



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU
Yhdessä enemmän

Hoitoneuvottelumallin käyttöönotto neuropsykiatrian osastolla hoitajien näkö-
kulmasta
Lindberg, Toni

2018 Laurea

Laurea-ammattikorkeakoulu

Hoitoneuvottelumallin käyttöönotto neuropsykiatrian osastolla hoitajien näkökulmasta

Toni Lindberg
Sairaanhoitaja AMK
Opinnäytetyö
Kesäkuu, 2018

Toni Lindberg

Hoitoneuvottelumallin käyttöönotto neuropsykiatrian osastolla hoitajien näkökulmasta

Vuosi 2018 Sivumäärä 39

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää työn tilaavan osaston hoitohenkilökunnan kokemuksia hoitoneuvottelumallin käyttöönotosta ja potilaslähtöisyyden kehittymisestä osastolla. Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli hoitoneuvottelumallin kehittäminen edelleen sen käyttöönottamisen jälkeen. Tavoitteena oli saada käsitys siitä, mikä hoitoneuvottelumallin käytössä toimii hoitajien näkökulmasta, ja mikä mahdollisesti vaatii kehittämistä ja edelleen jalostamista.

Tämän opinnäytetyön teoriaosa muodostettiin kuvauksesta neuropsykiatrian sisällöistä, potilaslähtöisyydestä, hoitoneuvottelusta sekä hoitajan määritelmästä. Aineisto kerättiin puolistrukturoidulla yksilöhaastatteluilla. Haastatteluita tehtiin yhteensä seitsemän kappaletta. Haastattelut äänitettiin ja äänitteet litteroitiin sanasta sanaan. Aineisto analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä. Aineistosta muodostettiin analyysin avulla kahdeksan alaluokkaa, neljä yläluokkaa ja yksi pääluokka.

Tulosten perusteella hoitoneuvottelumallin käyttöönotto on hoitajien mielestä onnistunut osastolla vaihtelevasti. Haasteita koettiin olevan mallin juurruttamisessa osaston päivittäiseen toimintaan, mallin käyttöaktiivisuudessa sekä moniammatillisessa yhteistyössä mallin käytössä. Hoitoneuvottelumallikaavakkeen hoitajat kokivat toimivaksi, selkeäksi ja johdonmukaiseksi. Potilaslähtöisyyden hoitajat kokivat kehittyneen positiivisesti osastolla hoitoneuvottelumallin käyttöönoton ja käytön myötä. Tuloksista ilmenee hoitajien kokemus siitä, että hoitoneuvottelumallia ja sen käyttöä tulisi edelleen kehittää osastolla.

Hoitoneuvottelumallin käyttöönotto oli onnistunut osastolla vaihtelevalla menestyksellä. Hoitoneuvottelumallikaavake on toimiva. Jatkokehitysehdotuksena ehdotettiin, että osastolle perustettaisiin moniammatillinen työryhmä edelleen kehittämään hoitoneuvottelumallikaavaketta sekä juurruttamaan hoitoneuvottelumallin käyttöä osastolle. Työryhmässä voidaan hyödyntää myös kokemusasiantuntijaa.

Asiasanat: neuropsykiatria, potilaslähtöisyys, hoitoneuvottelu, hoitaja.

Toni Lindberg

Treatment planning in neuropsychiatric ward from nurses' point of view

| Year | 2018 | Pages | 39 |
|------|------|-------|----|
|------|------|-------|----|

The purpose of this thesis was to examine the experiences of the nurses regarding the introduction of the treatment planning pattern, and the development of patient oriented care. All the nurses work in the ward that commissioned this thesis. The first objective of this thesis was to further develop the treatment planning pattern after its introduction. The second objective was to obtain nurses' perception on what parts of the treatment planning pattern work and which ones do not.

The theoretical framework of this thesis contains a description of following: what neuropsychiatry includes, patient oriented care, treatment planning, and the definition of a nurse. The data was gathered using semi-structured single interviews, seven in total. The interviews were recorded and the recordings were transcribed. The data was analysed using material based content analysis. The analysis formed eight subcategories, four supercategories and one main category.

Based on the results the introduction of the treatment planning pattern has succeeded by varying degrees. The interviewees felt that there were challenges at implementing the treatment planning pattern to daily work at the ward, activity of usage and multiprofessional cooperation at using the pattern. Examinees felt that the treatment planning pattern itself is functional, clear and logical. Examinees felt that patient oriented care had evolved positively after the treatment planning pattern was introduced to the ward. The results of this thesis show that the treatment planning pattern and its usage should be further developed in the ward.

The introduction of the treatment planning pattern had succeeded by varying degrees at the ward. The treatment planning pattern is functional. As a further development proposal based on the results of this thesis it was suggested that a work committee could be formed at the ward to further develop and implement the treatment planning pattern at the ward. The work committee could also benefit from an experience-expert.

Keywords: neuropsychiatry, patient oriented care, treatment planning, nurse.

Sisällys

| | | |
|---|-----------------------------------------------------------------|----|
| 1 | Johdanto..... | 6 |
| 2 | Teoreettinen viitekehys..... | 7 |
| | 2.1 Neuropsykiatria..... | 7 |
| | 2.1.2 Neuropsykiatrisen potilaan tutkiminen..... | 7 |
| | 2.1.3 Neuropsykiatrisen potilaan hoito..... | 8 |
| | 2.2 Potilaslähtöisyys..... | 9 |
| | 2.3 Hoitoneuvottelu ja hoitoneuvottelumalli..... | 11 |
| | 2.4 Hoitaja..... | 12 |
| | 2.4.2 Sairaanhoidaja..... | 12 |
| | 2.4.3 Lähihoitaja..... | 13 |
| | 2.5 Lait, asetukset ja ammatillinen keskustelu..... | 14 |
| 3 | Tutkimuksen toteutus..... | 14 |
| | 3.1 Työn tausta, tarkoitus ja tavoite..... | 14 |
| | 3.2 Tutkimuskysymykset..... | 15 |
| | 3.3 Tutkimusmenetelmät..... | 15 |
| | 3.4 Kvalitatiivinen tutkimus..... | 16 |
| | 3.5 Haastattelu aineistonkeruumenetelmänä..... | 17 |
| | 3.6 Litterointi..... | 19 |
| | 3.7 Sisällönanalyysi..... | 20 |
| 4 | Tulokset..... | 21 |
| | 4.1 Hoitoneuvottelumallin käyttöön oton prosessi..... | 22 |
| | 4.2 Moniammatillisuus hoitoneuvottelumallin käytössä..... | 23 |
| | 4.3 Hoitoneuvottelumallin vaikutukset potilaslähtöisyyteen..... | 24 |
| | 4.4 Hoitoneuvottelumallin kehittäminen..... | 26 |
| 5 | Yhteenveto, pohdinta ja johtopäätökset..... | 27 |
| | 5.1 Yhteenveto..... | 27 |
| | 5.2 Pohdinta ja johtopäätökset..... | 28 |
| | 5.3 Etiikka..... | 30 |
| | 5.4 Luotettavuus..... | 31 |
| | Lähteet..... | 33 |

1 Johdanto

Tämän opinnäytetyön aiheena on hoitoneuvottelumallin käyttöönotto neuropsykiatrian osastolla hoitajien näkökulmasta. Hoitoneuvottelumallin käyttöönoton on toivottu tukevan osastolla tehtävän hoitotyön potilaslähtöisyyttä. Potilaslähtöisyyden näkökulma tukee tämän työn ajankohtaisuutta, sillä hoidon kehittäminen potilaslähtöisempään suuntaan on tällä hetkellä puheenaiheena tulevan sosiaali- ja terveystalouden uudistuksen vuoksi, jossa yksi sisällöistä on potilaan valinnanvapaus hoitopaikkansa suhteen. Opinnäytetyön aihe valikoitui työelämäkumppanin ehdotettua sitä minulle. Työelämäkumppanina työssäni on neuropsykiatrinen suljettu osasto. Kokemukset hoitoneuvottelumallin käyttöönotosta on rajattu tutkittavaksi osaston hoitajien näkökulmasta. Tämä opinnäytetyö on tutkielmatyyppinen, ja se on tehty laadullisena tutkimuksena. Aineiston kerättiin puolistrukturoidulla yksilöhaastattelulla, joissa vastattiin avoimesti, mutta kaikille esitettiin samat kysymykset samassa järjestyksessä. Haastattelut äänitettiin ja litteroitiin sanasta sanaan. Kerätty aineisto analysoitiin aineistolähtöisellä sisällön analyysillä. Neuropsykiatrian osalta opinnäytetyöstä on rajattu pois tarkempi yksittäisiin neuropsykiatrisiin häiriöihin ja sairauksiin syventyminen niiden runsaan määrän vuoksi.

Neuropsykiatria ei ole lääketieteen erikoisala, vaan se mielletään lääketieteelliseksi näkökulmaksi. Neuropsykiatrisilla osastoilla tutkitaan ja hoidetaan potilaita, joilla on sekä psyykkisiä, että neurologisia oireita tai sairauksia. (Hublin ym. 2011, 15).

Strukturoidulla hoitoneuvottelumallilla tarkoitetaan tässä opinnäytetyössä ”hoitoneuvottelu psykoosin vastualueella” projektissa kehitettyä ”Tervetuloa hoitoneuvotteluun”-lomaketta, jota hyödynnetään potilaan hoitoneuvottelussa tuomaan siihen struktuuria, varmistamaan potilaan kuulluksi tuleminen sekä turvaamaan sen, että kaikki asiat tulee käytyä neuvottelussa läpi.

Hoitoneuvottelu on osa hoidon suunnittelua ja toteuttamista. Siinä on tarkoitus käydä läpi jo tehtyjä asioita ja toimenpiteitä, niiden vaikuttavuutta sekä sopia tulevista toimenpiteistä ja luoda jatkosuunnitelmaa. Hoitoneuvottelun yhteydessä siis luodaan ja arvioidaan hoitosuunnitelmaa. Jotta potilas saataisiin sitoutumaan suunnitelmaan, niin on hänen kanssaan pyrittävä luomaan tasavertainen yhteistyösuhde. (Iivanainen & Syväoja, 2008. 174-177.)

2 Teoreettinen viitekehys

2.1 Neuropsykiatria

Neuropsykiatria mielletään lääketieteen näkökulmaksi, joka tutkii ja hoitaa neurologisista sekä psyykkisistä sairauksista, tai oireista, kärsiviä potilaita. Neuropsykiatriaa itsessään ei mielletä omaksi lääketieteen erikoisalukseksi, vaan se ajatellaan enemmän näkökulmana sekä omana toimintatapanaan edellä mainittujen potilaiden hoidossa. (Hublin ym. 2011, 15.) Tämän työn tilaajana toimii suljettu neuropsykiatrian osasto, joten toiminnan taustalla on mielenterveyslain (1116/1990) pykälät.

Neuropsykiatrian peruskäsitys on se, että mieli ja aivot ovat yhtä, erottamattomat. Neuropsykiatria tutkii sellaisia keskushermoston välittämiä muutoksia, jotka aiheuttavat psyykkisiä oireita, tai käyttäytymisen häiriöitä. Aivojen sairauksien erottelu neurologisiin ja psykiatrisiin sairauksiin on keinotekoisista aivojen näkökulmasta, sillä emootioon, kognitioon sekä motoriikkaan vaikuttavat aivojen rakenteet ovat niin toiminnallisesti kuin anatomisesti todella lähellä toisiaan, osa jopa täysin erottamattomia. Käytännössä tämä näyttäytyy esimerkiksi siten, että psyykkisissä sairauksissa voi esiintyä motorisia ja kognitiivisia oireita psyykkisen perusoireen lisäksi, ja motorisissa sairauksissa voi esiintyä psyykkisiä oireita motoristen perusoireiden lisäksi. (Korkeila & Vataja 2007, 1199.)

2.1.2 Neuropsykiatrisen potilaan tutkiminen

Neuropsykiatrisen potilaan tutkiminen koostuu moniammatillisen tiimin tekemistä erilaisista kuvantamis-, kliinisistä-, psykologin- sekä muista lisätutkimuksista. Kuvantamistutkimuksista neuropsykiatrista potilasta tutkittaessa käytössä ovat pään alueen tietokonekuvaus, magneettikuvaus, diffuusio-tensorikuvaus, magneettikuvaus, PET-kuvaus sekä SPECT-kuvaus. Diagnostisessa mielessä näistä tärkein on magneettikuvaus, mutta kaikilla tutkimuksilla on osansa potilaan diagnosoimisessa ja tutkimisessa. (Hublin ym. 2011, 61-62.)

