

Potilaan vastaanottaminen akuuttipsykiatrisella osastolla - potilaiden kokemuksia vastaanottotilanteesta



Haapanen, Beda

Laurea-ammattikorkeakoulu
Tikkurila

Potilaan vastaanottaminen akuuttipsykiatrisella osastolla - potilaiden kokemuksia vastaanottotilanteesta

Beda Haapanen
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Maaliskuu, 2010

Beda Haapanen

Potilaan vastaanottaminen akuuttipsykiatrisella osastolla - potilaiden kokemuksia vastaanottotilanteesta

Vuosi 2010

Sivumäärä 50

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata vastaanottotilannetta akuuttipsykiatrisella osastolla potilaiden kokemusten näkökulmasta. Aineisto kerättiin akuuttipsykiatrisen osaston potilailta strukturoidun kyselylomakkeen avulla, jossa oli myös kaksi avointa kysymystä. Kyse-lytutkimus toteutettiin 30.10.2009-29.1.2010 välisenä aikana. Osaston potilaista 21 osallistui kyselyyn.

Kyselyn tulokset käsiteltiin manuaalisesti ja niistä muodostettiin taulukot, joihin laskettiin muuttujien frekvenssi- ja prosenttijakaumat. Avointen kysymysten käsittelyssä hyödynnettiin sisällön analyysiä. Suurin osa vastaajista oli täysin tai jokseenkin tyytyväisiä vastaanottotilan- teeseen kokonaisuudessaan. Tyytyväisimpiä potilaat olivat vastaanottotilanteen turvallisuu- teen, täysin tyytyväisiä oli 71,4 %. Potilaat olivat tyytyväisiä myös vastaanottotilanteen rau- hallisuuteen, yksityisyyteen ja saamaansa kohteluun, kaikissa täysin tyytyväisten osuus oli 66,7 %. Vähiten tyytyväisiä potilaat olivat tiedon saantiin hoidon aloituksesta, täysin tyyty- mättömien osuus oli 14,3 %.

Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää Kellokosken sairaalan akuuttipsykiatrisella osastol- la, kun siellä kehitetään vastaanottotilannetta. Opinnäytetyön pohjalta on tehty ohjelehtinen. Lehtiseen on koottu keskeiset asiat, joita on tärkeitä huomioida potilaan vastaanottotilan- teessa.

Beda Haapanen

Admitting a patient on acute psychiatric ward - experiences of patients in the reception situation

Year	2010	Pages	50
------	------	-------	----

The objective of this study is to describe the reception situation from the patient's perspective on acute psychiatric ward. The data was collected from the patients on acute psychiatric ward by means of a structured questionnaire, which also included two open-ended questions. The questionnaire survey was carried out between October 30, 2009, and January 29, 2010. The questionnaire was filled in by 21 patients on the ward.

The results of the survey were processed manually, and they were converted into tables, containing calculated frequency and percentage distribution of the variables. Content analysis method was employed in evaluating the open-ended questions. The majority of respondents were either fully or somewhat satisfied with the overall reception situation. The patients expressed the greatest satisfaction with the safety of reception situation; 71,4 % out of all respondents were completely satisfied. Patients were also satisfied with the peaceful atmosphere, privacy, and the way they were treated during the reception situation; the percentage of those fully satisfied was 66,7 %. The patients were the least satisfied with the information they received about the details of treatment; the percentage of those completely unsatisfied was 14,3.

The results of this study can be utilized on Kellokoski Hospital acute psychiatric ward as the reception situation is developed there. A guide leaflet was produced on the basis of the study. The leaflet contains important aspects that need to be taken into consideration during the reception situation.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	7
2	POTILAAN VASTAANOTTO AKUUTTIPSYKIATRISELLA OSASTOLLA.....	9
2.1	Akuuttipsykiatrinen osasto.....	9
2.2	Vastaanotto käsitteenä	9
2.3	Vastaanotto hoitotyön toimintana akuuttipsykiatrisella osastolla	9
2.4	Psykiatriseen hoitoon tulo	10
2.5	Potilaan ja hoitajan kohtaaminen ammatillisena vuorovaikutustilanteena	11
2.5.1	Potilas-hoitaja suhde	12
2.5.2	Viestintä vuorovaikutustilanteessa.....	12
2.5.3	Fyysinen ympäristö vuorovaikutustilanteessa	13
2.6	Potilaan haastatteleminen.....	14
2.6.1	Haastattelun tavoitteet	15
2.6.2	Haastattelun kulku.....	15
2.6.3	Haastattelun puitteet	17
2.6.4	Ensimmäinen tapaaminen.....	17
2.6.5	Haastattelu vuorovaikutustilanteena	18
3	POTILASTYYTYVÄISYYS PSYKIATRISISSA SAIRAALAHOIDOSSA JA POTILASTYYTYVÄISYYDEN ARVIOINTI	19
3.1	Potilastyytyväisyyskäsite	20
3.2	Asiakaspalautteen hankinnan tarkoitus.....	20
3.3	Tyytyväisyysarvioinnin vahvuuksia ja heikkouksia	20
3.4	Aikaisemmat tutkimukset	21
4	TUTKIMUKSEN TAUSTAA JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	22
5	TUTKIMUSAINEISTO JA -MENETELMÄT.....	22
5.1	Kyselylomakkeen laatiminen	22
5.2	Kyselytutkimus	23
5.3	Tutkimukseen osallistujat ja aineiston hankinta.....	24
5.4	Aineiston analyysi	24
6	TUTKIMUKSEN TULOKSET	26
6.1	Vastaaajien taustatiedot.....	26
6.2	Potilaiden kokemukset vastaanottotilanteesta.....	27
6.3	Potilaiden parannusehdotukset ja muut kommentit	30

7	POHDINTA.....	31
7.1	Tulosten tarkastelu.....	31
7.2	Tutkimuksen luotettavuus	32
7.3	Tutkimuksen eettisyys	33
7.4	Kehittämishaasteet ja jatkotutkimusaiheet	34
7.5	Itsearviointi.....	35
	LÄHTEET	36

LIITTEET

Liite 1: Ote Mielenterveyslaista

Liite 2: Tutkimuslupahakemus

Liite 3: Tutkimuslupa

Liite 4: Tiedote avustajille

Liite 5: Potilastiedote

Liite 6: Suostumus potilaskyselyyn osallistumisesta -lomake

Liite 7: Potilaskyselylomake

Liite 8: Tiedote henkilökunnalle

Liite 9: Ohjelehtinen hoitajille

1 JOHDANTO

Potilas muodostaa hoitoon sitoutumisen ja hoidon onnistumisen kannalta merkityksellisen ensikäsitksen sairaalasta ja sen henkilökunnasta vastaanottotilanteen yhteydessä (Talkkari 2003: 42). Potilaiden kokemukset auttavista tekijöistä keskittyvät hoidon alkuvaiheeseen ja siksi hoidon alkuvaihe on merkittävä hoidon onnistumisen kannalta. Psykiatrisen erikoissairaanhoidon sairaansijojen määrä on vähentynyt. Samalla sairaalahoitojaksot ovat lyhentyneet. Sairaalaan sisään otettavien potilaiden tulovaiheessa hoidon nopea aloittaminen, sairaudentilan ja elämäntilanteen tutkiminen ja jatkohoidon järjestäminen on entistä tärkeämpää. (Talkkari 2003: 3.)

Hoidon hyvän aloittamisen kehitysprojekti HAP2 projektityöryhmä määritteli potilaan hoidon aloittamisen kriteereiksi: 1) Diagnostinen tutkimus alkaa heti, 2) Suunnitelmallinen hoito alkaa heti, 3) Potilaan hoito alkaa turvallisesti, 4) Tarvittava tieto on nopeasti käytössä, 5) Potilas sitoutuu hoitoonsa ja 6) Yhteistyö perheen ja verkoston kanssa alkaa heti. (Talkkari 2003: 18.)

Sanotaan, että toimet, jotka tukevat potilaan sitoutumista, voisivat vaikuttaa kansanterveyteen huomattavasti enemmän kuin minkään yksittäisen lääkehoidon kehittäminen. Parempaan sitoutumiseen voivat ajan mittaan johtaa potilaan kokemus kuulluksi tulemisesta, tuesta ja hoidon yksilöllisestä suunnittelusta. Luottamuksen rakentamisella on suuri vaikutus potilaan hoidon tuloksellisuuteen. (Pitkälä & Savikko 2007: 501-502.)

Psykiatristen potilaiden vastaanottotilanteesta on hyvin vähän tutkimuksia. Niiden tarve nousee esille useista lähteistä (Välivaara 2003: 6). Myös psykiatristen potilaiden tyytyväisyyttä sairaalahoitoon on tutkittu vähän, vaikka muiden potilasryhmien tyytyväisyyttä on tutkittu paljon. Hoitotyön tulee lähteä potilaan tarpeista ja tällöin potilaan tyytyväisyys on hoidon olennainen tavoite ja siksi osa hoidon laatua. (Varis 2005: 7-15.) Potilastyytyväisyys kuvaa palveluiden järjestämisen, toimivuuden ja tuloksen laadukkuutta, joten potilastyytyväisyysmittauksia voidaan käyttää hoitotyön laadun tarkkailuun (Kontunen, Koponen, Laitinen & Veijalainen 1996). Potilastyytyväisyyskyselyjen tuloksia käytetään myös osana laadunhallintaa (Brommels, Kupiainen & Peiponen 1996). Tyytyväisyysmittaukset puolustavat paikkaansa siitäkin huolimatta, että käytettyjä mittareita on kritisoitu, koska osa niistä on osoittautunut luotettavuudeltaan heikoiksi. Täysin virheetöntä mittaria on kuitenkin vaikea luoda. (Varis 2005: 6.)

Opinnäytetyön aiheen ja kehitysajatuksen sain Kellokosken sairaalan osasto 12 osastonhoitajalta ollessani kyseisellä osastolla kesätöissä. Opinnäytetyöni tarkoituksena on kuvata Kellokosken sairaalan akuuttipsykiatriselle osastolle 12 tulleiden potilaiden kokemuksia vastaanot-

totilanteesta. Potilaiden kokemuksia vastaanotosta kerättiin tyytyväisyyskyselyllä. Tyytyväisyyttä mitattiin seuraavista aihealueista: vastaanottotila ja vastaanottotilan turvallisuus, kohtelu, annetun tiedon riittävyys, kuulluksi tuleminen ja vastaanoton kokeminen.

Tutkimustulosten ja hankitun teorian perusteella on koottu potilaan vastaanottamisen olennaisimmat asiat ohjelehtiseksi. Ohjelehtinen on tarkoitettu hoitajille vastaanottotilanteen avuksi. Ohjelehtistä voivat hyödyntää erityisesti uudet työntekijät ja hoitoalan opiskelijat. Tutkimusprosessin aikana osastonhoitajan kanssa sovittiin, että ohjelehtisestä tehdään yleisluontoinen. Lehtiseen ei laiteta osastokohtaisia käytännön toimintaohjeita. Saatuja tutkimustuloksia voidaan hyödyntää osastolla käytännön hoitotyössä, kun vastaanottotilannetta kehitetään. Koko tutkimusprosessi on myös kehittänyt omaa osaamistani tulevana sairaanhoitajana.

2 POTILAAN VASTAANOTTO AKUUTTIPSYKIATRISELLA OSASTOLLA

2.1 Akuuttipsykiatrinen osasto

Yleispätevää määritelmää akuuttipsykiatriselle osastolle on vaikea löytää. Tämä johtunee siitä, että on olemassa paljon erilaisia akuuttipsykiatrisia osastoja. Yleensä osasto on erikoistunut johonkin tiettyyn potilasryhmään. Akuuttipsykiatrisella osastolla voidaan hoitaa esimerkiksi päihdepsykiatrisia potilaita, psykoottisia potilaita tai mielialahäiriöistä kärsiviä potilaita, riippuen siitä, mihin osasto on erikoistunut. Pääsääntöisesti akuuttipsykiatrisella osastolla hoidetaan potilaita joiden tilanne on akuutti eli kiireellistä hoitoa vaativa. Akuuttipsykiatrinen osasto voi olla suljettu tai avoin osasto. Erityisen akuutissa tilanteessa olevat potilaat sijoitetaan suljetulle akuuttipsykiatriselle osastolle. Suljetulla akuuttipsykiatrisella osastolla voidaan toteuttaa mielenterveyslain mukaisia tarkkailuja ja tahdosta riippumatonta hoitoa sekä myös vapaaehtoista hoitoa. Avoimella akuuttipsykiatrisella osastolla voidaan hoitaa potilaita, jotka ovat vapaaehtoisesti hoidossa, mutta ei potilaita, jotka ovat hoidossa tahdosta riippumatta.

2.2 Vastaanotto käsitteenä

Suomenkielessä sana vastaanotto muodostuu kahdesta sanasta ”ottaa” ja ”vastaan”. Käsitteellä vastaanotto on monta merkitystä ja se liittyy erilaisiin asioihin ja tilanteisiin. Esimerkiksi ajankohta, jonka aikana lääkäri ottaa vastaan potilaita ja/tai paikka jossa jotakin otetaan vastaan. Vastaanotto käsite liittyy siis toimintaan, joka tapahtuu jossakin tilassa. Vastaanotto käsitteenä kuvaa vuorovaikutustilannetta, jossa on vastaanottaja ja vastaanotettava. Näiden roolien luonne voi olla epäsymmetrinen, jolloin vastaanottaja on ikään kuin vastaanotettavaa varten. (Eronen, Haarala, Grönros, Kolehmainen, Lehtinen, Nissinen & Suorsa 1994: 502.)

2.3 Vastaanotto hoitotyön toimintana akuuttipsykiatrisella osastolla

Potilaan saapuessa osastolle pyritään osastonlääkärin tapaaminen järjestämään mahdollisimman pian. Tällä pyritään siihen, että potilaan hoito alkaisi mahdollisimman pian. Potilaan tuleva omahoitaja osallistuu myös tapaamiseen, jos hän pääsee paikalle. Jos omahoitaja ei pääse paikalle tai omahoitajaa ei ole vielä valittu, tapaamiseen osallistuu joka tapauksessa lääkärin lisäksi joku osaston hoitajista. Mikäli osastonlääkäri ei ole paikalla, potilas voi tarvittaessa tavata päivystävän lääkärin. Kun potilas tapaa lääkärin, tapahtuu tulohaastattelu. Tulohaastattelu kuuluu lääkärin tehtäviin, mutta myös hoitaja voi osallistua siihen. Tulohaastattelussa lääkäri kerää potilaasta tietoja ja muodostaa niiden avulla arviota potilaan hoidontarpeesta.

Vastaanottotilanteeseen sisältyy potilaan sisäänkirjoittaminen osastolle. Osastolle saapumiseen kuuluu myös osaston tilojen esittely potilaalle. Tämän voi tehdä esimerkiksi omahoitaja tai joku muu osaston hoitajista. Potilaalle näytetään hänen huoneensa ja osaston muut tilat. Samalla potilaalle annetaan osastoesite, jossa kerrotaan osaston toimintaperiaatteista. Lisäksi potilaalle kerrotaan vielä suu-sanallisesti osaston käytännöistä ja toimintaperiaatteista. Tulovaiheessa käydään myös läpi potilaan tavarat. Osaston tiloissa ei saa pitää esim. omia lääkkeitä tai teräseiksi luokiteltavia esineitä. Lisäksi monilla osastoilla on olemassa potilaita varten arvotavaralokerot. Sinne on suositeltavaa laittaa mahdolliset arvotavarat, kuten rahat, pankkikortti, korut, jne. Tosin osastolle ei ole suositeltavaa tuoda suuria määriä rahaa tai mitään muutakaan erityisen arvokasta. Mikäli potilaalla on hallussa jotakin, jota ei saa viedä osaston puolelle, ne otetaan talteen ja palautetaan potilaalle osastohoidon jälkeen. Jos kyseessä on tahdosta riippumaton tarkkailuun ottaminen, tulee varmistaa, että Mielenterveyslain (liite 1) hoitoon määräämisen edellytykset ovat olemassa (Talkkari 2003: 42).

2.4 Psykiatriseen hoitoon tulo

Vastaanotolle tai hoitoon hakeutumisessa tarvitaan aina lääkärin lähete, koska psykiatriset tutkimukset ja hoito ovat lääketieteen erikoisalaa. Hoitoon hakeutuminen tapahtuu tavallisimmin perusterveydenhuollon eli terveyskeskuslääkärin tai työterveyslääkärin lähetteen avulla. Potilas voi itse hakeutua hoitoon tai hänet voidaan ohjata hoitoon mielenterveyslain nojalla. (Nordling & Toivio 2009: 237.)

Mikäli potilas on itse tunnistanut hoidon tarpeen ja hakeutuu omasta tahdostaan hoitoon, on hoidon lähtökohta hyvä. Mutta joidenkin psykiatristen potilaiden voi olla hyvin vaikea sitoutua hoitoon. Potilas voi kokea, että ei ole sairas ja tällöin yhteistyö vaikeutuu. Tämä ongelma esiintyy erityisesti tahdonvastaisesti toteutetussa hoidossa, mikä voi olla välttämätöntä potilaan sairauden ja turvallisuuden näkökulmasta. Hoitoon hakeutumista tai siihen sitoutumista voivat estää myös ihmisen häpeä sairaudesta sekä toivottomuus ja pelko. Potilas voi tuntea myös syyllisyyttä psyykkisistä oireistaan ja sairaudestaan. Hän voi kokea hoidon häpeälliseksi ja leimaavaksi. Tämän vuoksi potilas ei välttämättä kerro hoidosta muille tai yrittää kieltäytyä hoidosta. Hoito ja siihen liittyvä ympäristö voivat herättää myös pelkoa. (Hentinen & Kynäs 2008: 170.)

