

POTILAAN HYVÄ VASTAANOTTOTILANNE
AIKUISPSYKIATRISILLA KUNTOUTTAVALLA
OSASTOLLA

Hoitohenkilökunnan näkökulmia

Henna-Riikka Ruskovaara
Rakel Tyni

Opinnäytetyö
Helmikuu 2014

Hoitotyön koulutusohjelma
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala





Tekijä(t) Sukunimi, Etunimi RUSKOVAARA, Henna-Riikka TYNI, Rakel	Julkaisun laji Opinnäytetyö	Päivämäärä 03.02.2014
	Sivumäärä 41	Julkaisun kieli Suomi
		Verkkojulkaisulupa myönnetty (X)
Työn nimi POTILAAN HYVÄ VASTAANOTTOTILANNE AIKUISPSYKIATRISILLA KUNTOUTTAVALLA OSASTOLLA – Hoitohenkilökunnan näkökulmia		
Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma		
Työn ohjaaja(t) JAKOBSSON, Maarit KUHANEN, Carita		
Toimeksiantaja(t) eräs suomalainen sairaanhoitopiiri		
Tiivistelmä <p>Opinnäytetyö tehtiin yhteistyössä erään suomalaisen sairaanhoitopiirin kanssa. Opinnäytetyö on osa sairaanhoitopiirin laajempaa psykiatrisen hoidon kehittämishanketta.</p> <p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli kerätä ja jäsentää sairaalan hoitohenkilöstöllä olevaa tietoa psykiatrisen potilaan vastaanottotilanteesta. Tavoitteena oli saada tietoa psykiatrisen potilaan vastaanottotilanteen käytännöistä sairaanhoitopiirin kehittämishankkeelle ja sairaalan työntekijöille. Tutkimuskysymyksenä oli: ”Millainen on psykiatriselle osastolle tulevan potilaan hyvä vastaanottotilanne hoitajien kokemana?” Kohderyhmänä olivat kuntouttavan aikuispsykiatrisen sairaalan hoitotyöntekijät.</p> <p>Tiedonkeruu tapahtui marraskuussa 2013 sairaalassa järjestetyssä kaksituntisessa fokusryhmäkeskustelussa. Fokusryhmään osallistui kahdelta eri osastolta kymmenen vapaaehtoista hoitajaa, joiden työkokemus psykiatrisesta hoitotyöstä oli noin vuodesta 25 vuoteen. Aineisto muodostui fokusryhmätilanteen vetäjän, kirjaajan ja hoitajien tekemistä muistiinpanoista. Analyysimenetelmänä oli teoriaohjaava sisällönanalyysi.</p> <p>Tulosten mukaan potilaan hyvä vastaanottotilanne on potilaslähtöinen. Hyvässä vastaanottotilanteessa korostuvat suunnitelmallisuus ja hoitotyön ammattiosaaminen. Johtopäätöksinä vastaanottotilanteen merkittävimmät kehittämiskohteet hoitajien näkökulmasta ovat yhteiset käytännöt omahoitajien nimeämisessä, sekä lähettävän ja vastaanottavan osaston välinen viestintä.</p>		
Avainsanat (asiasanat) vastaanottotilanne, psykiatrisen sairaala, hoitohenkilöstö, fokusryhmämenetelmä, potilaskeskeinen hoito		
Muut tiedot		



Author(s) RUSKOVAARA, Henna-Riikka TYNI, Rakel	Type of publication Bachelor's Thesis	Date 03022014
	Pages 41	Language Finnish
		Permission for web publication (X)
Title Good reception on an adult psychiatric rehabilitation ward – views of the nursing staff		
Degree Programme Degree Programme of Nursing		
Tutor(s) JAKOBSSON, Maarit KUHANEN, Carita		
Assigned by A Finnish Hospital District		
Abstract <p>The study was assigned by a Finnish hospital district. The study was a part of the hospital district's development project in psychiatric care.</p> <p>The purpose of the study was to collect and analyze information from the nursing staff of a hospital about the reception of a psychiatric patient. The aim of the study was to provide information about the practices in the reception of a psychiatric patient for the development project and for the hospital's employees. The main research question was: "According to the nursing staff, what is included in a good reception of a patient to a psychiatric ward?" The target group of the study was the nursing staff of an adult psychiatric rehabilitation hospital.</p> <p>The data collection took place in the hospital in a two-hour focus group discussion with the nursing staff in November 2013. The focus group was participated by a total of 10 volunteering nurses whose work experience ranged from one to twenty-five years. The data for the study consisted of the notes made in the focus group session by the leader of the session, by the authors of this study as well as by the participating nurses. The method of analysis was theory based content analysis.</p> <p>According to the results of the study, good reception is patient-centered. The main characteristics of a good reception are good planning and the professional skills of the nursing staff. The main areas in the reception that required improvement were: creating common practices for designating a nurse for a new patient and improving the communication between the staff of the two wards responsible for the care of the patients.</p>		
Keywords reception to a hospital, psychiatric hospital, nursing staff, focus group study, patient-centered care		
Miscellaneous		

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO	2
2	VASTAANOTTOTILANNE AIKUISPSYKIATRISELLA KUNTOUTTAVALLA OSASTOLLA.	3
2.1	Aikuispsykiatrinen osastohoito.....	3
2.2	Vastaanottotilanne kuntouttavan aikuispsykiatrisen osaston toimintana	6
3	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYS	6
4	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN.....	7
4.1	Tiedonkeruumenetelmä	7
4.2	Kohderyhmä	10
4.3	Aineisto ja analyysi	11
5	TULOKSET	14
5.1	Hoitotyön ammattiosaaminen	15
5.2	Suunnitelmallisuus.....	19
6	POHDINTA	21
6.1	Tulosten tarkastelu	21
6.2	Opinnäytetyön eettisyys.....	24
6.3	Opinnäytetyön luotettavuus	25
6.4	Kehittämishaasteet jatkoon	28
	LÄHTEET.....	29
	LIITTEET	31
	Liite 1. Opinnäytetyön tiedote	31
	Liite 2. Suostumusasiakirja	32
	Liite 3. Keskustelukysymykset	33
	Liite 4. Aineiston pelkistäminen	35
	Liite 5. Analyysin eteneminen	36
	Liite 6. Palautekysely ja taustatiedot	37

1 JOHDANTO

Psykiatrista sairaalahoitoa koskevien suomalaisten ja kansainvälisten tutkimusten mukaan vastaanottotilanteen merkitys on suuri potilaan sairaalahoidon onnistumisen ja potilastyytyväisyyden kannalta (Borge & Fagermoen 2008; Väливаara 2003; Bastman 2002.) Vastaanottotilanteen onnistumisen ja hyvän hoitosuhteen aloittamisen kannalta tärkeintä on sujuva vuorovaikutus henkilökunnan ja potilaan välillä (Borge & Fagermoen 2008). Opinnäytetyön aiheena on erään suljetun aikuispsykiatrisen kuntouttavan sairaalan vastaanottotilanteen tutkiminen hoitohenkilökunnan näkökulmasta.

Opinnäytetyötä varten tehdyssä tiedonhaussa eri tietokannoista ja hakukoneista (Janet, NELLI, ARTO) ei löytynyt Suomessa tehtyjä tutkimuksia kuntouttavien aikuispsykiatristen osastojen vastaanottotilanteista. Tiedonhaussa löytyi samaa aihepiiriä koskevia tutkimuksia, joihin tutustuminen prosessin alkuvaiheessa oli perusteluna opinnäytetyön tekemiselle ja auttoi aiheen rajaamisessa. Väливаara (2003) on tarkastellut pro gradussaan keskustelukäytäntöjä sekä hoitajien ja potilaiden välisiä suhteita psykiatrisen avo-osaston vastaanottotilanteessa. Psykiatristen osastojen vastaanottotilanteista on tehty muutamia suomalaisia ammattikorkeakouluopinnäytetöitä. Alkila ja Korpela (2007) ovat opinnäytetyössään tarkastelleet nuorisopsykiatrisen osaston vastaanottotilanteen laatua, Haapanen (2010) potilaiden kokemuksia vastaanottotilanteesta akuuttipsykiatrisella osastolla ja Bastman (2002) potilaiden kokemuksia vastaanottamisesta psykiatriselle osastolle.

Potilaiden tyytyväisyyttä akuuttipsykiatrisilla osastoilla saamaansa hoitoon on tutkittu jonkin verran. Suomalainen tutkijaryhmä on tehnyt kyselytutkimuksen aikuispotilaiden tyytyväisyydestä hoitoon kolmella akuutilla psykiatrisella osastolla (Hätönen, Jyrkinen, Katajisto, Kuosmanen & Välimäki 2006). Akuuttipsykiatriselle osastolle tulevat potilaat olivat tyytyväisimpiä vastaanottotilanteen turvallisuuteen ja tyytymättömmimpiä tiedonsaantiin. Potilaat kaipasivat lisää tietoa sairaudesta ja hoidosta sekä osastolla toimimisesta. (Haapanen 2010, 31–32.) Myös Hätösen ja muiden (2006, 658–659) tutkimuksessa potilastyytyväisyys oli suurinta hoitaja-potilassuhteisiin liittyen.

Ehdotus opinnäytetyön aiheeksi tuli eräältä kohdesairaalan osastonhoitajalta syksyllä 2012. Hän koki potilaan vastaanottotilanteen tärkeäksi hoidon tapahtumaksi ja ydinkysymyksenä oli, voisiko vastaanottotilanteessa tehdä jotakin toisin, esimerkiksi käytänteitä kehittämällä. Aiheen rajaus, kohderyhmän, tiedonkeruu- ja analyysimenetelmän valinta sekä opinnäytetyötutkimuksen toteutus olivat opinnäytetyön tekijöiden vastuulla. Opinnäytetyön suunnittelutyötä tehtiin noin vuoden ajan yhteistyössä toimeksiantajasairaanhoidopiirin edustajien kanssa.

Opinnäytetyö on osa sairaanhoidopiirissä syksyllä 2013 alkanutta psykiatrisen hoidon kehittämishanketta. Opinnäytetyön tarkoituksena oli kerätä ja jäsentää sairaalan hoitohenkilökunnalla olevaa tietoa psykiatrisen potilaan vastaanottotilanteesta fokusryhmämenetelmän avulla. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoa psykiatrisen potilaan vastaanottotilanteesta sairaanhoidopiirin kehittämishankkeelle ja sairaalan työntekijöille.

2 VASTAANOTTOTILANNE AIKUISPSYKIATRISILLA KUNTOUTTAVALLA OSASTOLLA

2.1 Aikuispsykiatrinen osastohoito

Useimmissa länsimaissa painopiste psykiatristen häiriöiden hoidossa on siirtynyt laitosp- ja sairaalahoidosta avohoitoon. Sairaansijojen määrä on vähennetty ja sairaaloita suljettu. (Borge & Fagermoen 2008, 193.) Suomessakin on siirrytty asteittain avohoidon lisäämiseen ja sairaansijojen vähentämiseen 1970-luvun alusta lähtien (Välivaara 2003, 4). 1970-luvulla psykiatristen sairauksien hoito oli Suomessa lähes yksinomaan sairaalahoitoa ja avopalvelujärjestelmä oli kehittymätön. Vuonna 1980 Suomessa oli noin 20 000 psykiatrista sairaansijaa, eli neljä promillea asukasluvusta. Määrä oli toiseksi suurin Euroopassa. Psykiatriset sairaalat oli jaettu A-sairaaloihin, joissa hoidettiin akuutteja ja pitkäaikaisia potilaita ja B-sairaaloihin, joissa hoidettiin pääasiassa pitkäaikaisia potilaita. Psykiatristen potilaiden lisäksi näissä sairaaloissa hoidettiin ke-

hitysvammaisia ja geropsykiatrisia potilaita. (Tuori 2011.) Vuonna 1991 voimaan tulleessa mielenterveyslaissa painotettiin entistä voimakkaammin avohoidon ensisijaisuutta mielenterveyshäiriöiden hoidossa (Välivaara 2003, 4).

Vaikka avohoitoa on lisätty, psykiatrisella sairaalahoidolla on edelleen oma roolinsa ja tarkoituksensa joidenkin potilaiden hoitoprosessissa. Välivaaran (2003) mukaan psykiatrisen sairaalahoidon on nykyään enää harvoin ensisijainen hoitovaihtoehto. Sitä ovat edeltäneet yleensä hoitokokemukset avohoidon piirissä. Myös THL:n tilasto (2011) vuodelta 2011 tukee Välivaaran huomiota. Vuonna 2011 valtaosa eli 94 prosenttia vuodeosastolla hoidossa olleista potilaista oli vuoden aikana myös avohoidon potilaana. Sen sijaan 18 prosenttia avohoidon potilaista oli vuoden aikana lisäksi sairaalahoidossa. (Rautiainen & Pelanteri 2013, 5.) Tilanteissa, joissa avohoidon palvelut eivät enää riitä, sairaalahoidosta tulee vaihtoehto (Välivaara 2003, 5). Tällaisia tilanteita ovat esimerkiksi sairauden pahenemisvaiheet ja akuutit kriisit vakavia psykiatrisia sairauksia sairastavien elämässä. Potilaat, joilla on esimerkiksi itsetuhoista käyttäytymistä tai vakavia vaikeuksia huolehtia itsestään, ovat usein sairaalahoidon tarpeessa.