Kliininen tutkimus koostuu neurologisen statuksen sekä psyykkisen oirekuvan kartoituksesta. Kliiniseen tutkimukseen kuuluu myös anatomisten poikkeavuuksien, jotka voivat näkyä esimerkiksi kämmenissä ja sormissa, tai suu- ja kitalakihalkiona, arvioiminen ja havaitseminen. Psyykkistä oirekuvaa voidaan kartoittaa havainnoimalla potilaan käytöstä tutkimuksen aikana; miten potilas tilanteen ottaa? Onko havaittavissa ärtymistä tai paranoidisia ajatuskuvioita? Myös potilaan ulkoisen habituksen arvioiminen on tärkeää. Jos potilas on kovin hoitamattoman oloinen ja epäsiisti, niin tämä voi viitata puutteisiin itsensä havainnoinnissa, ja siten viitata häiriöihin aivojen frontaalilohkojen toiminnassa. Kliiniseen tutkimukseen sisältyy myös poti-

laan kognitiivisen kyvykkyyden alustava arviointi. Arviota tehdään keskustelun kautta. Potilaan kanssa voidaan keskustella arkisista asioista ja ohjata keskustelua siten, että keskustelussa potilaan on otettava käyttöön muun muassa lähimuistinsa ja nimettävät esineitä, tai asioita. Tässä vaiheessa myös läheisten haastattelulla, potilaan tämän salliessa, voidaan saada arvokasta tietoa potilaan toimintakyvystä. Muistisairauksia epäilteässä käytetään myös MMSE- ja CERAD-testejä, mutta tässä vaiheessa on hyvä muistaa, että potilaan psyykinen oireilu saattaa vaikuttaa testeistä selviytymiseen pisteitä alentavasti. Kliinisen tutkimuksen suorittaa lääkäri. (Hublin ym. 2011, 54-55.)

Psykologin tutkimuksiin sisältyy neuropsykiatrasta potilasta tutkittaessa kliinisiä psykologisia sekä neuropsykologisia tutkimuksia. Kliinisen psykologian osalta tutkimuksiin sisältyy diagnostista arviointia, työkyvyn arviointia sekä hoitoon liittyvien jatkosuositusten antamista. Neuropsykologian osalta potilasta tutkittaessa arvioidaan neuropsykologisia muutoksia, tehdään erotusdiagnostiikkaa, arvioidaan toiminta- ja työkykyä, kielellistä suoritumista, muistia, motoriikkaa, oman toiminnan ohjaamista, kuntoutumisen realiteetteja, ajokykyä sekä sitä, onko potilas oikeustoimikelpoinen. Neuropsykologian osuuteen kuuluu myös potilaan jatkoseuranta hoidon ja kuntoutuksen vaikuttavuuden havainnoimiseksi. (Hublin ym. 2011, 57-61.)

Muita käytettäviä tutkimusmenetelmiä neuropsykiatrisen potilaan tutkimisessa ovat aivosähkökäyrää mittaava EEG-tutkimus, jota voidaan hyödyntää diagnostiikassa, sekä likvor-tutkimus, josta on hyötyä lähinnä Alzheimerin taudin diagnosoimisessa. (Hublin ym. 2011, 61-62.)

2.1.3 Neuropsykiatrisen potilaan hoito

Neuropsykiatrasta hoitoa vaativia, ja siitä hyötyviä, potilaita on runsas määrä. Tämä johtuu osittain siitä, että kaikki aivojen alueen sairaudet voivat aiheuttaa psyykkistä oireilua. Kuitenkin tautiluokituksissa esiintyvien psyykkisten oirekuvien poissulkukriteeristöön kuuluvat elimelliset keskushermoston toimintaan vaikuttavat sairaudet. Tämä tarkoittaa sitä, että kaikki aivojen alueen sairaudet kykenevät aiheuttamaan oireiston, joka näyttäytyy psykiatrielta sairaudelta, kuten bipolaaritautilta tai psykoosilta, vaikuttavana oirekuvana. Muita potilaiden runsaaseen määrään vaikuttavia seikkoja ovat väestön kiihtyvä ikääntyminen sekä se, että usein neuropsykiatriset oirekuvat ovat perusoiretta keskeisemmässä roolissa usean sairauden ennustetta laadittaessa ja hoito- sekä kuntoutussuunnitelmia laadittaessa. Väestön ikääntyminen vaikuttaa potilasmäärän kasvuun siksi, että neuropsykiatrisen oireilu on yleisempää ikääntyneellä väestöllä. (Hublin ym. 2011, 17-18.)

Yksi osa neuropsykiatristen potilaiden hoitoa on lääkehoito. Oireet jotka vaativat neuropsykiatrisilla potilailla lääkehoitoa ovat kognitiivinen oireilu, mielialahäiriöt, psykoosioireet sekä impulssikontrollihäiriöt. Kognitiivista oireilua voidaan kohdata esimerkiksi Alzheimerin taudin,

Parkinsonin taudin sekä aivovammapotilaiden kohdalla. Hoidossa käytetään usein AKE-lääkkeitä, eli asetyylkoliiniesteraasin estäjiä. Vasteet ja käyttöaiheet ovat erilaisia diagnooseista riippuen. Siinä missä Alzheimerin tautia sairastavan kohdalla kognitiivisten oireiden lääkityksellä voidaan saavuttaa lähinnä taudin etenemisen hidastumista, niin aivovammapotilaiden kohdalla voidaan helpottaa aivovamman jälkioireita, kuten muistin- ja tarkkaavaisuuden ongelmia. (Hublin ym. 2011, 387-388.)

Mielialahäiriöistä depressiota esiintyy tavallisesti muistisairauksiin liittyen taudin alkuvaiheissa. Jos muistisairaus on ehtinyt jo pitkälle, tai edes keskivaiheille, niin depression arviointi voi olla hankalaa. Tämä johtuu siitä, että tavallisia depressioseuloja ei yleensä voida enään tällaisten potilaiden kohdalla hyödyntää, sillä muistisairaus voisi vääristää tuloksia. Depression hoitoon pätevät kuitenkin samat ohjeet kuin yleensäkin. Lääkityksenä toimivat serotoniiniselektiiviset masennuslääkkeet ja kaksoisvaikutteiset masennuslääkkeet. Muistisairauspotilaita jotka kärsivät maniasta ja sen oireista taasen suositellaan hoidettavan valproaattilla ja toisen polven psykoosilääkkeillä. Depression oireita nähdään myös useissa muissa neuropsykiatrista hoitoa vaativissa sairauksissa, kuten MS-taudissa, Parkinsonin taudissa sekä aivovammapotilailla. (Hublin ym. 2011, 389-391.)

Psykoosioireita esiintyy useissa neuropsykiatrisesti hoidettavissa sairauksissa. Etenevistä muistisairauksista kärsivien kohdalla psykoosioireiden lääkehoitona käytetään useimmiten risperidonia. Se on ainoa psykoosilääke jonka virallinen käyttöindikaatio on muistisairauksien vaikeiden käytösoireiden hoito Suomessa. Parkinsonin tauti on yksi neuropsykiatrisesti hoidettavista sairauksista jonka yhteydessä voi esiintyä psykoosioireilua. Sitä esiintyy noin joka kolmannella Parkinsonin tautia sairastavalla jotka syövät Parkinsonin tautiinsa lääkkeitä. Myös MS-tautia tai epilepsiaa sairastavilla voi esiintyä psykoosioireita. Lääkehoito ei ole aivan niin yksioikoista, sillä esimerkiksi etenkin Parkinsonin tautia sairastavien kohdalla on huomioitava haitta- ja yhteisvaikutukset muun lääkituksen kanssa tarkasti. Hoitoon käytetään kuitenkin psykoosilääkkeitä samalla tavalla, kuin ei-neuropsykiatristen potilaiden kohdallakin. (Hublin ym. 2011, 393-395.)

2.2 Potilaslähtöisyys

Latvala (1998) on määritellyt potilaslähtöisyyden psykiatrisista sairauksista kärsivien potilaiden kohdalla niin, että hoidon suunnittelun ja toteutuksen lähtökohtana on potilaan todellisuus mahdollisuuksineen ja rajoituksineen. Psykiatrisesta hoitotyöstä voidaan erottaa kolme erilaista hoitotyön tyyliä. Nämä tyylit ovat varmistava, kasvattava ja yhteistoiminnallinen. Näistä kolmesta yhteistoiminnallista tyyliä käytettäessä mahdollistetaan potilaslähtöinen psykiatrinen hoitotyö. (Latvala, 1998. 6.)

Yhteistoiminnallinen hoitotyön tyyli mahdollistaa potilaan osallistumisen oman hoitonsa suunnitteluun ja toteuttamiseen yhteistyön kautta. Potilas ja hoitava taho ovat yhteistyökumppaneita, jotka yhdessä keskustellen ja suunnitellen toteuttavat potilaan hoitoa niin, että kaikki tahot pääsevät ilmaisemaan mielipiteensä. Yhteistyön tekeminen on siis hoidon suunnittelun ja toteuttamisen keskiössä. Kasvattava hoitotyön tyyli taas toteuttaisi potilaan hoitoa jonkin ideologian, esimerkiksi osaston hoitoideologian, mukaan. Tässä potilaan rooli on kuunnella ja ottaa vastaan hoitavan tahon ideologiaan perustuva idea ja ajatus hänen hoidostaan, ilman että hän itse pääsisi varsinaisesti vaikuttamaan hoitoonsa. Varmistavan hoitotyön tyyli toteuttaa hoitoa hierarkian mukaan. Hoitaja toteuttaa lääkärin määräyksiä, ja hoidon vaikuttavuutta seurataan lähinnä kontrolloivien menetelmien, kuten lääkkeiden vaikutusten kautta. (Latvala, 1998. 47-49.)

Koikkalainen ja Rauhala (2013) nostavat puheenvuorossaan potilaslähtöisyyden kehittämisen yhdeksi näkökulmaksi ajattelun kehittämisen potilaskeskeisyydestä nimenomaan potilaslähtöisyyteen. Potilaskeskeisessä ajattelussa potilas on toiminnan keskiössä; palveluita tuotetaan hänelle, ja hoitoa suunnitellaan potilasta varten. Potilaskeskeinen ajattelutapa mahdollistaa organisaatio- ja asiantuntijalähtöisen tavan suunnitella ja toteuttaa hoitoa, ja näin potilas itse ei varsinaisesti pääse vaikuttamaan hoitoonsa. Potilaskeskeisyydestä potilaslähtöisyyteen siirryttäessä mahdollistetaan potilaan osallistuminen hoitonsa suunnitteluun ja toteuttamiseen yhdessä organisaation ja asiantuntijoiden kanssa. Potilaslähtöisen hoidon kehittäminen ja eteenpäin vieminen ei Koikkalaisen ja Rauhalan (2013) mukaan välttämättä vaadi lisäresursseja, vaan pikemminkin asenteiden, kulttuurin ja toimintakäytänteiden muutoksia. (Koikkalainen & Rauhala, 2013. 44.)

Hoidon ollessa aidosti potilaslähtöistä, ja näin ollen yksilöllistä, niin saadaan aikaan hyviä hoitotuloksia. Niin potilaat kuin hoitajatkin kokevat potilaslähtöisyyden tärkeänä osana hoitoa. Kuitenkin se, miten potilaslähtöisen hoidon vaikuttavuus koetaan, eroaa potilaiden ja hoitajien arvioissa. Gustafsson, Leino-Kilpi, Papastavrou, Suhonen ja Tsangari ovat tutkineet potilaiden ja hoitajien kokemuksia yksilöllisen hoidon toteutumisesta. Heidän tutkimuksessaan tulee ilmi, että hoitajat kokevat järjestäen potilaslähtöisen hoidon toteutuvan paremmin kuin potilaat itse. Etenkin se, miten potilaiden henkilökohtainen elämäntilanne koetaan hoidon lähtökohtana vaatisi potilaiden näkökulmasta kehitystä hoitajissa. (Gustafsson, Leino-Kilpi, Papastavrou, Suhonen & Tsangari, 2013. 80-81.)

Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (1992/785) määritellään potilaan itsemääräämisoikeudesta seuraavasti; ”Potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Jos potilas kieltäytyy tietystä hoidosta tai hoitotoimenpiteestä, häntä on mahdollisuuksien mukaan hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan muulla lääketieteellisesti hyväksyttävällä tavalla.”

2.3 Hoitoneuvottelu ja hoitoneuvottelumalli

Strukturoidulla hoitoneuvottelumallilla tarkoitetaan tässä työssä Kellokosken sairaalassa ”hoitoneuvottelu psykoosit vastualueella” projektissa kehitettyä ”Tervetuloa hoitoneuvotteluun”-lomaketta, jota hyödynnetään potilaan hoitoneuvottelussa tuomaan siihen struktuuria, varmistamaan potilaan kuulluksi tuleminen sekä turvaamaan sen, että kaikki asiat tulee käytyä neuvottelussa läpi. Lomakkeen käyttöön tämän opinnäytetyön liitteenä on kysytty lupa sähköpostitse sen luoneelta osastonhoitajalta, sekä ylilääkäriltä.

