
**Hoitajien kokemuksia kehitysvammaisen asiakkaan ja hänen
omaisensa tukemisesta tahdonvastaisessa erityishuollossa**




Ammattikorkeakoulun opinnäytetyö

Hoitotyön koulutusohjelma

Lahdensivu, kevät 2016

Katariina Kantola ja Emmi Orava



HÄMEENLINNA
Hoitotyönkoulutusohjelma
Sairaanhoitaja

Tekijät	Katariina Kantola & Emmi Orava	Vuosi 2016
Työn nimi	Hoitajien kokemuksia kehitysvammaisen asiakkaan ja hänen omaisensa tukemisesta tahdonvastaisessa erityishuollossa	

TIIVISTELMÄ

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa hoitajien keinoja kehitysvammaisen asiakkaan ja hänen omaisensa tukemiseen, tukemisen haasteellisuutta ja raskautta sekä mihin hoitajat kokevat tarvitsevansa tukea. Opinnäytetyö toteutettiin yhteistyössä Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kanssa.

Opinnäytetyössä käytettiin kvalitatiivista tutkimusmenetelmää ja aineisto kerättiin teemahaastatteluilla. Työtä varten haastateltiin viittä hoitajaa yksilöhaastatteluina.

Työn tavoitteena oli tuoda ilmi tukemisen ongelmakohtia, jotta hoitotyötä voidaan kehittää yhteistyöyksikössä.

Opinnäytetyön tulosten tarkastelun perusteella voitiin todeta, että hoitajat tunsivat tarvitsevansa eniten työkaluja omaisen tukemiseen. Perhetyön näkökulma on verrattain uusi ilmiö hoitotyön kulttuurissa ja näin ollen juuri siihen suuntaava jatkokoulutusta ei ole välttämättä ollut tarjolla. Jatkokoulutusta tarvitaan, että hoitajilla olisi yhteneväiset toimintatavat. Jatkotutkimuksina voisi tutkia työn kuormittavuuden vaikutusta työhyvinvointiin ja työilmapiiriin sekä kuinka hyvin perhetyön näkökulma on yksikössä jatkossa otettu huomioon.

Avainsanat Kehitysvammaisuus, tahdosta riippumaton erityishuolto, tukeminen

Sivut 31 s. + liitteet 2 s.

HÄMEENLINNA
Degree Programme in Nursing
Nursing

Authors Katariina Kantola & Emmi Orava **Year** 2016

Subject of Bachelor's thesis Nurses' Experiences of Supporting Mentally Disabled People and Their Family in Compulsory Special Care

ABSTRACT

The purpose of the study was to examine nurses' abilities in supporting mentally disabled people and their family in compulsory treatment, how challenging that is for nurses and where do the nurses need support. The study was carried out in collaboration with Pirkanmaa health care district. The cooperation ward offers compulsory treatment for mentally disabled people.

In this thesis a qualitative research method was used and the material was collected by theme interviews. Five nurses were individually interviewed for the research.

The thesis is purposed to clarify the issues in supporting mentally disabled people and their family that nursing can be developed in the cooperation ward.

According to the results nurses felt that they need more tools to work with the family. In the culture of nursing family work is rather new phenome so there has not been suitable education available for long. Education is needed that the nurses would have same working methods. Follow-up research proposals could be as follows: to examine how well is the family work been noticed in the ward and how does the weight of the work affects to the well-being and mood at the work.

Keywords Mentally disabled, compulsory special care, support

Pages 31 p. + appendices 2 p.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	1
2	KEHITYSVAMMAISUUS.....	2
2.1	Kehitysvammaisen ihmisen tukeminen.....	2
2.2	Kuntoutusmuodot.....	3
3	TAHDONVASTAINEN ERITYISHUOLTO.....	5
3.1	Erytishuollon sisältö ja merkitys.....	5
3.2	Erytishuollon hakeminen.....	6
3.3	Tahdonvastaisen erityishuollon lopettaminen ja jatkaminen.....	7
3.4	Suojatoimenpiteet erityishuollossa.....	7
4	PERHEEN TUKEMINEN HOITOTYÖSSÄ.....	8
4.1	Perhekeskeiset toimintatavat.....	9
4.2	Kehitysvammaisen asiakkaan perheen erityisyys.....	10
4.3	Perhekeskeisen hoitotyön tuloksellisuus.....	11
5	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN.....	12
5.1	Tutkimusmenetelmä, kohdejoukko ja aineiston keruu.....	12
5.2	Haastattelun menetelmät.....	13
5.3	Aineiston käsittely ja analysointi.....	14
6	OPINNÄYTETYÖN TULOKSET.....	15
6.1	Asiakkaan ja omaisen erilaiset tukemisen keinot.....	15
6.2	Työntekijän tuen tarve – Mihin tukea tarvitaan?.....	16
6.3	Työntekijän tuen tarve – Millaista tukea tarvitaan?.....	19
6.4	Asiakkaan ja omaisen tukemisen haasteellisuus ja raskaus.....	20
7	POHDINTA.....	22
7.1	Tulosten tarkastelu.....	22
7.2	Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys.....	24
7.3	Kehittämisehdotukset.....	26
7.4	Opinnäytetyöprosessi.....	26
	LÄHTEET.....	28

Liite 1 Tiedote opinnäytetyön haastattelusta

1 JOHDANTO

Kehitysvammaisuutta, tahdonvastaista hoitoa ja asiakkaan tukemista on erikseen tutkittu paljon, mutta tahdonvastaisessa hoidossa olevan kehitysvammaisen tukemisesta ei juuri ole tutkimustietoa. Viime aikoina omaisen merkitys kehitysvammaisen asiakkaan kuntoutumisessa on otettu paremmin huomioon. Asiakkaan, omaisen ja hoitohenkilökunnan välille muodostuva vuorovaikutuksen kolmio on keskeinen asia hoitosuhteessa.

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää mitä keinoja hoitajilla on asiakkaan ja omaisen tukemiseen, mitkä asiat he kokivat tukemisessa haasteelliseksi ja raskaiksi ja millaista tukea hoitajat itse tunsivat tarvitsevansa tukemiseen. Tavoitteena oli tuottaa tarvittavaa tietoa tukemisen ongelma-kohdista, jotta yhteistyöyksikössämme voitaisiin kehittää asiakkaan ja omaisen tukemista.

Opinnäytetyön tekijöillä oli herännyt kiinnostus mielenterveys- ja kehitysvammahoitotyöhön ja työn aihe saatiin toimeksiantona Pirkanmaan sairaanhoitopiiriltä. Aihe koettiin yhteistyöyksikössä ajankohtaiseksi, sillä viime aikoina on alettu erityisesti kiinnittämään huomiota myös omaisten merkitykseen asiakkaan hoitotyössä.

Opinnäytetyön merkitys on hoitajien näkökulmasta tärkeä, koska asiakkaan ja omaisen tukeminen on hoitotyössä jokapäiväistä. Vastentahtoiseen hoitoon joutuminen on myös lähes aina kriisi sekä asiakkaalle että omaiselle. Toimiva yhteistyö asiakkaan, omaisen ja hoitohenkilökunnan välillä on yhtenä tavoitteena jokaisessa hoitosuhteessa.

Työn keskeisiä käsitteitä ovat kehitysvammaisuus, vastentahtoinen hoito ja tukeminen.

2 KEHITYSVAMMAISUUS

”Kehitysvammaisuudella tarkoitetaan kehitysiässä (alle 18 vuotta) syntynyttä älyllisten toimintojen jälkeenjääneisyyttä (älykkyysosamäärä alle 70, häiriintynyt sopeutumiskäyttäytyminen), jonka seurauksena henkilö ei pysty huolehtimaan asioistaan kuten muut ihmiset”. Kehitysvammaisuuden esiintyvyys on väestössämme noin yhden prosentin luokkaa, mutta jos lievemmätkin kehitysvammaisuuden asteet otetaan huomioon, on esiintyvyys huomattavasti suurempi. (Iivanainen 2009.)

Kehitysvammaisuuteen on monia syitä. Aina syy ei kuitenkaan selviä, tutkimuksista huolimatta. Kehitysvammaisuutta aiheuttaa mm. erilaiset sairaudet ja infektiot, esimerkiksi tuhkarokko, hinkuyskä ja meningiitti, äidin raskauden aikainen päihteiden käyttö, raskauden ja synnytyksen aikaiset komplikaatiot, pahoinpitely, kehityshäiriöt ja kromosomipoikkeavuudet. (Iivanainen 2009.)

Nykytiedon mukaan noin 30 % kehitysvammaisuudesta olisi ehkäistävissä. Keinoina on sairauksien ehkäiseminen rokotuksin ja niiden hoitaminen antibiootein. Kromosomipoikkeavuuksia voidaan seuloa ja raskaus voidaan keskeyttää tai mahdollisesti aloittaa tarvittava lääkehoito, esimerkiksi jodihoito jos sikiöllä todettu kilpirauhasen alitoiminta. Perinnöllisten sairauksien kyseessä ollessa, on tärkeää tarjota vanhemmille perinnöllisyysneuvontaa lapsen sairastumisriskeistä ja selvittää taudin periytymismekanismit. Päihteiden väärinkäytön aiheuttaman kehitysvammaisuuden ehkäiseminen edellyttää varhaista puuttumista ja päihdeneuvontaa. (Iivanainen 2009.)

2.1 Kehitysvammaisen ihmisen tukeminen

Kehitysvammaisen ihmisen tukitoimia ohjaa laki vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista eli vammaispalvelulaki ja laki kehitysvammaisen erityishuollossa. Vammaispalvelulaki on ensisijainen erityishuoltolakiin nähden. Vammaispalvelulaki ja erityishuoltolaki määräävät palvelut, joita kunnan tarvitsee kehitysvammaiselle tarjota. Vammaispalvelulain tarkoituksena on ”edistää vammaisen henkilön edellytyksiä elää ja toimia muiden kanssa yhdenvertaisena yhteiskunnan jäsenenä sekä ehkäistä ja poistaa vammaisuuden aiheuttamia haittoja ja esteitä.” (380/87 1§). Erityishuoltolain tarkoituksena on ”edistää 1 momentissa tarkoitettun henkilön suoriutumista päivittäisistä toiminnoista, hänen ominta-keista toimeentuloaan ja sopeutumistaan yhteiskuntaan sekä turvata hänen tarvitsemansa hoito ja muu huolenpito” (1369/96 1§).

Itsemääräämisoikeuden katsotaan olevan hyvinvointiin merkittävästi vaikuttava tekijä. Kehitysvammaisen itsemääräämisoikeuden toteutuminen koetaan usein haastavaksi. Kommunikointi voi olla vaikeaa tai määräämisoikeus kohdistetaan vain suuriin valintatilanteisiin, jättäen arjen pienet valinnat muille. Turvallisuus ja terveyden varmistaminen ovat etusijalla, riippumatta siitä, mitä kehitysvammaisen henkilö itse haluaa. Kehitysvammaisen itsemääräämisoikeus jääkin usein toteutumatta. (Kehitysvammaalan verkkopalvelu 2015.)

Kehitysvammaisen ihmisen itsemääräämisoikeuden kannalta keskeistä on, että henkilö saa itse päättää niistä asioista, jotka hän ymmärtää ja osaa tehdä päätöksen. Tuettua päätöksentekoa voidaan käyttää itsemääräämisoikeuden apuna. Tuettu päätöksenteko tarkoittaa sitä, että kehitysvammaisen henkilö saa tukea ja apua päätöksentekoon toiselta ihmiseltä yhdessä pohtien, puntaroiden, tietoa jakaen ja eri vaihtoehtoja hakien. Tuetussa päätöksenteossa päätöksen tekee aina kehitysvammaisen ihminen itse, ei tukihenkilö. Tuettulla päätöksenteolla pyritään rohkaisemaan ja kannustamaan kehitysvammaista tekemään itsenäisiä päätöksiä. (Kehitysvamma-alan verkkopalvelu 2015.)

2.2 Kuntoutusmuodot

Kehitysvammaisten asiakkaiden kanssa tehtävä hoitotyö ja erilaiset tukitoimet voidaan määritellä kuntouttamiseksi. Tärkein tehtävä kuntoutuksella on säilyttää asiakkaan jo olemassa oleva toimintakyky ja vähentää ulkopuolisen tuen tarvetta. Kuntouttamisessa on otettava huomioon, että kehitysvammaisuus on useimmissa tapauksissa pysyvä tila, josta ei voi parantua. Joskus kehitysvammaisuuteen voi myös liittyä eteneviä sairauksia, jotka heikentävät asiakkaan fyysistä ja psyykkistä vointia. Tällöin asiakas tarvitsee erilaisia ylläpitäviä kuntoutusmenetelmiä, jotta voinnin huonontumista voitaisiin ainakin hidastaa ellei estää. Nykyään kehitysvammaisille on tarjolla paljon erilaisia tukimenetelmiä ja apuvälineitä, joilla yksilön arjesta saadaan sujuvampaa. (Valkonen 2015.)

