



Diak

Jari Mäenpää
Diakonia-ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja (AMK)
Opinnäytetyö, Syksy 2019

MIELENTERVEYSKUNTOUTUJA SOMAATTISESSA SAIRAANHOIDOSSA

Kokemuksia hoidosta

TIIVISTELMÄ

Mäenpää, Jari.

Mielenterveyskuntoutuja somaattisessa sairaanhoidossa – Kokemuksia hoidosta.

Syksy, 2019. 53 s., 4 liitettä

Diakonia-ammattikorkeakoulu

Hoitotyön koulutusohjelma

Sairaanhoitaja (AMK)

Opinnäytetyön tarkoitus oli selvittää, minkälaista potilaan hoito on sisätauteihin ja fyysisiin vaivoihin keskittyneillä sairaalaosastoilla, kun potilaalla on psyykinen sairaus. Keskeisesti selvitettiin hoidon eettistä toteutumista, hoidollisia haasteita ja kehitystarpeita. Opinnäytetyö toteutettiin yhteistyössä Helsingin kaupungin ja Helsingin klubitalon kanssa.

Opinnäytetyö toteutettiin laadullisena tutkimuksena, jonka tutkimusmenetelmänä käytettiin teemahaastattelua. Osallistuneet sairaanhoitajat ovat kuvanneet kokemuksiaan työntekijänäkökulmasta, kun taas kokemusasiantuntijat ovat tuoneet asiakasnäkökulman palveluiden käyttäjinä. Haastatteluihin osallistui viisi kokemusasiantuntijaa sekä kolme sairaanhoitajaa. Haastatteluilla saadun aineiston analysointimenetelmänä käytettiin aineistolähtöistä sisällönanalyysia.

Haastatteluissa kävi ilmi, että hoitojärjestelmässä psyykkisesti sairaat ovat eriarvoisessa asemassa, eivätkä he saaneet yhtä laadukasta hoitoa ja ohjausta kuin potilaat, joilla ei ollut mielenterveydensairauksia. Potilaat saattoivat jäädä hoidon ulkopuolelle, kun oireet miellettiin psyykkisestä sairaudesta johtuvaksi. Leimaamista ja ennakkoluuloja esiintyi edelleen hoitokulttuurissa ja se vaikutti muun muassa tapaan, jolla potilaasta raportoitiin työyhteisössä. Sairaanhoitajien keskuudessa mielenterveyspalveluista tiedettiin huonosti, mikä vaikutti potilaan ohjaamiseen palveluissa. Mielenterveyspalvelut koettiin lisäksi riittämättömiksi.

Palveluiden suhteen toivottiin enemmän matalankynnyksen paikkoja ja vertaistukeen perustuvaa toimintaa. Somaattisen hoidon ja psykiatrian välinen yhteistyö nähtiin haastavaksi ja hoidon jatkuvuutta ei voitu aina turvata, jolloin potilaan ajateltiin jäävän ilman palveluita. Hoitotyöhön toivottiin koulutusta liittyen sekavien ja ahdistuneiden potilaiden lääkkeettömään hoitoon. Lisäksi toivottiin tietoa ja taitoa psyykkisten sairauksien tunnistamiseen. Hoidollisten asenteiden muuttamiseen toivottiin toimenpiteitä. Ehdotuksia, millä voitaisiin parantaa suhtautumista mielenterveyspotilaisiin, oli kokemusasiantuntijoiden hyödyntäminen sekä yleisen keskustelun virittäminen mielenterveydestä ja sen vaikutuksesta.

Asiasanat: mielenterveystyö, kokemusasiantuntija, hoitotyö, kokemuksia hoidosta

ABSTRACT

Mäenpää, Jari.

Mental health patient in somatic healthcare - Experiences of treatment

Autumn, 2019. 53 p., 4 appendices

Diaconia University of Applied Sciences

Bachelor's Degree Programme in Health Care

Nurse (UAS)

The purpose of this thesis was to find out what the treatment of a patient is like in hospital wards focusing on internal medicine and physical ailments when the patient is suffering from mental illness. The thesis examines the realization of ethics of care, the challenges of nursing and developmental needs. The thesis was conducted in cooperation with the City of Helsinki and Helsinki clubhouse.

The thesis was carried out as a qualitative research using the theme interview method. Participating nurses described their experiences from a perspective of an employee while the experts by experience brought up the customer perspective as health care service users. Five experts by experience and three nurses participated in individual interviews. The interviews were analyzed by data-driven content analysis.

As results, the interviews revealed that the mentally ill patients are in an unequal position in the care system. They did not receive the same quality of care and guidance as patients without mental illness. Patients may have been excluded from treatment because the symptoms were thought to be due to a mental illness. Stigma and prejudice continued to exist in the nursing culture and influenced for example in the way the patient was reported in the work community. Among nurses the mental health services were poorly known, which affected the patient guidance. In addition, mental health services were considered inadequate.

To conclude, customers and nurses hoped for more low-threshold treatment centers and peer support groups. The cooperation between somatic care and psychiatry was seen as challenging and the continuity of the care could not always be guaranteed. In some situations, the patients might be excluded from the services. Further training in the non-medication treatment of anxious and psychotic patients was needed, as well as the knowledge and skills to identify mental illness. Measures were requested to change the nursing culture. Suggestions on how to improve the treatment of mental patients were the use of experts by experience and the promotion of a general debate on mental health and its impact.

Keywords: mental health work, experiential expert, nursing, experiences of treatment

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	4
2 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITE	5
3 MIELENTERVEYS JA HOITOTYÖ	6
3.1 Mieli ja terveys	6
3.2 Hoitotyö ja hoitaminen	8
3.3 Terveydenhuolto	10
3.4 Klubitalo ja toipumisorientaatio	10
4 TIEDONKERUU JA MENETELMÄT	12
4.1 Teemahaastattelut	12
4.2 Analysointi.....	14
4.3 Tutkimusetiikka	16
5 TULOKSET	18
5.1 Kokemuksia hoidosta.....	18
5.2 Psykkisen sairauden vaikutus	21
5.3 Hoitotyön kehittäminen	26
6 JOHTOPÄÄTÖKSET	30
7 POHDINTA	38
7.1 Jatkotutkimussuunnat ja kehitysideat	38
7.2 Eettisyys ja luotettavuus	40
7.3 Tutkimus ja oma ammatillinen kehitys.....	42
LÄHTEET.....	45
LIITE 1. Haastattelurunko1	50
LIITE 2. Haastattelurunko2	51
LIITE 3. Haastattelulupa.....	52
LIITE 4. Ennakkomateriaali.....	53

1 JOHDANTO

Mielenterveysongelmat ovat yksi merkittävimmistä kansansairauksista ja yleisin työkyvyttömyyden syy Suomessa. Väestöstä 1,5 % sairastuu johonkin mielenterveydenhäiriöön vuosittain ja joka viides sairastaa niitä tälläkin hetkellä. (Kara & Palomäki 2016, 8.) Sairaalahoidossa mielenterveysongelman vuoksi ollut kuolee keskimäärin 10–25 -vuotta aikaisemmin ja ennenaikaisen kuolemanriski on yli kaksinkertainen verrattuna terveeseen väestöön. Yleisin kuolemaan johtanut syy on jokin krooninen, somaattinen sairaus. (Partanen ym. 2015, 21.) Tutkimusten mukaan esim. skitsofreniaa sairastavat ovat muuta väestöä suuremmassa riskissä sairastua diabetekseen, metaboliiseen oireyhtymään ja sydän- ja verisuonissairauksiin (Lehtinen, 2017). Mielenterveydenhäiriöt vaikuttavat merkittävästi yksilön toimintakykyyn ja elämänhallintaan sekä koettuun terveyteen ja hyvinvointiin (Kara & Palomäki 2016, 8). Aiemmissä tutkimuksissa on havaittu, ettei mielenterveys- ja päihdeongelmainen saa fyysisiin sairauksiinsa yhtä laadukasta hoitoa kuin muut potilasryhmät. (Partanen ym. 2015, 24.)

Opinnäytetyö tehtiin yhteistyössä Helsingin kaupungin ja Helsingin klubitalon kanssa. Opinnäytetyössä kiinnitettiin huomiota hoidon eettisen puolen toteutumiseen sekä tutkittiin, minkälaista hoitoa mielenterveyskuntoutujat saavat perusterveydenhuollossa. Keskeinen tavoite oli kuvata hoitoa ja sen ongelmakohtia. Tutkimus toteutettiin teemahaastatteluina, missä haastateltiin sisätautivuodeosastolla työskenteleviä sairaanhoitajia ja Helsingin klubitalon kokemusasiantuntijoita. Kokemusasiantuntijoilla oli entuudestaan jokin psykiatrinen sairaus ja he olivat olleet somaattisessa sairaanhoidossa itse potilaina.

Opinnäytetyö toimi sen tekijälle tutustumisväylänä tutkimuskäytäntöjen ja menetelmien maailmaan. Tämä opinnäytetyö toteutettiin laadullisena tutkimuksena, jonka keskeinen tavoite oli kuvata käytännön työn haasteet hoitotyössä niin asiakkaan kuin työntekijän näkökulmasta sekä tuoda esiin ajatuksia, miten hoitotyötä voitaisiin kehittää eettisemmäksi ja asiakaslähtöisemmäksi.

2 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoitus on selvittää perusterveydenhuollossa työskentelevien sairaanhoitajien kokemuksia mielenterveyskuntoutujien hoidosta somaattisella vuodeosastolla sekä kokemusasiantuntijoiden kokemuksia terveystalouksista. Keskeisenä tutkimuskohteena on mielenterveyskuntoutujan kohtaaminen, hoidollisen tasa-arvon toteutuminen, sairaanhoitajan ammattiosaaminen ja koulutustarpeen kartoittaminen.

Keskeiset tutkimuskysymykset:

1. Millaista psykiatrisen potilaan hoito on somaattisessa sairaanhoidossa?
2. Onko hoito eettisesti tasa-arvoista ja yksilöä kunnioittavaa?
3. Minkälaisia haasteita käytännössä esiintyy?
4. Mitä voitaisiin käytännön työssä kehittää?

Tutkimuksen tavoite on selvittää, minkälaiseksi somaattisessa sairaanhoidossa työskentelevät sairaanhoitajat kokevat omat sekä työyhteisön valmiudet psyykkisesti sairaan ihmisen hoitamiseen. Kokemusasiantuntioilta halutaan selvittää, minkälaiseksi he kokevat oman hoitonsa, kun se ovat hoidossa jonkun muun, kuin psykiatrisen sairauden vuoksi. Tavoite on saada tietoa, jonka avulla voitaisiin vähentää mielenterveysongelmiin liittyvää kielteistä suhtautumista, parantaa henkilökunnan valmiuksia hoitaa ja kohdata mielenterveysongelmista kärsiviä potilaita sekä parantaa yksilöllisen ja kokonaisvaltaisen hoidon toteutumista.

Oppimisen näkökulmasta opinnäytetyön on tarkoitus opettaa sen tekijälle kriittistä tiedonhakua sekä eri tietokantojen hyödyntämistä ammatillisessa tiedonhaussa. Keskeistä on oppia opinnäytetyön tekoon liittyvät tutkimusmenetelmän ja niitä ohjaavat tutkimuseettiset ohjeet sekä niiden soveltaminen itse tutkimusprosessissa.

3 MIELENTERVEYS JA HOITOTYÖ

3.1 Mieli ja terveys

Maailman terveysjärjestön määritelmässä mielenterveys on hyvinvoinnin tila, jossa yksilö selviytyy elämään kuuluvista haasteista ja kykenee arvioimaan realistisesti omia kykyjä ja voimavaroja. (Holmberg 2016, 13) Mielenterveyden häiriintyminen vaikuttaa merkittävästi yksilön toimintakykyyn ja elämäntapaan sekä koettuun terveyteen ja hyvinvointiin (Kara & Palomäki 2016, 8). Mielenterveyshäiriöllä tarkoitetaan psyykkistä tilaa, jossa häiriöstä johtuvat oireet heikentävät ihmisen toiminta- ja työkykyä sekä rajoittavat selviytymis- ja osallistumismahdollisuuksia normaaliin elämään kuuluviin asioihin ja askareisiin. Mielenterveyshäiriöt vaikuttavat yksilön kokemaan turvallisuuden tunteeseen ja sosiaalisiin suhteisiin, altistaen syrjäytymiselle ja vähäosaisuudelle. (Holmberg 2016, 10.)

THL:n Mielenterveys- ja päihdesuunnitelmassa esiin tuodut yleisimmät mielenterveyden sairaudet ovat Suomessa ahdistuneisuus- ja paniikkihäiriöt, unihäiriöt, persoonallisuushäiriöt, masennus, psykoosisairaudet ja päihdeongelmat (Partanen ym. 2015, 13–20). Näistä vaikeimpia ja eniten toimintakykyä heikentäviä sairauksia ovat psykoosisairaudet. Arvioiden mukaan psykoosisairautta pahemmin toimintakykyä heikentävät dementia ja neliraajahalvaus. (Perälä ym. 2007, 137.) Psykoosisairauksista skitsofreniaa esiintyy Suomessa enemmän, verrattuna useisiin muihin maihin kun taas kaksisuuntaisen mielialahäiriön esiintyminen on vähäisempää. Psykoosisairauksien esiintyvyys on tutkimusten mukaan sidoksissa ikään. Yli 65-vuotiailla minkä tahansa psykoosisairauden esiintyvyys oli yleisempää suhteessa nuorempaan väestöön. (Perälä ym. 2007, 137–138.) Mielenterveys- ja päihdehäiriöitä sairastavat käyttävät normaali- väestöä enemmän sosiaali- ja terveystalvuita (Partanen ym. 2015, 50). Mielenterveyden häiriön vuoksi perusterveydenhuoltoon hakeutuvan henkilön yleisin ongelma liittyy ahdistuneisuus- tai mielialahäiriöihin. Yleisin paikka mistä apua lähdetään hakemaan, on työterveydenhuolto tai terveyskeskus. (Laiho 2015, 12.)

Pohjoismaissa tehdyssä yli 270 000 potilasta kattavassa otoksessa psykoosisairauksiin sairastuneiden ennenaikainen kuolemanriski oli 2–3 kertainen verrattuna terveeseen

väestöön. (Korkeila 2013, 2042.) Kellokosken sairaalassa vuosina 2009–2013 tehdyssä tutkimuksessa havaittiin, että skitsofrenia -tyyppisestä psykoosisairaudesta kärsivien potilaiden elimellisten ja elintapoihin liittyvien sairauksien hoidossa oli puutteita. Tutkimuksessa tehtiin yleislääketieteellisiä tutkimuksia, kokeita ja haastatteluita, minkä avulla kartoitettiin potilaiden fyysistä terveyttä, lääkehoitoa ja elintapoja. (Eskelinen 2017, 7.) Yli 80% kaikista 275 tutkitusta potilaasta oli elintapoja, jotka altistivat mm. sydän- ja verisuonisairauksille, aineenvaihdunnan häiriöille sekä ylipainolle. Lähes 90 prosentilla oli tarve fyysisen terveyden seurantaan ja tarkempaan tutkimiseen. Elintapojen lisäksi merkittävä tekijä somaattisten sairauksien synnyssä ja myöhemässä diagnosoinnissa on psykoosisairauksien lääkehoito ja potilaiden toimintakyvyn ja toiminnanohjauksen puute. (Eskelinen 2017, 39–42, 65–77, 78–80.)

Potilaan taustasta ja sairaudesta huolimatta hoitohenkilökunnan olisi otettava huomioon toiminnassaan ja hoidon tavoitteita miettiessään ammattieettiset ohjeet, huomioida hoidettavan ihmisen omat arvot, itsemääräämisoikeus, oma kokemus terveydentilasta ja toiveet hoidosta. Tätä painotetaan myös sairaanhoitajaliiton (2014) hyväksymissä sairaanhoitajan eettisissä ohjeissa ja laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (1992/785). Somaattisten sairauksien alidiagnosointiin vaikuttaa, ettei mielenterveysongelmista kärsivien oireita oteta terveydenhuollossa vakavasti tai niitä vähätellään. Lisäksi oireet voidaan mieltää mielisairauden aiheuttamiksi oireiksi eikä niitä tutkita riittävän tarkasti. Toinen vaikuttava tekijä on potilaan leimaaminen, jota esiintyy edelleen hoitokulttuurissa. Potilaan leimaamisen taustalla on usein pelko, tietämättömyys ja ennakkoluulot. Sairaus voidaan kuvitella elinikäiseksi, elämää rajoittavaksi tekijäksi, josta ei voi koskaan parantua. (Laiho 2015, 13–16; Wahlbeck & Aromaa, 2017.) Ennakkoluulot syntyvät usein ihmisten tietämättömyydestä ja vääristä uskomuksista, jotka liittyvät masennukseen ja muihin mielenterveyden sairauksiin (Wahlbeck & Aromaa, 2017). Terveydenhuollossa hoitohenkilökunnan kielteiset asenteet voivat vaikuttaa merkittävästi siihen, kuinka potilas tulee kohdatuksi ja kuinka laadukasta hoitoa hän saa (Laiho 2015, 5). Tämä voi johtaa potilaan syrjintään ja epätasa-arvoiseen kohteluun, mistä aiheutuu potilaalle merkittävää terveydellistä haittaa ja kärsimystä (Wahlbeck & Aromaa 2017). Lisäksi mielenterveyspotilaan hoito somaattisessa sairaanhoidossa koetaan usein vaativaksi ja työvälineet puutteelliseksi (Kara & Palomäki 2016, 52).

3.2 Hoitotyö ja hoitaminen

Tässä opinnäytetyössä puhutaan somaattisesta hoitotyöstä, joka tarkoittaa ihmisen fyysisiin ominaisuuksiin, kuten elimiin ja ruumiiseen keskittyntä hoitotyötä. Tätä voidaan kutsua myös sisätautiseksi hoitotyöksi. Toinen käsiteltävä hoitotyön alue on psykiatrinen hoitotyö, joka keskittyy ihmisen psyykkisiin ominaisuuksiin, toimintakykyyn ja sairauksiin. Psykiatrissa hoitotyötä kutsutaan myös mielenterveyshoitotyöksi. (Huttunen 2016, 17–18.) Hoitaminen käsitteenä on ihmiselle luontaista toimintaa, joka kohdistuu häneen itseensä tai hänen lähimmäisiinsä, kuten perheenjäseniin tai ystäviin. Ammatillisessa hoitamisessa on kyse ammattihenkilön toteuttamasta hoidosta, joka perustuu tietoon ja taitoon ja jonka päämäärä on edistää ja parantaa asiakkaan terveyttä ja hyvinvointia. Hoitotyössä huolenpito on toimintaa, jossa ihmiselle tarjotaan apua ja häntä autetaan (Kassara ym. 2005, 10–12.) Hoitosuhde on potilaan ja ammattihenkilön välinen suhde, jonka päämääränä on tukea tiedollisia ja taidollisia voimavaroja sekä auttaa potilasta hoitamaan itseään ja sairauttaan. Hoitohenkilökunnan toteuttama hoitotyö perustuu tutkittuun tietoon hoitokäytännöistä ja hoitotieteeseen. (Kassara ym. 2005, 10–11, 34.)

