



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU
Yhdessä enemmän

Vierusraportoinnin kehittäminen

Pykälä-aho, Mia
Vesämäki, Sari

2017 Laurea





Laurea-ammattikorkeakoulu

LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU
Yhdessä enemmän

Vierusraportoinnin kehittäminen

Pykälä-aho Mia, Vesämäki Sari
Sairaanhoitajakoulutus
Opinnäytetyö
Huhtikuu, 2017

Pykälä-aho Mia, Vesamäki Sari

Vierusraportoinnin kehittäminen

Vuosi 2017 Sivumäärä 35

Vierusraportointi on käytössä Jorvin sairaalan akuutilla psykoosiosastolla P4. Tässä opinnäytetyössä vierusraportointi rinnastetaan vuoteenvierusraportointiin. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää, millainen on laadukas vierusraportointi Jorvin sairaalan osasto P4 henkilökunnan näkökulmasta. Konkreettinen hyöty työyhteisölle on mahdollisuus kehittää vierusraportointia. Opinnäytetyö kohdentuu Jorvin sairaalan osastolle P4 ja tulee heidän käyttöönsä heidän vierusraportoinnin kehittämistyössään. Ehdotusten käytäntöön vieminen jää työyhteisön vastuulle.

Tässä opinnäytetyössä aineiston keruumenetelmänä käytettiin teemahaastattelua. Teemahaastattelun tarkoituksena oli saada selville keskeiset aiheet, joita tutkimushaastattelussa olisi välttämätöntä käsitellä tutkimusongelmaan vastaamiseksi. Tutkimusaineisto analysoitiin soveltamalla sisällönanalyysinmenetelmää. Opinnäytetyöhön liittyi tutustuminen osastoon, jonka jälkeen tutkimuskysymyksiksi valikoituivat, millainen on laadukas vierusraportointi ja miten vierusraportointia tulisi kehittää. Lisäksi aineistoa kerättiin pienryhmähaastatteluilta, jotka analysoitiin anomyymisti. Tämän jälkeen esille tulleista asioista koottiin yhteenveto siitä, miten raportointimenetelmää voitaisiin kehittää.

Haastattelutulosten perusteella vierusraporttia toivottiin kehitettävän vieläkin potilaslähtöisemmäksi. Potilailta voisi kysyä, miten he kokevat vierusraportin ja mitä ehdotuksia heillä olisi sen sisältöön. Vierusraportilla potilas voisi kertoa enemmän omasta tilastaan ja siitä miten kokee hoidon vaikuttavuuden ja mitä toivoo hoidoltaan. Vierusraportin kertoja toivottiin lisättävän. Jos vierusraportti pidettäisiin myös viikonloppuna, olisi omaisilla parempi mahdollisuus osallistua siihen. Omaisten mukanaolo vierusraportoinnilla saattaisi tuoda lisäarvoa. Lääkärien, psykologin, toimintaterapeutin ja sosiaalityöntekijän osallistuminen vierusraporttiin saattaisi lisätä potilastyytyväisyyttä. Tämä voisi auttaa potilaan sitoutumista hoitoonsa ja auttaa toipumisessa.

Tulosten mukaan vierusraportin hyväksi pituudeksi koettiin maksimissaan viisitoista minuuttia, mutta kestoa toivottiin voitavan mieltä tapauskohtaisesti. Ehdotettiin, että vierusraportista olisi henkilökunnalle ohjeistus, josta kuitenkin tarvittaessa voitaisiin poiketa. Ehdotettiin, että vierusraportoinnista tiedotettaisiin. Sitä voitaisiin myös markkinoida, esimerkiksi osaston esitteissä voisi kertoa mitä vierusraportointi on ja miten omaiset voivat olla siinä mukana. Tärkeäksi koettiin myös se, että henkilökunta on motivoitunut pitämään vierusraportin.

Johtopäätöksinä esitettiin, että vierusraportti pidettäisiin kolme kertaa viikossa, myös viikonloppuisin. Potilaslähtöisyyttä voisi kehittää niin, että potilailta kysyttäisiin heidän voinnistaan sekä hoito- ja vierusraportointikokemuksistaan. Vierusraportoinnin ohjeistus olisi kaikkien nähtävillä. Vierusraportoinnin näkyvyyttä voisi lisätä tekemällä asiasta esite ja juliste.

Jatkossa voitaisiin kysyä potilailta ja omaisilta, miten he kokevat vierusraportoinnin ja mitä toiveita heillä on siihen.

Asiasanat: vuoteenvierusraportointi, vierusraportointi, psykoosi, psykoosin hoito, moniammatillisuus.

Pykälä-aho Mia, Vesamäki Sari

Development of bedside reporting

Year	2017	Pages	35
------	------	-------	----

Bedside reporting is in use in the acute psychosis department P4 of the hospital of Jorvi. In this thesis, bedside reporting is equated with bedside shift reporting. The purpose of this thesis is to examine how the staff of the department P4 of Jorvi hospital defines high-quality bedside reporting. The findings of this thesis can be used to develop bedside reporting; thus, the work community can benefit from the study in practice. Implementing the proposals remains the responsibility of the work community.

In this thesis, data were collected using theme interviews. The purpose of a theme interview is to find out the central subjects or themes that need to be discussed further in order to answer the research problem. The research data are analysed applying the method of content analysis.

At the beginning of the study, the researchers got acquainted with the department. After that, the research questions were chosen: What is high-quality bedside reporting like and how should bedside reporting be developed. More material was collected with interviews in small groups. These interviews were anonymously analysed, and the matters which had emerged from the data were compiled into a summary of how the reporting method could be developed.

In the interview results, it was hoped that the patients would have a more significant role in the making of a bedside report. The patients could be asked how they feel about bedside report and what suggestions they have regarding its content. It was hoped that bedside report was made more often. If bedside report was made also during the weekend, the family members would have a better opportunity to participate in it. The attendance of the family members might bring more value to the report. The participation of the doctor, the psychologist and other workers in the bedside report might increase the patient contentment. This could increase the patient's commitment to his care and help him in the recovery.

According to the results, fifteen minutes was seen as the maximum length for a good bedside report, but it was also hoped that the duration could be considered case by case. It was suggested that there would be instructions for the staff on the making of a bedside report, but it would be possible to deviate from them, when necessary. It was suggested that there should be more information about bedside reporting. It could also be "marketed". The fact that the staff has become motivated to make the bedside report also was regarded as important.

As a conclusion, it was proposed that bedside report would be made three times a week, also on weekends. The participation of the patients could be developed so that the patients would be asked about their health and about their experiences of the care and of the bedside reporting. The instructions of bedside reporting would be publicly available for anyone to read. The visibility of bedside reporting could be increased by making a brochure and a poster about it.

In the future, the patients and their family members could be asked how they experience bedside reporting and how they would like to develop it.

Keywords: bedside reporting, bedside shift reporting, care of the psychosis, multivocational, psychosis

Sisällys

1	Johdanto.....	6
2	Teoreettinen tausta	7
	2.1 Vierusraportointi	7
	2.2 Psykoosi ja psykoosin hoito.....	8
	2.3 Moniammatillisuus ja verkosto.....	10
	2.4 Vuorovaikutus ja potilaan kuuleminen	12
3	Tutkimuksen toteuttaminen	12
	3.1 Laadullinen tutkimus	12
	3.2 Aineiston keruu	13
	3.3 Aineiston analysointi.....	15
4	Tutkimuksen tulokset	16
	4.1 Laadukas vierusraportointi	16
	4.2 Vierusraportoinnin kehittäminen	17
	4.3 Tulosten yhteenveto.....	20
5	Pohdinta	21
	5.1 Tulosten ja teorian yhteys.....	21
	5.2 Tutkimuksen luotettavuus	24
	5.3 Tutkimuksen eettisyys.....	25
	5.4 Kehittämisehdotukset ja jatkotutkimusaiheet	26
	5.5 Oma oppiminen	27
	Lähteet	29
	Liitteet.....	32
	Liite 1: Tiedote Jorvin sairaalan osasto P4 henkilökunnalle.	33
	Liite 2: Teemahaastattelurunko	34
	Liite 3: Suostumus haastatteluun	35

1 Johdanto

Tämän opinnäytetyön tarkoitus on kartoittaa Espoossa Jorvin sairaalan osastolla P4 käytössä olevaa vierusraportointia ja kehittää sitä. Päivittämällä raportointikäytäntöä henkilökunnan näkemyksiä huomioiden raportoinnin laatu voi kehittyä ajankäyttöä unohtamatta. Vuoteenvierusraportointia on tutkittu maassamme hyvin vähän ja siitä löytyy niukasti tutkittua tietoa tai tutkimuksia. Tässä opinnäytetyössä on hyödynnetty myös aiheeseen liittyvää aikaisempaa tietoa.

Vuoteenvierellä tapahtuvassa raportoinnissa potilaalla on mahdollisuus saada heti itseään koskevaa tietoa samanaikaisesti hoitajien kanssa ja osallistua hoitonsa suunnitteluun, toteuttamiseen sekä hoidon arviointiin. Hoitajilla on mahdollisuus esittää potilaan vointiin liittyviä kysymyksiä suoraan potilaalle ja potilas voi itse heti vastata niihin. Vuoteenvierusraportoinnilla hoitajien läsnäolo lisääntyy potilashuoneessa. (Kuuppelomäki 1994, 172; Junes & Solvin 1995, 41–44.) Karhen (2017) tekemässä tutkimuksessa potilaat kokivat hoitajan välittämisen, läsnäolon ja kohtaamisen olevan hoitavaa. (Karhe 2017, 86–87, 106–120.)

Akuuttivaiheen psykoosissa ihmisen realistinen kuva asioista on normaalista poikkeava. Henkilö voi kokea esimerkiksi aisti- tai harhaluuloja ja hän voi olla täysin sairaudentunnon. Oireilua pyritään lieventämään lääkityksellä sekä hoidollisella vuorovaikutuksella. Toipumista edesauttaa turvallinen ja jäsentynyt ympäristö. Heti hoidon alkuvaiheessa myös perhe tulee ottaa mukaan hoitoon. (Käypä hoito -suositus 2015; Mielenterveystalo; Hietaharju & Nuutila 2016, 89.) Potilaan hoitoon liittyy olennaisena osana Suomen laki, joka turvaa potilaan aseman sekä oikeudet. Samalla se määrittelee periaatteet potilaan kohtelulle. Hoidon on oltava oikeudenmukaista sekä laadukasta. Potilaalla on oikeus saada tietoa hoidostaan sekä siihen liittyvistä toimenpiteistä. Potilasta on tiedotettava asioista avoimesti ja salailematta asioita. Potilaan tulee ymmärtää tiedon sisältö. Potilaalla on lisäksi oikeus yksityisyyteen ja hänen ihmisarvoa sekä vakaumustaan on kunnioitettava. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2015.)

Vuorovaikutuksen merkitys on suuri sekä tärkeä osa raportointia. Siihen kuuluvat käytöstavat, toisen arvostus, kuulluksi tuleminen ja tiedotus. On tärkeää, että palautetta voidaan antaa sekä vastaanottaa. Tähän liittyy olennaisena osana työpaikan ilmapiiri, halu työskennellä yhteistyössä sekä moniammatillisessa hengessä. Yhteiskemialla voi myös olla vaikutusta siihen, kuinka kuulluksi sekä arvostetuksi kokee tullessaan. (Koskitalo & Taipale 2014, 41–43.)

Ammattien välinen yhteistyö kuvastaa hyvin työyhteisön välistä tasa-arvoa. Työyhteisön on pystyttävä olemaan kehittyvä, toimiva sekä terve. Moniammatillisuutta tarvitaan osaksi työyhteisöä. Lisäksi työyhteisössä tulee olla tasa-arvoiset ja yhteiset pelisäännöt, selkeästi järjestellyt työt, jatkuvasti arvioitava työ sekä avoimet vuorovaikutustilanteet. (Koskitalo & Taipale 2014, 8.)

2 Teoreettinen tausta

2.1 Vierusraportointi

Tässä opinnäytetyössä vierusraportoinnilla tarkoitetaan vuoteenvierusraportointia, joka annetaan suullisesti sovitussa ympäristössä potilaan läsnä ollessa. Suullista raportointia käytetään perinteisesti hoitoalalla. Raportoinnin kautta vuorosta toiselle välittyvä tieto ohjaa hoitajaa työssään ja siirtää vastuun potilaasta vuoroon tulevalle hoitajalle. Suullinen raportointi nostaa työyhteisön ryhmähenkeä ja sen on todettu auttavan työssä jaksamisessa. Raportointimuoto mahdollistaa vertaistuen. (Ruuskanen 2007, 14.) Lisäksi raportointi turvaa jatkuvuuden hoidossa ja potilasturvallisuudessa. Tärkeää on kirjata suullisessa raportoinnissa kuvatut asiat, jotta potilasturvallisuus eikä hoitohenkilökunnan oikeusturva vaarantuisi. (Kuutsa 2010, 15.) Terveystieteiden ammattihenkilöillä on velvollisuus kirjata ja säilyttää potilasasiakirjoja hoitamistaan potilaista. Heillä on myös salassapito sekä vaitiolovelvollisuus. Hän ei saa antaa tietoja ilman potilaan kirjallista lupaa, ellei tietojen annosta ole muutoin säädetty toisin. (Valvira 2015.)