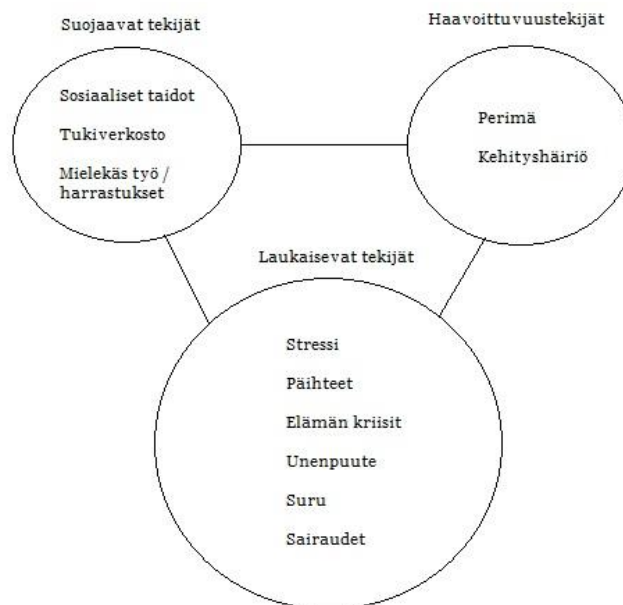
Asiakkaan yksilöllinen tuen tarve määrittelee minkälaisia apuvälineitä ja menetelmiä hänelle järjestetään. Kaikki nämä menetelmät laaditaan yhteistyössä asiakkaan sekä hänen lähipiirinsä kanssa ja lopuksi kirjataan myös kuntoutussuunnitelmaan. Jos asiakkaalla on puheeseen ja kommunikaatioon liittyviä haasteita, on tärkeää, että eri osapuolet ymmärtävät toisiaan ja hallitsevat käytössä olevan tukitoimen. Tyypillisimpiä keinoja ovat viittomakieli sekä kuva- ja kirjoituskommunikaatio. (Valkonen 2015.)

Fysioterapiassa kartoitetaan asiakkaan fyysistä toimintakykyä selvittämällä muun muassa mahdolliset pakkoliikkeet, lihasjänteys ja motoriset taidot. Fysioterapiaa voidaan antaa yksilöllisesti tai myös ryhmissä, joissa harjoitellaan muun muassa rentoutumista tai kuntosalilla käymistä. Lisäksi fysioterapeutti ohjaa asiakkaita erilaisten apuvälineiden oikeaan käyttöön. (Valkonen 2015.)

Kehitysvammaiset voivat valtaväestön tavoin sairastua myös mielenterveyden häiriöihin, mutta niiden ilmenemisessä saattaa olla eroja. On myös todettu, että kehitysvammaisilla näitä häiriöitä ilmenee noin kolme kertaa useammin kuin valtaväestöön kuuluvilla. Haavoittuvuus- stressimallin mukaan kehitysvammaisilla henkilöillä on vähemmän mielenterveyshäiriöitä suojaavia tekijöitä kuin vammattomilla henkilöillä. Haavoittuvuus- stressimallin mukaan stressitekijät altistavat ihmisiä mielenterveyshäiriöille. Toiset ihmiset sietävät stressiä paremmin kuin toiset ja suojaavat tekijät auttavat ihmistä sietämään stressiä. (Hongisto, Repo & Björkman 2008, 12–13.)

Suojaavia tekijöitä voivat olla muun muassa hyvät sosiaaliset taidot tai hyvä tukiverkosto (kuvio 1). Lisäksi kehitysvammaisten käyttäytymistä saatetaan joskus virheellisesti tulkita mielenterveyden häiriöksi. Esimerkiksi vääränlaiset käyttäytymismallit voivat luoda haasteita arkisiin tilanteisiin, jolloin kehitysvammaisen henkilö on oppinut, että aggressiivisella käytöksellä saa tahtonsa läpi. (Hongisto, Repo & Björkman 2008, 12–13.)

Vuorovaikutustilanteissa voi myös olla vaikeuksia, jotka ilmenevät turhautumisena ja levottomana käytöksenä (Hongisto, Repo & Björkman 2008, 12–13). Edellä mainituissa tilanteissa voidaan hyödyntää yhtenä menetelmänä käyttäytymisterapiaa, jossa pyritään oppimaan uusia käyttäytymismalleja ja toisaalta myös vanhoista malleista opetellaan luopumaan (Valkonen 2015).



Kuvio 1. Haavoittuvuus-stressimalli

Yhteistyö yksikkömme tarjoaa kuntoutusmenetelmänään mm. erilaisia kokonaiskuntoutusta tukevia yksilö- ja ryhmämenetelmiä kuten esimerkiksi psykofyysistä fysioterapiaa, aggression hallinta- ja käyttäytymistaitojen harjoitteluryhmiä. Lisäksi yhtenä menetelmänä on käytössä kompetenssi- valmennus, jonka tarkoituksena on auttaa asiakasta ymmärtämään hänen käyttäytymisensä syy- ja seuraussuhde sekä sopivat mallit käyttäytymiseen. Tarjolla on myös erilaista työtoimintaa, jotka tukevat sosiaalisten- ja työelämäntaitojen kehittymistä. Toiminnassaan yksikkö ohjaa asiakkaita aina itsenäisyyteen ja omatoimisuuteen. (Tuohikorpi 2015.)

3 TAHDONVASTAINEN ERITYISHUOLTO

Kehitysvammaisten erityishuoltolain (519/77) 32 §:n mukaan erityishuoltoa voidaan vastoin tahtoa antaa vain henkilölle "jonka huoltoa ei muutoin voida järjestää ja jonka on syytä olettaa ilman huoltoa joutuvan vakavaan hengen- tai terveydenvaaraan tahi jonka käytöksestä ja muista seikoista käy ilmi, että hän on vammaisuutensa vuoksi vaarallinen toisen henkilön turvallisuudelle ja välittömän erityishuollon tarpeessa" (23.6.1977/519 32 §). Vastoin tahtoa erityishuoltoa voidaan myös antaa kehitysvammaisten erityishuoltolain 1 §:ssa määritetyille henkilölle, "jonka kehitys tai henkinen toiminta on estynyt tai häiriintynyt synnynnäisen tai kehitysiässä saadun sairauden, vian tai vamman vuoksi ja joka ei muun lain nojalla voi saada tarvitsemiaan palveluksia" (23.6.1977/519 1 §).

Valtion velvollisuutena on edellä mainituin perustein järjestää myös rikoksesta syytettyjen erityishuolto (23.6.1977/519 32 §). Tuomioistuin voi asettaa rikoksesta syytetyn, mutta tuomitsematta jätetyn, kehitysvammaisen henkilön psykiatrisen sairaalahoidon tarpeen arviointiin. Tällöin sairaalahoidon tarpeen arvioinnin järjestämisen vastuu siirtyy Terveiden ja hyvinvoinninlaitokselle, joka voi määrätä henkilön enintään 30 vuorokauden ajaksi tutkimuksiin (11.12.2009/1066 21–22 §).

Journal of Intellectual Disability Research- lehdessä vuonna 2007 julkaistiin Forensic psychiatric perspective on criminality associated with intellectual disability: a nationwide register-based -tutkimus, jossa tutkittiin vuosina 1996–2006 rikoksen tehneiden kehitysvammaisten taustoja ja vastentahtoisen erityishuollon järjestämistä. Tutkimukset osoittivat, että rikosten teko hetkellä kehitysvammaiset henkilöt ovat noin 35,7-vuotiaita, 83 % on miehiä ja 59 %:lla on oppivelvollisuus suoritettuna. Tavallisimman nämä henkilöt syyllistyivät seksuaalirikoksiin ja tuhopolttoihin. Lisäksi rikosten tekohetkellä 83 % oli työttömiä ja 46 % alkoholin vaikutuksen alaisina. Tutkimuksessa oli mukana 45 mielentilatutkimukseen määrättyä rikoksen tehnyttä kehitysvammaista henkilöä, joista 21 määrättiin vastoin tahtoaan erityishuoltoon. Hoidon aikana strukturoitua hoitosuunnitelmaa ei ollut laadittu 31 %:lle henkilöistä. (Männynsalo, Putkonen, Lindberg & Kotilainen 2009.)

3.1 Erityishuollon sisältö ja merkitys

Kehitysvammalain mukaan erityishuolto-ohjelmaan kirjataan yksilön tarvitsemia palveluita. Tällaisia palveluita voivat olla esimerkiksi tukihenkilö, työtoiminta sekä asumisen tukitoimet. Erityishuolto-ohjelma laaditaan aina asianomaisen henkilön kanssa ja lisäksi kuullaan hänen edunvalvojaansa, huoltajaa tai sosiaalilautakunnan edustajaa. Toisaalta erityishuolto-ohjelman ulkopuolelle voi jäädä palveluita, jotka kirjataan kehitysvammaisen henkilön palvelusuunnitelmaan, koska niistä säädetään vammaispalvelulaissa. Erityishuolto-ohjelma (EHO) eroaa palvelusuunnitelmasta myös niin, että henkilö itse tai hänen laillinen huoltajansa voi hakea muutosta eri-

tyishuolto-ohjelmaan aluehallintovirastolta, mikäli kokee sen olevan riittämätön tai muutoin soveltumaton henkilön tarpeisiin. (Erityishuolto-ohjelma n.d.)

Erityishuolto-ohjelman tarkoituksena on turvata kehitysvammaisen henkilön oikeudet hänen tarvitsemiinsa palveluihin tai tukitoimiin. Erityishuolto-ohjelman laatiminen ei kuitenkaan edellytä varsinaista kehitysvammadiagnoosia. Kehitysvammalain 1 §:ssä on säädetty, että erityishuoltoa voidaan antaa henkilölle, jonka kehitys on häiriintynyt synnynnäisen vamman, vian tai sairauden vuoksi, eikä tarvittavia palveluita pystytä muilla keinoin hänelle järjestämään. Joissakin tilanteissa esimerkiksi autistiselle henkilölle on myönnetty oikeus erityishuolto-ohjelmaan. Erityishuolto-ohjelman tarpeellisuus lähtee siis aina yksilön omista tarpeista eivätkä diagnoosit määrittele sitä. (Erityishuolto-ohjelma n.d.)

Taloudellisesta näkökulmasta katsottuna yksilölle on merkityksellistä, ovatko hänen saamansa palvelut kirjattuina erityishuolto-ohjelmaan. Mikäli näin on, yksilölle kyseiset palvelut ovat useimmissa tapauksissa maksuttomia, koska kyseessä on hänen subjektiivinen oikeutensa niihin. Erimielisyyksissä asioiden ratkaisua kuitenkin helpottaa, mikäli palvelut todella ovat kirjattuina erityishuolto-ohjelmaan. Muun muassa tämän vuoksi henkilön itsensä tai hänen läheisensä olisi hyvä tarkastaa erityishuolto-ohjelmaa säännöllisin väliajoin tai aina, kun palveluntarpeisiin tulee muutoksia. (Erityishuolto-ohjelma n.d.)

3.2 Erityishuollon hakeminen

Erityishuollon johtoryhmälle on laadittava kirjallinen hakemus erityishuollon antamisesta. Hakemuksen voi tehdä henkilön holhooja tai muu huoltaja. Mikäli henkilöllä ei ole hakemuksen tekoon oikeutettuja huoltajia tai he eivät suostu hakemusta tekemään, voi hakemuksen tehdä myös henkilön oleskelukunnan sosiaalilautakunta tai lautakunnan tehtävään määräämä viranhaltija. Jos kyseessä on rangaistuslaitoksessa rangaistusta suorittava henkilö, voi hakemuksen tehdä edellä mainituin perustein myös laitoksen johtaja. (23.6.1977/519 32 §.)

Erityishuollon johtoryhmä käsittelee saamansa hakemukset ja niiden perusteella johtoryhmä voi määrätä henkilön toimitettavaksi tutkimuksiin, kunhan erityishuollon edellytyksen henkilön kohdalla täytyvät. Päätös tutkimuksiin määräämisestä on annettava asianomaisille välittömästi tiedoksi, mutta päätöksestä ei voida valittaa. Kyseiset tutkimukset on suoritettava viimeistään viiden päivän kuluessa. (Koskentausta 2011, 38.)

Päätös erityishuollon antamisesta annetaan kirjallisesti tutkimusten loputtua erityishuollon johtoryhmän toimesta. Päätös vastentahtoisesta erityishuollosta voidaan määrätä mahdollisesta muutoksenhausta huolimatta. Henkilöä ja muita asianomaisia varten on kuitenkin järjestettävä kuulemistilaisuus, jossa asianomaiset saavat ilmaista mielipiteensä. Tilaisuuteen osallistuvat sosiaalityöntekijä, henkilön ohjaaja tai hoitaja sekä vähintään kaksi erityis-

huollon työntekijää. Tilaisuudessa on käytettävä henkilön yksilöllistä kommunikaatiomenetelmää, mikäli hänellä sellainen on. (Koskentausta 2011, 38–39.)

3.3 Tahdonvastaisen erityishuollon lopettaminen ja jatkaminen

Vastentahtoinen erityishuolto on lopetettava heti, mikäli henkilöä tutkittaessa, hoidon aikana tai huoltoa järjestettäessä todetaan, että vastentahtoisien erityishuollon edellytykset eivät täyty. Erityishuollon lopettamista on henkilön itse tai hänen laillisen edustajansa tai sosiaalilautakunnan toimesta pyydettävä. (Koskentausta 2011, 39.) Mikäli erityishuolto-ohjelmassa havaitaan hoidon aikana puutteita tai se ei riittävästi vastaa asiakkaan tarpeisiin, voivat asiakas, tämän holhooja tai muu edunvalvoja pyytää aluehallintovirastoa oikaisemaan erityishuolto-ohjelmaa. (22.12.2009/1539 36 §.)

