



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU
Yhdessä enemmän

Psykiatrinen arvio sairaanhoitajan tekemänä päivystys tilanteessa

Nybonn-Juvonen, Erika

2015 Hyvinkää

Laurea-ammattikorkeakoulu
Hyvinkää

Psykiatrinen arvio sairaanhoitajan tekemänä
päivystys tilanteessa

Nybonn-Juvonen Erika
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Syyskuu, 2015

Nybonn-Juvonen, Erika

Psykiatrinen arvio sairaanhoitajan tekemänä päivystys tilanteessa

Vuosi 2015 Sivumäärä 31

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää millainen näkemys sairaanhoitajilla on omasta osaamisestaan arvioidessaan psykiatrista päivystyspotilasta. Kohdeorganisaatio on Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitoalueen psykiatrian tulosyksikkö, jossa hoidetaan potilaita tilanteen kärjistyessä kotona, tuetaan potilasta avohoidon käynnistymiseen saakka, ollaan mukana tehostamassa kotiutumista psykiatriselta osastolta, annetaan intensiivistä hoitoa kotiympäristössä ja tehdään psykiatrisia päivystys arviointeja sekä arvioidaan psykiatrisen hoidon tarvetta.

Päätutkimuskysymyksenä oli, millainen näkemys sairaanhoitajilla on omasta osaamisestaan, kun he arvioivat psykiatrista päivystyspotilasta. Opinnäytetyö toteutettiin laadullisella eli kvalitatiivisella menetelmällä. Aineisto kerättiin puolistrukturoidusti teemahaastattelujen perusteella tekstimuotoon. Aineistoa käsiteltiin sisällönanalysointimenetelmää mukailien. Haastattelut toteutettiin kahden sairaanhoitajan parihaastatteluna kesäkuussa 2015. Haastateltavia sairaanhoitajia oli neljä.

Haastattelussa saatujen vastausten perusteella sairaanhoitaja tarvitsee pitkää työkokemusta psykiatrian eri alueilta. Sairaanhoitajan persoonallisuudesta todetaan, että avoimuus eri tilanteissa edistää työssä onnistumista ja ennakoasenteet haittaavat sitä. Sairaanhoitajan peruskoulutuksessa ei saa riittävää tieto-taitoa toimia heti valmistuttuaan vaativassa päivystyksellisessä arviointityössä. Työkokemus tuo näkemystä sairauden eri vaiheista ja miten niitä tulisi hoitaa. Psykiatrian työkokemuksen mukanaan tuoma osaaminen korostuu päätöksenteoissa.

Nybonn-Juvonen, Erika
Emergency Psychiatric Assessment Carried Out by a Psychiatric Nurse

Year	2015	Pages	31
------	------	-------	----

The purpose of this thesis is to identify the views of psychiatric nurses concerning their own skills in evaluating a psychiatric patient in an intensity outpatient unit. This psychiatric care unit is part of The Hospital District of Helsinki and Uusimaa. Patients receive help when symptoms become unmanageable in the home-environment and they are supported until the starting point of their outpatient treatment. The unit is involved when a patient is discharged from a psychiatric ward and it gives intensive care in the patient's own home-environment. It also carries out psychiatric assessments and evaluates the need for psychiatric care.

The main research question was how do psychiatric nurses view their own ability to assess a psychiatric patient. The type of research was qualitative. The research materials were gathered in semi-structured theme based interviews that were recorded and transcribed. The material was reviewed using analysis of the contents. The interviews were conducted so that two nurses were interviewed at the same time, in June 2015. The number of psychiatric nurses interviewed was four.

Based upon the given answers in the conducted interviews, it is clear that in order to make a psychiatric assessment, a nurse needs working experience from various different specialized areas of psychiatry. It is stated that in a nurse's personality, openness in different situations is beneficial and prejudice disadvantageous for a psychiatric nurse to be successful in the profession. It is also said, that the nurse's basic education doesn't give a newly graduated the know-how to work in consultation situations. Working experience brings insight into different states of a disease and the knowledge on how to treat them. The knowledge gained from working experience is emphasized in decision making.

Keywords: nurse, psychiatric, evaluation, skills, emergency, qualitative research, research interview

Sisällys

1	Johdanto	6
2	Päivystystoiminta potilaan hoitotyössä	6
3	Päivystystoimintaa koskevat lait ja säädökset	7
4	Sairaanhoitajan arviointitaidot potilaan hoitotyössä	8
4.1	Psykiatrinen arviointi	9
4.2	Psykiatrinen arvio vastaanotolla ja päivystyksessä	10
5	Tehostetun avohoidon yksikön toiminta	11
6	Arvioinnin tukena käytettäviä mittareita Tehostetussa avohoidon yksikössä	13
7	M1-lähete	13
8	Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset	15
9	Opinnäytetyön tavoitteet	15
9.1	Opinnäytetyön toteuttaminen	16
9.2	Tutkimusjoukko	16
9.3	Tutkimusmenetelmä	17
9.4	Tutkimusaineiston käsittely ja analysointi	18
10	Tutkimuksen tulokset	20
11	Pohdinta	23
12	Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys	25
	Lähteet	27
	Kuviot	30
	Liitteet	31

1 Johdanto

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata sitä, millaisia näkemyksiä psykiatrisilla sairaanhoitajilla on omasta osaamisestaan arvioida psykiatrista potilasta päivystystilanteessa. Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää Hyvinkään päivystyksen tehostetun avohoidonyksikön sairaanhoitajien kokemuksia omista taidoistaan arvioida psykiatrista potilasta. Tehostettu avohoidon yksikkö vastaa kaikissa diagnoosiryhmissä aikuisten tehostetusta avohoitotoiminnasta ja mahdollisuuksien mukaan päivystyksellisestä yli 13-vuotiaiden psykiatrian alueen tarpeenarvioista (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri, 2014). Päättökysymyksenä on, millaisia näkemyksiä Hyvinkään päivystyksen tehostetun avohoidonyksikön sairaanhoitajilla on omista taidoistaan arvioida psykiatrista potilasta päivystyksellisesti. Tarkoituksena on selvittää tehostetun avohoidon yksikön sairaanhoitajien näkemyksiä omista taidoistaan arvioida psykiatrista päivystyspotilasta. Lisäksi tarkoituksena on tarkastella sitä, mitkä asiat edistävät tai ovat edistäneet sairaanhoitajan arviointityötä, sekä mitkä seikat tukevat sairaanhoitajaa arviointityössä. Haluan selvittää sairaanhoitajien omia kokemuksia puolistrukturoidun teema-haastattelun avulla.

Opinnäytetyö on ajankohtainen sairaanhoitajien työkuvan muuttuessa. Haastateltavat työskentelevät vaativassa ja vastuullisessa arviointityössä ja haluan selvittää millaisia kokemuksia heillä on psykiatrisen potilaan arvioimisesta päivystyksellisesti. Kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman (2009) suositusten mukaan sairaanhoitajien työnkuvaan tulee muutoksia, jotka vaikuttavat työnkuvan laajentumisella. Laajennettu työnkuva tarkoittaa muun muassa lääkärin tehtävien siirtämistä sairaanhoitajille kuten hoidontarpeen arviointia, ohjausta ja oikean hoitopaikan suunnittelua sekä selvittelyä. Sairaalapaikkoja on vähennetty ja potilaat pyritään hoitamaan avohoidon keinoin. Sairaalasijojen vähennyttä osastoilta on siirretty hoitajia avohoidon puolelle. Avohoidossa tarvitaan entistä enemmän tietoa ja taitoa tunnistaa riskipotilaat, mitä he tarvitsevat ja miten ja missä heitä tulisi hoitaa.

2 Päivystystoiminta potilaan hoitotyössä

Potilaalla on oikeus päästä kiireelliseen hoitoon. Tämä on perustuslaissa määrätty subjektiivinen oikeus. Tuleeko kyseeseen kiireellinen, päivystyksellinen hoito, niin tämä riippuu sairauden vakavuudesta. Päivystyksessä tulee vastaan yhteiskunnallisten ongelmien laaja kirjo, haastaviakin isoja päätöksiä elämän ja kuoleman välillä. Päivystyksen pääasiallinen tehtävä on torjua henkeä ja terveyttä uhkaavaa vaaraa. Tämä kaikki tapahtuu huippuosaamisen hyvien prosessien hallinnan sekä korkean ammattietiikan takia. (Koponen & Sillanpää 2005, 21.)

Munnukan (1993) mukaan (ks. Koponen ym 2005, 24) sairastuneet odottavat saavansa oikeaa hoitoa terveydentilansa ongelmakohtiin, lohdutusta ja lievitystä pahaan oloonsa. Potilaat, jotka ovat päivystyksessä odottamassa hoitoa, odottavat kokevansa turvallisuudentunnetta, läheisyyttä, mahdollisuutta olla vaikuttamassa omaan elämäänsä ja saada tukea löytääkseen omat voimavaransa. (Koponen ym. 2005, 24.)

Päivystystoiminta tapahtuu ympäri vuorokauden. Päivystyshoidoksi kutsutaan hoitoa, mikä annetaan alle 24 tunnissa. Pääsääntöisesti päivystyshoito tapahtuu terveysasemilla mutta hoito voidaan siirtää päivystyspoliklinikoille tarpeen vaatiessa. Päivystyksen tarkoitus on hoitaa nopeasti vaihtelevissa tilanteissa vakavimmin sairastuneita tai vammautuneita ihmisiä. Myös lievemmin sairastuneet hakeutuvat päivystykseen eri syiden vuoksi. Päivystysaikana hoidon lähtökohta on, että hoitoa ei voida siirtää myöhemmäksi vaan sairaus tai vamma vaatii välitöntä hoitoa. Kaikkia hoidon tarpeessa olevia ei tarvitse hoitaa heti, vaan heidät arvioidaan yksilöllisesti oireiden perusteella mihin tarve- ja kiireellisyysluokkaan he kuuluvat, eli ensiarvio ”triage”. (Yhtenäiset päivystyshoidon perusteet 2010.)

