



Psykiatrisen potilaan kuulluksi tuleminen hoitokokouksessa

Hoitotyön koulutusohjelma,
sairaanhoitaja
Opinnäytetyö
11.11.2009

Liisa Leskinen

Koulutusohjelma		Suuntautumisvaihtoehto	
Hoitotyö		Sairaanhoitaja	
Tekijä/Tekijät			
Liisa Leskinen			
Työn nimi			
Psykiatrisen potilaan kuulluksi tuleminen hoitokokouksessa			
Työn laji	Aika	Sivumäärä	
Opinnäytetyö	Marraskuu 2009	19 + 3	
<p>TIIVISTELMÄ</p> <p>Opinnäytetyöni kuuluu osaksi "Yhteistoimintamallin kehittäminen psykiatriseen hoitotyöhön" -projektia joka toteutui Metropolia ammattikorkeakoulun ja Helsingin kaupungin terveyskeskuksen Auroran sairaalan (osastot 6-1 ja 15-6C) sekä HYKS Psykiatriakeskuksen (osastot 2 ja 6) yhteistyönä. Oma opinnäytetyötäni tehdessä olin henkilökohtaisesti yhteistyössä Auroran sairaalan psykiatrisen osaston 15-6 C kanssa.</p> <p>Perinteinen psykiatrinen hoito on aiempien tutkimusten mukaan ollut laitoskeskeistä, asiantuntijalähtöistä ja potilasta passivoivaa. Opinnäytetyöni tarkoituksena on kuvata yhteistoiminnallisuuden toteutumista hoitokokouksissa. Tutkimuksessa haetaan vastausta seuraaviin kysymyksiin: Miten potilaan osallistuminen mahdollistui hoitokokouksessa? Mitkä tekijät edistivät ja estivät dialogia hoitokokouksessa?</p> <p>Opinnäytetyö toteutettiin suppeana kirjallisuuskatsauksena, tutkimuksena sekä tutkimusaineiston analysointina.</p> <p>Tutkimusaineiston keruuta varten laadin lomakkeen, jossa on neljä hoitokokousta käsittelevää kysymystä. Lomakkeeseen tuli muutama taustakysymys sekä avoimia kysymyksiä, joihin hoitajat vastasivat omin sanoin. Vastaaminen tapahtui täyttämällä lomake hoitokokouksen yhteydessä ja aineisto kerättiin syys-lokakuussa 2008. Aineisto analysoitiin induktiivisen sisällön analyysin mukaan ja käsitteet sekä kategoriat muodostettiin tutkimusaineiston pohjalta.</p> <p>Vastauksissa oli paljon yhteneväisyyttä ja vastausten painopisteet hoitotyön ja -kokouksen käytännöstä olivat vastaajilla samoilla alueilla. Suurimmasta osasta vastauksia sai sen kuvan, että potilas pystyi kertomaan vapaasti ja perustelevaan kertomaansa.</p> <p>Tutkimukseni tulosten pohjalta moniäänisyys hoitokokouksissa voidaan esittää niin, että kaikki osallistuvat tahot saavat mahdollisuuden puhua ja kaikki tulevat myös kuulluiksi. Kokoukseen osallistuvien hoitohenkilöiden vuorovaikutusta edistävä vaikutus toteutuu parhaiten, mikäli osallistuvat henkilöt ovat potilaalle jo aiemmin tuttuja.</p> <p>Dialogia estäviä tekijöitä ovat yleisesti kiire ja ajan puute. Estävänä tekijänä aiemmissa tutkimuksissa mainittua asiantuntijalähtöistä hoitotyötä ei vastauslomakkeissa suoranaisesti tullut ilmi, mutta siihen viittaavaa varautuneisuutta potilaan osalta kylläkin.</p> <p>Hoitokokouksissa lähdettiin liikkeelle potilaan omasta kertomuksesta ja yksipuolinen tutkimustulos kertoo osaston ammattitaidosta ja yhteisistä linjoista. Tutkimuksen tulokset tukevat hyvin osaston omia tavoitteita yhteistoiminnallisen hoitokulttuurin vahvistumiseen työskentelyn lähtökohdaksi.</p>			
Avainsanat			
psykiatria, yhteistoiminnallinen hoito, dialogi, hoitokokous, vuorovaikutus			

Degree Programme in		Degree	
Nursing and Health Care		Bachelor of Health Care	
Author/Authors			
Liisa Leskinen			
Title			
Listening to Psychiatric Patients in Care Meetings			
Type of Work	Date	Pages	
Final Project	Autumn 2009	19 + 3 appendices	
<p>ABSTRACT</p> <p>This final project was part of The Collaborative Care Model in Psychiatric Nursing Project, that was carried out by: Helsinki Metropolia University of Applied Sciences, Helsinki, Finland, Helsinki City Aurora Hospital (Wards 15-6C and 6-1), Helsinki, Finland, and HUCH Psychiatry Center (Wards 2 and 6), Helsinki, Finland.</p> <p>According to earlier studies, psychiatric nursing and health care was institutional, expert-based and passifying toward patients. The objective of my study was to describe how collaboration between patients and nursing staff was actualised in care meetings. In this study, I searched answers to the following questions: How patients participated in care meeting? Which aspects promoted/prevented it? My final project was a literature view and a small research.</p> <p>To gather information, I made a form that included four questions about the care meeting. There were questions about the background situation and some open-ended questions. The nurses in the psychiatric hospital ward filled out the forms in their own words. The gathering of the information happened between September and October in 2008. The material was analysed by using the methods on inductive content analysis.</p> <p>There were many similarities in the answers: the answers focused on nursing and health care and the methods used in the meetings. From most of the answers, one could draw the conclusion that the patient was free to tell his/her views and s/he could rationalise his/her aspects.</p> <p>Moreover, everyone had an opportunity to tell his/her aspects and everyone was listened to. The collaboration in the meetings was most effective when the participants were familiar to the patient. Elements that prevented the dialogue in the meetings were usually hurry and a lack of time. Expert-based nursing and health care that was found in the previous researches, were not really found in this study.</p> <p>The starting point in the meetings was the patients own narration, and this one-sided result explained the ward staff's professionalism and common policy. The results supported the principles and goals of the psychiatric hospital wards to build and strenghten collaborative care culture.</p>			
Keywords			
psychiatric nursing, collaborative care, dialog, care meeting, narration			

PSYKIATRISEN POTILAAN KUULLUKSI TULEMINEN HOI- TOKOKOUKSESSA

Liisa Leskinen 0503062
Metropolia Ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveyala
Tukholmankatu 10
Hoitotyö SHS05S1A
Opinnäytetyö
13.3.2009
Ohjaaja: Pirjo Roivas-Mäkinen

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	1
2	YHTEISTOIMINNALLINEN HOITOTYÖ	2
2.1	Yhteistoiminnallisuus hoitokokouksessa	2
2.2	Dialogisuus ja potilaan kuulluksi tuleminen hoitokokouksessa	4
3	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	6
4	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	6
4.1	Aineiston keruu	6
4.2	Aineiston analyysi	7
5	TULOKSET	8
5.1	Hoitokokouksiin osallistujat	8
5.2	Hoitokokouksen kulun lyhyt kuvaus	10
5.3	Dialogisuutta edistävät tekijät hoitokokouksessa	11
5.4	Dialogisuutta estävät tekijät hoitokokouksessa	13
6	POHDINTA	15
6.1	Opinnäytetyön tulosten tarkastelua	15
6.1.1	Miten potilaan osallistuminen mahdollistui hoitokokouksessa?	15
6.1.2	Mitkä tekijät edistivät ja estivät dialogia hoitokokouksessa?	16
6.1.3	Potilaan kertomus ja näkökulma	17
6.2	Opinnäytetyön eettisyys	18
6.3	Opinnäytetyön luotettavuus	19
6.4	Lopuksi	19
	LÄHTEET	20
	LIITTEET 1- 3	

1 JOHDANTO

Opinnäytetyöni aiheena on ”Psykiatrisen potilaan kuulluksi tuleminen hoitokokouksessa” ja toteutan sen suppeana kirjallisuuskatsauksena, tutkimuksena sekä tutkimusaineiston analysointina. Aluksi työnimenä oli ”Yhteistoiminnallisuuden toteutuminen hoitokokouksessa”, mutta se tarkentui matkan varrella nykyiseen muotoonsa. Täten työssä olevissa liitteissä saattaa olla käytössä vanhempi työnimi, mutta tutkimuksen fokus ja tavoitteet ovat koko ajan pysyneet samoissa asioissa. Opinnäytetyöni kuuluu osaksi Metropolia ammattikorkeakoulun ja Helsingin kaupungin terveyskeskuksen sekä HYKS:n Psykiatriakeskuksen projektia ”Yhteistoimintamallin kehittäminen psykiatriseen hoitotyöhön”. Tämä aihe kiinnostaa minua sen takia, että olen sitä tehdessäni tekemisissä psykiatrian osaston henkilökunnan kanssa ja täten yhteydessä käytännön hoitotyöhön.

