



LAHDEN AMMATTIKORKEAKOULU
Lahti University of Applied Sciences

Psykiatrisen viikko-osaston hoidolliset kotikäynnit ikääntyville asiakkaille

LAHDEN
AMMATTIKORKEAKOULU
Sosiaali- ja terveysala
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja
Opinnäytetyö
Syksy 2013
Janne Tuomaala

Lahden ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma

TUOMAALA, JANNE:

Psykiatrisen viikko-osaston hoidolliset
kotikäynnit ikääntyville asiakkaille

Sairaanhoitajan suuntautumisvaihtoehto, 62 sivua, 5 liitesivua

Syksy 2013

TIIVISTELMÄ

Opinäytetyön tarkoituksena oli selvittää osastohoidon aikaisia kotikäyntejä ikääntyville potilaille tarkoitettulla psykiatrisella viikko-osastolla. Opinnäytetyössä selvitettiin hoitajien kokemuksia kotikäynneistä ja heidän näkemyksiään niiden kehittamisestä. Tutkimuksen tavoitteena oli saada tietoa osaston kotikäynneistä ja tuoda esille niissä havaittuja kehittämiskohteita. Lisäksi tavoitteena oli saada hyödynnettävää tietoa psykiatrisen osastohoidon aikaisista kotikäynneistä. Kotikäynnit olivat osastolla uusi työmuoto ja ne toteutettiin viikonloppuisin potilaiden kotijaksoilla.

Tutkimus toteutettiin laadullisena tutkimuksena, jossa aineisto kerättiin teemahaastattelemalla osaston hoitajia (n=5) ja analysoimalla aineisto induktiivisella sisällön analyysillä. Tutkimuksen aineiston keruussa käytettiin kylläisyysperiaatetta.

Tutkimuksen keskeisinä tuloksina hoitajat kokivat osastohoidon aikaiset kotikäynnit osana kokonaisvaltaista psykiatrista hoitotyötä, jossa potilaan koti antoi uuden ulottuvuuden toteuttaa hoitotyötä potilaan omalla turvallisella maaperällä. Kotona tehtävä psykiatrinen hoitotyö koettiin avoimempaan ja tasaveroisempaan kuin osastolla tehtävä hoitotyö. Kotikäynneiltä saatava tieto antoi kokonaisvaltaisemman kuvan potilaan tilanteesta, jolloin hoito oli tarkoituksenmukaisempaa. Hoitajat kokivat kotikäynnit moninaisten ilmiöiden edessä haastavina, vastuullisina ja mielekkäinä. Kehittämiskohteeksi nousi tehdä kotikäynnistä yksilöllisempi ja tavoitteellisempi.

Tutkimuksen johtopäätöksenä voidaan todeta, että suunnitelmalliset ja säännölliset kotikäynnit psykiatrisen osastohoidon aikana tulisi ottaa laajemmin käytäntöön. Tämä saattaisi mahdollistaa sen, että potilaat voisivat aloittaa kotijaksot hoidon aikaisemmassa vaiheessa. Tällöin hoitajaksot voisivat lyhentyä ja laitostumisen vaara vähentyisi. Lisäksi potilaan osallisuus hoitotyöhön saattaisi lisääntyä.

Asiasanat: mielenterveys, vanhuspsykiatria, psykiatrinen hoitotyö, psykiatrinen kotihoito

Lahti University of Applied Sciences
Degree Programme in Health care

TUOMAALA, JANNE:

Therapeutic home visits for elderly
patients on the psychiatric week-ward

Bachelor's Thesis in Nursing

62 pages, 5 pages of appendices

Autumn 2013

ABSTRACT

The objective of this thesis was to study the results of home visits of elderly patients, who are on a psychiatric week-ward, during their inpatient care. The study investigated nurses' experiences of the home visits and their ideas for development. The aim was to obtain information about the ward's home visits and highlight some identified areas for development. In addition, the aim was to get useful information about home visits during the psychiatric inpatient care. The home visits were a new form of work on the ward and they were carried out on weekends, during the home periods of patients.

The study was conducted as a qualitative study in which the data were collected by using theme interviews of the head nurses (n = 5), and by analyzing the data using inductive content analysis. Furthermore, a saturation-principle was used to compile the data.

According to the results of the study the nurses felt the home visits, during the ward-term care, as a part of a comprehensive psychiatric nursing care, where the patient's home brought a new dimension to patient care in a safe area, at their own homes. Home-based psychiatric nursing was seen as more open and equal than the nursing on the ward. The information about the home visits gave a more comprehensive picture of patient's situation, where the treatment was more appropriate. The nurses considered the home visits challenging, responsible and meaningful, in front of a wide variety of phenomena. One suggested development idea was to make home visits more individual and goal-oriented.

In conclusion it can be stated that structured and regular home visits during the psychiatric inpatient care, should be taken more widely into use during the ward-term. That may allow the patients to begin their home-terms at an earlier stage of their treatment. The treatment periods could be reduced and the risk of institutionalization decreased. In addition, patients' participation in nursing care may be increased.

Keywords: mental health, geriatric psychiatry, psychiatric treatment, psychiatric home treatment

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	1
1.	MIELENTERVEYSTYÖ JA IKÄÄNTYNEET	3
1.1	Mielenterveys	3
1.2	Vanhuspsykiatria	4
1.3	Psykiatrinen hoitotyö	6
1.4	Psykiatrinen kotihoito	8
1.5	Aikaisempia tutkimuksia	9
2	OPINNÄYTETYÖN LÄHTÖKOHDAT	16
2.1	Osaston ja hoidollisten kotikäyntien kuvaus	16
2.2	Tutkijan esiymmärrys	17
3	TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT	19
4	TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	20
4.1	Tutkimusmenetelmä	20
4.2	Aineiston keruu ja edustavuus	20
4.3	Aineiston analysointi	22
5	TUTKIMUKSEN TULOKSET	26
5.1	Psykiatrinen kotihoito osastohoidon aikana	26
5.2	Kokonaisvaltainen hoitotyö	30
5.3	Moninainen hoitoympäristö	32
5.4	Kohti yksilöllisempää kotikäyntiä	35
6	POHDINTA	38
6.1	Tutkimustulosten yhteenveto ja niiden tarkastelu	38
6.2	Tutkimuksen luotettavuus	45
6.3	Tutkimuksen eettisyys	49
6.4	Tutkimuksen hyödynnettävyys ja jatkotutkimusaiheet	51
	LÄHTEET	52
	LIITTEET	57

1 JOHDANTO

Ikääntyvien mielenterveyspalvelut ja mielenterveyden hoito ovat huomattavasti huonommalla tolalla kuin työikäisten vastaavat palvelut. Asiaa kuvastaa hyvin se, että Suomessa vanhushuollon laitoksissa ja avohoidossa psykoosilääkkeiden käyttö on maailmanennätys luokkaa. Erityisiä vanhuspsykiatrisia yksiköitä ei ole kuin suurimmissa kaupungeissa ja yliopistosairaaloiden yhteydessä eikä iäkkäiden mielenterveysongelmien hoidolle ole palvelujärjestelmässämme luotu selkeitä hoitopolkuja. Lisäksi iäkkäiden mielenterveyden ongelmien tunnistaminen on huonoa, mikä johtaa väärin hoitoratkaisuihin. Ikääntyvien psykiatriseen hoitoon tulisi kiinnittää yhä enemmän huomiota jo senkin takia, että suuret ikäluokat alkavat ikääntymään. (Nieminen 2003; Saarenheimo 2003, 126; Juhela, 2006; Leinonen 2008; Sauri 2008.)

Aihealueen tutkimisen tärkeyttä lisää, että Suomessa ei ole tutkittu juuri lainkaan vanhuspsykiatriaa, mutta Suomesta on tutkimustuloksia (Routasalo & Pitkälä, 2005, 22–23), jossa ikäihmisten psykososiaalisten tarpeiden, kuten turvattomuuden, sosiaalisen eristäytyneisyyden, yksinäisyyden ja masentuneisuisuuden kokemukset ovat huomattavia. Vuoden 2002 tutkimuksessa kotona asuvista yli 75 vuotiaista 39 % kärsi vähintään toisinaan yksinäisyydestä ja 5 % usein tai aina. Tulokset ovat pysytelleet samansuuntaisen vuoden 1994 tutkimuksen jälkeen.

Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelmassa 2009–2015 (Partanen, A. Moring, J. Nordling, E. Bergman, V. (toim.) 2010) painotetaan mielenterveys- ja päihdepalveluissa avo- ja peruspalveluja. Suunnitelman mukaan ikääntyvien mielenterveys ja päihdehoitomuotoja halutaan kehittää ja tehostaa erityisesti liikkuvia palveluja, joka mahdollistaisi vanhuksen hoitamisen hänen kotiinsa. Keskeisenä painotuksena on asiakkaan asema. (Mieli 2009. 37.)

Vanhusten hoitotyössä kotihoidolla on ollut vahva asema palvelujärjestelmässämme. Kotihoidolla on kuitenkin tarkoitettu lähinnä fyysisten sairauksien hoitoa ja toimintakyvyn tukemista (Ikonen 2013, 18). Poikkeuksena voidaan pitää Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin kuntayhtymässä olevaa Liikkuvaa

vanhuspsykiatrasta polikliinista työryhmää (2013), jossa vanhuksia pyritään hoitamaan heidän tutussa ympäristössään ja työryhmän yksi keskeinen hoitotyön väline on yhteistyö perusterveys- ja sosiaalihuollon kanssa.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena onkin selvittää ikääntyville tarkoitettun psykiatrisen viikko-osaston osastohoidon aikaisia hoidollisia kotikäyntejä Päijät-Hämeen keskussairaalassa. Kotikäyntejä tutkitaan osaston hoitajien näkökulmasta. Hoidolliset kotikäynnit ovat osastolla uusi työmuoto, joten aiheen tutkiminen on tärkeää. Liäksi tutkimuksen tekijä työskentelee hoitajana tutkimuksen kohteena olevalla osastolla, joten kiinnostus omaa työtä kehittävään tutkimukseen on tärkeimpiä syitä valita tämä aihe

Psykiatrasta kotihoitoa on tutkittu verrattain vähän eikä se työmuotona ole ollut juurikaan käytössä ikääntyvien potilaiden kohdalla. Psykiatrisen kotihoito on tutumpaa lasten psykiatriassa sekä työikäisten psykiatrisessa hoidossa. Viime vuosina ympäri Suomen on perustettu erilaisia jalkautuvan työn työryhmiä, joista osa on tarkoitettu akuuttien psykoosien hoitoon, osaksi taas ryhmät toimivat ikään kuin siltana osastohoidon jälkeen tai ennen ikään kuin estämässä osastohoitoa. Nämä uudet työryhmät eivät ole yleensä tarkoitettu ikääntyville potilaille.

1. MIELENTERVEYSTYÖ JA IKÄÄNTYNEET

Keskeiset käsitteet tässä opinnäytetyössä ovat: mielenterveys, vanhuspsykiatria, psykiatrinen hoitotyö ja psykiatrinen kotihoito. Opinnäytetyön tietoperusta perustuu aihealueen tutkimuksiin, kirjallisuuteen, julkaisuihin sekä opinnäytetyön kohteena olevaan osastoon. Tietoperustaan on haettu aineistoa tämän opinnäytetyön keskeisten käsitteiden kautta. Aineiston haussa on käytetty Nelli- ja Linda-, Melinda-, Dart Europe-, Medic- ja PubMed -tietokantoja, yksittäisten yliopistojen ja kirjastojen tietokantoja ja osaston materiaalia.

1.1 Mielenterveys

Mielenterveyden määrittely on hyvin vaikeaa eikä määrittely sen moninaisuuden vuoksi ole edes välttämättä mahdollista. Raja normaalin ja epänormaalin välillä on häilyvä ja se on osittain kulttuurisidonnainen asia. Lisäksi ikääntyvien kohdalla mielenterveyden määrittelyyn liittyy monia vanhenemiseen liittyviä asioita, jotka tulee ottaa huomioon. Kuitenkin on katsottu, että mielenterveyden ja sen häiriölle on ollut hyvä luoda rajat ja kriteerit käytännön työn ja tutkimuksen vuoksi. (Lönnqvist, Heikkinen, Henriksson, Marttunen & Partonen 2008, 28.)

Lönnqvist ym. (2008, 28) mukaan mielenterveyden olemuksellisuutta, emme voi tarkoin milloinkaan tietää. Heidän mukaansa hyvän mielenterveyden tunnusmerkkejä ovat: kyky vastavuoroisiin ja välittäviin ihmissuhteisiin, jossa on halu henkilökohtaiselle tunneilmaisulle. Kyky työntekoon ja sosiaaliseen osallistumiseen ja sopivaan oman edun valvontaan. Elämäntilanteiden muutoksissa ja eritasoisissa kriiseissä kyky kohdata ja selvittää ne ja hallita vaikeatkin tilanteet tavalla tai toisella sekä vaikeuksien keskellä pysyä todellisuudessa kiinni. Hyvää mielenterveyttä ovat itsenäisyys, kehittynyt persoonallisuus ja sen tunteminen sekä kyky käyttää omaa luovuutta monintavoin ja käyttää sitä myös paranemisprosessissa. Hyvän mielenterveyttä kuvaa kyky säilyttää toimintakyky ja kyky tehdä oikeita valintoja vaikeissakin elämäntilanteissa.

Suomalainen lääkäriseura Duodecim (2010) määrittelee mielenterveyden ”inhimillisen olemassaolon tilaksi, jonka keskeisiä osatekijöitä on itsetunto, itsenäisyys, sopeutumis-, toiminta- ja ongelmanratkaisukyky sekä kyky tyydyttäviin ihmissuhteisiin ja virkistäytymiseen”. Maailman terveysjärjestö (WHO 2007) määrittelee mielenterveyden siten, että se on enemmän kuin sairauden oireiden puuttuminen, ihminen ymmärtää omat kykynsä, selviytyy elämän normaaleissa stressitilanteissa, pystyy työskentelemään tuottavasti ja tuloksellisesti sekä kykenee avustamaan omaa yhteisöään.

Ikääntyville ja erityisesti hyvin iäkkäille mielenterveyden määritelmä on hyvin monisyinen asia. Gerontologiassa Carol Ryff (1989), on listannut ikääntyville psyykkisen hyvinvoinnin osatekijöiksi itsensä ja omien rajoitustensa hyväksymisen, vastavuoroiset suhteet toisiin ihmisiin, ympäristön ja arjen hallinnan, autonomian, elämän tarkoituksellisuuden sekä henkilökohtaisen kasvun ja omien mahdollisuuksien toteuttamisen (Ryff 1989, Saarenheimo 2007 mukaan). Tämä voisi tarkoittaa Kivelän (2009, 11–12) mukaan, että ikääntyvä kokee itsensä yhtä arvokkaaksi kuin kuka tahansa ja huolehtii itsestään ja ulkonäöstään. Hänellä on ystäviä ja mielekästä tekemistä. On kiinnostunut ajankohtaisista tapahtumista. On ratkaissut oman fyysisen kunnon heikkenemisen ongelmia ja sopeutunut käyttämään apuvälineitä tai pyytämään apua selviytyäkseen päivittäisestä elämästään. Psykkisen tasapaino näyttäytyy myös tekoina ja suhteissa muihin ihmisiin. Lisäksi Kivelä toteaa yksilön mielenterveyteen vaikuttavan yksilöllisyyden lisäksi, yhteisölliset, yhteiskunnalliset sekä kulttuuriset tekijät.

1.2 Vanhuspsykiatria

Suomessa ikääntyvien psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa vanhuspsykiatria ei ole nimikkeenä vakiinnuttanut paikkaansa, vaan eri nimikkeiden käyttö on ollut kirjavaa. Vanhuspsykiatriasta käytetään myös psykogeriatria ja geropsykiatria nimikettä. Ikääntyvien akuutin psykiatrian kehittyessä oli tarve erottaa vanhuspsykiatrisesta nimikkeestä, jota käytettiin isojen mielisairaaloiden aikana ikääntyvien potilaiden hoidosta. Tosin Oulun ja Tampereen yliopistollisilla sairaaloilla on ikääntyvien akuutti psykiatrisella osastolla käytössä edelleen

psykogeriatriinen nimitys. Nykyisin vanhainkoti tyyppisiin pitkäaikaishoito yksiköihin on perustettu osastoja psykogeriatria nimikkeellä. Nimikkeiden sekamelska kuvastaa ikääntyvien ihmisten psykiatrisen hoidon vakiintumattomuutta. Opinnäytetyössäni käytän käsitettä vanhuspsykiatria, joka on yleisimmin käytössä Suomessa ikääntyvien akuuttipsykiatrisessa hoidossa. (Juhela 2006; Vuorinen 2006a.)

Vanhuspsykiatrian ikäraajat ovat vaihtelevia. Juhelan (2006) mukaan ikäraja on joissakin tapauksissa 65 vuotta ja voi olla myös 70 vuotta, koska 65 vuotiasta pidetään liian nuorena vanhuspsykiatria. Toisaalta Juhela toteaa, että on näkemyksiä ikärajan madaltamisesta entisestään myöhäiseen keski-ikään, koska vanhenemiseen liittyvien sopeutumisprosessien psykoterapeuttisen tukemisen tulisi alkaa jo silloin. Yleisesti ajatellaan ikääntyvän olevan 65 vuotta täyttänyt. Tulevaisuudessa ikääntyvästä ihmisestä voidaan puhua ehkä 70 vuotiaasta alkaen. Sirkka-Liisa Kivelä (2009, 19) jakaa ikääntyvät ihmiset seuraaviin luokkiin: 55–69 -vuotiaat ovat ikääntyvä työikäinen, 65–79 -vuotiaat ovat ikääntyviä, 80 > -vuotiaat iäkkäitä, 85 > vanhoja ja 90 vuotta täyttäneet vanhuksia. Opinnäytetyössäni käytän ikääntyvä sanaa, koska tutkimuksen kohde osaston potilaat ovat iältään 50 vuotiaasta aina iäkkäimpiin saakka.

Ikääntyvien mielenterveyshäiriöt ovat samanlaisia kuin keski-ikäisillä, mutta usein mukana saattaa olla somaattisia ongelmia, joihin liittyy psykiatrisia oireita. Tärkeää onkin erottaa mahdollinen somaattinen sairaus oireiden takaa, kuten dementia. Tavallisimmat mielenterveyden ongelmat ikääntyvillä ovat mielialahäiriöt, ahdistuneisuushäiriöt, psykoosit sekä elimelliset mielenterveyden häiriöt. Ikääntyvät saattavat oireilla eri mielenterveydenhäiriön kohdalla eri tavalla kuin nuoremmat ja lääkkeet saattavat myös vaikuttaa eri tavalla. Esimerkiksi ikääntyvillä yleisen depression oireina korostuu somaattiset oireet, ruokahaluttomuus ja painon lasku, psykomotorinen estyneisyys tai kiihtyminen, rangaistus- ja köyhyysarhaluulot sekä itsetuhoisuus. Ikääntyvien mielenterveydenhäiriöitä hoidetaan pääosin samalla tavalla kuin keski-ikäisten mielenterveydenhäiriöitä. Ikääntyvien mielenterveydenhäiriöiden hoidon ongelmana on niiden huono tunnistettavuus terveydenhuollossa. Kuitenkin iäkkään ihmisen mielenterveydenhoidon ennuste on samanlainen kuin keski-

ikäisillä. (Lepola, Koponen, Leinonen, Joukamaa, Isohanni & Hakola 2002, 187; Vuorinen 2006a; Vuorinen 2006b; Lönqvist ym. 2009, 631.)