THL:n tilaston (2011) mukaan kymmenen yleisintä päädiagnoosia vuonna 2011 psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa olleilla potilailla olivat: skitsofrenia, masennustila, kaksisuuntainen mielialahäiriö, toistuva masennus, alkoholin käytön aiheuttamat elimelliset aivo-oireyhtymät ja käyttäytymisen häiriöt, ei-elimelliset psykoottiset häiriöt, skitsoaffektiiviset häiriöt, muut ahdistuneisuushäiriöt, krooninen harhaluuloisuushäiriö ja vakava stressireaktio/sopeutumishäiriö. Nämä potilasryhmät kattoivat 82 prosenttia kaikista erikoissairaanhoidossa hoidetuista psykiatrisista potilaista vuonna 2011. (Rautiainen & Pelanteri 2013, 5.) Myös tutkimuksen kohteena olleessa sairaalassa nämä ovat tyypillisiä päädiagnooseja. Miehiä ja naisia oli valtakunnallisesti sairaalahoidon potilaista yhtä paljon, mutta sukupuolijakauma vaihteli ikäryhmittäin. Miehillä yleisin sairaalahoidon vaatinut diagnoosi oli skitsofrenia, naisilla puolestaan masennus. (Rautiainen & Pelanteri 2013, 4.)

Tutkimuksen kohteena olevassa sairaalassa hoidetaan yli 18-vuotiaita potilaita. Heidän sairautensa oireet ovat vaikeutuneet siinä määrin, että he eivät pärjää ilman hoitoa ja tukea arjessaan. Esimerkiksi skitsofreniaa sairastava potilas on lopettanut lääkkeiden ottamisen ja hänen vointinsa ja selviytymiskykynsä arjessa on heikentynyt. Sairaalassa hoidettavilla potilailla olevia diagnooseja ovat muun muassa psykoottiset häiriöt, skitsofrenia, kaksisuuntainen mielialahäiriö ja vakavat masennustilat.

On yhä yleisempää, että mielenterveysongelmien lisäksi potilaalla on päihdeongelma (Aalto 2007, 1293). Osa potilaista on tullut hoitoon ja on tahdosta riippumattomassa hoidossa (Huttunen 2011). Osa potilaista on tullut hoitoon ja on hoidossa vapaaehtoisesti ja pieni osa potilaista on oikeuspsykiatrisia potilaita (ns. THL:n potilaita). Oikeuspsykiatrisella potilaalla tarkoitetaan henkilöä, joka on syylistynyt rikokseen, mutta hänet on jätetty mielisairauden vuoksi tuomitsematta syyntakeettomana. Terveystieteiden tutkimuskeskus on tämän jälkeen määrännyt potilaan tahdosta riippumattomaan mielisairaalahoittoon. (Oikeuspsykiatrisen potilas 2012.) Valtakunnallisesti tarkasteltuna tarkkailulähetteellä (M1-lähete) hoitoon tulleiden potilaiden määrä on laskenut 22 prosentilla vuodesta 2006 lähtien. Kuitenkin kaikista hoitoon tulleista potilaista M1-lähetteellä hoitoon tulleiden potilaiden määrä on pysynyt tasaisena. M1-lähetteellä tuli hoitoon vuoden aikana 8062 potilasta, mikä on 31 prosenttia kaikista hoitoon tulleista potilaista vuonna 2011. (Rautiainen & Pelanteri 2013, 10.)

Suurin osa potilaista tulee jatkohoitoon sairaalaan akuutilta psykiatriselta osastolta. Akuutin hoitajakson jälkeen osa potilaista tarvitsee tukea selviytyäkseen ja kuntoutukseen takaisin arkielämäänsä. Kuntouttavien osastojen tarkoituksena on tukea potilaiden selviytymistä tässä vaiheessa. Valtakunnallisesti keskimääräinen psykiatrisen hoitajakson kesto on lyhentynyt 2000-luvun aikana viidellä päivällä: se oli 35 päivää vuonna 2011 (Rautiainen & Pelanteri 2013, 5).

2.2 Vastaanottotilanne kuntouttavan aikuispsykiatrisen osaston toimintana

Vastaanotto käsitteenä on moniselitteinen. Yleisiä merkityksiä ovat mm. ajanjakso, jolloin lääkäri ottaa potilaita vastaan tai määritelty paikka, jossa otetaan jotakin vastaan. Vastaanotolla voidaan tarkoittaa myös tavaran tai sanoman vastaanottamista. (Vastaanotto n.d.) Akuutissa psykiatrisessa hoidossa vastaanottotilanne tarkoittaa sitä aikaa ja paikkaa, kun potilas saapuu hoitavaan yksikköön ja lääkäri tekee potilaan hoidon tarpeen arvioinnin (Haapanen 2010, 9). Kuntouttavalle psykiatriselle osastolle saapuvan potilaan vastaanottotilanne eroaa akuuttiosaston vastaanottotilanteesta siten, että potilas saapuu osastohoitoon suunnitellusti ja vastaanottotilanteen keskiössä ei ole lääkärin tekemä hoidon tarpeen arviointi.

Opinnäytetyössä käsitettä vastaanottotilanne käytetään kuvaamaan sitä sairaalan sisällä tapahtuvaa ajallisesti rajattua tilannetta, jolloin potilas saapuu sairaalaan. Potilas saapuu jatkohoitoon toiselta osastolta, joten vastaanottotilanteessa ovat läsnä potilasta saattava ja vastaanottava hoitohenkilökunta, mahdollinen muu osaston henkilökunta ja itse potilas.

3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kerätä ja jäsentää sairaalan hoitohenkilökunnalla olevaa tietoa psykiatrisen potilaan vastaanottotilanteesta.

Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoa psykiatrisen potilaan vastaanottotilanteesta sairaanhoitopiirin kehittämishankkeelle ja sairaalan työntekijöille.

Opinnäytetyön tutkimuskysymyksenä oli:

Millainen on psykiatriselle osastolle tulevan potilaan hyvä vastaanottotilanne hoitajien kokemana?

4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

Opinnäytetyön suunnittelutyö alkoi syksyllä 2012. Opinnäytetyölle myönnettiin sairaanhoitopiirin tutkimuslupa syksyllä 2013 ja toteutus tapahtui saman vuoden marraskuussa. Ensimmäinen käyntikerta kohdesairaalaossa oli noin puolen tunnin mittainen tiedotustilaisuus, johon oli kutsuttu sairaalan hoitotyöntekijät. Opinnäytetyön aihe, aiempaa aiheeseen liittyvää tutkimustietoa, sekä tutkimuksen tavoite ja tarkoitus esiteltiin paikalla hoitotyöntekijöille. Opinnäytetyön tiedote (liite 1) käytiin suullisesti läpi, ja sairaalaan jätettiin tiedotelomakkeiden lisäksi suostumusasiakirjoja (liite 2) opinnäytetyön tiedonkeruuseen halukkaiden hoitajien täytettäväksi. Toinen käyntikerta järjestettiin tiedonkeruuta varten ja opinnäytetyön valmistumisen jälkeen järjestetään kolmas käyntikerta tulosten raportoimiseksi.

4.1 Tiedonkeruumenetelmä

Empiirisessä tutkimuksessa metodologia ei tule koskaan valita pohtimatta sen soveltuvuutta tutkimusongelman ratkaisuun. Menetelmävalintaa koskevia ratkaisuja ohjaavina kriteereinä ovat usein tehokkuus, taloudellisuus, tarkkuus ja luotettavuus. (Hirsjärvi & Hurme 2009, 34.) Opinnäytetyön tiedonkeruumenetelmän valintaa merkittävimmin ohjailleet tekijät olivat tutkimuskysymys, aiheesta aiemmin tehdyn tutkimustyön ja teorian tiedon merkitys, sekä opinnäytetyöntekijöiden resurssit ja aiempi kokemus tiedonkeruumenetelmistä. Menetelmällä tuli olla kerättävissä toimeksiantajaosaston hoitohenkilökunnan kokemuksiin perustuvaa tietoa. Aiempaa tutkimusta kuntouttavan aikuispsykiatrisen osaston vastaanottotilanteesta hoitajien näkökulmasta ei löytynyt. Opinnäytetyön suunnittelutyö ja taustakirjallisuuteen perehtyminen oli aikaa vievää, joten menetelmän tuli olla sellainen, jolla saisi kerättyä aineistoa tehokkaasti. Kummallakaan opinnäytetyön tekijöistä ei ollut kokemusta haastattelutai kyselytutkimuksen tekemisestä, mutta etuna nähtiin kokemus vuorovaikutus- ja ryhmätilanteista.

Haastattelu on yleinen tiedonhankintamenetelmä joustavuuden vuoksi: se soveltuu monenlaisiin tarkoituksiin ja lähes kaikkiin tilanteisiin, lisäksi tutkimuksen eri osapuolet kokevat metodin yleensä miellyttäväksi. Haastattelu on joustavuutensa vuoksi käsitteenä laaja ja eri haastattelulajeilla on erilaisia tavoitteita sekä toimintasääntöjä. (Hirsjärvi & Hurme 2009, 11.) Menetelmää valitessa konkretisoitui Hirsjärven ja Hurmeen (2009, 11) kuvaama ilmiö: haastattelulajeista käytetään kirjavasti eri nimityksiä. Haasteena on nähdä, milloin nimityksiä käytetään synonyymeinä ja milloin on kehitelty uutta metodista kokeilua. Tilanteesta, jossa yksi tai useampi tutkimuksen tekijä kerää tutkimuksen aineistoa ryhmältä ja ryhmäläiset esittävät suullisia näkemyksiä, kutsutaan eri lähteissä mm. termein ryhmähaastattelu, ryhmäkeskustelu, täsmäryhmähaastattelu tai fokusryhmämenetelmä (Moilanen, Ojasalo & Ritalahti 2009, 100–101; Pötsönen & Välimaa 1998, 1; Valtonen 2005, 226; Hirsjärvi & Hurme 2009, 61–63). Opinnäytetyön haastattelumenetelmää ei ole kuvattu yksityiskohtaisesti tietyssä kirjallisuuslähteessä tai tutkimuksessa, vaan menetelmää kuvataan eri lähteiden perusteella. Opinnäytetyön menetelmästä käytetään nimeä fokusryhmämenetelmä.

Ryhmähaastattelu on erityisesti markkinatutkimuksissa käytetty menetelmä, ja sitä voidaan käyttää laajemman tutkimuksen alkuvaiheena esimerkiksi mielipiteiden kirjon kartoittamiseksi (Hirsjärvi & Hurme 2009, 61). Moilanen ja muut (2009, 100–101) käyttävät ryhmähaastattelua synonyymina termille fokusryhmämenetelmä ja kuvaavat menetelmän olevan kehittämistyöhön sovelias erityisesti jos tutkittavasta aiheesta on vähän tietoa. Ryhmähaastattelumenetelmä voi vaihdella tiukasti strukturoidusta vain vähän ohjattuun keskustelunomaiseen tilanteeseen, joiden välillä vetäjän rooli vaihtelee (Pötsönen & Välimaa 1998, 1).

Hirsjärvi ja Hurme (2009, 61) eivät erittele ryhmähaastattelun ja ryhmäkeskustelun termejä, vaan kuvaavat ryhmähaastattelua yleisesti menetelmäksi, jossa osallistujat voivat kommentoida asioita melko spontaanisti ja tuottavat siten tutkimusilmiöstä monipuolista tietoa. (Hirsjärvi & Hurme 2009, 61.) Valtonen (2005, 223–224) sen sijaan erottaa ryhmäkeskustelun (*focus group*) ryhmähaastattelusta vuorovaikutuksen perusteella: ryhmäkeskustelussa keskustelun vetäjä pyrkii saamaan keskustelijoiden välille vuorovaikutusta esim. kysymyksien tai virikemateriaalien avulla.

