

Viivi Selin

AVOIMEN DIALOGIN HOITOMALLI VANHUSPSYKIATRISELLA
OSASTOLLA

Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto
2015

AVOIMEN DIALOGIN HOITOMALLI VANHUSPSYKIATRISELLA OSASTOLLA

Selin Viivi
Satakunnan ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Tammikuu 2015
Ohjaaja: Hannula Erja TtM
Sivumäärä: 41
Liitteitä: 4
Asiasanat: Dialogi, dialogisuus, vanhuspsykiatria

Tämä opinnäytetyö tehtiin tilaustyön vanhuspsykiatriselle osastolle, jossa hoidetaan pääsääntöisesti yli 60-vuotiaita psyykkisesti oireilevia ikääntyneitä. Osaston toimintaa on ryhdytty kehittämään avoimen dialogin hoitomallin mukaiseksi.

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata, miten hoitajien mielestä avoimen dialogin hoitomalli näkyy osaston toiminnassa tutkimuksen teko hetkellä. Tarkoituksena oli myös kerätä tietoa hoitajien kokemista kehittämistarpeista ja siitä, millä tavoin toimintaa voidaan kehittää. Tutkimuksen tavoitteena oli kehittää avoimen dialogin hoitomallia osaston tarpeisiin tutkimuksessa ilmenevien tietojen avulla.

Tutkimusmenetelmä oli kvantitatiivinen. Tutkimusaineisto kerättiin strukturoidulla ja puolistrukturoidulla kyselykaavakkeella. Tutkimuksen otos oli $n=15$ vanhuspsykiatrisen osaston hoitajaa, vastauksia kyselyyn saatiin 13, joten vastausprosentiksi muodostui 87 %.

Teoriassa dialogi on vuorovaikutusta jossa osapuolet huomioivat toisensa, vastaavat toisilleen ja sovittavat oman toimintansa toisen ihmisen toimintaan. Dialogisessa vuorovaikutussuhteessa korostuvat keskinäinen kunnioitus, tasavertaisuus ja avoimuus. Dialogisessa keskustelussa keskeistä on toisen ihmisen kuuntelu ja asioiden pohtiminen yhdessä. Keskustelun osapuolilla ei tarvitse olla valmiita vastauksia esillä oleviin kysymyksiin tai ongelmiin. Dialoginen hoitomalli perustuu hoitokokouksiin jossa kohtaavat asiakas, häntä hoitava taho, asiakkaan läheiset ja mahdolliset muut asiantuntijat, kuten psykologi.

Lähes neljännes vastaajista oli osittain eri mieltä väitettäessä että ensimmäinen hoitokokous järjestetään välittömästi tai heti kun mahdollista. Puolet vastanneista oli osittain samaa mieltä ja kolmannes täysin samaa mieltä väittämän kanssa; hoitokokouksia pitäisi järjestää nykyistä enemmän. Omaisia tärkeänä voimavarana potilaan hoitoon piti yli 90 %. Lähes 70 % vastaajista koki että omaiset otetaan mukaan hoitoon aina kun mahdollista.

Tutkimuksessa keskeisiksi kehittämisen kohteiksi nousivat vähäiset lääkäriresurssit, omaisten vähäinen osallistuminen hoitoon, ensimmäisen hoitokokouksen myöhäinen ajankohta ja hoitokokouksien vähäinen järjestäminen hoitajakson aikana sekä potilaan omien mielipiteiden vähäinen kuuntelu häntä koskevien päätösten teossa. Myös potilaan osallistaminen hoitoon koettiin vähäiseksi sekä omahoitajien panostus potilaiden hoitoon.

OPEN DIALOGUE CARE MODEL IN ELDERLY PSYCHIATRIC DEPARTMENT

Selin, Viivi

Satakunnan ammattikorkeakoulu, Satakunta University of Applied Sciences

Degree Programme in Nursing

January 2015

Supervisor: Hannula, Erja

Number of pages: 41

Appendices: 4

Keywords: Dialogue, elderly psychiatry

The purpose of this thesis was to describe how open dialogue care model can be seen in operations in elderly psychiatric department. One of the purposes was to collect information from nurses regarding development ideas. With use of this thesis elderly psychiatric department can improve their actions toward open dialogue.

Research method was quantitative. Research material was collected with use of structured and half structured questionnaire. Sample of the research was n=15 number describes quantity of nurses in the department. Answer percentage was 87.

In theory dialogue is interaction where party of people take each other into account. In dialogue interaction key components are respect, equality and openness. In dialogue interaction vital elements are listening and considering thing together. In dialogue there isn't necessary right answers for questions or problems. This treatment model is based on meetings where patient meets nursing staff, patients loved ones and other experts.

Almost every fourth person who answered this questionnaire thought differentially when there was a question related first treatment meeting. Half of the people agreed partially and third of the people agreed that there should be more treatment meetings before treatment begins. Over 90 % of the respondents thought that patient relatives are important part of patients treatment. Almost 70 % of the respondents thought that patient relatives shall be taken into patient treatment always when it is possible.

Key points about question related developing open dialogue in elderly psychiatry department are doctor recourses, patient relatives low participation, timing of the first treatment meetings and number of the treatment meetings. Also listening patients own ideas is critical to achieve right kind of treatment. Patient should participate in his or her treatments. Responsible nurse should also participate more in patient treatment.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	6
2.1	Dialogisuus ja avoin dialogi.....	6
2.2	Avoimen dialogin hoitomalli	8
2.2.1	Hoidon nopea aloittaminen.....	9
2.2.2	Omaisat ja muut läheiset osallistuvat hoitoon	10
2.2.3	Työryhmä ottaa vastuun hoidosta.....	11
2.2.4	Epävarmuuden sietäminen.....	12
2.2.5	Hoito vastaa asiakkaan muuttuviin tarpeisiin – joustavuus ja liikkuvuus	13
2.2.6	Verkostokeskeinen työskentely	13
2.2.7	Avoin dialogi hoitokokouksessa.....	14
2.3	Ikääntynyt	14
2.4	Vanhuspsykiatria.....	15
3	TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSONGELMAT	17
4	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	18
4.1	Tutkimuksen toteutus.....	18
4.2	Aineiston analysointi	19
5	TUTKIMUSTULOKSET.....	21
5.1	Hoitajien asenteet ja käsitykset avoimen dialogin hoitomallin toteutumisesta	21
5.2	Kehittämiskohteet ja keinot avoimen dialogin hoitomallissa	23
6	POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET	29
6.1	Luotettavuuden pohdinta	29
6.2	Eettisyyden pohdinta.....	30
6.3	Johtopäätökset.....	30
6.4	Pohdinta	33
	LÄHTEET.....	34
	LIITTEET	

1 JOHDANTO

Opinnäytetyön kohdeorganisaatiossa vanhuspsykiatrisella osastolla on jo aikaisemmin ryhdytty kehittämään toimintaa kohti avoimen dialogin hoitomallia. Kehittäminen on vielä aluillaan, joten tämän tutkimuksen ajankohta palvelee kehittämisprojektia.

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata, miten hoitajien mielestä avoin dialoginen hoitomalli näkyy osaston toiminnassa tutkimuksen teko hetkellä. Tarkoituksena on myös kerätä tietoa hoitajien kokemista kehittämisen tarpeista, ja siitä millä tavoin toimintaa voidaan kehittää. Tavoitteena on kehittää avoimen dialogin hoitomallia osaston tarpeisiin tutkimuksessa ilmenevien tietojen avulla.

Tutkimusongelmat ovat: Miten avoimen dialogin hoitomalli toteutuu osastolla tällä hetkellä? Mitä avoimen dialogin hoitomallia tulisi osastolla kehittää? Miten avoimen dialogin hoitomallia osastolla voitaisiin kehittää? Tarkoituksena on että tutkimuksen tuloksien avulla osasto pystyy kehittämään toimintaansa entistä dialogisemmaksi.

Työn tilaajana toimi vanhuspsykiatrinen osasto. Osasto on tarkoitettu pääasiassa yli 60-vuotiaille psyykkisesti oireileville vanhuksille. Yleisimmät hoitoon tulon syyt ovat masennus, ahdistuneisuus, levottomuus, unettomuus, psykoottiset oireet, muistihäiriöt ja sekavuustilat. Osasto on 15 paikkainen ja ikäraja on joustava. Hoitoaika osastolla vaihtelee muutamasta viikosta useisiin kuukausiin. Hoitoon pääsy vaati aina lääkärin lähetteen.

2 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

2.1 Dialogisuus ja avoin dialogi

Dialogi on vähintään kahden ihmisen vuorovaikutusta puhuttua kieltä tai muuta merkijärjestelmää käyttäen. Dialogi on vuorovaikutusta, jossa osapuolet huomioivat toisensa, vastaavat toisilleen ja sovittavat oman toimintansa toisen ihmisen toimintaan. Dialogisessa vuorovaikutussuhteessa korostuvat keskinäinen kunnioitus, tasavertaisuus ja avoimuus. (Haarakangas 2008, 25.) Avoin dialogi ei ole menetelmä, vaan se on tapa olla vuorovaikutuksessa toisen ihmisen kanssa (Ahonen 2011. 15).

Dialogisessa keskustelussa on keskeistä että toista tai toisia ihmisiä kuunnellaan ja asioita pohditaan yhdessä. Jokaisella on oma näkökulmansa pohdittavaan asiaan, mutta toisen ajatuksille tulee antaa tilaa. Dialogisessa keskustelussa ihmiset voivat olla tasavertaisia vaikka sosiaalisessa hierarkiassa he olisivat eri tasoilla. (Haarakangas 2008, 27-28.)

Aikaisemmin tehdyssä opinnäytetyössä tutkittiin potilaan osallisuutta omaan hoitoonsa ja siihen vaikuttavia tekijöitä. Tutkimusaineistona käytettiin hoitohenkilökunnan näkemyksiä. Tutkimuksessa ilmeni kaksi tapaa ymmärtää potilaan osallisuus. Se ymmärrettiin joko omaan hoitoon aktiivisesti vaikuttamisena tai passiivisena osallistumisena hoidon suunnitteluun ja toteuttamiseen. Tuloksista ilmeni, että hoitohenkilökunta voi lisätä potilaan osallisuutta aktivoivilla toimintatavoilla kuten rakentavalla vuorovaikutuksella, voimaannuttavilla työmenetelmillä sekä asianmukaisella informoinnilla. Osallisuutta estäviksi tekijöiksi nousivat hoitohenkilökunnan toimintatavat, ympäristö ja potilaan tila. Osallisuuden esteitä voivat olla myös potilaan huono psyykinen vointi, aggressiivisuus, sairaudentunnottomuus sekä hoitokielteisyys. (Tiainen. 2013. 28-36.)