Vuoteenvierusraportointi on yksilövastuinen raportointimuoto hoitoalalla. Tämä tarkoittaa käytännössä sitä, että hoitoyhteisöstä nimetään potilaalle vastuuhoitaja ns. omahoitaja potilaan hoitajakson ajaksi. Tämä hoitaja hoitaa pääsääntöisesti potilasta ollessaan työvuorossa. (Ruuskanen 2007, 13.)

Vuoteenvierusraportoinnin käyttöönoton alkuajatukseksi on ollut raportoinnin kehittäminen potilaslähtöisemmäksi. Raportoinnissa potilaalla olisi mahdollisuus osallistua tiedotukseen ja saada heti itseään koskevaa tietoa. Samalla hoitajat voivat esittää potilaan vointiin liittyviä kysymyksiä suoraan potilaalle ja potilas voisi itse heti vastata niihin. (Kuuppelomäki 1994, 172.) On tutkittu, että vuoteenvierusraportointi parantaa potilaan sekä hoitajan tyytyväisyyttä ja samalla lisää tiedon luotettavuutta. Kun potilas on läsnä raportoinnissa, sitoutuu po- hän myös hoitoonsa, hoidon suunnitteluun ja toteutukseen paremmin. Potilas kokee olevansa tärkeä osa hoitotiimiä. (Sherman, Sand-Jecklin & Johnson 2013, Johnson & Cowin 2013, 308–318; Junes & Solvin 1995, 41–44; Ofori-Atta 2015.)

Vuoteenvierusraportoinnin käytön katsotaan lisäävän myös potilasturvallisuutta ja hoitohenkilökunnan vastuuvollisuutta (Ofori-Atta 2015). Karhen (2017) tekemässä tutkimuksessa potilaat kuvaavat hoitajan läsnäolosta välittyvän tunne, että hoitaja kantaa vastuun hoitosuhteesta. (Karhe 2017, 86–87, 106–120.) Vuoteenvierusraportointi lisää myös potilaiden turvallisuuden tunnetta, sillä potilaiden yksinoloaika huoneessaan vähenee (Ofori-Atta 2015).

Laaksonen (2002) tutkimuksessa haastatellut potilaat kokivat heidän luonaan tapahtuneessa raportissa potilaan ja hoitajan välisen vuorovaikutuksen avoimeksi ja tasavertaiseksi. Potilaiden mukaan raportointimenetelmä lisää luottamusta sekä välittämistä. Positiivisena asiana pidetään tietoa vuorossa olevasta vastuuhoidtajasta sekä omasta hoidosta. Parhaimmillaan tiedonvälitys on kaksisuuntaista ja positiivista. Potilaat kokivat tiedonkulun raportilla onnistuneeksi, kun hoitajat ovat valmistuneet raportoimaan, raportointi on yhdenmukaista ja apuna käytetään muistiinpanovälineitä. Tiedonvälityksen esteenä raportoinnissa potilaat kokivat hoitajien kiireen, liian suuren osallistujamäärän, usein vaihtuvat hoitajat sekä hoitajien keskinäisen tiedonvälityksen. (Laaksonen 2002, 37–55.)

Tiedonvälityksen esteeksi vuoteenvierusraportoinnilla potilaat voivat kokea hoitajan kiireellisen aikataulun, hoitajien riittämättömät kommunikointitaidot, raportille osallistuvien suuren määrän, raportin epätarkoituksenmukaisuuden sekä omaisten läsnäolon huoneessa. Tärkeää olisi, että potilas on keskipisteenä ja hänet huomioidaan yksilöllisesti. (Junes & Solvin 1995, 43–44.) Timosen (1996) tutkimuksessa potilaat tuovat esille, että vuoteenvierusraportoinnissa tärkeintä on saada tietoa heidän hoidostaan. Hoitajat kokevat tärkeänä keskustella raportoinnin yhteydessä potilaan peloista ja hoidon onnistumisen arvioinnista. (Timonen 1996, 84–90.) Yhtenä vuoteenvierusraportoinnin etuna on samanaikaisesti tapahtuva yhteydenpito omaisiin. Vuoteenvierusraportointia pidettiin myös henkilökohtaisempaan. Hankalaksi voidaan kokea puhua potilaan läsnä ollessa negatiivisista asioista, jotka saatetaan jättää raportoinnilla kertomatta. Tästä johtuen raportointi voi myös olla pintapuolista. (Kuuppelomäki 1994, 171–174.)

2.2 Psykoosi ja psykoosin hoito

Tässä opinnäytetyössä kohderyhmänä oleva potilasryhmä tarkoittaa potilasta, jolla on todettu psykoosi. Psykoosipotilaalla tarkoitetaan myös potilasta, joka on akuutisti sairastunut ja, jota hoidetaan suljetulla osastolla (Mielenterveystalo 2016).

Psykoosin hoito kuuluu osaksi mielenterveystyötä, jonka tarkoituksena on ehkäistä sekä edistää yksilön psyykkistä hyvinvointia sekä toimintakykyä. Sosiaali- ja terveysministeriö suunnittelee, ohjaa sekä valvoo hoidon laatua. Terveystalolaki (1326/2010) sekä mielenterveyslaki (1116/1990) takaavat mahdollisuuden saada mielenterveyspalveluita. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2016.)

Psykoosilla tarkoitetaan mielenterveyshäiriötä, jossa ihmisen realistinen kuva asioista on normaalia poikkeava. Henkilö voi kokea esimerkiksi aisti- tai harhaluuloja. Aistiharhat voivat olla esimerkiksi kuulo tai näköharhoja. Niihin ei välttämättä ole liitoksissa ulkoisia ärsykeitä. Lisäksi psykoosista kärsivä henkilö voi olla täysin sairaudentunnoton. (Leppävuori 2015; Mielenterveystalo 2016.) Psykoosin oireisiin voidaan liittää myös epälooginen ajattelu, sekavuus,

normaalista poikkeava aloitekyvyttömyys, energian puute, unettomuus sekä muutokset tunne-elämän puolella. Käytös voi olla poikkeavaa, esimerkiksi itsekseen puhumista, naureskelua. Lisäksi keskusteluvaikeuksia saattaa esiintyä. Henkilö voi myös kiihtyä nopeasti ja olla jopa aggressiivinen. Ihmissuhdeongelmat, eristäytyminen sekä ajatuksen juoksun ylikorostunut nopeutuminen tai hidastuminen voivat myös liittyä psykoosin oireisiin. (Mielenterveystalo 2016; Hietaharju & Nuutila 2016, 77–91.)

Psykoosin muotoja ovat psykoottinen masennus, skitsofrenia, skitsoaffektiivinen häiriö ja päihdepsykoosi. Päihdepsykoosiin liittyvä muistihäiriö johtuu alkoholista. Tämän lisäksi henkilöllä voi olla alkoholiaistiharhoja sekä delirium tremens. (Leppävuori 2015; Hietaharju & Nuutila 2016, 77–91.)

Alkuvaiheessa psykoosipotilasta pyritään hoitamaan avohoidossa siihen hyvin perehtyneessä psykiatrisessa työryhmässä tai psykiatrisella akuuttiosastolla. Hoitoon pyritään ottamaan mukaan myös potilaan perhe ja muut läheiset. (Käypä hoito -suositus 2015.) Tavoitteena on, että potilas olisi sairaalassa vain niin kauan kuin se on välttämätöntä sairastumisesta tai kuntoutusta ajatellen. Sairaalaolosuhteet voivat traumatisoida potilasta, jonka vuoksi pyritään myös minimoimaan laitosjaksoja. Samalla pyritään välttämään laitostumista ja panostetaan potilaan kuntoutumiseen. (Horppu 2008, 12.)

Vapaaehtoinen sairaalahoito on aina ensisijaista. Hoitoon ottamisessa on arvioitava täyttyvätkö psykiatrisen sairaalahoidon kriteerit. (Käypä hoito -suositus 2015.) Mielenterveyslaissa (1116/1990) määritellään, että henkilö voidaan ottaa tahdosta riippumatta psykiatriseen hoitoon, mikäli henkilön todetaan olevan mielisairas, jos hän mielisairautensa vuoksi on hoidon tarpeessa siten, että hoitoon toimittamatta jättäminen olennaisesti pahentaisi hänen mielisairauttaan tai vakavasti vaarantaisi hänen terveyttään tai turvallisuuttaan taikka muiden henkilöiden terveyttä tai turvallisuutta ja, jos mitkään muut mielenterveyspalvelut eivät sovellu käytettäviksi tai ovat riittämättömiä ja näin sairaalahoidon vaatimat kriteerit täyttyvät. Hoitoon voidaan siis tulla vapaaehtoisuuden lisäksi M1- tarkkailulähetteellä, jolloin hoito aloitetaan tahdosta riippumattomalla hoidolla. (Leppävuori 2015.)

Kärsimystä ja sairastumisen pitkittymistä voidaan estää, jos potilaan tila havaitaan nopeasti ja siihen annetaan mahdollisimman pian hoitoa. Varhainen reagointi on myös lähimmäisiä ajatellen tärkeää. Yhteiskunnalliselta tasolta ajateltuna varhainen hoitoonpääseminen vähentää tarvetta sairaalahoitoon. Kuntoutumisaika saattaa myös lyhentyä. (Hietaharju & Nuutila 2016, 88.)

Akuuttivaiheen psykoosissa toipumista edesauttaa turvallinen ja jäsentynyt ympäristö. Osastohoidossa pyritään siihen, että potilas tietää etukäteen mitä on odotettavissa ja saatavilla on henkilökuntaa, jonka kanssa potilaalla on mahdollisuus keskustella tunteistaan ja kokemuksistaan. (Hietaharju & Nuutila 2016, 89.) Psykoosiosastolla ilmapiiriin tulisi olla rauhallinen ja

hoidollisesti aktiivinen. Liiallisten virikkeiden määrää tulisi välttää. (Lönqvist & Henriksson & Marttunen & Partonen 2014, 169–171.)

Hoidossa tärkeää olisi pyrkiä työskentelemään yksilöllisesti, potilaan tarpeet huomioidaan ja toiveita kuunnellaan. Hoitaessa kunnioitetaan muita, ollaan rehellisiä sekä yhdenvertaisia toisiamme kohtaan. Tavoitteena on, että hoito sekä palvelu olisi jatkuva kokonaisuus. (Horppu 2008, 12.) Sairastuneen tunteita, mielipiteitä ja arvoja tulisi pyrkiä kunnioittamaan hoidossa. Myös sairastuneen omaisten kärsimykset tulisi huomioida hoidossa (Saarni ja Pirkola 2010).

Akuuttivaiheen psykoosissa oireilua pyritään lieventämään lääkityksellä sekä hoidollisella vuorovaikutuksella. (Mielenterveystalo 2016.) Sairaalahoidossa hoidon perustana on hyvän yhteistyösuhteen luominen ja ylläpitäminen sekä potilaan että hänen perheensä kanssa. Luottamuksellisessa hoitosuhteessa on yleensä myönteinen vaikutus myös lääkehoidon hyväksymiselle. Lääkehoidolla pyritään tuomaan helpotusta potilaan vointiin oireiden lievittäjinä sekä uusien psykoosien estäjinä. (Lönqvist ym. 2014, 169.) Hoidon etenemisen myötä potilaan todellisuudentaju sekä psykoottiset oireet pienenevät ja potilaan osallistuminen oman hoitonsa suunnitteluun tulee enemmän mahdolliseksi. (Mielenterveystalo 2016.)

Useat päivittäiset keskustelut auttavat potilasta toipumisessa. Keskustelujen ei aina tarvitse olla niin syvällisiä. Potilaiden kanssa tulisi viettää aikaa, koska se auttaa potilasta voimaan paremmin ja jaksamaan. Hoitajien saatavuus sekä näkyvyys lisää potilaiden turvallisuuden tunnetta sekä luottamusta hoitoa kohtaan. On tärkeää, että hoitaja kertoo potilaalle mitä tapahtuu ja miksi sekä miten tuntemusten kanssa voi olla ja selvitä. (Horppu 2008, 43–53.)

