

Minna Markamo
Pia Jäpölä

Huoliseulan käyttö neurologisella
kuntoutusosastolla
Haastattelututkimus hoitajien kokemuksista

Metropolia Ammattikorkeakoulu
Sairaanhoitaja AMK
Hoitoalan koulutusohjelma
Opinnäytetyö
6.5.2011

Tekijät) Otsikko	Minna Markamo, Pia Jäpölä Huoliseulan käyttö neurologisella kuntoutusosastolla. Haastattelututkimus hoitajien kokemuksista.
Sivumäärä Aika	36 sivua + 5 liitettä 6.5.2011
Tutkinto	Sairaanhoitaja AMK
Koulutusohjelma	Hoitotyön koulutusohjelma
Suuntautumisvaihtoehto	Hoitotyö
Ohjaajat	Lehtori Hannele Hokkanen Yliopettaja Leena Rekola
<p>Opinnäytetyö tehdään osana Metropolia Ammattikorkeakoulun ja Espoon sairaalan yhteistä Liittyvä Voima -hanketta. Hanke toteutuu vuosina 2008–2011. Opinnäytetyö liittyy hankkeen osaprojekti kahteen, jonka tehtävänä on kehittää kotiutumista Espoon sairaalasta. Tehtävä toteutetaan kehittämällä osastolle toiminnallinen malli huoliseulan käytöstä.</p> <p>Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa huoliseulan käyttöä edistäviä ja estäviä tekijöitä sekä hoitajien kokemuksia huoliseulan käytöstä potilastyössä. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa osastolle konkreettista tietoa, jonka pohjalta huoliseulan käyttöä osastolla voidaan kehittää. Tutkimuksen lähestymistapa on laadullinen ja aineisto kerättiin hoitajilta kahdessa eri ryhmähaastattelussa. Yhteensä haastatteluihin osallistui kuusi hoitajaa. Haastattelut nauhoitettiin ja litteroitiin. Saatu aineisto luokiteltiin induktiivista sisällönanalyysiä soveltaen.</p> <p>Opinnäytetyön tuloksena saatiin huoliseulan käyttöä edistäviä ja estäviä tekijöitä. Edistäviksi tekijöiksi tutkimuksessa nousi 1) Työpajakoulutus 2) Huoliseulakeskustelun hallinta 3) Työryhmän tuki sekä 4) Näkemys huoliseulan hyödyllisyydestä. Huoliseulan käyttöä estävinä tekijöinä nähtiin 1) Osaamisen puute 2) Yhteisten käytäntöjen puute 3) Resurssien puute 4) Puheeksioton esteet sekä 5) Uskalluksen puute. Hoitajien kokemuksista tuloksena saatiin sekä positiivisia että negatiivisia emotionaalisia kokemuksia huoliseulatyöskentelyssä. Aineisto hoitajien emotionaalisista kokemuksista jäi vähäiseksi.</p> <p>Opinnäytetyötä voidaan hyödyntää osaston huoliseulatyöskentelyn kehittämisessä. Opinnäytetyön tuloksien perusteella osastolla voidaan puuttua huoliseulan käyttöä estäviin tekijöihin ja toisaalta vahvistaa edistäviä tekijöitä. Kehittämissuhteena on moniammatillisen huoliseulatyöskentelyn vahvistaminen sekä osastolla että Espoon kotihoidossa. Jatkotutkimusaiheeksi nousee hoitajan emotionaalisten kokemusten tarkempi selvittäminen huoliseulatyöskentelyssä. Jatkotutkimusta on tarkoituksenmukaista suorittaa vasta kun hoitajille on kerääntynyt enemmän kokemuksia huoliseulatyöskentelystä.</p>	
Avainsanat	huoli, huoliseula, hoitajien kokemukset, edistävä, estävä

Author(s) Title Number of Pages Date	Minna Markamo, Pia Jäpölä The Use of Concern screenings in a Neurological Rehabilitation Ward. An Interview study of Nurses Experiences. 36 pages + 5 appendices 6 May 2011
Degree	Bachelor of Health Care
Degree Programme	Nursing and Health Care
Specialisation option	Nursing
Instructor(s)	Hannele Hokkanen, Lecturer Leena Rekola, Principal Lecturer
<p>The final project was written as a part of the Liittyvä Voima -project. The project was carried out by The Metropolia University of Applied Sciences and the Espoo hospital. The project was executed in 2008–2011. The final project was related to the projects subproject 2: Discharge from the Espoo hospital. The subproject's goal was to develop the discharge by creating a functional model for patient's concern screening.</p> <p>The purpose of this final project was to study the factors that promote and prevent the use of concern screening and how the nurses experience the use of it. The goal of the study was to produce information that could be used in developing the use of the screening on the ward. The method of this study was qualitative. The data for the study was collected in two separate group interviews. Six nurses participated in the interviews. The interviews were recorded and written down. The data was analyzed using an adaption of the inductive content analysis method.</p> <p>The results of this study show that the factors promoting the use of concern-screening were 1) Workshop training 2) Mastering the concern conversation 3) Support of the work group and 4) An outlook on benefits of concern screening. Factors preventing the use of concern screening found on the study were 1) Lack of competence 2) Inconsistent practice 3) Lack of resources 4) Concern conversation obstacles and 5) Lack of daring. Experiences of the nurses using concern screening found on this study were both positive and negative emotional experiences. The data collected of the emotional experiences was however low.</p> <p>This final project can be used to develop the concern screening on the ward. The results of the study show the preventing factors that can be omitted. On the other hand, the study shows the promoting factors that can be strengthened. We suggest that the multi-professional collaborate in concern screening should be strengthened both on the ward and in Espoo home care. We suggest a further study on the emotional experiences of the nurses using concern screening. Further study would be best to execute after nurses have more experience in concern screening.</p>	
Keywords	concern, concern screening, nurses experiences, promoting, preventing

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Aivohalvaukseen sairastuneen huolien kohtaaminen	2
2.1	Sairastuneen huolet elämänlaadun uhkana	2
2.2	Sairastuneen huolen kohtaaminen	4
3	Huoliseula	5
3.1	Huoliseula varhaisen puuttumisen välineenä	5
3.1.1	Ennakointidialogi	6
3.1.2	Dialogisuus	7
3.2	Huoliseulan käyttöönottoprosessi	8
4	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset	9
5	Opinnäytetyön toteutus	10
5.1	Aineiston keruumenetelmä	10
5.2	Aineiston analysointi	11
6	Tulokset	12
6.1	Tutkimusjoukon kuvaus	13
6.2	Huoliseulan käyttöä edistävät tekijät	13
6.2.1	Työpajakoulutus	13
6.2.2	Huoliseulakeskustelun hallinta	14
6.2.3	Työryhmän tuki	16
6.2.4	Näkemys huoliseulan hyödyllisyydestä	17
6.3	Huoliseulan käyttöä estävät tekijät	18
6.3.1	Osaamisen puute	19
6.3.2	Yhteisten käytäntöjen puute	20
6.3.3	Resurssien puute	22
6.3.4	Puheeksioton esteet	23
6.3.5	Uskalluksen puute	24
6.4	Hoitajien kokemuksia huoliseulan käytöstä	25
6.4.1	Positiiviset emotionaaliset kokemukset huoliseulatyöskentelyssä	25
6.4.2	Negatiiviset emotionaaliset kokemukset huoliseulatyöskentelyssä	26

7 Pohdinta	27
7.1 Opinnäytetyön tulosten tarkastelua	27
7.2 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus	30
7.3 Jatkotutkimussuositukset ja ehdotukset	32

Lähteet	33
----------------	-----------

Liitteet

Liite 1. Huoliseula

Liite 2. Huoliseula keskustelurunko

Liite 3. Haastattelujen saatekirje

Liite 4. Haastattelun teemarako

Liite 5. Tutkimuslupa

1 Johdanto

Liittyvä Voima-hankkeen tavoitteena on luoda kumppanuusmalli, joka kehitetään Espoon kaupungin ja Metropolia Ammattikorkeakoulun yhteisenä toimintatutkimuksena. Hanke on valtakunnallinen ja sitä koordinoi Länsi-Suomen lääninhallitus. Hankkeen rahoittajina toimivat Espoon kaupunki, Metropolia Ammattikorkeakoulu sekä Euroopan sosiaalirahasto ESR. Hankkeeseen sisältyy kolme eri osaprojektia: 1) Potilasturvallisuuden vahvistaminen 2) Kotiutumisen kehittäminen 3) Potilaan toimintakyvyn edistäminen

Opinnäytetyömme toteutuu hankkeen osaprojektissa 2, jonka tehtävänä on kotiuttamisen kehittäminen Espoon sairaalasta. Hankkeeseen osallistuvat kaksi Espoon sairaalan kuntoutusosastoa. Onnistuneiden kotiutumisten yhdeksi ongelmaksi hankkeessa on määritelty potilaan sairauden aiheuttaman prosessoinnin keskenjääminen. Käytännössä tämä ilmenee kotiutumisen torjuntana haitaten potilaan koko kuntoutumisprosessin etenemistä.

Espoon sairaalan neurologisen kuntoutusosaston työyhteisö on kokenut potilailla olevan monenlaisia huolia, jotka haittaavat potilaan kotiutumista. Potilaan huolet kuormittavat työntekijöitä, huolien tullessa toistuvasti esiin eri yhteyksissä. Huolen käsittelyyn ei ole osastolla ollut yhtenäistä toimintatapaa.

Hanke pyrkii puuttumaan ongelmaan huomioimalla omaisten, potilaan ja ammattilaisten kokemaa huolta potilaan kuntoutumisesta ja kotiutumisesta. Käytännössä tämä toteutetaan kehittämällä osastolle toiminnallinen malli huoliseulan käytöstä sekä siihen liittyvästä keskustelukulttuurista. (Liittyvä Voima -hankkeen pilotti: 2–3.)

Opinnäytetyössä etsitään vastauksia, miten hoitajat ovat kokeneet huoliseulan käytön sekä mikä on edistänyt tai estänyt huoliseulan käyttöä. Tutkimusaineisto kerättiin kahdella eri ryhmähaastattelulla. Analysointi toteutettiin soveltamalla induktiivista sisällönanalyysia. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa osastolle tietoa, jonka pohjalta huoliseulan käyttöä osastolla voidaan kehittää. Toimivan huoliseulankäytännön avulla potilaan kotiutumisen laatua voidaan lisätä.

2 Aivohalvaukseen sairastuneen huolien kohtaaminen

2.1 Sairastuneen huolet elämänlaadun uhkana

Sairastaminen on uhka ihmisen turvallisuudelle. Siihen liittyy kärsimystä sekä uhkaa menetyksistä. Suomalaisten yleisimpiä sairausturvattomuuden aiheita ovat vammautuminen, huoli läheisen elämän vaikeutumisesta sairauden vuoksi, toisten avusta riippuvaiseksi joutuminen ja toimeentulon vaikeutuminen sairauden takia. Sairastumisella on löydettävissä kaksi päämerkitystä; Sairastaminen uhkaa totutun elämän sujuvuutta ja aiheuttaa rajoituksia sosiaalisessa elämässä sekä ajan- ja tilan käytössä. Se uhkaa myös ihmisen olemassaoloa ja elämän jatkuvuutta. Toisin sanoen sisältää kuoleman mahdollisuuden. Sairastamiseen koetaan liittyvän avuttomuutta, kyvyttömyyttä, riippuvuutta, hylätyksi tulemisen pelkoa ja huolta läheisistä. (Ryynänen 2005: 83–84, 87.)

Aivohalvauksen aiheuttamat liikkumisvaikeudet voivat aiheuttaa sairastuneelle kaatumisen pelkoa, jota lisää potilaan vaikeus päästä itse ylös kaaduttuaan. Kokemus vaatimuksesta ylittää oma suorituskyky esim. fysioterapiakäynneillä saattaa ilmetä potilaan pelokkuutena. Liikkumiseen liittyvää pelkoa sairastuneelle aiheutti myös huoli terveen puolen raajan menetyksestä, sen rasittuessa suurentuneen kuormituksen takia. (Herranen – Saari 2004: 30, 33.)

Aivohalvaukseen sairastuneet kuvaavat sairauden aiheuttamaa elämänmuutosta suureksi. Voimavarat hupenevat itsen-, kodin- ja asioiden hoitoon, joka haittaa osallistumista ja aktiivisuutta kodin ulkopuolisessa toiminnassa, kuten sosiaalisissa suhteissa ja harrastuksissa. Elämän kapeutuminen aiheuttaa sairastuneille mielipahaa. Aivohalvauksen aiheuttamat kommunikointivaikeudet koetaan merkittäväksi kodin ulkopuolista osallistumista rajoittavaksi tekijäksi. Sairastuneen oma-aloitteinen yhteydenpito saattaa kaventua koskemaan vain lähiomaisia. (Herranen ym. 2002: 40–41, 43.) Sairauden aiheuttama pelko ja ”paha maine” lähipiirissä saattaa osaltaan vähentää potilaan sosiaalisia suhteita. Sairastuneita ei pyydetä enää mukaan harrastuksiin kuten ennen sairastumista. Läheiset saattavat pelätä sairastuneen fyysisen olemuksen muuttumista ”pahan näköiseksi”. (Muhonen 2007: 20.) Perheen merkitys aivohalvaukseen sairastuneen elämässä koetaan tärkeänä. Sairastuneilla saattaa kuitenkin olla vaikeuksia puhua perheelleen sairauden aiheuttamista vaikeuksista. Tähän vaikuttaa sairastuneen halu

suojella läheisiään oman sairastumisensa seurauksilta. Tällöin sairastunut voi vetäytyä perheen sisäisestä kanssakäymisestä ja velvollisuuksistaan. Sairastunut saattaa myös yrittää piilotella oireitaan. (Carlsson – Möller – Blomstrand 2009: 778.) Sairastuneella voi olla huolta myös lähipiirin jaksamisesta (Kuokkanen 2009: 27).