Hoitoneuvottelu on osa hoidon suunnittelua ja toteuttamista. Siinä on tarkoitus käydä läpi jo tehtyjä asioita ja toimenpiteitä, niiden vaikuttavuutta sekä sopia tulevista toimenpiteistä ja luoda jatkosuunnitelmaa. Toisinsanoen hoitoneuvottelun yhteydessä luodaan ja arvioidaan hoitosuunnitelmaa. Hoitosuunnitelman toteutumisen ja toimivuuden varmistamiseksi potilasta on osallistettava suunnitelman tekoon ja sen toteuttamiseen. Jos potilas ei ole sitoutunut suunnitelmaan, niin silloin parasta mahdollista hyötyä ei pystytä saavuttamaan. Jotta potilas saataisiin sitoutumaan suunnitelmaan, niin on hänen kanssaan pyrittävä luomaan tasavertainen yhteistyösuhde. (Iivanainen & Syväoja, 2008. 174-177.) Hoitoneuvottelua, hoidon suunnittelua ja toteuttamista avaan seuraavassa tarkemmin mielenterveystyön näkökulmasta, koska työni ympäristönä on psykiatrisen sairaalan suljettu vuodeosasto.

Mielenterveystyötä tehtäessä fokus keskittyy työn kohteena olevaan potilaaseen. Mielenterveysongelmista kärsivät potilaat pyrkivät hoidon piiriin hakien apua alan ammattilaisilta. Ammattiauttajan rooli on hyvin erilainen kuin potilaiden omaisten ja läheisten, sillä siinä korostuvat potilaan tarpeiden ja toiveiden kuuntelu sekä hänen oikeuksiensa toteutumisesta huolehtiminen. Potilas voi tarvita varsinaista hoitoa tai vaihtoehtoisesti ennaltaehkäiseviä palveluita. Palveluntarvetta on kartoitettava yhdessä potilaan kanssa. (Hätönen, Kurki, Larri & Vuorilehto, 2014. 53-54.)

Potilaan hakeutuessa hoitoon aletaan hänen kanssaan määritellä hänen ongelmiansa laajuutta, sekä suunnitella yhteistyössä potilaan kanssa hänen hoitoonsa ja kuntoutukseensa liittyviä asioita. Tämä aloittaa hoidon, jossa toteutetaan, arvioidaan ja tarvittaessa muokataan tehtyä suunnitelmaa. Kaikessa tässä potilaan oma aktiivinen osallistuminen on ensiarvoisen tärkeää parhaan mahdollisen lopputuloksen mahdollistamiseksi. Hoitajan roolina on olla tukena, kannustaa sekä antaa informaatiota potilaan hoitoon ja sairauteen liittyen. Hoidon yleisenä tavoitteena voidaan ajatella olevan potilaan terveyden ja hyvän lisääminen. Se, mitä tämä hyvä tämän potilaan kohdalla on, määrittelee potilas itse yhteistyössä hoitoon osallistuvien tahojen kanssa. (Hätönen ym. 2014, 126-127.)

Hoitosuunnitelmassa kootaan yhteen yleisiä tietoja potilaan terveydestä, mahdollisista diagnooseista ja lääkityksistä, sekä hänen elämäntilanteestaan. Hoitoon liittyen suunnitelmassa

tulisi kuvata tarpeita, tavoitteita ja keinoja. Hoitosuunnitelmassa tehtävistä hoidon valitsemisesta, aloittamisesta ja lopettamisesta on vastuussa hoitava lääkäri. Hoitosuunnitelmaan liittyvistä tahoista ja henkilöistä tärkein on potilas itse. Häntä on osallistettava menetelmien ja keinojen valintaan sekä suunnitelman tekoon mahdollisimman paljon. Mitä enemmän potilas voi vaikuttaa edellämäinittuihin, niin sitä todennäköisemmin hän sitoutuu valittuihin keinoihin. Hoitoneuvotteluihin osallistetaan potilaan ja hoitavan tahon lisäksi potilaan omaisia ja läheisiä, mikäli potilas antaa tähän luvan. Suunnitelman toteuttamista ja tuloksia arvioidaan ja tarkastetaan säännöllisin välein, ja tarvittaessa suunnitelmaan tehdään muutoksia. (Hätönen ym. 2014, 128-129.)

Hoidon ja suunnitelman seuranta ja arviointi toteutuu potilasta haastattelemalla. Arviontiin ja seurantaan liittyvä tapaaminen voidaan laittaa alulle yksinkertaisella kysymyksellä; ”kuinka voit?”. Se, miten potilas tähän kysymykseen vastaa, antaa osviittaa tapaamisen ja keskustelun suunnalle. Arviointi- ja seurantatapaamisella käsiteltäviä asioita on määritelty jo hoitosuunnitelmassa, ja lisäksi haastattelun kautta voi nousta esiin uusia kysymyksiä ja arvioitavia asioita joita ei ole voitu suunnitelmassa ennakoita. Tapaamisilla arvioitavia seurattavia ja arvioitavia asioita ovat esimerkiksi lääkityksen tehokkuuden arviointi ja hoito- ja kuntoutustoimenpiteiden vaikuttavuuden arviointi (Hätönen ym. 2014, 131-132.)

2.4 Hoitaja

Työssäni käytettäessä ”hoitaja” termiä viitataan niin lähihoitajiin kuin sairaanhoitajiin siksi, että työni kohteena olevalla osastolla työskentelee tasaisesti molempia ammattikuntia, yhteensä 13 sairaanhoitajaa ja 10 lähihoitajaa.

2.4.2 Sairaanhoitaja

Sairaanhoitajan ammattitutkinnon voi Suomessa opiskella ammattikorkeakoulussa. Opinnon laajuus on 210 opintopistettä, ja opinnot kestävät 3,5 vuotta. Koulutuskielenä voi olla niin suomen- kuin englannin kieli. Koulutuksesta 180 opintopistettä koostuu ydinosaamisen moduuleista, jotka ovat pakollisia kaikille tutkinnon suorittaville. Jäljelle jäävät 30 opintopistettä koostuvat täydentävistä opinnoista, joiden avulla opintoa suorittavan on mahdollista syventää ja laajentaa osaamistaan. (Laurea 2017).

Suomessa sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden ohjauksesta ja voimavarojen kehittämisestä vastaa sosiaali- ja terveysministeriö. Ohjauksen keinoja ovat niin suositukset, lait kuin valtionavustukset erilaisiin kuntien hankkeisiin. Toiminnan tavoitteena on varmistaa henkilöstön riittävä määrä, sekä ammattitaito. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017a.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden ammatin harjoittamisen valvontaa, lupia ja rekisteröitymistä ammattihenkilöstöön tutkinnon suorittamisen jälkeen hoitaa Suomessa sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valvira sekä aluehallintovirastot. Tutkinnon suorittamisen jälkeen ammattihenkilöiltä edellytetään Valviran myöntämää ammatinharjoittamiseen oikeuttavaa lupaa laillistettuna ammattihenkilönä, ammatinharjoittamislupaa tai lupaa toimia terveydenhuollon ammattihenkilönä nimikesuojatun ammatinimikkeen turvin. Sairaanhoidajat toimivat laillistettuina ammattihenkilöinä. Myös ulkomailla tutkintonsa opiskelleiden lupien ja oikeuksien myöntämistä ammatinharjoittamista varten hoitaa Valvira. Mikäli Suomessa toimii terveydenhuollon ammattihenkilönä ilman siihen oikeuttavia lupia ja koulutusta, niin henkilö voidaan tuomita sakko- tai vankeusrangaistukseen. Valvira ylläpitää sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden keskusrekisteriä, Terhikkiä, johon on rekisteröity ammattihenkilöt jotka ovat hakeneet Valviralta asianmukaiset ammatinharjoittamisluvat. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017b.)

Terveydenhuollon ammattihenkilöinä toimivien koulutuksesta ja pätevyysvaatimuksista säädetään laissa ja asetuksissa. Näitä lakeja ja asetuksia ovat laki terveydenhuollon ammattihenkilöstöstä (559/1994) sekä asetus terveydenhuollon ammattihenkilöistä (564/1994). Laissa ammattihenkilöstöstä säädetään seuraavaa ammatinharjoittamisesta; ” Laillistettu, luvan saanut tai nimikesuojattu ammattihenkilö on oikeutettu toimimaan asianomaisessa ammatissa ja käyttämään asianomaista ammatinimikettä. Nimikesuojattujen ammattihenkilöiden ammatissa voivat toimia muutkin henkilöt, joilla on riittävä koulutus, kokemus ja ammattitaito. Tämä ei kuitenkaan estä, jollei laissa tai lain nojalla annetussa asetuksessa toisin säädetä, laillistettuja, luvan saaneita tai nimikesuojattuja ammattihenkilöitä koulutuksensa, kokemuksensa ja ammattitaitonsa mukaisesti toimimasta toistensa tehtävissä silloin, kun se on perusteltua työjärjestelyjen ja terveystalvelujen tuottamisen kannalta.”

2.4.3 Lähihoitaja

Lähihoitaja on ammatikoulussa opiskeltava sosiaali- ja terveysalan perustutkinto. Lähihoitaja on nimikesuojattu ammatinimike, joka oikeuttaa työskentelyyn sosiaalihuollossa ja terveydenhuollossa. Lähihoitajan opintojen kesto on kahdesta kolmeen vuotta. Opiskeluaikaa voi lyhentää esimerkiksi aiemmin suoritettu ylioppilastutkinto, tai muu aiemmaksi osaamiseksi hyväksiluettaava osaaminen. Opintojen laajuus on 180 osaamispistettä, ja tutkinnon voi opiskella nuorten koulutuksessa, aikuiskoulutuksessa tai oppisopimuksella. (Stadin ammattiopisto, 2017.)

Terveydenhuollon ammattihenkilöinä toimivien koulutuksesta ja pätevyysvaatimuksista säädetään laissa ja asetuksissa. Nämä asetukset koskevat niin lähi- kuin sairaanhoitajiakin. Näitä

lakeja ja asetuksia ovat laki terveydenhuollon ammattihenkilöstöstä (559/1994) sekä asetus terveydenhuollon ammattihenkilöistä (564/1994).

2.5 Lait, asetukset ja ammatillinen keskustelu

Työhöni liittyviä lakeja ja asetuksia ovat asetus terveydenhuollon ammattihenkilöistä (564/1994), laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992), henkilötietolaki (523/1999), laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994), mielenterveyslaki (1116/1990) sekä terveydenhuoltolaki (1326/2010). Suosituksista työhöni läheisesti liittyvät erilaisten neuropsykiatristen sairauksien käypä hoito suositukset, esimerkiksi Parkinsonin taudin ja aivovammapotilaan suositukset (Suomalainen lääkärisseura Duodecim 2017). Ammatillisen keskustelun osalta varmasti viime aikojen isoin keskustelun aihe, eli sote-uudistus ja siihen liittyvä valinnan vapaus, on myös liitoksissa opinnäytetyöhöni. Toiminnan kehittämisen taustalla neuropsykiatrian osastolla P5 on myös se, että tämä osasto haluaa aidosti olla Suomen paras neuropsykiatrinen osasto, jossa jatkossa valinnan vapauden myötä hoidettaisiin neuropsykiatrisista sairauksista ja häiriöistä kärsiviä ihmisiä joka puolelta Suomea (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2017).

3 Tutkimuksen toteutus

3.1 Työn tausta, tarkoitus ja tavoite

Hoitoneuvottelumallin käyttöönotto käynnistyi osastolla sillä, että osaston neuropsykologi koulutti minut, sekä yhden kollegani hoitoneuvottelumallin käyttöön. Koulutus kesti tunnin, ja koulutuksessa kävimme läpi hoitoneuvottelumallin kohta kohdalta, ja neuropsykologi avasi meille kunkin kohdan tarkoitusta ja ajatusta sen taustalla. Kävimme läpi myös hoitoneuvottelun kirjaamista potilastietojärjestelmään, ja hoitaja-lääkäri yhteistyötä kirjaamisen suhteen. Tämän jälkeen minä ja kollegani aloimme kouluttamaan osaston muita hoitajia mallin käyttöön. Koulutimme kerrallaan 2-3 hoitajaa mallin käyttöön käymällä läpi mallia kohta kohdalta, ja ohjeistaen kollegamme hoitoneuvotteluiden kirjaamiskäytäntöön.

Hoitoneuvottelumallin käyttöönoton yksi tavoitteita on kehittää potilaslähtöistä hoitotyötä neuropsykiatrian osastolla. Siksi olenkin ottanut hoitajien näkemyksen potilaslähtöisyyden kehityksestä yhdeksi tutkimuskysymykseksi ja avannut potilaslähtöisyyttä käsitteenä työni teoriaosassa.

Opinnäytetyöni on tarkoituksena on selvittää työni tilaavan osaston hoitohenkilökunnan kokemuksia hoitoneuvottelumallin käyttöönotosta osastolla ja osaston hoitohenkilökunnan kokemuksia potilaslähtöisyyden kehittymisestä.

Opinnäytetyöni tavoitteena on hoitoneuvottelumallin kehittäminen edelleen sen käyttöönottamisen jälkeen. Tavoitteena on saada käsitys siitä, mikä hoitoneuvottelumallin käytössä toimii hoitajien näkökulmasta, ja mikä mahdollisesti vaatii kehittämistä ja edelleen jalostamista.

3.2 Tutkimuskysymykset

Tässä opinnäytetyössä tutkimuskysymyksiä, ovat;

1. Miten hoitajat kokevat hoitoneuvottelumallin käyttöönottamisen osastolla?
2. Miten hoitajat kokevat potilaslähtöisyyden kehittyneen hoitoneuvotteluissa hoitoneuvottelumallin käyttöönoton myötä?
3. Mitä kehitysehdotuksia hoitajilla olisi mallia edelleen kehitettäessä?

