



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU
Yhdessä enemmän

Mitä hoitajan tulee huomioida potilaan tulotilanteessa sairaalan psykiatriselle osastolle?

Honkanen, Piia
Louhikoski-Alasuutari, Terttu

2017 Laurea

Laurea-ammattikorkeakoulu

Mitä hoitajan tulee huomioida potilaan tulotilanteessa sairaalan psykiatriselle osastolle?

Honkanen, Piia
Louhikoski-Alasuutari, Terttu
Sairaanhoitajakoulutus
Opinnäytetyö
Tammikuu, 2017

Piia Honkanen, Terttu Louhikoski-Alasuutari

Mitä hoitajan tulee huomioida potilaan tulotilanteessa sairaalan psykiatriselle osastolle?

Vuosi 2017 Sivumäärä 76

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää potilaan tulotilannetta psykiatriselle osastolle hoitajan näkökulmasta potilaslähtöisesti siten, että tulotilanteen käytännöt ja hoitomuodot tulevat kahdella osastolla yhtenäisiksi. Tavoitteena oli laatia tilaajaorganisaatiolle kehittämisehdotus. Tulotilanteen aikajänteenä tarkasteltiin aikaa lähetteestä ensimmäisen hoitokeskustelun loppuun. Tutkimusongelmana oli, mitä hoitajan tulee huomioida tulotilanteessa, jotta potilaiden hoito on tulotilanteesta alkaen hyvää ja samanlaatuista. Kohderyhmänä oli tilaajaorganisaation kahden osaston hoitohenkilökunta.

Opinnäytetyön teoriaperustana oli tutkimustieto vastaanottotilanteesta, potilaslähtöisyydestä, turvallisuudesta, kriisituesta, hoitotyöstä ja hoitosuhteen luomisesta, tiedon keruusta ja hoidon tarpeen arvioinnista sekä vaikuttavista menetelmistä tulotilanteessa. Aineiston keruu toteutettiin kahdessa vaiheessa. Nykytilan kartoitus toteutettiin puolistrukturoituna teema-haastatteluna, jossa oli osallistujia molemmilta osastoilta. Haastattelun lisäksi nykytilan kartoitukseen käytettiin osaston kirjallisia materiaaleja sekä ohjeita. Kehittämistarpeet kerättiin ryhmäkeskustelun (focus group) menetelmällä. Sekä nykytilakartoituksen että ryhmäkeskustelun aineistot käsiteltiin laadullisen teoriaohjaavan sisällönanalyysin menetelmällä.

Kehittämisehdotuksessa on kuvattu hoitajan toiminta ja mitä hoitajan tulee huomioida suhteessa eri toimijatahoihin (lähettävä taho, potilas ja läheiset, lääkäri, kollegat, moniammatilliset tahot ja avohoidon toimijat) tulotilanteessa. Hoitaja toimii suunnitelmallisesti ja aktiivisesti hoitotyön asiantuntijana potilaan ja tulotilanteen eri toimijoiden kanssa. Hoitajan vastuulla on hoitotyön asiantuntijuus, yhteistyö työyhteisössä ja verkostoissa, lainmääräämät velvoitteet ja osaamisen kehittäminen. Organisaation vastuulla on laatia ohjeet, määrittää resurssit, suunnitella toimintamallit ja kehittää niitä edelleen.

Kehittämisehdotuksessa tärkeiksi kokonaisuuksiksi nousivat hoitajan vastuullinen rooli hoitoprosessissa, hoitaja-lääkäri-yhteistyö, moniammatillisen yhteistyön kehittäminen vuorovaikutteisemmaksi sekä tulotilanteen systemaattinen mallintaminen.

Jatkokehittämisaiheeksi esitettiin toimintamallin kehittäminen käytännössä. Kehittämisessä tulee huomioida sosiaali- ja terveyspalvelu-uudistuksen (sote) mahdollisuudet.

Asiasanat: tulotilanne, psykiatrisen sairaala, hoitotyö, potilaslähtöisyys, toimintamalli

Piia Honkanen, Terttu Louhikoski-Alasuutari

What should the nurse take into consideration in admission of patient to psychiatric ward?

Year	2017	Pages	76
------	------	-------	----

This thesis explored the role of the nurse in the admission of a patient to a psychiatric ward in a patient-oriented way. It also aimed at standardizing the practices and treatments in the admission process in two wards. The aim of this thesis was to create a proposal for the client organization to develop the work of nurses in admission to a psychiatric ward. The timespan of the admission in this study was the time from the referral to the end of the first care discussion. The main research problem was what the nurse should take into consideration in admission of a patient to make the care of every patient good and equal. In the focus were the nurses of two wards in the client organization.

The theoretical background of this thesis was collected from different studies about arrival situation in a psychiatric ward, patient oriented care, safety of patients and staff, support in crisis, care work and contacting the patients, data collection and evaluation of the need of care and about efficient methods in admission. The thesis was qualitative and its data was collected in two stages. The present state of admission was explored by semi-structured theme interview of two participants, one from both wards. Written material and instructions were also used. The focus group discussion method was used to collect potential topics for development. Both the data of present state survey and the focus group discussions were analysed using qualitative, theory-based content analysis.

The development plan describes the work of the nurse in admission and what the nurse should take into consideration when working with other participants of the admission process (referral organization, patient and closely related people, doctor, colleagues, multi-professional and outpatient care workers). The nurse should work with patient and other admission workers according to plan and actively as an expert of care work. The nurse has the responsibility for the expertise of the care work, cooperation in the work community and in the network, the responsibilities defined by the law and the responsibility of building up competence. The organization has the responsibility to prepare instructions and operation models, to provide resources and to develop them further.

The key issues in the development plan were the responsible role of the nurse in the nursing process, the nurse-doctor - cooperation, making the multi-professional cooperation more interactive and creating a systematic operation model of admission.

As a topic for further development, it was suggested that the systematic admission model will be put into use in near future. Moreover, the effects of the forthcoming social and health care reform need to be considered as well.

Keywords: admission, psychiatric hospital, nursing, patient orientation, operations model

Sisällys

1	Johdanto.....	7
2	Teoriaperusta	8
2.1	Vastaanottotilanne.....	11
2.1.1	Lähetä ja siirtyminen osastolle	11
2.1.2	Omahoitaja, vastaanotto osastolle ja tulohaastattelu	12
2.2	Potilaslähtöisyys.....	13
2.2.1	Vuorovaikutus ja yhteisymmärrys	14
2.2.2	Potilaan oikeudet ja itsemääräämisoikeus.....	15
2.2.3	Kieli ja kulttuuri	16
2.2.4	Seksuaali- ja sukupuolivähemmistöt	17
2.3	Turvallisuus.....	17
2.4	Kriisituki	19
2.5	Hoitotyö ja hoitosuhteen luominen	20
2.6	Tiedonkeruu ja hoidon tarpeen arviointi	21
2.7	Vaikuttavat menetelmät	23
2.7.1	Keskustelukäytännöt.....	24
2.7.2	Hoitoneuvottelu	25
2.7.3	Systemaattinen malli	26
3	Tutkimuskysymykset.....	28
4	Menetelmät	29
4.1	Laadullinen tutkimus	29
4.2	Aineiston kerääminen	29
4.2.1	Nykytilan kartoittaminen	30
4.2.2	Kehittämistarpeiden kartoittaminen.....	31
4.3	Aineiston analysointi sisällönanalyysillä.....	32
4.3.1	Nykytila-aineiston analysointi.....	33
4.3.2	Kehittämisaineiston analysointi	35
4.3.3	Kehittämisehdotuksen laatiminen.....	37
5	Tulokset.....	38
5.1	Nykytila	38
5.1.1	Kooste nykytilan käytännöistä tulotilanteessa	38
5.1.2	Nykytilasta nousevat teemat ryhmäkeskusteluun	41
5.2	Kehittämistarpeet ryhmäkeskustelun perusteella.....	43
5.2.1	Kooste ryhmäkeskustelun tuloksista	43
5.2.2	Ryhmäkeskustelun pohjalta esiin nouseva kehittämistarpeet.....	46
5.3	Kehittämisehdotus	49
6	Pohdinta	52
6.1	Johtopäätökset, tulosten hyödyntäminen ja kehittäminen.....	52

6.2	Etiikka ja luotettavuus	54
	Lähteet	58
	Kuviot	62
	Taulukot	63
	Liitteet	64

1 Johdanto

Tämän opinnäytetyön tavoitteena on laatia yhteinen kehittämissuositus tulotilanteen kehittämiseksi Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin (HUS) Paloniemen sairaalan psykiatrisille osastoille (tilaajaorganisaatio). Tarkoituksena on kehittää tulotilannetta tilaajaorganisaatiossa niin, että se mahdollistaa kaikille potilaille hyvän, samanlaatuisen hoidon tasavertaisesti tulotilanteesta alkaen.

Psykiatriseen sairaalaan tullaan aina lääkärin läheteellä. Tulotilanteen aikajänteenä tässä opinnäytetyössä tarkastellaan läheteestä ensimmäisen hoitokeskustelun loppuun. Tutkimus kattaa sekä vapaaehtoisen että tahdonvastaisen hoidon. Tässä työssä tulotilannetta tarkastellaan hoitotyön näkökulmasta potilaslähtöisesti.

Tilaajaorganisaatiossa on kaksi osastoa. Osasto 1, psykiatrisen akuuttiosasto toimii akuuttia ja välitöntä sairaalahoitoa tarvitsevien potilaiden hoitopaikkana. Osastolla hoidetaan ensisijaisesti vakavassa itsemurhavaarassa olevia, vakavasti masentuneita, psykoosi sekä päihteiden käytöstä aiheutuneita vakavia ongelmia. Osastolla toteutetaan omahoitajamallia. Keskimääräinen hoitoaika on noin kolme viikkoa, minkä jälkeen potilas joko kotiutetaan tai hän siirtyy sairaalan muille osastoille. Potilashoidossa perustana on potilaan sosiaalisen ympäristön huomioiminen, mikä toteutuu perhe-, pari- tai verkostotapaamisten kautta. Kotiuttamisen jälkeen omahoitajasuhde voi jatkua jälkipoliklinisinä käynteinä. (HUS 2016a.)

Osasto 2 on hoito- ja kuntoutusosasto, jossa toteutetaan lyhyitä hoitoja, pitkiä kuntouttavia jaksoja, intervalli-, päivä- sekä jälkipoliklininisiä hoitoja. Osastolla on 17 potilaspaikka. Osastolla toteutetaan yksilövastuun hoitotyön periaatteita. Omahoitajat toimivat 4-5 hoitajan tiimeinä. Hoidon päämäärä on potilaiden maksimaalinen vastuunotto omasta elämästään. Hoidossa huomioidaan yksilölliset tarpeet. Hoito rakentuu päivittäisten toimintojen harjoittelusta, psykoedukaatioista ja lääkehoidosta. Hoitoon kuuluu perhe- ja verkostotapaamiset, toiminnalliset terapiat sekä kotikäynnit. (HUS 2016a.)

Lähete tarkoittaa, että lähettävä taho on arvioinut potilaan tarvitsevan sairaalahoitoa. Potilaan sairaalaan ottamisesta päättää osaston lääkäri tai päivystysaikana päivystävä lääkäri. (Kuhanen, Oittinen, Kanerva, Seuri & Scubert 2013, 186.) Näin lähete ei automaattisesti johda sairaalahoitoon, vaan vastaanottokeskustelu on kartoitus, jossa arvioidaan tilannetta, hoidon tarvetta, hoitomuotoa ja hoidon toteuttamista (Välivaara 2003, 5-6).

Tulotilanne kattaa potilaan vastaanoton osastolle, tulohaastattelun ja siihen liittyvän odottamisen, sairaushistorian ja muiden taustatietojen selvittämisen, yhteistyön potilaan saattajien ja läheisten kanssa, potilaan tilan arvioinnin, alustavan diagnoosin sekä hoidon tarpeen arvi-

oinnin (Kuhanen ym. 2013, 187-189). Tulotilanteeseen kuuluu myös potilaan siirtyminen osastolle, sisäänkirjoittaminen osastolle, tutustumisen tiloihin sekä tavaroiden tarkastaminen (Talkkari 2003,19-21).

Tutkimustietokannoista ei suoraan löydy ajankohtaista tutkimuskirjallisuutta tästä aiheesta. Tulotilannetta oli käsitelty erillisenä viime vuosina ainoastaan ammattikorkeakoulujen opin- näytetöissä, mikä osoittaa, että tulotilanne nähdään käytännössä tärkeänä kehittämiskohteena.

Uusimmissa tutkimuksissa tulotilanne löytyy lähinnä tutkimuksen sisältä välillisesti eli niissä tulotilanne sisältyy osaksi hoitoprosessin kokonaisuutta. Lapinkangas, Läksy ja Vuokila-Oikkonen (2012, 20-22) korostavat, että akuuttiin psykiatriseen hoitoon tulevien potilaan tilanteen arviointi ja tiedonkeruu tulee tehdä nopeasti, kattavasti, suunnitelmallisesti ja systemaattisesti. Näin saadaan hyvä perusta hoitosuhteelle, hoidon tarpeen arvioimiselle ja hoitosuunnitelman tekemiselle. Myös Ahonen, Ikonen ja Koivukoski (2014) kuvaavat esitietojen ja tulohaastattelun olevan potilaan hoidon suunnittelussa kulmakivi, joka varmistaa potilaan tarpeista lähtevän yksilöllisen hoidon ja hoito voidaan keskittää oleellisiin hoidon tarpeisiin.

Tulotilanteen yhdenmukaisuus on osa laatutyötä. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen (2011) mukaan hyvä hoito, johon kuuluu sujuva prosessi, yhteisymmärrys, yksilöllisten tarpeiden ja toiveiden huomiointi, turvallisuus sekä näyttöön perustuvat hoitokäytännöt ja vaikuttavat menetelmät, jonka tuloksena on tyytyväinen potilas, joka on saanut hoidosta parhaan mahdollisen terveyshyödyn. Tulotilanne on osa hyvää hoitoa.

Tämän työn teoriaperusta rakentuu tutkimustiedolle vastaanottotilanteesta, potilaslähtöisyydestä, turvallisuudesta, kriisituesta, hoitotyöstä ja hoitosuhteen luomisesta, tiedonkeruusta ja hoidon tarpeen arvioinnista sekä vaikuttavista menetelmistä. Tulotilanteen kesto on vaihdellut yhdestä neljään vuorokauteen (Talkkari 2003; Seikkula & Alakare 2004; Lapinkangas ym. 2012). Tämä opinnäytetyö on laadullinen tarkastelu tulotilanteesta.

2 Teoriaperusta

Tämän työn teoriaperusta on rakennettu kokoamalla tutkimustietoa psykiatrisen hoidon tulotilanteesta ja sen kehittämisestä. Kirjallisuushaku ”psykiatr*” tai ”akuutti” ja ”tulotilanne” tai ”vastaanotto” tai ”admission” tai ”reception” - hakusanoilla ei tuottanut kattavaa tulosta, vaan haku piti laajentaa mm. hoidon laatu, vuorovaikutus, potilastyytyväisyys, psykiatrisen hoitotyö, psykiatrisen hoitotyön kehittäminen, osallisuus, asiakaslähtöisyys jne.

Tutkimukset ovat väitöskirjoja, pro gradu -töitä tai julkaisusarjoissa julkaistuja artikkeleja. Lisäksi on käytetty tietolähteenä alan kirjallisuutta ja raportteja. Koska uusia tutkimuksia oli niukasti, hyväksyttiin aineistoon myös vanhempia tutkimuksia vuodesta 2003 alkaen. Osassa tutkimuksia oli selkeä jatke jopa 1990-luvun loppupuolelta alkaen 2010-luvulle. Tämä osoittaa, että kehittämistyö on systemaattista ja pitkäkestoista. Myös yksi kehittämistyö ”Potilaan hyvän hoidon aloittaminen, HAP2-projekti” (Talkkari 2003) hyväksyttiin aineistoon, koska siinä oli ansiokkaasti ja yksityiskohtaisesti kuvattu ja toteutettu tulotilanteen kehittäminen.

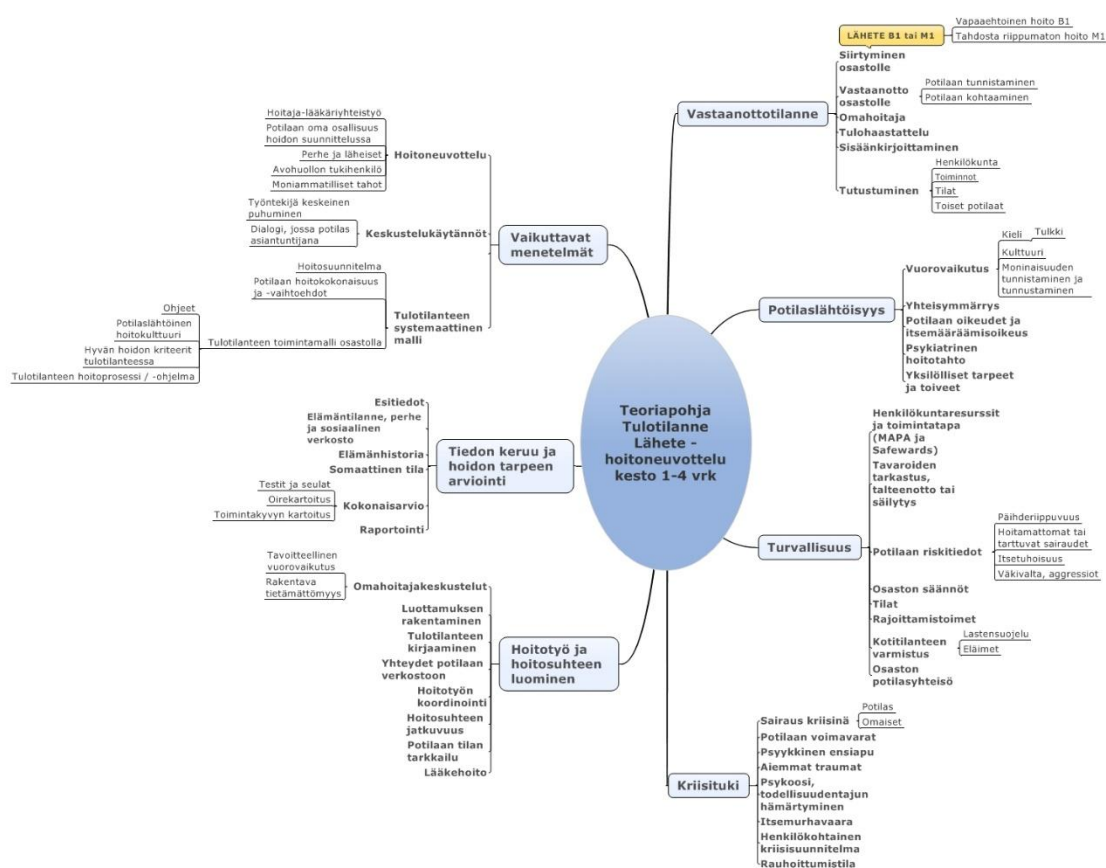
Uusissa tutkimuksissa tulotilanne ei ole erillinen tutkimuskohde, vaan osa kokonaisvaltaista hoitotyötä tai tutkimuksessa on analysoitu tulotilanteen yhtä toimintoa, kuten keskustelukäytäntöjä vastaanottokeskustelussa. Lapinkangas ym. (2012, 20-22) korostavat tulotilanteen merkitystä koko hoidon perustana. He ovat kehittäneet akuuttiin psykiatriseen hoitoon tulevan potilaan hoitomallin, jossa tilanteen arviointi ja tiedonkeruu tehdään nopeasti, kattavasti, suunnitelmallisesti ja systemaattisesti. Näin saadaan hyvä perusta hoitosuhteelle, hoidon tarpeen arvioimiselle ja hoitosuunnitelman tekemiselle.

Tämän tutkimuksen teoriaperusta on koottu seuraavalla sivulla olevaan kuvioon 1. Psykiatriseen sairaalaan tullaan läheteellä. Tulotilanne lähtee läheteestä, jonka kirjoittaa perusterveydenhuollon lääkäri. Lähetä on joko tahdosta riippumattoman hoidon M1-lähetä tai vapaaehtoisen hoidon B1-lähetä (HUS 2016b; PSHP 2006).

Lisäksi teoriaperustassa on otettu huomioon Terveystieteiden tutkimuskeskuksen (2011, 8) laatu-työn visiotavoitteessa kuvatut ja tulotilanteeseen sovelletut hyvän hoidon elementit. Sitä on täydennetty Lapinkankaan ym. (2012, 20) hoitomallin, Kuhanen ym. (2013, 236–239) ja Hedrenius ja Johansson (2016, 46-49) kuvaamalla alkuvaiheen kriisitilanteella.

Näin tulotilanteen keskeiset pääkäsitteet ovat vastaanottotilanne, potilaslähtöisyys, turvallisuus, kriisituki, tulovaiheen hoitotyö ja hoitosuhteen luominen, tiedonkeruu ja hoidon tarpeen arviointi sekä tulotilanteessa käytettävät vaikuttavat menetelmät.