Mikäli erityishuollon johtoryhmän määräämien tutkimusten päätyttyä asiakas määrätään tahdonvastaiseen erityishuoltoon, on päätös aina alistettava hallinto-oikeuden alistettavaksi. Alistamisella tarkoitetaan toimenpidettä, jolla päätös viedään hallinto-oikeuden vahvistettavaksi kiireellisenä ja välittömästi tai viimeistään kahden viikon kuluessa sen tekemisestä. Mikäli tahdonvastaista erityishuoltoa on tarve jatkaa, on henkilölle laadittava uudet tutkimukset ja selvittävä tahdonvastaisen erityishuollon edellytykset. Selvitys on laadittava vähintään puolen vuoden välein. (Koskentausta 2011, 39.)

3.4 Suojatoimenpiteet erityishuollossa

Erityishuolto perustuu aina hoitosuhteeseen, jota ohjaavat moniammatillisesti laadittu hoito- ja kuntoutussuunnitelma sekä näiden lisäksi hoitohenkilökunnan ammatillisuus ja eettisyys. Suojatoimenpiteet ovat kehitysvammaisen asiakkaan hoidossa tapahtuvia rajoittavia toimenpiteitä, joihin saatetaan joutua turvautumaan tarvittaessa. Hoidossa pyritään kuitenkin panostamaan ennaltaehkäisyyn ja muiden toimintatapojen käyttämiseen, kuten esimerkiksi MAPA:n eli Management of Actual or Potential Aggression hyödyntämiseen (Rahkjärvi 2009, 3–12). MAPA:lla tarkoitetaan englantilaista toimintamallia, jossa haastavaa käytöstä ennakoidaan ja vältetään vuorovaikutuksen ja toiminnallisuuden avulla (MAPA-Finland haastavan käytöksen ehkäisy ja turvallinen hoito, 2012).

Suojatoimenpiteiden käyttö on sallittua vain, kun asiakas käyttäytyy uhkaavasti tai aggressiivisesti, vaarantaa oman ja muiden turvallisuuden tai kun muut käytössä olevat keinot eivät ole enää riittäviä ja toimenpiteiden tarpeellisuus pystytään todentamaan. Toimenpiteitä ei tule käyttää rangaistuksena tai henkilöstön resurssipulan helpottamiseen. Suojatoimenpiteiden käyttö edellyttää aina niiden kirjaamista asiakkaan potilastietoihin (Rahkjärvi 2009, 13.)

Suojatoimenpiteet voidaan jaotella fyysistä vapautta ja itsemäärämisoi-keutta rajoittaviin toimenpiteisiin. Fyysisen vapauden rajoittamista on esi-merkiksi liikkumisvapauden käyttö, jolloin asiakkaan ulkoilua voidaan ra-joittaa. Lisäksi kiinnipitäminen ja turvahuoneen käyttö ovat fyysistä va-pautta rajoittavia toimenpiteitä. Turvahuonetta käytettäessä asiakas voidaan lukita joko erilliseen turvahuoneeseen tai omaan huoneeseen ja häntä val-votaan jatkuvasti joko kameroiden välityksellä tai niin, että hoitaja on koko ajan läsnä.. (Rahkjärvi 2009, 13–20.)

Itsemäärämisoi-keuden rajoittamista on omaisuuden haltuunotto, mikäli on syytä epäillä esimerkiksi asiakkaalla olevan teräaseita tai muita vahingoit-tamiseen soveltuvia välineitä. Henkilön ja omaisuuden tarkastus voivat olla välttämättömiä sellaisissa tilanteissa, joissa epäillään henkilöllä olevan hal-lussa jotain kiellettyä, esimerkiksi päihkeitä. (Rahkjärvi 2009, 13–20.)

Lepositeiden käyttö on äärimmäinen toimenpide, joka voi tulla kysymyk-seen henkeä uhkaavassa tilassa tai erittäin suuren levottomuuden hillin-nässä. Lepositeiden käyttö edellyttää hoitajan jatkuvan näkö- ja kuuloyh-teyden asiakkaaseen ja niiden käyttö on lopetettava välittömästi, kun siihen ei ole enää riittäviä perusteita (Rahkjärvi 2009, 13–20.)

4 PERHEEN TUKEMINEN HOITOTYÖSSÄ

Perheen merkitys on aina ymmärretty tärkeänä tekijänä potilaan hoidossa, mutta nykyään siihen halutaan keskittyä vielä enemmän ja tarjolla onkin saatavana niin teoreettista kuin käytännönläheistä koulutusta aiheeseen. Vaikka perhe on merkittävässä osassa varsinkin sairaan lapsen hoidossa, myös muissa ikäryhmissä perhe on usein voimakkaana taustatekijänä. Per-hekeskeisessä työskentelyssä potilas tai asiakas tulisi huomioida yksilönä mutta myös osana perhettä, sukua ja muuta lähipiiriä, jonka henkilö itse ko-kee tärkeäksi. Erilaiset kriisit ja muutokset saattavat saada perheenjäsenet oireilemaan, jolloin perheenjäsenistä joku voi hakeutua hoidon piiriin. Täl-löin ammattilaisen on hyvä ymmärtää koko perheen tilannetta ja siinä val-litsevia vuorovaikutussuhteita. (Larivaara, Lindroos & Heikkilä 2009, 18–20.)

Kulttuurien sekoittumisen seurauksena Suomessakin on yhä runsaammin havaittavissa erilaisista taustoista tulevia ihmisiä mitkä lisäävät haasteita myös terveydenhuollon henkilöstölle. Tämän vuoksi onkin tärkeää yrittää ymmärtää kulttuurisia eroja, sillä suomalaisen käsitys perheestä ja lähipii-ristä voi olla aivan toinen kuin esimerkiksi latinokulttuureissa (Larivaara ym. 2009, 21–22). On siis tärkeää muistaa, että potilas tai asiakas itse mää-rittelee oman perheensä ja lähipiirinsä, jolloin hän saa myös parhaimman mahdollisen hoidon, sillä kyse on asiakkaan tarpeista eikä hoitohenkilökun-nan omiin kokemuksiin perustuvista näkemyksistä. (Åstedt-Kurki, Jussila, Koponen, Lehto, Majjala, Paavilainen & Potinkara 2008, 13.)

4.1 Perhekeskeiset toimintatavat

Erilaisia toimintatapoja ja työvälineitä on kehitetty useiden vuosikymmenten ajan vastaamaan paremmin nykyajan perheiden tarpeita. Yleisimpiä Suomessa käytössä olevia ovat sukupuoli, yksin tai muun lähipiirin kanssa tapahtuva reflektointi ja perhetapaamiset. Lisäksi hoitohenkilöstön avuksi voidaan hankkia erillinen perhetyöntekijä joka on saanut perheiden vuorovaikutussuhteisiin perehtyneen psykoterapeuttikoulutuksen. Perheterapeutti voi asiantutijana tuoda lisää työkaluja henkilöstön käyttöön sekä myös tukea heille. Perhetyöntekijän tuen ja ohjauksen tiedetään rohkaisevan hoitohenkilöstöä ottamaan perhe ja muu lähipiiri rohkeammin huomioon potilaan tai asiakkaan hoidossa. (Larivaara ym. 2009, 24.)

Psykoedukaatio on menetelmä, jossa asiakkaalle ja omaisille annetaan tietoa sairaudesta ja hoidosta sekä myös emotionaalista tukea. Psykoedukaation tarkoituksena on auttaa asiakasta ja omaisia ymmärtämään sairautta tai siihen liittyviä hoitoja paremmin. Psykoedukaatiolle ei ole olemassa yhtenäistä sisältöä tai koulutusmallia, joten sitä suositellaankin sovellettavaksi hoitotyöhön. Haavoittuvuus-stressimalli on lähtökohtaisesti tapa, jolla voidaan lähestyä sairautta tai hoitoon johtanutta tilannetta. Mallin avulla etsitään keinoja, miten asiakkaan terveyttä voidaan edistää ja uudet sairaalajakso välttää ja samalla asiakas saa tukea ja hyväksyntää tilanteelleen. (Kieseppä & Oksanen 2013.)

Sukupuutyöskentely auttaa asiakasta ja tämän perhettä sanoittamaan perheen tilannetta ja vuorovaikutussuhteita terapeutillisella tavalla. Siinä asiakas saa tuoda oman näkemyksensä ja kokemuksensa perheen tapahtumista ilmi, jolloin perheenjäsenten on helpompi ymmärtää suvun tapahtumien kautta omaa toimintaansa. (Asikainen 2015.)

Sukupuun tehtävänä on antaa tietoa perheen seksuaalisuudesta eli siitä min-käläinen miehen ja naisen malli perheessä on, mahdolliset aviottomat lapset, parisuhteiden kestot ja muut siihen liittyvät ilmiöt. Myös suhde kuolemaan ja mahdollisiin vakaviin sairauksiin tulee usein ilmi sukupuun avulla. (Asikainen 2015.)

Tärkeää tietoa sukupuoli antaa myös perheen vuorovaikutusmalleista eli min-käläisiä tapoja ja tottumuksia perheellä on sekä myös mahdollisista salaisuuksista eli vaietuista aiheista. Sukupuun laatimista varten tarvitsee ymmärtää käytössä olevat kuvio- ja värisymbolit. Esimerkiksi naissukupuoli piirretään usein ympyränä ja kuolema kuvataan yleensä mustalla värillä. (Larivaara ym. 2009, 24–27.)

Sukupuuhun pyritään piirtämään aina vähintään kolme mutta jopa neljä sukupolvea. Näiden sukupolvien välille merkitään avioliitot, erot, kuolemat, sairaudet, ammatit ja muut merkittävät asiat. Työskentelyn edetessä voidaan syventyä perheen suhteisiin ja asiakkaan omiin tulkintoihin perheen tapahtumista jolloin työskentely voi parhaimmillaan muodostua erittäin terapeutiseksi. (Larivaara ym. 2009, 24–27.)

Reflektiivinen työote merkitsee perhetyön näkökulmasta molemminpuolista kommunikaatiota, jossa työntekijän on luovuttava asiantuntija-roolistaan. Reflektiiviselle työotteelle on tyypillistä eläväinen keskustelu, myötätunto asiakasta kohtaan, eri näkökulmien etsiminen ja ennen kaikkea asiakkaan tukeminen omaan henkilökohtaiseen pohdintaan hänelle merkityksellisissä asioissa. (Salo & Kauppi 2014.)

Reflektointia voidaan hyödyntää kaikessa perheen kanssa tehtävässä työssä. Siinä tärkeintä on muistaa, että kenenkään mielipide tai näkemys ei ole arvokkaampi kuin toisen. Reflektion tarkoitus ei ole antaa vastauksia, valmiita malleja tai neuvoja vaan pikemminkin avata uusia näkökulmia niin perheelle itselleen kuin myös hoitohenkilökunnalle. (Aaltonen 2009.)

Tyypillisesti reflektiota voidaan toteuttaa työparin voimin, jolloin toisen työntekijän rooli on haastatella perhettä ja toinen työntekijä on alkuun kuuntelijan roolissa. Haastattelun jälkeen kuuntelija alkaa reflektoida kuulemaansa ja tuoreiden näkökulmien avautuminen mahdollistuu. Vaihtoehtoisesti haastattelun jälkeen molemmat työntekijät voivat keskenään reflektoida haastattelua, jolloin pelkästään perhe on kuuntelijan roolissa. (Larivaara ym. 2009, 27–28.)

Haastattelu vaatii taitoa ja tilannetajua. Haastattelijan olisi hyvä kyetä käyttämään samoja ilmaisuja kuin perheenjäsenet käyttävät, jotta osapuolet pysyvät tasavertaisina. Jos esimerkiksi perheen isä puhuu lapsensa kiukuttelusta, työntekijän olisi hyvä käyttää myös kiukuttelu-ilmaisua eikä niinkään ammatillista kieltä kuten vaikkapa käytöshäiriö-termiä. (Larivaara ym. 2009, 27–28.)

Perhetapaamiseen on hyvä kutsua yhdessä asiakkaan kanssa valmiiksi mietityt perheenjäsenet ja muut tärkeät henkilöt hyvissä ajoin. Etukäteen voidaan jo mahdollisesti miettiä aiheita, joista asiakas ja perhe haluaa keskustella. Perhetapaamiset ovat ikään kuin hoitohenkilökunnan luomia turvallisia foorumeja, joissa oleellisinta on saada perheenjäsenet keskustelemaan esimerkiksi asiakkaan hoitoon johtaneista asioista tai tapahtumista. (Larivaara ym. 2009, 30.)

Tapaamisiin on hyvä varata riittävästi aikaa ja kertoa varatun ajan kesto myös perheelle, sillä perheen välisissä dialogeissa saattaa tulla esiin hyvinkin voimakkaita tunnereaktioita eikä tapaamista voida päättää kesken tällaisen tunteen purkauksen. Hoitohenkilökunnan suhtautuminen perheeseen pitäisi ensisijaisesti perhetapaamisissa olla kunnioittava ja arvostava. Perhetapaamiset ovat perhettä varten ja työntekijöiden tulisi ohjata keskustelua dialogiseen kanssakäymiseen perheenjäsenten välillä. (Larivaara ym. 2009, 30.)