3.3 Tutkimusmenetelmät

Tutkimuksen tekeminen lähtee käyntiin valintojen tekemisellä. Tutkija joutuu pohtimaan mitä tutkitaan, mitä aineistoa tulisi kerätä ja mitä tutkimusmenetelmiä tässä tutkimuksessa tulisi käyttää. Erilaisten valintojen ja päätösten teko jatkuu koko tutkimusprosessin ajan siihen saakka, kun tutkimus lopulta on valmis arviontia varten. Tutkimusprosessin aikana tehdyt valinnat ja päätökset vaikuttavat siihen, millainen tutkimuksesta loppujen lopuksi kehittyy. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009. 123.)

Tutkimusmenetelmää valittaessa tutkijan on pohdittava sitä, millä tutkimusmenetelmillä hänen on mahdollista saada kattavin ja paras tieto tutkittavasta aiheesta. Kun tutkija on kartoittanut sen, mitkä menetelmistä antaisivat parhaat edellytykset mahdollisimman laajaan ja laadukkaaseen tutkimukseen, niin hänen on mietittävä miten hän perustelee valitsemansa tutkimusmenetelmät. Tutkijan on myös pohdittava sitä, mitä aineistoa hänen olisi tärkeää kerätä tutkimusta varten. (Hirsjärvi ym. 2009. 124.)

Koska tämän opinnäytetyön tarkoituksena on hoitohenkilökunnan kokemusten kartoittaminen, niin olen päätenyt kvalitatiivisen tutkimuksen valintaan. Laadullisen tutkimuksen valinta on järkevää opinnäytetyössä, jossa pyritään kartoittamaan ihmisten kokemuksia ja ymmärrystä jostakin asiasta. (Juuti & Puusa 2011. 47-48.)

3.4 Kvalitatiivinen tutkimus

Kvalitatiivisessa, eli laadullisessa, tutkimuksessa korostetaan todellisuuden ja siitä saatavan subjektiivisen tiedon luonnetta. Laadullisessa tutkimuksessa on keskeistä ihmisten kokemukset ja näkökulmat, sekä niiden korostaminen. Laadullista tutkimusta verrataan usein määrälliseen tutkimukseen, mutta nämä kaksi eivät kuitenkaan ole toistensa vastakohtia, saati sulje toisiaan pois. Näillä kahdella tutkimusmenetelmällä on toki eroja. Eroista mahdollisesti tärkein on se, että määrällisessä tutkimuksessa oletetaan kohteen olevan tutkijasta ja teoriasta riippumaton. Laadulliseen tutkimukseen on otettu vaikutteita erilaisista tutkimustraditioista ja ajattelusuunnista josta johtuu se, että laadullista tutkimusta voi tehdä lukuisilla eri tavoilla. Laadullisessa tutkimuksessa voidaan siis käyttää useita eri lähestymistapoja ja näin taataan se, että laadullisilla tutkimuksilla voi olla useita erilaisia tavoitteita. Laadullisessa tutkimuksessa näitä tavoitteita voivat olla muun muassa ilmiön kuvaaminen, tiedon hankinta sekä ymmärryksen syventäminen jonkin aiheen tiimoilta. (Juuti & Puusa 2011. 47-48.)

Laadullisen tutkimuksen tutkimusasetelma joustaa tarpeen mukaan. Laadullisessa tutkimuksessa tutkija ei lähde testaamaan valmiiksi asetettua hypoteesia, vaan hypoteesit kehittyvät tutkimuksen mittaan aineistoa kerättyä ja analysoitaessa. Tutkimuksen alkuvaiheessa tutkijalla voi kuitenkin olla käytössä työhypoteeseja, sillä hänellä on olemassa jonkinlainen tieto tutkittavasta aiheesta. Tämä tieto voi olla peräisin tutkijan omakohtaisista kokemuksista tai toiselta henkilöltä saatua. Laadullinen tutkimus on sidoksissa kontekstiin, sillä sosiaalinen todellisuus ja sen tulkitseminen ovat riippuvaisia kontekstista, näkökulmasta ja tilanteisiin osallistuvasta henkilöstä. (Juuti & Puusa 2011. 49-51.)

Tutkijan ja tutkittavien suhde on laadullisessa tutkimuksessa läheinen siksi, että tutkittavien näkökulma tavoitettaisiin. Ihmisillä on omakohtaisten kokemusten kautta syntynyt tunteja, käsityksiä ja kokemuksia monenlaisista eri asioista. Laadullinen tutkimus keskittyykin tavallisin näiden käsityksien ja kokemusten tulkitsemiseen. Vaikka tutkimuksessa keskitytäänkin ihmisten käsityksiin ja kokemuksiin, niin on teoriolla keskeinen rooli laadullisessa tutkimuksessa. Teoreettinen viitekehys rakentuu laadullisessa tutkimuksessa tutkijan perehtyessä aiempaan alan kirjallisuuteen sekä aiheesta tehtyihin tutkimuksiin. Tutkija valitsee teorian pohjalta pääkäsitteet tutkimukseensa, ja perehtyy niihin laajasti. Teoria toimii myös avainasemassa aineistonkeruun perustana. Jos tutkijalla ei ole riittävästi teoretietoa tutkittavasta aiheesta, niin on hänen erittäin vaikeaa lähteä toteuttamaan aineistonkeruumenetelmänä esimerkiksi teemahaastattelua. Aineiston keruuta varten valittavaan ryhmään ei ole mielekäästä panostaa määrään, vaan laatuun. Tutkimukseen valitaan sellaisia henkilöitä, joilla on mahdollisimman laaja määrä tietoa ja kokemuksia tutkittavasta aiheesta. Aineistonkeruumenetelmänä laadullisessa tutkimuksessa tyypillisimpiä ovat erityyppiset haastattelut sekä havainnointit. (Juuti & Puusa 2011. 52-56.)

3.5 Haastattelu aineistonkeruumenetelmänä

Haastattelua on perinteisesti käytetty laadullisessa tutkimuksessa päämenetelmänä. Haastattelu on aineistonkeruumenetelmänä ainutlaatuinen siksi, että siinä päästään suoraan vuorovaikutukseen tutkimuksen kohteen kanssa. Haastattelu antaa mahdollisuuden joustavaan aineiston keräämiseen tutkittavaa ja tutkimustilannetta mukaillen. Tämä johtuu siitä, että aiheiden järjestystä pystytään haastattelussa muokkaamaan, ja vastausten analysointiin aukeaa enemmän mahdollisuuksia kuin esimerkiksi strukturoidussa lomakekyselyssä. Haastattelun valintaan aineistonkeruumenetelmäksi voi olla monia syitä. Näitä ovat esimerkiksi tuntematon ja vähän kartoitettu tutkimusalue jolloin vastausten suuntaa on vaikea ennustaa, on etukäteen tiedossa, että vastaukset ovat monitahoisia sekä se, että saatavia vastauksia halutaan selvittää. (Hirsjärvi ym. 2009. 204-205.) Tähän opinnäytetyöhön on valittu puolistrukturoitu haastattelu aineistonkeruumenetelmäksi siksi, että haastateltaville halutaan tarjota mahdollisuus tuoda esiin kokemuksena mahdollisimman vapaasti sekä siksi, että aiheesta voi olla monenlaisia kokemuksia ja vastaukset voivat mennä laidasta laitaan.

Haastattelumenetelmistä tässä opinnäytetyössä käytetään puolistrukturoitua haastattelua. Siinä kaikille haastateltaville esitetään samat kysymykset samassa järjestyksessä kaikissa haastatteluissa. Tärkeää on kysymyksiä laatiminen, järjestäminen ja valmistelu huolellisesti, sillä tämä helpottaa itse haastattelun suorittamista. (Hirsjärvi ym. 2009. 208.) Kokemattomalle haastattelijalle, kuten tämän opinnäytetyön tekijälle, tämä haastattelumenetelmä so- pii paremmin kuin esimerkiksi avoin haastattelumentelmä, joka vaatii haastattelijalta enemmän kokemusta sekä haastattelutaitoa. (Hirsjärvi ym. 2009. 209).

Yksilöhaastattelu on tavallisimmin käytetty haastattelumuoto. Yksilöhaastattelut on valittu tähän opinnäytetyöhön siksi, että haastateltavien halutaan tuovan esiin nimenomaan omia kokemuksiaan hoitoneuvottelumallin käyttöönotosta. Ryhmähaastattelussa olisi se vaara, että haastateltavat myötäilisivät toisten vastauksia suuntaan tai toiseen, eivätkä välttämättä uskaltaisi tuoda osille omia kokemuksiaan ja ajatustaan. Ennen haastatteluiden aloittamista järjestetään yksi tai useampi koehaastattelu tarpeen mukaan siksi, että haastatteleminen psyyttään harjoittelemaan ennen varsinaisia haastatteluja ja tarvittaessa vielä muokkaamaan haastattelukysymyksiä. (Hirsjärvi ym. 2009. 210-211.)

Tavoitteena oli löytää osastolta viidestä seitsemään hoitajaa haastateltavaksi. Kriteerinä oli, että haastateltavat hoitajat olisivat työskennelleet osastolla vuoden 2017 alusta lukien, jotta haastateltavilla olisi todella kokemusta hoitoneuvottelumallista. Tutkimusluvan saamisen jälkeen 7.2.2018 osaston henkilökuntaa tiedotettiin opinnäytetyöstä ja vapaaehtoisten haastateltavien hakemisesta tiedotteella. Tiedote toimitettiin osaston hoitohenkilökunnalle sekä esimiehille sähköpostitse. Lisäksi tiedote tulostettiin hoitajien työtilaan ilmoitustaululle. Tie-

dotteessa kuvattiin tämän opinnäytetyön tarkoitusta, haastatteluiden vapaaehtoisuutta, haastatteluiden nauhoittamista sekä aiempaa tutkimustietoa aiheesta lyhyesti. Tiedotteessa pyydettiin vapaaehtoisia haastateltavia ilmoittautumaan tämän opinnäytetyön tekijälle sähköpostitse. Tiedotteessa kerrottiin myös, että tutkimukseen osallistuminen on mahdollista keskeyttää missä vaiheessa tahansa.

Vapaaehtoisia haastateltavia ilmoittautui yhteensä seitsemän kappaletta. Haastatteluajat sovittiin haastateltavien työajalle niin, että osaston päivärutiinit eivät kärsi, ja hoitajien työtehtävät häiriintyvät mahdollisimman vähän. Kaikki haastattelut pidettiin iltapäivällä aikojen vaihdellen klo 12.30, klo 15.00 ja klo 16.00 välillä. Haastatteluita pidettiin yhteensä neljänä eri päivänä. Haastattelut pidettiin 1.3.2018, 5.3.2018, 6.3.2018 sekä 8.3.2018. Ensimmäisenä haastattelupäivänä suoritettiin kaksi haastattelua, toisena ja kolmantena haastattelukertana yhdet haastattelut ja viimeisenä haastattelupäivänä suoritettiin loput kolme haastattelua.

Kaikkiin haastatteluihin oli varattu aikaa puoli tuntia. Haastattelut suoritettiin osaston ryhmähuoneessa. Kaikkia haastatteluja varten oli varattu ryhmähuone käyttöön osaston kalenterista ja tehty ryhmähuoneen oveen lappu, jossa luki ”Varattu, tutkimus käynnissä. Älä häiritse.” Haastattelut suoritettiin ryhmähuoneessa niin, että haastateltavien kanssa istuttiin pöydän ääressä vastakkain. Äänityslaite ja puhelin, jota käytettiin toisena äänityslaitteena, olivat pöydällä haastattelijan ja haastateltavan välissä, jotta kaikki ääni saataisiin taltioitua mahdollisimman tarkasti.

Haastattelun aluksi, ennen äänityksen aloittamista, kaikkien haastateltavien kanssa käytiin läpi haastattelurunko (liite 2). Ennen haastatteluiden alkua käytiin vielä kertaalleen läpi tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuus, mahdollisuus tutkimukseen osallistumisen keskeyttämiseen missä vaiheessa tahansa, haastattelutilanteen nauhoittaminen, nauhoitteen käyttö, aineiston litterointi sekä suostumuslomakkeen sisältö, säilytys ja asianmukainen hävitys. Tämän jälkeen haastateltavat täyttivät suostumuslomakkeet. Tämän jälkeen aloitettiin haastattelu. Kaikkien haastateltavien kohdalla meneteltiin edellä mainitulla tavalla.