Kuvioon 1 on täydennetty keskeisten käsitteiden alakäsitteiksi tutkimuskirjallisuuden esiinnostamia käsitteitä tulotilanteen osalta. Nämä kuvaavat tulotilanteen kokonaisuutta ja liittyvät hoitajan toimintaan tulotilanteessa.



Kuvio 1: Tulotilanteen keskeiset toiminnot ja käsitteet koottuna eri tutkimuksista

Hoitojaksojen lyhentyessä ja muuttuessa intensiivisemmiksi, myös hoidon alun tulisi käynnistyä tehokkaasti ja laadukkaasti (Talkkari 2003,18; Lapinkangas ym. 2012, 20). Talkkari (2003, 18) on kuvannut omassa tulotilanteen kehittämissuunnitelmassaan tavoitteen olleen ”psykiatrisen erikoissairaanhoidon tulee alkaa heti ripeästi, tehokkaasti ja suunnitelmallisesti.” Hyvän hoidon aloittamisen kriteereiksi Talkkari (2003, 18) kuvaa, että diagnostinen tutkimus ja suunnitelmallinen hoito alkavat heti, potilaan hoito alkaa turvallisesti, tarvittava tieto on käytettävissä nopeasti, potilas sitoutuu hoitoonsa ja yhteistyö perheen ja verkoston kanssa alkaa heti.

Terveystieteiden tutkimuksissa (2011, 13) prosessin sujuvuuden tavoitteena on, että potilas saa hoidon ilman tarpeettomia viivytyksiä sekä ilman päällekkäisiä ja aiheettomia tutkimuksia ja toimenpiteitä. Potilas selviytyy akuuttipsykiatriasta jatkohoitoon tai kotiuttamiseen tehokkaasti ja voimaantuneena. Näin potilas ja hänen läheisensä voivat ottaa vastuuta nykyisen palvelujärjestelmän vaatimalla tavalla toipumisesta ja arjen sujumisesta (Kilkku 2008, 4).

2.1 Vastaanottotilanne

2.1.1 Lähete ja siirtyminen osastolle

Psykiatrisen hoidon lähtökohtana on, että potilasta hoidetaan pääsääntöisesti aina yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Mielenterveyslain mukaisesti palvelut tulisi järjestää ensisijaisesti avopalveluina ja niin että oma-aloitteista hoitoon hakeutumista tuetaan. Hyvän psykiatrisen perusrakenteen luovat varhainen hoitoon hakeutuminen, asianmukaiseen avohoitoon ohjaaminen ja hyvässä hoitosuhteessa kehittyvä potilaan mahdollisimman hyvä hoitomyöntyvyys. (Lönngqvist, Moring & Henriksson 2014.)

Mikäli lääkäri toteaa, että potilas tarvitsee psykiatrisen erikoissairaalan arviota tai hoitoa, lääkäri kirjoittaa lähetteen. Lääkäri kirjoittaa joko vapaaehtoisen hoidon B1-lähetteen tai jos hän katsoo, että tahdosta riippumattoman hoidon edellytykset täyttyvät, hän kirjoittaa M1-lähetteen.

Vapaaehtoisen hoidon läheteessä lääkäri määrittelee hoidon kiireellisyyden eli onko lähete kiireellinen 1-7 vuorokautta vai normaali lähete 8-30 vuorokautta. Potilas kutsutaan osastolle hoidon suunnitteluun virka-ajan puitteissa. Se mahdollistaa tutkimuksen ja hoidon aloituksen ilman odotusta, toisin kuin päivystysaikana saapuvien potilaiden kohdalla on. Sairaala usein suosittaa omaisten tai muiden läheisten mukaan ottamista, jotta tulotilanteessa voidaan tehdä kokonaistilanteen arviointia ja suunnittelua yhdessä. (PSHP 2016a; HUS-Länsi-Uusimaa 2015.)

M1-läheteellä oleva potilas kuljetetaan sairaalaan terveydenhuoltoalan ammattilaisen saatamana (PSHP 2016a). Tarkkailuun ottamisesta päättää sairaalan virkasuhteinen lääkäri mielenterveyslain (L 14.12.1990/1116 9c §) mukaisesti. Mikäli tarkkailuun ottamisen edellytykset eivät täyty tullessa tai kolmen päivän tarkkailuajana, tarkkailupäätös purkautuu ja potilas voi halutessaan lähteä sairaalasta tai jäädä vapaaehtoiseen hoitoon osastolle (L 14.12.1990/1116 9c § ja PSHP 2016a).

Tahdosta riippumaton hoito tai tahdonvastainen hoito tarkoittaa, että potilas on toimitettu sairaalaan ilman omaa suostumustaan. Mielenterveyslain (L14.12.1990/1116, luku 2) mukaan potilaan itsemääräämisoikeutta rajoittavien toimenpiteiden vaatimuksena on, että 1) potilaan todetaan olevan mielisairas, 2) on hoidon tarpeessa ja hoitoon toimittamatta jättäminen olennaisesti pahentaisi mielisairautta tai vaarantaisi vakavasti hänen terveyttä, turvallisuutta tai muiden henkilöiden terveyttä tai turvallisuutta ja 3) mitkään muut mielenterveyspalvelut eivät sovellu käytettäväksi tai ovat riittämättömiä. Lääkäri tekee tarkkailulähetteen, jossa perustelee edellä mainitun tahdosta riippumattoman hoidon edellytysten täyttymisen. Tarkkailulähete on voimassa kolme päivää.

Mielenterveyslain (L14.12.1990/1116 9-10§) mukaan tarkkailuun ottavan sairaalan virkasuh- teinen lääkäri arvioi, ovatko tahdosta riippumattomaan hoitoon määräämisen edellytykset todennäköisesti olemassa. Jos potilas otetaan tarkkailuun, on viimeistään neljäntenä päivänä tarkkailusta vastaavan lääkärin annettava tarkkailulausunto (M2), jossa hän ottaa kantaa, ovatko tahdosta riippumattoman hoidon edellytykset perusteltuja. Jos edellytyksiä ei ole, on tarkkailusta heti luovuttava. Jos potilas haluaa poistua sairaalasta, hänet poistetaan sairaa- lasta. Potilas voi jatkaa hoitoa vapaaehtoisena.

Mielenterveyslain (L14.12.1990/1116 11§) mukaan ennen hoitoon määräämistä on selvitettävä tarkkailuun otetun oma mielipide ja hänen on saatava tulla kuulluksi joko suullisesti tai kirjal- lisesti. Päätöksen tarkkailuun otetun määräämisestä tahdosta riippumattomaan hoitoon (M3) tekee sairaalan psykiatrisesta hoidosta vastaava ylilääkäri tai hänen sijaisekseen määrätty henkilö. Päätös annetaan potilaalle tiedoksi.

2.1.2 Omahoitaja, vastaanotto osastolle ja tulohaastattelu

Talkkari (2003, 43-44) tuo esiin, että potilaan sairaalahoitajakson aloittamisessa on tärkeää, että potilaan ja omahoitajan yhteistyösuhde alkaa jo vastaanottotilanteessa akuuttipsykiatri- an poliklinikalla, jossa omahoitaja osallistuu lääkärin vetämään tulohaastatteluun.

Tulohaastattelussa käydään läpi sairaalahoidon tarpeen syntyyn liittyvät tapahtumat, oireet ja psykiatrinen status haastatteluhetkellä. Lisäksi käydään läpi aiemman psykiatriset sairau- det ja hoidot, sairastumista edeltävät elämäntapahtumat, somaattinen terveydentila, päih- teiden käyttö, perhesuhteet, ammatti, työtilanne ja mahdollinen asevelvollisuuden suoritta- minen. Lääkäri tekee diagnostiset johtopäätökset, arvion sairaalahoidon tarpeesta sekä päät- tää sairaalahoitoon ottamisesta ja osastosijoituksesta. Lääkäri tekee alustavan hoitosuunni- telman. Jos potilas asetetaan tarkkailuun, lääkäri tiedottaa siitä potilasta. (Talkkari 2003, 43; Kuhanen ym. 187-189.)

Talkkarin (2013, 22) mallissa omahoitaja on potilaan mukana jo, kun potilas siirtyy poliklini- kalta osastolle. Ensimmäistä kertaa psykiatriseen sairaalaan tulevalle tai tahdosta riippumat- tomaan hoitoon tulevalle saapuminen osastolle voi olla pelottava tai hämmentävä kokemus. Kilkku (2008, 75-77) tuo esiin ensi psykoosiin sairastuneiden kokemuksia avun hakemisesta, tietämättömyydestä, mistä sairaudesta on kyse ja mistä hakea apua tai he olivat hakeneet apua jo useilta eri tahoilta. Usein hoitoon pääsy koettiin helpottavana.

Potilaan suhtautuminen tulotilanteessa voi riippua myös siitä, tuleeko hän tahdosta riippu- mattomalla läheteellä joko ambulanssin tai poliisin saattamana. Potilaalta voi puuttua sai-

rauden tunto tai potilas ei tunnista olevansa tahdosta riippumattomassa hoidossa, vaikka hänelle se kerrotaan ja tästä voi tulotilanteessa aiheutua ristiriitatilanne (Lönqvist, Heikkinen, Henriksson, Marttunen & Partonen 2008, 696; McGuinness & Dowling 2013, 729-730).

Tulotilanteessa korostuu potilaan kohtaaminen. Kilkku (2008, 4) korostaa, että ensikertalainen potilas tai useamman kerran sairaalassa ollut potilas tulee kohdata tavalla, joka edistää hänen hoitoaan ja voimaantumistaan. Kuhanen ym. (2013, 171) korostavat, että hoitajan tulisi olla luomatta potilaasta mielikuvaa lähetteen perusteella, vaan kohdata potilas ilman ennakoasenteita. Näin hoitaja voisi nähdä potilaan ihmisenä, jolla on tarpeita ja huolia, eikä esimerkiksi alkoholistina.

Voskes, Kemper, Landeweer ja Widdershoven (2014, 768-769) esittävät hoitoetiikkaa koskevassa artikkelissaan, että onnistuminen ensikontaktissa on ratkaisevaa koko hoitoprosessissa. Vastaanotossa tarvitaan sekä sanallista, että ei-sanallista vuorovaikutusta. Ratkaisevaa on viisi ensimmäistä minuuttia. Tärkeää on siisti huone, kättely ja silmiin katsominen, juotavan tarjoaminen sekä tarjoutuminen tavaroiden purkamiseen laukusta ja samalla kerrotaan turvallisuudesta. Lisäksi esitellään potilaalle osastoa ja hänet toisille potilaille, jos hän haluaa. Kun tulo osastolle on usein akuutti, kysytään potilaan henkilökohtaisesta tilanteesta. Potilas voi olla huolissaan lapsistaan, lemmikeistään tai perheestään. Vastaanottotilanne ja sairaalassa olo tulisi heidän mukaan tehdä niin miellyttäväksi kuin mahdollista. Näin saavutetaan parempia hoitotuloksia ilman potilaan eristämistä tai muita pakkokeinoja. Samalla saadaan perustiedot potilaan tilanteesta ja potilaalle tulee positiivinen mielikuva.

Myös Talkkari (2003, 44-51) korostaa omahoitajakontaktia ja -keskusteluja heti hoidon alusta alkaen. Potilaan turvallisuuteen liittyvät seikat ja välitön hoidon tarve arvioidaan tulotietojen perusteella. Potilaan tavarat tarkastetaan. Potilaalle esitellään osaston tilat, säännöt, ohjelma sekä henkilökunta. Potilas saa oman huoneen tai vuoteen ja tarvittavat tarvikkeet sekä kaapin avaimen.

2.2 Potilaslähtöisyys

Potilaslähtöisyys tarkoittaa hoitoa ja yhteistyötä, jossa potilas itse on vaikuttamassa omaan hoitoonsa sen suunnittelun, toteutuksen ja arvioinnin vaiheissa (Kuhanen ym. 2013, 155). Yhteistyösuhde käynnistyy, kun hoitaja saa tiedon potilaasta jo ennen kuin potilas tulee osastolle. Tulotilanne ja siitä käynnistyyvä hoitosuhde ovat potilaslähtöisiä, kun hoitaja alkaa tutustua potilaaseen ilman ennakkokäsityksiä ja malttaa tutustua potilaan tarpeisiin ja huoliin ns. puhtaalta pöydältä. (Kuhanen ym. 2013, 171.)

Potilaslähtöisyyteen kuuluu myös moninaisuuden tunnistaminen ja tunnustaminen esimerkiksi erilaisiin kulttuuritaustoihin, uskontoihin, seksuaali- ja sukupuolivähemmistöihin ja vammai-

suuteen liittyen (Törmä, Huotari, Tuokkola & Pitkänen 2014, 11). Moninaisuuden huomioon ottaminen tekee palveluista esteettömiä ja saavutettavia kaikille (Törmä ym. 2014, 24).

Potilaan oikeudet määritellään laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (L 17.8.1992/785). Sen mukaan potilaalla on oikeus hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon ja siihen liittyvään kohteluun (3§), pääsy hoitoon (4§) ja tutkimusta, hoitoa tai lääkinnällistä kuntoutusta koskeva suunnitelma laatimiseen yhteisymmärryksessä (4a§), tiedonsaantioikeus hoitoon liittyvistä asioista (5§ ja 9§), itsemääräämisoikeus ilmaista hoitotahto (6§). Lisäksi on määritelty potilaan oikeudet alaikäisen potilaan osalta (7§) ja kiireellisessä hoidossa (8§).

2.2.1 Vuorovaikutus ja yhteisymmärrys

Potilaslähtöisyydessä on tärkeää, että vuorovaikutus onnistuu ja keskustelua voidaan käydä eri asioista. Tulotilanteessa vuorovaikutus on tärkeää, jotta potilas ja hänen läheiset kertovat sairauden kannalta oleellisia asioita ja potilaan toiveet ja tarpeet tulevat esiin. Hoitotyössä keskeistä on tavoitteellinen vuorovaikutus, mikä tarkoittaa, että hoitaja kuulee, näkee ja havaitsee sekä sanallista että ei sanallista viestintää eli puheen lisäksi myös liikkeitä, eleitä, äänensävyjä, reiviirin, hiljaisuuden ja kosketuksen. Hoitajan tulee osata olla läsnä ja eläytyä, jotta voisi ymmärtää potilaan viestiin liittyvät tarpeet ja tunteet. Terapeuttinen viestintä lievittää potilaan hätää ja pahaa oloa sekä auttaa potilasta selkiyttämään omaa tilannettaan. Kohtaamisessa tärkeää on potilaan tasavertaisuuden kunnioittaminen, kumppanuus. Potilas on oman elämän paras asiantuntija ja hoitaja on tietyissä asioissa asiantuntija. Auttavan vuorovaikutuksen kannalta on tärkeää pyrkiä rakentamaan tietämättömyyteen eli lähestymistapaan, jossa hoitaja ei tiedä enempää kuin mitä lause lauseelta saa tietää. Jos hoitajan asenteet ovat ennakkoluuloisia tai varautuneita, ei synny kohtaamista ja vuorovaikutusta eikä hoitaja näe potilaan voimavaroja. Tavoitteena on dialogi tasavertaisten kumppanien välillä. (Mäkisalo-Ropponen 2012, 168-171.)

Ensi kontakti on myös Kuhasen ym. (2013, 171-172) mukaan hyvin merkittävä hoitosuhteen luomisessa. Kun hoitaja suhtautuu ammattimaisesti, ystävällisesti, kohteliaasti ja kunnioittaen, luodaan hyvä perusta vuorovaikutukselle. Tutustumisvaiheessa esitellään myös yhteistyösuhteen periaatteita, selvitetään potilaan toiveita ja tarpeita ja luodaan alustavia tavoitteita yhteistyösuhteen sisällölle. Tulovaihe ei aina tapahdu yhteistyössä ja vapaaehtoisesti. Näissä tilanteissa aloitusvaiheessa painopiste on luottamuksen saavuttamisessa ja hoidon perustelemisessa.

Myös Soininen (2012, 45) tuo esiin, että potilaan kohtaaminen ja kuuleminen oman hoitonsa asiantuntijana on ensiarvoisen tärkeää. Kohtaamattomuuden ongelmat Kilcku (2008, 80) erittelee kolmeen eli vuorovaikutuksen estymiseen, tiedon puuttumiseen ja omien tarpeiden ja hoitojärjestelmän kohtaamattomuuteen.

Kilkun (2008, 80-84) tutkimuksessa ensipsykoosipotilaiden osalta nousee esiin kohtaamattomuuteen liittyvä vuorovaikutuksen estyminen. Potilas saattoi joutua pitämään puoliaan ja olemaan aktiivinen, jotta saisi itseään ja sairauttaan koskevaa tietoa. Potilaat ja läheiset myös kokivat, että heitä ei otettu todesta. Heidän mielipiteitä, kokemuksia ja ajatuksia ei huomioitu. Lopulta potilaat lakkasivat kertomasta jopa hoidon kannalta merkityksellisistä asioista.

Steinhausen (2010, 74) tutkimuksessa tuodaan esiin hoitajien kiire, jonka vuoksi heillä ei ole aikaa keskustella potilaiden kanssa, vaikka hoitajat olivat sanoneet, että potilaat voivat tulla puhumaan heille asioistaan. Potilaat kokivat, että hoitajat tekevät hoitajille kuulumattomia asioita, ja se vie heidän aikansa potilaskeskusteluilta. Potilaat tuovat esiin, että omahoitajalla tulisi olla aikaa potilaalle. Yhteistyösuhteen luominen lähtee tulotilanteesta tutustumisesta ja tiedon antamisesta molemmin puolin.

2.2.2 Potilaan oikeudet ja itsemääräämisoikeus

Potilaalla on itsemääräämisoikeus omaan hoitoon. Päätöksiään varten hän tarvitsee tietoa sairaudesta ja hoitovaihtoehdoista. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (L 17.8.1992/785 6 §) mukaan potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Jos potilas kieltäytyy tietystä hoidosta tai hoitotoimenpiteestä, häntä on hoidettava yhteisymmärryksessä muulla lääketieteellisesti hyväksyttävällä tavalla ja hänen henkilökohtaisen edun mukaisesti.

Tahdosta riippumattomassa hoidossa potilaan itsemääräämisoikeutta saa rajoittaa vain siltä osin, mitä sairauden hoito, potilaan oma tai toisten henkilöiden tai henkilöstön turvallisuus muun säädetyn edun turvaaminen vaatii. Kaikki on tehtävä potilaan ihmisoikeuksia kunnioittaen. Tulotilanteessa vastaavasti kuin muissakin tilanteissa tämä voi tarkoittaa liikkumisvapauden tai yhteydenpidon rajoittamista, omaisuuden ja lähetysten tarkastamista, omaisuuden haltuunottoa, henkilötarkastusta, vastentahtoista lääkitystä tai eristämistä ja sitomista. (Kuhanen ym. 2013, 76-77.) Osaston järjestyssäännöillä ei saa rajoittaa potilaan perusoikeuksia (THL 2015, 11).

Itsemääräämisoikeuden toteutumista vahvistaa myös psykiatrinen hoitotahto. Terveystieteiden ammattilaisten on kunnioitettava potilaan tahdonilmaisua. Hoitotahto otetaan käyttöön tilanteessa, jossa henkilö itse ei pysty päättämään hoidostaan tai osallistumaan hoitoratkaisuihin. Psykiatrinen hoitotahto on tullut vasta viime vuosina. Se ei perustu lakiin, mutta taustalla on Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (L 17.8.1992/785 6 § Itsemääräämisoikeus). Se on osa potilaan hyvää hoitoa. Lain mukaan lääkäri viime kädessä päättää potilaan hoidosta. Terveystieteiden ammattilaisten tehtävänä on neuvoa hoitotahdon tekemisessä, mikäli potilas haluaa. Hoitotahdon sisältö voidaan kirjata potilaan sähköiseen sairaskertomukseen. Tulo-

tilanteessa, jos potilas ei voi ilmaista tahtoaan, tulee hoitotahto otettavaksi huomioon. (HUS 2016c.)

Syrjäpalon (2006, 102) toteaa, että psyykinen sairaus ei oleellisesti muuta ihmisen arvomaailmaa. Henkilökunnan ja potilaiden arvoperusta oli samankaltainen muutoin, mutta henkilökunta toi terveyden esiin arvona, potilaat eivät.

2.2.3 Kieli ja kulttuuri

Terveydenhuollon asiakkaiden etninen, kielellinen, kulttuurinen ja uskonnollinen kirjo kasvaa. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (17.8.1992/785, 2. luku 3 §) velvoittaa terveydenhuollon henkilökunnan ottamaan hoidossa ja kohtelussa huomioon potilaan äidinkielen, yksilölliset tarpeet ja kulttuurin mahdollisuuksien mukaan.

