

AVOIN DIALOGI NUORISOPSYKIATRIASSA
HOITAJIEN KOKEMANA

Tampereen yliopisto
Terveystieteiden yksikkö
Hoitotiede
Pro gradu -tutkielma
Marika Ahonen
Syksy 2011

TIIVISTELMÄ

TAMPEREEN YLIOPISTO

Terveystieteiden yksikkö

Hoitotiede

AHONEN MARIKA: Avoin dialogi nuorisopsykiatriassa hoitajien kokemana

Pro gradu -tutkielma, 79 sivua, 9 liitesivua

Ohjaajat: TtT, yliassistentti Anna Liisa Aho, TtT, professori Marja Kaunonen, THT, dosentti

Marja-Terttu Tarkka

Joulukuu 2011

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata hoitajien kokemuksia avoimen dialogin hoitomallin soveltamisesta työryhmän toiminnan näkökulmasta. Tutkimuksella pyritään lisäämään teoreettista tietoa työryhmän toiminnasta. Tutkimusaineisto kerättiin yhdeltätoista vapaaehtoisesti tutkimukseen osallistuneelta hoitajalta ryhmähaastattelujen avulla teemahaastatteluina. Tutkimus on lähestymistavaltaan laadullinen ja aineisto analysoinnissa käytettiin induktiivista sisällön analyysiä.

Tulosten mukaan avoimen dialogin hoitomallin soveltaminen hoitotyössä koettiin vaativana ja mieluisena muutoksena osaston profiloitumisen myötä kriisi- ja vastaanotto-osastoksi. Tulosten mukaan hoitajat kokivat mallin soveltamista helpottavina tekijöinä ennakkokouluttautumisen, ammattitaitoisen ja kehittyvän työryhmän sekä toimivan hoitomallin muutoksessa. Hoitomallin soveltamisen haasteena hoitajat kokivat riittämättömän ennakkokouluttautumisen, samanaikaiset haasteet ja muutokset sekä työmuodon tuoman epävarmuuden ja dialogin opetteluun.

Hoitotyön haasteina hoitajat kokivat muuttuneet hoitosuhteet, joissa ei ollut enää omahoitajasuhteita, vaan hoitoryhmätyöskentelyä. Se koettiin kuitenkin osasotolla myönteisenä asiana. Ajoittain hoitajat kokivat hoitosuhteiden jäävän pinnallisiksi, koska hoitajaksot osastolla olivat lyhyitä. Lisääntynyt työn vaativuus ja kuormittavuus koettiin haasteena, koska osastolla työ oli nopeatahtista. Lisäksi sosiaalityön tarve oli lisääntynyt, koska lähes jokaisen nuoren hoidossa oli mukana sosiaalityö. Mallin keskeiset periaatteet olivat hoitajille tuttuja ja useat keskeisistä periaatteista toteutuivat hyvin työskentelyssä, mutta haastatteluhetkellä hoitajat kokivat vielä epävarmuutta mallin suhteen. Hoitotyön myönteisinä muutoksina hoitajat kokivat hoidon osastolla olevan tarpeen mukaista sekä perhekeskeisempää. Hoitajat kokivat työn olleen aina verkostokeskeistä nuorisopsykiatriassa.

Perhekeskeistä hoitotyötä tulisi kehittää nuorisopsykiatrisessa hoitotyössä. Nuorisopsykiatrisesta hoitotyöstä tarvittaisiin edelleen tutkimusta. Vanhempien ja nuorten kokemusten perusteella voitaisiin interventiotutkimuksen avulla tutkia perhekeskeisen hoidon vaikuttavuutta.

Avainsanat: nuorisopsykiatrisen hoitotyö, avoimen dialogin hoitomalli

ABSTRACT

UNIVERSITY OF TAMPERE
School of Health Sciences
Nursing Sciences

AHONEN MARIKA: Open dialogue in adolescent psychiatry

Master's thesis, 79 pages 9 appendices

Advisors: Anna Liisa Aho, PhD, Marja Kaunonen, PhD, Adjunct professor, Marja-Terttu Tarkka, PhD, Adjunct professor

December 2011

The purpose of the study was to describe nurses' experiences about the application of open dialogue nursing model in adolescent's psychiatry crisis and reception ward. The study aims to increase theoretical knowledge about working of work group. The study material was gathered from eleven volunteering nurses as theme interviews via group interviews. The study has qualitative approach and the material was analyzed by using inductive content analysis.

According to the results the application of open dialogue model to nursing was experienced as relieving factor in changing pre-training, professional and developing work group and working nursing model. The nurses experienced insufficient pre-training, other parallel challenges and changes and uncertainty caused by this working model and learning of dialogue as challenge for the application of the nursing model.

The nurses considered challenges being changed nursing relations where there were no personal nursing relations but group working instead. Occasionally the nurses experienced nursing relations being too superficial as nursing periods in the ward are short. Working in nursing group was seen as positive thing. Increased competence demands and work load were also seen as challenge because working pace in the ward was fast. In addition the need for social work was increased as, according to nurses' experience, social work was involved in almost each adolescent's case. The essential principles of the model were familiar to nurses and most of these principles were actualized well in work but during the interview the nurses feel still uncertain about the model. As positive changes the nurses described nursing in the ward being currently due to needs and more family concentrated. The nurses felt that work had always been network oriented in adolescent's psychiatry.

The family concentrated nursing should be developed in adolescent's psychiatry nursing. More research on adolescent's psychiatry nursing would be still needed. According to the experiences of the adults and the young it could be studied with the help of intervention research which are the effects of family concentrated nursing.

Key Words: adolescent's psychiatry, open dialogue nursing model

SISÄLTÖ

1	TUTKIMUKSEN TAUSTA JA TARKOITUS	5
2	TUTKIMUKSEN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	7
2.1	Nuorisopsykiatrinen hoito	7
2.2	Avoimen dialogin hoitomalli	12
2.2.1	Hoitokokous	13
2.2.2	Dialogisuus ja avoin dialogi	15
2.3	Aikaisempia tutkimuksia avoimesta dialogista ja dialogisuudesta	17
3	TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄ	21
4	TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	21
4.1	Tutkimuksen metodiset lähtökohdat	21
4.2	Kohderyhmä ja aineiston hankinta.....	22
4.3	Haastattelu tiedonkeruumenetelmänä	22
4.4	Aineiston analysointi	25
5	TUTKIMUKSEN TULOKSET	27
5.1	Tutkimukseen osallistujien taustatiedot	27
5.2	Hoitajien kokemuksia avoimen dialogin hoitomallin soveltamisesta työssä	27
5.3	Tulosten yhteenveto	64
6	POHDINTA.....	67
6.1	Tutkimukseen liittyvät eettiset näkökohdat	67
6.2	Tutkimuksen luotettavuus	68
6.3	Tulosten tarkastelu	70
6.4	Johtopäätökset ja jatkotutkimushaasteet	74
	LÄHTEET.....	75
	LIITTEET	
	Liite 1 Tiedote haastateltaville	
	Liite 2 Suostumus haastateltavaksi	
	Liite 3 Teemahaastattelurunko	
	Liite 4 Aikaisempia tutkimuksia avoimen dialogin hoitomallista sekä dialogisuudesta	
	Liite 5 Aineiston analyysi	

1 TUTKIMUKSEN TAUSTA JA TARKOITUS

Kellokosken sairaalassa aloitti toimintansa nuorten kriisi- ja vastaanotto-osasto 1.9.2009, kun aikaisemmin tutkimus- ja hoito-osastona toiminut osasto profiloitui. Osastolla alettiin soveltaa avoimen dialogin hoitomallia. Seikkulan & Alakaarten (2004) mukaan avoimen dialogin hoitomallissa keskeisiä asioita ovat välitön reagointi avunpyyntöön, ryhmätyöskentely sekä verkoston mukaan ottaminen hoidon voimavaraksi. Tärkeitä periaatteita ovat myös joustavuus ja liikkuvuus, vastuullisuus, psykologinen jatkuvuus, epävarmuuden sietäminen sekä dialogi kaikkien hoitoon osallistuvien kesken. Hoidon perustapahtuma on hoitokokous, johon potilaan lisäksi kutsutaan hänen läheisensä, asiaan osallistuneet viranomaiset sekä hoitava työryhmä.

Jos hoidetaan vain terveyshäiriöstä kärsivää lasta tai nuorta, ei palvella perheen terveyden edistämistä. Pysyviä myönteisiä tuloksia ei saada aikaan, jos ei voida puuttua perheen osaryhmittymien toimintaan ja tätä kautta koko perhedynamiikkaan. (Paunonen & Vehviläinen - Julkunen 1999). Jos perheessä ei tapahdu kehitystä ja kasvua, eivät hoidosta saadut myönteiset toimintaedellytykset kestä murtumatta. Nuoret ovat riippuvaisia perheestään ja monella tavalla siihen sidoksissa, joten perhekeskeinen tutkimus on välttämätön osa nuorisopsykiatrista tutkimuskokonaisuutta. (Piha 2004.)

Lapsen sairastuminen, sairaus sekä sairaalassaolo koettelevat koko perheen voimavaroja. Sekä perheen toiminta- ja vuorovaikutustavat että perheenjäsenten ja ympäristön suhtautuminen lapsen sairauteen vaikuttavat sekä yksilön että perheen tasolla perheen sopeutumiseen, sairaudesta aiheutuvan stressin hallintaan sekä selviytymiseen. (Åsted-Kurki ym. 2008.) Terveyden edistämisen toimintamallien kehittämisessä on tärkeää vanhempien voimavarojen sekä nuorten ja vanhempien välisen vuorovaikutuksen arviointi (Pietilä 1999). Kuitenkin psyykinen sairastuminen on enemmän kriisi tai katastrofin tyyppinen tapahtuma perheen elämässä, kuin osoitus perheen tai perheenjäsenten välisestä viallisesta toiminnasta tai epäterveistä tavoista olla vuorovaikutuksessa (Johansson 2009). Perhe on potilaan ja asiakkaan hoitamisen kannalta valtava voimavara. Perheeltä saatu tuki lisää potilaan hyvää oloa ja kohentaa hänen terveydentilaa. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1999.) Jos perheessä on ongelmia, heijastuvat ne myös nuoreen. Nuorten terveen kasvun kannalta, perheen voimavarojen selvittäminen on tärkeää, koska jos halutaan vaikuttaa nuorten

terveystottumuksiin, on otettava huomioon heidän elämäntilanteensa ja perhetaustansa. (Pietilä 1999.) Vanhemmuuden tukemisella voidaan merkittävästi lujittaa lapsen itsetuntoa. Vanhemmuuden kehittäminen on työtä, jota tehdään koko perheen hyväksi, sekä myös sen hyväksi, millaisia vanhempia lapsista aikanaan kasvaa. (Poikkeus, Laakso, Eklund, Katajamäki & Lajunen 2002.)

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata hoitajien kokemuksia avoimen dialogin hoitomallin soveltamisesta työryhmän toiminnan näkökulmasta. Tutkimuksella pyritään lisäämään teoreettista tietoa työryhmän toiminnasta. Tutkimus on kvalitatiivinen haastattelututkimus. Tutkimukseen haastateltiin osastolla työskenteleviä hoitajia ja haastattelut analysoitiin sisällönanalyysiä käyttäen. Tutkimus on ajankohtainen ja tarpeellinen, koska muutokset työskentelyssä ja osaston uusi hoitomalli tuovat suuria haasteita työryhmälle. Uuden hoitomallin avulla pyritään yksilökeskeisestä hoitotyöstä kohti perhe- ja verkostokeskeistä hoitoa. Tutkimustulosten avulla voidaan kehittää hoitotyön menetelmiä ja henkilökunnan ammatillisuutta sekä parantaa hoitotyön laatua. Yhä perhe- ja verkostokeskeisemmällä työllä ja vanhemmuutta tukemalla pyritään lyhentämään laitoshoidojaksojen pituutta ja suuntaamaan enemmän kohti avohoitokeskeistä hoitoa. Seikkulan & Alakaren (2004) mukaan hoitomalli luo mahdollisuuden psykiatrisen potilaan tasa-arvoisempaan kohtaamiseen. Seurantatutkimuksessa oli havaittu hoitomallia käytettäessä sairaalahoidon ja neuroleptilääkityksen tarpeen vähenevän ja hoidon tuloksen paranevan verrattuna totunnaiseen hoitomalliin. Tutkimuksessa myös kasvatustieteen näkökulma dialogisuudesta on mielenkiintoinen ja tärkeä, koska nuorten kanssa työskenneltäessä myös kasvatuksella on keskeinen osa hoidossa. Tärkeää olisi myös aina tehdä nuoren kohdalla moniammatillisesti kasvatuksellinen, hoidollinen ja lääketieteellinen tilannearvio.

2 TUTKIMUKSEN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

2.1 Nuorisopsykiatrinen hoito

Riittävän hyvä vanhemmuus, turvallisuus ja luottamus sekä varhainen kiintymyssuhde ovat lapsen terveen kasvun kivijalka (Sääski 2008). Lasten ja nuorten hyvä mielenterveys ei kuitenkaan ole vain riittävän hyvien vanhempien varassa vaan mielenterveys muotoutuu myös lapsen biologisten, psykologisten sekä sosiaalisten tekijöiden pohjalta (Friis ym. 2004; Sääski 2008). Tämän bio-psykososiaalisen näkemyksen mukaan psyykkisten häiriöiden ja sairauksien syntyyn vaikuttavat aina näihin kolmeen pääryhmään kuuluvat tekijät. (Almqvist 2004.) Haavoittuvuus–stressi -malli tarjoaa hyvän lähtökohdan ymmärtää ja jäsentää mielenterveyden häiriöitä. Mallin mukaan haavoittuvuudella tarkoitetaan niitä tekijöitä, jotka saavat henkilön alttiiksi mielenterveyden häiriölle. Nämä tekijät voivat olla perinnöllisiä tai muuten biologisia. Sairaus puhkeaa haavoittuvuuden ja ympäristön aiheuttaman stressin vuorovaikutuksena. Stressitekijät voivat olla hetkellisiin elämäntapahtumiin kytkeytyviä tai jatkuvia työhön, sosiaaliseen verkostoon tai perheen vuorovaikutukseen liittyviä. (Falloon & Fadden 1993; Kuhanen ym. 2010.)

Mielenterveys voidaan määritellä lapsen tai nuoren kyvyksi rakastaa, leikkiä, pelata, oppia sekä tehdä työtä (Friis ym. 2004). Lapsen ja nuoren psyykkisen kasvun ja kehityksen keskeisin ympäristö on kiistattomasti perhe (Piha 2004). Instituutiona perhe on yhtä vanha kuin ihminen, kuitenkin muuttuva kulttuuri ja aika muokkaavat ja muuttavat myös perhettä, sekä sen rooleja ja tehtäviä (Esko 2008). Psykkisesti sairaan vanhemman lapsella on suurempi riski sairastua psyykkisesti itsekin. Alttiuden geneettinen periytyminen selittää osan riskistä sairastua ja psyykkisesti sairaan vanhemman heikentynyt kyky vanhemmuuteen ja kasvatukseen osan riskistä sairastua. Psykkisesti sairaan vanhemman vanhemmuus ei automaattisesti kuitenkaan ole huonompaa laadultaan kuin terveen. (Fröjd ym. 2007.)

Nuoruusikä ja nuorisopsykiatrinen arvio

Nuoruusiällä tarkoitetaan lapsuuden ja aikuisuuden väliin sijoittuvaa psyykkistä kehitysvaihetta ikävuosien 12 - 22 välillä. Nuoruusiän alkuvaiheen muodostaa varsinainen murrosikä ja aikuisen jo suhteellisen muuttumaton persoonallisuus kiinteytyy vaiheen loppupuolella. Nuoruusikä on rajallinen, eikä ole olemassa kehityksellisesti pitkittyntä nuoruutta. (Aalberg & Siimes 2007.) Nuoruuden kehityksellisenä päämääränä on itse hankitun autonomian saavuttaminen. Jotta autonomian saavuttaminen on mahdollista, on nuoren ratkaistava ikäkauteen kuuluvat kehitykselliset tehtävät, joita ovat irrottautuminen lapsuuden vanhemmista ja heidän löytäminen uudelleen aikuisella tavalla, muuttuvan ruumiinkuvan haltuunotto sekä seksuaalisuuden ja seksuaalisen identiteetin jäsentäminen sekä ikätovereiden apuun turvautuminen nuoruusiän kasvun ja kehityksen aikana. (Aalberg & Siimes 2007.) Arvioitaessa nuoren psyykkistä vointia, kiinnitetään ensisijaisesti huomiota siihen, vastaako hänen kehityksensä ikätasoa vai ei (Aalberg & Siimes 2007; Happonen 2006). Nuorille on ominaista sekä fyysinen että somaattinen oireilu, mikä johtuu psyykkisten suojakeinojen tilapäisestä heikkoudesta (Aalberg & Siimes 2007; Almqvist 2004). Murrosiän alku sekä myöhäisnuoruusikä ovat erityisen haavoittuvuuden aikoja psykiatrisen sairastavuuden kannalta (Sinkkonen 2010). Tutkimusten mukaan 20-30 % nuorista on mielenterveyshoitoa vaativia häiriöitä (Pylkkänen 2006).

Murrosikäisen perhe elää myös luopumiseen ja eriytymiseen liittyvien, usein hyvin kipeiden tunteiden keskellä (Esko 2008). Hoitojärjestelmän apuun turvautuessaan perhe tavallisesti näkee tilanteensa kielteisessä valossa. Perheenjäsenet kokevat epäonnistuneensa ja tuntevat syyllisyyttä, toivottomuutta, pelkoa sekä vihaa. (Haarakangas 1997; Daly 2005.) Oireilevaa perheenjäsentä pidetään usein sairaana, hulluna, avuttomana, vaarallisena tai huonosti käyttäytyvänä (Haarakangas 1997). Lasten omat vanhemmat ovat lastensa parhaat asiantuntijat ja heillä tulee olla lopullinen vastuu lapsistaan ja nuoristaan (Esko 2008). Jurvelin ym. (2006) mukaan pitkäaikaisesti sairaiden lasten vanhemmat yrittävät sopeutua muutoksiin, mutta sopeutumista voi vaikeuttaa monet fyysiset, psyykkiset, sosiaaliset ja taloudelliset tekijät. Hoitotyötä tekevien tulisi kuunnella asiakasta ja hänen tarpeitaan, antaa tietoa ja tukea asiakkaiden lähtökohdista käsin. Dalyn (2005) mukaan, itsetuhoisen perheenjäsenen kanssa elämisellä on negatiivinen vaikutus koko perheeseen. Kun itsetuhoisen perheenjäsenen on

lapsi, luo tilanne erityisiä hätätilanteita vanhempien elämään. Tilanteessa vanhemmat kokevat monia raskaita tunteita ja äidit voivat kokea nuoren itsetuhoisen käytöksen myös hylkäyksenä ja petetyksi tulemisen kokemisena lapsen taholta. Äidit voivat kokea olevansa yksin ongelmansa kanssa ja usein pelko on läsnä, koska seuraava itsemurhayritys voi onnistua. Tilanne tuo haastetta vanhemmuudelle, koska vanhemmat pelkäävät kohtaamista ja välttelevät riitoja. On muistettava, että lapsen psyykinen sairaus asettavat vanhemmille ja vanhemmuuden tukemiselle erilaisia vaatimuksia, kuin esimerkiksi muut pitkäaikaissairaudet (Jurvelin ym. 2006). Åsted-Kurki ym. (2008) mukaan perheenjäsenen vakavan psyykkisen sairastumisen kuvataan käynnistävän perheessä suruprosessin, koska usein monista suunnitelmista ja tulevaisuuden toiveista joudutaan luopumaan tai muuttamaan niitä. Alun kieltämisen jälkeen usein perheet ajan kanssa sopeutuvat tilanteeseen ja löytävät uuden tasapainon. Sopeutumisen aste voi vaihdella yksilöiden välillä huomattavasti ja suremis- ja sopeutumisprosessin aikana perheenjäsenet joutuvat läpikäymään vihan voimattomuuden ja pettymyksen tunteitaan.

Monet lapsuudenajan häiriöt on mahdollista ratkaista ja korjata nuoruusiässä, kun nuori kykenee kohtaamaan asiat aikaisempaa kehittyneemmällä tavalla sekä valmiimpana henkisiltä ominaisuuksiltaan. Nuoruus on mahdollisuuksien aikaa, ja sitä on myös kutsuttu persoonallisuuden rakentumisen toiseksi mahdollisuudeksi tai yksilöitymisen toiseksi vaiheeksi. (Aalberg & Siimes 2007.) Kriisiin joutunutta nuorta voidaan auttaa takaisin normaalille kehitysuralle aikuisten ymmärtäväisen tuen tai nuorisopsykiatrisen hoidon tai kuntoutuksen avulla. Kriisi voi tällöin johtaa uuden paremman kehityksen alkuun. (Almqvist 2004.) Joskus nuorten psyykkisten häiriöiden taustalla on perheen epäonnistuminen riittävän turvallisten rajojen asettamisessa. Ongelmana on se, että nuoret ovat saaneet liian paljon liian aikaisin tai liian vähän liian myöhään. Nuorten psyykkiset vaikeudet näkyvät yhä useammin käytöshäiriöinä, sillä nuoret etsivät turvallisuutta merkitseviä rajoja. (Aalberg & Siimes 2007.) Nuoren käytösongelmat ja vähäiset sosiaaliset taidot liittyivät myös läheisesti lisääntyneeseen vanhemmuuden stressiin (Anderson 2008). Nuorelle ja hänen perheelleen psykiatrinen tutkimus ja arvio ovat merkittävä kokemus. Sitä tehdessä nuoren oikeuksia ja yksilöllisyyttä sekä nuoren omaa etua täytyy kunnioittaa. (Happonen 2006.) Nuoria haastateltaessa on erityisen tärkeää olla ystävällinen, rehellinen ja avoin, sekä aidosti kiinnostunut nuoresta ja hänen koko elämästään (Almqvist 2004).

Nuorisopsykiatrisen osastohoito

Nuorisopsykiatrisilla osastoilla on yleensä 6-10 sairaansijaa ja ikäjakauma vaihtelee 12-14-vuotiaista 17-18-vuotiaisiin (Laukkanen & Salonen 2006). Psykiatrisen hoito on monimuotoista. Pitkäaikaisissa hoidoissa eri hoitomuodot limittyvät toisiinsa. Nuoren hoito on enemmän aikuismaista sekä yhteisöpainotteista. Kuitenkin yleisintä nuoren hoidossa on monimuotoinen, eri hoitomuotoja yhdistelevä toimintatapa. Lasta ja nuorta ei hoideta koskaan yksin, vaan hoitoa toteutettaessa perhe on keskeinen voimavara. (Friis ym. 2004.) Erilaiset ryhmät kuuluvat nuorisopsykiatrisen osaston toimintaan, näissä ryhmänohjaajina toimivat osaston työntekijät tai ulkopuoliset työntekijät. Oppivelvollisuusikäisten nuorten psykiatriseen hoitoon kuuluu koulunkäynnin järjestäminen osastohoidon aikana. Nuori voi käydä koulua joko omassa koulussa tai sairaalakoulussa. (Laukkanen & Salonen 2006.)

Nuorisopsykiatrisen tutkimuksen ja hoidon tavoitteena on löytää ne vuorovaikutusketjun avainkohdat, olivat ne sitten biologisia, psykologisia tai sosiaalisia, joihin vaikuttamalla voidaan kielteiseen suuntaan kulkeva kehitys kääntää myönteiseen suuntaan. Tällaisia hoidollisia vaikuttamisen keinoja ovat esimerkiksi perheterapia, yksilöterapia ja lääkehoito. (Piha 2004.) Hoidollisen vaikuttamisen keino on myös psykoedukaatio eli potilasopetus, johon kuuluu omaisten hoitoon osallistuminen sekä emotionaalisen tuen että tiedon antaminen, ongelmaratkaisutaitojen kehittäminen ja terapeuttisia elementtejä (Koponen 2006). Laurin (2007) mukaan potilaiden ja omaisten tiedon tarpeeseen vastaaminen on osa hoitotyössä tapahtuvaa hoitopedagogista toimintaa, eli potilasopetusta. Potilaiden ohjaus ja opetus ovat perustehtäviä hoitotyössä ja ovat olleet sitä jo useamman vuosikymmenen. Perheen historian ja ajankohtaisen tilanteen kartoittaminen ovat tarpeellisia sekä nuoren psykiatrisen häiriön arvioimiseksi että hoitotoimien suunnittelemiseksi (Piha 2004). Vaikka nuori tuntuu pärjäävältä, on monia tilanteita, joissa hän tarvitsee vanhempiaan. Nuoria tulisi rohkaista kehittämään ja ylläpitämään suhteita vanhempiinsa. (Fröjd ym. 2007.)

Perheohjaus

Psykiatrisessa hoidossa on tavallista kohdata sekä potilaita että perheitä, joiden elämä vaikuttaa pysähtyneen menneeseen aikaan. Perhettä kohdanneesta menetyksestä ei voida perheessä puhua ja elämän keskipisteensä saattaa olla esimerkiksi perheen lemmikki, johon sanat ja tunteet kanavoituvat. Puhumattomuus voi kätkeä paljon syyllisyyttä, vihaa, surua ja katkeruutta. Usein perheenjäsenet oireilevat psyykkisesti ja somaattisesti. (Haarakangas 2008.) Äidit murehtivat usein lapsensa kärsimystä ja lapsensa menetystä, eli sitä lasta joka heillä joskus oli. Lapsen sairastuttua vanhemmat voivat murehtia myös toivon ja unelmien menetystä. Perheet voivat kaivata myös sitä elämää, mikä heillä joskus on ollut. (Daly 2005; Usher ym. 2007.) Haarakankaan (1997) mukaan hoitoprosessin aikana työryhmä voi ohjata keskustelun aiheisiin, joista perhe ei vielä ole kyennyt puhumaan, jolloin syntyy mahdollisuus terapeutin muuttamiseen perheen merkityssysteemissä. Työryhmän jäsenten reflektointi muodostaa perheelle viitekehyksen, johon he voivat suhteuttaa omia kokemuksiaan, millä on terapeuttinen ja kokemuksia normalisoiva vaikutus.

Terveystieteen edistämisen toimintamallien kehittämisessä on tärkeää vanhempien voimavarojen sekä nuorten ja vanhempien välisen vuorovaikutuksen arviointi. Jos perheessä on ongelmia, heijastuvat ne myös nuoreen. (Pietilä 1999.) Perhetekijät ovat merkittävässä yhteydessä nuorten mielenterveydenongelmiin. Vanhemmuutta on tuettava ja perhe on tärkeässä roolissa nuoren ongelmia ratkottaessa. (Fröjd 2008.) Suurissa ongelmatilanteissa nuoren suhde aikuisiin usein katkeaa herkästi. Joskus tällaiset katkenneet suhteet ajautuvat niin pitkälle, että aikuiset ja nuoret elävät molemmat omaa erillistä elämäänsä saman katon alla. Aikuiset ja nuoret erottava kuilu, johtaa usein siihen, että nuoret saattavat käyttäytyä hyvinkin negatiivisesti, ennen kuin aikuinen hahmottaa missä milloinkin mennään. Jos aikuinen ja nuori eivät ole tottuneet puhumaan toisilleen, erittelemään tunteitaan ja pohtimaan yhdessä ratkaisuja umpikujasta pääsemiseksi, on rakentavasti toimiminen vaikeaa. (Kemppinen 2000.) Nuorten terveen kasvun kannalta, perheen voimavarojen selvittäminen on tärkeää, koska jos halutaan vaikuttaa nuorten terveystottumuksiin, on otettava huomioon heidän elämäntilanteensa ja perhetaustansa (Pietilän 1999). Perhe tulee nähdä kokonaisuutena, johon kaikki perheenjäsenet vaikuttavat toiminnallaan (Reijonen 2005).

Psykoedukatiivisen perheohjauksen vuorovaikutus perustuu narratiivisuuteen sekä avoimen dialogin periaatteelle. Perheohjauksessa pyritään lisäämään perheenjäsenten keskinäistä ymmärrystä vaikuttamaan perheenjäsenten käyttäytymiseen siten, että se ylläpitää jokaisen terveyttä ja ennaltaehkäisee psyykkistä pahoinvointia. Perheohjauksessa huomioidaan asiakkaan ja hänen perheensä ja läheistensä koulutus-, kokemus- ja kulttuuritausta. Psykoedukatiivinen perheohjaus myös suositellaan toteutettavaksi asiakasperheen kotona, perheen omassa kontekstissa. Perheohjauksessa perheen kanssa keskustelua käydään konkreettisella tasolla. Analyttisiä tulkintoja ja lääketieteellistä terminologiaa vältetään ja vuorovaikutuksen edistämiseksi pyritään tavoittamaan perheen kanssa yhteinen kieli, jonka perhe tuntee omakseen. Perheen käyttämiä nimityksiä tai heille tuttuja omia termejä käytetään tapaamisissa läpi intervention. (Johansson 2009.)

2.2 Avoimen dialogin hoitomalli

Avoimen dialogin lähestymistapa on kehittynyt osana Suomessa toteutettua pitkäaikaista psykoosipotilaiden hoidon kehittämistyötä. Turussa 1980-luvulla alkanutta skitsofreniaprojektia seurasivat monet sekä valtakunnallisella tasolla että paikallisesti toteutetut psykoosin hoidon kehittämissuunnitelmat. (Alanen 1993). Akuutin psykoosin integroitu hoito –projekti (API) täydensi Turun projektin ja Valtakunnallisen skitsofreniaprojektin hoidollisia periaatteita. Tarkoituksena oli myös tutkia mahdollisuuksia yhdistää eri hoitomuotoja psykoosin hoidossa. API –projekti toteutettiin kuudessa hoitoyksikössä ympäri Suomen. Näihin kuului myös Keroputaan sairaala. (Aaltonen, Koffert, Ahonen & Lehtinen, 2000). Länsi-Pohjan alueella, Keroputaan sairaalassa, perhekeskeisen hoitomallin kehittäminen alkoi 1980-luvun alussa aloitetun perheterapiakoulutuksen myötä (Seikkula 1991; Haarakangas 1997). Perhekeskeisyyteen kuuluu perheen mukaan ottaminen hoitoon ja sen suunnitteluun mahdollisimman varhain (Seikkula 1991; Haarakangas 1997; Aaltonen, Koffert, Ahonen & Lehtinen 2000). Perheenjäsenet osallistuvat hoitoon liittyviin toimiin sekä päätöksiin koko hoitoprosessin ajan. Länsi-Pohjassa hoidon perustaksi muodostuivat hoitokokoukset (Haarakangas 1997; Haarakangas 2002a). Hoitokokouskäytäntöön vaikuttivat erityisesti Turun skitsofreniaprojektin kokemukset (Haarakangas 1997, 2002b). Haarakankaan (2002b) mukaan Keroputaan sairaalassa kehittyi nopeasti sairaalahoidon

vaihtoehdoksi kriisityömenetelmä, jossa hoito ensisijaisesti yritettiin järjestää potilaan kotona ja hänen lähiverkostonsa pyrittiin mukaan ottamaan hoitoprosessiin. Hoidossa korostettiin nopeaa aloittamista, hoidon psykologista jatkuvuutta sekä eri hoitomuotojen yhdistämistä. Hoitomallin toteuttamisen edellytyksenä on, että koko henkilökunnalla on hyvä ammattitaito. (Seikkula & Alakare 2004.)