2.3 Moniammatillisuus ja verkosto

Tässä opinnäytetyössä moniammatillisuudella tarkoitetaan moniammatillista toimintatapaa. Toimintatavalla edistetään ja tuetaan hoitotyötä. Käytännössä toimintatapa on toisia kunnioittavaa ja kommunikointia edistävää toimintaa. (HUS:n hoitotyön ammatillinen toimintamalli 2016, 13.) Työyhteisön on oltava ammattitaitoinen, toimiva sekä terve. Sen peruspilarina toimii työntekoa tukeva ja palveleva johtaminen. Lisäksi työyhteisössä tulee olla selkeät ja tasapuoliset pelisäännöt sekä avoimesti arvioitava, syyllistämätön ja kannustava ilmapiiri. Tasa-arvoisessa työyhteisössä on ammattienvälinen yhteistyö mahdollista. (Koskitalo & Taipale 2014, 8.) Organisaation sisällä oleva ydinsaaminen vaikuttaa koko työyhteisöön. Se on laaja-alaisesti opittua ja pitkälti pysyvää osaamista, mitä ulkopuoliset tekijät eivät pysty siivuttamaan. Organisaatiossa oleva ydinsaaminen erottaa sen organisaation ulkopuolisista työyhteisöistä. (Toivonen 2014, 33.)

Toimivan työyhteisön pyrkimyksenä tulisi olla kehittyvä. Uudenlainen ajattelutapa ja osaamis-ympäristö voi kehittyä, kun tuetaan seuraavia asioita; kuunteleminen, arvostelusta luopuminen, heikon signaalin kuunteleminen, eteenpäin katsominen, erilaisten käsitysten näkeminen

voimavarana ja motiivi kasvaa ja kehittyä ihmisenä. (Isoherranen, Rekola & Nurminen 2008, 182.)

Lähtökohtana terveydenhuollon toiminnassa on näyttöön perustuva hoitotyö. Toiminnan tulee olla sidoksissa hyviin hoidon ja toiminnan käytänteisiin, jotka toteutuneina ovat kaikille turvallista, laadukasta sekä asianmukaisesti toteutettuna. Laadunhallinnasta sekä potilasturvallisuuden täytöntöönpanosta tulee jokaisella terveydenhuollon toimintayksiköllä olla suunnitelma, jonka sisältö on Sosiaali- ja terveysministeriössä säädetty. (Aluehallintovirasto 2014.)

Mielenterveyden häiriöiden ehkäisy ja hoito edellyttävät laajaa toimijoiden välistä yhteistyötä. Ilman yhteistyötä toisten asiantuntijoiden kanssa osaaminen jää helposti vajaaksi. (Isoherranen ym. 2008, 23–30.) Psykiatrin ja moniammatillisen työryhmän tekemä kirjallinen tutkimukseen perustuva yksilöllinen hoitosuunnitelma on hoidon perustana. Se laaditaan yhdessä potilaan ja hänen perheensä kanssa. (Käypä hoito -suositus 2015.)

Kuntoutuksen keskiössä ovat sairastuneet, heidän läheisensä ja moniammatillinen hoitotiimi, johon kuuluu lääkärit, hoitajat, psykologi, toimintaterapeutti ja sosiaalityöntekijä. Perhe ja verkosto nähdään tärkeänä osana toipumisprosessia. Läheiset ovat hoitavalle yksikölle myös arvokas lisätiedonlähde. Tämä auttaa syventämään ymmärrystä sairastuneen taustoista ja yksilöllisestä. (Skitsofrenia.)

Tässä opinnäytetyössä moniammatillisuudella tarkoitetaan myös potilaan perheen ottamista mukaan hoitoon. Heti hoidon alkuvaiheessa myös perheen lapset tulee huomioida. (Käypä hoito -suositus 2015.) Varsinkin sairauden alkuvaiheessa koko perhe saattaa tarvita kriisiluonteista tukea. Erityisesti ensimmäinen psykoosi saattaa olla pelottava ja hämmentävä kokemus potilaalle sekä hänen läheisilleen. (Lönnqvist ym. 2014, 169.) Psykoedukatiivisesta perhetyöstä on tutkimuksellista näyttöä. Sen avulla voidaan vähentää potilaan uudelleen sairastumista. Sen tavoite onkin helpottaa sekä potilaan että hänen perheensä sopeutumista elämäntilanteeseen ja myös lievittää traumaattista kriisin kokemusta. Myös perheen ymmärrystä sairastumista kohtaan sekä vuorovaikutus- ja ongelmanratkaisutaitoa kehitetään myönteisempään suuntaan. (Kuhanen, Oittinen, Kanerva, Seuri & Schubert 2014, 100.)

Sairauteen liittyvä tieto lisää sairauden kokemista vähemmän kielteisenä ja salattavana asiana. Tiedonannon tulisi olla ymmärrettävää ja sitä tulisi antaa usein. Perhetapaaminen voi nostaa potilaan ahdistusta, jonka vuoksi keskittymiskyky sekä asioiden muistaminen voi heikentyä. Hoitokokouksissa ja perhetapaamisissa onkin huomioitava potilaan psyykinen vointi. (Horppu 2008, 18–34.)

Perheenjäsenet kokevat saavansa niukasti tiedollista tukea omaa jaksamistaan varten. Tuen puute estää heitä muodostamasta omaa käsitystä ja suhtautumista sairauteen. Jos perheenjäsenet saavat tietoa tilanteesta potilaan kautta, voi tiedon siirtämiseen liittyä väärinymmärrystä ja tulkintaa, ja näin tieto potilaan voinnista jää puutteellisiksi. (Mattila 2011, 105–108.)

2.4 Vuorovaikutus ja potilaan kuuleminen

Karhen (2017) tekemässä tutkimuksessa käy ilmi, että jos potilaalla ei ole mahdollisuutta jakaa tuntemuksiaan ja kokemuksiaan hoitajan kanssa ja hoitosuhteesta puuttuu dialoginen kohtaaminen, potilas saattaa kokea jäävänsä hoitonsa ulkopuolelle ja hänelle voi syntyä tunne hoitoyksinäisyydestä. Tällöin potilas kokee, että hänen ja hoitajan välillä ei ole inhimillistä kohtaamista ja yhteyttä. Hoitoyksinäisyydessään potilas kokee olevansa unohdettu, jopa hylätty. Hän kokee itsensä arvottomaksi. Potilaalle syntyy kokemus, että hän on hoidon objekti ja vastakkainasettelussa hoitavan ihmisen kanssa. (Karhe, 2017, 86–87, 106–120.)

Potilas tuntee hoitoyksinäisyyden kipeänä kokemuksena, jota hän ei haluaisi kenenkään muun joutuvan kokemaan. Potilas kokee, että hoitaja on etäinen ja saavuttamattomissa potilaalle eikä kanna vastuuta hoitosuhteesta. Sairauden aiheuttama haavoittuvuus altistaa potilasta hoitoyksinäisyydelle. Potilaan kokeman hoitoyksinäisyys aiheuttaa potilaalle kärsimystä, epävarmuutta, epäluottamusta, turvattomuutta sekä negatiivisia tunteita, kuten pettymystä, ärtymystä, katkeruutta ja vihaa. Hoitoyksinäisyys aiheuttaa potilaalle huonoja hoitokokemuksia. Hoitoyksinäisyydellä on myös yhteys toipumiseen. Hoitajan läsnäolo ja kohtaaminen sekä hoitosuhteiden jatkuvuus lieventävät hoitoyksinäisyyttä. Myös tieto omasta tilanteesta ja tieto siitä, että apua on tarjolla, lieventää potilaan hoitoyksinäisyyttä. Karhen (2017) tutkimuksessa käy myös ilmi, että monet potilaat ajattelivat hoitavien ihmisten pelkäävän kysyä mitään henkiseen jaksamiseen liittyvää. Pelko oli turhaa potilaiden mielestä. Sillä eihän hoitavan ihmisen tarvitse kuin kysyä ja sitten kuunnella. Potilaat kyllä ymmärsivät, ettei hoitavalla ihmisellä ole mitään ihmeratkaisuja heidän elämäänsä. Välittämisen osoittaminen olisi ollut hoitavaa, potilaat kuvasivat. (Karhe, 2017, 86–87, 106–120.)

3 Tutkimuksen toteuttaminen

3.1 Laadullinen tutkimus

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää vierusraportoinnin laatua Jorvin sairaalan osastolla P4. Tavoitteena oli tuottaa tietoa laadukkaan vierusraportoinnin sisällöstä.

Tutkimuskysymykset ovat:

1. Millainen on laadukas vierusraportointi?
2. Miten vierusraportointia voidaan kehittää?

Tässä opinnäytetyössä käytettiin laadullista tutkimusotetta. Laadullinen tutkimuksen tarkoituksena on ymmärtää ja tulkita ihmisten kokemuksia ja todellisuutta. Asioita ja ilmiöitä tarkastellaan niiden luonnollisessa yhteydessä. Kvalitatiivisessa eli laadullisessa tutkimuksessa tavoitteena on saada selville ihmisen omat kuvaukset koetusta todellisuudestaan. (Vilkkä 2015, 118.) Tässä opinnäytetyössä oltiin kiinnostuneita Jorvin sairaalan osasto P4 henkilökunnan mielipiteestä, millainen on laadukas vierusraportointi. Tutkimuslupa haettiin 28.11.2016 ja saatiin 30.12.2016 Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin HYKS sairaanhoitoalueelta.

Jotta tutkimus olisi uskottava ja luotettava, on myös tärkeää, että kohderyhmän ja tilanteen tuntemus on hyvä. Tärkeäksi asiaksi laadullisessa tutkimuksessa katsotaan myös se, että henkilöillä, joilta tieto kerätään, olisi kokemusta asiasta. (Vilkkä 2015, 129–131; Tuomi & Sarajärvi 2013, 85.) Tämän opinnäytetyön tekijät etsivät ensin teoriaa tutkittavasta aiheesta, painuivat siihen huolella, jonka jälkeen he haastattelivat osasto P4:n henkilökuntaa. Tekijät myös suorittivat ammattitaitoa edistävän harjoittelujakson Jorvin sairaalan osastolla P4, jolloin heillä oli mahdollisuus tutustua vierusraportoinnin käyttöön osastolla.

3.2 Aineiston keruu

Teemahaastattelu sopi hyvin tähän opinnäytetyöhön, koska tarkoituksena oli saada selville keskeiset teemat, joita tutkimushaastattelussa olisi välttämätöntä käsitellä tutkimusongelmaan vastaamiseksi. (Vilkkä 2015, 124). Tässä opinnäytetyössä keskeistä oli saada selville, mitä asioita tulee ottaa huomioon, jotta vierusraportointi on laadukas. Aineisto kerättiin ryhmähaastattelulla. Laadullisen tutkimusmenetelmän ja sen aineiston keräämisen tavoitteena on sisällöllinen laajuus eikä niinkään aineiston määrä kappaleina. (Vilkkä 2015, 129–131; Tuomi & Sarajärvi 2013, 85.)

Osasto P4:n henkilökunnalle lähetettiin ensin opinnäytetyötiedote toteutettavasta teemahaastattelusta, joka käsitteli vierusraportoinnin kehittämistä. (Liite 1.) Tiedottamisessa kävi ilmi opinnäytetyön tekijöiden yhteystiedot, mitä opinnäytetyön aihe käsitteli, aineiston keruun toteutustapa, arvioitu aika, joka aineistonkeruuseen kuluu, käyttötarkoitus, jatkokäyttö sekä haastatteluun osallistuvien vapaaehtoisuus haastatteluun. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012–2014.) Haastatteluun suostumiseen laadittiin lomake, jonka jokainen haastatteluun tuleva täytti ja allekirjoitti ennen haastattelua (Liite 3). Suostumus koski vapaaehtoisista suostumusta haastatteluun.

Teemahaastattelu tarkoittaa sitä, että haastattelussa esiin tuotavat asiat esitetään kaikille haastatteluun osallistuville henkilöille. Kysymysten ja teemojen esitysjärjestys voi vaihdella, mutta kysymykset ovat kaikille samat. Tässä opinnäytetyössä haastattelijat varmistivat, että kaikki etukäteen päätetyt teemat käytiin läpi haastattelutilanteessa. Tarkoituksena oli, että haastattelun teema olisi tiedossa, mutta itse haastattelutilanne olisi avoimen haastattelun

tyylinen ja siihen vastattaisiin vapaan keskustelun muodossa. (Kuula 2015, 128–129; Vilka 2015, 124; Eskola & Suoranta 2005, 86; Tuomi & Sarajärvi 2013, 75.) Haastattelututkimuksessa etuna on se, että tarvittaessa voidaan lisäkysymyksillä tarkentaa vastauksia ja että myös sanattomia viestejä voidaan tulkita. Haittapuolena haastattelututkimuksessa on se, että se vie aikaa. Haastatteluiden sopiminen, järjestäminen ja itse haastattelu on aikaa vievää. Eniten aikaa vei litterointi. (Hirsjärvi & Hurme 2011, 160–201.)