Haastattelut toteutettiin puolistrukturoituna yksilohaastatteluina. Kaikki haastattelut päästiin aloittamaan sovittuna ajankohtana. Kaikissa haastatteluissa niille varattu puoli tuntia oli riittävä aika haastatteluiden toteuttamiseen. Kaikille haastateltaville esitettiin haastattelurungon (liite 2) kysymykset samassa järjestyksessä. Haastattelut äänitettiin äänityslaitteella, joka lainattiin osastonhoitajalta, sekä puhelimella. Molemmat äänitykseen käytetyt laitteet olivat haastattelun ajan pöydällä haastattelijan ja haastateltavan välissä. Haastattelurunko oli printattuna A4 kokoiselle paperille, ja sitä pidettiin haastatteluiden ajan haastattelijan edessä pöydällä ja kysymykset luettiin paperista. Haastattelurungon (liite 2) kysymykset käytiin läpi jokaisen haastateltavan kanssa samassa järjestyksessä. Kaikki haastattelut pystyttiin

käymään läpi ilman häiriöitä ja keskeytyksiä. Haastatteluiden pituudet vaihtelivat kolmesta minuutista kahdeksaan minuuttiin.

Haastatteluiden jälkeen ja nauhoittamisen päätyttyä käytiin vielä kertaalleen läpi haastatteluvierien kanssa äänitteiden käsittelyyn, litterointiin ja nauhoitteiden sekä materiaalin hävittämiseen liittyvät seikat. Kaikille haastateltaville otettiin kopio suostumuslomakkeesta jotka he täyttivät ennen haastattelua. Kopiot luovutettiin kaikille haastateltaville välittömästi haastatteluiden jälkeen.

3.6 Litterointi

Litteroinilla tarkoitetaan haastattelumateriaalien muuttamista tekstimuotoon ääni- tai video muodosta. Kerätyn haastattelumateriaalin läpi käyminen aloitetaan litteroimalla haastattelumateriaali. Litterointi on ensimmäinen työskentelyn vaihe käytäessä läpi haastattelumateriaalia. Litterointia tehtäessä on otettava huomioon muutamia seikkoja. On pohdittava sitä, millä tarkkuudella haastattelumateriaali litteroidaan, onko haastattelumateriaalissa litteroinnin jälkeen tulkinnan varaa sekä kuinka tekstiä ja kuvia käytetään litteroinnissa. (Hyvärinen, Nikander & Ruusuvoori 2010. 424).

Haastatteluiden valmistuttua aloitettiin litterointiprosessi. Koko materiaalin litterointi suoritettiin niin, että haastattelut kuunneltiin nauhalta kuulokkeilla. Haastattelut kirjoitettiin ylös lyhyissä pätkissä. Kun jotain oli kirjoitettu ylös, nauhaa kelattiin takaisin kirjoitetun materiaalin verran ja varmistettiin, että kirjoitetut lauseet oli kuultu nauhalta oikein. Kun haastattelu oli litteroitu kokonaan, niin käytiin se vielä kertaalleen läpi verraten nauhoitetta ja litteroimaani materiaalia varmistukseksi siitä, ettei litteroidun materiaalin ja haastattelunauhoitteen välillä ole eriävyyksiä. Litterointi tehtiin yksi haastattelu kerrallaan, jonka jälkeen pidettiin tauko. Materiaalia litteroitiin yhteensä neljänä eri päivänä, ja se vei aikaa yhteensä yhdeksän tuntia.

Litteroinnin tarkkuutta pohtiessa on syytä ottaa huomioon tutkimuskysymykset sekä valittu tutkimuksellinen lähestymistapa. Mikäli tarkastellaan haastatteluvuorovaikutusta, on syytä litteroida haastattelut mahdollisimman suurella tarkkuudella. Tällöin litteroidaan myös mahdolliset tauot puheessa sekä kerrotaan miten jotakin on haastattelussa sanottu, kuvataan siis myös puheen sävyä. Mikäli taas tarkastellaan haastattelumateriaalissa esiin tulevia asioita litteroinnin ei tarvitse olla niin yksityiskohtaista. Tällöinkin litteroinnissa kuitenkin tuodaan esiin haastateltavien sekä haastattelijan tuottama puhe haastattelussa. (Hyvärinen, Nikander & Ruusuvoori 2010. 424-425).

Jokainen haastattelu litteroitiin ylös sana sanalta. Mukaan ei kirjattu taukoja puheessa, yskähtelyitä tai naurahteluita, sillä oleellista tätä opinnäytetyötä varten ovat haastatteluissa esiin tulleet asiat, ei niinkään haastatteluvuorovaikutus.

Käytettäessä litteroimalla saatua tekstiä aineiston analyysin pohjana on huomioitava, että oleellinen osa haastattelutilanteesta saavutetusta informaatiosta jää saattamatta hyötykäyttöön. Vaikka litterointi tehtäisiin suurella tarkkuudella sana sanalta ylös kirjaten, niin on aina olemassa väärin ymmärryksen riski. Myös haastatteluolosuhteet, kuten ylimääräinen melu nauhoitteen taustalla tai huonosti kuuluva puhe, voivat vaikuttaa ylös saatavaan aineistoon. On olemassa riski, että jotakin jää kuulematta nauhoitteelta, ja se jää näin litteroimatta. Tässäkin on pohdittava tutkimuskysymyksiä ja tutkimusta kokonaisuutena, ja tehtävä valintoja litteroinnin tarkkuuden tärkeydestä. On toisin sanoen oltava perillä siitä, mikä on oleellista tutkimuksen kannalta. Kun tutkimuksessa päästään analysointivaiheeseen, niin on oltava perillä, miten litterointi on tehty ja miten sen tarkkuus vaikuttaa analysoidessa materiaalia. (Hyvärinen, Nikander & Ruusuvoori 2010. 427-428).

Haastatteluäänitteet olivat kaikki hyvälaatuisia, eikä niiden taustalla kuulunut ylimääräistä melua, joka olisi häirinnyt litterointiprosessia. Kaikkien haastateltavien puhe kuului äänitteillä selkeästi, ja mitään ei jäänyt litteroimatta sen takia, ettei nauhoitteesta olisi saanut selvää, tai haastateltavien vastaukset eivät olisi kuuluneet. Litteroinnin valmistuttua kasassa oli kahdeksan sivua haastatteluäänitteiltä litteroitua materiaalia. Seuraava työn vaihe oli materiaalin analysointi.

3.7 Sisällönanalyysi

Sisällönanalyysillä voidaan analysoida suullista ja kirjallista kommunikointia. Se antaa mahdollisuuden analysoida ilmiöiden ja tapahtumien seurauksia, merkityksiä ja yhteyksiä. Sisällönanalyysin historia johtaa 1800-luvulle asti, jolloin sen avulla analysoitiin uskonnollisia hymnejä ja tekstejä. Tieteen saralla sisällönanalyysin käyttöönotto tapahtui 1950-luvulla sosiaalitieteiden saralla. Pohjoismaissa menetelmä otettiin käyttöön 1970-luvulla. (Janhonen & Nikkonen 2001. 21-22.)

Kun laadullisen tutkimuksen aineistoa analysoidaan sisällönanalyysin avulla, niin aineistosta tehdään havaintoja ja aineistoa analysoidaan systemaattisesti. Aineisto tiivistetään niin, että se mahdollistaa tutkittavan asian kuvaamisen lyhyesti ja yleistävästi tai niin, että ilmiöiden väliset suhteet saadaan tuotua selkeästi esiin. Sisällönanalyysin avulla aineistosta voidaan erotella yhteneväisyydet ja poikkeavuudet. Tämä on sisällönanalyysissä olennaista. Jos aineistosta lähdetään erottelemaan esimerkiksi yksittäisiä sanoja, niin ne luokitellaan merkityk-

sensä perusteella luokkiin. Synonyymit ja yhtenäiset sisällöt asetetaan samaan luokkaan. Sisällönanalyysiin kuuluvat seuraavat vaiheet; analyysiyksikön valinta, tutustuminen aineistoon, aineiston pelkistys, aineiston luokittelu ja tulkitseminen, sekä viimeisenä luotettavuuden arviointi. (Janhonen & Nikkonen 2001. 23-24.)

Aineistolähtöiseen sisällönanalyysiin sisältyy yhteensä kolme eri työskentelyn ja analysoinnin vaihetta. Työskentelyn ja analysoinnin ensimmäinen vaihe on se, että kerätyltä aineistolta kysytään tutkimuskysymyksiä. Tätä analysoinnin vaihetta kutsutaan pelkistämiseksi. Aineistosta tutkimuskysymyksiin saadut vastaukset kirjoitetaan ylös niillä termeillä millä ne aineistossa esiintyvät. Analysoinnin ja työskentelyn toisessa vaiheessa etsitään yhtäläisyydet ja erilaisuudet pelkistetystä aineistosta. Synonyymit luokitellaan samaan luokkaan, ja luokka nimetään sen sisällön perusteella. Tätä analysoinnin vaihetta kutsutaan ryhmittelyksi. Analysoinnin ja työskentelyn kolmannessa vaiheessa yhdistetään toisessa vaiheessa koottuja luokkia niin, että samansisältöiset luokat yhdistetään. Näin saadaan koottua yläluokkia. Tätä analysoinnin vaihetta kutsutaan aineiston abstrahoinniksi. (Janhonen & Nikkonen 2001. 26-29.)

Tässä opinnäytetyössä litteroitu aineiston analysointi toteutettiin kolmessa eri vaiheessa. Ensimmäisessä vaiheessa tekstimuotoon litteroidulta materiaalilta kysyttiin tutkimuskysymyksiä, joita tässä opinnäytetyössä on kolme kappaletta. Tässä vaiheessa aineisto siis pelkistettiin. Kun aineistosta saatiin vastaus tutkimuskysymykseen, niin vastaus kirjoitettiin ylös niin, kuten se aineistossa esiintyy. Kun aineisto oli pelkistetty, niin alettiin etsiä siitä samankaltaisuuksia sekä eroavaisuuksia niin, että samaa tarkoittavat asetettiin samaan luokkaan ja luokka nimettiin kuvaavasti sen sisällön mukaan. Tässä vaiheessa aineisto ryhmiteltiin. Analysoinnin viimeisessä vaiheessa yhdistettiin ryhmittelyvaiheessa luotuja luokkia niin, että luokat joiden sisältö oli samankaltaista yhdistettiin yläluokkaan, joista edelleen muodostettiin yksi pääluokka. Analyysin avulla saatiin muodostettua kahdeksan alaluokkaa, neljä yläluokkaa sekä yksi pääluokka. (Janhonen & Nikkonen 2001. 26-29.)

4 Tulokset

Tämän opinnäytetyön tulokset on esitelty analyysissa syntyneiden kahdeksan alaluokan, neljän yläluokan ja yhden pääluokan avulla analyysirungossa (liite 3). Kahdeksan alaluokan luominen oli aineiston analysoinnin jälkeen tulosten kannalta perusteltua. Neljästä yläluokasta kolme syntyi siltä pohjalta, että kolmeen tutkimuskysymykseen haluttiin vastaus. Neljäs yläluokka syntyi aineiston analysoinnin pohjalta, sillä moniammatillinen yhteistyö nousi analysoidessa keskeiseksi osaksi hoitoneuvottelumallin käyttöönoton prosessia osastolla. Neljä yläluokkaa yhdistettiin vielä yhdeksi pääluokaksi, joka kuvaa kokonaisvaltaisesti analysoinnin tuloksia.

4.1 Hoitoneuvottelumallin käyttöön oton prosessi

Tämän yläluokan kahdessa alaluokassa käytiin läpi hoitajien kokemuksia hoitoneuvottelumallista, sekä hoitajien kokemuksia hoitoneuvottelumallin käyttöön oton sujumisesta.

Haastatteluiden perusteella hoitajien kokemukset itse hoitoneuvottelumallista olivat positiivisia. Hoitajat kokivat haastatteluiden perusteella hoitoneuvottelumallin selkeäksi, johdonmukaiseksi ja perusteelliseksi. Hyväna koettiin myös se, että hoitoneuvottelumallin avulla voi käydä hoitoneuvottelussa käytäviä asioita läpi etukäteen niin potilaan, omaisten kun lääkärinkin kanssa. Etenkin se, että hoitoneuvottelumalli käydään potilaan kanssa läpi ennen hoitoneuvottelua koettiin hyvänä asiana itse hoitoneuvottelumallissa. Haastatellut hoitajat kokivat sen tukevan potilan osallisuutta hoitoneuvotteluihin niin, että he saavat äänensä varmasti kuuluviin, kun asiat on käyty läpi jo ennen hoitoneuvottelua. Lisäksi hoitoneuvottelumallin kohta johon voi tehdä muistiinpanoja, koettiin hyödylliseksi.

Tän avulla pystyy etenee hoitoneuvottelun alusta loppuun asti jäsennellysti ja johdonmukaisesti.

No ite se malli on mun mielestä ihan hyvä tottakai.

Kaikki haastatellut hoitajat olivat käyttäneet mallia. Käyttökerrat vaihtelivat kahden ja kymmenen kerran välillä. Kaikki hoitajat eivät muistaneet tarkkoja käytön määriä, ja esittivät haastattelussa arvion käytön määrästä.

Hoitajien kokemana hoitoneuvottelumallin heikkoudeksi nousi haastatteluiden perusteella se, että siinä on niin monta otsikkoa. Käsiteltäviä kohtia koettiin joihinkin hoitoneuvotteluihin olevan liian paljon. Muita heikkouksia itse hoitoneuvottelumallista ei noussut haastatteluissa esiin.