Hoitoprosessia ohjaavat keskeiset periaatteet joita ovat: 1) välitön apu kriisissä, jolla tarkoitetaan, että hädässä olevat ihmiset on parasta kohdata 24 tunnin kuluessa yhteydenotosta, 2) sosiaalisen verkoston näkökulma hoitoratkaisuissa, jolloin kaikki verkoston ihmiset tulisi huomioida kriisin kohtaamisessa, 3) joustavuus ja liikkuvuus, jolloin jokainen potilas tarvitsee juuri hänelle parhaiten sopivan lähestymistavan, keskustelemistavan, terapeuttiset menetelmät ja sopivan pituisen hoidon, 4) työntekijöiden vastuullisuus, jolloin se työntekijä johon on otettu ensimmäisenä yhteyttä, ottaa vastuun ensimmäisen tapaamisen järjestämisestä sekä hoitavan työryhmän organisoimisesta ja ottaa vastuun keskustelussa tilanteesta, 5) työn psykologisen jatkuvuuden turvaaminen, 6) epävarmuuden sietäminen ja 7) dialogisuus keskustelun muotona. (Seikkula 1999; Seikkula & Arnkil 2005; Haarakangas 2011.)

2.2.1 Hoitokokous

Pääasiallisesti perhe- ja verkostokeskeinen hoitoprosessi muodostuu hoitokokouksista. Hoitokokous on hoidon perustapahtuma, johon kutsutaan potilaan lisäksi hänen läheisensä, asiaan osallistuvat viranomaiset sekä työryhmä. (Haarakangas 1997; Seikkula & Alakare 2004.) Hoitokokousta voidaan pitää tarpeenmukaisen hoidon perustapahtumana, jossa potilas, hänen läheisensä, hoitotiimi ja muut tärkeät ihmiset kohtaavat toisensa avoimessa dialogissa. Yhteisenä tavoitteena on ymmärryksen sekä terapeuttisen avun löytämien mielenterveydellisesti vaikeuksissa olevan ihmisen sekä hänen perheensä elämäntilanteeseen. (Haarakangas 2008.) Tavallisesti hoitoprosessiin kuuluu useita hoitokokouksia (Haarakangas 1997). Hoitokokous on tilanne jossa on mahdollista tavoitella dialogisuutta. Se on asiakkaille usein henkilökohtaisesti koskettava ja mieltä vahvasti liikuttava tilanne ja se on myös usein suuri tapahtuma asiakkaan ja hänen läheistensä kannalta. Hoitokokouksessa saattaa paikalla olla lääketieteen ja hoitoalan asiantuntijoita sekä

mahdollisesti myös muita viranomaisia. Siellä voi myös olla mukana koko perhe. Kaikki hoitoon liittyvät asiat neuvotellaan ja sovitaan hoitokokouksissa. (Haarakangas 2008.) Hoitokokouksen kieli synnytetään osallistujien keskinäisessä keskustelussa ja hoitokokous toteutuu kielellisenä vuorovaikutuksena, jota ei ole mahdollista etukäteen määrätä (Haarakangas 1997). Eli kaikista potilaan ongelmista, sen analyysistä, hoidon suunnittelusta ja hoitopäätöksiin liittyvistä asioista keskustellaan alusta lähtien kaikkien asianosaisten ollessa läsnä. Tämä tarkoittaa henkilökunnan keskinäisten hoitosuunnittelukokousten lopettamista ja siirtymistä käytäntöön, jossa potilas on aina mukana, kun hänen asioistaan puhutaan. Lääkärillä on vastuu hoitoratkaisuista. (Seikkula & Alakare 2004.)

Hoitokokouksessa pyritään integroimaan yhteen kaikki käytettävissä olevat hoitomuodot mukaan luettuna lääkitys. Yhteisenä tavoitteena on potilaan ja hänen läheistensä voimavarojen käyttöönotto akuutista kriisistä selviämiseksi. (Seikkula & Alakare 2004.) Haarakankaan (2008) mukaan hyvän hoitokokouksen tunnusmerkkejä ovat, että tärkeät ihmiset ovat koolla, hoitokokouksessa on turvallinen, tasa-arvoinen ja kiireetön ilmapiiri, asioista voidaan puhua avoimesti, osallistujilla on tasavertainen mahdollisuus sanoa ja tulla kuulluksi sekä se on terapeuttinen ja ymmärrystä etsivä. Pyhäjoki (2005) kuvaa, että dialogisessa verkostopalaverissa on pyrkimyksenä luoda toiveikkuutta sekä uskoa tulevaisuudelle. Asiat harvoin muuttuvat palaverissa, mutta dialoginen verkostopalaveri voi toimia alkuna jollekin muutosta edistävälle prosessille. Toimivassa verkostopalaverissa syntyy avointa keskustelua arjen toiminnasta sekä siihen liittyvistä huolista turvallisessa ympäristössä. Lisäksi siinä saadaan aikaan suunnitelma, jonka toteuttamisessa sekä perheellä että eri toimijoilla on oma osansa.

Kriisi aiheuttaa tilanteen, jossa elämän on mahdotonta jatkaa entiseen tapaan, joten muutosta tarvitaan. Kriisiin sisältyy mahdollisuus romahdukseen, mutta kuitenkin myös mahdollisuus myönteiseen kehitykseen ja uuteen tilanteeseen sopivan tavan maailmassa olemisen löytämiseen. (Haarakangas 2008.) Kriisi koskettaa sekä potilasta että kaikkia hänen läheisiään. Vaikeimmissa kriisitilanteissa usein potilaan läheiset kiinnittävät huomiota outoon käyttäytymiseen. Kriisitilanteissa hoitavan työryhmän tulee vastata jokaisen potilaan sekä hänen verkostonsa ainutkertaisiin tarpeisiin. Jokainen potilas tarvitsee yksilöllisen lähestymistavan eli juuri hänelle parhaiten sopivan keskustelutavan, parhaiten soveltuvat terapeuttiset menetelmät ja hänen ongelmaansa sopivan hoidon keston. Joustavuus ja

liikkuvuus ovat tärkeitä työssä ja tapaamispaikka voidaan joustavasti valita sen mukaan, minkä perhe tuntee turvallisimmaksi. Usein tällainen paikka on koti, koska siellä potilaan sekä hänen perheensä elämä tulee parhaiten osaksi hoitoa. (Seikkula & Arnkil 2005.) Kriisissä olleet ovat saaneet siitä apua, kun he ovat kokeneet tullessa kuulluksi. Autetuksi tulemisen ehtona on ollut päästä samalle aaltopituudelle auttajan kanssa, jolloin auttavalle vuorovaikutukselle on syntynyt mahdollisuus. Ytimenä perheen yhdessä selviytymisessä on, että tapahtuneesta tulee samanlainen, jaettu käsitys jokaiselle, eli perheenjäsenet pystyvät vastaamaan kysymyksiin: mitä tapahtui, miksi niin tapahtui, miksi toimimme niin kuin toimimme, pystymmekö selviytymään, jos tällaista tapahtuu uudelleen ja mitä tästä opimme. (Pojjula 2002.) Yhteisen tarinan uudelleen rakentaminen ja jokaisen perheenjäsenen yksilöllisen kokemuksen kuuleminen ovat oleellinen osa psykoedukatiivista perheohjausta (Johansson 2009).

2.2.2 Dialogisuus ja avoin dialogi

Dialogisuus on elänyt Platonin ja Sokrateen ajoista alkaen ja tarkoittaa kaksinpuhelia, keskustelua, vuoropuhelua tai keskustelun muotoista kirjallista tuotosta. Dialogisuus tarkoittaa vuoropuhelua, moniäänisyyttä ja vastavuoroista vaikuttamista erilaisten osanottajien kesken. (Kokko 2006.) Dialogin olennaisin perusta on filosofian ja eksistentiaalisen fenomenologian pohjalla. Fenomenologien mukaan ihminen ei luonnostaan tiedä paikkaansa luomakunnan kokonaisuudessa ja siksi myös toiset ihmiset jäävät hänelle salaisuudeksi. (Ojanen 2006.) Dialogi on tapa, jolla ihminen saavuttaa merkityksensä ihmisenä sekä muuttaa maailmaa sanomalla ja nimeämällä sen. Näin olleen dialogi on eksistentiaalinen välttämättömyys. (Freire 2005.) Avoin dialogi ei ole menetelmä, vaan se on tapa olla vuorovaikutuksessa toisten ihmisten kanssa (Haarakangas 2008; Haarakangas 2011).

Hoidon ensimmäinen tavoite on synnyttää dialogi sekä eri ihmisten välille että potilaan erilaisten sisäisten äänten välille. Ongelmien uudella tavalla ymmärtäminen edellyttää aina dialogista pohdintaa monologin sijasta. (Seikkula & Alakare 2004.) Kommunikaation menetelmänä dialogi merkitsee eri asiaa kuin pelkkä keskustelu. Dialogisuus termi viittaa asenteeseen, joka tukee inhimillistä kasvua ottamalla huomioon toisen näkökulman, eli se viittaa suhteen molemminpuolisuuteen eli Minä-Sinä suhteeseen. (Ojanen 2006.) Dialogi on

vuorovaikutussuhde, jota parhaimmillaan luonnehtii keskinäinen kunnioitus, tasavertaisuus sekä avoimuus. Dialoginen keskustelu on kuuntelevaa keskustelua ja kuultuun vastaamista sekä merkitysten jakamista yhdessä. Se on myös reflektiivinen tapahtuma, jolloin asioita voidaan yhdessä pohdiskella eri näkökulmista. Vuorovaikutustilanteen jokaisen osapuolen tulee sitoutua luomaan avointa vuoropuhelua, jotta dialogisuus toteutuisi ja edellytyksenä dialogisuuden syntymiselle on luottamuksellinen ilmapiiri. Keskeistä dialogisessa vuorovaikutuksessa on toisen osapuolen kuunteleminen sekä omalla olemuksella ja puheella viestitetty toisen osallistujan kiinnostavuus ja hyväksyntä. (Haarakangas 1997; Aarnio & Enqvist 2001; Haarakangas 2011.) Lisäksi dialoginen asenne tarkoittaa minäkeskeisyydestä vapaata vuoropuhelua ja vuorokuuntelua (Aarnio & Enqvist 2001).

Ojasen (2006) mukaan voidaan puhua avoimesta ja teknisestä dialogista. Avoin dialogi on ihmettelevää ja todellisuuden salaiseksi jättävää, kun taas teknisessä dialogissa asiat tiedetään. Avoimessa dialogissa ihmisen äly tai tahto eivät ohjaa suuntautumista todellisuuteen, vaan todellisuuden annetaan olla se mitä se itsessään on. Hyväksyminen merkitsee toisen ihmisen varauksetonta kunnioittamista sekä jatkuvasti muuttuvan todellisuuden oivaltamista. Avoimella dialogilla tai dialogisella keskustelulla oletetaan olevan terapeutisia seuraamuksia (Haarakangas 2008). Avoimen dialogisen keskustelun pyrkimyksenä on saada esille merkityskokonaisuudet, joihin toisen ihmisen kokemus asettuu ja avoimessa dialogisessa kanssakäymisessä löytyy uutta. Kun todellisuuteen suhtaudutaan avoimen dialogisesti se tarkoittaa tulevaisuuden arvostamista ehdoitta. (Ojanen 2006.) Työparin ei tarvitse valmistella istuntoja etukäteen, vaan perheen tarpeisiin ja tilanteisiin reagoidaan istunnoissa spontaanisti. Perheenjäsenten asiantuntijuutta sekä kokemusta käytetään hyväksi perhettä tyydyttävän ratkaisun aikaansaamiseksi. Perheen kanssa jatkuva tapaamisten arviointi on tärkeää, missä pohditaan hyötykö perhe tapaamisista, puhutaanko niissä oikeista asioista, ja kysytään mitä perhe toivoo tapaamisilta sekä puhutaanko niissä ymmärrettävästi. (Johansson 2009.) Sairaalan kieli on erilaista kuin avohoidon kieli, koska ne muodostuvat eri konteksteissa. Työntekijöiden tehtävä on huolehtia, että nämä erilaiset kielet voivat tasavertaisina osallistua hoitokokouskeskusteluun. (Haarakangas 1997.)

Mitä pahempi nuoren tai perheen tilanne on, sitä tarpeellisempaa hyvä kommunikaatio on. Lapsen ja nuoren kanssa parantava kommunikaatio tarkoittaa kommunikointia kriisitilanteessa selittämällä, luomalla turvallisuutta ja ohjaamalla. Reflektiivisyys edellyttää

riittävää turvallisuutta, sitä että lapsella on mahdollista löytää verbaaliset ja nonverbaaliset keinot ilmaista kokemustansa. (Poijula 2007.) Haarakankaan (1997) mukaan hoitoprosessin aikana työryhmä voi ohjata keskustelun aiheisiin, joista perhe ei vielä ole kyennyt puhumaan, jolloin syntyy mahdollisuus terapeutin muuttamiseen perheen merkityssysteemissä. Työryhmän jäsenten reflektointi muodostaa perheelle viitekehysten, johon he voivat suhteuttaa omia kokemuksiaan, millä on terapeuttinen ja kokemuksia normalisoiva vaikutus. Ihmisen kasvu mahdollistuu dialogissa, yhdessä toisten, kuten kasvattajan tai ohjaajan tai muiden ihmisten tukena (Ojanen 2006), kuten hoitosuhteessa.

Hoitokokouksissa keskeistä on jaettu asiantuntijuus, mikä edellyttää kaikkien työntekijöiden oman näkökulman ja omien mielipiteiden tuomista keskusteluun. Tämän tasa-arvoisuuden avulla saadaan käyttöön jokaisen eri ammattiryhmän edustajan asiantuntemus. Moniäänisyys on tärkeää myös kaikkien hoitokokoukseen osallistujien kesken. Työntekijöiden tulee huomioida, että jokainen kokoukseen osallistuva saa äänensä kuuluviin. (Haarakangas 2002.) Seikkulan & Alakaren (2004) mukaan potilaan hoito tulee sitä rikkaammaksi mitä enemmän esitetään erilaisia näkökulmia. Kenenkään ammattitaitoa ei saa kyseenalaistaa, vaan keskustelu käydään kaikkien mielipiteitä kunnioittavassa ilmapiirissä, vaikka erilaisia näkemyksiä tulee esille. Lääkäri on aina vastuullisessa asemassa ja hyväksyy kokouksessa tehdyt päätökset tai käyttää omaa päätösvaltaansa.

2.3 Aikaisempia tutkimuksia avoimesta dialogista ja dialogisuudesta

Avoimen dialogin hoitomallia tai avointa dialogia ei ole kansainvälisesti tutkittu, mikä johtunee siitä, että malli on kehitetty Suomessa. Suomessa dialogisuutta on tutkittu eri tieteenaloilla, kuten psykologian, sosiaalialan, kasvatustieteen ja yhteiskuntatieteiden näkökulmasta. Lisäksi sitä on tarkasteltu psykoterapian ja työyhteisöjen tutkimuksen teoksissa. Aiheesta on tehty myös psykologian pro gradu - tutkielmia. Hoitotieteessä aiheesta on tehty pro gradu - tutkielma laadullisin menetelmin. Aikaisempia tutkimuksista avoimesta dialogista ja dialogisuudesta on esitetty taulukkona, Liite 4.

Lehtovaara & Jaatisen (1994) dialogisuuden tarkoituksena oli kuvata mitä merkitsee oppia sekä opettaa dialogissa. Avoimessa dialogissa oleminen on varsinaiseksi ihmiseksi kasvamista sekä varsinaisena ihmisenä todellistumista. Dialogisella ryhmällä voi olla kasvun mahdollistajana käänteentekevä merkitys, eli uuden elämäkokemuksen synnyttäminen.

Aarnion (1999) tutkimuksen tarkoituksena oli kehittää verkossa tapahtuvaa vuorovaikutustaitoisuutta erityisesti dialogin osalta selvittämällä opettajaopiskelijoiden dialogissa ja dialogisissa tieto- ja viestintäteknisessä ympäristössä, jotka tapahtuivat tietyn koulutusprosessin aikana. Opiskelijoista reflektiivisen keskustelun herättäminen oli kaikista vaikeinta, mutta he ymmärsivät dialogin oppimisen vaativat paljon tietoista harjoittelua. Opiskelijoiden kerronta keskustelupalstalla oli yleensä informatiivista tapahtumien kuvailua tai tosiasioiden kertomista. Ajoittain opiskelijat pääsivät kuitenkin keskustelussa dialogiin. Dialogin onnistumisen edellytysten tunteminen oli olennaista vuorovaikutuksen ja kohtaamisen yhteiskunnassa. Dialogin taitaminen oli myös yksilöllinen menestystekijä ja yhteiskunnan yleinen hyvinvointi oli sidoksissa kommunikointitaitoihin ihmisiin.

Sarjan (2000) tutkimuksessa selvitettiin, kuinka opettajaksi opiskelevien ryhmä muodostaa uutta tietoa erilaisissa oppimistilanteissa, oppikurssin suunnittelussa, opetustilanteissa sekä ohjaus- ja palautetilanteissa. On olemassa kaksi dialogiopimisen tapaa, jotka ovat kriittinen ja reflektiivinen. Kriittisen dialogin syntymisen edellytyksenä oli, että jokainen osallistuja paljasti avoimesti omat näkökulmansa, joita ei edes pyritty sulauttamaan toisiinsa vaan käytettiin hyödyksi ongelman tarkastelemiseen monista lähtökohdista. Näin ongelmasta syntyi kokonaan uutta tietoa. Reflektiivisen dialogin avulla puolestaan pyrittiin yhdistämään ryhmän jäsenten erilaisia näkemyksiä ja siten tuottamaan yhteistä tietämystä. Reflektiivisen dialogin onnistuminen edellytti, että lähtökohdiksi oli hyväksytty osallistujien erilaiset käsitykset, jolloin myös ohjaajien oli ilmaistava omat, mahdollisesti eriävät näkemyksensä eikä tyydyttävä vain yleisluontoisiin kommentteihin.

Värrin (1997) tutkimuksen päätehtävinä oli selvittää kasvatettavan hyvän elämän ja itseksi tulemisen ehtoja sekä analysoida dialogisen kasvatuksen perusteita ja toteutumisehtoja. Kasvatussuhde ei dialogisenaakaan ollut aito Minä – Sinä suhde ja kasvatussuhde toteutui kohtaamisena kapealla rajalla. Kasvattajan tulkinnalliseen viisauteen kuului, että hän tiedosti kasvatustensa ja roolinsa vaatimukset ja pyrki löytämään tasapainon kasvatettavan yksilöllisyyden kunnioittamisen ja edustamansa yleisen kasvatustehtävän välillä.

Dialogisuuden ehdot vaihtelivat kasvatusinstituution luonteen sekä kasvattajan apriorisen vastuun sekä kasvatettavan elämäntilanteen mukaisesti. Perheessä se määräytyi yleisvastuullisesta, koulussa tiedollisesta ja erityisnuorisotyössä elämännhallinnallisesta perspektiivistä. Minä – Sinä ideaali saattoi sekä paljastaa että peittää kasvatustodellisuuden rakenteita. (Värri 1997.)

Mönkkösen (2002) tutkimus käsitteli sosiaalialan asiakastyön vuorovaikutuskysymyksiä dialogisuuden näkökulmasta. Tutkimuksessa dialogisuutta tarkasteltiin kommunikaatiotaitona ja yhteistoiminnallisena suhteena sosiaalialan asiakastyön kontekstissa. Reinikaisen (2007) tutkimuksessa läheisneuvonpitoa tutkittiin lapsinäkökulmasta. Raportin tarkoituksena oli tuottaa tietoa, jota lastensuojelun työntekijät, kehittäjät ja tutkijat voivat hyödyntää työssään. Sosiaalityön asiantuntijakeskeisen ja asiakaskekskeisen vuorovaikutusorientaation esteinä dialogiselle vuorovaikutukselle saattoivat olla, että asiakassuhteen ongelmat jäsenyivät asiakkaan ongelmiksi ja suhteen toimivuus työntekijän ansioiksi. Vuorovaikutusongelmat heijastelivat asiantuntijavaltaistuvaa kulttuuria, jossa tietyt ammatilliset vuorovaikutusideologiat elivät ihmisten arjessa sekä kasvatuskäytännöissä.

Kokon (2006) tutkimus tarkasteli ennakoitidialogeja eli tulevaisuuden muistelua palaverissa asiakkaiden näkökulmasta. Asiakkaiden kokemaa hyötyä koski keskeisesti omien voimavarojen löytymistä ja vahvistamista, luottamuksen lisääntymistä lähi- ja verkostosuhteissa, verkoston antamaa tukea ja tulevaisuuden vahvistumista. Keskeiset elementit olivat vuoropuhelu, tasavertaisuus, ulkopuolisten vetäjien tärkeä rooli, asioiden ääneen sanominen, avoimuus ja luottamus, ristiriitojenpurkaminen, tunteiden ilmaiseminen ja kokemus voimavarojen vahvistumisesta. Dialogisen verkstopalaverin rakenteen tarkoitus oli tukea voimavarakeskeistä ja asiakaslähtöistä vuoropuhelua. Lisäksi se oli yhteistä työn- ja vastuunjaon selkiyttämistä ja konkreettisten tukitoimien suunnittelua ja sopimista. Erityisen mieleenpainuvia ja merkittäviä kokemuksia asiakkaille oli kuulluksi tuleminen ja kohtaaminen sekä tulevaisuuden tavoitteiden löytyminen ja toteutuminen sekä toiveikkaus.

Reinikaisen (2007) tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata läheisneuvonpitoa lapsinäkökulmasta. Läheisneuvonpidossa lapsen ympärille koottiin hänelle tärkeät sekä hänen elämäänsä vaikuttavat ihmiset sekä yksityiseltä että julkiselta puolelta. Läheisneuvonpidossa kaikilla osallistujilla oli mahdollisuus ilmaista näkemyksensä lapsen tilanteesta sekä vaikuttaa sen ratkaisemiseen. Läheisneuvonpitoa on pidetty lastensuojelussa

aivan uudenaikaisena, perinteistä asiakastyötä radikaalisti haastavana työtapana. Lapsilähtöiset työtavat pyrkivät luomaan edellytykset lasten aidolle osallisuudelle, kun taas perinteisessä lastensuojelun työtavoissa lasten asiakkuus on useimmiten passiivista ja piilossa.

Johanssonin (2009) tutkimuksen tarkoituksena oli saada hoitotyön käytäntöihin uudenlainen perhetyön menetelmä, joka oli psykoedukatiivinen perheinterventio. Psykoedukaatiossa korostuivat tasa-arvoisuus ja avoin dialogisuus. Psykoedukaatio tarkoitti tiedollisen sekä emotionaalisen tuen tarjoamista kaikille perheen jäsenille sekä perheen ohjausta arjen ongelmatilanteissa ja tarvittaessa erityisavun piiriin.

Haarakankaan (1997) väitöskirjassa kuvattiin ja analysoitiin perhekeskeiseen psykiatriseen hoitoprosessiin kuuluvien hoitokokousten aikana tapahtuvia keskusteluja työryhmän toiminnan näkökulmasta. Hoitokokouskeskustelun moniääninen kehitys edellytti työryhmän dialogisen suhteen luomista kakkien hoitokokouksessa mukana olleiden henkilöiden kanssa. Jos työryhmän jonkun jäsenen äänelle annettiin keskustelussa ylivalta, eivät kaikki tulleet kuulluiksi. reflektointi oli työskentelyssä dialoginen väline, joka auttoi synnyttämään ja ylläpitämään dialogia asiakkaille vaikeista aiheista ja teemoista. Reflektointi osoittautui myös kokemattomien terapeuttien toimintaa helpottavaksi menetelmäksi, sillä se mahdollisti yhteisen epävarmuuden jakamisen työryhmässä.

Hoitotyössä työryhmä saattoi myös jäädä perheen kielialueen vangiksi. Myös työntekijöiden kokemattomuus saattoi johtaa siihen, että keskustelu muuttui terapeuttisesti hyödyttömäksi rupatteluksi. Hoitoprosessin kuluessa työryhmä saattoi synnyttää ja käydä keskenään dialogia asiakasperheen mahdollisen diskurssin alueella ottaen esille asioita, joista perhe ei vielä ollut voinut puhua.

3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄ

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata hoitajien kokemuksia avoimen dialogin hoitomallin soveltamisesta nuorisopsykiatrisella kriisi- ja vastaanotto-osastolla työryhmän toiminnan näkökulmasta.

Tutkimustehtävänä on:

1. Kuvata hoitajien kokemuksia avoimen dialogin hoitomallin soveltamisesta työssään.

4 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

4.1 Tutkimuksen metodiset lähtökohdat

Tutkimusilmiö ja tutkimustehtävä tai – ongelma määrittävät menetelmän ja lähestymistavan valinnan tutkimuksessa (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009). Kvalitatiivisessa eli laadullisessa tutkimuksessa lähtökohtana on todellisen elämän kuvaaminen. Tutkimusmenetelmäksi tutkija valitsi kvalitatiivisen tutkimuksen, joka on perusteltua, koska tavoitteena oli saada selville hoitajien kokemuksia avoimen dialogin hoitomallin soveltamisesta hoitotyöhön (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007.) Tässä tutkimuksessa korostetaan erityisesti hoitajia toimijoina, kokijoina ja havainnoijina. Nämä kokemukset, havainnot ja toiminnat väriytyvät suhteessa paikkaan, aikaan ja tilanteisiin. (Ronkanen, Pehkonen, Lindblom-Yläne & Paavilainen 2011.) Kvalitatiivisessa tutkimuksessa kohdetta pyritään tutkimaan mahdollisimman kokonaisvaltaisesti (Hirsjärvi ym. 2007; Ronkanen ym. 2011).

Tutkija ei voi irtisanoutua arvolähtökohdista, sillä arvot muovaavat sitä, miten tutkimiamme ilmiöitä pyritään ymmärtämään. Objektiivisuutta ei ole mahdollista saavuttaa perinteisessä mielessä, koska tutkija ja se mitä tiedetään, kietoutuvat saumattomasti toisiinsa. Tulokseksi voidaan saada vain ehdollisia selityksiä johonkin aikaan ja paikkaan rajoittuen. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007.) Tutkija tiedosti tämän asian ja pohti objektiivisuutta ja arvolähtökohtiansa. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa on pikemminkin pyrkimyksenä löytää tai paljastaa tosiasioita kuin todentaa jo olemassa olevia (totuus)väittämiä. Laadullista

lähestymistapaa käyttäen tutkija pyrki löytämään keräämästään aineistosta joitain yleisiä yhtäläisyyksiä, ja loi alustavia ehdotuksia käsitteistä ja päätyi yhtenäisiin käsitteen määrittelyihin. (Janhonen & Nikkonen 2003.)

4.2 Kohderyhmä ja aineiston hankinta

Aineiston hankinta tapahtuu laadullisessa tutkimuksessa harkinnanvaraisesti. Tutkimukseen valittiin hoitajia, joilla oli kokemusta tutkittavasta ilmiöstä työssängä. Tutkijan oli tarkoitus haastatella osastolla työskentelevistä hoitajista kaikki siellä vakituisesti työskentelevät, joilla oli aikaisempaa kokemusta nuorisopsykiatrisella osastolla työskentelystä sekä kokemusta kyseisellä osastolla työskentelystä ennen osaston profiloitumista kriisi- ja vastaanotto-osastoksi. Osaston 18 hoitajasta tutkimukseen osallistumisen haastattelukriteerit täyttivät 12 hoitajaa. Kaikki 12 hoitajaa suostuivat vapaaehtoisesti osallistumaan tutkimukseen, mutta sovitulla haastatteluhetkellä yksi hoitajista oli estynyt osallistumaan haastatteluun. Ennen tutkimukseen osallistumista, hoitajille lähetettiin sähköpostitse tutkimusta koskeva tiedote, suostumus sekä teemarunko, Liitteet 1, 2 ja 3. Tutkimuksen tarkoitus sekä aineistonkeruutapa vaikuttavat siihen kuinka paljon tutkittavia henkilöitä tarvitaan (Åsted-Kurki & Nieminen 1997). Yleensä tutkimukseen osallistuvien määrä on pieni, mikä tarkoittaa muutamista henkilöistä muutamiin kymmeneen henkilöihin (Lukkarinen 2003).

4.3 Haastattelu tiedonkeruumenetelmänä

Laadullisessa tutkimuksessa haastatteluun osallistuneiden valinta perustuu haastatteluun osallistuneiden koettujen merkitysten tavoittamiseen sekä yhteisten kokemussisältöjen löytämiseen. (Lukkarinen 2003.) Haastatteluja voidaan jatkaa niitä niin kauan kun ne tuottavat tutkimusongelman kannalta uutta tietoa. Aineisto on riittävä, kun samat asiat alkavat toistua haastatteluissa. (Hirsjärvi ym. 2007.) Aineiston keruu tehtiin ryhmähaastatteluiden avulla ja tutkimusta varten haastateltiin osastolla työskentelevät 11 hoitajaa 2-3 hengen ryhmissä. Ryhmähaastatteluja tehtiin yhteensä neljä. Ryhmien muodostaminen tehtiin huolellisesti hyödyntäen tietoutta ryhmiä yhdistäviä tekijöistä, kuten yhteistä ryhmätyönohjausta, yhteistä

perhetyönkoulutusta, yhteistä vanhempain ryhmää sekä yhteistä työhistoriaa ja -koulutusta. Neljännen haastattelun kohdalla samat asiat alkoivat toistua haastatteluissa, joten aineisto oli riittävä.

Tiedon keruu tapahtuu laadullisessa tutkimuksessa puoliavoiminta tai avointa haastattelua, vapaamuotoisia esseitä tai muita kirjoituksia käyttäen. (Lukkarinen 2003.) Haastattelu oli joustava menetelmä ja sopi tutkimustarkoitukseen. Haastattelussa oltiin suorassa kielellisessä vuorovaikutuksessa tutkittavien kanssa, jolloin tiedonhankinta oli mahdollista suunnata tilanteeseen. Myös vastatusten taustalla olevia motiiveja oli mahdollista saada esiin. Tutkijan oli mahdollista haastattelujen avulla välittää hoitajien ajatuksia, kokemuksia ja käsityksiä sekä tunteita tutkimustehtävien mukaisista ilmiöistä. (Hirsjärvi & Hurme 2004.)

Puolistrukturoitua haastattelua kutsutaan myös teemahaastatteluksi. Haastattelurunkoa laadittaessa tehtiin väljä teemarunko, jonka teema-alueina olivat, avoimen dialogin hoitomalli, perhekeskeisyys, verkostokeskeisyys ja hoitotyö, jotka muodostuivat perehdyttäessä teoriaan ja tutkimustietoon (ks. Liite 3). Teemahaastattelussa haastattelu etenivät keskeisten teemojen varassa ja haastattelun aihepiirit eli teema-alueet olivat kaikille samat. Hoitajien tulkinnat asioista ja heidän antamansa merkitykset asioille olivat keskeisiä ja merkitykset syntyivät vuorovaikutuksessa. (Hirsjärvi & Hurme 2004.) Teemahaastattelua käytettäessä oltiin kiinnostuneita tutkittavan ilmiön perusluonteesta ja –ominaisuuksista sekä hypoteesien löytämisestä pikemminkin kuin ennalta asetettujen hypoteesien todentamisesta. (Hirsjärvi & Hurme 2004).

Koska tutkimuskohteena oli tutkimukseen osallistuneiden kokemukset eikä teorialähtöinen kokemustieto, toteutettiin tutkimusaineiston keruu sekä analyysi ilman ennakkoon asetettuja teoreettisia sitoumuksia. Kuitenkin teemarungon osiossa, jossa oli tarkoitus tutkia mallin toteutumista, hyödynnettiin jo olemassa olevia mallin teoreettisia käsitteitä ja keskeisiä piirteitä. Ilmiöiden pääluokkia kuvaavat nimitykset olivat tutkimuksen teoreettisia peruskäsitteitä. Teema-alueet edustivat teoreettisten pääkäsitteiden spesifioituja alakäsitteitä tai –luokkia. Ne olivat yksityiskohtaisempia kuin ongelmat, varsin pelkistettyjä, iskusanamaisia luettelolaita. Ne olivat alueita, joihin haastattelukysymykset varsinaisesti kohdistuivat. (Hirsjärvi & Hurme 2004.)