Hakala ja Pajunen-Aulis (2009) esittävät opinnäytetyössään ”Omaisien kokemuksia yhteistyöstä hoitohenkilökunnan kanssa läheisen ensimmäisellä psykiatrisella sairaas-

lajaksolla”, omaisten kokemuksia esimerkiksi hoitoneuvotteluista. Tässä tutkimuksessa omaiset kertovat, että heidän mielipiteitään oli neuvottelussa kysytty, mutta monet kokivat hoitavan tahon olevan kykeneväisempi päättämään hoitovaihtoehtoista. Kysymysten esittämisen mahdollisuus koettiin hyvänä ja se lievitti omaisen hämmennyttä tilanteessa. Kuitenkin keskustelun rajattu aika saattoi tuoda vaikeutta kysyä kaikkea, mitä omaisen olisi halunnut ja näin tiedonsaanti jäi rajalliseksi. Osallistuminen neuvotteluihin vaihteli osaston toiminnasta ja omaisen mahdollisuuksista johtuen. Jotkut osallistuivat heti alussa hoitoneuvotteluun, kun taas osa omaisista pääsi osallistumaan vasta hoidon keskivaiheilla tai lopuksi. (Hakala & Pajunen-Aulis 2009, 31.)

Dialogisuudessa keskeistä on toisen ihmisen kuuntelu avoimin mielin, kiinnostus toisen näkökannoista, toiselle vastaaminen, pohtiva asenne omiin ja toisen käsityksiin ja valmius muuttaa omia käsityksiä keskustelun edetessä. Keskeistä on myös tilan antaminen toisen ihmisen ajatuksille, yhteisen ymmärryksen etsiminen ja sen hyväksyminen, ettei kukaan omista lopullista totuutta eikä sano viimeistä sanaa, vaan asiat voivat jäädä avoimeksi. (Haarakangas 2008, 35.)

Haarakangas (2008) kirjassaan ”Parantava puhe” esittää dialogisen keskustelun tunnuspiirteiksi kymmenen asiaa, jotka ovat aitous eli ihminen saa olla oma itsensä. Avoimuus eli kaikki tunteet ja ajatukset ovat sallittuja, turvallisuus joka viestittää ettei ole hätää ja vaikeistakin asioista voi puhua. Kiireettömyys, pakottomuus, samanarvoisuus, kiinnostuneisuus, jaettavuus, joustavuus eli omien käsitysten muuttaminen ja vastuullisuus kuuluvat myös keskeisiin piirteisiin. (Haarakangas 2008, 35-36.)

Ahosen (2011) Pro gradu-tutkielmassa ”Avoin dialogi nuorisopsykiatriassa hoitajien kokemana” tarkoituksena oli kuvata hoitajien kokemuksia avoimen dialogin hoitomallin soveltamisesta omassa työryhmässä. Tutkimukseen osallistunut työyhteisö koki avoimen dialogin hoitomallin mieluisana, mutta haasteellisena muutoksena. Työyhteisölle tarjottiin ennakkokoulutustautumista erilaisten koulutusten ja työjaksojen kautta sellaisella osastolla, jossa malli on jo käytössä. Hoitajat kertoivat kuitenkin, että heidän eri tasoiset tietonsa ja kokemuksensa vaikeuttivat työskentelyä, ennakkokoulutustautumisesta huolimatta. Dialogisen hoitomallin myötä hoitajat kokivat toimintansa olevan paljon perhekeskeisempää kuin ennen, mikä paransi hoitoa. (Ahonen 2011.)

2.2 Avoimen dialogin hoitomalli

Dialoginen hoitomalli perustuu hoitokokouksiin, joissa keskinäisessä dialogissa kohtaavat asiakas, häntä hoitava taho, asiakkaan läheiset ja mahdolliset muut asiantuntijat kuten psykologi tai sosiaalityöntekijä. Avoin dialogi on parhaimmillaan avointa ja tasa-arvoista. Kriisitilanteissa, joissa ihmisen elämä järkkyy tavalla tai toisella, hoitotyön ammattilaisen tulee olla mukana ammattilaisena, mutta myös kokevana ja tuntevana kanssaihmisenä. (Haarakangas 2008, 107-119.)

Niirasen ja Saljan (2010) tekemässä opinnäytetyössä tutkittiin teemahaastatteluiden avulla perhekeskeisen hoitotyön toteutumista psykiatrisessa sairaalassa hoitajien kuvaamana. Tutkimuksen tuloksena hoitajat kokivat suunnitellun perhetyön yhtenä merkittävänä toteuttamiskeinona hoitokokoukset. Hoitokokous nähtiin mahdollisuutena tiedon jakamiseen, omaisten jaksamisen tukemiseen ja ennen kaikkea potilaan ja omaisten voimavarojen löytämiseen jotta kuntoutus voi alkaa. (Niiranen & Salja 2010, 33-34.)

Avoimen dialogin hoitomalli kantaa myös nimeä Keroputaan hoitomalli. Tämä juontuu Suomessa 1980-luvulla toteutettuun valtakunnalliseen skitsofrenia-projektiin, jonka tavoitteena oli kehittää vaikeasti psykoottisten potilaiden hoitoa ja laitoskeskeisyyttä. Projektin suosituksissa painotettiin perheen mukaan ottamista analysointiin ja hoidon suunnitteluun heti alussa. Keroputaan sairaalassa kehitystyö alkoi edellä mainitun skitsofreniaprojektin aikana 1980-luvun alkupuolella. Keskeinen kehitys tällöin oli hoitokokouskäytännön aloittaminen vuonna 1984. (Seikkula & Alakare n.d, 289-290.)

Keroputaan malli sisältää seitsemän keskeistä periaatetta, jotka toistuvat lähteestä riippuen dialogisen hoitomallin periaatteissa hieman eri muodoissa. Tässä työssä tarkastellaan Seikkulan ja Alakareen katsausta ”Avoin dialogi: vaihtoehtoinen näkökulma psykiatrisessa hoitojärjestelmässä” sekä Haarakankaan (2002, 65) kirjassa *Mielisairaala muuttuu – Keroputaan sairaalan kokemuksia psykiatrisen hoidon kehittämisessä: avoimen dialogin hoitomalli, esittämiä periaatteita*. Keskeiset esitetyt periaatteet ovat: 1. Hoidon nopea aloittaminen, 2. Omaiset ja muut läheiset osallistuvat hoitoon, 3. Työryhmä ottaa vastuun hoidosta, 4. Epävarmuuden sietäminen, 5. Hoito vastaa asiakkaan

muuttuviin tarpeisiin, 6. Verkostokeskeinen työskentely, 7. Avoin dialogi hoitokouksissa.

2.2.1 Hoidon nopea aloittaminen

Paraneminen on sitä todennäköisempää, mitä nopeammin terveyttä uhkaavat tekijät ja oireet havaitaan, ja hoito aloitetaan. Välitön kriisiapu hyvin todennäköisesti edistää psyykkistä selviytymistä traumaattisissa kriiseissä ja ehkäisee traumaperäisen stressihäiriön syntyä. (Haarakangas 2002, 66.)

Kun psykiatrasta apua lähdetään hakemaan, ovat potilas ja omaiset voineet olla huolissaan ja tuntea tarvetta ulkopuoliselle avulle jo pitkään, kuukausia jopa vuosia. Psykiatriseen apuun turvautumisen esteenä ovat voineet olla syyllisyyden ja häpeän tunne, epävarmuus ja sopeutuminen tilanteeseen. Vasta tilanteen kriisiytyminen, esimerkiksi itsemurhan uhatessa tai psykoottisten oireiden pahetessa, on johtanut avun hakemiseen. (Haarakangas 2002, 66.)

Aikaisemmin tehdyssä opinnäytetyössä on tutkittu avoimen kyselyn avulla hoitokouksen luonnetta sekä potilaan kuuntelemista hoitokokouksissa. Tuloksista ilmenee että hoitokokouksen syitä voi olla mahdollisen osastohoidon aloittaminen ja hoitoon tulon syyn tarkastelu, osastohoidon kulku ja uloskirjoitukseen liittyvät seikat sekä mahdollisten avohoitopalveluiden tarve. Tutkimuksessa selvitettiin osallistujien kokemuksia dialogisuutta edistäviä ja estäviä tekijöitä hoitokokouksessa. Keskeisiksi dialogisuutta edistäviksi tekijöiksi nousivat moniäänisyyden mahdollistaminen, luottamus, pyrkimys yhteisymmärrykseen, potilaslähtöisyys sekä potilaan ja omaisen kyky ilmaista itseään. Dialogisuutta estäviksi tekijöiksi nousivat potilaan yhteistyökyvyttömyys, varautuneisuus sekä psyykkinen sairaus ja sen oireet. (Leskinen 2009, 10-13.)

Psykiatrisessa hoidossa kriisi tulisi kokea terapeutin mahdollisuutena eli tällöin on mahdollisuus puhua jostakin, josta aikaisemmin ei ole puhuttu. Kriisitilanteessa ei pidä odottaa esimerkiksi psykoottisten harhojen lievittymistä, vaan tällöin on mahdollisuus ottaa psykoottinen kokemus osaksi keskustelua. Seikkula ja Alakare (n.d, 291) esittä-

vät, että psykoosipotilas tavoittaa jotakin sanomatta jäänyttä omasta, tai läheisten elämästä. Hallusinaatioiden kautta hän voi ilmaista jotakin todellisuudessa tapahtunutta vaikeaa asiaa ja tällöin asianomaisten joita asia koskettaa on tärkeää olla paikalla jakamassa potilaan tarinaa. Haarakangan esittämän Keroputaan mallin periaatteena on ensimmäisen hoitokokouksen järjestäminen vuorokauden sisällä potilaan tai omaisen yhteydenotosta (Haarakangas 2002, 66).

2.2.2 Omaiset ja muut läheiset osallistuvat hoitoon

Perhekeskeisyys psykiatrisessa hoitotyössä sai jalansijan 1980-luvun alussa, kun Turun yliopiston psykiatrian klinikalla alettiin järjestää hoitokokouksia, joihin hoitohenkilökunnan lisäksi kutsuttiin potilaan perheenjäseniä ja mahdollisia avohoidon työntekijöitä. Keroputaan sairaala aloitti käytännön 1984. Nykyään hoitokokous on psykiatrisen hoidon perustapahtuma. Hoitokokouksissa on tarkoituksena käsitellä kaikki potilaan hoitoon liittyvät asiat siten, että jokaisella on mahdollisuus esittää asiasta mielipiteensä. Muutamia suuria kysymyksiä ovat esimerkiksi sairaalahoidon aloittaminen tai jatkaminen ja lääkehoidon aloitus tai lopetus. (Haarakangas 2002, 67.)

Ensimmäisiä käsiteltäviä asioita hoitokokouksessa tulisi olla huoli. Huoli jonka vuoksi apua on haettu. Työryhmän tulisi varmistaa että jokainen saisi puhua huolestaan omilla määritelmillään. Jo pelkkä huolesta vapaasti puhuminen voi helpottaa perheen tilannetta. Perhekeskeisen hoitokokouksen lähtökohtana tulisi olla potilaan ja hänen perheensä oman elämän asiantuntijuuden kunnioittaminen. Parhaassa tapauksessa perhe toimii tärkeänä hoidollisena voimavarana ja hoitavan työryhmän yhteistyökumppanina. (Haarakangas 2002, 67.)