Opinnäytetyössä olennaisena ei nähty, tulisiko menetelmä nimetä ryhmähaastatteluksi vai -keskusteluksi, sillä ydinasiana pidettiin menetelmän vuorovaikutuksellisuutta: haastattelijan tehtävänä on perinteisen haastattelemisen sijaan keskustelun aikaansaaminen ja helpottaminen (Hirsjärvi & Hurme 2009, 61). Yksilön ryhmässä esille tuomat kokemukset ja näkökulmat herättävät kuuntelijoita tuomaan esille uusia, yllättäviäkin näkökulmia (Valtonen 2005, 226) ja ryhmädynamiikka vie käsiteltäviä asioita uusille tasoille (Moilanen ym. 2009, 100).

Fokusryhmätilanteeseen varattiin kaksi tuntia aikaa (Parviainen 2005, 58). Keskustelutila oli suljettu ja häiriötön ja keskusteluun osallistujat istuivat keskustelun vetäjän kanssa saman pöydän ääressä tasavertaisen aseman luomiseksi. Tilanteen alussa keskustelun vetäjä otti johtavan roolin jännittyneisyyden ja epävarmuuden lieventämiseksi. Hän kertasi ryhmän säännöt: miksi kyseiset ihmiset on kutsuttu paikalle sekä mistä ja miten keskustellaan. (Valtonen 2005, 232–234.) Luottamuksellisuuden lisäämiseksi osallistujien anonymiteettisuoja, tulosten luottamuksellisuutta ja vapaaehtoisuuden merkitystä korostettiin. (Parviainen 2005, 58.) Tämän jälkeen vetäjän tehtävänä oli keskusteluun osallistumisen sijaan virittää keskustelua kysymysten avulla, ohjailla keskustelua tavoitteiden mukaisesti ja kannustaa ryhmäläisiä puhumaan (Valtonen 2005, 223).

Fokusryhmätilanteen keskustelukysymykset (liite 3) suunniteltiin tutkimuskysymyksen mukaan. Keskustelukysymyksistä tehtiin avoimia tai vaihtoehtoisesti sellaisia, että suljettua aiheeseen johdattelevaa kysymystä seurasi avoin kysymys. Kysymykset muotoiltiin siten, että ne olisivat kohderyhmän huomioiden ymmärrettäviä. (Parviainen 2005, 58–59.) Kysymyksien muodostamiseen vaikutti opinnäytetyöntekijöiden vastaanottotilannetta koskevan aiemman tiedon lisäksi intuitio. Keskustelukysymysten avulla haluttiin synnyttää keskustelijoille heidän kokemuksiin perustuvia mielikuvia hyvin tai huonosti menneistä vastaanottotilanteista. Keskustelijoiden esille tuomien kokemusten tai tarinoiden avulla voitaisi tarkastella vastaanottotilannetta ilmiönä: mitkä tekijät vaikuttavat siihen, että hoitajat kokevat vastaanottotilanteen

hyväksi. Parviaisen (2005, 58–59) mukaan kysymykset käsiteltiin sellaisessa järjestyksessä, että edettiin yleisistä vastaanottotilannetta koskevista kysymyksistä tarkempiin ja vähemmän intiimeistä henkilökohtaisiin.

Koko ryhmän kesken tapahtuvan keskustelun lisäksi hyödynnettiin pari- ja ryhmätyöskentelyä keskustelun virittäjänä ja puheen rytmittäjänä (Valtonen 2005, 237–238). Siten annettiin osallistujille mahdollisuus jäsentää omia ajatuksiaan ja kokemuksiaan ennen niiden tuomista julkiseksi ryhmässä. Keskustelun vetäjä pyysi osallistujia jakautumaan fokusryhmätilanteen alussa pareihin. Käytännössä muodostettiin myös kolmen hengen ryhmiä, sillä osallistujista kolme joutui poistumaan fokusryhmätilanteesta muita aiemmin. Pareille ja ryhmille jaettiin kynät sekä keskustelukysymykset, jotka oli tulostettu A4-kokoisille papereille kukin kysymys omalle paperilleen ja paperit nidottuina yhteen. Vetäjä pyysi pareja tai ryhmiä kirjaamaan muistiinpanoja yhdestä kysymyksestä kerrallaan, minkä jälkeen kysymyksestä keskusteltiin koko ryhmän kesken. Kun keskustelu alkoi laantua, vetäjä ohjasi osallistujia siirtymään seuraavaan kysymykseen ja kaikki seitsemän kysymystä käytiin vastaavasti läpi.

Fokusryhmätilanteen yhteydessä voidaan käyttää lomakekyselyä, jolla kerätään osallistujien taustatietoja ja muuta tarpeenmukaista tietoa (Parviainen 2005,59). Keskustelutilanteen lopussa osallistujat täyttivät nimettömästi puolistrukturoidun kyselyn (Liite 6.). Kysely laadittiin paitsi osallistujien taustatietojen keräämiseksi niin myös siksi, että opinnäytetyön luotettavuuteen ja eettisyyteen liittyviä seikkoja haluttiin tarkastella myös fokusryhmään osallistuneiden näkökulmasta. Kaikki kymmenen osallistujaa jättivät palautetta.

4.2 Kohderyhmä

Keskusteluryhmää koostaessa ryhmäkoko ja osallistujien valintaperusteet vaihtelevat, jolloin tutkijan on tiedostettava eri tavoin koottujen ryhmien merkitys ryhmässä tapahtuvaan vuorovaikutukseen. Ryhmäläisten tulisi edustaa jotakin samaa, jotta syntyvät edellytykset valitusta aiheesta keskustelemiselle. (Valtonen 2005, 223 &

229.) Opinnäytetyön kohderyhmä valittiin ja rajattiin tutkimuskysymystä muotoillessa. Kohderyhmäksi valittiin kohdesairaalan hoitotyöntekijät. Kohdesairaalassa potilaan vastaanottotilanteeseen saattaa osallistua hoitotyöntekijöiden lisäksi muita potilaan hoitoon osallistuvia ammattilaisia, kuten lääkäri, mutta moniammatillinen näkökulma rajattiin pois ajallisten resurssien vuoksi, sen sijaan haluttiin saada syvällisempi hoitotyön näkemys. Aluksi kohderyhmänä olivat yhden osaston hoitajat, mutta sairaalassa tapahtuneiden osastomuutoksien vuoksi asetelma ei ollut enää mahdollinen, joten kohderyhmäksi valittiin kaikki sairaalan hoitotyöntekijät. Samalla saatiin mahdollisuus vertailla eri osastojen vastaanottotilanteeseen liittyviä käytäntöjä.

Ryhmäkeskustelumenetelmää kansainvälisesti tarkasteltuna ryhmäkoko voi olla jopa 10–15 henkilöä (Valtonen 2005, 223). Opinnäytetyön fokusryhmään sai osallistua kuka tahansa toimeksiantajaosaston hoitotyöntekijä ja ryhmän enimmäiskooksi asetettiin viisitoista henkilöä keskustelun hallittavuuden vuoksi. Fokusryhmään osallistui kymmenen hoitajaa, joista kaikki olivat naisia. Osallistujista seitsemän ilmoitti toimivansa sairaanhoitajan ja kolme mielenterveyshoitajan ammattinimikkeellä. Osallistujia oli sairaalan kahdelta eri osastolta ja työkokemus psykiatrisesta hoitotyöstä vaihteli vuodesta 25 vuoteen.

4.3 Aineisto ja analyysi

Aineistonkeruu- ja analyysimenetelmän valintaan vaikuttavia tekijöitä ovat tutkimuksen tarkoituksen lisäksi ajalliset ja materiaaliset resurssit. Ryhmähaastattelun tallennustapoja on useita ja suositeltavaa on tallentaa haastattelut samanaikaisesti useilla eri tavoilla. (Pötsönen & Välimaa 1998, 9-10.) Nauhoitusta suositellaan tulosten luotettavuuden vuoksi. Toisaalta jos aikaa on vähän ja tulokset on saatava nopeasti valmiiksi voi aineisto perustua pelkästään haastattelutilanteessa läsnä olleen kirjaajan muistiinpanoihin. (Pötsönen & Välimaa 1998, 10.) Opinnäytetyön fokusryhmätilanteesta kerättiin kolme kirjallista aineistoa, jotka kuvasivat samaa tilannetta eri henkilöiden näkökulmista. Aineisto koostui seuraavista kirjallisista osista:

- ryhmätilanteessa kirjaajana toimineen opinnäytetyöntekijän muistiinpanot
- keskustelun ohjaajana toimineen opinnäytetyöntekijän muistiinpanot
- hoitajien pareittain tai pienryhmissä kirjaamat vastaukset keskustelukysymyksiin

Aineisto puhtaaksikirjoitettiin sähköiseen muotoon kolmen vuorokauden sisällä fokusryhmätilanteesta. Hirsjärven ja Hurmeen (2009, 135) mukaan aineiston käsitteelyyn ja analyysiin tulisi ryhtyä mahdollisimman pian keruuvaiheen jälkeen, jollei aineistoa ole purettu ja tarkasteltu jo keruuvaiheessa. Koko tekstiaineiston laajuus Microsoft Word -tekstinkäsittelyohjelmalla oli 4363 sanaa, joka vastasi viittätoista ja puolta sivua löyhästi kirjoitettua tekstiä (fonttina Calibri 12, riviväli 1, normaalit reunukset). Seuraavaksi tekijät lukivat aineistoa läpi useaan kertaan sisältöön perehtyäkseen ja muodostaakseen aineistosta kokonaiskuvan (Tuomi & Sarajärvi 2009, 109). Koska aineisto koostui kolmesta eri osasta, osia verrattiin järjestelmällisesti toisiinsa yhtäläisyyksien ja eroavaisuuksien löytämiseksi.

Opinnäytetyön aineiston analyysimenetelmänä oli sisällönanalyysi. Sisällönanalyysi on eräs laadullisen tutkimuksen perusanalyysimenetelmistä ja sitä voidaan käyttää monella tapaa (Tuomi & Sarajärvi 2009, 91). Yleensä laadullisesta tutkimuksesta puhuttaessa analyysi jaetaan induktiiviseen tai deduktiiviseen luokkaan, jolloin edetään yksittäisestä yleiseen tai toisinpäin. Jako kolmeen luokkaan tukee kolmatta tieteellisen päättelyn logiikkaa, abduktiivista päättelyä. Abduktiivisessa päättelyssä teorianmuodostuksen ajatellaan olevan mahdollista silloin, kun havaintojen tekoon liittyy jokin johtoajatus. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 95.) Abduktiivisessa päättelyssä ajatusprosessia ohjaavat vuoroin aineistolähtöisyys ja valmiit mallit, jolloin niitä yhdistellään (Tuomi & Sarajärvi 2009, 97). Opinnäytetyön analyysi oli sekä aineistolähtöistä että aiemman psykiatrisen potilaan vastaanottotilannetta koskevan tiedon ohjailemaa.

Tuomi ja Sarajärvi (2009, 95–100) kuvaavat Eskolan (2001, 2007) esittämää laadullisen aineiston analyysin jaottelua kolmeen ryhmään: analyysin jaottelu aineistolähtöiseen, teoriasidonnaiseen tai teoriaohjaavaan malliin korostaa teorian tai teoreettisen merkitystä laadullisessa tutkimuksessa. Opinnäytetyön aineiston analyysi eteni teoriaohjaavasti, jolloin psykiatrisen potilaan vastaanottotilannetta koskeva tieto toimi

apuna analyysin etenemisessä (Tuomi & Sarajärvi 2009, 96). Aikaisemman tiedon merkitys ei kuitenkaan ollut teoriaa testaavaa, sillä varsinaista teoriaa aikuispsykiatrisen kuntouttavan osaston hyvästä vastaanottotilanteesta ei ollut: Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa työyhteisölle ja organisaation kehittämishankkeelle tietoa hyvän vastaanottotilanteen ominaispiirteistä sen sijaan, että olisi testattu toteutuvatko esim. nuorisopsykiatrisen osaston laadukkaan vastaanottotilanteen kriteerit (Alkila & Korpela 2007) sairaalaan tulevien potilaiden vastaanottotilanteissa (Tuomi & Sarajärvi 2009, 96–97.)

Aineiston analyysi eteni karkeasti pelkistettynä kolmivaiheisesti Tuomen ja Sarajärven (2009, 108–113, 117–118) mallin mukaan: 1) aineiston pelkistäminen, 2) ryhmittely ja 3) teoreettisten käsitteiden luominen. Ensimmäisessä vaiheessa puhtaaksi kirjoitettu aineisto pelkistettiin käymällä aineisto järjestelmällisesti läpi ja muodostamalla alkuperäisistä ilmauksista pelkistettyjä ilmauksia (liite 4). Pelkistämisen tarkoituksena oli poimia aineistosta tutkimustehtävän kannalta oleelliset asiat muuttamatta alkuperäisten ilmausten sisältämää merkittävää informaatiota. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 109.) Pelkistettyjä ilmauksia syntyi runsaasti, tekstinkäsittelyohjelmalla kirjoitettuna noin kuusi sivua.