Ryhmähaastattelut soveltuivat hyvin aineistonkeruumenetelmäksi, koska osallistujat edustivat samaa ammattiryhmää (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009). Ryhmähaastattelujen etuna oli tiedon saaminen usealta informantilta samanaikaisesti. Myös ryhmän sisäisen vuorovaikutuksen ansioista osallistujat saattoivat muistaa joitakin kokemuksia ryhmän toisen jäsenen kertoman perusteella. Ryhmähaastattelun haasteina pidetään ryhmädynamiikkaa ja valtahierarkiaa, jotka vaikuttavat siihen kuka ryhmässä puhuu ja mitä sanotaan. Erityinen ongelma voi syntyä jos yksi tai kaksi ryhmän jäsentä dominoi ryhmässä. Tällöin haastattelija voi pyytää kommentteja muilta, joka usein helpottaa tilannetta. (Hirsjärvi & Hurme 2009.) Ryhmien muodostaminen onnistui hyvin, eikä tutkijalle tullut kokemusta, että haastatteluissa olisi ollut haasteista ryhmädynamiikan suhteen. Haastattelut olivat dialogisia, joissa jokaisen haastateltavan ääni tuli kuulluksi ja haastateltavat keskustelivat keskenään.

Teemahaastattelua ja avointa haastattelua käytettäessä haastattelut kestävät tavallisimmin tunnista kahteen tuntiin (Hirsjärvi ym. 2007). Haastatteluihin varattiin aikaa kaksi tuntia ja ne tehtiin työajalla sairaalakiinteistössä, mikä helpotti hoitajien osallistumista tutkimukseen. Ennen haastattelua hoitajat allekirjoittivat kirjallisen suostumuksensa haastateltaviksi, Liite 2. Ensimmäinen sovittu haastattelu oli koehaastattelu, jonka aineistosta voitiin todeta, että teema-alueet antavan vastauksia tutkimustehtäviin. Koehaastattelun aineisto oli myös osa tutkimusaineistoa. Haastattelujen käytännöllisiin toteuttamisiin liittyi monia huomioon otettavia seikkoja kuten haastattelun ajankohta, haastattelupaikka, likimääräinen kesto ja välineistö. Haastattelut tallennettiin digitallentimella. (Hirsjärvi & Hurme 2004.) Tutkijan kokemuksen mukaan hoitajien kokemukset tulivat hyvin esille haastatteluissa ja tutkijan kysymykset vain ohjailivat haastateltavia sisältöalueisiin. Tutkijalla ei tullut kokemusta, että hän olisi vaikuttanut ilmaisujen sisältöön. (Lukkarinen 2003.) Haastatteluilmapiirin pyrittiin luomaan mahdollisimman vapautuneeksi ja luottamukselliseksi ja ennen haastatteluiden aloitusta ryhmän kanssa juotiin kahvit ja keskusteltiin asioista. Myös lopuksi haastateltavien kanssa keskusteltiin vapaamuotoisesti. Tällöin hoitajat kysyivät tutkimuksesta tai kertoivat muita hoitotyöhön liittyviä asioita. Yksi ryhmä kertoi tässä keskustelussa tutkimusilmiön kannalta olennaisia asioita, jolloin tutkija esitti ryhmälle toiveen toistaa kokemuksiaan uudelleen, jolloin tutkijan oli mahdollista tallentaa kokemukset. Haastateltavien kanssa sovittiin, että puolin ja toisin voi haastattelun jälkeen ottaa yhteyttä jos tulee lisättävää tai kysyttävää. Kukaan haastateltavista ei ottanut yhteyttä myöhemmin tutkimukseen liittyen.

4.4 Aineiston analysointi

Tutkimuksen aineiston analyysitavaksi valittiin sisällönanalyysi, joka on keino järjestää, kuvailla sekä määrittää tutkittavaa ilmiötä (Kyngäs & Vanhanen 1999). Laadullisessa tutkimuksessa tutkimusaineistoa yritetään tulkita ja ymmärtää ja viedä ilmiön ymmärrys alkuperäistä käsitteellisemmälle tasolle tiivistettyyn muotoon (Ronkainen ym. 2011). Tutkimuksessa induktiivisen sisällön analyysin avulla tiivistettiin hoitajien kokemukset ilmiönä avoimen dialogin hoitomallista sekä sen sovellettavuudesta hoitotyöhön käsitteelliseen muotoon yhdistävien kategorioiden alle.

Ennen tutkimusaineiston analyysiä tutkija määrittää analyysiyksikön, joka voi olla sana, lause, lauseen osa, lausuma, ajatuskokonaisuus ja sanayhdistelmä. Tutkijan on myös päätettävä kohdistuuko aineiston analyysi ilmi- vai piilosisältöihin (Kyngäs & Vanhanen 1999; Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003.) Aineiston analysointi aloitettiin tutkimusaineiston keruun jälkeen. Tutkija itse kirjoitti haastattelut sanasta sanaan haastatteluiden jälkeen. Ryhmähaastattelujen suurimpana ongelmana pidettyä purkamiseen ja analyysin tekoon liittyvää ongelmaa vieraista äänistä tallenteissa ei tullut, koska tutkija aina tunsikin kuka haastateltavista oli äänessä. (Hirsjärvi & Hurme 2009.) Tutkimusaineisto sisälsi kirjoitettua tekstiä 72 sivua, jossa oli fonttikoko 12, riviväli 1 ja kirjasintyyli Arial. Tutkimuksen aineiston analyysiyksiköksi valittiin lausuma ja analyysi kohdistui ilmisältöihin, jolloin aineiston analyysiyksiköitä tarkasteltiin suhteessa tutkittavaan ilmiöön. Aineisto tuli tutkijalle tutuksi haastatteluja kirjoittaessa, mutta hän tutustui siihen vielä huolellisesti lukemalla sen useita kertoja läpi sekä kuuntelemalla tallenteita ennen pelkistämistä. (Kyngäs & Vanhanen 1999; Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003.)

Aineistosta lähtevä analyysiprosessi kuvataan aineiston pelkistämisenä, ryhmittelyinä sekä abstrahointina (Kyngäs & Vanhanen 1999). Aineistolle esitettiin tutkimustehtävien mukaisia kysymyksiä eli aineisto pelkistettiin. Eli minkälaisia kokemuksia hoitajilla oli ollut mallin soveltamisessa, jota alettiin tarkentaa kysymyksiksi, mikä on helpottanut mallin soveltamista ja mikä on ollut haastavaa. Kysymysten avulla aineistosta pyrittiin saada esiin tutkittavan ilmiön kannalta merkittävät asiat. Lukemisen yhteydessä aineistosta maalattiin Word-ohjelmassa joka ryhmän merkittävät ilmaisut eri väreillä, josta ne leikattiin erilliselle tiedostolle

ja pelkistettiin. Pelkistettyjä ilmaisuja aineistossa oli yhteensä 705. Pelkistetyt ilmaisut kirjattiin samoilla termeillä mahdollisimman tarkkaan kuin teksti oli aineistossa.

Aineistoa ryhmitellessä tutkija yhdisteli pelkistetyistä ilmaisuista asiat, jotka näyttivät kuuluvan yhteen. Samaa tarkoittavat ilmaisut yhdistettiin samaksi alaluokaksi ja sille annettiin sen sisältöä kuvaava nimi. Aineiston abstrahointivaiheessa samansisältöisiä alaluokkia yhdistettiin, jolloin saatiin yläluokkia. (Kyngäs & Vanhanen 1999.) Yläkategorioille eli yläluokille annettiin nimet, jotka hyvin kuvasivat niiden sisältöä eli niitä alakategorioita, joista se oli muodostettu. Abstrahointia jatkettiin kategorioita yhdistelemällä niin kauan kuin se oli sisällön kannalta mahdollista ja mielekäästä ja muodostettiin yhdistävä kategoria. Abstrahoinnissa muodostettiin yhdistävä kategoria haastava ja mieluinen muutos, joka kuvaa hoitajien kokemuksia. Yhteenveto aineiston analysoinnista on esitetty liitteenä, Liite 5. Myös tekstissä on erilliset kuviot aineiston analysoinnista. (Kyngäs & Vanhanen 1999; Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003.) Tutkimuksen tulososassa esitetään suoria lainauksia haastatteluista, joiden avulla lukija voi arvioida tutkijan tekemiä johtopäätöksiä ja arvioida tutkimuksen luotettavuutta. Tutkimustuloksien raportoinnissa käytetään monikkomuotoa hoitajat, vaikka kyseessä olisi ollut yhden hoitajan kokemus.

5 TUTKIMUKSEN TULOKSET

5.1 Tutkimukseen osallistujien taustatiedot

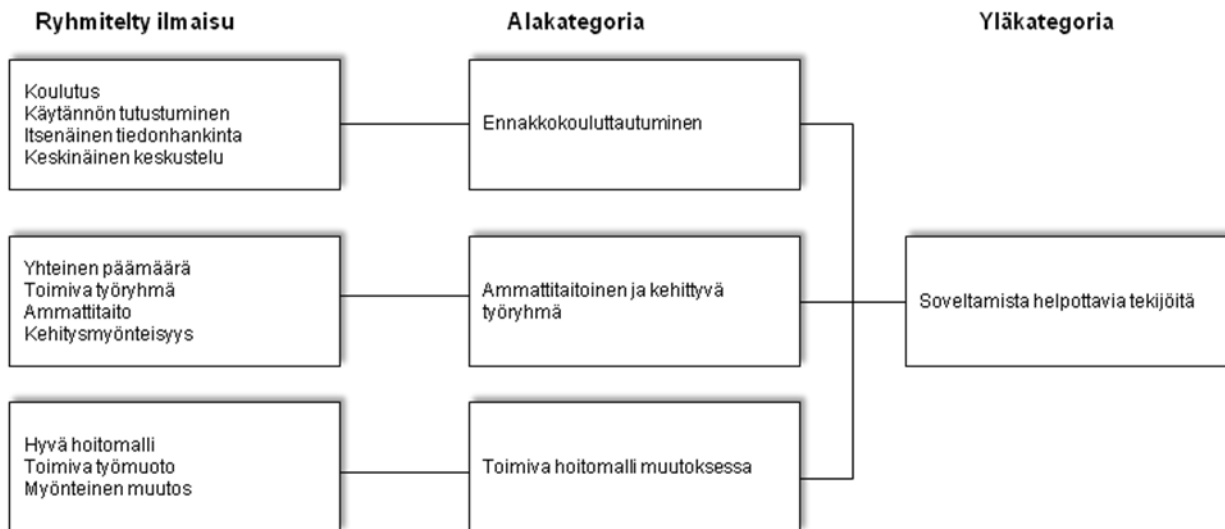
Tutkimusaineisto muodostui 11 (N=11) nuorisopsykiatrisella osastolla työskentelevän hoitajan kokemuksista. Haastatelluista hoitajista 10 oli sairaanhoitajia ja yksi mielenterveyshoitaja. Hoitajista yhdeksän oli naisia ja kaksi miehiä. Työkokemusta nuorisopsykiatrisella osastolla hoitajilla oli 3-16 vuoden välillä, (ka=9 vuotta). Hoitajien iät jakautuivat 30 ja 65 ikävuoden välille, keski-ikä ollessa 42 vuotta. Tutkimuksen aloitusajankohtana kriisi- ja vastaanotto-osastoksi profiloituvan osaston toiminta oli juuri alkanut. Haastatteluajankohtana osaston profiloitumisesta oli kulunut 8-9 kuukautta.

5.2 Hoitajien kokemuksia avoimen dialogin hoitomallin soveltamisesta työssä

Tutkimusaineiston analyysin pohjalta avoimen dialogin hoitomallin soveltamisen ydinkategoriaksi muodostui vaativa ja mieluinen muutos, joka muodostui viidestä yläkategoriasta: 1) Soveltamista helpottavia tekijöitä ja 2) Haasteet mallin soveltamisessa, 3) Hoitotyön haasteet, 4) Mallin keskeiset periaatteet hoitotyön apuna ja 5) Myönteiset muutokset hoitotyössä.

Soveltamista helpottavia tekijöitä

Mallin soveltamista helpottavat tekijät muodostui kolmesta alakäsitteestä jotka olivat: 1) Ennakkokouluttautuminen, 2) Ammattitaitoinen ja kehittyvä työryhmä ja 3) Toimiva hoitomalli muutoksessa. (Kuvio 1.).



Kuvio 1. Hoitajien kokemuksia mallin soveltamista helpottavista tekijöistä

Hoitajien kokemuksia soveltamista helpottavista tekijöistä olivat ennakkokouluttautuminen, ammattitaitoinen ja kehittyvä työryhmä sekä toimiva hoitomalli muutoksessa. **Ennakkokouluttautumiseen** sisältyi yhteiset koulutuspäivät, perhehoitotyön koulutus, itsenäinen tiedon hankinta ja keskinäinen keskustelu. Yhteisissä *koulutuspäivissä* erityisesti luentoja avoimesta dialogista pidettiin tärkeinä. Perhehoitotyön koulutuksessa oli kertaantunut osaston koulutuspäivällä olleita asioita, mikä lisäsi asioiden ymmärrystä. Hoitajien kokemusten mukaan osaston koulutuksia sekä profiloitumisen jälkeen että tulevaisuudessa pidettiin tärkeinä.

”Se ensimmäinen meidän oma luento ja sit se mikä on täs meidän perhehoitotyö koulutuksessa kaks päivää. Ne on ollu siis niin antosia et se on niin ku se mikä on niin ku ollu mulle se semmonen millon mä valaistuin.”

Ennakkokouluttautumisessa hoitajat kokivat mallin soveltamista helpottavina tekijöinä erilaiset *käytännön tutustumiset* erilaisiin työpaikkoihin. Kaikilla työntekijöillä oli ollut mahdollisuus mennä tutustumisjaksolle oman mielenkiinnon mukaan. Erittäin hyvänä harjoittelujaksona hoitajat kokivat jakson toisen sairaalan nuorten kriisi- ja vastaanotto-osastolla, jossa malli oli käytössä, koska tällöin hoitajat näkivät mallin toimivuuden käytännössä. Lisäksi tutustuminen helpotti omaa suhtautumista malliin ja auttoi

ymmärtämään mistä puhutaan. Myös mallia käyttävien tyytyväisyys työskentelytapaan koettiin hyvänä asiana.

”Me oltiin toisella nuorisolla tutustumassa siihen ni se on ehkä helpottanu sitä ehkä omaa suhtautumista tai semmosta miten se oikeesti toimii.”

”Me päästiin livenä näkemään mikä must tuntuu et on just ollu siinä mikä on helpottanu sen mallin soveltamista itellä et sitä on ollu et on päässy livenä siel nuorisolla sitä näkemään.”

”Joo ja tärkeä oli sitte se et kuuli kokemuksia sieltä tota Tornion seudulta ja tota Jorvista . Et se niin ku kaikki jotka on tätä hommaa niin ku jo, tähän tutustunu ja lähteny niin ku täl taval tekeen töitä ni tyytyväisä ja eikä vaihtais enää takasin.”

Itsenäinen tiedonhankinnan avulla hoitajien oli ollut mahdollista hankkia mallista tietoa etukäteen ja tutustua siihen itsenäisesti. Työryhmän keskinäinen keskustelu sisälsi suunnittelua ja keskusteluja työkavereiden kanssa mietittäessä mallin soveltamista hoitotyöhön.

”Jos on halunnut niin siit on ollut aika paljo etukäteen kyllä niinku tietoa hankittavissa.”

”Siitä puhuttiin paljon, siihen kerkes tutustua etukäteen ja miettiä jotenkin et miten sitä omalla kohdalla lähtis tekemään ja ehkä työryhmässäkin kuitenkin ainakin yritettiin miettiä et miten työryhmänäkin lähettäs tekemään, et se on helpottanu.”

Mallin soveltamista helpottavaksi tekijäksi koettiin myös **ammattitaitoinen ja kehittyvä työryhmä**, johon sisältyi yhteinen päämäärä, toimiva työryhmä, ammattitaito ja kehitysmyönteisyys. Yhteiseen päämäärään liittyi halu saada malli toimimaan, mikä helpotti sen soveltamista. Lisäksi yhteiseen päämäärään liittyi työntekijöiden hyvä yhteishenki, joka oli auttanut muutoksessa ja kokemus siitä, että kaikki ovat samassa tilanteessa ja yhtä epävarmoja koettiin yhdistävänä asiana. Työryhmä nähtiin myös kyvykkäänä vastaanottamaan uusia haasteita.

”Se on helpottanu, että kaikilla on ollut suht koht samanlainen pyrkimys siihen, saada sitä hommaa jotenkin alulle ja toimimaan ja päästä opettelemaan sitä. Et ei oo niin ku yhen tai kahen hoitajan juttu.”

”Kaikkihan me oltiin ihan samas myllerryksessä et ei kukaan ollu yksin siel et kaikki oli niin ku ihan yhtä epävarmoja ja uuden asian kanssa ja emmä tiiä mejän ryhmä on varmaan semmonen et mennään, katotaan, jos se menee ketuille se menee ketuille, eikä sille niin ku.”

Pitkään jo yhdessä työskennellyttä työryhmää ennen muutosta, pidettiin vahvuutena ja sen koettiin lisäävän *työryhmän toimivuutta*. Työryhmän yhteistyö koettiin sujuvana sekä luottamus työryhmän sisällä koettiin soveltamista edistävänä tekijänä. Hoitajat kokivat, että työryhmän vahva *ammattitaito*, johon liittyi työryhmän kokeneisuus, auttoivat mallin soveltamisessa. Työryhmässä oli paljon osaamista sekä asiantunteva henkilökunta ja myös uudet työntekijät olivat päässeet hyvin mukaan työryhmään, johon oli helppo tulla.

”Kokemusta on kumminki takana ja on nähty, oltu erilaisilla osastoilla töissä , on nähty erilaista työskentelytapaa ja muutosta.”

”Ja me oltiin aika pitkään jo tehty töitä yhdessä, niin kun osan kanssa, vuos kausia, ni tavallaan se oli...(helpottava tekijä)”

Hoitajat pitivät työryhmän *kehitysmyönteisyyttä* merkittävänä asiana mallin soveltamisessa. Hoitajat kokivat työryhmän uudistusmyönteisenä ja työryhmällä oli ollut vain vähän muutosvastarintaa. Hoitajat olivat tyytyväisiä, että olivat päässeet aloittamaan uuden mallin käyttöä sekä työssään että sairaalassa.

”Tekemällä on varmaan ehkä jotain oppinut ja toivottavasti sitten vielä jatkossakin.”

”Siinä mielessä on työryhmä ollut tosi loistava, että on tällästä uutta työmallia ylipäänsä päästy aloittamaan. Et sekään ei oo ihan yksistään, yks selitteinen juttu että voidaan niin kuu uus työmalli ajaa tällaseen taloon sisään, ni onhan siinä niin ku kuitenkin valtava työ tehty.”

Hoitajien kokemusten mukaan avoimen dialogin hoitomalli oli **toimiva hoitomalli muutoksessa**, johon sisältyi hyvä hoitomalli, toimiva työmuoto ja myönteinen muutos. Hoitajat kokivat yksimielisesti avoimen dialogin *hoitomallin hyväksi* ja *toimivaksi työmuodoksi* kriisi- ja vastaanotto-osastolla. Hoitajien kokemusten mukaan työryhmä oli hyvin päässyt alkuun mallin soveltamisessa ja mallin toimivuuden myötä työryhmällä oli halua kehittyä ja opetella lisää hoitomallista ja soveltaa sitä käytännössä. Malli koettiin myös hyvin soveltuvaksi nopea tahtiseen työhön kriisi- ja vastaanotto-osastolla. Mallia kehitettiin myös sen sovellettavuudesta sekä joustavuudesta hoitotyössä. Hoitajat kokivat, että malli oli ainoa oikea tapa työskennellä. Malli koettiin ajanmukaiseksi hoitomalliksi sekä toimivaksi kaikessa psykiatrisessa hoitotyössä. Tärkeä asia mallin soveltamisessa ja käytännön soveltamisessa oli ollut oman ajattelumallin muuttuminen.

”Jos sillä lailla ajattelee et, olaanks me nyt kaheksan kuukautta tehty tällä työmallilla ja aika vähän ollaan saatu siihen kuitenkin koulutusta ja ja tota työnohajusta ja olaanhan me kuitenkin niin ku alkuun päästy ja kaikki on kai siitä yksimielisiä että tällä linjalla niin ku jatketaan ja ja tota yritetään kehittyä ja opetella tätä niin ku lisää.”

”Se on niin ku helpottava et se ei oo sellanen jäykkä malli, et sitä et siin ei oo sellast tiettyä sabluunaa, että sitä on voinu sitte niin ku noudattaa jotenki tai siis tehdä kuitenkin vähän sillai omaan, oman niin ku tuntemuksen mukaan sitä työtä.”

”Mä aattelen et niin ku se on tavallaan tätä aikaakin, että ei voida enää sulkea tätä psykiatria johonkin erilliseks paikaks mikä ei oo yhteydessä yhtään mihinkään ja missä ei tarvi kertoa kenellekään mitään et täällä vaan salaisesti hoidetaan että psykiatria kaiken kaikkiaanki muuttu avoimempaan suuntaan ja siihen tää avoin dialogikin on ajan mukainen hoitomalli.”

”Miten vois vastaanotto-osastona toimia tälleen niin ku nuorten kanssa joilla on niin ku perhe siinä mukana ilman tätä avointa dialogia tai tämmöst tää et otetaan niinku ne asiat niin ku esille?”

Muiden osastojen kiinnostusta sekä vakuuttuneisuutta avointa dialogia ja sen toimivuutta kohtaan pidettiin tärkeinä. Hoitajat kokivat, että siihen vaikutti myös nopeat osastosiirrot. Yhteisenä vahvuutena koettiin työryhmän uskallus haasteisiin. Hoitajilla oli halu syventää osaamistaan mallista lisää ja opettelu jatkui edelleen, vaikka perusasiat siitä olivat jo selkeät. Hoitajat kertoivat, että olivat tekemällä oppineet uuden hoitomallin työskentelytavoista, mutta he toivoivat kertauspäivää myöhemmäksi ajankohdaksi. Kertauspäivää toivottiin ajankohtaan, kun malli olisi ollut jo pidempään käytössä, koska se lisäisi osaamista ja silloin olisi mahdollista tarkastella toimintamalleja sekä työskentelyä.

”Niin ja varmaan siis semmonen, et ei ois pahitteeks et niinku täs jossain kohtaa vaikka ku on vuos tehty sitä ni joku kertauspäivä tai koulutuspäivä niin katottas et meneeks tää nyt niinku on tarkotettu.

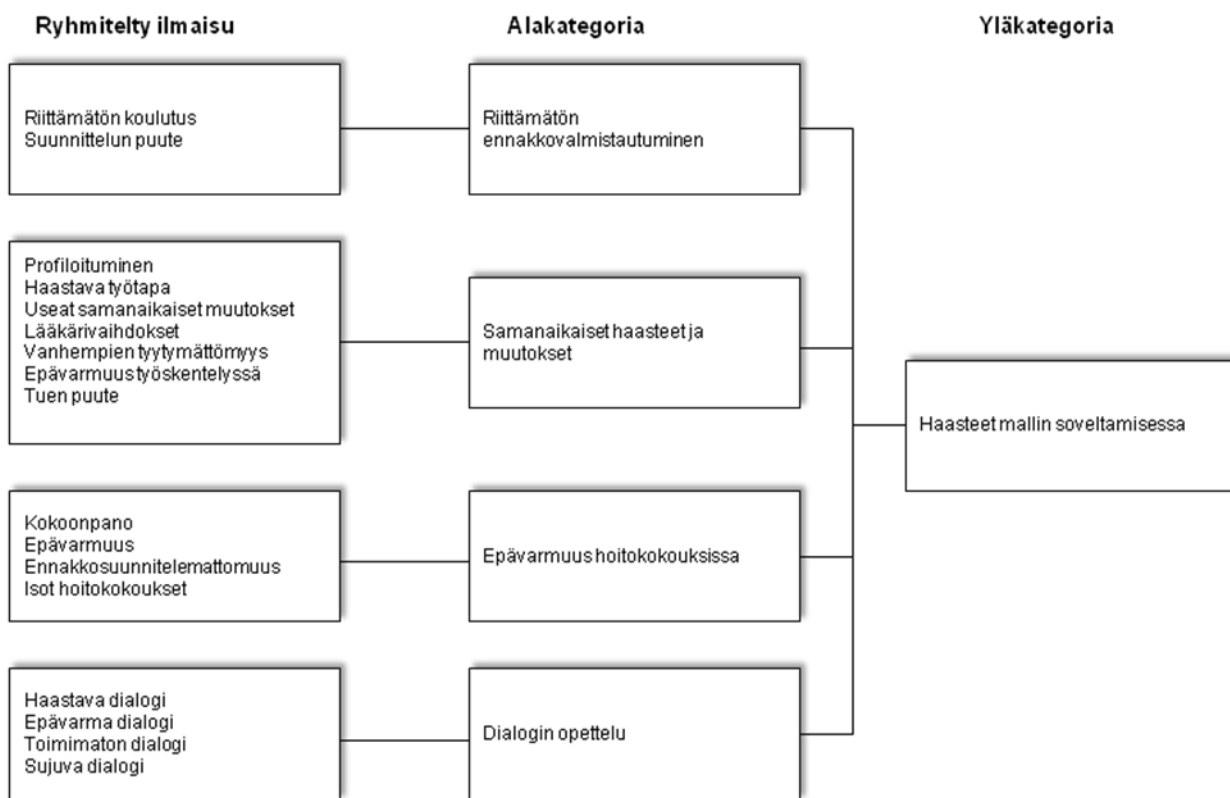
Hoitajat kokivat, että muutos ja malli sopivat hyvin yhteen ja tukivat toinen toisiaan ja oli hyvä, että ne tulivat samanaikaisesti käyttöön. Hoitajat kokivat, että *muutos* oli ollut *myönteinen* ja osaston toiminta oli lähtenyt hyvin käyntiin pienessä ajassa. Hoitomallin soveltaminen oli myönteinen muutos myös siksi, että hoitajat kokivat avoimen dialogin hyväksi asiaksi. Lisäksi perheiden mukanaoloa hoidossa sekä asioiden esille ottoa keskusteluissa koettiin tärkeinä. Vanhemmat olivat myös tyytyväisiä työskentelymalliin sekä hoitoon ja he olivat antaneet siitä myönteistä palautetta henkilökunnalle.

”Asiantuntemuksesta on kiitetty, et ilmeisesti on saanu sit oikeita vastauksia ja sitä tietoa mitä on kaivannu, kun on niin ku kiitelleet et on asiantuntevaa hoitoa.”

”Mul kävi kanssa mielessä se ajatus jossain et vaikka tuli yhtä aikaa muutos vastaanotto-osasto ja sitte tää avoimen dialogin käyttö, ni jotenkin must ne vaan sopi tavallaan yks yhteen, että se oli ehkä helpompi et ne tuli yhtä aikaa koska ne tuki toinen toistansa tavallaan se työskentelymalli ja se toiminnan muutos.”

Haasteet mallin soveltamisessa

Hoitajien kokemia haasteita mallin soveltamisessa olivat: 1) Riittämätön ennakoivalmistautuminen, 2) Samanaikaiset haasteet ja muutokset, 3) Epävarmuus hoitokokouksissa ja 4) Dialogin opettelu. (Kuvio 2)



Kuvio 2. Hoitajien kokemat haasteet mallin soveltamisessa

Hoitajat kokivat haasteena mallin soveltamiselle riittämättömän ennakoivalmistautumisen, samanaikaiset haasteet ja muutokset, epävarmuuden hoitokokouksissa ja dialogin opetteluun.

Riittämättömään ennakkovalmistautumiseen sisältyi riittämättömän koulutus sekä suunnittelun puute. Hoitajien kokivat *koulutuksen riittämättömäksi*, vaikka koulutusta oli ollut. Lisäksi itseopiskelu koettiin riittämättömänä koulutuksena riittävien tietojen saamiseksi. Asioiden sisäistäminen ja oppiminen koettiin vaikeaksi itse opiskellen. Osaston resurssit olivat olleet koulutukseen liian vähäiset. Koulutuksen vähäisyys sekä sen tuoma epävarmuus oli aiheuttanut aluksi myös riitaisuutta työryhmässä. Hoitajat kokivat harjoituksen puutetta dialogin käytössä ja dialogisuutta olisi ollut hyvä harjoitella työryhmässä ennen osaston profiloitumista. Hoitajat kokivat, että olisi ollut hyödyllistä, että koko osaston henkilökunta olisi käynyt käytännössä tutustumassa toiseen nuorten kriisi- ja vastaanotto-osastoon, jossa toimintatapa selkiytyi. Hoitajat kokivat eriarvoisuutta harjoittelupaikoista johtuen, sekä sen tuoneen myös riitaisuutta työryhmään. *Suunnittelun puutteena* hoitajat kokivat sen, ettei kaikilla ollut samoja tietoja avoimesta dialogista osastoa avattaessa.

” Et me ollaan silleen vähän eri arvosessa asemassa ...että et sitte kaikki kenellä ei ollu sitä tietoa (käytännön kokemusta toisesta nuorten vo-os.), ni tota on ollu silleen vähän eriarvoisessa ettei oo sitäkään vähää et itsekki kokee et ois voinu paljo enemmän saada sit kuitenkin sit vielä siinä tietoa siitä.”

”Must siit oli puhetta jo sillon pari vuotta aiksemmin ennen ku me niin ku osasto avattiin ni, tai silleen et toivottiin et kaiki puolin et saatais koulutusta ennakoon jotta oltais niin ku valmiita mutta, ei kai se nyt ikinä voi tietenkään olla täysin valmis mutta ehkä just sitä et ois vähän niin ku ennakoitu ni ei ois sodittu niin paljon sillon aluks keskenään.”

”Haasteellista on ollu se ettei oo ollu tarpeeks et ois kaivannu enemmän sitä et ois voinut tota tutustua ja harjotella sitä toisten kanssa et lähettiin ihan niinku kylmiltään, kylmiltään sitä toteuttamaan ni se on ollu haasteellista.”

Hoitajien kokemusten mukaan haasteena mallin soveltamisessa olivat **samanaikaiset haasteet ja muutokset**, johon sisältyi profiloituminen, haastava työtapa, useat samanaikaiset muutokset, lääkärivaihdokset, vanhempien tyytymättömyys, epävarmuus työskentelyssä ja tuen puute. Hoitajat kokivat, että osaston *profiloituessa* malli otettiin käyttöön myllerryksessä, jolloin kriisi- ja vastaanotto-osaston toiminta ei ollut vielä vakiintunut. Hoitajat kokivat, että muutokset yleensäkin olivat haastavia. Hoitajat kuvasivat hoitomallia ja *työtapaa haastavaksi*, johon vaadittiin ammattitaitoa. Hoitajat kokivat, että aluksi oli vaikea työskennellä vähäisten tietojen vuoksi. Työntekoa vaikeuttavaksi tekijäksi koettiin myös

työnohjauksen puute, jota olisi toivottu alusta asti tukemaan ja ohjaamaan työskentelyä sekä ammatillista kehittymistä.

"Se ettei ollu työnohjausta koko aika rinnalla ni se on haitannut sillä lailla ettei oo päässy kehittymään siinä avoimen dialogin mallissa."

Useat samanaikaiset muutokset koettiin myös haastavina, koska useita asioita oli pitänyt opetella yhtä aikaa. Hoitajat kokivat, että useat muutokset näkyivät työrytmissä, työn vaativuudessa ja potilasaineessa. Myös lääkärivaihdokset ja uuden lääkärin orientoituminen työskentelytapaan osastolla koettiin haastavina. Haastetta hoitajat kokivat myös vanhempien tyytymättömyydessä ja hoitajat kokivat, että valituksia hoidosta oli tullut enemmän. Hoitajat kokivat, että tähän oli vaikuttanut avoin ilmapiiri osastolla, jolloin myös negatiivisen palautteen antaminen hoidosta oli helpompaa.

