



LAUREA

Varhaisen psykoosin hoitoyksikön toimintaa ohjaavat arvot ja periaatteet potilaiden kokemana

.....

Immel, Päivi

Karhu, Eini

Lindroos, Outi

2010 Hyvinkää

Laurea-ammattikorkeakoulu

Laurea- Hyvinkää

Varhaisen psykoosin hoitoyksikön toimintaa ohjaavat arvot ja periaatteet potilaiden kokemana

Päivi Immel

Eini Karhu

Outi Lindroos

Opinnäytetyö

Hoitotyön ko.

Marraskuu, 2010

Laurea Hyvinkää

Hoitotyön koulutusohjelma

Sairaanhoitaja (AMK)

Päivi Immel, Eini Karhu, Outi Lindroos

Varhaisen psykoosin hoitoyksikön toimintaa ohjaavat arvot ja periaatteet potilaiden kokemana

Vuosi 2010

Sivumäärä 71

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää Kellokosken sairaalassa toimivan Varhaisen psykoosin hoitoyksikön potilaiden kokemuksia yksikön toimintaa ohjaavien arvosidonnaisten periaatteiden toteutumisesta. Yksikön arvosidonnaiset periaatteet ovat potilaslähtöisyys, yksilöllisyys, tarpeenmukaisuus, joustavuus, voimavarakeskeisyys, vaikuttavuus, jatkuvuus sekä perhe- ja verkostokeskeisyys. Opinnäytetyön aihe on saatu varhaisen psykoosin hoitoyksikön työntekijöiltä. Opinnäytetyön tavoitteena oli avata osaston toiminnan taustalla jo olevat periaatteet käytännönläheisiksi teorian ja potilaiden kokemusten kautta. Tavoitteena oli myös saada potilaiden kokemukset kuuluvaksi ja antaa yksikölle mahdollisuus kehittää hoitotyötä vastausten pohjalta.

Opinnäytetyössä käytettiin laadullista eli kvalitatiivista tutkimusmenetelmää, koska tutkittavana olivat kohderyhmän omat kokemukset. Aineistonkeruumenetelmänä oli teemahaastattelu. Haastatteluun suostui 6 osaston kahdestatoista potilaasta. Aineisto nauhoitettiin ja analysoitiin sisällön analyysillä.

Opinnäytetyön tulosten pohjalta voidaan todeta Varhaisen psykoosin hoitoyksikön arvosidonnaisten periaatteiden toteutuvan yksikössä hyvin. Opinnäytetyön tulokset antavat positiivisen kuvan Varhaisen psykoosin hoitoyksikössä toteutettavasta hoitotyöstä ja sen arvopohjan toteutumisesta käytännössä. Tulokset osoittivat, että potilaiden mielipiteitä huomioidaan ja heitä kohdellaan arvokkaasti. Merkittäväksi koettiin tuttu yhteisö, hoitohenkilökunnalta saatu aika sekä välitön apu tarvittaessa. Lisäksi tärkeäksi koettiin, että perheenjäsenet saavat tietoa potilaan sairaudesta ja täten ymmärtävät paremmin potilaan tilannetta.

Jatkotutkimusehdotuksina esitämme saman kyselyn toteuttamisen hoitoyksikössä uudelleen luotettavuuden lisäämiseksi. Tämän lisäksi haastattelun kohteeksi voisi ottaa myös hoitohenkilökunnan näkökulman yksikön toimintaa ohjaavien arvojen toteutumisesta käytännön työssä. Myös perheen näkökulma etenkin perhekeskeisyyden periaatteen kohdalla olisi hyvä saada kuuluviin.

Asiasanat: hoitotyön arvot, eettisyys, hoitotyön periaatteet, psykoottinen potilas

Laurea Hyvinkää

Health Care, Social Services and Sport

Degree programme in Nursing

Päivi Immel, Eini Karhu, Outi Lindroos

Patients experiences of early psychosis nursing units values and principles

Year	2010	Pages	71
------	------	-------	----

The purpose of this study was to find out how patients experienced the guiding values and principles in the early psychosis unit of Kellokoski hospital. The guiding principles in the unit were patient orientation, individuality, notice patients` needs, flexibility, use of patient resources, impressiveness, continuity, family and network centeredness. The idea of this study came from the nursing staff of the early psychosis nursing unit. The objective of this study was to open the principles behind the unit`s daily activity to become more practical through theory and patients` experiences. The objective was also to make patients` experiences heard in order to have a basis for developing nursing in the unit.

The approach was qualitative, because the study was about target group`s experiences. The Data was collected with theme interviews. Six of the unit`s twelve patients were willing to take part in the interviews. The Data was recorded and analyzed with content analysis.

The study showed that the guiding principles worked out well. The results of this study gave a positive picture of the nursing and the values in the unit. The study also showed that the patient`s opinions were heard and they are treated with respect. A community, where everyone knew each other, time given by the nursing staff and immediate help when needed were important to the patients. Information about the diseases and the family`s understanding of the patient`s situation were considered important.

This research could be replicated in the unit in order to increase the reliability of the study. Interviews of the nursing staff could be included in the study in order to find their point of view about the guiding values. The families point of view about family centeredness could also be included.

Keywords: Nursing values, ethicality, nursing principles, psychotic patient

SISÄLLYS

<u>1 JOHDANTO.....</u>	<u>9</u>
<u>2 HELSINGIN- JA UUDENMAAN SAIRAANHOITOPUURIT.....</u>	<u>8</u>
<u>3 VARHAISEN PSYKOOSIN HOITOYKSIKKÖ</u>	<u>8</u>
<u>4 MIELENTERVEYSHOITOTYÖ.....</u>	<u>10</u>
<u>5 PSYKOOTTINEN POTILAS.....</u>	<u>11</u>
<u>6 SKITSOFRENIAA SAIRASTAVA HENKILÖ.....</u>	<u>13</u>
<u>6.1 Sairastumisen syyt.....</u>	<u>13</u>
<u>6.2 Oireet.....</u>	<u>14</u>
<u>6.3 Hoito.....</u>	<u>15</u>
<u>7 ARVOT.....</u>	<u>16</u>
<u>7.1 Arvot hoitotyössä.....</u>	<u>16</u>
<u>7.1.1 Ihmisarvo</u>	<u>18</u>
<u>7.1.2 Itsemääräämisoikeus</u>	<u>19</u>
<u>7.2 Aiempia tutkimuksia psykiatristen potilaiden arvostuksista ja oikeuksista.....</u>	<u>21</u>
<u>8 Varhaisen psykoosin hoitoyksikön arvosidonnaiset periaatteet.....</u>	<u>22</u>
<u>8.1 Potilaslähtöisyys.....</u>	<u>23</u>
<u>8.2 Yksilöllisyys</u>	<u>25</u>
<u>8.3 Tarpeenmukaisuus</u>	<u>26</u>
<u>8.4 Joustavuus.....</u>	<u>28</u>
<u>8.5 Voimavarakeskeisyys.....</u>	<u>29</u>
<u>8.6 Vaikuttavuus</u>	<u>31</u>
<u>8.7 Jatkuvuus.....</u>	<u>32</u>
<u>8.8 Perhekeskeisyys</u>	<u>33</u>
<u>8.9 Verkostokeskeisyys.....</u>	<u>37</u>

<u>9 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYS.....</u>	<u>38</u>
<u>10 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS.....</u>	<u>38</u>
<u>10.1 Tutkimusmenetelmä.....</u>	<u>39</u>
<u>10.2 Tutkimuksen kohderyhmä</u>	<u>41</u>
<u>10.3 Aineiston keruu.....</u>	<u>41</u>
<u>10. 4 Aineiston analyysi.....</u>	<u>42</u>
<u>11 TULOKSET</u>	<u>44</u>
<u>11.1 Potilaslähtöisyys.....</u>	<u>44</u>
<u>11.2 Yksilöllisyys.....</u>	<u>46</u>
<u>11.3 Tarpeenmukaisuus.....</u>	<u>48</u>
<u>11.4 Joustavuus.....</u>	<u>49</u>
<u>11.5 Voimavarakeskeisyys</u>	<u>49</u>
<u>11.6 Vaikuttavuus.....</u>	<u>50</u>
<u>11.7 Jatkuvuus.....</u>	<u>52</u>
<u>11.8 Perhekeskeisyys.....</u>	<u>52</u>
<u>11.9 Verkostokeskeisyys.....</u>	<u>54</u>
<u>12 POHDINTA</u>	<u>54</u>
<u>12.1 Tulosten tarkastelua ja johtopäätökset.....</u>	<u>55</u>
<u>12.2 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus.....</u>	<u>63</u>
<u>12.3 Tulosten hyödynnettävyys sekä jatkotutkimukset.....</u>	<u>65</u>
<u>12.4 Prosessin arviointia</u>	<u>67</u>
<u>LÄHTEET</u>	<u>70</u>
<u>LIITTEET.....</u>	<u>74</u>
<u>Liite 1.....</u>	<u>74</u>
<u>Liite 2.....</u>	<u>75</u>
<u>Liite 3.....</u>	<u>76</u>
<u>Liite 4.....</u>	<u>80</u>

1 JOHDANTO

Mielenterveyspalveluiden laatusuositus vuodelta 2001 korostaa mielenterveyspalveluiden käyttäjän perustuslaillista oikeutta yhdenvertaisuuteen, henkilökohtaiseen itsemääräämiseen ja koskemattomuuteen, kunnioittavaan kohteluun, hyvään palveluun ja tiedonsaantiin. Näiden toteutumisen turvaamiseksi tulee mielenterveystyössä toteuttaa perusoikeuksien eettistä arvopohjaa. (Syrjäpalo 2006, 44; Mielenterveyspalveluiden laatusuositus 2001.) Eettiset periaatteet on sisällytetty maassamme hoitoalan ammatillisiin oppikirjoihin, hoitohenkilökunnan ohjeisiin, ja niitä käsitellään myös monissa hoitoalan etiikan kirjoissa. Siitä huolimatta, että hoitotyön periaatteet kokoavat hoitamisen keskeisen sisällön, on niiden toteutumista koskeva tutkimus jäänyt vähäiseksi. (Syrjäpalo 2006, 28.)

Hyvinkään sairaanhoitoalueen psykiatrian tulosityksikössä on aikaisemmin toiminut tutkimus - ja hoito-osasto ensi kertaa psykoosiin sairastuneille nuorille aikuisille. Osaston toiminta muuttui toukokuussa 2009 ja tilalle tuli uusi varhaisen psykoosin hoitoyksikkö, joka koostuu liikkuvasta työryhmästä sekä osastohoidosta. Varhaisen psykoosin hoitoyksikkö on osa Helsingin- ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin psykiatrasta erikoissairaanhoitoa ja yksikkö kuuluu Hyvinkään sairaanhoitoalueen psykiatrian tulosityksikön psykoosit vastualueelle. (HUS 2010.)

Opinnäytetyömme aiheen saimme varhaisen psykoosin hoitoyksiköstä. Kerroimme omat mielenkiintomme kohteet ja ensipsykoosi kiinnosti aiheena meitä opinnäytetyön tekijöitä. Pyysimme yksikön työntekijöitä miettimään, olisiko heillä jokin meille sopiva aihe josta tarvitsisivat lisäselvitystä. Tapaamisessamme Kellokoskella lokakuussa 2009 hoitohenkilökunnan jäsen toi esille heidän toivomuksensa konkretisoida työn perustana olevat arvosidonnaiset periaatteet. Yksikön toimintaa ohjaavat periaatteet ovat olleet kirjoitettuna, mutta niitä ei ole avattu käytännönläheisiksi. Osaston arvosidonnaisia periaatteita ovat potilaslähtöisyys, yksilöllisyys, tarpeenmukaisuus, joustavuus, voimavarakeskeisyys, vaikuttavuus, jatkuvuus perhekeskeisyys ja verkostokeskeisyys. Henkilöstöressurssien osalta korostuu resurssien joustava, tarpeenmukainen ja taloudellinen käyttö.

Opinnäytetyömme toteutettiin yhdessä varhaisen psykoosin hoitoyksikön työntekijöiden kanssa. Työmme on osa psykoosin vastuualueella tehtävää kehittämistyötä.

2 HELSINGIN- JA UUDENMAAN SAIRAANHOITOPIIRI

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri (HUS) on uusmaalaisten kuntien perustama. Toiminta HUS:issa on alkanut vuonna 2000. Sairaanhoitopiirin visiona on, että potilaat saavat parasta mahdollista erikoissairaanhoitoa oikea-aikaisesti, joustavasti ja asiakaslähtöisesti. Tähän visioon tähdätään huipputuloksella, laadukkaalla ja tehokkaalla palvelutuotannolla sekä tasapainoisella taloudella. HUS:in ydintehtävänä on tuottaa asiakkaitensa parhaaksi erikoissairaanhoitoa palveluja ja terveyshyötyjä tuloksellisessa yhteistyössä perusterveydenhuollon, yliopiston ja muiden yhteistyökumppaneiden kanssa. HUS:issa pyritään antamaan potilaille parasta hoitoa yksilön ihmisarvoa ja itsemääräämisoikeutta kunnioittaen. HUS:in arvopohjana toimivat seuraavat kolme ajatusta: ”Yhteistyöllä huipputuloksiin”, jossa korostetaan toiminnan avoimuutta, luottamuksellisuutta, osaamista. ”Tahto toimia edelläkävijänä” eli innovatiivinen toiminta asiakkaiden parhaaksi sekä ”Arvostamme asiakkaitamme ja toisiamme” eli potilaiden, asiakkaiden, ja yhteistyökumppaneiden oikeudenmukainen, vastuullinen kohtelu, vastuu ympäristöstä ja yhteisten pelisääntöjen noudattamisesta. (Strategia ja arvot 2009.)

3 VARHAISEN PSYKOOSIN HOITOYKSIKKÖ

Psykoosin vastuualue kuuluu Hyvinkään sairaanhoitoalueen Psykiatrian tulosyksikköön. Alueen väestöpohja on noin 180 000. Hyvinkään sairaanhoitoalueeseen kuuluvat Hyvinkää, Nurmijärvi, Järvenpää, Mäntsälä ja Tuusula. Psykoosien vastuualueen visiona on toteuttaa asiakaslähtöistä, näyttöön perustuvaa hoitoa ja kuntoutusta potilaan parhaaksi. Tarkoituksena on toteuttaa korkeatasoisia erikoissairaanhoitoa konsultaatioita, tutkimuksia ja hoitoa sekä kuntoutusta ei-affektiivista psykoosia sairastaville potilaille. Varhaisen psykoosin hoitoyksikössä tarjottava hoito ja kuntoutus on skitsofrenian Käypä Hoito -suositukseen perustuvaa, tehokasta,

mahdollisimman vähän stigmatisoivaa ja mahdollisimman vähän kroonistavaa hoitoa ja kuntoutusta. Asiakkaita voi tulla myös muualta Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin alueelta. Skitsofreniapotilaita alueella on noin 1000 ja vuosittain todetaan noin 26 uutta skitsofreniaan sairastunutta. (HUS 2010.)

Varhaisen psykoosin hoitoyksikköön kuuluu 12+1 -paikkainen suljettu vuodeosasto 5 sekä liikkuvan työryhmän asiakkaat. Potilaat ovat vähintään 18-vuotiaita nuoria aikuisia, jotka asuvat Kellokosken sairaalan toimialueella yksin tai omaistensa kanssa. Potilaalla tulee olla epäily F2 -alkuisesta psykoosista eli skitsofreniaperäisestä psykoosista. Hoitoyksikössä järjestetään tutkimusta, hoitoa ja kuntoutusta henkilöille, joilla on vastikään ilmaantunut psykoosioireita tai mahdollisia psykoosia ennakoivia oireita tai oireet ovat vaikeutuneet. Hoitoon ohjaututaan tai hakeudutaan lähetteellä aluepoliklinikoilta tai muilta Kellokosken sairaalan osastoilta. Yksikön henkilökuntaan kuuluu lääkäri, sairaan- ja mielenterveyshoitajia, psykologi ja sosiaalityöntekijä. Varhaisen psykoosin hoitoyksikössä pyritään asiakkaiden hoitamiseen pääsääntöisesti kotona. (HUS 2010b.)

Osastohoito tulee kyseeseen ensisijaisesti potilaille, joiden kotona hoitaminen olisi sairaudesta johtuen vaaraksi potilaan omalle tai muiden turvallisuudelle tai terveydelle ja hyvinvoinnille sekä potilaille, joilla ei ole riittävää tukiverkostoa osaston ulkopuolella tai perhe ja tukiverkosto ovat uupuneita tilanteeseen. Osastohoito tulee kyseeseen myös vastentahtoisessa hoidossa oleville potilaille. Osastotoiminnan tavoitteena on toimia avohoidon ja liikkuvan toiminnan tukiprosessina sekä tarjota tiiviitä tutkimusjaksoja HUS -alueen potilaille ja tarjota tutkimusta, hoitoa ja kuntoutusta niille oman alueen potilaille, joita ei pystytä riittävän turvallisesti hoitamaan kotona. Lisäksi osasto tarjoaa polikliinisen seurantapaikan. Osastohoidossa painotuksena on psykoedukatiivinen työskentely, ryhmämuotoiset toiminnot sekä kuntouttavaa työote. (HUS 2010b.)

Varhaisen psykoosin hoitoyksikön liikkuvassa työryhmässä on 3 hoitajaa. Potilaskäynnit pyritään toteuttamaan parityöskentelynä, pääsääntöisesti kotikäynteinä. Potilastapaamiset tapahtuvat keskimäärin kaksi kertaa viikossa. (Karppi & Malkavaara & Silvennoinen 2009.) Liikkuvan työryhmän tavoitteena on potilaan ja hänen omaistensa kotona selviytymisen tukeminen tehostetun kotiin tarjottavan tuen turvin. Tarkoituksena on pyrkiä estämään tai lyhentämään

osastohoitojaksoja, turvata hoidon jatkuvuus sekä mahdollistaa polikliinisten tutkimusten toteuttaminen potilaan kotona. Erityisinä kohderyhminä ovat esimerkiksi kotiin eristäytyvät potilaat, joiden sitoutuminen avohoitoon on huonoa. Kotona tehtävä työ perustuu aina sopimukseen ja vapaaehtoisuuteen. (HUS 2010b.)

4 MIELENTERVEYSHOITOTYÖ

Psykiatrinen hoito ja hoitotyö ovat osa mielenterveystyötä. Mielenterveystyö on määritelty mielenterveyslaissa (L1116/1990) olevan henkilön toimintakyvyn, psyykkisen hyvinvoinnin ja persoonallisuuden kasvun edistämistä sekä mielenterveyshäiriöiden ennalta ehkäisemistä, parantamista ja lievittämistä. Mielenterveydellä voidaan tarkoittaa diagnostisten psyykkisten oireiden puuttumista. Mielenterveys nähdään myös kyknä ja mahdollisuutena monipuoliseen, rikkaaseen elämään ja ihmissuhteisiin. (Syrjäpalo 2006, 41-42.) Mielenterveys voidaan nähdä myös kasvuprosessina, joka on muuttuvainen ja moniulotteinen prosessi. Ihmisen mielenterveys vaatii huoltamista eikä kenenkään mieli kestä mitä tahansa. Ihmisen mielenterveyden tila voi vaihdella yksilön reagoiessa elämänmuutoksiin. (Iija 2009 15-16.)

Mielenterveysongelmat ovat psyykkistä tasapainoa ja arjen selviytymistä vaarantavia tiloja, joihin usein liittyy psyykinen stressi tai lievä mielenterveyden häiriö. Mielenterveysongelmat käsittävät useita eritasoisia ihmisen hyvinvointiin liittyviä ongelmia. Mielenterveydenhäiriöitä on monenlaisia ja eriasteisia. Ne voidaan ryhmitellä eri luokkiin niihin liittyvien oireiden ja vaikeusasteen mukaan. Mielenterveyshäiriöiden merkitys ja vaikutus yksilön terveydelle ja hyvinvoinnille on aina yksilöllinen. Mieltä rasittavat ongelmat johtavat pitkittyessään ja hoitamattomana usein vakavimpiin mielenterveydenhäiriöihin. Tällaisia ovat mm. vakavat psyykkiset häiriöt kuten psykoosit, jossa ihmisen toimintakyky on huomattavasti alentunut. (Holopainen & Välimäki 2000,13; Iija 2009, 16; Jokinen & Räsänen 2000, 41.) Psyykkiset oireet voidaan tulkita olevan yksilön pyrkimystä sopeutua ulkoisiin tai sisäisiin muutoksiin. Kliiniset oireet ovat itse asiassa seurauksia yksilöiden vaativista sopeutumisprosesseista, oireet voidaan nähdä myös ihmisen yrityksenä selviytyä sairaudesta. (Välimäki 2000, 31.)

Psykiatriset häiriöt ovat olleet yleisin diagnoosiryhmä myönnettyjen työkyvyttömyyseläkkeiden perusteella. Kansanterveydellisesti keskeisimpiä mielenterveydenhäiriöitä Suomessa ovat mieliala-, ahdistuneisuus-, persoonallisuus-, päihde-, ja psykoottiset häiriöt. Mielenterveyshäiriöistä skitsofrenia on erityinen haaste psykiatriselle hoitotyölle, sillä se on psykoottistasoisista häiriöistä yleisin ja vaikein. (Jokinen & Räsänen 2000, 41; Välimäki 2009, 262.)

Mielenterveyshäiriöiden hoidossa korostetaan avohoitokeskeisyyttä. Tänä päivänä yli 80 % psykoosin esioireista kärsivistä voidaan hoitaa avohoidossa. Tavoitteena on, että potilaan ensisijainen hoitoympäristö on koti. Potilaan kotona pärjäämisen tukemiseksi on kehitetty uusia hoitomenetelmiä kuten verkostokeskeiset työtavat ja psykoosiryhmät. Suurin osa psykooseista on mahdollista hoitaa esim. tiiviiden kotikäyntitapaamisten avulla. Psykiatriseen sairaalahoitoon pyritään turvautumaan ainoastaan siinä tapauksessa, kun avohoito on riittämätöntä. Avohoito keskeisyyden painottuminen on nähtävissä 1980-luvulta lähtien. (Välimäki 2009, 269.)

5 PSYKOOTTINEN POTILAS

Psykoosit voidaan diagnostisesti ryhmitellä orgaanisiin tai äkillisiin psykooseihin, harhaluuloisuus häiriöihin, psykoottisiin mielialahäiriöihin joihin kuuluu psykoottistasoinen masennus, mania ja kaksisuuntainen tai skitsoaffektiivinen mielialahäiriö, sekä muihin tarkemmin määrittelemättömiin psykooseihin ja skitsofreniaan. (Berg & Johansson 2002, 41.) Lisäksi voidaan erotella synnytyksen jälkeiset psykoosit sekä ruumiillisen häiriön tai kemiallisen aineen aiheuttamat psykoottiset häiriöt. (Lönqvist, Heikkinen, Henriksson, Marttunen & Partonen 2009, 154-155.)

