



**LAUREA**  
AMMATTIKORKEAKOULU  
*Yhdessä enemmän*

# Psykoosipotilaan perheen ja omaisten huomioiminen psykiatrian avokuntoutuspoliklinikoilla

Tamsaari, Reino

2015 Laurea Lohja

Laurea-ammattikorkeakoulu  
Laurea Lohja

# Psykoosipotilaan perheen ja omaisten huomioiminen psykiatrian avokuntoutus- poliklinikoilla

Reino Tamsaari  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Opinnäytetyö  
Tammikuu, 2015

Reino Tamsaari

### Psykoosipotilaan perheen ja omaisten huomioiminen psykiatrian avokuntoutuspoli- klinikoilla

Vuosi

2015

Sivumäärä

63

---

Kansainvälisen tutkimuskirjallisuuden ja kotimaisten hoitosuosituksen perusteella on ilmeistä, että antamalla psykoosipotilaan omaisille tietoa ja työkaluja sairastuneen perheenjäsenen kanssa toimimiseen voidaan vaikuttaa suopeasti potilaan taudin kulkuun. Kirjallisuudessa on esimerkkejä onnistuneista projekteista tietotekniikan hyödyntämiseksi tämän vuorovaikutuksen edistämiseksi. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin (HUS) kolme avokuntoutuspoli-  
klinikkaa ovat tunnistaneet kehittämistarpeen ja lähteneet kehittämistyöhön 5 Stars Part-  
nership -hankkeen piirissä yhdessä Laurea Lohjan kanssa. Kehittämiprojektin tarkoituksena oli omaisten osallisuuden kehittäminen psykoosipotilaan kuntoutuksessa Lohjan sairaanhoito-  
alueen avokuntoutuspoli-  
klinikoilla ja hanke toteutettiin Laurean kehittämällä juurruttamisen menetelmällä.

Kehittämistyön aluksi selvitettiin lähtötilannetta ryhmähaastattelulla. Haastattelussa olivat mukana avokuntoutuspoli-  
klinikoiden yhteinen osastonhoitaja sekä yksi hoitaja jokaiselta poli-  
klinikalta. Haastattelukysymykset rakentuivat tutkimuskysymysten ympärille ja niillä luodatiin poli-  
klinikoiden käytäntöjä ja kehittämisajatuksia omaisten kanssa tapahtuvassa työssä. Haastattelu nauhoitettiin, litteroitiin ja analysoitiin laadullisesti käyttäen aineistolähtöistä sisällönanalyysia.

Analyysin perusteella avokuntoutuspoli-  
klinikoilla on hyvät resurssit omaisten integroimiseksi psykoosipotilaan hoitoon. Hoitajilla on myös riittävät tekniset resurssit tietotekniikan hyödyntämiseksi työssä. Psykoosipotilaiden omaisia tavataan niin potilaan kotona kuin toimipisteissäkin. Toiminta poli-  
klinikoilla on moniammatillista ja eri ammattiryhmiä, kuten lääkäreitä, sosiaalihoitajia ja toimintaterapeutteja, voidaan hyödyntää toiminnassa potilaan perheen ja omaisten kanssa. Kolmannen sektorin palveluita potilaiden omaisille tarjotaan usein, ei systemaattisesti. Tietotekniikkaa psykoosipotilaan omaisten ja perheen kanssa hyö-  
dynnetään vain yleisluontoisen informaation jakamiseen, ei terapeuttiin vuorovaikutuk-  
seen. Omaisille annetaan linkkejä luotettaville ja informatiivisille nettisivustoille.

Kehittämistarpeita haastattelussa tunnistettiin runsaasti. Keskeisenä teemana nousi syste-  
maattisen mallin kehittäminen psykoosipotilaan perheen ja omaisten ottamiseksi mukaan toimintaan. Avokuntoutuspoli-  
klinikoilla omaisten oli mahdollista osallistua toimintaan monin tavoin, mutta yksiköllä ei ollut selkeätä, sovittua kehystä, jonka puitteissa toimitaan. Psy-  
koedukatiivisen työskentelyn kehittäminen omaisten parissa koettiin myös tärkeäksi kehittä-  
miskohteeksi.

Opinnäytetyössä kuvataan myös uuden toimintatavan suunnittelua haastattelussa ilmenneiden kehittämistarpeiden, kehittämistyön aikana käytyjen keskustelujen ja työn yhteydessä kerä-  
tyyn teoreettisen tiedon pohjalta. Keskeisimmät tarpeet uuden toimintatavan rakentamiseksi ovat haastattelun ja teorian perusteella systemaattisen mallin luominen psykoosipotilaan omaisia kohtaan ja yhteistyön lisääminen kaikkien toimijoiden välillä.

Asiasanat: potilasneuvonta, verkostotyö, skitsofrenia, psykoosit

Reino Tamsaari

**Developing Family Involvement in Psychosis Rehabilitation in Outpatient Psychiatric Care Units**

Year 2015

Pages

63

---

According to international research literature and Finnish Current Care Guidelines, increasing the involvement of the family and the closest relations in the care of a psychotic patient aimed at reducing stress factors in the psychosocial environment of the patient can positively influence the course of the disease. There are promising examples in literature of projects using information technology to facilitate this interaction. The three outpatient psychiatric rehabilitation centers in a region of Hospital District of Helsinki and Uusimaa (HUS) identified a need to develop their practice involving the psychosocial environment of the patient. Together with Laurea Lohja University of Applied Sciences, the rehabilitation centers decided to begin a development program within the 5 Stars Partnership. The aim of the development program was to advance the participation of close relations in the rehabilitation of psychotic patients. The development program followed the Learning by Developing model developed by Laurea.

In order to describe the current practices in the clinics, one nurse from each of the three rehabilitation centers and the common head nurse were interviewed in a group interview. The questions in the interview were built around the research questions. They probed the practices of the clinics and development ideas of their staff. The interview was recorded, transcribed, and analyzed using qualitative content analysis.

The units have good resources for integrating families into the care of the psychotic patient. The nurses have sufficient technical skills and resources for utilizing information technology in their work. The families can attend most meetings if the patient is willing to allow them and they are also given support directly at home. The relatives can also phone the nurses during working hours. The care is multidisciplinary with doctors, social workers and occupational therapists among the professionals available for the clientele. The families are also directed to contact NGO's in the field for additional services. Information technology and the Internet are only used to transmit general information, not therapeutic interaction or psychoeducation. The close relations are given links to trustworthy websites.

Several development needs were identified in the interview. The development of a systematic model for working with the families and close relations was considered a primary goal. Developing psychoeducative work was also considered important.

The study also describes the development of practices in light of the information obtained from the interview, the information constructed with the team during the process and by investigating theoretical knowledge in the field.

Keywords: psychosocial rehabilitation, schizophrenia, psychotic disorders

## Sisällys

1	Johdanto.....	7
2	Kehittämisympäristö.....	8
3	Kehittämisen tietoperusta .....	9
3.1	Psykoosi.....	10
3.2	Skitsofrenia .....	11
3.2.1	Skitsofrenian etiologia .....	11
3.2.2	Skitsofrenian oireet .....	12
3.2.3	Skitsofrenian diagnostiikka.....	14
3.3	Psykoedukaatio.....	15
3.3.1	Psykoedukaatio ja psykososiaalinen ympäristö .....	16
3.3.2	Verkostotyö ja psykoedukaatio .....	18
3.3.3	Tunneilmapiiri.....	19
3.3.4	Haasteita psykoedukaation toteuttamisessa .....	20
3.3.5	Teknologia psykoedukaation tukena.....	21
4	Kehittämistyön menetelmät.....	24
4.1	Juurruttaminen.....	24
4.2	Laadullinen tutkimus .....	26
4.2.1	Haastattelu .....	27
4.2.2	Teemahaastattelu .....	27
4.2.3	Ryhmähaastattelu .....	28
4.3	Sisällönanalyysi.....	28
5	Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys .....	29
5.1	Tutkimusetiikka .....	29
5.2	Tutkimuksen luotettavuus .....	30
6	Kehittämistoiminnan toteutus .....	32
6.1	Ensiaskleet.....	32
6.2	Nykytilan kuvaus .....	33
6.2.1	Omaisten huomioiminen avokuntoutuspoliklinikalla .....	35
6.2.2	Tietokoneen käyttö omaisten kanssa .....	41
6.2.3	Kehittämiskohteita .....	42
6.2.4	Analyysin pohdinta .....	46
6.3	Uuden toimintatavan kehittäminen .....	50
6.4	Kehittämistoiminnan etiikka .....	52
7	Lopuksi.....	53
	Lähteet .....	55
	Kuviot.....	60
	Taulukot.....	61

Liitteet .....	62
----------------	----

## 1 Johdanto

”Kivetyin siihen. Se oli sittenkin päässyt yllättämään. Nyt Se oli tullut, eikä lähtisikään enää suosiolla pois. Näin, kuinka Se saapui aurinkojen ja tähtien muodossa. Ajatukset haihtuivat mun päästä ja tilalle tuli avaruus. Tyhjää jäistä pimeää, jossa välähteli taivaan valoja. Aurinkoja syttyi ja sammui.” (Hurme 2012.)

Näin teatteriohjaaja Juha Hurme kuvaa yhtä hetkeä oman keittiönsä lattialla matkallaan psykoosiin, kun todellisuuden tutut rajat katoavat ja mieli pääsee irti pidäkkeistään. Psykoosi vei Hurmeen harhojen täyttämälle matkalle, joka kulki sairaalan ja eristyksen kautta pitkälle toipumisjaksolle. Hurmeen sairastumisessa oli mukana vahva sosiaalisen ympäristön vaikutus. Hänen parantumisensa tapahtui sosiaalisen kanssakäymisen kautta. Aluksi maailmaa auttoi jäsentämään kommunikointi potilastoverien ja perheen kanssa. Myöhemmin kirjoittaminen, taiteilijan tärkein tapa kurottaa toisiin ihmisiin, vahvasti todellisuuden ääriviivoja. (Hurme 2012.)

Perheen ja omaisten ottaminen mukaan psykoosisairaahan potilaan kuntoutukseen edistää hänen kuntoutumistaan. Potilaan psykososiaaliseen ympäristöön kohdistuva koulutuksellinen perhetyö eli psykoedukaatio vähentää tutkitusti psykoosin uusiutumista ja sairaalajaksoja (Leff 2002). Skitsofrenian käypä hoito -suositus (2013) toteaa, että koulutuksellinen terapia kuuluu jokaisen skitsofreniapotilaan hyvään hoitoon. Suositus osoittaa, että terapia, jossa myös potilaan perheenjäsenet ovat mukana, on tehokkaampaa kuin vain potilaalle tarjottava potilasopetus. Kansainväliset katsaukset ovat samoilla linjoilla. Xia, Merinder ja Belgamwarin (2011) sekä Pharoah, Mari, Rathbone ja Wongin (2010) Cochrane-katsausten mukaan potilaan ja perheen psykoedukaatio parantaa sitoutumista lääkehoitoon, relapsien määrä laskee ja sairaalahoidon tarve pienenee. Psykoedukaation todettiin myös parantavan potilaan sosiaalista kanssakäymistä sekä hänen yleistä hyvinvointiaan.

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin (HUS) psykiatrinen hoito on muutosten edessä. Psykiatrian sairaalapaikkojen tavoitteellinen määrä vuoteen 2018 mennessä on neljä sairaalapaikkaa kymmentätuhatta asukasta kohti. Tämä edellyttää voimakasta avohoidon kehittämistä. (Näätänen 2014.)

Osana psykiatrian kentässä tapahtuvia muutoksia, sairaanhoitoalueen avokuntoutuspoliikklinikat päättivät lähteä yhdessä Laurea-ammattikorkeakoulun kanssa etsimään uusia tapoja psykoosisairaiden omaisten integroimiseksi osaksi hoitoa. Kehitystyö on osa HUS:n ja Laurea 5 Stars Partnership -hankekumppanuutta. Kyseessä on kansainvälinen yhteistyöhanke, jossa on mukana Laurea Lohjan, HUS:n Lohjan sairaanhoitoalueen ja ammattikorkeakoulu Arcadan lisäksi oppilaitoksia ja sairaaloita Latviasta ja Tanskasta. Hankkeen aikana kehitetään alueellisen

kehittämisen ja sairaanhoitajakoulutuksen tarpeisiin uutta pedagogista mallia. Malli perustuu Laurean Learning by Developing -menetelmään, jossa oppiminen tapahtuu kehittämistyössä aidoissa työelämän kehittämishankkeissa. (Nordplus Horizontal 2013.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata psykiatrian avokuntoutuspoliklinikoilla tapahtuvan psykoosipotilaiden perheille tarjottavan tuen ja koulutuksellisen työn tämänhetkinen tila sekä tarjota tutkimustietoa psykoedukaatiosta ja muista perheinterventioista avuksi tulevalle kehittämistyölle. Projektin aikana myös organisaatiosta kerättiin tietoa kehittämistarpeista sekä alettiin suunnitella tulevaa toimintamallia. Mallia ei tuotettu valmiiksi projektin aikana, vaan sen kehittäminen ja käyttöönotto tapahtuu projektin seuraavassa vaiheessa. Painopisteenä oli tietotekniikan sovellusten hyödyntäminen. Projektin toteutuksesta tehtiin abstrakti, joka esitettiin 5 Stars Partnership -hankkeen kansainvälisille yhteistyökumppaneille ja muille alan ihmisille konferenssissa Riikassa keväällä 2014.

## 2 Kehittämisympäristö

Kehittämistyö tapahtui neljän jäsenkunnan sairaanhoitoalueella Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä (HUS). Alueen kolme psykiatrian avokuntoutuspoliklinikkaa ovat pienehköjä avohuollon yksiköitä, joiden toiminnan tarkoituksena on täydentää potilaan saamaa muuta avohoitoa (Hus 2013b). Henkilökuntaa yksiköissä on yhteensä kaksitoista ja potilaita yhteensä noin 250.

Poliklinikoilla toteutetaan monipuolista kuntoutusta. Toiminta perustuu omahoitajuuteen, lääkärin määräämän lääkehoidon toteuttamiseen, yhteisöllisyyteen sekä toiminnalliseen ryhmätyöskentelyyn. Jokaisen potilaan kanssa laaditaan hänen omien tarpeidensa perusteella henkilökohtainen hoito- ja kuntoutussuunnitelma. Käynnit ovat potilaalle maksuttomia ja potilaat tulevat toisen yksikön läheteellä. (Hus 2013b.)

Kehittämistyön tarkoituksena on laajentaa hoidon näkökulmaa koskemaan enemmän myös potilaan psykososiaalista ympäristöä. Tämä tapahtuu lisäämällä ja tehostamalla potilaan omaisille ja perheelle tarjottavaa tukea.

HUS Psykiatria on voimakkaan kehittämisen kohteena. Sairaanhoitopiirin sairaalat on sijoitettu palvelujen kannalta kauas asutuskeskittymistä, kuten aiemmin oli tapana, kun sairaalahoito oli usein pitkäkestoista. HUS Psykiatrian sairausvuodepaikat on päätetty vähentää 40:een kymmentätuhatta asukasta kohden, mikä on noin puolet vuoden 2009 tasosta. Tavoitteeseen pääsemiseksi on myös avohoidon kehityttävä. Tietotekniikan hyödyntäminen on kirjattu strategiaan yhtenä keinona tavoitteen saavuttamiseksi. (Näätänen 2014.)



### 3 Kehittämisen tietoperusta

Työn teoriaosaa varten haettiin tietoa laajasti kirjallisuudesta, internetistä sekä kotimaisista ja kansainvälisistä tietokannoista. Teorian psykoosia ja skitsofreniaa koskeva teoria on kerätty lähinnä psykiatrian oppikirjoista ja yleisluontoisista artikkeleista. Tämä oli luontevaa, sillä skitsofrenian ja psykoosin luonteen kuvaamiseksi ei katsottu olevan tarpeellista käsitellä varsinaisia tutkimusartikkeleita. Oppikirjojen ja kokooma-artikkelien tarjoama tiedon taso oli riittävä. Näkökulman laajentamiseksi haettiin teoriaa skitsofreniasta ja psykoosista myös amerikkalaisista ja englantilaisista etabloituneista psykiatrian oppikirjoista.

Psykoedukaation teorian rakentaminen on tehty huolellisemmin, koska kehittämistyö koski sitä. Kehittämistyön oikeutuksen ja tärkeyden perustelemiseksi on tietoa kerätty hoitosuosituksista ja kokooma-artikkeleista, jotka on julkaistu tunnetuissa, tiukan vertaisarvioinnin omaavissa ja arvostetuissa instituutioissa. Näin rajallinen kyky arvioida lähteiden luotettavuutta ei pääse vaikuttamaan kovin paljon johtopäätöksiin, jotka voivat periaatteessa vaikuttaa kehittämistyön aloittamiseen tai suuntaamiseen. Psykoedukaation kuvaamista varten tietoa on haettu laajasti kahdesta kotimaisesta ja yhdestä kansainvälisestä ohjekirjasta ammattilaisille, kansainvälisen skitsofreniakonferenssin avauspuheesta laaditusta artikkelista, sekä kotimaisesta Medic- ja kansainvälisestä Cinahl-tietokannoista haetuista artikkeleista.

Koska tarkoituksena oli myös hakea kirjallisuudesta erilaisia mahdollisuuksia kehittää avokuntoutuspoliklinikoiden toimintaa, ja koska psykoedukaatiosta potilaalle ja tämän lähipiirille oli rajallinen määrä tutkittua tietoa saatavilla, hyväksyttiin myös vanhempia, hyvin heterogeenisiä ja heikommin näyttöön perustuvia artikkeleita psykoedukaatiota kuvaileviin osiin esimerkiksi erilaisista lähestymistavoista. Mukana artikkeleissa oli myös laadullisia tutkimuksia. Psykoedukaatiosta ei ole olemassa mitään standardiversiota, vaan kukin työryhmä on tutkimuksissaan käyttänyt tutkimuskohteena omaa malliaan aiheesta. Tämä toisaalta vaikeuttaa tutkimusten vertailua keskenään, toisaalta taas antaa hyvän ikkunan erilaisiin vaihtoehtoisin malleihin. Vaikka tutkimuksia on tässä työssä kuvailtu suppeasti, on työryhmän ja avokuntoutuspoliklinikan työntekijöiden mahdollista lähdeluettelon perusteella hakea kiinnostusta herättävä artikkeli tietokannasta ja tutkia jotakin tiettyä mallia tarkemmin.

Kotimaisesta Medic-tietokannasta haettiin artikkeleita seuraavilla hakusanoilla yhdistettynä Boolean-hakuoperaattorilla AND: tietotekniikka AND potilasopetus, tietotekniikka AND potilasohjaus, internet AND potilasopetus, internet AND potilasohjaus, tietokone AND potilasopetus. Hauissa rajattiin pois artikkelit, joista ei ollut saatavilla kokotekstiä sekä ennen vuotta 2002 julkaistut artikkelit. Haut eivät tuottaneet tähän työhön soveltuvia osumia. Haulla "psykoedukaatio" löytyi kaksi hyvää artikkelia, joissa perheet oli otettu huomioon.

Cinahl-tietokannasta haettiin vastaavasti artikkeleita useilla hauilla. Haku “patient education AND psychiat\* AND internet” tuotti kuusi osumaa, joista viisi oli Turun hoitotieteen laitoksen julkaisemia ja liittyivät Mielinet-potilasopetusohjelmiston kehittämiseen. Niistä yksi päätyi työhön. Haut “psychoeducation AND internet” ja “schizophrenia AND internet” tuottivat vain yhden hyvin tähän työhön soveltuvan artikkelin, joten käytiin läpi kaikki haun “psychoeducation” ennen vuotta 2002 julkaistut osumat, joissa oli tarjolla kokoteksti. Osumia oli 690, mutta aihepiiriltään sopivia artikkeleita, joista löytyi kokoteksti suoraan tietokannasta, oli ainoastaan parikymmentä. Myöhemmin hylättiin vielä joitakin artikkeleita, koska ne eivät tarjoneet enää oleellisesti uutta informaatiota työlle. Työhön asti näistä valikoitui seitsemätoista artikkelia. Tämä kuvaa hyvin psykoedukaation käytön leviämistä laajalle psykiatrisen hoidon piirissä ja sen ulkopuolellakin. Monet artikkelit koskivat syöpähoitoja tai sukupuolitauteja ja vain selvässä vähemmistössä kiinnitettiin mitään huomiota perheeseen tai lähipiiriin. Kahdessa artikkelista käsiteltiin tietokoneen käyttöä psykoedukaation apuna.

### 3.1 Psykoosi

Psykoosit ovat niin siltään kuin oirekuvaltaankin monimuotoinen ryhmä mielenterveyshäiriötä. Yhteistä niille on todellisuudentajun osittainen tai täydellinen menettäminen. Tyypillisiä psykoosin oireita ovat aistiharhat ja harhaluulot. Lisäksi psykoositasoisiin sairauksiin kuuluu usein psykoosia ennakoivia oireita sekä niin sanottuja jäännösoireita. Psykooseja arvioidaan esiintyvän noin kolmella prosentilla väestöstä. Psykoottiset häiriöt voivat olla luonteeltaan akuutteja ja ohimeneviä tai hyvinkin pitkäkestoisia. Psykoosi voi aiheutua elimellisestä syystä. Tällöin syynä on joko yleissairauden suora fysiologinen vaikutus, tai jonkin psykoaktiivisten aineen, kuten myrkyin, lääkkeen tai päihteen, aiheuttama muutos aivojen kemiassa. (Läksy 2007.)

Psykoosisairaudet on luokiteltu World Health Organisationin (WHO) ICD-10-luokituksessa alaluokkaan F20-F29, skitsofrenia ja skitsoyppinen häiriö ja harhaluuloisuushäiriö. Keskeisimmät diagnosiryhmät ovat skitsofrenia, pitkäaikaiset harhaluuloisuushäiriöt, akuutit ja ohimenevät psykoottiset häiriöt sekä skitsoaffektiiviset häiriöt. (Terveystieteiden tutkimuskeskus 2011.) Näiden lisäksi psykoottisia piirteitä liittyy myös kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön ja psykoottiseen masennukseen (Gelder, Mayou & Geddes 2006).

Aistiharhat eli hallusinaatiot ovat mitä tahansa aistimuksia, jotka eivät aiheudu todellisista ulkoisista ärsykkeistä. Yleisimpiä hallusinaatioita ovat kuuloharhat. Ne voivat olla mitä tahansa ääniä, yksittäisiä sanoja tai kokonaisia lauseita. Potilas kuulee yhden tai useamman äänen kommentoivan hänen toimintaansa. Usein kuuloharhat ovat syyttäviä tai uhkaavia. Kuuloharjojen lisäksi psykoosissa oleva henkilö voi kokea myös näkö-, haju-, tunto- tai makuharjoja. (Isohanni, Suvisaari, Koponen, Kiesepää & Lönnqvist 2011.)

Harhaluulot eli deluusiot ovat virheellisiä uskomuksia, väärin tehtyjä tulkintoja todellisuudesta, jotka voivat hallita täysin potilaan ajatuksia ja tuottaa vaikeuksia sosiaaliselle kanssakäymiselle ja alentunutta toimintakykyä. Potilas voi kuvitella, että häntä ohjailaan, vainotaan tai seurataan. Hänellä voi olla kohtuuttomia suuruudenkuvitelmia. Omien ajatusten riistäminen, levittäminen, lukeminen tai ohjailu ovat yleisiä deluusioita. Varsinaisten harhaluulojen lisäksi esiintyy usein ajattelun hajanaisuutta, joka pahimmillaan tekee potilaan puheen ja kirjoituksen ulkopuoliselle täysin käsittämättömäksi. (Isohanni ym. 2011.)

Harhaluulot ja aistiharhat ovat esimerkkejä positiivisista oireista. Positiivisten oireiden lisäksi psykoosiin ja erityisesti sen jälkitiloihin liittyy myös negatiivisia oireita, jotka ilmenevät fyysisen tai henkisen toiminnan puutteena, kuten tunneilmaisujen latistumisena, tahdottomuutena, kognition köyhtymisenä ja anhedoniana eli kyvyttömyytenä tuntea mielihyvää. (Läksy 2007.)

### 3.2 Skitsofrenia

Merkittävin ja yleisin psykoottinen häiriö on skitsofrenia. Se on vaihteleva sairaus, joka vaikuttaa syvällisesti henkilön kognitioon, tunteisiin, aistimukseen ja käytökseen. Skitsofrenia on maailmanlaajuinen terveysongelma, jota sairastaa noin yksi prosentti maailman väestöstä. Sen esiintyvyys on samaa luokkaa läpi kaikkien populaatioiden, vaikka on osoitettu, että joissakin verraten eristäytyneissä yhteisöissä esimerkiksi Pohjois-Skandinaviassa voi esiintyvyys olla merkittävästi korkeampi ilmeisesti geneettisen haavoittuvuuden vuoksi. (Sadoc & Sadoc 2005, 1329-1331.)

Skitsofreniaan sairastumista edeltää yleensä jopa vuosia kestävä edeltävä jakso, jonka aikana esiintyy prodromaali- eri esioireita. Nämä voivat muistuttaa masennuksen esioireita. Tyypillisiä esioireita ovat mm. alakuloisuus, energisyyden vähentyminen, ahdistuminen ja keskittymisvaikeudet. Nämä etenevät lähempänä psykoosin puhkeamista psykoottisen kaltaisiksi aistihairahduksiksi ja harhaluuloiksi. (Suvisaari, Isohanni, Kiesepä, Koponen, Hietala & Lönnqvist 2014a.) Kun henkilön esioireen etenevät todellisuudentajun menetykseen ja akuuttiin psykoosiin ensimmäistä kertaa, on kyse ensipsykoosista. Viimeistään ensipsykoosin puhjetessa ja tilanteen kriisiytyessä, olisi tärkeää päästä aloittamaan tehokas hoito (Paunio 2008.)

#### 3.2.1 Skitsofrenian etiologia

Skitsofrenian etiologiaa ei tunneta. Geneettisten tekijöiden osuudesta taudin puhkeamiselle on saatu hyvää näyttöä kaksois-, adoptio- ja perhetutkimuksista. Comprehensive Textbook of Psychiatry (Sadock & Sadock 2005, 1332) mukaan geneettisten häiriöiden lisäksi myös vi-

rusinfektioihin liittyviä immunologisia reaktioita, raskauden ja synnytyksen aikaista hapenpuutetta tai neurotoksista vauriota pidetään keskeisinä hypoteeseinä sairauden synnyssä.