"Kun se alko niinku saman et se ei ollu niinku se meidän kriisi- ja vastaanotto-osaston toimintakaan niinku vakiintunut ku se alko vaan kaikki samassa et siin oli monen asian opettelu yhtä aikaa että."

Muutoksen mukana hoitajat kokivat epävarmuutta työskentelyssä, joka johtui puutteista työskentelyssä. Hoitajat kokivat, että toimintamalleja piti vielä tarkistaa ja tarkentaa. Hoitajilla oli myös epävarmuutta siitä, että oliko malli saatu toimimaan osastolla. Hoitajat kokivat epävarmuutta myös siitä, että mikä työskentelyssä ja muutoksessa olivat mallin osuutta ja mikä puolestaan profiloitumisen osuutta. Hoitajat kokivat, että avoin dialogi näkyi hoitokokouksissa ja työn rytmissä, mutta kaikki muu muutoksessa oli osaston profiloitumisesta johtuvaa. Hoitajat kokivat, että nuorisopsykiatrinen hoitotyö oli osastolla ennallaan. Mallin ei myöskään nähty ratkaisevan kaikkia ongelmia hoidossa. Hoitajat kokivat tuen puutetta ja olisivat toivoneet lisää johdon tukea haasteiden edessä sekä avointa dialogia ja yhteistä suunnittelua.

H1: "En mä nyt tiedä ollanks me niin hirveen hyvin saatu toimimaan mutta niin ku että."

H2: "Meil on ollu hyvä yritys."

"Ja sitä on aika vaikee sanoo että kun osaston luonne on muutenkin muuttunut ni että onks se niinku tää avoin dialogi mikä on esimerkiks lyhentäny hoitoaikoja vai onko se se että osaston luonne on täysin toinen."

"Eihän toi avoin dialogisuus näy muualla ku siin hoitokokouksessa ja siin semmosessa uudenlaisessa rytmissä, et kylhän se nuorisopsykiatrinen hoitotyö on nuorisopsykiatrista hoitotyötä, samanalaista mitä se on ollu aikasemminkin, mut nopeempi tahtista."

"Summa summaarum et kyllä tää on ihan hyvä työmalli, mut ei tää kaikkia ongelmia ratkase."

Hoitajat kokivat mallin soveltamisen haasteena **epävarmuutta hoitokokouksissa**, johon sisältyi, kokoonpano, epävarmuus, ennakkosuunnitelmattomuus ja isot hoitokokoukset. Hoitajien kokemusten mukaan hoitokokouksen *kokoonpanoon* vaikuttivat lääkärin läsnäolo sekä vieraampi työkaveri. Kokoonpanon koettiin vaikuttavan hoitokokouksen sujumiseen. Hoitajat kokivat, että hoitokokouksissa oli hyvin vaihtelevat käytännöt ja ne olivat hyvin erilaisia. Lääkärin läsnä ollessa roolit tulivat helpommin esiin ja usein lääkärin läsnä ollessa helposti odotettiin, että lääkäri vetää hoitokokouksen. Ennakkosuunnitelmissa oli ajateltu, että kuka tahansa voi olla vetovastuussa hoitokokouksissa.

"Ja sit se on tota et herkästi mun mielest sit itseki viel kumminki se on ehkä menny siihen että odotetaan että lääkäri vetää, et must tuntuu et mäkin teen sitä et kyl toi lääkäri vetää, vaikka jossain kohtaa vähän sovittiin et kuka tahansa voi sen vetää, et just et vaihtelee tosi palon."

Epävarmuutta hoitajat kokivat työkavereiden vieraista työskentelytavoista ja ajatusmaailmoista sekä siitä, että nuori saattoi olla vieras. Lisäksi hoitajat kokivat epävarmuutta, hoitokokousten järjestyksestä. Hoitajat kokivat, että oli haastavaa olla ammattitaitoinen ja asiantunteva tilanteessa, kun ei tuntenut nuorta. Kuitenkin hoitajat kokivat, että olivat harvoin joutuneet hoitokokoukseen, jossa kukaan hoitohenkilökunnasta ei tuntenut nuorta. Hoitokokouksen järjestys vaikutti myös epävarmuuden kokemiseen hoitokokouksissa, eli helpommaksi koettiin myöhemmät hoitokokoukset.

"Siinä voi ollai aika vieras kaveri siinä hoitokokouksessa, ettei olekaan semmosta selkeätä että miten tehdään työtä yhdessä."

"Saattaa just olla, et tulee pitkiltä vapailta ja sitte tulee töihin ni saman tien sitte menee hoitokokoukseen ja ei oo ikinä aiemmin tavannu edes nuorta ni, ei siinä voi esittää olevansa hirveen hyvä asiantuntija sitte tän nuoren tilanteen suhteen, että, mut eihän se oo sinänsä huono, et saahan sen tuoda, tuoda esille ettei tiedä."

Epävarmuutta hoitokokouksiin toi myös *ennakkosuunnittelemattomuus*, eli se ettei työkavereiden kanssa etukäteen sovittu ja neuvoteltu asioista ennen hoitokokousta. Hoitajat kokivat myös, että edelleen hoitokokoukset olivat osittain ennalta suunniteltuja.

”Edelleen ollaan kuitenkin aika hanakasti kiinni siinä, että meidän pitäis sitä yhteistä linjaa luoda jossain kierroilla ja laasuissa ja keskusteluissa et kaikki on samaa mieltä, ennen ku mennään siihen keskusteluun mikä on niin ku ristiriidassa sen kanssa että ei voi tulla mitään avointa dialogia ja semmosta ai et sää olitki tätä mieltä, jos kaikki on jo ennakolta sopinu mitä me ollaan.”

Isojen hoitokokousten koettiin tuovan epävarmuutta hoitokokouksiin, koska tilanteessa oli paljon ihmisiä keitä ei entuudestaan tuntenut ja jotka saattoi tavata ensimmäistä kertaa hoitokokouksessa. Isoissa hoitokokouksissa dialogisuuden puute sekä nuoren läsnäolo koettiin haasteellisiksi. Nuoren läsnäollessa asioiden kertominen koettiin välillä vaikeana.

”Siin on aikas paljon mun mielestä semmost epävarmuutta jollain tavalla näis hoitokokouksien.”

”Et vanhemmillekin on vaikee sanoa jotakin asioita siinä, niin ku tuoda julki nuoren läsnä ollessa.”

Haasteita mallin soveltamisessa toi myös **dialogin opettelu**, johon sisältyi haastava dialogi, epävarma dialogi, toimimaton dialogi sekä sujuva dialogi. Hoitajat kuvasivat, että *dialogi oli haastavaa* ja hoitokokousten välillä dialogisuus vaihteli paljon. Hoitajat kokivat, että usein hoitokokouksissa dialogia sovelletaan ja sen soveltamiseen koettiin vaikuttavan sekä hoitokokouksen kokoonpano että tilanteen jännitteen.

H1: ”Mut se on kans ollu haasteellista että edelleen vähän se et vähän riippuu kokoonpanosta et tuleeko sitä niinku käytettyä siin hoitokokouksessa vai ei että vähän lääkäristä ja vähän ehkä niistä muista ihmisistä ketä siinä on.”

H2: ”Ja tilanteen jännitteestä.”

Dialogisuus vaati hoitajilta ammattitaitoa sekä taitavaa rohkeutta. Ammattitaidossa pohdittiin tärkeänä asioiden puheeksiottoa hienotunteisesti ketään syyttelemättä tai loukkaamatta. Myös etukäteen sopimisten koettiin vaikeuttavan dialogin syntymistä hoitokokoustilanteesta. Hoitajat kokivat myös, että ajoittain *dialogi* oli hyvin *epävarmaa*. Epävarmuutta dialogisuuteen toivat työntekijöiden eri näkökulmat asioista, jotka koettiin haastavina ja vaikeina sekä lähes

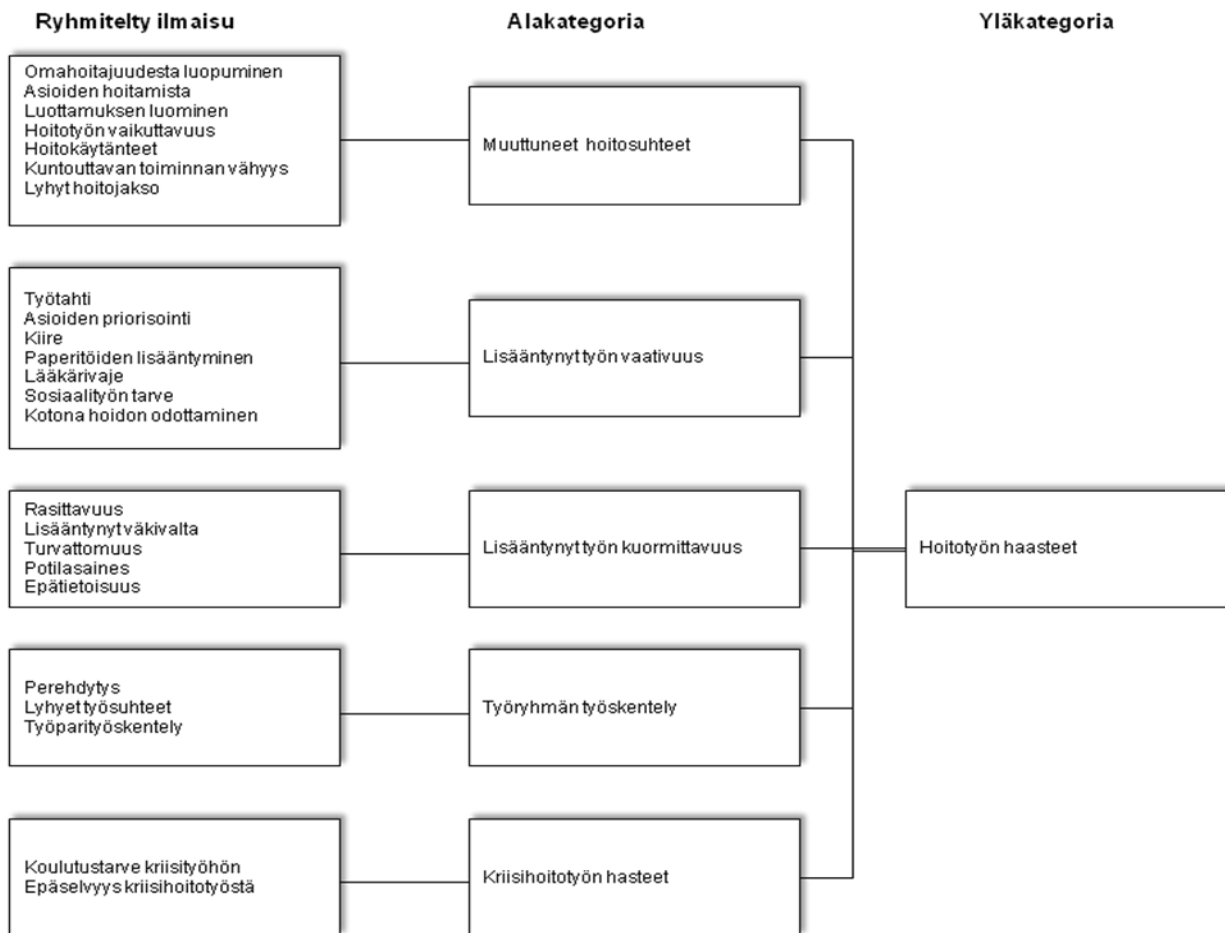
mahdottomina hoitokokouksissa. Hoitajat kokivat, että hoitokokouksissa oli vaikea olla asioista eri mieltä, vaikka yleisesti sen koettiin olevan mahdollista työryhmässä. Epävarmuutta koettiin aiheuttavan myös reflektion puuttumisen työntekijöiden välillä, jonka koettiin olevan keskeistä dialogissa. Epävarmuutta dialogisuuteen koettiin myös tuovan tilanteet, jossa nuori oli vieras ja josta hoitajilla oli vähän ennakkotietoa.

”Joo mut kyllähän se rohkeutta vaatii et ja sit taas toisaalta semmost taitavaa rohkeutta ettei oo ku norsu lasikaupassa, että sanoo niin kömpelösti että nuori loukkaantuu, tai sanoo niin kömpelösti et vanhemmat kokee, et se on heijän syytä et rohkeuden lisäksi semmosta taidollisuutta tai hellävarasuutta tai jotain semmosta.”

Hoitajat kuvasivat myös, että välillä hoitokokouksissa *dialogi* oli *toimimatonta*. Keskustelu ei aina välttämättä ollut tasavertaista. Nuorista usein tytöt olivat puheliaampia ja avoimempia kuin pojat. Dialogisuus oli mahdotonta nuorten kanssa jotka olivat puhumattomia tai joille tilanne hoitokokouksessa oli käynyt niin sietämättömäksi, että he olivat poistuneet paikalta. Haastavana koettiin myös *sujuva dialogi*, jonka sujumiseen vaikutti tuttu työpari, jonka kanssa työskentely oli soljuvaa. Kuitenkin kaikista dialogin tuomista haasteista ja vaikeuksista huolimatta hoitajat kertoivat, että dialogisuus oli tavoitteena ja sitä kohti kokoajan pyrittiin.

Hoitotyön haasteet

Hoitajien kokemia hoitotyön haasteita mallin soveltamisessa olivat: 1) Muuttuneet hoitosuhteet, 2) Lisääntynyt työn vaativuus 3) Lisääntynyt työn kuormittavuus, 4) Työryhmän työskentely ja 5) Kriisihoitotyön haasteet (Kuvio 3)



Kuvio 3. Hoitajien kokemuksia hoitotyön haasteista mallin soveltamisessa

Hoitajien kokemusten mukaan hoitotyön haasteena olivat muuttuneet hoitosuhteet, lisääntynyt työn vaativuus, lisääntynyt työn kuormittavuus, työryhmän työskentely ja kriisityön haasteet. **Muuttuneisiin hoitosuhteisiin** sisältyi omahoitajuudesta luopuminen, asioiden hoitaminen, luottamuksen luominen, hoitotyön vaikuttavuus, hoitokäytänteet, kuntouttavan toiminnan vähyys ja lyhyt hoitojakso. Dialogisen hoitomallin myötä *omahoitajuudesta oli luovuttu* ja tilalle oli tullut hoitoryhmät. Mallin soveltamisen jälkeen omahoitajahetkiä ja -keskusteluita oli vähän. Hoitajat kokivat että kun heillä ei ollut omia henkilökohtaisia hoitosuhteita, niin myös työskentelyn syvyys hoitotyössä oli muuttunut. Hoitajat kokivat aikaisemmin omien hoitosuhteiden myötä tunteneensa paremmin myös nuorten vanhempia ja siten työskentely oli tuntunut tiiviimmältä.

”Tämmöset perinteiset keskustelut ja tämmöset omahoitajahetket ni ne on jääny, tai eihän meil enää oo sitä omahoitajuutta ole, niin varmaan sellaset niin ku , on vähän vähemmälle.”

Omahoitajuudesta luopumisen myötä hoitosuhteita ei enää koettu niin avoimiksi, terapeutisiksi ja kahdenkeskiseksi, kuin ne aikaisemmin tutkimus- ja hoito-osastolla olivat olleet. Hoitajat kokivat, että hoitosuhteet olivat enemmän *asioiden hoitamista*, johon kuului paljon erilaisia nuoren asioiden selvittelyä. Hoitosuhteet olivat paljon virallisempia ja ne olivat pitkälle asioiden läpikäymistä sekä hoitoon keskittymistä.

”Aikassemin on semmosia omahoitajakeskusteluja ollu missä on niin ku tavallaan omahoitajan ja potilaan suhde on pyhä, sitä terapiasuhteita mitkä ei kellekään kerrota ni sellasta, siin siitä ainakin mä huomaan et työtapa on muuttunu.”

”Kyl mä koen sen jotenkin virallisemmaks on tullut et meil on ihan semmosta tärkeätä asiaa keskustella, et ei oo enää semmonen suhde, kun ennen oli omahoitajana.”

Hoitotyön haasteena muuttuneissa hoitosuhteissa hoitajat kokivat myös *luottamuksellisuuden luomisen* hoitosuhteissa. Kiinteiden hoitosuhteiden luominen koettiin haastavaksi sekä myös luottamuksen luominen nuoren ja perheen kanssa. Hoitajat kokivat, ettei kriisi- ja vastaanotto-osastolla ollut luottamuksellisia hoitosuhteita kuten aikaisemmin tutkimus- ja hoito-osastolla oli ollut ja hoidon aikana nuoret jäivät vieraisiksi. Hoidon alussa aika ja hoitoontulohetki olivat tärkeitä luottamuksen luomisessai. Hoitajat kokivat, ettei niihin aina ollut riittävästi mahdollisuutta ja aikaa panostaa.

”Se on muuttunu se on niin nopee temposta työtä et ei silleen saa semmosta samanlaista, ei synny semmonen samanlainen hoitosuhde kuin aikasemmin”

”Jos sä oot tulovaiheessa ja siinä peri päivää työssä se syntyy se hoitosuhde, mut sit jos sä oot vapailla ku tulee vaik oisit hoitoryhmässä, niin ni se monesti jää irrallisemmaks. Et et semmonen jonka kansa pääsee tulovaiheessa ja saa sen suhde syttyyn siit tulee ja sit se pysyyki se, vaikka sä oisi vapailla mut tota, se on kyllä aika olennaisen tärkeä.”

Haastavana hoitajat kokivat myös *hoitotyön vaikuttavuuden* muuttuneessa hoitosuhteessa. Hoitajat kokivat, ettei oman hoitotyön tulos näy kriisi- ja vastaanotto-osastolla. Hoitajat kuvasivat, että hoito-osastolla työskennellessä nuorissa näkyi muutos ja kuntoutuminen paljon selkeämmin.

”Mut täs ei niin nää sen oman käden jälki, mitä tuolla hoito-osastolla, mitä mä oon taas kaivannu enemmän. Siellä näkee enemmän miten se nuori se kuntoutuu ja se vointi kohenee.”

Haastavuutta hoitajat kokivat myös muuttuneissa *hoitokäytänteissä*. Niissä oli epäselvyyttä, joita olisi pitänyt tarkistaa ja tarkentaa työryhmässä. Perhetyönkoulutusta koettiin tarvittavan lisää, koska sen koettiin auttavan työskentelyssä, kuten hoitolinjojen luomisessa sekä asioiden selvittämisessä perheiden kanssa. Lisäksi sen koettiin auttavani työskentelyn syvyydessä lyhyessä ajassa. Muuttuneina hoitokäytänteinä hoitajat kokivat, ettei hoitotyönsuunnitelmia enää oltu tehty tai että niitä oli tehty hyvin vähän.

"Ainut mikä on jäänyt pois tässä mitä, tai mitä mä niin kun koen oleellisena hoitotyöhön, ni hoitotyön suunnitelman tekeminen."

Hoitokäytänteistä hoitajat kokivat myös, että uloskirjoitukset olivat pysähtyneet entiselle mallille nopean kierron sijaan. Hoitajien kokemusten mukaan osastolla oli potilaita odottamassa pääsyä toiseen hoitopaikkaan tai toiselle osastolle, jolloin hoito herkästi pitkittyi turhaan. Hoitajat kokivat, etteivät muualle hoitoa jonottavien säännölliset hoitokokoukset toteutuneet niin tiiviisti.

"Sit ku on näitä jotka jonottaa hoito-osastolle paikkoja ni ei niitä ei ne (hoitokokoukset) kyllä niiden kohalla toteudu ei tai jotka on meillä jonottamas paikkoja."

Kuntouttavan toiminnan vähyys koettiin myös hoitotyön haasteena muuttuneissa hoitosuhteissa osastolla. Hoitajat kertoivat, ettei osastolla ollut enää yhteistä puuhailua ja yhdessä olemista kuten aikaisemmin. Hoitajat kokivat että poisjäänyt yhteinen vuorovaikutuksellinen toiminta oli ollut tärkeää ja kuntouttavaa nuorille. Myös osaston ulkopuolinen, kuntouttava toiminta, kuten erilaiset retket ja ratsastukset, olivat jääneet pois, koska ne eivät olleet mahdollisia kriisi- ja vastaanotto-osastolla. Pitkään säännöllisenä ollut liikuntahallivuoro oli jäänyt pois ja ulkoilun koettiin olevan satunnaista.

"Kaikki tämmönen mikä tapahtuu osaston ulkopuolella, ni ne on 99 % karsittu tosta."

"Ennen tehtiin nuorten kanssa asioita nyt niin ku keskitytään ihan aika lailla siihen hoitoon, ei semmoseen yhteiseen puuhailuun tai vuorovaikutukseen mikä on mun mielestä kyllä kanssa hoitoa oikeen hyvää hoitoa semmonen vuorovaikutuksellinen toiminta, mutta se on jäänyt vähemmälle ei siihen niin ku riitä aika."

Lyhyet hoitajakset olivat hoitotyön haasteena osastolla ja se näkyi muuttuneissa hoitosuhteissa. Hoitajien kokemusten mukaan hoitajakso oli liian lyhyt. Hoidon lyhyden nähtiin olevan haaste kotona pärjäämiselle, koska työskentelyaika koettiin vanhempien

kanssa liian lyhyeksi. Hoitajat kokivat, että hoitokokouksia pitäisi pystyä järjestämään tiheämmin. Hoitajat kokivat, että nuoren kotona pitää asioiden muuttua paljon, jotta nuori voi palata kotiin ja pärjätä siellä. Osastolla oli lisääntynyt pyöröovi-ilmiö, jolle on tyypillistä korkea sairaalahoitokertojen määrä pienen ajanjakson aikana. Ilmiö oli tullut kriisi- ja vastaanotto-osaston toiminnan myötä, jota ei ollut aikaisemmin tutkimus- ja hoito-osastolla. Lyhyiden hoitosuhteiden myötä hoitajat kokivat, ettei osa nuorista pärjännyt avohoidossa osastohoidon jälkeen. Usein lyhyissä hoitosuhteissa piti myös tehdä nopeita hoitoratkaisuja.

"Et haaste se on meille et meidän pitäis saada, onko se et meidän pitäis saada niitä hokoja tiuhempaan, kaks kertaa viikossa, tai sitten ne hoitoajat pitäis olla vähän pidempiä kuitenkin tai sitten meidän malli ei, me ei osata puhua oikeista kyl se on haaste"

"Vaikka sitä kuinka pohjustetaan sinne kotiin tai paikkaan tai vanhemmille niin tätä pyörövisyndroomaa vai mikskä sitä sanotaan, ni sitä on näkyvis kuitenkin, et että tota ei sitä vaan liikaa, niin ku sanoit sinne kotiin tai vanhemmille sitä asiaa yritetään sitä yhteistyötä, että onko se aika sitte liian lyhyt vai?"

Hoitotyön haasteena hoitajat kokivat **lisääntyneen työn vaativuuden**, johon sisältyi työtahti, asioiden priorisointi, kiire, paperitöiden lisääntyminen, lääkärivaje, sosiaalityön tarve sekä kotona hoidon odottaminen. *Työtahti* osastolla oli muuttunut ja tyypillisesti kriisi- ja vastaanotto-osastolle tilanteet ja osaston täyttöaste vaihtelivat ja muuttuivat nopeasti. Muuttuneen työtahdin myötä osastolla oli välillä hiljaista ja taas toisinaan täysi kaaos, jolloin osasto saattoi ruuhkautua nopeasti. Hoitajat kokivat, että aamuvuoroissa oli enemmän rutiinitöitä ja illat sekä viikonloput olivat vapaampia.

"Semmonen mikä on kriisiosastolle tyypillistä ni se et välil on tosi hiljasta ja välillä on ihan täys kaaos siis että ihmisiä tulee, ni se ettei oo semmost tasasta et ois niin ku monta viikkoa vaik et on rauhallista, et se voi vaihtua niin ku yhden vuorokauden aikana, ni se hiljasuus loppuu ihan yks kaks."

Hoitajat kokivat, että *asioiden priorisointi* oli tärkeää osastolla työskennellessä, nopeasti muuttuvissa hoitotilanteissa. Hoitajat kokivat, että sama työmäärä tehtiin nopeammin kriisi- ja vastaanotto-osastolla, kuin hoito- ja tutkimusosastolla oli aikaisemmin tehty. Työn vaativuuteen liittyi myös nopeatahtisen työn tuoma *kiire*. Hoitajat kokivat, että potilaiden nopea vaihtuvuus toi kiirettä työhön, koska hoidettavia asioita oli paljon. Nopea vaihtuvuus vaikutti myös *paperitöiden lisääntymiseen* ja hoitajat kokivatkin lisääntyneet paperityöt myös työn vaativuutta lisäävinä tekijöinä. Paperityöt veivät paljon aikaa hoitotyöstä. Hoitajien

paperityöt olivat kirjaamisia sekä tutkimuskaavakkeiden täyttöä. Osastolla koettiin olevan myös aikataulullinen kiire asioiden hoitamisessa.

”Sit ku on paljo sisäänkirjotuksia ja paljo uloskirjotuksia ni välillä tuntuu et siihen hoitotyöhön ei jää kamalasti aikaa et on aika paljon kaiken maailman lippuja ja lappuja tutkimuslomakkeita. Lupakyselyitä mitä pitää täyttää ja tehdä.”

”Semmonen kiire siis se on toisenlainen kiire, et pitää järjestää asioita, pitää ottaa yhteyttä sinne ja tänne ja pitää olla skarppina et kaikki asiat tulee hoidettua ja semmonen ihan niin ku aikataulullinen kiire et sul pitää muistaa soitta kello se ja se sille sosiaalityöntekijälle ja ja hoitokokous on kello se ja se ja niin ku et erilainen kiire ku aikasemmin.”

Osaston lääkäritilanne toi myös kiirettä osastolle, koska hoitajat kokivat, että *lääkärivaje* vaikutti osaston ruuhkautumiseen. Lääkärivajeesta johtuen, ei hoitokokousaikoja aina ollut riittäväsi tarjolla. Lisääntyneen työn vaativuutena hoitajat kokivat myös lisääntyneen *sosiaalityön tarpeen*. Sosiaalitoimen kanssa tehtiin paljon yhteistyötä ja nuorilla oli paljon asiakkuuksia lastensuojelussa ja ne olivat vuosien mittaan lisääntyneet. Hoitajat kokivat tekevänsä paljon sosiaalityötä osastolla ja osastolla olisi ollut tarvetta sosiaalityön lisäresursseille.

”Ja sosiaalityön kanssakin me joudutaan olemaan, kun on paljon sosiaalityötä. Sosiaalityöntekijää niin paljo kun toivottaisi, ei saa niin ku.”

”Itte joutuu olemaan sosiaalityöntekijä.”

Lisääntyneeseen työn vaativuuteen sisältyi myös kotona hoidon odottaminen. Hoitajat kuvasivat, että toimintamalli oli osastolla uusi ja ettei se toteutunut suunnitelman mukaan ja että se haki vielä muotoaan. Sen tarkoituksena oli ollut, ettei kaikkia potilaita välittömästi sisäänkirjoitettaisi osastolle sairaalaan. Hoitajat kokivat, että nuoria olisi voinut enemmän pitää kotona odottamaan sairaalaan tuloa. Kotona odottamisen vahvuutena hoitajat kokivat sen, että nuoret saivat jatkaa kotona normaalia elämää, eivätkä laitostuneet nopeasti ja oppineet sairaalan tavoille. Toimintamalli nähtiin kuitenkin vaativana sekä haastavana ja epävarmuutta tuovana asiana. Hoitajat kokivat, että myös lääkärivaihdokset osastolla vaikuttavat toimintamallien kehittymiseen hidastavasti.

”Ei se kyllä kovin hyvin toteudu että kotiin mennään odottamaan paikkaa.”

”Se on varmaan miten rohkee lääkäri on kirjottaa kotiin odottaan paikkaa et se on must aika haasteellista. Ja viel tänä päivänä et mietitään et tarviiko osastohoitoa vai laitetaanko kotiin

odottaa.”

Hoitajat kokivat, että hoitotyön haasteena oli myös **lisääntynyt työn kuormittavuus**, joka sisälsi rasittavuuden, lisääntyneen väkivallan, turvattomuuden, potilasaineksen ja epätietoisuuden. Hoitajat kokivat, että työssä *rasittavuutta* aiheuttivat kiiretilanteet, joissa joutui toimimaan poliisina nuorten kanssa, millä tarkoitettiin vahtimista ja seuraamista. Ajan koettiin olevan pois hoitotyöltä. Nopea kierto koettiin myös toisaalta rasittavaksi, koska potilaita piti saada osastolta eteenpäin. Osastolla oli suuri kierto potilaissa ja toiminnan aikana osastolla oli ollut suuri määrä potilaita. Hoitajat kertoivat, että nimet eivät jääneet mieleen, mutta tarinat muisti. Hoitajat kokivat, että työ osastolla oli raskaampaa sekä haastavampaa, kuin aikaisemmin.

”Kiire saattaa koostua sit jostain muusta ku siit itse oikeesta työstä, poliisina toimimisesta tai muusta ni täs ehkä tuo vähän kuormittavuutta tai haastetta tohon.”

Työtä kuormittavia tekijöitä hoitajien mukaan oli *lisääntynyt* ja raaistunut *väkivalta* osastolla. Väkivallan riski sekä uhka olivat huomattavasti kohonneet työssä. Lisääntyneeseen väkivaltaan hoitajat kokivat, että vaikutti huomattavasti osastolla lisääntyneet päihteitä käyttävät nuoret. Myös aineelliset vahingot olivat sen myötä lisääntyneet osastolla ja osaston tiloja ja tavaroita oli rikottu. Väkivallan lisääntymisen lisäksi hoitajat kokivat, että turvallisuus osastolla oli puutteellista ja *turvattomuus* oli lisääntynyt. Hoitajat kokivat, että vaaratilanteissa oli epävarmuutta avunsaannin suhteen, eikä välttämättä aina hälyttimenkään avulla saanut varmasti apua. Toisaalta riskitilanteet koettiin niin yllättävinä, ettei niihin välttämättä pystyittäisi vaikuttamaan edes hyvän ennakkosuunnittelun avulla. Vaaratilanteista oli selvitty hyvällä onnella ja asioita oli jouduttu oppimaan kantapäähän kautta ja hoitajat kokivat, että usein vasta silloin puutteisiin reagoitiin, kun jotain sattui.

”Semmost suoranaista väkivaltaa ei sellasta mitä on ennenki ollu, että kiinnipitämisessä joku raapaseminen tai muuta vaan se että suoraan tullaan ja lyödään et se on mun mielstä mikä on erilaista.”

”ja ne tilanteet vaihtelee niin nopeasti, että ei siinä välttämättä kauheet suunnitelmatkaan niin ku auta tai ei ne niin ku turvaa kaikkee kuitenkaan koska se vaihtuu tilanne niin äkkiä, että”

”ja tuurilla on varmaan selvitty monista tilantesita, et asiat ois voinu mennä paljo pahemminki, mutta sitte jotenki ovat kuitenkin järjestyneet mut et, mut et kyl mun mielest tuol on nykyään enemmän semmosia turvattomampia hetkiä ku ennen, että”

Lisääntyneeseen työn kuorittavuuteen vaikutti *potilasaines* osastolla. Hoitoontulokynnys osastolle oli madaltunut. Hoitajien kokemusten mukaan osastolla oli hoidossa paljon nuoria, jotka eivät tarvinneet kriisiosaston hoitoa ja joiden hoito koettiin kuormittavana. Hoitajat kokivat, että kriisi- ja vastaanotto-osastolla oli muualle paikkaa odottavia nuoria, joka vaikutti myös työn mielekkyyteen ja osaston toimenkuvaan. Käytöshäiriöisten nuorten hoito osastolla koettiin kuormittavana ja osastolla hoidettavien käytöshäiriöisten nuorten myötä, vanhempien valitusten määrä hoidosta oli lisääntynyt, koska nuoria jouduttiin rajaamaan paljon sekä puuttumaan käytökseen.