Kaikille psykoottisille sairauksille yhteistä on todellisuuden tajun pettäminen (Berg & Johansson 2002,41). Psykoosissa ihmisen kosketus todellisuuteen on heikentynyt. Sisäiset ja ulkoiset ärsykkeet ovat sekoittuneet kaotillisella tavalla siten, että todellisuudentaju on häiriintynyt eikä henkilö tiedä mikä on totta ja mikä ei. (Toivio & Nordling 2009, 119.) Henkilöllä esiintyy psykoottisia oireita kuten harhaluuloisuutta tai aistiharhoja. Puhe tai käytös on hajanaista. Lisäksi psykoosissa olevalla henkilöllä ilmenee epäspesifejä oireita kuten masentuneisuutta, ahdistuneisuutta,

levottomuutta tai aggressiivisuutta. Myös ihmissuhteista vetäytyminen, henkilökohtaisen hygienian ja omien perustarpeiden laiminlyöminen on toimintakyvyn häiriöiden myötä todennäköistä. (Salokangas ym. 2007, 18.)

Useimmiten psykoosipotilaan psykososiaalinen ja kognitiivinen toimintakyky on häiriintynyt vakavasti. (Salokangas ym. 2007, 18.) Kuitenkin yksilöllisten tekijöiden ja kokemusten näkökulmasta psykoottinen häiriö voi olla ihmisen elämässä myös ohimenevä sekä ainutkertainen sairausjakso, akuutti psykoositila, ilmeten pelkkänä harhaluuloisuutena, ei vaikeana ja pitkäkestoisena sairautena. Psykoosisairauksista vaikea -asteisin on skitsofrenia pitkäaikaisena psykoosina. (Noppari, Kiiltomäki & Pesonen 2007, 85.)

Lukuisissa tutkimuksissa on osoitettu, että mitä pidempi hoitoon pääsyn aika psykoosi potilaalla on, sitä huonompi on hoidon ennuste (French & Morrison 2008, 21). Pitkä hoitoon pääsy on yhteydessä muun muassa huonoon sairaudentuntoon ja sosiaaliseen eristäytymiseen sekä sopeutumisen puutteellisuuteen. Lisäksi tutkimukset tukevat lyhyen hoitoon pääsy ajan myönteistä vaikutusta hoitomyöntyvyyteen sekä ennusteeseen erityisesti ensimmäisen skitsofreenisen jakson kohdalta. (Penttilä, Laurila & Isohanni 2007.) Pitkittänyt hoidon piiriin pääseminen voi vaikuttaa merkittävästi sairastuneen elämään ja haitata henkilön psykologista ja sosiaalista kehitystä, sillä sosiaalinen ahdistus ja eristäytyminen ovat psykoosin yhteydessä monesti esiintyviä oireita. (French & Morrison 2008, 21-23.) Pitkällä hoitoon pääsemisen ajalla on todettu olevan lisääntyneen depressio ja itsemurhariskin lisäksi yhteys lisääntyneeseen stressiin, päihteiden käyttöön sekä rikolliseen toimintaan (Penttilä, Laurila & Isohanni 2007). Psykoosin oletetaan olevan haitallinen, jopa toksinen prosessi aivoille. Hoidon viivästyessä tämä prosessi saattaa kroonistua ja aiheuttaa vahinkoja joita ei voi korjata. Aivoihin kohdistuvia vahinkoja voidaan välttää kun lääkitys ja muu hoito aloitetaan ajoissa ja samanaikaisesti. Mainittakoon kuitenkin, että aiheesta tehdyt tutkimukset ovat vähäisiä ja aihe on edelleen tutkimuksen alaisena. (Penttilä, Laurila & Isohanni 2007.)

6 SKITSOFRENIAA SAIRASTAVA HENKILÖ

Skitsofrenia on yleisin psykoottinen häiriö. Se on usein pitkäaikainen sairaus, jossa psykoottisia oireita esiintyy joko jatkuvasti tai jaksoittain. Skitsofrenian kulku ja oirekuva vaihtelevat eri henkilöillä. Kymmenen vuoden kuluttua ensipsykoosista neljäsosa on toipunut täysin, toinen neljäsosa on melko oireeton ja kolmas neljäsosa oireilee ja tarvitsee jatkuvaa hoitoa ja tukea. Joka kuudes sairastuneista on vakavasti sairas ja hoito on jatkuvaa. Taudin yleisyys on noin prosentti aikuisväestöstä. (Huttunen 2008, 49,53.) Yleensä skitsofreniaan sairastutaan jo nuorena, miehillä yleisin sairauden alkamisikä on 20- 28 vuotta ja naisilla 24- 32 vuotta. Skitsofrenia voi kuitenkin alkaa jopa ennen 10 ikävuotta tai vasta 50 ikävuoden jälkeen. (Lönqvist ym. 2009, 85.) Jos sairaus alkaa hyvin nuorella iällä ei potilas yleensä saavuta iälleen tyypillistä toimintatasoa (Noppari ym. 2007, 86).

Skitsofrenia jaetaan alatyyppeihin jotka DSM IV:n (Psykiatriyhdistyksen oma kriteereihin perustuva tautiluokitus) mukaan ovat paranoidinen skitsofrenia, hajanainen skitsofrenia, katatoninen skitsofrenia, jäsentymätön skitsofrenia sekä jäännöstyyppinen skitsofrenia (Lönqvist ym. 2009, 75).

6.1 Sairastumisen syyt

Skitsofrenialle on etsitty syitä jo vuosisadan ajan, tarkat syyt ovat edelleen kuitenkin avoin kysymys (Lönqvist ym. 2009, 94). Eri Tutkimusten mukaan skitsofreniaan sairastumiseen liittyy perinnöllinen riski. Lisäksi skitsofrenian sairastumiseen vaikuttavat ympäristötekijät. Samanaikaisia riskitekijöitä on usein oltava monia, jotta sairaus puhkeaa. Kannabiksen käyttö lisää riskiä sairastua skitsofreniaan. (Toivio & Nordling 2009, 121.)

Skitsofrenian syntyä voidaan ymmärtää haavoittuvuus- stressimallin pohjalta. Tämän mallin mukaan sairaus puhkeaa siihen alttiilla ihmisellä joko sisäisen tai ulkoisen stressin seurauksena. Sairastumiseen alttius voi olla perinnöllistä tai varhaiskehityksen aikana syntynyttä tai molempien yhdistelmä. Yleisesti katsotaan,

että skitsofreniaan sairastumiselle altistaa varhainen keskushermoston kehityksellinen häiriö. Stressi, joka laukaisee sairastumisen voi olla normaaliin aikuistumiseen tai parisuhteen syntyyn liittyvä kehityksellinen vaatimus, toksinen tekijä, kuten alkoholin liikkäyttö tai huumeet, tai keskushermostovamma. (Noppari ym. 2007, 87.)

6.2 Oireet

Skitsofrenian oireet luokitellaan positiivisiin oireisiin, joita ovat mm. harhaluulot, merkityselämykset, aistiharhat ja kiihtyneisyys, sekä negatiivisiin oireisiin, joihin luokitellaan mm. eristäytyminen, passiivisuus, apaattisuus ja tunneköyhyys. Akuutissa psykoosissa positiiviset oireet ovat ongelmallisempia kuin negatiiviset, kun taas kuntoutumisen ja toimintakyvyn säilymisen kannalta negatiiviset oireet ovat merkittävämpiä kuin positiiviset (Huttunen 2008, 66.)

75 %:lla skitsofreniaan sairastuneista esiintyy ennakko-oireita eli prodromaalioireita. Prodromaalivaiheen psyykkisten oireiden profiili on monipuolinen ja vaihtelee. Tavallisimpia prodromaalioireita ovat masentuneisuus, unihäiriöt, ahdistuneisuus, eristäytyminen, keskittymis- ja huomiokyvyn heikkeneminen, käyttäytymisen häiriöt, epäluuloisuus, energian ja motivaation väheneminen, psykosomaattiset oireet sekä hämmentyneisyys. Mitä useampia ennakko-oireita on ja mitä vaikeampia oireet ovat, sitä todennäköisemmin ne viittaavat mahdollisen vakavan mielenterveyshäiriön kehittymiseen. (Lönqvist ym. 2009; 82-85; Salokangas ym. 2007, 27-28.)

Tänä päivänä yli 80 % esioireista kärsivistä voidaan hoitaa avohoidossa. Täysin esioireista toipuu saamansa hoidon avulla noin 30 %. Vain pienelle osalle puhkeaa vaikeamuotoinen skitsofrenia, joka johtaa loppuelämän kestävään pitkäaikaiseen sairauteen. Varhainen toteaminen ja varhain aloitettu hoito vähentävät tehokkaasti pitkäkestoiseen psykoosiin liittyviä haittoja. (Heikkinen-Peltonen, Innamaa & Virta 2008, 158.)

6.3 Hoito

Skitsofrenian hoito on yleensä pitkäaikaista biologisten, psykoterapeuttisten ja psykososiaalisten hoitomuotojen yhdistämistä kunkin potilaan ja hänen lähiympäristönsä tarpeet huomioon ottaen. Hoidon ja kuntoutuksen avulla on pyrkimyksenä lievittää oireita ja parantaa sairastuneen psykososiaalista toimintakykyä ja sopeutumista sairauteen, sekä tukea häntä perheineen. Hoidon tavoitteena on estää uusien psykoosi jaksojen muodostuminen. Jos tämä ei ole mahdollista niin tavoitteeksi asetetaan psykoosijaksojen määrän vähentäminen ja vaikeusasteen lieventäminen. Tavoitteet ja menetelmät hoidossa vaihtelevat sairauden vaiheen ja vaikeusasteen mukaan. (Lönnqvist ym. 2009, 106.)

Psykoosien lääkehoidossa käytetään antipsykootteja, joita on Suomessa käytössä vajaat 20. Antipsykootit jaotellaan perinteisiin antipsykootteihin eli neurolepteihin sekä niin kutsuttuihin toisen polven antipsykootteihin. Klotsapiiniin on osoitettu olevan monelle skitsofrenia potilaalle huomattavasti tehokkain antipsykootti. Klotsapiini lievittää positiivisten oireiden lisäksi negatiivisia oireita, eroten täten muista antipsykoteista. Klotsapiinin käyttö saattaa aiheuttaa kuitenkin joitakin vakaviakin haittavaikutuksia kuten arganulosityoosia eli valkosolukatoa, jotka estävät klotsapiinin käytön skitsofrenian ensisijaisena lääkkeenä. (Huttunen 2008, 57-60.)

Antipsykootit aiheuttavat haittavaikutuksia noin 70 % potilaista (Lönnqvist ym. 2009, 128). Yleisimpiä antipsykoottien haittavaikutuksia ovat ekstrapyramidaalioireet (esim. motorinen levottomuus tai hidasliikkeisyys, tahattomat liikkeet ja parkinsonismioireet), väsymys, suun kuivuminen tai lisääntynyt syljeneritys, ummetus, painonnousu, seksuaalitoimintojen häiriöt, kuukautishäiriöt ja maidoneritys, verenpaineen lasku ja huimaus. Haittavaikutukset voidaan yleensä välttää tai ainakin saada siedettäväksi, joko lääkettä vaihtamalla tai annosta pienentämällä. (Huttunen 2008, 80-89.)

7 ARVOT

Arvo on käsitteenä monimerkityksellinen ja sitä on vaikea määritellä. Arvot eivät siis ole fyysisiä objekteja tai tapahtumia vaan arvon kantajan ominaispiirteitä. Arvot ovat valintoja ohjaavia periaatteita, joita jokainen käyttää joutuessaan vaikeaan valintatilanteeseen, jota ei pysty ratkaisemaan niin kuin ennen. Arvot ovat suhteellisen vakaita, ja muuttuvat hyvin hitaasti, lähinnä sukupolvien tasolla. (Syrjälä 2006, 29- 30.)

Shalom Schwartz on luonut teorian, jonka mukaan arvot ovat yleisiä elämää ohjaavia periaatteita ja ne voidaan asettaa henkilökohtaiseen tärkeysjärjestykseen. Teoriassa oletetaan, että yksittäisillä arvoilla on samanlainen merkitys ihmisille eri kulttuureissa. Teorian testaamiseksi Schwartz on kehittänyt arvokyselyn, joka sisältää 56 yksittäistä arvoa. Arvomalli auttaa jäsentämään arvojen välisiä suhteita ja ymmärtämään arvojen vaikutusta ihmisten käyttäytymiselle. (Juujärvi & Myyry & Pessa 2007, 35-40.) Schwartz on käyttänyt teoriasa pohjana mm. edeltäjänsä Milton Rokeachin ja Clyde Kluckhohnin määritelmiä. Heidän mukaansa arvojen tärkeä ominaisuus on se, että ne ohjaavat tekemiämme valintoja. (Pohjanheimo 2005, 239.)

7.1 Arvot hoitotyössä

Ammatilliset arvot ovat yleisiä ominaisuuksia, joita tietty ammattikunta arvostaa. Ammatillisia arvoja korostetaan ammattikunnan eettisissä ohjeissa sekä käytännön työssä. ICN: n (International Council of Nurses 1989) eettiset ohjeet kuvaavat hoitotyötä ohjaavia arvoja, kuten elämä, ihmisarvo ja ihmisoikeuksien kunnioittaminen. ICN on myös laatinut sairaanhoitajille kansainväliset eettiset perusohjeet. Ohjeet ilmaisevat sairaanhoitajan periaatteellisen vastuun ihmisyydestä sekä ammatin perustana olevan ihmiskäsityksen ja eettisen perustan. ICN:n laatimat eettiset ohjeet ovat sairaanhoitajan ohjenuora, jonka mukaan ammattia harjoittavan tulee toimia yhteiskunnallisten arvostusten ja tarpeiden mukaisesti. (Kristoffersen & Nortvedt 2006, 147.) Ohjeissa korostuu mm. terveyden edistäminen sekä sairaanhoidon yleismaailmallisuus. Suomen sairaanhoitajaliitto julkaisi omat eettiset

ohjeensa vuonna 1996, ohjeista on löydettävissä samankaltaisuutta ICN:n eettisten ohjeiden kanssa. (Lauri 2006, 38- 39.)

Terveydenhuollon ammattiryhmät ovat kautta aikojen kirjanneet itselleen eettisiä ohjeita ja periaatteita. Nämä eettiset ohjeistot perustuvat yhteisiin arvoihin, vaikka painopiste eri ohjeistoissa on eri asioilla. Keskeisinä niissä kaikissa on kuitenkin ihmisarvon ja itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen, ihmiselämän suojeleminen ja terveyden edistäminen. (Lindqvist 2001.) Terveydenhuollon arvoperusta koostuu ammatillisista, yksilöllisistä ja yhteiskunnassa vaikuttavista arvoista sekä ammattihenkilöitä koskevista velvoitteista. Arvoperusta ja lainsäädäntö ohjaavat hoitotyöntekijöitä toteuttamaan potilaan hyvää hoitoa, joka on määritelty potilaan kaikinpuolisen hyvän edistämiseksi. Ollakseen hyvää, hoidon on oltava kokonaisvaltaista, yksilöllistä, turvallista, omatoimisuuden ja osallistumisen sallivaa ja tarpeeseen perustuvaa. (Syrjäpalo 2006, 32.)

Hoitotyötä ohjaavat eettiset periaatteet ovat oikeuksia tai velvollisuuksia, jotka perustuvat oikeudenmukaisuuteen ja hyvän tekemiseen. Hyvä hoito on päämäärätietoista toimintaa, joka tapahtuu ammatillisessa vuorovaikutuksessa potilaan kanssa hänen kaikinpuolisen hyvän edistämiseksi sekä häntä uhkaavan pahan poistamiseksi tai estämiseksi. Eettisistä päämääristä puhuttaessa ollaan usein yhtä mieltä siitä, mitä itseisarvoja hoidon on edistettävä. Näitä arvoja ovat elämä, terveys, turvallisuus, henkilökohtainen loukkaamattomuus ja oikeudenmukaisuus. Myös ihmisarvo sekä ihmisen kunnioittaminen ovat pysyviä hoitotyön ja hoitajien arvostuskäsityksiä niin koulutuksen aikana kuin työelämässäkin. (Syrjäpalo 2006, 28.)

7.1.1 Ihmisarvo

Halilan (2000) mukaan jokaisella ihmisellä on lähtökohdistaan tai asemastaan riippumatta ainutkertainen ja yhtä tärkeä ihmisarvo. Terveydenhuollossa työskenteleville ihmisarvoisen kohtelun toteuttaminen on hoitamisen keskeisenä tavoitteena. Ihmisarvoon kuuluu tärkeinä elementteinä ihmisen arvostus, vuorovaikutuksellisuus, sekä tiedonsaannin, yksilön vaikuttamismahdollisuuksien ja itsemääräämisoikeuden edistäminen. Itsemääräämisoikeus on ihmisen oikeutta saada päättää asioistaan oman arvo- sekä ajatus maailman ja elämäkatsomuksen

mukaisesti. Terveystieteissä itsemääräämisoikeus on myös potilaan oikeutta saada osallistua omaan hoitoaan koskevaan päätöksentekoon. Tämä edellyttää sen, että potilas saa riittävästi tietoa tilanteestaan ja hoitovaihtoehdoista.

Humanistisen käsityksen mukaan hoitotyön olemus on auttaminen, tukeminen ja huolenpito. Jotta voisimme kunnioittaa ihmistä, meidän täytyy nähdä hänet ainutkertaisena yksilönä, jolla on henkilökohtaiset ajatuksensa ja tunteensa. Ihmisen itseisarvon kunnioittaminen on sitä, että häntä kunnioitetaan arvokkaana hänen ihmisyytensä vuoksi. Huolenpitoa ja kunnioitusta voidaan ilmaista monin tavoin; asenne ja käyttäytyminen voivat tuottaa potilaalle kokemuksen huolehtivasta kohtaamisesta. Hoitotyössä korostetaan sitä, että sairaanhoitajan ja potilaan välisen suhteen tulee olla tasa-arvoinen. (Kristoffersen & Nortvedt 2006, 156-158.)

Integriteetti tarkoittaa ihmisen oikeutta fyysiseen, psyykkiseen ja moraaliseen loukkaamattomuuteen. Fyysinen integriteetti on sitä, että ihmisen keholla on itseisarvo ja moraalinen merkitys, jota tulee kunnioittaa. Hoitajilla on täten velvollisuus kohdella ihmisen kehoa kunnioittavasti ja hienotunteisesti koska meillä on moraalisia velvollisuuksia. Fyysisen integriteetin kunnioittamiseen kuuluu myös potilaan omanaan pitämisen kunnioitus esim. potilashuone tai asiakkaan oma koti. Ihmisen keho on rauhoitettu alue, ja jos fyysistä integriteettiä loukataan, loukataan myös ihmisarvoa. (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009, 149-151.) Psyykinen integriteetti on sitä, että potilaan psyykinen alue pysyy koskemattomana. Psyykinen alue käsittää ihmisen ajatukset, tunteet, muistot, elämykset ja kokemukset. Se sisältää tavan, jolla ihminen vastaanottaa ja käsittelee tietoa. Hoidossa tullaan usein fyysisesti ja psyykkisesti lähelle potilasta, koska keho ja mieli ovat yhteydessä toisiinsa. Psyykinen läheisyys hoitosuhteessa on yksi keskeinen asia. Potilaalta saamaa tietoa on osattava käyttää hyväksi hoitoa suunniteltaessa, jos potilasta on rohkaistu kertomaan asioita eikä häneltä saamaa tietoa hyödynnetä, on potilaan luottamusta käytetty väärin. Potilaalla on oikeus pitää yksityiselämänsä omana tietonaan. (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009, 153-154.) Moraalinen integriteetti tarkoittaa sitä moraalista tilaa, jonka sisällä ihminen liikkuu. Se sisältää yksilön keskeiset eettiset arvot, vakaumukset ja periaatteet. Moraalisesti integroituneen ihmisen arvopohja, periaatteet, päätökset ja toiminta nivoutuvat yhteen. Ihmisen oikeutta noudattaa omaa vakaumusta on kunnioitettava siten, että hyväksytään potilaan omat vakaumukset ja arvot. Joskus potilaan ja hoitajan välille voi syntyä

eettisiä ristiriitoja mikäli heidän arvot ja aatteet poikkeavat toisistaan. Potilaan toiveita tulee kunnioittaa kuten ICN:n säännöt ja laki edellyttävät, kuitenkin moraalista integriteettiä kunnioitetaan loukkaamatta tai vahingoittamatta muita. (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009, 155-156.)

7.1.2 Itsemääräämisoikeus

Itsemääräämisoikeus hoidossa voitaisiin ilmaista oikeutena osallisuuteen ja myötämääräämiseen kysymyksissä, jotka koskevat potilaan omaa elämäntilannetta ja omaa hoitoa. Ihminen kokee olevansa tärkeä ja hänen mielipiteitään kuunnellaan ja hän saa tietoa esittämiinsä kysymyksiin. Ihminen saa osallistua omaa hoitoa koskeviin päätöksiin ja vaikuttaa hoitotoimenpiteisiin. (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009, 141.) Hoidossa puhutaan itsemääräämisoikeuden yhteydessä myös tietoisesta suostumuksesta, joka tarkoittaa sitä, että potilas hyväksyy hoitohenkilökunnan ehdotuksen ja hyväksyntä perustuu riittävään ja ymmärrettävään tietoon asiasta. Tietoisesta suostumuksesta tärkeä edellytys on siis tiedonsaanti. Potilas voi myös tietoisesti kieltäytyä tarjotusta hoidosta. (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009, 145-146.)

Itsemääräämisoikeuden rajoittamiseen vaaditaan erityisiä perusteluja. Tärkein peruste on, jos itsemääräämisoikeudella on vahingollisia seurauksia. Toinen peruste on se, jos ihminen ei ole pätevä käyttämään itsemääräämisoikeuttaan. Ihmiset voivat tehdä päätöksiä, jotka vaikuttavat haitallisesti heihin ja muihin. Useissa tilanteissa itsemääräämisoikeutta rajoitetaan joko lainsäädännöllä tai silloin kun sitä pidetään ongelmallisena vahingollisten seurauksien vuoksi esim. tupakoinnin muille aiheuttamat haitat. Itsemääräämisoikeutta rajoitettaessa on vahinkojen oltava vakavia. Arkipäivän tilanteet aiheuttavat eniten ongelmia hoitotyössä. Laillista oikeutta puuttua asioihin joiden koetaan olevan epäedullisia, ei ole. Myös tilanteet, jossa ihmisen päätöksentekokyky on heikentynyt aiheuttaa itsemääräämisoikeuden rajoituksia. Ihmisen kyky ottaa vastaan ja ymmärtää tietoa voi olla rajallinen, ja koska nämä ovat itsemääräämisoikeuden kannalta tärkeitä edellytyksiä, voivat ne vaikuttaa kykyyn tehdä itsenäisiä päätöksiä. Päätöksentekokyvyn heikentyminen ei tarkoita, että ihmiset eivät pystyisi tekemään päätöksiä, lähinnä se koskee

päätöksentekokyvyn suhteuttamista tehtäviin päätöksiin. Omaa hoitoa koskevat päätökset voivat olla hankalia, siksi päätökset pyritäänkin tekemään yhdessä hoitavan tahon kanssa. (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009, 146-147.)

Potilaan tahtoa selvitetessä voidaan kääntyä potilaan läheisten, omaisten tai potilaan laillisen edustajan puoleen. Potilaan tahdon kirjaaminen potilaskertomukseen silloin, kun potilas on vielä kykenevä sen esittämään, on tärkeää. Joskus potilaan voi olla perusteltua luovuttaa päätöksenteko häntä hoitavalle taholle jos hän kokee, ettei pysty päätöstä tekemään. Tämä on kuitenkin vapaaehtoista ja perustuu itsemääräämisoikeudelle. Hoidon näkökulma on kuitenkin otettava huomioon, jos on kyse esim. psykiatrisesta kuntoutuksesta, jossa hoito perustuu siihen että potilas opettelee päätöksentekoa, ei potilaan luopuminen päätöksenteko oikeudestaan ole suotavaa. (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009, 148.)