Maahanmuuttajapotilaan ja hoitajan kohtaamisessa kaksi eri maailmaa kohtaa. Yhteistä eri kulttuurien mielenterveystyössä on Kuhasen ym. (2013, 142-145) mukaan luottavainen ja avoin suhtautuminen mielenterveystyön ammattilaisen ja potilaan välillä. Kulttuurisen empatian käsite tarkoittaa toisen kulttuurin ymmärtämistä ja hyväksymistä sekä myötämielisyyttä vieraan kulttuurin suhteen, jolloin potilaan omasta kulttuurista johtuvat tavat, ajatusmaailmat ja arvot nostetaan esille ja niitä tarkastellaan avoimesti. Toisesta kulttuurista tulleen maahanmuuttajapotilaan käsitys mielen sairauksista ja hoitomuodoista voi olla hyvin erilainen kuin miten länsimaisessa lääketieteessä diagnosoidaan ja hoidetaan.

Mielenterveyshoidossa haasteena voi olla, että hoito koetaan leimaavaksi (stigma) tai omanarvontunto tai mm. miehiseen sukupuoleen liittyvä identiteetti estää tunnustamista mielenterveysongelmia. Lisäksi traumatisoivien elämäkokemusten vaikutusta mielenterveyteen, toimintakykyyn ja hyvinvointiin, ei tiedosteta. Edelleen taustalla voi olla omassa kotimaassa koettu epäluottamus psykiatriisiin hoitolaitoksiin, jos on kokemus esimerkiksi toisina ajattelijoiden sulkemisesta psykiatriisiin hoitolaitoksiin. Maahanmuuttajat tarvitsevat myös tietoa mielenterveyshäiriöistä ja niiden hoitomahdollisuuksista. (Castaneda, Rask, Kokkonen, Mälsä & Koskinen 2012, 161-163.)

Castaneda ym. (2012, 264) tutkimuksessa on todettu, että maahanmuuttajapotilaat ovat olleet lääkärin vastaanotolla tyytymättömiä asioihin, joihin kieli- ja vuorovaikutustaidolla on merkitystä. Kielivaikeudet voivat johtaa väärinkäsityksiin. He toteavat, että tulkkipalveluille on tarvetta. Kuhanen ym. (2013, 146-147) toteavat, että vaikka potilas ja tulkki olisivat samasta maasta voivat he olla eri uskonnollisesta tai kulttuurisesta ryhmästä tai potilaan voi olla vaikea tuoda asioita esille, jos tulkki on toista sukupuolta kuin potilas itse. Tulkin rooli on hyvä tuoda keskustelun alussa esiin eli tulkki kääntää keskustelun ja hoitohenkilökunta tekee oman työnsä. Tulkin kanssa hoitohenkilöiden suositellaan puhuttavan lyhyin lausein, jotta

kääntäminen ja ymmärtäminen helpottuvat. Tulkin tulee kääntää kaikki hoitohenkilöiden ja potilaan sanomat keskustelut ja lausahdukset. Potilas voi olla puheissaan epäselvä, harhaileva, jättää lauseen kesken tai toistaa useaan kertaan samaa. Tulkin tulisi kääntää potilaan puhe sellaisenaan, koska ne ovat hoidon kannalta tärkeitä tietoja.

2.2.4 Seksuaali- ja sukupuolivähemmistöt

Seksuaalivähemmistöillä tarkoitetaan homoja, lesboja ja biseksuaaleja. Sukupuolivähemmistöillä tarkoitetaan transihmisiä, intersukupuolisia ja ihmisiä, jotka eivät koe kuuluvansa yksiselitteisesti nais- tai miessukupuoleen. (Törmä ym. 2014, 176.)

Seksuaalinen suuntautuminen on ihmiselle identiteettikysymys, joka vaikuttaa ihmisen koko elämään ja ihmissuhteisiin. Se ajatellaan usein kuitenkin seksuaalisuuden kautta, ei identiteettinä. Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden tuntemus seksuaalisuuden ja sukupuolen moninaisuudesta on vielä vähäistä ja tarvittaisiin täydennyskoulutusta osaamisen varmistamiseksi. Kun hoitohenkilökunnalla ei ole tietoa seksuaali- ja sukupuolivähemmistöjen moninaisuudesta, ei välttämättä osata suhtautua potilaaseen tältä osin asianmukaisesti tai potilas joutuu kertomaan mitä esimerkiksi transsukupuolisuus tarkoittaa. Tiedon tarvetta ei välttämättä aina edes tunnisteta. Tutkimuksissa on noussut esiin myös asenneongelmaa ja seksuaali- ja sukupuolivähemmistöjen pysymistä näkymättömän ryhmänä terveydenhoitopalveluissa, kun seksuaalinen suuntautuminen tai sukupuoli-identiteetti joudutaan salaamaan. (Törmä ym. 2014, 179-185.)

Esimerkiksi masennuksen tai päihteiden käytön taustalla voi olla henkilön kokemus sukupuoli-ristiriita, johon hän ei ole saanut tukea. Hoitaja voi kysyä, millaisessa ympäristössä potilas on kasvanut ja rakentanut identiteettiään, onko kokenut syrjintää tai yksinäisyyttä, vai onko häntä tuettu oman identiteetin pohtimisessa. Elämän tarinan ja taustan tunteminen tukee yhdenvertaisuuden toteutumista. (Valtonen & Hakola 2014, 22.)

2.3 Turvallisuus

Potilaan tavarat tarkastetaan psykiatriseen hoitoon tullessa turvallisuussyistä. Omahoitajan aktiivinen toiminta tulotilanteessa edistää myös turvallisuutta (Kilkku 2003, 62).

Jos on tiedossa, että potilas voi aiheuttaa turvallisuusriskin, kutsutaan vastaanottotilanteeseen paikalle useampi hoitaja ja potilaan tarkastus voidaan tarvittaessa tehdä jo ennen potilaan tulohaastattelua (Kilkku 2003, 52).

Potilaalta voidaan ottaa sairaalan haltuun päihteitä, huumausaineiden käyttöön soveltuvia välineitä, potilaan tai muiden henkilöiden terveyttä, turvallisuutta, hoitoa tai yleistä järjestystä vaarantavia esineitä. Hoidon päätyttyä omaisuus palautetaan potilaalle, jos laki ei sen osalta muuta määrää. Henkilökunta ottaa ko. omaisuuden haltuun ja ilmoittaa siitä ylläkärrille, joka voi päättää, annetaanko omaisuus potilaalle ennen hoidon päättymistä. Haltuun otettu omaisuus kirjataan potilasasiakirjoihin. (L14.12.1990/1116 4 a luku.)

Potilas voi turvata omaa omaisuuttaan jättämällä omat arvotavarat ja rahat säilytettäväksi osastolle. Niistä tehdään omaisuusluettelo. (THL 2015, 12.)

Psykiatrisesta hoitotyöstä puhuttaessa on otettava huomioon myös henkilökunnan oma turvallisuus. Väkivallan ehkäisy on tärkeä osa turvallisuus näkökulmaa. Psykiatrisella hoito-osastolla myös turvallisuuteen on kiinnitettävä erityistä huomiota. Käytännössä tämä tarkoittaa, että työntekijällä on oltava poistumistie, mikäli tilanne vaatii. Kaikki mahdolliset teräaseet ja muut esineet, joilla potilas voi vahingoittaa toista, on poistettava. (Kiviniemi ym. 2007,129.)

Psykiatrisille osastoille on kehitelty erilaisia henkilökunnan ja potilaiden turvallisuutta edistäviä malleja ja menetelmiä. Safewards-malli perustuu siihen, että henkilökunta ennakoii ja osaa tunnistaa kriittisiä tekijöitä, jotka voivat kärjistää tilanteen sellaiseksi, että se päättyy huonosti. Mallin avulla henkilökunta osaa ennaltaehkäistä näitä kärjistymistilanteita sekä samalla myös miettiä oikeanlaisia rajoittamistoimia, jotka eivät entisestään kärjistä tilannetta. (Safewards 2016.)

Vastaanottotilanteessa on tärkeää varmistaa potilaan perhetilanne. Lastensuojelulaki velvoittaa terveydenhuollon hoitolaitosta ottamaan huomioon potilaan lasten hoidon ja tuen tarpeen (Lastensuojelulaki 13.4.2007/417, 2. luku, 7 §). Mikäli potilaalla on alaikäisiä huollettavia lapsia, on varmistettava, onko lapsilla toinen huoltaja, joka huolehtii lapsista potilaan hoitojakson ajan ja tarvittaessa hoitohenkilökunnan on tehtävä myös lastensuojeluilmoitus. (Lastensuojelulaki 13.4.2007/417, 25 §). Lastensuojeluasioiden hoitamisessa on todettu vastuun ottamisen ja päätöksen teon vaikeutta ja hitautta viivyttämällä lastensuojeluilmoituksen tekemistä (Syrjäpalo 2006, 85-86). Lapset puheeksi -työmenetelmä on kehitetty auttamaan terveydenhuollon työntekijöitä ottamaan lapset puheeksi rakentavasti ja vanhempia sekä lapsia kunnioittaen (Solantaus 2006, 3).

Sosiaalihuoltolaki (L30.122014/1302, 13 §) velvoittaa kuntia ja kaupunkeja järjestämään sosiaalipalveluita mm. äkillisiin kriisitilanteisiin liittyvään tuen tarpeeseen, lapsen tasapainoisen ja kehityksen ja hyvinvoinnin tueksi, päihteiden ongelmakäytöstä, mielenterveysongelmasta sekä muusta sairaudesta, vammasta tai ikääntymisestä aiheutuvaan tuen tarpeeseen sekä tuen tarpeessa olevien henkilöiden omaisten ja läheisten tukemiseksi.

Myös lemmikkien ja tuotantoeläinten osalta on ilmoitusvelvollisuus eläinsuojeluviranomaiselle, mikäli potilaalla on hoitovastuulla eläimiä, eikä hän itse pysty niiden hoitoa järjestämään. Eläinsuojeluviranomaisena toimii kunnan eläinlääkäri. (Evira 2016.)

Potilaan riskitiedoista kuten tarttuvista sairauksista, hoitamattomista sairauksista, päihderiippuvuudesta, lääkehoidon tilanteesta, itsetuhoisuudesta ja aggressiivisuudesta olisi tarpeen tietää. Potilaan avohoidon työntekijät ja omaiset ovat näissä asioissa potilaan parhaita asiantuntijoita. Heidät olisi hyvä saada potilaan hoitoprosessiin tulotilanteesta alkaen. (THL 2015, 60.)

Kun potilas sairaalaan tullessa joutuu yhteiskäyttöisiin tiloihin ja useamman hengen huoneeseen. Hän voi kokea oman yksityisyyden suojan heikkenevät. Tämä voi vaikuttaa potilaan turvallisuuden tunteeseen. Yhden hengen huoneiden on todettu lyhentävän hoitoaikoja, eristystilanteet vähenevät, unenlaatu paranee ja perheenjäsenet voivat paremmin osallistua hoitoon. (THL 2015, 66.)

2.4 Kriisituki

Eri tutkimuksissa todetaan, että potilaat ja läheiset kokevat psyykkiseen sairauteen sairastumisen kriisinä. Kilkku (2008, 67-75) kertoo, että potilaiden oli vaikea tunnistaa psyykkistä sairautta ja siksi he kuvasivat sairastumisestaan kriisinä. Psykoosiin sairastuneen ja hänen läheisten elämäntilanne muuttui odottamattomasti. Ensipsykoosissa läheisetkään eivät tieneet mitä oli tapahtumassa ja miten tulisi toimia. Potilaalle itselle ja läheisille tuli häpeän tunne, syyllisyys ja leimautumisen pelko. Ne estivät avun hakemisen. Toisaalta toivottiin, että löytyisi, joku joka voisi auttaa.

Myös Seikkulan ja Alakareen (2004, 290-291) mukaan psykoosiin sairastuminen on kriisi. Hoidon järjestämisessä on tärkeää kohdata kriisi kriisiavun keinoin. Kriisin alkaessa ei tiedetä, kauanko se kestää. Syrjäpalon (2007, 95) tutkimuksessa potilaat arvostivat saamaansa kriisiapua perushoidon, omahoitajuuden ja lääkehoidon rinnalle.

Kiireellistä vapaaehtoista tai tahdosta riippumatonta sairaalahoitoa tarvitseva potilas on usein kriisitilanteessa. Sairaalahoitoon lähettämisen syinä voivat olla itsemurhavaara, väkivaltaisuus, käyttäytymistä ohjaavat aistiharhat tai harhaluulot, voimakas negatiivinen tunnelataus tai päihteiden vieroitusoireet (Käypä hoito -suositus 2015a, 2015b).

Kriisitilanteessa potilaan omat psyykeen hallintakeinot eivät kykene jäsentämään mielensisäisiä ja ulkoisia ärsykeitä. Kriisin alkuvaiheessa on tärkeää saada turvallisuutta ja suojaa.

Akuutissa kriisivaiheessa potilas voi syyttää hoitohenkilöitä ja henkilöt voivat provosoitua käyttäytymään loukkaavasti potilasta kohtaan. Potilaan kannalta tärkeintä olisi tällaisessa ensihoitotilanteessa hoitajien kärsivällinen, ymmärtävä, pitkäjänteinen ja rauhallinen käyttäytyminen ja potilaan rohkaisu. (Lönqvist ym. 2008, 278-281.)

Lapinkangas ym. (2012, 20) tuovat esiin, että potilaan tullessa osastolle keskeistä on antaa tarvittava psyykinen ensiapu.

Psykologisen ensiavun malli rakentuu Hobfollin laatimien viiden periaatteen perustalle. Periaatteet ovat rauhallisuuden, turvallisuuden, yhteenkuuluvuuden, luottamuksen sekä toivon luominen. Näille periaatteille rakentuva kriisituen malli on tehty kansainvälisen asiantuntijaryhmän toimesta. Se ohjaa kriisituen toimintaa, kun näyttöön perustuvia suosituksista ei ole saatu yhteisymmärrystä. (Hederenius & Johansson 2016, 46-49.) Psykologisen ensiavun kriisitukimallia voidaan soveltaa isoille joukoille ja yksittäisille kriisissä oleville ihmisille. Olennaisina siinä on keskittyminen välittömiin tarpeisiin ja ongelmiin sekä myönteisten ja kriisin kohteena olevan henkilön tuttujen toimintatapojen tukemiseen, aktivoimiseen, osallistamiseen ja sosiaalisten suhteiden vahvistamiseen (Hederenius & Johansson 2016, 190). Kriisituki täydentää osaltaan terapiaa ja lääkehoitoa (Hederenius & Johansson 2016, 309).

Pitkäaikaispotilas voi myös etukäteen laatia osana psykiatrista hoitotahtoa henkilökohtaisen kriisisuunnitelman, jossa ilmaisee asioita, jotka saavat olon tuntumaan paremmalta. Esimerkkejä keinoista on mm. syvään hengitys -harjoitukset, kylmän veden laskeminen käsien päälle, lämpimään suihkuun meneminen, pitkällään olo kylmä peite kasvojen päällä, kääriytyminen lakanaan tai peittoon, avohuollon terapeutille tai ystävälle soittaminen jne. Suunnitelmaan kirjataan myös asiat, mitkä saavat olon tuntumaan huonommalta. Näitä voivat olla esimerkiksi kosketuksi tuleminen, huoneen oven sulkeminen, kovat äänet, virkapuvussa olevat ihmiset, huutaminen, eristetyksi joutuminen. Lisäksi suunnitelmaan on mahdollista kirjata itsemääräämisoikeuden rajoittamistilannetta varten potilaan omia toiveita eristämisen, kiinnipidon, injektio- ja lääkehoidon, sitomisen tai vierihoidon vaihtoehtoja. (PSHP 2016b.)

Myös Soinisen (2014) mukaan hoitoa kokonaisuutena tulisi kehittää rauhoittumiskeinojen etsimisen kautta. Lääkehoito on tässä vaiheessa tarpeellinen ainoastaan, jos potilas on väkivaltainen tai aistiharhoja on tarpeen hoitaa. Lääkkeen vastetta seurataan. (Lönqvist ym. 2008, 706.)

2.5 Hoitotyö ja hoitosuhteen luominen

Hoitotyö käynnistyy, kun potilas saapuu osastolle. Psykiatrisessa osastohoidossa hoitotyötä ovat perushoito, keskustelut, lääkitys, ulkoilut, ryhmät, toiminnalliset menetelmät ja vierailut. Kiireellisessä hoidossa tulotilanne on akuuttia hoidon vaihetta ja siinä keskeinen tavoite

on oireiden lieventyminen. Hoito aloitetaan tulohaastatteluun perustuvan alustavan hoitosuunnitelman mukaisesti. Myöhemmin hoitoneuvotteluissa hoitosuunnitelma tarkentuu ja täydentyy. (Kuhanen ym. 2013, 189.)

Hoitotyössä toimintamallina on yleensä yksilövastuinen hoitotyö, jossa potilasta hoidetaan kokonaisvaltaisesti ja yksilöllisesti. Vastuu hoidosta on omahoitajalla ja omahoitaja voi olla osa laajempaa tiimiä. Omahoitajan tehtävänä on ottaa potilas vastaan sairaalaan, toimia yhteistyössä potilaan kanssa hoitosuunnitelman laatimisessa, hoidon toteuttamisessa sekä kotiuksessa ja jatkohoidossa. (Laaksonen, Niskanen & Ollila 2012, 27-30.) Kuhasen ym. (2013, 152-153) mukaan hoitoryhmätyömalli on mielekäs, koska joka työvuorossa on henkilö, joka on perehtynyt potilaan asioihin tulotilanteesta alkaen.

Kilkku (2008, 4) on todennut väitöskirjatutkimuksessaan, että sairaanhoitajan osaamisessa keskeistä on ammatillinen ja inhimillinen, potilasta ja läheisiä arvostava kohtaamisen taito hoidon ensikontaktista lähtien. Näin syntyy luottamus.

Potilas ei saa jäädä yksin tulovaiheessa. Omahoitaja aloittaa heti potilasta kunnioittavan, luottamuksellisen ja turvallisen hoitosuhteen rakentamisen. Hoitaja käy läpi potilaan kanssa kenelle sairaalassa olosta saa kertoa ja antaa tietoja (mm. omaiset, muut läheiset ja avohoitto). Lisäksi sovitaan ja kutsutaan potilaan lähipiiriin henkilöitä jo ensimmäiseen hoitoneuvotteluun. Hoitaja kirjaa potilaan sisään, kirjaa tulohaastattelun tiedot ja ilmoittaa potilaan saapumisesta osastonlääkärille ja -sihteerille sekä sopii potilaan kanssa omahoitajakeskustelun ja lääkärin ja muiden tarvittavien tahojen kanssa ensimmäisen hoitoneuvottelun. Omahoitaja kirjaa alustavan hoitotyön suunnitelman. (Talkkari 2003, 44.)

Hoidonsuhde on yhteistyösuhde. Alkuvaiheessa on tärkeää luottamuksen saavuttaminen ja hoidon perusteleminen. Potilas ja hoitaja tutustuvat toisiinsa. Alkuvaiheessa potilas helpoiten vastaanottaa tietoa hoidosta, osaston päivärytmistä, toiminnasta ja hoitomuodoista. Potilaan tulee saada tulla kuulluksi ja hän saa kertoa tilanteestaan ja hoitoon tulostaan. Hoitaja kysyy tarkentavia kysymyksiä ja havainnoi potilaan käytöstä, ilmeitä, liikkeitä ja tunnetiloja. Hoitaja saa tieto potilaan tilanteesta ja psyykkisestä voinnista. (Kuhanen ym. 2013, 171-172.)

Soininen (2014, 37-38) tuo esiin, että pakkohoidossa olevat potilaat kokivat yhteistyön henkilöstön kanssa heikkona. Heidän mielipiteitään ei kuunneltu, eikä hoidon tavoitteita asetettu yhdessä.

2.6 Tiedonkeruu ja hoidon tarpeen arviointi

Ahonen ym. (2014) korostavat, että potilaan esitiedot, tulohaastattelun tiedot ja kattava tulotilanteen kartoitus mahdollistavat yksilöllisen potilaan tarpeisiin perustuvan hoidon. Kartoi-

tuksen kautta saatavan tiedon avulla moniammatillinen tiimi voi jäsentyneesti ja tuloksellisesti keskittyä potilaan hoidossa tärkeimpiin asioihin.

Lapinkangas ym. (2012, 20-22) ovat laatineet systemaattinen hoito-ohjelman akuuttiin psykiatriseen hoitoon. Omahoitajan tehtävänä on suunnitella tiedonkeruun aikataulu heti hoitoon tulon alussa. Tiedonkeruun perusteella tehdään tilannearvio, joka on perustana hoidon tarpeen arvioinnissa.