"Ja aika paljo meil tosiaan on potilaita jotka ei kyllä ehkä tarvis tän tyyppistä paikkaa, mut et erinäisistä syistä johtuen tai just sanoit et odottelevat pääsyä johonkin muualle, että"

"Niin ja kynnys matalampi tulla tonne, et ei kaikki tämmöset käytöshäiriöiset ois ollu aikaisemmin hoidossa."

"Meillä tuntuu nyt olevan näitä käytöshäiriöisiä"

"Tuntuu, että tänne tulee ketä tahansa mitä ei aikaisemmin ois tullut, eli aikaisemmin oli enemmän niitä oikeesti kipeitä, jolloin niitä valituksia ei ehkä olisi niin tullutkaan, mut nyt näitä käyttäviä ni, ehkä niitä valituksia tulee sen takia ehkä enemmän, jos niit tulee enemmän."

Osastolla oli myös hoidettavana päihdeongelmaisia nuoria huomattavasti enemmän kuin aikaisemmin. Hoitajat kokivat, että heillä oli ollut ennakkokäsitys, ettei hoitoon tule paljoa päihdeongelmaisia nuoria. Myös päihdeongelmaisiin nuoriin oli pyritty varautumaan työelämän tutustumisjaksolla ja heitä uskottiin tulevan kriisi- ja vastaanotto-osastolle. Päihdeongelmaisten nuorten hoito koettiin kuormittavana, koska päihteiden alaisena olevat nuoret koettiin haastavina myös muiden alaikäisten hoidossa olevien potilaiden vuoksi.

"Lähettiin tutustumaan tommosiin erilaisiin osa-alueisiin mitä vastaanotto-osastolla voi tarvita. Et oli päihdepuolella osa"

"ja sit on paljo tullu niitä päihdenuoria, vaikka sillan ku tätä osastoa ruvettiin suunnittelemaan ni sanottiin että eihän niitä tuu et hyvä jos yks vuodessa, ni koko ajan."

"kyl se muuten aika hirveetä on et tulee aineenvaikutuksen alaisena tämmöselle osastolle, missä on alaikäisiä nuoria. Ja nekin pitää täällä hoitaa ja ihmetellä ettei tapahdu mitään."

Hoidossa olevat nuoret olivat usein hyvin moniongelmaisia. Osalle nuorista sairaalasta lähteminen oli vaikeaa sekä myös potilastovereista haikeaa. Nopea paluu osastolle oli osalle potilaista mieleistä, jolloin myös potilastoverit olivat ilahtuneita hoitoon paluusta. Jotkut nuoret

myös laskivat ja vertailivat hoitomääriä. Hoitajat kokivat, että osalle nuorista osasto oli turvaumpio, johon oli helppo palata ja josta oli vaikea lähteä. Osastolla oli helppo viihtyä turvallisen ympäristön ja aikuisten vuoksi, mutta se ei voinut olla kenenkään maailma.

”Me ollaan just puhuttu tästä miten moniongelmaisista nää on ku ne tulee, miten me saahaan ne kaikki palat niin ku kohalleen pienes hetkessä.”

”Niin ja osa on niin moniongelmaisista, että se ei oo se et me saadaan joku akuutti ratkastuu, ku siel on moni asia vielä ratkaisematta siellä kotona tai avohoidossa tai missä ikinä onkaan, ni se ei rittä että yks asia ratkeaa, et siel pitäis monta muutakin vielä ratketa että sitte se nuori pärjäis siellä kotona.”

Hoitajat kokivat, että kuormittavana tekijänä työssä olivat myös erilaiset epäätietoisuutta aiheuttavat asiat. Näitä hoitajat kuvasivat muiden epäätietoisuutena osaston kiireestä. Hoitajat kokivat, että osaston työvuoroihin tarvittiin ajoittain myös enemmän henkilökuntaa. Epävarmuutta aiheuttavana tekijänä hoitajat kokivat myös erimielisyydet osaston resurssien tarpeista. Kotipoliklinikan toiminta kesäaikana oli tarkoitus järjestää osaston resursseista, jonka hoitajat kokivat vaikeana osaston toiminnan näkökulmasta.

H1: ”Se et me ollaan talon varahenkilöstö, jotenki tällänen.”

H2: ”Joo semmonenkin ajatus oli jossain vaiheessa, silloin alussa.”

H1: ”Joo et meilt otetaan.”

H2: ”Se on nyt unohtunu ku on huomattu et kyl tääl tarvitaan väkee.”

Hoitotyön haasteisiin liittyvät asiat **työryhmän työskentelyssä** sisältyi perehdytys, lyhyet työsuhteet sekä työparityöskentely. Hoitajat kokivat, että uusien työntekijöiden *perehdytys* osastolla oli haastavaa, vähäistä ja vaikeaa. Tähän hoitajat kokivat vaikuttavan sen, että ajoittain oma työnkuva oli epäselvä, jolloin oli vaikea perehdyttää muita. Hoitajat kokivat myös, että olivat itsekin vielä noviiseja ja perehtymässä uuteen työskentelytapaan. Hoitajat kokemusten mukaan, osastolla oli paljon uusia työntekijöitä. Haastavina asioina hoitajat kokivat sijaisten *lyhyet työsuhteet* sekä työntekijävaihdokset niin hoitajien kuin lääkärienkin. Hoitajien kokemusten mukaan vakituisen henkilökunnan vastuu lisääntyi tällöin enemmän, joka koettiin kuormittavana. Hoitajat kokivat, että työmuoto oli haastava ja etteivät kaikki kyenneet keskustelemaan työmuotoon.

"Kyl se mun mielestä tällä hetkellä näkyy et meil on paljo uusia työntekijöitä jotka ei välttämättä oo kovin pitkäaikasia mut, et siinä jotenkin sit jo ne pidempään olleet, ni se vatsuu kyllä kasvaa siinä ja tuntuu ehkä et ihan. Tietysti kaikki ei vielä pysty samanlaiseen työskentelyyn."

Työryhmän työskentelyssä hoitajat kokivat, että heillä oli luottamus työryhmään, mutta toivoivat, että olisi enemmän *työparityöskentelyä* saman hoitajan kanssa. Osa hoitajista koki, että hoitokokouksessa olevalla työparilla oli hieman vaikutusta. Parityöskentelyssä saman ihmisen kanssa työskentely olisi helpottanut omaa työskentelyä ja olisi auttaisi omaa oppimista ja työtapojen opettelua. Vaihtuvat työparit koettiin haasteellisina ja uuden työparin ja uuden työntekijän kanssa työskentelyn koettiin olevan hakemista ja opettelua.

"Mä oisin ajatellu et se enemmän lisäis vielä semmosta et jotenkin oppis toinen toistensa tavan tehdä työtä et se jotenkin, et me alettas täs nivoutua et tavallaan semmosik työpareiks, niin ku."

"Aina ku rupeet uuden työparin kanssa, ni vielä on semmonen tunne, et mitenhän tuoki tekee sitä työtä, tai että, että et aina on vähän semmonen hakeminen edelleenkin et mikä se linja on ja kuinka kuinka mennään."

Hoitajat kokivat hoitotyön haasteena **kriisihoitotyön haasteita**, johon sisältyi koulutustarve kriisityöhön sekä epäselvyys kriisihoitotyöstä. Kriisityön *koulutukselle* olisi ollut *tarvetta* osastolla ja lyhytkin koulutus olisi auttanut työskentelyssä. Koulutuksen myötä työntekijät olisivat saaneet lisävalmiuksia kriisityöhön. Tärkeänä koettiin saada tietoa kriisin vaiheista, mikä olisi auttanut työskentelyssä sekä auttanut hoidossa huomioimaan nuoren tilannetta. Koulutuksen myötä uskottiin saavan myös valmiuksia käsitellä ja vastaanottaa tunteenpurkauksia kriisin eri vaiheissa. Työryhmää pidettiin kokemattomana kriisityössä, mikä toi myös asian suhteen epävarmuutta. Koko työryhmälle oli tulossa koulutusta myöhemmin kriisityöstä.

"Me ollaan aika kokemattomia kriisin hoidossa."

"Kyl me tarvitaan kriisityönkoulutusta, koska meil on ihan eri käsitykset kriisistä. Et saatasi niin ku määriteltyä et mikä se kriisi on täällä. Ei se oo välttämättä joku trauma mikä on just sattunu vaan se trauma on sairauteen liittyvä kriisi."

Kriisihoitotyön haasteena hoitajat kokivat erilaisia *kriisihoitotyöhön liittyvät epäselviä asioita*. Hoitajilla oli epäselvyyttä osaston kriisijaksosta ja sen sisällöstä sekä erosta muuhun hoitajaksoon osastolla. Myös erityisesti kriisihoitotyö koettiin epäselvänä osastolla ja hoitajilla oli erilaisia käsityksiä kriisihoitotyöstä. Osaston nimi mietitytti hoitajia ja he kokivat, että osaston nimi olisi voinut olla joko kriisi- tai vastaanotto-osasto. Hoitajilla oli myös keskenään erilaisia käsityksiä ja näkemyksiä kriiseistä ja kriisihoitotyöstä. Lisäksi hoitajat kokivat, että oli vielä vaikea nähdä avoimen dialogin yhteyttä kriisityöhön tai nähdä niiden välistä yhteyttä.

"Ei oo kans niiku avaudu, et en oo jotenkin varmaan saanu niin paljo tietoa et mitä se tarkotetaan et jos on kriisijaksolla."

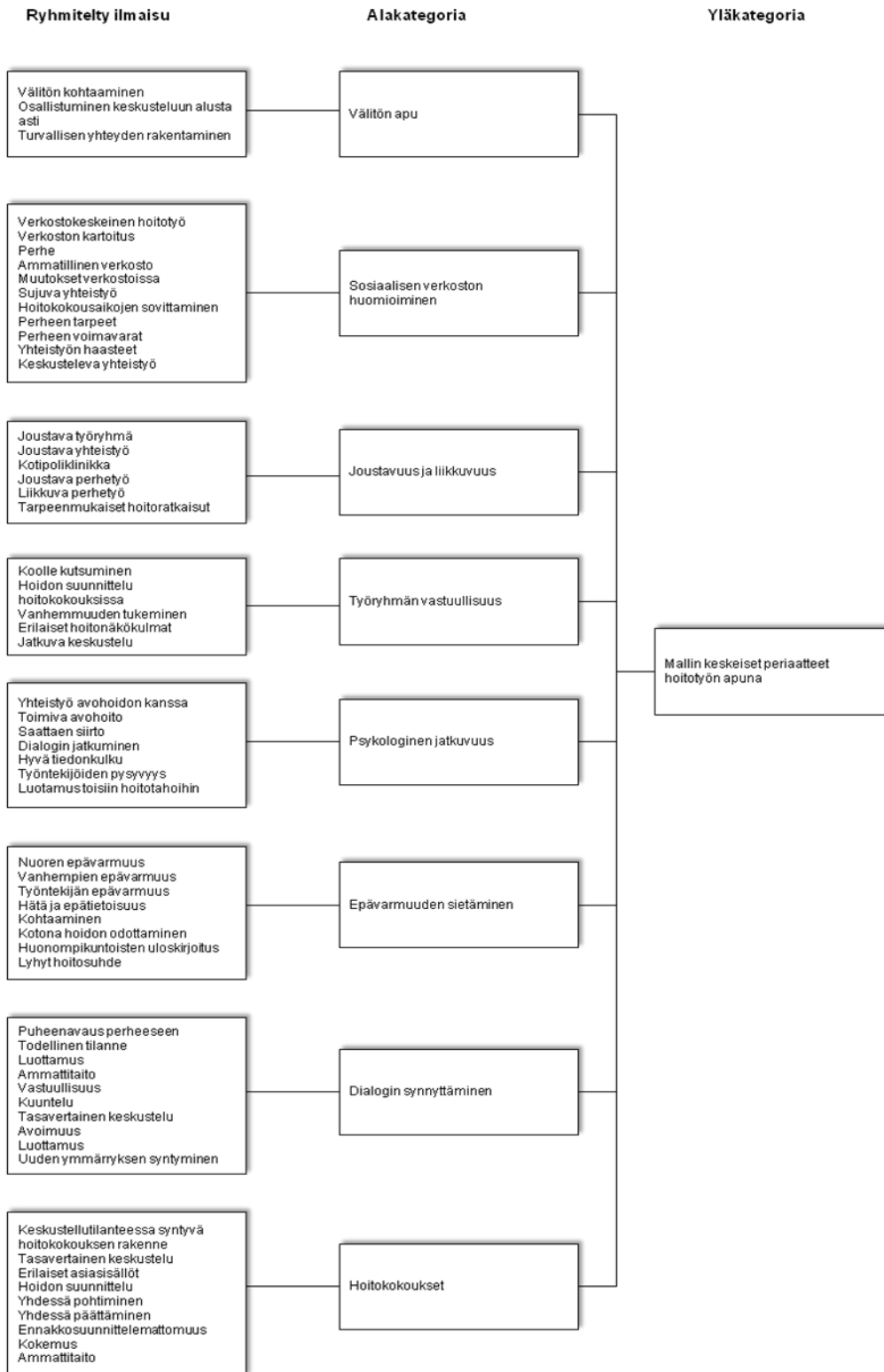
"Voisko tän osaston nimi olla ehkä vastaanotto-osasto tai pelkkä kriisiosasto? Tarviiks niit niinku erotella? En tiedä."

H1: "Kyllä se varmaan kriisityöhönkin on, mä en tiedä onks se nyt pelk. jotenki mitenkää erityisen hyvä kriisityöhön, avoimen dialogin malli, et on se varmaan kaikenlaiseen hoitotyöhön siis psykiatriseen hoitotyöhön toimiva ollu, mut miten se sit kriisityöhön?"

H2: "Mä en osaa tarkastella sitä tolla tavalla et miten se kriisityöhön."

Mallin keskeiset periaatteet hoitotyön apuna

Hoitomallin keskeiset periaatteet hoitotyön apuna olivat: 1) Välitön apu, 2) Sosiaalisen verkoston huomioiminen, 3) Joustavuus ja liikkuvuus, 4) Työryhmän vastuullisuus, 5) Psykologinen jatkuvuus, 6) Epävarmuuden sietäminen 7) Dialogisuus ja 8) Hoitokokoukset. (Kuvio 4)



Kuvio 4. Hoitajien kokemuksia mallin keskeisistä periaatteista hoitotyön apuna

Hoitajien kokemusten mukaan mallin keskeisistä periaatteista hoitotyön apuna olivat välitön apu, sosiaalisen verkoston huomioiminen, joustavuus ja liikkuvuus, työryhmän vastuullisuus, psykologinen jatkuvuus, epävarmuuden sietäminen, dialogin synnyttäminen sekä hoitokokoukset. **Välittömään apuun** sisältyi välitön kohtaaminen, osallistuminen keskusteluun alusta asti sekä turvallisen yhteyden rakentamisen. Välitön apu oli osastolla mahdollista, koska osasto oli kriisi- ja vastaanotto-osasto, joka toimi ympäri vuorokauden vuoden jokaisena päivänä. Osastolla tavoitettavuus myös puhelimitse oli ympärivuorokautista. Välittömään apuun liittyi *välitön kohtaaminen*, joka sisälsi ja perheiden nopea tapaamisen. Hoitajien arvion mukaan ensimmäinen hoitokokous järjestettiin yhden tai kahden vuorokauden sisällä hoitoon tulosta. Hoitajat kokivat, että joskus perheille oli hyvä, kun heillä oli hetki aikaa pysähtyä kotona miettimään asioita ilman nuorta ennen ensimmäistä hoitokokousta.

”Meillä enemmän se kriisiosasto, tää on mun näkemys tarkoittaa ehkä sitä et me ollaan 24/7 auki ottamaan vastaan ihan mitä vaan.”

”Hoitokokoukset yritetään järjestää, et tossa vuorokauden sisällä siitä kun nuori tulee.”

Hoitajat pitivät tärkeänä asiana välittömässä avussa, että perheet *osallistuvat keskusteluun alusta asti*, jolloin asioista päästiin nopeasti puhumaan ja perheet tulivat nopeasti kuulluksi ja perheiden tarpeisiin voitiin vastata. Myös *turvallisen yhteyden rakentamista* hoidon alusta alkaen pidettiin tärkeänä ja hoitajat kokivat hoitoon tulohetken tärkeäksi, jolloin myös nuorelle vanhempien läsnäolo oli tärkeä. Tulohetken koettiin olevan tärkeä myös luottamuksen rakentumisen kannalta ja hoitosuhteen luomiselle.

”(vanhemmat tyytyväisiä) Varmaan siihen nopeaan reagointiin ainakin, et jotenki nopeasti on päästy puhumaan asioista ja siitä et heitä on kuultu ja se et on otettu niin ku todesta ja heidän, heidän näkemys on ollu arvokas.”

Hoitajien kokemusten mukaan **sosiaalisen verkoston huomioimiseen** sisältyi, verkostokeskeinen hoitotyö, verkoston kartoitus, perhe, ammatillinen verkosto, muutokset verkostossa, sujuva yhteistyö, hoitokokousaikojen sovittaminen, perheen tarpeet, perheen voimavarat, yhteistyön haasteet ja keskusteleva yhteistyö. Sosiaalisen verkoston huomioimisen koettiin aina olleen tärkeää nuorisopsykiatriassa, koska työ nuorisopsykiatrisella osastolla oli aina ollut *verkostokeskeistä hoitotyötä*. Hoitajat kokivat, että

usein nuorella oli jo olemassa verkosto osastohoitoon tullessa ja *verkosto pyrittiin nopeasti kartoittamaan*. Nuorten verkostot koostuvat sekä *perheestä* että *ammattillisesta verkostosta*. Hoitajien kokemusten mukaan lyhyen hoidon vuoksi verkostot olivat supistuneet ja usein perhehoitokokouksissa oli vain ydinperhe läsnä. Perheverkostot koostuivat vanhemmista, sisaruksista ja isovanhemmista.

”Eiks nuorisol oo kuitenkin aina se verkosto ollu aika hyvin mukana hoidossa, et en mä ehkä nää siinä ihan ratkasevaa eroa että. Et kun se tilanne ei sen asian suhteen oo ollu huono ennenkään.”

Ammatillinen verkosto oli laaja, mihin kuuluivat eri hoito- ja yhteistyötahot, sosiaalityöntekijät, lastensuojelun työntekijät sekä joskus poliisi. Hoitajat kokivat, että usein aikuiset määrittivät nuoren verkoston, mutta kuitenkin nuorelta viime kädessä kysyttiin, suostumusta esimerkiksi terapeutin kutsumiseksi hoitokokoukseen. Myös *muutoksia verkostoissa* oli tapahtunut. Hoitajat kokivat, että yhteistyö lastensuojelun kanssa oli lisääntynyt todella paljon kriisi- ja vastaanotto-osaston myötä, kun taas yhteistyön koulun kanssa koettiin vähentyneen.

”No nyt tuntuu, en mä tiedä onks se täst potilasineistosta, lastensuojelu on mukana tosi paljon.”

Hoitajien kokemusten mukaan yhteistyö lastensuojelun ja sosiaalityön kanssa oli helpottunut ja *yhteistyö koettiin sujuvana*. Työntekijöiden kanssa yhteisten verkostoneuvottelujen koettiin järjestyvän nopeasti. Sairaalan muiden osastojen kanssa yhteistyö koettiin sujuvaksi. Nuorisopsykiatrinen avohoito oli todella työllistettyä alueella ja yhteisten *hoitokokousaikojen sovittaminen* koettiin ajoittain haastavaksi nopealla aikataululla, koska lyhyellä hoitajaksolla ei hoitokokousaikaa voitu sopia useiden viikkojen päähän.

”Lastensuojelutyöntekijöitäkin on saanu tosi paljo paremmin hokoihin ku aikasemmin et, et mistä se sit johtuu en mä tiedä mutta, on on saatu. Ja sitte tietysti avopuolen työntekijöitä on entistä enemmän niissä hokoissa.”

Hoitajat kokivat, että verkostot olivat paremmin saatu kutsuttua koolle ja niitä oli myös tarmokkaammin kutsuttu hoitokokouksiin. *Perheiden tarpeet ja voimavarat* kartoitettiin nopeasti ja vanhemmat pääsivät nopeasti osallistumaan nuoren hoitoon, heti ensimmäisestä hoitokokouksesta alkaen. Hoitajat kokivat, että *verkostokeskeinen työskentely* oli tiivistynyt lähes päivittäiseksi ja verkosto pyrittiin saamaan mukaan jokaiseen hoitokokoukseen.

Vanhempien hoitoon osallistuminen oli tärkeää ja vanhemmat olivat velvoitettuja osallistumaan hoitokokouksiin. Vanhemmille pyrittiin järjestämään hoitokokouksia viikoittain ja hoitajien kokemuksena oli, että vanhemmat osallistuvat niihin hyvin. Hoitajat kokivat, että vanhemmat vierailivat osastolla enemmän. Kuitenkin hoitajat kokivat, että oli myös tilanteita, joissa vanhemmat eivät osallistuneet lapsensa hoitoon. Hoitajat kokivat, että vaikka nuori oli hoidon fokuksena, oli perhe keskeinen hoidossa ja myös perhetyö oli osastolla tiiviimpää.

”Mun mielestä ainakin verkostoa ollaan aika hyvin niihin hokoihin saatu kutsuttu koolle, et ehkä jotenkin varmaan siinä kohtaa ollaan niinku tultu semmoseks niinku tarmokkaammiksi että enemmän niinku pyydetään ja eikä niinku tingitä siitä.”

Ajoittain *keskusteleva* ja läpinäkyvä *yhteistyö* koettiin haastavana ja niiden koettiin hakevan vielä muotoaan. Osastolla nuoret olivat mukana hoitokokouksissa ja joskus se oli vieras käytäntö yhteistyötahoille. Hoitajat kokivat salapalaverit ikäviksi ja pitivät tärkeänä, että nuori itse osallistui hoitokokouksiin ja tuli kuulluksi, kun häntä koskevia päätöksiä tehtiin. Hoitajat kokivat myönteistä muutosta asian suhteen.

”No itse asiassa verkostojen varsinkin sosiaalityön on vaikee hyväksyä sitä, että nuori on aina paikalla, eli ne haluis kai jotenki piipalavereja tai tehdä päätöksiä niin ku ilman potilasta.”

Hoitajien kokemusten mukaan **joustavuuteen ja liikkuvuuteen** sisältyi joustava työryhmä, joustava yhteistyö, kotipoliklinikan haasteet, joustava perhetyö, liikkuvan perhetyö ja tarpeenmukaiset hoitoratkaisut. Hoitajien kokemusten mukaan joustavuus ja liikkuvuus näkyi osastolla työryhmän työskentelyssä eri tavoin. Hoitajien kokemusten mukaan *työryhmä oli aina ollut joustava*. Hoitajat kokivat, että osastolta oli pyritty tekemään *joustavaa yhteistyötä* avohoidon kanssa, jolloin oli pyritty joustamaan avohoidon tarpeisiin sekä rakentamaan toimivaa yhteistyötä avohoidon kanssa. Osaston yhteyteen oltiin perustamassa *kotipoliklinikkaa*, jonka hoitajat kokivat mahdollistavan vielä paremmin *joustavan ja liikkuvan perhetyön*. Kotipoliklinikan aloittaminen nähtiin hyvänä ideana ja toiminta tarpeellisena. Toimintaa oli tarkoitus kokeilla tulevana kesäaikana ja toiminnan uskottiin jatkuvan myöhemmin. Kotipoliklinikan avulla nuoria yritettäisiin kannatella arjessa sekä ennen sairaalahoitoa että sairaalahoidon jälkeen.

”Mutta siis ideana must älyttömän hyvä ja varmaan tarpeen ja varmaan nyt kesäaikana ihan niin ku tulentärkeä asia (kotipoliklinikka)”

”Se on kai sekä niin ku, ketä et uloskirjotetaan mut sit myös sitä jarrutelluu, eli jos ei oo hoitopaikkoja ni yritetään kannatella”

Kotipoliklinikan haasteina kokivat, että ennen toiminnan varsinaista aloitusta se vei osaston resursseja. Hoitajat kokivat työryhmän joustavuutena osasto- ja kotipoliklinikka työn yhdistämisen ennen varsinaisen kotipoliklinikkatoiminnan aloittamista, mikä nähtiin haastavana kolmivuorotyössä. Hoitajat kokivat, että kotipoliklinikan toimintaan olisi hyvä varata omat työntekijät. Sairaalan sisällä kotipoliklinikan toiminnasta oli olemassa toimiva malli, jonka hyödyntämisen hoitajat kokivat tarpeellisena kotipoliklinikkaa suunniteltaessa. Hoitajat kokivat, että kotipoliklinikan perustamisessa olisi erittäin tärkeää huolellinen suunnittelu, johon myös työtä tekevät hoitajat osallistuisivat.

”Ku toi kotipolitoiminta kesällä alkaa ni meil taas osaston miehitykset on aika minimissä, et me lähetään tonne maakuntaan kiertään. Mul ei sitä asiaa vastaan oo mitään, vaan se, se että otetaan osaston resursseista.”

Osastolla oli paljon joustavia ja toimivia hoitoratkaisuja, jotka sisälsivät tarpeen mukaiset hoitoratkaisut ja perheen. Tarpeenmukaisissa hoitoratkaisuissa huomioitiin myös perheen erilaiset tarpeet ja tilanteet. Osastolla huomioitiin eroperheille mahdolliset eri hoitokokousajat. Osastolta oli tehty kotiseurantakäyntejä jo ennen kotipoliklinikka toimintaa. Hoitajat kertoivat, että osastolla oli lisääntyvässä määrin tehty kotiin päin suuntautuvaa työtä, jossa menttiin perheen luo. Joustavuutena nähtiin myös kotona hoidon odottaminen.

”Ja ollaan mun mielestä päädytty ihan joustaviin ratkaisuihin mitä nyt jos vertaa menneisiin vuosiin niin niin tota on ollut niitäkin että on ollut tota esimerkiksi lähtenyt kotiin ja tullu vielä niinku uuteen hoitokokoukseen myöhemmin.”

”Ja on ollut niitä kotiseurantakäyntejä mitkä on ollut sitten enemmän perhehokoja, mutta tämmösiäkin ratkasuja että on ollut aika monenmoisia mihin ollaan päädytty”

Hoitajat kokivat **työryhmän vastuullisuuden** sisältävän koolle kutsumisen, hoidon suunnittelun hoitokokouksissa, vanhemmuuden tukemisen, erilaiset hoitonäkökulmat sekä jatkuvan keskustelun. Hoitajien kokemusten mukaan työryhmä oli vastuulliseksi. Hoitajat kokivat, että osastolta pyrittiin nopeasti saada yhteys nuoren verkostoon ja *kutsua se nopeasti*

koolle ja osallistumaan hoitoon mukaan. Hoitajat kokivat, että *hoidon suunnittelu tapahtui hoitokokouksissa*, eikä hoitoryhmä pohtinut hoitoa pelkästään keskenään. Mallin keskeisten periaatteiden mukaan ennen hoitokokousta pyrittiin olemaan tekemättä ennakkopäätöksiä hoidon suhteen. Hoitajat kokivat, että hoitoryhmästä aina joku pääsi osallistumaan hoitokokouksiin. Hoitajat kokivat, että aikaisempiin käytäntöihin verrattuna myös uloskirjoitus oli mahdollinen hoitokokouksessa ilman ennakkosuunnitelmaa. Työryhmän vastuullisuutena hoitajat kokivat myös *vanhemmuuden tukemisen*, johon liittyi vanhempien tiivis osallistuminen hoitoon sekä vastuun kantaminen omasta lapsestaan sairaalahoidon aikana. Hoitajat kokivat, ettei osastohoidon aika viety perheen vastuuta lapsesta hoitamalla kaikkia asioita perheen puolesta.

”Ajatus siitä et ei oteta nuorta meille hoitoon ja me hoidetaan kaikki vaan että se ajatus on just se et pidetään se perhe siinä mahdollisimman tiiviisti ettei oteta niitä perheen lankoja meidän käsiin vaan että vanhemmat pysyy vastuullisena nuoren asioista ja hoidosta ja et se on ehkä se mitä on ainakin pyritty korostamaan.”

Erilaiset hoitonäkökulmat koettiin vielä haastaviksi hoitokokouksissa. Hoitajat kokivat, että oli vaikea olla lääkärin kanssa eri mieltä hoitokokouksissa tai kyseenalaistaa lääkärin tekemiä päätöksiä. Hoitajat kokivat, että hoitajat pystyivät olemaan kierroilla eri mieltä asioista, mutta hoitokokouksissa tämä koettiin vielä harvinaiseksi. Hoitajien kokemusten mukaan, hoitokokouksista puuttui reflektio, mutta hoitajat kokivat sen olevan mahdollista ainakin hoitajien välillä.

”Kyllä varmaan mä uskon ainakin et hoitohenkilökunta kestäis sen oikein hyvin, et olis sen eri mieltä siinä ja niin ku lähtis siihen keskusteluun. Mut se on vaikeeta siinä se varmaan et se on niin ku vaikeeta, ku se on meille vierasta työ tota työtapa. Mut en mä sit tiedä miten lääkärin kanssa vois.”

”Meilt se reflektiivisyys vielä sieltä puuttuu siitä, mul ainaki puuttuu hoitokokouksessa, että.”

Jatkuva keskustelu koettiin ajoittain vaikeaksi. Prheille ei aina ollut etukäteen hoidon kautta oleelliseksi suunniteltuja tiiviitä viikoittaisia perhehoitokokouksia, joissa keskustelu olisi ollut etenevää ja jatkuvaa. Osaston yleisien kiireen nähtiin vaikeuttavan ja estävän säännöllisiä tapaamisia ja lisäksi lyhyet hoitajaksot vaikeuttivat jatkuvaa keskustelua. Hoitajat kokivat, että osaston toiminnasta ennakkoon tehdyt suunnitelman olisivat soveltuneet pidempiä

hoitajaksoja varten. Myös kolmivuorotyön nähtiin tuovan haasteita asioista ajan tasalla pysymisessä.

”Mikä on haitannu on se että kun tähän kuitenkin et se ois semmonen kunnollinen avoin dialogi joka etenee siihen pitäisi olla aika tiheesti ne tapaamiset perheen kanssa ni se ei nyt tässä onnistu kun kun ei oo semmosia aikoja, ei oo tarpeeks aikaa tavata perheitä niin paljon että se keskustelu olis jatkuvaa ja eteenpäin vievää.”

Hoitajat kokemusten mukaan **psykologiseen jatkuvuuteen** sisältyi yhteistyö avohoidon kanssa, toimiva avohoito, saattaen siirto, dialogin jatkuminen, hyvä tiedonkulku, työntekijöiden pysyvyys sekä luottamus toisiin hoitotahoihin. Psykologisessa jatkuvuudessa hoitajat kokivat keskeisenä asioina *yhteistyön avohoidon kanssa*. Sairaalahoitajakson aikana yhteistyötä oli ajoittain vaikea ylläpitää. Myös työntekijöiden vaihtuvuus toi haasteita yhteistyön sujumiseen ja jatkuvuuteen. Hoitajat kokivat, että lyhyilläkin kriisijaksoilla hoitovastuu siirtyi hoitavalle taholle eli sairaalalle ja usein avohoito oli silloin tauolla. Ennakkosuunnitelmissa avohoidon kanssa oli suunniteltu tiiviimpää yhteistyötä. Ennakkosuunnitelmissa oli viikko-ohjelmaan sijoitettuna avohoitokokous, jonka oli tarkoitus helpottaa yhteistyötä ja avohoitokokousten järjestämistä. Nämä suunnitellut avohoitokokoukset eivät olleet kuitenkaan järjestyneet. Joskus myös hoidon koettiin pitkittyvän, kun nuoren ei ollut heti ollut mahdollista päästä avohoitoon.

