

POTILASTYYTYVÄISYYS AKUUTTIPSYKIATRISILLA VASTAANOTTO-OSASTOLLA

Katri Muhonen
Lea Sorjonen
Aliisa Viiankorpi

Opinnäytetyö
Maaliskuu 2012

Hoitotyön koulutusohjelma
Hyvinvointiyksikkö



JYVÄSKYLÄN AMMATTIKORKEAKOULU
JAMK UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES



Tekijä(t) MUHONEN, Katri SORJONEN, Lea VIIANKORPI, Aliisa	Julkaisun laji Opinnäytetyö	Päivämäärä 04.03.2011
	Sivumäärä 35	Julkaisun kieli Suomi
	Luottamuksellisuus () saakka	Verkkojulkaisulupa myönnetty (X)
Työn nimi Potilastyytyväisyys akuuttipsykiatrisella vastaanotto-osastolla		
Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma		
Työn ohjaaja(t) RAITIO, Katja JAKOBSSON, Maarit		
Toimeksiantaja(t) KSSH		
Tiivistelmä Opinnäytetyön tarkoituksena oli tutkia potilastyytyväisyyttä aikuispsykiatrisella vastaanotto-osastolla. Potilastyytyväisyyden tutkiminen on tärkeää, jotta myös psykiatristen potilaiden yksilöllinen ja hyvä hoito toteutuisi lain mukaisesti. Tavoitteena oli hankkia tietoa osaston toiminnasta henkilökunnalle ja johdolle. Tutkimustulosten avulla vastaanotto-osastojen hoitajat voivat kehittää omia työtapojaan. Tutkimustehtävät olivat selvittää minkälaista palautetta potilaat antavat vastaanotto-osaston toiminnasta sekä miten vastaanottotilannetta voisi potilasnäkökulmasta kehittää. Opinnäytetyö toteutettiin kvantitatiivisena eli määrällisenä tutkimuksena. Tutkimuksen kohde-ryhmänä oli erään akuuttipsykiatrisen vastaanotto-osaston kaikki uloskirjattavat potilaat. Tutkimusaineisto kerättiin strukturoidulla kyselylomakkeella, jossa oli yksi avoin kysymys. Aineisto analysoitiin Microsoft excel – ohjelmalla, muodostaen vastauksista frekvenssi ja prosenttija-kaumia. Avoimen kysymyksen vastaukset analysoitiin sisällönanalyysimenetelmällä. Tutkimuksessa ilmeni että suurin osa potilaista oli tyytyväisiä hoitoonsa. Tyytyväisimpiä oltiin vastaanotto-tilanteeseen, omahoitajan tuen antamiseen, hoito-osaston turvallisuuteen. Avointen kysymysten vastauksista nousi esiin kaksi parannusehdotusta. Ensimmäinen oli keskusteluavun lisääminen ja toinen oli henkilökunnan pysyvyys ja riittävyys. Vastaajat olivat tyytymättömiä myös tiedon antamiseen lähityöryhmästä ja siinä mahdollisesti tapahtuvista muutoksista, joten osaston työtapaa voisi kehittää tältä osalta.		
Avainsanat (asiasanat) Kvantitatiivinen tutkimus, vastaanotto-osasto, potilastyytyväisyys		
Muut tiedot		



Author(s) MUHONEN, Katri SORJONEN, Lea VIIANKORPI, Aliisa	Type of publication Bachelor's / Master's Thesis	Date 04.03.2011
	Pages 35	Language Finnish
	Confidential () Until	Permission for web publication (X)
Title Patient satisfaction at the receiving ward of the adult psychiatry.		
Degree Programme Degree Programme in nursing		
Tutor(s) RAITIO, Katja JAKOBSSON, Maarit		
Assigned by Central Finland health care district		
Abstract The purpose of this Bachelor's Thesis was to analyze patients' satisfaction on the admissions ward of adult psychiatry. The patient satisfaction research is important so that psychiatric patients would receive individual and good care also in accordance of the law. The goal was to obtain information about the ward's function for both the staff and management. With the results of the study, the nurses of the admissions ward will be able to improve their own methods. Research tasks were to clarify what kind of feedback the patients gave to the admissions ward concerning its functioning as well as in which way the process of admission could be improved from the patients' point of view. The thesis was implemented as quantitative research. The target group of this study was all the patients discharged from the admissions ward. The research data was collected by using structured questionnaires which included one open question. The research data were analyzed with the Microsoft Excel-program which gave the frequency and percentage distributions of the answers. The answers to the open question were analyzed by using the content analysis method. The study suggested that most of the patients were satisfied with the care they received. The process of admission as well as the support given by the personal nurse and the security of the caring ward turned out to be the most satisfying areas. The answers of the open question resulted in two suggestions for improvement. The first one revolved around additional help during discussions, the second one dealt with the stability and sufficiency of the staff. Participants were also dissatisfied, with the way information dealing with the working group and possible changes in it were given to them, so the ward's protocol concerning that could be improved.		
Keywords Quantitative research, admissions ward, patient satisfaction		
Miscellaneous		

Sisällys

1 JOHDANTO.....	3
2 TEOREETTINEN PERUSTA.....	4
2.1 Eettisyys psykiatrisessa hoitotyössä.....	4
2.2 Psykiatrinen sairaalahoido.....	7
2.3 Perhe- ja verkostokeskeinen hoitoprosessi.....	7
3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT ..	10
4 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	10
4.1 Tutkimusmenetelmä.....	10
4.2 Kohderyhmä	11
4.3 Aineistonkeruu	12
4.4 Aineiston analysointi	13
5 TUTKIMUSTULOKSET	14
5.1 Vastaajien taustatiedot.....	14
5.2 Potilaiden kokemukset vastaanotto-osaston toiminnasta.....	16
5.2.1 Vastaanottotilanne.....	16
5.2.2 Potilaan hoito osastolla	17
5.2.3 Annetun tiedon riittävyys	18
5.2.4 Hoito-osaston turvallisuus ja rauhallisuus	19
5.2.5 Hoidon tehoavuus	19
5.3 Potilaiden ehdotuksia osaston toiminnan parantamiseksi.....	20
6 POHDINTA.....	21
6.1 Tutkimustulosten tarkastelu	21
6.2 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys.....	23
6.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet	25

LÄHTEET	27
LIITTEET	30
Liite 1: Potilastiedote	30
Liite 2: Ohje henkilökunnalle.....	31
Liite 3: Kyselylomake	33

1 JOHDANTO

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785, 1992, 3§) määrittää, että jokaisella potilaalla on oikeus hyvään hoitoon, eikä potilaan ihmisarvoa tai yksityisyyttä saa loukata. Syrjäpalon (2006, 98-100) mukaan hyvänä hoitona koetaan kokonaisvaltainen hoito jota suorittavat ammattitaitoiset ja asiantuntevat hoitajat. Turvallisuus, kuten rauhallinen hoitoympäristö, hyvin tavoitettavat lääkärit ja osaston myönteinen ilmapiiri vaikuttavat myös hoidon laatuun.

Psykiatristen potilaiden tyytyväisyyttä on pidetty haastavana tutkia, koska psykiatriset sairaudet vaikuttavat voimakkaasti ihmisen ajattelukykyyn ja toimintaan (Varis 2005). Tutkimusten (Syrjäpalo 2006, 102-103; Varis 2005) mukaan potilaslähtöinen hoito kuitenkin koetaan potilaan vointia helpottavana ja ihmisarvoa kunnioittavana. Potilastyytyväisyyden tutkiminen on siis tärkeää, jotta myös psykiatristen potilaiden yksilöllinen ja hyvä hoito toteutuisi lain mukaisesti.

Tämän opinnäytetyön aiheena on potilastyytyväisyys akuuttipsykiatrisella vastaanotto-osastolla. Kyseisen osaston luonne muuttui lokakuussa 2009 merkittävästi kun kaikki tähän sairaalaan päivystyksellisesti lähetettyjen potilaiden hoidon arvioinnit keskitettiin sinne. (KSSHP 2010.) Tämän muutoksen myötä kyseisen osaston osastonhoitaja toi esille toiveen potilastyytyväisyystutkimuksen teosta, jotta potilaiden kokemukset osaston toiminnasta saataisiin tietoon.

Opinnäytetyön tarkoitus on tutkia potilastyytyväisyyttä akuuttipsykiatrisella vastaanotto-osastolla. Tavoitteena on hankkia tietoa osaston toiminnasta ja haasteista osaston henkilökunnalle ja johdolle. Tutkimustehtävät ovat: Minkälaista palautetta potilaat antavat vastaanotto-osaston toiminnasta ja miten vastaanottotilannetta voisi potilasnäkökulmasta katsottuna kehittää? Kysely toteutettiin nimettömänä lomakekyselynä osastolta uloskirjattaville potilaille aikavälillä: 17.10.2011 - 28.11.2011.