Suvisaari, Isohanni, Kiesepä, Koponen, Hietala ja Lönnqvist (2014b) käsittelevät Duodecimin Psykiatria 2014 -oppikirjan artikkelissaan skitsofrenian etiologian uusimpia hypoteeseja. He kirjoittavat, että skitsofreniaan sairastuminen on monitekijäinen prosessi, jossa lukuisten biologisten ja ympäristöstä tulevien osatekijöiden kasautuminen johtaa sairastumiseen. Sairastumisriskiä lisääviä ympäristötekijöitä voivat olla ainakin ravintotekijät, toksiinit, infektiot, päihitteet, raskauteen ja synnytykseen liittyvät vauriot sekä kehitykseen liittyvät psykologiset ja sosiaaliset tekijät. Geneettiset tekijät ovat lähes aina luonteeltaan altistavia ja vaativat ilmentyä ympäristötekijöitä. Todennäköisesti kannamme kaikki skitsofreniaan altistavia geenivariantteja. Vasta niiden kasautuminen yhdessä ympäristötekijöiden kanssa aiheuttaa taudin puhkeamisen. Kaksos- ja perhetutkimuksissa on määritetty skitsofrenian heritabiliteetiksi 65 - 80 prosenttia eli perinnöllinen alttius on keskeinen osatekijä skitsofrenian synnyssä. (Suvisaari ym. 2014b.)

Suvisaari ym. (2014b) viittaavat myös suomalaiseen adoptiotutkimukseen, jonka mukaan adoptioperheen suotuisa tunneilmapiiri vähensi huomattavasti lapsen sairastumista skitsofreniaan tapauksissa, joissa lapsen biologinen äiti oli sairastunut eli lapsen biologinen sairastumisriski oli korkea. He toteavat myös, että lapsuusajan hyväksikäyttö, väkivalta ja kiusaamiskokemukset lisäävät sairastumisriskiä sitä enemmän, mitä vakavammasta kokemuksesta on ollut kyse. Maahanmuuttajien sairastumisriski on kohonnut, mitä on selitetty syrjintäkokemuksilla.

Biologisten ja aivotoimintaan liittyvien alttiustekijöiden ja ympäristöstä kumpuavien stressitekijöiden sairastumiseen johtavasta yhteisvaikutuksesta käytetään käsitettä haavoittuvuusstressimalli. Malli antaa viitekehyksen hoitojen suunnittelulle ja helpottaa havainnollistamaan skitsofrenian syntyä. (De Brujin 2006.)

### 3.2.2 Skitsofrenian oireet

Skitsofreniaan sairastumista ja ensipsykoosia edeltävät yleensä esi- tai ennako-oireet eli prodromaalioreet, joita saatta ilmetä jopa vuosia ennen taudin puhkeamista. Esioireita voivat olla esimerkiksi sosiaalinen vetäytyminen, epärationaaliset ja oudot ajatukset, oudot kokemukset, epäluuloisuus, motivaation puute ja aktiivisuuden väheneminen, univaikeudet ja ahdistuneisuus. Akuutin psykoosin lähestyessä oireet voimistuvat ja alkavat muistuttaa varsinaisia psykoottisia oireita. Tällöin voi esiintyä pakkoajatuksia, kielen ymmärtämisen häiriöitä ja automatisoitujen toimintojen vaikeutumista. Esioireet ovat samankaltaisia myös akuutin

psykoosin uusiessa. Ne kestävät tuolloin tyypillisesti huomattavasti lyhyemmän ajan, vain joidakin viikkoja (Isohanni, Honkonen, Vartiainen & Lönnqvist 2008, 83-85.)

Skitsofrenian kliiniset piirteet vaihtelevat runsaasti ja voivat sairauden edetessä muuttua suuresti myös yksittäisen potilaan kohdalla. Oireet on perinteisesti jaoteltu positiivisiin ja negatiivisiin oireisiin. Positiivisilla oireilla tarkoitetaan psyykkisten toimintojen häiriintymistä. Näitä ovat esimerkiksi aistiharhat, hajanainen puhe ja harhaluulot. Negatiivisilla oireilla tarkoitetaan psyykkisten toimintojen heikentymistä. Esimerkkejä negatiivisista oireista ovat puheen köyhtyminen, tahdottomuus, kyvyttömyys mielihyvään ja tunneilmaisun latistuminen. Positiiviset oireet liittyvät vahvasti sairauden akuuttiin vaiheeseen, kun potilas on avoimen psykoottinen. Negatiiviset oireet ovat laadultaan tyypillisesti pidempi kestoisia ja sitkeitä, ja ne esiintyvät erityisesti akuuttien vaiheiden välillä. (Isohanni, Honkonen, Vartiainen & Lönnqvist 2008, 77-78.)

Gelder, Mayou ja Geddes (2006, 119-121) luokittelevat skitsofrenian kliiniset piirteet havainnollisesti jakaessaan skitsofrenian akuuttiin ja krooniseen syndroomaan. Akuutin syndrooman piirteisiin kuuluvat lähinnä positiiviset oireet. Joitakin negatiivisia oireita myös esiintyy. He listaavat akuutin vaiheen keskeisimmiksi piirteiksi hallusinaatiot, vainoharhat, sosiaalisen vetäytymisen, toimintakyvyn laskun ja kuvitelmat, että ympäröivillä tapahtumilla ja viesteillä on jokin erityinen merkitys, jolla viitataan juuri potilaaseen itseensä. Potilaalla voi esiintyä myös epäadekvaattia nauramista tai muuten huomattavan poikkeavaa käytöstä. Potilaan mieliala voi olla poikkeavan ärtyisä ja vauhdikas, epätavallisen tasaista ja tunteetonta tai tilanteeseen muuten sopimatonta. Depressiivisiä oireita voi ilmetä osana taudin kuvaa, reaktiona taudin puhkeamiselle tai antipsykoosilääkkeiden sivuvaikutuksena. Puhe on usein vaikeasti seurattavaa ja assosiointi voi olla löysää. Hyvin jäykkä ajattelu ja kyvyttömyys käsitellä abstrakteja käsitteitä ovat yleisiä. Akuutissa vaiheessa sairaudentunto on usein alentunut tai olematonta.

Skitsofrenian kroonista vaihetta hallitsevat aktiivisuuden ja innostuksen puute, sosiaalinen vetäytyminen, tunneköyhyys ja heikentynyt ajattelu. Nämä johtavat henkilökohtaisen hygienian heikkenemiseen ja elinympäristön epäsiisteyteen. Joillakin potilailla esiintyy käytöstä, joka ei normaalisti ole sosiaalisesti hyväksyttävää, kuten intiimien asioiden puhumista tuntemattomille, huutelua julkisilla paikoilla tai seksuaalisesti normin vastaista käytöstä. Pakko- liikkeitä ja poikkeuksellista liikkeen jäähmyttä havaitaan yleisesti. Kognitiiviset toiminnot heikkenevät ja ongelmia voi esiintyä muistin, oppimisen, huomiokyvyn ja toimeenpanemisen alueilla. (Gelder ym. 2006, 121-123.)

### 3.2.3 Skitsofrenian diagnostiikka

ICD 10 -kriteerien mukaan skitsofrenian oireet jaetaan kahteen luokkaan, joista ensimmäisen luokan vähintään yksi oire tai toisen luokan vähintään kaksi oiretta on täytynyt kestää vähintään kuukauden, jotta diagnoosi voitaisi tehdä. Ensimmäiseen luokkaan kuuluvat kuuloharhat, ajatuksen leviämisharhat ja ajatuksen kaikuminen, vainoharhat ja kuvitelmat yliluonnollisista kyvyistä tai suuruuden kuvitelmat. Toiseen luokkaan kuuluvat negatiiviset ja katatoniset oireet, muunlaiset hallusinaatiot sekä ajatuksen juoksun katkokset ja merkityksettömät uudissanat jotka johtavat puheen hajanaisuuteen. (WHO 1993.) American Psychiatric Association (2014) luokittelee skitsofrenian oireet hieman eri tavoin ja edellyttää, että vähintään kahta mainituista oireista on esiintynyt vähintään kuuden kuukauden ajan ja aktiivisena vähintään kuukauden. Diagnostiset kriteerit ovat siis tiukemmat, kuin WHO:lla.

Skitsofrenia on ICD 10 -luokituksessa jaettu viiteen eri alatyyppiin sairautta hallitsevien oireiden perusteella. Paranoidista skitsofreniaa (F20.0) hallitsevat harhaluulot ja kuuloharhat. Potilailla on vainoharhaisia ajatuksia. Tähän alatyyppiin liittyy vähemmän affektiivisia oireita ja potilas säilyttää yleensä paremmin toimintakykynsä kuin muissa alatyypeissä. (WHO 1993.)

Hajanaista eli heberfreenistä skitsofreniaa (F20.1) luonnehtivat puheen ja käyttäytymisen hajanaisuus sekä tunneilmaisun latistuminen ja epäasianmukaisuus. Hajanaisuus johtaa usein voimakkaaseen taantumiseen. (WHO 1993.) Heberfreenisen skitsofrenian ennuste on tyypillisesti heikko (Isohanni, Honkonen, Vartiainen & Lönnqvist 2008, 76).

Katatonista skitsofreniaa (F20.2) luonnehtivat tyypilliset psykomotoriset häiriöt, kuten jäykkyyks, motorinen kiihtymys, maneerit, oudot kasvojen ilmeet, toisen henkilön puheen ja liikkeen toistaminen ja stupor eli katatoninen sulkutila, missä potilas ei reagoi ärsykkeisiin ja on jähmettynyt. (WHO 1993.) Katatoninen skitsofrenia on nykyisin harvinaistunut (Isohanni, Honkonen, Vartiainen & Lönnqvist 2008, 76).

Edellä mainittujen alatyyppeiden lisäksi on vielä jäsentymätön skitsofrenia (F20.3) ja jäännöstyypinen eli residuaalinen skitsofrenia (F20.5). Jäsentymätön tyyppi ei sovi mihinkään muuhun luokkaan, mutta skitsofrenian tyyppioireet esiintyvät. Tämä on nykyisin yleinen diagnoosi. Jäännöstyypin sairaus voidaan diagnosoida, jos skitsofrenialle tyypillisiä oireita ei enää juurikaan esiinny. Potilaalla on kuitenkin vielä negatiivisia oireita, eikä toimintakyky ole palautunut aiemmalle tasolle. Skitsofrenian jälkeinen masennus (F20.4.) ja Skitsofrenia simplex (F20.6), joka on kiistelty diagnoosi, jossa ei esiinny skitsofrenian piirteitä kuin osittain ja jota hallitsee toimintakyvyn hidas lasku, ovat myös saaneet omat luokkansa. (WHO 1993; Isohanni, Honkonen, Vartiainen & Lönnqvist 2008, 76.)

Maailmalla laajalti käytetty American Psychiatric Associationin Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM), joka on WHO:n ICD 10 -diagnosiluokituksen kilpailija, jätti uusimmassa DSM V -luokituksessaan pois skitsofrenian alatyypit. Ne korvattiin oiretarkennuksilla, joita voi käyttää myös muiden diagnoosien yhteydessä. Muutos katsottiin tarpeelliseksi, koska alatyyppejä ei koettu hyödyllisiksi kliinisessä työssä ja potilaat saattoivat taudin kulun aikana oireilla hyvin eri tavoin vaihtaan luokasta toiseen. (American Psychiatric Association 2014.)

Skitsofrenia puhkeaa tyypillisesti kolmannella vuosikymmenellä, miehillä vähän naisia varhemmin. Se voi puhjeta jopa ennen kymmentä ikävuotta tai jopa viidenkymmenen ikävuoden jälkeen. Sairauden varhainen puhkeaminen merkitsee usein vakavaa taudinkuvaa. Skitsofrenian kulku on hyvin yksilöllinen ja oireet voivat vaihdella suuresti myös yksittäisen potilaan kohdalla taudin eri vaiheissa. Taudin kulkuun vaikuttavat yksilön omat ja tämän lähipiirin voimavarat, saatu hoito, hoitomotivaatio ja yksilöllinen oirekuva. (Suvisaari, Isohanni, Kiesepä, Koponen, Hietala & Lönnqvist 2014c.) Haavoittuvuus-stressimalli on hyvin havainnollinen myös hahmoteltaessa taudinkulkua. Kunkin ihmisen geneettinen ja biologinen tausta määrää, miten haavoittuvia olemme sairastumaan ja miten paljon ympäristön aiheuttamaa stressiä kykenemme sietämään. (Suvisaari, Isohanni, Kiesepä, Koponen, Hietala & Lönnqvist 2014c, De Brujin 2006.)

### 3.3 Psykoedukaatio

Psykoedukaatio on opetuksellinen ja terapeuttinen hoitomuoto, jossa potilaan ja tämän omaisten selviytymistä psykoosisairaudesta helpotetaan parantamalla heidän ymmärrystä tilanteesta. Psykoedukaatiossa jaetaan tietoa sairaudesta ja annetaan myös emotionaalista tukea sekä keinoja sairauden hallintaan. Psykoedukaatiolle ei ole olemassa määrättyä rakennetta tai yhdenmukaista koulutusohjelmaa eikä sen käyttö edellytä pätevyyskoulutusta. (Kiesepä & Oksanen 2013.)

Psykoedukaation kehittymiseen on vaikuttanut vahvasti paradigman muutos mielenterveyden häiriöiden synnystä 1970-luvun lopulla. Tällöin vallalla olleen puhtaasti biologisia selitysmalleja painottavan käsityksen rinnalle nousi biopsykososiaalinen ajattelutapa ja haavoittuvuus-stressimalli. Haavoittuvuus-stressimallin mukaan biologiselta taustaltaan hauras ja haavoittuva ihminen sairastuu helpommin ulkoisten stressitekijöiden vaikutuksesta. Jollakin sairastumiskynnys on siis biologisista syistä korkeampi kuin toisella. Haavoittuvuus-stressimalli antaa potilasopetus- tai psykoedukaatiotilanteeseen havainnollisen pohjan, jonka avulla voi selittää

sairauden puhkeamista, oireiden hallintaa ja lääkkeiden vaikutusta rakentavalla tavalla. (de Brujin 2006.).

Psykoedukaation vaikutuksia luotaavista tutkimuksista saadut tulokset ovat olleet rohkaisevia. Varhaisissa tutkimuksissa perheintervention aloittaminen antipsykootti-lääkityksen rinnalla on vähentänyt kahden vuoden seurannalla psykoosin uusiutumista noin viisikymmentä prosenttia verrattuna pelkkään lääkitykseen. (Leff 2002.) Lee, Xie ja Parasuram (2014) sekä Bond ja Campbell (2008) sijoittavat relapsien vähenemisen kymmenen ja kahdenkymmenen prosentin väliin. Kiesepä ja Oksanen (2013) viittaavat National Institute of Clinical Excellencen viimeisimpään, 2012 julkaistuuun katsaukseen, jossa pohdittiin havaittua psykoedukaation tehon heikentymistä. Katsauksen kirjoittajat arvioivat, että psykoedukaation asema tavanomaisessa hoidossa on jo niin vakiintunut, ettei kunnollista vertailuasetelmaa synny. (Kiesepä & Oksanen 2013.)

### 3.3.1 Psykoedukaatio ja psykososiaalinen ympäristö

Psykoedukaatio kohdistuu alkuperäisessä muodossaan potilaan lisäksi myös tämän läheisiin (Berg & Johansson 2011). Berg ja Johansson (2003) sekä Johansson ja Berg (2011) käyttävät psykoedukaation synonyymeinä termejä perheohjaus ja koulutuksellinen perhetyö. Käypä hoito -suositus (2013) taas käyttää synonyyminä termiä koulutuksellinen terapia. Tässä opinnäytetyössä keskitytään psykoosipotilaan psykososiaalisen ympäristön huomioimiseen hoidossa. Näin kaikki edellä mainitut termit tarkoittavat interventioita, joissa tähdätään potilaan psykososiaalisen ympäristön muokkaamiseen mielenterveyttä edistävään suuntaan liittämällä hoidon piiriin myös psykoosiin sairastuneen omaiset. Termi ”omaiset” sisältää potilaan mahdollisen puolison, lapset, vanhemmat ja läheiset sukulaiset (suomisanakirja.fi 2014). Psykososiaalisten interventioiden yhteydessä tulee ottaa huomioon, että sukulaisten lisäksi muut potilaan läheiseksi kokemat ihmiset, esimerkiksi hyvä ystävä tai läheinen hoitaja, voivat olla tärkeitä tekijöitä potilaan psykososiaalisessa ympäristössä (Seikkula & Arnkil 2009).

Cochrane-katsauksen meta-analyysin mukaan psykoedukaatiiviset perheinterventiot lieventävät skitsofrenian oireita, edistävät lääkehoidon toteutumista, potilaiden sosiaalista toimintakykyä ja perheiden hyvinvointia sekä vähentävät psykoosin relapseja ja sairaalakäyntejä (Xia, Merinder & Belgamwar 2011). Samanlaisiin tuloksiin päätyivät uudessa meta-analyysissään myös Lee, Xie ja Parasuram (2014). Skitsofrenian Käypä hoito -suositus toteaa, että perheinterventiot tulee saada osaksi hoitokäytäntöjä (Käypä hoito 2013). Psykoedukaatio, jossa potilaan omaiset ovat mukana, on lääkityksen jälkeen tärkein potilaan tilaa edistävä toimenpide ja se on tehokkaampaa kuin vain potilaalle suunnattu opetus (Käypä hoito 2013) Kliinisten ennusteiden paranemisen lisäksi psykoedukaatio parantaa potilaiden kokemaa elämän laatua (Lee ym. 2014).



Tanrıverdi ja Ekinci (2012) tutkivat psykoedukaation vaikutusta perheeseen ja havaitsivat sen vähentävän huomattavasti perheen kokemaa taakkaa jäsenensä sairastumisesta (Tanrıverdi & Ekinci 2012). Tätä efektiä eivät tutkimuksissaan havainneet Mc Donnell, Short, Berry ja Dyck (2003). Jälkimmäisessä oli kyseessä moniperheryhmä. Myöhemmässä julkaisussa moniperheryhmiä tehosta pitkälti samat kirjoittajat havaitsivat selvän positiivisen vaikutuksen perheen hyvinvointiin ja toteavat potilaan palveluntarpeen vähenevän psykoedukaation seurauksena (McDonnell, Short, Hazel, Berry & Dyck 2006).

Keskeistä psykoedukaatiossa on perheiden ja läheisten korostaminen olennaisina jäseninä hoitoprosessissa. Skitsofrenian Käypä hoito -suositus (Käypä hoito 2013) tuo esille, että perhe- ja verkostokeskeistä työtapa tulee edistää. Suosituksessa jatketaan, että myös perheelle annettavasta koulutuksellisesta työstä on parempi näyttö kuin vain potilaalle kohdennetusta interventiosta. Suositus painottaa, että koulutuksellinen terapia kuuluu jokaisen skitsofreniapotilaan hyvään hoitoon. (Käypä hoito 2013.)

Leffin (2002) mukaan huolimatta siitä, että onnistuneilla perheisiin kohdistuneilla koulutuksellisilla interventioilla on tutkimuksissa lukuisia erilaisia nimityksiä, kuten psykoedukaatio, behavioraalinen perheterapia, ja skitsofrenian perhetyö, niiden kaikkien keskeisin sisältö on huomattavan samankaltainen. Leff tunnistaa kuusi keskeistä elementtiä. Ne ovat opetus, ongelmanratkaisu, konfliktien ratkaisu, kommunikaation parantaminen, realististen odotusten aikaansaaminen ja menetyksen kanssa eläminen. Menetelmien ytimessä on opetus, education. Tämä ei ole vain tiedon antamista skitsofreniasta, vaan jatkuvaa tiedon vaihtamista ja rakentamista terapeutin ja perheen kesken, jotta voidaan vähentää sairastumiseen liittyviä pelkoja ja synnyttää selviytymisstrategioita. (Leff 2002.)

Skitsofreniapotilaan omaisen pitää saada keinoja ratkoa sairauteen liittyviä arjen ongelmia. Ongelmien ratkominen pitää aloittaa pienistä asioista, vaikka suuret huolenaiheet painavat mieltä. Käsiteltävät huolet ovat potilaan ja lähipiirin arjessa esiintyviä ongelmakohtia. Potilas ja perhe kaipaavat apua konfliktien ratkaisemiseksi. Erimielisyyksiä ongelmien luonteesta ja ratkaisumalleista esiintyy sekä hoitavien perheenjäsenten että potilaan ja toisen omaisen välillä. Riidat tekevät rakentavien ratkaisujen löytymisen hyvin epätodennäköiseksi. Herkkyys ja tasapuolinen huomioiminen on tärkeää riitojen ratkaisemiseksi ja minimoimiseksi. (Leff 2002.)

Onnistuneissa interventioissa on keskitytty myös kommunikaation parantamiseen perheen jäsenten välillä. Dialogia tulisi ohjata niin, että kaikki saavat tuoda oma näkökulmansa esiin kiukusta ja ahdistuksesta huolimatta. Hoitajan pitää edistää aktiivista kuuntelua. Perheen jäsenten odotukset tulisi saada realistiselle tasolle sairauden vaikeus ja vaihe huomioon otta-

en. Erityisesti negatiivisten oireiden sitkeä kesto voi saada omaiset tuskan partaalle. On tärkeää, että potilaan lähipiiri ei odota ihmeperantumista, vaan on sitoutunut pitkäkestoiseen prosessiin. Potilaan lähipiiriä tulee auttaa elämään psykoosisairauteen liittyvän menetyksen kanssa. Skitsofrenia voi saada läheisen ihmisen vaikuttamaan ventovieraalta. Sairastuneen kumppani ja perheenjäsenet tulee ohjata asettamaan realistisia tavoitteita ja luopumaan mahdottomista toiveistaan tulevaisuuden suhteen. (Leff 2002.) Psykoedukaation tulisi olla vastavuoroista eikä pelkästään hoitajalta potilaalle ja omaisille suuntautuvaa informointia. Potilaan ja tämän omaisten osallistuminen tasavertaisina subjekteina oman hoitonsa suunnitteluun parantaa sitoutumista hoitoon. (Johansson & Berg 2011, 38.)

### 3.3.2 Verkostotyö ja psykoedukaatio

Verkostojen ja läheisten tärkeyttä korostaa myös Länsi-Pohjassa ja Keroputaan sairaalassa kehitetty Avoimet dialogit -hoitosuuntaus. Avoimet dialogit lähtee liikkeelle siitä, että henkilön sairastuttua pitää välittömästi saada koolle kaikki hoidon ja kuntoutuksen kannalta keskeiset ihmiset yhteiseen rinkiin keskustelemaan, jakamaan ajatuksia ja kokemuksia sekä tekemään yhdessä päätöksiä hoidon etenemisestä. Mitään ennalta päätettyä hoito-ohjelmaa ei noudateta. (Seikkula & Olson 2003.)

Seikkula ja Arnkil (2009, 26) kuvaavat lähestymistavan syntyä kirjassaan Dialoginen verkostotyö. Perhekeskeisen hoidon rakentaminen eivät olleet lukuisista yrityksistä huolimatta onnistuneet tyydyttävästi. Kun hoitohenkilökunta suunnitteli hoitoa, vain harvalla perheelle tarjottiin perheterapiaa, vaikka määrää oli pyritty jo pitemmän aikaa kasvattamaan. Päätettiin, ettei erillistä indikaatiota perhekeskusteluille tarvittu. Sairaalaan joutuminen oli jo sinällään riittävän suuri kriisi, että perheet tulisi ottaa osaksi hoitoa. Samalla hoidon suunnittelusta tehtiin osa hoitoa, kun päätettiin ottaa potilas ja tämän omaiset suunnitteluun mukaan.

Avoimet dialogit on verkostokeskeinen hoitosuuntaus, jonka sisällä voidaan tarpeen mukaan soveltaa psykoedukatiivisia menetelmiä. Valtaosassa psykoedukatiivisia ohjelmia sovelletaan kuitenkin sairauskeskeistä ajattelutapaa, jossa ongelma nähdään sairautena, jonka määrittelevät asiantuntijat, ja jota perheen on hyvä oppia toiminnallaan hoitamaan. Kehitetään ohjelma, jota toteutetaan asiakkaiden kanssa. Tämä lähestymistapa ei välttämättä kykene vastaamaan potilaan ja perheen yksilöllisiin tarpeisiin, jolloin moni perhe jättää osallistumatta ohjelmaan. (Seikkula & Arnkil 2009, 52.)

Avoimien dialogien toimintaperiaatteet perustuvat verkostopohjaisen hoidon analyysistä johdettuihin optimaalisen hoitoprosessin ominaisuuksiin. Kriisin alkaessa hoitoon on päästävää mahdollisimman varhain ennen kuin aivot ovat sopeutuneet liikaa psykoosiin ja ongelman psykologinen työstäminen on vielä paremmin tavoitettavissa. Keroputaalla takarajana on pidetty

kahtakymmentäneljää tuntia, minkä aikana järjestetään hoitokokous, johon osallistuvat kaikki, joita tilanne läheisesti koskettaa. Näin asianosaiset voivat alkaa muodostaa yhteistä kieltä, jota kaikki ymmärtävät. Työtapa vaatii ammattilaisilta paljon joustavuutta, jotta potilaan ja tämän verkostojen tarpeisiin kyetään vastaamaan heti. Hoitopäätökset tehdään yhteisesti potilaan ja verkostojen kanssa ja tapaamiset järjestetään joustavasti sinne, missä potilas kokee tilanteen turvallisimmaksi, useimmiten tämän kotiin. Jotta tämä olisi mahdollista, on kaikkien työntekijöiden pidettävä kriisitilanteita etusijalla. Hyvä periaate on, että se työntekijä, johon otetaan yhteyttä, on vastuussa ensimmäisen hoitokokouksen järjestämisestä ja verkostojen organisoimisesta paikalle seuraavan vuorokauden sisällä. (Seikkula & Arnkil 2009.)