Tärkeintä on kartoittaa heti potilaan riskitekijät ja tehdä somaattisen tilan selvitys, jotta potilaan terveydentila ei vaarantuisi (Lapinkangas ym. 2012, 21). Myös Salokangas (2009, 505) sekä Koponen ja Lappalainen (2015, 578-580) korostavat, että somaattisen tilan tutkiminen on tärkeää erityisesti skitsofreniapotilailla, mutta myös muilla psykiatrisia sairauksia sairastavilla. Lääkitys ja elämäntavat usein lisäävät riskiä sydän- ja verisuonisairauksiin ja jopa äkki-kuolemiin, lihavuuteen, diabetekseen, metaboliseen oireyhtymään, vatsaongelmiin sekä suun terveyden ja hampaiden ongelmiin. Hoitoon tulisi alusta alkaen kuulua somaattisten sairauksien tutkiminen ja hoito sekä terveeseen elämäntyyliin tukeminen. Myös päihdeongelma tulisi pysyä havaitsemaan. Se voi olla vaikeaa hoitosuhteen alussa, mutta onnistuu paremmin vaikiintuneessa hoitosuhteessa.

Psykiatrisella pitkäaikaispotilaalla tulisi olla perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhdessä toteuttama yksilöllinen hoitosuunnitelma, jossa huomioitaisiin sekä somaattinen terveydentila että psykososiaalinen tuki. Somaattisen seurannan suunnitelmassa tulisi käydä läpi potilasta haittaavat oireet ja kannanotot niihin. Edellä mainittujen sairauksien lisäksi lääkkeistä on neurologisia haittoja, Parkinson-oireiden kehittymisriski, seksuaalitoimintojen häiriöitä ja silmien sairauksia. Hoidon tavoitteiden osalta tulisi laatia pitkäaikaistavoitteet ja välitavoitteet sekä ennakoita mitä tehdä, jos tulee ongelmia. Myös psykiatrisen sairaalan osastolla tulisi tämä hoitosuunnitelma ottaa huomioon potilaan hoitoa suunniteltaessa. (Koponen & Lappalainen 2015, 578-581.)

Toinen tärkeä selvitettävä osa-alue on potilaan nykyinen elämäntilanne, lähiverkosto ja elämänhistoria. Näiden tietojen avulla voidaan ymmärtää potilaan tilaa yksilöllisesti hänen lähtökohdistaan. Nämä asiat omahoitaja selvittää yhdessä potilaan kanssa. (Lapinkangas ym. 2012, 21.) Vapaaehtoinen hoitoon hakeutuminen tapahtuu pääosin suunnitellusti, jolloin potilaan elämäntilanne ja lasten tilanne on selvitetty ja tehty tarvittavat toimenpiteet jo ennen sairaalahoitoa (Kuhanen ym. 2013, 185).

Talkkari (2003, 44) tuo esiin sosiaalityöntekijän tärkeyden potilaan sosiaalisen tilanteen selvittämiseksi. Omahoitajan tulisi ottaa yhteys sosiaalihoitajaan heti ensimmäisenä arkipäivänä tämän osalta.

Potilaan toimintakyvyn, elämänlaadun tai psyykkisten oireiden kartoituksessa voidaan käyttää kyselylomakkeita ja mittareita. Lisäksi tietoa kerätään havainnoimalla potilaan toimintaa ja haastatteleamalla. Lapinkankaan ym. (2012, 21) hoitomallissa omahoitaja kerää hoitajaryhmän, jonka tehtävänä tapauskohtaisesti on tehdä tarvittavat testit, havainnointi ja haastattelu.

Hoidon tarve on hoitotyön henkilöstön laatima kuvaus potilaan terveydentilaan liittyvistä ongelmista, joita voidaan lievittää tai poistaa hoitotyön toimilla (Ahonen ym. 2014). Lapinkankaan ym. (2012, 21) hoitomallissa kerätty tieto kootaan yhteen moniammatillisessa tiimissä 3-4 hoitopäivän kuluessa. Omahoitaja kuvailee potilaan tilanteen tehdyn tiedon keruun perusteella ja potilaan tilannetta sekä hoidon tarvetta arvioidaan moniammatillisesti. Hoitajien työryhmä rakentaa potilaalle hoitosuosituksen tilannearvion perusteella.

2.7 Vaikuttavat menetelmät

Tulotilanteen yhdenmukaisuus on osa laatutyötä. Terveydenhuollon laatuoppaassa (2011) kuvataan hyvä hoito, johon kuuluu sujuva prosessi, yhteisymmärrys, yksilöllisten tarpeiden ja toiveiden huomiointi, turvallisuus sekä näyttöön perustuvat hoitokäytännöt ja vaikuttavat menetelmät, jonka tuloksena on tyytyväinen potilas, joka on saanut hoidosta parhaan mahdollisen terveyshyödyn. Tulotilanne on osa hyvää hoitoa.

Sarajärvi, Mattila ja Rekola (2011, 25-99) ovat kuvanneet näyttöön perustuvan hoitotyön osatekijöiksi tieteellisen tiedon, asiantuntijuuden, asiakaslähtöisyyden, hoitotyön päätöksenteon ja hoitotyön johtamisen. Näyttöön perustuvassa hoitotyössä on tavoitteena käyttää vaikuttaviksi tunnistettuja menetelmiä ja hoitokäytäntöjä. Näin potilaiden hoito ja toimintatavat yhtenäistyvät, toiminnan tehokkuus ja vaikuttavuus sekä hoitohenkilöstön osaaminen kohenevat. Näyttöön perustuva hoitotyö on yhteistoiminnallista ja potilasta kunnioittavaa ja siinä potilas on oman elämänsä asiantuntija.

Aiemmissä luvuissa on jo käsitelty tulotilanteen vaiheista vastaanottotilannetta, potilaslähtöisyyttä, turvallisuutta, kriisitukea, hoitotyötä ja hoitosuhteen luomista sekä tiedon keruuta ja hoidon tarpeen arviointia. Vaikuttavissa menetelmissä pohditaan keskustelukäytäntöjä, potilaan osallisuutta oman hoidon suunnittelussa, moniammatillisuutta ja avohuollon verkostoja sekä systemaattista toimintamallia tulotilanteen osalta osastolla ja osana mielenterveyshoidon kokonaisuutta. Tavoitteena on koota yhteen näkemys, mitä hoitajan tulee huomioida potilaan tulotilanteessa sairaalan psykiatriselle osastolle.

2.7.1 Keskustelukäytännöt

Välivaara (2003, 24) analysoi tutkimuksessaan viiden vastaanottokeskustelun keskustelukäytäntöjä. Hän jakoi keskustelukäytännöt hallitsevaan ja vaihtoehtoiseen keskustelukäytäntöön. Hallitsevan keskustelukäytännön hän jakoi ongelma-, elämäntilanne- ja ratkaisukeskusteluun. Välivaara (2003, 63- 66) toteaa, että hallitsevassa keskustelukäytännössä työntekijäkeskeinen puhumisen tapa oli vallitseva. Tässä työntekijä asettuu asiantuntijan rooliin ja keskiössä ovat potilaan oireet, asioiden ja tapahtumien kulku. Potilaan tilaa diagnosoidaan yleisen psykiatrisen tiedon ja luokittelusysteemin mukaisesti. Potilaalla on vastaajan rooli. Tämä asetelma on tyypillinen institutionaalisille tilanteille. Kun potilaat nimeävät oireet masennukseksi ja ahdistukseksi, työntekijät eivät kyseenalaista, mitä potilas tarkoittaa psykiatrisia oireita kuvaavilla sanoilla. Näin potilas rakentaa itsestään ongelmallista ja avun tarpeessa olevaa kuvaa varmistaen diagnoosin ja oikeuden saada hoitoa. Ratkaisukeskustelussa hallitsevassa keskustelukäytännössä asiantuntija esittää jatkotoimet ja potilas myötäilee asiantuntijaa. Hallitsevassa keskustelukäytännössä potilas tai läheiset eivät motivoitu käyttämään omia taitojaan, kykyään tai vastuunottoaan ja etsimään ratkaisuja ongelmiin tai niiden hallintaan. Tutkimuksessa nousee esiin lääkärijohtoisuus, jossa muut ammattiryhmät tukevat ja myötäilevät lääkäreitä (Välivaara 2003, 62).

Välivaaran (2003, 66-69) tutkimuksessa löytyi myös vaihtoehtoinen keskustelukäytäntö. Siinä keskustelun keskiössä on potilaan kokemukset ja hänen asiantuntijuutensa. Asiantuntijat ja potilas neuvottelevat tasavertaisina kumppaneina ja keskustelu käydään dialogin tapaan. Näin vastaanottokeskustelusta tulee moniäänistä. Sosiaalityön näkökulma esimerkiksi on lähempänä ihmisen arkea ja ottaa huomioon elämäntilanteen. Näin saadaan erilaisia näkökulmia tilanteeseen.

Kuhanen ym. (2013, 152-160) korostavat osallistuvan vuoropuhelun eli dialogin merkitystä mielenterveyshoitotyössä. Hoitaja on tässä potilaan tukija ja yksilön ja ympäristön resurssien käytön mahdollistaja. Jotta tämä onnistuu, hoitajan ja potilaan välillä tulee olla luottamus. Hoitajan on tärkeää välittää potilaalle luottamuksellisuutta heti ensi kontaktista alkaen, vaikka potilas olisi epäluuloinen ja varautunut, eikä uskalla luottaa tai potilas on tahdonvastaisessa hoidossa. Hoitajan tehtävänä on luoda uskoa potilaaseen, että potilas saa hoidon kautta apua tilanteeseensa. Hoitotoimia ja erityisesti tahdonvastaisia hoitotoimia tulee perustella selkeästi ja tarvittaessa toistaen. On tärkeää, että potilas ymmärtää esimerkiksi tulovaiheen eristämisen hoidollisena toimenpiteenä, jonka tavoitteena on turvata potilaan, muiden potilaiden ja hoitoympäristön turvallisuus. Myös se vie potilaan hoitoa eteenpäin ja siitä tulee keskustella potilaan kanssa eristämisen päätyttyä. Hoitajan aito, rehellinen ja avoin käytös, aito läsnäolo sekä kuunteleminen ja tasavertaisuus herättävät potilaan luottamuksen. Hoitajan on pidettävä kiinni siitä, mitä lupaa potilaalle.

Seikkula ja Alakare (2004, 290-292) ovat käyttäneet kriisitilanteiden käsittelyyn suunniteltua avoimen dialogin mallia sekä vapaaehtoisessa että tahdonvastaisessa hoidossa heti alusta alkaen psykoottisten potilaiden hoidossa. Tavoitteena on välitön apu eli 24 h hoitoon saapumisesta. Mallissa muodostetaan tapauskohtainen, moniammatillinen hoitava työryhmä, jonka tehtävä on järjestää hoito tulotilanteessa ja sen jälkeen. Ohjaavat periaatteet ovat 1) välitön apu kriisissä eli 24 h kuluessa 2) sosiaalisen verkoston näkökulma hoitoratkaisuissa, 3) joustavuus ja liikkuvuus, 4) työntekijöiden vastuullisuus, 5) työn psykologisen jatkuvuuden turvaaminen, 6) epävarmuuden sietäminen, 7) dialogisuus keskustelun muotona. Tahdonvastaisen hoidon hoitokokous järjestetään osastolla, vapaaehtoisen poliklinikalla. Vaikeat asiat tulevat helpommin keskusteltavaksi heti yhteydenoton jälkeen, kun kaikilla on suuri hätä ja halu osallistua hoitokokouksiin. Kun keskusteluilmapiiri on turvallinen, psykoottinen potilas alkaa puhua asioista ilman psykoottista kieltä.

Seikkula ja Alakare (2004, 293-294) korostavat, että avoimen dialogin mallissa luodaan yhteistyösuhde, joka pysyy samana hoidon alusta hoidon loppuun. Potilaan mahdollisesti lisääntyviin oireisiin, ei vastata äkkitoimenpiteillä. Hoidon ensimmäinen tavoite on dialogin synnyttäminen sekä eri ihmisten välille, että potilaan sisäisten äänien välille. Ongelman ymmärtäminen uudella tavalla edellyttää dialogista pohdintaa, ei monologia.

Seikkulan ja Alakareen (2004, 293-294) mukaan verkostokeskeinen toimintatapa muuttaa psykiatriasta hoitoa toisenlaiseksi, esimerkiksi näin pysytään hoitamaan kotona 40 % sairaalaan lähetetyistä potilaan lähiverkoston kanssa. Intensiivisellä alkuinterventiolla on voitu luopua myös pakkohoidosta 15 %:ssa tapauksista. Ensimmäisen kerran sairaalaan lähetetyistä potilaita vain 20 % tarvitsi sairaalahoitoa, muille löytyi vaihtoehtoinen ratkaisu lähiverkoston kanssa.

2.7.2 Hoitoneuvottelu

Eri tutkimuksissa on selvitetty hoitoneuvottelun toimintamalleja erityisesti potilaan osallisuuden näkökulmasta tulotilanteesta alkaen. Osallisuuden on todettu mahdollistavan yksilöllisen hoitosuunnitelman, luottamuksen syntymisen ja potilaan selviytymisen psykiatrisen sairaalan osastolta jatkohoitoon tai kotiuttamiseen tehokkaammin ja voimaantuneena. Kilkun (2008, 4) mukaan potilas ja hänen läheisensä kykenevät näin ottamaan vastuuta nykyisen palvelujärjestelmän vaatimalla tavalla toipumisestaan ja arjen sujumisesta.

Laitilan (2010, 145-153) mukaan asiakkaan osallisuuden yksi toteutumismuoto on osallisuus omaan hoitoon ja kuntoutukseen. Hän toteaa, että asiakkaan äänen kuulluksi tuleminen hoitoneuvotteluissa riippuu asiakkaan sosiaalisista taidoista, koulutuksesta ja ammatista. Toisaalta asiantuntijat helposti päätyvät keskustelemaan keskenään ja asiakas jää sivurooliin. Asiakkaat toivat myös esiin, että mielenterveys- ja päihdeasiakkaisiin kohdistuu ennakkoluuloja ja kielteisiä asenteita, eikä heidän mielipidettä haluta kuulla ja ottaa huomioon. Sekä asi-

akkaat että työntekijät toivat esiin, että asiakas ei halua tai kykene osallistumaan johtuen psyykkisestä tai fyysisestä voinnista, lääkityksestä tai tilanteesta missä kuntoutus on vasta alussa. Tutkimukseen osallistuneet työntekijät kokivat, että asiakaslähtöisellä työtavalla oli positiivisia vaikutuksia yhteistyösuhteelle, asiakkaalle ja työntekijälle. Laitila (2010, 185) ehdottaa, että erityistä huomiota tulee kiinnittää osallisuuden mahdollisuuksiin vastentahtoisessa hoidossa.

Kuhanen ym. (2013, 171-172) kuvaavat hoitajan roolia potilaan osallisuuden vahvistamisessa oman hoitonsa suunnittelussa. Yhteistyösuhde hoitajan ja potilaan välillä käynnistyy, kun hoitaja saa tiedon tulevasta potilaastaan. Ensikontakti potilaan ja hoitajan välillä on erittäin merkitsevä. Hoitajan ja potilaan tulee voida tutustua toisiinsa. Potilaiden on todettu olevan motivoituneempia ja tyytyväisempiä saamaansa hoitoon, kun heti alussa on löydetty yhteinen ymmärrys tavoitteista ja yhteistyösuhteen sisällöstä. Myös hoitaja ja potilas ovat ymmärtäneet toisiaan paremmin. On tärkeää, että potilas saa itse kertoa oman näkemyksensä hoitoon tulon syystä ja tilanteestaan. Hoitaja kuuntelee ja tekee tarkentavia kysymyksiä. Näin saadaan tietoa hoidon suunnittelua varten.

Kokonaisuutena potilaan osallisuus mahdollistaa yksilöllisen hoitosuunnitelman, luottamuksen syntymisen ja potilaan selviytymisen psykiatrisen sairaalan osastolta jatkohoitoon tai kotiuttamiseen tehokkaammin ja voimaantuneena (Kilku 2008; Seikkula & Alakare 2004; Laitila 2010; Soininen 2014; Lapinkangas ym. 2012).

Soininen (2014, 46) toteaa tutkimuksensa johtopäätöksenä, että hoitokulttuurin muutosta kohti potilaan osallisuutta tulee tukea, koska sillä on yhteys elämänlaadun paranemiseen.

2.7.3 Systemaattinen malli

Systemaattinen malli voidaan nähdä kahdella tasolla eli laajasti mielenterveyspalvelujen organisoinnissa alueella ja organisaation sisällä.

Mielenterveyspalvelut järjestetään ensisijaisesti avopalveluina ja tuetaan oma-aloitteista hoitoon hakeutumista ja itsenäistä suoriutumista (L 14.12.1990/1116 4 §). Käypä hoito -suosituksissa on kuvattu sairaalahoitoa vaativat tilanteet (Käypä hoito -suositus 2014, 2015a, 2015b). Vuonna 2014 vuodeosastohoidossa oli 37 300 potilasta mielenterveyshäiriöiden vuoksi. Määrä oli 700 pienempi edelliseen vuoteen verrattuna. Keskimääräinen hoitoaika lyheni 1,5 vuorokautta ja oli 24,5 vuorokautta vuonna 2014. (THL, 2015.)

Mielenterveyshoidossa laitospaikkoja on vähennetty ja vähennetään, mikä tarkoittaa, että sairaalajaksot lyhenevät, syntyy uusia liikkuvia, päivystäviä ja ihmisten arkeen integroitavia

sekä kotiin tuotavia mielenterveys- ja myös päihdepalveluja (Kontio, Malin, Joffe, Vastamäki & Wahlbeck 2013). On tärkeää, että sairaalahoito integroituu näihin hoitomuotoihin ja tulotilanteessa arvioidaan sairaalahoidon tarve ottaen huomioon muut mahdolliset hoitomuodot. Näin voidaan lyhentää sairaalassa oloaika. Tämä on toteutunut Seikkulan ja Alakareen (2004, 293-294) mukaan verkostomallissa, jossa tulotilanteessa toteutetussa hoitoneuvottelussa on voitu todeta, että hoito voidaan toteuttaa avohoidossa.

Käypä hoito -suosituksissa kuvataan hoitosuunnitelmissa moniammatillisuus, vuorovaikutus potilaan ja hänen perheensä kanssa (Käypä hoito -suositus 2015b: Skitsofrenia). Hoitosuunnitelmaan kirjataan potilaan tilanne, diagnoosi, potilaskeskeiset tavoitteet ja aikajänne, terapeutit ja hoidolliset tavoitteet sekä hoitotyön tavoitteet, hoitotyön interventiot ja hoitokeinot sekä näiden vaikutusten arviointi. Hoitosuunnitelma täydentyy ja kehittyy hoidon myötä. Hoitosuunnitelman myötä tulotilanteesta siirrytään hoitovaiheeseen. (Kuhanen ym. 2013, 189-190).

Koposen ja Lappalaisen (2015, 578-581) kuvaama tavoitteena oleva psykiatristen pitkäaikaispotilaiden perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteinen hoitosuunnitelma, tulisi jatkossa ottaa huomioon potilaan psykiatrista hoitoa suunniteltaessa.

Lapinkangas ym. (2012, 20-22) sekä Ahonen ym. (2014) tuovat esiin tulotilanteen toiminnan onnistumisen hoidon kulmakivenä. Tulotilanteen toiminta vaikuttaa hoitotyön käynnistymiseen, suuntaamiseen ja hoidon kokonaisuuteen. Tulotilanteen kokonaisuus vaiheineen on eri tutkimuksissa vaihdellut 1-4 vuorokautta välillä (Talkkari 2003; Seikkula & Alakare 2004; Lapinkangas ym. 2012). Kaikkiaan tulotilanne on keskeinen osa hoitoprosessia ja se luo perustan hoitosuhteelle, hoidon tarpeen arvioimiselle ja hoitosuunnitelman tekemiselle.

Talkkari (2003, 18) kuvaa omassa organisaatiossa laaditun hyvän hoidon aloittamisen kriteerit, joita ovat diagnostinen tutkimus, suunnitelmallinen hoito, tarvittava tieto käytössä, potilas sitoutuu hoitoon ja yhteistyö perheen ja verkoston kanssa alkaa heti. Tätä kokonaisuutta koordinoi kunkin potilaan osalta oma hoitaja. Omahoitaja alkaa heti potilasta kunnioittavan, luottamuksellisen ja turvallisen hoitosuhteen rakentamisen eikä jätä potilasta yksin (Talkkari 2003, 44).

Lapinkangas ym. (2012, 20-22) tuovat esiin, että systemaattinen hoito-ohjelma ohjaa hoitohenkilökunnan työtä. Hoidon tarpeen arvio perustuu tiedon keruuseen. Hoito-ohjelman mukaan omahoitajan tehtävänä on suunnitella tiedonkeruun aikataulu heti hoitoon tulon alussa ja vastata tiedon keruusta ja esittelystä 3-4 hoitopäivän kuluessa potilaan saapumisesta. Hoitajien työryhmä rakentaa potilaalle hoitosuosituksen tilannearvion perustella. Myös Ahonen

ym. 2014 kuvaavat hoitotyön henkilöstön laatiman kuvauksen potilaan terveydentilaan liittyvistä ongelmista eli hoidon tarpeesta, joita voidaan lievittää tai poistaa hoitotyön toimilla.