2 TEOREETTINEN PERUSTA

2.1 Eettisyys psykiatrisessa hoitotyössä

Kokemus siitä, että potilas on ihmisenä arvokas ja tasa-arvoinen sairaudesta huolimatta on tärkeä osa tervehtymistä. Potilasta tulee kunnioittaa ja kohdella tavallisena ihmisenä, psykiatrisesta sairaudesta huolimatta. (Syrjäpalo 2006, 102-103; Drew, Freeman, Funk & Lund, 2009.) Ihmisarvo hoitotyössä kuuluu niin hoitajalle, kuin potilaallekin. Ihmisarvo ja altruismi ohjaavat hoitajan työtä, jolloin hoitotyössä pyrkimyksenä on tehdä hyvää. (Sarvimäki&Stenbock-Hult 2009, 121-122). Hoitotyössä ihmisarvoa sopivaa kohteluun kuulua ovat mm. rehellisyys hoidossa, inhimillinen kohtelu, rauhallisuus ja kuuntelu hoidossa, ihmisenä kunnioittaminen ja yksilöllisyyden arvostaminen, oman tilan ja riittävän vapauden mahdollistaminen (Syrjäpalo 2006, 102-103). Latvalan (1998) mukaan potilaan osallistuminen hoitoaan koskeviin päätöksiin merkitsee sitä että häntä kuunnellaan ja hän pystyy jakamaan näkemyksiään hoitoonsa liittyvissä asioissa. Tällä tavoin yhteistyössä valitut hoitomenetelmät ovat potilaslähtöisiä ja tukevat potilaan omia resursseja.

Potilaan itsemääräämisoikeus on säädetty laissa (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785), mutta kuten muuallakin yhteiskunnassa tulee potilaan itsemääräämisoikeuden toteutua niin, ettei se rajoita toisten ihmisten itsemääräämisoikeutta tai aiheuta vahinkoa muille (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009, 138,140). Jotta itsemääräämisoikeus voi toteutua, tulee potilaalla olla riittävät fyysiset ja psyykkiset kyvyt (Suhonen 2007, 3). Mielenterveyslaissa (1990/1116) määritetään milloin potilaan itsemääräämisoikeutta voidaan rajoittaa. Laissa säädetään, että hoitohenkilökunnan tulee toteuttaa hoitoa potilaan kanssa yhteisymmärryksessä. Jos potilas ei anna suostumustaan tiettyyn hoitoon, tulee hoitohenkilökunnan pyrkiä hoitamaan potilasta kaikin muin lääke-

tieteellisesti hyväksytyin keinoin. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785)

Potilastyytyväisyys

Potilastyytyväisyyttä on tutkittu paljon sekä ulkomailla, että Suomessa (Rahmqvist 2001; Varis 2005). Potilastyytyväisyyden tutkiminen psykiatrisessa sairaalahoidossa on vähäisempää, koska psykiatrisia potilaita pidetään ryhmänä, jotka eivät voi ilmaista omaa mielipidettään luotettavasti psyykkisen sairauden vuoksi (Varis, 2005). Variksen, Kankkusen & Suomisen (2007) mukaan (Välimäki 1998) kuvaa psykiatrisia potilaita ”hiljaiseksi potilasryhmäksi” jotka eivät aktiivisesti aja omaa asiaansa. Tällaiset potilasryhmien mielipiteet jäävätkin helposti kuulematta. Varis, ym (2007) painottavatkin juuri näiden potilaiden tyytyväisyyden tutkimisen olevan erittäin tärkeää. Mielenterveyspalveluiden laatusuosituksessa korostetaan potilaslähtöistä näkökulmaa, jota tulisi hyödyntää palveluja suunniteltaessa ja toteutettaessa (TATO, 2001). Tullessaan kohdatuksi avoimesti ja aidosti, potilas tulee myös kuulluksi ja ymmärretyksi ja saa tätä kautta kokemuksen omasta merkityksellisyydestään. Psykiatriset potilaat kokevat yhteiskunnassa usein ennakkoluuloja ja tämän vuoksi onkin tärkeää että he saavat hoidossaan tasavertaista kohtelua. Se mahdollistaa potilaan kasvun, muutoksen ja kehityksen. (Kuhanen, Oittinen, Kanerva & Seuri 2010, 153-154).

Variksen (2005) mukaan potilaan tyytyväisyyteen vaikuttavia taustatekijöitä ovat diagnoosi, hoitoympäristö, hoidon kesto ja lopputulos, sekä potilaan hoidon vapaaehtoisuus. Baumin, Eschweilerin, Länglen, Rennerin, Schwärslerin, U'Renin & Wollingerin (2003) tutkimuksessa potilaan diagnoosi vaikutti hoitaja-potilas suhteen kokemiseen. Esimerkiksi skitsofreniaa sairastavat potilaat arvioivat hoitaja-potilas suhteen tärkeäksi, kun taas persoonallisuushäiriötä sairastavat potilaat kokivat, ettei hoitaja-potilas suhde ole heille tärkeä. Variksen (2005) ja Baumin, ym. (2003) mukaan yleisimmillä taustatekijöillä, (kuten ikä, sukupuoli, koulutus tai siviilisääty) ei ole vaikutuksia tyytyväisyyteen, kun

taas Baran & Rahmqvistin (2010) tutkimuksen mukaan taustatekijöillä, kuten potilaan iällä on merkittäviäkin vaikutuksia potilastyytyväisyyteen. Potilaiden kokemukset hoidosta ovat tärkeä osa hoidon kehittämisessä. Kun määritellään ensin mitä potilaat kokevat hyväksi tai huonoksi hoidoksi, on helpompaa lähteä kehittämään sitä. Potilaslähtöisessä hoitotyössä avainasemassa ovat potilaiden omat kokemukset siitä, miten heitä arvostetaan ja mitä he toivovat hoidolta ja hoitohenkilökunnalta. (Karjalainen 2005.) Syrjäpalon (2006, 98-100) mukaan potilaat arvostavat kokonaisvaltaista hoitoa. Siihen kuuluvat mm. sairauden tutkiminen, perushoito, lääkitys ja terapiahoidot. Näiden lisäksi arvostuksen kohteina ovat henkilökunnan ammattitaito ja asiantuntemus, vertaistuki ja omahoitajuus. Turvallisuuden kuvataan koostuvan turvallisesta hoitoympäristöstä, lääkärin hyvästä tavoitettavuudesta, osaston myönteistä ilmapii-ristä sekä tiedon saamisesta. Alakareen & Seikkulan (2004) ja Drew:n, ym. (2009) mukaan laadukasta tulevaisuutta ajatellaan hoidon etenemisenä ja potilaan kuntoutumisena siten että hän kykenee selviytymään sairautensa kanssa kotona.

Syrjäpalon (2006, 100-102) tutkimuksessa potilaille vaikeina asioina hoidossa kuvataan mm. henkilökunnan ylemmyys ja välinpitämätön suhtautuminen potilaaseen ja hänen tarpeisiinsa. Loukkaavaksi koetaan pakottaminen hoitoon, alistetuksi tulemisen kokemus ja loukkaava kielenkäyttö. Yksityisyyttä koetteleviksi asioiksi koetaan ympäristöstä johtuvat pelot, pitkästyminen, ahtaat potilashuoneet ja yksityistilan puute. Mielenterveyshoidon huono laatu voi Drew:n ym (2009) mukaan rikkoa ihmisoikeuksia vastaan, estää ihmisten tervehtymisen parhaaseen mahdolliseen vointiin ja johtaa negatiivisiin terapeuttisiin tuloksiin. Myös Baumin ym.(2003, 218) mukaan potilaat olivat keskivertoa tyytymättömämpiä muun muassa lääkitykseen, ryhmäterapiaan, sekä potilaan huomioon ottamiseen hoidon suunnittelussa. Lääkityksessä tyytymättömyyttä herättivät lääkkeiden sivuvaikutukset, sekä potilaan lääkitystä koskevien mielipiteiden huomiotta jättäminen. (Baum ym. 2003, 218.)

2.2 Psykiatrinen sairaalahoito

Mielenterveyslaki määrää kuinka mielenterveystyö tulee Suomessa järjestää. Laissa annetaan myös kriteerit vapaaehtoiselle ja tahdosta riippumattomalle hoidolle, sekä rikoksesta syytettyjen potilaiden hoidon järjestämiselle. Mielenterveyslaissa määritellään potilaiden oikeudet ja velvollisuudet hoidon aikana ja se antaa tarkat kriteerit milloin ja miten potilaiden perusoikeuksia voidaan rajoittaa. Potilaalla on aina oikeus valittaa hänen hoitoonsa liittyvistä asioista hallinto-oikeudelle. Laki velvoittaa, että mielenterveyspalveluiden on muodostettava toiminnallinen kokonaisuus. Sairaalahoito on oikein käytettynä tärkeä osa mielenterveystyötä, mutta sen tarve tulee arvioida yksilöllisesti jokaisen potilaan kohdalla. Potilaan aktiivisuutta itsenäiseen hoitoonhakeutumiseen korostetaan mielenterveyslaissa (Finlex, Mielenterveyslaki) ja Haarakankaan (2002,7) mukaan suuri osa psykiatrisesta sairaalahoidosta tapahtuukin vapaaehtoisesti. Sairaalahoitoa kehitetään Suomessa jatkuvasti kodinomaisempaan ja vähemmän laitostavaan suuntaan. (Haarakangas 2002, 7.)