”Yhteistoimintamallin kehittäminen psykiatriseen hoitotyöhön” -projektin tarkoituksena on kehittää psykiatrisen hoitotyön käytäntöä yhteistoiminnalliseksi. Kehittämisprojekti toteutetaan yhteistyössä Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin HYKS:n Psykiatriakeskuksen, Helsingin terveyskeskuksen Auroran sairaalan ja Stadian (nyk. Metropolia ammattikorkeakoulu) hoitotyön koulutusohjelman kanssa. Projektiin osallistuu kaksi suljettua vuodeosastoa (osastot 2 ja 6) Psykiatriakeskuksesta ja kaksi suljettua vuodeosastoa (osastot 6-1 ja 15-6C) Auroran sairaalasta. Projektin tarkoituksena on luoda yhteistoimintamalli psykiatrisen hoitotyön käytäntöön ja arvioida sen toimivuutta käytännön hoitotyössä. Projektin tavoitteena on kehittää hoitotyötä potilaslähtöiseen suuntaan, jolloin potilaan ja hänen verkostonsa voimavarat pyritään aktivoimaan täysimääräisesti käyttöön. (Roivas-Mäkinen – Eriksson – Mattila – Ruotsalainen 2006: 2-5.)

Tein työni yhteistyössä Auroran sairaalan psykiatrisen osaston 15-6C kanssa, jonne olin yhteydessä projektin aikana. He olivat olleet kiinnostuneina ideastani, joten tein mielelläni yhteistyötä heidän kanssaan. Valmis työni palvelee ensisijaisesti osaston henkilökuntaa heidän työssään, mutta toivoin että myös potilaat ja heidän omaiset kokisivat mukanaolonsa positiiviseksi eikä häiritseväksi asiaksi.

Osasto 15-6C on Malmin psykiatrian poliklinikan vastuualueen akuuttipsykiatrisen suljettu osasto. Sinne tulevat osastohoitoon vaikeimmin sairaat, joiden hoitaminen ei ole

enää avohoidossa mahdollista. Hoidon jatkuvuuden turvaamiseksi avohoito ja osasto tekevät paljon yhdessä työtä.

Osastolla on 12 sairaansijaa, mutta käytännössä osaston hoitovastuulla on useimmiten enemmän potilaita. Osastolla on miehiä ja naisia, ikäjakauma on laaja alkaen 18-vuotiaista nuorista aikuisista vanhuksiin. Hoitoajat voivat vaihdella muutamasta päivästä moneen kuukauteen.

2 YHTEISTOIMINNALLINEN HOITOTYÖ

Aiempaa tutkimustietoa aiheesta löytyi jonkin verran, mutta rajallisen ajan vuoksi päädyin tarkastelemaan vain muutamaa tutkimusta lähemmin. Vuokila-Oikkosen väitöskirja aiheesta on erittäin hyvä ja kattava teos, jonka pohjalta oli helppo miettiä lähestymiskeinoja aiheeseen. Toinen tutkimus jota tarkastelin lähemmin, oli Kauko Haarakankaan väitöskirja ”Hoitokokouksen äänet”. Näiden lisäksi olen käyttänyt Laura Vehkamäen, Pia Ylännen ja Marja-Leena Yrjösen opinnäytetyötä aiheesta ”Hoitohenkilökunnan käsityksiä yhteistoiminnallisen hoitotyön toteutumisen edellytyksistä ja esteistä” tarkastellessani tutkimustuloksia.

Seuraavassa olen tarkastellut ja avannut muutamia keskeisiä käsitteitä koskien opinnäytetyöni aihetta.

2.1 Yhteistoiminnallisuus hoitokokouksessa

Perinteinen psykiatrinen hoito on aiempien tutkimusten mukaan ollut laitoskeskeistä, asiantuntijalähtöistä ja potilasta passivoivaa. Psykiatrasta hoitoa on kuitenkin pyritty kehittämään mm. terapeutin yhteisön lähestymistavan mukaisesti, joka edellyttää asiantuntijoilta auktoriteettien purkamista ja asettumista tasa-arvoiseen yhteistyösuhteeseen potilaan kanssa. Vastakohtana yhteistoiminnalliselle hoitotyölle on asiantuntijalähtöinen hoito.

Yhteistoiminnallisen psykiatrisen hoidon edellytyksinä ovat jaettu vastuu, konsultoiva ohjaus, osallistuminen, vuoropuhelu ja vastuullinen toiminta. Hoidon lähtökohtana on potilaan ja hänen läheisensä kertomus potilaan tilanteesta, ja ohjaus perustuu konsultaa-

tion. Vuoropuhelu ja kaikkien osapuolten osallistuminen hoitoon mahdollistuu yhteistyön kautta. Aikaisemmissa tutkimuksissa on korostunut psykiatrisen potilaan, hänen perheensä ja verkostonsa sekä asiantuntijoiden yhteistyö neuvottelutilanteissa. (Vuokila-Oikkonen 2002: 21.)

Yhteistoiminnallinen työskentely on asiakaslähtöistä toimintaa, jota voidaan luonnehtia käsitteillä molemminpuolinen kunnioitus, yhdenvertaisuus ja rehellisyys. Yhteisymmärrystä haetaan vuoropuhelun avulla jota toteutetaan yhteistyöneuvotteluissa. Tällaisten tapaamisten avulla saadaan hoitosuunnitelma, jossa määritetään ongelmat, sekä hoidot tavoitteet, menetelmät ja toteutus. Hoitajan yhteistoiminnalliset hoitotaidot tarkoittavat sitä, että hoitaja suuntaa omaa toimintaansa joustavasti tilanteen vaatimalla tavalla. Hänen tulisi kyetä tukemaan potilasta niin, ettei tämä tule hoitavista henkilöistä riippuvaksi.

Yhteistoiminnallinen työskentelytapa on haaste järjestelmille, valtarakenteille, johtamiselle ja muille toimintakäytännöille. Se edellyttää toiminnan muutoksia ja luopumista periteisestä autoritaarisesta työskentelytavasta. Potilaalle muutos tarkoittaa siirtymistä passiivisen vastaanottajan roolista vastuulliseksi osallistujaksi. Lähtökohtana ovat potilaan todellisuuden kohtaaminen ja siitä lähtevä uuden rakentaminen. Yhteistoiminnallinen hoito perustuu yhteistyöhön potilaan ja hänelle läheisten ihmisten kanssa. Yhteistyöneuvottelusta käytetään psykiatrisessa hoitamisessa myös käsitettä hoitokokous. Hoitokokous on terapeuttisia päämääriä varten luotu sosiaalinen vuorovaikutustilanne, jossa hoito toteutuu keskusteluna. Hoitokokouksessa hoitava asiantuntijaryhmä on osa potilaan ongelman herättämää vuorovaikutusprosessia.

Psykiatrinen terveydenhuolto on Suomessa viime vuosikymmeninä kehittynyt voimakkaasti perhekeskeiseen ja avohoitopainotteiseen suuntaan. Hoitokokouksesta on kehittynyt perustapahtuma perhekeskeisessä hoidossa, sekä sairaala- että avohoidossa. Hoitokokouksessa potilas, hänen perheenjäseniään ja muitakin potilaalle läheisiä ihmisiä kokoontuu työryhmän kanssa keskustelemaan hoitoon liittyvistä asioista. Koko hoitoon kuuluu yleensä useita hoitokokouksia. (Haarakangas 1997: 14-15.)

Yhteistoiminnallinen hoito sisältää myös varmistavan, ymmärtävän ja kasvattavan hoidon piirteitä, silloin kun potilaan tilanne sitä vaatii. Oleellista yhteistoiminnallisessa hoidossa on kuitenkin tilanteenmukainen toiminta. Tämä tarkoittaa sitä, että asiantuntija

kykenee analysoimaan potilaan tilanteen yhdessä potilaan kanssa ja toimimaan perustellusti potilaan voimien ja sen hetkisen tilanteen vaatimalla tavalla.