2.5 Potilaan ja hoitajan kohtaaminen ammatillisena vuorovaikutustilanteena

Mielenterveystyössä vuorovaikutuksen avulla tehdään työtä potilaan parantumisen edistämiseksi. Vuorovaikutus on ihmisten välinen jatkuva tilannesidonnainen tulkintaprosessi, jossa viestitään muille tärkeitä asioita, luodaan yhteyksiä toisiin, vaikutetaan heihin ja saadaan palautetta omasta toiminnasta. Yksilölliset tekijät, tilanne, asiayhteys ja toimintaympäristö vaikuttavat vuorovaikutusprosessiin ja nämä asiat vaikuttavat myös omaan ja muiden viestien tulkintaan ja päätelmiin. Viestintään liittyvien odotusten, tavoitteiden, ihanteiden ja normien oletetaan olevan vuorovaikutustilanteissa kulttuurista riippuvaisia. Kulttuurin katsotaan vaikuttavan siihen, miten välitettyjä viestejä arvioidaan ja tulkitaan ja miten viestitään erilaisissa vuorovaikutustilanteissa ihmisten välillä. (Pöllänen 2006: 8.)

Vuorovaikutus potilaan kanssa alkaa heti potilaan saavuttua osastolle. Vuorovaikutuksen avulla pyritään auttamaan potilasta. Potilas on jatkuvassa vuorovaikutuksessa oman elämäntilanteensa, historiansa, itsensä ja ympäristönsä kanssa. Potilas voi oppia näkemään elämänsä uudesta näkökulmasta potilaskeskeisen auttamisen seurauksena. Vuorovaikutuksen tavoitteena on ohjaussuhteen luominen. Ohjaussuhteessa vuorovaikutuksen avulla edistetään potilaan sitoutumista hoitoon. Hoitaja auttaa potilasta pääsemään tavoitteisiin eli terveydentilan parantumiseen. Sekä potilaan että hoitajan ajatukset, tunteet ja toiminnot vaikuttavat ohjaussuhteessa. Avainasemassa ohjaussuhteessa ovat potilaan omat näkemykset itsestään, elämästään ja myös potilaan toive siitä, minkä hän haluaisi muuttuvan. Hoitaja voi auttaa potilasta huomaamaan omia voimavarojaan sekä näkemään mahdollisuuksiaan uudella tavalla. Lisäksi hoitaja voi lisätä potilaan itsetuntemusta ja antaa informaatiota tiedollisissa ja taidollisissa ongelmissa. (Kyngäs, Kääriäinen & Lipponen 2006: 24.)

Hoitajalla ja potilaalla on samasta kohtaamisen ilmiöstä oma erilainen kokemuksensa. Kohtaaminen tapahtuu nykyhetkessä, mutta siinä on aina mukana menneisyys ja tulevaisuus. Potilas ja hoitaja voivat oppia paljon toisiltaan ja myös itsestään vuorovaikutustilanteessa. Vuorovaikutus on jatkuvaa vastavuoroisuutta eri osapuolten kesken, kummatkin osapuolet ovat aktiivisia toimijoita. Vuorovaikutuksesta ei ole kyse silloin, kun vaan toisella on mahdollisuus puhua tai vaikuttaa. Vuorovaikutuksessa ovat aina mukana niin hoitajan kuin potilaankin asenteet, persoonallisuus ja koko inhimillinen ihmisyyys. Ammatillista vuorovaikutusta hoitaja voi oppia harjoittelemalla. Samalla on hyvä tiedostaa omia asenteita ja tarvittaessa muuttaa niitä. Hoitaja arvioi potilaan kyvyn omaksua asioita ja tämän perusteella valitsee tavan, jolla hän viestii potilaan kanssa. Vuorovaikutukseen sisältyy aina riski tulla väärinymmärretyksi. Avoimuus on hyvä lähtökohta, mutta se ei ole aina helppoa, koska tällöin on mahdollisuus tulla hylätyksi tai hyväksytyksi, naurunalaiseksi, torjutuksi tai arvostelluksi. (Kyngäs, Kääriäinen & Lipponen 2006: 24-25.)

2.5.1 Potilas-hoitaja suhde

Psykiatristen potilaiden hoitotyössä hyvä potilas-hoitaja suhde on keskeinen osa hoitoa. Keskinäinen kunnioitus, vilpitön kiinnostus toista ihmistä ja hänen asiaansa kohtaan, asiallisuus, taito ilmaista ajatuksensa selkeästi ja kyky tehdä kysymyksiä ovat onnistuneen vuorovaikutuksen edellytyksiä. Havainnointikyky ja kuuntelutaito auttavat myös vuorovaikutuksen onnistumista. On järkevää ottaa selvää toisen osapuolen odotuksista sekä toiveista ja huomioida ne omassa käytöksessä. Tällöin vuorovaikutuksen on mahdollista onnistua ja täyttää tavoitteet, jotka sille on asetettu. (Kyngäs, Kääriäinen & Lipponen 2006: 25.)

Kunnioittava kohtelu, kuulluksi tuleminen, vakavasti ottaminen, potilaaseen luottaminen ja omaan hoitoon osallistuminen olivat potilaiden mielestä positiivisia hoitokokemuksia, selvisi Löfgrenin tutkimuksessa (1996). Kielteiset kokemukset liittyivät edellä mainittujen puuttumiseen. Luottamus, empatia ja välittäminen ovatkin ohjaussuhteen perusta. Autonomisuus ja vastavuoroisuus kuuluvat myös tärkeänä osana tähän. Rehellisyys, johdonmukaisuus ja hoitajan luotettavuus vaikuttavat luottamuksen syntyyn. Tutkimusten mukaan potilaat arvostivat sitä, että hoitajalla oli aikaa keskittyä potilaaseen ja että vuorovaikutus oli vapautunutta. Potilaiden mukaan hyvään ja tasa-arvoiseen kohtaamiseen kuului potilaan omien vointia koskevien tietojen kuuleminen. Potilaille turvallisuus tarkoitti, että heillä oli mahdollisuus ilmaista tunteitaan hoitosuhteen alkaessa, esim. huolestuneisuutta. (Kyngäs, Kääriäinen & Lipponen 2006: 25.)

2.5.2 Viestintä vuorovaikutustilanteessa

Jotta vuorovaikutus voisi onnistua, täytyy viestinnän olla sujuvaa. Tällöin hoitaja ja potilas ymmärtävät käymänsä keskustelun samalla tavalla, puhuvat samaa kieltä ja yhteisymmärrys saavutetaan myös tunteen tasolla. Osallistujien käsitykset, mielikuvat, tunteet, kokemukset, odotukset ja aiemmat tapahtumat edeltävät jokaista viestintätilannetta. Nämä asiat vaikuttavat vuorovaikutusprosessiin ja voivat vääristää viestin sisältöä sen vastaanottovaiheessa tai jo ennen sitä. Viestintä voidaan jakaa sanalliseen ja sanattomaan viestintään. (Kyngäs, Kääriäinen & Lipponen 2006: 25.)

Sanallinen viestintä on vain pieni osa ihmisten välillä tapahtuvaa vuorovaikutusta. Tämän vuoksi on tärkeää kiinnittää huomiota viestinnän selkeyteen ja yksiselitteisyyteen. Sanojen merkitykset vaihtelevat jopa saman kielen ja kulttuurin piirissä. (Kyngäs, Kääriäinen & Lipponen 2006: 25.) Jotta voidaan kommunikoida sanallisesti, tarvitaan puheen tuottamiseen ja vastaanottamiseen tarvittavat fysiologiset ja kognitiiviset mekanismit. Sanoilla, käsitteillä ja symboleilla kuvaillaan niitä asioita, joita toiselle osapuolelle halutaan sanoa. Sanallisen kom-

munikaation avulla voidaan ilmaista ajatuksia ja tunteita. Puhumalla ajatuksia tehdään näkyviksi ja kuulluiksi ja samalla voidaan havaita, mitä toiset ilmaisevat sanoillaan. Sanoilla voidaan ilmaista se, mitä halutaan sanoa, mutta sanoilla voidaan myös yrittää peittää se, mitä ei haluta sanoa. Sanoilla voidaan ilmaista myös peitettyjä merkityksiä. Sanomien sisältöön vaikuttavat puhujan tavoitteet, kommunikaatiotilanne ja -ympäristö. Verbaalisessa kommunikatiiossa sanoman merkitys ei synny vain puhutun kielen avulla, vaan sanaton viestintä on mukana tuottamassa merkityksiä. (Pöllänen 2006: 10.)

Ihmisten välisestä kommunikaatiosta suuri osa on sanatonta. Nonverbaalinen kommunikaatio perustuu sanattomiin merkkijärjestelmiin, jotka eivät perustu kieleen. Sanattomalla viestillä voi tukea, painottaa, täydentää, kumota tai korvata kokonaan sanallista viestintää. Ilmeet, katseet, eleet, kehon asennot ja liikkeet ovat sanatonta viestintää. Nämä viestit kertovat ihmisen tuntemuksista. Näitä viestejä lähetetään paljon myös tiedostamattomasti, joten viestien kontrollointi on vaikeaa. (Kyngäs, Kääriäinen & Lipponen 2006: 25-26.) Ihmisen sanattoman kommunikaation kehittymiseen vaikuttavat kulttuuri ja toimintamallit. Myös muiden ihmisten jäljittelyllä on merkittävä vaikutus nonverbaalisen viestinnän kehitykseen. Lisäksi läheiset ihmissuhteet, yksilölliset luonteenomaisuudet ja niiden ilmenemismuodot vaikuttavat sanattoman viestinnän kehittymiseen. (Pöllänen 2006: 10-11.)

Ihmisten väliseen viestintään vaikuttaa heitä ympäröivä tila. Tilan käytöllä on siis merkitystä viestinnässä. Esimerkiksi etäisyydellä toiseen ihmiseen voidaan välittää merkityksiä. Potilaiden on huomattu vuorovaikutustilanteissa tarkkailevan hoitotyöntekijöiden sanatonta viestintää. Saamansa vaikutelman perusteella potilaat mukauttavat toimintaansa. Ilman tilanneyheyttä nonverbaalisia viestejä on hankalaa tarkastella. Eleet antavat erilaisia vihjeitä, mutta yksittäisten eleiden tulkintaa tärkeämpää on tarkastella niitä vuorovaikutustilanteen kokonaisuudessa. (Pöllänen 2006: 11-12.)

Sanallisen ja sanattoman viestinnän yhdenmukaisuus on Mattilan (2001) tutkimuksen mukaan tärkeää. Hoitaja ilmaisee potilaalle näin kuuntelemista ja läsnäoloa. Mikäli näiden viestintätapojen välillä on ristiriita, se vie uskottavuutta viestin sisällöstä ja vuorovaikutustilanne voi epäonnistua. (Kyngäs, Kääriäinen & Lipponen 2006: 26.)

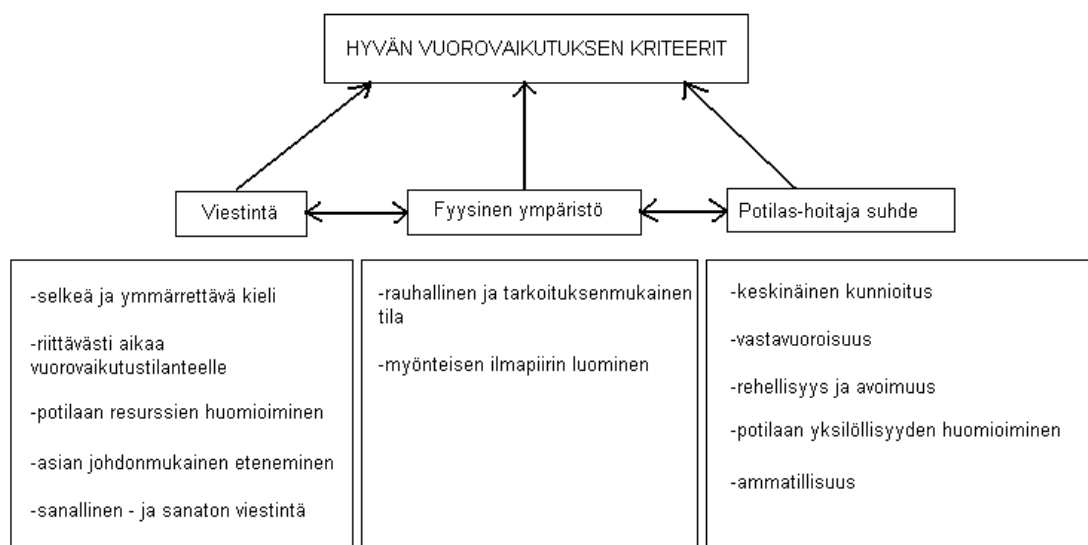
2.5.3 Fyysinen ympäristö vuorovaikutustilanteessa

Ympäristön tekijät voivat joko tukea tai heikentää vuorovaikutustilannetta. Hoitotyön kulttuuri, fyysinen ympäristö ja ihmissuhdeympäristö ovat tällaisia tekijöitä hoitoympäristössä. Kun ajatellaan fyysisen ympäristön merkitystä vuorovaikutustilanteessa, melko tärkeäksi nousee huone tai tila, jossa potilas keskustele hoitajan kanssa. Vuorovaikutustilanteen onnistu-

mista tukee rauhallinen ja kiireetön ympäristö, Anttila ym. (1999). Ideali huone olisi valoisa, rauhallinen ja hyvin äänieristetty. On hyvä, jos hoitaja ja potilas istuvat samalla tasolla. Sopiva keskusteluvälimatka riippuu keskustelijoista. Huoneen liian korkea lämpötila tai auringon häikäisy voivat rasittaa keskustelijoita. (Kyngäs, Kääriäinen & Lipponen 2006: 26.)

Hiidenhovi (2001) on tehnyt tutkimusta ympäristön merkityksestä ja todennut seuraavaa: Yksi osa palvelun laatua on ympäristön mukavuus. Osastolle tulo voi sävyttyä vahvasti sen mukaan, oliko ilmapiiri iloinen ja myönteinen. Potilaille merkitsi paljon odotustilojen siisteys, rauhallisuus ja viihtyisyys. Opasteiden sijoittelua ja yhteneväisyyttä kirjallisten ohjeiden kanssa pidettiin tärkeänä: koko ensivaikutelma sairaalasta saattoi syntyä tämän perusteella. (Kyngäs, Kääriäinen & Lipponen 2006: 26.)

Kuvion 1 kaaviossa on vielä kiteytettynä edellä kuvatut hyvän vuorovaikutuksen osatekijät: potilas-hoitaja suhde, viestintä ja fyysinen ympäristö. Kuten kaavion nuolet osoittavat, kaavi- on kaikki osaset vaikuttavat toisiinsa.



Kuvio 1. Hyvän vuorovaikutuksen kriteerit. (Kyngäs, Kääriäinen & Lipponen 2006: 28.)

2.6 Potilaan haastattelemisen

Potilaan haastattelemisen tavoitteena on arvioida potilaan sairaudentila, jotta hänelle voitaisiin asettaa tutkimus- ja hoitotavoite (Heikkinen, Henriksson, Lönnqvist, Marttunen & Parto-

nen 2006: 21). Haastattelija ja potilas ovat vuorovaikutustilanteessa, jossa haastattelijan taidot, haastattelun kulku ja puitteet vaikuttavat vuorovaikutuksen onnistumiseen. Hyvän vastaanottamisen kulmakiviä ovat huolellinen ja kokonaisvaltainen tulohaastattelu, jossa selvitetään potilaan voimavarat ja vahvuudet, eikä keskitytä pelkästään ongelmiin. Voimavarojen löytäminen luo potilaalle toivoa. (Alkila & Korpela 2007: 14.)

2.6.1 Haastattelun tavoitteet

Psykiatrisen työskentelyn perusta on potilaan kliininen haastattelu ja sen avulla tehtävä arviointi. Tämä kuuluu mielenterveystyöntekijöistä erityisesti lääkärin vastuulle. Eri ammattiryhmien edustajat voivat omassa tehtävässään kuitenkin soveltaa samoja haastattelun ja arvioinnin yleisperiaatteita. Haastattelututkimuksella on aina jokin yleinen päämäärä, joka rakentuu osatavoitteiksi haastattelun kuluessa. Haastattelun tavoitteena on aina potilaan tilan ja sitä selittävien tekijöiden ymmärtäminen. Ymmärtäminen ei kuitenkaan ole perimmäinen tavoite, sillä viime kädessä psykiatrisella haastattelulla pyritään tutkimus- ja hoitotavoitteiden asettamiseen. Jotta tähän päästäisiin, se edellyttää hoitojärjestelmältä aktiivisia toimenpiteitä ja yhteistyötä potilaan kanssa. (Heikkinen ym. 2006: 21.)

2.6.2 Haastattelun kulku

Psykiatrisen haastattelu on aina sidoksissa siihen ihmis- ja sairauskäsitykseen, joiden perusteella potilastietoja kerätään. Sekä haastattelijan että haastateltavan käyttäytymistä haastattelussa ohjaavat ennakkokäsitykset ja tulkinnat siitä, miksi oireet ja häiriöt syntyvät ja miten niihin voidaan vaikuttaa. Haastattelijan vahvat ennako-oletukset voivat ohjata alkavaa haastattelua liikaa ja potilas voi tuntea, että hänen viestejään ei ymmärretä oikein. Teoriapohjainen lähestymistapa voi tuntua haastateltavasta ymmärtämättömyydeltä, jopa pakotamiselta. Potilas voi pelätä, että hänet laitetaan ”muottiin”, jossa hän on yleinen tautitapaus eikä yksilö, jolla on henkilökohtaisia vaikeuksia. Psykiatrisen arviointihaastattelun olennainen haaste on saavuttaa ainutkertaista yksilöllistä tapahtumaa ja toisaalta yleistä tieteellistä tietoa yhdistävä tasapaino. (Heikkinen ym. 2006: 21-22.)