Haastattelu eteni keskeisiä teemoja noudattaen ja tutkittavia kuunnellen. Teemahaastattelussa ihmisten tulkinnat asioista ja heidän asioilleen antamat merkitykset ovat keskeisiä. Tulkinnat syntyvät vuorovaikutuksessa. Teemahaastattelussa haastattelu kohdennetaan tiettyihin teemoihin. (Hirsjärvi & Hurme 2011, 47–63.) Tässä opinnäytetyössä teemoina olivat; laadukas vierusraportointi, moniammatillisuus, vierusraportoinnin aika, pituus, määrä ja kehitys-ideat. (Liite 2.)

Ryhmähaastatteluun kutsutulle ryhmälle asetettiin tavoitteeksi kehittää vierusraportointia mahdollisimman laadukkaaksi. Haastattelihoita oli jokaisessa haastattelutilaisuudessa kaksi ja haastattelijat olivat opinnäytetyön tekijät. Ryhmähaastattelutilanne kesti enintään tunnin. Apuvälineenä aineiston keruussa käytettiin tässä opinnäytetyössä nauhoittamista ja kaikki haastattelut nauhoitettiin. Haastattelijat huolehtivat siitä, että kaikki pääsevät osallistumaan keskusteluun. Haastattelijat eivät osallistuneet keskusteluun. Tavoitteena oli avoin ja vapaa ilmapiiri. Ryhmähaastattelu on tehokas menetelmä ja sopiva määrä haastateltavia on 4-8 henkilöä. Ryhmähaastattelun etuna on, että siinä saatetaan saada tietoa tavallista enemmän, osallistujat voivat tukea ja rohkaista toisiaan. (Vilka 2015, 125; Eskola & Suoranta 2005, 86–97.)

Haastattelutilanteisiin osallistui vierusraportointia työssään käyttävä henkilökunta aamu- sekä iltavuoroista. Haastatteluihin osallistui 15 henkilöä. Haastateltavia oli enimmillään 5 henkilöä ryhmässä ja yhteensä 6 ryhmää haastateltiin. Haastatteluajankohta sijoittui aikavälille 27.1-9.2.2017. Haastattelutilanteet keskitettiin pääosin vuoronvaihdon ajankohtaan, jotta hoitajia olisi tarpeeksi osaston puolella.

Haastattelu suoritettiin anonymisti, jolla suojeltiin henkilötietolain 1.1 § henkilötietoja (1999/523). Anonymiteetillä suojattiin suorat sekä epäsuorat mahdollisuudet tunnistaa haastateltava. Haastatteluaineistoa ei luovutettu kesken opinnäytetyötä ulkopuolisille tahoille anonymiteetin suojaamiseksi. (Aineiston hallinnan käsikirja 2016.)

3.3 Aineiston analysointi

Sisällönanalyysi sopii hyvin haastatteluaineiston analyysiin. Sisällönanalyysillä tarkoitetaan tutkimusaineiston kuvaamista sanallisesti. Analyysi tapahtuu pelkistämällä ja ryhmittelyllä. Voidaan myös puhua sisällön erittelystä, jossa sisällöstä etsitään merkityssuhteita ja -kokonaisuuksia ja tuloksia esitellään sanallisesti. Tulkintaa tarkastellaan vertailemalla sitä aiempaan tutkimus- ja teorian tietoon. (Vilka 2015, 163–170; Tuomi & Sarajärvi 2013, 91–103.)

Sisällönanalyysiä käytetään erityisesti hoitotieteellisenä tutkimusmenetelmänä. Tutkimusaineistosta erotetaan samanlaisuudet ja erilaisuudet. Analyysi perustuu tulkintaan ja päättelyyn. Analyysin kaikissa vaiheissa tutkija pyrkii ymmärtämään tutkittavia ja sitä mitä asiat tutkittaville merkitsevät. Aineistolähtöisen sisältöanalyysin vaiheita ovat: analyysiyksikön valinta, aineistoon tutustuminen, aineiston pelkistäminen, aineiston luokittelu ja tulkinta sekä sisällönanalyysin luotettavuuden arviointi. Tässä opinnäytetyössä aineiston analysointi tehtiin kolmivaiheisesti, ensin aineisto pelkistettiin, sen jälkeen ryhmiteltiin ja sitten luotiin teoreettiset käsitteet. (Janhonen & Nikkonen 2001, 23–24; Tuomi & Sarajärvi 2013, 92–112.)

Tässä opinnäytetyössä tutkimusaineiston analyysi eteni vaiheittain. Ensin haastattelut kuunneltiin ja kirjoitettiin auki sana sanalta eli litteroitiin. Haastattelut tehtiin anonymiteettiä käyttäen, josta ilmoitettiin etukäteen. (Aineistohallinnan käsikirja 2016.) Haastatteluaineiston muuttaminen tekstimuotoon eli litterointi helpotti tutkimusaineiston analysointia. Litteroinnissa puhetta ei saa muuttaa tai muokata. Litteroinnin tarkkuus on suoraan verrannollinen tutkimuksen luottamuksellisuuteen. (Vilka 2015, 137–138.) Tässä opinnäytetyössä haastattelun purkuun käytettiin peruslitterointia, jossa puhe litteroidaan sanatarkasti, mahdolliset täytesanat poistaen.

Haastatteluaineisto taltioitiin palvelimelle, johon vain opinnäytetyön tekijöillä on käyttöoikeus. Opinnäytetyön julkaisemisen jälkeen paperiversioksi palvelimella oleva aineisto tullaan poistamaan palvelimelta. (Aineistohallinnan käsikirja 2016.)

Litteroinnin jälkeen haastattelut luettiin ja sisältöön perehdyttiin huolella. Etsittiin pelkistetyt ilmaukset ja ne alleviivattiin. Pelkistämässä informaatio tiivistettiin ja olennaiset ilmaukset erotettiin. Kun pelkistetyt ilmaukset oli listattu, niistä etsittiin samankaltaisuudet ja erilaisuudet ja ne ryhmiteltiin. Tämän jälkeen samaa tarkoittavat ryhmät yhdistettiin ja niistä muodostettiin alaluokat. Alaluokat nimettiin luokan sisältöä kuvaavalla käsitteellä. Tässä vaiheessa luotiin pohja tutkimuksen perusrakenteelle sekä alustavat kuvaukset tutkimuksen ilmiölle. (Tuomi & Sarajärvi 2002, s. 110–115; Hirsjärvi & Hurme 2011, 149–150.)

Lopulta aineistosta erotettiin tutkimuksen kannalta olennainen tieto ja valikoidun tiedon perusteella muodostettiin teoreettisia käsitteitä. Käsitteitä yhdistelemällä saatiin vastaus tutkimuskysymyksiin. (Tuomi & Sarajärvi 2002, s. 114–115.) Lopulta tulkinnan ja päättelyn kautta

pääkategorioiksi saatiin: toimintamalli laadukkaasta ja toimivasta vierusraportista, vierusraportin kehittäminen potilaslähtöisemmäksi ja haasteita vierusraportin pitämisessä.

4 Tutkimuksen tulokset

4.1 Laadukas vierusraportointi

Vierusraportti pidetään tällä hetkellä Jorvin sairaalan osastolla P4 kaksi kertaa viikossa, keski- viikkoisin ja perjantaisin. Haastateltavista suuri osa oli tyytyväisiä kertojen määrään. Osa haastateltavista koki kuitenkin, että määriä tulisi lisätä ainakin kolmeen tai jopa viiteen kertaan viikossa. Se, että vierusraportti toteutuisi myös viikonloppuisin lisäisi haastateltavien kuvauksen mukaan selvästi laatua. Mikäli vierusraportti toteutettaisiin myös viikonloppuna, olisi omaisilla enemmän aikaa ja mahdollisuuksia osallistua vierusraportointiin. Sopiva vierusraportoinnin käytettävä aika on noin 15 minuuttia. Vierusraportoinnin laadullisuuteen vaikutti enemmänkin se, että sen kesto voitiin tilanteen mukaan arvioida. Esimerkiksi ensipsykosipotilas tarvitsisi monesti enemmän aikaa kuin potilas, joka oli ollut jo aikaisemmin samalla osastolla hoidossa. Tärkeäksi koettiin myös se, että vierusraportoinnin pituus olisi jo ennakoon määritelty ja kerrottu myös potilaalle.

Haastateltavien mukaan laadukkaassa vierusraportissa keskitytään kyseiseen päivään, ajatuk- sellä; tässä ja nyt. Vierusraportilla tulee käydä läpi sovitut asiat, jos esimerkiksi kyseisenä päivänä on ollut hoitokokous, jolloin vierusraportoinnilla voitaisiin kerrata sovitut asiat. Ehdotettiin myös, että olisi hyvä antaa potilaan kertoa mitä hoitokokouksessa sovittiin, näin voitaisiin saada selville mitä potilas muistaa sovitusta asioista.

Päivän suunnitelmat käytäisiin läpi, jos on ollut hoitokokous, siinä tulleet asiat, seuraavalle viikolle sovitut asiat. Potilas voisi itse kertoa mitä sovittu esim ulkoilusta ja lääkkeitä ym., hyvä paikka testata mitä potilas muistaa.

Laatua lisääväksi tekijäksi koettiin myös se, että vierusraportilla voitaisiin kerrata asioita, aikaisemmat hoidotkin, jos se olisi tarpeen esim. uuden potilaan kohdalla, jotta hänestä saataisiin mahdollisimman kokonaisvaltainen käsitys.

Akuutin päivän tapahtumat, tapauksista riippuen voisi myös kerrata asioita mitkä vaikuttaa nykytilaan tai tulevaan.

Haastattelussa kävi ilmi, että jo lyhyessäkin vierusraportissa psykoosipotilaasta saa melko hyvän yleiskuvan. Huomaa, mikä on potilaan terveydentila juuri sillä hetkellä, onko esimerkiksi vielä menossa akuuttivaihe. Toisaalta ajateltiin, että potilas kertoisi enemmän omasta tilastaan ja siitä miten kokee hoidon vaikuttavuuden ja mitä toivoo hoidoltaan. Potilaan äänen ja mielipiteen kuuleminen koettiin laatua lisääviksi tekijöiksi.

Yleiskuvan saa, mutta olisi hyvä jos potilas kertoisi enemmän itse omasta tilanteestaan ja siitä mitä haluaa hoidostaan.

Myös sitä pohdittiin, millainen vaikutus yleiskuvaan on sillä, että hoitaja on jo ennen vierusraporttia lukenut potilaan hoitokertomusta.

Se miten hyvän kuvan saa uudestakin potilaasta voi sekoittua siihen mitä on lukenut potilaasta, ensipsykoosi tapauksessa saa hyvän kuvan akuuttitilanteesta.

Haastateltavat pohtivat myös sitä, miten suuri merkitys yleiskuvan saamiseen on sillä, kuka raportin antaa, miten hän asiat tuo esille, mitä pitää tärkeänä.

Vaihtelee, riippuen potilaasta ja kuka raportin antaa, voi vaikuttaa myös kirjattu näkemys, mutta potilas voi tuoda oman näkemyksensä.

Onko vierusraportilla käytävät asiat selkeitä, jakoi mielipiteitä. Osan mielestä on täysin selkeitä. Kuvattiin, että vierusraportin sisällöstä on runko, joka on tietokoneasemalla kaikkien saatavilla ja se on lähetetty myös kaikkien hoitajien sähköpostiin. Se, onko tätä runkoa tulostettu ja onko se uusien työntekijöiden saatavilla, oli epäselvää. Osan mielestä vierusraportilla käsiteltävät asiat eivät ole selkeitä. Hyväksi koettiin se, että on kuitenkin vapaus tilanteen ja potilaan mukaan varioida raportilla käsiteltäviä asioita. Jos potilas ei ole kykenevä tai halukas vierusraportin pitämiseen, esimerkiksi on niin kiihtynyt, vierusraportti voidaan jättää kokonaan väliin.

On selkeitä, on olemassa runkosabluuna, potilas saa ainakin äänensä esille, mutta riippuu tilanteesta mitä käydään, jos esim potilas kiihtynyt silloin ei kannata käydä läpi.

On selkeitä; lääkitys, vointi, voinnin koheneminen tai heikkeneminen, potilaan toiveet, on toimiva, face to face akuutisti, mutta riippuu raportoijasta ja siitä kuinka hyvin on saanut informaatiota potilaasta ja pystyy sen jakamaan.

4.2 Vierusraportoinnin kehittäminen

Koettiin, että kysyminen potilailta itseltään vierusraportoinnin sisällöstä, kehittäisi vierusraporttia entistä potilaslähtöisemmäksi. Olisi hyvä kysyä potilailta heidän ajatuksia, miten he kokevat vierusraportin ja mitä ehdotuksia heillä olisi sen sisältöön. Esimerkiksi osastolla pidettävillä perjantaikahveilla voisi olla tähän hyvä tilaisuus.