Toisessa vaiheessa pelkistettyjä ilmauksia ryhmiteltiin: samaa asiaa tarkoittavat käsitteet yhdistettiin luokiksi ja nimettiin luokan sisältöä kuvaavalla käsitteellä. Aineisto tiivistyi edelleen ja hyvästä vastaanottotilanteesta alkoi muodostua alustavia, ilmiötä kuvaavia käsitteitä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 110). Ryhmittelyvaiheessa opinnäytetyön tekijät työskentelivät itsenäisesti, mutta työn etenemisestä keskusteltiin säännöllisesti. Laajan aineiston vuoksi kumpikin jakoi pelkistetyt ilmaukset ensin 7-8 luokkaan, joiden muodostamista ohjasi aineiston lisäksi aiempi vastaanottotilannetta koskeva tieto. Luokkia vertaillessa huomattiin, että kumpikin oli muodostanut osittain samoja luokkia: hoitajan ammattitaitoon liittyvät tekijät, organisaation rakenteisiin ja käytäntöihin liittyvät tekijät, potilaaseen liittyvät tekijät, sekä vuorovaikutus ja viestintä. Aineiston pilkkomista ja ryhmittelyä jatkettiin ja alaluokkia muodostui enimmillään 27, mukaan lukien luokka ”muut”, johon sijoitettiin tutkimuskysymyksen kannalta epäolennaiseksi koetut asiat.

Aineiston ryhmittely on osa analyysin viimeistä vaihetta eli teoreettisten käsitteiden muodostamista. Luokituksia yhdisteltiin edelleen, kunnes ryhmittely ei tuottanut enää uudenlaisia näkökulmia. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 111–112.) 27 alaluokasta edettiin 13 alaluokkaan, ja niistä muodostettiin kaksi yläluokkaa: suunnitelmallisuus ja hoitotyön ammattiosaaminen, sekä niitä yhdistävänä tekijänä potilaslähtöisyys (liite 5). Aineistosta siis muodostettiin teoreettisia käsitteitä ja edettiin johtopäätöksiin (Tuomi & Sarajärvi 2009, 111–112).

5 TULOKSET

Opinnäytetyössä vastattiin kysymykseen ”Millainen on psykiatriselle osastolle tulevan potilaan hyvä vastaanottotilanne hoitajien kokemana?”. Hoitajien kokemana potilaan hyvä vastaanottotilanne kuntouttavalla aikuispsykiatrisella osastolla on potilaslähtöinen (liite 5). Potilaslähtöisyyttä ja potilaskeskeisyyttä käytetään usein synonyymeina. Potilaslähtöisyys käsitteenä tarkoittaa muun muassa sitä, että potilas on mukana vaikuttamassa hoitonsa suunnittelemiseen, toteutukseen ja arviointiin. Potilaslähtöisen hoidon lähtökohtana on potilaan todellisuus rajoituksineen ja mahdollisuuksineen. (Latvala 1998, 23.) Potilaslähtöisyys muodostui hyvän vastaanottotilanteen yhdistäväksi tekijäksi, sillä aineistossa korostui toistuvasti potilaan näkökulman huomioiminen vastaanottotilanteen toiminnassa.

Aikuispsykiatrisen kuntouttavan osaston hyvää vastaanottotilannetta voidaan aineiston perusteella kutsua suunnitelmalliseksi ja sellaiseksi, että siinä korostuu hoitotyön ammattitaito. Seuraavassa kappaleessa kuvataan ensin niitä asioita, joista hoitotyön ammattitaito haastateltujen mukaan koostuu ja toiseksi kuvataan sitä, millaisista tekijöistä suunnitelmallinen vastaanottotilanne koostuu. Tuloksissa kuvataan esimerkkien avulla myös sitä, millaiset tekijät heikentävät suunnitelmallisuutta ja tuovat haasteita hoitajien toiminnalle vastaanottotilanteissa.

5.1 Hoitotyön ammattiosaaminen

Ryhmähaastattelussa tuli monessa kohtaa esiin osaston hoitajilla oleva ammatillisuus ja taito psykiatristen potilaiden hoidossa. Hoitajan ammattiosaaminen vastaanottotilanteessa tarkoittaa sitä, että hoitajan rooli koettiin vastaanottotilanteessa merkittäväksi. Muiden ammattiryhmien edustajia, kuten lääkäriä tai psykologia ei vastaanottotilanteessa ole aina paikalla, vaan päävastuu potilaan vastaanottamisesta on osastolla työskentelevillä hoitajilla. Ryhmäkeskustelussa tuli esiin, että hoitajavetoinen vastaanottotilanne koetaan hyväksi. Haasteltavat puhuivat siitä, että turhaa päällekkäisyyttä ja kysymysten toistoa potilaalle voi syntyä tilanteissa, joissa eri ammattiryhmien rooleja ei ole selkeästi ennalta jaettu tai sovittu. Esimerkkinä oli tilanne, jossa hoitaja ensin aloittaa tulohaastattelun potilaan kanssa, mutta lääkärin saapuessa paikalle tulotilanne alkaa ikään kuin alusta ja lääkäri kysyy potilaalta samoja asioista. Tällaisten tilanteiden välttämässä korostuu vuorovaikutuksen tärkeys ja ennalta sovitut käytännöt.

Kun potilas on tosi huonossa tilanteessa niin täytyy mennä lyhyesti, vähin sanoin ja matalalla profiililla, ettei vahvisteta potilaan huonoa vointia, on kuunneltava herkällä korvalla.

Hoitotyöntekijän päätettävissä on vastaanottotilanteen laajuuden sekä potilaan kanssa läpi käytävien asioiden rajaaminen. Siihen vaikuttavat muun muassa hoitajan arvio potilaan tiedon vastaanottokyvystä ja aiempi vuorovaikutus potilaan kanssa, jos tämä on entuudestaan tuttu. Hoitajan päätettävissä ja toisaalta myös haasteena on vastaanottotilanteen asioiden rajaaminen ja toimiminen tilanteen ehdoilla. Hoitaja arvioi potilaan vointia, muun muassa lääkityksen vaikutusta potilaan vointiin, hänen yleisvointiaan kuten nälkä ja väsymys sekä muiden tekijöiden merkitystä ja suhteuttaa vastaanottotilanteen kestoa yksilöllisesti jokaisen potilaan kohdalla.

Luottamus ja sitoutuminen

Orastava luottamus on syntynyt. Keskustelun käynnistäminen myöhemmin on sujuvampaa.

Ryhmäkeskustelussa tuli esiin, että vastaanottotilanne on tärkeä ja herkkä tilanne. Vastaanottotilanteen hyvä sujuminen luo pohjaa luottamuksen muodostumiselle hoitajan ja potilaan välillä ja on alku yhteistyösuhteelle. Toisaalta keskustelussa puhuttiin luottamuksen syntymistä heikentävistä tekijöistä. Sellaisia olivat muun muassa tilanteet, joissa potilas on saanut väärää tietoa sairaalasta tai osastosta. Se voi heikentää potilaan luottamusta hoitajaan. Keskustelussa tuli myös esiin, että luottamuksen kannalta ongelmallista on, jos edellisellä osastolla potilaalle on luvattu asioita, joita ei voidakaan toteuttaa vastaanottavalla osastolla. Tässä asiassa tulee jälleen esiin tiedonkulun käytäntöjen parantamisen tarve osastojen välillä. Paremman tiedonkulun avulla voitaisiin vaikuttaa suoraan potilaan hoidon onnistumiseen ja hoitoon sitoutumiseen.

Myös potilaan pelko ja huoli tulevasta on haaste hoitajalle ja hänen toiminnalleen vastaanottotilanteessa. Potilas voi esimerkiksi pelätä, että joutuu taas puoleksi vuodeksi osastolle, kuten aikaisemmalla hoitajaksollaan. Hoitajan täytyy osata olla tahdikas ja rauhoittaa potilasta. Hoitaja ei voi kuitenkaan itse luvata potilaalle arvioita hoidon kestosta.

Omahoitajuus

Jos potilas on ns. oma potilas, vastaanotto käynnistää yhteistyösuhteen ja on paras mahdollinen lähtökohta hoitosuhteelle.

Edellä olevassa sitaatissa hoitaja kuvaa sitä, kuinka myönteisenä asiana hän näkee sen, että uutta potilasta vastaanottava hoitaja jatkaa potilaan omahoitajana osastolla. Tässäkin korostuu vastaanottotilanteen suunnitelmallisuus ja se että hoitajilla on aikaa puhua potilaista ja jo etukäteen sopia, kuka olisi uuden potilaan omahoitaja.

Omahoitajuus on eräs mielenterveyshoitotyön yhteistyösuhteen muoto, joka perustuu yksilövastuiseen hoitotyöhön. Omahoitajalla on potilaan hoidossa yksikkökohtaisesti sovittuja tehtäviä ja vastualueita, mutta yleinen piirre on, että omahoitaja vastaa potilaan hoitotyön toteuttamisesta kokonaisuutena. Psykiatrisilla osastoilla käytetään usein hoitoryhmätyöskentelyä, jolloin potilaan hoitoryhmään kuuluu useampi

omahoitaja. Hoitoryhmätyöskentelyssä potilaan hoitotyön vastuu jaetaan useammalle hoitajalle ja tavoitteena on, että työvuorossa olisi ainakin yksi potilaan omahoitajista. Omahoitajuuden ja hoitoryhmätyöskentelyn yhtenä perusteena hoitotyön näkökulmasta on se, että kaikkien osastolla työskentelevien hoitajien ei ole tarkoituksenmukaista perehtyä jokaisen potilaan asioihin. (Kanerva, Kuhanen, Oittinen, Schubert & Seuri 2010, 148–150.)

Hoitajat kokivat, että omahoitajien olisi hyvä olla vastaanottotilanteessa, sillä vastaanottotilanne on niin keskeinen luottamuksen rakentamisen aloittamisessa. Omahoitajuuden etuna on potilaan ja hänen hoitohistoriansa tunteminen, jos potilas on ollut aiemmin hoitojaksolla. Silloin lähtökohdat vastaanottotilanteessa ovat erilaiset: vastaanottotilanteessa ei tarvitse ottaa esille kaikkia niitä asioita, jotka tulisi käydä läpi potilaan tullessa ensimmäistä kertaa, esimerkiksi osaston käytänteistä kertominen. Hoitaja voi myös tulotilanteessa mennä potilaan kanssa ”syvemmälle”, eli osaa kysyä oleellista tietoa potilaan vointiin tai sairauteen liittyen. Edellytykset esimerkiksi huumorin käytölle ja vastaanottotilanteen ilmapiirin rentoudelle ovat olemassa, jos hoitaja ja potilas jo tuntevat toisensa. Hoitajien mukaan myös esimerkiksi paranoidiset, epäilevät potilaat hyötyvät siitä, että heillä on omahoitajana sama tuttu hoitaja kuin edellisellä kerralla.

Voi jäädä nykytilanne vanhan tiedon alle, vaarana jos asenteen antaa vaikuttaa.

Toisaalta tuli esiin, että potilas saattaa jännittää tulotilanteessa, jos ajattelee että hänellä on sama hoitaja jonka kanssa edellisellä hoitojaksolla oli ollut hankalaa.

Negatiivisina puolina tutun potilaan vastaanottamisessa hoitajat toivat esiin sen, että tilanne voi olla jännittänyt, jos on ennakoasenteita molemmiin puolin, sekä potilaan että hoitajan asenteisiin voivat vaikuttaa edellisen hoitojakson kokemukset.

Osastoilla hoitohenkilökunta nimeää tulevalle potilaalle omahoitajat. Omahoitajien nimeämisen periaatteita ovat osastolla olevien hoitajien työmäärän arviointi ja sen tasainen jakautuminen. Lisäksi arvioidaan, hyötyykö potilas aiemman yhteistyösuhteen jatkamisesta, jos hän on ollut samalla osastolla aiemmin hoidossa. Omahoitajaa

voidaan tarvittaessa vaihtaa, mikä edellyttää avointa keskustelua työryhmän kesken. Keskustelussa kävi ilmi, että sairaalan kahdella osastolla on omahoitajien nimeämisestä erilaisia käytäntöjä. Ryhmäkeskustelussa tuli esiin ajatus, että omahoitajuuden nimeämisen käytännöistä olisi hyvä keskustella lisää.

Hoitajan reflektointitaidot ja työryhmän merkitys

Jos potilas tulee vaikka viidennen kerran, pitää skarpata ja jaksaa olla positiivinen.