Aivohalvaukseen sairastuneet kokevat sairastuessaan hämmennystä, joka voi ilmetä pelokkuutena, ihmettelynä ja kysymyksinä. Pelko saattaa olla esteenä kotioloihin sopeutumiselle. Sairastuneilla saattaa olla pelkoja kotiaan kohtaan erityisesti silloin, kun sairaus oli yllättänyt heidät yksin ollessaan. Tällöin koti saattaa tuntua viikkoja pelottavalta ja ahdistavalta. Pelkoa useimmille sairastuneille aiheuttaa yksin oleminen, riippumatta siitä missä ovat sairastuneet. Tähän suurin syy on pelko sairauden uusiutumisen ta yksinollessa kun apua ei ole saatavissa. Sairastuneilla on huolta myös toisten ihmisten suhtautumisesta heihin. Pelkoa ja häpeää saattaa aiheuttaa tieto siitä, että muut ovat tietoisia sairaudesta. (Muhonen 2007: 17, 20.) Huolta sairastuneelle aiheuttaa pelko muiden ihmisten käyttäytymisestä alentuvasti häntä kohtaan tai sairastuneen huomioimatta jättäminen tai kanssaihminen yleinen työkeys (O'Connel ym. 2001: 122). Negatiiviset tunteet, kuten kokemus vahdittavuudesta, epävarmuus, huolet ja ahdistuneisuus saattavat lisätä arkista epävarmuuden tunnetta (Carlsson ym. 2009: 778). Aivohalvauksen jälkeisen huolestuneisuuden ja ahdistuneisuuden riski kasvaa paitsi aivojen vaurion laajuuden myös sosiaalisen kanssakäymisen rajoittumisen myötä. Afasia, yksinäisyyden tunteet ja tyytymättömyys sosiaaliseen verkostoon näyttävät lisäävän ahdistuneisuuden todennäköisyyttä. (Hilari ym. 2010: 189.)

Aivohalvauksesta selviytymistä kuvataan tilanteena, jossa sairastuneen tulee sopeutua paitsi toimintakyvyn heikentymiseen myös kohdata kokemus elämän jatkuvuutta uhanneesta tilanteesta ja jatkaa elämää tietoisena uudelleen sairastumisen riskitekijöistä. Sairastunut voi kokea itse aiheuttaneensa sairauden elämäntavoillaan. Merkittävä osa sairastuneista saattaa pelätä myös uutta aivohalvausta. Nämä seikat koetaan sairastunutta vahvasti kuormittaviksi. Sairastuneet kokevat näiden asioiden käsittelyn ensisijaisen tärkeänä sairauteen sopeutumisessa. (Carlsson ym. 2009: 776.) Potilaan psykologisilla voimavaroilla on suuri vaikutus siihen miten sairastunut jatkaa elämäänsä erilaisen rajoitusten kanssa. Hoitajat ovat avainasemassa sairastuneen mukautumisessa uuteen elämäntilanteeseen. Sairaanhoidajan tulisi toimia sairastuneen voimavarojen esiintuojana ja auttaa potilasta voimaantumaan. (Murphy ym. 2009: 613.)

Sairastuminen vaikuttaa usein sairastuneen taloudelliseen toimeentuloon. Se aiheuttaa uusia kustannuksia. Sairaudesta johtuvat taloudelliset menetykset voivat olla suuria. Vaikeudet toimeentulossa koetaan henkisesti hyvin raskaina. Yhteiskunnallisten tukien hakeminen lisää sairastuneiden asiointitarvetta ja siitä johtuvaa lisääntyntä ulkopuolisen avun tarvetta. Hylkäävät päätökset toimeentulon tuista koetaan raskaina ja epäoikeudenmukaisina. (Herranen ym. 2002: 40, 43.) Irlannissa toteutettu tutkimus kotona asuvien liikkumisrajoitteisten vanhusten elämänlaadusta toi esiin taloudellisen toimeentulon vaikuttavan sairastuneen palvelujen saatavuuteen. Hyvin toimeentulevilla oli mahdollisuus hankkia laajempia palveluita. Huonommassa taloudellisessa asemassa oleva saattoi joutua luopumaan palveluista niiden luokse hakeutumisen kalleuden takia vaikka palvelu itsessään oli ilmainen. (Murphy ym. 2009: 612.) Tämä kuvaus sopinee myös suomalaisen liikuntarajoitteisen vanhuksen elämään.

2.2 Sairastuneen huolen kohtaaminen

Hoitajat kuvaavat vuorovaikutuskäyttäytymistään potilaan kanssa pääosin spontaaniksi tarkoittaen, etteivät he tilanteisiin mennessään suunnittele viestinnän sisältöä. Poikkeuksena spontaanisuudesta ovat tilanteet, jotka ovat tiedollisesti haastavia tai emotionaalisesti kuormittavia ja liittyivät potilaan näkökulmasta vaikeaan tilanteeseen. Tällöin hoitajat kertovat keskittyvänsä normaalia enemmän asioiden esiintuomistapaan. Vuorovaikutuksen merkitys ja tietoisuus omasta viestinnästä korostuvat siirryttäessä pois hoitamisen rutiineista. Hoitajien mukaan potilaan asioista suoraan kysymiseen liittyy riski, että potilas kokee kysymisen tungettelevana. Erityisesti tämä kokemus liittyy hoitorutiineihin liittymättömistä asioista keskusteluun. Hoitajat saattavat myös kokea epävarmuutta potilaan tukemisessa. Hoitajien kokemuksen mukaan he voivat tarjota tukea potilaalle vain, kun hoitajalla itsellään on riittävästi tietoa. Epävarmuuteen hoitajat liittävät merkityksiä ammattitaidottomuudesta. (Mikkola 2006: 113–114, 116, 143.)

Sairaanhoitajan keskeisiä hoitotyön toimintoja, potilaan epävarmuutta kohdatessaan, on emotionaalinen tuki, toivon ylläpitäminen ja uusien sopeutumiskeinojen löytäminen. Potilaan huolien huomioimisen ja niihin reagoimisen katsomme sisältyvän näihin toimintoihin. (Mäntynen – Vehviläinen-Julkunen – Sivenius 2009: 30.) Hoitohenkilöstöltä saatu tieto ja emotionaalinen tuki vaikuttavat potilaan kokemukseen sairauden aiheut-

tamasta epävarmuudesta (Iire 1999: 98). Potilaat kuvaavat saamansa emotionaalisen tuen merkitystä tärkeäksi, koska se luo mahdollisuuden ilmaista negatiivisia tunteitaan ääneen, jolloin niiden käsittely helpottuu. Huolien ääneen puhumisen koetaan potilaan omaa tilannetta selkiyttävänä. (Mikkola 2006: 187–188.)

Aivohalvaukseen sairastuneet saavat tukea psyykkiseen toipumiseen vasta sopeutumisvalmennuskursseilta, vaikka tarvetta tukeen olisi ollut jo kuntoutusvaiheessa. Tukea tarjoavan ammattiryhmällä ei ole sairastuneelle merkitystä avunsaannin kokemuksessa. (Kuokkanen 2009: 37.) Sairastuneet kokevat optimistisen ja rohkaisevan fysio-, toiminta- tai puheterapeutin luovan sairastuneelle toivoa ja luottamusta tulevaisuuteen (Jones – Mandy – Partridge 2008: 513). Hoitajat kokevat aivohalvaukseen sairastuneen toivon vahvistuvan hoitaja kannustaessa potilasta kertomaan mieltä askarruttavista asioista ja esittämään kysymyksiä. Hoitajat pitävät sairastuneen kohtaamista ja aitoa läsnäoloa tärkeänä. Tämä kuvastuu hoitajan toiminnasta kanssakulkijana ja kannustajana. Erilaisten toimintakykyä arvioivien mittareiden käytön, hoitajat kokevat tuovan systemaattisuutta sairastuneen tilanteen kokonaisarviointiin. (Haapaniemi – Routasalo – Arve 2006: 204–205.) Moniammatillisen työskentelyn osaamisen kuntoutusosastolla voi syventää vuorovaikutusta myös sairaanhoitajan ja sairastuneen välillä (Mäntynen ym. 2009: 31).

3 Huoliseula

3.1 Huoliseula varhaisen puuttumisen välineenä

Varhainen puuttuminen käsitteenä on tuttu monille päihde- ja sosiaalityön puolelta. Tunnetuin riskiehkäisy menetelmä on alkoholin riski- tai suurkäyttöön liitetty mini-interventio. Mini-interventiolla on jo vahva tutkimuksellinen näyttö sen hyödyistä. Mini-interventio on parhaimmillaan ammattilaisen antamaa muutoksen sekä itsehoidon tukea asiakkaalle. (Havio – Inkinen – Partanen 2009: 120.)

Varhaista puuttumista hyödynnetään tänä päivänä useissa yhteyksissä. Varhaisen puuttumisen keskeisin työväline on yksilön kokema subjektiivinen huoli. Huoleen tulee tarttua mahdollisimman varhain, jolloin mahdollisuudet ongelman tukemiseen ja ratkai-

suun ovat vielä hyvät. Varhaisella puuttumisella estetään ongelmien kärjistyminen ja kasautuminen. (Kuikka 2005: 7.)

Tilanne, jossa työntekijä kokee huolta asiakkaasta, liittyy myös usein huoli siitä, kuinka pärjää työntekijänä huolien ratkomisessa, riittävätkö omat voimavarat ja osaaminen, vai tarvitseeko lisää apua ja tukea. Tähän on mahdollista käyttää apuna ns. huolen vyöhykkeistöä, joka on kehitetty alkujaan Stakesin Palmu-projektissa. Vyöhykkeistö on kehitetty lastensuojelun puolelle, työntekijän avuksi jäsentämään lasta tai nuorta koskevan huolen astetta, työntekijän omia auttamismahdollisuuksien riittävyyttä sekä lisäavun tarvetta. Työntekijöiden kokemana subjektiivinen huoli voidaan nähdä jatkumona jonka toisessa ääripäässä on täysin huoleton tilanne ja vastaavasti toisessa ääripäässä tilanne erittäin huolestuttava jopa vaarallinen. (Eriksson – Arnkil 2005: 25–26.)

Eriksson ja Arnkil (2005: 26) jakavat huolen vyöhykkeistön neljään osaan:

1. Vailla huolia oleva tilanne (1)

– Työntekijä kokee, että asiat ovat hyvin ja työntekijän oma toiminta on sujuvaa ja tuottaa tuloksia.

2. Pienen huolen alue (2–3)

– Tilanteessa asioita jotka herättävät pientä huolta, työntekijä kuitenkin luottaa omiin auttamismahdollisuuksiinsa. Tällä vyöhykkeellä on hyvät mahdollisuudet varhaiseen puuttumiseen.

3. Harmaa vyöhyke (4–5)

– Huoli on jo tuntuvaa ja kasvaa edelleen. Työntekijän auttamiskeinot ovat vähäisiä tai käytetty jo. Työntekijä tarvitsee lisää voimavaroja ja kontrollia, pelko kuitenkin liioittelun mahdollisuudesta.

4. Suuren huolen alue (6–7)

– Huoli tuntuvaa ja omat auttamiskeinot lopussa. Työntekijä ei voi enää empiä tilanteessa. Asiakkaalle käy huonosti, jos ei muutosta saada heti.

3.1.1 Ennakointidialogi

Ennakointidialogin tarkoituksena on rakentaa toivoa ja toimintamahdollisuuksia. Ennakointidialogi soveltuu käytettäväksi sosiaali- ja terveydenhuollon alueella. Ennakointidialogin tyyppin valinnassa tulisi huomioida sen soveltuvuus kyseessä olevaan tilanteeseen. Yksi ennakointidialogin menetelmä on huolen vyöhykkeistö. Ennakointidialogikeskusteluista kerättyjen osallistujien palautteiden mukaan ennakointidialogeja pidettiin

hyödyllisinä ja asiakaslähtöisinä. Osallistujien kokemus kuulluksi tulemisesta ja mahdollisuudesta kuulla muiden osallistujien näkemyksiä korostuivat. Vastaajien mukaan ennakointidialogit avasivat tilanteeseen uusia toimintavaihtoehtoja. Näiden pohjalta kyettiin sopimaan yhteistyöstä ja lähitulevaisuuden toimista. Vastaajat kokivat myös, että omat ajatukset selkiytyivät ja saivat uutta ymmärrystä kokonaistilanteesta. (Eriksson – Arnkil – Rautava 2006: 7–8, 18.)

3.1.2 Dialogisuus

Dialogi määritellään vuoropuheluksi jossa ihmiset ajattelevat yhdessä. Erona siis normaaliin keskusteluun, jossa ihmiset yleensä tuovat esiin oman näkökantansa ja puolustavat niitä. Dialogissa jokainen voi päästää irti omasta tiukasta käsityksestään ja kuunnella mahdollisuuksia, jotka syntyvät suhteesta muihin osallistujiin ja ilman tätä suhdetta olisivat jääneet huomaamatta. Dialogin tavoitteena on siis saavuttaa uusi ymmärrys. Tavoitteena ei kuitenkaan ole välttämättä yhteisymmärrys, vaan ymmärrys siitä mitä muut ajattelevat. Dialogissa painopiste on enemmän kuuntelemisessä kuin puhumisessa. Kuullessaan, miltä jokin asia tuntuu tai näyttää toisen ihmisen näkökulmasta katsotuna, voi ihminen muuntaa omia käsityksiään. Puhuessaan taas ihminen jäsentää ja havainnoi omaa toimintaansa. Dialogi on kokonaisvaltainen kontaktissa tapahtuva kommunikaatio, joka toteutuu mm. tunteina, eleinä ja ilmeinä. Dialogissa suunnataan näkemyserojen sijasta sellaiseen mitä ei vielä ymmärretä tai tiedetä. (Eriksson – Arnkil 2005: 37–39.)