Kuuntelemaan sitä potilaan niin ku omaa ajatusta.

Vois kysyä potilailta itseltään heidän toiveitaan vierusraportoinnin sisällöstä ja sen kulusta et mitä siinä vois olla ja ottaa sit niitä asioita, ideoita ylös sitten et siinä olis se potilaslähtöisyys kuitenkin.

Tärkeänä pidettiin myös sitä, että potilaat yleensäkin tietäisivät enemmän vierusraportista.

Monesti potilasta vois informoida jotenkin paremmin siitä että tällänen on.

Potilaslähtöisyyttä parantavaksi tekijäksi koettiin myös vierusraportin kertojen lisääminen. Potilaasta saataisiin enemmän tietoa, kun häntä kuunneltaisiin useammin ja olisi enemmän

aikaa puhua potilaan tilanteesta. Kertoja lisäämällä potilas myös tottuisi vierusraporttiin paremmin. Jos vierusraportti pidettäisiin myös viikonloppuna olisi enemmän aikaa esimerkiksi tehdä potilaan kanssa suunnitelmia.

Lisäämällä niitä kertoja ainakin me saadaan enemmän infoa, ja osallistuttaa potilasta siihen.

Se että se olis useemmin se raportointi ja potilaskin niin kuin oppis siihen ja tottuus siihen.

Omaisten mukanaolo vierusraportilla saattaisi tuoda lisäarvoa. Omaisten voisi kertoa oman näkemyksensä potilaan sen hetkisestä voinnista. Samalla omaiset saisivat itse tietoa potilaan voinnista. Toisaalta pohdittiin sitä, että potilas ei välttämättä halua omaisia mukaan ja hän saattaa kokea vaikeaksi puhua asioistaan omaisten läsnä ollessa. Tulisi ottaa myös huomioon, että potilaalla saattaa olla henkilökohtaisia asioita, mistä hän ei halua puhua omaisten läsnä ollessa.

No jos läheiset olis paikalla niin sehän olis tosi hedelmällinen.

Jos se potilaalle sopii ja se on samalla omaisten informaatiota.

Välttämättä sit potilas ei hirveesti halua keskustella siinä sitte.

Henkilökuntaa pitäisi motivoida pitämään vierusraportti. Koettiin, että aina ei ole ollut mahdollista pitää vierusraportointia, koska työaika ei antanut siihen mahdollisuutta.

Se on mun mielestä tärkeintä et henkilökunta on motivoitunut tähän.

Vierusraportti koettiin osaston myyntivaltti ja siitä olisi hyvä tiedottaa. Haastateltavan kuvasivat, että vierusraportointia voitaisiin markkinoida, esimerkiksi osaston esitteissä voisi kertoa mitä vierusraportointi on ja miten omaiset voivat siihen osallistua.

Että se olis niin kuin myyntivaltti täällä osastolla et meillä on tällainen hieno juttu kun...potilasvierusraportti johon omaiset vois sitten tulla.

Vierusraportoinnilla voisi olla myös hyvä tilaisuus selvittää mitä potilaalle jäänyt mieleen sovitusta asioista ja mitä hän itse ajattelee hoidostaan. Näin potilas olisi enemmän tietoinen hoidostaan, hoito olisi potilaslähtöisempää ja potilaan ääni saataisiin enemmän kuuluviin.

Ajatus myös se että potilas on itse tietoinen hoidostaan et missä mennään et joskus on ollut sekin riski että tehdään suunnitelmia tai päätetään asioita joista potilas ei itse ole tietoinen tai ole mitään suunnitelmia tai päätöstä.

Haastateltavat pohtivat myös sitä, onko aina hyvä mennä potilaan huoneeseen, kun potilas voi esimerkiksi maata sängyllä eikä ole halukas osallistumaan. Potilaan vointi voi myös olla niin huono, että hän ei ole halukas tai kykenevä osallistumaan vierusraporttiin. Tällöin on hyvä, että raportti voi olla lyhyt tai sen voi jättää väliin.

Onks vointi niin huono et ei keskustella niit et keskustelut on lyhyitä.

Spontaanisuus olisi parempi, silloin saataisiin lääkärit, psykologi, toimintaterapeutti ja sosiaalityöntekijä mukaan paremmin. Hyväksi koettiin myös se, että lääkäri voisi tulla kertomaan

esimerkiksi lääkemuutoksista. Tällä välttyttäisiin erillisiltä pieniltä tapaamisilta, joita on nyt paljon.

Ei tarvinnu erikseen niinku pitää semmosia pieniä tapaamisia niin sanotusti mitä meillä on tässä paljon.

Lääkäreiden ja muiden ammattikuntien osallistuminen vierusraporttiin saattaisi lisätä potilastyytyväisyyttä. Potilaalla olisi mahdollisuus tulla kuulluksi ja kuulla mitä hänestä puhutaan. Tämä voisi auttaa potilaan sitoutumista hoitoonsa ja auttaa toipumisessa. Tärkeää on, että potilas voi itse kertoa miten kokee esimerkiksi kuulemansa äänet.

Jos se lisää informaation määrää ja sanotaan esimerkiksi potilaan tyytyväisyyttä siihen mitä hän saa itse kertoa siinä tai tulla kuulluksi tai mitä hänestä puhutaan ja se tavallaan auttaa sitä potilasta voinnissa ja hoidossa olemisessa jollain tavoin eteenpäin.

Toisaalta pohdittiin, kun nyt on jo hoitokokous, missä lääkärit, psykologi, toimintaterapeutti, sosiaalityöntekijä ja omaisetkin ovat mukana ja on huomioitava ettei vierusraportista tule miinahoitokokousta. Pidettiin myös tärkeänä huomioida potilaan näkökulmasta se, ettei raportilla tule liikaa informaatiota ja, että vierusraportti pysyisi rentona.

Tavallaan se tilanne olis kuitenkin rennompi ko olis hoitokokouksessa kun siinä ollaan kaikki ringissä.

Jos niin lyhyeen vierusraportointiaikaan niin tunkee kaikki, niin myös potilaan näkökulmasta et siin tulee liikaa infoa, joka jo potilaalle olis hyvä et tapahtuis vähitellen.

Tärkeäksi koettiin myös se, että potilas kokisi tilanteen sellaiseksi, että hän pystyisi tuomaan myös arkaluontoisemmatkin asiat esille. Raporttihakemisen tulisi olla rauhallinen ja potilaalle tulisi välittyä tunne, että hän tulee kuulluksi.

Pystyy käsitteleen vähän niinku arkaluontosempiakin asioita ku tota..ettei potilas tuu nolatuks.

Sen pitäis olla rauhallinen tilanne missä potilaalla olis mahdollisuus tulla kuulluksi.

Haastateltavien mukaan vierusraportoinnista tulisi olla selkeä ohjeistus.

Miten siihen sais sitä selkeyttä ettei se olis semmosta kaikkee touhuu ja jotakin puhuu ja menee.

Vierusraportilla tulisi joka kerta tuoda esiin myös joku positiivinen asia, ettei puhuttaisi pelkästään sairaudenkuvasta. Toisaalta olis hyvä, että saataisiin potilaasta esiin psykoottisuutta ja sitä onko hänellä sairautentuntoa vai onko hän sairautentunnoton. Tärkeäksi koettiin, että raporttiin saataisiin syvyyttä eikä keskityttäisi pelkästään toimintaan tai siihen mitä tapahtuu.

Pitäkö olla keskustelut semmosii et siellä vähän härkitään et saadaan sieltä sitä psykoottisuutta esille ja nähään onko sitä sairautentuntoa vai onko sairautentunnoton.

Se menee useesti vaan sillain.. pintapuolista.

4.3 Tulosten yhteenveto

Haastatteluissa ilmeni, että vierusraporttia toivottiin kehitettävän vieläkin potilaslähtöisemmäksi. Haastateltavat pohtivat, että potilaslähtöisyyttä voitaisiin lisätä kysymällä potilailta itseltään ajatuksia, miten he kokevat vierusraportoinnin ja mitä ehdotuksia heillä olisi sen sisältöön. Toivottiin myös, että potilas kertoisi enemmän omasta tilastaan ja siitä miten kokee hoidon vaikuttavuuden ja mitä toivoo hoidoltaan.

Vierusraportin laatua voitaisiin lisätä toteuttamalla vierusraportti myös viikonloppuisin. Viikonloppuna pidettävä vierusraportti loisi enemmän mahdollisuuksia omaisten osallistumiseen ja viikonloppuna vierusraportointiin käytettäisiin enemmän aikaa ja potilaan kanssa voisi tehdä esimerkiksi hoitoon liittyviä suunnitelmia. Vierusraportoinnin kertojen lisäämisellä saataisiin potilaista enemmän tietoa. Kertoja lisäämällä potilas myös tottuisi vierusraporttiin paremmin.

Vierusraportin hyväksi pituudeksi koettiin maksimissaan viisitoista minuuttia. Laatua lisääväksi tekijäksi koettiin se, että kesto voidaan tapauskohtaisesti miettiä. Esimerkiksi ensipsykoosi potilas tarvitsisi monesti enemmän aikaa kuin potilas, joka oli ollut jo aikaisemmin samalla osastolla hoidossa.

Omaisten mukanaolo vierusraportoinnilla saattaisi tuoda lisäarvoa vierusraporttiin. Omaisen voisi kertoa oman näkemyksensä potilaan sen hetkisestä voinnista ja toisaalta omaiset saisivat itse tietoa potilaan voinnista. Toisaalta pohdittiin sitä, että potilas saattaa kokea vaikeaksi puhua asioistaan omaisen läsnäollessa tai hänellä saattaa olla asioita, joista hän ei halua puhua omaistensa kuullen.

Tärkeäksi koettiin, että henkilökunta on motivoitunut toteuttamaan vierusraporttia. Koettiin, että aina ei ole ollut mahdollista toteuttaa vierusraportointia, koska työaika ei antanut siihen mahdollisuutta.

Vierusraportti koettiin osaston myyntivaltiksi. Ehdotettiin, että vierusraportoinnista olisi hyvä tiedottaa ja sitä voitaisiin markkinoida, esimerkiksi osaston esitteissä voisi kertoa mitä vierusraportointi on ja miten omaiset voivat olla siinä mukana.

Vierusraportointia voitaisiin käyttää myös hyvänä tilaisuutena selvittää, mitä potilaalle on jäänyt mieleen sovitusta asioista ja mitä hän itse ajattelee hoidostaan. Tällä tavalla potilas olisi enemmän tietoinen hoidostaan ja potilaan ääni saataisiin enemmän kuuluviin. Potilas voisi kertoa enemmän omasta tilastaan ja siitä miten kokee hoidon vaikuttavuuden ja mitä toivoo hoidoltaan. Se, että potilaan ääni ja mielipide kuullaan ja otetaan huomioon, koettiin laatua lisääväksi tekijöiksi.

Lääkärien, psykologin, toimintaterapeutin ja sosiaalityöntekijän osallistuminen vierusraporttiin saattaisi lisätä potilastyytyväisyyttä. Tämä voisi auttaa potilaan sitoutumista hoitoonsa ja auttaa toipumisessa.

Haastateltavien mukaan vierusraportissa olisi hyvä keskittyä kyseiseen päivään. Raportti pidettäisiin tässä ja nyt ajatuksella. Vierusraportoinnilla olisi hyvä käydä läpi sovitut asiat sekä lääkitys, terveydentila, terveydentilan muutokset ja potilaan hoitoon liittyvät toiveet. Vierusraportoinnilla voitaisiin kuitenkin kerrata esimerkiksi hoitokokouksessa sovitut asiat. Uuden potilaan kohdalla olisi hyvä myös kerrata asioita ja myös aikaisemmat hoidot.

Ehdotettiin, että vierusraportoinnilla olisi ohjeistus ja runko, josta tarvittaessa voitaisiin poiketa. Jos esimerkiksi potilas ei ole kykenevä tai halukas vierusraportin pitämiseen, on vaikeaa kihtynyt, vierusraportti voitaisiin tällaisissa tilanteissa jättää kokonaan väliin.

Haastattelijat toivat esille, että osastolla voi olla odottamattomia tilanteita, jonka vuoksi vierusraportointi on mahdoton pitää. Esimerkiksi hoitokokousten määrät vaikuttavat vierusraportointiin ajankäyttöön. Myös vuoronvaihtoon ajoittuvaa vierusraportointia on ajoittain mahdoton pitää, koska sen toteuttamiseen ei jää aikaa ilman, että työntekijä jää ylityöhön. Nämä tuovat haasteita ja voivat aiheuttaa tilanteita, missä raportoinnin laatu voi kärsiä. Ajankäyttö on haaste.

