

**PSYKOOSIPOTILAAN HOITO AVOHOIDOSSA
TEHOSTETUN PSYKIATRISEN KOTISAIRAAANHOIDON
HOITAJIEN KUVAAMANA**

**Tampereen yliopisto
Lääketieteellinen tiedekunta
Hoitotieteen laitos
Pro gradu – tutkielma
Tammikuu 2006
Aila Uttula**

TAMPEREEN YLIOPISTO

Hoitotieteen laitos

UTTULA AILA

Psykoosipotilaan hoito avohoidossa tehostetun psykiatrisen kotisairaanhoidon hoitajien kuvaamana

Pro gradu – tutkielma, 84 sivua ja 5 liitesivua

Ohjaajat: Terttu Munnukka THT, KT, lehtori ja Meeri Koivula TtT, lehtori

Hoitotiede

Tammikuu 2006

TIIVISTELMÄ

Tämän opinnäytteen tarkoituksena oli selvittää psykoosipotilaan hoitoa avohoidossa tehostetun psykiatrisen kotityöryhmän hoitohenkilökunnan kuvaamana. Tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa tietoa, jolla voidaan ymmärtää psykoosipotilaan hoitotyötä avohoidossa, ja lisäksi löytää mahdollisia kehittämisen kohteita käytännön hoitotyölle.

Tutkimus on laadullinen ja kuvaileva. Aineiston keruu tapahtui teemahaastattelemalla tehostetun psykiatrisen kotityöryhmän hoitajat (N=14). Haastattelun teema-alueet nousivat aiemmasta tutkitusta tiedosta. Aineisto koottiin touko- - kesäkuussa 2002 ja analysoitiin laadullisella sisällönanalyyssimenetelmällä.

Psykoosipotilaan hoito on moniulotteista ja suunnitelmallista työtä, joka hoitajien kuvausten mukaan voidaan jakaa kolmeen pääkategoriaan. Hoitajan ja potilaan väliseen vuorovaikutukselliseen yhteistyösuhteeseen kuuluu luottamuksellisuuden ja potilaan yksityisyyden kunnioittamisen myötä syntyvä avoin keskustelu. Hoito tapahtuu arkisuusperiaatteella, potilaan arkisen kotielämän ja terveyden tukemisena, sekä lääkehoidosta huolehtimisena. Potilaan sairauden merkityksen ymmärtäminen on keskeistä, ja tiedonannon ja koulutuksellisen hoitotyön keinoin sitä opetetaan myös potilaalle itselleen. Kokonaisvaltaisen hoidon tavoitteena on potilaan itsearvostuksen, itsehoitokyvyn, riippumattomuuden ja omavastuullisuuden lisääminen.

Potilaan verkoston rakentumista ja ylläpitämistä tukeva toiminta on sosiaalisen verkoston vahvistamista ja tukemista. Potilasta autetaan suuntautumaan kodin ulkopuoliseen toimintaan, ja toimitaan yhteistyössä muiden potilaan hoitoon osallistuvien tahojen kanssa. Potilaan luvalla hänen läheisiään otetaan mukaan hoitotyöhön. Avohoidon ja sairaalahoidon välinen yhteistyö on merkittävä osa psykoosipotilaan hoitotyötä.

Hoitotyön vaaliminen – termillä kuvataan sitä aluetta psykoosipotilaan hoidossa, jossa huolehditaan hoidon suunnittelusta, resurssien suuntaamisesta, hoidon ja hoitotyön laadusta, sekä työntekijöiden ammattitaidosta ja jaksamisesta. Psykoosipotilaan hoitoa toteutetaan työporeittain tehtävillä kotikäynneillä. Työryhmä ja työnohjaus toimivat hoitotyöntekijöiden voimavarana. Työnjohdon tuki legitimoit hoitajien toteuttaman hoidon.

Kehittämishaasteita ovat sektorirajat ylittävän jatkuvan yhteistyön ja tiedonkulun edelleenkehittäminen psykoosipotilaan hoitoon osallistuvien tahojen välillä, perehdyttämis- ja koulutusohjelmien ja hoitotyön toimintatapojen arviointimenetelmien kehittäminen ja työnjohdon hoitotyöntekijöille tarjoaman tuen tehostaminen. Asiakslähtöisen palveluohjausmallin ja psykoosipotilaan hoitoketjun rakentaminen edellyttävät rakenteiden uudistamisen ja työnjaosta sopimisen mukaista muutoksenhallintaa.

Avainsanat: psykoosipotilas, psikiatrisen avohoito, tehostetun psykiatrisen kotisairaanhoidon työryhmä

UNIVERSITY OF TAMPERE
Department of Nursing Science

UTTULA, AILA

Outpatient Care of Psychosis Patients as Described by the Nurses an Assertive Psychiatric Home-based Team

Master's Thesis, 84 pages and 5 appendices

Supervisors: Terttu Munnukka, DHA, EdD, lecturer and Meeri Koivula, DHSc, lecturer

Nursing Science

January 2006

ABSTRACT

The purpose of this thesis is to learn more about the care of psychosis patients in outpatient care through the nurses of an assertive psychiatric home-based team, to gain information in order to understand the care of a psychosis outpatient and also to identify possible development areas in practical care.

This study is qualitative and descriptive. Data collection was by theme-specific interviews with nurses of an assertive psychiatric home-based team (N=14). The themes and topics of the interviews were taken from previously researched data. This material was collected in the period of May-June 2002 and it was analysed by qualitative content analysis.

Care of a psychosis patient is multi-dimensional and systematic and according to the informants divisible into three main categories. The interactive and co-operational nurse-patient relationship rests on open discussions created by confidentiality and respect for the patient's privacy. A day-to-day principle is the basis of the care of the patient, supporting his/her health and everyday life at home and taking care of the medical treatment. Understanding the impact of the patient's illness is essential and this is also taught to the patients themselves through communication and educational care, aiming to increase the patient's self-esteem, capability for independent care, overall independence and responsibility.

Activities supporting the creation and maintenance of the patient's network include intensifying and supporting the social network of the patient. The patient is encouraged to participate in activities outside home and in close co-operation between those participating in the care of the patient. With the patient's consent family can be included in the treatment. Co-operation between outpatient and hospital care is indispensable.

Maintaining a good standard of care, i.e. the area in the care of a psychosis patient mainly entailing planning, resource allocation, quality and skills and coping of the professionals involved. Care is by home visits in pairs, the team and job coaching being valuable resources. Support from superiors further strengthens the nurses' work.

Development challenges consist of further improving communication and continuous cross-sectoral co-operation between those involved in the care of the patient, developing training and initiation programs as well as evaluation methods for care procedures and increasing the support from the superiors for the health care staff. Change management based on the renewal of structures and the division of labour are prerequisites for the creation of client-centred case management and the care network of the patient.

Key words: psychosis patient, psychiatric outpatient care, assertive psychiatric home-based team

SISÄLLYS

1 TUTKIMUKSEN TAUSTA JA TARKOITUS	5
2 TUTKIMUKSEN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	6
2.1 TUTKIMUKSEN KESKEISET KÄSITTEET	6
2.1.1 <i>Mielenterveys ja mielenterveystyö</i>	6
2.1.2 <i>Psykoosi</i>	7
2.1.3 <i>Psykiatrinen hoitotyö</i>	8
2.2 PSYKOOSIPOTILAAN AVOHOIDON KÄYTÄNTÖJEN LÄHTÖKOHTIA	9
2.2.1 <i>Psykoosimallit</i>	9
2.2.2 <i>Skitsofrenian Käypä hoito – suositus</i>	10
2.2.3 <i>Asiakaslähtöinen toimintatapa</i>	10
2.2.4 <i>Palveluohjaus yhteistyömallina</i>	11
2.3 KOTITYÖRYHMÄN HOITOMALLI TUTKIMUKSEN VIITEKEHYKSENÄ	13
2.3 AIEMPIÄ PSYKOOSIPOTILAAN AVOHOITOON LIITTYVIÄ TUTKIMUKSIA	17
2.4 YHTEENVETO TUTKIMUKSEN TEOREETTISISTA LÄHTÖKOHDISTA	20
3 TUTKIMUSTEHTÄVÄT.....	22
4 TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTTAMINEN.....	22
4.1 METODISET LÄHTÖKOHDAT	22
4.2 AINEISTON KERUU	23
4.3 AINEISTON ANALYYSI	26
5 TULOKSET.....	29
5.1 HOITAJAN JA POTILAAN VÄLINEN VUOROVAIKUTUKSELLINEN YHTEISTYÖSUHDE	29
5.1.1 <i>Luottamuksellisuus</i>	30
5.1.2 <i>Arjen jakaminen</i>	32
5.1.3 <i>Sairauden merkityksen ymmärtäminen</i>	36
5.2 POTILAAN VERKOSTON RAKENTUMISTA JA YLLÄPITÄMISTÄ TUKEVA TOIMINTA	40
5.2.1 <i>Sosiaalisen verkoston vahvistaminen ja tukeminen</i>	40
5.2.2 <i>Potilaan läheisten tukeminen</i>	44
5.2.3 <i>Avohoidon ja sairaalahoidon välinen yhteistyö</i>	46
5.3 HOITOTYÖN VAALIMINEN	49
5.3.1 <i>Työparityöskentely</i>	50
5.3.2 <i>Työryhmätyöskentely</i>	52
5.3.3 <i>Hoitotyön kehittäminen ja johtaminen</i>	54
5.4 YHTEENVETO TUTKIMUKSEN TULOKSISTA	59
6. POHDINTA	60
6.1 TUTKIMUKSEN EETTISTEN KYSYMYSTEN TARKASTELUA	60
6.2 TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS	62
6.2.1 <i>Alkuperäisen tutkimusaineiston ja raportin vastaavuus</i>	62
6.2.2 <i>Tutkimusmenetelmän soveltuvuus</i>	63
6.2.3 <i>Analyysin arviointia</i>	64
6.3 TUTKIMUSTULOSTEN TARKASTELUA.....	66
6.4 JOHTOPÄÄTÖKSET	72
6.5 KEHITTÄMISHAASTEET	73
6.6 JATKOTUTKIMUSAIHEITA	75
LÄHTEET	76
LIITTEET	85

1 TUTKIMUKSEN TAUSTA JA TARKOITUS

1990-luvulla suomalaisessa sosiaali- ja terveydenhuollossa koettiin runsaasti muutoksia. Esimerkiksi valti-onosuusuudistus siirsi päätösvaltaa palvelujen järjestämisessä kunnille, muuttaen kuntien ja valtion välistä rahoitussopimusta. Erikoissairaanhoidon uudistuksella tavoiteltiin parempia kehitysmahdollisuuksia myös psykiatriselle hoidolle ja helpompaa hoidon piiriin tuloa hoitoa tarvitseville. Mielenterveyslailla laajennettiin mielenterveystyötä osaksi kaikkien toimintaa kunnallisella tasolla ja toisaalta määriteltiin erikoissairaanhoidon vastuuta. Palvelutarjontaa kunnissa kirjavoitui taloudellisen lama-ajan leikkausten ja supistusten myötä. Palvelurakennemuutoksella pyrittiin ennaltaehkäisemään pitkäaikaisen palvelutarpeen synty ja lisäämään avopalvelujen tarjontaa merkittävästi uusien toimintatapojen avulla, tukemalla kansalaisten itsenäisyyttä ja omatoimista selviytymistä kotona mahdollisimman pitkään. (Taipale 1997, 5-20; Salokangas, Stengård, Honkonen, Koivisto & Saarinen 2000, 21–28; Savas, Sheiman, Tragakes & Maarse 2000, 167–168, Hyvönen 2004, 51.)

Maailman terveysjärjestö (WHO) sekä Euroopan Unioni ovat omissa toimintaohjelmissaan ottaneet mielen-terveyteen liittyvät asiat näkyvästi esille. Kansainvälisesti ja laajasti ovat myös hoitotieteellisen kiinnostuk-sen kohteena olleet mielenterveyteen liittyvät kysymykset varsinkin 1990-luvun loppupuolelta lähtien. Sa-moin on Suomessa kansalaisten mielenterveydestä huolehtiminen saatava yksilöiden, kuntien ja muidenkin yhteisöjen yhteiseksi asiaksi. Noin viidesosalla suomalaisesta aikuisväestöstä on mielenterveysongelmia, jotka vaihtelevat lievästä masennuksesta hyvin vakavaan mielenterveyden häiriöön ja koko elämän mittai-seen sairauteen. Kansanterveydellisestä ja kansantaloudellisesta näkökulmasta tarkasteltuna erilaisten psy-koosien, ja varsinkin skitsofrenian, merkitys on yksi suurimmista mielenterveyden häiriöiden ryhmässä. Mie-lenterveyshäiriöt nousivatkin suurimmaksi eläkkeelle jäämistä ja pitkäaikaista työkyvyttömyyttä aiheutta-vaksi sairausryhmäksi 1990-luvulla Suomessa. Resurssivähennykset terveydenhuollon eri aloilla ovat lisän-neet halua kehittää ja monipuolistaa hoitomenetelmiä. Kysymykset henkilökunnan työssä jaksamisesta ja laitosvaltaisen hoitojärjestelmän purkamisen jäljiltä vielä riittämättömästi toimiva avohoitojärjestelmä ovat kuitenkin vaarantaneet etenkin vaikeiden mielenterveyshäiriöiden hoidon kehittämisen. (Honkonen 1995, 10–14; Kiikkala & Munnukka 1998, 22; Aaltonen, Koffert, Ahonen & Lehtinen 2000, 7; Koivunen 2000, 1, 15; Lavikainen, Lahtinen & Lehtinen 2000; Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus 2000, 5.)

Psykiatrisen sairaanhoidon voimakkaan rakennemuutoksen seurauksena hoitolaitosten sairaansijat ovat no-peasti vähentyneet. Terveydenhuollon taloudellisen tilanteen kiristymisen seurauksena on laadukkaita palve-luja tuotettava yhä niukemmilla resursseilla, mikä on osaltaan ollut vaikuttamassa myös siihen, että mielen-terveyshäiriöistä kärsiviä ihmisiä hoidetaan nykyisin yhä useammin avohoidon yksiköissä. Eräs ajankohtai-

nen kysymys mielenterveystyössä on juuri vaikeiden mielenterveyshäiriöiden hoitamisen mahdollisuus avohoidossa erityistyöryhmien avulla. Tutkimusten myötä selkeytyvät avohoidon keinot psykoosien hoidossa, ja tätä kautta edellytykset kehittää avohoitoa vaikeimmissakin mielenterveyden häiriöissä lisääntyvät. (Lehtonen 1993, 3; Räsänen 1995, 40–43; Nikkonen 1999,73; Salokangas ym. 2000, 184.)

Vuoden 2000 alussa Tampereen kaupunki perusti tehostetun psykiatrisen kotisairaanhoidon työryhmän. Kotityöryhmän hoidossa on lähes yksinomaan psykoosipotilaita. (Ovaskainen 1999, 1.) Tutkimustulokset ovat osoittaneet, että psykoosin hoitomallin kehittämisessä ei ole riittävää, että ainoastaan potilas ja hänen perheensä, potilaan elämässä osallisena ja hoitoon osallistuvana tahona, ovat tutkimuksen kohteena. Vaan myös ympäristön, jossa hoito tapahtuu, sosiokulttuurisen kontekstisidonnaisuutensa vuoksi, ja hoitohenkilökunnan omien kokemusten, hoitotyön professionaalista asiantuntijuutta edustavana ja hoitoa toteuttavana tahona, tulee olla tutkimuksen kohteena. (Aaltonen ym. 2000, 8.)

Aiempaa hoitotieteellistä tutkimusta psykoosipotilaan hoidosta tehostetun psykiatrisen kotisairaanhoidon hoitajien näkökulmasta ei ole Tampereen seudulla tehty. Aihe nousi tämän tutkielman kirjoittajan henkilökohtaisesta kiinnostuksesta vakavista mielenterveyden häiriöistä kärsivien kanssaihminen hoitotyötä kohtaan, mahdollisuudesta saattaa hoitajien näkökulman esiin sekä käytännön tarpeista, jotka tulivat esiin keskustelussa Tampereen kaupungin tehostetun psykiatrisen kotisairaanhoidon työryhmän vastaavan hoitajan kanssa. Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää, miten hoitohenkilökunta kuvaa psykoosipotilaiden hoidon toteutuvan avohoidossa. Tutkimusaineisto kerättiin vuonna 2002, kun hoitoa oli toteutettu muutaman vuoden ajan. Tavoitteena on tuottaa tietoa, jolla voidaan ymmärtää avohoidon hoitohenkilökunnan kuvaamaa psykoosipotilaan hoitoa, ja lisäksi löytää mahdollisia kehittämisen kohteita käytännön hoitotyölle.

2 TUTKIMUKSEN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

2.1 Tutkimuksen keskeiset käsitteet

2.1.1 Mielenterveys ja mielenterveystyö

Mielenterveys on keskeinen osa terveyttä, se on psyykkisiä toimintoja ylläpitävä voimavara, jonka avulla elämää ohjataan. Kykyä ihmissuhteisiin, vuorovaikutukseen, työntekoon, sosiaaliseen osallistumiseen, tunneilmaisuun, itsestä huolehtimiseen, ahdistuksen hallintaan, menetysten sietämiseen, muutoksiin ja luovuuteen pidetään hyvän mielenterveyden tunnusmerkkeinä. Suojautumiskyky, sosiaalinen itsenäisyys ja identiteetti, jota luonnehtii elämän jatkuvuuden ja itseä koskeva samuuden tunne, ovat myös keskeisiä mielenterveyden elementtejä. Perusluonteinen piirre on kuitenkin todellisuudentaju, joka tarkoittaa kykyä erottaa oma

ajatusmaailma ja muu ulkoinen todellisuus toisistaan. (Lönqvist, Partonen, Marttunen, Henriksson & Heikkinen 2001, 11, 13.) Mielenterveystyötä luonnehditaan mielenterveyslaissa (1116/1990) yksilön psyykkisen hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja persoonallisuuden kasvun edistämiseksi sekä sairauksien ja muiden mielenterveyshäiriöiden ehkäisemiseksi, parantamiseksi ja lieventämiseksi. Mielenterveystyönä voidaan pitää kaikkea toimintaa, joka edistää ja vahvistaa mielenterveyttä tai vähentää sitä vahingoittavia tekijöitä. Psykiatrisen hoitotyön teorioissa esimerkiksi Peplau, Orlando ja Paterson & Zderad ovat kuvanneet mielenterveystyön sisältyvän hoitotyöhön kuuluvaan potilaan ja hoitajan väliseen vuorovaikutussuhteeseen. (Peplau 1952; Orlando 1961; Paterson & Zderad 1976; Weir & Oei 1996, 25.)

2.1.2 Psykoosi

Mielenterveyden häiriö on käsite, jolla kuvataan erilaisia psyykkisiä häiriöitä, riippumatta niiden syistä tai vaikeusasteesta. (Barker 1999, 133–163; Lönqvist ym. 2001, 11.) Psykooseja eli mielen sairauksia pidetään vaikeimpina mielenterveyden häiriöinä (Achté & Tamminen 1997, 8). Psykoosi on nimitys ihmisen olemisen tilasta, jossa ihminen ei pysty tekemään eroa ulkoisen todellisuuden ja oman mielikuvituksensa välillä. Tällöin ilmiöt ja tapahtumat saavat merkityksiä, joita usein kyseisessä yhteydessä pidetään kummallisina, asiainkuulumattomina tai mielettöminä. Psykoosissa olevalle hänen havaintonsa ovat täysin todellisia, vaikka muut vakuuttelisivat niiden olevan harha-aistimuksia tai mielikuvituksen tuotetta. Psykoottinen maailma muistuttaa unimaailmaa, siinä on piirteitä henkilön omasta kokemushistoriasta, ja sitä voi kuvata pelottavaksi, hämmentäväksi, ainutlaatuiseksi ja äärimmäiseksi kokemukseksi. (Weir & Oei 1996, 183 -187; Vartiainen 1998, 195; Haarakangas 1999, 97; Haarakangas & Seikkula 1999, 164–165.)

Yleisin psykoosin muoto on skitsofrenia eri alamuotoineen sekä eräät vaikea-asteiset mielialahäiriöt, joihin liittyy psykoosioireita. Skitsofrenia vaikuttaa haitallisesti käyttäytymiseen, tunne-elämään sekä tiedollisiin toimintoihin. (Cullberg 2005, 163 – 187.) Psykoosin oireina kuvataan ICD-10:n tautiluokitusten mukaan harhaluulot (systematisoidut suuruus-, vaino- ja kohdistamisharhaluulot), aistiharhat (ääni-, haju- ja makuharhat), puheen hajanaisuus, voimakkaan hajanainen tai katatoninen (jähmettyneen liikkumaton) käytös, tunneilmaisun latistuminen, puheen köyhtyminen tai tahdottomuus (Sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisskeskus 2005). Muiden psykoosien oireet saattavat muistuttaa skitsofrenian oireita, mutta erotuksena ovat lyhyemmät sairausjaksot ja se, ettei henkilön toimintakyky välttämättä heikkene tai se palautuu nopeasti häiriön jälkeen. Yleensä psykoosi ei vaikuta välttämättä kaikkeen henkilön psyykkiseen toimintaan, vaan joillakin toiminnan alueilla psykoosissa oleva voi käyttäytyä aivan normaalilla tavalla. (Alanen 1993, 29–34; Vartiainen 1998, 195; Lönqvist ym. 2001, 31, 46; Tattan & Creed 2001, 149–155.)

2.1.3 Psykiatrinen hoitotyö

Psykiatrinen hoitotyö (psychiatric nursing) on kansainvälisessä käytössä oleva käsite, jossa sanalla psykiatrien viitataan psykiatriaan, mielen terveyden häiriöiden tutkimukseen ja hoitoon perehtyneenä lääketieteen erikoisalana. Ensisijaisena tehtävänä psykiatrisessa hoitotyössä toimivilla hoitajilla on ihmisten, yksilöiden, perheiden ja yhteisöjen, auttaminen ja tukeminen heidän kokemissaan inhimillisissä vaikeuksissa ja mielen terveyden ongelmien selvittämisessä. (Latvala, Visuri & Janhonen 1995,16; Loukissa 1995, 248–255; Saunders 1997, 8-13.) Psykiatrisessa hoitotyössä toimivat psykiatriset sairaanhoitajat, mielen terveyshoitajat ja nykyisin myös mielen terveystyöhön suuntautuneet lähihoitajat ovat koulutuksensa perusteella saaneet eriasteista asiantuntemusta ja erityistä ammattitaitoa työskennellä ihmisten kanssa, joilla on psyykkisiä ongelmia. Se tarkoittaa, että heillä on tiedolliset, taidolliset ja asenteelliset valmiudet tehdä psykiatrista hoitotyötä. Nykyisin ei yksistään perusammattitaitoa pidetä riittävänä, vaan kouluttautuminen ja erikoisosaamisen hankkiminen on korostunut. (Latvala ym. 1995, 127; Välimäki & Mäkitalo 2000, 16.)

Hoitotyö eroaa psykiatriasta, vaikka molemmissa pyritäänkin yksilön ja yhteisön terveyden edistämiseen. Sairauksien diagnosointia ja lääkityksen sekä teknologisen hoidon suunnittelua ja toteutusta pidetään psykiatrian alueena. Psykiatrisen hoitotyön ensisijaisen alueen katsotaan olevan yksilön psykososiaalisessa käyttäytymisessä ja sen ydin on vastauksien löytämisessä yksilön jokapäiväisiin ongelmiin hänen ja hoitajan välisessä vuorovaikutussuhteessa. (Peplau 1994, 3-7; Linnainmaa 1999, 28–53.)

Latvala on kehittänyt potilaslähtöisen psykiatrisen hoitotyön mallin, jonka tavoitteena on yhteistoiminnallinen toimintatapa, mikä mahdollistaa potilaan muuttumisen passiivisesta hoidon vastaanottajasta vastuulliseksi osallistujaksi. Potilaan omien voimavarojen löytämisen edellytyksenä on yhteistoiminnallisuuden lisäksi osallistuva vuoropuhelu, joka tarkoittaa potilaan ja häneen hoitoonsa osallistuvien näkemysten kuuntelemista ja ymmärtämistä. Vastuu on jaettava ja konsultoivan ohjauksen avulla voidaan ammattien välisessä tiimissä käyttää eri alojen asiantuntijoita. Potilasta pidetään oman elämänsä asiantuntijana. Väitöskirjassaan Latvala vertaa potilaslähtöisyyttä asiantuntijalähtöisyyteen, joka on edelleen hoitotyön käytännössä vallitseva yhteistyötapa. Asiantuntijalähtöisyyden heikkoutena nähdään, ettei potilas ole mukana tiimissä, joka valitsee potilaan hoitoa ohjaavan ideaalimallin. Tämä estää tutkimusten mukaan hoitajan mahdollisuuksia kohdata potilasta yksilönä, siten, että hoitajalle tulisi mahdollisuus ymmärtää potilaan kokemuksia ja sitä mikä merkitys potilaan sairaudella on potilaalle itselleen. (Latvala 1998, 32; Holopainen 2000, 147.)

Keskeisimpiä eettisiä kysymyksiä psykiatrisessa hoitotyössä ovat potilaan itsemääräämiseen ja hoidossa käytettäviin pakkotoimenpiteisiin liittyvä problematiikka. Kun potilaalla on vakava mielen terveyden häiriö, joutuvat psykiatrisen hoitotyön tekijät tekemään päätöksiä, jotka koskevat sekä yksilön että yhteisön hyvinvoin-

tia. Ammattitaitoisella hoitotyöntekijällä on oltava kykyä toimia vuorovaikutuksessa erilaisten ihmisten kanssa ja herkkyyys huomata, milloin potilas ei itse pysty ottamaan vastuuta hoidostaan. Toisaalta hoitotyöntekijän on oltava hyvin tietoinen päätöksensä mahdollisista seurauksista, ja potilaan ja hänen läheistensä sekä yhteisön oikeuksista. (Välimäki 2004, 215- 226.) Hoitajien päätöksentekoon yhteydessä olevia tekijöitä tutkimalla on havaittu, että psykiatrisessa hoitotyössä käytetään eniten analyyttistä ajatteluprosessia. Tutkimusten mukaan pelkkä koulutus ei selitä hoidollista päätöksentekoa, vaan työkokemusta pidetään yhtenä merkittävimpänä päätöksentekoa selittävänä tekijänä. Analyyttis-intuitiivista ajatteluprosessia päätöksentekonsa perustana käyttävä hoitaja ratkoo tässä ja nyt – ongelmia, mutta asettaa samalla tulevaisuuteen suuntautuvia tavoitteita. Holhoavasta asenteesta pyritään aktiivisesti eroon, mutta samanaikaisesti tiedostetaan mielenterveyden ongelmiin usein liittyvä turvattomuus. Psykiatrisen hoitotyöntekijän asiantuntijuuteen kuuluu ammattialaa koskevien lakien, säädösten ja eettisten ohjeiden tunteminen sekä jatkuva henkilökohtainen oman työtavan ja päätösten eettinen arviointi. (Tulloch & Hart 1996, 377–396; Davis, Aroskar, Liaschenko & Drought 1997, 83–103, 202–205; Barker & Davidson 1998; Lauri, Eriksson & Hupli 1998, 27- 37; Suominen & Vuorinen 1999, 33–36; Holopainen & Välimäki 2000, 11; Bandman & Bandman 2002, 117–140, 252–25.)

Psykoottisen potilaan hoitotyössä korostuu hoitajan taito distanssin eli välimatkan säätelyyn. On tiedettävä, milloin potilas tarvitsee läheisyyttä ja milloin pidempää välimatkaa. Kun potilas pystyy keskusteluun, on hoitajan tehtävä auttaa häntä tunnistamaan ja käymään läpi tunteitaan, kuten pelkoa, ahdistusta, syyllisyyttä, epätoivoa, vihaa ja yksinäisyyttä. Hoitamisen sisältöjä ovat esimerkiksi potilaan olemassaolon ja minän tukeminen, kohtaaminen, turvallisuus sekä potilaan ymmärryksen ja tietoisuuden lisääminen. (Latvala ym. 1995; Punkanen 2001.)

2.2 Psykoosipotilaan avohoidon käytäntöjen lähtökohtia

2.2.1 Psykoosimallit

Käsitykset mielisairauksien syistä ja luonteesta sairautena ovat yhä keskenään varsin ristiriitaisia. Usein niitä on tarkasteltu viidestä eri lähtökohdasta käsin, nämä näkökulmat ovat: biolääketieteellinen, yksilöpsykologinen, vuorovaikutuspsykologinen, sosiaalinen ja ekologinen sekä integroiva lähestymistapa. (Alanen 1993, 39–42.)

Biolääketieteellisessä mallissa sairauden katsotaan johtuvan tautiprosessista aivoissa, jolloin hoitona korostuu psykofarmakoiden käyttö sekä muut elimelliseen tilaan suuntautuvat hoitomuodot. Yksilöpsykologisen käsityksen mukaan sairauden syyt ovat persoonallisen kehityksen varhaisnytyisessä häiriintymisessä, jolloin hoitomuodoksi sopivat yksilöpsykoterapia ja yksilöterapeuttisten periaatteiden soveltaminen esimerkiksi perhe- ja ryhmäterapioissa tai taideterapiassa. Vuorovaikutuspsykologinen lähestymistapa katsoo sairauden olevan syy-yhteydessä yksilön lähimmän vuorovaikutusverkoston ihmissuhdeongelmiin, jolloin auttavat hoi-

tomuodot ovat systeemisesti suuntautunut perheterapia, ryhädynaaminen ryhmäterapia ja terapeuttiset yhteisöt. Sosiaalisessa ja ekologisessa mallissa sairasta on tuettava jäsenenä yhteisössään, jolloin voimistuu ympäristökeskeisen mielenterveystyö ja kuntoutuksuotojen merkitys hoidossa. Koska edellä mainituilla lähestymistavoilla on tutkimuksiin perustuva oikeutuksensa, mutta ne ovat silti rajoittuneita, on viides eli integroiva lähestymistapa osoittautunut monipuolisuutensa. Integroivassa mallissa huomioidaan muihin lähestymistapoihin liittyvät käsitykset ja hoitomuodot sekä yksilön sosiaalinen tilanne, ei kuitenkaan elektisellä tavalla, vaan aina kunkin yksilön hoidolliset tarpeet tapauskohtaisesti tutkien. (Alanen 1993, 39–42; Ciompi 1994, 51–55; Alison, Yung, McGorry, McFarlane, Jackson, Patton & Rakkar 1996, 283–303; Olin & Mednik 1996, 223–240; Tuori 1996, 78–85; Lassila 1998, 34–38; Cullberg 2005, 238 -315.)

2.2.2 Skitsofrenian Käypä hoito – suositus

Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin yhteydessä toimii itsenäisesti Käypä hoito – organisaatio. Lääkäreille ja hoitohenkilökunnalle tarkoitettujen Käypä hoito – suositusten tarkoituksena on auttaa yhdenmukaistamaan hoitokäytäntöjä eri puolilla maata. Kunkin alan parhaimpaan tieteelliseen tutkimusnäyttöön perustuvat Käypä hoito-suositukset ovat suomalaisten asiantuntijoiden arvioimia. Potilaiden mahdollisimman hyvä hoito on hoitosuositusten tavoitteena. (Kansanterveyslaitos 2005.)

Skitsofrenian Käypä hoito – suositusten mukaisesti skitsofreniapotilaan hoito on järjestettävä hänen yksilölliset ja muuttuvat hoito- ja kuntoutustarpeensa huomioon ottaen ja siten, että käytettävät palvelut muodostavat pitkäjänteisen hoidon turvaavan integroidun kokonaisuuden. Väestövastuuperiaatteella toimivalle psykiatriselle avohoitoyksikölle kuuluu keskeinen vastuu hoidosta. Sillä on oltava käytössään monipuolinen biologisten ja psykososiaalisten hoito- ja kuntoutusmenetelmien valikoima, ja yksikön on toimittava kiinteässä yhteistyössä psykiatrisen sairaalaosaston, perusterveydenhuollon, sosiaalisektorin sekä potilas- ja omaisyhdistysten kanssa. Hoito toteutetaan ensisijaisesti avohoidossa. Potilaiden tyytyväisyyttä hoitoon lisäävät aktiivisesti kotikäyntejä tekevät avohoidon moniammatilliset työryhmät, ja tällainen hoitokäytäntö voi vähentää sairaalahoidon ja itsemurhia verrattuna tavanomaiseen avo- ja sairaalahoitoon. Sairalahoidon tarvetta ja perheeseen kohdistuvaa rasitusta voivat vähentää muiden avopalveluiden ja sairaalaosaston kanssa integroidusti toimivat erityistyöryhmät, joiden toimintaperiaatteisiin kuuluvat tiivis kriisiluonteinen avohoito, perheinterventiot ja tarvittaessa tiheät kotikäynnit. Hoitavan työryhmän mahdollisuuksia arvioida potilaan ja hänen perheensä elämäntilannetta ja selviytymistä jokapäiväisistä toiminnoista kotikäynnit parantavat, ja ne soveltuvat myös niiden perheiden tukemiseen, joissa on pieniä lapsia. (Duodecim 2005).

2.2.3 Asiakaslähtöinen toimintatapa

Terveystuollossa on tunnistettava yhteiskunnassa tapahtuvien muutosten asettamat vaatimukset ja kehitettävä toimintaa niiden ja väestön tarpeiden mukaan. Tuloksellisen hoitotyön edellytyksenä on, että terveydenhuollon palveluita tuottavissa organisaatioissa käytetään asiakaslähtöistä toimintatapaa. (Sosiaali- ja terve-

ysministeriö 2003.) Asiakaslähtöisen toimintatavan uskotaan edistävän mielenterveyttä, sillä asiakkaan osallisuuden lisääminen kohentaa hänen itsetuntoaan ja yhteistyö asiakkaan ja moniammatillisen työryhmän välillä vähentää asiakkaan erillisyyden tunnetta ja rohkaisee häntä vastuulliseen asennoitumiseen. (Kokkola, Kiikkala, Immonen & Sorsa 2002, 31).

Sorsan (2002, 51 – 74) mukaan asiakaslähtöisyys – käsitteen sisällöstä ei ole vallitsevaa yksimielisyyttä sosiaali- – ja terveydenhuoltoalan käytännössä. Asiakaslähtöisessä toimintamallissa on keskeistä, että asiakas otetaan palvelua järjestettäessä mukaan organisaation toimintaan, keskusteluun ja päätöksentekoon, jolloin koko organisaation toiminnan lähtökohtana ovat asiakkaan tarpeet. Sorsa (2002) on pro gradu – tutkielmaansa kuvannut asiakaslähtöisyyden käsitettä sosiaali- ja terveystaloudissa toimintana, joka perustuu ihmisarvoon ja yhdenvertaisuuteen, ja ilmenee sekä ajattelun että toiminnan tasolla. Vuorovaikutus työntekijän ja asiakkaan välillä on yhteistyösuhde, jota luonnehtivat yhteistoiminnallinen ja dialoginen työskentelytapa, jossa työntekijä on läsnä niin ihmisenä kuin asiantuntijana. Asiakaslähtöisen yhteistyön tavoite on voimaantumisen. Asiakaslähtöisyys on työskentelyä eri organisaatioiden rajapinnat ylittäen, jolloin asiakas saa tarvitsemaansa apua ja tukea. Työyhteisö ja organisaatio antavat tukensa asiakaslähtöisesti toimivalle työntekijälleen. Jatkuva eettinen pohdinta on edellytys asiakkaan näkökulman keskeisyyden takaamiseksi asiakaslähtöisyyden toteutumisessa.

Mielenterveyslain (1116/1990) mukaisesti mielenterveyspalvelut tulisi ensisijaisesti järjestää avopalveluna potilaan itsenäistä suoriutumista ja oma-aloitteisuutta tukien, mikä sisältää ajatuksen asiakaslähtöisyydestä. Myös muihin sosiaali- ja terveystaloudien järjestämiseen liittyviin asetuksiin ja suosituksiin on sisällytetty asiakaslähtöisyyden näkökulma. Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) edellytetään, että potilasta hoidetaan yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Ja esimerkiksi Sosiaali- – ja terveysministeriön mielenterveyspalveluiden laatusuosituksissa asiakkaan asema ja oikeudet ovat lähtökohtina, kun siinä edellytetään, että asiakkaalla on sovittu yhteyshenkilö, palveluohjaaja, jonka tehtävänä on yhteyden pito asiakkaaseen ja hänen tukemisensa arkielämään liittyvissä asioissa, kuten kuntoutukseen, koulutukseen ja työelämään liittyvissä asioissa. Tällaisen palveluohjauksen tarkoituksena on kehittää neuvonta- ja ohjaustyypistä palvelua, jolla pyritään turvaamaan hoidon ja kuntoutuksen jatkuvuus samoin kuin niiden saumaton eteneminen. (Sosiaali- ja terveystalouden tutkimus- ja kehittämiskeskus 2000; Sosiaali- ja terveysministeriö 2001.)

2.2.4 Palveluohjaus yhteistyömallina

Nykyisessä pirstaloituneessa palvelujärjestelmässä tarvitaan uusia työ – ja toimintamuotoja asiakaslähtöisyyden mahdollistamiseksi. Valtakunnalliset terveydenhuollon molemmat nykytavoitteet: asiakaslähtöisyys ja saumattomat palveluketjut saattavat olla saavutettavissa palveluohjaus yhteistyömallia kehittämällä. Saumaton palveluketju tarkoittaa tässä nimenomaan samaan asiakkaaseen kohdistuvaa, organisaatorajat ylittävää *palveluprosessia*.

Omaneuvoja – tai case management – toiminta ovat palveluohjauksen lisäksi Suomessa käytettäviä nimityksiä sellaisesta terveydenhuollon yhteistyömallista, jonka lähtökohtana on asiakkaana oleva potilas tarpeineen ja voimavaroineen, ja jossa on keskeistä asiakkaan tarpeita vastaavan hoito- ja palvelukokonaisuuden koordinointi. Case management – toimintaa on Suomessa kehitetty lähinnä sosiaalityön menetelmänä, jolloin tavoitteena on ollut löytää kompromissi asiakkaiden tarpeiden, palvelujen ja toimintaehtojen välillä siten, että asiakkaan tarpeita vastaava palvelu olisi oikeudenmukaista asiakkaan näkökulmasta ja samalla tehokasta ja tuottavaa toimintaa kunnan eli palvelunjärjestäjän näkökulmasta. (Ala-Nikkola & Sipilä 1996, 16 – 31; Valokivi 2000.) Terveydenhuollossa case managementin avulla on esimerkiksi Jorvin sairaalassa kehitetty psykiatristen pitkäaikaispotilaiden kuntoutuspalvelujen koordinoitua laitospäristössä (Jääskeläinen, Mäntynen, Haavisto, Kurki, Peltola & Röyks 2001).

Kansainvälisiä palveluohjauksen tehokkuutta käsitteleviä tutkimuksia on julkaistu huomattava määrä, samoin kuin eri tutkimuksia käsitteleviä katsauksia (Solomon 1992; Holloway, Oliver, Collins & Carso 1995; Marshall, Gray, Lockwood & Green 1997; Mueser, Bond, Drake & Resnick 1998; Björkman, Hansson & Sandlund 2002; Marshall, Lockwood, Green, Zajac-Roles, Roberts & Harrison 2004). Näiden tutkimusten ja katsausten tulokset eroavat toisistaan, mutta yhteenvetona voidaan todeta, että palveluohjaus on pääsääntöisesti kohdistunut joko potilaisiin, joilla on vakava, pitkäaikainen psykiatrinen sairaus ja siihen liittyviä sosiaalisia ongelmia, tai ensikertaa psykoosiin sairastuneisiin potilaisiin. Intensiivisemmät palveluohjausmallit, kuten työryhmäpohjainen tehostettu avohoito (ACT) tai varmistava yhteisöhoitomalli, näyttävät vähentävän tehokkaasti sairaalahoidon tarvetta, tukien potilaan kotona asumista ja avohoidon palveluiden käytön mahdollisuutta. Marshall'in ym. (1997) katsaus yhdestätoista perinteistä palveluohjausta käsittelevästä tutkimuksesta osoitti, että potilaat, jotka saivat perinteistä palveluohjausta pysyivät hyvin hoidon piirissä. Mutta perinteiset palveluohjaustoimintamallit eivät kuitenkaan osoittaneet tuovan sen parempia tuloksia potilaiden mielenterveydelle, sosiaaliselle toimintakyvyille tai elämänlaadulle kuin perinteinenkään hoito.

