



**Yevgeniya Dyubenko
Jarmo Issakainen
Nicolas Poursadigh
Pasi Turunen**

Diakoniaammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveysalan ammattikorkeakoulututkinto
Sairaanhoitaja (AMK)
Opinnäytetyö, 2021

MIELENTERVEYSASIAKKAAN KOHTAAMINEN ENSIMMÄISELLÄ ARVIOINTIKÄYNNILLÄ

OHJE KUNTOUTTAVALLE ARVIONTIYKSIKÖLLE

TIIVISTELMÄ

Yevgeniya Dyubenko, Jarmo Issakainen, Nicolas Poursadigh ja Pasi Turunen
Mielenterveysasiakkaan kohtaaminen ensimmäisellä arviointikäynnillä – opas
Helsingin Kuntouttavan arviointiyksikön hoitohenkilökunnalle

44 sivua ja 3 liitettä

Kevät 2021

Diakonia-ammattikorkeakoulu

Sosiaali- ja terveysalan ammattikorkeakoulututkinto

Sairaanhoitaja AMK

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa ohje ammattikäyttöön Helsingin kaupungin Kuntouttavan arviointiyksikön hoitohenkilökunnalle heidän valmistautuessaan ensitapaamiseen ja kohdatessaan mielenterveyden ongelmia kokevia asiakkaita arviointikäynneillä. Ohjeen tavoitteena on tukea hoitajia kohtaamaan mielenterveysasiakkaita ensikäynnin aikana. Yhteistyökumppanina toimi Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveystoimen alla toimiva Kuntouttava arviointiyksikkö.

Opinnäytetyö toteutettiin toiminnallisena opinnäytetyönä. Teoriaosuudessa käsiteltiin vuorovaikutustaitoja sekä mielenterveyden ongelmia kokevien asiakkaiden kohtaamisen erityispiirteitä. Ohje muodostui kaksisivuiseksi painottuen keinoihin, miten mielenterveyden ongelmia kokevia asiakkaita kohdataan ensikäynnillä. On myös huomioitu niitä keinoja, millä hoitohenkilökunta kykenee tekemään arviota asiakkaan kokemasta sen hetkisestä tilasta. Ohjeeseen tiivistettiin ensikäynnin tavoitteet, joita ovat asiakkaan tilanteen kartoittaminen, luottamussuhteen synty sekä asiakkaalle annettava ohjaus eri mahdollisuuksista jatkon suhteen.

Opinnäytetyön tuotoksen arvioi arviointiyksikössä toimiva hoitohenkilökunta. Ohjeen arviointia varten hoitohenkilökunnalle laadittiin kysely. Valmiista ohjeesta saatu palaute oli tavoitteenmukaista ja ohje koettiin hyödyllisenä apuvälineenä. Jatkokehitysideana ohjetta voisi hyödyntää esimerkiksi ikääntyneiden kotikuntoutukseen liittyvissä projekteissa mielenterveys- ja päihdesektorilla. Ohje on herättänyt jo mielenkiintoa yksikössä ja sen käyttö ja jatkokehittäminen ovat yhteistyökumppanin mielestä mahdollista.

Asiasanat: kohtaaminen, vuorovaikutustaidot, mielenterveysongelmat, sosiaaliset taidot, arviointi

ABSTRACT

Yevgeniya Dyubenko, Jarmo Issakainen, Nicolas Poursadigh ja Pasi Turunen
Interacting with clients with mental health problems – a guide for City of Helsinki's
assessment and rehabilitation unit's healthcare staff.

44 pages and 3 appendices

Spring 2021

Diaconia University of Applied Sciences

Bachelor's Degree Programme in Health Care

Registered nurse

The aim of this thesis was to develop a guide to help nurses and other health care personnel working at an assessment and rehabilitation unit of City of Helsinki on how to interact with clients with mental health problems. The objective of the guide was to help healthcare staff prepare for evaluation visits and to help them evaluate their clients' well-being and need of care.

The thesis was carried out as a functional thesis. For the theoretical background, the aspects of interaction with clients and the distinctive features of encountering clients with mental health issues were studied. The thesis project produced a two-page set of instructions that emphasizes the means to encounter the clients with mental health issues at the first assessment visit. Also, the means for the health care personnel's ability to assess the client's prevailing state were addressed. The guide helps healthcare providers to build trust with their clients, evaluate their situation as well as map out the different possibilities of further care for their clients.

The health care personnel of the assessment and rehabilitation unit participated in evaluating the guide. A survey was conducted to evaluate the effects of the guide. Based on their answers the guide is an effective tool and has met its purpose. The guide could be further developed for helping rehabilitate the elderly with mental health and substance abuse problems. The guide has already attracted interest in the assessment and rehabilitation unit and its use and further development are considered possible.

Keywords: visitation, interaction, mental-health problems, social skills, evaluation

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	4
2 MIELENTERVEYSHÄIRIÖT JA HOITOTYÖ.....	5
2.1 Masennus ja mielialahäiriöt.....	6
2.2 Ahdistuneisuushäiriöt.....	7
2.3 Psykoottiset häiriöt.....	7
2.4 Alkoholit ja päihderiippuvuus häiriö.....	8
3 DIALOGINEN VUOROVAIKUTUS.....	9
3.1 Dialoginen vuorovaikutus.....	9
3.2 Asiantuntijakeskeinen vuorovaikutus.....	11
3.3 Asiakaskeskeinen vuorovaikutus.....	12
4 HOITAJAN VUOROVAIKUTUSTAITOJAT.....	13
4.1 Reflektiivinen kuunteleminen.....	13
4.2 Avoimet kysymykset.....	14
4.3 Asiallinen kohtaaminen.....	14
4.4 Kannustava kommunikointi.....	15
5 MIELENTERVEYSASIAKKAAN ENSIKOHTAAMINEN.....	16
5.1 Asiakkaan status – valmistautuminen tapaamiseen.....	16
5.2 Ensikohtaaminen – kohtaa ihminen älä diagnoosia.....	18
5.3 Puolustusmekanismien tunnistaminen.....	18
5.4 Asiakkaan kohtaaminen kriisin keskellä.....	19
5.5 Turvallisuus.....	20
5.6 Lainsäädäntö ja asiakkaan oikeudet.....	21
5.7 Havainnointi.....	22
5.8 Fyysinen kunto, voimavarat ja hengellisyys.....	23
6 HOITAJAN EETTISET PERIATTEET.....	24
7 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE.....	25
8 OHJE ENSIMMÄISTÄ ARVIOINTIKÄYNTIÄ VARTEN.....	26

8.1 Yhteistyökumppani.....	26
8.2 Kehittämispainotteinen opinnäytetyö	28
8.3 Ohjeen toteutus.....	28
8.4 Ohjeen arviointi	31
9 POHDINTA	36
9.1 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus	39
LÄHTEET	40
LIITE 1. OHJE.....	45
LIITE 2. KYSELY	47
LIITE 3. Palautekysely ohjeesta hoitajille	48

1 JOHDANTO

Vuosittain joka viides suomalainen kokee jonkin asteista mielenterveyden häiriötä ja joka viides sairastuu elämänsä aikana masennukseen. Mielenterveyden ongelmat ovat yleisin syy työkyvyttömyydelle. (Eläketurvakeskus, 2020; Mieli, 2020.) Mielenterveyden ongelmia kokevien kuntoutuksessa keskeistä olisi tukea ihmisen selviytymistä tämän arjen toimintaympäristöissä. Tämän katsotaan olevan sekä eettisesti arvokas että taloudellisesti kestävä lähtökohta. (Sipari & Mäkinen, 2012, s. 4.)

Tämän opinnäytetyön yhteistyökumppanina on Helsingin kaupungin syksyllä 2019 perustama kuntouttava arviointiyksikkö. Yksikkö toimii kotisairaanhoidon piirissä tavoitteenaan tukea kotona asumista ja kotikuntoutusta. Kuntouttavan arviointijakson aikana asiakkaan toimintakykyä ovat tukemassa lähi- ja sairaanhoitajien lisäksi esimerkiksi fysioterapeutit, toimintaterapeutit ja muut alan ammattilaiset. Arviointijakson tehtävänä on selvittää asiakkaan kotona pärjääminen ja toimintakyky, valjastaa tarvittavat elämistä ja kotona pärjäämistä tukevat palvelut asiakkaan käyttöön, parantaa hänen elämänsä laatua ja saada hänet ohjattua tarvitsemansa tuen piiriin.

Tämä on kehittämispainotteinen opinnäytetyö, jonka tuotoksena syntyy ohje arviointikäyntejä tekeville hoitajille. Tätä apuvälinettä hoitajat voivat hyödyntää valmistautuessaan ensitapaamiseen ja kohdatessaan mielenterveyden ongelmia kokevia asiakkaita arviointikäynneillä.

Ensikäynnillä on jakson onnistumisen kannalta suuri merkitys. Kohtaamisen tulee olla aitoa. Hyvästä vuorovaikutuksesta syntyy vuoropuhelua, joka antaa asiakkaalle mahdollisuuden sanoittaa omaa tilannettaan ja saada näkyväksi hänen oma kokemuksensa toimintakyvystään sekä asiakkaan omat toiveet ja tavoitteet tulevaisuutensa suhteen. Tämä tukee myös moniammatillisuuden toteutumista jakson edetessä. Onnistunut jakso edellyttää fyysisen, sosiaalisen sekä kognitiivisen ulottuvuuden tunnistamista. Yksikkö tarjoaa ikääntyneille entistä varhaisempaa tukea kotona asumiseen ja ohjaa kotihoidon piiriin säännöllistä/jatkuvaa

palvelua tarvitsevat asiakkaat. Arviointijaksolla asiakas voidaan myös ohjata soveltuvaan hoitoyksikköön jatkohoitoon. Luottamuksellisen suhteen perusta luodaan ensimmäisellä arviointikäynnillä, mikä on tärkeää jatkoon onnistumiselle.

2 MIELENTERVEYSHÄIRIÖT JA HOITOTYÖ

Mielenterveyshäiriö on yleisnimi erilaisille psykiatrisille häiriöille, joissa ihmisellä ilmenee merkittäviä haittoja ja kärsimystä aiheuttavia psyykkisiä oireita. Mielenterveyden häiriöitä luokitellaan oireiden sekä vaikeusasteiden mukaan. Vakavammat niistä aiheuttavat toimintakyvyn ja elämänlaadun heikkenemistä. Onnistunut hoito mahdollistaa kuitenkin myös vakavasta mielenterveyshäiriöstä kärsivälle tyydyttävän elämän. (THL 2019.) Mielenterveyden häiriöiden diagnostiikkaan käytetään yhdessä sovittuja luokituksia, jotka perustuvat oireiden määriin ja ominaispiirteisiin. Diagnosointi on informatiivista tietoa, jonka tarkoituksena on edistää hoitotyötä ja lievittää oireita. (Kanerva & Kuhanen, 2017, s. 225—226.) Suomessa mielenterveyshäiriön diagnosointiin käytetään kahta tautiluokitusjärjestelmää: Maailman terveysjärjestöjen ICD- luokitusta sekä Yhdysvaltojen psykiatriayhdistyksen DSM- järjestelmää (THL 2019).

Mielenterveystyön tarkoituksena on edistää ihmisen psyykkistä hyvinvointia, toimintakykyä ja persoonallisuuden kasvua sekä samalla ennaltaehkäistä ja lievittää mielenterveyden ongelmia ja siihen liittyviä häiriöitä. Mielenterveystyö voidaan ymmärtää kolmena eri osa alueena: Edistävänä, ehkäisevänä ja korjaavana toimintana. Edistävä toiminta tunnistaa ja vahvistaa mielenterveyttä tukevia tekijöitä. Ehkäisevä toiminta pyrkii torjumaan stressitekijöitä. Tutkimus, hoito ja kuntoutus ovat korjaavan toiminnan perusteita. Mielenterveystyöllä tarkoitetaan myös asiakkaiden elinolosuhteiden kehittämistä niin, että ne tukevat asiakkaan kuntoutumista ja ne osaltaan ennaltaehkäisevät sairauden uusiutumista. Nämä

kaikki edellä mainitut toimet tukevat mielenterveystyötä ja omalta osaltaan edesauttavat mielenterveyspalvelujen järjestämistä (L 1990/1116; Laitila & Järvinen, 2009, s. 9.)

2.1 Masennus ja mielialahäiriöt

Puhuttaessa mielialahäiriöistä on huomioitavaa, että silloin on kyseessä jo pidempään jatkunut mielialan tai vireen muutos. Masennuksesta voidaan toisinaan vetää suora syy-yhteys esimerkiksi koettuun pettymykseen tai menetykseen, ja näissä tapauksissa puhutaan hetkellisestä tai lyhytkestoisesta mielialan laskusta. Erona tulee huomioida, että mielialahäiriössä mielialan muutos on pitkäaikainen ja voi kestää useita viikkoja, jopa vuosiakin. (Mielenterveyshäiriö. Mielialahäiriöt. Duodecim 2018.)

Masennus on häiriötila, joka koostuu useasta eri oireesta ja masentunut mieliala on yksi niistä. Tyypillisiä oireita ovat masentuneen mielialan lisäksi mielihyvän tunteen katoaminen, keskittymiskyvyttömyys ja päättämättömyys. Sairastunut voi myös kokea syyllisyyttä ja arvottomuutta. Pahimmillaan masentuneella ajatukset voivat keskittyä kuolemaan, itsetuhoon ja jopa sen toteuttamiseen. Masennustilaa todetessa tulee useamman oireen esiintyä yli kahden viikon ajan. (Mielenterveystalo Mielialahäiriöt. Masennustila.)

Masennuksen tunnistaminen voi olla vaikeaa. Usein masennukseen sairastunut ei itsekään tiedä olevansa masentunut ja esimerkiksi uupumus, huonounisuus tai muistihäiriöt laitetaan jonkin fyysisen sairauden syyksi. Oireita voidaan myös selittää haastavilla elämäntilanteilla. Masennus tulee usein ilmi, kun se on jo niin vakava, että siitä on huomattavaa haittaa normaalin arjen pyörittämiseen ja toimintakyky on selkeästi alentunut. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. 2009.)

Kun ihmisellä on sekä masennusoireita että huomattavaa mielialan kohoamista, ja nämä jaksot vuorottelevat keskenään, voidaan puhua bipolaarihäiriöstä. Kaksisuuntaisesta mielialahäiriöstä kärsivällä depressio ja mania jaksojen välillä oi-

reet voivat olla lieviä tai hän voi olla täysin terve. Kaksisuuntaisesta mielialahäiriöstä voidaan erotella lievä aaltoilevana esiintyvä muoto, varsinainen kaksisuuntainen mielialahäiriö, josta voidaan erottaa 1 ja 2 tyyppi sekä sekamuotoinen, jossa depression ja manian oireita voi esiintyä samanaikaisesti tai ne voivat olla lyhytaikaisia ja hyvin voimakkaita. (Mielenterveystalo. Mielialahäiriöt. Kaksisuuntainen mielialahäiriö.)

2.2 Ahdistuneisuushäiriöt

Ahdistuneisuushäiriöt ovat hyvin yleisiä väestössä ja ne ilmenevät monenlaisina häiriöinä, kuten esimerkiksi paniikkikohtauksina, sosiaalisina pelkoina ja erilaisina fobioina. Ahdistus on kaikissa edellä mainituissa häiriössä se keskeinen oire, joka haittaa ihmisen elämää. Riippuen häiriöstä, ahdistuksen ja erilaisten pelkojen aiheuttamat oireet esiintyvät eri tavalla ja erilaisissa konteksteissa. Paniikkikohtauksessa ihminen voi kokea suurta ja voimakasta pelon tunnetta siitä, että jotain paha on tapahtumassa. Hän voi esimerkiksi ajatella olevansa kuolemassa. Sosiaalinen pelko voi näkyä siten, että ihminen välttää sosiaalisia tilanteita, koska ne ovat ahdistavia. Yleistyneessä ahdistuneisuushäiriössä voi olla pitkäkestoinen huoli ja ahdistus erilaisista asioista, jotka voivat aiheuttaa esimerkiksi keskittymisvaikeuksia, unihäiriötä ja väsymystä. (Lönnqvist, 2019.)