2.3 Perhe- ja verkostokeskeinen hoitoprosessi

Perhekeskeistä hoitoa on psykiatrisessa hoitotyössä alettu Suomessa toteuttaa 1980-luvun alussa (Haarakangas 2002, 67; Alanen 2009). Tämä suuntaus hoidossa lähti liikkeelle professori Yrjö Alasen johtamasta Turun skitsofrenia-projektista 1960-luvun lopulla. Tämän ja 1981-1987 toteutetun Valtakunnallisen skitsofreniaprojektin tulosten johdosta vaikeiden mielenterveyshäiriöiden hoidossa ja kuntoutuksessa ryhdyttiin ottamaan aikaisempaa enemmän mukaan potilaiden perheet ja muut tärkeät sosiaaliset verkostot. (Eskola & Karila 2007, 67-68.) Hoitokokoukset, joihin osallistuu hoitohenkilökunnan lisäksi potilas ja hänen läheisensä ovatkin nykypäivänä tavallisia perhekeskeisessä hoidossa (Haarakangas 2002, 67).

Niirasen&Saljan (2010, 18) mukaan perhehoitotyön prosessi käynnistyy yleensä tulotilanteessa tehtävässä potilaan lähiverkoston kartoituksessa, jossa selvitetään potilaan perhetilanne ja tarvittaessa järjestetään mahdollisten lasten hoito. Lähiverkoston kartoituksen jälkeen potilaan luvalla otetaan yhteys omaisiin, jos he eivät ole olleet saattamassa potilasta (Niiranen&Salja 2010, 18). Seikkulan ja Arnkilin (2005, 25) mukaan läheisen sairaalahoitoon joutuminen onkin perheelle aina niin suuri kriisi, että heidän tulisi saada puhua siitä itsekkin. Tämän vuoksi hoitokokouksissa puhutaankin usein huolesta jonka vuoksi hoitoa on haettu. Terapeuttista hoitokokouksista tekee se seikka, että kaikki osallistujat saavat puhua ajatuksistaan avoimesti omin sanoin. Näin perhekeskeisessä hoidossa psykiatrinen työryhmä on potilaan lisäksi myös omaisten tukena. (Haarakangas 2002, 67; Koskimäki&Niemi 2007.) Läheisillä on usein tärkeää tietoa potilaan voinnista, etenkin ennen sairastumista ja sen tuominen keskusteluun on tärkeää, jotta potilaan tilasta saadaan kokonaisvaltainen kuva. Koko perheen roolit voivat muuttua läheisen sairastumisen jälkeen ja myös omaiset tuntevat usein surua ja masennusta ennen kuin ehtivät sopeutua perheenjäsenen sairauteen. (Niemi 2002, 22.) Perhe- ja verkostokeskeiseen hoitoon kuuluvat usein myös kotikäynnit ja puhelinkeskustelut omaisten kanssa (Haarakangas 2002, 67). Niirasen ja Saljan (2010, 20) mukaan läheisten onkin usein helppo ottaa yhteyttä sairaalaan puhelimitse ja samalla kertoa omista huolistaan. Hoidossa pyritään hyvään yhteistyöhön potilaan, sairaalan, omaisten ja avopalveluiden työntekijöiden välillä, jolloin potilaan hoito jatkuu saumattomasti sairaalahoidon jälkeen avohoitona (Haarakangas 2002, 67).

Sairaalahoitoon tulo

Sairaalahoitoon voi Suomessa hakeutua terveyskeskuksen, psykiatrian poliklinikan, mielenterveystoimiston, somaattisen sairaalan tai yksityisen lääkärin läheteellä tai tarkkailuläheteellä. Hoitoon hakeutuminen ilman lähetettä on mahdollista joillakin paikkakunnilla. Ennen lähetteen kirjoittamista lääkäri arvioi potilaan hoidon tarvetta haastatteleamalla. Haastattelussa kartoitetaan potilaan taustoja, kuten henkilötiedot, nykysairaus, elämänaikaiset psyykkiset häiriöt, somaattiset sairaudet ja perhe- ja sukutiedot. Lääkäri ja hoitaja pyrkivät

selvittämään haastattelussa potilaan nykytilannetta, kuten hoitoon hakeutumisen syytä ja päihdeanamneesia. Haastattelun tarkoituksena on arvioida potilaan hoidon tarve. Haastattelussa on tärkeää kertoa potilaalle haastattelun kulusta ja arvioinnista jota haastattelun aikana tehdään. Haastattelun perusteella voidaan potilaalle kirjoittaa lähete vapaaehtoiseen hoitoon tai tarkkailulähete. (Kuhanen, ym. 2010, 181-182.)

Potilaan tullessa osastolle järjestetään tulohaastattelu mahdollisimman nopeasti, jotta potilaan hoito päästään aloittamaan. Potilaan osastolle ottamisesta päättää osaston lääkäri tai päivystävä lääkäri. Tämä päätös tehdään esitietojen ja tulohaastattelun perusteella. Sairaalahoitoon voidaan ottaa vapaaehtoisesti, tai tarkkailulähetteellä, jolloin potilas voidaan asettaa mielenterveyslain mukaiseen tarkkailuun, mikäli kriteerit asettamiselle täyttyvät. (Kuhanen, ym. 2010, 184.) Tulohaastatteluun osallistuvat useimmiten osaston lääkäri, osastolla toimiva hoitaja ja potilas itse. Jos vastaanotto tapahtuu virka-ajan ulkopuolella, tulohaastattelun pitää päivystävä lääkäri. Usein mukana on myös potilaan omainen. Jos on oletettavaa että potilas siirtyy pikimmiten toiselle osastolle, voi kyseisen osaston hoitaja olla myös mukana tulohaastattelussa. Tulohaastatteluun osallistuva hoitaja pyritään liittämään potilaan henkilökohtaiseen hoitoryhmään. (Korpela 2011) Tulohaastattelussa tavoitteena on potilaan ongelman luonteen määrittely ja alustavan diagnostisen arvion tekeminen sekä alustavan hoitosuunnitelman laatiminen.

Tulohaastattelussa on tärkeää keskustella myös omaisten kanssa, koska heillä on usein tietoa potilaan taustoista ja tilanteesta. Potilaan näin salliessa, omaisille annetaan tietoa potilaan hoidosta ja sovitaan jatkoyhteistyöstä. Omaisten mukaan ottaminen hoitoon vaikuttaa merkittävästi hoidon laatuun. (Kuhanen, ym. 2010, 184; Alakare ym. 2004.) Kyseisellä osastolla toimitaan perhe- ja verkostokeisyyden periaatteiden mukaan (<http://www.ksshp.fi>). Perhe – ja verkostokeskeisessä prosessissa hoito muodostuu kokouksista joihin osallistuu työntekijöiden lisäksi potilaan perhettä ja muita läheisiä henkilöitä. He voivat olla kaikki mukana joko samanaikaisesti tai hoitoprosessin kuluessa. (Haarakangas 2002, 79.) Kyseiselle osastolle sisäänkirjoitettavalle potilaalle

esitellään osaston tilat, hänen oma huoneensa ja osaston käytäntöjä yleensä. Hänelle jaetaan esite osaston toiminnasta ja säännöistä ja hänet ohjataan puheutumaan osaston potilasvaatteisiin. (Korpela 2011.) Variksen (2005) mukaan potilaiden tulisi saada informatiivinen esite hoito-osastosta jokaisella hoitokerralla.

3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Tutkimuksen tarkoituksena on tutkia potilastyytyvää akuutti-psykiatrisella vastaanotto-osastolla. Opinnäytetyön tavoitteena on hankkia tietoa osaston toiminnasta ja haasteista osaston henkilökunnalle ja johdolle. Tutkimustulosten avulla vastaanotto-osastojen hoitajat voivat kehittää myös omia työtapojaan, koska saavat näin tietoonsa potilaiden ajatuksia hoidosta.

Tutkimustehtävämme ovat:

1. Minkälaista palautetta potilaat antavat vastaanotto-osaston toiminnasta?
2. Miten vastaanottotilannetta voisi potilasnäkökulmasta katsottuna kehittää?