Erilaisia palveluohjausmalleja on useita. Alan kirjallisuudessa eräs ensimmäisistä kuvatuista palveluohjausmalleista on välittäjämalli, joka sisältää viisi erilaista toiminta-aluetta: arvioinnin, suunnittelun, edunvalvonnan, yhteensovittamisen ja palveluiden varmistamisen (Turner & TenHoor 1978, 319 – 348; Chamberlain & Rapp 1991, 171 – 188). Kliinisessä palveluohjausmallissa (clinical case management) palveluohjaaja toimii samanaikaisesti myös potilaan hoitajana, järjestäen potilaalle välittömiä palveluja (Kanter 1989, 361 – 368). Muita käytettyjä ja tutkittuja palveluohjausmalleja ovat työryhmäpohjainen tehostettu avohoito (assertive community treatment, ACT), intensiivinen palveluohjausmalli (intensive case management, ICM), voimavaramalli (strength model) ja kuntoutusmalli (rehabilitation model) (Stein & Test 1980, 392 – 397; Anthony, Cohen, Farkas & Cohen 1988, 219 – 228; Surles, Blanch, Shem & Donahue 1992, 151 – 163; Åberg-Wistedt, Cresell, Lindberg, Liljenberg & Östby 1995, 1263 – 1266). Käytännössä erilaisia palveluohjausmalleja on vaikea terveydenhuollon alalla täsmällisesti erottaa toisistaan, koska lähtökohtana palveluohjauksessa on kuitenkin potilas tarpeineen eli asiakaslähtöisyys. Toiminta tiettyä mallia noudattavassa palveluohjauksessa

muotoutuu kunkin potilaan tilanteen ja tarjolla olevien resurssien mukaisesti. Eniten mallit eroavat toisistaan intensiivisyydessään eli siinä, miten paljon asiakkaana oleva potilas on itse vastuuta ottava ja aktiivinen toimija palveluohjaussuhteessa. (Björkman ym. 2002.)

Keskeistä on, että palveluohjauksessa pyritään säilyttämään asiakaslähtöinen ja mielenterveydellinen lähestymistapa, joissa hoito- ja palvelukokonaisuuksien koordinoinnista vastaa asiakkaana olevan potilaan omatyöntekijä tai omahoitaja. Suomenkielisinä vastineina Case Manager – toimijalle voidaan käyttää palveluohjaaja, kuntoutusohjaaja tai esimerkiksi omaneuvoja nimityksiä. Palveluohjaus tarjoaa vaihtoehtoisia, yksilöllisesti suunniteltuja hoito- ja palvelukokonaisuuksia, ohjattavien potilaiden ja heidän läheistensä rohkaisua, koulutusta, edustamista ja toimintamahdollisuuksien lisäämistä. Palveluohjauksessa kyse on pyrkimyksestä ymmärtää potilaan elämää, edistää hänen terveyttään, lisätä hänen valinnanvapauksiaan ja toimia ongelmia ennaltaehkäisten. (Kokkala ym. 2002, 33 – 34.)

2.3 Kotityöryhmän hoitomalli tutkimuksen viitekehyksenä

Terveydenhuollon toiminta on nopeasti muuttuvaa ja sen tärkeimpinä kehitysvoimina pidetään kehittyvää tiedettä ja teknologiaa sekä työntekijöiden halua jatkuvasti kehittää tietojaan ja taitojaan. Ongelmallista muutosten yllätyksellisyys ja sattumanvaraisuus on niille, joiden tehtävä on vastata terveydenhuollon kustannusten rahoittamisesta. Suunnitelmallisuus ja muutoksiin varautuminen on kustannuksista vastaaville tärkeää. Tieteellisen näytön lisäksi toimintakäytäntöjen muuttamiseksi tarvitaan myös terveydenhuollon järjestelmien lainalaisuuksien tuntemusta sekä prosessien järjestelmällistä kuvaamista ja analysointia. (Brommels 2005, 1605.)

Psykiatristen sairaalapaikkojen supistamisen myötä on ollut tarpeen kehittää mielenterveystyön avohoitoa. Tampereella avohoidon psykiatrisesta erikoissairaanhoidosta vastaavat Mielenterveyskeskus ja sen aluetoimistot. Tampereen mielenterveyskeskuksen tehostetun psykiatrisen kotisairaanhoidon työryhmän toiminnan suunnittelu alkoi joulukuussa 1999. Jo vuonna 1997 oli perustettu avohoitoon työpari, johon kuului lääkäri ja sairaanhoitaja, jotka työskentelivät lähinnä potilaiden kotona. Tehostetun psykiatrisen kotisairaanhoidon henkilökunta vuokrattiin vuoden 2000 alusta Pitkänien sairaalasta ja siirrettiin sittemmin kaupungin omaan terveydenhuoltohenkilöstöön. Tämän tutkielman haastatteluaineiston keruuajana työryhmään kuului kaksi psykiatrian erikoislääkäriä, kaksi erikoistuvaa lääkäriä, apulaisopettajana toimiva psykiatrian erikoislääkäri, kolme mielenterveyshoitajaa, sosiaalityöntekijä, osastonsihteeri, 11 psykiatrista sairaanhoitajaa, toimintaterapeutti sekä vastaava sairaanhoitaja. Työryhmän tehtävänä on korvata avohoidon keinoin tiettyjen psykiatristen potilaiden sairaalahoitoa sekä vastata sellaisten potilaiden avohoidosta, jotka eivät pysty käyttämään perusterveydenhuollon palvelutarjontaa, tai jotka eivät kykene käymään mielenterveystoimiston tai aluetyöryhmien vastaanotolla, vaikka heidän mielenterveydenhäiriönsä edellyttäisi asiantuntija-arviota ja hoitotapaamisia. (Ovaskainen 1999,1; Ovaskainen 2000 b, 1.)

Potilaan ohjaaminen kotityöryhmän hoitoon tapahtuu useimmiten mielenterveyskeskuksen aluetyöryhmästä tai Pitkänien sairaalasta. Myös terveyskeskuslääkärit voivat lähettää asiakkaitaan kotityöryhmän hoitoon. Lähettämisen syynä on usein skitsofrenian tai muun psykoottisen häiriön pahenemisvaihe tai sairaalahoidon jälkeinen toipumisvaihe, jolloin potilaan mielenterveyden häiriöön liittyvä toimintakyvyn huononeminen, vaikeus huolehtia itsestä tai varsinaiset oireet, kuten harhaluulot tai niihin liittyvät pelkotilat, voivat olla esteenä potilaan mielenterveystoimistossa käynneille. Potilaalla oleva vaikeus tunnistaa oman psyykkisen voimien huononeminen ja siihen liittyvä hoidon tarve voi edellyttää hoidon toteuttamista potilaan kotona. Muina hoitoon ohjauksen syynä ovat olleet potilaan huono toiminta- tai yhteistyökyky sekä mielenterveystoimiston aluetyöryhmän voimavarojen riittämättömyys kriisissä olevan potilaan tarpeisiin vastaamisessa. Potilaiden yleisin hoitontulon syy on ollut vaikeahoitoinen skitsofrenia. Tehostetun psykiatrisen kotisairaanhoidon työryhmän kotikäynneistä ovat käytännön kokemuksen mukaan eniten hyötäneet sairaalasta kotiutuneet psykoosipotilaat, kun toipumisen tiivis seuranta ja lääkehoidon sekä tukipalvelujen tarpeen arviointi ja järjestäminen on ollut ajankohtaista. (Ovaskainen 2000 b.)

Ensisijaisesti kotityöryhmä on keskittynyt hoitamaan kuntoutuksen tarpeessa olevia psykoosipotilaita, joilla on vaarana putoaminen pois tarpeenmukaisen hoidon piiristä, sairauden pitkittyminen ja toimintakyvyn huononeminen. Tavoitteena on turvata potilaan psykiatrisen hoidon jatkuvuus. Kunkin potilaan kohdalla arvioidaan, miten pitkään kotityöryhmän hoitoa tarvitaan ja milloin potilaan hoito voidaan siirtää esimerkiksi terveyskeskuksen seurantaan. Edellytyksenä hoitovastuun siirrolle on, että potilaalla on toimiva päiväohjelma ja sosiaalisia kontakteja (kuten päivätoimintakeskuksessa käynnit). Jatkohoidon suhteen annetaan selkeät ohjeet uutta konsultaatiota tai yhteydenottoa varten hoidon käynnistämiseksi uudelleen erikoissairaanhoidossa. Lyhytaikaisemmat, kiireelliset hoidot, jotka voivat toimia vaihtoehtona sairaalahoidolle, ovat kotityöryhmän työssä toissijaisena. Esimerkiksi skitsofrenian tai muun psykoosin tai masennuksen oireiden vaikeutuminen ovat tällaisia tilanteita. (Tavallisesti kuitenkin Mielenterveyskeskuksen kriisityöryhmä hoitaa näitä potilaita ensisijaisesti.) (Ovaskainen 2000 a, 1.)

Kotityöryhmän työskentelymuotona ovat kotikäynnit potilaiden koteihin. Käynnit tehdään yleensä hoitajatyöpareittain, joille on nimetty maantieteelliset vastuualueet, joista tarpeen vaatiessa joustetaan. Hoitosuhteet ovat määräaikaista kestäen yleensä korkeintaan vuoden, mutta tarvittaessa hoitoa saatetaan jatkaa paljon kauemminkin. Yhdellä työntekijällä on kerrallaan kuudesta kahdeksaan potilasta. Kullakin potilaalla on nimetty lääkäri, joka tapaa potilasta varsinkin hoidon suunnittelu- ja kriisivaiheessa. Potilaiden hoidossa huomioidaan päivittäistä elämänlaatua parantavia tekijöitä, siksi edunvalvonnan, siivous- ja muun kotiavun, ateriapalvelun, kuntouttavan päivätoiminnan, päihdeongelmien hoidon sekä somaattisen terveydenhoidon järjestäminen kuuluu kiinteästi kotityöryhmän toimintaan. Tämä edellyttää tiivistä yhteistyötä sosiaali- ja terveydenhuollon eri viranomaistahojen kanssa. Yhteistyötä tehdään myös Tampereen yliopistollisen sairaalan psykiatrian toimialueen kanssa aina, kun potilas on lähetettävä sairaalahoidon. Työryhmän jäsenet osal-

listuvat sairaalassa potilaidensa hoitoneuvotteluihin. Muita yhteistyökumppaneita ovat Sopimusvuori ry:n henkilöstö, mielenterveyskeskuksen aluetyöryhmät sekä A-kilta. (Ovaskainen 2000 b, 2-4.)

Kotityöryhmän kehitteillä olevat hoitomallit

On osoitettu, että tiedonlisäämiseen ja oireidenhallintaan perustuvat perhe- ja verkostokeskeiset hoitomallit vähentävät psykoosipotilaiden sairauden uusiutumistiheyttä. Kotityöryhmän henkilöstö on saanut koulutukselliseen perhehoitotyöhön (psykoedukatiiviseen työtapaan) koulutusta. Etusijalla koulutuksessa ovat olleet ongelman määrittelyyn ja ratkaisumenetelmiin, tavoitteiden asetteluun ja ennakoivien oireiden tunnistamisen opettamiseen sekä tiedon antamiseen liittyvät asiat. Myös kriisi- ja ratkaisukeskeiset näkökulmat on pyritty huomioimaan henkilökunnan perehdytys- ja koulutusvaiheessa. Tarkoitus on alkaa kehittää oppimisterapeuttiseen menetelmään perustuvaa pienryhmätoimintaa, jonka tavoitteena on arkipäivän elämäntaitojen parempi hallinta. (Ovaskainen 1999, 1.)

Koulutuksellisen perhehoitotyön malli

Aiemmin psykoedukatiiviseksi hoitomalliksi kutsuttu työskentelymuoto on saanut sisältöään selkeämmin kuvaavan nimen koulutuksellinen perhehoitotyön malli. Alun perin psykoedukatiivisen hoidon malleja on useita, esimerkiksi Lontoon malli ja Pittsburghin malli. Tampereen seudulla kehitetyllä Koulutuksellisella perhehoitotyön mallilla on perustansa Buckinghamissa käyttöön otetussa niin sanotussa Falloonin mallissa sekä Suomessa Skitsofreniaprojektin (1988) seurauksena kehitetyssä Tarpeenmukaisessa hoitomallissa, jossa on keskeistä yksilöllisesti suunniteltu hoito, sekä potilaan lähiverkoston saaminen mukaan hoitoon ja keskinäisen vuorovaikutuksen parantaminen. Yhteistä näille kaikille malleille on potilaalle ja hänen perheelleen annettavan tiedon merkitys, psykoterapeuttisen ajattelun korostuminen ja käyttäytymisteorioihin pohjautuvien menetelmien käyttö hoidossa. (Orhagen 1992, 44–47; Hornung, Kieserg, Feldman & Buchkremer 1996, 258–259; Kilkku 1999, 60–62.)

Koulutuksellisessa perhehoitotyössä potilasta ja hänen läheisiään tavataan yleensä kotona. Tärkeimpiä osa-alueita ovat ongelmanratkaisu- ja kriisinhallintataitojen opettelu, kommunikaatiotaitojen opettaminen sekä tiedon antaminen. Tiedon antaminen suunnitellaan yksilöllisesti juuri kyseiselle potilaalle sopivaksi, suhteessa hänen tilanteeseensa, oireisiinsa ja mahdollisiin hoitovaihtoehtoihin. Tavoitteena on, että annettu tieto auttaa potilasta ja hänen läheisiään ymmärtämään sairautta ja helpottaa heidän osallistumistaan hoitoon. Potilaan omaan psykoosikokemukseen liittyvien ajatusten läpikäyminen, hänen itsetuntonsa tukeminen ja esimerkiksi sairausvaiheen vaikeutumista ennustavien ennakoivien oireiden tunnistaminen ja oppiminen ovat keskeisiä asioita koulutuksellisessa perhehoitotyössä. Tärkeää on myös läheisten ihmisten tukeminen elämäntilanteessa sekä toimiminen heidän kanssaan yhteistyössä potilaan hoidossa. (McGorry 1995, 313- 316; Perkins & Repper 1998, 57–58; Kilkku 1999, 62–63.)

Kansainvälisissä tutkimuksissa on todettu, että koulutuksellisten perheinterventioiden lisääntynyt käyttö skitsofreniapotilaiden hoidossa on vähentänyt sairauden uusiutumiseriskiä. Psykoedukatiiviseen perheterapiaan sisältyy biolääketieteellinen lähestymistapa: skitsofrenian syynä pidetään aivojen sairautta, joka on puhjennut geeniperimään liittyvien haavoittuvuus - stressi -herkkyys -mallin mukaisten tekijöiden vaikutuksesta. Tällainen ei-vuorovaikutuksellisiin syihin pohjaava käsitys on tutkimusten mukaan vähentänyt perheenjäsenten kokemaa häpeää ja syyllisyyttä. (Leff, Kuipers, Berkowitz & Sturgeon 1985, 595–600; Wahl & Harman 1989, 131–139; Lam 1991, 423–441; Alanen 1993, 218–220; Cullberg 2005, 351 -354.)

Alttius psykoottiseen häiriöön syntyy haavoittuvuus-stressi-herkkyys-mallin mukaan geneettisten ja ympäristötekijöiden tuloksena, kun psykoosille altis henkilö joutuu stressitilanteeseen, ja hänellä alkaa ilmetä poikkeavia kokemuksia ja pahimmillaan psykoottisia oireita. Tämä haavoittuvuus – stressi-herkkyys-malli ei silti mitenkään sulje pois potilaan kehitykseen liittyneitä psykodynaamisia kokemuksia ja niiden merkityksiä, jotka voivat luoda sisältöä esimerkiksi psykoottisille harha-aistimuksille. Samoin tämän mallin mukaisesti uskotaan potilaan ajankohtaisten psykodynaamisten ristiriitojen voivan muodostaa yksin tai yhdessä muiden tekijöiden kanssa riittävän stressitekijän, jonka laukaisemana hänelle puhkeaa psykoosi. (Salokangas & Suomela 2004, 3989 – 3993.)

Oppimisterapeuttinen hoitomalli

Psykologian osa-alueeseen kuuluvien käyttäytymistieteiden pohjalta on kehittynyt käyttäytymisterapia, jota nykyisin kutsutaan oppimisterapiaksi. Oppimisterapian mukaan mielenterveyshäiriöt johtuvat virheellisistä oppimistuloksista (behavioristinen näkemyksen ja sosiaalisen oppimisen teorioiden mukaisesti) tai ne ovat seurauksia minäkäsityksen ja maailmankuvan vääristymisestä (kognitiivisten ja konstruktivististen teorioiden mukaan). Watsonia pidetään behaviorismin perustajana ja Skinner kehitti tätä psykologista suuntausta kuuluisin eläinkokein. Hän tuli tulokseen, jonka mukaan ympäristön kontrolloinnilla on suuri valta yksilön käyttäytymiseen, jolloin ihmisen oman tahtomisen subjektiivisuus on vain harhaa. (Salo-Gunst & Vilkkö-Riihelä 2000, 161 – 165; Tiuraniemi 2001, 32–43.)

Bandura laajensi perinteisiä oppimisteorioita sosiaalipsykologian ja kognitiivisen psykologian suuntaan. Hänen tutkimustensa mukaan ihminen arvioi omaa toimintaansa jatkuvasti, oppiminen tapahtuu ihmissuhteissa, ja muodostaessaan mielikuvia kohteestaan yksilö alkaa toimia niiden mukaisesti (mallioppiminen). Myönteinen palaute toimii palkinnon ja kielteinen rangaistuksen tavoin (vahvistaminen), oppimisessa yksilö voi vahvistaa itseään tai hänen käytöksensä ja oppimiseensa voidaan vaikuttaa ulkoapäin sijaisvahvistamisen myötä. (Salo-Gunst & Vilkkö-Riihelä 2000, 161- 165; Tiuraniemi 2001, 32–43.)

Sekä behavioristisia että sosiaalisen oppimisen teorioita on kritisoitu niiden mekanistisesta ihmiskäsityksestä, joka ei ota huomioon yksilön omaa aktiivisuutta eikä mielensisäisiä tapahtumia. Analyytisesti suuntautuneet psykoterapeutit ovat myös kritisoineet oppimisterapeuttisia hoitomuotoja edellä mainituista syistä sekä terapian pohjana olevan ulkoapäin ohjautuvuuden ajatuksen vuoksi. He haluavat painottaa, miten tärkeää on ymmärtää jotakin siitä, mitä tapahtuu potilaan ja terapeutin välisessä vuorovaikutussuhteessa ja, että merkittävin tieto ihmisestä on saatavissa tämän subjektiivisen, sisäisen maailman tutkimisen kautta. Myös hoitotieteen parissa on esitetty kritiikkiä oppimisterapeuttisten hoitomuotojen ja niiden taustalla olevien ihmiskäsitysten vuoksi. (Haugsgjerd 1975, 73; Davis ym. 1997, 193; Tähkä 1997, 36.)

Oppimisterapeuttisia menetelmiä on kuitenkin sovellettu onnistuneesti psykiatrisessa hoitotyössä psykoosi- ja skitsofreniapotilaiden puuttuvien sosiaalisten taitojen opettamisessa. Aikaisemmin hoito-ohjelmiin kuului potilaan etuuskien sitomista oppimiseen. Ajateltiin, että esimerkiksi sairaalahoidossa olevan potilaan menestyminen ohjelmassa johti jonkin etuuden, esimerkiksi vapaan kävelyoikeuden, saamiseen (käytöstä palkittiin) ja vastaavasti epäonnistuminen etuuden, kuten kävelyluvan, menettämiseen (sanktio). Menetelmä ymmärrettiin eettisesti huonoksi ja potilaan ihmisarvoa loukkaavaksi, ja nyttemmin tällaisista hoito-ohjelmista on pitkälti luovuttu. Suomessa oppimisterapeuttiseen menetelmään kuuluvaa mallia (Sariolan malli) kehittivät 1980-luvulla esimerkiksi Sariola ja Ojanen. Nykyisin terapian keskeisenä tavoitteena on työ- ja toimintakyvyn ylläpitäminen tai palauttaminen, mikä on mahdollista saavuttaa potilaalle hankalien asioiden työstämisellä esimerkiksi mielikuvien tasolla tai siten, että potilasta voidaan auttaa oppimaan uusia toimintatapoja käytännössä. Tavoitteen saavuttaminen merkitsee potilaalle uuden, joustavamman suhteen muodostamista ahdistaviin ja hankaliin asioihin. (Furman, Forsman & Saarela 1987, 18–20; Kingdon & Turkington 1994; Latvala ym. 1995, 13; Sariola & Ojanen 1997, 191–219; Anttonen 2004, 393 – 401).

2.3 Aiempia psykoosipotilaan avohoitoon liittyviä tutkimuksia

Psykoosipotilaan avohoitoon liittyvän kirjallisuuskatsauksen tutkielman kirjoittaja teki CINAHL -, Linda-, MEDIC-, Medline- ja PsycInfo - tietokannoista. Hoitotieteellisten tutkimusten lisäksi seuraavaksi esitetään joitakin lääketieteen alan tutkimuksia, koska ne antavat sopivasti tietoa aiheesta. Enemmän on tutkittu avohoidossa hoidettujen potilaiden ja heidän läheistensä kokemuksia psykiatrisesta avohoidosta, pelkästään hoitohenkilökunnan omista kokemuksista ja kuvauksista tehtyjä psykoosipotilaan hoitotyötä käsitteleviä tutkimustuloksia aiheesta löytyi vain vähän.

Edelleenkin valtaosa akuuteista psykoosipotilaista päätyy psykiatriseen sairaalaan hoitoon. Kuitenkin avohoitomahdollisuutta sairaalahoidon vaihtoehtona on pyritty kehittämään pidemmän aikaa. Amerikkalaiset Pasanamick ja Langsley tutkivat jo 1960-luvulla kriisi-intervention ja kotiin annettavan tuen mahdollisuuksia ja näkivät avohoitomuodon yhtä tehokkaana kuin sairaalahoidon. Myös amerikkalaiset Stein ja Test kehittivät vaihtoehtoa sairaalahoidolle, minkä pohjalta australialaiset Hoult ja Reynolds muokkasivat 1970–1980-

luvun taitteessa hoitomallin, jossa akuutteja skitsofreniapotilaita alettiin hoitaa erityistyöryhmien avulla vastaanotolla ja kotikäynnin. Varsinkin psykoosipotilaiden omaiset pitivät avohoitoa tavanomaista laitoshoidoa parempana, he kokivat saaneensa tukea ja tietoa. Perinteisesti hoidetun ryhmän potilailla oli tilastollisesti mitattuna merkitsevästi enemmän avoimia psykoottisia oireita kuin avohoidossa hoidetuilla. (Pasamanick, Scarpitti & Dinitz 1967; Langsley, Flomenhaft & Macholter 1969; Stein & Test 1980; Hoult & Reynolds 1984.)

Psykoosipotilaiden avohoidosta on tehty useita tutkimuksia, joissa avohoidon ja kotihoidon kustannusvaikuttavuutta on verrattu kontrolliryhmän psykiatrisen sairaalahoidon kustannusvaikuttavuuteen. Näiden tutkimusten tulokset ovat olleet rohkaisevia, avohoito on todettu kustannuksiltaan edullisemmaksi kuin sairaalahoido. Potilaiden oireiden ja perheiden kuormittuneisuuden on havaittu vähenevän enemmän, tyytyväisyys hoitoon on ollut suurempaa ja asiakkaana olleet potilaat ja perheet ovat pitäneet kotihoitoa parempana vaihtoehtona kuin mielenterveystoimistoissa tapahtuvaa avohoitoa tai psykiatrista sairaalahoidoa. (Burns, Raftery, Beadsmoore & McGuigan 1993; Audini, Marks, Lawrence, Connolly & Watts 1994; Wasylenki, Gehrs, Goering & Toner 1997.)

Vuonna 1990 aloitettiin Manchesterin yliopistossa avohoidossa työskenteleville psykiatrisille sairaanhoitajille koulutusprojekti, jonka aiheena oli skitsofreniaa sairastavien potilaiden ja heidän läheistensä tukeminen. Oli havaittu, että sairaanhoitajat avohoidossa työskentelivät useimmin vähemmän sitoutumista ja aikaa vaativien potilaiden kuin skitsofreniaa sairastavien potilaiden parissa. Koulutuksessa käytettiin psykoedukaatiivisen hoidon toimintatapoja, ja hoitajille annettiin koulutusta skitsofrenian oireista ja sairauden kulusta, stressinhallintakeinoista, ongelmien ratkaisumenetelmistä ja perheiden sisäisestä kommunikaatiosta. Tämän pilottiprojektin tulokset olivat myönteisiä, sairaanhoitajat kokivat saaneensa valmiuksia hoitaa skitsofreniapotilaita myös avohoidossa. Tutkimuksen jälkeen vastaavaa koulutusta on alettu järjestää systemaattisesti sekä Manchesterin yliopistossa että Lontoon psykiatrisessa instituutissa (Institute of Psychiatry). (Bradshaw & Everitt 1995, 28–30.)

Fitzgerald ja Kulkarni (1998) tutkivat Australiassa ensimmäistä kertaa psykoosiin sairastuneiden potilaiden hoitoa kotona (Home-oriented management programme for people with early psychosis). Intensiivisesti toteutetun hoidon, johon kuului potilaan lisäksi hänen läheistensä ohjaus ja tukeminen, todettiin ehkäisevän merkittävästi sairaalahoidon tarvetta. Kotihoito edellytti erilaisten hoidollisten menetelmien käyttöä kuin sairaalahoido. Tutkimusraportissa painotettiin, että keskeistä oli hoidosta vastanneiden työntekijöiden asema ja rooli vieraana potilaan kodissa, jolloin tilanne vaati sosiaalisesti erilaista käytöstä kuin sairaalaolosuhteissa työskenneltäessä. Potilaan kokonaistilanteen huomioiminen korostui kotihoidossa ja asetti vaatimuksia työntekijöiden ammattitaidolle. Esimerkiksi lääkityksen sivuvaikutusten seuraaminen ja potilaan fyysisen kunnan tutkiminen sekä turvallisuuden liittyvistä asioista huolehtiminen potilaan kotona on vaativampaa kuin laitoshoidossa. Tärkeänä hoidon suunnittelun ja toteuttamisen kannalta pidettiin sitä, että hoitava henkilökunta

pääsi mukaan perheen keskinäiseen struktuuriin paljon realistisemmassa tilanteessa kuin koskaan olisi mahdollisella sairaalaosastolla.

Turun skitsofreniatutkimus ja Valtakunnallinen skitsofreniaprojekti ovat olleet ratkaisevassa asemassa skitsofreenisten psykoosien hoidon kehittämiseen maassamme. Niiden pohjalta syntyi vuosina 1992–1998 toteutettu Akuutin psykoosin integroitu hoito (API) -projekti, joka oli akuutin psykoosin hoidon kehittämishanke. API -projektin hoitomalli perustuu Tarpeenmukaisen hoitomallin (need-adapted treatment) periaatteille, joita ovat hoidon tarpeenmukaisuus, integroitu hoito, psykoterapeuttinen perusasenne, perhekeskeisyys, moniammatilliset työryhmät ja hoitosuhteen yksilöllisyys. (Aaltonen ym. 2000, 7-9.)

Projektin tulokset osoittivat, että psykoosipotilaita hoitavan yksikön työntekijöiden on saatava jatkuvaa kliinisen työn tarpeista syntyvää koulutusta. Työntekijöiden kehittymistä työssään tukee psykoosipotilaita hoitavien yksiköiden verkostoituminen ja keskinäinen kokemusten vaihto. Työnohjauksen tulee olla yhteisösuuntautunutta, myös yksilötyönohjauksessa. Yksikön ulkopuolisen työnohjauksen käytön on oltava mahdollista ainakin silloin, jos potilaan hoitoprosessi ei etene. Hoitomallia kehitteäkseen on työtiimien järjestettävä säännöllisiä integraatiokokouksia, joihin hoitotyötä tekevien lisäksi osallistuu myös hallinnollisessa vastuussa olevia työntekijöitä. Työnjohdon ja hallinnon tukea edellytetään siksikin, että psykoosi ilmiönä pyrkii aiheuttamaan epävarmuutta työryhmien toiminnassa. Tutkimuksen perusteella nimettiin kaksi uutta psykoosien hoitomallin periaatetta: *horisontaalinen asiantuntijuus*, sekä *rituaalien purkaminen ja avoin dialogi*. Horisontaalisella asiantuntijuudella tarkoitetaan pyrkimystä ammatillisten reiviirien purkuun ja asiantuntijuuden välisten rajojen ylitykseen. Rituaalien purkaminen ja avoin dialogi tarkoittaa, että hoito ei olisi jäykästi sidottua aikaan tai paikkaan, vaan asiantuntijuus toteutuisi parhaiten ympäristössä, jossa hoidon rituaalinen valta on vähäisintä ja potilaan valinnanvapaus suurinta, kuten esimerkiksi potilaan kotona tapahtuvassa hoidossa. (Aaltonen ym. 2000; Punkanen 2001, 109.)

Steele (1996) teki fenomenologisen tutkimuksen, jonka tarkoituksena oli selvittää kunnallisessa kotihoitotyössä toimivien psykiatristen sairaanhoitajien kokemuksia päivittäisestä työstään. Tutkimusta ohjaavana kysymyksenä oli: Mikä on ominaista psykiatristen hoitajien kokemuksille heidän tarjotessaan hoitoa psykiatrisille asiakkaille heidän kotonaan (What is the nature of the experience of psychiatric nurses as they provide home care for psychiatric clients living in the rural community?). Aineisto kerättiin haastattelemalla kymmentä kunnallisessa avohoidossa toimivaa psykiatrista hoitajaa, ja se analysoitiin käyttäen Heideggerin hermeneuttista metodia. Tutkimuksessa ilmeni, että hoitajat toimivat välillisenä tukena ja mahdollistajina, kun asiakkaat pyrkivät selviytymään oireidensa kanssa. Hoitajat käyttivät hyvin runsaasti aikaa taistellen asiakkaiden leimautumista vastaan, järjestellen tarvittavia resursseja asiakkaiden kokonaishoidon turvaamiseksi ja edustaen asiakkaita eri yhteyksissä. Hoitajat kokivat, etteivät muut terveydenhuollossa työskentelevät ammattilaiset ymmärtäneet heidän rooliaan. Odottamattomin tutkimustulos analyysin perusteella oli hoitajan ja asiakkaan välistä yhteistyötä kuvaava tunnusmerkki, joka ilmeni merkittävänä läheisyytenä.

Tulisalo, Nordling ja Ylihärsilä (2002) kokeilivat ensiapopsykiatrisen työryhmän interventioiden käyttöä Etelä-Pohjanmaalla. Kokeilun tuloksena todettiin, että suuri osa vaikeastikin psykoottisesti oireilevista potilaista voitiin hoitaa kotikäynnerein avohoidossa, ja potilaiden perheet ottivat hoitovastuuta mielellään saatuaan sairaudesta informaatiota ja tukea työryhmältä. Vuoden kokeilujaksolla hoitokontakteihin ei liittynyt väkivaltatilanteita eikä virka-apua tarvittu kertaakaan. Kokeilussa työskennelleet raportoivat työmuodon vaativan hoitohenkilökunnan riittävää koulutusta ja työnohjausta. Tärkeänä pidettiin mahdollisuutta ylläpitää säännöllisiä yhteyksiä toimipaikan moniammatilliseen tiimiin. Kotikäynneillä henkilökunnalla oli käytössään kommunikaattori, joka toimi ajanvarauskirjana, puhelimenä sekä faksien vastaanottajana ja lähettäjänä. Kokeilussa työskennelleet arvostivat työnantajan panostusta aineellisiin resursseihin, kuten työtiloihin, kulkuneuvoihin ja viestintävälineisiin. He korostivat sitä, että työn suunnitteluun pitää jäädä tarpeeksi aikaa, ja säännöllinen yhteys yhteistyötahojen välillä koettiin tärkeäksi toiminnan onnistumisen kannalta.

Magnusson, Severinsson ja Luetzen (2002) tutkivat Ruotsissa psykiatristen pitkäaikaissairaiden kotihoidossa työskentelevien hoitotyöntekijöiden näkemyksiä potilaan yksityisyydestä ja sen loukkaamisesta. Kyselytutkimuksen osallistujat (N=660) kuuluivat lähihoitajien, psykiatristen sairaanhoitajien ja mielenterveyshoitajien ammattiryhmiin. Tulokset osoittivat, että näkemyksissä oli selkeitä eroja. Erot liittyivät vastaajien ammatilliseen ryhmään, ikään ja sukupuoleen. Psykiatriset sairaanhoitajat ja mielenterveyshoitajat osoittivat huomattavasti useammin kuin lähihoitajat tuntevansa, että joutuvat loukkaamaan potilaan yksityisyyttä työskennellessään potilaan kotona. Vastaajat, jotka kuuluivat ikäryhmään 41 vuotta tai alle tunsivat useammin kuin vanhempiin ikäryhmiin kuuluvat loukkaavansa potilaan yksityisyyttä. Lisäksi miespuolisilla vastaajilla ilmeni selkeästi enemmän epävarmuutta suhteessa ammatilliseen rooliinsa kuin naispuolisilla vastaajilla. Tutkijoiden mukaan tutkimustulokset antavat aihetta jatkotutkimuksille. Erityisesti tulisi tutkia sitä, miten hoitajat käsittelevät tilanteita, joissa kokevat loukkaavansa potilaan yksityisyyttä, ja miten hoitointerventiot vaikuttavat potilaan omaan kokemukseen yksityisyydestään.

2.4 Yhteenvedo tutkimuksen teoreettisista lähtökohdista

Psykoosi on oireiltaan, ennusteeltaan ja hoidettavuudeltaan vaikeimpiin kuuluva ja vakava mielenterveyden häiriö. Se tuottaa ihmiselle ja hänen läheisilleen henkilökohtaista kärsimystä, ja varsinkin pitkittyessään aiheuttaa yhä leimautumista, syrjäytymistä ja elämäntaidollisia ongelmia. Psykoosien merkitys kansanterveydellisesti ja kansantaloudellisesti tarkasteltuna on yksi merkittävimmistä mielenterveyden häiriöiden ryhmästä.

Psykiatrisessa hoitotyössä työskentelevä omaa profession, jossa keskeisintä on ihmisten auttaminen ja tukeminen mielenterveyden ongelmien selvittämisessä. Psykiatrisen hoitotyön ydin on sen vuorovaikutuksellisessa luonteessa. Nykyisin potilaan ja hoitajan välisessä yhteistyösuhteessa korostuvat yksilövastuisuus ja

samalla asiakaslähtöisyys, joissa päämääränä on potilaan vahvistuminen siten, että hän kykenee yhä paremmin edistämään omaa terveyttään. Psykoottisen potilaan kohtaaminen vaatii hoitajalta erityistaitoja, kuten herkkyyttä tulkita potilaan käytöstä, halua ja taitoa kuunnella arvostaen potilasta ja ymmärtää psykoottisen tilan merkitys potilaalle sekä kykyä eettiseen päätöksentekoon. Keskeistä on taito käyttää psykiatrisen hoitotyön keinoja yksilöllisessä kokonaisuudessa.

Psykoosipotilaan nykyiset avohoitopainotteiset hoitokäytännöt perustuvat lähtökohdiltaan vallalla oleviin psykoosimalleihin, etenkin integroivaan malliin, jossa huomioidaan muihin lähestymistapoihin liittyvät käsitteet ja hoitomuodot sekä yksilön sosiaalinen tilanne, kunkin yksilön hoidolliset tarpeet tapauskohtaisesti tutkien, sekä skitsofrenian Käypä hoito – suosituksiin. Psykoosipotilaan hoidossa nykytavoitteet asiakaslähtöisyys ja saumattomat palveluketjut voidaan saavuttaa palveluohjaus yhteistyömallia kehittämällä.

Tässä tutkielmassa Tampereen mielenterveyskeskuksen tehostetun psykiatrisen kotisairaanhoidon työryhmä nähdään asiakaslähtöisen palveluohjausmallin mukaisesti toimivana psykoosipotilaan avohoidosta vastaavana työryhmänä. Tämä kotityöryhmä hoitaa psykoosipotilaita avohoidossa, mikä käytännössä tarkoittaa potilaan koteihin tehtäviä hoitokäyntejä, toistaiseksi ryhmä toimii vain arkisin ja virka-aikaan. Työryhmän koko on kasvanut pikku hiljaa viimeisten vuosien aikana, mikä merkitsee sitä, että omaa hoitomallia kehitetään jatkuvasti samanaikaisesti kun työryhmän ryhmäytyminen jatkuu. Kehitteillä oleva hoitomalli perustuu koulutukselliseen perhehoitotyöhön, jossa keskeistä on ongelmien määrittely ja ratkaisumenetelmien hallinta sekä ennakoivien oireiden tunnistamisen opettaminen ja tiedon antaminen potilaille ja heidän läheisilleen. Lisäksi työryhmässä on suunnitteilla pienryhmätoiminnan aloittaminen potilaille. Pienryhmien tavoitteena on arkisten elämäntaitojen paremman hallinnan opettaminen. Potilaan kokonaisvaltaisen hoidon onnistumiseksi työryhmä toimii tiiviissä yhteistyössä muiden potilasta hoitavien tahojen kanssa.

Aiemmat psykoosipotilaan avohoitoon liittyvät tutkimukset ovat osoittaneet kotona tapahtuvan psykiatrisen hoitotyön olevan todellinen vaihtoehto perinteiselle sairaalahoidolle. Kotona hoitoa saaneet ovat seurantojen mukaan oireilleet vähemmän kuin sairaalassa hoidetut potilaat, läheiset ovat kokeneet saaneensa enemmän tukea ja tietoa työryhmän käydessä kotona, ja hoitohenkilöstö on kokenut pääsevänsä potilaan kotona paljon realistisemmin mukaan potilaan ja perheen kulloiseenkin tilanteeseen kuin olisi ollut mahdollista sairaalaolosuhteissa. Hoitajien kokemuksia selvittävää tai hoitajien kuvauksiin perustuvaa tutkittua tietoa psykoosipotilaan hoitotyöstä avohoidossa on vain vähän löydettävissä. Tutkimusten mukaan potilaan kotona tapahtuva hoitotyö vaatii hoitajilta selvästi erilaista roolia kuin sairaalassa työskenneltäessä, keskeistä on ymmärtää, että ollaan potilaan, toisen ihmisen, omalla henkilökohtaisella alueella. Hoitajat joutuvat herkästi tilanteisiin, joissa on pohdittava loukataanko potilaan yksityisyyttä. Potilaan kotona tapahtuva hoitotyö edellyttää monipuolista ammattitaitoa hoitajilta, koska kokonaisvaltaisessa hoidossa korostuu sekä potilaan fyysisen, psyykkisen että sosiaalisen tilan jatkuva arviointi sekä taito vastata potilaan monimuotoisiin tarpeisiin asianmukaista apua järjestämällä.