Ahdistuneisuushäiriöt esiintyvät usein muiden psykiatristenhäiriöiden rinnalla. Myös somaattisten ja päihdehäiriöiden kanssa. Varhaisessa vaiheessa valtaosa näistä voidaan hoitaa perusterveydenhuollossa ja työterveyshuollossa, jos ei ole komplikaatioita. Hoitomuotoina ovat erilaiset psykoterapiat sekä masennuslääkkeet. (Käypä hoito 2019.)

2.3 Psykoottiset häiriöt

Psykoottisiin häiriöihin liittyy vahvasti todellisuudentajun hämärtyminen, joka ilmenee ulkoisten ärsykkeiden ja todellisuuden vääristymänä ja harhaisena tulkinna. Harhaluulot ja aistiharhat ovat tämän ryhmän keskeisiä oireita, mutta myös

muita häiriöitä ilmenee. (Mielenterveystalo. Psykoottiset häiriöt.) Yleisin on skitsofrenia, joka on hallitsevasti elämään vaikuttava sairaus. Skitsofreniassa ihmisen kyky selviytyä arjen askareista ja sosiaalisesta kanssakäymisestä heikkenee, tai niistä selviytyminen tulee mahdottomaksi. Skitsofrenia voidaan eritellä useaan eri alatyyppiin riippuen siitä, millaisia oireita sairastuneella esiintyy. (Mielenterveystalo. Psykoottiset häiriöt. Skitsofrenia.)

Puhuttaessa skitsofreniasta tarkoitetaan tällä psykoottista mielenterveyden häiriötä. Psykoottisuus voi ilmetä niin ääni, näkö tai haju harhoina, kuin myös harhaisuutena ja kognitiivisten toimintojen häiriönä. Psykoosissa voi esiintyä poikkeavaa motorista käyttäytymistä sekä monia negatiivisia oireita, kuten sosiaalista eristäytymistä ja aloitekyvyttömyyttä. (Käypä hoito. Skitsofrenia).

Skitsofreniasta ja siihen sairastumisella voi perinnöllisillä tekijöillä olla pieni vaikutus (noin 10 %) siihen, että myös joku muu samaan perheeseen kuuluva sairastuu skitsofreniaan. Valtaosalla skitsofreniaan sairastuneen perheessä tai suvussa ei esiinny muita skitsofrenia tai psykoosi tapauksia. Altistavia riskitekijöitä voivat olla äidin raskauden aikaiset komplikaatiot sekä stressitekijät. Myös lapsuuden tai nuoruuden erilaiset keskushermoston infektiot tai koetut traumat voivat herkistää ihmistä sairastumiseen skitsofreniaan. Riskiä sairastua skitsofreniaan voi myös edesauttaa haitallisella päihdekäytöllä, ja eritoten kannabiksen käytöllä on huomattu olevan suurentunut riski sairastua skitsofreniaan. (Käypä hoito. Skitsofrenia).

2.4 Alkoholi ja päihderiippuvuus häiriö

Kun päihteeseen on syntynyt riippuvuus, on sen käyttäjän hankittava ja käytettävä sitä toistuvasti sekä nautittava aina vain suurempia annoksia saadakseen saman vaikutuksen kuin aiemmin. Päihteen hankkiminen ja sen käyttö hallitsevat elämää ja usein päihteen käyttö jatkuu, vaikka siitä on selkeästi haittaa terveydelle ja muulle elämän hallinnalle. (Mielenterveystalo. Päihteidenkäyttöön liittyvät häiriöt. Päihderiippuvuus.) Kun aletaan selvittämään asiakkaan alkoholin käyttöä,

se ei välttämättä aina onnistu ensimmäisellä kerralla. Alkoholin käytön selvittäminen vaatii taitoa, joka harjaantuu kokemuksen myötä. Empaattinen kohtaaminen ja täsmälliset kysymykset auttavat saamaan käyttökelpoista ja luotettavaa tietoa. Käytössä on myös AUDIT- kysely, jota voidaan käyttää tiedonhankinnan tukena. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2009.)

3 DIALOGINEN VUOROVAIKUTUS

Hoitajalle on tärkeää ymmärtää myös teoreettisesti mitä tarkoittavat kohtaaminen, dialogisuus ja vuorovaikutus. Eri tieteenaloilla näitä käsitteitä on pohdittu paljon. Erilaisia vuorovaikutussuhteita on lukuisia, mutta tässä opinnäytetyössä kohtaamisen, dialogisuuden sekä asiantuntija- ja asiakaskeskeisen vuorovaikutuksen käsitteitä tarkastellaan hoitajan ja asiakkaan välisen vuorovaikutussuhteen kautta.

3.1 Dialoginen vuorovaikutus

Kokkolan, Kiikkalan, Immosen ja Sorsan (2002) mukaan aitoa vuorovaikutusta yhteistyösuhteessa kutsutaan nimellä ”dialogisuus”. Siinä työntekijä kohtaa asiakkaan ilman ennakkoluuloja tai oletuksia. Ammatillaisen roolissa on hyvä antaa asiakkaalle riittävästi tilaa ja mahdollisuus kertoa tämän omista kokemuksistaan ja näkemyksistään. Dialogiset vuorovaikutuksen perustana on se, että asiakas ja työntekijä etsivät yhdessä ratkaisuja. Asiakkaan oma näkemys hänen elämäntilanteestaan korostuu samoin kuin työntekijän herkkyyys ymmärtää ja nähdä asiakkaan lähtökohdat.

Dialogisessa vuorovaikutuksessa on myös tärkeää, että työntekijän ammatillisuus ei monimutkaista asioita tai vaimenna asiakkaan mielipiteitä. Monesti ammattilainen roolissaan saattaa uskoa tietävänsä, mikä hänen asiakkaalleen on

parasta. Tämän tyylinen asenne voi herkästi viestittää sitä, että asiakkaan omia näkemyksiä ja mielipiteitä ei arvosteta. Dialogisessa vuorovaikutuksessa on tärkeää, että asiakas tuntee olevansa oman elämänsä ohjaaja ja ymmärtää mistä puhutaan. Asiakkaan osallistuminen ja vaikuttaminen ovat oleellinen osa dialogista vuorovaikutusta. Työntekijän on pyrittävä ymmärtämään ja näkemään asioita ensin asiakkaan näkökulmasta, ennen kuin voi antaa omia neuvojaan. Dialogisessa vuorovaikutuksessa ei ole myöskään tarkoitus, että asiakas ja työntekijä ovat aina samaa mieltä kaikista asioista, vaan yhdessä he voivat pohtia eri näkökulmien hyötyjä ja haittoja sekä löytää erilaisia ratkaisuja yhdessä. Parhaimmillaan asiakas ja työntekijä löytävät luovia ja uusia ratkaisuja, jotka syntyvät yhteistyön kautta. (Kokkola ym., 2002, s. 22—23.)

Mönkkösen (2018) mukaan dialoginen vuorovaikutus perustuu vastavuoroiseen kanssakäymiseen, jossa molemmat osapuolet vaikuttavat vuorovaikutuksen kulkuun. Vastavuoroisuus on olennainen piirre dialogisessa vuorovaikutuksessa, koska sen avulla asiakas ja työntekijä voivat yhdessä luoda ratkaisuja ja rakentaa yhteisymmärrystä. Mönkkönen (2018) painottaa, että dialogisuutta ei kannata ymmärtää keskusteluna, koska keskustelu voi olla liian pinnallista tai muodollista, jossa molemmat osapuolet voivat puhua toistensa ohi. Dialogisuus ei tarkoita myöskään väittelyä, koska väittelyssä argumentoidaan oman aseman puolesta ja yritetään torjua toisen osapuolen näkökulmaa. Dialogi sana tulee kreikan kielen sanoista dia ”halki” ja logos ”oppi”. Tämä kuvaa hyvin sitä mitä dialogisuus oikeastaan tarkoittaa; oppimista toisista ihmisistä ja itsestään vuorovaikutuksen kautta. (Mönkkönen 2018, s. 107—108.)

Dialogisuutta voidaan ymmärtää myös toisen ihmisen toiseuden tai ydinminän tunnistamisena. Dialogifilosofi Martin Buber (1878-1965) kuvasi ihmisten välistä dialogisuhdetta siten, että siinä molemmat osapuolet tunnustavat toisen ihmisen toiseuden vuorovaikutuksessa. Buber on sitä mieltä, että ihminen tulee ainoastaan ”minäksi” ”sinän” kautta. Hän myös korosti sitä, että läsnä oleva kohtaaminen katoaa silloin, kun ihminen luokittelee tai tekee tulkintoja toisesta ihmisestä. Dialogisen vuorovaikutuksen lähtökohtana on tunnustaa toisen ihmisen toiseus ilman, että esineellistää tai luokittelee häntä omien ennakkoluulojensa kautta. (Mönkkönen, 2018, s. 111—112.)

3.2 Asiantuntijakeskeinen vuorovaikutus

Mönkkösen (2018) mukaan asiakastyössä ilmenee usein ongelmana se, että asiakkaan ja työntekijän vuorovaikutussuhde on liian asiantuntijakeskeistä. Se jättää asiakkaan omat ajatukset, osallistumisen ja vastuun rajalliseksi. Usein ihmisten näkemys asiakastyöstä lähtee siitä, että asiakas hakee asiantuntijalta apua ratkoa ongelmiaan, koska ammattilaisella on tietoa ja asiantuntijuutta erilaisista ongelmista ja niiden ratkaisemisesta. Vaikka tämä on osittain totta, tämä ei kuitenkaan korosta dialogisen ja tasavertaisen vuorovaikutuksen merkitystä asiakastyössä. Mönkkösen (2018) mukaan ”asiantuntijan ja asiakkaan suhde on aina epäsymmetrinen sekä tiedollisella tasolla että vaikuttamisen mahdollisuuksissa, vaikka kaikin puolin pyrittäisiinkin tasavertaiseen kohtaamiseen.” Asiantuntijan valta-asema vaikuttaa vuorovaikutuksen kulkuun. Tämä näkyy usein siten, että asiantuntija kokee omaavansa todellisemman perspektiivin asiakkaan tilanteesta. Asiakkaat monesti myös vahvistavat työntekijän asiantuntijaroolia odottamalla ammattilaisten kantavan isomman vastuun tilanteen muuttamisesta. (Mönkkönen, 2018, s. 59—60.)

Mönkkösen (2018) mukaan käsite ”position” kuvaa ihmisen asemaa tietynlaisessa vuorovaikutustilanteessa. Erilaisissa vuorovaikutustilanteissa on oma moraalijärjestyksensä, joka asettaa toimijoille tiettyjä oikeuksia asemasta riippuen. Esimerkiksi asiakastyössä tämä näkyy siten, että ammattilaisella ja asiakkaalla on omat roolinsa. Roolistaan johtuen työntekijä joutuu kysymään asiakkaalta hyvinkin henkilökohtaisia kysymyksiä, koska työntehtävä sitä vaatii. Asiakkaalla ei näitä oikeuksia ole. Työntekijän ja asiakkaan ”positiot” voivat myös muovautua vuorovaikutuksen kautta. Erilaiset keskustelun rakenteet sekä puhetavat asettavat ihmisiä haluamattaan eri asemiin. Asiakkaan asema työntekijän näkökulmasta voi olla esimerkiksi pitkäaikaistyötön, yksinhuoltaja tai eronnut. Positiot voivat tässä mielessä olla hyvin identiteettiä leimaavia. Ne voivat haitata vuorovaikutuksen muodostumista asiakastyössä ja lisätä asiantuntijavaltaa. Ammattilainen saattaa jättää selvittämättä oleellisiakin asioita asiakkaan tilanteesta omien ennakoasenteidensa vuoksi. (Mönkkönen, 2018, s. 63.)

Asiantuntijavalta näkyy monella tavalla asiakastyössä. Yksi näistä ilmenemis-
muodoista on se, että ammattilainen tulkitsee asiakkaan elämäntapahtumien syy-
seuraussuhteet liian yksinkertaisesti ilman nyanssia. Mielenterveystyössä oli
aiemmin vallitsevana näkemys, että ensin täytyi löytää asiakkaan ongelma tai
vaiva ja vasta sen jälkeen lähdettiin hakemaan sille oikeaa ratkaisua. Ongelmana
tässä on se, että asiantuntijan oletetaan ymmärtävän hänen asiakkaansa elä-
mäntapahtumien syy-seuraussuhteita lähes täydellisesti. Nykyään mielenter-
veystyössä asiantuntijan ja asiakkaan suhde perustuu vastavuoroiseen vuorovai-
kutukseen, jossa yhdessä löydetään uusia ratkaisuja ja toimintamalleja. (Mönk-
könen, 2018, s. 78.)

Asiantuntijavaltaa tarkasteltaessa on otettava huomioon myös nonverbaalinen -
viestintä. Nonverbaalinen viestintä tarkoittaa ei sanallista viestintää. Työntekijän
ilmeet, puhesävy ja eleet viestittävät puheen lisäksi muitakin merkityksiä. Asiakas
voi tuntea häpeää ja ahdistusta, mikäli työntekijä käyttäytyy epäkunnioittavasti
ilmeiden, eleiden ja muiden sanattomien viestien kautta. Työntekijänä on tärkeää
tunnistaa, että sanaton viestintä sekä muut aiemmin mainitut tekijät vaikuttavat
valta-asemiin. Työntekijän on pidettävä huolta siitä, ettei valta-asema kallistu liian
paljon työntekijän suuntaan, jolloin se haittaa hänen kykyään havainnoida asiak-
kaan tilannetta. (Mönkkönen, 2018, s. 63.)

3.3 Asiakaskeskeinen vuorovaikutus

Asiantuntijavallan vastakohtana on asiakaskeskeisen ajattelu ja toimintatapa,
jossa asiakkaan tarpeet ja kokemukset ovat vuorovaikutuksen keskipisteessä.
Asiakaskeskeisessä vuorovaikutuksessa asiakas nähdään oman elämänsä asi-
antuntijana. Psykologi Carl Rogers kehitti 1930-luvulla asiakaskeskeisen ihmis-
suhdeteorian, joka korosti asiakkaan oman tietämyksen hyödyntämistä asiakas-
työssä. Asiakkaan näkökulman korostaminen on tullut populaariksi eri aloilla var-
sinkin markkinoinnin ja kauppakäynnin alueilla. Kaikki ovat kuulleet markkinoin-
nista tutun iskulauseen ”Asiakas on aina oikeassa!”, joka on myös hyvä esimerkki
asiakaskeskeisyyden yleistymisestä.

Mönkkösen (2018) mukaan asiakaslähtöisen näkökulman korostaminen ihmishuhtedyössä on auttanut siirtämään vuorovaikutusta parempaan suuntaan, mutta ei ilman ongelmia. Hänen mielestään monet ymmärtävät asiakaskesteistä konseptia liian kapeasti ja sen seurauksena ammattilaisen rooli vuorovaikutuksen osanottajana kärsii. Jos vuorovaikutus perustuu siihen, että ”asiakas on aina oikeassa”, niin silloin on mahdollista ohittaa asiakkaan todelliset kokemukset ja tarpeet. Asiakkaan kertomukset eivät välttämättä tuo esille sitä, mitä hän oikeasti haluaa. Mönkkösen (2018) mukaan auttamistyössä on tärkeää, että ammattilainen osaa eläytyä empaattisesti asiakkaan tilanteeseen, mutta samaan aikaan ottaa myös riittävästi etäisyyttä. Jos asiakastyössä mennään aina asiakkaan ehdoilla ja asiakas hallitsee vuorovaikutuksen kulkua, katoaa mahdollisuus dialogiselle vuorovaikutukselle, jossa molemmat osapuolet vastavuoroisesti rakentavat uusia näkökulmia, toimintamalleja ja ratkaisua. (Mönkkönen, 2018, s. 81—86.)