4 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

4.1 Tutkimusmenetelmä

Opinnäytetyön tutkimusmenetelmä on kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimus. Kvantitatiivisen tutkimuksen avulla selvitetään eri asioiden välisiä riippuvuuksia.

sia, prosentteihin ja lukumääriin liittyviä kysymyksiä ja tutkittavassa ilmiössä tapahtuneita muutoksia. Kvantitatiiviselle tutkimukselle on tyypillistä esittää tutkimusten tuloksia numeerisesti, havainnollistaen erilaisten taulukoiden ja kuvioiden avulla. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa on keskeistä johtopäätökset aikaisemmista tutkimuksista, aiemmat teoriat ja käsitteiden määrittely. (Heikkilä 2005, 18; Hirsjärvi, Remes & Sajavaara ym. 2004, 130-131.)

Kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä valittiin opinnäytetyöhön, koska sen avulla saadaan lukumääriin ja prosentteihin liittyviin kysymyksiin vastauksia. Tällä tutkimuksella pyrittiin saamaan vastauksia siihen kuinka moni vastaajista on tyytyväinen hoitoonsa. Myös se että tutkimukseen pyrittiin saamaan mahdollisimman suuri otanta, vaikutti tutkimusmenetelmän valintaan.

4.2 Kohderyhmä

Kokonaistutkimuksessa koko perusjoukko tutkitaan, otantatutkimuksessa otetaan edustava otos perusjoukosta. Perusjoukko on se tutkittava kohderyhmä, jolta tietoa halutaan. Kokonaistutkimus tehdään jos perusjoukko on niin pieni että se onnistuu. Tässä tutkimuksessa perusjoukko on kaikki vastaanotto-osaston potilaat. Tutkimus annetaan jokaiselle uloskirjattavalle potilaalle, olipa hän kotiutumassa tai menossa jatkohoitoon. (Heikkilä, T. 2005, 33-34.)

Tutkimus toteutettiin kokonaistutkimuksena, koska perusjoukko oli niin pieni. Kyseisen sairaalan ylihoitajan päätöksellä yksittäisiä potilaslupia ei kyselyn aikana kerätty. Tähän päädyttiin, koska kysely oli täysin nimetön, eikä siitä voitu tunnistaa vastaajaa. Korostimme myös potilastiedotteessa (Liite 1), että kyselylomakkeen täyttäminen oli täysin vapaaehtoista.

4.3 Aineistonkeruu

Tutkimuksen aineisto kerättiin strukturoidulla kyselylomakkeella, jossa on yksi avoin kysymys. Strukturoidussa kyselylomakkeessa on suljettuja kysymyksiä, jossa on valmiit vastausvaihtoehdot. Kyselylomakkeen vastausvaihtoehdoista muodostui 4-portainen Likertin asteikko. Likertin asteikko on mielipideväittämistä yleisin. Siinä mielipideväittämät menevät järjestyksessä, jossa toisena ääripäänä on ”Täysin samaa mieltä” ja toisena ääripäänä ”Täysin eri mieltä” (Heikkilä 2005, 50,53)

Kyselylomakkeen etuna on se, että sillä saa tavoitettua monta ihmistä lyhyessä ajassa ja hyvin tehdyn kyselylomakkeen saa myös nopeasti analysoitua. Kyselylomakkeen heikkoutena on, ettei voida varmuudella tietää, kuinka tosisaan vastaajat ovat. Kyselyn vastaamattomuus saattaa myös nousta suureksi. (Hirsjärvi, ym. 2004, 184).

Kyselylomake perustuu Ursula Variksen (2005) pro gradussa Potilastyytyväisyys aikuispsykiatrisessa sairaalahoidossa kehittämään mittariin, jota sovellettiin tähän opinnäytetyöhön sopivaksi. Ursula Varis (nyk. Ursula Viro) antoi luvan käyttää mittaria kokonaisuudessaan tai osia siitä. Vastaanotto-osaston toimintaa on aikaisemmin tutkittu hoitohenkilökunnan ja yhteistyötahojen näkökulmasta, (Niemelä 2010) jonka vuoksi tutkimus rajautuu koskemaan vain potilastyytyväisyyttä. Osaston henkilökunnan toiveena oli saada yleisen potilastyytyväisyyden ohella tietoa vastaanottotilanteiden kulusta ja omaisten roolia potilaan hoidossa. Nämä seikat vaikuttivat kyselylomakkeen kysymyksiin. Kyselylomakkeesta jätettiin pois vaihtoehto ”En osaa sanoa”, koska vaihtoehtoon vastaamisella ei kyselyn kannalta ole merkitystä. Tällöin potilaalla ei ole selkeää kantaa kysymykseen. Näin potilas joutuu miettimään asiaa, ja vastaamaan kysymykseen mielipiteensä mukaisesti. (Heikkilä 2005, 53).

Ohje- ja kyselylomakkeet annettiin osaston työntekijöille ja heitä ohjattiin kyselyn täyttämiseen ennen kyselyn aloittamista. Työntekijöiden oli tarkoitus antaa kysely jokaiselle uloskirjattavalle potilaalle ja ohjata heitä kyselyn täyttämiseksi. Sen jälkeen potilaat sulki vastauksensa kirjekuoreen ja laittoivat kyselyn vastauslaatikkoon. Näin potilaille vakuutettiin, että tutkimus tehtiin täysin anonyymisti, eikä heidän vastauksiaan voida jäljittää.

4.4 Aineiston analysointi

Ensimmäinen vaihe aineiston analysoinnissa on aineiston tietojen tarkistus. Tietojen tarkistuksessa on selvitettävä onko tiedoissa selviä virheitä ja puuttuuko tietoja. Jos tietojen keruussa on käytetty jotain kyselylomaketta, on mietittävä tarvitseeko joitain lomakkeita hylätä. Jos vastaaja on muuten täyttänyt lomakkeen huolella mutta jättänyt vastaamatta yhteen asennemittarin osioon ei vastausta kannata hylätä. Aineiston analysoinnissa tärkeä vaihe on aineiston järjestäminen tiedon tallennusta ja analyysyä varten. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa aineistosta muodostetaan muuttujia ja havaintoyksiköjä. (Hirsjärvi ym. 2004, 209-210.)

Tutkimuksessa vastauksia tuli 21 kpl. Aluksi jokainen kyselylomake tarkistettiin ja numeroitiin. Kahdessa kyselylomakkeessa vastaaja ei ollut vastannut yhteen kysymykseen. Näitä kyselylomakkeita ei hylätty, koska kaikkiin muihin oli vastattu asianmukaisesti. Myös taustatiedoissa oli jossain vastauksissa puutteita ja mutta ne eivät vaikuttaneet tutkimustuloksiin. Strukturoidut kysymykset käsiteltiin Microsoft Excel-tietokoneohjelmalla, muodostaen vastauksista frekvenssi ja prosenttijakaumia.

Kysymyslomakkeessa oli yksi avoin kysymys, jossa kysyttiin onko potilaalla ehdotuksia vastaanottotilanteen tai osaston toiminnan parantamiseksi. Vastauksien analysoinnissa hyödynnettiin sisällönanalyysiä. Sisällönanalyysissa

aineistosta erotetaan samanlaisuudet ja erilaisuudet. Tutkittavat ilmiöt kuvailaan lyhyesti ja yleistettävästi. (Janhonen & Nikkonen 2003, 23.) Avoimen kysymyksen vastaukset koottiin teemoittain ja eriteltiin. Avoimeen kysymykseen vastasi 8 potilasta; 38% vastaajista. Koska vastausten määrä on pieni, oli teemoittelu haastavaa. Tuloksia tarkastellessa esiin tuli kaksi seikkaa jotka tulivat esille useammassa kuin yhdessä lomakkeessa. Koska loput vastauksista eivät liittyneet teemoiltaan mihinkään yhteinäiseen seikkaan, ne kirjattiin sellaisenaan.

5 TUTKIMUSTULOKSET

5.1 Vastaajien taustatiedot

Vastaajista yli puolet (62 %) oli miehiä ja naisia oli 8 (38%). Suurin osa vastaajista oli iältään 18-25 vuotiaita, 26-40 vuotiaita oli kymmenes, ja yli 41 vuotiaita oli reilu kolmannes%. Vastaajista 2 ei ilmoittanut ikäänsä. Taustatiedoissa kysyttiin onko tullut hoitoon vapaaehtoisesti vai tahdosta riippumatta ja suurin osa vastaajista oli tullut vapaaehtoisesti hoitoon, ja tahdosta riippumatta oli vain alle neljännes. Yli puolet vastaajista tapasivat lääkärin ensimmäisen tunnin sisällä. Vähän alle neljännes vastaajista tapasivat kolmen tunnin sisällä ja viidennes viiden tunnin sisällä tai myöhemmin. Kysymyksessä viiden tunnin sisällä tai myöhemmin oli avoin vastausvaihtoehto, jossa pystyi kirjoittamaan milloin tapasi lääkärin ja kaksi kirjoittivat tavanneensa lääkärin seuraavana päivänä. Yksi vastaajista kirjoitti odottaneensa aamuun ja yksi vastaajista kirjoitti odottaneensa keskussairaalaan menoa. (Taulukko 1.)