Osa sairaalan potilaista palaa osastohoitoon yhä uudestaan. Kun entuudestaan tuttu potilas tulee uudelle hoitajaksolle, hoitajalla on jonkinlainen ennakkokäsitys potilaasta. Ennakkokäsitykseen vaikuttaa se, miten esimerkiksi hoitosuhde potilaan kanssa on sujunut edellisellä kerralla. Myös potilaalla on ennakkokäsitys osastosta ja työntekijöistä. Ryhmäkeskustelussa tuli esiin, että hoitajan on tärkeää tunnistaa ja sallia esiin nousevat tunteet, kuten turhautuminen ja pettymys. On kuitenkin tärkeää, että näitä tunteita ei näytä potilaalle, vaan niitä käydään läpi itsekseen ja työkavereiden kanssa. Keskustelussa tuotiin esille reflektointitaitojen merkityksen ymmärtäminen. Hoitajan tulee tiedostaa omat ennakkoasenteensa, sillä pahimmassa tapauksessa ne voivat estää hoitajaa näkemästä potilaan nykytilanteen. Potilas voi osastolle palatessaan olla täysin eri tilanteessa kuin edellisen kerran osastolle tullessa, esimerkkinä mania- tai masennustila.

Hoitajat kokivat työkavereiden ja työryhmän merkityksen tukevana tekijänä. Kollegojen kanssa voi keskustella ja kollegat saattavat huomata hoitajan tunnekuorman vaikka hoitaja ei sitä itse vielä tiedostaisi. Työryhmä koettiin ensisijaiseksi tukevaksi tekijäksi. Työryhmän kanssa tunteita voi käsitellä silloin ”kun siltä tuntuu”, reaalijassa. Työnohjauksen käytön haasteiksi koettiin muun muassa työnohjauspaikan ja sairaalan välimatka, työnohjaajien vaihtuvuus ja se, että työnohjaaja on liian tuttu, esimerkiksi entinen työkaveri.

5.2 Suunnitelmallisuus

Suunnitelmallisuus tarkoittaa sitä, että potilaan vastaanottotilannetta varten on yhdessä sovittuja käytäntöjä, kuten tulohaastattelulomakkeen käyttö, ajankohtaan ja tilaan liittyvät asiat ja raportointiin ja kirjaamiseen liittyvät yhdessä sovitut käytännöt. Suunnitelmallisuus vastaanottotilanteessa jakaantui aineiston perusteella seuraaviin alaluokkiin: tilaan ja ajankohtaan liittyvät tekijät, tulohaastattelu, vastaanottotilanteen ennakointi, ammattilaisten välinen yhteistyö, tiedonkulku ja käytäntöjen kehittäminen. Mahdollisuus suunnitella ja ennakoida vastaanottotilannetta nähtiin myönteisenä asiana ja se auttoi aloittamaan luottamuksen ja yhteistyösuhteen rakentamista potilaan kanssa.

Tila, ajankohta ja vastaanottotilanteen ennakointi

Vaikka kiire olisi pyritään tilanne rauhoittamaan, sillä vastaanotto on niin tärkeä.

Joskus vastaanottotilanteessa on hankalaa oman roolin ottaminen. On hankalaa rauhoittaa itsensä tilanteeseen, jos on vaikka ennen potilaan tuloa ollut rauhatonta tai kiireistä osastolla.

Tilanteet psykiatrisen osaston arjessa vaihtelevat ja toisinaan on kiireisempää tai levottomampaa. Hoitajat kokivatkin myönteisenä sen, että vastaanottotilanteelle on sovittu tietty ajankohta. Tässä sairaalassa se on arkipäivisin ja noin kello kymmenen aamupäivällä. Vastaanoton ajankohdan tietäminen helpottaa oman työn suunnittelua. Uuden potilaan vastaanottamiseen osallistuu aina kaksi hoitajaa, mitä pidettiin hyvänä. Tilasta, jossa uuden potilaan vastaanottaminen tapahtuu, on sairaalassa myös yhteisesti sovittuja käytäntöjä. Vastaanottotilana on rauhallinen tila osastolla, neuvotteluhuone, lääkärin kanslia tai joskus potilashuone. Yhdessä on sovittu myös siitä, että huoneeseen ei tule vastaanoton aikana muuta henkilökuntaa tai potilaita. Huoneen oven ulkopuolelle laitetaan varausvalo palamaan merkiksi siitä, että huoneessa olevia ei saa häiritä. Tällaiset ennalta sovitut käytännöt tilaan ja ajankohtaan liittyvistä asioista koettiin tärkeinä vastaanoton onnistumisen kannalta.

Vastaanottotilanteen ennakointia on myös hoitajan taito arvioida potilaan vointia ja jaksamista joko ennakkotietojen perusteella tai tavattuaan potilaan. Ennakointia on hoitajan taito sopeuttaa käyttäytymistään ja esimerkiksi vastaanottotilanteen kestoa potilaan voinnin mukaan. Potilaan vointiin vaikuttavat sairauden oireiden ja lääkityksen lisäksi inhimilliset tarpeet kuten nälkä, väsymys ja tarve päästä käymään wc:ssä tai tupakalla.

On tärkeää, että potilaan lisäksi myös hoitaja tuntee olonsa mahdollisimman turvallisiksi vastaanottotilanteessa. Haastateltavat kertoivat, että jos on tiedossa, että osastolle saapuva potilas on mahdollisesti aggressiivinen tai on väkivallan uhkaa, tilanne suunnitellaan siten, että paikalla on myös fyysisesti vahvempia hoitajia. Hoitajan puolelta luottamuksen syntyminen edellyttää kykyä arvostaa potilasta ja taitoa hallita potilaan käyttäytymisestä aiheutuvia tunteita, kuten ärtymystä ja pelkoa. (Aaltonen & Rosenberg 2013, 63.)

Tulohaastattelu

Vastaanottolomake on automaattinen, tilanteessa kysyy niitä kysymyksiä, mutta jääkö jotain oleellista kysymättä?

Vastaanottotilanteen työvälineenä hoitajilla on tulohaastattelulomake. Tulohaastattelulomakkeen avulla potilaalta kysytään tietoja muun muassa lääkityksestä, mahdollisista somaattisista sairauksista, lähiomaisen ja mahdollisen edunvalvojan yhteystietoja, ruokavaliota ja allergioita. Lomakkeelle merkitään potilaan mukana olevat tavarat ja tiedot voimassa olevasta lääkityksestä. Potilaan senhetkistä vointia kartoitetaan vuorovaikutteisesti, yhdessä potilaan kanssa. Potilaan näkemystä pidetään tärkeänä ja hoitajat ilmaisivat, että potilaan kuuntelemisen tulisi olla kysymyksiä tärkeämpää. Tulotilanteessa potilaalta kysytään muun muassa hänen omaa näkemystään sairaalaan tulosta ja sitä, millä mielellä potilas tulee osastolle.

Tulotilanteessa potilaalle myös esitellään osastoa, kerrotaan päivärytmistä ja osaston käytännöistä ja säännöistä. Myös osastoa fyysisenä tilana kuvataan, missä mitäkin sijaitsee. Myös potilaan mukana olevat tavarat tarkastetaan yhdessä potilaan kanssa ja potilaan arvotavarat ja mahdolliset vaaralliset esineet laitetaan säilytykseen hoitajien

kansliaan. Eräs hoitaja pohti ryhmäkeskustelun aikana sitä, tuleeko hoitaja tukeutuneeksi liikaa lomakkeella oleviin valmiisiin kysymyksiin ja jääkö sen takia potilaan tilasta jotain olennaista huomioimatta.

Ammattilaisten välinen yhteistyö ja tiedonkulku

Ammattilaisten välinen yhteistyö ja tiedonkulku eri osastojen välillä herättivät paljon keskustelua. Potilasta koskevan tiedon kulku osastolta toiselle oli monesti ”heikoin lenkki” potilaan vastaanottotilanteessa. Tiedonkulkuun liittyviä puutteita oli niin hoitaja-hoitaja-suhteissa kuin hoitaja-potilas-suhteissa. Huono ja valmistelematon tiedonkulku koettiin haitallisena esimerkiksi tilanteissa, joissa potilasta saattamaan tullut hoitaja ei tiennyt potilaan asioista. Hoitajat kokivat vastaanottotilanteessa haasteelliseksi, jos potilas oli saanut vastaanottavasta osastosta väärää tai epämääräistä tietoa. Hoitajan työmäärää lisäsi etenkin se, jos potilaalla oli väärää tietoa. Tällöin hoitajan työ keskittyi potilaan hämmentyneisyyden kohtaamiseen, tietojen oikaisemiseen ja ennen kaikkea potilaan motivointiin. Hoitajat arvelivat, että potilas ei saa luotettavaa kuvaa sairaalasta ja hoitajien toiminnasta, jos hoitajat joutuvat kovasti selittelemään ja korjaamaan väärinkäsityksiä. Tiedonkulku potilassiirtojen yhteydessä kaipaakin yhteistä pohdintaa ja kehittämistä

6 POHDINTA

6.1 Tulosten tarkastelu

Potilastyytyväisyys on hoidon laadun arvioimisessa hyödyllinen menetelmä, joka ennustaa hoitomyöntyvyyttä ja psykiatrisen sairaalahoidon käyttöä (Hätönen ym. 2006, 661). Opinnäytetyön tekijät olivat analyysivaiheessa tietoisia psykiatristen potilaiden hoitotyytyväisyyttä koskevien tutkimusten (Hätönen ym. 2006; Borge & Fagermoen 2008) ja opinnäytetöiden (Haapanen 2010) tuloksista, mikä vaikutti analyysin eteneamiseen. Opinnäytetyön analyysissa potilaan hyvää vastaanottoa kuvaaviksi käsitteiksi muodostui samoja asioita, kuin edellä mainittujen tutkimusten tuloksissa potilastyytyväisyydestä.

Borge ja Fagermoen (2008, 193–197) tutkivat vapaaehtoisesti ja suunnitellusti hoitoon tulleiden aikuispsykiatrisen potilaiden hoitotyytyväisyyttä Norjassa. Henkilökunnan ammattitaitoisuus oli yksi merkittävä hoitotyytyväisyyteen vaikuttava tekijä. Ammattitaitoisuus tarkoitti henkilökunnan tietämyksen ja toiminnan varmuuden lisäksi kyvyn vastaanottaa potilaiden tunteita ja reaktioita. Henkilökunnan läsnäolo, sairaalan hyvät käytännöt ja hoitoon liittyvät aikataulut koettiin sekä ammattimaisena toimintana että osoituksena potilaista välittämistä. (Borge & Fagermoen 2008, 193–197.)

Hätösen ja muiden (2006, 658–659) suomalaisille akuuttipsykiatrisille osastoille tehdyn kyselytutkimuksen mukaan potilaat olivat tyytyväisimpiä potilaiden ja henkilökunnan välisiin suhteisiin, joihin liittyivät mm. välittäminen, hoitajan varmuus ja ajankäyttö. Opinnäytetyön tuloksissa korostui suunnitelmallisuuden lisäksi hoitajan ammattitaidon merkitys potilaan vastaanottotilanteessa. Psykiatrisella kuntouttavalla osastolla, jossa etuudestaan tuttujen potilaiden saapuminen uusille hoitajaksoille on yleistä, erityisen mielenkiintoinen tarkasteltava asia on hoitajan ja potilaan välinen yhteistyösuhde ja sen sisältämät ilmiöt: Mitkä asiat vastaanottotilanteessa voivat tukea tai vastaavasti heikentää potilaslähtöisen yhteistyösuhteen onnistumista?

Niin laadullisissa kuin määrällisissä tutkimuksissa on osoitettu, että psykiatriset potilaat ovat kokeneet potilaan ja henkilökunnan välisen suhteen tärkeimmäksi hoitavaksi tekijäksi (Borge & Fagermoen 2008, 1). Potilaan ja hoitajan välinen yhteistyösuhde on mielenterveyshoitotyössä keskeinen menetelmä, jonka tarkoituksena on tukea potilaan voimavarojen löytämistä ja elämänhallintaa (Kanerva ym. 2010, 150). Yhteistyösuhde ei onnistu ilman hoitajan ja potilaan välistä luottamusta (Aaltonen & Rosenberg 2013, 6; Kanerva ym. 2010, 155). Latvalan (1998, 12) mukaan psykiatriset potilaat ovat alttiita jäämään passiivisen hoidon vastaanottajan asemaan, minkä vuoksi potilaan mahdollisuus osallistua hoitoonsa on kuntoutumisen kannalta ensiarvoisen tärkeää. Kuntouttavan aikuispsykiatrisen osaston vastaanottotilanteessa hoitajan toimintaa ohjaavat voimakkaasti potilaan luottamuksen ja sitoutumisen edistäminen.