4 HOITAJAN VUOROVAIKUTUSTAITOT

4.1 Reflektioiva kuunteleminen

Vuorovaikutuksen lähtökohtana on yksinkertainen taito kuunnella toista osapuolta ilman keskeyttämistä tai vastaan väittämistä. Hoitajan osaamista on kyky olla läsnä, keskittyä aiheeseen sekä osoittaa ymmärrystä. On olennaista, että hoitaja myös antaa puheenaiheiden edetä asiakkaalle sopivassa tahdissa, ilman pakottamista tai aiheen vaihtamista. (Hietaharju & Nuuttilla, 2016, s. 125.) Hoitotilanteessa on tehokas tapa käyttää heijastavaa kuuntelua. Heijastava eli reflektioiva kuunteleminen tarkoittaa sitä, että hoitaja tekee yhteenvetoja siitä, miten hän on ymmärtänyt asiakkaan kertomat asiat. Tämä estää väärinkäsityksien muodostumista ja antaa myöskin asiakkaalle mahdollisuuden pohtia ja tarvittaessa täydentää omaa kertomustaan. Reflektioiva kuunteleminen välittää asiakkaalle hoitajan aitoa kiinnostusta kuulemaansa kohtaan. (Järvinen, 2020.) Heijastavan kuuntelemisen osana on myös asioiden selventäminen sekä erilaisen

keskustelussa huomattujen asiayhteyksien osoittaminen asiakkaalle. (Hietaharju & Nuuttila, 2016, s. 128) Asiantunteva hoitaja pyrkii kuulemaan myös asiat, joita asiakas yrittää peittää tai tahallisesti sivuuttaa sanoillaan (Kuhanen & Kanerva, 2017, s. 156.)

4.2 Avoimet kysymykset

Varsinkin hoitosuhteen alkuvaiheessa, kun osapuolet tutustuvat toisiinsa ja luovat käsitystä tilanteesta, muodostavat kysymykset ison osan vuorovaikutuksesta. Asiakasta haastateltaessa on hyvä käyttää avoimia kysymyksiä, jotka antavat hänelle vaihtoehdon peräännyttyä tai jättää vastaamatta. Avoimet kysymykset antavat asiakkaalle myös enemmän vastausvaihtoehtoja kuin suljetut kysymykset, joihin vastaamiseen riittää usein vaihtoehdot kyllä tai ei. (Hietaharju & Nuuttila, 2016, s. 127—128.) Avoimien kysymyksiä ideana on saada asiakas analysoimaan asioita syvemmällä tasolla sekä tuomaan esille omia mielipiteitään. Ne luovat aktiivisen keskustelun, jossa asiakkaalla on päärooli puhumisessa. (Järvinen, 2020.)

4.3 Asiallinen kohtaaminen

Vaikka vuorovaikutuksen luottamuksellisuus ja avoimuus ovat tärkeitä hoitosuhteessa, on asioita, jotka eivät kuulu asialliseen kommunikointiin. Sellaisia ovat muun muassa asiakkaan vähättely tai negatiivisen palautteen antaminen yksilön mielipiteistä. Myös sarkasmi ja huumori ovat asioita, joiden käyttö vaatii hienovaraisuutta ja asiakkaan parempaa tuntemista. Hoitajan onkin syytä jättää niiden käyttäminen pois keskustelusta, jottei vahingossakaan loukkaisi toisen kunniaa. Ammatilliseen käyttäytymiseen ei myöskään kuulu asiakkaan käskeminen tai kieltäminen eikä myöskään turhien lupauksen antaminen. (Hietaharju & Nuuttila, 2016, s. 126.)

4.4 Kannustava kommunikointi

Motivoiva haastattelu on tehokas kommunikointimenetelmä hoitotyössä, joka on alun perin kehitetty tukemaan päihderiippuvuuksien hoitoa. Ajan myötä on huomattu menetelmän olevan hyödyllinen myös muissa hoitotilanteissa, kuten asiakkaan sitoutumisessa ja aktiivisessa osallistumisessa hoitoyhteistyöhön. Menetelmän perusideana on, että asiakkaan sisäinen motivaatio pohjautuu omaan ymmärrykseen siitä, miksi oma osallistuminen hoitoon on tärkeää sekä käsitykseen siitä, millaiset muutokset auttavat häntä tavoitteiden saavuttamisessa. On osoitettu, että hoitajan liian auktoriteettinen tapa kommunikoida, kehottaminen tai suostuttelu saattavat aiheuttaa asiakkaassa vastareaktioita ja jopa vahvistaa hänen aikaisempia uskomuksiaan. Kommunikoinnissa on molemmille osapuolille olennaista selvittää, millaiset ovat asiakkaan tavoitteet, millainen merkitys hänen parantumisellaan on hänelle itselleen sekä mitkä ovat hänen käytössään olevat mahdollisuudet saavuttaa asetetut tavoitteet. Kun asiakkaan tavoitteet ja arvot ovat selvät, pystyy hoitaja tukemaan hänen motivaatiotaan empatialla sekä ilmaisemalla uskoa asiakkaan kykyihin. Tämä tarkoittaa, että hoitaja huomaa ja antaa kehuja pienimmistäkin edistysaskeleista ja keskittyy positiiviseen. Ammattitaitoinen hoitaja osaa tuoda esiin myös ristiriitoja asiakkaan uskomuksissa tai elämäntavoissa, jotka vaikeuttavat tavoitteiden saavuttamista. On kuitenkin tärkeää, ettei tarvittavien muutoksien esille ottaminen johda asiakkaan ja hoitajan väliseen väittelyyn, vaan hoitaja pystyy loppuun asti osoittamaan ymmärrystä asiakkaan näkökulmia kohtaan. Aiheet, joiden käsittely näyttää johtavan herkästi asiakkaan vastarintaan, on järkevä jättää sivuun hetkeksi ja harkita niihin palaamista toisena ajankohtana tai muussa asiayhteydessä. (Järvinen, 2020.)

Ammattitaitoinen hoitaja osaa tuoda esiin asiakkaassa jo olemassa olevat hyvät puolet ilman, että hän pyrkisi muuttamaan ihmistä yksilönä. Motivoiva haastattelu menetelmänä on onnistunut, kun asiakas pystyy toimimaan itsensä neuvojana ja hoitajan roolina on toimia reflektioivana, aktiivisena kuuntelijana, haastattelijana ja kannustajana. Olennainen osa asiakkaan motivaatiota on hänen kokemansa valinnanvapaus ja päätösvalta liittyen omaan hoitoprosessiin. Kannustavan kommunikaation edellytyksenä ei ole, että asiakkaalla on valmiina varmat vastaukset ja selkeät näkemykset hoitajan esittämiin kysymyksiin. Tavoitteena on saada

asiakas pohtimaan hänen omia toiveitaan ja uskomuksiaan sekä oivaltamaan itse, mikä on hänen oma roolinsa tavoitteiden saavuttamisessa. Kannustava kommunikointi lisää myös asiakkaan uskoa siitä, että hänellä on päätös- ja vaikutusvalta muuttaa omaa elämäänsä. (Angle, 2020.) Kärsivällisyys on olennainen osa hoitoprosessia ja hoitajan on otettava huomioon jokaisen asiakkaan yksilöllisyys sekä antaa tarvittava aika omien vahvuuksien löytämiseen ilman painostamista tai prosessin kiirehtimistä (Järvinen, 2020).

5 MIELENTERVEYSASIAKKAAN ENSIKOHTAAMINEN

5.1 Asiakkaan status – valmistautuminen tapaamiseen

Hoitoprosessi on hoitajan ja asiakkaan välistä luottamuksellista yhteistyösuhdetta, jonka rakentaminen alkaa sillä hetkellä, kun hoitaja saa esitiedot asiakkaasta. Esitiedot, kuten lähetteen syy tai hoitohistoria, ovat tärkeää informaatiota tilanteen kartoittamiseen ja ensitapaamiseen valmistautumisessa. Tämä on vain pieni osa kokonaisuudesta, joka täydentyy vähitellen asiakkaaseen tutustuessa ja yhteistyön edetessä. Luottamuksellisen hoitosuhteen ensimmäisenä perustana on, ettei hoitaja luo esitietojen perusteella ennakoasenteita, vaan on valmis kohtaamaan asiakkaan asiakaslähtöisesti ja yksilönä. (Kuhanen & Kanerva, 2017, s. 166.)

Hoidon runkona käytetään moniammatillisen työryhmän yhdessä laatimaa hoitosuunnitelmaa, jota päivitetään ja arvioidaan jatkuvasti. Hoitosuunnitelman laatiminen aloitetaan potilaan haastattelulla sekä hoidon tarpeen arvioinnilla. Asiakkaan haastattelulla kerätään hoitosuunnitelmaan tarvittavia tietoja, jotka auttavat rakentamaan kokonaiskuvan hoidon etenemisestä ja tavoitteista. Hoitaja selvittää asiakkaan sekä omaisen voimavaroja ja yhteistyökykyä huomioon ottaen hoidon kannalta oleelliset tekijät ja kerää ne hoitosuunnitelmaan. Hoidon kannalta

oleellisia tekijöitä ovat muun muassa asiakkaan perhetilanne, ennen sairastumista tapahtuneet kriisit ja isot elämänmuutokset, aiempi sairaushistoria, asiakkaan omat toivomukset hoitoon liittyen, asiakkaan ja omaisten voimavarat, asiakkaan työhistoria sekä taloudellinen tilanne ja sellaiset lähisuvun sairaudet, joilla saattaa olla merkitystä nykytilanteessa. Haastattelun lisäksi voi hoitaja kerätä tietoja asiakkaan omaisilta, työnantajalta tai muilta, jotka tuntevat asiakkaan, mikäli hoitajalla on yhteydenottoihin asiakkaan kirjallinen lupa. Hoitosuunnitelmaa laatiessa ei ole edellytyksenä saada tietoa kaikesta asiakkaaseen liittyvästä mahdollisimman nopeasti, vaan tämän tapahtuessa luontevan ja luottamuksellisen vuorovaikutuksen kehittyessä, ottaen yksilön ominaisuudet huomioon. (Hietaharju & Nuuttila, 2016, s.132—133.)

Asiakkaan elämäntapahtumiin tutustuminen on olennainen osa hoidon onnistumista, sillä ne ovat usein taustalla sairauden kehittymiselle ja niiden huomioiminen auttaa ymmärtämään asiakasta paremmin. Sekä lapsuudessa että aikuisiässä koettu väkivalta tai muu traumaattinen tapahtuma altistavat useille psyykkisille häiriöille, kuten epävakaalle persoonallisuushäiriölle tai traumaperäiselle stressihäiriölle. Yhtä tärkeä rooli kuin aikaisemmin tapahtuneilla taustatekijöillä, on myös asiakkaan nykyhetken stressitasolla. Psyykkisillä häiriöillä ja stressillä on havaittu olevan tapana vahvistaa toistensa vaikutuksia, ja siten on huomioitava molemmat aspektit, jotta hoito olisi tehokasta. (Wingenfeld ym., 2011, s. 647—654.)

Hoitoa suunniteltaessa on hyvä huomioida myös asiakkaan oma näkemys mahdollisista aiemmista hoitokokemuksista, sen negatiivisista ja positiivisista puolia. Aiemmat kokemukset täytyy huomioida tilanteen kartoituksessa. Näin voidaan ehkäistä asiakkaan, mahdollisesti osittain tiedostamatontakin, kielteistä suhtautumista, joka saattaa vaikeuttaa positiivisen vuorovaikutuksen muodostumista. Ihmisen aikaisemmat kokemukset ja muistot sekoittuvat uusiin tilanteisiin eivätkä niihin liittyvät tunteet ole siten välttämättä todellisia. Hoitajan tehtävänä on havaita näitä tuntemuksia asiakkaan kertomuksessa ja säilyttää hoitotilanteissa kohteliaisuus, samalla antaen asiakkaalle aikaa realistisen kuvan luomiseen. (Hietaharju & Nuuttila, 2016, s. 143.)

5.2 Ensikohtaaminen – kohtaa ihminen älä diagnoosia

Ensikohtaaminen hoitajan kanssa määrittää pitkälti sen, miten asiakas ja hänen omaisensa kokevat edessä olevan hoitosuhteen onnistuvan. Ensivaikutelma on hoitajan tärkeä työkalu yhteistyösuhteen luomiselle. (Williams 2019.) Ensimmäisinä hoidon tavoitteina ovat hoitajan ja asiakkaan tutustuminen toisiinsa sekä asiakkaan mahdollisuus tulla kuulluksi. Tavoitteiden onnistumiseksi on kohtaamiseen varattava riittävästi aikaa, jotta tilanne voisi sujua rauhallisesti ja kiireettömästi. Hoitajan ammattimainen, kohtelias ja kunnioittava suhtautuminen on edellytyksenä asiakaslähtöisen yhteistyösuhteen syntymiselle. Ensikohtaamisen aikana pyritään yhdessä käymään läpi asiakkaan käsitys omasta voinnistaan sekä hänen tavoitteensa ja toiveensa hoidon suhteen. Avoin, rehellinen dialogi hoitajan ja asiakkaan välillä auttaa yhteistyön osapuolia löytämään yhteisymmärryksen ja lisää näin myös asiakkaan tyytyväisyyttä hoitoon. (Kuhanen & Kanerva, 2017, s. 166—167.)

Mielenterveysasiakkaan kohtaaminen on hoitajalle ammatillinen yhteistyötilanne, jossa on osoitettava kunnioitusta, tasa-arvoisuutta sekä aitoa kiinnostusta asiakasta kohtaan (Hietaharju & Nuutila 2016, s. 102). Hoitajan ammatillisuus tulee esiin siinä, miten hän osaa reflektoida omia tunteitaan, ajatuksiaan ja aiempia kokemuksiaan liittyen hoitotilanteeseen. Hoitajan kyky kehittää omaa tunnetietoisuutta sekä havaita ja muuttaa yhteistyötä haittaavia asenteita mahdollistaa kunnioittavan vuorovaikutuksen asiakkaan kanssa. (Kuhanen & Kanerva, 2017, s. 143.)

5.3 Puolustusmekanismien tunnistaminen

Omien ajatusten analysoinnin lisäksi on hoitoalan ammattilaisen huomioitava myös asiakkaan asenteet hoitoa ja hoitajaa kohtaan. Yhteistyön kannalta oleellisia tekijöitä ovat asiakkaan defenssitunteet, molemmille osapuolille sopiva distanssi sekä mahdollinen vastustus hoitosuhteessa. Defenssit eli ihmisen puolustusmekanismit ovat tiedostamattomia toimintoja, joiden tarkoituksena on välttää

tilanteita, jotka aiheuttaisivat ahdistuksen tunnetta. Puolustusmekanismeja esiintyy monenlaisia ja niiden tunnistaminen on tärkeä osa hoidon etenemisen kannalta. Defenssin yksi ilmenemistapa on vaikeiden tapahtumien kieltäminen ja torjuminen tietoisuudesta. Koska kyseessä on asiakkaan tapa suojata itseään, on hoitajan toiminnan oltava defenssien purkamisessa hienovaraista ja huomauttavaa. Distanssi eli asiakkaan ja hoitajan välinen fyysinen, psyykinen sekä sosiaalinen etäisyys toisistaan on yksilöllisesti vaihteleva tarve, jonka pitää olla molempia osapuolia kunnioittava. Sopivan distanssin tunnistaminen ja säätely ovat olennainen osa hoitoa, joka luo asiakkaalle turvallisuuden tunteen. Distanssin tarpeen säätelyssä korostuvat hoitajan ammattitaitoisuus ja hienovaraisuus. (Kuhanen & Kanerva 2017, s. 163—164.)