Ja ehkä tiettyjen potilaiden kohdalla siin on vähä ylimäärästä, mutta ei se varmaan voi kaikille soveltuakaan tommonen yks malli.

Hoitoneuvottelumallin käyttöön oton hoitajat kokivat haastatteluiden perusteella sujuneen vaihtelevasti ja haasteellisesti. Kaikki haastatellut hoitajat olivat saaneet koulutuksen hoitoneuvottelumallin käyttöön joko osaston yhteisessä koulutuspäivässä, tai kollegan henkilökohtaisesti opastamana. Muuta koulutusta hoitajat eivät olleet haastatteluiden perusteella hoitoneuvottelumallin käyttöön saaneet.

Haasteellisiksi asioiksi hoitoneuvottelumallin käyttöön otossa nousivat haastatteluiden perusteella hoitoneuvottelumallin käytön puute, hoitoneuvotteluiden järjestäminen nopealla aikataululla sekä lääkäreiden sitoutumattomuus hoitoneuvottelumallin käyttöön.

Hoitajat kokivat, että osa hoitajista otti mallin käyttöön aktiivisesti ja osa taas ei. Haasteeksi nousi myös se, että hoitoneuvotteluita järjestettiin osastolla nopealla aikataululla, jolloin omahoitajat, joiden pitäisi vastata hoitoneuvotteluista ja hoitoneuvottelumallin läpikäymisestä potilaan kanssa, eivät ehtineet valmistautua hoitoneuvotteluihin hoitoneuvottelumallin käytön edellyttämällä tavalla.

Oon huomannut et on hoitajii jotka ei käytä sitä ollenkaan

Ne on aika nopeeta tullu ja sit joutunu vähä niinku nopeesti johki hoitoneuvotteluun

Haastatteluiden perusteella yhdeksi isoksi haasteeksi hoitoneuvottelumallin käyttöön otossa nousi se, että osastolla työskentelevät lääkärit eivät olleet halukkaita käymään hoitoneuvotteluita läpi hoitoneuvottelumallin pohjalta. Tämän perusteena nousi haastatteluissa esiin se, että osastolla lääkärit vaihtuvat tasaisin väliajoin ja uusia lääkäreitä ei ole ilmeisesti koulutettu hoitoneuvottelumallin käyttöön.

Mutta jos on ollut osastonlääkäri joka ei välttämättä tunne tätä, tai haluaa omalla kaavalla vetää hoitoneuvotteluu nii sillo tätä ei oo tullu niin paljon käytettyä.

Yhdeksi haasteeksi hoitajat kokivat haastatteluiden perusteella myös sen, että hoitoneuvottelumallin käyttöön otto toteutettiin muutaman osaston hoitajan sekä osastonhoitajan toimesta, eikä käyttöön ottoa käyty läpi isomassa ryhmässä.

4.2 Moniammatillisuus hoitoneuvottelumallin käytössä

Tämän yläluokan kahdessa alaluokassa käytiin läpi hoitajien kokemuksia moniammatillisen yhteistyön roolista hoitoneuvottelumallin käytössä ja lääkärin roolia hoitoneuvottelumallin käytössä.

Moniammatillisen yhteistyön rooli nousi haastatteluissa esiin tärkeänä osana hoitoneuvottelumallin käyttöä. Hoitoneuvottelu on potilaan hoitopolulla iso ja tärkeä tapahtuma, johon osallistuu toimijoita useista eri ammattiryhmistä niin osastolta, kuin avohoidostakin. Haastatteluissa ilmeni, että hoitajat olisivat toivoneet hoitoneuvottelumallin osalta enemmän moniammatillista yhteistyötä jo käyttöön otosta alkaen. Lisäksi hoitajat kokivat, että hoitoneuvottelumallia pitäisi tuoda enemmän eri ammattiryhmien tietoon osastolla. Tässäkin kuitenkin korostui hoitajien näkökulmasta enemmän lääkärin kuin erikoistyöntekijöiden rooli.

No tätä ehkä pitäis tuoda enemmän tunnetuksi niinku eri toimijoiden kesken meidän hoitotiimissä

Lääkäriin rooli hoitoneuvottelumallin käytössä nousi hoitajien kokemana haastatteluiden perusteella keskeiseen osaan koko prosessia. Eri lääkäreiden halukkuus käyttää hoitoneuvottelumallia, lääkäreiden kouluttamattomuus hoitoneuvottelumallin käyttöön, lääkäreiden halu vetää hoitoneuvottelumallit omalla sapluunallaan sekä se, että lääkärit eivät olleet mukana kehittämässä mallia nousivat haastatteluissa esiin.

Hoitajat kokivat haastatteluiden perusteella, että hoitoneuvottelumallia ei ole aina voitu käyttää, koska lääkäri ei ole ollut halukas käymään hoitoneuvotteluita läpi hoitoneuvottelumallin pohjalta. Haastatteluiden perusteella osaston lääkärin vaihtuessa uusia lääkäreitä ei ole koulutettu hoitoneuvottelumallin käyttöön, tai informoitu lääkäreitä siitä, että osastolla on tällainen hoitoneuvottelumalli käytössä.

Eri lääkäri kuitenkin kun tällä hetkellä et vähän se oli lääkäristäkin kiinni kuinka sitä käytettiin.

Mä en tiedä et onko uusia lääkäreitä perehdytetty sen mallin käyttöön oton jälkeen siihen.

Haastatteluiden perusteella hoitajat kokivat ongelmalliseksi myös sen, että lääkärit eivät ole olleet mukana tuomassa mallia osastolle käyttöön otto vaiheessa, ja lääkärit eivät ole olleet kehittämässä mallia sitä osastolle tuotaessa. Jotkut lääkärit ovat halunneet vetää hoitoneuvottelut omalla sapluunallaan, ja näin tästä syystä on hoitoneuvottelumalli jäänyt käyttämättä joissain hoitoneuvotteluissa.

4.3 Hoitoneuvottelumallin vaikutukset potilaslähtöisyyteen

Tämän yläluokan kahdessa alaluokassa käsiteltiin hoitoneuvottelumallin vaikutuksia potilaslähtöisyyteen hoitajien näkökulmasta ja hoitoneuvottelumallin potilaslähtöisyyttä tukevia tekijöitä hoitajien näkökulmasta.

Haastatteluiden perusteella hoitajat kokivat, että hoitoneuvottelumallin käyttöön otto ja sen käyttäminen ovat vaikuttaneet potilaslähtöisyyteen sitä lisäävästi. Haastatteluiden perusteella hoitoneuvottelumalli on tuonut potilaita mukaan tiiviimmin omien asioidensa käsittelyyn hoitoneuvotteluissa, potilaat tulevat paremmin kuulluksi ja potilaat pystyvät tuomaan oman näkökulmansa ja toiveensa paremmin mukaan hoitoneuvotteluihin.

Ehdottomasti lisännyt sitä potilaslähtöisyyttä

Haastateltujen hoitajien mielestä potilaat ovat pystyneet valmistautumaan ja orientoitumaan hoitoneuvotteluihin paremmin, kun ne on käyty hoitoneuvottelumallin pohjalta. Kun hoitoneuvottelumalli on käyty potilaiden kanssa läpi ennen hoitoneuvotteluita, niin hoitajien mukaan potilaiden valmiudet ja mahdollisuudet tuoda omat näkemyksensä esiin hoitoneuvotteluissa ovat lisääntyneet.

Potilas on voinut rauhassa miettiä niitä asioita mitä hän haluaa. Niinku kaikkee sitä hoitoa omalta kannaltaan

Haastateltujen hoitajien näkemykset potilaslähtöisyyden vahvistumisesta ja lisääntymisestä hoitoneuvottelumallin käytön ja käyttöön oton myötä nousivat voimakkaasti esiin haastatteluissa. Hoitajat kokivat, että hoitoneuvottelumallin vaikutukset potilaslähtöisyyteen olivat nimenomaan sitä vahvistavia ja tukevia.

Hoitoneuvottelumallin potilaslähtöisyyttä tukevinä tekijöinä hoitajien näkökulmasta nousi esiin mahdollisuus tehdä muistiinpanoja itse lomakkeeseen, potilaan mahdollisuus kirjata ylös omia asioitaan ja kysymyksiään lomakkeeseen, hoitoneuvottelumallin rakenteen selkeys sekä se, että hoitoneuvottelumalli käydään potilaan kanssa ennen hoitoneuvottelua läpi, jolloin potilas pystyy jo etukäteen tuomaan esille asioitaan hoitajan kautta, jos potilas ei pysty niitä jostain syystä tuomaan hoitoneuvottelussa esille.

Mahdollisuus tehdä merkintöjä hoitoneuvottelumalliin koettiin potilaslähtöisyyttä tukevaksi tekijäksi, sillä hoitajien mukaan se helpotti potilaan mahdollisuutta valmistautua hoitoneuvotteluun ja miettiä valmiiksi asioita, joita potilaat haluavat nostaa hoitoneuvottelussa esille. Kokemus oli, että tätä kautta potilaiden omat näkemykset nousivat paremmin esille hoitoneuvotteluissa.

Ne on varmaan ne parhaat asiat et potilas voi miettiä kysymyksiä ja valmistautuu ja sitä kautta oleen enemmän osallisena siinä neuvottelutilanteessa

Mun mielestä siinä potilasta kuullaan

Haastatteluissa hoitajat kokivat merkitykselliseksi sen, että hoitoneuvottelumalli käydään läpi potilaan kanssa ennen hoitoneuvottelua. Tällöin potilaat voivat kertoa hoitajalle kahden kesken asioita, joita haluavat käydävän läpi hoitoneuvottelussa. Jos potilas ei halua itse nostaa näitä asioita esille hoitoneuvottelussa, niin hoitaja voi tällöin ottaa asiat esille potilaan puolesta ja näin turvata sen, että potilaan ääni tulee hoitoneuvottelussa kuulluksi.

Kun potilailla voi olla paljon semmosia asioita mitkä heille on tärkeitä mitä me ei niinku ammattilaisten näkökulmasta aina huomioida siellä hoitoneuvottelussa.

Tässähän potilaalla on myös mahdollisuus päästä helposti itse ääneen hoitoneuvottelussa, jos hän ei itse neuvottelussa niinku halua sitten avata tai tuoda siellä näkemyksiä esille.

4.4 Hoitoneuvottelumallin kehittäminen

Tämän yläluokan kahdessa alaluokassa käsiteltiin hoitajien kehitysehdotuksia hoitoneuvottelumallin käyttöön sekä hoitajien kehitysehdotuksia hoitoneuvottelumalliin.

Haastatteluissa nousi esiin hoitajien kehitysehdotuksia hoitoneuvottelumallin käyttöön. Keskeisinä kehityskohteina hoitoneuvottelumallin käytössä hoitajat kokivat sen, että hoitoneuvottelumallia pitäisi käyttää enemmän ja aktiivisemmin, kaikki lääkärit pitäisi perehdyttää hoitoneuvottelumallin käyttöön ja hoitoneuvottelumalli tulisi käydä hoidon alkuvaiheilla läpi potilaiden kanssa.

Hoitoneuvottelumallin käyttöä pitäisi haastatteluiden perusteella hoitajien mielestä lisätä. Hoitajat kokivat haastatteluissa, että käytön aktiivisuus lähtee hoitajista, ja hoitoneuvottelumallia pitäisi tuoda aktiivisemmin esille työryhmässä. Kaikkien lääkäreiden kouluttaminen hoitoneuvottelumallin käyttöön tukisi hoitoneuvottelumallin käytön aktiivisuutta.

Osastolla pitäisi vaan yhteisesti sopia ja olla niinku aktiivisia et kyllä se meistä hoitajista lähtee et meidän pitää niinku olla aktiivisia.

Hoitoneuvottelumallin läpi käymisen ajankohta nousi esille haastatteluissa. Hoitajien kokemus on, että hoitoneuvottelumalli tulisi käydä vielä aiemmin potilaan kanssa läpi, esimerkiksi jo hoidon alkuvaiheilla, joka antaisi potilaalle vielä lisää aikaa orientoitua malliin ennen varsinaisia hoitoneuvotteluita.

Sen vois antaa jo niinku ensimmäisissä tapaamisissa ennen kun on mitään hoitoneuvotteluita

Itse hoitoneuvottelumallin kehittämisessä hoitajat kokivat haastatteluiden perusteella tärkeänä, että hoitoneuvottelumallia kehitettäisiin heidän osastolleen sopivammaksi, lääkärit otettaisiin mukaan hoitoneuvottelumallin kehittämiseen ja hoitoneuvottelumallin kehittämiseen otettaisiin mukaan myös potilaiden edustaja.

Hoitajat kokivat, että hoitoneuvottelumallia voisi kehittää sopivammaksi heidän osastolleen, sillä malli on tuotu valmiina toiselta osastolta. Tärkeänä hoitoneuvottelumallia kehittäessä koettiin myös eri toimijoiden osallistuminen hoitoneuvottelumallin kehittämiseen. Näistä esiin nousivat lääkärin ja potilaan rooli hoitoneuvottelumallia kehittäessä. Hoitajat kokivat, että eri osallistujien näkökulmat toisivat kehitystyössä hoitoneuvottelumallille lisäarvoa.