Taitava haastattelija osaa käyttää joustavasti sekä potilaan yksilölliset tarpeet huomioivaa vapaata haastattelumenetelmää että ammattitietoon perustuvaa strukturoitua haastattelutekniikkaa. Avoimien ja kohdennettujen kysymysten tulee vuorotella niin, että haastattelu voi sekä edetä vapaasti että antaa haluttuihin kysymyksiin selkeän vastauksen. Haastattelu aloitetaan yleensä yleisillä ja avoimilla kysymyksillä. Näin potilas ns. autetaan oman kertomuksensa alkuun. Haastattelija voi aloittaa esimerkiksi kysymällä: ”Mikä sai teidät hakeutumaan

tänne vastaanotolle?”. Jos haastateltava vastaa lyhyesti, esim. ”unettomuus”, voi haastattelija pyytää: ”Kertokaapa siitä hieman enemmän”. Hiljaisuutta ei tarvitse heti täyttää uudella kysymyksellä, jos potilaan kertomus keskeytyy hetkeksi. Usein haastattelijan kiinnostunut katse, nyökkäys tai ymmärtävä lausahdus, kuten ”vai niin” tai kertomusta eteenpäin vievä kommentti ”ja sitten” riittää. Keskeisten ongelmien osalta on yleensä aihetta jo alussa kysyä potilaan mielipidettä vaikeuksiensa syystä, toteamalla esimerkiksi: ”Mistä arvelette vaikeuksienne johtuvan?”. (Heikkinen ym. 2006: 21-22.)

Kun yksi aihe on edennyt loppuun, haastattelija voi aloittaa uuden teeman sellaisella kysymyksellä, joka on riittävän laaja ja avoin, jotta kertomus voisi jatkua ja täydentyä. Haastattelija voi kysyä esim.: ”Kertoisitteko, miten vietitte lapsuutenne?”, ”Kertokaapa hieman nykyisestä perheestänne?” tai ”Miten kuvaisitte lyhyesti työuraanne?”. Kun potilas kertoo omaa tarinaansa hänelle tyypillisellä tavalla, hän myös ilmentää samalla itseään aidosti ja tuottaa kaiken aikaa ainesta, joka palvelee myös varsinaista psykiatrasta tutkimusta. Haastattelija kuuntelee potilaan tarinaa reaalitasolla, mutta myös arvioi, miten potilas tarinaansa kertoo. On tärkeää, että haastattelija miettii lisäksi, miksi haastateltava kertoo juuri näitä asioita ja miksi hän jättää joitakin asioita kertomuksen ulkopuolelle. (Heikkinen ym. 2006: 21-22.)

Kohdennettujen kysymysten suhteellinen määrä yleensä kasvaa haastattelun edetessä. ”Milloin” -kysymyksiä avulla pyritään rakentamaan aikajanaa elämäntapahtumien, oireiden ja häiriöiden välille. Haastattelija voi pysäyttää tarinan tiettyyn kohtaan ja syventää aihetta kysymällä esim.: ”Mitä tarkoitatte?” tai ”Mistä luulette sen johtuvan?”. Usein on hyvä olla hyväksymättä suoraan potilaan kuvauksia esimerkiksi oireista ja kysyä tarkentaen: ”Mitä tarkoitatte, kun sanotte olevanne masentunut?”. Tämän avulla potilas kertoo yksityiskohtaisemmin omasta mielialastaan. (Heikkinen ym. 2006: 21-22.)

Haastattelututkimuksessa joudutaan tekemään diagnoosin varmentamiseksi myös hyvin tarkkoja oirekysymyksiä. Näiden avulla pyritään selvittämään, täytyvätkö esim. masentuneen potilaan kohdalla vakavan depression kriteerit. Tarkentavia kysymyksiä joudutaan kysymään usein myös vaihtoehdon muodossa kysymällä esim.: ”Kumpi alkoi ensin, aamuyön unettomuus vai mielialan lasku?”. Haastattelussa ei tule kiinnittää huomiota ainoastaan potilaan oireisiin, myös voimavarat ja selviytymiskeinot tulee huomioida. Potilaalle voidaan osoittaa hänessä olevia voimavaroja, mutta sitä ei saa tehdä ongelmia vähättelevällä tavalla. (Heikkinen ym. 2006: 21-22.)

2.6.3 Haastattelun puitteet

Haastattelutilanteet ovat aina yksilöllisiä tapahtumia. Niiden perusrakenne on kuitenkin aina sama. Haastattelu koostuu potilaasta, jolla on ongelma, ja terveydenhuollon työntekijästä, joka pyrkii tehtävänsä mukaisesti ja asiantuntemuksensa avulla vastaamaan tähän ongelmaan, sekä vuorovaikutuksesta (haastattelutekniikasta ja -prosessista) potilaan ja työntekijän välillä. Potilaan ongelman määrittely ja pyrkimys ongelman ratkaisuun ovat haastattelun tavoitteena. Yleensä ongelma muotoutuu jatkuvasti uudelleen tutkimuksen edetessä. Koska potilaat, haastattelijat ja ongelmat ovat erilaisia, haastattelun pituus ja eteneminen vaihtelevat. Tämän lisäksi haastattelun päämäärät ja haastattelutekniikat vaihtelevat. Tavallisesti ensimmäisen haastattelun pituus on 45-60 minuuttia. Jatkotapaamisille varataan yleensä 30-45 minuuttia. Erityisesti ensitapaamiseen liittyy suuria odotuksia. Tämä johtaa helposti siihen, että rajallisessa ajassa yritetään saada liian paljon aikaiseksi. Haastattelun alussa haastattelijan on hyvä kertoa, paljonko aikaa on käytettävissä ja sopia samalla seuraavista tapaamisista. Mikäli jatko-haastattelut eivät ole mahdollisia, esim. päivystystilanteessa, haastattelijan täytyy ohjata haastattelun kulkua tavallista vahvemmin. Haastattelijan tulee varata ajoissa aikaa keskustelun päättämiseksi kaikessa rauhassa, esim. toteamalla: ”Meillä on vielä viisi minuuttia aikaa, haluaisitteko lisätä tähän vielä jotakin tai kysyä minulta jotakin?”. Keskustelu saadaan loppumaan tavalla, joka antaa potilaalle mahdollisuuden kokea, että hänellä on ollut tilaisuus sanoa oma mielipide ja että hän on tullut kuulluksi asiassaan. (Heikkinen ym. 2006: 22-24.)

2.6.4 Ensimmäinen tapaaminen

Potilaalle ensimmäinen tapaaminen tarkoittaa usein toiveiden ja pelkojen kohtaamista ja näihin liittyvien suojautumiskeinojen korostumista. Ihanteellinen olotila haastattelijalle on tasapainoinen ja vastaanottava mieli vailla muiden asioiden painolastia tai ulkoisia rajoittavia tekijöitä. Potilaasta saatava ensivaikutelma on merkittävä, sillä kokonaisuus peittyä usein myöhemmin yksityiskohtien alle. On hyvä tallentaa mieleensä tarkasti ensimmäiseen tapaamiseen liittyvät erityispiirteet. Oleellinen tieto potilaasta voi joskus välittyä ensimmäisten minuuttien aikana, kuin pähkinänkuoressa, vaikka sen ymmärtämiseen voi kulua useita tapaamisia. Kun tekee potilaasta kokonaisarviota, kannattaa palata mielessään alkutapaamiseen. (Heikkinen ym. 2006: 24.)

Vastaanottotilannetta ei tarvitse välttämättä järjestää minkään tietyn kaavan mukaan. On tärkeää, että olosuhteet voidaan luoda tukemaan haastattelun tavoitteita. Niin potilaan kuin haastattelijan on tunnettava olonsa turvalliseksi ja olosuhteiden tulee parhaalla mahdollisella tavalla tukea haastattelututkimuksen edellyttämää vuorovaikutusta. Tavallisesti istutaan katsekontaktissa parin metrin etäisyydellä toisistaan, niin, että katse voi liukua luontevasti myös toisen ohitse. Psykiatrisessa haastattelussa tehdään usein kirjallisia muistiinpanoja, potilaalle tulee kertoa tästä. (Heikkinen ym. 2006: 24.)

Haastattelutila voi tuntua liian ahdistavalta, jos se on hyvin ahdas. Haastattelutilanteen turvallisuuteen tulee kiinnittää erityistä huomiota, kun kohtaa vaikeita tai tuntemattomia potilaita. Hätätilanteessa tilasta tulisi päästä esteettä pois ja tarvittaessa hälyttää apua. Ottamalla mukaan toisen haastattelijan, voi ennakoida vaikeita tilanteita. Haastattelijan ei tarvitse pitää kiinni tietyistä kaavasta vaan haastattelun tavoitteista, ja pyrkiä luomaan hyvät olosuhteet tavoitteiden saavuttamiselle. Tässä auttaa omakohtainen joustavuus ja tehtävän mukainen luonteva, potilasta arvostava käytös. (Heikkinen ym. 2006: 24.)

2.6.5 Haastattelu vuorovaikutustilanteena

Mieltä painaneiden asioiden ja niihin liittyvien tunteiden kertominen helpottavat psyykkistä kuormitusta. Haastattelijan kiinnostunut ja vastaanottava asenne lisää myös vastavuoroista ymmärtämistä ja hyväksymistä sekä tukee luottamuksen kasvua tulevan yhteistyön pohjaksi. Jo ensimmäinen haastattelutilanne voi lievittää merkittävästi potilaan häpeän, poikkeavuuden sekä syyllisyyden tunteita. (Heikkinen ym. 2006: 26.)

Haastattelu on luonteeltaan vuorovaikutuksellinen tapahtuma, ja tästä nouseekin esille kysymys haastattelijan ja haastateltavan yhteensopivuudesta ja yhteistyöstä. Pohditaankin, voiko pitkälle koulutettu erityisasiantuntija, jonka käsitteistö ja kieli ovat eteellä potilaan todellisuudesta, ymmärtää potilaan arjen todellisuutta. Kokemus osoittaa, että Suomen kaltaisessa melko yhtenäisessä kulttuurissa potilaiden ja mielenterveystyötä tekevien asiantuntijoiden yhteistyölle ei ole yleensä mahdottomia kulttuurisia tai sosiaalisia esteitä. (Heikkinen ym. 2006: 26.)

Sekä haastattelijat että haastateltavat voivat liittää haastattelutilanteeseen tietoisia tai huonosti tiedostettuja häiritseviä mielikuvia ja pyrkimyksiä. Erityisesti ammattityötään tekevän asiantuntijan tulee pysyä roolissaan ja toimia tehtävän ja tavoitteiden edellyttämällä ammattillisella tavalla. Yhteistyösuhteen tulee toimia riittävän hyvin, jotta haastatteluun perustuva tutkimus voi onnistua. Jo haastattelutilanteen alussa tulisi pyrkiä toimivaan yhteistyösuhteeseen. Ensisijaisesti haastattelun kulku on ammattihenkilön vastuulla. (Heikkinen ym. 2006: 26.)

On hyvä, että haastattelijat lievittää alkutilanteen ahdistusta. Tämä onnistuu esittäytymällä itse, ohjaamalla potilas omaan tehtävään ja rooliin, kertomalla haastattelun päämääriä ja yleisiä puitteita ja tutustumalla tämän jälkeen potilaan taustaan. Tämän vaiheen jälkeen haastattelu etenee yleensä suoraan potilaan keskeiseen ongelmaan tai oireeseen. (Heikkinen ym. 2006: 26-27.)

Asiantuntijan ei tulisi teoretisoida ja yleistää liiaksi potilaan ongelmia, koska potilaan käytöstä ohjaavat alkutilanteessa usein irrationaaliset voimat, jotka syntyvät potilaan peloista ja huolista, oireiden tulkinnasta sekä tulevaisuuden uhasta, joka liittyy omaan kohtaloon. Asiantuntijan rationaalisuuden ja potilaan irrationaalisuuden tulisi kuitenkin löytää toisensa haastattelutilanteessa. Tilanne on ihanteellinen, jos potilas ymmärtää paremmin oireidensa tai häiriönsä luonteen, niiden tunnistamisen ja hoidon mahdollisuudet, asiantuntijan avulla. (Heikkinen ym. 2006: 27.)

Haastattelutekniikka, joka antaa tilaa ja vapautta, sallii vaikeidenkin asioiden esille tulon paremmin kuin selkeästi strukturoitu haastattelu. Kohdennettu kysymys puolestaan antaa parhaimmillaan vastauksen esitettyyn kysymykseen, mutta ei kuitenkaan muuta. Asiantuntijan suorat ja kohdennetut kysymykset auttavat potilasta parhaiten vaikeimpien asioiden kohdalla. Esim. väkivaltaisista ja itsetuhoisista ajatuksista tulee aina kysyä suoraan. Kun pelottavasta asiasta on keskusteltu, siitä tulee molemmille osapuolille helpommin hallittava. (Heikkinen ym. 2006: 27.)

3 POTILASTYYTYVÄISYYS PSYKIATRISISSA SAIRAALAHOIDOSSA JA POTILASTYYTYVÄISYYDEN ARVIOINTI

Tämän opinnäytetyön kyselytutkimuksella kerättiin tietoa siitä, mihin asioihin vastaanotossa akuuttipsykiatrisen osaston potilaat ovat tyytyväisiä ja minkälaisiin asioihin pitäisi kiinnittää huomiota. Potilaiden kokemuksia vastaanotosta kerättiin tyytyväisyyskyselyllä. Mielenterveyspalveluiden laatusuosituksen 2001 mukaan potilaiden ja heidän läheistensä palautteet tulee ottaa vakavasti ja niitä tulee hyödyntää palveluiden suunnittelussa ja toteutuksessa. Tavoitteena on, että potilaiden kokemukset palvelun tasosta, tiedon saannista, hoidon vaikuttavuudesta ja kohtelusta ovat myönteisiä. (Mielenterveyspalveluiden laatusuositus 2001.)

Hoitotyön tulee lähteä potilaan tarpeista ja tällöin potilaan tyytyväisyys on hoidon olennainen tavoite ja siksi osa hoidon laatua. Vaikka onkin mahdotonta päästä sellaiseen tilanteeseen, jossa kaikki potilaat olisivat tyytyväisiä hoitoonsa, on siihen kuitenkin pyrittävä. Joten potilaiden vähäisetkin tyytymättömyyden ilmaisut ovat tärkeitä asioita, jotka tulee ottaa huomioon hoitotyön kehittämisessä. Siten tyytyväisyyden asemesta tutkimuksissa pitäisi kiinnittää huomio asioihin, jotka ovat huonosti, eikä niihin, jotka ovat hyvin. Huonosti oleviin asioihin pitäisi pyrkiä suunnittelemaan parannuksia. (Varis 2005: 15.)

3.1 Potilastyytyväisyyskäsite

Potilastyytyväisyyskäsite on ongelmallinen, sillä käsitettä ei löydy sanakirjoista, eikä sitä ole määritelty tieteellisissä tutkimuksissa (Salmela 1997: 15). Potilastyytyväisyyteen liittyy potilaan odotukset, arvostukset, käsitykset omista oikeuksista ja aikaisemmat kokemukset. Potilaan tyytyväisyyteen vaikuttaa etenkin hoitotyöntekijän vuorovaikutustaidot. Omahoitajan sopivuus ja hänen taitonsa ymmärtää potilaan ongelmia ja tunteita ja potilaan kokemus kuulaksi tulemisesta hoitosuhteesta ovat yhteydessä potilaan psyykkisten oireiden vähenemiseen. Psykiatristen potilaiden tyytyväisyyteen voivat tutkimusten mukaan vaikuttaa potilaan diagnoosi, hoidon kesto ja lopputulos, osastoympäristö ja se, onko potilas hoidossa vapaaehtoisesti vai tahdosta riippumatta. Sen sijaan potilastyytyväisyyteen ei ole todettu vaikuttavan potilaan ikä, sukupuoli, siviilisääty, asuinolot, tulotaso, koulutuksen määrä ja työtehtävät. (Varis 2005: 10-11.)

3.2 Asiakaspalautteen hankinnan tarkoitus

Asiakaspalautteen keräämisellä tuotetaan aina tietoa, jolla on jokin tarkoitus. Tarkoituksena voi olla aidon palauttavan tiedon saanti, parempaa ymmärtämistä tuottava tiedon saanti, käytäntöjä vahvistavan tiedon saanti, hallintoa tukevan tiedon saanti. Aidon palauttavan tiedon keräämisen tarkoitus on vaalia asiakkaiden omia intressejä. Tällöin ollaan kiinnostuneita asiakkaiden näkemyksistä ja mielipiteistä sinänsä. Ymmärtämistä tuottavan tiedon keräämisellä halutaan tietää, millaisia ajatuksia ja näkemyksiä asiakkailla on siitä, miten palvelut ovat heihin vaikuttaneet. Tämän tiedon tavoitteena on työntekijöiden halu oppia enemmän asiakkaista ja sitä kautta omasta työstään. Käytäntöjä vahvistavan tiedon keräämisellä pyritään vahvistamaan jo olemassa olevia käytäntöjä ja turvaamaan niille jatkuvuus ilman, että palautteella on sen suurempaa merkitystä. Hallintoa tukevalla tiedolla on muuten sama tarkoitus kuin käytäntöjä vahvistavalla tiedolla, mutta palautetta haettaessa korostetaan sen demokraattisia piirteitä ja samalla pyritään luomaan organisaatiosta positiivista kuvaa. (Salmela 1997: 13.)