Aiempien hoitotieteellisten tutkimusten tulosten mukaan hoitajat ja potilaat pitävät hoidon yhteistoiminnallisuutta merkityksellisenä vaikkakin käytännön toimintatavat ovat vielä paljolti perinteisiä. Esimerkiksi arvioiva toimintatapa hoitajien kesken ja valmius palautteeseen omasta toiminnasta ja oman toiminnan arviointi vaatii vielä kehittämistä ja kouluttautumista. Potilaat ovat vastausten perusteella kiinnostuneita osallistumaan omaan hoitoonsa aktiivisesti, mutta heidän asemansa on perinteisen alisteinen suhteessa asiantuntijoihin. (Latvala – Saranto – Pekkala 2005: 28-29.)

Vuokila-Oikkosen (2002: 54-57.) mukaan psykiatrinen yhteistyöneuvottelu oli yhteistoiminnallista, jos siihen osallistujat määrittivät ja jakoivat yhteisen kertomisen kohteen, osallistujilla oli katsekontakti ja auktoriteetti antoi tasapuolisesti tilaa kaikille osallistujille. Yhteistoiminnallisuus edellytti asiantuntijoilta avoimia ja perusteltuja kysymyksiä.

Aiemmin tehdyn opinnäytön tuloksista on nähtävissä, että hoitohenkilökunta on nimenmennyksen edellytyksinä yhteistoiminnallisuuden toteutumiseksi avoimen dialogin, toimivan moniammatillisen yhteistyön, hoidollisen päätöksenteon kaikkia osapuolia kuullen, ajallisten resurssien riittävyyden sekä potilas- ja omaislähtöisyyden. Esteinä toiminnalle he ovat maininneet seuraavat asiat: resurssien riittämättömyys, potilaan ja hänen läheistensä vaikeus osallistua yhteistyöhön, henkilökunnan sitoutumattomuus yhteistoiminnallisuuteen, asiantuntijalähtöisyys sekä epäselvä vastuunjako hoitajien ja lääkäreiden välillä. (Vehkamäki – Yläne- Yrjönen 2008: 25-27.)

2.2 Dialogisuus ja potilaan kuulluksi tuleminen hoitokokouksessa

Dialogilla tarkoitetaan kaksinpuhelua, vuoropuhelua tai keskustelua. Sen tavoitteena on yhteisymmärryksen saavuttaminen joka mahdollistuu vuorovaikutuksen kautta. Osapuolet vaikuttavat toisiinsa ja vaikuttuvat toisistaan kommunikaation kautta. Vuorovaikutuksen ja kommunikaation avulla he testaavat, tarkistavat ja kyseenalaistavat toisen puheita. (Mönkkönen 2002: 33-43.) Vaikka vuorovaikutuksen pyrkimyksenä on yhteisen ymmärryksen rakentuminen, voi liiallinen pyrkimys siihen sulkea todellisia ristiriitoja ja näkemyseroja ulkopuolelle keskustelusta. (Mönkkönen 2002: 56)

Dialogisuudella ja yhteistoiminnallisella hoidolla on yhteisiä tekijöitä, joita ovat jaettu valta osallistuvien tahojen kesken sekä osallistuvan vuoropuhelun merkityksen korostaminen. Vuorovaikutus saa aikaan yksilöllisen ja jaetun tietoisuuden kehittymisen, joka taas mahdollistaa hoitohenkilökunnan, potilaan ja läheisten yhteistyön suunniteltaessa hoitoa, sen toteutusta ja arviointia. Dialoginen vuorovaikutussuhde voi johtaa voimavarojen löytymiseen ja tuottaa uusia ja luovia ratkaisuja, joita osallistujat yksin eivät tulisi ajatelleeksi. (Janhonen 1999: 334-336.)

Haarakankaan (1997: 104-108.) mukaan dialogisuus edellyttää sitä, että työryhmässä ollaan avoimia uusille ei-psykiatrisillekin määrittelyille joka mahdollistaa moniäänisyyden toteutumisen. Uudet käsitteet ja yhteisymmärrys niistä auttavat yhteisten tavoitteiden ja päämäärien asettamisessa ja vahvistaa keskusteluiden kielellistä kehitystä. Tämä taas auttaa yhteisymmärryksen ja yksilöllisen hoitosuhteen luomisessa.

Vuokila-Oikkosen tutkimuksen tulosten mukaan psykiatrinen yhteistyöneuvottelu sisälsi kertomatonta kertomusta. Hänen väitöskirjassaan käsiteltiin lähinnä ”narratiivisuus” -käsitettä ja sen toteutumista hoitokokouksessa eikä niinkään dialogisuutta. Kuitenkin käsitteet kulkevat niin rinnakkain, että väitöskirjan avulla voidaan tarkastella myös dialogisuuden ja vuorovaikutuksen toteutumista. Yhteistoiminnallinen hoito edellytti aikaa, jotta kaikki voivat tuoda näkökulmansa yhteisen kertomuksen rakentamiseen. Jaettu ymmärrys potilaan tilanteesta mahdollistui, jos kaikkien osallistujien kertomukset olivat vuorovaikutuksessa keskenään. (Vuokila-Oikkonen 2002: 35-37.)

Vuorovaikutusta on tutkittu lähinnä sanallisen vuorovaikutuksen näkökulmasta, mutta siitä, millaista sanatonta ja sanallista vuorovaikutusta psykiatrisessa hoidossa rakennetaan, on tutkittu vähän. Kuitenkin ihmisenä oleminen ja ihmisen kertomus rakentuu sanallisesti ja sanattomasti. Sanattoman vuorovaikutuksen ilmaiseminen on opittua ja kulttuurisidonnaista, jolloin sen tulkitseminen vaatii myös kyseessä olevan kulttuurin tuntemista. (Vuokila-Oikkonen 2002: 21.)

Tarkasteltaessa vuorovaikutusta potilaan ja sairaanhoitajan yhteistyön näkökulmasta siinä korostuvat vuorovaikutuksen keskeiset tekijät, joita ovat potilaan kuuntelu, tukeminen, avoimuus, aitous ja empatia. Dialogi hoitajan ja potilaan välillä auttaa potilasta arvioimaan voimavarojaan, niiden laatua, omaa käyttäytymistään ja kykyjään olla vuorovaikutuksessa muiden ihmisten kanssa. (Latvala ym. 2005: 25.)

3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Opinnäytetyöni tarkoituksena on kuvata yhteistoiminnallisuuden toteutumista hoitokouksissa. Työni kautta haen vastausta seuraaviin kysymyksiin: Miten potilaan osallistuminen mahdollistui hoitokokouksessa? Mitkä tekijät edistivät/estivät dialogia hoitokokouksessa?

Ensimmäisessä kysymyksessä haen vastausta siihen, tuliko potilaan ”kertomus” esiin ja kuulluksi hoitokokouksessa. Tavoitteena on saada tietoa siitä, otettiinko potilas omaisneen huomioon hoidollisia päätöksiä tehdessä, vai jäikö hän enemmän passiiviseen ja ”alisteiseen” rooliin. Näiden lisäksi pyrin kartoittamaan hoitokokouksissa ilmeneviä dialogisuutta edistäviä ja estäviä tekijöitä.

Osaston on itse määritellyt tämän projektin tavoitteeksi tarkastella, kuuluuko potilaan ja hänen perheensä ääni hoitokokouksessa ja tehdäänkö päätökset hoitokokouksessa vai jossain muualla. Käytännön kannalta on tavoitteena se, että potilaan asioista keskustellaan hänen kanssaan ja hänen kuullen.

4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

4.1 Aineiston keruu

Tutkimusaineiston keruuta varten laadin lomakkeen, jossa on neljä hoitokokousta käsittelevää kysymystä. Kysymykset on laadittu mm. Vuokila-Oikkosen väitöskirjasta saatujen käsitteiden ja tutkimustietojen pohjalta. Lomake esiteltiin ennen aineiston keruuta osastonhoitajalle, joka sai antaa palautetta lomakkeen toimivuudesta ja mahdollisia parannusehdotuksia siihen.

Suunnittelin aineiston keruun siten, että hoitajat itse täyttävät suunnittelemani kyselylomakkeen hoitokokouksen yhteydessä. Lomakkeessa on muutama taustakysymys sekä avoimia kysymyksiä, joihin hoitajat vastasivat omin sanoin. Avoimilla kysymyksillä

toivoin saavani vastauksia, jotka antavat mahdollisuuden vastaajille havainnoida ja kuvata tilannetta omin sanoin ilman johdattelua.