Hoitotyössä ihmiskäsitys muodostuu psyykkisestä, fyysisestä ja sosiaalisesta osa-alueesta. Hoitosuhteessa asiakas tai potilas tulisi nähdä näistä osa-alueista muodostuvana kokonaisuutena mikä tulisi huomioida hoidon suunnittelussa, toteutuksessa ja arvioinnissa. (Kassara ym. 2005, 36–37.) Hoitotyössä hoidon lähtökohtana on ihmisen yksilöllisyys ja ainutkertaisuus sekä elämän tarkoituksellisuus. Hoitotyö perustuu hoivaan ja huolenpitoon, mikä tarkoittaa läsnäoloa, inhimillistä kohtelua ja potilaan kohtaamista yksilönä ja tasavertaisena ihmisenä hänen elämänsä historiaansa ja kulttuuritaustansa kunnioittaen. Keskeinen tavoite hoitotyössä on kärsimyksen vähentäminen ja sairauksien ennaltaehkäisy ja hoito. Kuitenkin oleellista on, ettei hoideta vain sairautta, vaan koko ihmistä. (Peltonen & Rönkä 2014, 10–11.) Hoitotyön arvot perustuvat sosiaali- ja terveysalan ammatilliseen arvopohjaan. Toiminnan tulee edistää oikeudenmukaisuutta yhteiskunnassa, tasa-arvon toteutumista ja inhimillisyyttä elämän kaikissa vaiheissa. Ihmisen tulee saada potilaana osallistua omaa hoitoaan ja kuntoutusta koskevaan päätöksentekoon. (Kassara ym. 2005, 10–12.)

Potilaan ja hoitajan välinen vuorovaikutussuhde ja tätä kautta muodostuva yhteinen ymmärrys ovat välttämätön ja tärkeä osa toimivaa potilaslähtöistä työskentelyä. Kokonaisvaltainen, yksilöllinen ja potilaslähtöinen hoito toteutuu, kun potilaalla ja potilaan hoitoon osallistuvilla henkilöillä on yhteinen näkemys hoidon merkityksestä ja sen käytännön toteutuksesta. Mielenterveyspotilaat selviytyvät jokapäiväisessä elämässään, kykenevät löytämään keinoja ja osallistumaan oman käyttäytymisensä kontrolloimiseen ja sen harjoitteluun. (Kuhanen ym. 2010, 149, 150–151.) Kilkun (2008, 128–130, 132–133) mukaan potilaat pystyvät psykoosisairaudesta huolimatta tekemään itsenäisiä ratkaisuja oman tilanteensa ja hoitonsa suhteen, kunhan heidän ymmärryksensä asioista turvataan riittävällä tiedolla.

Hoitajan ja potilaan välistä yhteistyösuhdetta pidetään mielenterveystyön perustana. Hoitosuhteen perustuessa terapeuttiseen yhteistyöhön on hoitaja ammatillisesta koulutuksestaan ja kokemuksestaan huolimatta läsnä ihmisenä virheineen ja epätäydellisyyksineen. Muiden ihmissuhteiden kaltaisesti vuorovaikutussuhde on molemminpuolinen niin, että toisen suhteessa olevan ihmisen oleminen, sanominen ja tekeminen vaikuttavat toiseen ihmiseen. Hoitosuhteessa hoitaja käyttää itseään ja omaa persoonansa hoitotyön välineenä. Oman itsensä käyttäminen kommunikaatiossa ja vuorovaikutuksessa erottavat mielenterveyshoitotyön muista hoitotyön alueista. Keskeistä potilas-hoitajasuhteessa on läheisyyden, luottamuksen ja turvallisuuden kokemus. Kilkun haastattelemat potilaat kuvaavat, kuinka psykoosin alkuvaiheessa luottamus omaan itseen katosi. Potilaat kokivat psykoosin pelottavaksi ja hämmentäväksi tilaksi, ja heidän tarpeensa saada apua oli suuri. Avun saamiseen myös luotettiin vahvasti. (Kilku 2008,17, 74–75.)

Yhteistyösuhteen rakentumista sekä hoitajan ja potilaan välistä vuorovaikusta ohjaavat niin hoitajan kuin potilaankin omat arvot, asenteet ja ihmiskäsitys. Hoitajan toimintaa ohjaavat lisäksi eettiset periaatteet sekä taustalla lait ja asetukset. Yhteistyösuhde on aina tavoitteellinen ja sitä ohjaa potilaan yksilöllinen hoitosuunnitelma. (Kuhanen ym. 2010, 152.)

3.3 Terveydenhuolto

Terveydenhuolto jaetaan perus- ja erikoissairaanhoidon ja lisäksi siihen sisältyy terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen. Perusterveydenhuollon järjestäminen on kuntien tehtävä ja palveluista säädetään terveydenhuoltolaissa (L 1326/2010).

Perusterveydenhuollon tehtävänä on väestön terveyden seuranta ja edistäminen sekä siihen liittyvien terveystarkastusten ja neuvonnan järjestäminen. Perusterveydenhuollon palveluita ovat mm. terveyskeskus, työterveys, päivystys, kotisairaanhoido, kuntoutus ja suun terveydenhuolto. Mielenterveys- ja päihdepalvelut kuuluvat perusterveydenhuollolle niiltä osin, mitä erikoissairaanhoido tai sosiaalihuolto eivät järjestä. (THL 2016. 5.)

Erikoissairaanhoidossa järjestetään somaattista sekä psykiatrista hoitoa. Hoidon järjestämisestä säädetään erikoissairaanhoidolaissa (L 1062/1989) ja terveydenhuoltolaissa (L 1326/2010). Tyypillisiä erikoissairaanhoidon palveluita ovat erikoislääkärin tekemät hoidot ja tutkimukset. Tällaisia ovat mm. kirurgiset toimenpiteet tai jonkin tietyn erikoisalnan, kuten psykiatrinen tutkiminen. (STM. Sairaalat ja erikoissairaanhoido.) Psykiatrinen erikoissairaanhoido järjestää avo- ja laitoshoido ja sen toimintaa säätelee mielenterveyslaki (1990/1116). Kiireettömään hoitoon pääsy vaatii lähetteen ja hoitoon pääsyn täytyy tapahtua tietyssä ajassa. Kiireellistä hoitoa annetaan kaikille asuinpaikkaan katsomatta eikä lähetettä tarvita. (STM. Sairaalat ja erikoissairaanhoido.)

3.4 Klubitalo ja toipumisorientaatio

Klubitalo toimii vapaaehtoisesti toimivien jäsenten ja palkatun henkilökunnan avulla. Klubitalomalli on kehitetty ensisijaisesti tukijärjestelmäksi mielenterveyskuntoutujille. Klubitalo täydentää mielenterveysalan muita palveluita ja toimii sosiaali- ja terveyspalveluiden väliin jäävällä sektorilla. Klubitalot mahdollistavat kuntoutuja jäsenille toivoa, vertaistukea ja itseluottamusta kehittävää toimintaa. He osoittavat, että psyykkisistä sairauksista voi toipua ja että klubitalojen jäsenet voivat elää normaalia elämää. (Hänninen 2016, 85.) Klubitalot toimivat siltana terveydenhuollon palvelujär-

jestelmästä yhteiskunnalliseen osallisuuteen ja arkielämään. Klubitalomalli sopii erinomaaisesti eri palveluja ja tarvealueita asiakaslähtöisesti koordinoivaksi palveluohjausorganisaatioksi, joka sovittaa yhteen eri sektorit. Keskeinen tavoite on ohjata ja tukea jäseniä omassa elämässä, opinnoissa ja työelämässä. (Hänninen 2016, 86.)

Klubitalojen on osoitettu ottavan huomioon kuntoutujajäsentensä yksilölliset toiveet ja kehitystarpeet laajemmin kuin mihin psykiatriset terveydenhuollonpalvelut pystyvät. Tutkimukset osoittavat, että mielenterveyskuntoutujat ja heidän perheensä kokevat saavansa ainoastaan psykiatrisia lääke- ja terapiahoitoja ja muut kehitystarpeet sivuutetaan. (Hänninen 2016, 29.) Klubitalo toiminta perustuu toipumisorientaatio työskentelyyn. Se on työskentelymalli, jossa toiminta ei perustu häiriö- tai diagnoosikeisyyteen, vaan salutogeeniseen lähestymistapaan. Toipumisorientaatio -mallissa ammattihenkilö toimii palvelu- ja vuorovaikutusprosessissa niin, että se lisää asiakkaan toiveikkuutta, tukee elämän mielekkyyttä ja tarkoituksellisuutta. Tarkoitus on vahvistaa jäsenen yhteenkuuluvuuden tunnetta ja osallisuutta yhteisössä. Se parantaa kansalaisoikeudellista asemaa, jolloin korostuu asiakkaan oikeus päättää ja ohjata omaa elämäänsä. (Aho 2016. 6–8.) Toipumisorientaatiossa pyritään tasavertaiseen suhteeseen asiakkaan kanssa, jonka perustana toimii keskinäinen luottamus. Perustana on asiakkaan toiveiden, tulevaisuuden suunnitelmien ja päämäärien löytäminen sekä niiden huomioiminen hoito- ja kuntoutusprosessin suunnittelussa ja toteutuksessa. (Aho 2016. 5–6.)

4 TIEDONKERUU JA MENETELMÄT

4.1 Teemahaastattelut

Opinnäytetyö on Helsingin klubitalolle tehty tutkimus, jonka tarkoitus on kartoittaa käytännön työssä esiintyviä haasteita. Tutkimusaineistoa kerättiin teemahaastattelun muodossa perusterveydenhuollossa työskenteleviltä sairaanhoitajilta ja Helsingin klubitalon kokemusasiantuntijoilta. Opinnäytetyön tulokset esiteltiin Helsingin klubitalon koulutuskeskuksen henkilöstölle ja raportti saadusta aineistosta luovutettiin heidän käytettäväkseen mahdollista hoitotyön koulutusta ja kehittämistä varten.

Teemahaastatteluihin osallistuneiden kokemusasiantuntijoiden haastattelut tapahtuivat syyskuussa 2018 Helsingin klubitalolla. Haastatteluihin osallistui viisi kokemusasiantuntijaa. Heillä kaikilla oli taustalla jokin mieliala- tai psykoosisairaus. Keskimäärin osallistujat olivat eläneet sairautensa kanssa noin 20 -vuotta. He olivat käyttäneet psykiatristen palveluiden lisäksi perusterveydenhuollon palveluita, kuten terveyskeskuksen, päivystyksen tai vuodeosaston palveluita jonkin muun, kuin psykiatrisen vaivan vuoksi. Toteutin sairaanhoitajien haastattelut Helsingin kaupungin sairaalassa. Haastattelupaikkana käytettiin osastolta löytyviä tiloja ja yleisiä hiljaisia huoneita. Haastattelut tapahtuivat 2018, lokakuun–2019, tammikuun välisenä aikana. Osallistujina olivat kolme sairaanhoitajaa, jotka olivat työskennelleet sairaanhoitajina 3–15 vuotta. Kaikilla oli työkokemusta kirurgisesta tai sisätautisesta hoitotyöstä. Kokemus psykiatrisesta hoitotyöstä oli saatu pääosin sairaanhoitajakoulutuksen aikana suoritetuista harjoitteluista. Kaksi haastatteluun osallistuneista opiskeli tai oli opiskellut lisäopintoja sairaanhoitajaksi valmistumisen jälkeen. Lisäopintoja oli käyty ylemmässä ammattikorkeakoulussa ja avoimessa yliopistossa. Lisäksi kaikki olivat osallistuneet työnantajan tarjoamiin koulutuksiin. Sairanhoitajat antoivat kirjallisen suostumuksen haastatteluun (Liite 3) ja haastatteluja varten hankittiin tutkimuslupa Helsingin kaupungilta. Tutkimuslupapäätös ja hyväksyntä kohdesairaalaan saatiin postitse 19.10.2018 ja se on voimassa vuoden myöntämispäivästä. Kokemusasiantuntijat toimivat yksityishenkilöinä, jotka antoivat kirjallisen suostumuksen haastatteluun ja sen käyttöön opinnäytetyössä (Liite 3). Kaikille osallistuneille lähetettiin ennakkomateriaali (Liite 4) sekä haastattelurunko (Liite 1 & 2) ennen haastatteluja.

Teemahaastattelu on yksi tapa toteuttaa laadullinen, eli kvalitatiivinen tutkimus. Ennen varsinaista haastattelua on tärkeää, että tutkijaksi tutustuu ilmiöstä löytyvään aiempaan, jo olemassa olevaan tietoon. Tällaista tietoa ovat mm. aiheeseen liittyvät dokumentit, muistiot, kirjallisuus ja ääninauhat. Tutkimuksen ydintiedon muodostaa tutkijaksi omien haastatteluiden, havaintojen ja kyselyjen pohjalta. Prosessi alkaa aina havainnoinnilla, jossa tutkittavaa ilmiötä tarkastellaan monesta näkökulmasta. Havainnoinnin tueksi tarvitaan tietoa, jota saadaan kirjallisuudesta ja kohde-ryhmän haastatteluista. Näin vältetään mahdolliset, tutkijan tekemät väärät johtopäätökset. Mitä useampia tiedonkeruumenetelmiä käytetään ja mitä useammin niillä saatu tieto tukee toisiaan, sitä luotettavampi tutkimus on kyseessä. (Kananen 2015, 132.)

Opinnäytetyön aineistonkeruumenetelmäksi valikoin teemahaastattelun koska menetelmä soveltuu käytettäväksi yksilö- ja ryhmähaastatteluun. Yksilöhaastattelun etuna on yksilön vapaus ilmaista puhtaasti oma mielipide ja näkemys. Ryhmähaastattelu on tehokkaampaa ajallisesti ja se voi aktivoida teemojen ympärille keskustelua ja uusia kysymyksiä, missä asia nähdään useasta eri näkökulmasta. Toisaalta ryhmätyöskentely voi jättää joidenkin osallistujien mielipiteen vähäisemmälle huomiolle ja asettaa osallistujat eriarvoiseen asemaan. Haastattelunvetäjän tulee pitää huolta siitä, että kaikki osallistujat voivat ryhmähaastattelu tilanteessa ilmaista oman näkemyksensä. Teemahaastattelun teemat eivät saa olla liian joustamattomia, vaan haastattelun täytyy perustua avoimelle keskustelulle, millä voidaan saavuttaa uutta tietoa ilmiön ympärille. (Kananen 2015, 147–150.)

Tässä opinnäytetyössä toteutin haastattelut yksilöhaastatteluina, koska halusin haastateltavien kertovan omista ajatuksista ja kokemuksista mahdollisimman avoimesti. Näin pystyin parantamaan haastateltavien anonymiteettiä. Haastatteluissa käytin valmiiksi laadittua runkoa (Liite 1 & 2). Haastattelu ei kuitenkaan toiminut strukturoidun haastattelun tavoin, vaan kysymysten tarkoitus oli ohjata haastattelun kulkua. Teemahaastattelu kulkee yleisestä kohti yksilöllistä näkemystä tutkittavasta aiheesta. Näin vältyin siltä, että kohteen liian aikainen, yksityiskohtiin keskittyvä lähestyminen jättäisi jotain oleellista huomioimatta. Eri teemoissa pystyin esittämään tarkentavia, enemmän yksityiskohtiin keskittyviä kysymyksiä, jotka täsmensivät tietoa ilmiöstä. (Kananen 2015, 150–151.) Jouduin muokkaamaan keskeisten tutkimuskysymysten pohjalta tehtyjä haastattelukysymyksiä kummallekin kohderyhmälle sopivaksi, mutta kysymysten keskeinen sisältö pidettiin samana. Kysymyksissä käsiteltiin kohtaamista,

yksilön tarpeiden huomioimista ja sitä millaiseksi kohtaaminen ja hoito on koettu. Lisäksi kummaltakin ryhmältä kysyttiin, miten hoitotilanteissa voitaisiin toimia paremmin ja minkälainen toiminta parantaisi hoidon laatua.

Kokemusasiantuntijat kertoivat kokemuksistaan terveystalveluiden käyttäjinä, kun taas sairaanhoitajien kanssa lähestyin tutkimuskysymyksiä hoidollisesta ja ammatillisesta näkökulmasta. Ennen varsinaisia haastattelukysymyksiä keskustelin haastateltavien kanssa heidän taustoistaan. Tämä käsitti heidän ikänsä ja koulutustaustansa. Lisäksi kohderyhmän mukaan keskustelin haastateltavien terveyshistoriastaan, palveluiden käytöstä tai hoitoalan kokemuksesta, koulutuksesta ja henkilökohtaisista mielipiteistä ja asenteista liittyen mielenterveyteen. Tällä tavoin pystyin varmistumaan siitä, että haastatteluun osallistuja oli sopiva haastatteluun ja muodostui laajempi kuva haastatteluun osallistuvan henkilön asiantuntemuksesta ja kokemusmaailmasta suhteessa tutkittavaan ilmiöön. (Vilka 2005. 110–111.) Taltioin tutkimusta varten tehdyt teemahaastattelut digitaalisesti, mikä helpotti haastatteluiden litterointia kirjalliseen muotoon. Äänitallenne säilytti puhujan persoonallisuuden ja puhutavan, joka antoi asiasta paljon subjektiivisemmän ja laajemman käsityksen. Nauhoitteiden purkaminen lisäsi työmäärää, mutta mahdollisti nauhoitusten sisältöön palaamisen eri vaiheissa. (Kananen 2015, 152)

4.2 Analysointi

Tutkimushaastatteluilla kerätty aineisto analysoitiin tutkimukseen soveltuvalla tavalla. Laadullisessa tutkimuksessa analysointi voidaan toteuttaa vapaammin, kuin esim. määrällisessä tutkimuksessa. Laadullisen tutkimuksen haastattelut ja tehdyt havainnot muutettiin tekstimuotoon eli litteroitiin. Litteroituna havainnot olivat vertailukelpoisia. Yhteismitallistaminen tapahtui lukemalla ja käyttämällä tilastointitaulukkoa. Näin pystyin analysoimaan tuloksia muullakin tavalla, kuin vain katselemalla. Sisällönanalyysissa pilkoin tutkimusaineistoa pienemmiksi osiksi, käsitteellistin ja lopuksi järjestin uudelleen. (Kananen 2015, 83–84.) Tavoitteeni oli saada aikaan tiivistetty kuvaus ilmiöstä, mikä voin liittää osaksi laajempaa kokonaisuutta ja aikaisempia tutkimuksia (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006).