Päivystyksessä työskentelevän sairaanhoitajan ammatillisuuden taustalla on teoreettisen tiedon hallintaa, prosessitaitoja sekä itsenäistä päätöksentekokykyä. Työssä vaaditaan myös kriittisyyttä sekä riittävää kokemusta havainnoida potilasta ja arvioida hänen tarvitsemaa hoitoa. Hoitotyöntekijät joutuvat toistuvasti potilaiden turhautumisen tunteen kohteeksi. Nämä asiat edellyttävät sairaanhoitajalta kykyä ymmärtää ja hyväksyä potilaan erilaisia tunteita. Omia voimavarojaan kuten ammatin tuomaa tietoa ja taitoa, ammatillista suhtautumistaan tulee osata käyttää eri tilanteissa, jotta potilaan olo helpottuisi. Työssä tulee osata sietää nopeita, jatkuvasti muuttuvia tilanteita ja pystyä toimimaan erilaisten ja eri-ikäisten kanssa. (Koponen 2005, 28-29.)

Sairaanhoitajalta edellytetään laajaa tietoperustaa, korostuneina hoitotiede ja lääketiede sekä muiden tieteenalojen tuntemusta. Päätöksentekokyky on ammattiosaamisen keskiössä. Päätöksiä tehdään potilaan arviointiin ja ongelmakohtien tärkeysjärjestykseen liittyen. Lyhyt kontakti potilaaseen vaatii, että sairaanhoitaja pystyy ratkaisemaan olennaiset ongelmat potilaan kohdalla. Yhteistyökykyä tarvitaan, koska potilasta voi hoitaa moni eri ammattiryhmä. Pitkä kokemus päivystystyössä antaa myös mahdollisuuden käyttää osaamistaan luovemmin erilaisten potilaiden kanssa. (Koponen 2005, 29.)

3 Päivystystoimintaa koskevat lait ja säädökset

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992, 3§) tarkoittaa sitä, että potilaalla on oikeus saada hänen terveydentilansa edellyttämää hoitoa käytettävissä olevien voimavarojen puit-

teissa. Lain terveydenhuoltoalan ammattihenkilöistä (559/1994, 15§) mukaan terveydenhuollon ammattihenkilön tulee aina antaa kiireellisen hoidon tarpeessa olevalle apua. Terveydenhuoltolain (1326/2010, 50§) mukaan jokaisen kunnan on huolehdittava siitä, että kiireellistä hoitoa on saatavana kaikkina vuorokauden aikoina.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikois- alakohtaisista edellytyksistä (652/2013) Päivystystoiminta voidaan järjestää erikseen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon päivystyksenä tai niiden yhteispäivystyksenä. Päivystyksikön moniammatillisella henkilökunnalla on oltava riittävä koulutus ja työkokemus. Kiireellisen hoidon neuvontaan on järjestettävä riittävästi ammattihenkilöitä kaikkina vuorokauden aikoina. Kiireellisen sairaanhoidon tarpeessa oleville henkilöille on annettava sairaanhoitoa hänen kotikunnastaan riippumatta.

4 Sairaanhoidajan arviointitaidot potilaan hoitotyössä

Sairaanhoidajan ammattiin kehittymisen perustana ovat ammattitutkinto ja koulutus, jotka asettavat raamit itsenäiselle ammattiosaamiselle. Osaamispirteinä ovat ammattietiikka, itsenäinen tietoperusta, tutkimus, päätöksenteko ja oman ammatin asiantuntijuus yhteiskunnassa. Ammattikorkeakoulutasoinen koulutus perustuu tutkittuun, näyttöön perustuvaan tietoon ja näin saavutetaan ammatin tieto- ja taitoperusta. Sairaanhoidajan ammatin itsenäisyys ja vahvuus näkyvät yhteiskunnassa asiantuntijuutena, joka tuo oikeutta ja velvollisuuksia, itsenäisiä päätöksiä ammattiosaamisen pohjalta sekä vastaa toiminnan toteuttamisesta ja tuloksista. Ammattiosaamiseen kuuluu arviointi ja oman toiminnan tulosten seuranta ja niiden pohjalta arviointia yksilö- ja yhteiskuntatasolla tutkimusnäyttöä hyväksikäyttäen. (Lauri 2005, 9-11.)

Sairaanhoidajan tekee päätöksiä ammatin tietoperustan pohjalta. Jatkuvien päätöksenteko tilanteiden kautta käytännön työ etenee ja työ näkyy hoitotyön taitona, jonka pohjalla on mahdollisesti näyttöön perustuva tieto. Päätökset hoitotyössä näkyvät joko heti tai vasta myöhemmin. Päätöksiä voidaan tehdä etukäteen mutta tilanteita ei voida ennakoida. Hoitotyön eri tilanteissa tarvitaan konkreettisia, näyttöön perustuvia erityistietoja. Jotta pystytään tekemään päätöksiä, tarvitaan siihen laajempaa osaamista ja tietoa. Päätöksenteossa tulee selvittää potilaan todellinen tarve hoitoon ja järjestää ne tärkeysjärjestykseen. Useissa kansainvälisissä tutkimuksissa (Greenwood & King 1995; Giulio & Crow 1997; Junnola, Eriksson, Salanterä & Lauri 2002; Salanterä, Eriksson, Junnola, Salminen, EK & Lauri 2003. Ks Lauri 2005, 15) on todettu, että hoitajat havaitsevat hyvin potilaan ongelmat, mutta ongelmien laittaminen tärkeysjärjestykseen on vaikeaa ja hoidon kannalta merkityksettömiin asioihin kiinnitetään liikaa huomiota. (Lauri 2005, 14-15.)

Sairaanhoitajan osaamista ja asiantuntijuutta voidaan tarkastella monista eri näkökulmista. Esimerkiksi tarkasteltaessa kognitiivisesta näkökulmasta, asiantuntijuutta katsotaan yksilötasolla ja tiedon hankinta ja tiedonkäsittely perustuu koulutukseen ja pitkään kokemukseen. Sairaanhoitajan asiantuntijuuden kehittymiselle normaaleja asioita ovat mm asiantuntijuuden saavuttamisen pitkä prosessi, portaittain kehittyvä ongelmien ratkaisutaito sekä työyhteisöt voivat asettaa hoitohenkilöstölle erilaisia kehityshaasteita. Tieto ja taito, joka on opittu keran, ei anna tarvittavaa perustaa ongelmallisista asioista selviytymiseen. (Sarajärvi, Mattila, Rekola 2011, 42-43.)

Hoitotyön päätöksentekoa näyttöön perustuvaan tietoon pohjautuen kuvataan prosessiksi jossa etsitään vastausta potilaan ongelmaan tai sairauteen tutkimustiedon pohjalta. Hoitotyöntekijä arvioi kriittisesti oman koulutuksensa ja kokemusten kautta saadun tiedon ja taidon sekä tutkimusten kautta hankittua näyttöä ja sen tarkkuutta sekä perusteita. Hoidon päätöksenteossa pyritään käyttämään vahvinta näyttöön perustuvaa tietoa. Päätöksenteon lopputulokseen vaikuttaa potilaan oma näkemys, hoidon mahdollinen lopputulos sekä hoidon arvioidut kustannukset. Hoitotyöntekijän tulee osata tehdä arviota potilaan omista tiedoista sekä taidoista koskien potilaan omaa hoitoa. Hoidon vaikuttavuutta ei voida tarkastella ilman potilaan näkemystä, miten potilas hallitsee ongelmia terveydessä tai miten hän selviytyy arjesta. Jotta potilas pystyy osallistumaan oman hoitonsa päätöksiin, edellytetään, että häntä on tarpeeksi informoitu vaihtoehtoista ja näiden vaikuttavuudesta. Hoitohenkilöstöltä edellytetään kriittistä asian tarkastelua, jotta pystytään hyödyntämään tärkeä tieto vähemmän tärkeästä tiedosta. Tutkimusten hyödyntäminen hoitotyössä edellyttää lisäksi jatkuvaa kouluttautumista, osallistumista tutkimus- ja kehittämisprojekteihin. (Sarajärvi 2011, 76-79.)

4.1 Psykiatrinen arviointi

Psykiatrinen arviointi perustuu kliiniseen tutkimiseen ja objektiivisiin havaintoihin. Siinä tulee huomioida aiemmat seurantatiedot, henkilön toimintaympäristön ja lähiverkoston havainnot sekä henkilön oma subjektiivinen kokemus terveyden tilastaan sekä siihen vaikuttavista tekijöistä. Tulee kuitenkin huomioida, että henkilön kyky hahmottaa omaa tilannettaan voi olla heikentynyt ja tällöin subjektiivinen ja objektiivinen näkemys potilaan tilaa arvioitaessa voivat olla ristiriidassa. Arviointiin kuuluvat suorat havainnot ja haastattelu strukturoituja arviointimenetelmiä apuna käyttäen, lähiverkoston havaintojen kokoaminen, potilaan kliinisen tilan selvittäminen ja tietojen keruu sekä arvioinnin kirjaaminen. Diagnostiikka perustuu kliiniseen kokonaisarvioon sekä diagnostisiin kriteereihin, se ei voi perustua vain yhteen oiremitariin tai seulaan. Psykiatrinen arvio mahdollistaa diagnostiikan, sekä sitä kautta oikeanlaisen

hoidon- ja kuntoutuksen aloittamisen. Psykiatrisen arvioinnin tarkoituksena on saada riittävästi tietoa potilaasta sekä helpottaa potilaan oloa. (Saarento 2001.)

Potilaan psykiatrisen tilan arviointi on hoidon suunnittelun kulmakivi, ilman sitä ei päästä yksilölliseen potilaan tarpeisiin vastaavaan hoitoon. Potilaan tilan huolellinen arviointi on näyttöön perustuvan päätöksenteon tietoperustaa, jossa ajantasainen tieto arvioidaan ja analysoidaan saatujen ja kerättyjen tietojen perusteella. (Ahonen, Ikonen, Koivukoski 2014.)

Suomisen ja Valtosen (2013, 883) mukaan potilaan oikean hoitopaikan arvioimiseksi on kartoitettava huolella potilaan itsemurhariski, kuolemantoiveet sekä itsemurhasuunnitelmat. Potilas, jolla on itsemurha-ajatuksia, tulisi ottaa ainakin lyhytaikaiseen hoitoon sairaalaan sisälle. Tässä tulee selvittää ensin, onko potilaalla halu satuttaa itseään. Potilaalle, jolla on itsemurha-ajatuksia, mutta hän pystyy hallitsemaan ajatuksiaan, tulee aloittaa avohoitosuhde. Masennuspotilailla on suurentunut riski saada itsemurha-ajatuksia. Jos masennuspotilaalla on voimakasta toiveita kuolemasta tai toivottomuudentunnetta, potilaan tulee saada tiivistä ja aktiivista psykiatrisen avohoidon palvelua.