Ikääntymiseen yleisesti ajatellaan kuuluvan asioita, joista joutuu luopumaan. Sen vuoksi vanhuspsykiatria käsiteltäessä on pohdittava myös normaalia ikääntymistä, mikä on monisyinen asia. Ikääntyminen koskee väistämättä henkilön fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista elämää. Muutokset etenevät eri tahdissa eri ihmisillä, mutta ne koskevat jokaista ikääntyvää. Normaaliin ikääntymiseen kuuluvia muutoksia ovat: lieväästeinen fyysisen toimintakyvyn heikkeneminen, psyykkisen haavoittuvuuden lisääntyminen, ulkoisten vaikutteiden omaksumisen vaikeutuminen, yksilöllisten luonteenpiirteiden korostuminen, lähimuistin ja mieleen painamiskyvyn heikkeneminen sekä aistitoimintojen heikkeneminen. Lisäksi tulevat mukaan mahdolliset sairaudet, jotka vievät kokonaisvaltaista toimintakykyä alaspäin. Saarenheimon (2003, 20) mukaan yli 65-vuotiaista noin 80 %:lla on yksi tai useampi krooninen sairaus, joten sen mukaan ikääntyessä on nykyisten sairauskriteerien mukaan normaalimpaa sairastaa kuin olla terve. (Hyttinen 2009, 42; Kivelä 2009, 14,19.)

Ihmsen elämänsä elämänsä on koko ajan muuttuvassa tilassa eikä mikään normaaliin ikääntymiseen kuuluva tapahtuma yhtäkkiä, vaan ikääntyvällä on aikaa sopeutua ikääntymiseen pikkuhiljaa vuosikymmenien aikana. Tähän sopeutumiseen vaikuttaa oleellisesti eletty elämä, minäkuvan rakentumiseen vaikuttaneet tekijät, arvomaailma jne. Ei voida myöskään pois sulkea ympäröivän maailman vaikutusta minäkuvaan aikaisemmassa ja nykyisessä elämänvaiheessa. (Hyttinen 2009, 42; Kivelä 2009, 14,19.) Kivelä (2009, 20) toteaaakin; ”emme vanhene yksin, vaan yhteisön jäsenenä”.

1.3 Psykiatrinen hoitotyö

Mielenterveyden hoitoa käsittelevässä kirjallisuudessa käsitteiden käyttö on ollut kirjavaa. Psykiatrisen hoitotyön, mielenterveyden hoitotyön ja mielenterveystyön käsitteitä käytetään samassa merkityksessä. Välimäki, Holopainen ja Jokinen (2000, 13–14) pitävät kuitenkin käsitteiden erovaisuuksia selvänä. Psykiatrisen hoitotyön käsitteeseen kuuluvat heidän mukaansa hoitotyöntekijän ne tiedolliset,

taidolliset ja asenteelliset valmiudet, joilla hän kykenee auttamaan vakavista psyykkisistä häiriöistä kärsiviä ihmisiä, heidän omaisiaan ja läheisiään sekä yleinen ihmisen mielentervettä edistävä ja tukeva toiminta.

Käytän opinnäytetyössäni psykiatrinen hoitotyö käsitettä, koska se sopii mielestäni parhaiten psykiatrisen erikoissairaanhoidon hoitotyötä kuvaavaksi käsitteeksi. Psykiatrinen hoitotyö tarkoittaa tässä yhteydessä psykiatristen hoitajien tekemää hoitotyötä erikoissairaanhoidossa.

Psykiatrista hoitotyötä ohjaa yhdessä potilaan ja tarvittavan moniammatillisen työryhmän kanssa rakennettu hoitosuunnitelma. Hoitosuunnitelma muokkaantuu aina potilaan hoidon tarpeen mukaan. Psykiatrinen hoitotyö onkin etenevä ja tavoitteellinen prosessi, jonka lähtökohtana ovat potilaan avuntarpeet ja voimavarat. Hoidossa huomioidaan potilaan tilanne kokonaisvaltaisesti, jolloin potilaan historia ja nykytila tulee tarvittavin määrin selvittää. Kokonaisvaltaiseen hoitoon kuuluu potilaan perheen tai muiden läheisten osallistuminen potilaan hoitoon. (Kiviniemi 2008, 20; Hietaharju ym. 2010, 94 – 96.)

Nykykäsityksen mukaan potilas on oman elämänsä asiantuntija, jonka ongelmien hoidossa ammattihenkilö ja potilas luovat tasaveroisena vuorovaikutussuhteen, jolla pyritään parantamaan vaikutukseen. Vuorovaikutus onkin psykiatrisen hoitotyön ydin. Kohtaaminen potilaan kanssa vaatii aktiivista kuuntelemista, tasaveroista kohtaamista ja herkkää erilaisten viestien vastaanottamista. Hoitaja käyttää hoitosuhteessa ammatillisia auttamismenetelmiä, jotka vahvistavat ja edistävät potilaan tilannetta. Hoitotyön vuorovaikutuskokonaisuuteen kuuluu myös potilaan perheen tai läheisten asiantuntijuus ja heille annettava tieto potilaan sairaudesta. Perhe ja läheiset vaikuttavat paljon potilaan vointiin, vaikka potilaan sairastuminen on kriisi ja koettelee perheen totuttua vuorovaikutusasetelmaa, se saattaa sitä kautta olla myös rakentava voimavara. (Linnainmaa, Innamaa & Honkala 1999, 40 - 42; Suominen & Vuorinen 1999, 49, 51; Haarakangas 1999, 96 - 97; Uttula 2006, 20 - 21; Eriksson ym. 2007, 76; Lemola 2008, 2; Kiviniemi 2008, 20; Hietaharju ym., 2010, 84 - 89.)

1.4 Psykiatrinen kotihoito

Psykiatrinen kotihoito on ydinalueeltaan samaa kuin psykiatrinen hoitotyö, mutta kotona tehtävään psykiatriseen hoitoon liittyy erityispiirteitä joita ei ole sairaala- eikä vastaanotto-olosuhteissa. Kotihoito yleisesti ajatellaan olevan palvelua, jossa tuetaan toimintakykyä ja elämänhallintaa siten, että henkilö voisi asua kotonaan mahdollimman pitkään (Ikonen 2013, 18).

Potilaan koti on potilaalle luonteva ja turvallinen hoitoympäristö. Tuttu kodin ympäristö voi auttaa potilasta irrottautumaan niin sanotusta potilaan roolista ja potilaan itsemäärämisoikeuden tunne saattaa vahvistua. Potilaan kotona hoitohenkilöstö näkee selvemmin potilaan koko elämäntilanteen, kulttuurin ja perheen dynamiikan ja näkee selvemmin voinnin muutokset kuin osastohoidossa tai vastaanotolla. Näin päästään mahdollisimman lähelle totuutta potilaan elämässä ja voidaan hoito kohdistaa oleellisiin asioihin ja näin edistää potilaan kasvua. (Haarakangas 1999, 100; Aaltonen, Koffert, Ahonen, & Lehtinen 2000, 69 - 70; Farkas, Gagne, Anthony & Chamberlin 2005, Lemolan 2008, 2 mukaan; Hyytiäinen 2008, 43–45.)

Kotihoidossa tärkeä seikka on, että potilaan koti on potilaan reviiiriä, jossa potilas (ja mahdolliset muut perheenjäsenet) luo rajat sille, mitä hän tuo esille itsestään ja kodistaan. Kotihoito saattaa olla potilaalle hämmentävä varsinkin silloin kun potilaan psyykinen vointi on huono. Tämä tuo haasteita hoitajien työlle ja heidän turvallisuudelleen. Hoitajien turvallisuus tulee kyetä takamaan, joten asia tulee varmistaa siten, että suunnitellaan käynti mahdollisimman hyvin ennakkoon. Suunnitteluvaiheessa tehdään yhteistyötä potilaan kanssa, mikä helpottaa kumpaakin osapuolta ja luo luottamuksellista ja turvallista ilmapiiriä. Potilaan tuleekin saada jokaisessa tilanteessa tieto kotihoidon tarkoituksesta, tavoitteista ja kokoonpanosta. Pyrkimyksenä tulee olla yhteistoiminnallinen hoitotyö, jossa osapuolet tuovat oman asemansa kautta tarvittavat palaset hoitotyöhön. Jokainen potilas kuitenkin kokee kotihoito tilanteen kotona omalla tavallaan ja siihen vaikuttavat oleellisesti potilaan saaman tiedon lisäksi hänen aikaisemmat kokemuksensa, mielikuvansa, arvonsa ja ennakoasenteensa sekä sairauden tila. (Haarakangas 1999, 100; Hyytiäinen 2008, 43–45.)

Potilaan kotona korostuu hoitajan kunnioittava käytös ja asenne potilasta kohtaan. Kunnioittava, tunnusteleva ja hienotunteinen kohtaaminen on avain onnistuneelle kotihoidolle ja hoitosuhteelle. Potilaan kotona hoitajan tulee kuitenkin kyetä tuomaan asioita avoimesti esille ja selvittää asioita sanallisesti. Suora ja rehellinen puhe tuo luottamusta hoitotilanteeseen. (Haarakangas 1999, 100; Hyytiäinen 2008, 43–45.)

Kotihoidossa joudutaan jatkuvasti tilanteisiin, jossa pohditaan potilaan itsemääräämisoikeutta ja sen suhdetta potilaan hoitoon. Potilaan hoidossa tulee arvioida holhoavan, tukea antavan ja kontrolloivan työotteen astetta, jotta hoitaminen johtaa potilaan kannalta parempaan tulokseen eikä esimerkiksi avustetta eri toimissa liikaa. Psykiatrisen potilaan kohdalla voi olla, että joudutaan käyttämään enemmän kontrolloivaa työotetta, jolloin potilaan itsemääräämisoikeutta ei pystytä täysimääräisesti huomioimaan, mutta silloin saattaa kuitenkin toteutua kokonaivaltaisesti huomioiden potilaan kannalta paras. (Suominen & Vuorinen 1999, 49.)

1.5 Aikaisempia tutkimuksia

Aiheesta on tehty vähän tutkimuksia. Suoraan vanhuspsykiatrisia tutkimuksia psykiatrisesta kotihoidosta ei löydy Suomesta eikä hakujen perusteella muualtakaan Euroopasta yhtään. Psykiatrisesta kotihoidosta on tehty pro gradu -tutkimuksia sekä erilaisten projektien raportteja, jotka eivät kuitenkaan täytä täysin tutkimusten kriteereitä. Katsoin kuitenkin niiden soveltuvan hyvin ammattikorkeakoulutasoisen opinnäytetyön teoriaperustaan.

Olen väitöskirjatason tutkimuksena perehtynyt psykiatrista hoitotyötä tutkivan Eija Latvalan (1998, 31) väitöskirjaan, jonka tavoitteena oli kuvata psykiatrisessa laitospäristössä toteutuvaa hoitotyötä ja tuottaa käsitejärjestelmä, joka kuvaa potilaslähtöistä psykiatrista hoitoa. Aineisto kerättiin haastatteleamalla hoitajia (n = 29), potilaita (n = 16) ja hoitotyön opiskelijoita (n = 7) sekä havainnoimalla psykiatrisen hoitotyön käytännön tilanteita sairaalaympäristössä (n = 10). Tutkimus oli laadullinen tutkimus.

Latvala (1998, 44) löysi psykiatrisesta hoitotyöstä kolme hoitotyön tyyppiä, jotka hän nimesi varmistavaksi, kasvattavaksi ja yhteistoiminnalliseksi psykiatriseksi hoitotyöksi. Latvala päätyi tutkimuksessaan siihen, että psykiatrinen hoitotyö laitospäristössä hoitotyön tyypeihin jaettuna oli 50 % varmistavaa, 37 % kasvattavaa ja 13 % yhteistoiminnallista hoitotyötä. Latvalan mukaan hoitotyön tyyppien syntyyn vaikutti miten hoidon tarve asetettiin eli jos tarve asetettiin autoritaarisesti niin hoitokin oli autoritaarista. Taas jos tarve määriteltiin yhteistoiminnallisesti niin hoidostakin tuli yhteistoiminnallista ja potilas oli omine saavutettavissa olevine tavoitteineen hoitonsa subjektiivinen osallistuja.

Latvala loi oman tutkimuksen (1998, 58 - 59), aikaisemman hoitotieteellisen tiedon ja psykiatrisen tutkimustiedon perusteella potilaslähtöisen psykiatrisen hoitotyön mallin, mikä edellyttää hoitajalta yhteistoiminnallisia hoitotaitoja ja kykyä toimia tilanteen vaatimalla tavalla. Latvalan mukaan yhteistoiminnallinen malli tukee potilasta irrottautumaan passiivisesta vastaanottajasta riippumattomaksi vastuulliseksi osallistujaksi. Hoitajan osalta muutos vaatii kasvua riippumattomaksi, joustavaksi asiantuntijaksi, tilanteen vaatimuksen mukaan toimijaksi ja tilanteen mukaan toimijaksi. Potilaslähtöisessä hoitotyössä tulee tällöin pyrkiä dialogiin, löytää potilaan voimavarat ja toimia potilaan kyvykkyyden mukaan. Näin potilaan muutos perustuisi yksilöllisiin resursseihin, jolloin potilaan motivaatio ja mielekkyys normaaliin arkiseen elämään voisi rakentua helpommin ja potilas olisi vastuullisena osallistujana jokapäiväisessä elämässään.

Annabella Magnusson (2003, 47) tutki väitöskirjassaan miten palvelujärjestelmän muutokset sairaalasta kotihoitoon ovat muuttaneet psykiatrisen hoitajan työtä pitkäaikaissairaiden mielenterveyspotilaiden kohdalla Ruotsissa. Potilaan kodin hoitajat kokivat yksityisenä, jolloin he tunsivat astuvansa potilaan reviirille. Hoitajat kokivat oman roolinsa suhteessa potilaaseen haastavampana ammatilliselta kannalta ja kokivat haastavana ottaa huomioon potilaan itsemäärämisoikeuden ja oman ammatillisen vastuun potilaan terveydestä. Hoitajat kokivat ettei potilaan koti hoitoympäristönä antanut samanlaista turvallisuuden tunnetta kun on sairaalassa.

Magnussonin (2003, 48-49) mukaan psykiatrisen potilaan hoito on muutunut enemmän potilaslähtöiseen suuntaan, kun se aikaisemmin oli sairauskeskeistä. Kotihoidossa suunnataan huomiota yhä enemmän potilaan voimavaroihin ja arjessa tukemiseen sekä luodaan yhteistyösuhde. Aikaisemmin sairaalahoidossa potilas oli enemmän hoidon kohde. Lisäksi sairaanhoitaja ei ole enää lääkärin apulainen vaan kokonaisvaltainen toimija yhteistyössä potilaan kanssa. Se tarkoittaa myös suurempaa vastuuta eri tilanteissa. Hoitajat kokivatkin usein olevansa yksin erilaisissa päätöksentekotilanteissa.

Magnussonin (2003, 49.) mukaan kotihoidossa sairaanhoitajan tulee luottaa enemmän omaan taitoihin kuin sairaalassa. Tuen ja ohjauksen kautta sairaanhoitaja saattoi arvioida potilaan terveyden tilaa. Potilaan kotona sairaanhoitaja tutustui potilaan kulttuuriin ja läheisiin, jolloin yhteistyö läheisten kanssa oli myöhemmässä vaiheessa helpompaa. Potilaan kotona nähtiin miten tuen ja ohjauksen kautta potilas sai omia oivalluksia pärjätä kotonaan. Potilaan kotona sai hyvän kuvan potilaan sosiaalisesta elämän tilanteesta, jolloin oli helpompi arvioida potilaan tulevaisuuden mahdollisuuksia.

Vuosina 1992 - 1998 toteutettiin valtakunnallinen Akuutin psykoosin integroitu hoito –projekti (API) (Aaltonen ym. 2000, 21 - 24, 30, 43), joka oli laaja-alainen tutkimus- ja kehittämishanke. Sen tärkeimpänä tavoitteena oli akuutin psykoosin hoitokäytäntöjen kehittäminen kuudessa psykiatrisessa hoitokeskuksessa Espoossa, Torniossa, Jyväskylässä, Lohjalla ja Turussa sekä uuden tarkemman tiedon hankkiminen siitä, miten eri hoitomuotoja tulee integroida psykoosipotilaan hoidossa. Projektissa hoitokeskukset sitoutuivat noudattamaan skitsofrenian tarpeenmukaisen hoidon periaatteita, joiden pääasiallisina esikuvina olivat Turun psykiatrian klinikalla 1960-luvun lopulla aloitettu tutkimus- ja kehittämisprojekti skitsofrenian piiriin kuuluvien psykoosien tarpeenmukaisen hoidon kehittämiseksi ja vuosina 1981 - 1987 toteutettu Valtakunnallinen skitsofreniaprojekti. API-projekti ei täyttänyt kokonaisuutena kontrolloidun tutkimusmenetelmän vaatimuksia, vaikka siinä sovellettiin sen vaatimuksia. API-projektin organisoivat Stakes yhdessä Jyväskylän yliopiston psykologian laitoksen ja Turun yliopiston kanssa.

API-projektissa tuli esille hoitoympäristön selvä vaikutus potilaan hoitoon, kokemukseen ja itsemäärämisoikeuteen. Eri hoitoympäristöt sisälsivät eri hoitokulttuurisia tekijöitä ja niissä oli ristiriitaisuuksia erityisesti potilaan omasta kokemuksesta katsottuna. Kotona potilaan itsemäärämisoikeus painottui olennaisesti enemmän kuin avohoitoyksikössä tai osastolla ja kotona se koettiin useimmitin säilyvän ja vahvistuvan. Kotona potilaat kokivat työntekijän tasaveroisena yhteistyökumppanina eikä autoritaarisena, mikä jo nähtiin jäsentävän potilasta. Potilaan kotona nähtiin ja voitiin seurata hoidon aikana myös hänen konkreettisen ympäristön jäsentymistä. (Aaltonen ym. 2000, 69 - 70, 81.)