Yhteensä haastattelumateriaalia kertyi äänitallenteina 4 tuntia, 45 minuuttia, josta muodostui litteroitua tekstiä yhteensä 22 sivua. Kirjoitusfonttina käytin Times New Roman, tekstikoko 12, riviväli 1,5. Litteroinnin jälkeen jaottelin saadun materiaalin sisällön mukaan eri luokkiin. Luokittelun keskeinen tarkoitus oli varmistaa aineiston systemaattinen läpikäyminen. Näin oli mahdollista vertailla saatua materiaalia tutkimuskysymyksiin ja teoreettiseen viitekehukseen. (Ruusuvuori, Nikander, Hyvärinen 2010, 18.) Pääluokat rajattiin neljään luokkaan, jotka olivat potilaan hoito, kohtaaminen, eettisyys sekä hoitotyön kehittäminen.

PÄÄLUOKKA	ALALUOKKA	KOMMENTTI	YDIN-SISÄLTÖ
Eettisyys Potilaan hoito	Asiakaslähtöisyys Toimintatapa	”Sitä ei oo oikeastaan otettu esiin ensinkään, sitä psyykkistä puolta. Siinä on vaan keskitytty siihen fyysiseen ongelmaan.”	Minun psyykkistä sairauttani ei huomioitu hoidossa.
Eettisyys Potilaan hoito	Asiakaslähtöisyys Toimintatapa	”Ei siin kukaa oo koskaan tullu multa kyselemää, että miltä tuntuu tai mitä mä ajattelen. Et ne on vaa keskittyny siihen fyysiseen. Mut tavallaan se on must kivaki. En mä haluakkaa edes niiku oikeastaa ruveta selittelemään mistää.”	Minun psyykkistä sairauttani ei huomioitu, enkä koe, että se olisi ollut tarpeellista.
Potilaan hoito	Toimintatapa Haastavuus	“Puhumallahan sitä yrittää ja kuuntelee sitä. Lääkitystäkin tietenkkin, jos on oikeen aggressiivinen ja sekava ja semmonen itsetuhonen. “	Kommunikoin potilaan kanssa, tarvittaessa käytän lääkinnällisiä menetelmiä potilaan hoidossa.

Esimerkki haastatteluiden taulukoinnista ja luokittelusta sekä auki kirjoittamisesta.

Ennen pääluokkiin jaottelua materiaalin sisältö oli pelkistettävä. Käytännössä taulukoin haastattelumateriaalin Exceliä hyödyntäen ja avasin sarakkeisiin, mikä oli haastateltavan kertoman keskeinen sisältö. Tässä kohtaa syntyi alaluokkia, joiden avulla pystyin määrittelemään haastatteluiden sisältöä tarkemmin. Tämä helpotti saadun materiaalin ymmärtämistä, analysointia ja teemoittelua. Haastatteluiden teemoihin jaottelussa muodostui päällekkäisyyksiä, koska teemat olivat sisällöllisesti sidoksissa toisiinsa.

ALALUOKAT	PÄÄLUOKKA
Asiakaslähtöisyys	Eettisyys
Tasa-arvo	Kohtaaminen
Toimintatapa	Potilaan hoito
Voimavara	Hoitotyön kehittäminen
Haastavuus	
Läsnäolo	
Stigma	
Tiedontarve	
Moniammatillisuus	
Työmenetelmät	
Onnistuminen	

Käytetyt ala- ja pääluokat tekstin analysoinnissa.

Litteroidessa käytin värikoodeja sen perusteella, oliko haastattelun antaja kokemusasiantuntija vai sairaanhoitaja. Kokemusasiantuntijat merkattiin punaisella ja sairaanhoitajat sinisellä. Tämä helpotti kommenttien etsimistä aineistosta ja läpikäymistä raporttia kirjoittaessa. Kun kaikki litteroitu teksti oli käyty läpi ja jaettu soveltuvien osien eri luokkiin, teksti uudelleen järjestettiin niin, että samaa aihealuetta käsittelevät kommentit ryhmiteltiin omikseen. Ryhmittely helpotti tutkimusaineistosta tehtävien havaintojen ja johtopäätösten tekoa ja toi esiin, mitkä asiat puhuttivat eniten haastateltavia. Näin pystyin selkeämmin arvioimaan, kuinka hyvin haastattelut vastasivat tutkimuskysymyksiin.

4.3 Tutkimusetiikka

Tutkimusetiikassa on kaksi keskeistä ongelmaa, jotka liittyvät tutkimuksen päämäärän moraaliseen selkärankaan sekä tapaan saavuttaa eettisesti korrekkeja tutkimustuloksia. Yksi eettinen ongelma on moraalin ylläpitäminen läpi tutkimusprosessin. Yleisestä näkökulmasta voidaan sanoa, että tutkimusetiikka tarkastelee tutkimuksen ja sen lopputuloksen moraaliin pohjautuvia, eettisiä ongelmakohtia, kuten tutkimusvilppiä, epärehellisyyttä ja tutkimuskohteen vahingoittumista tai joutumista huonoon valoon. (Mäkinen 2006, 10.) Tutkimus tulee tehdä tieteellisiäkäytäntöjä noudattaen. Tutkimustulosten tulee olla eettisesti hyväksytyjä, luotettavia ja tulosuskottavia. Jos tutkimuksen teossa paljastuu vilppiä tai välinpitämättömyyttä tieteellisiäkäytäntöjä kohtaan, asiaa tulee käsitellä tutkimusorganisaation kanssa. Käsittelyn lopputulokseen tyytymätön voi tarvittaessa pyytää asiasta lausuntoa tutkimuseettiseltä neuvottelukunnalta, jonka asettaa opetusministeriö. (ETENE 2006. 3.)

Haastattelut ja kyselyt sisältävät monia tutkimuseettisiä ongelmia, jotka tulee ottaa huomioon, että voidaan säilyttää tutkimuksen luotettavuus. Eettistä pohdintaa herättää tapa, jolla haastattelu toteutetaan, kuinka se taltioidaan, materiaali säilytetään ja käsitellään myöhemmin. Tärkeää on arvioida kysymystenasettelu sekä kysymysten sisältö, etteivät ne ohjaa haastateltavan antamia vastauksia tiettyyn, ehkä tutkijan toivomaan suuntaan. (Mäkinen 2006, 92–93.) Haastattelukysymyksiä on tärkeää testata ennen varsinaista haastattelua kriittisillä ja ulkopuolisilla henkilöillä. Tärkeää on huolehtia siitä, miten vastaajien anonymiteetti ja kerätty aineisto säilytetään. Haastatteluun on pyydettävä lupa haastateltavalta sekä organisaatiolta, jos haastattelu liittyy organisaation toimintaan. Haastateltava antaa kirjallisen suostumuksen haastatteluun ja haastattelun käyttöön osana tutkimusta. Oleellista on selvittää haastateltavalle mihin, missä ja kuka haastattelumateriaalia käyttää. Haastateltavalla on oikeus keskeyttää haastattelu ja kieltäytyä osallistumasta missä vaiheessa tahansa. (Mäkinen 2006. 93–96.)

Sosiaali- ja terveysalan tutkiminen asettaa myös omat haasteet tutkimuksen tekemiselle. Tällöin korostuu anonymiteetin säilyttäminen ja luottamus haastattelijan ja haastateltavan välillä. Tutkimuksessa on arvioitava vastaajien elämäntilanne ja osallistuminen niiltä osin, ettei haastattelu tai tutkimus heikennä tai pahenna heidän terveyttään, hyvinvointia tai sosiaalista asemaa. On myös huomioitava, että haastateltavien tunteet ja kokemukset voivat vaikuttaa suuresti heidän vastauksiinsa. (Mäkinen 2006. 111–113.)

5 TULOKSET

5.1 Kokemuksia hoidosta

Haastatteluun osallistuneilla kokemusasiantuntijoilla oli hyviä sekä huonoja kokemuksia siitä, miten heidät on kohdattu ja miten heitä on hoidettu somaattisessa terveydenhuollossa. Puolet haastateltavista olivat kokeneet, että heidän kokemiaan oireita ei ollut otettu vakavasti terveydenhuollossa tai niitä oli vähätelty sekä ajateltu niiden johtuvan psyykkisestä sairaudesta. Yleisin paikka, jossa näin oli tapahtunut, oli päivystys tai terveyskeskus.

Kerran mä menin terveyskeskukseen, mua poltti kurkkuun ihan hirveesti. Mä en tienny mikä mulla on. Nii mä menin sinne niin, nii sit ne sano, et sähän oot sieltä kuntoutuskodista, et kyl ne sua siellä auttaa, et se voi olla psyykkistäkin mitä sulla on.

Tämä oli vaikuttanut negatiivisesti henkilöiden suhtautumiseen terveydenhuoltoa kohtaan myöhemmissä hoitosuhteissa. Vähättely ja negatiivinen suhtautuminen nähtiin valtaosin tapahtuvan hoitohenkilökunnan toimesta, kun taas lääkärin kanssa asiointi koettiin usein asialliseksi. Erään haastateltavan kohdalla kävi ilmi, että oireiden vähättely olisi voinut johtaa hengenvaaralliseen tilanteeseen, kun haastateltavan soittama ambulanssi ei meinannut ottaa häntä kyytiin korkean kuumeen ja heikentyneen yleis-tilan vuoksi.

Se kundi sano mulle näin, että hei minkä takii sä et nyt lähe julkisilla? Et miks sä nyt ambulanssilla? Mä sanoin et hei! Mul on 41 astetta kuumetta, et en mä lähe tonne hortoilemaan. Sit se sano mulle, että no, kyllä se siitä menee, ku nyt vaa sairastelet ja lepäilet ton kuumeen pois, et kyl se siitä sitte. Mä olin ihan et voi hemmetti! Et hirvee kuume ja joutuu jäädä kotiin, pelottaa. Sit mä sanoin ihan vaa jotenki siinä, ku toinen jalka oli jo ulkon siit ambulanssista, et mul on muuten Leponex lääkitys. Hoo! heti Malmille! Ja sitte ne vei mut malmille ja mulla todettiin verenmyrkytys.

Tärkeäksi asiakasnäkökulmasta nähtiin hoitohenkilökunnan ammattitaito ja osaaminen, mikä loi luottamusta ja turvallisuudentunnetta. Luottamusta heikensivät tilanteet, jossa hoitaja oli epävarma tai hoitajan kertoma ja toiminta eivät tukeneet toisiaan.

Ammattitaito välillä mietityttää, kun katotaan pistämisohjeita netistä ja samalla sanotaan, että oon pistänyt näitä ennenkin.

Kaikkien sairaanhoitajien haastatteluissa nousi jonkin verran esiin leimaamisen kulttuuri, jota näkyi edelleen hoitotyössä. Yleisimmin leimaaminen näkyi hoitajien keskinäisessä viestinnässä ja raportoinnissa, mikä saattoi aiheuttaa kollegoissa ennakkoluuloja tai asenteita potilasta kohtaan ja voi vaikuttaa potilaan hoitoon. Kysyttäessä, onko asia mennyt parempaan vai huonompaan suuntaan vuosien varrella, ajateltiin että yleisellä tasolla leimaamisen kulttuuri olisi kuitenkin vähentynyt ja suhtautuminen mielenterveys sairauksiin olisi muuttunut hyväksyvämmäksi.

On varmaa muuttunut parempaan suuntaan. Jotenkin viestin perille saaminen on helpompaa. Mut toki se leima on vieläkin olemassa aika tiukasti, jos vaikka taustoja katsotaan varsinkin raportilla niin se voi olla, että se nousee sieltä vaikka ei sen takia oo tullut hoitoon. Mut se nousee jotenkin vahvasti esiin puheessa. Esimerkiks jos on joku mielenterveysdiagnoosi; skitsofrenia tai bipolaari, niin sitten hyvin usein kommentoidaan vaikka raportilla sitä, että hän oli ihan rauhallinen vaikka mun mielestä se ei mitenkään liity siihen, kun toinen on hoidossa keuhkokuumeen vuoksi.

Muutos yleisessä yhteiskunnallisessa ajattelussa ja suhtautumisessa nousi esiin kokemusasiantuntijoiden haastatteluissa. Nykyään suhtautuminen psyykkisiin sairauksiin ja suhtautuminen erilaisuuteen nähtiin avoimemmaksi ja hyväksyvämmäksi, joka erään osallistujan mielestä antoi vapauden olla enemmän oma itsensä.

On ihanaa nykyään se et saa olla enemmän oma itsensä eikä tarvii pelätä sitä, et jos mä oon vähä outo tai erilainen nii mut leimataan hulluks tai mä joudun jonnekin mielisairaalaan.

Hoitajien haastatteluissa pohdintaa herätti kuitenkin se, olisiko potilaan kannalta parempi, ettei psykiatriset diagnoosit näkyisi potilastiedoissa ja syntyisikö näin vähemmän ennakkoluuloja. Kuitenkin nämä tiedot nähtiin tärkeänä tekijänä potilaan hoidossa ja osana työturvallisuutta. Tiedot olivat tärkeitä tilanteissa, missä potilas saattoi olla aggressiivinen tai arvaamaton. Yksi hoitajista kertoi omasta suhtautumisestaan aggressiivisiin ja sekaviin potilaisiin ja siitä miten välttää ottamasta potilaan käytöstä henkilökohtaisesti ja pitää suhtautumisen ammatillisena.

Meillähän on aggressiivisia potilaita ja muutoin sekavia. On nuorta ja vanhaa. Mie en osaa ottaa mitenkään henkilökohtaisesti. Välillähän potilas purkaa kaikkea; haukkuu ja huutaa, saattaa lyödäkin ja muuta. Mutta jotenkin mä ajattelen että se potilas on sairas sillon.

Työyksiköissä psykoottiset ja sekavat potilaat hoidettiin usein työparin kanssa, mikäli mahdollista. Lisäksi kommunikointi työyhteisössä nähtiin voimavarana, jonka avulla voitiin löytää eri keinoja potilaan hoitoon hiljaisen tiedon kautta. Haastateltavat painottivat kuitenkin huomion kiinnittämistä omaan puheeseen, ettei oma tiedottaminen synnytä turhia ennakkoluuloja potilaasta työyhteisössä. Vastuun jakaminen potilaan hoidosta ja tiimityö nähtiin hyväksi ja toimivaksi tavaksi työskennellä.

Mä uskon että meillä on henkilökunnassa persoonana semmosia jotka pystyy kuitenkin sillä tavalla hyvästi, että ne sitten semmosella tiimityöllä. Vähän niin kun koko porukka huolehtii tästä potilaasta, ettei oo sitten vaan se omahoitaja.

Aggressiivisten, sekavien ja itsetuhoisten potilaiden kohdalla hoidolliseksi toimintata- vaksi nousi lääkehoito, puhuminen ja kuuntelu sekä läsnäolo, millä pyritään luomaan potilaalle turvallisuudentunnetta. Akuuteissa tilanteissa perusasioiden, kuten unen, ravinnon ja levon turvaaminen sekä omaisten tukeminen ja sosiaalipalveluiden tarjoa- minen nähtiin tärkeäksi osaksi työtä. Sekaviin, sulkeutuneisiin tai varautuneisiin poti- laisiin kontaktin saaminen vaati hoitajalta kekseliäisyyttä. Eräs sairaanhoitaja toi esiin, että yhteyden luominen on hoitajan tehtävä.

Jos en saa suoraa kontaktia potilaaseen, nii minä alan etsiä jotain muita keinoja, miten minun pitää potilasta lähestyä.

Somatiikassa haastavaksi koettiin ajan järjestäminen psyykkisesti oireleville potilaille. Usein terveydentilaltaan huonokuntoiset potilaat veivät paljon aikaa hoitajilta ja tiukat resurssit aiheuttivat keskeytyksiä esimerkiksi potilaan kanssa keskusteluun ja asioiden läpikäyntiin.

Aikalailla kun joku haluaa puhua, niin joku keskeyttää, työpari hakee töihin tai kello soi.

Kokemusasiantuntijoiden mielestä hoito ja kohtaaminen oli hyvää, kun hoitohenkilökunta oli hoitotilanteessa läsnä, kohtaaminen oli tasavertaista, ripeää mutta määrätietoista ja rauhallista. Yksi vastanneista kuvaili positiivista kokemustaan hoitojaksosta seuraavasti:

Siellä oli yks hoitaja, joka ei menettänyt hermoja ja oli koko ajan läsnä siinä tilanteessa. Se läsnäolo oli tärkeää.

Asiakasnäkökulmasta positiiviseksi nähtiin palveluiden saatavuus ja keskittäminen samaan hoitoyksikköön hoitosuhteen aikana. Tällaisia tilanteita olivat esimerkiksi, kun sairaalahoitoon oli jouduttu jonkin somaattisen vaivan vuoksi ja psyykkelääkitykseen liittyvät pitoisuus- ja seurantakokeet järjestettiin hoitoyksikköön. Kokemusasiantuntijat nostivat esiin potilaan oman asiantuntijuuden tärkeyden hoitosuhteessa, jota tulisi aina hyödyntää hoidossa.

5.2 Psykkisen sairauden vaikutus

Kokemusasiantuntijat toivat avoimesti esiin tilanteita, joissa he ovat olleet sairautensa vuoksi haavoittuvaisimmillaan. Yleensä tie psykiatriseen hoitoon oli käynyt päivystyksen kautta ja monesti heitä oli vastaanottanut tai hoitanut hoitaja, joka toimi somaattikan puolella. Psykoottiset tilat kuvattiin raskaiksi ja pelottaviksi kokemuksiksi, missä hoitoon hakeutuva toivoi henkistä tukea ja ymmärrystä hoitohenkilökunnalta. Psykkinen sairastuminen ja sen luomat tunteet puhuttivat paljon. Usein sairastumiseen ja sen alkuvaiheisiin liittyi paljon epätietoisuutta, pelkoa, ahdistusta ja toivotonmuutta. Diagnoosin saaminen toi osalle haastateltavista helpotusta ja toi toivotun selityksen asioihin.

Jotenkin silloin alkuun, kun mä sairastuin niin mä en tiennyt oikeen mikä mulla on ja olin kamalan huolestunut. Kun ennen skitsofreniaa epäiltiin alkuun, että ne oireet johtuu loppuun palamisesta. Se oli sitten valtava helpotus, kun mä sain tietää, että se onkin joku sairaus. Se jotenkin helpotti, kun sai tietää siitä. Jotenkin se tieto siitä silloin alkuun oli mennyt ohi.

Yksi haastatteluun osallistunut kokemusasiantuntija kuvaili omaa sairastumistaan ja hoitoon joutumista kaiken loppumisena ja unelmien särkymisenä mikä kadotti elämän mielekkyyden ja josta selviytyminen vaati oman tilanteen hyväksymistä.