Vastustus voi esiintyä hoitosuhteessa eri tavoin, kuten asiakkaan suorana hoidosta kieltäytymisenä, passiivisuutena tai sopimusten rikkomisena. Asiakkaan vastustusta hoitosuhdetta kohtaan voidaan selittää ihmisen luontaisella ominaisuudella välttää uusia ja muuttuvia tilanteita, joihin ei ole tottunut, vaikka tuloksena olisikin elämänlaadun parantuminen. (Hietaharju & Nuutila 2016: 145.) Vastustuksen esiintyessä hoitosuhteessa on hoitajan löydettävä tasapaino empatian ja selkeiden rajojen välillä. Asiakkaalle on tärkeää tuntea olevansa ymmärretty ja tuettu, mutta tietää myös selkeät rajat siitä, mitä häneltä edellytetään hoidon onnistumiseksi. Näiden kahden ominaisuuden tasapaino auttaa luomaan asiakkaalle turvallisuuden tunnetta. (Abbate-Daga, Amianto, Delsedime, Bacco, Fassino, 2013, s. 294.)

5.4 Asiakkaan kohtaaminen kriisin keskellä

Mäkisalo-Roposen (2012) mukaan hoito- ja auttamistyössä on tärkeää osata kohdata kriisissä oleva ihminen ja tunnistaa kriisiin liittyviä tunteita. Asiakkaan kohtaaminen kriisin keskellä vaatii hoitajalta kärsivällisyyttä ja kykyä ottaa vastaan erilaisia tunteita avoimin mielin. Kriisityön perusajatuksena on, että hoitaja auttaa asiakasta käsittelemään vaikeita, stressaavia sekä surullisia tunteita olemalla aidosti läsnä, ilman syyllistämistä tai väheksymistä asiakkaan tunteita kohtaan. Auttajan roolissa on oltava nöyrä ja hyväksyttävä se, ettei voi ymmärtää

toisen ihmisen tunteita täysin, mutta halu ja kyky olla läsnä säilyy. Auttamistyössä on hyvä välttää väitteitä kuten ”Ymmärrän, miltä sinusta tuntuu”. Usein tämän tyylinen väite saa vastaanottajan kokemaan, että hänen tunteitaan mitätöidään. Voimme ainoastaan kokea omia tunteitamme. Toinen yleinen väite, jota kuulee paljon sanottavan, on ” Sinun on taisteltava”. Tämä on tuloksetonta, koska kukaan ei voi tietää toisen puolesta, miten sairautta tai vaikeata tilannetta vastaan voi taistella. Kyse on vääränlaisesta lohduttamisesta. Auttamistyössä lohduttaminen ei ole sitä, että auttaja yrittää saada vaikeat tunteet häipymään, vaan antaa ihmisen kokea tunteet sellaisenaan. Pahimmillaan auttaja kieltää ja tukahduttaa toisen tunteita ajatellen näin oikeasti auttavansa toista. Tunteiden kieltäminen on vaarallista ja sen seurauksena voi syntyä psykologisia, fyysisiä ja sosiaalisia ongelmia. Tunteiden kieltäminen on raskasta ja vie ihmiseltä paljon energiaa. Jos tunteita ei käsitellä ne voivat muuttua ahdistukseksi, häpeän- ja syyllisyydentunteiksi sekä masennukseksi. (Mäkisalo-Ropponen, 2012, s. 195—199.)

5.5 Turvallisuus

Asiakkaan uhkaavan ja väkivaltaisen käytöksen kohtaaminen on mahdollinen riski hoitotyössä, johon hoitajan on valmistauduttava osatakseen pitää huolta omasta turvallisuudestaan. Vaikka tutkimusten mukaan uhkaava käytös on yleisempää mielenterveyshäiriöistä kärsivien asiakkaiden kohdalla, on hyvä muistaa, ettei suurin osa mielenterveysasiakkaista käyttäydy koskaan väkivaltaisesti, eikä yleistäminen ole näin ollen oikein. Isompi yhteys väkivaltaiseen käyttäytymiseen kuin diagnoosilla on esimerkiksi henkilön aikaisemmalla väkivaltaisella käytöksellä ja sukupuolella. Asiakkaan väkivaltaista käyttäytymistä saattaa provosoida erilaiset hoitoilmapiirin tekijät, kuten hoitoyksikön levottomuus ja kiireen tunne koostamistilanteessa hoitajan kanssa, mikä lisää asiakkaan ahdistuksen tunnetta. (Kanerva & Kuhanen, 2017, s. 241.)

Väkivalta sanalla tarkoitetaan tahallista, toiseen ihmiseen kohdistuvaa häiritsevää tai vahingoittavaa käyttäytymistä, jolla on monia erilaisia ilmenemismuotoja. Väkivalta voi olla fyysistä voimankäyttöä tai henkistä satuttamista sanoilla kuten

uhkailua tai haukkumista. Väkivaltainen käytös saattaa kohdistua hoitajan ominaisuuksiin tai ilmetä esimerkiksi tavaroiden rikkomisena. Yksi ilmenemismuoto on myös seksuaalisen väkivallan käyttö, joka voi olla fyysistä tai henkistä kiristämistä. Väkiältä voi ilmetä myös piilevässä muodossa kuten kieltäytymisenä vuorovaikutuksesta. Kaikki edellä mainitut ovat asioita, joiden ei pitäisi kuulua hoitajan työhön ja joita ei tule hyväksyä. (Hietaharju & Nuutila, 2016, s. 113—114.)

Uhkaavan potilaan kohtaamisessa korostuu hoitajan kyky pysyä rauhallisena ja kärsivällisenä. Kiireetön, turvallinen ja tukeva ilmapiiri luo hyvän lähtökohdan siihen, että asiakkaan ei tarvitse ilmaista pelosta johtuvaa aggressiota. Myös erilaisten kompromissien tarjoaminen on huomaavainen keino, joka saattaa olla riittävä rauhoittamaan asiakasta. (Kanerva & Kuhanen, 2017, s. 243.) Hoitajan suora ja selkeä puhe sekä oman äänensävyn ja kehonkielen seuraaminen ovat olennainen osa tilanteen rauhoittamista. Riittävän etäisyyden ottaminen lisää turvallisuutta hoitajalle eikä provosoi asiakasta. Hoitajan on jatkuvasti arvioitava ja pyrittävä ennakoimaan tilannetta, samalla kun hän yrittää rauhoittaa asiakasta. Tarvittava lisäapu on pyydetävä paikalle ajoissa ennen kuin hoitaja menettää hallinnan tilanteesta. Mikäli hoitaja pystyy rauhoittamaan tilanteen, on tärkeä käydä asiakkaan kanssa läpi, mikä johti hänet kyseiseen tilaan ja tarjota tukea sekä ymmärrystä. (Hietaharju & Nuutila, 2016, s. 118—119; Kanerva & Kuhanen, 2017, s. 245.)

5.6 Lainsäädäntö ja asiakkaan oikeudet

Asiakkaan on voitava luottaa siihen, että hänelle tarjottavat terveydenhuoltoon ja sairaanhoitoon liittyvät palvelut ovat laadultaan hyviä. Hänen hoitonsa tulee järjestää ja häntä on kohdeltava niin, ettei hänen ihmisarvoaan loukata, sekä hänen vakaumustaan ja yksityisyyttään kunnioitetaan. (L 1992/785) Asiakkaan hoito tulee valita hänen kanssaan yhteisymmärryksessä. Asiakkaalla on oikeus kieltäytyä tietyistä hoidoista ja toimenpiteistä, jolloin häntä on hoidettava mahdollisuuksien mukaan muulla yhteisymmärryksessä valitulla, lääketieteellisesti hyväksytyllä tavalla. (L 1992/785)

Yksikössä työskentelevä terveydenhuollon ammattihenkilö tai muuten sen tehtäviä hoitava henkilö ei saa ilman asiakkaan kirjallista suostumusta antaa sivullisille asiakkaaseen liittyviä tietoja. Jos asiakas ei osaa arvioida suostumuksen merkitystä, tulee hänen laillisella edustajallaan olla oikeus antaa tietoja kirjallisella suostumuksella. Sivullisella tarkoitetaan muita kuin tässä yksikössä toimivia, tai sen toimeksiannosta asiakkaan hoitoon tai muihin siihen liittyvien tehtävien hoitoon liittyviä henkilöitä. Yksikössä työskenteleviä henkilöitä koskee ehdoton salassapitovelvollisuus, joka jatkuu myös työsuhteen päättymisen jälkeenkin. (L 2000/653)

5.7 Havainnointi

Havainnointi, eli asiakkaan voinnin ja sen kaikkien osa-alueiden seuraaminen sekä analysoiminen, on osa hoitajan työtä, joka tapahtuu samanaikaisesti vuorovaikutuksen kanssa. Hoitaja pyrkii tekemään havaintoja, jotka auttavat luomaan kokonaiskuvaa asiakkaan tilanteesta, samalla kun hän kuuntelee. Asiakkaan puhuessa seuraa hoitaja hänen kehonkieltään, kuten katsekontaktia sekä yleistä olemusta. Asiakkaasta kertovat myös hänen puhetapansa, äänensävyä ja muut sanalliset tai sanattomat yksityiskohdat. Osana havainnointia on myös hoitajan oma intuitio asiakasta kohtaan, mutta sitä käyttäessään on hoitajan oltava erityisen tarkkaavainen siinä, ovatko heränneet tuntemukset lähtöisin hänestä itsestään ja ovatko ne luotettavia. (Kuhanen & Kanerva, 2017, s. 157.)

Asiakkaan terveystilan kokonaisvaltaiseksi selvittämiseksi huomioi hoitaja yksilön lääketieteellisten tutkimustulosten sekä sairaushistorian lisäksi hänen tunnetilaansa ja yleistä olemusta, muistia sekä keskittymiskykyä, psykomotoriikkaa, tajunnantasoja ja ahdistuneisuutta, loogisen ajattelun kykyä sekä orientaatioita. Hoitajan havainnoinnit sekä tarkkaan laadittu hoitosuunnitelma selvittävät hoitoyhteistyön osapuolille hoidon tarpeen, tavoitteen, mahdolliset toiminnot ja keinot sekä arvioinnin hoitotyön vaikutuksesta ja asiakkaan terveystilan muutoksista. (Kuhanen & Kanerva, 2017, s. 178—180.)

5.8 Fyysinen kunto, voimavarat ja hengellisyys

Fyysinen ja psyykkinen terveys kulkevat käsi kädessä ja vaikuttavat ihmisen elämänlaatuun merkittävästi. Usein psyykkinen avuntarve huomataan tilanteessa, jossa asiakas on hakeutunut hoitoon fyysisen terveyden takia, tai päinvastoin löydetään fyysinen huolenaihe yhtenä taustasyynä mielenterveyshäiriölle. Molempien terveyden osa-alueiden huomioon ottaminen mahdollisimman varhaisessa hoidon vaiheessa auttaa tukemaan asiakkaan hyvinvointia ja kuntoutumista. Terveelliset elämäntavat ovat merkittävä tekijä elämänlaadun parantamisessa. Hyvä fyysinen kunto lisää aktiivisuutta, joka taas parantaa sekä fyysistä, että psyykkistä hyvinvointia. (Hietaharju & Nuuttila, 2016, s. 176; Ohrnberger ym., 2017, s. 42—49.)

Asiakkaan voimavarojen selvittäminen ja niiden tukeminen yhteistyössä hoitajan kanssa mahdollistaa hänen selviytymisensä arjesta. Hoitaja on hoitosuhteessa yksi käytettävissä olevista voimavaroista, joka auttaa ja tukee asiakasta voimaantumisessa ja omien vahvuuksien hyödyntämisessä. Yksilön omien voimavarojen löytäminen helpottaa sairauden tuomien elämänmuutoksien hyväksymistä ja uskoa siitä, että tilanne pysyy hallinnassa. (Kanerva & Kuhanen, 2017, s. 149; Routasalo ym., 2009.)

Moni hoitoon hakeutuva asiakas kokee oman hengellisyytensä tärkeänä osana itseään ja toivoo hoitajien ottavan tämän huomioon myös hoidossa. Tämä on osa asiakaslähtöistä hoitotyötä, jossa yksilön tarpeita kunnioitetaan. Asiakkaan hengellisyyden huomioon ottamisessa riittää se, että hoitaja ilmaisee aitoa kiinnostusta asiakkaan uskomuksiin, pelkoja sekä unelmia kohtaan. Ammattitaitoinen hoitaja tukee asiakkaan näkemyksiä, mutta tietää omat eettiset rajansa eikä käytä vaikutusvaltaansa ihmisen uskomuksien muuttamiseen. (Puchalski, 2001.)

6 HOITAJAN EETTISET PERIATTEET

Ammattietiikka, siihen liittyvät periaatteet sekä lailliset ohjeistukset on luotu tukemaan hoitajaa päätöksenteossa ja parantamaan hoitotyön laatua. Eettiset periaatteet ovat tärkeitä hoitoalalla, jotta jokaisen asiakkaan oikeus tasa-arvoisesti laadukkaaseen hoitoon voisi toteutua. Voimassa olevat sairaanhoitajien eettiset ohjeet on vuonna 1996 hyväksytty Sairaanhoitajaliiton toimesta liittokokouksessa. (Sairaanhoitajaliitto, 1996.)

Hoitajan ammatillisilla arvoilla on vaikutusta siihen, millaisen hoitokokemuksen hän pystyy tarjoamaan asiakkaalle. Ammatillisten arvojen muodostumisessa on koulutuksella iso rooli, samoin opiskeluvaiheen sosialisatiolla. Koulutusvaiheessa vastaanotetut uudet periaatteet ja tuorein tutkimustieto, auttavat muokkaamaan ja kehittämään jo aikaisemmin omaksuttuja arvoja. Opintovaiheessa luodut henkilökohtaiset ammattistandardit sisäistetään, mikä tulee tukemaan hoitoalan ammattilaista työssään. Opettajat ovat roolimalleja, joiden tiedot, taidot ja kokemus motivoivat opiskelijaa sitoutumaan ammattinsa eettisiin vaatimuksiin. Opettajien kokemukset mahdollisista eettisistä ongelmatilanteista työssään ja strategiat niiden ratkaisemiseen ovat arvokkaana työkaluna opiskelijoille, jotta tulevien hoitoalan ammattilaisten työuran alku olisi sujuvampi ja itsevarmempi. (Porchangizi ym., 2019.)

Eettisen ilmapiirin olennaisena osana hoitoyksikössä on kollegiaalisuus eli henkilökunnan tasa-arvoisuus ja yhtenäisyys. Kollegiaalisuuden tavoitteina on vahvistaa yhteistyön kautta osapuolten osaamista ja motivaatiota sekä tarvittaessa ratkaista tehokkaasti myös ongelmakohtia. (Sairaanhoitajaliitto 2014.) Hoitohenkilökunnan yhteinen tavoite ja päämäärä sekä kunnioittava vuorovaikutus ovat tärkeitä, sillä hoidon laatu muodostuu eri ammattilaisten yhteistyöstä. Moniammatillisuus korostuu mielenterveystyössä ja onnistunut kollegiaalisuus ylläpitää asiakaslähtöistä työtettä. (Hämäläinen, 2017, s. 40—41.)

Mielenterveyshoitotyössä on hoitajan pohdittava ja kehitettävä jatkuvasti omia asenteitaan asiakasta kohtaan. Hoitajan asenteiden on oltava ennakkoluulottomia, asiakkaan hyvinvointia edistäviä ja oikeudenmukaisia. Sairaanhoidajan ammattietiikkaan kuuluu kunnioittaa asiakkaan itsemääräämisoikeutta ja kohdata asiakas arvokkaana ihmisenä riippumatta mistään tekijöistä. Hoitaja on ihmiselämän suojelija, joka on vastuussa omasta työstään sekä ammattipätevyyden jatkuvasta kehittämisestä. (Sairaanhoidajaliitto, 1996.)