API-projektin tuloksien johtopäätökset ”uudet tarpeenmukaisen hoidon periaatteista” jaettiin kahteen osaan. Ne olivat 1) horisontaalinen asiantuntijuus ja 2) rituaalinen purkaantuminen ja avoin dialogi. Nämä periaatteet ohjaavat potilaan hoitoa pois byrokraattisesta ja rituaalisesta ympäristöstä eli kohti potilaan kotia. (Aaltonen ym. 2000, 82 - 83.)

API-projektin havainnosta suurin osa painotti horisontiaalista asiantuntijuuden muotoa. Siinä pyritään tietoisesti reiviirien purkamiseen ja asiantuntemusten välisten raja-aitojen ylittämiseen ja korostetaan itseohjautuvien moniammatillisten tiimien toimintaan. Projektin tuloksissa korostetaan pysyvää vuorovaikutuksellisuuden tilaa työryhmissä ja säännöllisiä tapaamisia eri ammattiryhmien ja eri hierarkia tasojen kanssa. Tässä mallissa korostuu potilaan näkökulma ja hoidon päätöksiin osallistumisen tärkeys, jossa siten painottuu potilaan kotona tehtävä hoitotyö ja potilaan verkoston tärkeys. (Aaltonen ym., 2000, 82, 84-85.)

Keroputaan sairaalassa jatkettiin tutkimusprojektia API-projektin jälkeen sairaalan omana projektina vuosina 1994 - 1996. Tutkimus nimettiin ODAP –tutkimukseksi (Open Dialogue in Acute Psychosis) eli avoimen dialogin malli akuutissa psykoosissa, joka tarkoittaa potilaan sosiaalisen verkoston ja eri auttajatahojen yhteisiä kokoontumisia, joissa pohditaan yhteisesti hoidon tarpeet, tavoitteet ja menetelmät. Tutkimuksessa tehtiin kaikille potilaille yhden, kahden ja viiden vuoden seuranta haastattelut. Tässä tarkastellaan kahden vuoden seuranta-ajan jälkeistä tilannetta. Yhtenä tavoitteena oli selvittää ”onko psykoosin kotihoito

mahdollista hoidon laadun heikkenemättä”. Tulosten mukaan suunnitellulla psykoterapeuttisella hoidolla, jossa potilaan läheiset osallistuvat avoimien hoitokokousten kautta prosessiin, tuottaa parempia tuloksia sekä neuroleptilääkityksen tarve on vähäisempi, joka puolestaan saattaa auttaa säilyttämään aktiivisen elämäntyylin. Tutkimuksessa sairaalahoitopäivät väheni ensimmäisestä seurannasta toiseen seuranta yli puolella eli potilaita voitiin yhä enemmän hoitaa kotona. (Seikkula, Aaltonen & Alakare 1999, 107-117.)

Aila Uttulan (2006) pro gradu – tutkielma ”psykoosipotilaan hoito avohoidossa tehostetun psykiatrisen kotihoitotyöryhmän hoitajien kuvaamana”. Tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa tietoa psykoosipotilaan hoidosta avohoidossa sekä tuottaa mahdollisia kehittämisen kohteita käytännön hoitotyölle. Uttula sai tutkimuksessaan selville, että psykoosipotilaan hoito voidaan jakaa kolmeen pääkategoriaan; hoitotyön lähtökohta on luottamuksellinen ja avoin vuorovaikutuksellinen yhteistyösuhde, potilaan verkostoa rakentava ja ylläpitävä toiminta, ja hoitotyön vaaliminen.

Vuorovaikutuksellinen yhteistyösuhde rakentuu luottamukseen ja avoimuuteen, jossa arkisuuden periaate on tärkeä arkielämän ja terveyden tukemisessa ja lääkityksestä huolehtimisessa. Potilaan sairauden merkitys on erityisen tärkeää ja tärkeintä sen olisi ymmärtää potilas itse. Tutkimuksessa tuli esille yhteistyön tärkeys potilaan verkoston kanssa. Tämä antaa tietoa potilaan läheisille ja läheisiltä hoitavalle taholle. Lisäksi se helpottaisi heidän taakkaansa. Yhteistyö sairaalan ja avohoidon kanssa hoidon jatkuvuuden kannalta koettiin tärkeäksi. Hoitotyön vaaliminen on erityisen tärkeää; työnohjaus, koulutus, työryhmätyöskentely ja työparina toimiminen ovat hyviä muotoja siitä. Työpari toiminnassa työ voidaan jakaa toisen kanssa myös reflektioivassa mielessä. (Uttula 2006, 59.)

Johanna Hyytiäisen (2008) ylemmän ammattikorkeakoulun opinnäytetyö ”kohti kotia”, jossa tutkittiin hoitajien kokemuksia kotiin tehtävästä lastenpsykiatrisesta perhehoitotyöstä ja kuvata siinä käytettäviä hoitomenetelmiä sekä luotiin tutkimuksen pohjalta lastenpsykiatrian kotihoidon perhehoitotyön -malli. Opinnäytetyön tekijä otti ammattikorkeakoulutasoisen opinnäytetyön tutkimukseen

mukaan, koska tutkimuksen kohderyhmä ja aihealue oli hyvin paljon vastaava kuin tämä tutkimus.

Tutkimuksen mukaan lastenpsykiatrinen kotihoito on yksilöllistä ja kokonaisvaltaista hoitotyötä, jossa erikoissairaanhoidon potilaan ja perheen kotiin ja jossa hoito etenee yksilöllisen hoitoprosessin avulla.

Tutkimuksen mukaan hoitoprosessi on hoitajien ja perheen yhteinen matka kohti asetettuja tavoitteita, jossa perheen osallisuus tavoitteiden asettamisessa on ensiarvoisen tärkeää, jotta perhe kykenee sitoutumaan omaan hoitoonsa.

(Hyytiäinen 2008, 50, 74-75.)

Tutkimuksen mukaan hoitajat kokivat perheen kodin haastavana hoitoympäristönä erikoissairaanhoidon tasoisten potilaiden, mutta myös hoitoympäristön moninaisuuden vuoksi. Hoitajat kokivat, että perheen ammattillinen ja samalla tasaveroisen kohtaaminen oli haastavaa varsinkin pitkien hoitosuhteiden aikana sekä perheen kotioloissa oli pyrittävä nopeaan päätöksentekokykyyn. Toisaalta hoitajat kokivat, että tuttu kodin ympäristö on luonteva hoitoympäristö perheelle.

Potilaan kotona saa kokonaisvaltaisen kuvan niin potilaan kuin perheen tilanteesta. Voitiin havaita perheen dynamiikkaa, tunneilmastoa, fyysistä ympäristöä sekä potilaan oireet näkyivät nopeammin kuin osastohoidossa.

(Hyytiäinen 2008, 45.)

Tutkimuksen mukaan yhtenä tärkeänä hoitomenetelmänä koettiin perheen arkipäivisissä tilanteissa tukemisen ja sitä kautta vanhemmuuden tukemisen. Yhtenä tärkeänä hoitomenetelmänä koettiin avoimet keskustelut, joka sisälsi hoitajien mukaan avoimen kirjaamisen, avoimen dialogisuuden ja asioiden käsittelyn. Hoitajat kokivat tämän mielekkäänä työnsisältöä lisäävänä asiana. Avoimuutta ja tasaveroisuutta pidettiin työn ytimenä, jolloin on mahdollisuus rakentavasti keskustella vaikeistakin asioista. Toisaalta avoimuutta pidettiin joskus myös haasteellisena, mutta kuitenkin ainoana oikeana tapana tehdä työtä. Työssä käytettiin myös erilaisia materiaaleja helpottamaan asioiden käsittelyä, esimerkiksi tunnekortit ja eri aihealueen lomakkeet sekä annettiin perheelle kotitehtäviä ja päiväkirja, johon oli mahdollisuus asioita kirjata hoitokäyntien välillä. Työssä hyödynnettiin hoitajien erityisosaamista, kuten perheterapia

osaamista. Tärkeänä työmuotona pidettiin myös yhteistyötä eri verkostojen kanssa, kuten koulut, päiväkodit, sosiaalitoimi ja tarvittaessa myös aikuispsykiatria. (Hyytiäinen 2008, 60-69.)

Hoitajat kokivat työparityöskennelyn tarpeellisenä ja samana säilyvä pari mahdollistaa hoitoprosessin eri vaiheissa olemisen täysipainoisena. Työparin kanssa työtä voidaan suunnitella, voidaan jakaa eri tilanteita sekä olla turvana ja tukena. Työpari on myös tärkeä erilaisia näkökulmia avartava. (Hyytiäinen 2008, 45.)

2 OPINNÄYTETYÖN LÄHTÖKOHDAT

Opinnäytetyön lähtökohtana on ikääntyville potilaille tarkoitettun psykiatrisen viikko-osaston hoitotyö Päijät-Hämeen keskussairaalassa. Osaston hoitotyön työmuodoista tutkimisen kohteena ovat hoidolliset kotikäynnit. Hoidolliset kotikäynnit ovat osastolla uusi hoitomuoto, joten siitä saatava tutkimuksellinen tieto on tärkeää. Hoidolliset kotikäynnit otettiin hoitomuodoksi, kun osasto muuttui ympärivuorokauden auki olevasta osastosta viikko-osastoksi.

2.1 Osaston ja hoidollisten kotikäyntien kuvaus

Tutkimuksen kohteena oleva osasto on ikääntyville tarkoitettu akuutti tutkimus- ja kuntoutusosasto Päijät-Hämeen keskussairaalassa. Yleisimmät syyt osastohoitoon tulolle ovat psykoosit ja vaikeat depressiot. Jokaisella osaston potilaalla on oma hoitoryhmänsä. Potilas, lääkäri ja hoitoryhmän hoitaja/t pyrkii yhteistyösuhteeseen, jossa tuetaan ja autetaan potilasta. Osaston moniammatilliseen hoitoryhmään kuuluu myös psykologi, toimintaterapeutti, sosiaalityöntekijä, askarteluohjaaja ja sairaalapastori. Hoitomuotoina osastolla ovat yksilö-, ryhmä-, verkosto- ja yhteistyömenetelmät sekä hoidolliset kotijaksot ja -käynnit.

Osaston hoitotyön yleisenä tavoitteena on elämänlaadun säilyttäminen tai kohentaminen sekä tukea potilaan omatoimisuutta ja ehkäistä laitostumista sairaalahoidon aikana. Tutkimus ja hoito toteutetaan potilaan yksilöllisen tarpeen mukaan. Hoitoa ohjaa hoitosuunnitelma, joka on laadittu yhdessä potilaan, moniammatillisen henkilökunnan, omaisten ja verkoston kanssa.

Hoidollisia kotikäyntejä tehdään potilaiden kotiin heidän ollessa viikonloppuisin kotijaksolla. Käyntejä tehdään tarpeen mukaan, mutta tavoitteena on, että potilaan kotiin tehdään hoitajakson aikana ainakin yksi hoidollinen kotikäynti, joka yleensä on potilaan ensimmäisellä kotijaksolla. Hoidolliset kotikäynnit palvelee osaston yleisiä tavoitteita.

Kotikäynnit käytännön tasolla sovitaan yleensä osastolla kerran viikossa olevassa moniammatillisessa tiimissä, jossa on osaston lääkärin lisäksi, sosiaalityöntekijä, osastonhoitaja ja työvuorossa olevat hoitajat. Osaston potilaan kanssa mahdollisesta kotikäynnistä keskustellaan tarkemmin jo aikaisemmin ja potilas saa sellaisesta työmuodosta tiedon tullessaan osastolle. Potilaalla on mahdollisuus kieltäytyä hoitajien kotikäynneistä. Potilas luo yhteistyössä hoitohenkilökunnan kanssa kotijaksolle yksilöllisen tavoitteellisen kotijaksosuunnitelman, jos se nähdään tarpeelliseksi. Kotikäyntien aikana saadut tiedot ja havainnot kirjataan potilaan hoitokertomukseen, jotka sitten käydään läpi hoitoryhmässä, moniammatillisessa tiimissä ja keskusteluissa potilaan kanssa.

2.2 Tutkijan esiymmärrys

Tässä opinnäytetyössä tutkija on osallistujien kanssa kollega, jolloin korostuu tutkijan rooli tutkimusta tehdessä. Laadullisessa tutkimuksessa tutkijan rooli on jo ilman läheistä suhdetta osallistujiin tärkeä, koska usein tutkija on läheisessä kontaktissa osallistujan, jolloin korostuu etiikka ja eettisyyden arviointi. Laadullisessa tutkimuksessa sekä tutkija että osallistuja vaikuttavat toisiinsa ja katsotaan, että tutkimuksen olosuhteilla on merkitystä ja saatu tieto on kontekstuaalisidonnainen. (Kylmä ja Juvakka 2007, 27-28.) Katsoin edellä mainittujen tekijöiden vuoksi tärkeäksi avata omaa ymmärrystäni tutkittavasta aiheesta ja suhdetta työhöni ja työyhteisööni. Tämä on kirjoitettu tutkimuksen aineistokeruun, analyysin ja tutkimusten tulosten kirjaamisen jälkeen, joten olen parhaan kykyni mukaan pyrkinyt näkemään ymmärrystäni aikaa ennen tutkimukseen ryhtymistä.

Tutkija tuli työyhteisöön sairaanhoitajan sijaiseksi juuri, kun hoidolliset kotikäynnit otettiin käytännön työmuodoksi vuoden 2009 loppukevästä. Sitä ennen uutta hoitomuotoa oli jo suunniteltu, joten tutkija ei ollut aivan alusta saakka muutoksessa mukana. Tutkijalla oli aloitusvaiheessa vähäinen noin kuuden kuukauden verran työkokemusta mielisairaanhoitajana työskentelystä. Erikoissariaanhoidosta kokemusta oli noin 3 kuukautta. Tutkimuksen aloitusajankohtana vuoden 2011 syksyllä tutkija oli työskennellyt sairaanhoitajan sijaisena ja mielisairaanhoitajana kohdeosastolla kaksi vuotta, jonka aikana

hoidolliset kotikäynnit olivat olleet koko ajan työmuotona. Tutkijan opintoihin liittynyt opinnäytetyö avasi mahdollisuuden tutkia psykiatrisen hoitotyön käytännön työtä ja uusi hoitomuoto oli houkutteleva ja mielenkiintoinen tutkimuskohde.

Tutkijan ymmärryksen mukaan hoidollinen kotikäynti tuli työmuodoksi ylhäältä sanelemana, koska osasto haluttiin muuttaa osin taloudellisen tilanteen vuoksi viikko-osastoksi. Viikko-osaston muotoisen toimintatavan vuoksi potilaat menivät viikonlopun ajaksi kotijaksoille tai muille osastoille. Potilaiden vointi ei kuitenkaan mahdollistanut täysin itsenäistä kotijaksoa vaan useimmat heistä tarvitsivat jonkinlaista tukea, joten hoidolliset kotikäynnit olivat perusteltu työmuoto. Kuitenkin alusta saakka kotikäynnit ymmärrettiin hoidollisina.

Tutkijan ensiajatus hoidollisista kotikäynneistä oli positiivinen ja tutkijan potilaslähtöiseen asenteeseen sopivana. Kahden vuoden ajan tutkijan ymmärrys hoidollisista kotikäynneistä kehittyi ja sen laajat mahdollisuudet potilaslähtöiseen ja kokonaisvaltaiseen hoitotyöhön tulivat näkyville. Työyhteisössä hoidolliset kotikäynnit ymmärrettiin peruuntumattomana osana osaston hoitotyötä. Hoidollisten kotikäyntien kohdalla työn suunnittelu ja toteutus kehittyi koko ajan palautteiden, työnohjauksen ja erilaisten virallisten ja epävirallisten kokoontumisten kautta.

Tutkijan ammatillinen ajatus psykiatrisena hoitajana on potilaslähtöinen hoitotyö. Tämä tarkoittaa potilaan tukemista voimavaralähtöisesti, jossa potilas on oman elämänsä asiantuntija ja hoitaja psykiatrisen hoitotyön asiantuntija. Tällä jaolla päästään potilaan kannalta parhaaseen lopputulokseen. Työyhteisötasolla tutkija ajattelee omaa ammatillisuuttaan siten, että avoin, hierarkiasta mahdollisimman vapaa ja dialogisuuteen pyrkivä työyhteisö on potilaan kannalta paras tapa toteuttaa psykiatrasta hoitotyötä. Tutkija on pyrkinyt käytännön tasolla toteuttamaan näkemystään tiiviissä suhteessa työyhteisöön.

Tutkija on kokenut oman työyhteisön avoimena, sallivana ja ilmapiiriltään hyvänä, joten tutkimuksen toteuttaminen kollegana tällaisessa työyhteisössä ei liene aiheuttanut tutkimuksen teon kannalta erityisiä ongelmia ja ristiriitaisuuksia.

3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata hoitajien kokemuksia psykiatrisen viikko-osaston hoidollisista kotikäynneistä. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa hoidollisista kotikäynneistä sekä hyödyntää tietoa hoidollisten kotikäyntien kehittämisessä psykiatrian viikko-osastolla. Lisäksi tavoitteena on saada hyödynnettävää tietoa psykiatrisen osastohoidon aikaisista kotikäynneistä

Tutkimustehtävät ovat:

Millaisia kokemuksia hoitajilla on hoidollisista kotikäynneistä?

Miten hoidollisia kotikäyntejä voitaisiin kehittää?

4 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

4.1 Tutkimusmenetelmä

Tutkimus toteutettiin käyttäen laadullista eli kvalitatiivista tutkimusmenetelmää. Tutkimusmenetelmänä laadullinen tutkimus sopii hyvin tämän aihealueen menetelmäksi, koska aihealuetta on vähän tutkittu ja ilmiöstä on vähän tietoa ja hoidollisia kotikäyntejä halutaan kehittää osastolla (Kylmä & Juvakka 2007, 31). Laadullisessa tutkimuksessa lähtökohtana on ihminen, jonka elämänpiirin merkityksiä ja omaa kokemaa todellisuudesta tutkitaan sekä laadullisessa tutkimuksessa pyritään tarkastelemaan ilmiötä sisältäpäin eli tässä tutkimuksessa haluttiin tuoda esille hoitajien kokemuksia hoidollisista kotikäynneistä (Kylmä & Juvakka 2007, 16, 23). Valittu tutkimusmenetelmä sopii hyvin tällaisen tutkimuksen menetelmäksi. Lisäksi uuden tiedon saaminen on yksi keskeinen kriteeri laadullisessa tutkimusmenetelmässä. Laadullisessa tutkimuksessa hyväksytään, että todellisuus voi näyttäytyä monella tavalla, koska tutkittavaa ilmiötä kuvataan osallistujien näkökulmasta, joille todellisuus voi näyttäytyä eri tavalla. (Metsämuuronen 2003, 161; Vilka 2005, 97; Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 161.)