Hoitokokous voidaan, ja tulisikin järjestää potilaan omassa elinympäristössä. Tällöin potilas ja perhe ovat tutussa ja turvallisessa ympäristössä ja potilaan elämäntilanne on välittömästi työryhmän nähtävillä, mikä taas auttaa ymmärryksen syntymiseen potilaan ja perheen välillä. (Haarakangas 2002, 67.) Keskustelussa on hyvä huomioida myös ne omaiset ja läheiset, jotka ei ole päässyt paikalle. Olisi myös hyvä pohtia, miten he voisivat olla tilanteessa avuksi. Myös yhteydenpito paikalla olevien ja pois jää-

neiden omaisten välillä on tärkeää, joten kokouksessa tulisi päättää, kuka tiedottaa kokouksen asioista muille. Näin myös kriisissä olevan perheen sosiaaliset yhteydet jotka muuten voisivat vähetä huomattavasti, pysyvät yllä. (Seikkula & Alakare n.d, 292.)

2.2.3 Työryhmä ottaa vastuun hoidosta

Vastuun hoidosta ottaa se työntekijä johon otetaan yhteyttä, vastaanottava työntekijä tai erikseen nimetty työryhmä. (Seikkula & Alakare n.d, 292). Omaisille ja potilaalle on tärkeä tietää hoidosta ja sen järjestämisestä vastuussa olevat työntekijät ja heidän nimensä. Tiedot siitä, miten nämä vastuussa olevat työntekijät ovat tavoitettavissa tai miten viesti heille saadaan, ovat tärkeitä. Potilaan hoidon kannalta ihanteellista on, jos vastuu työntekijät pysyisivät koko hoidon aikana samana. Hoitavan työryhmän hajoaminen tai vaihtuminen aiheuttaa omaisissa hämmennystä ja epätietoisuutta, ei ole helppoa luottaa uusiin ihmisiin ja ruveta uudelleen alusta asti selvittämään perheen tarinaa. Mikäli jonkun työntekijän poisjäänti on välttämätöntä, tulisi tästä perheelle ja potilaalle kertoa. (Haarakangas 2002, 68-69.)

Hoitokokoukseen tulisi myös osallistua vastuussa olevan lääkärin, mutta mikäli lääkäri ei pääse paikalle, tulee häntä konsultoida esimerkiksi puhelimitse kokouksen sisällöstä ja siinä tehdyistä päätöksistä. Mikäli vastuullinen lääkäri on eri mieltä kokouksessa päätetyistä asioista, tulee mahdollisimman pian järjestää uusi kokous, johon myös lääkäri osallistuu, ja keskustella tilanteesta ja vaihtoehtoista avoimesti potilaan ja perheenjäsenten läsnä ollessa. Kiistely ei auta tilannetta etenemään, eikä kenenkään ammattitaitoa tule kyseenalaistaa, vaan keskustelu tulee käydä kaikkien mielipiteitä kunnioittavassa hengessä. Lääkäri on aina vastuullisessa asemassa, ja hänen tulee hyväksyä kokouksessa päätetyt asiat. Lääkärin on joskus myös välttämätöntä käyttää päätösvaltaansa, mikäli on eri mieltä työryhmän kanssa. (Seikkula & Alakare n.d, 292.)

Yksilövastuuisen hoitotyön toimintamallin alkuna pidetään sitä kun Lydia Hall otti vuonna 1963 New Yorkissa käyttöön kyseisen mallin. Yksilövastuuisen hoitotyö sai alkunsa hoitajien tyytymättömyydestä silloisiin toimintatapoihin. Hoitajat kokivat että hoito oli pirstaleista, viestintä monimutkaista ja potilaskontaktit vähäisiä. Yksilövastuuisen hoitotyöhön kuuluu oleellisesti että yksi hoitaja on vastuussa potilaan hoidosta

kokonaisvaltaisesti. Omahoitajalle on velvollisuus ja oikeus tehdä päätöksiä hoitotyöhön liittyen, eikä sitä voi siirtää muille. Omahoitaja voi konsultoida muita työntekijöitä tai erilaisia asiantuntijoita. (Laaksonen 1994, 76-79.) Omahoitajan tehtäviin kuuluu esimerkiksi potilaan vastaanottaminen sairaalaan, hoidon suunnittelu, toteutus ja potilaan kotiutus ja jatkohoidon järjestäminen. Potilaan ja omahoitajan tulee yhteistyössä ja yhteisymmärryksessä tehdä potilaalle hoitosuunnitelma ja sitoutua sitä toteuttamaan. Omahoitajan tulee myös neuvoa ja ohjeistaa potilasta. Tehtäviin kuuluu myös keskustella, tiedottaa ja selvittää asioita ja ilmenneitä ongelmia. Omahoitaja pitää myös yhteyttä omaisiin, mikäli potilas antaa tähän luvan. (Laaksonen, Niskanen & Ollila 2012, 28-29.)

2.2.4 Epävarmuuden sietäminen

Vaikeissa psykiatrisissa ongelmissa ja kriiseissä työntekijään kohdistuu usein odotuksia ahdistuksen lievittäjänä ja ongelmien poistajana. Työntekijä joutuu myös kohtaamaan perheen hädän ja epävarmuuden. Paine nopeisiin päätöksiin ja hoitoratkaisuihin on suuri, ja tällöin voidaan menettää dialogisia ja terapeuttisia mahdollisuuksia. Esimerkkinä voisi olla välittömän neuroleptilääkityksen aloitus. Työntekijä joutuu käsittelemään myös tarvetta olla hyvä hoitaja tai ”oikean” ratkaisun tietävä asiantutija. (Haarakangas 2002, 69-70.)

Edes lääkärin ei tarvitse olla mestari, joka tietää heti vastauksen ongelmaan. Varman tietämisen myötä myös dialoginen vapaus keskustelusta katoaa. On muistettava, ettei tilanteen avoimena pitäminen vähennä lääkärin tai muun hoitohenkilökunnan ammatitaitoa ja asiantuntijuutta. Tietämisen sijasta työryhmän tulisi sietää epävarmuutta. Potilaalle ja tämän omaisille riittää työntekijöiden heille antama toivo. Kaikista mielenterveysongelmista ja psykiatrisista sairauksista on mahdollisuus selvitä ja parantua. Toki tämä vie aikaa ja edellyttää myös perheen ja hoitohenkilökunnan riittävää yhteistyötä. (Haarakangas 2002, 70.)

2.2.5 Hoito vastaa asiakkaan muuttuviin tarpeisiin – joustavuus ja liikkuvuus

Potilaan hoito lähtee hänen tarpeistaan ja tulee näihin tarpeisiin vastata. Tällaisiin muuttuviin tarpeisiin vastaaminen vaatii työryhmältä suurta joustavuutta (Haarakangas 2002, 71.) Jokaisen potilaan tulisi saada juuri itselle parhaiten soveltuvan lähestymistavan, keskustelutavan ja parhaiten sopivat terapeutit hoitomuodot. Osapuolten tapaamispaikan tulisi myös olla yksilöllisten tarpeiden mukainen, jotkin perheet ja potilaat haluavat sen tapahtuvan kotona, kun taas toiset haluavat tulla poliklinikalle tai osastolle. (Seikkula & Alakare n.d, 292.)

2.2.6 Verkostokeskeinen työskentely

Verkostokeskeisyys on työntekijän ajattelutapa. Verkostokeskeisesti ajatteleva työntekijä on sisäistänyt sosiaalisen verkoston merkityksen potilaan elämässä. Verkostokeskeisessä työskentelyssä lähtökohta on selvittää potilaan verkosto, läheisimmät ihmiset jotka tietävät ongelmasta ja joista voisi olla apua ja tukea. Sosiaalinen verkosto tarkoittaa tärkeitä ihmisiä, joiden kanssa ihminen on tekemisissä ja joihin hänellä on tunnesisältöistä tai välineellistä merkitystä. Tärkeimpänä koetaan vastavuoroinen ihmissuhde jossa voi sekä saada että antaa. Ihminen pysyy elämässä kiinni, kun hän tietää että joku tarvitsee häntä. Pitkään sairaalassa olemisen on havaittu heikentävän sosiaalista verkostoa, valitettavasti psykiatrisen pitkäaikaispotilaan elämässä ei useinkaan ole ketään joka olisi hänestä riippuvainen. (Haarakangas 2002, 72-73.)

Kukaan ihminen ei ole erakko, joka olisi riippumaton muista ihmisistä. Verkostokeskeisessä työskentelyssä työntekijä voi esimerkiksi yksinkertaisesti kysyä; ketkä ovat läheisimmät ihmiset, onko joku huolissaan, keneltä voisit saada tukea tilanteessa? (Haarakangas 2002, 72-73.)

Henkilön elämää tai henkeä uhkaavissa tilanteissa voidaan kutsua kokoon suuri verkostokokous, johon kutsutaan kaikki sosiaalisen verkoston ihmiset jotka jakavat huolen. Tällainen kokous voidaan järjestää esimerkiksi potilaan kohdalla, jolla on mielen-terveysongelmia, päihderiippuvuutta ja toimeentulo-ongelmia. Tällöin voidaan ko-

koukseen kutsua perheen lisäksi A-klinikan työntekijä ja sosiaalitoimen toimeentulosta vastaava työntekijä. Verkostokokouksen aiheita voivat olla esimerkiksi vakava itsemurha riski, perheväkivalta, huostaanotto tai mielisairaalaan kroonistumisen riski. (Haarakangas 2002, 72-73.)

2.2.7 Avoin dialogi hoitokokouksessa

Yksi periaate perhe- ja verkostokeskeisessä hoitokokouksessa on potilaan ja hänen elämässään sillä hetkellä tärkeiden ihmisten osallistuminen. Kaikkien ei tarvitse olla aina kokouksissa mukana, vaan pääasia on, että he saavat sanoa sanottavansa. Aikuispsykiatriassa myös lasten äänen kuuleminen on tärkeää. Jotta keskustelu on mahdollisimman avointa, tulee pyrkiä järjestämään tilanne siten, että jokainen tuntee olevansa tärkeä osa keskustelua ja ajatusten jakaminen on turvallista. (Haarakangas 2002, 73-74.)

Työryhmän tulee säilyttää pohdiskeleva asenne niin omiin kuin muidenkin ajatuksiin. Itsereflektointi on tärkeä osa keskustelua. Tulee tunnistaa oman mielen kahleet eli ne ajatukset ja tunteet, jotka syntyvät henkilökohtaisesta historiasta ja jotka ovat vastaus johonkin muuhun asiaan kuin käsiteltävästä asiasta. Dialogissa oleminen merkitsee myös kykyä kuunnella ilman torjuntaa ja pohdiskella sellaista, johon oman mielen ensireaktio on kielteinen. (Haarakangas 2002, 73-74.)

2.3 Ikääntynyt

Ikääntymisen määritelmä riippuu siitä, mistä näkökulmasta ikää katsotaan. Tilastollisesti Suomessa ikääntyneiksi luokitellaan 65 vuotta täyttäneet, mutta toimintakykyyn perustuva ikääntymiskäsitys määrittää ikääntymisen alkavan vasta 75 vuoden iässä ja 70 – 74 vuotiaista vain joka kolmas pitää itseään vanhana. Iällä on monia eri näkökulmia; biologinen ja fyysinen ikä kertovat ihmisen kunnosta ja subjektiivinen ja kulttuurinen ikä määrittyvät omien tuntemuksien ja yhteiskunnan odotusten mukaisesti. (Numminen & Vesala 2013.) Ikääntymisen määrittäminen kalenteri-ään mukaan on haasteellista, koska ikääntyminen ja sen mukanaan tuomat muutokset on yksilöllisiä.