Ehdottomasti lääkäri mukaan siihen suunnitteluun

Joku potilas ois voinu olla siin suunnitteluryhmäs mukana

5 Yhteenveto, pohdinta ja johtopäätökset

5.1 Yhteenveto

Tulosten yhteenveto on tässä opinnäytetyössä esitelty tutkimuskysymyksen perusteella.

Tulosten yhteenveto ensimmäisen tutkimuskysymyksen osalta on, että hoitajien kokemana hoitoneuvottelumallin käyttöön otto ei ollut täysin onnistunut prosessi. Hoitoneuvottelumallin käyttöön otto onnistui vaihtelevasti, ja se ei ole jäänyt tiiviiksi rutiininomaiseksi osaksi osaston päivittäistä työskentelyä. Tämä johtuu hoitajien kokemuksen mukaan siitä, että kaikki toimijat osastolla eivät ole sitoutuneet hoitoneuvottelumallin käyttöön riittävällä intensiteetillä. Hoitajat kokevat, että etenkin lääkäreiden kanssa tehtävässä yhteistyössä hoitoneuvottelumallin parissa on ollut puutteita. Lisäksi hoitajat kokivat, että osa hoitajista ei käytä mallia ollenkaan. Ongelmaksi hoitajat kokivat myös sen, että uusia lääkäreitä ei perehdytetä tai kouluteta riittävästi hoitoneuvottelumallin käyttöön.

Toisen tutkimuskysymyksen osalta hoitajat kokivat, että hoitoneuvottelumallin käyttö on lisännyt potilaslähtöisyyttä osastolla. Potilaslähtöisyyttä on lisännyt hoitoneuvottelumallin tuomat mahdollisuudet saada potilaan ääni paremmin kuuluviin hoitoneuvotteluissa, joko potilaan itsensä tuomana tai hoitajan välityksellä, hoitoneuvottelumallin käyminen läpi ennen hoitoneuvotteluita potilaan kanssa, potilaiden mahdollisuudet valmistautua hoitoneuvotteluihin sekä hoitoneuvottelumallin selkeä rakenne, joka selkeyttää hoitoneuvottelun kulkua potilaalle. Hoitajat kokivat haastatteluiden perusteella yksimielisesti hoitoneuvottelumallin lisänneen potilaslähtöisyyttä edellä mainittujen seikkojen vuoksi.

Kolmannen tutkimuskysymyksen osalta haastatteluissa nousi esiin kehitysehdotuksia hoitoneuvottelumallin edelleen kehittämiseen hoitajien kokemusten perusteella. Suurimmaksi kehitystarpeeksi nousi hoitoneuvottelumallin käytön jääminen vähälle ja sen juurruttaminen päivittäiseksi työkaluksi osaston hoitotyöskentelyssä. Hoitajien kokemuksen mukaan hoitoneuvottelumallin käyttö oli jäänyt vähemmälle riippuen osastolla työskentelevän lääkärin halukkuudesta ja valmiuksista käyttää hoitoneuvottelumallia hoitoneuvotteluissa. Tässä kehityskohdista nousikin haastatteluissa hoitajien kokemana se, että mallia pitäisi edelleen kehittää isommassa moniammatillisessa työryhmässä, johon osallistuisi myös lääkäri sekä se, että

kaikki osastolle työskentelemään tulevat lääkärit koulutettaisiin ja perehdytettäisiin hoitoneuvottelumallin käyttöön. Lisäksi hoitajat toivat esiin, että hoitoneuvottelumallin voisi käydä potilaan kanssa läpi heti hoidon alkuvaiheessa. Tämä antaisi potilaille vielä enemmän aikaa perehtyä hoitoneuvottelumalliin ja hoitoneuvotteluiden asiarunkoon.

5.2 Pohdinta ja johtopäätökset

Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli hoitoneuvottelumallin kehittäminen edelleen sen käyttöönoton jälkeen. Tavoitteena oli saada käsitys siitä, mikä hoitoneuvottelumallin käytössä toimii hoitajien näkökulmasta, ja mikä mahdollisesti vaatii kehittämistä ja edelleen jaloitamista. Tarkoituksena oli selvittää työn tilaavan osaston hoitohenkilökunnan kokemuksia hoitoneuvottelumallin käyttöönotosta osastolla ja osaston hoitohenkilökunnan kokemuksia potilaslähtöisyyden kehittymisestä. Opinnäytetyötä tehdessä on saatu tukea tilaavan osaston osastonhoitajalta sekä apulaisosastonhoitajalta. Työn tilaamisesta saakka on ollut selvää, mitä tilaava osasto tältä opinnäytetyöltä haluaa. Tämän opinnäytetyön tavoite ja tarkoitus olikin tämän vuoksi helppo määritellä.

Hoitajat kokivat haastatteluiden perusteella itse hoitoneuvottelumallikaavakkeen (liite 1) toimivaksi, selkeäksi ja johdonmukaiseksi. Hoitoneuvottelumallikaavakkeen käytössä nousi kehityskohteena esiin se, että jos hoitoneuvottelussa käsitellään asioita suppeammin, niin voisiko joitain kohtia hoitoneuvottelumallikaavakkeesta jättää käsittelemättä hoitoneuvottelussa. Lisäksi esiin nousi hoitajien ajatus siitä, että hoitoneuvottelumallia kehitettäisiin edelleen heidän yksikkönsä sopivammaksi moniammatillisessa työryhmässä. Esiin nousi myös potilaiden rooli ja heidän asiantuntemuksensa käyttö hoitoneuvottelumallia kehitettäessä. Hoitoneuvottelumallin käyttöönoton prosessi ei ollut hoitajien kokemana sujunut optimaalisesti. Hoitajat kokivat haastatteluiden perusteella hoitoneuvottelumallin käyttöönoton sujuneen vaihtelevasti. Hoitajien kokemuksen mukaan hoitoneuvottelumallia käyttöönotettaessa olisi ollut syytä koota isompi työryhmä tuomaan hoitoneuvottelumallia osastolle. Hoitajat kokivat haastatteluiden perusteella myös, ettei hoitoneuvottelumallin jalkautus ja juurruttaminen osastolle ollut riittävää, sillä sen käyttö on jäänyt vähälle. Tässä korostettiin myös lääkärin roolia hoitoneuvottelumallin käytön määrään.

Hoitosuunnitelman toteutumisen ja toimivuuden varmistamiseksi potilasta on osallistettava suunnitelman tekoon ja sen toteuttamiseen. Jos potilas ei ole sitoutunut suunnitelmaan, niin silloin parasta mahdollista hyötyä ei pystytä saavuttamaan. Jotta potilas saataisiin sitoutumaan suunnitelmaan, niin on hänen kanssaan pyrittävä luomaan tasavertainen yhteistyösuhde. (Iivanainen & Syväoja, 2008. 174-177.) Tämän opinnäytetyön tulosten perusteella

tutkittavalla osastolla potilaita osallistetaan hoidon suunnitteluun ja toteuttamiseen hoitoneuvottelumallin avulla. Tämä edesauttaa hoidon etenemistä ja hoitosuunnitelman toteuttamiseen sitoutumista potilaiden osalta.

Hoitoneuvottelumallin käyttöönoton ja käytön hoitajat kokivat lisänneen potilaslähtöisyyttä. Tästä hoitajien kokemus oli yksimielinen haastatteluiden perusteella. Potilaslähtöisyyden hoitajat kokivat lisääntyneen, koska potilailla oli hoitoneuvottelumallin avulla helpompi valmistautua hoitoneuvotteluihin ja niiden sisältöön, sekä heidän oli helpompaa saada oma äänensä kuuluviin hoitoneuvotteluissa. Mahdollisuus tehdä merkintöjä ja muistiinpanoja hoitoneuvottelumallikaavakkeeseen koettiin myös potilaslähtöisyyttä lisäävänä tekijänä.

Latvala (1998) on määritellyt potilaslähtöisyyden psykiatrisista sairauksista kärsivien potilaiden kohdalla niin, että hoidon suunnittelun ja toteutuksen lähtökohtana on potilaan todellisuus mahdollisuuksineen ja rajoituksineen. Tulosten perusteella potilaslähtöisyys toteutuu tutkimuksen kohteena olleella osastolla potilaan lähtökohdista hyvin. Potilasta tuetaan tuomaan omat näkemyksensä ja toiveensa hoitoon liittyen esiin ennen hoitoneuvotteluita käymällä heidän kanssaan hoitoneuvottelumalli läpi.

Tämän opinnäytetyön tulokset esitellään osastotunnilla osaston henkilökunnalle. Jatkokehitysehdotuksina tämän opinnäytetyön pohjalta esitetään, että osastolle perustettaisiin laajempi työryhmä jatkokehittämään hoitoneuvottelumallia, hoitoneuvottelumallin käyttöä ja jalkauttamista osaston päivittäiseen toimintaan. Työryhmän olisi tämän opinnäytetyön tulosten perusteella hyvä olla moniammatillinen, ja lisäksi jatkokehitettäessä hoitoneuvottelumallia olisi hyödynnettävä potilaiden kokemusasiantuntijuutta hoitoneuvotteluista. Lisäksi esitetään, että jatkossa kaikki osastolle tulevat lääkärit perehdytettäisiin ja koulutettaisiin hoitoneuvottelumallin käyttöön. Tällä saatettaisiin välttyä siltä, että hoitoneuvottelumalli jää käyttämättä lääkäreistä johtuvista syistä. Jatkotutkimuksina voitaisiin kartottaa potilaiden kokemuksia hoitoneuvottelumallin käytöstä ja siitä, tukeeko se heidän mielestään potilaslähtöisyyttä, sekä mahdollisen jatkokehitystyöryhmän työskentelyn vaikutuksia hoitoneuvottelumallin kehittämiseen.

Opinnäytetyön tekeminen yksin on ollut pitkä ja raskas, mutta todella opettavainen prosessi. Oma tavoitteenani lähtiessäni tekemään opinnäytetyötä oli, että opin tutkimusprosessin tekemisestä sekä syvennän omia tietojani neuropsykiatriasta. Koen saavuttaneeni tavoitteeni opinnäytetyöprosessin aikana kiitettävästi. On ollut ilo huomata, kuinka oma ammatillinen kasvu on ottanut aimo harppauksen eteenpäin opinnäytetyötä tehdessä. Vaikka prosessi onkin ollut erittäin työläs ja raskas, niin se on ollut myös todella antoisa.

5.3 Etiikka

Tutkimusta tehtäessä selvä sääntö on, että tutkimuksen tuloksia ei saa vääristellä. Vaikka tilanne olisi esimerkiksi se, että tutkimuksen tulokset eivät antaisi sellaisenaan tukea teorialle tai hypoteeseille, mutta poistamalla osan tutkimuksessa kerätystä aineistosta saataisiin aikaan toisenlainen lopputulos. Tämä voisi houkutella tutkijaa muokkaamaan tuloksia väärin perustein ja jättämättä jotakin aineistoa pois tulosten kaunistelemiseksi, mutta tämä olisi eettisesti väärin. Tässä eettisesti oikea tapa olisi tehdä lisää tutkimusta ja hankkia laajempaa aineistoa. Aina tähän ei kuitenkaan ole mahdollisuutta. Tutkijan suhtautuessa aineiston käyttöön äärimmäisen eettisesti saattaa hän menettää mahdollisuuden jonkin löydön tekemiseen, mutta epäeettisesti suhtautuessaan hän toimii tutkimuseettisestä näkökulmasta väärin ja vaarantaa tutkimuksen ja oman uskottavuutensa. (Clarkeburn & Mustajoki 2007. 51-52.)

Tätä opinnäytetyötä tehdessä noudatettiin hyvää tutkimusetiikkaa. Kaikki haastattelumateriaali litteroitiin sana sanasta ja otettiin mukaan analysointiin sellaisenaan. Mitään ei jätetty pois.

Kun tutkimukseen kerätään aineistoa ja hankitaan tutkittavia, tässä opinnäytetyössä haastateltavia, niin tutkimukseen osallistujille on annettava riittävä informaatio tutkimuksen tarkoituksesta ja kerättävän aineiston käytöstä. Kerättyä aineistoa käytetään ainoastaan tähän opinnäytetyöhön ja tutkittavia on informoitava siitä. Tutkittavilta on saatava tutkimussuostumus heidän saatuaan riittävän informaation tutkimuksen sisällöistä. Suostumus voidaan saada kirjallisella allekirjoitetulla sopimuksella, tai suullisella sopimuksella. Informaation antaminen tutkittavalle on tärkeää, sillä se saattaa ratkaista ihmisen halukkuuden osallistua tutkimukseen. (Kuula 2011. 99-101.) Tutkittavien informoinnista on säädetty henkilotietolaissa (523/1999).

Tässä opinnäytetyössä kaikkia haastateltavia informoitiin materiaalin käytöstä asianmukaisella tavalla. Aineistoa on käyttänyt ja käsitellyt ainoastaan tämän opinnäytetyön tekijä. Kaikilta haastateltavilta kerättiin ennen haastatteluita kirjallinen suostumus osallistumisesta, ja kaikki haastateltavat saivat kopiot omista suostumuslomakkeistaan.