”Täs on hyvin harva joilla se avohoito pysyy mukana, se on yleensä tauolla ja sit se jatkuu ja kyl nää yhteiset palaverit kyl avohoidon kans, aika harvoin pääsee sielt ketään tulemaan.”

”Kun avohoitoo ei saatu heti järjestettyä, et vähän pitkitettiin hoitoo.”

Hoitajat kokivat, että usein nuorella oli hyvin *toimiva avohoito*. Hoitajat kokivat, että kriisi- ja vastaanotto-osastolla hoidossa olleille nuorille toimiva avohoito oli usein järjestynyt nopeasti sairaalahoitajakson jälkeen, mitä pidettiin tärkeänä. Hoitajat kokivat, että psykologisessa jatkuvuudessa myös tuleva kotipoliklinikka olisi hyvä, koska *siirto tapahtuisi saattaen turvallisesti kollegalle*. Hoitajat kokivat tarpeellisena, että kaikki nuoren hoitoon osallistuvat saisivat koulutusta avoimesta dialogista ja hoitomenetelmänä *dialogi jatkuisi* edelleen sairaalahoidon jälkeenkin, jonka koettiin auttavan kotona pärjäämisessä.

”Ni tavallaan toivois sitä avointa dialogia et se jatkuis (avohoidossa) se et jos perhe oppis siinä tavallaan puhumaan asioista, eri, edes puhumaan asiosita jotenki vähän oikeemmil nimillä ni sekin saattas tehdä niin ku jonkin muutoksen siel kotona, joka taas aiheuttais sen

että potilas ei tarttiskaan tulla hoitoon.”

Psykologisessa jatkuvuudessa hoitajat kokivat tärkeänä myös *hyvän tiedonkulun*. Hoitokokouksista poissaolevia verkoston jäseniä tiedotettiin päätöksistä ja pidettiin ajan tasalla. Hoitajat kokivat, että työryhmällä oli *hyvä tiedonkulkuun*, johon liittyi luottamus hoitoryhmäläisiin ja asioiden hoitamiseen sekä tiedonkulkuun hoitajien välillä. Hoitajat kokivat, että kirjaaminen osastolla oli parantunut ja kaiken oleellisen tiedon sai koneelta. Kuitenkin hoitajat kokivat, että tiesivät omista nuorista välillä hyvin vähän, jos olivat olleet vapaapäivillä. Hoitajat pitivät tärkeänä psykologisen jatkuvuuden kannalta, *työntekijöiden pysyvyyttä* pidettiin tärkeänä, johon sisältyi se että hoitokokouksissa työntekijöiden vaihtuvuus oli vähäistä. Hoitajien kokemusten mukaan oli tärkeää, että aina jonkun saman hoitaja olisi mahdollista osallistua hoitokokouksiin.

”Täs oli tää psykologinen jatkuvuus, ni sehän sit just voi olla sitäkin et ku hoitokokouksissa vaihtuu se työntekijä niin, sitä psykologista jatkuvuutta että niin sitä on siinä mielessä vaikee ehkä ylläpitää tai se on hankalaa jotenkin että, et se varmaan vaatii, emmä tiä mitä se vaatii, hiomista, että siihen tulis et ainaki joku ois sama niis hoitokokouksissa hoitokokouksesta toiseen, et niin ku kokonaisuus pysyis sillä lailla jatkuvana, että se jatkuvuus säilyis.”

Psykologisessa jatkuvuudessa oli tärkeää myös *luottamus toisiin hoitotahoihin*. Hoitajat kokivat, että lyhyellä hoitajaksolla oli mahdollista tehdä oma osuus työstä ja luottaa että toiset jatkavat siitä. Hoitajat kokivat myös, että nuorille verkosto sekä avohoito olivat tärkeitä.

Epävarmuuden sietämiseen sisältyi nuoren epävarmuus, vanhempien epävarmuus, työntekijän epävarmuus, hätä ja epätietoisuus, kohtaaminen, kotona hoidon odottaminen, huonokuntoisempien uloskirjoituksen sekä lyhyt hoitosuhde. Hoitajat kokivat että erilaisiin tilanteisiin liittyi *nuoren, vanhempien ja hoitajien epävarmuutta*. Hoitajat kokivat, että vanhemmilla oli usein hoidon alussa *hätä ja epätietoisuutta*. Usein hoitoontulo oli koko perheelle järkytys ja hoitajat kokivat, että usein vanhemmat saattoivat olla sokissa. Tässä epävarmuudessa hoitajat kuvasivat, että vanhempien *kohtaaminen* oli tärkeää. Hoitajat kokivat, että vanhempien oli tärkeää tulla kuulluksi ja todeksi otetuksi hädässään.

”Mutta se että joskus vanhemmat on voi olla aika järkyttyneitä siitä et nuori tulee hoitoon.”

”Vanhemmat on tykänny siitä et ne on heti otettu siihen mukaan ja asioit on niinku käyty läpi ja eikä se että sovittu johonkin viikon päästä joku tapaaminen et vanhemmat ei sit oikein tiedä et mitä tapahtuu ja ne on ehkä siit hädissään ja et mikä paikka tää on ja mitä täällä tehään ja

kauan nuori on tääl et hirveesti kysymyksiä.”

Hoitajat kokivat, että koska vanhemmat otettiin nopeasti hoitoon mukaan, niin asioita oli mahdollista läpikäydä heti. Hoitajat kokivat, että vanhemmilla oli paljon kysymyksiä ja niihin pyrittiin vastaamaan jo tulohetkellä. Vanhempien epävarmuus näkyi myös siinä, että vanhemmat kokivat nuoren kotiin ottamisen vaikeana.

”Vanhemmat on ollu hyvin epävarmoja ja on kuultu vanhempien toivetta että ei voi nuori tulla kotia.”

Kotona hoidon odottaminen koettiin haasteelliseksi, johon myös koettiin vaikuttavan lääkärien vaihtuminen ja epävarmuutta. Hoitajat kokivat, että työskentelyssä hoitajan oma epävarmuus oli haaste sekä oman epävarmuuden sietäminen oli tärkeää. Hoitajat kokivat, että epävarmuutta omaan työskentelyyn toivat muutokset työskentelyssä. Epävarmuutta aiheuttavana tekijänä koettiin myös se, että sairaalan kriisi- ja vastaanotto-osastolta *uloskirjoitettiin huonompikuntoisia* nuoria kuin aikaisemmin tutkimus- ja hoito-osastolta. Lisäksi myös *hoitosuhteen lyhyys* ja oman hoitotyön lyhyys hoitosuhteessa koettiin epävarmuutta aiheuttavina tekijöinä.

”Epävarmuuden sietäminen on tullu niin ku jollain lailla merkittäväksi asiaksi tässä työn myötä kun kirjoitetaan ulos huonompi kuntosia nuoria ni se jotenki se ajatus et me ei tehdä niin, niin lopullista työtä niin pitkällistä työtä ku ennen me tehdään vaan tää oma osuutemme, sit täytyy luottaa siihen et joku muu jatkaa sitä meidän hoitoa siellä avohoidossa tai muuta, et sitä on pakko ollu tavallaan sietää.”

Hoitajat kokivat mallin keskeisistä piirteistä merkittävänä dialogisuutta ja **dialogin synnyttämistä** eri äänten välille, johon sisältyi puheenavaus perheeseen, todellinen tilanne, luottamus, ammattitaito, vastuullisuus, kuuntelu, tasavertainen keskustelu, avoimuus ja uuden ymmärryksen syntyminen. Hoitajat kuvasivat, että usein keskustelevat hoitokokoukset olivat *puheenavausta perheeseen*. Puhuminen koettiin myös haasteena vanhemmille, koska oli perheitä, joissa ei ollut keskusteluyhteyttä. Keskustelun avulla vanhemmat tulivat tietoisiksi nuoren *todellisesta tilanteesta* ja nuori oli helpompi kotiuttaa sairaalajaksolta. Hoitajat kokivat, että myös perheet oppivat puhumalla.

” Monellahan on perheessä se jotenkin se umpikuja ettei oo puhuttu, puhuttu asioista oikeilla nimillä ainakaan tai vaik, ei oo puhuttu väärilläkään nimillä, ni ni niin ku jostain äänistä tai

itsetuhausuudesta tai yhtään mistään.”

Onnistuakseen dialogi vaati *luottamusta*. Hoitajat kokivat, että hoitajan tuli olla uskottava ja luotettava ja hoitohenkilökunnan *ammattitaito* toi turvallisuutta perheille. Onnistunut dialogi vaati ammattitaitoa ja vastuullisuutta. Hoitajat kokivat, että dialogia helpotti, että oli lupa tietää mitä tietää, eikä kaikkea tarvinnut tietää. Hoitajat kuvasivat tätä ei tietämisen tilana, joka kuitenkin tarkoitti, että hoitajilla oli runsaasti tietoa hoitotyöstä ja asioista sekä paljon ammattitaitoa.

”Et nyt on niin ku epävarmuutta silleen mut sit taas toisaalta on lupa myös niin ku sit tietää just niin vähän ku tietää.”

Dialogon synnyttäminen edellytti myös *kuuntelua*, jossa sekä vanhemmat että nuori tulivat kuulluiksi. Hoitajat kokivat, että perheet olivat erittäin tyytyväisiä kuulluksi tulemisesta. Merkittävänä asiana dialogin synnyttämisessä hoitajat kokivat tasavertaisuuden, jolla tarkoitettiin *tasavertaista keskustelua*, jossa kaikki kertoivat mielipiteensä ja jokaisen oli mahdollista tuoda esiin oman mielipiteensä sekä näkökulmansa asiasta. Myös asioiden täsmentämistä ja tarkentamista koettiin sisältyvän dialogiin. Oli tärkeää, ettei asioita saneltu ylhäältä alaspäin, vaan asioista keskusteltiin yhdessä perheen kanssa. Muutos koettiin suurena verrattaessa aikaisempaan lääkärivetoiseen työskentelyyn, jossa asioita usein kerrottiin perheelle.

”Se hoitokokous kun mikä ennen vanhaan se oli sellanen et lääkäri puhu, sit se kysy hoitajalta et onks sulla osaston näkökulmasta, sit puhu hoitaja ja sitte kukaan muu ei puhunukkaan lääkäri vaan kerto päätökset, et nyt kaikki puhuu kyllä.”

Dialogin synnyttämisessä hoitajat pitivät merkittävän asioina myös *avoimuutta ja luottamusta*. Hoitajat kokivat tärkeänä rohkeutta asioiden puheeksi otossa. Keskustelut koettiin hoitokokouksissa avoimempina, jolloin myös asioiden kyseenalaistamista pidettiin helpompana. Toisaalta hoitajat kokivat, että oli vaikea olla eri mieltä hoitokokouksessa. Erittäin tärkeänä asiana hoitajat kokivat *uuden ymmärryksen syntymistä dialogissa*, ja hoitajien kokemusten mukaan kotona oli tapahduttava muutos, jotta nuoren oli mahdollista palata hoitojakson jälkeen takaisin kotiin. Avoimen keskustelun nähtiin myös ennalta ehkäisevän sairaalaan joutumista.

”Jos siel kotona ei sit mikään muutu ni taas loksahetaan niihin entisiin kuvioihin, ni eihän se nuori sitte siitä miksikään vointi parane.”

Hoitajien kokemusten mukaan **hoitokokouksiin** sisältyi keskustelutilanteessa syntyvä hoitokokouksen rakenne, tasavertainen keskustelu, erilaiset asiasisällöt, hoidon suunnittelu, yhdessä pohtiminen, yhdessä päättäminen, ennakkosuunnittelemattomuus, kokemus ja ammattitaito. Hoitajat kokivat, että mallin soveltamisessa hoitotyöhön, suurin muutos oli tapahtunut hoitokokouksissa verrattaessa niitä aikaisempiin hoitoneuvotteluihin. Mallin soveltamisen tuomana suurena muutoksena oli *keskustelutilanteessa syntyvä hoitokokouksen rakenne*. Hoitajien kokemusten mukaan avoin dialogi oli haasteellinen tapa tehdä töitä ja vaati ammattitaitoa, koska hoitokokousten kokoonpano ja sisältö vaihtelivat paljon. Lisäksi työskentelytapa edellytti rohkeutta ottaa kantaa asioihin.

”Tää on aika haasteellinen tapa tehdä työtä se vaatii ammattitaitoo siinä mielessä että ne hoitokokoukset vaihtelee kokoonpanoiltaan ja sisällöltään aika paljo ja niissä pitää niin ku rohjeta ottaa kantaa.”

Hoitajat kokivat, että hoitokokoukset olivat paljon avoimempia ja keskustelevampia kuin hoitoneuvottelut, joita osastolla oli aikaisemmin ollut. *Keskustelu* hoitokokouksissa oli *tasavertaisempaa*, eikä ylhäältä sanelevaa kuten aikaisemmin. Vastuu hoidosta oli lääkäriillä ja eri hoitokokouksissa oli *erilaisia asiasisältöjä*. Lääkärin vastuulla oli aina uloskirjoitus ja lääkitysasiat ja perhehoitokokouksissa keskusteltiin paljon perheen arjesta ja käytännön asioista. Hoitajat kokivat, että perhehoitokokoukset olivat myös erilaisia verrattaessa aikaisempiin perhetapaamisiin. Perhehoitokokoukset koettiin paljon keskustelevammiksi ja vanhemmilla koettiin olevan niissä suurempi rooli kuin aikaisemmin ja heidän näkemyksensä tulivat paremmin esille.

”Oisko vanhemmilla nykyään kuitenkin suurempi rooli niissä hoitokokouksissa ku vertaa entisiin hoitoneuvotteluihin jolloin oli ehkä helposti tullu hoitohenkilökunnan etukäteen sovittua mitä siellä käydään läpi ja itä puhutaan että kun se on vähän vapaampaa ni ehkä se vanhempien näkemys pääsee entistä paremmin sitte esille.”

Hoidon suunnittelu ja asioiden koonti tapahtui hoitokokouksissa. Hoitokokouksissa myös nuorta autettiin kertomaan asioista ja ottamaan asioita puheeksi. Lisäksi hoitokokoukset ohjasivat hoidon suuntaa ja veivät hoitoa eteenpäin. Hoitajat kertoivat, että hoitokokoukset

olivat asioiden *yhdessä pohtimista*, jossa yhdessä perheen kanssa etsittiin hyviä hoidollisia ratkaisuja ja asioista pyrittiin *päättämään yhdessä*. Päätöksenteossa myös vanhempien näkemys oli arvokas. Keskustelevat hoitokokoukset olivat vähentäneet palaverin jälkeisiä puheita.

”Kyllä se hoito jotenkin etenee noitten hokojen kautta ja ne keskustelut käydään pitkälti siellä vaikka toki nyt muutenkin.”

”Niis (hokoissa) asioista oikeesti päätetään yhdessä perheen kanssa selkeemmin ku ennen että.”

Mallin keskeisten periaatteiden myötä hoitajat kokivat, että hoitokokouksissa muutoksena oli *ennakkosuunnittelemattomuus*. Hoitajien kokemusten mukaan hoitokokouksiin oli mahdollista mennä vähemmällä valmistautumisella kuin aikaisemmin, jonka koettiin helpottaneen työskentelyä. Hoitajat kokivat, että aikaisemmin hoitoneuvotteluissa oli paljon ennakkosopimista, joka oli muuttunut. Enää hoitokokouksissa ei tarvinnut tietää samalla tavalla kuin aikaisemmin. Hoitajat kokivat, että aikaisemmin hoitokokouksissa piti olla mielipiteet ja asioihin piti olla syventynyt. Toisaalta hoitajat kokivat, että tietäminen toi turvallisuutta.

”Voi mennä palaveriin tavallaan niin kun valmist, tai ei voi sanoa niin kun että valmistautumatta, mutta jollain tavalla valmistautuu tämmöseenkin mutta että, kuitenkin niin ku ei tarvi olla semmonen niin ku tietopankki päässä valmiina.”

” Ehkä niin kun jotenki ne paineet ehkä tuli siitä et pitää tietää ja että ku oli kuukautta aikasemmin sovittu palaveri ja sit sun täytyy olla tosissaan joku asiantuntija siellä ja valmiit mielpiteet ja kaikki semmoset ja olla syventynyt siihen asiaan”

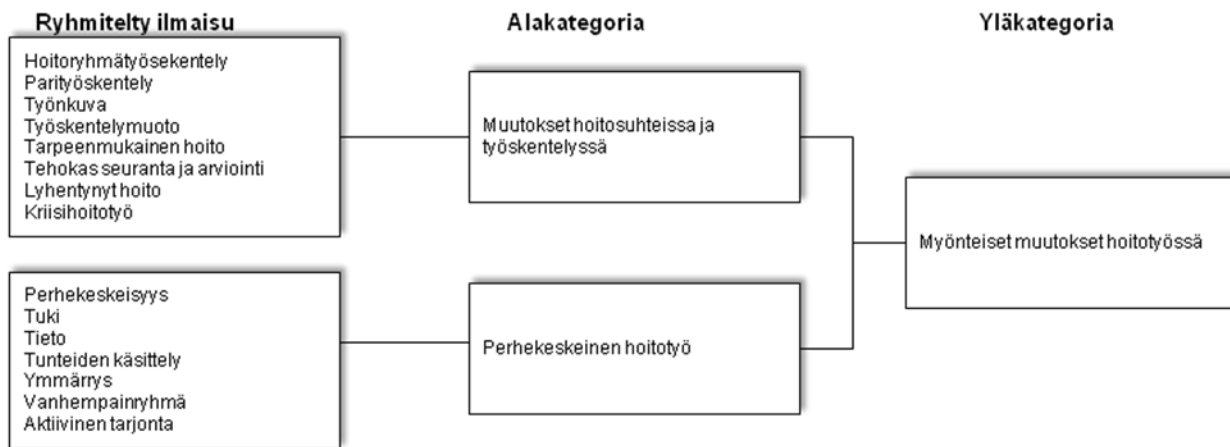
Hoitajien kokemusten mukaan *kokemus ja ammattitaito* auttoivat hoitokokouksissa keskustelevan ilmapiirin luomiseen ja ylläpitämiseen. Tähän auttoi työtoverin tuttuus ja toisen tunteminen sekä yhteinen ajatusmaailma sekä näkemys työstä, jolloin keskustelun koettiin etenevän luontevasti. Myös työkaverin ammattitaidon koettiin helpottavan työskentelyä. Hoitokokouksissa hoitajilla oli pyrkimys reflektointiin, joka vaatii vielä harjoittelua.

” Helpottaa jos on tuttu hoitaja, tuttu työkaveri, niin niin se niinku soljuu se juttu niinku itseksseen. Meil on silloin yhteinen tavot meil on yhteisii kokemuksii ja ja näkemys siitä työstä me tiedetään kumpiki me voidaan heittää sitä avointa juttua paremmin.”

”Jos tietää toisen työskentelytavan ja tietää et se on hyvä, ni onhan se aina ilonen yllätys että jes mä pääsen ton kaa hokoon, että tai jos tietää et se toimii silleen et ajatusmaailma kulkee suunnilleen yksissä, et ehkä vaan sit jotenkin ei jaksaa murehtia muista mut sit voi olla ilosia yllätyksiä..”

Myönteiset muutokset hoitotyössä

Myönteiset muutokset hoitotyössä muodosti 1) Muutokset hoitosuhteissa ja työskentelyssä ja 2) Perhekeskeinen hoitotyö. (Kuvio 5)



Kuvio 5. Hoitajien kokemuksia myönteisistä muutoksista hoitotyössä

Hoitajien kokemia myönteisiä muutoksia hoitotyössä olivat muutokset hoitosuhteissa ja työskentelyssä sekä perhekeskeinen hoitotyö. Muutoksiin hoitosuhteissa ja työskentelyssä sisältyivät hoitoryhmätyöskentely, parityöskentely, työnkuva, tarpeenmukainen hoito, tehokas seuranta, lyhentynyt hoito ja kriisihoitotyö. Hoitajat kokivat, että työskentely oli muuttunut omahoitajuudesta *hoitoryhmätyöskentelyksi*, joka oli sujuvaa, kokonpanoltaan ja tilanteen mukaan vaihtelevaa. Hoitoryhmä koettiin hyvänä asiana nopea tahtisessa työssä, koska koko hoitoryhmä hoiti potilaan asioita ja potilaiden vaihtuvuus oli suurta. Hoitajien kokemusten mukaan hoitoryhmätyöskentelyssä vastuu jakaantui ja usein jollain hoitajalla oli enemmän tietoa ja vastuuta nuoren asioista. Hoitoryhmätyöskentelyssä työparit vaihtuivat ja kaikkien kanssa tuli työskennellä. *Hoitajat kokivat parityöskentelyn* hoitokokouksissa mielekkäänä ja työtä helpottavana. Hoitajat kokivat, että profiloitumisen myötä heillä oli vähemmän tietoa toisten hoitajien ja hoitoryhmien nuorista.

"Nyt tässä taas sitte ku se jakautuu enemmän jotenki se vastuu mun mielestä, että ei se nyt kohdennu sitte, kaikki jakautuu."

Työnkuvaan ja työskentelytapoihin oli tullut muutoksia hoitotyön myönteisten muutosten myötä. Hoitajien kokemusten mukaan työnkuva ja hoito osastolla oli selkiytynyt ja työnteko oli tehokkaampaa. Hoitajat kokivat työskentelyn ja muutoksen mielekkääksi, johon liittyivät työn nopea tahtisuus sekä lyhyet hoitosuhteet. Työryhmän koettiin olleen innoissaan muutoksesta.

"Must tuntuu että se että tekee tehokkaammin työtä tai että näkee enmmän järjen siinä mitä tekee, ni on ollu semmonen hyvä muutos, mut sinänsä aina on aika iso iso juttu."

Hoitajien kokemusten mukaan hoito osastolla oli hyvin *tarpeenmukaista hoitoa, johon liittyi* nopeatahtisuus sekä hoidon tiivistyminen. Hoitajien kokemusten mukaan nuoren tilannetta seurattiin ja arvioitiin *tehokkaammin*, kuin aikaisemmin ja myös psyykkistä vointia seurattiin jatkuvasti. Hoitajat kokivat, että osastolla nuoren tilanteesta tehtiin nopea arvio johon liittyi osastohoitojaksolle asetetut realistiset tavoitteet ja hoidon koettiin olevan tässä hetkessä ja eteenpäin menoa. *Lyhyillä hoitajaksoilla* hoitajien kokemusten mukaan hoitokokoukset toteutuivat hyvin ja tiiviisti. Hoito osastolla oli profiloitumisen jälkeen paljon avoimempaa. Hoitajien kokemusten mukaan avoin dialogi lyhensi hoitajaksoja eikä ollut esteenä lyhyille hoitajaksoille.

"Ku tää (profiloituminen) lyhentää hoitoaikoja aika merkittävästi..."

"Mut ei tää (profiloituminen) oo ainakaan estäny lyhyitä hoitoja"

Nuoren osastohoidon tarvetta arvioitiin koko ajan. Hoitajien kokemusten mukaan jo lyhyessäkin hoitoajassa on näkyviä muutoksia nuoressa ja osastolla oli paljon kotiutuvia nuoria. Hoitajien kokemusten mukaan uloskirjoitus oli mahdotonta jos nuoren ja perheen asioista ei puhuttaisi perheen kanssa nuoren läsnäollessa.

"Tavallaan niinku kattoo tosi lyhkäseen miks on nuorii tullu ja tavallaan silleen paljo selkeemmin ehkä ne tavoitteet löytyy et mihin asioihin pitää saada mitäkin muutosta että pystyy kotiin palaamaan ja kokoajan arvioi sitä niinku että vähän että missä kohtaa ei ihan oikeesti suljettua osastoa tarvi ettei niinku pitketä yhtään ylimäärästä jos se nyt on meistä ainakin sitte."

"Kuitenkin sitä psyykkistä vointia ja sen etenemistä suuntaan tai toiseen ni arvioidaan jotenkin tehokkaammin..."

”Semmonen muutos on tapahtunu, että aikasemmin nuorta pidettiin hoidossa niin kauan kun elämässä oli hankalaa ja nyt enemmän arvioidaan psykiatriasta hoidontarvetta.”

Useilla hoitoon tulevista nuorista oli olemassa avohoitokontakti nuorisopsykiatriselle poliklinikalle, joten avohoito ei välttämättä estänyt nuoren tilanteen kriisiytymistä. Hoitajat kokivat, että nuorilla on traumaattisia kriisejä, mutta toisaalta hoitajien kokemusten mukaan akuutteja traumaattisia kriisejä osastolle tulevilla nuorilla oli vähän. Kriisi- ja vastaanotto osastolle tuli hoitoon myös nuoria, joille osastohoitojakso oli ensimmäinen hoitokontakti psykiatriassa. Hoitajien kokemusten mukaan kriisijaksolle tulevilla nuorilla saattoi olla yksittäinen tekijä pahoinvoinnin ja hoidon tarpeen vuoksi, eikä osastohoitojakson tarve johdu psykiatrisesta häiriöstä. Hoitajien kokivat, että perheet olivat kriisiytyneitä nuoren tullessa hoitoon ja nuoren hoitoon tulo oli perheelle aina kriisi. Myöskin kaikilla nuorilla oli akuutti tilanne osastolla.

” (hoitokokouksessa) Puhutaan tavallaan siitä jostain yksittäisestä tekijästä jonka vuoksi nuori voi niin huonosti et tarttee sairaalahoitoa, ehkä, tai jotain pysähdystä, mut se ei välttämättä aina oo se psykiatrinen syy minkä takii tarttee.”

Kriisihoitotyössä hoitajien kokemusten mukaan dialogi oli tärkeää. Kriisihoitotyössä hoitajien kokemusten mukaan on tärkeää, että kuunnellaan ja keskustellaan sekä käydään asiaa läpi ja selvitetään tilannetta. Kriisihoitojakso oli myös asioiden miettimistä ja hoitamista sekä usein aikalisä ottamista ja tilanteen rauhoittamista. Hoitojaksolla pyrittiin avoimen keskustelun avulla selvittämään myös vanhemmille nuoren todellinen tilanne sekä miettiä yhdessä keinoja vanhemmille nuoren auttamiseksi. Kriisihoitojaksoa oli lyhyt hoitojakso, jonka tavoitteena oli myös akuutin tilan rauhoittuminen. Hoitojakson aikana myös diagnoosin saaminen oli kriisi. Hoitojaksolla oli tiiviimmät tapaamiset ja hoitajien kokemusten mukaan hoitokokouksen sisältö voi olla erilainen, toisaalta hoitajat kokivat, ettei kriisihoito eroa paljoa osaston muusta hoitotyöstä.

”Se on tosi tärkeä et se tulee siinä keskustelun aikana niin ku perheelle tietoon, et missä ihan oikeesti mennään, mitä heidän pitäis ottaa huomioon, sen nuorikin voi kertoa siinä jos niin ku hyvin saadaan keskustelu auki et mikä häntä auttais, mitä hän toivois, et sillon se on eri pohja lähteä takasin vaikka kriisijaksolta kotiin jos siel on vanhemmat on ihan oikeesti kartalla ja heil on joku käsitys mikä nuorta auttaa.”

Hoitajat kokivat **perhekeskeinen hoitotyön** myönteisenä muutoksena hoitotyössä. Perhekeskeiseen hoitotyöhön sisältyi perhekeskeisyys, tuki, tieto, tunteiden käsittely, ymmärrys, vanhempainryhmä ja aktiivinen tarjonta. Perhekeskeinen hoitotyö oli osastolla kehittynyt ja lisääntynyt paljon aikaisempaan työskentelyyn verrattaessa. Nuorisopsykiatrisella osastolla *perhekeskeisyys* oli työskentelyssä välttämätöntä ja tärkeää. Hoitajien kokemusten mukaan useat perheet ovat rikkinäisiä, hyvin tarvitsevia ja vanhemmat hakevat ja tarvitsevat paljon *tukea* hoidon aikana. Hoitajien kokemusten mukaan tärkeä osa perhekeskeistä hoitotyötä oli konkreettisen *tiedon* jakaminen perheille. Hoitajat kertoivat, että vanhemmat tarvitsivat vastauksia kysymyksiinsä, joita on usein paljon hoidon aikana. Tiedon lisäksi tärkeä asia perhekeskeisessä hoitotyössä oli *tunteiden käsittely* ja hoidon aikana oli tärkeä pohtia vanhemmuuden herättämiä tunteita. Hoitajien kokemusten mukaan vanhemmat tarvitsivat *ymmärrystä* haastavassa tilanteessa ja hoitajat kokivat myös, että heidän oli tärkeä vastaanottaa vanhempien hätää ja pahaa oloa. Osastolla on *vanhempainryhmä*, jonka avulla pyritään tukemaan vanhemmuutta.

"Kun minusta tuntuu, että perheet on tosi risoja ja apua tarvii paljo, paljo monessa asiassa."

"Ton vanhempainryhmän myötä tullu se ajatus et kyl ne tosi paljon tarvii ne perheet."

Vanhemmuuden tukeminen oli myös kuuntelua sekä ohjaamista vanhemmuuteen ja keinojen antamista arkeen. Nuoret tarvitsivat tukevaa vanhemmuutta, jonka vuoksi vanhempia piti pystyä tukemaan paljon. Yksi tärkeä vanhemmuuden tukemisen muoto osastolla oli vanhempainryhmät, jotka olivat ohjattuja, mutta kuitenkin niissä oli mahdollisuus vertaistukeen. Hoitajat kokivat, että vanhemmuuden tukemista tarvittaisiin lisää ja siihen tulisi panostaa vielä enemmän osastolla. Hoitajien kokemusten mukaan vanhemmuuden tukeminen oli myös haastavaa lyhyellä hoitojaksolla.

"Mä aattelen tai sillon ennen kun tehtiin pidempiä hoitojaksoja, ni sillon on ollu aikaa enemmän niin ku tavallaan vanhempienkin kasvaa siihen vastuuseen, ehkä uusiin haasteisiin. Et nythän se täytyy se anti olla lyhyessä ajassa jotenki. Täytyy kauheen paljon tukea. Et mun mielest se on haaste meille."

Hoitajien kokemusten mukaan hoidon tulisi olla vielä perhekeskeisempää ja perhekeskeisyyttä tulisi korostaa vielä enemmän nuorisopsykiatrisessa hoidossa. Perhehoitokokoukset osastolla järjestetään perheen tarpeista, mutta perhehoitokokousaikoja tulisi *tarjota vielä aktiivisemmin*. Aktiivisempi perhetyö oli myös vähentänyt puhelimesta

käytyjä keskusteluja. Hoitajien kokemusten mukaan vanhempien tukemista olivat myös vanhempainryhmän ja perhehoitokokousten lisäksi epäviralliset keskustelut, jotka usein nousivat vanhempien tarpeesta. Perhekeskeisen hoidon takana oli muuttunut toimintatapa ja vanhempien koettiin pysyneen samanlaisina kuin aikaisemmin.

”Mä kans ajattelen et jotenkin toi perhekeskeinen hoitotyö se nyt on ihan välttämättömän tärkeä niinku nuori hoidetaan pakko yrittää sitä perhekeskeisyyttä korostaa mun mielestä se on lisääntyny tosi paljon tän hoko käytäntöejn myötä ja perhe on aina olleellinen osa.”

”Asiantuntemuksesta on kiitetty, et ilmeisesti on saanu sit oikeita vastauksia ja sitä tietoa mitä on kaivannu, kun on niin ku kiitelleet et on asiantuntevaa hoitoa.”

”Eihän vanhemmat sinäänsä oo varmaan muuttunu vaan se just meidän toimintatapa, et ollaan nyt alettu toimii näin ja huomattu että kyllä ne vanhemmat tulee kun pyydetään, ni pidetään sitä tärkeenä sitä heidän osallistumista.”