4.2 Kehitysvammaisen asiakkaan perheen erityisyys

Lapsen syntymä on useimmiten odotettu ja toivottu asia. Osalle vanhemmista voi syntyä kehitysvammainen lapsi ja kehitysvamma saatetaan todeta jo synnytyksen jälkeen sairaalassa tai vasta vuosiakin myöhemmin. Joka

tapauksessa kehitysvamman toteaminen tuo aina muutoksia perheeseen, jolloin joudutaan miettimään, kuinka selvittää eteenpäin ja minkälaista tukea tilanteeseen saadaan. (Papinsaari 2014.)

Kehitysvammaiset lapset asuvat vanhempiensa luona usein vielä pitkään tultuaan täysi-ikäisiksi. Tämä voi vaatia vanhemmilta raskaitakin järjestelyjä, koska kyseessä on lapsi, joka ei välttämättä pysty huolehtimaan itsensä kehitystasonsa vaatimalla tavalla. Kehitysvammaisen asiakkaan perhe on siis paljon tiiviimmin lapsensa arjessa ja elämässä mukana kuin valtaväestöön kuuluvan asiakkaan. Kehitysvammaisen lapsen elämään vaikuttaa hyvin varhaisessa vaiheessa myös se, että kehitysvammaisuutensa vuoksi hän voi tarvita paljon ulkopuolista apua esimerkiksi sosiaalityöntekijöiltä ja hoitoalan työntekijöiltä. Lisäksi vanhemmat voivat kokea vaikeana asiana sen, että erilaiset sosiaali- ja terveydenhuoltoalan ammattilaiset ovat jatkuvasti osana heidän elämäänsä ja he ovat pitkäaikaisessa seurannassa lapsensa erityisyyden vuoksi. (Perhe hoivan antajana, 2015.)

Anja Rantalan tutkimuksessa Perhekeskeisyys – puhetta vai todellisuutta? haastateltiin sosiaali- ja terveysalan sekä muita kehitysvammaisen lapsen ja tämän perheen kanssa työskenteleviä tahoja kvantitatiivisena kyselylomaketutkimuksena. Rantala tutki sitä, millaisten perheiden kanssa ammattilaiset työskentelevät, miten ammattilaiset toteuttavat perhekeskeistä työtä, millaiset asiat vaikuttavat ammattilaisten perhekeskeisiin työskentelytapoihin ja lopuksi selvitetään työntekijän perhekeskeisyyttä selittäviä asioita ja tekijöitä. (Rantala 2002, 9–130.)

Tutkimustuloksissa ilmeni, että perheiden tuen tarve on vuosien mittaan lisääntynyt ja että perheet myös hyödyntävät jo saatavilla olevia palveluja runsaasti. Kuitenkaan kaikille perheille ei pystytä tarjoamaan riittävästi tukea, sillä kysyntä ylittää tarjonnan. Yllättävänä tuloksena oli se, että vastaajista vain noin puolet koki työtehtäviinsä kuuluvaksi vanhemman tukemisen lapsensa kuntoutukseen osallistuvana henkilönä. Tärkeänä tekijänä ilmeni myös, että suurin osa vastaajista oli sitä mieltä, että he toteuttavat perhekeskeisyyttä työssään riittävästi. Vain noin kolmasosa vastaajista koki, että heidän työyksikössään perhekeskeistä työskentelyä voitaisiin parantaa ja lisätä. (Rantala 2002, 9–130.)

4.3 Perhekeskeisen hoitotyön tuloksellisuus

Erilaiset tutkimukset osoittavat, että perhe voi olla yksilölle tukea antava tekijä tai toisaalta myös stressiä aiheuttava ja sairastuttava tekijä. Tutkijat, Holmes ja Rahe, ovat jo 1960-luvulla osoittaneet stressin merkittäväksi sairastumisen laukaisijaksi. Myöhemmin heidän metodeja hyödyntäen on pystytty myös osoittamaan, että suurimmassa osassa stressaavissa tilanteissa on erilaiset perhetapahtumat taustalla. Kun perhe on eheä ja vuorovaikutus turvallista, voidaan sanoa, että perhe on merkittävä edistäjä sen jäsenen sairastuessa. (Larivaara ym. 2009, 417–420.)

Useiden tutkimusten avulla on myös osoitettu, että yksinäisyys ja syrjäytyneisyys altistavat sairastumiselle ja jopa kuolemalle. Tämän vuoksi myös

hoitotyössä olisi tärkeä huomioida koko perhe, antaa riittävästi tukea perheelle ja lisätä perheiden hyvinvointia (Larivaara ym. 2009, 417–420). Perhekeskeisestä hoitotyöstä on paljon hyviä kokemuksia, mutta tutkittua tietoa aiheesta kaivataan ja henkilökuntaa tulisi kouluttaa entistä enemmän (Taanila & Larivaara 2000).

Aikuispotilaiden läheisten kokemuksia hoitotyöntekijöiltä saadusta tuesta - tutkimuksessa kerättiin aineistoa kolmesta eri sairaanhoitopiiristä kyselylomakkeen avulla vuonna 2007. Tutkimuksessa hyödynnettiin Perheen tukimittaria, jolla voidaan arvioida henkilökunnalta saatua tukea perheiden näkökulmista niin perusterveydenhuollon kuin erikoissairaanhoidon alueilla. Tutkimustulokset osoittavat, että eniten läheiset kaipasivat hoitohenkilökunnalta apua omaan jaksamiseensa. Hoitohenkilökunnalta toivottiin myös tukea erityisesti omaisten kohtaamiseen, avun järjestämiseen ja tiedonsaantiin. Tutkimus osoitti myös, että asumisetäisyydellä oli huomattava merkitys läheisten ja hoitohenkilökunnan kohtaamiseen sekä hoitoon osallistumiseen. (Aura 2008.)

5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

Opinnäytetyöprosessi aloitetaan teoreettisen osaamisen kehittämällä ja aiheeseen perehtymällä. Tämän pohjalta haastatteluja varten esiin nousi kolme teemaa: Mitä tukeminen on ja minkälaisia keinoja hoitohenkilöstöllä on tukea asiakasta sekä omaista, mikä tukemisessa koetaan vaikeaksi ja rasokkaaksi sekä millaista tukea hoitajat kokevat tarvitsevansa. Lopulta teema-haastatteluilla kerätty aineisto analysoitiin huolellisesti ja siitä laadittiin tuloksia tarkasteleva raportti.

5.1 Tutkimusmenetelmä, kohdejoukko ja aineiston keruu

Teoksessaan Teemahaastattelu Hirsjärvi ja Hurme jakavat haastattelun tiedonhankinnalliseen ja terapeuttiliseen haastatteluun. Terapeuttilista haastattelua käytetään hyvin paljon psykiatrisessa hoitotyössä, koska sillä pyritään vaikuttamaan muutosvoimaisesti haastateltavan asenteisiin ja käyttäytymiseen. Lisäksi he ovat jakaneet tiedonhankintahaastattelun vielä käytännön haastatteluun, jonka tarkoituksena on käytännön ongelmien ratkaiseminen kun taas tutkimushaastattelun tavoite on tiedon hankinta. (Hirsjärvi & Hurme 1985, 26.)

Haastattelua voidaan käyttää monenlaisissa tilanteissa aineistonkeruumenetelmänä. Erityisesti haastattelu soveltuu käytettäväksi silloin, kun tutkittava aihe on erittäin intiimi tai tunteita herättävä. Haastattelua voidaan käyttää myös silloin kun kysymyksiä pitää voida tulkita ja vastauksiin halutaan täsmennyksiä (Metsämuuronen 2006, 113).

Opinnäytetyön tarkoituksena oli keskittyä tiedonhankinnalliseen haastatteluun, sillä työ tähtäsi syvän informaation keräämiseen hoitohenkilökun-

nalta. Työssä hyödynnettiin tutkimushaastattelun periaatteita, koska tarkoitus oli tarkastella opinnäytetyön teemoja eikä niinkään etsiä ratkaisuja yksikön ongelmiin.

Opinnäytetyön aihe pohjautuu hoitajien kokemuksiin erittäin haastavassa työympäristössä, joten aiheeltaan se on intiimi. Lisäksi aineistossa haluttiin hyödyntää kuvaavia esimerkkejä, jolloin haastattelu soveltui siihen erinomaisesti. Kohdejoukko sai etukäteen nähtäväksi haastattelun teemat sekä niihin liittyvät apukysymykset, jotta aiheeseen virittäytyminen tapahtuisi jo ennen haastattelua. Itse teemat ja apukysymykset käytiin vielä yksikön yhteyshenkilön kanssa läpi ja ne vastasivat myös heidän tarpeisiinsa.

Viittä eri hoitohenkilökuntaan kuuluvaa työntekijää haastateltiin yksittäin muutaman päivän aikana. Yksikkö kartoitti halukkaiden osallistujien määrän ja järjesti haastatteluajat, joihin oli varattu aikaa yksi tunti haastattelua kohden. Haastattelut tehtiin yksilöhaastatteluina häiriöttömässä tilassa, jolloin haastateltaville luotiin mahdollisimman luottamuksellinen ilmapiiri osallistua. Haastateltaviksi päätyi lopulta hyvin erilaisia työntekijöitä, sillä osalla oli pitkä työura jo takanaan kun taas toiset olivat uransa alkumetreillä. Haastateltavina oli sekä lähi- että sairaanhoitajia.

5.2 Haastattelun menetelmät

Haastattelu voidaan jakaa kolmeen tyyppiin tutkimusmenetelmänä. Strukturoitu haastattelu on hyvin ennalta määrätty ja toteutetaan käytännössä yleensä lomake- muotoisena. Kysymykset ovat kaikille haastateltaville samat ja ne esitetään aina samassa järjestyksessä. Strukturoidulla haastattelulla saatu tieto on usein pinnallista. Työmäärä analyysivaiheessa on melko pientä. (Metsämuuronen 2006, 114.)

Avoin haastattelu, josta käytetään myös nimitystä syvä- tai vapaahaastattelu, muistuttaa lähinnä keskustelua haastateltavan ja haastattelijan välillä. Tätä menetelmää voidaan hyödyntää silloin kun käsiteltävä aihe on arka, kun tutkittavia on niukasti tai silloin kun haastateltavien kokemukset poikkeavat paljon toisistaan. (Metsämuuronen 2006, 115.)

Puolistrukturoitu haastattelu, eli teemahaastattelu, on strukturoidun ja avoimen haastattelun yhdistelmä. Siinä voidaan laatia etukäteen teemaan sopivia kysymyksiä, mutta niiden esittämisjärjestys on vapaampaa kuin strukturoidussa haastattelussa. Lisäksi kysymyksen muotoilua ei tarvitse noudattaa niin tarkasti kuin strukturoidussa haastattelussa. Myös puolistrukturoitua haastattelua voidaan käyttää silloin, kun käsiteltävä aihe on arka tai siihen liittyvien tekijöiden tiedostaminen on heikkoa. Teemahaastattelulla saatu aineisto on tyypiltään syvää ja vastaajien määrä tulee pitää melko pienenä, sillä työmäärä analyysivaiheessa voi kasvaa yllättävän suureksi. (Metsämuuronen 2006, 115.)

Omassa työssämme hyödynsimme teemahaastattelua, sillä se soveltuu ominaisuuksiltaan parhaiten omalle kohderyhmällemme eli hoitohenkilökun-

nalle. Aiheemme oli intiimi ja se käsitteli hyvin pitkälti hoitajien kokemuksia aroistakin aiheista. Halusimme myös mahdollisimman tarkkoja ja vapaasti ilmaistuja kuvauksia haastateltavien kokemuksista. Koska haastateltavien määrä oli pieni, haastattelujen tuli olla monipuolisia ja kuvailevia. Teemahaastattelun haasteena oli toisaalta myös luottaa haastateltavien kertomuksiin, mutta kokemuksemme mukaan ei kertomusten todenperäisyyttä ole syytä epäillä. Haastattelut tehtiin yhdessä ja kumpikin haastatteli vuorotellen yhden teeman. Tarvittaessa toinen pystyi tarkkailijan roolissa tarkentamaan asioita, mikäli näki sille tarvetta.

5.3 Aineiston käsittely ja analysointi

Aineiston analyysissä käytettiin deduktiivista sisällönanalyysiä. Deduktiivinen sisällönanalyysi tarkoittaa sitä, että aineiston käsittelyä ohjaa ennalta määritetty analyysirunko. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 7–8.)

Tässä opinnäytetyössä analyysirunkona toimivat haastattelun kolme teemaa. Nämä teemat ovat asiakkaan ja omaisen psyykkisen ja fyysisen tukemisen keinot sekä työn kuormittavat tekijät hoitajien näkökulmasta ja mihin hoitajat tuntevat tarvitsevansa tukea.

Deduktiivisessa sisällönanalyysissä voidaan käyttää apuna induktiivisen sisällönanalyysin periaatteita, jos analyysirunko on riittävän väljä. Induktiivisen analyysimenetelmän tarkoituksena on tuottaa analyysirunkoon sopivia kategorioita. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 8.)