Aluks ku mäki jouduin sairaalaan ja mä tällä taval tajusin, et must ei tullu mitään. Mä en saanukkaan sitä omakotaloo, kultastanoutajaa, rikasta miestä ja kahta mukulaa ja musta ei tullukkaa mitää insinöörii. Nii sen ku oppii hyväksymää. Sen että nyt tilanne on tää ja nyt täytyy löytää se mielekkyys siihen elämään näillä palikoilla mitä nyt on. Nii se on suuri voitto. Se on suuri voitto et sä opit hyväksyy sun tilanteen.

Sairastuminen ja sen kanssa elämään oppiminen vaikutti pitkältä prosessilta, johon säilyi paljon henkistä kuormitusta. Ulkopuolisten ajatukset ja suhtautuminen olivat merkittävässä roolissa ja haastatteluissa nousi esiin terveydenhuollon ammattihenkilön tiedon jakamisen tärkeys potilaalle hänen sairaudestaan, sekä ymmärrys ja tuen tarjoamisen merkitys. Sairaanhoidajilta kysyttäessä, millaiset valmiudet koulutus on antanut mielenterveyskuntoutujan kohtaamiseen, jakoi tämä mielipiteitä. Yksi hoitajista koki, että sairaanhoidajakoulutuksessa oli hyvin tarjolla opetusta koskien mielenterveystyötä. Toinen haastateltavista oli sitä mieltä, että opetusta oli vain vähän tarjolla suhteessa muuhun opetukseen. Kolmannen mielestä opetus jakautui sen mukaan, miten opiskelija halusi ottaa syventävät opinnot ja kiinnostuneille oli enemmän opetusta tarjolla. Hänen itsensä kohdalla hän ajatteli, että mielenterveystyön opetusta oli riittävästi. Pääosin kokemus mielenterveystyöstä oli saatu opintojen ja työharjoitteluiden kautta. Työkokemuksen kautta saatua osaamista koki saaneen vain yksi haastateltava. Muut eivät pitäneet käytännössä oppimaansa varsinaisena psykiatrian osaamisena, vaan tilanteista yritettiin selviytyä parhaalla mahdollisella tavalla ja usein omat valmiudet ja keinot koettiin vähäisiksi.

Välillä kun on semmosia graavimpia tapauksia ja jotenkin niin psykoottisia meidän mielestä että välillä tuntuu, että ne omat keinot on vähän vähissä.

Sairaanhoidajilta kysyttäessä, millaisia ajatuksia mielenterveydensairaudet heissä herättivät, kertoivat he, että oma suhtautuminen oli kokemuksen ja oman elämän kautta muovautunut ja ymmärrys lisääntynyt. Mielenterveysongelmia ei koettu erityisesti normaalista poikkeavaksi koska mielenterveydenongelmat näkyivät osastoilla päivittäisessä työssä. Yksi kertoi, että hänen omaan asenteeseensa ja suhtautumiseen on vaikuttanut hänen omat lisäopintonsa avoimessa yliopistossa, missä hän on opiskellut psykologiaa ja sosiaalipsykologiaa.

Oma koulutus on helpottanut suhtautumista ja valmiutta kohdata kyllä. Ei sitä mieltä niinkään diagnoosia, vaan enemmän kiinnittää huomiota ihmisen tarkkaavaisuuteen ja keskittymiskykyyn ja miettii miten voisi hoidossa puhua niin, että syntyy yhteinen kieli potilaan kanssa.

Kysyttäessä siitä, onko vuorovaikutussuhde löytynyt potilaiden kanssa ja miten se on vaikuttanut hoitosuhteeseen ja sen luomiseen, haastateltava kertoi, että näin hän on saanut potilaasta sellaista tietoa, joka ei selviä potilastiedoista ja tieto on helpottanut ja mahdollistanut voimavarakeskeisemmän työskentelyn potilaan kanssa.

Koen että hyvin on päästy vuoropuheluun ja paljon sellaista tietoa saa ja varsinkin vahvuuksista saa tietoa eritavoin kysymällä ja pitämällä ihmistä semmoisena oman elämänsä hallitsijana, että hän osaa tehdä tietyt asiat tietyllä tavalla.

Kokemusasiantuntijahaastattelussa nousi esiin potilaan oman asiantuntijuuden hyödyntäminen. Yksi haastateltava oli sitä mieltä, että hoidon pitäisi olla enemmän yksilökeskeisempää, mikä huomioisi potilaan omat voimavarat ja vahvuudet. Yksi haastateltava jakoi oman kokemuksensa siitä, miten hänen omaa tietoaan omasta mielenterveysairaudesta oli hyödynnetty hoidossa sisätautivuodeosastolla.

Kysyivät lääkityksestä ja hoitivat hyvin pieteetillä sit nää mun lääkitykset. Hoitivat sitte sitä vaivaa, mikä mulla oli siinä päällimmäisenä. Et erittäin hyvin mun mielestä toimi siinä tilanteessa.

Yhden haastateltavan kanssa keskustelimme yleisellä tasolla siitä, mikä häntä on tukenut ja auttanut eniten oman sairauden kanssa selviytymisessä. Hänen mielestään osallistaminen ja sisäisen potentiaalın löytäminen sekä hyödyntäminen on ollut merkittävässä roolissa hänen elämässään ja kuntoutumisessaan. Se on luonut paljon merkitystä ja positiivista sisältöä hänen elämäänsä, kun hänet on nähty aktiivisena toimijana sairaudestaan huolimatta.

Mä oon tykänny siitä, et jos joku on nähny mus jotain potentiaalia johonkin tehtävään tai johonkin asiaa, nii mult on tultu kysymään ja mä oon sen perusteella tehny paljon kaikkee kivaa. Mä oon tehny paljon vapaaehtoistyötä ja oon kouluttautunu vertaiseks.

Erään sairaanhoitajan mielestä mielenterveysongelmista kärsivät potilaat eivät saa yhtä laadukasta ohjausta tai he saattavat jäädä ilman sitä. Syynä tähän ajateltiin olevan,

etteivät mielenterveydellisistä ongelmista kärsivät hyödy ohjauksesta tai eivät osaa käsitellä tietoa samalla tavalla, kuin muut potilaat.

Mielenterveyskuntoutuja monesti nähdään sellaisena, ettei hän jotenkin pysty toimimaan tai ei ole osallinen.

Syyksi tähän nähtiin yksittäisten hoitajien asenteet ja tietämättömyys mielenterveysongelmista. Lisäksi lyhyiden hoitosuhteiden vuoksi kovin pinnalliseksi jäävä tietämys potilaan muusta elämästä nähtiin vaikuttavaksi tekijäksi.

Pitäisi nähdä mitä se on muualla, että sillä ihmisellä on harrastuksia ja näin kun sairaalaosastolla se kohtaaminen jää nii pinnalliseksi.

Toinen sairaanhoitaja puhui omasta kokemuksestaan, miten mielenterveydenongelmat tulevat hoidetuksi heidän osastollaan sekä miten jatkohoitoon pääsy onnistuu päihde- tai psykiatrisen ongelman vuoksi. Sairaanhoitajan yleinen kokemus oli, että potilaat jäävät heitteille ja hoitoon hakeutuminen heidän omalle vastuulleen. Syyksi tähän nähtiin hoitopaikkojen vähyys ja avohoitopainotteisuus sekä psykiatrian ja somaattisen hoidon välinen, huonosti toimiva vuoropuhelu.

Intoksikaatiot ja muut potilaat, nii jotenkin kyllä jää sitten. Psykiatri käy heitä haastattelemassa ja kyllä minun mielestäni hyvin usein jää heitteille. Heidät ohjataan sitten arkisin jonnekin mielenterveysyksikköön. Ja sehän on sitten ihan, että meneekö vai eikö mene.

Kysyttäessä, onko psykiatrian ja somatiikan välillä ollut kiistaa siitä, mille puolelle potilaan hoito kuuluu, kertoo jokainen osallistunut hoitaja, että ovat törmänneet kyseiseen tilanteeseen työssään. Tilanteessa on usein kyse siitä, että somaattisella puolella on arvioitu, että potilas tarvitsisi psykiatrian palveluita, mutta psykiatrian mielestä ongelmaa ei ole tai jokin somaattinen sairaus on este hoidolle.

Kyllä täältäkin lääkärit tarjoo jos selkeää ettei oo oikeen somaattista hoidettavaa. Mutta sitten siihen tulee pikkasen semmonen, että somatiikan puolelta on psykiatrissa ongelmaa ja psykiatrian puolesta ei oo mitään ongelmaa. Että sitte se potilas on vähä semmosena pallona siinä keskellä.

Haastatteluissa kävi ilmi, että jos potilaalla on hoitosuhde psykiatriaankin sekä somatiikkaan, tulisi yhteistyötä tehdä aktiivisemmin, esimerkiksi konsultoimalla potilaaseen liittyvistä asioista psykiatrian hoitokontaktia ja päinvastoin.

Keskinäinen kommunikaatio ja konsultointi olisi hyvä, jos on olemassa hoitosuhde kumpaankin suuntaan. Tuntuu hullulta, että sitten se on niin, että seinä tuossa ja sitten ei kummallekkaan puolelle siitä nää.

Kokemusasiantuntijoilta kysyttäessä, miten heidän psyykkinen sairautensa oli huomioitu hoitosuhteissa, kävi ilmi, että mielenterveydenhoito oli jäänyt usein vain lääkeshoidoksi, eikä sitä muutoin ollut otettu esiin hoitajakson aikana. Osa kokemusasiantuntijoista pohti, onko hoitohenkilökunta ollut edes tietoisia heidän olemassa olevasta sairaudestaan. Puolet kokemusasiantuntijoista ei kuitenkaan kokenut tätä ongelmaksi ja heistä oli hyvä, ettei heidän psyykkisestä sairaudestaan tehty erillistä numeroa, vaan heitä hoidettiin ja kohdeltiin niin kuin muitakin.

Ne on pitäny huolta siitä, ettei mun lääkitys katkee. Et jos mä joudun ole sairaalassa pidempään nii ne sit antaa ne mun leponexit ja tyroksiinit mitä mä joudun käyttää. Et ei siin kukaa oo koskaan tullu multa kyselemää, että miltä tuntuu tai mitä mä ajattelen. Et ne on vaa keskittyny siihen fyysiseen. Mut tavallaan se on must kivaki. En mä niiku haluakkaa edes oikeastaa ruveta selittelemään mistää. Et se on hyvä et fyysisel puolel perehdytään siihe fyysiseen puolee ja psyykkisel puolel sit siihen psyykkiseen.

Hoitajien kokemus oli samankaltainen. Psyykkiset ongelmat jäivät usein vähälle huomiolle ja hoitajaksilla huomion keskiössä oli fyysiset sairaudet ja niiden hoito. Syyksi tähän nähtiin usein kiire ja nopeasti muuttuvat tilanteet. Epävarmuus ja kyky hoitaa mielenterveydenongelmia aiheutti kynnyksen kysyä ja keskustella mielenterveyteen liittyvistä asioista potilaan kanssa. Tämä saattoi olla tekijä, mikä aiheutti varautuneisuutta hoitosuhteeseen.

Kyllä se jää sivummalle. Se on se somatiikan hoito siinä ja siinä on sivujuonteena se, että ollaan vähän varuillaan siitä, että mitä se muu voi tuottaa siihen hoitoon. Ja se on ehkä silleen negatiivisen puolella enemmän se varuillaan olo.

Kaksi hoitajista kertoi, että potilaan psyykkinen sairaus vaikutti esimerkiksi hoitosuhteen aikana annettavaan ohjaukseen ja sen laatuun. Terveysneuvonnassa ja elämäntapaohjauksessa joidenkin terveydelle haitallisten tapojen nähtiin liittyvän osaksi potilaan sairautta. Tällaisia oli mm. tupakointi.

Somaattisen vaivat voi jäädä huomaamatta psyykeongelmien vuoksi. He ei osaa lähteä hakemaan apua. Siinä on kanssa joku juonne, että esim. tupakan poltto kuuluu yhteen sairauden kanssa.

Mielenterveysongelmien ajateltiin heikentävän potilaan kykyä ottaa tietoa vastaan ja asemaa olla aktiivisena toimijana omassa hoitosuhteessa. Potilaalle ei annettu samalla tavalla vastuuta hoidostaan, kun taas potilaalle, jolla ei ollut psykiatrissa ongelmaa. Hoitosuhteessa koettiin, että somaattiset ongelmat saattoivat joskus jäädä huomiotta, koska niiden ajateltiin johtuvan psyykkisistä tekijöistä tai potilas ei osannut itse ilmaista oireita.

5.3 Hoitotyön kehittäminen

Potilaan hoidossa ja kohtaamisessa keskeisiksi kehitystarpeiksi nousi ahdistuneen ja sekavan potilaan kohtaaminen sekä mielen sairauksien oireista tiedon lisääminen. Asia tuli esiin jokaisen hoitajan kohdalla. Hoitotilanteet koettiin usein vaativina ja oma kyky auttaa heikoiksi. Tarjolla oli jonkin verran työnantajan järjestämää lisäkoulutusta, mutta haastatteluista tuli ilmi, ettei koulutus ollut tavoittanut kaikkia. Eniten toivottiin lääkkeettömiä näkökulmia ja toimintamalleja ahdistuksen hoidossa sekä tietoa siitä, miten tunnistaa ja hoitaa sekavaa tai akuutisti psykoottista potilasta.

Ahdistuksen kohtaaminen ja miten siihen vastata? Mikä siinä olisi toimiva tapa? muu kun lääkkeellinen hoito? Jotenkin se on sellainen, että mitä mä nyt voin tehdä? Mitä jos jollain on joku psykoosi, että miten mä sitten sen tunnistan? Tilanteen analysointiin ja selviytymiskeinoihin tarvis välineitä.

Potilaiden kohtaamisesta ja sen kehittämisestä keskustellessa kokemusasiantuntijat toivoivat hoitohenkilökunnalta kiireetöntä, yksilöön keskittyvää ja tarpeet huomioivaa kohtaamista. Yksilön omia voimavaroja ja vahvuuksia tulisi hyödyntää ja vahvistaa enemmän. Kysyttäessä, voisiko hoitohenkilökunta tehdä työtään jotenkin paremmin, nousi esiin persoonalla työskentely, jossa toiminta on tasavertaisempaa potilaan kanssa.

Se on hyvä, että on erilaisia persoonia. Ja sitä työtä vois hoitajat tehdä enemmän sillä persoonallaan.

Hoitajien haastattelussa kävi ilmi, että päivystyksen tukiosastoilla oli ollut aikaisemmin käytössä psykiatrinen sairaanhoitaja, jota pystyi konsultoimaan tai pyytämään tapaamaan potilasta. Tämä koettiin toimivaksi ja hyväksi tavaksi vastata potilaan hoidollisiin tarpeisiin. Lisäksi psykiatrisella sairaanhoitajalla oli kattavampi tieto ja taito ohjata potilaita eri palveluihin ja hoidon piiriin. Tämä paransi vuoropuhelua somatiikan ja psykiatrian välillä. Nykyään psykiatrinen sairaanhoitaja toimi vain päivystyksessä ja tukiosastoille saatiin vain tarvittaessa psykiatri tai sairaanhoitaja konsultaatiokäynnille. Psykiatrin saaminen osastolle oli vaikeampaa, kuin hoitajan.

Tosi harmi, että se psykiatrinen hoitaja ei ole enää käytettävissä. Koska hän oli se, joka kiersi ja jutteli aikaisemmin potilaiden kanssa. Ja hänellä oli ne verkostot ja hänellä oli kaikkia pikku keinoja ja uskottavuutta psykiatrian silmissä.

Yhteistyö ja toiminta psykiatrian kanssa oli etäistä ja hankalaa, eikä hoitajilla ollut tietoa psykiatrian tarjoamista palveluista. Yhteistyötä toivottiin enemmän ja että potilaan kotiutuessa voitaisiin pitää yhteisiä hoitokokouksia ja suunnitella hoitoa moniammatillisemmin psykiatrisen ja somaattisen hoidon välillä. Yksi hoitajista näki asian niin, että palvelut pitäisivät olla helpommin saatavilla ja niitä tulisi lisätä. Palveluita tulisi olla saatavilla matalalla kynnyksellä etenkin nuorille ja tukipalveluita tulisi kehittää ja vahvistaa avohoitoon, jolloin tilanteisiin voitaisiin puuttua kotona ollessa ennen tilanteiden eskaloitumista.

En näe päivystysuudistusta huonoksi, mutta vastaanottoyksiköitä täytyisi olla enemmän, mihin heitä pystyis ohjaamaan matalalla kynnyksellä, josta voitaisiin kotiuttaa hallitummin. Lisäksi liikkuvaa työtä kotiin. Kotihoidossa pitäisi olla enemmän mielenterveystyöhön keskittyneitä ryhmiä. Erityisryhmiä, että nuorille kevyempiä paikkoja ja vertaistukea toisilleen.

Vertaistuen merkitys ja palveluiden helpompi saatavuus herättivät keskustelua kokemusasiantuntijoissa. Puolet kokemusasiantuntijoista kertoi käyvänsä vertaistukiryhmissä ja toivoivat enemmän vertaistukeen keskittyvää toimintaa. Myös klubitalotoiminta sai paljon positiivista palautetta ja samankaltaista toimintaa toivottiin enemmän. Toiminnan koettiin lisäävän toiveikkuutta, lohtua, osallisuutta ja yhteenkuuluvuuden tunnetta. Tarjolla olevista palveluista osa koki olevansa epätietoisia ja toivoivat, että terveydenhuollossa ohjattaisiin ja kerrottaisiin enemmän, minkälaisia palveluita on ja

millaisia on mahdollista saada. Palvelut ja viestintä eri palveluiden välillä nähtiin puutteelliseksi ja niissä oli parannettavaa. Ohjeita ja ohjausta oman hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen liittyen toivottiin enemmän.

No jotenkin on kyllä parantamisen varaa siinä tuen tarjoamisessa. Ja et eri tahot toimis paremmin jotenkin yhteen. Sellaista tiedottamista jotenkin toivois. Mielenterveyskuntoutujaa vois tiedottaa enemmän, et miten vois saada tukea tai jotenkin parantaa itseään.

