

Antton Grönlund, Tuomas Saviluoto & Simo Tanskanen

HOITAJIEN KOKEMUKSIA LAADUK- KAAN HOITOTYÖN TOTEUTUMISES- TA PSYKIATRISSESSA SAIRAALASSA

Opinnäytetyö

Ensihoitaja

Huhtikuu 2016



KYAMK
University of Applied Sciences

Tekijä/Tekijät	Tutkinto	Aika
Antton Grönlund, Tuomas Saviluoto & Simo Tanskanen	Ensihoitaja	Huhtikuu 2016
Opinnäytetyön nimi		75 sivua
Hoitajien kokemuksia laadukkaan hoitotyön toteutumisesta psykiatrisessa sairaalassa		6 liitesivua
Toimeksiantaja		
Carea, Kymenlaakson sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä		
Ohjaaja		
Lehtorit Terhi Hede & Sari Engelhardt		
Tiivistelmä		
<p>Opinnäytetyön tavoitteena oli kartoittaa hoitajien kokemuksia laadukkaan hoitotyön toteutumisesta Kymenlaakson psykiatrisen sairaalan suljetuilla akuuteilla vastaanotto-osastoilla. Tarkoituksena oli havainnoida, miten suunnitelmallisuus, asiakaslähtöisyys, hallinnollinen johtaminen ja moniammatillinen yhteistyö tukevat laadukasta psykiatrista hoitotyötä. Lisäksi yhtenä arviointikohteena on psykiatrista hoitotyötä ohjaavan lainsäädännön toteutuminen hoitotyössä.</p>		
<p>Opinnäytetyö toteutettiin kvantitatiivisenä tutkimuksena anonymisti Webropol-ohjelmalla. Kysely lähetettiin 97 henkilölle, joista vastasi 37. Vastajat olivat koulutukseltaan sairaanhoitajia, mielenterveyshoitajia tai lähihoitajia. Kokonaisvaltaisen kuvan saamiseksi hoitotyön laatuun vaikuttavista tekijöistä työssä on hyödynnetty European Foundation for Quality -järjestön kehittämää Excellence Model 2003 -mallia.</p>		
<p>Vastausten perusteella hoitotyön suunnitelmallisuudessa hoitajaksolle on määritelty selkeitä tavoitteita jatkohoito on huomioitu. Kehitettävää on Käypä hoito -suositusten toteutumisessa ja potilaiden lääkehoitoon sitoutumisessa. Hoitohenkilökuntaa koetaan olevan liian vähän verrattuna potilaiden hoidon tarpeeseen. Hoitotyö on hyvin asiakaslähtöistä, sillä potilaan yksityisyyttä ja mielipidettä kunnioitetaan. Hallinnollisessa johtamisessa esimiehen toiminta tukee moniammatillista yhteistyötä ja kaikkia ammattiryhmiä hyödynnetään. Kehitettävää on tiedonkullussa ja moniammatillisen työryhmän työnjaossa. Psykiatriseen hoitotyöhön liittyvät lait tunnetaan hyvin ja rajoittamistoimenpiteet herättävät keskustelua ja niitä käytettäessä potilasta informoidaan. Yli viisi vuotta työskennelleet hoitajat olivat hieman tyytymättömpiä pohtiessaan laadukkaan hoitotyön toteutumista.</p>		
<p>Tehdyn tutkimuksen perusteella voidaan todeta, että psykiatrinen hoitotyö toteutuu pääosin hyvinkin laadukkaasti. Hallinnon ja esimiehen toiminta tukee laadukkaan hoitotyön toteutumista sekä resurssien käyttö on tehokasta. Potilaat ja omaiset ovat hoitoon tyytyväisiä. Mahdollisesti osastojen erilaisuus aiheuttaa hajontaa vastauksissa.</p>		
<p>Jatkotutkimuksen lähtökohtana voisi olla hoitotyön laadun tutkiminen tarkemmin niin, että yksittäisiä tutkimusongelmia havainnoitaisiin perusteellisemmin, sillä tässä työssä ei saada monesakaan osa-alueessa tarkkoja vastauksia kehittämisen kohteista. Toinen jatkotutkimuksen aihe voisi olla opinnäytetyömme kaltaisen kyselyn toteuttaminen uudelleen kahden vuoden kuluttua, jolloin voitaisiin arvioida, onko hoidon laatu parantunut.</p>		
<p>Asiasanat psykiatria, hoitotyö, laatu, toteutuminen</p>		

Author (authors)	Degree	Time
Antton Grönlund, Tuomas Saviluoto & Simo Tanskanen	Bachelor of Emergency Care	April 2016
Thesis Title		
Nurses' Experiences of a Good Quality Nursing in a Psychiatric Hospital		75 pages 6 pages of appendices
Commissioned by		
Carea, Kymenlaakso Social and Health Services		
Supervisor		
Terhi Hede & Sari Engelhardt, Senior Lecturers		
Abstract		
<p>The objective of this thesis was to map nurses' experiences of a good quality nursing in the closed acute wards of Kymenlaakso psychiatric hospital. The aim of the thesis was to observe how orderliness, customer-friendliness, administrative management and multi-professional cooperation support a good quality psychiatric nursing. Furthermore, the fulfillment of the legislation guiding psychiatric nursing was evaluated.</p>		
<p>This thesis was a quantitative research and it was conducted through Webropol program. The respondents answered anonymously. The survey was sent to 97 persons of whom 37 answered. The respondents included nurses, mental nurses and practical nurses. In order to get a holistic view of the factors affecting the quality of nursing the Excellence Model 2003 by European Foundation for Quality was used.</p>		
<p>According to the respondents a clear objective for the treatment period was defined and a follow-up treatment was taken into account. The fulfillment of Käypä hoito guidelines could have been better as well as patients' commitment to medication. The amount of nursing staff was found to be inadequate compared to patients' need for care. Nursing was very customer-oriented as patients privacy and opinion was respected. In the administrative management the director's actions supported multi-professional cooperation and every occupational group was utilized. The flow of information and distribution of work of the multi-professional work group could have been better. The legislation guiding psychiatric nursing was well known. The use of restrictive procedure has provoked a discussion. When this procedure was used the patient was informed about it. When reflecting the fulfillment of a good quality nursing the ones that had been working over 5 years were a bit more dissatisfied.</p>		
<p>Psychiatric nursing was mainly conducted in a high quality way. Actions of administration and director supported the fulfillment of a good quality nursing. The difference between the wards may cause dispersion in the answers.</p>		
<p>The starting point for the further study could be to study the quality of the nursing and the individual research questions more carefully. In this thesis specific replies concerning objects that would have needed further development could not be identified completely. The survey could be repeated in two years and the results could be analyzed again in order to evaluate whether the quality of nursing has improved.</p>		
Keywords		
psychiatry, care work, quality, fulfillment		

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	6
2	PSYKIATRINEN SAIRAALAOHOITO KYMENLAAKSOSSA	7
3	KESKEISET KÄSITTEET	8
3.1	Psykiatria	8
3.2	Akuutti psykiatrinen erikoissairaanhoito.....	9
3.3	Laadukas hoitotyö.....	10
4	PSYKIATRISTA HOITOTYÖTÄ OHJAAVA LAINSÄÄDÄNTÖ	11
4.1	Erikoissairaanhoito-, kansanterveys- ja sosiaalihoitolaiki	11
4.2	Mielenterveyslaki	13
4.3	Tahdosta riippumaton hoito, potilaan perusoikeuksien rajoittaminen ja itsemääräämisoikeus.....	13
5	LAADUKKAAN PSYKIATRISEN HOITOTYÖN OSA-ALUEET.....	16
5.1	Tuloshakuisuus.....	18
5.2	Hoitotyön päämäärätietoisuus	19
5.3	Henkilöstön kehittäminen, innovointi ja jatkuva parantaminen.....	21
5.4	Asiakaslähtöinen hoitotyö	23
5.5	Tosiasioihin ja prosesseihin perustuva johtaminen.....	24
5.6	Kumppanuuksien kehittäminen hoitotyössä.....	26
6	OPINNÄYTETYÖN TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMAT	28
7	OPINNÄYTETYÖN MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT	28
7.1	Tutkimusmenetelmä	28
7.2	Kyselylomakkeen laadinta	29
7.3	Opinnäytetyön prosessin eteneminen.....	30
8	TULOKSET.....	31
8.1	Taustakysymykset	32
8.2	Psykiatrisen hoitotyön suunnitelmallisuus.....	32
8.3	Asiakaslähtöisyys psykiatrisessa hoitotyössä.....	43
8.4	Hallinnollinen johtaminen.....	47

8.5	Moniammatillinen yhteistyö.....	50
8.6	Psykiatrasta hoitotyö ohjaava lainsäädäntö	53
8.7	Avoimen kysymyksen analyysi	56
9	POHDINTA.....	58
9.1	Laadukkaan psykiatrisen hoitotyön toteutuminen	58
9.1.1	Hoitotyön suunnitelmallisuus.....	58
9.1.2	Asiakaslähtöisyys	60
9.1.3	Hallinnollinen johtaminen	61
9.1.4	Moniammatillinen yhteistyö	63
9.1.5	Lainsäädännön toteutuminen.....	65
9.1.6	Avoin kysymys	66
9.2	Tutkimuksen validiteetti ja reliabiliteetti.....	68
9.3	Tutkimuksen eettisyys ja tuloksien raportointi.....	69
9.4	Tutkimuksen hyödynnettävyys ja kehittämisideat	70
	LÄHTEET.....	72
	LIITTEET	
	Liite 1. Tutkimustaulukko	
	Liite 2. Kyselylomakkeen väittämät	
	Liite 3. Muuttujataulukko	
	Liite 4. Saatekirje	
	Liite 5. Tutkimuslupa	

JOHDANTO

Laadukas hoitotyö parantaa hoidon suunnitelmallisuutta, asiakastyytyväisyyttä, hoidon tuloksia, käytettävissä olevien resurssien hyödyntämistä, osastojen turvallisuutta, työntekijöiden osaamista, työssä pysyvyyttä ja motivaatiota sekä selkiyttää yhteistyötä ja työnjakoa eri toimijoiden välillä. Lisäksi sairaalahoitajaksot lyhentyvät ja sairaalaan paluu vähenee. Toimiva laadunhallinta on siten taloudellisesti ja yhteiskunnallisesti kannattavaa, joskin sen ymmärtäminen ja hallitseminen on koettu usein vaikeaksi. (STM 2001; Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinta 2000-luvulle 1999.) Terveyspalveluiden asiakaslähtöisyyden kehittäminen on yksi nykyisen hallituskauden kärkihankkeista (Ratkaisujen Suomi 2015).

Laatu ei ole yksinkertainen mitattavissa oleva asia. European Foundation for Quality Management -järjestö (EFQM) on kehittänyt EFQM-mallin, jonka mukaan laatu on tuloshakuisuutta, asiakassuuntautuneisuutta, johtajuutta ja toiminnan päämäärätietoisuutta, prosesseihin ja tosiasioihin perustuvaa johtajuutta, henkilöstön kehittämistä ja osallistumista sekä jatkuvaa oppimista, innovointia ja parantamista että kumppanuuksien kehittämistä ja yhteiskunnallista vastuuta. EFQM-mallia käytetään tuhansissa eri alojen organisaatioissa julkisella ja yksityisellä puolella. Mallin avulla organisaation vahvuuksista ja kehityskohteista saadaan hahmoteltua kokonaiskuva. (EFQM Excellence Model 2003.)

Opinnäytetyössä on soveltaen hyödynnetty EFQM-mallin määrittelemiä laadun arviointikohteita. Työ ei siten ole vertailukelpoinen organisaatioiden, joihin on käytetty puhtaasti EFQM-mallia, kanssa. Opinnäytetyön teoria on kerätty aiheeseen liittyvästä alan kirjallisuudesta, julkaisuista, artikkeleista, tutkimuksista ja laeista. Teoria on aseteltu soveltaen hyödynnetyn EFQM-mallin arviointialueiden mukaisiin otsikoihin, joista tutkimusongelmat on johdettu. Opinnäytetyössä ei keskitytä somaattisen hoitotyön toimintoihin.

Kyselylomakkeessa käytettiin käytännöllisempiä käsitteitä, jotka sopivat paremmin psykiatriseen hoitotyöhön. Suoraan lainaten sovellettuja EFQM:n termejä tunnistettiin mahdollisena riskinä, että vastaajat ymmärtäisivät ne väärin. Vaarana olisi ollut tutkimuksen luotettavuuden kärsiminen vääristä vastauksista, ja vastausprosentti olisi voinut jäädä alhaiseksi. Kyselyssä hoitotyön suunnitelmallisuus ja hoitotyön ajankäyttö kattavat sovelletut EFQM:n termit tu-

loshakuisuus, hoitotyön päämäärätietoisuus, tosiasioihin ja prosesseihin perustuva johtaminen sekä henkilöstön kehittäminen, innovointi ja jatkuva parantaminen. Kyselylomakkeessa hoitotyön asiakaslähtöisyys on muokattu EFQM:n termistä asiakaslähtöisyys ja hoitotyön moniammatillinen työskentely termistä kumppanuuksien kehittäminen. Hoitotyön turvallisuus ja lainsäädäntö käsitellään omana kokonaisuutena.

Teorian rakentamisessa on hyödynnetty kirjastojen palveluita sekä useampaa hakukonetta, erityisesti Medicia, Melindaa ja PudMedia. Hakusanoina on käytetty psykiatria, hoitotyö ja laatu sekä näiden eri variaatioita. Lähteinä käytetyt tutkimukset ovat alle viisi vuotta vanhoja. Kirjallisuudesta on käytetty alle 10 vuotta vanhoja lähteitä. Mielenterveyspalveluiden uusin laatusuositus on vuodelta 2001 ja valtakunnallinen suositus sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinnasta vuodelta 1999.

Opinnäytetyö on hankkeistettu Kymenlaakson psykiatriselta sairaalalta ja tutkimusta on tarkoitus hyödyntää hoitotyön laadun kehittämisessä. Tavoitteena on kartoittaa hoitajien kokemuksia laadukkaan hoitotyön toteutumisesta Kymenlaakson psykiatrisen sairaalan suljetuilla akuuteilla vastaanotto-osastoilla. Tutkimus suoritettiin anonymisti kvantitatiivisella Webropol-sovelluksen sähköpostikyselyllä. Kyselyn väittämät on poimittu teorian pohjalta, joka perustuu tutkittuun tietoon hoitotyön laatuun vaikuttavista tekijöistä. Kyselyn esitestaajana toimi kokenut mielenterveyshoitotyön ammattilainen. Kysely suoritettiin suoritusportaalla työskenteleville hoitotyön ammattilaisille.

2

PSYKIATRINEN SAIRAALAHOITO KYMENLAAKSOSSA

Suomessa kotikunnan on järjestettävä julkiset sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut kunnan asukkaille. Kuntayhtymän ja kuntien tulee järjestää asukkaille erikoissairaanhoidon palvelut yhdessä. (Terveystieteiden tutkimuskeskus 30.12.2010/1326, 10. § 2. mom.) Kymenlaakson sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä Careaan kuuluu kuusi kuntaa: Kotka, Kouvola, Hamina, Miehikkälä, Virolahti ja Pyhtää. Carean palveluiden piirissä on n. 173 000 kansalaista. (Perehdytysopas.)

Carean toimintaa on Kymenlaakson alueella Kymenlaakson keskussairaalassa, Kymenlaakson psykiatrisessa sairaalassa ja sosiaalipalveluissa. Nimi Carea on otettu käyttöön vuonna 2009, kun Kymenlaakson sairaanhoitopiiri ja

erityishuollon piiri yhdistyivät Kymenlaakson sairaanhoito- ja sosiaalipalveluiden kuntayhtymäksi. (Carea pähkinänkuoressa.)

Carean alainen Kymenlaakson psykiatrinen sairaala sijaitsee Kouvolan Kuu-sankoskella. Sairaala vastaa kuntayhtymän psykiatrisesta sairaalahoidosta. Psykiatrisessa sairaalassa on seitsemän psykiatrian osastoa, joista viisi on aikuispsykiatrian osastoja. Nuorille on oma osastonsa ja samoin myös lapsille. Sairaalan palveluihin kuuluu myös toiminnallisen kuntoutuksen yksikkö, joka tuottaa esimerkiksi toimintaterapiaa ja fyysistä kuntoutusta. (Psykiatria.)

Opinnäytetyömme keskittyy sairaalan neljään akuuttiin vastaanotto-osastoon. Kolme osastoa on aikuisille suunnattuja akuuttipsykiatrian osastoja, joissa on noin 15 potilaspaiikkaa ja joissa ikä vaihtelee 18-vuotiaasta yli 60-vuotiaisiin potilaisiin. Yksi osastoista on geriatrinen psykiatrian akuuttiosasto. (Osastot.)

3 KESKEISET KÄSITTEET

3.1 Psykiatria

Psykiatrialla tarkoitetaan lääketieteen suuntautumisalaa, joka hoitaa ja tutkii ihmisen mielenterveydellisiä häiriöitä, ongelmia, oireita, syitä ja niiden kehitystä, hoitoa sekä ehkäisyä. Jokaiselle mielenterveydelliselle ja kliinisesti havaittavalle häiriölle on oma diagnoosi ja diagnoosinumero. Diagnoosit jaotellaan oireiden, keston ja taudinkulun mukaan. Erilaisia mielenterveyden häiriöitä ovat esimerkiksi ahdistuneisuushäiriöt, pelot, psykoosit, älyllinen kehitysvamma, päihdehäiriöt, unihäiriöt, mielialahäiriöt, syömishäiriöt, poikkeavat psyykkiset reaktiot sekä käyttäytymiseen ja persoonallisuuteen liittyvät häiriöt. (Lönnqvist 2011, 12,13; Mäyränpää 2007, 1040,1041.)

Psykiatristen mielenterveyshäiriöiden tutkiminen voidaan toteuttaa kolmesta eri näkökulmasta. Nämä tarkastelumallit ovat biologinen psykiatria, psykodynaaminen psykiatria ja sosiaalipsykiatria. Biologisessa psykiatriassa mielenterveyshäiriötä lähestytään aivojen rakennetta ja toimintaa tarkastellen. Biologisessa psykiatriassa tärkeitä osa-alueita ovat muun muassa neuro- ja lääketiede, farmakologia, fysiologia, kuvantaminen ja genetiikka. Psykodynaamisessa psykiatriassa korostetaan ihmisen omia kokemuksia, vuorovaikutusta ja ristiriitoja. Psykodynaamisen psykiatrian hoitokeinoja ovat esimerkiksi erilaiset terapiat. Sosiaalipsykiatriassa painotetaan kulttuurin ja sosiaalisten tekijöiden vaikutusta yksilöön. Sosiaalipsykiatriassa tutkitaan esimerkiksi jonkin tietyn

mielenterveyshäiriön ilmaantuvuutta tietyllä alueella. Sosiaalipsykiatria tutkii myös mielenterveydeltään terveiden ihmisten käsitystä ja ennakkoluuloja mielenterveyspotilaita kohtaan. (Lönnqvist 2011, 14.)

3.2 Akuutti psykiatrinen erikoissairaanhoido

Erikoissairaanhoido on erikoislääkäreiden johtamaa terveydenhuoltoa ja siihen sisältyy sairauksien hoidon ja tutkimisen lisäksi myös ehkäisevää ja kuntouttavaa työtä. Pääsy erikoissairaanhoidon piiriin edellyttää lähetteen saamista. (Teperi 2005; Sairaalat ja erikoissairaanhoido.)

Psykiatrissa erikoissairaanhoidoa toteutetaan avohoidossa ja sairaalahoidossa psykiatrisilla vuodeosastoilla. Avohoido tapahtuu mm. psykiatrian poliklinikoilla. Ensisijainen hoitomuoto mielenterveyshäiriöstä kärsivälle potilaalle on avohoido (Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116, 4. § 2. mom.). Usein varsinkin psykiatrisissa sairauksissa potilas hakeutuu tai toimitetaan osastohoidon piiriin vasta, kun mielenterveyshäiriön oireet ovat päässeet pahenemaan niin koviksi, että avohoidon tuottamat palvelut eivät enää riitä.

Hoito akuutilla aikuisten psykiatrisella osastolla toteutuu moniammatillisessa työryhmässä. Potilaan kanssa osastoilla eniten kontaktissa ovat sairaanhoitajat, mielenterveyshoitajat ja lähihoitajat, jotka toimivat potilaan kuuntelijoina ja hoidon koordinoijina. Osastoilla potilaat tapaavat tasaisin väliajoin lääkäriä ja tarvittaessa muita hoitoon osallistuvia ammattilaisia, esimerkiksi psykiatreja, toiminnallisen kuntoutuksen ohjaajia, sosiaalityöntekijöitä, psykologeja ja muita ammattilaisia. Potilaita pyritään aktivoimaan mm. päivä- ja viikko-ohjelmilla, joiden avulla halutaan saada potilaan aktiivisuus ja omatoimisuus pysymään ennallaan sairaalahoidosta huolimatta. Yksi tärkeimmistä hoitokeinoista on omahoitajatyöskentely, jolloin potilaan ei tarvitse luoda niin läheistä hoitosuhdetta jokaiseen hoitajaan. Hoitaja tuo hoitosuhteessa esiin oman ammatillisen osaamisensa ja potilas toimii oman elämänsä asiantuntijana. (Holmberg, Hirschovits & Kylmänen 2008, 23, 109-110, 120-121; Vuori-Kemilä, Stengård, Saarelainen & Annala 2007, 48 - 49.)

Psykiatrinen osastohoito yritetään mahdollisuuksien mukaan toteuttaa potilaan kanssa yhteistyössä, jolloin potilas voi tulla osastojaksolle vapaaehtoisella B1-lähetteellä. Hoitoon määrääminen voi myös tapahtua potilaan tahdosta riippumatta M1-lähetteellä. (Mäyränpää 2007, 1034; Mielenterveyslaki

14.12.1990/1116, 11. § 2. mom.) Potilaan ollessa määrättyä vastentahtoiseen hoitoon voidaan hänen itsemääräämisoikeuttaan rajoittaa, mikä aiheuttaa usein ristiriitoja potilaan ja häntä hoitavien tahojen välillä. Virkalääkäri pysyy tarvittaessa rajoittamaan potilaan perusoikeuksia, esimerkiksi liikkumista tai yhteydenpitoa. Potilas voidaan myös eristää tai laittaa lepositeisiin, jos hän aiheuttaa osastolla vaaraa itselleen tai muille. Lisäksi vastentahtoinen lääkitseminen on mahdollista tilanteen sitä vaatiessa. Rajoitustoimenpiteitä toteutettaessa potilasta tulee mahdollisuuksien mukaan informoida tilanteen kulusta ja siihen johtaneista syistä. (Mäyränpää 2007, 649, 650; Holmberg, Hirschovits & Kylmänen 2008, 291; Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116, 22 a § 2. mom.)

Akuutti psykiatrinen sairaalahoito toteutetaan osastoilla, joissa on suhteellisen vähän potilaita ja runsaasti hoitajia potilasmäärään verrattuna (Mäyränpää 2007, 1034). Akuutilla aikuisten psykiatrisella vuodeosastolla hoidetaan monenlaisia psykiatrisia mielenterveyshäiriöitä. Yleisimpiä näistä ovat masennus, skitsofrenia, bipolaarihäiriöt ja psykoosit. Muita hoidettavia mielenterveyshäiriöitä ovat muun muassa skitsoaffektiivinen häiriö, alkoholin aiheuttamat aivo-oireyhtymät ja käyttäytymisen häiriöt, ahdistuneisuus- ja harhaluuloisuushäiriöt sekä vakavat stressireaktiot. (Psykiatrinen erikoissairaanhoito 2013.)

3.3 Laadukas hoitotyö

Laadukkaan hoitotyön tavoitteena on potilaan omatoiminen selviytyminen, elämän kokeminen mielekkäänä ja sairaalaan paluun vähentäminen sekä hoitajaksojen lyhentäminen. Tavoitteeseen pääsemiseksi organisaation sisällä arvioidaan hoitotyön laatuun vaikuttavia tekijöitä. Laatuun vaikuttavat tekijät on luokiteltu otsikkotasolla EFQM-mallia soveltaen seuraaviin osa-alueisiin: tuloshakuisuus, hoitotyön päämäärätietoisuus, henkilöstön kehittäminen, innovointi ja jatkuva parantaminen, asiakaslähtöinen hoitotyö, tosiasioihin ja prosesseihin perustuva johtaminen, sekä kumppanuuksien kehittäminen hoitotyössä.

Käytännöllisesti katsoen hoitotyössä arvioidaan muun muassa hoidon suunnitelmallisuus, käytettävissä olevien resurssien hyödyntäminen, turvallisuus, työntekijöiden osaaminen, työssä pysyvyys ja motivaatio, eri toimijoiden työnjaon sujuvuus sekä yhteistyö (STM 2001, Kotisaari & Kukkola 2012; Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinta 2000-luvulle 1999).

Laadukkaaseen hoitotyöhön vaikuttavien tekijöiden teoria on kerätty alan kirjallisuudesta, julkaisuista, artikkeleista ja tutkimuksista. Kirjallisuudessa on käytetty alle 10 vuotta vanhoja lähteitä ja lähteenä käytetyt tutkimukset ovat alle viisi vuotta vanhoja (liite 1).

4 PSYKIATRISTA HOITOTYÖTÄ OHJAAVA LAINSÄÄDÄNTÖ

Suomen perustuslaissa on mainittu yksilön turva välttämättömään huolenpitoon. Lailla asetetaan velvoite julkiselle vallalle, sen mukaan kuin laissa tarkemmin säädetään, turvata riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut sekä edistää väestön terveyttä (Suomen perustuslaki 11.6.1999/731, 19. § 3. mom.). Riittävinä sosiaali- ja terveyspalveluina voidaan pitää tasoa, joka antaa mahdollisuuden jokaiselle ihmiselle toimia yhteiskunnassa täysivaltaisena jäsenenä (Kotisaari & Kukkola 2012).

Mielenterveyspalveluiden järjestäminen on säädetty kuntien tehtäväksi erillislaeilla. Näitä lakeja ovat mielenterveyslaki, erikoissairaanhoitolaki, kansanterveyslaki ja sosiaalihuoltolaki. Koska kunnille on annettu mahdollisuus järjestää palveluja eri tavoin, ohjaa mielenterveyspalveluita myös laki yksityisten sosiaalipalveluiden valvonnasta, laki yksityisestä terveydenhuollosta ja työterveyshuoltolaki. (Valtiontalouden tarkastusviraston tuloksellisuustarkastuskertomus 194/2009.) Tärkeimmät psykiatrasta hoitotyötä ohjaavat lait ovat erikoissairaanhoitolaki, kansanterveyslaki, sosiaalihuoltolaki sekä mielenterveyslaki, joita käydään tarkemmin läpi seuraavissa kappaleissa.

4.1 Erikoissairaanhoito-, kansanterveys- ja sosiaalihuoltolaki

Erikoissairaanhoito kattaa lääketieteen erikoisalojen mukaisia sairauden ehkäisyyn, tutkimiseen, hoitoon ja lääkinnälliseen kuntoutukseen kuuluvia terveyspalveluita (Valtiontalouden tarkastusviraston tuloksellisuustarkastuskertomus 194/2009). Kunnan tehtävänä on huolehtia siitä, että henkilö saa tarpeellisen erikoissairaanhoidon terveydenhuoltolain mukaisesti (Erikoissairaanhoitolaki 1.12.1989/1062, 3. § 1. mom.). Kunnan tai sairaanhoitopiirin kuntayhtymän on järjestettävä palveluiden saatavuus yhdenvertaisesti vastuullaan oleville asiakkaille koko toimialueellaan (Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326 10. § 2. mom.).

Terveydenhuoltolain mukaan erikoissairaanhoitoa sekä yksittäistä terveydenhuoltoa antavassa yksikössä on oltava riittävä määrä ammattitaitoista ja osaa-

vaa henkilöstöä (Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326 4. § 1. mom.). Yksikön on lisäksi järjestettävä riittävä määrä täydennyskoulutusta (Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326 5. § 1. mom.). Mielenterveyslaki toteaa, että palvelut on järjestettävä siten kuin terveydenhuoltolaissa määrätään (Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116, 3. § 1. mom.). Terveydenhuoltolaissa mainitaan että "hoitotyön toimintojen on oltava laadukasta, turvallista ja asianmukaisesti toteutettua". Laissa mainitaan myös, että "terveydenhuollon toiminnan on perustuttava näyttöön ja hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin". (Terveydenhuoltolaki 14.12.1990/1116, 8. § 1. mom.)

Kansanterveystyö määritellään lain mukaan yksilöön, väestöön ja elinympäristöön kohdistuvaksi terveyden edistämiseksi, sairauksien ja tapaturmien ehkäisemiseksi sekä yksilön sairauden hoitamiseksi (Kansanterveyslaki 28.1.1972/66, 1. § 1. mom.). Mielenterveyden hoitoon liittyviä palveluja ovat terveyskeskuksien järjestämä sairaanhoito, joka sisältää lääkärin tutkimuksen, hoidon ja hoidon valvonnan, lääkinnällisen kuntoutuksen ja kotisairaanhoidon, terveysneuvonnan, ehkäisevän mielenterveystyön, suun terveydenhuollon ja ympärivuorokautisen hoidon vuodeosastolla sekä työterveyshuollon palvelut. (Valtiontalouden tarkastusviraston tuloksellisuustarkastuskertomus 194/2009.)

Sosiaalihuoltolaissa korostetaan palveluiden järjestämistä avohuollossa asiakkaan omatoimisuutta tukien (Valtiontalouden tarkastusviraston tuloksellisuustarkastuskertomus 194/2009). Sosiaalihuoltolaissa mainittuun mielenterveystyöhön kuuluu mielenterveyteen liittyvä ohjaus ja neuvonta sekä tarvittava psykososiaalinen tuki, psykososiaalisen tuen yhteensovittaminen äkillisissä tilanteissa ja sosiaalihuollon mielenterveyspalvelut. (Sosiaalihuoltolaki 30.12.2014/1301, 25. § 2. mom.). Mielenterveystyön tarkoituksena on vahvistaa yksilön ja yhteisön mielenterveyttä vahvistamalla sitä suojaavia tekijöitä sekä poistamalla tai vähentämällä sitä vaarantavia tekijöitä (Sosiaalihuoltolaki 30.12.2014/1301, 25. § 1. mom.).

Mielenterveystyön keskeisimpiä sosiaalipalveluja ovat sosiaalityö, kotipalvelu ja asumispalvelu. Sosiaalityöllä tarkoitetaan sosiaalihuollon ammattilaisen antamaa ohjausta, neuvontaa ja sosiaalisten ongelmien selvittämistä sekä muuta tukitoimintaa. Kotipalveluun kuuluu asumiseen, henkilökohtaiseen hoivaan ja huolenpitoon liittyvien tehtävien suorittamista tai niissä avustamista. Asumispalvelut sisältävät palvelu- ja tukiasumisen järjestämistä henkilöille, jotka

syystä tarvitsevat apua tai tukea asumiseen liittyvissä järjestelyissä. (Valtiontalouden tarkastusviraston tuloksellisuustarkastuskertomus 194/2009.)