Tutkimuksen osallistujat ja tutkimuksen tekijä työskentelevät samassa työyhteisössä kollegoina, jolloin on tärkeää korostaa osallistujan omakohtaista kokemusta eikä käsitystä aiheesta, koska kokemus on aina omakohtainen ja käsitys kertoo enemmän yhteisön perinteellisestä ja tyypillisistä tavoista toimia (Vilka 2005, 97–98). On myös todettu (Öhman 2005), että tutkija vaikuttaa aina laadullisen tutkimuksen tulokseen, mutta myös tutkija ja osallistuja vaikuttavat myös toisiinsa (Kylmä & Juvakka 2007, 28, mukaan).

4.2 Aineiston keruu ja edustavuus

Tutkimuksen kohderyhmänä olivat psykiatrisen viikko-osaston hoitajat. Hoitajilta vaadittiin kokemusta tutkittavasta ilmiöstä eli hoidollisista kotikäynneistä.

Osastolla työskentelee perus-, lähi-, mielenterveys- ja sairaanhoitajia, joilla kaikilla oli kokemusta hoidollisista kotikäynneistä. Laadullisessa tutkimuksessa on oleellista, että tutkimuksen osallistujalla on kokemusta tutkittavasta ilmiöstä (Kylmä & Juvakka 2007, 26, 58).

Hoitajat saivat tiedon tutkimuksesta kirjallisesti ja suullisesti. Kirjallinen tutkimustiedote (LIITE 1) ja tutkimussuostumus laitettiin näkyville osaston henkilökunnan taukokuoneeseen. Lisäksi tutkimuksen tekijä toi suullisesti esille tulevasta tutkimuksesta eri yhteyksissä. Tutkimuksen osallistujat valikoituivat käytännössä siinä järjestyksessä, kun he lupautuivat osallistumaan tutkimukseen ja saatiin sovittua aika haastattelulle. Tällainen järjestely syntyi käytännön järjestämänä pakkona, koska aineiston hankinnasta muodostui aikataulullisesti tiukka. Alkuperäinen suunnitelma oli arpoa halukkaiden osallistujien osallistumisjärjestys.

Aineisto kerättiin suullisella yksilöllisellä teemahaastattelulla (LIITE 2). Teemat löytyivät opinnäytetyön tietoperustasta. Teemojen sisään luotiin muutama apukysymys, joten aineiston keruuta voidaan pitää puolistrukturoituna, koska teemat ja apukysymykset ohjasivat haastattelutilannetta. Teemojen käyttö selkeyttää aineiston käsittelyä opinnäytetyön tekijälle, osallistujille ja myöhemmin opinnäytetyöhön tutustuvalla. Yksilöllisen haastattelun valintaa puolsi tutkimuksen osallistujan kokemuksen eli omakohtaisen kokemisen esille saattaminen, joka yksilöhaastattelutilanteella saadaan parhaiten esille. Haastattelutilanne on muihin tutkimustapoihin verrattuna joustavin, joten se antaa laajemmat mahdollisuudet tutkijalle ja osallistujalle käydä asiaa läpi ja tarkentaa sanomaansa. Näin on mahdollisuus saada mahdollisimman rikas ja syvälinen osallistujalähtöinen aineisto. Vaarana voi olla, että valmiit teemat ohjaavat tilannetta liikaa. (Kylmä & Juvakka 2007, 26-29, 80; Hirsjärvi ym. 2009, 204-205, 208.)

Haastattelu tapahtui osastolla suljetussa tilassa, jossa olivat läsnä opinnäytetyön tekijä sekä osallistuja. Haastattelut toteutettiin osallistujan työvuoron aikana. Työvuoron aikana toteutettu haastattelu mahdollisti haastattelun keskeytyksen, mutta tutkija sopi työyhteisön jäsenien kanssa ettei haastattelutilannetta katkaista

kuin vain pakottavassa tilanteessa. Jokainen haastattelu kyettiin toteuttamaan ilman häiriöitä. Haastatteluiden ilmapiiri oli tutkijan arvion mukaan rauhallinen, avoin ja salliva. Osallistujat osallistuivat tutkimukseen nimettöminä. Haastattelut nauhoitettiin ja kirjoitettiin word – tiedostoiksi analysointia varten.

Haastatteluaineisto tuhottiin opinnäytetyön valmistuttua.

Laadullisen tutkimuksen aineiston riittävydestä käytetään käsitettä kylläisyys, joka tarkoittaa, että aineisto on sitten riittävä, kun samat asiat alkavat siinä kertautua. Aineisto saavutti tutkijan näkemyksen mukaan kylläisyysasteen viidennen osallistujan jälkeen. Merkkejä aineiston kylläisyydestä oli havaittavissa jo neljännen osallistujan jälkeen. Kylläisyys käsite on Hirsjärven, ym. (2009, 182) mukaan käytännössä kokeiltu asia, joten sen voidaan ajatella olevan pätevä tapa. Kuitenkaan ilman ongelmia tai kritiikkiä tätä tapaa ei voida perustella. Laadullisen tutkimukseen usein liitetään piirre, että tapaukset ovat ainutlaatuisia eikä esimerkiksi kahta samanlaista tutkittavaa ryhmää ole olemassa. Miten kylläisyys käsite tukee tätä piirrettä? Hirsjärvi ym. toteaa, että ”tutkimalla yksittäistä tapausta kyllin tarkasti saadaan näkyviin myös se, mikä ilmiössä on merkittävää ja mikä toistuu usein tarkastellessa ilmiötä yleisemmällä tasolla”. Aineiston kylläisyysasteeseen vaikuttaa myös tutkijan kokemus ja oppineisuus, koska aiheesta voi löytää uusia näkökulmia hyvinkin paljon. Laadullisessa tutkimuksessa voidaan tutkia myös jotakin kokonaista ryhmää, jossa ryhmän jäsenistä kaikki osallistuvat tutkimukseen. Tässä tutkimuksessa tutkimus olisi voinut kohdistua kaikkiin niihin hoitajiin, jotka tekevät osastolla hoidollisia kotikäyntejä, jolloin tutkimuksessa olisi saanut selville kaikkien hoitajien kokemukset tutkittavasta ilmiöstä. Kaikkia hoitajia haastatteleamalla olisi voinut tulla enemmän kehittämissuhteita, mutta koko ryhmän haastatteluun opinnäytetyössä annetut resurssit eivät riittäneet. (Hirsjärvi ym. 2009, 181–182.)

4.3 Aineiston analysointi

Tutkimuksen aineisto analysoitiin induktiivisella eli aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä. Sisällönanalyysi on tapa, jolla voidaan analysoida dokumentteja systemaattisesti ja objektiivisesti, ja sen avulla voidaan järjestää, kuvailla ja käsitteellistää tutkittavaa ilmiötä. Analyysiprosessi etenee aineiston

pelkistämisenä, ryhmittelyä ja käsitteellistämisenä, jonka tarkoituksena on saada aineistosta tiivistetty ja yleinen muoto. Analyysiyksiköksi valittiin ajatuskokonaisuus, koska haluttiin säilyttää objektiivisuus mahdollisimman hyvin. Analyysia ja analyysiyksikön valintaa ohjaa tutkimuksen tarkoitus ja tutkimustehtävä. Aineiston analysoinnissa päädyttiin analysoimaan vain selvästi ilmaistut asiat, koska piilossa olevien sanattomien viestien analysointiin sisältyy aina tulkintaa enemmän kuin selvästi ilmaistuun asiaan. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 5; Kylmä & Juvakka 2007, 112–113.)

Tutkimusaineiston analysoiminen aloitettiin kirjoittamalla haastatteluaineisto ääninauhalta tekstiksi. Aineistoa kertyi 38 sivua, kun kysymysten väliin jätettiin yksi rivi väliä, rivivälin ollessa 1.5 ja tekstikoko 12. Haastatteluaineisto käytiin nauhalta läpi kahteen kertaan, jotta varmistuttiin ääninauhassa sanotun siirtyminen tekstiksi. Litteroinnissa ei kirjattu täytesanoja, kuten ”niinku”, joilla ei ollut merkitystä asiasisältöön. Litteroinnin jälkeen aineisto luettiin läpi useaan kertaan kokonaiskuvan saamiseksi. Tämän jälkeen aineistosta poimittiin tutkimukselle merkitykselliset ajatuskokonaisuudet alleviivaamalla. Eri haastattelut merkittiin värikoodeilla, jotta analyysi vaiheessa yhteys alkuperäiseen aineistoon voitiin taata.

Aineistosta alleviivatut kohdat pelkistettiin eli selkeytettiin tutkimukselle merkitykselliset kokonaisuudet helpommin luettavaan muotoon. Pelkistetyn kokemukset kirjattiin sovitun värikoodin mukaisiksi, jotta säilytettiin yhteys alkuperäiseen aineistoon. Analysointia jatkettiin siten, että pelkistetyistä ilmaisuista haettiin samankaltaisuudet yhteen, joille annettiin sen sisältöä kuvaava nimi. Näin saatiin aineiston alakategoriat. Tässä vaiheessa käytetään jo aineiston käsitteellistämistä. Analysointi vaihe on aina tutkijan tulkintaa, jolloin hän päättää mitkä asiat voidaan yhdistää ja mitkä taas ei. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 5.) Seuraavissa taulukoissa esimerkkejä analysoinnista.

TAULUKKO 1. Ajatuskokonaisuuden pelkistys

Suora lainaus	Pelkistys
Että sitten vasta ymmärtää miksi siltä tuntuu siltä ja miksi nämä asiat ovat hullusti.	Tuo hoitoon kokonaisvaltaisuutta
On vaikka tehty jokin viikonlopun ohjelma, onko pystynyt niitä toteuttamaan ja käydään niitä läpi.	Käydään läpi suunniteltua ohjelmaa
Pitää kunnioittaa potilaan sitä omaa kotia ja hänen omaa ympäristöään.	Potilaan kotia kunnioitetaan
Varmistetaan, että sillä potilaalla on kaikki kunnossa	Varmistetaan potilaan pärjääminen

TAULUKKO 2. Alakategorian muodostuminen

Pelkistys	Alakategoria
Tarve palveluille selkenee. Nähdään kotiuttamisen mahdolliset esteet kokonaisvaltaisesti.	Jatkohoidon tarve selkenee
Käydään läpi suunniteltua ohjelmaa. Tietyt aiheet. Kotiläksyt.	Suunnitelman toteuttamista

Alakategorioiden analyysia jatkettiin samalla tavalla eli yhdistävät samaa tarkoittavat asiat liitettiin yhteen, joista saatiin tutkimuksen yläkategoriat. Yläkategorioita saatiin tutkimuksessa yhteensä 14 kpl. Yläkategorioista muodostettiin yhdistävät kategoriat, joita saatiin aineistosta 4 kpl (Liite 3). Ne olivat 1) Psykiatrinen kotihoito osastohoidon aikana, 2) Kokonaisvaltainen hoitotyö, 3) Moninainen hoitoympäristö ja 4) Kohti yksilöllisempää kotikäyntiä. Yhdistävät kategoriat vastaavat tämän tutkimuksen tutkimuskysymyksiin. Aineiston analyysin laajempi taulukointi löytyy liitteestä 4.

TAULUKKO 3. Ylä- ja yhdistävän kategorian muodostuminen

Alakategoria	Yläkategoria	Yhdistäväkategoria
Työ vaihtelevaa	Haastava hoitoympäristö	Moninainen hoitoympäristö
Erilaisia tunteita		
Moninaiset ongelmat		
Ympäristön vaarat		
Ongelmien ratkaisuja	Vastuu	
Vastuu potilaasta		
Työpari työn jakajana	Työpari voimavarana	
Eri näkemykset		

5 TUTKIMUKSEN TULOKSET

5.1 Psykiatrinen kotihoito osastohoidon aikana

Hoidolliset kotikäynnit ovat hoitajien kokemusten mukaan psykiatrisen hoitotyön toteuttamista osastohoidon aikana. Psykiatrinen kotihoito osastohoidon aikana muodostui viidestä yläkategoriasta: kotikäyntien suunnittelu, pärjäämisen tukeminen, voinnin arviointi, hoitosuhdekeskustelu ja yhteistyö läheisten kanssa.

Kotikäyntien suunnittelu

Tutkimuksen mukaan hoidollisiin kotikäynteihin kuuluu kotikäyntien suunnittelu, joka alkaa jo kirjatessa potilaan osastolle. Edellytys kotikäynnille on, että potilaan vointi mahdollistaa viikonlopun mittaisen kotijakson. Hoitajien kokemusten mukaan kotikuntoisuutta arvioidaan osastolla pitkin viikkoa potilaan kanssa keskustellen ja potilasta havainnoiden. Potilaan kotijaksosta päätetään viikoittaisessa moniammatillisessa tiimissä, johon kuuluu osastonlääkäri osastonhoitaja ja osaston hoitajat. Samassa tilaisuudessa tiimi miettii kotikäyntien tarvetta, tarkoitusta ja tavoitetta jokaisen kotiin menevän potilaan kohdalla.

Kotikäynneistä käydään potilaan kanssa keskustelu ja suunnitellaan potilaan kanssa sen tarkoitusta. Potilaasta riippuen potilas tekee joko itsenäisesti tai yhdessä hoitajan kanssa viikonlopulle kirjallisen suunnitelman, jota ei kuitenkaan läheskään kaikkien potilaiden kanssa tehdä. Kirjallinen suunnitelma tehdään potilaan tarpeen mukaan, jotta kotijakso palvelisi potilaan voinnin kohentumista. Tarpeen määrittelee hoitotaho ja viimeiseksi potilaan hoitoryhmän hoitaja. Kotikäyntien suunnitteluun sisältyy lisäksi käyntien aikataulun suunnittelu hoitajan tai- parin toimesta. Jos potilaan tarpeelle jokin aika on parempi kuin toinen, se pyritään ottamaan huomioon.

...käynnithän perustuu, että lääkäri on arvioinut potilaan voinnista, että on ensinnäkin kotikuntoinen ja sitten tarvitseeko hän jonkinlaista tukea viikonloppuna pärjätäkseen...

...hoitoryhmän pitäisi laittaa sinne hoitosuunnitelmaan mikä se

Käynnin tarkoitus on ja mitä siellä tehdään...

Joskus voi olla niitä erityisiä aiheita... tyyliin ulkoilua tai jokin aihe mihin paneutua...

Pärjäämisen tukeminen

Pärjäämisen tukeminen muodostui alakategorioista potilaan pärjäämisen varmistamisen, tukemisen, keskustelun, avustaminen arjen toiminnoissa, suunnitelman toteuttamista, kontrolloinnin ja ongelmien ratkaisemista.

Tutkimuksen mukaan kotikäynnillä varmistetaan potilaan pärjääminen kotonaan viikonlopun yli, ja kartoitetaan mahdolliset esteet pärjäämiselle. Potilasta tuetaan kotona selviytymään erilaisin keinoin. Yleisimmin käytettävä keino on keskustelu, jonka sisältö on potilaan yksilöllisen tarpeen mukainen. Se voi olla tukevaa, ohjaavaa tai terapeuttinen. Kotikäynnin tarkoituksena voi joissakin tapauksessa olla jokin ennakkoon suunnitellun aiheen käsitteleminen potilaan kotioloissa.

Kotikäynnillä joudutaan joskus avustamaan päivittäisissä toiminnoissa. Jos potilaalle on laadittu strukturoitu viikonlopun suunnitelma, kotikäynnillä käydään sitä läpi. Kotikäynnillä pyritään seuraamaan potilaan lääkkeiden käyttöä kysyen ja tarkistamalla potilaan lääkeannostelija.

...tavallaan terapiakeskustelua pidetään jos on tarpeen...

...varmistetaan, että sillä potilaalla on kaikki kunnossa...

Joskus on niitä erityisiä aiheita, joskus voi olla tyyliin ulkoilua...on voinut olla joitain kotiläksyjä ja vähän kuulostella näitä.

...potilas nyt kaipaa jotakin ratkaisua ja se hoitaja pystyy siellä kotikäynnillä sen ratkaisemaan, niin se voi helpottaa huomattavasti sen potilaan oloa...

Voinnin arviointi

Hoitajat kuvaavat, että potilaan voinnin arviointia tehdään kotikäynnillä koko ajan. Arviointi tapahtuu haastattelun, havainnoinnin ja kartoituksen keinoin. Tällä tavoin saadaan selvyyttä potilaan kokonaistilanteesta.

Se on se haastattelu, että kartoittaa sitä...

Hoitajat kuvaavat, että kotikäynnillä potilaan tilannetta voidaan kartoittaa hänen kotioloissaan ja siinä pyritään näkemään potilaan tilanne kokonaisvaltaisesti eli psyykkisen, fyysisen ja sosiaalisen toimintakyvyn alueelta. Osaston potilaat ovat ikääntyviä, jolloin kokonaisvaltainen kartoitus kotona pärjäämisen kannalta on tutkimuksen mukaan tärkeää. Havainnointi sisältää tässä tutkimuksessa kotikäynnillä olevien hoitajien tekemät havainnot eri asioista, kuten potilaan olemuksesta, käytöksestä, toimintakyvystä ja ympäristöstä.

...kotikäynnillä näkee sen ihmisen siellä omassa ympäristössään ja se voi olla ihan erilainen kuin osastolla...se on niinku normaalioloissa...

...näkee miten ne lääkkeet on mennyt, onko ollut ongelmia, onko syönyt, onko ollut harhoja tai jotain muuta ongelmaa

...potilaan omasta käytöksestä, että onko se siellä levoton vai rauhallinen vai jännittynyt vai minkälainen...tietysti kellon ajasta, ollaanko aamusta käymästä vai iltapäivästä, iltapäivälläkin ollaan vielä yöpaidassa...

Hoitosuhdekeskustelu

Hoitosuhdekeskustelu muodostui alakategorioista: huolenkanto, ongelmien käsittely, kannustus, hoitosuhteen luomista ja omahoitajasuhde.

Hoitajien kokemusten mukaan kotikäynnillä potilas voi keskustellen purkaa asioitaan. Hoitajat kokevat, että potilaat saattavat olla avoimempia kotona, jolloin asioista puhuminen on merkityksellisempää kuin osasto-olosuhteissa. Avoin ilmapiiri mahdollistaa hoitajien mukaan mahdollisten ongelmien ratkaisuja. Hoitajat kokevat, että potilailla kuulluksi tuleminen on tärkeää ja sitä voi osaltaan

olla jo se, että potilaan kotiin tehdään kotikäynti. Hoitajien kokemusten mukaan onnistuneen kotijakson jälkeen/aikana annetaan potilaalle positiivista palautetta.