Vain lakisäätöissä ja säädellyissä poikkeustapauksissa voidaan tehdä päätös potilaan tahdosta riippumatta. Pakkosityöttämistä tai lääkitsemistä perustellaan usein sillä, että ne ovat välttämättömiä potilaalle ja seuraukset ovat vahingollisia, ellei niihin puututa. Pakko on kuitenkin järeä keino puuttua itsemääräämisoikeuteen ja sen tulisi olla keinoista aina viimeinen. Ennen pakon käyttöä tulee käydä perusteellisia eettisiä keskusteluja. (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009, 147.)

7.2 Aiempia tutkimuksia psykiatristen potilaiden arvostuksista ja oikeuksista

Syrjäpalo (2006) on tutkinut psykiatrisen hoidon taustalla olevia arvoja ja arvostuksia henkilökunnan ja potilaan näkökulmasta. Tutkimuksessa selvitettiin myös psykiatrisen hoidon nykytilaa ja potilaan oikeuksien toteutumista sairaalahoidon aikana. Potilaat näkivät hoitoonsa liittyviksi tärkeimmiksi arvoiksi ihmisarvon kunnioittamisen, luotettavuuden, inhimillisen kohtelun ja hoitoympäristön turvallisuuden. Potilailla liittyi ihmisarvoon odotusarvoja, joita olivat inhimillisyys, ihmisenä kunnioittaminen, totuus, vapaus ja yksityisyys. Kaksi kolmasosaa vastanneista potilaista koki oikeuksiensa toteutuvan riittävästi. Suljetuissa laitoksissa, tahdosta riippumattomassa hoidossa ja psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa hoitoa on tarkasteltava erityisesti ihmisarvon loukkaamattomuuden näkökulmasta.

Arvoperustaisessa psykiatrisessa hoidossa tulee huomioida potilaiden kokemuksellinen tieto arvioitaessa hoidon vaikutusta potilaan henkilökohtaisessa elämässä, kohtelussa ja hoidossa. Henkilökunnan ja potilaiden arvot ja arvostukset olivat tutkimuksen perusteella samankaltaiset, tämän perusteella psyykinen sairaus ei näyttäisi merkittävästi muuttavan ihmisen arvomaailmaa. Tutkimuksen perusteella vakaa ja yhtenäinen arvoperusta edistää myös työ- ja hoitoyhteisöä kestävässä toiminnassaan ajoittaisia eettisiä ristiriitoja ja arvokonflikteja.

Kokko (2004) on selvittänyt mielenterveystoimiston asiakkaiden ja henkilökunnan käsityksiä hyvästä mielenterveystyöstä. Tutkimuksen perusteella olennaista hyvässä mielenterveystyössä on luottamuksellinen hoitosuhde, potilaan tilanteen kokonaisvaltainen huomiointi ja hoito-ohjelmien toteuttaminen. Töyry (2000) on tutkinut potilaiden kokemuksia arvostetuksi tulemisesta erikoissairaanhoidossa olonsa aikana, tutkimuksessa potilaista 80 % koki tulleen täysin arvostetuksi. Psykiatrisen hoidon yhteistyöneuvotteluita tutkittaessa on havaittu, että keskustelu on yleensä ammattilaisten kontrolloimaa ja etenee asiantuntijalähtöisesti jolloin potilaan oma mielipide jää huomioimatta riittävästi. Hoitotyön moraalista, etiikkaa ja psykiatrisen potilaiden inhimillisiä oikeuksia ovat tutkineet mm. Chamma ja Forcella (2001), Mohr ja Horton-Detsch (2001) sekä Richardson (2002). Gracen ja kumppaneiden (2003) tutkimuksessa potilaan oikeuksien rikkomuksesta 41 % hoitajista ilmoitti, että eettisiä ja potilaan oikeuksia koskevia kysymyksiä esiintyi kliinisessä työssä lähes päivittäin. (Syrjäpalo 2006, 40-41.)

Hummelvollin & Severinsson (2004) ovat tutkineet hoitajien havaintoja maniaa sairastavien potilaiden kärsimyksestä psykiatrisessa hoidossa. Tutkimuksesta nousivat esiin potilaiden toiveet ja tarpeet, yksilöllinen suhtautuminen, hoitajien näkökulma potilaan minäkäsityksestä, sekä hoitotyön eettiset valinnat ja strategiat. Mc Laughlinin (1999) mukaan itsetuhoiset potilaat toivoivat hoidossaan enemmän aikaa hoitajilta ja myös paneutumista heidän ongelmiinsa. (Syrjäpalo 2006, 44-45.)

Summer ja Happell (2002) tutkivat Australiassa potilaiden tyytyväisyyttä hoitoon ensihoidon psykiatrisella osastolla. Potilaat olivat tyytyväisiä hoitoonsa sekä henkilökunnan saatavuuteen ja tuen määrään. Tyytymättömyyttä kumminkin aiheuttivat yksityisyyden puute, pitkä odotusaika sekä hoitohenkilökunnan negatiivinen asenne potilasta kohtaan. Wynaden ja Orb (2005) tutkivat Australiassa

puolestaan sitä, miten mielenterveyspotilaiden henkilökohtaiset ja luottamukselliset asiat vaikuttavat henkilökunnan kanssa tehtävään yhteistyöhön. Tulosten mukaan yhteistyön puuttuminen lisäsi ahdistusta ja turhautumista. Ammattilaisten mielestä yksi syy yhteistyöhaluttomuuteen olivat potilaiden luottamukselliset asiat, sillä niidenkin tulisi olla esillä hoitoprosessissa. Wissow ym. taas (2002) tutkivat luottamuksellisuutta ensikertaa psykiatrisessa hoidossa olevien nuorten ensihoidossa. Luottamuksellisen keskustelun tarjoamisella voidaan edistää hoitomyönteisyyttä ja vähentää nuorten kielteistä suhtautumista hoitoon. Marshall ja Solomon (2000) tutkivat USA:ssa tiedon antamista perheelle kun perheenjäsenellä on mielenterveyden sairaus. Saatuaan informaation oltiin yleensä tyytyväisiä ja tietoa saatiin mm. sairaudesta ja sen hoidosta, mutta harvoin sen suunnittelusta. (Syrjälä 2006, 49-50.)

8 Varhaisen psykoosin hoitoyksikön arvosidonnaiset periaatteet

Varhaisen psykoosin hoitoyksikön arvosidonnaisia periaatteita ovat potilaslähtöisyys, yksilöllisyys, tarpeenmukaisuus, joustavuus, voimavarakeskeisyys, vaikuttavuus, jatkuvuus, perhekeskeisyys ja verkostokeskeisyys (Kellokosken sairaala 2009).

8.1 Potilaslähtöisyys

Potilaslähtöinen toiminta on osa monen toimintaorganisaation julkilausuttuja strategisia tavoitteita. Hoito- organisaatiossa potilaslähtöisyyden tavoite nähdään osana hyvää hoidon laatua. Myös mielenterveystyössä potilaslähtöistä työskentelyä pidetään tavoiteltavana. Potilaslähtöisen työskentelytavan voidaan nähdä edistävän mielenterveyttä, sillä potilaat sen myötä saavat aktiivisemman roolin terveydenhuollossa ja hyötyvät siitä. Potilaan osallisuuden lisääntyminen lisää potilaan itsetuntoa ja siten kohentaa mielenterveyttä. Potilaslähtöisyys liitetään myös elämänhallinnan käsitteeseen. Kuntoutuksen tavoitteena oleva elämänhallinnan

lisääminen voidaan nähdä mahdollistuvan ainoastaan, mikäli työskentelyn perustana kuntoutuksen aikana on potilaslähtöisyys. (Ristaniemi 2005, 11.)

Latvalan (1998) Potilaslähtöisen psykiatrisen hoitotyön mallin mukaan potilaslähtöisyyden toteutuminen psykiatrisessa hoitotyössä edellyttää hoitohenkilökunnalta yhteistoiminnallisia hoitotaitoja. Tämä tarkoittaa sitä, että potilaan hoidolliset tarpeet ja tavoitteet mietitään yhteistyössä potilaan kanssa huomioiden hänen yksilölliset tarpeensa. Syrjäpalon (2006) mukaan potilaslähtöisessä hoitotyössä potilas osallistuu hoitoaan koskevaan suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin yhdessä häntä hoitavan terveydenhuollon henkilöstön kanssa. Hoidossa otetaan tällöin huomioon potilaan omat arvot, mieltymykset, henkilökohtaiset ominaisuudet sekä terveyden tila. (Syrjäpalo 2006, 40.) Potilaiden kokemuksia selvittäneiden tutkimusten mukaan psykiatristen potilaiden osallistuminen omaan hoitoonsa on vähäistä (Koivisto 2008, 169).

Potilaslähtöisyys sisältää eettisen veloitteen asiakkaan kohtaamisesta omana yksilönään, kokonaisvaltaisesti ja arvostaen. Tällöin asiakkaan itsemääräämisoikeutta kunnioitetaan ja toiminta on aitoa sekä tulevaisuuteen suuntaavaa. Asiakasta ei pidetä työskentelyn kohteena, vaan oman elämänsä asiantuntijana ja yhteisen työskentelyn toisena osapuolena. Potilaslähtöinen työskentely edellyttää työntekijän oman arvopohjan tarkastamista ja oman ihmisyytensä ymmärtämistä. Potilaslähtöisen työntekijän tulisi olla aito, avoin, rohkea, tulevaan suuntautunut, tasapuolinen, aktiivinen ja ammattitaitoinen. (Ristaniemi 2005, 20-21.)

Potilaslähtöisessä hoitotyössä hoitajan tulisi ymmärtää potilaan omia kokemuksia ja niitä merkityksiä, joita hän itse antaa sairastamiselleen. Psykoottisen potilaan kohdalla tämä on erittäin haastavaa, sillä vuoropuhelun tekee haastavaksi potilaan harhainen maailmankuva sekä heikentynyt yhteistyökyky. Luottamuksen saavuttaminen voi olla vaikeaa, sillä joitakin potilaita on hyväksikäytetty tai laiminlyöty. Lisäksi nykyinen palvelujärjestelmä hankaloittaa myös luottamuksen saavuttamista, sillä auttava henkilö voi vaihtua useaan otteeseen. Psykoottisen potilaan hoito perustuu kuitenkin suurelta osin luottamukseen potilaan ja hoitajan välillä. Hoidossa on tärkeää, että hoitaja on lähellä potilasta ja näin voi tunnistaa potilaan kokemukset sairaudesta ja terveydestä. On tärkeää ymmärtää, mitä mikäkin

tarkoittaa, ja oppia arvostamaan sitä, mitä potilas kokee. Hoitajan avulla potilas itse työstää selviytymiskeinonsa omien kokemustensa pohjalta. (Hentinen 2009, 46.)

8.2 Yksilöllisyys

Ihminen muuttuu jatkuvasti elämänsä aikana eikä ihmisestä ole tunnistettavissa pysyvää yksilöllisyyttä. Hoitotieteilijä Rose Marie Rizzo Parse'n mukaan yksilöllisyys ilmenee merkityksistä, joita henkilö antaa elämässään eri asioille. Jokainen uusi kokemus muokkaa merkityksiä, sillä jokainen kokemus on erilainen ja merkitykset muuttuvat kokemusten myötä. (Laitinen & Karhe 2000, 32 - 33.)

Humanistisen käsityksen mukaan hoitotyön olemus on auttaminen, tukeminen ja huolenpito. Jotta voisimme kunnioittaa ihmistä, meidän täytyy nähdä hänet ainutkertaisena yksilönä, jolla on henkilökohtaiset ajatuksensa ja tunteensa. Ihmisen itseisarvon kunnioittaminen on sitä, että häntä kunnioitetaan arvokkaana hänen ihmisyytensä vuoksi. (Kristoffersen & Nortvedt 2006, 157.)

Yksilöllisyys hoitotyön periaatteena sisältää mm. yksityisyyden, identiteetin, turvallisuuden, itsemääräämisoikeuden, intimitteettisuojan ja tiedonsaantioikeuden. Potilaan hoidossa välittömästi noudatettavia periaatteita hoitajan näkökulmasta ovat vastuullisuuden, taloudellisuuden, oikeudenmukaisuuden ja turvallisuuden periaate. (Lehti 2008.) Turvallisuus on sitä, että potilas tietää saavansa parhaan mahdollisen hoidon. Tämä edellyttää ammattitaitoista henkilökuntaa, potilaan ja hoitohenkilöstön välistä luottamuksellista hoitosuhdetta sekä hoitoympäristöä, jossa potilaan fyysinen ja psyykinen oleminen on turvattu. (Kymenlaakson sairaanhoitopiiri 2010.) Turvallisuutta on myös ennakoitava väkivaltatilanteita ja ehkäistä niiden syntymistä vuorovaikutuksen ja toiminnallisuuden keinoin (Työturvallisuus ja turvallinen hoitotyö 2010).

Autonomialla tai itsemääräämisellä tarkoitetaan yksilön kykyä tehdä valintoja ja päätöksiä sekä kykyä toimia niiden pohjalta. Holistisessa ihmiskäsityksessä ihminen voidaan ymmärtää samanaikaisesti fyysisenä että henkisenä olentona, ainutlaatuisena kokonaisuutena. Hustedin ym. ajatus hoitotyön ammatillisesta sitoutumisesta ja sen filosofisista lähtökohdista perustuu käsitykseen sekä potilaasta

että hoitotyöntekijästä ainutkertaisina yksilöinä hoitosuhteessa. (Kalkas & Sarvimäki 2002, 124.)

Husted ym. pitävät hoitotyön eettisessä päätöksenteossa tärkeänä hoitotyöntekijän itsenäistä ajattelua ja toimintavapautta, täten hoitajan on mahdollista esittää hoitoratkaisuilleen yksilöllinen perustelu (Kalkas & Sarvimäki 2002, 125).

Psykiatrisessa sairaalahoidossa olevan potilaan yksilöllisyyden huomioiminen edistää potilaan eheytymistä (Koivisto 2008, 172). Potilaalla on oikeus laadukkaaseen hoitoon. Hoito on järjestettävä ja potilasta on kohdeltava siten, ettei hänen ihmisarvoaan loukata ja että hänen vakaumustaan ja yksityisyyttään kunnioitetaan. Potilaan äidinkieli, yksilölliset tarpeet ja kulttuuri on mahdollisuuksien mukaan huomioitava. (L785/1992.)

8.3 Tarpeenmukaisuus

Tarpeita kuvaavista teorioista tunnetuin on Maslow' n vuonna 1970 kehittämä tarvehierarkia, jonka mukaan tarpeet voidaan laittaa tärkeysjärjestykseen. Teorian mukaan ihmiselle välttämättömiä tarpeita ovat fysiologiset-, turvallisuuden-, yhteenkuuluvuuden-, arvostuksen, kognitiiviset sekä itsensä toteuttamisen tarpeet. Edellä mainitut tarpeet kuvaavat melko kattavasti niitä tarpeita, jotka saattavat olla virinneinä erilaisissa asiakastilanteissa. Eettisen herkkyyden omaavalla ammattilaisella on taito nähdä ne asiakkaan tarpeet jotka ovat läsnä eri tilanteissa. Empatian avulla ammattilainen osaa nähdä pinnalla olevat tarpeet, vaikka ihminen ei pukisikaan niitä sanoiksi vaan viestisi tarpeistaan tunteidensa kautta. Yksi tapa lähestyä toisen ihmisen tarpeita on hänen erityispiirteidensä tunnistaminen. Erityispiirteiden tunnistaminen on tärkeää erityisesti sellaisessa ammatillisessa toiminnassa, jossa tarkoituksena on pitää toisista huolta. (Juujärvi ym. 2007, 90-92.)

Jokaista potilasta tulisi hoitaa hänelle parhaiten sopivalla lähestymistavalla ja juuri hänen ongelmaansa sopivan pituisella hoidolla. Esimerkiksi psykoottisissa kriiseissä hoidon tarve on eri ensimmäisten 10-12 päivän aikana kuin vaikka kolmen viikon jälkeen. Akuutin psykoottisen kriisin aikana olisi hyvä tavata päivittäin, kun taas

akuutin vaiheen ohitettua perhe yleensä pystyy itse määrittämään heille sopivat tapaamisten välit. (Seikkula & Arnkil 2009, 51.)

Hoitotyön suunnitelmaan kuuluu hoitotyön suunnittelun, toteuttamisen ja arvioinnin ohella hoitotyön tarpeen määrittely. Tarpeen määrittäminen toteutuu tietojen keruulla, joka alkaa jo ennen potilaan tuloa hoitoon ja jatkuu koko hoitojakson ajan. Tiedon keruu tapoja ovat muun muassa haastattelu, havainnointi ja tutkiminen. Ensisijainen tietojen antaja on potilas itse. Omahoitajan tehtäviin kuuluu muodostaa kuvaa potilaan elämäntilanteista ja elämäntilanteisiin vaikuttaneista tapahtumista ja kokemuksista sekä selvittää nykyistä terveydentilaa, tunteita, motivaatiota ja kokemuksia aikaisemmista hoidoista. Tärkeää on sanallisten viestien lisäksi havaita myös potilaan sanattomia vihjeitä, joita hän ei ehkä ole valmis vielä kertomaan. Kun omahoitaja analysoi saamia tietoja potilaan ja muun työryhmän kanssa, tunnistaa hän kyseisen potilaan hoidon tarpeet. Hoitotyön tarpeet ovat niitä asioita joihin potilas kokee tarvitsevänsä apua ja joihin hoidon aikana keskitytään. Yhteistyön kannalta on tärkeää, että hoito suunnitellaan potilaan tarpeisiin perustuen. (Heikkinen-Peltonen ym. 2008, 76-77.)

Suomessa on pitkät perinteet skitsofrenian ja muiden psykoosien psykososiaalisessa, psykodynaamisessa ja perhekeskeisessä tutkimuksessa. Tämä on alkanut jo 1960-luvulla ja ollut vilkasta etenkin 1970- ja 1980-luvuilla. Tutkijoista mainittakoon erityisesti professori Yrjö Alanen, joka johti Turun skitsofrenia tutkimusta ja Valtakunnallista skitsofreniaprojektia (1981-1987), jotka ovat ratkaisevasti vaikuttaneet skitsofreenisten psykoosipotilaiden hoidon kehittymiseen maassamme. Valtakunnallisen skitsofrenia projektin pohjalta on syntynyt API (akuutin psykoosin integroitu hoito)- projekti, jossa on ollut mukana kuusi psykiatrista osavastuualuetta Suomen eri osista. API projektin kohderyhmänä ovat ensi kertaa funktionaalisen psykoosin vuoksi hoitoon tulevat henkilöt. API projektin keskeisenä tavoitteena on varmistaa heille paras mahdollinen hoito heti hoitoprosessin alusta lähtien. Raportin laatimisessa on lähtökohtana ollut erityisesti Turun Skitsofrenia tutkimuksen ja Valtakunnallisen skitsofrenia projektin suositukset akuutin psykoosin hyvän hoidon mallin periaatteista. (Aaltonen, Koffert, Ahonen & Lehtinen 2000, 3-9; Seikkula & Alakare 2004, 289-290.) Turussa kehitetyn tarpeenmukaisen hoidon mallin tutkimuksen mukaan hoidon keskeiset periaatteet ovat seuraavat:

1) ”Terapeuttiset toiminnot suunnitellaan ja toteutetaan joustavasti ja yksilöllisesti jokaisen potilaan tapauksessa siten, että ne kohtaavat potilaan ja hänen lähimpään vuorovaikutusverkostoonsa kuuluvien kokemat ja hoitoprosessin aikana muuttuvat hoidolliset tarpeet.”

2) ”Potilaan tutkimista ja hoitoa luonnehtii psykoterapeuttinen asenne hoitotavasta riippumatta. Terapeutin ja terapeuttisen työryhmän on oltava valmis muuttamaan näkemystään myös siitä, mikä katsotaan kulloinkin parhaaksi ja sopivimmaksi terapiamuodoksi.”

3) ”Erilaiset terapeuttiset toiminnot suunnitellaan ja toteutetaan siten, että ne tukevat toisiaan eivätkä vaikuta toisiaan vastaan. Tällöin mm. raja yksilö- ja perheterapian välillä muuttuu liukuvaksi.”

4) ”Hoidon prosessiluonne on ymmärrettävä selvästi ja säilytettävä.”

(Aaltonen 2006.)

API projektin raportissa periaatteita on edelleen pyritty täsmentämään, syventämään ja kehittämään. Tutkimuksen löydöksiä perusteella päädyttiin kahteen uuteen tarpeenmukaisen hoidon periaatteeseen. Ensimmäinen periaatteista on ”Horizontaalinen asiantuntijuus”, jonka tarkoituksena on pyrkiä purkamaan reviiirit ja ylittää asiantuntemusten väliset rajat, painopisteenä itseohjautuvat tiimit ja erillisten tiimien yhteistyö. Toinen periaate on ”rituaalinen purkautuminen ja avoin dialogi”, jolla tarkoitetaan sitä että hoidon ei tule olla aikaan ja paikkaan jäykästi sidottua, vaan asiantuntijuus toteutuu parhaiten siellä, missä rituaalinen valta on vähäisimmillään ja potilaan valinnanvapaus suurimmillaan, esimerkkinä potilaan hoito joka tapahtuu kotona. (Aaltonen, Koffert, Ahonen & Lehtinen 2000, 3-9; Seikkula & Alakare 2004, 289-290.)

8.4 Joustavuus

Toiminnan joustavuus on dialogisen hoitomallin yksi tärkeä periaate. Joustavuus kytkeytyy liikkuvuuteen. Perinteisesti hoitokulttuuriin on kuulunut etenkin sairaaloissa ajatus, että tapaamiset järjestetään sairaalassa, eikä muualla. Työntekijöillä tulisi kuitenkin olla mahdollisuus lähteä omista työtiloistaan ulos, kotikäynneille, koulu tapaamisiin, työterveyshoitajan luokse, sairaalaan päivystyspoliklinikalle jne. Joustavuutta on myös jousto hoitotapaamisten sopimisessa. Esimerkiksi kriisiasiakkaille tulisi olla mahdollisuus järjestää aika mahdollisesti jo samalle päivälle. Tämän mahdollistaa työryhmätyö, jonka avulla työntekijä voi tehdä kalenteriinsa tilaa kiireelliselle tapaamiselle. (Haarakangas 2008, 112.)

Luovien ratkaisujen käyttö hoidossa ovat myös omalta osaltaan osoitus joustavuudesta. On syytä kyseenalaistaa porrasmainen hoitomalli, joka etenee järjestelmällisesti siten, että ensin potilas on suljetulla osastolla, sitten siirtyy avo-osastolle, sieltä kuntoutusosastolle, josta kuntoutuskotiin ja lopulta tuetun asunnon kautta mahdollisesti omaan asuntoon. Tämä on jäykkä toimintamalli, joka usein kuntouttaa potilaan vain ylläpitämään hoitojärjestelmää. Kun joustetaan näistä mieleen iskostuneista malleista, jonkun potilaan kohdalla voidaankin rohkeasti kokeilla nopeaa kotiutusta, järjestäen käytännön avut selviytymiseen kotiin. (Haarakangas 2008, 112-113.)