4.2 Mielen terveyslaki

Mielen terveyslaisissa mielen terveyspalveluita tarvitsevilla tarkoitetaan mielisairaita ja mielen terveyshäiriötä sairastavia aikuisia ja alaikäisiä. Mielen terveystyöllä tarkoitetaan laajaa yksilön psyykkisen hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja persoonallisuuden kasvun edistämistä sekä eri mielen terveyshäiriöiden parantamista, ehkäisemistä ja lievittämistä. Mielen terveystyöhön sisältyy myös elinolosuhteiden kehittäminen. Elinolosuhteiden tulee ehkäistä mielen terveyshäiriöiden muodostumista, edistää mielen terveystyötä ja tukea mielen terveyspalveluiden järjestämistä. (Valtiontalouden tarkastusviraston tuloksellisuustarkastuskertomus 194/2009.)

Mielen terveyspalvelut tulee järjestää sisällöltään ja laadultaan sellaiseksi kuin alueella esiintyvä palveluiden tarve vaatii (Mielen terveyslaki 14.12.1990/1116, 4. § 1. mom.). Oma-aloitteista hakeutumista avun piiriin sekä itsenäistä potilaan suoriutumista on tuettava (Mielen terveyslaki 14.12.1990/1116, 4. § 2. mom.). Laissa ei määritellä yksityiskohtaisesti, mitä käsitteellä mielen terveyspalvelut tarkoitetaan, vaan palveluiden sisältö määritellään kansanterveyslaisissa, sosiaalihuoltolaissa sekä erikoissairaanhoidolaissa. Mielen terveyslaisissa otetaan tarkemmin kantaa rikoksesta epäillyn mielen tilan tutkimiseen sekä tahdosta riippumattomaan psykiatriseen hoitoon määräämiseen. (Valtiontalouden tarkastusviraston tuloksellisuustarkastuskertomus 194/2009.)

4.3 Tahdosta riippumaton hoito, potilaan perusoikeuksien rajoittaminen ja itsemääräämisoikeus

Henkilö voidaan määrätä tahdostaan riippumatta psykiatriseen sairaalahoitoon, jos hän on mielisairas ja hän on mielisairautensa vuoksi hoidon tarpeessa siten, että hoitoon toimittamatta jättäminen olennaisesti pahentaisi hänen mielisairauttaan tai vakavasti vaarantaisi hänen tai muiden henkilöiden terveyttä tai turvallisuutta, eivätkä mitkään muut mielen terveyspalvelut sovellu käytettäväksi tai ovat riittämättömiä (Mielen terveyslaki 14.12.1990/1116, 8. § 1. mom.).

Terveyskeskuksen virkasuhteisen lääkärin on laadittava tarkkailulähetepotilaasta ja todeta edellä mainittujen kriteerien todennäköistä täyttymistä (Mielen-

terveyslaki 14.12.1990/1116, 9 a § 1. mom.). Virkasuhteinen terveyskeskuslääkäri voi pyytää myös virka-apua poliisilta henkilön toimittamisesta sairaalaan (Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116, 9 a § 3. mom.). Sairaalaan ottaminen edellyttää voimassaolevaa tarkkailu-, eli M1-lähetettä ja sairaalassa virkasuhteessa olevan hoidosta vastaavan lääkärin arviota kriteerien todennäköisestä täyttymisestä. Tarkkailulähete on voimassa kolme päivää kirjoittamisesta. (Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116, 9 c § 1. mom.)

Viimeistään neljäntenä päivänä tarkkailuun ottamisesta, esteettömän hoidosta vastaavan lääkärin on laadittava tarkkailulausunto. Tarkkailulausunnossa on perusteltu kannanotto tahdosta riippumattoman hoidon kriteerien täyttymisestä. (Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116, 10. § 1. mom.) Lisäksi, "Jos tarkkailu-aikana ilmenee, että edellytyksiä tarkkailuun otetun hoitoon määräämiseen ei ole, hänen pitämisestään tarkkailussa on heti luovuttava ja hänet poistettava sairaalasta hänen sitä halutessaan." (Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116, 10. § 2. mom.)

Psykiatrisesta hoidosta vastaava ylilääkäri tekee päätöksen hoitoon määräämisestä tahdosta riippumatta viimeistään neljäntenä päivänä. Päätös perustuu tarkkailulähetteen, tarkkailulausunnon ja sairauskertomuksen tietoihin, joihin kuuluu perusteltu kannanotto edellytyksistä hoitoon määräämiseen tahdosta riippumatta. Päätös annetaan potilaalle tiedoksi viipymättä. (Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116, 11. § 2. mom.) Kymenlaakson psykiatrisen sairaalan hyvän hoidon kriteereissä on myös kirjattuna, että päätös tahdosta riippumattomaan hoitoon määräämisestä on annettava potilaalle tiedoksi (Hyvän hoidon taso 2016). Myös vapaaehtoisesti hoidossa oleva potilas voidaan asettaa tarkkailuun edellä mainittujen kriteerien täytyessä jos hän haluaa poistua sairaalasta ja hoidosta vastaava lääkäri näin arvioi (Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116, 13. § 1. mom.).

Potilaalla on oikeus ulkopuoliseen riippumattomaan arvioon terveydentilastaan ennen tahdosta riippumattoman hoidon jatkamista (Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116, 12 a § 1. mom.). Ulkopuolisen virkasuhteisen psykiatrian erikoislääkärin arvio on otettava huomioon tehtäessä päätöstä tahdosta riippumattoman hoidon jatkamisesta. Arvio ei kuitenkaan sido hoidosta vastaavaa lääkäriä. (Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116, 12 a § 3. mom.)

Perustuslain 10 §:n 1. momentin mukaisesti jokaisen yksityiselämä ja kunnia on turvattu perustuslaissa (Suomen perustuslaki 11.6.1999/731, 10. § 1. mom.). Laki potilaan asemasta ja oikeuksista tarkoittaa säännöksiä potilaan itsemääräämisoikeudesta. Itsemääräämisoikeus käsitteenä sisältää potilaan oikeuden päättää henkilökohtaiseen koskemattomuuteensa puuttumisesta. Kyseessä on oikeuksien hierarkiassa perusoikeus. (Kotisaari & Kukkola 2012.)

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista määrää jokaisen oikeuden hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon sekä siihen liittyvään kohteluun. Hoidossa on kunnioitettava yksityisyyttä, eikä se saa loukata ihmisarvoa tai vakaumusta. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785, 3. § 2. mom.; Hyvän hoidon taso 2016.) “Potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Jos potilas kieltäytyy tietystä hoidosta tai hoitotoimenpiteestä, häntä on mahdollisuuksien mukaan hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan muulla lääketieteellisesti hyväksyttävällä tavalla”. (Kiviniemi 2014, 34; Hyvän hoidon taso 2016.)

Psykiatrisessa hoidossa olevan potilaan perusoikeuksia voidaan rajoittaa vain siinä määrin kuin sairauden hoito, potilaan tai muiden turvallisuus edellyttää (Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116, 22 a § 2. mom.). Perusoikeuksien rajoittamista ovat muun muassa liikkumisvapauden rajoittaminen, eristäminen muista potilaista, sitominen, kiinnipitäminen, omaisuuden haltuunotto ja tarkastaminen sekä yhteydenpidon rajoittaminen. Hoidosta vastaava virkasuhteinen lääkäri arvioi ja päättää toimenpiteistä niin usein kuin terveydentilan kannalta on tarpeellista. (Kotisaari & Kukkola 2012.) Yksikössä on oltava riittävän yksityiskohtaiset ohjeet kuinka potilaan perusoikeuksien rajoitus toteutetaan (Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116, 22 k § 1. mom.)

Jos täysi-ikäinen potilas ei mielenterveydenhäiriön, kehitysvammaisuuden tai muun syyn vuoksi pysty päättämään hoidostaan, potilaan laillista edustajaa taikka lähiomaista tai muuta läheistä on ennen tärkeän hoitopäätöksen tekemistä kuultava sen selvittämiseksi, millainen hoito parhaiten vastaisi potilaan tahtoa. Jos tästä ei saada selvitystä, potilasta on hoidettava tavalla, jota voidaan pitää hänen henkilökohtaisen etunsa mukaisena. “Säännöksen hankalasta kirjoitustavasta huolimatta sen tarkoituksena on asettaa potilaan suos-

tumus hänen hoitonsa luovallisuuden edellytykseksi.” (Kotisaari & Kukkola 2012, 54, 55, 86.)

5 LAADUKKAAN PSYKIATRISEN HOITOTYÖN OSA-ALUEET

Euroopan laatupalkintokriteeristö määrittelee laadun tunnuspiirteet seuraavasti: tuloshakuisuus, asiakassuuntautuneisuus, johtajuus ja toiminnan päämäärätietoisuus, prosesseihin ja tosiasioihin perustuva johtaminen, henkilöstön kehittäminen ja osallistuminen sekä jatkuva oppiminen, innovointi ja parantaminen, että kumppanuuksien kehittäminen ja yhteiskunnallinen vastuu (EFQM Excellence Model 2003). Kuvassa 1 on esitetty soveltaen opinnäytetyön laadukkaan psykiatrisen hoitotyön osa-alueet ja Kymenlaakson psykiatrisen sairaalan hyvän hoidon kriteerit. SFS ISO 9000 -standardin määritelmän mukaisesti laadulla tarkoitetaan sitä, missä määrin sen luontaiset ominaisuudet täyttävät vaatimukset. Ominaisuuksilla tarkoitetaan tunnusomaisia piirteitä. Vaatimus on yleisesti edellytetty tai pakollinen tarve sekä odotus tuotteesta. (SFS ISO 9000:2005.)

EFQM-laatupalkintokriteeristö ja ISO-standardi ovat hyvin samankaltaisia. Niiden tarkoituksena on tunnistaa alasta riippumatta organisaation vahvuudet ja heikkoudet sekä kehittää ja kehittyä jatkuvasti. Molemmat kiteyttävät laadun osa-alueet aikaisemmin mainittuihin laadun tunnuspiirteisiin. Laatu itsessään on hyvin dynaaminen. ”Erinomaisuus on pysyvän tilan asettamista kyseenalaiseksi ja muutoksien aikaansaamista käyttämällä hyväksi oppimista, jonka avulla luodaan innovaatioita ja parannusmahdollisuuksia.” (EFQM Excellence Model 2003).

On olemassa myös monia muita laatujärjestelmiä ja erinomaisuuskriteeristöjä. Esimerkiksi eurooppalainen CAF-malli on yksi laadunarviointimalli, joka tosin perustuu EFQM-malliin, on kehitetty erityisesti julkisen organisaation laadun arviointiin. Ydinajatuksena on itsearviointi, ja PDCA-ympyrän käyttö, kirjaimet tulevat sanoista Plan-Do-Check-Act. (CAF 2013.) Jokaista mallia on kuitenkin sovellettava alakohtaisesti sitä käytettäessä.

Tässä opinnäytetyössä arvioitavia laadun osa-alueita ovat tuloshakuisuus, hoitotyön päämäärätietoisuus, henkilöstön kehittäminen, innovointi ja jatkuva parantaminen, asiakaslähtöinen hoitotyö, tosiasioihin ja prosesseihin perustuva johtaminen, sekä kumppanuuksien kehittäminen hoitotyössä. Osa-alueet

on johdettu soveltaen EFQM-mallista. Kyselylomakkeessa edellä mainitut osa-alueet on ryhmitelty seuraavien otsikoiden alle: hoitotyön suunnitelmallisuus, ajankäyttö, asiakaslähtöisyys, moniammatillinen työskentely, turvallisuus ja lainsäädäntö.

Tuloshakuisuudella tarkoitetaan muun muassa hoitosuosituksen noudattamista, hoidon tarvetta ja kustannuksia. Hoitotyön päämäärätietoisuudella tarkoitetaan hoidon suunnitelmallisuutta, hoidolle asetettujen tavoitteiden saavuttamisen arviointia ja sovittuja käytänteitä esimerkiksi vastentahtoisesta hoidosta. Henkilöstön kehittämisessä, innovoinnissa ja jatkuvassa parantamisessa arvioidaan henkilöstöön liittyviä asioita, kuten ammattitaito, kouluttautuminen, työssä jaksaminen ja vaikuttamisen mahdollisuudet omaan työhön. Asiakaslähtöisellä hoitotyöllä tarkoitetaan yhteistyötä potilaan kanssa, hoidon yksilöllisyyttä ja omaisten huomiointia. Tosiasioihin ja prosesseihin perustuvassa johtamisessa keskitytään resursseihin, kuten sairaansijojen määrään, henkilöstön rakenteeseen, sekä toiminnan ja yhteistyön sujuvuuteen. Kumppanuuksien kehittämisellä hoitotyössä tarkoitetaan yhteistyötä ja sen sujuvuutta muiden hoitoon osallistuvien tahojen kuten avohoidon, lääkäreiden ja sosiaalityöntekijöiden kanssa. Psykiatriseen sairaanhoitoon liittyvät lait käsitellään kokonaan omana kokonaisuutenaan.

Kymenlaakson psykiatrisella sairaalalla on myös omat hyvän hoidon kriteerit, joita on mietitty osastokohtaisesti. Osastojen hyvän hoidon kriteerit ovat valtaosin yhtenevät laadukkaan psykiatrisen hoitotyön osa-alueiden kanssa. Osastokohtaiset hyvän hoidon kriteerit on hyvin tiivis paketti laadukkaan hoitotyön osa-alueista ja hoitotyön toiminnoista. Näitä kriteereitä on myös käytetty opinäytetyön lähteinä.



Kuva 1. Psykiatrisen hoitotyön laadun arvioinnin osa-alueet tutkimusongelmittain, EFQM:n ja Kymenlaakson psykiatrisen sairaalan hyvän hoidon kriteereitä mukaillen

5.1 Tuloshakuisuus

Tuloshakuisuudessa potilas saa suunnitelmallisesti hänelle tarpeellisen ja laadukkaan hoidon. Laadukkaassa hoitotyössä hyöty ja haitta ovat tasapainossa. Valtakunnalliset Käypä hoito -suositukset ohjaavat hoitotyötä kohti parempaa laatua. Näyttöön perustuvassa hoidossa yhdistyvät tutkimustieto, kliininen asiantuntijuus ja potilaiden omat arvot. (Terveystieteiden tutkimuskeskus 2011; Lönnqvist 2011, 15.)

Tavoitteena on käytettävissä olevien resurssien tehokas käyttö ja hoidon jatkumisen turvaaminen myös sairaalahoitajakson jälkeen. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen tavoitteena on tarkasteltaessa potilaan hyvinvoinnissa aikaansaatuja muutoksia. Hoitotyössä huomioidaan myös kustannukset toteuttamalla hoito mahdollisimman edullisesti, mutta laadukkaasti. (Kotisaari & Kukkola 2012; Terveystieteiden tutkimuskeskus 2011; STM 2001.)

Mielenterveyspalveluiden avohoitoa on asianmukaisesti lisätty, mutta niiden kehittäminen on kesken. Lisäksi yhteistyö sairaalahoidon kanssa on ontunut. Lyhyen osastohoidon jälkeen potilas saattaa jäädä ilman tarvittavaa jatkohoittoa sekä hoidon seuranta. Laadukasta ja joustavaa sairaalahoitoa tarvitaan tukemaan mielenterveyspalveluiden avohoitoa. (Rautanen & Korkeila.) Tästä on ollut seurauksena, että sairaalaan tulevat potilaat ovat vaikeahoitaisempia

ja avohoidossa hoidetaan myös aikaisempaa hankalampia tapauksia. Tämä voi heikentää hoidon laatua ja hoitotyön tuloksia. (Kärkkäinen 2013; Leino-Kilpi & Välimäki 2010, 269, 270.)

Päivittäisellä laadunhallinnalla saadaan luotettavia tuloksia hoitotyön tehokkuudesta ja toimivuudesta. Laadunhallinta on keino etsiä terveystalouden laadullisia ongelmia ja ratkaista niitä sekä saada aikaan yhä parempia hoitotyön tuloksia. (Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinta 2000-luvulle 1999; Kotisaari & Kukkola 2012, 65; EFQM Excellence Model 2003.) Hyvän laadunhallinnan toteutuminen vaatii jatkuvaa seurantaa, tutkimusta, tilastointia ja tulosten arviointia. Se auttaa kehittämään palveluita vastaamaan paremmin asiakkaan tarpeita. Terveystalouden palveluja tuottavissa yksiköissä laatua tulisi hallita järjestelmällisesti ja näin osoittaa hoitotyön toimintojen olevan luotettavia. Laki ei kuitenkaan edellytä laatujohtamisen käyttöä hoitotyössä. (Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinta 2000-luvulle 1999; Kotisaari & Kukkola 2012; STM 2001; Heino & Tuominen 2010.)

Carean tavoitteena on mahdollisimman tehokas potilaan hoito ja tutkiminen. Tavoitteen saavuttamiseksi Carean organisaatio käyttää tuoreimpia toimintamalleja ja uusinta teknologiaa. Carea painottaa yhteistyön merkitystä ja hyvää työilmapiiriä omassa toiminnassaan. (Rekrytointiesite.) Carean oman oppaan mukaan potilaan tarpeet määrittävät hoitotyön toiminnot. Hyvästä ja laadukkaasta hoidosta on erotettava kuitenkin ”ideaalinen” hoito, johon ei ole resursseja. (Hyvän hoidon taso 2016.)

5.2 Hoitotyön päämäärätietoisuus

Termillä *hoitotyön päämäärätietoisuus* tarkoitetaan tässä opinnäytetyössä hoitotyön suunnitelmallisuutta, ajankäyttöä ja tavoitteellisuutta. Psykiatrisessa sairaanhoidossa käytetään kirjallista suunnitelmaa, jossa on huomioitu tehty taudinmääritys, yksilöllinen hoidon tarve, elämäntilanne, perhesuhteet ja lähiverkosto. Hoitosuunnitelmaa on tarpeen mukaan arvioitava ja tarkennettava saavutettujen tavoitteiden perusteella. Terveystalouden maksimointia pidetään ensisijaisena tavoitteena. (STM 2001; Kotisaari & Kukkola 2012.) Puutteelliset potilasmerkinnät heikentävät hoidon laatua, suunnitelmallisuutta sekä turvallisuutta eivätkä potilaat saa tarvittavaa tukea sairaalahoidon jälkeiseen selviytymiseen (Rautanen & Korkeila 2015).

Psykiatrisen sairaalan hyvän hoidon määritelmässä potilas vastaanotetaan erillisen ohjeen mukaan huomioiden erityisryhmät. Arvioidaan hänen terveydentilansa, nimetään omahoitaja ja tehdään kirjallinen hoitosuunnitelma, johon kaikki työntekijät sitoutuvat. Potilasta informoidaan tehdystä hoitosuunnitelmasta, rekistereistä ja lupa-asioista, esimerkiksi Kanta-arkistosta. Potilaalla on mahdollisuus olla mukana suunniteltaessa hoitosuunnitelmaa. Potilaan informointi on tärkeä osa koko hoitajakson ajan. (Hyvän hoidon taso 2016; Osastot.)

Psykiatrisen sairauden luonteeseen kuuluu ajoittainen väkivaltaisuus ja kykenemättömyys huolehtia itsestään. Tämä aiheuttaa eettisen päätöksenteon riskiä potilaan perusoikeuksien rajoittamisesta. Yhteistyö potilaan kanssa ei ole itsestään selvää ja rutiininomainen työskentely voi vaikuttaa heikentävästi hoitotyön laatuun. Hoitotyön vuorovaikutteisuuden vuoksi perusoikeuksien rajoittamisen tulisi herättää keskustelua työyhteisössä, jotta muistettaisiin eettiset kysymykset ja jotta pakosta ei tulisi osaa potilaan normaalia hoitoa. Hoitajien tulee tuntea rajoittamistoimenpiteisiin ja tahdosta riippumattomaan hoitoon liittyvät lait. Hoidossa on kunnioitettava yksityisyyttä, eikä se saa loukata ihmisarvoa tai vakaumusta. Varomattomat ja negatiiviset kommentit heikentävät hoidon laatua. Koulutus vaikuttaa myönteisesti hoitajien toteuttamaan kommunikaatioon potilaiden kanssa. (Kärkkäinen 2013; Leino-Kilpi & Välimäki 2010, 264, 265; Välimäki, Lantta, Anttila, Pekurinen, Alhonkoski, Suvanne, Laine, Kannisto, Kontio 2013; STM 2001.)

Vaaratilanteet osastolla pyritään ennaltaehkäisemään huomioimalla potilaan terveydentila ja lähiympäristö; ensisijaisesti keskustelemalla, läsnäololla ja rauhoittamisella, tarvittaessa itsemääräämisoikeutta rajoittamalla, esim. omaisuuden haltuunotto, eristäminen. Toiminnoilla pyritään vähentämään myös muihin potilaisiin ja henkilöstöön kohdistuvaa turvattomuuden tunnetta. (Hyvän hoidon taso 2016).

Hoitomyöntyvyyttä lisääviä tekijöitä ovat luottamuksellinen lääkäri-potilas-hoitosuhte, säännöllisten kontaktien pitäminen ja omaisten tukeminen. Myöntyvyyttä lisäävät myös vakava suhtautuminen potilaan heikkoon hoitomyöntyvyyteen, lääkehoitoa kohtaan sekä auktoriteettisen asenteen välttäminen. Vuorovaikutuksellinen, neutraali ja objektiivinen asenne potilasta kohtaan rohkaisee tätä miettimään omaa sairauttaan, toimintakykyä ja ratkaisua tilanteeseen.

seen. (Oksanen 2015.) Luottamuksellinen hoitosuhde sitouttaa hoitoon, ehkäisee sairaalaan joutumista, auttaa oireiden hillitsemisessä ja kannustaa itsehoitoon. Potilaalle tulisi antaa mahdollisuus kertoa tämän omista kokemuksistaan lääkehoitoon liittyen ja vasta sen jälkeen perustella lääketieteellisesti lääkkeiden käytön merkitys potilaalle. Mielenterveyspotilaalla on usein rajallinen kyky ymmärtää oman sairautensa hoidon merkitystä, joten toistot ja asioiden kertaaminen ovat tärkeitä. Lääkehoitoon sitoutumista heikentävät lääkkeiden aiheuttamat haittavaikutukset, ennakkoluulot, asenteet, sairauden vaikeusaste ja rutiinien puuttuminen elämästä. Huono hoitomyöntyvyys lääkehoitoon lisää erityisesti psykoosiin sairastumisen uusiutumisen riskiä ja itsemurhariskiä. (Leino-Kilpi & Välimäki 2010, 266; Oksanen 2015; Kiviniemi 2014, 105 – 107.)

5.3 Henkilöstön kehittäminen, innovointi ja jatkuva parantaminen

Laadunhallinnan kehittäminen edellyttää ammattitaitoista, sitoutunutta ja riittävää henkilöstöä. Se edellyttää myös taloudellisia voimavaroja hyötyjen näkyessä kuitenkin vasta pitkän ajan kuluttua. Hoitotyössä työskentelevien ammattihenkilöiden koulutus, ammattitaito ja kokemus luovat vankan pohjan laadukkaaseen hoitotyön kehittämiseksi. (Kotisaari & Kukkola 2012; Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinta 2000-luvulle 1999) Hoitotyön ammattilaisten tai korkeamman koulutuksen saaneiden hoitajien osuuden lisääminen henkilöstössä on todettu lyhentävän hoitoaikoja (Litmanen 2014). Sairaanhoidajan amk -koulutuksen yksinään antamat valmiudet psykiatriseen hoitotyön on kuitenkin todettu vähäisiksi (Niemi & Blanco-Sequeros 2015).

Psykiatristen sairaaloiden osastojen henkilöstömäärissä on suuria eroja. Vuonna 2011 oli keskimäärin 3,8 potilasta hoitotyöntekijää kohden psykiatrian erikoissairaanhoidon osastoilla. Tahdosta riippumattomia hoitopäiviä oli enemmän osastoilla, joissa henkilöstöä oli vähemmän. (Laukkanen 2015) Kymenlaakson sairaanhoitopiirissä psykiatrian erikoissairaanhoidon vuodeosastohoidossa tuhatta asukasta kohden vuonna 2011 oli 93 potilasta ja vuonna 2013 oli 89 potilasta. Vastaavat luvut koko maasta olivat 88 ja 83. (Psykiatrisen erikoissairaanhoito 2013).

Terveydenhuollon ammattihenkilöillä on velvollisuus ylläpitää omaa ammattitaitoaan. Laadukkaaseen hoitotyön saavuttamiseksi tarvitaan lisäksi työnantajan tarjoamaa jatkuvaa suunnitelmallista ja säännöllistä jatkokoulutusta, sekä

työnohjausta. Henkilöstön on myös jatkuvasti itse arvioitava ja kehitettävä omaa työskentelyään. (Kotisaari & Kukkola 2012; Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinta 2000-luvulle 1999; STM 2001; Heino & Tuominen 2010; Kärkkäinen 2013) Työnohjauksen tarvetta on kaikessa sellaisessa työssä, jossa on vaarana turhautua työhönsä ja purkaa omia ongelmiaan työn kohteeseen eli potilaaseen. Vaikeahoitoiset potilaat saattavat aiheuttaa hoitajalle emotionaalista taakkaa, ärsytystä ja epäasiallista käytöstä. Työnohjausta tarvitaan potilaan avoimeen kohtaamiseen edellä mainituista syistä johtuen. Työnohjauksen tavoitetta ei kuitenkaan saavuteta ilman suunnitelmallisuutta ja järjestelmällisyyttä. (Kärkkäinen 2013) Tässä organisaatiossa työnohjausta annetaan henkilökohtaisesti ja ryhmänä.

Psykiatrisessa hoitotyössä hoitaja käyttää työvälineenä omaa persoonaansa hoitaessaan potilasta. Hoito on jatkuvaa vuorovaikutusta potilaan kanssa. Hoitotyö voi käydä henkisesti hyvin raskaaksi, jos hoitaja kokee, ettei hän pysty hoitamaan potilaitaan parhaalla mahdollisella tavalla. Stressin tunnetta lisää myös se, jos hoitaja ei kykene pääsemään irti työasioista vapaa-ajallaan. Pitkään jatkunut stressi voi johtaa työuupumukseen. Kun hoitaja väsyty työhönsä, hänen mielenkiintonsa, motivaationsa ja toimintakykynsä heikkenevät. Tämä ei voi olla vaikuttamatta hoitotyön laatuun. (Vuori-Kemilä, Stengård, Saarelainen, Annala 2007, 173-176; Kiviniemi 2014, 146 - 151.)

Psykiatrian akuuteilla vuodeosastoilla hoitajien työhyvinvointia eniten kuormittavia tekijöitä ovat väkivaltatilanteet ja väkivallan uhka. Hoitajien kokema väkivalta ja sen uhka vähentävät työn tuottavuutta, lisäävät sairaslomia sekä vaikuttavat negatiivisesti työilmapiiriin ja hoidon laatuun. Väkivalta ja sen uhka lisäävät stressiä ja turvattomuuden tunnetta. Koetut väkivaltatilanteet voivat aiheuttaa elämää haittaavia psyykkisiä oireita henkilöstölle fyysisten ruhjeiden hävittyä. (Välimäki, Lantta ym. 2013.)

Sairaalan resursseista vastaavan johdon tulisi nähdä henkilöstö erityisenä voimavarana ja henkilöstöllä tulisi olla mahdollisuus saada jatkokoulutusta, vaikuttaa työolosuhteiden ja oman työnsä kehittämiseen. (STM 2001; Kotisaari & Kukkola 2012; Heino & Tuominen 2010.) Tiedon perusteella hallinnon tulee suunnitella ja arvioida omaa toimintaa palveluiden kehittämiseksi. Palveluita kehitettäessä voidaan arvioida esimerkiksi sitä onko päivystysvalmius optimaalinen, seurataanko väkivaltatilanteita, minkälaisia yhteistyömuotoja on tar-

jolla avohoitoon ja kerätäänkö arviointeja ja palautetta omaisilta ja työntekijöiltä. Oman toiminnan arvioinnin ja suunnittelun lähtökohtana voidaan pohtia, toimiiko yhteistyö, onko henkilöstöllä mahdollisuus vaikuttaa työolosuhteiden ja työn kehittämiseen, onko ilmapiiri avoin ja motivoiva, onko henkilöstö tyytyväinen työolosuhteisiin tai kuinka moni henkilöstöstä on saanut koulutusta, työnohjausta tai osallistunut kehityskeskusteluihin. (STM 2001.)

Carea, johon myös Kymenlaakson psykiatrinen sairaala kuuluu, tarjoaa työntekijöilleen mahdollisuuden hakeutua lisäkoulutuksiin. Carea tarjoaa työntekijöilleen sisäistä koulutusta ja antaa myös mahdollisuuden työntekijöilleen hakeutua ulkopuolisten tahojen koulutuksiin. Carean toimintaan kuuluu myös työntekijän omaehtoisen koulutuksen tukeminen. Carea tarjoaa myös verkkokoulutusta. (Perehdytysopas.)

5.4 Asiakaslähtöinen hoitotyö

Sosiaali- ja terveysministeriön suositus korostaa asiakaslähtöistä toimintaa. Myös Kymenlaakson psykiatrisen sairaalan hyvän hoidon määritelmässä on asetettu tavoitteeksi, että hoito toteutetaan asiakaslähtöisesti. Potilaan tulee tietää tehdyt diagnoosit ja mahdolliset hoitokeinot. Hoidossa tulee lisäksi mahdollisuuksien mukaan kuunnella potilaan mielipidettä. (Hyvän hoidon taso 2016.) Aina tämä ei ole kuitenkaan mahdollista johtuen potilaan mielenterveydellisestä tilanteesta. Mielenterveystyössä potilaan ja hoitohenkilökunnan suhde ei aina ole tasa-arvoinen, mikäli potilaan mielenterveysongelma on heikentänyt potilaan arviointikykyä. Mielenterveyspalveluita haittaa asiakkaan negatiivinen leimaantuminen, mikä johtuu mielenterveysongelmiin kohdistuvista ennakkoluuloista. Ennakkoluuloja esiintyy asiakkaalla, omaisilla sekä hoitohenkilökunnalla. (Korkeila 2015; Leino-Kilpi & Välimäki 2010, 267; Lönnqvist 2011, 16; Vuori-Kemilä, Stengård, Saarelainen & Annala 2007, 46,47.)