Kotikäynnille menevät hoitajat eivät läheskään aina ole potilaan omia hoitajia. Vieraat hoitajat, vieraan potilaan kanssa ei ole paras mahdollinen tilanne, mutta hoitajien kokeman mukaan myös tällaiset kotikäynnit ovat hyödyllisiä. Kun kotikäynnillä on potilaalle tuttu omahoitaja, niin omahoitajasuhde voi jatkua. Hoitajien kokeman mukaan kotikäynnin johdosta omalle hoitajalle on syntynyt kokonaisvaltaisempi kuva potilaan tilanteesta.

...keskustelun keinoilla vaan puretaan, minkälaisia kokemuksia sillä potilaalla on nyt siinä kotona olemisessa ja siitä olosta.

...se on jotenkin avoimempaa se keskustelu siellä, he saavat tavallaan määrätä sen tahdin missä mennään...ollaan omalla maaperällä, on turvallisempi olo.

...kyllä sitä niinku käydään läpi, että hyvin sä niinku oot pärjännyt ja tsempannut...että nyt menee vähän, että miten sä luulet, että pärjät ja hienotunteisesti.

...kaivelemalla kaivelemaan sitä ja tutustumaan siihen potilaaseen.

Yhteistyö potilaan läheisten kanssa

Yhteistyö potilaan läheisten kanssa muodostui alakategoiroista läheiselle tukea ja tietoa, läheisten näkemys ja perheen vuorovaikutus.

Hoitajat kokevat, että yhteistyö läheisten kanssa on osa hoidollista kotikäyntiä.

Läheiset tarvitsevat hoitajien mukaan tukea, ohjausta ja neuvontaa potilaan sairauden kanssa. Siihen liittyy myös läheisen vointi voimavaroineen.

Tutkimuksen mukaan potilaan läheisiltä saa usein hyvää tietoa tilanteesta, jonka kautta potilaan hoito on yhä enemmän tarkoituksen mukaista. Kotikäynneillä on myös hyvä mahdollisuus nähdä perheen sisäistä vuorovaikutusta ja ihmisten välisiä suhteita. Läheiset tarkoittavat tässä tutkimuksessa potilaan elämässä tiiviisti olevia henkilöitä, olivat he sitten potilaan puoliso, lapset, muut sukulaiset tai ystävät.

...huolissaan siitä omaisesta joka on hoidossa...niillä on paljon kysymyksiä usein...

...miten se puoliso on pärjännyt siellä kotona...

...voi tulla puolisoiden väliset suhteet eritavalla esille miten ne täällä osastolla...

5.2 Kokonaisvaltainen hoitotyö

Kokonaisvaltainen hoitotyö-kategoria muodostui auttava koti ja monipuolinen tieto -kategoriasta.

Auttava koti

Auttava koti – kategoria muodostui kuudesta alakategoriasta eli potilaan reviiri, potilaat avoimempia, koti auttaa, tuo turvallisuutta, sairaalahoito lyhenee ja väärin ymmärryksiä.

Hoitajat kokivat, että potilaan kotiin mentäessä mennään ikään kuin potilaan reviirille, jossa potilas saa määrätä tahdin. Yksi hoitaja vertasi kotikäyntiä kuin menisi kylään toiselle ihmiselle. Potilaat ovat hoitajien kokemusten mukaan kodissaan avoimempia kuin osastolla, joten keskustelut ovat usein helpompia kuin osastolla. Jotkin hoitajasta kokivat, että potilaan kotona turha virallisuus jää pois eikä potilaan kotona päde samat säännöt kuin osastolla. Hoitajat kokevat, että potilaan kotijaksot omassa kodissaan helpottaa potilasta palaamaan takaisin kotiin ja ongelmat saattavat realisoitua kotijakson tai hoitajien käynnin aikana. Hoitajat kokivat kotikäyntien tuovan turvallisuutta potilaille heidän kotona olemiselle ja kotikäyntien ansiosta jokunen potilas saattaa kyetä viettämään koko viikonlopun kotonaan verrattuna siihen ettei kotikäyntiä tehtäisi. Hoitajat ovat kokeneet hoitoaikojen lyhentyneen hoidollisten kotikäyntien ja potilaan kotijaksojen vuoksi.

...kotona ollaan potilaan omilla ehdoilla ja siellä se potilas käyttäytyy siten, kun se kotona käyttäytyisi ja osastolla potilas sitoutuu niihin osaston sääntöihin...

...pitää kunnioittaa potilaan sitä omaa kotia ja hänen omaa ympäristöään...suhtautua siinä tilanteessa erilailla...

...jotkut jotain kahvia tarjoaa ja istutaan pöydässä ja keskustellaan, se on jotenkin avoimempaa se keskustelu siellä...

Hoitajat kokevat, että potilaat ovat joskus hämmennyksissä kotikäynneistä.

Potilaat pelkäävät, että hänen kotiaan tullaan arvostelemaan. Voi olla, että potilas ei täysin ymmärrä kotikäynnin tarkoitusta missään vaiheessa, vaikka hän on antanut luvan kotikäynneille. Voi olla, että tällaisissa tilanteissa potilasta ei ole ymmärtänyt omaa psyykkistä sairauttaan eikä voi siten ymmärtää kotikäyntien tarkoitustakaan.

Monipuolinen tieto

Monipuolinen tieto muodostui alakatergoirioista: arjen vointi, hyödyllinen kotikäynti, nähdään kotiolot ja jatkohoidon tarve selkenee.

Hoitajien kokemusten mukaan potilaan kotoa saatava tieto on runsasta ja monipuolista, joten todellisen kuvan saaminen potilaan elämästä kotikäyntien kautta on lähempänä todellisuutta kuin se olisi ilman kotikäyntejä. Hoitajien kokemusten mukaan potilaan vointi saattaa näyttytyä potilaan kotona erilaiselta kuin osastolla. Erilaisuus voi näyttytyä eri potilailla eri asioissa; joillakin psyykinen vointi voi olla parempaa kuin se osastolla näyttytyy tai sitten se voi olla huonompaa. Joku potilas voi olla toiminnallisuutensa puolelta kotona toimintakykyisempi kuin osastolla. Voi myös olla, että potilaan hoidon näkökulmaa voidaan joutua muuttamaan kotikäynnin jälkeen. Kaikkinensa kotikäynnillä saatava tieto auttaa potilaan hoidossa kokonaisvaltaisessa hahmottamisessa, jolloin potilaan hoitosuunnitelma voidaan vielä tarkentaa. Hoitajien kokemusten mukaan hoidon laatu nousee kotikäynniltä saatavan tiedon vuoksi ja kotikäynnit koetaan isoksi osaksi kokonaishoitoa.

...on ristiriitaisia tietoja, omaisilla voi olla oma näkemys, potilaalla oma ja sitten on saatava selvyys millaista siellä kotona on...

...iso osa kyllä...koska se on niin avaavaa... vasta sitte ymmärtää miksi siltä tuntuu siltä ja miksi nämä asiat ovat hullusti...

Hoitajat kokevat, että kotikäynnillä saatava tieto potilaan asuinympäristöstä antaa hyvää tietoa myös potilaan psyykkisestä voinnista, muun muassa siisteystaso kertoo jotakin, esimerkiksi jollakin potilaalla ei ole pölyhiukkastakaan asunnossaan ja taas toisella ei ole vuosikausiin siivottu.

...toimintakyvyn laskua ja kotona pärjäämättömyys on kuitenkin isolla osalla se syy...onko saanut ruokaa, käyvätkö ulkona, onko ne pukeutunut vaatteet päälle.

Hoitajat ovat kokeneet kotikäyntien ansiosta potilaan jatkohoidon suunnittelun helpommaksi.

...ohjata avohoidon palveluita siihen, että potilas pärjää siellä kotona.

5.3 Moninainen hoitoympäristö

Moninainen hoitoympäristö muodostui kolmesta yläkategoriasta eli haastava hoitoympäristö, vastuu ja työpari voimavarana.

Haastava hoitoympäristö

Haastava hoitoympäristö muodostui neljästä alakategoriasta: työ vaihtelevaa, erilaisia tunteita, moninaiset ongelmat ja ympäristön vaarat.

Kotikäynnit koettiin poikkeuksetta mielekkääksi työnteon muodoksi. Kotikäynnit koettiin myös työn uutena ulottuvuutena ja vaihteluna osastotyöhön.

...sitten on näitä kotikäyntejä, ne tuovat uuden ulottuvuuden siinä mielessä, että se eroaa täysin näistä muista hoitotyön hommista...

Työ potilaan kotona koettiin tunteita herättäväksi. Potilaan kotiin meneminen saattoi jännittää, ja mitä epämääräisemmältä potilaan kotitilanne etukäteen vaikutti tai potilaan kotona odotti pari- tai perhetapaaminen, sitä enemmän se toi jännitystä ja erilaisia tunteita. Kokemuksen karttuminen ja etukäteistutustuminen osastolla potilaaseen koettiin helpottavaksi tekijäksi. Vaikeat tilanteet kotona saattoivat tuoda epätoivon ja riittämättömyyden tunteita. Toisaalta potilaan

hoitaminen kotona koettiin myös helpompana kuin osastolla, koska potilaat ovat omassa kodissaan avoimempia.

...joka kerta samanlainen jännitys, että minkälainen tilanne, kun meet ovesta sisään...

...tietysti jos tietää, että potilaalla on ongelmia enemmän alkoa tai jotakin ja siellä sukulaisissa on ongelmakäyttäjää tai jotain muuta, sitten se ehkä on haastavaa ja siinä kohti jännittävämpää...

Helpompi, kun siellä ne potilaat ovat rennompia yleensä...

Moniongelmaiset ja potilaan läheiset koettiin haastavampina kotikäynneillä. Moniongelmaisiin liittyi hoitajien kokemuksen mukaan usein myös vaikeimmat läheiset, jolloin kotikäynnistä muodostui raskas. Se toi myös turvattomuuden tunteita, koska potilaan kotona ei voida samalla tavalla varautua aggressiivisiin potilaisiin tai läheisiin kuin osastolla. Toisaalta potilaan koti itsessään saattoi olla työturvallisuuden kannalta riski potilaan päihteiden käytön ja kodin epäsiisteyden kannalta. Pari- tai perhetapaamiset koettiin haastavina ja raskaina.

...helpompi mennä, kun potilas on yksin...

Vastuu

Vastuu kategoria muodostui kahdesta alakategoriasta: ongelmien ratkaisuja ja vastuu potilaasta.

Kotikäynneillä hoitajat ovat kokeneet hyvin erilaisia ratkaisuja vaativia ongelmia. Potilaan psyykinen vointi saattaa olla sellainen, jossa joudutaan etsimään keinoja, jotta hän pärjäisi viikonlopun yli kotona. Hoitajat kokevat, että kotikäynneillä heillä on suuri vastuu määritellä potilaiden voinnin tila ja varsinkin heidän kotikuntoisuutensa juuri sillä hetkellä. Potilaan kotiin mentäessä ei koskaan voi olla varma, mitä oven takana on, jolloin hoitajien kokemuksen mukaan tulee osata toimia tilanteen mukaan ja tehdä päätöksiä. Potilaathan ovat hoitajien mukaan kotijaksolla siinä kunnossa, jossa heidän vointinsa ei mahdollista vielä kotiuttamista sairaalahoidosta. Mahdollisuus konsultoida potilaan tilanteesta osastolla olevilta hoitajilta tai olla yhteydessä päivystävään

lääkäriin tai muuhun tarkoituksenmukaiseen paikkaan, ei hoitajien kokemusten mukaan poista paikanpäällä olevien vastuuta. Hoitajien kokemusten mukaan, potilaan tilan ollessa ”kiikun kaakun”, kotikäynti mietityttää jälkeensä varsinkin kun päädytään yhteistyössä siihen, että potilas jää jatkamaan kotijaksoaan sovitun mukaisesti. Pari- ja perhetapaamisissa ongelmien ratkaisut vaativat hoitajien kokemusten mukaan yleensä enemmän kuin yksilötapaamisissa.

...vastuu kysymys jos siellä on ongelmaa...luulen, että eniten haastetta siinä, kun potilas löytyy kotoa huonokuntoisena, vastuu ja päättäminen.

...on vastuu siitä potilaan kotona pärjäämisestä, niin olen viimeinen ihminen, joka on sitä tilannetta arvioinut ja sitten pitää pystyä tekemään päätöksiä ja joskus pitää miettiä pitääkö potilaan tulla jo ambulanssilla takaisin.

...jos potilaalla on esimerkiksi arvaamattomuutta tai aggressiivisuutta on havainnut osastolla ja sitten pitää kotona huomioida se, miten se tilanne pysyy hallinnassa.

Työpari voimavarana

Työpari voimavarana kategoria muodostui: työpari työn jakajana ja eri näkemykset alakategorioista.

Hoitajien kokemuksen mukaan kotikäynnit ovat tiimityötä, jossa hoitajaparin kanssa sovitaan asioista ja puretaan yhdessä kotikäyntejä, työpari toimii purkukanavana. Tarvittaessa hoitajapari sopii roolit kullekin käynnille. Roolien sopiminen tarkoittaa esimerkiksi toisen hoitajan aktiivisempaa roolia. Usein hoitajien roolit muodostuvat oman hoitoryhmän potilaiden mukaan. Roolien sopiminen on koettu hyvänä asiana, mutta aina siihen ei hoitajien mukaan ole tarvetta. Ennen kotikäyntiä hoitajat käyvät yhdessä potilaan asioita läpi ja käynnin tarkoitusta ja tavoitetta.

Kyllähän niitä käydään tässä kun palataan osastolle...

Kenen hoitoryhmän potilas on niin...hän hoitelee sen haastattelun ja toinen ehkä tekee tarkentavia

kysymyksiä...vähän sovitaan ja tehdään vähän etukäteen sitä jakoa.

Hoitajaparit kotikäynneillä on aina viikkoja ennen tiedossa työvuorosuunnitelmassa. Siten viikonlopun hoitajapari ei ole välttämättä optimaalinen kaikille potilaille, kun ajatellaan hoitoa hoidon jatkuvuuden kannalta. Työpari on usein eri hoitoryhmistä. Hoitajien kokemusten mukaan hoitajaparin vaihtelu ei haittaa vaan sitä pidetään positiivisena asiana. Eri hoitajat tuovat hoitajien kokemusten mukaan erilaisia näkökulmia ja eri hoitajat käyttäät erilaisia hoitotyön keinoja. Toisaalta hoitajan tuttuus koettiin helpottavan työntekoa.

...vaihtuvat työparit enemmän rikkaus kuin harmi.

Toisella voi olla erilainen näkemys siitä potilaan voinnista ja erilaiset keinot...tapa keskustella...

5.4 Kohti yksilöllisempää kotikäyntiä

Kohti yksilöllisempää kotikäyntiä -kategorian yläkategoriaksi muodostui neljä kategoriaa: hoitosuunnitelman laadinta, käynnin tarkoitus ja tavoite, sisällön rajat ja käyntien priorisointi. Tämä kategoria vastaa tutkimuksen kehittämiskysymykseen.

Hoitosuunnitelman laadinta

Hoitosuunnitelman laadinta kategoria muodostui kotijaksolle suunnitelma ja konkreettinen suunnitelma alakategorioista.

Hoitosuunnitelman olemassa olo kotijaksolle koettiin hyödyllisenä ja helpottavana asiana kotikäynneillä. Hoitosuunnitelman puuttuminen saattoi hoitajien kokemusten mukaan antaa huonomman tuloksen kotikäynneiltä. Silloin hoitajat eivät välttämättä osaa kiinnittää huomiota oikeisiin asioihin ja potilaan kotiin mennään vain katsomaan tilannetta. Suunnitelman olemassa olo korostuu silloin, kun potilas on vieras hoitajaparille. Suunnitelman puuttumisen syy katsottiin olevan hoitajissa itsessään ja katsottiin hoidollisten kotikäyntien olevan vielä tuore hoitomuoto, jolle haetaan parasta tapaa toimia. Toisaalta tuotiin esille, ettei mitään yhteistä linjaa asioiden järjestämiselle ole luotu.

...varsinkin silloin (hoitosuunnitelma) jos sinne menee toisen hoitoryhmän hoitaja...

Ehkä se tarkoitus olisi kuitenkin se, että tehdään jokin suunnitelma minkä takia sinne mennään...

Hoitajat kokevat, että hoitosuunnitelma kotijaksolle voi olla hyvin konkreettinen ja hyvin pienetkin asiat voivat viedä potilaan asiaa eteenpäin. Hoitosuunnitelma katsotaan parhaiten toimivan, kun potilas on sen itse tehnyt tai se tehdään tiiviissä yhteistyössä potilaan kanssa. Joidenkin potilaiden kanssa tehdään viikonlopuksi lukujärjestystyyppinen suunnitelma, mikä on koettu yleensä hyväksi. Kehittämiskohteena suunnitelman laadintaan ehdotettiin, että viikolle varattaisiin aina yksi tapaamisaika viikonlopun hoitosuunnitelmaa varten.

Aika moni kokee hyväksi sen meidän lukujärjestyksen...kai se on potilaasta kiinni, voisi se niillä ensimmäisillä jaksoilla olla.

Käynnin tarkoitus ja tavoite

Kotikäynnin tarkoitus ja tavoite nousi hyvin vahvasti esille aineistosta. Hoitajat kokivat, että kotikäynneillä tulisi olla selkeä tarkoitus ja tavoite. Hoitajat odottavat, että hoitoryhmä kirjaisi potilaan suunnitelmaan kotikäynnin tarkoituksen ja tavoitteen. Kotikäynnin tarkoitusta ja tavoitetta ei aina ole, mikä aiheuttaa kotikäynnillä vavauttavia tilanteita puolin ja toisin. Hoitajat kokivat, että myös potilaalla tulee olla tieto kotikäynnin tarkoituksesta. Silloin kun potilaan kanssa tehdään yhdessä viikonlopun suunnitelma, silloin kotikäynnin tarkoitus ja tavoite tulee selkeämmin esille ja kotikäynnit ovat enemmän potilaslähtöistä. Hoitajat kokevat, että kotijakso ja kotikäynti tulisi kokea hoidollisena.

Toki hyvä olisi kehittää sitä, että ne koettaisi ne viikonloput nimenomaan myös hoidollisiksi kotijaksoiksi...jokin funktio niillä, että saavutetaan jotakin niillä kotona olemisella...

Sellainen vaivautunut olo etenkin sillä potilaalla, kun ei oikein tiedä miten tässä on...

...puhuttaisi perusteluista miksi tehään ettei tule väärinkäsityksiä.

Sisällön rajat

Sisällön rajat yläkategoria nousi aineistosta yhdeksi kehittämisen kohteeksi. Kategoria muodostui kolmesta alakategoriasta: vähäinen kokemus, monipuolisempia keinoja ja sisällön pohdinta.