Talkkari (2003), Laitila (2010) ja Soininen (2014) tuovat esiin, että myös keskustelukäytännöt, potilaan osallisuus ja potilaan verkoston mukaan ottaminen tulisi ohjeistaa.

Soininen (2014, 44-46) nosti esiin, että tarvitaan hoitokulttuurin muutos potilaan osallisuuden vahvistamiseksi. Tämä on yksi keskeinen asia, mitä hoitaja voi huomioida potilaan tulotilanteessa. Lisäksi Välivaaran (2003) moniammatillisen ryhmän keskustelutilanteessa esiintuoma lääkärijohtoisuus, jossa muut ammattiryhmät myötäilevät lääkäriä, ei liene korjaantunut ajan saatossa. Hoitajalla ja lääkäriellä on potilaan kanssa erilaiset tehtävät. Kuhanen ym. (2013, 155) nostavat potilaslähtöisessä yhteistyösuhteessa tärkeäksi, että hoitaja on potilasta lähellä, hoitaja toimii rohkeasti ja vahvistaa potilaan osallisuutta. Hoidollinen yhteistyösuhte mahdollistaa potilaan voimaantumisen. Yhteistyösuhteen piiriin kuuluvat myös potilaan läheiset sen mukaan kuin potilas antaa luvan. Hoitokeskustelussa hoitaja on tarvittaessa potilaan tukija.

Lapinkangas ym. (2012, 22) korostavat toiminnan systematisointia organisaation tasolla. Kun toiminta on systematisoitu, niin hoitajan työ selkiytyy, potilaan hoidon perustaksi tulee hyvä tietopohja, työ on tasalaatuista ja hoitajasta riippumatonta. Lisäksi mahdollistuu hoidon vaikuttavuuden mittaaminen.

3 Tutkimuskysymykset

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää tulotilannetta tilaajaorganisaatiossa niin, että se mahdollistaa kaikille potilaille hyvän, samanlaatuisen hoidon tasavertaisesti tulotilanteesta alkaen. Opinnäytetyön tavoitteena oli laatia tilaajaorganisaatiolle kehittämisehdotus, miten potilaan tulotilannetta sairaalan psykiatrisella osastolla voidaan kehittää. Tulotilanteen aikajänteenä tarkastellaan lähetteestä ensimmäisen hoitokeskustelun loppuun. Tutkimus kattaa sekä vapaaehtoisen että tahdonvastaisen hoidon. Tulotilannetta tarkastellaan hoitajan työn näkökulmasta potilaslähtöisesti opinnäytetyön otsikon mukaisesti.

Tutkimuskysymykset ovat seuraavat:

1. Miten osastolla toimitaan potilaan tulotilanteessa?
2. Mitä eri vaiheita, tehtäviä ja vastuita on tulotilanteesta lähetteestä hoitokeskustelun loppuun hoitotyön näkökulmasta potilaslähtöisesti?
3. Millainen tulotilanne tukee kaikkien potilaiden hyvää ja saman laatuista hoitoa tasavertaisesti tulotilanteesta alkaen?

Tutkimuskysymykset muodostivat kokonaisuuksia, joiden perustalta rakennettiin haastattelu-
kysymykset alkuhaastatteluun (tutkimuskysymykset 1 ja 2) ja ryhmäkeskusteluun (tutkimuskysymykset 2 ja 3).

Tavoitteena oli, että opinnäytetyön tuottamaa tietoa voidaan käyttää tulotilanteen kehittämiseen tilaajaorganisaatiossa. Lisäksi tutkimuksen tuottamaa tietoa voivat hyödyntää myös muut vastaavat organisaatiot, kun tavoitteena on tarkastella ja kehittää tulotilannetta hoitotyön näkökulmasta.

4 Menetelmät

4.1 Laadullinen tutkimus

Opinnäytetyön tutkimusmenetelmäksi valittiin suunnitteluvaiheessa laadullinen metodologia, koska tavoitteena oli tarkastella tulotilannetta kokonaisvaltaisesti ja koota aineisto haastattelumalla ja ryhmäkeskustelujen kautta tilaajan organisaation henkilöiltä ja saada näin vastaukset tutkimuskysymyksiin ja tulevan kehittämistyön perustaksi. Hirsjärvi, Remes ja Sajavaara (2014, 164) tuovat esiin, että laadullisen tutkimuksen tyypillisiä piirteitä ovat kokonaisvaltainen tiedonhankinta, ihmiset tiedonkeruun instrumentteina, kohdejoukon tarkoituksenmukainen valinta, aineiston tarkastelu monitahoisesti ja yksityiskohtaisesti sekä erilaisten näkökulmien esiin pääseminen. Tuomen ja Sarajärven (2013, 68-71) mukaan laadullinen tutkimus mielletään myös keruutavan ja aineiston analyysin kautta. Keruutapana on usein haastattelu (Tuomi ja Sarajärvi 2013, 71) ja analyysimenetelmänä sisällönanalyysi (Tuomi ja Sarajärvi 2013, 91).

4.2 Aineiston kerääminen

Opinnäytetyön aineisto koottiin kahdessa vaiheessa. Nykytila kartoitettiin parihaastattelun ja olemassa olleen kirjallisen ohjeistuksen avulla. Kehittämistarpeet kartoitettiin ryhmäkeskustelun kautta.

Parihaastattelussa ja ryhmäkeskustelussa osallistujat olivat tulotilanteessa toimivia tilaajaorganisaation henkilöitä. Vilkan (2015, 191) mukaan hyvän tieteellisen käytännön mukaista on, että osallistujilla on riittävästi tietoa tutkimuksesta ja he voivat itse päättää osallistumisestaan tutkimukseen. Saatekirjeen sisällössä tulee Vilkan (2015, 190-191) mukaan kertoa osallistujille tutkimuksen aihepiiri, tutkimusongelma, tutkimuskysymykset ja tutkimuksen tavoitteet sekä tarkoitus, kuka ja mihin tutkimuksen tuloksia käytetään, tutkimuksen aikataulu, aineiston käsittelyssä ja hävittämisessä tietosuojakysymykset. Tämän opinnäytetyön osalta tilaajaorganisaation kanssa sovittiin, että osastonhoitaja tiedottaa tutkimuksesta osastoilla, käy

keskustelun tutkimukseen osallistumisesta ja ilmoittaa opinnäytetyön tekijöille osallistujien nimet.

4.2.1 Nykytilan kartoittaminen

Tulotilanteessa toimimisen nykytila kartoitettiin alkuhaastattelulla 20.4.2016. Tuomi ja Sara-järven mukaan (2013, 73) haastattelu tarkoittaa tilannetta, jossa haastattelija esittää kysymyksen ja merkitsee tiedonantajan vastauksen muistiin. Haastattelun etuna he näkevät joustavuuden, kun kysymys voidaan tarvittaessa toistaa, oikaista väärinkäsityksiä, selventää sanamuotoa ja käydä keskustelua haastateltavan kanssa. Kysymykset voidaan myös esittää siinä järjestyksessä kuin se haastattelutilanteessa parhaaksi nähdään. Lisäksi haastatteluun voidaan valita henkilöt, joilla on kokemusta ja tietoa tutkittavasta asiasta. Haastattelu on aikaa vievä aineistonkeruumuoto.

Tässä opinnäytetyössä alkuhaastattelussa haastateltiin kahta kokenutta psykiatrista sairaanhoitajaa samanaikaisesti, toinen osastolta 1 ja toinen osastolta 2. Molemmilla sairaanhoitajilla oli usean vuoden työkokemus osastoillaan. Haastateltavat valitsi osastonhoitaja. Haastateltaville toimitettiin saatekirje (liite 1) ja haastatteluteemat (liite 2) etukäteen sähköpostilla. Heillä oli mahdollisuus etukäteen kysyä opinnäytetyön tekijöiltä lisätietoja haastatteluun ja kysymyksiin liittyen.

Haastattelumenetelmänä käytettiin teemahaastattelua eli puolistrukturoitua haastattelua. Siinä edetään etukäteen valittujen teemojen ja niihin liittyvien kysymysten kautta. Teemahaastattelussa pyritään saamaan vastauksia tutkimustehtävän mukaisesti. (Kananen 2008, 73-80 ja Tuomi ja Sarajärvi 2013, 72-77.) Etukäteen valitut teemat perustuivat tutkimuksen teoriapohjaan. Tässä opinnäytetyössä haastatteluteemat (liite 2) laadittiin kohdassa 3 esitettyjen tutkimuskysymysten (kysymykset 1 ja 2) sekä tietoperustan pohjalta.

Kananen (2008, 81-82) toteaa, että myös kirjallisia materiaaleja voidaan käyttää haastattelun täydentäjänä ja tukena. Nykytilan kartoituksessa käytettiin haastattelun ohessa osastojen omia kirjallisia ohjeita. Haastateltavia pyydettiin tuomaan mukanaan myös tulotilannetta ohjaavaa kirjallista materiaalia, jos sellaista osastolla on. Haastattelun yhteydessä Kanasen (2008, 81-82) tulee varmistaa vielä, onko aineisto ajan tasalla vai vanhentunutta. Vain ajan tasalla oleva materiaali otetaan aineistoon mukaan. Kirjallisena materiaalina saatiin Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymän toiminta-alueen yhteisen potilastietorekisterin potilasinformaatio 19.8.2015, ”Potilastiedot valtakunnalliseen arkistoon”-esite, osaston yleiset toimintatavat ja tulohaastattelukaavake. Tutkimuksessa käytettiin kahta viimeistä.

Haastattelussa toinen opinnäytetyöntekijöistä toimi haastattelijana ja toinen kirjaajana. Haastattelun vastaukset kirjattiin kirjaamislomakkeelle. Nykytila-aineiston muodostivat haastattelusta tehdyt kirjaukset yhdessä ajan tasaisen kirjallisen materiaalin kanssa.

4.2.2 Kehittämistarpeiden kartoittaminen

Tulotilanteessa toimimisen kehittämistarpeet kartoitettiin käyttäen ryhmäkeskustelun (focus group) menetelmää (Valtonen, 2005, 223-224), jossa keskeistä on vuorovaikutuksellisuus. Vuorovaikutusta pidettiin tärkeänä aineiston keruussa, koska tilaajaorganisaation tavoitteena on saada myöhemmin kehitettyä yhtenäinen tulotilanteen toimintamalli molemmille osastoille.

Ryhmäkeskustelu pidettiin 1.9.2016 ja siihen osallistui molempien osastojen henkilökuntaa, koska tavoitteena oli, että kehittämisehdotus on sama molemmille osastoille. Focus group -keskustelu kestää yleensä kaksi tuntia. Suomessa tehdyissä focus group -ryhmäkeskusteluissa on Valtosen (2005, 223) mukaan kuudesta kahdeksaan osallistujaa, mutta Ranskassa ja Yhdysvalloissa osallistujia on usein enemmän, 10-15. Tässä keskustelussa tavoitteena on 10-15 osallistujaa. Keskusteluun osallistui yhteensä yhdeksän henkilöä. Kuusi heistä työskenteli osastolla 1 ja kolme osastolla 2. Kahdeksalla henkilöllä oli sairaanhoitajan koulutus ja yhdellä mielenterveyshoitajan koulutus. Kaikkiaan osastolla 1 toimii 12 sairaanhoitajaa ja 9 mielenterveyshoitajaa. Osastolla 2 toimii 8 sairaanhoitajaa ja 12 mielenterveyshoitajaa. Lisäksi kummallakin osastolla on yksi sairaanhoitaja, joka toimii osastonhoitajan työparina. (Vilkman 2016.) Taustatietojen mukaan keskusteluun osallistuvilla oli työkokemusta keskimäärin psykiatriselta osastolta 10,8 vuotta ja tilaajaorganisaatiossa keskimäärin 8,3 vuotta. Eli ryhmäkeskusteluun osallistuneet edustivat määrällisesti hyvin osastoja ja heillä oli kokonaisuutena melko pitkä työkokemus psykiatrisesta hoitotyöstä.

Tilaajaorganisaation kanssa sovittiin, että osastonhoitaja käy keskustelun tutkimukseen osallistumisesta osastoilla ja ilmoittaa opinnäytetyön tekijöille osallistujien nimet. Opinnäytetyön tekijät laittoivat osallistujille kutsukirjeen (liite 3), jossa kuvattiin tutkimuksen tarkoitus, tavoite ja keskusteluteemat (liite 4) etukäteen tiedoksi. Käytännössä osastonhoitaja laittoi kutsukirjeet eteenpäin osallistujille. Lisäksi kutsukirjeessä (liite 3) kerrottiin tutkimuksen osapuolet, miten ja ketkä käsittelevät kirjallisessa muodossa kerättyä keskusteluaineistoa, miten henkilösuoja on turvattu, miten aineisto hävitetään, mihin tuloksia käytetään ja miksi osallistuminen on tärkeää. Tutkimukseen kutsutut henkilöt saattoivat saamansa tiedon perusteella päättää osallistuvatko tutkimukseen. Lisäksi ryhmäkeskustelun alussa kerrottiin osallistumisen vapaaehtoisuudesta. Kaikki osallistujat halusivat osallistua keskusteluun ja kehittämistarpeiden esiin nostamiseen.

Keskusteluteemat (liite 4) laadittiin kohdassa 3 esitettyjen tutkimuskysymysten (kysymykset 2 ja 3) sekä tietoperustan pohjalta. Kysymykset annettiin etukäteen keskusteluun osallistuville.

Kysymyksissä kerrottiin myös, onko kysymys ryhmä-, pari- vai pienryhmäkeskustelun aihe ja odotetaanko siinä keskustelua vai sekä kirjaamista että keskustelua.

Ryhmäkeskustelussa toimittiin Valtosen (2005, 223-239) focus group -menetelmän mukaan. Toinen opinnäytetyön tekijä toimi vetäjänä ja toinen kirjuriina. Molemmat tekivät havaintoja ryhmän toiminnasta. Vetäjän tehtävä oli tarjota tutkimuksen kohteeseen liittyviä teemoja osallistujien keskenään keskusteltaviksi ja kommentoitaviksi. Vetäjä ei itse osallistunut keskusteluun, vaan vetäjän tehtävänä oli virittää keskustelulle hyvä ilmapiiri, ohjata keskustelua tavoitteiden mukaisesti ja rohkaista ryhmää keskusteluun. Vetäjä vastasi, että osallistujilla on vastuu keskustelusta. Kirjaaja merkitsi muistiin ryhmäkeskustelun keskeiset asiat. Ryhmäkeskustelussa sovellettiin myös Valtosen (2004, 237) esittämää mahdollisuutta virikemateriaalin tai luovuutta tukevien tekniikoiden käytöstä. Tässä opinnäytetyössä käytettiin keskustelun virittäjänä edellä mainittua pari- ja ryhmätyöskentelyä.

Kirjaaja teki muistiinpanot ranskalaisin viivoin yleisestä teema-aiheiden mukaisesta ryhmäkeskustelusta kirjaamislomakkeelle. Näin saatiin keskeiset keskustelussa nousseet asiat tallennettua kirjallisesti. Keskustelun vetäjä jakoi Valtosen (2005, 234-237) mukaan keskusteluvuorot siten, että yksi kerrallaan puhuu ja muut kuuntelevat. Keskusteluvuoroa pyydettiin pyytämään kädennostolla. Jos luontevaa keskustelua ei syntynyt, keskustelun vetäjällä oli mahdollisuus kysyä haastateltavien mielipidettä esillä olevasta teemasta. Keskustelun vetäjä piti huolen, että jokainen pääsee mukaan keskusteluun.

Ryhmäkeskustelussa osallistujat toimivat aktiivisina keskustelijoina. Osan aiheista keskusteltiin ensin pöytäkunnittain. Pöytäkuntakeskusteluteemojen vastaukset pari- tai pienryhmä kirjasi paperille. Pari- tai pienryhmä esitteli keskustelunsa tulokset tiiviisti muille. Esittelyn jälkeen käytiin lyhyt keskustelu, jossa nousevat asiat kirjaaja kirjasi muistiin.

Jokaisen teeman työtapa on kuvattu ryhmäkeskustelun teemat lomakkeella (liite 4). Keskusteluteemassa 6 käytiin suunnitelmasta poiketen ensin keskustelu pienryhmässä ennen yhteistä keskustelua. Lopuksi jokainen kirjasi itsenäisesti itselleen tärkeimmän kehittämiskohteen ja vastaukset kerättiin nimettöminä.

Kehittämisaineiston muodostivat kirjaajan muistiinpanot focus group-keskustelusta sekä pareittain, ryhmissä ja yksin kirjatut vastaukset.

4.3 Aineiston analysointi sisällönanalyysillä

Aineiston analysoinnissa käytettiin sisällönanalyysiä. Tuomen ja Sarajärven (2013, 103-108) mukaan sen avulla tutkimusaineistosta saadaan kuva tutkittavasta ilmiöstä. Aineisto analysoidaan systemaattisesti ja objektiivisesti. Sitä kautta aineisto saadaan tiiviiseen ja selkeään muotoon ja huolehditaan, että informaatiota ei katoa. Hajanaisesta aineistosta pyritään luo-

maan selkeää, mielekäs ja yhtenäinen informaatio siten, että aineiston informaatioarvo lisääntyy. Näin aineistosta saadaan kuva tiivistetyssä ja yleisessä muodossa sekä järjestettyä johtopäätösten tekemistä varten.

Sisällönanalyysin menetelmäksi valittiin teoriaohjaava sisällönanalyysi. Sen vaiheet ovat Tuomen ja Sarajärven (2013, 109) mukaan haastattelujen aukikirjoittaminen sana sanalta. Tämän jälkeen perehdytään sisältöön. Myös Kananen (2008, 94) toteaa, että aineisto tulee koota ja kirjoittaa puhtaaksi heti aineiston keruun jälkeen ja perehtyä aineistoon kokonaiskuvan muodostamiseksi. Tuomen ja Sarajärven (2013, 109) työstetään pelkistetyt ilmaukset ja ne listataan. Niitä etsitään samankaltaisuuksia ja erilaisuuksia ja yhdistetään samankaltaiset muodostaen alaluokat. Tämän jälkeen alaluokat yhdistetään yläluokkiin. Ne yhdistetään ja muodostetaan kokoava käsite. Teoriaohjaavassa sisällönanalyysissä Tuomen ja Sarajärven (2013, 117) mukaisesti teoreettiset käsitteet tuodaan valmiina, tiedettyinä asioina. Tuomen ja Sarajärven (2013, 96-97) mukaan teoriaosassa määriteltyjä ala- ja yläluokkia on mahdollista täydentää, jos haastattelussa nousee esiin ala- ja yläluokkien ulkopuolella olevia asioita.

Sekä haastattelu- että keskusteluaineisto analysoitiin Tuomen ja Sarajärven (2013, 117-118) mukaisesti teoriaohjaavan sisällönanalyysin menetelmällä taulukkomuotoon. isäksi tieto tiivistettiin mind map-kuvaksi. Ohjaava teoriapohja on kuvattu tiiviisti mind map-kuvana (kuvio 1), haastattelun ja ryhmäkeskustelun analyysin tulos kuvattiin mind map-kuvina (kuvio 2 ja kuvio 3). Kananen (2012, 66) toteaa, että mind map-miellekartta on asian hahmottelussa kehittämisympäristössä käyttökelpoinen, nopea, yksinkertainen ja havainnollistava työkalu.

Tuomi ja Sarajärvi (2013, 103) korostavat, että aineiston järjestäminen sisällönanalyysillä ei ole vielä tutkimustulos, vaan oleellista on, että sen jälkeen tehdään johtopäätökset. Hirsjärvi ja muut (2014, 230) tuovat esiin, että analyysin lisäksi tuloksista on pyrittävä laatimaan synteesejä, jotka kokoavat yhteen pääseikat ja antavat vastauksia tutkimuskysymyksiin. Tässä opinnäytetyössä tavoitteena oli laatia kehittämissuositus tulotilanteen kehittämiseksi siten, että tulotilanne tukee kaikkien potilaiden hyvää ja samanlaatuista hoitoa tasavertaisesti tulotilanteesta alkaen. Kehittäminen kohdentui opinnäytetyön tehtäväksiannon mukaan hoitajan työhön. Kehittämissuositus rakennettiin synteessinä tehdyistä analyyseistä ja vertailusta teoriapohjaan.

4.3.1 Nykytila-aineiston analysointi

Ensimmäisenä tehty alkuhaastattelu nykytilasta analysoitiin haastattelun jälkeen teoriaohjaavan sisällönanalyysin (Tuomi & Sarajärvi 2013, 117-118) mukaisesti puhtaaksikirjoituksen jälkeen. Alkuperäinen ilmaus pelkistettiin ja siitä muodostettiin alaluokka. Yläluokat tuotiin teo-

riaperustasta suoraan. Lisäksi haastattelua täydennettiin kirjallisella materiaalilla (Kananen 2008, 81-82).