Psykiatrisessa hoitotyössä tavoitteena on potilaan voimavarojen tunnistaminen ja tukeminen sekä jokapäiväisestä elämästä selviytyminen. Tarkoituksena on edistää terveyttä ja terveydentilan palautumista ja säilymistä. Tavoitteena on myös, että potilas voi kokea elämänsä mielekkääksi mielenterveysongelmastaan huolimatta. Hoitotyössä laatua voidaan mitata esimerkiksi asiakkaan odotusten ja saadun ammattitaitoisen palvelun vastaavuudesta. Potilas toimii itse vastuunkantajana, ja lääkärit, hoitajat sekä muut potilasta hoitavat tahot ovat sen sijaan potilaan yhteistyökumppaneita. Hoidon voidaan katsoa olevan

laadukasta silloin, kun potilas tuntee saaneensa ammattihenkilön apua koke-
maansa vaivaan, johon hän oli alun perin lähtenyt apua hakemaan. (Kärkkäi-
nen 2013; Lönnqvist 2011, 16; Vuori-Kemilä, Stengård, Saarelainen & Annala
2007, 46,47; Kotisaari & Kukkola 2012; Leino-Kilpi & Välimäki 2010, 23-26;
Terveystieteiden tutkimuskeskuksen laatuopas 2011.)

Kymenlaakson psykiatrisessa sairaalassa potilaan psyykkisen tilan paranta-
mista pyritään toteuttamaan hoitajan läsnäololla osaston yleisissä toimissa,
sekä henkilökohtaisilla omahoitajakeskusteluilla. Keskusteluissa on tarkoitus
kartoittaa potilaan psyykkisen tasapainon muutoksia ja saada potilas tunte-
maan, että häntä kuunnellaan ja hänet otetaan huomioon (Hyvän hoidon taso
2016.)

Carean tavoitteena on, että hoito toteutetaan asiakaslähtöisesti. Kymenlaak-
son psykiatriseen sairaalaan saapuessaan potilaalle esitellään osasto ja sen
toiminta. Hoito toteutetaan yhteistyössä potilaan kanssa hänen mielipiteitään
kuunnellen. Potilaan näkemys hoidosta otetaan huomioon hoitoa suunnitelta-
essa ja halutessaan potilas voi myös ottaa omaisiaan mukaan hoidon suunnit-
teluun. Hoitosuunnitelmasta ja toteutetuista hoidosta keskustellaan potilaan
kanssa. Hoitoon liittyvistä asioista, kuten tutkimustuloksista, kerrotaan potilaal-
le mahdollisimman nopeasti. (Hoito osastolla; Hyvän hoidon taso 2016.)

Psykiatriseen hoitotyöhön akuutilla psykiatrian osastolla ei kuulu pelkästään
potilaan hoito, vaan potilaan omaiset on myös otettava huomioon. On tärkeää
tukea omaisten voimavaroja, koska läheisen sairastuminen voi käydä henki-
sesti raskaaksi myös potilaan lähipiirille. Omaisten parempi jaksaminen välit-
tyy positiivisesti myös potilaan vointiin. (Kärkkäinen 2013) Kymenlaakson psy-
kiatrisen sairaalan laatimissa laadukkaana hoidon kriteereissä on asetettu ta-
voitteeksi potilaan omaisten tukemisen ja heidän mukaan oton potilaan hoi-
toon ja jatkohoidon arviointiin (Hyvän hoidon taso 2016).

5.5 Tosiasioihin ja prosesseihin perustuva johtaminen

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista määrää jokaiselle oikeuden hyvään ter-
veyden- ja sairaanhoitoon sekä siihen liittyvään kohteluun (Laki potilaan ase-
masta ja oikeuksista 17.8.1992/785 3. § 2. mom.). Hyvä hoito ja kohtelu muo-
dostuvat monesta osatekijästä, kuten hoitotyön laadusta, potilasturvallisuu-
desta, yhdenvertaisuudesta, syrjimättömyydestä, ammattitaitoisesta ja päte-

västä henkilökunnasta sekä yksiköiden tiloista ja laitteista. Hoitotyön resursien osalta sairaansijojen, henkilöstön määrän ja rakenteen tulee olla väestön tarpeita vastaava ja liukumavaralla varustettu, erityisesti päivityksellisessä toiminnassa. (Kotisaari & Kukkola 2012; STM 2001.) Hoitotyön johtajien ja lähijohtajien todellinen valta on kuitenkin koettu riittämättömäksi hoitotyön resursseista päätettäessä. (Viinikainen 2015.)

Toimivan johtamisen edellytys on yhteistyö eri yhteistyökumppaneiden välillä, päätöksenteon perustaminen tutkittuun tietoon, työntekijöiden huomiointi, mielipiteen kuuntelu ja mukaan ottaminen organisaatiota kehitettäessä. Johdon on tunnistettava kehittämiskohteet, seurattava laatua ja kyettävä muuttamaan toimintaa tarvittaessa. (Kotisaari & Kukkola 2012; Terveystieteiden tutkimuskeskus 2011; Heino & Tuominen 2010; Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinta 2000-luvulle 1999.) Toimiva laadunhallinta ja sen kehittäminen käsittää toiminnan ja tavoitteiden suunnittelun, johtamisen ja jatkuvan arvioinnin suhteessa tavoitteiden saavuttamiseen. (Kotisaari & Kukkola 2012; Terveystieteiden tutkimuskeskus 2011; STM 2001). Lisäksi on todettu, että lähiesimiehen arvostus ja ymmärrys psykiatrisen hoitotyön vaatimuksista vaikuttaa hoidon laatuun ja työtyytyväisyyteen. Hoitotyön tavoitteiden saavuttamiseksi hoitotyön lähijohtajat kokivat valtansa hyväksi. (Viinikainen 2015.) Laadunhallinnan yksi yleinen epäonnistumisen syy on, etteivät sairaanhoitajat, lähihoitajat ja mielenterveys- hoitajat saa laadunhallinnan koulutusta lainkaan. He ovat kuitenkin eniten asiakaskontaktissa ja päivittäisessä käytännön hoitotyössä. (Ensihoito 2013, 84.)

Käytettävissä olevien resurssien tehokkaaseen hyödyntämiseen sairaalahoidon jälkeen tarvitaan prosessien kuvaamista. Prosessien kuvaamisella tarkoitetaan koko potilaan hoitoketjun kuvaamista vastaanottamisesta hoidon päättymiseen saakka. Kuvauksessa kartoitetaan kaikkien hoitoon osallistuvien tahojen toiminta ja arvioidaan yhteistoiminnan sujuvuutta sekä tehokkuutta. Prosessien kuvaus on näin ollen toimivan laadunhallinnan perusedellytys ja siihen tarvitaan myös tietoa sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmästä sekä terveydenhuollon teknologiasta. Laadunhallinnan kehittäminen prosessien kuvauksien avulla vaatii henkilöstön sekä johdon sitoutumista laadunhallinnan kehittämiseen. (Kotisaari & Kukkola 2012; EFQM Excellence Model; Heino & Tuominen 2010.)

Kymenlaakson psykiatrisen sairaalan osastoilla on käytettävissä erilliset ohjeet potilaan vastaanottamisesta, jatkohoidon järjestämisestä ja perusoikeuksien rajoittamisesta (Hyvän hoidon taso 2016). Kymenlaakson psykiatrisessa sairaalassa työntekijät saavat organisaation johdon tekemiä päätöksiä tietoonsa esimerkiksi sisäisen viestinnän kautta. Sisäinen viestintä on osa jokaisen työntekijän työtä, oli kyse sitten sairaanhoitajasta tai organisaation hallintoon kuuluvasta esimiehestä. Sisäinen viestintä toteutetaan Carean intranetissä. Se on sosiaalinen viestinnällinen väline, jonka tarkoituksena on luoda avointa ja vuorovaikutuksellista viestintää liittyen organisaation asioihin. Carean intranetista löytyy myös toimintaohjeita, hoitotyön ohjeita ja tietoa palvelusuhdeasioista. (Tervetuloa meille töihin.)

5.6 Kumppanuuksien kehittäminen hoitotyössä

Eri ammattiryhmien kesken toteutettu tutkittuun tietoon perustuva terveyden edistäminen, sairauksien ehkäisy ja hoito sekä kärsimysten lievittäminen katsotaan hyväksi ja laadukkaaksi hoidoksi. Yhteistyön haasteen luo jokaisen toimijan erilainen näkökulma ymmärtää terveys, sairaus ja hoito. Vaikeisiin mielenterveydellisiin sairauksiin ja sairaalaan palaamiseen yhdistyy usein matala koulutustaso, huono-osaisuus, työkyvyttömyys, pienituloisuus, yksinäisyys, vajaakykyisyys ja asunnottomuus. Edellä mainitut asiat aiheuttavat haasteita henkilökunnalle toimia yhteistyössä monien eri ammattiryhmien välillä. Moniammatillisuus aiheuttaa haasteita terveyden edistämiseksi ja hoitotyön laadulle. Hoitotyön laatu tulee nähdä kokonaisuutena eri toimintayksiköiden välillä. (Kärkkäinen 2013; Leino-Kilpi & Välimäki 2010, 23-26, 268; Kotisaari & Kukkola 2012; STM 2001.)

Hoitoon osallistuvien eri tahojen on toimittava yhteistyössä moniammatillisesti mielekkäällä ja järkevällä työnjaolla. Lisäksi lähiesimiehen toiminnan tulisi edistää eri ammattiryhmien välistä yhteistoimintaa. (Laukkanen 2015; Viinikainen 2015.) Vastuuasiat tulee olla jaettuna selkeästi. Työnjakoa voidaan mitata esimerkiksi kartoittamalla yhteistyön sujuvuutta sekä työnjaon mielekkyyttä. Potilaalla itsellään tulee olla kirjallinen suunnitelma hoitosuunnitelmasta ja tieto siitä, keneen hän voi tarvittaessa olla yhteydessä. Hoidon päättyessä jatkosuunnitelmat tulee olla sovittuina. Laadukkaan hoidon toteutumista voidaan arvioida esimerkiksi seuraavia asioita tarkastelemalla; onko tavoitteita saavutettu, onko hoitosuunnitelmia päivitetty määräajoin sekä hoitajakson päättyes-

sä, onko yhteydenpito hoitoon osallistuvien tahojen kesken järjestetty. Potilaan kokonaishoitoa lähestytään monitieteellisesti ja moniammatillisen työryhmän jäsenet osallistuvat yhdessä laadun kehittämiseen. (STM 2001; Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinta 2000-luvulle 1999; Kotisaari & Kukkola 2012; Kärkkäinen 2013) Hoidon jatkuvuuden suunnittelu ja järjestelmällinen saattaminen seuraavaan hoitopaikkaan vähentävät myös sairaalaan uudelleen joutumista (Kärkkäinen 2013). Kymenlaakson psykiatrisen sairaalan omiin hyvän hoidon määritelmiin on myös kirjattu tavoitteeksi moniammatillisen työnjaon koordinointi, sekä tarvittavien palveluiden tarjoaminen potilaalle. Jatkohoidosta sopiminen yhteistyötahojen kanssa ja jatkohoidosta tiedottaminen on myös kirjattu sairaalan omiin tavoitteisiin. Ohjeet jatkohoidosta annetaan potilaalle sekä suullisesti että kirjallisesti. Myös potilaan omaisille pyritään antamaan ohjeita ja tietoa jatkohoitoon liittyen. (Hyvän hoidon taso 2016.)

Hoito akuutilla psykiatrisen osastolla toteutetaan usein moniammatillisen hoitoryhmätyöskentelyn avulla. Hoitoryhmään voi kuulua lääkäri, hoitajia ja tarvittaessa muita ammattilaisia, kuten sosiaalityöntekijöitä, avopalvelun henkilökuntaa tai psykologeja. Jokaiselle osastolle tulevalle potilaalle nimetään kaksi omahoitajaa. (Hyvän hoidon taso 2016.) Heidän työvuorot tulisi suunnitella niin, että potilaalla olisi mahdollisuus olla päivittäin hoitokontaktissa omahoitajan kanssa. Hoitajilla tulisi olla myös tietyin määräajoin tilaisuus olla yhtä aikaa töissä, jolloin he pystyisivät suunnittelemaan potilaan hoitoa yhdessä. Kymenlaakson psykiatrisen sairaalan omat hyvän hoidon määritelmät painottavat edellä kuvattuja asioita. (Kuhanen, Oittinen, Kanerva, Seuri, Schubert 2010, 150,151; Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinta 2000-luvulle 1999; Hyvän hoidon taso 2016.)

Kymenlaakson psykiatrisen sairaala tarjoaa potilaille muun muassa toiminnallisen kuntoutuksen palveluita. Tämä moniammatillinen yksikkö tarjoaa potilaille erilaisia kuntouttavia palveluita, kuten toimintaterapiaa, musiikkiterapiaa ja erilaisia fyysistä kuntoa kohottavia palveluja. (Toiminnallinen kuntoutus; Hyvän hoidon taso 2016.) Kymenlaakson psykiatrisen sairaalan moniammatillisen työryhmän jäseniä voivat olla myös psykologit ja sosiaalityöntekijät (Osastot; Hyvän hoidon taso 2016).

6 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMAT

Opinnäytetyön tavoitteena on kartoittaa hoitajien kokemuksia laadukkaan hoitotyön toteutumisesta Kymenlaakson psykiatrisen sairaalan suljetuilla akuuteilla vastaanotto-osastoilla, sekä antaa vastauksia seuraaviin tutkimuskysymyksiin:

1. Miten psykiatrisen hoitotyön suunnitelmallisuus näkyy psykiatrisessa hoitotyössä?
2. Miten asiakaslähtöisyys toteutuu psykiatrisessa hoitotyössä?
3. Kuinka hallinnollinen johtaminen tukee laadukkaan hoitotyön tavoitteiden saavuttamista?
4. Kuinka moniammatillinen yhteistyö tukee laadukasta hoitotyötä?
5. Miten psykiatrista hoitotyötä ohjaava lainsäädäntö toteutuu hoitotyössä?

Laadukkaan hoitotyön osa-alueet tuloshakuisuus, hoitotyön päämäärätietoisuus sekä henkilöstön kehittäminen, innovointi ja jatkuva parantaminen on sisällytetty tutkimusongelmaan 1.

7 OPINNÄYTETYÖN MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT

7.1 Tutkimusmenetelmä

Opinnäytetyössä käytettiin kvantitatiivista tutkimusmenetelmää, koska se soveltuu hyvin suurelle tutkimusjoukolle. Tutkimusmenetelmä mahdollistaa myös arkojen asioiden tutkimisen vastaajien anonymiteetin vuoksi. Kvantitatiivinen tutkimus tarkoittaa nimensä mukaisesti määrällistä tutkimusta. Kvantitatiivisen tutkimuksen perusideana on kysyä tutkimusongelmaan liittyviä kysymyksiä tutkimukseen valitulta tutkittavan ilmiön kohderyhmältä. Kvantitatiivisella tutkimusmenetelmällä saatuja mittaustuloksia käsitellään tilastollisin menetelmin. (Kananen 2008.) Määrällisessä tutkimusmenetelmässä kyselylomaketutkimus on tavallisin aineiston keräämisen tapa (Vilka 2015). Aineistosta etsitään riippuvuuksia, muuttujien välisiä suhteita ja ryhmien välisiä eroja (Hallila 2005).

Kyselylomaketutkimuksessa esitettiin nimetyille kohderyhmälle kysymyksiä ennalta kehitetyn mittarin eli kyselylomakkeen välityksellä (Vehkalahti 2008).

Onnistuneen kvantitatiivisen tutkimuksen perusta on oikein suunniteltu otanta, jolloin saadaan valittua ryhmä erilaisia vastaajia oikeassa suhteessa (Valli 2015).

Kysymykset kohderyhmälle esitettiin verkkolomakkeeksi työstetyn vakioidun kyselylomakkeen välityksellä, johon vastaaja vastasi itse (Vilkkä 2015). Kyselylomakkeessa on kokoelma mittareita ja yksittäisiä kysymyksiä. Kysely toteutettiin sähköisesti Webpro-pol-ohjelmaa hyödyntäen. Ohjelma mahdollisti nopean ja vaivattoman kyselylomakkeen luomisen sekä vastausten monipuolisen analysoinnin. Kyselyn jakelu kohderyhmälle toteutettiin sähköpostilla, joka sisälsi saatekirjeen (liite 4) ja linkin kyselylomakkeeseen. Kyselylomakkeen väittämät löytyvät liitteestä 2. Saatekirjeen tarkoituksena oli kertoa opinnäytetyöstämme sekä kannustaa, motivoida ja opastaa kyselyyn vastaajia.

Opinnäytetyön tutkimuskohteena oli Kymenlaakson psykiatrinen sairaala. Sairaalan seitsemästä osastosta tutkimus on rajattu neljään akuuttiin vastaanotto-osastoon. Kysely suoritettiin näiden osastojen hoitotyötä tekeville työntekijöille, joihin kuuluvat sairaanhoitajat, lähihoitajat ja mielenterveyshoitajat. Kyselyssä on mukana myös varahenkilöstö, jotka työskentelevät kaikilla osastoilla. Kyselyssä ei kysytty yksittäisen sairauden hoitoon liittyviä kysymyksiä.

7.2 Kyselylomakkeen laadinta

Opinnäytetyömme lähtökohtana ovat tutkimusongelmat, joihin haetaan vastauksia. Tutkimusongelman selvittämiseksi teoria tietoa on haettu monipuolisesti ongelman ratkaisemiseksi. Opinnäytetyössä vastaukset kerättiin sähköisellä kyselylomakkeella. Kyselylomakkeen etuna on vastaajan anonymiteetti, vaikkakin tyypillisimpänä haittana voidaan pitää vastausprosentin alhaisuuden riskiä. (Vilkkä 2015.)

Ensin on määriteltävä tarvittava tieto, jotta voidaan ratkaista, mistä tieto hankitaan ja miten se kerätään. Muuttujien valinta tulee aina perustella teoreettista viitekehystä ja tutkimuksen tavoitteita vasten. (Vilkkä 2015.) Oikeanlaisten kysymysten laatiminen vaatii enemmän taidetta kuin tiedettä. Täysin varmana ja luotettavana pidettävää kysymysten esitystapaa ei ole. Kirjoitetun tekstin voi yleensä kuitenkin ymmärtää monella eri tavalla. (Kananen 2008.)

Kyselylomakkeen kysymykset voivat olla avoimia tai strukturoituja eli valmiilla vaihtoehdoilla esitettyjä vaihtoehtokysymyksiä tai asteikkokysymyksiä. Kysy-

myksissä ei pidä käyttää erikoistermejä vaan jokapäiväistä käyttökieltä. Lisäksi on varmistuttava, että jokainen vastaaja ymmärtää kysymyksen samalla tavalla sekä siitä, että vastaajalla on tarvittava tieto. (Kananen 2008.) Sähköisesti toteutettavissa kyselyissä tulisi varmistaa, että vastaajilla olisi käytettävissään yhtäläiset tekniset mahdollisuudet vastata kyselyyn (Vilkkä 2015). Yleisin kyselytutkimuksessa käytetty mittaus tapa on Likertin asteikko, joka useimmiten on viisiportainen, jostain ääripäästä toiseen (Vehkalahti 2008).

Kun lomake on lähetetty ja vastaajien käytettävissä, ei siihen enää voi tehdä korjauksia. Lomake on suunniteltava huolellisesti etukäteen. Kyselyn ja koko tutkimuksen onnistuminen on pitkälti riippuvainen kyselylomakkeesta. (Vehkalahti 2008.)

Opinnäytetyön kyselylomake sisälsi kaksi kysymystä vastaajan taustatiedoista, 76 kysymystä Likertin mielipideasteikkoon perustuen ja yhden avoimen kysymyksen. Likertin asteikossa käytimme laskevaa 4-portaista asteikkoa. Vastausvaihtoehtoina olivat: täysin samaa mieltä, samaa mieltä, eri mieltä ja täysin eri mieltä. Vastausvaihtoehto "en osaa sanoa" jätettiin asteikolta tarkoituksella pois vastaajan mahdollisimman tarkan mielipiteen selvittämiseksi. Kysymykset olivat aihepiireiltään sellaisia, että jokaisella hoitotyöntekijällä on todennäköisesti jonkinlainen mielipide asiasta. Kyselylomakkeen kysymykset 1 ja 2 koskivat vastaajan taustatietoja. Hoitotyön laatua kartoittavista väittämistä 18 koski hoitotyön suunnitelmallisuutta, 9 hoitotyön ajankäyttöä, 25 hoitotyön asiakaslähtöisyyttä, 12 hoitotyön ammatillista työskentelyä, 7 hoitotyön turvallisuutta ja 5 hoitotyön lainsäädäntöä (liite 3).

Kyselylomake esitettiin tutkimusjoukon ulkopuolisella psykiatrisen hoitotyön ammattilaisella. Palautteen perusteella muutamia kysymyksiä tarkennettiin ja lisättiin, kyselylomakkeen otsikot myös muutettiin ymmärrettävämmäksi, kysymykset järjestettiin kokonaan uuteen järjestykseen ja kyselylomakkeen loppuun lisättiin avoin kysymys koskien vastaajan mielipidettä keskeisimpien kehittämiskohteiden löytämiseksi psykiatrisessa hoitotyössä vastaajan omalla osastolla.

7.3 Opinnäytetyön prosessin eteneminen

Tutkimusaihe on hankkeistettu Kymenlaakson psykiatriselta sairaalalta ja sitä on tarkoitus hyödyntää hoitotyön laadun kehittämisessä. Opinnäytetyö aloitet-

tiin heinäkuussa 2015. Ensimmäinen tapaaminen työntilaajan kanssa oli syyskuussa. Ideaseminaari pidettiin lokakuussa ja suunnitelmaseminaari joulukuun alussa. Suunnitelmaseminaarissa meillä oli jo alustava kyselylomake valmiina, mutta se muokkaantui vielä reilusti suunnitelmaseminaarin jälkeen.

Tutkimuslupa työhön saatiin 1.2.2016. Tutkimusluvan saatuaamme saatekirje ja linkki kyselyyn vastaamiseksi lähetettiin Kymenlaakson psykiatrisen sairaalan työelämän ohjaajalle, joka oli lupautunut huolehtimaan saatekirjeen ja vastauslinkin jakamisesta kohderyhmän sähköposteihin. Kysely julkaistiin sovitusti 8.2.2016 alkaen. Vastausaikaa kyselyyn oli 2 viikkoa. Vastausajan puolivälissä, eli 15.2.2016, kohderyhmälle lähetettiin vielä sähköpostilla muistutusviesti kyselyyn vastaamisesta. Kysely suljettiin 23.2.2016. Muistutusviestin tarkoituksena oli saada vielä mahdollisimman monia kohderyhmän edustajia vastaamaan kyselyyn.

Maaliskuun aikana vastaukset analysoitiin opinnäytetyöhön. Monen kysymyksen vastaukset on esitetty pylväskaaviolla tulosten tulkintaa helpottamaan. Kuviot ja taulukot helpottavat ja nopeuttavat tutkimuksen lukijan tulkintaa vastauksista ja tukevat kirjoitettua tekstiä. (Vilka 2015, 204, 205.)

Avoimen kysymyksen tulkinnassa vaaditaan sisällönanalyysiä, jotta voidaan lokeroida arvioitavat asiat opinnäytetyön tutkimusongelman ja tutkimuskysymysten mukaiseksi. Tässä opinnäytetyössä käytettiin teorialähtöistä eli deduktiivista sisällönanalyysiä. Tässä opinnäytetyössä avointen kysymysten vastaukset jaettiin tutkimusongelmien mukaan ja eniten hoitajien vastauksissa esiintyneet asiat esitetään opinnäytetyön tuloksissa ja pohdinnassa. (Vilka 2015 163, 164.)

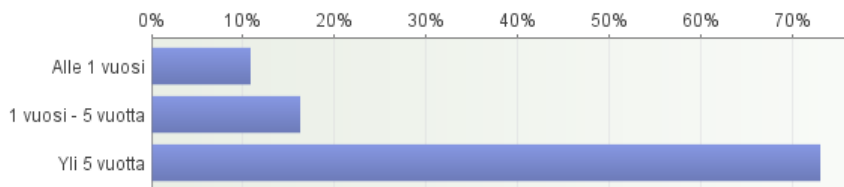
8

TULOKSET

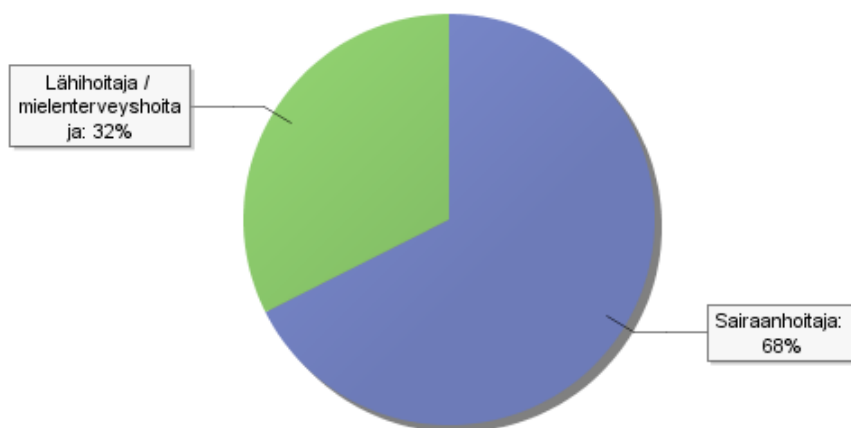
Yhteensä kysely lähetettiin 97 vastaajalle. Määräaikaan mennessä vastauksia oli saatu 37 kpl (N=37). Vastausprosentti oli 38 %. Vastaukset väittämiin käsitellään tutkimusongelmittain seuraavissa kappaleissa. Muuttujataulukossa on kerrottu, millä väittämällä on haettu vastauksia kuhunkin tutkimusongelmaan (liite 3). Jos työkokemuksen määrä tai koulutus on vaikuttanut vastausten jakautumiseen, siitä on mainittu kappaleessa.

8.1 Taustakysymykset

Taustakysymyksissä selvitettiin vastaajien työkokemusta ja koulutusta. Vastaajista neljällä (f=4) oli alle vuoden työkokemus, kuudella (f=6) 1 - 5 vuotta ja 27 (f=27) yli viisi vuotta, kuva 2. Koulutukseltaan sairaanhoitajia oli 25 ja lähihoitajia/mielenterveyshoitajia 12, (kuva 3).



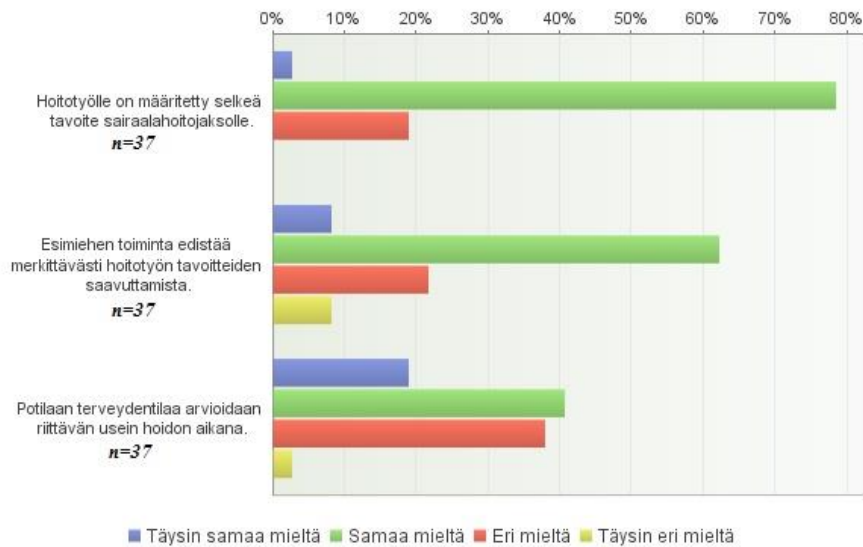
Kuva 2. Vastaajien työkokemus (N=37)



Kuva 3. Vastaajien koulutus (N=37)

8.2 Psykiatrisen hoitotyön suunnitelmallisuus

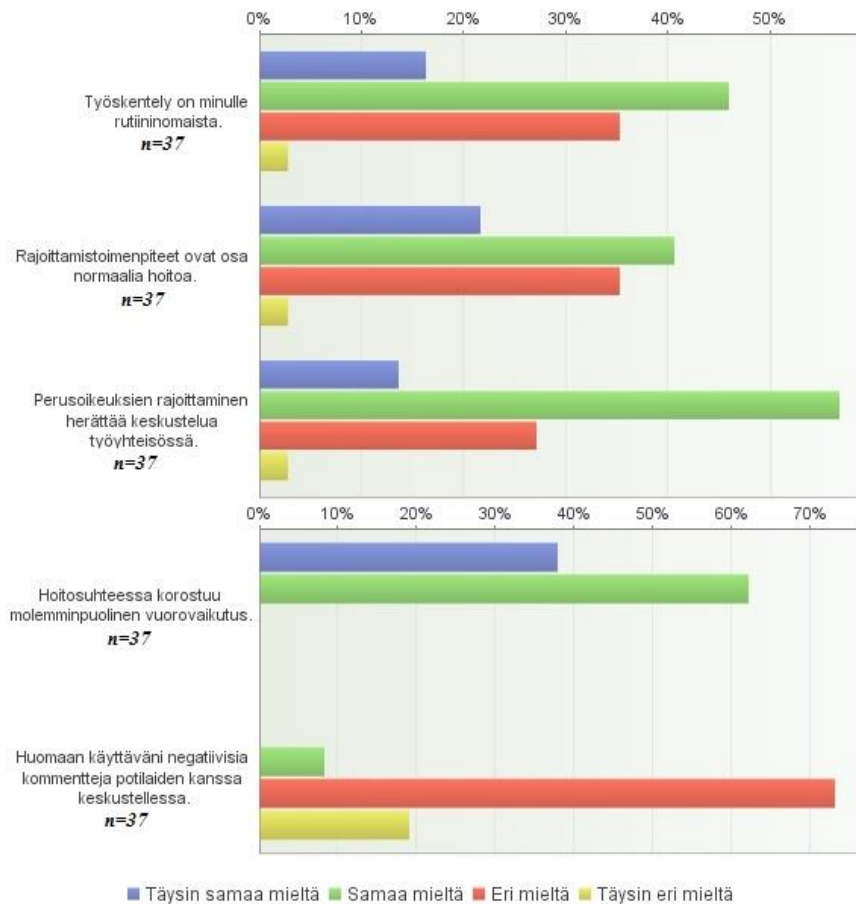
Vastaajista 81 % (f=30) oli täysin tai samaa mieltä väitteen *hoitotyölle on määritetty selkeä tavoite sairaalahoitajaksolle -kanssa*. Väitteen *esimiehen toiminta edistää merkittävästi hoitotyön tavoitteiden saavuttamista -kanssa* vastaajista 70 % (f=26) oli täysin tai samaa mieltä. Vastaajista 60 % (f=22) oli täysin tai samaa mieltä väitteen *potilaan terveydentilaa arvioidaan riittävän usein hoidon aikana -kanssa*. Kun verrattiin vastausten muuttumista työvuosien karttuessa edellisen väitteen kanssa yli 5 vuotta työskennelleistä lähes puolet vastasi olevansa eri mieltä. Väittämät on esitetty kuvassa 4.