Yhteistyösuhteen alku ja ensikontakti hoitajan ja potilaan välillä on merkittävä (Kannerva ym. 2010, 167). Väliavaara (2003, 5-6) painottaa ensikontaktin jäsentyneisyyden tai jäsentymättömyyden heijastumista potilaan ja terveydenhuollon ammattilaisten väliseen työskentelyprosessiin: potilaan ensikohtauksessa kokemat asenteet ja määrittelyt vaikuttavat siihen, miten potilas odottaa myöhemmin hoitavilta henkilöiltä ja miten hän itse heihin asennoituu. Väliavaaran (2003, 66) mukaan potilaiden tarpeiden parempaa huomioimista ja hoitoprosessin potilaslähtöisyyttä on yleisesti korostettu, mutta hänen pro gradussaan akuuttipsykiatriselle osastolle tulevien potilaiden tilannetta tarkasteltiin enemmän järjestelmän ja työn tekemisen lähtökohdista kuin potilaan näkökulmasta. Opinnäytetyön tuloksien mukaan hoitajat pitivät hyvälle vastaanottotilanteelle tunnusomaisena dialogimaista keskustelua, jossa potilaan näkökulmaa pidetään merkittävänä tiedonlähteenä. Vastaanottotilannetta pidettiin Väliavaaran (2003, 5-6) mukaisesti merkittävänä tapahtumana yhteistyösuhteen kannalta.

Hätösen ja muut (2006, 659) tutkimuksessa psykiatristen potilaiden hoitoon liittyvä tyytyväisyys oli heikointa tiedonsaantiin liittyen. Haapanen (2010, 31–32) sai samankaltaisia tuloksia opinnäytetyössään. Tiedonsaanti on potilaan perusoikeus ja edellytys potilaan tehokkaammalle hoitoon osallistumiselle (Hätönen ym. 2006, 659). Tiedonsaannilla voidaan tarkoittaa tiedonsaantia mm. osaston rutiineista, sairaudesta, hoitovaihtoehdoista, oikeudesta valittaa, lääkityksestä ja sen sivuvaikutuksista, sekä mahdollisuuksista vaikuttaa hoitoon (Hätönen ym. 2006, 660). Tiedonantamisessa potilaslähtöinen hoito tarkoittaa Latvalan (1998, 14) mukaan sitä, että potilas saa sairautensa liittyvää tietoa ymmärrettävässä muodossa. Esim. skitsofreeninen häiriö vaikuttaa yksilön kognitiivisiin taitoihin, erityisesti kommunikaatiokykyyn. Potilaan ei ole aina helppoa ottaa tietoa vastaan sairautensa eri vaiheissa. Yksilöä tulee kunnioittaa ja arvostaa myös tiedonantamisen osalta. (Latvala 1998, 14). Latvalan huomio potilaslähtöisestä tiedonannosta korostuu aikuispsykiatrisen kuntouttavan osaston vastaanottotilanteessa.

6.2 Opinnäytetyön eettisyys

Eskolan ja Suorannan (1998) mukaan tutkimuksen tekeminen koostuu lukemattomista isommista ja pienemmistä päätöksistä ja niiden myötä tutkijalla on tehtävään monia etiikkaan liittyviä valintoja (Eskola & Suoranta 1998, 52.) Tämä väite pitää paikkansa myös opinnäytetyön kohdalla. Matkan varrella eettistä pohdintaa ja keskustelua aiheuttivat monet asiat. Eskolan ja Suorannan mukaan eettisiin kysymyksiin ei ole aukotonta kaiken kattavaa säännöstöä ja opinnäytteen tekijän on tehtävä monet ratkaisut itsenäisesti. Karkea jako eteen tulevissa eettisissä kysymyksissä voidaan tehdä tiedon hankinnan ja tiedon käytön välillä. (Eskola & Suoranta 1998, 52.)

Tutkimusluvan hankintaan ja luvan saamiseen tutkittavilta liittyi monia huomioitettavia seikkoja. Tutkimuslupa opinnäytetyötä varten haettiin sairaanhoitopiiriltä, ja sitä varten oli kirjoitettava tarkka tutkimussuunnitelma eettisine pohdintoineen. Tutkimusluvan saamisen jälkeen oli tutkimuksesta tiedottamisen vuoro. Tiedote laadittiin siten, että tutkimukseen osallistumista harkitsevat saisivat siitä mahdollisimman luotettavan kuvan tutkimuksen kulusta ja siitä, mitä opinnäytetyön fokusryhmään osallistuminen merkitsee (Mäkinen 2006, 95). Tiedotustilaisuuden lisäksi osastoille jätettiin kirjallisia tiedotteita myös niitä hoitajia varten, jotka eivät tiedotustilaisuuteen päässeet (liite 1). Osaston henkilökunnalla oli viikko aikaa harkita osallistumistaan opinnäytetyötutkimukseen ja heitä, jotka päättivät osallistua, pyydettiin allekirjoittamaan suostumusasiakirja (liite 2). Osallistujille kerrottiin mahdollisuudesta keskeyttää osallistumisensa fokusryhmään vaikka kesken keskustelutilanteen ja vaikka hän olisi antanut etukäteen suostumuksensa (Mäkinen 2006, 95.) Fokusryhmään osallistuneiden kirjallisen palautteen perusteella tiedottaminen oli riittävä: jos henkilö ei ollut päässyt tiedotustilaisuuteen, tiedote oli koettu kattavaksi ja siitä oli saatu tarvittavat tiedot.

Fokusryhmään osallistujien kirjallisten palautteiden ja opinnäytetyön tekijöiden kokemuksien perusteella tutkimusmenetelmä koettiin ohjaajan toiminnan ja tilanteen ilmapiirin osalta onnistuneeksi. Ryhmäkeskustelussa ja -haastattelussa ongelmaksi nousi tilanteen ryhmädynamiikka ja valtahierarkia, eli vain koväänisimmät tai valtahierarkiassa korkeimmalla olevat saavat äänensä kuuluviin (Hirsjärvi & Hurme

2009, 63). Joukossa oli muutama hiljaisempi osallistuja, mutta runsasta keskustelua ja eriäviäkin näkökulmia syntyi lähes kaksi tuntia kestäneen fokusryhmätilanteen aikana. Fokusryhmän vetäjän toimintaa kuvattiin palautteissa onnistuneeksi, rauhalliseksi, myönteiseksi ja ohjaajan helposti lähestyttävyyden koettiin edesauttavan luontevan ilmapiirin syntymistä. Opinnäytetyön tekijöille jäi tilanteen jälkeen myönteinen ja innostunut olo. Näiden seikkojen voi katsoa lisäävän aineistonkeruun luotettavuutta sekä tutkimusmenetelmän valinnan eettistä kestävyttä.

Opinnäytetyöhön osallistuvien henkilöiden anonymiteetin ja yksityisyyden säilymisestä on huolehdittu parhaan mukaan (Mäkinen 2006, 114–115.) Opinnäytetyön raportista haastatteluun osallistujat tai organisaatio eivät ole tunnistettavissa. Vaitiolovelvollisuuden noudattaminen koko opinnäytetyöprosessin ajan ja myös sen jälkeen on ehdottoman tärkeää.

Tutkimusaineiston säilyttämiseen ja käsittelyyn suhtauduttiin koko opinnäytetyöprosessin ajan huolellisesti. Kirjallista aineistoa säilytettiin yhdessä paikassa ja sähköisessä muodossa olevat tiedostot, kuten puhtaaksi kirjoitettua aineistoa ja kesken-eräinen raportti tallennettiin kahdelle eri muistitikulle ja kahdelle käyttäjätunnuksin suojatulle tietokoneelle. Tutkimukseen osallistujille annettuja lupauksia aineiston käytöstä ja säilytyksestä on noudatettu. (Mäkinen 2006, 148.) Opinnäytetyön aikana kerätyt tiedot käytetään vain tätä tutkimusta varten, jonka jälkeen aineisto tuhoetaan. Tekstiaineistossa ainoastaan suostumusasiakirjassa on opinnäytetyöhön osallistuvien hoitajien nimet. Opinnäytetyön lähdekirjallisuuden kriittinen käyttö on osa tutkimusetiikkaa. Opinnäytetyössä on käytetty mahdollisuuksien mukaan ensikäden lähteitä. (Mäkinen 2006, 128.) Tiedonhaun aikana on kiinnitetty huomiota siihen, että lähteitä on hoitotieteellisen tutkimuksen alueelta ja että metodikirjallisuuden lähteet ovat luotettavia (Eskola & Suoranta 1998; Tuomi & Sarajarvi 2009; Mäkinen 2006).

6.3 Opinnäytetyön luotettavuus

Opinnäytetyön luotettavuuden arviointi liittyy erityisesti tiedonhankinta- ja analyysimenetelmän luotettavuuteen. Luotettavuuden arviointia tehtiin koko opinnäytetyön

ajan, ja merkittävimpana kysymyksenä oli, miten menetelmiin liittyvät ratkaisut vaikuttavat opinnäytetyöllä hankitun tiedon luonteeseen.

Fokusryhmämenetelmän etuina ovat ryhmädynamiikan hyödyntämisen (Moilanen ym. 2009, 100) lisäksi monipuolisen laadullisen aineiston saaminen lyhyessä ajassa sekä joustava haastattelutapa (Parviainen 2005, 53). Vetäjän läsnäolo mahdollistaa muun muassa kysymyksien ymmärrettävyyden varmistamisen (Pötsönen & Välimaa, 3). Menetelmän heikkouksina ovat mm. ryhmätilanteen vaikutus osallistujien antamien lausuntojen luotettavuuteen sekä vetäjän taitojen ja motivaation vaikutus tulosten laatuun (Parviainen 2005, 53).

Opinnäytetyön yhtenä heikkoutena on se, että menetelmää ei testattu etukäteen testiryhmällä. Toisaalta jokainen ryhmätilanne on yksilöllinen eivätkä kaikki tilanteet ole ennakoitavissa. Fokusryhmätilanteeseen valmistauduttiin huolellisesti, mm. käymällä erilaisia mahdollisia tilanteita läpi ja suunnittelemalla tarkasti kahden opinnäytetyöntekijän välinen työnjako (Parviainen 2005, 58). Toinen toimi keskustelun vetäjänä ja toinen keskittyi täysin kirjaamaan muistiinpanoja tekstinkäsittelyohjelmalla (Moilanen ym. 2009, 101; Parviainen 2005, 58). Haastattelutilanne ja etenkin haastattelurunko valmisteltiin huolellisesti etukäteen. Haastattelurunko suhteutettiin ryhmätilanteen kestoon, jottei haastattelu jäisi pinnallisen kyselyn kaltaiseksi eikä toisaalta tyrehtyisi. (Pötsönen & Välimaa 1998, 6.) Fokusryhmään osallistuneiden palautteen mukaan tilanteesta oli jäänyt mieleen aiheen tärkeys, monipuolinen, runsas ja mielenkiintoinen keskustelu, sekä pääpiirteittäinen saman mielisyyden keskusteltavista asioista.

Fokusryhmämenetelmään kohdistuvaa kritiikkiä tai kehittävää palautetta saatiin alle puolelta osallistujista. Nauhoitusta olisi suositeltu tulosten luotettavuuden näkökulma huomioiden ja aineiston purkamisen helpottamiseksi. Kahdessa palautteessa kommentoitiin keskustelukysymysten osittaista päällekkäisyyttä: hoitajien muistiinpanojen tekemistä olisi voinut helpottaa kaikkien kysymysten näkeminen samanaikaisesti. Kysymysten päällekkäisyyttä ei palautteiden mukaan kuitenkaan koettu haitalliseksi. Yksittäisenä kokemuksena oli pari- ja ryhmätyömenetelmän haasteellisuus

ja keskittymisen vaikeus osallistujien istuessa saman pöydän ääressä puheensornassa.

Analyysivaihe oli tiivistä yhteistyötä, jolloin aineistojen lisäksi verrattiin kummankin läsnä olleen kokemuksiä ja havaintoja (Välimaa & Pötsönen 1998, 9.) Hoitajien käsin kirjoittama aineisto puhtaaksikirjoitettiin yhdessä käsialaväärintulkintojen ehkäisemiseksi. Aineiston kolmea eri osaa vertaillaessa huomattiin, että joissakin aineiston yksityiskohdissa oli eroja, esimerkiksi kun kuvattiin potilaan osastolle mukanaan tuomia epätarkoituksenmukaisia esineitä: opinnäytetyöntekijät olivat muistiinpanoissaan nimenneet esineet eri työkaluiksi. Keskenään ristiriitaiset yksityiskohdat jätettiin aineiston analyysin ulkopuolelle, kuten tutkimuskysymyksen kannalta epäoleellisiksi koetut asiat. Pääasiassa aineistot muodostivat fokusryhmätilanteen keskustelun sisällöistä yhtenäisen kokonaisuuden ja täydensivät toisiaan.