3.3 Tyytyväisyysarvioinnin vahvuuksia ja heikkouksia

Tiedetään, että potilaiden tyytyväisyys saamaansa hoitoon vaikuttaa positiivisesti hoitomyönteisyyteen ja paranemiseen. Hoidon laatua arvioitaessa voidaan potilaiden tyytyväisyyttä pitää ennustavana tekijänä. (Brommels, Kupiainen & Peiponen 1996.) On arvioitu, että potilastyytyväisyys kuvaa hyvin palvelujen järjestämisen, toimivuuden ja tuloksen laadukkuutta, joten potilastyytyväisyysmittaukset puolustavat paikkaansa laadun arvioinnissa (Kontunen, Koponen,

Laitinen & Veijalainen 1996). Monet terveydenhuoltoyksiköt suorittavatkin tyytyväisyyttä mittaavia kyselyjä potilailla ja käyttävät niitä laaduntarkkailuunsa ja myös osana laadunhallintaa (Brommels, Kupiainen & Peiponen 1996). Laadunhallinta pitäisi olla osa jokapäiväistä työtä terveydenhuollossa ja siitä ovat vastuussa organisaation kaikki työntekijät kaikilla tasoilla. Laadunhallinnan painopiste on asiakaslähtöisyys, joten laadunhallinta edellyttää toimivaa asiakaspalauttejärjestelmää. Tietoa kerätään jatkuvasti ja myös hyödynnetään käytännössä. Laadunhallinta edellyttää myös henkilökunnalta laatu-tietoutta, laadunhallintajärjestelmien omaksumista. (Lehtinen, Nikkonen & Ollanketo 1998: 9-10.)

Asiakaspalautteen hankkimista tyytyväisyyskyselyllä asiakkaan tyytyväisyyden selvittämiseksi, on epäilty. Asiakaskyselyissä tyytyväisyys laadun osoittimena on epävarma, koska tyytyväisyys-käsite on mittarina epämääräinen ja jäsentymätön. Tyytyväisyys-käsitettä ei ole analysoitu niillä tieteenaloilla, joilla sitä on käytetty. Joten on selvittämättä, mitä tyytyväisyys oikeastaan on. Lisäksi tyytyväisyyskyselyillä saadaan aina samantyyppisiä vastausjakaumia. Näyttää olevan sääntönä, että suurin osa vastaajista noin 80 % on tyytyväisiä. Usein saadaan aivan toisenlaisia tuloksia, jos asiakkaalla on mahdollisuus antaa palautetta omin sanoin. On todettu, että tyytymättömät asiakkaat jättävät usein vastaamatta kyselyyn. (Salmela 1997: 14-15.) Potilaiden hoidon tarve tekee heidät riippuvaisiksi hoitohenkilökunnasta, joten arvelaan, että potilaat eivät halua tästä syystä esittää kritiikkiä hoidostaan. Potilaiden näkökulmasta hoidon arviointi saattaa olla vaikeaa ja siksi heillä voi olla vähäisiä odotuksia hoidostaan. Kun tyytyväisyyttä mitataan valmiilla kyselylomakkeella, ei saada tietoa asiakkaan tunnetiloista, eikä opita ymmärtämään asiakkaan käyttäytymistä ja valintoja. (Varis 2005: 16-18.)

3.4 Aikaisemmat tutkimukset

Tutkimuksia, jotka koskevat psykiatristen potilaiden tyytyväisyyttä sairaalahoitoon, on vähän, vaikka muiden potilasryhmien tyytyväisyyttä on tutkittu paljon. Luultavasti on arveltu, että mielenterveyspotilaat ovat sairautensa takia kykenemättömiä ilmaisemaan tarpeitaan ja siksi ei ole pidetty tärkeänä pyytää heiltä palautetta heidän saamistaan palveluista. Jokainen on kuitenkin oman elämänsä asiantuntija, myös mielenterveyspalveluiden asiakas. Siksi on tärkeää saada tietoa siitä, miten psykiatriset potilaat ovat kokeneet saamansa palvelut. Potilaiden näkemykset saattavat erota palvelun tarjoajan näkemyksistä ja saattaa olla, että jotakin hyödyllistä palvelua ei ole huomattu tarjota. Saadulla tiedolla voidaan kehittää organisaation nykyisiä käytäntöjä ja palveluja. (Varis 2005: 7.)

Aikaisempien tutkimustulosten perusteella mm. Varis 2005, osittain Kumpulainen 1999 ja Lehtinen, Nikkonen & Ollanketo 1998 on selvinnyt seuraavaa. Psykiatrisen osaston potilaat ovat olleet tyytyväisimpiä vastaanottotilanteen turvallisuuteen. Tyytymättömmimpiä potilaat ovat

olleet tiedon saantiin vastaanottotilanteessa. Potilaat olisivat kaivanneet hoitohenkilökunnalta enemmän tietoa hoitoon tuloon ja hoitoon liittyvistä tapahtumista. Osa potilaista on myös kokenut, etteivät he tulleet ymmärretyiksi.

4 TUTKIMUKSEN TAUSTAA JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata Kellokosken sairaalan akuuttipsykiatriselle osastolle 12 tulleiden potilaiden kokemuksia vastaanottotilanteesta. Tutkimustulosten ja hankitun teorian tiedon perusteella kootaan potilaan vastaanottamisen olennaisimmat asiat ohjelehtiseksi. Ohjelehtinen on tarkoitettu hoitajille vastaanottotilanteen avuksi. Ohjelehtistä voivat hyödyntää erityisesti uudet työntekijät ja hoitoalan opiskelijat. Opinnäytetyön aihe ja kehitysajatus on saatu Kellokosken sairaalan osasto 12 osastonhoitajalta.

Tutkimuskysymysten avulla on tarkoitus selvittää, kuinka tyytyväisiä Kellokosken sairaalan osasto 12 potilaat ovat vastaanottoonsa osastolle. Tutkimuskysymykset ovat:

1. Miten potilaat ovat kokeneet vastaanottotilan ja vastaanottotilanteen turvallisuuden?
2. Miten potilaat ovat kokeneet saamansa kohtelun?
3. Ovatko potilaat saaneet riittävästi tietoa vastaanottotilanteen yhteydessä?
4. Ovatko potilaat kokeneet tullessa kuulluiksi?
5. Miten potilaat ovat kokeneet vastaanoton?

5 TUTKIMUSAINEISTO JA -MENETELMÄT

5.1 Kyselylomakkeen laatiminen

Tutkimusaineiston keruumenetelmänä on strukturoitu kyselylomake. Kyselylomake laadittiin tätä tutkimusta varten ja se perustuu aikaisempiin tutkimuksiin (mm. Varis 2005). Kyselylomakkeen ensimmäinen osio eli A-puoli, kysymykset 1-5, koskee potilaan taustatietoja: sukupuolta, ikää, kuinka monetta kertaa on nyt hoidossa, osastolla vietetyn ajan pituutta ja miten pian osastolle tulon jälkeen pääsi tapaamaan osastonlääkärinä. Toinen osio eli B-puoli sisältää väittämiä potilaan kokemuksista vastaanottotilanteesta. Väittämät 6-16 mittaavat potilastyytyväisyyttä neliportaisella Likert-asteikolla. Väittämät kohdistuvat seuraaviin tutkimuskysymysaiheisiin:

- 6-8 vastaanottotila ja vastaanottotilanteen turvallisuus
- 9-11 kohtelu

- 12-13 annetun tiedon riittävyys
- 14-15 kuulluksi tuleminen
- 16 vastaanoton kokeminen

Likert-asteikon vastausvaihtoehdoiksi valitsin: ”täysin samaa mieltä”, ”jokseenkin samaa mieltä”, ”jokseenkin eri mieltä” ja ”täysin eri mieltä”. En halunnut vastausvaihtoehdoksi ns. neutraalia luokkaa ”en osaa sanoa”, koska tällainen vaihtoehto antaa mahdollisuuden ohittaa kysymyksen miettimättä sitä. Toisaalta, kun neutraalia vastausvaihtoehtoa ei ole, vastaaja voi jättää tyhjäksi jonkin muuttujan. (Varis 2005: 32.) Kyselylomakkeen B-puolella on myös kaksi avointa kysymystä, kysymykset 17-18. Kysymyksessä 17 on mahdollisuus esittää toiveita vastaanottotilanteen kehittämiseksi ja kysymyksessä 18 on vapaa sana.

5.2 Kyselytutkimus

Kyselytutkimuksen hyviä puolia ovat niiden suhteellinen halpuus ja vertailumahdollisuus. Suorittamalla sama kysely eri ajankohtana samassa yksikössä tai suorittamalla eri yksiköissä sama kysely samanaikaisesti, voidaan tehdä vertailuja ajassa ja yksiköiden välillä. Palautteen antaja voi pysytellä anonyyminä. Lisäksi kokonaistutkimusten tai hyvien otosten avulla, voidaan tehdä suuria joukkoja koskevia yleistyksiä. Tulosten käsittely atk:n avulla on suhteellisen helppoa varsinkin, jos kyselyn vastausvaihtoehdot ovat pitkälle koodattuja. (Salmela 1997: 81.)

Kyselyllä on myös rajoittavia puolia. Kyselylomakkeen laatiminen ja kyselyn toteuttaminen on työlästä ja vie paljon aikaa. Vastaajat voivat ymmärtää kysymykset eri tavalla kuin tutkija on tarkoittanut, jolloin voidaan saada vääristyneitä tuloksia. Tarkentavien jatkokysymysten tekeminen ei ole mahdollista. Vastaajajoukko voi jäädä erittelemättömäksi massaksi. Kyselytutkimuksen avulla ei saada tietoa syy-seuraus suhteista. Vastaajajoukko valikoituu helposti ja vastausprosentti jää usein alhaiseksi. Lisäksi usein kyselytutkimuksen hyödyntäminen jää vaikeaksi, koska kyselyn tulosta ei joko osata tai haluta käyttää hyväksi. (Salmela 1997: 81-83.)

Kyselytutkimuksessa otoskoosta ei ole olemassa mitään sääntöä. Kuitenkin, jos kyselyn avulla halutaan tehdä yleistyksiä, pitäisi otoksen olla satunnainen ja tarpeeksi suuri. Hyvässä otoksessa kaikilla tutkittavan joukon jäsenillä tulisi olla sama todennäköisyys päästä mukaan. Edustavaan otokseen ei tule kuitenkaan suhtautua liian tiukasti, vaan on tärkeätä, että kyselyn edustavuuden asetelma kerrotaan totuudenmukaisesti. (Salmela 1997: 84-85.)

5.3 Tutkimukseen osallistujat ja aineiston hankinta

Tutkimusaineisto kerättiin 30.10.2009-29.1.2010 välisenä aikana Kellokosken sairaalan osastolla 12. Osasto 12 on suljettu akuutti aikuispsykiatrisen osasto. Osastolla on 18 sairaansijaa. Osastolla hoidetaan sekä mies- että naispotilaita. Osaston perustehtävä on mielialahäiriöiden sairaalahoito. Ensisijaisesti kaksoisdiagnoosi-, skitsoaffektiiviset- ja maaniset potilaat. Potilaiden hoitoajat ovat keskimäärin 1-3 kuukautta. Osastolle tullaan hoitoon pääasiassa Peijaksen sairaalasta tai Kellokosken sairaalan vastaanotto-osastolta. Potilas voi olla hoidossa tahdosta riippumatta tai vapaaehtoisesti. Osaston toiminnan viitekehystenä on yksilövastuinen hoitotyö.

Ennen tutkimuksen aloittamista laadittiin tutkimuslupahakemus sairaanhoitoalueen johtajalle (liite 2). Tutkimuslupa (liite 3). Osastolla tutkimustani koordinoi osastonhoitaja. Lisäksi osastolla oli kaksi avustavaa sairaanhoitajaa. Heille oli laadittu toimintaohjeet potilaskyselyn toteuttamiseksi (liite 4). He tiedottivat potilaita tutkimuksestani ja antoivat potilaille tarvittavat tiedote-, suostumus- ja kyselylomakkeet (liitteet 5, 6 ja 7). Myös osaston muulle henkilökunnalle oli tiedote potilaskyselystä (liite 8). Liitteet 4-8 sisältyivät myös tutkimuslupahakemukseen. Avustavat sairaanhoitajat arvioivat, milloin potilaan psyykinen vointi on riittävän hyvä kyselyn täyttämiseen. Tarkoituksena oli, että potilaat täyttävät kyselyn mahdollisimman pian osastolle tulon jälkeen, jotta muistikuva vastaanottotilanteesta olisi vielä mielessä. Potilaat saivat kyselylomakkeen lisäksi tiedotteen kyselyn tarkoituksesta ja suostumuslomakkeen tutkimukseen osallistumisesta sekä suljettavan kirjekuoren, johon täytetty kyselylomake suljetaan. Suljetut kirjekuoret ja suostumuslomakkeet palautettiin osastonhoitajan kansliaan. Suostumuslomakkeet jäivät osastolle.

Tavoitteena oli saada noin 40 täytettyä potilaskyselylomaketta. Tutkimuksen aikana (3 kk) osastolla oli hoidossa 49 potilasta. Osalle heistä ei voitu tarjota kyselylomaketta heidän psyykkisen voinnin vuoksi. Hoidossa olleista 23 potilasta osallistui kyselyyn. Kaksi lomaketta täytyi hylätä. Toinen vastaajista oli täyttänyt vain taustatiedot eli lomakkeen A-puolen ja toinen ei ollut valinnut B-puolen väittämiin mitään vaihtoehtoa, vaan vastasi kirjallisesti. Teksti oli sekavaa, eikä liittynyt kaikin osin väittämiin. Kun tutkimusaikaa oli jo kulunut noin kolme kuukautta, en halunnut enää viivyttää tutkimuksen valmistumista ja tyydyin siksi tavoitetta pienempään vastausmäärään. Näin ollen vastausmääräksi jäi 21.

5.4 Aineiston analyysi

Koska kyseessä on pienimuotoinen tutkimus, on tulokset käsitelty manuaalisesti. Tuloksista on muodostettu taulukot, joissa on muuttujien frekvenssi- ja prosenttijakaumat. Kyselyn A-

puolelle, taustatietoihin kohtaan viisi on tulosten keruuvaiheessa lisätty kohta ”en muista / puuttuu”, koska kaksi vastaajaa ilmoitti, ettei muista ja yksi oli jättänyt kohdan tyhjäksi. Kohdassa kysyttiin, milloin potilas tapasi osaston lääkärin. Kyselyn B-puolesta on lisäksi tehty pelkistetyn taulukko, jossa Likert-asteikko on työstetty kaksipuoliseksi. Vaihtoehdot ovat ”täysin tai jokseenkin samaa mieltä” ja ”täysin tai jokseenkin eri mieltä”. Taulukosta voi nähdä selkeämmin tyytyväisyys-tyytymättömyys -jakauman, kun vastauksia on melko vähän. Yksi vastaajista oli vastannut kaikkiin väittämiin ohjeen mukaan, paitsi B-puolen väittämään 13. Siitä kohdasta hän ei ollut valinnut mitään vaihtoehtoa, vaan kirjoittanut ”EI HOITOA”. Hänen kaikki vastauksensa on huomioitu väittämien prosenttijakaumassa. Väittämän 13 (Sain riittävästi tietoa hoitoni aloituksesta) kohdalle on lisätty vastausvaihtoehdoksi ”valinta puuttuu”.

Vapaaehtoisten kysymysten 17 ja 18 vastaukset käsiteltiin sisällön analyysin avulla käyttäen apuna yksinkertaista sisällön analyysiä (Salmela 1997: 108). Sisällönanalyysissä kerättyä aineistoa tutkitaan eritellen, etsitään yhtäläisyyksiä ja eroja sekä tiivistetään. Pyrkimyksenä on muodostaa tutkittavasta asiasta tiivistetty kuvaus, joka liittyy tulokset ilmiön laajempaan asiayhteyteen ja aihetta koskeviin tutkimustuloksiin. (Sarajärvi & Tuomi 2002: 105.) Yksinkertaisen laadullisen aineiston esim. avovastausten analysointiin riittää karkea teemoittaminen. Teemojen tulee olla toisensa poissulkevia ja yksiselitteisiä (Janhonen & Nikkonen toim. 2003: 23). Teemoista voi löytyä alateemoja, jos aineistoa on runsaasti. Vastaukset voidaan kirjoittaa sellaisenaan, jos materiaalia on vähän ja yhteisiä teemoja ei löydy. Tällöin aineiston rikkaus pääsee esiin. (Salmela 1997: 107.)

Avoimiin kysymyksiin saatujen vastausten vähäisyyden ja erilaisuuden vuoksi niiden teemoittaminen oli vaikeaa. Potilaiden vastauksia kysymyksiin 17 ja 18, joko molempiin tai vain toiseen, oli kahdeksassa lomakkeessa. Kysymykseen 17 tuli vastauksia kuusi kappaletta ja kysymykseen 18 kolme kappaletta. Kysymyksen 17 (Onko sinulla toiveita vastaanottotilanteen kehittämiseksi? Minkälaisia?) vastaukset luettiin huolella läpi. Tämän jälkeen niistä etsittiin yhteneväisiä tekijöitä eli teemoja. Kysymykseen 17 yhdeksi teemaksi nousi tiedon saanti hoidosta ja sairaudesta ja toiseksi teemaksi potilaan kuunteleminen. Enempää selkeitä teemoja vastaanottotilanteen parannusehdotuksista ei löytynyt, joten muut kommentit mainitsen sellaisenaan. Myös kysymyksen 18 (Muuta sanottavaa) vastaukset luettiin huolella läpi. Ne kaikki kuvastivat tyytymättömyyttä, joten se nousi niiden yhteiseksi teemaksi. Koska vastauksista ilmennyt tyytymättömyys kohdistui eri asioihin, vastaukset on esitetty sellaisenaan.

6 TUTKIMUKSEN TULOKSET

6.1 Vastaajien taustatiedot

Tutkimukseen osallistuneista 61,9 % oli naisia ja 38,1 % oli miehiä. Suurin osa vastaajista oli 36 tai yli 36 -vuotiaita (61,9 %). Vastaajista enemmistö (71,4 %) oli neljännellä tai sitä useammalla hoitokerralla osastolla. Osastolla oloaika kysyttäessä ryhmään ”tällä hoitokerralla olen ollut osastolla alle viikon” kuului prosentuaalisesti eniten (38,1 %) potilaita. Suurin osa vastaajista tapasi osaston lääkärin heti tulopäivänä tai seuraavana päivänä (71,4 %). Vastaajien taustatiedot on kuvattu yksityiskohtaisesti taulukossa (Taulukko 1.).