5 Pohdinta

5.1 Tulosten ja teorian yhteys

Haastatteluissa kävi ilmi, että vierusraporttia toivottiin kehitettävän vieläkin potilaslähtöisemmäksi. Koko vuoteenvierusraportoinnin käyttöönoton alkuajatuksena onkin ollut juuri raportoinnin kehittäminen potilaslähtöisemmäksi (Kuuppelomäki 1994, 172).

Haastateltavien mukaan potilaslähtöisyyttä voitaisiin lisätä sillä, että potilasta kuultaisiin enemmän ja, että olisi vapaus tilanteen ja potilaan mukaan varioida vierusraportilla käsiteltäviä asioita. Junes & Solvin (1995) tutkimuksesta käykin ilmi, joka on yhteneväinen tämän opinnäytetyön tulosten kanssa, että tärkeää olisi juuri se, että potilas on keskipisteenä ja hänet huomioidaan yksilöllisesti.

Potilaslähtöisyyttä parantavaksi tekijäksi haastateltavat kokivat sen, että vierusraportin kertoja lisättäisiin. Tällä tavalla potilaasta saataisiin enemmän tietoa kun häntä kuunneltaisiin useammin ja olisi enemmän aikaa puhua potilaan tilanteesta. Kertoja lisäämällä potilas myös tottuisi vierusraporttiin paremmin. Jos vierusraportti pidettäisiin myös viikonloppuna olisi enemmän aikaa esimerkiksi tehdä potilaan kanssa suunnitelmia. Horpun (2008) tutkimuksessa selviää vastaavaa, useat päivittäiset keskustelut auttavat potilasta toipumisessa. Keskustelujen ei aina tarvitse olla niin syvällisiä. Potilaiden kanssa tulisi viettää aikaa, koska se auttaa

potilasta voimaan paremmin ja jaksamaan. Hoitajien saatavuus sekä näkyvyys lisää potilaiden turvallisuuden tunnetta sekä luottamusta hoitoa kohtaan. Vuoteenvierusraportoinnin katso- taankin lisäävän juuri potilaiden turvallisuuden tunnetta, sillä potilaiden yksinoloaika huonees- saan vähenee (Ofori-Atta 2015).

Haastateltavat pohtivat, että olisi hyvä kysyä potilailta itseltään heidän ajatuksiaan vierusra- portoinnista; miten he kokevat vierusraportoinnin ja mitä ehdotuksia heillä olisi sen sisältöön. Haastateltavat pohtivat myös sitä, onko aina hyvä mennä potilaan huoneeseen, jos potilas ei ole kykenevä tai halukas osallistumaan vierusraporttiin. Olisiko silloin hyvä, että raportti olisi vain lyhyt tai sen voisi jättää väliin. Horpun (2008) tekemässä tutkimuksessa todettiin, että hoidossa tärkeää olisi pyrkiä työskentelemään yksilöllisesti, potilaan tarpeet huomioi- daan ja toiveita kuunnellaan. Hietaharju & Nuutila (2016) toteavat, että psykoosin oireisiin voi kuulua myös keskusteluvaikeudet ja henkilö voi kiihtyä nopeasti ja olla jopa aggressiivi- nen.

On tutkittu, että vuoteenvierusraportointi parantaa potilaan sekä hoitajan tyytyväisyyttä ja samalla lisää tiedon luotettavuutta. Kun potilas on läsnä raportoinnissa, sitoutuu hän myös hoitoonsa, hoidon suunnitteluun ja toteutukseen paremmin. (Sherman, Sand-Jecklin & John- son 2013, Johnson & Cowin 2013, 308–318; Junes & Solvin 1995, 41–44; Ofori-Atta 2015.) Tässä opinnäytetyössä tultiin vastaavaan tulokseen. Hoitajat pitivät vierusraportoinnin yhtenä tärkeimmistä asioista sitä, että potilaalla olisi mahdollisuus tulla kuulluksi ja kuulla mitä hän- nestä puhutaan. Tämän katsottiin voivan auttaa potilasta sitoutumisessa hoitoonsa ja toipumi- sessaan. Tärkeänä koettiin, että potilas voi itse kertoa miten kokee vointinsa.

Haastateltavien mukaan vierusraportoinnilla voisi olla myös hyvä tilaisuus selvittää mitä poti- laalle on jäänyt mieleen sovituista asioista ja mitä hän itse ajattelee hoidostaan. Näin potilas olisi enemmän tietoinen hoidostaan. Vastaavaan tulokseen tuli Timonen (1996) tutkimukses- saan, missä potilaat tuovat esille, että vuoteenvierusraportoinnissa tärkeintä on saada tietoa heidän hoidostaan.

Haastateltavien käsityksen mukaan vierusraportoinnin laatuun saattaa vaikuttaa se kuka ra- portin antaa ja ketkä raporttihakkeen osallistuvat. Junes & Sovin (1995) ja Laaksonen (2002) tutkimuksessa ilmeni vastaavaa, tiedonvälityksen esteeksi vuoteenvierusraportoinnilla poti- laat voivat kokea hoitajien riittämättömät kommunikointitaidot, raportille osallistuvien suu- ren määrän sekä omaisten läsnäolon huoneessa.

Haastateltavilla oli ristiriitaisia ajatuksia omaisten osallistumisesta vierusraporttiin. Osa oli sitä mieltä, että omaisten mukanaolo vierusraportilla saattaisi tuoda lisäarvoa. Osa haastatel- tavista taas oli sitä mieltä, että potilaat saattaisivat kokea vaikeaksi puhua asioistaan omai- sen läsnä ollessa ja heillä saattaa olla henkilökohtaisia asioita, mistä ei halua puhua omaisten

läsnä ollessa. Samankaltaiseen tulokseen on tullut Kuuppelomäki (1994) tutkimuksessaan, jonka mukaan hankalaksi voidaan kokea puhua potilaan läsnä ollessa negatiivisista asioista, jotka saatetaan jättää raportoinnilla kertomatta. Tästä johtuen raportointi voi myös olla pintapuolista.

Haastateltavat pohtivat sitä, että omaisten osallistuminen vierusraporttiin voisi olla hedelmällistä. Omaiset voisivat kertoa oman näkemyksensä potilaan sen hetkisestä voinnista. Samalla omaiset saisivat itse tietoa potilaan voinnista. Tiedetäänkin, että kuntoutuksessa tärkeää on yhteistyö peheen kanssa. Läheiset ovat hoitavalle yksikölle arvokas lisätiedonlähde, joka auttaa syventämään ymmärrystä sairastuneen taustoista ja yksilöllisestä. (Skitsofrenia.) Lönnqvist ym (2014) toteaaakin, että sairaalahoidossa hoidon perustana on hyvän yhteistyösuhteen luominen ja ylläpitäminen sekä potilaan että hänen perheensä kanssa. Luottamuksellisessa hoitosuhteessa on yleensä myönteinen vaikutus myös lääkehoidon hyväksymiselle. Kuitenkin Hietaharju & Nuuttila (2016) toteaa, että psykoosi potilaalla saattaa esiintyä ihmissuhdeongelmia ja eristäytymistä.

Omaisten osallistumisessa vierusraporttiin haastateltavat pitivät hyvänä sitä, että tällä tavalla omaiset saisivat ajankohtaista tietoa potilaan voinnista. Horpun tutkimuksessa (2008) todetaankin, että sairauteen liittyvä tieto lisää sairauden kokemista vähemmän kielteisenä sekä salattavana asiana. Mattila (2011) pohtiikin sitä, että jos perheenjäsenet saavat tietoa tilanteesta potilaan kautta, voi tiedon siirtämiseen liittyä väärinymmärrystä ja tulkintaa ja näin tieto potilaan voinnista jää puutteelliseksi.

Haastateltavat kokivat tärkeäksi myös sen, että potilas kokisi vierusraportin sellaiseksi, että hän pystyisi tuomaan myös arkaluontoisemmatkin asiat esille. Raporttihakkeen tulisi olla rauhallinen ja potilaalle tulisi välittyä tunne, että hän tulee kuulluksi. Lönnqvist ym (2014) toteaaakin, että psykoosiosastolla ilmapiiriin tulisi olla rauhallinen ja hoidollisesti aktiivinen. Liiallisten virikkeiden määrää tulisi välttää.

Haastateltavat kokivat, että jo lyhyessäkin vierusraportissa psykoosipotilaasta saa melko hyvän yleiskuvan. Huomaa, mikä on potilaan tila juuri sillä hetkellä, onko esimerkiksi vielä menossa akuuttivaihe. Mielenterveystalon (2016) mukaan hoidon etenemisen myötä potilaan todellisuudentaju sekä psykoottiset oireet pienenevät ja potilaan osallistuminen oman hoitonsa suunnitteluun tulee paremmin mahdolliseksi.

Haastateltavat pohtivat myös sitä, että lääkärien tai muiden ammattikuntien osallistuminen vierusraporttiin saattaisi lisätä myös potilastyytyväisyyttä. Isoherranen ym. (2008) toteaaakin, että mielenterveyden häiriöiden ehkäisy ja hoito edellyttävät laajaa toimijoiden välistä yhteistyötä. Ilman yhteistyötä toisten asiantuntijoiden kanssa osaaminen jää helposti vajaaksi.

Haastateltavat toivoivat, että potilas olisi enemmän tietoinen hoidostaan ja potilaan ääni saataisiin enemmän kuuluviin. Toivottiin, että potilaalle välittyisi tunne, että hän tulee kuulluksi

Karhen (2017) tekemässä tutkimuksessa kävi ilmi, että potilaat toivovat, että hoitaja kysyisi ja kuuntelisi heitä. Välittämisen osoittaminen koettiin hoitavana. Tutkimuksessa tuotiin esille hoitoyksinäisyys, joka on potilaalle syntyvä tunne, jos potilaalla ei ole mahdollisuutta jakaa tuntemuksiaan, kokemuksiaan ja tietoa hoitajan kanssa ja hoitosuhteesta puuttuu dialoginen kohtaaminen. Tällöin potilas kokee jäävänsä hoitonsa ulkopuolelle. Potilas tuntee hoitoyksinäisyyden kipeänä kokemuksena, jota hän ei haluaisi kenenkään muun joutuvan kokemaan.

5.2 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkija itse ja hänen rehellisyytensä, tutkimuksen toteutus, aineiston laatu, aineiston analyysi ja tulosten esittäminen vaikuttavat luotettavuuteen. Aineiston analyysissa korostuvat tutkijan taidot, arvostukset ja oivalluskyky. Jos tutkimus ei ole eettinen, se ei voi olla myöskään luotettava. (Janhonen & Nikkonen 2001, 36–39. Tuomi & Sarajärvi 2013, 158.)

Tässä opinnäytetyössä pyydettiin haastateltavilta lupa käyttää haastattelussa äänitallenteita. Haastatteluaineistoa ei luovutettu yksilöityihin tarkoituksiin käytettäväksi, jolla voitaisiin aiheuttaa haittaa yksittäisen henkilön asemalle, arvioimiselle tai kohtelulle. Opinnäytetyön tulokset julkaistaan niin ettei henkilökunta ole yksittäin tunnistettavissa. Opinnäytetyön tekijöillä on vaihtoehtoisuus. (Aineistohallinnan käsikirja 2016; Tuomi & Sarajärvi 2013, 129–132.) Opinnäytetyössä noudatetaan rehellisyyttä, huolellisuutta sekä vastuullisuutta. Opinnäytetyö aineistoa käsitellään vaatimusten edellyttämällä tavalla. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012-2014; Tuomi & Sarajärvi 2013, 132–133.)

Aineiston luotettavuuteen vaikutti opinnäytetyön tekijöiden ammattitaitoa edistävä harjoittelu osastolla. Harjoittelun aikana vierusraportointi tuli opinnäytetyön tekijöille käytännössä tutuksi.

Luotettavuutta lisäsi haastattelijoiden haastattelutilan suunnittelu niin, että haastattelut saatiin tehtyä ilman häiriötekijöitä ja intimitteettisuoja turvaten. Haastattelijoilla oli käytössä kaksi nauhuria, joiden käytöstä ilmoitettiin haastateltaville etukäteen. Nauhureiden sekä nauhojen käyttövarmuus tarkastettiin ennen jokaista haastattelutilannetta. Lisäksi käytössä oli useita varanauhoja, jotka tarvittaessa pystyi vaihtamaan kesken haastattelun. Varavirtalähteillä turvattiin myös haastattelun sisällön tallennus. Haastattelukysymykset oli tulostettu haastattelutilassa olevien nähtäville, joka lisäsi haastattelun luotettavuutta niin, että haastateltavat pystyivät etukäteen näkemään mitä kysytään. Kaikissa haastatteluryhmissä käytettiin samoja teemoja. Haastatteluissa olevat henkilöt valittiin niin, että jokaisella haastattelukerralla haastatteluun osallistui uudet henkilöt. Haastattelun luotettavuutta lisäsi myös henkilöiden rajaaminen ainoastaan heihin, jotka käyttivät työssään vierusraportointia.