Lomakkeen kanssa lähetin osaston hoitohenkilökunnalle myös saatekirjelmän, jossa kerroin kyselyn tarkoituksesta ja tärkeydestä työni kannalta.

Päädyin käyttämään avoimia kysymyksiä, sillä koin sen olevan helpoin tapa hoitajille vastata kysymyksiin ilman johdattelua. Tutkimuskysymykseni tarkentuivat opinnäytetyön edetessä suunnitelmasta toteutusvaiheeseen, ja niiden pohjalta suunnittelin itse kysymykset myös tutkimuslomakkeeseen. Lopullisiin kysymyksiin päädyin siitä syystä, että samoja teemoja käytetään myös kirjallisuuskatsaukseni lähteissä.

Kyselyyn vastaaminen tapahtui täyttämällä lomake hoitokokouksen yhteydessä. Lomakkeet olivat osastonhoitajalla, joka jakoi ne hoitajille. Keskustelin osastonhoitajan kanssa myös siitä, että hän pyrkii saamaan mahdollisimman monta eri henkilöä vastaamaan samojen vastausten ja yksittäisen henkilön kuormittamisen välttämiseksi.

Aineiston keruu osastolta oli suunniteltu tapahtuvaksi toukokuun 2008 aikana, mikäli tutkimuslupahakemukseni on siihen mennessä käsitelty. Käytännössä tämä tapahtui kuitenkin syys-lokakuun 2008 aikana, koska lupahakemuksen käsittely viivästyi. Kun tutkimuslupahakemukseni oli käsitelty ja sain luvan tutkimustani varten, toimitin tutkimuslomakkeen sekä henkilökunnalle kirjoittamani saatekirjelmän osastolle. Koska hoitokokouksia pidetään osastolla lähes päivittäin, kuukausi riitti aineiston keräämiseen hyvin. Tavoitteenani oli saada 15 - 20 täytettyä lomaketta ja lopulta niitä palautui minulle 22 kappaletta. Tämän takia kuukausi on sopiva aika antaen myös henkilökunnalle hieman joustoa, esimerkiksi mikäli lomakkeen täyttäminen ei jokaisen kokouksen yhteydessä onnistu. Täytetyt lomakkeet hain itse osastolta.

4.2 Aineiston analyysi

Sisällön analyysillä pyritään saamaan kuvaus tutkittavasta ilmiöstä tiivistetyssä ja yleisessä muodossa. Analyysin lopputuloksena tuotetaan tutkittavaa ilmiötä kuvaavia kategorioita, käsitteitä, käsitejärjestelmä tai malli. Ensimmäinen vaihe on analyysiyksikön määrittäminen, joka tavallisimmin on yksi sana tai sanayhdistelmä. Yksikön valitsemisen jälkeen aineisto luetaan läpi. Analyysiprosessin jatkuminen tämän jälkeen riippuu

siitä, käytetäänkö induktiivista vai deduktiivista analyysiprosessia. (Kyngäs – Vanhanen 99: 4-6.)

Saatuani tutkimusaineiston, aloitin aineiston analyysin. Lomakkeita palautui yhteensä 22 kappaletta, joka oli mielestäni hyvä määrä. Kirjoitettuani puhtaaksi lomakkeet, etsin niistä esiin tulleita yhteisiä tekijöitä sekä sanatarkasti että synonyymien muodossa. Analyysyksiköksi valitsin lauseen, joka ilmaisi joko dialogisuutta edistävää tai estävää tekijää.

Aloitin lomakkeiden purkamisen numeroimalla lomakkeet, jonka jälkeen kirjasin jokaisesta lomakkeesta ensimmäiseen tutkimuskysymykseen vastaavat alkuperäisilmaisut omaksi tiedostokseen. Näin jatkoin myös toisen tutkimuskysymysten kohdalla. Tämän jälkeen pelkistin alkuperäisilmaisuja ja jaoin ne samaa ilmiötä kuvaaviin ryhmiin. Sen jälkeen abstrahoin eli liitin nämä ilmaisut samaa asiaa ilmaiseviin kategorioihin. Lomakkeiden numerointi helpotti tässä tapauksessa niin järjestelmällisyyttä kuin perehtymistä yhden lomakkeen kaikkien vastausten tarkastelua myöhemmässä vaiheessa. Lopuksi nimesin aineistolle niitä yhdistävät yläkategoriat.

Analyysiprosessiksi tuli täten induktiivinen sisällön analyysi, koska muodostin käsitteet ja kategoriat tutkimusaineiston pohjalta. Induktiivisessa analyysissä aineistosta pelkistetään, ryhmitellään ja abstrahoidaan prosessissa käytettävät käsitteet. Deduktiivista analyysiprosessia ohjaa aiemmasta tiedosta saatu valmis viitekehys.

5 TULOKSET

5.1 Hoitokokouksiin osallistujat

Lomakkeiden taustatiedoissa kysyin kokouksiin osallistujia. Tähän ei aina mainittu potilasta mukaan, vaikka hänen läsnäolonsa tuli lomakkeen muissa kysymyksissä ilmi. Myöskään hoitajia ei pystynyt kaikista vastauksista erittelemään sairaanhoitajiksi tai lähi-/perushoitajiksi, joten näiden osalta käytin tilastoinnissa yhteistä nimittäjää ”hoitaja”.

TAULUKKO 1. Hoitokokouksiin osallistujat

Hoitokokous	Lääk.	Hoit.	Psyk.	Avoh. lääk.	Avoh. hoit.	Omai- nen	Opis- kelija	T.ter.	Pot .	Sos. tt.
N:o 1	x	x	x						x	
N:o 2	x	x	x						x	
N:o 3	x	x	x						x	
N:o 4	x		x	x	x	x			x	
N:o 5	x	x							x	
N:o 6	x	x							x	
N:o 7		2				2			x	x
N:o 8		3							x	x
N:o 9	x	x							x	
N:o 10	x	2					x			
N:o 11		x	x		x		x		x	
N:o 12	x	x	x						x	
N:o 13	x	x	x						x	
N:o 14	x		x						x	
N:o 15	2	3						x	x	
N:o 16	x	x	x						x	
N:o 17	x	x		x	x	x	x		x	
N:o 18		x	x						x	
N:o 19	x	x							x	
N:o 20		x	x						x	
N:o 21	x	x	x				x		x	
N:o 22	x	x				x			x	

Hoitoa osastolla toteuttaa moniammatillinen työryhmä; lääkäri, psykologi, sosiaalityöntekijä, toimintaterapeutti ja tarvittaessa fysioterapeutti. Hoitotyöntekijöitä on 14. Käytännön hoito tapahtuu hoitoryhmissä, joissa lääkärin lisäksi ovat mukana potilaan omahoitajat sekä tarpeen mukaan erikoistyöntekijöitä, esimerkiksi sosiaalityöntekijä.

Lääkäri oli paikalla 22:sta kokouksesta 18:ssa. Yleisin kokoonpano kokouksiin osallistuvissa potilaan lisäksi oli lääkäri, hoitaja ja psykologi, joka toteutui seitsemässä tapauksessa. Kahdesta lomakkeesta puuttui kokonaan hoitaja, joskin toisessa oli mainittu hoitaja avohoidon puolelta. Muita usein läsnäolevia tahoja olivat avohoidon lääkäri (n=2), avohoidon hoitaja (n=3), omaiset (n=4) sekä hoitotyön opiskelija (n=4). Ainoa yksittäisenä mainintana esiin noussut ammattiryhmä oli toimintaterapeutti. Kaikissa tapauksissa läsnä oli potilas, vaikka saattoikin poistua kesken kokouksen paikalta (n=1).

Kaikissa lomakkeissa vastattiin, että hoitokokouksen lähtökohtina olivat potilaan kertomus ja näkökulma. Vaikka kaikkia toiveita ei välttämättä pystytty toteuttamaan sairauden takia, potilaan omasta kertomuksesta/kokemuksista/näkökulmista lähdettiin liikkeelle, ja sen lisäksi annettiin muita näkökulmia ja mielipiteitä.

5.2 Hoitokokouksen kulun lyhyt kuvaus

Hoitokokouksen kulun kuvaus sisälsi lähinnä hoitokokouksen tarkoituksen ja sen pitämiseen johtaneet tapahtumat. Tällaisia olivat osastohoitoon tulon syyn tarkastelu, osastohoidon kulku sekä mahdollisuudet uloskirjoitukseen ja avohoidon tarpeen määrittely.