Hoitohenkilökunnalta kysyttäessä, miten lisäkoulusta olisi hyvä toteuttaa, yhden mielestä systemaattinen ja säännöllinen koulutus parantaisi hoitajan valmiuksia. Kaksi haastateltavista toivoivat koulutuksen pitävän sisällään jotain muuta kuin luentoja. Tarkemmin koulutuksen toteutusta mietittiin audiovisuaalisena tuotoksena, jonka pitäisi olla tunteita herättävä ja vetoava niin, että se herättäisi katsojat ajattelemaan mielenterveyttä eri näkökulmista. Hoitohenkilökunnan tiedon ja tietoisuuden lisääminen nähtiin tärkeäksi ja merkittäväksi tekijäksi, jolla voitaisiin vähentää ennakkoluuloja. Tämä oli yhtenäinen näkemys kokemusasiantuntijoiden ja hoitohenkilökunnan välillä. Palveluista ja niiden sisällöstä kaivattiin tietoa, koska hoitajat kokivat, etteivät tunne mielenterveyspalveluita ollenkaan tai tieto niistä oli vähäistä. Tietoa haluttiin myös kolmannen sektorin tarjoamista palveluista. Kokemusasiantuntijat nähtiin mielenkiintoisena vaihtoehtona, jonka avulla voitaisiin lisätä tietoa mielenterveydensairauksien vaikutuksesta potilaaseen sekä näin nähdä mielenterveyskuntoutuja aktiivisena ja kykenevänä toimijana. Erään kokemusasiantuntijan mielestä julkista keskustelua pitäisi käydä enemmän mielenterveyden sairauksista ja niitä sairastavien kohtelusta.

Yhden sairaanhoitajan mielestä hoitojärjestelmässä heikoimmassa asemassa olivat päihteidenkäyttäjät ja mielenterveysongelmaiset. Kaikista huonoin asema oli niillä potilailla, joilla oli kaksoisdiagnoosi tai he olivat asunnottomia. Näiden potilaiden kohdalla haastateltava toi voimakkaasti esiin mielipiteen siitä, että kyseiset potilaat jäävät heitteille hoitojärjestelmässä ja heidän yhteiskunnallinen asemansa on todella huono.

Minusta tämä koko yhteiskunnallinen näiden ihmisten asema minua jotenkin sääliittää. Minusta ne on vaan heitteillä. Se on vaa valitettavasti minun ajatus.

Ratkaisuna nähtiin kriisipalveluiden lisääminen sekä helpompi ja nopeampi saatavuus, mikä parantaisi tilanteisiin puuttumista aikaisemmassa vaiheessa. Maahanmuuttajat ja

heidän kohdallaan auttaminen koettiin vaikeaksi kielellisten ja kulttuurillisten erojen vuoksi. Tulkkien saanti nopealla aikataululla oli usein vaikeaa. Kehitysnäkökulmasta maahanmuuttajille toivottiin omia tukihenkilöitä, jotka edustaisivat potilaan kanssa samaa kulttuuria ja olisivat näin ollen potilaalle helpommin lähestyttävämpiä.

6 JOHTOPÄÄTÖKSET

Etenkin vakavaa psyykkistä sairautta sairastavan yhteiskunnallinen asema vaikuttaa olevan usein heikompi, kuin muilla ihmisillä. He ovat eläkkeellä tai muista syistä pois työelämästä, mikä vaikuttaa saatavilla oleviin terveyspalveluihin. Heikko taloudellinen tilanne heikentää mahdollisuutta käyttää yksityisiä terveyspalveluita ja kunnalliset palvelut voivat olla vaikeasti tavoitettavissa tai niitä ei haluta käyttää. (Salokangas 2009.) Opinnäytetyön kautta saatu aineisto tukee näkökulmaa ja tulosten kautta saatiin myös esimerkkejä siitä, miksi mielenterveysdiagnosin omaavat kokevat saavansa heikommin apua somaattisiin vaivoihin. Yleisin esiin noussut syy oli oireiden vähätely ja epäasiallinen kohtelu terveysasemalla tai päivystyksessä. Ennakkoluuloiseen ja leimaavaan suhtautumiseen tulisi mielestäni puuttua hoitotyön työpaikoilla, mikäli tällaista ilmenee. Toinen asia, jolla tähän voitaisiin vaikuttaa tulevaisuudessa, voisi olla ihmislähtöisen kohtaamisen ja avoimen suhtautumisen painottaminen jo hoitoalan koulutuksen aikana. Stigma-ajattelu heikentää potilaan avun ja hoidon saantia sekä sen piiriin hakeutumista. Leimaantumisen kokemus ulottuu potilaasta aina hänen omaisiinsa. Hoitohenkilökunnan toiminnan toivotaankin olevan leimaamista vähentävää ja ottamaan leimaantumisen mahdollisuus huomioon hoitosuhteessa. (Kilkku 2008, 37.) Lähes jokainen kokemusasiantuntija oli kokenut jonkinlaista epäasiallistakohtelua tai leimaamista terveyspalveluita käyttäessään. Hoitokontaktissa kokemusasiantuntijat toivoivat hoitohenkilökunnalta yksilöllistä, kiireetöntä, tasavertaista ja ymmärtävää lähestymistapaa. Oman kokemukseni mukaan somatiikan ongelma on usein kiireiset toimintaympäristöt ja resurssien rajallisuus, joka johtaa siihen, että työtä tehdään toimenpidekeskeisesti. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että työhön suhtaudutaan ja sitä tehdään kaavamaisesti, jotakin tehtävää suorittamalla, eikä kiireessä osata pysähtyä ja olla täysin läsnä potilaalle. Lisäksi hoitokulttuurissa elää asenne, missä valittu työpaikka tai toimintaympäristö määrittää sen, mitä ja miten ollaan valmiita hoitamaan ja kohtaamaan ihmisiä.

Sairaanhoitajien näkemys oli, että sairaalaosastolla yleisin tilanne, jossa leimaamista tapahtuu, on hoitohenkilökunnan keskinäinen viestintä ja raportointi. Jyrki Korkeila (2015) toteaa artikkelissaan, että leimaaminen voi tapahtua tiedostamatta ja väärin sanavalintojen kautta. Tätä ajatusta tuki sairaanhoitajien kertomukset tilanteista, joissa leimaamista tapahtuu. Tämä onkin mielestäni tärkeä havainto, johon tulisi kiinnittää

käytännön työssä entistä enemmän huomiota ja minkä ennaltaehkäisemiseksi vaadittaisiin toimenpiteitä, miten voitaisiin parantaa ihmisten vuorovaikutustaitoja sekä oman kielellisen ilmaisun parempaa huomiointia. Haastatteluryhmän mukaan työyhteisöissä ajateltiin olevan jonkin verran ennakkoluuloja mielenterveyspotilaita kohtaan ja se vaikutti potilaiden hoitoon. Mietin itse, että yleinen tilanne missä potilas voi leimaantua esimerkiksi ”hankalaksi” potilaaksi, on tilanne, kun potilaan ja hoitajan tavoitteet eivät kohtaa ja asia lähtee leviämään työyhteisössä raportoinnin kautta. Itse ajattelen, että tilanteiden takana on usein jokin hoitoon liittyvä ristiriitatilanne, jolloin tilanne voidaan usein hoitaa lähestymistapaa vaihtamalla, hyväksymällä potilaan oma päätäntävalta tai kokeilla onnistuisiko yhteistyö toisen hoitajan kanssa paremmin. Tällaiset tilanteet ovat tärkeitä ratkaista mahdollisimman varhain, sillä ne voivat pahimmillaan johtaa konfliktitilanteeseen potilaan kanssa, mikä heikentää potilaan hoidon laatua ja hoitoon sitoutumista. Enemmistö haastatteluryhmistä oli yhtä mieltä siitä, että mielenterveyden sairauksiin suhtautuminen oli mennyt parempaan suuntaan viimeisten vuosien aikana.

Kokemusasiantuntijoista tärkeäksi asiaksi nousi potilaan oman asiantuntijuuden hyödyntäminen ja osallisuuden vahvistaminen. Päätöksenteko somaattisessa hoidossa on usein hyvin ammattilaislähtöistä ja päätöksiä tehdään potilaan puolesta joskus ilman, että potilas on edes paikalla. Psykiatriassa potilas on lähes aina mukana omaa hoitoaan koskevassa päätöksenteossa ja hoitokokouksissa. Somaattisessa hoidossa potilaan osallisuus heikkenee myös siinä suhteessa, ettei hänen välttämättä anneta hoitaa perussairauttaan kuten diabetesta, vaikka hän hoitaisi normaalisti sairauttaan kotioloissaan itse. Tässä on usein perusteluna hoitoyksikön vastuu potilaasta ja hoidosta.

Salokankaan (2009) artikkelin pohjalta selviää, että skitsofreniaa sairastavat ovat alttiita useille somaattisille sairauksille. Tähän samaan johtopäätökseen tuli Eskelinen omassa väitöskirjassaan, missä hän tutki skitsofreniaa sairastavien fyysistä terveyttä terveystarkastusten ja elämäntapoihin liittyvien haastatteluiden avulla (Lehtinen 2017). Opinnäytetyöhön osallistuneet sairaanhoitajat toivat esiin oman kokemuksen siitä, että potilaiden oireita ei välttämättä otettu aina vakavasti tai ne saattoivat jäädä huomaamatta psyykkisen oireilun vuoksi. Kokemusasiantuntijat olivat olleet tilanteissa, missä heidän terveyttään ei huomioitu toivotulla tavalla tai oireita jätettiin tutkimatta vedoten psyykkiseen sairauteen. Somaattiset taustasairaudet kuten diabetes,

metabolinen oireyhtymä sekä sydän- ja verisuonisairaudet ovat usein kytköksissä elintapoihin. Näiden sairauksien hoidossa korostuu terveysneuvonnan ja ohjauksen tärkeys. (Salokangas 2009). Terveelliset elämäntavat ja päihteettömyyteen ohjaaminen tukee niin fyysistä kuin psyykkistä hyvinvointia ja toimintakykyä. Ohjausta tulisikin tarjota kummankin osa-alueen hoidossa. (Wahlbeck ym. 2017). Tutkimusaineiston pohjalta voidaan todeta, että potilaan ohjaus koettiin puutteelliseksi tai sitä jätettiin antamatta. Syynä tähän oli usein hoitohenkilökunnan ennako-oletus potilaan kyvystä käsitellä ja ottaa vastaan tietoa. Tämän pohjalta saatettiin ajatella, ettei potilas hyödy ohjauksesta. Joidenkin elintapojen ajateltiin liittyvän sairauteen tai lääkitykseen. Psyykkisillä sairauksilla voi olla vaikutus potilaan kykyyn ottaa tietoa vastaan, mutta se ei saisi olla syy, minkä vuoksi potilaalle ei anneta tietoa terveydestä ja sen edistämisestä. Päinvastoin tiedon ja opetuksen tulisikin olla toistuvaa ja sitä tulisi tapahtua hoitoprosessin eri vaiheissa (Kilcku 2008, 41). Mielestäni on huolestuttavaa, jos tällainen potilasryhmä jätetään elintapaohjauksen ja neuvonnan ulkopuolelle. Opinnäytetyössä käytetyissä lähteissä nostetaan toistuvasti esiin mielenterveyskuntoutujien yleisimmät somaattisen sairaudet, jotka ovat usein vahvasti sidoksissa elintapoihin. Riittäväällä elintapaohjauksella voitaisiin todennäköisesti parantaa merkittävästi potilaiden elämänlaatua ja terveydentilaa. Lisäksi yhteiskunnallisesta näkökulmasta tällä voisi olla merkittävä vaikutus terveydenhuollosta syntyviin kustannuksiin.

Haastavaksi käytännön työssä sairaanhoitajat näkivät psykoottisten, aggressiivisten ja ahdistuneiden potilaiden hoidon. Kyseinen potilasryhmä koettiin erityisen vaikeaksi Karan ja Palomäen (Kara & Palomäki 2016, 40–41, 50) opinnäytetyössä, jossa haastateltiin perusterveydenhuollossa toimivia sairaanhoitajia. Yhdistävää kyseisen opinnäytetyön tulosten kanssa on se, että henkilökunnan kokemus omasta ammattitaidosta kohdata ja toimia kyseisen potilasryhmän kanssa nähtiin puutteelliseksi eikä tiedetty kuinka tulisi toimia. Kokemusasiantuntijoiden kertomukset omista kokemuksista vahvistivat tätä ajatusta. Usein akuutit, psykoottiset tilanteet veivät aluksi päivystykseen tilanteen arvioon. Tilanteet olivat potilaalle kuormittavia, pelottavia ja sisälsivät paljon epävarmuutta ja epätietoisuutta, johon toivottiin tukea ja asioiden sanoittamista. Näissä tilanteissa potilaat kokivat, etteivät he tulleet kuulluksi tai saaneet riittävästi tietoa. Kilcku korostaa väitöstutkimuksessaan elämän odottamattoman muutoksen luoman surun ja toivottomuuden merkitystä niin potilaan kuin omaisten elämässä. Omaisille tilanne voi olla häpeällinen ja sisältää runsaasti kielteisiä ennakoasenteita, mikä vaikuttaa potilaan hyvinvointiin. Asioiden läpikäyminen hoitohenkilökunnan

kanssa koetaan tärkeäksi osaksi hoitoa jo hoidon alussa. (Kilcku 2008, 98–99.) Ajattelen itse, että hoitajan olisi tärkeää toimia perhettä ja lähipiiriä koskettavassa kriisitilanteessa henkilönä, joka rauhoittaa tilannetta jakamalla tietoa ja ennaltaehkäisee toiminnallaan negatiivisia kokemuksia. Toiminnan keskeinen lähtökohta tulisi olla perheen ja läheisten yhteensaattaminen. Tämän avulla voitaisiin parantaa potilaan turvallisuudentunnetta ja korostaa perhe- ja ihmissuhteiden merkityksellisyyttä potilaan hoidossa ja myöhemmässä kuntoutumisprosessissa.

Sairaanhoitajien näkemys omasta psykiatrian osaamisesta vaihteli. Enemmistön mielestä koulutusta ei kuitenkaan ollut tarpeeksi tarjolla, eikä sairaanhoitajakoulutuksen sisältämä oppimäärä ollut antanut riittäviä valmiuksia ja opetus oli määräytynyt oman mielenkiinnon mukaan. Työnantajan tarjoaman koulutuksen saatavuus vaihteli merkittävästi osastoittain. Käytännön työn kautta opittuja toimintatapoja ei pidetty osaamisena, vaan ne nähtiin tilannesidonnaisena selviytymisenä parhaalla mahdollisella tavalla. Kara ja Palomäki saivat samankaltaisia tuloksia. Heidän tutkimuksessaan henkilökunta toivoi monipuolista koulutusta potilaan hoitoon ja kohtaamiseen. Koulutusalueiksi nousi lääkehoidon toteutus ja seuranta sekä konkreettinen tieto sairauksista ja oikeanlaisesta kohtaamisesta. (Kara ja Palomäki 47–48, 51–52.) Yhteistyö psykiatrian kanssa nähtiin haasteelliseksi, eikä hoitajilla lähtökohtaisesti ollut tietoa psykiatrian tarjoamista palveluista, mikä teki palveluissa ohjaamisesta tai niiden hakemisesta vaikeaa. Aiemmin osastoilla toiminut psykiatrinen sairaanhoitaja oli koettu hyödylliseksi ja se oli parantanut yhteistyötä somaattisen ja psykiatrisen hoidon välillä. Päivystysuudistuksen jälkeen sairaanhoitaja ei ollut enää käytettävissä ja psykiatrian palvelut järjestettiin erikseen läheteellä, konsultointipalveluina. Oman kokemukseni mukaan vastaavat tilanteet ovat olleet hyvin haastavia. Somaattinen sairaus on usein ollut este, jonka vuoksi potilasta ei ole voitu ottaa psykiatriseen hoitoon, vaikka hän sitä tarvitsisikin. Vaihtoehtoisesti hoidon saaminen somaattiselle osastolle on ollut ajoittain työlästä ja se on usein rajoittunut yksittäiseen psykiatrin tai psykiatrian sairaanhoitajan arviointikäyntiin. Näissä tilanteissa kantaa on otettu usein vain lääkitykseen, eikä niinkään siihen minkälaista tukea tai kuntoutusta potilaalle voitaisiin antaa psyykkisen toimintakyvyn parantamiseksi. Tämä vaatisi mielestäni yhdenmukaisuutta ja hoidon jatkuvuuden parempaa huomiointia hoitojärjestelmässä. Myös Konsultointitilanteissa voitaisiin ohjata hoitoyksikön henkilökuntaa lääkkeettömiin hoitomenetelmiin tai tapoihin, jolla voitaisiin vahvistaa potilaan osallisuutta ja koherenssin tunnetta.

Sairaanhoitajien kertoman mukaan psykiatria ja somaattinen hoito ajautui toisinaan ristiriitaisiin tilanteisiin, missä syntyi eriävä mielipide siitä, kuuluuko potilaan hoito psykiatriselle vai somaattiselle hoitotaholle. Hoitajien mielipide oli, että usein hoitovastuu jäi loppujen lopuksi somaattiselle osastolle. Tähän ajateltiin olevan syynä psykiatrian hoitopaikkojen vähyys. Hoitopaikat ovatkin vähentyneet ja paikkojen vähentämistä on osin perusteltu palveluiden integroinnilla ja avohoidon kehittämisellä. Asiakkaan hoitoa ja parempaa palveluiden saatavuutta on suunniteltu parannettavan mm. terveys- ja hyvinvointikeskuksilla, missä potilasta hoidetaan moniammatillisen tiimin avulla. Näin eri ammattihenkilöt ja toimialueet toimivat yhteistyössä, eikä alueellista potilasjakoa enää ole, vaan palvelut määritetään potilaan tarpeen mukaan. Keskusten henkilökunnan kokemus tiimityöstä Turpeisen esityksessä on, että asiakkaan tarpeita kyettiin paremmin tunnistamaan ja pompottelu eri palveluiden välillä oli vähentynyt. Tilat ja työmäärä jakoi tiimissä mielipiteitä. Henkilöstön vaihtuvuus, poissaolot ja yhteisen ajan puute nähtiin haasteeksi. (Turpeinen 2017, 15–24.) Helsingin kaupungin psykiatrian- ja päihdepalveluiden sairaansijat ovat vähentyneet 2013–2016 välillä yhteensä 224 paikkaa. Mielenterveysasiakkaiden palveluasuminen on ainoa, johon on lisätty samalla aikavälillä 88 paikkaa. (Turpeinen 2017, 13.) On otettava huomioon, ettei kyseisessä tilastossa ole mainittu, miten avohoidon resurssit ja hoitokontaktit ovat kehittyneet kyseisellä välillä.