5.3 Tutkimuksen eettisyys

Tässä opinnäytetyössä etiikan lähtökohtana on kunnioittaa toisia, tuottaa hyötyä sekä pyrkiä olemaan aiheuttamatta haittaa. Lisäksi etiikalla pyrittiin olemaan oikeudenmukaisia ja huomioimaan autonomia. Laki, säädökset sekä ohjeistukset turvasivat niiden toteutumista. (Länsimies-Antikainen & Pietilä 2008, 12,65.) Opinnäytetyötä arvioidaan eettisestä näkökulmasta suunnitelmassa aineistonkeruumenetelmää, sen toteutusta, käsittelyä sekä säilyttämistä. Eettisenä lähtökohtana on ettei haastateltavan itsemääräämisoikeus, yksityisyys eikä tietosuojaa kärsi eikä haastateltava koe, että haastattelu aiheuttaisi hänelle vahinkoa. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012-2014; Tuomi & Sarajärvi 2013, 129–132.)

Laadullisessa tutkimuksessa tärkeitä eettisiä periaatteita olivat haastateltavan vapaaehtoisuus ja henkilöllisyyden suojaaminen sekä luottamuksellisuus. Tässä opinnäytetyössä haastatteluun osallistuminen oli vapaaehtoista ja haastattelun pystyi keskeyttämään. Tätä tahtoa kunnioitettiin. (Länsimies-Antikainen & Pietilä 2008, 12,65; Tuomi & Sarajärvi 2013, 129–132; Janhonen & Nikkonen 2001, 36–39.)

Tutkimuslupaa saatiin 30.12.2016 Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin HYKS psykiatrian opetus- ja tutkimusyksiköltä. Tutkimussuunnitelma hyväksyttiin ohjaajaltamme, jonka jälkeen odotimme tutkimusluvan virallista hyväksyntää. Tutkimusluvan saannin jälkeen tiedotettiin Jorvin sairaalan osasto P4 henkilökuntaa sähköisesti opinnäytetyöhönliittyvästä vapaaehtoisesta haastattelusta, joka toteutettiin keväällä 2017. Haastattelupäivinä tiedotettiin haastatteluista myös suullisesti ja samalla kysyttiin työntekijöiden halukkuutta osallistua haastatteluun. Suostumuksen myötä kerrottiin vielä ennen haastattelutilannetta haastattelun vapaaehtoisuudesta ja haastatteluun osallistuneiden nimettömyydestä haastattelussa. Kerroimme haastattelun nauhoituksesta sekä nauhojen myöhemmästä tuhoamisesta, jolla varmistettiin haastatteluun osallistuneiden intimitteettisuoja.

Haastattelutila suojeli haastateltavien intimitteettisuoja, ulkopuoliset eivät nähneet haastatteluun vapaaehtoisia osallistujia huoneessa olevia henkilöitä. Huone oli haastatteluhetkellä varattuna merkkivalolla sekä lukittuna niin, että ulkopuoliset häiriötekijät eivät estäneet haastattelun onnistumista. Tilaisuudelle varattiin aikaa 30 minuutista tuntiin haastattelua kohden, jotta haastateltavat saivat rauhassa pohtia haastattelussa esillä olevia asioita. Haastatteluun osallistujat allekirjoittivat myös kirjallisen suostumuksen haastatteluun. Opinnäytetyön tekijät näyttivät haastateltaville ennen nauhoituksen alkua haastattelukysymykset. Haastattelun aikana ei annettu erillisiä puheenvuoroja, vaan haastattelu tapahtui vapaamuotoisesti, joka mahdollisti sen, että haastateltavat saivat vastata haluamiinsa kysymyksiin.

Haastatteluun käytetty materiaali on ollut vain haastattelun tekijöiden käytettävissä. Opin- näytetyön ohjaaja on ollut ainoa taho, joka on ollut ohjaamassa haastattelumateriaalia analy- sointivaiheeseen ja sen avulla muokkaamista lopulliseen muotoonsa haastattelumateriaalin muokkaamista lopulliseen muotoonsa.

5.4 Kehittämisehdotukset ja jatkotutkimusaiheet

Vierusraportoinnin kehittämiseen liittyen henkilökunta toi esille toiveensa vierusraportoinnin kertojen lisäämisestä. Yleisesti toivottiin, että määrällisesti vierusraportointia voisi käyttää ainakin kolme kertaa viikossa. Kolmannen vierusraportointikerran toteuttaminen viikonlop- puna olisi ajankohdallisesti hyvä, koska viikonloppuisin osastolla on usein rauhallisempaa ja sen vuoksi vierusraportointiin voitaisiin käyttää enemmän aikaa ja käydä asioita tarvittaessa syvällisemminkin läpi. Omaisia ajatellen viikonloppu olisi myös parempi vaihtoehto, koska tuolloin voitaisiin käydä asioita syvällisemmin läpi, ilman kiirettä ja omaisilla olisi mahdolli- suus osallistua paremmin, sillä arkisin monella on työ ym. esteitä. Raportointi on ongelmal- lista myös työntekijöiden työvuorojen vuoksi, kuitenkin viikonloppuisin vierusraportointi voisi olla sujuvampaa ajankäytöllisesti.

Viikonloppuisin pidettävässä vierusraportoinnissa olisi etuna myös se, että potilas voisi rau- hassa kertoa ajatuksistaan esimerkiksi menneisyyteen liittyvistä asioista, jotka ovat vaikutta- neet tähän päivään. Raportointitilan valinta voisi olla myös paremmin järjestettävissä viikon- loppuisin, koska tilat eivät ole käytössä yhtä paljon kuin viikolla.

Potilaslähtöisemmän vierusraportoinnin vahvistaminen on myös asia, jota haluttiin kehittää. Potilaan ääni ja toiveet tulisi ottaa enemmän huomioon. Vierusraporttia pidettäessä olisi tär- keä muistaa kysyä, mitä mieltä potilas on omasta voinnistaan ja miten kokee hoidon.

Vierusraportoinnilla läpikäytävistä asioista on ollut ohjeistus käytössä. Tämä ei ole kuitenkaan tavoittanut kaikkia työntekijöitä ja vierusraportoinnin runko on jäänyt epäselväksi osalle hen- kilökunnasta. Vierusraportointirunko tulisi sijoittaa paikkaan, joka olisi kaikkien käytettävissä. Vierusraportoinnissa on kuitenkin muistettava potilaslähtöisyys. Potilaan vointi vaikuttaa ra- portointiin ja olisikin hyvä, että vierusraportointia voitaisiin toteuttaa tarvittaessa myös va- paamuotoisemmin, ilman tarkkaa aihejärjestystä. Pääasia on, että tärkeät asiat tulevat käy- tyä läpi vierusraportointitilanteessa.

Vierusraportointia pidettiin pääosin positiivisena asiana. Se koettiin niin sanottuna myynti- valttina, jota haluttaisiin saada paremmin tunnetuksi. Vierusraportoinnista, sen sisällöstä ja

ajatuksesta, voisi tiedottaa potilaita. Kehitystyönä voisi olla esimerkiksi tiedotelomake tai juliste, joka olisi osastolla kaikkien luettavissa. Tiedote tai juliste voisi hyödyttää myös omaisia, jotta he tietäisivät paremmin, milloin heillä olisi mahdollisuus osallistua siihen potilaan suostumuksella. Osaston toiminnasta voisi tehdä myös esitteen, missä vierusraportin ajatusta ja tarkoitusta voisi avata.

Vierusraportista voitaisiin keskustella osastolla pidettävillä perjantaikahveilla. Tällöin olisi myös hyvä mahdollisuus kysyä potilailta, miten he vierusraportoinnin kokevat ja mitä ajatuksia heillä on siitä. Samalla voisi pitää potilaille esittelyn vierusraportin ideasta, siitä miten sen käyttöajatus on lähtenyt potilaslähtöisyydestä ja miten sen tarkoitus on lisätä luottamusta ja yhteistyötä hoitohenkilökunnan, potilaiden ja omaisten välillä. Vierusraportoinnista voisi käydä kertomassa messuilla ja alan tilaisuuksissa. Myös esitteitä voisi jakaa. Osaston toimintaa ja vierusraportointia voitaisiin esitellä alan oppilaitoksissa ja osaston avoimilla päivillä.

Jatkossa olisi hyvä tehdä selvitys siitä, miten potilaat ja omaiset kokevat vierusraportoinnin ja mitä he siltä toivovat.

5.5 Oma oppiminen

Tässä opinnäytetyössä opimme, että tärkeää on muistaa ja muistuttaa, että potilas on aina kaiken hoitotyön lähtökohta. Tämän opinnäytetyön haastatteluja tehdessä se korostui monta kertaa. Toivottiin, että potilas olisi raportin keskipiste ja potilasta huomioitaisiin yksilöllisesti. Olemme hoitajina potilasta varten, tuli monella tapaa esille haastatteluja tehdessä. Potilaslähtöisyys korostui monella tapaa. Haastateltavat pohtivat, että olisi hyvä kysyä potilailta itseltään heidän ajatuksiaan vierusraportoinnista; miten he kokevat vierusraportin ja mitä ehdotuksia heillä olisi sen sisältöön. Haastateltavat pohtivat myös sitä, onko aina hyvä mennä potilaan huoneeseen, jos potilas ei ole kykenevä tai halukas osallistumaan vierusraporttiin. Tämä herätti ajatuksen, miten potilaan yksityisyyttä ja intymiteettiä voitaisiin suojella.

Haasteltavamme toivoivat, että vierusraportoinnilla potilasta kuunneltaisiin enemmän. Potilaan hoitoyksinäisyys tutkimuksessa (Karhe 2017) sama asia korostuu, jossa potilaat tuovat esille, että heille osoitettaisiin välittämistä kysymällä ja kuuntelemalla. Tutkimuksesta ilmeni siis yksinkertainen asia; potilaat kokivat, että kuulluksi tuleminen on hoitavaa. Jos unohdamme potilaan kuulemisen, potilas joutuu kokemaan hoitoyksinäisyyttä eli hän kokee olevansa unohdettu ja hylätty ja hän kokee itsensä arvottomaksi. Vierusraportointi voi parhaimmillaan olla välittämistä. Siksi meitä ilahdutti erityisesti se, että vierusraportointia haluttiin kehittää juuri potilaan kuulemisen osalta.

Muistamisen arvoinen asia on, että luotettavuus ja tyytyväisyys hoitoon lisääntyy, kun potilas saa olla mukana omassa hoidossaan. On jopa tutkittu (Sherman, Sand-Jecklin & Johnson 2013, Johnson & Cowin 2013, Junes & Solvin 1995), että vuoteenvierusraportointi parantaa potilaan sekä hoitajan tyytyväisyyttä ja samalla lisää tiedon luotettavuutta. Kun potilas on läsnä raportoinnissa, sitoutuu hän myös hoitoonsa, hoidon suunnitteluun ja toteutukseen paremmin. Tämä tuntuu itsestään selvältä, vaan ajoittain asian mieleen tuominen on tärkeää, ettei se unohdu kehitettäessä hoitotyötä muilta osilta. Tärkeää hoitotyössä on hoitajien kommunikointitaidot. Tähän tulisi kiinnittää huomiota esimerkiksi koulutuksia suunniteltaessa. Haastateltavien kokemuksen mukaan jos omaiset saavat potilaan itsensä kautta tilanteesta tietoa, voi tiedon siirtämiseen liittyä väärinymmärrystä ja tulkintaa, ja saattaa olla, että tieto potilaan voinnista jää puutteelliseksi. Tärkeää olisi, että perheenjäsenet saisivat tietoa sairaudesta, jotta sairaus koettaisiin vähemmän kielteisenä sekä salattavana asiana.

Haastatteluissa saatiin tietoa myös työntekijöiden motivaation tärkeys vierusraportoinnin pitämiseen. Selvisi, että osastolla voi olla odottamattomia tilanteita, jonka vuoksi raportointi voi kärsiä laadullisesti. Työvuorot sekä esimerkiksi hoitokokousten määrät vaikuttavat vierusraportointiin ajankäyttöön. Nämä tuovat haasteita ja voivat aiheuttaa tilanteita, missä raportoinnin laatu voi kärsiä. Vuoronvaihtoon ajoittuva vierusraportointi voi aiheuttaa myös sen, että työvuorosta lähtevä voi joutua jäämään ylitöihin raportoinnin vuoksi. Ajankäyttö on haaste, raportointitilanteet olisi hyvä saada ajankohtaan, jolloin osaston muu toiminta olisi rauhoitettu.