HYKS:n Jorvin sairaalassa 2006-2008 tehty interventiotutkimus osoittaa, että perusterveydenhuollossa tapahtuva joustava ja varhainen hoito voi ehkäistä nuoren sairastumista psykoosiin. Perusterveydenhuollosta otettiin heti yhteys työryhmään, mikäli epäiltiin 12-20- vuotiaan nuoren olevan psykoosiriskissä. Tapaamiset järjestettiin välittömästi, joustavasti ja tarpeenmukaisesti nuoren koululla ja kotona. Seurantatutkimus osoitti, että tutkittavien psykoosiriskioireet vähenivät huomattavasti hoidon aikana ja heidän toimintakyky ja elämänlaatu paranivat. (Nurro 2009.)

8.5 Voimavarakeskeisyys

Ihmisen oma osuus hyvinvointinsa muotoutumisessa nähdään aina vain tärkeämpänä. Usein käytetään ilmauksia, kuten osallisuus, vaikutusmahdollisuudet, elämänhallinta ja empowerment. Näiden ilmauksien lähtökohtana on, että ihminen tietää itse, mikä hänelle on hyväksi. Termi empowerment on käännetty suomeksi mm. Käsittein valaistuminen, voimaantuminen, sisäinen voimantunne tai voimavaraistuminen. Empowerment- ajattelun ydinkäsite, sisäinen voimantunne, lisääntyy vuorovaikutuksessa, jossa tuetaan ihmisen kykyä kokea itsensä arvokkaaksi. Tämän tunteen lisääminen vähimmässäkin määrin koetaan uudistavaksi, ja se voi tuottaa valtavia energiamääriä oppimiseen ja kasvuun. Voimaantuminen näkyy parantuneena itsetuntona, kykynä asettaa ja saavuttaa päämääriä, oman elämän hallinnan tunteena, kunnioituksena itseä ja muita kohtaan sekä toiveikkuutena tulevaisuutta kohtaan. (Iija 2009b, 105.)

Muutokset kuluttavat yksilöiden ja ryhmien voimavaroja, kun muutoksia kasaantuu liikaa, koetun stressin määrä lisääntyy. Ihminen tarvitsee muutoksissaan emotionaalista ja konkreettista tukea arjen hallinnassa. Sosiaalisen tuen saamisella on tutkitusti selkeä merkitys hyvinvoinnille kriittisissä elämänvaiheissa. Syrjäytymisriski haastavissa elämäntilanteissa ja olosuhteissa kasvaa, mikäli yksilön voimavarat eivät riitä käsittelemään eteen tulevia haasteita. Siksi muutoksissa tulisi kohdentaa tuenanto heikoimmin selviytyviin, jotka eivät itse osaa hakea apua. Masennusta ja muita psyykkisiä sairauksia edeltää usein voimattomuuden kokemus. Tähän kokemukseen liittyy mm. mielialan laskua, syrjäytymistä, luottamuspulaa ym. Voimaantuminen sen sijaan lisää kontrollin tunnetta omasta elämästä, luottamusta omiin kykyihin ym. Yksilön sisäinen elämänhallinta voidaan toisinaan rinnastaa voimaantumisen käsitteeseen. Sillä tarkoitetaan yksilön kykyä sopeutua elämän tapahtumiin, jossa keskeistä on kontrollin säilyttäminen, ongelmatilanteiden hallinta ja tasapainon kokemus. Siitosen (1999) mukaan pienetkin voimaantumisen kokemukset synnyttävät ihmisessä myönteistä kehitystä. (Iija 2009b, 108-110.)

Yksilöt kehittyvät yhteisöjensä jäseninä, jonka vuoksi myös yhteisöjen voimaantumista tulee edistää. Kun ihmiset alkavat yhdessä kehittää taitojaan ja osaamistaan, vahvistuvat myös itsearvostus ja oman elämän kontrollin tunne. Ihmisen

tarpeidenhallinta ja voimavarojen suhde ratkaisevat, millaisia valintoja hän tekee. Potilaan tarpeita ja niiden tyydyttämiseen tarvittavia voimavaroja käsitellään yhdessä hänen kanssaan. (Iija 2009b, 117-118.) Tyydyttävään muutokseen pääseminen saattaa edellyttää potilaalta vaikeiden ja kipeiden asioiden kohtaamista, kun kartoitetaan potilaan käytettävissä olevia voimavaroja. Voimavarojen löytyminen ja niiden hyödyntäminen mahdollistuu potilaan hoidossa olevien henkilöiden ja potilaan välisen osallistuvan vuoropuhelun, jaetun vastuun ja konsultoivan ohjauksen myötä. (Latvala 1998.)

Mielenterveysasiakkaan itsearvostus on usein hukassa, joten sen uudelleen etsiminen aloitetaan yhdessä pienin askelin. Yksilön itsearvostusta tuleva näkökulma voidaan Siitosen (1999) mukaan nähdä voimaantumisen ytimenä. Potilaalle pyritään osoittamaan hänen vahvuuksiaan ja potilaan asioita pyritään hoitamaan näiden vahvuuksien kautta. Potilaalle annettava rohkaisu ja positiivinen palaute ovat äärimmäisen tärkeitä. (Iija 2009b, 117-118.)

Leino-Kilven (2003) mukaan potilaan autonomian kaventuminen vähentää potilaan voimavaroja. Psykiatrisessa hoidossa potilaan autonomia on usein hoitohenkilökunnan valvonnassa. Tarkasteltaessa potilaan voimavaroja eettisestä näkökulmasta potilasta pidetään henkilönä, jolla on oma arvoperusta, autonomia ja yksityisyys. (Syrjäpalo 2006, 40.)

8.6 Vaikuttavuus

Hyödyn maksimoiminen edustaa hyöty- eli seurausetiikkaa, jossa moraalisenä mittapuuna käytetään toiminnan seurauksia. Eli on toimittava niin, että odotettavissa oleva hyöty on niin suuri kuin mahdollista. Terveystieteissä arvioidaan toimenpiteiden niin sanottua terveyshyötyä. Terveyshyöty tarkoittaa potilaan toimintakyvyn tai kuntoisuuden lisääntymistä, ja sitä kautta ilmaisee toimenpiteen vaikuttavuutta. Käytännössä tulisi siis valita sellainen toimenpide, jonka terveyshyöty suhteessa haittoihin on mahdollisimman suuri. (Syrjäpalo 2006, 29.)

Potilaiden tavoitteena on saavuttaa tila, joka on ollut ennen sairastumista: voimien palautuminen ja selviytyminen jokapäiväisessä elämässä. Tavoitteeseen pääseminen edellyttää sitä, että potilas kokee tulleen autetuksi. Autetuksi tuleminen tuntuu usein helpottavalta ja välttämättömältä. Autetuksi tulemista edistävät hoitotilanteet, jotka liittyvät potilaiden omaan sisäiseen kokemukselliseen tilaan, esimerkiksi keskustelut hoitajan kanssa tai hoitoneuvottelut. Vaikutusmahdollisuuksia omaa hoitoa koskevaan päätöksentekoon pidetään myös tärkeänä autetuksi tulemisen tunteen saavuttamisessa. Lisäksi lääkehoito koetaan tärkeänä, sillä se helpottaa oireita. Muita edistäviä tekijöitä ovat osaston ilmapiiri, tietoisuus osaston hoidosta ja hoitajan roolista sekä potilaiden positiivinen kohtelu. Autetuksi tulemisen estävinä tekijöinä pidetään rauhattomuutta osastolla, turvattomuutta, tietämättömyyttä hoidosta, hoitotilanteista ja hoitajien osuudesta potilaiden hoitoprosessiin. Hoitajien kiire, epäilevä asennoituminen, pakottaminen, yksin jättäminen ja selitysten vähäisyys vaikuttaa myös. (Hentinen 2009, 48-49.)

Erilaisten terapioiden/ interventioiden vaikuttavuus tulisi jokaisen potilaan kohdalla arvioida yksilöllisesti. Pääsääntöisesti niiden merkitys koetaan positiiviseksi, kun ne toteutetaan potilaan näkökulmasta ja vastaavat hänen tarpeisiinsa. Hoitajien kanssa käydyt keskustelut koetaan erityisen tärkeiksi. Hoitajat tuovat apua lukkiintuneeseen tilanteeseen, realisoivat hoitoa sekä saavat potilaat vakuuttumaan itsehallinnasta ja turvallisuudesta. Saavutetaan tunne, että joku kuuntelee ja hänelle saa jakaa vaikeita kokemuksiaan. (Hentinen 2009, 48.)

Hoidon vaikuttavuudesta on vielä vähän tutkittua tietoa. Vaikuttavuuden tärkein mittari on, mikä potilaan vointi on ja miten hänen kävi itsensä arvioimana. Terveysteen liittyvän elämänlaadun mittaamisessa selvitetään, millainen potilaan tila on terveyden suhteen ja miten tila muuttuu ennaltaehkäisyyn, hoidon tai kuntoutuksen seurauksena potilaan itsensä kokemana ja ilmoittamana. (Vähäniemi 2008, 121.)

8.7 Jatkuvuus

Hoidon jatkuvuuden turvaaminen tarkoittaa sitä, että tieto välittyy muuttumattomana koko hoitajakson ajan henkilöltä toiselle, työvuorosta ja yksiköstä toiseen. Potilaan kanssa tehdyistä sopimuksista pidetään kiinni ja hoitosuunnitelmaa noudatetaan. Potilaan tulee tietää, mitä hänelle milloinkin tulee tapahtumaan. Jatkuvuus on myös sitä, että hoitajakson päättyessä kotiutumiseen tai toiseen hoitopaikkaan siirtymiseen potilaan asiat valmistellaan huolellisesti ja toiminnot ovat koordinoituja. Potilaan hoitajaksosta tulee laatia hoitotyön yhteenveto, jota voidaan hyödyntää potilaan seuraavalla hoitajaksolla. (Voutilainen & Laaksonen 1994, 80.)

Psykiatrisessa hoidossa on kauan eritelty avohoito ja sairaalahoido kahdeksi erilliseksi hoidoksi. Avo- ja sairaalahoidon käsitteellinen erottaminen on kuitenkin periaatteessa tarpeetonta, sillä kyse on kuitenkin yhdestä hoidosta. Olennaista olisi, että samat työntekijät olisivat mukana hoidossa riippumatta siitä onko potilas sairaalassa vai kotona. Sairaalahoidossa potilaan hoitoon tulee mukaan välttämättä uusia työntekijöitä, mutta ihanteellista olisi että tutun hoitoryhmän jäsenet olisivat hoidossa mukana tuomassa turvallisuutta ja jatkuvuutta. Osaston uudet hoitajat ovat mukana potilaan hoidossa väliaikaisesti ja voivat näin toimia konsultoivina työntekijöinä, joiden kysymykset ja arviot tuovat mahdollisesti uusia ja tärkeitä teemoja ja ymmärrystä potilaan hoitoon. (Haarakangas 2008, 114-115.) Psykologisen jatkuvuuden saavuttamiseksi olisi siis optimaalista, että ensimmäisessä hoitokokouksessa päätetty hoitava työryhmä voisi ottaa vastuun koko hoitoprosessista, tapahtui hoito sitten asiakkaan kotona tai sairaalassa. Näin pystyttäisiin mahdollisesti turvaamaan muun muassa se, että ensimmäisessä yhteydenotossa syntyneet kuvaukset ongelmasta tulisivat myös myöhemmin hoitoprosessin osaksi. (Seikkula & Arnkil 2009, 53-54.) Hoitavan työryhmän tehtävänä on pitää huolta siitä, että eri tahot ja hoitomuodot kytkeytyvät suunnitelmallisesti hoitoprosessiin (Haarakangas 2008, 115).

8.8 Perhekeskeisyys

Perheiden arvostaminen ja mukaan ottaminen psykiatrisen potilaan hoitoon on lisääntynyt 1980-luvulta lähtien. Tutkimusten mukaan perhehoito on tänä päivänä yksi psykiatrisen hoidon kulmakivistä. (Hentinen 2009, 45; Välimäki & Holopainen & Jokinen 2000, 183.) Perhekeskeinen työtapa on yksi menetelmistä, jonka WHO on nostanut yhdeksi terveyden edistämisen tärkeimmiksi periaatteiksi. Perheiden kanssa työskennellessä asiakaslähtöisyys on perheen tilanteeseen perehtymistä. (Friis & Eirola & Mannonen 2004, 167, 170.)

Läheisen psyykinen sairastuminen koskettaa koko perhettä. Läheiset huomaavat usein ensimmäisenä sairastuneen oireet ja pahan olon, vaikka sairastunut pyrkii aluksi salaamaan ja vähättelemään oloaan. Sairastunut yleensä kaipaa ja haluaa perheensä tukea, mutta alentunut toimintakyky aiheuttaa sen, että hänen on vaikea ottaa sitä vastaan. Henkilöllä voi myös olla vaikeutta tuntea myönteisiä tunteita läheisiään kohtaan joka voi lisätä sairastuneen häpeän ja syyllisyyden tunteita. Perheet reagoivat eri tavoin sairauteen, kriisistä selviytymiseen ja kuntoutumisen tukemiseen. Sairaus aiheuttaa myös omaisissa monenlaisia kriisireaktioita ja tunteita kuten häpeän ja leimautumisen pelkoa. Yhteiselämä psyykkisesti sairaan kanssa voi jo yksistään olla omaisia kuormittava tekijä ja yhden perheenjäsenen sairastuttua psyykkisesti voi perheen aikaisemmat toimintatavat ja perheensisäiset roolit muuttua täysin. Kuormittavia tekijöitä ovat myös ympäristöstä tulevat negatiiviset asenteet ja omaisilta puuttuva tuki (Koskisuus 2004, 177-179; Välimäki ym. 2000, 183-184.)

Perheiden tukemisessa ammattihenkilöillä on keskeinen tehtävä. Perhe ja läheiset tulisi nähdä liittolaisina, joilla on sama päämäärä kuin hoitavalla taholla eli sairastuneen ihmisen kuntoutuminen ja hyvinvointi. Näkemykset hoidon suunnasta ja tavoitteista voi olla erilainen, jonka vuoksi perheen kanssa tehtävä yhteistyö on merkittävää. (Koskisuus 2004, 183-184.) Hoitajien tulisi selvittää aktiivisesti omaisten tietämys potilaan sairaudesta ja selvittää omaisten tuen tarve (Välimäki ym. 2000, 184). Kyetäkseen auttamaan perheenjäseniä, tulisi hoitajien pyrkiä ymmärtämään niitä kokemuksia joita sairastuminen on tuonut läheisten elämään. Perhetyössä korostuvat perheen ymmärtäminen, pelkojen lieventyminen ja kokemus kuulluksi tulemisesta. Läheisillä on tarve saada tietoa sairaudesta ja sen ennusteesta. Läheiset tarvitsevat myös konkreettisia käytännön esimerkkejä, kuinka heidän tulisi tilanteessa toimia ja mistä he saavat itse tukea. On myös tärkeää ymmärtää, että

perhe ja läheiset toipuvat eri tavoin ja eri tahtiin sairastumisen aiheuttamasta kriisistä kuin potilas. (Koskisuus 2004, 177-179.)

Psykoosiin sairastuneen ennuste on riippuvainen hänen lähiympäristössään olevien ihmissuhteiden laadusta. Perheen tunnelatautunut ja kireä ilmapiiri sekä potilaaseen kohdistuva kriittisyys voivat altistaa uudelleen sairastumiselle. (Jokinen & Räsänen 2000, 45.) Psykoedukatiivinen perheinterventiomalli on kehitetty helpottamaan psyykkisesti sairastuneen ja hänen läheisverkostonsa sopeutumista sairastumisen mukana tuomiin haasteisiin. Psykoedukaation tavoitteena on kehittää sairastuneen perheen keinoja ratkaista ongelmia. Tehokas ja nopeasti annettu tieto ja apu edistävät yhteistyötä sairastuneen ja hänen läheistensä kanssa. Terminä ”psykoedukaatio” viittaa sairastuneen psykoosipotilaan ja hänen perheensä kliiniseen opetustekniikkaan hoidon yhteydessä, jonka tarkoituksena on opettaa psykoottisen sairauden luonteesta, ennusteesta ja hoitovaihtoehdoista. (Berg 2009, 145,151.) On havaittu, että Skitsofrenia potilaiden hoidossa käytetyt perheinterventiot ovat vähentäneet sairaalajaksoja ja sairaala hoitoaika. Sairauden uusiutuminen oli vähäisempää ja potilaiden mielenterveydellinen tila parani äkimmin. Perheinterventiot ovat tärkeitä myös koko perheen hyvinvoinnin kannalta. Psykoottisen potilaan perheen huomioiminen jää usein hoitohenkilökunnan vastuulle, koska psykoottisen paranoidinen ajattelu kohdistuu usein hänen läheisiinsä eikä henkilö täten pysty näkemään perhettään osana toipumistaan. (Hentinen 2009, 46.) Psykoottisen potilaan perhe tulisi tavata 24 tunnin kuluessa yhteydenotosta, jolla on psykologista merkitystä myös potilaalle. Parin ensimmäisen päivän aikana potilaalla näyttää olevan helpompaa puhua myös psykoottisista kokemuksistaan, usein alkuvaiheen jälkeen psykoottisista tuntemuksista puhuminen voi vaikeutua. On tärkeää, että ne läheiset ovat paikalla joita psykoottisen potilaan sairaus koskettaa. (Seikkula & Arnkil 2009, 48-49.) Avoimen dialogin ajatuksena on, että keskustelu alkaa kaikkien asianomaisten läsnä ollessa ja etenee ilman ennakkoon tehtyä suunnitelmaa. Psykoottiset potilaat alkavat puhua kokemuksistaan yleensä silloin, kun keskustelussa käsitellään vaikeimpia ja oleellisimpia asioita perheen elämästä. (Seikkula & Arnkil 2009, 121-122.)

8.9 Verkostokeskeisyys

Suomessa on tehty verkostotyötä jo pitkään ja verkostotyö nimike on alkanut vakiintua 1970-luvulta lähtien. Verkostoon voivat kuulua mm. potilaan perhe, suku, ystävät, koulu, työyhteisö, harrastukset, ammattiauttajat ja viranomaiset. Ammattiauttajien työnjaot ja toimintatavat muuttuvat niiden mukaan. Asiakaskontakteissa tarvitaan usein rajanylityksiä sekä eri sektoreiden työntekijöiden kesken että asiakkaiden läheisten kanssa. Parhaimmillaan moniammatillinen kokonaisuus muodostuu toisiaan täydentävistä osista, joissa ammattilaiset tietävät keihin olla yhteydessä tarpeen vaatiessa. (Seikkula & Arnkil 2009, 11-14; Kröger 2008, 311.) Moniammatillisuus on näkemyksellisyyttä potilaan tilanteesta, eikä tarkoita sitä että kaikki eri ammattiryhmien edustajat osallistuisivat potilaan hoitoon. Moniammatillinen yhteistyö on dynaaminen prosessi, jonka tarkoitus on jakaa hoitamiseen liittyviä pulmia ja saavuttaa yhteistyön avulla paras mahdollinen ratkaisu potilaan hyväksi. Hyvän yhteistyön edellytyksenä ovat avoin kommunikaatio, ammattitaito ja luottamus. Yhteiset arvot ja päämäärät edistävät yhteistyötä. (Friis ym. 2004, 171-172.) Lakisääteinen salassapito eli vaitiolovelvollisuus sisältyy Suomessa lakiin terveydenhuollon ammattihenkilöistä (1994). Vaitiolovelvollisuus ammatinharjoittamisen yhteydessä saadusta toisen ihmiseen liittyvästä tiedosta on elinikäinen. (Hietanen ym. 2005, 17.)

Tilanteissa, joissa käsiteltävänä on laaja-alainen ongelma, on työntekijöitä asiakkaan ja perheen ympärillä useita. Psykososiaalista työtä tehtäessä useiden toimijoiden verkostoituminen on pikemminkin sääntö kuin poikkeus. (Seikkula & Arnkil 2009, 11-14.) Usein potilaan hoidossa jo mukana oleva terveydenhuoltoalan yhteiskumppani ottaa potilaan asioissa yhteyttä kriisiryhmään. Tällöin tulee selvittää, miten kyseinen työntekijä on mukana ja mikä käsitys hänellä on potilaan tilanteesta. (Haarakangas 2008, 109.) Psykiatrisessa hoidossa kutsutaan hoitoon mukaan potilaan perheenjäseniä ja järjestetään mahdollisuus molemminpuoliseen dialogiin. Heidät pyydetään paikalle, jotta voitaisiin yhdessä muodostaa ymmärrys myös perhettä koskevasta psyykkisestä kriisistä. Verkostojen kohtaamisessa voi siis syntyä jaettua asiantuntemusta, joka mahdollistaa potilaalle parempaa hoitoa. (Seikkula & Arnkil

2009, 11-14.) Psykoottisen potilaan hoidon nopea alkaminen voi kertoa siitä, että verkostokeskeinen kriisityö on madaltanut väestön yhteydenoton kynnystä ja osaltaan myös helpottanut eri toimijoiden välistä yhteistyötä (Seikkula & Arnkil 2009, 140).

9 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYS

Tutkimuksemme tarkoituksena oli selvittää varhaisen psykoosin hoitoyksikön potilaiden kokemuksia yksikön toimintaa ohjaavista arvosidonnaisista periaatteista. Teemahaastattelujen avulla selvitimme, miten potilaat kokevat näiden periaatteiden toteutuvan käytännön hoitotyössä. Potilaslähtöisten palvelujen kehittämisessä potilailta saatu palaute on keskeistä ja sen avulla saadaan tärkeää tietoa toiminnan kehittämiseksi. (Judin & Kauppila & Leinonen & Mård & Vähätalo 2008, 6.) Työmme tavoitteena on saada potilaiden kokemukset kuuluvaksi ja tämän myötä yksikön on mahdollista kehittää hoitotyötä. Tutkimuksen tulokset julkaistaan avoimesti sekä valmis työ luovutetaan osastolle.

Tutkimuskysymys

1. Miten varhaisen psykoosin hoitoyksikön potilaat kokevat yksikön periaatteiden toteutuvan heidän hoidossaan?

Tässä tutkimuksessa tarkasteltavia periaatteita ovat: potilaslähtöisyys, yksilöllisyys, tarpeenmukaisuus, joustavuus, voimavarakeskeisyys, vaikuttavuus, jatkuvuus, perhekeskeisyys ja verkostokeskeisyys.

10 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

10.1 Tutkimusmenetelmä

Valitsimme menetelmäksi teemahaastattelun, eli laadullisen tutkimusmenetelmän, koska tarkoituksena on ymmärtää tutkittavaa ilmiötä potilaiden kokemana. Lähtökohtana laadullisessa eli kvalitatiivisessa tutkimuksessa on todellisen elämän kuvaaminen ja kohdetta pyritään tutkimaan mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 157.) Laadullisia menetelmiä on käytetty Suomessa useasti tutkittaessa psykiatrista hoitotyötä jalaadulliset tutkimusmenetelmät sopivat hyvin psykiatrisen työn luonteeseenn (Välimäki & Holopainen 2000, 155).