Taulukossa 1 on kuvattu esimerkki haastattelun sisällönanalyysistä koottuna eri haastattelu-teemoista. Alkuperäisestä ilmauksesta on tiivistetty pelkistetty ilmaus, josta on johdettu teorian mukainen alaluokka ja edelleen yläluokka. Jos teoriapohjassa ei ollut pelkistetyn ilmauksen mukaista alaluokkaa, niin alaluokka täydennettiin myös teoriapohjaan. Kaikkiaan sisällönanalyysitekstiä haastatteluvaiheesta on 17 sivua.

Alkukartoitushaastattelun tulokset esitettiin mind map -kuvana (kuvio 2). Analyysissä todettiin tulotilanteen nykykäytännöt pääpiirteissään sekä miltä osin osastojen käytännöt poikkeavat toisistaan.

Tulotilanteen nykytilan kuvaus oli lähtökohta tulotilanteen kehittämisosion suunnittelulle. Nykytilatietoa käytettiin kehittämisosuuden kysymysten suunnittelun perustana.

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
M1: Osastolla lääkäri tapaa, katsotaan jääkö tarkkailuun vai vapaaehtoiseen hoitoon.	Osaston lääkäri tapaa ja päättää	Tulohaastattelu Sisäänkirjoittaminen	Vastaanottotilanne
Potilaalle selvennetään mielenterveystakipykälät, minkä vuoksi potilas on hoidossa. Erityisesti jos potilas on vastahaakaan M1 läheteellä.	Potilaan oikeus saada tietoa lain mukaan.	Potilaan oikeudet	Potilaslähtöisyys
Ennakkotieto. Jos potilas on aggressiivinen, varaudutaan riittävällä henkilöstömäärällä ja eristysmahdollisuudella.	Aggressiiviselle potilaalle varataan riittävä henkilöstö ja erityismahdollisuus.	Potilaan riskitiedot käytettävissä. Riittävät resurssit Rajoittamistoimet	Turvallisuus
Uusien potilaiden kanssa ”silmit selässäkin”, ettei esim. livahdeta tuntikausiksi wc:hen yrittämään itsemurhaa tms.	Itsemurhavaaran arviointi	Itsemurhavaara	Kriisituki
Omahoitajakeskustelut sovitaan joka vuorolle, omahoitaja ja potilas sopivat.	Omahoitajakeskusteluista sopiminen	Omahoitajakeskustelu	Hoitotyö ja hoitosuhteen luominen
Kaikki huomionarvoinen tieto, joka hoitotyössä olevien on hyvä tietää, mm. millainen potilas on tulohetkellä, miten edetään, mahdolliset lääkemuutokset.	Potilaan tilan arvio tulotilanteessa.	Kokonaisarvio	Tiedonkeruu ja hoidon tarpeen arviointi
Tulotilanne kestää pääosin n. 1 vrk. Voi pitkittyä mikäli potilas tulee esim. perjantai-iltana tai viikonloppuna. Tällöin päivystävä lääkäri tekee ensimmäisen hoitosuunnitelman.	Tulotilanteen kesto ja ensimmäinen hoitosuunnitelma.	Hoitosuunnitelma	Vaikuttavat menetelmät

Taulukko 1: Esimerkki haastattelun sisällönanalysistä

4.3.2 Kehittämisaineiston analysointi

Ryhmäkeskustelun aineisto analysoitiin vastaavasti heti ryhmäkeskustelun jälkeen kehittämisehdotuksen pohjaksi. Vastaukset analysoitiin teoriaohjaavan sisällön analyysin (Tuomi & Sarajärvi 2013, 117-118) mukaisesti niin, että empiirinen keskusteluaineisto kuvattiin ensin pelkistettynä ilmaisuna ja ilmaisu tiivistettiin alaluokaksi, joka johdettiin teoriapohjan yläluokkaan. Näistä laadittiin yhdistelmä, joista kehittämisaiheet alkoivat rakentua. Teoriaosassa määritel-

tyjä ylä- ja alaluokkia täydennettiin samaan tapaan kuin nykytila-analyysissä (Tuomi & Sarajärvi 2013, 96-97).

Taulukossa 2 on kuvattu esimerkki osa ryhmäkeskustelun sisällönanalyysistä ”Mitä asioita/hoitotoimia tulotilanteessa tulisi kehittää, jotta potilaan koko hoitoprosessi tehostuisi ja hoitoaika lyhenisi?” -teemassa. Alkuperäisestä ilmauksesta on tiivistetty pelkistetty ilmaus, josta on johdettu teorian mukainen alaluokka ja edelleen yläluokka. Nämä on yhdistetty ja koottu kehittämisaiheeksi. Jos teoriapohjassa ei ollut pelkistetyn ilmauksen mukaista alaluokkaa, alaluokka täydennettiin myös teoriapohjaan. Kaikkiaan sisällönanalyysia ryhmäkeskustelusta on kirjoitettuna 30 sivua.

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka	Yhdistävä ja kehittämisaihe
Kirjaaminen on myös todella tärkeää. Lääkäri ei lue hoitajan kirjauksia.	Hoitaja kirjaa, lääkäri ei lue niitä.	Tulotilanteen kirjaaminen	Hoitotyö ja hoitosuhteen luominen	Lääkärin toivotaan ottavan huomioon myös hoitajan näkemyksen ja hoitajan koaman tiedon.
Hoitotyö vaatii kärsivällisyyttä ja paljon toistoa hoitajalta.	Hoitaja kärsivällinen hoitotyössä.	Luottamuksen rakentaminen		
Lääkehoito: Usein mennään pitkälti jollain lääkkeellä, vaikka hoitajat ovat eri mieltä hyödyistä. Pidentää hoitoaika, kun ei kokeilla toista lääkettä. Surku potilasta kohtaan, kun nähdään ettei hän etene. Hoitajan rooli raportoida toteutuuko lääkehoito vai ei. Eli vasteenkirjaamisen tärkeys! Hoitoprosessi tehostuisi ja hoitoaika lyhenisi, jos lääkitystä muutettaisiin. Joskus vaikka hoitaja näkee, ettei potilas hyödy selvästikään jostain lääkkeestä niin sitä jatketaan kuitenkin pitkään	Hoitaja seuraa lääkeshoidon vastetta. Vaikka vastetta ei ole, lääkäri jatkaa samaa lääkettä. Jos lääke vaihdettaisiin hoitoaika voisi lyhentyä.	Lääkehoito		

Taulukko 2: Esimerkki ryhmäkeskustelun sisällönanalyysistä

Lisäksi jokainen ryhmäkeskusteluun osallistunut kirjasi itselleen tärkeimmän kehittämiskohteen, perustelun sekä mitä osaamisen kehittämistä kehittämiskohde vaatisi. Nämä analysoitiin vastaavaan tapaan sisällönanalyysin menetelmällä.

Ryhmäkeskusteluaineistosta saatiin kattava kuva kehittämistarpeista hoitotyön näkökulmasta potilaslähtöisesti, joka tukee kaikkien potilaiden hyvää ja saman laatuista hoitoa tasavertaisesti tulotilanteesta alkaen. Ryhmäkeskustelun kehittämistarpeet koottiin mind map -kuviioon (kuvio 3).

4.3.3 Kehittämisehdotuksen laatiminen

Alustava kehittämisehdotus tilaajalle rakennettiin vertaamalla nykytilan kuvausta, ryhmäkeskustelussa saadun kehittämisaineiston kuvausta ja teoreettiseen viitekehykseen tietopohjaa. Nykytilahaastattelun perusteella saatiin kuva, miten osastolla toimitaan potilaan tulotilanteessa. Ryhmäkeskustelussa saatiin esiin kehittämistarpeita. Teoriapohja antoi kuvan tutkimustiedon perusteella muodostetusta tulotilanteesta, jossa on kattavasti huomioitu tulotilanteprosessin eri vaiheet.

Teoriapohja, nykytila ja kehittämistarpeet koottiin kaikki keskeisten käsitteiden eli vastaanottotilanne, potilaslähtöisyys, turvallisuus, kriisituki, hoitotyö ja hoitosuhteen luominen, tiedonkeruu ja hoidon tarpeen arviointi sekä vaikuttavat menetelmät ympärille. Näin niitä voitiin verrata keskenään. Jokaisesta näistä laadittiin myös mind map (kuvio1, 2 ja 3), josta saa selkeän kokonaiskuvan nopeasti.

Pohjana kaikissa mind mapeissa oli teoriapohjan kuva 1. Nykytilan ja kehittämiskeskustelun mind mapeissa (kuvio 2 ja 3) kuvattiin esiin nousseet alaluokat ja pääluokat mustalla ja ne asiat, mitkä eivät nousseet esiin kuvattiin sinisellä värillä. Korostuneet asiat kuvattiin suuremmalla fontilla. Näin mind mapeista saa kuvan kummankin haastattelun keskeisistä asioista ja toisaalta asioista, mitkä eivät nousseet esiin, mutta olivat teorian perusteella tulotilanteessa tärkeitä.

Kehittämisehdotus rakennettiin synteesisinä tehdyistä analyyseistä ja vertailusta teoriapohjaan.

Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen (2013, 172) korostavat tulosten raportoinnista, että tärkeää on, että kohderyhmä hyötyy tuloksesta. Hirsjärvi ym. (2014, 240-241) tuovat esiin, että kirjallisessa selostuksessa olennainen tavoite on, että lukija ymmärtää, mistä on kysymys ja luottaa tutkimuksen tekijään. Näihin perustuen tuloksena olevan kehittämisehdotuksen esittämismuodossa korostuu selkeys, konkreettisuus ja perustelut. Opinnäytetyön tuloksena oleva kehittämisehdotus rakennettiin selkeäksi, jossa konkreettisesti kuvataan, mitä hoitajan tulee

huomioida potilaan tulotilanteessa sairaala psykiatriselle osastolle. Käytännönläheiseen kehittämisehdotukseen päästiin, kun koottiin aineiston perusteella esiin nousseet eri tulotilanteen toimijat keskeisten käsitteiden osalta (taulukko 3) ja kuvattiin, mitä hoitajan tulee tehdä ja huomioida kunkin tahon kanssa toimiessaan.

Hoitajan toiminta ja keskeiset huomioitavat asiat on koottu suhteessa eri toimijoihin. Lisäksi kehittämisehdotuksessa on tuotu esiin hoitajan vastuut ja velvoitteet sekä organisaation vastuulla olevat asiat Sarajärven, Mattilan & Rekolan (2011, 25-99) näyttöön perustuvan hoitotyön mukaisesti.

Kehittämisehdotukseen valitut kohdat on perusteltu teoriapohjasta nousevilla viittauksilla kunkin kehittämiskohteen osalta. Kanasen (2012, 159) mukaan ulkopuolisia auktoriteetteja voidaan käyttää perustelemaan teoriaosan lisäksi myös tulokset osiossa.

Alustava kehittämisehdotus esiteltiin tilaajalle 19.10.2016. Tilaisuuteen osallistui kahdeksan tilaajan edustajaa ja seitsemän sairaanhoitajaharjoittelijaa. Tilaisuudessa tilaajan edustajat saivat mahdollisuuden arvioida opinnäytetyön tekijöiden tekemien tulkintojen oikeellisuutta ja tehdä muutoksia. Kanasen (2008, 135) mukaan se lisää tutkimuksen luotettavuutta. Tuomen & Sarajärven (2013, 141) mukaan, mikäli tutkimukseen tietoja antavat saavat ennen tulosten julkaisua kommentoida tuloksia, tulee osallistujien tekemät muutokset ja kommentit perustella.

Kehittämisehdotuksen toteuttaminen jää tilaajan harkintaan ja vastuulle.

5 Tulokset

5.1 Nykytila

5.1.1 Kooste nykytilan käytännöistä tulotilanteessa

Nykytilahaastattelun tulokset on koottu mind map -kuvioon (kuvio 2) ja esiin nousseet asiat ovat kuviossa tummalla fontilla. Vaalealla fontilla olevat asiat kuuluvat teoriaperustaan, mutta eivät nousseet esiin nykytilahaastattelussa.

Tärkeänä asiana vastaanottotilanteessa on havaittu puutteellisesti täytettyjen M1-lähetteen lisääntyminen, kun lähetelomake M1 on muuttunut. Puutteiden ja virheiden vuoksi hoitaja joutuu käyttämään aikaa, jotta lähetettävä taho saadaan täydentämään lähete asianmukaisesti.

Uusi mahdollinen potilas ilmoitetaan puhelimitse hoitajalle. Lääkäri sopii potilaan tulosta osastolle lähettävän tahon kanssa. Päiväaikaan potilaan vastaanottaa yleensä omahoitaja, yöllä vuorossa oleva. Omahoitaja pyritään nimeämään seuraavana päivänä.

Vastaanottotilanteen osalta tuli esiin, että välillä potilas kokee hoitoon tulon vaikeaksi, joskus tilanne voi olla kaottinen ja potilas tukeutuu omaisiin ja haluaisi lähteä pois. Joskus potilas voi olla vihainen omaiselle, joka on potilaan järjestänyt hoitoon. Hoito- ja kuntoutusosastolla potilaat ovat pääsääntöisesti jo tuttuja, akuuttiosastolle tulee usein ensikertalaisia potilaita.

Kun potilas otetaan vastaan osastolle, tehdään tulohaastattelu, jossa on mukana lääkäri ja hoitaja. Tulohaastattelua varten on lomake, mutta sitä ei ole pakollista käyttää. Tulohaastattelussa lääkäri päättää otetaanko potilas osastolle ja onko hoito tahdosta riippumatonta vai vapaaehtoista. Potilas itse päättää jääkö vapaaehtoiseen hoitoon.

Potilaslähtöisyydessä korostuivat potilaan oikeudet. Erityisesti tahdonvastaisessa hoidossa nähdään tärkeäksi, että potilaalle perustellaan hoitoon määrääminen. Lähetteen tiedot potilaan tilasta kerrotaan potilaalle. Potilas määrittää, kenelle hänestä saa tietoja antaa. Potilaan perustiedot päivitetään tulotilanteessa. Samassa huoneessa on kaksi tai useampi potilas, mutta huonevalinnassa pyritään ottamaan huomioon potilaan tila mahdollisuuksien mukaan. Potilaan toiveista kertova psykiatrinen hoitotahto ei alkuhaastattelussa noussut esiin.

Turvallisuusasiat nousivat esiin vahvasti. Keskeisimpänä asiana nousi henkilökunnan riittävät resurssit, rauhallinen ja yhtenäinen toimintatapa, oikea-aikaiset rajoittamistoimet sekä tavaroiden tarkastaminen ja säilytys asianmukaisesti lukituissa tiloissa. MAPA-koulutuksella on yhtenäistetty toimintamallia ja tavoite on, että kaikki käyvät koulutuksen. Myös Safewards-koulutus on tulossa. Erityisesti tupakansyöttämien talteenotto on paloturvallisuuden kannalta tärkeää. Tärkeä huomio oli myös potilasyhteisön reagointi tulo- ja hälytystilanteissa erityisesti, kun poliisi on saattamassa potilasta tai saapuva potilas käyttäytyä aggressiivisesti. Turvallisuustekijänä pidettiin myös tulkin käytön mahdollisuutta, kun yhteistä kieltä ei ole. Tärkeänä viranomaisvelvollisuusasiana kotitilanteen selvitys sekä lasten että eläinten osalta ei tässä noussut esiin.

Vähemmälle huomiolle jää sairaus kriisinä ja siihen liittyvä kriisituki. Kriisi nousi esiin lähinnä omaisten kriisinä. Itsemurhavaaran osalta tuli esiin, että uusien potilaiden kanssa täytyy olla silmät selässäkin, ettei livahda tuntikausiksi wc:hen. Kriisituen tarve riippuu potilaan voimavaroista. Rauhoittumishuoneessa potilas voi olla avoimin ovin, mutta kameravalvonnassa. Henkilökohtainen kriisisuunnitelma ei noussut haastattelussa esiin. Toisaalta näitä samoja

asioita tuli osin esiin hoitajan tekemään potilaan tilan tarkkailuun ja omahoitajakeskusteluun liittyen.

Hoitotyössä keskeisenä nousi esiin hoitotyön koordinointi. Potilaasta vastaa 2-3 omahoitajaa ja tavoitteena on, että yksi olisi aina paikalla. Lääkäri määrää hoidon ja sen mukaan edetään. Koordinointi potilaan avohoidon tai moniammatillisen työryhmän osalta ei juuri noussut esiin tulovaiheen asiana, vaan koettiin, että moniammatillinen työ tulee myöhemmin.

Hoitotyössä nousi esiin potilaan tilan tarkkailu sekä hoitotoimien ja rajoittamistoimien kirjaaminen vaatimusten mukaan. Omahoitajuudesta sovitaan yhdessä potilaan kanssa. Tavoitteena on jatkuvuus hoitosuhteessa eli aiemmin omahoitajana ollut jatkaa. Luottamuksen luominen on tärkeää. Jos potilas on päihteiden käyttäjä, tehdään heti tulotilanteessa vapaaehtoinen hoitosopimus koskien päihteettömyyttä. Sen allekirjoittavat potilas ja lääkäri. Osastolla korostetaan myös, että kaikkia koskevat samat säännöt eikä tarkoitus ole leimata. Omahoitajan kanssa käytävät keskustelut on ohjeistettu tulohaastattelulomakkeella. Kuinka hyvin nämä toteutuvat käytännössä ei tullut selville haastattelussa.

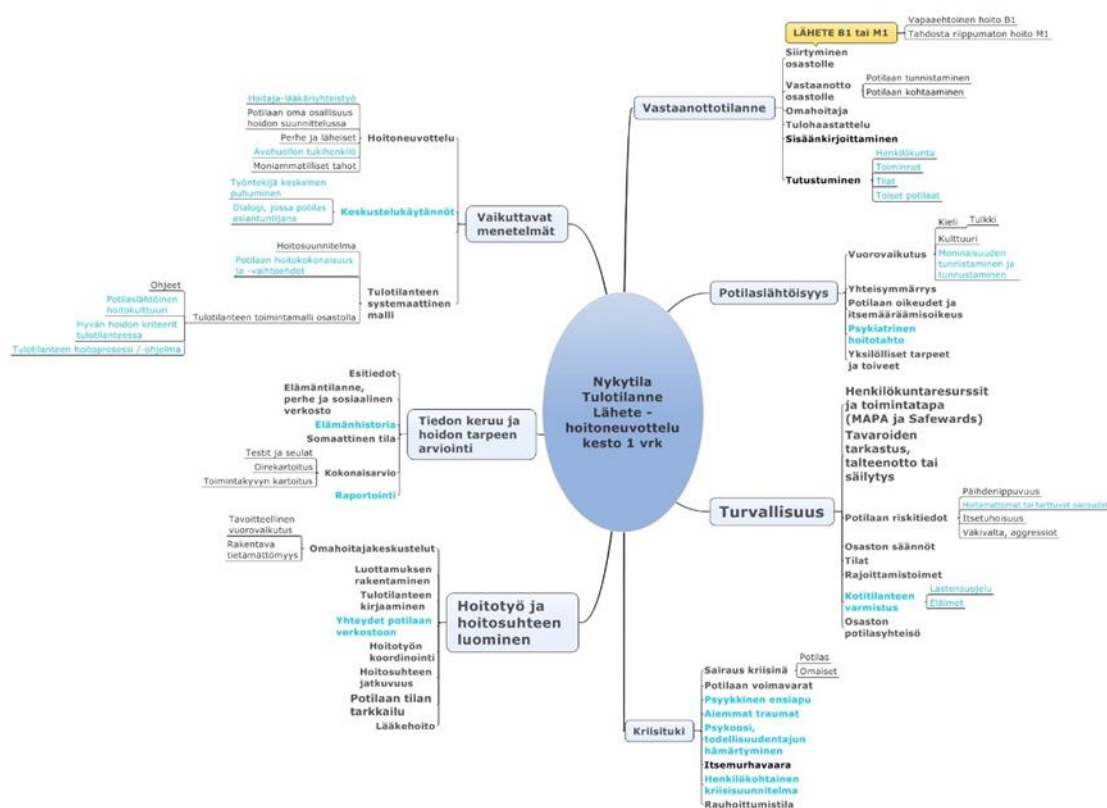
Tiedonkeruun ja hoidon tarpeen arvioinnin osalta tuli esiin, että suurella osalla potilaista on pitkä hoitosuhde osastolle. Erityisesti näin on hoito- ja kuntoutusosaston osalta. Akuuttiosastolle monet potilaat tulevat ensimmäistä kertaa. Aiemman hoitosuhteen perusteella potilaista tiedetään monia tulotilanteessa kartoitettavia asioita valmiiksi. Toisaalta potilaan tilanne voi joltain osin olla muuttunut ja myös se pitäisi saada esille eikä olettaa aiemman tilanteen jatkuvan. Tulotilanteessa potilaan somaattinen tila on yleensä arvioitu jo lähettävän tahon toimisesta. Potilaan toimintakyky ja oireet arvioidaan osana kokonaisarviota. Tulotilanteessa ei tehdä testejä tai arvioida mittarien perusteella. Jos testejä ja mittareita käytetään, ne tehdään myöhemmin hoidon jatkuessa.