Tässä tutkielmassa psykoosipotilaan avohoitoa tarkastellaan hoitotieteellisestä näkökulmasta, mikä tarkoittaa sitä, että kiinnostuksen kohteena ovat kolme näkökantaa: hoitaminen, hoitotyö ja hoitotyön suunnittelu, joita pidetään hyvän kokonaisuhoiton edellytyksenä. Tarkastelu mahdollistuu tutkimalla hoitajien tutkielmaa varten antamissa haastatteluissa kertomia kokemuksia ja kuvauksia psykoosipotilaan avohoidon toteutumisesta.

3 TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää psykoosipotilaan hoitoa avohoidossa tehostetun psykiatrisen kotityöryhmän hoitohenkilökunnan kuvaamana. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa, jolla voidaan ymmärtää psykoosipotilaan hoitotyötä avohoidossa, ja lisäksi löytää mahdollisia kehittämisen kohteita käytännön hoitotyölle.

Tutkimusongelmana on kysymys:

Mitä on psykoosipotilaan hoito avohoidossa kotityöryhmän hoitajien kuvaamana?

4 TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTTAMINEN

Tutkimuksen menetelmälliset valinnat tehdään tutkimusongelman ja tutkimuksen tavoitteiden perusteella, nämä myös määrittävät sen, miten valittua analysointitapaa tullaan käyttämään. Ilmiöitä, joiden suhteen toivotaan uutta näkökulmaa, tai joita ei ole aiemmin tutkittu, voidaan tutkia laadullisen tutkimuksen menetelmin. (Dey 1993, 30; Nieswiadomy 1998, 159; Polit & Hungler 1999, 239–240; Holloway & Wheeler 2000, 2.)

4.1 Metodiset lähtökohdat

Tämä tutkielma on toteutettu käyttämällä aineiston keräämiseen teemahaastattelua ja analysointiin sisällönanalyysia, jonka tutkimusfilosofia on luonteeltaan ymmärtävä ja tulkitseva. Kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus on tarkoituksenmukainen silloin, kun kuvataan elettyjä kokemuksia, ja halutaan saavuttaa yksilöiden oma näkemys tutkittavasta ilmiöstä, sekä kun sen avulla pyritään selkeyttämään tutkimuksen kohteena olevaa asiaa ja tuottamaan uutta tietoa tutkittavasta ilmiöstä. Laadullisen tutkimusmenetelmän käyttö on perusteltua tässä tutkielmassa myös siksi, että hoitohenkilökunnan kertomia kuvauksia analysoidessa valittiin induktiivinen lähestymistapa. Siinä päättelyn lähtökohdaksi kerätään tietoa yksittäisistä tapahtumista, joista

luokituksen avulla muodostetaan laajempia käsitteitä. (Vrt. Dey 1993, 10; Krause & Kiikkala 1996, 74, 77–85; Vehviläinen-Julkunen & Paunonen 1997, 20; Holloway & Wheeler 2000, 1-19.)

Tieteenfilosofisena lähtökohtana on arvostaa ihmistä ainutkertaisena yksilönä, jolla on oma tapansa tuntea, ajatella ja toimia, ja joka ymmärtävän tutkimusperinteen mukaisesti on intentionaalinen olento, jonka toiminnalla on tarkoitus ja päämäärä. Tutkimukseen osallistuneiden ilmaisut ja heidän omat tulkintansa kokemuksistaan ja pyrkimyksistään ovat keskeisiä tutkimustiedon tuottamisessa. Laadullisten menetelmien käyttö sopii ihmistä tutkiviin tieteisiin (Moody 1990, 31; Järvinen & Järvinen 1996, 135; Varto 1996, 14; Janhonen & Nikkonen 2001, 15).

Haastattelu on eräs menetelmä, jonka avulla kerätään informaatiota. Ennen haastattelua on tutkittavaan ilmiöön tutustuttava sekä käytännössä että teoreettisella tasolla. Se helpottaa tutkijan tehtävää, joka on haastatteluvaiheessa auttaa kokemusten esiin tuloa. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 42–43; Holloway & Wheeler 2000, 23–25.) Tutkielman tekijä tutustui aihetta käsittelevään kirjallisuuteen ennen tutkimusaineiston keruuta. Tarkoituksena oli kriittinen aiheen tarkastelu, jonka jälkeen mahdollistui tilanteen havainnointi esiyymmärryksen valossa (tematisointi), kuitenkin ilman erityisiä ennakko-oletuksia.

4.2 Aineiston keruu

Oman ja kirjallisuuden antaman esiyymmärryksen tiedostaminen on tutkijalle tärkeää, se tematisoi tutkimuksen alkua ja lisää tutkimuksen luotettavuutta. Laadullisessa tutkimuksessa ennakkokäsitys ei ole samalla tavoin pysyvä kuin teoreettinen viitekehys määrällisessä tutkimuksessa, se muuttuu ja täydentyy tutkimuksen kuluessa. (ks. Dey 1993, 66–69; Krause & Kiikkala 1996, 63.)

Kohderyhmä

Kvalitatiivisessa tutkimusaineistossa ja otannassa on tärkeää niiden tarkoituksenmukaisuus. Tiedonantajiksi valittiin mahdollisimman hyviä tutkittavan ilmiön asiantuntijoita. Osallistujien määrähän saa jäädä pieneksi, muutamista muutamiin kymmeneen tutkittaviin. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa ei pyritä yleistävään tietoon, vaan ollaan kiinnostuneita yksittäisistä ihmisistä. Kun samat asiat alkavat toistua eri henkilöiden kuvauksissa tapahtuu tiedonkeruun kuluessa saturaatiota, jolloin voidaan todeta tutkimuksessa olevan riittävästi tiedonantajia. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 1997, 181; Parahoo 1997, 241; Åstedt-Kurki & Nieminen 1997, 155; Välimäki & Holopainen 2000, 155.) Tässä tutkielmassa haastateltavaksi pyydettiin kaikki Tampereen mielenterveyskeskuksen tehostetun psykiatrisen kotisairaanhoidon työryhmän hoitajat. Kaikki pyydetty hoitajat suostuivat tiedonantajiksi, jolloin haastateltujen määräksi tuli neljätoista. Haastateltava ryhmä rajattiin tarkoituksellisesti näin, koska työryhmään kuulu muitakin kuin hoitajia, ja tutkielmassa mielenkiinnon

kohteena oli nimenomaan hoitajien näkökulma. Lupa hoitajien haastattelun suorittamiseen haettiin Tampereen kaupungin sosiaali- ja terveystoimen tutkimuslupatoimikunnalta.

Haastatteluun pyydettyville ja muulle työryhmälle esiteltiin tutkielman taustaa ja tarkoitusta etukäteen Tampereen mielenterveyskeskuksen toimipisteessä. Tarkoitus oli tutustua ja saada tiedonantajat motivoitumaan haastatteluun mukaan. Tapaamisessa tutkielman tekijä kertoi tutkijan velvollisuuksista, haastateltavien oikeudet, haastattelumenetelmästä, arvioidun haastatteluun kuluvan ajan ja sen, miten haastatteluaineistoa tul- laan käsittelemään luottamuksellisesti. Näin menetellen oli tarkoitus luoda avointa ilmapiiriä ja luottamusta haastatteluun suostuvien ja tutkielman tekijän välille. Tiedotustilanteessa syntyi aktiivista keskustelua, työ- ryhmän jäsenet saivat vapaasti esittää kysymyksiä tutkielman tekijälle, ja vastavuoroisesti tekijä sai varmis- tusta työryhmän jäseniltä, etenkin hoitajilta, että tutkielma on ainakin heidän työnsä kannalta aiheeltaan tär- keä, ja saattaa selkeyttää hoitotyötä ja sen kehittämistarpeita. Lisäksi tiedonantajina oleville hoitajille oli jaet- tu kirjalliset tiedotteet, joista ilmenivät keskeiset tiedot tutkielmasta sekä tutkielman tekijän ja tutkielmaa ohjaavien yhteystiedot (LIITE 1). Kaikki haastattelut suoritettiin mielenterveyskeskuksen toimipisteessä, erikseen tilannetta varten varatussa huoneessa. Kaikki haastattelut sujuivat ilman häiritseviä keskeytyksiä, ja paikalla olivat vain kulloinkin tiedonantaja sekä haastattelijana toiminut tutkielman tekijä.

Teemahaastattelu

Haastattelumenetelmäksi valittiin teemahaastattelu, joka on lomakehaastattelun ja strukturoimattoman haas- tattelun välimuoto, ja jota nimitetään myös puolistrukturoiduksi tai puolistandardoiduksi haastatteluksi. Se on lähempänä strukturoimatonta haastattelumenetelmää, mutta siinä kuitenkin aihepiirit ovat kaikille haas- teltaville samat. Se perustuu kohdennettuun haastatteluun (the focused interview), mutta eroaa siitä siten, ettei teemahaastattelu edellytä mitään kokeellisesti aikaansaatuja yhteistä kokemusta. Teemahaastattelussa korostuvat tutkittavien tiedonantajien elämymaailmat ja ne määritelmät, joita he kokemuksistaan antavat. Oleellisinta on, että haastattelu etenee tiettyjen keskeisten teemojen varassa, eikä yksityiskohtaisten kysy- mysten mukaan. (Ks. Dey 1993, 37; Parahoo 1997, 52–53, 281–309; Hirsjärvi & Hurme 2000, 47–48; Hol- loway & Wheeler 2000, 53–72.) Tutkielman haastatteluissa käytetyt teemat on esitetty liitteessä (LIITE 2).

Esihaastattelua pidetään teemahaastattelun välttämättömänä osana. Esihaastattelun avulla on mahdollista tes- tata haastattelurunkoa, ja se helpottaa varsinaisten haastattelujen aikataulun ja sujuvuuden suunnittelua. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 72–73.) Ennen varsinaisia haastatteluja kokeiltiin haastattelun ja tekniikan toimi- vuutta esihaastattelussa, jossa haastateltavana oli psykiatrinen sairaanhoitaja aivan toisesta työyhteisöstä. Esihaas- tattelussa todettiin kädessä pidettävän sanelukoneen käytön olevan haastattelutilanteessa hankalaa, sillä kone ei poiminut puheääntä selkeästi, jos konetta pidettiin pöydällä, ja koneen siirtäminen haastattelijan kädestä vastaajan käteen tuntui epäluontevalta. Teknisen toteutuksen onnistumiseksi päätettiin käyttää varsinaisissa

haastatteluissa pöytämallista sanelukonetta. Esihaastattelun perusteella teemat osoittautuivat tarpeeksi väljiksi ja ne säilytettiin, mutta muistin tueksi tehtiin lista apukysymyksistä (LIITE 2).

Haastattelun kulku

Tiedonantajat saivat itse valita haastatteluajan ja – paikan. Tutkielman haastatteluaineisto kerättiin touko – kesäkuun aikana vuonna 2002. Haastattelutilanteet sujuivat aika luontevasti. Haastattelijana toiminut tutkielman tekijä tunsu tai oli tavannut suurimman osan tiedonantajista etukäteen, esimerkiksi yhteistyöpalaverissa, osan tiedonantajista haastattelijaa tapasi ensi kertaa haastattelun alkaessa. Tiedonantajat puhuivat hyvin monipuolisesti, vaikka jotkut arvelivat etukäteen olevansa huonoja haastateltavia. Osa haastatelluista tuntui jännittävän tilannetta jonkin verran, mutta haastattelun edetessä puhumaan tottuneet tiedonantajat selvästi vapautuivat. Kertoessaan itsensä tai työryhmänsä kannalta aroista asioista muutama tiedonantaja varmisteli kesken haastattelun sitä, ettei heitä vaan pystytä tunnistamaan tutkimusraporttiin kirjoitettavasta tekstistä. Ensimmäisten haastattelujen aikana haastattelijaa teki tutkimuspäiväkirjauistiinpanoja haastattelujen aikana, mutta se tuntui häiritsevältä sekä luontevan keskustelun että keskittymisen kannalta, joten parempana vaihtoehtona oli tehdä muistiinpanoja haastattelutilanteiden jälkeen. Tutkimuspäiväkirjaan kirjattiin haastattelujen tunnelmaa, tiedonantajien reaktioita, ja niitä asioita, joita haastattelijaa erityisesti piti kiinnostavina kulloisesakin tilanteessa, samoin kuin esimerkiksi asioita, joita haastattelijan olisi muistettava vielä ennen raportin kirjoitusvaihetta tarkistaa. Liitteessä on esimerkki eräästä haastattelusta ja siihen lisätyistä tutkimuspäiväkirjan merkinnöistä (LIITE 4).

Haastattelujen alussa kerrattiin informaatio, jonka haastattelijaa oli antanut tiedonantajille jo aiemmin koko paikalla olleelle työryhmälle järjestetyssä tiedotustilaisuudessa. Teemahaastattelun kaikki aiheet käytiin läpi joka haastattelussa, vaikka kukin tiedonantaja keskittyi enemmän niihin aiheisiin, jotka hänen mielestään olivat erityisen merkittävän tuntuisia. Vaikka tiedonantajat välillä menivät puhuessaan hieman kauemmaksi jostain teemasta, tuntui parhaalta antaa heidän puhua vapaasti, koska tiedonantajien pohdinnat olivat hedelmällisiä ja haastattelijaa sai aiheeseen liittyvää arvokasta aineistoa. Haastateltavina olleet tiedonantajat olivat hyvin taitavia puhumaan heille läheisestä asiasta ja toisaalta pohtivat välillä kovin kriittisesti omaa tapaansa ajatella ja tehdä työtään. Tosin välillä haastattelijalle tuli tunne, että johtuuko tiedonantajien ammatista tai työyhteisön kulttuurista, kun he kykenivät sanomaan itselleen epämiellyttäviä ja vaikeitakin asioita hyvin kauniisti ja ymmärtäväisesti. Haastattelujen aikana tehtiin tarkentavia lisäkysymyksiä, joiden oli tarkoitus helpottaa asioiden oikein ymmärtämistä. Haastattelujen lopussa palattiin vielä teemoihin, ja annettiin tiedonantajille näin mahdollisuus kommentoida jotain valitsemaansa teemaa uudelleen. Tiedonantajilta kysyttiin myös sitä, mitä haastattelijan olisi ehdottoman tärkeä kysyä tai pohtia aiheeseen liittyen. Tähän tiedonantajat vastasivat palaamalla johonkin teemaan tai ottamalla esille jonkin aiheeseen, yleensä psykoosipotilaan asemaan ja hoitotyöhön, liittyvän arvokysymyksen.

Tiedonantajien luvalla kaikki haastattelut nauhoitettiin. Nauhoitetuilta kaseteilta puheen litteroi eli siirsi kirjalliseen muotoon tutkielman tekijä henkilökohtaisesti. Nauhoitetuista haastatteluista kuuluvat tauot, äännähdykset ja puheet aukikirjoitettiin tekstiksi kokonaisuudessaan. Haastattelujen pituus oli yleensä hieman alle tunnin, aukikirjoitetussa muodossa aineistoa kertyi 226 A4 - koon sivua, kun käytettiin fonttikokoa 12.

4.3 Aineiston analyysi

Analyysia ei voi kuvailla vain teknisten suoritusten sarjaksi, joka toistuisi samanlaisena tutkimuksesta toiseen. Eri analyysitavoille on yhteistä se, että merkitykset paljastetaan ilmiön kuvauksista tulkitsemalla, ne jäsennetään ja esitetään käsitteellisesti. Tarkoituksena on tuottaa jäsentynyt kuvaus tutkittavasta ilmiöstä. (Åstedt-Kurki & Nieminen 1997, 157). Sisällönanalyysia voidaan pitää erillisenä koulukuntana tai laadullisena analyysimenetelmänä, jossa käytetään analyysikeinoina muun muassa teemoittelua, laskemista ja yhteyksien tarkastelua. (Dey 1993, 69–73; Hirsjärvi & Hurme 2000, 153; Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 23.) Tässä tutkielmassa saatu haastatteluaineisto analysoitiin käyttämällä laadullista aineistosta lähtevää induktiivista sisällönanalyysia, analyysikeinoina käytettiin teemoittelua ja yhteyksien tarkastelua, mutta ei laskemista.

Laadullinen sisällön analyysi

Aineiston analyysi eteni useiden vaiheiden kautta, alkaen osittain samanaikaisesti aineiston keräämisen kanssa. Laadullisessa tutkimuksessa aineiston analyysi ei rajaudu johonkin tiettyyn tutkimuksen vaiheeseen, vaan analyysia voi tapahtua koko tutkimusprosessin ajan (Mäkelä 1990, 45-46; Mariano 1995, 479; Hirsjärvi ym. 1997, 218). Heti haastattelujen jälkeen tutkielman tekijä kuunteli nauhoitukset muutamaan kertaan, näin mahdollistui alustavan käsityksen saaminen aineiston laadusta. Seuraavassa vaiheessa tutkielman tekijä kirjoitti haastattelut sanatarkasti tekstiksi. Vertaamalla auki kirjoitettua tekstiä nauhoitettuihin haastatteluihin varmistettiin, että tekstit ovat nauhoitusten kanssa identtiset. Tämän jälkeen tapahtui tekstin lukeminen useampaan kertaan kokonaiskäsityksen muodostamiseksi. Tutkimuspäiväkirjasta löytyneiden muistiinpanojen ja haastatteluteemojen avulla oli mahdollista esittää aineistolle kysymyksiä ja palauttaa mieleen haastattelutilanteissa olleita erityispiirteitä.

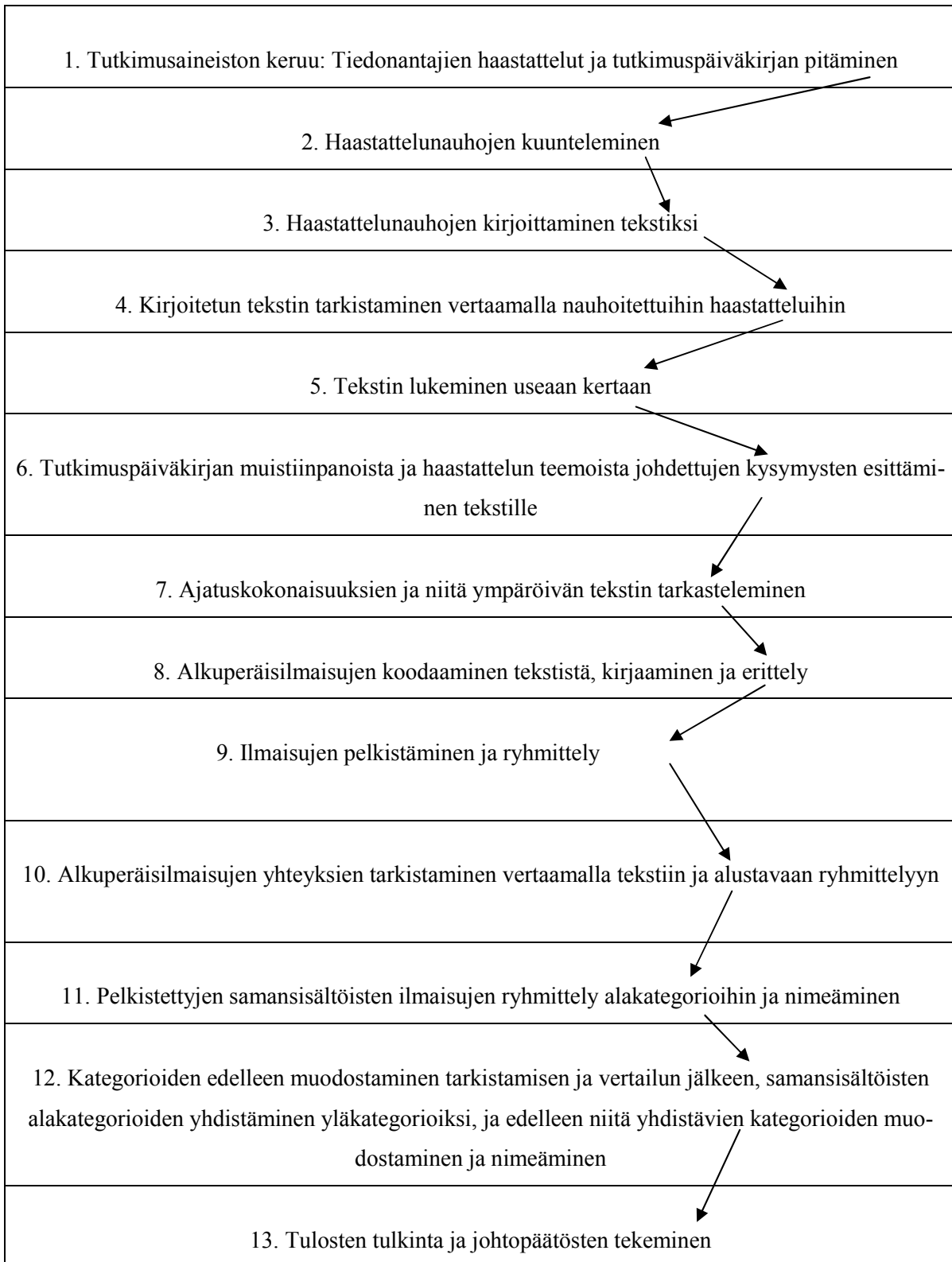
Ennen analyysiprosessin aloittamista on olennaista määrittää analyysiyksikkö, jonka määrittelyyn vaikuttavat tutkimustehtävä ja aineiston laatu (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 25). Analyysiyksikkö on tavallisimmin yksi sana tai sanayhdistelmä, lause, lausuma tai ajatuskokonaisuus (Dey 1993, 40, 96; Kyngäs & Vanhanen 1999, 3-12; Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 24–29.) Tässä tutkielmassa analyysiyksiköksi valittiin ajatuskokonaisuus, joka oli yhden tai jopa useammasta virkkeestä koostuvan lausuman muodostama kokonaisuus. Aineistoa käsiteltiin esittämällä sille tutkimustehtävän mukaisia mitä, miten, kuka, milloin, miksi ja missä yhteydessä -kysymyksiä. Ajatuskokonaisuuksien ymmärtämistä auttoi niihin liittyvän ympä-

röivän tekstin tarkastelu ja analyysin edetessä saman merkityksen omaavat lausumat voitiin ryhmitellä tai lausumien käyttöä eri yhteyksissä voitiin vertailla. Alkuperäistä aineistoa oli luettava monta kertaa aineiston jäsentelyn, luokittelun ja järjestelyn aikana. Apuna käytettiin käsitekarttoja, joiden tarkoituksena oli selkiinnyttää aineiston ilmauksien ulottuvuuksia.

Aineistosta löytyneet pelkistetyt ilmaisut koodattiin merkiten ne ensin marginaaliin ja sitten kirjoittamalla kunkin tiedonantajan tutkimusongelmaa kuvaavat alkuperäisilmaisut ylös, jonka jälkeen ne eriteltiin hoitajien kuvauksiin kokemastaan ja kehittämiskohteisiin. Kun pelkistetyistä ilmaisuista yhdistettiin yhteenkuululta näyttävät asiat, oli kyse ryhmittelystä. Kirjoitetut alkuperäisilmaisut leikattiin erilleen ja pilkottiin alustavasti samaa ilmiötä kuvaaviin ryhmiin. Leikatut alkuperäisilmaisut järjesteltiin muovitaskuihin, jotta yhteydet muodostettuihin kategorioihin olisi mahdollista tarkistaa. Huomiota kiinnitettiin erityisesti siihen, mitä olivat hoitajien mukaan onnistuneet tai epäonnistuneet tapahtumat psykoosipotilaan hoidossa, ja mihin he nämä tilanteet liittivät, sekä siihen millaisia toiveita tai odotuksia hoitajat kertomansa perusteella esittivät. Muotoillut pelkistetyt ilmaukset koodattiin edelleen, jotta yhteys alkuperäiseen tekstiin olisi löydettävissä. Kaikki ilmaukset haettiin ensin esiin yksittäisistä haastatteluista ja sitten samansisältöiset ilmaukset yhdistettiin kaikista haastatteluista. Koko analyysiprosessin ajan jokaisesta yksittäisestä kirjoituksesta etsittiin kuvauksien esiin tulevia merkityksiä ja ne muotoiltiin. Näin syntyi teemoja, jotka analyysin edetessä saatettiin häivyttää. Esimerkiksi luottamus-teema oli apurakenteena jo analyysin alkuvaiheessa, se liittyi sekä potilaan ja hoitajan väliseen vuorovaikutussuhteeseen, ja edelleen hoitajatyöparin ja hoitotiimin keskinäiseen yhteistyöhön ja vielä hoitajien suhteisiin työorganisaationsa hallintoon.

Tutkielman haastatteluaineiston ryhmittely jatkui. Pelkistetyistä ilmauksista etsittiin samanlaisuuksia ja erilaisuuksia, joiden avulla muodostettiin alakategoriat, joihin ryhmiteltiin samansisältöiset ja samaan aihepiiriin kuuluvat ilmaisut. Alkuperäiseen tekstiin palaamalla varmistettiin pelkistetyn ilmaisun sopivuus kuhunkin alakategoriaan. Kategoriat pyrittiin nimeämään siten, että ne saisivat mahdollisimman hyvin niiden sisältöä kuvaavat nimet. Yhä uudelleen palaaminen alkuperäiseen tutkimusmateriaaliin varmisti kategorioiden pysymisen yhdenmukaisina aineiston kanssa. Analyysi eteni abstraktimmalle tasolle, jossa aineiston käsitteellistämässä eli abstrahoinnissa samansisältöisiä alakategorioita yhdistämällä muodostettiin yläkategorioita, jotka nimettiin sisältöä kuvaavasti ja joista muodostettiin yksi yhdistävä pääkategoria. Haastatteluaineiston analyysistä on esitetty kuvaus pääpiirteittäin (TAULUKKO 1). Liitteenä on esitetty esimerkki aineiston pelkistämisestä ja ryhmittelystä (LIITE 3).

Useamman käsitekartan jälkeen, kun eri ilmauksien sisältämät olennaiset piirteet oli tunnistettu ja järjestelty, voitiin saadut merkitysyksiköt yhdistää niin, että ne esittävät kotityöryhmän hoitajien antaman kuvauksen psykoosipotilaan hoidosta avohoidon alueella.

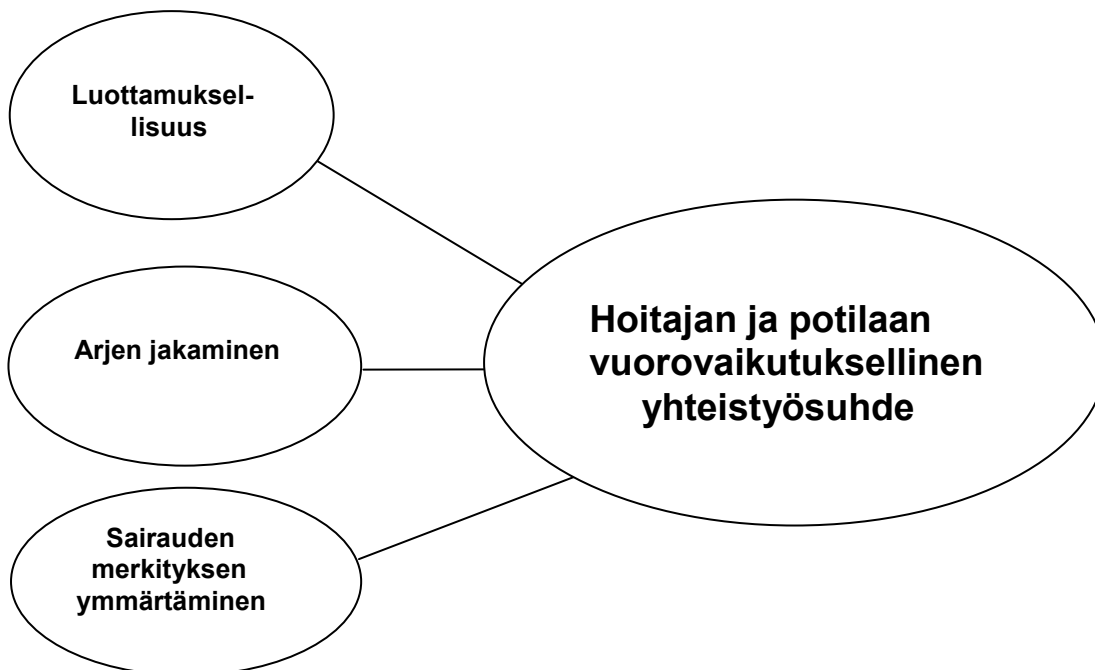
TAULUKKO 1: Haastatteluaineiston analyysin kuvaus pääpiirteittäin

5 TULOKSET

Tulokseksi saatiin kolme yhdistävää kategoriaa, jotka vastaavat tutkimusongelmana olleeseen kysymykseen, mitä on psykoosipotilaan avohoito. Nämä kategoriat ovat: **hoitajan ja potilaan välinen vuorovaikutuksellinen yhteistyösuhde**, **potilaan verkoston rakentumista ja ylläpitämistä tukeva toiminta** sekä **hoitotyön vaaliminen**. Nämä kolme yhdistävää kategoriaa muodostuivat yhdeksästä yläkategoriasta ja 22 alakategoriasta.

5.1 Hoitajan ja potilaan välinen vuorovaikutuksellinen yhteistyösuhde

Yhdistävä kategoria **hoitajan ja potilaan välinen vuorovaikutuksellinen yhteistyösuhde** (KUVIO 1) muodostuu yläkategoriosta **luottamuksellisuus**, **arjen jakaminen**, ja **sairauden merkityksen ymmärtäminen**.



KUVIO 1: Hoitajan ja potilaan välinen vuorovaikutuksellinen yhteistyösuhde

5.1.1 Luottamuksellisuus

Yläkategoria luottamuksellisuus muodostuu alakategorioista **luottamuksen saavuttaminen ja ylläpitäminen, avoin keskustelu ja potilaan yksityisyyden kunnioittaminen** (TAULUKKO 2).

TAULUKKO 2: Yläkategoria luottamuksellisuus alakategorioineen

Yläkategoria	Alakategoriat
Luottamuksellisuus	Luottamuksen saavuttaminen ja ylläpitäminen
	Avoin keskustelu
	Potilaan yksityisyyden kunnioittaminen

Luottamuksen saavuttaminen ja ylläpitäminen

Hoitajat olivat kokeneet, että yhteistyö potilaan kanssa mahdollistuu ja onnistuu vain, jos suhteesta tulee luottamuksellinen. He uskoivat, että luottamus on ansaittava. Potilaat kykenevät luottamaan hoitajaan, kun he saavat kokemusta siitä, että hoitaja ottaa heidät tosissaan, pitää lupauksensa, ei unohda, osoittaa välittämistään ja huolenpitoaan. Luottamuksen syntyminen yhteistyösuhteessa vaatii aikaa:

"...Kyllä se luottamus on ansaittava. Ei sitä vaan mennä potilaan luo ja sanota, että sovitaan nyt että sä voit luottaa muhun..."

"...ja se luottamuksellisuus näkyy hoitajan toiminnassa: tulee ajoissa käynnille, ei myöhästele tai..."

"...Aika on kaikkein tärkein luottamuksen syntymiselle. Psykoosipotilaat tarvitsevat yleensä pidemmän ajan kuin muut, ennenkuin sitä alkaa tulla... ja sitten se pitää saavuttaa niinkuin aina uudestaan..."

Vaikka hoitajat edustavat potilailleen vahvasti realiteetteja, he korostivat sitä, että on uskottava potilaan kokemukseen:

"...on tärkeää, että mitä ajattelee potilaista, että okei, näin on ja mä uskon sua, että sä koet sen noin..."

"...että mä ymmärrän, jos hän on kokenut sen pahana tai pelottavana, että sairaus osaltaan vaikuttaa hänen kokemukseensa, ja kokemus tai tunne on totta hänelle, vaikka se sitten olisi ihan vaikkakin järjettömän tuntuinen reaktio minun omasta näkökulmasta..."

Vain luottamuksen vallitessa potilas voi uskaltautua suhteeseen ja sallia sen olemassaolon, hän voi avautua ja antaa hoitajan tulla elämäänsä. Luottamuksellisuuden syntyminen ja ylläpitäminen ovat hoitosuhteen ydintä:

"...Vaikka tää on vanha fraasi, niin ilman luottamusta ei voi olla todellista hoitosuhdetta..."

Avoim keskustelu

Luottamus hoitosuhteessa mahdollistaa hoitajien mukaan avoimen keskustelun. Avoimuus on välttämätöntä, jotta erilaisten asioiden, kuten tunteiden, tiedon, kokemusten ja tilanteiden tarkasteleminen yhdessä voi tapahtua:

"...tää psykoedukaatio on tuonut sen, että mä puhun potilaalle ihan suoraan: "Onko sulla harhoja? Mitä ne harhat on?"..."

"...niidenkin kanssa...se asioihin tarttuminen, sitä kun se psykoosi on vähä jo niinku taustalla, että hei, se oli sitä sun sairauden oiretta..."

"...sitte he uskaltaa niistä tosi kipeistäki asioista alkaa kertoa tai sitä, että jos on ollut niinku jotain arkaluontosta... Ikävistäki asioista pitää voida puhua, kun on hoidettava ne arjen asiat mahdollisimman kuntoon, ni jos on rahat mennyt vaikk viinaan, on sitte keksittävä jotain, että miten saadaan lääkkeet hankittu..."

Avoim keskustelu merkitsee sitä, että potilaan kaikkia asioita ja tarpeita voidaan käsitellä. Sen päämääränä on potilaan itsetuntemuksen lisääntyminen, asioiden selkiintyminen ja potilaan vahvistuminen. Avoim keskustelu edistää potilaan elämässä turvallisuuden tunteen lisääntymistä, kun asioita voidaan käsitellä aidosti ja saadun todennäköisen tiedon myötä voidaan asioita hoitaa kuntoon, koskivat asiat sitten mitä tahansa potilaan elämänaluetta.

Potilaan yksityisyyden kunnioittaminen

Avoimesta ja rehellisestä keskusteluyhteydestä huolimatta kaikki haastatellut hoitajat toivat esiin sen, miten ensiarvoisen tärkeää on kunnioittaa potilasta ja miten kunnioitus myös välittyy keskusteltaessa potilaan kanssa. Potilaan yksityisyyden kunnioittaminen tuli haastatteluaikoina esiin nimenomaan potilaan kotona tapahtuvassa työssä selkeänä erityispiirteenä, kun kotityöryhmän hoitajat vertasivat työtään aiemmin tekemäänsä sairaalassa tapahtuvaan psykoosipotilaan hoitotyöhön. Hoitajien korostivat sitä, että potilaan kotona työskenneltäessä hoitajan on ymmärrettävä, miten korrektilä käytöksen tulee näkyä, miten haavoittuva potilas saattaa olla ja miten herkästi tilanne vaikuttaa potilaan ja hoitajan väliseen yhteistyösuhteeseen:

"...me tavataan potilas ensi kertaa joko sairaalassa tai toimistossa. Suoraan heidän kotiin ei mennä..."

"...ei sitä oo mitään lupaa mennä toisen kotiin ja sitte ruveta arvosteleen. Ei pidä arvostella toisen (potilaan) tapoja olla ja elää. Ja se pitää näkyä kyllä omassa käytöksessä koko kotikäynnin ajan. On oltava kohtelias ja korrektilä, käytöstavat pitää osata... Ei sitä lamppuista toisen makuuhuoneeseen, ollaan niinku oltais vierailulla, vaikk sitä töissä ollaanki..."

"...se on herkkä tilanne, kun ollaan toisen reiviillä (potilaan kotona). Jos vaikk siinä ois minkälainen huusholli, niin täytyy miettiä kyllä tarkkaan kuin sitä voi kommentoida, ja voiko lainkaan..."

Potilaan omalla alueella olemisen ymmärtämisen lisäksi potilaan yksityisyyden kunnioittaminen ilmenee myös potilaan fyysisen koskemattomuuden kunnioittamisena, potilaan toiveiden ja tarpeiden kuulemisena:

"...Jos potilas ei esimerkiksi suostu ottaen lääkettään, niin ei me aleta mitenkään väkisin sitä pistään. Ei me kosketa potilaaseen tai hänen tavaroihinsa, niinku sairaalass (psykiatrisen sairaalan suljetuilla osastoilla) monta kertaa tehdään..."

"...ni näist kaikist ongelmatilanteist on vaa selvittävä puhumalla. Ja sitte on se, ett niinku, kunnioitetaan hänen (potilaan) elämäntapaa ja valintoja. Ett ei tyrkytetä asioita, jotka omasta mielestä tekis hänen elämän sitt jotenki laadukkaammaks tai paremmaks – vaan annetaan olla..."

"...ja on heill joskus aika outojaki toiveita tai tapoja...hänell ei ollu ku yks tuoli vaan siell asunnos ja vietin sinne sitte toinen (tuoli)...seuraavall kerrall ku mentiin, ni hän oli sitte vieny sen pois. Eli ei se sitte sihe hänen maailmaansa sopinukaan..."

Potilaan yksityisyyden kunnioittamisen ilmeni myös siten, että hoitajat kertoivat näkevänsä potilaan arvostettavana kanssaihmisinä – subjektina, joka on hoitajan ja potilaan välisen yhteistyösuhteen tasavertainen yhteistyökumppani. Potilaan persoonan integriteetti pyritään säilyttämään, vaikka hoitajat yhteistyösuhteessa keskusteluissa potilaan kanssa, hänen henkilökohtaisia asioitaan tai terveyttään hoitaessaan tulevat ainakin jonkin verran potilaan emotionaalisten rajojen sisäpuolelle. Kunnioittamalla potilaan yksityisyyttä hoitajat arvostavat myös yhteistyösuhdettaan potilaan kanssa:

"... heitä pitää yhteiskunnan arvokkaina ihmisinä. Ei sitä mitata heidän työpanoksenaan yhteiskunnassa..."

"... hän on siinä ku minäki, ei se homma hoidu ilman häntä...Intiimeissä tilanteista kun käyttäytyy hienotunteisesti ja arvostavasti, ni metsä vastaa niinku sinne..."

"...Sehän on meidän yhteistyötä. Hän on oman elämänsä asiantuntija ja me edustetaan hoitotyön tuntemusta."

5.1.2 Arjen jakaminen

Yläkategoria arjen jakaminen muodostuu alakategorioista **arkisen kotielämän tukeminen, lääkityksestä huolehtiminen** ja **terveyden tukeminen** (TAULUKKO 3).

TAULUKKO 3: Yläkategoria arjen jakaminen alakategorioineen

Yläkategoria	Alakategoriat
Arjen jakaminen	Arkisen kotielämän tukeminen
	Lääkityksestä huolehtiminen
	Terveyden tukeminen

Arkisen kotielämän tukeminen

Kuvatessaan työtään hoitajat käyttivät ilmaisua arkisuusperiaatteella toimiminen. Heidän näkemyksensä oli, että psykoosipotilaan avohoidon tarkoituksena on tukea potilasta niin, että hänelle mahdollistuu mahdollisimman normaali ja tavallinen elämä omassa kotonaan. Jo ensikäynnillä kartoitetaan potilaan terveydenhoidon ja lääkityksen sekä sosiaalietuuksien tilanne. Hoitajat uskoivat, että arjen tukeminen auttaa vähentämään psykoosipotilaan sairauden haitallisten oireiden vahingollisten vaikutusten merkitystä:

"...Monta kertaa potilaalla on niin voimakas semmonen sairauden sisässä olemisen tunne, ett usein se ensimmäinen tehtävä on se oireista etäännyttäminen ja semmonen niinku arkisuusperiaatteella niinku työskentely. Elikä se on aika tärkeä – se on niinku oikeestaan työn ydin..."

"...ja jos mä ajattelen, että tään aikaa kun nyt tätä työtä oon tehny, niin se on tuloksekas ihan tää työskentely (arkisuusperiaatteella)...ku arkiset asiat on paremmalla tolalla, ni potilaan koko olo on eheämpää..."