Kuva 4. Hoitotyön tavoitteellisuus ja potilaan terveydentilan arviointi

Vastaajista 3 % (f=1) oli täysin samaa mieltä väitteen *hoitotyö on määritetty selkeä tavoite sairaalahoitojaksolle* -kanssa. Samaa mieltä oli 78 % (f=29) ja eri mieltä 19 % (f=7). Vastaajista 8 % (f=3) oli täysin samaa mieltä väitteen *esimiehen toiminta edistää merkittävästi hoitotyön tavoitteiden saavuttamista* -kanssa. Samaa mieltä oli 62 % (f=23) ja eri mieltä 22 % (f=8), sekä täysin eri mieltä 8 % (f=3). Väitteen *potilaan terveydentilaa arvioidaan riittävän usein hoidon aikana* -kanssa vastaajista 19 % (f=7) oli täysin samaa mieltä ja samaa mieltä väitteestä oli 41 % (f=15). Eri mieltä väittämän vastaajista oli 38 % (f=14) ja täysin eri mieltä 3 % (f=1).

Kuvasta 5 näkyy, että vastaajista yli 60 % (f=23) oli täysin tai samaa mieltä väitteen *työskentely on minulle rutiininomaista* -kanssa. Samoin vastaajista noin 60 % (f=23) oli täysin tai samaa mieltä väitteen *rajoittamistoimenpiteet ovat osa normaalia hoitoa* -kanssa. Kuitenkin vastaajista 70 % (f=26) oli täysin tai samaa mieltä väitteen *perusoikeuksien rajoittaminen herättää keskustelua työyhteisössä* -kanssa. *Hoitosuhteessa korostuu molemminpuolinen vuorovaikutus* -väitteen kanssa vastaajista 100 % (f=37) olivat täysin tai samaa mieltä. Samoin vastaajista noin 90 % (f=34) olivat eri mieltä tai täysin eri mieltä väitteen *huomaan käyttäväni negatiivisia kommentteja potilaiden kanssa keskustellessa* -kanssa.

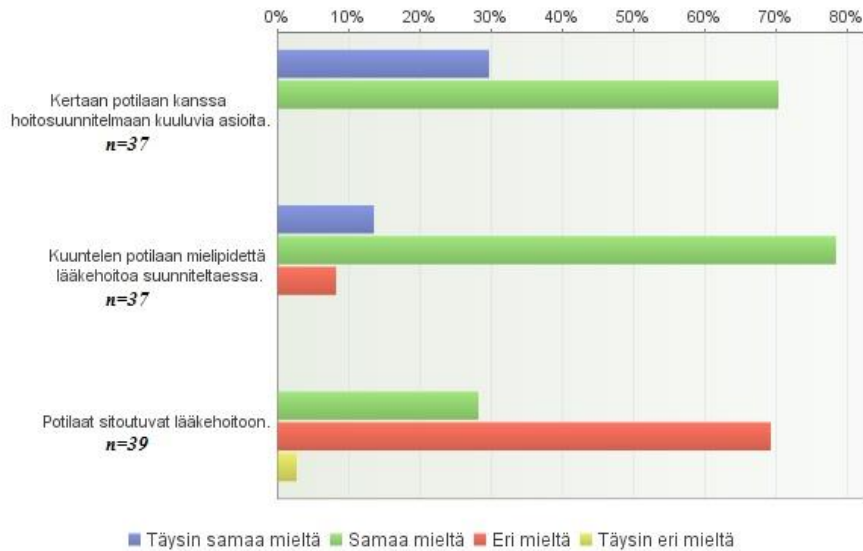


Kuva 5. Työskentely ja vuorovaikutus

Vastaajista 16 % (f=6) oli täysin samaa mieltä väitteen *työskentely on minulle rutiininomaista* -kanssa. Samaa mieltä oli 35 % (f=13), eri mieltä 35 % (f=13) ja täysin eri mieltä 3 % (f=1). Vastaajista 22 % (f=8) oli täysin samaa mieltä väitteen *rajoittamistoimenpiteet ovat osa normaalia hoitoa* -kanssa. Samaa mieltä väitteestä oli 41 % (f=15) ja eri mieltä 35 % (f=13), sekä täysin eri mieltä 3 % (f=1). Vastaajista 14 % (f=5) oli täysin samaa mieltä väitteestä *perusoikeuksien rajoittaminen herättää keskustelua työyhteisössä*. Väittämästä samaa mieltä oli 57 % (f=21), eri mieltä 35 % (f=13) ja täysin eri mieltä 3 % (f=1). Vastaajista 38 % (f=14) oli täysin samaa mieltä väittämässä *hoitosuhteessa korostuu molemminpuolinen vuorovaikutus*. Samaa mieltä väittämästä oli 62 % (f=23). Eri mieltä ei ollut kukaan. Vastaajista 8 % (f=3) oli samaa mieltä väitteen *huomaan käyttäväni negatiivisia kommentteja potilaiden kanssa keskustellessa* -kanssa. Eri mieltä vastaajista oli 73 % (f=27) ja täysin eri mieltä 19 % (f=7).

Vastaajista 100 % (f=37) oli täysin tai samaa mieltä väittämästä *kertaan potilaan kanssa hoitosuunnitelmaan kuuluvia asioita. Kuuntelen potilaan mielipi-*

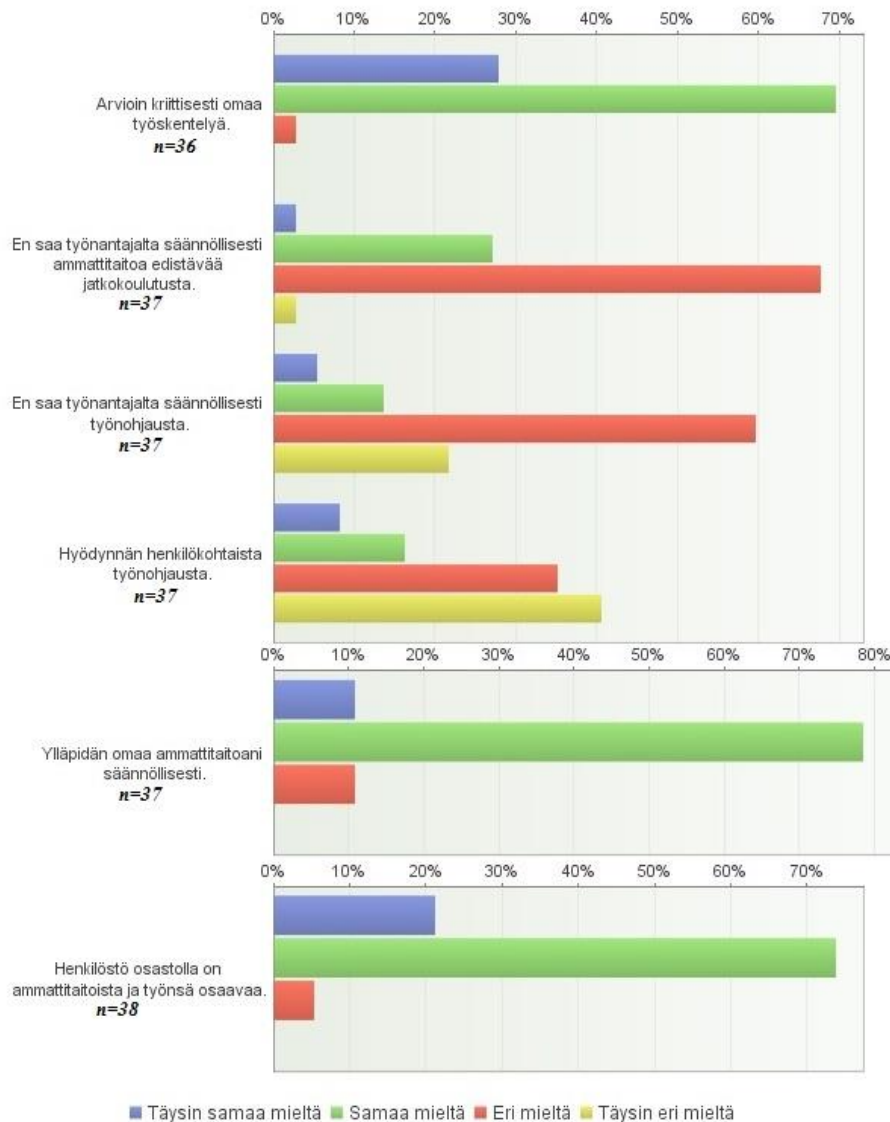
dettä lääkehoitoa suunniteltaessa -väitteen kanssa vastaajista yli 90 % (f=34) oli täysin tai samaa mieltä. Vastaajista yli 70 % (f=28) oli eri tai täysin eri mieltä väittämässä *potilaat sitoutuvat lääkehoitoon*, (kuva 6).



Kuva 6. Hoidon suunnitelmallisuus ja lääkehoito

Vastaajista 30 % (f=11) oli täysin samaa mieltä väittämstä *kertaan potilaan kanssa hoitosuunnitelmaan kuuluvia asioita*. Samaa mieltä väittämstä oli 70 % (f=26) vastaajista. Vastaajista 14 % (f=5) oli täysin samaa mieltä väitteen *kuuntelen potilaan mielipidettä lääkehoitoa suunniteltaessa* -kanssa. Samaa mieltä väittämään vastaajista oli 78 % (f=29) ja eri mieltä 8 % (f=3). Vastaajista 28 % (f=11) oli samaa mieltä väitteen *potilaat sitoutuvat lääkehoitoon* -kanssa. Vastaajista 69 % (f=27) oli eri mieltä ja täysin eri mieltä 3 % (f=1) väittämässä. Tässä väittämässä vastausten kokonaismäärä oli 39, joten virhevastauksia on joukossa kaksi kappaletta.

Vastaajista lähes kaikki (f=35) oli samaa mieltä väittämässä *arvioin kriittisesti omaa työskentelyä*. Vastaajista 30 % (f=11) oli täysin tai samaa mieltä väitteen *en saa työnantajalta säännöllisesti ammattitaitoa edistävää jatkokoulutusta* -kanssa. Vastaajista noin 20 % (f=7) oli täysin tai samaa mieltä väittämstä *en saa työnantajalta säännöllisesti työnohjausta*. Vastaajista 24 % (f=9) oli täysin tai samaa mieltä väittämstä *hyödynnän henkilökohtaista työnohjausta*, (kuva 7). Noin 90 % (f=33) oli täysin tai samaa mieltä väitteen *ylläpidän omaa ammattitaitoani säännöllisesti* -kanssa. Samoin vastaajista yli 90 % (f=36) oli täysin tai samaa mieltä väitteen *henkilöstö osastolla on ammattitaitoista ja työnsä osaavaa* -kanssa.

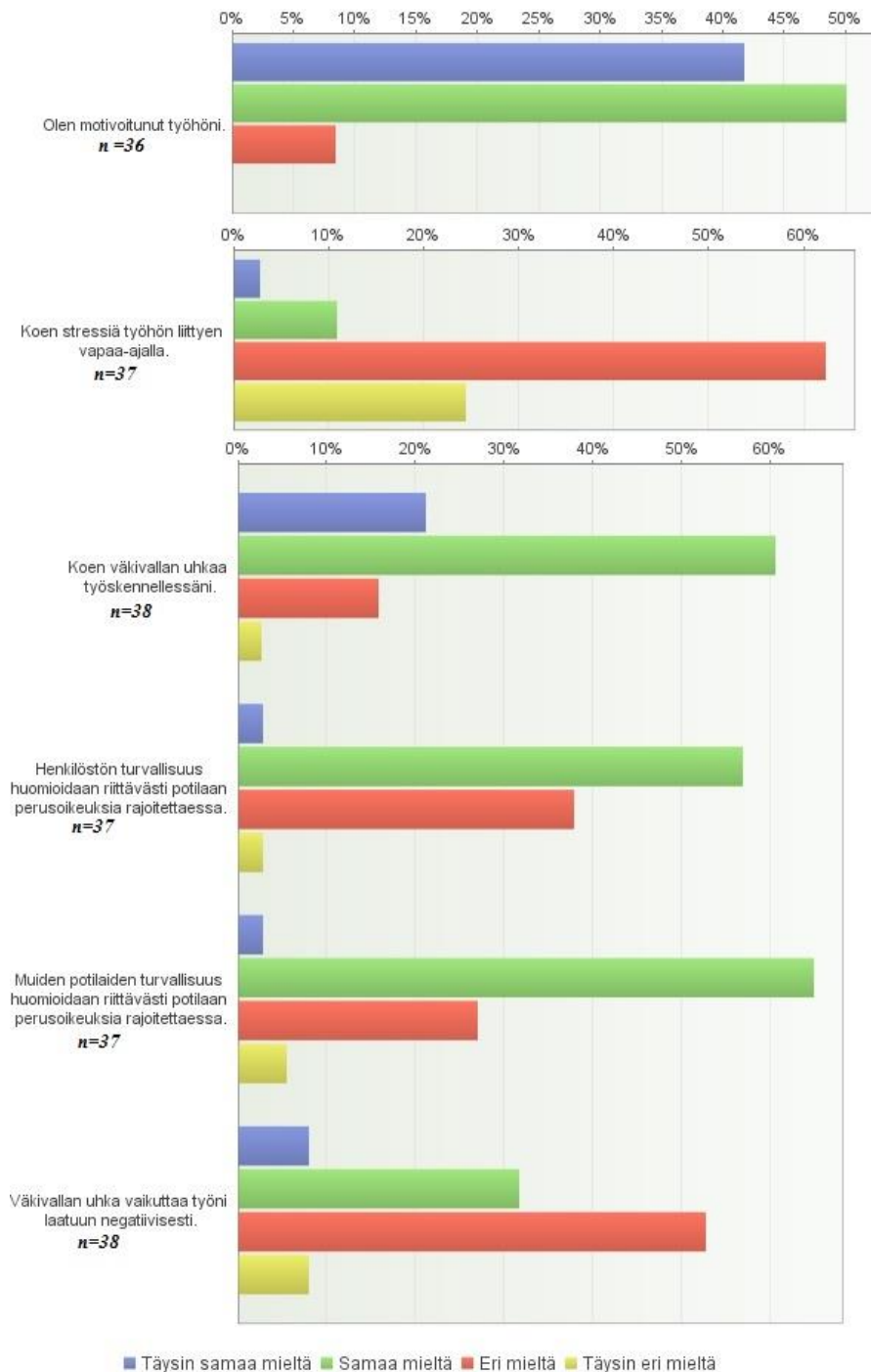


Kuva 7. Ammattitaidon ylläpito

Vastaajista 28 % (f=10) oli täysin samaa mieltä väittämässä *arvioin kriittisesti omaa työskentelyä*. Väittämän vastaajista 69 % (f=25) oli samaa mieltä ja eri mieltä 3 % (f=1). Vastausten kokonaismäärä oli 36. Vastaajista 3 % (f=1) oli täysin samaa mieltä väittämässä *en saa työnantajalta säännöllisesti ammattitaitoa edistävää jatkokoulutusta*. Vastaajista 27 % (f=10) oli samaa mieltä ja eri mieltä vastaajista oli 68 % (f=25), sekä täysin eri mieltä oli 3 % (f=1). Vastaajista 5 % (f=2) oli täysin samaa mieltä väitteen *en saa työnantajalta säännöllisesti työnohjausta* -kanssa. Samaa mieltä väittämän vastaajista oli 14 % (f=5) ja eri mieltä 59 % (f=22), sekä täysin eri mieltä oli 22 % (f=8). *Hyödynnän henkilökohtaista työnohjausta* -väitteeseen vastaajista 8 % (f=3) oli täysin samaa mieltä. Samaa mieltä oli 16 % (f=6) ja eri mieltä 35 % (f=13), sekä täysin eri mieltä 41 % (f=15). Vastaajista 21 % (f=8) oli täysin samaa mieltä väittämässä *henkilöstö osastolla on ammattitaitoista ja työnsä osaavaa*. Samaa

mieltä oli vastaajista 74 % (f=28) ja eri mieltä 5 % (f=2). Vastausten joukossa oli yksi ylimääräinen vastaus. Vastaajista 11 % (f=4) oli täysin samaa mieltä väitteessä *ylläpidän omaa ammattitaitoani säännöllisesti*. Samaa mieltä vastaajista oli 78 % (f=29) ja eri mieltä 11 % (f=4).

Vastaajista 90 % (f=33) oli täysin tai samaa mieltä väitteen *olen motivoitunut työhöni* -kanssa. Koen stressiä työhön liittyen vapaa-ajalla -väitteen kanssa vastaajista 14 % (f=5) oli täysin tai samaa mieltä. Vastaajista yli 80 % (f=31) oli täysin tai samaa mieltä väitteen *koen väkivallan uhkaa työskennellessäni* -kanssa, (kuva 8). *Henkilöstön turvallisuus huomioidaan riittävästi potilaan perusoikeuksia rajoitettaessa* -väitteen kanssa vastaajista 60 % (f=22) oli täysin tai samaa mieltä. Vastaajista 68 % (f=25) oli täysin tai samaa mieltä väitteestä *muiden potilaiden turvallisuus huomioidaan riittävästi potilaan perusoikeuksia rajoitettaessa*. *Väkivallan uhka vaikuttaa työni laatuun negatiivisesti* -väittämissä vastaajista 40 % (f=15) oli täysin tai samaa mieltä.

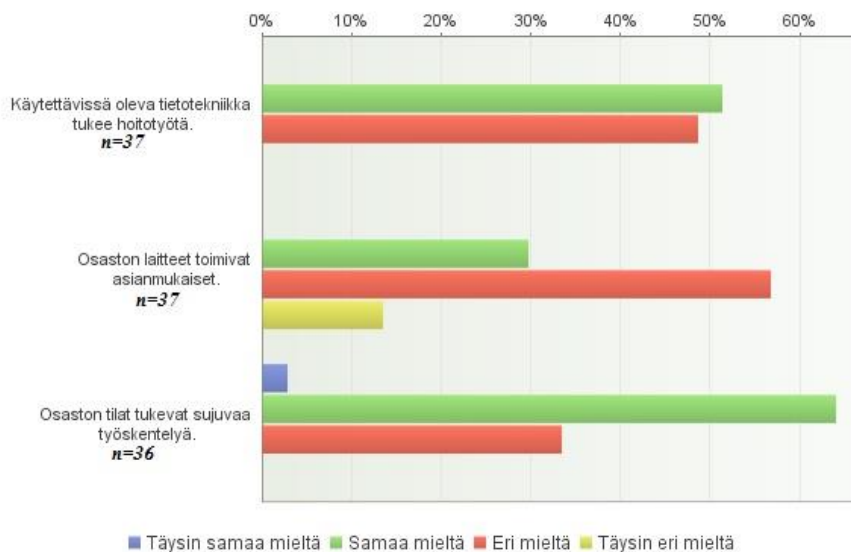


Kuva 8. Työhyvinvointi ja turvallisuus

Vastaajista 41 % (f=15) oli täysin samaa mieltä väittämästä *olen motivoitunut työhöni*. Samaa mieltä vastaajista oli 49 % (f=18) ja eri mieltä 8 % (f=3). Väittämästä puuttuu yksi vastaus. Vastaajista 3 % (f=1) oli täysin samaa mieltä väitteen *koen stressiä työhön liittyen vapaa-ajalla -kanssa*. Samaa mieltä oli 11 % (f=4) vastaajista ja eri mieltä 62 % (f=23) sekä täysin eri mieltä oli 24 % (f=9). Vastaajista 21 % (f=8) oli täysin samaa mieltä väitteestä *koen väkivallan uhkaa työskennellessäni*. Samaa mieltä vastaajista 61 % (f=23) ja eri mieltä 16 % (f=6) sekä täysin eri mieltä 3 % (f=1). Joukossa oli yksi ylimääräinen

vastaus. *Henkilöstön turvallisuus huomioidaan riittävästi potilaan perusoikeuksia rajoitettaessa* -väitteen kanssa vastaajista 3 % (f=1) oli täysin samaa mieltä. Samaa mieltä oli 57 % (f=21) ja eri mieltä 38 % (f=14) vastaajista. Täysin eri mieltä oli 3 % (f=1) vastaajista. Vastaajista 3 % (f=1) oli täysin samaa mieltä väitteen *muiden potilaiden turvallisuus huomioidaan riittävästi potilaan perusoikeuksia rajoittaessa* -kanssa. Samaa mieltä oli 65 % (f=24) vastaajista ja eri mieltä 27 % (f=10) sekä täysin eri mieltä 5 % (f=2). Vastaajista 8 % (f=3) oli täysin samaa mieltä väittämästä *väkivallan uhka vaikuttaa työni laatuun negatiivisesti*. Samaa mieltä väitteestä oli 32 % (f=12) ja eri mieltä 54 % (f=20) sekä täysin eri mieltä 8 % (f=3).

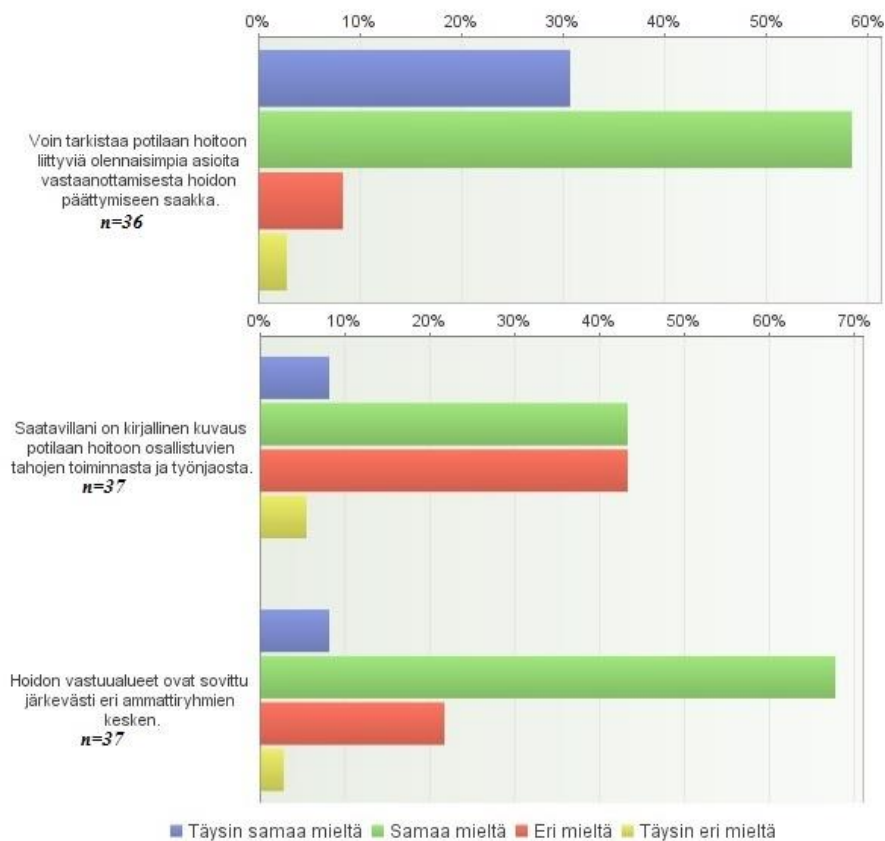
Vastaajista yli 50 % (f=19) oli samaa mieltä väitteen *käytettävissä oleva tietotekniikka tukee hoitotyötä* -kanssa. *Osaston laitteet toimivat asianmukaisesti* -väittämässä vastaajista yli 70 % (f=26) oli eri mieltä tai täysin eri mieltä, (kuva 9). Vastaajista 64 % (f=24) oli täysin tai samaa mieltä väitteen *osaston tilat tukevat sujuvaa työskentelyä* -kanssa. *Käytettävissä oleva tietotekniikka tukee hoitotyötä* -väittämän kanssa sairaanhoitajista 32 % (f=8) oli eri mieltä ja alemman koulutuksen saaneista jopa 83 % (f=10) oli eri mieltä. He olivat myös useammin eri mieltä siitä, että *osaston laitteet toimivat asianmukaisesti*. Väkivallan uhka ei vaikuttanut vastauksien perusteella negatiivisesti työn laatuun alle vuoden työskennelleillä. Vastaavasti yli 5 vuotta työskennelleillä se vaikutti negatiivisesti.



Kuva 9. Tilat ja laitteet

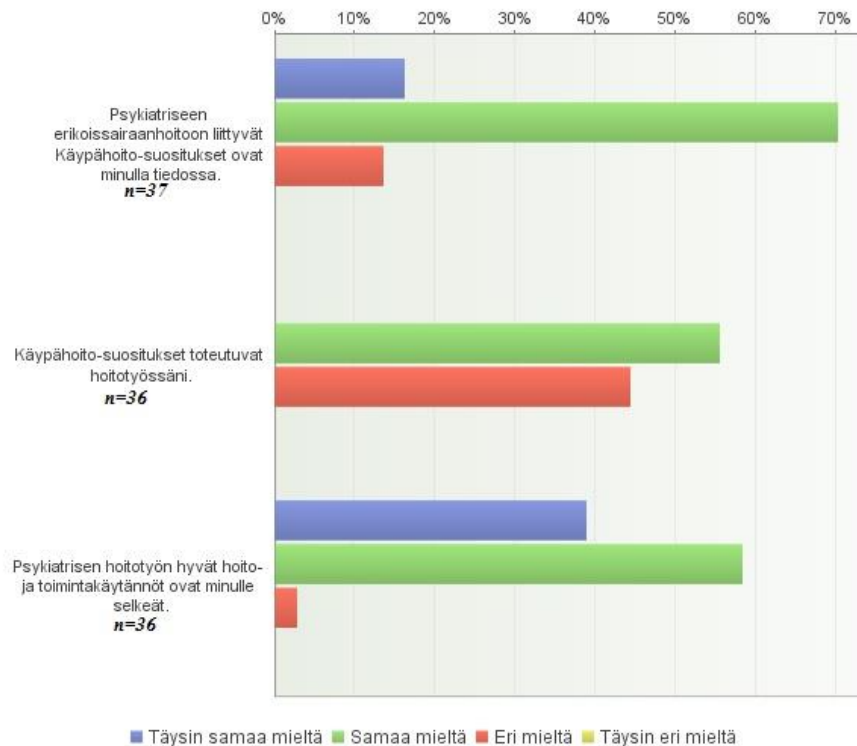
Käytettävissä oleva tietotekniikka tukee hoitotyötä -väitteen kanssa vastaajista 51 % (f=19) oli samaa mieltä ja eri mieltä 49 % (f=18). Vastaajista 30 % (f=11) oli samaa mieltä väitteen *osaston laitteet toimivat asianmukaisesti* -kanssa. Eri mieltä väittämässä oli vastaajista 57 % (f=21) ja täysin eri mieltä 14 % (f=5). Vastaajista 3 % (f=1) oli täysin samaa mieltä väittämästä *osaston tilat tukevat sujuvaa työskentelyä*. Samaa mieltä oli vastaajista 64 % (f=23) ja eri mieltä 33 % (f=12). Vastauksia puuttuu yksi kappale.

Vastaajista melkein 90 % (f=32) oli täysin tai samaa mieltä väitteen *voin tarkistaa potilaan hoitoon liittyviä olennaisimpia asioita vastaanottamisesta hoidon päättymiseen saakka* -kanssa. *Saatavillani on kirjallinen kuvaus potilaan hoitoon osallistuvien tahojen toiminnasta ja työnjaosta* -väitteen kanssa vastaajista yli 50 % (f=19) oli täysin tai samaa mieltä, (kuva 10). Vastaajista noin 75 % (f=28) oli täysin tai samaa mieltä väitteen *hoidon vastuualueet ovat sovittu järkevästi eri ammattiryhmien kesken* -kanssa. Vastausten tarkka jakautuminen on esitetty kappaleessa moniammatillinen työskentely.



Kuva 10. Prosessien kuvaus

Vastaajista 86 % (f=32) oli täysin tai samaa mieltä väitteen *psykiatriseen erikoissairaanhoidoon liittyvät Käypä hoito -suositukset ovat minulla tiedossa* - kanssa. Vastaajista 56 % (f=20) oli kuitenkin vain samaa mieltä väitteen *Käypä hoito -suositukset toteutuvat hoitotyössäni* kanssa, (kuva 11). *Psykiatrisen hoitotyön hyvät hoito- ja toimintakäytännöt ovat minulle selkeät* -väitteen kanssa vastaajista 97 % (f=35) oli täysin tai samaa mieltä.

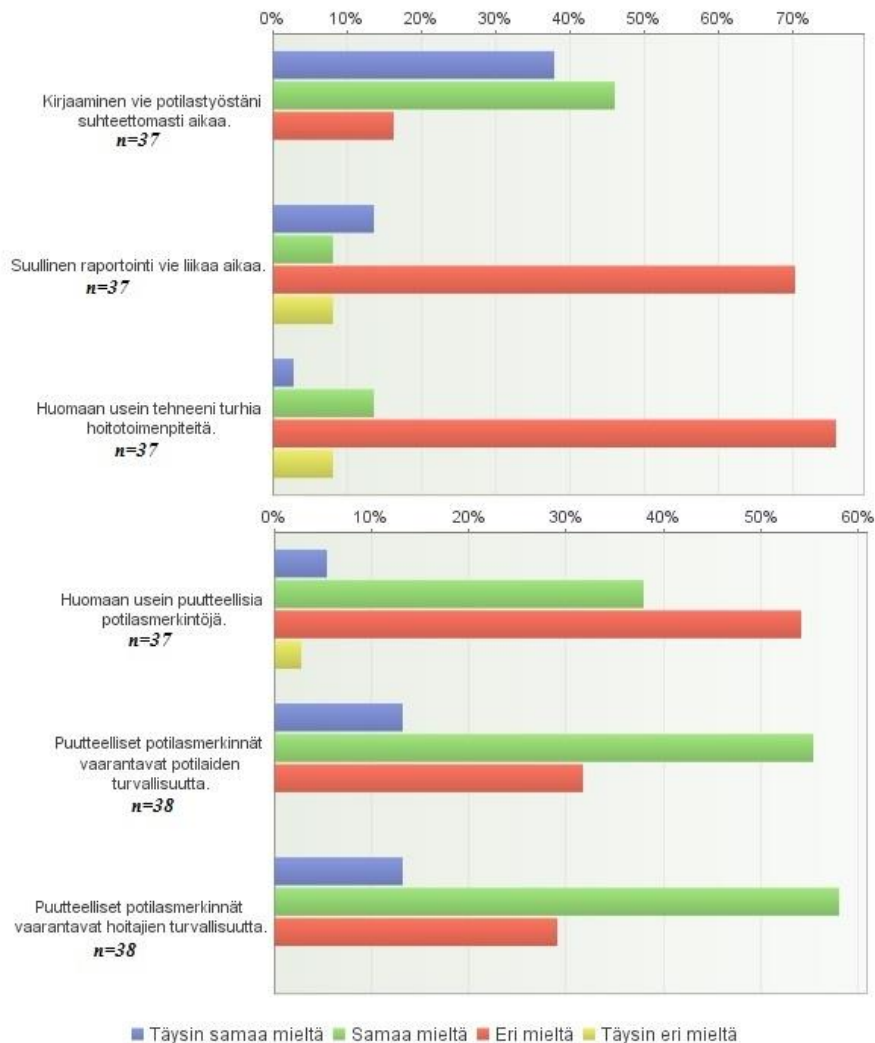


Kuva 11. Näyttöön perustuva hoitotyö

Vastaajista 16 % (f=6) oli täysin samaa mieltä väitteen *psykiatriseen erikoissairaanhoidoon liittyvät Käypä hoito -suositukset ovat minulla tiedossa* - kanssa. Samaa mieltä vastaajista oli 70 % (f=26) ja eri mieltä 14 % (f=5). *Käypä hoito -suositukset toteutuvat hoitotyössäni* -väitteen kanssa vastaajista 56 % (f=20) oli samaa mieltä ja eri mieltä oli 44 % (f=16). Vastauksia puuttuu yksi kappale. *Psykiatrisen hoitotyön hyvät hoito- ja toimintakäytännöt ovat minulle selkeät* -väitteen kanssa vastaajista 39 % (f=14) oli täysin samaa mieltä. Samaa mieltä väittämstä oli 58 % (f=21) ja eri mieltä 3 % (f=1). Vastauksia puuttuu yksi kappale.