Ryhmähaastattelun avulla saatuja tuloksia arvioitaessa on muistettava, että tulokset ovat aina kyseisen joukon valikoituneita mielipiteitä (Pötsönen & Välimaa 1998, 14). Ryhmässä tapahtuva vuorovaikutus stimuloi jäseniä tuomaan esiin sekä yhteneviä että eriäviä mielipiteitä (Pötsönen & Välimaa 1998, 3). Ryhmähaastattelun rajoituksina ovat mm. yksilöllisyyden ja vähemmistön mielipiteiden jääminen vähemmälle huomiolle. Ryhmän jäsenet, haastattelija ja heidän välinen vuorovaikutus vaikuttavat aina toisiansa kontrolloivasti. Haastattelutilanne ei ole luonnollinen tilanne, eikä se siten kuvaa todellisuutta, lisäksi keskustelijat saattavat antaa sosiaalisesti suotavia vastauksia. (Pötsönen & Välimaa 1998, 4.)

Ryhmässä vallitseva dynamiikka vaikuttaa esille nostettuihin asioihin ja mielipiteisiin, minkä vuoksi aineistoa tulisi kerätä erilaisilta ryhmiltä tulosten luotettavuuden lisäämiseksi (Pötsönen & Välimaa 1998, 4). Parviainen (2005) toteaa: ”Fokusryhmillä ei myöskään voida mitata tai validoida mitään.” Opinnäytetyötä tehdessä kyseiset rajoitukset tiedostettiin, mutta niitä ei nähty tutkimuskysymyksen kannalta kriittisinä tekijöinä. Opinnäytetyön aineiston ja tulosten päätarkoituksena oli kuvata hoitohenkilökunnan kokemuksia vastaanottotilanteesta ja vertailla niitä aiempaan teoriatietoon. Opinnäytetyön avulla saatu tieto vastaanottotilanteesta on yhdenlainen ilmiön kuvaus, joka ei kuvaa ilmiötä täydellisenä.

6.4 Kehittämishaasteet jatsoon

Opinnäytetyö oli osa toimeksiantajasairaanhoidopiirin psykiatrian kehittämishanketta, jonka yhtenä tavoitteena on toimialueen käytäntöjen yhtenäistäminen. Toimeksiantajan edustajien antaman kirjallisen palautteen mukaan opinnäytetyön avulla saatiin kuvattua sairaanhoidopiirin kehittämishankkeen kannalta tärkeitä kehittämisen kohteita. Opinnäytetyön tavoitteen voidaan siten katsoa täyttyneen. Opinnäytetyön tulosten perusteella potilaan vastaanottotilanteen merkittävimiksi kehittämiskohteiksi koettiin omahoitajien nimeämiseen liittyvät käytännöt, sekä tiedonkulku lähettävän ja vastaanottavan sairaalan välillä.

Kokonaisvaltaisemman kuvan laatimiseksi aikuispsykiatrisen kuntouttavan osaston vastaanottotilanteesta voisi olla hyödyllistä tutkia potilaiden, muiden ammattiryhmien tai lähettävän sairaalan näkemyksiä vastaanottotilanteesta. Opinnäytetyön fokusryhmämenetelmällä saatu tieto edusti kyseisen ryhmän ja ryhmädynamiikan puitteissa esille tuotuja näkemyksiä. Vastaanottotilannetta tulisi tarkastella myös muunlaisin menetelmin, jos käytäntöjen kehittämisen edellytyksenä pidetään mitattavissa olevaa tietoa.

LÄHTEET

Aalto, M. 2007. Päihdehäiriö ja samanaikainen muu mielenterveydenhäiriö – kaksoisdiagnoosin hoidollinen haaste. *Duodecim* 11, 1293 – 8. Viitattu 2.2.2014.

<http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo96517.pdf>

Aaltonen, L-M. & Rosenberg, P. Toim. 2013. Potilasturvallisuuden perusteet. Helsinki: Duodecim.

Alkila, T. & Korpela, S. 2007. Laatu vastaanottotilanteeseen nuorisopsykiatrisella osastolla. Opinnäytetyö. Jyväskylän ammattikorkeakoulu, Sosiaali- ja terveysala, hoitotyön koulutusohjelma. Viitattu 11.8.2013.

<https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/19049/TMP.objres.465.pdf?sequence=2>.

Bastman, T. 2002. Potilaan kokemuksia vastaanottamisesta psykiatriselle osastolle. Opinnäytetyö. Turun ammattikorkeakoulu, terveysala, hoitotyön koulutusohjelma. Viitattu 12.9.2013.

<http://www.jamk.fi/kirjasto>, Nelli-portaali, Theseus.

Borge L. & Fagermoen M. 2008. Patients' core experiences of hospital treatment: Wholeness and self-worth in time and space. *Journal of Mental Health* 2, 193 – 205. Viitattu 1.1.2013.

<http://www.jamk.fi/kirjasto>, Nelli-portaali, EBSCO.

Eskola, J. & Suoranta, J. 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen 1998. 2. p. Jyväskylä: Gummerus.

Haapanen, B. 2010. Potilaan vastaanottaminen akuuttipsykiatrisella osastolla – potilaiden kokemuksia vastaanottotilanteesta. Opinnäytetyö. Laurea ammattikorkeakoulu, Sosiaali- ja terveysala, hoitotyön koulutusohjelma. Viitattu 15.7.2013.

<http://publications.theseus.fi/handle/10024/12825>.

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

Huttunen, M. 2011. Tahdonvastainen psykiatrisen sairaalahoidon. Lääkärikirja Duodecim. *Terveyskirjasto*. Viitattu 7.1. 2014.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00512

Hätönen, H., Jyrkinen, A., Katajisto, J., Kuosmanen, L. & Välimäki, M. 2006. Patient satisfaction with psychiatric inpatient care. *Journal of Advanced Nursing* 6, 655-663. Viitattu 1.7.2013.

<http://www.jamk.fi/kirjasto>, Nelli-portaali, EBSCO.

Kanerva, A., Kuhanen, C., Oittinen, P., Schubert, C. & Seuri, T. 2010. Mielenterveys-hoitotyö. Helsinki: WSOYpro Oy.

Latvala, E. 1998. Potilaslähtöinen psykiatrinen hoitotyö laitospäristössä. Väitöskirja, Oulun yliopisto, Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Viitattu 5.1.2014.

<http://jultika.oulu.fi/Record/isbn951-42-5068-0>

Moilanen, O., Ojasalo, K. & Ritalahti, J. 2009. Kehittämistyön menetelmät. Uudenlaista osaamista liiketoimintaan. WSOYpro.

Oikeuspsykiatrinen potilas. 2012. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. Viitattu 5.1. 2014.

<http://www.pshp.fi/default.aspx?nodeid=10932>

Parviainen, L. 2005. Fokusryhmät. Teoksessa Käytettävyytutkimuksen menetelmät. Toim. A. Aula, P. Marjaranta ja S. Ovaska. Tampereen yliopisto, Tietojenkäsittelytieteiden laitos B-2005-1. 53-62. Viitattu 12.10.2013.

<http://www.cs.uta.fi/usabsem/luvut/4-Parviainen.pdf>

Pötsönen, R. & Välimaa, R. 1998. Ryhmähaastattelu laadullisen terveystutkimuksen menetelmänä. Jyväskylä: Jyväskylän yliopistopaino ja ER-Paino.

Rautiainen, H. & Pelanteri, S. 2013. Psykiatrinen erikoissairaanhoito 2011. Tilastoraportti 4/ 2013. Suomen virallinen tilasto. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma (TATO) 2001. Mielenterveyspalveluiden laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaia 2001:9. Viitattu 30.12.2013.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 5. painos. Jyväskylä: Gummerus.

Valtonen, A. 2005. Ryhmäkeskustelut – millainen metodi? Teoksessa Haastattelu, tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus. Toim. J. Ruusuvoori ja L. Tiittula. Tampere: Vastapaino. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino.

Vastaanotto n.d.. Terveyden ja hyvinvoinnin ontologia TERO. Viitattu 5.1.2014.

http://onki.fi/fi/browser/search?q=vastaanotto&q_langs=fi&os=tero

Välivaara, P. 2003. Keskustelukäytännöt psykiatrisen sairaalan vastaanottokeskusteluissa. Pro gradu. Jyväskylän yliopisto, Yhteiskuntatieteiden ja filosofian laitos, sosiaalityö. Viitattu 1.8.2013.

<https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/11534/G0000362.pdf?sequence=1>.

LIITTEET

Liite 1. Opinnäytetyön tiedote

TIEDOTE OPINNÄYTETYÖSTÄ 5.11.2013

Potilaan vastaanottotilanteen kehittäminen aikuispsykiatrisella kuntouttavalla osastolla.

Pyyntö osallistua ryhmäkeskusteluun

Olemme kaksi sairaanhoitajaopiskelijaa Jyväskylän ammattikorkeakoulusta. Teemme opinnäytetyötä, jossa selvitetään, millainen on (*sairaalan nimi*) tulevan potilaan hyvä vastaanottotilanne hoitajien näkökulmasta. Opinnäytetyö on osa (*sairaanhoitopiirin nimi, kehittämishankkeen nimi*) kehittämishanketta. Tämä tiedote kuvaa opinnäytetyömme toteutusta ja Teidän osuuttanne siinä. Teillä on mahdollisuus esittää opinnäytetyöhön liittyviä kysymyksiä, jonka jälkeen voitte päättää, haluatteko osallistua opinnäytetyöhön liittyvään ryhmäkeskusteluun. Tähän pyydämme teiltä kirjallisen suostumuksen. Opinnäytetyömme toimeksiantaja on (*sairaanhoitopiirin nimi*) ja toimeksiantajan edustajana ovat osastonhoitajat (*osastonhoitajan nimi*) ja (*osastonhoitajan nimi*). Opinnäytetyön tekemisestä vastaavat sairaanhoitajaopiskelijat Henna-Riikka Ruskovaara ja Rakel Tyni.

Vapaaehtoisuus

Ryhmäkeskusteluun osallistuminen on vapaaehtoista ja siihen voi osallistua kuka tahansa (*sairaalan nimi*) hoitotyöntekijä. Ryhmäkeskusteluun osallistumisen voi halutessaan keskeyttää milloin tahansa. Päätös olla osallistumatta ryhmäkeskusteluun, oman osallistumisen keskeyttäminen tai ryhmäkeskustelussa esille tuomanne asiat potilaan vastaanottotilanteeseen liittyen eivät vaikuta työsuhteeseenne. Jos päätätte osallistua ryhmäkeskusteluun, pyydämme Teitä allekirjoittamaan liitteenä olevan suostumusasiakirjan.

Opinnäytetyön tarkoitus

Opinnäytetyön tarkoitus on kuvata ja jäsentää (*sairaalan nimi*) hoitohenkilökunnalla olevaa tietoa psykiatrisen potilaan vastaanottotilanteesta. Tiedonkeruu tapahtuu (*sairaalan nimi*) järjestettävässä ryhmäkeskustelussa. Teidän ja osastonne muiden hoitajien kokemukset potilaan vastaanottamisesta ovat avainasemassa. Laadimme opinnäytetyön tuloksista kirjallisen yhteenvedon potilaan hyvästä vastaanottotilanteesta.

Opinnäytetyön toteutus

Opinnäytetyön toteutus on kolmivaiheinen. Ensimmäinen vaihe on tiedotustilaisuus, jolloin selvitämme tämän tiedotteen sisällöt Teille suullisesti. Teillä on viikko aikaa harkita osallistumistanne ryhmäkeskusteluun. Toinen vaihe on tiedonkeruu, jolloin järjestämme ryhmäkeskustelun erillisessä tilassa. Keskustelua ei nauhoiteta, vaan teemme keskustelusta kirjalliset muistiinpanot. Keskustelu kestää noin kaksi tuntia ja tilanteen lopussa pyydämme Teitä antamaan kirjallisesti ja nimettömästi taustatietojanne sekä palautetta ryhmäkeskustelusta. Kolmannessa vaiheessa tulemme kertomaan Teille opinnäytetyön tuloksista ja jätämme kirjallisen yhteenvedon työyhteisölle.

Luottamuksellisuus

Ryhmäkeskustelussa esille nousseita asioita, keskustelun yhteydessä antamianne taustatietoja sekä kirjallista palautetta säilytetään ja käsitellään luottamuksellisesti. Kirjoitamme opinnäytetyöstä raportin, joka tulee julkiseksi Internetiin. Raportista eivät ole tunnistettavissa yksittäiset ryhmäkeskusteluun osallistuneet henkilöt, ei osasto eikä sairaala. Opinnäytetyöhömmme liittyvä kirjallinen ja sähköinen aineisto hävitetään opinnäytetyön valmistumisen jälkeen.

Ryhmäkeskusteluun osallistumisen mahdolliset hyödyt

Ryhmäkeskusteluun osallistumalla pääsette keskustelemaan omista kokemuksistanne potilaan vastaanottotilanteeseen liittyen ja kuulemaan muiden työyhteisönne hoitajien kokemuksia vastaanottotilanteesta.