"...kartotetaan se potilaan arki, unirytmit, ravinnon saanti eli tarkoittaa ett onko rahaa hankkia ruokaa, osaa-ko valmistaa sitä itse vai tarvitseeko apua, syökö ylipäättään kunnolla, vai onko esimerkiks harhaisia uskomuksia ruuan suhteen, mikä estää syömisen. Entä miten puhtaus, huolehtiiko hän hygieniasta, tarvitseeko apua esimerkiks siivouksessa..."

"... me hoitajat ei yleensä siell mitään tiskata tai siivota, vaan jos tarvitaan kotiapua, ni hommataan sitä. Tai jos potilas tarvii apua siinä arjen taitojen hankkimisessa, ni meill on toimintaterapeutti, käytetään siis sitä..."

Jokapäiväisten arkisten asioiden hoidon, kuten ravinnon, puhtauden ja raha-asioiden lisäksi psykoosipotilaan hoitotyöhön katsottiin kotityöryhmässä kuuluvan ehdottomana osana myös yksilöllisten elämänsisältöjen, tavalliseen elämään kuuluvien elämysten ja kokemusten, mielenkiinnon kohteiden ja asioista kiinnostumisen osa-alueen. Hoitajat kertoivat pyrkivänsä kartoittamaan potilaan aiempia harrastuksia, jotka usein sairauden myötä ovat jääneet. Hoitajat etsivät potilaan kiinnostuksen kohteita tai ideoivat hänelle uusia:

"...Monet psykoosipotilaat eristäytyy niin totaaliseest sinne kotiinsa. Ett mitä nopeemmin potilas pystytään paluttamaan semmoseen niinku tavanomaiseen raamiin, ni sitä parempi. Yhden eristäytyvän potilaan kanssa on käyty tuoll hevostalleill. Vaikk hän oli aluks niin kauheen arka, ni nyt hän viihtyy siell..."

"...mennään kalaan. Tää perustuu siihen, ett se on ollu hänen harrastus. Tulee käännettyy se veneki, kun ei hän käyttäny sitä koko viime kesänä... Huomenn käydään hautausmaalla, ku hän ei oo viel käynny siell isänsä haudalla..."

"... ei nää arkiset asiat läheskään aina o mitään kevyitä ja kivoja. Potilaan elämäss törmää ihan uusiin asioihin, asiat voi olla nii tosi solmuss, on vanhaa huumeoporukkaa, jotain uhkailuja, kun potilas on jäänyt heille velkaa. Ja se maailma on sellanen, mist ei aina tiedä, mikä on totta ja mikä ei, onks potilas ny todella jossain vaarass. Siin sittä yrittää tajuta sitä ja järjestää..."

Potilaan arjessa mukana oleminen, sen läheltä näkeminen, ja sitä kautta potilaan arkitodellisuuden paljastuminen hoitajalle, syventää hoitajan aitoa kiinnostusta potilasta ja hänen elämäänsä kohtaan. Se vaikuttaa hoitajien päätöksentekoon hoitotyössä ja hoidon suunnitteluun:

"...Aito kiinnostus potilaan elämää kohtaan syntyy ja pysyy yllä nimenomaan siksi, että saa olla mukana hänen arjessaan..."

"...sairaalasta käsin suunnitelmat tehdään usein puutteellisen, en sano väärän, mutta puutteellisen tiedon varassa..."

Arkisen kotielämän tukemisen tavoitteena on, että arkielämän sujuu ja asiat hoituvat. Se on kuin kivijalkaa, jonka varaan potilaan sairauden hoitoa, muuta terveydenhoitoa ja sosiaalista elämää rakennetaan hänen asuessaan kotona. Hoitajien mukaan potilaan arjessa mukana oleminen sitouttaa hoitajan osalliseksi potilaan elämää.

Lääkityksestä huolehtiminen

Lääkehoidon onnistumisen hoitajat mielsivät psykoosipotilaiden hoidossa hyvin merkittäväksi, sillä lähes aina sopivan lääkeyhityksen löydyttyä sairauden oireet lievittyvät nopeasti, negatiivisten oireiden merkitys pienenee ja potilaan sairaalahoidon tarve, usein muukin avun tarve, pienenee. Tutkimusten mukaan psykoosipotilaat eivät läheskään aina pysty huolehtimaan lääkeyhityksestään, usein he eivät tunne sairauttaan, eivätkä pidä lääkeyhitystä itselleen tarpeellisena (Olofson, Mechanic, Hansell, Boyer, Walkup & Weiden 2000, 216 -222).

Hoitajat kertoivat opettavansa potilaille lääkehoidon toteutusta. Apteekkiasiointi, lääkeyhityksen ottaminen annettujen ohjeiden mukaisesti, mahdollisten apuvälineiden käyttö, lääkeyhityksen säilytys, resepteistä huolehtiminen, injektiolekyhityksen antaminen sovitusti ja lääkeyhityksen vaikutusten seuranta ovat esimerkkejä lääkeyhityksestä huolehtimisessa. Psykofarmakoiden ja muiden lääkeyhityksen yhteisvaikutusten tuntemus on osa sitä asiantuntijuutta, jota kotityöryhmässä työskentelevät hoitajat edustavat:

"... Aika monen potilaan lääkeyhitykset on meidän takana. Heidän kanss käydään apteekissa ostaas ne ja jaetaan sitte yhdess hänen kans ne dosettiin..."

"... sit ku he jättävät ne lääkeyhitykset ottamatta, ni tulee kyllä nopeesti se huonompi vaihe, ku kunto laskee vauhdilla. Siihe pitäis pystyy kyllä sitte nopeesti vaikuttamaan. Tarkkana pitää olla, ett huomaa onks he ottanu lääkeyhityksensä sovitusti. Sama koskee tietysti niitä, jotka on liikakäytön vuoks tokkuraisia. Siihen on puututtava ja opetettava ihan näit vaikutuksia..."

"... aluss pelkäs, ettei tunnista lääkeyhityksen sivuoireita, ja interaktioita, ett jos ei huomaa. Mutt hyvin se on menny..."

Hoitajat olivat mielestään ajoittain ottaneet hyvin paljon vastuuta lääkehoidosta, välillä jopa enemmän kuin mihin he tunsivat valtuuksiensa riittävän:

"...kun on tullu ihan kokematon sijaislääkäri, niin sitten on pitäny sanoa sille, että määrää ny tätä tai tätä – se on noloa ja väärin, ku ei meillä oo sellasia oikeuksia... sama juttu ku sairaalas lomien aikana, pitää ohjeistaa lääkäriä, että vaihda ny toi lääke...Kyllä lääkärit on hyvin paljon sen tiedon varassa, mitä hoitajat heille kotikäynneiltä tuo..."

Lääkehoidosta huolehtiminen on olennainen osa psykoosipotilaan elämän arkea. Tukiessaan potilaan kokonaishoitoa, onnistunut lääkehoito luo toimintaedellytyksiä potilaalle, kun hänen psyykinen tasapainonsa pysyy vakaana. Lääkehoidon opettaminen potilaalle poistaa epäluuloja lääkitystä kohtaan ja lisää potilaan vastuunotto- ja itsehoitokykyä. Lääkehoidosta huolehtiminen on hoitajien asiantuntijuuden valjastamista potilaan, ja usein hänen ympäristönsä, turvallisuuden hyväksi.

Terveyden tukeminen

Hoitajien mukaan psykoosipotilaiden kyky huolehtia itsestä ja omasta terveydestä on usein alentunut. Tämä näkyy esimerkiksi tarjolla olevien terveystalvelujen epäadekvaattina, joko hyvin vähäisenä tai liiallisena, käyttönä. Työssään hoitajat olivat nähneet, että psykoosin oireet saattavat vaikeuttaa potilaan liikkumista muiden ihmisten parissa, heikentää hänen itsearviointikykyään sekä terveyden hoitoon vaikuttavan tiedon, ohjeiden ja valistuksen vastaanottamista. Hoitajien kokemus oli, että potilaaseen tutustumisen jälkeen kotikäynnit antoivat näköalapaikan myös potilaan terveyteen vaikuttaviin elämäntapoihin ja kykyyn hoitaa omia asioita ja terveyttä:

"... on etu, siinä tulee koko ajan ympäristöstä niitä signaaleja, joista voi päätellä potilaan kuntoa: kodin siis-
teydestä, jääkaapin sisällöstä..."

Hoitajat määrittelivät terveyden tukemisen olevan sekä konkreettisena apuna olemista että emotionaalisen tuen antamista. Kun potilaan omat edellytykset eivät riitä terveydenhoidon palvelujen piiriin pääsemiseen tai niiden asianmukaiseen käyttämiseen, etsivät hoitajat edellytysten esteet ja pyrkivät poistamaan ne. Nykyisin ajan varaaminen poliklinikalta tapahtuu tavallisimmin puhelimitse, yksityislääkäriltä jopa internetin kautta eli nykyaikaisen teknologian välityksellä. Merkityksellistä on sekin, ettei kaikilla potilailla ole käytössään puhelimia, tai muita kontaktin ottoa varten tarvittavia välineitä, tai he eivät osaa käyttää niitä. Tarvittaessa hoitajat menevät mukaan tukijaksi terveystutkimuksiin ja saattajiksi terveyden- tai sairaudenhoitoon liittyviin toimenpiteisiin:

"...on käyty yhdess mukana, kun hän on käyny hoidattamassa hampaitaan ja ollaan nyt jo käyty kännykkäos-
toksillakin..."

"...noi toimenpiteet, jotka on psykoottiselle pelottavia, niinku silmäpolille lähteminen, ni me mennään sit
mukaan, se on sellast henkisen tuen antamista ja fyysisen läsnäolon..."

"... kirran polille mennään, jos ei oo omaista joka vois sen tehdä. He (potilaat) kaipaa tukea, turvaa ja joskus
tulkkia, ett tulevat siin puolin ja toisin ymmärretyks – vaivat ja hoito-ohjeet..."

Terveystottumuksia tarkastellaan potilaan kanssa yhdessä keskustellen. Hoitajat sanoivat toimivansa potilaan tapoja kunnioittaen terveellisempien elämäntapojen ja terveystalvelujen käytön suhteen lähinnä ohjaajina ja oikean informaation antajina:

"... jos siellä jääkaapissa ei oo ku valot, ni voi siit päätellä, ett potilaan ravitsemusasiat ei oo kunnoss, oli syy siihen mikä tahansa. Se ei o terveydell hyväks, joten asioita pitää sitte yhteistuumin alkaa muuttaa..."

"... kyll ohjataan myös hakeutuun omalääkärin vastaanotolle. Valistus on sellast hienovaraista, mutt mitään terveysterrorismia... ei harrasteta siellä toisen kotona..."

"...enemmänki se on tiedonvälitystä, kerrotaan mistä saa apua tai mikä vois olla laihtumisen kannalta parempi vaihtoehto leivälle, siis jos hän kysyy..."

Ohjaamalla potilasta hyviin terveystottumuksiin ja hakeutumaan normaalien terveystalvelujen käyttäjäksi sekä tukemalla häntä palvelujen käytössä ja omaehtoisessa terveydentilansa kokonaisvaltaisessa tarkkailussa, on päämääränä hoitajien näkemyksen mukaan potilaan elämänlaadun kohentaminen, terveystalvelujen minimoiminen ja sitä kautta, muiden kansalaisten tavoin, potilaiden eliniän pidentäminen pienentämällä ennenaikaisen kuoleman riskiä.

5.1.3 Sairauden merkityksen ymmärtäminen

Yläkategoria sairauden merkityksen ymmärtäminen muodostuu alakategorioista **psykoosi potilaan elämässä, oireiden seuranta ja hallinta ja kokonaisvaltainen hoito** (TAULUKKO 4).

TAULUKKO 4: Yläkategoria sairauden merkityksen ymmärtäminen alakategorioineen

Yläkategoria	Alakategoriat
Sairauden merkityksen ymmärtäminen	Psykoosi potilaan elämässä
	Oireiden seuranta ja hallinta
	Kokonaisvaltainen hoito

Psykoosi potilaan elämässä

Jäsentäessään kokemuksiaan psykoosipotilaista hoitajat kuvailivat potilaiden elämää useimmiten raskaaksi, kahdessa maailmassa yhtäaikaaisesti tapahtuvaksi, osittain salatuksi olemassaolon tilaksi, ja kuitenkin toisaalta osittain mahdolliseksi ymmärtää. Hoitajat uskoivat psykoosipotilaan elävän erilaisessa todellisuudessa kuin ei – psykoottisten ihmisten. He olivat nähneet, että potilas ei läheskään aina pysty huolehtimaan itses-

tään, asioistaan, saati muista. Psykoosi ja psykoottiset oireet aiheuttavat potilaalle usein myös fyysisiä ja sosiaalisia ongelmia, suorituspaineita, pettymyksiä itseen ja ympäristöön, pahaa oloa ja ihmisarvon laskua:

"...joka elää kahdessa erilaisessa maailmassa, ja jonka ajatusmaailma ei pysy omassa hallinnassa eikä ne jokapäiväiset toimet...heillä on ihan oma realismi..."

"...siin tulee häpeää, syyllisyyttä ja se täytyy salata. Pahimmillaan se vie niinku ihmisarvoa ja se vie itseluottamusta..."

Hoitajat kertoivat, että heidän on usein ollut mahdollista ymmärtää psykoosipotilaan ajatuksenkulkua, vaikka se poikkeaa tavanomaisesta. Psykoottista oireilua he pitivät potilaan reagoitina stressaavassa elämäntilanteessa osittain loogisena, mutta ei toivottua tulosta tuottavana, selviytymiskeinona. Hoitajat korostivat sitä, ettei liene edes mahdollista ymmärtää täysin psykoosia ja sen kaikkia merkityksiä. Hoitajat eivät uskoneet minkään tietyn biologisen, perinnöllisen, vuorovaikutuksellisen tai muun syyn sinällään vaikuttavan psykoosin puhkeamiseen, vaan he uskoivat usean eri tekijän yhteisvaikutuksen johtavan siihen, että joillekin tulee psykoosi, toisille ei. Hoitajat kertoivat yllättyneensä siitä, miten vakavasti sairaita potilaita kotihoidossa voi olla ja toisaalta siitä, miten paljon voimavaroja vakavasti sairailta potilailta on käytettävissään, jotta heidän asumisensa kotona mahdollistuu:

"...se on sairaus, koska se ei ole vapaasti tai vaihtoehtoisesti valittavissa..."

"...kyllä mä pyrin aina kurkistaan siihen psykoottiseen maailmaan...Siinä on ulottuvuuksia, joita mä pystyn ymmärtämään ja hahmottamaan, mutt sehän on niin moniulotteinen, mä en edes tiedäkään, mitä kaikkee siinä on jonkun potilaan kohdalla..."

"...mutt se, että niit omia keinoja, niitä onkin paljon enemmän kuin sairaalassa työskennellessä heillä koskaan kuvitteli olevan..."

Hoitajat olivat nähneet, että psykoosissa oleva ihminen oireilee hyvin monin tavoin ja oireiden voimakkuus vaihtelee. Yhteistä psykoosin aiheuttamille oireille on, että ne liittyvät yleensä niin potilaan fysiologisiin, emotionaalisiin, kognitiivisiin kuin motorisiin toimintoihin. Psykoosin oireet heikentävät potilaan kykyä selviytyä normaaleista tehtävistään ja tilanteista. Hoitajien mielestä oireilla voi olla myös potilasta suojaava merkitys tilanteessa, joka on potilaalle liian vaativa, stressaava tai vaaraa aiheuttava:

"...joidenkin kohdalla tuntuu, että se on se vihonviimeinen keino selviytyä hengissä, vaikka se tekee normaalielämän lähes mahdottomaks..."

"...riesana on ne oireet, osa johtuu sairaudesta ja osa tietty myös kovasta lääkityksestä. Potilas kiinnittää huomiota oudolla käytöksellään, sekavilla puheillaan, jäykällä olemuksella, kuolan valumisella, tai hän joutuu hankaliin tilanteisiin, kun ei miellä asioita terveellä tavalla. Se aiheuttaa ympäristössä hämmennystä ja vieroksuntaa..."

Oireiden seuranta ja hallinta

Psykoosipotilaan avohoidossa potilaan oireiden seurannalla ja hallinnalla on hoitajien kertoman mukaan keskeinen sija. Oireista puhuminen ja sairauden eri vaiheiden käsittely kuuluu luonnollisena osana potilaan ja hoitajan väliseen vuorovaikutukselliseen yhteistyösuhteeseen. Yleensä aihe otetaan tarkemmin tarkastelun kohteeksi siinä vaiheessa, kun molemminpuolinen tutustuminen on jo pidemmällä, ja luottamus on rakentunut. Hoitajat pitivät tärkeänä käsitellä jo etukäteen sitä, että heidän tehtävänsä on toimittaa potilas tarvittaessa sairaalaan. On aivan luonnollista, että hoitosuhde jatkuu silti, vaikka näitä sairauden pahenemisvaiheita tulisi. Hoitajat uskoivat aiheen käsittelyn lisäävän potilaan luottamusta hoitajiin. Hoitaja toimii tiedonantajana, hän opettaa potilasta tuntemaan sairauttaan ja siihen liittyvää terminologiaa:

"... ett katotaan yhdess hänen papereist, et Sull on täss diagnoosina skitsoaffekti sairaus, ja mitä se sit oikein suomeks tarkoittaa, ett mitä kaikkee siihen liittyy..."

"...ett nää lääkkeet on tällaisia, jotka on tarkoitettu nimenomaan tähän Sun sairauden oireeseen, tähän unettomuuteen..."

Ennakoivat oireet kertovat potilaan psyykkisen tilan muutoksesta. Potilaan yksilöllisiä oireita ja reagointitapoja kirjataan ylös, kun niitä on ensin tunnistettu esimerkiksi muistelemalla aiemmin tapahtuneita sairaalahoitoon johtaneita sairaustilan pahenemisvaiheita. Tietoja voidaan kysyä potilaan luvalla myös potilaan läheisiltä tai potilaan hyvin tuntevilta viranomaisilta, kuten kotipalvelun työntekijöiltä. Tiedonhankinnassa käytetään myös dokumentoitua tietoa, kuten sairaalaan lähetteen tehneen lääkärin sanelua tai sairaalahoidon epikriisiä.

Joidenkin potilaiden kanssa käytetään oireiden tunnistamisessa apuvälineenä varomerkkikaaviota. Kaavion potilas ja hoitaja täyttävät yhdessä. Kaavioon liitetään ohjeet siitä, miten potilaan kannattaa menetellä oireiden mahdollisesti ilmaantuessa uudelleen:

"...ehdotetaan sitä varomerkkikaavion täyttämistä, ett katotaan mitä oireita Sulla on..."

Varomerkkikaaviosta jää potilaalle oma kappale ja siihen kuuluu liitteenä yhteisesti laadittu ohjeisto ja yhteyshenkilöistä koottu listaus puhelinnumeroineen ja osoitteineen. Näiden avulla potilaan on mahdollista saada itselleen oikeanlaista tukea ja apua heti, kun hän huomaa ennakoivien oireidensa ilmaantuneen.

Potilaan tunteminen helpottaa hoitajien mukaan huomattavasti sairauden yksilöllisten oireiden ja hallinnan menetelmien, kuten myös erikoismenetelmien, tunnistamista ja käyttöönottamista. Tavallisena oireen hallintamenetelmänä voi olla vaikka tarvittavan unilääkkeen käyttäminen, kun taas käytetyt erikoismenetelmät oireita hallitsemaan pyrittäessä ovat kullakin potilaalla hyvin yksilölliset:

"... ai mitä ne voi olla, no yhdellä mun potilaalla se on esimerkiks ulos lenkille lähteminen ääniharhojen alkaessa oikein haukkumaan. Mitä rankempi lenkki sen parempi..."

Hoitajat olivat nähneet, että oppiessaan sairautensa oireiden tunnistamista potilaiden kokema syyllisyydentunne vähenee. Potilaan on usein yhtä vaikea kuin kanssaihmistensä ymmärtää sairauttaan. Erään haastattelun hoitajan sanoin:

"...Syyllisyys vähenee, kun pystyy jotenkin rationalisoimaan ja konkretisoimaan sairauden oireet..."

Oireiden tunnistaminen ja hyvä hallinta mahdollistavat myös pysyväisoireiden haitallisuuden minimoimisen. Hoitajilla oli käsitys, että kaiken sairauteensa liittyvän tiedon omaksumisen lisää potilaan itsehoitokykyä, riippumattomuutta, omavastuullisuutta, ja näiden seurauksena suurella todennäköisyydellä hänen tuntemaansa itsearvostusta.

Kokonaisvaltainen hoito

Vaikka hoitajat kertoivat pohtivansa yksin ja yhdessä potilaan psykoosia, sen syntyyn mahdollisesti vaikuttaneita tekijöitä ja sairauden kaikkinaista merkitystä potilaan ja hänen läheistensä elämässä, painottivat he sitä, että potilaan hoito on kokonaisvaltaista. Se konkretisoituu hyvin selkeästi ennaltaehkäisevänä, akuuttina ja jälkihoidollisena hoitotyönä. Hoitajat ennakoivat potilaan tilaan mahdollisesti vaikuttavia tekijöitä ja yrittävät ennalta ehkäistä sellaisten tilanteiden syntymistä, jotka voivat laukaista psykoottisten oireiden lisääntymistä. Kun oireet voimistuvat, hoitajat harkitsevat millä tukitoimilla potilas pystyy jatkamaan hoitoa kotona tai onko hänet vaihtoehtoisesti saatava sairaalaan tai kotia vahvemmin tuettuun asumismuotoon. Sairaalahoidon jälkeen potilas tarvitsee jälleen erityistä tukea, jota hoitajat tarpeen vaatiessa järjestävät:

"... he on usein aika masentuneita palattuaan sairaalasta, monia kaduttaa mitä tuli tehtyä ennen sairaalaan joutumista tai pelottaa sitte, jos sinne aina vaan joutuu uudestaan...tihennetään silloin niit kotikäyntejä ja ehkä autetaan hänet vaikka päivittäiseen kodin ulkopuoliseen toimintaan mukaan..."

"...tilanteita on pystytty jotenkin pehmittämään jollakin tavalla ja se onkin mennyt se tilanne ohi. Että onkin voinut jatkaa siin kotona oloa, vaikka onkin ollu se huonompi sairauden vaihe..."

"...kyllä sekin on kuntoutusta, että jos ihminen ei pärjää omassa kodissaan, tuntee siellä olonsa turvattomaksi tai.. Kun hänet saadaan muuttamaan johonkin vähän tuettuun kuntoutuskotiin, niin se on jo tavallaan niinku yks askel sen potilaan elämänlaadussa eteenpäin, vaikka kuntoutusportailta se menee alaspäin..."

Psykoosipotilaan hoitotyö on hoitajien kuvaamana paljon muutakin kuin hänen sairautensa hoitamista. Se on aineellisten, sosiaalisten ja henkisten asioiden kokonaisvaltaista hoitamista. Usein hoitaja toimii potilaan edustajana ja puolestapuhujana. Hoitajien mielestä potilaan sairaus on pitkälti riippuvainen näiden ihmiselämän muiden puoltien tilasta, ja siksi kotityöryhmän hoitajat kokevat velvollisuudekseen niihin vaikuttamisen:

"...jos hän on vaikka yksinäinen, mistä syystä vaan, on häntä autettava löytämään ihmissuhteita. Kun pitää ymmärtää, että se on usein sellanen kurjuuden kehä, kun kaikki vaikuttaa kaikkeen..."

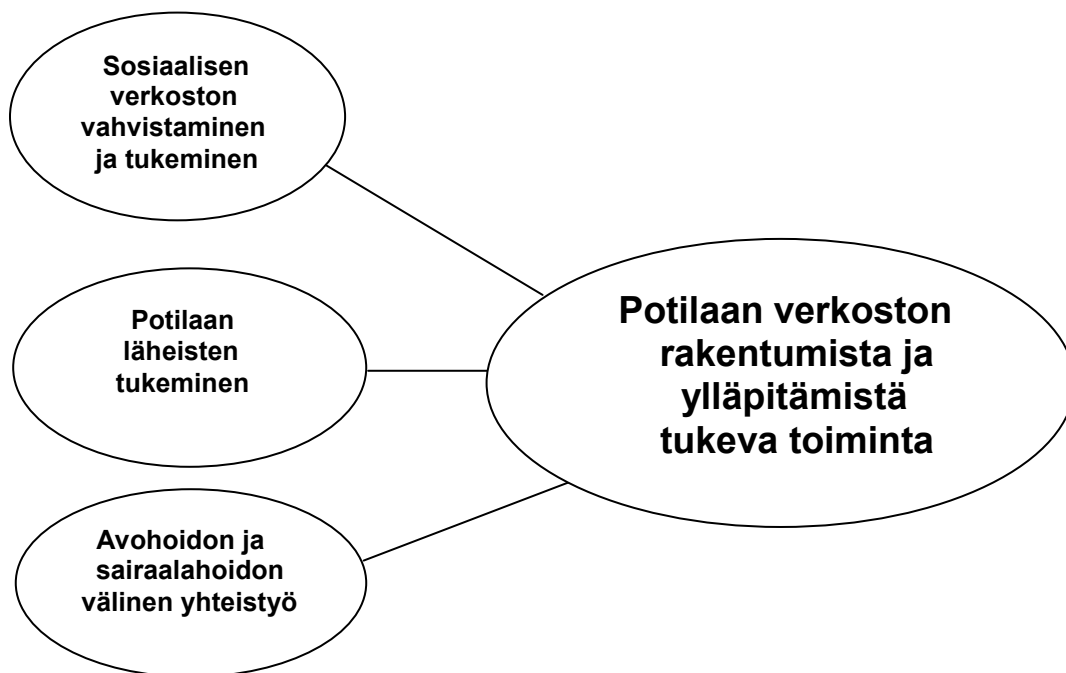
"... Joskus on vaikeuksiaki, pyhät tulossa, eikä potilaan käyttötilille ookaan tullu rahaa. Me pystytään äkkiä puuttumaan asiaan ja ottamaan yhteys oikealle taholle. Edunvalvojalle soitto..."

"... konfliktia on tullu taloyhtiössä ja annettu varoitus, silloin ollaan oltu puhemiehenä, ett hiukan ymmärrystä..."

Kokonaisvaltaisen hoidossa potilaan tarpeet, niin sairauteen suoraan liittyvät, kuin muuhunkin hänen elämänsä vaikuttavat, pyritään tunnistamaan ja niihin pyritään vastaamaan. Enemmän kuin terapeutteja hoitajat kokivat hoitosuhteessa olevansa ohjaajia, neuvoja ja opettajia sekä tukijoita ja vierellä kulkijoita.

5.2 Potilaan verkoston rakentumista ja ylläpitämistä tukeva toiminta

Yhdistävä kategoria **potilaan verkoston rakentumista ja ylläpitämistä tukeva toiminta** muodostuu yläkategorioista **sosiaalisen verkoston vahvistaminen ja tukeminen**, **potilaan läheisten tukeminen** ja **avohoidon ja sairaalahoidon välinen yhteistyö** (KUVIO 2).



KUVIO 2: Potilaan verkoston rakentumista ja ylläpitämistä tukeva toiminta

5.2.1 Sosiaalisen verkoston vahvistaminen ja tukeminen

Yläkategoria sosiaalisen verkoston vahvistaminen ja tukeminen muodostuu alakategorioista **kodin ulkopuolinen toiminta** ja **yhteistyö muiden potilaan hoitoon osallistuvien tahojen kanssa** (TAULUKKO 5).

TAULUKKO 5: Yläkategoria kodin ulkopuolinen toiminta alakategorioineen

Yläkategoria	Alakategoriat
Sosiaalisen verkoston vahvistaminen ja tukeminen	Kodin ulkopuolinen toiminta
	Yhteistyö muiden potilaan hoitoon osallistuvien tahojen kanssa

Kodin ulkopuolinen toiminta

Kotityöryhmän tavoitteena on, että potilas ennen pitkää tulee toimeen kodissaan ilman kotityöryhmän hoitoa. Hoitajien mielestä on vaikeaa määritellä se hetki, jolloin he ovat tehneet itsensä tarpeettomiksi potilaan hoidossa. Se on kuitenkin yhteistyösuhteen lopullinen päämäärä ja tarkoitus pitää mielessä hoitoa suunniteltaessa ja toteutettaessa. Hoito- ja kuntouttamissuunnitelma potilaan kanssa tehdään yleensä vuodeksi kerrallaan. Hoitajien kokemus on ollut, ettei vuosi ole yleensä riittävä aika psykoosipotilaan kokonaishoidossa, vaan yhteistyötä on jatkettava pitkälläkin aikavälillä:

"... Vuosi ois varmaan se ihanne, mutta psykoosipotilaiden kanssa liian lyhyt aika..."

"...Muutos on tosi hidasta, jos liikaa kiirehtii niin tulee vaan takapakkia..."

"...potilaan oman rytmin löytäminen on tärkeää, miten usein käydään ja miten asioiss edetään..."

Voidakseen irtaantua kotityöryhmän hoidosta, on potilaalla oltava säännöllinen päiväohjelma ja sosiaalisia kontakteja. Potilaan aktiiviseen päiväohjelmaan voi kuulua esimerkiksi osallistuminen johonkin mielenterveyskuntoutujien ryhmään, päivätoimintakeskuksessa, työharjoittelussa tai työkokeilussa käyminen. Hoitajien tehtävänä on auttaa potilasta löytämään kodin ulkopuolisia aktiviteetteja, mahdollisesti työharjoittelupaikka tai tuettu työpaikka. Vaihtoehtoja on suuressa kaupungissa paljon:

"...nykyään on tullu aika paljo nuoria potilaita mukaan, ni Ruusan taloo on aika paljon käytetty..."

"... voi olla Näsinkulman Klubitalo, jossa on työkokeiluja, päivätoimintakeskukset ja työsalit on käytössä kovasti..."

Hoitajat auttavat potilasta löytämään, mutta usein myös etsivät potilaan puolesta, kodin ulkopuolella olevia toimintapaikkoja. Yleensä on kyse mielenterveyspotilaille suunnatuista palveluista, joissa henkilökunnalla on koulutusta kohdata ymmärryksellä myös psykoosipotilas ja olla hänen tukenaan jatkossa. Hoitajat ottavat yhteydet näihin eri toimintakeskuksiin, sopivat potilaiden tutustumiskäynneistä sinne ja kutsuvat tarpeen vaatiessa henkilöstöä mukaan potilaan hoitopalaveriin:

"... Me ollaan niinku sellasia rinnallakulkijoita, me tehdään sellasia tutustumiskäyntejä ja otetaan yhteyksiä eri tahoille..."

"... Iideshovi on tuttu paikka, sinne saatetaan potilaan kanssa mennä vaikka ekaks vaan kahville käymään. Ett ei edes sovita käyntiä Iideshovin henkilökunnan kanssa etukäteen. Siell sitte voi hihasta ottaa kiinni sopivan tilaisuuden tullen..."

Hoitajat pitivät hyvänä asiana sitä, että paikkoihin voi mennä tutustumaan myös matalalla profiililla, koska osa potilaista on arkoja tai he pelkäävät sitoutuvansa heti paikkaan, vaikka kyse olisi vasta tutustumisesta siihen. Joskus taas hoitajien mielestä on hyvä, kun asiat sovitaan oikein tarkasti etukäteen. Hoitajien mukaan se saattaa joidenkin potilaiden kohdalla olla potilaalle merkittävä asia, kun hän saa kokea, että hänen asiansa on tärkeä, ja toiminta on sen mukaisesti virallista. Tässäkin asiassa on onnistumisen mahdollisuus aina parempi, kun hoitaja tuntee potilaan hyvin. Joidenkin potilaiden kanssa on tehtävä useita tutustumiskäyntejä ja joskus useamman kerran samaan paikkaan. Yhteistyön eri toimintakeskusten henkilökunnan kanssa hoitajat olivat kokeneet hyvin joustavana, hedelmällisenä ja ammatillisena:

"...siell on niin ymmärtäväinen vastaanotto, he tajuaa, mistä on kyse ja kuinka se voi kestää..."

Kodin ulkopuolisen työn ja toiminnan järjestyminen laajentaa psykoosipotilaan elämänpiiriä, lisää ihmissuhdekontakteja ja mahdollistaa ryhmään kuulumisen tunteen tuoman tyydytyksen. Myös vertaistuki mahdollistuu, kun potilas liittyy kodin ulkopuoliseen mielenterveyskuntoutujille tarkoitettuun ryhmään. Säännöllinen käyminen kodin ulkopuolella rytmittää päivää, motivoi liikkumiseen kodin lähipiirin ulkopuolella ja antaa potilaalle väylän kuntoutumiseen. Toimiminen ryhmässä, esimerkiksi työharjoittelussa, antaa potilaalle tilaisuuden kokea vastavuoroista kanssakäymistä muiden ihmisten kanssa ja mahdollisuuden oppia taitoja työelämää varten. Kaikki edellä mainittu vahvistaa ja normalisoi potilaan elämää:

"...päivä tulee aivan erilaiseks. Ja ne, jotka pääsee ihan työhön kiinni, huomaa pärjäävänsä. Ei syrjäydy ..."

Yhteistyö muiden potilaan hoitoon osallistuvien tahojen kanssa

Potilaan hoitamisen myötä hoitajat ovat luoneet yhteistyösuhteen hyvin moniin eri tahoihin, jotka liittyvät potilaiden elämään ja osallistuvat hänen hoitoonsa tavalla tai toisella. Yhteistyö omalääkäriin, poliisiin ja mielenterveyskeskuksen kanssa oli hoitajien kokemuksen mukaan toiminut yleensä oikein hyvin. Lisäksi yhteistyötä tehdään sekä kotipalvelun, edunvalvojan ja asumispalveluja järjestävien tahojen että potilaan läheisten ja sairaaloiden kanssa.

Yhteistyön määrä ja yhteistyötahot on kunkin potilaan kohdalla harkittava erikseen. Harkitseminen käynnistyy potilaan hoito- ja kuntoutussuunnitelmaa laadittaessa palvelujen tarpeen kartoittamisen jälkeen:

"... vois kyllä sanoa, että tässä nyt pätee se, että mikään inhimillinen ei oo meille vierasta..."

"...kun on se ihmisen koko elämän kirjo, tässä työssä näkee kyllä sen, mitä kaikkea tarvitaan..."

Kotipalvelun henkilöstö on monelle potilaalle tarpeellinen ja pitkäaikainen apu. Enimmäkseen hoitajat olivat kokeneet kotipalvelun työntekijät hyvinä yhteistyökumppaneina, joiden työpanos potilaan kotiasioiden sujumisessa on yleensä hyvin merkittävä, ja joilla voi pitkän yhteistyösuhteen kautta olla paljon tietoa potilaan asioista:

"...Kodinhoitajat on nousseet arvoon arvaamattomaan, heillä on valtavasti tietoa. He kun on voinu tuntea potilaan jo kauan ennen meitä. Tietävät sitten hänen historiaansa ja..."

Ongelmana kotipalvelun työssä oli hoitajien mukaan se, että jotkut kotipalvelun työntekijät pelkäävät psykoosipotilaita ja saattavat kieltäytyä menemästä näiden kotiin. Hoitajat sanoivat, että loma-aikoina, kun on paljon sijaistyövoimaa ja kotipalvelussa toimii nuoria opiskelijoita, se on ymmärrettävää. Hoitajat kuitenkin toivoivat, että tällaisilta ongelmilta vältyttäisiin erilaisin järjestelyin, kuten tarpeellisella koulutuksella ja loma-aikojen porrastamisella niin, että psykoosipotilaiden, kuten muidenkin, kodinhoito turvattaisiin:

"...ois potilaillekin parempi, kun ei tulis aina uusi ihmisiä, vois järjestää nää tarkemmin..."

Hoitajat korostivat sitä, että yhteistyö potilaan edunvalvonnasta vastaavien kanssa on usein erittäin tärkeää psykoosipotilaiden elämän sujumisen kannalta. Potilaiden edunvalvonnassa oli ilmennyt ajoittain ongelmia, sillä hoitajien mielestä potilaat eivät aina saa edunvalvojaltaan, joka on nykyisin usein kunnallinen viranomainen, tarvitsemaansa palvelua sovitulla tavalla. Edunvalvojan tulisi huolehtia potilaan edun mukaisesti hänen asioidensa järjestämisestä, usein esimerkiksi raha-asioiden sujumisesta käytännössä niin, että sopimuksen mukaan hän hoitaa potilaan tietyt maksut ajallaan ja huolehtii potilaan käyttövaroista, siirtäen sovituspotilaan varoja potilaan käyttöön. (kts. Laki holhoustoimesta 422/1999 ja Laki holhoustoimen edunvalvontapalveluiden järjestämisestä 443/1999):

"... edunvalvojen kanssa on ollu aika usein ongelmia, ei tietenkään kaikkien. Se (edunvalvonta) on mennä huonompaan suuntaan, kun systeemi muuttu..."

"...Edunvalvonta ei aina toimi, vuokrat jää maksamatta, sitte tulee karhukirje – jos potilaalla on joku tasapaino, ni se kyllä keikuttaa sitä...on se ihmeellistä..."

"... Ja potilas kuitenkin maksaa tästä palvelusta 40 euroa kuussa..."

Asumispalveluja järjestävät kolmannen sektorin tahot ovat hoitajien mukaan olleet arvokkaita yhteistyökumppaneita. Sopimusvuori ry:n kahdessa kuntoutuskodissa asui tutkielman aineiston keruuvaiheessa noin neljännes kotityöryhmän potilaista. Kotityöryhmälle kuuluu myös Nokialla toimivan Ykköshoivan asukkaiden hoito. Muita asumispalveluja järjestäviä tahoja ovat esimerkiksi Muotialan asuin- ja toimintakeskus ry sekä Hervannan ikäihmisille tarkoitettu palvelutalo, jossa on palveluasuntoja ja tuettuja asuntoja:

"... Hervannas on joillakin meidänki potilailla ollu niit asumiskokeiluja, kun on nähty sitä tarvetta..."

5.2.2 Potilaan läheisten tukeminen

Yläkategoria potilaan läheisten tukeminen muodostuu alakategorioista **omaisten ymmärryksen lisääminen** ja **omaisten taakan helpottaminen** (TAULUKKO 6).

TAULUKKO 6: Yläkategoria potilaan läheisten tukeminen alakategorioineen

Yläkategoria	Alakategoriat
Potilaan läheisten tukeminen	Omaisten ymmärryksen lisääminen
	Omaisten taakan helpottaminen

Omaisten ymmärryksen lisääminen

Potilaan luvalla hoitajat ovat yhteydessä potilaan omaisiin. Usein kyse on potilaan vanhemmista, harvemmin muista perheenjäsenistä, sisaruksista, aviopuolisosta, lapsista tai muusta lähi-ihmisestä. Tämä johtunee siitä, että psykoosipotilaat ovat enimmäkseen yksin eläviä:

"...Monell ei oo ku ne iäkkäät vanhemmat, ja tuntuu sitten ett me, viranomaiset, me ollaan niit lähimpiä..."

"...omaisille tää on tärkeää. Tilanteen akutisoituessa, me soitellaan heille, toki potilaan luvalla, silloin lähes päivittäin, jolloin verkko vahvistuu..."

Hoitajat olivat kokeneet, että potilaan omaisten ottaminen hoitoon mukaan on ollut hyödyllistä. Potilaan yksilöllisen tilanteen, ja hoitosuunnitelman mukaisesti, hänen läheisensä otetaan mukaan potilaan hoitoon myös siten, että heille opetetaan koulutuksellisen hoitotyön keinoin yhteistyötaitoja, kuten ongelmatilanteiden ratkaisukeinoja ja erilaisia hyväksi havaittuja toimintamalleja, joita kannattaa käyttää psykoosipotilaan kanssa toimittaessa. Tämä opetus tapahtuu pääsääntöisesti potilaan kotona. Myös potilaan sairauden ja oireiden ymmärtämistä opetetaan, esimerkiksi sairauden tilan pahenemista ennakoivien oireiden tunnistamista ja potilaan reagoititapojen ymmärtämistä:

"...Psykoedukaatiota on sovellettu, vähän potilaastakin riippuen... Asioiden opettamisesta omaisille on ollu suurta hyötyä..."