Vaikuttavien menetelmien osalta esiin nousi tulohaastattelun ohje, hoitoneuvottelu ja hoitosuunnitelma. Avohoitoyhteys nähdään mahdolliseksi vasta myöhemmin, ei tulovaiheessa, vaan vasta päivien tai viikkojen jälkeen. Haastattelussa tuli esiin, että myös omaiset voivat ajatella, että sairaalaan tulon jälkeen tilanteen rauhoittuminen vie aikaa, eivätkä halua tulla mukaan hoitoneuvotteluun heti tulovaiheessa.

Myöskään moniammatillinen ryhmä eli sosiaalityöntekijä, psykologi, toiminta- ja liikuntaterapeutti eivät tule mukaan vielä tulohaastattelun jälkeiseen lääkärintapaamiseen (hoitokokous), vaan vasta myöhemmin. Potilaan tilannetta käsitellään moniammatillisen ryhmän palaverissa, joka kokoontuu viikoittain. Käytännössä pääosin lääkäri linjaa tulovaiheessa hoitosuunnitelman yhdessä potilaan ja hoitajan kanssa, vain harvoin siinä on mukana muuta moniammatilli-

sia tai avohoidon verkoston jäseniä tai omaisia. Potilaan kunnon kohennuttua voidaan aloittaa verkostopalaverit.

Tulohaastattelun jälkeiseen lääkitapaamiset sovitaan kuten muutkin hoitokokoukset kunkin päivän aamussa, kun lääkäri kertoo ketä hän sinä päivänä tapaa. Potilaan tarkkailussa olo määrää päivittäiset tarkkailutapaamiset. Myös potilas voi itse toivoa hoitokokousta ja lääkitapaamista. Potilas voi olla tapaamisessa hiljaa ja puhumatta. Jos potilas ei jaksata tulla suunniteltuun hoitokokoukseen, voidaan hoitokokous tai tarkkailutapaaminen pitää potilaan sängyn luona tai paikassa, missä potilas silloin on.



Kuvio 2: Nykytilahaastattelussa esiin nousut kuva tulotilanteen keskeisistä toiminnoista

5.1.2 Nykytilasta nousevat teemat ryhmäkeskusteluun

Teoriaperustaan verrattuna alkuhaastattelussa nousi esiin tulotilanteen pääkohtien osalta pääosin samoja asioita ja toimenpiteitä kuin teoriaosassa. Lisäksi esiin tuli muutamia asioita, mitä teoriaperustassa ei oltu huomioitu. Lisäksi oli asioita, mitkä olivat teoriaperustassa, mutta eivät tulleet joko ollenkaan tai vain vähäisessä määrin esiin alkuhaastattelussa. Mind map -kuviossa (kuvio 2) on kuvattu tummalla fontilla haastattelussa esitetyt asiat ja vaalealla fontilla asiat, jotka olivat teoriaperustassa, mutta eivät haastattelussa nousseet esiin. Isompi

fontti kuvaa, että asia on tullut vahvemmin esiin kuin pienemmällä fontilla olevat asiat. Kehittämisosuudessa eli ryhmäkeskustelussa nostetaan esiin aiheita, mitkä nykytilahaastattelussa tulivat vähän tai ei ollenkaan esiin.

Nykytilanteessa keskeisimmiksi asioiksi tulotilanteessa nousivat turvallisuus sekä hoitotyö ja hoitosuhteen luominen. Vähälle huomiolle jäivät kriisituki, potilaan yhteydet avohoidon verkostoon, systemaattinen toimintamalli tulotilanteessa tai vaikuttavien menetelmien esiintuominen. Uutena asiana haastattelussa tuli maahanmuuttajapotilaiden lisääntynyt määrä ja sen myötä vieraat kielet ja kulttuurit psykiatrisessa hoidossa. Hoitajan työssä tämä vaikuttaa suoraan potilaan kohtaamiseen, vuorovaikutuksen onnistumiseen ja kaikkeen hoitotyössä. Tätä asiaa ei oltu otettu teoriapohjaan, mutta lisättiin teoriaperustaan haastattelun jälkeen, koska maahanmuuttajien määrän kasvun myötä myös psykiatrisella puolella maahanmuuttajapotilaat ovat lisääntyneet. Kun yhteinen kieli hoitajan ja potilaan väliltä puuttuu, käytetään tulkkeja ja jopa Google-kääntäjää. Tulkkaus toteutuu useimmiten puhelintulkkauksena.

Tulotilanteen kestoksi mielletään pääosin ensimmäinen tulovuorokausi. Haastattelussa todettiin, että viikonloppuna tulevilla tulotilanne voi olla pidempi. Tämän opinnäytetyön tutkimusasetelmassa tulotilanne haluttiin jatkaa tulohaastattelun jälkeiseen lääkärin tapaamisen loppuun saakka. Näin siihen sisältyisi myös tulotilanteen hoitosuunnitelman tarkennus sekä moniammatillinen työryhmätyö. Nykytilahaastattelussa moniammatillisuus ja yhteydet potilaan avohoidon verkostoon jäivät vähälle huomiolle ja niiden katsottiin tulevan mukaan vasta päivien tai viikkojen jälkeen.

Lisäksi potilaan omaisten ja läheisten sekä verkoston rooli voisi tulla tulotilanteeseen enemmän mukaan, kun aikajänne tulotilanteelle on pidempi. Näin kehittämisessä voisi tarkastella myös keskustelukäytäntöjä ja hoitajan toimintamallia eli mitä hoitajan tulee huomioida tulotilanteessa niin, että tulotilanne on sujuva ja integroituu tehokkaasti osaksi hoitosuunnitelmaa ja hoitoprosessia. Voisiko hoitaja koordinoida potilaan hoitoprosessia myös osaston ulkopuolisten tahojen kanssa jo tulotilanteesta alkaen?

Kehittämiskeskustelussa halutaan saada näkemys lastensuojelun huomioimisesta hoitotyössä ja näkemys kriisituen tarpeesta. Myös monikulttuurisuuden lisääntyminen ja tulkin käyttö nostetaan myös kehittämiskeskustelun teemaksi, koska vierasta kieltä ja kulttuuria edustavat potilaat ovat lisääntyneet. Nykytilahaastattelussa ei myöskään käyty läpi uusien henkilöiden ja sijaisten perehdytyskäytäntöä, mikä osaltaan on osa laatutyötä, varmistaa yhtenäisen toimintamallin ja vaikuttavan toiminnan.

Osastojen 1 ja 2 väliset erot nousevat osastojen kohderyhmistä eli osasto 1 on akuuttiosasto ja osasto 2 hoito- ja kuntoutusosasto. Osastolla 2 on enemmän pitkään sairastaneita ja inter-

vallipotilaita. Tulotilanteessa potilaalle valitaan sopiva osasto, mihin vaikuttaa mm. se, että vain osastolla 1 on mahdollisuus leposide-eristykseen. Omahoitajamallissa on eroja osastojen välillä. Lisäksi osastolla 2 potilaat ovat hoitosuhteen uusiutuessa ja jatkuessa jo tottuneet toimintatapoihin kuten omaisten mukana oloon hoitoprosessissa.

5.2 Kehittämistarpeet ryhmäkeskustelun perusteella

5.2.1 Kooste ryhmäkeskustelun tuloksista

Ryhmäkeskustelussa pyydettiin osallistujia kuvaamaan eri teemoissa tavoitteellinen tila, miten potilaan tulotilanne parhaassa mahdollisessa tilanteessa voisi sujua ja mitä mahdollisia ongelmia on sen toteutumisen esteenä.

Vastaanottotilanteessa ryhmä näki, että potilas kohdataan asiallisesti ja rauhallisesti. Tärkeää on tarkistaa lähete. Hoitaja tekee alkuhaastattelun olemassa olevan lomakkeen mukaan, jos lääkäri ei vielä ole paikalla. Varsinainen tulohaastattelu tehdään yhdessä lääkärin kanssa. Toteuttiin, että molemmilla osastoilla olisi hyvä käyttää samaa lomaketta. Hoitaja varaa potilaalle huoneen ja ottaa huomioon potilaskohtaiset ja osaston tilanteen. Hoitaja esittelee potilaalle tilat ja tutustuttaa potilaan osastoon. Ongelmana on, että nykyinen vastaanotto-tila on rauhaton.

Potilaslähtöisyyden osalta tavoitteena on ottaa potilaan mahdollinen hoitotahto huomioon kuin myös muut ilmi tulevat yksilölliset tarpeet. Potilaan itsemääräämisoikeus on selkeä ja kattaa myös sen, että potilaan suostumus tarvitaan, jotta omaiset tai muut voivat olla läsnä tulohaastattelussa. Potilaan tilanteen ja tarpeiden huomiointi yksilöllisesti tärkeää. Ryhmäkeskustelussa tuli esiin toisin kuin nykytilahaastattelussa, että eri kulttuurista tulevien osuus ei hoitajien mielestä ole kovin suuri ja tulkkipalveluja käytetään vähän. Tulkkipalveluissa on tärkeää ottaa huomioon uskontoon liittyvät asiat ja hoitoalan erikoissanasto, jotta potilaan oikeudet toteutuvat ja yhteisymmärrys saavutetaan. Ulkomaalaistaustaiset potilaat pyritään ryhmäkeskustelun perusteella ohjaamaan keskitetysti HUS-alueen määrättyihin yksiköihin.

Turvallisuuden osalta tehdään yhteistyötä vuorossa olevan henkilöstön kanssa. Tarvittaessa pyydetään lisäresurssia toiselta osastolta. Tarkistetaan tavarat ja varmistetaan kotitilanne. Lasten osalta hoidetaan viranomaisveloitteena lastensuojeluilmoitus. Sen tekee joko omahoitaja tai sosiaalityöntekijä. Potilaan psyykinen tila ja päihteet ovat tiedossa olevia riskitekijöitä. Ne otetaan huomioon sekä henkilökunnan että muiden potilaiden osalta. Rauhallisuus ja ärsykkeiden vähentäminen ympäristössä luovat edellytyksiä rauhalliselle ja turvalliselle vastaanottotilanteelle. Osaston toimintatavat käydään potilaan kanssa läpi tulotilanteessa tai myöhemmin riippuen potilaan voinnista. Ohjeet ovat esillä ilmoitustaululla.

Kriisituen osalta otetaan huomioon potilaan voimavarat ja psyykinen tila. Henkilökunnan rauhallinen käyttäytyminen ja tilat luovat potilaalle turvallisuutta. Kriisitukeen liittyviä asioita tulee esille omahoitajakeskustelun ohjeistuksessa jonkin verran.

Hoitotyön ja hoitosuhteen luomisen osalta korostui, että potilaan psyykkistä vointia seurataan tarkkailemalla. Hoitaja selvittää avohoitokontaktit ja ottaa yhteyttä. Hoitaja kirjaa tulotilanteen ja psykiatriset hoitopäätökset potilastietoihin tietojärjestelmässä. Todettiin, että omahoitajakeskustelun ohje on kattava. Osasto 1 käyttää tulotilanneohjetta kattavammin kuin osasto 2. Kaikki osasto 2:n osallistujat eivät olleet tulotilanteen ohjetta nähneet.

Keskustelussa todettiin, että nykyisellään hoitajakeskustelu voi toteutua suunnitellusti tai spontaanisti. Ihannetilassa suunnitelmallisuus voisi olla paikallaan. Todettiin, että myös aiempien hoitosuhteiden tiedot tulee hyödyntää. Rauhallisen tilan merkitys korostuu luottamuksellisen hoitosuhteen luomisessa ja hoitokeskustelussa. Hoitajakeskustelussa potilas voi kertoa enemmän kuin hoitokokouksessa. Hoitaja rakentaa hoitosuhteen pitkällä ajalla. Kulttuurierot vaikuttavat luottamuksellisen ja toimivan hoitosuhteen luomiseen. Kaiken kaikkiaan hoitajat tuntevat potilaan paremmin kuin lääkäri. Lääkärin toivotaan lukevan hoitajan kirjaukset. Hoitaja seuraa lääkevastetta ja näkee lääkehoidon muutostarpeet, kun hoito ei etene. Lääkärin toivotaan ottavan huomioon myös hoitajan näkemyksen.

Tiedon keruun ja hoidon tarpeen arvioinnin osalta kootaan potilaan esitiedot ja mahdolliset aiempien hoitajaksojen tiedot. Kysytään omaiselta nykyhetkeen liittyviä tietoja, jos potilas antaa luvan. Päihtymystila selvitetään puhallustestillä sekä huumeiden ja lääkkeiden väärinkäyttö ottamalla U-huumeeseula. Tarkistetaan potilaan vitaalit ja EKG, jos niitä ei ole tehty aiemmin. Selvitetään, miten potilas on syönyt ja milloin viimeksi. Todettiin, että näiden toimien tarkempi ohjeistus on paikallaan, jotta toiminta olisi kaikkien potilaiden kohdalla yhdenmukaista. Hoitaja tekee kokonaisarvion potilaan tilasta. Hoitaja raportoi potilaan tilasta muille. Lääkärin toivotaan tekevän yhteistyötä hoitajan kanssa sekä virka- että päivystysaikana, kun lääkäri tekee päätöstä potilaan hoitoon ottamisesta ja hoidon tarpeesta.

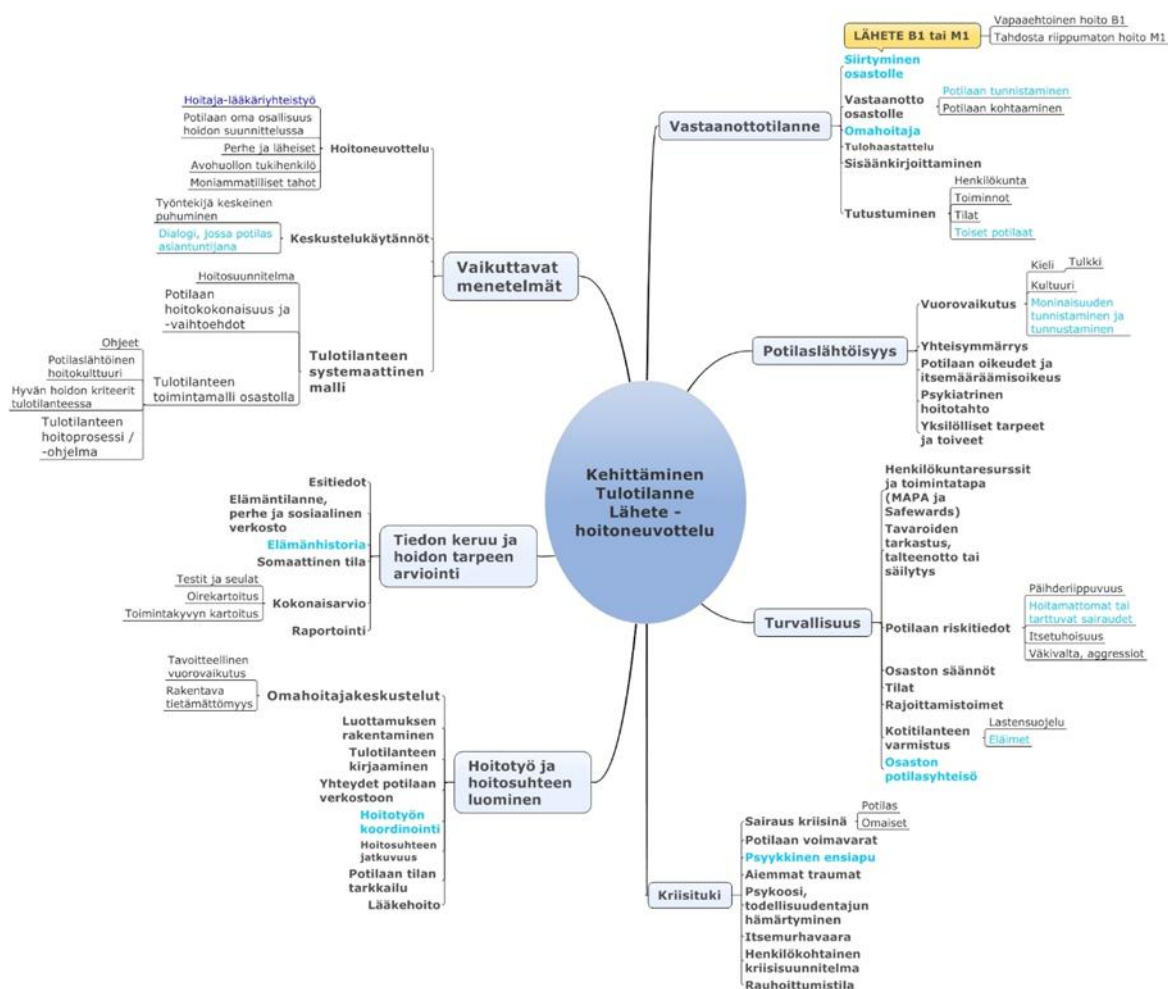
Vaikuttavien menetelmien kokonaisuus on laaja. Tulotilanne miellettiin keskustelun alussa vain saapumisesta sisäänkirjoittamiseen saakka. Keskustelussa todettiin, että tulotilanteen toimintaa tulee tehostaa ja sen kesto vaihtelee potilaskohtaisesti ja siitä päättää lääkäri. Lopulta todettiin, että tulotilanteen toimintaa tulee tehostaa ja yhtenäistää vaikuttavuuden parantamiseksi. Hoitoneuvotteluihin olisi hyvä saada mukaan läheiset, avohuollon tukihenkilöt ja tarvittavat moniammatilliset tahot, mikäli potilas antaa siihen luvan. Olisi erittäin tärkeää, että hoitolinjaukset olisi jämmäkkiä ja potilaalle tulisi laatia alustava jatkosuunnitelma tulotilanteesta niin, että avohoidon olisi tehostetusti siinä mukana. Ihanteellisissa mallissa hoitajalääkäri-yhteistyö on sujuvaa, myös hoitolinjaukset ja toimintamalli avohoidon kanssa on sel-

keä. Päätöksistä tulee pitää kiinni. Hoitoa ei tule pitkittää tarpeettomasti, vaan hoitoprosessin tulisi olla selkeä. Esimerkiksi asunnottomuus ja vastaavat ongelmat pitäisi ratkaista sosiaalityön kentällä tehokkaasti.

Hoitokeskustelussa korostui kielitaidon merkitys, jotta lääkäri, hoitaja ja potilas voivat keskustella sujuvasti. Todettiin, että puutteita voi olla myös joko lääkärin, hoitajan tai potilaan kielitaidossa. Tulkkia käytettäessä on huomioitava keskustelukäytäntö. Hoitoneuvottelussa otettava huomioon myös vieraskieliset omaiset. Kokemus, että ulkomaalaiset hoidettaisiin keskitetysti, oli hyvä.

Hoitajan rooli on rohkaista potilasta kertomaan asioitaan. Aina potilas ei pysty keskittymään, vaan ajattelee muuta. Verkoston tehtävänä on tukea potilaan kuntoutumista. Potilasta tulisi valmistaa verkostokeskusteluun. Myös tilan tulee olla rauhallinen. Potilaalle tulee esitellä paikalla olijat selkeästi, jotta hän tietää, ketkä hänen asioitaan hoitavat.

Ohjeiden osalta todettiin, että tulotilanteen ohjeet kattavat potilaan vastaanottamisen osastolle, tietojen kokoamisen ja osaston säännöt. Todettiin, että ne antavat hyvän perustan potilaan vastaanottamiselle. Niiden tulisi olla käytössä molemmilla osastoilla. Myös sijaiset, uudet ja opiskelijat perehdytetään ohjeisiin. Muuten perusasiat ohjeistettu kirjallisissa ohjeissa. Hoitotahto ei ole vielä yleistynyt, eikä siitä osastolla ole kokemusta ja ohjeistus sen tekemiseen puuttuu.



Kuvio 3: Ryhmäkeskustelussa esiin nousut kuva tulotilanteen keskeisistä toiminnoista tavoitetilassa

5.2.2 Ryhmäkeskustelun pohjalta esiin nouseva kehittämistarpeet

Tulotilanne-käsite miellettiin ryhmäkeskustelussa teoriasta ja tehtäväksi annosta poiketen saapumisesta sisäänkirjoittamishetkeen. Myös omahoitajakeskustelujen koettiin kuuluvan vasta hieman myöhempään vaiheeseen. Niitä ei aluksi mielletty tulotilannevaiheeseen, mutta keskustelun edetessä nähtiin mahdolliseksi, että tulotilanne kattaa pidemmän jakson ja enemmän toimenpiteitä kuin mitä on nykytilanteessa. Yhteisesti nähtiin, että tulotilanteen toimintaa on tarpeen tehostaa, jotta potilaan hoidon tarve ja hoitopaikka voidaan arvioida tarkemmin.