4.2 Psykiatrinen arvio vastaanotolla ja päivystyksessä

Sairaanhoitajan tulee tunnistaa akuutit mielenterveydelliset sairaudet, jotka vaativat psykiatrista erikoissairaanhoitoa. Näitä ovat masennus, ahdistuneisuushäiriö, psykoosin oireet, syömishäiriöt, persoonallisuushäiriöt, erilaiset riippuvuudet, yliviläisyys, häiriintynyt itsestään huolehtiminen sekä ilman elimellistä syytä esiintyvät somaattiset oireet kuten sydämen tykytys, päänsärky, vatsavaivat ja huimaus. Lisäksi psyykkisten oireiden ilmeneminen somaattisina oireina ja somaattisten sairauksien vaikutus psyykeen tulee tiedostaa. (Sippula, Haapala & Villikka 2011.)

Hoitoketjun tunteminen sekä jatkohoitoon ohjaaminen ovat tärkeä osa arviota. Somaattiset oireet pitää tutkia ensin, tämän jälkeen selvitetään psyykkinen tilanne tarkemmin. Potilaan lääkkeiden käyttö ja sekä mahdollinen lääkkeiden yliannostus tulee selvittää, muut somaattiset sairaudet sekä päihteiden käyttö on huomioitava arviota tehdessä. Jos potilaalla on taustalla päihteiden käyttöä, niin toimitaan päihdepotilas-ohjelman mukaisesti. Haastattelu ja arviointi tulee tehdä rauhallisessa paikassa ja kiireettömästi, täytetään Psykiatrisen potilaan päivystyshaastattelulomake. Psykoottinen potilas tarvitsee kiireellistä hoitoa, masennuksen vaikeusaste tulee arvioida, potilas täyttää BDI-haastattelulomakkeen ja MDQ-lomakkeen. (Sippula 2011.)

Suominen ja Valtonen (2013, 881) toteavat että, jos potilaalla on satunnaisia kuolemantoiveita mutta ei itsemurhasuunnitelmia, hänet voidaan lähettää psykiatriseen arvioon kiireellisellä läheteellä. Päivystyksellistä arviota ei yleensä tässä tarvita. Potilaan kertoessa jatkuvista itsetuhoisista ajatuksista ja itsemurhasuunnitelmasta päivystyksellinen psykiatrinen arvio on tarpeellinen. Jos potilas kertoo, että hänellä on itsemurhasuunnitelma ja hän ei voi hallita haluaan vahingoittaa itseään, tarvitaan tässä useimmiten päivystyksellistä arviota osastohoidon tarpeesta. Kohtalainen ja vakava masennus, johon liittyy itsemurhavaara, vaatii kiireellistä hoitoa. Ahdistushäiriötä epäiltäessä, tulee potilaalle antaa täytettäväksi BAI-haastattelulomake. Sairaanhoidaja tekee myös tarpeen mukaan lähetteen laboratoriokokeista, jos niitä ei ole tutkittu viimeisen 2-3 kk:n aikana. (Sippula 2011.)

Jatkohoitoon ohjeistus on seuraavanlainen: omalle terveystieteidenlääkärille ohjataan jos on tarvetta kliiniseen perustutkimukseen, tarvitaan haastattelutulosten tai laboratoriokokeiden tulkintaa, erotusdiagnoosi, lääkitystä, osastohoitoa, potilaalla on tarve tiiviille hoitosuhteelle omaan lääkäriin tai hoitajaan tai tarvitaan erikoissairaanhoidon lähettämistä. Erikoissairaanhoidon lähettäminen on tarpeen silloin kun diagnoosi on epävarma, potilaan aiemmin aloitettu hoito ei ole lievittänyt oireita viimeisen kahden kuukauden aikana tai vointi on huonontunut, potilaalla on itsemurha-alttius tai sen yritys taustalla, potilaalla on psykoottisia oireita, psykoosiepäily, syömishäiriö, toiminta ja työkyvyn pitkäaikainen lasku, potilas on toistuvasti tai vaikea asteisesti masentunut tai psyykenlääkkeiden käytössä ja toteutumisessa on ongelmia ja sitä pitää arvioida. (Sippula 2011.)

Terveystieteidenpsykologille ohjataan kriisiterapian tarpeessa oleva potilas, potilas joka tarvitsee psykologisia tutkimuksia, konsultaatiota, lievempien psyykkisten ongelmien selvittelyä, potilas joka tarvitsee motivointia ja ohjausta pidempiaikaiseen hoitoon tai yhteistyö potilaan verkoston kanssa on tarpeen. Mielenterveystoimistosta sairaanhoidajalla on mahdollisuus saada myös toisen hoitajan mielipide hoitolinjasta. Lastensuojelun sosiaalityöntekijään otetaan yhteys, mikäli on huoli, että alle 18-vuotiaan kasvuolot tai käytös vaarantavat hänen terveytensä. (Sippula 2011.)

5 Tehostetun avohoidon yksikön toiminta

Tay:n eli tehostetun avohoidon yksikön toimitilat sijaitsevat Kellokoskella. Yksikkö on aloittanut toimintansa 2013 lokakuussa. Tay kuuluu Hus:iin eli Helsingin ja Uudenmaansairaanhoidon alueen psykiatrian tulosityksikköön. Kunnat joiden alueella Tay toimii, ovat Hyvinkään lisäksi Mäntsälä, Nurmijärvi, Tuusula ja Järvenpää. Työntekijöinä Tay:ssä on osastonhoitaja, apulaisosastonhoitaja, osastosihteeri, 14 sairaanhoidajaa, kuntoutusohjaaja, yksi lääkäri ja kaksi apulaislääkärinä, sosiaalityöntekijä, toimintaterapeutti ja kaksi psykologia.

Tehostetun avohoidon yksikkö voi olla tukena tilanteen kärjistyessä kotona, kannatella potilasta avohoidon käynnistymiseen saakka, olla mukana tehostamassa kotiutumista psykiatriselta osastolta, antaa intensiivistä hoitoa kotiympäristössä, tehdä psykiatrisia arviointeja sekä arvioida psykiatrisen hoidon tarvetta.

Psykiatrisia arviointeja tehdään Hyvinkään sairaalan päivystyspoliklinikalla päivisin ja iltaisin koko viikon ajan arkisin klo 8-21, viikonloppuisin klo 9-21. Yöaikaan päivystyspuhelimeen vastaa yövuorossa oleva sairaanhoitaja. Psykiatrisia arviointeja tehdään lisäksi mahdollisuuksien mukaan alueen terveysasemille.

Tehostettu avohoidon yksikkö vastaa kaikissa diagnoosiryhmissä aikuisten tehostetusta avohoitotoiminnasta ja mahdollisuuksien mukaan psykiatrisista yli 13-vuotiaiden sairaanhoidon tarpeenarvioista. Nuorten aikuisten psykoosipotilaiden tutkimus, hoito ja kuntoutus kuuluvat Tehostetun avohoitoyksikön tehtäviin silloin, kun poliklinikka palvelut ovat riittämättömät, mutta sairaalahoitoa ei tarvita. Lisäksi yhteistyökumppaneiden neuvonta ja ohjaus hoitojärjestelmän toiminnasta, tiivis kuntayhteistyö ja sen kehittäminen kuuluvat Tehostetun avohoitoyksikön toimintaan (HUS 2014). Tehostetun avohoitoyksikön työntekijät tekevät psykiatrisen hoidon tarpeen arviointeja Hyvinkään sairaalan päivystyspoliklinikalla.

Työntekijät tekevät myös päivystysluonteisia kotikäyntejä, joten työntekijöiden mukana on aina päivystyspuhelin, johon puheluita otetaan arkisin klo 8-21 ja viikonloppuisin 9-21. Yöllä päivystyspuhelimeen vastaa päivystävä sairaanhoitaja. Pyyntö psykiatrisen arvioinnin tekemiseen tulee päivystyksen lääkärin pyynnöstä. Osastoarvioinnit Hyvinkäällä tekee yleissairaala-psykiatria.

Kun konsultaatiopyyntö tulee päivystävän lääkärin toimesta, kartoitetaan potilaan psykiatrisen tila sekä ajankohtaiset hoitosuhteet avohoitoon. Mikäli kontakti avohoidon yksikköön löytyy mutta vastaanottoaika on ajallisesti liian pitkällä, pyritään ensisijaisesti aikaistamaan avohoidon vastaanottoaika. Avohoidon aikaan saakka Tehostetun avohoidonyksikön työntekijät kannattelevat potilasta esimerkiksi kotikäyntien avulla tai tiivistämällä tapaamisia, pitävät häneen kontaktin yllä. Arvioinnissa kartoitetaan potilaan oma näkemys siitä mikä on hoitoon tulon syy.

Jos arvioinnissa on mukana potilaan omainen tai läheinen niin läheisen huoli potilaasta otetaan huomioon arvioinnissa. Työntekijät tarkastavat myös onko somaattisella puolella kesken jotain tutkimuksia, onko potilaalla muita sairauksia ja hoitosuhdetta. Tämän avulla voidaan alustavasti muodostaa kokonaiskuvaa potilaan tilanteesta. Työntekijät työskentelevät pareittain, joten tilanteesta saa myös tukea kollegalta näkemystä muodostettaessa. Tehostetun

avohoitoyksikön työntekijöillä on olemassa valmis haastattelurunko hoidon tarpeen arviointia varten ja sitä työntekijät pyrkivät käyttämään arviointien tukena. Jos potilas ei ole halukas jatkohoitoon eikä perusteita M1 läheteelle ole, hoitosuhdetta ei jatketa. Työntekijöillä on käytössä erilaisia mittareita, joilla potilaan vointia arvioidaan ja alkutietojen perusteella työntekijät arvioivat mitä mittareita käytetään.