"...Siinä kohdassa, kun omaiset on oikein todella alkaneet ymmärtää, että mistä oikein on kysymys, ja miten asioihin ainakin kannattais yrittää suhtautua, niin se on muuttanu sitä tilannetta monissa tapauksissa aivan

toiselle sfäärille... vaikuttaa konkreettisesti potilaan ja hänen omaistensa välisen vuorovaikutuksen sujumiseen paremmin...ollaan monissa kohdissa tehty ittemme tarpeettomiks..."

Hoitajien kokemus oli, että omaisten opittua potilaan sairaudesta he oppivat paremmin ymmärtämään myös sairasta läheistään, ja hänen elämäänsä hankaloittavien tilanteiden syitä. Uusien ongelmaratkaisutapojen käyttöönotto tuo helpotusta potilaan ja omaisen väliseen kommunikaatioon, ja vähentää pelkoja kohdata vaikeiksi koettuja tilanteita. Omaisten kyky hoitaa sairasta läheistään vähentää psykoosipotilaan hoidossa ulkopuolisen avun tarvetta.

Omaisten taakan helpottaminen

Hoitajat olivat usein nähneet omaisten väsyvän läheisensä sairauden vuoksi. Hoitajat ymmärsivät hyvin omaisten raskaan vastuun potilaiden hyvinvoinnista. Omaisten huoli sairaasta läheisestään on useimmiten aivan aiheellista ja potilaan tarvitsema suuri tuen määrä kuluttaa omaisten voimavaroja:

"...Juuri siitä se raskaus tulee, ku huolehdit ihan kaikesta, ruuasta, puhtaudesta, lääkkeistä ja katot perään..."

"...ja kun ei oo todellista tietoo potilaan sairaudesta, ni on sitte niit ihan turhia syyllisyydentuntoja..."

"...ei he sitte huomaa itteensä säästellä, kun ovat ihan täystyöllistettyjä..."

Mielenterveyspotilaiden omaiset ovat raskaan vastuunsa ja potilaasta huolehtimisen vuoksi seuraavasta uupumisesta johtuen itse potentiaalisia potilaita. Jotkut omaiset ottavat itse yhteyttä hoitajiin voimiensa vähenyessä, tai tilanteen potilaan kanssa kriisiytyessä. Toiset omaiset taas jatkavat pinnistelyä sairaan läheisensä vuoksi aivan ääri rajoilleen saakka. Omaisten väsymisen ja vähiin käyneet voimavarat huomattessaan hoitajat pyrkivät vaikuttamaan tilanteeseen. Hoitajat ottavat huomaamansa asian puheeksi, ja neuvovat ja ohjaavat omaista hellittämään edes hetkeksi:

"... käytetään pääosin kolmea konstia, neuvotaan ottamaan omaa aikaa, tarvittaessa vetäytymään joksikin ajaksi kokonaan potilaan asioiden aktiivisesta hoitamisesta, ja joskus neuvotaan mistä hakea itselle hoitoa ja kuuntelijaa..."

Hoitajat tunsivat olevansa tässä asiassa mahdollistajia, koska he pystyvät ottamaan tarvittaessa enemmän vastuuta potilaasta, jolloin omaisen voi levätä tai irrottautua kokonaan sairaan läheisensä hoitamisesta:

"...otetaan omalle vastuulle erilaisia tehtäviä, joista omaiset on siihen asti huolehtineet, niiku lääkehoito..."

"...me voidaan sit käydä sitte paljon useammin, alussa kaks kolme kertaaki viikossa, järjestää ulkopuolinen siivousapu..."

"...Kyllä se on, usein ainaki, jääny sellanen fiilis, ett siit on sitte ollu hyötyy. Ja tukee ainaki..."

5.2.3 Avohoidon ja sairaalahoidon välinen yhteistyö

Yläkategoria avohoidon ja sairaalahoidon välinen yhteistyö muodostuu alakategorioista **tarpeenmukainen hoito, tiedonkulku ja hoidon jatkuvuus** (TAULUKKO 7).

TAULUKKO 7: Yläkategoria avohoidon ja sairaalahoidon välinen yhteistyö alakategorioineen

Yläkategoria	Alakategoriat
Avohoidon ja sairaalahoidon välinen yhteistyö	Tarpeenmukainen hoito
	Tiedonkulku
	Hoidon jatkuvuus

Tarpeenmukainen hoito

Psykoosipotilaan kotihoito ei onnistu, jos potilas ei ole myönteinen hoitoa kohtaan, jos hän on vaaraksi itselleen tai ympäristölleen, kovin harhainen tai ympäristöönsä häiritsevä. Kotityöryhmän eräänä tehtävänä onkin tunnistaa potilaan psykoottisten oireiden akutisoituminen ja arvioida sairaalahoidon tarvetta.

Tampereen kaupungin asukkaat saavat psykiatrasta sairaalahoitoa Hatanpäänpuiston sairaalassa, Kaivannon sairaalassa ja Pitkäniemen sairaalassa. Hoitajat olivat nähneet, että potilaita ei aina saa tarvetta vastaavaan sairaalahoitoon ajoissa, vuodeosastopaikkojen vähyyden vuoksi tai muusta syystä johtuen. Hoitajilla on toiveena, että kaupunkiin perustettaisiin hoitoyksikkö, johon kotityöryhmän potilaat voisivat päästä tarpeen tullen joustavasti hoitoon lyhyeksikin aikaa. Samoin he olivat nähneet senkin, että potilaita palautetaan kotihoitoon, vaikka he eivät psyykkisen kuntosensa puolesta vielä voi tulla siellä toimeen. Liian lyhyet hoitajaksot sairaalassa, ja kotiuttaminen psyykkisesti voimakkaasti yhä oireilevana, vaikeuttaa kotona tapahtuvaa hoitotyötä, ja johtaa usein potilaan kuntoutumisen viivästymiseen sekä hänen päätymiseensä takaisin sairaalahoitoon:

"...Sairaalassa ei oteta kotityöryhmän mielipiteitä aina huomioon, vaikka me kokemuksesta tiedetään, että potilas ei pärjää tässä kunnossa kotonaan..."

"...kyllä potilaat pitäisi saada ajoissa sairaalahoitoon, ettei tilanne mee liian pahaksi ennen ku pääsee..."

"... kun ois semmoinen oma osasto sairaalassa, matalan kynnyksen paikka, jossa vois olla vaikka vaan viikonlopun yli tarvittaessa..."

Hoitajien näkemys oli, että psykoosipotilaat tarvitsisivat nykyistä useammin kuntouttavaa sairaalahoidoa, kuin enemmän tarjolla olevaa muuta psykiatrasta vuodeosastohoitoa. He olivat kokeneet, että intensiivinen ja monipuolinen kuntouttava hoito johtaa parempiin tuloksiin, potilaan toimintakyvyn paranemiseen ja psyykkisen hajanaisuuden muuttumiseen koosteisemmaksi:

"...ei sellasta enää Pitkäniemestä saa, vaan potilaat hukkuu sinne akuuttihoiton osastoille..."

"...Kaivannos tekevät ihmeitä, on todettu, että siellä kuntoutus pelaa. Kaks kuukautta ja maksusitoumuksen kunnalta se kyllä vaatii, ei sitä sitoumusta oo niin helppo saada..."

"... ku heillä Kaivannos on oikeen tiivis kuntoutuspaketti, jos on mukana monipuolinen tiimi, fysioterapeutit ja kaikki...sieltä tulee ihan uusia ihmisiä ja siitä on helppo jatkaa..."

Hoitajat korostivat sitä, että tarpeenmukainen hoito edesauttaa jatkohoidon toteuttamista kotona ja vähentää sekä terveydenhuollon että muiden viranomaistahojen resurssien tuhlaamista:

"... Ei sitä tulisi turhaan niitä traumaattisia poliisikyytejä poliisille lähetettäväksi hakeen ja taas sairaalaan..."

Tiedonkulku

Avohoidon ja sairaalahoidon välisessä yhteistyössä hoitajat korostivat tiedonkulun nopeuden ja täsmällisyyden merkitystä. Eniten ongelmia he kokivat olleen juuri tällä yhteistyön alueella. Vaillinaisuudet tiedonkullussa, viime hetkeen jätetty tiedon siirto ja varsinainen tiedon puute aiheuttavat ongelmia käytännön hoitotyössä, ja saattavat vaarantaa potilaan terveyden:

"...esimerkiksi, kun lääke on sairaalas muutettu ja potilas kotiutetaan, eikä saa reseptiä eikä epikriisiä ole, alkaa soittorumba – sairaalaan, mikä lääke – kotityöryhmän lääkärille, jos saisi reseptin puhelinmääräyksenä apteekkiin ja niin edelleen..."

"...kutsuvat niin lyhyellä varoitusajalla hoitoneuvotteluun, että tänään iltapäivällä ois palaveri, ja oma kalenteri on ihan täynnä sovittuja tapaamisia, pitää alkaa järjestellä aikataulua uusiksi...Sairaala on jäykin yhteistyökumppani..."

"...se on erilaista eri osastojen kanssa. Jossain ihmeteltiin, että mitä te tänne soitatte, kun ilmoitettiin potilaan siirtyvän kotoa sille osastolle hoitoon. Että eivät ymmärrä meidän työtappaa..."

Kävi ilmi, että hoitajat olivat huomanneet sairaaloissa olevan myös aivan väärää tietoa kotityöryhmän työstä. Hoitajat arvelivat, että tieto ei vain kulje. Vaikka tietoja oli pyritty oikaisemaan, hämmästytti hoitajia se, ettei se välttämättä muuttanut sairaalassa väärän tiedon pohjalta suunnitellun hoidon toteuttamista:

"...ilmoittavat, että kotiuttavat potilaan perjantaina ja kysyvät, että kai vois mennä viikonloppuna häntä katsomaan. Vaikka sanotaan, että ei me olla töissä viikonloppuisin, ne kotiuttaa hänet kuitenkin, vaikkei hän pysty..."

"... kai vikaa on meissäkin, vaikka on yritetty tiedottaa..."

Hyvin positiivista oli hoitajien mielestä se, että kun tiedonkulku toimii hyvin, tehostuu myös hoidon suunnittelu ja toteutus. Oikea tieto, oikeaan aikaan, oikealle taholle suunnattuna vapauttaa resursseja, estää päällekkäistä ja turhaa työtä, vähentää ristiriitaisuuksien syntymistä potilaan hoidossa, sekä edesauttaa hoidon tehokkuutta ja potilaan turvallisuutta:

"...saadaan kaikki meille ajallaan. Kaivannon kanssa on yhteistyö hyvää, sieltä tulee aina lääkärin, ja myös hoitajan, epikriisi nopeasti..."

"... on mielekästä olla mukana hoitoneuvotteluissa potilaan ollessa sairaalahoidossa, kun saadaan kasvokkain vaihtaa sitä tietoa. Et ei tule yllätystä kotiutusajankohdasta ja voi suunnitella..."

"...voi löytyä ne yhteiset hoitolinjat. Että ei eri suuntiin vedetä potilasta..."

Hoidon jatkuvuus

Psykoosipotilaan hoidon jatkuvuutta hoitajat halusivat turvata sairaalahoidon aikana, saattamalla hänet sairaalaan, osallistumalla sairaalassa järjestettyihin hoidon suunnittelukokouksiin, pitämällä yhteyttä potilaaseen, sekä käymällä tapaamassa potilasta sairaalahoidon aikana. Hoitajat valmensivat potilasta etukäteen vaurautumaan siihen, että sairaalahoidon tarve saattaa tulla kesken kotihoidon, mutta samalla he kertoivat potilaalle yhteydenpidon jatkumisesta sairaalassaolon ajan, ja kotikäyntien alkavan uudelleen potilaan päästyä sairaalahoidosta:

"...mä saatan soittaa osastolle ja kysellä kuulumiset... aina yritän päästä potilasta kattoon samalla reissulla, kun oon jonkun toisen potilaan hoitoneuvottelussa siellä... periaate on tässä se *saattaen vaihdettava*..."

Hoitajat olivat sitä mieltä, että hoidon jatkuvuus luo luottamusta hoitajan ja potilaan väliseen vuorovaikutussuhteeseen. Hoitajien kokemus oli, että sairaalahoidon aikana jatkuva yhteydenpito oli luonteva tapa pitää yllä hoitosuhdetta. Yhteydenpito sairaalahoidon aikana tekee hoitosuhteen jatkamisen potilaan kotiinpaluun jälkeen helpommaksi, kun vuorovaikutus hoitajan ja potilaan välillä ei ole sairaalahoidon aikana katkennut. Ikävänä asiana hoitajat olivat kokeneet sen, että potilaat, joilla oli useita sairaalahoitajaksoja, sijoitettiin milloin millekin osastolle, jolloin yhteistyö uuden henkilöstön kanssa oli aloitettava aina alusta. Tästä kertoessaan he pohtivat tilanteen rasittavuutta myös potilaan kannalta:

"...Me aatellaan, että se on siellä hetken ja palaa sitten meidän käsiin..."

"...se sairaalas tervehtimäs käyminen, se ihan siis kuuluu tähän...samalla siin käydään, kun jo pihapiirissä ollaan..."

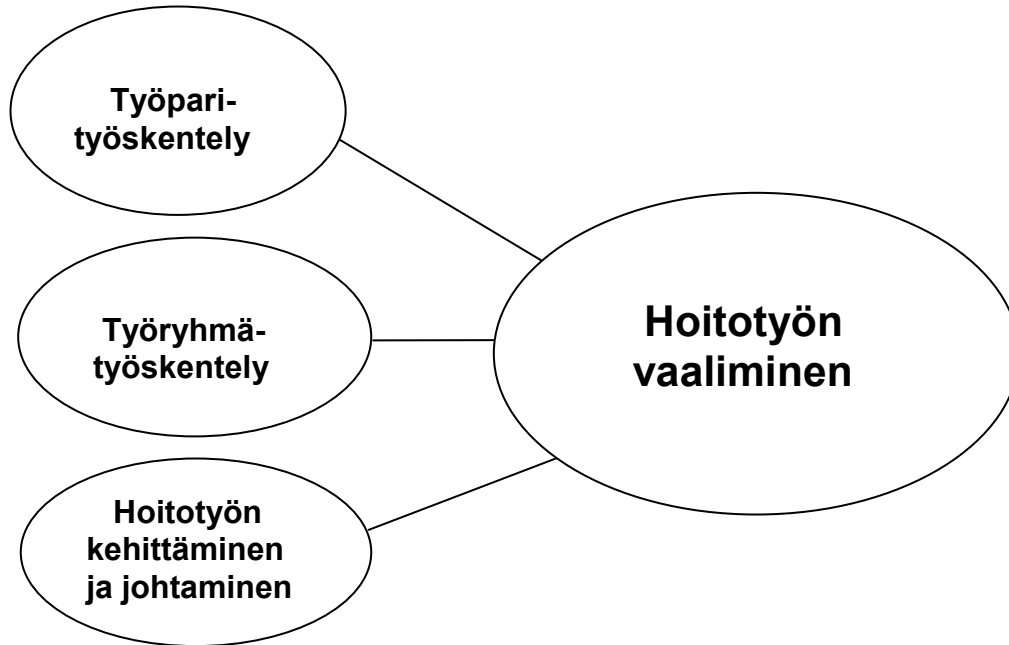
".. miks taas uudelle osastolle laitettu... aikaa menee ennenku uusiin tutustuu, myös meillä. Joskus se tietysti voi olla helpotuskin potilaalle kun ei joudu aina samalle..."

Kotityöryhmän hoitajien kertoman mukaan hoitovastuu psykoosipotilaasta siirtyy vain väliaikaisesti sairaalalle ja palautuu jälleen potilaan sairaalasta kotiutumisen jälkeen kotityöryhmälle. Hoidon jatkuvuus ei kui-

tenkaan ole itsestään selvästi syntyvä ja vallitseva olosuhde, vaan siitä hoitajien on huolehdittava myös potilaan sairaalahoidon ajan.

5.3 Hoitotyön vaaliminen

Yhdistävä kategoria **hoitotyön vaaliminen** (*) muodostuu yläkategorioista **työparityöskentely**, **työryhmätyöskentely** ja **hoitotyön kehittäminen ja johtaminen** (KUVIO 3).



KUVIO 3: Hoitotyön vaaliminen

Yhdistävän kategoria nimettiin hoitotyön vaalimiseksi (*), koska vaaliminen – termi kuvaa sitä toimintaa, jolla hoitajat pyrkivät varmistamaan hoitotyön laatua, tehokkuutta ja oikeudenmukaisuutta. Päämääränä on hyvä hoito ja potilaan hyvä, mutta samalla myös hoitajan ammattitaidon kehittyminen, asiantuntemuksen säilyminen ja työssä jaksaminen.

*. Vaaliminen, vaalia: 1. pitää(hartaasti, antaumuksellisesti) huolta jstak, hoitaa, hoivata. Esimerkiksi *Vaaliala pienokais-taan*. 2. pitää_huolta jnk säilymisestä, pitää arvossa, kunnioittaa. Esimerkiksi *Vaaliala perinteitä*. MOT Kielitoimiston sanakirja 1.0 Copyright © 2004 Kielikone Ltd. Kielikone (2) <http://mot.kielikone.fi/mot/uta/netmot.exe>

5.3.1 Työparityöskentely

Yläkategoria työparityöskentely muodostuu alakategorioista **työpari voimavarana** ja **työpari pienryhmänä** (TAULUKKO 8).

TAULUKKO 8: Yläkategoria työparityöskentely alakategorioineen

Yläkategoria	Alakategoriat
Työparityöskentely	Työpari voimavarana
	Työpari pienryhmänä

Työpari voimavarana

Kotityöryhmä toimii siten, että kotikäynnille potilaan luokse mennään yleensä kahdestaan työparina. Työparin muodostavat joko hoitaja – lääkäri – pari tai hoitaja – hoitaja – pari. Yhdellä hoitajalla on kuudesta kahdeksaan potilasta, joiden luona hän käy. Päivän mittaan yhdellä hoitajalla on hoidettavanaan kolmesta neljään kotikäyntiä. Työpari vaihtuu eri potilaiden luona käytäessä. Kotikäynneille kuljetaan useimmiten hoitajien autoilla. Muutama hoitaja kulkee matkat jalkaisin, linja-autolla tai autoilevien hoitajien kyydillä. Työparit muodostetaan maantieteellisesti jaettujen itäisen, läntisen tai eteläisen työryhmän tiimin sisällä. Työpari määräytyy yhteisellä päätöksellä siten, että tiimissä huomioidaan potilaan yksilölliset ominaisuudet ja katsotaan hoitajan kuormittuneisuus:

"... me sanotaan leikkillisesti, ett tunteeks kukaan kutsumusta, sitt joku ilmoittaa halukkuutensa, ja sitten joku niistä, joilla on tilaa tai muuten intressiä sanoo, että mä voin tulla mukaan..."

"...joskus esimerkiks potilaan sukupuoli voi määrätä sitä, että onko paras olla mies-nais-hoitajapari, jos esimerkiksi pitää pistää...tai jos hänellä on ilmenny väkivaltaisuutta aiemmin, niin voidaan katsoo..."

Työparit saattavat suunnitella kotikäynnin kulkua etukäteen, mutta aina sitä ei pidetä tarpeellisena. Yleensä aktiivisempi rooli on sillä, jolla on pidempi työkokemus tai joka tuntee kyseisen potilaan pidemmältä ajalta kuin toinen. Työparin vaihtuminen, joskus monta kertaa päivä aikana, koettiin sinänsä myönteisenä asiana. Haittana vaihtumisessa pidettiin siihen kuluvaan aikaan sekä matka – ja kuljetusjärjestelyistä huolehtimista. Työnjaon mahdollisuus etukäteen sopien on hoitajien mukaan asia, jota työparityöskentelyssä voi hyödyntää:

"...voidaan sopia, ett täytetään tänään vaikk joku toimintakyvyn arviointikaavake, ja sitt ett kumpi sen ottaa..."

"... injektiot voidaan sopia, mää en niistä tykkää... Mistä olis tänään tärkeä puhua, voidaan tehdä hypoteesia siinä matkalla..."

"...Tai siltä ei sovi mitään, vaan se hoituu luontevasti... työparin vaihtuessa saa aina uutta näkökulmaa..."

Hoitajat kokivat toisen hoitajan kanssa työskentelyn tuottavan turvaa sekä hoidolle että hoitajille itselleen. Kahden hoitajan läsnäolo lisää mahdollisuuksia havaita asioita, kuten potilaan käytöstä, hänen oireidensa muuttumista, ja tarpeita. Työpari tuo kaksin verroin ammatillista asiantuntijuutta, tietonsa ja kompetenssinsa, hoitokäynneille. Kaksi hoitajaa edustaa myös ylivoimaa mahdollisissa väkivallanuhka -tilanteissa:

"...onhan se niin, että kaksi korvaparia kuulee enemmän kuin yksi ja kaksi silmäparia näkee enemmän..."

"... Se on ihanaa, ku on se työpari. Se voi huomata jotain...hyvä ku on kaks, ett jos sitä ois yksin siinä, ni se semmonen epävarmuus, ett huomaanks mä nyt ja oonks mä tarpeeks viisas..."

"... onhan se myös turvallisuuskysymys, kun ollaan yhdessä ja on sitä ammattitaitoa ja tilannetajua, niin ei oo mitään päässy sattumaan, vaikka muutama läheltä piti – tilanne on ollutkin..."

Hoitajat pystyvät käyttämään toistensa ammatillista pätevyyttä ja asiantuntijuutta hyväksi hoitosuhteissa. Yhdessä työskentely antaa tilaisuuden oppia toisen tavasta työskennellä. Työpari on voimavara, sillä hänen kanssaan hoitaja voi jakaa vastuuta, mikä vähentää hoitajien kuormittuneisuutta. Saamalla palautetta toisiltaan vahvistuu samalla hoitajien itsearvioinnin tarve:

"...kun toinen on taitava jossain, ni hän hoitaa sit niitä asioita...Sitä saa toisilta myös palautetta..."

"...työparityöskentelyä pystyy hyödyntämään koko ajan enemmän, ku tuntee toisten resurssit, sit voi verrata omia hoitotapoja..."

"... voi vaihtaa rooleja ja opetella...tykönään miettii, jos toinen vähän mokaa, ett oppii voi tästäki..."

Työpari pienryhmänä

Hoitajat esittivät, että hoidollisesti on merkittävää se, että työparina työskentely teki kotikäynnistä psykoosipotilaan luo nimenomaan pienryhmätapaamisen. Tämä koettiin sekä potilaan että hoitajien itsensä kannalta psyykettä suojaavana asiana:

"...kun tilanteessa on useampi henkilö paikalla, ei tapahtumat värity psykoottisen mielessä niin herkästi paranoidisin sävyin..."

"... jos jotain sovi siinä, niin on useampi todistaja..."

"...vaikuttaa kaikkien käytökseenkin, ei tule niin äkisti konflikteja..."

Pienryhmä, joka syntyy työparin tullessa potilaan luo, on monelle eristäytyvälle tai yksin elävälle psykoosipotilaalle ehkä ainoa ryhmäkokemus, joka hänellä on sairaalasta kotiuduttuaan. Tässä pienryhmässä voivat toimia aivan samat ryhmäpsykodynaamiset elementit kuin muissakin hoidollisissa ryhmissä. Hoitajat olivat kokeneet sen rikkautena:

"...jos ei hänellä (potilaalla) ole mitään muuta ryhmää, niin saa tässä harjoitella sitä ryhmässä oloa..."

"...psykoosipotilaalle se voi olla hyvinkin turvallinen paikka alottaa..."

"...on mahdollisuus kokeilla esimerkiksi erilaisia vastuunjakoja tai yhdessä päättämistä..."

5.3.2 Työryhmätyöskentely

Yläkategoria työryhmätyöskentely muodostuu alakategorioista **työyhteisö voimavarana** ja **työnohjaus voimavarana** (TAULUKKO 9).

TAULUKKO 9: Yläkategoria työryhmätyöskentely alakategorioineen

Yläkategoria	Alakategoriat
Työryhmätyöskentely	Työyhteisö voimavarana
	Työnohjaus voimavarana

Työyhteisö voimavarana

Kotityöryhmän hoitajilla on paljon erilaista koulutusta: monella on kaksi ammattitutkintoa, toisilla on erilaisia terapeuttikoulutuksia takanaan, osalla on työnohjaajan pätevyys ja lisäksi kaikilla on omat persoonalliset erityistaitonsa. Haastattelussa kävi ilmi, että kaikilla kotityöryhmän hoitajilla oli aiempaa työkokemusta psykiatrisesta sairaalasta ja hoitajat olivat toimineet ammatissaan jo vuosia.

Hoitajat olivat hakeutuneet työryhmään omasta halustaan. Motiiveina siirtymiselle hoitajat kertoivat olleen kiinnostuksen psykiatrasta avohoitotyötä ja uutta työryhmää kohtaan. Hoitajat pitivät päivätyöaika elämäntilanteeseensa hyvin sopivana. Toivottu muutos aiempaan työkokemukseen verrattuna oli ollut kotityöryhmässä koettu itsenäisyys työssä:

"...Vuodet oli tullu suljetulla osastolla täyteen...tää on vapaata, mutta vastuullista työtä..."

"...En haluais enää kolmivuorotyöhön..."

"... jo silloin koulutusaikana kiinnostuin avohoidosta ja perhetyöstä, sitten hankin siihen erillisen koulutuksen..."

Työryhmäänsä hoitajat arvostivat ja pitivät työyhteisöään hyvänä. He tunsivat ammattilypeyttä kuulumisestaan juuri tähän työryhmään. Työtovereita arvostetaan, hoitajat pitivät toisiaan ammattitaitoisina, sosiaalisina, ja joustavina:

"...Tää on helppo työryhmä tehdä työtä...Päivääkään en o katunu, että tänne tulini...on hienoo, kun tietää kuuluvansa tällaiseen jengiin...työryhmä on paras missä mä oon ollu ikinä..."

"...Tääl arvostetaan työoveria koulutustaustasta riippumatta...Ei meill oo kilpailuasetelmaa..."

"...Tänne on hakeutunut aktiivisia, hyviä ammattilaisia... Aika ulospäin suuntautunutta porukkaa, jotka osaa huomioida toistensa tilanteen ja joustaa tarvittaessa..."

Koko työryhmä kokoontuu kerran viikossa kokoukseen, jossa keskustellaan työryhmää koskevista yleisistä asioista, kuten loma- ja sijaisjärjestelyistä. Tiimit, joita on kolme, kokoontuvat samoin kerran viikossa. Tiimikokouksissa keskustellaan työnjaollisista asioista, käydään läpi uudet lähetteet, valitaan uusille potilaille työparit, käydään läpi kotikäyntien tapahtumia ja puhutaan potilaiden voinnista. Tiimikokouksissa lääkäri saa raportin potilaista, tarkistaa lääkitykset ja uusii tarvittaessa lääkemääräykset. Tiimikokouksissa suunnitellaan ja arvioidaan potilaiden hoitoa:

"...jaetaan työt, ett kuka menee mihinkin hoitokokoukseen..."

"...tiimissä sitte esimerkiks lääkäri kattoo reseptit..."

Työyhteisön ilmapiiristä kerrottiin, että oletuksena on, että kaikki antavat työpanoksensa, ja työtovereiden työn laatuun voi luottaa. Hyvä työskentelyilmapiiri heijastuu työnjaon yksimielisyytenä ja esimerkiksi palautteesta, jota työryhmän työtavasta oli saatu. Hoitajat eivät olleet huomanneet epätasa-arvoa työyhteisönsään. Konfliktkejakin työyhteisössä joskus tuli, mutta ne olivat olleet lähinnä harmittomia, ja ne osattiin hoitajien mukaan käsitellä sujuvasti:

"...Hommat toimii, kun kaikki ottaa vastuuta...sairaalast käsin kiitelty, ku päästy hoitoneuvotteluihin niin lyhyillä..."

"...Tääl kaikki käärii hihat ja alkaa tuumasta toimeen, ei tääl toisten tekemisiä enää tarkistelemaan aleta, luotetaan..."

"...joskus, mutt hyvin harvoin, on tullu sanomista, arvostellaan toisten ratkaisuja tai jotain, mutta ne on sitte puhuttu läpi..."

Hoitajat kokivat työtoverinsa rikkautena, ja he oppivat toisiltaan ja myös opettivat toisiaan. Konkreettisena esimerkkinä hoitajat painottivat sitä, miten tärkeä tuki ja voimavara työryhmä heille on, kun he kuvailivat tarvettaan keskustella työhön liittyvistä asioista työtovereidensa kanssa:

"...ensiapukoulutusta, xx on opettanu meille tietotekniikkaa, toisiamme treenataan..."

"...liian harvoin nähdään, puretaan sit asioita keskenään...Täss ku on kato tää container – ilmiö, sitä saa säilöä ja säilöä (kotikäynnillä työssä koettua ainesta), sitä pitää yksin käsitellä ja palauttaa, se kuuluu ammatettiin...mutt on vapauttavaa, kun saa työryhmän kanss niit jakaa..."

"...me soitellaan ja sovitaan yhteisiä kotikäyntejä. Ja sitte tavataan tääl toimistolla, siis kaiken aikaa näistä asioista käydään keskustelua, kun tavataan...tuntuuki niin kauheen paljon sitä asiaa ja sitä puhuttavaa olevan...koko ajan tapahtuu niin paljon..."

Hoitajat sanoivat saavansa tuntea työryhmänsä työtään tukevana, arvostavana ja antoisana yhteisönä, jossa työntekijöillä on yhteinen päämäärä ja jossa heillä on tilaisuus jakaa kokemaansa.

Työnohjaus voimavarana

Hoitajat olivat tottuneet käyttämään työnohjausta jo ennen kotityöryhmään siirtymistään. Työryhmää perustettaessa koko työryhmälle oli järjestetty yhteistä ryhmätyönohjausta. Kullakin tiimillä oli haastatteluvuoden aikana aloitettu tiimikohtainen oma työnohjaus. Työnohjauksen hoitajat olivat kokeneet ehdottoman tärkeänä syväsuuntaisena oppimisprosessina, jota ilman he eivät haluaisi työtään tehdä. Työnohjaus oli ollut säännöllistä. Tiimit olivat alussa olleen koko työryhmän työnohjauksen jälkeen saaneet valita, millaisiin asioihin he halusivat tiimensä työnohjauksessa keskittyä. Valituksi olivat tulleet potilas- ja hoitosuhdeasioihin keskittyvä case-työnohjaus sekä tiimin ryhmätyöskentelyä tarkasteleva työnohjaus:

"...Meillä on tiimillä tää case-työnohjaus. Nyt on kolme potilasta keritty käydä läpi..."

"...ollu sitä meidän keskinäisiin suhteisiin liittyvää...On tärkeää jaksamisen ja ammattitaidon kannalta..."

"...eteläisen tiimin työnohjausryhmässä on viis hoitajaa, yks lääkäri plus yks toimintaterapeutti..."

Hoitajat olivat kokeneet työnohjauksen olevan se näyttämö, jossa on tilaisuus rauhassa keskittyä yhteisiin asioihin. Työnohjaus oli ollut paikka, jossa saattoi puhua vapaasti, esimerkiksi toisiin kohdistuvista odotuksista, yksittäisten työntekijöiden työrooleista, hoitosuhteesta ilmenneistä ongelmista tai hoitotyön eettisistä kysymyksistä. Työnohjaussopimus oli tehty vuodeksi ja hoitajat pelkäsivät, että jos työnohjaus ei jostain syystä jatkukaan, niin miten se heihin tulisi vaikuttamaan. Hoitajat toivoivat työnohjauksen jatkumista, ulkopuolisia työnohjaajia sekä myöhemmin mahdollisuutta myös yksilötyönohjaukseen:

"...Vain vuodeks on nyt sovittu, kunpa ehdittäis ees kaikki potilaat käydä läpi..."

"...Ongelmana on, että työnohjaajat on meille tuttuja..."

"...Taitaa kaatua rahan puutteeseen...Uskon, että vielä tulee se aika, jolloin haluaisin taas saada yksilötyönohjausta...on niin raskasta pitkän päälle, sais avattua omia solmuja ja selvittää ajatuksia..."

Työnohjauksessa oppimista tapahtuu hoitajien mukaan kokemuksen ja vuorovaikutuksen kautta. Se lisää työtaidon kartuttamista osallistuvan kuuntelun avulla, ja hoitajien henkisen kuormituksen keventymistä. Työnohjauksessa hoitajilla on mahdollisuus realisoida asioita, havaita mahdollisuuksia ja rajoituksia potilaan hoidossa, sekä vahvistaa ammatti-identiteettiään ja itsetuntemustaan.

5.3.3 Hoitotyön kehittäminen ja johtaminen

Yläkategoria hoitotyön kehittäminen ja johtaminen muodostuu alakategorioista **perehdyttäminen ja koulutus** ja **työnjohdon tuki** (TAULUKKO 10).

TAULUKKO 10: Yläkategoria hoitotyön kehittäminen alakategorioineen

Yläkategoria	Alakategoriat
Hoitotyön kehittäminen ja johtaminen	Perehdyttäminen ja koulutus
	Työnjohdon tuki

Perehdyttäminen ja koulutus

Hoitajat rekrytoitiin kotityöryhmään kahdessa erässä. Jo ennen työryhmän perustamista oli yksi lääkäri – hoitaja – työpari irrotettu tekemään hoidon suunnittelua ja alustavaa kotikäyntityötä. Hoitajat, jotka olivat tulleet työryhmään ensin, sen varsinaisessa perustamisvaiheessa, olivat mielestään saaneet enemmän ja tarkemmin suunnattua perehdytystä kuin ne hoitajat, jotka olivat siirtyneet kotityöryhmään ryhmän laajentamisen vaiheessa:

"...perehdytys oli hyvä silloin alussa, mallia kehiteltiin yhdessä..."

"...Psykoedukatiivinen koulutus oli aika sillisalaattia, mutta auttoi työhön sisälle pääsemiseen..."

"...Ei me mitään koulutusta tai erillistä perehdyttämistä saatu, alettiin vaan heti hommiin..."

"...siin olin ensi vähän niinku toin xx:n siipien suojis, mutta itehän sitä piti asioista ottaa selvää..."

Koulutusta hoitajat olivat saaneet kotityöryhmän toiminnan aikana paljon. Yleensä koko tiimi osallistuu koulutukseen yhdessä. Mahdollisuutta koulutukseen arvostettiin, mutta hoitajat kertoivat usein osallistuneensa koulutuksiin, jotka eivät vastanneet heidän tarpeisiinsa, mikä koettiin turhauttavana. Hoitajat olivat keskustelleet yhdessä omista koulutustarpeistaan ja toiveistaan, mutta tarkkoja koulutussuunnitelmia ei ollut kenellekään tehty:

"...koulutukset on ollu ku palapeliä, johdonmukaisempaa ja suunnitelmallisempaa vois olla..."

"...on puhuttu omaa koulutusta, muttei oo saatu vietyä eteenpäin. Kaupungilla olis tarjota henkilö, joka näitä räätälöis..."

"...Ku menny, sitt huomannu, ettei tää vastaa sisällöltään yhtään meidän työhön liittyviä asioita, ett kun niist sisällöistä ei etukäteen tiedä otsikon perusteella, siin menee päivä hukkaan, niin sanotusti..."

Hoitajat eivät varmuudella tienneet, mihin pitkiin koulutuksiin osallistuminen heidät sitouttaa. He kokivat työnsä sen verran raskaaksi ja uudistumista vaativaksi, että tunsivat tarvetta saada koulutusta, etenkin kaksoisdiagnoosi- ja monidiagnoosipotilaiden hoidossa. Kehittämiskeskusteluja ei työryhmän hoitajien kanssa ollut vielä järjestetty, ja tätä he pitivät selkeänä puutteena:

"...tuli ilmoitus, että kahdeks vuodeks pitää sitoutua, tai joutuu maksamaan takas. En tiedä tarkoittaako se todella näitäkin..."

"...heidän määrä lisääntyy meidän potilasaineistossa, kyllä niiden hoidossa pitäis tietoutensa saada päivittää..."

"...ei meillä oo ollu kehityskeskusteluja, ei oo kartoitettu oppimista, kehittymishaluja, ei vahvuuksia tai heikkouksia..."

Kotityöryhmä toimii harjoittelupaikkana ammattikorkeakoulun sairaanhoidon opiskelijoille. Hoitajien vastuulla on osaltaan neuvoa ja opettaa tulevia kollegoitaan kotityöryhmän tekemään hoitotyöhön. Hoitajat opettavat myös hoitajien sijaisia lomakausien aikana. Hoitajat totesivat opiskelijoiden ja sijaisten ohjaamisen olevan tärkeä tehtävä, joka ajoittain kuluttaa paljon voimavaroja. Vaikeinta useamman hoitajan kokemuksen mukaan oli siirtää kotityöryhmässä vallitsevia arvoja uusille väliaikaisille työtovereille:

"...on se ihan hyvä, kun on niit opiskelijoita, vaikka aina ei jaksais niin perusteellisesti, kun ehkä pitäis sitä opastusta..."

"...sijainen saattaa kävellä olohuoneeseen, kun istutaan keittiössä, menee kattelemaan sinne valokuvia. Ett ei sitä nyt sillai mennä toisen kodissa, siitä täytyy sitten sanoo..."

"...et ei se oo kaikille selvää tää toisen ihmisen yksityisyyden kunnioittaminen..."

Työnjohdon tuki

Pohtiessaan työnjohdoltaan saamaansa tukea hoitajat puhuivat sekä lähiesimiehiltään saamasta hoitotyön tuesta, että kaupungin sosiaali- ja terveystoimen mahdollistamasta organisatorisesta tuesta työlleen. Saadun tuen määrä oli koettu hyväksi tai liian vähäiseksi. Kaupungin sosiaali- ja terveystoimi koettiin etäiseksi päätäjäksi, johon suhtauduttiin hyvin ymmärtäväisesti, harmilliset asiat vain olemassa olevina todeten:

"...siirtoneuvottelujen aikana huomas, miten jäykkä ja suuri on kaupungin byrokraattinen koneisto..."

"...esimiesorganisaatio on täällä epäselvä ja hajanainen, en mä usko, että ne täysin ymmärtää mitä me tehdään..."

"...kyllä toi johtaja xx on käynyt täällä ja ihan kiinnostunut on ollu meidän työstä...meille on luotu edellytykset..."

Hoitajien mielestä ylilääkäri piti kotityöryhmän työtä voimakkaasti esillä, ja myönteistä kuvaa antaen, tiedottaessaan asioista lehdistölle ja muualle mediaan. Hoitajat olivat kuitenkin mielestään saaneet ristiriitaisia viestejä ylimmältä työnjohdolta siitä, tekevätkö he työtään hyvin ja oikeaan suuntaan kehittäen, vai väärin ja väärään suuntaan. Välillä he olivat saaneet työnjohdolta toimintaohjeita, jonka he olivat kokeneet suorastaan kehittämänsä hoitomallin vastaiseksi. Näistä syistä hoitajat eivät olleet varmoja siitä, arvostetaanko ja ymmärretäänkö heidän työtään hallinto-organisaatiossa:

"...on kyllä lyönyt rumpua meidän työstä..."

"...ovat sanoneet, että meillä on liikaa kilometrikuluja, että vähemmällä pitäis päästä..."

"...että pitäis mennä aluetyöryhmiin, vaikka meidän malli on just ihan toisen suuntainen. Vähän niinku vähätellään tuolt ylhäältä päin..."