Hoitajat kokevat, että kotikäynneistä on vielä vähän kokemusta yhtä hoitajaa kohden, joten ne koetaan olevan vielä murroksessa. Kokemuksena tuotiin esille myös, että kotikäynneillä ei aina paras keino ole keskustelu, joka kuitenkin on yleisin keino potilaan hoitamisessa kotikäynnillä. Tällaisiin tilanteisiin toivottiin pohdittavaksi joitakin muita, yksilöllisiä keinoja. Kotikäynnin sisällön pohdintaa yhteisesti työyhteisössä koetaan hyväksi. Jotkut hoitajat kokevat, että potilaan kanssa voidaan lähikaupassa käydä, mutta toiset taas kokevat asian hoitoon kuulumattomana. Kokemuksia myös oli, että kotikäynnejä ei voida lokeroida liiaksi, koska psykiatriset ongelmat ovat niin monisyisiä.

Käyntien priorisointi

Hoitajat kokevat, että jokaisen potilaan kotona ei välttämättä kannata käydä eikä käynnejä saisi olla liikaa yhdelle päivälle. Toisaalta kotikäynnit koetaan yleensä hyvin hyödyllisinä.

...siitä voisi keskustella, että mitä siellä, kuka tekee mitenki, kun ei ole sellaista sisältöä...

...on joitakin tiettyjä potilaita, jonka kanssa on keskusteltu vuositolkulla eikä asiat ole siltikään muuttuneet mihinkään...vieläkö jatketaan samalla linjalla, että mikä se voisi olla muuta mikä voisi potilasta auttaa?

6 POHDINTA

6.1 Tutkimustulosten yhteenveto ja niiden tarkastelu

Tutkimustulokseksi saatiin analyysin jälkeen neljä pääluokkaa, jotka ovat 1) Psykiatrisen kotihoito osastohoidon aikana, 2) Kokonaisvaltainen hoitotyö, 3) Moninainen hoitoympäristö ja 4) Kohti yksilöllisempää kotikäyntiä. Seuraavassa tehdään yhteenvetoa tutkimustulosten pääluokittain ja tarkastellaan tuloksia muihin tutkimuksiin nähden.

Tutkimuksen mukaan osastohoidon aikana tehtävät hoidolliset kotikäynnit ovat **psykiatrista hoitotyötä potilaan kotona**. Tämän pääluokan alla on viisi yläkategoriaa, jotka ovat: kotikäyntien suunnittelu, pärjäämisen tukeminen, voimien arviointi, hoitosuhdekeskustelu ja yhteistyö läheisten kanssa. Kotikäyntien suunnittelu on osaksi osastolla tapahtuvaa työtä yhdessä potilaan kanssa, joten tässä tutkimuksen osassa tarkastellaan myös osastohoidon aikaista toimintaa.

Psykiatrisessa hoitotyössä suunnitelmallista hoitotyötä ohjaa hoitosuunnitelma, mikä on keskeisessä asemassa ohjaamalla hoitoa, mutta on myös jatkuvan arvioinnin kohteena (Hietaharju ym. 2010, 94). Työn suunnittelua tehdään paljon tiimityönä. Tämä tutkimus antoi tuloksen, että hoidon ja hoitotyön suunnittelua tehdään erilaisissa ja eri kokoisissa tiimeissä moniammatillisesti. API –projektissa (Aaltonen ym. 2000.) tiimityö katsottiin hyvin tärkeäksi ja korostettiin eri potilasta hoitavien tahojen yhteistapaamisia, jotta oltaisiin mahdollisimman hyvin perillä kokonaistilanteesta.

Tutkimuksen tuloksista nousi esille kotikäyntien suunnittelun tärkeys niin hoitajien ja moniammatillisen tiimin kesken kuin potilaan kanssa yhteistyössä. Uttulan (2006, 53) ja Hyytiäisen (2006, 44, 47) tutkimukset tukee tätä tulosta. API-projektissa (Aaltonen ym. 2000, 72-73) ja Keroputaan ODAP –projektissa (Seikkula ym. 1999, 110) ja Hyytiäisen (2006, 47) tutkimuksissa korostettiin yksilöllisiä suunnitelmia ja yhteistyötä potilaan perheen tai läheisten kanssa. Hyytiäisen tutkimuksessa lastenpsykiatriasessa tehtiin kotihoitosopimus, joka

tutkimuksen mukaan jämäköitti hoitoa. Hyytiäisen (2006, 50) tutkimuksen mukaan hoitapuolen on itse turha asettaa tavoitetta, jota potilas ei välttämättä edes ymmärrä vaan tavoitteet tulee aina tulla potilaalta itseltään. Tämän tutkimuksen tuloksissa tuli esiin, että kirjallinen suunnitelma tehdään tarpeen mukaan. Tarpeen määrittelee tämän tutkimuksen mukaan hoitava taho. Yksilöllisempi ja suunnitelmallisempi kotikäynti nousikin tämän tutkimuksen tuloksissa kehittämiskohteeksi.

Yksilöllistä ja suunnitelmallista hoitotyötä korostaa erityisesti API- (Aaltonen ym. 2000, 72-73) ja Keroputaan ODAP –projekti (Seikkula ym.,1999, 110) sekä Hyytiäisen (2006, 44, 47, 50) tutkimus. Niissä potilaan ja hoitotahon yhteistyössä pyritään alusta saakka yhteistominnalliseen tapaan ja avoimeen dialogiin, mikä on edellytys yksilölliselle hoidolle. Yhteistominnallinen hoitotyö tarkoittaa, että pyritään pois byrokraattisesta ja autoritaarisesta tavasta tasaveroiseen kohtaamiseen. Näin potilaan kohtaamiselle ei rakenneta ennakkoon valmiita vastauksia vaan sovitaan yhteistyössä potilaan ja hänen verkoston kanssa hoidon tavoitteista, keinoista ja hoitopaikasta. Hyytiäisen (2006, 45) tutkimuksen mukaan kunnioituksella ja tasa-arvoisella yhteistyöllä saavutetaan parempi tulos kuin työntekijän johtajuuden ja asiantuntijuuden korostamisella. Latvalan (1998, 57) väitöskirjassaan luoma potilaslähtöisen hoitotyön malli tukee API- ja ODAP -projektien ja Hyytiäisen tutkimuksen tuloksia, mutta itse tutkimuksessaan, jossa Latvala kuvasi psykiatrista hoitoa laitospäristössä potilaiden ja hoitajien näkökulmasta nousi vahvasti esille kasvattavan 37 % ja varmistavan 50 % hoitotyön osuus laitospäristössä. Varmistavan hoitotyön osuus tarkoittaa sitä, että potilas ei osallistu omaan hoitoonsa täysimääräisesti ja on passiivinen hoidon vastaanottaja.

API-(Aaltonen, ym. 2000, 69-70) ja ODAP-projektien, Hyytiäisen (2006, 44-45) ja Uttulan (2006, 32) tutkimusten mukaan kotona toteutettava hoito ohjaa automaattisesti yhteistominnalliseen ja tasaveroiseen hoitotyöhön. Tässä tutkimuksessa hoidon koettiin olevan tasaveroisempaa kotikäynnillä kuin osastolla, jossa varsinkin kotikäyntien suunnittelun osalta oli viitteitä autoritaarisesta tavasta. Latvalan (1998) tutkimuksessa saatiin selkeä näyttö autoritaarisesta hoidosta, kun hoitoa toteutettiin pelkästään osastolla. API –

projektissa puolestaan potilaan kokivat, että heidän itsemääräämisoikeutensa olivat avohoitoyksikössä ja sairaalahoidossa enemmän työntekijöiden määrittelemiä ja kokivat eri hoitopaikkojen erilaiset hoitokulttuurit ongelmallisina ja ristiriitaisina. Potilaan kotona toteutettavassa hoidossa painottui potilaan itsemääräämisoikeus olennaisesti enemmän kuin avohoitoyksikössä tai sairaalahoidossa. Magnussonin (2003, 48-49) tutkimuksessa hoitajat kokivat samalla tavalla, että kotona tehtävässä psykiatrisessa hoitotyössä potilas on enemmän hoitonsa subjekti kuin sairaalahoidossa. API-projektin (Aaltonen ym. 2000, 70) suosituksissa todetaan, että ensi kertaa akuuttiin psykoosin sairastuneen hoidossa tulisi aina arvioida kotihoidon mahdollisuudet. Kotihoidon mahdollisuus tulisi varmasti arvioida myös uusiutuneen psykoosin hoidossa.

Voidaankin pohtia mitkä asiat johtavat siihen, että osastolla toteutettava hoito ohjaa hoitoyhteisöä toimimaan autoritaarisesti. Löytyykö reviirijattelusta vastaus? Osastolla ollaan hoitoa antavan instanssin reviirillä, jossa on luotu omat säännöt ja tavat toimia. Ei voida myöskään ohittaa vuosien saatossa muokaantunutta hoitokulttuuria, sairaalan hierarkia-ajattelua ja byrokratiaa. Nykyinen osastohoidon aikainen hoitokulttuuri on kuitenkin sidoksissa aina historiaan ja kun viime vuosisadan alun ja vielä puolenvälinkin aikainen hoitokulttuuri oli säilyttävää, niin kehitystä on kuitenkin tullut, mutta kehityksen askeleet ovat nykyisten tietojen, esimerkiksi API-projektin valossa pieniä. Tutkijan mielestä hoitotyön peruskoulutus ei anna tällä hetkellä tarpeeksi eväitä hoitamiseen tarpeeksi korkealla tasolla. Toisaalta ihmisen kohtaamisen peruslähtökohtaan tasa-arvoiseen kohtaamiseen ei tarvitse minkäänlaista koulutusta.

Kotona toteutettava hoitotyö mahdollistaa tämän tutkimuksen mukaan potilaan tukemisen, voinnin arvioinnin, ja tilanteen kartoittamisen hänen omalla maaperällään, jolloin voidaan saada kokonaiskuva potilaan tilanteesta. Kotona potilaan omalla maaperällä voidaan huomioida potilaan todellinen tilanne niin psyykkisen, fyysisen kuin sosiaalisen toimintakyvyn alueella. Hoitajat kokivat, että kotikäyntien ansioista kokonaiskuva on parempi kuin jos hoitopaikka olisi pelkkä osasto. Magnussonin (2003, 49) tutkimuksessa hoitajat kokivat saavansa laajemman kuvan potilaan elämäntilanteesta, jolloin potilaan hoito ja

jatkosuunnitelmat oli helpompi toteuttaa. Uttulan (2006, 34) tutkimuksessa hoitajat kokivat samalla tavalla kotoa saatavan tiedon olevan lähempänä totuutta ja kokivat, että potilaan arjessa oleminen syventää ammattillista kiinnostusta potilaaseen ja hänen elämäänsä. Myös Hyytiäisen (2006, 45) tutkimuksessa hoitajat kokivat lapsipotilaan ja perheen kokonaistilanteen hahmottuvan helpommin perheen omalla maaperällä ja koettiin kodin olevan luonteva hoitopaikka lapselle ja perheelle.

Tämän tutkimuksen mukaan potilaat ovat yleensä kotonaan avoimempia kuin osastolla, jolloin erilaisten asioiden käsitteleminen voi olla merkityksellistä. Siten olisikin osastolla syntyneen omahoitajasuhteen jatkuminen potilaan kotona. Osastohoidon aikaiset kotikäynnit eivät kuitenkaan aina mahdollista omahoitajan läsnäoloa, koska on kolmivuorotyötä, kotikäynnit tehdään viikonloppuisin ja työvuorot on tehty jo aikoja ennen kuin potilas on edes osastolla hoidossa. Uttulan (2006, 50-51) tutkimuksessa kotikäynnit suunniteltiin siten, että omahoitaja oli aina käynnillä. Hyytiäisen (2006, 56) tutkimuksessa sama työpari jatkoi potilaan kanssa koko hoidon ajan. Nämä perustuivat siihen, että työmuotona oli kotiin tehtävä hoitotyö ja se toteuttiin yleensä arkipäivisin ja virka-aikana. API – projektissa (Aaltonen, 2000, 58-60) kehitystyön tuloksena luotiin moniammatillinen kolmihenkinen tapauskohtainen työryhmä, jonka katsottiin parhaiten säilyttämään hoidollisen toimintakyvyn, koska työntekijät saivat jakaa työtään kahden muun työntekijän kanssa, jolloin ryhmä pysyi kasassa ahdistavista tilanteista huolimatta. Koettiin, että akuutin psykoosin tarpeenmukainen hoito on ryhmätyötä ja toisaalta omahoitajan roolissa oleva voisi koulutuksensa mukaan keskittyä psykoterapeuttiseen yksilötyöskentelyyn.

Kotikäynteihin liittyi tutkimuksen mukaan yhteistyö potilaan läheisten kanssa. Yhteistyö oli psykoedukatiivista ja tukea antavaa potilaan läheiselle sekä potilaan läheiseltä sai tietoa potilaan tilanteesta ja voitiin havainnoida perheen vuorovaikutusta kotioloissa. Samalla tavalla Uttulan (2006, 44-45) tutkimuksessa potilaan läheisten tapaaminen koettiin tärkeänä ja heidän kanssaan psykoedukatiivinen keskustelu koettiin auttavan läheisiä ja sitä kautta läheiset osasivat suhtautua potilaaseen tavalla, joka helpotti yhteistä elämää. Magnussonin (2003, 49) tutkimuksessa hoitajat kokivat kontaktin potilaan läheisiin tärkeänä ja

tustuminen potilaan läheisiin helpotti yhteistyötä jatkossa. API –projektissa (Aaltonen ym. 2000, 31-31) puolestaan perhekeskeisyys oli projektin ydinaluetta, jolloin potilaan perhe oli heti alusta saakka osa hoitoryhmää, jolloin voitiin luoda tavoitteet ja keinot hoidolle ja toteuttaa hoitoa yhteisen sovitun mukaan.

Tässä tutkimuksessa hoitajat kokivat kotikäynnit **kokonaisvaltaisena**, jonka alakategoriaksi muodostui auttava koti ja monipuolinen tieto. Hoitajat kokivat potilaan kodin auttavan paranemisprosessissa ja kotikäynnillä saatava tieto toi hoitoon kokonaisvaltaisuutta. Hoitajat kokivat, että potilaan koti on potilaan reviiriä, jossa potilas voi määrätä tahdin. Potilaiden kotona tapahtuva kohtaaminen oli hoitajien kokemuksen mukaan tasaveroisempaa ja avoimempaa kuin osastolla ja turha virallisuus jäi pois. API –projektissa (2000, 70) puolestaan potilaat kokivat työntekijän tasaveroisena yhteistyökumppanina ja asiantuntijana. Uttulan (2006, 31-32) ja Hyytiäisen (2008, 44-45) tutkimukset tukee kodin erityispiirrettä siten hoitajat kokivat potilaan kotona tehtävän hoitotyön vaativan erityistä hienotunteisuutta ja kunnioituksen osoitusta, jota tulosta Magnussonin (2003, 47) tutkimus tuki. Tässä tutkimuksessa hoitajat kokivat, että potilaat pääsevät kotikäyntien ansiosta aikaisemmin kotijaksoille, jolloin potilaan tilanne koettiin realisoituvan ja siinä tilanteessa kotikäynnit olivat tarpeellisia ikäänkuin akuutin vaiheen ja kuntoutus vaiheen välillä. Uttulan (2006, 39) tutkimuksessa kotihoito koettiin ennaltaehkäisevänä, akuuttina ja jälkihoidollisena, aina tilanteesta riippuen.

Tässä tutkimuksessa hoitajat kokivat kotikäyntien olevan iso osa kokonaishoitoa, joiden ansiosta potilaan kokonaistilanteesta saadaan mahdollisimman lähelle totuutta oleva käsitys ja näin kyetään tarkentamaan potilaan hoitosuunnitelmaa ja suunnitella jatkohoitoa paremmin. Hyytiäisen (2006, 55-56) tutkimuksessa lastenpsykiatriassa lähtökohta on koko perheen hoitaminen ja siihen sitten nivoutuu moni muu perheen arkeen ja ympäristöön liittyvä asia. Nämä asiat kyetään hoitaa kotona järkevämmiin kuin osastohoidossa.

Tässä tutkimuksessa hoitajat kokivat kotona tehtävän hoitotyön **moninaisena hoitoympäristönä**. Alakategorioiksi muodostui haastava hoitoympäristö, vastuu ja työpari voimavarana.

Hoitajat kokivat kotikäynnit haastavina, mutta mielekkäinä. Hoito potilaan kotona aiheutti ennakkoon erilaisia tunteita, riippuen aina millaista käyntiä odotettiin. Käynnit, jossa tavattiin perhettä koettiin haastavina, mutta haastavimpina koettiin moniongelmaiset potilaat. Hoitajat kokivat oman itsensä turvallisuudesta huolehtimisen vaikeampana kuin osasto-olosuhteissa. Magnussonin (2003, 47) tutkimuksessa turvallisuuskysymykset nousivat samalla tavalla esille kuin tässä tutkimuksessa. Tässä tutkimuksessa hoitajat kokivat suurta vastuuta potilaasta kotikäynnillä. Vastuukysymykset nousivat esille varsinkin silloin, kun tavattiin huonossa kunnossa oleva potilas. Hoitajat kokivat, että sellaisissa tilanteissa erilaisten päätöksien jälkeen mietitytti päätöksen järkevyyt. Magnussonin (2003, 47) tutkimuksessa hoitajat miettivät omaa hoitajan ammattillista vastuuta ja potilaan itsemäärämisoikeutta yleensä kotihoidossa, mutta myös vaikeiden tilanteiden edessä.

Tämän tutkimuksen mukaan hoitajaparityöskentely koettiin voimavarana. Työpari oli työnjakaja ja kanava, jonka kautta ensimmäisenä saattoi purkaa kotikäyntiä. Työparit muodostui sattumalta työvuorosuunnitelman mukaan, mutta hoitajat eivät kokeneet sitä haittaavana tekijänä vaan enemmänkin rikkautena. Hoitajat kokivat, että eri työkavereiden erilaiset kokemukset ja erilaiset työtavat antoivat mahdollisuuden eri näkemykselle ja mahdollisuuden oppia uutta. Uttulan (2006, 50-51) ja Hyytiäsen (2008, 56-57) tutkimuksessa työpari koettiin samanlaisena monipuolisena tukena kuin tässä tutkimuksessa. API-projektissa ideaalina pidettiin kolmen hengen moniammatillista tiimiä, joka tutkimuksen mukaan säilytti parhaiten toimintakykynsä erilaisten ammatillisten haasteiden ja muutosten edessä.