Tutkittaville on ennen heidän suostumuksensa saamista tehtävä selväksi, että tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista ja tutkimukseen osallistuminen on mahdollista keskeyttää missä vaiheessa tahansa. Lisäksi tutkittavia on informoitava ennen suostumuksen saamista mahdollisista tallennusvälineistä haastattelun yhteydessä. Esimerkiksi oman tutkimukseni yhteydessä haastattelut tullaan nauhoittamaan litterointia varten, ja tämä on tehtävä tutkittaville selväksi ennen suostumuksen hankkimista. (Kuula 2011. 106-107.)

Kaikille haastateltaville korostettiin informoidessa heitä osallistumisen vapaaehtoisuutta ja osallistumisen keskeyttämisen mahdollisuutta missä vaiheessa tahansa. Tallennusvälineistä ja tallenteiden käytöstä informoitiin haastateltavia, ja tallentamiseen kysyttiin suostumus.

Haastatellessani tutkittavia on minun tarkoitus pitää kysymykset ja niiden järjestys samana kaikkien tutkittavien kohdalla niin, että vastaukset ovat kuitenkin vapaamuotoisia. Tässä tapauksessa tutkittavia on myös informoitava aineiston, ja etenkin haastatteluäänitteen käytöstä, niin että heille kerrotaan rehellisesti ketkä aineistoa käyttävät. Omassa tutkimuksessani äänitteet tulevat käyttöön minulle litterointia varten. Aineisto anonymisoidaan poistessa viimeistään litteroinnin yhteydessä haastateltavien tunnistetiedot ja tästäkin informoidaan tutkittavia. (Kuula 2011. 128-130.)

Kaikissa haastatteluissa kysymykset ja niiden järjestys pysyivät samana aineistoa kerätessä. Anonymisoinnista informoitiin haastateltavia.

5.4 Luotettavuus

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta arvioitaessa perinteiset, varsinkin määrällisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa käytetyt menetelmät, eivät tule sellaisenaan kysymykseen. Tämä johtuu siitä, että tutkittaessa ihmisten kokemuksia ja kuvauksia, esimerkiksi kulttuurista, ei ole identtisiä tapauksia. Ihmisten kokemukset ja kuvaukset ovat ainutlaatuisia. Kaikkien tutkimusten luotettavuutta on kuitenkin pystyttävä jotenkin arvioimaan. Laadullisessa tutkimuksessa tätä arviointia voidaan tehdä arvioimalla ihmisten kokemusten kuvauksia ja niistä johdettuja tulkintoja; ovatko ne yhteneväiset, eli onko tulkinta luotettava? Tästä syystä laadullisessa tutkimuksessa on tarkasti kuvattava paikat, tapahtumat ja tutkittavat henkilöt. Mitä tarkemmin koko tutkimusprosessi on kuvattu, niin sitä helpompaa laadullisen tutkimuksen luotettavuutta on arvioida. Jos aineisto on kerätty esimerkiksi haastatteluiden avulla, niin tutkimuksessa olisi kuvattava haastattelun olosuhteet, paikka, haastatteluun käytetty aika, mahdolliset ongelmat ja virhetulkinnat sekä tutkijan oma arvio itsestään haastattelijana. Tutkimuksessa on tärkeää kuvata luokitteluihin johtaneet vaiheet sekä perustella se, miksi näihin luokitteluihin on päädytty. Samalla tarkkuudella perustellaan myöskin tutkimustuloksiin liittyvät tulkinnat. Tutkimuksessa voidaan käyttää esimerkiksi suoria sitaatteja haastatteluista helpottamaan tältä osin tulkintojen perustelua ja luotettavuuden arviointia. (Hirsjärvi ym. 2009. 232-233.)

Tämän opinnäytetyön luotettavuutta tukee tarkat kuvailut haastatteluolosuhteista, haastatteluihin käytetystä ajasta, haastatteluympäristöstä ja tutkimusprosessista luokitteluineen. Kaikilla haastateltavilla oli kokemusta hoitoneuvottelumallin käyttöönotosta ja käytöstä osastolla. Tämä tuki aineiston keräämistä, koska tutkittavat olivat pystyneet muodostamaan näke-

myksen mallin käyttöönoton onnistumisesta. Analyysin luotettavuuteen vaikuttaa tutkijan kokemattomuus tutkijana. Luotettavuutta tukee se, että analyysi tehtiin huolellisesti ja analyysin vaiheet on avattu tarkasti tässä opinnäytetyössä. Tuloksia avattaessa on käytetty sitaatteja haastattelumateriaalista avaamaan syitä siihen, miksi luokitteluihin ja lopputuloksiin on päädytty. Myös tämä tukee tämän opinnäytetyön luotettavuutta. Tämän opinnäytetyön luotettavuuteen vaikuttavat työn tekijän kokemattomuus tutkijana ja haastattelijana. Luotettavuuteen vaikuttaa lisäksi se, että työn tekijä on työskennellyt tutkimuksen kohteena olevalla osastolla useamman vuoden ajan mielenterveyshoitajana, joten tutkija tunsi kaikki haastattelutavot ennalta.

Lähteet

- Clarkeburn, H. & Mustajoki, A. 2007. Tutkijan arkipäivän etiikka. E-kirja. Tampere: Vastapaino.
- Gustafsson, M-L., Leino-Kilpi, H., Papastavrou, E., Suhonen, R. & Tsangari, H. 2013. Yksilöllinen hoito - potilaiden ja hoitajien näkemysten vertailu. *Hoitotiede* 2/2013.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 19. painos. Helsinki: Tammi.
- Hublin, C., Juva, K., Kalska, H., Korkeila, J., Sainio, M., Tani, P. & Vataja R. 2011. Kliininen neuropsykiatria. Helsinki: Duodecim.
- Hyvärinen, M., Nikander, P. & Ruusuvuori J. 2010. Haastattelun analyysi. E-Kirja. Tampere: Vastapaino.
- Hätönen, H., Kurki, M., Larri, T. & Vuorilehto, M. 2014. Uudistuva mielenterveystyö. Helsinki: Edita.
- Iivanainen, A. & Syväoja, P. 2008. Hoida ja kirjaa. Helsinki: Tammi.
- Janhonen, S. & Nikkonen, M. 2001. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.
- Juuti, P. & Puusa, A. 2011. Menetelmäviidakon raivaajat - perusteita laadullisen tutkimuslähestymistavan valintaan. Helsinki: JTO-palvelut.
- Koikkalainen, P. & Rauhala, L. 2013. Potilaslähtöisyys - uhka vai mahdollisuus? *Tutkiva hoitotyö* 2/2013.
- Korkeila, J. & Vataja R. 2007. Mitä on neuropsykiatria? *Duodecim* vol. 123 no. 10. 1199-1200.
- Kuula, A. 2011. Tutkimusetiikka. E-Kirja. Tampere: Vastapaino.
- Sähköiset lähteet
- Asetus terveydenhuollon ammattihenkilöistä 564/1994. Viitattu 3.4.2017. <http://www.finlex.fi>
- Henkilötietolaki 523/1999. Viitattu 12.4.2017. <http://www.finlex.fi>
- HUS. 2017a. Sairaalat. Viitattu 29.3.2017. <http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaalat/Sivut/default.aspx>
- HUS. 2017b. Neuropsykiatrian osasto P5. Viitattu 29.3.2017. <http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaalat/hyks-psykiatriakeskus/Osastot/Sivut/Osasto-5.aspx>
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992. Viitattu 6.3.2017. <http://www.finlex.fi>
- Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994. Viitattu 3.4.2017 <http://www.finlex.fi>
- Latvala, E. 1998. Potilaslähtöinen psykiatrinen hoitotyö laitospäristössä. Väitöskirja. Oulun yliopisto, hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Oulu. Viitattu 2.4.2017. <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9514250680.pdf>
- Laurea ammattikorkeakoulu. 2017. AMK-tutkinnot. Sairaanhoitaja. Viitattu 3.4.2017. <https://www.laurea.fi/opiskelu-ja-hakeminen/amk-tutkinnot/sairaanhoitaja>

Mielenterveyslaki 1116/1990. Viitattu 17.4.2017. <http://www.finlex.fi>
Sosiaali- ja terveysministeriö. 2017. Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstö. Viitattu
3.4.2017. <http://stm.fi/sotehenkilosto>

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2017. Valvonta, luvat ja rekisteröinti. Viitattu 3.4.2017.
<http://stm.fi/sotehenkilosto/valvonta-luvat-ja-rekisterointi>

Stadin ammattiopisto. 2017. Ammatilliset perustutkinnot. Viitattu 3.4.2017.
[http://www.hel.fi/www/amatillinen/fi/koulutukset/koulutukset-tutkinnot/koulutukset-pe-
rustutkinnot/sosiaali-ja-terveysalan-perustutkinto-lahioitaja](http://www.hel.fi/www/amatillinen/fi/koulutukset/koulutukset-tutkinnot/koulutukset-perustutkinnot/sosiaali-ja-terveysalan-perustutkinto-lahioitaja)

Suomalainen lääkäriseura Duodecim. 2017. Käypä hoito. Viitattu 17.4.2017.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/etusivu>

Terveydenhuoltolaki 1326/2010. Viitattu 17.4.2017. <http://www.finlex.fi>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2017. Valinnan vapaus. Viitattu 17.4.2017.
<https://www.thl.fi/fi/web/sote-uudistus/valinnanvapaus>

Liitteet

| | |
|------------------------------------|----|
| Liite 1 Hoitoneuvottelumalli | 36 |
| Liite 2: Haastattelurunko | 38 |
| Liite 3: Analyysitaulukko | 39 |

Liite 1 Hoitoneuvottelumalli

Psykoosit vastuualue

Kellokosken sairaala ja avohoito

TERVETULOA HOITONEUVOTTELUUN

Hoitoneuvottelu on tilaisuus, jossa sovitaan tutkimuksiin, hoitoon ja kuntoutukseen liittyvistä asioista. Tämän pohjalta laaditaan kirjallinen kuntoutussuunnitelma.

Hoitoneuvotteluun on varattu aikaa tunti.

Hoitoneuvotteluun osallistuvat potilas, hoitovastuussa olevat työntekijät ja muita moniammatillisen työryhmän edustajia tarpeen mukaan. Omaisten / läheisten ja yhteistyökumppaneiden osallistuminen neuvotteluun on toivottavaa.

Hoitoneuvottelun

Aika:

Paikka:

Osallistujat:

Hoitoneuvottelussa käsiteltäviä asioita:

1. Potilaan nykytilanne
 - psyykkinen vointi
 - fyysinen vointi
 - lääkitys ja siihen liittyvät asiat
2. Potilaan voimavarat ja edistyminen
3. Haasteet ja ongelmat
4. Potilaan omat tavoitteet hoidolle ja kuntoutukselle
5. Potilaan läheisten ja hoitoon osallistuvien työntekijöiden näkemykset
 - palaute potilaalle
 - palaute hoitotaholle
6. Sosiaaliturvatilanne

Liite 2: Haastattelurunko

Haastattelurunko

- 1 Miten koet hoitoneuvottelumallin käyttöönoton onnistuneen osastolla?
- 2 Onko sinut koulutettu hoitoneuvottelumallin käyttöön?
- 3 Montako kertaa olet käyttänyt hoitoneuvottelumallia hoitoneuvottelussa? Jos et ole käyttänyt, niin miksi et?
- 4 Mitä olet kokenut hyväksi hoitoneuvottelumallissa?
- 5 Mitä olet kokenut huonoksi hoitoneuvottelumallissa?
- 6 Koetko hoitoneuvottelumallin käyttöönoton lisänneen, tai vähentäneen potilaslähtöisyyttä hoitoneuvotteluissa? Jos malli on lisännyt, tai vähentänyt potilaslähtöisyyttä, niin miten se on mielestäsi näkynyt?
- 7 Miten kehittäisit hoitoneuvottelumallin käyttöä?

Kiitos!

Liite 3: Analyysitaulukko

| | | | |
|---------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| Pääloukka | | | |
| Hoitoneuvottelumalli osana hoitoneuvotteluprosessia | | | |
| Yläluokat | | | |
| Hoitoneuvottelumallin käyttöönoton prosessi | Moniammatillisuus mallin käytössä | Hoitoneuvottelumallin vaikutukset potilaslähtöisyyteen | Hoitoneuvottelumallin kehittäminen |
| Alaluokat | | | |
| Hoitajien kokemukset hoitoneuvottelumallista | Moniammatillisen yhteistyön rooli mallin käytössä | Mallin vaikutukset potilaslähtöisyyteen hoitajien näkökulmasta | Hoitajien kehitysehdotukset mallin käyttöön |
| Hoitajien kokemukset hoitoneuvottelumallin käyttöönoton sujumisesta | Lääkärin rooli mallin käytössä | Mallin potilaslähtöisyyttä tukevat tekijät hoitajien näkökulmasta | Hoitajien kehitysehdotukset malliin |