Hoitotyöhön voi liittyä eettisiä ongelmia, joiden ratkaisemiseksi ei ole yhtä oikeaa vastausta, vaan eri vaihtoehdot kilpailevat eri näkökulmista. Sellaisia eettisiä ongelmia voi liittyä työyhteisöön, asiakkaaseen tai hänen läheisiinsä. Varsinkin tilanteessa, jossa kaikille hoidon osapuolille sopivaa ratkaisua on vaikea löytää, auttaa hoitajaa päätöksenteossa työorganisaation tuki, ohjeistukset sekä ammatilliset arvot. Hoitajan osaamiseen kuuluu kyky analysoida omia ammatillisia sekä henkilökohtaisia arvoja sekä niiden kohtaamista tai mahdollisia ristiriitoja, jotta omien näkemysten sijaan työtilanteessa korostuisi aina ammattietiikka. Hoitajan pitää pystyä haastamaan itsensä. Hoitaja saattaa kohdata työssään eettistä arvoristiriitaa, mikäli hän kokee, ettei asiakkaalle parhaan hoidon tarjoaminen ole jostain syystä mahdollista. Sellaisessa tilanteessa on hyötyä työorganisaation kokonaisvaltaisesta arvokeskustelusta, jonka tavoitteena on kehittää ja selkeyttää työyhteisön pelisääntöjä. Selkeät säännöt ja työorganisaation tuki estävät sen, että hoitajan päätöksenteko perustuu sattumaan tai muuhun epäsopevaan perusteeseen. (Hämäläinen, 2017, s. 44—47.)

7 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Opinnäytetyömme tarkoitus on tuottaa tutkittuun tietoon perustuva selkeä ohje, jota hoitajat voivat käyttää apuvälineenään ja hyödyntää valmistautuessaan ensitapaamiseen ja kohdatessaan mielenterveyden ongelmia kokevia asiakkaita arviointikäynneillä. Tavoitteena on ollut, että kuntouttavan arviointiyksikön hoitajat

kokevat laatimamme ohjeen hyödyllisenä. Toivomme heidän hyödyntävän ohjetta jo ennen arviointikäyntiä siihen valmistautuessaan, mutta myös käynnin aikana. Ohje toimii apuvälineenä, joka auttaa hoitajia valmistautumaan henkisesti ensitapaamiseen sekä muistilistana asiakkaan tilanteen kartoittamisessa käynnin aikana. Mitä paremmin hoitaja pystyy hyödyntämään ohjeesta vuorovaikutukseen liittyviä asioita, sitä paremmin hän pääsee myös vastavuoroiseen suhteeseen asiakkaan kanssa, mikä lopulta tukee asiakkaan tilanteen kokonaisvaltaisempaa kartoittamista ja luo asiakkaalle positiivisen kokemuksen ensikäynnistä.

8 OHJE ENSIMMÄISTÄ ARVIOINTIKÄYNTIÄ VARTEN

Kehittämispainotteisen opinnäytetyön tuotoksena on ohje (Liite 1) Helsingin kuntouttavan arviointiyksikön hoitohenkilökunnalle. Ohjeessa käydään läpi lyhyesti, miten hoitajan tulee kohdata asiakkaita ensiarviointikäynnillä ja miten hoitaja voi arvioida asiakkaiden vointia. Vaikka ohje suuntautuu mielenterveysasiakkaiden kohtaamiseen se ei tarkoita sitä, ettei ohjetta voisi hyödyntää muillekin asiakasryhmille. Ohje on toimiva malli kaikkien asiakasryhmien kohtaamisessa. Se on suunniteltu tukemaan hoitajia näillä vaativilla asiakaskäynneillä ottaen huomioon usein hyvinkin kiireiset aikataulut.

8.1 Yhteistyökumppani

Kuntouttava arviointiyksikkö on Helsingin kaupungille syksyllä 2019 perustettu sosiaali- ja terveystoimen alaisuudessa toimiva yksikkö. Asiakkaiksi tullaan esimerkiksi päivystyksestä tai sairaalaosastolta kotiutuessa (ilmoitus uudesta asiakkaasta tulee suoraan kotiuttavasta yksiköstä). Tarpeena voi olla esimerkiksi erityinen sairaanhoidollinen tarve kuten leikkauksen jälkeinen haavanhoito. Lisäksi asiakkaat ohjautuvat Helsingin kaupungin keskitetyn ikääntyneiden asiakasohjauksen Seniori-infon kautta.

Ensimmäisellä arviointikäynnillä kartoitetaan asiakkaan tarpeet ja tarvittaessa luodaan kuntouttava arviointijakso. Hoitosuunnitelma ja -jakso suunnitellaan moniammatillisesti. Käytössä asiakkaalla on hoitajien lisäksi mm. fysioterapeutin, toimintaterapeutin, sosiaaliohjaajan/sosiaalityöntekijän sekä lääkärin apua (kotihoiton lääkäri konsultoitavissa). Kuntouttava arviointijakso perustuu aina asiakkaan tarpeisiin ja mahdollisuuksien mukaan yhdessä hänen läheistensä kanssa laadittuun suunnitelmaan.

Arviointijaksolla pyritään selvittämään, millaisia palveluita asiakas tarvitsee. Asiakkaille tarjotaan palvelua tarvittaessa vuoden jokaisena päivänä klo. 7 ja 22 välisenä aikana. Yksikössä on 98 hoitajan vakanssin (lähi- ja sairaanhoitajia) lisäksi fysioterapeutteja, sosiaaliohjaajia, toimintaterapeutteja ja lääkäri. Yksikön vahvuutena on moniammatillisuus sekä tiivis yhteistyö eri toimijoiden, kuten kotihoidon, sairaaloiden sekä terveysasemien kanssa.

Asiakkaan toimintakyvyn tukemisen lisäksi kuntouttava arviointiyksikkö pyrkii myös vähentämään kotihoidon kuormitusta. Asiakas siirtyy oman alueen kotihoidolle, mikäli avuntarpeet arvioidaan jakson aikana jatkuviksi. Monesti riittää kotihoidon tukipalveluasiakkuus (mm. etähoito-, turvapuuhelin-, annosjakelu-, ateria- ja kauppapalveluiden aktivoiminen) sekä riittävän jatkokuntoutuksen järjestäminen. Mielenterveysongelmia kokevien asiakkaiden kohdalla ei ole välttämättä helppo löytää suoria sairaanhoidollisia avuntarpeita tai somaattiseen terveyteen liittyviä ongelmakohtia. Tämä asettaa heidän arviointijaksolleen erityisiä vaatimuksia myös hoitohenkilökunnalle.

Ensikäynnillä tulee kuntouttavan arviointijakson hoitajan luoda mahdollisimman hyvä kokonaiskuva asiakkaasta. Oireet saattavat määrittää asiakkaan arkea ja luoda haasteita siinä pärjäämisessä. Oireiden huomioiminen vaikuttaa myös tuen tarpeen arvioimiseen sekä siihen millaisia jatkotutkimuksia asiakas tarvitsee. Näitä asioita käsitellään yhdessä moniammatillisessa tiimissä mm. asiakaspalaverissa, jotka tiimeittäin järjestetään kahdesti viikossa.

Kaikki edellä mainitut asiat liittyvät moniammatilliseen arvioon ja jatkosuunnitelmien tekoon. Ohjeemme kautta pyrimme auttamaan tämän asiakasryhmän kohtaamista ja antamaan hoitajille apuvälineen, jotta myös nämä asiakkaat pystyttäisiin hoitamaan tasapuolisesti.

8.2 Kehittämispainotteinen opinnäytetyö

Tämä opinnäytetyö on kehittämispainotteinen ja toteutetaan tuotekehittelynä. Opinnäytetyö on käytännön työn ohjeistaminen eli tämä on siten myös toiminnallinen opinnäytetyö. Toiminnallinen opinnäytetyö pyrkii opastamaan, ohjeistamaan ja rationalisoimaan käytännön toimintaa. Kohderyhmä määrittää työn toteutustavan. Toiminnallinen opinnäytetyö aloitettiin suunnitelman laatimisella. Suunnitelmassa aihe rajattiin, kerrottiin työn tarkoitus sekä tavoitteet. Toiminnalliseen opinnäytetyöhön kuuluu toiminnallisen osuuden lisäksi teoriaosuus ja opinnäytetyön loppuraportti. Teoriaosuus perustuu luotettaviin lähteisiin kuten tieteellisiin artikkeleihin, julkaisuihin sekä kirjallisuuteen. (Saastamoinen ym., 2018.). Toiminnallisessa opinnäytetyössämme tuotamme ohjeen. Ohje keskittyy mielen-terveysasiakkaiden luona tapahtuvan ensikäynnin rakentumiseen sekä sisältöön.

8.3 Ohjeen toteutus

Ohjetta lähdettiin rakentamaan noudattaen samoja periaatteita, jotka koskevat hyviä potilasohjeita. Toimiva ohje palvelee henkilökuntaa. Selkeässä ohjeessa kirjoitetaan asiat tärkeysjärjestyksessä. Otsikot ja väliotsikot ovat ohjeen tärkeimpiä osia luettavuuden kannalta. Kuvat ovat usein toimivaksi havaittu tapa tehdä ohjeista mielenkiintoisempia. (Heikkinen, Tiainen & Torkkala, 2002, s. 39—40.).

Opinnäytetyömme alkoi ideointivaiheella keväällä 2020. Idea kehittyi käytännön tarpeista kuntouttavan arviointiyksikön hoitajien kentällä tapahtuvasta työstä ja

siitä saadun palautteen perusteella. Idea esitettiin arviointiyksikön päällikölle tammiukuussa 2020 ja se otettiin myönteisesti vastaan. Kevään aikana aloitimme tiedonhaut teoreettista viitekehystä varten. Ensimmäisessä raakaversiossa/ pääkohtien suunnittelussa toukokuussa 2020 hyödynsimme mm. Helsingin kaupungin RET –toimintaohjetta ikääntyneiden henkilöiden mielenterveyteen ja päihteisiin liittyvien riskien tunnistamiseen. Näihin pääkohtiin lähdimme hakemaan tutkittua tietoa. RET-sivustolta löytyy valtava määrä informaatiota, yhteystietoja jne. mielenterveys- ja päihdeasiakkaisiin sekä heidän hoitoonsa liittyen. Sivustot palvelevat erinomaisesti myöskin kuntouttavan arviointiyksikön tarpeita asiakkaiden jaksojen edetessä. Tässä opinnäytetyössä on keskitytty nimenomaan ensikäyntiin ja sen onnistumisen tukemiseen.

Tutustuttuamme teoriapohjaan keväällä 2020, aloimme suunnitella oppaan sisältörakenteita ja otsikoiteja tarkemmin. Ohjetta on rakennettu pala palalta sekä oppilaitokselta ja yhteistyökumppanilta saadun palautteen perusteella touko-kesäkuussa 2020, lokakuussa 2020 sekä helmi-maaliskuussa 2021. Tavoitteemme oli tehdä oppaasta yksikön hoitajille käyttökelpoinen ja selkeä kokonaisuus.

Ohjeen sisältöihin oli huomioitava myös käytössä oleva RAI –arviointi (mielenterveys –osio) sekä tulevan APOTTI –järjestelmän käyttöönotto (psykososiaalinen osio), Tämä palvelee esimerkiksi silloin, kun asiakas siirtyy kuntouttavasta arviointiyksiköstä kotihoidon piiriin. Mikäli kyseisen kysymyspatteriston asiat ovat jo selvillä (kirjattuna hoitosuunnitelmaan) valmiiksi, vältetään asioiden toistamiselta. Apotista puolestaan löytyy valtava määrä erilaisia tarkistuslistoja. Mikäli ensimmäisellä arviointikäynnillä saadaan asiakkaan ongelma-alueiden pääkohtia kartoitettua ja kirjattua muistiin, sujuvoittaa se jatkossa tarkempaa ja laajempaa kirjaamista.

Ohjeessa on käytetty melko riisuttua, pelkistettyä esitystapaa samoin kuin jo käytössä olevassa yleisessä ensikäyntilomakkeessa. Ohje on 2-sivuinen, jonka saa kuitenkin yhdelle paperiarkille 2 puoleisena tulosteena. Ottaen huomioon asiakkaiden erityispiirteet, joiden kanssa arviointikäynnillä toimitaan ja ollaan vuorovai-
kutuksessa, ei itse ohjeen ole tarkoitus vetää huomiota puoleensa. Sen on mieluummin oltava ensisijaisesti huomaamaton apuväline hoitajan tukena näitä

käyntejä tehtäessä. Sitä voi myös käyttää muistilistana ja tehdä merkintöjä jatkokirjauksia varten. Aihealueiden järjestys on myös johdonmukainen ensikäynnin prosessiin nähden; valmistautuminen ensikäyntiin, itse kohtaaminen/vuorovaikutustilanne (arviointi ja havainnointi) sekä jatkosuunnitelman laatiminen.

Ohjeessa täytyy välttää monimutkaisia virkkeitä sekä slangin käyttöä. On mielekkäämpää lukea selkeää ja helposti ymmärrettävää tekstiä. Ymmärrettävä teksti tarkoittaa myös hyvää suomea. On huolehdittava oikeinkirjoituksesta. (Heikkinen, Tiainen & Torkkala, 2002, s. 42, 46.)

Alkuperäinen tavoite oli saada aikaan 1-sivuinen ohje kuntouttavan arviointiyksikön käyttöön. Tavoite oli kunnianhimoinen. Mielenterveysasiakkaan kohtaamiseen liittyvää tietoa on valtava määrä, erilaisia oleellisia sisältöjä sekä painoarvoltaan yhtä tärkeitä osa-alueita oli niin paljon, ettei niitä ollut tarkoituksenmukaista mahduttaa yhdelle sivulle. Sinällään ironista, että yksi syistä miksi ohjetta lähdettiin alun perin tekemään, aiheuttaa myös tavoitteesta hienoisen jäämisen (teemaan liittyvät sivustot sisältävät usein kymmeniä sivuja materiaalia, mikä ei ole kovin käytännöllistä yksikön hoitajan työvuorojen työnkulun tai kentällä toimimisen kannalta).

Ohjeen kehittymisen aikataulu tapahtui seuraavissa vaiheissa: Idea oli esitetty ja hyväksytty 2/2020. Ensimmäinen ohjeen runkoversio oli suunniteltu toukokuussa 2020. Toinen versio ohjeesta tehtiin marraskuussa 2020, kolmas versio tammi-kuussa 2021 ja viimeinen versio maaliskuussa 2021. Tutkimuslupa myönnettiin 18.03.2021, jonka jälkeen toteutettiin palautekysely yksikön hoitajille ohjeeseen liittyen.

Ohje on toteutunut ryhmätyöskentelyn kautta. Opinnäytetyöntekijät ovat yhdessä pohtineet ohjeen suunnittelua ja lähteneet etsimään siihen tarpeellista teorianietoja. Vaikka tekijöiden panostus ei välttämättä näy symmetrisesti jokaisessa osissa, kaikki ovat kuitenkin osallistuneet aktiivisesti ohjeen luomiseen; tiedon hakemiseen, tekstinjäsentelyyn ja tuottamiseen, ideoiden luomiseen ja ryhmän keskusteluihin.

8.4 Ohjeen arviointi

Alustava malliversio ohjeesta sekä palautelomake testattiin kolmella kuntouttavan arviointiyksikön sairaanhoitajalla. Aikaa lomakkeen lukemiseen ja täyttämiseen heillä meni viidestä minuutista kahdeksaan minuuttiin. Palaute oli suurelta osin opinnäytetyömme tavoitteen mukaista ja kannustavaa. Aihe koettiin tärkeäksi ja ohje sisällöllisesti päteväksi ja luotettavaksi/oikeaksi. Saimme myös muutamana parannusehdotuksen, mm. kolmannen sektorin mukanaoloa ohjeeseen sekä ravitsemuksen merkityksen mainintaa kaivattiin. Kolmannen sektorin olemassaolo on erittäin tärkeä osa kokonaisuutta, kun kyseessä on mielenterveysasiakas. Koska tiedon rajaaminen on ollut yksi tärkeimpiä asioita ohjeen lopullisessa muodostumisessa ja koska halusimme keskittyä ensikäyntiin, emme läheneet enää lisäämään materiaalia tai eri tahoja, jotka tulevat enemmän esille jakson edetessä. Ravitsemus puolestaan on jo käytössä yleisessä ensikäyntilomakkeessa, samoin se on yksi pääkomponenteista hoitosuunnitelmissa automaattisesti kaikilla asiakkailla.