Psykologisen jatkuvuuden turvaamiseksi ihanteellista olisi, että ensimmäisen hoitokokouksen työryhmä jatkaisi koko prosessin ajan, vaikka se etenisi sekä sairaalassa että kotona. Tämän vuoksi työryhmään on hyvä kuulua ammattilaisia niin sairaalasta kuin avohoidon puoleltakin. Epävarmuuden sietämisellä tarkoitetaan sitä, että tilanteessa ei pyritä välttämättä nopeisiin ratkaisuihin. Pyritään turvaamaan potilaan ja tämän lähipiirin tilanne tarvittaessa vaikka päivittäisillä tapaamisilla työryhmän kanssa, jotta saadaan aikaa yhteisen kielen ja ymmärryksen kehittymiselle. Tähän pyritään dialogisella keskustelulla kaikkien osapuolten välillä, jossa vältetään johtopäätösten vetämistä, vaan annetaan ymmärryksen kertyä kommunikaation kautta. Seikkula ja Arnkil toteavatkin, että hoitokokous on yhdessä pohtimista. (Seikkula & Arnkil 2009.)

Länsi-Pohjan erinomaiset hoitotulokset ovat saaneet paljon kansainvälistäkin huomiota. HUS Psykiatrian tiekarttatyöryhmän loppuraportissa asetetaan organisaation keskeisimpien ylilääkäreiden ja kehittämistyöstä vastaavien johtajien toimesta suosituksia psykiatrian kehittämiseksi. Suosituksissa näkyy vahvasti muun muassa Avoimien dialogien periaatteita. Raportissa suositellaan yksiköiden yhteistyön ja joustavuuden lisäämistä. Vaikeahoitoisimpien potilaiden hoidosta pitäisi vastata työryhmä, jonka jäsenet koostuvat monen eri organisaation jäsenistä. Tämä vaatii liikkuvuutta organisaatioissa. Verkostoituvan työn ja ensipsykoosin hoidon mallit tulisi rakentaa kaikille alueille. (Näätänen 2014.)

### 3.3.3 Tunneilmapiiri

Keskeinen käsite psykoedukaatioissa on perheen tunneilmapiiri, Expressed Emotion (EE). Se viittaa perheenjäsenten kriittisten kommenttien, vihamielisyyden ja ylihuolehtimisen määrään sairastuneen omaisen kanssa kommunikoidessa. Psykoedukaatiivisen perheintervention tehon uskotaan perustuvan pitkälti juuri EE:n lieventymisen kautta. (Johansson & Berg 2011, 38.) EE:n tason on osoitettu olevan hyvä sairauden kulun ennustaja skitsofrenian lisäksi myös mm. kaksisuuntaisen mielialahäiriön, depressiivisen neuroosin, syömishäiriöiden ja alkoholismien yhteydessä ja tämän vaikutuksen on osoitettu säilyvän kielestä ja kulttuurista riippumatta

(Leff 2002). Näyttää siltä, että vaikka epäsuotuisa EE ei voi synnyttää skitsofreniaa, se voi vaikuttaa taudin kulkuun (Kuipers, Leff & Lahm 2005,2).

EE ei kuitenkaan riitä yksinään selittämään psykoedukaation toimivuutta, minkä vuoksi sitä tulisi tarjota kaikille potilaille ja heidän omaisilleen EE-tasosta riippumatta. Näin vältetään myös perheen syyllistäminen jäsenensä sairastumisesta. (Johansson & Berg 2011, 38.) Toisaalta Leff (2002) on osittain eri mieltä, käyttäen esimerkkinä Hollannissa tehtyä tutkimusta, jossa psykoedukaatio matalan EE:n omaavissa perheissä lisäsi relapseja. Leff (2002) pohtii mahdollisia sivuvaikutuksia, joita harvoin otetaan huomioon muussa kuin lääkehoidossa. Suomalaiseen yhteiskuntaan ei sovi kovin hyvin ihmisten ja perheiden jakaminen eriarvoisiin ryhmiin. Hoitajan on hyvä silti ymmärtää, että psykoedukaatio tulee mukauttaa perheen tarpeeseen.

#### 3.3.4 Haasteita psykoedukaation toteuttamisessa

Koulutettujen hoitajien on ollut vaikeaa saada osaamistaan käytäntöön ja Leff (2002) ehdottaakin esimiesten suurempaa osallistumista kuntoutuksen alkutaipaleella. Suurimmat ongelmat ovat liittyneet työntekijöiden suureen työtaakkaan ja vaikeuteen sovittaa perhetoiminta olemassaoleviin aikatauluihin. Perhetyölle pitää raivata tilaa. Vaikuttaa siltä, että kovin lyhyt interventio ei tuo optimaalisia tuloksia. Hoitoon osallistumattomien ammattilaisten omaisille Suomessa antama 1 - 2 viikon välein kahdeksan kertaa antama asiantuntijaluento tai kuusi videolta tapahtuvaa oppimistuokiota eivät tuottaneet kovin merkittävää muutosta perheen kokemaan kuormitukseen (Johansson & Berg 2011, 44). De Groot, Lloyd ja King (2003) totesivat, että lyhyt moniperheinterventio ei tuottanut muutoksia kliinisiin tuloksiin, vaikka se paransikin perheiden ja potilaiden tietämystä sairaudesta ja terveydenhuoltopalveluista (De Groot, Lloyd & King 2003). Toisaalta jopa yhden päivän kestänyt work shop -tyyppinen psykoedukaatiotapahtuma paransi osallistujien tietämystä psykoosisairauksista huomattavasti. Kirjoittajat toteavat, että vaikka on epätodennäköistä, että yhden päivän interventiolla saadaan kestäviä tuloksia aikaan, se voi auttaa perheitä ja potilaita hakeutumaan oikeisiin palveluihin ja täten viedä prosessia hyvin eteenpäin. (Pollio, North, Reid, Miletic & McClendon 2006.)

Shean (2009) kirjoittaa artikkelissaan Evidence-based psychosocial practices and recovery from Schizophrenia, että kestävän vaikutuksen aikaansaamiseksi, perheelle ja potilaalle tarjotun psykoedukaation tulisi kestää vähintään yhdeksän kuukautta ja olla riittävän intensiivistä. Saman yhdeksän kuukauden minimikeston mainitsevat Journal of Rehabilitation Research & Development -julkaisun pääkirjoituksessaan Farkas Jansen ja Penk (2007).

Murray-Swank ym. (2007) kertovat kokemuksistaan amerikkalaisten skitsofreniaan sairastuneiden sotaveteraanien ja heidän perheidensä kanssa. He havaitsivat, että asiakkaat välttelivät

usein omaisten ottamista mukaan hoitoon, koska pelkäsivät näiden rasittuvan, eivätkä ajatelleet siitä olevan mitään hyötyä. Kirjoittajat toteavat, että tämän kaltaisia väärinkäsityksiä oikomaan pitää olla valmiiksi mietitty strategia. Strategian tulee pitää sisällään keinoja potilaan ja perheen motivoimiseksi, tietoa perheen osallistumisen hyödyistä sekä toimenpiteitä hoitotiimin, potilaan ja tämän omaisten välisten suhteiden kehittämiseksi. Shean (2009) mainitsee yhtenä keskeisenä ongelmana myös tärkeiden omaisten putoamisen pois kesken intervention.

Akuutin psykoosin integroitu hoito -projektin raportissa (Aaltonen, Koffert, Ahonen & Lehtinen 2000, 49-58) saatiin tuloksena, että hoito-organisaation kehittämisessä keskeisissä osassa ovat hoito-organisaation jatkuva kehittäminen ja potilaan hoidon jatkuvuus. Organisaation kehittämisessä ongelmana oli, että vaikka kehittämistyöhön suhtauduttiin innostuneesti, ei kliinisen työn kehittäminen kytkeytynyt riittävästi muuhun kehittämistoimintaan. Vastuita ei ollut määritelty riittävän selkeästi ja kehittämistavoitteet eivät olleet kentällä tiedossa. Työn kehittäminen irrallaan muusta organisaatiosta koettiin turhauttavaksi. Koko organisaation psykoosin hoitoa tulisi kehittää kokonaisuutena tukemaan integroitua hoitoa, jossa potilaan psykososiaalinen ympäristö huomioidaan riittävästi.

Hoidon jatkuvuuden suhteen raportissa mainitaan, että keskeinen ongelmakehto on siirtyminen sairaalahoidon ja avohoidon välillä. Avohoitoon siirtyminen merkitsi usein perhekeskeisen lähestymistavan katkeamista ja hoidon perustan muutos. Perheenjäsenillä saattoi olla epäselvää keneen ottaa yhteyttä kriisitilanteessa. He pitivät tärkeänä tietää, miten heidän odotetaan osallistuvan hoitoon. Myös työntekijöillä oli ristiriitaisia mielipiteitä hoidon jatkuvuuteen liittyvissä kysymyksissä. Yleinen mielipide oli, että hoito tulisi keskittää aina yhdelle ja samalle työryhmälle. Sairaalassa ei myöskään hoitosuunnitelmia tehdessä tunnettu riittävästi avohoidon mahdollisuuksia ja resursseja. Jatkuvuuskysymykset koettiin myös valta- ja auktoriteettikysymyksiksi. Työntekijöiden kyky vaikuttaa hoitoketjuihin vaihteli. (Aaltonen ym. 2000, 55-58.)

### 3.3.5 Teknologia psykoedukaation tukena

Teknologian kehitys on muuttanut jokapäiväistä elämäämme kiihtyvällä vauhdilla teollisesta vallankumouksesta lähtien. Potilasopetus on saanut osansa teknologisista uudistuksista. Opetusta on annettu henkilökohtaisen kontaktin lisäksi useimmiten tulostetun kirjasein tai painetun kirjan, sekä myös puhelimen, ääninauhan ja videon avulla. Viime vuosikymmenten aikana tietotekniikka ja etenkin maailmanlaajuinen tietoverkko, internet, on kehittynyt räjähdysmäisesti. Kehitys on mullistanut ihmiskunnan saatavilla olevan tiedon määrän. Suurimmalla osalla suomalaisista on mahdollisuus saada hiiren klikkauksella tai sormen kosketuksella tietomäärä, joka on ihmisen omaksumiskyvyn ulkopuolella. Tämä muutos mullistaa väistämättä

myös potilasopetuksen. Internet aiheuttaa potilasopetukselle haasteita. Samalla se kuitenkin luo ennennäkemättömiä mahdollisuuksia. (Bastable 2014; Repique 2007.)

Anttila (2012) tiivistää väitöskirjansa kirjallisuuskatsuksessa, että informaatioteknologian käyttö on yleistynyt terveydenhuollon hoitopalveluissa. Samalla on kuitenkin alan kirjallisuudessa julkaistu artikkeleita, joissa on tunnistettu haasteita ja jopa esteitä tämän teknologian käytölle, jotka voivat johtua hoitajista, potilaista tai terveydenhuoltopalvelujen rakenteista. Tämän vuoksi on tarvetta yhteistyössä eri mielenterveysalan toimijoiden kesken kehitetyille, tehokkaille ja selkeille palveluille. (Anttila 2012.)

Anttila (2012) listaa tunnistamia tekijöitä, jotka vaikuttavat informaatioteknologiaa hyödyntävän menetelmän käyttöönottoon sairaalassa. Hoitajien kannalta keskeisiä ovat motivaation tai energian puute uuden menetelmän tai välineen opetteluun, stressi ja ajan puute, puutteellinen tieto menetelmiin liittyvän näytön määrästä, pelko henkilökohtaisen kontaktin häiriintymisestä ja negatiivinen asenne potilaita kohtaan. Lisäksi ongelmia tuottivat puutteelliset taidot tietokoneen käytössä, koneiden puute, hardware ongelmat, pelko tietoturvan vaarantumisesta sekä vaikeudet löytää laadukasta materiaalia. Uuden menetelmän käyttöönotolla on heikommät mahdollisuudet onnistua ellei näitä ongelmia oteta huomioon. (Anttila 2012.)

Harvoissa tutkimuksissa, joissa psykoedukaatiota on jaettu tietokoneen välityksellä myös perheenjäsenille verkkopohjaisen palvelun kautta, ovat tulokset olleet lupaavia. Rotondi ym. (2010) kuvaavat artikkelissaan, miten internet-pohjainen interventio, joka sisälsi vertaistukea, terapiaa ja ongelmanratkaisutaitoja informaatio-osion lisänä, vähensi oireita ja paransi potilaiden ennustetta. Kirjoittajat toteavat, että tietotekniikka tarjoaa huomattavaa potentiaalia skitsofrenian hoidossa sen psykososiaalisessa työssä.

Repique (2007) selvittää laajasti tietotekniikan tuomia etuja psykiatrisessa hoidossa. Näitä ovat muun muassa palveluiden hyvä saatavuus myös urbaanien alueiden ulkopuolella ja tietokonesovellusten kyky saada potilaat sitoutumaan hoitoonsa paremmin. Glynn, Randolph, Garrick ja Lui (2010) kuvaavat kokemuksiaan skitsofreniapotilaiden omaisille tarkoitetun internet-pohjaisen psykoedukatiivisen ohjelman käyttöönotosta ja sen tuottamista tuloksista. Ohjelma oli suunnattu vain omaisille ja osallistujat eivät tavanneet toisiaan missään vaiheessa tutkimuksen aikana. Jotta menetelmä olisi muistuttanut aiemmin tehokkaiksi havaittuja ryhmäpsykoedukaatiokokeiluja, tarjottiin osallistujille mahdollisuus tiettyinä aikoina psykologin vetämään chattiin, jossa osallistujat voivat kommunikoida keskenään vuorovaikutteisesti. Hyvin suuri osa osallistujista oli tyytyväinen tarjottuun ohjelmaan ja koki ohjelman helppona käyttää. Kliiniset tulokset olivat kuitenkin melko vaatimattomia. Skitsofreniaa sairastavat per-

heenjäsenet viettivät kuitenkin melkein puolet vähemmän aikaa sairaalassa. Ero jäi pienen otoksen vuoksi juuri alle merkitsevän rajan.

Mielenterveystalo on Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin (HUS) ylläpitämä avoin internet-palvelu. Sen tarkoituksena on koota ja jakaa luotettavaa tietoa mielenterveysongelmista sekä helpottaa mielenterveyspalveluita tarvitsevia kansalaisia löytämään itselleen sopivia tukimuotoja. Sivusto jakautuu aikuisten ja nuorten osioon, sekä nettiterapioihin (Mielenterveystalo 2014).

Nuorten sivuilla tietoa psykoosista on rajallisesti ja siellä autetaan nuorta nimeämään ongelmiaan sekä löytämään sopivia kontakteja avun saamiseksi. Nuorten sivuilta ohjataan hakemaan tietoa psykoosista aikuisten puolelta ja terveyskirjaston artikkeleista. (Mielenterveystalo 2014.) Aikuisten mielenterveystalon keskeinen palvelu on oirenavigaattori, jonka avulla voi hakea palveluita ja tietoa. Navigaattoriin syötetään tietoja oireiden laadusta ja vaikeusasteesta sekä käyttäjän kotipaikkakunta. Näiden tietojen perusteella navigaattori tarjoaa vaihtoehtoja paikoista, joissa apua on saatavilla. (Mielenterveystalo 2014.)

Mielenterveystalon psykoosia koskeva informaatio on koottu Tietoa psykoosista -oppaaseen. Opas on jaettu yhdeksään osioon. Osiot ovat Psykoosin pikaopas, Psykoosiopas, Lääkkeet, Stigma eli häpeäleima, Opiskelu ja työ, Asuminen, Vertaistuki, Omaiset ja läheiset ja Oireidenhallinta. Opas antaa runsaan, kattavan ja jäsennellyn tietopakettin psykoosista. Se tarjoaa ilmaisen ja vapaasti hyödynnettävän materiaalin psykoedukaation pohjaksi. (Mielenterveystalo 2014d.) Tietoa psykoosista -oppaan lisäksi Mielenterveystalossa on tarjolla kattavat linkkikirjastot luotettaviin lähteisiin sekä omahoito-oppaita mielen hyvinvoinnin edistämiseksi. Linkkikirjastot löytyvät Diagnosi-tietohaun kautta. (Mielenterveystalo 2014.)

Videoneuvottelu on voimakkaasti yleistynyt teknologinen ratkaisu työelämän yhteistyöhankkeiden logistisiin ongelmiin. Videoneuvottelu on jo melko laajasti käytössä mielenterveysalalla. Sen etuja ovat ennen kaikkea toiminnan tehostuminen tilanteissa, joissa toiminta edellyttäisi muuten matkustamista ja välimatkat ovat suuret. Tutkimuksessa videoneuvottelua ei koettu vaikuttavuudessa sen paremmaksi, kuin perinteisiä työmenetelmiä. Videoneuvottelujen yleistymistä rajoittavat ennen kaikkea henkilökunnan asenteet sitä kohtaan ja teknisten häiriöiden riski. Kuten muidenkin uusien teknologisten sovellusten käyttöön oton yhteydessä, myös videoneuvottelut tulevat aluksi käyttöön vain osalla työntekijöistä muiden seurattessa perässä. Terveystieteiden toimijat suhtautuivat pääosin innostuneesti ja positiivisesti videoneuvotteluun. (Seppänen & Ramstedt-Sen 2014.)

## 4 Kehittämistyön menetelmät

### 4.1 Juurruttaminen

Juuruttaminen on hankesuuntautuneen toimintatutkimuksen menetelmä, jossa opiskelija, oppilaitos ja työelämäedustaja yhdessä tekevät kehitystyötä (Ora-Hyytiäinen, Ahonen & Partamies 2012.) Toimintatutkimuksen tarkoituksena on aikaansaada todellinen muutos. Tutkimuksen aikana yksilöt ja ryhmät tutkivat muutettavaa toimintaympäristöä, siellä tapahtuvaa toimintaa, prosessin aikana tapahtuvaa muutosta sekä omia reaktioitaan prosessin eri vaiheissa. Oikeastaan toimintatutkimus ei ole varsinainen tutkimusmenetelmä, vaan tutkimuksen asetelma, research setting. (Metodix 2013c.)

Juuruttamisen teorian mukaan ammatillisen organisaation toiminta perustuu oppimiseen eli tiedon keräämiseen, ja sen siirtämiseen organisaation toimijoiden kesken. Nonakan ja Takeuchin (1995) mukaan tieto esiintyy kahden tyyppisenä - implisiittisenä ja eksplisiittisenä. Implisiittinen tieto on organisaation toimintaan liittyvää kirjoittamatonta ja lausumatonta "hiljaista" tietoa, joka on organisaation jäsenille toiminnan kannalta välttämätöntä. Explisiittinen tieto on kirjoihin, oppaisiin, tietopankkeihin, strategioihin tai muihin varastoihin tallennettua organisaation toimintaan liittyvää tietoa. Uuden toiminnan tuottamiseksi organisaatiossa on välttämätöntä tuoda siihen uutta tietoa. Koska suuri osa organisaation toiminnasta on implisiittisen tiedon varassa, ei pelkkä uuden explisiittisen tiedon tuominen riitä. On välttämätöntä kääntää organisaation hiljaista tietoa explisiittiseksi sekä yhdistää näin tuotettua tietoa uuden mallin kanssa. Näin tuotettua tietoa tuodaan takaisin organisaation toimintaan tuottamaan uutta hiljaista tietoa, uutta toimivaa käytäntöä. Organisaatioon tuotu teoreettinen tieto tai hyväkään käytäntö ei tehokkaasti siirry uudeksi toimintatavaksi ilman syklistä prosessia, jossa käännetään hiljaista tietoa explisiittiseksi ja taas palautetaan tämä informaatio organisaatioon synnyttämään uutta hiljaista tietoa. (Nonaka & Takeuchi 1995; Ora-Hyytiäinen, Ahonen & Partamies 2012.)

Juuruttamisessa kehittämisprosessin mahdollistavat johtajuus ja vuorovaikutus. Johtajuutta tarvitaan, jotta prosessille ja siitä kummunneelle toimintamallille kyetään järjestämään aikaa ja resursseja. Toisaalta vain vuorovaikutus mahdollistaa prosessin vaatiman yhteisön oppimisen, sekä auttaa kohtaamaan muutosta estävät tekijät, kuten vastarinnan ja sitoutumisen puutteen. (Ora-Hyytiäinen ym. 2012.)

Juuruttamisen prosessi muodostuu seitsemästä vaiheesta. Muutoksen merkityksen löytyminen aloittaa kehittämistyön. Organisaatiossa tunnistetaan puute tai ongelmakohta, johon tarvitaan muutosta. Työyhteisö ja opiskelija voivat hakea tietoa ongelman täsmentämiseksi. Kehittämistarve löytyy tai kehittämissykli on päättynyt ja uusi sykli voidaan aloittaa edellisen saa-

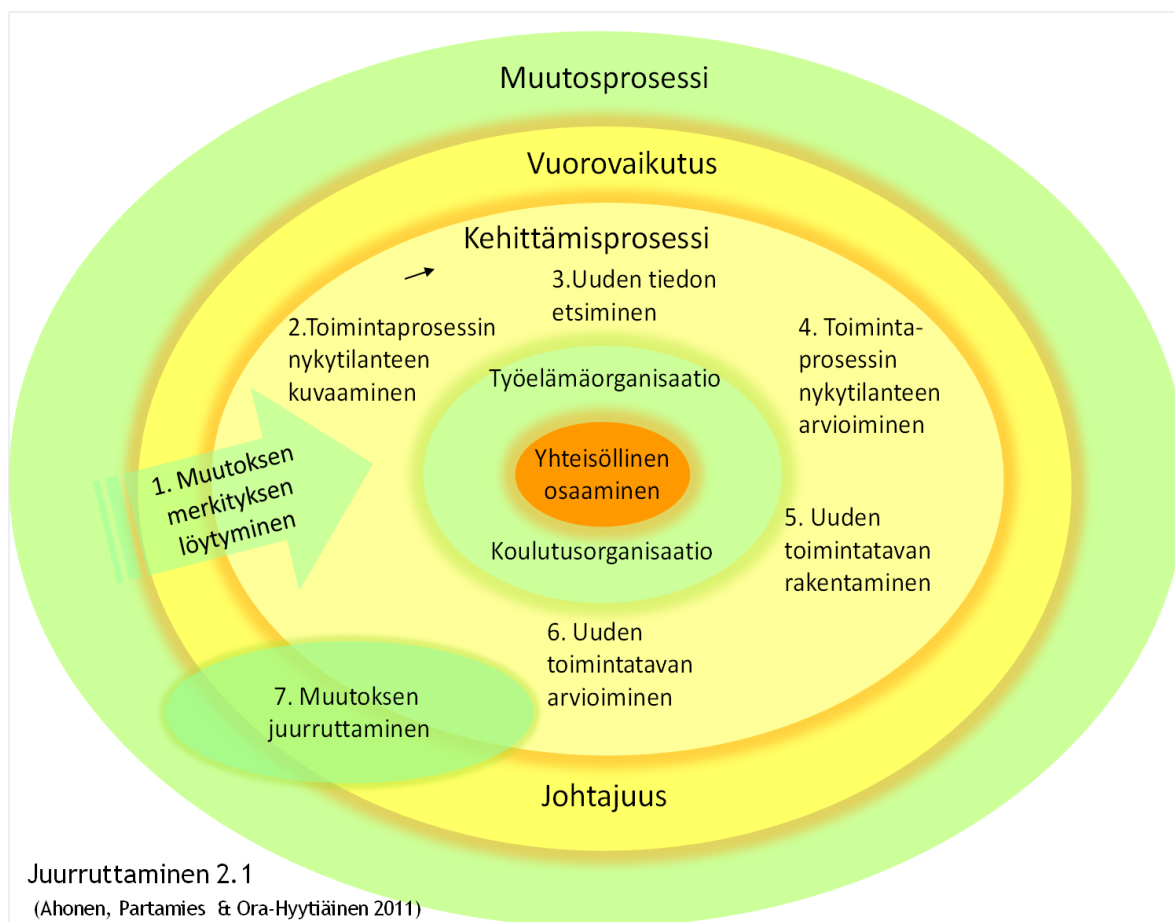


vutusten pohjalta. Toimintaprosessin nykytilanteen kuvaaminen antaa mahdollisuuden istuttaa uusi toimintamalli organisaation kulttuuriin. Kehittämistyötä tekevään organisaatioon kertynyttä hiljaista tietoa tuodaan esiin tutkimuksellisin keinoin, jotta voitaisiin identifioida tarkasti mihin kohtaan organisaation toimintaa muutosta tarvitaan ja tiedettäisiin, mikä toiminta voi säilyä ennallaan. (Ora-Hyytiäinen ym. 2012.)

Uuden tiedon etsiminen tarkoittaa sitä, että haetaan tutkittua tietoa uuden toimintamallin rakentamiseksi. Jotta käytäntöjä voidaan muuttaa haluttuun suuntaan, tulisi uuden toimintamallin perustua yhteisesti jaettuun ja näyttöön perustuvaan tietoon. (Ora-Hyytiäinen ym. 2012.)

Toimintaprosessin nykytilanteen arvioimisen tarkoitus on löytää tarkemmat kehittämistarpeet ja arvokkaimmat olemassa olevat käytännöt, jotka edistävät tavoitteiden saavuttamista. Kun nykytilanne on arvioitu, alkaa uuden toimintatavan rakentaminen. Uusi käytäntö rakennetaan yhdistämällä organisaatiosta avattua hiljaista tietoa ja näyttöön perustuvaa tietoa, jota on kerätty kehittämistyön tarpeisiin. Säästetään ja vahvistetaan olemassa olevia toivottuja käytäntöjä ja kehitetään toimintaa siellä, missä on tarve. (Ora-Hyytiäinen, Ahonen & Partamies 2012.)

Kun uusi toimintatapa on käytössä jossakin organisaation osassa, sitä voidaan arvioida. Onko uuden käytännön luomisessa onnistuttu? Mitä pitäisi vielä kehittää? Mikäli muutos katsotaan onnistuneeksi, alkaa muutoksen juurruttaminen laajemmin organisaation sisällä. Uusi toimintatapa otetaan organisaatiossa käyttöön ja se levitetään koko organisaatioon. Samalla uusi kierros voi alkaa, mikäli kehittämistyön tavoitteita on vielä saavuttamatta. Juurruttamisen syklistä luonnetta kuvataan sivulla 26 kuviossa 1. (Ora-Hyytiäinen, Ahonen & Partamies 2012.)