”Kyseessä haastattelu (mahdollista) kuntoutusosastolle siirtymistä varten. Potilaan oma kertomus omasta tilanteestaan ts. sairaalahoidon syistä, perhetilanteesta, tämänhetkisestä toimintakyvystä ja avun/kuntoutuksen tarpeesta. Potilaalle kerrottiin kuntoutusosaston toiminnasta ja tarkoituksesta.”

Myös potilaan elämäntilanteen ja sairauden, voinnin sekä toimintakyvyn selvittäminen olivat hoitokokouksessa käytäviä keskeisiä asioita.

”Keskusteltu potilaan tulevaisuudesta, suunniteltu keinoja tukea potilasta kohden siviili- ja työelämää pienin askelin.”

Myös hoidon tarvetta ja potilaan lääkitystä arvioitiin. Lomakkeissa kuvattiin hyvin kokouksen kulku ja yleinen ilmapiiri, joka saattoi vaihdella estyneestä luontevan avoimeen.

”Potilaan omia toivomuksia ja ehdotuksia kyseltiin. Kerrottiin potilaalle lääkelisäyksestä minkä toivotaan auttavan hänen psykoottisiin oireisiinsa ja heikentyneeseen toimintakykyyn.”

Kokousta kuvattaessa nousi usein esiin potilaan kuulemisen ja informoinnin tarve, jotta päästäisiin yhteisymmärryksen ja yhteistyön mahdollistavaan keskusteluun. Monessa tapauksessa painopiste kokouksessa oli sen hetkisen hoidon tarpeen arviointi sekä jatkohoidon vaatimat toimenpiteet, kuten avohoidon tarve ja lääkityksen jatkuvuus.

5.3 Dialogisuutta edistävät tekijät hoitokokouksessa

Aineistosta nousi esiin viisi yläkategoriaa kuvaamaan dialogisuutta edistäviä tekijöitä (Taulukko 2.) Edistäviä tekijöitä aineiston mukaan ovat avoimuus, luottamus, pyrkimys yhteisymmärrykseen, potilaslähtöisyys sekä potilaan ja/tai omaisen kyky ilmaista itseään.

TAULUKKO 2. Dialogisuutta edistävät tekijät hoitokokouksessa

Pelkistetty ilmaisu	Alakategoria	Yläkategoria
annettiin tilaa puhua kaikilla mahdollisuus esittää näkökantojaan	<ul style="list-style-type: none"> - tilaisuus kysyä ja kertoa - aikaa kertoa 	MONIÄÄNISYYDEN MAHDOLLISTAMINEN
Potilas hyvin tuttu, kaikki osapuolet luottivat toisiinsa	<ul style="list-style-type: none"> - salliva ja avoin ilmapiiri - tuttu hoitosuhde - luottamuksen säilyttäminen läpi hoitosuhteen 	LUOTTAMUS
Jokainen kysyi ja kommentoi tilaisuus kertoa oma, eriäväkin näkemys	<ul style="list-style-type: none"> - yhteiset tavoitteet hoidollisesti - potilaan kiinnostus hoitoonsa ja siihen liittyviin asioihin - vastavuoroisuus 	PYRKIMYS YHTEISYMMÄRRYKSEEN
Kiinnostus potilaasta ja hänen tilastaan	<ul style="list-style-type: none"> - kuunneltiin toiveita ja ajatuksia 	POTILASLÄHTÖISYYS
Vanhemmat ja potilas tulivat kuulluiksi	<ul style="list-style-type: none"> - omaisen tuoma tuki 	POT./OMAISEN KYKY ILMAISTA ITSEÄÄN

Moniäänisyyden mahdollistaminen

Tilanteen ja ilmapiirin avoimuutta kuvailtiin kaikkien osapuolten kuuntelemisena ja mielipiteiden sallimisena. Kaikilla osapuolilla tuli olla tilaa ja aikaa ilmaista itseään. Pääpaino oli tietenkin potilaassa, mutta myös hoitajien mahdollisuus tuoda näkökantoja

esiin mainittiin. Tarvittaessa tätä helpotettiin puhumalla asioista arkisemmalla kielellä lääketieteen termien sijaan sekä esittämällä avoimia kysymyksiä eri osapuolille.

”Potilaan omasta arviosta voinnistaan oltiin kiinnostuneita, ja hänen toivomuksiinsa/ehdotuksiaan (jatko)hoidosta kyseltiin. Potilas sai tehdä haluamansa kysymykset, mihin vastattiin ja toivomukset pyrittiin toteuttamaan.”

”Potilas sai omin sanoin kertoa tilanteestaan ja hänen mielipiteitään kunnioitettiin.”

Luottamus

Potilaan kokema turvallisuus ja eri tahojen keskinäinen luottamus toisiinsa nousi esiin vastauksissa. Potilaan hoitohistorian tunteminen ja tuttujen hoitajien läsnäolo tukivat sitä. Luottamusta kasvattaviksi tekijöiksi mainittiin muutamassa tapauksessa potilaalle jo ennestään tuttujen hoitajien läsnäolo.

”Potilas hyvin tuttu, kaikki osapuolet luottivat toisiinsa. Voitiin todennäköisesti puhua avoimesti tilanteesta.”

Pyrkimys yhteisymmärrykseen

Kaikkien osapuolten pyrkimys yhteisymmärrykseen edesauttoi dialogisuutta ja mahdollistui eri tavoin. Potilasta kuuntelemalla ja ottamalla huomioon hänen tarpeitaan pystyttiin hoitoon liittyviä asioita toteuttamaan kaikkia miellyttävällä tavalla. Mielipiteet ja päämäärät pyrittiin tuomaan julki, jotta yhteinen tavoite olisi kaikkien tiedossa.

”Käytiin läpi sairaalahoitoon johtaneet syyt, osastohoidon kulku perusteluineen. Pohdittiin jatkohoitoa ja tehtiin siitä sopimuksia. Potilaan ymmärrystä/tietoa tapahtuneesta pyrittiin lisäämään ja potilaan omaa vastuuta ja itsemääräämisoikeutta tukemaan ja lisäämään.”

Potilaslähtöisyys

Kokouksissa pyrittiin ottamaan potilaan toiveet ja ehdotukset koskien hänen hoitoaan huomioon. Aina niihin ei pystytty vastaamaan potilaan toivomalla tavalla, mutta lähtökohtana oli lähteä purkamaan asioita potilaan kannalta edulliseen suuntaan.

”Potilasta kuultiin, hänen omia näkemyksiään ja kokemuksiaan...Jokainen kysyi ja kommentoi.”

Potilaan/omaisen kyky ilmaista itseään

Aineistosta nousi esiin tilanteita, joissa potilas koki omaisensa suureksi tueksi ja voimavaraksi. Tämä edisti dialogisuutta ja moniäänisyyttä tuomalla läheisen mielipiteen esiin ja joissain tapauksissa vain tueksi potilaan jo kertomaan asiaan.

”Vanhempien avoin ja suora vuorovaikutus vaika asiat olivat hankalia käsitellä. Avohoidon ja osaston näkemysten yhteensaattaminen. Potilaan hyvä verbaalinen kyky.”

5.4 Dialogisuutta estävät tekijät hoitokokouksessa

Dialogisuutta estävinä tekijöinä nousi aineistosta esiin kuusi yläkategoriaa. (Taulukko 3.) Näitä olivat sairautentunnottomuus, varautuneisuus, psyykinen sairaus ja sen oireet, ajan puute, eriävät näkökulmat sekä liiallinen hienotunteisuus/varovaisuus.

TAULUKKO 3. Dialogisuutta estävät tekijät hoitokokouksessa

Pelkistetty ilmaisu	Alakategoria	Yläkategoria
<ul style="list-style-type: none"> - potilaasta sairaalahoito oli hoitovirhe ja turhaa - ei halua puhua asioistaan 	<ul style="list-style-type: none"> - hoidon kokeminen loukkauksena - sairautentunnottomuus 	POT. YHTEISTYKYVYTTÖ-MYYSS
<ul style="list-style-type: none"> - epäluulo, mistä on kysymys - Potilas hämmentynyt ja jännitti tilannetta 	<ul style="list-style-type: none"> - epäluulo hoitoa ja henkilökuntaa kohtaan - pelko ja hämmennyt uutta tilannetta kohtaan 	VARAUTUNEISUUS
<ul style="list-style-type: none"> - Potilas ajoittain täysin psykoottisessa maailmassaan - jäi välillä kuuntelemaan harhojaan 	<ul style="list-style-type: none"> - sairauden aiheuttamat haitat potilaalle, harhat 	PSYKKINEN SAIRAUSS JA SEN OIREET

- kiire	- ei riittävästi aikaa	AJAN PUUTE
- pot. ei koe tarvitsevänsä apua	- ei yhteistä näkemystä hoidosta	ERIÄVÄT NÄKÖKULMAT
- olisi voitu tehdä rohkeampia kysymyksiä	- uuden tilanteen hämmennys	”LIALLINEN HIENOTUNTEISUUS”

Potilaan yhteistyökyvyttömyys

Hoitohenkilökunnalla ja potilaalla saattoi olla myös hyvin eriäviä näkemyksiä hoidosta ja sen tarpeesta, jolloin vuorovaikutus estyi. Tällaisesta esimerkkinä oli potilaan käsitys sairaalaan toimittamisesta virheenä. Potilas itse saattoi tuntea olevansa ”elämänsä kunnossa” eikä täten nähdyt tarvetta hoidolle taikka hoitokokoukselle.