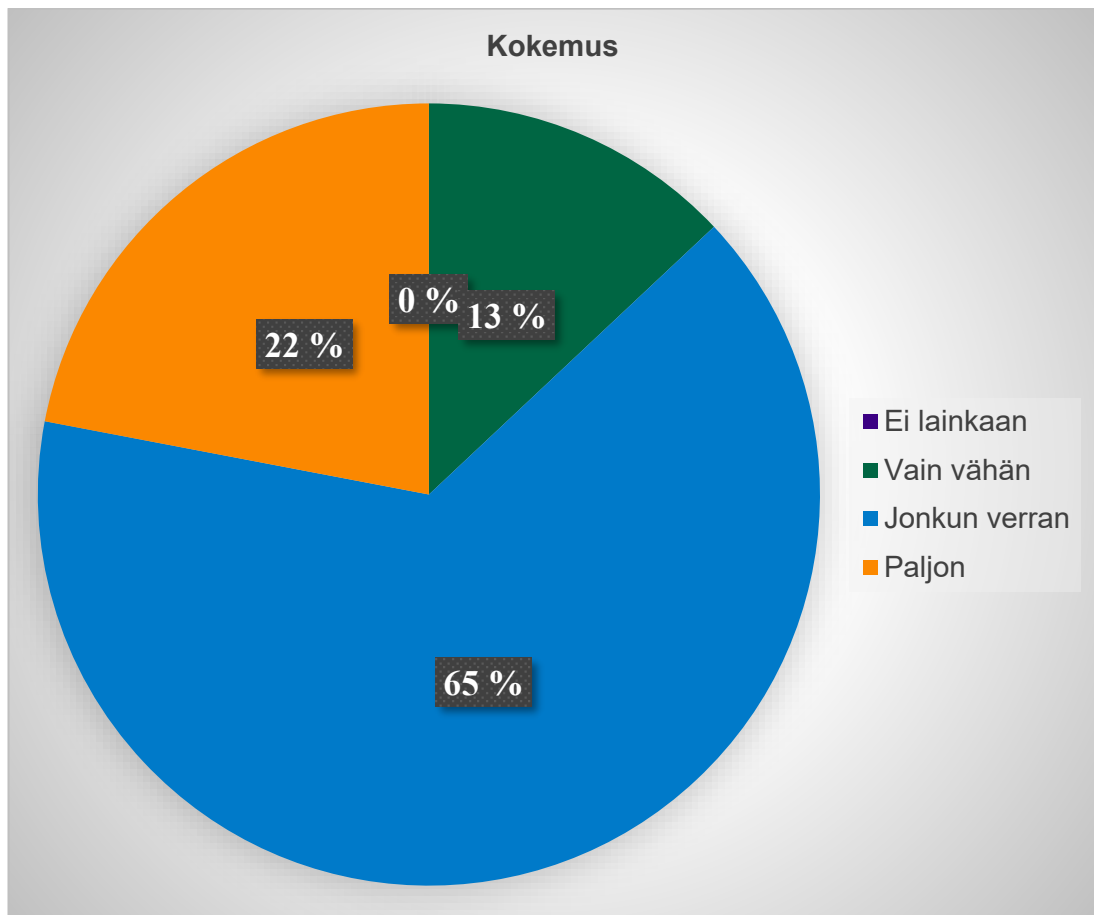
Ohjeessa on huomioitu Apotin käyttöönotto (psykososiaalinen -osio), RAI – arviointi (asiakkuuden siirtyessä kotihoitoon; siellä käytössä laajempi arviointi, jossa mukana myös mielenterveys -osa) sekä kuntouttavassa arviointiyksikössä jo käytössä oleva ensikäyntilomake siten, ettei kysymyksiä jouduta toistamaan, mikä on myös tärkeää kyseisen asiakasryhmän kanssa toimiessa.

Valmiin ohjeen testasimme kuntouttavan arviointiyksikön hoitajille lähetettävän kyselyn avulla, jossa selvitettiin, kokivatko he ohjeen heidän työtään tukevaksi ja käyttökelpoiseksi. Anonyymi kysely lähetettiin sähköpostitse kaikille kuntouttavan arviointiyksikön hoitajille (LIITE 2) 26.3.2021 yhdessä ohjeen (LIITE 1) sekä saattekirjelmän kanssa (LIITE 3). Vastaaminen kyselyyn oli täysin vapaaehtoista. Vastaamisaika oli 26.3.-31.3.2021.

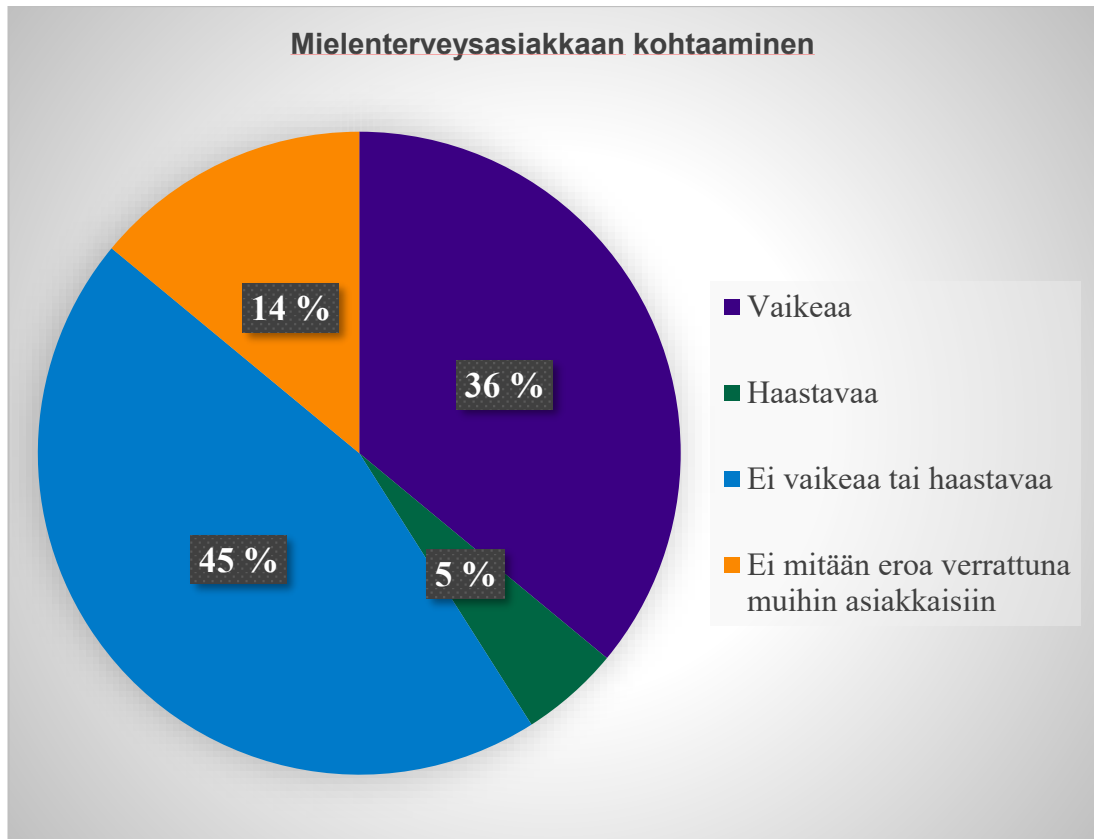
Tutkimusluvassa on määritelty, että saatu palaute raportoidaan sellaisenaan. Vastauksia 95 (N=95) lähetettyyn kyselyyn saatiin 23 (n=23), vastausprosentin ollessa näin 24. Luku on varsin tyydyttävä, ottaen huomioon, että samaan aikaan

yksikössä oli myös kaksi muuta vastaavaa kyselyä työntekijöille sekä vastausaika hyvin lyhyt. Tulokset olivat seuraavanlaiset:

Kysymykseen ”kuinka paljon kokemusta sinulla on mielenterveysasiakkaiden kohtaamisesta?” vastaukset jakoutuivat seuraavasti; ei lainkaan 0 %, vain vähän 13 %, jonkun verran 65 %, paljon 22 %.

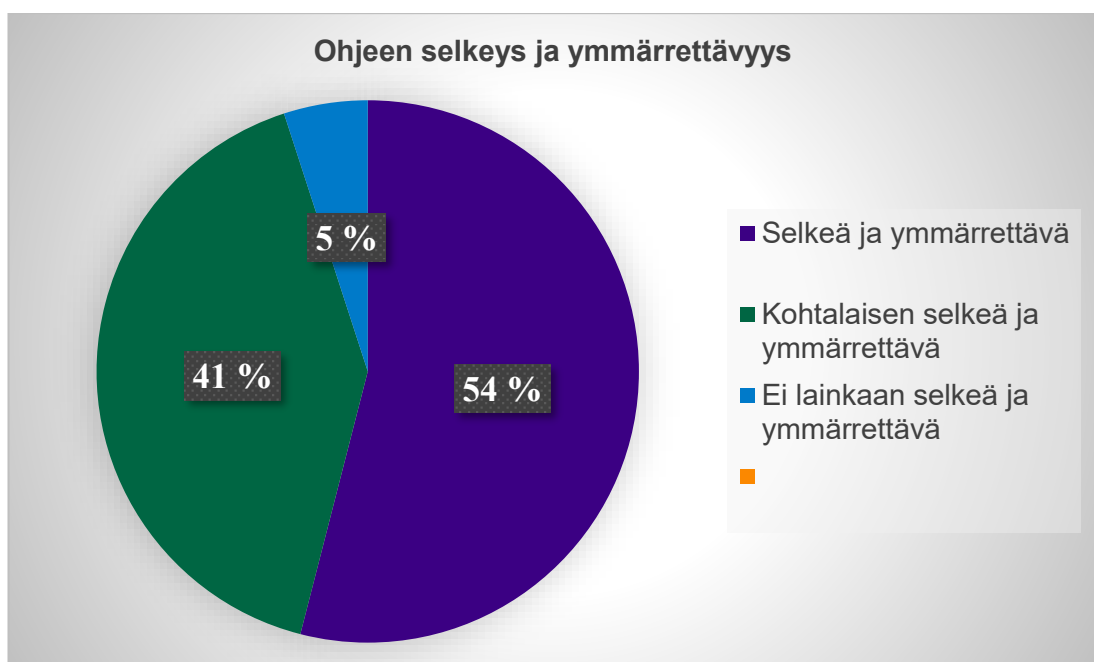


Haasteelliseksi mielenterveysasiakkaiden kohtaamisen koki 36 % vastaajista ja 5 % koki heidän kanssaan keskustelemisen vaikeaksi. Mielenterveysasiakkaan kohtaaminen ei tuntunut vaikealta tai haasteelliselta 45 % vastaajista ja 14 % ei kokenut mitään eroja kohtaamisessa verrattuna muihin asiakkaisiin.

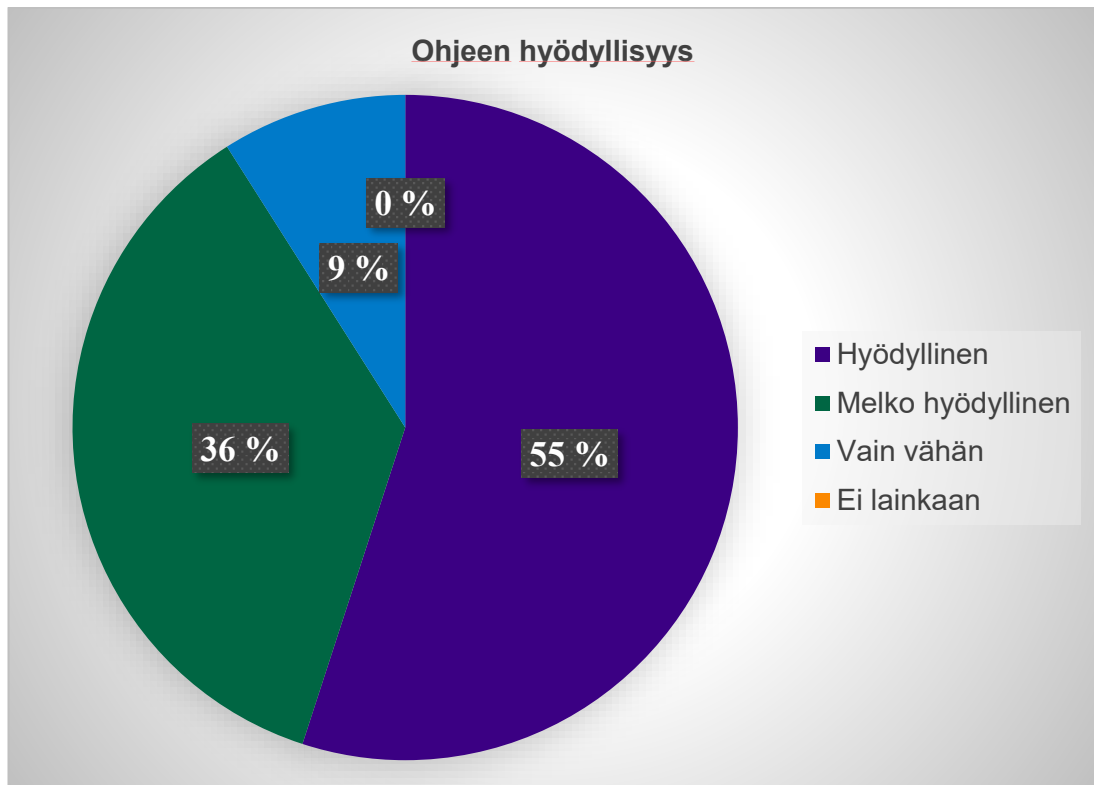


Asteikolla 1(en lainkaan) - 5 (paljon enemmän) kuinka paljon mielestäsi tarvitaan lisää ohjeistamista mielenterveysasiakkaiden kohtaamiseen: keskiarvo 4.0

Ohjeen koki hyvin selkeäksi ja ymmärrettäväksi 54 %, kohtalaisen selkeäksi ja ymmärrettäväksi 41 %. 5 % vastaajista koki, ettei ohje ole ymmärrettävä.



Ohjeen hyödyllisyys: 55 % vastaajista koki ohjeen hyödylliseksi, 36 % melko hyödylliseksi ja 9 % vain vähän hyödylliseksi. Kukaan vastaajista ei kokenut ohjetta täysin turhana.



Asteikolla 1 (en lainkaan todennäköisesti) – 10 (erittäin todennäköisesti) Kuinka todennäköisesti tulet hyödyntämään lomaketta mennessäsi mielenterveys- asiakkaiden luokse arviointikäynnille: keskiarvo 6.5

Tulokset kertovat opinnäytetyöryhmällemme sen, että voimme olla tyytyväisiä saavutettuun lopputulokseen. Tavoite oli selkeän ja käyttökelpoisen ohjeen tekeminen.

Ohjeeseen saatiin myös hyvää ja rakentavaa palautetta, joka on ajatuksia herättävää sekä meissä ohjeen tekijöissä kuin varmasti myös yhteistyökumppanissa ohjeen tulevaisuuden osalta. Erityistä lämpöä tuotti sisältöihin liittyvät palautteet/kysymykset, joihin tiedämme vastausten löytyvän perustellusti opinnäytetyömme teksti -osasta. Näihin kommentteihin on hyvä päättää ohjeen arviointi.