Kuvio 1: Juurruttaminen

#### 4.2 Laadullinen tutkimus

Laadullisen eli kvalitatiivisen tutkimuksen lähtökohtana on todellisen elämän tarkasteleminen ja siinä esiintyvien suhteiden valottaminen. Kohdetta tutkitaan kokonaisvaltaisesti, eikä tutkija ole perinteisessä mielessä ilmiön ulkopuolinen, objektiivinen tarkkailija, koska hän on kieoutunut tutkimuskohteensa merkity maailmaan. Kvalitatiivinen tutkimus ei siis pyri todistamaan väitteitä, vaan hakee kohteestaan uusia suhteita ja merkityksiä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007).

Terveysthuollossa laadullinen tutkimus laajentaa ymmärrystä ilmiöiden luonteesta määrällisen tutkimuksen koeasetelmiin perustuvan pelkistävän tendenssin rinnalla. Näyttöön perustuvan hoitotyö nojaa vahvasti laajoihin meta-analyyseihin, joihin valikoidaan satunnaistettuja, koeasetelmiin perustuvia tutkimuksia. Tämä suosii asiantuntijälähtöistä ja toimenpidekeskeistä hoitoa. Psykiatriset ongelmat sisältävät usein monipuolisia psykososiaalisia aspekteja, jotka helposti jäävät paitsioon yksinkertaistetuissa tutkimusasetelmissä. Laadullinen tutkimus on tämän vuoksi erityisen tärkeä osa psykiatrisen hoitotyön tutkimusta. (Arnkil, Seikkula & Arnkil 2005.)

#### 4.2.1 Haastattelu

Laadullisen tutkimuksen yleisimmät aineistonkeruumenetelmät ovat haastattelu, kysely, havainnointi ja erilaisiin dokumentteihin perustuva tieto (Tuomi & Sarajärvi 2011, 71). Tähän tutkimukseen valittiin aineistonkeruumenetelmäksi haastattelu. Perusajatus haastattelussa on, että jos haluamme tietää, mitä ihminen ajattelee, on sitä luontevaa kysyä häneltä (Tuomi & Sarajärvi 2011, 73.) Haastattelu soveltuu hyvin kehittämistyön menetelmäksi tilanteessa, missä tutkittava aihealue on hyvin tunnettu ja sopivat haastateltavat voidaan näin tunnistaa (Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 41).

Haastattelun etuna on joustavuus. Haastattelutilanteessa kysymysten järjestystä voi muokata keskustelun etenemisen mukaan. Keskustelu voi tilanteen tullen myös laajeta ja kysymyksiä voi ilmetä haastattelun kuluessa. Kysymyksistä voidaan myös käydä keskustelua, jolloin väärinymmärryksiä voidaan oikoa ja kysymyksiä tarkentaa tai laajentaa. (Tuomi & Sarajärvi 2011, 73.) Haastattelutyyppejä ovat strukturoitu ja avoin haastattelu sekä näiden väliin sijoittuva teemahaastattelu. Strukturoidussa haastattelussa sekä kysymykset että vastausvaihtoehdot ovat ennalta määrättyjä ja haastattelu toteutetaan lomakkeen avulla. Teemahaastattelussa keskustelun aihepiiri on ennalta määrätty. Kysymysten tarkka muoto ja järjestys voivat vaihdella. Avoimessa haastattelussa keskustellaan vapaamuotoisesti haastateltavan kanssa ja selvittää hänen mielipiteitä, käsityksiä ja tunteita sen mukaan, miten ne tulevat ilmi keskustelussa. Jopa haastattelun aihe voi vaihtua. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 1997, 196-199.) Haastattelukysymykset on hyvä antaa haastateltaville hyvissä ajoin ennen haastattelua, jotta nämä voivat tutustua niihin rauhassa. Näin aiheesta saadaan kerättyä mahdollisimman paljon tietoa. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 72-77.)

#### 4.2.2 Teemahaastattelu

Teemahaastattelu on keskustelua, jolla on etukäteen määrätty, tutkimusongelman määrittäminen tarkoitus (Tilastokeskus 2014a). Teemahaastattelusta käytetään myös nimitystä puolistrukturoitu haastattelu ja siinä edetään etukäteen tehdyn haastattelurungon mukaan. Osallistujat keskustelevat valituista teemoista tutkijan viedessä haastattelua eteenpäin. Teemahaastattelussa on oltava tarkoin mietittynä kysymysten ja käsiteltävien teemojen rajaus, jotta saatu aineisto olisi tutkimuksen kannalta relevanttia. Teemahaastattelu voi kuitenkin olla luonteeltaan avoimempaa tai strukturoidumpaa. Siinä voidaan pitäytyä tiukasti etukäteen päätetyissä kysymyksissä tai sallia intuitiivinen ja vapaampi muoto, jolloin keskustelu aaltoilee vapaammin valitun aiheen ympärillä, mutta saadaan mahdollisesti tutkittavasta aiheesta laajempaa tietoa. (Tuomi & Sarajärvi 2011.) Teemahaastattelussa haasteeksi muodostuu helposti se, että eri haastattelujen teemarakenne muuttuu liiaksi, eivätkä ne enää ole keskenään vertailu-

kelpoisia. Tulkinta voi alkaa nojaamaan tutkijan väkisin tekemään jäsentelyyn. Tämä laskee tutkimuksen luotettavuutta. (Tilastokeskus 2014a.)

#### 4.2.3 Ryhmähaastattelu

Teemahaastattelua, jossa on mukana monta haastateltavaa yhtä aikaa, kutsutaan focus group -haastatteluksi. Sitä käytetään sekä potilaiden kokemusten, että terveydenhuollon ammattilaisten ajattelun ja toiminnan selvittämiseksi. Focus ryhmä -haastattelu tuottaa monipuolisen aineiston. (Duodecim 2014.) Hirsjärvi, Remes ja Sajavaaran (2007, 199-200) mukaan ryhmähaastattelun selvin etu on sen taloudellisuus, kun monta henkilöä voidaan haastatella yhtä aikaa. He mainitsevat myös, että ryhmähaastattelutilanteessa keskustelu myös viriää helpommin ja tietoa saadaan paljon. Näin väärinymmärryksetkin tulevat helpommin korjatuiksi eikä haastateltavilta unohdu niin helposti mainita relevantteja asioita.

Toisaalta ryhmäpaine tai yhteisön dynamiikka voi estää kielteisten tai negatiivisten ajatusten esilletulon. Eriävän mielipiteen ilmaiseminen esimerkiksi omaisiin kohdistuvan panostuksen merkityksestä voi jäädä ilmaisematta ryhmäpaineen vuoksi. Miellyttämisen ongelma liittyy aina haastatteluun tiedonkeruumenetelmänä vaan ryhmähaastattelussa se korostuu. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 199-200.) Ryhmässä voi myös olla mukana henkilö, joka dominoi keskustelua ja estää muiden mielipiteiden pääsemistä esiin (Tilastokeskus 2014b).

#### 4.3 Sisällönanalyysi

Sisällönanalyysi on Vilkan (2005) mukaan kvalitatiivisen tutkimusmenetelmän metodi, jossa etsitään merkityksiä ja merkityssuhteita. Se soveltuu hyvin strukturoimattoman aineiston analysoimiseen. Sisällönanalyysin tavoitteena on löytää aineistosta olennainen tieto poliklinikoiden toiminnasta. (Vilka 2005, 139.) Sisällönanalyysissä kerätty aineisto tiivistetään siten, että tutkittava ilmiö paljastaa sisäisen logiikkansa sekä aineistossa esiintyvien asioiden tai toimintojen väliset suhteet. Sisällönanalyysin avulla aineistosta havaitaan samanlaisuudet ja erilaisuudet. Näin sisällönanalyysi ei ole vain aineiston kuvausta, vaan merkitysten, aikomusten, seurausten ja yhteyksien tutkimista. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003.)

Analyysin aluksi aineisto luetaan läpi, jota aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä seuraa aineiston pelkistäminen ja luokittelu. Pelkistämässä aineistosta karsitaan tutkimuksen kannalta epäolennainen informaatio pois esittämällä aineistolle tutkimuskysymykset ja niihin liittyviä apukysymyksiä. Vastaukset kirjataan aineiston termein, ilman tulkitsemista. Jäljelle jäävä aineisto pilkotaan tutkimuksen kannalta merkittäviksi lausumiksi ja lausumat muokataan mahdollisimman yksinkertaiseen muotoon ilman, että sisältö muuttuu. Näin aineistosta putoaa tutkimuksen kannalta epäolennainen aines pois ja alkuperäisaineiston ilmaukset lyhenevät

ja pelkistyvät. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003; Vilkka 2005, 140; Holloway & Wheeler 2012, 223-224.)

Tämän jälkeen aineisto ryhmitellään tutkimuskysymyksistä otettujen teemojen mukaisiin luokkiin. Aineisto ryhmitellään analyysiyksikön mukaisiin ilmaisuihin ja näistä etsitään erilaisuuksia ja yhtäläisyyksiä. Samaa tarkoittavat ilmaisut yhdistetään luokaksi ja sille annetaan sen sisältöä kuvaava nimi. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003; Vilkka 2005, 140.)

Viimeksi aineistosta haetaan olennainen tieto yhdistelemällä ryhmittelyssä syntyneitä luokkia. Samansisältöisiä alaluokkia laitetaan niitä yhdistäviin yläluokkiin. Mikäli aineisto sen mahdollistaa, voidaan luokkien yhdistämistä jatkaa vielä seuraaville tasoille. Tätä kutsutaan abstrahoinniksi eli käsitteellistämiseksi. Abstrahoinnin avulla tutkija hakee tulkintoja ja merkityksiä aineiston sisällöstä ja etenee aineistosta teoreettisiin käsitteisiin. (Tuomi & Sarajärvi 2009.)

## 5 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Kehittämistyötä koskevat pääosin samat yleiset tutkimuseettiset periaatteet, kuin muissakin tieteellisissä tutkimuksissa. Kehittämistyön ja toimintatutkimuksen luonne tuo eettisiin tarkasteluihin joitakin lisäyksiä. Tarkastelen erillisissä kappaleissa tutkimuksen luotettavuutta ja etiikkaa, vaikka niiden sisältö on osin päällekkäistä ja tutkimuksen hyvä luotettavuus on myös eettisesti korkeatasoisen tutkimuksen edellytys.

### 5.1 Tutkimusetiikka

Tutkimusetiikan ytimessä on hyvä tieteellinen käytäntö. Hyvä tieteellinen käytäntö tarkoittaa sitä, että tutkija käyttää tiedeyhteisön hyväksymiä tiedonhankinta- ja tutkimusmenetelmiä. Oman tutkimuksen lisäksi tietolähteinä tulisi olla oman alan tutkimuskirjallisuus ja ammattikirjallisuus. Tutkija osoittaa tutkimuksellaan tutkimusmenetelmien, tiedonhankinnan ja tutkimustulosten hallintaa. Hyvä tieteellinen käytäntö edellyttää rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta tutkimustyössä ja sen esittämisessä. Toisille tutkijoille pitää antaa heille kuuluva arvo. Tämä tarkoittaa huolellista viittaamista kirjallisuuteen. (Vilkka 2005, 30.)

Hyvää tieteellistä käytäntöä voi loukata piittaamattomuudella ja vilpillä. Piittaamattomuus ilmenee tutkijan laiminlyönteinä tutkimuksen tekemisessä. Tällaisia ovat muun muassa muiden tutkijoiden vähättely tai puutteellinen viittaaminen, metodien sopimattomuus, tulosten huolimaton kirjaaminen tai säilyttäminen ja samojen tulosten julkaiseminen useita kertoja. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012.) Vilkan (2005, 30) mukaan piittaamattomuuden katoon johtuvan tutkijan puutteellisista tiedoista ja taidoista.

Vilpillä tarkoitetaan tiedeyhteisön ja päätöksentekijöiden tarkoituksellista harhauttamista esittämällä tutkimuksessa vääriä tietoja tai tuloksia. Vilppi jakaantuu sepittämiseen, vääristelyyn, luvattomaan lainaamiseen ja anastamiseen. Sepitetty havainnot tai tulokset on tehty tutkimuksessa kuvatusta tavasta poiketen tai ne on kokonaan tekaistuja. Vääristelyä on havaintojen tai tulosten valikointi tai muokkaaminen omien päämäärien edistämiseksi. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012.)

Luvaton lainaaminen eli plagiointi tarkoittaa toisen tutkijan työn tai sen osan esittämistä omanaan. Anastaminen on tutkijalle luottamuksellisesti esitetyn tutkimussuunnitelman, havainnon tai idean käyttämistä omilla nimissään. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012.) Ihmisoikeudet muodostavat ihmisiin kohdistuvan tutkimuksen eettisen perustan (Tuomi & Sarajärvi 2011, 131). YK:n ihmisoikeusjulistuksessa hahmotelluista universaaleista ihmisoikeuksista relevantteja tämän tutkimuksen yhteydessä ovat lähinnä useissa kohdissa mainitut itsemääräämisoikeus ja yksityisyyden suoja (United Nations 2014). Itsemääräämisoikeuden voi vaarantaa paine tahtomattaan joutua tutkimuskohteeksi tai henkilön mielipiteiden julkaisu vastoin tämän tahtoa. Osallistujille on selvitettävä tutkimuksen tavoitteet, menetelmät ja riskit. Tutkimuskohteilla on oikeus kieltäytyä tutkimuksesta ja tämä on myös heille kerrottava. (Tuomi & Sarajärvi 2011.)

Toimintatutkimuksessa, missä tutkija on osana kehitystyötä ja työryhmää, on tutkijalla velvollisuus pitää mielessä kehitystyön tarkoitus parantaa vallitsevia käytäntöjä ja työpaikan toimintaa. Tämä edellyttää tutkimuksen tuloksilta ja johtopäätöksiltä reflektiivistä ja herkkää muotoilua, jossa otetaan huomioon kaikki näkökulmat eikä luoda vastakkainasetteluja työryhmän jäsenten välille. Tutkimukseen osallistuvien oikeuksien ja hyvinvoinnin turvaaminen tulee laajentaa myös koskemaan koko työryhmää ja työyhteisöä. (Tuomi & Sarajärvi 2011.)

## 5.2 Tutkimuksen luotettavuus

Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida kolmessa tutkimuksen vaiheessa. Tutkimusta tehdessä, on kiinnitettävä huomiota luotettavuuteen tutkimusaineiston, aineiston analyysin ja tutkimuksen raportoinnin suhteen. (Nieminen 1998.)

Tutkimuksen luotettavuuden kannalta keskeisimmät käsitteet ovat validiteetti ja reliabiliteetti eli pätevyys ja luotettavuus. Laadullisen tutkimuksen validiteettia eli pätevyyttä voidaan tarkastella neljästä eri perspektiivistä. Tutkimuksen tulee olla validi niin aineiston, ilmiön kuvaamisen ja havainnoimisen, tulkinnan, kuin tavoitteidenkin osalta. Validia aineistoa tutkimalla on mahdollista saada vastaukset tutkimuskysymyksiin. (Metodix 2013a.)

Ollakseen luotettava, on tutkimusaineiston oltava edustava. Laadullisen tutkimuksen yhteydessä tämä ei tarkoita kattavaa satunnaisotantaa tai muita tilastollisten virheiden minimoiniksi kehitettyjä aineistonkeruu menetelmiä, vaan että aineisto on kerätty sieltä, missä tutkittavana oleva ilmiö esiintyy. On kyettävä osoittamaan, että kohderyhmä ja tutkimusasetelma sopivat aiheen tutkimiselle. Aineistoon valitaan tarkoituksenmukaisesti haastateltavaksi niitä henkilöitä, joilla on kyky ja mahdollisuus tuottaa vastauksia tutkimuskysymyksiin. Raportoinnista on käytävä ilmi, millä periaatteella, tai minkä takia haastateltavat henkilöt on valittu. (Nieminen 1998.)

Holloway & Wheeler (2012) huomauttavat Watermaniin (1998) nojaten, että toimintatutkimuksessa yleiset laadullisen tutkimuksen luotettavuuden kriteerit eivät ole riittävät. He esittävät, että toimintatutkimuksessa tutkijan tulee ottaa huomioon myös dialektinen, kriittinen ja refleksiivinen validiteetti. Dialektinen validiteetti tarkoittaa, että tutkija ottaa huomioon kehittämisprojektin sisäiset jännitteet kuvaamalla niitä dialektisesti tutkimuksen edetessä. Se vaatii huomiota prosessin yksityiskohtien sekä projektin aikana syntyvien jännitteiden ja ristiriitojen kuvaamisessa. Kriittinen validiteetti viittaa siihen moraaliseen velvollisuuteen, joka tutkijalla on ottaa huomioon projektissa olevien ihmisten ongelmat ja tarpeen mukaan myös pidettyä toiminnasta, mikäli tarpeellista. Tutkijalla on velvollisuus kyetä perustelemaan päätöksensä, koska kehittämistyön tarkoituksena on kuitenkin parantaa yhteisön toimintaa. Toimintatutkimuksen refleksiivinen luonne velvoittaa tutkijan olemaan tietoinen omista rajoituksistaan. Kun tutkijalla on useita rooleja, kuten tutkija, muutoksen tekijä ja prosessin arvioija samassa tutkimuksessa, pitää hänellä myös olla pohdiskelleva ote omien näkökulmien suhteen. (Holloway & Wheeler 2012, 243.)

Laadullisen tutkimuksen aineiston käsittelyä ja analyysin luotettavuutta tarkasteltaessa puhutaan reliabiliteetista (Metodix 2013b.) Se tulee relevantiksi siirryttäessä aineistosta analyysiin ja tulkintaan. Aineiston tulkinnan on oltava johdonmukainen ja sen tulee päteä koko aineistossa sekä mahdollisesti myös laajemmin yhteiskunnassa. Analyysin reliabeliutta arvioidessa keskeistä on tutkijan luomien luokitusten selkeys ja yksiselitteisyys. Luokittelun periaatteet tulee kuvata tarkasti, jotta lukija saa käsityksen siitä, miten luokat syntyvät aineistosta. Aineiston ja tutkimusmenetelmän tulisi johdattaa tulkintoihin ja vain tehtyihin tulkintoihin. (Nieminen 1998.) Vaikka laadullisessa tutkimuksessa tutkimuksen eri vaiheet, aineiston keruu, teoreettinen pohdinta ja tulokset tapahtuvat ajallisesti osin päällekkäin, on raportoinnissa pyrittävä selkeyteen. Tällöin lukija voi arvioida ja seurata tutkijan päättelyä. Tutkijan pitää pystyä perustelemaan lukijalle tekemänsä ratkaisut luokituksen ja johtopäätösten käsittelyssä. (Nieminen 1998.)

Reliabiliteettiin liittyvät arvioitavuus ja uskottavuus. Arvioitavuus edellyttää, että matka aineiston ja tulkintojen välillä on kuvattu riittävän hyvin, jotta lukija voi seurata tutkijan päät-

telyä ja arvioida sitä. Tutkimuksen uskottavuus on riittävä, mikäli tehdyt tulkinnot voidaan tutkimusraportin pohjalta nähdä mahdollisina ja järkevinä. (Metodix 2013b.) Tutkijan tulee myös arvioida omaa asemaansa tutkimuksessaan yhteisössä sekä omien ennakkokäsitystensä vaikutusta tutkimuksen tuloksiin ja johtopäätöksiin (Nieminen 1998).

## 6 Kehittämistoiminnan toteutus

### 6.1 Ensiaskleet

Opinnäytetyöprosessi alkoi palaverissa 13.1.2014. Paikalla olivat avokuntoutuspoliklinikan osastonhoitaja, sairaanhoitoalueen opinnäytetöitä koordinoiva kliininen asiantuntija, opinnäytetyötä ohjaavat opettajat ja tämän opinnäytetyön tekijä. Tapaamisessa yhteiseksi kehittämiskohteeksi sovittiin psykoedukaation ja omaisten huomioimisen kehittäminen. Avokuntoutuspoliklinikoilla oli jo aloitettu perhetyön koulutus ja osastonhoitaja koki, että asian hyväksi voitaisiin tehdä enemmän. Opinnäytetyön tekijällä oli aiempien projektien ja työkokemuksen pohjalta syttynyt kiinnostus aiheeseen.

Poliklinikoilla oli myös entuudestaan osittain päällekkäisiä prosesseja käynnissä, jotka hankaloittivat motivoitumista ja kehittämistyön indentifioitumista erilliseksi prosessiksi. Projekti päätettiin liittää osaksi 5 Stars Partnership -hanketta. Aikataulupaineita aiheutti hankkeeseen liittyvä konferenssi toukokuun alussa Riikassa, missä projekti esiteltäisiin hankkeen kansainvälisille kumppaneille. Riikaan lähtisivät opinnäytetyön tekijä ja yksi työryhmän jäsenistä.

Tutkimusluvan hakeminen ja toiminnan nykytilan selvittäminen alkoivat heti. Helmikuun alussa pidimme seuraavan tapaamisen Laurean tiloissa. Tapaamisen kokoonpano oli edellisen kaltainen ja kliinisen asiantuntijan tilalle oli saapunut alueen psykiatrian osastoryhmän päällikkö. Tutkimuslupa-anomus oli jo pitkällä ja suuntaviivat alkoivat hahmottua tutkimuksellisen osan toteuttamisen suhteen. Osastoryhmän päällikkö pyysi joitakin tarkennuksia anomukseen. Haastattelukutsuja ja -kysymyksiä voitiin alkaa suunnittelemaan.

Työskentely oli opinnäytetyön tekijän osalta tässä vaiheessa intensiivistä, vaikka työryhmä ei ollut vielä tavannut kertaakaan. Kehittämistyö lähti käyntiin tammikuun palaverin pohjalta ja varsinainen yhteistyö ja työryhmän yhteinen kehittäminen ei pääsisi käyntiin ennen kuin nykytilan selvittäminen olisi vauhdissa. Tuolloin haastattelu olisi tehty ja alustavaa analyysia olisi saatavilla kehittämistyön pohjaksi.

Kutsu haastatteluun (Liite 2) ja haastattelukysymykset (Liite 3) laadittiin, sekä viimeisteltiin tutkimuslupahakemus. Tutkimuslupa myönnettiin ja haastattelu toteutettiin helmikuussa 2014.



## 6.2 Nykytilan kuvaus

Tämä opinnäytetyö painottui kehittämisprosessin ensimmäisiin vaiheisiin. Jotta toimintaa voidaan kehittää, on tunnettava lähtötilanne. Opinnäytetyön tutkimukselliseksi osaksi muodostui selvittää psykoosipotilaan omaisille tarjottavan tuen nykytila haastattelemalla alueen poliklinikoiden hoitajia ja tarjota näyttöön perustuvaa tutkimustietoa uuden toimintamallin rakentamisen avuksi.

Tutkimuskysymykset olivat seuraavat:

1. Miten Lohjan sairaanhoitoalueen psykiatrian kuntoutuspoliklinikoilla otetaan huomioon psykoosisairaam omaisten merkitys kuntoutuksessa?
2. Minkälaisia tietoteknisiä mahdollisuuksia psykoosisairaiden omaisten kanssa työskennellessä hyödynnetään?
3. Miten omaisten osallistumista psykiatrian avokuntoutuspoliklinikoilla hoidossa olevien psykoosipotilaiden hoitoon ja kuntoutukseen voisi kehittää, erityisesti tietoteknisiä sovelluksia hyödyntäen?

Nykytilanteen kuvaamiseksi pidettiin focus group -ryhmähaastattelu, johon osallistui tämän opinnäytetyön tekijä haastattelijana ja neljä työntekijää avokuntoutuspoliklinikoilta. Haastattelu laadittiin strukturoimattomaan muotoon, jotta saatiin runsaasti monipuolista tietoa poliklinikoiden toiminnasta. Kysymyksillä pyrittiin luotaamaan niin hoitajien tietämystä kuin myös kokemuksia ja tunteita tutkimuskysymysten ympäriltä. Tämä laajentaa näkökulmaa sekä tuo esiin aiheeseen liittyviä asenteita (Holloway & Wheeler 2012).

Haastattelujen aihe oli selkeästi rajattu. Tarkoitus oli kerätä mahdollisimman paljon tietoa paitsi poliklinikoiden työstä psykoosisairaiden omaisten kanssa sekä siihen liittyvistä asenteista, uskomuksista ja tunteista. Tämän vuoksi haastattelu sijoittui strukturoidun ja syvähaastattelun väliin ja oli luonteeltaan teemahaastattelu. Teemahaastattelussa edetään teemoittain keskustellen avointen ja puoliavointen kysymysten pohjalta. Näin saadaan kerätyksi paljon tietoa valituista teemoista ja vältetään keskustelun ajautuminen kauaksi tutkimuskysymysten ulkopuolelle. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 199-200.)

Tutkimuksessa selvitettiin, mitä poliklinikoilla tällä hetkellä psykoosipotilaiden omaisten kanssa tehdään. Tätä oli luonnollista kysyä poliklinikoiden hoitajilta. Toinen vaihtoehto olisi ollut tutkia asiaa hoitajien tekemistä kirjauksista. Potilaiden tai heidän omaistensa haastattelu olisi ollut mahdollista. Nämä vaihtoehdot hylättiin, koska niiden ei katsottu vastaa-

van yhtä hyvin tutkimuskysymyksiin. Lupien hakemiseen vaadittava aika potilaihin kohdistuvalle tutkimukselle olisi ollut liian pitkä kehittämishankkeen aikataululle. Hoitajat tietävät, mitä vastaanotoilla ja tapaamisilla tapahtuu. Toisaalta kehitystyössä on kyse nimenomaan hoitajien työn kehittämisestä. Vaikka olisi ollut kiinnostavaa tietää potilaiden ja heidän omaistensa mielipiteitä tarjotun tuen nykytilasta, oli kehitystyön kannalta riittävää haastatella hoitajia.