Taulukko 1. Vastaajien taustatiedot

		n	%
Sukupuoli	Mies	13	62
	Nainen	8	38
Ikä	18-25	9	43
	26-40	2	9,5
	41 tai enemmän	8	38
	Ei ilmoittanut	2	9,5
Hoitojakson pituus	Alle 3 päivää	7	33,5
	Alle viikon	4	19
	Viikon tai enem.	7	33,5
	2 viikkoa tai enem.	3	14
Hoitojakson kerrat	Ensimmäinen	6	29
	2 tai 3	7	33
	4 tai enemmän	7	33
	Ei ilmoittanut	1	5
Vapaaehtoisesti vai tahdosta riippumatta hoi- dossa	Vapaaehtoisesti	16	76
	Tahdosta riippumat- ta	5	24
Lääkärin ta- paaminen	1 tunnin sisällä	12	57
	3 tunnin sisällä	5	24
	5 tunnin sisällä vai myöh.	4	19

5.2 Potilaiden kokemukset vastaanotto-osaston toiminnasta

5.2.1 Vastaanottotilanne

Kysymykset 1-6 käsittelivät potilaiden tyytyväisyyttä vastaanottotilanteessa. Suurin osa vastaajista oli täysin tyytyväisiä vastaanottotilanteeseen. Suurin osa vastaajista oli myös täysin tyytyväisiä henkilökunnan toimiin vastaanottotilanteessa. Vastaajien mielestä vastaanottotila oli turvallinen ja rauhallinen. Vähiten tyytyväisiä vastaajat olivat väittämässä ”tulin ymmärretyksi vastaanottotilanteessa”, jossa noin kolmannes vastaajista oli jokseenkin eri tai täysin eri mieltä. (Taulukko 2.)

Taulukko 2. Vastaanottotilanne

Väittämä	Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Täysin eri mieltä
1. Henkilökunta hoiti vastaanottotoimenpiteet joustavasti. (n=21)	16 (76%)	3 (14%)	1 (5%)	1 (5%)
2. Henkilökunta otti yksilöllisesti tarpeeni ja toiveeni huomioon tulovaiheessa.(n=21)	17 (81%)	3 (14%)	0 (0%)	1 (5%)
3. Vastaanottotila oli rauhallinen.(n=21)	15 (71%)	4 (19%)	2 (10%)	0 (0%)
4. Vastaanottotila oli turvallinen.(n=21)	17 (81%)	3 (14%)	1 (5%)	0 (0%)
5. Olin tervetullut sairaalaan. (n=21)	15 (71%)	4 (19%)	2 (10%)	0 (0%)

6. Tunsin tulleen ymmärretyksi vastaanottotilanteessa.(n=21)	8 (38%)	7 (33%)	4 (19%)	2 (10%)
--	------------	------------	------------	------------

5.2.2 Potilaan hoito osastolla

Kysymykset 7-11, 16-17 ja 24 käsittelivät potilaan hoitoa osastolla. Yli puolet vastaajista oli täysin samaa mieltä että heidän omahoitajansa ja omalääkäri antoi heille tukea. Vain vähän alle kolmannes vastaajista tiesi täysin heidän lähityöryhmänsä. Suurin osa vastaajista sai olla tarvittaessa rauhassa. Suurin osa vastaajista oli täysin tai jokseenkin samaa mieltä että henkilökunta kuunteli heidän huoliaan, tuki heidän selviytymistään ja noin viidennes oli jokseenkin eri tai täysin eri mieltä. Puolet vastaajista oli täysin tyytyväisiä omaisten mukaan ottamiseen heidän hoidossaan. Yhteensä kolmannes vastaajista oli täysin tai jokseenkin eri mieltä. (Taulukko 3.)

Taulukko 3. Potilaan hoito osastolla

Väittämä	Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Täysin eri mieltä
7. Omahoitajani antoivat minulle riittävästi tukea.(n=21)	14 (66%)	4 (19%)	1 (5%)	2 (10%)
8. Osaston lääkäri antoi minulle riittävästi tukea.(n=21)	12 (57%)	7 (33%)	0 (0%)	2 (10%)
9. Tiedän, ketkä kuuluvat lähityöryhmääni.(n=21)	6 (29%)	4 (19%)	8 (38%)	3 (14%)
10. Pystyin ylläpitämään henkilökohtaisia ihmissuhteitani riittävästi.(n=21)	9 (42,5%)	10 (47,5%)	1 (5%)	1 (5%)
11. Sain tarvittaessa olla omassa rauhassa.(n=20)	14 (70%)	3 (15%)	3 (15%)	0 (0%)

16. Henkilökunta kuunteli huoliani.(n=21)	11 (52%)	6 (29%)	3 (14%)	1 (5%)
17. Henkilökunta tuki minua selviytymään ongelmistani.(n=21)	11 (52%)	7 (33%)	1 (5%)	2 (10%)
24. Läheiseni otettiin mukaan hoitooni.(n=21)	11 (52%)	3 (14,5%)	4 (19%)	3 (14,5%)

5.2.3 Annetun tiedon riittävyys

Kysymykset 12-15 käsittelivät potilaalle annetun tiedon riittävydestä. Suurin osa vastaajista oli täysin tyytyväisiä annetun tiedon riittävyteen. Vähän alle puolet oli täysin samaa mieltä että henkilökunta selitti heille hoitoympäristöön ja hoitoyhteisöön liittyvät ohjeet ja rajoitukset. Kolmannes oli jokseenkin samaa mieltä ja viidennes jokseenkin eri tai täysin eri mieltä. (Taulukko 4.)

Taulukko 4. Annetun tiedon riittävyys

Väittämä	Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Täysin eri mieltä
12. Henkilökunta oli halukas vastaamaan kysymyksiini.(n=20)	14 (70%)	4 (20%)	1 (5%)	1 (5%)
13. Henkilökunta selitti hoitoympäristöön ja hoitoyhteisöön liittyvät ohjeet ja rajoitukset.(n=21)	10 (47%)	7 (33%)	2 (10%)	2 (10%)

14.Minulla oli mahdollisuus kysyä hoitooni liittyviä kysymyksiä.(n=20)	11 (55%)	7 (35%)	1 (5%)	1 (5%)
15. Olen tietoinen jatkosuunnitelmistani.(n=21)	11 (52%)	7 (33%)	2 (10%)	1 (5%)

5.2.4 Hoito-osaston turvallisuus ja rauhallisuus

Kysymykset 18-19 koskivat hoito-osaston turvallisuutta ja rauhallisuutta. Vastaajista suurin osa oli sitä mieltä että hoito-osasto oli turvallinen ja rauhallinen. Kolmannes vastaajista oli jokseenkin eri mieltä hoito-osaston rauhallisuudesta. (Taulukko 5.)

Taulukko 5. Hoito-osaston turvallisuus ja rauhallisuus

Väittämä	Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Täysin eri mieltä
18. Hoito-osasto oli turvallinen.(n=21)	12 (57%)	7 (33%)	2 (10%)	0 (0%)
19. Hoito-osasto oli rauhallinen.(n=21)	7 (33,3%)	7 (33,3%)	7 (33,3%)	0 (0%)

5.2.5 Hoidon tehoavuus

Kysymykset 20-23 käsittelivät hoidon tehoavuutta. Yli puolet oli jokseenkin samaa mieltä että heidän mielipiteensä otettiin mukaan päätöksiensä teossa, reilu kolmannes oli täysin samaa mieltä. Vähän alle puolet oli täysin samaa mieltä että sairaalahoido on lievittänyt heidän oireitaan. Reilu kolmannes vastaajista lähti täysin turvallisella mielenjatkohoitopaikkaan. (Taulukko 6.)

Taulukko 6. Hoidon tehoavuus

Väittäjä	Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Täysin eri mieltä
20. Mielipiteeni otettiin huomioon päätöksien teossa.(n=21)	8 (38%)	11 (52%)	1 (5%)	1 (5%)
21. Sairaalahoito on lievittänyt oireitani.(n=21)	9 (42,5%)	9 (42,5%)	2 (10%)	1 (5%)
22. Sairaalahoito on lisännyt hyvinvointiani.(n=21)	9 (42,5%)	9 (42,5%)	2 (10%)	1 (5%)
23. Oloni on turvallinen selviytyäkseni kotona/jatkohoitopaikassani sairaalahoidon jälkeen.(n=21)	8 (38%)	8 (38%)	3 (14%)	2 (10%)

5.3 Potilaiden ehdotuksia osaston toiminnan parantamiseksi

Avoimista kysymyksistä esille nousi kaksi selkeää parannusehdotusta. Toinen oli keskusteluavun määrä ja laatu. Sen parannuksiin liittyi myös tarvittaessa keskusteluavun saanti yöaikaan. Keskusteluapua koskeviin parannuksiin liittyi myös potilaan kuuntelu ja potilaskertomuksen oikeellisuus. Toinen yhteneviä vastauksia kerännyt seikka oli henkilökunnan pysyvyys ja riittävyys, johon liitettiin muun muassa vaikeus luoda keskusteluyhteys usein vaihtuviin hoitajiin. Henkilökunnan riittämättömyyttä kuvasi myös tulovaiheen pitkä odotusaika tyhjässä huoneessa.