Terveys- ja hyvinvointikeskukset tai niiden toiminta ei kuitenkaan tullut ilmi opinnäytetyötä tehdessä. Sairaanhoitajat olivat sitä mieltä, että olisi tarvetta matalankynnyksen paikoille, mistä voitaisiin tehdä lyhyitä, mutta tehokkaita interventioita tilanteisiin ja sieltä kotiuttaa ihmisiä hallitummin. Avohoidon riittämättömyys ja ruuhkautuminen tuli esiin haastatteluissa. Avohoidossa tapahtuvaa ennakoivaa ja etsivää työtä toivottiin kehitettävän, ettei potilaan tilanne ehtisi eskaloitua avohoidossa. Helsingin kaupungin päihde- ja mielenterveyspalveluissa hoidettiin vuonna 2016 yhteensä 27 100 eri potilasta. Avohoidon osuus oli näistä 23 800. Päiväsairaala, asumiskuntoutus ja osastohoitoa sai yhteensä 2650 potilasta. Noin 3500 asiakasta oli päihdepalveluiden piirissä. Samana vuonna HUS aikuispsykiatriassa hoidettiin 4900 helsinkiläistä. (Turpeinen 2017, 6.) Helsingin kaupungin jonotusaikoja ei käy Turpeisen esityksestä ilmi, mutta Uusimaa2019 -hankkeen esitys tulevasta mielenterveys- ja päihdepalveluista kertoo, että Uudenmaan alueella HUS:n psykiatriapalveluihin jonotusaika vuonna 2017 oli keskimäärin 32 vuorokautta (Uusimaa 2019, 2017). Tämä antaa mielestäni viitteitä siitä, että palveluihin pääsy saattaa olla pitkä prosessi ja apua äkillisiin kriiseihin voi

olla vaikea saada. Käytännön työstä saamani kuva Helsingin aikuispsykiatrisesta avohoidosta on, että potilaita on suuri määrä suhteessa hoitohenkilökuntaan. Yleisesti psykiatrian resursseja ja kehitystä on viime aikoina pohdittu mielipidekirjoituksissa. Helsingin sanomissa julkaistussa mielipidekirjoituksessa mielenterveyspoolin projekti-päällikkö ja kaupungin valtuutettuna toimiva Alametsä ja psykoterapeutti Service mieltivät mielenterveyteen liittyvien hoitosuositusten toteutumista sekä masennuksen hoitamattomuuden ja varhaisen puuttumisen vaikutusta yhteiskunnallisiin kustannuksiin sekä yksilön kokemaan hyvinvointiin. Heidän näkemyksensä on, että varsinkin masennuksesta kärsivät ovat hiljainen ryhmä, joiden sairastuminen huomataan liian myöhään. Kirjoituksessa vedotaan tarvittavan terapian parempaan järjestämiseen ja toivotaan poliittista kannanottoa. (Alametsä & Service, 2019.) Avohoidon resursseja ja niiden kohdentamista pohtii Turun yliopiston psykiatrian professori Korkeila. Korkeila kyseenalaistaa osan avohoidon käynneistä ja niillä saavutetun terveyshyödyn. Hänen mielestään palveluissa ei saa riittävän intensiivistä tukea akuutteihin tilanteisiin, vaan hoitokontakteja on harvakseltaan ja hoitajaksot venyvät tarpeettoman pitkiksi. Syyksi tähän hän näkee vanhanaikaiset toimintatavat, jotka eivät ole muuttuneet, vaikka potilaiden tarpeet ovat vaihtuneet yhteiskunnan kehityksen myötä. Ratkaisuksi hän näkee palveluiden ja toimintatapojen uudelleen organisoimisen. Lisäksi hän nostaa esiin toipumisorientaatiomallin ja mitä hyötyä sen käyttämisestä olisi potilaan hoidossa ja potilaalle. Kritiikkiä saa hoitojärjestelmän arviointi ja kehittäminen. Korkeilan mukaan hoidon vaikutusta pitäisi seurata aktiivisemmin, mikä helpottaisi kustannustehokkuuden seurantaan ja palveluiden kehittämissuunnan tuloksia. (Korkeila, 2019.) Suomalaista hoitolaitosten muokkautumista on vaikea seurata, koska vertailukelpoisia tilastoja aiheesta on olemassa vähän. 1970–2000 lukujen välillä arvioidaan sairaalapaikkojen vähentyneen 14 000 :lla koko maassa. Lisäksi hoitoajat ovat lyhentyneet merkittävästi 60-luvusta tähän päivään, mikä ei kuitenkaan selity sillä, että hoidon tarve olisi vähentynyt samassa suhteessa. (Alanko 2017, 23–24.) Tällä hetkellä koko maassa sairaalataso vuodepaikkoja on noin 3500. Asumispalveluyksiköt ovat tulleet yhdeksi avohoidon muodoksi, millä on korvattu vähennettyjä sairaalapaikkoja. Asumisyksiköissä asuu tällä hetkellä noin 8000 ihmistä ja he tarvitsevat eri tasoista tukea selviytyäkseen arjesta. Aasukkaat kärsivät pääosin vaikeista mielenterveyden häiriöistä, kuten skitsofreniasta. (THL 2019.)

Service ja Alametsä tuovat mielestäni esiin tärkeän seikan masennuksen esiintyvyydestä ja vaikutuksesta. Työikäisten kohdalla olisi tärkeää, että masennus tai muut mielenterveysongelmat otettaisiin huomioon varhaisessa vaiheessa esimerkiksi työterveydessä tai terveysasemilla. Ennaltaehkäisevänä toimenpiteenä voitaisiin jakaa tietoa mielenterveyden edistämisestä ja mielenterveyttä tukevista toiminnoista, joita voitaisiin sisällyttää tavalliseen arkeen. Terapian järjestäminen on mielestäni ensisijaisen tärkeää, kun mietitään sairauden vaikutusta ihmisen elämään kaikilla osa-alueilla. Valitettavan usein hoito tuntuu jäävän lääkehoidon varaan. Korkeilan hoidollinen näkemys on mielestäni ihmisläheinen, jossa ihminen nähdään toimijana ja psyykinen kuntoutuminen tapahtuu toiminnallisuuden ja osallisuuden kautta. Korkeila tuo tekstissään esiin akuutti- ja intensiivihoidon tarpeen. Oman psykiatrian kokemuksen myötä ajattelen, ettei avohoito ole aina paras vaihtoehto, eikä laitoshoidoa voida täysin ajaa alas, ainakaan nykyisillä avopalveluilla. Omakoti ei ole välttämättä paras tai turvallisin paikka, vaan tarvitaan laitostason hoitoa, missä turvallisuus ja ulkopuolelta tulevat rakenteet voivat turvata ihmisen koostumisen sekä hänellä on ammattihenkilön apu saatavilla kellon ympäri. Toisaalta ajattelen Suomalaisesta hoitokulttuurista, että usein meillä hoidetaan ja hoivataan potilaita siihen pisteeseen, että siitä seuraa potilaan passivoituminen. Kun taas potilaan aktiivisempi osallistaminen ja vastuuttaminen omaan hoitoon olisi kannattavampi ja kuntoutumista tukevampi ratkaisu, joka parantaisi hänen toimintakykyään laaja-alaisemmin. Tämä ongelma on havaittavissa niin psykiatriassa, kuin somaattisessakin sairaanhoidossa. Klubitalon kautta olen tutustunut toipumisorientaatio -malliin, ja ajattelen että sillä olisi paljon annettavaa tämän päivän psykiatriseen ja miksei myös somaattiseenkin hoitoon.

Korkeila käsittelee mielenterveyspalveluiden yhteiskunnallista tilaa omassa Duodecimin artikkelissaan, ja toteaa mielenterveys- ja päihdepalveluiden olevan ensisijaisia säästökohteita, kun terveydenhuollossa tehdään taloudellisia leikkauksia. Sairaala- paikkojen vähentämisen myötä suunnitellut avohoitopalvelut ovat jääneet toteutumatta ja leikkaukset sairaalapaikoista vaikuttavat olleen vain keino vähentää mielenterveyspalveluita. (Korkeila 2015.) Alanko on tutkinut väitöskirjassaan Suomalaisen mielenterveystyön siirtymistä laitoksista avohoitoon. 70-luvulta laitoshoidoa on suunnattu avohoitoon ja laitospaikkoja on suljettu tasaisesti. Palveluiden kehittäminen avohoito painotteiseksi on ollut kansainvälinen suositus länsimaissa. 60-luvun lopulla on eletty murrosta, jolloin on alettu ajattelemaan, että mielenterveyden sairauksista on mahdol-

lista kuntoutua ja parantua. Psykelääkkeiden tulolla ja kehityksellä on ollut suuri vaikutus hoitoon. Ennen 90-lukua ajateltiin, että ongelmia voitiin vähentää sosiaalisella tuella ja yhteiskunnallisen aseman parantamisella. Nykypäivänä on kuitenkin huomattu, että sairaalaton suuntaus hoidossa tarkoittaa enemmän lääketieteellistä hoitoa, kuin toimintakykyä ja yhteiskuntaan kuulumista edistävää toimintaa. Avohoidon intressit muuttuivat 90-luvun laman myötä, jolloin mielenterveysongelmat alettiin nähdä taloudellisena rasitteena. (Alanko 2017, 21–23.) Vaikka haastatteluissakin nousi järjestelmään ja palveluihin liittyviä epäkohtia, silti enemmistön kokemus oli, että mielenterveyskuntoutujan asema yhteiskunnassa ja suhtautuminen mielenterveyshäiriöihin oli parantunut viimeisen 20 -vuoden aikana. Kiinnitin haastatteluissa huomiota siihen, että sairaanhoitajien suhtautuminen palveluihin ja niiden laatuun oli huomattavasti kriittisempää, kuin palveluita käyttäneillä kokemusasiantuntijoilla.

THL nostaa vuoden 2020 mielenterveys- ja päihdetyön kehityssuunnaksi palveluiden monipuolisuuden ja paremman saatavuuden edistämisen. Lisäksi pyritään vähentämään pakkohoidon tarvetta kehittämällä laitos- ja avohoidon väliin jääviä palveluita. Kokemusasiantuntijuutta ja omaisia hyödynnetään enemmän sekä työelämään ja kuntoutumista edesauttavia toimenpiteitä lisätään. Ehdotuksessa nostetaan esiin ennaltaehkäisevän, varhaisen tunnistamisen ja mielenterveyttä edistävän toiminnan lisääminen sekä asiakkaan erityistarpeiden huomiointi ja somaattisen hoidon integroiminen osaksi mielenterveys- ja päihdetyötä. Palveluiden kilpailutuksessa luvataan mennä asiakkaan tarpeet edellä sekä turvata hoidon laatu ja jatkuvuus. (THL 2018.) Kehitysehdotukset vaikuttavat olevan melko hyvin linjassa sen kanssa, mitä tarpeita ilmeni teemahaastatteluiden sekä taustamateriaalin myötä. Kokemusasiantuntijat toivoivat enemmän tietoa eri palveluista sekä ohjausta palveluiden haussa. Palveluilta toivottiin, että ne olisivat saatavilla yhdestä paikasta, ottaisi yksilölliset tarpeet paremmin huomioon ja palvelut kommunikoisivat paremmin keskenään. Sairaanhoitajat esittivät ajatuksen matalan kynnyksen paikoista sekä etsivän ja ennaltaehkäisevän työn merkityksen. Onkin mielenkiintoista jäädä seuraamaan mielenterveyspalveluiden kehittymistä seuraavien vuosien aikana ja sitä kuinka ehdotukset toteutuvat käytännössä.

7 POHDINTA

7.1 Jatkotutkimussuunnat ja kehitysideat

Kokemusasiantuntijat toivat esiin vertaistuen merkityksen ja vertaistukea pidettiin merkittävänä ja tärkeänä osana kuntoutumista. Vertaistuessa voidaan puhua voimaantumisen käsitteestä, missä saatu tuki ja oman itsensä arvokkaaksi kokeminen edistävät valmiuksia eheytymiseen ja itsestä uuden oppimiseen. Se luo myös merkittäviä henkisiä voimavaroja. (Jääskeläinen 2015, 9–12). Kokemusten jakaminen toisten samassa tilanteessa olevien kanssa vähentää sairauteen liittyvää yksinäisyyden ja ymmärtämättömyyden kokemusta sekä luo toivoa ja parantaa selviytymistä arjessa (Vertaistalo 2017). Sairaanhoidajilla, kuten myös tutkimuksentekijällä itsellään ei ollut mielenterveyteen liittyvistä vertaistukiryhmistä aikaisempaa tietoa. Kokemusasiantuntijat toivoivat, että vertaistukea tulisikin olla enemmän tarjolla. Mielestäni tämä olisi mielenkiintoinen aihe tutkimukselle, jolla voitaisiin selvittää vertaistuen merkitystä sekä sitä, millä tavoin vertaistukea voitaisiin kehittää. Lisäksi vertaistuki olisi hyvä saada näkyvämmäksi, että se tavoittaisi sitä tarvitsevia ihmisiä sekä tulisi paremmin ammattihenkilöiden tietoon.

Aiempien tutkimusten sekä toteutettujen teemahaastatteluiden pohjalta nousi esiin potilaan terveydentilaan liittyvän seurannan ja ohjauksen puutteita. Puutteita oli niin somaattisella, kuin psykiatrisellakin puolella. Eskelisen (2017) psykoosipotilaille toteuttamasta terveysseurannasta kävi ilmi, että otosryhmästä lähes kaikki olisivat tarvinneet jonkinlaista terveysseurantaa ja heillä oli korkea riski sairastua elintapasairauksiin. Myös lapin seudulla toteutetussa seurannassa havaittiin samankaltaisia ongelmia ja palveluissa nähtiin olevan kehitettävää, niin että ne vastaisivat ihmisten kokonaisvaltaisiin tarpeisiin (Erholtz 2015). Tässä opinnäytetyössä toteutetuissa teemahaastatteluissa sairaanhoidajat olivat pääosin sitä mieltä, ettei mielenterveyden hoito somaattisella puolella ole yhtä laadukasta, eikä potilaiden somaattisia oireita oteta aina vakavasti, tai ne voidaan liittää psyykkiseen sairauteen. Samankaltaisia kokemuksia nousi kokemusasiantuntijoiden haastatteluissa. Mielestäni tämä asia tarvitsisi laajempaa selvittämistä. Määrällinen, laajamittainen kyselytutkimus psykiatrian hoitopaikkoihin voisi olla hyvä tapa selvittää, miten he seuraavat potilaidensa somaattista terveyttä. Samoin tätä voitaisiin selvittää laajemmin myös somaattisesta hoidosta. Tämä on myös

erittäin tärkeä asia pohtia palvelurakenteellisesti ja palveluita kehittäessä, koska vakavista psyykkisistä sairauksista kärsivät ovat tässä suhteessa heikossa asemassa.

Mielenterveyspalvelut ja niiden kehitys onkin ollut yksi eniten pohdintaa herättänyt asia opinnäytetyötä tehdessä. Tutkimushaastatteluissa tuli ilmi palveluiden puutteellisuus ja se, kuinka osa koki palveluiden saatavuuden niin huonoksi, että näki potilaiden jäävän heitteille, kun jatkohoitoa ei voitu järjestää tai hoitoon hakeutuminen jätettiin potilaan vastuulle ja käynnit avohoitoon saatiin vasta viikkojen tai kuukausien päähän. Yhteistyö psykiatrian ja somatiikan välillä nähtiin haastavaksi ja yhteistyötä toivottiin olevan enemmän. Päivystyksen tukiosastoilla mielenterveyspotilaiden aseman nähtiin heikentyneen, kun heillä ei ollut enää käytettävissä psykiatrasta sairaanhoitajaa päivystysuudistuksen jälkeen. Päivystysuudistus, jossa somaattinen ja psykiatrinen päivystys olivat samassa paikassa, jakoi kokemusasiantuntijoiden mielipiteitä puolesta ja vastaan. Sairaanhoitajat kokivat uudistuksen toimivaksi, mutta jatkumo päivystyksestä jatkohoitoon koettiin vaikeaksi järjestää. Tammikuusta 2019 päivystys ja tukiosastot siirtyivät Helsingin kaupungilta Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriin alaisuuteen. Muutoksella pyritään tehostamaan akuuttihoiton palveluita ja erikoisalojen päivystyspalveluita, minkä tarkoitus on parantaa potilaiden hoitoon pääsyä kustannustehokkaasti. (HUS 2018.) Tätä asiaa olisikin mielenkiintoista selvittää, miten integraatio vaikuttaa mielenterveyspalveluiden saatavuuteen ja palveluissa ohjautuvuuteen ja onko erikoissairaanhoidosta saatava konsultaatio tullut helpommin järjestettäväksi päivystyksessä ja tukiosastoilla.

Prosessin aikana yritin selvittää, millä tavoin koulutusta tai tietoa olisi hyvä lisätä työpaikoilla. Kokemusasiantuntijat nähtiin mielenkiintoisena vaihtoehtona, joka auttaisi hahmottamaan, että vakavistakin mielenterveydensairauksista voi kuntoutua. Toinen esiin noussut tapa oli audiovisuaalinen ilmaisu, jonka ajateltiin toimivan paremmin kuin perinteisen diaesityksen. Tässä voitaisiin hyödyntää media-alan opiskelijoita ja tehdä lyhyitä, kantaaottavia videoita. Esitystapaa voitaisiin selvittää kyselytutkimuksella hoitohenkilökunnalta, millainen esitystapa olisi heidän mielestään paras tuottaa uutta tietoa ja miten sen esittäminen olisi opettavaisinta. Kolmas ajatus tuotteistuksesta olisi erilaiset paneelit ja työpajat, joissa olisi hoitohenkilökuntaa sekä mielenterveyskuntoutujia. Tällaisesta on itselläni kokemusta, kun toteutimme opinnäytetyötä varten

pilottiryhmän. Pilottiryhmään osallistuneet hoitajat osallistuivat ja tutustuivat klubitalon toimintaan ja kertoivat jälkeen päin, että toimintaa tutustuminen oli opettavaista ja silmiä avaavaa ja se vaikutti heidän omiin asenteisiin.

7.2 Eettisyys ja luotettavuus

Tutkimuksessani eettisyys ja tutkimuksen luotettavuus otettiin huomioon jo aihetta valittaessa ja tutkimussuunnitelmaa tehdessä. Prosessin alussa tämä tapahtui perehtymällä tutkimusprosessiin ja aihealueeseen, sekä pohtimalla, minkälaisia haasteita prosessin aikana voi muodostua. Keskeiseksi ongelmaksi näin mahdollisuuden siihen, että haastateltavat antavat puolueellisen lausunnon tai eivät uskalla kertoa rehellistä mielipidettään aiheesta. Lisäksi kokemusasiantuntijoiden kohdalla pohdin aihealueen henkilökohtaisuutta ja sen vaikutusta haastateltaviin. Avoimuuteen ja osallistumiseen vaikuttava tekijä on ollut haastateltavien anonymiteetti. Osallistujien kunnioittaminen ja yksityisyyden säilyttäminen on merkittävä osa tämän tutkimuksen tutkimusetiikkaa sekä parantaa tulosten luotettavuutta. (Kuula 2006, 136–137; Kananen 2015, 353–354.) Tutkimustulosten kuvauksessa on otettu huomioon, ettei ketään haastateltavaa yksilöidä tai heistä ilmaista tunnistetietoja, vaikka tekstissä onkin säilytetty puhujien persoonallisuus. Haastatteluista poimittuja lainauksia käytettiin kahdesta syystä. Yksi oli, että niillä voitiin perustella ja esittää muodostettuja johtopäätöksiä subjektiivisemmin sekä parantaa tutkimuksen luotettavuutta ja läpinäkyvyyttä. Toiseksi opinnäytetyön tarkoitus oli tuoda näkyviin osallistujien oma kokemus aihealueesta ja vahvistaa heidän osallisuuttaan. Osallistujien anonymiteetti oli yksi edellytys sille, että haastatteluihin osallistuneet saivat kertoa mielipiteensä ja näkemyksensä opinnäytetyön aiheesta mahdollisimman vapaasti ja pystyivät luottamaan siihen, ettei se vaikuta heidän asemaansa työpaikalla tai omassa yhteisössään. (Kuula 2006, 124–137.) Sairaanhoidajien kohdalla täydellistä anonymiteettiä ei voitu kuitenkaan taata, koska haastateltavat järjestettiin tutkimusluvassa määritetyn yhteyshenkilön kautta.