”Ohjeistuksessa on paljon tärkeää asiaa mielenterveysasiakkaan kohtaamisesta ja havainnoinnista, mikä pätee suurelta osin muihinkin asiakaskohtaamisiin. Toivon luominen jatkon suunnitelmissa on tärkeä huomio.

”Siinä oli hyviä asioita, näen ne itsekkin tärkeiksi- Tärkeää olisi kohdata ihminen ihmisenä ja olla läsnä, antaa aikaa. Joskus on myös pakko rajata keskustelua, jos on kysy esimerkiksi maanisesti puhuvasta ja käyttäytyvästä henkilöstä. tämä voi olla kotikäynnillä erittäin haastavaa. Jos tilanne vaatii tai on tuntuma, että asiakas on erittäin haastava, niin olisi hyvä mennä kotikäynnille kahden hoitajan voimin.”

”Nopeasti luettu, selkeä, aika paljon asiaa. Vaikea varmasti poistaakaan mitään, tärkeitä asioita kaikki.”

”Eryteisesti mielialaan liittyvät kohdat ovat tärkeitä, koska niiden pohjalta on helppompaa ohjautua kirjaamaan tarkemmin asiakkaan mielialaa. Muut kohdat ovat kuntouttavassa arviointiyksikössä tuttuja asioita, kuten verkosto, somaattiset sairaudet sekä toimintakyky fyysisesti. Painottaisin erityisesti siis tuota psyyken osuutta.”

”Se antaa minusta hyvin tukea epävarmuutta kokeville tai tuoreille hoitajille. Jos kohtaaminen on muuten luontevaa Mt-asiakkaiden kanssa, en näe varsinaisesta ohjeistuksesta juurikaan lisäarvoa”

”Lyhyempi, yksinkertaisempi ja selvempi!

”Jäin miettimään miksi huumoria pitäisi välttää tai miksi pitäisi olla nöyrä?”

”Lomakkeen asiat ovat itselleni tuttuja asiakaskontakteista, minkä vuoksi ei tätä lomaketta ole tarvetta pitää mukana. Valmistautuminen käynnille: hyvät perusasiat kootusti, mitkä koskevat kaikkia asiakkaita. Havainnointi: hyvä muistilista konkreettisin ilmaisin havainnoitavista asioista. Lomake olisi hyvä olla yksinker-

tainen ja selkeä. Jos on tarkoitus, että se otettaisiin mukaan, voisi asioiden perässä olla esim. ruksattavat kohdat. Pallukkalistojen jälkeen lomake pitäisi olla yksinkertaisempi, yhtä selkeä kuin alkuosa.”

”Lomake tuntui kauhean pitkältä ja tämä osaltaan vähensi mielekkyyttä käyttää kyseenomaista lomaketta. Myöskään en koe tarvitsevani tätä lomaketta. Lomake voisi olla mielestäni suunnattu sellaisen työntekijän tueksi, joka kokee MT-asiakkaat haastaviksi ja jolla ei ole kokemusta heidän kohtaamisestaan.”

”Tekstiä voisi selkeyttää ja supistaa. Lisäksi tekstin elävöittäminen väreillä yms. muilla työkaluilla. Helpottaa lukemista. Muuten hyviä asioita ja huomioita, joista osa itselle myös uusia. Sisällöllisesti hyvä paketti!”

9 POHDINTA

Opinnäytetyömme kannalta suurimmaksi haasteeksi muodostui aikataulujen yhteen sovittaminen sekä lähes koko opinnäytetyöprosessin ajan kestänyt pandemia tilanne. Tästä johtuen jo alussa toimintaamme kohdistuivat tietyt haasteet liittyen kokoontumisiin, yhteistyökumppanimme hoitajien haastatteluihin ja viime syksynä 2020 alkaneet sulkutoimet covid-19 pandemian vuoksi, muun muassa koulumme tilojen puolesta. Monet opinnäytetyömme kannalta oleelliset tapahtumat ja seminaarit siirtyivät käytäväksi verkkoon, mikä vaikuttaa suuresti oppikokemukseen. Mielestämme tämä on mainitsemisen arvoinen asia, vaikka koskettaakin tällä hetkellä lähes kaikkia opiskelijoita sekä meillä Suomessa että muualla maailmalla. Nämä vuodet tulemme muistamaan niin pandemiasta, kuin myös opinnäytetyömme hyvin opettavana kokemuksena. Ryhmämme jäsenet ovat taustoiltaan, opiskelijoina ja tekijöinä hyvin erilaisia ja myöskin elämäntilanteessaan hyvin eri vaiheissa. Prosessi on ollut pitkä ja se on pakottanut kaikki meidät myöskin ymmärtämään, että muut elämän osa-alueet eivät katoa opinnäytetyön vuoksi, vaan joskus on pakko pysähtyä ja

antaa tilaa myös muille asioille, jotta haluttuun päämäärään päästään kuitenkin asianmukaisesti.

Ryhmämme muotoutui kevään 2020 aikana nelijäseniseksi. Tämä on ollut varmasti meille haaste, mutta myös mahdollisuus. Samoin se, että yksi ryhmän jäsenistä on ollut työntekijänä yhteistyökumppanillamme koko opinnäytetyöprosessin ajan. Vaarana olisi saattanut olla tavoitteen hämärtyminen (tutkituun tietoon perustuva ohje) mikäli läheisten työtovereiden ajatukset ja asenteet olisivat päässeet vaikuttamaan työn objektiivisuuteen. Koska ryhmässä oli useita jäseniä, oli tehtäviä helppo jakaa siten, että tutkimusote säilyi myös eettisesti oikeana. Yhteydenpito yhteistyökumppaniin on toisaalta ollut myös mutkatonta, yhden ryhmän jäsenen ollessa koko ajan ns. pääkallon paikalla. Tämä seikka on korostunut erityisesti vallitsevan tilanteen aikana, jolloin käytännössä kaikki fyysiset kokoontumiset ja tapaamiset ovat olleet mahdottomia toteuttaa. Yksikkö on vahvasti moniammatillinen. Vaikka pääasiassa työn sisällön arviointi on jäänyt ohjaavien opettajien, seminaarien sekä yhteistyökumppanin johdon varaan, ei se tarkoita sitä, etteikö palautetta ja vinkkejä olisi myös muilta tahoilta matkan varrella saatu. Sekä tekstin että ohjeen sisältöihin olemme voineet pyytää rakentavaa palautetta, ideoita ja arviointia myös asiaan perehtyneiltä ammattilaisilta sekä yksikön sisältä että ulkopuolisilta tahoilta kuitenkin heidän yksityisyyttään kunnioittaen. Uskomme että ryhmämme toiminta sekä dynamiikka, olisivat hyötyneet kasvokkain tapaamisista, jossa olisimme voineet ohjata ja tukea toisiamme enemmän, tehdä asioita enemmän yhdessä. Vallitseva tilanne on tehnyt tämän todella hankalaksi. Haasteita on ollut opinnäytetyöprosessin eteenpäin viemisessä sekä myöskin versioinnissa. Jokainen meistä on varmasti oppinut omista vahvuuksistaan ja/tai heikkouksistaan matkan edetessä. Työ on kuitenkin haastanut meidät pitkäjänteisyyteen ja lannistamattomuuteen. Ryhmä on myös ohjannut eteenpäin ja kannustanut jatkamaan silloinkin, kuin jollakin jäsenellä työhön paneutuminen on tuntunut vaikealta. Ryhmäpaine on joskus myöskin hyvä asia. Nämä opit on hyvä viedä jokaisen mukanaan työelämää varten. Lopputuloksen uskomme olevan kaikkia osapuolia tyydyttävän. Aihe, jonka valitsimme, on ollut äärimmäisen mielenkiintoinen. Opitut asiat ovat varmasti käyttökelpoisia meille kaikille riippumatta siitä missä työskentelemme jatkossa.

Olemme luoneet selkeän ja käyttökelpoisen ohjeen yhteistyökumppanimme henkilöstön käyttöön. Alusta lähtien on ollut selvää, että ohjeen tulee perustua vahvaan tieteelliseen tutkimusnäyttöön ja erilaisiin akateemisiin artikkeleihin, joilla on merkitystä mielenterveysasiakkaan kohtaamisessa hoitotyössä ammattitaitoisesti, tasa-arvoisesti, kuunnellen, havainnoiden ja tukien. Yhteistyökumppanimme kuntouttavan arviointiyksikön työssä, sen onnistuessaan, on ensiarvoisen tärkeää kyetä luomaan luottamuksellinen suhde asiakkaaseen, jotta hänen tarvitsemansa terveydenhuollon palvelut saataisiin mahdollisimman yksilöllisesti kohdennettua juuri hänen tarpeitaan vastaavaksi.

Hoitajien työskennellessä yhteistyökumppanimme asiakaskohteissa, on ensiarvoisen tärkeää toimia ammatillisesti ja eettisesti oikeista lähtökohdista. Asiakkaan kotona tehtävän arvioinnin ja muiden toimintojen tulee ottaa tarkasti huomioon asiakkaan itsemääräämisoikeus ja autonomisuus. Asiakkaalle tulee antaa tilaisuus tulla kuulluksi kotonaan, asiallisesti ja kunnioittavasti. Hoitajan toiminnan tulee perustua voimassa olevaan lainsäädäntöön ja terveydenhuoltoa koskeviin normeihin sekä kuntouttavan arviointiyksikön ohjeistuksiin. Asiakkaan luona tapahtuvan havainnoinnin ja huomioiden perusteella tapahtuvan kirjaamisen tulee olla laadukasta ja selkeää. Hoitajan tulee omalla työskentelyllään huomioida asiakkaasta saatavien tietojen oikeanlainen käsittely, turvallisesti ja tietosuojalakeja ja säädöksiä noudattaen. Asiakkaasta saatavien tietojen tulee olla informatiivisia ja yksikössä helposti käytettävissä, kun kohdennetaan palveluja ja palvelun tarvetta mahdollisimman yksilöllisesti sekä kustannustehokkaasti. Sairaanhoidajan tulee toimia terveyden edistämisen näkökulmasta ja hyödyntää viimeistä tutkittua tietoa asiakkaan hoitotyössä. Toimissaan osana arviointi- ja kuntoutusyksikköä, tulee hoitajan kyetä johtamaan itseään ja toimiaan asiakkaan luona tapahtuvassa hoitotyössä. Kaikkien hoitajien tulee olla osa tiimiä ja pystyttävä ohjaamaan työskentelyä motivoiden, osattava antaa palautetta rakentavasti ja ottaa sitä myös vastaan.

9.1 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Opinnäytetyöprosessin aikana eettisyys ja luotettavuus ovat olleet alusta lähtien tärkeitä seikkoja toiminnassamme. Ohjeen luotettavuuden kannalta on ollut olennaista löytää erilaista teorian tietoa vuorovaikutuksesta, kohtaamisesta, asiakastyöstä ja mielenterveysasiakkaan kohtaamisesta. Olemme pyrkineet löytämään riittävän monipuolista kirjallisuutta sekä tieteellisiä julkaisuja. Lähteet on pääasiassa valittu mahdollisimman tuoreista julkaisuista, mutta myös vanhempia luotettavia lähteitä on mukana eikä niiden käyttö vaaranna työn luotettavuutta. Esimerkiksi on mainintoja myös vanhoista ihmissuhdeteorioista, jotka antavat kontekstia teorian alkuperästä ja historiasta. Ohjeemme perustuu tutkittuun teorian tietoon ja kaikki teorian/tietoperustan lähteet löytyvät lähdeluettelosta. Kaikki lähdeviitteet ovat merkitty Diak Osallistavan ja tutkivan kehittämisen -oppaan 2.0 mukaisesti.

Verkkokysely on toteutettu seuraavin tutkimus eettisin periaattein: Opinnäytetyön tutkimuksessa Webropol -kyselyn kautta kerätty tieto on kerätty siten, ettei kenenkään vastaajan henkilökohtaiset tiedot ole identifioitavissa. Kysely on toteutettu sähköisesti ilman tunnistetietoja ja saatu palaute on raportoitu sellaisenaan. Kyselyn avulla kerättyä palautetta hyödynnetään opinnäytetyönä laaditun ohjeen arvioimisessa ja jatkoehdotusten laatimisessa. Kyselyssä kerätty aineisto hävitetään opinnäytetyön valmistuttua.

LÄHTEET

- Abbate-Daga, G. , Amianto, F., Delsedime, N., De- Bacco, C., Fassino, S. (2013). Resistance to treatment and change in anorexia nervosa: a clinical overview. *BMC Psychiatry*, 13, 294.
- Aggarwal, N. (2016). Empowering People with Mental Illness within Health Services. *Acta Psychopatgologica*. Verkkoartikkeli: <https://psychopathology.imedpub.com/empowering-people-with-mental-illness-within-health-services.php?aid=17223>
- Anglé, S. (2020). Motivoiva haastattelu ja ratkaisukeskeinen työskentelytapa. *Suomalainen Lääkäriseura Duodecim*. Verkkoartikkeli: <https://www.kaypahoito.fi/nix02726>
- Buber, M. (1993) Minä ja sinä. Teoksessa. Mönkkönen K. (2018) Vuorovaikutus asiakastyössä. Gaudeamus Oy. Tallinna
- Eläketurvakeskus. (2020) Mielenterveydensairaudet yleisin syy työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymisen syy. Saatavilla 24.03.2021. <https://www.etk.fi/ajankohtaista/mielenterveyden-sairaudet-yleisin-tyokyvyttömyyseläkkeelle-siirtymisen-syy/>
- Gras, L., Swart, M., Slooff, C., Weeghel, J., Knegtering, H. & Castelein, S. (2015). Differential stigmatizing attitudes of healthcare professionals towards psychiatry and patients with mental health problems: Something to worry about? A pilot study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 50(2), pp. 299-306. doi:10.1007/s00127-014-0931-z
- Hietaharju, P., Nuutila, M. (2016.). Käytännön Mielenterveystyö. (s. 113-120, s. 118.119, s. 125-126, s. 127-128 s. 132-133, s. 143, s.145, s. 176, s. 180-181.). (4.uud. p.) Sanoma Pro Oy
<https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveystyö>
<https://www-sciencedirect-com.ezproxy.metropolia.fi/science/article/pii/S0145213411001578?via%3Dihub>
- Hämäläinen, K., Kanerva, A., Kuhanen, C., Schubert, C., Seuri, T. (2017). Mielenterveyshoitotyö. (s. 40-41, s. 44-47, s. 128, s. 140-143, s. 149,

- s. 153-154, s. 156-157, s. 163-164, s. 166-167, s.178-180, s.225-226, s.241, s.243, s.245.). (5.uud. p.) Sanoma Pro Oy
- lezzoni L., Ramanan R., Stacey L. 2006. Teaching Medical Students about Communicating with patients with major mental illness. Julkaisussa: *Journal of General Internal Medicine*. painos. 21 (10). sivut 1112-1115
- Ikäinstituutti 2015. Vanhuuden Mieli. Trinket Oy.
- Järvinen, M. (2020). Motivoiva haastattelu. *Suomalainen Lääkäriseura Duodecim*. Verkkoartikkeli: <https://www.kaypahoito.fi/nix02109>
- Kinnunen, U., Liljamo, P., Härkönen, M., Ukkola, T., Kuusisto, A., Hassinen, T., Moilanen, K. (2019). FinCC- Luokituskokonaisuuden käyttäjäopas FinCC 4.0. *Terveiden ja hyvinvoinnin laitos THL*. Verkkoartikkeli: <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe202002246350>
- Koenig, H.G. (2012). Religion, Spirituality, and Health: The Research and Clinical Implications. *International Scholarly Research Notices*, 2012, s. 33. Verkkoartikkeli: <https://www.hindawi.com/journals/isrn/2012/278730/>
- Koivisto, K. (2019). Ohjaus ja dialoginen vuorovaikutus hoitotyössä. OAMK. <http://www.oamk.fi/epooki/2019/ohjaus-ja-dialoginen-vuorovaikutus-hoitotyossa/>
- Kokkola A., Kiikkala I., Immonen T., Sorsa M. (2002) Mitä sinä elämältäsi haluat? Asiakaslähtöinen mielenterveyttä edistävä toimintamalli. Suomen Kuntaliitto. Helsinki.
- Kuhanen, C. (2019). Mielenterveyshoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- L 1986/41. Päihdehuoltolaki. Saatavilla. <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1986/19860041>
- L 1990/1116. Mielenterveyslaki. Saatavilla. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>
- L 1992/785. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Saatavilla. <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>
- L 2000/653. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Saatavilla. <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785#a30.6.2000-653>