Työryhmässä päätettiin poliklinikoiden osastonhoitajan ehdotuksesta tehdä haastattelu ryhmähaastatteluna, jossa mukana ovat poliklinikoiden yhteinen osastonhoitaja sekä yksi sairaanhoitaja kustakin kolmesta poliklinikasta. Näin tietoa saatiin jokaisen yksikön käytännöistä. Osastonhoitajan osallistuminen ryhmähaastatteluun voi tuoda sekä etuja, että mahdollisia ongelmia. Läsnaoleva esimies saattaa aiheuttaa hoitajille painetta esittää nykytila positiivisemmassa valossa, kuin mitä tilanne todellisuudessa on. Toisaalta osastonhoitajalla voi olla laajempi tietämys työnjaosta ja strategiasta potilaiden omaisten tukemisen suhteen. Näin on mahdollista saada laajempi näkemys tutkittavasta aiheesta. Haastattelussa vaikutti siltä, että osastonhoitajan osallistumisessa positiiviset vaikutukset korostuivat enemmän. Keskustelu oli vapautunutta, eikä vaikuttanut siltä, että hoitajat olisivat pyrkineet esittämään nykytilaa erityisen positiivisessa valossa. Osastonhoitaja oli itse myös aktiivinen keskustelija ja hän toi keskusteluun mukaan runsaasti ajatuksia, joita muut osallistujat kehittivät lisää.

Haastattelu nauhoitettiin analysointia varten. Nauhoitteen pohjalta suoritettiin litterointi. Haastattelun nauhoite ja nauhoitteesta tehtävä litterointi säilytettiin salasanalla suojatulla kovalevyllä ja tuhottiin tutkimuksen valmistuttua asianosaisten yksityisyyden suojelemiseksi. Valmiissa työssä haastateltavat tai heidän työpaikkansa eivät ole tunnistettavissa. Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä lähdettiin liikkeelle litteroidusta haastattelumateriaalista. Haastateltavien lausumat yksinkertaistettiin ja lyhennettiin selkeiksi ja ymmärrettäviksi analyysiyksiköiksi. Abstrahoinnissa saatuja yksiköitä yhdisteltiin samaa tarkoittaviin luokkiin, ja näitä luokkia vielä yhdisteltiin laajempien käsitteiden yläluokkiin. Analyysin tulokset esitellään päinvastaisessa järjestyksessä lähtien yläluokista. Kaikkien kolmen avokuntoutuspoliklinikan toimintaa käsitellään yhdessä, vaikka niiden toiminnassa on eroavaisuuksia. Tähän ratkaisuun päädyttiin analysoitavan materiaalin suppeuden sekä kehittämistyön yhteisen päämäärän vuoksi. Kehittämistyön tarkoituksena on kehittää psykoosipotilaan omaisten parissa tapahtuvaa työtä yhteisesti, minkä vuoksi yhteisen laadullisen analyysin katsottiin olevan riittävä. Laadullisella analyysillä tuodaan esiin käytössä olevia toimintamalleja. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003.)

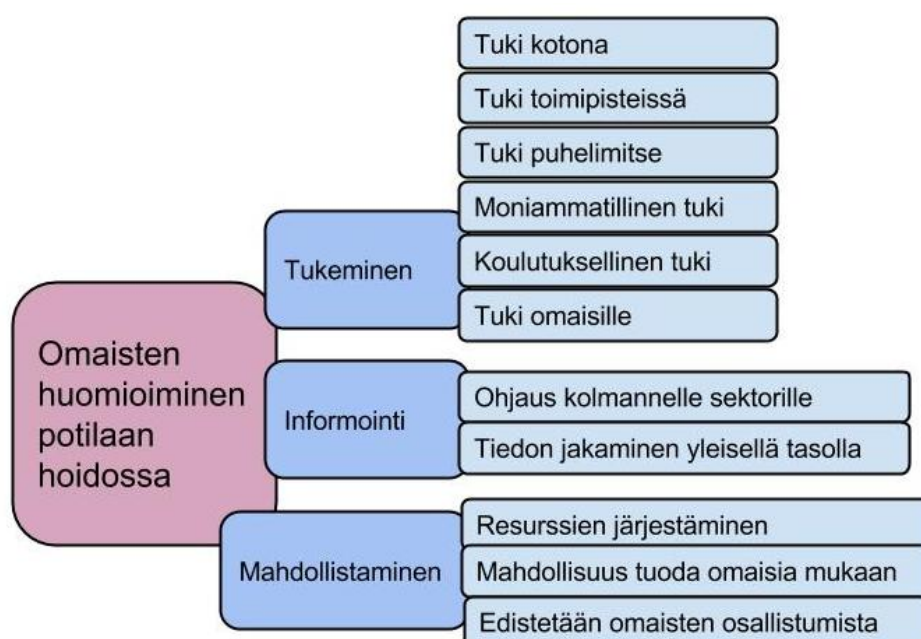
Analyysi jakaantui kolmeen tutkimuskysymysten rajaamaan kategoriaan:

- 1) Omaisten huomioiminen potilaan hoidossa

- 2) Tietokoneiden käyttö omaisten kanssa
- 3) Kehittämisenäkökulmia psykoosipotilaan omaisten kanssa tapahtuvaan työhön

Psykoosipotilaan omaisten parissa tapahtuva työ jakaantui analyysissä karkeasti kolmeen yläluokkaan, joiden funktio on jäsenellä analyysia. Näitä olivat tukeminen, mahdollistaminen ja informointi. Analyysin informaatioarvo sisältyy ensimmäisen asteen abstrahointiin ja sen yhteydessä johdettuihin luokkiin. Taulukossa 1 on kuvattu luokkien ja yläluokkien muodostuminen ja kuvio 2 esittää luokkien ja yläluokkien suhteet.

### 6.2.1 Omaisten huomioiminen avokuntoutuspoliklinikalla



Kuvio 2: Analyysipuu, Omaisten huomioiminen potilaan hoidossa

Miten omaisia otetaan mukaan hoitoon?		
Tavataan joskus omaisia kotikäynneillä.	Tuki kotona.	Tukeminen
Kotikäyntejä tarpeen mukaan.	Tuki kotona.	Tukeminen
Vähintään yksi kotikäynti jokaiselle.	Tuki kotona.	Tukeminen
Kuntouttavia kotikäyntejä hoitosuunnitelman mukaisesti.	Tuki kotona.	Tukeminen

Kuntouttavia kotikäyntejä hoitosuunnitelman mukaisesti.	Tuki kotona.	Tukeminen
Satunnaisia tapaamisia ja puhelin-keskusteluja	Tuki puhelimitse.	Tukeminen
Omaiset voi soittaa hoitajalle.	Tuki puhelimitse.	Tukeminen
Avokuntoutuspoliklinikan tutustumiskäynnillä satunnaisesti omaisia mukana	Tuki toimipisteissä	Tukeminen
Lääkärin ensikäynnille voi ottaa omaiset mukaan.	Moniammatillinen tuki	Tukeminen
Perhekäynnit lastensuojelun tai muiden toimijoiden mukana	Moniammatillinen tuki	Tukeminen
Perhetapaaminen lääkärin kanssa hoitosuunnitelman teon yhteydessä.	Moniammatillinen tuki	Tukeminen
Toimintaterapeutti voi tukea perhettä.	Moniammatillinen tuki	Tukeminen
Sosiaalityöntekijä voi tukea perhettä.	Moniammatillinen tuki	Tukeminen
Jaetaan tietoa sairaudesta.	Koulutuksellinen tuki	Tukeminen
Jaetaan tietoa ja ratkotaan ongelmia	Koulutuksellinen tuki	Tukeminen
Omaisia tuetaan kuuntelemalla heidän huoliaan.	Tuki omaisille	Tukeminen
Ohjataan muiden toimijoiden palveluihin.	Ohjaus kolmannelle sektorille	Informointi
Ohjataan ilmoitustaululla ottamaan yhteyttä kolmannen sektorin palveluihin	Ohjaus kolmannelle sektorille	Informointi
Keskustellaan omaisten kanssa yleisellä tasolla, jos potilas on kieltänyt kertomasta hoidostaan omaiselle.	Tiedon jakaminen yleisellä tasolla	Informointi
Annetaan yleisiä ohjeita omaisille hoitoonohjauksesta.	Tiedon jakaminen yleisellä tasolla	Informointi
Perhetyön kolutus henkilökunnalle antaa valmiuksia.	Resurssien järjestäminen	Mahdollistaminen

Perhetapaamisiin on aina järjestettyjä aikoja.	Resurssien järjestäminen	Mahdollistaminen
Potilaalle tarjotaan mahdollisuutta tuoda omaiset mukaan tapaamisiin.	Mahdollisuus tuoda omaisia mukaan	Mahdollistaminen
Potilaat voi tuoda omaiset oma-aloitteisesti mukaan	Mahdollisuus tuoda omaisia mukaan	Mahdollistaminen
Potilaita kannustetaan ottamaan omainen hoitoon mukaan.	Edistetään omaisten osallistumista	Mahdollistaminen
Potilaat antaa luvan keskustella omaisen kanssa.	Edistetään omaisten osallistumista	Mahdollistaminen

Taulukko 1: Miten omaisia otetaan mukaan hoitoon?

### Tukeminen

Keskeistä avokuntoutuspoliklinikoiden toiminnassa on potilaan ja omaisten tukeminen psykoosisairausten aiheuttaman stressin kanssa selviämässä. Tukemisen yläluokkaan erotin kuusi alaluokkaa. Nämä olivat Tuki kotona, Tuki puhelimitse, Tuki toimipisteissä, Koulutuksellinen tuki, Moniammatillinen työskentely ja Tuki omaisen henkilökohtaisiin huoliin.

Omaisia tuetaan avokuntoutuspoliklinikoiden puolesta niin toimipisteissä, potilaan kotona, kuin myös puhelimitse. Sähköposti ei periaatteessa ole omaisten käytettävissä, mutta käytännössä hoitajien osoite on helppo löytää, ja omaiset ottavat yhteyttä hoitajiin satunnaisesti myös sähköpostitse. Perheet ja omaiset eivät kuitenkaan ole yhteistyössä kuin harvojen psykoosipotilaiden kohdalla, mikä näkyy useista kommentteista haastatteluaineistossa, kuten

Meillä kans ninku satunnaisesti tehdään näitä perhekäyntejä, joskus yhdessä sitten muiden, lastensuojelun tai muiden viranomaisten kanssa ja niinku tarpeen mukaan siitä lähetään.

Kotikäyntejä olen toki tehnyt, mutta perheitä olen päässyt hirveen vähän tapaamaan.

Satunnaisia tapaamisia ja puhelinkeskusteluja.

Asiakkaiden omaisia tavataan avokuntoutuspoliklinikoiden työntekijöiden toimesta vaihtelevasti. Potilaat tuovat joskus oma-aloitteisesti omaisia mukaan käynneille. Heille myös tarjotaan mahdollisuutta omaisten tuomiseksi mukaan käynnille. Avokuntoutuspoliklinikan tutustumiskäynneillä on omaisia satunnaisesti mukana.

Kotikäyntejä hoitajat tekevät jonkin verran. Tavoitteena poliklinikoilla oli, että jokaiselle asiakkaalle tehtäisiin ainakin yksi kotikäynti. Tarpeen mukaan kotikäyntejä voidaan tehdä

runsaamminkin. Kotikäynnit ovat hyvä tilaisuus tavata myös psykoosipotilaan omaisia. Kotikäynntejä on kahdentyyppisiä. Hoitajat voivat käydä potilaan kotona käynnillä tarvittaessa tai tutustumistarkoituksessa. Kuntouttavat kotikäynnit ovat pidempikestoisia ja ne sovitaan hoito- ja kuntoutussuunnitelmassa. Yksi haastateltavista tiivistä asian seuraavasti:

Niin elikkä ne (kuntouttavat kotikäynnit) on ennalta suunniteltuja, tavoitteellisia, kuntouttavia kotikäynntejä tarpeen mukaan, jotka suunnitelllan yhdessä lääkärin ja potilaan kanssa.

Omaiset saavat tukea eri ammattiryhmiltä. Hoitajien lisäksi moniammatillisessa työskentelyssä käytettävissä ovat lääkärit, toimintaterapeutit, sosiaalityöntekijät ja muut hoitoon osallistuvat tahot, kuten lastensuojelun työntekijät.

Avokuntoutuspoliklinikoilla ei ole omaa lääkäriä, vaan lääkäri tulee yleensä psykiatrian poliklinikalta. Potilaat tulevat usein ensipsykoosin ja mahdollisen sairaalajakson jälkeen avokuntoutuspoliklinikoiden asiakkaiksi juuri psykiatrian poliklinikan kautta. Kun henkilö tulee uutena asiakkaana psykiatrian poliklinikalle, annetaan hänelle kutsukirje ensimmäiselle lääkäritapaamiselle. Kirjeessä kerrotaan, että potilas voi ottaa omaisen tai läheisen käynnille mukaan. Tälle käynnille on viime vuosina enenevässä määrin tullut mukaan myös avokuntoutuspoliklinikan hoitaja. Tällöin myös avokuntoutuspoliklinikan työntekijöillä on mahdollisuus tutustua asiakkaan perheeseen tai omaisiin. Ensikäynnin lisäksi lääkäri tapaa asiakkaan perhettä hoitosuunnitelman laadinnan yhteydessä mahdollisesti olevassa perhetapaamisessa. Perinteisesti perhetapaamiset ovat tapahtuneet lähinnä nimenomaan yhdessä lääkärin kanssa. Toimintatapa on muuttumassa ja hoitajat tekevät enenevässä määrin itsenäisiä kotikäynntejä:

Toimintamalliin on kuulunu, että tämmösis perhetapaamisis ois lääkäri mukana, mikä ei tietenkään tarvi niin olla, mut et niin siel psykiatrian poliklinikallakin hirveen pitkälle tapahtuu, et kun tehdään hoitosuunitelmaa, niin siin on lääkäri mukana ja siin on se perhe mukana.

Avokuntoutuspoliklinikoilla on käytettävissään toimintaterapeutti, joka voi tarjota osaamistaan asiakkaan lisäksi myös tämän lähipiirille niin poliklinikoiden tiloissa kuin myös asiakkaiden kotona. Toimintaterapeutin lisäksi sairaanhoitoalueen avokuntoutuspoliklinikoiden kanssa yhteistyötä tekevät kuntien sosiaalialan toimijat, kuten sosiaalityöntekijät ja lastensuojelun työntekijät. Hoitajat tekevät kotikäynntejä myös yhdessä näiden kanssa. Yhteistyö muiden asiantuntijoiden kanssa koetaan hedelmälliseksi, mikä paljastuu esimerkiksi yhden haastateltavan sanoista:

Mä oon tehny kotikäynntejä yhdessä sosiaalityöntekijän kanssa useita jo ja se on tosi hyvä lisä tähän meidän kuvioon.

Haastateltavat toivat esille omaisille jaettavan koulutuksellisen tuen:

Mut kyl se psykoedukatiivinen ote siihen että jaataan kaikille riittävästi tietoo siitä sairaudesta, niin se on oikeestaan niinkuin se tärkein asia siinä.

Yksi haastateltava liitti koulutukselliseen lähestymistapaan myös perheen sisäisten käytännön ongelmien ratkomisen:

Just tuomal sitä tietoo ja sit keskustelemalla sen perheen kanssa näist tilanteista siellä kotona ja eri toimintatavoista.

Yhdessä kommentissa erityisesti näkyi tarve omaisten hädän huomioimiseen:

Se on siin se ongelma että täytyy aina tarkistaa potilaalta että mitä saa puhua ja niin, mut ainahan voi kuunnella kuitenkin.

Mielenterveyspotilaan omainen joutuu usein sietämään voimakasta stressiä, kun tulevaisuuden suunnitelmat ja haaveet joutuvat koetukselle uuden tilanteen vuoksi. Omainen voi tarvita tukea jaksamiseen siinä missä potilaskin. Sairastuneellekin on tärkeää, että omainen saa kanavan, jota kautta voi purkaa kertynyttä taakkaa ja jakaa huolen läheisistä. Näin voidaan välttää tunneilmapiirin ylivirittymistä ja edistää potilaan kuntoutumista. Tuki omaisille heidän omissa huolissaan on varmasti monille hoitajille automaattista toimintaa, eikä sitä tule helposti ajatelleeksi. Tässä kohdassa haastateltava käänsi näkökulman toisin päin ja katsoi tilannetta potilaan sijasta suoraan omaisen perspektiivistä.

#### Informointi

Lohjan sairaanhoitoalueen avokuntoutuspoliklinikoilla jaetaan potilaan omaisille tietoa monin eri tavoin. Koulutukselliseen työhön sisältyi jo keskeisenä komponenttina tiedon jakaminen läheisen sairaudesta. Analyysissä eroteltiin erikseen informointi-yläluokan alle tiedon jakaminen yleisellä tasolla, joka tulee kysymykseen erityisesti silloin, kun potilas on kieltänyt tiedon antamisen omaisille, ja nämä kuitenkin ottavat hädässään yhteyttä mielenterveyden ammattilaisiin. Poliklinikoilla vastataan omaisten kysymyksiin psykoosisairauksista ja niihin liittyvistä asioista yleisellä tasolla, ottamatta kantaa yksittäisiin tapauksiin.

Informointi-yläluokan alle tuli myös ohjaaminen kolmannen sektorin palveluihin. Avokuntoutuspoliklinikka voi tarjota vain rajallisen määrän palveluita. Monet mielenterveysalalla toimivat järjestöt tarjoavat omaisille suunnattuja palveluita ja omaisia ohjataan näihin kolmannen sektorin palveluihin. Esimerkkeinä kolmannen sektorin toimijoista haastattelussa mainittiin Omaiset mielenterveystyön tukena ja Suomen mielenterveysseura.

## Mahdollistaminen

Kolmanneksi yläluokaksi ensimmäisen tutkimuskysymyksen suhteen analyysissä löytyi “mahdollistaminen”, joka kerää yhteen erilaisia resursointiin ja kuntoutumisen tukemiseen liittyviä toimintoja avokuntoutuspoliklinikoilla. Ne ovat poliklinikoiden toimia, jotka tähtäävät omaisten osallistumisen helpottamiseen ja tukemiseen, vaikka eivät olekaan suoraan omaisten parissa tehtäviä toimenpiteitä.

Haastattelussa nousi esille resurssien järjestäminen omaisten kanssa tehtävälle työlle. Yksi haastateltavista toteaa seuraavasti:

Et on aina pystytty kyl tapaamaan jos tarvii, tai järjestään niit perhetapaamisia.

Tämän kommentin perusteella perusedellytykset omaisten huomioimiseksi kuntoutuksessa ovat olemassa. Tämä ei kuitenkaan kerro, miten paljon resursseissa on varaa perhetyötä ja psykoedukaatiota lisätä.

Resurssien järjestämiseen luettiin myös koulutus, jonka tarkoituksena on antaa valmiuksia omaisten parissa tapahtuvaan työhön. Avokuntoutuspoliklinikoilla on koko henkilökunta käynyt perhetyön koulutuksen vuosina 2013 - 2014.

Mahdollistamisen yläluokkaan asettui myös alaluokka “Tarjotaan mahdollisuus omaisten tuomiseksi mukaan”. Potilaat voivat tuoda oma-aloitteisesti omaisia mukaan vastaanotolle ja tapaamisiin. Yksi haastateltava puki tämän sanoiksi näin:

Joskus potilaat myös tuo ihan kysymättä ja puhumatta mitään, aviopuolionsa mukaan, ja se on ihan ok tietysti.

Potilaille myös tarjotaan mahdollisuus tuoda perhettä tai omaisia mukaan:

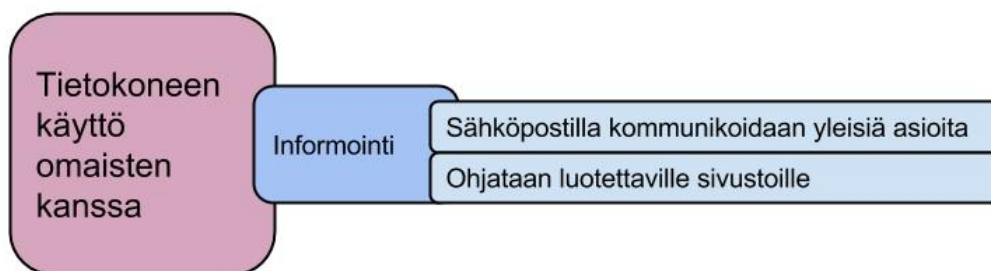
Kyl se menee potilaan kautta sitten, että potilaalle tarjotaan sitä mahdollisuutta että omaiset voi tulla tutustuu meidän toimintaan tai johonkin perhetapaamiseen.

Läheisesti potilaalle mahdollisuuksien tarjoamista asettuu myös alaluokka “Edistetään omaisten osallistumista. Tällä tarkoitetaan potilaan kannustamista tuomaan omaisia tai perhettä tapaamisiin tai luvan saamista potilaalta suoraan yhteydenpitoon omaisten kanssa.



## 6.2.2 Tietokoneen käyttö omaisten kanssa

Toisen tutkimuskysymyksen suhteen haastattelu tarjosi niukasti materiaalia. Tämä johtuu siitä, että tietotekniikan käyttö omaisten parissa on vähäistä. Analyysissä muodostui vain yksi yläluokka, informointi. Tietokonetta käytetään tiedon jakamiseen omaisille. Kuvio 3 havainnollistaa kategorioiden suhteita. Taulukossa 2 on esitetty analyysin luokkien ja yläluokkien muodostuminen tietokoneen käytön osalta.



Kuvio 3: Analyysipuu, Tietokoneen käyttö

Tietokoneen käyttö omaisten kanssa		
Sähköpostin tietosuojaan ei voi luottaa, joten sillä ei välitetä luotamuksellista tietoa.	Sähköpostilla kommunikoidaan yleisiä asioita.	Informointi
Annetaan luotettavien nettisivujen osoitteita, kuten mielenterveystalo ja mielenterveysseura.	Ohjataan luotettaville sivustoille	Informointi
Annetaan linkkejä nettisivuille.	Ohjataan luotettaville sivustoille	Informointi
Ohjataan luotettaville sivustoille, kuten mielenterveystalo, mielenterveysseura, mielenterveyden keskusliitto, Mielinet, terveystietä, nytyi.fi, vahvistamo ja Kelan sivut.	Ohjataan luotettaville sivustoille	Informointi

Taulukko 2: Miten tietokonetta käytetään työssä?

Sähköpostia ei tietoturvasyistä voi käyttää minkään arkaluontoisen informaation välittämiseen. Haastattelussa kävi ilmi, että sen välityksellä voidaan toisinaan kommunikoida yleisiä asioita, jotka eivät sisällä mitään potilastietoja. Hoitajien sähköpostiosoitteet eivät ole julkisesti edes saatavilla. Potilaat ja omaiset kuitenkin sen usein voivat päätellä ja ottaa yhteyttä.

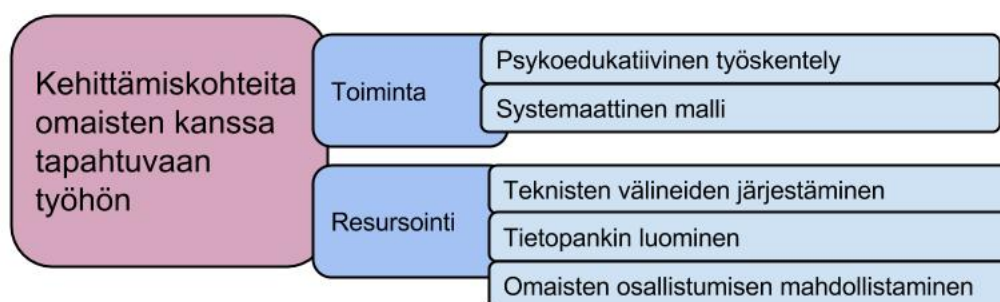
Yleisimmin tietokonetta hyödynnetään omaisten parissa ohjaamalla heitä luotettaville internet-sivustoille. Internetissä on tarjolla kaiken tasoista tietoa sitä etsivälle. Hoitajat pyrkivät

rajaamaan ja ohjaamaan tiedonhakua luotettaville sivustoille, joilla on tutkittua ja hyödyllistä tietoa. Hoitajien suosittelemia sivustoja olivat Mielenterveystalo, Mielenterveysseura, Mielenterveyden keskusliitto, Mielinet, Terveysportti, nyyti.fi, Vahvistamo ja Kelan sivut.

### 6.2.3 Kehittämiskohteita

Kolmas tutkimuskysymys suuntautui tulevaisuuteen ja etsi Lohjan sairaanhoitoalueen poliklinikoiden omaisten parissa tapahtuvaan työhön kehittämideoita ja -toiveita. Jälleen analyysin jäsentämiseksi vietiin analyysi toisen asteen abstrahointiin asti.

Yläluokkia analyysissä muodostui kaksi: toiminta ja resursointi. Avokuntoutuspoliklinikoilla nähtiin siis kehittämistarpeita niin toiminnan itsensä kuin myös sitä mahdollistavan resursoinnin suhteen. Enin osa kehittämistarpeista nähtiin perustoiminnan kehittämisessä ja resursoinnin kehittämistarpeet olivat aukioloaikojen muuttamista lukuun ottamatta pieniä detaljeja. Analyysi ja sen tulokset on kuvattu kuviossa 4 ja taulukossa 3.



Kuvio 4: Analyysipuu, Kehittämiskohteita

Kehittämiskohteita		
Psykoedukatiivisen työotteen kehittäminen on keskeinen kehittämiskohde.	Psykoedukatiivinen työskentely.	Toiminta
Tietoa sairaudesta pitää antaa toistuvasti ja säännömukaisesti hoidon aikana.	Psykoedukatiivinen työskentely.	Toiminta
Mielinet-ohjelmiston liittäminen omaisten tukemiseen.	Psykoedukatiivinen työskentely.	Toiminta
Systemaattisen mallin kehittäminen omaisten ottamiseksi mukaan hoitoon.	Systemaattinen malli.	Toiminta
Hoitajavetoisen perhetyön mallin kehittäminen.	Systemaattinen malli.	Toiminta

Omaiset otetaan automaattisesti mukaan potilaan hoitoon.	Systemaattinen malli.	Toiminta
Ohjataan systemaattisesti omaiset ottamaan yhteyttä kolmaanteen sektoriin, mikäli potilas kieltää yhteistyön omaisten kanssa,	Systemaattinen malli.	Toiminta
Omaiset oireidenhallintaryhmään mukaan.	Systemaattinen malli.	Toiminta
Omaisten saaminen luonnolliseksi osaksi hoitoa.	Systemaattinen malli.	Toiminta
Lääkäritapaamisiin aina omainen mukaan	Systemaattinen malli.	Toiminta
Otetaan automaattisesti omaiset mukaan hoitoon.	Systemaattinen malli.	Toiminta
Tilataan kolmannen sektorin toimijoiden esitteet avokuntoutuspoliklinikoille.	Systemaattinen malli.	Toiminta
Kirje potilaan omaisille hoitosuhteen alussa.	Systemaattinen malli.	Toiminta
Välineistön hankkiminen netin hyödyntämiseksi kotikäynneillä.	Teknisten välineiden järjestäminen.	Resursointi
Potilastietokoneita voi tarjota omaisille käyttöön.	Teknisten välineiden järjestäminen.	Resursointi
Kerätään hyödylliset linkit yhteiseen tietokantaan.	Tietopankin luominen.	Resursointi
Oma portaali materiaalin ja linkkien jakamiseksi.	Tietopankin luominen.	Resursointi
Oma portaali materiaalin ja linkkien jakamiseksi.	Tietopankin luominen.	
Toiminnan laajentaminen virka-ajan ulkopuolelle.	Omaisten osallistumisen mahdollistaminen.	Resursointi

Taulukko 3: Mitä kehittämiskohteita työssä on?