Vastaajista 84 % (f=31) oli täysin tai samaa mieltä väittämstä *kirjaaminen vie potilastyöstäni suhteettomasti aikaa. Suullinen raportointi vie liikaa aikaa* -väittämän kanssa täysin tai samaa mieltä oli vastaajista 22 % (f=8). Vastaajista 17 % (f=6) oli täysin tai samaa mieltä väittämstä *huomaan usein tehneeni*

turhia hoitotoimenpiteitä, (kuva 12). Lisäksi vastaajista yli 43 % (f=16) oli täysin tai samaa mieltä väittämästä *huomaan usein puutteellisia potilasmerkintöjä*. *Puutteelliset potilasmerkinnät vaarantavat potilaiden turvallisuuden* -väitteen kanssa vastanneista 68 % (f=26) oli täysin tai samaa mieltä. Hoitajien turvallisuus vaarantuu vastaajien mielestä samalla tavalla. Asiaa on havainnollistettu kuvassa 12.



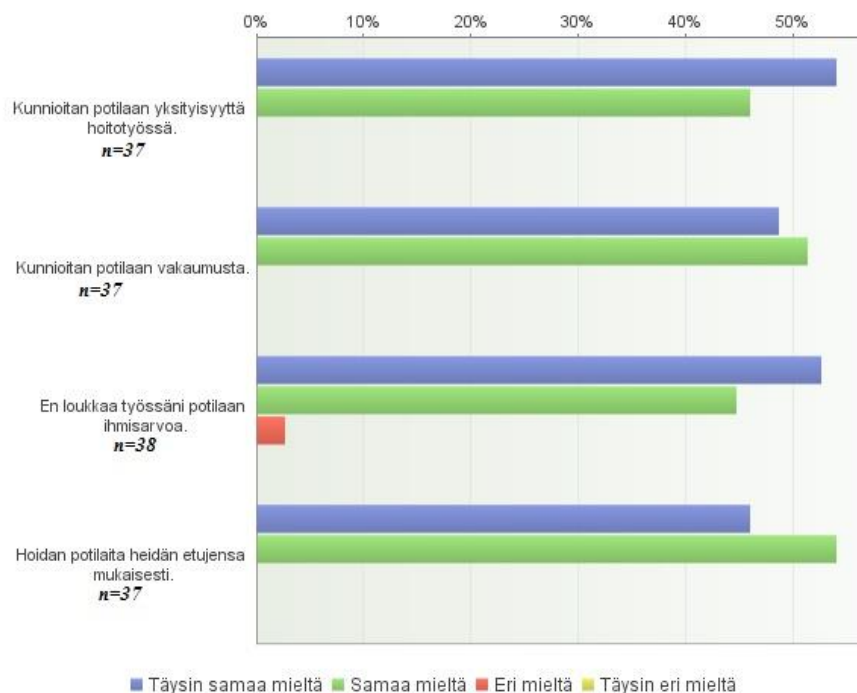
Kuva 12. Potilasmerkinnät

Vastaajista 38 % (f=14) oli täysin samaa mieltä väitteen *kirjaaminen vie potilastyöstäni suhteettomasti aikaa* -kanssa. Samaa mieltä vastaajista oli 46 % (f=17) ja eri mieltä 16 % (f=6). Vastaajista 14 % (f=5) oli täysin samaa mieltä väitteen *suullinen raportointi vie liikaa aikaa* -kanssa. Samaa mieltä vastaajista oli 8 % (f=3) ja eri mieltä 70 % (f=26) sekä täysin eri mieltä 8 % (f=3). *Huomaan usein tehneeni turhia hoitotoimenpiteitä* -väitteen kanssa vastanneista 3 % (f=1) oli täysin samaa mieltä. Samaa mieltä vastaajista oli 14 % (f=5) ja eri mieltä 76 % (f=28) sekä täysin eri mieltä 8 % (f=3). Vastaajista 5 % (f=2) oli

täysin samaa mieltä väitteen *huomaan usein puutteellisia potilasmerkintöjä* - kanssa. Samaa mieltä vastaajista oli 38 % (f=14) ja eri mieltä 54 % (f=20) sekä täysin eri mieltä 3 % (f=1). *Puutteelliset potilasmerkinnät vaarantavat potilaiden turvallisuuden* -väitteen kanssa vastanneista 13 % (f=5) oli täysin samaa mieltä. Samaa mieltä oli 55 % (f=21) vastaajista ja eri mieltä 32 % (f=12). *Puutteelliset potilasmerkinnät vaarantavat hoitajien turvallisuuden* -vastaukset jakaantuivat samalla tavalla, mutta samaa mieltä vastauksia oli yksi enemmän ja eri mieltä vastauksia yksi vähemmän. Molemmissa väittämissä oli yksi ylimääräinen vastaus.

8.3 Asiakaslähtöisyys psykiatrisessa hoitotyössä

Kaikki vastaajat olivat täysin tai samaa mieltä väitteiden *kunnioitan potilaan yksityisyyttä hoitotyössä*, *kunnioitan potilaan vakaumusta*, *en loukkaa työssäni potilaan ihmisarvoa* ja *hoidan potilaita heidän etujensa mukaisesti* -kanssa, (kuva 13). Väittämässä *en loukkaa työssäni potilaan ihmisarvoa* oli yksi eri mieltä vastaus.

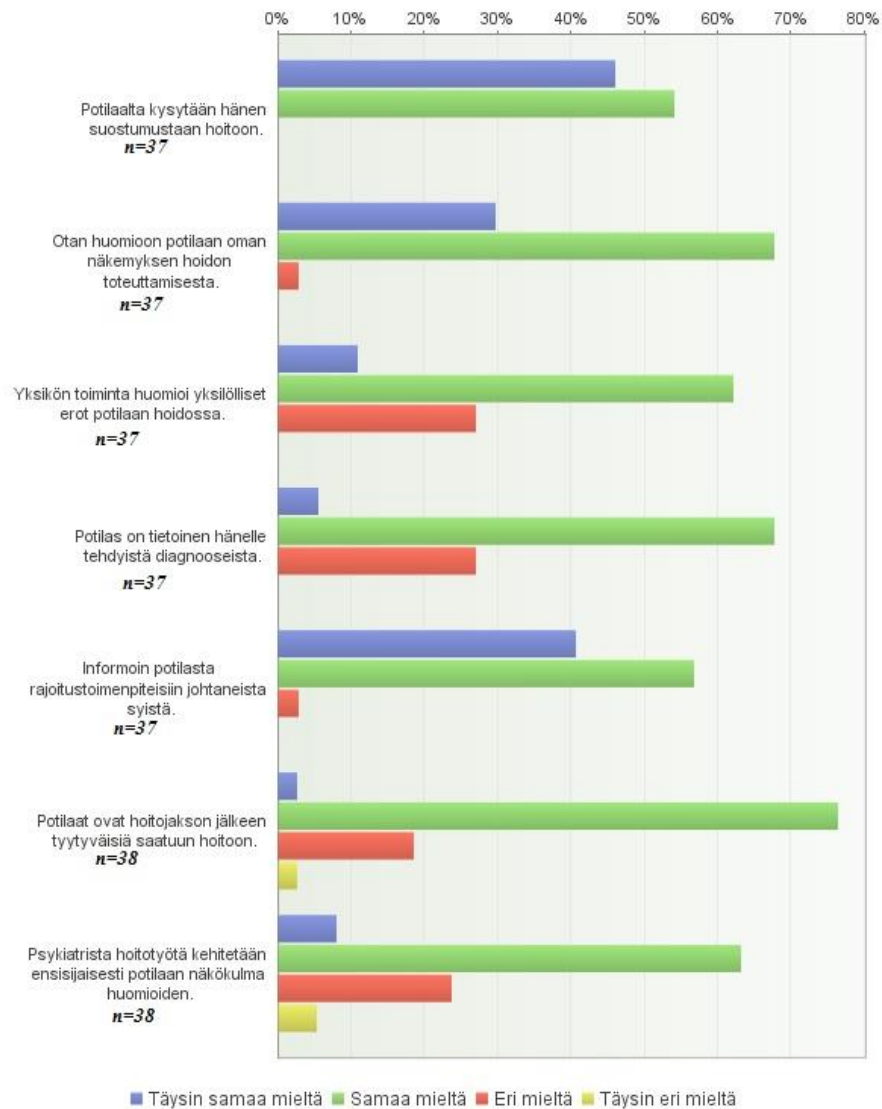


Kuva 13. Yksityisyys ja yksilöllisyys

Vastaajista 54 % (f=29) oli täysin samaa mieltä väittämässä *kunnioitan potilaan yksityisyyttä*. Samaa mieltä oli 46 % (f=17) vastaajista. *Kunnioitan potilaan vakaumusta* -väitteen kanssa vastaajista 49 % (f=18) oli täysin samaa mieltä ja samaa mieltä 51 % (f=19). Vastaajista 54 % (f=20) oli täysin samaa

mieltä väitteen *en loukkaa työssäni potilaan ihmisarvoa* -kanssa. Samaa mieltä vastaajista oli 46 % (f=17) ja eri mieltä 3 % (f=1). Ylimääräisiä vastauksia oli yksi kappale. *Hoidan potilaita heidän etujensa mukaisesti* -väittämän kanssa vastaajista 46 % (f=17) oli täysin samaa mieltä ja samaa mieltä oli 54 % (f=20).

Kaikki vastaajat kysyvät potilaan suostumusta hoitoon. Kaikki vastaajat ottavat myös huomioon potilaan oman näkemyksen hoidon toteuttamisesta yhtä lukuun ottamatta, (kuva 14). Vastaajista yli 70 % (f=27) oli täysin tai samaa mieltä väittämästä *yksikön toiminta huomioi yksilölliset erot potilaan hoidossa*. Vastaavasti vastaajista yli 70 % (f=27) oli täysin tai samaa mieltä väitteen *potilas on tietoinen hänelle tehdyistä diagnooseista* -kanssa. Lähes kaikki vastaajista 97 % (f=36) informoivat potilasta rajoitustoimiin johtaneista syistä. Vastaajista noin 80 % (f=30) oli täysin tai samaa mieltä väitteen *potilaat ovat hoitojakson jälkeen tyytyväisiä saatuun hoitoon* -kanssa. *Psykiatrista hoitotyötä kehitetään ensisijaisesti potilaan näkökulma huomioiden* -väitteen kanssa vastaajista noin 70 % (f=27) oli täysin tai samaa mieltä.

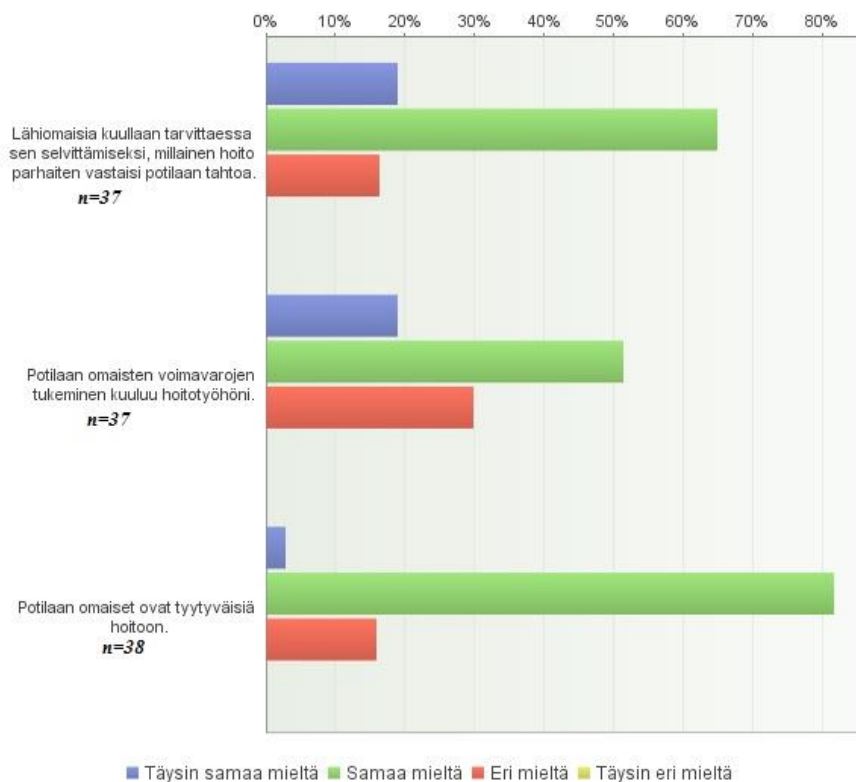


Kuva 14. Potilaan kuuntelu ja informointi

Vastaajista 46 % (f=17) oli täysin samaa mieltä väittämästä *potilaalta kysytään hänen suostumustaan hoitoon*. Samaa mieltä vastaajista oli 54 % (f=20). Eri mieltä ei ollut kukaan. *Otan huomioon potilaan oman näkemyksen hoidon toteuttamisesta* -väitteen kanssa vastaajista 30 % (f=11) oli täysin samaa mieltä. Vastaajista 68 % (f=25) oli samaa mieltä ja eri mieltä oli 3 % (f=1). Vastaajista 11 % (f=4) oli täysin samaa mieltä väitteen *yksikön toiminta huomioi yksilölliset erot potilaan hoidossa* -kanssa. Samaa mieltä vastaajista oli 62 % (f=23) ja eri mieltä 27 % (f=10). *Potilas on tietoinen hänelle tehdyistä diagnooseista* -väitteen kanssa vastaajista 5 % (f=2) oli täysin samaa mieltä. Samaa mieltä oli vastaajista 68 % (f=25) ja eri mieltä 27 % (f=10). Vastaajista 41 % (f=15) oli täysin samaa mieltä väittämästä *informoin potilasta rajoitustoimenpiteisiin johtaneista syistä*. Samaa mieltä vastaajista oli 57 % (f=21) ja eri mieltä 3 % (f=1). *Potilaat ovat hoitajakson jälkeen tyytyväisiä saatuun hoitoon* -väitteen

kanssa vastaajista 3 % (f=1) oli täysin samaa mieltä. Samaa mieltä oli vastaajista 78 % (f=29) ja eri mieltä 19 % (f=7) sekä täysin eri mieltä 3 % (f=1). Vastaajista 8 % (f=3) oli täysin samaa mieltä väitteen *psykiatrista hoitotyötä kehitetään ensisijaisesti potilaan näkökulma huomioiden* -kanssa. Samaa mieltä oli 63 % (f=24) vastaajista. Eri mieltä vastaajista oli 24 % (f=9) ja täysin eri mieltä 5 % (f=2). Tässä väittämässä oli yksi ylimääräinen vastaus.

Vastaajista yli 80 % (f=31) oli täysin tai samaa mieltä väittämästä *lähiomaisia kuullaan tarvittaessa sen selvittämiseksi millainen hoito parhaiten vastaisi potilaan tahtoa*. Vastaajista 70 % (f=26) oli täysin tai samaa mieltä väittämästä *potilaan omaisten voimavarojen tukeminen kuuluu hoitotyöhöni*, (kuva 15). *Potilaan omaiset ovat tyytyväisiä hoitoon* -väittämän kanssa vastaajista melkein 90 % (f=32) oli täysin tai samaa mieltä.

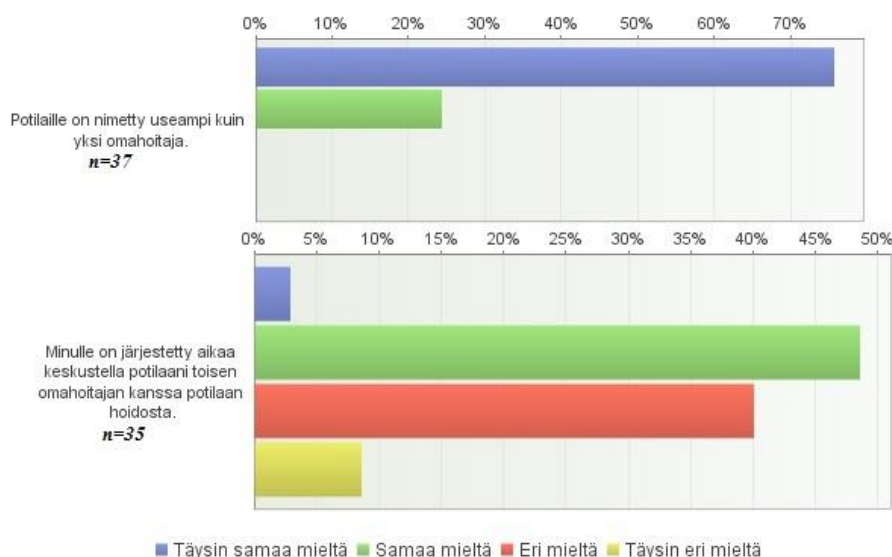


Kuva 15. Omaisten huomiointi.

Vastaajista 19 % (f=7) oli täysin samaa mieltä väittämän *lähiomaisia kuullaan tarvittaessa millainen hoito parhaiten vastaisi potilaan tahtoa* -kanssa. Samaa mieltä vastaajista oli 65 % (f=24) ja eri mieltä 16 % (f=6). *Potilaan omaisten voimavarojen tukeminen kuuluu hoitotyöhöni* -väittämän kanssa vastanneista 19 % (f=7) oli täysin samaa mieltä. Samaa mieltä oli 51 % (f=19) ja eri mieltä 30 % (f=11) vastaajista. Vastaajista 3 % (f=1) oli täysin samaa mieltä väittä-

mästä *potilaan omaiset ovat tyytyväisiä hoitoon*. Samaa mieltä vastaajista oli 84 % (f=31) ja eri mieltä 16 % (f=6).

Kaikki vastaajista olivat täysin tai samaa mieltä väittämän *potilaille on nimetty useampi kuin yksi omahoitaja* -kanssa. Vastaajista noin 50 % (f=18) oli täysin tai samaa mieltä väittämän *minulle on järjestetty aikaa keskustella potilaani toisen omahoitajan kanssa*, (kuva 16).



Kuva 16. Omahoitajuus

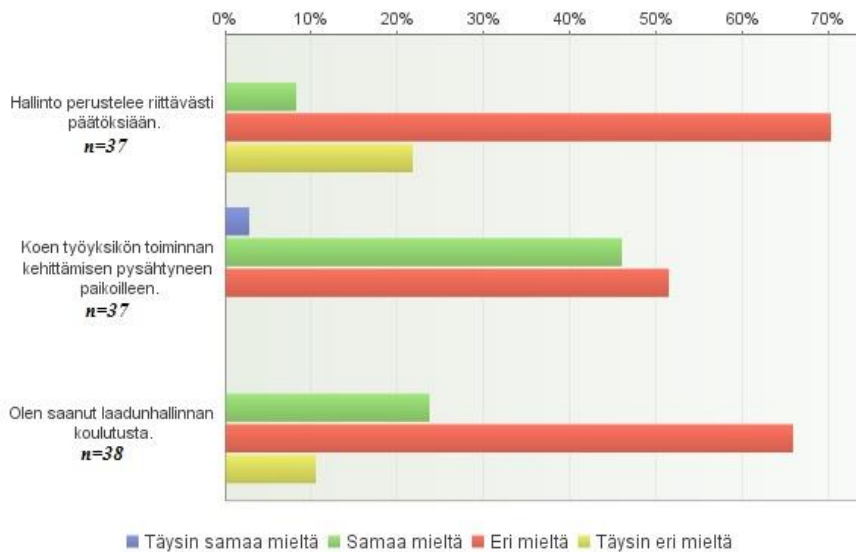
Vastaajista 76 % (f=28) oli täysin samaa mieltä väitteen *potilaille on nimetty useampi kuin yksi omahoitaja* kanssa. Vastaajista 24 % (f=9) oli samaa mieltä. *Minulle on järjestetty aikaa keskustella potilaani toisen omahoitajan kanssa potilaan hoidosta* -väittämän kanssa vastanneista 3 % (f=1) oli täysin samaa mieltä. Samaa mieltä oli vastanneista 49 % (f=17) ja eri mieltä 40 % (f=14) sekä täysin eri mieltä 9 % (f=3). Vastauksia puuttuu kaksi kappaletta.

Asiakaslähtöisyys psykiatrisessa hoitotyössä -liittyvissä väittämissä ei ollut hajontaa koulutustaustaan tai työkokemukseen verrattuna. Vastaukset jakaantuivat molempien taustamuuttujien osalta vastaavanlaisesti.

8.4 Hallinnollinen johtaminen

Vastaajista 8 % (f=3) oli samaa mieltä väittämän *hallinto perustelee riittävästi päätöksiään* -kanssa. Eri mieltä vastaajista oli 92 % (f=34). Vastaajista 49 % (f=18) koki työyksikön toiminnan kehittämisen pysähtyneen paikoilleen. Laa-

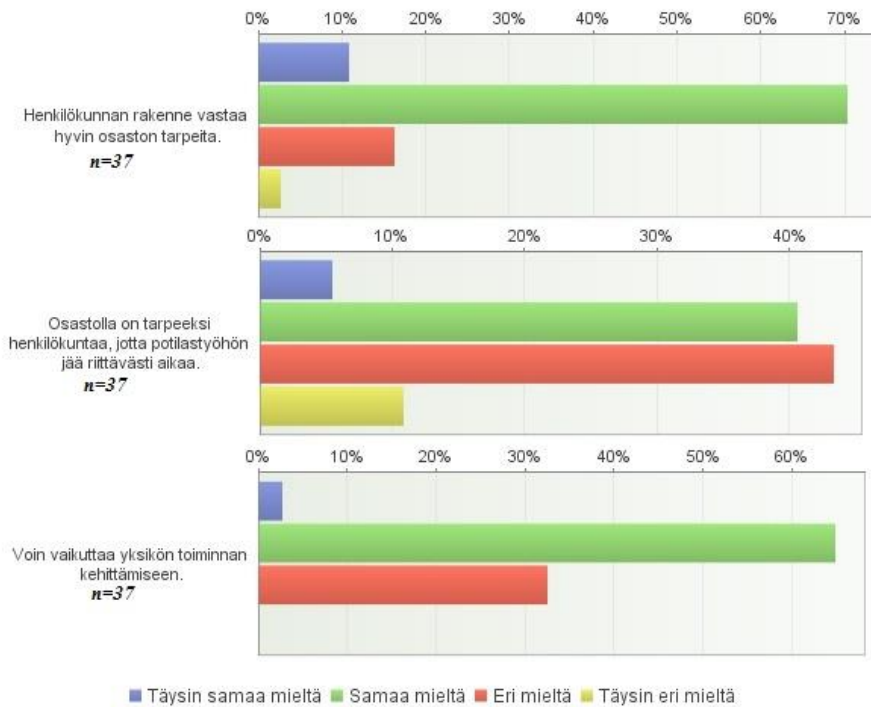
dunhallinnan koulutusta on saanut 24 % (f=9) vastaajista. Kuvassa 17 on esitetty tarkemmin edellä mainittujen väittämien tarkempi vastausjakauma.



Kuva 17. Hallinnollinen johtaminen

Vastaajista ei kukaan ollut täysin samaa mieltä *hallinto perustelee riittävästi päätöksiään* -kanssa. Samaa mieltä vastaajista oli 8 % (f=3), eri mieltä 70 % (f=26) ja täysin eri mieltä 22 % (f=8). Vastaajista 3 % (f=1) oli täysin samaa mieltä väittämän *koen työyksikön toiminnan kehittämisen pysähtyneen paikoilleen* -kanssa. Samaa mieltä vastaajista oli 46 % (f=17) ja eri mieltä 51 % (f=19). Täysin eri mieltä ei ollut kukaan vastaajista. Vastaajista ei kukaan ollut täysin samaa mieltä väittämän *olen saanut laadunhallinnan koulutusta* -kanssa. Samaa mieltä vastaajista oli 24 % (f=9), eri mieltä 66 % (f=25) ja täysin eri mieltä 10 % (f=4). Vastauksia väittämään oli 38 kappaletta.

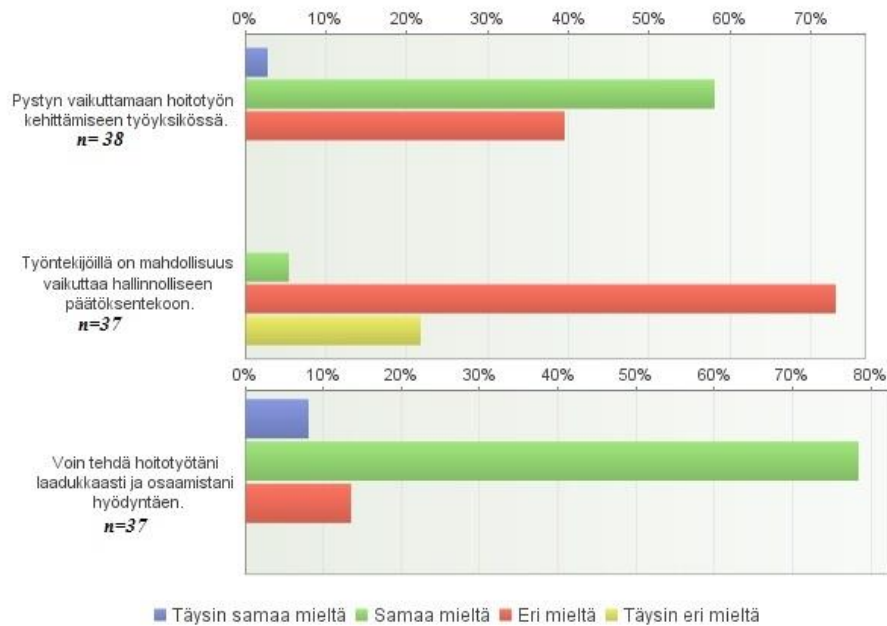
Vastaajista 81 % (f=30) oli samaa mieltä väittämän *henkilökunnan rakenne vastaa hyvin osaston tarpeita* -kanssa. Vastaajista 46 % (f=17) oli samaa mieltä väittämän *osastolla on tarpeeksi henkilökuntaa* -kanssa. Vastaajista 68 % (f=25) koki voivansa vaikuttaa yksikön toiminnan kehittämiseen. Kuvassa 18 on esitetty tarkemmin edellä mainittujen väittämien tarkempi vastausjakauma.



Kuva 18. Henkilökunnan rakenne

Vastaajista 11 % (f=4) oli täysin samaa mieltä väittämän *henkilökunnan rakenne vastaa hyvin osaston tarpeita* -kanssa. Samaa mieltä vastaajista oli 70 % (f=26), eri mieltä 16 % (f=6) ja täysin eri mieltä 3 % (f=1). Vastaajista 6 % (f=2) oli täysin samaa mieltä väittämän *osastolla on tarpeeksi henkilökuntaa, jotta potilastyöhön jää riittävästi aikaa* -kanssa. Samaa mieltä vastaajista oli 40 % (f=15), eri mieltä 43 % (f=16) ja täysin eri mieltä 11 % (f=4). Vastaajista 3 % (f=1) oli täysin samaa mieltä väittämän *voin vaikuttaa yksikön toiminnan kehittämiseen* -kanssa. Samaa mieltä vastaajista oli 65 % (f=24) ja eri mieltä 32 % (f=12). Täysin eri mieltä ei ollut kukaan vastaajista.

Hoitotyön kehittämiseen työyksikössä kokee pystyvänsä vaikuttamaan 61 % (f=23) vastaajista. Mahdollisuuteen vaikuttaa hallinnolliseen päätöksentekoon kokee 95 % (f=35) olevansa eri mieltä. Vastaajista 86 % (f=32) koki pystyvänsä tekemään hoitotyötään laadukkaasti ja osaamistaan hyödyntäen. Kuvassa 19 on esitetty tarkemmin edellä mainittujen väittämien tarkempi vastausjakauma.



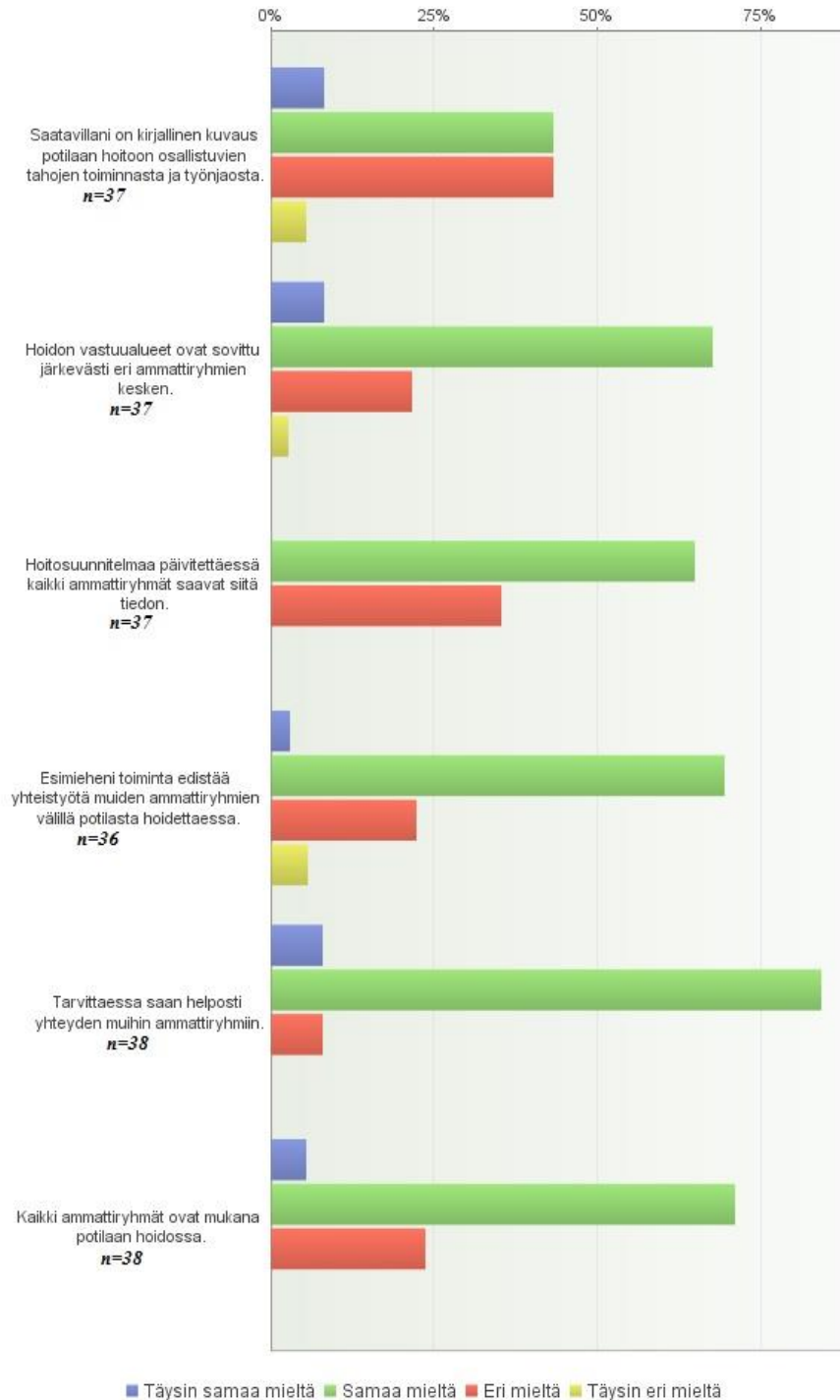
Kuva 19. Työntekijöiden vaikutusmahdollisuudet

Vastaajista 3 % (f=1) oli täysin samaa mieltä väittämän *pystyn vaikuttamaan hoitotyön kehittämiseen työyksikössä* -kanssa. Samaa mieltä vastaajista oli 58 % (f=22) ja eri mieltä 39 % (f=15). Kukaan vastaajista ei ollut täysin eri mieltä väittämästä. Vastauksia väittämään oli 38 kappaletta. Vastaajista kukaan ei ollut täysin samaa mieltä väittämän *työntekijöillä on mahdollisuus vaikuttaa hallinnolliseen päätöksentekoon* -kanssa. Samaa mieltä vastaajista oli 5 % (f=2), eri mieltä 73 % (f=27) ja täysin eri mieltä 22 % (f=8). Vastaajista 8 % (f=3) oli täysin samaa mieltä väittämän *voin tehdä hoitotyötäni laadukkaasti ja osaamistani hyödyntäen* -kanssa. Samaa mieltä vastaajista oli 78 % (f=29) ja eri mieltä 14 % (f=5). Kukaan vastaajista ei ollut täysin eri mieltä.