Hoidollisten kotikäyntien kehittämiskohteeksi hoitajat kokivat tässä tutkimuksessa **kohti yksilöllisempää kotikäyntiä**. Yksilöllisempi kotikäynti muodostuisi hoitajien mukaan, että kaikille kotijaksolle meneville potilaille tehtäisiin kotijaksosuunnitelma ja siinä olisi konkreettisia asioita, jotka veisivät potilaan asiaa eteenpäin. Uttulan (2006, 50) tutkimuksessa ei tehty kotikäynnille joka kerta suunnitelmaa vaan tarpeen mukaan. Kotihoitosuunnitelma oli tehty jo alkuvaiheessa moniammatillisissa tiimissä yhdessä potilaan kanssa (Uttula 2006, 14). Uttulan (2006, 29) tutkimuksessa hoitajat korostivat, että kotona tehtävä

avohoitotyö on hoitajan ja potilaan vuorovaikutuksellinen yhteistyösuhde, potilaan verkoston rakentumista ja ylläpitämistä sekä hoitotyön vaalimista.

Kotikäynneille toivottiin myös selkeämpää tarkoitusta ja tavoitetta, vaikka yleisesti ottaen sellaiset olivat tiedossa. Usein kotikäynnillä olevat hoitajat eivät ole potilaan omasta hoitoryhmästä, jolloin heillä ei ole niin hyvää käsitystä potilaasta kuin olisi potilaan omanhoitoryhmän hoitajalla. Selkeä tarkoitus ja tavoite kirjattuna potilaan tietoihin olisi hoitajien kokemuksen mukaan kotikäyntiä ohjaava tekijä ja silloin potilas ja hoitaja olisivat tietoisia kotikäynnin sisällöstä.

Yhtenä kehittämisen kohteena hoitajat kokivat kotikäyntien sisällöstä keskustelua. Yleensä kotikäynnit ovat pelkkää keskustelua, mutta toivottiin sen olevan potilaan yksilöllisen tilanteen mukaan jotakin muutakin, kuten ulkoilua tai kaupassa käyntiä, mutta koettiin myös, että kaupassa käynti ei kuulu hoitoon.

Onko hoitoympäristöllä merkitystä? Vai, onko pelkästään niin, että sekä potilaan että hoitajan asennoitumisella on merkitystä hoitosuhteessa? Onko osastolla suoritettava hoito valtasuhteiltaan vääristynyttä? Jos näin on, niin vääristääkö valtasuhdetta hoitojärjestelmä itsessään, hoitohenkilökunta, potilas vai kaikki yhdessä? Psykoosin perhekeskeisen työn pioneeri Searles (1960) korosti fyysisen ympäristön merkitystä hoitoprosessissa (Aaltonen, ym., 2000, 81 mukaan). Samaan suositukseen tuli myös API-projekti (Aaltonen, ym., 2000, 81-86), jossa kotona toteutettava hoito on joustavaa ja potilaan vuorovaikutusverkosto voidaan ottaa huomioon mahdollisimman konkreettisenä. API –projektin myötä tarkentunut skitsofrenian tarpeen mukaisen hoidon periaatteet. Siinä pyritään siihen, että potilaan hoito toteutuu siinä ympäristössä missä hoidon rituaalinen valta on vähäisimmillään ja potilaan valinnan vapaus suurimmillaan eli käytännössä potilaan kotona. Siihen kuuluu olennaisesti sosiaalisen verkoston kanssa työskentely ja jokaisessa hoidon vaiheessa pääperiaate on avoin dialogi, jossa moniammatillinen hoitoryhmä yhdessä potilaan ja hänen verkostonsa kanssa luo ”totuuden”.

Hoidon fyysisen ympäristön merkitykseen sopii hyvin ihmisen olemassaolon kolmijakoisuutta pohdinnoissaan korostanut filosofi Lauri Rauhala (2005, 32-34, 156). Hänen mukaansa ihminen on kehollinen, tajunnallinen ja elämäntilanteeseen

(situation) kietoutunut olento. Kolmijakoisuuden huomioiminen psykiatrisessa hoitamisessa on Rauhalan mukaan välttämätöntä. Mielestäni psykiatrisen hoitamisen järjestäminen potilaan kotiin mahdollistaa juuri Rauhalan kolmijakoisuuden huomioimista ja varsinkin potilaan elämäntilanteisuus voidaan huomioida potilaan omassa kodissa parhaiten. Rauhalan ajatelma kolmijakoisuudesta on aina yhdessä vaikuttamassa eikä niitä voi erottaa toisistaan eli ne tulisi juuri sen vuoksi aina huomioida hoidossa. Rauhalan mukaan juuri hoitotieteellä olisi mahdollisuus ottaa kokonaisvaltainen ihmiskäsitys ohjenuorakseen. Valitettavaa on, että edelleen hyvin vahvasti psykiatrisessa hoidossa lääkityksen käyttö on ensisijaista ja koetaan tärkeimpänä eli silloin hoidetaan ihmistä kehollisuuden kautta, vaikka vaikuttamiskanavia oliskin jäljellä vielä tajunta ja elämäntilanteisuus. Psykiatriassa on olemassa vahvasti tajunnan kautta hoitaminen, mutta jos vahvana ensisijaisena hoitona on kehon kautta hoito niin silloin hoitotulokset jäävät vaillinaisiksi.

Tämän tutkimuksen tulokset antavat selkeän viestin kotona toteutettavan psykiatrisen hoitotyön hyödyistä myös osastohoidon aikana. Ne linkittyvät osastolla tehtävään hoitotyöhön, mutta ne koettiin niiden määrään nähden hyvin merkittäväksi osaksi hoitoa.

6.2 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa selvitetään kuinka totuudenmukaista tietoa on kyetty tuottamaan. Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden mittaamiselle ei ole luotu yksiselitteisiä mittareita ja sen luotettavuuden arvionnista on spekuloitu monin tavoin. Yksi huolta aiheuttava asia on, että tutkittava työskentelee yleensä yksin ja silloin tutkija saattaa tulla sokeaksi omalle työlleen. Lisäksi on varoitettu mahdollisesta virhepäätelmästä, jossa tutkija on yhä vakuuttuneempi tulosten oikeellisuudesta, vaikka niin ei välttämättä ole. Tämän tutkimuksen tekijä on analysoinut aineiston kahteen kertaan, jotta mahdolliset virhepäätelmät olisivat saattaneet tulla esille. Virhepäätelmiä ei kuitenkaan löytynyt kuin vain yksittäisten pelkistettyjen lauseiden luokittelussa, jotka eivät vaikuttaneet tutkijan käsityksen mukaan kokonaiskuvaan. (Kylmä & Juvakka

2007, 127; Hirsjärvi ym. 2009, 232; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 197)

Kylmän & Juvakan (2007, 127-128) mukaan laadullisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan mitata nejäällä kriteerillä, jotka ovat: uskottavuus, vahvistettavuus, refleksiivisyys ja siirrettävyys. Tämän tutkimuksen luotettavuutta pyritään arvioimaan näillä kriteereillä.

Tämän tutkimuksen *uskottavuutta* lisää tutkijan perehtyneisyys tutkittavaan aiheeseen. Tutkija työskentelee kollegana tutkimuksen osallistujien kanssa ja on tehnyt hoidollisia kotikäyntejä niiden koko toiminta-ajan ajan. Tutkimuksen teosta ja sen etenemisestä tutkija on keskustellut kollegoiden kanssa ennen tutkimuksen aloittamista. Kollegana oleminen saattaa myös heikentää luotettavuutta, koska on mahdollista, että tutkimuksen osallistujat ovat antaneet tästä syystä sosiaalisesti suotavia vastauksia. Siihen voi vaikuttaa kollegiaalisuus tai ei haluta tuoda julki mahdollisesti poikkeavia kokemuksia osastolla yleisesti olevasta käsityksestä tai tutkijan käsityksestä hoidollisia kotikäyntejä kohtaan. Tällaisen tilanteen välttämiseksi tutkija on tuonut tutkimustiedotteessa esille osallistujan anonymiyden, korostanut tutkimuksen tarkoitusta eli osallistujan omakohtaisen kokemuksen tärkeyttä, avoimuuden periaatetta, luottamuksellisuutta ja vapaaehtoisuutta. Tutkijan oma käsitys tutkijan ja osallistujien työyhteisöstä on, että työyhteisö on avoin, salliva ja omaa työtään kriittisesti tarkastelemaan kykenevä työyhteisö. (Kylmä & Juvakka 2007, 26, 152-153)

Tutkimuksen uskottavuuden yksi piire on, että lukija ymmärtää miten analyysi on tehty ja miten hyvin tutkija kykenee kiinnittymään empiiriseen aineistoon ja käsitteelliseen ajatteluun. Lisäksi uskottavuutta lisää analyysin tuloksena olevien kategorioiden kattavuus aineiston kanssa. (Kankkunen, ym., 2013, 198) Tässä tutkimuksessa tutkija on auki kirjoittanut jokaisen työvaiheen ja on tuonut taulukoiden ja liitteinä esille aineiston analyysia. Analysoinnin kohteena on ollut koko aineisto ja kategoriat tutkijan mielestä kuvaavat koko aineistoa. Tutkija on pyrkinyt selkeään kielelliseen ilmaisuun ja on pyrkinyt kriittisesti tarkastelemaan analyysin vaiheita kirjoitusasua myöten. Tutkimuksen otokseksi tuli viisi (5) hoitajaa, jonka jälkeen tutkija koki kylläisyysperiaatteen täyttyvän, jolloin

osallistujat eivät enää tuottaneet uusia näkökulmia tutkimukseen. Tutkijan kokemuksen mukaan aineisto on rikas ja syvälinen ja edustaa laadukasta kuvausta hoidollisista kotikäynneistä osallistujien työryhmässä. Kaikilla osallistujilla oli käytännön kokemus hoidollisista kotikäynneistä. (Kylmä & Juvakka 2007, 27, 79-80)

Tutkija on tehnyt tutkimuspäiväkirjaa ensimmäisen haastattelun jälkeen, jossa tutkija pohtii haastattelutilanteen haastavuutta, tutkimuskysymysten ja –teemojen mielekkyyttä sekä teemojen alla olevia kysymyksiä. Tutkija päätyikin tarkentamaan ja lisäämään teemojen alle tukikysymyksiä turvaamaan tutkimustilannetta, jotta tutkijan oli mahdollista tukeutua kysymyksiin haastattelun aikana. Tämän lisäyksen riski oli, että teemahaastattelu muuttuu liiaksi strukturoiduksi haastatteluksi. Tutkijan mielestä näin ei kuitenkaan käynyt, vaan tutkijan harjaantuessa haastatteluja tehdessä, haastattelutilanteet lähentyivät yhä enemmän avointa haastattelua (Kylmä & Juvakka 2007, 79-80).

Tutkimuspäiväkirjan pitäminen lisää tutkimuksen luotettavuutta, mutta tässä tutkimuksessa päiväkirjan käyttö oli hyvin suppeaa, joten luotettavuuden arviointi sen pohjalta on vaikeaa tai mahdotonta. Suppea päiväkirja ei lisää tutkimuksen luotettavuutta, mutta tässä tutkimuksessa päiväkirja oli tärkeä apu ensimmäisen haastattelun jälkeen. Tutkija on reflektoinut työtään koko tutkimuksen ajan tutkimuskirjallisuuteen tutustumalla. (Kylmä & Juvakka 2007, 128; Kankkunen & Veviläinen-Julkunen ym. 2013, 198)

Tutkimuksen keskeiset käsitteet on pyritty luomaan tutkimuksen aihepiiriin sopiviksi. Tutkijan käsityksen mukaan niissä on onnistuttu. Keskeisten käsitteiden auki kirjoittamisessa on pyritty käyttämään aihealueeseen perehtyneiden arvostettujen ammattilaisen kirjallisuutta ja tutkimuksia. Tutkija ei löytänyt suoraan vanhuspsykiatrista kotihoitoa tutkivaa tutkimusta, joten tutkija on käyttänyt aihealueen tutkimuksia laajemmin. Myös psykiatrisesta kotihoidosta oli haastavaa löytää väitöskirjoja. Tutkija onkin käyttänyt psykiatriseen hoitotyöhön liittyviä väitöskirjoja ja suomalaisen psykiatrisen hoitotyön urauurtavien projektien raportteja (mm. API-projekti), graduja ja hyvin aiheeseen sopivaa ylemmän AMK:n opinnäytetyötä keskeisten käsitteiden avaamiseen ja tulosten tarkasteluun ja vertailuun.

Tutkimuksen luotettavuutta saattaa heikentää tutkimuksen tekijän kokemattomuus tutkimuksen tekijänä ja kokemattomuus suhteutettuna vaativaan aineistonkeruumenetelmään. (Hirsjärvi ym. 2009, 206) Lisäksi luotettavuutta saattaa heikentää opinnäytetyön tekemisen pitkä ajallinen kesto. Opinnäytetyö aloitettiin vuoden 2010 syksyllä ja sen teossa on ollut eripituisia taukoja, joten tutkijan kiinnittyminen tutkimukseen on voinut muuttua ajan kuluessa.

Tutkimusprosessin *vahvistettavuus* edellyttää, että koko tutkimusprosessi on kirjattu niin, että prosessia voidaan seurata (Kylmä & Juvakka 2007, 129). Tämän tutkimuksen kulku on kirjattu tutkimuksen toteuttaminen –otsikon alla alkuprosessista loppuun saakka sekä pohdinta osiossa on tuotu julki ensimmäisen haastattelutilanteen jälkeisiä pohdintoja ja muutoksia tutkimuksen teemojen sisällä. Lisäksi analyysiprosessia on kirjoitettu auki ja tuotu näkyville taulukoiden muodossa. Tutkimus on perusteltu tieteellisesti. Tutkija on analysoinut tutkimuksen kahteen kertaan, joten tutkija on vakuuttanut itselleen analyysin oikeellisuuden. Kuitenkin laadullisessa tutkimuksessa hyväksytään, että todellisuuksia on monia, koska saman aineiston analyysissä toinen tutkija voi saada erilaisen tuloksen (Kylmä & Juvakka 2007, 129).

Tutkija on kirjoittanut auki oman esiymmärryksensä tutkittavasta aiheesta. Tutkija on kollega tutkimuksen osallistujien kanssa, joten esiymmärryksen avaaminen antaa lukijoille käsitystä mistä lähtökohdista tutkimusta on lähdetty toteuttamaan. Tämä lisää tutkimuksen luotettavuutta. (Kylmä & Juvakka 2007, 129.) Tutkija on kirjoittanut esiymmärryksen aineiston keräämisen, analysoinnin ja tutkimuksen tulosten kirjoittamisen jälkeen, jolloin ei voida olla varmoja onko tutkija kyenyt näkemään asiat tutkimuksen jälkeen niin kuin ne olivat tutkimusta edeltävästi.

Opinnäytetyössä on selvitetty osallistujien suhde tutkimuksen aiheeseen ja heidän ammatillisen roolinsa sekä esitelty tutkimuksen ympäristö, minkä perusteella tutkimutulosta voidaan *siirtää* vastaavanlaisiin ympäristöihin (Kylmä & Juvakka 2007, 129).

6.3 Tutkimuksen eettisyys

Laadullisessa tutkimuksessa tutkimuksen tekijä on yleensä läheisessä kontaktissa osallistujan kanssa, jolloin tutkijan oma toiminta ja rooli haastattelun aikana on tärkeä ottaa huomioon. Silloin korostuu tutkimuksen etiikka ja eettisyyden arviointi. (Kylmä & Juvakka 2007, 27, 148). Tässä tutkimuksessa eettisyys korostuu entisestään, koska tutkimuksen tekijä on työkaveri ja kollega osallistujien kanssa. Tutkimuksessa on tuotu esille tutkijan kollegiaalisuus ja selvitetty miten tutkija on sen ottanut huomioon tutkimusta tehdessä. Tutkijan ymmärryksen mukaan kollegiaalisuus ei vaikuttanut tutkimuksen prosessiin negatiivisella tavalla. Tutkijan mielestä kollegiaalisuus osallistujien kanssa on jopa helpottanut tutkimuksen tekoa ja tutkija on tuonutkin esille helpon ja avoimen suhteen osallistujien kanssa. Ennako-oletuksena oli, että osallistujat saattavat antaa sosiaalisesti suotavia vastauksia tai ei haluta tuoda julki mahdollisesti poikkeavia kokemuksia osastolla olevasta yleisesti käsityksestä tai tutkijan käsityksestä hoidollisia kotikäyntejä kohtaan. Tällaista käytöstä ei kuitenkaan tutkija huomannut.

Tutkimustiedotteessa tutkija toi esille tutkimuksen tarkoituksen, tavoitteen, tutkimusmenetelmän ja perusteli tutkimuksen hyödyn. Tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista ja tutkimukseen osallistumisen sai perua kesken tutkimusprosessin sekä tutkimustiedotteessa korostettiin avoimuuden ja anonyymiuden periaatetta ja luottamuksellisuutta. Tutkimuksen kohderyhmä edustaja sai tutkimustiedotteen ja allekirjoitettavan suostumuslomakkeen omaan postilokeroonsa työpaikalla, josta halukas osallistuja palautti sen tutkijan postilokeroon. Lisäksi tutkimustiedote oli esillä hoitajien taukotilassa, jossa siihen sai tutustua. Tutkijan ollessa työssä osastolla kohderyhmän edustajille annettiin mahdollisuus kysyä tutkimuksesta tutkijalta. Ennen haastattelutilanteen alkua tutkija varmisti osallistujan ymmärryksen tutkimuksen kokonaisuudesta. (Kylmä & Juvakka 2007, 138, 148-149; Hirsjärvi ym. 2009, 25)

Tutkimusprosessin aikana tutkija pyrki huolelliseen, avoimeen ja rehelliseen työskentelyyn (Kylmä & Juvakka 2007, 154). Tutkija tukeutui analysointi vaiheessa aineistosta nouseviin aiheisiin induktiivisen sisällön analyysin

periaatteiden mukaan ja pyrki oman käsityskykynsä muokaisesti luokittelemaan aineiston siten, että koko aineiston tulos näkyisi luokittelun tuloksena. Tutkijan käsityksen mukaan tutkija onnistui tässä pyrkimyksessään, vaikka aineiston käsitteellistäminen olisi voinut olla jouhevampaa.

Tutkimuksen aineistosta ei voitu missään vaiheessa saada selville tutkimuksen osallistujan tietoja, koska tutkija ei nimennyt osallistujia vaan koodasi ne eri värimerkein ja purki haastattelun jokaisen kerran jälkeen paperille ja poisti nauhurilta haastattelun. Nauhuri oli koko haastatteluprosessin ajan tutkijan hallussa tai tallessa. Tutkimuksen raportissa tutkija on käyttänyt suoria lainauksia, mutta ne on tutkijan käsityksen mukaan sellaisia, joista osallistujaa ei voida tunnistaa.