Dialogisuus vaatii hoitajalta kykyä eläytyä potilaan asemaan ymmärryksen mahdollistamiseksi. Dialogisessa keskustelussa tulisi toteuttaa jaettua asiantuntijuutta, hoitaja tuo keskusteluun teoreettisen ja ammatillisen asiantuntijuuden ja potilas omaa elämäntilannettaan ja sairauden kokemustaan koskevan asiantuntijuuden. Dialogisessa keskustelussa hoitajan ei tarvitse olla kaikkietävä, vaan hän voi luottaa potilaan asiantuntijuuteen. Hoitajan tulee kuitenkin tiedostaa, että hoitaja–potilas-suhde ei koskaan ole täysin molemminpuolinen, koska hoitajan tulee ammattinsa puolesta pyrkiä vaikuttamaan potilaaseen. Tämän valta-aseman tiedostaminen kuitenkin mahdollistaa dialogisen vuorovaikutuksen syntymisen. (Kuhanen ym. 2010: 153.)

Hoitaja–potilas-suhteen syntymisen edellytyksenä potilaat näkivät tärkeänä hoitajan aloitteellisuuden ja yhteistyöhalun potilaan kanssa. Erityisen tärkeäksi hoitajan aloitteellisuus koettiin, koska potilas ei välttämättä osaa kysyä tilanteeseensa liittyvistä asioista, ellei häntä ohjata niistä kysymään. (Mikkola 2006: 167.) Potilaan tunnekokemuksen jakamisen kannalta oli tärkeää, että hoitaja havaitsee potilaan halukkuuden keskustella, vaikka tämä ulkoisesti vaikuttaisi hiljaiselta ja tyytyväiseltä (Mattila 2001: 88).

3.2 Huoliseulan käyttöönottoprosessi

Muutosten läpivieminen on aina pitkäaikainen prosessi. Muutoksen aikaansaaminen vaatii jokaisen organisaatioon kuuluvan panosta. Vaikka muutoksen tarkoituksena on luoda uutta, siihen liittyy aina myös menettämistä. Organisaatiossa on luovuttava vanhoista toimintamalleista, jotta voitaisiin tehdä tilaa uudelle. Tämä synnyttää työyhteisössä uhkakuvia, jotka pitkittyessään aiheuttavat työntekijälle epävarmuutta ja tietoisuutta. Muutokseen liittyvät uhkakuvat tulisi kartoittaa ja nimetä sekä miettiä toimintavaihtoehdot niiden poistamiseksi tai hyväksymiseksi. (Laaksonen ym. 2005: 44–47.)

Muutosprosessin alkuvaiheessa työntekijä saattaa kokea pelkoa ja ahdistusta tulevaa kohtaan, joka aiheuttaa kaaosta tai pysähtyneisyyttä. Työntekijät saattavat kokea, etteivät he enää hallitse työtään. Seuraavaan vaiheeseen liittyy vastustusta ja muutoksen tärkeyden kieltämistä, samalla kun herätään muutoksen todellisuuteen. Työyhteisössä surraan menetettyä toimintamallia. Asian avoin käsittely ja avoin vuorovaikutus sekä lupa suremiseen auttavat suuntaamaan katseen tulevaisuuteen. Vähitellen uusi toimintamalli hyväksytään. Lopullisessa vaiheessa toimintamalli sisäistetään ja otetaan käyttöön. (Laaksonen ym. 2005: 47–48.)

Espoon sairaalan kuntoutusosastolle on keskitetty aivohalvauspotilaiden hoito, tutkimus ja kuntoutus. Osastolla toteutetaan moniammatillista työryhmätyöskentelyä. Työryhmään kuuluu sairaanhoitajia, perushoitajia ja lähihoitajia, fysio-, toiminta-, puhe- ja ravitsemusterapeutteja.

Espoon sairaalan neurologiselle kuntoutusosastolle käyttöön tulevan huoliseulan on laatinut Liittyvä Voima -hankkeen projektipäällikkö Merja Reijonen. Huoliseula pohjau-

tuu Esa Erikssonin ja Tom Arnkilin (2005: 26) kehittämään huolen vyöhykkeistöön. Huolien seulomiseksi osastolla on käytettävissä huolikeskustelua ohjaavat lomakkeet (Liitteet 1–2).

Huoliseulan ajatuksena on, että potilaat ja omaiset voivat keskittyä paremmin kotiutumiseen valmistumiseen voidessaan tuoda esiin kotiutusta koskevia, henkisesti kuormittavia huolenaiheita. Huoliseula sanallistaa potilaan tai omaisen huolen ja tekee sen näkyväksi. Huoliseulan avulla työntekijä saa tiedon kotiutumisesta koskevasta huolesta, jolloin osaston on helpompi hallita potilaan kotiutumisprosessia. Huoliseulakäytännön ajatellaan tukevan moniammatillista yhteistyötä eri ammattilaisten sitoutuessa sen käyttämiseen. (Reijonen 2010.)

Osaston henkilökunta sai koulutusta huoliseulan käyttöön syksyn 2010 aikana. Teoriakoulutuksia järjestettiin kolme samansisältöistä. Lisäksi loppuvuodesta 2010 järjestettiin kokoava koulutus, jossa käytiin henkilökunnan kokemuksia huoliseulatyöskentelyn aloittamisesta. Teoriakoulutusten lisäksi järjestettiin työpaja tyyppinen koulutuspäivä, jossa henkilökunnalla oli mahdollista ohjattuna harjoitella huoliseulan tekemistä demonstroidussa tilanteessa. Koulutukset piti Liittyvä Voima -hankkeen projektipäällikkö Merja Reijonen. Koulutukset kohdennettiin koko moniammatilliselle työyhteisölle, mutta niihin osallistui pääasiallisesti hoitajia. Suurin osa osaston hoitajista on käynyt huoliseula-teoriakoulutuksen.

4 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset

Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa huoliseulan käyttöä edistäviä ja estäviä tekijöitä sekä työntekijöiden kokemuksia huoliseulan käytöstä potilastyössä. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa osastolle konkreettista tietoa, jonka pohjalta huoliseulan käyttöä osastolla voidaan kehittää.

Tutkimuskysymykset

- Mikä on edistänyt huoliseulan käyttöä?
- Mikä on estänyt huoliseulan käyttöä?
- Miten hoitaja kokee huoliseulatyöskentelyn?

5 Opinnäytetyön toteutus

5.1 Aineiston keruumenetelmä

Opinnäytetyön kiinnostuksen kohteena oli huoliseulan käyttö neurologisella kuntoutusosastolla. Huoliseula terveydenhuollossa on vielä uusi ja vähän käytetty työväline, joten aikaisempia tutkimuksia aiheesta ei löytynyt. Laadullista tutkimusta käytetään erityisesti jos aiheena ilmiö josta ei ole aikaisempaa tietoa, tai etsittäessä uusia näkökulmia joihin osin tunnettuihin ilmiöihin. Laadullinen tutkimus pyrkii jäsentämään tutkittavaa todellisuutta tutkimukseen osallistuvien näkökulmasta sekä tuottamaan tutkittavaa ilmiötä kuvaavia käsitteitä ja niiden välisiä suhteita ja teoriaa. (Kylmä – Vehviläinen-Julkunen – Lähdevirta 2003: 609–610). Opinnäytetyöstä muokkautui kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus. Laadullisen tutkimuksen yleisimmät aineistonkeruumenetelmät ovat kysely, haastattelu, havainnointi ja erilaisiin dokumentteihin perustuva tieto (Sarajärvi – Tuomi 2009: 71).

Opinnäytetyön aineistonkeruumenetelmäksi valikoitui teemahaastattelu. Teemahaastattelun hyviksi puoliksi katsotaan, että haastattelu etenee tiettyjen sovittujen teemojen mukaisesti. Teemahaastattelussa ei kysymysten asettelu ole niin tarkkaa kuin strukturoidussa haastattelussa. Tämä taas antaa haastateltaville mahdollisuuden vastata laajemmin ja mahdollisimman vapaasti omien tuntemusten mukaisesti. (Hirsjärvi – Hurme 2008: 48.) Opinnäytetyössä haastatteluteemoja muodostettiin kolme ja ne pohjautuivat tutkimuskysymyksiin. Haastattelua varten laadittiin haastattelurunko (Liite 4).

Ryhmähaastattelut suoritettiin 2.2.2011 ja 4.2.2011 Espoon sairaalassa, neurologisella kuntoutusosastolla. Osastolta oli varattu erikseen huone haastatteluja varten, joten haastattelutilanteet olivat rauhallisia ja sujuivat ilman ylimääräisiä keskeytyksiä. Haastatteluiden kesto oli 50–60 minuuttia, ja ne nauhoitettiin.

Molemmissa haastatteluissa osallistujia oli kolme. Jälkimmäisessä haastattelussa läsnä oli myös lähihoitajaopiskelija. Opiskelija ei osallistunut haastatteluun, vaan oli paikalla työssäoppijan roolissa, havainnoijana. Ryhmähaastattelun eduksi katsotaan joustavuus, nopeus ja yleensä suuri informaatiomäärä (Pötsönen – Välimaa 1998: 3). Ryhmähaastattelu sopi opinnäytetyömme haastattelumuodoksi koska tarkoituksena oli

saada mahdollisimman rikas ja kattava aineisto huoliseulan käyttökokemuksista. Haastateltavat valikoituivat asettamiemme kriteereiden mukaisesti haastatteluhetkellä työvuorossa olevista hoitajista. Osastolla haastatteluajankohdan työtilanne vaikutti myös haastatteluryhmien kokoonpanoon. Kriteerit haastatteluihin osallistuvista olivat, että haastateltava osallistuu potilaan hoitoon moniammatillisen työryhmän jäsenenä, on osallistunut huoliseulakoulutukseen sekä osallistuu haastatteluihin vapaaehtoisesti.

Koska haastattelussa on tärkeintä saada mahdollisimman paljon tietoa tutkittavasta asiasta, on perusteltua antaa osallistujille aiheet hyvissä ajoin etukäteen pohdittaviksi. On eettisesti oikein kertoa etukäteen ja selkeästi osallistujille haastattelun aiheesta. Näin osallistujille jää mahdollisuus myös kieltäytyä haastattelusta. (Sarajärvi – Tuomi 2009: 73.). Haastatteluihin osallistuville toimitimme saatekirjeet (Liite 3) kaksi viikkoa ennen haastatteluita osastonhoitajan kautta. Saatekirjeiden tarkoituksena oli antaa etukäteen tietoa haastatteluiden sisällöstä jonka pohjalta haastateltavat pystyivät orientoitumaan haastatteluihin.

5.2 Aineiston analysointi

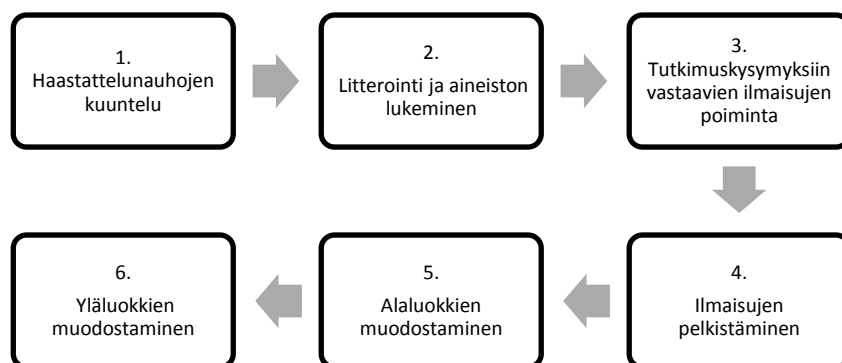
Aineiston analyysin tekemiseksi ei ole olemassa yksityiskohtaisia sääntöjä, vaan ohjeita analyysiprosessin eteenpäin viemisestä. Sisällön analyysissä on mahdollista edetä kahdella tavalla. Induktiivisesti lähtien aineistosta tai deduktiivisesti lähtien jostain aikaisemmasta käsitejärjestelmästä. (Kyngäs – Vanhanen: 1999:5.) Induktiivista sisällönanalyysia kutsutaan myös konventionaaliseksi sisällönanalyysiksi. Analyysissa aineisto puretaan osiin jonka jälkeen sisällöllisesti samankaltaiset osat yhdistetään. Sen jälkeen aineisto tiivistetään kokonaisuudeksi, joka vastaa tutkimustehtäviin sekä tutkimuksen tarkoitukseen. Induktiivisessa sisällönanalyysissä oleellisinta on aineiston tiivistyminen ja abstrahoituminen. Tutkittava ilmiö pyritään kuvaamaan analyysin avulla tiivistetyssä muodossa. (Kylmä – Juvakka 2007: 113.) Tässä opinnäytetyössä sovellettiin induktiivista sisällön analyysiä. Aineiston vähyyden takia analysoinnissa jätettiin pääluokat pois. Työn luotettavuuden lisäämiseksi näkyviin kirjattiin pelkistykset.

Aineiston käsittely aloitettiin kuuntelemalla haastattelunauhut useaan kertaan ja litteroimalla sanasanaisesti. Litteroiminen merkitsee tutkimusaineiston kääntämistä tekstiksi. Litteroinnissa pyritään säilyttämään se mitä on sanottu ja miten on sanottu. Todelli-

suudessa haastattelutilanne ja litteroitu teksti eivät koskaan vastaa täysin toisiaan. (Kylmä – Juvakka 2007: 110.)

Litteroinnin jälkeen ensimmäinen vaihe sekä induktiivisessa että deduktiivisessa sisällön analyysissä on analyysiyksikön määrittäminen. Analyysiyksikön valintaa ohjaa aineiston laatu sekä tutkimustehtävä. Yleisemmin käytetty analyysiyksikkö on sana tai sanayhdistelmä. Analyysiyksikkö voi myös olla lause, lausuma tai ajatuskokonaisuus. (Kyngäs – Vanhanen. 1999:5.) Analyysiyksikkönä tässä työssä käytettiin lausumaa. Yksittäinen sana tai sanayhdistelmä ei olisi ollut riittävä, koska haimme kokemuksia huoliseulan käytöstä ja teimme haastattelun teemahaastatteluna. Teemahaastattelussa kokemusten ja omien tuntemusten esiin tuominen on laajempaa (Hirsjärvi – Hurme 2008: 48).