8.5 Moniammatillinen yhteistyö

Moniammatilliseen yhteistyöhön liittyvissä väittämässä vastaajista noin puolet (f=19) olivat täysin tai samaa mieltä väittämän *saatavillani on kirjallinen kuvaus potilaan hoitoon osallistuvien tahojen toiminnasta ja työnjaosta* -kanssa. Sairaanhoitajista 60 % (f=15) oli väittämässä eri mieltä ja alemman koulutuksen omaavista vain 25 % (f=3). *Hoidon vastuualueet ovat sovittu järkevästi eri ammattiryhmien kesken* -väittämän kanssa täysin tai samaa mieltä oli vastaajista 75 % (f=28). Eri mieltä vastanneet olivat yli viisi vuotta työskennelleitä. Koulutuksella ei ollut merkitystä vastauksiin. *Hoitosuunnitelmaa päivitetäessä kaikki ammattiryhmät saavat siitä tiedon* -väittämän kanssa täysin tai samaa mieltä oli 65 % (f=24) vastaajista. Vastaajista noin 70 % (f=26) oli täysin tai

samaa mieltä väitteen *esimieheni toiminta edistää yhteistyötä muiden ammattiryhmien välillä potilasta hoidettaessa* -kanssa. *Tarvittaessa saan helposti yhteyden muihin ammattiryhmiin* -väitteen kanssa täysin tai samaa mieltä oli vastaajista yli 90 % (f=35). Vastaajista noin 75 % (f=29) oli täysin tai samaa mieltä väittämästä *kaikki ammattiryhmät ovat mukana potilaan hoidossa*. Koulutuksella tai työkokemuksen määrällä ei ollut merkitystä vastauksiin. Vastaukset on esitelty kuvassa 20.



Kuva 20. Moniammatillinen yhteistyö

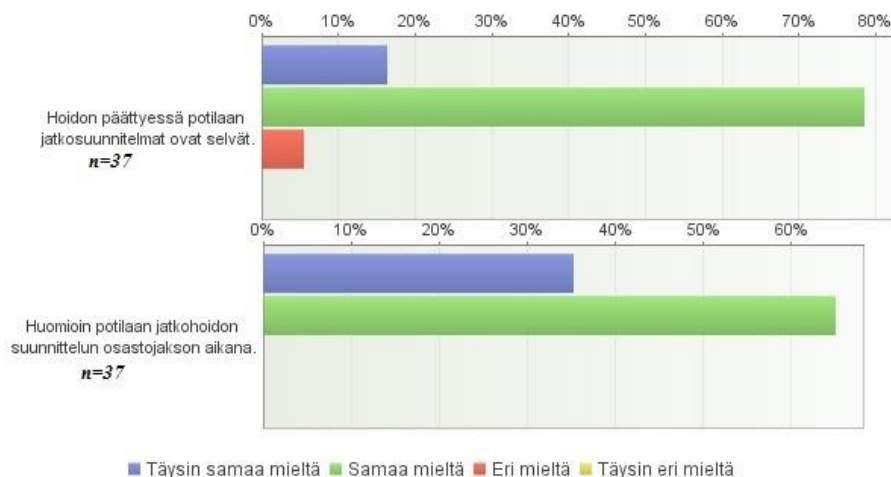
Vastaajista 8 % (f=3) oli täysin samaa mieltä väitteen *saatavillani on kirjallinen kuvaus potilaan hoitoon osallistuvien tahojen toiminnasta ja työnjaosta* -kanssa. Samaa mieltä väitteestä oli 43 % (f=16). Eri mieltä vastaajista oli 43 % (f=16) ja täysin eri mieltä 5 % (f=2). Vastaajista 8 % (f=3) oli täysin samaa mieltä väitteestä *hoidon vastuualueet ovat sovittu järkevästi eri ammattiryhmien kesken*. Samaa mieltä väitteestä oli 67 % (f=25). Eri mieltä oli 21 % (f=8) vastaajista ja täysin eri mieltä 3 % (f=1). Kahdeksan hoitajaa eri mieltä vastanneista olivat työskennelleet osastolla yli 5 vuotta. Koulutustaustalla ei ollut merkitystä. Vastaajista 65 % (f=24) oli samaa mieltä väitteen *hoitosuunnitelmaa päivitettäessä kaikki ammattiryhmät saavat siitä tiedon* -kanssa. Vastaajista eri mieltä oli 35 % (f=13). Tässä väittämässä hoitajien näkemys jakaantui suhteellisen tasaisesti työkokemuksesta tai koulutuksesta riippumatta kuitenkin niin, että mielenterveys/lähihoitajat, jotka olivat työskennelleet yli 5 vuotta, olivat useammin samaa mieltä 80 % (f=8) kuin muut vastaajat.

Vastaajista 3 % (f=1) oli täysin samaa mieltä väitteen *esimieheni toiminta edistää yhteistyötä muiden ammattiryhmien välillä potilasta hoidettaessa* -kanssa. Samaa mieltä väitteestä oli 69 % (f=25). Väitteestä eri mieltä oli 22 % (f=8) ja täysin eri mieltä 5 % (f=2) vastaajista. Edelliseen väittämään vastauksia oli tullut vain 36 kappaletta. Väittämään vastanneet sairaanhoitajat, jotka ovat työskennelleet alle 5 vuotta ja joita oli yhteensä 8, olivat kaikki samaa mieltä. Muissa työkokemusryhmissä oli aina kuitenkin eri mieltäkin olevia vastauksia.

Vastaajista 8 % (f=3) oli täysin samaa mieltä väitteen *tarvittaessa saan helposti yhteyden muihin ammattiryhmiin* -kanssa. Samaa mieltä väitteestä oli 84 % (f=32) vastaajista. Väitteestä eri mieltä oli 8 % (f=3). Eri mieltä vastanneet olivat usein yli 5 vuotta työskennelleitä sairaanhoitajia. Vastaajista 5 % (f=2) oli täysin samaa mieltä väitteen *kaikki ammattiryhmät ovat mukana potilaan hoidossa* -kanssa. Samaa mieltä väitteestä oli 71 % (f=27). Väitteestä eri mieltä oli vastaajista 24 % (f=9). Kahteen edelliseen väittämään vastaajia oli 38 kappaletta.

Jatkohoidon suunnittelun huomioi lähes jokainen vastaajista. Vastaajista 95 % (f=36) oli täysin tai samaa mieltä väitteen *hoidon päättyessä potilaan jatkosuunnitelmat ovat selvät* -kanssa. Kaikki vastaajat olivat täysin tai samaa mieltä väittämästä *huomioin potilaan jatkohoidon suunnittelun osastojakson aika-*

na. Kukaan vastaajista ei vastannut olevansa eri mieltä tai täysin eri mieltä. Moniammatilliseen jatkohoitoon liittyvät väittämät näkyvät kuvassa 21.

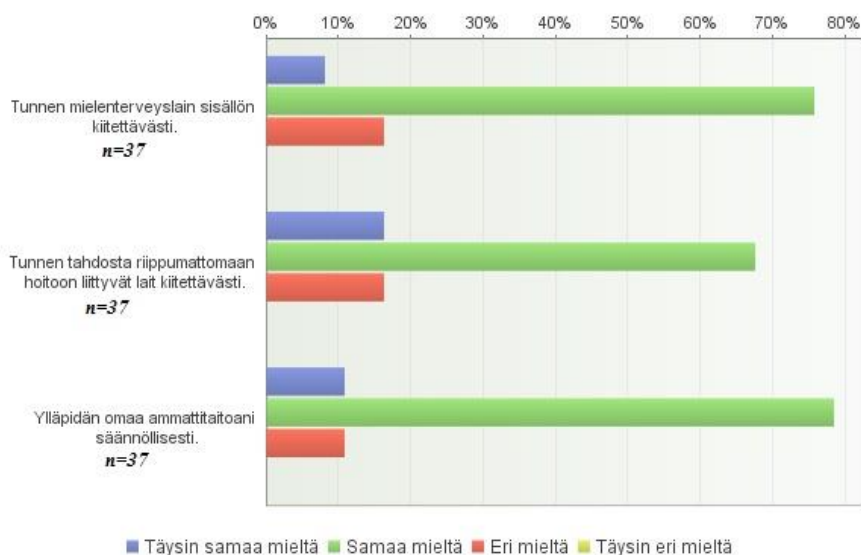


Kuva 21. Moniammatillinen jatkohoito

Vastaajista 16 % (f=6) oli täysin samaa mieltä väitteen hoidon päättyessä potilaan jatkosuunnitelmat ovat selvät -kanssa. Samaa mieltä väitteestä vastaajista oli 78 % (f=29). Eri mieltä väitteestä oli 5 % (f=2) vastaajista. Molemmat eri mieltä olleet olivat sairaanhoitajia, jotka ovat työskennelleet yli 5 vuotta. Vastaajista 35 % (f=13) oli täysin samaa mieltä väitteen *huomioin potilaan jatkohoidon suunnittelun osastojakson aikana*. Samaa mieltä väitteestä oli 65 % (f=24) vastaajista.

8.6 Psykiatrasta hoitotyö ohjaava lainsäädäntö

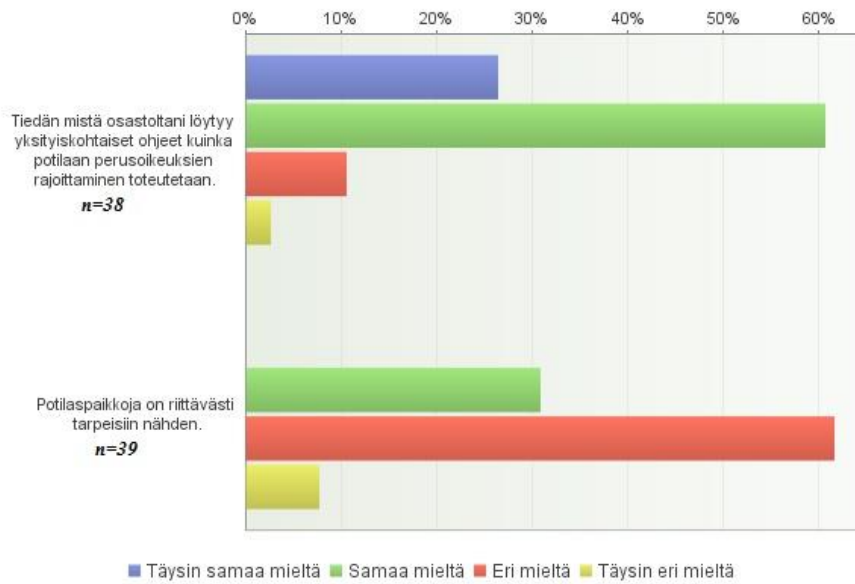
Mielenterveislain sekä tahdosta riippumattomaan hoitoon liittyvät lain sisällöt vastaajista tunsivat kiitettävästi 84 % (f=31). Omaa ammattitaitoaan ylläpitää säännöllisesti vastaajista 89 % (f=33). Kuvassa 22 on esitetty tarkemmin edellä mainittujen väittämien tarkempi vastausjakauma.



Kuva 22. Psykiatrista hoitotyötä ohjaavan lainsäädännön tuntemus

Vastaajista 8 % (f=3) oli täysin samaa mieltä väitteen *tunnen mielenterveyslain sisällön kiitettävästi* -kanssa. Samaa mieltä väitteestä oli 76 % (f=28) vastaajista ja eri mieltä 16 % (f=6). Kukaan vastaajista ei vastannut olevansa täysin eri mieltä väitteestä. Vastaajista 16 % (f=6) oli täysin samaa mieltä väitteen *tunnen tahdosta riippumattomaan hoitoon liittyvät lait kiitettävästi* -kanssa. Samaa mieltä vastaajista oli 68 % (f=25) ja eri mieltä 16 % (f=6). Kukaan vastaajista ei vastannut olevansa täysin eri mieltä. Vastaajista 11 % (f=4) oli täysin samaa mieltä väitteen *ylläpidän omaa ammattitaitoani säännöllisesti* -kanssa. Samaa mieltä vastaajista oli 78 % (f=29) ja eri mieltä 11 % (f=4). Täysin eri mieltä ei ollut kukaan vastaajista.

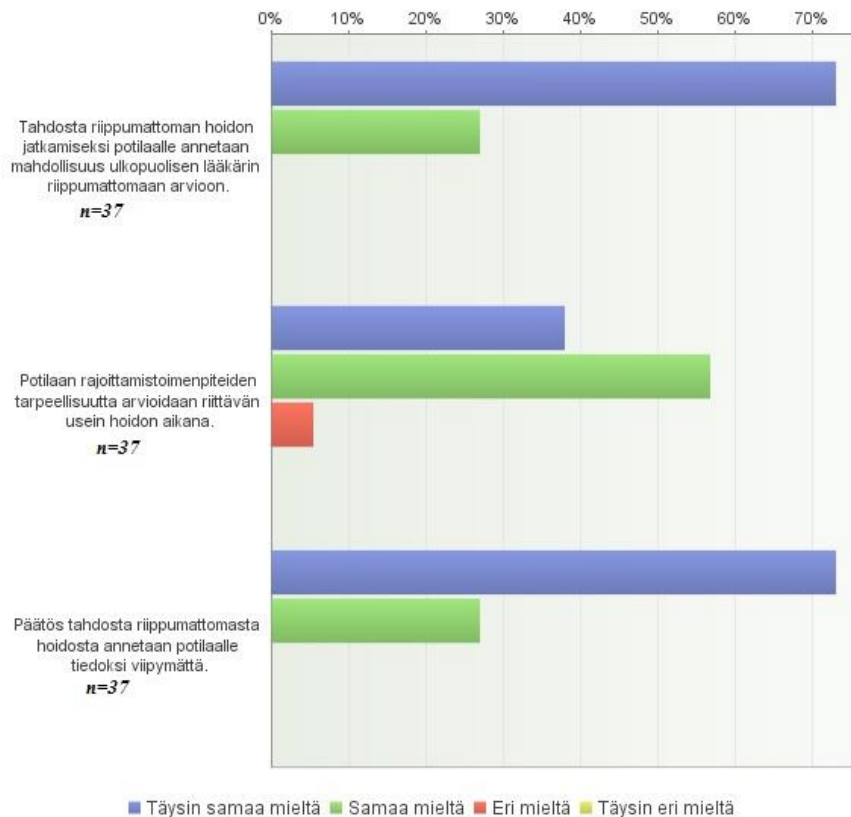
Vastaajista 87 % (f=33) tietää, mistä löytyy yksityiskohtaiset ohjeet siitä, kuinka potilaan perusoikeuksien rajoittaminen osastolla toteutetaan. Potilaspaikkojen riittävydestä tarpeisiin nähden 31 % (f=12) vastaajista oli samaa mieltä ja 69 % (f=27) eri mieltä. Kuvassa 23 on esitetty tarkemmin edellä mainittujen väittämien tarkempi vastausjakauma.



Kuva 23. Yksityiskohtaiset ohjeet perusoikeuksien rajoittamiseksi osastolla ja potilaspaikkojen riittävyys

Vastaajista 26 % (f=10) oli täysin samaa mieltä väitteen *tiedän mistä osastoltani löytyy yksityiskohtaiset ohjeet kuinka potilaan perusoikeuksien rajoittaminen toteutetaan* -kanssa. Samaa mieltä vastaajista oli 61 % (f=23), eri mieltä 10 % (f=4) ja täysin eri mieltä 3 % (f=1). Vastaajia väittämään oli 38 kappaletta. Vastaajista kukaan ei ollut samaa mieltä väittämän *potilaspaikkoja on riittävästi tarpeisiin nähden* -kanssa. Samaa mieltä väittämästä oli 31 % (f=12), eri mieltä 61 % (f=24) ja täysin eri mieltä 8 % (f=3). Väittämään vastaajia oli 39 kappaletta.

Vastaajista kaikki olivat samaa mieltä väittämän *tahdosta riippumattoman hoidon jatkamiseksi potilaalle annetaan mahdollisuus ulkopuolisen lääkärin tekemään arvioon* -kanssa. Kaikki vastaajat olivat myös samaa mieltä väittämän *päätös tahdosta riippumattomasta hoidosta annetaan potilaalle tiedoksi viipymättä* -kanssa. Vastaajista 95 % (f=35) oli samaa mieltä rajoittamistoimenpiteiden tarpeellisuuden riittävästä arvioinnista hoidon aikana. Kuvassa 24 on esitetty tarkemmin edellä mainittujen väittämien tarkempi vastausjakauma.



Kuva 24. Tahdosta riippumaton hoito

Vastaajista 73 % (f=27) oli täysin samaa mieltä väitteen *tahdosta riippumattoman hoidon jatkamiseksi potilaalle annetaan mahdollisuus ulkopuolisen lääkärin riippumattomaan arvioon* -kanssa. Samaa mieltä vastaajista oli 27 % (f=10). Eri mieltä tai täysin eri mieltä ei ollut kukaan vastaajista. Vastaajista 38 % (f=14) oli täysin samaa mieltä väittämän *potilaan rajoittamistoimenpiteiden tarpeellisuutta arvioidaan riittävän usein hoidon aikana* -kanssa. Samaa mieltä vastaajista oli 57 % (f=21) ja eri mieltä 5 % (f=2). Täysin eri mieltä ei ollut kukaan vastaajista. Vastaajista 73 % (f=27) oli täysin samaa mieltä väittämän *päätös tahdosta riippumattomasta hoidosta annetaan potilaalle tiedoksi viipymättä* -kanssa. Samaa mieltä vastaajista oli 27 % (f=10). Yksikään vastaaja ei ollut eri mieltä tai täysin eri mieltä väittämästä.

8.7 Avoimen kysymyksen analyysi

Kyselyn loppuun oli laitettu yksi avoin kysymys, jossa pyydettiin vastaajia kertomaan kolme keskeisintä kehittämiskohdetta. Tarkalleen väite oli ”kerro kolme keskeisintä kehittämiskohdetta psykiatrisessa hoitotyössä osastollasi”. Avoimeen kysymykseen vastasi kaikista kyselyyn vastanneista 37 henkilöstä 56% eli 21 hoitajaa. Tässä kappaleessa käydään läpi useimmiten vastauksissa esiintyneet asiat.

Seitsemän vastaajaa koki keskeisimmäksi kehittämisen kohteeksi sen, että hoitajia on liian vähän. Esimerkkivastauksia koetusta hoitajien liian vähäisestä määrästä ilmentävät mm. "Henkilöstön määrä potilaiden tarpeisiin nähden riittämätön" sekä "lisää hoitajia".

Seuraavaksi eniten eli kuusi vastaajaa oli tyytymättömiä esimiehen toimintaan. Tyytymättömyys ilmeni mm. seuraavanlaisina vastauksina: "Hallinnon ja henkilöstön vuorovaikutus paremmaksi", "Ei käskytskulttuuria vaan kysyttäisiin ennen päätöksen tekoja myös työntekijöiden mielipidettä". Saman verran eli kuusi vastaajaa olivat tyytymättömiä lääkärin ja hoitajan yhteistyöhön. Useimmiten tyytymättömyys lääkärin toimintaan koski sitä, että hoitajat eivät koe tulevansa kuulluiksi; "Lääkärin ja hoitajien yhteistyö (hoitajien ajatuksia otettaisiin huomioon)". Kolme hoitajaa koki turvallisuuden kehittämisen kohteeksi. Kolme vastaajaa toi esiin myös työssä jaksamisen/motivaation sekä kirjaamisen kehittämisen kohteina. Samoin kolme hoitajaa koki kehittämisen kohteeksi jatkuvan potilaiden pidon ylipaikoilla. Tosin osa ylipaikkoihin liittyvistä vastauksista oli esitetty niin, että vastauksen pystyi liittämään joko hoitajien liian vähäiseen määrään tai ylipaikoilla oleviin potilaisiin kuten "Henkilökunnan riittävät resurssit myös ylipaikka tilanteissa". Edellisen kaltaiset vastaukset ovat asetettu hoitajien puutteeseen eikä ylipaikkojen kuormittavaan vaikutukseen. Loput vastauksista olivat ainoastaan yhden tai kahden hoitajan mielestä keskeisimpiä kehittämiskohteita ja niitä oli esimerkiksi työilmapiiri ja päihdepotilaiden hoito.

Avoimeen kysymykseen tuli sen verran vähän vastauksia, että kovin tarkka analysoiminen koulutustaustaan tai työkokemukseen pohjaten on hankalaa. Vastauksista käy kuitenkin ilmi, että koulutustaustasta tai työkokemuksesta riippumatta hoitajat kokevat samat asiat kehittämisen kohteiksi. Hoitajien määrä, paikkatilanne, lääkärin ja hoitajan yhteistyö sekä esimiestyöskentely ovat pääasialliset ongelmakohdat vastaajasta riippumatta.

9 POHDINTA

9.1 Laadukkaan psykiatrisen hoitotyön toteutuminen

9.1.1 Hoitotyön suunnitelmallisuus

Enemmistö vastaajista (70 %) oli sitä mieltä, että psykiatriselle hoitotyölle oli määritetty selkeä tavoite hoitajaksoille ja esimiehen toiminta tukee näiden tavoitteiden saavuttamista. Esimiehen arvostus ja tuki hoitotyötä kohtaan vaikuttaa hoidon laatuun positiivisesti. (Viinikainen 2015.) Osastoilla on saatavilla kirjallinen kuvaus potilaan hoitoon liittyvistä olennaisista asioista. Tämä ohjaa käyttämään käytettävissä olevia resursseja tehokkaasti. (Kotisaari & Kukkola 2012; Terveydenhuollon laatuopas 2011; STM 2001.)

Näyttöön perustuvat hoitotyön suositukset ja tavat ovat vastaajilla hyvin tiedossa. Huolestuttavaa on kuitenkin se, että vajaa puolet vastaajista oli eri mieltä Käypä hoito -suositusten toteutumisesta hoitotyössä. Valtakunnalliset Käypä hoito -suositukset ohjaavat hoitotyötä kuitenkin kohti parempaa laatua. (Terveydenhuollon laatuopas 2011; Lönnqvist 2011, 15.) Avoimessa kysymyksessä kaksi vastaajaa toivoi ”yhtenäisempiä hoitolinjauksia sairaalan sisällä ja lääkäreiden välille”.

Vastaajista yli puolet oli täysin tai samaa mieltä siitä, että potilaan terveydentilaa arvioitiin riittävästi hoitajakson aikana. Kokeneemmat työntekijät, joilla on työkokemusta yli 5 vuotta, olivat kaikista kriittisimpiä väittämään kohtaan. Riittävä terveydentilan seuranta ja arviointi toimii kuitenkin pohjana arvioitaessa hoitotyön tavoitteiden saavuttamista. (STM 2001; Kotisaari & Kukkola 2012.) Potilaan terveydentilaa tulisi seurata siten aikaisempaa enemmän. Mahdollisesti voidaan olettaa terveydentilan arvioinnin koskevan sekä lääkäreitä että hoitajia. Hoitajat viettävät eniten aikaa potilaan kanssa ja ovat tarvittaessa yhteydessä lääkäriin, jos potilaan vointi sitä vaatii. Osa vastaajista on voinut myös ymmärtää väittämän eri tavoin, sillä se ei yksilöi, miten ja kuka terveydentilaa arvioi.

Kaikki vastaajista kertaavat hoitosuunnitelmaa ja lääkettä potilaan kanssa. Noin 75% (f=28) vastaajista koki kuitenkin, että potilaat eivät sitoudu lääkehoitoon. Toistot ja kertaaminen ovat hyvin tärkeitä asioita mielenterveydestä kärsiville potilaille, sillä heillä on usein rajallinen kyky ymmärtää oman sairauden

hoitonsa merkitystä. (Leino-Kilpi & Välimäki 2010 s.266; Oksanen 2015; Kiviniemi 2014, 105-107.) Potilaat näyttäisivät tarvitsevän aikaisempaa enemmän kertausta, kuuntelua ja voimavarojen tukemista. Psykiatristen sairauksien luonne tuskin selittää yksinään potilaiden huonoa lääkehoitoon sitoutumista.

Vaikka reilut puolet (60 %) vastaajista oli täysin tai samaa mieltä työskentelynsä rutiinomaisuudesta, lähes kaikki arvioivat kuitenkin kriittisesti omaa työtänsä. Rutiinomainen työskentely voi heikentää hoitotyön laatua ja siksi omaa työtä pitääkin arvioida jatkuvasti kriittisesti. (Kärkkäinen 2013; Leino-Kilpi & Välimäki; Kotisaari & Kukkola 2012; Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinta 2000-luvulle 1999; STM 2001). Näyttäisi siltä, että kokemus lisää rutiineja, mutta herkkyys työlle on kuitenkin säilynyt erinomaisesti.

Vaikka 60 % (f=22) hoitajista kokee perusoikeuksien rajoittamisen olevan osa normaalia hoitoa, on 70 % (f=26) sitä mieltä, että perusoikeuksien rajoittaminen herättää keskustelua työyhteisössä. Ihmisen perusoikeuksien rajoittamisen tulisikin aina herättää keskustelua, jottei hoitotyön laatu kärsi ja pakosta ei tulisi normaalia hoitoa (Kärkkäinen 2013; Leino-Kilpi & Välimäki 2010, 264, 265). Selvittämättä jäi, mieltävätkö vastaajat perusoikeuksien rajoittamisen ainoastaan vastentahtoiseen hoitoon, sillä myös omaisuuden tarkastaminen ja haltuunotto ovat perusoikeuksien rajoittamista. Vastaajat ovat voineet ymmärtää kysymyksen myös niin siten, että perusoikeuksien rajoittaminen toteutuu rutiinomaisesti tiettyjen käytäntöjen mukaisesti.

Yli 80 prosenttia vastaajista (f=30) koki väkivallan uhkaa ja 40 % (f=15) vastaajista koki tämän vaikuttavan negatiivisesti työnsä laatuun. Samoin 40 % (f=15) vastaajista koki, että henkilöstön ja potilaiden turvallisuutta ei huomioida riittävästi rajoitustoimenpiteitä käytettäessä, mikä on mielestämme huolestuttavaa. Väkivaltaista käyttäymistä tuskin millään keinolla saadaan poistettua täysin. Tilanteita tulee ja niihin tulisi olla jollain tapaa valmistautunut. On osoitettu väkivallan uhan ja kokemuksen vähentävän työn tuottavuutta, lisäävän sairaslomia ja heikentävän hoidon laatua. (Välimäki, Lantta ym. 2013.) Onko henkilöstöllä riittävät valmiudet kohdata väkivaltaisesti käyttäytyviä potilaita? Onko henkilöstöä osastoilla riittävästi, varsinkin ylipaikkatilanteessa?

Lähes kaikki vastaajat kokivat ylläpitävänsä ammattitaitoaan ja olivat motivoituneita työhönsä, mikä on mielestämme erittäin hyvä tulos. Työstressiä koki vastaajista vain 14 % (f=5). Vastaajista 70 % (f=26) koki saaneensa riittävästi

ja säännöllisesti ammattitaitoa edistävää koulutusta ja suurin osa vastasi saavansa myös työnohjausta. Työnantajan antama ammattitaitoa edistävä jatkokoulutus ja työnohjaus on vähintäänkin kohtuullista. Hallinnon tulisivin nähdä henkilöstö voimavarana, johon kannattaa sijoittaa mm. tarjoamalla jatkokoulusta ja työnohjausta säännöllisesti. (STM 2001; Kotisaari & Kukkola 2012; Heino & Tuominen 2010.) Huolestuttavaa vastauksissa on kuitenkin se, että vain 24 % kertoi hyödyntävänsä henkilökohtaista työnohjausta. On kuitenkin osoitettu, että työnohjauksen tarvetta on kaikessa työssä, jossa on vaarana turhautua työhönsä ja jossa joutuu kokemaan emotionaalista taakkaa (Kärkkäinen 2013). Työhön väsyminen ei voi olla vaikuttamatta hoidon laatuun (Vuori-Kemilä ym. 2007; Kiviniemi 2014).

Yli puolet vastaajista koki, että tietotekniikka ei tue hoitotyötä. Erityisesti kokeneemmat työntekijät olivat useammin eri mieltä. Iältään vanhemmille henkilöille tietotekniikan omaksuminen voi olla vaikeampaa kuin nuoremmille. He mahdollisesti tarvitsevat enemmän opastusta ja koulutusta tietotekniikan käytöstä. Tietotekniikka käytettäessä ei kuitenkaan koskaan voida välttyä teknisiltä ongelmilta. Tietotekniikkaa täytyykin kehittää yhä enemmän helppokäyttöisemmäksi ja hoitotyötä entistä enemmän tukevaksi. Tietotekniikka on yksi osa-alue, jonka tulisi tukea laadukasta hoitotyötä. (STM 2001; Heino & Tuominen. 2010.)