Aluksi litteroimme tutkimusaineiston. Haastattelut kestivät keskimäärin noin 40 minuuttia ja litteroitua tekstiä kertyi puhtaaksikirjoitettuna 47 sivua. Luimme huolellisesti litteroidun aineiston, jonka jälkeen etsimme siitä merkityksellisiä asiakokonaisuuksia. Tämän jälkeen pelkistimme asiakokonaisuudet, eli poimimme niistä oleelliset ilmaukset. Esimerkiksi haastateltavan lauseen ”Meijän työssä täällä joutuu näitä aggressioita aikalailta kohtaan joka työvuorossa suurin piirtein” pelkistimme muotoon ”haastavat työtilanteet”.

Näitä alaluokiksi kutsuttuja pelkistettyjä asiakokonaisuuksia syntyi 24. Ryhmittelyn yläluokat syntyivät siten, että annoimme alaluokista muodostuneille kokonaisuuksille sisältöjään kuvaavan, tiivistetyn nimen. Yläluokkia muodostui kuusi. Sisällönanalyysiä ohjaamaan valitut kolme teemaa muodostivat luonnollisesti pääluokat kuvaamaan yläluokkien suurempia kokonaisuuksia.

Sisällönanalyysin valmistuttua aloimme kirjata tutkimustuloksia auki.

Myös sisällönanalyysistä syntyneet kategoriat tuotiin mukaan työhön kuvioiden 1, 2, ja 3 avulla.

6 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

Ensimmäinen tutkimuskysymys koski hoitajien käytössä olevia asiakkaan ja omaisen tukemisen keinoja, jossa näkemykset olivat melko yhteneväisiä. Toinen kysymys, eli mihin ja millaista tukea tarvitaan, toi ilmi haastateltavien monipuolisia ja jokseenkin poikkeaviakin näkemyksiä. Kolmas tutkimuskysymys painotti hoitajien kokemuksia asiakkaalle ja omaisille annetun tukemisen haasteellisuutta ja raskautta, jossa näkemykset olivat jälleen melko yhteneväisiä pieniä huomautuksia lukuun ottamatta. Kaiken kaikkiaan tutkimuskysymyksiä tarkasteltiin monipuolisesti ja hyvin erilaisista lähtökohdista, mikä rikastuttaa tuloksia.

6.1 Asiakkaan ja omaisen erilaiset tukemisen keinot

Hoitohenkilökunnan käytössä olevat tukemisen keinot on jaoteltu asiakkaan ja omaisen keinoihin (kuvio 2), sillä haastatteluissa kävi ilmi, että ne poikkeavat paljonkin toisistaan. Tärkeimmiksi keinoiksi asiakkaan kohdalla nousi tiivis ja pitkäkestoinen hoitosuhde, joka mahdollistaa luottamukselle ja asiakkaan tuntemiselle. Lisäksi vahvuudeksi koettiin laaja moniammatillinen työryhmä, josta sai uusia näkökulmia asiakkaan tukemiseen. Toisaalta moniammatillisen yhteistyön toivottiin olevan vielä avoimempaa ja tiiviimpää kun tällä hetkellä ja kommunikointia eri alojen työntekijöiden välillä toivottiin lisää. Kuntoutussuunnitelmat auttavat hoitohenkilökuntaa pitämään yhteisistä linjauksista kiinni ja lisäksi koettiin, että henkilöstöllä on runsaasti erilaisia hoitotyön keinoja käytettävissä, joilla voidaan tukea asiakasta.

Se asiakkaan tukeminen on sitä tutumpaa, se on sitä työtä mitä tehdään täällä jatkuvasti.

Omahoitajakeskustelut asiakkaan kanssa niin aina kun ollaan tekemisissä kasvokkain niin se on helppo antaa sitä tukea.

Se moniammatillinen toimii erillään liikaa et se pitäis viä olla tiiviimpää.

Jokainen niinku tekee sillä omalla tyylillensä mutta niinkun pohja on siinä kuntoutussuunnitelmassa.

Omaisten tukemisessa yleistä oli psykoedukaatio eli sairaudesta tiedottaminen useimmiten puhelinkontaktissa. Kontaktit omaisiin olivat usein satunnaisia ja hoitajat kokivat tarvitsevansa enemmän spontaaneja tapaamisia suurten ja jäykkien hoitoneuvotteluiden sijaan. Lisäksi omaisten pitkät välimatkat ja kriittinen suhtautuminen hoitoon toivat haasteita heidän riittävään tukemiseen. Toisaalta helpottavana asiana koettiin omaisten luottamus hoitoa antavaan yksikköön ja positiivinen suhtautuminen.

Haastatteluissa tuli ilmi, että omaisten kohtaamisessa sovellettiin pitkälti omia olemassa olevia taitoja ja menetelmiä eikä yksikössä ollut yhteistä

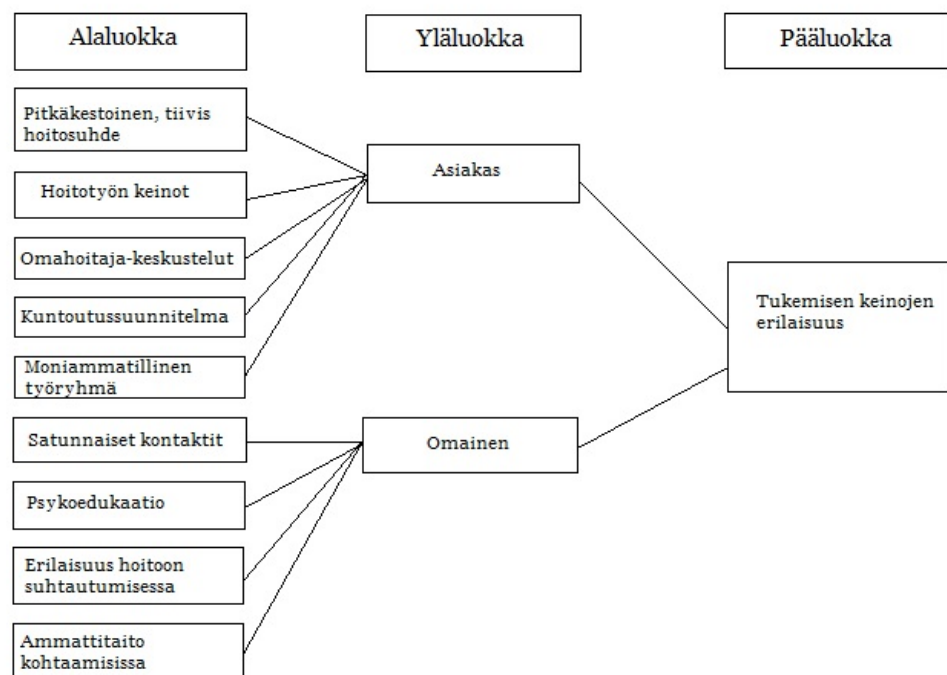
käytäntöä omaisten tukemiseen. Omaiset nähtiin keskeisenä voimavarana asiakkaan tukemisessa ja näin ollen hoitohenkilöstö koki, että omaiset ovat oleellinen tekijä asiakkaan kokonaisvaltaisen kuntoutusprosessin edistäjänä.

Asiakkaan tukeminen on sellasta konkreettisempaa ja päivittäistä ja omaisten on sit semmosta harvemmin tapahtuvaa ja irrallista kun ei ne omaiset meidän asiakkaita oo.

Enemmän semmosia luonnollisia kohtaamisia ettei olis aina tää palaverirutiini siinä taustalla vaikuttamassa.

Jos vanhemmat ei oo mukana niin se on tavallaan merkitykseton se täällä tehty työ.

Omaisten kohdalla ei niinkään oo mitään semmosia valmiita sabluunoja tai menetelmiä miten tuetaan.



Kuvio 2. Tukemisen keinot

6.2 Työntekijän tuen tarve – Mihin tukea tarvitaan?

Opinnäytetyössämme halusimme myös selvittää mihin ja minkälaista tukea yksikön työntekijät kokevat tarvitsevansa. Nämä aiheet on jaettu omiksi yläluokikseen ja alaluokkina on esiin tulleita asioita (kuvio 3). Haastattelussa ilmeni, että kohdejoukko oli hyvin yksimielinen sen suhteen, mihin he työntekijöinä tarvitsevat tukea. Toisaalta eroja ilmeni siinä, minkälaista tukea kaivataan. Tämä saattaa selittyä sillä, että kohdejoukossa oli hyvin

erilaisen ammattiuran omaavia työntekijöitä ja myös koulutuseroilla voi olla vaikutusta.

Eniten kaivattiin tukea asiakkaan perheen ja omaisten kanssa tehtävään työhön. Koettiin, että yksikössä on jo tapahtunut muutoksia perheen kokonaisvaltaiseen huomioimiseen, mutta ei kuitenkaan riittävästi. Vastauksissa toivottiin muun muassa asenteiden muuttuvan ja henkilökunnan toivottiin omaksuvan uusi ajattelutapa, jossa perhe nähdään keskeisenä voimavarana asiakkaan hoidossa. Haastattelut toivat ilmi myös sen, että osa työntekijöistä näkisi erillisen perhetyöntekijän tarpeellisena yksikössään. Toisaalta jotkut hoitajat halusivat mieluummin lisätä omaa osaamistaan kuin hankkia yhden erityistyöntekijän lisää.

On meillä vielä vähän vastaantulemista siinä että kun se on vähän ollu että kyllä me täällä nyt hoidetaan tätä, älkää te nyt häiritkö meitä.

Perhetyön merkitys on täällä ja varmasti siis ihan missä tahansa muuallakin tärkeä.

Henkilökunta tarvii tukea siihen omaisten kanssa tehtävään työhön.

Et kyllähän perhetyöntekijä ois ihan avainasemassa tän tyyppisessä työssä.

Ne tiedonkulun ongelmat lisääntyvät jos on yks ihminen kuka hoitaa sitä perhettä niin sit sen pitää kuitenkin tiedottaa meille.

Toisena merkittävänä asiana, johon kaivattiin tukea, olivat haastavat työtilanteet. Tällaiseksi luokiteltiin esimerkiksi väkivaltaiset tilanteet, joita osa hoitohenkilökunnasta kertoi kokevansa lähes päivittäin kun taas toisille ne olivat harvinaisempia. Osa haastateltavista kuvasi haastavat työtilanteet lähinnä pitkään jatkuneina ongelmina kunnollisen hoitosuhteen luomisessa ja yhdessä sovittujen pelisääntöjen noudattamatta jättämisinä.

Useat haastateltavat kuvasivat, että hoitosuhteiden alussa saattaa olla vaikeuksia luoda luottamussuhde niin omaiseen kuin asiakkaaseenkin, mikä estää kuntoutumisen etenemistä. Tämä vaihe haastateltavien mukaan saattaa joskus pitkittyä, jolloin hoitajat kokevat tarvitsevansa tukea ja uusia näkökulmia. Osa koki, että jotkut työntekijät olivat poikenneet asiakkaan hoitoa koskevista yhteisistä linjauksista, jolloin asiakkaiden osalta oli tapahtunut henkilökunnan jaottelua niin sanottuihin hyviin ja pahoihin hoitajiin.

Meidän työssä täällä joutuu näitä aggressioita aikalailta kohtaan joka työvuorossa työvuorossa suurinpiirtein.

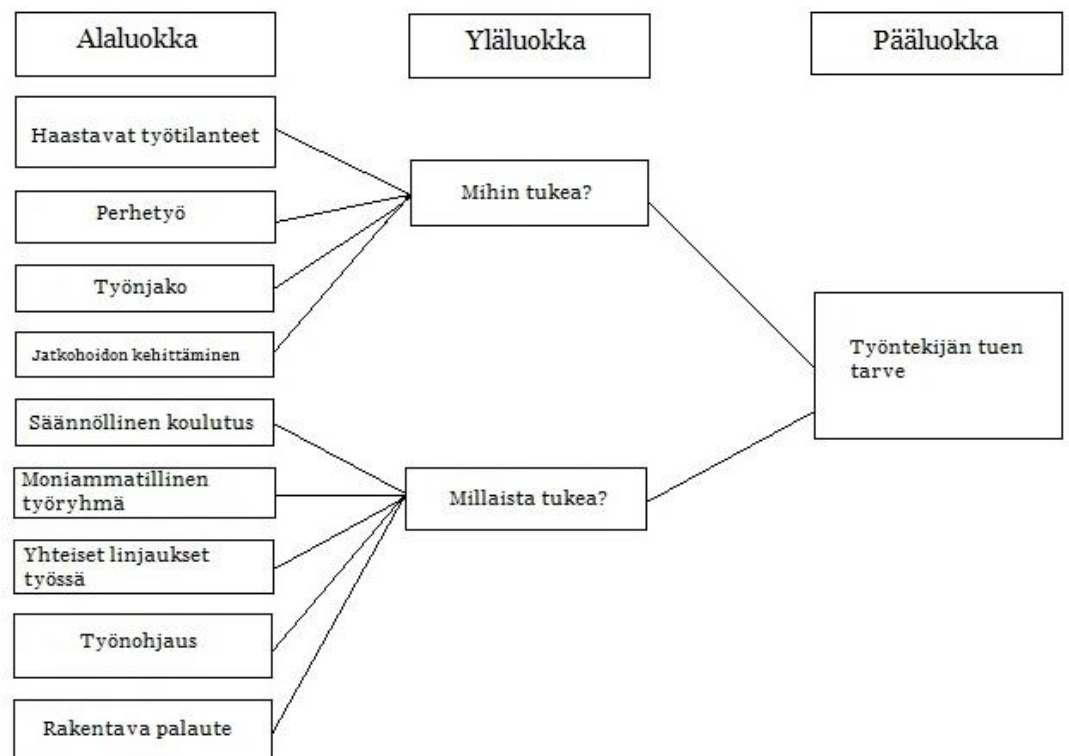
Alkuvaiheen vastakkainasettelu jatkuu kovin pitkään niin sitten se alkaa kyllä kuormittaa kaikkia osapuolia ja se estää myös sen kuntoutumisen etenemisen.