Tutkimuskysymykseen vastaavat alkuperäisilmaisut poimittiin litteroidusta aineistosta ja siirrettiin taulukkoon. Alkuperäisilmaisut pelkistettiin. Pelkistyksistä etsittiin samankaltaisuuksia ja niistä muodostui alaluokat. Alaluokat ryhmittelemällä saatiin yläluokat. Analysointiprosessia havainnollistetaan kuviossa 1.



Kuvio 1. Analyysiprosessin eteneminen.

6 Tulokset

Opinnäytetyön tuloksena saatiin huoliseulan käyttöä edistäviä ja estäviä tekijöitä sekä hoitajien emotionaalisia kokemuksia huoliseulatyöskentelystä. Kukin kysymys käsitellään omana teemanaan.

6.1 Tutkimusjoukon kuvaus

Tutkimusjoukko muodostui kolmesta (3) sairaanhoitajasta ja kolmesta (3) perus- tai lähihoitajasta. Kaikki haastatteluihin osallistuvat olivat saaneet teoriakoulutuksen huoliseulan käyttöön. Osa hoitajista oli käynyt lisäksi työpajakoulutuksen. Kolme haastateltavista oli tehnyt huoliseulan joko omaiselle tai potilaalle tai molemmille. Yhteensä haastateltavat olivat tehneet 15 huoliseulaa. Kolme haastateltavista ei ollut tehnyt yhtään huoliseulaa.

6.2 Huoliseulan käyttöä edistävät tekijät

Ensimmäisestä teemasta huoliseulan käyttöönottoa edistävät tekijät muodostettiin 11 alaluokkaa ja niistä edelleen neljä yläluokkaa. Huoliseulan käyttöä edistäviksi tekijöiksi tunnistettiin 1) Työpajakoulutus 2) Huoliseulakeskustelun hallinta 3) Työryhmän tuki sekä 4) Näkemys huoliseulan hyödyllisyydestä.

6.2.1 Työpajakoulutus

Työpajakoulutus -yläluokka sisältää kaksi alaluokkaa. Luokkien muodostuminen havainnollistetaan kuviossa 2.

PELKISTYS	ALALUOKKA	YLÄLUOKKA
<ul style="list-style-type: none"> <i>Työpajaharjoittelu tuo varmuutta ja uskallusta</i> <i>Työpajaharjoittelu madaltaa kynnystä käyttää huoliseulaa.</i> <i>Henkilökohtainen työpajakoulutus toi valmiutta</i> 	Työpajaharjoittelu tuo varmuutta	TYÖPAJAKOULUTUS
<ul style="list-style-type: none"> <i>Työpajaharjoittelu havainnollisti huoliseulan.</i> <i>Henkilökohtainen työpajakoulutus toi esiin huoliseulan hyvät puolet</i> <i>Käytännön työpajaharjoittelun jälkeen ajatus huoliseulan työllistävyydestä vähentynyt</i> 	Työpajaharjoittelu selkeyttää huoliseulan	

Kuvio 2. Työpajakoulutus -yläluokan muodostuminen

Tulosten perusteella työpajaharjoittelu koetaan edistävänä tekijänä huoliseulatyöskentelyssä. Se lisää hoitajan valmiutta käyttää huoliseulaa sekä tuo hoitajalle varmuutta ja

uskallusta huoliseulatyöskentelyyn. Haastateltavat toivat esiin työpajaharjoittelun mahdollavan kynnystä käyttää huoliseulaa työvälineenä.

Eilen kun me harjoteltiin niin tota jotenkin tuli et kyl määkin osaisin varmaan tehdä. Mut tuli niinku varmuus että varmasti uskallan kans tehdä.

Et mä sain siihen varmuutta. Ei se ookaan niin, et mä luulin sitä toisenlaiseks.

Haastateltavien mukaan työpajaharjoittelussa huoliseula on helpommin sisäistettävissä kuin pelkän teorialuennon perusteella. Työpajaharjoittelu tuo huoliseulan konkreettisesti lähemmäksi hoitajaa. Siinä on mahdollisuus harjoitella käytännössä huoliseulan tekemistä ja huoliseulakeskustelutilanteita ohjaajien avulla. Haastateltavat mainitsevat myös, että työpajaharjoittelussa nousee esiin huoliseulan hyvät puolet ja sekä sen hyödyt.

On auttanut varmasti nää laboraatioharjoitukset, kun me käytiin läpi ne kysymykset.

Kyl se vaatii koulutusta, et sitä käydään niinku ihan konkreettisesti.

Se on ollu kyl piste iin päälle, et se on ollu tosi hyvä. Et oli näitä demonstraatioita.

6.2.2 Huoliseulakeskustelun hallinta

Huoliseula keskustelun hallinta -yläluokka sisältää kolme alaluokkaa. Luokkien muodostuminen havainnollistetaan kuviossa 3.

PELKISTYS	ALALUOKKA	YLÄLUOKKA
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Mahdollisuus rauhoittua ja keskittyä tilanteeseen</i> • <i>Kyky havaita otollinen tilanne</i> • <i>Luonteva vuorovaikutustilanne mahdollistaa huoliseulan tekemisen</i> • <i>Huoliseula vaatii aitoa läsnäoloa</i> • <i>Huoliseula antaa luvan kertoa huolista</i> 	Mahdollisuus aitoon läsnäoloon	HUOLISEULAKESKUSTELUN HALLINTA
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Huoliseulassa esiin tullut huoli ei ole henkilökohtainen</i> • <i>Potilaan huolen ei koeta tuovan ahdistusta hoitajalle</i> • <i>Huolen kohtaaminen vaatii ammatillisuutta</i> • <i>Huoli käsitellään työpaikalla</i> 	Emotionaalisen kuormittavuuden hallinta	
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Keskustelurunko auttaa puheeksiottotilanteiden hallintaa</i> • <i>Keskustelurunko auttaa huoliseulan tekemistä potilaiden vaihtuessa harvoin</i> 	Keskustelurungon käyttö	

Kuvio 3. Huoliseulakeskustelun hallinta -yläluokan muodostuminen.

Huoliseulakeskustelu kuvataan tilanteeksi, jossa hoitajien mukaan pitäisi olla mahdollisuus aitoon läsnäoloon. Keskustelun koetaan oleva tilanne, jonka pitäisi pystyä synty-
mään luonnostaan, ilman teennäisyyttä. Haastateltavien mukaan mahdollisuutta aitoon
läsnäoloon edesauttaa hoitajan kyky havaita tai järjestää mahdollisimman otollinen
hetki huoliseulakeskustelulle. Luonteva vuorovaikutustilanne, jossa on mahdollisuus
rauhottua ja keskittyä tilanteeseen, antaa potilaalle tai omaiselle tunteen siitä, että
hänen huolensa on tärkeä ja se otetaan tosissaan. Tämä taas mahdollistaa huoliseula-
keskustelun sujuvan etenemisen.

Et kyllä mä jotenkin koen sen niin että se pitää saada luontevasti siihen vuorovaikutustilanteeseen mukaan.

Lupa purkaa sydäntään ja varmuus siitä että se otetaan vastaan.

Haastateltavien mukaan huoliseulakeskustelut eivät ole emotionaalisesti kuormittavia. Katsotaan, että potilaan huoli on työasia, eikä sitä tule ottaa henkilökohtaisesti. Keskustelun nähdään vaativan taitoa työskennellä ammatillisesti. Tämä taas edistää huoliseulan tekemistä ja huoliseulakeskustelun kulkua.

Et se käsitellään täällä työpaikalla ja se on mun työasia. Et ei se oo semmonen henkilökohtanen asia kuitenkaan.

Tietysti vaatii sitten siinä, että pitää niinkun sen ammatillisuuden.

Huoliseulakeskustelun tukena olevan keskustelurungon (Liite 2) koetaan ylläpitävän keskustelutilanteiden hallintaa ja johdattavan keskustelua oikeaan suuntaan. Hoitajien mukaan keskustelurunko auttaa hoitajaa muistamaan huoliseulakeskustelun sisältöä ja etenemistä potilaiden vaihtuessa harvoin. Haastateltavat toivat esiin, että keskustelurunko on toimiva apuväline huoliseulakeskusteluissa.

Se on auttanu kyllä. Siihen on laitettu kysymyksiä, et miten voi edetä.

6.2.3 Työryhmän tuki

Työryhmän tuki -yläluokka sisältää kaksi alaluokkaa. Luokkien muodostuminen havainnollistetaan kuviossa 4.

PELKISTYS	ALALUOKKA	YLÄLUOKKA
<ul style="list-style-type: none"> <i>Huoliseula asioita voi delegoida tarvittaessa toiselle hoitajalle</i> <i>Kollegiaalinen perehdyttäminen helpottaisi huoliseulan tekemistä</i> 	Työryhmässä saatu käytännön tuki	TYÖRYHMÄN TUKI
<ul style="list-style-type: none"> <i>Työryhmän tukemana hoitaja ei jää yksin huolen kanssa</i> <i>Kollegoiden antama tuki auttaa huoliseulan tekemistä</i> 	Työryhmässä saatu emotionaalinen tuki	

Kuvio 4. Työryhmän tuki -yläluokan muodostuminen

Mahdollisuus työryhmästä saatavaan emotionaaliseen tukeen antaa hoitajalle mahdollisuuden jakaa potilaan huoli kollegoiden kanssa. Tunne siitä, että ei jää huolen kanssa yksin, madaltaa kynnystä käyttää huoliseulaa.

Alkuvartti on siinä mielessä hyvä tilanne niiku aloittaa se huoliseulan tekeminen, siinähan sulla on tukiryhmää ympärillä.

Käytännön tukena nähdään mahdollisuus delegoida huolen hoitoa kollegoille tilanteen niin vaatiessa. Haastateltavat toivat esiin, että kollegoiden antama käytännön tuki ja perehdytys edistävät huoliseulan käyttöönottoa.

Sillon jos asialle täytyy ruveta tekemään jo jotain, niin silloin se delegoidaan nopeemmin aina.

6.2.4 Näkemys huoliseulan hyödyllisyydestä

Näkemys huoliseulan hyödyllisyydestä -yläluokka sisältää neljä alaluokkaa. Luokkien muodostuminen havainnollistetaan kuviossa 5.

PELKISTYS	ALALUOKKA	YLÄLUOKKA
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Huoliseula säästää aikaa ollessaan yhden vastuulla</i> • <i>Oikein käytettynä huoliseula säästää aikaa</i> • <i>Huoliseula ohjaa keskustelun olennaiseen</i> 	Säästää hoitajan aikaa	NÄKEMYS HUOLISEULAN HYÖDYLLISYYDESTÄ
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Huoliseula on työväline potilaan huolien kohtaamiseen</i> • <i>Huolien kuunteleminen edesauttaa turvallista kotiutumista</i> • <i>Huolien kuunteleminen auttaa omaista ja potilasta</i> • <i>Omaisten huolten poistumista pidetään tärkeänä</i> 	Hyödyttää potilasta	
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Huolen puheeksiottaminen lähentää hoitajaa ja omaista</i> • <i>Koetaan helpottavana kun omainen voi purkaa huolen</i> • <i>Huoliseula viestittää hoitajan kiinnostuksesta</i> • <i>Omaisen kertoma huoli koetaan luottamuksen osoituksena</i> • <i>Huolten kysymiseen suhtauduttu hyvin</i> • <i>Huoliseula vähentää väärinkäsityksiä omaisen ja hoitajan välillä</i> 	Edesauttaa hoitosuhteen syntymistä	
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Huoliseula tuo kokonaisvaltaisuutta hoitotyöhön</i> • <i>Huoliseulakäytäntö vastuuttaa kaikkia hoitajia huolen kysymiseen ja hoitamiseen</i> • <i>Puheeksiottamalla hoitaja ottaa vastuuta huolesta</i> 	Nostaa hoitotyön laatua	

Kuvio 5. Näkemys hyödyllisyydestä -yläluokan muodostuminen.

Huoliseulan käyttöä edistää hoitajien näkemys huoliseulan hyödyllisyydestä. Positiivinen suhtautuminen ja ajatus siitä, että huoliseulassa on sekä potilaita että hoitajia hyödyttäviä tekijöitä alentavat huoliseulan tekemisen kynnyksiä. Haastateltavat mainitsivat hyödylliseksi tekijäksi hoitajan ajan säästymisen huoliseulan avulla. Huoliseula ohjaa keskustelun olennaiseen potilaan tai omaisen kanssa jolloin yleisen tyytymättömyyden selvittely vähenee. Huoliseulan hyötyinä nähdään myös huolen strukturoitu kysyminen, jolloin huoli ei kuormita kaikkia hoitajia vuorollaan.

Kun ei jokainen vuorollaan joudu selvittämään sitä asiaa ja oo pois kentältä sen takia että se käydään joka ilta joka käännteessä läpi.

Systemaattisesti käytettynä se tarjoaa omaisille ja potilaille sen oikeen forumin missä voi kertoa sen huolensa, et se ei saa niitä muotoja et omaisen rupee joka asiasta nipottamaan.

Huoliseula koetaan hyödyllisenä työvälineenä kohdata potilaan tai omaisen huolia. Haastateltavien mukaan huolesta puhuminen ja sen puheeksi ottaminen koetaan hyödyttävän potilasta ja edesauttavan turvallista kotiutumista.

Niin siinä kohtaa varmasti voidaan myös niin edesauttaa sitä turvallista kotiutumista ja tunnetta siitä että se kotiutuminen sujuu turvallisesti, kun on ne huolet kuunneltu.

Et siitä on kyllä hyötyä, pelkästään se, että puhutaan niistä huolista, kun ne alkaa puhumaan näistä omista huolista, heidän huolistaan niin se niiden esille ottaminen tai kysyminenkin auttaa.