Merkittävä osa, yli 80% prosenttia (f=30), koki kirjaamisen vievän suhteettomasti hoitajan aikaa. Mahdollisesti tietotekniikka myötävaikuttaa hoitajan kokemaan ajanhallintaan, sillä suurin osa kirjaamisesta tehdään tietokoneella ja vain viidennes oli vastannut suullisen raportoinnin vievän liikaa aikaa. Lisäksi 70 % (f=26) vastaajista huomasi usein puutteellisia potilasmerkintöjä, jotka vaaransivat mahdollisesti potilaiden tai hoitajien turvallisuuden. Avoimessa kysymyksessä vastattiin kirjaamisen olevan myös yksi kehityskohde. Puutteelliset potilasmerkinnät heikentävät hoitotyön laatua (Rautanen & Korkeila 2015).

9.1.2 Asiakaslähtöisyys

Kaikki vastaajat kunnioittavat potilaan yksityisyyttä, vakaumusta ja ihmisarvoa. Potilaalta myös kysytään suostumus hoitoon ja hänen näkemystään hoidon toteuttamisesta huomioidaan. Näin kuuluu ollakin, sillä kyseessä on yksi korkeimmista arvoista ja lain määräämistä asioista. Lähes kaikki vastaajat infor-

moivat myös potilasta rajoitustoimiin johtaneista syistä, minkä on osoitettu vaikuttavan hoitotyön laatuun positiivisesti. (Mäyränpää 2007; Holmberg ym., 2008.) Potilaita hoidetaan heidän etujensa mukaisesti ja potilaalle on aina määrätty useampi kuin yksi omahoitaja. Noin neljännes vastasi kuitenkin, että potilas ei ole tietoinen hänelle tehdyistä diagnooseista, vaikka potilaan tulisi tietää hänelle annetut diagnoosit (Hyvän hoidon taso 2016). Vain joka toisen mielestä oli järjestetty aikaa keskustella toisen omahoitajan kanssa potilaan hoidosta. Työvuorosunnittelussa ja työn organisoinnissa on siten kehittämisen varaa, sillä aikaa tulisi olla järjestetty. (Kuhanen ym. 2010; Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinta 2000-luvulle 1999; Hyvän hoidon taso 2016.) Koemme tärkeäksi omahoitajien välisen keskustelun potilaan voinnista ja sen kehittymisestä, sillä toinen hoitaja on voinut tehdä potilaasta havaintoja, joita toinen ei ole huomannut. Toinen hoitaja on voinut olla myös läheisempi potilaalle, jolloin hän on mahdollisesti tietoisempi potilaan voinnista.

Noin 80 % (f=30) vastasi potilaiden olevan tyytyväisiä saamaansa hoitoon. Omaisista lähes kaikki (90 %) oli tyytyväisiä potilaan saamaan hoitoon. Lähiomaisia tarvittaessa myös kuullaan, millainen hoito vastaisi parhaiten potilaan tahtoa, sillä samaa mieltä vastaajista oli 84 % (f=31) ja omaisten voimavarojen tukeminen kuuluu hoitotyöhöni väittämästä samaa mieltä vastaajista oli 70 % (f=26). Täytyy kuitenkin muistaa, että vastaajina ovat olleet hoitajat ja vastaukset voisivat olla erilaisia kysyttäessä henkilökohtaisesti potilaalta tai omaiselta itseltään. Lähiomaisia kuitenkin kuullaan ja heidän voimavarojen tukeminen kuuluu hoitotyöhön enemmistöllä vastaajista. Omaisten parempi jakaminen välittyy positiivisesti myös potilaan vointiin ja omaisten voimavarojen tuleekin kuulua hoitotyöhön. (Hyvän hoidon taso 2016; Kärkkäinen 2013)

Vastaajista 75 % (f=28) on sitä mieltä, että yksikön toiminta huomioi yksilölliset erot hoidon toteutuksessa. Samoin 75 % vastaajista oli täysin tai samaa mieltä siitä, että psykiatrasta hoitotyötä kehitetään ensisijaisesti potilaan näkökulma huomioiden. Asiakaslähtöisyys ja yksilöllisyys ovat yksi keskeisimpiä hoidon laatuun vaikuttavia tekijöitä (STM 2001). Kyselyn tulosta voi pitää kohtuullisena.

9.1.3 Hallinnollinen johtaminen

Vastaajat kokivat, että hallinto ei perustele riittävästi päätöksiään tai tieto ei kulje suoritusportaalle saakka hallinnollisten päätöksiensä perusteluista. Suurin

osa vastaajista oli yksimielisiä väittämään. Vastauksissa ei siis ole havaittavissa osastokohtaisia eroja. Vastaajista noin puolet koki työyksikön kehittämisen pysähtyneen paikoilleen. Työntekijät myös kokivat, etteivät he voi vaikuttaa hallinnolliseen päätöksentekoon. Hyvä jatkokysymys olisi ollut, että kysytäänkö henkilökunnan mielipidettä hallinnollisia päätöksiä tehtäessä. Hallinnon pitäisi selkeästi osallistaa henkilökuntaa mukaan päätöksentekoprosessiin ja perustella päätöksiään myös henkilökunnalle. Toimivan johtamisen edellytyksenä on yhteistyö eri yhteistyökumppaneiden välillä, päätöksenteon perustaminen tutkittuun tietoon, työntekijöiden huomiointi, mielipiteen kuuntelu ja mukaan ottaminen organisaatiota kehitettäessä. Johdon on tunnistettava kehittämiskohteet, seurattava laatua ja kyettävä muuttamaan toimintaansa tarvittaessa. (Kotisaari & Kukkola 2012; Terveystieteiden tutkimuskeskus 2011; Heino & Tuominen 2010; Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinta 2000-luvulle 1999.) Tällä osa-alueella näyttäisi olevan kehitettävää.

Vastaajista vain neljännes oli saanut laadunhallinnan koulutusta. Kuitenkin vastaajista 70 % kokee saaneensa riittävästi ja säännöllisesti ammattitaitoa ylläpitävää koulutusta. Ammattitaitoa ylläpitävän koulutuksen voidaan katsoa tähtäävän parempaan hoitotyön laatuun. Hoitotyössä työskentelevien ammattihenkilöiden koulutus, ammattitaito ja kokemus luovat vankan pohjan laadukkaaseen hoitotyön kehittämiseen. (Kotisaari & Kukkola 2012; Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinta 2000-luvulle 1999.) Väittämän sanamuoto ”laadunhallinta” on voinut olla vaikeasti ymmärrettävä vastaajille, mikä voi näkyä vastausten tuloksissa.

Henkilökunnan rakenteeseen osastoilla oltiin tyytyväisiä, mutta henkilökunnan määrän riittävyys aiheutti hajontaa vastaajien kesken. Noin puolet vastaajista koki, että henkilökuntaa ei ole riittävästi osastoilla eikä potilastyöhön jää riittävästi aikaa. Hoitotyön resurssien eli sairaansijojen, henkilöstön määrän ja rakenteen tulee olla väestön tarpeita vastaava ja liukumavaralla varustettu, erityisesti päivystyksellisessä toiminnassa (Kotisaari & Kukkola 2012; STM 2001). Henkilökunnan riittävyyden arviointi, myös ylipaikkatilanteessa, on selkeä kehittämisen kohde.

Noin 70 % (f=26) vastaajista oli sitä mieltä, että henkilökunta voi kohtuullisesti vaikuttaa yksikön ja hoitotyön kehittämiseen. Sairaalan resursseista vastaavan johdon tulisi nähdä henkilöstö erityisenä voimavarana ja henkilöstöllä tulisi

olla mahdollisuus saada jatkokoulutusta, vaikuttaa työolosuhteiden ja oman työnsä kehittämiseen (STM 2001; Kotisaari & Kukkola 2012; Heino & Tuominen 2010). Kyselyn tulosta voidaan pitää kohtuullisena.

Suurin osa vastaajista koki voivansa tehdä hoitotyötä laadukkaasti ja osaamistaan hyödyntäen. Hoitotyö voi käydä henkisesti hyvin raskaaksi, jos hoitaja kokee, että hän ei pysty hoitamaan potilaitaan parhaalla mahdollisella tavalla (Vuori-Kemilä, Stengård, Saarelainen, Annala 2007, 173 - 176; Kiviniemi 2014, 146 - 151). Lopputulos kertoo, että henkilökunnan osaamista hyödynnetään tehokkaasti ja he kokevat voivansa tehdä työtänsä laadukkaasti. Suurta hajontaa monissa vastauksissa voi selittää esimerkiksi osastokohtaiset erot, jotka eivät tule vastauksista ilmi.

9.1.4 Moniammatillinen yhteistyö

Melkein puolet hoitajista vastasi, ettei heidän saatavillaan ei ole kirjallista kuvausta eri ammattiryhmien välisestä työnjaosta, ja neljänneksen mielestä vastuunjako ja työnjako eri ammattiryhmien välillä ei ole järkevä. Moniammatillisen työn onnistumiseksi vastuun- ja työnjaon tulisi olla selviä eri ammattiryhmien välillä (Kärkkäinen 2013; Leino-Kilpi & Välimäki 2010, 23 - 26, 268; Kotisaari & Kukkola 2012; STM 2001). Jokaisella osastolla ei välttämättä ole yhtä selkeästi määriteltyä eri ammattiryhmien välistä työnjakoa. Työn- ja vastuunjaossa on lisäksi ilmeisesti jotakin kehitettävää tai ainakin kirjallinen kuvaus moniammatillisen toiminnan työnjaosta joko puuttuu tai se on olemassa, mutta henkilökunnassa ei tiedetä, mistä sen löytää.

Suurin osa, noin 70 % (f=26) kokee, että esimiehen toiminta edistää moniammatillista yhteistyötä, vaikka avoimen kysymyksen vastausten perusteella esimiestyöskentelyssä on kehitettävää. Kyseiseen väittämään vastaajia oli vain 36. Viinikainen ja Laukkanen (2015) kirjoittavat, että lähiesimiehen toiminnan tulisi edistää eri ammattiryhmien toimintaa. Kyselymme perusteella lähiesimies pystyy edistämään moniammatillista yhteistyötä. Epäselväksi jää, millä tavalla esimiehen tuki työssä näkyy. Kyselymme perusteella esimiestyöskentelyyn ollaan tyytymättömiä, mutta nähtävästi moniammatillisuuden edistämiseen tämä tyytymättömyys ei kohdennu.

35 % (f=13) vastaajista oli sitä mieltä, että eri ammattiryhmät eivät saa tietoa potilaan hoitosuunnitelman päivityksestä, joten tässä osa-alueessa on kehitet-

tävää, vaikkakin suurimman osan mielestä tämä osa-alue on kunnossa. Työhön kerätyn teorian perusteella riittävä yhteydenpito eri ammattiryhmien välillä on tärkeä osa-alue onnistuneen moniammatillisen hoidon kannalta (STM 2001; Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinta 2000-luvulle 1999; Kotisaari & Kukkola 2012; Kärkkäinen 2013). Opinnäytetyössä ei kuitenkaan ollut kysymystä siitä, että minkä vuoksi kaikki ammattiryhmät eivät saa tietoa hoitosuunnitelman päivityksestä. Yksi syy tiedon puutteeseen voi olla siinä, että moniammatillisen hoidon työnjako on kehittämisen tarpeessa ja hoitajat eivät tiedä, kenen tulisi ilmoittaa muille ammattiryhmille hoitosuunnitelman muutoksista. Edellä mainittuun ongelmaan voisi viitata ainakin se, että osa vastaajista kokee, että työnjakoa eri ammattiryhmien välillä ei ole selkeästi suunniteltu.

Vastaajien mukaan muihin ammattiryhmiin saa hyvin yhteyttä. Vain 8 % (f=3) vastaajista oli asiasta eri mieltä. Suurin osa, noin 75 % (f=28) oli sitä mieltä, että kaikkia ammattiryhmiä hyödynnetään potilaan hoidossa. Kerätyn teorian perusteella ammattiryhmien hyödyntäminen ja kaikkien tarvittavien ammattiryhmien käyttö parantaa psykiatrisen hoidon laatua (STM 2001; Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinta 2000-luvulle 1999; Kotisaari & Kukkola 2012; Kärkkäinen 2013). Muihin ammattiryhmiin saadaan vastausten perusteella hyvin tarvittaessa yhteyttä. Hoitajat kokevat myös, että kaikkia ammattiryhmiä hyödynnetään potilaan hoidossa.

Moniammatilliseen jatkohoitoon liittyvissä väittämissä tulee ilmi, että kehittämisen kohteita ei tällä osa-alueella ole. Kaikki vastaajat olivat täysin samaa mieltä tai samaa mieltä siitä, että he huomioivat potilaan jatkohoidon suunnittelun hoidon aikana. Potilaan jatkohoitoon liittyvät asiat potilaan hoidon päättyessä ovat myös vastaajien mielestä kunnossa, sillä ainoastaan 5 % (f=2) oli asiasta eri mieltä ja loput vastaajista olivat täysin samaa tai samaa mieltä. Kärkkäisen mukaan hoidon jatkuvuuden suunnittelu ja potilaan järjestelmällinen saattaminen seuraavaan hoitopaikkaan vähentää riskiä joutua sairaalaan uudestaan (Kärkkäinen 2013). Kymenlaakson psykiatrisen sairaalan akuuteilla suljetuilla osastoilla on selvästi panostettu potilaan jatkohoidon suunnitteluun, ja tällä osa-alueella ei kyselymme mukaan ole kehittämisen kohteita.

Avoimen kysymyksen perusteella yksi kehitettävä alue, moniammatilliseen yhteistyöhön liittyen, on hoitajan ja lääkärin yhteistyösuhde, sillä hoitajat kokevat, että heitä ei kuunnella tarpeeksi potilaan hoidon linjauksissa. Jos nyt tekisim-

me kyselyn uudestaan, olisi tärkeää laittaa kysymys lääkärin ja hoitajan yhteistyön sujuvuudesta. Nyt suoranaista kysymystä siitä ei ollut ja valitettavasti tärkeä seikka jää vähälle huomiolle.

Moniammatillisuuteen liittyvissä väittämässä tulee ilmi, että ainoastaan yksittäisissä väittämässä työkokemus tai koulutus vaikuttavat vastauksiin. Kokonaisuudessaan työkokemus tai koulutus eivät vaikuttaneet hoitajien kokemukseen moniammatillisessa työskentelyssä. Moniammatillisuuteen liittyvät väittämät olisi mielenkiintoista antaa muiden ammattiryhmien arvioitavaksi ja verrata vastauksia hoitajien antamiin.

9.1.5 Lainsäädännön toteutuminen

Suurin osa vastaajista koki tuntevansa tahdosta riippumattomaan hoitoon liittyvän lain sekä mielenterveyslain sisällön kiitettävästi. Alle viidesosa oli eri mieltä laintuntemusta mittaavasta väittämästä. Väittämässä jää avoimeksi, miten vastaaja kokee kiitettävän tuntemuksen tason. Hoitajien tulee tuntea rajoittamistoimenpiteisiin ja tahdosta riippumattomaan hoitoon liittyvät lait (Kotisaari & Kukkola 2012). Kyselyn tulosta voidaan pitää hyvänä. Vastaajista omaa ammattitaitoaan ylläpitävät säännöllisesti melkein kaikki. Eri mieltä oman ammattitaitonsa säännöllisestä ylläpitämisestä oli kymmenesosa vastaajista. Terveystieteiden ammattihenkilöillä on velvollisuus ylläpitää omaa ammattitaitoaan. Henkilöstön on myös jatkuvasti itse arvioitava ja kehitettävä omaa työskentelyään. (Kotisaari & Kukkola 2012; Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinta 2000-luvulle 1999; STM 2001; Heino & Tuominen 2010; Kärkkäinen 2013) Terveystieteidenhuoltolaissa edellytetään osaavaa henkilöstöä hoitoa antavalta yksiköltä (Terveystieteidenhuoltolaki 30.12.2010/1326 4. § 1. mom.). Tutkimuksen tuloksia voidaan pitää hyvinä ja kehittämisen kohteita näillä osa-alueilla ei näyttäisi olevan.

Lähes kaikki vastaajista tietävät, mistä löytyvät potilaan perusoikeuksien rajoittamiseen liittyvät yksityiskohtaiset ohjeet omalla osastolla. Tällä kysymysasettelulla ei saada selville, tunteeko vastaaja potilaan perusoikeuksien rajoittamisen yksityiskohtaisen ohjeistuksen osastollaan tietämättä ohjeen tarkkaa sijaintia. Tätä tulkintaa tukee se, että yli puolet vastaajista kokee työntekonsa rutiininomaiseksi ja rajoittamistoimenpiteiden olevan osa normaalia hoitoa. Yksikössä on oltava riittävän yksityiskohtaiset ohjeet, kuinka potilaan perusoikeuksien rajoitus toteutetaan (Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116, 22 k § 1.

mom.). Tulosta voidaan pitää hyvänä, eikä kehittämiskohteita tällä osaluueella ole.

Huomioitavaa oli, että potilaspaikkojen riittävydestä tarpeisiin nähden ei kukaan vastaajista ollut täysin samaa mieltä. Samaa mieltä oli vain 31 % (f=11) ja eri mieltä tai täysin eri mieltä jopa 69 % (f=26) vastaajista. Muutama avoimeen kysymykseen vastaaja koki jatkuvan potilaiden ylipaikoilla pidon kehittämisen kohteeksi, mutta vastauksista ei selvinnyt tarkemmin, koettiinko kehittämisen kohteeksi potilaiden ylipaikoilla pito vai liian vähäinen henkilökunnan määrä. Mielensterveyslaissa sanotaan, että mielensterveyspalvelut tulee järjestää sisällöltään ja laadultaan sellaiseksi kuin alueella esiintyvä palvelujen tarve vaatii (Mielensterveyslaki 14.12.1990/1116, 4. § 1. mom.). Potilaspaikkojen riittävyttä tarpeisiin nähden tulisi tarkastella kriittisesti ja pohtia, millä keinoilla tilannetta saataisiin parannettua.

Kaikki vastaajat olivat sitä mieltä, että potilaalle annetaan mahdollisuus ulkopuoliseen riippumattoman lääkärin arvioon tahdosta riippumattoman hoidon jatkamiseksi. Myös tahdosta riippumattoman hoidon päätös annetaan viipymättä tiedoksi potilaalle. Riittävän usein toteutuvasta rajoittamistoimenpiteiden arvioinnista hoidon aikana oltiin lähes yksimielisiä. Potilaalla on oikeus ulkopuoliseen riippumattomaan arvioon terveydentilastaan ennen tahdosta riippumattoman hoidon jatkamista (Mielensterveyslaki 14.12.1990/1116, 12 a § 1. mom.). Päätös tahdosta riippumattoman hoidon jatkamiseksi tulee antaa potilaalle tiedoksi viipymättä (Mielensterveyslaki 14.12.1990/1116, 11. § 2. mom.). Rajoittamistoimenpiteiden tarpeellisuutta tulee arvioida niin usein kuin potilaan terveydentilan kannalta on tarpeellista. (Mielensterveyslaki 14.12.1990/1116, 22 a § 2. mom.). Vastausten perusteella voidaan todeta mielensterveyslain vaatimusten toteutuvan psykiatrisessa hoitotyössä erinomaisesti.

Työkokemuksella ja koulutustaustalla oli merkitystä vastaajien kesken. Varsinkin sairaanhoitajat, joilla oli yli 5 vuotta työkokemusta kokivat tuntevuansa lain edellyttämät säännökset hyvin. He olivat myös kriittisimpiä riittävien potilaspaikkojen riittävydestä tarpeisiin nähden.

9.1.6 Avoin kysymys

Avoimessa kysymyksessä tulee ilmi samoja asioita kuin kappaleessa hallinnollinen johtaminen. Kehittämisen kohteiksi nousevat selkeästi henkilöstön ja

potilaspaikkojen riittävyyden arviointi ja päätöksenteko. Laadukasta hoitotyötä on toteuttaa hoito mahdollisimman edullisesti, mutta kuitenkin laadukkaasti. (Kotisaari & Kukkola 2012; Terveystieteiden tutkimuskeskuksen laatuopas 2011; STM 2001.) Laukkanen kirjoittaa tutkimuksessaan, että psykiatrisilla erikoissairaanhoidon vuodeosastoilla Suomessa työskentelee keskimäärin yksi hoitaja 3,8 potilasta kohden (Laukkanen 2015). Terveystieteiden tutkimuskeskuksen julkaisun mukaan Kymenlaakson sairaanhoitopiirissä psykiatrisen erikoissairaanhoidon vuodeosastopaikkojen tarve on suurempi kuin Suomessa keskimäärin. Esimerkiksi vuonna 2013 Kymenlaakson sairaanhoitopiirissä oli 89 henkilöä tuhatta asukasta kohden, jotka tarvitsivat psykiatrista erikoissairaanhoidoa vuodeosastolla, kun vastaava luku samana vuonna oli Suomessa keskimäärin 83. (Psykiatrisen erikoissairaanhoidon tutkimuskeskus. 2013.) Kyselyn perusteella hoitajat kokevat, että henkilöstöä on liian vähän ja potilaita on liian usein ylipaikoilla. Kymenlaaksossa psykiatrisen erikoissairaanhoidon vuodeosastopotilaiden määrä on suurempi kuin keskimäärin Suomessa. On mahdollista, että tämä suurempi hoidon tarve johtaa siihen, että potilaita on ylipaikoilla ja hoitajat kokevat henkilöstöä olevan liian vähän.

Henkilökunta kokee selvästi, että se voi vaikuttaa hallinnolliseen päätöksentekoon eikä vuorovaikutusta tapahdu riittävästi. Toimivan johdon edellytys on yhteistyö eri yhteistyötahojen välillä. Näihin yhteistyötahoihin kuuluu myös osastoilla hoitoa toteuttavat sairaanhoitajat, lähihoitajat ja mielenterveyshoitajat (Kotisaari & Kukkola 2012; Terveystieteiden tutkimuskeskuksen laatuopas 2011; Heino & Tuominen 2010; Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinta 2000-luvulle 1999). Kyselymme tulosten perusteella Kymenlaakson psykiatrisen sairaalan hallinnon tulisikin kuunnella enemmän henkilökunnan mielipidettä ja perustella päätöksiä riittävästi. Epätietoisuus voi olla tuskallista, kun perusteluja omaa työtä koskevista päätöksistä ei tiedä. Kummastusta herättää avoimissa vastauksissa henkilöstön tyytymättömyys esimiesten toimintaan. Lähiesimiehen toimintaan oltiin kuitenkin suhteellisen tyytyväisiä ja heidän toimintansa tukee hoitotyön tavoitteiden saavuttamista. Epäselväksi jää, minkä johtoportaan esimiehiä vastauksissa on tarkoitettu ja mihin heidän toiminnassaan ei olla tyytyväisiä.

Muita kehityksen kohteita ovat kirjaaminen ja turvallisuuden kehittäminen, mitkä tulivat myös ilmi kappaleessa asiakaslähtöisyys. Työmotivaatio ja työssä jaksaminen nousivat vastauksissa myös esille, mutta siihen vaikuttavat kaikki

edellä mainitut asiat koko opinnäytetyössä. Opinnäytetyömme teoriassa mainitaan, että koettu väkivallan uhka vähentää työmotivaatiota ja heikentää näin hoidon laatua (Välimäki, Lantta ym. 2013). Turvallisuuteen panostamalla voitaisiin parantaa hoitajien työn mielekkyyttä, jolloin myös hoidon laatu paranisi.

9.2 Tutkimuksen validiteetti ja reliabiliteetti

Tutkimuksen validiteetilla (validius) tarkoitetaan tutkimuksen pätevyyttä. Tutkimuksen validiteettia arvioidaan esimerkiksi pohtimalla, että kuinka hyvin tutkimuksessa käytettävä tutkimusmenetelmä tai mittari antaa vastauksia asetettuihin tutkimusongelmiin ja tutkimuskysymykseen. Tutkimuksen validiteetin kannalta on myös tärkeää, että kyselylomakkeessa ei ole väittämiä, jotka voidaan ymmärtää monella eri tavalla. Tutkimuksen validiuden kannalta on tärkeää, että tutkimus tehdään huolellisesti alusta loppuun saakka. Tarkka käsitteiden, muuttujien, perusjoukon, mittareiden ja aineiston kerääminen mahdollistaa sen, että tutkimuksesta tulee pätevää. Tiivistettynä validiteetilla mitataan sitä, onko tutkija pystynyt siirtämään tutkimuksessaan käyttämänsä teorian kyselylomakkeeseen. (Vilkka 2015 193 - 194.)

Reliabiliteetillä (reliaabelius) tarkoitetaan mittauksen kykyä antaa luotettavia vastauksia tutkimusongelmiin ja tutkimuskysymykseen. Tarkoituksena on, että jos sama henkilö vastaisi uudestaan samaan kyselyyn, niin vastaukset olisivat täysin vastaavat eli mittaustulos olisi identtinen. Luotettavuutta heikentäviä tekijöitä ovat esimerkiksi vastaajan virheelliset merkinnät vastauslomakkeeseen tai tutkimuksen toteuttajan virheellinen kyselyn tulkinta. Tutkimuksen tulosten poiketessa aiemmista samaa asiaa mittaavista tutkimuksista on tarkasti pohdittava voiko ero johtua virheistä, jotka vaikuttavat tutkimuksen reliabiliteettiin. (Vilkka 2015, 194.)

Validiteetti ja reliabiliteetti yhdessä määrittävät tutkimuksen kokonaisluotettavuuden. Huolellinen teorian kartoittaminen, esitestaukset ja mahdollisten virheiden pohdinta etukäteen ja niiden välttäminen mahdollistavat hyvän kokonaisluotettavuuden. (Vilkka 2015, 193,194.)

Tässä opinnäytetyössä luotettavuutta heikentää 25 väittämää, joihin saimme 37 vastauksen sijasta 35 - 39 vastausta. Tätä voi selittää se, että Webpropol-ohjelma hyväksyi väittämään useamman vastauksen. Emme voi kuitenkaan tietää, onko vastaaja tarkoituksella jättänyt vastaamatta väittämään. Luotetta-

vuotta heikentävä tekijä saattaa olla myös varahenkilöstön vastaaminen kyselyyn. Saimme palautetta yhdeltä vastaajista, joka toi esiin, että vastatessaan kyselyyn hän ei ollut ihan varma mitä osastoa pitäisi ajatella kyselyyn vastatessaan. Emme voi myöskään olla varmoja, että miten vastaukset ovat jakautuneet eri osastoja kohden. Huonoimmassa tapauksessa on mahdollista, että vastauksia ei ole tullut joltakin osastolta ollenkaan ja näin opinnäytetyömme pohjalta joillakin osastoilla voitaisiin keskittyä väärin kehittämisen kohteisiin. Kyselyyn vastasi yhteensä 37 vastaajaa ja vastausprosentti on 38 %. Vastausprosentti ei ole huono, mutta vastaajien lukumäärä on pieni. Vastaajien pieni lukumäärä ei mahdollista niin hyvää tutkimuksen luotettavuutta kuin olisimme toivoneet. Kyselylomakkeen väittämien järjestys olisi voinut olla paremmin lajiteltuna aihepiireittäin.

Tässä opinnäytetyössä luotettavuutta lisäävät laadukkaat ja ajantasaiset lähteet. Kyselylomakkeen testaus ja testauksen jälkeinen puutteiden korjaaminen paransi kyselymme luotettavuutta, kuin myös muuttujataulukon käyttö. Tutkimustaulukosta voi tarkastella käyttämiämme tutkimuksien ajantasaisuutta ja aiheellisuutta. Tutkimuksen väittämät on esitetty liitteessä 2.

9.3 Tutkimuksen eettisyys ja tuloksien raportointi

Kyselyyn vastaaminen on täysin vapaaehtoista ja sen voi keskeyttää missä vaiheessa tahansa. Vastaamisesta ei saa palkkiota tai muuta etua. Kaikki vastaajat olivat täysi-ikäisiä. Yksittäisiä vastaajia ei voida myöskään kyselystä eikä tuloksista tunnistaa. Tulokset käsitellään luottamuksellisesti kysymyksittäin sekä taustatietojen perusteella ryhmiteltynä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009; Mäkinen 2006.)

Kysely suunnataan vain henkilöstölle, joten minkäänlaisia potilastietoja tai sallassapidon piirissä olevia asioita ei tule käsittelyyn eikä julkisiksi. Tässä opinnäytetyössä tulokset raportoidaan niin, että kyselyyn osallistuneita osastoja ei voida tunnistaa. Yksittäisiä vastaajia ei myöskään kyselyn perusteella voi tunnistaa ja tutkimuksen tekijät pidättävät oikeuden tarvittaessa tietojen luovuttamisessa. Saadut vastaukset ovat vain tutkimuksen tekijöiden käytettävissä ja ne hävitetään analysoinnin jälkeen asianmukaisesti.

Kyselylomakkeesta saadun palautteen perusteella ja luotettavuuden lisäämiseksi päädyimme esittämään kyselyn tulokset lukumäärällisesti mediaanin

käytön sijaan. Tällä pyrimme erottamaan joukosta osastojen erilaisuuden tutkittavissa asioissa.

9.4 Tutkimuksen hyödynnettävyys ja kehittämisideat

Opinnäytetyön tuloksia hyödynnetään Kymenlaakson psykiatrisen sairaalan hoitotyön laadun kehittämiseen. Opinnäytetyössä onnistuttiin keräämään hyvän hoidon kriteerejä psykiatrisessa hoitotyössä. Oli hienoa havaita, että hoitajien antamat avoimen kysymyksen vastaukset liittyivät vahvasti niihin asioihin, joita kyselylomakkeessa kysyttiin. Avoimen kysymyksen vastausten perusteella hoitajat kokevat, että yhteistyössä lääkäreiden kanssa on paljon parannettavaa. Hoitajien ja lääkäreiden välisestä yhteistyöstä ei ollut omaa väitettävää vaan se sisältyi moniammatilliseen työskentelyyn. Olemme kuitenkin tyytyväisiä siihen, että onnistuimme löytämään kehitettäviä kohteita, joista löytyvät yksityiskohtaisemmat pohdinnat kappaleista 9.2 - 9.7.

Aloitimme opinnäytetyömme syksyllä 2015 ja loppua oli opinnäytetyön valmistumisen kanssa jo kiire, mutta onnistuimme silti pitämään sovitusta aikataulusta kiinni. Kuitenkin, jos aikaa olisi ollut enemmän, olisi kyselylomaketta, työn teoriaosuutta sekä kyselyn tuloksien pohdintaa pystynyt hiomaan paremmaksi.

Työn tilaaja toivoi, että pystyisimme yhdistämään kirjoitetun teorian niin, että työn teoriaosuudessa näkyisi myös Kymenlaakson psykiatrisen sairaalan osastojen toimintatapoja ja heidän omia laadukkaan hoitotyön kriteereitä. Tässä asiassa emme varmastikaan onnistuneet ihan parhaalla mahdollisella tavalla, sillä olimme oikeastaan etsineet jo kaiken teorian työhön muualta. Saimme asiaa kuitenkin korjattua tällä osa-alueella lisäämällä teorian lähteeksi Kymenlaakson psykiatrisen sairaalan ja Carean aineistoa.