Taulukko 1. Vastaajien taustatiedot

Muuttuja		n	%
1. Sukupuoli	nainen	13	61,9
	mies	8	38,1
2. Ikä	alle 25 tai 25 vuotta	4	19,0
	26-35 vuotta	4	19,0
	36-45 vuotta	6	28,6
	yli 45 vuotta	7	33,3
3. Hoitokerta	1. hoitokerta	3	14,3
	2. tai 3. hoitokerta	3	14,3
	4. tai useampi hoitokerta	15	71,4
4. Osastolla oloaika	alle viikon	8	38,1
	1 viikko - 1 kk	6	28,6
	yli 1 kk - 2 kk	4	19,0
	yli 2 kk	3	14,3
5. Lääkärin tapaaminen	tulopäivänä	7	33,3
	seuraavana päivänä	8	38,1
	myöhemmin	3	14,3
	ei muista / puuttuu	3	14,3

6.2 Potilaiden kokemukset vastaanottotilanteesta

Kaiken kaikkiaan suurin osa vastaajista oli täysin tai jokseenkin tyytyväisiä vastaanottotilanteeseen. Joka väittämän prosenttiluvut olivat yli 60 % ja suurin osa väittämistä reilusti yli 60 %, kun yhdistettiin täysin tyytyväiset ja jokseenkin tyytyväiset yhteen.

- Tutkimuskysymys 1: Vastaanotto-tila ja vastaanotto-tilan turvallisuuden kokeminen, väittämät 6-8: Tyytyväisimpiä vastaajat olivat vastaanottotilanteen turvallisuuteen, täysin tyytyväisiä oli 71,4 %. Myös vastaanottotilanteen rauhallisuuteen ja yksityisyyteen täysin tyytyväisten osuus oli suuri; 66,7 %.
- Tutkimuskysymys 2: Potilaiden kokemukset kohtelusta, väittämät 9-11: Suurin osa potilaista koki, että oli tullut asiallisesti kohdelluksi, täysin tyytyväisiä 66,7 %. Kuitenkin yli neljännes (28,6 %) vastaajista oli täysin tai jokseenkin tyytymättömiä henkilökunnan heille käyttämään aikaan.
- Tutkimuskysymys 3: Potilaiden kokemukset tiedon saannista, väittämät 12-13: Vastaajat olivat vähiten tyytyväisiä tiedon saantiin hoidon aloituksesta; 14,3 % oli täysin tyytymättömiä ja täysin tai jokseenkin tyytymättömiä oli kolmasosa (33,3 %) vastaajista. Potilaat kokivat myös, että eivät saaneet riittävästi tietoa osastolla toimimisesta, täysin tyytymättömiä oli 9,5 % ja täysin tai jokseenkin tyytymättömiä oli 38,1 %.
- Tutkimuskysymys 4: Potilaiden kokemukset kuulluksi tulemisesta, väittämät 14-15: Yli neljännes potilaista tunsu, että eivät tulleet ymmärretyiksi, täysin tai jokseenkin tyytymättömiä oli 28,6 %.
- Tutkimuskysymys 5: Vastaanoton kokeminen, väittäjä 16: Yli puolet koki, että he olivat tervetulleita osastolle, täysin tyytyväisten osuus 52,4 %.

Vastaajien tyytyväisyys vastaanottotilanteeseen on esitetty yksityiskohtaisesti taulukoissa (Taulukko 2.) ja (Taulukko 3.).

Taulukko 2. Potilaiden kokemukset vastaanottotilanteesta

Muuttuja		n	%
6. Vastaanottotila oli rauhallinen	täysin samaa mieltä	14	66,7
	jokseenkin samaa mieltä	4	19,0
	jokseenkin eri mieltä	2	9,5
	täysin eri mieltä	1	4,8
7. Vastaanottotila oli riittävän yksityinen	täysin samaa mieltä	14	66,7
	jokseenkin samaa mieltä	6	28,6
	jokseenkin eri mieltä	1	4,8
	täysin eri mieltä	0	0
8. Tunnelma vastaanottotilanteessa henkilökunnan kanssa oli turvallinen	täysin samaa mieltä	15	71,4
	jokseenkin samaa mieltä	4	19,0
	jokseenkin eri mieltä	2	9,5
	täysin eri mieltä	0	0
9. Henkilökunnalla oli minulle riittävästi aikaa	täysin samaa mieltä	11	52,4
	jokseenkin samaa mieltä	4	19,0
	jokseenkin eri mieltä	4	19,0
	täysin eri mieltä	2	9,5
10. Minua kohdeltiin asiallisesti	täysin samaa mieltä	14	66,7
	jokseenkin samaa mieltä	3	14,3
	jokseenkin eri mieltä	2	9,5
	täysin eri mieltä	2	9,5
11. Minulle puhuttiin ymmärrettävällä kielellä	täysin samaa mieltä	13	61,9
	jokseenkin samaa mieltä	7	33,3
	jokseenkin eri mieltä	1	4,8
	täysin eri mieltä	0	0
12. Sain riittävästi tietoa osastolla toimimisesta	täysin samaa mieltä	9	42,9
	jokseenkin samaa mieltä	4	19,0
	jokseenkin eri mieltä	6	28,6
	täysin eri mieltä	2	9,5
13. Sain riittävästi tietoa hoitoni aloituksesta	täysin samaa mieltä	7	33,3
	jokseenkin samaa mieltä	6	28,6
	jokseenkin eri mieltä	4	19,0
	täysin eri mieltä	3	14,3
	valinta puuttuu	1	4,8

14. Minulla oli mahdollisuus esittää hoitooni liittyviä kysymyksiä	täysin samaa mieltä	10	47,6
	jokseenkin samaa mieltä	8	38,1
	jokseenkin eri mieltä	1	4,8
	täysin eri mieltä	2	9,5
15. Tunsin tullessi ymmärretyksi	täysin samaa mieltä	8	38,1
	jokseenkin samaa mieltä	7	33,3
	jokseenkin eri mieltä	4	19,0
	täysin eri mieltä	2	9,5
16. Tunsin, että olin terve- tullut osastolle	täysin samaa mieltä	11	52,4
	jokseenkin samaa mieltä	6	28,6
	jokseenkin eri mieltä	2	9,5
	täysin eri mieltä	2	9,5

Taulukko 3. Potilaiden kokemukset vastaanottotilanteesta pelkistettynä

Muuttuja		n	%
6. Vastaanottotila oli rauhallinen	täysin tai jokseenkin samaa mieltä	18	85,7
	täysin tai jokseenkin eri mieltä	3	14,3
7. Vastaanottotila oli riittävän yksityinen	täysin tai jokseenkin samaa mieltä	20	95,2
	täysin tai jokseenkin eri mieltä	1	4,8
8. Tunnelma vastaanottotilanteessa henkilökunnan kanssa oli turvallinen	täysin tai jokseenkin samaa mieltä	19	90,5
	täysin tai jokseenkin eri mieltä	2	9,5
9. Henkilökunnalla oli minulle riittävästi aikaa	täysin tai jokseenkin samaa mieltä	15	71,4
	täysin tai jokseenkin eri mieltä	6	28,6
10. Minua kohdeltiin asiallisesti	täysin tai jokseenkin samaa mieltä	17	81,0
	täysin tai jokseenkin eri mieltä	4	19,0
11. Minulle puhuttiin ymmärrettävällä kielellä	täysin tai jokseenkin samaa mieltä	20	95,2
	täysin tai jokseenkin eri mieltä	1	4,8

12. Sain riittävästi tietoa osastolla toimimisesta	täysin tai jokseenkin samaa mieltä	13	61,9
	täysin tai jokseenkin eri mieltä	8	38,1
13. Sain riittävästi tietoa hoitoni aloituksesta	täysin tai jokseenkin samaa mieltä	13	61,9
	täysin tai jokseenkin eri mieltä	7	33,3
	valinta puuttuu	1	4,8
14. Minulla oli mahdollisuus esittää hoitooni liittyviä kysymyksiä	täysin tai jokseenkin samaa mieltä	18	85,7
	täysin tai jokseenkin eri mieltä	3	14,3
15. Tunsin tullessi ymmärretyksi	täysin tai jokseenkin samaa mieltä	15	71,4
	täysin tai jokseenkin eri mieltä	6	28,6
16. Tunsin, että olin tervetullut osastolle	täysin tai jokseenkin samaa mieltä	17	81,0
	täysin tai jokseenkin eri mieltä	4	19,0

6.3 Potilaiden parannusehdotukset ja muut kommentit

Kyselylomakkeen B-puolella kysymys 17 koski potilaiden parannusehdotuksia vastaanottotilanteen kehittämiseksi. Tähän avoimeen kysymykseen vastasi kuusi henkilöä; 28,6 % vastaajista. Heidän mielipiteistään nousi mielestäni yksi varteenotettava toivomus, jota voisi pohtia tarkemmin. Tämä toivomus koski tiedon saantia hoidosta ja sairaudesta. Tätä toivoi kaksi potilasta. Toinen heistä halusi myös lisää transferenssia, kuitenkin pysyen kohtuuden rajoissa. Kaksi potilasta toivoi potilaan kuuntelemista, lisäksi toinen toivoi, että tulijan esitykseen uskotaan ja toinen korosti tilanteen kartoitusta myös osastolla. Yksi potilaista toivoi kodinomaisuutta vastaanottotilanteeseen ja yksi potilas toivoi enemmän vapauksia.

Kysymykseen 18 (Muuta sanottavaa) vastasi kolme potilasta; 14,3 % vastaajista. Heidän kommenttinsa ilmentävät tyytymättömyyttä. Kommentit ovat:

Potilas 1: ”Tahdon vapauteni takaisin. KIITOS”.

”Tahdon parantua. KIITOS”.

Potilas 2: ”Liikaa erikoisia sääntöjä, jotka aiheuttavat vain enemmän mielipahaa. Tuli tunne, että kohdellaan kuin pikkulasta, vaikka parantumaanhan tänne on tultu.”

Potilas 3: ”Akuuttivastaanottotilanteissa henkilökunnalla rutkasti parannettavaa omista taidoissaan!”.

7 POHDINTA

7.1 Tulosten tarkastelu

Tyytyväisyyskyselyni vastausten määrä jäi noin puoleen toivotusta määrästä eli 40:stä. Vastuspapereita sain takaisin 23, joista kaksi hylättiin. Pieni vastausmäärä johtuu mm. siitä, että osa osastolla olevista potilaista, jolle kyselyä tarjottiin, ei halunnut vastata kyselyyn. Vastaaminen ei ollut potilaille aivan yksinkertaista, kun otetaan huomioon heidän sairautensa. Vastaajien piti ensin lukea tiedote kyselystä, jossa oli myös vastausohje ja täyttää suostumuslomake kyselyyn osallistumisesta. Vasta sitten saattoi aloittaa kyselyyn vastaamisen. Potilaiden keskuudessa esiintyi myös jonkin verran ennakkoluuloja kyselyn tarkoituksesta. Kun vastausaikaa oli kulunut jo noin kolme kuukautta, päädyin hyväksymään ennako-odotuksia pienemmän otannan. Koska vastausten määrä oli melko pieni, laadin tuloksista taulukon 2 lisäksi pelkistetyn tyytyväisyys-tyytymättömyys -taulukon (taulukko 3), josta selvemmin erottaa sen, mihin suuntaan mielipiteet kallistuvat.

Tutkimukseni tarkoituksena oli saada selville, kuinka tyytyväisiä Kellokosken sairaalan osasto 12 potilaat ovat saamaansa vastaanottoon heidän tullessa osastolle. Erityisesti haluttiin selvittää ne asiat vastaanotossa, mihin potilaat ovat tyytymättömiä. Suurin osa vastaajista oli kaiken kaikkiaan täysin tai jokseenkin tyytyväisiä vastaanottoon, kuten aikaisemmissakin tutkimuksissa (Varis 2005: 39) ja (Tikkanen-Kivari 1998: 47-48). Potilaat olivat tyytyväisimpiä vastaanottotilanteen turvallisuuteen, täysin tyytyväisiä 71,4 %; täysin tai jokseenkin tyytyväisiä 90,5 %. Myös aikaisemmissa tutkimuksissa on saatu vastaavanlainen tulos turvallisuuden tunteen kokemisesta (Varis 2005: 46) ja (Lehtinen, Nikkonen & Ollanketo 1998: 58). Kun tarkastellaan taulukon 3 prosenttilukuja, jossa on yhdistetty täysin tai jokseenkin eri mieltä -valinnat, niin tyytymättömiä potilaat olivat siihen, että heille ei kerrottu riittävästi hoidon aloituksesta (33,3 %), eikä osastolla toimimisesta (38,1 %). Osa potilaista myös koki, että he eivät tulleet ymmärretyiksi (28,6 %; taulukko 3). Myös Variksen (2005) tutkimuksessa potilaat olivat vähiten tyytyväisiä siihen, että henkilökunta ei kertonut hoitoon tuloon liittyvistä tapahtumista ja osa potilaista koki, että he eivät tulleet ymmärretyiksi (Varis 2005: 46). Lehtisen ym. (1998) tutkimuksen mukaan alustava hoitosuunnitelma oli selvinnyt potilaille tulotilanteessa melko huonosti (Lehtinen, Nikkonen & Ollanketo 1998: 59). Tutkimuksessani yli neljännes potilaista (28,6 %; taulukko 3) koki, että henkilökunnalla ei ollut heille riittävästi aikaa vastaanottotilanteessa. Yhteenvetona voidaan sanoa, että tutkimuskysymykseen 1, joka mittasi potilaiden kokemuksia vastaanottotilasta ja vastaanottotilanteen turvallisuudesta saatiin positiivisimmat tulokset eli potilaiden tyytyväisyys oli suurin. Kun taas tutkimuskysymykseen 4, joka mittasi sitä, ovatko potilaat saaneet riittävästi tietoa vastaanottotilanteen yhteydessä, saatiin negatiivisimmat tulokset eli potilaat olivat tyytymättömiä. Vapaaehtoisien kysymyksen 17, jossa kysyttiin potilaiden toiveita vastaanottotilanteen kehittämiseksi,

vastauksissa ilmeni, että tietoa hoidosta ja sairaudesta toivottiin lisää. Riittävän tiedon puute korostuu sekä väittämien vastauksissa että kysymyksen 17 vastauksissa. On tärkeää, että ilmenneisiin epäkohtiin potilaiden vastaanotossa kiinnitettäisiin huomiota ja pohdittaisiin, olisiko jotain tehtävissä, koska tutkimusten mukaan hoidon alkuvaihe on merkittävä hoidon onnistumisen kannalta (Talkkari 2003: 11).

7.2 Tutkimuksen luotettavuus

Koska vastauslomakkeita on melko vähän (21), ovat tulokset vain suuntaa antavia. Vastauslomakkeiden pienestä määrästä huolimatta aiempien tutkimuksien tulokset tukevat tutkimukseni tuloksia. Koska tutkimuksessani ilmenee tulosten toistuvuus aiempiin tutkimuksiin nähden, voi tutkimukseni mittaria pitää melko hyvänä. Keräsin tulokset vastauslomakkeista manuaalisesti ja tämän vuoksi tarkistin joka vaiheen niin vastausvaihtoehtojen frekvenssit kuin lasketut prosenttiosuudet.

Kyselylomakkeen B-puolen väittämiä laadittaessa samasta aihealueesta muodostettiin useampi väittäjä hieman eri näkökulmasta tutkimuksen validiteetin parantamiseksi. Väittämistä tehtiin melko yksinkertaisia ja kaikissa väittämissä kysyttiin vain yhtä asiaa vastaamisen helpottamiseksi. Kyselylomakkeen luotettavuuden parantamiseksi lomakkeen ensimmäisen versio esitettiin Kellokosken sairaalan koulutus suunnittelijalla, osastonhoitajalla ja avustavalla sairaanhoitajalla. Testauksen tarkoituksena oli, että kyseiset henkilöt arvioivat väittämien ja kysymysten selkeyttä, ymmärrettävyyttä ja osuvuutta. Palautteena sain muutosehdotuksen taustatietojen ikäjakaumaan ja hoitojakson pituuden aikaväleihin sekä muutamia korjausehdotuksia joidenkin väittämien sanamuotoihin. Korjasin kyselylomakkeen testauksessa ilmenneiden huomioiden perusteella.

Kyselytutkimuksen eräs suuri ongelma on, että väittämät voivat tarkoittaa vastaajille eri asioita. Tutkijalla ei ole mahdollisuutta esittää tarkentavia jatkokysymyksiä. Esimerkiksi kyselyssäni B-puolen väittäjä 11 (Minulle puhuttiin ymmärrettävällä kielellä) on voitu ymmärtää kapeasti tarkoittamaan, että vastaajalle on puhuttu suomenkieltä. Kysymyksen 17 kohdalla (Onko sinulla toiveita vastaanottotilanteen kehittämiseksi? Minkälaisia?) osalla vastaajista on mahdollisesti tapahtunut ajatusvirhe. Heidän vastauksissaan parannusehdotukset eivät suoraan liittyneet itse vastaanottotilanteeseen. Kyselytutkimuksen huono puoli on myös se, että sen tekeminen on työlästä ja aikaa vievää. Tutkijan hyvästä tavoitteesta ja tahdosta huolimatta tutkimuksella voidaan saada toisinaan vääristyneitä tuloksia, jolloin vastaajat ja kysyjät turhautuvat. Tämä voi johtua esimerkiksi siitä, että valitut kysymykset eivät mittaa sitä, mitä halutaan mitata. Kyselyt voivat kokea myös inflaation, jos vastaajille annetaan jatkuvalla syötöllä uusia kyselyjä. Lisäksi strukturoidulla tyytyväisyyskyselyllä saadaan

yleensä positiivisempi tulos kuin tutkimuksella, jossa vastaajat voivat antaa palautetta omin sanoin (Salmela 1997: 14). (Salmela 1997: 81-82.)