Oppimistamme lisäsi ja syvensi omat ammattitaitoa edistävät harjoittelujaksot osastolla. Näimme ja koimme vierusraportin toteutuksen aidossa ympäristössä. Huomasimme, että työntekijöiden työmotivaatio osastolla on suuri. Osastolla välittyi ilmapiiri, missä potilaista välitetään aidosti ja se näkyy esimerkiksi siinä, että työntekijät ovat välillä valmiita jäämään ylitöihin, jotta potilaisiin liittyvät asiat saataisiin hoidettua päivän suunnitelman mukaisesti. Opiskelijan näkökulmasta katsottuna osaston toiminta on muutoinkin esimerkillistä ja kehittämismyönteistä.

Lähteet

- Eskola, J. & Suoranta, J. 2005. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. 7. painos. Jyväskylä, Vastapaino.
- Hietaharju, P & Nuutila, M. 2016. Käytännön mielenterveystyö. 4. uudistettu painos. Helsinki, Sanoma Pro.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2011. Tutkimushaastattelu, teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki, Gaudeamus.
- Isoherranen, K. & Rekola, L. & Nurminen, R. 2008. Enemmän yhdessä - moniammatillinen yhteistyö. Helsinki, WSOY.
- Janhonen, S. & Nikkonen, M. 2001. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki, WSOY.
- Johnson, M. & Cowin, L. S. Nurses discuss bedside handover and using written handover sheets. *Journal of Nursing Management*, 2013, 308-318.
- Junes, R. & Solvin, R. 1995. Vuoteenvierusraportointi potilaan kokemana. Kuopion yliopisto. Hoitotieteenlaitos.
- Kuhanen, C. & Oittinen, P. & Kanerva, A. & Seuri, T. & Schubert, C. 2014. Mielenterveyshoitotyö. 3.-4. painos. Helsinki, Sanoma Pro.
- Kuula, A. 2015. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Tampere, Vastapaino.
- Kuuppelomäki, M. 1994. Vuoteenvierusraportoinnin edut ja haitat. *Hoitotiede* Vol 6, no 4/ -94.
- Kuutsa, H. 2010. Hoitotyön raportointimallin kehittäminen ja hoitotyöntekijöiden kokemuksia raportointikäytännön muutoksesta. Ylempi ammattikoulututkinto. Savonia.
- Laaksonen, T. 2002. Potilaskeskeinen päiväraportti psykiatrisessa sairaalassa. Tampereen yliopisto. Hoitotieteenlaitos.
- Lönnqvist, J. & Henriksson M. & Marttunen M. & Paronen, T. 2014. *Psykiatria*. 11. uudistettu painos. Helsinki, Duodecim.
- Ruuskanen, S. 2007. Hoitotyön suullisen raportoinnin kehittäminen -kehittämistyö osallistuneiden arviointia raportointikäytännön muutoksesta. Pro gradu-tutkielma. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Saarni, S. & Pirkola, S. 2010. Psykiatristen potilaiden elämänlaatu. *Duodecim* 2010;126:2265-73.
- Timonen, L. 1996. Hoitajien ja potilaiden käsityksiä ja kokemuksia vuoteenvierusraportoinnista kirurgisella vuodeosastoilla. Pro gradu. Helsingin yliopisto. Yleislääketieteen ja perusterveydenhuollon laitos.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2013. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 11. uudistettu painos. Helsinki, Tammi.
- Vilkkä, H. 2015. Tutki ja kehitä. Jyväskylä, Ps-kustannus.

Sähköiset lähteet

- Aineistohallinnan käsikirja. 2016. Fyysinen säilytys. Viitattu 13.11. 2016. <http://www.fsd.uta.fi/aineistohallinta/fi/fyysinen-sailytys.html#havittaminen>
- Aineistohallinnan käsikirja. 2016. Kvalitatiivisen datatiedoston käsittely Viitattu 13.11.2016. <http://www.fsd.uta.fi/aineistohallinta/fi/kvalitatiivisen-datan-kasittely.html>
- Aineistohallinnan käsikirja. 2016. Tunnisteellisuus ja anonymisointi. Viitattu 13.11.2016. <http://www.fsd.uta.fi/aineistohallinta/fi/tunnisteellisuus-ja-anonymisointi.html>
- Aluehallintavirasto. 2014. Laatu ja potilasturvallisuus. Viitattu 12.11.2016. http://www.avi.fi/web/avi/laatu-ja-potilasturvallisuus1#.WCdtx_mLTIU
- Aluehallintavirasto. 2014. Potilaan asema ja oikeudet. Viitattu 12.11.2016. <http://www.avi.fi/web/avi/potilaan-asema-ja-oikeudet#.WCdyofmLTIU>
- Finlex. Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116. Viitattu 22.11.2016. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>
- Horppu, C. 2008. Psykiatrinen osastohoitojakso potilaiden ja perheenjäsenten kokemana. Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Viitattu 28.10.2016. <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/79732/gradu03148.pdf?sequence=1>
- HUS:n hoitotyön ammatillinen toimintamalli 2016. Hoitotyötä potilaan parhaaksi. Viitattu 18.12.2016. <http://www.hus.fi/hus-tietoa/hoitotyö/Documents/Hoitoty%C3%B6t%C3%A4%20potilaan%20parhaaksi%20netti.pdf>
- Karhe, L. 2017. Potilaan hoitoyksinäisyys. Tampereen yliopisto. Viitattu 14.3.2017. <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/100487/978-952-03-0329-7.pdf?sequence=1>
- Koskitalo, N. , Taipale, T. 2014. Psykiatrisen päivystysyksikön osaston henkilökunnan työyhteisötaidot ja niiden kehittäminen. Opinnäytetyö YAMK. Oulun ammattikorkeakoulu. Oulu. Viitattu 3.11.2016. http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/85236/Koskitalo_Nina.pdf?sequence=1
- Käypä hoito -suositus. Skitsofrenia. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Kardiologisen Seuran asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2015. Viitattu 12.11.2016. <http://xn--kyphoito-0zac.fi/web/kh/suosituks/suositus?id=hoi35050>
- Leppävuori, A. 2015. Akuutin psykoosin diagnostiikka. Viitattu 28.10.2016. <http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/aho/koti>
- Leppävuori, A. 2015. Akuutin psykoosin hoito. Viitattu 28.10.2016. <http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/aho/koti>
- Länsimies-Antikainen, H. (toim.) & Pietilä, A-M. 2008. Etiikkaa monitieteisesti, Pohdintaa ja kysymyksiä. Kuopion Yliopisto. Hoitotieteen laitos. Viitattu 12.11.2016 http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-951-27-0130-8/urn_isbn_978-951-27-0130-8.pdf
- Mattila, E. 2011. Aikuispotilaan ja perheenjäsenen emotionaalinen ja tiedollinen tuki sairaalahoidon aikana. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto. Viitattu 15.11.2016. <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/66790/978-951-44-8541-1.pdf?sequence=1>

Mielenterveystalo. Psykoosiopas. Viitattu 5.11.2016 <https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/itsehoito-ja-opaat/opaat/psykoosi/Pages/psykoosiopas.aspx>

Ofori-Atta, J. 2015. Bedside shift report: Implications for patient safety and quality of care. *Nursing* 45 (8), 1–4. Viitattu 18.4.2017. http://journals.lww.com/nursing/Fulltext/2015/08000/Bedside_shift_report_Implications_for_patient.20.aspx

Sherman, J. & Sand-Jecklin, K. & Johnson, J. 2013. Investigating Bedside Nursing Report: A Synthesis of the Literature. *MEDSURG Nursing*, 22(5), 308-318. Viitattu 5.11.2016 <http://search.proquest.com.nelli.laurea.fi/docview/1460980988#center>

Skitsofrenia. Onnistunut kuntoutus skitsofreniassa - mitä se on ja mitä siihen tarvitaan. 2010. Viitattu 18.4. 2017. <http://www.skitsofreniainfo.fi/hoito/onnistunut-kuntoutus-skitsofreniassa-mita-se-on-ja-mita-siihen-tarvitaan>

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2015. Asiakkaan ja potilaan oikeudet. Viitattu 1.11.2016. <http://stm.fi/asiakkaan-potilaan-oikeudet>

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2016. Mielenterveyspalvelut. Viitattu 5.11.2016 <http://stm.fi/mielenterveyspalvelut>

Toivonen, E-M. 2014. Päihdepotilaan hoitotyön erikoisosaaminen. Opinnäytetyö YAMK.Turun ammattikorkeakoulu. Turku. Viitattu 12.11.2016. http://theseus32-kk.lib.helsinki.fi/bitstream/handle/10024/83423/TOIVONEN_EMMA-REETA.pdf.pdf?sequence=1

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012-2014. Eettinen ennakoarviointi. Viitattu 13.11.2016. <http://www.tenk.fi/fi/eettinen-ennakoarviointi-ihmistieteiss%C3%A4/ennakoarviointi>

Valvira 2015. Hyvä ammatinharjoittaminen. Viitattu 12.11.2016. <http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammatinharjoittaminen>

Liitteet

Liite 1: Tiedote Jorvin sairaalan osasto P4 henkilökunnalle.	33
Liite 2: Teemahaastattelurunko.....	34
Liite 3: Suostumus haastatteluun	35

Liite 1: Tiedote Jorvin sairaalan osasto P4 henkilökunnalle.

Opinnäytetyö vierusraportoinnin kehittämistä Jorvin sairaalan osastolla P4.

Teemme opinnäytetyötä vierusraportoinnista, joka kohdentuu Jorvin sairaalan osastolle P4. Opiskelemme sairaanhoitajiksi Laurea Lohjan kampuksella. Tutkimusluvan olemme saaneet Helsingin- ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriltä 30.12.2016. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kehittää vierusraportoinnin laatua Jorvin sairaalan osastolla P4. Tavoitteena on tuottaa tietoa laadukkaasta vierusraportoinnin sisällöstä.

Tammikuussa 2017 henkilökunnalle lähetetään tämä teemahaastattelurunko etukäteen tutustuttavaksi. Haastattelut on suunniteltu toteutettavan keväällä 2017 osastolla P4. Haastattelut tulevat toteutumaan ryhmäjakojen mukaan aamu- ja iltavuorojen vaihtuessa. Henkilökuntaa haastatellaan 3-5 henkilön ryhmissä. Haastattelut tullaan nauhoittamaan. Haastatteluun osallistuminen on vapaaehtoista. Arvioitu haastattelun kesto on noin tunti per ryhmä.

Opinnäytetyön tekijät ovat allekirjoittaneet vaitiolositoumuksen, jolla haastattelun salassapito turvataan. Haastattelun vastaukset käsitellään ensin litteroimalla sähköiseen muotoon, jonka jälkeen haastattelun tulokset julkaistaan opinnäytetyöhön anonymisti. Äänitallenteet tuhotaan, kun haastattelu on saatettu kirjalliseen muotoon. Opinnäytetyön valmistuttua sen tulokset ovat osaston hyödynnettävissä.

Sairaanhoitajaopiskelijat

Mia Pykälä-aho, mia.pykala-aho@student.laurea.fi ja

Sari Vesämäki, sari.vesamaki@student.laurea.fi

Liite 2: Teemahaastattelurunko

1. Laadukas vierusraportointi

- potilasturvallisuus
- tasavertaisuus
- tiedon luotettavuus
- hoitoon sitoutuminen
- avoimuus
- läsnäolo
- turvallisuus
- potilas keskipisteenä
- hoidon arvioiminen
- yleiskuva psykoosipotilaasta
- yksilövastaisuus

2. Moniammatillisuus

- yhteistyö
- omaisten osallistuminen raporttiin
- kuunteleminen
- arvostus
- kunnioitus
- kannustava ilmapiiri
- luottamus
- avoimuus

3. Vierusraportoinnin aika, pituus, määrä

- kuinka usein
- kuinka pitkä
- kuinka pitkältä aikaväliltä

4. Kehitysideat

Liite 3: Suostumus haastatteluun



___ / ___ 20__

Suostumus haastatteluun

Suostun vapaaehtoiseen opinnäytetyöhön kuuluvaan haastatteluun.

Jorvin sairaalan osastolle P4 tehtävän opinnäytetyön aiheena on Vierusraportoinnin kehittäminen.

Haastattelut suoritetaan ryhmähaastatteluina keväällä 2017. Haastattelutilanteet nauhoitetaan ja saatua aineistoa käytetään vain tässä opinnäytetyössä. Haastattelun tulokset esitetään opinnäytetyössä anonyymisti.

Opinnäytetyön tekijöinä toimivat Lohjan Laurean sairaanhoitajaopiskelijat Mia Pykälä-aho ja Sari Vesamäki

Suostumuksen antaja:

Paikka ja päivämäärä	Nimikirjoitus	Nimen selvennys
----------------------	---------------	-----------------

Tarvittaessa lisätietoja haastatteluihin liittyen voi tiedustella:

Mia Pykälä-aho mia.pykala-aho@student.laurea.fi

Sari Vesamäki sari.vesamaki@student.laurea.fi