Muita parannusehdotuksia olivat:

”Antakaa potilaille tilaa liikkua kun siltä näyttää. Ei muuta ☺”

”Vuode oli huono, natisi. Paremmat sängyt ja radio ei toiminut ja wc:ssä ei ollut käsipaperia, ei ollut nenäliinoja.”

”Tupakointi säännöt olisi hyvä purkaa, ts. Ns. Tasatunti tupakat pois.”

6 POHDINTA

6.1 Tutkimustulosten tarkastelu

Tutkimuksen aineiston määrä ei täyttänyt tutkijoiden odotuksia. Tavoitemäärä oli 30 vastaajaa, mutta tutkimusajan pidentyessä kohtuuttomasti, päädyttiin aineiston keruu lopettamaan kun 21 vastausta oli kerätty. Opinnäytetyön aineistonkeruuaikana tutkittavalla osastolla oli keskimääräistä vähemmän potilaita, josta osittain johtui se, että ensimmäisellä viikolla palautettiin vain 3 vastausta. Pääsyy pieneen vastausmäärään lienee kuitenkin se, ettei kaikille uloskirjattaville potilaille annettu kyselylomaketta.

Ensimmäinen tutkimuskysymys oli: Minkälaista palautetta potilaat antavat vastaanotto-osaston toiminnasta? Pääosin vastaajat olivat täysin tyytyväisiä vastaanotto-osaston toimintaan ja heidän hoitoonsa. Väittämässä ”Tiesin lähityöryhmäni” nousi esille tärkeä asia. Yli puolet vastaajista ei tiennyt täysin omaa lähityöryhmäänsä. Vain alle kolmannes vastasi väittämään täysin samaa mieltä ja reilu kolmannes vastasi jokseenkin tai täysin eri mieltä. Kuitenkin omahoitajan tuen antamiseen oltiin tyytyväisiä. Tärkeänä kehittämishaasteena on siis se, miten lähityöryhmään kuuluvat henkilöt saadaan esiteltä potilaalle niin, että hänelle on selvää ketkä ryhmään kuuluvat. Toinen tutkimuskysymys oli: Miten vastaanottotilannetta voisi potilasnäkökulmasta kehittää? Suurin osa

vastaajista oli täysin tyytyväisiä vastaanottotilanteeseen. Vastaanottotilanteessa vähiten tyytyväisiä oltiin väittämässä ”Tunsin tulleeni ymmärretyksi”, jossa reilu kolmannes oli täysin samaa mieltä. Kuitenkin kolmannes vastaajista oli jokseenkin samaa mieltä ja yhteensä vain vähän alle kolmannes oli jokseenkin tai täysin eri mieltä. Vastaanottotilanteissa kehityssaiheena on siis potilaan kuunteluun keskittyminen niin, että potilaalle välittyy kuva hoitajan läsnäolosta ja tämän kautta ymmärryksestä.

Verrattaessa opinnäytetyön tuloksia Variksen (2005) tutkimuksen ja Haapasen (2010) opinnäytetyön tuloksiin, olivat ne hyvin samansuuntaisia. Tässä opinnäytetyössä vastaanottotilanteessa tyytyväisimpiä oltiin vastaanottotilan turvallisuuteen ja potilaan tarpeiden yksilölliseen huomioimiseen. Samankaltaisiin tuloksiin tultiin myös Variksen (2005) ja Haapasen (2010, 27) tutkimuksissa, joissa molemmissa tyytyväisimpiä oltiin vastaanottotilan turvallisuuteen. Vastaanottotilanteessa vähiten tyytyväisiä tässä opinnäytetyössä oltiin ymmärretyksi tulemisen kokemisessa. Samaan tulokseen tuli Varis (2005) tutkimuksessaan. Haapasen (2010, 27) opinnäytetyössä tyytymättömiä vastaanottotilanteessa oltiin osastoa koskevaan tiedonantoon potilaalle johon tässä opinnäytetyössä oltiin melko tyytyväisiä.

Potilaan hoidossa osastolla tyytyväisimpiä oltiin opinnäytetyössä oman rauhan turvaamiseen, ja sekä hoitajien, että lääkärin antamaan tukeen. Samankaltaisiin tuloksiin tuli myös Varis (2005), jonka tutkimuksessa tyytyväisimpiä oltiin henkilökunnan riittävään määrään, omahoitajan tukeen ja oman rauhan mahdollisuuteen. Tässä opinnäytetyössä vähiten tyytyväisiä oltiin siihen, ettei potilaille ollut selvää ketä lähityöryhmään kuuluu. Variksen (2005) eikä Haapasen (2010) tutkimuksessa tätä ei tullut esille.

Annetun tiedon riittävyyteen oltiin tyytyväisiä sekä tässä opinnäytetyössä, että Variksen (2005) tutkimuksessa. Hoito-osaston turvallisuudesta täysin tai jokseenkin samaa mieltä oli opinnäytetyössä 90% vastaajista ja Variksen (2005) tutkimuksessa 72%. Hoito-osastoa piti rauhallisena tai melko rauhallisena 66% opinnäytetyötutkimukseen vastanneista kun taas Variksen (2005) tutki-

muksessa 21% vastaajista oli sitä mieltä että hoito-osasto ei ollut tarpeeksi rauhallinen.

Valtaosa opinnäytetyön tutkimukseen vastaajista oli tyytyväisiä hoidon teho-avuu-teen. Myös Variksen (2005) tutkimuksessa tämä osa-alue keräsi eniten tyytyväisiä vastauksia. Erityisen tyytyväisiä opinnäytetyössä oltiin potilaan mieli-
lipiteiden huomioimiseen päätöksen teossa, johon tyytyväisiä tai melko tyyty-
väisiä oli 90% vastaajista.

6.2 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Tutkimusta tehdessä jo tutkimusaiheen valinta on eettinen ratkaisu. Tutkimus-
aihetta valittaessa pitää miettiä kenen ehdoilla tutkimus tehdään ja miksi tut-
kimukseen ryhdytään. (Hirsjärvi, ym. 2004, 26.) Opinnäytetyön aihe oli työ-
elämälähtöinen ja sen esitti kyseisen vastaanotto-osaston osastonhoitaja.

Tutkimuksessa on kiinnitettävä huomiota tutkimuksen kohteena olevien henki-
löiden kohtelu kaikissa tutkimuksen eri vaiheissa. Tutkimuksessa tulee tulla
ilmi miten henkilöiden suostumus hankitaan, millaista tietoa heille annetaan ja
millaisia riskejä heidän osallistumiseen sisältyy. Tutkittavien humaninen ja
kunnioittava kohtelu on ensiarvoisen tärkeää ja siihen sisältyy mm. anonymi-
teetin takaaminen, luottamuksellisuus, aineiston käsittely ja tallentaminen.
(Hirsjärvi ym. 2004, 26-27.) Tutkimuksessa vastaajien nimettömyydestä huo-
lehdittiin tutkimuksen jokaisessa vaiheessa. Vastaajat sulki-
vat kyselyn kirje-
kuoreen ja palauttivat sen palautelaatikkoon, josta tutkijat keräsivät kirjekuo-
ret. Kyselylomakkeet säilytettiin lukollisessa laatikossa ja hävitettiin polttamal-
la. Vastaajia ei pystytä tunnistamaan vastauslomakkeista, ja tutkimuksessa
painotettiin vapaaehtoisuutta. Potilastiedotteessa ja kyselylomaketta antaessa
kerrottiin että kysely on vapaaehtoista ja vastaajia ei painostettu vastaamaan.

Tutkimuksessa on vältettävä epärehellisyyttä kaikissa sen eri vaiheissa. Tutkijoiden pitää kunnioittaa toisten tekstiä. Tässä opinnäytetyössä on selvillä mikä on opinnäytetyön tekijöiden omaa tekstiä ja mikä on muilta kirjoittajilta lainattua. Tutkimustuloksia ei saa yleistää kritiikittömästi ja tuloksia ei saa valehdella tai kaunistella. Tässä opinnäytetyössä tulokset on käyty läpi tarkasti ja ne on esitetty vääristelemättä. (Hirsjärvi S., 2004, 26-27)

Tutkimuksen luotettavuutta kuvataan käsitteillä reliaabelius ja validius. Nämä yhdessä muodostavat tutkimuksen kokonaisluotettavuuden. Validius kuvaa mittarin tai tutkimusmenetelmän kykyä mitata sitä mitä on tarkoituskin mitata. Kyselytutkimuksissa validiuteen vaikuttaa ensisijaisesti se miten hyvin kysymykset ovat saatu ratkaisemaan tutkimusongelmaa (Heikkilä 2004, 185-186, Hirsjärvi S, ym, 2004, 216-217) Tässä tutkimuksessa kyselylomake on tehty mahdollisimman yksinkertaiseksi ja kysymykset ovat selkeitä, jotta väärinkäsityksiltä välttyttäisiin. Tutkimuksen mittaria on osittain käytetty jo aiemmin, joten sen toimivuutta on pystytty arvioimaan.