Haastateltavat kokevat huoliseulan edesauttavan hoitosuhteen syntymistä. Sen koetaan helpottavan kommunikaatiota omaisen ja potilaan kanssa sekä vähentävän väärinkäsityksiä. Huoliseulan nähdään viestivän omaiselle tai potilaalle hoitajan aidosta kiinnostuksesta ja edistävän hoitosuhteen luomista.

Helpompi oli kommunikoida omaisten kanssa ja ne niinkun tulee lähemmäksi hoitajaa.

Huoliseula koetaan hoitotyön laatua nostavaksi tekijäksi. Haastateltavien mukaan se tuo kokonaisvaltaisuutta sekä tasalaatuisuutta hoitotyöhön.

Vaan toisaalta se voi ollakin hyvä että sillä tavalla niiku pakotetaan, ettei voi paeta sitä vastuuta ettei huolehtis. Sillä tavalla että joku luonne voi olla sillä tavalla että helpommin vaan tekis ne käytännön työt ja ettei tarvis miettiä niitä sen syvällisemmin, kun sitten tämmönenkö tulee, siinä vähän niikö painostetaan kaikkia, että pittää huolehtia siitä.

6.3 Huoliseulan käyttöä estävät tekijät

Teemasta huoliseulan käyttöönottoa estävistä tekijöistä muodostui 13 alaluokkaa ja niistä viisi yläluokkaa. Huoliseulan käyttöä estäviksi tekijöiksi tunnistettiin 1) Osaamisen puute 2) Yhteisten käytäntöjen puute 3) Resurssien puute 4) Puheeksioton esteet sekä 5) Uskalluksen puute.

6.3.1 Osaamisen puute

Osaamisen puute -yläluokka sisältää kolme alaluokkaa. Luokkien muodostuminen havainnollistetaan kuviossa 6.

PELKISTYS	ALALUOKKA	YLÄLUOKKA
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Ensimmäisessä teoriakoulutuksessa koulutuksessa huoliseulaa vaikea sisäistää</i> • <i>Huoliseulakoulutuksessa ei konkreettisuutta</i> 	Teoriakoulutuksessa ei konkreettisuutta	OSAAMISEN PUUTE
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Huoliseulavyöhykkeistöä ei osata käyttää</i> • <i>Huoliseulavyöhykkeistö tuntuu vieraalta</i> • <i>Huoliseulavyöhykkeistö ei ole looginen</i> 	Huoliseulavyöhykkeistöä ei osata käyttää	
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Kokemus huoliseulan olevan psykiatrissa hoitoa</i> • <i>Huolien järjestelmällinen kysyminen koetaan vieraana alueena</i> • <i>Huoliseulatyöskentely vaatii hoitajalta uuden työtavan omaksumista</i> • <i>Huoliseula työskentely pitkäaikainen prosessi</i> • <i>Hoitaja pyrkii ratkaisemaan huolen välittömästi</i> • <i>Huoliseulan omaksumisprosessiin liittyy muutosvastarintaa</i> 	Vieras ammatillinen alue	

Kuvio 6. Osaamisen puute -yläluokan muodostuminen.

Hoitajat kokevat huoliseulan teoriakoulutuksesta puuttuvan konkreettisuuden, joka vaikeuttaa huoliseulan sisäistämistä. Huoliseulan osaamisen todettiin jäävän heikoksi pelkän teoriakoulutuksen pohjalta.

Siinä vaan käytiin niin pääpiirteittäin kyllä se huoliseula läpi, et ihan siis konkreettista silleen et mitä sitä sitten lähetään niinkun työstämään.

Käyttöön tarkoitetun huoliseulavyöhykkeistön (Liite 1) käyttämisen kerrotaan olevan vaikeaa. Huoliseulavyöhykkeistö tuntuu hoitajista vieraalta ja epäloogiselta. Haastattelut eivät ole tästä syystä vyöhykkeistöä käyttäneet huoliseulaa tehdessään. Vyöhykkeistön koetaan enemmänkin hankaloittavan huoliseulan sisäistämistä.

Se ei oo kauheen looginen. just se loogisuus siinä, et miten tässä edetä. Niin se ei jotenkin loksahtau.

Haastateltavat toteavat huoliseulan vaativan hoitajalta uuden työtavan omaksumista. Huolien kanssa työskentelyn koetaan olevan ammatillisesti vierasta aluetta. Vierautta tuo myös huolien käsittelyn tarvitsema pitkä prosessi. Prosessinomaisen työskentelyn mainitaan olevan vastoin totuttua hoitajan toimintatapaa, jolloin ongelma pyritään ratkaisemaan välittömästi. Huolien kysymisen muuttuminen spontaanista toiminnasta järjestelmälliseksi toiminnaksi tuntuu haastateltavista vieraalta työtavalta. Aineistossa mainitaan työskentelyn aloittamiseen liittyvän myös muutosvastarintaa.

Oon hoitaja niin tällä hoitajan roolilla niin siinä tuli automaattisesti niinku yritti ratkasti sitä.

Et meist pitäis nyt yhtäkkiä tulla jotain psykiatrisia sairaanhoitajia.

6.3.2 Yhteisten käytäntöjen puute

Yhteisten käytäntöjen puute -yläluokka sisältää neljä alaluokkaa. Luokkien muodostuminen havainnollistetaan kuviossa 7.

PELKISTYS	ALALUOKKA	YLÄLUOKKA
<ul style="list-style-type: none"> • Kirjaamisen sijoittaminen tietojärjestelmään epäselvää • Kirjaamisen sisältö ja laajuus epäselvää • Kirjaamisen jäsenys epäselvää 	Epäselvät kirjaamiskäytänteet	YHTEISTEN KÄYTÄNTÖJEN PUUTE
<ul style="list-style-type: none"> • Moniammatillinen työskentely puuttuu • Huolen käsittelyä ei kirjata muissa ammattiryhmissä • Huoliseulan eteneminen jää hoitajan vastuulla • Huolen seuranta vaatii hoitajan läsnäoloa tavoitekokouksessa • Hoitajan tiedonsaanti kirjaamisen kautta puutteellista. • Huolen jatkokäsittely kotihoidossa epävarmaa 	Moniammatillisuuden puute	
<ul style="list-style-type: none"> • huoliseulan tekemisen ajankohdasta ei yhteistä käytäntöä • Huoliseulan sovittaminen osaston ja omaisen päivärytmiin epäselvää • Omaisen kohtaamista vaikeuttaa vierailun ajankohta iltaisin ja viikonloppuisin 	Huoliseulakeskustelun ajoittaminen epäselvää	
<ul style="list-style-type: none"> • Yhteistyötä huoliseulan sisäistämiseksi ei ole tehty • Huoliseulasta viestiminen ristiriitaista • Huoliseulan toimintamalli selkiytymätön • Yksilöiden välillä eroa huoliseula työskentelyn aloittamisessa 	Erilaiset näkemykset huoliseulatyöskentelystä	

Kuvio 7. Yhteisten käytäntöjen puute -yläluokan muodostuminen.

Tulosten perusteella yhteisten käytäntöjen puute nousee suurimmaksi huoliseulan käyttöä estäväksi tekijäksi. Huoliseulan kirjaaminen on haastateltaville monilta osin epäselvää. Aineistosta käy ilmi, että hoitajat ovat osin tai kokonaan tietämättömiä kirjaamisen sijoittamisesta potilastietojärjestelmään. Epäselvyyttä nousee esiin myös kirjaamiseen laajuudesta ja sisällöstä. Kirjaamisesta koetaan puuttuvan yhteisesti sovitut säännöt. Kirjaamisen epäselvyyttä toivat esiin kaikki haastateltavat.

Minne dokumentoidaan ja mitä dokumentoidaan ja miten sitä seurataan sitten sitä huolen hoidon kehittymistä.

Kirjaanko mä sitten kuinka pikkutarkasti vai kuinka laajapohjaisesti tai mitä sinne pitäis kirjoittaa vai yksinkertaisesti vai.

Moniammatillisen työskentelyn puute hankaloittaa huoliseulatyöskentelyä. Muut ammattiryhmät eivät toteuta tai ole tietoisia huoliseulatyöskentelystä. Moniammatillisuuden puuttuessa huolien käsittely jää vaillinaiseksi. Muiden ammattiryhmien tietämättömyys huoliseulakäytännöstä estää hoitajan tiedonsaannin. Edellä mainitun takia hoitajan on vaikea seurata huolen tilaa. Haastateltavien mukaan tiedon välittyminen edellyttää hoitajan läsnäoloa huolen käsittelyyn liittyvissä tilanteissa. Huoliseulaan liittyvät asiat eivät näy muiden ammattiryhmien kirjauksissa, vaikka huolta olisikin heidän toimestaan käsitelty. Kotiutumisen kannalta huolta aiheuttaa kotihoidon tietämättömyys osaston huoliseulakäytännöstä. Moniammatillisuuden puutteesta nousi tutkimuksessa runsaasti ilmaisuja.

Meiän vaikee esimerkiks sitten selvittää sosiaalihoitajalta, että miten hän sitten hoitaa sitä asiaa sitten.

Hoitaja itse, jos ei ole mukana tavoitekokouksessa nii aika usein se asia sitten niinku sit jää sinne kokoukseen.

Mut se mikä mua nyt huolestuttaa , on tässä huoliseulassa, on se että jos niiku ruvetaan sitä kotiutumisasiaa miettimään, niin meneekö se huoli kotihoitoon.

Huoliseulakeskustelun ajoittamisessa epäselvyyttä aiheuttaa sen sovittaminen monen tahon päivärytmiin. Keskusteluhetkeä suunniteltaessa huomioon on otettava osaston rutiinit ja päivärytmi sekä omaisen mahdollisuus osallistua. Keskustelun ajoittamista hankaloittaa entisestään omaisten vierailujen sijoittuminen pääasiassa aikoihin, jolloin

osaston miehitys on pienempi. Epäselvyyttä hoitajien kesken on myös siitä missä vaiheessa potilaan hoitojaksoa huoliseula tulisi tehdä.

Se ilta on kyllä semmonen, että jos kolme on illassa niin kyllä siinä aika vaikeeta on.

päivärutiineihinkin tää pitää strukturoida jotenkin, että millon se tehdään se huoliseula, mikä on paras aika sekä potilaalle että hoitajalle että omaisille.

Haastateltavat kertovat näkemysten huoliseulatyöskentelystä olevan erilaisia. Näkemysten erilaisuus tuo ristiriitaisuutta huoliseulasta viestimiseen hoitajien keskuudessa. Yhden haastateltavan mukaan huoliseula oli jäänyt tekemättä ristiriitaisten ohjeiden takia. Haastateltavat kokevat, että huoliseulatyöskentelyn aloittamiseen vaikuttavat hoitajan yksilölliset ominaisuudet. Toisten hoitajien todetaan tarttuvan uusiin asioihin nopeammin ja toisten tarvitsevan aikaa työskentelyn aloittamiseksi. Kaikilla hoitajilla ei ole vielä kokemusta huoliseulatyöskentelystä.

Siinä tuli heti semmoinen ristiriita. Että tää on sellainen vielä aika kesken-eräinen henkilökunnankin keskuudessa, että toiset on puolesta ja toiset on vielä vastaan.

6.3.3 Resurssien puute

Resurssien puute -yläluokka sisältää kaksi alaluokkaa. Luokkien muodostuminen havainnollistetaan kuviossa 8.

PELKISTYS	ALALUOKKA	YLÄLUOKKA
<ul style="list-style-type: none"> Ajan saaminen keskusteluihin iltavuorossa vaikeaa Huolen kirjaamiseen vaaditun ajan saaminen iltavuorossa ei varmaa. Huolen välitön kirjaaminen huolikeskustelun jälkeen epävarmaa iltavuorossa 	Aikaa rajallisesti	RESURSSIEN PUUTE
<ul style="list-style-type: none"> Osastolla paljon käytössä olevia mittareita ja lomakkeita. Mittareiden lisääntyminen tuntuu työläältä Huoliseulan koetaan lisäävän hoitajan työkuormaa Osastolla kova työpaine Huoliseulan pelätty lisäävän työtä 	Työkuorman lisääntyminen	

Kuvio 8. Resurssien puute -yläluokan muodostuminen.

Haastateltavien mukaan ajan rajallisuus vaikeuttaa huoliseulan tekemistä. Hoitajat kertovat huoliseulatyöskentelyn vaativan aikaa. Huoliseulan kirjaamisen pitäisi haastateltavien mukaan tapahtua välittömästi keskustelun jälkeen. Huoliseulakeskustelun katsotaan tarvitsevan rauhallisen ja keskeytymättömän tilanteen. Ajan saaminen koetaan kuitenkin epävarmana. Ajan saamisen epävarmuus korostuu iltavuoroissa.

Se kirjaaminen. Se, se niinku vie ja siihen pitäis olla niinkun sellanen rauha ja se pitäis sitten heti.

Haastateltavat toivat esiin huolta huoliseulan työllistävyydestä. Huoliseulan koetaan lisäävän entisestään hoitajan työkuormaa. Hoitajat kokevat osastolla olevan jo runsaasti erilaisia mittareita ja huoliseulatyöskentelyn koetaan lisäävän työtä entisestään. Osastolla koetaan myös olevan kova käytännön hoitotyöstä johtuva työpaine.

Vielä sekin et kun meillä on aikamoiset työpaineet täs.

Meillä on FIM-mittarit, meillä Barthelit, meillä on Ravat, meillä on kaikkee. Et tuntuu et ei enää yhtään uutta mittaris kestäis.

6.3.4 Puheeksioton esteet

Puheeksioton esteet -yläluokka sisältää kaksi alaluokkaa. Luokkien muodostuminen havainnollistetaan kuviossa 9.