Yksilöllisyydestä huolimatta ikääntyminen saa väistämättä aikaan pysyviä fysiologisia muutoksia kaikissa ihmisissä. (ETENE 2008, 6.)

2.4 Vanhuspsykiatria

Erilaiset mielenterveyden häiriöt ovat varsin yleisiä vanhuksilla. Ero muihin ikäryhmiin on, että vanhuksilla esiintyy enemmän elimellisiin sairauksiin liittyviä psykiatrisia oireita. Oireiden syyn selvittäminen ja hoidon nopea aloittaminen on ensisijaisen tärkeää. (HUS:n www-sivut 2013.)

Vanhuspsykiatriassa hoidetaan esimerkiksi vakavasta masennustilasta kärsiviä, muusta vakavasta mielenhäiriöstä kärsiviä, psykoottistasoista häiriötä sairastavia potilaita sekä dementiapotilaita joilla on erikoisosaamista vaativa liitännäisoire. Tutkimus ja hoito voidaan aloittaa jo poliklinikalla tai mikäli avohoito ei ole riittävää, osastohoidossa. (HUS:n www-sivut 2013.)

Ikääntyvien psykiatrasta hoito kuvaavaa vakiintunutta nimikettä ei Suomessa ole, vaan erilaisia nimikkeitä on monia. Tässä työssä käytetään nimityksenä vanhuspsykiatria. Muita nimikkeitä ovat psykogeriatría ja geropsykiatria. Vanhuspsykiatriassa ikärajat ovat vaihtelevia. Ikäraja voi olla organisaatiosta riippuen 65 vuotta tai 70 vuotta, koska 65 vuotiasta voidaan pitää liian nuorena vanhuspsykiatriaan. Yleisesti kuitenkin ajatellaan ikääntyvän olevan 65 vuotta täyttänyt. (Juhela 2006.)

Ikääntyvien mielenterveysongelmat ovat samanlaisia kuin keski-ikäisillä, lisäksi tuo kuitenkin usein somaattiset ongelmat joihin voi liittyä psykiatrisia oireita. Vanhuspsykiatriassa onkin keskeistä erottaa somaattisista syistä johtuvat ongelmat oireiden takaa, kuten dementia. Haasteen tuo vanhuspsykiatria myös että ikääntyvät saattavat oireilla mielenterveyshäiriöiden kohdalla eri tavalla kuin nuoremmat. Myös lääkkeet voivat vaikuttaa ikääntyneeseen eri tavoin. Ikääntyneellä esimerkiksi depressio eli masennus saattaa usein oireilla somaattisesti. Saattaa esiintyä ruokahaluttomuutta, painon

laskua, kiihtyneisyyttä, rangaistus- ja köyhyysarhaluuloja sekä äärimmäisessä tapauksessa itsetuhoisuutta. (Lepola, Koponen, Leinonen, Joukamaa, Isohanni & Hakola 2002.)

Vanhuspsykiatrisessa hoidossa tehtävien tutkimusten pääpaino on erilaisissa mielialaa ja muistia kartoittavissa tutkimuksissa. Koska vanhuksilla esiintyy myös elimellisiin sairauksiin liittyviä psykiatrisia häiriöitä, kiinnitetään hoidossa paljon huomioita fyysisiin ominaisuuksiin. Usein rutiininomaisesti tehtäviä tutkimuksia ovat erilaiset veri- ja virtsakokeet, perustutkimukset kuten verenpaine, lämpö ja paino, ja usein myös sydänsähkökäyrä eli EKG. (Vaasan keskussairaalan www-sivut 2013.)

3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSONGELMAT

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata, miten hoitajien mielestä avoimen dialoginen hoitomalli toteutuu osaston toiminnassa tutkimuksen teko hetkellä. Tarkoituksena on myös kerätä tietoa hoitajien kokemista kehittämisen tarpeista, ja siitä millä tavoin toimintaa voidaan kehittää. Tavoitteena on kehittää avoimen dialogin hoitomallia osaston tarpeisiin tutkimuksessa ilmenevien tietojen avulla.

1. Miten avoimen dialogin hoitomalli toteutuu osastolla tällä hetkellä?
2. Mitä asioita avoimen dialogin hoitomallissa tulisi osastolla kehittää?
3. Millä tavoin avoimen dialogin hoitomallia osastolla voitaisiin kehittää?

4 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Tutkimusmenetelmäksi oli valittu strukturoitu kysely. Kysely tunnetaan survey- tutkimuksen keskeisenä menetelmänä. Termi ”survey” tulee englannista ja tarkoittaa sellaisen kyselyn, haastattelun tai havainnoinnin muotoja, joissa aineisto kerätään standardoidusti ja joissa kohdehenkilöt muodostavat otoksen tai näytteen tietyistä perusjoukosta. Standardoituus tarkoittaa että jos esimerkiksi haluaa saada selville vastaajien ammatin, on asiaa kysyttävä kaikilta vastaajilta täsmälleen samalla tavalla. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 188.)

Tässä opinnäytetyössä käytettiin sekä kvantitatiivisen (määrällisen) että kvalitatiivisen (laadullinen) tutkimuksen piirteitä. Kvantitatiivinen ja kvalitatiivinen tutkimus ovat lähestymistapoja ja ne nähdään toisiaan täydentävinä menetelminä. (Hirsjärvi ym. 2007, 132.) Kysely on strukturoitu, ja se sisältää avoimia ja puolistrukturoituja kysymyksiä. Avomien kysymyksien katsotaan antavan tutkittavalle mahdollisuuden sanoa, mitä hänellä todella on mielessään. Monivalintakysymyksien taas katsotaan antavan vähemmän kirjavia vastauksia. Lisäksi se sallii vastausten mielekkäämmän vertailun. (Hirsjärvi ym. 2007, 196.)

Kyselylomake käsitti kaksi osiota, aluksi kyselyssä (LIITE 3) kartoitettiin osastolla työskentelevien hoitajien käsityksiä ja asenteita avoimesta dialogisesta hoitomallista tutkimuksen teko hetkellä. Nämä pyrittiin selvittämään kolmentoista väittämän avulla. Toisena osiona kyselyssä (LIITE 3) oli avoimia kysymyksiä, joiden avulla kartoitettiin, minkälaisia asioita osaston toiminnassa tulisi kehittää ja minkälaisin keinoin.

4.1 Tutkimuksen toteutus

Tutkimuslupa (LIITE 4) Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiriltä myönnettiin marraskuussa 2014. Tutkimuksen otos oli suunnitellusti kokonaisotos (N=15) vanhuspsykiatrisen osaston hoitajaa. Kysely suoritettiin marras-joulukuun vaihteessa 2014 ja vastausaikaa oli viikko. Vastauksia saatiin kokonaisuudessaan 13, joten vastausprosen-

tiksi muodostui 87 %. Vastajista kaksi ei vastannut kyselyn (LIITE 3) avoimiin kysymyksiin eli näihin vastauksia saatiin 11. Täten kyselyyn vastanneista 85 % vastasi myös avoimiin kysymyksiin.

Tutkimukseen osallistuttiin nimettömänä ja vapaaehtoisesti. Jokaiseen kyselylomakkeen yhteyteen liitettiin kirjekuori, johon vastaaja sulki lomakkeen. Näin parannettiin salassapitoa ja vastaajan oikeutta pysyä tunnistamattomana. Kyselystä tiedottaminen tapahtui osastolla pidettävässä kokouksessa, jotta kaikki olivat tietoisia käynnissä olevasta tutkimuksesta. Tämä todennäköisesti edesauttoi korkean vastausprosentin saavuttamiseen.

4.2 Aineiston analysointi

Monivalintakysymysten analysointi tapahtui Microsoft Exel- taulukointiohjelmaa apuna käyttäen. Aineisto analysoitiin määrällisesti eli tällöin tutkimusaineiston analyysi perustuu aineiston kuvaamiseen ja tulkitsemiseen tilastojen ja numeroiden avulla. Määrällisellä analyysillä pyritään selvittämään esimerkiksi erilaisia syy-seuraussuhteita, ilmiöiden välisiä yhteyksiä tai ilmiöiden yleisyyttä ja esiintymistä. (Jyväskylän yliopiston www-sivut 2013). Määrällistä eli kvalitatiivista menetelmää käytettäessä tutkimus kuvaa ja tulkitsee ilmiötä mittausmenetelmiä käyttäen ja näin kerää numeerista tutkimusaineistoa. Kun aineisto kerätään kyselylomakkeella, se sisältää usein strukturoituja eli niin sanottuja suljettuja kysymyksiä. Kvantitatiivinen tutkimus perustuu mittaamiseen. Näistä mitatuista tuloksista syntyy lukuarvoja sisältävä havaintoaineisto jota analysoidaan atk-ohjelmien avulla. (Vilpas n.d, 1.) Tutkimustulokset syötettiin Exel-taulukointiohjelmaan, jossa vastaukset analysoitiin numeraalisesti eli selvitettiin eri vastausten määrä kokonaisuudesta ja näin muodostettiin kokonaiskuva vastausten laadusta. Tässä työssä saatua aineistoa kuvailtiin käyttämällä frekvenssejä eli lukumääriä ja näistä saatuja prosentiosuuksia. Tulokset havainnoitiin kirjallisesti sekä erilaisia kaavioita käyttäen.