Teemahaastattelu eli puolistrukturoitu haastattelu on joustava menetelmä. Haastattelulla pyritään selvittämään, miten hyvin haastateltava on perillä tutkittavasta ilmiöstä. Teemahaastattelua voidaan pitää erityisen hyvänä silloin, kun halutaan tutkia emotionaalisesti arkoja ja vaikeita aiheita tai halutaan selvittää heikosti tiedostettuja asioita. Haastattelua aineistonkeruumenetelmänä voidaan käyttää myös tutkittaessa ilmiöitä, joista ei päivittäin keskustella. Tällaisia ilmiöitä ovat esimerkiksi arvostukset, aikomukset ja ihanteet. Haastattelun avulla saadaan aihetta kuvaavia esimerkkejä. Haastattelu sopii myös paremmin käytettäväksi silloin, kun kyseessä on henkilö, jolla saattaa olla vaikeuksia kyselylomakkeen täyttämässä. Haastateltavien ominaisuudet ja aiemmat kokemukset on hyvä selvittää haastattelun edetessä, sillä ne määräävät niitä merkityksiä, mitä he ilmiölle antavat. Haastattelussa ollaan suorassa vuorovaikutuksessa haastateltavan kanssa, ja tämä tilanne luo mahdollisuuden suunnata tiedonhankintaa itse tilanteessa. Samoin on mahdollista saada esiin vastausten taustalla olevia motiiveja. Ei- kielelliset vihjeet auttavat ymmärtämään vastauksia ja toisinaan jopa ymmärtämään merkityksiä toisin kuin aikaisemmin on ajateltu. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 34-36.)

Käytettäessä haastattelua tiedonkeruumenetelmänä, haastateltava vastaa kysymyksiin omin sanoin. Haastattelijalla on mahdollisuus esittää kysymykset haluamassaan järjestyksessä, toistaa kysymys, oikaista väärinkäsitys, ja selventää kysymyksen sanamuotoa. Tällä kaikella voidaan vähentää vastaamattomuutta. Monimutkaisetkin kysymykset ovat mahdollisia, ja haastattelija voi tehdä myös lisähavaintoja haastateltavia tarkkailemalla. (Heikkilä 2004, 68; Hirsjärvi & Hurme 2008, 34-36.)

Teemahaastattelussa ensimmäinen vaihe aineiston keruussa lähtee teematisoinnin kautta. Aineistosta voi löytyä tutkimusongelmaa selvittäviä teemoja. Tämä antaa mahdollisuuden vertailla tiettyjen teemojen esiintymistä aineistossa, josta voidaan poimia sen sisältämät keskeiset aiheet, jolloin ne voidaan esittää kokoelmana erilaisia kysymyksenasetteluja. Ensin aineistosta tulee löytää tutkimusongelman kannalta olennaiset aiheet ja sen jälkeen nämä tulee erotella toisistaan. Jotta teemoittelu onnistuisi, vaatii se teorian ja empirian vuorovaikutusta, joka aineistossa näkyy niiden linkittymisenä. (Eskola & Suoranta 2000, 174-175.)

Haastattelija kehittää teemahaastattelurungon aiheeseen liittyvän teoreettisen viitekehyksen pohjalta. Teemahaastattelu perustuu mm. siihen, että tiedetään haastateltavien kokeneen tietyt tilanteet. Teemahaastattelu ei kuitenkaan edellytä tiettyä kokeellisesti aikaansaattua yhteistä kokemusta, vaan sillä tavoitellaan yksilöiden kokemuksia, ajatuksia, uskomuksia ja tunteita. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 75.) Teemahaastattelu on myös aikaa vievä prosessi. Sopivien haastateltavien löytyminen ja varsinainen haastattelun toteutus vievät aikaa. Nauhoitettu aineisto täytyy myös litteroida eli muuttaa tallenteet kirjalliseen muotoon. Toisaalta haastattelun nauhoittaminen takaa sen, että tapahtumista saadaan säilytetyksi olennaisia seikkoja. Vastausten tarkistaminen ja aineiston litterointi eli tallenteiden muuttaminen kirjalliseen muotoon helpottuu. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 35-36, 92.)

Haastatteluaineisto on konteksti- ja tilannesidonnaista. Ongelmaksi voi muodostua myös se, että haastateltavat saattavat puhua haastattelutilanteessa eri tavalla kuin jossain toisessa tilanteessa. Haastattelun luotettavuuteen saattavat myös vaikuttaa heikentävästi haastateltavan taipumus antaa yhteiskunnallisesti hyväksyttäviä vastauksia. Haastatteluun voi näin ollen sisältyä virhelähteitä, jotka voivat johtua joko haastattelijasta, haastateltavasta tai haastattelutilanteesta. Haastattelun haittana voidaan myös nähdä se, että haastateltavalle ei voida taata samaa anonyymiutta kuin lomakkeilla. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 35-36.)

10.2 Tutkimuksen kohderyhmä

Opinnäytetyöhöemme valikoitui kuusi (N=6) osaston potilasta, jotka olivat haastattelujen aikaan potilaina Kellokosken sairaalan varhaisen psykoosin hoitoyksikössä. Osaston henkilökunta arvioi potilaan soveltuvuutta haastatteluun, johon osallistuminen edellytti, että potilaan voimavarat ja psyykinen vointi ovat sellaiset, että haastattelu ei vahingoita hänen psyykettään. Haastattelu edellytti potilaalta myös riittävää kykyä keskittyä kysymyksiin vastaamiseen. Haastateltavien soveltuvuuden arviointi tapahtui päivittäisen hoitotyön ohessa, eikä näin ollen vienyt paljoa henkilökunnan resursseja. Arvioituaan potilaan soveltuvuutta haastatteluun, osaston henkilökunta kartoitti potilaan halukkuutta osallistua haastatteluun ja antoi potilaalle haastattelun saatekirjeen (liite 1) ja suostumuslomakkeen (liite 2). Saatekirjeet ja suostumuslomakkeet olimme lähettäneet osastolle etukäteen.

Haastatteluun suostuneet potilaat olivat iältään 18-31-vuotiaita. Lähes kaikki heistä oli ensimmäisellä hoitojaksollaan yksikössä. Sukupuoli jakauma oli miesvoittoinen (4/6). Suurin osa haastatelluista kertoi perheeseen kuuluvan vanhemmat sekä usealla potilaalla oli myös sisarusia.

10.3 Aineiston keruu

Aineiston keruu suoritettiin teemahaastatteluilla, jossa käytimme tukena teemahaastattelurunkoa. Haastattelumme teemat rajautuivat osaston periaatteiden mukaan. Laatimassamme haastattelurungossa (Liite 3) yksi periaate vastaa yhtä teemaa. Siten saimme potilaiden kokemuksia jokaisen periaatteen toteutumisesta käytännön hoitotyössä. Kysymykset olimme rajanneet siten, että yhden teeman alla oli 2-3 kysymystä. Toteutimme ennen varsinaisia haastatteluja koehaastattelut ulkopuolisille henkilöille. Koehaastatteluiden avulla testasimme haastattelurungon toimivuutta ja teimme siihen tarvittavia muutoksia. Koehaastatteluilla saimme itsellemme kokemusta ja tuntumaa teemahaastattelun toteuttamisesta.

Haastattelut toteutimme kahtena eri päivänä kesäkuussa 2010. Haastattelut toteutimme pareittain, koska halusimme luoda tilanteesta vapaamuotoisen keskustelutilanteen. Esimerkiksi Grönfors (1982) on tutkinut, että haastateltavat ovat paljon vapautuneimpia ja luontevampia silloin kun on useampia henkilöitä paikalla

(Hirsjärvi ym. 2007, 205). Lisäksi parihaastattelulla varmistimme sen, että jos haastateltava kieltäytyy haastattelun nauhoittamisesta, voi toinen toimia kirjurina.

Ensimmäisenä päivänä haastattelimme pareittain neljä potilasta ja toisena päivänä kaksi potilasta. Haastattelujen ajankohdat sovimme yhdessä osaston hoitohenkilökunnan kanssa, niin että mahdollisimman moni potilaista pystyisi osallistumaan haastatteluun.

Haastateltavat tulivat yksitellen etukäteen varattuun haastattelutilaan ja haastatteluihin suostuneet potilaat toivat tilanteeseen mukanaan allekirjoitetut suostumuslomakkeet (Liite 2). Tila oli pieni huone osastolla, jossa haastattelut voitiin toteuttaa potilaiden yksityisyyttä kunnioittaen. Olimme varanneet haastattelutilanteeseen riittävästi aikaa, jotta tilanne olisi kiireetön ja rauhallinen. Haastatteluiden alussa esittelimme itsemme ja kerroimme mitä varten teemme kyseistä haastattelua. Varmistimme myös, että potilaalle sopii haastattelun nauhoittaminen. Lisäksi kerroimme miten käsittelemme saamamme aineiston ja korostimme, että potilaan anonymiteetti säilyy koko prosessin ajan. Kerroimme haastateltavalle, milloin nauhoitus alkaa, jonka jälkeen etenimme haastattelussa laatimamme puolistrukturoidun teemahaastattelulomakkeen mukaisesti (liite 3). Pyrimme antamaan haastateltavalle riittävästi aikaa vastausten miettimiseen ja lisäksi annoimme mahdollisuuden ohittaa kysymys ja palata siihen myöhemmin. Jos haastateltava ei halunnut tai osannut vastata kysymykseen, sai hän jättää kokonaan vastaamatta. Haastattelun lopussa annoimme haastateltavalle mahdollisuuden vielä vapaamuotoisesti tuoda esiin haluamiaan asioita. Haastatteluiden jälkeen suostumuslomakkeet kerättiin talteen osastolle lukolliseen kaappiin.

10. 4 Aineiston analyysi

Laadullinen aineisto on yleensä tutkijoiden keräämää haastatteluaineistoa, joka on nauhoitettu ja litteroitu puhutusta tekstistä. Litteroitua tekstiä tarkastellaan kokonaisuutena. Aineiston analyysi on aineiston käymistä läpi useaan kertaan, sen pohtimista, vertailua ja luokittelua. Aineiston tulkinta koostuu lukemisen,

teoreettisen viitekehyksen sekä aiemman tiedon ja kokemusten pohjalta. (Rantala 2010, 111, 115, 118.)

Teemahaastattelun analysointi alkaa aineiston teemoittelusta, jotka työssämme olivat osaston toimintaa ohjaavat periaatteet. Tämä tapahtui niin, että poimimme jokaisesta vastauksesta kuhunkin teemaan liittyvät kohdat. Tämä ei ollut aivan yksinkertaista, sillä teemamme liittyivät vahvasti toisiinsa ja kommentteja tiettyyn kysymykseen saattoi löytyä eri puolilta haastattelua. Lisäksi haastattelutilanteet olivat keskustelutilanteita, joten tämänkin vuoksi saman teeman alle saattoi löytyä vastauksia useasta eri kohdasta. Näin ollen kävimme haastatteluaineiston huolellisesti useaan kertaan läpi. Korostimme aineistosta värikynillä tärkeänä pitämämme asiat sekä asiat, jotka aineistosta nousivat useasti esille. Lisäksi korostimme toisistaan eriävät vastaukset. Teemoittamista seurasi varsinainen analyysi. Luimme aineiston useaan kertaan läpi sekä teimme muistiinpanoja. Liitimme aineistoon myös ihmettelyitä, ideoita sekä pohdintoja, joita aineistosta nousi esille. Analyysin tehtävä onkin tiivistää aineisto, sekä järjestää ja jäsentää se tavalla, jolla mitään olennaista ei jää pois, vaan sen informaatioarvo kasvaa. (Eskola 2010, 193.) Tarkoituksenamme oli vastata tutkimusongelmaamme sekä nostaa esille mielenkiintoisia sitaatteja. Aineiston analyysissä emme pyrkineet tapauskuvauksiin, sillä haastateltavien määrä oli melko pieni, emmekä halunneet kenenkään tunnistavan vastaajien henkilöllisyyttä. Näin ollen analyysimme eteni teemoittain haastattelurungon mukaisesti.

Sisällönanalyysi on menetelmä, jolla voidaan analysoida kirjoitettua ja suullista kommunikaatiota ja sen avulla voidaan tarkastella asioiden ja tapahtumien merkityksiä, seurauksia ja yhteyksiä. Sisällönanalyysillä tarkoitetaan kerätyn tutkimusaineiston tiivistämistä niin, että tutkittavia ilmiöitä voidaan lyhyesti ja yleistävästi kuvailla tai että tutkittavien ilmiöiden väliset suhteet saadaan selkeästi esille. Analysoitava materiaali voi olla laadullista, kuten kertomuksia tai se voi olla myös määrällisesti mitattavia muuttujia. Sisällönanalyysin avulla tehdään havaintoja dokumenteista ja analysoidaan niitä systemaattisesti. Olennaista on se, että tutkimusaineistosta erotetaan samanlaisuudet ja erilaisuudet. Aineistoa kuvaavien luokkien on oltava toisensa poissulkevia ja yksiselitteisiä. Sisällönanalyysissa korostuvat aineistossa ilmenevät merkitykset, tarkoitukset ja aiomukset, seuraukset sekä yhteydet. (Latvala & Vanhanen- Nuutinen 2001, 21, 23.)

Sisällönanalyysi- prosessin etenemisessä voidaan erottaa seuraavat vaiheet: analyysiyksikön valinta, aineistoon tutustuminen, aineiston pelkistäminen, aineiston luokittelu ja tulkinta ja sisällönanalyysin luotettavuuden arviointi. Analyysiprosessin eri vaiheet voivat myös esiintyä samanaikaisesti ja usein analyysi on edellä esitettyä monivaiheisempi. Prosessista muodostuu erilainen riippuen siitä, perustuuko analyysi induktiiviseen vai deduktiiviseen päättelyyn. Induktiivisessa päättelyssä siirrytään konkreettisesta aineistosta sen käsitteelliseen kuvaukseen, ja deduktiivisessa päättelyssä lähtökohtana ovat teoreettiset käsitteet, joiden ilmenemistä konkretiassa tarkastellaan. (Latvala & Vanhanen- Nuutinen 2001, 24.) Opinnäytetyömme perustuu deduktiiviseen päättelyyn, sillä tutkimme hoitotyötä ohjaavien, teoreettisten periaatteiden toteutumista käytännön hoitotyössä.

Nauhoitetut haastattelut litteroimme, eli kirjoitimme auki sana sanalta. Nauhoitetun aineiston yhteiskesto oli 56 minuuttia. Yksi haastattelu kesti keskimäärin 9,3 minuuttia. Litteroitua aineistoa saimme yhteensä 32 sivua, Trebuchet MS 11 fontilla ja rivinvälillä 1,5. Tulostimme litteroidun materiaalin paperille ja nidoimme kunkin haastattelun omaksi kokonaisuudekseen. Kävimme jokaisen kysymyksen erikseen lävitse litteroidusta aineistosta ja kokosimme ensimmäisen yhteenvedon saamistamme vastauksista. Tämän jälkeen kävimme alkuperäisen litteroidun materiaalin uudelleen lävitse ja korostuskynällä nostimme esiin niitä asioita jotka toistuivat haastatteluissa ja lisäksi tärkeäksi kokemiamme suoria lainauksia.

11 TULOKSET

11.1 Potilaslähtöisyys

Potilaslähtöisyyden periaatteen toteutumista lähdimme selvittämään kysymyksellä ”Otetaanko mielipiteesi huomioon hoitoosi liittyvissä asioissa?” Jatkokysymyksenä esitimme ”Millä tavoin?”. Viimeisenä kysyimme potilaslähtöisyyden periaatteen alla ”Millä tavoin sinua hoitavat henkilöt kohtelevat sinua?”

Vastauksista käy ilmi, että pääsääntöisesti potilaan mielipiteet huomioidaan osastolla hyvin. Vain yksi vastaaja oli sitä mieltä, että hänen mielipiteitään ei ole hoidon aikana huomioitu. Suurin osa vastaajista oli sitä mieltä, että hoidosta keskustellaan potilaan kanssa ja mielipiteitä kuunnellaan. Tärkeäksi asiaksi vastauksista nousi, että muun muassa loma- asioissa mielipide otetaan huomioon. Vastauksista kävi myös ilmi, että potilailla ei ole tullut tunnetta että mielipiteitä ei otettaisi huomioon, vaikka kaikki vastaajat eivät osanneet eritellä millaisissa asioissa oma mielipide huomioidaan. Yhdestä vastauksesta nousi esiin myös luottamus siihen, että hoitajat tietävät millä tavoin asioissa on hyvä edetä. Asiat, joihin vastaajat eivät mielestään ole saaneet vaikuttaa, liittyivät lähinnä lääkehoitoon sekä kotiutumispäivämäärään.

“Joo, no tota tohon on kyllä vaikee sanoo, mut ku on hoitoneuvottelu nii kyl siel tulee puhuttua aika paljon kaikista asioista ja sitte semmosta.”

”Eipä nyt oikeen tuu mitään tommosta, mut kaikki menee sen peruskaavan mukaan, et kyl noi hoitajat tietää mitä tehdään”.

”Täällä kaikki niinku ottaa huomioon kaikki ihmisten toiveet”

”Nii ja sitte sen jos hoidetaan jollain tavalla nii sitte kyl me jutellaan siitä ja tälle”

Suurin osa vastaajista koki että potilaita kohdellaan osastolla hyvin. Yksi vastaajista oli sitä mieltä, että osa hoitohenkilökunnasta kohtelee potilaita hyvin, mutta osa hoitohenkilökunnasta kohtelee aliarvioivasti.

”No jotku kohtelee ihan kivasti, mut sit on joitakin ketkä niinku jotenkin vähän aliarvioivasti, et niinku tyrmää sen mielipiteen et mitä niinku sanoo... ”Sit jotku on semmosia et ne niinku kuuntelee iha erilail. Haluu auttaa ja tolle”.

”Kyl ne ihan hyvin, että just ku sanoin äsken niin että monipuolisesti ja kaikkia kohtelee samanarvoisina, kaikki hoitajat on mukavia”.

11.2 Yksilöllisyys

Yksilöllisyyden periaatteen toteutumista selvitimme kysymyksillä ” Miten sinun omat toiveet on otettu hoidossasi huomioon?”, ” Oletko tuntenut olosi turvalliseksi hoidon aikana?”, sekä tähän jatkokysymyksenä ”Millaiset asiat hoidossasi tuovat turvallisuuden tunnetta?” ja ”Millaiset asiat hoidossasi tuovat turvattomuutta?”.

Suurin osa vastaajista oli sitä mieltä, että toiveita on kuunneltu hyvin. Muutama vastaaja ei ollut esittänyt mitään toiveita hoitonsa aikana. Jälleen toiveista nousi vastaajille tärkeimmäksi asiaksi toiveet lomien suhteen.

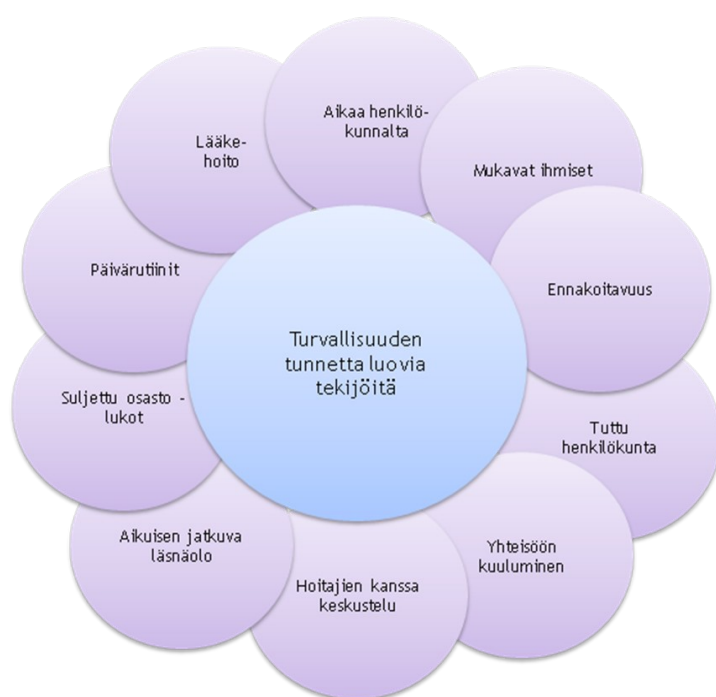
”No kohtalaisen hyvin. Et annettu vapait viikonloppuja, lomille päästetty ku on siltä näyttäny että pystyy järjestää. Pääsee lomille”.

Lisäksi toiveita vapaakävelyistä oli kuunneltu hyvin. Myös lääkeasioissa on saanut esittää omia toiveita. Myös niiden vastaajien kohdalla jotka eivät olleet esittäneet toiveita, saimme tarkentavilla kysymyksillä selville, että toiveita on kuunneltu kuitenkin loma- ja vapaakävely toiveissa.

Suurin osa haastatteluun osallistuneista potilaista oli tuntenut olonsa turvalliseksi hoitonsa aikana. Osa oli tuntenut olonsa turvalliseksi ajoittain. Turvallisuutta tuoviksi asioiksi vastauksista nousi tuttu henkilökunta, mukavat ihmiset, tietyt päivärutiinit sekä se, että tietää etukäteen mitä tapahtuu. Yhteisöön kuulumisen tunne koettiin merkittävänä asiana. Myös hoitohenkilökunnalta saatu aika, ja juttelu koettiin tärkeäksi. Muita turvallisuuden tunnetta luovina tekijöinä pidettiin lääkehoitoa, aikuisen jatkuvaa läsnäoloa sekä lukkojen takana olemista.

”No se että niil on aikaa niinku jutella. Ja sit se että, et niinku on silleen aika tuttu yhteisö että tietää noi potilaat tolee ne oppinu tuntemaa.”

”No se et on kivat hoitajat ja sitten tota potilaat on samankaltaisia. Et kuuluu silleen johonki yhteisöön tavallaan”.



Kuvio 1 Turvallisuuden tunnetta luovia tekijöitä

Kun kysimme millaiset asiat päivittäin luovat turvattomuuden tunnetta, ei suurin osa vastaajista osannut vastata tähän. Yhtenä turvattomuuden tunnetta luovana asiana nousi se, että ympärillä olevat ihmiset sekä hoitajat ovat vieraita. Hoitajille koettiin olevan vaikea puhua, jos he olivat vieraita vastaajalle. Toisaalta pelkoa mennä puhumaan asioista hoitohenkilökunnalle, saattoi esiintyä muistakin syistä.

”Et väli on niinku silleen et jos on ahistanu ni on pelottanu mennä niinku sanoo hoitohenkilökunnalle siitä asiasta, et sit palaa lomat tai muuta vastaavaa tapahtuu tai uloskirjaaminen menee niinku kauemmaks. Tai sit ne niinku hermostuu jotenkin tähän”.

11.3 Tarpeenmukaisuus

Tarpeenmukaisuuden periaatteen toteutumista selvitimme kysymyksillä ”Onko sinulle tehty henkilökohtainen hoitosuunnitelma?” ja ”Millä tavoin olet osallistunut hoitosuunnitelmasi tekemiseen?”.

Pääsääntöisesti hoitosuunnitelma oli potilaille tehty tai sen tekeminen oli työn alla. Suurin osa vastaajista koki, että on saanut olla läsnä hoitosuunnitelmaa laadittaessa ja on saanut vaikuttaa sen sisältöön. Osa vastaajista kuitenkin koki, että ei ole saanut vaikuttaa hoitosuunnitelman sisältöön. Yksi vastaajista toi tässä kohdin esille enemmänkin sitä, että on noudattanut hoitosuunnitelmassa sovittuja sääntöjä, kuin sitä että suunnitelman laatimiseen olisi varsinaisesti vaikuttanut.

”No kyl mä olin paikalla kun puhuttiin, tämmöstä, mutta en mä siihen ite oo mitään kirjottanu tai mitään tommosta tietenkää”.