Sekä asiakkaat että omaiset kokeilee jokaisen työntekijän ja siinä on tärkeä se yhteinen linja koska muuten se peli kyllä menetetään.

Moni haastateltava koki, että jo työnjaossa tulisi huomioida ja tuntea työkaaverin vahvuudet ja heikkoudet ja sen myötä sopia kuka työskentelee kenen kanssa. Tämän ajattelun uskottiin lisäävän myös työhyvinvointia yksikössä. Ristiriitaisia näkemyksiä esiintyi siinä, onko yksikön ilmapiiri riittävän avoin tällaiselle keskustelulle.

Työnjaossa jo huomioidaan sitä vähän että kuka työskentelee kenenkin kanssa.

Haastatteluissa ilmeni myös henkilökunnan halu kehittää asiakkaan kotiuttamista tai jatkohoitoon ohjaamista. Jo hyvissä ajoin haluttaisiin rakentaa ja vahvistaa tarpeellisia suhteita ja kontakteja asiakkaalle, joita hän tarvitsee siirtyessään yksiköstä muualle. Tällä hetkellä osa haastateltavista koki kotiuttamisen ja jatkohoitoon ohjaamisen ennakoinnin vähäisenä ja toivoi, että siihen kiinnitettäisiin entistä aikaisemmassa vaiheessa huomiota.



Kuvio 3. Työntekijän tuen tarve

6.3 Työntekijän tuen tarve – Millaista tukea tarvitaan?

Kun haastateltavilta tiedusteltiin, millaista tukea he toivoisivat edellä mainittuihin aiheisiin saavansa, ylivoimaisesti eniten painotettiin työkavereilta saatua vertaistukea ja reflektoivaa keskustelua työntekijöiden välille. Tähän liittyvät myös usean haastateltavan mainitsemat pienryhmäkeskustelut, joissa on mahdollista tarvittaessa purkaa haastavia työtilanteita oman moduulin työntekijöiden kesken. Pienryhmäkeskustelut ovat työpaikalla järjestettäviä suunnitelmallisia tilaisuuksia suurempien osastokokouksien lisäksi. Haastateltavat toivoivat myös suoraa ja rakentavaa palautetta omasta työstä niin työnantajalta kuin työkavereilta, jotta työntekijällä olisi mahdollista kehittyä työssään ja tunnistaa omia kehittymistarpeitaan.

Eihän ihminen voi työssään niinkun kehittyä ellei se saa palautetta tekemästään työstä.

Se on niinkun luontasampanaakin et niinkun sen oman pienryhmän kanssa pohditaan niitä asioita.

Työnohjaus jakoi kaikista eniten näkemyksiä ja mielipiteitä haastateltavien kesken. Osa koki, että työnohjaus on ehdottoman tärkeää ja sitä pitäisi tarjota niin lähi- kuin sairaanhoitajille. Tällä hetkellä yksikössä työnohjausta saavat haastateltavien mukaan vain sairaanhoitajat. Joidenkin mielestä yksilöllinen työnohjaus koettiin tarpeettomana ja sen sijaan pienryhmissä tapahtuva työnohjaus olisi parempi vaihtoehto. Loput haastateltavista pohtivat myös työnohjauksen laatua ja sen suurta merkitystä työnohjauksen tuoksellisuuden vuoksi. Toivottiin myös, että työnohjausta saisi silloin, kun siihen koetaan olevan tarvetta, nykyisen säännöllisen työnohjauksen sijaan.

No työnohjaus tietysti on tärkeää ja sitä mä toivon kaikille meidän työntekijöille.

Jos on hyvä vetäjä ni se on mun mielestä hyvä ryhmä mut jos se vetäjä ei niinkun oikeen haltsaa sitä juttua ni se ei oikeen palvele sitä.

Tässä vähän näkyy tämmönen byrokratia tässä työnohjauksessa että sitten kun sitä saadaan ni ne murheet meni jo vuosi sitten.

Yhtä mieltä haastateltavat olivat siitä, että täydennyskoulutuksen tulisi olla säännöllistä ja työntekijöiden kehittymistarpeet huomioivaa. Jotkut kokivat, että koulutusten sisältöön ja aiheisiin on vaikea vaikuttaa, mutta suurin osa koki olevansa tyytyväinen tämän hetkisiin koulutusmahdollisuuksiin. Miltei kaikki haastateltavat olivat myös sitä mieltä, että koulutuksiin on haluttavaan aina päässyt osallistumaan.

Kyllä täällä on niinkun hyvät koulutusmahdollisuudet mun mielestä.

Yleensä koulutuksiin pääsee kyllä mutta semmoseen mitkä kokee niin kun itselle sopiviks ni ei ehkä niin kauheesti oo.

6.4 Asiakkaan ja omaisen tukemisen haasteellisuus ja raskaus

Opinnäytetyömme haastattelussa kartoitettiin myös sitä, kuinka haastavaksi ja raskaaksi työntekijät kokevat asiakkaan ja omaisen tukemisen ja mitkä asiat tuovat erityisesti tukemiseen haasteita. Nämä asiat ovat luokiteltu alaja yläluokiksi (kuvio 4). Jokainen haastateltava mainitsi, että hoidon alkuvaiheessa on hyvin haastavaa saada yhteistyö asiakkaan ja omaisen kanssa toimimaan ja luottamussuhde syntymään. Usein tähän oli syynä se, ettei asiakas tai omainen ymmärtänyt hoidon tarpeellisuutta. Haastateltavat olivat myös yhtä mieltä siitä, että omaisten negatiivinen asenne vaikuttaa todella paljon asiakkaan kuntoutumiseen. Lisäksi haasteelliseksi koettiin se, että asiakkaat ovat niin yksilöllisiä, ettei ole mitään yleistä kaavaa tai toimintaohjetta, joka sopisi kaikille.

Se ensivaihe että kun on tällöinen kauhea tilanne, et se asiakas joutuu tänne vastentahtoisesti ja riistetään tavallaan sieltä hänen elinympäristöstään ja sitten se että ku osa omaisista kyllä hyväksyy ja ymmärtää ne teot mitä asiakas on tehnyt, mut sit on semmosia omaisia, jotka kieltää ne täysin.

Ei niin kun nähdä, että omaa toimintaa pitäisi muuttaa tai koetaan, että se vika on aina ulkopuolella.

Vaikka asiakkaalla meniskin kohtuullisesti ja hän kohtuullisesti sopeutuis tänne mutku omaiset koko ajan niinku myrkyttää tätä paikkaa ja hoitajia ja näin niin sit se vaikeuttaa myös sitä asiakkaan kaa työskentelyä.

Ei niinku oikeen mitään kaavaakaan oikeen voi et toimitaan näin ja sit toimitaan näin kun ne on kuitenkin niin yksilöllisiä ne jutut.

Haastateltavat olivat yksimielisesti sitä mieltä, ettei työasioita voi täysin jättää työpaikalle. Kenenkään mielestä se ei ollut kuitenkaan ahdistava asia. Kun haastateltavilta tiedusteltiin, voivatko he tehdä työtään ammattietiikan ja arvopohjan mukaisesti, mielipiteet jakautuivat. Osa oli sitä mieltä, että voivat, osa taas sitä mieltä, etteivät omat henkilökohtaiset arvot saa näkyä hoitotyössä. Kaikki olivat kuitenkin sitä mieltä, että työyhteisössä voidaan avoimesti keskustella ja kehittää toimintatapoja siihen suuntaan, että kaikki pystyisivät tekemään töitä ammattietiikkansa mukaan.

Jos on jotain tosi tiukkoja tilanteita, niin niitä jollain tasolla käy läpi, mutta ei ne jää mua vaivaan eikä tuu uniin.

Mun mielestä se pitää ehdottomasti eriyttää ne omat arvot siitä ammattietiikasta.

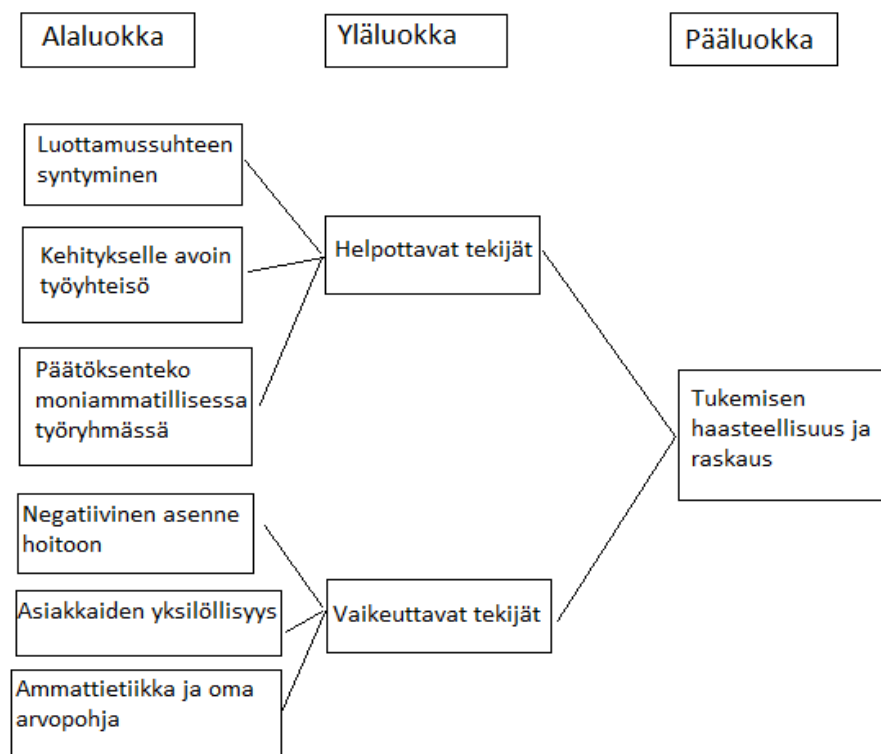
Se helpottaa, ettei joku sanele että näin pitää tehdä vaan että voidaan pohtia ja miettiä niitä keinoja ja toimintatapoja ja sellasia, et niinku ne voi sit itekin hyväksyä.

Emmää koe että mää mitenkään omaa ajattelua vastaan täällä toimin.

Yksimielisiä haastateltavat olivat myös siitä, että tukemisen haasteellisuutta helpotti se, ettei päätöksiä tarvitse tehdä yksin, vaan tukena on moniammatillinen työryhmä. Kaikki olivat sitä mieltä, että työryhmä on avoin ja siellä saa äänensä kuuluviin. Pienryhmäkeskustelut koettiin suurimpana tukemisen raskautta helpottavana tekijänä kahvipöytäkeskusteluiden lisäksi. Työkavereiden kanssa puretaan haastavia tilanteita ja saadaan uusia näkökulmia tilanteisiin. Tähän liittyen haastateltavat kokivat, että myös vaikeiden, esimerkiksi väkivaltatilanteiden jälkeen oli asiaa käyty hyvin työryhmässä läpi. Tosin osa haastateltavista mainitsi, että vahvat persoonat pystyvät vaikuttamaan siihen, pidetäänkö jälkikeskustelua vai ei.

Se on semmonen helpottava tekijä (moniammatillisuus), että itse ei tarvii sitten hoitajana tehdä yksin isoja päätöksiä.

Pienryhmäpalaveri on hyvin tärkeä paikka että puretaan joidakin asioita.



Kuvio 4. Tukemisen haasteet

7 POHDINTA

Tässä luvussa tarkastellaan laajemmin haastatteluiden tuloksia ja miten niihin on päädytty. Lisäksi tämä luku sisältää työn eettisyyden ja luotettavuuden arviointia sekä teoreettista aineistoa aiheesta. Luvun lopussa esitellään kehittämisehdotuksia, jotka perustuvat haastatteluiden tuloksiin. Viimeisessä kappaleessa kuvataan opinnäytetyöprosessia työntekijöiden näkökulmasta ja millaisena se on koettu.

7.1 Tulosten tarkastelu

Tuloksia on tarkasteltu tekemällä johtopäätöksiä luokitteluiden avulla sekä tarkastelemalla yksittäisiä vastauksia ja niissä esiin tulleita ilmaisuja. Haastattelijat eivät suinkaan ole olleet yksimielisiä vastauksissaan ja kokemuksissaan, mutta se seikka on otettu tulosten tarkastelussa huomioon mainitsemalla siitä. Johtopäätöksiä luotettavuutta on vahvistettu esittämällä aiheisiin liittyviä tuoreita tutkimustuloksia, jotka tukevat niin haastateltavien kokemuksia kuin omia päätelmiämme.