6 Arvioinnin tukena käytettäviä mittareita Tehostetussa avohoidon yksikössä

Työntekijöillä on käytössä erilaisia mittareita, joilla potilaan vointia arvioidaan ja alkutietojen perusteella työntekijät ovat arvioineet mitä mittareita käytetään. Mahdollisia käytettäviä mittareita ovat AUDIT (alkoholin käyttö), GAF (kliininen arvio potilaan toimintakyvyn tasosta), SOFAS (toimintakyky mittari), C-SSRS (arvioidaan itsemurhan riskiä), PROD (psykoosien ensioirekysely), MARDS (depression kartoitus), BPRS-SANS (psykkisen oireilun mittari), GCL, BDI (masennusseula), MMSE (muistitesti). (Nybonn-Juvonen, Manninen, Keränen 2014. Syventävät opinnot. Kehittämistehtävä Laurea AMK 2014.)

7 M1-lähetä

M1-lähetä on lähete psykiatriseen arvioon. Se ei ole määräys pakkotoimiin tai tahdosta riippumattomaan hoitoon. M1-lähetettä tarvitaan silloin kun potilas ei suostu vapaaehtoisesti psykiatriseen arvioon. M1-lähetteessä potilaalla epäillään psykoositasoista häiriötä. M1 on perusteltu kannanotto siitä, ovatko edellytykset tahdosta riippumattomaan hoitoon määrittämisen todennäköisesti olemassa. Psykiatrian päivystyksessä arvioidaan täyttyvätkö M1-kriteerit, jos näin on, niin potilas otetaan mielenterveyslain mukaiseen tarkkailuun osastolle. (Käypähoito 2009.)

M1 läheteessä on potilaan henkilötiedot sekä esitiedot, joista käy ilmi potilaan aiemmat psykiatriset diagnoosit tai oireet, hoitopaikat, hoitajankohdat, nykyisen oireilun alku, laatu ja haittaavuus, edeltävien päivien ja viikkojen tapahtumat, muutokset potilaan käytöksessä sekä nykyoireilun hoitoyritykset. Lähetteeseen tulee kliinisessä tutkimuksessa tehdyt havainnot. M1 läheteen tekijän tulee tutkia potilas aina henkilökohtaisesti. Toisen kertoman perusteella tehty M1 on laiton. Tutkimuspäivämäärä on erittäin tärkeä sillä M1 lähete on voimassa 3 vrk tutkimuspäivästä sekä konkreettista kuvausta psyykkisestä tilasta. Lisäksi läheteeseen tulee kirjata perustelut tarkkailuun lähettämiseksi millaista psykoositasoista sairautta epäillään, hoidon tarve, muiden mielenterveyspalveluiden soveltumattomuus tai riittämättömyys. M1-potilas kuljetetaan ambulanssilla ja M1-lähetä tulee olla mukana ambulanssienhenkilöstöllä.

Faksattu M1-lähete ei ole pätevä, M1-lähetettä ei myöskään voi sähköisesti lähettää. (Käypähoito 2009.)

Mikäli M1:ssä havaitaan puutteita psykiatrian päivystyksessä, puutteista soitetaan heti lähetävälle lääkärille ja pyydetään korjausta puhelimesta ja saadut korjaukset kirjataan sairaskertomukseen ja uusi M1 tulee myöhemmin postissa. Useimmiten potilas voidaan ottaa puutteellisella M1:llä hoitoon, kun hoidon tarve on ilmeinen. M1-lähete voidaan käsitellä tavallisena lähetteenä, jos potilas suostuu ehdotettuun hoitoon. Joskus joudutaan palauttamaan potilas uuteen M1-arvioon, jos lähete on hyvin puutteellinen tai potilas on tullut vapaaehtoisläheteellä ja potilas ei suostu hoitoon ja hoidon tarve on ilmeinen. (Käypähoito 2009.)

Ensisijaisesti lääkärillä on velvollisuus hoitaa potilasta yhteisymmärryksessä potilaan kanssa ja psykoosioireisenkin kanssa tämä usein onnistuu. Suoraan psykiatrian päivystyksestä potilasta ei vastoin potilaan tahtoa voida hoitoon ottaa ilman M1-lähetettä. M1-lähete on merkittävä juridinen asiakirja, jolla puututaan potilaan perusoikeuksiin mielenterveyslain perusteella, sen vuoksi läheteen tulee olla oikein täytetty. Potilaalla on oikeus valittaa tahdosta riippumattomasta hoitopäätöksestä, silloin myös M1:n sisältö arvioidaan hallinto-oikeudessa. M1-läheteellä lähetetyistä on erityisen tärkeää olla hyvät kirjaukset sairaskertomuksessa. (Käypähoito 2009.)

Psykiatrisen hoidon perustana on potilaan asianmukainen informointi. Vain asianmukaisen tiedon perusteella potilas voi antaa pätevän suostumuksensa omaan hoitoonsa. Tämä periaate tulee huomioida myös silloin, kun potilas on otettu todellisuudentajun vakavan häiriintymisen eli psykoosin vuoksi vastoin omaa tahtoaan tahdosta riippumattomaan hoitoon. Potilaan pätevää suostumusta tulisi hakea aktiivisesti kaikissa olosuhteissa. (Lehtonen & Lönnqvist, 2011.)

Tahdonvastaiseen psykiatriseen sairaalahoitoon toimittaminen, ottaminen ja määrääminen tapahtuvat mielenterveyslain mukaisesti seuraavasti; potilaan sairaalaan tarkkailuun lähettäminen M1-läheteellä, sairaalassa tarkkailuun ottaminen, tarkkailulausunnon kirjaaminen ja päätös tahdonvastaisesta hoidosta psykiatrisessa sairaalassa. M1-lausunnon perusteella lääkäri katsoo olevan lain määräämät edellytykset tahdonvastaiseen psykiatriseen sairaalahoitoon toimittamiselle. Viimeistään neljäntenä päivänä sairaalaan otosta, on tarkkailusta vastaavan lääkärin annettava kirjallinen M2-lausunto, jonka tulee sisältää perusteltu kannanotto, ovatko hoitoon määräämisen edellytykset tahdosta riippumatta edelleen olemassa. Jos tarkkailun aikana ilmenee, että mielisairaslain määrittelemät edellytykset eivät toteudu, henkilö on heti päästettävä pois sairaalasta hänen niin halutessaan. Päätöksen tahdonvastaisesta hoidosta, M3-kaavakkeen tekee tarkkailulausunnon perusteella sairaalan psykiatrisesta hoidosta vastaava ylilääkäri tai hänen estyneenä ollessaan tehtävään määrätty psykiatrian erikoislääkäri. (Huttunen 2011.)

Ennen päätöstä tahdonvastaisen sairaalahoidon jatkamista potilaan tai hänen ollessaan alakäinen myös huoltajien mielipidettä on kuultava. Tarkkailulausuntoa ei voi antaa tarkkailulähteen kirjoittanut lääkäri, eikä hoitoon määräämisestä voi päättää tarkkailulausunnon kirjoittanut lääkäri. Päätös tahdonvastaiseen hoitoon määräämisestä perustuu lain mukaan näin ollen aina kolmen eri lääkärin näkemykseen hoitoon määräämisen tarpeellisuudesta. (Huttunen 2011).

8 Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää Hyvinkään päivystyksen Tehostetun avohoitoyksikön sairaanhoitajien omia kokemuksia omasta osaamisestaan arvioida psykiatrasta potilasta. Pää-tutkimuskysymyksenä on ”millaiset näkemykset Hyvinkään päivystyksen Tehostetun avohoitoyksikön sairaanhoitajilla on omista taidoistaan arvioida psykiatrasta potilasta”. Tarkoituksena on selvittää sairaanhoitajien näkemyksiä omasta osaamisestaan arvioida psykiatrasta päivystyspotilasta. Mitkä asiat edistävät tai ovat edistäneet sairaanhoitajan arviointityötä, sekä mitkä seikat tukisivat sairaanhoitajaa arviointityössä.

- Millainen käsitys sairaanhoitajilla on omasta osaamisestaan arvioida psykiatrasta potilasta päivystyksessä?
- Mitkä tekijät edistävät / ovat edistäneet sairaanhoitajaa psykiatrisen potilaan arvioinnissa?
- Mitkä seikat tukisivat sairaanhoitajaa arviointityössä?

9 Opinnäytetyön tavoitteet

Opinnäytetyön tavoitteena on selvittää Tehostetun avohoitoyksikön sairaanhoitajien kokemuksia omasta osaamisesta arvioida psykiatrasta potilasta päivystystilanteessa Hyvinkään sairaalan yhteispäivystyksessä. Tavoitteena on tuoda esille tämän hetken tilanne Tehostetun avohoitoyksikön sairaanhoitajien omista kokemuksista ja näkemyksistä osaamisesta, koulutus- ja kehittämistarpeista. Tavoite on saada selville, mitkä asiat vaikuttavat sairaanhoitajan mielestä arviointiin. Tarkoitus on saada selville sairaanhoitajan oma kokemus. Haastattelujen perusteella saadaan koottua sairaanhoitajien omia kokemuksia mitä arviointitaitoon liittyy, mitkä asiat auttavat jo tehtävässä ja mitkä asiat taas edesauttaisivat arviointitaidossa. Opinnäytetyön tuloksista saadaan tietoa miten sairaanhoitajat kokevat osaamisensa potilaan arviointityössä.

oinnissa. Tuloksista saadaan selville mitkä asiat ovat toivottavia, jotta arviointia pystyttäisiin tekemään paremmin. Tuloksia voidaan käyttää kun perehdytetään uusia työntekijöitä. Haastatteluissa käsitellään syvällisesti asiaa ja näin voidaan saada avattua uusia näkökulmia omaan arviointi osaamiseen. Haastatteluiden perusteella saaduista tuloksista teen raportin työntekijä taholle ja mahdollisesti myös osastotunnin tuloksista.

9.1 Opinnäytetyön toteuttaminen

Tutkimus toteutettiin teemahaastattelun avulla. Haastattelut tein Kellokosken sairaalassa, Tehostetun avohoitoyksikön tiloissa kahtena eri päivänä. Ensimmäinen haastattelu kesti 45-minuuttia ja toinen haastattelu 25-minuuttia. Haastattelun alussa annoin kysymykset vielä paperilla. Halusin tiettyjen haastattelua ohjaavien kysymysten avulla selvittää sairaanhoitajien omia kokemuksia teemahaastattelun avulla. Teemahaastattelulla kerättiin tietoa, jonka avulla voidaan tehdä päätelmiä tutkittavasta aiheesta. Haastattelu mahdollistaa tutkittavan vapaan ilmaisun itseään koskevissa asioissa. Haastattelu, muotona, voi olla motivoivampi, kuin lomakehaastattelu. Suullisessa haastattelussa voidaan kysymysten järjestystä vaihdella ja vastauksia voidaan täsmentää tai pyytää selventämään. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 35-36.)