PELKISTYS	ALALUOKKA	YLÄLUOKKA
<ul style="list-style-type: none"> <i>Tilanteen teennäisyys estää huoliseulan tekemisen</i> <i>Luontevien tilanteiden puuttuessa kokemusta huoliseulasta ei kerry</i> 	Teennäinen puheeksiottotilanne	PUHEEKSIOTON ESTEET
<ul style="list-style-type: none"> <i>Potilaiden kommunikointivaikeudet estävät huoliseulan tekemistä potilaalle</i> 	Potilaiden kommunikointivaikeudet	

Kuvio 9. Puheeksioton esteet -yläluokan muodostuminen.

Huoliseulan puheeksioton esteinä nähdään luontevien tilanteiden puuttuminen tai sen kokeminen teennäisenä. Neurologisella kuntoutusosastolla potilaiden kommunikointivaikeudet hankaloittavat puheeksiottoa.

Mä en osaa ainakaan mennä sillain et "teenpä nyt tämän huoliseulan, minulla on kymmenen minuuttia tässä aikaa tehdä huoliseula" Se on jotenkin niin sellaista teennäistäteatteria ettei se onnistu.

6.3.5 Uskalluksen puute

Uskalluksen puute -yläluokka sisältää kaksi alaluokkaa. Luokkien muodostuminen havainnollistetaan kuviossa 10.

PELKISTYS	ALALUOKKA	YLÄLUOKKA
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Pelko, että omainen hankaloittaa hoitajan olemista huolien kysymisen jälkeen</i> • <i>Pelko omaisen tai potilaan haukkumista huoliseulakeskustelussa</i> • <i>Pelko vaikean huolen esiintulemisestä</i> 	<p>Pelko hankalaan tilanteeseen joutumisesta</p>	<p>USKALLUKSEN PUUTE</p>
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Huolen kysymisen ajatellaan voivan aiheuttaa ahdistusta hoitajalle</i> • <i>Hoitaja kokee riittämättömyyttä, jos huolta ei pystytä hoitamaan.</i> • <i>Potilas syyllistää hoitajaa, jos huolen eteenpäin vieminen ei onnistu</i> 	<p>Pelko emotionaalisesta kuormituksesta</p>	

Kuvio 10. Uskalluksen puute -yläluokan muodostuminen.

Hoitajan pelko hankalaan tilanteeseen joutumisesta nostaa kynnystä tehdä huoliseula. Hoitaja saattaa pelätä potilaan tai omaisen haukkumisen kohteeksi joutumista. Pelko potilaan tai omaisen esiintuomasta vaikeasta huolesta voi estää huoliseulan tekemistä. Vaikeana huolena aineistossa mainitaan potilaan kuolemanpelko.

Mua ainakin pelotti henkilökohtaisesti se että kun, meillä on aina joskus joku hankala omainen..et jos mä meen, tekee sen mun oman tekemisen ja olemisen entistä kiusallisemmaks ja hankalammaks.

Ja mitä haukkumisia sieltä sitten saat niskaas.

Siinä on se kuoleman pelko, joka on sit taas jo niin semmonen, että siinä helposti hoitajallekin tulee semmonen et menee muru kurkkuun.

Huoliseulatyöskentelyyn nähdään liittyvän emotionaalista kuormitusta, jolla saattaa olla vaikutusta työskentelyn aloittamiseen. Potilaan tai omaisen huolien ajatellaan voivan aiheuttaa hoitajalle ahdistusta. Haastateltavat kokevat hoitajaan voivan kohdistua

myös syyllistämistä, jos potilaan huolta ei pystytäkään ratkaisemaan. Tällaiseen tilanteeseen liittyy hoitajien mukaan riittämättömyyden tunnetta.

Jos tiedetään et niitä huolia ei pystytä hoitamaan eteenpäin niin sen on...Ja syyllistetään sitten hoitajaa siitä.

Huoliseulasta huolimatta niin on vaan todettu, että tälle asialle ei voi mitään. Siinä vaiheessa tulee aika riittämätön olo.

6.4 Hoitajien kokemuksia huoliseulan käytöstä

Kolmannesta teemasta etsittiin hoitajien emotionaalisia kokemuksia huoliseulatyöskentelyssä. Kokemuksista muodostettiin neljä alaluokkaa ja niistä edelleen kaksi yläluokkaa. Emotionaalisina kokemuksina tunnistettiin 1) Positiiviset emotionaaliset kokemukset huoliseulatyöskentelyssä sekä 2) Negatiiviset emotionaaliset kokemukset huoliseulatyöskentelyssä.

6.4.1 Positiiviset emotionaaliset kokemukset huoliseulatyöskentelyssä

Positiiviset emotionaaliset kokemukset huoliseulatyöskentelyssä -yläluokka sisältää neljä alaluokkaa. Luokkien muodostuminen havainnollistetaan kuviossa 11.

PELKISTYS	ALALUOKKA	YLÄLUOKKA
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Potilaan huolen ei koeta tuovan ahdistusta hoitajalle</i> 	Ei ahdistava	POSITIIVISET EMOTIONAAISET KOKEMUKSET HUOLISEULA- TYÖSKENTELYS- SÄ
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Koetaan helpottavana kun omaisen voi purkaa huolen huoliseulan kautta</i> 	Helpotus	
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Omaisen kertoma huoli koetaan luottamuksen osoituksena</i> 	Luottamus	
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Huolen puheeksiottaminen lähentää hoitajaa ja omaista</i> 	Läheisyys	

Kuvio 11. Positiiviset emotionaaliset kokemukset huoliseula työskentelyssä -yläluokan muodostuminen.

Hoitajat kokevat, että huoliseulan tekeminen potilaalle ei aiheuta ahdistusta hoitajalle. Huolien äänen puhumisen kuvataan helpottavana tilanteena, joka vahvistaa hoitajan ja

potilaan tai omaisen välistä tunnesidettä. Hoitaja kokee olevansa luotettu, kun huoli luovutetaan hänen hoitoonsa.

Tuntuu siltä että sä oot niiku semmonen uskottu ihminen. Onhan sekin luottamuksen osoitus et uskaltaa sen huolen sille toiselle antaa, että tavallaan mä ainakin ajattelen niin, et jos joku antaa mulle sen huolensa mä oon sen luottamuksen arvoinen silloin.

Se on oikeestaan aika helpottavaa kun ne omaiset saa sen huolensa sanoo.

6.4.2 Negatiiviset emotionaaliset kokemukset huoliseulatyöskentelyssä

Negatiiviset emotionaaliset kokemukset huoliseulatyöskentelyssä -yläluokka sisältää neljä alaluokkaa. Luokkien muodostuminen havainnollistetaan kuviossa 12.

PELKISTYS	ALALUOKKA	YLÄLUOKKA
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Pelko, että omaisen hankaloittaa hoitajan olemista huolien kysymisen jälkeen</i> • <i>Pelko omaisen tai potilaan haukuista huoliseulakeskustelussa</i> 	Pelko	NEGATIIVISET EMOTIONAALISET KOKEMUKSET HUOLISEULATYÖSKENTELYSSÄ
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Huolen kysymisen ajatellaan voivan aiheuttaa ahdistusta hoitajalle</i> 	Ahdistus	
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Hoitaja kokee riittämättömyyttä, jos huolta ei pystytä hoitamaan.</i> • <i>Pelko vaikean huolen esiintulemisestä</i> 	Riittämättömyys	
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Potilas syyllistää hoitajaa, jos huolen eteenpäin vieminen ei onnistu</i> 	Syyllisydentunne	

Kuvio 12. Negatiiviset emotionaaliset kokemukset huoliseulatyöskentelyssä -yläluokan muodostuminen.

Hoitajan ahdistuminen potilaan huolista koetaan mahdollisena huoliseulatyöskentelyssä. Pelkoa hoitajalle aiheuttaa omaisen tai potilaan negatiivinen asennoituminen hoitajaa kohtaan huoliseulankeskustelun aikana tai sen jälkeen. Riittämättömyyttä hoitaja kokee, kun esiin tullutta huolta ei pystytäkään hoitamaan tai huoli on vaikea. Vaikeana huolena hoitajat kokevat esim. potilaan kuolemanpelon. Mahdollisena koetaan myös hoitajaan kohdistuva syyllistäminen, jos huolta ei ole mahdollista hoitaa.

Sitten jos tiedetään et niitä huolia ei pystytä hoitamaan eteenpäin niin sit se muodostuu taas sitten negatiiviseksi. Ja syyllistetään sitten hoitajaa siitä.

On vaan todettu, että tälle asialle ei voi mitään. Siinä vaiheessa tulee aika riittämätön olo.

Monissakin tilanteissa on huolena se että jos toi kuolee tost.Siinä on se kuoleman pelko, joka on sit taas jo niin semmonen,että

7 Pohdinta

7.1 Opinnäytetyön tulosten tarkastelua

Tässä opinnäytetyössä kuvataan kuuden hoitajan kokemuksia ja ajatuksia huoliseulatyöskentelystä. Opinnäytetyöllä haettiin huoliseulan käyttöä edistäviä ja estäviä tekijöitä sekä miten hoitajat kokevat huoliseulan käytön. Huoliseulan käyttöä edistäviksi tekijöiksi tutkimuksessa nousi 1) Työpajakoulutus 2) Huoliseulakeskustelun hallinta, 3) Työryhmän tuki sekä 4) Näkemys huoliseulan hyödyllisyydestä. Estävinä tekijöinä nähtiin 1) Osaamisen puute 2) Yhteisten käytäntöjen puute 3) Resurssien puute 4) Puheeksioton esteet sekä 5) Uskalluksen puute. Hoitajien kokemuksina nousi esiin sekä positiivisia että negatiivisia emotionaalisia kokemuksia.

Haastatteluja toteutettaessa osastolla oltiin vaiheessa, jossa osa hoitajista oli jo aloittanut huoliseulatyöskentelyn. Pääosin työskentelystä puuttui kuitenkin edelleen järjestelmällisyys ja työskentelyä toteutettiin satunnaisesti. Huoliseulatyöskentelyä ei työstetty osastolla yhdessä, vaan se oli jäänyt irralliseksi. Hoitajat toteuttivat huoliseulatyöskentelyä kukin omalla tavallaan.

Hoitajat kokevat, että he voivat tarjota tukeaan potilaalle vain, kun heillä itsellään on riittävästi tietoa (Mikkola 2006: 113–114, 116, 143). Tämän opinnäytetyön tulosten mukaan hoitajan varmuutta huoliseulatyöskentelyyn voidaan parantaa lisäämällä koulutusta. Erityisesti työpaja muotoinen koulutus osoittautui merkittäväksi huoliseulan käyttöä edistäväksi tekijäksi. Työpaja koulutuksessa hoitajat kokivat saavansa konkreettista tietoa huoliseulatyöskentelystä sekä varmuutta sen tekemiseen. Huoliseulatyöskentelyn käyttöä saattaisi parantaa työpajakoulutuksen mahdollistaminen kaikille osaston hoita-

jille. Haastatteluiden aikaan kaikki osaston hoitajat eivät olleet käyneet työpajakoulutusta.

Hoitajat pitivät sairastuneen kohtaamista ja läsnäoloa tärkeänä. Hoitajan toiminnasta se kuvastui kanssakulkijana ja kannustajana (Haapaniemi ym.2006: 204–205). Tässä opinnäytetyössä hoitajien kuvaamana nousi esiin tarve mahdollisuuteen olla aidosti läsnä huoliseulakeskustelussa. Luontevat tilanteet ja mahdollisuus aitoon läsnäoloon nähtiin huoliseulatyöskentelyä edistävänä. Tässä opinnäytetyössä osa hoitajista koki, että huolen puheeksi ottaminen ei kuormita emotionaalisesti, jolloin huoliseulakeskustelua on helppo ylläpitää. Toisaalta osa hoitajista koki huolen puheeksi ottamisen vaikeana asiana, mikä saattaa estää huoliseulan käyttöönottoa. Huoliseula keskustelurungon käyttö oli lähes kaikkien vastaajien mielestä huoliseulan käyttöä edistävä tekijä ja sen nähtiin edesauttavan keskustelun ylläpitämistä.

Huoliseulan käyttöä edistävänä tekijänä nähtiin myös työryhmältä saatu tuki. Tuki saattoi olla sekä emotionaalista että käytännön tukea. Hoitajat kokivat että huoliseulatyöskentelyn aloittaminen voisi olla helpompaa, jos hoitajalla on mahdollisuus perehtyä huoliseulaan kollegan kanssa.

Hoitohenkilöstöltä saatu tieto ja emotionaalinen tuki vaikuttivat potilaan kokemukseen sairauden aiheuttamasta epävarmuudesta (Iire 1999: 98). Potilaat kuvaavat emotionaalisen tuen merkitystä tärkeäksi. Saatuaan mahdollisuuden ilmaista negatiivisia tunteitaan ääneen niiden käsittely helpottuu. Huolien ääneen puhumisen koetaan selkiyttävän potilaan omaa tilannetta. (Mikkola 2006: 187–188.) Tässä opinnäytetyössä hoitajat kokivat potilaan huolien huomioimisen tärkeänä. Potilaan huolien huomioiminen koettiin kotiutumista edistävänä tekijänä. Huoliseula nähtiin hyvänä työvälineenä, jonka katsottiin hyödyntävän sekä potilasta että hoitajaa. Oikein käytettynä sen ajateltiin säästävän hoitajan aikaa sekä nostavan hoitotyön laatua. Näkemys huoliseulan hyödyllisyydestä nousi esiin suurena tekijänä. Pääteltävissä on, että työväline tai mittari tulee nähdä hyödyllisenä, jotta sen käyttö on motivoivaa.