Avoimien kysymysten aineisto analysoitiin induktiivisella eli aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä, jossa luokittelu perustuu aineistosta nouseviin havaintoihin. Induktiivinen sisällönanalyysi on kolmivaiheinen prosessi, johon kuuluu aineiston redusointi

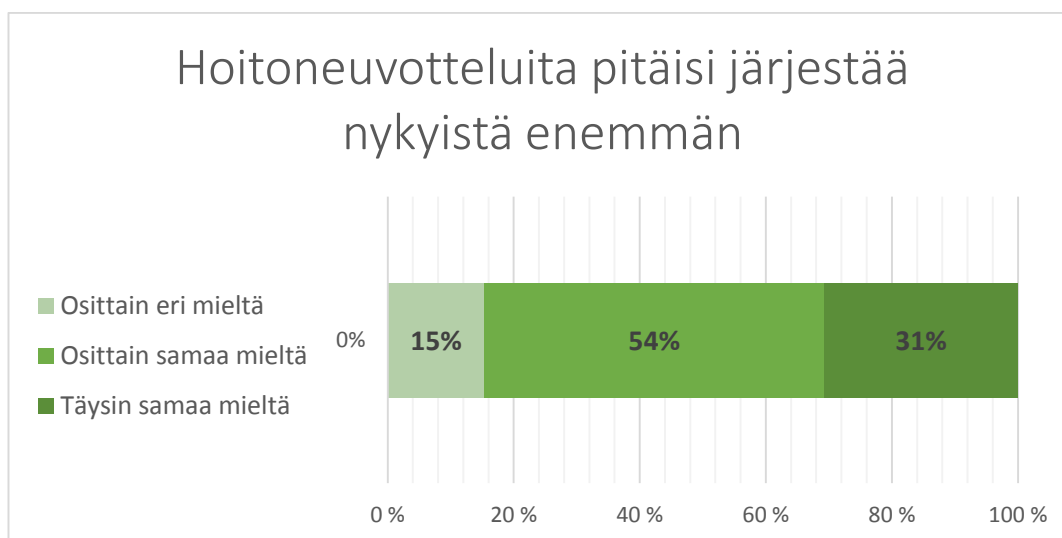
eli pelkistäminen, klusterointi eli ryhmittely ja abstrahointi, eli teoreettisten käsitteiden luominen (Tuomi & Sarajärvi 2006, 110-111). Sisällön analyysissä kerätty tietoaisto tiivistetään siten, että tutkittavia ilmiöitä pystytään yleistävästi ja lyhyesti kuvaamaan tai saamaan tutkittavien ilmiöiden väliset suhteet selkeinä esille (Janhonen & Nikkonen 2001, 23-25). Tässä tutkimuksessa avoimet vastaukset kirjoitettiin ensin puhtaaksi, jonka jälkeen ne ryhmiteltiin sisällön mukaan. Näistä ryhmistä johdettiin vastausten keskeiset sisällöt, joista muodostuivat kehittämiskohteet ja kehittämisen keinot. Aluksi tutkimuksen tekijä syötti jokaisen vastauskaavakkeen tiedot Exel-taulukointiohjelmaan, jonka avulla saatiin kunkin vastauksen prosentuaalinen osuus. Tätä lukua käytettiin muodostaessa erilaisia kaavioita tulosten selkeyttämiseksi. Avoimien kysymysten vastaukset kirjoitettiin myös puhtaaksi tietokoneella, ja vastaukset ryhmiteltiin aiheittain, esimerkiksi hoitokokouksia käsittelevät vastaukset ryhmiteltiin yhteen jotta näistä saatiin kokonaisuus. Esimerkiksi vastauksista poimittiin seuraavia kehittämistarpeita; enemmän hoitosuhdekeskusteluja, enemmän kuunneltava potilaan mielipidettä ja omahoitajan panostusta kaivataan enemmän. Näistä kommentaista johdettiin alakäsitteiksi omahoitajan tehtävät ja potilaan osallistaminen hoitoon. Alakäsitteistä taas johdettiin yläkäsite joksi muodostui säännölliset omahoitajakeskustelut. Toinen esimerkki on hoitoneuvottelut. Aluksi vastauksista poimittiin hoitoneuvotteluita koskevat asiat kuten; Hoitoneuvotteluita enemmän, hoitoneuvottelu heti hoidon alussa ja välineuvottelu mikäli hoito jatkuu pitkään. Näistä muodostui alakäsitteiksi hoidon nopea aloitus ja hoidon jatkuvuuden turvaaminen. Yläkäsitteeksi muodostuu järjestelmälliset ja säännölliset hoitoneuvottelut.

5 TUTKIMUSTULOKSET

5.1 Hoitajien asenteet ja käsitykset avoimen dialogin hoitomallin toteutumisesta

Tutkimuksen väittämät ovat juonnettu työssä aikaisemmin esitettyjen avoimen dialogisen hoitomallin periaatteista. Ensimmäiset väittämät koskivat hoidon nopeaa aloittamista. Suurin osa (77 %) vastaajista oli osittain eri mieltä kysyttäessä ensimmäisen hoitokokouksen järjestämisestä välittömästi hoidon alettua tai heti kun mahdollista oli. Kun taas vajaa kolmannes (23 %) vastaajista oli valinnut vaihtoehdon osittain samaa mieltä.

Kysyttäessä (Kaavio 1) pitäisikö hoitoneuvotteluja järjestää nykyistä enemmän, oli suurin osa vastaajista (54 %) osittain samaa mieltä ja kolmasosa (31 %) oli täysin samaa mieltä. Suuri osa työntekijöistä on sitä mieltä, että hoitoneuvotteluja pitäisi järjestää nykyistä enemmän ainakin jonkin verran, tai joidenkin potilaiden kohdalla. Kuudennes vastaajista (15 %) on osittain eri mieltä väittämän kanssa.



Kaavio 1. Hoitoneuvotteluita pitäisi järjestää nykyistä enemmän (n=13)

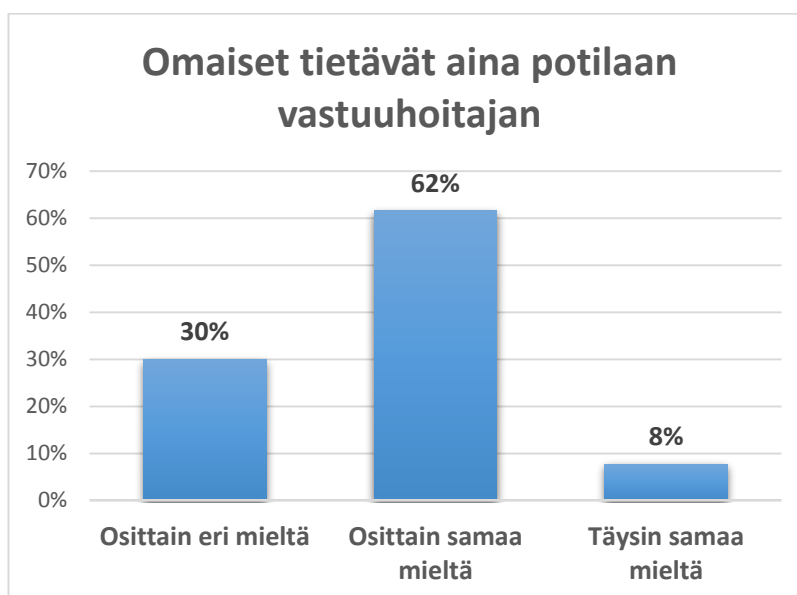
Vastaajista melkein kaikki (92 %) piti omaisia tärkeänä voimavarana potilaan hoidossa. Loput olivat vain osittain samaa mieltä. Vastausten perusteella osaston hoitajat pitävät omaisten osallistumista tärkeänä ja positiivisena asiana. Vastanneista suurimman osan (69 %) mielestä nykyään omaiset otetaan mukaan hoitoon aina kuin mahdollista. Kolmas osa (31 %) vastaajista oli osittain samaa mieltä. Suurimman osan (70

) mielestä tällä hetkellä jokaisen potilaan hoito suunnitellaan ja järjestetään potilaan yksilöllisten tarpeiden mukaisesti. Kolmasosa vastaajista oli osittain samaa mieltä yksilöllisen hoidon järjestämisestä jokaisen potilaan kohdalla.

Hoidon joustavuuteen ja liikkuvuuteen liittyy oleellisesti, että hoitajat pystyvät liikkumaan potilaan luo sekä, että hoitohenkilöstö pystyy joustamaan potilaan tarpeiden mukaisesti. Joustavuudesta ja liikkuvuudesta kertoo esimerkiksi hoitokokousten järjestäminen potilaan kotona, tai muussa potilaalle tutussa ympäristössä. Lähes 70 % vastaajista kokee, että tarvittaessa potilaan hoitokokous järjestetään kotona taikka vastaavassa ympäristössä. Muiden vastaajien mielestä tämä toteutuu vain osittain.

Vain kuudesosa (15 %) oli sitä mieltä, että potilaan tullessa osastolle vastuu hoidosta ja sen aloittamisesta on aina nimetty jollekin hoitajalle. Suurimman osan mielestä tämä toteutuu vain osittain. Tosin lähes kaikkien (90 %) vastanneiden mielestä vastuuhoidtaja pysyy samana koko hoitojakson ajan.

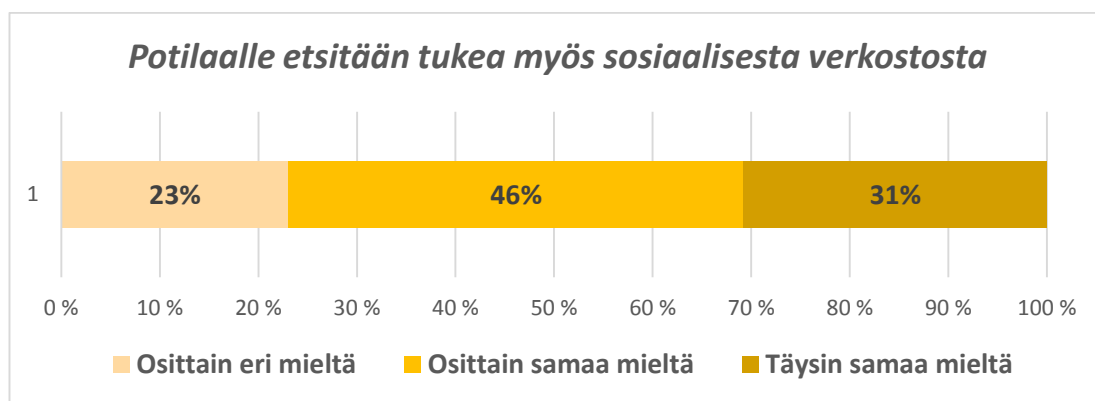
Jotta omaiset pystyisivät osallistumaan potilaan hoitoon, tulee heille myös tiedottaa hoitoa koskevissa asioissa. Lähes yksi kolmasosa vastanneista oli osittain eri mieltä väitettäessä että omaiset tietävät aina kuka potilaan vastuuhoidtaja on (Kaavio 2). Kaksi kolmasosaa oli osittain tai täysin samaa mieltä väittämän kanssa.



Kaavio 2. Omaiset tietävät aina potilaan vastuuhoidtajan (n=13)

Kysyttäessä pitääkö hoitajalla olla valmiit vastaukset potilaan ongelmiin, kaikki vastanneista oli täysin tai osittain sitä mieltä, ettei heillä tarvitse olla valmiita vastauksia potilaiden ongelmiin. Osittain epävarmuutta työssään kokee sietävänsä melkein 80 % vastanneista ja muut vastaajat kokivat sietävänsä epävarmuutta täysin. Tämä kertoo että kaikki hoitajat sietävät epävarmuutta työssään ja siihen liittyvissä tilanteissa ainakin jonkin verran.

Väittämään ”Potilaalle etsitään tukea myös hänen sosiaalisesta verkostostaan (muu kuin perhe) kuten ystävät, naapurit taikka työkaverit”, lähes puolet vastasivat olevansa osittain samaa mieltä väittämän kanssa, kolmannes (30 %) täysin samaa mieltä, kun taas 20 % olevansa osittain eri mieltä väittämän kanssa (Kaavio 3).



Kaavio 3. Potilaalle etsitään tukea myös sosiaalisesta verkostosta (n=13)

Hoitokokouksissa ilmi tulleiden asioiden ilmoittaminen ihmisille jotka eivät päässeet osallistumaan, koetaan vastanneiden kesken ainakin osittain toteutuvaksi. Noin puolet (46 %) vastanneiden mielestä ilmoittaminen toteutuu täysin ja 46 % on väittämän kanssa osittain samaa mieltä. Vain 8 % vastanneista on osittain eri mieltä väittämän kanssa.