Haastattelut pidin Hyvinkään sairaalassa. Toteutin haastattelut parihaastatteluna. Tavoitteena oli tehdä kaksi erillistä haastattelua ja molemmissa ryhmissä oli kaksi haastateltavaa yhtä aikaa. Yhteensä haastateltavia oli neljä. Parihaastattelun etuna pidin, että parina työntekijät voivat muistaa asioita paremmin ja keskustelua saattaa aiheesta syntyä helpommin. Tutkittava aihe ei mene niin henkilökohtaisuuksiin, vaan käsittelee työntekijän yleisiä kokemuksia samasta aiheesta parin kanssa.

9.2 Tutkimusjoukko

Tiedonantajina oli Hyvinkään sairaalan päivystyksessä toimivat Kellokosken tehostetun avohoidon yksikön eli Tay.n sairaanhoitajat. Tarkoitus oli tehdä kaksi parihaastattelua. Haastateltavien määrä on neljä Tay.n sairaanhoitajaa.

Menetelmän etuna pidetään sitä, että osallistujat voivat puhua ja kommentoida keskustelua melko vapaasti ja tutkittavassa asiassa voidaan päästä syvälliseen pohdiskeluun. Parihaastattelun hyötynä on että saadaan nopeasti yhtä aikaa eri näkemyksiä samasta teemasta. Ryhmähaastattelun huonona puoleena pidetään sitä, että parihaastattelu voi muuttua yksilöhaastatteluksi jolloin tutkimusjoukko saattaa jäädä pienemmäksi tai osa on osallistunut parihaastat-

teluun ja toiset kaksi yksilöhaastatteluun, jolloin ei välttämättä saada niin laajaa näkökantaa kuin parihaastattelussa voidaan saada. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 61-63.)

9.3 Tutkimusmenetelmä

Tutkimusmenetelmäksi valitsin teemahaastattelun, joka on puolistrukturoitu haastattelumenetelmä. Lähetin ennakkoon haastateltaville tulevat kysymykset. Kaikki ennakkoon lupautuneet pääsivät sovitusti paikalle. Aloitin haastattelut kertomalla vielä opinnäytetyön aiheesta ja mitä tulemme käsittelemään ja opinnäytetyön aineiston käsittelystä ja haastateltavien nimettömydestä. Kerroin teemahaastattelun hyödystä parihaastatteluna. Kysymykset olivat kaikille samat, mutta haastattelun aikana järjestys vaihteli ja muutamia kertoja jouduin palaamaan tarkasteltavaan aiheeseen takaisin. Jouduin tarkentamaan kysymyksiä haastattelun aikana. Haasteeksi tuli myös se, että olin miettinyt kysymyksiin vaihtoehtoisiksi sellaisia asioita, jotka jo olivat käytössä ja jouduin asettelemaan kysymyksiä uudelleen joissakin kohdissa.

Hirsjärvi ja Hurme (2001, 47) toteavat myös että, kysymykset ovat kaikille haastateltaville samat, mutta kysymysten järjestys voi vaihdella ja haastattelija voi pyytää tarkentamaan vastauksia tai täsmentää omia kysymyksiään. Teemahaastattelu on siksi puolistrukturoitu, sillä siinä on kaikille sama aihepiiri. Kysymyksiin vastaavat sairaanhoitajat ovat kokeneet tietyn saman tilanteen. Ennen haastattelua tutkittavaa aihetta on selvitetty laajemmin ja kysymykset ovat nousseet tämän myötä esiin. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 47.)

Haastattelu tapahtuu suullisessa vuorovaikutustilanteessa tutkittavan kanssa. Tutkimusmenetelmän valitsin siksi, että haastateltavilla oli mahdollisuus tuoda asioita vapaammin esille. Haastattelun avulla voitiin selvittää vastauksia ja pyytää niihin perusteluita. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 34-35.)

Teoksessa Tutkimushaastattelu, Hirsjärvi ja Hurme (2001, 33-34) kertovat teemahaastattelun hyödyistä ja haitoista. Teemahaastattelu on käytetyimpiä muotoja kerätessä tietoja. Vapaa-
muotoisten ja vähän strukturoitujen haastattelujen käyttö on lisääntynyt. Heidän näkemyksensä mukaan nykyisessä käytännössä on se ongelma, että vähemmän strukturoidussa toteutuksessa ei nähdä ongelmia. Haastattelun etuna pidetään sen joustavuutta ja mahdollisuutta käyttää eri tutkimustarkoituksiin. Arkoja ja vaikeita aiheita koetaan helpommaksi tutkia juuri teemahaastattelun avulla. Tutkimusmuodon haittoina pidetään, että haastattelijalla tulisi olla kokemusta, taitoja ja koulutusta toteuttaa tutkimus luotettavasti. Haastattelun sopiminen, haastateltavien etsiminen ja itse haastattelu vie aikaa. Tulosten litterointi vie aikaa ja on hidasta. Haastattellessa katsotaan, että virheitä syntyy helpommin. Esimerkiksi jos haastateltavan taipumus antaa suotavampia vastauksia, eli ei uskalleta sanoa oikeaa mielipidettä

asiasta. Vapaamuotoiseen haastatteluun ei ole valmiita malleja miten analysoida, tulkita ja raportoida tuloksia. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 34-35.) Haastattelurunko oli seuraavanlainen:

1. Millainen näkemys sairaanhoitajilla on omasta osaamisestaan arvioidessaan psykiatrista potilasta päivystyksessä
 - oma näkemys arviointitaidoista
 - oma näkemys psykiatrisen potilaan arviointitaidoista

2. Mitkä tekijät edistävät / ovat edistäneet sairaanhoitajaa psykiatrisen potilaan arvioinnissa
 - oman persoonan vaikutus arviointitaitoihin
 - koulutuksen vaikutus arviointitaitoihin
 - työkokemuksen vaikutus arviointitaitoihin

3. Mitkä seikat tukisivat sairaanhoitajaa arviointityössä
 - lisäkoulutus
 - työssäolo aika
 - ohjeistukset
 - työpari
 - valmiit kyselylomakkeet

9.4 Tutkimusaineiston käsittely ja analysointi

Kvalitatiivisessa tutkimusprosessissa aineiston analyysi on haasteellinen osa, sillä yleinen kritiikki tutkimusmuotoa kohtaan on korostanut analyysien epäselvyyttä, näkymättömyyttä ja miten ja millaisten tapahtumien kautta tutkimuksen tulokset ovat tulleet. Sisällönanalyysi on tutkimusaineistojen perusanalyysimenetelmä. Menetelmän avulla on mahdollista kuvata ja analysoida aineistoja. Kvalitatiivista tutkimusta tekevät käyttävät melko samanlaisia perustekniikoita analysoidessaan aineistoa. Eri tekniikat sisältävät koodauksia, muistiinpanoja, merkintöjä ja päiväkirjan pitoa. Koodaus tarkoittaa yleisesti asioiden kategoriointia eli sanojen ja lauseiden luokittelua. Koodeja voidaan sisällyttää aineistoon jo aineiston keruun aikana, aineiston tallennuksessa ja myöhemmässä vaiheessa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 131-133.)

Haastateltavien vähyyks ei tarkoita automaattisesti, että aineistoa on myös vähän. Haastattelun pituus vaikuttaa ja aiheen syvyys, joka edellyttää tosin onnistunutta dialogia haastattelijan ja haastateltavan välillä. Analysointitapaa on hyvä miettiä jo aineistoa kerätessä. Monet tutkijat kokevat analysointivaiheen erityisen hankalaksi, sillä siinä tulee miettiä miten ilmiöt järjestetään, etsitään merkityksiä ja yritetään tulkita vastauksia oikein. Yleisesti haastattelut tallennetaan nauhurille tai videoidaan. Mielellään heti haastattelun jälkeen aineisto litteroidaan eli kirjoitetaan puhtaaksi tietokoneelle purkamisen jälkeen ja haastattelija päättää kuinka tarkasti hän kirjoittaa puhtaaksi tekstin. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 135.)

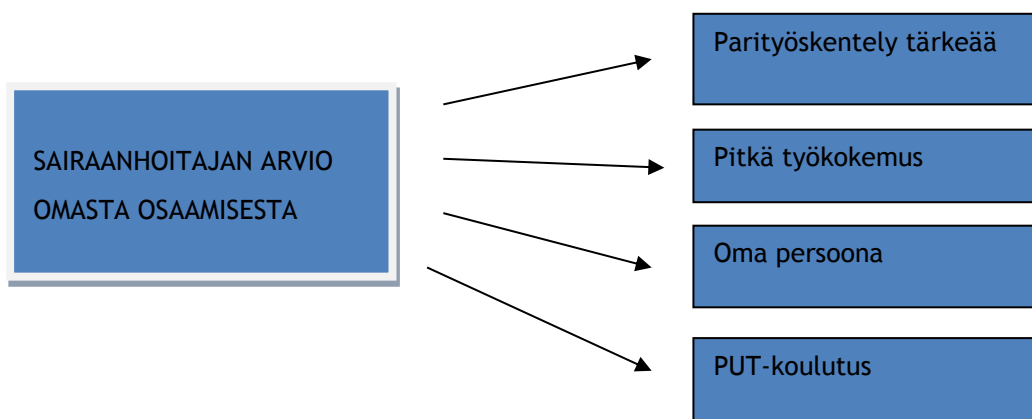
Litteroinnilla tarkoitetaan tutkimukseen osallistuneen, nauhoitetun aineiston puhtaaksi kirjoittamista. Aineisto kirjoitetaan äänitteen tallentamisen jälkeen tekstinkäsittelyohjelmalla, jotta aineiston käsittely ja analysointi helpottuisi. Litteroinnissa epäselvyyttä voi aiheuttaa se, että tarvitseeko joka sana kirjoittaa niin kuin nauhalla puhutaan, esimerkiksi pisteet ja usein toistuvat fraasit ja puhekielessä ilmenevät murteet. Haastattelusta voidaan myös ottaa vain aiheeseen liittyvät keskeiset asiat. Riskinä on silloin, että jotain tärkeää tutkimukseen liittyvää voi jäädä huomioimatta ja siten vaikuttaa tutkimuksen tulokseen. Puolistrukturoidussa haastattelussa voidaan haastatteluista vain oleellimmat asiat. Kuitenkin varmin tapa on litteroida ensin kaikki ja tämän jälkeen analysoida tekstiä vielä uudelleen. Jos tekstiä on rajattu, tulee tämä perustella tutkimusraportissa. Haastattelun litteroimiseen menee paljon aikaa ja työstäminen kannattaa aloittaa mahdollisimman nopeasti haastatteluiden jälkeen. Nauhalta kuunnellaan ensin pieni pätkä ja kirjoitetaan ylös tekstinkäsittelyohjelmalla. Tämän jälkeen kelataan takaisin ja kuunnellaan uudelleen kirjoitettu osa. Tekstiä tallennetaan usein. Näin jatketaan kunnes haastattelu on purettu kokonaan ja kuunnellaan vielä pidemmässä pätkissä tarkistuksen vuoksi. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.)