”No jonki verran oon saanu osallistuu vaan siihen missä mennään ja mitä tulee eteenpäin olemaan ja minkälainen lääkitys on, nostetaanko lääkitystä vai ei.”

”No mul on määrätty sääntöi mitä on ollu...”

11.4 Joustavuus

Joustavuuden toteutumista selvitimme kysymyksellä ” Tunnetko, että saat hoitajilta tarvittaessa apua? ”Jatkoimme kysymystä selvittämällä millaisissa tilanteissa potilaat kokevat tukea saavansa.

Kaikki haastateltavista kokivat saavansa apua hoitajilta sitä tarvitessaan, osa haastateltavista tarkensi saavansa apua välittömästi sitä tarvitessaan. Apua haastateltavat kertoivat saavansa esimerkiksi ahdistavaan oloon tai somaattisiin vaivoihin, myös kysymyksiin saadaan hoitohenkilökunnalta vastauksia kun niitä tulee eteen.

”Ei tarvii ku vähän sanoo et on pikkasen ongelmia ni kyl sielt joku tulee, et mitä, et näytä, et tommosta.”

”No siis, ihan kaikissa kysymyksissä, jos sattuu vatsaan tai siis ahistaa tai noi lomajutut tai jotain kysyttävää. Sit voi mennä kysyy.”

11.5 Voimavarakeskeisyys

Voimavarakeskeisyyden periaatteen toteutumista selvitimme kysymyksellä ” Millä tavoin sinua hoitavat henkilöt huomioivat muutokset voinnissasi?” sekä ”Saatko riittävästi tukea ja kannustusta sinua hoitavilta henkilöiltä?”

Pääasiassa haastateltavilla oli kokemus, että muutokset voinnissa huomioidaan. Muutokset huomataan erityisesti silloin kun on huonompia päiviä. Osasta vastauksista kävi ilmi että hoitajat eivät aina kuitenkaan kysele vointia suoranaisesti, vaan hoitajat ovat käskeneet tulla sanomaan jos on huono vointi. Muutoksia voinnissa huomioidaan lisäämällä tai vähentämällä lääkkeitä, antamalla lääkärin aika tai puhumalla. Yksi vastasi uskovansa, että päiväraporteilla puhutaan voinnista.

”Kyllä. Ne yllättävän hyvin pitää silmällä jos tulee jotakin poikkeavaa”

”No kyllä ne vointia on kysynyt, et mikä vointi on mut ei ne sit silleen kumminki kysele kuitenkaan. Vähän on kysynyt silleen tai käsenyt et jos tulee huono vointi niin pitää tulla sanomaan”

”No mm...kai ne sen huomaa jotenkin mutta ei ne siitä mitään numeroo tee kumminkaa”

Osa vastaajista koki saavansa tukea riittävästi. Yksi koki saavansa tukea mutta aina ei kannustusta. Loput vastasivat saavansa tukea ja kannustusta välillä tai jonkin verran osaamatta sen tarkemmin eritellä milloin eivät tukea ja kannustusta olisi saanut.

11.6 Vaikuttavuus

Vaikuttavuuden periaatteen toteutumista selvitimme kysymyksillä ”Millä tavoin hoitosi on auttanut sinua?” ja ”Mitkä asiat hoidossasi ovat auttaneet sinua eniten?”

Vain yksi haastateltavista koki, että ei ole saanut sairaalassa ollessaan apua. Muut haastateltavat kokivat saaneensa apua. Hoito oli tuonut haastateltaville parempaa oloa, vakaampaa mielentilaa, rauhallisuutta lisää itsetuntoa, ymmärrystä avun tarpeeseensa sekä kykyä ajatella elämässä pidemmälle tuoden eväitä normaaliin elämään.

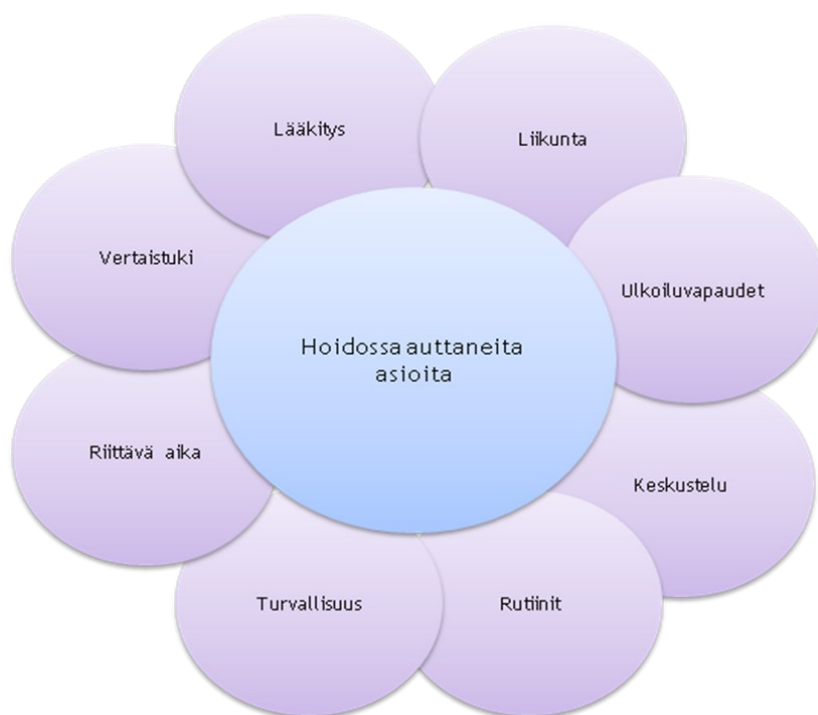
”Se että on päässyt masennuksen yli ja ollaan jo paremmalla puolella”

”No kyllä se nyt silleen vakaampi mielentila nykyään ja paljon rauhallisempi”

”No siis on tullu itsetuntoo lisää ja siis niinku pystyy elämäs niinku aattelee pidemmälle. Siis niinku elämää sillei normaali elämää, lähtee töihin, kouluun jatkossa.”

Puolet haastateltavista koki yhtenä tärkeimpänä avun tuojana lääkityksen. Myös liikunta ja vapaus ulkoilla olivat hyvän olon tuojia. Keskusteleminen hoitajien kanssa oli yksi apua tuova tekijä. Lisäksi rutiinit, vertaistuki, turvallisuus ja riittävä aika olivat tärkeitä voinnin paranemisen kannalta.

”Sit niinku no kyl nyt jonku verran hoitajan kans jutteleminen mut sit tosi tärkeet on ollu niinku toi vertaistuki et ku tääl on muita potilaita jotka on saman ikäsi suurin piirtein niin sitte on voinu vähän niitten kans niinku yleisesti puhuu ja olla ajattelematta välillä mutakin ku sitä omaa sairautta ja tollai noi.”



Kuvio 2 Hoidossa auttaneita asioita

11.7 Jatkuvuus

Jatkuvuuden periaatteen toteutumista selvitimme kysymyksillä ”Millä tavoin kanssasi tehdyistä sopimuksista ja suunnitelmista pidetään kiinni?” sekä ”Ovatko sinua hoitavat henkilöt pysyneet samoina koko hoitojaksosi ajan?” Jatkokysymyksenä tähän esitimme ”Miten tärkeänä pidät sitä että hoitajat pysyvät samoina?”

Saamiemme vastauksien perusteella potilaan kanssa tehdyistä sopimuksista ja suunnitelmista pidetään melko hyvin kiinni. Yksi vastaajista toi esiin, että hän itse noudattaa sopimuksia, henkilökunnan osallisuutta tässä kysymyksessä hän ei kommentoinut.

Yksi vastaajista otti tässä yhteydessä esille positiivisena asiana, että avohoito on järjestetty osastolla todella hyvin. Lisäksi yksi vastaaja toi esille omahoitajan osallisuuden sopimusten ja suunnitelmien suhteen merkittävänä.

Hoitajat olivat yleensä pysyneet aikalailla samoina hoitojakson aikana, yhdellä oli omahoitaja vaihtunut hoitojakson alussa. Kaikki vastaajat kokivat joko hyvänä tai erittäin tärkeänä sen, että henkilökunta pysyy samana.

”Se on erittäin tärkeä, että kun opitaan tuntemaan hoitaja ni se ois hyvä että sit se olis se koko sen hoitojakson.”

”Ei oo kiva, että aina uusi naama jos jotain pitää mennä sanomaan”.

”No on se ihan tärkeä silleen et tietää kelle menee puhuun et ei tuu mitään sekaannuksia ja muutenki silleen kiva”

11.8 Perhekeskeisyys

Perhekeskeisyyden periaatteen toteutumista ja merkittävyyttä selvitimme kysymyksillä ”Miten perheesi on otettu huomioon hoitosi aikana?”, ”Mitä perheen

mukaan ottaminen hoitoosi merkitsee sinulle?” sekä ”Miten haluaisit perheesi osallistuvan hoitoosi?”

Vastaajista neljä oli sitä mieltä, että perhettä on huomioitu hoidon aikana muun muassa kutsumalla tapaamisiin tai kyselemällä haastateltavan nuoruudesta. Kahden vastaajan mielestä perhettä ei sen kummemmin ole huomioitu, mutta perheen kanssa on kuitenkin välillä keskusteltu potilaan tilanteesta.

”No niit on kutsuttu käymään tääl tosi hyvin”

”No ei nyt sit sen kummemmin oo otettu huomioon että... On joo vähän välillä on keskusteltu”

Lähes kaikille perheen mukana olo oli merkittävä asia. Erityisesti toivottiin että perhe on mukana hoidossa siksi, että mukanaolo lisää perheen ymmärrystä ja antaa tietoa potilaan voinnista ja hoidosta. Myös tukea perheeltä odotettiin, mutta liikaa puuttumista potilaan elämään ja hoitoon ei haluttu. Perhe oli mukana vierailien osastolla sekä keskusteluissa. Osasto koettiin olevan hyvä paikka puhua asioista perheen kanssa.

”No on se ihan hyvä että ne ymmärtää sitte miten asiat on ni.”

”Noo, kyl se ihan mukava on mutta en mä siit nii paljoo pidä et koko ajan ne on höösäämäs mua siinä tai mitään tommosta kumminkaa”

”Erittäin paljon, että tiedetään missä mennään”

Kysyttäessä, miten vastaajat haluaisivat perheen osallistuvan heidän hoitoonsa, saimme eriäviä vastauksia. Yksi oli sitä mieltä että ei enempää. Yksi sanoi, että tukemalla lisää. Yksi pitää tärkeänä sitä että perhe on mukana ja tulee käymään. Yksi vastaaja toivoisi, että perhe kävisi keskustelemassa hoitajien kanssa ja näin ymmärtäisivät paremmin potilaan tilannetta. Yksi ei halunnut perheen osallistuvan hoitoon mitenkään eri tavalla. Yksi haastateltavista ei osannut sanoa kysymykseemme mitään.

”No silleen et käy keskustelemassa täällä hoitajien kanssa tarvittaessa ja sitte että niinku ymmärtää sillee.”

”Tukemalla lisää.”

11.9 Verkostokeskeisyys

Verkostokeskeisyyden periaatteen alla kysimme ”Mitä eri tahoja hoitoosi osallistuu?” ja ”Miten koet tiedonkulun onnistuneen sinua hoitavien henkilöiden välillä?”

Kaikki vastaajat nimesivät muutamia hoitoonsa osallistuvia tahoja, kuten psykologi, avohoito, toimintaterapia tai tukihenkilö. Lähes kaikkien vastaajien mielestä tiedonkulku on onnistunut hyvin, aika hyvin tai kohtalaisen hyvin.

”No, kyllä ne aika hyvin, kaikki asiat ja tiedot tuntuu vaihtuvan. En tiää mikä verkko tai keskusjuttu niil on käytös mistä ne sen kaiken tiedon sit löytää”

Yksi vastaajista kokee, että välillä tieto on vaihtunut liiankin hyvin. Vastaaja kokee että luottamuksellisia asioita on kerrottu eteenpäin toisille hoitajille vaikka ensin on luvattu että niistä ei puhuta.

12 POHDINTA

Pohdinnassa tarkastelemme opinnäytetyömme tuloksia, opinnäytetyömme eettisyyttä ja luotettavuutta, tulosten hyödynnettävyyttä ja jatkotutkimusaiheita sekä opinnäytetyöprosessiamme.

12.1 Tulosten tarkastelua ja johtopäätökset

Opinnäytetyömme tulokset antavat pääsääntöisesti positiivisen kuvan Varhaisen psykoosin hoitoyksikössä toteutettavasta hoitotyöstä ja yksikön arvopohjan toteutumisesta. Kaikki haastattelumme osallistuneet potilaat, yhtä lukuun ottamatta, kokivat saaneensa osastolla olo aikanaan apua niin sairauden oireisiin kuin muutoinkin elämänlaatunsa parantamiseen. Tutkimustulostemme mukaan haastattelumme potilaat arvioivat osastolla saamansa hoidon vaikuttavuuden hyväksi. Hoidon vaikuttavuuden tärkein mittari on potilaan voinnin lisäksi se, miten hänen kävi itsensä arvioimana (Vähäniemi 2008, 121).

Välimäen (2000) mukaan psykiatriset potilaat arvostavat työntekijän kuuntelutaitoa, avun antoa sekä kiinnostuksen osoittamista potilasta kohtaan (95). Lähes kaikki haastattelumme potilaista kokivat saaneensa osastolla hyvää kohtelua. Potilaat kokivat, että heidän mielipiteensä ja toiveensa yleensä kuunnellaan ja huomioidaan osastolla hyvin. Myös Syrjäpalon (2006) tutkimuksessa psykiatristen potilaiden hoidon arvoista ja arvostuksista potilaat kokivat hoidon ja kohtelun yleensä hyvänä ja inhimillisenä. Potilaat arvostivat hoidossaan mm. turvallisuutta, tuttua henkilökuntaa, vertaistukea sekä potilaan mielipiteen kysymistä ja kuuntelua. (98-99.)

Potilaat tunsivat lähes aina olonsa osastolla turvalliseksi. Yhteisö, johon kuuluvat henkilökunta ja potilastoverit, olivat tärkeä osa turvallisuuden tunteen luojina. Uskomme, että tuttu yhteisö ja potilaiden samankaltaisuus yhdistää potilaita ja luo varmasti kokemuksen siitä, että ei ole yksin sairautensa kanssa. Samankaltaisten potilaiden kanssa voi löytää syvänkin yhteyden ja myös keskustella omista asioistaan eri valossa, eli potilastovereilta voi saada tärkeää vertaistukea. Myös samanikäinen seura on tärkeää, jotta välillä voi ajatella muutakin kuin omaa sairauttaan.

Turvallisuuden tunnetta varmasti tukee myös potilaiden kokemus siitä, että apua saa tarvittaessa nopeasti. Vastauksista yleensä välittyi tunne, että hoitohenkilökunta on helposti lähestyttävää ja että potilaita kuunnellaan heidän asioissaan.

Hoitohenkilökunnalta saatu aika ja heidän kanssaan keskustelu koettiin tärkeänä. Kiireetön ilmapiiri luo tunnetta siitä, että hoitajat ovat osastolla potilaita varten ja madaltaa kynnystä lähestyä hoitajia oli asia mikä hyvänsä. Mikäli hoitajien vastauksena olisi aina, että heillä ei ole juuri nyt aikaa ja palataan asiaan myöhemmin, niin potilaat saattaisivat kokea turvattomuutta ja pelkoa lähestyä

hoitajia. On toki hoitajan ammattitaitoa selvittää mahdollisen kiireen keskellä, kuinka kiireellistä asiaa potilaalla on ja voiko potilaan asia odottaa jonkin aikaa.

Kaikki haastateltavat kertoivat saavansa apua tarvittaessa. Kaksi tarkensi saavansa apua välittömästi. Tämä on äärimmäisen tärkeää, jotta potilailla on tunne, että he voivat kääntyä hoitohenkilökunnan puoleen jokaisessa asiassa ja etenkin, että potilaat uskaltavat kertoa hoitajille mahdollisesta pahasta olostaan. Yhdestä vastauksesta välittyi pelko mennä puhumaan asioista hoitohenkilökunnalle, siinä pelossa että menettää lomat tai että kotiutumispäivämäärä siirtyy. On ymmärrettävää, että muutokset voinnissa voivat vaikuttaa jo tehtyihin suunnitelmiin. Tämä vuoksi on tärkeää perustella lomien tai muiden suunnitelmien muutokset potilaalle hyvin, jotta hänelle ei tulisi tunnetta, että lomien menettäminen tai uloskirjoituspäivän siirtyminen olisi jonkinlainen rangaistus avoimuudesta.

Kysyimme potilailta ovatko he saaneet vaikuttaa oman hoitosuunnitelmansa laatimiseen. Latvalan (1998) Potilaslähtöisen psykiatrisen hoitotyön mallin mukaan potilaslähtöisyyden toteutuminen psykiatrisessa hoitotyössä edellyttää, että potilaan hoidolliset tarpeet ja tavoitteet mietitään yhteistyössä potilaan kanssa huomioiden hänen yksilölliset tarpeensa. Myös Syrjäpalon (2006) mukaan potilaslähtöisessä hoitotyössä potilas osallistuu hoitoaan koskevaan suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin yhdessä häntä hoitavan terveydenhuollon henkilöstön kanssa. Suurin osa vastaajista koki, että on saanut olla läsnä hoitosuunnitelmaa laadittaessa ja että on saanut sen sisältöön vaikuttaa ainakin jonkin verran. Osalla oli kuitenkin kokemus, että hoitajat pääasiassa tietävät mitä hoitosuunnitelmaan laitetaan ja oma osallistuminen on ollut vähäisempää. Vaikutusmahdollisuudet omaa hoitoa koskevaan päätöksentekoon ovat tärkeitä autetuksi tulemisen tunteen saavuttamisessa. (Hentinen 2009, 48-49) ja potilaan osallisuuden lisääntyminen lisää potilaan itsetuntoa ja siten kohentaa mielenterveyttä (Ristaniemi 2005, 11). Toisaalta kysymyksemme asettelu ei ollut paras mahdollinen. Epäselväksi nyt jäi ovatko vastaajat olleet halukkaita osallistumaan hoitosuunnitelman tekoon tai oliko suunnitelmassa heidän mielestään omia tarpeita vastaavia asioita. Kuitenkin kaikki vastaajat olivat olleet läsnä suunnitelmaa tehtäessä. Potilaat ehkä saattoivat kokea, että eivät ole itse osallistuneet hoidon suunnitteluun, koska eivät ole itse kirjanneet asioita ylös, olisiko siis hyvä asia jos potilaat voisivat itse konkreettisesti tehdä jotakin hoitosuunnitelmaansa. Aiempien potilaiden kokemuksia selvittäneiden

tutkimusten mukaan psykiatristen potilaiden osallistuminen omaan hoitoonsa on vähäistä (Koivisto 2008, 169).

Iija (2009b) kirjoittaa, että potilaalle annettava rohkaisu ja positiivinen palaute on äärimmäisen tärkeää. (117-118.) Vastauksien perusteella tukea ja kannustusta voisi olla enemmänkin sekä yhden potilaan mukaan positiivista palautetta voisi antaa enemmän. Tukea ja kannustusta on helppo antaa arjen hoitotyön lomassa esimerkiksi pienillä rohkaisun ja kannustuksen sanoilla. Tosin psykoottinen ihminen ei välttämättä osaa ottaa kaikkia positiivisia sanoja kannustuksena ja väärinymmärryksiäkin saattaa syntyä.

Kahdesta vastauksesta kävi ilmi, että potilaiden vointia kysellään päivittäin vähän ja potilaita on pyydetty itseään tulemaan kertomaan jos voinnissa on poikkeavaa. Toisaalta on tietenkin hyvä että potilaita vastuutetaan hakemaan apua vointiinsa, mutta toisaalta olisi myös hyvä että päivittäin tiedusteltaisiin rauhallisessa paikassa potilaan vointia, ja näin voitaisiin löytää asioita joita potilaat eivät välttämättä tule omatoimisesti puhumaan. Vastauksista ei kuitenkaan välittynyt tunnetta, että potilaat olisivat kokeneet sen mitenkään erityisen negatiivisena, että vointia ei ole suoranaisesti niin paljoa kyselty. Pääasiassa haastateltavilla oli kuitenkin kokemus, että muutokset voinnissa huomioidaan. Muutokset koettiin huomioitavan erityisesti silloin kun on huonompia päiviä. Hyvä olisi tietenkin, että potilailla tulisi tunne että myös hyvät päivät huomataan. Kuten Siitonenkin (1999) toteaa, niin pienetkin voimaantumisen kokemukset synnyttävät ihmisessä myönteistä kehitystä. (Iija 2009, 108-110.)

Lähes kaikki haastateltavista kokivat saaneensa apua hoidon tuodessa haastateltaville mm. parempaa oloa, vakaampaa mielentilaa ja kykyä ajatella elämässä pidemmälle. On erittäin tärkeää, että potilas kokee hoidosta olevan pidemmän päälle hyötyä, vaikka aluksi ei ymmärtäisi omaa avun tarvettaan. Tämä on myös hyvää näyttöä hoidon vaikuttavuudesta. Lääkehoito oli useammalla yksi tärkeimpiä avun tuojia, vaikka psykoottisilla potilailla saattaa esiintyä myös lääkekielteisyyttä. Liikunnan ja ulkoilun merkitystä ei tulisi unohtaa, sillä useat potilaat mainitsivat sen hyvän olon tuojana. Liikunnalla on tutkitusti mielialaa parantava vaikutus. Mikäli potilaalla ei ole itsenäisiä ulkoiluvapauksia, tulisi potilaan liikunnasta huolehtia muulla tavoin.

Hoitajien tulisi mahdollisuuksien mukaan ulkoilla potilaiden kanssa sekä pientä voimistelua tai jumppaa voi harjoittaa myös sisätiloissa.

Hoidon jatkuvuuden turvaaminen tarkoittaa sitä, että tieto välittyy muuttumattomana koko hoitojakson ajan henkilöltä toiselle, työvuorosta ja yksiköstä toiseen. Olennaista olisi, että samat työntekijät olisivat mukana hoidossa riippumatta siitä onko potilas sairaalassa vai kotona. Sairaalahoidossa potilaan hoitoon tulee mukaan välttämättä uusia työntekijöitä, mutta ihanteellista olisi että tutun hoitoryhmän jäsenet olisivat hoidossa mukana tuomassa turvallisuutta ja jatkuvuutta. (Haarakangas 2008, 114-115.) Suurin osa vastaajista koki, että heitä hoitavat henkilöt olivat pysyneet samoina koko hoitojakson ajan. Vastaajat kokivat myös erittäin tärkeänä sen, että henkilökunta pysyy samana. Vastausten perusteella hoidon jatkuvuus on toteutettu yksikössä hyvin. Hoitohenkilökunta sekä omat hoitajat pyritään pitämään samana koko hoitojakson ajan ja tämä synnyttää luottamusta sekä turvallisuuden tunnetta potilaissa. Munnukkakin (2002) toteaa, että potilaan turvallisuuden tunnetta lisää tieto siitä, milloin hänen omahoitajansa on läsnä ja myös tieto siitä, kuka on korvaava hoitaja omahoitajan ollessa poissa. (Munnukka ym. 2002, 63 - 64.)