5.3 Tulosten yhteenveto

Hoitajien kokemukset avoimen dialogin hoitomallin soveltamisesta nuorisopsykiatrisessa hoitotyössä muodostivat ydinkategoriaksi vaativan ja mieluisen muutoksen, joka muodostui soveltamista helpottavia tekijöistä, haasteista mallin soveltamisessa, hoitotyön haasteista, mallin keskeisistä periaatteista hoitotyön apuna sekä myönteisistä muutoksista hoitotyössä..

Hoitajat kokivat mallin soveltamisessa helpottavana tekijänä ennakkokouluttautumisen, jossa tärkeitä olivat erilaiset koulutukset. Myös työryhmän yhteinen keskustelu ja suunnittelu koettiin mallin soveltamista helpottavana tekijänä. Lisäksi työharjoittelujakso toisen sairaalan nuorten kriisi- ja vastaanotto-osastolla, jossa mallia käytetään, koettiin hyvänä ennakkokouluttautumisena. Käytännön jakso vastaavassa toimintaympäristössä nähtiin avartavana ja omaa ajattelua muuttavana ja hoitajien kokemusten mukaan merkittävää oli nähdä mallin toimivuus käytännössä. Myös profiloitumisen jälkeen alkaneista koulutuspäivistä ja etenkin osan hoitajien saamasta perhetyön koulutuksesta, jossa oli ollut kouluttaja avoimesta dialogista, koettiin olleen hyötyä uuden työskentelyn helpottamiseksi. Perhetyön koulutus sekä kriisihoitotyön osaaminen nähtiin kehityshaasteena työskentelyssä. Lisäksi hoitajat kokivat, että ovat työskentelyn myötä oppineet paljon ja opettelu jatkuu edelleen.

Hoitajat kuvasivat, että heillä oli kokemustensa mukaan hyvin erilaiset ja eritasoiset tiedot avoimen dialogin hoitomallista sekä sen toimivuudesta käytännöstä toimintaa aloitettaessa. Vaikka ennakkokouluttautuminen nähtiin tärkeänä osana mallin soveltamisessa, koettiin se myös riittämättömäksi. Osa hoitajista koki, että riittämätön ennakkokouluttautuminen oli aluksi vaikeuttanut paljon työskentelyä, koska perusasiat olivat vielä hyvin epäselviä. Lisäksi epävarmuus toi ristiriitaa työryhmään. Hoitajat kokivat, että olisi ollut hyödyllistä työryhmässä harjoitella hoitokokouksia ja avointa dialogia ennakkoon.

Työryhmällä oli iso merkitys mallin soveltamisessa ja muutoksessa. Hoitajien kokemusten mukaan profiloitumista ja uusien työskentelytapojen opettelua ja mallin soveltamista edesauttoivat jo pitkään yhdessä työskennellyt työryhmä. Toisten työtapojen ja ajatusmaailman tunteminen helpotti yhdessä työskentelyä ja avoimen dialogin sujuvuutta. Hoitajat kuvasivat työryhmää myös ammattitaitoiseksi sekä kehitysmyönteiseksi. Hoitajien kokemusten mukaan avoimen dialogin hoitomalli oli toimiva malli nopea tahtiseen työhön kriisi- ja vastaanotto-osastolla.

Haasteina mallin soveltamisessa koettiin useat samanaikaiset muutokset. Malli nähtiin haastavaksi tavaksi tehdä työtä ja ammattitaitoa vaativana. Toisaalta hoitajat kokivat, että muuttuneissa työtavoissa vain avoin dialogi oli osa hoitomallia ja muut muutokset johtuivat osaston profiloitumisesta. Hoitajat kokivat, että oli vaikea tietää mikä muutoksessa oli lähtöisin avoimen dialogin hoitomallista ja mikä muista muuttuneista hoitokäytännöistä. Työmuodon tuoma epävarmuus työskentelyssä koettiin myös haastavana, koska aluksi hoitajilla oli ollut liian vähäiset tiedot ja taidot työskentelyyn. Myös työnohjauksen puuttumien aluksi työskentelyn viereltä koettiin työn tekoa hankaloittavana asiana. Hoitajat kertoivat, että hoitokokousten käytännöt vaihtelivat vielä paljon ja hoitokokouksen kokoonpanolla oli suuri vaikutus kokoukseen. Myös dialogin opettelu koettiin mallin soveltamisessa haastavana. Hoitajien kokemusten mukaan dialogisuus vaihteli hyvin paljon hoitokokouksissa ja dialogisuuden koettiin vaativan ammattitaitoa. Eräs avoimelle dialogille keskeinen piirre, jonka hoitajat kuvasivat työskentelystä vielä puuttuvan, oli reflektointi. Hoitajat kuitenkin tunnistivat asian työskentelyssään ja olivat tietoisesti pohtineet, että aikovat alkaa kokeilla sitä hoitokokouksissa.

Hoitotyön haasteina hoitajat kokivat sekä työn kuormittavuuden että työmäärän lisääntymisen. Haastetta työskentelyyn toi myös sosiaalityön pienet resurssit, koska lähes jokaisen nuoren

tilanteessa oli sosiaalityö mukana. Osastolla myös väkivalta oli raaistunut ja lisääntynyt. Hoitajat kokivat, että lyhyt hoitajakso toi haastetta ja ajoittain on epävarmuutta selviääkö nuori avohoidossa. Myös pyöröovi-ilmion koettiin viestivän liian lyhyestä hoitajaksesta.

Hoitajat tunnistivat työssään mallin keskeisten periaatteiden eli välittömän avun, sosiaalisen verkoston huomioimisen, joustavuuden ja liikkuvuuden, työryhmän vastuullisuuden, psykologisen jatkuvuuden sekä epävarmuuden sietämisen sekä dialogisuuden. Lisäksi keskustelevat hoitokokoukset koettiin muutoksena, jossa avoin dialogi oli mahdollista. Epävarmuuden sietämistä sekä omaa että vanhempien, pidettiin merkittävä asiana hoitotyössä, koska osastolta uloskirjoitettiin paljon huonompikuntoisia nuoria kuin aikaisemmin.

Hoitajien kokemusten mukaan profiloitumisen ja mallin soveltamisen myötä myös hoitotyössä sekä työskentelyssä oli tapahtunut myönteisiä muutoksia. Muuttuneiden työskentelytapojen myötä hoitajat kokivat, että hoito oli enemmän tarpeenmukaista ja oma työnkuva oli selkiytynyt ja työskentelyä pidettiin myös tehokkaampana. Hoitajat kertoivat pitävänsä nopeatahtisesta työstä sekä hoitoryhmätyöskentelystä.

Merkittävä muutos hoitotyössä oli perhekeskeinen hoitotyö. Hoitajien kokemusten mukaan perhekeskeinen hoitotyö oli lisääntynyt huomattavasti osastolla, mutta hoito saisi olla vielä perhekeskeisempää. Vanhemmuuden tukeminen nähtiin erittäin tärkeänä osana hoitoa. Nuoren kotona oli tapahduttava muutos, että nuoren oli mahdollista palata takaisin kotiin ja että hoito kantaisi. Hoitajat kokivat merkittävänä asiana, että vanhemmat osallistuvat aktiivisesti lapsensa hoitoon myös sairaalahoitoaikana ja ettei perheen lankoja viedä vanhempien käsistä tai lapsista tule sairaalan lapsia, vaan että vastuu lapsesta säilyy vanhemmilla.

6 POHDINTA

6.1 Tutkimukseen liittyvät eettiset näkökohdat

Tutkimuksen tekemisen eettiset haasteet koskevat koko tutkimusprosessia suunnittelusta julkaisemiseen asti. Tutkimusetiikassa on kyse useista valinta- ja päätöksentekotilanteista, joita tutkimusprosessin eri vaiheissa tutkijan on ratkaistava. (Kylmä & Juvakka 2007.) Tutkija piti aihevalintaa perusteltuna, koska nuorisopsykiatrista hoitotyötä ja perhekeskeistä hoitotyötä on tutkittu vähän hoitotieteen näkökulmasta. Myös perheen hyvin- ja pahoinvointi sekä lisäksi laadukas hoitaminen terveydenhuollossa ovat jatkuvasti ajankohtaisia asioita ja näistä kysymyksistä tarvitaan tutkimustietoa lisää. (Åsted-Kurki ym. 2008). Lisäksi nuoret ovat riippuvaisia perheestään ja monella tavalla siihen sidoksissa, joten perhekeskeinen tutkimus on välttämätön osa nuorisopsykiatrista tutkimuskokonaisuutta ja perusteltua. (Piha 2004.) Tutkimustulosten avulla voidaan kehittää hoitotyön menetelmiä ja henkilökunnan ammatillisuutta sekä parantaa hoitotyön laatua perhe ja verkostokeskeisessä hoitotyössä. Tutkimuksen ei arvioitu aiheuttavan riskejä tutkittaville.

Tutkimukselle haettiin lupa tutkimusorganisaation tulosalueen johtavalta ylihoitajalta. Tutkimuksen tiedonkeruu tapahtui organisaatiossa työskenteleviltä hoitajilta, joten tutkimus ei suoraan kohdistunut yksikössä hoitoa saaviin nuoriin tai heidän perheenjäseniinsä. Tästä syystä eettisen toimikunnan lupaa tutkimukselle ei tarvittu. Laadullisen tutkimuksen tärkeitä eettisiä periaatteita ovat luottamuksellisuus sekä tiedonantajan vapaaehtoisuus ja henkilöllisyyden suojaaminen. On myös tärkeää, että tutkija ei vahingoita tiedonantajaa. Tiedonantaja ei välttämättä hyödy tutkimuksesta, kuitenkin tutkimus voi parhaimmillaan olla edistämässä heidän tietoisuuttaan tutkittavasta asiasta. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003.) Usein aineistonkeruussa on läheinen kontakti tutkimukseen osallistujiin (Kylmä & Juvakka 2007). Eettisenä näkökohtana oli tärkeää tarkastella tutkijan roolia työyhteisössä ja ympäristössä jossa tutkimus toteutettiin. Tutkija on työskennellyt osastolla useita vuosia. Kuitenkin tutkija oli opintovapaalla työyhteisöstä haastattelujen aikana ja toisessa työpaikassa tutkimuksen edetessä aineiston analysoinnista valmiiksi tutkimukseksi. Myös tutkimustuloksissa esiin noussut hoitajien kokemukset toimivasta työyhteisöstä ja tutkijan ennako tietä siitä, helpotti päätöstä tutkimusta suunniteltaessa. Tutkimuksesta kerrottiin osaston koulutuspäivänä ja hoitajille lähetettiin henkilökohtaisesti sähköpostitse tiedote

tutkimuksesta sekä suostumuslomake ja teemahaastattelurunko, Liitteet 1,2 ja 3. Tutkimukseen osallistuminen oli hoitajille vapaaehtoista ja he tiesivät, että osallistuminen tai osallistumattomuus eivät vaikuttaneet heidän työhönsä mitenkään. Hoitajat myös tiesivät, että haastattelut oli mahdollista keskeyttää tutkimuksen missä tahansa vaiheessa. Hoitajat allekirjoittivat suostumuksensa tutkimukseen osallistumisesta, jota säilytettiin tutkimuksen valmistumisen ajan. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003; Hirsjärvi ym. 2007.)

Henkilöllisyyden suojaaminen ei täysin ollut tutkimuksessa mahdollista, koska aineiston keruu tehtiin ryhmähaastatteluina. Kuitenkin tutkimuksessa käytetyt lainaukset ovat nimettöminä tutkimuksessa. Tutkijan ymmärryksen ja työyhteisön tuntemuksen mukaan aihe ei ollut liian henkilökohtainen tai arka ryhmähaastatteluun. Ryhmiä muodostettaessa pyrittiin myös huomioimaan ryhmän toimivuus ja löytämään ryhmälle yhdistäviä tekijöitä, kuten yhteinen ryhmätyönohjaus, yhteinen perhetyönkoulutus, yhteinen vanhempainryhmätyöskentely sekä yhteinen pitkään työskentely. Tiedonantajat eivät periaatteessa hyödy tutkimuksesta, mutta kuitenkin oman työn pohtiminen on voinut olla antoisaa ja edistää omaa ajattelua osaston profiloitumisesta ja muutoksesta työskentelyssä. Tutkija pyrki toimimaan tutkimuksen kaikissa vaiheissa hyvän tieteellisen käytännön ja eettisten periaatteiden mukaisesti. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003; Hirsjärvi ym. 2007.)

6.2 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksessa virheiden syntymistä pyritään välttämään, mutta kuitenkin tulosten luotettavuus ja pätevyys vaihtelevat. Siksi kaikissa tutkimuksissa pyritään arvioimaan tehdyn tutkimuksen luotettavuutta. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007.) Laadullisen tutkimuksen luotettavuuskysymykset liittyvät tutkijaan, aineiston laatuun, aineiston analyysiin sekä tulosten esittämiseen. Tutkijalla on aikaisempaa kokemusta laadullisen tutkimuksen tekemisestä, yksilöhaastatteluista sekä sisällönanalyysin käytöstä, mikä helpotti tutkimuksen tekemistä ja aineiston analysointia. Tutkijan kokemuksen mukaa, tutkittava ilmiö on tavoitettu hyvin ja haastattelut olivat onnistuneita ja aineisto vastasi hyvin tutkimustehtävään. Aineiston analysoinnissa keskeistä on luokittelujen tekeminen ja lukijalle on kerrottava luokittelun syntymisen ja luokittelujen perusteet (Hirsjärvi ym. 2007). Tutkimuksessa tehdyt luokittelut löytyvät kuvioina tekstistä sekä yhtenäisenä liitteenä tutkimuksen lopusta, jossa ne ovat

selkeästi esitetty kuviona, jotta lukija voi niitä seurata, Liite 5. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003.)

Kvalitatiivisen eli laadullisen tutkimuksen luotettavuutta arvioitaessa tarkastellaan tutkimuksen totuusarvoa, sovellettavuutta, pysyvyyttä ja neutraaliutta. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003). Kvantitatiivisessa tutkimuksessa tiedon hankintaa ohjaavat yleensä aikaisempaan tietoon perustuvat käsitykset ilmiöstä ja käsitteistä rakennettu teoria tutkittavasta ilmiöstä (Erätuuli, Leino & Yli-Luoma 1994). Tutkimuksen teoreettinen viitekehys on kirjoitettu useita lähteitä käyttäen ja käsitteet huolellisesti määritellen. Tutkimustulosten luotettavuudessa huomio on kiinnitettävä kahteen seikkaan, eli miten luotettavia ovat saadut tulokset, eli kuinka hyvin tulokset vastaavat todellisuutta ja saadaanko todella tutkimuksessa käytetyillä menetelmillä vastaukset tutkimusongelmiin. Molemmat näkökohdat ovat ihmistieteissä ongelmallisia. (Erätuuli ym. 1994) Aineisto kerättiin sairaalassa työskenteleviltä niiltä hoitajilta, jotka olivat soveltaneet kyseenomaista mallia hoitotyössä, koska tältä ryhmältä kerätyn aineiston oletettiin antavan tietoa tutkittavasta ilmiöstä heidän kokemustensa perusteella. Luotettavuutta lisää tutkimukseen vapaaehtoinen osallistuminen. Osana tutkimusaineistoa olevan esihaastattelun avulla, pyrittiin varmistamaan ja tarkistamaan, että haastattelun kysymykset/teemat vastaavat siihen mitä tutkitaan. Digitallentimen käyttö haastatteluissa lisää tutkimuksen luotettavuutta, koska se tallensi tiedon täsmällisesti ja aineisto oli mahdollista kirjoittaa tekstiksi sanasta sanaan. Tutkija itse kirjoitti haastattelut, jolloin myös tutkimusaineisto tuli hyvin tutuksi tutkijalle. Lisäksi ryhmähaastatteluissa ei tullut vaikeutta tutkijan tietää kuka haastateltavista kertoi kokemuksista, koska äänet olivat tutkijalle tuttuja. Aineiston analysoinnin luotettavuutta lisäsi myös se, että tutkittava ilmiö ja tutkimusympäristö ovat tuttuja tutkijalle, joka pois sulki vääринymmärrysten mahdollisuuksia. Tutkija pyrki kuitenkin myös pois sulkemaan ennakko-oletukset. Sisällön analyysin luotettavuutta pyrittiin lisäämään face-validateettia käyttämällä, eli tulos esitettiin avoimen dialogin hoitomalliin hyvin perehtyneelle henkilölle, eli tutkimuksessa mukana olleille henkilöille, joiden kanssa tuloksia pohdittiin yhdessä. Tutkija pohti myös tutkimuksessa syntyneen tulkinnan paikkansapitävyyttä, ja tutkijan mukaan tulkinta päti koko tutkimusaineistossa ja siinä ympäristössä jota tutkittiin. (Hirsjärvi & Hurme 2004).

Tutkimustulokset raportoitiin rehellisesti, avoimesti, yksinkertaisesti ja tarkasti. Aineiston ja tulosten välinen yhteys on pyritty esittämään runsasmääräisien lainauksien avulla

haastatteluista, mikä mahdollistaa lukijalle tutkijan analyysin periaatteiden seuraamisen ja arvioinnin. Lainaukset on tehty niin, että henkilöitä ei voida tunnistaa. Lisäksi tutkimustulosten sovellettavuutta on pohdittu vertailemalla niitä muihin tutkimustuloksiin. Tutkimustuloksien pysyvyyttä ja neutraaliutta on myös pyritty pohtimaan tulosten tarkastelun yhteydessä. Tutkimuksen tulokset saavat tukea muilta tutkimuksilta. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003; Hirsjärvi ym. 2007.)

6.3 Tulosten tarkastelu

Hoitajien kokemusten mukaan avoimen dialogin hoitomallin soveltaminen osaston työskentelyssä oli sujunut hyvin, ilman suurempaa muutosvastarintaa. Kuitenkin haastavina asioina koettiin ennakkokouluttautumisen vähyys sekä työnohjauksen puute. Niiden olisi uskottu auttavan muutoksessa ja lisänneen ammattitaitoa ennen uuden hoitomallin soveltamista. Kuitenkin hoitajat kokivat, että olivat nopeasti sisäistäneet uuden työskentelytavan. Pyhäjoki (2005) kuvaa, että ajattelutavan muutos sekä yksilökeskeisestä työotteesta että vahvasta sektorijakoisista rakenteista kohti dialogista asiantuntijuutta ja verkostomaista työtettä on hidas ja haasteellinen prosessi, joka on erilainen hoitajien kokemukseen verrattuna.

Hoitajien kokemusten mukaan hoitokokouksissa dialogit olivat tasavertaisia, avoimia ja luottamuksellisia. Dialogissa perheen kanssa yhdessä pohdittiin ja päätettiin asioista. Hoitajat kuvasivat, että keskusteluissa syntyivät hoitokokouksen rakenne ja asioiden uusi ymmärrys. Myös Seikkula & Arnkil (2005) kuvaavat, että avoin dialogi perustuu työntekijän, sairastuneen ja perheenjäsenten väliseen yhteistyösuhteeseen, jonka elementtejä ovat tasa-arvoisuus, avoimuus ja demokraattisuus. Dialoginen tietäminen rakentuu yhdessä perheen kanssa. Työntekijät heittäytyvät keskustelun vietäväksi, reagoivat perheen toiveisiin ja opastavat ajankohtaisissa kysymyksissä.

Hoitajat kuvasivat että usein hoitokokouksissa on helppo olla, koska niissä ei tarvitse tietää ja voi olla ei tietämisen tilassa, vaikka oikeasti on olemassa vankka ammattitaito nuorisopsykiatriasta. Kokouksia ei tarvitse suunnitella etukäteen, vaan tilanne ohjaa keskustelua. Mönkkönen (2002) mukaan dialogin yhdessä rakennettavista tulkinnoista, syntyy

paradoksi, jossa sosiaalialan vuorovaikutuksen asiantuntijuutta kehitetään suuntaan, jossa asiantuntijakaan ei tiedä. Tutkimukseen osallistuneilla hoitajilla oli hyviä kokemuksia onnistuneista hoitokokouksista, joissa vuorovaikutus oli ollut dialogista. Työryhmän jäsenten keskinäinen kytkeytyminen on tärkeää dialogisuuden ja polyfoonisuuden kannalta (Haarakangas 1997). Tutkimukseen osallistuneet hoitajat kuvasivat myös keskinäisen yhteyden ja tuttuuden merkitystä ja toisen työntekijän ajatusmaailman tuntemusta dialogisuuden syntymisessä.

Hoitajien kokemus oli, ettei keskustelu hoitokokouksissa aina ollut kovin dialogista ja tilanteen ilmapiirillä ja jännitteellä oli siihen suuri vaikutus samoin kokoonpanolla. Myös Haarakankaan (1997) mukaan on mahdollista, että työryhmän joku ääni nousee hallitsevaksi ja keskustelua ohjaavaksi näkökulmaksi. Lisäksi Mönkkönen (2002) kuvaa että dialogisen vuorovaikutusorientaation esteenä voi olla asiantuntijakeskeinen tai asiakaskeskeinen vuorovaikutusorientaatio. Tutkimukseen osallistuneet hoitajat kuvasivat, etteivät hoitokokoukset enää kuitenkaan olleet niin ylhäältä alaspäin sanelevia. Reinikaisen (2007) tutkimuksessa lapset ja nuoret eivät aina kokeneet keskustelua dialogiseksi ja neuvonpitojen ilmapiiri vaihteli. Hoitajat kokivat, että muutos lääkärivetoisista hoitoneuvotteluista, joissa asiat kerrottiin, kohti keskustelevia hoitokokouksia on ollut iso muutos. Hoitajat kokivat, että hoitomalli oli ajanmukainen, että psykiatria ei voi olla erillisenä paikkana, missä ei kerrota asioista, vaan mielenterveyshoitotyö on muuttunut avoimempaan suuntaan. Kuitenkin hoitajat kokivat, että työskentelytapa oli haastava ja vaati kokemusta ja ammattitaitoa. Haarakankaan (2011) mukaan avoin dialogi on yksinkertaista, mutta kuitenkin samalla usein yllättävän vaikeaa. Kokon (2006) mukaan vetäjän rooli palaverissa on tärkeä, koska he pitävät palaverin koossa esittämällä kysymyksiä, ohjaamalla kulkua ja auttavat dialogissa löytämään ja sanomaan tärkeitä asioita ääneen. Avoimen dialogin hoitomallissa vastuullisuus tarkoittaa myös työntekijän vastuuta keskustelun synnyttämisestä ja ylläpidosta (Haarakangas 1997). Hoitajat kuvasivat myös hoitokokousten vetovastuuta ja sen merkitystä dialogisuudelle. Aarnio (1999) kuvaa tutkimuksessaan, että vuorovaikutusyhteiskunta saa vielä odottaa, koska hänen mukaansa monologisen kommunikaation väistyminen vie aikansa.

Hoitajat kuvasivat, että yhteistyötahoille oli ajoittain haastavaa, että nuori oli läsnä hoitokokouksessa päätöksiä tehtäessä. Myös Reinikaisen (2007) tutkimuksessa on saman suuntaisia tuloksia, kun läheisneuvonpitoa on pidetty lastensuojelussa aivan uudenlaisena,

perinteistä asiakastyötä radikaalisti haastavana työtapana. Lapsilähtöiset työtavat pyrkivät luomaan edellytykset lasten aidolle osallisuudelle, kun taas perinteisessä lastensuojelun työtavoissa lasten asiakkuus on useimmiten passiivista ja piilossa.

Tutkimukseen osallistuneet hoitajat kokivat, että työskentelytapa vaatii paljon tietämystä ja taitamista eli vankkaa ammattitaitoa, mutta myös herkkyyttä ottaa asioita esiin, etteivät vanhemmat koe että heitä syytetään tai loukataan. Myös vanhemmuuden tukeminen koettiin erittäin tärkeänä ja keskeisenä hoidossa. Haarakangas (1997) kuvaa, että hoitoprosessin kuluessa työryhmä voi ottaa käsiteltäväksi asioita, joista perhe ei ole vielä voinut puhua, joka luo edellytyksiä terapeuttiselle muutoksille asiakkaiden merkityssysteemissä.

Haarakangas (2007) sekä Johansson (2009) kuvaavat dialogisen suhteen luomisen perustana kytkeytymistä keskustelualueella keskustelukumppaneiden kielialueeseen. Tutkimukseen osallistuneet hoitajat eivät haastatteluissa tuoneet tätä esiin tai kuvanneet asiaa eri teemoissa. Hoitajat kuitenkin kuvasivat tasa-arvoisuuden merkitystä dialogin onnistumisessa, jossa jokaisen mielipide tulee kuulluksi. Haarakangas (1997) kuvaa, että usein reflektion esteenä on liiallinen varmuus, tai sitten se jää helposti tyhjäksi analysoinniksi. Hoitajat kertoivat haastatteluissa, että reflektiivisyys on tärkeä osa avointa dialogia, mutta he kuvasivat reflektiivisyyttä haastavaksi ja osa pohti, että se vielä puuttuu hoitokokouksista.

Hoitajat kuvasivat haasteena sekä työmuodon tuomaa omaa epävarmuutta että vanhempien epävarmuutta joita tilanteisiin liittyi. Hoitajien kokemusten mukaan epävarmuuden sietäminen oli tärkeä osa työtä. Maaliin kuulumaton ennakkosuunnittelemattomuus ja valmistautumattomuus vaativat myös epävarmuuden sietämistä. Hoitajat kokivat, että tietäminen toi helposti turvaa. Ojasen (2006) mukaan vaikka elämä on täynnä epävarmuuksia, on ihmisellä sisäinen tarve hallita elämää. On tärkeää ettei epävarmuus pääse muodostumaan kaaokseksi. Toiset ihmiset myös sietävät vähemmän epävarmuutta ja tarvitsevat elämälleen selkeämmät puitteet.

Hoitajat kuvasivat myös asiantuntijuuden tärkeyttä hoitotyössä. Hoitajien kokemusten mukaan asiantuntijuus näkyi hoitokokouksissa ei tietämisen tilana, jolloin todellisuudessa hoitajalla oli runsas tietomäärä, mutta hän kykeni katsomaan asioita tilanteessa aitona, ilman ennakkosuunnitelmia. Myös Johanssonin (2009) mukaan psykoedukatiivisten perheinterventioiden toteutus ei vaadi hoitajalta erityisiä perheterapeuttisia taitoja.

Työntekijällä tulee kuitenkin olla kokemusta sekä tietoa psyykkisistä sairauksista sekä kykyä käsitellä perheen stressiä ja emotionaalisia reaktioita. Hoitajien kokemusten mukaan he toivoivat saavansa lisäkoulutusta, koska sen avulla toivottiin saavan lisää ammattitaitoa käsitellä perheenjäsenten tunteita nuoren joutuessa sairaalaan, sekä rohkeutta nostaa tärkeitä asioita esille.

Hoitajat kokivat myös erittäin tärkeänä asiana, että sekä vanhemmat että nuoret tulevat kuulluksi ja vakavasti otetuksi hoidossa. Myös Johanssonin (2009) tutkimuksessa työntekijät kokivat avoimen puheen yhdessä sekä jokaisen kuulluksi tulemisen vaikuttavimmaksi tekijäksi perheinterventiomallissa. Hoitajien kokemusten mukaan myös tiedon antaminen perheille oli tärkeää ja yksi merkittävä osa perhehoitotyötä. Myös Johanssonin (2009) tutkimustulosten mukaan keskeinen vaikuttava tekijä perheen hyvinvoinnissa oli tiedon jakaminen perheelle sekä keskinäinen ymmärrys.

Hoitajien kokemusten mukaan työskentelytapa soveltuu kaikkeen psykiatriseen työhön ja olisi tärkeää että kaikilla nuoren hoitoon osallistuvilla olisi sama tietämys avoimen dialogon hoitomallista ja sen työskentelytavoista. Hoitajat toivoivat myös, että perheen keskustelu jatkuu myös sairaalahoidon jälkeen. Pyhäjoen (2005) mukaan dialogisen verkostotyön kehittämisessä on syytä pohtia, miten luodaan lisää sellaisia palaverikäytäntöjä verkostoituneeseen yhteistyöhön, jossa asiakkaat saavat oman äänensä kuuluviin, kokevat tulevansa kuulluksi ja voivat rakentaa yhdessä tukiverkostonsa kanssa uskottavia sekä toteutettavissa olevia päämääriä toiveikkuuden ilmapiirissä, eli ilmapiirissä, jossa asiakkaan halu muutokseen on mahdollista kasvaa ja kehittyä.

Tutkimukseen osallistuneet hoitajat kokivat, että hoidon aikana on tärkeää tukea vanhemmuutta ja perheen omaa selviytymistä ja tukea perhettä pitämään perheen langat käsissä, ettei oteta niitä sairaalaan. Värri (1997) kuvaa, että dialoginen kasvatustieteellinen pyrkii mahdollistamaan kasvatettavan itsenäistymisen, että kasvatettava kykenee ottamaan vastuun omasta tulevaisuudestaan, eikä kasvattajaa enää tarvittaisi. Kasvatustieteen näkökulma opettajan toimimisesta inhimillisen kasvun tukijana opiskelijalle ovat myös mielenkiintoisia hoitotieteen näkökulmasta. Kuitenkin myös hoitotyön nuorisopsykiatriassa on myös kasvatuksellista toimintaa. Ojasen (2006) mukaan ihmisen kehitys ei etene ilman aidosti koskettavaa dialogikeskustelua. Haarakangas (1997) toteaa, että avain terapeuttiseen

muutokseen on potilaan, perheenjäsenten, sosiaalisen verkoston ja työryhmän erilaisten diskurssien ja äänien dialogisessa vuorovaikutuksessa.

6.4 Johtopäätökset ja jatkotutkimushaasteet

Hoitotieteellistä tutkimusta nuorisopsykiatrisesta hoitotyöstä on tehty vähän. Myös perhekeskeinen tutkimus nuorisopsykiatrian kontekstissa on vähäistä sekä kansallisesti että kansainvälisesti. Tutkimustulosten mukaan perhekeskeinen työskentely koettiin erittäin tärkeänä hoitotyössä ja perhekeskeistä hoitotyötä tulisi kehittää nuorisopsykiatrisessa hoitotyössä. Hoitajien kokemusten mukaan avoimen dialogin hoitomallin soveltaminen hoitotyöhön nuorisopsykiatrisella kriisi- ja vastaanotto-osastolla oli perusteltua. Hoitomallin koettiin soveltuvan hyvin osaston työhön, jossa yhteinen keskustelu koettiin tärkeänä lyhyissä hoitosuhteissa.

Tutkimustulosten pohjalta nousee jatkotutkimushaasteeksi interventiotutkimus, jossa vanhempien ja nuorten kokemusten perusteella voitaisiin tutkia perhekeskeisen hoidon vaikuttavuutta ja edelleen kehittää perhekeskeistä työskentelyä nuorisopsykiatriassa.

Tärkeä tutkimusaihe olisi myös tehdä seurantatutkimus osastolla työskenteleville hoitajille ja tutkia mallin soveltamisen ja osaamisen sekä vuorovaikutuksen kehittymistä osaston hoitotyössä. Kuten Haarakangas (2008) on todennut, että avoin dialogi ei ole menetelmä, vaan tapa olla vuorovaikutuksessa toisten ihmisten kanssa.

LÄHTEET

Aalberg, V. & Siimes, M. 2007. Lapsesta aikuiseksi. Helsinki :Nemo.

Aaltonen, J., Koffert, T., Ahonen, J. & Lehtinen, V. 2000. Skitsofrenian tarpeenmukainen hoito on ryhmätyötä. Raportti akuutin psykoosin integroitu hoito –projektin tuottamista hoitoperiaatteista. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy.

Aarnio, H. 1999. Dialogia etsimässä. Opettajaopiskelijoiden dialogin kehittyminen tieto- ja viestintätekniistä ympäristöä varten. Acta Universitas Tampereensis 676.

Aarnio, H. & Enqvist, J. 2001. Dialoginen oppiminen verkossa: Diana-malli ammatillisen osaamisen rakentamiseen. Helsinki: Opetushallitus.