Reliabiliteetillä tarkoitetaan tulosten luotettavuutta ja tutkimuksen toistettavuutta. Tutkimuksen tulokset eivät saa olla sattumanvaraisia. Tutkimustuloksiin voi vaikuttaa monia asioita, ja virheitä voi sattua tietoja kerätettäessä ja käsiteltäessä. Reliaabelius voidaan todeta monella tapaa ja jos kaksi tutkimusta päättyy samaan, voi sitä pitää reliaabelina. (Heikkilä 2004, 30 Hirsjärvi ym, 2004, 216) Opinnäytetyö pyrittiin tekemään kriittisesti ja tarkasti, ettei vääristymiä tule. Myös kato eli vastaamattomuus vääristää tuloksia ja katoa pyrittiin estämään motivoimalla tutkittavia asiallisella ja kertovalla potilastiedotteella (Liite 1.) Vähäisen vastaajamäärän vuoksi tutkimusaikaa pidennettiin jotta vastauksia tulisi riittävä määrä. Tulokset ovat samansuuntaisia kuin aiemmissa potilastyytyväisyys tutkimuksessa.

Tässä tutkimuksessa reliaabeliuteen vaikutti erityisesti se, että tutkimuslomakkeita ei osastolla jaettu ohjeiden mukaisesti kaikille poiskirjattaville potilaille. Tämä vaikuttaa luonnollisesti tutkimustulosten määrään, mutta mahdollisesti myös vastausten laatuun. Ohjeena oli, että me opinnäytetyön tekijöinä ar-

vioimme palautetut tutkimuslomakkeet ja karsimme pois mahdolliset epäasialliset lomakkeet. Kaikki saamamme lomakkeet olivat kuitenkin asiallisesti täytetty. Osastolla käydessämme kävikin ilmi että lomakkeita ei ollut jaettu kaikille potilaille, osalle karsinta tapahtui sen perusteella, että potilas oli henkilökunnan arvion mukaan liian huonovointinen sen täyttämiseen ja suurelle osalle lomake unohtui antaa. Tutkimuksen reliaabelin vuoksi olisi ollut tärkeää että kaikki osastolta uloskirjattavat potilaat olisivat saaneet mahdollisuuden vastata kyselyyn. Me opinnäytetyön tekijöinä pyrimme motivoimaan hoitajia tutkimuslomakkeiden jakamiseen käymällä osastolla tutkimuksen alkaessa ja aikana ja olemalla sinne yhteydessä myös puhelimitse. Kerroimme sanallisesti tutkimuksen kulusta ja selitimme hoitajien roolin tutkimuksen toteuttamisessa. Jättimme myös kirjalliset ohjeet henkilökunnalle (Liite 2).

6.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet

Tämän opinnäytetyön johtopäätöksenä voidaan todeta, että potilaat ovat kyseisellä vastaanotto-osastolla pääosin tyytyväisiä hoitoonsa. Koska tutkimusjoukko ei kuitenkaan kattanut kaikkia tutkimusaikana osastolta uloskirjattuja potilaita, ei tulosta voida yleistää. Eniten tyytymättömyyttä tuli esille lähityöryhmätyöskentelyä koskien, koska hälyttävä osa potilaista (52%) ei tiennyt ketkä kuuluvat heidän henkilökohtaisiin lähityöryhmiinsä. (Taulukko 3.) Tähän seikkaan tulisi opinnäytetyön tekijöiden mukaan kiinnittää erityistä huomiota, kuinka potilaille saataisiin tietoon lähityöryhmä ja siinä mahdollisesti tapahtuvat muutokset?

Yhtenä jatkotutkimusaiheena voidaan pitää saman tutkimuksen toistamista samalla osastolla, koska otanta oli tässä opinnäytetyössä kohtalaisen pieni ja hajanainen. Näinkin pienellä otannalla saatiin kuitenkin samankaltaisia tuloksia kuin aikaisemmissa tutkimuksissa, joten mittaria voidaan pitää pätevänä. Haasteena toistettavalle tutkimukselle on hoitohenkilökunnan motivoiminen

tutkimuksen toteuttamiseen. Kuinka tutkimuksen toteuttaminen onnistuisi niin, että jokainen potilas saisi mahdollisuuden vastata? Toinen jatkotutkimusaihe voisi koskea perhe – ja verkostokeskeisen hoitotyön toteutumista osastolla omaisnäkökulmasta.

LÄHTEET

Alakare, B. & Seikkula, J. 2004. Avoin dialogi: vaihtoehtoinen näkökulma psykiatrisessa hoitojärjestelmässä. Katsaus. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 2004;120(3), 289-96

Alanen, Y. 2009 Kohti humanistisempaa psykiatriaa. Psykoterapia-lehti 28(3), 226–240

Bara, A & Rahmquist, M. 2010. Patient characteristics and quality dimensions related to patient satisfaction. International Journal for Quality in Health Care. Vol: 22, no: 2, 86-92

Baum, W. Eschweiler, G.W. Längle, G. Renner, G. Schwärzler, F. U'Ren, R. Wollinger, A. 2003. Indicators of quality of in-patient psychiatric treatment: the patients' view. International journal for quality in health care. Vol: 15, no: 3, 213-221

Drew, N. Freeman, M, Funk, M. & Lund, C. 2009. Improving the quality of mental health care. International Journal for Quality in Health. Vol: 21, no: 6, 415-420

Eskola, J & Karila, A. 2007. Mielekäs Suomi. Näkökulmia mielenterveystyöhön. Edita Prima Oy. Helsinki.

Haapanen, B. 2010. Potilaan vastaanottaminen akuuttipsykiatrisella osastolla – potilaiden kokemuksia vastaanottotilanteesta. Opinnäytetyö. JAMK.

Haarakangas K. 2002. Mielisairaala muuttuu. Keroputaan sairaalan kokemuksia psykiatrisen hoidon kehittämisessä: Avoimen dialogin hoitomalli. Suomen kuntaliitto. Hakapaino Oy.

Heikkilä T. Tilastollinen tutkimus. 2005. Edita Helsinki. 5. Uudistettu painos.

Hirsjärvi S, Remes P, Sajavaara P. Tutki ja kirjoita. 2004. Tammi Helsinki. 10. Uudistettu painos.

Janhonen, S. Nikkonen M, 2003 Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Juva: WS Bookwell Oy

KSSHP. Toimintakertomus. 2010.

Karjalainen, M. 2005 Mikä on tärkeää hoidossa? -Hoidon eettiset lähtökohdat -analyysi Jorvin sairaalassa kerätystä aineistosta

Keski-Suomen sairaanhoitopiiri, www.ksshp.fi, Sairaalat ja yksiköt, Psykiatriset hoitopalvelut. (Viitattu 23.2.2011, 26.9.2011, ja 21.1.2012)

Kuhanen, C. Oittinen, P. Kanerva, A. Seuri, T. & Schubert, C. 2010. Mielen-terveyshoitotyö, Helsinki: WSOYpro

Korpela, J. 2011. Haastattelu 29.9.2011

Koskimäki, R. & Niemi, P. 2007. Kokemuksia perhekeskeisestä hoitotyöstä Länsi-Pohjan nuorisopsykiatrian poliklinikalla. Tiivistelmä Pro Gradu-tutkielmasta, Oulun yliopisto.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista, <http://www.finlex.fi>,

Latvala, E. 1998. Potilaslähtöinen psykiatrinen hoitotyö laitossympäristössä, Oulun yliopisto

Mielenterveyslaki, <http://www.finlex.fi> 1116/1990, 3 §

Niemelä, E. 2010. Kangasvuoren sairaalan vastaanotto-osaston toiminnan arviointia yhteistyökumppaneiden näkökulmasta. Opinnäytetyö. JAMK.

Niemi, H. 2002 Elämän vuoristoradalla – Mielenterveyspotilaan, kuntoutuja ja omaisen opas, Suomen mielenterveysseura, Helsinki

Niiranen, L. & Salja, H. 2010. Perhekeskeisen hoitotyön toteutuminen psykiatrisessa sairaalassa hoitajien kuvaamana. Opinnäytetyö. Tampereen ammatti-korkeakoulu.

Ojanen, J. 2010. Potilasturvallisuuden haasteet mielenterveyspalveluissa. Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymä: Raportointiverkoston kokous 23.9.2010, Lahti. <http://www.haipro.fi/aineisto/phsotey1.pdf> (viitattu 30.9.2011)

Rahmqvist, M. 2001. Patient satisfaction in relation to age, health status and other background factors: a model for comparisons of care units. International Journal for Quality in Health Care. Vol: 13, no. 5, 385-390

Sarvimäki A & Stenbock-Hult B. 2009. Hoitotyön Etiikka. Edita.