Kysyimme myös kysymyksen potilaan hoitoon osallistuvasta verkostosta, johon jokainen vastaaja nimesi joitain omassa hoidossaan mukana olevia tahoja. Eri hoitotahoilla voi olla potilaan tilanteesta eri näkemys joten jatkuvuuden turvaamiseksi olisi tärkeää, että tieto vaihtuu muuttumattomana myös eri verkostojen välillä ja että tietoa ylipäätään vaihdetaan riittävästi. Potilaiden on ehkä hankala ottaa kantaa siihen, miten yhteistyö eri verkostojen välillä toimii joten tärkeää onkin, että he ovat tietoisia mitä kaikkia tahoja heidän hoitoonsa osallistuu.

Suurin osa vastaajista koki perheen hoitoon mukaan ottamisen erittäin tärkeänä. Syitä ei osattu juurikaan tarkemmin eritellä. Perustelu saattoi olla se, että perhe on yksinkertaisesti mukana. Yksi vastaaja kertoi kuitenkin perheen mukana olon lisäävän perheen ymmärrystä hänen tilanteestaan. Juuri tämä onkin perheen hoidossa mukana olon keskeisiä asioita. Psykoosiin sairastuneen ennuste on riippuvainen hänen lähiympäristössään olevien ihmissuhteiden laadusta. Perheen tunnelatautunut ja kireä ilmapiiri sekä potilaaseen kohdistuva kriittisyys voivat altistaa uudelleen sairastumiselle. (Jokinen & Räsänen 2000, 45.)

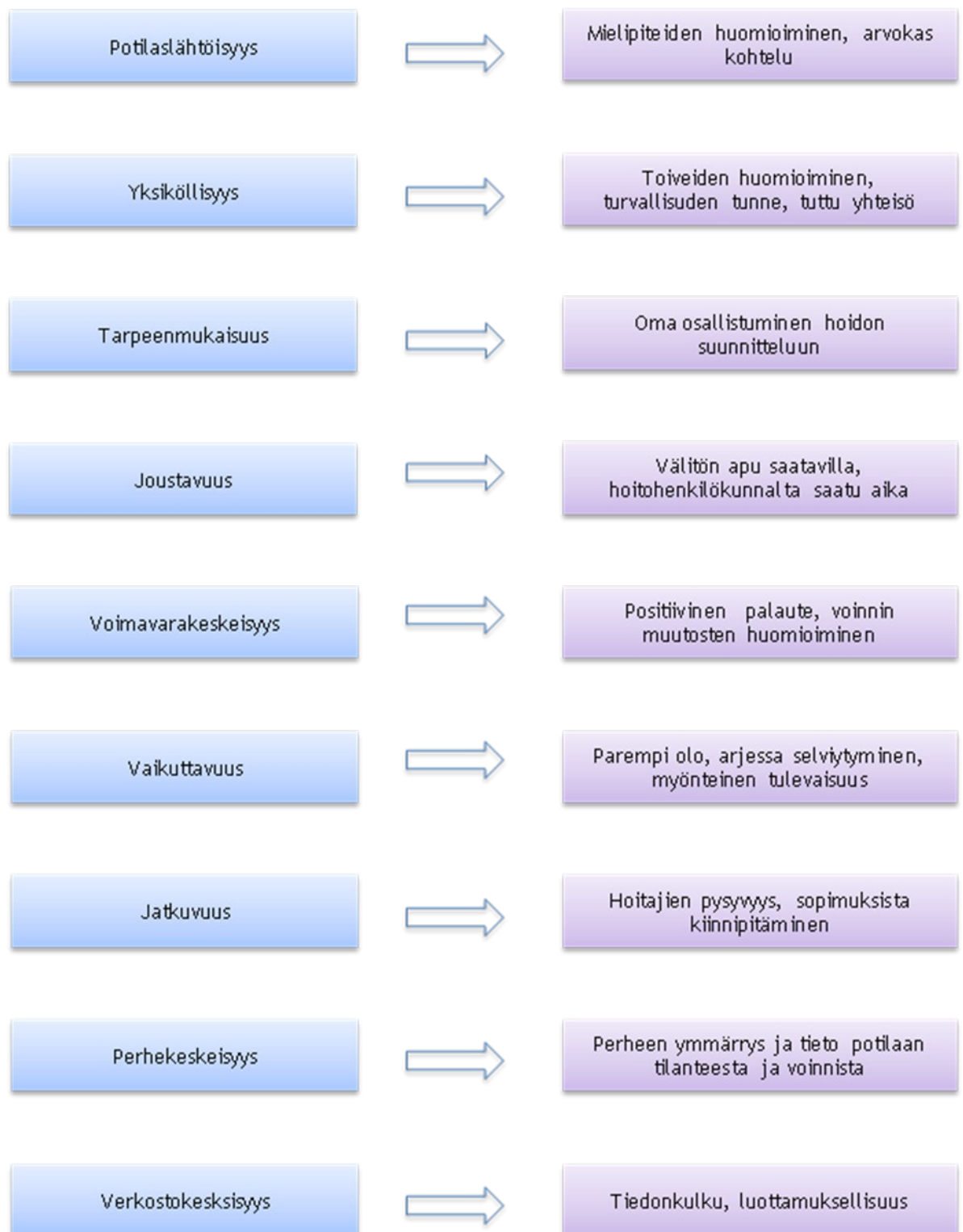
Perheiden tukemisessa ammattihenkilöillä on keskeinen tehtävä. Perhe ja läheiset tulisi nähdä liittolaisina, joilla on sama päämäärä kuin hoitavalla taholla eli sairastuneen ihmisen kuntoutuminen ja hyvinvointi. Näkemykset hoidon suunnasta ja tavoitteista voivat olla erilaisia, jonka vuoksi perheen kanssa tehtävä yhteistyö on merkittävää. (Koskisuus 2004, 183-184.) Vastauksista saamamme tieto rajoittui kuitenkin siihen, että perheen kanssa on keskusteltu potilaan tilanteesta, mutta emme saaneet sen tarkempaa tietoa asiasta. Vastaajat eivät osanneet kertoa tarkemmin millä tavoin perhettä on huomioitu tai mitä heidän kanssaan on keskusteltu. Tässä kohdin olisikin ollut hyvä kysyä potilaiden omaisten näkökulmaa asiasta, jotta olisimme saaneet kattavampia vastauksia kysymykseen. Olisimme voineet myös selvittää, onko perhekeskustelut käyty yhdessä potilaan ja perheen kanssa. Voi myös olla ettemme osanneet kysyä oikeita asioita tai asetella kysymystä oikein. Myös hoitajien aktiivisuutta perheen mukaan ottamiseen osaksi hoitoa olisimme voineet tiedustella hoitohenkilökunnalta. Perheen tiedon saaminen sekä tukeminen ovat myös keskeinen osa hoitoa. Hoitajien tulisi selvittää aktiivisesti omaisten tietämys potilaan sairaudesta ja selvittää omaisten tuen tarve (Välimäki ym.2000, 184.)

Joitakin kehittämisen kohteita haastatteluista nousi myös esille. Yhden potilaan mielestä osa henkilökunnasta voisi kiinnittää potilaiden kohteluun huomiota, siten että välttäisi aliarvioivaa asennetta. Potilas oli kokenut, että hän ei voi kertoa ajatuksiaan kaikille hoitohenkilökuntaan kuuluville ja pyrkii siksi valikoimaan tietyt hoitajat joille puhua. Tällaisten tilanteiden syntymistä tulisi välttää, sillä kuten Hentinenkin (2009) toteaa, psykoosin hoito perustuu suurelta osin luottamukseen potilaan ja hoitajan välillä. Hentisen mukaan hoitajien epäilevä asennoituminen on yksi autetuksi tulemistä estävä tekijä. (48-49.) Hentinen myös kirjoittaa että psykoottisen potilaan kohdalla potilaan sairastamiselle antamien kokemusten ja merkityksien ymmärtäminen on erittäin haastavaa, sillä vuoropuhelun tekee haastavaksi potilaan harhainen maailmankuva sekä heikentynyt yhteistyökyky. Luottamuksen saavuttaminen voi olla vaikeaa. Psykoottisen potilaan kanssa työskenneltäessä vuorovaikutukseen liittyvät ongelmat ei tietenkään aina ole hoitajasta lähtöisin, vaan myös potilaan sairaudella voi olla oma osuus niiden synnyssä. On myös muistettava, että tämä oli ainoastaan yhden vastaajan kokemus asiasta ja kaikki muut vastaajat olivat tyytyväisiä saamaansa kohteluun osastolla.

Myös yksi vastaaja kokee, että tieto on vaihtunut välillä liiankin hyvin, luottamuksellisia asioita on kerrottu eteenpäin toisille hoitajille, vaikka potilaalle on luvattu että niistä ei puhuta muille. Potilaalle ei saisi antaa sellaista käsitystä, että asiaa ei kerrota eteenpäin jos se on kuitenkin hoidon kannalta välttämätön raportoida muille potilasta hoitaville.

Tutkimuksemme pohjalta esitämme kehitysehdotuksina potilaan osallisuuden lisäämistä hoitosuunnitelmassa sekä osaston arvojen avaamista ja perustelemista potilaille heidän hoitonsa näkökulmasta. Esitämme myös, että potilaan kanssa tapahtuvaan päivittäiseen vuorovaikutukseen kiinnitettäisiin huomiota siten, että potilaat kokisivat saavansa enemmän myös positiivista palautetta.

Tulosten pohjalta voidaan todeta, että varhaisen psykoosin hoitoyksikön kaltainen hoitomuoto tukee hyvin potilaan toipumista ja kuntoutumista. Seuraavalla sivulla olevaan kuvioon olemme tiivistäneet tutkimuksemme johtopäätökset hoitoyksikön potilaiden vastausten pohjalta. Olemme nostaneet jokaisesta periaatteesta esiin potilaiden tärkeimmiksi kokemat asiat.



kuvio 3 Johtopäätökset

12.2 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Tutkijat ovat vastuussa yhteiskunnalle ja itselleen tutkimuksensa eettisistä ratkaisuista. Tutkimusaiheen valinnan eettiseen pohdintaan kuuluu, kenen ehdoilla tutkimusaihe on valittu ja miksi tutkimukseen ryhdytään. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 129.) Eettinen tarkoitus työllämme on parantaa potilaiden inhimillistä asemaa hoidossa. Opinnäytetyömme ei vahingoita fyysisesti, psyykkisesti tai sosiaalisesti siihen osallistuvia.

Haastattelutilanteessa on otettava huomioon, mitä itse haastattelutilanne voi aiheuttaa haastateltavalle. Myös raportoinnissa on huomioitava seuraukset, joita julkaistulla raportilla voi olla potilaille, heitä koskeville ryhmille tai organisaatiolle. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 20.) Oletamme tutkimuksesta saadun hyödyn olevan suurempi kuin sen aiheuttaman haitan. Osallistujien anonymiteetti säilytettiin koko opinnäytetyöprosessimme ajan ja julkaisemme tulokset niin, ettei osallistujien lähiympäristö tunnista heitä. (Vehviläinen- Julkunen 1998, 26- 27, 31.)

Haastattelu on aina vapaaehtoinen, ja haastateltaville on aina annettava kaikki mahdollinen tieto tutkimuksesta niin, että he voivat sen pohjalta päättää omasta osallistumisestaan. On tärkeää kertoa, kuinka kauan haastattelu kestää, ja tarvittaessa esiteltävä tutkimusorganisaation antama haastattelulupa. (Heikkilä 2004, 67.) Kaikki tutkimukseemme osallistuvat vastaajat palauttivat kirjallisen suostumuksen haastatteluun. Haastattelutilanteen alussa esittelimme vielä itsemme ja kerroimme opinnäytetyöprosessistamme ja millä tavoin ja mihin saatuja vastauksia käytetään. Lisäksi kysyimme vielä ennen haastattelua, että sopiihan haastateltavalle haastattelun nauhoittaminen, vaikka nauhoittamisesta kerrottiin jo kirjallisessa lupapyyntöissä. Kaikille haastateltaville selvitettiin myös, että hänen anonymiteettinsä säilyy koko tutkimuksen ajan. Annoimme haastateltavalle myös mahdollisuuden keskeyttää osallistumisensa tutkimukseen missä tutkimuksen vaiheessa tahansa. Haastattelun keskeyttäminen tai tutkimuksesta kokonaan kieltäytyminen ei vaikuttanut millään tavoin potilaan hoitoon. Hävitimme kaiken saamamme haastatteluaineiston välittömästi opinnäytetyömme tulosten valmistuttua poistamalla aineiston tiedostoistamme.

Laadullisen tutkimuksen luotettavuus riippuu tutkijasta, aineiston laadusta, aineiston analyysistä ja tulosten esittämisestä. Aineiston keruussa saatu tieto on sen varassa, miten tutkija on tavoittanut tutkittavan ilmiön. Aineiston laatu korostuu tutkimuksessa. Aineiston analysoinnissa korostuvat tutkijan taidot, arvostukset sekä oivalluskyky. Tutkimuksen luotettavuutta arvioitaessa tarkastellaan tutkimuksen totuusarvoa, sovellettavuutta, pysyvyyttä sekä neutraaliutta. Tutkimuksen luotettavuutta arvioitaessa on myös mietittävä, miksi tutkimus on eettisesti korkeatasoinen. Lisäksi laadullisessa tutkimuksessa sisällönanalyysissä haasteena on, se miten tutkija pystyy pelkistämään aineistonsa niin, että se kuvaa mahdollisimman luotettavasti tutkittavaa ilmiötä. Tutkijan tulee myös osoittaa luotettavasti selkeä yhteys aineistonsa ja tulostensa välillä. (Latvala & Vanhanen- Nuutinen 2001, 36- 37.)

Tutkimuksemme tulosten luotettavuutta parantaa, se että aineiston analysointiin osallistui kolme ja havaintomme olivat yhteneviä. Jokainen kävi saadun haastatteluaineiston itsenäisesti läpi, jonka jälkeen kokoonnuimme vaihtamaan ideoita sekä tärkeinä pitämiämme asioita ja pohdintoja. Lisäksi saamamme vastaukset käyvät yhteen keräämämme teoretiedon kanssa ja näin saamme vahvistusta tuloksillemme jo aikaisemmin tehdyistä tutkimuksista. Lisäksi luotettavuutta parantaa myös lähdekritiikkimme, sillä olemme käyttäneet opinnäytetyömme lähteinä pääasiassa uusinta tutkittua tietoa 2000- luvulta. Työssämme käytettyjen Internet lähteiden suhteen olemme olleet erittäin kriittisiä. Internetistä käyttämämme aineisto on luotettavista lähteistä.

Tutkimuksen luotettavuutta parantaa myös järjestämämme kiireetön ja rauhallinen haastattelu ilmapiiri. Lisäksi luotettavuutta parantaa se, että kerroimme haastateltavalle miksi ja miten tutkimus toteutetaan sekä kuinka saatu materiaali käsitellään. Näin ollen haastateltavat tiesivät, ettei heidän antamat vastaukset vaikuttaisi heidän hoitoonsa millään lailla ja, ettei heidän henkilöllisyytensä tulisi esiin missään vaiheessa. Myös haastattelutilanne pyrittiin luomaan rennoksi keskustelutilanteeksi, jolloin haastateltavien oli helpompi kertoa tunteistaan ja mielipiteistään. Tutkimuksemme luotettavuutta lisää myös se, että laadimme etukäteen perusteellisen ja selkeän tutkimussuunnitelman. Tämän lisäksi tutkimuskysymyksemme oli yksinkertainen ja selkeä. Lisäksi toteutimme ennen varsinaisia haastatteluja koehaastattelut ulkopuolisille henkilöille ja täten pystyimme

vielä ennen haastatteluja tekemään haastattelurunkoon muutoksia koehaastattelujen perusteella. Näin saimme haastattelurungosta yhteneväisen sekä kysymyksemme selkeään ja ymmärrettävään muotoon.

Muutaman teeman kohdalla kysymysten laatiminen oli haasteellista. Arvosidonnaisten periaatteiden kohdalla teoria kulki monessa kohtaa limittäin ja löytämämme teoria olisi sopinut usean eri periaatteen alle. Esimerkiksi verkostokeskeisydessä kysymämme ”Miten koet tiedonkulun onnistuneen sinua hoitavien henkilöiden välillä?” voidaan sisällyttää myös jatkuvuuden periaatteen alle sekä potilaslähtöisyydessä kysymämme ”Otetaanko mielipiteesi huomioon hoitoosi liittyvissä asioissa?” sekä ”millä tavoin oma mielipide hoidossa otetaan huomioon” voidaan sisällyttää myös yksilöllisyyden periaatteen alle. Nostimme kumminkin yksimielisesti teoriasta nousseet tärkeimmät seikat kunkin teeman alle, eikä tämä aiheuttanut tuloksia analysoitaessa ongelmia.

Tarkoituksenamme oli toteuttaa haastattelut 10 potilaalle, mutta osaston 12 potilaasta kuusi kieltäytyi haastattelutilanteesta. Näin ollen vastaajien määrä oli puolet osaston potilaista, mutta jäi hieman pienemmäksi kuin olimme ajatelleet. Aineiston luotettavuutta olisi parantanut suurempi vastausprosentti. Olisimme voineet haastatella lisäksi myös liikkuvan työryhmän potilaita heidän kotonaan, jolloin vastausprosentti olisi ollut suurempi. Halusimme kuitenkin keskittyä osastolla hoidettavien potilaiden kokemusten selvittämiseen, koska tutkimus oli rajattava omien resurssiemme mukaan. Liikkuvan työryhmän potilaiden tavoittaminen ja haastattelujen järjestäminen olisi ollut haasteellista ja vienyt myös paljon hoitohenkilökunnan aikaa. Jatkossa on mahdollista laajentaa tutkimus myös koskemaan kotona hoidettavia potilaita.

12.3 Tulosten hyödynnettävyys sekä jatkotutkimukset

Mielestämme saman kyselyn voisi toteuttaa hoitoyksikössä uudelleen potilaiden vaihduttua. Koska saimme haastatteluihimme ainoastaan puolet osaston potilaista, uuden kyselyn toteuttaminen voisi vahvistaa saamiamme tuloksia. Suuremman otannan kautta saataisiin enemmän tutkittavaa aineistoa sekä tarkempi kuvaus yksikön toimintaa ohjaavien arvojen toteutumisesta. Vastaavan tutkimuksen voisi

toteuttaa lisäksi liikkuvan työryhmän potilaille, jotta saataisiin tietoa kokevatko liikkuvan työryhmän potilaat arvojen toteutumisen erilailla kuin osastolla olevat potilaat.

Mikäli uusi tutkimus toteutettaisiin, voisi esittämiämme kysymyksiä laajentaa. Esimerkiksi Millaisissa tilanteissa olet esittänyt mielipiteitä ja millä tavoin omat mielipiteet on huomioitu. Tai millaisissa tilanteissa olet saanut esittää toivomuksia hoitosi suhteen ja miten toiveet on huomioitu. Juuri mielipiteiden huomioiminen osastolla oli monelle vastaajalle hankala kysymys ja saimme suhteellisen lyhyitä vastauksia.

Tämän lisäksi haastattelun kohteeksi voisi ottaa myös hoitohenkilökunnan näkökulman yksikön toimintaa ohjaavien arvojen toteutumisesta käytännön työssä. Hoitohenkilökunnalta voisi kysyä esimerkiksi heille annetuista resursseista toteuttaa arvoja. Onko heillä tarpeeksi aikaa luoda kiireetön ympäristö ja antaa aikaa sekä keskustella potilaiden kanssa? Kuinka paljon heillä on aikaa vaikuttaa hoidon jatkuvuuteen ja avohoitojärjestelyihin? Onko yksikön toimintaa ohjaavat arvot otettu esiin työpaikalla ja keskusteltu niiden merkityksestä sekä toteuttamisesta?

Myös omaisten näkökulma yksikön toimintaa ohjaavista arvoista olisi mielenkiintoista selvittää. Ovatko omaiset tietoisia yksikön toimintaa ohjaavista arvoista ja miten he kokevat niiden toteutuvan käytännön hoitotyössä. Erityisesti perhekeskeisyyden periaatteen mukaiset arvot; otetaanko perhe huomioon hoidossa ja millä tavoin? Vastaajilla oli hankaluuksia vastata perheen osallistumiseen liittyvään kysymykseen ja melkein kaikki vastasivatkin lyhyesti, että on ne täällä käyneet juttelemassa. Keskustelujen varsinaista sisältöä ja merkitystä perheelle emme siis saaneet selville.

12.4 Prosessin arviointia

Psykoosi aihealueena kiinnosti meistä jokaista tutkijana ja tämän johdosta päätimme tehdä opinnäytetyön ryhmässä. Aloitimme opinnäytetyömme tekemisen keväällä -09, jolloin ideoimme aiheita ja tutustuimme mahdollisiin lähdemateriaaleihin. Ensimmäisen ajatuksen mukaan opinnäytetyömme oli tarkoitus tutkia käsitettä DUP

(Duration of untreated psychosis), mutta tämän tutkiminen olisi vienyt odotettua enemmän aikaa. Aiheanalyysi valmistui marraskuussa -09, jonka jälkeen etsimme aktiivisesti teoriaa sekä kehitteimme teemahaastattelurunkoa.

Suunnitteluseminaarimme pidettiin ja hyväksyttiin 2.2.2010, jonka jälkeen lähetimme tutkimuslupa- anomuksen (liite 4). Tutkimuslupaprosessi vei kokonaisuudessaan yllättävän paljon aikaa ja saimme tutkimusluvan toukokuussa 2010, jonka jälkeen pystyimme toteuttamaan haastattelut. Haastattelimme potilaita kahtena eri päivänä kesäkuussa 2010. Haastattelujen litteroinnin teimme kesän aikana ja elokuussa aloitimme aineiston analyysin ja tulosten kirjoittamisen.

Julkaisuseminaarin pidimme marraskuussa ja opinnäytetyö valmistui marraskuussa 2010.

Työn alkuvaiheessa totesimme, että jokaiselle on luontevinta työskennellä siten, että saa itse rauhassa perehtyä itseään kiinnostavaan aihealueeseen. Jokainen on myös saanut kirjoittaa siitä aiheesta, minkä on tuntenut itselleen mielekkääksi. Työn jokainen vaihe on kuitenkin katsottu läpi myös yhdessä, eikä täten mikään osa-alue ole jäänyt kenellekään valinnaiseksi. Erityisesti analyysivaiheessa teimme aktiivisesti työtä yhdessä. Opinnäytetyömme teoriapohja oli kokonaisuudessaan melko laaja ja tietoa oli pääosin saatavilla riittävästi. Löysimme paljon tietoa etenkin psykooseista ja joistakin periaatteista, mutta joidenkin periaatteiden kohdalla teoriatietoa oli haasteellista löytää. Myös aiempia tutkimuksia etenkin psykiatristen potilaiden arvostuksista löytyi niukasti. Jouduimme rajaamaan joitain aiheita melko tarkasti ja julkaisuversioon karsimme teoriaa runsaasti. Teorian rajaaminen oli mielestämme haasteellista, mutta koemme että onnistuimme tässä hyvin ja valikoimme työhömmemme olleellisen tiedon. Tiedonhaussa olemme hyödyntäneet tietokantoja kuten Ovid, Theseus, Terveysportti sekä Medic. Lisäksi olemme käyttäneet Google hakukonetta. Olemme etsineet tietoa myös alan kirjallisuudesta, väitöskirjoista, tutkimuksista ja lehdistä.