Haastateltaville lähetin ennakkoon saatekirjeen. Toiveena oli saada pareina neljä sairaanhoitajaa kahdella eri haastattelukerralla. Kaikki ennakkoon sovitut haastateltavat saapuivat haastatteluun. Osallistuminen oli vapaaehtoista ja kenenkään henkilöllisyys ei tule ilmi lopullisessa työssä. Lainasin nauhurin haastatteluihin. Tarkistin ennen haastatteluita, että nauhuri toimii. Nauhoitin haastattelut ja samalla kirjasin muistiinpanoja paperille. Haastattelujen jälkeen litteroin tekstin sanasta sanaan heti seuraavana päivänä, jotta asiat olisivat vielä tuoreessa muistissa ja olisi vielä mahdollista soittaa haastateltaville perään ja kysyä jos jokin kohta tai asia jäisi epäselväksi.

Nauhat kuuntelin moneen kertaan ja näin varmistin, että kuulin asiat oikein ja asiayhteys on sama. Kirjoitin nauhoitetun haastattelun sanasta sanaan ylös. Tarkistusta helpottamaan kirjasin aina viiden minuutin välein tekstin yhteyteen nauhurin kellon ajan, jotta löytäisin kohdan nopeasti uudelleen. Litteroitua tekstiä tuli yhteensä 11-sivua. Tekstiä käsittelin värikoodeilla

teemoittain helpottamaan analysointia. Luokittelin eri väreillä kysymykset ja niihin liittyvät vastaukset. Luin litteroidun tekstin ja värillä koodasin haastattelurungon kysymyksiin saadut vastaukset. Järjestin haastattelun kysymysten vastaukset omiin luokkiinsa ja tämän jälkeen tarkistin vielä, että vastaukset kuuluvat oikeisiin kysymyksiin. Hahmottelin paperille miten lähdän kirjoittamaan tulokset ylös, luettavaan ja ymmärrettävään muotoon. Kun vastaukset olivat oikeissa luokissaan, kirjoitin vastaukset jokaisen kysymyksen kohdalle erikseen. Kirjoittamisen jälkeen kuuntelin nauhat vielä kerran, jotta haastatteluissa ja nauhoilla kuultu tieto kuului työstettävään asiayhteyteen. Lisäsin opinnäytetyön raporttiin suoria lainauksia tukemaan tekstin oikeellisuutta ja luotettavuutta.

10 Tutkimuksen tulokset



Kuvio 1: Tulokset

Haastattelussa tutkimuskysymyksenä oli millainen näkemys sairaanhoitajilla on omasta osaamisestaan arvioida psykiatrista potilasta. Haastattelujen vastauksista ilmeni, että psykiatrisen potilaan arvioimiseen tarvitaan pitkä työkokemus psykiatrisesta hoitotyöstä. Haastateltavat ovat työskennelleet aikaisemmin psykiatrisen vastaanotto- tai akuuttiosastoilla. Haastateltavia oli neljä ja haastattelut toteutettiin parihaastatteluna. Jokainen haastateltava toi esille työkokemuksen välttämättömyyden ja tärkeyden onnistuneeseen arviointiin ja seuraavina teki-jöinä pidettiin hoitajan omaa persoonallisuutta ja kouluttautumista työn ohella. Kuviossa yllä tulokset.

Ensimmäisenä kysymyksenä oli millainen näkemys sairaanhoitajilla on omasta osaamisestaan arvioidessaan psykiatrista potilasta. Arvioinnit tehdään parityönä. Potilaan arvioinnin voisi

tehdä yksin mutta on sovittu, että kaksi hoitajaa tekee arvioinnin parityönä. Haastateltavat kokivat omat psykiatrisen potilaan arviointitaitonsa kaiken kaikkiaan hyväksi. Arviointitaidot koettiin hyväksi työkokemuksen ja oman persoonallisuuden sopivan työhön. Persoonallisuudenpiirteistä pohdiskeleva-persoona nousi monesti esiin. Itse arvioinnin tekemistä ei koettu ongelmalliseksi juuri työkokemuksen takia. Haastateltavat kertoivat potilaan ohjauksen ja neuvonnan olevan iso osa työtä, joten tämänkin takia pitkä työkokemus alalta on välttämätön. Keskustelemalla pyritään selvittämään potilaan mahdollista tarvetta sairaalahoitoon, onko potilas psykoottinen tai itsetuhoinen. Tärkeää on luoda avoin puhekontakti potilaaseen. Haastateltavat toivat myös esille tilanne- ja tunnetajun merkityksen, koska potilaan tilanne saattaa olla hyvin tulenarka ja asian käsittely vaatii varovaisuutta, tilanteet elävät eikä tapauksia voi laittaa yhteen raamiin. Yksi haastateltava kertoikin ”tuntosarvien” tärkeydestä. Arviointitilanteessa ei saisi itse provosoida tilanteissa tai provosoida potilasta. Työn tuomaa vastuuta ei koeta liian kuormittavana. Työssä konsultoidaan paljon ja vastuualueet ja työnjako ovat haastateltaville selvät. Työpari kirjoittaa oman näkemyksensä, konsultaatiolausunnon ja lääkäri tekee oman tapansa perusteella päätöksen miten potilaan kanssa jatketaan. Seuraavana muutama suora lainaus:

”Itsestäni ajattelen, että kyllä mulla on ihan hyvät arviointitaidot, ajattellessi ihan mitä tahansa asiaa. Että se on semmoinen ehkä minun oma erityisosaaminen, se semmoinen tuumailminen ja asioitten hahmottaminen ja sitten ehkä vertailukyky sellaisiin aikaisempiin tai olemassa oleviin”

”Itse arvioinnin tekeminen ei ole varmaan se ongelma kun meillä kaikilla on aika pitkä psykiatrin ammattitaito”

Toinen kysymys oli, mitkä tekijät edistävät / ovat edistäneet sairaanhoitajaa psykiatrisen potilaan arvioinnissa. Alakysymyksiksi valitsin persoonan vaikutus, koulutus ja työkokemus. Hoitajan tietynlainen rauhallinen, kuunteleva ja pohdiskeleva persoona koettiin edistäväksi tekijäksi, se miten saa luotua kontaktin potilaaseen ja miten kohtaa potilaan. Impulsiivinen tai liian määrätietoinen persoonallisuuden piirre koetaan epäedulliseksi piirteeksi. Liika ennakkoon asennoituminen tilanteisiin koetaan haitalliseksi, avoimuus tilanteissa pitäisi aina säilyttää.

Koulutuksista PUT-koulutus (Psykiatrian uudistuva työnjako -koulutus) nousi monesti esille ja sitä pidetään hyvänä lisänä, mutta ei ole välttämätön edellytys työn tekemiselle tai onnistumiselle. PUT-koulutuksessa saa laajemman näkemyksen psykiatrian osa-alueista ja diagnostikiteereistä. Esiin nousi myös lähetearviotyöryhmän toiminta, joka omalta osaltaan tukee ja

auttaa arviointityön tekemistä sekä onnistumista. Haastateltavat olivat kaikki yhtä mieltä siitä, että sairaanhoitajan peruskoulutuksessa ei saa riittävää tieto-taitoa toimia heti valmistuttuaan konsultointityössä. Työkokemus tuo näkemystä sairauden eri vaiheista ja miten niitä tulisi hoitaa, pitää osata lukea muitakin merkkejä kuin sanallisia ilmaisuja. Jos ei ole kokemusta niin ei ole mitään mihin perustaa arviointia. Arvioiminen vaatii tietoa sairauden eri vaiheista ja hoidosta, eli kokemusta vastaavanlaisista tilanteista ja ihmisistä koska psykiatria on laaja ala ja ihmisillä monen tyyppisiä oireita. Seuraavana muutamana suora lainaus:

”Tietysti kun on pitkä kokemus psykiatriasta niin se on varmaan se yksi ja tietysti jokainen on persoona mutta tavallaan sä tiedät miten sä kohtaat esim tietyn tyyppisiä ihmisiä ettet lähde provosoitumaan herkästi siinä”

”Vaikea olisi ajatella että olisi uran alussa tällaista konsultointityötä tehnyt että kyllä se vaatii siis näkemystä pitkältä ajalta kun psykiatria on aika laaja ja on monen tyyppistä oirehdintaa... Potilaat ei aina osaa ilmasta sanallisesti sitä olotilaa tai vointia, niin pitää osata lukee muita merkkejä myöskin. Ja siinä on just se kokemus. Sitä ei voi tulla mistään muualta, kun siitä että on kohdannut aikaisemmin vastaavankaltaisia tilanteita ja ihmisiä”

Kolmantena kysymyksenä oli mitkä seikat tukisivat sairaanhoitajaa arviointityössä. Olin valinnut tarkentaviksi kysymyksiksi lisäkoulutuksen, työssäolo aika, ohjeistukset, työpari, lomakkeet. Vastauksista kävi ilmi, että kaikki alateemat ovat jo käytössä ja tukevat jokainen omalta osaltaan sairaanhoitajan tekemää arviointityötä. Lisäkoulutuksista PUT-koulutus antaa arviointeihin laajemman näkökulman, joka helpottaa potilaan arviointia. Kaikki lisäkoulutus koetaan hyvänä ja oleellisena osana työtä, koska sairaanhoitajan peruskoulutuksessa ei käydä yhtä tarkasti esimerkiksi diagnostisia haastatteluja läpi, eikä niitä pystytä harjoittelemaan ennen kuin tilanteita on nähnyt työssä. Työparin merkityksestä kaikki olivat samaa mieltä, että on hyvä asia kun kaksi hoitajaa arvioi potilasta yhtä aikaa. Työparina työskentely tuo turvaa niin psyykkisesti kuin fyysisestikin. Potilaasta arvioidaan sairaalahoidon tarvetta ja kaksi hoitajaa pystyy huomioimaan paremmin että kaikki asiat selvitetään. Yhdeltä hoitajalta voi jäädä huomaamatta jotain tärkeää niin työpari voi täydentää arviota omalla näkökannallaan, tulee kaksi näkemystä tai arviota potilaasta ja hänen tilanteestaan. Toinen arvioijista voi olla myös kokemattomampi. Monesti työparilla tulee yhtenevä tunne tai huoli potilaan tilanteesta. Lopuksi tehdään yhteinen päätös miten edetään. Potilaasta kirjoitetaan tarkkaan tapaamisen sisältö ja tämänkin vuoksi on hyvä olla kaksi hoitajaa tekemässä lausuntoa. Työparina toimiminen koetaan myös oman työn kehittämisen kannalta hyvänä asiana. Palautetta omasta

tai toisen tekemisestä annetaan, mutta toiveena olisi saada herkemmin palautetta onnistumisista tai kehittämisistä.