Huoliseulan käyttöä estäväksi tekijäksi nousi keskeisimpänä yhteisten käytäntöjen puute. Epäselvää oli kirjaaminen sekä huoliseulakeskustelun ajoittaminen. Aihepiiristä nousi esiin myös epävarmuus huolen jatkumosta. Hoitajille oli epäselvää kuinka huolen

seuranta toteutuu jatkossa. Osastolla toteutetaan potilaan hoidossa moniammatillista työskentelyä. Tämän opinnäytetyön tulosten mukaan huoliseulatyöskentelyssä se ei kuitenkaan toteudu. Moniammatillisen työskentelyn hyödyntäminen syventäisi myös hoitajan ja kuntoutujan välistä vuorovaikutusta (Mäntynen ym. 2009: 31). Tässä opinnäytetyössä hoitajat kokevat moniammatillisuuden voivan tehdä huoliseulatyöskentelystä parempaa, syvempää. Koetaan että moniammatillisuutta tarvitaan huoliseulatyöskentelyssä. Heräsi myös kysymys kuinka tietoinen Espoon kotihoito on huoliseulatyöskentelystä ja miten huoli saataisiin vietyä kotihoitoon saakka.

Huolen puheeksiotto koettiin tässä opinnäytetyössä vieraana alueena, joka ei kuulu ei somaattisen osaston normaaleihin käytäntöihin. Huoliseulan koettiin vaativan hoitajalta uuden työtavan omaksumista ja hyväksymistä. Tähän koettiin liittyvän myös muutosvastarintaa. Uuden työtavan omaksumisen koetaan olevan prosessinomaista ja vaativan aikaa. Muutosprosessin alkuvaiheessa työntekijä saattaa kokea pelkoa ja ahdistusta tulevaa kohtaan. Työntekijät saattavat kokea työnsä hallitsemattomuutta. Seuraavaan vaiheeseen liittyy vastustusta ja muutoksen tärkeyden kieltämistä, samalla kun herätään muutoksen todellisuuteen. Lopullisessa vaiheessa toimintamalli sisäistetään ja otetaan käyttöön. (Laaksonen ym. 2005: 47–48.)

Estäväksi tekijäksi nousi resurssien puute. Hoitajat kokivat hyvän huoliseulakeskustelun toteutuvan, jos aikaa oli varattu riittävästi ja keskustelua voidaan käydä ilman häiriötekijöitä. Omaisten vierailut sijoittuvat ilta-aikaan jolloin osastolla on vähemmän henkilökuntaa ja käytännön hoitotyö sitoo hoitajan aikaa. Huoliseulan pelättiin lisäävän työkuormaa ennestään. Resurssien puute ei noussut tässä opinnäytetyössä esiin kovin merkittävänä yksittäisenä estävänä tekijänä. Resurssien puute saattaa näyttäytyä kuitenkin aiemmin mainittujen yhteisten käytäntöjen puutteena. Käytännöistä sopiminen ja käyttökokemuksien vertailu sekä yhteisten pelisääntöjen luominen vaatisi säännöllistä yhteisiä kokoontumisia. Epäselväksi jäi onko tällaiseen osastolla mahdollista käyttää aikaa.

Huoliseulan käyttöä potilaalle estää potilaiden kommunikointivaikeudet. Tämän vuoksi huoliseulan käyttö on painottunut omaisiin. Puheeksioton esteenä nähtiin myös teenäinen tilanne. Hoitajat kokivat, että puheeksioton täytyy olla luonnollinen ja avoin vuorovaikutuksellinen hetki.

Huoliseulan käytön esteenä on myös uskalluksen puute. Hoitajat pelkäävät ottaa aran asian esiin, koska pelkäävät potilaiden tai omaisten asennetta keskustelussa. Hoitajat kokevat avuttomuutta jos eivät pysty huolta viemään eteenpäin tai muutoin sitä hoitamaan.

Hoitajien kokemukset jakaantuivat tässä opinnäytetyössä positiivisiin ja negatiivisiin emotionaalisiin kokemuksiin. Osa hoitajista koki, että potilaan huolet eivät aiheuta ahdistusta hoitajalle. Toisaalta nähtiin mahdollisuus hoitajan emotionaalisesta kuormittumisesta, erityisesti silloin kun potilaan huolet eivät ole poistettavissa. Yksittäisenä vaikeana huolena nousi esiin potilaan kuolemaan liittyvä huoli. Hoitajien emotionaalisista kokemuksista kerääntynyt aineisto jäi tässä opinnäytetyössä melko vähäiseksi. Tähän katsottiin vaikuttavan haastattelijoiden kokemattomuus ja siitä johtuva kysymystenasettelun puutteellisuus. Vaikutusta katsottiin olevan myös sillä, että opinnäytetyö toteutettiin huoliseulan käyttöönottoprosessin alkuvaiheessa. Tästä pääteltiin, että hoitajien kokemukset painottuivat haastatteluhetkellä voimakkaammin käytännönkysymyksiin.

7.2 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Tutkimuksen eettisen hyväksyttävyyden, luotettavuuden sekä tulosten luotettavuuden edellytyksenä on, että tutkimus on suoritettu hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla. Hyvään tieteelliseen käytäntöön katsotaan kuuluvaksi muun muassa, että tutkijat ja tieteelliset asiantuntijat noudattavat yleistä huolellisuutta, rehellisyyttä ja tarkkuutta tutkimustyössä, tulosten tallentamisessa ja esittämisessä sekä tutkimusten ja niiden tulosten arvioinnissa. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta: 2002.)

Opinnäytetyöhön saatiin tutkimuslupa Espoon kaupungilta (Liite 5). Haastatteluihin osallistuminen oli vapaaehtoista ja sen sai keskeyttää halutessaan. Haastattelun vapaaehtoisuuden toimme etukäteen tiedoksi saatekirjeellä (Liite 3) sekä suullisesti ennen haastattelua. Osallistujille kerrottiin haastattelun nauhoituksesta ja nauhoituslaitteet olivat näkyvillä haastattelujen ajan. Osallistujille selvitettiin opinnäytetyön tarkoitus sekä haastattelun kulku. Haastattelut sekä litteroinnin suoritimme itse. Haastatteluaineistoa ei ole kukaan ulkopuolinen käsitellyt. Haastatteluaineisto hävitettiin asianmu-

kaisesti tutkimuksen jälkeen. Haastattelutilanteet olivat luottamuksellisia ja osallistujien anonymiteetti säilyi opinnäytetyön kaikissa vaiheissa. Opinnäytetyömme raportti julkaistaan rehellisesti ja totuutta muuntelematta.

Laadullisen tutkimuksen yleisissä luotettavuus kriteereissä painotetaan tutkimuksen ja sen tulosten uskottavuutta sekä niiden osoittamista. Uskottavuutta lisäävät esimerkiksi seuraavat asiat: tutkijalla on riittävän pitkä aikaa työstää tutkimusta, aineiston triangulaatio ja vuoropuhelut tutkimukseen osallistuvien ja tutkijakollegoiden kanssa. (Kylmä – Vehviläinen-Julkunen – Lähdevirta 2003: 612–613.)

Tutkimuksen vahvistettavuus liittyy koko tutkimusprosessiin ja tarkoittaa tutkimusprosessin kirjaamista niin, että toinen tutkija pystyy seuraamaan tutkimusprosessiin kulkua pääpiirteittäin. Laadullisessa tutkimuksessa vahvistettavuus on kuitenkin osin ongelmallinen kriteeri, koska toinen tutkija ei välttämättä päädy aineiston perusteella samaan tulkintaan. Laadullisessa tutkimuksessa hyväksytään erilaisten tulkintojen todellisuus, eivätkä ne välttämättä merkitse luotettavuusongelmaa. Erilaiset tulkinnat tutkimuskohteesta lisäävät ymmärrystä ilmiöstä joka on tutkimuskohteena. (Kylmä – Juvakka 2007: 129.)

Reflektiivisyys tarkoittaa, että tutkijan on oltava tietoinen omista lähtökohdista tutkimuksen tekijänä. Tekijän on arvioitava kuinka hän vaikuttaa aineistoon ja tutkimusprosessiin sekä kuvattava lähtökohdat tutkimusprosessissa. (Kylmä – Juvakka 2007: 129.)

Siirrettävyydellä tarkoitetaan tutkimustulosten siirrettävyyttä muihin vastaaviin tilanteisiin. Tekijän on annettava riittävästi kuvailevaa tietoa tutkimukseen osallistujista sekä ympäristöstä. Näin lukija voi arvioida tulosten siirrettävyyttä. (Kylmä – Juvakka 2007: 129.)

Haastatteluiden kulkuun molemmilla kerroilla vaikutti selkeästi haastattelijoiden kokemattomuus haastattelutilanteesta. Kysymysten asetteluun sujuvuutta olisi voinut parantaa etukäteen tehdyllä koehaastattelulla. Ensimmäisessä haastattelussa yksi haastateltavista joutui poistumaan puolessavälissä haastattelua, joka saattoi vaikuttaa tuloksiin. Ensimmäisessä haastattelussa hoitajat olivat paremmin tietoisia haastattelusta. Toisessa haastattelussa hoitajat eivät olleet valmistautuneet haastattelutilanteeseen. Osastol-

la oleva työtilanne ja kiire haastatteluhetkellä saattoivat myös vaikuttaa haastattelun kulkuun ja tuloksiin. Haastateltavat valikoituivat niiden hoitajien joukosta, jotka olivat haastatteluhetkellä työvuorossa. Opinnäytetyöntekijöille ei ole tietoa tarjottiinko kaikille hoitajille mahdollisuutta osallistua haastatteluihin. Koko opinnäytetyöprosessin ajan on hyödynnetty oppilaitoksen tarjoamaa yksilö- ja ryhmäohjausta. Opinnäytetyön tulosten luotettavuutta saattaa heikentää ennalta määritellyt aikataulut, joka toivat työn tekemiseen kiireyttä.

7.3 Jatkotutkimussuositukset ja ehdotukset

Huoliseulatyöskentely on uusi työväline terveydenhuollon toimintaympäristöissä, joten käyttökokemukset siitä ovat vielä vähäisiä. Tässä opinnäytetyössä nousi esiin tarve moniammatilliseen huoliseulatyöskentelyyn. Kehittämisehdotuksena on vahvistaa moniammatillisuutta huoliseulatyöskentelyssä sekä osastolla että sairaalan ulkopuolella. Tarpeellisena nähdään pohtia, miten huoliseulatyöskentely soveltuu Espoon kaupungin kotihoidon käyttöön. Näin huoliseulatyöskentelyyn saataisiin luontevaa jatkuvuutta ja kokonaisvaltaisuutta. Tämän nähtäisiin edistävän potilaan hyvää kotiutumista.

Ehdotukseksi jatkotutkimuksesta nousee hoitajan emotionaalisten kokemusten tarkempi selvittäminen huoliseulatyöskentelyssä omana tutkimuksenaan. Jatkotutkimusta on tarkoituksenmukaista suorittaa kuitenkin vasta, kun hoitajille on kerääntynyt enemmän kokemuksia huoliseulatyöskentelystä.

Lähteet

- Carlsson, Gunnel E. – Möller, Anders – Blomstrand, Christian 2008. Managing an everyday life of uncertainty – A qualitative study of coping in persons with mild stroke. *Disability and rehabilitation* 2009. 31 (10). 773–782.
- Eriksson, Esa – Arnkil, Tom Erik 2005. *Huoli puheeksi. Opas varhaisista dialogeista.* Stakes. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Eriksson, Esa – Arnkil, Tom Erik – Rautava, Marie 2006. Ennakointiallogeja huolten vyöhykkeellä. *Verkostokonsultin käsikirja – ohjeita verkostomaiseen työskentelyyn.* Stakesin työpapereita 29. Helsinki: Stakesin monistamo.
- Haapaniemi, Hannele – Routasalo, Pirkko – Arve, Seija 2006. Sairaanhoidajat ja perushoitajat iäkkään aivoverenkiertohäiriöpotilaan kuntoutumisen edistäjinä. *Hoitotiede* 18 (4). 197–208.
- Havio, Marjaliisa – Inkinen, Maria – Partanen, Airi 2009. *Päihdehoitotyö.* 5.–6.painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Herranen, Leena – Saari, Tuula 2004. Aivohalvauksen vuoksi vaikeasti vammautuneiden pärjääminen 3–5 vuotta sairastumisesta. *Etelä-Savon sairaanhoitopiirin julkaisuja nro. 41.* Etelä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä.
- Hilari, Katarina – Northcott, Sarah - Roy, Penny – Marshall, Jane – Wiggins, Richard D. – Chataway, Jeremy 2010. Psychological distress after stroke and aphasia: the first six months. *Clinical rehabilitation* 24. 181–190.
- Hirsjärvi, Sirkka – Hurme, Helena 2008. *Tutkimushaastattelu – Teemahaastattelun teoria ja käytäntö.* Helsinki: Yliopistopaino.
- Iire, Liisa 1999. *Potilas ja sairaudesta johtuva epävarmuus.* Turun yliopiston julkaisuja. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos.