5.2 Kehittämiskohteet ja keinot avoimen dialogin hoitomallissa

Kyselyn (Liite 3) avoimet kysymykset kartoittivat hoitajien kokemia kehittämistarpeita sekä keinoja näiden kehittämiseen. Tässä kappaleessa käsitellään kehittämistarpeet ja keinot kehittämiseen rinnakkain, jotta yhteys asioiden välillä säilyy. Vastausten

sisällöt on ryhmitelty aiheittain ja vastauksista poimittu keskeiset sisällöt, jotka seuraavissa kappaleissa esitetään. Kohdeorganisaation luonteen ja potilasmateriaalin vuoksi tulee huomioida, että kokonaisuudessaan avointa dialogista hoitomallia ei välttämättä pystytä toteuttamaan jokaisen potilasryhmän kanssa, esimerkkinä pitkälle edennyttä muistisairautta sairastavat potilaat.

Tulosten perusteella kehittämishaasteiksi koettiin lääkäriresurssit, hoitoneuvotteluiden järjestäminen, omahoitajakeskustelut, omaisten osallistuminen ja avoimet keskustelut potilaan kanssa. Kehittämiskeinoja ovat lääkäriresurssien lisääminen, hoitoneuvotteluiden järjestäminen nopeammin ja useammin, omahoitajakeskusteluiden säännöllisyys ja järjestelmällinen toteutus ja esimerkiksi omahoitajakeskusteluihin sisällytetyt tasavertaiset keskustelut potilaan kanssa tämän mielipiteen kuuntelemiseksi. Seuraavassa esitetään tutkimustulokset näiden osa-alueiden avulla.

Yhdeksi kehittämisalueeksi koettiin lääkäriresurssit. Vastaajien kokemuksen mukaan osaston käytössä ei ole tarpeeksi lääkäreitä, tai lääkäreillä ei ole tarpeeksi aikaa potilaiden tapaamiseen. Lääkäreiden aikaa kaivattiin enemmän myös hoitoneuvotteluihin sekä näiden nopeampaan toteuttamiseen hoidon alussa.

”Lääkärin tavoitettavuutta, tällä hetkellä lääkäri liian usein potilaan tavoittamattomissa = liian harvoin osastolla.”

”Usein myös koko hoidon ajan lääkärin aika potilaalle tiukassa ja päätökset hidastuvat -> hoito viivästyy.”

Vähäisiin lääkäriresursseihin koettiin olevan vain yksi selkeä ratkaisu.

”Lääkäri useammin paikalle! = sairaanhoitopiiristä riippuvainen tekijä.”

Kuitenkin keinoja toiminnan kehittämiseksi löytyi ilman että lääkäreiden lukumäärää tai aikaa potilaalle lisätään.

”Toki kaikkiin hosuihin ei lääkäreitä tarvita”

Kehittämiskohteeksi koettiin ammattilaisten, omaisten ja potilaan kesken järjestettävien hoitoneuvotteluiden vähyys taikka myöhäinen ajankohta. Tällä hetkellä hoitoneuvotteluita saatetaan järjestää vasta hoidon loppuvaiheessa jolloin dialogi potilaan ja omaisten kanssa jää vähäiseksi.

”Varhaisemmassa vaiheessa hoitoneuvotteluja potilaan kanssa sekä omaiset mukana. Tällä hetkellä HOSU loppupuolella hoitoa.”

Hoidon nopea aloittaminen ilmeni puutteelliseksi, johon osaltaan vaikuttaa myös edellä mainittu lääkärin huono tavoitettavuus. Tästä johtuen ilmeni että tulohaastattelu, jonka suorittaa lääkäri potilaan tullessa hoitoon ja kartoittaakseen potilaan tilanetta, saadaan järjestymään usein vasta kun potilas on jo jonkin aikaa ollut hoidossa. Tällöin tehokkaan hoidon aloittaminen pitkittyy.

Vastaajien mielestä ammattilaisten, omaisten ja potilaan kesken järjestettäviä hoitoneuvotteluita tulisi järjestää nopeammin sekä enemmän. Ensimmäisen neuvottelun aikaisemmin järjestämisen lisäksi kehittämissuositukseksi nousi myös välineuvotteluiden pitäminen.

”Heti hoidon alussa olisi hyvä järjestää hoitoneuvottelu ja muutenkin hoidon jatkuessa pitkään, välihoitoneuvottelu.”

”Potilaan tullessa hoitoon, ensimmäinen hoitoneuvottelu/tulohaastattelu tulisi tehdä nopeammin, koska silloin myös hoitosuhde ja hoito lähtisi paremmin/nopeammin liikkeelle.”

Edellä mainitussa välineuvottelulla tarkoitetaan edellisen kaltaista neuvottelua, joka hoidon mahdollisesti jatkuessa pidempään, järjestetään tilanteen kartoittamiseksi sekä mahdollisesti suunnitelmien ja tavoitteiden päivittämiseksi. Vastauksista nousi myös esille mahdollisuus, että jokaiseen hoitoneuvotteluun ei välttämättä tarvittaisi lääkäriä paikalle, vaan neuvottelu voitaisiin järjestää esimerkiksi hoitajan toimesta.

”Ensimmäiseen hoitoneuvotteluun ei pitäisi olla suunniteltuna mitään valmiiksi vaan lähteä avoimesti potilaan/omaisten ajatuksista liikkeelle.”

Tämä tuo esiin mahdollisuuden kehittää toimintaa ilman lääkäriresurssien lisäämistä. Yhtenä vaihtoehtona esitettiin, että ensimmäiseen hoitoneuvotteluun osallistuu lääkäri, mutta välineuvottelut voitaisiin järjestää hoitajien toimesta ilman lääkärin läsnäoloa. Ilmeni myös ettei ensimmäiseen hoitoneuvotteluun välttämättä tarvitsisi olla mitään valmista suunnitelmaa taikka keinoja, vaan neuvottelun tarkoitus olisi näitä synnyttää yhteistyössä eri osapuolten kesken.

Omaisten vähäinen osallistuminen potilaan hoitoon koettiin kehittämistä vaativaksi. Useat vastaajat olivat sitä mieltä, ettei nykyisessä toiminnassa tehdä omaisten kanssa yhteistyötä tarpeeksi. Keinona omaisten osallistamisesta nousi konkreettinen omaisten mukaan ottaminen osaston toimintaan.

”Omaisiin enemmän yhteydessä ja omaiset välillä vaikka toimintoihin (esim. ulkoilut) mukaan.”

Koettiin myös tarpeelliseksi olla enemmän yhteydessä omaisiin ja tiedottaa heille potilaan hoitoa koskevista asioista. Omaisten läsnäoloa hoitoneuvotteluissa ja muissa palaverissa tulisi tehostaa sekä informointia palaverin sisällöstä mikäli joku omainen on estynyt tulemaan paikalle. Tämä omaisten kanssa tehtävä yhteistyö tulee kuitenkin tapahtua vain potilaan luvalla. Potilaalla on oikeus kieltää kertomasta hoitoonsa liittyviä asioita ulkopuolisille.

Kaiken kaikkiaan valtaosa vastaajista kaipasi avointa keskustelua enemmän hoitosuhteeseen. Koettiin myös että potilaan omaa mielipidettä hoidosta, hoitomenetelmistä ja suunnitelmista ei kuunnella tällä hetkellä tarpeeksi. Kuuntelun lisäksi puutteellista on potilaan osallistuminen hoitoaan koskevien päätösten teossa. Vastauksista ilmeni että nykyisen toimintamallin mukaan hoitajat ja lääkärit päättävät potilaan hoitoon liittyvistä asioista tähän tarkoitukseen erikseen järjestettävässä palaverissa. Tässä palaverissa tehdyt päätökset ja esimerkiksi lääkemuutokset ilmoitetaan potilaalle jälkikäteen.

”Enemmän ottaa potilasta hoidon suunnitteluun mukaan, melko paljon vielä potilaan asioista päätetään ”isolla kierrolla” ilman että potilasta kuullaan ja päätetyt asiat vain ilmoitetaan potilaalle”

Tässä palaverissa päätettyjen asioiden kertomista potilaalle tulisi tehdä järjestelmällisempää ja nopeampaa. Keinoksi tähän esitettiin erikseen sopiminen, kuka kertoo kullekin potilaalle häntä koskevista päätöksistä tai ehdotuksista. Jotta potilaalla olisi mahdollisuus olla mukana itseään koskevissa päätöksissä, hänen mukaansa ottaminen edellä mainittuun hoitajien ja lääkärin palaveriin voisi olla yksi mahdollisuus kehittää toimintaa. Tällöin potilas saisi sanoa mielipiteensä ja osallistua hoitoaan koskeviin päätöksiin välittömästi. Eräänä kehittämisen keinona esitettiin myös koulutusta potilaan osallistamisesta omaan hoitoonsa. Myös potilaan yksilöllisen hoidon toteuttaminen koetaan ajoittain haasteelliseksi ja joustavuutta hoidon suunnittelussa ja toteutuksessa kaivataan lisää.

Potilaan osallistamiseksi omaan hoitoonsa ja potilaan mielipiteiden kuunteluun sekä potilaan informoimisen parantamiseksi nousi yksi selkeä kehittämiskohde; säännölliset omahoitajakeskustelut.

”Potilailta voisi useammin hoidon aikana kysyä mitä hän toivoo hoidolta.”

”Enemmän omahoitajakeskusteluja potilaan oman ajatuksen kartoittamiseksi”

Omahoitajakeskusteluissa hoitaja pystyisi säännöllisesti kuuntelemaan potilaan mielipidettä sekä mahdollistaa potilaan osallistumisen hoitoa koskeviin päätöksiin. Tutkimuksen tekohetkellä ilmeni että usein potilaan hoidon tavoitteet ovat hoitajien asettamia, ei potilaasta lähtöisin. Keskusteluihin liittyen keinoksi ehdotettiin myös keskusteluiden ajankohdasta sopimista etukäteen sekä näiden ajankohtien saattamista tiedoksi koko työryhmälle. Kokonaisuudessaan omahoitajan panostusta potilaan hoitoon kaivataan enemmän sekä omahoitajan päätösten kunnioittamista.

Kohdeorganisaatiossa on käytössä omahoitajajärjestelmä, joka tarkoittaa että jokaisella potilaalla on yksi niin kutsuttu omahoitaja, joka on päävastuussa potilaan hoidosta. Hoitajat on jaettu myöskin ryhmiin, joita kutsutaan tukiryhmiksi. Nämä ryhmäläiset vastaavat potilaan hoidosta mikäli omahoitaja ei ole työvuorossa tai on muuten estynyt. Tukiryhmien toimintaan kaivattiin myös järjestelmällisyyttä ja suurempaa

ryhmän hyödyntämistä. Tällaiseen toiminnan kehittämiseen nousi ehdotus säännöllisesti järjestettävistä palavereista tukiryhmän kesken ja tarkoituksena voisi olla ryhmän potilaiden hoidon tilanteesta, suunnitelmista ja tavoitteista keskustelu ja pohdinta. Näin varmistettaisiin jokaisen ryhmäläisen tietoisuus tukiryhmän potilaiden asioista sekä hoidon jatkuvuudesta omahoitajan ollessa poissa.