Arvioimiseen jo olevat ohjeet koetaan selkeiksi ja hyödyttäväksi hoitajien työtä. Ohjeet antavat selkeän yhteisen linjan miten toimitaan, mutta eivät anna valmista pohjaa keskustelulle, vaan toimivat muistin tukena. Erilaiset mittarit, joita käytetään tilanteen mukaan, ovat hyviä työkaluja ja osana muuta arviointia. Seuraavassa muutama suora lainaus:

”Ja sehän siinä arvioinnissa tuo meille turvaa, että meitä on kaksi arvioimassa, tulee kaksi näkemystä tai arviota siitä potilaasta ja tilanteesta, tehdään yhteinen päätös miten edetään”

”Kyllä se pitkä työkokemus myös riittää mutta on meillä paljon myös ettei ole PUT:ia käynyt ja arvioi ja pystyy kuitenkin toimimaan. Ne on todennut, jotka ei ole käynyt että on niillä PUT:in käyneillä erilainen se näkemys kun ollaan psykiatrian osa-alueet käyty vielä tarkemmin läpi siellä koulutuksessa. Se antaa lisää mutta ei se edellytys ole että voisi tehdä tätä työtä ilmankin”

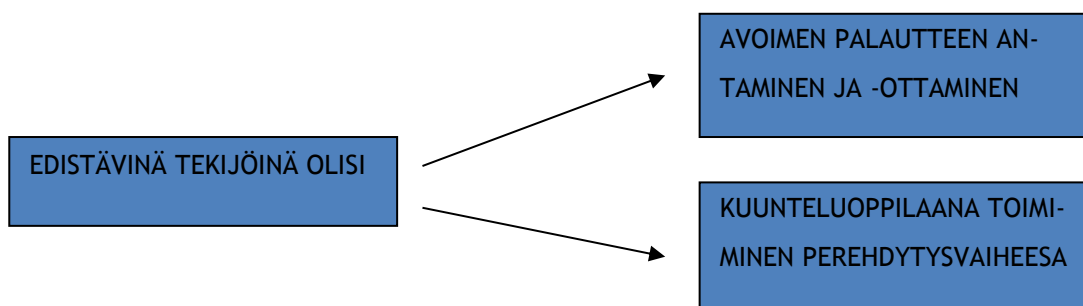
”Sisältö varmaan on se mitä siinä pitää tulla esille. Ja miten se kirjataan, sapluuna. Sellaisia ihan simppelitä asioita mitä siinä konsultaatio vastauksessa on, mitä otsikoita ja mitä sen alle avataan. On siinä selvä sapluuna mitä meidän pitää selvittää siinä haastattelussa, mitkä asiat”

11 Pohdinta

Vastaavia tuloksia kuvaa Karjalainen (2013). Sairaanhoidajan tulee hallita ja soveltaa teoreettista tietoa laaja-alaisesti. Tuloksissa korostuivat sairaanhoidajan taidot toimia joustavasti, muuttuvissa ja haastavissa tilanteissa. Työkokemuksen tuoma osaaminen taas korostui päätöksenteoissa. Teoksessa Sarajärvi (2011) todetaan vastaavaa. Sairaanhoidajan asiantuntijuuden kehittymiselle normaaleja asioita ovat mm asiantuntijuuden saavuttamisen pitkä prosessi, portaittain kehittyvä ongelmanratkaisutaito. Tieto ja taito, joka on opittu kerran, ei anna tarvittavaa perustaa ongelmallisista asioista selviytymiseen. Tässä todettakoon lisäkoulutuksen jatkuva tarve joka myös nousi haastattelussa esille.

Tiedonantajat korostivat työkokemuksen tärkeyttä, jotta pystytään laaja-alaisesti arvioimaan potilasta. Tehostetun avohoitoyksikön haastateltavat sairaanhoitajat kokivat omat taitonsa

arvioida potilasta hyväksi. Arviointia ei koeta haasteeksi. Toiveena olisi saada avoimesti palautetta työstään ja uskallusta antaa myös palautetta työtoverille. Perehtymiseen tulisi varata aikaa, ja perehtymisen myös olla kaikille sama, jotta kaikilla olisi sama lähtökohta arviointityöhön. Haastateltavat kertoivat edistävän persoonallisuuden piirteiden olevan joustava, avoimempi ja rauhallinen luonne. Äkkipikaisuus on ei toivottava piirre, ja pohdiskeleva persoona koettiin hyväksi asiaksi. Samoja persoonallisuuden piirteitä hoitajilla kuvaa edelleen Karjalainen (2013), että edellytyksenä psykiatrisen potilaan kohtaamiseen on joustava persoona, jota pidetään myös edellytyksenä muulle osaamiselle ja kehittymiselle. Tutkielmassa, Linnainmaa (2006) tutki juuri valmistuvia sairaanhoitajia joiden suuntautuminen oli psykiatriaan, miten he kokevat ammatillisen kasvun kohti psykiatrista sairaanhoitajuutta. Tulosten perusteella voidaan sanoa, että jo työuran alkuvaiheessa ymmärrystä ja tietoa on, mutta tiedon ympärille kaivattaisiin konkreettista harjoittelua lisäksi. Voitiin myös päätellä että käsitykset mielenterveystyöstä ja ammattipersonallisuuden käytöstä vastasivat humanistisen hoitotyön lähtökohtia jo uran alkuvaiheessa. Tutkielmassa Laakkonen (2004) viittaa mm Eteläpelto (1997) sekä Paloposki ym (2003) kirjoittavat, että ammatillinen kasvu, asiantuntijuus sekä työssä oppiminen kietoutuvat tiiviisti yhteen. Ilman todellisesta toimintaympäristöstä hankittua kokemusta ei ole mahdollista toimia asiantuntijana. Työssä asiantuntijuus käsitetään ammatillisena asiantuntijuutena, mikä hankitaan kouluttautumisella ja jossa kehittyminen jatkuu työssä ja työtehtävien kautta.



Kuvio 2: Kehitysehdotuksia

Haastattelun kysymyksissä olleet työtä tukevat asiat olivat jo käytössä, mutta yksi asia nousi kehitysehdotukseksi ja toiveeksi. Yllä kuviossa selkeytetysti. Työssä kehittämisessä sairaanhoitajat kertoivat toivovansa enemmän toisten hoitajien avointa arviointia omasta ja toisten työstä. Palautetta annetaan nyt, mutta toiveena olisi, että palautetta uskallettaisiin antaa ja ottaa vastaan rohkeammin. Arvioinnissa toista tuetaan ja yhdessä päätetään asioista, mutta toiveena olisi, että uskallettaisiin paremmin arvioida toisen työtä ja kehittymistä. Palautteen

antamista puolin ja toisin oli haastateltavien mielestä tärkeää työssä kehittymiselle. Arviointityön perehdytysvaiheessa koettaisiin hyväksi, jos alussa olisi mahdollista olla niin kutsuttu kuunteluoppilas haastattelutilanteessa ja arviointitekstien sisällön läpikäymisessä ja kirjaamisessa. Arviointitekstin sisältöön kirjataan kaikki mitä potilaan kanssa on keskusteltu ja päätetty. Kirjoitettu teksti on virallinen asiakirja, joka vaikuttaa potilaan hoitoon. Tekstille on valmiit otsikot, joiden alle hoitajien huomiot tulee. Tekstin sisällön kirjoittamiseen koettiin perehdytysvaiheessa olevan hoitajan tarvitsevan enemmän tukea. Tässä toivottiin myös, että voisi toimia ns kuunteluoppilaana jonkin aikaa. Kehitysehdotukseni on se, että uudet hoitajat saisivat pidemmän ajan perehtymiseen. Uusilla työntekijöillä olisi mahdollisuus kulkea ylimääräisenä kuunteluoppilaana. Alussa uusi hoitaja kulkisi niin sanotusti kokeneemman parina. Omantönarvioimiseen olisi hyvä käydä säännöllisesti läpi tilanteita, miten näissä toimittiin ja miten olisi voinut toimia vielä paremmin. Lisäksi keskusteltaisiin avoimesti ja arvioitaisiin kollegan toimintaa rakentavasti. Kehitysehdotukseni on, että perehdytykseen tulisi runko, minkä mukaan jokainen saisi saman tiedon. Perehdytykseen olisi hyvä saada perehdytysmalli, jonka mukaan jokaisen uuden työntekijän perehtyminen tapahtuu.

12 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Kvalitatiivista tutkimusta tehdään yleensä yksin. Yksin tekemisen vaarana on sokaistuminen omalle työlle. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 189-195.) Kvalitatiiviselle tutkimukselle ei ole tehty yhtä selkeitä arviointi kriteereitä kuin kvantitatiiviselle tutkimukselle. Validiteettiongelma saattaa syntyä, jos aineisto ei anna vastauksia tutkimuskysymykseen, aineiston keräämisen aikana on ollut ongelmaa tai tutkimusaineisto ei ole edustava. Reliabiliteettiongelma saattaa ilmetä, jos analyysin aikana aineistoa on koodattu väärin. Laadullisessa tutkimuksessa tulkinta on tutkijan persoonallinen näkemys omana tunteenaan ja intuition. Tutkimusaineiston keräämisen, analysoinnin ja raportoinnin perusteella voidaan laadullista tutkimusta kuitenkin arvioida. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 2006, 195-204.)