Valitsin neliportaisen Likert-asteikon kyselylomakkeen B-puolen väittämien vastausvaihtoehtoiksi, koska epäilin, että saattaisin saada paljon mitäänsanomattomia en osaa sanoa - vastauksia, jos asteikossa olisi ollut tämä neutraali vaihtoehto. Ilman neutraalia vaihtoehtoa vastaajan on mietittävä, onko hän ollut tyytyväinen vai ei. Vastauslomakkeita tutkiessani huomasin, että kolmessa lomakkeessa (14,3 % vastaajista) B-puolella oli kaikkiin väittämiin (11 kpl) valittu ensimmäinen vaihtoehto, ”täysin samaa mieltä” ja kolmessa muussa lomakkeessa (14,3 % vastaajista) oli vastattu muuten vastaavalla tavalla, vain yksi muuttuja erosi rivistöstä. Jäinkin miettimään, että oliko valintojen tekemiseen keskitytty. Näiden vastausten yhteisosuus on 28,6 %. Suuri osa potilaista 38,1 % oli ollut osastolla alle viikon vastatessaan kyselyyn. Usein osastolletulovaiheessa potilaan sairaus on akuutissa vaiheessa ja sillä voi olla vaikutusta potilaan vastauksiin. Toisaalta tällöin vastaanottotilanne saattaa olla potilaalla tuoreessa muistissa.

Psykiatriset potilaat ovat yksi vaikeimmin tutkittavista potilasryhmistä. Psykkinen sairaus vaikuttaa yksilön ajatteluun, keskittymiskykyyn ja toimintaan. Esimerkiksi käsitteellinen ajattelu ja ajatusten ilmaisu voi vaikeutua. Voidaankin miettiä, kuinka luotettavia mielenterveysongelmista kärsivien potilaiden vastaukset hoidosta ovat ja voidaanko niistä tehdä johtopäätöksiä (Lehman 1983). On kuitenkin tärkeää kunnioittaa jokaista yksilöä siten, että yksilön mielipidettä pidetään tärkeänä huolimatta siitä, ovatko ajatukset laadukkaasti tuotettuja. (Holopainen, Jokinen & Välimäki 2000: 152-161.)

7.3 Tutkimuksen eettisyys

Jo tutkimusaiheen valinta on eettinen ratkaisu. Tutkijan tulisi miettiä, miksi tutkimukseen ryhdytään ja kenen ehdoilla tutkimusaihe valitaan. Tulisiko valita helposti toteutettava, mutta merkitykseltään vähäinen tutkimus vai pyrkiä löytämään aihe, jolla on yhteiskunnallista merkitystä. Kun ihmisiä tutkitaan, on selvitettävä, miten heidän suostumus tutkimukseen hankitaan, millaista tietoa heille annetaan ja millaisia riskejä heidän osallistumiseensa sisältyy. Tutkimushenkilöille on kerrottava tutkimukseen liittyvät olennaiset näkökohdat. Näiden pohjalta henkilö tekee päätöksen tutkimukseen osallistumisesta ja tällä pyritään estämään tutkittavien manipulointi. Tutkimukseen osallistuminen tulee siis olla tutkittaville vapaaehtoista. Kaikessa ihmiseen kohdistuvassa tutkimustyössä on muistettava ihmisten humaani ja kunnioittava kohtelu. Aineiston keräämisessä huomioidaan mm. tutkimushenkilöiden anonyymiuden säilyminen, luottamuksellisuus ja aineiston asianmukainen tallentaminen. Tutkimustyön kaikissa vaiheissa tulee toimia rehellisesti, esimerkiksi toisten tutkijoiden tekstiä ei tule

plagioida, tuloksia ei tule sepittää tai kaunistella eikä yleistää kriitikkittömästi. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2004: 26-28.) Tutkimuksen piiristä ei tulisi järjestäen sulkea pois marginaaleja ihmisryhmiä - esimerkiksi dementoituneita, kehitysvammaisia tai muuten vajaakykyisiä. Jos näin tehdään, hyvin olennaisia puolia ihmiselämästä jäisi tutkimatta. (Kuula 2006: 147.)

Tutkimuksella pyrittiin saamaan esille niitä vastaanottoon liittyviä asioita, joihin Kellokosken sairaalan osasto 12 potilaat olivat vähiten tyytyväisiä. Potilailta saadun tiedon perusteella osastolla voidaan miettiä mahdollisia parannuskeinoja vastaanottotilanteeseen. On tärkeää, että psykiatrisille potilaille annetaan mahdollisuus ilmaista omia mielipiteitä heitä koskeviin asioihin, koska sairautensa vuoksi he kuuluvat ryhmään, joka ei aktiivisesti aja oikeuksiaan (Varis 2005: 53).

Sairaalan koulutussuunnittelija selvitti tutkimustani varten tarvittavat luvat. Tutkimuslupa haettiin sairaanhoitoalueen johtajalta sairaalan lupakäytäntöjen mukaisesti. Koska tutkimuseni ei ole lääketieteellinen, eettisen toimikunnan lupaa ei tarvittu. Eettisen toimikunnan puoltava lausunto ja Lääkelaitoksen antama lupa vaaditaan kliinisen lääketutkimuksen käynnistämiseksi (Mäkinen 2006: 143). Tutkimukseen osallistuminen oli potilaille vapaaehtoista. Tutkimuksesta poisjäänti ei vaikuttanut potilaan hoitoon. Tutkimukseen osallistuneet potilaat saivat tiedon tutkimuksen tarkoituksesta. Potilailta pyydettiin kirjallinen suostumus tutkimukseen osallistumisesta, koska henkilötietolaki (523/99) velvoittaa siihen (Holopainen, Jokinen & Välimäki 2000: 167). Kyselylomakkeeseen vastattiin nimettömänä ja se palautettiin suljetussa kirjekuoressa. Vastaukset on käsitelty siten, että yksittäisen henkilön vastauksia ei voi tunnistaa. Avustavat sairaanhoitajat arvioivat potilaan voinnin. Kyselylomake annettiin niille potilaille, joiden psyykinen vointi oli siinä määrin hyvä, että he olivat kykeneväisiä vastaamaan kyselyyn. Vastauslomakkeet on hävitetty polttamalla. Tutkimuksessa on huomioitu Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin arvot: ihmisarvon kunnioittaminen, vastuullisuus ja oikeudenmukaisuus.

7.4 Kehittämishaasteet ja jatkotutkimusaiheet

Tiedon saaminen hoidon aloituksesta ja osastolla toimimisesta sekä sairaudesta näyttää olevan tässä tutkimuksessa asia, mihin osa potilaista ei ole tyytyväisiä. Aiemmissä tutkimuksissa on saatu samansuuntaisia tuloksia. Osastolla voisi kiinnittää enemmän huomiota tiedon jakamiseen ja myös siihen, miten tietoa kannattaisi jakaa, että se tavoittaa potilaan. Osa potilaista koki, että he eivät tulleet ymmärretyiksi. Vastaanottoimenpiteissä hoitohenkilökunnan tulisi muistaa kertoa potilaalle, riippumatta potilaan psyykkisestä voinnista ja hoitokerroista,

mitä seuraavaksi tapahtuu. Riittävällä tiedon saannilla osastolle tulovaiheessa potilas saattaisi kokea tulevansa paremmin ymmärretyksi. (Varis 2005: 55.)

Yksi jatkotutkimusaihe voisi olla hoitohenkilökunnalle suunnattu tyytyväisyyskysely. Mikäli henkilökunta on tyytyväinen työhönsä, niin se todennäköisesti heijastuu myös potilaiden tyytyväisyyteen. Lisäksi samassa kyselyssä voisi kysyä, miten hoitohenkilökunta on kokenut potilaiden vastaanottotilanteiden sujumisen. Tällöin saataisiin laajemmin tietoa potilaiden vastaanoton mahdollisista ongelmista ja ehkä myös siitä, ovatko jotkin potilaiden tyytymättömyyden kohteet aiheettomia tai mahdottomia toteuttaa.

7.5 Itsearviointi

Oman opinnäytetyöni koko prosessi on ollut todella työläs, aikaa vievä ja panostusta vaativa. Teoreettisen viitekehyksen muodostaminen osoittautui vaativimmaksi osaksi työtä. Aiheeseen liittyvää tutkimusta löytyi melko vähän ja tarpeellisen tiedon löytäminen on ollut hankalaa. Kyselytutkimuksen tuloksia käsitellessäni huomasin, että olisin voinut rajata opinnäytetyön aiheen suppeammaksi, esim. ”akuuttipsykiatrisen osaston potilaiden kokemuksia vastaanotosta”. Ehdin kuitenkin hankkia paljon teoretietoa potilaan vastaanottamisesta akuuttipsykiatrisella osastolla ennen kuin sain potilaskyselyn vastauslomakkeet takaisin, joten en halunnut hylätä jo suorittamaani työtä. Tyytyväisyyskyselyn tutkimuskysymyksistä onnistuin mielestäni muodostamaan selkeitä ja osuvia. Niiden avulla opinnäytetyöni tavoite toteutuu, vaikka vastaajajoukko oli pieni. Kyselyn vastausten perusteella pystyin tekemään johtopäätöksiä.

Työn aikana olen oppinut tutkitun tiedon hankkimista ja lähteitä käyttäen oman tekstin muodostamista. Opinnäytetyöni on kehittänyt kykyäni huomioida ja pohtia millaiset seikat vaikuttavat psykiatristen potilaiden tyytyväisyyteen ja parantumisen edistymiseen vastaanottotilanteissa. Tiedostan, että hoitotyössä on tärkeätä saada jatkuvasti palautetta potilailta, jotta hoidon laatua pystyttäisiin tarkkailemaan ja kehittämään. Tämän kautta olen saanut valmiuksia vaikuttaa oman tulevan työympäristöni käytänteisiin vastaanottotilanteissa ja hoitotyössä yleensä. Työni tulosten perusteella olen laatinut ohjelehtisen (liite 9) Kellokosken sairaalan akuuttipsykiatrisen osasto 12 hoitajille vastaanottotilanteen avuksi.

LÄHTEET

- Alkila, T. & Korpela, S. 2007. Laatu vastaanottotilanteeseen nuorisopsykiatrisella osastolla. Opinnäytetyö. Jyväskylän ammattikorkeakoulu.
- Brommels, M., Kupiainen, O. & Peiponen, A. 1996. Vakioitu potilastytyväisyysmittari. Suomen Lääkärilehti 18-19/1996: 2042-2048 vsk 51.
- Eronen, R., Grönros, E-R., Haarala, R., Kolehmainen, T., Lehtinen, M., Nissinen, I. & Suorsa, M. 1994. Suomen kielen perussanakirja. Kolmas osa. S-Ö. Helsinki: Painatuskeskus Oy.
- Heikkinen, M., Henriksson, M., Lönnqvist, J., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.). 2006. Psykiatria. Duodecim. Hämeenlinna: Karisto Oy.
- Hentinen, M. & Kyngäs, H. 2008. Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö. Helsinki: WSOY.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2004. Tutki ja kirjoita. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Holopainen, A., Jokinen, M. & Välimäki, M. 2000. Psykiatrinen hoitotyö muutoksessa. Juva: WSOY.
- Janhonen, S. & Nikkonen, M. (toim.) 2003. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.
- Kontunen, J., Koponen, H., Laitinen, H. & Veijalainen, A. 1996. Asiakastytyväisyystutkimukset psykiatriassa. Suomen Lääkärilehti 31/1996: 3297-3299 vsk 51.
- Koponen, L. & Sillanpää, K. (toim.). 2005. Potilaan hoito päivystyksessä. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Kumpulainen, A. 1999. Psykiatrian asiakastytyväisyysmittaus 1998-1999. Helsinki: Helsingin kaupungin terveystieteiden tutkimuskeskuksen raportteja 1999: 7.
- Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Tampere: Vastapaino.
- Kyngäs, H., Kääriäinen, M. & Lipponen, K. (toim.). 2006. Potilasohjauksen haasteet. Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja. Publication Series of the Northern Ostrobothnia Hospital District. 4/2006. Oulu: Oulun yliopistopaino.
- Lehtinen, K., Nikkonen, M. & Ollanketo, P. 1998. Hoidon laadun arvioinnin ja mittaamisen kehittäminen Visalan sairaalassa ja avohoidossa 1994-1996 - tutkimus- ja kehittämisprojektin loppuraportti. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja. Oulu: Oulun yliopistopaino.
- Mielenterveyspalveluiden laatusuositus 2001. Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos. <http://pre20031103.stm.fi/suomi/pao/julkaisut/mielenterv/laatusuositus.pdf> (Luettu 6.3.2010)
- Mäkinen, O. 2006. Tutkimusetiikan A B C. Helsinki: Tammi.
- Nordling, E. & Toivio, T. 2009. Mielenterveyden psykologia. Helsinki: Edita.
- Pitkälä, K. & Savikko, N. 2007. Potilaan sitoutuminen hoitoon. Duodecim;123: 501-2.
- Pöllänen, H. 2006. Vuorovaikutus hoitotyössä - hoitajan kommunikaatiomenetelmät ja sisältö. Opinnäytetutkimus. Kuopion yliopisto.

- Salmela, T. 1997. Asiakaspalautteen haaste. Menetelmiä ja esimerkkejä. Stakes. Oppaita 32. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Sarajärvi, A. & Tuomi, J. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.
- Talkkari, A. 2003. Potilaan hoidon hyvä aloittaminen. HAP2-projekti. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 10/2003. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy.
- Tikkanen-Kivari, A. 1998. Akuuttipsykiatrisen osastohoidon laatu potilaiden näkökulmasta. Vertailututkimus kahden keskussairaalan suljetuilla vastaanotto-osastoilla. Opinnäytetutkielma. Kuopion yliopisto.
- Varis, U. 2005. Potilastyytyväisyys aikuispsykiatrisessa sairaalahoidossa. Pro gradu -tutkielma. Kuopion yliopisto.
- Välivaara, P. 2003. Keskustelukäytännöt psykiatrisen sairaalan vastaanottokeskusteluissa. Pro gradu -tutkielma. Jyväskylän yliopisto.

Vuoden 1991 mielenterveyslain päämääränä oli selkiyttää ja tiukentaa tahdonvastaisen hoidon aiheita. Mielenterveyslain ajatus voidaan tiivistää kolmeen ydinoletukseen:

1) Potilaan oikeusturvan täytyy toteutua:

-itseään määräämisoikeudesta voidaan poiketa vain lain tarkoin määrittämässä rajoissa potilaan parhaaksi.

2) Potilaan oikeus asianmukaiseen hoitoon täytyy turvata:

-terveyskeskuksen vastaavalla lääkärillä on velvollisuus toimittaa potilas hoitoon, jos edellytykset hoitoon määräämiselle todennäköisesti täyttyvät.

3) Pakko ei koskaan ole sellaisenaan hoitoa:

-pakkoa voidaan soveltaa terveydenhuollossa vain, jos on olemassa hoito.

-pakkoa ei tule soveltaa, jos mielenterveyden häiriöön ei ole osoitettu hoitoa.

-pakon käyttö on rajattu sovellettavaksi ainoastaan psykoosien (ja nuorten kohdalla vakavien mielenterveyden häiriöiden) hoidossa; laki ei tunne riittäviä perusteita pakon käytölle muiden häiriöiden kohdalla. (Heikkinen ym. 2006: 732.)

Tahdosta riippumaton hoito

Täysi-ikäinen henkilö voidaan vuonna 1991 voimaan tulleen mielenterveyslain mukaan määrätä psykiatriseen sairaalahoitoon tahdostaan riippumatta vain seuraavissa tapauksissa:

1. Hänen todetaan olevan mielisairas.

2. Hän on mielisairautensa vuoksi hoidon tarpeessa siten, että hoitoon toimittamatta jättäminen olennaisesti

-pahentaisi hänen mielisairauttaan tai

-vakavasti vaarantaisi hänen terveyttään tai turvallisuuttaan tai

-vakavasti vaarantaisi muiden henkilöiden terveyttä tai turvallisuutta.

3. Mitkään muut mielenterveyspalvelujen vaihtoehdot eivät sovellu käytettäväksi tai ovat riittämättömät. (Koponen & Sillanpää 2005: 401.)

Edellä mainittujen edellytysten on kaikkien täytyttävä samanaikaisesti. Näin ollen potilaan tulee olla mielisairas sekä hoidon tarpeessa ja muiden mielenterveyspalvelujen tulee olla riittämättömiä tai käyttöön soveltumattomia. Nykyisen luokituksen mukaan mielisairauksina voidaan pitää deliriumtiloja, skitsofrenian eri muotoja, elimellisiä ja muita harhaluuloisuustiloja, vakavia masennustiloja, joissa on psykoottisia oireita, kaksisuuntaista mielialahäiriötä, dementian vaikea-asteisia muotoja sekä muista syistä johtuvia psykooseja. (Koponen & Sillanpää 2005: 401.) Laki rajaa tahdosta riippumattoman hoidon tapahtuvaksi ainoastaan sairaalassa; lain mukaan Suomessa ei voida toteuttaa pakkoa avohoidossa (Heikkinen ym. 2006: 733).

Hoitoon määräämisen neljä vaihetta

1) Tarkkailulähete (M1-lomake)

-Tarkkailulähetteen voi kirjoittaa laillistettu lääkäri. Tavallisimmin kyseeseen tulee perusterveydenhuollon lääkäri.