### Toiminta

Avokuntoutuspoliklinikoilta puuttuu systemaattinen malli psykoosipotilaan perheen ja omaisten kanssa tehtävälle työlle, mikä ilmeni selkeästi haastattelussa. Enin osa kehittämistarpeista koettiin olevan juuri systemaattisen mallin käyttöönotossa poliklinikoiden toiminnassa omaisten kanssa. Tämä juontaa juurensa poliklinikoiden menneisyydestä. Sairaanhoidon alueen

avokuntoutuspoliklinikat olivat aiemmin päivätoimintayksiköitä eikä työhön liittynyt hoitovastuuta. Näin perheidenkin tapaaminen jäi muiden toimijoiden vastuulle, joka usein tarkoitti lähinnä lääkäriä. Yhdessä kommentissa pohditaan vastuun kasvamista:

Mutta tää on nyt vähän tämmönen uudenlainen tapa ajatella et hoitajatkin voi tavata sitä tai et hoitajatkin voi keskenään tavata sitä perhettä. Et tämmösiä uudenlaisia toimintakulttuureja on, vaatii meiltä sit semmost uudenlaista ajattelua.

Tarpeellisenä koettiin, että potilaan mahdollinen perhe, omaiset tai lähipiiri otettaisiin automaattisesti mukaan osaksi hoitoa. Potilaalla on tietysti mahdollisuus kieltää omaisten osallistuminen. Kieltäytyminen voisi kuitenkin olla harvinaisempaa, jos asiaa ei lähtökohtaisesti kyseltäisi potilailta, vaan se olisi luonnollinen osa poliklinikoiden palvelua. Kuten yksi haastatettava asian esitti:

Mut toisaalta mun mielestä se että me ruvettais johdonmukaisesti kun se uus potilas meille tulee, niin sanoo et meil kuuluu tähän meidän toimintamalliin että se perhe tai läheiset otetaan mukaan, mitä me ei nyt tällä hetkellä ninku niin kauheesti painoteta, ni auttaisko se jo siihen potilaan kieltämiseen.

Haastateltavien mukaan omaisten tulisi olla luonnollisella tavalla osa hoitoa. Aluksi omaisia voitaisiin ottaa mukaan oireidenhallintaryhmään. Lääkäritapaamisiin voisi automaattisesti pyytää aina perhettä tai omaisia mukaan.

Kolmannen sektorin palveluihin ohjaamiseen kaivattiin lisää järjestelmällisyyttä. Kaikille poliklinikoille voisi laittaa esille kolmannen sektorin toimijoiden esitteitä. Erityisen tärkeänä koettiin, että omaiset ohjattaisiin ottamaan yhteyttä Omaiset mielenterveystyön tukena ry:hyn, mikäli potilas kieltää yhteistyön omaisten kanssa. Tällaisessa tapauksessa hoitajien käden ovat sidotut. Kolmannen sektorin järjestöt voivat antaa vertaistukea sekä tarjota ryhmätoimintaa ja psykoedukaatiota.

Haastattelussa kävi ilmi myös tarve materiaalille, jota voisi antaa psykoosisairaana omaisille hoitosuhteen alussa:

Niin mä ajattelin joku kirje, et vois omaisille antaa. Et se ois potilaan vastuulla et antaakse sen, mut mis ois sit vähän kerrottu et minkä takii.

Tämänkaltaisen materiaalin järjestäminen on tärkeä osa systemaattisen mallin kehittämistä. Omaiset mielenterveystyön tukena Ry:n (OTU Ry) sivuilla on valmiina kirje psykoosipotilaan omaisille. Siihen on linkki [Mielenterveystalo.fi](http://Mielenterveystalo.fi):ssä ja sen käyttöönottoa voisi harkita.

## Teknisten välineiden järjestäminen

Hoitajat käyttävät työssään jatkuvasti tietokoneita. Niitä käytetään paitsi kirjaamiseen ja hallintotehtäviin myös potilasopetuksen apuna esimerkiksi Mielinet-ohjelmistoa hyödynnettävässä. Haastattelussa kävi ilmi, että poliklinikoiden tehokasta toimintaa omaisten parissa voisi edistää sijoittamalla hieman varoja helpottamaan tietokoneiden käyttöä omaisten parissa. Tietokoneen mahdollisuuksien hyödyntäminen kotikäynneillä, perhetapaamisilla ja isomman ryhmän kesken yleensä helpottuisi, jos hoitajien käytössä olisi kannettava projektori. Haastattelussa pohdittiin myös olisiko tarpeen tarjota ahkerammin potilastietokoneita myös omaisten käyttöön. Potilaskoneet eivät ole yhteydessä HUS:n omaan verkkoon, joka on tarkoitettu ammattilaisille ja ovat siten turvallisia tarjota myös potilaiden lähipiirille.

## Tietopankin luominen

Poliklinikoiden hoitajat kokevat, että materiaalin jako poliklinikoiden välillä voisi olla mittavampaa. Koska kaikki kolme avokuntoutuspoliklinikkaa kuuluvat samaan organisaatioon, ei ole järkevää, että kaikki tuottavat erikseen materiaalit esimerkiksi ryhmien vetämistä varten. Samalla toimintaa voisi organisoida muutenkin yhteisesti ja kerätä esimerkiksi tietoa hyödyllisistä internet-sivustoista johonkin yhteiseen paikkaan:

Saatais joskus kehitetty semmonen oma niisanottu portaali. Pystyttäis jakaa näitä hyviä ideoita, me voitais viedä niitä johonki tämmöseen yhteiseen paikkaan tietokoneella, mistä jokainen pääsis katsomaan, koska nyt me kulutetaan ihan hirveesti siihen energiaa ja aikaa, et jokainen valmistelee ja me ei välttämättä jaeta sitä ees siin omassa työryhmässä, puhumattakaan et me jaettais sitä kaiken kolmen avokuntoutuspoliklinikan kesken.

Teknisesti tämä olisi mahdollista järjestää esimerkiksi luomalla oma portaali HUS:n sisäiseen verkkoon:

HUS:lla on käytössä hyvä intranetti, mis on alue mis voidaan näitä sivustoja ylläpitää ja tehdä. Se (portaalin luominen) vaatii ehkä organisaation täsmentämistä ja valtuutuksia ja vastuuttamista. Niin et kaikki tietää miten se toimii ja sitten vastuuhenkilöt vaan perehdytetään sen käyttöön.

Haastattelussa pohdittiin myös poliklinikoiden aukioloaikojen muokkaamista, jotta omaisten ja perheiden osallistuminen helpottuisi:

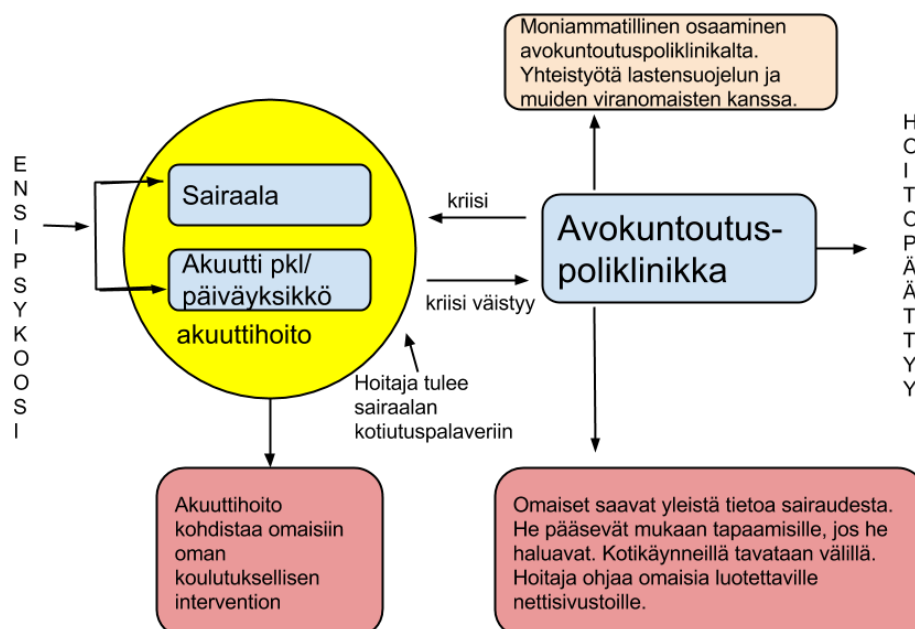
Pitäiskö meidän mieltii että me pidettäis sillon tällön auki vaikka kello kaheksantoista. Et ois niinku oikeesti tarjottais sitä vaihtoehtoa et vois myös työssäkäyvät tulla sit sen virastoajan jälkeen.

Avokuntoutuspoliklinikoiden potilaat harvoin kykenevät käymään töissä täyspäiväisesti, joten heille päiväajat ovat sopineet hyvin. Omaisten ja perheiden osallistuminen hoitoon helpottui, mikäli aikoja voisi olla myös ilta-aikaan.

#### 6.2.4 Analyysin pohdinta

Kehittämistyön prosessin nykytilanteen kuvaus toteutettiin analyysin avulla. Yllä oleva teoria-tiedon käsittely ja kokoaminen kehittämistyön ympäriltä edustaa juurruttamisen kolmatta vaihetta, uuden tiedon etsimistä kehittämisen käyttöön. Analyysin pohdinta vie samalla työn juurruttamisen neljänteen vaiheeseen ja toimintaprosessin nykytilan arvioimiseen. Kolmas tutkimuskysymys prosessin kehittämistä johdattaa uuden toimintatavan rakentamiseen ja juurruttamisen viidenteen vaiheeseen. Näin analyysin pohdinnan lopulla hahmotellaan jo uutta toimintamallia.

Avokuntoutuspoliklinikoilla on ollut niukasti omaisille suunnattua toimintaa, mikä on ollut keskeisenä syynä tämän kehittämistyön aloittamiselle. Tämä johtuu pitkälti yksiköiden historiasta. Avokuntoutuspoliklinikat ovat aikaisemmin toimineet päivätoimintakeskuksina, eikä niillä ole ollut hoitovastuuta lainkaan. Nyt, kun toiminnan viitekehys on muuttunut olennaisesti, on toiminnan kehittäminen ajankohtaista. Kuviossa 5 on kuvattu avokuntoutuspoliklinikoiden psykoosin hoidon prosessia omaisten näkökulmasta.



Kuvio 5: Nykyprosessi

Omaisten ottaminen mukaan yksiköiden tarjoamaan hoitoon itsestään selvänä osana on varsinakin skitsofreniaa ja muita psykooseja sairastavien kohdalla tärkeä askel kohti kokonaisval-

taisempaa hoitokulttuuria. Se on hieno tavoite ja mahdollistaa potilaan psykososiaalisen ympäristön huomioimisen haastattelussa esitetyillä ja ideoiduilla keinoilla. Olisi hyvä tutkia mahdollisuuksia varhaisempaan yhteistyöhön sairaalan ja muun akuuttihoidon kanssa. Hoidon jatkuvuus on psykoosipotilailla ensiarvoisen tärkeää ja psykoosipotilaan hoitotyöryhmän tulisi muodostua jo mahdollisimman varhaisessa vaiheessa (Näätänen 2014; Seikkula & Arnkil 2009).

Eräs kehittämistyön aikana keskustelua herättänyt asia oli potilaan oikeus kieltää omaisten tuominen mukaan hoitoon. Potilaalla on oikeus kieltää kertomasta kenellekään mitään hoitosuhteestaan. Avokuntoutuspoliklinikoiden hoitajilla on salassapitovelvollisuus, eikä potilaan omaisiin voi ottaa mitään yhteyttä potilaan kieltäessä yhteistyön. Jäi kuitenkin avoimeksi, missä määrin tätä oikeutta tulisi korostaa. Potilaalla on oikeus kieltäytyä myös esimerkiksi lääkkeistä. Sitä ei kuitenkaan korosteta, vaan potilasta tuetaan lääkkeiden ottamisessa jakamalla tietoa lääkkeiden hyödyistä. Haastattelussa eräs hoitaja puhui potilaiden ottamisesta mukaan automaattisesti luonnollisena osana hoitoa. Toisaalta kehittämistyön aikana esitettiin myös kommentteja, joissa korostettiin potilaan oikeutta päättää omaisten osallistumisesta. Systemaattiseen malliin tulisi sopia, miten avokuntoutuspoliklinikoilla esitetään potilaalle läheisten ottaminen mukaan hoitoprosessiin.

Koulutuksellinen työ tai psykoedukaatio esiintyi haastattelussa lähes yksinomaan tiedon jakamisen yhteydessä. Keskeistä oli jakaa tietoa sairaudesta kaikille osapuolille. Tämä on tärkeä osa psykoedukaatiota. Kirjallisuuden perusteella se on myös paljon muuta. Leff (2002) listaa kuusi osa-aluetta, jotka esiintyvät menestyksellisissä koulutuksellisissa interventioissa nimityksestä huolimatta. Näitä ovat opetus, ongelmanratkaisu, konfliktien ratkaisu, kommunikation parantaminen, realististen odotusten aikaansaanti ja menetyksen kanssa eläminen. Näistä opetuksen kohdalla Leff (2002) korostaa oppimisen vastavuoroisuutta ja tiedon rakentamista yhdessä. (Leff 2002.) On selvää, ettei haastattelu tuonut esiin kaikkea poliklinikoilla tapahtuvaa toimintaa. Varmasti toiminnassa on jotakin näistä kaikista osa-alueista. Omaisten kanssa tehtävän työn perspektiiviä on kuitenkin tarkoitus laajentaa ja hyvä lähtökohta voisi olla koulutuksellisen työn tavoitteiden ja keinojen julkilausuminen.

Johanssonin ja Bergin (2011) kirja ”Opastava yhteistyö perheiden kanssa” toimii työkirjana sekä hoitajalle että potilaalle. Se sisältää keskeisen teorian lisäksi mallin, joka varmistaa, että kaikki keskeiset osa-alueet tulevat käsitellyiksi. Opas sisältää lisäksi runsaasti harjoituksia, joita potilas voi tehdä hoitajan tukemana tai itsenäisesti. Kirjassa on runsaasti ohjeistusta siitä, miten potilaan ja omaisten vuorovaikutusta voidaan kehittää. Kirjan käyttöönotto vaatii jonkin verran koulutusta, mutta panostus voisi olla kannattavaa.

”Opastava yhteistyö perheiden kanssa” -kirjan (Johansson & Berg 2011) periaatteita voisi myös sovittaa yhteen yksiköissä käytössä olevan, Turun yliopiston kehittämän Mielinet-

potilasopetusohjelmiston kanssa, mikä tarkoittaisi omaisten tuomista mukaan Mielinet-tapaamisiin. Mielinetin käyttöä rajoittaa jokaiselle potilaalle erikseen ostettava lisenssi. Ajatus yhteisistä tunnuksista potilaille ja omaisille ei saanut kannatusta suunnittelupäivillä 10.4. tietosuojasyistä. Potilailla on mahdollisuus käyttää Mielinetin sisäistä vertaistukea, missä potilaat voivat jakaa kokemuksiaan keskustelupalstalla. Ryhmätapaamisissa hoitajan, potilaan ja omaisten kesken Mielinettiä voisi kuitenkin mahdollisesti soveltaa.

HUS:n oma, avoin verkkopalvelu Mielenterveystalo (mielenterveystalo.fi) sisältää paljon materiaalia, jonka pohjalta koulutuksellista omaistyötä voisi rakentaa, joko yhdessä Johansson & Bergin (2011) kirjan kanssa tai ilman sitä. Mielenterveystalon psykoosia koskeva informaatio on koottu Tietoa psykoosista -oppaaseen. Opas on jaettu yhdeksään osioon. Osiot ovat Psykoosin pikaopas, Psykoosiopas, Lääkkeet, Stigma eli häpeäleima, Opiskelu ja työ, Asuminen, Vertaistuki, Omaiset ja läheiset ja Oireidenhallinta. Opas antaa runsaan, kattavan ja jäsen-nellyn tietopaketin psykoosista. Se tarjoaa ilmaisen ja vapaasti hyödynnettävän materiaalin psykoedukaation pohjaksi.

Keskusteluissa kehittämisprojektin työryhmän kanssa on koettu ongelmalliseksi ajatus, että avokuntoutuspoliklinikoilla otettaisiin käyttöön Mielenterveystalo laajemmassa mittakaavassa. Osin vastaavan verkkopalvelun, Mielinetin, käyttöönotto on yhä käynnissä eikä kahden suurelta osin päällekkäisen palvelun käyttöönotto samanaikaisesti ole helppoa. Tämä olisi raskasta potilaalle, sillä tällöin psykoosipotilaille tulisi samanaikaisesti kaksi verkkopalvelua. Joissakin tilanteissa Mielenterveystalo voisi kuitenkin tukea toimintaa omaisten kanssa sen vapaan käytön ansiosta. Mahdollisuutta Mielinetin lisenssien hankkimiseksi omaisille voisi pohtia. Se toisi jonkin verran kustannuksia ja edellyttäisi johdon suostumuksen.

Avokuntoutuspoliklinikoiden moniammatillinen osaaminen on arvokas työkalu omaisten kanssa tapahtuvassa työssä. Sosiaalityöntekijän ammattitaito on monesti keskeinen elementti, jotta psykososiaalinen kuorma voi keventyä ja kuntoutuminen on mahdollista. (Huurresalo & Lähteenlahti 2012.) Jos talousasiat, asuminen ja toimeentulo ovat jatkuvana huolenaiheena, eivät voimat riitä aktiiviseen kuntoutumiseen. Omaisen läsnäolo sosiaalityöntekijän tapaamisissa tehostaa tavoitteiden toteutumista. Sairastuneen usein madaltunut toiminta- ja aloitekyky aiheuttaa vaikeuksia, joita omaisen voi auttaa ratkaisemaan. Omaisen osaa monesti kysyä oikeat kysymykset ja tuntee usein potilaan tarpeita.

Toimintaterapeutilla on osaamista, joka voi edistää potilaan pärjäämistä kotona. Toimintaterapeutin toimintakyvyn arviointi auttaa arvioimaan potilaan pärjäämistä asuinpaikassaan. (Huurresalo & Lähteenlahti 2012.) Omaisen osallistuminen toimintaterapiaan voisi helpottaa arjen ongelmien ratkaisua, kun niistä voi puhua itse ongelman äärellä tutussa ympäristössä.



Informointi-yläluokka piti sisällään ohjaamisen kolmannen sektorin palveluihin. Poliklinikoilla ohjataan omaisia ja potilaita kolmannen sektorin palvelujen luo ja sitä pidetään tärkeänä, mikäli kolmannella sektorilla on tarjota palvelua, jota ei poliklinikoilla ole. Se ei kuitenkaan tapahdu suunnitellusti yhteisen ohjeistuksen kautta, vaan kukin hoitaja toimii omien käytäntöjensä varassa. Ilmoitustaululta on myös mahdollista omaisen löytää esite.

Olisiko poliklinikoilla mahdollista tehdä kolmannen sektorin palveluiden markkinoinnista systemaattisempaa? Yksi tapa lisätä psykoedukaatiota kolmannen sektorin kautta, voisi olla kertoa potilaalle ja omaisille laajemmin psykoedukaatiosta ja sen eduista. Palveluita voisi suosittelua painokkaasti ja katsoa asiakkaiden kanssa kontakteja ja mahdollisia ryhmiä tietokoneelta. Mahdollisesti käytännöksi voisi ottaa sen, että otettaisiin yhdessä omaisten kanssa yhteyttä esimerkiksi Omaiset Mielenterveystyön Tukena RY:hyn.

Tietoteknisten sovellusten käyttö mielenterveystyössä on painopistealue HUS Psykiatriassa. HUS Psykiatrian toimintasuunnitelman 2010 - 2015 päivityksessä HUS Psykiatrian palvelujärjestelmän kokonaissuunnitelmaa päivittävä työryhmä toteaa, että tietotekniikka mahdollistaa työn lähempänä potilaita, tehostaa työtä, säästää resursseja ja lisää osaamista. (Linden ym. 2013.) Avokuntoutuspoliklinikoilla tietokonetta käytetään potilaiden kanssa runsaasti, vaan sitä ei hyödynnetä paljon omaisten kanssa tapahtuvassa työssä. Tämän tutkimuskysymyksen osalta analyysissä muodostui yksi yläluokka, informointi, jonka alle jäi kaksi alaluokkaa.

Omaisia ohjataan hakemaan tietoa internetin luotettavista lähteistä. Haastateltavat tunsivat paljon luotettavia sivuja. HUS:n kehitysjohtaja Petri Näätänen (2014) tuo esille HUS Psykiatrian tiekarttatyöryhmän loppuraportissa, että työryhmä suosittelee Mielenterveystalo-portaalin laajempaa käyttöä niin alueellisessa koordinoinnissa kuin potilaiden itsehoidon tukena. Vaikka hän ei mainitse tässä omaisia, on sairaanhoitopiirin toive selvästi se, että portaalia suositaan myös heidän kohdallaan. Mielenterveystalon linkkitarjonta on myös muiden sivustojen osalta hyvä.

Hoitajien käytössä on riittävän hyvät tietokoneet ja tekniset välineet internetin ja muiden tietoteknisten palveluiden hyödyntämiseksi, mutta potilailla ja heidän omaisillaan tilanne ei ole aina yhtä hyvä. On hyvä ajatus, että potilaiden lisäksi myös omaisille voisi tarjota potilaskoneita käyttöön. Ajatus pienen projektorin hankkimisesta voi myös olla aiheellinen, mikäli tietokonetta aiotaan käyttää isomman porukan kesken. Varsinkin, jos käytännöksi tulevaisuudessa muodostuu, että joku potilaan lähipiiriin tai verkoston jäsen osallistuu hoitokokoukseen videoneuvottelun avulla, olisi projektori enemmän kuin tarpeen. Tiekarttatyöryhmä toteaa, että pitäisi olla käytäntöjä ja tiloja, jotka mahdollistaisivat eri toimijoiden yhteispalaverit potilaan asioissa luontevasti. Tietoteknisten ratkaisujen on tuettava tällaista yhteistyötä. (Näätänen 2014.)

Ajatus oman portaalin luomisesta sisäiseen verkkoon on mahdollinen, jos koetaan tarpeelliseksi jakaa esimerkiksi ryhmämateriaaleja tai muita poliklinikoilla syntyviä aineistoja toisten alueen poliklinikoiden kanssa työn säästämiseksi. Linkkejä ja vastaavaa tietomateriaalia ei ehkä ole tarpeen sellaiseen kerätä, koska käytössä on jo mielenterveystalo.

### 6.3 Uuden toimintatavan kehittäminen

Haastattelun jälkeen aikaa kului materiaalin litteroinnissa ja analysoinnissa joitakin viikkoja. Tämän jälkeen alkoi sähköpostikirjeenvaihto työryhmän kesken kehittämistyön suuntaviivojen luomiseksi. Alkoi myös kiivastahtinen abstraktin laatiminen Riikan konferenssia varten.

Kymmenes huhtikuuta pidettiin avokuntoutuspoliklinikoiden kehittämispäivät, joiden aiheena oli perhetyön- ja kuntouttavien kotikäyntien sisältöjen avaaminen ja kehittäminen. Tämän opinnäytetyön tekijä osallistui kehittämispäivien keskusteluihin ja toi esille psykoosin hoidon näkökulmaa käsiteltävästä teemasta. Kehittämispäivillä keskusteltiin paljon samoista aiheista kuin tätä työtä varten tehdyssä haastattelussa. Päätettiin, että perhetyö ja omaisten huomiointi olisi automaattista ja luonnollinen osa poliklinikoiden toimintaa. Jos perheessä on lapsia, päätettiin ottaa käyttöön Beardsleen perheinterventio, johon voidaan henkilökunta kouluttaa HUS:n sisäisessä koulutuksessa.

Beardsleen perheinterventio on kehitetty perheille, joissa on 8-15-vuotiaita lapsia ja joiden vanhemmista ainakin toisella on depressio, mutta menetelmää on sovellettu onnistuneesti myös muiden diagnoosien yhteydessä. Beardsleen perheinterventio koostuu tavallisesti kudesta tapaamisesta, joista osa on hoitajan ja lasten, osa hoitajan ja vanhempien sekä osa koko perheen ja hoitajan välisiä. Intervention tavoitteena on perheen kommunikaation ja toiminnan parantaminen. Lasten tarpeiden huomioiminen pyritään varmistamaan saamalla kaikki perheen äänet kuuluville ja dialogiin, sekä tuomalla keskusteluun tietoa sairaudesta, sen merkityksestä ja suojaavista tekijöistä. Menetelmässä on siis vahva psykopedagoginen ote. (Socialstyrelsen 2014.)

Vakavaan harkintaan nostettiin myös avoimet omaisten ryhmät. Omaiset mielenterveystyön tukena RY:llä on runsaasti ryhmätoimintaa ympäri Uuttamaata. Poliklinikoiden oma tarjonta voisi olla helposti lähestyttävää ja se voisi edistää omaisten sitoutumista avokuntoutuspoliklinikoiden toimintaan. Ryhmään kutsuttaisiin esimerkiksi oireidenhallintaryhmän yhteydessä.