Tutkimukseen osallistumisen eettisenä lähtökohta on haastateltavan itsemääräämisoikeus. Tutkimukseen osallistumisen on oltava vapaaehtoista ja tarvittaessa on mahdollista kieltäytyä osallistumasta. Tutkimukseen osallistujat tietävät kysymykset etukäteen. Haastateltavat ovat oikeudenmukaisessa asemassa ja tutkimusraportista ei saa käydä ilmi kenenkään identiteetti. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 217-223.)

Haastatteluille hain organisaatiosta tutkimusluvan, jonka allekirjoitin. Tutkimusaineistoani pidän luotettavana. Haastateltavat eivät olleet tuttuja, joten en ollut saanut ennakkokäsityksiä haastateltavista tai heidän mielipiteistään. Haastateltavilla oli kysymykset nähtävillä paperilla haastattelun aikana ja selventäviä tai tarkentavia kysymyksiä sai esittää. Litteroinnin

tein päivän päästä haastatteluista, jolloin asiat olivat tuoreessa muistissa. Haastateltavat osallistuivat vapaaehtoisesti ja nimettömänä. Tutkimusraportista ei käy ilmi haastateltavan henkilöllisyys. Tiedonantajat kokivat haastattelun myönteisesti ja vastasivat avoimesti kysymyksiin. Parihaastattelu oli hyvä asia, sillä haastateltavat pystyivät saamaan toiselta tarvittaessa tukea, jos sillä hetkellä ei jokin asia tullut mieleen.

Lähteet

Ahonen, O. Ikonen, H. & Koivukoski, S. 2014. Sairaanhoidajaliitto. Verkkojulkaisu. Viitattu 3.6.2014.

https://www.sairaanhoidajaliitto.fi/amatilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoidaja-lehti/10_2007/maat_artikkelit/hyvin-suunniteltu_on_puoliksi_te/

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. 2014. Tehostetun avohoidon yksikkö. Viitattu 12.5.2014.

<http://www.hus.fi/sairaanhoido/sairaalat/kellokosken-sairaala/poliklinikat/tehostetun-avohoidon-yksikko/Sivut/default.aspx>

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2001. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino

Huttunen, M. 2011. Tahdonvastainen psykiatrinen sairaalahoito. Duodecim. Verkkojulkaisu. Viitattu 16.5.2014.

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

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2010. Tutkimus hoitotieteessä. 1.-2. painos. Helsinki: WSOYPro .

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3. painos. Helsinki: WSOYPro .

Karjalainen, M. 2013. Sairaanhoidajan osaaminen matalan kynnyksen mielenterveyspalvelussa. Vastaanottotyötä tekevien näkemyksiä. Viitattu 28.7.2015.

http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20130483/urn_nbn_fi_uef-20130483.pdf

Koponen, L. Sillanpää, K. 2005. Potilaanhoito päivystyksessä. Helsinki: Tammi

Käypähoito. 2009. Ohje M1 lähetteen täytöstä. Viitattu 16.5.2014.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus;jsessionid=4857CFAEF451C657C028EAB18F9A12FA?id=nix01384>

Laakkonen, A. 2004. Hoitohenkilöstön ammatillinen kasvu hoitokulttuurissa. Viitattu 28.7.2015.

<http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/67361/951-44-5923-7.pdf?sequence=1>

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992, 3§. Viitattu 20.2.2015.

Laki terveydenhuoltoalan ammattihenkilöistä 559/1994, 15§. Viitattu 20.2.2015.

Lauri, S. 2005, Sairaanhoidajan ammatti- tietoa, päätöksentekoa ja vaikuttamista. Teoksessa Miettinen, M. Hopia, H. Koponen, L & Wilskman, K (toim.) Hoitotyön interventiot. Hoitotyön vuosikirja 2005. Sipoo: Silverprint oy

- Lehtonen, J., Lönnqvist, J. 2011. Psykiatrinen potilas. Duodecim. Verkkojulkaisu. Viitattu 21.5.2014.
http://www.terveysportti.fi/nelli.laurea.fi/dtk/oppi/koti?p_artikkeli=psy00006&p_haku=psykiatrinen%20arvio
- Linnainmaa, P. 2006. Ammatillinen kasvu psykiatriseksi sairaanhoitajaksi mielenterveyshoitotyön syventävissä opinnoissa. Viitattu 25.7.2015.
<https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/93479/gradu01135.pdf?sequence=1>
- Moring, J. Bergman, V. Nordling, E. Markkula, J. Partanen, A. Soikkeli, M. 2013. Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009-2015 . Viitattu 30.7.2015.
<http://www.julkari.fi/handle/10024/114817>
- Nybonn-Juvonen, E. Manninen, H. Keränen, S. 2014. Syventävät opinnot. Kehittämistehtävä Laurea AMK.
- Paunonen, M., Vehviläinen-Julkunen, K. 2006. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. 1.-4. painos. Helsinki:WSOY
- Päivystyshoidon perusteiden valtakunnallisten kriteerien laatimisen ohjausryhmä. 2010. Yhtenäiset päivystyshoidon perusteet. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä. Viitattu 17.6.2014.
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=1082856&name=DLFE-11049.pdf
- Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Viitattu 29.3.2015
http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L7_2_1.html
- Saarento, O. 2001. Yleistä psykiatriasta. Verkkojulkaisu. Viitattu 3.6.2014.
http://therapiafennica.fi/wiki/index.php?title=Yleist%C3%A4_psykiatriasta
- Sarajärvi, A. Mattila, L-R. Rekola, L. 2011. Näyttöön perustuva toiminta. Porvoo: WSOY
- Sippula, P., Haapala, A. & Villikka, A. 2011. Psykiatrinen potilas hoitajan vastaanotolla ja päivystysvastaanotolla. Sairaanhoitajan vastaanoton ohjeet. Verkkojulkaisu. Viitattu 12.5.2014.
http://www.terveysportti.fi/nelli.laurea.fi/dtk/shk/koti?p_haku=psykiatrinen%20arvio
- Sosiaali- ja terveysministeriön asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohtaisista edellytyksistä 652/2013, 1326/2010 50 §:n nojalla. Viitattu 21.2.2015.
<https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2013/20130652>
- Suominen, K., Valtonen, H. 2013. Itsetuhoisen potilaan arviointi. Duodecim-lehti 8. 2013, 881. Verkkojulkaisu. Viitattu 15.8.2015
<http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo10929.pdf>
- Terveydenhuoltolaki 1326/ 2010, 50§. Viitattu 21.2.2015.

Tuisku K., Melartin T., Vuokko A. 2012. Mielenterveysongelmiin liittyvä toimintakyvyn arvioti. TOIMIA/Työikäisten toimintakyky -asiantuntijaryhmä. THL. Viitattu 3.6.2014.
http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/media/files/suositus/2012/01/12/suositus_mielenterveysongelmiin_liittyva_toimintakyvyn_arviointi_1.pdf

Kuviot

Kuvio 1: Tulokset21

Kuvio 2: Kehitysehdotuksia 25

Liitteet

Liite 2 Haastattelurunko

Liite 2 Haastattelun saatekirje

Liite 1 Haastattelurunko

4. Millainen näkemys sairaanhoitajilla on omasta osaamisestaan arvioidessaan psykiatrista potilasta päivystyksessä
 - oma näkemys arviointitaidoista
 - oma näkemys psykiatrisen potilaan arviointitaidoista

5. Mitkä tekijät edistävät / ovat edistäneet sairaanhoitajaa psykiatrisen potilaan arvioinnissa
 - oman persoonan vaikutus arviointitaitoihin
 - koulutuksen vaikutus arviointitaitoihin
 - työkokemuksen vaikutus arviointitaitoihin

6. Mitkä seikat tukisivat sairaanhoitajaa arviointityössä
 - lisäkoulutus
 - työssäolo aika
 - ohjeistukset
 - työpari
 - valmiit kyselylomakkeet

Liite 2 Haastattelun saatekirje

Olen viimeisen vuoden aikuispuolen sairaanhoitajaopiskelija Laurea ammattikorkeakoulusta Hyvinkään toimipisteestä. Teen opinnäytetyötä Hyvinkään päivystyksessä työskenteleville Kellokosken sairaalan tehostetun avohoitoyksikön sairaanhoitajille. Opinnäytetyöni tavoitteena on selvittää Tay.n sairaanhoitajien kokemuksia omasta osaamisesta arvioida psykiatrasta potilasta päivystystilanteessa Hyvinkään sairaalan yhteispäivystyksessä.

Aineistonkeruu tapahtuu teemahaastattelun pohjalta, jotka pidän parihaastatteluna. Tavoitteeni olisi haastatella noin 4-6 Teidän Tay.n sairaanhoitajaa.

Päätutkimuskysymyksenä on millainen näkemys sairaanhoitajalla on omasta osaamisestaan arvioidessaan psykiatrasta potilasta päivystyksessä. Tavoitteena on tuoda esille tämän hetken tilanne Tay.n sairaanhoitajien omista kokemuksista ja näkemyksistä osaamisesta arvioida psykiatrasta päivystyspotilasta. Tavoite on saada selville mitkä asiat vaikuttavat sairaanhoitajan mielestä arviointiin.

Haastattelutilanne ja haastattelun perusteella saadut vastaukset ovat luottamuksellisia ja vastaajien henkilöllisyyttä ei paljasteta. Tutkimusaineistoa käytetään vain tätä opinnäytetyötä varten ja aineisto tuhotaan opinnäytetyön valmistumisen jälkeen.

Ystävällisin terveisin

Erika

Erika Nybonn-Juvonen
Viittakorpi 2E28
02280 Espoo
050-9116394
erika.nybonn-juvonen@laurea.fi

Ohjaava opettaja
Minna Pulli
Laurea Hyvinkää
Uudenmaankatu 22
05800 Hyvinkää
046-8567611
minna.pulli@laurea.fi