Tutkija on opinnäytetyön aikana pyrkinyt suhtautumaan aineistoon objektiivisesti. Kuitenkin laadullisessa tutkimuksessa hyväksytään, että todellisuus on aina jossakin suhteessa tulkinnanvaraista ja riippuu aina katsojan perspektiivistä, jossa tutkija vaikuttaa objektiivisesta pyrkimyksestä huolimatta tutkimukseen. (Kylmä & Juvakka 2007, 152-153)

Tutkimusta suunniteltaessa tulee ottaa huomioon kohderyhmän sensitiivisyys (Kylmä & Juvakka 2007, 144-145). Tutkijan mukaan hoitajat tutkijan kollegana eivät olleet erityisen sensitiivinen kohderyhmä, koska tutkimuksen aihe oli osaston perustyöhön kuuluva asia, joka ei kohdistunut hoitajaan henkilökohtaisella tasolla.. Tutkimuksessa tuli kuitenkin esille hoitajien kokemia tunteita kotikäynneillä, joiden esittäminen saattoi tuntua vaikealta. Lisäksi psykiatrisessa hoitotyössä yleisesti todetaan, että ”työtä tehdään oman persoonan kautta”, jolloin kokemuksia hoidollisista kotikäynneistä tuova hoitaja, joutuu väistämättä tuomaan esille myös persoonaansa sekä laittamaan alttiiksi omaa ammatillisuuttaan. Tällaisissa haastattelutilantessaa saattoi tutkijan käsityksen mukaan auttaa tutkijan ja osallistujan ammatillinen suhtautuminen, jossa ymmärretään erilaisten tunteiden ja ilmöiden olemassaolo haastavissa hoitotilanteissa sekä tutkijan ja osallistujien helppo yhteistyö. Tutkimuksen teossa tulee myös hyväksyä se, että tutkija ja osallistuja voivat olla sensitiivisyydestä eri mieltä (Kylmä & Juvakka 2007,145).

6.4 Tutkimuksen hyödynnettävyys ja jatkotutkimusaiheet

Tutkijan mukaan opinnäytetyön tulokset on hyödynnettävissä kohderyhmän psykiatrisella viikko-osastolla. Tutkimus antoi työyhteisölle mahdollisuuden tarkastella hoidollisia kotikäyntejä osaston työmuotona. Tutkimus toi esille kehittämistarpeita, joita voidaan käyttää hoidollisten kotikäyntien kehittämisessä. Tutkimus tuloksia voidaan hyödyntää myös laajemmin psykiatristen sairaalaosastojen ja psykiatrisen kotihoidon kehittämistyössä.

Tutkimus antoi kotikäynneistä työmuotona hyvän tuloksen, kun hoidollisia kotikäyntejä tarkastellaan holistisen näkökulman kautta. Yksittäisen tutkimuksen perusteella ei kuitenkaan voida suuria johtopäätöksiä tehdä, mutta jos tutkimuksen tulokset liitetään aikaisempiin tutkimuksiin ja projekteihin, joissa psykiatrisia potilaita on hoidettu kotona, tutkimus antaa rohkaisevan kuvan psykiatrisen kotihoidon hyödyllisyydestä. Yhtenä ilmiönä tämän tutkimuksen ja aikaisempien selvitysten perusteella voitane todeta, että psykiatrisen kotihoito saattaa ohjata työntekijää automaattisesti potilaslähtöiseen työotteeseen. Mielestäni psykiatrisen kotihoito tulisi ottaa laajasti käyttöön sekä avohoidossa että osastohoidon aikana.

Jatkotutkimusaiheet:

- Potilaan ja potilaan verkoston kokemukset psykiatrisesta kotihoidosta.
- Hoitajan vastuu psykiatrisessa kotihoidossa.
- Vanhuspsykiatrisia tutkimuksia tulisi toteuttaa Suomessa, koska tarve vanhuspsykiatriaan kasvaa koko ajan
- Psykiatrisesta kotihoidosta tulisi tehdä suomalainen väitöskirja, koska kaikissa julkaisussa kotihoidon positiiviset vaikutukset myönnetään. Lisäksi jo 1990-luvulla mm. API-projekti ja Keroputaan ODAP –projekti antoi positiivisen tuloksen psykiatrisesta kotihoidosta.
- Hoitajien kokemus, mikä johtaa hierarkiseen työhön psykiatrisella osastotolla?

LÄHTEET

Aaltonen, J., Koffert, T., Ahonen, J. & Lehtinen, V. 2000. Skitsofrenian tarpeenmukainen hoito on ryhmätyötä. Raportti akuutin psykoosin integroitu hoito –projektin (API-projekti) tuottamista periaatteista. Stakes. Raportteja 257. Helsinki

Duodecim, 2010. Lääketieteen sanasto. [viitattu 10.12.2010] Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=ltt02122&p_haku=mielenterveys

Eriksson, K., Isola, A., Kyngäs, H., Leino-Kilpi, H., Lindström, U., Å., Paavilainen, E., Pietilä, A-M., Salanterä, S., Vehviläinen-Julkunen, K., & Åstedt-Kurki, P. 2007. Hoitotiede. Helsinki, Wsoy

Haarankangas, K. 1999. Psykoottisen kriisien hoito. Teoksessa Seikkula, J. (toim.) Psykoosi, uuteen hoitokäytäntöön. Tampere: Kirjayhtymä Oy.

Hietaharju, P. & Nuutila, M. 2010. Käytännön mielenterveystyö. Helsinki: Tammi.

Hirsjärvi, S., Remes, P., Sajavaara, P., 2009. Tutki ja kirjoita. 15. uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Hyttinen, H. 2009. Ikäihminen hoitotyön asiakkaana. Teoksessa Voutilainen, P. & Tikkanen, P. (toim.) Gerontologinen hoitotyö. Helsinki: WSOYpro Oy, 42-44.

Hyytiäinen, J. 2008. Kohti kotia. Lastenpsykiatrian kotihoidon perhehoitotyön kehittäminen Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymässä. Ylempi ammattikorkeakoulututkinto, Lahden ammattikorkeakoulu. [viitattu 2.1.2011] Saatavissa: <https://publications.theseus.fi/search?query=hyyti%C3%A4inen&submit=Hae&scope=10024%2F318>

Ikonen, E-R. 2013. Kehittyvä kotihoito. 3. uudistettu painos. Helsinki: Edita.

Liikkuva vanhuspsykiarinen poliklinikkatyöryhmä 2013. Länsipohjan

sairaanhoidopiirin kuntayhtymä. [viitattu 21.11.2013]. Saatavissa:

http://www.lpshp.fi/media/psykiatria/psy_vanhuspsykiatria.pdf

Juhela, P. 2006. Psykiatrisia palveluita ikääntyville. Suomen psykogeriatrinen yhdistys. [viitattu 29.11.2010]. Saatavissa:

http://www.spsy.org/linkit/Psykiatrisia_palveluita_ikaantyyville.pdf

Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Työ- ja hyvinvointilaitos [Viitattu 19.11.2010]. Saatavissa: <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/53837d85-321b-4694-90ad-a2332abaea71>

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kivelä, S-L. 2009. Depressiosta tasapainoon. Hyvä elämä iäkkäänä. Helsinki, Wsoy.

Kiviniemi, L. 2008. Psykiatrisessa hoidossa olleen nuoren aikuisen kokemuksia elämästään ja elämää eteenpäin vievistä asioista. Väitöskirja. Kuopion yliopiston julkaisuja. [viitattu 15.1.2011] Saatavissa:

<http://www.uku.fi/vaitokset/2008/isbn978-951-27-0809-3.pdf>

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita

Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. Hoitotiede no 1/-99, s. 3-12.

Latvala, E. 1998. Potilaslähtöinen psykiatrinen hoitotyö laitosympäristössä. Väitöskirja. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Oulun yliopisto. [viitattu 15.1.2011] Saatavissa:

<http://herkules oulu.fi/isbn9514250680/isbn9514250680.pdf>

Leinonen, E. 2008. Vanhuspsykiatrian koulutusvaje on paikattava pikaisesti. Suomen lääkärilehti 11/2008, 1027.

Lemola, L. 2008. Yhdessä eteenpäin. Kotona asuvien psykoosisairausten kanssa elävien mielenterveyskuntoutujien ja heidän läheistensä kokemukset tuen saannista. Hoitotieteen laitos. Pro Gradu. Tampereen yliopisto. [viitattu: 18.11.2011]

Saatavissa: <http://tutkielmat.uta.fi/pdf/gradu02372.pdf>

Lepola, U., Koponen, H. Leinonen, E., Joukamaa, M., Isohanni, M. & Hakola, P., 2002. Psykiatria. Helsinki: Wsoy.

Linnainmaa, P., Innamaa, M. & Honkala, L. 1999. Mielenterveystyö ja opetus: matkalla kohti muutosta / Mielenterveystyön opettajat ja ylihoitajat ry. Helsinki: Kirjayhtymä.

Löngvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T., 2008. Psykiatria. Uudistettu 5-6. painos. Helsinki: Duodecim.

Löngvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. 2009. Psykiatria. Uudistettu 5-7. painos. Helsinki: Duodecim.

Magnusson, A. 2003. Home care of persons with long-term mental illness. Nurses and mental health care workers experience how changes in the organisation of psychiatric services have changed their work. Karoliniska institute. Stocholm, Sweden. [viitattu 15.10.2013] Saatavissa: <http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:318729/FULLTEXT01.pdf>

Mieli 2009 työryhmä. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:3 [Viitattu: 28.11.2010]. Saatavissa: <http://pre20090115.stm.fi/pr1233819605898/passthru.pdf>

Metsämuuronen, J. 2003. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. Helsinki : Methelp.

Nieminen, M. 2003. Suret ikäluokat - mitä ne ovat? Tilastokeskus. [viitattu 30.11.2010] Saatavissa: http://www.stat.fi/tup/tietoaika/tilaajat/ta_06_03_nieminen.html

Partanen, A. Moring, J. Nordling, E. Bergman, V. (toim.) 2010. Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Suunnitelmasta toimeenpanoon vuonna 2009. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL), Helsinki. [Viitattu 19.11.2010]. Saatavissa: <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/53837d85-321b-4694-90ad-a2332abaea71>

- Rauhala, L. 2005. Ihmiskäsitys ihmistyössä. Helsinki: Yliopistopaino
- Routasalo, P., & Pitkälä, K. 2005. Teoksessa Koistinen P. (toim.) Laatu vanhustyöhön. Tammi: Tampere 22–23.
- Saarenheimo, M. 2010. Ikäihmisten mielenterveys ja hyvinvointi. [viitattu 30.11.2010] Saatavissa:
http://www.vertikal.fi/vt/Marja_Saarenheimo_Molemmat_Luennot.pdf
- Saarenheimo, M. 2007. Psykkinen hyvinvointi vanhuudessa. Vanhustyö 4/2006, 4-6.
- Saarenheimo, M. 2003. Vanhuus ja mielenterveys. Arkielämän näkökulma. Helsinki: Wsoy.
- Sauri, P. 2008. Suomeen saatava lisää vanhuspsykiatrian koulutusta. Mielenterveyden keskusliitto.[viitattu 3.1.2011]. Saatavissa:
<http://www.mtkl.fi/tiedotteet/?x740264=740276>
- Seikkula, J., Aaltonen, J. & Alakare, B. 1999. Potilaat sosiaalisissa verkostoissaan – Kahden vuoden seurantatutkimusa akuutin psykoosin kotihoidosta. Teoksessa Seikkula, J. (toim.) Psykoosi, uuteen hoitokäytäntöön. Tampere: Kirjayhtymä Oy.
- Suominen, K. & Vuorinen, M. 2004. Kotihoidon arki ja etiikka. Helsinki. Kirjayhtymä Oy.
- Uttula, A. 2006. Psykoosipotilaan hoito avohoidossa tehostetun psykiatrisen kotisairaanhoidon hoitajien kuvaamana. Hoitotieteen laitos. Pro gradu. Tampereen yliopisto.[viitattu 4.1.2011] Saatavissa: <http://tutkielmat.uta.fi/pdf/gradu00827.pdf>
- Vilkka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki, Tammi.
- Vuorinen, J. 2006a. Lopetettua vanhuspsykiatria herätellään taas henkiin. Mielenterveys 05/2006, 37–38.
- Vuorinen, J. 2006b. Vanhuspsykiatria – ongelmavyyhdien purkua. Mielenterveys 05/2006, 39–40.

Välimäki, M., Holopainen, A. & Jokinen, M. 2000. Psykiatrinen hoitotyö muutoksessa. Helsinki. Wsoy.

WHO 2007. Maailman terveysjärjestö. [viitattu 31.2.2011]. Saatavissa:

<http://www.who.int/features/qa/62/en/index.html>

LIITTEET

LIITE 1

TUTKIMUSTIEDOTE

4.4.2011

Hyvä työkaveri

Teen sairaanhoitajakoulutukseen kuuluvaa opinnäytetyötä tämän osaston hoidollisista kotikäynneistä. Tutkimuksen tavoitteena on kuvata hoitajien kokemuksia hoidollisista kotikäynneistä. Tutkimuksesta saadun tiedon perusteella hoidollisia kotikäyntejä on mahdollista kehittää.

Tutkimusmenetelmänä on teemahaastattelu. Haastattelu tapahtuu yksilöhaastatteluna lähiaikoina työajalla. Haastattelutilanne nauhoitetaan, jotta asiat saadaan talteen mahdollisimman luotettavasti ja luontevasti. Haastattelun jälkeen kirjoitan haastattelunauhan sanasta sanaan paperille, josta aineisto analysoidaan tulosten saamista varten. Haastatteluaineisto tuhotaan tutkimuksen valmistuttua.

Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Tutkimus suoritetaan täysin anonymisti. Kaikenlaisten kokemusten esille tuominen on ensiarvoisen tärkeää. Pyydän sinua ystävällisesti osallistumaan tutkimukseen

Mikäli sinulla on kysyttävää, ota hihasta kiinni.

Yhteistyöterveisin

Janne Tuomaala

Lahden ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveysalan laitos
Hoitotyön koulutusohjelma

SUOSTUMUS TUTKIMUKSEEN

Osallistun haastateltavaksi Janne Tuomaalan opinnäytetyöhön ”Hoidolliset kotikäynnit ikääntyville asiakkaille”. Annan suostumuksen käyttää haastattelussa saatua aineistoa opinnäytetyössä.

Osallistun tutkimukseen

kyllä _____ ei _____

Paikka ja aika

Allekirjoitus

LIITE 2

Haastatteluteemat

Koti hoitoympäristönä

- Millainen potilaan koti on hoitoympäristönä hoitajan kannalta?
- Millainen potilaan koti on hoitoympäristönä potilaan kannalta?
- Läheisten kannalta?

Psykiatrinen hoitotyö kotona

- Miten kotikäynnit suunnitellaan?
 - yksilöllisyys?
- Mikä on hoidollisen kotikäynnin tarkoitus?
- Mitkä ovat mielestäsi keskeisimmät asiat potilaan kotikäynnillä?
- Mitä hoitoa potilaan kotona annetaan?
- Mikä kotikäynnillä auttaa potilasta?
- Miten kotikäynnit auttavat mielestäsi kokonaishoidossa?
- Mikä hyötyä kotikäynneistä on potilaalle/hoitotyöhön?
- Miten käynnit vastaavat potilaan tarpeita?
- Mitä haittatekijöitä käynneillä mielestäsi on?

Kehittäminen

- Millaisia/mitä asioita mielestäsi kotikäynneillä voisi kehittää?
 - kokonaisuus; suunnittelu, toteutus, arviointi

LIITE 3 Ylä- ja yhdistäväkategoria

Yläkategoria	Yhdistävä kategoria
Kotikäyntien suunnittelu	Psykiatrinen kotihoito osastohoidon aikana
Pärjäämisen tukeminen	
Voinnin arviointi	
Hoitosuhdekeskustelu	
Yhteistyö läheisten kanssa	

Auttava koti	Kokonaisvaltaisuus
Monipuolinen tieto	

Haastava hoitoympäristö	Moninainen hoitoympäristö
Vastuu	
Työpari voimavarana	

Hoitosuunnitelman laadinta	Kohti yksilöllisempää kotikäyntiä
Käynnin tarkoitus ja tavoite	
Sisällön rajat	
Käyntien priorisointi	

LIITE 4 Aineiston analyysia: pelkistetty ilmaus, ala-, ylä- ja yhdistävä kategoria

potilaan ehdoilla				
potilaan kotia kunnioitetaan	→	POTILAAN REVIIRI		
suhtautuminen on erilaista				
potilaat ovat avoimempia	→	POTILAAT AVOIMEMPIA		
rennompi ilmapiiri voi helpottaa potilasta				
oma koti jo auttaa potilasta				
potilas harjoittelee kotona olemista				
kynnys kotiin palaamiselle madaltuu				
oma koti auttaa hoidossa	→	KOTI AUTTAA	→	AUTTAVA KOTI
käynti jo auttaa				
tieto käynnistä voi jo auttaa potilasta				
koetaan olo turvalliseksi	→	KÄYNTI TUO TURVALISUUTTA		
vähentää laitoshoidon tarvetta				
laitostumisen vaara vähenee				
hoitoajat lyhentyneet	→	SAIRAALAHOITO LYHENEET		
asteittainen siirtyminen kotiin				
koti ilanne voi realisoida potilasta				
voi aiheuttaa potilaalle ahdistusta	→	VÄÄRIN YMMÄRRYKSIÄ		
arvostellaan kotia				
ei haittatekijöitä potilaalle	→	EI HAITTAA POTILAALLE		
toimintakyky voi olla erilainen				
psykkinen vointi voi olla erilainen				
käynnit voi olla yllätyksellisiä				
käynnillä saa vastauksia epäselvyyksiin	→	ARJEN VOINTIA		
saadaan parempi kokonaiskuva tilanteesta				
tuo hoitoon kokonaisvaltaisuutta				
näkökulma voi muuttua				
apukeino hoidossa				
käynnit iso osa kokonaisuutta				
tieto on erittäin hyödyllistä				
tieto helpottaa hoitoa	→	HYÖDYLLINEN KOTIKÄYNTI		
tieto lisää hoidon laatua				
tietoa saa joka käynnillä				
hoidon suunnitelmallisuus paranee				
kartoitusta				
nähdään todellisuutta				
havainnoidaan haittatekijöitä				
kodin sisustuskin kertoo jotakin	→	NÄHDÄÄN KOTIOLOT		
saadaan kotitilanteeseen selvyttä				
asumisolosuhteet				
nähdään ympäristöä				
tarve palveluille selkenee	→	JATKOHOIDON TARVE SELKENEET		
nähdään kotiuttamisen esteet				
ei aina tarpeellista olla omahoitaja	→	PÄRJÄÄ ILMAN OMAHOITAJAA		
yleensä käynnit hyviä, vaikka potilas olisi vieras	→	KÄYNNIT YLEENSÄ ANTOISIA		
tilanteen mukaan meneminen toimii	→	TILANTEEN MUKAINEN TOIMINTA TOIMII		
				<u>KOKONAISVALTAISUUS</u>
				<u>MONIPUOLINEN TIETO</u>