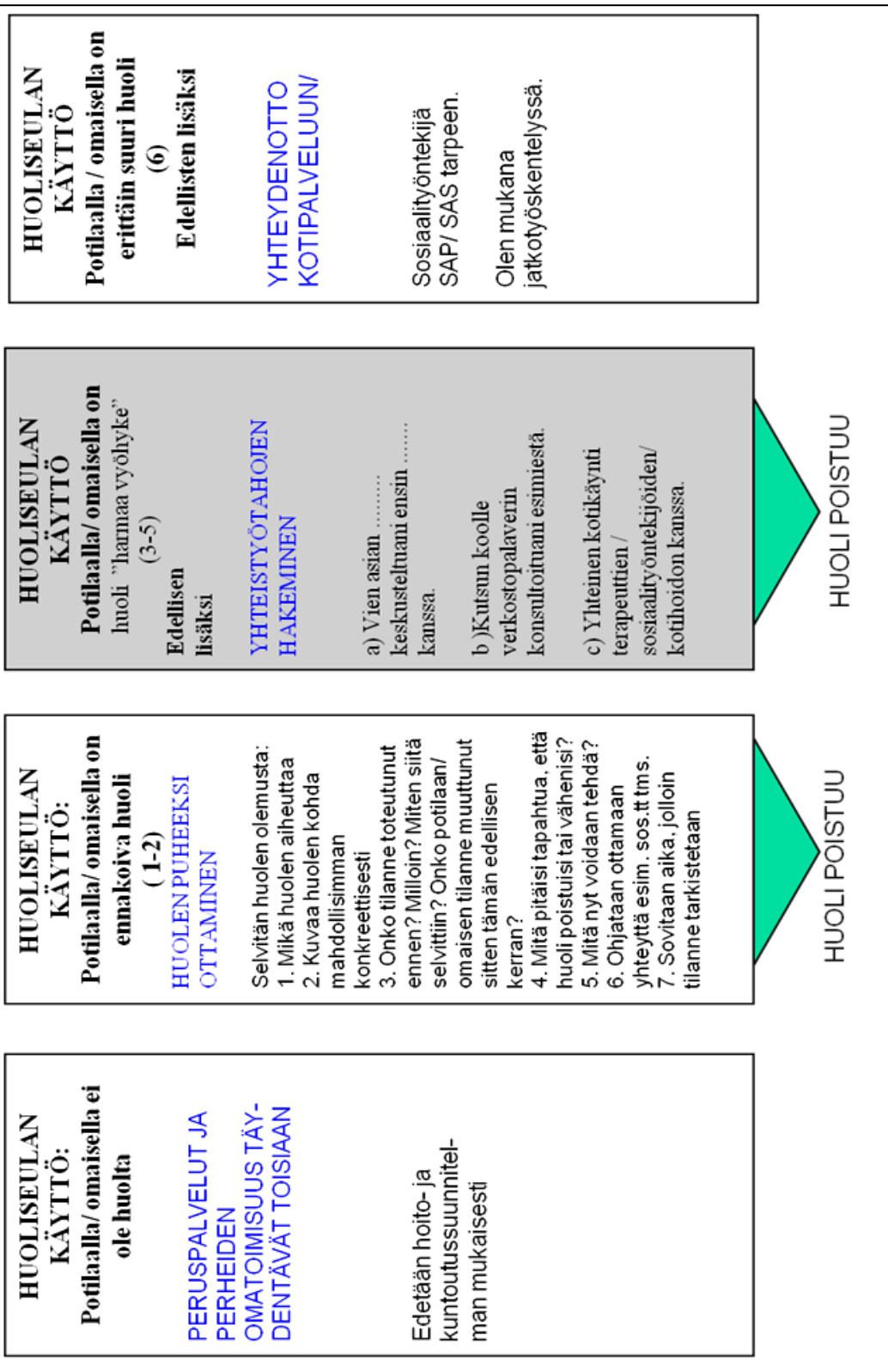
- Jones, Fiona – Mandy, Anne – Partridge, Cecily 2008. Reasons for recovery after stroke. *Disability and Rehabilitation* 30 (7). 507-516.
- Kuhanen, Carita – Oittinen, Pirkko – Kanerva, Anna – Seuri, Tarja – Schubert, Carla 2010. *Mielenterveyshoitotyö*. Helsinki: WSOYpro.
- Kuikka, Maarit 2005. Mitä varhaisella puuttumisella tarkoitetaan. *Opettaja-lehden Varpu -liite* 38B. 6–8 (Ojala, Ulla toim.) Opettajien ammattijärjestö: Varpu projekti.
- Kuokkanen, Merja 2009. Elämä aivohalvauksen jälkeen – tuliko sairaus osaksi elämää vai onko elämä sairastamista? Pro Gradu. tutkielma. Toimintaterapia. Jyväskylän yliopisto. Terveystieteiden laitos.
- Kylmä, Jari – Juvakka, Taru 2007. *Laadullinen terveystutkimus*. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Kylmä, Jari – Vehviläinen-Julkunen, Katri – Lähdevirta, Juhani 2003. Laadullinen terveystutkimus – mitä, miten ja miksi? Verkkodokumentti. *Duodecim* 119 (7). 609–615. < <http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo93495.pdf> >. Luettu 3.11.2010.
- Kyngäs, Helvi – Vanhanen, Liisa 1999. Sisällön analyysi. *Hoitotiede* 11 (1). 4–9.
- Laaksonen, Hannele – Niskanen, Jouni – Ollila, Seija – Risku, Aija 2005. *Lähijohtamisen perusteet terveydenhuollossa*. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Liittyvä Voima -hankkeen pilotti 2010. Projektipäällikkö Reijonen, Merja Kehittämissuunnitelma. Osaprojekti 2: Kotiutuminen Espoon sairaalasta.
- Mattila Lea-Riitta 2001. Vahvistumista ja tunnekokemuksen jakamista – Potilaan ja hoitajan vuorovaikutusta kuvaavan käsitejärjestelmän kehittäminen. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos.

- Mikkola, Leena 2006. Tuen merkitykset potilaan ja hoitajan vuorovaikutuksessa. Väitöskirja. Jyväskylän yliopisto. Humanistinen tiedekunta.
- Muhonen, Minna 2007. "Miustakin tulee vielä jonkunlainen": aivohalvauspotilaiden kokemuksia sairastumisestaan ja kuntoutuksestaan puoli vuotta sairastumisen jälkeen. Pro Gradu. Jyväskylän yliopisto. Terveystieteiden laitos.
- Murphy, Kathy – Cooney, Adeline – Shea, Eamon O. – Casey, Dympna 2008. Determinants of quality of life for older people with disability. *Journal of advanced nursing* 65 (3). 606–615.
- Mäntynen, Raija – Vehviläinen-Julkunen, Katri – Sivenius, Juhani 2009. Kuntoutumista edistävä hoitotyö näkyväksi: terveydenhuollon ammattihenkilöiden näkemyksiä aivohalvauspotilaiden alkuvaiheen jälkeisessä kuntoutuksessa. *Hoitotiede* 21 (1). 25–33.
- O’Connell, Bev – Hanna, Barbara – Pearce, Julian – Owen, Martin – Warelow, Phil 2001. Recovery after stroke: A qualitative perspective. *Journal of Quality in Clinical Practice* 21 (4). 120-125.
- Pötsönen, Riikka – Välimaa, Raili 1998. Ryhmähaastattelu laadullisen terveystutkimuksen menetelmänä. Jyväskylä: Jyväskylän yliopistopaino ja ER-Paino Oy.
- Reijonen, Merja 2010. Projektipäällikkö. Liittyvä Voima –hanke. Huoliseulakoulutus Espoon sairaala. Luentomateriaali 21.9.2010.
- Ryynänen, Ulla 2005. Sairastamisen merkitys ja turvattomuustekijät aikuisiässä. Väitöskirja. Kuopion yliopiston julkaisuja E. yhteiskuntatieteet. Sosiaalityön ja sosiaalipedagogiikan laitos. Kuopion yliopisto.
- Sarajärvi, Anneli – Tuomi, Jouni 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Latvia: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2002. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausten käsitteleminen. Helsinki: Edita Prima Oy. 2. painos. Luettavissa verkkodokumenttina. < <http://www.tenk.fi/HTK/htkfi.pdf> >. Luettu 14.11.2010.

Huoliseula ja potilaan tai omaisen huolen kuunteleminen Espoon sairaalassa.

Mittarina on potilaan/ omaisen oma huoli potilaan kotiutumisesta ja tavoitteena on huolen väheneminen tai poistuminen eli kotiutumisen edellytysten paraneminen



Huoliseulan keskustelurunko

Liite 2

2 (5)

KESKUSTELU:

MIETI ETUKÄTEEN:

Varaa aikaa ja rauhallinen paikka

Pysy rauhallisena

Toimi sovitun puuttumismallin mukaan

Muista kuunnella ja varaudu tunnepurkauksiin

TAPAAMINEN:

1. Kerro, että huoliseulastai. Kerro että välität.

2. Kysy potilaalta/ omaiselta. Onko heillä tällä hetkellä huolikokemusta jostakin kuntoutumisen/ kotiutumiseen liittyvästä asiasta

3. Jos huoli on pysähty siihen ja ala selkeyttää huolen kohdetta ja sopia yhteisistä teoista

SELKEYTYS:

1. Mikä huolen aiheuttaa
2. Kuvaa huolen kohta mahdollisimman konkreettisesti
3. Onko tilanne toteutunut ennen? Milloin? Miten siitä selvitettiin? Onko potilaan/ omaisen tilanne muuttunut sitten tämän edellisen kerran?
4. Mitä pitäisi tapahtua, että huoli poistuisi tai vähenisi?
5. Mitä nyt voidaan tehdä?
6. Ohjataan ottamaan yhteyttä esim. sos.tt tms.
7. Sovitaan aika, jolloin tilanne tarkistetaan

Vie asia eteenpäin huoliseulan mallin mukaisesti

Haastattelun saatekirje

19.1.2011

SAATE

Metropolia Ammattikorkeakoulu
Terveys- ja hoitoala; Hoitotyön koulutusohjelma

Hyvä haastatteluun osallistuva

Haluaisimme kuulla ajatuksiasi ja kokemuksiasi osastolla aloitetusta huoliseulakäytännöstä.

Olemme kaksi sairaanhoitajaopiskelijaa Metropolia ammattikorkeakoulusta. Teemme opinnäytetyötämme Liittyvä Voima –hankkeen osaprojekti kahdessa; kotiuttamisen kehittäminen Espoon sairaalassa. Opinnäytetyömme tavoitteena on selvittää potilaan hoitoon osallistuvan henkilökunnan kokemuksia huoliseulan käytöstä.

Keräämme aineiston haastattelemalla kahdessa eri ryhmässä huoliseulakäytäntöön osallistuneita työntekijöitä. Haastatteluun osallistuminen on vapaaehtoista. Ensimmäinen ryhmähaastattelu toteutetaan **keskiviikkona 2.2.2011 klo 12.30** ja toinen **perjantaina 4.2.2011 klo 12.30**. Aikaa haastatteluun kuluu 1-1½ tuntia. Haastattelut nauhoitetaan, litteroidaan ja analysoidaan opinnäytetyötämme varten. Haastateltavien henkilöllisyys ei tule esiin missään vaiheessa. Olemme hakeneet tutkimusluvan Espoon kaupungilta. Valmiin opinnäytetyön toimittamme osastollenne keväällä 2011.

Kiitos osallistumisestasi ja yhteistyöstäsi jo etukäteen!

Ystävällisin Terveisin,

Pia Jäpölä
pia.japola@metropolia.fi

Minna Markamo
minna.markamo@metropolia.fi

Haastattelun teemarunko



Haastattelun teemarunko

ALOITUS

- Opinnäytetyöntekijöiden esittely
- Opinnäytetyöstä ja aiheesta kertominen
- Haastattelijoiden rooleista ja nauhoituksesta kertominen
- Haastattelun kulusta kertominen

HUOLISEULAN KÄYTTÖÄ EDISTÄVÄ TEKIJÄT/ESTÄVÄT TEKIJÄT

- o Kerrotteko miten olette olleet tekemisissä huoliseulan kanssa täällä osastolla?
- o Miten huoliseula työskentely on lähtenyt käyntiin osastollanne?
- o Miten osastolla mielestänne suhtaudutaan huoliseulaan?
- o Kerrotteko kokemuksia puheeksiottotilanteesta?
- o Miten koette huolen kirjaamisen?
- o Miten huolen seuranta toteutuu?
- o Miten aikaa vievänä tai säästävänä koette huoliseulan käytön?
- o Minkälaisena koette Huoliseula-lomakkeet
- o Miten koette koulutuksen riittävyyden? Toiko paja harjoittelu jotain lisää työskentelyyn huoliseulan kanssa?

MITEN TYÖNTEKIJÄ KOKEE HUOLISEULAN KÄYTÖN

- o Minkälaista on ollut potilaan huolien vastaanottaminen ja niiden kanssa työskentely?
- o Mitä hyötyä tai haittaa koette huoliseulasta olevan potilaalle/omaiselle
...Entä henkilökunnalle?
- o Miten huoliseula on vaikuttanut huoleenne potilaasta?

Mikä mahdollistaisi huoliseulan käytön parhaalla mahdollisella tavalla?

- Syventäviä kysymyksiä:** *Kerrotko lisää kokemuksestasi?
Mistä se voisi johtua?
Tarkentaisitko...?
Tuleeko vielä mieleen jotakin?
Tuleeko muille mieleen tästä jotakin?
Onko muilla kokemuksia tästä asiasta?
Voisitko kertoa uudelleen (jos päällekkäin puhumista)?*

Tutkimuslupa



TUTKIMUSLUPA



TUTKIMUSLUVAN MYÖNTÄMINEN

Espoon sosiaali- ja terveystoimen esikunta/Kehittämisyksikkö myöntää tutkimusluvan 10.1.2011 päivätyn tutkimuslupa-anomuksen mukaisesti.

Hakija: Minna Markamo, Pia Jäpölä

Aihe: Moniammatillisen työryhmän kokemuksia huoliseulan käytöstä neurologisella kuntoutusosastolla

Lupa myönnetään ehdolla:

- työntekijän ajankäyttö harkittava

Edellytyksenä on, että tutkimuksen suorittaja/t ei/vät käytä saamiaan tietoja asiakkaan/potilaan tai hänen läheistensä vahingoksi eivätkä luovuta saamiaan henkilötietoja ulkopuolisille, vaan pitävät ne salassa.

Tutkimustulokset tulee esittää niin, ettei niistä voida tunnistaa yksittäistä henkilöä tai perhettä. Lisäksi on noudatettava henkilötietolaissa ja muualla lainsäädännössä olevia tutkimusrekistereitä koskevia säännöksiä.

Edellyttämme, että tutkija/t luovuttaa/vat sosiaali- ja terveystoimen Kehittämisyksikön käyttöön maksutta lopullisen tutkimusraportin **kahtena kappaleena**.

Espoossa 31.1.2011


Eeva Honkanummi
va. kehittämispäällikkö