Tietosuojakäytännöt olivat tärkeä osa tutkimusta. Ennen tutkimuksen tekoa perehdyin henkilötietolakiin (L 523/1999), joka korvattiin 2019 alkaen tietosuojalailla (L 1050/2018) joka koskee myös laadullista tutkimusta (Kuula 2006, 128–129). Tutkimuksen teossa on otettu huomioon alusta asti se, kuinka henkilötietoja ja tutkimuksen

aikana saatua materiaalia käytetään ja säilytetään sekä tutkimuksen valmistuttua hävitetään. Tutkimuksen tavoitteista ja tarkoituksesta on annettu jokaiselle osallistujalle kirjallinen tiedote, sekä pyydetty kirjallinen suostumus haastatteluun ja saadun aineiston käyttöön. Ennen haastatteluita tiedote ja suostumuslomake käytiin vielä haastateltavien kanssa suullisesti lävitse. (Kuula 2006, 128–130, 136–137.) Saatua materiaalia on säilytetty salasanalla suojatussa laitteessa sekä paperimateriaali on säilytetty ja hävitetty niin, ettei se päädy ulkopuolisille.

Tutkimuksessa keskeistä on, että tutkija vastaa tutkimuksestaan ja hänen on huolehdittava sen rehellisyydestä, luotettavuudesta ja huolellisesti tuotetusta sisällöstä alusta loppuun. Tutkimusentekijän tulee myös miettiä, mihin saatua tutkimustietoa käytetään ja minkälaisia seurauksia sillä voi olla. Hyvässä tutkimuksessa toimitaan avoimesti, mikä näkyy prosessin tarkkana kuvauksena ja käytettyjen menetelmien läpinäkyvyytenä lukijalle. (Hirvonen 2006, 44–45.) Tämän tutkimuksen kohdalla aineistoa on tarkoitus hyödyntää parantamaan potilaiden hoitoa ja asemaa hoitojärjestelmässä sekä saatuja tuloksia on kerätty hoitotyön kehittämiseksi. Työn teoreettisessa osuudessa olen pyrkinyt kuvaamaan mahdollisimman tarkasti ja avoimesti koko prosessin eri vaiheita ja kulkua. Teoreettisessa viitekehyksessä on käytetty luotettavia lähteitä ja tietoa on pyritty hakemaan monipuolisesti eri tietokannoista. Haastattelut ja niissä nousseet asiat on tuotu esiin niin avoimesti, kuin mahdollista, osallistujien anonymiteetti huomioiden.

Eettisesti hyvä tutkimus ei tähtää vain suoriutumiseen tai tuloksiin vaan prosessin aikana pitää olla aikaa pohtia prosessissa syntyneitä ongelmia ja ajatuksia (Hirvonen 2006, 44). Ongelmia syntyiikin haastateltavien hankinnassa. Hoitoalan osallistujia oli vaikea saada ja tutkimuslupa oli voimassa vain lyhyen aikaa käynnissä olevan organisaatiomuutoksen vuoksi. Toinen haastatteluihin vaikuttava tekijä oli oma, olemassa oleva käsitys ja käytännön kokemus aihealueesta oman työhistorian kautta. Tämä vaati erityistä tarkkaavaisuutta, että pystyin sulkemaan omat ajatukset ja käsitykset aihealueen ympäriltä ja suhtautumaan haastattelutilanteisiin mahdollisimman neutraalisti ja teorialähtöisesti.

Muodostin haastattelukysymykset eri lähteistä saadun taustatiedon perusteella sekä ennen varsinaista tutkimusta pidetyn pilottiryhmän perusteella. Pilottiryhmä koostui

kokemusasiantuntijoista sekä somaattisen ja psykiatrianalan hoitajista. Ryhmän tarkoitus oli selvittää, mitä lähdetään tutkimaan ja millä tavoin sekä kuinka aihealuetta olisi hyvä rajata. Näin sain luotua myös keskeiset tutkimuskysymykset tutkimukselle. Samalla oli mahdollista kokeilla haastattelukysymyksiä sekä niiden toimivuutta. Näin pystyin varmistumaan tutkimuksen tarpeellisuudesta ja parantaa sen luotettavuutta saadun materiaalin ja palautteen pohjalta. Pilottiryhmä vaikutti haastattelutavan valintaan. Haastatteluilla saamani äänitallenteet olivat hyvälaatuisia. Niiden litterointi tapahtui sanatarkasti ja koko materiaali litteroitiin, jonka jälkeen käytin sitä soveltuvien osien. Analysointivaiheessa repliikkejä ei muunneltu, vaan tulkitsin ne neutraalisti. Materiaalin taulukoinnilla ja pelkistämällä huolehdin siitä, että sisältö ymmärrettiin oikein ja sain keskeisen sanoman selkeästi esille. Kirjallisia tuloksia kirjoittaessa keskityin siihen, ettei kirjoitettu teksti loukkaa, halvenna tai mustamaalaa osallistujia tai organisaatiota, eikä sen sisältö vääristy tai anna virheellistä kuvaa tutkimuksesta. Toisin sanoen tulokset tuotiin ilmi rehellisesti, kertojien sanoin. Heijastin saatuja tuloksia aiempiin tutkimuksiin ja olemassa olevaan teoretietoon. Tällä tavoin pystyin varmistumaan saatujen johtopäätösten luotettavuudesta ja kommunikoinnista aiemman tutkimustiedon kanssa. (Kananen 2015, 160–161, 352–355; Hirvonen 2006, 30, 38–46; Kuula 2006, 124,137.)

7.3 Tutkimus ja oma ammatillinen kehitys

Ajatus opinnäytetyön aiheesta on syntynyt joitain vuosia sitten, kun toimin lähihoitajana kaupungin sairaalassa eri vuodeosastoilla. Osastoilla hoidettiin pääosin sisätaudeista ja fyysisistä vammoista kärsiviä potilaita. Kuitenkin monilla potilailla oli myös psyykkisiä ongelmia, joiden hoito jäi toissijaiseksi hoitajaksoilla. Törmäsin siihen, miten vaikeaa on järjestää potilaalle hoitoa osastolle tai kuinka haastavaa on saada potilasta somaattiselta osastolta psykiatriseen hoitoon. Haasteet olivat usein hoitojärjestelmästä ja sen joustamattomuudesta johtuvia, mutta ajoittain esiintyi hoitokulttuurista lähtöisen olevaa, asenteellista kahtiajakoa ja suhtautumista potilaisiin, mikä sai pohtimaan potilaan hoidon toteutumista eettisestä näkökulmasta. Oliko hoito aina tasarvoista? Saiko potilas tarvitsemaansa hoitoa ja vaikuttiko hänen psyykinen sairautensa siihen, miten häneen suhtauduttiin?

Sairaanhoitajaopintojen aikana tutustuin Helsingin klubitaleen ja sen toimintaan. Olimme toteuttamassa heidän kanssaan toista yhteistyöprojektia, kun päädyimme keskustelemaan mielenterveyskuntoutujien sijoittumisesta hoito- ja palvelujärjestelmässä. Näin päädyimme toteuttamaan ammattilaispaneelin, jonka tarkoitus oli pohtia psykiatrian, somatiikan ja kokemusasiantuntijoiden kanssa, minkälaista hoito on ja mitä siltä toivottiin. Paneeliin osallistui 4 sairaanhoitajaa ja 5 kokemusasiantuntijaa sekä klubitaleen henkilökuntaa. Paneelin kautta saimmekin laajan kuvan käytännön työkentän haasteista. Näin syntyi myös ajatus opinnäytetyöstä missä Helsingin klubitale toimisi työelämäyhteistyökumppanina. Paneelista saatua materiaalia käytettiin opinnäytetyön taustalla aihealueen kartoittamiseen ja sen toteutuksen pohtimiseen. Opinnäytetyössä ammattilaispaneelista on käytetty nimitystä pilottiryhmä.

Opinnäytetyötä ryhdyin tekemään yksin, koska halusin vapauden tehdä ja toteuttaa opinnäytetyön omalla tavallani. Lähtökohtaisesti itselläni ei ollut minkäänlaista tietoa tutkimusprosesseista tai menetelmistä. Työn tekeminen onkin vaatinut runsasta perehtymistä eri menetelmiin. Jälkeenpäin ajateltuna työpari tai kaksi eivät olisi olleet pahitteeksi, niin työmäärää kuin työn eri vaiheita tehdessä ja arvioitaessa. Työn sisällön arviointi onkin jäänyt paljolti koulun järjestämien seminaarien, ohjaavan opettajan sekä työelämäyhteistyökumppanin varaan. Sisältöä olen pyrkinyt arvioimaan kriittisesti ja luetuttanut ulkopuolisilla niiltä osin, kun on ollut mahdollista osallistujien yksityisyyden puolesta. Prosessi on opettanut itsestäni hyvin paljon. Olen lähtökohtaisesti impulsiivinen toimimaan ja haluan asioiden menevän ripeästi eteenpäin ja turhaudun jos asiat eivät etene. Käytännönläheisissä, nopeatempoisissa ja kaoottisissa tilanteissa koen olevani parhaimmillani. Projektin hitaan etenemisen ja Murphyn lain toteutuessa usko koko projektiin oli vaakalaudalla useaan kertaan. Lupien ja eri tahojen odottelu johti usein siihen, että myös motivaatio katosi. Projekti on kuitenkin pakottanut haastamaan itseni ja vaatinut pitkäjänteisyyttä sekä periksiantamattomuutta. Itsenäisessä työskentelyssä hyviä puolia on ollut toiminnan suunnittelun ja toteutuksen vapaus, vaikka siinä on piillyt oma haasteensa siitä, kuinka pitää motivaatio yllä ja saada vietyä prosessia eteenpäin silloinkin, kun työhön tarttuminen ei tunnu mielekkäältä. Jälkeenpäin mietittynä en lähtisi vastaavaa työtä tekemään enää yksin, vaikka nyt tilanne olisikin eri koska tiedän, miten tutkimusprosessia lähdetäisiin viemään eteenpäin ja mitä se käytännössä sisältää.

Ammatillisesti opinnäytetyön tekeminen on kuitenkin ollut antoisa kokemus. Se on opettanut tutkimusmenetelmistä, kriittisestä tiedonhausta ja ammatillisesta reflektoinnista ja opponoinnista paljon. Lisäksi seminaarien kautta olen päässyt kehittämään esiintymistaitoja. Projektin aikana olen tavannut hienoja ihmisiä ja on tuntunut etuoikeutetulta kuulla ja jakaa heidän tarinansa. Haastattelut ja niiden järjestäminen on opettanut organisointitaitoja ja tukenut ammatillisten vuorovaikutustaitojen kehittymistä. Haastatteluissa on korostunut läsnäolon ja aktiivisen kuuntelun merkitys, mitkä ovat mielestäni tärkeitä taitoja sairaanhoitajalle. Haastatteluissa nousseet asiat ovat laittaneet pohtimaan omaa toimintaa hoitotyössä ja ihmisten kohtaamisessa sekä tapaa, miten raportoin tai puhun potilaista työyhteisössä. Kokemusasiantuntijahaastattelut vahvistivat ajatusta ihmisen ainutkertaisuudesta ja siitä, että jokaisen ihmisen takaa löytyy tarina sekä sen, että kuka tahansa voi sairastua mielenterveydensairauksiin, jos sisäiset stressitekijät ja ympäristönpaine on riittävä. Haastattelut todistivat, että ihminen voi elää hyvää ja täysivoimaista elämää sairaudestaan huolimatta, jos hänelle mahdollistetaan ympäristö, joka tukee ja kannustaa työhön, opiskeluun tai harrastuksiin sekä parantaa sosiaalista osallisuutta ja yhteenkuuluvuutta. Elämän merkityksellisyys tuntui olevan usein avain kuntoutumiseen ja parempaan elämään.

Koen, että olen onnistunut opinnäytetyössä. Sain vastauksen tutkimuksen kannalta keskeisiin tutkimuskysymyksiin, opinnäytetyö on tehty eettisiä ohjeita ja hyviä tutkimuskäytänteitä noudattaen. Sairaanhoitajatutkimuksen kompetenssin suhteen saavutin laajalti eri osa-alueita, joista keskeisimpänä itsensä kehittäminen, eettinen osaaminen ja kehittämistoiminnan osaaminen (Eriksson, Korhonen, Merasto & Moisio 2015, 14–15). Mielestäni myös terveystieteiden opinnäytetyötä koskevat kriteerit täyttyvät (Näkki, Pyykkö, Valtonen 2019). Tutkimuksessa sain tietoa, joka kommunikoi aiempien tutkimusten kanssa. Saadut tulokset kommunikoiivat myös käytännön kokemuksen kanssa ja nostivat sieltä merkittäviä seikkoja esiin, josta keskeisimmät ovat potilaan ohjaus ja sen puute sekä potilaan leimaantuminen hoitoyksikössä. Nämä ovat osa-alueita, joihin jokainen hoitaja voi henkilökohtaisesti vaikuttaa asenteellaan ja omilla toimintavoillaan. Näiden asioiden parantaminen lähtee käytännön työstä ja sen tekijästä.

LÄHTEET

- Aho, T. (2016). *Toipumisorientaatioon perustuvan kotikuntoutuksen kehittäminen mielenterveyskuntoutujien toimijuuden tukemiseksi*. (Opinnäytetyö, Metropolia ammattikorkeakoulu, Kuntoutuksen tutkinto-ohjelma). Saatavilla: <https://www.theseus.fi/handle/10024/116861>
- Alametsä, A, Service, H. (2.7.2019) Mielenterveysongelmien hoitosuosituksia olisi jo aika ryhtyä toteuttamaan. Helsingin Sanomat. Saatavilla: <https://www.hs.fi/mielipide/art-2000006159772.html>
- Alanko, A. (2017) *Improving mental health care - Finnish mental health policy rationale in the era of dehospitalisation*. (Väitöskirja, Helsingin yliopisto, sosiaalitieteiden laitos) Saatavilla <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/220946/IMPROVIN.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Aromaa, E. & Wahlbeck, K. (2017). Mielenterveysongelmiin liittyviin leimaaviin asenteisiin vaikuttaminen. Kustannus Oy Duodecim. Saatavilla http://www.terveysportti.fi.anna.diak.fi:2048/dtk/tyt/koti?p_haku=Leimaaviin%20asenteisiin%20vaikuttaminen
- Diakonia-ammattikorkeakoulu. (2010). Kohti tutkivaa ammattikäytäntöä. Opas Diakonia-ammattikorkeakoulun opinnäytetöitä varten. Diakonia-ammattikorkeakoulun julkaisuja C, katsauksia ja aineistoja 17. Helsinki 2010. Saatavilla https://www.diak.fi/wp-content/uploads/2017/12/Diak_Kohti_tutkivaa_ammattikaytanta_opas.pdf
- Erholtz, J. (2015) Skitsofreniaa sairastavan henkilön somaattisen terveydentilan seuranta -2011. Saatavilla: <https://docplayer.fi/25411887-Skitsofreniaa-sairastavan-henkilon-somaattisen-terveydentilan-seuranta-psykiatrian-klinikka-lshp.html>
- Eriksson, E., Korhonen, T., Merasto, M. & Moisio, E-L. (2015). Sairaanhoidajan ammatillinen osaaminen - Sairaanhoidajakoulutuksen tulevaisuus - hanke. Ammattikorkeakoulujen terveysalan verkosto ja Suomen 40 sairaanhoidajaliitto ry. Saatavilla 29.7.2019 <https://sairaanhoitajat.fi/wp-content/uploads/2015/09/Sairaanhoitajan-ammattillinenosaaminen.pdf>

- Eskelinen, S. (2017). *Physical health of patients with schizophrenia: findings from a health examination study*. (Väitöskirja, Helsingin yliopisto, lääketieteellinen tiedekunta). Saatavilla: <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/183279/PHYSICAL.pdf?sequence=1>
- ETENE., TENK., TUKIJA., KYTÖ., BTNK., GTLK. (2006) Tutkimuksen eettinen arviointi suomessa. Saatavilla 17.2.2018: <http://etene.fi/documents/1429646/1559094/Tutkimuksen+eettinen+arviointi+Suumessa.pdf/40bb76da-873a-415f-b3d1-a69917eb6d34>
- Hirvonen, A (2006) Eettisesti hyvä tutkimus. Teoksessa Hallamaa, J., Launis, V., Lötjönen, S., Sorvali, I. *Etiikkaa ihmistieteille* (s. 31-49). Helsinki: Hakapaino Oy
- Holmberg, J. (2016). Hoitajana mielenterveys- ja päihdetyössä. Keuruu: Otavan kirjapaino
- HUS, uutishuone, Helsinki ja HUS valmistelevat päivystysten yhdistämistä. Saatavilla 30.7.2019 <https://www.hus.fi/hus-tietoa/uutishuone/Sivut/Helsinki-ja-HUS-valmistelevat-p%C3%A4ivystysten-yhdist%C3%A4mist%C3%A4.aspx>
- Huttunen, H. (2016). *Mielenterveyshoitotyön etiikka*. (Opinnäytetyö, Turun ammattikorkeakoulu, terveysalan -koulutusohjelma). Saatavilla https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/106777/Huttunen_Henna.%20pdf.pdf?sequence=1
- Hänninen, E. (toim.) (2016). *Mieleni minun tekevi*. Helsinki: Lönnberg Oy.
- Järvelin, J. (2016) Psykiatrinen erikoissairaanhoido 2014. Helsinki: THL. Saatavilla: 22.4.2017: <http://www.julkari.fi/handle/10024/130535>
- Jääskeläinen, S. (2015). *Vertaistuen voimaannuttava merkitys – Mielenterveyshäiriöisten nuorten vanhemmat kuvaajina*. (Opinnäytetyö, Kymenlaakson ammattikorkeakoulu, sosiaalialan -koulutusohjelma). Saatavilla https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/89712/Jaaskelainen_Satu.pdf.pdf;jsessionid=03FA6291EE7AF2ED240237B805B4140A?sequence=1
- Kananen, J. (2015) Opinnäytetyön kirjottajan opas. Jyväskylä: Suomen yliopistopaino Oy – Juvenes Print.
- Kara, T & Palomäki, M. (2016). *Mielenterveys osana kokonaisvaltaista hoitotyötä*. Seinäjoen ammattikorkeakoulu.