Alanen, Y. 1993. Skitsofrenia. Juva: WSOY.

Almqvist, F. 2004. Ihmisen elämänkaari. Teoksessa Moilanen, I., Räsänen, E., Tamminen, T., Almqvist, F., Piha, J., Kumpulainen, K. (toim.) Lasten- ja nuorisopsykiatria. 3. uud. PAINOS. Helsinki: Duodecim, 117-127.

Anderson, L.S. 2008. Predictors of Parenting Stress in a Diverse Sample of Parents of Early Adolescents in High-Risk Communities. Nursing Research 57(5): 340-350.

Daly, P. 2005. Mothers living with Suicidal Adolescents. Journal of Psychosocial Nursing 43(3): 22-28.

Erätuuli, M., Leino, J. & Yli-Luoma, P. 1994. Kvantitatiiviset tutkimusmenetelmät ihmistieteissä. Helsinki: Kirjayhtymä.

Esko, M. 2008. Nuori ja ongelmat perheessä. Teoksessa Pruuki, H. (toim.) Nuorten sielunhoidon käsikirja. Helsinki: LK-kirjat. 60-72.

Falloon I. & Fadden G. 1993. Integrated Mental Health Care. Cambridge: Cambridge University Press.

Freire, P. 2005. Sorrettujen pedagogiikka. Tampere: Vastapaino.

Friis, L., Eirola, R. & Mannonen, M. 2004. Lasten ja nuorten mielenterveystyö. Helsinki: WSOY.

Fröjd, S., Marttunen, M. & Kaltiala-Heino, R. 2007. Perhe ja nuorten mielenterveyden häiriöt. Suomen Lääkärilehti 62(12): 1249-1254.

Fröjd, S. 2008. Mental Health in Middle Adolescence - Associations of Family Factors with Diverse Maladjustment Outcomes. Academic Dissertation. Tampereensis Universitas.

Haarakangas, K. 2011. Voimistava läsnäolo. Helsinki: PS-kustannus.

Haarakangas, K. 2008. Parantava puhe. Helsinki: Magentum.

Haarakangas, K. 2002a. Keroputaan malli: avoimen dialogin avulla, perheen ja verkoston kanssa. Teoksessa K. Haarakangas (toim.), Mielisairaala muuttuu. Keroputaan sairaalan kokemuksia psykiatrisen hoidon kehittämisessä: avoimen dialogin hoitomalli. Helsinki: Suomen Kuntaliitto, 65-76.

Haarakangas, K. 2002b. Mikä hoitokokouksessa vaikuttaa terapeuttisesti? Teoksessa K. Haarakangas (toim.), Mielisairaala muuttuu. Keroputaan sairaalan kokemuksia psykiatrisen hoidon kehittämisessä: avoimen dialogin hoitomalli. Helsinki: Suomen Kuntaliitto, 77-87.

Haarakangas, K. 1997. Hoitokokouksen äänet. Dialoginen analyysi perhekeskeisen psykiatrisen hoitoprosessin hoitokokoukseskusteluista työryhmän toiminnan näkökulmasta. Jyväskylä studies in education. Psychology and social research, 130.

Haarakangas, K. & Seikkula, J. 1999. Psykoosi uuteen hoitokäytäntöön. Helsinki:Kirjayhtymä.

Happonen, E. 2006. Nuorisopsykiatrisen tutkimus. Teoksessa Laukkanen, E., Marttunen, M, Miettinen, S., Pietikäinen, M. (toim.) Nuoren psyykkisten ongelmien kohtaaminen. Helsinki: Duodecim, 186-191.

Heikkilä, J.& Heikkilä, K. 2001. Dialogi - avain innovatiivisuuteen. Helsinki: WSOY.

Hirsjärvi, S., Laurinen, L. & tutkijaryhmä. 2000. Kasvatustraditiot ja niiden muuttuminen. Teoksessa Laurinen, L. (toim.) Koti kasvattajana, elämän opettajana. Jyväskylä: Atena, 12-35.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2004. Tutkimushaastattelu. Helsinki: Yliopistopaino.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2009. Tutkimushaastattelu - Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Gaudeamus.

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

Janhonen, S. & Nikkonen, M. 2003. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Juva: WSOY.

Johansson, M. 2009. Psykoedukatiivisten perheinterventioiden yhdentymisen kliiniseen työhön. Tutkimusraportti. Helsinki: Omaiset mielenterveystyön tukena.

Jurvelin, T., Kyngäs, H. & Backman, K. 2006. Pitkäaikaisten sairaiden lasten vanhempien selviytyminen. Tutkiva Hoitotyö Vol.4(3): 18-22.

Kaimola, K. 2005. Koti terveen itsetunnon harjoittelukenttänä. Teoksessa Syrjälä, J. (toim.) Vahva vanhemmuus –Paras tuki nuoren kasvuun. Helsinki : Väestöliitto, 11-19.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.

Kemppinen, P. 2000. Lasten ja nuorten tunne-elämän häiriöt. Vantaa: Kustannusvalmennus P. & K. Oy.

- Kilkku, N. 2008. Potilasopetus ensipsykoosipotilaiden hoidossa. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto.
- Kinnunen, U. & Mauno, S. 2002. Työ ja perhe-elämä vanhempien ja lasten näkökulmasta. Teoksessa Rönkä, A. & Kinnunen, U. (toim.) Perhe ja vanhemmuus: Suomalainen perhe-elämä ja sen tukeminen. Jyväskylä: PS-kustannus, 99-118 .
- Kokko, R-L. 2006. Tulevaisuuden muistelu – Ennakointidialogit asiakkaiden kokemina. Helsinki: Stakes.
- Koponen, H. 2006. Psykoedukaatio – arvokas lisä psykoosien hoitoon. Suomen Lääkärilehti, 41:4199.
- Kuhanen, C., Oittinen, P., Kanerva, A., Seuri, T. & Schubert, C. 2010. Mielenterveyshoitotyö. Helsinki: WSOY.
- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita.
- Kyngäs, H & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. Hoitotiede 11, (1), 3-12.
- Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L. 2003. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. Teoksessa Janhonen, S. & Nikkonen, M. (toim.) Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Juva: WSOY, 21-43.
- Lauri, S. 2007. Hoitotyön ydinosaaminen ja oppiminen. Porvoo: WSOY.
- Lehtovaara, J. & Jaatinen, R. 1994. Dialogissa – matkalla mahdollisuuteen. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Marin, M. 2001. Aikuisuus ja keski-ikäisyys. Teoksessa Sankari, A. & Jyrkmä, J.(toim.) Lapsuudesta vanhuuteen: Iän sosiologiaa. Tampere: Vastapaino, 225-265.
- Mönkkönen, K. 2002. Dialogisuus kommunikaationa ja suhteena. Vastaamisen, vallan ja vastuun merkitys sosiaalialan asiakastyön vuorovaikutuksessa. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 94.
- Ojanen, S. 2006. Ohjauksesta oivallukseen. Helsinki: Yliopistopaino.
- Paunonen, M. & Vehviläinen – Julkunen K. 1999. Perhe hoitotyössä – Teoria tutkimus ja käytäntö. Porvoo: WSOY.
- Pietilä, A-M. 1999. Perhe nuoren kontekstina: vanhempien ja nuorten väliset sosiaaliset suhteet ja vanhempien voimavarat. Teoksessa Paunonen M. & Vehviläinen-Julkunen K. (toim.) Perhe hoitotyössä. Teoria, tutkimus ja käytäntö. Porvoo, WSOY, 247-274.
- Piha, J. 2004 Perhekeskeinen tutkimus. Teoksessa Moilanen, I., Räsänen, E., Tamminen, T., Almqvist, F., Piha, J., Kumpulainen, K. (toim.) Lasten- ja nuorisopsykiatria. 3. uud. PAINOS. Helsinki, Duodecim, 177-180.
- Poijula, S. 2002. Surutyö. Helsinki: Kirjapaja.

- Pojjula, S. 2007. Lapsi ja kriisi. Helsinki: Kirjapaja.
- Poikkeus, A-M., Laakso, M-L., Aro, T., Eklund, K., Katajamäki, J. & Lajunen, K. 2002. Vanhemmat kouluun. Teoksessa Rönkä, A. & Kinnunen, U. (toim.) Perhe ja vanhemmuus: Suomalainen perhe-elämä ja sen tukeminen. Jyväskylä: PS-kustannus, 159-187.
- Puuronen, V. 1997. Johdatus nuorisotutkimukseen. Tampere: Vastapaino.
- Pyhäjoki, J. 2005. Dialogisuus auttamistyön verkostoissa. Teoksessa Reijonen, M. (toim.) Voimaa perhetyöhön: arjen tuki ja ammatilliset verkostot. Jyväskylä : PS-kustannus.71-91.
- Pylkkänen, K. 2006. Nuorisopsykiatrian kehitys Suomessa. Teoksessa Laukkanen, E., Marttunen, :, Miettinen, S., Pietikäinen, M. (toim.) Nuoren psyykkisten ongelmien kohtaaminen. Helsinki: Duodecim, 14-26.
- Raitanen, M. 2001. Aikuistuminen. Teoksessa Sankari, A. & Jyrkämä, J. Lapsuudesta vanhuuteen: län sosiologiaa. Tampere: Vastapaino, 187-224.
- Rantanen, P. 2004 Nuoruusikä. Teoksessa Moilanen, I., Räsänen, E., Tamminen, T., Almqvist, F., Piha, J. & Kumpulainen, K. (toim.) Lasten- ja nuorisopsykiatria. 3. uud. PAINOS. Helsinki: Duodecim, 46-49.
- Reijonen, M. 2005 Mitä työtä se perhetyö oikein on? – ammattina perhetyöntekijä. Teoksessa Reijonen, M. (toim.) Voimaa perhetyöhön: arjen tuki ja ammatilliset verkostot. Jyväskylä: PS-kustannus, 7-15.
- Reinikainen, S. 2007. Läheisneuvonpito lapsinäkökulmasta. Raportteja 7/2007. Helsinki: Stakes.
- Ronkanen, S., Pehkonen, L., Lindblom-Ylänne, S. & Paavilainen, E. 2011. Tutkimuksen voimasanat. Helsinki: WSOY.
- Rönkä, A. & Kinnunen, U. 2002. Johdanto. Teoksessa Rönkä, A. & Kinnunen, U. (toim.) Perhe ja vanhemmuus: Suomalainen perhe-elämä ja sen tukeminen. Jyväskylä: PS-kustannus, 4-11.
- Rönkä, A. & Kinnunen, U. (toim.) Perhe ja vanhemmuus: Suomalainen perhe-elämä ja sen tukeminen. Jyväskylä: PS-kustannus, 14-29.
- Saari, S. 2008. Kuin salama kirkaalta taivaalta. Helsinki: Otava.
- Sarja, A. 2000. Dialogi oppiminen pienryhmässä. Opettajaksi opiskelevien harjoitteluprosessi terveydenhuollon opettajakoulutuksessa. Jyväskylä studies in education, psychology and social research 160.
- Seikkula J. 1991. Perheen ja sairaalan rajasysteemi potilaan sosiaalisessa verkostossa. Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research, 1991:80.
- Seikkula, J. & Arnkil, T. 2005. Dialoginen verkostotyö. Helsinki: Tammi.
- Seikkula, J. & Alakare, B. 2004. Avoin dialogi: vaihtoehtoinen näkökulma psykiatrisessa hoitojärjestelmässä. Duodecim 120: 289-96.

- Seikkula J, Aaltonen J, Alakare B, Haarakangas K, Keränen J, Sutela M. 1995. Treating psychosis by means of open dialogue. Teoksessa Friedman S, (toim.) The reflective team in action. New York: Guilford Publication, 62–80.
- Seikkula, J. 1994. Sosiaaliset verkostot: Ammattiauttajan voimavara kriiseissä. Helsinki: Kirjayhtymä.
- Sinkkonen, J. 2010. Nuoruusikä. Helsinki: WSOY.
- Sääski, P. 2008. Nuoren mielenterveyden ongelmat. Teoksessa Pruuki, H. (toim.) Nuorten sielunhoidon käsikirja. Helsinki: LK-kirjat. 179-201.
- Turpeinen, P. 2004. Ahdingossa luova lapsi ja nuori. Helsinki: Edita.
- Usher, K., Debra, J. and O'Brien L. 2007. Shattered dreams: Parental experiences of adolescent substance abuse. International Journal of Mental Health Nursing 16, 422-430.
- Vapaavuori, J. 2001. Dialoginen muutos ryhmäkeskusteluissa: työyhteisön jumi konsultaation kohteena. Joensuun yliopiston yhteiskuntatieteellisiä julkaisuja n:o 51.
- Paunonen, M & Vehviläinen-Julkunen, K. 2006. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Helsinki: WSOY.
- Värri, V-M. 2000. 3. Painos. Hyvä kasvatus kasvatus hyvään. Tampere: Tampere University Press.
- Åsted-Kurki, P. Jussila, A-L., Koponen, L., Lehto, P. Maijala, H., Paavilainen R. & Potinkara H. 2008. Kohti perheen hyvää hoitamista. Helsinki: WSOY.

TIEDOTE HAASTATELTAVILLE**6.4.2010**

Arvoisa hoitotyöntekijä

Pyydän sinua osallistumaan tutkimukseen, jonka tarkoituksena on kuvata hoitajien kokemuksia avoimen dialogin hoitomallin soveltamisesta nuorisopsykiatriassa. Tutkimuksella pyritään lisäämään teoreettista tietoa työryhmän toiminnasta. Tutkimustulosten avulla voidaan parantaa hoitotyön menetelmiä ja kehittää henkilökunnan ammatillisuutta sekä hoitotyön laatua. Uuden hoitomallin avulla pyritään yksilökeskeisestä hoitotyöstä kohti perhe- ja verkostokeskeistä hoitoa.

Tutkimus on Tampereen yliopiston, hoitotieteen laitoksen, terveystieteiden maisterin tutkintoon kuuluva pro gradu-tutkielma. Tutkimus on kvalitatiivinen haastattelututkimus. Aineisto pro gradu -tutkielmaani on tarkoitus kerätä haastattelemalla Kellokosken sairaalan nuorisopsykiatrisella kriisi- ja vastaanotto-osastolla 18 työskenteleviä hoitajia. Tarkoitus on tehdä ryhmähaastatteluita tutkijan etukäteen valitsemissa 2-4 hengen ryhmissä, yhteensä 12 hoitajalle, jotka ovat työskennelleet nuorisopsykiatrisessa hoitotyössä useamman vuoden ennen osaston profiloitumista. Aineisto analysoidaan sisällönanalyysiä käyttäen.

Haastattelut tehdään työaikana etukäteen sovittuna aikana ja niihin varataan aikaa noin kaksi tuntia. Haastatteluun osallistuminen on vapaaehtoista. Sinulla on oikeus kieltäytyä osallistumisesta tutkimuksen missä tahansa vaiheessa, syytä ilmoittamatta. Haastattelut tallennetaan, jotta pystyn analysoimaan niitä myöhemmin luotettavasti. Aineisto on vain tutkijan käytössä ja se hävitetään tutkimuksen valmistuttua. Pyydän sinulta erillisen henkilökohtaisen suostumuksen tutkimukseen vielä ennen haastattelua ja sinulla on mahdollisuus tutustua haastattelurunkoon etukäteen. Haastatteluissa saadut tiedot käsitellään luottamuksellisesti eikä haastateltavien henkilöllisyys paljastu missään tutkimuksen vaiheessa. Tutkimustulokset julkaistaan sellaisessa muodossa, että haastateltuja ei voi tunnistaa.

Tutkimukseni ohjaajina toimivat Tampereen yliopiston hoitotieteen laitoksen dosentti, yliassistentti Marja-Terttu Tarkka sekä yliassistentti Anna Liisa Aho.

Yhteistyöstä etukäteen kiittäen

Marika Ahonen
sairaanhoitaja, TtM-opiskelija
Hoitotieteen laitos
Tampereen yliopisto
puh. 040 562 0346
marika.j.ahonen@uta.fi

SUOSTUMUS HAASTATELTAVAKSI**6.4.2010****Avoimen dialogin hoitomallin soveltamista nuorisopsykiatriassa käsittelevä tutkimus**

Olen tutustunut hoitajille osoitettuun pro gradu –tutkielmasta kertovaan tiedotteeseen ja minulla on ollut mahdollisuus esittää tutkijalle tutkimukseen liittyviä kysymyksiä.

Tiedän että osallistumiseni tutkimukseen on täysin vapaaehtoista ja voin perua osallistumiseni missä tahansa tutkimuksen vaiheessa syytä ilmoittamatta. Ymmärrän, että tiedot käsitellään luottamuksellisesti ja tulokset julkaistaan sellaisessa muodossa, että haastateltuja ei voida tunnistaa.

Avustasi kiittäen,

Marika Ahonen
sairaanhoitaja, TtM-opiskelija
Hoitotieteen laitos
Tampereen yliopisto
puh. 040 562 0346
marika.j.ahonen@uta.fi

Suostun osallistumaan tutkimukseen

Kellokoskella ___/___ 2010

Haastateltavan allekirjoitus

Nimenselvennys

TEEMAHAASTATTELURUNKO

Taustatiedot:

Ikä, sukupuoli, ammatti, työvuodet nuorisopsykiatrisessa hoitotyössä

Avoimen dialogin hoitomallin soveltaminen:

- Mikä on helpottanut mallin soveltamista, mikä on ollut haastavaa?
- Kuinka ovat toteutuneet mallin keskeiset piirteet? (välitön apu, dialogisuus, verkosto, joustavuus, vastuullisuus, psykologinen jatkuvuus ja epävarmuuden sietäminen, hoitokokoukset)

Perhekeskeinen hoitotyö:

- Minkälaisia käsitykset ja kokemuksia hoitajilla on perhekeskeisestä hoitotyöstä ja vanhemmuuden tukemisesta?

Verkostokeskeinen hoitotyö:

- Minkälainen on potilaan verkosto? (omaiset ja ammattilaisten verkosto)

Hoitotyö

- Minkälainen merkitys mallilla on ollut hoitotyöhön? (työryhmän työskentely, muutos, kriisityö)

Avoimen dialogin hoitomallia ja dialogisuutta koskevia aikaisempia tutkimuksia LIITE 4

TEKIJÄT, JULKAISUVUOSI JA JULKAISUN NIMI	TUTKIMUKSEN TARKOITUS	MENETELMÄT, OSALLISTUJAT	KESKEISET TULOKSET
Lehtovaara, J. & Jaatinen, R. 1994. Dialogissa – matkalla mahdollisuuteen	Dialogisuuden tutkiminen on keskittynyt kysymään mitä merkitsee oppia sekä opettaa dialogissa.	Artikkelikokoelma N=12 aktiivisesti opetustyössä olevaa kirjoittajaa.	Jokainen artikkeli on on kunkin kirjoittajan henkilökohtainen, kirjoittamisen hetken kannanotto sekä näkemys tutkittavasta asiasta. Lehtovaara kuvaa, että avoimessa dialogissa oleminen on varsinaiseksi ihmiseksi kasvamista sekä varsinaisena ihmisenä todellistumista. Hyttinen kuvaa, että dialogisryhmällä voi olla kasvun mahdollistajana käänteentekevä merkitys, eli uuden elämäkokemuksen synnyttäminen.
Haarakangas, K. 1997. Hoitokokouksen äänet	Kuvata ja analysoidaan perhekeskeiseen psykiatriseen hoitoprosessiin kuuluvien hoitokokousten aikana tapahtuvaa keskustelua työryhmän toiminnan näkökulmasta.	Kvalitatiivinen N= 40 eri potilaan hoitokokousnauhoitukset, analysoitavaksi valittiin kolmen asiakasperheen hoitoprosessiin kuuluvat hoitokokoukset	Työryhmän jäsenten keskinäinen kytkeytyminen oli tärkeää dialogisuuden ja polyfoonisuuden kannalta. Polyfoonisuus toteutui, kun yksi ääni ei muodostu hallitsevaksi. Hoitoprosessin kuluessa työryhmä voi ottaa käsiteltäväksi asioita, joista perhe ei ole vielä voinut puhua, joka luo edellytyksiä terapeuttiselle muutoksille asiakkaiden merkityssysteemissä. Työryhmän reflektointi osoittautui kokenemattoman terapeutin toimintaa helpottavaksi menetelmäksi.
Väri, V-M. 1997. Hyvä kasvatus kasvatus hyvään.	Selvittää kasvatettavan hyvän elämän ja itseksi tulemisen ehtoja ja analysoida dialogisen kasvatuksen perusteita sekä toteutumisehtoja.	Tutkijan itsenäinen tarkastelu, teoreettisina lähtökohtina ovat Maurice Merleau-Pontyn eksistentiaalinen fenomenologia ja Martin Buberin dialogisuusfilosofia.	Dialogisuuden ehdot vaihtelevat kasvatusinstituution luonteen sekä kasvattajan apriorisen vastuun sekä kasvatettavan elämäntilanteen mukaisesti. Perheessä se määräytyy yleisvastuullisesta, koulussa tiedollisesta ja erityisnuorisotyössä elämänhallinnallisesta perspektiivistä. Minä – Sinä ideaali voi sekä paljastaa että peittää kasvatusodellisuuden rakenteita.
Aarnio, H. 1999. Dialogia etsimässä	Kehittää verkossa tapahtuvan vuorovaikutustaitoisuutta erityisesti dialogin osalta.	Kvalitatiivinen kriittis- emansipatorinen toimintatutkimus, N=35 eri ammattialoilta	Tutkimus antaa viitteitä vuorovaikutuksen skripteistä, jotka vallitsevat kulttuurissa, minkä kehittäminen edistäisi kommunikatiivisen kompetenssin saavuttamista. Kulttuurissa opittu dialogin malli ei riitä oppimisen ja

		opettajan pätevyyttä suorittavia opiskelijoita	ymmärtämisen edistämässä toivotulla sekä kuvitellulla tavalla.
Sarja, A. 2000. Dialogi oppimien pienryhmässä. Opettajaksi opiskelevien harjoitteluprosessi terveydenhuollon opettajakoulutuksessa.	Selvittää, kuinka opettajaksi opiskelevien ryhmä muodostaa uutta tietoa erilaisissa oppimistilanteissa, oppikurssin suunnittelussa, opetustilanteissa sekä ohjaus- ja palautetilanteissa.	Kvalitatiivinen, videotallenteet ryhmä terveydenhuollon opettajakoulutuksen opetusharjoittelijoita, eri vaiheessa opiskelua	On kaksi dialogioppimisen tapaa, jotka ovat kriittinen ja reflektiivinen. Kriittisen dialogin syntymisen edellytyksenä on, että jokainen osallistuja paljastaa avoimesti omat näkökulmansa, joita ei edes pyritä sulauttamaan toisiinsa vaan käytetään hyödyksi ongelman tarkastelemiseen monista lähtökohdista. Ongelmasta syntyy kokonaan uutta tietoa. Reflektiivisen dialogin avulla pyritään yhdistämään ryhmän jäsenten erilaisia näkemyksiä ja siten tuottamaan yhteistä tietämystä. Myös reflektiivisen dialogin onnistuminen edellyttää, että lähtökohdiksi on hyväksyttävä osallistujien erilaiset käsitykset, jolloin myös ohjaajien on ilmaistava omat, mahdollisesti eriävät näkemyksensä eikä tyydyttävä vain yleisluontoisiin kommentteihin.
Mönkkönen, K. 2002. Dialogisuus kommunikaationa ja suhteena. Vastaamisen, vallan ja vastuun merkitys sosiaalialan asiakastyön vuorovaikutuksessa	Käsitellä sosiaalialan asiakastyön vuorovaikutuskysymyksiä dialogisuuden näkökulmasta.	Kvalitatiivinen etnograafinen tutkimus 1 johdantoartikkeli 5 osa-artikkeliä	Sosiaalityön asiantuntijakeskeisen ja asiakaskeskeisen vuorovaikutusorientaation esteinä dialogiselle vuorovaikutukselle voivat olla, että asiakassuhteen ongelmat jäsenyvät asiakkaan ongelmiksi ja suhteen toimivuus työntekijän ansioksi. Vuorovaikutusongelmat heijastelevat asiantuntijavaltaistuvaa kulttuuria, jossa tietyt ammatilliset vuorovaikutusideologiat elävät ihmisten arjessa sekä kasvatuskäytännöissä. Dialogisen vuorovaikutusorientaation esteenä voi olla asiantuntijakeskeinen tai asiakaskeskeinen vuorovaikutusorientaatio.
Kokko, R. 2006 Tulevaisuuden muistelu. Ennakointialogit asiakkaiden kokemana.	Ennakointialogien eli Tulevaisuuden muistelu – palaverien tarkastelu asiakkaan näkökulmasta. Tuottaa yhteistyöhön ja vuorovaikutukseen selkeyttä ja koordinaatiota ja rakentaa konkreettinen palaverisuunnitelma.	Kvalitatiivinen tutkimus, haastattelu N=30, 18 eri perheestä	Dialogisen verkostopalaverin rakenteen tarkoitus on tukea voimavarakeskeistä ja asiakaslähtöistä vuoropuhelua, yhteistä työn- ja vastuunjaon selkiyttämistä ja konkreettisten tukitoimien suunnittelua ja sopimista. Erityisen mieleenpainuvia ja merkittäviä kokemuksia asiakkaille oli kuulluksi tuleminen ja kohtaaminen sekä tulevaisuuden tavoitteiden löytyminen ja toteutuminen sekä

			toiveikkaus.
Reinikainen, S. 2007. Läheisneuvonpito lapsinäkökulmasta	Tutkia läheisneuvonpitoa lapsinäkökulmasta. Raportin tarkoituksena on tuottaa tietoa, jota lastensuojelun työntekijät, kehittäjät ja tutkijat voivat hyödyntää.	Kvalitatiivinen, useat haastattelut N= 7 lasta ja nuorta	Läheisneuvonpidossa lapsen ympärille kootaan hänelle tärkeitä sekä hänen elämäänsä vaikuttavat ihmiset sekä yksityiseltä että julkiselta puolelta. Läheisneuvonpidossa kaikilla osallistujilla on mahdollisuus ilmaista näkemyksensä lapsen tilanteesta sekä vaikuttaa sen ratkaisemiseen. Läheisneuvonpitoa on pidetty lastensuojelussa aivan uudenaikaisena, perinteistä asiakastyötä radikaalisti haastavana työtapana. Lapsilähtöiset työtavat pyrkivät luomaan edellytykset lasten aidolle osallisuudelle, kun taas perinteisessä lastensuojelun työtavoissa lasten asiakkuus on useimmiten passiivista ja piilossa.
Johansson, M. 2009. Psykoedukatiivisten perheinterventioiden yhdyntyminen kliiniseen työhön.	Nimetä työntekijöitä, vaikuttavat psykoedukatiivisten perheinterventioiden yhdyntymiseen kliiniseen työhön psykiatriaosastolla.	Kvalitatiivinen, haastattelu N= 36 työntekijää	Psykoedukaatioissa korostuvat tasa-arvoisuus ja avoin dialogisuus. Psykoedukaatio tarkoittaa tiedollisen sekä emotionaalisen tuen tarjoamista kaikille perheen jäsenille sekä perheen ohjausta arjen ongelmatilanteissa ja tarvittaessa erityisavun piiriin.

Ryhmitelty ilmaisu	Alakategoria	Yläkategoria	Yhdistävä kategoria
Koulutus Käytännön tutustuminen Itsenäinen tiedon hankinta Keskinäin keskustelu	Ennakkokouluttautuminen	Soveltamista helpottavia tekijöitä	Haastava ja mieluinen muutos
Yhteinen päämäärä Toimiva työryhmä Ammattitaito Kehitysmuotoisuus	Ammattitaitoinen ja kehittyvä työryhmä		
Hyvä hoitomalli Toimiva työmuoto Myönteinen muutos	Toimiva hoitomalli muutoksessa		
Riittämätön koulutus Suunnittelun puute	Riittämätön ennakkovalmistautuminen	Haasteet mallin soveltamisessa	
Profiloituminen Haastava työtapo Useat samanaikaiset muutokset Lääkärivaihdokset Vanhempien tyytymättömyys Epävarmuus työskentelyssä Tuen puute	Samanaikaiset haasteet ja muutokset		
Kokoonpano Epävarmuus Ennakkosuunnittelemattomuus Isot hoitokokoukset	Työmuodon tuoma epävarmuus hoitokokouksissa		
Haastava dialogi Epävarma dialogi Toimimaton dialogi Sujuva dialogi	Dialogin opettelu		
Omahoitajuudesta luopuminen Asioiden hoitamista Luottamuksen luominen Hoitotyön vaikuttavuus Hoitokäytänteet Kuntouttavan toiminnan vähäisyys Lyhyt hoitojakso	Muuttuneet hoitosuhteet	Hoitotyön haasteet	
Työtahti Asioiden priorisointi Kiire Paperitöiden lisääntyminen Lääkärivaje Sosiaalityön tarve Kotona hoidon odottaminen	Lisääntynyt työn vaativuus		
Rasittavuus Lisääntynyt väkivalta Turvattomuus Potilasaines Epätietoisuus	Lisääntynyt työn kuormittavuus		

Perehdytys lyhyet työsuhteet Työparityöskentely	Työryhmän työskentely		
Koulutustarve kriisityöhön Epäselvyys kriisihoitotyöstä	Kriisihoitotyön haasteet		
Välitön kohtaaminen Osallistuminen keskusteluun alusta asti Turvallisen yhteyden rakentaminen	Välitön apu	Mallin keskeiset periaatteet hoitotyön apuna	
Koolle kutsuminen Verkostokeskeinen hoitotyö Verkoston kartoitus Perhe Ammatillinen verkosto Muutokset verkostoissa Sujuva yhteistyö Hoitokokousaikojen sovittaminen Perheen tarpeet Perheen voimavarat Yhteistyön haasteet Keskusteleva yhteistyö	Sosiaalisen verkoston huomioiminen		
Joustava työryhmä Joustava yhteistyö Kotipoliklinikan haasteet Joustava perhetyö Liikkuva perhetyö Tarpeenmukaiset hoitoratkaisut	Joustavuus ja liikkuvuus		
Hoidon suunnittelu hoitokokouksissa Vanhemmuuden tukeminen Erilaiset hoitonäkökulmat Jatkuva keskustelu	Työryhmän vastuullisuus		
Yhteistyö avohoidon kanssa Toimiva avohoito Saattaen siirto Dialogin jatkuminen Hyvä tiedonkulku Työntekijöiden pysyvyys Luottamus toisiin hoitotahoihin	Psykologinen jatkuvuus		
Nuoren epävarmuus Vanhempien epävarmuus Työntekijän epävarmuus Hätä ja epätietoisuus Kohtaaminen Kotona hoidon odottaminen Huonompikuntoisten uloskirjoitus Lyhyt hoitosuhde	Epävarmuuden sietäminen		
Puheenavaus perheeseen Todellinen tilanne Luottamus Ammattitaito Vastuullisuus	Dialogin synnyttäminen		

<p>Kuuntelu Tasavertainen keskustelu Avoimuus Uuden ymmärryksen syntyminen</p>			
<p>Keskustelutilanteessa syntyvä hoitokokouksen rakenne Tasavertainen keskustelu Erilaiset asiasisällöt Hoidon suunnittelu Yhdessä pohtiminen Yhdessä päättäminen Ennakkosuunnittelemattomuus Kokemus Ammattitaito</p>	<p>Hoitokokoukset</p>		
<p>Hoitoryhmätyöskentely Parityöskentely Työnkuva Tarpeenmukainen hoito Tehokas seuranta ja arviointi Kriisihoitotyö</p>	<p>Muutokset hoitosuhteissa ja työskentelyssä</p>	<p>Myönteiset muutokset hoitotyössä</p>	
<p>Perhekeskeisyys Tuki Tieto Tunteiden käsittely Ymmärrys Vanhempainryhmä Aktiivinen tarjonta</p>	<p>Perhekeskeinen hoitotyö</p>		