Omaisten tapaamiset päätettiin toteuttaa työparityönä. Työpareina työskentely lisää turvallisuutta ja paikoin varmasti edistää kommunikaatiota, kun kaksi hoitajaa voi osallistua dialo-

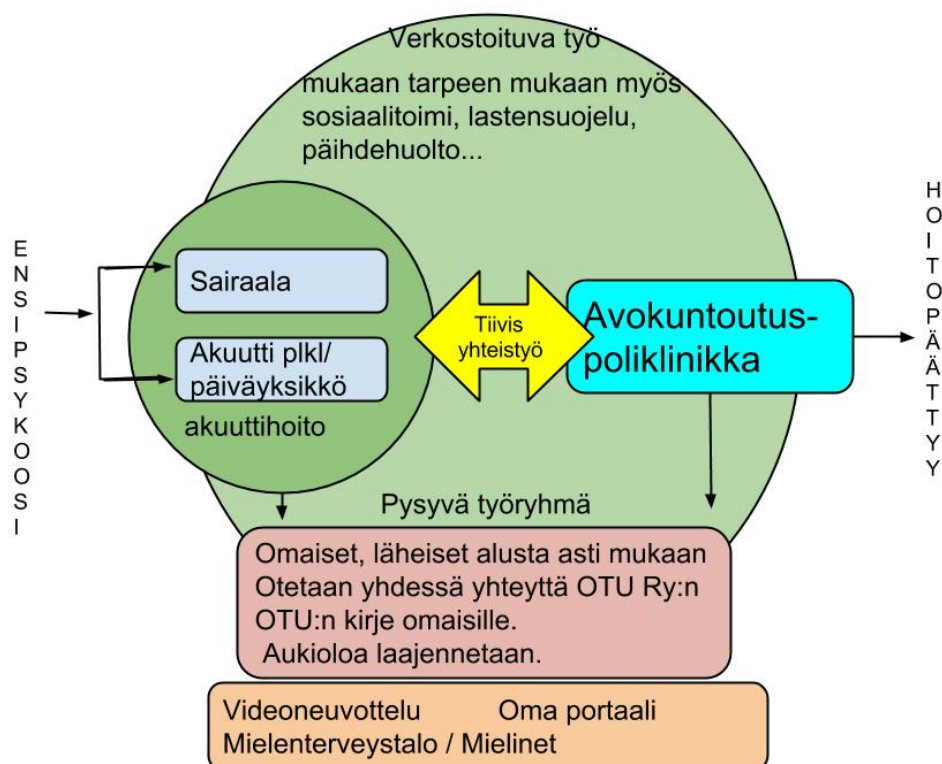
giin. Toisaalta herää kysymys, rajoittaako suuri resurssien tarve omaisille tarjottuja palveluita.

Huhtikuussa 2014 pidimme yhdellä poliklinikalla brainstorming-tapaamisen yhdessä konferenssiin lähtevän työryhmän jäsenen ja muiden yksikön työntekijöiden kanssa. Kehittelimme edellisen päivän teemoja psykoosin hoidon näkökulmasta.

Toukokuun 2014 alussa lähdimme 5 Stars Partnership -hankkeen seminaari- ja konferenssimatkalle Riikaan esittelemään kehittämistyötämme ja kehittämään hankkeen ytimessä olevaa juurruttamisen menetelmää. Tämän työn tekijä ja yksi projektiin osallistunut sairaanhoitaja esittelimme 2nd International Students' Scientific Conference Dedicated to F. Nightingale -konferenssissa työryhmän kanssa yhteistyössä tehdyn abstraktin. Saimme esityksestämme hyvää palautetta kansainvälisiltä yhteistyökumppaneilta.

Kehittämisen prosessin aikana tapahtui toimintaympäristössä muutos, jonka seurauksena yksi kolmesta avokuntoutuspoliklinikasta muutti yhteisiin toimitiloihin akuuttipsykiatrian päiväyksikön kanssa. Tämä helpottaa yhteistyötä ja helpottaa potilaan hoitoketjun jatkuvuuden turvaamista tilanteen heikentyessä.

Kuviossa 6 kuvataan avokuntoutuspoliklinikan psykoosin hoidon mahdollista prosessia tulevaisuudessa. Prosessikaaviossa on huomioitu haastattelussa nousseita kehittämisajatuksia sekä teoreettisen tutkiskelun yhteydessä nousseita ratkaisuja niihin.



Kuvio 6: Prosessiehdotus

Kuviossa 6 on kuvattu opinnäytetyötä kerätyn tutkitun tiedon ja analyysissä nousseiden kehittämistarpeiden perusteella psykiatrisen hoidon prosessia potilaan omaisten kannalta. Kaaviossa hahmotellaan runkoa avokuntoutuspoliklinikoiden systemaattiselle mallille. Enin osa kuvion ajatuksista on esitetty tarkemmin yllä olevassa analyysin pohdinnassa. Teorian käsittelystä on nostettu varsinkin pysyvän hoitavan työryhmän nopea muodostuminen ensipsykoosin jälkeen. Verkostoituva työ on termi, jota käytetään HUS:n omissa strategioissa verkostotyön tilalla (Näätänen 2014). Videoneuvottelun laajentaminen on kirjattu HUS:n strategioihin (Näätänen 2014). Videoneuvottelu voi tulevaisuudessa olla keskeinen teknologinen apuväline verkostoituvan työn helpottamiseksi. Potilaan on tulevaisuudessakin luultavasti hyödyllistä tavata läheisimmät hoitajansa kasvotusten, mutta videoneuvottelun avulla voidaan helpottaa verkoston jäsenten osallistumista hoitokokouksiin. Mikäli omaisilla on vaikea päästä paikalle, voisi videoneuvottelu helpottaa heidän osallistumistaan.

#### 6.4 Kehittämistoiminnan etiikka

Opinnäytetyön tekijä on pyrkinyt kehittämistyön aikana kunnioittamaan osallistuneiden ihmisten yksityisyyden suojaa ja itsemääräämisoikeutta. Tutkimuksessa mainittujen henkilöiden identiteetit on pyritty häivyttämään valmiista työstä poistamalla suorat viittaukset heihin tai

heidän työyksiköihinsä. Kaikki haastattelunauhoitukset on hävitetty. Ketään ei ole vastentahotoisesti pakotettu mukaan tutkimukseen. Vapaaehtoisuus oli myös mainittu haastateltavien saamissa kutsukirjeissä haastatteluun.

Opinnäytetyössä on parhaan osaamisen mukaan pyritty hyvään tieteelliseen käytäntöön. Varsinaista vilppiä tai piittaamattomuutta ei prosessin aikana ole tapahtunut. Mahdollisista asiavirheistä työn tekijä ottaa kaiken vastuun. Käytetyistä menetelmistä on keskusteltu prosessiin osallistuvien kanssa.

Valittuja menetelmiä pidettiin valideina. Haastattelu sopii yhteisön toimintatapojen ja kulttuurin piirteiden kuvaamiseen. Ryhmähaastattelua oli perusteltua käyttää sen tuottaman runsaan aineiston vuoksi. Haastattelukysymykset oli laadittu luotaamaan laajalti myös aiheen ympäriltä, jotta aineistoa saataisi enemmän. Analyysin yhteydessä huomattiin, että kysymykset olisivat voineet olla vielä fokusoidumpia. Paljon keskustelua ei ollut analysoitavissa, koska se liikkunut aihepiirissä. Toisaalta haastattelun lopussa ei enää ilmennyt juurikaan uutta relevanttia tietoa, joten aihepiiri tuli luultavasti kattavalla tavalla käsitellyksi.

Tutkimuksen ja kehittämistyön aikana on pyritty dialektiseen, kriittiseen ja reflektiiviseen validiteettiin, kuten Holloway ja Wheeler (2012) toimintatutkimuksen erityispiirteitä kuvaavat. Työssä on pyritty kuvaamaan kehittämistyössä olevia ristiriitoja ja jännitteitä. Kuitenkin on pyritty ottamaan huomioon osallisten hyvinvointi ja vältetty lisäämästä jännitteitä. Tämä on koettu haastavaksi ja kehittämistyön aikana tuotetun ja jaetun materiaalin muotoiluun ja huollitteluun olisi voinut keskittyä enemmän. Mikäli prosessin aikana on havaittu mahdollisia ristiriitoja, on niistä pyritty heti keskustelemaan ja löytämään kompromissi tai esittämään anteeksipyyntö.

Haastatteluja oli vain yksi. Omaisten parissa tehtävä työ on poliklinikoilla verrattain vähäistä. Näin tutkimuksen aineisto jäi verrattain suppeaksi. Olisi ollut mahdollista haastatella kaikki poliklinikoiden hoitajat. Kuitenkin valittu otos nähtiin riittäväksi toiminnan kuvaamiseksi. Analyysi on kuvattu huolellisesti ja siinä on pyritty pidättyvyyteen johtopäätösten tekemisessä. Abstrahoinnissa tuotettujen luokkien muodostuminen on kuvattu työssä ja niiden muodostumista voi seurata.

## 7 Lopuksi

Psykoosi on hyvin vaihteleva mielenterveyden häiriö, eikä alussa mainittu Juha Hurmeen (2012) psykoosikokemus ole varmasti mitenkään tyypillinen tarina. Ainakaan kaikista psykooseista ei toivuta niin hyvin. Psykooseilla on kuitenkin aina biologisen ulottuvuuden lisäksi psykologinen ja sosiaalinen ulottuvuus (Suvisaari ym. 2014b). On ollut hienoa päästä syventy-

mään skitsofrenian ja muiden psykoosisairauksien hoidon psykososiaaliseen puoleen. Kokeemukset psykoedukaation tehosta läpi maantieteellisten ja kulttuuristen rajojen ovat erittäin hyviä ja Avointen dialogien saavutukset Pohjois-Suomessa ovat vakuuttavia (Leff 2002; Seikkula & Arnkil 2007). Avokuntoutuspoliklinikoilla, joilla tässä opinnäytetyössä kuvattu kehittämissyö tehtiin, on monipuolinen ja ajanmukainen hoito. Nykytilanteen kuvaaminen ja arviointi potilaan psykososiaalisen hoidon osalta paljastivat joitakin kehittämistarpeita, joihin paneutuminen voisi lisätä hoidon kokonaisvaltaisuutta ja tehostaa potilaiden saamaa tukea. Tässä opinnäytetyössä on hahmoteltu suuntaviivoja tulevalle toimintamallille. Mallin saattaminen valmiiksi jää projektin seuraavaan vaiheeseen.

## Lähteet

- American Psychiatric Association 2014. Schizophrenia Fact Sheet. Viitattu 22.11.2014. <http://www.dsm5.org/Documents/Schizophrenia%20fact%20Sheet.pdf>
- Anttila, M. 2012. Adoption of information technology based patient education in psychiatric nursing. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja.
- Arnkil, T. E., Seikkula, J. & Arnkil, R. 2005. Hyvien käytäntöjen tutkittavuudesta, siirrettävyydestä ja jatkuvuudesta. Yhteiskuntapolitiikka 70, 639-649.
- Bastable, S. 2014. Nurse as Educator, Fourth Edition. Burlington: Jones & Bartlett Learning.
- Berg, L. & Johansson, M. 2003. Psykoedukaation työkirja. Helsinki: Profami Oy.
- Bond G.R. & Campbell K. 2008. Evidence-based practices for individuals with severe mental illness. Journal of Rehabilitation 74, 33-44.
- De Brujin, T. 2006. Käytännön psykoedukaatiota psykoosipotilaan perheelle. Suomen Lääkärilehti 41, 4219-4225.
- De Groot L., Lloyd C. & King R. 2003. An evaluation of a family psychoeducation program in community mental health. Psychiatric Rehabilitation Journal 27, 18-24.
- Duodecim 2014. EBM Guidelines. Fokusryhmähaastattelu laadullisen tutkimuksen menetelmänä lääketieteessä. Viitattu 18.11.2014. <http://www.ebm-guidelines.com/xmedia/duo/duo97349.pdf>
- Farkas M., Jansen M.A. & Penk W.E. 2007. Guest editorial. Psychosocial rehabilitation: approach of choice for those with serious mental illnesses. Journal of Rehabilitation Research & Development 44, 7-21.
- Gelder, M., MMayou, R. & Geddes, J. 2006. Psychiatry. Third Edition. New York: Oxford University Press Inc.
- Glynn, S. M., Randolph, E. T., Garrick, T. & Lui, A. 2010. A Proof of Concept Trial of an Online Psychoeducational Program for Relatives of Both Veterans and Civilians Living with Schizophrenia. Psychiatric Rehabilitation Journal 2010, 33, 278-287.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.
- Holloway, I., Wheeler S. 2012. Qualitative Research in Nursing and Healthcare, Third Edition. Oxford: Wiley-Blackwell.
- Hurme, J. 2012. Hullu. Helsinki: Teos.
- Hus 2013a. Sairaanhoidoalueet, Lohja. Viitattu 21.11.2013. <http://www.hus.fi/hus-tietoa/sairaanhoidoalueet/lohja/Sivut/default.aspx>
- Hus 2013b. Kuntoutuspoliklinikat. Viitattu 27.11.2013. <http://www.hus.fi/sairaanhoido/sairaalat/paloniemen-sairaala/avohoido/Sivut/Kuntoutuspoliklinikat.aspx>
- Huurresalo, A. & Lähteenlahti, Y. 2012. Funktionaalisten psykoosien hoito-ohjelma Kanta-Hämeessä. Kantahämeen sairaanhoidopiirin kuntayhtymä. Viitattu 20.11.2014. [www.pshp.fi%2Fdownload.aspx%3FID%3D38077%26GUID%3D%257B3A3882D5-D8CA-4CB3-A2AD-4A23764DC4FA%257D&ei=TVR1VNfrJOK9ygOe\\_IG4DQ&usq=AFQjCNHa2zqThG-jyhPHNIRx6e7xNXaZVw&bvm=bv.80642063,d.ZWU](http://www.pshp.fi%2Fdownload.aspx%3FID%3D38077%26GUID%3D%257B3A3882D5-D8CA-4CB3-A2AD-4A23764DC4FA%257D&ei=TVR1VNfrJOK9ygOe_IG4DQ&usq=AFQjCNHa2zqThG-jyhPHNIRx6e7xNXaZVw&bvm=bv.80642063,d.ZWU)

Isohanni, M., Honkonen, T., Vartiainen, H. & Lönnqvist, J. 2008. Skitsofrenia. Teoksessa Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M., Partonen, T. (Toim.). Psykiatria. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Isohanni, M., Suvisaari, J., Koponen, H., Kiesepä, T. & Lönnqvist, J. 2011. Duodecim oppikirjat, Psykiatria, Mielenterveyden häiriöt, Skitsofrenia, Kliiniset piirteet. Viitattu 14.11.2013. [http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/oppi/koti?p\\_artikkeli=psy00025&p\\_haku=aisti harhat](http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/oppi/koti?p_artikkeli=psy00025&p_haku=aisti%20harhat)

Johansson, M. & Berg, L. 2011. Opastava yhteistyö perheiden kanssa. Helsinki: Profami OY.

Kiesipä, T. & Oksanen, J. 2013. Psykoedukaatio psykoosien hoidossa ja kuntoutuksessa. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 2013;129(20):2133-9.

Kilkku, N. 2008. Potilasopetus ensipsykoosipotilaan hoidossa. Substantiivinen teoria luottamuksen uudelleen rakentamisesta. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja.

Kuipers, L., Leff, J. & Lam, D. 2005. Koulutuksellinen perhetyö. Helsinki: Profami Oy.

Käypä hoito 2013. Skitsofrenia. Viitattu 24.11.2013. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi35050>

Laurea 2013. 5 Stars Partnership. Viitattu 21.11.2013. [http://www.laurea.fi/fi/lohja/tk/hankkeet/kaynnissa\\_olevat\\_hankkeet/Sivut/5-Stars-partnership.aspx](http://www.laurea.fi/fi/lohja/tk/hankkeet/kaynnissa_olevat_hankkeet/Sivut/5-Stars-partnership.aspx)

Latvala, Eila & Vanhanen-Nuutinen, Liisa (2003) Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. Teoksessa Sirpa Janhonen & Merja Nikkonen (toim.) Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. 2., uudistettu painos. Helsinki: WSOY.

Lee K. M., Xie H. & Parasuram R. 2014. The effects of psychoeducation on patients with schizophrenia and their families: An integrative review. Singapore Nursing 41, 3-16.

Leff, J. 2002. Keynote Lecture: Relatives' Expressed emotion: From Measurement Technique to Practical Help for Families. Teoksessa Kashima, H., Falloon, I. R. H., Mizuno, M. & Asai, M. Comprehensive Treatment of Schizophrenia, Linking Neurobehavioral Findings to Psychosocial Approaches. Springer-Verlag: Tokyo.

Lindén, A., Lehtonen, L., Mäkijärvi, M., Finnilä, J., Saari, A., Kekkonen, R., Lang, S., Gripenberg-Gahmberg, M., Joffe, G., Ala-Nikkola, T., Saarni, S., Vataja, R., Isometsä, E., Näätänen, P., Ollinheimo, A., Salakka, M., Kannisto, K. & Rontu, P. 2013. HUS Psykiatrian toimintasuunnitelman 2010-2015 päivitys: Psykiatrian sairaalahoidon volyyymi ja jakautuminen 2020 sekä psykiatrian hallintomalli, Loppuraportti. Viitattu 15.10.2014. <http://hus01.tjhosting.com/kokous/20131698-4-81067.PDF>

Läsky, K. 2007. Psykoosit. Terveysportti. Työterveys ja kuntoutus. Viitattu 14.11.2013. [http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/tyt/koti?p\\_artikkeli=kun00166&p\\_haku=psykoosi](http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/tyt/koti?p_artikkeli=kun00166&p_haku=psykoosi)

Mc Donnell, M.G., Short, R.A., Berry, C.M. & Dyck D.G. 2003. Burden in Schizophrenia Caregivers: Impact of family psychoeducation and Awareness of patient suicidality. Family Process 42, 91-103.

Metodix 2013a. Laadullisen tutkimuksen reliabilitetetti. Viitattu 5.11.2013. [http://www.metodix.com/fi/sisallys/01\\_menetelmat/01\\_tutkimusprosessi/02\\_tutkimisen\\_tai to\\_ja\\_tiedon\\_hankinta/10\\_tutkimuksen\\_luotettavuus/10\\_2\\_1laadullisen\\_tutkimuksen\\_reliabilitet-](http://www.metodix.com/fi/sisallys/01_menetelmat/01_tutkimusprosessi/02_tutkimisen_tai_to_ja_tiedon_hankinta/10_tutkimuksen_luotettavuus/10_2_1laadullisen_tutkimuksen_reliabilitet-)



ti?tree:D=167435;167622;167960&tree:selres=167972&hrpDelimChar=;&parentCount=3&type=7

Metodix 2013b. Laadullisen tutkimuksen validiteetti. Viitattu 5.11.2013.

[http://www.metodix.com/fi/sisallys/01\\_menetelmat/01\\_tutkimusprosessi/02\\_tutkimisen\\_tai\\_to\\_ja\\_tiedon\\_hankinta/10\\_tutkimuksen\\_luotettavuus/10\\_2\\_2laadullisen\\_tutkimuksen\\_validiteetti](http://www.metodix.com/fi/sisallys/01_menetelmat/01_tutkimusprosessi/02_tutkimisen_tai_to_ja_tiedon_hankinta/10_tutkimuksen_luotettavuus/10_2_2laadullisen_tutkimuksen_validiteetti)

Metodix 2013c. Toimintatutkimus. Viitattu 6.11.2013.

[http://www.metodix.com/fi/sisallys/01\\_menetelmat/01\\_tutkimusprosessi/02\\_tutkimisen\\_tai\\_to\\_ja\\_tiedon\\_hankinta/09\\_tutkimusmenetelmat/58\\_toimintatutkimus](http://www.metodix.com/fi/sisallys/01_menetelmat/01_tutkimusprosessi/02_tutkimisen_tai_to_ja_tiedon_hankinta/09_tutkimusmenetelmat/58_toimintatutkimus)

Metodix 2013d. Tutkimuksen luotettavuus. Viitattu 5.11.2013.

[http://www.metodix.com/fi/sisallys/01\\_menetelmat/01\\_tutkimusprosessi/02\\_tutkimisen\\_tai\\_to\\_ja\\_tiedon\\_hankinta/10\\_tutkimuksen\\_luotettavuus/10\\_1\\_0tutkimuksen\\_luotettavuus?tree:D=167435;167622;167960&tree:selres=167968&hrpDelimChar=;&parentCount=3&type=](http://www.metodix.com/fi/sisallys/01_menetelmat/01_tutkimusprosessi/02_tutkimisen_tai_to_ja_tiedon_hankinta/10_tutkimuksen_luotettavuus/10_1_0tutkimuksen_luotettavuus?tree:D=167435;167622;167960&tree:selres=167968&hrpDelimChar=;&parentCount=3&type=)

Mielenterveystalo 2013. Viitattu 6.11.2013. <https://www.mielenterveystalo.fi/>

Mielinet 2013. Viitattu 11.11.2013. Mielinet.net.

Murray-Swank, A., Glynn, S., Cohen A.N., Sherman M., Medoff D.P., Fang, L.J., Drapalski A. & Dixon L.B. 2007. Family contact, experience of family relationships, and views about family involvement in treatment among VA consumers with serious mental illness. *Journal of Rehabilitation Research & Development* 44, 801-11.

Nordplus Horizontal 2013. Application 5 Stars partnership. Laurea-ammattikorkeakoulu.

Näätänen, P. 2014. HUS Psykiatrian tiekarttatyöryhmän loppuraportti. Viitattu 8.11.2014.

<http://www.hus.fi/hus-tietoa/hallinto-ja-paatoksenteke/toimielimet/psykiatrian-lautakunta/Documents/HUS%20Psykiatrian%20tiekarttaty%C3%B6ryhm%C3%A4n%20loppuraportti%2030%204%202014.pdf>

Ojasalo, K., Moilanen, T. & Ritalahti, J. 2009. Kehittämistyön menetelmät. Uudenlaista osaamista liiketoimintaan. Helsinki: WSOYpro OY.

Ora-Hyytiäinen, E., Ahonen, O. & Partamies S. 2012. Hoitotyön kehittäminen juurruttamalla. Vantaa: Laurea ammattikorkeakoulu.

Paunio, T. 2008. Psykiatria. Erikoislääkärin uutiset. Läkätieteellinen aikakauskirja *Duodecim* 124, 1827.

Pollio D.E., North C.S., Reid D.L., Miletic M.M. & McClendon J.R. 2006. Living with severe mental illness -- what families and friends must know: evaluation of a one-day psychoeducation workshop. *Social Work* 51, 31-8.

Repique, R. J. R. 2007. Computers and Information Technologies in Psychiatric Nursing. *Perspectives in Psychiatric care* 43, 77-83.

Rotondi A.J., Anderson C.M., Haas G.L., Eack S.M., Spring M.B., Ganguli R., Newhill C. & Rosenstock J. 2010. Web-based psychoeducational intervention for persons with schizophrenia and their supporters: one-year outcomes. *Psychiatric Services* 61, 1099-105.

Sadock, B.J. & Sadock, V.A. 2005. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Seikkula, J. & Arnkil, T.E. 2009. Dialoginen verkostotyö. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos Helsinki: THL.

Seikkula, J. & Olson, M E 2003. The Open Dialogue Approach to Acute Psychosis: Its Poetics and Micropolitics. *Family Process* 42, 403-418.

Seppänen, S., Ramstedt-Sen, T. 2014. Videoneuvottelujen käyttö mielenterveyspalveluissa: leviämisen haasteet ja mahdollisuudet. *Finnish Journal of eHealth and eWelfare* 6, 8-15.

Shean, G.D. 2009. Evidence-based psychosocial practices and recovery from Schizophrenia. *Psychiatry: Interpersonal & Biological Processes* 72, 307-20.

Socialstyrelsen 2014. Viitattu 1.11.2014.

<http://www.socialstyrelsen.se/evidensbaseradpraktik/sokimetodguidenforsocialtarbete/bear dslees>

Suomisanakirja.fi 2014. Omainen. <http://www.suomisanakirja.fi/omainen>

Suvisaari, J., Isohanni, M., Kiesepä, T., Koponen, H., Hietala J. & Lönnqvist, J. 2014a. Skitsofrenian kliiniset piirteet. *Psykiatria*. Viitattu 15.10.

[http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/oppi/koti?p\\_artikkeli=inf04497&p\\_selaus=16597](http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/oppi/koti?p_artikkeli=inf04497&p_selaus=16597)

Suvisaari, J., Isohanni, M., Kiesepä, T., Koponen, H., Hietala J. & Lönnqvist, J. 2014b. Skitsofrenian etiologia. *Psykiatria*. Viitattu 15.10.2014.

[http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/oppi/koti?p\\_artikkeli=inf04497&p\\_selaus=16597](http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/oppi/koti?p_artikkeli=inf04497&p_selaus=16597)

Suvisaari, J., Isohanni, M., Kiesepä, T., Koponen, H., Hietala J. & Lönnqvist, J. 2014c. Skitsofrenian kulku ja ennuste. *Psykiatria*. Viitattu 22.11.2014.

[http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/oppi/koti?p\\_artikkeli=inf04497&p\\_selaus=16597](http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/oppi/koti?p_artikkeli=inf04497&p_selaus=16597)

Tanrıverdi, D. & Ekinci, M. 2012. The effect psychoeducation intervention has on the caregiving burden of caregivers for schizophrenic patients in Turkey. *International Journal of Nursing Practice* 2012. 18, 281-8.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011. Tautiluokitus ICD-10. Mikkeli: StMichel Print.

Tilastokeskus 2014a. Teemahaastattelu. Viitattu 10.10.2014.

<https://www.stat.fi/virsta/tkeruu/04/03/>

Tilastokeskus 2014b. Ryhmähaastattelu. Viitattu 10.10.2014.

<https://www.stat.fi/virsta/tkeruu/04/05/>

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

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Viitattu 22.11.2013.

[http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK\\_ohje\\_verkkoversio040413.pdf.pdf#overlay-context=fi/ohjeet-ja-julkaisut](http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_verkkoversio040413.pdf.pdf#overlay-context=fi/ohjeet-ja-julkaisut)

Vilka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki: Tammi.

Välämäki, M., Suhonen, R., Koivunen, M., Alanen, S. & Nenonen, H. 2007. Hoitohenkilökunnan valmiudet hyödyntää informaatioteknologiaa potilasopetuksessa. *Hoitotiede* 19: 115-127.

WHO 1993. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Diagnostic criteria for research. Geneva: World Health Organization.