6 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

6.1 Luotettavuuden pohdinta

Tutkimuksessa pyritään välttämään virheitä, ja tämän vuoksi kaikissa tutkimuksissa pyritään arvioimaan tehdyn tutkimuksen luotettavuutta. Luotettavuuden arvioinnissa voidaan käyttää monia erilaisia mittaus- ja tutkimustapoja. Tutkimuksen luotettavuuden arviointiin on esitetty kaksi käsitettä, reliaabelius ja validius. Reliaabelius tarkoittaa tutkimuksen toistettavuutta, eli sen kykyä antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. Validius tarkoittaa tutkimuksen pätevyyttä, eli mittarin tai tutkimusmenetelmän kykyä mitata juuri sitä, mitä sen on tarkoituskin mitata. Käytettävän mittarin oikeellisuutta voidaan testata esimerkiksi esitestauksella, jolloin mahdolliset ongelmat tulevat esille ennen varsinaisen kyselyn tekoa, ja voidaan vielä korjata. (Hirsjärvi ym. 2007, 226-228.)

Tässä tutkimuksessa ei käytetty esitestausta ennen tutkimuksen varsinaista suorittamista. Tämä olisi saattanut parantaa tutkimuksen kykyä antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. Kuitenkin esitestaus jätettiin tarkoituksellisesti pois pienen kohderyhmän sekä ajanpuutteen vuoksi. Kuitenkin tutkimus on onnistuneesti mitannut kohdeorganisaation hoitajien mielipiteitä ja kokemuksia tutkittavasta aiheesta. Strukturoidun osion vastauksista ei tuloksia analysoidessa tullut vaikutelmaa että kysymyksiä ei olisi ymmärretty tai vastaukset eivät olisi yhteydessä kysyttävään aiheeseen. Mielenkiintoista on, että kaksi vastaajaa oli jättänyt vastaamatta tutkimuksen avoimiin kysymyksiin. On mahdollista etteivät vastaajat huomanneet viimeisellä sivulla erikseen olleita kysymyksiä, mutta mahdollista on myös ettei heillä ole ollut aikaa tai halua vastata näihin kysymyksiin. On mahdollista myös että kyselyn saatekirje on luettu puutteellisesti. En kuitenkaan usko ohjeistuksen olleen puutteellista koska 85 % vastaajista oli näihin kysymyksiin vastannut. Analyysin luotettavuuteen määrällisissä vastauksissa riippuu tekijän taidoista käyttää analysointiin käytettyä atk-ohjelmaa, ja ymmärrystä lukujen merkityksestä. Tämän tutkimuksen määrällisten vastausten tulokset ovat useaan kertaan tarkistettu ja prosessin vaiheet varmistettu joten tulokset tältä osin ovat luotettavia. Laadullisten vastausten analysointi antaa tutkijalle jonkin verran liikkumatilaa. Kuitenkin tulokset oli vaivatonta järjestellä aiheittain, koska vastaukset olivat selkeitä

ja jo valmiiksi keskittyneet yhteen tai kahteen aiheeseen. Pidän tuloksia luotettavina ja vertailukelpoisina.

6.2 Eettisyyden pohdinta

Tutkimuksessa eettisyys ilmenee tutkimuksen teon yleisessä huolellisuudessa ja toimintatapojen rehellisyytenä. Kaikki tutkimuksen teoriaa koskeva tieto on asianmukaisesti lähdemerkitty eikä muiden tuottamaa tietoa ole esitetty omana. Eettisyyteen vaikuttaa myös vastaajien nimettömyys ja vapaaehtoisuus (Hirsjärvi ym. 2007.) Kerätty aineisto tullaan analysoinnin ja tulosten tallentamisen jälkeen hävittämään asianmukaisesti. Tutkimuksen tuloksissa on pyritty siihen, ettei yksittäistä vastaajaa pystytä tunnistamaan. Tässä tutkimuksessa tutkija on jokaisessa työvaiheessa toiminut eettisesti. Lähteet sekä lähdemerkinnät ovat asianmukaisia. Suuri eettinen kysymys oli vastaajien nimettömyys sekä salassapito. Tutkimukseen osallistujien suojan lisäämiseksi jokainen vastauskaavake suljettiin omaan erilliseen kirjekuoreen, tällä pyrittiin välttämään muiden työyhteisön jäsenten katsomasta vastauksia. Vastauslomakkeet hävitetään tutkimuksen hyväksymisen jälkeen polttamalla, mikä osaltaan edesauttaa suojaamaan vastaajan yksityisyyttä.

6.3 Johtopäätökset

Vastaajien erimielisyys väitteestä ensimmäisen hoitoneuvottelun järjestämisestä pysyy päättelemään, ettei ensimmäistä hoitokokousta rutiininomaisesti järjestetä välittömästi tai niin pian kuin mahdollista. Ilmeisesti tällaiset tapaukset ovat satunnaisia. Haarakankaan (2002) mukaan paraneminen on sitä todennäköisempää, mitä nopeammin hoito aloitetaan.

Avoimen dialogin hoitomallin periaatteisiin kuuluu vastuullisuus ja vastuun kantaminen. Koetaan potilaan hoidon kokonaisuuden ja säilyvyyden kannalta hyväksi, jos potilaalla on nimetty vastuuhoitaja ja tämä pysyy koko hoitajakson samana. Vastuuhoitajan nimeämistä käsittelevän väittämän tuloksista kävi ilmi, että potilaiden tullessa osastolle heillä ei useinkaan ole vastuuhoitajaa nimettynä. Kuitenkin kun vastuuhoi-

taja potilaalle nimetään, pysyy tämä samana koko hoitojakson aikana. Tämä on potilaan hoidon suunnittelun, toteutuksen ja jatkohoidon järjestämisen kannalta oleellista. Vastuuhoitajan keskeisiin tehtäviin kuuluu potilaan tiedottaminen, neuvominen ja ohjeistus.

Jopa kolmasosa vastaajista oli sitä mieltä, ettei omainen automaattisesti saa tietää potilaan omahoitajaa. Tämä voi osaltaan tuoda hoitosuhteeseen hämmennystä ja sekaannuksiakin. Kuitenkin, mikäli omainen on estynyt osallistumaan hoitokokoukseen, tälle läpi käytyjen asioiden ja päätösten ilmoittaminen toteutuu hyvin. Selkeä sopiminen siitä, kuka ilmoittaa asioista tuo toimintaan selkeyttä. Automaattinen ilmoittaminen myös huomioi omaisten tiedon tarpeen ja vastaa siihen. Omaisilla tässä työssä tarkoitetaan potilaan verkostoa, kuten perhettä, ystäviä tai sukulaisia. Kyselyn (LIITE 3) aikaisemmassa osiossa lähes kaikki vastanneet pitivät omaisia tärkeänä voimavarana potilaan hoidossa, kuitenkin vain lähes 70 %:n mielestä omaisia otetaan tarpeeksi mukaan hoitoon. Nämä tulokset tukevat mielipidettä omaisten kanssa tehtävän yhteistyön parantamisen mahdollisuuksista. Tämä omaisten mukana oleminen ei saa vaikuttaa hoitajien toimenkuvaan tai vastuuseen, vaan se voisi olla lisänä normaalin toiminnan ohessa. Osaston toimintaan kuuluu myös monenlaista aktiviteettia lisäävää toimintaa joihin omaisia voitaisiin ohjata osallistumaan. Psykykinen sairaus lähipiirissä saattaa olla stressaava ja kiusallinenkin tilanne omaisille, jolloin vierailu sairastuneen luona ei välttämättä ole helppoa. Yhteinen järjestetty tekeminen voisi osaltaan helpottaa sairastuneen ja omaisen kohtaamista sekä rentouttaa ilmapiiriä.

Haarakankaan (2002) mukaan hoitajiin saattaa kohdistua suurta painetta ja heidän odotetaan olevan ahdistuksen lievittäjiä ja nopeiden, ongelman selvittävien ratkaisuiden tekijöitä. Paine nopeiden ratkaisuiden tekemiseen on suuri. Kuitenkin on muistettava ettei edes lääkärin tarvitse olla kaiken tietävä mestari, eikä tilanteen avoimena pitäminen vähennä hoitajan tai lääkärin ammattitaitoa. Vastaajista jokainen koki, että sietää epävarmuutta työssään eikä heillä tarvitse olla valmiita vastauksia potilaan ongelmiin. Tämä kertoo hyvästä epävarmuuden sietämisestä, joka psykiatriassa koetaan hyväksi asiaksi. Teoriassa esitetään, että valmiit vastaukset voivat olla jopa este potilaan hoidon etenemiselle ja terapeuttisille mahdollisuuksille.

Haarakankaan (2002) mukaan jokaisella ihmisellä on verkosto, josta hän on tavalla tai toisella riippuvainen. Lisäksi on todettu että ihminen pysyy elämässä paremmin kiinni jos hänellä on joku ihminen joka tarvitsee häntä. Verkostoja on monenlaisia, esimerkiksi ystävät, työkaverit, erilaiset ammattilaiset taikka naapurit. Sosiaalisen verkoston tärkeydestä johtuen, potilaan hoidossa voisi olla hyvä järjestää verkostokokouksia ja näin hakea läheisistä tukea potilaalle. Kyselyn vastauksissa on melko suurta hajontaa koskien potilaalle tukea etsimisestä hänen verkostosta. Vain kolmasosa vastaajista oli täysin sitä mieltä että potilaalle etsitään tukea verkostosta. Tästä voidaan päätellä, ettei potilaiden verkostoja nykyisessä toiminnassa hyödynnetä säännöllisesti. Toisaalta verkoston hyödyntämiseen voi vaikuttaa myös verkoston puute tai haluttomuus osallistua potilaan hoitoon ja siihen liittyviin asioihin. Tällaisessa tilanteessa verkostokeskeisyyttä ei voida toteuttaa vaan on löydettävä muita keinoja potilaan tukemiseksi.

Tutkimustuloksia tarkastellessa pystyi saamaan käsityksen osastolla vallitsevista käsitksistä avoimen dialogin hoitomallin toteutumisesta osastolla. Hoitokokoukset ja niiden järjestäminen koettiin haasteelliseksi ja jollakin tapaa ehkä ongelmaksikin. Vastanneista kaikki oli sitä mieltä, että ensimmäisen hoitokokouksen järjestäminen toteutuu vain ajoittain ja kaikki vastanneista koki että hoitoneuvotteluita tulisi järjestää nykyistä enemmän. Tähän ilmeisesti vaikuttaa osaltaan hoitohenkilökunnan kokemaa puute lääkäreistä ja heidän ajastaan. Lääkäriresurssit eivät suoranaisesti liity avoimen dialogin hoitomalliin mutta koetaan että hoidosta saadaan laadukkaampaa, yksilöllisempää ja tehokkaampaa jos lääkäreitä olisi enemmän, taikka näillä olisi enemmän aikaa potilaiden tapaamiseen ja näiden asioiden hoitamiseen.