Varautuneisuus

Osalle potilaista tilanne oli uusi ja ensimmäistä kertaa edessä. Tämän koettiin aiheuttavan hämmennystä ja jossain tapauksissa jopa pelkoa hoitajia ja tilannetta kohtaan.

”Potilas ehkä hieman varautunut, koska osaston henkilökunta ei ole hänelle kovin tuttua, koska potilas ollut ainoastaan polikliinisesti käymässä osastolla ECT –hoidon yhteydessä.”

Psyykinen sairaus ja sen oireet

Estävänä tekijänä saattoi olla myös potilaan psyykinen tila ja sairauden aiheuttamat oireet, kuten ääniharhat. Tällöin potilaaseen syntynyt yhteys katkesi ja kontaktia oli vaikea pitää yllä.

”Potilas ajoittain täysin psykoottisessa maailmassaan, jolloin ei pystynyt kontaktiin/keskusteluun.”

Ajan puute

Muutamassa lomakkeessa tuli esiin kiire ja se, ettei aikaa ollut välttämättä välttämättä ollut tarpeeksi kaikkien asioiden syvälliseen käsittelyyn.

”Nyt ei suurempia ongelmia ollut, ehkä ajanpuute?”

Eriävät näkökulmat

Joissakin tapauksissa potilas koki hoidon vääränä tai loukkaavana, joka vaikeutti yhteisten päämäärien löytymistä myös hoidolliselta kannalta.

”Liiallinen hienotunteisuus”

Joskus tilanne saattoi olla potilaalle uusi eikä hän mahdollisesti kokenut itseään vapautuneeksi esittämään kysymyksiä. Joissakin tapauksissa oli myös viitteitä siitä, että opiskelijan läsnäolo tai hänen oma jännittämisensä heijastui myös muihin osallistujiin.

”Ehkä epäluulo, mistä tässä on oikein kysymys. Olisi voinut tehdä rohkeampia kysymyksiä, ”liika hienostuneisuus” -> ehkä kuitenkin normaalia etäisyyden pitämistä ja toisen kunnioittamista.”

6 POHDINTA

6.1 Opinnäytetyön tulosten tarkastelua

Yhtä lukuunottamatta kaikki lomakkeet tulivat takaisin täysin täytettyinä, joten osaston hoitohenkilökunnalla on hyvä käsitys aiheesta ja sen tärkeydestä. Vastauksissa oli paljon yhteneväisyyttä, joten painopisteet hoitotyön ja -kokouksen käytännössä olivat vastaajilla samoilla alueilla. Koin tämän mahdollisesti osaston kokonaistoimintaa auttavana asiana, jonka avulla voidaan luoda ja muokata yhteisiä arvoja ja selkeyttää hoitotyötä.

6.1.1 Miten potilaan osallistuminen mahdollistui hoitokokouksessa?

Potilas oli jokaisessa kokouksessa itse paikalla ja kertomassa omaa näkemystään. Tämä mahdollisti potilaan aktiivista osallistumista hoitoonsa ja on potilaslähtöisen hoitotyön kannalta tärkeää. Myös omaisia ja tuttuja hoitajia tuotiin kokouksiin mukaan helpottamaan avoimen ilmapiirin luomista. Yhteistyön avulla pyrittiin luomaan vuoropuhelua, johon kaikki osapuolet saivat osallistua. Hoitajien ammattitaito ja joustavuus tilanteiden vaatimalla tavalla näkyivät vastauksissa. Potilasta aktivoitiin ja tuotiin tasa-arvoiseksi

osallistujaksi hoitoonsa liittyvissä asioissa ja päätöksenteossa. Aiemmin tutkimuksissa mainittua alisteista suhdetta ei vastauksista päätellen päässyt syntymään. (Latvala ym. 2005: 28-29)

Vuokila-Oikkosen kuvaamiin ”aktiivinen osallistuja” ja ”passiivinen osallistuja” tuloksiin verrattuna lomakkeista löytyi lähinnä ”aktiivista osallistujaa”. Tämä näkyi vastauksissa parhaiten luonnehdintana siitä, että hoitajat eli asiantuntijat mahdollistivat ja edesauttoivat kertomista ja puhumista samasta asiasta. Suurimmasta osasta vastauksia sai sen kuvan, että potilas pystyi kertomaan vapaasti ja perustelemaan kertomaansa. Vuokila-Oikkosen kuvaamaa ”passiivinen osallistuja” –kertomusta ei vastauksissa juurikaan esiintynyt. Eniten yhteneväisyyksiä tutkimustuloksissa löytyi ”Jaettu, rytmien yhteistyö” –kertomuksen osalta, mutta koska lomakkeet olivat yksinomaan hoitajien täyttämiä ja täten subjektiivisia väkisinkin, ei tätä voida todentaa. Kuitenkin tilanne itsessään voidaan samaistaa kummankin tutkimuksen välillä, koska yhteisiä tekijöitä löytyy esimerkiksi hoitokokoukseen osallistujista. Päätelmänä voidaan siis sanoa, että tutkimukset enemmän täydentävät toisiaan kuin olisivat täydellisesti vertailukelpoisia koska lähtökohdat ovat niin erilaiset.

6.1.2 Mitkä tekijät edistivät ja estivät dialogia hoitokokouksessa?

Hoitohenkilökunta oli kiinnostunut potilaasta ja hoitotyön kannalta ymmärrettiin hoitokokouksen tärkeys koko hoitopolussa. Näkemysten yhtensovittaminen oli ikään kuin henkilökunnan ”vastuulla”. Luottamuksen luominen ja se, ettei potilas koe tilannetta uhkaavana korostuu psykiatrisella puolella. Dialogin toteutumisella on potilaan kyvyille käyttää ja arvioida omaa käyttäytymistään tärkeä rooli, joka näkyy vastauksissa. Eriäviä mielipiteitä sallittiin mutta jokaista osapuolta kuultiin. Aiemmissa tutkimuksissa ja tutkimustuloksissa tulleita asioita nousi esiin myös saamissani vastauslomakkeissa. Näitä olivat mm. se että potilasta pidetään vastuullisena osallistujana ja vaikuttajana kokoukseen, hänelle annetaan aikaa ja ja hoitosuhteessa edetään potilaan tahdissa. Päätöksiä pyritään tekemään potilasta kuuntelemalla ja potilas pyritään ottamaan mukaan hoidon suunnitteluun. (Vehkamäki – Yläne- Yrjönen 2008: 40)

Tutkimukseni tulosten pohjalta moniäänisyys hoitokokouksissa voidaan esittää niin, että kaikki osallistuvat tahot saavat mahdollisuuden puhua ja kaikki tulevat myös kuulluiksi. Kaikkien mielipiteet ovat yhtä arvokkaita ja eriävät mielipiteet tulee sallia ja ilmaista. Kokoukseen osallistuvien henkilöiden vuorovaikutusta edistävä vaikutus toteutuu par-

haiten, mikäli kokoukseen osallistuvat henkilöt ovat potilaalle jo aiemmin tuttuja. Myös perheen ja omaisten mahdollisuus osallistua on vuorovaikutusta edistävä tekijä. Avomuudella tarkoitetaan sitä, että kokouksessa uskalletaan puhua vaikeista ja aroista asioista niitä vähättelemättä tai sivuuttamatta.

Dialogia estäviä tekijöitä ovat yleisesti olleet kiire ja ajan puute. Saamissani tuloksissa se tuli kyllä yhtenä tekijänä ilmi, mutta ei niin useassa tapauksessa kuin olisi voinut olettaa. Painopiste vastauksissa oli enemmän vuorovaikutuksellisissa asioissa ja kommunikaatiota vaikeuttavissa seikoissa kuten uuden tilanteen aiheuttama hämmennys.