Xia, J., Merinder, L. B., & Belgamwar, M. R. 2011. Psychoeducation for schizophrenia. The Cochrane Library. Viitattu 4.3.2011.  
<http://onlinelibrary.wiley.com.nelli.laurea.fi/enhanced/doi/10.1002/14651858.CD002831.pub2>

## Kuviot

Kuvio 1: Juurruttaminen .....	26
Kuvio 2: Analyysipuu, Omaisten huomioiminen potilaan hoidossa .....	35
Kuvio 3: Analyysipuu, Tietokoneen käyttö .....	41
Kuvio 4: Analyysipuu, Kehittämiskohteita .....	42
Kuvio 5: Nykyprosessi .....	46
Kuvio 6: Prosessiehdotus.....	52

## Taulukot

Taulukko 1: Miten omaisia otetaan mukaan hoitoon? .....	37
Taulukko 2: Miten tietokonetta käytetään työssä? .....	41
Taulukko 3: Mitä kehittämiskohteita työssä on? .....	43

## Liitteet

Liite 1: Saatekirje ja haastattelukysymykset.....	63
Liite 2: Pelkistämistaulukko.....	65

Liite 1: Saatekirje ja haastattelukysymykset

Saatekirje haastattelua varten

Olen Laurea Lohja -ammattikorkeakoulun sairaanhoitaja-opiskelija Reino Tamsaari ja teen opinnäytetyötä XXXXXXXXXXXX sairaanhoitoalueen psykiatrian avokuntoutuspoliklinikoilla. Opinnäytetyö on osa HUS:n ja Laurea Lohjan 5 Stars hankekumppanuutta. 5 Stars partnership on kansainvälinen yhteistyöhanke, jossa on mukana Laurean, HUS:n ja ammattikorkeakoulu Arcadan lisäksi oppilaitoksia ja sairaaloita Latviasta ja Tanskasta.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää juurruttamisen kehittämistoiminnan menetelmän avulla poliklinikoilla tapahtuvan psykoosipotilaiden perheille tarjottavan tuen ja koulutuksellisen työn tämänhetkinen tila, sekä tarjota tutkimustietoa psykoedukaatiosta ja muista perheinterventioista avuksi kehitystyölle. Erityisenä painopisteenä on tietotekniikan sovellusten hyödyntäminen.

Opinnäytetyön aineisto kerätään työaikana ryhmähaastattelussa Laurea Lohjan tiloissa 26.2.2014 kello 8.00. Siihen osallistuu osastonhoitajan lisäksi yksi hoitaja jokaisesta kolmesta yksiköstä. Haastattelu nauhoitetaan analysointia varten. Työn valmistuttua nauhoite ja muu haastattelumateriaali hävitetään. Työ analysoidaan siten, että haastattelutavat eivät ole valmiissa työssä tunnistettavissa.

Haastatteluun osallistuminen on vapaaehtoista. Haastattelu toteutetaan Lohjan yksikössä viikolla yhdeksän. Tulen pitämään yksikköni ajan tasalla työn etenemisestä. Analysoitun tulokset ne esitellään ensin työryhmälle ja sen jälkeen koko työyhteisölle tavoitteena hahmottaa työyhteisön nykyinen tilanne psykoosipotilaiden omaisten ohjauksessa ja päättää kehittämiskohteet. Haastattelujen analyysi valmistuu maaliskuun 2014 aikana, kehitystyötä esitellään konferenssissa Latvian Riikassa 7.5. ja opinnäytetyö julkaistaan syksyllä 2014.

Työtäni ohjaa Laurea Lohjan lehtori Outi Ahonen. Kehityshankkeen työelämäohjaaja on XXXXXXXXXXXXXXXX. Kaikissa haastatteluun liittyvissä kysymyksissä voit kääntyä puoleeni sähköpostitse (alla). Lisätietoa 5 Stars -hankkeesta ja sen parissa tehtävästä kehitystyöstä saat myös Outi Ahoelta ([outi.ahonen@laurea.fi](mailto:outi.ahonen@laurea.fi)) tai XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX ([xxxxxx.xxxxxxxxxxxx@hus.fi](mailto:xxxxxx.xxxxxxxxxxxx@hus.fi)).

Reino Tamsaari  
[reino.tamsaari@student.laurea.fi](mailto:reino.tamsaari@student.laurea.fi)

**Teemahaastattelurunko XXXXXX sairaanhoitoalueen psykiatrian avokuntoutuspoliklinikoiden hoitajille.**

Voitte tutustua rauhassa haastattelussa 26.2. keskusteltaviin aiheisiin.

Psykoosipotilaan sosiaalisen ympäristön merkitys taudin kulkuun

1. Mikä on psykoosipotilaan perheen ja sosiaalisen ympäristön merkitys taudin kulkuun?
2. Minkälainen on kuntoutumista edistävä ympäristö? Ilmapiiri?
3. Mitkä ovat yleisimpiä ongelmia, joita psykoosipotilas kohtaa perheensä/omaistensa parissa?
4. Miten näitä ristiriitoja tulisi perheen tai lähipiirin kesken ratkoa?

Omaisten huomioiminen ja hyödyntäminen psykiatrian avokuntoutuksessa

1. Kuinka usein tapaatte yleensä psykoosipotilaan omaisia, perhettä tai ystäviä?
2. Miten avokuntoutuspoliklinikalla tuetaan tai ohjataan psykoosipotilaan omaisia?  
(Onko poliklinikoilla jokin systemaattinen käytäntö? Pyritäänkö heitä systemaattisesti ottamaan mukaan hoitotapaamisiin?)
3. Onko psykoosipotilaan omaisille järjestetty omia opetusryhmiä tai vertaistutkimusryhmiä? Jos ei, niin miksi ei?
4. Kuinka usein asiakkaan perheenjäsenet ovat halukkaita tapaamaan mielenterveyden ammattilaisia?
5. Mihin omaisia ohjataan saamaan apua poliklinikan ulkopuolella?
6. Miten omaiset saavat tarvittaessa yhteyden mielenterveyden ammattilaisiin? Poliklinikan hoitajiin?
7. Miten nopea reagointi potilaille ja omaisille voidaan taata sähköpostiin? Puheluun? Tekstiviestiin? Voiko omaisen tulla halutessaan tapaamaan poliklinikan hoitajaa?
8. Miten ja mistä omaisia ohjataan hankkimaan tietoa sairaudesta?
9. Miten paljon resursseja poliklinikoilla on käytettävissä omaistyöhön? Onko se riittävästi?
10. Kuinka usein työyhteisönne hoitajat käyvät potilaiden kotona? Koetteko sen hyödylliseksi?
11. Miten psykoosipotilaan omaisten ja perheen parissa tehtävää työtä tulisi kehittää?



Tietokone välineenä omaistyössä

1. Mitä mieltä olette tietokoneesta työvälineenä psykiatrisessa hoidossa?
2. Miten käytätte tietokonetta apuvälineenä potilaan perheen ja lähipiirin parissa tehtävässä työssä?
3. Mitä etuja näette tietokoneen käytöllä olevan omaisten ja perheen parissa tapahtuvassa työssä? Entä ongelmia?
4. Mitä nettisivuja hyödynnätte potilaiden omaisten kanssa?
5. Minkälaisiksi työyhteisönne kokee tietokoneen mahdollisuudet välittää tukea omaisille?
6. Miten haluaisitte kehittää tietotekniikan soveltamista omaistyössä?

Kiitos. Tapaamme 26.2. Laurea Lohjan aulassa kello 8.00.

Reino Tamsaari

Miten omaisia otetaan mukaan hoitoon?			
Kotikäyntejä en olen toki tehnyt, mutta perheitä olen päässyt hirveen vähän tapaamaan.	Tavataan joskus omaisia kotikäynneillä.	Tuki kotona.	Tukeminen
Et syt sitten tota, nyt uusin tapaus mul on semmonen, et tota, psykoosipotilas kans, joka on päässy Paloniemest hiljattain pois nyttten, hänen luonaan käydään toistaiseks säännöllisesti, et tsekataan miten se pärjää, lähtee pärjäämään kotona sit tää potilas. Mut on sit semmosij, et mutaman viikon välein, yhden potilaan luona käytiin kerran kuukaudessa vaan niinku täämösil supportiivisil käynneil niinku tsekkaamas vaan ja sit autamas jossakin arjen asioissa sitten.	Kotikäyntejä tarpeen mukaan.	Tuki kotona.	Tukeminen
Niin meil oli tarkoitus et käytäis ihan kaikilla yhen kerran ja sitten muuten sovitusti niillä ketä niinku kotikäynti.	Vähintään yksi kotikäynti jokaiselle.	Tuki kotona.	Tukeminen
Niin elikkä elikkä ne on ennalta suunniteltuja, tavoitteellisia kuntouttavia kotikäyntejä tarpeen mukaan, jotka suunnitelllan yhdessä lääkärin ja potilaan kanssa.	Kuntouttavia kotikäyntejä hoitosuunnitelman mukaisesti.	Tuki kotona.	Tukeminen
Juha heitti jossakin plaverissa semmosen ilmaan, että kotiinkuntoutus on terminä aika hurja. Oikeesti se kertoo, se voi kertoa terminä aika negatiivista. Eihän me sinne kotiin ketään kuntouteta vaan nimenomaan aktivoidaan sieltä kotoo pois ja nyt me puhutaan kuntouttavista kotikäynneistä ja meil on yhdeistetty ne sillä ta-	Kuntouttavia kotikäyntejä hoitosuunnitelman mukaisesti.	Tuki kotona.	Tukeminen

valla, että meillä ei ole enään mitään erillistä kotiinkuntoutusyksikköä, vaan että kuntoutuspoliklinikoilta tehdään ne.			
Satunnaisia tapaamisia ja puhelinkeskusteluja.	Satunnaisia tapaamisia ja puhelinkeskusteluja	Tuki puhelimitse.	Tukeminen
Eeei nyt paljon (Soita omaiset hoitajille), mutta tapahtuu.	Omaiset voi soittaa hoitajalle.	Tuki puhelimitse.	Tukeminen
Meillähän myös tuolla tutustumiskäynnillä on välillä (omaisia) mukana.	Avokuntoutuspoliklinikan tutustumiskäynnillä satunnaisesti omaisia mukana.	Tuki toimipisteissä	Tukeminen
(Lääkäri) Ensikäynnillä potilaalla on mahdollisuus ottaa mukaan perhettä, ystäviä tai joku tukihenkilö.	Lääkäri ensikäynnille voi ottaa omaiset mukaan.	Moniammatillinen tuki	Tukeminen
meillä kans ninku satunnaisesti tehdään näitä perhekäyntejä, joskus yhdessä sitten muiden, lastensuojelun tai muiden viranomaisten kanssa ja niinku tarpeen mukaan siitä lähetään	Perhekäynnit lastensuojelun tai muiden toimijoiden mukana	Moniammatillinen tuki	Tukeminen
Toimintamalliin on kuulunu että tämmösis perhetapaamisissa ois lääkäri mukana, mikä ei tietenkään tarvi niin olla, mut et niin siel psykiatrian poliklinikallakin hirveen pitkälle tapahtuu, et kun tehdään hoitosuunnitelmaa, niin siin on lääkäri mukana ja siin on se perhe mukana.	Perhetapaaminen lääkärin kanssa hoitosuunnitelman teon yhteydessä.	Moniammatillinen tuki	Tukeminen
Me ollaan saatu semmonen elementti tähän mukaan et meil on käytös täl hetkel esimerkiksi toimintaterapeutti.	Toimintaterapeutti voi tukea perhettä.	Moniammatillinen tuki	Tukeminen
Mä oon tehny kotikäyntejä yhdessä sosiaalityöntekijän kanssa useita jo ja tota se on tosi hyvä lisä tähän meidän kuvioon.	Sosiaalityöntekijä voi tukea perhettä.	Moniammatillinen tuki	Tukeminen
Mut kyl se psykoedukaatiivinen ote siihen että jaataan kaikille riittävästi tietoo siitä sairaudesta, niin se on oikees-	Jaetaan tietoa sairaudesta.	Koulutuksellinen tuki	Tukeminen

taan niinkuin se tärkein asia siinä.			
Just tuomal sitä tietoo ja sit keskustelemalla sen perheen kanssa näist tilanteista siellä kotona ja eri toimintatavoista.	Jaetaan tietoa ja ratkotaan ongelmia	Koulutuksellinen tuki	Tukeminen
Se on siinse ongelma että täytyy aina tarkistaa potilaalta että mitä saa puhua ja niin, mut ainahan voi kuunnella kuitenkin.	Omaisista tuetaan kuuntelemalla heidän huoliaan.	Tuki omaisille	Tukeminen
Nii mun mielest se on niinku hirveen tärkeet et me myös informoidaan niitä omaisia, jos ei meillä nyt oo tämmöstä (omaisryhmää) tarjolla niin me sitten mahdollistetaan se sitä kautta et kerrotaan sit näille vaihtoehtoja.	Ohjataan muiden toimijoiden palveluihin.	Ohjaus kolmannelle sektorille	Informointi
Meil on siellä ilmoitustaululla on jatkuvasti niitä, niitä tota, et näkee sieltä, että tommoseen (Omaisesta mielenterveystyön tukena, mielenterveysseura) voi mennä mukaan.	Ohjataan ilmoitustaululla ottamaan yhteyttä kolmannen sektorin palveluihin	Ohjaus kolmannelle sektorille	Informointi
Ja kyllä monet omaiset ottaa puhelimitse yhteyttä sitten, että ja koittaa selvittää potilaan tilannetta ja jos on se monen tilanne että potilas on kieltänyt, siin on puun ja kuoren välissä, kun pitäis jotain, mut mitään ei saa sanoa. Sit silleen niinku yleisellä tasolla pitää sit sen keskustelun.	Keskustellaan omaisten kanssa yleisellä tasolla, jos potilas on kieltänyt kertomasta hoidostaan omaiselle.	Tiedon jakaminen yleisellä tasolla	Informointi
Tavallaan annettiin näin niinkun epävirallisesti sit niinku tämmösii yleisiä käytäntömalleja tälle omaiselle, että miten mahdollisesti vois saada tän potilaan hoitoon.	Annetaan yleisiä ohjeita omaisille hoitoonohjauksesta.	Tiedon jakaminen yleisellä tasolla	Informointi
Nyt meillähän on koko henkilökunta tällä hetkellä siinä perhetyön koulutuksessa	Perhetyön koulutus henkilökunnalle antaa valmiuksia.	Resurssien järjestäminen	Mahdollistaminen

Et on aina pystytty kyl tapaamaan jos tarvii tai järjestään niit perhetapaamisia.	Perhetapaamisiin on aina järjestettävissä aikaa.	Resurssien järjestäminen	Mahdollistaminen
Kyl se menee potilaan kautta sitten, että potilaalle tarjotaan sitä mahdollisuutta että omaiset voi tulla tutustuu meidän toimintaan tai johonkin perhetapaamiseen.	Potilaalle tarjotaan mahdollisuutta tuoda omaiset mukaan tapaamisiin.	Mahdollisuus tuoda omaisia mukaan	Mahdollistaminen
Joskus potilaat myös tuo ihan kysymättä ja puhumatta mitään, aviopuolisonsa mukaan, ja se on ihan ok tietysti	Potilaat voi tuoda omaiset oma-aloitteisesti mukaan	Mahdollisuus tuoda omaisia mukaan	Mahdollistaminen
Kyl sitä saa useinkin ehdottaa keskusteluissa että niinku omaisen tapaamista. Sit ne potilaat saattaa miettii sitä jonkun aikaa , sitten vasta ehkä tulee sieltä sit joku.	Potilaita kannustetaan ottamaan omainen hoitoon mukaan.	Edistetään omaisten osallistumista	Mahdollistaminen
Monet potilaat antaa luvan et saa omaisten kaa sitten vapaasti keskustella asioista, tai sit ne voi olla siin läsnäkin kyllä, kun keskustele.	Potilaat antaa luvan keskustella omaisen kanssa.	Edistetään omaisten osallistumista	Mahdollistaminen
Tietokoneen käyttö omaisten kanssa			
Meille tulee sähköpostii. Me emme kyllä vastaa sähköpostitse sitten sillä tavalla että. Se on siihen ei luoteta kyllä. Sähköposti ei ole siinä mielessä kyllä, ainakaan semmosia asioit, luottamuksellisia asioit kohdistuvia ei voi sähköpostissa laittaa.	Sähköpostin tietosuojan ei voi luottaa, joten sillä ei välitetä luottamuksellista tietoa.	Sähköpostilla kommunikoidaan yleisiä asioita.	Informointi
Lähinnä mun mielest se on sitä et annetaan näitä luotettavien nettisivujen osoitteita ja se mielenterveystalo piste fi on semmonen jossa nyt on tutkittuu tietoa ja siihen voi luottaa. Mielenterveysseuralla on ihan hyvät sivustot, sieltä löytyy tietoo, jotain työkalujakin löytyy sieltä ja sit on tää mie-	Annetaan luotettavien nettisivujen osoitteita, kuten mielenterveystalo ja mielenterveysseura.	Ohjataan luotettaville sivustoille	Informointi

lenterveystalo piste fi on tämmösii vapaasti käytettäviä sivustoja mistä löytyy niinku tämmösille varsinkin juuri sairastuneelle ihmiselle sitä perustietoa näistä sairauksista ja mitä se tuo mukanaan.			
No mä uskoisin, et se lähinnä jää siihen et itse käyttää sitten niitä sivustolinkkejä, mitä on meiltä saanu. Materiaali mist löytyy lisätietoo, että ei varmaan omaisten kanssa oo muuten yhdessä käytetty. viel toistaseks.	Annetaan linkkejä nettisivuille.	Ohjataan luotettaville sivustoille	Informointi
Mielenterveystalo ja Mielenterveysseuran sivustolta löytyy hyvää materiaalia kanssa. - Mielenterveyden keskusliitto, Mielinet, terveysportti, nytyi.fi, vahvistamo ja Kelan sivut.	Ohjataan luotettaville sivustoille, kuten mielenterveystalo, mielenterveysseura, mielenterveyden keskusliitto, Mielinet, terveysportti, nytyi.fi, vahvistamo ja Kelan sivut.	Ohjataan luotettaville sivustoille	Informointi
Kehittämiskohteita			
Et se semmonen psykoedukatiivinen työote täs potilaan hoidossa sen perheen mukaan ottamisessa se on kyl aivan ensarvosen tärkeetä. Tää vois mun mielestä olla semmonen seuraava askel ja semmonen kehittämiskohda siihen tullaan nimenomaan panostamaan.	Psykoedukatiivisen työotteen kehittäminen on keskeinen kehittämiskohta.	Psykoedukatiivinen työskentely.	Toiminta
Et se jollain tavalla kertoo sen, et sitä tietoo pitäis antaa jatkuvasti. Et se ei riitä et sitä antaa kerran, vaan et se pitäis olla semmoista säännömukaista. Kun ne oireetkin voi kumminki vaihdellakkin sillä potilaalla.	Tietoa sairaudesta pitää antaa toistuvasti ja säännömukaisesti hoidon aikana.	Psykoedukatiivinen työskentely.	Toiminta
Mennään potilaan kans käymään mitä siel on sit näyttää omaisille ja yhtälailla nyt ku te ootte siel mielinettikoulu-	Mielinet-ohjelmiston liittäminen omaisten tukemiseen.	Psykoedukatiivinen työskentely.	Toiminta

tuksessa niin niin jollain tavalla tänki siihenkin nyt liittäis jollakin lailla jossain vaiheessa. Sen omaistyön.			
Meil ei oo mitään semmost johdonmukaist, tai siis sillä tavalla niinku päätetty että aina kun tulee uusi potilas niin me otetaan ne siihen perhe mukaan tai läheiset tai ystävät mukaan et tätä meidän pitää mieltii sitten kun me kehitetään tätä meidän toimintaa et olisko se tulevaisuudessa ihan semmonen automaattinen toimintamalli meillä.	Systemaattisen mallin kehittäminen omaisten ottamiseksi mukaan hoitoon.	Systemaattinen malli.	Toiminta
Mutta tää on nyt vähän tämmönen uudellinen tapa ajatella et hoitajatkin voi tavata sitä tai et hoitajatkin voi keskenään tavata sitä perhettä et tämmösiä uudellaisia toimintakutuureja on, vaatii meiltä sit semmost uudellaista ajattelua.	Hoitajavetoisen perhetyön mallin kehittäminen.	Systemaattinen malli.	Toiminta
Mut toisaalta mun mielestä se että me ruvettais johdonmukaisesti kun se uus potilas meil le tulee, niin sanoo et meil kuuluu tähän meidän toimintamalliin että se perhe tai läheiset otetaan mukaan, mitä me ei nyt tällä hetkellä ninku niin kauheesti painoteta, ni auttaisko se jo siihen potilaan kietämiseen.	Omaiset otetaan automaattisesti mukaan potilaan hoitoon.	Systemaattinen malli.	Toiminta
Sit tietyst tässä vois ajatella tulevaisuudessa että meillä vois olla niinku semmonen johdonmukainen tapa että me vaikka esitettäis omaiset mielenterveys-työn tukena ja siten annettais omaisille tai kehoitettais sinne ottamaan yhteyttä jos on tullu tämmönen selkee	Ohjataan systemaattisesti omaiset ottamaan yhteyttä kolmaanteen sektoriin, mikäli potilas kieltää yhteistyön omaisten kanssa,	Systemaattinen malli.	Toiminta

kielto, ettei omaisille saa mitään kertoa			
Mun mun mielestä se mistä me voitais lähteä liikkeelle seuraavaksi, niin vois olla se oireidenhallintaryhmän kautta. Koitettaisiin siihen et otettaisiin siihen ne (omaiset).	Omaiset oireidenhallintaryhmään mukaan.	Systemaattinen malli.	Toiminta
Ja sit jotenki niinku siit pitäis päästä, semmosest ajatuksesta pois et se pitää olla niinku kauheen hieno ja kauheen järjestetty tilanne mihin ne omaiset tulee, että ei sen tarvi olla yhtään sen kummallisempi kuin , kun siis et isompi porukka, tai sit se potilas yksin vaan, et ajattelis aina niin et niinku sehän helpottaa sit meidän työtä eikä se vie meiltä mitään pois.	Omaisten saaminen luonnolliseksi osaksi hoitoa.	Systemaattinen malli.	Toiminta
Lääkäritapaamisiin järjestetään kerran tai kaksi vuodessa, niin ehkä niihin otettaisiin aina omainen, niin se ois semmonen käytäntö ainakin yks. Mahdollinen.	Lääkäritapaamisiin aina omainen mukaan	Systemaattinen malli.	Toiminta
Ku se potilas tulee meil tutustumaan, niin me jo siinä kerrotaan. et meil on tällöinen käytäntö, eikä periaatteessa niinku kauheesti ruveta kyselemään sitte niinku siinä, vaan sanotaan et meil on semmonen käytäntö, et meil on läheiset ja omaiset täs mukana ja me ollaan koettu se hyväksi.	Otetaan automaattisesti omaiset mukaan hoitoon.	Systemaattinen malli.	Toiminta
Tilattais ihan järjestelmällisesti joka poliklinikalle niitä vaikka omaiset mielenterveyden tuken -esitteitä, et sekin olis meillä tapana aina antaa niitä, se esite kätehen niille, kun ne tulee.	Tilataan kolmannen sektorin toimijoiden esitteet avokuntoutuspoliklinikoille.	Systemaattinen malli.	Toiminta



Niin mä ajattelin joku kirje, et vois omaisille antaa. Et se ois potilaan vastuulla et antaakse sen, mut mis ois sit vähän kerrottu et minkä takii.	Kirje potilaan omaisille hoitosuhteen alussa.	Systemaattinen malli.	Toiminta
Siis kyllähän nää ois jos ois välineet kunnossa niin omaisten tapaamisissa vois hyödyntää hyödyntää tätä myöskin tämmösii sivustoja. Se vaatis sit melkeempa et olis sit joku kannettava tabletti tai läppäri mis nää sovellukset toimii ja sitte pieni dataprojektori millä sitten pystyy näyttämään isomalle porukalle.	Välineistön hankkiminen netin hyödyntämiseksi kotikäynneillä.	Teknisten välineiden järjestäminen.	Resursointi
Meil on noi potilastietokoneet, mitkä ei ole hussin verkossa ollenkaan, niin ne periaatteessa antaa semmosen mahdollisuuden myös että vois omaisillekin jotain näyttää sieltä, jos siihen on tarvetta.	Potilastietokoneita voitajota omaisille käyttöön.	Teknisten välineiden järjestäminen.	Resursointi
Ehkä tääkin ois yks semmonen kehittämisaihe, että me niinku kerättäis niitä linkkejä johonki.	Kerätään hyödylliset linkit yhteiseen tietokantaan.	Tietopankin luominen.	Resursointi
Saatais joskus kehitetty semmonen oma niinsanottu portaali. Pystyttäis niiku jakaa näitä hyviä ideoita, me voitais viedä niitä johonki tämmöseen yhteiseen paikkaan tietokoneella, mistä jokainen pääsis katsomaan, koska nyt me kulutetaan ihan hirveesti siihen energiaa ja aikaa, et jokainen valmistelee ja me ei välttämättä jaeta sitä ees siin omassa työryhmässä, puhumattakaan et me jaettais sitä kaiken kolmen avokuntoutuspoliklinikan kesken.	Oma portaali materiaalin ja linkkien jakamiseksi.	Tietopankin luominen.	Resursointi
HUS:lla on käytössä hyvä intranetti, mis on alue mis voidaan näitä	Oma portaali materiaalin ja linkkien jakamiseksi.	Tietopankin luominen.	

<p>sivustoja ylläpitää ja tehdä. Se (portaalin luominen) vaatii ehkä organisaation täsmen- tämistä ja valtuutuksia ja vastuuttamista. Niin et kaikki tietää miten se toimii ja sitten vastuhenkilöt vaan pe- rehytetään sen käyt- töön</p>			
<p>Pitäiskö meidän miettii että me pidettäis sillo- n tällön auki vaikka kello kaheksaantoista. Et ois niinku oikeesti tarjot- tais sitä vaihtoehtoa et vois myös työssäkäyvät tulla sit sen virastoajan jäl- keen.</p>	<p>Toiminnan laajentaminen virka-ajan ulkopuolelle.</p>	<p>Omaisten osallis- tumisen mahdol- listaminen.</p>	<p>Resursointi</p>