Kaikki haastatteluihin osallistuneet työntekijät olivat yhtä mieltä siitä, että omaisen ja asiakkaan tukeminen eroavat paljon toisistaan. Lisäksi yhtä mieltä oltiin siitä, että omaisten tukeminen koettiin haasteellisemmaksi. Asiakkaan tukemista moni haastateltava kuvasi tutuksi ja siihen on myös saatu suhteellisen riittävästi koulutusta. Mielenkiintoinen seikka on myös se, että haastateltavien oli helpompi luetella asiakkaan tukemisen keinoja, kun taas kysyttäessä omaisen tukemiseen liittyviä keinoja vastaukset olivat enemmän pohdiskelevia.

Haastatteluihin osallistuneet kokivat, että omaisen ja perheen huomioiminen ei ole varsinaisesti kuulunut aina hoitotyön kulttuuriin vaan siihen on vasta viime vuosina kiinnitetty huomiota. Haastateltavat myös toivoivat vielä enemmän asenteissa tapahtuvia muutoksia työpaikallaan liittyen nimenomaan perheen ja omaisten huomioon ottamiseen. Tämän vuoksi aiheeseen sopivat koulutukset ja osaamisen kehittäminen ovat erittäin perusteltuja. Positiivista oli myös se, että henkilökunnalla löytyy haastattelujen perusteella valtavasti halukkuutta kehittää tätä osa-aluetta ja näin ollen myös vaikuttaa hoitotyön laatuun työpaikallaan. Vastaavanlaisia tuloksia on myös saatu vuonna 2007 tehdyssä Tuija Lindbergin tutkimuksessa mielenterveyspotilaiden läheisten tuen saanti psykiatrisessa hoitotyössä.

Koska haastateltavana oli joukko hyvin erilaisia työntekijöitä, ilmeni myös jonkin verran eroja sen suhteen, mihin haastateltavat kokevat tarvitsevansa tukea. Kaikki haastateltavat olivat kuitenkin samaa mieltä siitä, että omaisen tukemiseen tarvitaan koulutusta ja jonkinlaista yhteistä toimintamallia. Tällä hetkellä työntekijät soveltavat olemassa olevia ammatillisia taitojaan ja menetelmiään mutta sen riittävydestä ollaan epävarmoja.

Kaikki haastateltavat kokivat myös, etteivät tällä hetkellä pysty tukemaan omaisia tarpeeksi. Tämä kuitenkin selittyy myös osittain sillä, että omaisilla voi olla pitkät välimatkat yksikköön ja oman arjen sovittaminen läheisensä

hoitoon voi olla heille haastavaa. Samanlaisia tuloksia oli esitelty myös omaisten näkökulmasta Minna Auran vuonna 2008 tekemässä tutkimuksessa, jota käsiteltiin kappaleessa perhekeskeisen hoitotyön tuloksellisuus.

Työnjaollisiin asioihin haastateltavat kertoivat olevansa tyytyväisiä. Jonkin verran tuotiin myös ilmi miesten ja naisten välisiä eroja esimerkiksi väkivaltilanteissa yksikössä. Useimmiten miespuoliset hoitajat ovat osallisina näissä tilanteissa, mikä sai haastateltavat pohtimaan tasa-arvollisia seikkoja. Lisäksi haastatteluissa oli eroavaisuuksia siinä, onko yksikön työilmapiiri sellainen, että oman jaksamisen ja tuen tarpeen voi ilmaista myös työkaverille. Osa koki työilmapiirin erinomaisena ja loput kokivat, että ääntään on vaikea saada kuuluviin vahvojen persoonien vuoksi.

Yhteisten hoitolinjausten kiinni pitämisessä nähtiin jonkin verran puutteita, toisaalta osa ei kokenut asiassa mitään siihen viittaavaa. Tämä voi selittyä joidenkin työntekijöiden kokemuksilla, joissa asiakas on jakanut hoitolinjauksista poikkeavat hoitajat hyväksi ja säännöistä kiinnipitävät hoitajat huonoiksi. Jatkohoidon kehittäminen koettiin myös tärkeäksi ja siihen haluttaisiin panostaa entistä enemmän.

Ilmeni, että tukea oman työn tekemiseen halutaan melko yhteneväisillä keinoilla. Rakentava palaute niin esimiehiltä kuin työkavereiltakin koetaan erittäin tärkeänä ja sitä toivottaisiin enemmän. Myös moniammatillinen työryhmä koetaan tukena oman työn tekemiselle, mutta sen heikkoutena ilmeni, ettei kaikkien erityistyöntekijöiden työnkuvaa välttämättä tunneta riittävän hyvin tai asiakkaan kanssa tehdystä työskentelystä ei tiedoteta riittävästi. Isoherrasen (2012) väitöskirja osoittaa, että moniammatillisen osaamisen hyödyntämiseen tarvitaan erityisesti hyviä dialogisia keskustelutaitoja sekä reflektiivistä arviointimenetelmää.

Säännöllinen koulutus koettiin tärkeäksi keinoksi oman työn kehittämiseksi ja kiitosta annettiin koulutukseen osallistumisen helppoudesta. Toisaalta toivottiin, että koulutusteemoihin voitaisiin vaikuttaa entistä enemmän, jolloin koulutus voidaan parhaalla mahdollisella tavalla kohdistaa juuri työntekijöiden tarpeisiin. Työryhmän saama työnohjaus koettiin tehokkaampana menetelmänä kuin yksilöllisesti saatu työnohjaus, mikä viittaa vahvasti yhteistyöllä tehtävään työhön. Myös työnohjauksen laadusta ollaan hyvin tietoisia ja yksikössä on niin tietämystä kuin kokemusta siitä, minkälainen työnohjaus parhaiten heitä palvelee.

Hoidon alkuvaiheet koettiin kaikkein haasteellisimmaksi ja raskaimmaksi useimmiten sen vuoksi, että hoitosuhdetta ei ollut vielä ehditty muodostaa asiakkaaseen ja myös omaisten hätä oli suuri. Varsinkin vastentahtoisella hoidolla on suuri merkitys niin omaisen kuin asiakkaan hoitoon suhtautumiseen ja sitoutumiseen. Lisäksi asiakkaiden yksilölliset tekijät koettiin alkuvaiheessa kuormittavana, sillä se vaatii hoitohenkilökunnalta aina erityistä perehtymistä eikä näin ollen valmiita toimintamalleja pystytä suoraa hyödyntämään. Osa pystyi hyväksymään kuormittavan tilanteen osana työtään, toisaalta osa haluaisi kehittää osaamistaan, jotta tilanne olisi vähem-

män kuormittava. Erityistä ahdistusta esimerkiksi vapaa-ajalla tällaiset työtilanteet eivät herättäneet. Työn kuormittavuutta vähensivät erityisesti pienryhmissä tapahtuvat keskustelut sekä myös helposti lähestyttävien työkave-
reiden kanssa tapahtuvat satunnaiset keskustelut. Moniammatillisen työryh-
män tuki koettiin edelleen helpottavana tekijänä.

7.2 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Kvalitatiivisen eli laadullisen tutkimuksen aineistoa voidaan hankkia monilla eri tavoilla. Erilaisia keinoja ovat esimerkiksi haastattelu, tutkittavien kirjoittamat esseet, keskustelut tai tutkijan tekemä havainnointi. Kvalitatiivisella tutkimuksella ei pyritä yleistettävyyteen, kuten määrällisellä eli kvantitatiivisella tutkimuksella. Tämän vuoksi kvalitatiivisen tutkimuksen periaatteena on hankkia aineisto sieltä, missä tutkittava ilmiö esiintyy. (Nieminen 2006, 216.)

Kvalitatiivisen tutkimuksen tarkoituksena on kuvata ilmiötä mahdollisimman monipuolisena, joten satunnaisotanta palvelee parhaiten tutkimusta. Tästä huolimatta tulisi tutkimukseen valita sellaisia henkilöitä, jotka vapaaehtoisesti haluavat siihen osallistua ja kykenevät ilmaisemaan itseään riittävästi valitun tutkimusmenetelmän mukaan. (Nieminen 2006, 216–217.)

Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida sen mukaan, kuinka todenperäisesti haastateltavat ovat vastanneet. Joskus haastateltava voi muistaa asioita väärin, jättää olennaisen asian kertomatta tai tarkoituksella vääristää totuutta. Tämän vuoksi haastattelijan on jatkuvasti arvioitava kertomusten paikkansapitävyyttä. (Nieminen 2006, 216–217.)

Haastattelulla kerätyn aineiston analyysissä haastateltavien ilmaisut jaotellaan kategorioihin, jolloin haastattelijan täytyy kertoa raportissaan miten kyseisiin kategorioihin on päädytty ja perustella ne. Luokittelun uskottavuutta voidaan lisätä käyttämällä suoria lainauksia haastatteluista (Nieminen 2006, 216–217.)

Olellisena osana tutkimuksen luotettavuutta täytyy huomioida haastattelijan ennakkokäsitykset haastateltavasta aiheesta ja onko haastattelijalla riittävä tietoperusta. Virheellinen tai puutteellinen tieto voi ohjata tutkimusta väärään suuntaan, jos haastattelija ei osaa kysyä tutkimuksen kannalta oleellisia kysymyksiä. Teemahaastattelun strukturoimattomuuden vuoksi siinä korostuu haastattelijan haastattelutaitojen merkitys. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.)

Tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttaa myös se, minkä periaatteen mukaan tutkittavat on valittu. Koska hoitotieteelliseen tutkimukseen on suhteellisen helppo löytää haastateltavia, tulisi heihin kiinnittää entistä enemmän huomiota. (Nieminen 2006, 216–217.)

Tutkimuksen eettisyys on erityisen tärkeää varsinkin inhimillistä toimintaa tutkivissa aiheissa, kuten esimerkiksi hoitotieteessä, ja haastattelija on itse vastuunsa tutkimuksensa eettisyydestä. Haastattelijan tulee pitää huolta

haastateltavien suojaamisesta, jotta koko tutkimuksen ajan ja vielä sen jälkeenkin haastateltavalle ei koidu minkäänlaista harmia tutkimukseen osallistumisesta. Haastateltavalla on myös oikeus vetäytyä tutkimuksesta koska tahansa ja tutkimuksesta saadun hyödyn on oltava suurempi kuin siitä koituvien haittojen. (Vehviläinen-Julkunen 2006, 26–27.)

Haastattelijalla on myös tiedonhankinnallinen vastuu koko tutkimuksen ajan. Haastattelijan tulee olla tietoinen tutkittavasta aiheesta ja varmistettava, että käytössä oleva tieto ei ole vanhentunutta. Tutkimustulokset on myös esitettävä neutraalista näkökulmasta eikä tutkimustuloksiin saa vaikuttaa haastattelijan omat arvot tai mielipiteet. (Vehviläinen-Julkunen 2006, 26–27.)

Haastateltavat saivat ennen osallistumistaan saatekirjeen, jossa haastattelijat kertoivat opinnäytetyön tarkoituksesta ja siitä, kuinka se tullaan toteuttamaan. Ennen haastatteluja haastateltavilta pyydettiin allekirjoitus suostumuksestaan erilliselle kaavakkeelle ja heille kerrottiin heidän oikeudestaan vetäytyä koska tahansa.

Haastattelut haluttiin tehdä eri päivinä, jotta edellisessä haastattelussa ilmi tulleet asiat eivät liikaa ohjailisi omaa keskustelua, näin ollen pysyimme keskittymään neutraalisti aina jokaiseen haastatteluun. Haastattelut nauhoitettiin, litteroitiin ja tuhottiin analysoinnin jälkeen haastattelijoiden toimesta.

Haasteena oli, että haastateltava joukko oli suhteellisen pieni yksikön henkilöstön määrään nähden. Koska haastattelut tehtiin yksikössä haastateltavien työajalla, ainakin samassa työvuorossa olleet työntekijät tiesivät, kuka haastatteluun on osallistunut. Toisaalta haastattelut tehtiin täysin häiriöttömässä tilassa ilman ulkopuolisia.

Haastateltavien vastaukset olivat monipuolisia ja toivat erilaisia näkökulmia ilmi. Haastattelijoiden näkökulmasta haastatteluista välittyi rehellinen ja avoin ilmapiiri.

Haastattelujen analysointia helpotti, että tarkennetut kysymykset pystyttiin tekemään jo haastatteluja tehdessä. Näin ollen tulkinnan varaa ei jäänyt vaan asioihin oli saatu tarkennus jo haastattelun aikana. Koska käytössä ei ollut strukturoitua haastattelua, oli haastavaa pitää keskustelu sovituisissa teemoissa. Jälkikäteen ajatellen oli hyvä, että haastattelijoina oli kaksi, sillä siihenkin asiaan voitiin kiinnittää enemmän huomiota. Haastateltaville haluttiin luoda mahdollisimman luottamuksellinen ja rento ilmapiiri, mikä onnistui niin, että haastattelut tehtiin pyöreän pöydän ääressä. Tällöin oltiin samalla tasolla eikä jyrkkää vastakkainasettelua tullut, koska tarkoitus ei ollut pitää kuulustelua haastateltaville.