Avoim keskustelu hoitajan ja potilaan välillä oli tutkimuksen vastauksissa toistuvasti esillä. Kehittämisehdotuksia tuli runsaasti ja ehdotukset ovat myös hyvin käyttökelpoisia. Kuten kaikissa toimintatapojen muutoksissa, myös tässä on hyvä etsiä osaston toimintaan sopivaa mallia. Avoimen keskustelun lisääminen olisi varmasti potilaan ja hoidon kannalta edullista. Osaltaan avoimen keskustelun kulttuuria hoidossa voidaan lisätä työtapojen muutoksilla sekä esimerkiksi erilaisilla ohjeistuksilla. Kuitenkin jokaisella työntekijällä on mahdollisuus toimia itse asian parantamiseksi. Keskusteluiden lisääminen onnistuu keskustelemalla enemmän ja järjestäytyneemmin potilaan kanssa.

6.4 Pohdinta

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata, miten hoitajien mielestä avoimen dialogin hoitomalli näkyy osaston toiminnassa tutkimuksen teko hetkellä. Tarkoituksena oli myös kerätä tietoa hoitajien kokemusta kehittämisen tarpeista ja siitä millä tavoin toimintaa voitaisiin kehittää. Tutkimus antoi mielestäni kattavan kuvauksen avoimen dialogisen hoitomallin käytöstä kyseisellä osastolla. Haasteellisuutta aineiston käsittelemiseen toi vastaajien pieni määrä, sekä se, että vastaajat ovat erittäin tuttuja toisilleen. Tulosten auki kirjoittamisessa oli haasteellista huomioida, ettei yksittäistä vastaa voisi tunnistaa tutkimusta luettaessa. Tutkimus antoi jokaiselle hoitajalle tasavertaisen mahdollisuuden kertoa oma mielipiteensä sekä ehdottaa omasta mielestä sopivia toimintatavan kehittämistapoja.

Tämä tutkimus olisi voitu suorittaa myös esimerkiksi haastattelua käyttäen, tällöin olisi voinut tulla kattavampia ja hyödynnettävämpiä tuloksia. Avoimet kysymykset olivat toimiva keino kerätä kehittämissuhteita. Kuitenkaan avoimilla kysymyksillä ei saatu kerättyä juurikaan konkreettisia keinoja kehittämisen välineeksi. Tämä seikka saattaa vaikeuttaa avoimen dialogin hoitomallin kehittämistä osastolla. Monet tietävät, mitä pitäisi tehdä toisin, mutta monellakaan ei ole ehdottaa keinoja tai uusia käytäntöjä. Tähän ongelmaan oltaisi voitu vaikuttaa toisenlaisella kysymyksen asettelulla tai selkeämmällä ohjeistuksella, mitä kysymyksellä haetaan.

Jatkotutkimushaasteena voisi olla kyselyn uudelleen suorittaminen esimerkiksi vuoden tai kahden kuluttua. Tällöin olisi mahdollista verrata, onko kohdeorganisaation toiminnassa tapahtunut muutosta. Toisena jatkotutkimushaasteena on dialogisen hoitomallin käytön havainnointi osaston arjessa. Tällöin olisi mahdollista saada eriäviä tuloksia hoitajien omien mielipiteiden kanssa sekä huomioida asiaa ulkopuolisen silmin.

Niiranen, L. & Salja, H. 2010. Perhekeskeisen hoitotyön toteutuminen psykiatrisella osastolla hoitajien kokemana. Tampereen ammattikorkeakoulu. Viitattu 9.12.2013 http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/22263/Niiranen_Laura_Salja_Helena.pdf?sequence=2

Numminen, H & Vesala, H. 2013. Ikääntymisen määritelmä. Viitattu 9.12.2013 <http://verneri.net/yleis/kehitysvammaisuus/ikaantyminen/muutokset/maarittely.html>

Seikkula, J. & Alakare, B. Avoin dialogi: vaihtoehtoinen näkökulma psykiatrisessa hoitojärjestelmässä – katsaus. <http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo94071.pdf>

Tiainen, T. 2013. Potilaan osallisuus omaan hoitoonsa ja siihen vaikuttavat tekijät: Akuuttipsykiatrisen osaston hoitohenkilökunnan näkemyksiä. Vaasan ammattikorkeakoulu. Viitattu 6.1.2015 <https://www.theseus.fi/handle/10024/68772>

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2006. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Vaasan keskussairaalan www-sivut. Viitattu 11.3.2014. http://www.vaasankeskussairaala.fi/Suomeksi/Potilaat_asiakkaat_omaiset/Osastot_ja_toimenpideyksikot/Psykiatrian_osastot/Psykiatrian_osasto_4/Hoito_osastolla.

Vilpas, P. n.d. Kvantitatiivinen tutkimus. Metropolia. Viitattu 7.1.2015. <http://users.metropolia.fi/~pervil/kvantsu/Moniste.pdf>

LIITELUETTELO

1. Kirjallisuuskatsaus
2. Saatekirje
3. Kyselykaavake
4. Myönnetty tutkimuslupa

Kirjallisuuskatsaus

<u>Tieto-</u> <u>kanta</u>	<u>Hakusanat</u>	<u>Tekijä/t</u> <u>Vuosi</u>	<u>Tutkimuksen nimi</u>	<u>Otos</u>	<u>Tutkimus-</u> <u>menetelmä</u>
Theseus	"avoin dia- logi" AND psykiatr*	Niiranen Laura, Salja Helena. 2010	Perhekeskeisen hoi- totyön toteutuminen psykiatrisessa sairaa- lassa hoitajien koke- mana	N=6	Teema- haastattelu ja sisällön analyysi.
Theseus	"avoin dia- logi" AND psykiatr*	Hakala Marja-Liisa ja Pajunen- Aulis Mir- jami. 2009	Omaisten kokemuk- sia yhteistyöstä hoi- tohenkilökunnan kanssa läheisen en- simmäisellä psykiat- risella sairaalajak- solla	N=5	Teema- haastattelu
TamPub	"avoin dia- logi"	Ahonen Marika, 2011	Avoin dialogi nuori- sopsykiatriassa hoi- tajien kokemana	N=12	Haastattelu
Theseus	"psykiatria AND avoin dia- logi"	Leskinen Liisa, 2009	Psykiatrisen potilaan kuulluksi tuleminen hoitokokouksessa	N=22	Kysely
Theseus	"psykiatria AND avoin dia- logi"	Tiainen Tytti 2013	Potilaan osallisuus omaan hoitoonsa ja siihen vaikuttavat te- kijät: Akuuttipsyki- atrian hoitohenkilö- kunnan näkemyksiä.	N=21	Kysely

Kyselyn saatekirje

Hei!

Teen opinnäytetyöni kyselytutkimuksena Vanhuspsykiatrisen osaston henkilökunnalle. Tutkimuksen tarkoituksena on kartoittaa osastolla työskentelevien hoitajien näkemyksiä, miten avoimen dialogin hoitomalli osastolla jo toteutuu sekä tuoda julki kehittämisehdotuksia, joiden avulla toimintaa voidaan osastolla edelleen kehittää. Kysely sisältää sekä monivalinta- että avoimia kysymyksiä. Kyselyyn vastaamalla annat arvokasta tietoa ja mahdollisuuden kehittämiseen! Tutkimuksen tulokset tulevat osaston käyttöön.

Tutkimukseen osallistutaan nimettömänä ja tutkimuksen tekijää koskee vaitiolovelvollisuus. Tutkimus on luottamuksellinen ja vastauskaavakkeet hävitetään asianmukaisesti heti käsittelyn jälkeen. Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista.

Palautathan täytetyn kyselyn toimistossa olevaan palautuslokeroon. Vastausaikaa on 3.12.2014 asti.

Kiitos vastauksistanne!

Terveisin

Viivi Selin

Sairaanhoidaja-opiskelija

Satakunnan ammattikorkeakoulu, Rauma

AVOIMEN DIALOGIN TOTEUTUMINEN VANHUSPSYKIATRISELLA OSASTOLLA

Väittämät koskevat osastollanne tällä hetkellä vallitsevaa tilannetta. Valitse yksi vaihtoehdoista.

1=täysin eri mieltä, 2= osittain eri mieltä, 3= osittain samaa mieltä, 4= täysin samaa mieltä

	Täysin eri mieltä	Osittain eri mieltä	Osittain samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
Yleensä ensimmäinen hoitoneuvottelu järjestetään potilaan, perheen ja asiantuntijoiden kesken välittömästi tai heti kun mahdollista hoitoon tultaessa	1	2	3	4
Hoitoneuvotteluja potilaan, omaisten ja asiantuntijoiden kesken pitäisi järjestää nykyistä enemmän	1	2	3	4
Omaiset ovat tärkeä voimavara potilaan hoidossa	1	2	3	4
Omaiset ja läheiset otetaan mukaan hoitoon aina kun mahdollista	1	2	3	4
Potilaan hoito on aina yksilöllistä ja muokataan hänen tarpeiden mukaisesti	1	2	3	4
Tarvittaessa hoitokokoukset järjestetään potilaan kotona	1	2	3	4
Potilaan tullessa hoitoon vastuu hoidosta ja sen aloituksesta on selkeästi nimetty jollekin hoitajalle	1	2	3	4

Omaiset tietävät aina kuka on heidän omaisen vastuu hoitaja	1	2	3	4
Mikäli mahdollista, vastuu hoitaja/t pysyvät samoina koko hoidon ajan	1	2	3	4
Minulla pitää olla valmiit vastaukset potilaan ongelmiin	1	2	3	4
Siedän epävarmuutta työssäni ja siihen liittyvissä eri tilanteissa	1	2	3	4
Potilaalle etsitään tukea myös hänen sosiaalisesta verkostostaan (muu kuin perhe), kuten ystävät, naapurit tai työkaverit.	1	2	3	4
Hoitokokouksissa ilmi tulleiden asioiden ilmoittaminen huolehditaan henkilöille, jotka eivät ole päässeet osallistumaan kokoukseen (omaiset ja läheiset)	1	2	3	4

TUTKIMUSLUPA
(Toimintasääntö § 15)

Tutkimuksen numero: T113/12/2014


Tutkimuksen nimi: *Avoimen dialogin hoitomalli vanhuspsykiatrisella osastolla*

Tutkimuksen ajoitus: 2014 - 2015

Vastuullinen tutkija: Erja Hannula lehtori (SAMK)

Tutkittavien lukumäärä: 15 hoitajaa vanhuspsykiatrian osasto Uusikaupunki

Myönnän luvan yllä mainittuun tutkimukseen. Edellytän, että tutkimuksesta ei aiheudu haittaa yksiköiden normaalille toiminnalle eikä muita kustannuksia sairaalalle.


Marjo Saarenmaa
Johtava ylihoitaja

JAKELU Vastuullinen tutkija
Opinnäytetyön tekijä
Tutkimuksen ja opetuksen vastuhenkilö
TurkuCRC
Hoitotyön toimisto