- Karjalainen, A-L., Kivirinta, M., Määttä, J. (2019) Osallistavan ja tutkivan kehittämisen opas: Lähdeviitteet ja lähdeluettelo. Diakonia-ammattikorkeakoulu. Saatavilla <http://libguides.diak.fi/c.php?g=389856&p=2915514>
- Kassara, H., Paloposki, S., Holmia, S., Murtonen, I., Lipponen, V., Ketola, M., Hietanen, H. (2005) *Hoitotyön osaaminen*. Helsinki: WSOY
- Kilkku, N. (2008) *Potilasopetus ensipsykoosipotilaiden hoidossa*. (Väitöskirja Tampereen yliopisto, hoitotieteenlaitos). Saatavilla <https://tamperepub.uta.fi/bitstream/handle/10024/67909/978-951-44-7492-7.pdf?sequence=1>
- Korkeila, J. (2013) Psykoosin varhaisvaihe ja somaattiset sairaudet. *Suomen Lääkäri-lehti* 34/2013, 2042. Saatavilla <http://docplayer.fi/3709140-Psykoosin-varhaisvaihe-ja-somaattiset-sairaudet.html>
- Korkeila, J. (2015) Mielenterveyspalvelujen rakenteita korjaamalla parempaa hoitoa ja vähemmän häpeäleimaa. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim*. Saatavilla <https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2015/6/duo12160>
- Korkeila, J. (3.7.2019) Psykiatrian avohoito on järjestettävä uudelleen. Helsingin sanomat. Saatavilla <https://www.hs.fi/mielipide/art-2000006161189.html>
- Kuhanen, C., Oittinen, P., Kanerva, A., Seuri, T. & Schubert, C. (2010) *Mielenterveyshoitotyö*. Helsinki: WSOYpro Oy.
- Kuula, A (2006) Yksityisyyden suoja tutkimuksessa. Teoksessa Hallamaa, J., Launis, V., Lötjönen, S., Sorvali, I. *Etiikkaa ihmistieteille* (s. 124-137). Helsinki: Hakapaino Oy
- L 1050/2018. Tietosuojalaki. Saatavilla <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2018/20181050>
- L 1116/1990. Mielenterveyslaki. Saatavilla: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>
- L 1326/2010. Terveystietolaki. Saatavilla: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>
- L 1989/1062. Erikoissairaanhoitolaki. Saatavilla: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1989/19891062>
- L 523/1999. Henkilötietolaki (kumottu). Saatavilla <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/kumotut/1999/19990523>
- L 785/1992. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Saatavilla: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>
- Laiho, S. (2015). *Mielenterveyden häiriöitä saraistavien leimautuminen somaattisessa hoitotyössä*. (Opinnäytetyö. Tampereen ammattikorkeakoulu.

- Hoitotyön koulutusohjelma). Saatavilla
http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/89234/Sanna_Laiho.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Lehtinen, P. (2017) Skitsofreniapotilailla on paljon fyysisiä terveysongelmia. Saatavilla 1.2.2018: <https://www.helsinki.fi/fi/uutiset/terveys/skitsofreniapotilailla-on-paljon-fyysisia-terveysongelmia>
- Mäkinen, O. (2006) Tutkimusetiikan ABC. Vaajakoski: Gummerus kirjapaino Oy
- Näkki, P., Pyykkö, A., Valtonen, M. (2019). Osallistavan ja tutkivan kehittämisen opas: Sosiaali-, terveys- ja kirkon alan perustutkintojen opinnäytetyöt. Diakonia-ammattikorkeakoulu. Saatavilla
<http://libguides.diak.fi/c.php?g=389856&p=2813225#nak3>
- Partanen, A., Moring, J., Bergman, V., Karjalainen, J., Kesänen, M., Markkula, J., Marttunen, M., Mustalampi, S., Nordling, E., Partonen, T., Santalahti, P., Solin, P., Tuulos, T., Wuorio, S. (toim.) (2015). Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015 – Miten tästä eteenpäin? Tampere: Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy.
- Peltonen, T & Ronka, S. (2014) *Potilaslähtöisyys hoitotyössä – Hyvän hoidon kulmakivi*. (Opinnäytetyö, Turun Ammattikorkeakoulu, Hoitotyön koulutusohjelma). Saatavilla: https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/81586/Peltonen_Tuulia_ja_Ronka_Satu.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Perälä, J., Suvisaari, J., Saarni, S., Kuoppasalmi, K., Isometsä, E., Pirkola, S., Partonen, T., Tuulio-Henriksson, A., Hintikka, J., Kiesepää, T., Härkänen, T., Koskinen, S., Lönnqvist, J. (2007). Psykoottisten häiriöiden esiintyvyys Suomessa. *DUODECIM 2007;123*. 137–138. Saatavilla
<http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo96217.pdf>.
- Ruusuvuori, J., Nikander, P., Hyvärinen, M. (toim.) (2010). Haastattelun Analyysi. Tampere: Osuuskunta vastapaino.
- Saaranen-Kauppinen, S & Puusniekka, A. (2006). KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto [verkkójulkaisu]. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoaristo. Saatavilla 17.2.2018: <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/>
 Saatavilla https://www.uusimaa2019.fi/files/21922/Paihde-_ja_mielen-terveyspalvelut.pdf

- Sairaanhoitajaliitto, 2014. Sairaanhoitajan eettiset ohjeet. Saatavilla 9.2.2018.
<https://sairaanhoitajat.fi/jasenpalvelut/ammattillinen-kehittyminen/sairaanhoitajan-eettiset-ohjeet/>
- Salokangas, R. (2009) Skitsofreniapotilaan somaattiset sairaudet. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim*. Saatavilla <https://www.duodecim-lehti.fi/lehti/2009/5/duo97889>
- STM. Sairaalat ja erikoissairaanhoito. Saatavilla 22.4.2017: <http://stm.fi/sairaalat-erikoissairaanhoito>
- THL. (19.3.2019). Mielen terveys. Mielen terveyspalvelut. Saatavilla 1.8.2019
<https://thl.fi/fi/web/mielen-terveys/mielen-terveyspalvelut>
- THL. (7.2.2019). tutkimus ja kehittäminen. tutkimukset ja hankkeet. kansallinen mielen terveys ja päihdesuunnitelma. ehdotukset mielen terveys ja päihdetyön kehittämisen painopisteiksi vuoteen 2020. Saatavilla 10.8.2019
<https://thl.fi/fi/tutkimus-ja-kehittaminen/tutkimukset-ja-hankkeet/kansallinen-mielen-terveys-ja-paihdesuunnitelma/ehdotukset-mielen-terveys-ja-paihde-tyon-kehittamisen-painopisteiksi-vuoteen-2020>
- THL. (2016). Tilastokatsaus 14/2016: Perusterveydenhuollon ja suun terveydenhuollon avohoitokäynnit 2015. Saatavilla 22.4.2017: <http://www.julkari.fi/handle/10024/131497>
- Turpeinen, L. (17.11.2017) Miten Helsingissä on integroitu mielen terveys-, päihde- ja sosiaalipalvelut? Saatavilla <https://www.slideshare.net/THLfi/leena-turpeinen-miten-helsingiss-on-integroitu-mielen-terveys-pihde-ja-sosiaalipalvelut>
- Uusimaa 2019. (28.12.2017) Päihde- ja mielen terveyspalvelut -ryhmän loppuraportti
- Wahlbeck K., Hannukkala M., Parkkonen J., Valkonen J., Solantausta T. (2017) Mielen terveyden edistäminen kansanterveystyön ytimessä. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim*. Saatavilla <https://www.duodecim-lehti.fi/lehti/2017/10/duo13731>
- Vertaistalo. (22.11.2017) Tietoa vertaistuesta. Mitä vertaistuesta saa? Saatavilla 31.7.2019 <https://www.terveyskyla.fi/vertaistalo/tietoa-vertaistuesta/mit%C3%A4-vertaistuesta-saa>
- Vilka, H. (2006). Tutki ja havainnoi. Vaajakoski: Gummerus Kirjapaino Oy

LIITE 1. Haastattelurunko1

HAASTATTELUKYSYMYKSET SAIRAANHOITAJILLE

Haastattelukysymyksillä pyritään mahdollisimman avoimeen keskusteluun aihealueen ympäriltä. Tarkoitus on tuoda esiin haastateltavan oma kokemus hoitotyöstä ja sen haasteista. Koulutustaustaan ja työskentelyaikaan liittyvät kysymykset ovat vain sitä varten, että lopullisessa työssä voidaan mainita yleisellä tasolla, millainen tausta haastateltavalla on. Ketään haastateltavaa ei yksilöidä, eikä heistä julkaista sellaista tietoa, minkä avulla heidät voitaisiin tunnistaa. Haastatteluun osallistuminen tapahtuu anonyymisti. Haastattelumateriaalia ei luovuteta tai esitetä kolmannelle osapuolelle ja teksti ja digitaaliset tiedostot säilytetään joko lukollisessa lokerossa tai salasanalla suojatulla tietokoneella. Opinnäytetyön valmis raportti ja tutkimustulokset esitellään Helsingin klubitalolla kevään 2019 aikana.

- 1) Millainen koulutustausta sinulla on?
 - 1a) Kuinka pitkään olet työskennellyt sairaanhoitajana?
- 2) Mitä ajattelet koulutuksen tarjoamista valmiuksista kohdata ja hoitaa mielenterveyskuntoutujia?
 - 2a) Millaista lisäkoulutusta on ollut tarjolla? Vai onko sitä ollut?
- 3) Minkälaiseksi koet oman osaamisesi mielenterveyskuntoutujien kohtaamisessa ja hoidossa?
- 4) Minkälaisia haasteita kohtaat käytännön työssä, liittyen mielenterveyskuntoutujien hoitoon?
 - 4a) Minkälaisia vahvuuksia?
- 5) Mitä ajatuksia mielenterveydenongelmat herättävät sinussa?
- 6) Mikä olisi mielestäsi sellainen asia, jota tulisi hoitotyössä kehittää?

Haastatteluaineistosta voidaan käyttää suoria lainauksia haastateltavan suostumuksella. Haastattelun yhteydessä allekirjoitetaan suostumuslomake haastatteluun, jossa haastateltava voi kieltää suorien lainausten käyttämisen. Haastateltavalla on myös oikeus kieltää haastattelumateriaalin käyttö osin tai kokonaisuudessaan, jos hän näin haluaa. Opinnäytetyössä ei julkaista materiaalia, joka voisi aiheuttaa haastateltavalle minkäänlaista haittaa. Haastattelu äänitetään, ja äänitysten purkamisen jälkeen äänitiedostot tuhotaan. Haastattelu ja siihen osallistuminen perustuu vapaaehtoisuuteen.

LIITE 2. Haastattelurunko2

HAASTATTELUKYSYMYKSET KLUBILAISILLE

Haastattelukysymyksillä pyritään mahdollisimman avoimeen keskusteluun aihealueen ympäriltä. Tarkoitus on tuoda esiin haastateltavan oma kokemus asiakkaana ja palveluiden käyttäjänä. Omaan sairauteen liittyvät kysymykset ovat vain sitä varten, että lopullisessa työssä voidaan mainita yleisellä tasolla, millainen tausta haastateltavilla on. Ketään haastateltavaa ei yksilöidä, eikä heistä julkaista sellaista tietoa, minkä avulla heidät voitaisiin tunnistaa. Haastattelu toteutetaan anonyymisti.

- 1) Minkälainen mielenterveydellinen ongelma sinulla on?
 - 1a) Kuinka pitkään sinulla on ollut sairaus?
- 2) Onko oma sairaushistoriasi vaikuttanut mielestäsi siihen, miten sinua kohdeltu terveydenhuollossa?
 - 2b) Millä tavalla vaikuttanut?
- 3) Kun olet käyttänyt terveystalvuita jonkun muun kuin psykiatrisen sairauden vuoksi, oletko kokenut saavasi hyvää ja tasavertaista hoitoa? (Jos et, millä tavalla se on näkynyt?)
 - 3b) Onko sinua kuunneltu ja mielipiteesi omasta terveydentilasta otettu huomioon?
- 4) Jos olet kohdannut hoitosuhteessa syrjintää, millä tavalla se on vaikuttanut hoitosuhteeseesi ja sinuun asiakkaana?
 - 4b) Miten syrjintää voitaisiin mielestäsi vähentää?
- 5) Onko hoitosi ollut kokonaisvaltaista ja onko myös psyykkiset tarpeesi otettu huomioon?
 - 5b) Millä tavoin tarpeet voitaisiin ottaa paremmin huomioon?
- 6) Voisiko hoitohenkilökunta toimia paremmin? Mitä pitäisi tehdä toisin? (Nimeä kolme asiaa)
- 7) Mihin olet ollut tyytyväinen hoitosuhteessa/ammattihenkilön toiminnassa? (Nimeä kolme asiaa)

Haastatteluaineistosta voidaan käyttää suoria lainauksia haastateltavan suostumuksella. Haastattelun yhteydessä allekirjoitetaan suostumuslomake haastatteluun, jossa haastateltava voi kieltää suorien lainausten käyttämisen. Haastateltavalla on myös oikeus kieltää haastattelumateriaalin käyttö osin tai kokonaisuudessaan, jos hän näin haluaa. Opinnäytetyössä ei julkaista materiaalia, joka voisi aiheuttaa haastateltavalle minkäänlaista haittaa. Haastattelu äänitetään, ja äänitysten purkamisen jälkeen äänitiedostot tuhoetaan. Haastattelu ja siihen osallistuminen perustuu vapaaehtoisuuteen.

LIITE 3. Haastattelulupa

HAASTATTELULUPA

Olet osallistumassa haastatteluun, joka on osa Diakonia-ammattikorkeakoululle ja Helsingin klubitalolle tekemääni opinnäytetyötä. Haastattelu taltioidaan ääninauhotteeksi, josta se litteroidaan teemoittain kirjalliseen muotoon.

Haastattelussa ei käytetä haastateltavien nimiä, eikä tuoda esiin muita tunnistetietoja, josta haastateltava voitaisiin tunnistaa. Kun haastattelu nauhoitteista on saatu riittävä tieto, ne tuhoetaan, samoin kun litteroinnissa syntyneet tekstitiedostot, kun opinnäytetyö on valmis.

Haastateltava voi kieltäytyä haastattelusta tai kieltää haastattelumateriaalin osittaisen käytön missä vaiheessa haastattelua tahansa. Haastattelunauhoitteita ja litteroitua tekstiä säilytetään ja käsitellään koko prosessin ajan niin, ettei se päädy sellaisenaan kolmannen osapuolen saataville. Opinnäytetyön valmis raportti ja tutkimustulokset esitellään Helsingin klubitalolla kevään 2019 aikana.

- Annan luvan haastatteluun ja haastattelun nauhoittamiseen.**
- Annan luvan käyttää suoria lainauksia haastattelumateriaalista opinnäytetyössä.**

Osallistujan allekirjoitus ja nimenselvennys

Helsinki __/__.2018

Kiitos yhteistyöstä!

LIITE 4. Ennakkomateriaali

KOKEMUKSIA MIELENTERVEYSPOTILAAN HOIDOSTA SISÄTAUTIVUODEOSASTOLLA.

Mielenterveys- ja päihdeongelmat ovat yksi yleistyvimmistä kansansairauksista Suomessa ja yleisin työkyvyttämyyteen johtava syy työikäisillä. Mielenterveys- ja päihdehäiriöistä kärsivät ihmiset käyttävät tutkimusten mukaan muuta väestöä enemmän sosiaali- ja terveyspalveluita, ja heidän elinajanodotteensa on keskimäärin 10-25 - vuotta lyhyempi, verrattuna normaaliin väestöön. Yleisin kuolemaan johtava syy on jokin somaattinen sairaus. Tästä johtuen mielenterveyskuntoutajat ovat näkyvästi läsnä myös somaattisen sairaanhoidon piirissä.

Opinnäytetyö on työelämä lähtöinen kehittämishanke Helsingin klubitalolle, joka käsittelee mielenterveyskuntoutujien kohtaamisesta sisätautivuodeosastoilla. Opinnäytetyössä keskeiset tutkimuskysymykset ovat, millaista hoito on? Millaiseksi hoito koetaan? ja millaista hoidon tulisi olla? Näitä kysymyksiä on tarkoitus kuvata työntekijä- sekä asiakaslähtöisestä näkökulmasta. Tarkoituksena on kartoittaa teemahaastatteluiden avulla yksittäisten sairaanhoitajien kokemuksia mielenterveyskuntoutujien hoidosta, hoidon laadusta ja haasteista. Lisäksi haastatellaan Helsingin klubitalon kokemusasi- antuntijoita, joilla on kokemusta hoidosta somaattisella vuodeosastolla, ja he sairastavat jotakin psykiatrista sairautta. Teemahaastattelulla saatua tietoa hyödynnetään hoitohenkilökunnalle suunnatun koulutuksen kehittämiseen, jonka tarkoitus on parantaa hoidon laatua, hoitohenkilökunnan ammattiosaamista ja ennaltaehkäistä epätasa-arvoa hoitojärjestelmässä.

Tietoa on tarkoitus kerätä teemahaastatteluin. Haastattelun taltioidaan äänitiedostoksi, josta ne litteroidaan tekstimuotoon sekä analysoidaan teemoittain. Havaintojen pohjalta kirjoitetaan raportti, jossa tuodaan esiin keskeiset havainnot tutkimuskysymysten ympäriltä. Koko prosessin ajan aineistoa käsitellään ja säilytetään niin, ettei se päädy ulkopuolisten saataville. Haastateltavat toimivat haastattelussa nimettömänä ja haastatteluun ja mahdollisiin suoriin lainauksiin pyydetään erillinen lupa haastateltavalta. Haastateltava tai organisaatio saa missä tahansa vaiheessa keskeyttää tai kieltää aineiston käytön osittain tai kokonaisuudessaan. Haastatteluiden analysoinnin ja työhön tarvittavan materiaalin hankinnan jälkeen ääninauhat ja muut analysoinnista syntyneet tiedot ja tiedostot tuhotaan. Tutkimuksessa noudatetaan tutkimuseettisiä ohjeita, materiaalia käytetään sellaisenaan eikä sitä vääristellä tai käytetä muodossa, joka olisi yksittäiselle henkilölle tai organisaatiolle haitaksi.