Estävänä tekijänä on aiemmin mainittu etenkin asiantuntijalähtöinen hoitotyö. Tähän viittavia ominaisuuksia ei kuitenkaan saamissani lomakkeissa tullut suoranaisesti ilmi, mutta pohdittavaa onkin, liittyykö tuloksissa mainittu varautuneisuus kuitenkin siihen. Näiden näkökohtien tarkka vertailu on vaikeaa, koska en ole ollut itse fyysisesti läsnä kun vastauslomakkeita on täytetty. Luotan kuitenkin hoitohenkilökunnan itsekriittisyyteen ja halukkuuteen kehittyä tässä asiassa, koska jokaisessa lomakkeessa vastattiin asiaan jotain. Dialogisuutta estäviä tekijöitä voidaan pyrkiä ehkäisemään mutta ei varmasti välttämään. Varautuminen niiden tulemiseen auttaa ja on tärkeää, jotta mahdollinen ongelmatilanne saadaan purettua ja täten saadaan hoidollisesti tärkeitä päätöksiä tehtyä kaikkia osapuolia kunnioittaen. Olen henkilökohtaisesti positiivisesti yllättynyt huomattessani lomakkeista ettei estäväksi tekijäksi mainittu kiirettä kuin kahdessa tapauksessa. Tämä on hyvä asia, koska tutkimuksen mielekkyyden kannalta on parempi tarkastella asioita jotka liittyvät yhteistoiminnallisuuteen ja sen kehittämiseen.

6.1.3 Potilaan kertomus ja näkökulma

Potilaan omasta kertomuksesta lähdettiin kokouksissa liikkeelle ja mielestäni yksipuolinen tutkimustulos kertoo osaston ammattitaidosta ja yhteisistä linjoista. Tämä on ensiarvoisen tärkeää yhteistoiminnallisuuden toteutumiselle ja kehitykselle psykiatrisessa hoitotyössä. Henkilökunta tuntui mieltävän vastausten perusteella asian tärkeäksi ja mahdollisesti hoitotyötä auttavaksi tekijäksi. Tulokset tukevat hyvin osaston omia tavoitteita yhteistoiminnallisen hoitokulttuurin vahvistumiseen työskentelyn lähtökohdaksi.

Hoitohenkilökunta koki, että kaikissa tapauksissa lähtökohdana oli potilaan oma kertomus, eikä täten aiemmissa tutkimuksissa esitettyä ”häpeä” –kertomusta olisi tullut esiin.

Tähän pätee kuitenkin sama näkökanta kuin aiemmin esitettyihin kohtiin, että kokemus on hoitajan eikä potilaan, eikä pysty sitä tässä tutkimuksessa mitenkään kumoamaan. Kuitenkin vastauksista välittyi tunne siitä, että potilasta kannustettiin vilpittömästi tuomaan omia tunteitaan ja kertomustaan esiin.

6.2 Opinnäytetyön eettisyys

Tutkimusongelmat ovat rajattu niin, että ne palvelisivat mahdollisimman hyvin osaston henkilökuntaa heidän toimintansa kehittämisessä. Tutkimuskysymyksiä muodostettaessa oli apuna kirjallisuutta ja aiempia tutkimuksia helpottamassa käsitteiden ja termien rajaamista. Koska osastolla oli aiemmin jo toteutettu eräänlainen tutkimus jossa hoitaja tarkasteli hoitokokouksen kulkua, halusin omalla tutkimuksellani ja kysymyksillä erottaa siitä. Tämän takia valitsin juuri yhteistoiminnallisuuden ja dialogisuuden keskeisiksi tekijöiksi. (Vehvilä-Julkunen 1998: 26-32.)

Tutkimusta varten hain tutkimuslupaa Helsingin kaupungin terveystieteiden keskukselta. Muiden toimikuntien lupaa ei tutkimusta varten ollut tarvetta hakea.

Koska aineisto kerättiin osastolla hoitajien toimesta, pysyivät potilastiedot salaisina eivätkä päätyneet osaston ulkopuolisille tahoille eikä niissä tullut esille mitään potilaan henkilöön liittyviä tietoja. Täten tutkimusta varten ei tarvinnut erikseen kerätä suostumusta potilastietojen käyttöön ja niiden salassapitoon. Potilaita oli käytännössä mahdoton tunnistaa lomakkeista, sillä minkäänlaisia henkilökohtaisia tietoja (esim. sukupuoli, ikä) ei niissä tullut ilmi.

Myöskään henkilökunnan nimiä ei kerätty missään kohtaa tutkimusta, ainoastaan virka-asetat kirjattiin tutkimuslomakkeeseen. Tämä tehtiin ainoastaan siksi että tiedetään osallistuvien henkilöiden määrä ja heidän edustamansa rooli hoitokokouksessa. Tällä tavoin kaikkien tutkimukseen osallistuvien tahojen anonymiteetti oli taattu.

Koska tutkimus keskittyi hoitajan tekemiin havaintoihin, en katsonut tarpeelliseksi tehdä erillistä kirjettä tutkimuksesta potilaille tai heidän omaisilleen. Mielestäni potilaan suullinen informointi hoitokokouksen yhteydessä oli riittävä.

6.3 Opinnäytetyön luotettavuus

Kylmän ja Juvakan mukaan tutkimuksen luotettavuuskriteereitä ovat uskottavuus, vahvistettavuus, reflektiivisyys ja siirrettävyys. Tutkimuksen tulokset ovat tutkittavien mielipiteitä tutkittavasta asiasta. (Kylmä - Juvakka 2007:127.) Opinnäytetöissäni pyrin ensisijaisesti tuomaan esille hoitohenkilökunnan kirjaamat asiat ja mielipiteet, mutta pohdinnassa hyödynsin omaa näkökulmaani. Aineiston keruun ja analysoinnin tutkin objektiivisesti.

Vahvistettavuus tarkoittaa tutkimuksen kulun kirjaamista siten, että joku ulkopuolinen pystyisi sen tekemään uudelleen (Kylmä - Juvakka 2007:127). Olen pyrkinyt tekemään tutkimuksen mahdollisimman toistettavaksi ja kuvaillut joka vaihetta. Opinnäytetyössäni kerrotaan kirjallisesti tutkimuksen vaiheet ja tutkitut kysymykset.

Reflektiivisyys tutkimuksessa tarkoittaa Kylmän ja Juvakan mukaan sitä, että tutkija on tietoinen omista lähtökohdistaan tutkimuksen tekijänä, joka tässä työssä on saada aiheesta hyväksytyt opinnäytetyö ja valmistua sairaanhoitajiksi. Työssäni toteutuu mielestäni myös tutkimuksen siirrettävyys, sillä tutkimuslomaketta ja sen kysymysten tarkoitellisuutta on kuvailtu ja perusteltu.

Laadullinen tutkimus aiheesta on perusteltu siksi, että halusin tutkia hoitajien mielipiteitä ja asenteita yhteistoiminnallisuudesta, potilaan kuulluksi tulemisesta ja niiden toteutumista.

6.4 Lopuksi

Opinnäytetyö on ollut haastava mutta antoisa kokemus. Motivaation työn tekemiseen löysin sen työelämälähtöisyydestä ja käytännönläheisestä aiheesta. Yhteistyö Auroran sairaalan osaston 15-6C:n kanssa on ollut erittäin helppoa ja sujuvaa. Suurin haaste koko työn aikana oli näinkin laajan työn hallitseminen ja jäsentäminen yksin. Koen kuitenkin tyytyväisyyttä ja iloa saadessani tukea ammatilliselle kehittämiselleni ja varmuutta tutkimustiedon hyödyntämiseen käytännön hoitotyössä.