Lisätiedot

Pyydämme teitä tarvittaessa esittämään opinnäytetyöhön liittyviä kysymyksiä allekirjoittaneille.

Yhteystiedot

Sairaanhoitajaopiskelija
Henna-Riikka Ruskovaara
Jyväskylän ammattikorkeakoulu, f6950@student.jamk.fi

Sairaanhoitajaopiskelija
Rakel Tyni
Jyväskylän ammattikorkeakoulu, f6132@student.jamk.fi

TtM,sh psykiatrinen hoito, th, Lehtori
Carita Kuhanen
Jyväskylän ammattikorkeakoulu, carita.kuhanen@jamk.fi

THM, esh mielenterveystyö, psykiatrinen sairaanhoito, työnohjaaja, Lehtori
Maarit Jakobsson
Jyväskylän ammattikorkeakoulu, maarit.jakobsson@jamk.fi

Liite 2. Suostumusasiakirja

TIETOINEN SUOSTUMUS

Potilaan vastaanottotilanteen kehittäminen aikuispsykiatrisella kuntouttavalla osastolla.

Henna Ruskovaara ja Rakel Tyni

Minua _____ on pyydetty osallistumaan opinnäytetyöhön liittyvään ryhmäkeskusteluun, jossa keskustellaan aikuispsykiatrisella kuntouttavalla osastolla työskentelevien hoitajien käsityksistä psykiatrisen potilaan vastaanottotilanteesta. Olen lukenut ja ymmärtänyt aiheesta saamani kirjallisen tiedotteen. Tiedotteesta olen saanut

riittävän tiedon opinnäytetyöstä ja ryhmäkeskustelun sisällöstä ja tarkoituksesta. Tiedotteen sisältö on kerrottu minulle myös suullisesti ja olen saanut riittävän vastauksen kaikkiin opinnäytetyötä ja ryhmäkeskustelua koskeviin kysymyksiini.

Tiedot antoi _____, ___/___/20___.
Minulla on ollut riittävästi aikaa harkita osallistumista opinnäytetyön ryhmäkeskusteluun. Minua ei ole houkuteltu eikä painostettu osallistujaksi ryhmäkeskusteluun. Ymmärrän, että osallistumiseni opinnäytetyöhön ja ryhmäkeskusteluun on täysin vapaaehtoista. Tiedän, että antamiani tietoja käsitellään luottamuksellisesti eikä niitä luovuteta sivullisille. Minulla on oikeus milloin tahansa prosessin aikana ja syytä ilmoittamatta keskeyttää osallistumiseni tutkimukseen. Opinnäytetyötutkimuksesta kieltäytyminen tai sen keskeyttäminen ei vaikuta työsuhteeseeni.

Allekirjoituksellani vahvistan osallistumiseni tähän opinnäytetyöhön

Allekirjoitus

Päiväys

Suostumus vastaanotettu

_____, _____, _____
Opinnäytetyöntekijän nimi, päiväys ja allekirjoitus

_____, _____, _____
Opinnäytetyöntekijän nimi päiväys ja allekirjoitus

Allekirjoitetusta suostumusasiakirjasta otetaan kopio, joka luovutetaan yhdessä opinnäytetyön tiedotteen kanssa allekirjoittaneelle työntekijälle. Alkuperäinen allekirjoitettu suostumusasiakirja sekä kopio opinnäytetyön tiedotteesta jäävät opinnäytteen tekijöiden haltuun. Opinnäytetyön valmistuttua tekijöillä olevat asiakirjat hävitetään.

Liite 3. Keskustelukysymykset

1. Kuvaile vastaanottotilannetta/ tilanteita osastollanne?

-keitä on läsnä?

-mitä asioita sisältyy?

-ajallinen kesto?

2. Onko jokin potilaan vastaanottotilanne jäänyt erityisesti mieleesi ja miksi?

3. Oletko kokenut jonkin vastaanottotilanteen hankalana, jos olet niin millaiset tilanteet ovat mielestäsi hankalia?

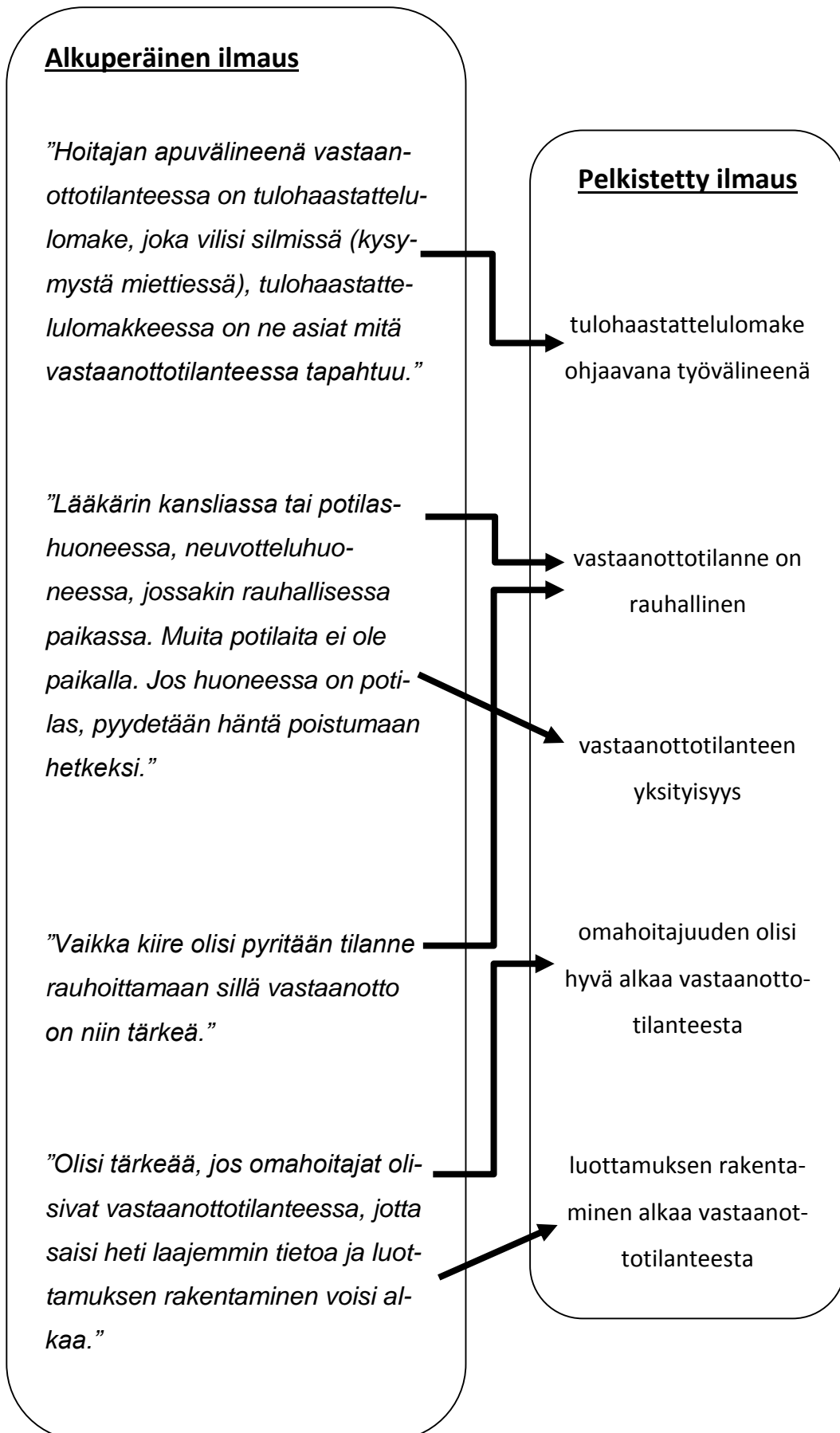
4. Onko vastaanottotilanne erilainen potilaan tullessa ensi kertaa osastolle verrattuna osastollanne aiemmin olleeseen potilaaseen? Mitkä ovat erot?

5. Käytkö vastaanottotilanteessa aina tietyt asiat läpi riippumatta olosuhteista tai potilaan henkilökohtaisista ominaisuuksista tai voinnista?

6. Oletko huomannut vastaanottotilanteessa esille nousevien asioiden heijastuvan myöhempään hoitosuhteeseen?

7. Oletko koskaan saanut potilaalta vastaanottotilanteeseen liittyvää palautetta? Millaista?

Liite 4. Aineiston pelkistäminen



Liite 5. Analyysin eteneminen

Esimerkit pelkistetyistä il- mauksista	Alaluokka	Yläluokka	Yhdistävä tekijä
<ul style="list-style-type: none"> vastaanottotilanne tapahtuu kaikkina arkipäivinä yhdessä sovitut säännöt vastaanottotilan käytöstä 	tilaan ja ajankoh- taan liittyvät teki- jät	suunnitel- mallisuus	POTILASLÄHTÖISYYS
<ul style="list-style-type: none"> tulohaastattelulomake ohjaa- vana työvälineenä kuunteleminen on kysele- mistä tärkeämpää 	tulohaastattelu		
<ul style="list-style-type: none"> potilas voi olla lääkittynä potilas voi olla huonossa psykkisessä kunnossa 	vastaanottotilan- teen ennakointi		
<ul style="list-style-type: none"> ammattilaisten välinen su- juva vuorovaikutus on tär- keää saattavien ja vastaanottavien hoitajien aikataulut voivat olla erilaiset 	ammattilaisten vä- linen yhteistyö		
<ul style="list-style-type: none"> potilas on saanut väärä tietoa osastosta potilas voi kokea väärän tie- don hämmentävänä 	tiedonkulku		
<ul style="list-style-type: none"> osastojen käytännöissä on eroja vastaanottotilannetta on ke- hitetty viime vuosien aikana 	käytäntöjen kehit- täminen		
<ul style="list-style-type: none"> useimmiten ei ole lääkäriä hoitohenkilökuntaa aina läsnä 	osallistujat	hoitotyön ammatti- osaaminen	
<ul style="list-style-type: none"> vastaanottotilanteen laajuus arvioidaan potilaan psyykki- sen voinnin mukaan hoitaja toimii tilanteen mu- kaisesti 	hoitajan roolin säätteleminen		
<ul style="list-style-type: none"> omahoitajuuden olisi hyvä al- kaa vastaanotosta omahoitajien nimeämisestä on eri käytäntöjä 	omahoitajuus		
<ul style="list-style-type: none"> vastaanottotilanteessa voi- daan käsitellä eri asioita, jos potilas on entuudestaan tuttu 	aiemman vuoro- vaikutuksen merki- tys		
<ul style="list-style-type: none"> luottamuksen rakentuminen alkaa vastaanottotilanteesta potilaan käsitys hoitajista ja hoitopaikasta vaikuttaa sitou- tumiseen 	luottamus ja sitou- tuminen		
<ul style="list-style-type: none"> hoitajalle syntyy ennakko- asenteita, jos tuttu potilas tu- lee hoitajan tunteiden tunnista- minen ja käsittely on tärkeää 	hoitajan reflektio- taidot		
<ul style="list-style-type: none"> kollegoiden kanssa käsitel- lään tunteita työryhmän kanssa asioita voi käsitellä kun siltä tuntuu 	työryhmän merki- tys		

Lähde: Sarajärvi & Tuomi 2009, 118.

Liite 6. Palautekysely ja taustatiedot

Palautekysely ja taustatiedot

Hei! Haluamme kerätä ryhmäkeskusteluun osallistuneilta lyhyesti taustatietoja sekä palautetta toiminnastamme. Palautteen ja taustatietojen antaminen on vapaaehtoista. Niistä ei ole tarkoitus tunnistaa yksittäisiä henkilöitä, minkä vuoksi palaute ja taustatiedot kerätään nimettömänä ja käsittelemme niitä erillisinä lomakkeina. Palaute ja taustatiedot ovat osa opinnäytetyömme aineistoa.

Palautteesi on meille tärkeää, kiitos vastaamisesta!

1. Ammattinimikkeesi nykyisessä työsuhteessa:

sairaanhoitaja

lähihoitaja/perushoitaja/mielenterveyshoitaja

jokin muu, mikä _____

2. Työkokemus psykiatrisesta hoitotyöstä vuosina (Pyöristettynä kokonaisiin vuosiin. Arvioi, jos et muista tarkasti.):

Mitä mieltä olet opinnäytetyön tiedottamisesta?

Miksi päätit osallistua ryhmäkeskusteluun?

Mitä ryhmäkeskusteluun osallistumisesta jäi päällimmäisenä mieleen?

Mitä kehittämissideoita antaisit meille?

Kiitos!