Tarkentavia kysymyksiä olisi voinut esittää terveydentilan arvioinnista. Miksi ja kuka ei arvioi potilaan terveydentilaa riittävästi? Aiheena laadukas hoitotyö on todella laaja ja tutkittavia asioita hyvin paljon. Käytimme pohjana työssä EFQM-mallia hahmottaaksemme kattavasti laatuun vaikuttavia asioita. Niitähän oli paljon ja yksittäisiä asioita ei voinut kovin syvällisesti tutkia. Opinnäytetyö ei anna konkreettisia kehittämis ehdotuksia tietyistä asioista.

Jatkotutkimuksia pystyisi tekemään lukuisia. Kyselyn voisi uusida parin vuoden kuluttua ja arvioida hoidon laadun kehittymistä. Tämä opinnäytetyö ei anna

kovinkaan tarkkoja vastauksia siitä, mikä tarkalleen hoidon laadussa on ongelmana. Työn avulla voidaan arvioida isompaa kokonaisuutta, joita tutkimusongelmamme sisältävät. Esimerkiksi tuloksissa on noussut esiin tyytymättömyys johdon toimintaan, mutta emme pysty tuomaan ilmi tiettyä asiaa, johon vastaajat eivät ole tyytyväisiä. Jatkotutkimusaiheet voisivatkin olla tarkennettuina kohdistettuna tiettyyn tutkimusongelmaan. EFQM-mallia voisi käyttää apuna myös muissa hoitoalan laadun arvioimiseen liittyvissä tutkimuksissa. EFQM-malli on tuntemattomampi käsite hoitoalalla ja kuitenkin oman kokemuksemme mukaan se sopii hyvin myös sosiaali- ja terveysalan laadun arviointiin.

LÄHTEET

- CAF 2013. Yhteinen arviointimalli The Common Assessment Framework. Saatavissa: <http://vm.fi/documents/10623/307561/CAF+2013+%28suomeksi%29.pdf/a986fa41-f952-47ef-9c59-be4b619af8ce> [viitattu 3.10.2015].
- Carea pähkinänkuoressa. Carea. Saatavissa: <http://www.carea.fi/fi/Tietoa%20Careasta/Kymenlaakson%20sairaanhoito-%20ja%20sosiaalipalvelujen%20kuntayhtym%C3%A4/> [viitattu 27.9.2015].
- EFQM Excellence Model. 2003. Suomenkielinen käännös. European Foundation for Quality. Helsinki: Laatu keskus Excellence Finland.
- Ensihoito. 2013. Kuisma M., Holmström P., Nurmi J., Porthan K. & Taskinen T. 3.-4. painos. 2013. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Erikoissairaanhoitolaki 1.12.1989/1062
- Hallila L. 2005. Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.
- Heino, J. & Tuominen, K. 2010. Johdatko terveydenhuolto-organisaatiota laadukkaasti? Turku: Oy Benchmarking Ltd.
- Hoito osastolla. Carea. Saatavissa: <http://www.carea.fi/fi/Potilaille%20ja%20%C3%A4heisille/Potilaana%20sairaalassa/Hoito%20osastolla/> [viitattu 2.1.2016].
- Holmberg, J., Hirschovits, T. & Kylmänen, P. 2008. Tämä potilas kuuluu meillemme. Helsinki. Suomen sairaanhoitajaliitto ry. Saatavissa: http://www.vtv.fi/files/1854/1942009_Mielenterveyspalvelut_netti.pdf. Helsinki: Edita. [viitattu 21.10.2015].
- Hyvän hoidon taso. Carea. Kymenlaakson sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä. Päivitetty 1/2016. [viitattu 18.1.2016]. Saatavissa: Carean Intranet.
- Kananen, J. 2008. Kvantti. Kvantitatiivinen tutkimus alusta loppuun. Jyväskylä: Jyväskylän Yliopistopaino Oy.
- Kananen, J. 2011. Kvantti. Kvantitatiivisen opinnäytetyön kirjoittamisen käytännön opas. Jyväskylä: Tampereen Yliopistopaino Oy.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOYpro Oy.
- Kansanterveyslaki 28.1.1972/66
- Kiviniemi, L. 2014. Minä mielenterveystyön tekijänä. Porvoo: Bookwell Oy.
- Korkeila, J. 2015. Mielenterveyspalvelujen rakenteita korjaamalla parempaa hoitoa ja vähemmän häpeäleimaa. Duodecim 2015;131 s. 563–4.

Kotisaari, M.-L. & Kukkola S. 2012. Potilaan oikeudet hoitotyössä. Helsinki: Fioca Oy.

Kuhanen, C., Oittinen, P., Kanerva, A., Seuri, T., Schubert, C. 2010. Mielen-terveysshoitotyö. Helsinki: WSOY.

Kärkkäinen, M.-L. 2013. Työnohjaus psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa. Väitöskirja. Itä-Suomen yliopisto. Saatavissa: http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-1180-3/urn_isbn_978-952-61-1180-3.pdf [viitattu 1.10.2015].

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785

Laukkanen, E. 2015. Hoitotyön henkilöstömitoitus ja pakkotoimet psykiatrisilla osastoilla. Pro gradu-tutkielma. Itä-Suomen yliopisto. Saatavissa: http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20150129/urn_nbn_fi_uef-20150129.pdf [viitattu 18.3.2016].

Laukkanen, M. 2010. Mielen hoito on mielekästä työtä. Psykiatrisen hoitohenkilöstön työtyytyväisyystutkimus. Pro gradu-tutkielma. Itä-Suomen yliopisto. Saatavissa: http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20100014/urn_nbn_fi_uef-20100014.pdf [viitattu 1.10.2015].

Leino-Kilpi, H & Välimäki, M. 2010. Etiikka hoitotyössä. Porvoo: WSOY.

Litmanen, S. 2014. Psykiatrisen hoitotyön henkilöstömitoitus. Pro gradu-tutkielma. Itä-Suomen yliopisto. Saatavissa: http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20141053/urn_nbn_fi_uef-20141053.pdf [viitattu 29.9.2015].

Lönnqvist, J. 2011. Psykiatria. Helsinki: Duodecim.

Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116

Mäkinen, O. 2006. Tutkimusetiikan ABC. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Mäyränpää, M. 2007. Therapia Fennica. Jyväskylä. Kandidaattikustannus Oy.

Niemelä, S. & Blanco-Sequeros, S. 2015. Psykiatrian merkitys korostuu sosi- aali- ja terveystalouden yhdistyessä. Duodecim 2015;131:565–6 Saatavis- sa: <http://www.terveysportti.fi.xhalax-ng.kyamk.fi:2048/xmedia/duo/duo12161.pdf> [viitattu 26.9.2015].

Oksanen, J. 2015. Lääkehoitoon sitoutumisen tukeminen psykiatriassa. Duo- decim 2015;131:1437–42.

Osastot. Carea. Saatavissa: <http://www.carea.fi/fi/Sairaalat%20ja%20palvelut/Psykiatria/Aikuispsykiatria/Osastot/> [viitattu 27.9.2015].

Perehdytysopas. Tervetuloa meille töihin. Carea. Saatavissa: <http://www.carea.fi/fi/Tietoa%20Careaasta/Avoimet%20ty%C3%B6paikat/Henki- l%C3%B6st%C3%B6oppaat/> [viitattu 27.9.2015].

Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. Näyttöön perustuva toiminta. Saatavissa: <http://www.pshp.fi/default.aspx?contentid=35830> [viitattu 4.1.2015].

Psykiatria. Carean internetsivut. Saatavissa:
<http://www.carea.fi/fi/Sairaalat%20ja%20palvelut/Psykiatria/> [viitattu 27.9.2015].

Psykiatrinen erikoissairaanhoido. 2013. Terveiden- ja hyvinvoinnin laitoksen julkaisuja. 2015:1. Helsinki: THL. Terveiden- ja hyvinvoinnin laitoksen internetsivut. Saatavissa:
http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/125570/Tr02_15_fi_sv_en.pdf?sequence=8 [viitattu 1.10.2015].

Ratkaisujen Suomi. 2015. Pääministeri Juha Sipilän hallituksen strateginen ohjelma. Hallituksen julkaisusarja 10/2015. Helsinki: Valtioneuvoston kanslia. Valtioneuvoston -internetsivut. Saatavissa:
http://valtioneuvosto.fi/documents/10184/1427398/Ratkaisujen+Suomi_FI_YH_DISTETTY_netti.pdf/801f523e-5dfb-45a4-8b4b-5b5491d6cc82 [viitattu 28.11.2015].

Rautanen, M. & Korkeila, J. 2015. Psykiatrian sairaansijojen alasajo horjuttaa hoidon laatua. Suomen Lääkärilehti 21/2015. Saatavissa:
<http://www.fimnet.fi/cl/laakarilehti/pdf/2015/SLL212015-1475.pdf> [viitattu 29.12.2015].

Rekrytointiesite. Carea. Saatavissa:
<http://www.carea.fi/fi/Tietoa%20Careasta/Avoimet%20ty%C3%B6paikat/Henkil%C3%B6st%C3%B6oppaat/> [viitattu 2.1.2016].

Sairaalat ja erikoissairaanhoido. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö. Saatavissa:
<http://stm.fi/sairaalat-erikoissairaanhoido> [viitattu 4.10.15]

SFS-EN ISO 9000-2005. 2005. Suomen standardisoimisliitto SFS. 2. painos.

Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinta 2000-luvulle. 1999. Valtakunnallinen suositus. Helsinki: Stakes. Saatavissa:
<https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/76248/laadunhallinta2000.pdf?sequence=1> [25.9.2015].

Sosiaalihuoltolaki 30.12.2014/1301

STM. 2001. Mielenterveyspalveluiden laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2001:9. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Saatavissa:
<https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/111122/laatusuositus.pdf?sequence=1> [viitattu 26.9.2015].

Suomen perustuslaki 11.6.1999/731

Suvisaari, J., Perälä, J., Viertiö, S., Saarni, S., Tuulio-Henriksson, A., Partti, K., Saarni, S., Suokas, J. & Lönnqvist, J. 2012. Psykoosien esiintyvyys ja alueellinen vaihtelu Suomessa. Suomen Lääkärilehti 9/2012. Saatavissa
http://www.laakarilehti.fi/files/nostot/2012/nosto9_1.pdf [viitattu 29.9.2015].

Teperi, J. 2005. Erikoissairaanhoido. Terveyskirjasto. Saatavissa:
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00053 . [viitattu 1.10.2015].

Terveidenhuollon laatuopas. 2011. Kuntaliiton verkkojulkaisu. Saatavissa:
http://shop.kunnat.net/product_details.php?p=2597 [Viitattu 29.9.2015].

Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326

THL. 2012. Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. Helsinki: THL. Terveyden- ja hyvinvoinnin laitoksen internetsivut. Saatavissa: http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90832/Rap068_2012_netti.pdf?sequence=1 [viitattu 29.9.2015].

Toiminnallinen kuntoutus. Carea. Saatavissa: <http://www.carea.fi/fi/Sairaalat%20ja%20palvelut/Psykiatria/Toiminnallinen%20kuntoutus/> [viitattu 27.9.2015].

Valtiontalouden tarkastusviraston tuloksellisuustarkastuskertomus 194/2009. Mielenterveyspalveluja ohjaavan lainsäädännön toimivuus. Saatavissa: https://www.vtv.fi/files/1854/1942009_Mielenterveyspalvelut_netti.pdf [viitattu 1.10.2015].

Vehkalahti, K. 2008. Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Helsinki. Tammi.

Viinikainen, S. 2015. Hoitotyön ja hoitotyön johtajan valta sekä organisaation sosiaalinen todellisuus. Väitöskirja. Tampereen yliopisto. Saatavissa: <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/96978/978-951-44-9770-4.pdf?sequence=1> [viitattu 24.10.2015].

Vilkka H. 2015. Tutki ja Kehitä. Juva: Bookwell Oy.

Vuori-Kemilä A, Stengård E, Saarelainen R, Annala T. 2007. Mielenterveys- ja päihdetyö: yhteistyötä ja kumppanuutta. Helsinki. WSOY.

Välimäki, M., Lantta, T., Anttila, M., Pekurinen, V., Alhonkoski, M., Suvanne, T., Laine, A., Kannisto, K., Kontio, R. 2013. Hoitajien työnhallinta psykiatrisen potilaan väkivaltatilanteissa. Loppuraportti. Turun yliopisto. Saatavissa: https://www.tsr.fi/c/document_library/get_file?folderId=13109&name=DLFE-9576.pdf [viitattu 10.10.2015]

TUTKIMUSTAULUKKO

Tutkimuksen tekijä ja vuosi	Tarkoitus ja tavoite	Tutkimusmenetelmä	Tutkimusalue/otot	Tulokset ja pohdinta
Kärkkäinen Maj-Lis: Työnohjaus psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa, 2013. Väitöskirja, Itä-Suomen yliopisto	Kuvata, ymmärtää, hyödyntää ja kehittää työnohjausta psykiatriassa.	Laadullinen haastattelututkimus	Osastojen ja poliklinikoiden henkilökunta, osaston lääkärit ja -hoitajat, työnohjausta antavat, sekä ylilääkärit ja ylihoitajat.	Työnohjaus onnistuessaan parantaa merkittävästi hoitotyön laatua. Henkilökunnan mahdollisuudet osallistua vaihtelevat.
Litmanen Sirpa: Psykiatrisen hoitotyön henkilöstömitoitus, 2014. Pro gradu, Itä-Suomen yliopisto	Kuvata psykiatrisen hoitotyön henkilöstömitoitusta ja tavoitteena hyödyntää tietoa henkilöstön suunnittelussa.	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus	Vuosien 2007-2012 aiheeseen liittyvät tutkimukset ja artikkelit.	Henkilöstön riittävään määrään vaikuttavat henkilöstön määrä ja rakenne, potilaiden hoitoisuus. Tutkimuksessa huomioitu myös työturvallisuus ja stressi. Oikealla mitoituksella vaikutetaan hoidon tuloksiin ja henkilöstön jaksamiseen. Asiaa kuitenkin tutkittu vähän.
Laukkanen Maarit: Mielen hoito on mielekästä työtä, 2010. Pro gradu, Itä-Suomen yliopisto	Mitkä tekijät vaikuttavat työtyytyväisyyteen psykiatrian hoitohenkilökunnassa. Tietoja voidaan hyödyntää hoitotyön johtamisessa.	Kvantitatiivinen kyselytutkimus	Neljän sairaalan psykiatrian poliklinikoiden hoitohenkilökunta, ml. hoitajat ja hoitotyön johtajat.	Hoitohenkilöstö on pääosin tyytyväisiä oman työnsä mielekkyyteen ja arvostukseen. Ammatillisista palautetta esimiehiltä koettiin saavan liian vähän ja tyytymättömiä oltiin myös työolosuhteisiin.
Viinikainen Sari: Hoitotyön ja hoitotyön johtajan valta sekä organisaation sosiaalinen todellisuus, 2015. Väitöskirja, Tampereen Yliopisto.	Kuvata hoitotyön ja hoitotyön johtajien valtaa ja siihen vaikuttavia tekijöitä julkisessa terveydenhuollossa.	Kvalitatiivinen ja kvantitatiivinen menetelmä: Teema-haastattelu keskijohdon esimiehille ja lähiesimiehille kyselylomake.	Keskijohdossa kahden sairaanhoitopiirin johtajat. Kyselylomakkeessa sairaanhoitopiirin lähiesimiehet.	Hoitotyön johtajien valta arvioitiin keskitasolle. Parhaiten koettiin onnistuvan hoitotyön tavoitteiden saavuttamisessa, heikoiten resurssien osalta.
Välämäki M, Lantta T, Anttila M, Pekurinen V, Alhonen M, Suvanne T, Laine A, Kannisto K, Kontio R. 2013. Hoitajien työhallinta psykiatrisen potilaan väkivaltatilanteissa. Loppuraportti.	Julkaisu on osa hanketta, jonka tarkoitus on tukea psykiatrian osastojen hoitajien työhyvinvointia ja kehittää uusi hoitomenetelmä väkivaltaisen potilaan kohtaamiseen ja riskin arviointiin.	Kirjallisuuskatsaus	Psykiatrisen sairaalan osastoilla työskentelevät hoitajat.	Psykiatriassa ylivoimaisesti eniten väkivaltatilanteita verrattuna muuhun hoitotyöhön. Väkivaltariskiä mahdollista arvioida erilaisilla mittareilla.
Laukkanen Emilia: Hoitotyön henkilöstömitoitus ja pakkotoimet psykiatrisilla osastoilla, 2015. Pro gradu. Itä-Suomen Yliopisto.	Miten henkilöstömitoitus vaikuttaa pakkotoimien määrään psykiatrisilla osastoilla. Tavoitteena vähentää pakkotoimien määrää ja hyödyntää tietoa hoitotyön johtamisessa.	Kirjallisuuskatsaus	Kymmenen sairaanhoitopiiriä Suomesta, jotka edustavat mahdollisimman hyvin Suomen kaikkia sairaanhoitopiirejä.	Pakkotoimien määrä oli vähäisempi osastoilla, joissa henkilöstöä oli enemmän. Tutkimuksessa ei syitä tähän voitu kuitenkaan osoittaa. Henkilöstömäärissä on suuria osastokohtaisia eroja.

VÄITTÄMÄT

Hoitajien kokemuksia laadukkaasta hoitotyöstä psykiatrisessa sairaalassa akuuteilla vastaanotto-osastoilla.

Taustakysymykset

Työkokemus

alle vuosi/yli vuosi/yli 5 vuotta

Koulutus

sairaanhoitaja / mielenterveyshoitaja tai lähihoitaja

Hoitotyön suunnitelmallisuus

1. Hoitotyölle on määritetty selkeä tavoite sairaalahoidokselle.
2. Esimiehen toiminta edistää merkittävästi hoitotyön tavoitteiden saavuttamista.
3. Psykiatriseen erikoissairaanhoidoon liittyvät Käypähoito-suositukset ovat minulla tiedossa.
4. Käypähoito-suositukset toteutuvat hoitotyössäni.
5. Psykiatrisen hoitotyön hyvät hoito- ja toimintakäytännöt ovat minulle selkeät.
6. Työskentely on minulle rutiininomaista.
7. Rajoittamistoimenpiteet ovat osa normaalia hoitoa.
8. Perusoikeuksien rajoittaminen herättää keskustelua työyhteisössä.
9. Arvioin kriittisesti omaa työskentelyä.
10. En saa työnantajalta säännöllisesti ammattitaitoa edistävää jatkokoulutusta.
11. En saa työnantajalta säännöllisesti työnohjausta.
12. Hyödynnän henkilökohtaista työnohjausta.
13. Hallinto perustelee riittävästi päätöksiään.
14. Koen työyksikön toiminnan kehittämisen pysähtyneen paikoilleen.
15. Olen saanut laadunhallinnan koulutusta.
16. Olen motivoitunut työhöni.
17. Potilaan terveydentilaa arvioidaan riittävän usein hoidon aikana.
18. Henkilökunnan rakenne vastaa hyvin osaston tarpeita.

Hoitotyön ajankäyttö

19. Käytettävissä oleva tietotekniikka tukee hoitotyötä.
20. Osaston laitteet toimivat asianmukaiset.
21. Osaston tilat tukevat sujuvaa työskentelyä.
22. Minulle on järjestetty aikaa keskustella potilaani toisen omahoitajan kanssa potilaan hoidosta.
23. Osastolla on tarpeeksi henkilökuntaa, jotta potilastyöhön jää riittävästi aikaa.
24. Kirjaaminen vie potilastyöstäni suhteettomasti aikaa.
25. Suullinen raportointi vie liikaa aikaa.
26. Huomaan usein tehneeni turhia hoitotoimenpiteitä.
27. Koen stressiä työhön liittyen vapaa-ajalla.

Hoitotyön asiakaslähtöisyys

28. Voin tarkistaa potilaan hoitoon liittyviä olennaisimpia asioita vastaanottamisesta hoidon päättymiseen saakka.
29. Potilaalta kysytään hänen suostumustaan hoitoon.
30. Otan huomioon potilaan oman näkemyksen hoidon toteuttamisesta.
31. Lähiomaisia kuullaan tarvittaessa sen selvittämiseksi, millainen hoito parhaiten vastaisi potilaan tahtoa.
32. Potilaan omaisten voimavarojen tukeminen kuuluu hoitotyöhöni.
33. Kunnioitan potilaan yksityisyyttä hoitotyössäni.
34. Kunnioitan potilaan vakaumusta.
35. En loukkaa työssäni potilaan ihmisarvoa.
36. Hoidan potilaita heidän etujensa mukaisesti.
37. Yksikön toiminta huomioi yksilölliset erot potilaan hoidossa.
38. Kertaan potilaan kanssa hoitosuunnitelmaan kuuluvia asioita.
39. Hoitosuhteessa korostuu molemminpuolinen vuorovaikutus.
40. Huomaan käyttäväni negatiivisia kommentteja potilaiden kanssa keskustellessa.
41. Potilas on tietoinen hänelle tehdyistä diagnooseista.
42. Kuuntelen potilaan mielipidettä lääkahoitoa suunniteltaessa.
43. Potilaat sitoutuvat lääkehoitoon.

44. Informoin potilasta rajoitustoimenpiteisiin johtaneista syistä.
45. Tahdosta riippumattoman hoidon jatkamiseksi potilaalle annetaan mahdollisuus ulkopuolisen lääkärin riippumattomaan arvioon.
46. Potilaan rajoittamistoimenpiteiden tarpeellisuutta arvioidaan riittävän usein hoidon aikana.
47. Päätös tahdosta riippumattomasta hoidosta annetaan potilaalle tiedoksi viipymättä.
48. Potilaat ovat hoitajakson jälkeen tyytyväisiä saatuun hoitoon.
49. Potilaan omaiset ovat tyytyväisiä hoitoon.
50. Psykiatrissa hoitotyötä kehitetään ensisijaisesti potilaan näkökulma huomioiden.
51. Huomioin potilaan jatkohoidon suunnittelun osastojakson aikana.
52. Voin tehdä hoitotyötäni laadukkaasti ja osaamistani hyödyntäen.

Hoitotyön moniammatillinen työskentely

53. Saatavillani on kirjallinen kuvaus potilaan hoitoon osallistuvien tahojen toiminnasta ja työnjaosta.
54. Hoidon vastuualueet ovat sovittu järkevästi eri ammattiryhmien kesken.
55. Hoitosuunnitelmaa päivitettäessä kaikki ammattiryhmät saavat siitä tiedon.
56. Esimieheni toiminta edistää yhteistyötä muiden ammattiryhmien välillä potilasta hoidettaessa.
57. Tarvittaessa saan helposti yhteyden muihin ammattiryhmiin.
58. Kaikki ammattiryhmät ovat mukana potilaan hoidossa.
59. Hoidon päättyessä potilaan jatkosuunnitelmat ovat selvät.
60. Voin vaikuttaa yksikön toiminnan kehittämiseen.
61. Pystyn vaikuttamaan hoitotyön kehittämiseen työyksikössä.
62. Työntekijöillä on mahdollisuus vaikuttaa hallinnolliseen päätöksentekoon.
63. Henkilöstö osastolla on ammattitaitoista ja työnsä osaavaa.
64. Potilaille on nimetty useampi kuin yksi omahoitaja.

Hoitotyön turvallisuus

65. Koen väkivallan uhkaa työskennellessäni.
66. Henkilöstön turvallisuus huomioidaan riittävästi potilaan perusoikeuksia rajoitettaessa.
67. Muiden potilaiden turvallisuus huomioidaan riittävästi potilaan perusoikeuksia rajoitettaessa.
68. Väkivallan uhka vaikuttaa työni laatuun negatiivisesti.
69. Huomaan usein puutteellisia potilasmerkintöjä.
70. Puutteelliset potilasmerkinnät vaarantavat potilaiden turvallisuutta.
71. Puutteelliset potilasmerkinnät vaarantavat hoitajien turvallisuutta.

Hoitotyön lainsäädäntö

72. Tunnen mielenterveyslain sisällön kiitettävästi.
 73. Tunnen tahdosta riippumattomaan hoitoon liittyvät lait kiitettävästi.
 74. Tiedän mistä osastoltani löytyy yksityiskohtaiset ohjeet kuinka potilaan perusoikeuksien rajoittaminen toteutetaan.
 75. Potilaspaikkoja on riittävästi tarpeisiin nähden.
 76. Ylläpidän omaa ammattitaitoani säännöllisesti.
- Kerro kolme keskeisintä kehittämiskohdetta psykiatrisessa hoitotyössä osastollasi. (Avoin)

MUUTTUJATAULUKKO

1. Miten psykiatrisen hoitotyön suunnitelmallisuus näkyy psykiatrisessa hoitotyössä?
2. Miten asiakaslähtöisyys toteutuu psykiatrisessa hoitotyössä?
3. Kuinka hallinnollinen johtaminen tukee laadukkaan hoitotyön tavoitteiden saavuttamista?
4. Kuinka moniammatillinen yhteistyö tukee laadukasta hoitotyötä?
5. Miten psykiatrista hoitotyötä ohjaava lainsäädäntö toteutuu hoitotyössä?

Tutkimusongelma	Muuttuja	Teoriakappale	Väittämät
1.	Hoitotyön tavoite	5.2/5.5	1,17
1.	Työskentely ja vuorovaikutus	5.2	6-8, 39-40
1.	Hoitosuunnitelma ja lääkehoito	5.2	38, 42, 43
1.	Ammattitaidon ylläpito	4.1/5.3	9-12, 63, 76
1.	Työhyvinvointi	4.3/5.3	16, 27, 52, 65-68
1.	Tilat ja laitteet	5.5	19-21
1.	Prosessien kuvaus	5.5	28
1.	Näyttöön perustuva hoitotyö	4.1/5.1	3-5
1.	Potilasmerkinnät	5.2	24-26, 69-71
2.	Yksityisyys	4.3/5.2/5.4	33-35
2.	Yksikön toiminta	4.3/5.1/5.2/5.4	29, 37, 50
2.	Potilaan kuuntelu ja informointi	3.2/5.4	30,41, 44, 48
2.	Omaisten huomiointi	5.4	31-32, 36,49
2.	Omahoitajuus	3.2/5.4/5.6	22,64
3.	Lähiesimiehen toiminta	5.5/5.6	2, 56
3.	Sairaansijojen ja henkilöstön määrä	5.3/5.5	18,23,75
3.	Työyksikön kehittäminen	5.3/5.5	13-15, 60-62
4.	Moniammatillinen yhteistyö	5.6	53-55, 57-58
4.	Jatkohoito	5.1/5.2/5.6	51, 59
5.	Tahdosta riippumaton hoito	4.3	17, 45-47, 74
5.	Lakien tunteminen	4.2/4.3	72-73

SAATEKIRJE

Arvoisa vastaanottaja

Olemme Kymenlaakson Ammattikorkeakoulusta valmistuvia sosiaali- ja terveysalan opiskelijoita. Opinnäytetyömme aiheena on hoitajien kokemuksia laadukkaan hoitotyön toteutumisesta psykiatrisessa sairaalassa. Työmme tarkoituksena on kartoittaa hoitotyön laatua ja löytää kehittämiskohteita hoitotyön laadun parantamiseksi. Vastausten perusteella voidaan parantaa osa-alueita, jotka ilmenevät puutteellisiksi.

Kyselyyn vastaavat hoitoyöntekijät osastoilta 1,2,4,7 ja varahenkilöstöstä. Kyselyn arvioitavia osa-alueita ovat hoitotyön suunnitelmallisuus, ajankäyttö, asiakaslähtöisyys, moniammatillinen yhteistyö, turvallisuus ja psykiatrista hoitotyö ohjaava lainsäädäntö.

Työ on hankkeistettu Kymenlaakson psykiatrisen sairaalan toimesta ja suoritetaan

Webropol -kyselynä, johon linkki jäljempänä. Kyselyyn vastataan vapaaehtoisesti ja täysin anonyymisti. Vastauksia ei voida yhdistää myöskään osastokohtaisesti. Vastausten analysoinnin jälkeen vastaukset hävitetään asianmukaisesti.

Kyselyyn vastaaminen kestää n. 15 minuuttia. Jokaiseen väittämään rastitetaan ainoastaan yksi vastausvaihtoehto. Vastaathan kyselyyn 22.2.2016 mennessä. Opinnäytetyömme ohjaajina toimivat Kymenlaakson ammattikorkeakoulusta lehtorit Terhi Hede ja Sari Engelhardt, sähköposti: etunimi.sukunimi@kyamk.fi. Satu Pakkanen toimii ohjaajana työn tilaajan puolelta.

Linkki kyselyyn:

<https://www.webropol-surveys.com/S/B5816DE95CE80B94.par>

Mikäli sinulla on kysyttävää kyselylomakkeesta, laita viestiä osoitteeseen: antton.gronlund@student.kyamk.fi, tuomas.saviluoto@student.kyamk.fi tai simo.tanskanen@student.kyamk.fi.

Toivomme sinulta myönteistä suhtautumista opinnäytetyötämme kohtaan.

Kiitos osallistumisestasi!

Yhteistyö terveisin

Antton Grönlund, Tuomas Saviluoto & Simo Tanskanen, KyAmk

Ensihoidon koulutusohjelma



Päätös	
Päivämäärä	Päätösnumero
9.3.2016	7/2016

Asia ja päätös	Lupa opinnäyte- ja tutkimustyöhön Päätös: Myönnän luvan "Hoitajien kokemuksia laadukkaasta hoitotyöstä psykiatrisessa sairaalassa akuutilla vastaanotto-osastolla" - opinnäytetyölle.
Asianosaiset	Antton Grönlund, Simo Tanskanen, Tuomas Saviluoto
Perustelut	liitteessä
Viranomaisen allekirjoitus ja virka-asema	Kymenlaakson sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä <i>Arja Narinen</i> Arja Narinen johtajajaylihoitaja
Lisätietojen antaja	Arja Narinen arja.narinen@careafi
Saaja/Tiedoksi	Antton Grönlund, Simo Tanskanen, Tuomas Saviluoto
Asiakirjat/liitteet	hakemus/lupa opinnäyte- ja tutkimustyöstä
Päätös nähtävänä	14.3.2016
Oikaisuvaatimus-ohje	Päätökseen tyytymätön voi tehdä oikaisuvaatimuksen Kymenlaakson sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymän hallitukselle, os. Kotkantie 41, 48210 Kotka. Oikaisuvaatimus on tehtävä 14 päivän kuluessa päätöksen tiedoksisaamisesta. Asianosaisen katsotaan saaneen päätöksestä tiedon, jollei muuta näytetä, seitsemän päivän kuluttua kirjeen lähettämisestä. Oikaisuvaatimuksesta on käytävä ilmi vaatimus perusteluineen ja se on tekijän allekirjoitettava. Oikaisuvaatimus on toimitettava oikaisuvaatimusviranomaiselle ennen oikaisuvaatimusajan päättymistä.
Tiedoksiantotodistus	Tämä päätös on annettu tiedoksi ___/___ 2016 asianosaiselle.