-Tarkkailulähetteen kirjoittamisen edellytyksenä on, että lääkäri esittää M1-lomakkeella perustellun kannanottonsa siitä, että hoitoon määräämisen lakisääteiset edellytykset todennäköisesti toteutuvat. (Heikkinen ym. 2006: 737.)

2) Tarkkailuun ottaminen

-Hoitoonmääräämisprosessin toisessa vaiheessa potilas otetaan korkeintaan kolme päivää vanhan tarkkailulähetteen perusteella enintään neljäksi päiväksi tarkkailuun sairaalaan. Tarkkailuun ottamisesta päättää sairaalan poliklinikan lääkäri tai päivystävä lääkäri. Hänen on omalta osaltaan edelleen varmistettava, että hoitoon määräämisen edellytykset todennäköisesti toteutuvat. (Heikkinen ym. 2006: 737.)

3) Tarkkailulausunto (M2-lomake)

-Viimeistään neljäntenä päivänä tarkkailuun ottamisesta sairaalassa tarkkaillusta vastaavan lääkärin on annettava kirjallinen tarkkailulausunto. Lausunnon tulee sisältää perusteltu kannanotto siitä, ovatko hoitoon määräämisen edellytykset tahdosta riippumatta olemassa.

-Jos tarkkailun aikana ilmenee, että edellytykset eivät toteudu, potilas on heti poistettava sairaalasta hänen sitä halutessaan. (Heikkinen ym. 2006: 737.)

4) Päätös (M3-lomake)

-Päätöksen tahdosta riippumattomasta hoidosta tekee sairaalan psykiatrisesta hoidosta vastaava ylilääkäri tai hänen ollessaan estynyt, tehtävään määrätty ensisijaisesti psykiatrian erikoislääkäri.

-Ennen päätöksentekoa on selvitettävä tarkkailuun määrätyn oma mielipide. Myös alaikäisen potilaan huoltajille on mahdollisuuksien mukaan järjestettävä mahdollisuus tulla kuulluksi.

-Päätös on annettava potilaalle tiedoksi viipymättä. (Heikkinen ym. 2006: 737.)

Kirjallisuuskatsaus

Potilas muodostaa hoitoon kiinnittymisen ja hoidon onnistumisen kannalta merkityksellisen ensikäsityksen sairaalasta ja sen henkilökunnasta vastaanottotilanteen yhteydessä (Talkkari 2003: 42). On väitetty, että toimet, jotka tukevat potilaan sitoutumista, voisivat vaikuttaa kansanterveyteen huomattavasti enemmän kuin minkään yksittäisen lääkehoidon kehittäminen. Parempaan sitoutumiseen voivat ajan mittaan johtaa potilaan kokemus kuulluksi tulemisesta, tuesta ja hoidon yksilöllisestä suunnittelusta. Luottamuksen rakentamisella on suuri vaikutus potilaan hoidon tuloksellisuuteen. (Pitkälä & Savikko 2007: 501-502.)

Tutkimusten mukaan on selvinnyt, että se, miten potilaan hoito aloitetaan, vaikuttaa suuresti hoidon onnistumiseen. Potilaiden kokemukset auttavista tekijöistä keskittyvät hoidon alkuvaiheeseen ja siksi hoidon alkuvaihe on merkittävä hoidon onnistumisen kannalta. Psykiatrisen erikoissairaanhoidon sairaansijojen määrä on vähentynyt. Samalla sairaalahoitajaksot ovat lyhentyneet. Sairaalaan sisään otettavien potilaiden tulovaiheessa hoidon nopea aloittaminen, sairaudentilan ja elämäntilanteen tutkiminen ja jatkohoidon järjestely tiiviissä yhteistyössä avohoidon kanssa on entistä tärkeämpää. (Talkkari 2003: 3.)

Hoidon hyvän aloittamisen kehitysprojekti HAP2 projektiryhmä määritteli potilaan hoidon aloittamisen kriteereiksi: 1) Diagnostinen tutkimus alkaa heti, 2) Suunnitelmallinen hoito alkaa heti, 3) Potilaan hoito alkaa turvallisesti, 4) Tarvittava tieto on nopeasti käytössä, 5) Potilas sitoutuu hoitoonsa ja 6) Yhteistyö perheen ja verkoston kanssa alkaa heti. (Talkkari 2003: 18.) Psykoosisairaudet ovat usein pitkäaikaisia ja laaja-alaisesti potilaiden toimintakykyä vahingoittavia, näin ollen niiden tehokas tunnistaminen ja hoitaminen ovat sekä inhimillisesti että kansantaloudellisesti erittäin tärkeää (Valkonen-Korhonen 2003: 1).

Tutkimuksen taustaa

Opiskelen sairaanhoitajaksi Laurea-ammattikorkeakoulussa Tikkurilassa. Olen opintojen loppusuoralla. Tällä hetkellä teen opinnäytetyötä. Opinnäytetyöni aihe on: 'Potilaan vastaanottaminen akuuttipsykiatrisella osastolla'. Tarkoituksena on kerätä tutkimusaineistoa opinnäytetyöhöni potilaskyselyllä (liite 1). Kysely on sovittu suoritettavaksi Kellokosken sairaalan osastolla 12. Olen sopinut yhteistyön tekemisestä osaston 12 osastonhoitajan kanssa. Minulta puuttuu enää tutkimuslupa.

Tutkimuksen tavoitteet

Tutkimuksen tarkoitus on kuvata akuuttipsykiatriselle osastolle tulleiden potilaiden kokemuksia vastaanottotilanteesta. Tavoitteena on kehittää vastaanottotilannetta sekä hankkimani teoriatiedon että potilaskyselyllä saamani aineiston perusteella potilaslähtöisemmäksi. Kehitysajatuksen sain

osaston 12 osastonhoitajalta. Lopuksi tavoitteena on jäsentää potilaan vastaanottamisen olennaisimmat asiat opaslehtiseksi. Opaslehtinen on tarkoitettu hoitajille vastaanottotilanteen avuksi ja yhtenäistämään henkilökunnan toimintaa vastaanottotilanteessa. Opas on tarkoitettu erityisesti akuuttipsykiatristen osastojen vastaanottotilanteita ajatellen. Opasta voivat hyödyntää erityisesti esimerkiksi uudet työntekijät ja hoitoalan opiskelijat ja kaikki hoitotiimiin kuuluvat henkilöt. Tutkimuksen tavoitteena on myös kehittää omaa osaamistani tulevana sairaanhoitajana.

Tutkimuskysymykset

Tutustuin joidenkin aiheeseeni liittyvien opinnäytetöiden ja pro gradu –tutkielmien kyselylomakkeisiin ja tutkin niiden soveltuvuutta opinnäytetyöhöni. Sain paljon hyviä ideoita kyselyä ajatellen. Koska kyselyt eivät mielestäni sellaisenaan soveltuneet työhöni ja halusin kyselystä omanlaisen, päädyin luonnostelemaan potilaskyselylomakkeen opinnäytetyöni teoreettista viitekehystä hyödyntäen.

Tutkimusaineiston keruumenetelmänä on strukturoitu kyselylomake. Kyselylomakkeen ensimmäinen osio (kysymykset 1-5) koskee potilaan taustatietoja: sukupuolta, ikää, kuinka monetta kertaa on nyt hoidossa, kyselyhetkellä osastolla vietetyn ajan pituutta ja miten pian osastolle tulon jälkeen pääsi tapaamaan osastonlääkäriä. Toisessa osiossa käsitellään potilaan kokemuksia vastaanottotilanteesta. Kysymykset 6-16 mittaavat tyytyväisyyttä neliportaisella Likert-asteikolla ja kysymykset kuvaavat potilaan kokemuksia seuraavista asioista:

- 6-8 vastaanotto-tila ja vastaanottotilanteen turvallisuus
- 9-11 kohtelu
- 12-13 annetun tiedon riittävyys
- 14-15 kuulluksi tuleminen
- 16 vastaanoton kokeminen

Likert-asteikon vastausvaihtoehdoiksi valitsin: ”täysin samaa mieltä”, ”jokseenkin samaa mieltä”, ”jokseenkin eri mieltä” ja ”täysin eri mieltä”. En halunnut vastausvaihtoehdoksi ns. neutraalia luokkaa ”en osaa sanoa”, koska tällainen vaihtoehto antaa mahdollisuuden ohittaa kysymyksen miettimättä sitä. Toisaalta, kun neutraalia vastausvaihtoehtoa ei ole, vastaaja voi jättää tyhjäksi jonkin muuttujan. (Varis 2005: 32.)

Toisessa osiossa on myös kaksi avointa kysymystä (kysymykset 17-18). Toisessa on mahdollisuus esittää toiveita vastaanottotilanteen kehittämiseksi ja toisessa on vapaa sana.

Tutkimuksen toteutus

Potilaskysely on tarkoitus toteuttaa Kellokosken sairaalassa osastolla 12. Vien osastolle potilaskyselylomakkeet. Toivon saavani noin 40 täytettyä lomaketta. Osastolla tutkimustani koordinoi osastonhoitaja Arja Erkkilä, lisäksi minulla on osastolla kaksi avustavaa henkilöä: sairaanhoitajat

Riitta-Leena Hietala ja Sini Airaksinen. He ovat lupautuneet avustamaan potilaskyselyn toteuttamisessa. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että he tiedottavat potilaita tutkimuksestani ja antavat potilaille tarvittavat tiedote-, suostumus ja kyselylomakkeet (liitteet 1,4 ja 5) sekä vastaanottavat suostumuslomakkeet ja suljetussa kirjekuoressa olevat täytetyt kyselylomakkeet ja huolehtivat ne talteen keräyslaatikkoon. Annan osaston henkilökunnalle tiedotteen (liite 2), jossa kerron tutkimuksen tavoitteet. Lisäksi annan avustaville henkilöille oman tiedotteen, jossa kerron tarkemmat toimintaohjeet (liite 3). Potilaiden potilaskyselylomakkeeseen liitän tiedotteen, jossa kerron kuka olen, tutkimuksen tarkoituksen ja ohjeita kyselylomaketta varten. Lisäksi annan potilaille allekirjoitettavaksi suostumus potilaskyselyyn osallistumisesta -lomakkeen. Lopuksi haen potilaskyselylomakkeet osastolta, jotta voin analysoida aineiston.

Tutkimuseettiset kysymykset

Tutkimukseen osallistuminen on potilaille vapaaehtoista. Potilaskyselylomakkeeseen vastataan nimettömänä. Pyydän potilailta kirjallisen suostumuksen tutkimukseen osallistumisesta, koska henkilötietolaki (523/99) velvoittaa siihen (Holopainen, Jokinen & Välimäki 2000: 167). Tutkimuksesta poisjäänti ei vaikuta potilaan hoitoon. Käsittelen saamani vastauksia analysointivaiheessa siten, että yksittäisen henkilön vastauksia ei voida tunnistaa. Tavoitteena on kehittää vastaanottotilannetta potilaslähtöisemmäksi eli tutkimus on suunniteltu potilaiden parasta ajatellen. Mikäli potilaan psyykinen vointi on siinä määrin huono, että hän ei ole kykeneväinen vastaamaan potilaskyselyyn, ei hänelle viellä potilaskyselylomaketta. Luottamuksellisuuden säilyttämiseksi tutkimuksen valmistuttua hävitän saamani potilaskyselylomakkeet joko silppurissa tai polttamalla.

Tutkimusaineiston analysointi

Kyselylomakkeiden palautumisen jälkeen kirjaan tulokset taulukkoon joko exell-ohjelmalla tai manuaalisesti. Koska kyseessä on pienimuotoinen tutkimus, myös manuaalinen käsittely on mahdollista. Tuloksista muodostetaan frekvenssi- ja prosenttijakaumia, joita hyödynnetään tulosten analysoinnissa. (Mallit mahdollisesta tulosten esittämistavasta, liite 6). Mikäli saan vastauksia avoimiin kysymyksiin, luokittelen vastaukset sisällönanalyysin avulla. (Salmela 1997: 72.)

Tutkimuksen luotettavuus

Tulosten luotettavuutta arvioitaessa analysoin mm. seuraavia seikkoja:

- psykiatristen potilaiden tutkimisen ongelmat (katso 8.1)
- palautettujen vastauslomakkeiden määrä (katso 8.2)
- kyselylomakkeen muuttujien eli kysymysten asettelu ja soveltuvuus tarkoitukseensa
- Likert-asteikon soveltuvuus tutkimukseeni
- tutkimuksesta puuttuvia osia, esim. kyselylomakkeen muuttujien esitestaus ja kysely hoitohenkilökunnalle
- johtopäätösten luotettavuus

Psykiatrisen hoitotyön tutkimuksen haasteet

Psyykkinen sairaus vaikuttaa yksilön ajatteluun, keskittymiskykyyn ja toimintaan. Esimerkiksi käsitteellinen ajattelu ja ajatusten ilmaisu voi vaikeutua. Tämän vuoksi psykiatrisia potilaita on vaikea tutkia. Voidaankin miettiä, kuinka luotettavia mielenterveysongelmista kärsivien potilaiden vastaukset hoidosta ovat ja voidaanko niistä tehdä johtopäätöksiä (Lehman 1983). On kuitenkin tärkeää kunnioittaa jokaista yksilöä siten, että yksilön mielipidettä pidetään tärkeänä huolimatta siitä, ovatko ajatukset laadukkaasti tuotettuja. (Holopainen, Jokinen & Välimäki 2000: 152-161.)

Vastauslomakkeiden määrä

Toivottu vastauslomakkeiden määrä, noin 40, on pieni otos. Tämän vuoksi tutkimuksesta ei voi saada eksaktia totuutta. Toivon, että kyselyn tuloksena saisin suuntaa antavia tuloksia ja että voisin hyödyntää vastauksia opaslehtisen laatimisessa hankkimani teoriatiedon ohella.

Tutkimuksen aikataulu

Potilaskysely on tarkoitus käynnistää heti, kun minulla on tutkimuslupa. Tässä vaiheessa on vielä vaikea arvioida, missä ajassa saan riittävästi täytettyjä potilaskyselylomakkeita takaisin. Alustavana tavoitteena on saada noin 40 lomaketta takaisin.

Lähteet

Holopainen, A., Jokinen, M. & Välimäki, M. 2000. Psykiatrisen hoitotyö muutoksessa. Juva: WSOY.

Pitkälä, K. & Savikko, N. 2007. Potilaan sitoutuminen hoitoon. Duodecim;123: 501-2.

Salmela, T. 1997. Asiakaspalautteen haaste. Menetelmiä ja esimerkkejä. Stakes. Oppaita 32. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Talkkari, A. 2003. Potilaan hoidon hyvä aloittaminen. HAP2-projekti. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 10/2003. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy.

Valkonen-Korhonen, M. 2003. Akuutti psykoosi on kokonaisvaltainen sairaustila. Information Processing in Acute Psychosis. Väitöskirja. Julkaistu 14.11.2003.

Varis, U. 2005. Potilastyytyväisyys aikuispsykiatrisessa sairaalahoidossa. Pro gradu –tutkielma. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos.

HELSINGIN JA UUDENMAAN
SAIRAANHOITOPIIRI
Hyvinkään sairaanhoitoalue 2009
Tulosalueen johto

TUTKIMUSLUVAN MYÖNTÄMINEN 1 (1)
§ 152
28.10.2009

Hakija Osastonhoitaja Arja Erkkilä

Esittelijä Osastoryhmän päällikkö Saija Syvänen

Asia TUTKIMUSLUVAN MYÖNTÄMINEN OPINNÄYTETYÖLLE: POTILAAN VASTAANOTTAMINEN AKUUTTIPSYKIATRISELLA OSASTOLLA

Tutkijat/tukimusryhmä Sh-opiskelija Beda Haapanen

Perustelut Beda Haapanen opiskelee sairaanhoitajaksi ja on sopinut ja suunnitellut yhteistyössä Kellokosken sairaalan osasto 12 henkilökunnan ja osastonhoitaja Arja Erkkilän kanssa päättötyön tekemisestä potilaan vastaanottamisesta akuuttipsykiatriselle osastolle. Tutkimuksen tavoitteena on kehittää vastaanottotilannetta potilaslähtöisemmäksi sekä laatia opaslehtinen potilaita vastaanottavien hoitajien avuksi.

Olen perehtynyt tutkimussuunnitelmaan. Tutkimuslupahakemus on täytetty asianmukaisesti ja siitä käyvät ilmi tutkimusluvan myöntämisen kannalta oleelliset asiat. Tutkimuslupahakemuksen liitteinä ovat tutkimussuunnitelman tiivistelmä, potilasrekisteriselosteen liite sekä kyselykaavake ja siihen liittyvä saate.

Päätös Edellä olevan mukaan päätän, että osastonhoitaja Arja Erkkilälle ja sh-opiskelija Beda Haapaselle myönnetään tutkimuslupa esitetylle tutkimukselle.

Ehdot Tutkimukseen liittyvät rekisteritiedot tulee kirjata HUS potilasrekisterin rekisteriselosteen pysyväisohjeen 2/2006 mukaisesti. Tutkimuksen yhteydessä käytettäviä potilastietoja on pääsääntöisesti käsiteltävä anonyymisti. Henkilötietojen avainrekisterin säilyttämisestä huolehtii aina HUS:ssa tutkimuksen vastuhenkilö.

Sovelletut oikeusohjeet HUS Yleiskirje 22/2000
Henkilötietolaki (523/1999)
Laki viranhomaistoiminnan julkisuudesta (621/1999)
Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992)

Päätösvalan peruste Hallintosääntö 20 §

Lisätietojen antaja Arja Erkkilä,
Beda Haapanen


Asko Saari
Hyvinkään sairaanhoitoalueen johtaja

Lähetetty tiedoksi Arja Erkkilä, Beda Haapanen, Pirkko Brandér, Saija Syvänen, Elina Landin

Tutkimuksen nimi: Potilaan vastaanottaminen akuuttipsykiatrisella osastolla

Kiitos jo etukäteen siitä, että olet luvannut auttaa potilaskyselyyn käytännön toteutuksessa. Lue ennen tätä tiedotetta henkilökunnalle osoittamani tiedote, kerron siinä tarkemmin potilaskyselyyn taustatiedot sekä tarkoituksen. Tässä tiedotteessa kerron Sinulle toimintaohjeet potilaskyselyyn toteuttamiseksi.