- Laitila M., Järvinen T. 2009. Mielenterveys ja päihdetyö strateginen suunnittelu kunnissa. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. https://www.epshp.fi/files/5203/Mielenterveys- ja_paihdyon_strateginen_suunnitelu_kunnissa.pdf
- Mielenterveystalo 2020. Voimavarat. Saatavilla 5.7.2020. https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/itsehoitojaoppaat/itsehoito/tyokaluja_itsehoito/Pages/Harjoitusnro6Lahjasi.aspx
- MIELI Suomen Mielenterveys ry (2020). Ikääntyneiden masennus. Masennus yleisin ikäihmisten mielenterveysongelma. Saatavilla 20.5.2020. <https://mieli.fi/fi/mielenterveys/mielenterveysdenh%C3%A4iri%C3%B6t/masennus/masennus-yleisin-ik%C3%A4ihmisten-mielenterveysongelma>
- MIELI Suomen Mielenterveys ry (2020). Kuinka voit? Saatavilla 5.7.2020. <https://mieli.fi/fi/mielenterveys/kuinka-voit>
- MIELI Suomen Mielenterveys ry (2020). Mielenterveys Suomessa. Mielenterveys ei ole kohentunut fyysisen terveyden tahtiin. Saatavilla 20.5.2020. <https://mieli.fi/fi/yhteiskunta/suomalaisten-mielenterveys-ei-ole-kohentunut-fyysisen-terveyden-tahtiin>
- Mäkisalo-Ropponen M. (2012) Vuorovaikutustaidot sosiaali- ja terveysalalla.
- Mönkkönen K. (2018) Vuorovaikutus asiakastyössä. Gaudeamus Oy. Tallina.
- Ohrnberger, J., Fichera, E., Sutton, M. (2017). The relationship between physical and mental health: A mediation analysis. *Social Science & Medicine*, 195, 42-49.
- Oksanen, J. (2020). Sosiaalisen toimintakyvyn mittarit. *Suomalainen Lääkäri-seura Duodecim*. Verkkoartikkeli: <https://www.kaypa-hoito.fi/nix02809>
- Outila, M., Jumisko, E. & Kettunen, R. (2014). Kotihoidon työntekijöiden ja asiakkaiden välisen vuorovaikutuksen rakentuminen: Kehysanalyttinen näkökulma. *Gerontologia* 28 (2014) : 4, s. 231-249.
- Poorchangizi, B., Borhani F., Abbaszadeh, A., Mirzaee, M., Farokhzadian, J. (2019). The importance of professional values from nursing students' perspective. *BMC Nursing*, 26.

- Puchalski, C. M. (2001). The role of spirituality in health care. *Baylor University Medical Center Proceedings*, 14(4), s. 352-357. Verkkoartikkeli: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1305900/>
- Raitakari, S., Holmberg, S., Juhila, K. & Räsänen, J. (2018). Constructing the Elements of the "Recovery in" Model through Positive Assessments during Mental Health Home Visits. *International journal of environmental research and public health*, 15(7doi:10.3390/ijerph15071441
- Raitakari, S., Haahtela, R. & Juhila, K. (2016). Tackling community integration in mental health home visit integration in Finland. *Health & Social Care in the Community*, 24(5), pp. e53-e62. doi:10.1111/hsc.12246
- Routasalo, P., Airaksinen, M., Mäntyranta, T., Pitkälä, K. (2009). Potilaan omahoidon tukeminen. *Suomalainen Lääkäriseura Duodecim*, 125 (21). Verkkoartikkeli: <https://www.duodecimlehti.fi/duo98401>
- Saastamoinen, M., Vähä, T., Ypyä, J., Alahuhta, M. & Päätaalo, K. 2018. Toiminnallisen opinnäytetyön oppimiskokemukset. ePooki. Oulun ammattikorkeakoulun tutkimus- ja kehitystyön julkaisut 45. Saatavilla 17.5.2020 <https://urn.fi/urn:nbn:fi-fe2018060625407>
- Sairaanhoitajien Eettiset ohjeet (1996). *Sairaanhoitajaliitto*. <https://sairaanhoitajat.fi/wp-content/uploads/2020/01/Sairaanhoitajien-eettiset-ohjeet.pdf>
- Sairaanhoitajien Kollegiaalisuusohjeet (2014). *Sairaanhoitajaliitto*. <https://sairaanhoitajat.fi/wp-content/uploads/2019/10/Sairaanhoitajien-kollegiaalisuusohjeet.pdf>
- Sipari, S. & Mäkinen, E. 2012. Yhdessä rakentuva kuntoutusosaaminen. *Metropolian ammattikorkeakoulun julkaisusarja. Aatos-artikkelit 6.*
- Suomalainen Lääkäriseura Duodecim (2020). Skitsofrenia. Käypä hoito - suositus. Saatavilla 22.4.2021 <https://www.kaypahoito.fi/hoi35050>
- Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Psykiatriyhdistys ry:n ja Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistyksen asettama työryhmä. Saatavilla 21.2.2021. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50119>

Suomen Mielenterveysseura 2015. Vanhuspalveluiden ja psykiatrian välimaastossa, 29—82

Tamminen, N., Solin, P. (2013). Mielenterveyden edistäminen ikääntyneiden asumis- ja hoivapalveluissa. THL. Verkkoartikkeli: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-913-8>

Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. (2019). Mielenterveyshäiriöt.

Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. (2019). Toimintakyvyn arviointi Verkkoartikkeli: <https://thl.fi/fi/web/toimintakyky/toimintakyvyn-arviointi>

Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. (2020). Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen johtaminen. Itsearviointi. Saatavilla 20.5.2020. <https://thl.fi/fi/web/hyvinvoinnin-ja-terveyden-edistamisen-johtaminen/osallisuuden-edistaminen/heikoimmassa-asemassa-olevien-osallisuus/hankkeet-ja-hanketuki/arviointi/itsearviointi>

Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. (2020). Ikääntyneiden toimintakyvyn tukeminen koronavirusepidemian aikana. Verkkoartikkeli https://thl.fi/fi/web/ikaantymisen/ajankohtaista/ikaantyneiden-toimintakyvyn-tukeminen-koronavirusepidemian-aikana#Mielen_hyvinvoinnin_tukeminen

Vaartio-Rajalin, H, Ngoni, K., & Fagerström, L. (2020). Balancing between extremes—Work in hospital-at-home. *Nursing Open*, 7(1), 398-410. doi:<http://dx.doi.org.anna.diak.fi:2048/10.1002/nop2.402>

Williams, A. (2013). A toolkit to assess first impressions of healthcare. *Nursing Times*, 109. Verkkoartikkeli: <https://www.nursing-times.net/roles/nurse-managers/a-toolkit-to-assess-first-impressions-of-healthcare-04-01-2013/>

Wingenfeld, K., Schaffrath, C., Rullkoetter, N., Mensebach, C., Schlossor, N., Beblo, T., Driessen, M., Meyer, B. (2011). Associations of childhood trauma, trauma in adulthood and previous-year stress with psychopathology in patients with major depression and borderline personality disorder. *Child Abuse & Neglect*, 35; 8, 647-654. Verkkoartikkeli: <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2011.04.003>

LIITE 1. OHJE

MIELENTERVEYSASIAKKAAN KOHTAAMINEN

1. ENSIKÄYNNILLE VALMISTAUTIMINEN

1. Ole valmis kohtaamaan asiakas omana yksilönään
2. Älä luo omia ennakkoasenteita esitietojen perusteella
3. Muista - ensivaikutelma on tärkeä!

DIALOGISUUS – tarkoittaa sitä, että luomme yhteisymmärryksen toisen ihmisen kanssa. Asiakas ja hoitaja etsivät yhdessä ratkaisuja. Opimme toisistamme vuorovaikutuksen kautta.

KUN KOHTAAT

1. Muista - tasavertainen vuorovaikutus/vastavuoroisuus
2. Anna asiakkaalle riittävästi tilaa ja mahdollisuus kertoa hänen omista näkemyksistään.
3. Katso asiakkaan elämäntilannetta hänen näkökulmastaan
4. Älä monimutkaista asioita (ei ammattikieltä!)
5. Muista - asiakas oman elämänsä ohjaaja
6. Ei tarvitse olla samaa mieltä kaikista asioista
7. Yhdessä luodaan yhteisymmärrys eri näkökulmien kautta
8. Pohditaan yhdessä ratkaisuja

VUOROVAIKUTUS VINKKEJÄ ENSIKÄYNNILLE

1. Tee yhteenvetoja asiakkaan kertomuksista eli refleктоivaa kuuntelua
2. Kysy avoimia kysymyksiä
3. Vältä huumorin käyttöä
4. Käytä kannustavaa kommunikointia

ASIAKKAAN KOHTAAMINEN KRIISIN KESKELLÄ

KUN KOHTAAT

1. Ole kärsivällinen ja nöyrä
2. Ota vastaan tunteita avoimin mielin
3. Älä syyllistä tai väheksy asiakkaan tunteita
4. Muista - on mahdotonta ymmärtää toisen tunteita täysin
5. Näytä että haluat olla aidosti läsnä

VÄLTÄ VÄITTEITÄ

1. Ymmärrän miltä sinusta tuntuu!
2. Sinun on taisteltava!

2. HAVANNOINTI

Hyvässä vuorovaikutuksellisessa kontaktissa pystyy havainnoimaan paljon asiakkaasta.

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ● Yleisvaikutelma ja olemus ● Orientaatio aikaan ja paikkaan ● Kontaktikyky <ul style="list-style-type: none"> ● Vuorovaikutustaidot ● Keskittymiskyky ja vireystila ● Muisti ● Psykomotoriikka ● Tajunnantaso ● Alkoholien- ja päihteidenkäyttö ● Mieliala | <ul style="list-style-type: none"> Mielialaoireet <ul style="list-style-type: none"> ● Levottomuus ● Ahdistuneisuus ● Alavireisyys, masennus ● Aggressiivinen käytös ● Impulsiivinen käytös ● Paniikki ● Pelot ● Ajatusten loogisuus ● Pakkoajatukset, -toiminnot ● Itsetuhoiset ajatukset ● Harha-ajatukset, harhaiset aistimukset |
|---|--|

Selvitä asiakkaan mahdolliset lähihistorian kriisit (esim. lähiomaisen kuolema, oma tai lähiomaisen onnettomuus, avioero), jotka osaltaan voivat selittää mielialaoireita.

Asiakkaan fyysinen kunto voi myös vaikuttaa mielialaan

→ Krooniset sairaudet

→ Muut sairastumiset tai toimenpiteet (esim. leikkaukset)

Tukiverkosto ja arjesta selviytyminen

→ Yksinasuva, puoliso (myös hänen tilanteensa arviointi yhdessä asumisen ja kotitilanteen kannalta), lapset, lapsenlapset, muut sukulaiset

→ Ystävät + muut tärkeät henkilöt

Asiakkaan voimavarat ja positiivisen palautteen antaminen

Mikäli voimavaroja havaitaan haastattelun aikana, niihin kannattaa pysähtyä ja antaa positiivista palautetta.

Viimeistään haastattelun lopuksi on hyvä kartoittaa ja arvioida asiakkaan voimavarat ja pohtia yhdessä hänen kanssaan, miten niitä voi hyödyntää hoitosuunnitelmissa.

JATKO

→ Hoitosuunnitelma → Lyhyt yhteenveto käydystä keskustelusta, jossa painottuvat positiiviset asiat, ja tulevaisuuteen suuntautuminen. Toivon luominen jatkosuhteen!

LIITE 2. KYSELY

1. Kuinka paljon kokemusta sinulla on mielenterveysasiakkaiden kohtaamisesta?

- ei lainkaan
- vain vähän
- jonkun verran
- paljon

2. Rastita ne väittämät, jotka parhaiten kuvaavat omaa kokemustasi mielenterveysasiakkaiden kohtaamisesta

- On haasteellista kohdata mielenterveysasiakkaita
- On vaikea puhua ja keskustella mielenterveydestä asiakkaiden kanssa
- Mielenterveysasiakkaiden kohtaaminen ei tunnu vaikealta tai haasteelliselta
- En huomaa mitään eroja mielenterveysasiakkaiden kohtaamisessa verrattuna muihin asiakkaisiin

3. Numerosta 1-5 kuinka paljon mielestäsi tarvitaan lisää ohjeistamista mielenterveysasiakkaiden kohtaamiseen

- | | | | | |
|-------------|---|---|---|----------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ei lainkaan | | | | paljon enemmän |

4. Onko opinnäytetyömme ohjeistus mielenterveysasiakkaiden kohtaamiseen ymmärrettävä?

- ei ole
- kohtalaisen selkeä ja ymmärrettävä
- hyvin selkeä ja ymmärrettävä

6. Ohje on mielestäni

- hyödyllinen
- kohtalaisen hyödyllinen
- vain vähän hyödyllinen

7. Kuinka todennäköisesti tulet hyödyntämään lomaketta mennessäsi mielenterveysasiakkaiden luokse arviointikäynnille?

- | | | | | | | | | | |
|-----------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|--------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| En lainkaan todennäköisesti | | | | | | | | | Erittäin todennäköisesti |

8. Kerro mitä mieltä olet arviointilomakkeesta. Puuttuuko siitä jotain? Miten sitä voisi parantaa?

LIITE 3. Palautekysely ohjeesta hoitajille

Arvoisa vastaaja!

Toivomme teidän lukevan ohessa liitteenä olevan ohjeen ja vastaavan sen jälkeen oheiseen kyselyyn:

<https://link.webpolsurveys.com/S/A00482E63D4E3AA3>

Kysely on avoinna 26.3.- 31.3.2021

Olemme sairaanhoitajaopiskelijoita diakonia-ammattikorkeakoulussa ja kysely liittyy opinnäytetyöhömme ”Mielenterveysasiakkaan kohtaaminen ensikäynnillä – ohje kuntouttavalle arviointiyksikölle”.

Kyselyllä kartoitamme miten hyödyllisenä hoitajat kokevat ohessa mukana olevan ohjeen, joka on tarkoitettu heidän apuvälineekseen mentäessä ensimmäiselle arviointikäynnille mielenterveyden ongelmia kokevan asiakkaan luokse.

Kyselyyn vastaamiseen menee aikaa noin 5 minuuttia. Kysely ja tutkimustulosten raportointi toteutetaan anonymisti niin, että vastaajan henkilöllisyyttä ei voida tunnistaa missään tutkimuksen vaiheessa. Kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista. Voit vastata, vaikka sinulla ei olisi kokemusta mielenterveysasiakkaiden kanssa toimimisesta.

Kyselyn vastauksia käytetään vain tähän opinnäytetyöhön ja ne hävitetään opinnäytetyön valmistuttua tietoturvaohjeiden mukaisesti. Valmis opinnäytetyö on luettavissa Theseus –tietokannasta (www.theseus.fi)

Kiitos etukäteen ajastasi ja panoksestasi kyselyn toteuttamiseen.

Mikäli sinulla on kysyttävää tutkimuksesta, alla yhteystiedot.

Ystävällisin terveisin,

Yevgeniya Dyubenko
Jarmo Issakainen
Nicolas Poursadigh
Pasi Turunen