LÄHTEET

- Haarakangas, Kauko 1997: Hoitokokouksen äänet. Jyväskylä: Jyväskylän Yliopisto.
- Hirsjärvi, Sirkka – Remes, Pirkko – Sajavaara, Paula 1997: Tutki ja kirjoita. Vantaa: Tummavuoren kirjapaino Oy.
- Janhonen, Sirpa. 1999: Dialoginen vuorovaikutus tutkimuskohteena: Yksilöllisellä ja jaetulla tiedostamisella kohti potilaslähtöistä hoitoa. *Hoitotiede* 11 (6) 334-339.
- Janhonen, Sirpa – Nikkonen, Merja 2001: Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Juva : WSOY.
- Kyngäs, Helvi – Vanhanen, Liisa 1999: Sisällön analyysi. *Hoitotiede* 11 (1) 3-12.
- Latvala, Eila – Saranto, Kaija – Pekkala, Eila 2005: Yhteistoiminnallisen hoitotyön kehittäminen mielenterveystyössä. *Tutkiva hoitotyö* 3 (2). 24 – 29.
- Mönkkönen, Kaarina. 2002: Dialogisuus kommunikaationa ja suhteena. Vastaamisen, vallan ja vastuun merkitys sosiaalialan vuorovaikutuksessa. Väitöskirja. Sosiaali-tieteiden laitos. Kuopio: Kuopion yliopisto.
- Osaston toiminta- ja kehittämissuunnitelma. 2006. Psykiatriaosasto Aurora 15-6 C.
- Paunonen, Marita – Vehviläinen-Julkunen, Katri 1998: Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY.
- Peiju, Anneliina 2006: Suljetun oven takana. *Sairaanhoitaja – Sjuksköterskan* 79 (11). 15-18.
- Roivas-Mäkinen, Pirjo – Eriksson, Elina – Mattila, Lea-Riitta – Ruotsalainen, Taru 2006: Yhteistoimintamallin kehittäminen psykiatriseen hoitotyöhön. Projektisuunnitelma. Helsinki: Helsingin ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysala. Hoitotyön koulutusohjelma.
- Vehämäki, Laura – Yläne, Pia – Yrjönen, Marja-Leena 2008: Hoitohenkilökunnan käsityksiä yhteistoiminnallisen hoitotyön toteutumisen edellytyksistä ja esteistä. Opinnäytetyö. Helsinki: Helsingin ammattikorkeakoulu. Sosiaali ja terveysala. Hoitotyön koulutusohjelma.
- Vehviläinen-Julkunen, Katri 1999: Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Helsinki: WSOY.
- Vuokila-Oikkonen, Päivi 2002: Akuutin psykiatrisen osastohoidon yhteistyöneuvottelun keskustelussa rakentuvat kertomukset. Oulu: Oulu University Press.

Arvoisa Auroran sairaalan osasto 15-6C hoitohenkilökunta

Olen neljännen vuoden sairaanhoitajaopiskelija Liisa Leskinen Metropolia ammattikorkeakoulusta. Opin-
näytetyöni aiheena on ”Yhteistoiminnallisuuden toteutuminen hoitokokouksissa.”

Tutkimuksen toteutan osastollanne kyselylomakkeen muodossa. Kyseessä on neljä kysymystä sisältävä
tutkimuslomake, jonka hoitaja täyttäisi hoitokokouksen yhteydessä. Lomakkeella on tarkoitus arvioida
yhteistoiminnallisuuden toteutumista sekä potilaan kuulluksi tulemistä hoitokokouksessa.

Opinnäytetyöni kuuluu osaksi koulumme ja Helsingin kaupungin terveystieteiden keskuksen sekä HYKS Psykiat-
riakeskuksen projektia ”Yhteistoimintamallin kehittäminen psykiatriseen hoitotyöhön”.

Helsingin kaupungin tutkimustoiminnan koordinaatioryhmä on myöntänyt tutkimustani varten tutkimus-
luvat. 3.6.2008. Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista.

Osallistumisesi tiedonkeruuseen täyttämällä lomake hoitokokouksen yhteydessä on työn onnistumisen
kannalta olennaisen tärkeää. Täytetty lomake palautetaan suljetussa kirjekuoressa osastonhoitajan huo-
neeseen.

Toivon että lopullinen työni tuo esiin uusia näkökulmia hoitotyöhön ja sen kehittämiseen osastollanne.
Yhteistyöstä kiittäen,

Liisa Leskinen, Sairaanhoitajaopiskelija, SHS05S1A, Metropolia Ammattikorkeakoulu
liisa.leskinen@metropolia.fi, puh. 041-5055982

Ohjaava opettaja: Pirjo Roivas-Mäkinen,
pirjo.roivas-makinen@metropolia.fi, puh 09-31081658

YHTEISTOIMINNALLISUUDEN TOTEUTUMINEN HOITOKOKOUKSESSA

PVM :

KOKOUKSEEN OSALLISTUJAT :
(virka-asema, ei nimiä)

A) Kuvaa lyhyesti kokouksen kulku (keskeisiä käsiteltäviä asioita, millä tavoin potilasta pyrittiin autamaan)

B) Mitkä tekijät mielestäsi edistivät vuorovaikutusta hoitokokouksessa?

C) Mitkä tekijät mielestäsi estivät vuorovaikutusta hoitokokouksessa?

D) Oliko mielestäsi kokouksen lähtökohtana potilaan kertoma kertomus ja näkökulma? Millä tavoin se toteutui? (voit jatkaa kääntöpuolelle)



HELSINGIN KAUPUNKI
 TERVEYSKESKUS
 Tutkimustoiminnan koordinaatioryhmä

PÖYTÄKIRJANOTE 5/2008 1 (1)

Liite 1 ; 2070 §

21.5.2008

114 §
 LIISA LESKISEN TUTKIMUSLUPAHAKEMUS

08-976/054

- | | |
|----------|---|
| Hakija | Helsingin ammattikorkeakoulu Stadian sairaanhoitajaopiskelija Liisa Leskinen |
| Aihe | Yhteistoiminnallisuuden toteutuminen hoitokokouksessa (Muu opinnäytetyö) |
| Lausunto | Johtajapsykiatri puoltaa 12.5.2008 tutkimusluvan myöntämistä |
| Päätös | Tutkimustoiminnan koordinaatioryhmä puoltaa tutkimusluvan myöntämistä ehdolla, että: <ul style="list-style-type: none"> • Tutkija lisää tiedotteeseen ohjeet lomakkeiden palauttamisesta, omat ja opettajansa yhteystiedot sekä maininnan tutkimusluvasta • Tutkimusraportista ei ole yksilöitävissä tutkimukseen osallistunutta henkilöä • Tiedotteessa ja/tai suostumusasiakirjassa tulee ilmetä tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuus • Tutkimuksesta ei saa aiheutua kustannuksia terveyskeskukselle, lukuun ottamatta lomakkeen täyttämiseen käytettävää aikaa • Tutkimuksen valmistuttua tutkimusraportti toimitetaan terveyskeskuksen käyttöön • Tutkija saapuu maksutta esittelemään tutkimuksen tuloksia siihen työyhteisöön, jota tutkimus koskee. |

Ilmoitus toimitusjohtajalle.

HANNA-LEENA NUUTINEN
 Hanna-Leena Nuutinen
 Sihteeri



Helsingin kaupunki
Terveyskeskus

TUTKIMUSLUPAPÄÄTÖS

3

Hakijan nimi Liisa Leskinen	Diaarinumero 08-976/054
Tutkimuksen nimi Yhteistoiminnallisuuden toteutuminen hoitokokouksessa	

- Myönnän tutkimusluvan tutkimustoiminnan koordinaatioryhmän lausunnossa ilmenevin ehdoin
- Myönnän samalla luvan saada tietoja salassa pidettävistä asiakirjoista ja henkilörekistereistä tutkimuslupahakemuksen mukaisesti
- Myönnän samalla sivutoimiluvan tutkimusta varten seuraaville henkilöille

- En myönnä tutkimuslupaa tutkimustoiminnan koordinaatioryhmän lausunnossa esitetyin perustein

Lisäehdot ja lisäperustelut

- Myönnän samalla sivutoimiluvan tutkimusta varten seuraaville henkilöille

Tutkimuksesta terveyskeskukselle aiheutuvat kustannukset saavat olla:

- hakemuksen mukaiset
- muut, mitkä:
- Tutkimuksesta aiheutuvista kustannuksista tehdään sopimus
- Lisäehdot liitteenä Perustelut liitteenä Liitteenä sairaala-apteekin tiedote

Muut liitteet

PÄÄTTÄJÄ

TOIMITUS- JOHTAJA	Päivämäärä	Pykälä	Allekirjoitus ja nimenselvennös
	3.6.2008	2090§ liitteet 1- 4	 Matti Toivola

Päätöksen jakelu:

- Tutkija / Tutkimusryhmän jäsenet Liisa Leskinen

- Terveyskeskuksen yksiköt: psykiatriaosasto
- johtajapsykiatri
- ylihoitaja Ulla Uusitupa, Auroran sairaala, PL 6800

- Tietohallintoyksikkö
- Sairaala-apteekki
- Tutkimustoiminnan koordinaatioryhmä
- Muut

- Oikaisuvaatimusohjeet