Tuon osastolle potilaskyselylomakkeita. Tarkoituksena on, että mahdollisimman moni osaston potilaista täyttäisi kyselylomakkeen. Kyselylomake on siis tarkoitus antaa sekä osastolla jo oleville potilaille että potilaille, jotka tulevat osastolle. Kyselyyn osallistuminen on potilaalle vapaaehtoista ja siihen vastataan nimettömänä. Koska kyselylomake koskee potilaan saapumista osastolle 12 eli vastaanottotilannetta, anna lomake vasta sitten, kun potilas on jo vastaanotettu osastolle. Mielellään kuitenkin melko pian vastaanottamisen jälkeen, jotta potilaalla on mahdollisimman tuore muistikuva tilanteesta. Mikäli potilas päättää vastata kyselyyn, tarkoituksena on, että potilas vastaisi mahdollisimman moneen kysymykseen, mielellään kaikkiin. Jos muutama vastaus puuttuu, se ei haittaa ja otan joka tapauksessa kaikki palautetut kyselyt vastaan.

Olen laittanut jokaisen potilaskyselylomakkeen mukaan saatekirjeen, jossa kerron, kuka olen, mikä on kyselyyn tarkoitus ja ohjeita kyselyä varten. Lisäksi mukana on palautuskuori, johon potilas itse laittaa täytetyn lomakkeen ja sulkee kuoren. Kyselystä on pyritty tekemään mahdollisimman selkeä ja yksinkertainen. Kyselylomakkeessa sekä saatekirjeessä on selkeät ohjeet kyselyyn täyttämistä varten. Kyselyyn ensimmäisellä sivulla kysytään potilaan taustatietoja, potilas laittaa ruksin (X) sen vaihtoehdon kohdalle, joka koskee häntä. Kyselyyn toisella sivulla kysytään potilaan mielipidettä erilaisista asioista koskien vastaanottotilannetta eli tilannetta, kun potilas saapui osastolle 12. Potilas lukee ensin väittämän ja laittaa sen jälkeen ruksin (X) mielipidettään vastaavaan ruutuun. Lopuksi on vielä kaksi avointa kysymystä, toisessa on mahdollisuus kertoa toiveita vastaanottotilanteen kehittämiseksi ja toisessa on vapaa sana.

Sitä mukaan, kun kirjekuoreen suljettuja kyselylomakkeita tulee, ne kerätään keräyslaatikkoon osastonhoitajan huoneeseen. Kun annat potilaalle potilaskyselylomakkeen, toivon, että huolehdit sen vielä samana päivänä keräyslaatikkoon, jotta lomakkeet eivät jää osastolle pyörimään. Toivon, että tyhjiä kyselylomakkeita säilytetään henkilökunnan tiloissa. Mikäli lomakkeet ovat vapaasti potilaiden saatavilla, voi olla vaikea kontrolloida, kuka on täyttänyt kyselyyn ja onko kyselyt haettu talteen.

Potilastiedotteen, kyselylomakkeen ja kuoren lisäksi mukana on 'suostumus potilaskyselyyn osallistumisesta' -lomake. Toivon, että huolehdit, että jokainen kyselyyn osallistuva potilas allekirjoittaa suostumuslomakkeen. Suostumuslomake ei sido potilasta mihinkään eli vaikka potilas olisi jo allekirjoittanut suostumuslomakkeen, hän voi päättää olla osallistumatta kyselyyn. Henkilötietolaki (523/99) velvoittaa pyytämään kirjallisen suostumuksen tutkimukseen osallistumisesta. Suostumuslomakkeet kerätään myös talteen osastonhoitajan huoneeseen. Suostumuslomakkeille on oma keräyslaatikko, koska lomakkeet jäävät osastolle ja jotta kyselyyn osallistuneiden potilaiden nimettömyys säilyy. Kiitos avustasi!

Tutkijan yhteystiedot: Sairaanhoidaja-opiskelija Beda Haapanen,
Laurea-ammattikorkeakoulu, Ratatie 22, 01300 Vantaa,

Potilastiedote

Hei!

30.10.2009

Opiskelen sairaanhoitajaksi Laurea-ammattikorkeakoulussa Tikkurilassa. Olen opintojen loppusuoralla. Tällä hetkellä teen opinnäytetyötä. Opinnäytetyöni aihe on: 'Potilaan vastaanottaminen akuuttipsykiatrisella osastolla'. Kerään tutkimusaineistoa opinnäytetyöhöni potilaskyselyllä. Tavoitteena on kehittää vastaanottotilannetta potilaan kannalta paremmaksi.

Kyselylomakkeeseen vastaaminen on Sinulle vapaaehtoista. Lomakkeeseen vastataan nimettömänä. Käsittelen saamiani vastauksia siten, että kenenkään henkilön vastauksia ei voida tunnistaa. Tutkimuksen valmistuttua hävitän saamani potilaskyselylomakkeet joko silppurissa tai polttamalla.

Mikäli päätät vastata kyselyyn, toivon, että vastaat kaikkiin kysymyksiin. Ennen kun aloitat tekemään potilaskyselyä, allekirjoita suostumuslomake. Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista, eikä osallistumatta jättäminen vaikuta saamaasi hoitoon. Suostumuslomake ei sido Sinua mihinkään. Vaikka olisit jo allekirjoittanut suostumuslomakkeen, ei Sinun tarvitse osallistua kyselyyn, jos päätät niin.

Kun olet vastannut, laita lomake mukana olevaan kirjekuoreen ja sulje kuori. Palauta kuori hoitajalle.

KIITOS AVUSTA!

Tutkijan yhteystiedot:
Sairaanhoitaja-opiskelija
Beda Haapanen
Laurea-ammattikorkeakoulu
Ratatie 22
01300 Vantaa
Puhelinyhteyden tutkijaan saat osasto 12:sta hoitajien kautta

SUOSTUMUS POTILASKYSELYYN OSALLISTUMISESTA

Pyydän sinua osallistumaan tutkimukseeni: Potilaan vastaanottaminen akuuttipsykiatrisella osastolla.

Olen saanut kirjallisen selvityksen opinnäytetyönä tehtävästä potilaskyselystä, joka koskee Kellokosken sairaalan osaston 12 potilaita ja vastaanottotilannetta. Tutkimuksen tavoitteena on kehittää vastaanottotilannetta potilaan kannalta paremmaksi. Potilaskyselyyn osallistuminen on minulle vapaaehtoista ja vastaan kyselyyn nimettömänä. Tutkimukseen osallistumatta jättäminen ei vaikuta saamaani hoitoon. Voin peruuttaa osallistumiseni milloin tahansa ilman erillistä syytä. Olen saanut tiedon, että vastauksia käsitellään siten, että kenenkään henkilön vastauksia ei voida tunnistaa. Lisäksi tiedän, että tutkimuksen valmistuttua potilaskyselylomakkeet hävitetään. Tämä suostumuslomake jää Kellokosken sairaalan osastolle 12 talteen. Suostumuslomakkeet säilytetään erillään potilaskyselylomakkeista eli tämän perusteella ei voida jäljittää, mikä kyselylomake on minun.

Paikka ja aika

Potilaskyselyyn osallistujan nimi ja nimenselvennys

syntymäaika

osoite

Suostumuksen vastaanottajan nimi ja allekirjoitus

Tutkijan yhteystiedot:
Sairaanhoitaja-opiskelija
Beda Haapanen
Laurea-ammattikorkeakoulu
Ratatie 22
01300 Vantaa
Puhelinyhteyden tutkijaan saat osasto 12:sta hoitajien kautta

POTILASKYSELY

Kellokosken sairaala, osasto 12

A) Taustatiedot

OHJE: Laita ruksi (X) sen vaihtoehdon kohdalle joka koskee Sinua.

1. Sukupuoli: nainen
 mies
2. Ikä: alle 25 tai 25 vuotta
 26-35 vuotta
 36-45 vuotta
 yli 45 vuotta

3. Psykiatrisessa sairaalassa tämä on minulle:

- ensimmäinen hoitokerta
 toinen tai kolmas hoitokerta
 neljäs tai useampi hoitokerta

4. Tällä hoitojaksolla olen ollut osastolla:

- alle viikon
 1 viikko – 1 kuukausi
 yli 1 kuukausi – 2 kuukautta
 yli 2 kuukautta

5. Tapasin osaston lääkärin:

- tulopäivänä
 seuraavana päivänä
 myöhemmin

KÄÄNNÄ

B) Saapuminen Kellokosken sairaalan osastolle 12

OHJE: Lue ensin väittämä, laita sen jälkeen ruksi (X) mielipidettäsi vastaavaan ruutuun.

	Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Täysin eri mieltä
6. Vastaanotto-tila oli rauhallinen				
7. Vastaanotto-tila oli riittävän yksityinen				
8. Tunnelma vastaanotto-tilanteessa henkilökunnan kanssa oli turvallinen				
9. Henkilökunnalla oli minulle riittävästi aikaa				
10. Minua kohdeltiin asiallisesti				
11. Minulle puhuttiin ymmärrettävällä kielellä				
12. Sain riittävästi tietoa osastolla toimimisesta				
13. Sain riittävästi tietoa hoitoni aloituksesta				
14. Minulla oli mahdollisuus esittää hoitoni liittyviä kysymyksiä				
15. Tunsin tullessi ymmärretyksi				
16. Tunsin, että olin tervetullut osastolle				

17. Onko sinulla toiveita vastaanotto-tilanteen kehittämiseksi? Minkälaisia? _____

18. Muuta sanottavaa: _____

Tiedote henkilökunnalle

Hei!

30.10.2009

Opiskelen sairaanhoitajaksi Laurea-ammattikorkeakoulussa Tikkurilassa. Olen opintojen loppusuoralla. Tällä hetkellä teen opinnäytetyötä. Opinnäytetyöni aihe on: 'Potilaan vastaanottaminen akuuttipsykiatrisella osastolla'. Tarkoituksena on kerätä tutkimusaineistoa opinnäytetyöhöni potilaskyselyllä. Potilaskysely on tarkoitus suorittaa Kellokosken sairaalan osastolla 12. Yhteistyön tekemisestä olen sopinut osaston 12 osastonhoitajan Arja Erkkilän kanssa.

Tutkimuksen tarkoitus on kuvata akuuttipsykiatriselle osastolle tulleiden potilaiden kokemuksia vastaanottotilanteesta. Tavoitteena on kehittää vastaanottotilannetta sekä hankkimani teoretiedon että potilaskyselyllä saamani aineiston perusteella potilaslähtöisemmäksi. Kehitysjatoksen sain osaston 12 osastonhoitajalta. Lopuksi tavoitteena on jäsentää potilaan vastaanottamisen olennaisimmat asiat opaslehtiseksi. Teen oppaan erityisesti akuuttipsykiatristen osastojen vastaanottotilanteita ajatellen. Opaslehtinen on tarkoitettu hoitajille vastaanottotilanteen avuksi ja yhtenäistämään henkilökunnan toimintaa vastaanottotilanteessa. Opasta voivat hyödyntää erityisesti uudet työntekijät ja hoitoalan opiskelijat. Myös muut hoitotiimiin kuuluvat henkilöt voivat tutustua oppaaseen. Tutkimuksen tavoitteena on myös kehittää omaa osaamistani tulevana sairaanhoitajana.

Tutkimuksen toteutus: Tuon osastolle potilaskyselylomakkeita. Osastolla tutkimustani koordinoi osastonhoitaja Arja Erkkilä, lisäksi minulla on osastolla kaksi avustavaa henkilöä: sairaanhoitajat Riitta-Leena Hietala ja Sini Airaksinen. He ovat lupautuneet avustamaan potilaskyselyn toteuttamisessa. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että he tiedottavat potilaita tutkimuksestani ja antavat potilaille tarvittavat tiedote-, suostumus ja kyselylomakkeet sekä vastaanottavat suostumuslomakkeet ja suljetussa kirjekuoressa olevat täytetyt kyselylomakkeet ja huolehtivat ne talteen keräyslaatikkoon.

Tutkimukseen osallistuminen on potilaille vapaaehtoista ja kyselyyn vastataan nimettömänä.

Tutkijan yhteystiedot:
Sairaanhoitaja-opiskelija
Beda Haapanen
Laurea-ammattikorkeakoulu
Ratatie 22
01300 Vantaa

POTILAAN VASTAANOTTAMINEN AKUUTTIPSYKIATRISILLA OSASTOLLA

Ohjeita hoitajille

Omassa toiminnassasi:

- huomioi potilaan vointi ja voimavarat ja toimi sen mukaan
- varaa tarpeeksi aikaa (tai anna ainakin kiireetön vaikutelma)
- pyri luomaan potilaaseen heti alusta lähtien luottamuksellinen hoitosuhde ja vastaanot-
totilanteeseen turvallinen ilmapiiri
- pyri olemaan vilpitön ja empaattinen
- toimi johdonmukaisesti ja asiallisesti

Viestinnässä:

- osoita, että olet kiinnostunut potilaasta ja hänen asioistaan
- puhu selkeästi ja rauhallisesti, käytä lyhyitä lauseita
- pyri siihen, että sanallinen ja sanaton viestisi on yhdenmukaista
- kuuntele ja havainnoi, mitä potilaalla on sanottavaa
- huomioi potilaan odotukset ja toiveet mahdollisuuksien mukaan
- anna potilaalle mahdollisuus kysyä
- lääkärin tapaamisen jälkeen varmista, että potilas tietää, miten hoidon kanssa edetään
- esittele osasto ja anna riittävästi tietoa osastolla toimimisesta
- kerro aina, mitä seuraavaksi tapahtuu

Hyvä vastaanottotila on:

- rauhallinen
- tarpeeksi tilava
- hyvin äänieristetty
- valoisa (auringon häikäisy estetty)
- sopivan lämpöinen
- turvallinen potilaalle ja haastattelijalle (perääntymistiet turvattu molemmille konfliktin
sattuessa ja haastattelijalla mahdollisuus hälyttää apua)

TUTKIMUSTIETOA HOITOHENKILÖKUNNALLE

Potilas muodostaa hoitoon sitoutumisen ja hoidon onnistumisen kannalta merkityksellisen ensikäsitksen sairaalasta ja sen henkilökunnasta vastaanottotilanteen yhteydessä. Tutkimusten mukaan on selvinnyt, että se, miten potilaan hoito aloitetaan, vaikuttaa suuresti hoidon onnistumiseen. Potilaiden kokemukset auttavista tekijöistä keskittyvät hoidon alkuvaiheeseen ja siksi hoidon alkuvaihe on merkittävä hoidon onnistumisen kannalta. (Talkkari 2003: 3-42.)

Hyvän hoidon aloittamisen kehitysprojekti HAP2 projektiryhmä määritteli potilaan hoidon aloittamisen kriteereiksi:

- 1) Diagnostinen tutkimus alkaa heti
- 2) Suunnitelmallinen hoito alkaa heti
- 3) Potilaan hoito alkaa turvallisesti
- 4) Tarvittava tieto on nopeasti käytössä
- 5) Potilas sitoutuu hoitoonsa
- 6) Yhteistyö perheen ja verkoston kanssa alkaa heti (Talkkari 2003: 18.)

POTILAAN VASTAANOTTAMINEN AMMATILLISENA VUOROVAIKUTUSTILANTEENA

Potilastyön lähtökohta on vuorovaikutus ja sen avulla pyritään auttamaan potilasta. Vuorovaikutuksen tavoitteena on ohjaussuhteen luominen. Ohjaussuhteessa vuorovaikutuksen avulla edistetään potilaan sitoutumista hoitoon. Vuorovaikutuksessa ovat aina mukana niin hoitajan kuin potilaankin asenteet, persoonallisuus ja koko inhimillinen ihmisyyden. Hoitajan on hyvä tiedostaa omia asenteita ja tarvittaessa muuttaa niitä. Vuorovaikutus hoitajan ja potilaan välillä on jatkuvaa vastavuoroisuutta. Jos vaan toisella on mahdollisuus puhua tai vaikuttaa, ei ole kyse vuorovaikutuksesta. Potilas ja hoitaja voivat oppia paljon toisiltaan ja myös itsestään vuorovaikutustilanteessa. Hoitaja arvioi potilaan kyvyn omaksua asioita ja tämän perusteella valitsee tavan, jolla hän viestii potilaan kanssa. (Kynä, Kääriäinen & Lipponen 2006: 24.)

VIESTINTÄ VASTAANOTTOTILANTEESSA

Viestinnän täytyy olla sujuvaa vuorovaikutustilanteessa, jotta hoitaja ja potilas voisivat ymmärtää käymänsä keskustelun samalla tavalla. Osallistujien käsitykset, mielikuvat, tunteet, kokemukset, odotukset ja aiemmat tapahtumat edeltävät jokaista viestintätilannetta. Nämä asiat vaikuttavat vuorovaikutusprosessiin ja voivat vääristää viestin sisältöä sen vastaanottovaiheessa tai jo ennen sitä, esim. äänensävy ja/tai sanattoman viestinnän kautta. Nykäsityksen mukaan yli puolet vuorovaikutuksesta on sanattomaa viestintää eli eleitä, ilmeitä, tekoja ja kehon kieltä. Näitä viestejä on vaikea kontrolloida, koska niitä lähetetään paljon tiedostamattomasti. Sanattomalla viestinnällä voi tukea, painottaa, täydentää, kumota tai korvata kokonaan sanallista viestintää. Tämän vuoksi on tärkeää, että sanallinen ja sanaton viestintä on yhdenmu- kaista. (Kynä, Kääriäinen & Lipponen 2006: 25-26.)