Hoitotyön työnjohdolta, ylihoitajalta ja lähiesimieheltä, hoitajat kokivat saaneensa tukea, silti lähes kaikki haastatellut toivoivat saavansa tukea vielä nykyistä enemmän. Hoitajilla oli toiveena, että ylihoitaja olisi heidän kanssaan paljon enemmän tekemisissä ja tulisi tutuksi hoitajien arkipäivän kanssa. Hoitajilla oli selkeä käsitys siitä, mikä on esimiesten tehtävä. Hyvänä asiana he pitivät sitä, että vaikka kotityöryhmän hoitajilla ei ollut osastonhoitajaa, oli yksikön hoitotyöstä vastaavalla hoitajalla pitkä työkokemus psykiatrisesta avohoidosta. Hoitajat olivat kokeneet, että selkeä hoitotyön johtaminen puuttui:

"...ylihoitajalla on varmaan paljon töitä tuolla Hatanpäällä, mutta kyllä sitä silti toivois, että hän kävis täällä ja tutustuis työntekijöihinsä. On hän siis käynyt, mutta vielä useammin sais käydä..."

"...nähdys ja kuulluks tuleminen, pitää olla joku tuki jota vasten työskennellä. Pitäis saada palautetta... tätä ei tapahdu, eli meillä hoitotyöntekijöillä ei ole hoitotyön selkeää johtamista, ei hoitotyön ymmärtämistä..."

"...vastaava kyllä tuntee meidän hommat, hän luottaa meidän taitoihin, se tuntuu hyvältä..."

Hoitajat tulivat mielestään kohdelluksi eriarvoisesti muihin kaupungin työntekijöihin verrattuna. Tämä lisäsi heidän tunnettaan siitä, että heidän työtään, sen sisältöä ja työtapoja ei ymmärretä työn ylimmällä hallinnon tasolla. Hoitajat, jotka joutuvat käyttämään omia autoja työssään, saivat vain kulukorvausta ajetuista kilometreistä, mutta heille ei korvattu pysäköintimaksuja tai mahdollisia sakkomaksuja, jotka olivat aiheutuneet pysäköintiajan umpeutumisen kotikäynnin aikana. Kaupungilla oikeuttavaan pysäköimiseen ei ollut myönnetty lupalappua. Myöskään vaatekuluihin ei ollut myönnetty rahaa, vaikka asia oli viety päätettäväksi jo vuoden 2001 toimintasuunnitelmaa laadittaessa:

"...omasta pussista on parkkikolikat kaivettava. Ja sitte kaupunki sakottaa, kun kaupungin työntekijä tekee kaupungille töitä..."

"...aina on sakot bumerangina tullu takasin, vaikka ei oo annettu sitä lupalappua ja on yritetty selittää ja oikeista..."

"...ei saada vaatteisiin mitään, vaikk on paikkoja, joiss käynnin jälkeen menee kaikki pesukoneeseen, muilla yksiköillä on..."

Ongelmaksi hoitajat nimesivät delegoinnin puutteen ja tiedonkulun heikkouden. Monet hoidettavat asiat olivat vastaavan hoitajan vastuulla, eikä muilla hoitajilla ollut niistä tietoa. Vastaavan hoitajan ollessa pois työstä, oli syntynyt hankalia tilanteita yksikössä. Jotkut hoitajista sanoivat tunteneensa oman tietämättömyytensä vuoksi hienoista syyllisyyttä sellaisissa tilanteissa. Tiedottamisessa ylimmän työnjohdon ja lähiesimiehen taholta toivottiin tehostamista:

"...ei vaan kulje tieto ylhäältä, se katoa jonnekin..."

"...jos jakais vastuuta täällä, niin olis muillakin edellytyksiä hoitaa näitä yhteisiä asioita, ja homma pyöris koko ajan..."

"...oli mielenterveyskeskuksen sairaanhoitajien kokous täällä meidän tiloissa, mutta me ei tiedetty edes, että mikä oli aiheena..."

Vaikka hoitajilla oli toiveita saada enemmän tukea työlleen ja ymmärrystä toimintatapojensa oikeutukselle, he olivat luottavaisia tulevaisuuden suhteen ja uskoivat, että toimintaa pystytään edelleen kehittämään:

"...kyllä ne kilometrikulut varmaan hyväksytään, kun he tajuaa, että tästä kertyy säästöä ja tää takaa joustavuuden työryhmässä..."

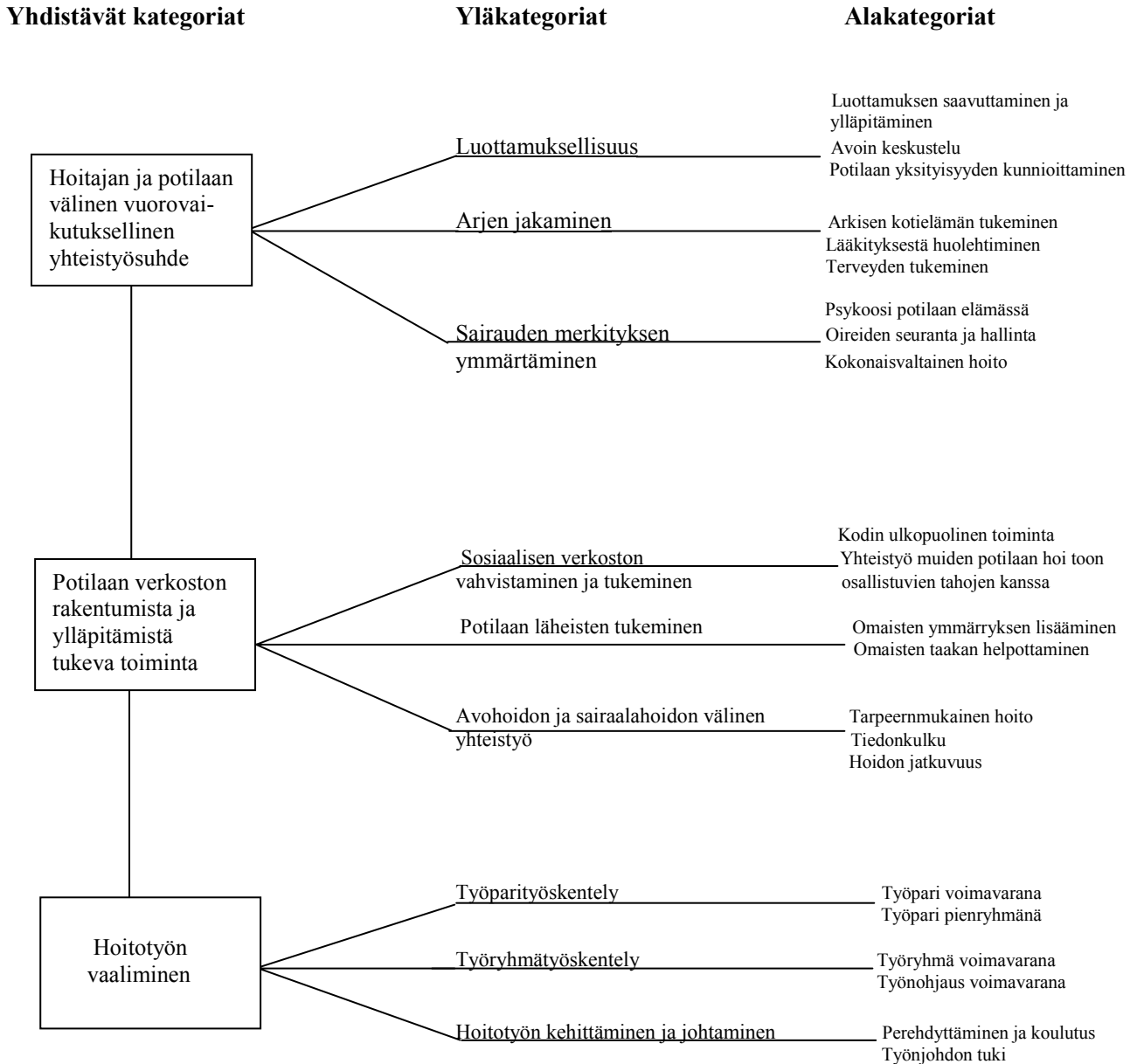
"... vaikka kaikkia välineitä on tarvinnu anoa ja odottaa, niin kunhan tää vakiintuu, huomataan varmaan tän tärkeys...kaikkea tarviketta ja uusia tiloja ja muuta on kuitenkin ennen pitkää saatu..."

"... meill on sormenpäät auki joka suuntaan, pakkohan meidät on ymmärtää tärkeänä linkkinä täs kaikesa..."

Työnjohdon tuki hoitajien kertoman mukaan merkitsee ammatillista turvaa ja lisää luottamusta yhteistyöhön. Palaute, kiinnostus hoitajien tekemän työn sisältöön ja työtä ohjaaviin perusteisiin tutustuminen sekä avoin kommunikaatio yhteistyössä on hoitajien mielestä osoitus työnjohdon hallinnollisesta tuesta.

5.4 Yhteenveto tutkimuksen tuloksista

Tutkimusaineiston analyysin perusteella psykoosipotilaan hoito avohoidossa on tehostetun psykiatrisen koti-työryhmän hoitajien näkökulmasta kuvailtavissa seuraavan kuvion mukaisesti (KUVIO 4):



KUVIO 4: Psykoosipotilaan hoitoa kuvaavat kategoriat

6. POHDINTA

6.1 Tutkimuksen eettisten kysymysten tarkastelua

Tutkimuksen eettisistä ratkaisuista tutkimuksen tekijän voidaan katsoa olevan vastuussa tutkimukseen osallistuneille, yhteiskunnalle ja itselleen. Laadulliseen tutkimukseen liittyviä eettisiä ratkaisuja on runsaasti: aiheen valinta ja rajaaminen, käytettävät lähteet, aineiston käsittely ja analysointi, tulosten julkaiseminen, sekä luottamuksellisuus ja anonymiteetti. Tutkimukseen osallistuvilla on oikeus tietää, mitä osallistuminen heille merkitsee. Osallistumisen on oltava vapaaehtoista. Tutkimuksen tekijän on pohdittava tutkimuksesta mahdollisesti aiheutuvat haitat ja hyödyt tutkimukseen osallistuvien ja heidän taustaorganisaationsa kannalta. Tutkimuksella ei saa aiheuttaa vahinkoa ja tutkimuseettisenä periaatteena korostuvat oikeudenmukaisuus ja vilpittömyys. (Vehviläinen-Julkunen 1997, 26–27; Eskola & Suoranta 1996, 52–57; Nieswiadomy 1998, 41–48 Holloway & Wheeler 2000, 39–52; Silverman 2000, 200–209.)

Tämän tutkielman aihe valittiin hoitotieteen alan erään keskeisen kiinnostuksen kohteena olevan ilmiön eli käytännön hoitotoiminnan parista. Omalta osaltaan hoitotieteen tutkimusta ja koulutusta ohjaavat yhteiskunnassa tapahtuvat muutokset ja terveystieteelliset kannanotot. Nykyinen suuntaus avohoitopainotteiseen hoitotyöhön lisäsi aiheen ajankohtaisuutta. Tutkielma rajattiin koskemaan hoitajien kuvaamaa psykoosipotilaan hoitotyötä, koska siitä on vain niukasti aiempaa tutkimustietoa käytettävissä, ja myös hoitajien näkökulman tutkimuksella voidaan saada merkittävää tietoa hoitotyön kehittämiseksi.

Tutkielmassa käytetyt lähteet on pyritty valitsemaan monipuolisesti, kuitenkin siten, että lähdeaineisto on suurimmaksi osaksi hoitotieteen alalta. Lähdevalinnoissa on huomioitu lähteiden tieteellinen arvo, mutta jonkin verran on käytetty myös ei-tieteellisiä julkaisuja. Lähteiden tuoreus on haluttu varmistaa käyttämällä enimmäkseen 1990- ja 2000- luvuilla julkaistua materiaalia. Eettisesti merkittävää on yritys aiheen kriittiseen tarkasteluun, johon on pyritty etsimällä lähteistä erilaisia näkökulmia esitettyihin asioihin.

Tiedonantajien osallistumisen vapaaehtoisuutta korostettiin sekä informaatiotilaisuudessa, haastatteluajasta sovittaessa että vielä haastattelujen alkaessa. Lisäksi muistutettiin mahdollisuudesta keskeyttää osallistuminen, ilman jälkiseuraamuksia, tutkimuksen missä vaiheessa tahansa. Tiedonantajille annettiin kirjalliset tiedotteet, joissa kerrottiin nämä samat asiat, ja joissa oli tutkielman tekijän yhteystiedot. Kukaan haastatteluisa mukana olleista ei kuitenkaan ilmoittanut halustaan keskeyttää osallistumistaan.

Tutkimusaineistoa on käsitellyt vain tutkielman tekijä. Nauhoitetut haastattelut ja niistä kirjoitetut tekstiveriot säilytettiin lukitussa tilassa. Tekstistä oli myös tiedostotalenne tietokoneella, jonka käyttö oli suojattu salasanalla ja tutkielman tekijän käyttäjätunnuksin. Haastatteluissa ei käytetty tiedonantajien nimiä, vaan haastattelunauhut koordinoitiin kirjain-numeroyhdistelmällä tunnistamisen vaikeuttamiseksi. Silti tutkimussuunnitelmaa muutettiin juuri eettisen pohdinnan tuloksena: alun perin oli tarkoitus, että aineiston olisi litteroinut toinen henkilö, mutta tiedonantajien luottamuksen säilyttämiseksi ja tutkimuksen eettisyyden sekä luotettavuuden lisäämiseksi litteroinnin suoritti ja nauhoitettujen haastattelujen hävittämisestä huolehti tutkielman tekijä itse.

Tutkimusaineiston analyysissa ja tulosten julkaisemisessa on pyritty avoimuuteen ja rehellisyyteen. Käytetty tutkimustapa on perusteltu ja analyysin eteneminen on yritetty kuvata niin tarkasti, että asiaan perehtymätön lukija voi seurata, miten tuloksiin ja johtopäätöksiin on päädytty. Laadullisessa tutkimuksessa on subjektiivisuuden tunnistaminen tärkeää, siksi raportissa on annettu esimerkkejä myös tutkielman tekijän omista reaktioista ja käyttäytymisestä esimerkiksi liitteenä olevassa tutkimuspäiväkirjan otteessa.

Luottamuksellisuutta tiedonantajien ja tutkielman tekijän välillä haluttiin varmistaa etukäteen asiaa esittelemällä ja informoimalla siitä, mitä tutkitaan, miksi ja miten tutkimusaineistoa ja tuloksia tullaan käsittelemään. Tekijä kävi esittelemässä itsensä koko työyhteisölle siitäkin syystä, että on kunnioitettava tutkimukseen osallistuvien lisäksi koko hänen organisaatiotaan. Kuten aiemmin on mainittu, tutkielmalle haettiin ja saatiin kirjallisesti lupa Tampereen kaupungin sosiaali- ja terveystoimen tutkimuslupatoimikunnalta. Tutkielman tekijä keskusteli tutkimusaikeesta etukäteen myös yksikön vastaavan hoitajan, ylihoitajan ja ylilääkärin kanssa.

Tutkimuksen aiheuttamat riskit, ongelmat ja hyödyt pohdituttivat tutkielman tekijää. Asioista keskusteltiin jonkin verran yhteisessä tiedotustilanteessa ja sen lisäksi haastatteluissa. Koska Suomessa on toistaiseksi vain vähän avohoidossa toimivia psykiatrisia kotityöryhmiä, on selvää, että tutkimuksessa mukana ollut työryhmä on helppo tunnistaa, vaikkei sen nimeä olisi mainittukaan tutkimusraportissa. Ja kun on kuitenkin kyse tämän nimenomaisen työryhmän hoitajien näkökulmasta, nähtiin parhaimmaksi vaihtoehdoksi kertoa se avoimesti. Anonymiteetti on kuitenkin mahdollista säilyttää siitäkin syystä, että kaikki työryhmän hoitajat päättivät olla mukana tutkimuksessa. Tiedonantajilta lainatut lausumat raporttiin on valittu huolellisesti siten, ettei ketään yksittäistä osallistujaa ole mahdollista tunnistaa. Yleiselle tasolle siirrettynä yksilön kokemat arkaluonteiset asiat, kuten esimerkiksi ongelmat työyhteisön ja kaupungin organisaation välillä, eivät ole enää yksilökohtaisesti tunnistettavissa. Arkaluonteisten ja ongelmallisten asioiden tuominen julki yleisellä tasolla yksilötason sijaan saattaa avata mahdollisuuksia asioiden uudelleen tarkasteluun työyhteisössä tai jopa yhteiskunnallisen päätöksenteon asteella, jolloin tutkimuksen hyöty on varmasti haittaa suurempi.

Eettinen valinta on sekin, paljonko tutkimuksesta kerrotaan etukäteen tiedonantajille. Informaatiotilaisuudessa esiteltiin ne asiat, jotka ovat tiedonantajien oikeuksien kannalta tärkeitä. Mutta tutkimuksen teoreettisista lähtökohdista vältettiin paljastamasta liikaa, jotta ne eivät johdattelisi tiedonantajia määrättyyn suuntaan. Hoitotieteellistä tutkimusta tehtäessä voi eettistä ongelmaa syntyä siitäkin, että tutkijalla on kaksoisrooli hoitotyön ammattilaisena ja samalla tutkijana. Se on huomioitava erityisesti, kun tiedonantajat ovat potilaita, mutta myös, kun tiedonantajat ovat kollegoita tutkijalle. Haastatteluissa oli keskityttävä siihen, ettei haastattelijana tuonut omia mielipiteitään esiin, etteivät ne olisi johdatelleet tiedonantajien vastauksia. Se oli vaikeaa, sillä tiedonantajat olivat välillä vetoavia ja toisaalta haastattelijalla on oikeus tuntea empatiaa tiedonantajia kohtaan, eikä haastattelija voi olla ulkopuolinen laadullista tutkimusta tehdessään. Lisäkysymysten tekeminen oli tärkeää, sillä kollegiaalisuus saattaa antaa vaikutelman siitä, että ymmärretään hyvin toisen puhetta, vaikka näin ei välttämättä aina ole.

Haastattelu saattaa nostaa tiedonantajien tietoisuuteen ahdistavia ja ikäviä tunteita. Tätä ei pysty välttämään silloin, kun pohditaan hankaliakin asioita. Jotkut tiedonantajista selvästi kiihtyivät tai harmistuivat haastattelun jonkin teeman kohdalla, niin kävi haastattelijallekin, mutta tuskin aiheen kriittinen tarkastelu aiheutti sinänsä mitään vahinkoa tiedonantajille. Hoitotyön ammattilaisina he ovat muutenkin tottuneet tarkastelemaan ja arvioimaan omaa työtään ja siihen liittyviä kysymyksiä.

6.2 Tutkimuksen luotettavuus

Yleisesti hyväksytyjen arviointikriteerien puuttumisesta huolimatta voidaan esittää joitakin kriteerejä, joiden mukaisesti on mahdollista arvioida laadullista tutkimusta. Luotettavuutta arvioitaessa tarkastellaan tutkimusaineiston hankintaa ja laatua, käytettyä tutkimusmenetelmää, johtopäätöksiä, jota tutkimusaineiston analyysin perusteella on tehty, ja sitä, onko saatu esiin niitä asioita, joita tutkimuksessa on ollut tarkoitus selvittää. Jos laadullinen tutkimus tuo esiin valaisevaa tietoa tutkittavasta ilmiöstä, uusia näkökulmia aiheeseen ja auttaa aikaisempaa syvällisempään tutkimuskohteen ymmärtämiseen, voidaan tutkimusta pitää luotettavana. (Vrt. Field & Morse 1988, 132–133; Kiikkala 1991, 15; Nieminen 1997, 215–221; Holloway & Wheeler 2000, 162–170.)

6.2.1 Alkuperäisen tutkimusaineiston ja raportin vastaavuus

Aineiston laadun luotettavuutta voidaan varmistaa valitsemalla tiedonantajat siten, että he tuntevat hyvin tutkittavan ilmiön (Mäkelä 1990, 48–49; Burns & Grove 1993, 349–350; Krause & Kiikkala 1996, 130–136). Tämän tutkielman tutkimusaineisto kerättiin sieltä, missä tutkimuksen kohteena oleva ilmiö esiintyy, eli psykoosipotilaiden avohoidossa toimivilta hoitajilta. Aineistoa voidaan pitää tutkittavaa ilmiötä kokemuksellisesti kuvaavana.

Vastaavuus tarkoittaa, että raporttiin tuotetut rekonstruktiot vastaavat mahdollisimman hyvin alkuperäisiä psykoosipotilaan avohoidossa toimivien hoitajien kokemuksistaan muodostamia rekonstruktioita. Tällöin myös tutkimuksen tekijän raportoima kokemus vastaa tiedonantajien ilmaisemaa alkuperäistä kokemusta. (Perttula 1995, 42; Tynjälä 1998, 390). Hoitajien kertomia ajatuksia ja kokemuksia on pyritty tuomaan esiin käyttämällä runsaasti suoria lainauksia haastatteluista ja hoitajien omia ilmaisuja.

Haastattelu alkaa yleensä pinnalliselta tasolta ja syvenee asioiden välisiä yhteyksiä tunnistettaessa. Luottamuksen syntyminen tiedonantajan ja haastattelijan välille on ensiarvoista, luottamusta lisää häiriötön haastattelupaikka ja haastattelijasta välittyvä tarkkaavainen kuuntelu ja hyväksyvä asenne. Tavoitteena on luonteva kommunikaatio, jonka avulla on mahdollista saada syvemmän tason tietoa tutkittavan ajatuksista, asenteista ja uskomuksista. Tarkkaavainen kuuntelu edesauttaa tiedonantajan kuvauksiin sisältyvien ja tutkimuksen kannalta olennaisten, kätkeytyneiden ja julkituotujen asioiden sekä hienovaraisten vihjausten huomaamista ja tarkentamista. (Field & Morse 1988, 79–81; Eskola & Suoranta 1996, 65; Nieswiadomy 1998, 220.) Aineistonkeruuvaiheessa vastaavuutta pyrittiin varmistamaan järjestämällä haastattelutilanteet häiriöttömiksi, jotta tiedonantajina olleet hoitajat pystyisivät rauhassa vastailemaan aiheena olleisiin teemoihin liittyviin kysymyksiin. Tiedonantaja autettiin kuvaamaan kokemuksiaan, pettymyksiään ja toiveitaan mahdollisimman perusteellisesti esittämällä heille haastattelun kuluessa tarkentavia lisäkysymyksiä ja palaamalla tarvittaessa epäselviksi jääneisiin asioihin.

Haastattelun eräs etu on se, että nonverbaaliset viestit vuorovaikutustilanteessa helpottavat tulkin osuvuutta, varsinkin, jos tutkija tekee haastattelujen aikana muistiinpanoja tiedonantajien ilmeistä, eleistä, äänenpainoista ja puheen temposta. (Hirsjärvi ym. 1997, 201; Holloway & Wheeler 2000, 69–70.) Tutkimuspäiväkirjaa kirjoitettiin heti haastattelujen jälkeen, jotta haastattelijalla oli paremmat edellytykset keskittyä tiedonantajien tarkkaavaiseen kuunteluun. Toisaalta päiväkirjamerkinnot auttoivat jälkepäin palauttamaan mieleen tiedonantajan reaktioita ja non-verbaalista viestintää.

6.2.2 Tutkimusmenetelmän soveltuvuus

Tämän tutkielman aineiston keräysmenetelmäksi valittiin teemahaastattelu. Haastattelulla voidaan saada kerättyä aidompaa kuvausta kokemuksista kuin lomakekyselyllä (Mäkelä 1990, 49–50). Useiden asiantuntijoiden mukaan laadullisen tutkimuksen tekeminen ilman jonkinlaista esiyymmärrystä ei onnistu, vaikka kyse ei olekaan varsinaisesta hypoteesin testaamisesta. Toisaalta tutkijan esiyymmärryksen pohjalta laaditut teemat ja haastattelussa käytämä kieli voivat ohjata tiedonantajien ajattelua ja vastauksia estäen heitä ilmaisemasta itseään vapaasti. (Åstedt-Kurki & Nieminen 1997, 155; Hirsjärvi & Hurme 2000, 42–43; Holloway & Wheeler 2000, 23–25.) Haastattelijana tutkielman tekijä pyrki välttämään kaikenlaista johdattelua ollen tietoinen oman esiyymmärryksensä merkityksestä. Tämä oli ajoittain vaikeaa, sillä sanat oli valittava harkiten ja toisaalta haastattelutilanne saattoi olla intensiivinen ja mukaansa tempaava. Tutkimuksessa noudatettiin

teemahaastattelun periaatteita, joten haastattelut etenivät tutkimustehtävästä johdettujen teemojen mukaisesti tiedonantajien puhuessa sujuvasti ja runsaasti. Aina välillä tiedonantajan ajatuksen katketessa haastattelija auttoi häntä jatkamaan toistamalla sanoja, joihin oli jääty. Keskustelu eteni välillä haastattelijan tekemillä teema-alueisiin liittyvillä kysymyksillä, välillä tiedonantajat siirtyivät itse luontevasti uusiin teema-alueisiin, jolloin heitä ei ollut tarpeen keskeyttää.

Haastattelun luotettavuutta voi heikentää se, että ihmisillä on taipumus antaa sosiaalisesti suotavia vastauksia. Tiedonantaja voi syystä tai toisesta haluta esiintyä esimerkiksi hyvänä kansalaisena tai vaikka ihanteellisena hoitajana ja sosiaaliset velvollisuudet täyttävänä ihmisenä. Myös tutkija voi asemansa, käyttämänsä kielien tai muusta syystä johtuen vaikuttaa siihen, millaisia vastauksia tiedonantajat antavat. (LoBiondo-Wood & Haber 1990, 203; Hirsjärvi ym. 1997, 202–203.) Laadullisessa tutkimuksessa on vain luotettava siihen, että tiedonantajat haluavat esittää ajatuksensa rehellisen vilpittömästi siten, että heidän kertomansa vastaa heidän kokemaansa todellisuutta. Haastattelija yritti tehdä kysymyksiä eri tavoin, eri sanoja käyttäen ja epäselviä asioita uudelleen ja uusin sanoin kysyen, varmistaakseen näin haastattelujen luotettavuutta. Teemahaastattelua voi pitää vaativana aineistonkeruumenetelmänä, varsinkin silloin, kun sen käytöstä ei ole aiempaa kokemusta.

Sisällönanalyysi mahdollistaa laadullisen aineiston systemaattisen ja objektiivisen analyysin (Kyngäs & Vanhanen 1999, 3-11). Jotta aineiston analyysissä vältettiin tutkimuksen tuloksien syntyminen tutkimuksen tekijän omista mielikuvista, oli analyysiprosessille varattava huomattavasti suunniteltua pidempi aika. Aineistosta oli irrottauduttava välillä pidemmäksi aikaa ja lähestyttävä sitä sitten jälleen hieman uudesta näkökulmasta. Tämä mahdollistui tutkimuksen tekijän tiedostaessa oman esiyymmärryksensä vaikutuksen sekä sen, että analyysin on oltava monivaiheista ja –ulotteista.

6.2.3 Analyysin arviointia

Tutkimuksen laadullista analyysia voidaan arvioida tutkimuksen uskottavuuden, aineiston riittävyyden, analyysin kattavuuden, arvioitavuuden ja toistettavuuden sekä tulosten sovellettavuuden perusteella (Mäkelä 1990,47–59; Tynjälä 1998, 387–398; Appleton 1995, 993–997).

Tutkimuksen uskottavuutta ja totuudellisuutta lisää alkuperäisen tutkimusaineiston ja raportin vastaavuuden varmistamisen lisäksi se, että aineistosta analysoitiin ainoastaan ilmisisältö ja vältettiin tutkimuksen tekijän omista mielikuvista lähteviä tulkintoja (ks. Mäkelä 1990,54–55; Kyngäs & Vanhanen 1999, 4-11). Aineistoa on pidettävä riittävänä, koska kaikki tutkimuksen kontekstissa olevat hoitajat haastateltiin. Haastatteluja olisi tarpeen vaatiessa voinut toistaa, mutta tällaista tarvetta ei tullut, eikä toisaalta voi tietää olisiko uusintahaastatteluissa ilmennyt tutkimusaineistoa täydentävää tietoainesta. Mäkelän (1990, 52–53) mukaan aineiston kerääminen voidaan lopettaa, kun uudet tapaukset eivät tuo enää uusia piirteitä ilmiöstä esiin. Kun samat

asiat alkoivat kertaantua aineistona olleiden tiedonantajien haastatteluissa, toteutui aineiston tarpeellinen saturaatio. Analyysin kattavuus tarkoittaa, että tehdyt tulkinnat eivät perustu satunnaisiin poimintoihin aineistosta. Kattavuus varmistettiin käymällä koko aineisto läpi useaan kertaan, poimimalla vastaukset kysymyksiin ensin yksittäisistä teksteistä ja sitten yhdistämällä eri teksteistä saadut samansisältöiset asiat kategorioihin. Kaikki saadut kategoriat ovat palautettavissa alkuperäisaineistoon. Kattavuuden varmistamiseksi käytettiin jatkuvaa vertailua alkuperäisaineistoon samoin kuin tutkimuspäiväkirjan teksteihin.

Aineiston analysointi oli pitkän aikavälin prosessi, joka yhä uudelleen alkuperäisaineistoon palaamalla ja vertaamalla tuotti tutkimusraportin. Aineiston käsittely ja analysointiprosessi on pyritty kuvaamaan tarkasti siten, että raportin lukijan olisi mahdollisimman helppo ymmärtää tutkimuksen eteneminen ja analysoinnin seurauksena syntyneet tulokset.

Myös laadullisessa tutkimuksessa toistettavuuden ja arvioitavuuden vaatimus on keskeinen (Mäkelä 1990, 53–59; Vehviläinen-Julkunen 1997, 31). Analyysin toistettavuutta laadullisen tutkimuksen luotettavuuden ehtona voidaan pitää siten teoreettisena, että laadullista tutkimusta ei voi, metodia lukuun ottamatta, toistaa aivan samanlaisena samanlaisiin tuloksiin päätyen. Tähän vaikuttavia tekijöitä ovat esimerkiksi tutkijan kyvyt ja vaihteleva ajankäyttö, erilaiset resurssit ja analysoitavan aineksen muuttuminen. Jotta analyysin etenemisen arvioitavuus olisi lukijalle mahdollista ja koska lukijan ei tarvitse vain luottaa tutkimuksen tekijän intuitioon, korostuu uudestaan tutkimuksen etenemisen, analyysin vaiheiden ja saatujen tulosten syntymiseen vaikuttavien tekijöiden ja prosessien tarkan kuvailun merkitys. Tähän on pyritty raportissa kuvailemalla nämä eri vaiheet ja esittämällä esimerkkejä aineiston pelkistämisestä ja kategorioiden muodostamisesta mahdollisimman selkeästi.

Tulosten sovellettavuus merkitsee mahdollisuutta käyttää tuloksia toisessa ympäristössä, muita henkilöitä ja tilanteita koskien. Siirrettävyyden arvioimisen voidaan katsoa kuuluvan tutkimuksen tekijän lisäksi tuloksia hyödyntäville (Appleton 1995, 993–997). Tämän tutkielman tutkimustuloksia voidaan käyttää käytännön hoitotyön lisäksi terveydenhuollon henkilöstön opetuksessa sekä psykoosipotilaiden avohoidon toiminnan kehittämisessä.

Kriittisesti tarkasteltuna koko tutkimuksen luotettavuutta olisi lisännyt tutkimusaineiston kerääminen paljon pidemmällä aikavälillä, esimerkiksi useamman vuoden jaksolta. Myös rinnakkaisluokittelijan käyttäminen ja lisäksi erilaisten määrällisten ja laadullisten menetelmien käyttäminen samassa tutkimuksessa (triangulaatio) rikastuttaisi tutkimusta ja parantaisi sen luotettavuutta. (Kts. LoBiondo-Wood & Haber 1990, 203; Janhonen & Nikkonen 2001, 7, 12–13.)

6.3 Tutkimustulosten tarkastelua

Seuraavassa tarkastellaan tutkimustuloksena tuotettua kotityöryhmän hoitajien kuvausta psykoosipotilaan hoidosta aikaisempiin tutkimuksiin, tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin, ja tutkielman tekijän omaan pohdintaan liittyen.

Tämän tutkielman tutkimustulokset olivat samansuuntaiset kuin tulokset niissä tutkimuksissa, joissa avohoidossa hoidettujen psykoosipotilaiden oireiden ja perheiden kuormittavuuden on havaittu vähenevän (Burns, Rafferty, Beadsmoore & McGuigan 1993; Audini, Marks, Lawrence, Connolly & Watts 1994; Wasylenki, Gehrs, Goering & Toner 1997). Hoitajat uskoivat, että lääkehoidosta huolehtiminen, sairauden oireiden seuranta ja nopea reagointi sairaudentilan muutoksiin, sekä seurannan ja hallinnan taitojen opettaminen potilaalle, ja mahdollisuuksien mukaan hänen läheisilleen, auttaa nimenomaan oireiden hallintaa ja vähentää niiden haitallisia seurauksia. Hoitajat olivat nähneet, että psykoosipotilaan läheisten tukeminen, potilaan ja omaisten tietouden lisääminen, ohjaaminen ja mahdollisuus keventää omaisten taakkaa, oli yleensä hyödyllistä, ja lisäsi psykoosipotilaan ja hänen läheistensä yhteisymmärrystä ja kykyä tulla toimeen keskenään sekä selviytyä myös sairauden pahenemisvaiheissa paremmin. Hoitotyön keinoin on mahdollista keventää konkreettisesti omaisten vastuuta sairaasta läheisestään.

Kaikilla haastatelluilla kotityöryhmän hoitajilla oli aiempaa työkokemusta psykoosipotilaiden hoidosta. Mutta hoitajat, jotka olivat saaneet perehdytystä ja psykoedukatiivisen työtteen käytön koulutusta, joko aiemmin tai työryhmään tullessaan, kokivat, että perehdyttäminen ja koulutus olivat tehneet kotityöryhmän työtapojen omaksuminen helpoksi. Hoitajat, jotka eivät olleet saaneet koulutusta psykoedukatiiviseen menetelmään, tai jotka eivät olleet saaneet perehdytystä, sanoivat, että työtapojen ja käytäntöjen oppiminen oli hidasta ja omavastuullista. Psykoedukatiivisen työtteen koulutusta saaneet hoitajat myös kertoivat käyttävänsä koulutuksellista työtettä psykoosipotilaan hoidossa ja hänen läheistensä kanssa toimiessaan. Työryhmän hoitajat, jotka eivät olleet saaneet koulutusta tuohon tapaan, eivät sitä myöskään käytännössä soveltaneet. Tämä tukee Bradshaw'n ja Everittin (1995) tutkimusta, jonka mukaan psykoedukatiivisen hoidon toimintatapojen opettaminen avohoidossa työskenteleville psykiatrisille sairaanhoitajille lisäsi hoitajien kokemusten mukaan heidän valmiuksiaan hoitaa skitsofreniapotilaita myös avohoidossa.

Tutkimustulokset vastasivat täysin Fitzgeraldin ja Kulkarnin (1998) tutkimuksen tuloksia siinä, että hoitajat kokivat asemansa ja roolinsa potilaan kotona työskennellessään vaativan sosiaalisesti erilaista käytöstä kuin sairaalaolosuhteissa työskennellessä. He korostivat kohteliaan, potilaan yksityisyyttä kunnioittavan, käytöksen merkitystä. Hoitajat ilmaisivat kokeneensa psykoosipotilaan kotona tapahtuvan työn vaativan erityistä ammattitaitoa ja olevan itsenäistä ja erityisen vastuullista, liittyen juuri potilaan kokonaistilanteen huomiointiin, hänen tarpeidensa tunnistamiseen, niihin vastaamiseen ja etenkin sairauden oireiden seuraamiseen ja

hallintaan sekä lääkehoidosta huolehtimiseen. Lääkityksen aiheuttamien sivuoireiden ja lääkkeiden yhteisvaikutusten seuranta on hyvin keskeinen osa hoitajien työtä ja vaatii harjaantumista sekä lääkehoidon kompetenssia. Perheen keskinäiseen struktuuriin pääseminen loi tässä tutkimuksessa mukana olleiden hoitajien mielestä realistisen näköalapaikan potilaiden arkielämän kontekstiin, mikä auttoi hoidon suunnitteluun ja toteutukseen liittyvässä päätöksenteossa.

API – projektin (Aaltonen ym. 2000, 7 – 9) tuloksiin verrattavaa yhtäläisyyttä tämän tutkielman tutkimustuloksissa ilmeni hoitajien esittämässä toiveissa saada kliinisen työn tarpeista syntyvää koulutusta. Hoitajat kertoivat saaneensa paljon koulutusta, mutta koulutus oli usein ollut muuta kuin heidän tarpeisiinsa ja työhönsä liittyvää. Hoitajat arvelivat, että heidän työtään tai sen sisältöä ja työtapoja ei ymmärretä työn ylimmän hallinnon tasolla, mikä viittaa siihen, että on olemassa tarvetta integraatiokokouksiin, joihin myös hallinnollisessa vastuussa olevat työntekijät osallistuvat.

Samoin kuin Steelen (1996) tutkimuksessa hoitajat kokivat toimivansa välillisenä tukena ja mahdollistajina, kun psykoosipotilaat pyrkivät selviämään oireidensa kanssa. Potilaiden leimautumista vastaan hoitajat todella taistelevat järjestellen heille niitä palveluja, jotka tukevat potilaiden kotona selviämistä. Potilaan asioiden sujuvuutta hoitajat varmistivat reagoimalla nopeasti potilaan tarpeisiin, ottamalla esimerkiksi raha-asioissa yhteyttä edunvalvojaan tai hakemalla potilaan tilanteelle ymmärrystä taloyhtiön henkilöiltä häätöuhkatilanteessa, selvittämällä tarvittaessa asioita yhteistyökumppaneille ja potilaan elämään liittyville tahoille. Hoitajat sanoivat tuntevansa usein, että ovat potilaan asianajajia tai edustajia. Steelen tutkimuksessa hoitajan ja hänen asiakkaansa välistä yhteistyötä kuvaava tunnusmerkki ilmeni merkittävänä läheisyytenä. Tässä tutkielmassa analyysin perusteella saatu tutkimustulos on, että hoitajan ja potilaan vuorovaikutuksellisen yhteistyösuhteen kuvaavana tunnusmerkkinä on hoitajan aito kiinnostus potilasta kohtaan, välittäminen ja vahva sitoutuminen psykoosipotilaaseen, mikä syntyy potilaan arkielämässä mukana olemisen myötä.

Kuten Tulisalo ym. (2002) totesivat tutkimuksessaan, myös kotityöryhmän hoitajat pitivät toteuttamansa psykoosipotilaan hoidon edellytyksiin kuuluvan jatkuvan työnohjauksen ja mahdollisuuden toimia tiiviissä yhteistyössä työryhmänsä moniammatillisen tiimin kanssa. Hoitajat pitivät yhteyttä toisiinsa päivittäin puhelimitse ja säännölliset tapaamiset työryhmän kanssa toimistolla koettiin tärkeiksi. Työryhmätapaamiset palvelivat hoitajia antaessaan mahdollisuuden jakaa työssä koettua ja saada tukea työlle. Kotityöryhmän hoitajat käyttävät kotikäynneillä yleensä omia autojaan, joten heillä ei ollut kokemusta työnantajan panostuksesta kulkuvälineisiin. Kotityöryhmän hoitajat kokivat olevansa vastaavaa kotikäyntityötä tekevien kaupungin muiden työntekijöiden kanssa tässä suhteessa eriarvoisessa asemassa. Työtiloihinsa he olivat tyytyväisiä.