Yhteistyömme on toiminut lähes saumattomasti ilman suurempia erimielisyyksiä. Muutamassa kohdassa on ollut pieniä näkemuseroja, kuinka jokin asia olisi hyvä ilmaista ja mikä on työmme kannalta oleellisinta teoriaa. Loppuvaiheessa yhteisten aikojen sopiminen oli välillä haasteellista risteävien aikataulujen vuoksi, mutta hyvän työnjaon johdosta saimme käytettyä tapaamisille varatun ajan tehokkaasti. Olemme tukeneet toinen toistamme niissä tilanteissa, kun on tullut tunne, että energia ei

riitä juuri siinä kohtaa keskittymään opinnäytetyöhön. On ollut myös tilanteita, jolloin työmme on ollut siinä vaiheessa, että emme ole tiedneet mitä seuraavaksi pitäisi edetä. Näissä tilanteissa ohjaava opettaja on ollut erittäin suurena apuna ja tukena.

Yhteistyö työelämän edustajien kanssa on sujunut hyvin ja etenkin tutkimuslupaprosessin aikana saimme täsmällisen tiedon, kuinka lupaprosessissa edetään. Olemme saaneet aina tarvittaessa palautetta työmme vaiheista ja olemme myös itse pyrkineet pyytämään palautetta säännöllisesti työmme edetessä. Myös osaston henkilökunta oli suureksi avuksi kartoittaessaan tutkimukseen soveltuvia ja halukkaita potilaita.

Halusimme opinnäytetyöllämme selvittää, kuinka osaston potilaat kokevat arvosidonnaisten periaatteiden toteutumisen. Saimme tähän mielestämme riittävästi aineistoa, vaikka sitä olisi myös voinut olla enemmän. Uskomme kumminkin, että vastaukset olisivat olleet pitkälti samankaltaisia eikä aineisto olisi välttämättä rikastunut runsaammasta haastattelumateriaalista.

Ammatillinen tieto periaatteiden taustalla olevasta teoriasta sekä psykiatristen potilaiden arvostuksista on avartunut huomattavasti. Teoriassa kohtasimme useita sellaisia asioita, joita emme ennalta tiedneet. Opinnäytetyö on lisännyt meidän ammatillista kasvua ja kehitystä. Uskomme, että opinnäytetyöstä saadusta tiedosta on tulevaisuudessa meille hyötyä ja opinnäytetyön prosessin läpikäyminen on avuksi työelämässä mahdollisiin projekteihin osallistuessa.

KIITOKSET

Haluamme kiittää lehtori Aliisa Karlssonia kannustuksesta ja suuresta paneutumisesta työhömmme. Haluamme kiittää myös Hyvinkään sairaanhoitoalueen koulutussuunnittelija Timo Laaksosta, Varhaisen psykoosin hoitoyksikön osastonhoitaja Kimmo Hanea ja hoitohenkilökuntaa hyvästä yhteistyöstä. Erityiskiitokset potilaille, jotka osallistuivat haastatteluun ja täten varmasti auttoivat osaston hoitotyön kehittämistä.

LÄHTEET

- Aaltonen, J., Koffert, T., Ahonen, J. & Lehtinen, V. 2000. Skitsofrenian tarpeenmukainen hoito on ryhmätyötä. Raportti akuutin psykoosin integroitu hoito- projektin tuottamista hoitoperiaatteista. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy. 2000
- Aaltonen, J. 2006. Perheterapia psykoterapian muotona. Duodecim 122(6). Viitattu 15.10.2010
http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/etusivu?p_p_id=dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-1&p_p_col_count=1&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku__spage=%2Fportlet_action%2Fdlehtihakuartikkeli%2Fviewarticle%2Faction&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_tunnus=duo95607
- Berg, L. 2009. Psykoedukatiivinen perhetyö. Teoksessa Hentinen, K., Iija, A. & Mattila, E. (toim.) Kuuntele minua- mielenterveystyön käytännön menetelmiä. Helsinki: Tammi. 144-165
- Berg, L. & Johansson, M. 2003. Psykoedukaation työkirja. Helsinki: Profami.
- Eskola, J. & Suoranta, J. 2000. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. 4. painos. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.
- Eskola, J. 2010. Laadullisen tutkimuksen juhannustaiat- Laadullisen aineiston analyysi vaihe vaiheelta. Teoksessa Ikkunoita tutkimusmetodeihin II. Aaltola, J & Valli, R (toim.) 2010. WSOY; Juva
- Finlex. 2009. L 785/1992. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Viitattu 2.11.2009.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>
- French, P & Morrison, A. 2008. Psykoosin varhaisoireet : tunnistaminen ja kognitiivinen psykoterapia : hoito-opas. Suomentanut Leena Priha. Helsinki: Duodecim.
- Friis, L., Eirola, R. & Mannonen, M. 2004. Lasten ja nuorten mielenterveystyö. Helsinki: WSOY.
- Haarakangas, K. 2008. Parantava puhe. Helsinki: Magentum Oy
- Halila R, 2000. Yhteiset eettiset ohjeet terveydenhuollossa. Viitattu 4.1.2010.
<http://www.etene.org/dokumentit/Yhtohjco.pdf>
- Heikkilä, T. 2004. Tilastollinen tutkimus. 5. painos. Helsinki: Edita.
- Heikkinen-Peltonen, R., Innamaa, M. & Virta M. 2008. Mieli ja Terveys. Helsinki: Edita Prima.
- Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. 2009. Strategia ja arvot. Viitattu 2.12.2009.
<http://www.hus.fi/default.asp?path=1,28,820,2012>
- Hentinen, K. 2009. Psykoottisen potilaan kokemuksellisuus- hoitotyön lähtökohta. Teoksessa Hentinen, K., Iija, A. & Mattila, E. (toim.) Kuuntele minua- mielenterveystyön käytännön menetelmiä. Helsinki: Tammi. 40-50.
- Hietanen, H., Holmia, S., Kassara, H., Ketola, M-L., Lipponen, V., Murtonen, I. & Paloposki, S. 2005. Hoitotyön osaaminen. Helsinki: WSOY.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita.13., osin uudistettu painos. Keuruu: Tammi.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2008. Tutkimushaastattelu : teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki : Gaudeamus

Holopainen, A. & Välimäki, M. 2000. Psykiatrisen hoitotyö- Kykyä vastata muutosten tuomiin haasteisiin. Teoksessa Välimäki, M., Holopainen, A. & Jokinen, M. 2000. Psykiatrisen hoitotyö muutoksessa. Porvoo: WSOY. 10-14

HUS. 2010. Psykoosit vastualueen toimintasuunnitelma ja tuloskortti vuodelle 2010. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. Hyvinkään sairaanhoitoalue. Psykiatrian tulossyksikkö. Käsitelty Psykiatrian tulossyksikön johtoryhmän kokouksessa 9.2.2010.

HUSb.2010.Varhaisen psykoosin hoitoyksikön toimintasuunnitelma ja tuloskortti vuodelle 2010. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. Hyvinkään sairaanhoitoalue. Psykiatrian tulossyksikkö.

Huttunen, M. 2008. Lääkkeet mielen hoidossa. 2., uudistettu painos. Helsinki: Duodecim.

Iija, A. 2009. Mielenterveyden edistäminen sosiaalisen kestävyuden näkökulmasta. Teoksessa Hentinen, K., Iija, A. & Mattila, E. (toim.) Kuuntele minua- mielenterveystyön käytännön menetelmiä. Helsinki: Tammi. 11-21

Iija, A. 2009b. Voimaantuminen kehityshaasteena. Teoksessa Hentinen, K., Iija, A. & Mattila, E. (toim.) Kuuntele minua- mielenterveystyön käytännön menetelmiä. Helsinki: Tammi.105-121

Jokinen, M. & Räsänen, K. 2000. Keskeiset mielenterveyshäiriöt. Teoksessa Välimäki, M., Holopainen, A. & Jokinen, M. Psykiatrisen hoitotyö muutoksessa. Porvoo: WSOY. 41-67

Judin, J., Kauppi, M., Leinonen, T., Mård, P-M.& Vähätalo, M. 2008. Kliininen asiantuntija terveydenhuollon organisaatiossa. Sairaanhoitaja 8/2008, 6.

Juujärvi, S., Myyry, L. & Pessa, K. 2007. Eettinen herkkys ammatillisessa toiminnassa. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Kalkas, H. & Sarvimäki, A. 1996. Hoitotyön etiikan perusteet. 5., uudistettu painos. Porvoo:WSOY

Karppi, M., Malkavaara, H. & Silvennoinen, P. 2009. Tapaaminen Kellokosken sairaalassa 22.10.2009.

Kellokosken sairaala. 2009. Varhaisen psykoosin hoitoyksikkö. Osaston esite.

Koivisto, K. 2008. Psykoottisen potilaan auttaminen psykiatrisessa hoitotyössä. Teoksessa Holmberg, J., Hirschovits, T., Kylmänen, P. & Agge, E. (toim). Tämä potilas kuuluu meille. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry.

Koskisuu, J. 2004. Eri teitä perille. Mitä mielenterveyskuntoutus on? Helsinki: Edita

Kristoffersen, N., Nortvedt, F. 2006. Sairaanhoitajan ja potilaan välinen suhde. Teoksessa Kristoffersen, N., Nortvedt, F. & Skaug, E-A (toim.) Hoitotyön perusteet. Suomentanut Paula Nieminen. Helsinki:Edita

Kröger, J. 2008. Verkostoiva työote. Teoksessa Holmberg, J., Hirschovits, T., Kylmänen, P. & Agge, E. (toim). Tämä potilas kuuluu meille. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry.

Kymeenlakson sairaanhoitopiiri 2010. Hoitotyön toiminta-ajatus. Hoitotyön periaatteet. Viitattu 7.8.2010. <http://www.kymshp.fi/kas/hoitotyö/periaatteet.html>

Laitinen, H. & Karhe, K. 2000. Hyvän hoitotyön kirja. Helsinki: Tammi.

Latvala, E. 1998. Potilaslähtöinen psykiatrinen hoitotyö laitospäristössä. Viitattu 13.1.2010. <http://herkules.oulu.fi/isbn9514250680/html/book1.html>

Latvala, E & Vanhanen- Nuutinen, L. 2001. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. Teoksessa Janhonen, S & Nikkonen, M. (toim.) Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. WSOY: Juva.

Lauri S. 2007. Hoitotyön ydinosaaminen ja oppiminen. Porvoo ; Helsinki : WSOY

Lehti, J. 2008. Hoitotyön filosofiset ja teoreettiset perusteet. Luentomateriaali. Kevät 2008.

Lindqvist, M. 2001. Terveydenhuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet. ETENE-julkaisu 1. Viitattu 30.10.2009. <http://www.etene.org/dokumentit/EteneFIN.pdf>

Lönnqvist J., Heikkinen, M., Henriksson M., Marttunen, M. & Partonen T. (toim.) 2009. Psykiatria. 5.-7. uudistettu painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Mielenterveyspalveluiden laatusuositus. 2001. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2001:9. Viitattu 9.1.2010. <http://pre20031103.stm.fi/suomi/pao/julkaisut/mielenterv/laatusuositus.pdf>

Munnukka, T. & Aalto, P. (toim.) 2002. Minun hoitajani. Näkökulmia omahoitajuuteen. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi. 26-34

Noppiari, E., Kiiltomäki, A & Pesonen, A. Mielenterveystyö perusterveydenhuollossa. 2007. Helsinki: Tammi

Nurro, T. 2009. Varhainen ja joustava hoito voi ehkäistä nuoren sairastumista psykoosiin. Helsingin yliopisto. Lehdistötiedote. Viitattu 5.10.2010. <http://savotta.helsinki.fi/halvi/tiedotus/lehti.nsf/e1e392ad852e72f5c22568000404fa8/f7f518e472a5a481c22575b6003a0a23?OpenDocument>

Penttilä, M., Laurila, E. & Isohanni, M. 2007. Hoitamattoman psykoosin kesto ja sen yhteys skitsofrenian ennusteeseen. Viitattu 15.2.2010. http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_haku=Hoitamaton%20psykoosi

Pohjanheimo, E. 2005. Pysyvää ja eriytyvää: arvomuutoksia Suomessa 1970-luvulta nykypäivään. Teoksessa Pirttilä-Backman, A-M., Ahokas, M., Myyry, L. & Lähteenoja, S. (toim.) Arvot, moraalit ja yhteiskunta. Helsinki : Gaudeamus. 237-257

Rantala, I. 2010. Laadullisen aineiston analyysi tietokoneella. Teoksessa Ikkunoita tutkimusmetodeihin II. Aaltola, J & Valli, R (toim.) 2010. WSOY; Juva

Ristaniemi, T. 2005. Psykiatrisen sairaalan ”armahtava todellisuus”? Asiakaslähtöisyys psykiatrisen sairaalan kuntoutuspotilaan kokemana. Viitattu 3.1.2010. http://www.ulapland.fi/includes/file_download.asp?deptid=16345&fileid=8051&file=20060223123910.pdf&pdf=1

Salokangas, R.K.R. ym. 2007. Psykoosille altis potilas. Helsinki : Kelan tutkimusosasto.

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

Seikkula, J. & Arnkil, T. 2009. Dialoginen verkostotyö. (Uud.painos). Helsinki: Tammi.

Syrjäpalo, K. 2006. Arvot ja arvostukset psykiatrisessa hoidossa: henkilökunnan ja potilaiden näkemyksiä hoidon nykytilasta. Oulu : Oulun yliopisto.

Toivio, T & Nordling, E. Mielenterveyden psykologia. 2009. Helsinki: Edita

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 5. Uud. laitos. Helsinki : Tammi

Työturvallisuus ja turvallinen hoitotyö. 2010. Turvallinen hoitotyö. Viitattu 7.8.2010.<http://mapa.nettisivu.org/turvallinen-hoitotyö/>

Vehviläinen- Julkunen, K. 1998. Hoitotieteellisen tutkimuksen etiikka. Teoksessa Paunonen, M & Vehviläinen- Julkunen, K Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. WSOY: Juva.

Voutilainen, P. & Laaksonen, K. (toim.) 1994. Potilaskeskeinen hoitotyö. Helsinki: Kirjayhtymä.

Vähäniemi, A. 2008. Mielenterveys- ja päihdepotilaan hyvä hoitoympäristö. Teoksessa Holmberg, J., Hirschovits, T., Kylmänen, P. & Agge, E. (toim). Tämä potilas kuuluu meille. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry. 101-125

Välimäki, M. 2000. Psykkiset oireet, diagnoosit ja tautiluokitukset. Teoksessa Välimäki, M., Holopainen, A. & Jokinen, M. 2000. Psykiatrinen hoitotyö muutoksessa. Porvoo: WSOY. 31-40

Välimäki, M. 2009. Eettiset kysymykset mielenterveystyössä. Teoksessa Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. Etiikka hoitotyössä. Helsinki: WSOY. 260-276

LIITTEET

Liite 1

Hyvä Varhaisen psykoosin hoitoyksikön asiakas

Olemme kolme sairaanhoitaja opiskelijaa Hyvinkään Laurea-ammattikorkeakoulusta. Valmistumme jouluna 2010 ja työstämme nyt opintoihimme kuuluvaa opinnäytetyötä. Opinnäytetyömme tarkoituksena on kuvata tämän osaston potilaiden kokemuksia osaston toimintaa ohjaavista periaatteista. Tavoitteena on, että tutkimustuloksia voitaisiin jatkossa hyödyntää yksikön toiminnan kehittämisessä.

Tutkimuksemme tiedon keruu menetelmänä käytämme teemahaastattelua. Toivoisimme että teillä olisi aikaa ja mahdollisuus osallistua haastatteluun. Haastattelut on tarkoitus nauhoittaa, jotta voimme keskittyä keskusteluun Teidän kanssanne

Haastatteluun osallistuminen on täysin vapaaehtoista. Saatua tietoa käsittelemme nimettöminä ja täysin luottamuksellisesti. Aineiston käsittelyn jälkeen hävitämme nauhat asianmukaisesti. Haastattelun voit keskeyttää missä haastattelun vaiheessa tahansa

Olisimme erittäin kiitollisia, jos Te olisitte halukas kertomaan kokemuksianne osaston toimintaan liittyen. Kokemuksenne ovat tärkeitä, jotta hoitotyön laatua yksikössänne voitaisiin vielä entisestään parantaa.

Mikäli teillä on kysyttävää opinnäytetyöstämme tai haluatte lisätietoja, saatte meihin yhteyden Varhaisen psykoosin hoitoyksikön henkilökunnan kautta.

Ystävällisin terveisin:

Päivi Immel; Eini Karhu; Outi Lindroos

Laurea Ammattikorkeakoulu

Uudenmaankatu 22

05800 Hyvinkää

Päivi Immel

Eini Karhu

Outi Lindroos

Liite 2

SUOSTUMUS HAASTATTELUUN OSALLISTUMISESTA

- Suostun osallistumaan sairaanhoitajaopiskelija Päivi Immelin, Eini Karhun ja Outi Lindroosin haastatteluun koskien Varhaisen psykoosin hoitoyksikön toimintaa ohjaavia periaatteita.
- Suostun, että haastattelu nauhoitetaan.
- Ymmärrän haastatteluun osallistumisen olevan täysin vapaaehtoista ja että antamiani tietoja käsitellään nimettöminä ja täysin luottamuksellisesti. Ymmärrän, että minulla on mahdollisuus keskeyttää haastattelu missä haastattelun vaiheessa tahansa.

Haastatteluun osallistuvan

Nimi _____

Henkilötunnus _____

Osoite _____

Haastateltavan Allekirjoitus

Luvan vastaanottajien allekirjoitukset

Nimenselvennys

Nimenselvennykset

Paikka & Aika

Paikka & Aika

Liite 3

HAASTATTELURUNKO

Taustatiedot

Ikä?

Onko aikaisemmin ollut hoidossa varhaisen psykoosin yksikössä?

Ketä perheeseen kuuluu?

Potilaslähtöisyys

- 1) Otetaanko mielipiteesi huomioon hoitoosi liittyvissä asioissa? Millä tavoin?
- 2) Millä tavoin sinua hoitavat henkilöt kohtelevat sinua?

Yksilöllisyys

- 3) Miten sinun omat toiveesi on otettu hoidossasi huomioon?
- 4) Oletko tuntenut olosi turvalliseksi hoidon aikana?
- 5) Millaiset asiat hoidossasi tuovat turvallisuuden tunnetta? Millaiset turvattomuutta?

Tarpeenmukaisuus

- 6) Onko sinulle tehty henkilökohtainen hoitosuunnitelma?
- 7) Millä tavoin olet osallistunut hoitosuunnitelmasi laatimiseen?

Joustavuus

- 8) Tunnetko, että saat hoitajilta tarvittaessa apua? Millaisissa tilanteissa?

Voimavarakeskeisyys

- 9) Millä tavoin sinua hoitavat henkilöt huomioivat muutokset voinnissasi?
- 10) Saatko riittävästi tukea ja kannustusta sinua hoitavilta henkilöiltä?

Vaikuttavuus

- 11) Millä tavoin hoitosi on auttanut sinua?
- 12) Mitkä asiat hoidossasi ovat auttaneet sinua eniten?

Jatkuvuus

- 13) Millä tavoin kanssasi tehdyistä sopimuksista ja suunnitelmista pidetään kiinni?
- 14) Ovatko sinua hoitavat henkilöt pysyneet samoina koko hoitojaksosi ajan? Miten tärkeänä pidät sitä?

Perhekeskeisyys

- 15) Miten perheesi on otettu huomioon hoitosi aikana?
- 16) Mitä perheen mukaan ottaminen hoitoosi merkitsee sinulle?
- 17) Miten haluaisit perheesi osallistuvan hoitoosi?

Verkostokeskeisyys

- 18) Mitä eri tahoja hoitoosi osallistuu?
- 19) Miten koet tiedonkulun onnistuneen sinua hoitavien henkilöiden välillä?

Liite 4

Laurea- ammattikorkeakoulu
Uudenmaankatu 22
05800 Hyvinkää

Hyvinkää 18.2.2010

Hyvinkään Sairaanhoitoalueen johtaja
Asko Saari

Opiskelijat
Päivi Immel, Eini Karhu, Outi Lindroos

Ohjaava opettaja
Lehtori, TtL Aliisa Karlsson
aliisa.karlsson@laurea.fi
046-856 7717

Ohjaajat Kellokosken sairaalasta
Timo Laaksonen (koulutussuunnittelija)

Vastuhenkilö Kellokosken sairaalasta
Kimmo Hane (osastonhoitaja, osasto 5)

TUTKIMUSLUPA ANOMUS

Olemme kolme sairaanhoitaja opiskelijaa Hyvinkään Laurea- ammattikorkeakoulusta. Olemme aloittaneet opintomme syksyllä 2007 ja tarkoituksenamme on valmistua jouluna 2010. Nyt olemme aloittaneet mielenterveys- ja päihdetyön suuntautumisopinnot sekä opinnäytetyömme työstämisen. Opinnäytetyömme nimi on ”Varhaisen psykoosin hoitoyksikön toimintaa ohjaavat arvot ja periaatteet potilaan

kokemuksena”. Opinnäytetyömme vastuuhenkilönä Varhaisen psykoosin hoitoyksiköstä toimii osastonhoitaja Kimmo Hane.

Anomme kohteliaasti lupaa saada suorittaa opinnäytetyöhömmme liittyvä tutkimusaineiston keruu Kellokosken sairaalan Varhaisen psykoosin hoitoyksikössä.

Tutkimuksen tarve ja tavoitteet

Tutkimuksemme aihe on työelämälähtöinen ja aihe on saatu Kellokosken sairaalan Varhaisen psykoosin hoitoyksikön henkilökunnalta. Tutkimuksemme tarkoituksena on selvittää varhaisen psykoosin hoitoyksikön potilaiden kokemuksia yksikön toimintaa ohjaavista arvosidonnaisista periaatteista. Työmme tavoitteena on saada potilaiden kokemukset kuuluvaksi ja tämän myötä yksikön on mahdollista kehittää hoitotyötä.

Tutkimusmenetelmä

Tutkimus on laadullinen tutkimus ja tutkimusmenetelmänä käytämme puolistrukturoitua teemahaastattelua. Tutkimuksen kohderyhmänä on aineiston keruun aikana varhaisen psykoosin hoitoyksikössä olevat potilaat. Haastatteluun osallistuisi kymmenen potilasta. Aineiston analysoimisessa käytämme sisällönanalyysia. Tutkimuksen tulokset julkaistaan avoimesti sekä valmis työ luovutetaan osastolle. Tarkoituksenamme on kerätä aineisto kevään ja alku kesän 2010 aikana.

Eettisyys

Tutkimus suoritetaan eettisiä periaatteita noudattaen. Tutkimus on osallistujille täysin vapaaehtoista. Pyydämme potilailta kirjallisen suostumuksen haastatteluun ja sen nauhoittamiseen. Vastanneiden potilaiden henkilöllisyys ei tule julki tutkimuksen missään vaiheessa. Saatu haastattelu materiaali käsitellään nimettöminä. Me lupaamme, että tutkimus ei vahingoita ihmistä fyysisesti, psyykkisesti tai sosiaalisesti. Aineiston analysoinnin jälkeen saatu materiaali hävitetään asiaan kuuluvalla tavalla.

Vastaamme mielellämme kysymyksiin koskien opinnäytetyötämme.

Kiitämme tutkimuslupahakemuksen käsittelystä etukäteen.

Kunnioittavasti

Päivi Immel

Eini Karhu

Outi Lindroos