7.3 Kehittämisehdotukset

Kehitysvammaisten asiakkaiden yksilöllisten tarpeiden huomiointi on entistä tärkeämpää hoitoalalla ja tietoisuus omaisten merkityksestä hoidon onnistumiselle on lisääntynyt. Jotta voitaisiin tarjota mahdollisimman laadukasta ja monipuolista hoitoa, on tärkeää kartoittaa olemassa olevia keinoja sekä kehittämiskohteita. Lisäksi työntekijöiden jaksamisella ja vaikuttamismahdollisuuksien lisäämisellä on merkitystä myös potilastyöhön.

Haastatteluissa korostui erityisesti perhetyön näkökulma, joka koettiin kehittämisen arvoiseksi asiaksi yksikössä. Perhetyötä oli jo yksikössä alettu kehittää ja myös jonkin verran muutoksia oli tapahtunut hoitohenkilöstön asenteissa sitä kohtaan. Tulevaisuudessa voisikin syvemmin tarkastella kuinka hyvin perhetyön näkökulmaa yksikössä on onnistuttu kehittämään ja kuinka henkilökunnan asenteet ovat muuttuneet.

Yksikön toiveiden mukaan voitaisiin laatia myös yhteiset ohjeet siitä, miten perhetyötä yksikössä toteutetaan.

Toisaalta työn kuormittavuuden vuoksi yksikössä voitaisiin tarkastella enemmän myös työhyvinvointiin ja työilmapiiriin liittyviä tekijöitä, sillä näkemykset näistä asioista jakautuivat haastatteluissa.

Moniammatillisen työryhmän mahdollisimman tehokkaan hyödyntämisen vuoksi olisi tärkeää, että jokainen työntekijä tuntee työryhmän jäsenten toimialan. Yksikössä voitaisiin esimerkiksi osastotunneilla esitellä moniammatillisen työryhmän toimijoiden alueita ja työnkuvaa sekä pohtia hoitotyön näkökulmasta, miten heitä pystytään mahdollisimman paljon hyödyntämään.

Opinnäytetyö esitellään toimeksiantajan osastokokouksessa yksikön työntekijöille sekä myös toimialueen muille osastonhoitajille ja erilliselle koulutustyöryhmälle.

7.4 Opinnäytetyöprosessi

Opinnäytetyöprosessi on ollut todella haastava mutta mitä pidemmälle sen olemme saaneet, sitä helpommalta se on tuntunut. Olemme oppineet järjestelmällisyyttä ja ymmärtäneet aikataulutuksen tärkeyden. Haastavinta koko prosessissa oli päästä alkuun ja rakentaa teoreettista pohjaa työllemme sekä laatia teemahaastattelu haastateltavia varten.

Välillä tuntui, että ei oikein tiedä, mitä olemme tekemässä. Aiheemme on melko erityinen, minkä vuoksi aineistoa oli myös haastavaa löytää. Tutkittua tietoa aiheestamme ei juuri ole, mutta halusimme silti käyttää mahdollisimman tuoreita lähteitä, ja tässä olemme mielestämme onnistuneet. Sovelsimme myös aiheitamme riittävästi sivuavia tuoreita tutkimuksia aina, kun siihen oli mahdollisuus.

Mukavinta työssä olivat haastattelut ja niiden analysointi. Yhteistyömme toimi hyvin ja näkemyksemme vain täydensivät toisiaan. Koemme, että yhdessä tehty opinnäytetyö on rikkaampi kuin jos olisimme tehneet sen yksin. Yhteistyö yksikkömme kanssa on sujunut hyvin ja saimme matkan varrella paljon ohjausta ja kannustusta heidän puoleltaan. On ollut ilo tehdä työ joka on haluttu ja se on auttanut jaksamaan vaikeimpina aikoina.

LÄHTEET

Aaltonen, J. 2009. Perheterapiat. Duodecim. Viitattu 10.12.2015. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=onn00102

Asikainen, P. 2015. Toiminnallisia menetelmiä ja työvälineitä lastensuojelun perhetyössä. Uusperheneuvojakoulutus. Viitattu 04.02.2016. http://www.uusperheneuvoja.fi/wp-content/uploads/2014/11/Asikainen-Pirjo_Toiminnallisia-menetelmiaja-tyovalineitalastensuojelun-perhetyossa.pdf

Aura, M. 2008. Aikuispotilaiden läheisten kokemuksia hoitotyöntekijöiltä saadusta tuesta. Tampereen yliopisto. Hoitotiede. Viitattu 04.02.2016. <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/80372/gradu03374.pdf?sequence=1>

Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. Hoitotiede 11 (1), 5.

Erityishuolto-ohjelma. n.d. Kehitysvammaisten tukiliitto ry. Viitattu 08.09.2015. <http://www.kvtl.fi/fi/lakineuvonta/aihealueet-aakkosittain/palvelut-ja-tukitoimet/erityishuolto-ohjelma/>

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 1985. Teemahaastattelu. 3. Painos. Helsinki: Kyriiri Oy.

Hongisto, V., Repo, A. & Björkman, P. 2008. Mieli myllertää- opas kehitysvammaisen ihmisen mielenterveyden tukemiseen. Helsinki: Kehitysvammaisten tukiliitto ry.

Iivanainen, Matti. 2009. Kehitysvammaisuus. Viitattu 29.09.2015. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=seh00131

Isoherranen, K. 2012. Uhka vai mahdollisuus – moniammatillista yhteistyötä kehittämässä. Helsingin yliopisto. Sosiaalitieteiden laitoksen julkaisuja 2012:18. Viitattu 24.01.2016. <https://helda.helsinki.fi/handle/10138/37493>

Kieseppä, T. & Oksanen, J. 2013. Psykoedukaatio psykoosien hoidossa ja kuntoutuksessa. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. Viitattu 04.02.2016. <http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo11273.pdf>

Koskentausta, T. 2011. Suojatoimenpidekäsikirja. Eteva kuntayhtymä. Lahti: Esa Print Oy.

Laki kehitysvammaisten erityishuollosta. 23.6.1977/519. Viitattu 08.09.2015. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1977/19770519>

Laki vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista. 3.4.1987/380. Viitattu 08.09.2015. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1987/19870380>

Larivaara, P., Lindroos, S. & Heikkilä, T. (toim.) 2009. Potilas, perhe ja perusterveydenhuolto. Duodecim. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Lindberg, T. 2007. Mielenterveyspotilaiden läheisten tuen saanti psykiatriassa hoitotyössä. Tampereen yliopisto. Hoitotiede. Viitattu 24.01.2016. <http://tampub.uta.fi/handle/10024/78498>

MAPA-Finland haastavan käytöksen ehkäisy ja turvallinen hoito. 2012. Mapa-Finland ry. Viitattu 08.09.2015. <http://www.mapafinland.fi/toiminta>

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

Mielenterveyslaki. 11.12.2009/1066. Viitattu: 08.09.2015. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>

Miksi itsemääräminen ei toteudu? 2015. Kehitysvamma-alan verkkopalvelu. Viitattu 09.09.2015. <http://verneri.net/yleis/miksi-itsemaaraaminen-ei-toteudu>

Miten tukea itsemääräämistä? 2015. Kehitysvamma-alan verkkopalvelu. Viitattu 09.09.2015. <http://verneri.net/yleis/miten-tukea-itsemaaraamista>

Männynsalo, L., Putkonen, H., Lindberg, N. & Kotilainen, I. 2009. Forensic psychiatric perspective on criminality associated with intellectual disability: a nationwide register-based study. Journal of Intellectual Disability Research, 53: 279–288. Viitattu 24.01.2016. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2788.2008.01125.x/abstract>

Nieminen, H. 2006. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Helsinki: WSOY, 215–221.

Papinsaari, S. 2014. Lapsen syntymä. Kehitysvamma-alan verkkopalvelu. Viitattu 11.12.2015. <http://verneri.net/yleis/lapsen-syntyma>

Perhe hoivan antajana. 2015. Kehitysvammaliitto. Viitattu 11.12.2015. <http://www.kehitysvammaliitto.fi/suomeksi/tutkimus/tutkimushankkeet/ai-kaisemmat-tutkimushankkeet/perhe-hoivan-antajana/>

Rahkjärvi, P. 2009. Pakkotoimenpidekäsikirja. Ylisen hoiva- ja kuntoutuspalvelut. Lahti: Esa Print Oy.

Rantala, A. 2002. Perhekeskeisyys - puhetta vai todellisuutta? Työntekijöiden käsitykset yhteistyöstä erityistä tukea tarvitsevan lapsen perheen kanssa. Jyväskylän yliopisto. Viitattu 14.12.2015. <https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/25455/9789513940447.pdf?sequence=1>

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. KvaliMOTV – Menetelmäopetuksen tietovaranto. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Viitattu 04.02.2016. http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L3_3_1.html

Salo, S. & Kauppi, A. 2014. Vahvuutta vanhemmuuteen- hanke. Mannerheimin lastensuojeluliitto. Viitattu 04.02.2016. <http://www.mll.fi/mll/koulutukset/menneet-seminaarit/mentalisaatio-ja-reflektiivinen/>

Taanila, A. & Larivaara, P. 2000. Perhekeskeisen hoidon tehokkuus tutkimusten valossa. Duodecim 2000; 116: 2401-3. Viitattu 04.02.2016. <http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo91866.pdf>

Tuohikorpi, M. 2015. Psykososiaalinen kuntoutus. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. Viitattu 08.09.2015. <http://intra.sis.pshp.fi/default.aspx?nodeid=21011&contentlan=1>

Valkonen, K. 2015. Kuntoutus. Kehitysvamma-alan verkkopalvelu. Viitattu 19.11.2015. <http://verneri.net/yleis/kuntoutus>

Vehviläinen-Julkunen, K. 2006. Hoitotieteellisen tutkimuksen etiikka. Teoksessa Paunonen, M. & Vehviläinen- Julkunen, K. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Helsinki: WSOY, 26–34.

Åstedt-Kurki, P., Jussila, A-L., Koponen, L., Lehto, P., Majjala, H., Paavilainen, R. & Potinkara, H. 2008. Perheen määrittely. Kohti perheen hyvää hoitamista. Helsinki: WSOY.

TIEDOTE OPINNÄYTETYÖN HAASTATTELUSTA

Hoitajien kokemuksia kehitysvammaisen asiakkaan ja hänen omaisensa tukemisesta tahdosta riippumattomassa hoidossa

Pyydämme Teitä osallistumaan tähän opinnäytetyöhön, jossa kartoitetaan hoitajien kokemuksia kehitysvammaisen asiakkaan ja hänen omaisensa tukemisesta vastentahtoisessa hoidossa. Kyseessä olevat asiakkaat, ovat rikoksesta syytettyjä tai mielentilansa vuoksi jätetty tuomitsematta, mutta määrättyjä erityishuoltoon. Opinnäytetyömme tarkoituksena on haastatella yksikössä työskenteleviä sairaanhoitajia ja/tai lähihoitajia. Jos päätätte osallistua tutkimukseen, teiltä pyydetään suostumus opinnäytetyössä tehtävään kartoitukseen.

Haastattelun tarkoitus

Opinnäytetyössä pyritään kartoittamaan hoitajien jo olemassa olevia keinoja potilaan ja omaisen tukemiseen, työn kuormittavuutta sekä sitä, mihin hoitajat kokevat tarvitsevansa työssään ohjausta. Tavoitteena on tuoda ilmi työssä koettuja ajankohtaisia haasteita, jotta hoitotyötä kyseisessä yksikössä voidaan kehittää.

Haastattelun kulku

Tarkoituksena on hyödyntää puolistrukturoitua haastattelumenetelmää hoitajien kokemusten keräämiseen ja laatia niistä kooste. Alustavien suunnitelmien mukaan aiomme haastatella 5-8 hoitotyön ammattilaista, niin terveydenhuollon perustutkinnon suorittaneita kuin sairaanhoitajia.

Tutkimukseen osallistumisesta ei makseta palkkiota.

Haastatteluun liittyvät hyödyt ja riskit

Koemme, että tällaisella kartoituksella pystytään kehittämään hoitotyötä vastaamaan paremmin asiakkaiden tarpeisiin sekä lisäämään hoitohenkilökunnan osaamista ja hyvinvointia. Haastatteluun osallistumiseen ei liity riskejä.

Luottamuksellisuus, tietojen käsittely ja säilyttäminen

Teistä kerättyä tietoa ja tutkimustuloksia käsitellään luottamuksellisesti henkilötietolain edellyttämällä tavalla. Lopulliset tulokset raportoidaan ryhämätasolla eikä yksittäisten tutkittavien tunnistaminen ole mahdollista. Haastattelut nauhoitetaan, litteroidaan, jonka jälkeen ne hävitetään.

Vapaaehtoisuus

Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja voitte keskeyttää tutkimuksen koska tahansa syytä ilmoittamatta.

Voitte keskeyttää tutkimukseen osallistumisenne missä tahansa tutkimuksen vaiheessa ennen sen päättymistä ilman, että siitä koituu Teille mitään haittaa. Voitte myös peruuttaa tämän suostumuksen, jolloin teistä kerättyjä tietoja ei käytetä enää tutkimustarkoituksessa.

Haastattelijoiden yhteystiedot

Katariina Kantola p. 0400974820

Emmi Orava p. 0407548608