Tässä tutkielmassa ei tutkimustulosten analyysillä saatu esiin mitään eroavaisuutta mielenterveyshoitajien ja sairaanhoitajien, nais- tai mieshoitajien eikä eri-ikäisten hoitajien näkemyksissä sen suhteen, että tunsiko joku joutuvansa loukkaamaan potilaan yksityisyyttä enemmän kuin toinen, potilaan kotona työskennellessään.

Ruotsissa tehdyssä vastaavaa aihetta valottaneessa kyselytutkimuksessa (Magnusson ym.2002) selviä eroavaisuuksia ilmeni liittyen kotihoidossa työskentelevien hoitajien ammatilliseen ryhmään, ikään ja sukupuoleen. Tässä tutkimuksessa hoitajien näkemykset olivat hyvin toistensa kaltaiset. Lähes kaikki kertoivat kokeneensa ajoittain ikävänä, mutta psykoosipotilaan sairaudenkuvaan ja kotityöryhmän työnkuvaan kuuluvana asiana, puuttumisen potilaan yksityisyyteen. Tällaisia tilanteita olivat potilaan toimittaminen, joskus poliisit avuksi pyytäen, sairaalahoitoon tai esimerkiksi lääkehoidon muuttamisen (tablettimuotoisesta lääkityksestä injektio-lääkkeeksi) jälkeen siirtyminen injektioiden antamiseen. Hoitajat kertoivat tällaisten yksityisyyden loukkausten olevan ajoittain väistämättömiä, potilaan sairaudentilasta johtuvia ja potilaan hyväksi tarkoitettuja, ja siksi oikeutettuja. Tällaisia tilanteita varten heillä on erityiskoulutus ja mahdollisuus käsitellä omia tunteitaan työnohjauksessa tai muuten työryhmässä. Hoitajat toivat esiin psykiatrisen hoitotyön ammattitaidon vaatimuksen, työkokemuksen, joustavuuden ja tilannetajun merkityksen näissä, usein hankaliksi koetuissa, tilanteissa.

Tutkimustuloksista ilmenee, että hoitajan ja potilaan välinen vuorovaikutuksellinen yhteistyösuhde perustuu ja syntyy ajan myötä luottamuksellisuudesta, jonka hoitajat ansaitsevat osoittaessaan välittämistään potilaalle sanoin ja teoin. Luottamus mahdollistaa hoitajan ja potilaan välillä avoimen keskustelun, jolloin potilaan kaikkien asioiden tarkasteleminen yhdessä puhuen voi toteutua. Tutkimustuloksissa ilmeni selkeänä erityispiirteenä hoitajan ja potilaan välisessä vuorovaikutuksellisessa yhteistyösuhteessa luottamuksen lisäksi potilaan yksityisyyden kunnioittaminen. Raatikainen (2004) on tarkastellut luottamuksen merkitystä hoitotyössä. Toisen arvostaminen, myötäeläminen ja rehellisyys ovat ominaisia piirteitä luottamusta sisältävissä ihmissuhteissa. Raatikainen korostaa hoitosuhteessa ilmenevän luottamuksen koostuvan luottamuksesta ihmisinä, luottamuksesta potilaan kokemukseen sairaudestaan ja luottamuksesta hoitajan asiantuntemukseen. Luottamus on ominaista hoitosuhteessa, jossa potilaan ja hoitajan välillä vallitsee tasa-arvoinen ihmisarvo, jossa potilaan yksilöllisyys turvataan ja hänen itsemääräämistään ja yksityisyyttään kunnioitetaan. Olennaista hänen mukaansa on lupausten ja sitoumusten pitäminen sekä tosiasiatiedon antaminen. Riittävä aika yhdessäoloon ja asioiden kokemiseen yhdessä sekä toinen toisensa tunteminen ovat edellytyksiä luottamukselle (Raatikainen 2004). Haastatteluisia hoitajat toivat näitä samoja puolia esiin kuvaillessaan luottamuksellisuutta psykoosipotilaan hoidon vuorovaikutuksellisen yhteistyösuhteen perustana. Raatikainen toteaa Pask'iin (1995) viitaten, että luottamuksellisessa hoitosuhteessa potilas voi olla hoitoonsa tyytyväinen ja tuntee olonsa turvalliseksi, ja hänellä voi elpyä toivo ja usko elämään ja omiin mahdollisuuksiinsa. Tämänkin tutkimuksen tulosten mukaisesti psykoosipotilaan hoidossa hoitajat valavat potilaaseen uskoa omiin mahdollisuuksiinsa elämässä, ja hoidossa läsnä oleva luottamus hoitajan ja psykoosipotilaan välillä on molemminpuolista.

Hoitajat kokivat vaikeaksi vastata teemahaastattelun kysymyksiin, jotka liittyivät psykoosiin. He eivät halunneet antaa oppikirjamaisia määritelmiä psykoosista, vaan pohtivat enemmän sairauden merkitystä psykoosipotilaan elämässä. Cullberg (2005, 41) pitää psykoosia fenomenologis-psykologisena käsitteenä, millä hän tarkoittaa, että ei ole olemassa mitään biologisesti määriteltyä termiä, joka kattaisi psykoosi – käsitteen.

Tällöin psykoosin psykologiaa voidaan lähestyä sen fenomenologian kautta eli sen ilmenemismuotojen avulla siten kuin niitä voidaan havainnoida. Hoitajat jättivät kantansa psykoosin syntyyn vaikuttaviin tekijöihin liittyen yleensä avoimiksi ja kannattivat lähinnä haavoittuvuus-stressi – herkkyys – mallin ja integroivan mallin mukaista lähestymistapaa. He toivat esiin, että psykoosipotilaan avohoidossa on keskeistä ymmärtää potilaan sairauden merkitys, miten se hankaloittaa hänen elämänsä normaalia kulkua ja hänen selviytymistään erilaisissa tilanteissa. Oireiden seurannalla ja hallinnalla on siksi tärkeä merkitys psykoosipotilaan avohoidossa. Koulutukselliseen työtapaan koulutusta saaneet hoitajat kertoivat opettavansa koulutuksellisen hoitotyön menetelmin potilaita tunnistamaan sairautensa tilan muutoksia ja tarkkailemaan oireiden ilmenemistä. Psykoosipotilaan hoitotyössä ei kuitenkaan sairaus oireineen ole ainoa hallitseva asia, josta hoitotyö orientoituu, vaan koko potilaan elämä on merkityksellistä. Painopiste on nykyisyydessä ja hoitotyö on kokonaisvaltaista aineellisten, sosiaalisten ja henkisten asioiden hoitamista.

Asiakaslähtöisen toimintamallin elementit näyttävät pitkälti toteutuvan kotityöryhmän kuvauksissa psykoosipotilaan hoidossa, ainakin siten, että psykoosipotilas otetaan mukaan hoidon ja oman elämänsä suunnitteluun, hoitajat ovat mukana potilaan arjessa ja työskentely on organisaatioiden rajapinnat ylittävää. Hoitajat kertoivat pohtivansa, sekä yksin että yhdessä, usein psykoosipotilaan hoitoon liittyviä eettisiä kysymyksiä. Tutkimustulosten mukaan moniammatillinen tehostetun kotisairaanhoidon työryhmä oli se taho, joka antoi tärkeimmän ja välttämättömän tuen hoitajille ja heidän toteuttamalleen hoidolle.

Hoitajat kokivat olevansa hoitajina ohjaajia, neuvoja, opettajia, potilaiden asioiden ajajia ja rinnalla kulkijoita, mikä on verrattavissa palveluohjaus tai omanneuvoja – tyyppiseen yhteistoimintamalliin. Hoitajien toimintatapa muistutti kliinistä palveluohjausmallia tai työryhmäpohjaista tehostettua avohoito – mallia. Arkista kotielämää hoitajat tukevat auttamalla potilasta hankkimaan tarvitsemaansa apua asioidensa ja itsensä hoidossa, sekä suuntaamalla hänen voimavarojaan oman elämänsä mahdollisimman hyvään hallintaan. Psykoosipotilasta tuetaan avohoidossa palaamaan sairaudestaan huolimatta aktiivisen ja kokevan, itsestään välittävän ihmisen elämään. Potilaan verkoston rakentumisesta ja ylläpitämisestä tukeva toiminta on hoitotyön aluetta, jossa verkoston vahvistamiseen pyritään esimerkiksi ohjaamalla potilas kodin ulkopuoliseen työhön ja toimintaan. Hoitajat auttavat potilasta luomaan kontakteja kodin ulkopuolisiin tahoihin. Kodin ulkopuolinen toiminta laajentaa potilaan elämänpiiriä, lisää ihmissuhteita ja voi toimia väylänä työelämään. Potilaan läheiset pyritään ottamaan mukaan potilaan hoitotyöhön. Tiivistä yhteistyötä potilaan hoitoon osallistuvien tahojen kanssa tarvitaan potilaan tarvitsemien palveluiden turvaamiseksi. Sektorirajat ylittävää yhteistyötä psykoosipotilaan hoidossa tarvitaan myös annettavan palvelun ja työn päällekkäisyyksien minimoimiseksi, ja toisaalta palvelujen koordinoimiseksi. Palveluohjaus ei kuitenkaan ollut kotityöryhmän virallinen toimintamalli, sillä hoitajilta puuttui toimintamallin mukainen koulutus eikä palveluohjaustoiminnalle ollut laadittu laatukriteereitä, eikä varsinaisia palveluohjaussopimuksia ollut käytössä.

Hoitajat olivat kokeneet, että psykoosipotilaan saaminen hoitajien arvioimaan tarvetta vastaavaan sairaalahoitoon ei aina onnistu ajoissa, ja että potilaiden kotiuttaminen sairaalasta tapahtuu usein liian aikaisessa vaiheessa, potilaan ollessa vielä kykenemätön tuettunakaan asumaan omassa kodissaan. Hoitajat näkivät tarvetta olevan nykyistä enemmän kuntouttavalle sairaalahoidolle, he toivoivat lisäksi potilaille mahdollisuutta päästä nopeasti ja joustavasti lyhyille sairaalahoitajaksoille. Voidaan hyvin perustein uskoa, että tarpeenmukainen hoito on toteutuessaan humaanein ja taloudellisin tapa hoitaa psykoosipotilasta sekä potilaan ja hänen läheistensä, että hoitajien ja hoidon maksajatahojen näkökulmasta. Tarpeenmukainen hoito voi vähentää kärsimyksen pitkittymistä. Mäntyranta, Elonheimo ja Brommels (2005, 3281 – 3284) ovat selvittäneet terveystaloustieteen tarpeen käsitettä, mikä heidän mukaansa on välttämätöntä erityisesti terveystaloustieteen suunnittelussa ja voimavarojen suuntaamisessa.

Suomen lainsäädäntö korostaa useassa eri laissa tarpeen mukaista hoitoa ja velvollisuutta tarjota tarpeelliseksi todettu hoito kohtuullisessa ajassa. Palvelujen tarpeen käsitettä lainsäädäntö ei kuitenkaan Mäntyrannan ym. (2005) mukaan määrittele. Palvelujen tarvetta määritellään aina jostain näkökulmasta. Sairauslähtöinen näkökulma katsoo, että terveystaloustieteen tarve on olemassa aina, kun on terveystaloustieteen ongelma, joka edellyttää hoitoa. Tarjontalähtöinen näkökulma lähtee siitä ajatuksesta, että kaikkiin terveystaloustieteen tarpeisiin ei voida vastata, vaan tarve on olemassa vasta, kun sairauteen tai hyvinvoinnin ongelmaan on tarjota myös ratkaisu.

Tämän tutkielman tutkimustuloksissa hoitajien esittämät toiveet psykoosipotilaan saamisesta tarpeen mukaiseen hoitoon perustuivat todennäköisesti asiantuntijalähtöiseen tai terveystaloustieteen näkökulmasta tehtyyn terveystaloustieteen tarpeen määrittelyyn, jolloin asiantuntija on muu kuin terveystaloustieteen käyttäjä itse. Asiantuntijalähtöistä näkökulmaa käytetään yleensä pohdittaessa palvelujen tarvetta yhdistäen se kansalaisen oikeuteen saada palveluja (Mäntyranta ym. 2005). Asiantuntijalähtöinen tulkinta palvelun tarpeesta saattaa sivuttaa potilaan oman kokemuksen terveystaloustieteen tarpeesta, jossa keskeistä on käyttäjän itsensä havaitsema subjektiivinen tarve. Aiemmin viitatus artikkelin mukaan on selvää, että terveydenhuollon käytössä olevat menetelmät, niistä annettu tieto ja niiden saatavuus muokkaavat potilaiden koettuja ja ilmaistuja tarpeita. Terveystaloustieteen näkökulmasta terveystaloustieteen tarve määritellään usein terveyshyötynä. Tarve tulee henkilön tai ryhmän kyvystä hyötyä palveluista (capacity or ability to benefit). Palvelulla on positiivinen rajahyöty, kun sillä on tarvetta tyydyttävä eli ehkäisevä, lievittävä, parantava tai hoivan tarvetta tyydyttävä vaikutus. Mäntyranta ym. (2005) painottavat sitä, että määritelmät ovat arvosidonnaisia eikä yksikään edellä olevista terveystaloustieteen tarpeen määrittelytavoista ota huomioon sitä, miten terveys tai sen puute määritellään.

Käsitteellinen määrittely on tarpeen terveystaloustieteen suunniteltaessa, etteivät terveydenhuollon ammattilaiset, poliittiset päättäjät, potilaat ja väestö puhuisi eri kieltä ja tarkoittaisi eri asioita terveydenhuollon palvelujen tarpeesta puhuessaan. Onkin nähtävä, että hoitotieteen tutkijoilla on keskeinen tehtävä tässä käsitteiden määrittelyssä. Myös tutkimuksellisella otteella tapahtuva työkalujen kehittäminen potilaiden terveystaloustieteen

ja palvelujen käytön seurantaan on ensiarvoisen tärkeää, koska niiden avulla on mahdollista muuntaa toimintaa kysynnän ja palvelujen tarpeen mukaan.

Tutkimustuloksena saatu kategoria Hoitotyön vaaliminen on hoidon suunnittelun tason sisältävä osa psykoosipotilaan hoidossa. Kotityöryhmän hoitajat toimivat kotikäynneillä työpareittain. Hoitajien mukaan työparityöskentely on antoisampaa ja turvallisempaa kuin yksin työskentely. Työpari muodostaa psykoosipotilaan kanssa hoidollisen pienryhmän, jota käytetään hyväksi hoidossa yhteisöllisen kokemuksen ja ryhmätöytäitojen harjoittamisessa. Työyhteisö toimii psykoosipotilaan hoitotyössä voimavarana ja paikkana, jossa hoitajat saavat tukea ja ymmärrystä omalle työlleen. Työryhmä saa ryhmätöytänohjausta, mikä mahdollistaa yhteisen jakamisen, työstä oppimisen ja ammatti-identiteetin vahvistumisen. Tutkimuksen tulosten perusteella osa haastatelluista kotityöryhmän hoitajista ei ollut saanut perehdytystä työryhmään tullessaan. Perehdyttämisen ja koulutuksen tärkeä merkitys on se, että hoitajien on helpompi ymmärtää ja aloittaa uudet työt, kun heille on ensin selvinnyt, mihin käytännöt perustuvat (Benner, Tanner & Chesla 1999, 97 – 104; Paunonen-Ilmonen 2001, 35, 38). Hoitajilla on oikeus perehtyä kunnolla tuottamaansa hoitotyön palveluun, voidakseen tehdä profession vaatimaa korkealaatuista asiantuntevaa hoitotyötä. Perehdytys vähentää epätietoisuutta ja lisää työturvallisuutta. Koulutus on keskeinen tiedon ja uudistumisen lähde. (Vallimies-Patomäki 2003, 76 – 96.) Sitä voidaan pitää avaintekijänä oman työn kehittämässä. Hoitajat totesivat työnsä olevan hyvin itsenäistä ja vastuullista, ja he toivoivat tiiviimpää yhteistyötä esimiesten ja työnjohdon kanssa.

Kyky tarkastella kokonaisvaltaisesti omaansa ja työryhmän työskentelyä eli reflektiivinen työote, on yksi kehittyneen ammatillisen toiminnan tunnusmerkkejä, samalla kuin se on kriittisen ajattelun väline. Sellaiseen toimintaympäristöön, jossa asiantuntijuuden merkinä ei pidetä pelkästään teknistä osaamista, sopii reflektointi hyvin. Johtamiskäytännöllä on suuri merkitys, kun hoitajia kannustetaan refleктоimaan toimintaansa. Työnjohto voi luoda reflektointia tukevia toimintoja, joita ovat esimerkiksi työnohjaus, kliiniset yhteiskokoukset tai kehittämiskeskustelut. On tärkeää, että hoitajille annetaan realistista ja kannustavaa palautetta. Ammatillisen osaamisen kehittymiseen liittyy myös se, että hoitajat osaavat tuoda avoimesti esiin tunteensa, tietotasonsa ja epäonnistumisen kokemuksensa. Korkeimpana reflektiivisen ajattelun tasona voidaan pitää kriittistä ajattelua, jossa sitoudutaan asenteellisesti tarvittaviin muutoksiin, kun ymmärrys asiasta lisääntyy. (Nousiainen 2000, 27 – 31.) Psykoosipotilaan hoito edellyttää hoitajien ja koko työryhmän jatkuvaa reflektiota (Nuikka 2003, 105 – 113). Tämän tutkielman tutkimustulosten perusteella voi nähdä, että hoitajat toivoivat erityisesti hallinnolliselta työnjohdoltaan enemmän tukea ja palautetta tekemälleen hoitotyölle. Mahdollisuudet hoitotyön ja toimintatapojen yhteiseen tarkasteluun saattaisivat johtaa tarvittavien muutosten tekemiseen ja psykoosipotilaan hoidon jatkuvaan kehittämiseen.

Tämän tutkimuksen hyötynä käytännön hoitotyölle voidaan pitää sitä esiin saatua uutta tietoa psykoosipotilaan hoidosta ja avohoidossa psykoosipotilaan hoitotyötä tekevien näkökulmaa, jota ei ainakaan alueellisesti ollut aiemmin olemassa. Tutkimustuloksia voidaan käyttää hoitotyön koulutuksessa sekä käytännön hoito-

työn kehittämisessä. Arvioitaessa tutkimuksen merkitystä hoito- ja palveluketjujen kehittämisen valossa kerrotaan seuraavassa, mihin tämän tutkielman tekeminen on tutkimusraportin kirjoittamisen vaiheessa johtanut.

Käypä hoito – suositusten pohjalta rakennetut alueelliset hoitoketjut eivät synny itsestään, vaan ne vaativat perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välistä yhteissopimusta. Pirkanmaalla hoitoketjutyötä koordinoi Pirkanmaan sairaanhoitopiirin yleislääketieteen vastuualue, joka neuvottelee ja rekisteröi kehitteillä olevat hoitoketjut. Hoitoketjujen rakentamisessa keskitytään yleensä suuriin kansantauteihin. Ketjun perustana ovat olemassa olevat näyttöön perustuvat hoitosuosituksot, ja sekä perusterveydenhuollon että erikoissairaanhoidon edustajien toteama tarve kehittää tiettyyn aiheeseen liittyviä käytäntöjä. Ketjujen käytännön rakentamisesta vastaa hoitoketjutyöryhmä. Hoitoketjun rakentaminen alkaa nykyisen prosessin kuvaamisella, ideaalimallin kuvaamisesta ei pidetä niin hedelmällisenä. (Vainikainen 2005, 2010 – 2013.) Tutkielman tekijä otti yhteyttä sairaanhoitopiirin yleislääketieteen vastuualueen johtajaan kertoakseen tästä tutkielmasta ja tarkistaakseen, onko Pirkanmaalla rakennettu tai suunnitteilla rakentaa psykoosipotilaan hoitoketju. Ilmeni, että psykoosipotilaan hoitoketjua ei alueella ole vielä rakennettu, mutta yhteisestä kiinnostuksesta asia vietiin nyt eteenpäin vastuualueen organisaatiossa hoitoketjurakentamisesta vastaavalle ylilääkärille ja tulevaisuus näyttää eteneekö ajatus käytännön toteuttamisen tasolle ja saadaanko tarpeellinen hoitoketju rakennettua.

6.4 Johtopäätökset

1. Psykoosipotilaan hoito onnistuu avohoidossa luottamuksellisessa ja pitkään jatkuvassa hoitosuhteessa, jota eletään arkisuusperiaatteella potilaan todellisessa kontekstissa. Psykoosipotilaan kotona tapahtuvassa hoidossa korostuu potilaan yksityisyyden huomioiminen ja kunnioittaminen kanssaihmistä arvostavana asenteena ja käytöksenä. Hoitosuhdetta luonnehtii avoin keskustelu ja hoitajan pyrkimys ymmärtää potilaan sairauden merkitys potilaalle itselleen ja hänen läheisilleen ja yhteisölle. Psykoosipotilaan hoidossa potilaan sairauden oireiden hallinta ja seuranta, lääkityksestä huolehtiminen ja potilaan terveyden tukeminen sekä potilaan opettaminen ja ohjaaminen näissä siten, että hän itse voisi mahdollisimman hyvin ottaa vastuuta omasta elämästään ja terveytensä hoidosta on hoitamisen ydintä. Erityispiirteenä on hoitajan sitoutuminen potilaaseen, mikä ilmenee hoitajan aitona mielenkiintona potilaaseen ihmisenä, hänen elämäntilanteeseensa, lähimpiin ihmissuhteisiinsa, työhönsä ja harrastuksiinsa, ei vain hänen sairausoireisiinsa.

2. Psykoosipotilaan avohoidossa on yhdistettävä toisiinsa erilaisia hoitotyön auttamiskeinoja kunkin potilaan tarpeita vastaavalla tavalla. Hoitajilta tämä edellyttää monipuolisten tietojen lisäksi luovaa eläytymiskykyä, joustavuutta ja käytännön realismia. Psykoosipotilaan hoidon merkittävänä osa-alueena on potilaan sosiaalisen verkoston rakentumista ja ylläpitämistä tukeva toiminta, mikä tarkoittaa potilaan sosiaalisen verkoston vahvistamista ja tukemista ohjaamalla potilasta kodin ulkopuoliseen toimintaan ja auttamalla häntä luomaan kontakteja erilaisiin yhteisöihin ja tahoihin, jotka osaltaan voivat tukea potilaan arkielämän rakentumista. Hoitajat toimivat yhteistyössä potilaan luvalla myös hänen läheistensä kanssa, opettaen myös omaisia tuntemaan psykoosipotilaan sairauden oireet ja tapoja suhtautua ja toimia sairauden eri vaiheissa. Hoitajat osallis-

tuvat tarvittaessa omaisten taakan helpottamiseen, ottamalla enemmän hoitovastuuta potilaasta ja neuvomalla omaisia.

3. Psykoosipotilaan hoito avohoidon alueella on kokonaisvaltaista hoitotyötä, mikä mahdollistaa potilaan hoidon kotona, ja jonka ehtona on hoitajan ja potilaan välisen vuorovaikutuksellisen yhteistyösuhteen ylläpitäminen potilaan sairauden eri vaiheissa. Hoitajien tärkeänä tehtävänä on potilaan tilan seuraaminen ja tarpeenmukaisen hoidon järjestäminen. Hoitajien kokemus oli, että potilaan sairaalahoitoon pääsyn pitkittymisen, samoin kuin potilaan sieltä kotiuttaminen psyykkisesti liian huonossa kunnossa, aiheuttavat usein hoidon epäonnistumisen avohoidossa ja johtavat potilaan nopeasti uudelleen sairaalaan. Eniten hankaluuksia avohoidon ja sairaalahoidon välisessä yhteistyössä ilmeni olevan tiedonkulussa. Psykoosipotilaan pitkäaikainen sairaus vaatii ajoittaista sairaalahoitoa, johon potilaan olisi päästävä joustavasti ja joskus vain lyhyeksi-kin aikaa.. Hoitajat uskovat, että psykoosipotilaat hyötyisivät, jos tarjolla olisi nykyistä enemmän sairaalassa tapahtuvaa kuntoutusta. Onnistunut yhteistyö sairaalahoidon ja avohoidon välillä takaa hoidon jatkuvuutta. Hoitajan ja potilaan välisen vuorovaikutuksellisen yhteistyösuhteen jatkuvuuden edellytyksenä on hoidon katkeamattomuus potilaan sairaalahoidon aikana. Tästä hoitajat huolehtivat osallistumalla sairaalassa järjestettäviin hoitoneuvotteluihin, tiedottamalla hoitojärjestelyistä huolellisesti muille potilasta hoitaville tahoille ja pitämällä yhteyttä potilaaseen myös sairaalahoitajaksojen ajan.

4. Psykoosipotilaan hoitotyössä hoitajat työskentelevät avohoidossa useilla rajapinnoilla, potilaan sairauden ja arkielämän, potilaan ja hänen läheistensä, potilaan ja hänen sosiaalisen verkostonsa, sekä potilaan avohoidon ja sairaalahoidon alueilla, toimien yhteysväylänä näiden tahojen välillä. Psykoosipotilaan avohoidossa mikään organisaatio ei yksinään pysty tuottamaan kaikkia potilaan tarvitsemia palveluja, vaan tarvitaan yhteistyötä näiden palvelua tuottavien tahojen välillä sekä sektorirajat ylittävää kokonaihoitoa. Tästä syystä tarvitaan hoitojärjestelmän joustavuutta ja eri yksikköjen työntekijöiden kykyä keskinäiseen yhteistyöhön.

5. Psykoosipotilaan hoitoa toteutetaan kotityöryhmässä parityöskentelynä, mikä mahdollistaa hoitajien keskinäisen tuen ja reflektion. Moniammatillinen työryhmä antaa hoitajille tukea, ja sen tietoja ja taitoja hyödynnetään potilaan tarpeiden mukaisesti. Perehdytys, koulutus ja työnohjaus tukevat hoitajien ammattitaitoa ja jaksamista, tärkeää olisi suunnitella koulutukset hoitajien tarpeita vastaaviksi. Hoitajat tunsivat saaneensa tukea työlleen, mutta toivovat vielä nykyistä enemmän hallinnollista tukea työnjohdoltaan.

6.5 Kehittämishaasteet

Tutkimustulosten perusteella voidaan esittää seuraavia kehittämisehdotuksia:

1. Psykoosipotilaan avohoito on vaativaa ja erikoistunutta. Hoitajat arvelivat, etteivät kaikki heidän yhteistyötahonsa ymmärrä, millaista psykoosipotilaan hoitotyötä hoitajat kotityöryhmässä tekevät. Hoidon pää-

määrä on nähtävä laajasti, potilaan hyvänä vointina ja mahdollisimman hyvänä terveytenä, jolloin toiminta suuntautuu potilaan elämäntilanteesta ja hänen kokemastaan käsin. Hoitajien kokemus oli, että tieto yhteistyötahojen, kuten sairaalan tai avohoidon tai hallinnon ja työryhmän välillä ei kulkenut hyvin. Tiedonkulkua tulisi kehittää. Tämä on mahdollista tiedottamista tehostamalla, ja luomalla selkeä organisaation sisäinen tietohallintostrategia, joka otetaan tiedottamiskäytäntöä ohjaavaksi työvälineeksi.

2. Psykoosipotilaan avohoitoon kotityöryhmässä tulisi kehittää kirjallinen perehdyttämissuunnitelma hoitajia varten. Perehdyttämishjelma sisältää vastuunjaon siitä, mitkä asiat on osattava ja tiedettävä ennen työhön ryhtymistä, ja mitkä asiat ovat perehdyttäjän ja mitkä perehtyjän vastuulla. Jokaisella työntekijällä on oikeus perehdytykseen ja velvollisuus perehtymiseen, kyse on niin työturvallisuudesta kuin laadukkaasta hoidosta ja palvelusta.

3. Hoitajat toivoivat työnjohdoltaan lisää tukea psykoosipotilaan avohoitotyölle. Yhteistyön kehittäminen siten, että hoitajien työ ja siinä ilmenevä tuen tarve saadaan työnjohdon tietoon, mahdollistaisi työnjohdolta toivottavan tuen suuntaamisen oikein. Hoitotyön johtaminen edellyttää hoitotyön profession tuntemista ja hoitotieteellisen tiedon valjastamista hoitotyön hyväksi.

4. Psykoosipotilaan avohoitoa on edelleen kehitettävä. Muuttuvat vaatimukset ja uudistettavat käytännöt edellyttävät hoitajien kehittämis – ja koulutustarpeiden kartoittamista ja niihin vastaamista. Kehityskeskustelu on keskeinen osallistavan henkilöstöjohtamisen ja toiminnan suunnittelun väline, joka auttaa henkilöstösuunnittelussa, henkilöstön osaamisen kehittämisessä ja arvioinnissa. Keskustelutilanteessa esimies ja hoitaja saavat mahdollisuuden työtulosten yhteiseen arviointiin ja onnistumiseen vaikuttavien tekijöiden analysointiin. Kehityskeskustelussa annetaan objektiivista ja asiallista palautetta molemmin puolin. Niissä sovitaan hoitajien henkilökohtaisista kehittämistavoitteista ja -toimenpiteistä. Muita kehittämisen välineitä ovat esimerkiksi yksikön toiminnan yhteinen itsearviointi, jonka olisi myös oltava ohjattua ja säännöllistä, sekä ajan tasalla pidettävä henkilöstön osaamisen arviointi- ja koulutusrekisteri.

5. Psykoosipotilaan hoitotyötä avohoidossa voisi kehittää tiivistämällä yhteistyötä oman kunnan sisällä sekä verkostoitumalla muiden kuntien vastaavaa työtä tekevien kanssa ja järjestämällä yhteisiä koulutus – ja vertaistyyön seminaareja. Oma työtään voi tutkia, ja sen laatua voi kehittää esimerkiksi kuvaamalla hoitotyön prosesseja, ja erilaisia vertailun menetelmiä, kuten benchmarking- toimintaa, tunnuslukuvertailuja ja kehittävän vertaiskäynnin sovelluksia käyttämällä.

6. Psykoosipotilaan hoito- ja palveluketjua tulee kehittää. Ketju toimii vain, jos toiminnasta on sovittu yhdessä ja se perustuu kunnan palvelujärjestelmässä tehtyihin selvityksiin. Kansallisen terveydenhuoltohankkeen kehittämislinjausten mukaisten rakenteiden uudistaminen ja työnjaosta sopiminen edellyttävät muutoksenhallintaa. Muutoksenhallinnan voi sanoa nojaavan alueelliseen tahtotilaan, millä tässä tarkoitetaan yhteistyö-

sopimuksia. Tällaisiin yhteistyösopimuksiin tulee sisällyttää hoito- ja palveluketjusuunnitelmat, palveluohjaaja – tai omaneuvojasopimuskäytännöt sekä toimivien hoitopalveluketjujen toimintamallien koulutus.

6.6 Jatkotutkimusaiheita

Jatkotutkimusaiheiksi voi esittää tähän tutkielmaan liittyviä tai aihetta sivuavia ehdotuksia, jotka poikkeavat tästä tutkielmasta tutkimusmenetelmän, tutkimusasetelman tai esimerkiksi tutkimusnäkökulman valinnan suhteen. Eräs vaihtoehto olisi psykoosipotilaan hoitoon liittyvän tutkimusaiheen syventäminen monipuolisemmalla aineistolla ja triangulaatiolla sekä laajemmalla tutkimusotteella. Näin voisi toteuttaa esimerkiksi lähestymistavaltaan grounded theory – metodologiaan perustuvan tutkimuksen, joka tuottaisi teorian psykoosipotilaan ja hänen perheensä tehostetulta kotisairaanhoidon työryhmältä saamasta tuesta.

Seuraavassa muita jatkotutkimusehdotuksia:

1. Toimintatutkimukset, joissa asiakaslähtöisestä näkökulmasta olisi kehittämisohjelmien tavoitteeksi otettu moniammatillisen yhteistyön kehittäminen kaupungin sosiaali- ja terveystoimessa, sekä sektorirajat ylittäen psykoosipotilaan hoitoon osallistuvien muiden palveluntarjoajien ja kunnan eri toimintasektorien työntekijöiden kanssa.
2. Psykoosipotilaiden sekä hänen läheistensä tarpeiden, toiveiden ja kokemusten selvittämistä hoitotieteellisen tutkimusten avulla esimerkiksi perhehoitotyön näkökulmasta tulee jatkaa.
3. Hoitavan henkilöstön antaman tuen merkitystä ja vaikutusta psykoosipotilaan perheelle ja sen dynamiikalle perheen jäsenen sairauden aikana tulee tutkia ja tutkimuksen myötä hoitotyön auttamismenetelmiä kehittää edelleen.
4. Psykoosipotilaan hoito on, kuten tässäkin tutkielmassa todettiin, pitkälti työskentelyä, jossa hoitajalta kysytään sekä itsenäistä päätöksentekokykyä että samalla yhteistyötaitoja monipuoliseen tiimityöskentelyyn. Se on asiantuntemusta ja ammattitaitoa vaativaa työtä, mistä syystä hoitajien kuormittumista hoitotilanteissa tulisi mitata ja arvioida samalla hoitokäytäntöjä moniammatillisesta näkökulmasta.
5. Haasteellista olisi tutkia sekä hoitotyöntekijöiden että heidän esimiestensä, sekä lähiesimiesten että hallinnon tasolla toimivien, käsityksiä inhimillisten voimavarojen johtamisesta ja sen vaikutuksesta työmotivaatioon psykoosipotilaiden hoitotyössä.
6. Aiheeseen liittyvien koulutustarpeiden tutkiminen antaisi tietoa sekä koulutuksen että psykoosipotilaan hoitotyön kehittämiseen.

LÄHTEET

- Aaltonen, J., Koffert T., Ahonen, J. & Lehtinen V. (2000) Skitsofrenian tarpeenmukainen hoito on ryhmätyötä. Raportti Akuutin psykoosin integroitu hoito -projektin tuottamista hoitoperiaatteista. STAKES. Raportteja 257. Gummerus. Helsinki.
- Achté, K. & Tamminen, T. (1997) Esipuhe. Teoksessa Psykoosi ja sen hoito. Recallmed . Gummerus. Jyväskylä, 7-9.
- Ala-Nikkola, M. & Sipilä, J. (1996) Yksilökohtainen palveluohjaus (case management) – uusi ratkaisu palvelujen yhteensovittamisen ikuisiin ongelmiin. Teoksessa Metteri A. (toim.) Moniammatillisuus ja sosiaalityö. Sosiaalityöntekijäin liitto & Edita, 16 – 31.
- Alanen, Y. O. (1993) Skitsofrenia. Syyt ja tarpeenmukainen hoito. WSOY. Helsinki.
- Alison, R., Yung, P., McGorry, D., McFarlane, C. A., Jackson, H. J., Patton, G. C. & Rakkar, A. (1996) Monitoring and care of young people at incipient risk of psychosis. Schizophrenia Bulletin. National Institute of Mental Health. Vol. 22, No. 2, 283-303.
- Anthony, W. A., Cohen, M. R., Farkas, M. & Cohen, B. F. (1988) Clinical care update: The chronically mentally ill. Case management – More than a response to a dysfunctional system. Community Mental Health Journal. Vol. 24, 219 – 228.
- Anttonen, S. (2004) Skitsofrenian kognitiivisen psykoterapian periaatteet. Duodecim 120, 4, 393 - 401.
- Appleton, J.V. (1995) Analysing qualitative interview data: addressing issues of validity and reliability. Journal of Advanced Nursing. 22, 993-997.
- Audini, B., Marks, I.M., Lawrence, R.E., Connolly, J. & Watts, V. (1994) Home-based versus out-patient/in-patient care for people with serious mental illness. Phase II of a controlled study. British Journal of Psychiatry. 165 (2), 204-210.
- Bandman, E. & Bandman, B. (2002) Nursing Ethics through the Life Span. 4th edition. Prentice Hall. New Jersey.
- Barker, P. J. & Davidson, B. (1998) Psychiatric Nursing Ethical Strife. Arnold. Lontoo.
- Barker, P.J. (1999) The Philosophy and Practice of Psychiatric Nursing. Churchill Livingstone. Lontoo.
- Benner, P., Tanner, C. A. & Chesla, C. A (1999) Asiantuntijuus hoitotyössä. Hoitotyö, päätelykyky ja etiikka. Alkuperäisteos: Expertise in Nursing Practice. Caring, Clinical Judgment, and Ethics. Suomentanut P. Nieminen. WSOY, Juva, 97 – 104.
- Björkman, T., Hansson, L. & Sandlund, M. (2002) Outcome of case management based on the strengths model compared to standard care. A randomised controlled trial. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. 37, 147 – 152.
- Bradshaw, T. & Everitt, J. (1995) Providing support for families. Nursing Times 9. Vol. 91. No.32, 28-30.
- Brommels, M. (2005) Systeemi, prosessi vai potilas? Duodecim 121.15,1605 – 1607.

- Burns, N. & Grove, S.K. (1993) *The Practice of Nursing Research, Conduct, Critique & Utilization*. W.B. Saunders Company. Philadelphia.
- Burns, T., Raftery, J., Beadsmoore, A. & McGuigan, S. (1993) A controlled trial of home-based acute psychiatric services: II. Treatment patterns and costs. *British Journal of Psychiatry*. Vol. 163, Jul., 55-61.
- Chamberlain, R. & Rapp, C. A. (1991) A decade of case management: A methodological review of outcome research. *Community Mental Health Journal*. Vol. 27, 171 – 188.
- Ciampi, L. (1994) Affect Logic: An Integrative Model of the Psyche and its Relations to Schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*. No. 164, 51-55.
- Cullberg, J. (2005) *Psykoosit – kokoava näkökulma*. Suomentanut Tuomo Vätkki. Therapiea –säätiö. Helsinki.
- Davis, A. J., Aroskar, M. A., Liaschenko, J. & Drought, T. S. (1997) *Ethical Dilemmas & Nursing Practice*. 4th edition. Appleton & Lange. Connecticut.
- Dey, I. (1993) *Qualitative Data Analysis. A user-friendly guide for social scientists*. 2nd edition. Routledge. London.
- Duodecim (2005) <http://www.kaypahoito.fi/>
- Eskola, J. & Suoranta, J. (1996) *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*. Lapin yliopiston kasvatustieteellisiä julkaisuja C13. Lapin yliopisto, Kasvatustieteiden tiedekunta. Rovaniemi.
- Field, P.A. & Morse, J.M. (1988) *Hoitotyön kvalitatiivinen tutkimus*. Alkuperäisteos *Nursing Research. The Application of Qualitative Approaches* (1985). Suomennos Sandborg, E. Hygieia. Kirjayhtymä. Helsinki.
- Fitzgerald, P. & Kulkarni, J. (1998) Home-oriented management programme for people with early psychosis. *The British Journal of Psychiatry*, Vol. 172, Supp. 33, 39-44.
- Furman, B., Forsman, H. & Saarela, T. (1987) *Psykiatrian perusteet*. SHKS. WSOY. Helsinki.
- Haarakangas, K. (1999) *Psykoottisten kriisien kotihoito*. Teoksessa Haarakangas, K. & Seikkula, J. (toim.) *Psykoosi – uuteen hoitokäytäntöön*. Studia. Kirjayhtymä. Helsinki, 96-106.
- Haarakangas, K. & Seikkula, J. (1999) *Psykoosi dialogisena ongelmana*. Teoksessa Haarakangas, K. & Seikkula, J. (toim.) *Psykoosi - uuteen hoitokäytäntöön*. Studia. Kirjayhtymä. Helsinki, 161-171.
- Haugsgjerd, S. (1975) *Psykiatria ja yhteiskunta*. Norjalainen alkuteos *Nytt perspektiv på psykiatrien ruotsalaisesta laitoksesta Nytt perspektiv på psykiatrin* suomentanut Stenberg, E. Weilin+Göös. Helsinki.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. (1997) *Tutki ja kirjoita*. Kirjayhtymä. Tampere.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. (2000) *Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö*. Yliopistopaino. Helsinki.
- Holloway, F., Oliver, N., Collins, E. & Carso, J. (1995) Case management: a critical review of the outcome literature. *The European Psychiatry*. 10, 113 – 128.