Seikkula, J. & Arnkil, T. 2005. Dialoginen verkostotyö. Kustannusosakeyhtiö Tammi. 2.painos 2009 Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.

Suhonen, J. Psykiatrisen potilaan itsemääräämisoikeuden toteutuminen sairaalahoidon aikana – haastattelututkimus potilaiden kokemuksista. 2007. Pro gradu-tutkielma. Tampereen yliopisto.

Syrjäpalo, K. Arvot ja arvostukset psykiatrisessa hoidossa. Henkilökunnan ja potilaiden näkemyksiä hoidon nykytilasta. 2006. Pro gradu-tutkielma, Oulun yliopisto.

Varis, U. Kankkunen, P. Suominen, T. Ovatko aikuiset potilaat tyytyväisiä psykiatriseen sairaalahoitoon? Sairaanhoidaja-lehti. Sairaanhoidajaliitto 2/2007

Varis U. Potilastyytyväisyys aikuispsykiatrisessa sairaalahoidossa. 2005. Pro gradu-tutkielma, Kuopion yliopisto.

LIITTEET

Liite 1: Potilastiedote

Hei!

17.3.2011

Olemme kolme loppuvaiheen sairaanhoitajaopiskelijaa Jyväskylän ammattikorkeakoulusta. Teemme opinnäytetyötä aiheesta 'Potilastyytyväisyys akuutti-psykiatrisella vastaanotto-osastolla'. Toteutamme tutkimuksen nimettömänä lomakekyselynä erään akuutti-psykiatrisen vastaanotto-osaston uloskirjattaville potilaille. Kysely on vapaaehtoinen ja siihen vastataan nimettömänä.

Tavoitteena tutkimukselle on kehittää vastaanotto-osaston toimintaa potilaan kannalta paremmaksi.

Käsitlemme saamiamme vastauksia niin, että kenenkään henkilön vastauksia ei voida tunnistaa. Osaston henkilökunta ei saa kyselylomakkeita käyttöönsä eikä vastauksesi vaikuta hoitoosi.

Tutkimuksen valmistuttua hävitämme kyselylomakkeet joko silppurissa tai polttamalla. Mikäli päätät vastata kyselyyn, toivomme että vastaatte kaikkiin lomakkeen kysymyksiin. Kun olet vastannut kyselyyn, laita lomake mukana olevaan kuoreen ja sulje kuori. **Palauta kuori postilaatikkoon osaston aulassa.**

Kiitos avustasi!

Tutkijoiden yhteystiedot:

Sairaanhoitajaopiskelijat,

Katri Muhonen, Lea Sorjonen ja Aliisa Viiankorpi

Opinnäytetyön ohjaajien yhteystiedot:

Katja Raitio, katja.rautio@jamk.fi

Maarit Jakobsson, maarit.jakobsson@jamk.fi

Jyväskylän Ammattikorkeakoulu, Hyvinvointiyksikkö

Keskussairaalantie 21 E

40620 JYVÄSKYLÄ

Liite 2: Ohje henkilökunnalle

Hei!

Olemme kolme loppuvaiheen sairaanhoitajaopiskelijaa Jyväskylän ammatti-korkeakoulusta. Teemme opinnäytetyötä aiheesta: Potilastyytyväisyys akuut-tipsykiatrisella vastaanotto-osastolla. Keräämme tietoa potilaiden tyytyväisyy-destä ja vastaanotto-osaston toiminnasta. Tieto hankitaan lomakekyselyn avulla. Tutkimuksesta olemme sopineet vastaanotto-osaston osastonhoitajan kanssa.

Tutkimuksen tarkoituksena on kerätä tietoa vastaanotto-osaston toiminnasta ja haasteista potilasnäkökulmasta. Tutkimuksen avulla potilaat saavat kuvata kokemuksiaan vastaanotto-osastolla nimettöminä ja vapaaehtoisesti. Tavoit-teena on auttaa osaston henkilökuntaa ja johtoa kehittämään osaston toimin-taa potilaslähtöisempään suuntaan saamiemme tutkimustulosten ja kerää-mämme muun aineiston avulla.

Tutkimuksen toteutus:

Tuomme osastolle potilastiedotteita ja kyselylomakkeita. Toivomme että pyy-dätte kaikkia potilaita osallistumaan kyselyyn. Potilaille tulee painottaa, että tutkimuksella pyritään kehittämään osaston toimintaa eikä hoitohenkilökunta saa kyselylomakkeita käyttöönsä. Täten kyselyyn osallistuminen ei vaikuta millään tavalla potilaiden saamaan hoitoon tai kohteluun.

Toivomme, että jaatte kyselylomakkeita potilaille kun osastolta uloskirjaami-nen on ajankohtaista, kuitenkin niin, että potilaalla on aikaa ja kiinnostusta kyselyyn vastaamiselle, ei siis 'jalka ulko-oven välissä'. Potilas täyttää lomak-keen rauhassa, sulkee sen mukana tulleet kuoreen ja palauttaa osaston postilaatikoon nimettömänä. Jos potilas haluaa keskeyttää osallistumisensa kyselyyn, tämä sallitaan ja kyselylomake hävitetään. Huolehdittehan, että ky-selylomakkeita ei jää osastolle pyörimään vaan täytetyt lomakkeet ohjeiste-taan palauttamaan postilaatikoon heti sen täyttämisen jälkeen.

Tutkijoiden yhteystiedot:

Katri Muhonen, Lea Sorjonen ja Aliisa Viiankorpi

Opinnäytetyön ohjaajien yhteystiedot;

Katja Raitio, katja.rautio@jamk.fi

Maarit Jakobsson, maarit.jakobsson@jamk.fi

Jyväskylän Ammattikorkeakoulu, Hyvinvointiyksikkö

Keskussairaalantie 21 E, 40620 JYVÄSKYLÄ

Liite 3: Kyselylomake

Laita ruksi ruutuun oman vastauksesi kohdalle. Toivomme että vastaat kaikkiin kysymyksiin saadaksemme kyselystä parhaan hyödyn.

Esitiedot:

1. Sukupuoli:

- ☐ Mies
☐ Nainen

2. Ikä: _____

3. Kuinka pitkä on tämän hetkinen hoitojaksosi ollut?

- ☐ Alle kolme päivää.
☐ Alle viikon.
☐ Viikon tai enemmän.
☐ 2 viikkoa tai enemmän.

4. Monesko hoitojakso psykiatrisessa sairaalassa tämä sinulle on?

- ☐ Ensimmäinen.
☐ Toinen tai kolmas.
☐ Neljäs tai enemmän.

5. Jäin sairaalahoitoon:

- ☐ Vapaaehtoisesti.
☐ Tahdostani riippumatta.

6. Tapasitko lääkärin:

- ☐ 1 tunnin sisällä
☐ 3 tunnin sisällä
☐ 5 tunnin sisällä vai myöhemmin, milloin?
-

Väittäjä	Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Täysin eri mieltä
1. Henkilökunta hoiti vastaanottotoimenpiteet joustavasti.				
2. Henkilökunta otti yksilöllisesti tarpeeni ja toiveeni huomioon tulovaiheessa.				
3. Vastaanotto-tila oli rauhallinen.				
4. Vastaanotto-tila oli turvallinen.				
5. Olin tervetullut sairaalaan.				
6. Tunsin tullessi ymmärretyksi vastaanotto-tilanteessa.				
7. Omahoitajani antoivat minulle riittävästi tukea.				
8. Osaston lääkäri antoi minulle riittävästi tukea.				
9. Tiedän, ketkä kuuluvat lähityöryhmääni.				
10. Pystyin ylläpitämään henkilökohtaisia ihmissuhteitani riittävästi.				
11. Sain tarvittaessa olla omassa rauhassa.				
12. Henkilökunta oli halukas vastaamaan kysymyksiini.				

Väittäjä	Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Täysin eri mieltä
13. Henkilökunta selitti hoitoympäristöön ja hoitoyhteisöön liittyvät ohjeet ja rajoitukset.				
14. Minulla oli mahdollisuus kysyä hoitooni liittyviä kysymyksiä.				
15. Olen tietoinen jatkosuunnitelmistani.				
16. Henkilökunta kuunteli huoliani				
17. Henkilökunta tuli minua selviytymään ongelmistani.				
18. Hoito-osasto oli turvallinen.				
19. Hoito-osasto oli rauhallinen.				
20. Mielenpiteeni otettiin huomioon päätöksien teossa.				
21. Sairaalahoido on lievittänyt oireitani.				
22. Sairaalahoido on lisännyt hyvinvointiani.				
23. Oloni on turvallinen selviytyäkseni kotona/jatkohoitopaikassani sairaalahoidon jälkeen.				
24. Läheiseni otettiin mukaan hoitooni.				

Onko sinulla ehdotuksia vastaanottotilanteen tai osaston toiminnan parantamiseksi?