- Holloway, I. & Wheeler, S. (2000) *Qualitative Research for Nurses*. Blackwell Science Ltd. UK.
- Holopainen, A. (2000) Teoriat ja psykiatrinen hoitotyö. Teoksessa Välimäki, M., Holopainen, A. & Jokinen, M. *Psykiatrinen hoitotyö muutoksessa*. WSOY. Helsinki, 136–151.
- Holopainen, A. & Välimäki, M. (2000) Psykiatrinen hoitotyö – kykyä vastata muutosten tuomiin haasteisiin. Teoksessa Välimäki, M., Holopainen, A. & Jokinen, M. *Psykiatrinen hoitotyö muutoksessa*. WSOY. Helsinki, 10-14.
- Honkonen, T. (1995) *Need for Care and Support in Schizophrenia. A Follow-up Study of Discharged Schizophrenia Patients*. Akateeminen väitöskirja. Acta Universitatis Tamperensis, ser.A vol. 437. Tampereen yliopisto. Tampere.
- Hornung, W.P., Kieserg, A., Feldman, R. & Buchkremer, G. (1996) Psychoeducational training for schizophrenic patients: background, procedure and empirical findings. *Patient Education and Counseling*, 29, 257-268.
- Hoult, J. & Reynolds, I. (1984) Schizophrenia. A comparative trial of community and hospital oriented psychiatric care. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. No. 69, 359–372.
- Hyvönen, S. (2004) *Moniulotteista ja moniammatillista yhteistyötä muutosten keskellä. Tutkimus perusterveydenhuollon mielenterveydestä*. Akateeminen väitöskirja. Acta Universitatis Tamperensis 1028. Tampere University Press. Tampere.
- Janhonen, S. & Nikkonen, M. (2001) Laadullinen tutkimusmetodologia hoitotieteessä. Teoksessa Janhonen, S. & Nikkonen, M. (toim.) *Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä*. WSOY. Helsinki, 7-20.
- Järvinen, P. & Järvinen, A. (1996) *Tutkimustyön metodeista*. Opinpaja Oy. Tampere.
- Jääskeläinen, I. P., Mäntynen, M., Haavisto, M., Kurki, M., Peltola, E. & Røyks, R. (2001) Case management – toiminnan integrointi osaksi Jorvin psykiatrista kuntoutusta. Suomen Kuntaliitto.
- Kansanterveyslaitos (2005) <http://www.ktl.fi/portal/haku/>
- Kanter, J. (1989) Clinical case management: Definition, principles, components. *Hospital Community Psychiatry*. Vol. 40, 361 – 368.
- Kiikkala, I. (1991) *Hoitotyö tarkoituksellisenä toimintana. Kuvaileva tutkimus lievien aivo-toiminnan häiriöiden tai niiden epäilyn vuoksi sairaalassa tutkittujen ja hoidettujen lasten hoitotyöstä*. Hygieia. Kirjayhtymä. Helsinki.
- Kiikkala, I. & Munnukka, T. (1998) Mielenterveytyö hoitotieteellisen kiinnostuksen kohteena. Katsaus kansainvälisten kongressien esityksiin. Teoksessa Munnukka, T., Halme, S., Kankainen, A., Kiikkala, I., Lehto, P. & Rokkanen, R. (toim.) *Hoitotyön vuosikirja 1998. Mielenterveys*. Hygieia. Kirjayhtymä. Helsinki, 21-27.
- Kilku, N. (1999) *Koulutuksellisen perhehoitotyön tausta ja toteutus*. Teoksessa Linnainmaa, P., Innamaa, M. & Honkala, L. (toim.) *Mielenterveytyö ja opetus - matkalla kohti muutosta. Mielenterveytyön opettajat ja ylihoitajat ry*. Hygieia. Kirjayhtymä. Helsinki. 58–71.
- Kingdon, D.G. & Turkington, D. (1994) *Cognitive behavioral therapy of schizophrenia*. Guilford. New York.

- Koivunen, M. (2000) (toim.) Tienviittoja kunnan mielenterveystyön suunnitelman laatimiseen. Mielekäs elämä! – ohjelma. Stakes. Helsinki.
- Kokkola, A., Kiikkala, I., Immonen, T. Sorsa, M. (2002) Mitä Sinä elämältäsi haluat? Asiakaslähtöinen mielenterveyttä edistävä toimintamalli. Stakes. Suomen Kuntaliitto. Helsinki.
- Krause, K. & Kiikkala, I. (1996) Hoitotieteellisen tutkimuksen peruskysymyksiä. Hygieia. Kirjayhtymä. Helsinki.
- Kyngäs, H. & Vanhanen, L. (1999) Sisällön analyysi. Hoitotiede 11: 1, 3-12.
- Laki holhoustoimen edunvalvontapalveluiden järjestämisestä (443/1999). 1.4.1999. Suomen säädöskokoelma. Helsinki.
- Laki holhoustoimesta (422/1999) 1.4.1999. Suomen säädöskokoelma. Helsinki.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992). 17.8.1992. Suomen säädöskokoelma. Helsinki.
- Lam, D. H. (1991) Psychosocial family intervention in schizophrenia: a review of empirical studies. *Psychological Medicine*. No. 21, 423-441.
- Langsley, D.G., Flomenhaft, K. & Macholter, P. (1969) Follow-up evaluation of family crisis therapy. *American Journal of Orthopsychiatry*. No. 39, 753-759.
- Lassila, A. (1998) Psykiatrinen hoidontarve ja tarpeenmukainen hoito. Tutkimus psykiatristen pitkäaikaissairaiden avohoidossa esiintyvistä hoidontarpeista, sen määräytymisestä sekä tarpeenmukaisen hoidon ja kuntoutuksen palveluista. Akateeminen väitöskirja. Acta Universitatis Ouluensis. Medica D 446. Oulu University Press. Oulun yliopisto. Oulu.
- Latvala, E., Visuri, T. & Janhonen, S. (1995) Psykiatrinen hoitotyö. WSOY. Juva.
- Latvala, E. (1998) Potilaslähtöinen psykiatrinen hoitotyö laitossympäristössä. Akateeminen väitöskirja. Acta Universitatis Ouluensis. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Medica D 490. Oulu University Press. Oulun yliopisto. Oulu.
- Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L. (2001) Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: Sisällönanalyysi. Teoksessa Janhonen, S. & Nikkonen, M. (toim.) Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. WSOY. Helsinki, 21–43.
- Lauri, S., Eriksson, E. & Hupli, M. (1998) Hoidollinen päätöksenteko. WSOY. Juva.
- Lavikainen, J., Lahtinen, E. & Lehtinen, V. (2000) Public Health Approach on Mental Health in Europe. STAKES. Ministry of Social Affairs and Health. The European Commission. Gummerus. Saarijärvi.
- Leff, J., Kuipers, L., Berkowitz, R. & Sturgeon, D. (1985) A controlled trial of social intervention in the families of schizophrenic patients: Two year follow-up. *British Journal of Psychiatry*. No. 146. 594–600.
- Lehtonen, J. (1993) Psykiatrian tuloksia etsimässä. Teoksessa Antikainen, R., Lehtonen, J. & Isohanni, M. (toim.) Psykiatrian tuloksia etsimässä. Reports of Psychiatria Fennica. Julkaisusarja. Report 103. Psykiatrian tutkimussäätiö. Helsinki, 1-3.

- Linnainmaa, P. (1999) Mielenterveystyön käytännön teoreettisesta perustasta. Teoksessa Linnainmaa, P., Innamaa, M. & Honkala, L. (toim.) Mielenterveystyö ja opetus - matkalla kohti muutosta. Mielenterveystyön opettajat ja ylihoitajat ry. Hygieia. Kirjayhtymä. Helsinki, 28–53.
- LoBiondo-Wood, G. & Haber, J. (1990) *Nursing Research*. 2nd edition. Mosby. St.Louis.
- Loukissa, D. A. (1995) Family burden in chronic mental illness: a review of research studies. *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 21, No. 2. 248-255.
- Lönnqvist, J., Partonen, T., Marttunen, M., Henriksson, M. & Heikkinen, M. (2001) *Psykiatria. Kysymyksiä ja vastauksia*. Kustannus Oy Duodecim. Helsinki.
- Magnusson, A., Severinsson, E. & Luetzen, K. (2002) Nurses' views on situations related to privacy in providing home care for persons with long-term mental illness: An exploratory study. *Issues in Mental Health Nursing*. Vol. 23, No. 1, Jan.-Feb, 61-75.
- Mariano, C. (1995) *The Qualitative Research Process*. Teoksessa Talbot, L.A. *The Principles and Practise of Nursing Research*. Mosby. St.Louis, 479-480.
- Marshall, M., Gray, A., Lockwood, A. & Green, R. (1997) Case management for people with severe mental disorders (Cochrane Review). In *The Cochrane Library*, Issue 2. Update Software. Oxford. England.
- Marshall, M., Lockwood, A., Green, G., Zajac-Roles, G., Roberts, C. & Harrison, G. (2004) Systematic assessments of need and care planning in severe mental illness: cluster randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*. Aug; 185, 163 – 168.
- McGorry, P.D. (1995) Psychoeducation in First-Episode Psychosis: A Therapeutic Process. *Psychiatry* , 58, 313-328.
- Mielenterveyslaki (1116/1990) 14.12.1990. Suomen säädöskokoelma. Helsinki.
- Moody, L.E. (1990) *Advancing Nursing Science Through Research*. Sage Publications. Newbury Park.
- Mueser, K.T., Bond, G. R., Drake, R. E. & Resnick, S. G. (1998) Models of community care for severe mental illness: a review of research on case management. *Schizophrenia Bulletin*. Vol 24, 37 – 74.
- Mäkelä, K. (1990) Kvalitatiivisen analyysin arviointiperusteet. Teoksessa Mäkelä, K. (toim.) *Kvalitatiivisen aineiston analyysi ja tulkinta*. Gaudeamus. Helsinki, 38–61.
- Mäntyranta, T., Elonheimo, O. & Brommels, M. (2005) Mitä on terveystalouden tarve? *Suomen Lääkärilehti*. VSK 60. 34, 3281 – 3284.
- Nieswiadomy, R. M. (1998) *Foundations of Nursing Research*. 3rd edition. Appleton & Lange. Stamford. Connecticut.
- Nieminen, H. (1997) Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. *Hoitotieteen tutkimusmetodiikka*. WSOY. Juva, 215–221.
- Nikkonen, M. (1999) Millaiset eväät mielisairaalahoidon antaa selviytymiselle hoidon jälkeen. Teoksessa Haarakangas, K. & Seikkula, J. (toim.) *Psykoosi - uuteen hoitokäytäntöön*. Studia. Kirjayhtymä. Helsinki, 73–85.

- Nousiainen, I. (2000) Kriittinen ote työhön. Teoksessa Miettinen, S., Miettinen, M., Nousiainen, I., & Kuokkanen, L. (toim.) *Itsensä johtaminen sosiaali- ja terveysalalla*. WSOY. Juva, 27 – 31.
- Nuikka, M – L. (2003) Työntekijän näkemys johtamisen merkityksestä työhyvinvoinnille. Teoksessa Peiponen, A., Koivisto, T., Muurinen, S. & Rajalahti, E. (toim.) *Hoitotyön vuosikirja 2004. Hoitotyön johtaminen ja työhyvinvointi*. Tammi. Helsinki, 105 – 114.
- Olin, S. S. & Mednik, A. S. (1996) Risk factors of psychosis: identifying vulnerable populations premorbidly. *Schizophrenia Bulletin*. National Institute of Mental Health. Vol.22, No.2, 223-240.
- Olofson, M., Mechanic, D., Hansell, S., Boyer, C.A., Walkup, J., & Weiden, P. J. (2000) Predicting medication noncompliance after hospital discharge among patients with schizophrenia. *Psychiatric Services* 2000; 51, 216 -222.
- Orhagen,, T. (1992) Working with families in schizophrenic disorders: the practice of psychoeducational intervention. Akateeminen väitöskirja. Linköping University. Faculty of Health Sciences. Department of Psychiatry.
- Orlando, I. (1961) The dynamic nurse-patient relationship. National League for Nursing. G.P. Putnam's Sons. New York.
- Ovaskainen, M. (1999) Tampereen mielenterveyskeskuksen tehostetun psykiatrisen kotisairaanhoidon työryhmän työsuunnitelma. Valokopio.
- Ovaskainen, M. (2000 a) Tampereen mielenterveyskeskuksen kotityöryhmän työsuunnitelma vuodelle 2001. Valokopio.
- Ovaskainen, M. (2000 b) Tampereen mielenterveyskeskuksen tehostetun psykiatrisen kotisairaanhoidon työryhmän toimintakertomus vuodelta 2000. 1-5. Valokopio.
- Parahoo, K. (1997) *Nursing Research. Principles, Process and Issues*. Palgrave. New York.
- Pasamanick, B., Scarpitti, F.R. & Dinitz, S. (1967) *Schizophrenics in the community: an experimental study in the prevention of hospitalisation*. Appleton-Centry-Crofts. New York.
- Pask, E. J. (1995) Trust: an essential component of nursing practice – implications for nurse education. *Nurse Education Today*. 15, 190 – 195.
- Paterson, J. & Zderad, L. (1976) *Humanistic nursing*. National League for Nursing. New York.
- Paunonen-Ilmonen, M. (2001) *Työnohjaus – toiminnan laadunhallinnan varmistaja*. WSOY. Helsinki.
- Peplau, H. E.(1952) *Interpersonal relations in nursing. A conceptual framework of reference for psychodynamic nursing*. G.P. Putnam's Sons. New York.
- Peplau, H. E. (1994) Psychiatric and Mental Health Nursing: Challenge and change. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 1, 3-7.
- Perkins, R. & Repper, J. (1998) *Dilemmas in Community Mental Health Practice: Choce or Control*. Radcliffe Medical Press. UK.
- Perttula, J. (1995) Kokemuksen tutkimuksen luotettavuudesta. *Kasvatus* 1/1995.

Polit, D.F. & Hungler, B.P. (1999) *Nursing Research. Principles and Methods*. Lippincott. Philadelphia.

Punkanen, T. (2001) *Mielenterveystyö ammattina*. Tammi. Tampere.

Raatikainen, R. (2004) Luottamus hoitosuhteessa. Teoksessa Kankare, H., Hautala-Jylhä, P. & Munnukka, T. (toim.) *Lähimmäisenrakkauden puolustus – uusvanha näkökulma hoitotyöhön*. Tammi. Helsinki, 87 – 102.

Räsänen, A. (1995) Työelämän koulutukselle asettamat tavoitteet ja niiden arviointi. Teoksessa Leino-Kilpi, H., Hupli, M. & Räsänen, A. (toim.) *Terveystieteiden koulutuksen tuloksellisuus ja laatu, perusteiden tarkastelua. Arviointi 5/95*. Opetushallitus. Yliopistopaino. Helsinki, 27–36.

Salo-Gunst, L. & Vilkkö-Riihelä, A. (2000) *Psykyke - kertaajan opas*. WSOY. Helsinki.

Salokangas, R.K.R., Stengård, E., Honkonen, T., Koivisto, A. & Saarinen, S. (2000) Sairaala- ja yhteiskuntaan. Seurantatutkimus sairaalasta kotiuttamisen vaikutuksista skitsofreniapotilaan elämään ja hoitotilanteeseen. STAKES. Raportteja 248. Gummerus. Saarijärvi.

Salokangas, R.K.R. & Suomela, T. (2004) Psykoosin varhaistunnistaminen ja ensi vaiheen hoito. *Suomen Lääkärilehti*. Vsk 59. 42, 3989 – 3993.

Sariola, E. & Ojanen, M. (1997) *Hoito vai pakkohoito- miten autan skitsofreniapotilasta*. Ota-va. Helsinki.

Saunders, J. (1997) Symbolic interactionism for families living with severe mental illness. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*. Vol. 35, No. 6, 8 - 13.

Savas, S., Sheiman, I., Tragakes, E. & Maarse, H. (2000) Contracting models and provider competition. Teoksessa Saltman, R.B., Figueras, J. & Sakellarides, C. (toim.) *Critical challenges for health care reform in Europe*. State of health. Open University Press, Buckingham. GB, 157-178.

Silverman, D. (2000) *Doing Qualitative Research. A Practical Handbook*. Sage Publications. London.

Solomon, P. (1992) The efficacy of case management services for severely mentally disabled clients. *Community Mental Health Journal*. 28, 163 – 180.

Sorsa, M. (2002) *Asiakaslähtöisyys sosiaali- ja terveystieteissä*. Pro gradu – tutkielma. Hoitotieteen laitos. Tampereen yliopisto.

Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus (2000) *Mielekäs elämä. Mielenterveyspalvelujen kehittämissuositukset*. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2000:4. Sosiaali- ja terveysministeriö. EDITA. Helsinki.

Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus (2005)
<http://www.stakes.fi/oske/luokitukset/icd10/>

Sosiaali- ja terveysministeriö (2001) *Mielenterveyspalveluiden laatusuositukset*. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 9. Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2003) Terveyttä ja hyvinvointia näyttöön perustuvalla hoitotyöllä. Kansallinen tavoite- ja toimintaohjelma 2004 – 2007. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2003: 18. Helsinki.

Steele, T.W. (1996) The experience of being a psychiatric nurse in the rural community. *The Sciences & Engineering*. Vol. 57 (5-B), November. Abstract, 3132.

Stein, L.I. & Test, M.A. (1980) Alternative to mental hospital treatment 1. Conceptual model, treatment program and clinical evaluation. *Arch Gen. Psychiatry*. No. 37, 392-397.

Suominen, K. & Vuorinen, M. (1999) Kotihoidon arki ja etiikka. *Studia*. Kirjayhtymä. Helsinki.

Surles, R. C., Blanch, A.K., Shem, D. L. & Donahue, S. A. (1992) Case management as a strategy for systems change. *Health Affairs*. Vol. 11, 151 -163.

Taipale, V. (1997) Mielenterveyspalvelujen tila Suomessa. Teoksessa Heikkinen, M. (toim.) Suomen mielenterveyden kenttä. Psykiatripäivät 1996-97. Psykiatrian tutkimussäätiön julkaisu. *Psychiatria Fennica*. Hakapaino. Helsinki, 5-20.

Tattan, T. M. G. & Creed, F. H. (2001) Negative Symptoms of Schizophrenia and Compliance with Medication. *Schizophrenia Bulletin*. National Institute of Mental Health. Vol. 27, No. 1, 149-155.

Tiuraniemi, J. (2001) Kognitiivinen psykoterapia. Teoksessa Tikka, J. & Tiuraniemi, J. (toim.) Psykoterapian sovelluksia. *Psykologikeskus ProMenten julkaisuja*. Turku, 32-43.

Tulisalo, U., Nordling, E. & Ylihärsilä, K. (2002) Perhekeskeinen kriisi-interventio osana psykiatrisen avohoidon kehittämistä. Kokeilu Etelä-Pohjanmaalla. *Suomen Lääkärilehti* 2, VSK 57, 203–207.

Tulloch, G. & Hart, G. (1996) Ethical Issues. Teoksessa Clinton, M. & Nelson, S. (toim.) *Mental health and nursing practice*. Prentice Hall. Australia, 377-396.

Tuori, T. (1996) Skitsofrenia ja perusterveydenhuolto. Teoksessa Isohanni, M., Larivaara, P. & Winblad, I. (toim.) *Perusterveydenhuollon psykiatria*. Duodecim. Gummerus. Helsinki, 77-88.

Turner, J. C. & TenHoor, W. J. (1978) The NIMH Community Support Program: Pilot approach to a needed social reform. *Schizophrenia Bulletin*. Vol. 4, 319 -348.

Tynjälä, P. (1998) Kvalitatiivisten tutkimusmenetelmien luotettavuudesta. *Suomen Kasvatustieteellinen aikakauskirja*. Kasvatus 22. Kasvatustieteiden julkaisusarja A. Jyväskylän yliopisto, 387–398.

Tähkä, V. (1997) Mielen rakentuminen ja psykoanalyttinen hoitaminen. WSOY. Juva.

Vainikainen, T. (2005) Hoitoketjut rakentuvat yhteistyöllä – ylläpito vaatii yhteishuoltajuutta. *Duodecim*. Vsk 121, 2010-2013.

Vallimies-Patomäki, M. (2003) Terveystieteiden täydennyskoulutuksen nykytila ja kehittämissuunnitelmat. Teoksessa Peiponen, A., Koivisto, T., Muurinen, S. & Rajalahti, E. (toim.) *Hoitotyön vuosikirja 2004*. Hoitotyön johtaminen ja työhyvinvointi. Tammi. Helsinki, 76 – 96.

Valokivi, H. (2000) Yksilökohtainen palveluohjaus rikoksiin syyllistyneiden palvelukonaiosuuden organisoinnissa. Kisälli-projekti. Yksilökohtainen palveluohjaus-kokeilu. Väli-raportti. Silta-Valmennus Raportteja 2. Tampere.

Vartiainen, H. (1998) Psykoottisuuden arviointi. Teoksessa Anttila, S., Lahtela, J., Suhonen, J., Holm, K., Lehtomäki, E. & Anttila, P. (toim.) XIX TAMPEREEN LÄÄKÄRIPÄIVÄT Tampereella, 19.-21.3.1998. Luennot XIX. Lege Artis Oy. Tampere, 195.

Varto, J. (1996) Laadullisen tutkimuksen metodologia. Kirjayhtymä. Helsinki.

Vehviläinen-Julkunen, K. (1997) Hoitotieteellisen tutkimuksen etiikka. Teoksessa Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. (toim.) Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. WSOY. Juva, 26–34.

Vehviläinen-Julkunen, K. & Paunonen, M. (1997) Hoitotieteellisen tutkimuksen tarkoitus ja merkitys. Teoksessa Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. (toim.) Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. WSOY, Juva, 14–25.

Välimäki, M. & Holopainen, A. (2000) Tutkimus ja psykiatrinen hoitotyö. Teoksessa Välimäki, M., Holopainen, A. & Jokinen, M. Psykiatrinen hoitotyö muutoksessa. WSOY. Juva, 152–170.

Välimäki, M. & Mäkitalo, J. (2000) Psykiatrisen hoitotyön luonne ja työn vaatimat ammattitaidot. Teoksessa Välimäki, M., Holopainen, A. & Jokinen, M. Psykiatrinen hoitotyö muutoksessa, 16–23.

Välimäki, M. (2004) Eettiset kysymykset mielenterveystyössä. Teoksessa Leino-Kilpi H. & Välimäki M. Etiikka hoitotyössä. WSOY, Juva, 215 – 226.

Wahl, O. & Harman, C. (1989) Family views of stigma. Schizophrenia Bulletin. No 15, 131-139.

Wasylenki, D., Gehrs, M., Goering, P. & Toner, B. (1997) A home-based program for the treatment of acute psychosis. Community Mental Health Journal. Vol. 33, No.2, 151-162.

Weir, D. & Oei, T. (1996) Life stressors. Teoksessa Clinto, M. & Nelson, S. (toim.) Mental health and Nursing practice. Prentice Hall. Australia, 23-38.

Åberg-Wistedt, A., Cresell, T., Lindberg, Y., Liljenberg, B. & Östby, U. (1995) Two –year outcome of team-based intensive case management for patients with schizophrenia. Psychiatric Services. Vol. 46, 1263 – 1266.

Åstedt-Kurki, P. & Nieminen, H. (1997) Fenomenologisen tutkimuksen peruskysymykset hoitotieteessä. Teoksessa Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. (toim.) Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. WSOY, Juva, 152–163.

LIITTEET**LIITE 1. Tiedote työryhmälle****TIEDOTE
6.5.2002**

Opiskelen Tampereen yliopistossa terveystieteiden maisteriksi. Olen tekemässä pro gradu – tutkielmaani, jonka aiheena on psykoosipotilaan avohoito kotityöryhmän hoitajien kuvaamana. Tutkielman tarkoituksena on saada hoitajien näkökulma esiin, selvittää hoitajien kuvaamaa hoitotyötä, lisätä ymmärrystä psykoosipotilaan hoitoa kohtaan, ja lisäksi löytää mahdollisia kehittämisen kohteita käytännön hoitotyölle.

Tarkoitukseni on haastatella kotityöryhmän hoitajia. Haastattelut nauhoitetaan, jonka jälkeen ne kirjoitetaan sana sanalta puhtaaksi tekstiksi. Tekstit analysoin laadullisella sisällön analyysillä. Haastattelunauhakappaleiden aineiston analyysin jälkeen.

Toivon voivani haastatella kaikkia työryhmän hoitajia, mutta tutkielman onnistumiseksi tarvitsisin ainakin 8 – 12 haastateltavaa. Kokonaisuudessaan haastatteluun on varattava aikaa noin yksi tunti. Osallistuminen haastatteluun on täysin vapaaehtoista. Teillä on oikeus missä vaiheessa tahansa kieltäytyä osallistumasta tai keskeyttää osallistuminen, syytä siihen ilmoittamatta. Haastattelut ovat luottamuksellisia eikä osallistujia tulla missään vaiheessa tunnistamaan. Saatuani Tampereen kaupungin Sosiaali- ja terveystoimen tutkimuslupatoimikunnan luvan tutkielman suorittamiseen tulen kertomaan tutkielmasta tarkemmin työyksikköönne.

Ystävällisin yhteistyöterveisin:

Aila Uttula

Yhteystiedot:

Puh. 041 – 453 0567
uttula@hotmail.com
TtM – opiskelija
Hoitotieteen laitos
Lääketieteellinen tiedekunta
Tampereen yliopisto

Yhteyshenkilöt:

Terttu Munnukka, THT, KT, lehtori, puh. 215 xxxx, Tampereen yliopisto
Meeri Koivula, THM, assistentti, puh. 215 xxxx, Tampereen yliopisto

LIITE 2. Teemahaastattelun aihealueet ja täydentävät kysymykset

1. Oma kokemus avohoidosta

Miten tulit tähän työryhmään? Miksi tulit ?
 Missä olet työskennellyt aikaisemmin?
 Kuinka kauan olet ollut hoitoalalla?
 Millainen koulutus Sinulla on?
 Millaista tämä työ kotityöryhmässä on ollut?

2. Psykoottinen potilas

Mitä on mielestäsi psykoosi?
 Mistä psykoosissa on kysymys?
 Millainen on psykoottisen ihmisen tila? Miten psykoottista potilasta autetaan hoitotyön keinoin?
 Mistä psykoosi tulee?
 Millainen on psykoottinen potilas?
 Mitä psykoosi potilaalle aiheuttaa?
 Mitä psykoosi potilaan elämässä merkitsee?

3. Työryhmä ja työpari

Millainen työryhmä teillä on?
 Miten kuvailet työryhmäsi toteuttamaa psykoosipotilaan hoitoa? Onko siinä omia erityispiirteitä?
 Mitä kotikäynnillä psykoosipotilaan luona tehdään? Miten hoito etenee?
 Miten työryhmässä työt jaetaan?
 Kuinka usein tapaatte yhdessä koko työryhmä?
 Mitä työryhmätapaamisissa tapahtuu?
 Miksi teette töitä työpareittain? Miten työpari valikoituu?
 Sovitteko työparin kanssa työnjaosta ennen kotikäyntiä?
 Millaista työparin kanssa työskentely on? Mitä kotikäynnillä tapahtuu?
 Miten yhteistyö työparin kanssa sujuu?
 Onko teillä ollut konflikteja työryhmässä/ työparin kanssa ja miten niistä on selvitty?
 Mitkä ovat työparityöskentelyn parhaat ja pahimmat puolet?

4. Hallinto ja esimiehet

Millainen on suhteesi hallintoon?
 Millainen työnjohto työryhmällänne on?
 Kuinka usein ja säännöllisesti tapaat tai olet muuten, esimerkiksi puhelimitse / sähköpostitse tekemisissä esimiestesi kanssa?
 Millaisissa tilanteissa tapaat hallinnon edustajia?
 Millaisissa tilanteissa tapaat lähiesimiestäsi?
 Tuntevatko esimiehenne työryhmänne jäsenet ja toimintatavat?
 Keneltä saat palautetta työstäsi?
 Saatko mielestäsi hallinnon ja esimiesten tuen työllesi?
 Miten saamasi tuki on näkynyt ja mitä se Sinulle merkitsee? Mitä toivoisit hallinnolta, esimiehiltäsi?

5. Visiot

Mitä on työryhmänne työ ja psykoosipotilaan hoito pahimmillaan ja parhaimmillaan tulevaisuudessa?

Liite 3. Esimerkki kategorioiden muodostumisesta eri luokissa

Yhdistävän kategorian *Hoitajan ja potilaan välinen vuorovaikutuksellinen yhteistyösuhde* muodostuminen

Alkuperäiset ilmaisut	Pelkistetyt ilmaisut	Alakategoriat	Yläkategoriat	Yhdistävä kategoria
<p>– Kyllä se luottamus on ansaittava Ei sitä vaan mennä potilaan luo ja sanota, ett sovitaan nyt että sä voit luottaa muhun...</p> <p>– ja se luottamuksellisuus näkyy hoitajan toiminnassa: tulee ajoissa käynnille, ei myöhästele tai ...</p> <p>– Aika on kaikkein tärkein luottamuksen syntymiselle. Psykoosipotilaat tarvii yleensä pidemmän ajan ku muut, ennenku sitä sit alkaa tulla... ja sitt se pitää saavuttaa niinku ain uudestaan...</p> <p>– on tärkeä, ett mitä ajattelee potilaista, ett oikei, näin on ja mä uskon sua, ett sä koet sen noin...</p> <p>– ett mä ymmärrän, jos hän on kokenut sen pahana tai pelottavana, ett sairaus osaltaan vaikuttaa hänen kokemukseensa, ja kokemus tai tunne on totta hänelle, vaikk se sitte olis ihan vaikk järjettömän tuntuinen reaktio mun omasta näkökulmasta...</p> <p>– Vaikka tää on vanha fraasi, niin ilman luottamusta ei voi olla todellista hoitosuhdetta...</p>	<p>– Luottamus ansaittava</p> <p>– luottamuksellisuus hoitajan toiminnassa, pitävät lupaukset</p> <p>– ajan merkitys, uudelleen saavuttaminen</p> <p>– potilaan kokemukseen uskominen</p> <p>– ymmärtää potilaan kokemat tunteet, sairauden vaikutus tunnekokemuksiin</p> <p>– ilman luottamusta ei voi olla hoitosuhdetta</p>	<p>Luottamuksen saavuttaminen ja ylläpitäminen</p>		
<p>– ... tää psykoedukaatio on tuonut sen, ett mä puhun potilaalle ihan suoraan: "Onko sulla harhoja? Mitä ne harhat on?"...</p> <p>- ...niidenkin kanssa...se asioihin tarttuminen, sit ku se psykoosi on vähä jo niinku taustalla, ett hei, se oli sitä sun sairauden oiretta...</p> <p>– ...sitte he uskaltaa niist tosi kipeistäki asioist alkaa kertoon tai sit, ett jos on ollu niinku jotain arkaluontosta... Ikävistäki asioista pitää voida puhua, kun on hoidettava ne arjen asiat mahdollisimman kuntoon, ni jos on rahat menny vaikk viinaan, on sitte keksittävä jotain, ett miten saadaan lääkkeet hankittuks....</p>	<p>– potilaalle suoraan puhuminen</p> <p>– asioihin tarttuminen psykoottisuuden jälkeen, sairauden oireiden esiintöminen</p> <p>– uskallus puhua kipeistä Ja arkaluontoisista asioista. Mahdollisuus saada hoidettua arjen asiat kuntoon</p>	<p>Avoin keskustelu</p>	<p>Luottamuksellisuus</p>	<p>Hoitajan ja potilaan välinen vuorovaikutuksellinen yhteistyösuhde</p>

<p>- ...me tavataan potilas ensi kertaa joko sairaalas tai toimistossa. Suoraan heidän kotiin ei mennä...</p> <p>- ...ei sitä oo mitään lupaa mennä toisen kotiin ja sitt rueta arvosteleen. Ei pidä arvostella toisen (potilaan) tapoja olla ja elää. Ja se pitää näkyä kyll omassa käytöksessä koko kotikäynnin ajan. On oltava kohtelias ja korrekti, käytöstavat pitää osata... Ei sitä lamsita toisen makuuhuoneeseen, ollaan niinku oltais vierailulla, vaikk sitä töiss ollaanki...</p> <p>- ...se on herkkä tilanne, ku ollaan toisen reviiirillä (potilaan kotona). Jos vaikka siis ois minkäläinen huusholli, niin täytyy miettii kyll tarkkaan kuin sitä voi kommentoida, ja voiko lainkaan...</p> <p>- ...Jos potilas ei esimerkiksi suostu ottaan lääkettä, niin ei me aleta mitenkään väkisin sitä pistään. Ei me kosketa potilaaseen tai hänen tavaroihinsa, niinku sairaalass (psykiatrisen sairaalan suljetuilla osastoilla) monta kertaa tehdään...</p> <p>...ni näist kaikist ongelmatilanteist on vaa selvittävä puhumalla. Ja sitte on se, ett niinku, kunnioitetaan hänen (potilaan) elämäntapaa ja valintoja. Ett ei tyrkytetä asioita, jotka omasta mielestä tekis hänen elämän sitt jotenki laadukkaammaks tai paremmaks – vaan annetaan olla...</p> <p>- ...ja on heill joskus aika outo-jaki toiveita tai tapoja...hänell ei ollu ku yks tuoli vaan siell asunos ja vietiin sinne sitte toinen (tuoli)...seuraavall kerrall ku mentiin, ni hän oli sitte vieny sen pois. Eli ei se sitte siihe hänen maailmaansa sopinukaan...</p> <p>- heitä pitää yhteiskunnan arvokkaina ihmisinä. Ei sitä mitata heidän työpanoksenaan yhteiskunnassa...</p> <p>- hän on siinä ku minäki, ei se homma hoidu ilman häntä...Intiimeissä tilanteissa kun käyttäytyy hienotunteisesti ja arvostavasti, ni metsä vastaa niinku sinne...</p> <p>- Sehän on meidän yhteistyötä. Hän on oman elämänsä asian-tuntija ja me edustetaan hoitotyön tuntemusta...</p>	<p>- tutustuminen muualla, vasta yhteisestä sopimuksesta kotikäynnille</p> <p>- potilaan elämäntapaa ja kotia ei ole lupa arvostella. Hoitajan kohteliaan käytöksen pitää näkyä koko ajan.</p> <p>- potilaan kotona työskentellessä tilanne herkkä. Mietittävä voiko ja miten kommentoida potilaan kohtiloja.</p> <p>- ei tehdä vastentahtoisia hoitotoimenpiteitä. Potilaaseen tai hänen omaisuuteen ei kosketa luvatta</p> <p>- selvittävä puhumalla. Kunnioitetaan potilaan elämäntapaa ja valintoja. Ei tyrkytetä asioita.</p> <p>- potilaan toiveiden ja tapojen hyväksyminen. Hoitajien vaihtoehdot eivät aina sovi potilaalle</p> <p>- potilaat arvokkaita yhteiskunnan jäseniä</p> <p>- molempia tarvitaan hienotunteisuus, arvostavuus</p> <p>- yhteistyösuhde, asiantuntijuus molemmilla</p>	<p>Potilaan yksityisyyden kunnioittaminen</p>	<p>Luottamuksellisuus</p>	<p>Hoitajan ja potilaan välinen vuorovaikutuksellinen yhteistyösuhde</p>
---	--	---	---------------------------	--

Liite 4. Otteet eräästä haastattelusta ja tutkimuspäiväkirjamerkinnöistä

Seuraavassa on ote eräästä haastattelusta. Sulkuihin on merkitty haastateltavan tiedonantajan reaktioita, kursivilla on kirjattu haastattelun liityvät tutkimuspäiväkirjan merkinnät:

Haastateltava: "Jaa – a, mitähän siitä vois sanoa (näytti yllättyneeltä ja kohotteli kulmiaan hämmästellen). Tää on kyllä aika paha. Onhan siitä hienoja määritelmiä olemassa. Hmm (mietti)... Emmää kyllä tohon osaa – ah, siis mitään yks'selitteistä vastausta antaa. Voi että...miten sitä nyt sen sanois (on hiljaa pitkän tovin)." *Onkohan tämä kysymys liian vaikea vastattavaksi heti haastattelun alkupuolella? Mainittava, ettei tässä tarkoiteta mitään hienoa psykiatrasta määritelmää.*

Haastattelija: "Niin, siis ni tarkoitin, ett millainen - ihan Sun oman kokemukses mukaan – on potilaan psykoosi? Miten kuvailisit hoitamiesi psykoosipotilaiden olotilaa? Tai ett mitä merkitsee psykoosi potilaan elämässä? " *Tuliko liian monta kysymystä peräkkäin? Yksi kerrallaan olisi selkeämpää?*

Haastateltava: "No, on sitä tietyst kauheen vaikea täysin ymmärtää. Emmää tiedä (katse harhailleen). Kyllä sellanen ihminen, jolla on se, siis psykoosi, elää ihan erilaisess todellisuudessa ku muut. Hänellä on niinku oma realisminsa. Vaikka ainaha toisten realismia on vähän vaikea arvioida, itsekunkin ha ha..(nauraa ja vitseillen viittasi kädellään ympärilleen)." *Hyvä, kun on huumoria mukana haastattelussa, voi tulkita tunnelman rennoksi ja ymmärtäväiseksi. Muista: erilainen todellisuus ja realismi. "Psykoottisuus aiheuttaa potilaalle useimmiten kärsimystä, joko suoraan tai välillisesti. He on usein yksinäisiä, tai ihmissuhteet joutuu kovalle koetukselle, kun tulee kaikenlaisia, siis ristiriitai ja väärinymmärryksii, niinku, ee—esimerkiks vaikka lähiomaisten kanssa. Potilas voi tuntee pelkoja tai aiheuttaa niitä muille. Tai iso osa hänen ajastaan menee jonkin asian miettimiseen, kun he antaa niille uusia sisältöjä, että tarkkaillaanko liikennevalojen kautta...Ymmärsiks tästä nyh mitään, oliko tää sellanen vastaus (kurtisti kulmia)." *Huomaavaista yrittää olla selkeä. Tuntuu ku hän yrittäisi auttaa tässä. Muista: pelot, yksinäisyys, ristiriidat läheisten kanssa.**

Haastattelija: " Hyvin ymmärtää. Pyörihän se nauha vielä, täytyy kattoo, kun se tais olla se lyhyempi (muminaa lopussa). Joo, vielä on tilaa siin, hhh.. Tarkentaisitko vielä sitä, kun sanoit, ett' psykoosi voi aiheuttaa kärsimystä suoraan tai välillisesti, nii ett, miten se ilmenee?"

Haastateltava: "Ni sitä just, ett, ett, ku se psykoosi voi olla ihan itsessään vaikka pelottava kokemus, jolloin potilas ei... Nii, me sanotaan sitt, että potilas, ei asiakas...ei vaikka uskalla liikkua kadulla, kun pelkää vakoojia tai jotain. Ja sit taas, äää, eh, miten mä sanoisin (on hetken silmät kiinni)...en tie onks tää ny kuvaaavaa, mutta sitte on esimerkiksi heittäny kaikki ruuat menemään, ku pelkää, ett ne on myrkytetty, ni sitte kärsii nälkää tai menee kauheesti rahaa uusiin ruokiin. Sitten omaisetkin jo huolestuu laihtumisesta ja rahan menosta, ja on se, se on kai jo sitä välillistä. Vaikk ei kai niitä aina pysty ees erotteleen. (Hymyili ja jäi kuin odottamaan vastausta)." *Ei kai tähän ole oikeaa vastausta! Varottava antamasta sellaista vaikutelmaa, kuin tietäisin näistä asioista enemmän kuin vastaajat. Onhan kyse juuri heidän näkemyksistään. (Nyökkäilin).*