Ryhmäkeskustelun perusteella keskeisimmät kehittämiskohteet nousivat vaikuttavien menetelmien, vastaanottotilanteen tilakysymysten sekä hoitotyön ja hoitosuhteen luomiseen liittyvistä kokonaisuuksista. Ryhmäkeskustelun lopuksi jokainen vastasi kirjallisesti perustellen oman tärkeimmän kehittämiskohteen. Näissä yksilövastauksissa tärkeimmiksi kehittämiskoh-

teiksi nousivat myös vaikuttavat menetelmät ja vastaanottotilanteen tilat sekä lisäksi hoidon tarpeen arviointi.

Vastaanottotilanteen sekä turvallisuuden näkökulmasta osastoilla oli jo olemassa selkeä ohjeistus ja tulohaastattelulomakkeet sekä selkeät käytännöt. Tulohaastattelulomake oli enemmän käytössä osastolla 1 kuin osastolla 2. Kehittämisenäkökulmasta tärkeäksi nousi nykyisellään rauhaton vastaanottotila. Potilaan tulotilanteen hoitajahaastattelu pidetään kansliassa, jossa soi puhelin ja ovi käy usein. Rauhaton tila voi tehdä potilaan levottomaksi. Myös kin turvallisuuden näkökulmasta vastaanottotilan tulisi olla siisti, rauhallinen ja pöydillä ei saisi olla ylimääräisiä tavaroita, joita potilas voi esimerkiksi heittää halutessaan. Turvallisuuden näkökulmasta myös poistumistiet henkilökunnalle on taattava, mikäli potilas käyttäytyy aggressiiviseksi. Potilaan tavaroiden tarkastukselle ja haltuunotolle ja säilytykselle tuntui olevan molemmilla osastoilla selkeät käytännöt. Kehittämiskohteeksi nousi potilaan kotitilanteen varmistus. Varsinainen ohjeistus lastensuojelun tai lemmikkieläinten osalta eläinsuojelun yhteydenottoa varten puuttuu.

Potilaslähtöisyys sekä hyvä yhteisymmärrys ja vuorovaikutus potilaan kanssa ovat hyvän hoidon peruskulmakiviä. Teoriapohjasta esiin noussut psykiatrinen hoitotahto koettiin vieraampana asiana, eikä osastoilla ole siitä vielä kokemusta. Myös ohjeistus sen tekemiseen puuttuu. Potilaan huomioiminen paremmin verkostopalaverissa, kuten palaveriin osallistujien esitteleminen koettiin myös tärkeäksi asiaksi, johon olisi hyvä kiinnittää enemmän huomiota, samoin kun siihen, että käytetään potilaskeskusteluissa sellaista puhekieltä, jota myös potilas ymmärtää, eli vältetään liiallista ammattisanaston käyttöä.

Nykytilakartoituksessa nousi esille selkeästi eri kulttuuritaustoista tulevat potilaat sekä tulkkien tarve ja kulttuurien ymmärtäminen. Nykytila-arvion pohjalta nostettiin tulkkien tarve ja monikulttuurisuus myös yhdeksi ryhmäkeskustelujen teemaksi. Ryhmäkeskustelujen tulosten pohjalta tulkkien tarve koettiin kuitenkin vähäisempänä, eikä sieltä noussut varsinaista kehittämistarvetta. Eri kulttuuritaustaisia potilaita kyllä on, ja tarvittaessa tulkkipalveluita on saatavilla, samoin kun koulutusta eri kulttuureista tulevien ihmisten kohtaamiseen, mutta pääsääntöisesti ulkomaalaispotilaat pyritään nykymallissa ohjaamaan HUS-alueen keskitettyihin yksiköihin, mutta osallistujat eivät osanneet kertoa minne. Vieraskielisten hoito tulisi myös mallintaa.

Tuloksia analysoitaessa lisättiin teoriapohjaan potilaslähtöisyyteen kulttuuri- ja kielitaustojen lisäksi myös muun moninaisuuden osalta uskonnot sekä seksuaali- ja sukupuolivähemmistöt, koska keskustelussa tuli esiin, että monenlaiset kulttuurierot vaikuttavat luottamuksellisen ja toimivan hoitosuhteen luomiseen. Myös seksuaalinen identiteetti on avoimemmin esillä tässä ajassa, kuin aiemmin.

Kriisituen näkökulmasta kehittämistarpeena voisi olla selkeät toimintaohjeet, mikäli potilas tai hänen omaisensa ovat kriisissä sairauden vuoksi. Tulohaastattelulomakkeella on huomioitu omahoitajakeskustelun ohjeistuksessa mm. voimavarojen kartoittaminen, itsemurha-ajatukset, menneet traumat ja niistä selviytyminen, mutta varsinainen akuutin psyykkisen tai psykiatrisen ensiavun ohjeistus ja hoitajien toiminnan ohjeistus puuttuvat. Myös tulotilanteen ja potilaan tilan havainnoinnin kirjaamisesta tulisi olla yhtenäiset ohjeet.

Tiedon keruun ja hoidon tarpeen arvioinnin osalta esiin nousi raportoinnin tärkeys. Keskustelussa esiin tuli suullisen raportoinnin merkitys. Koettiin, että suullisella raportoinnilla on suuri merkitys tiedonkulun ja välittymisen kannalta. Keskustelussa tuli ilmi, että esimerkiksi lääkäri ei välttämättä lue hoitajan päivittäisraportointia, vaikka sieltä löytyisikin hyvin olennaista tietoa potilaan tilasta.

Myös potilaan lähetevaihe ja hoitajan osallisuus siinä tuli esiin keskustelussa. Päivystysaikana hoitaja saa tiedon tulevasta potilaasta, ja voi kertoa lähettävälle taholle potilaan taustatietoja, jos potilaalla on aiempi hoitosuhde. Virka-aikana hoitaja ei ole samalla tavalla osallisena läheteprosessissa, vaan tieto mahdollisesta tulevasta potilaasta tulee lääkärille, joka ei välttämättä samalla tavalla ole tietoinen tai ei perehdy potilaan aiempaan hoitohistoriaan. Hoitajien toiveena nousi esiin, että hoitajaa kuultaisiin enemmän jo ennen potilaan saapumista osastolle. Lisäksi potilasta tulisi kuunnella eikä tehdä arviota vain lähetteen perusteella.

Hoitaja-lääkäri yhteistyön kehittäminen koettiin tärkeäksi kehittämiskohteeksi. Sekä ryhmäkeskustelun että yksilövastausten perusteella hoitaja-lääkäri-yhteistyö otettiin myös uudeksi alaluokaksi teoriapohjan vaikuttaviin menetelmiin. Toisena keskeisenä kehittämiskohteena vaikuttavissa menetelmissä oli hoitolinjojen jämäköittäminen. Käytännössä tämä tarkoittaisi selkeämpiä hoitolinjauksia, esimerkiksi hoitoaikojen ja lääkityksen suhteen sekä hoitajan kuulemista hoitotyön asiantuntijana. Hoitajalla on usein taustalla hyvä näkemys potilaan kokonaistilanteesta, koska hoitajat usein tuntevat potilaan paremmin ja pidemmältä aikaa. Potilaat avautuvat myös helpommin hoitajalle hoitajakeskusteluissa ja hoitaja nähtiin myös yhdenlaisena potilaan asioiden puolesta puhujana, mikäli potilas ei itse uskalla/halua tuoda mielipidettään esille esimerkiksi lääkärintapaamisissa (hoitoneuvottelu).

Myös verkostoyhteistyön kehittäminen nähtiin selkeänä ja tärkeänä kehittämiskohteena. Avohoidon puolelle kaivataan vuorovaikutteista ja aktiivisempaa yhteyttä, niin että avohoidon työntekijöitä osallistuisi myös omien potilaidensa moniammatilliseen kiertoon, joka on kerran viikossa. Aktiivisempaa yhteydenottoa avohuollon puolelta toivottiin myös siinä tilanteessa, mikäli avohuollon piirissä olevan potilaan tila heikkenee. Keskustelu ja yhteydenpito jo varhaisessa vaiheessa nähtiin mahdollisuutena, joka voisi ennaltaehkäistä jopa sairaalajaksojen

syntymistä. Verkostoyhteistyön onnistumisen kannalta yhtenä ongelmana koettiin heikot kulkuhyteydet ja resurssit eri toimipisteiden välillä. Lisäksi verkostoyhteistyössä kehittämiskohdeeksi nousi myös akuuttipsykiatrian poliklinikan ja osastojen yhteistyön parantaminen. Yhteistyö nykyisellään koettiin vähäiseksi.

5.3 Kehittämisehdotus

Tämän opinnäytetyön tulokseksi tilaajaorganisaatio kanssa oli sovittu kehittämisehdotus, jossa nousee esiin, mitä hoitajan tulee huomioida potilaan tulotilanteessa sairaalan psykiatriselle osastolle. Tarkastelunäkökulmana on hoitotyön näkökulma potilaslähtöisesti siten, että kaikki potilaat saavat tulotilanteesta alkaen hyvää ja samanlaatuista hoitoa tasavertaisesti. Tavoitteeksi kehittämissuunnitelmassa asetettiin teoriapohjan mahdollisimman kattava toteutuminen.

Sisällönanalyysin ja teoriapohjan kautta määriteltiin tulotilanteessa olevat toimijat kunkin keskeisen käsitteen kohdalla. Taulukossa 3 on kuvattu eri toimijat. Esimerkiksi vastaanottotilanteessa toimijoina ovat lähettävä taho, potilas, lääkäri, hoitaja ja osassa tilanteista myös potilaan läheiset. Tiedon keruussa ja hoidon tarpeen arvioinnissa toimijoina ovat kollegat tiimin muodossa, hoitaja, lääkäri sekä moniammatilliset tahot ja avohoidon toimijat. Lisäksi toimijoina käsiteltiin erikseen myös hoitaja itse ja organisaatio.

Toimijat keskeisten käsitteiden näkökulmasta tulotilanteessa		
Vastaanottotilanne Lähettävä taho Potilas Lääkäri Hoitaja Potilaan läheiset	Potilaslähtöisyys Potilas Lääkäri Hoitaja	Turvallisuus Potilas Hoitaja Kollegat
Kriisituki Potilas Lääkäri Moniammatilliset tahot Potilaan läheiset	Hoitotyö ja hoitosuhteen luominen Potilas Hoitaja Lääkäri	Tiedon keruu ja hoidon tarpeen arviointi Kollegat (tiimi) Hoitaja Lääkäri Moniammatilliset tahot Avohoidon toimijat
Vaikuttavat menetelmät Potilas Potilaan läheiset Hoitaja Lääkäri Moniammatilliset tahot Avohoidon toimijat	Hoitaja itse	Organisaatio

Taulukko 3: Toimijat keskeisten käsitteiden näkökulmasta tulotilanteessa

Kehittämisehdotuksessa hoitajan toiminta ja keskeiset huomioitavat asiat on koottu suhteessa lähettävää tahoon, potilaaseen, lääkäriin, kollegoihin, moniammatillisiin tahoihin, potilaan

läheisiin ja avohoidon toimijoihin. Lisäksi kehittämissuunnitelmassa on tuotu esiin hoitajan vastuut ja velvoitteet sekä organisaation vastuulla olevat asiat. Kehittämissuunnitelma on kuvattu tiiviisti taulukossa 4 ja laajemmin perusteluineen liitteessä 5.

Hoitajan toiminnan kehittämistä tulotilanteessa on pyritty arvioimaan potilaan hoidon hyvän aloittamisen ja toiminnan yhtenevyyden kannalta. Kehittämissuunnitelma on synteesi tehdyistä analyysistä ja teoriapohjasta.

Kehittämissuunnitelmassa nostetaan esiin hoitajan suunnitelmallinen ja aktiivinen toiminta tulotilanteessa potilaan kohtaamisessa, turvallisuudessa, potilaan kokonaistilanteen selvittämisessä, hoidon tarpeen arvioinnissa, hoitotyön koordinoinnissa ja potilaan osallisuuden varmistajana hoitosuunnitelman tekemisessä sekä verkoston mukana olosta tulotilanteesta alkaen. Hoitaja toimii hoitotyön asiantuntijana, työyhteisön jäsenenä sekä oman osaamisensa kehittäjänä.

Kehittämissuunnitelmassa (liite 5) on rinnakkain kehittämiskohde sekä teoriapohjasta nousevat perustelut. Kehittämissuunnitelma tuo esiin tulotilanteen merkityksen potilaan hoidon aloittamisessa, koska tulotilanteen toiminta vaikuttaa kokonaisvaltaisesti hoitotyön käynnistymiseen, suuntaamiseen ja lopulta koko hoidon kokonaiskestoon (Lapinkangas ym. 2012, 20-22; Ahonen ym. 2014). Tästä syystä tulotilanteen toiminnan systematisointi on tärkeä.

Kehittämisehdotus					
Mitä hoitajan tulee huomioida potilaan tulotilanteessa sairaalan psykiatriselle osastolle?					
Organisaation vastuulla ohjeet, resurssit, toimintamallit ja kehittäminen					
Hoitaja toimii suunnitelmallisesti ja aktiivisesti hoitotyön asiantuntijana potilaan ja tulotilanteen eri toimijoiden kanssa					
Lähtevä taho					
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hoitosuhde alkaa, kun hoitaja saa tiedon mahdollisesta potilaasta ▪ Hoidon tarpeen arvioinnissa tukena aiempien hoitosuhteiden tiedot ja hoitajan potilastuntemus 					
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> Potilas <ul style="list-style-type: none"> ▪ Vastaanotto osastolle ystävällisesti ja rauhallisesti ▪ Kohtaamisessa ei ennakkoluuloja ▪ Keskustelussa tavoitteellinen vuorovaikutus ja ns. rakentava tietämättömyys, joka luo kuvan potilaan tilanteesta ▪ Potilaan tilan tarkkailu ▪ Kriisituki tarvittaessa ▪ Turvalliset ja rauhalliset tilat (haastattelut, potilashuone) ▪ Potilaan kotitilanteen selvittäminen (Lapset puheeksi - menetelmä) ja mahdollinen lastensuojelu- tai eläinsuojeluilmoitukset ▪ Potilaan osallisuuden vahvistaminen oman hoidon suunnittelussa ▪ Potilaan kulttuurin, kielen ja moninaisuuden huomiointi ▪ Hoitotahdon tekemisen neuvominen ▪ Potilaan asiantuntijuus potilaan sairauden ja tilanteen osalta </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> Lääkäri <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hoitaja-lääkäri-yhteistyössä hoitaja on hoitotyön asiantuntija ▪ Hoitaja koordinoi hoitotyötä yhteistyössä ▪ Hoitaja varmistaa, että toimitaan potilaslähtöisesti ▪ Hoitaja tuo esiin potilaan tilan kehittymisen, perhe- ja elämäntilanteen sekä lääketeen </td> </tr> </table>	Potilas <ul style="list-style-type: none"> ▪ Vastaanotto osastolle ystävällisesti ja rauhallisesti ▪ Kohtaamisessa ei ennakkoluuloja ▪ Keskustelussa tavoitteellinen vuorovaikutus ja ns. rakentava tietämättömyys, joka luo kuvan potilaan tilanteesta ▪ Potilaan tilan tarkkailu ▪ Kriisituki tarvittaessa ▪ Turvalliset ja rauhalliset tilat (haastattelut, potilashuone) ▪ Potilaan kotitilanteen selvittäminen (Lapset puheeksi - menetelmä) ja mahdollinen lastensuojelu- tai eläinsuojeluilmoitukset ▪ Potilaan osallisuuden vahvistaminen oman hoidon suunnittelussa ▪ Potilaan kulttuurin, kielen ja moninaisuuden huomiointi ▪ Hoitotahdon tekemisen neuvominen ▪ Potilaan asiantuntijuus potilaan sairauden ja tilanteen osalta 	Lääkäri <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hoitaja-lääkäri-yhteistyössä hoitaja on hoitotyön asiantuntija ▪ Hoitaja koordinoi hoitotyötä yhteistyössä ▪ Hoitaja varmistaa, että toimitaan potilaslähtöisesti ▪ Hoitaja tuo esiin potilaan tilan kehittymisen, perhe- ja elämäntilanteen sekä lääketeen 	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> Kollegat <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tiedottaminen potilaan tulosta ja riskeistä ▪ Hoitotyön koordinointi ja vastuiden jako tiedon keruun ja hoidon tarpeen arvioinnin osalta ▪ Potilaan kokonaistilanteen selvittäminen tiimissä ▪ Hoitosuosituksen laatiminen hoitotyöstä ensimmäisten päivien aikana ▪ Potilaan tilan raportointi </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> Moniammatilliset tahot <ul style="list-style-type: none"> ▪ Potilaan kokonaistilanteen selvittäminen yhteistyössä (sosiaalihoitaja ym.) ▪ Kriisituki tarvittaessa ▪ Hoitotyön koordinointi ▪ Hoitaja varmistaa potilaan osallisuuden oman hoidon suunnittelussa ja tulotilanteen hoitokokouksessa </td> </tr> </table>	Kollegat <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tiedottaminen potilaan tulosta ja riskeistä ▪ Hoitotyön koordinointi ja vastuiden jako tiedon keruun ja hoidon tarpeen arvioinnin osalta ▪ Potilaan kokonaistilanteen selvittäminen tiimissä ▪ Hoitosuosituksen laatiminen hoitotyöstä ensimmäisten päivien aikana ▪ Potilaan tilan raportointi 	Moniammatilliset tahot <ul style="list-style-type: none"> ▪ Potilaan kokonaistilanteen selvittäminen yhteistyössä (sosiaalihoitaja ym.) ▪ Kriisituki tarvittaessa ▪ Hoitotyön koordinointi ▪ Hoitaja varmistaa potilaan osallisuuden oman hoidon suunnittelussa ja tulotilanteen hoitokokouksessa
Potilas <ul style="list-style-type: none"> ▪ Vastaanotto osastolle ystävällisesti ja rauhallisesti ▪ Kohtaamisessa ei ennakkoluuloja ▪ Keskustelussa tavoitteellinen vuorovaikutus ja ns. rakentava tietämättömyys, joka luo kuvan potilaan tilanteesta ▪ Potilaan tilan tarkkailu ▪ Kriisituki tarvittaessa ▪ Turvalliset ja rauhalliset tilat (haastattelut, potilashuone) ▪ Potilaan kotitilanteen selvittäminen (Lapset puheeksi - menetelmä) ja mahdollinen lastensuojelu- tai eläinsuojeluilmoitukset ▪ Potilaan osallisuuden vahvistaminen oman hoidon suunnittelussa ▪ Potilaan kulttuurin, kielen ja moninaisuuden huomiointi ▪ Hoitotahdon tekemisen neuvominen ▪ Potilaan asiantuntijuus potilaan sairauden ja tilanteen osalta 	Lääkäri <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hoitaja-lääkäri-yhteistyössä hoitaja on hoitotyön asiantuntija ▪ Hoitaja koordinoi hoitotyötä yhteistyössä ▪ Hoitaja varmistaa, että toimitaan potilaslähtöisesti ▪ Hoitaja tuo esiin potilaan tilan kehittymisen, perhe- ja elämäntilanteen sekä lääketeen 				
Kollegat <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tiedottaminen potilaan tulosta ja riskeistä ▪ Hoitotyön koordinointi ja vastuiden jako tiedon keruun ja hoidon tarpeen arvioinnin osalta ▪ Potilaan kokonaistilanteen selvittäminen tiimissä ▪ Hoitosuosituksen laatiminen hoitotyöstä ensimmäisten päivien aikana ▪ Potilaan tilan raportointi 	Moniammatilliset tahot <ul style="list-style-type: none"> ▪ Potilaan kokonaistilanteen selvittäminen yhteistyössä (sosiaalihoitaja ym.) ▪ Kriisituki tarvittaessa ▪ Hoitotyön koordinointi ▪ Hoitaja varmistaa potilaan osallisuuden oman hoidon suunnittelussa ja tulotilanteen hoitokokouksessa 				
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> Potilaan läheiset <ul style="list-style-type: none"> ▪ Yhteys, jos lupa potilaalta ▪ Potilaan kokonaistilanteen selvittäminen (kotitilanne, sairauden oireet, päihteet, käyttäytyminen) </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> Avohoidon toimijat <ul style="list-style-type: none"> ▪ Potilaan nykytilan ja kokonaistilanteen selvittäminen ▪ Hoitotyön koordinointi tulotilanteesta alkaen ▪ Asiantuntijuuksien yhdistäminen </td> </tr> </table>	Potilaan läheiset <ul style="list-style-type: none"> ▪ Yhteys, jos lupa potilaalta ▪ Potilaan kokonaistilanteen selvittäminen (kotitilanne, sairauden oireet, päihteet, käyttäytyminen) 	Avohoidon toimijat <ul style="list-style-type: none"> ▪ Potilaan nykytilan ja kokonaistilanteen selvittäminen ▪ Hoitotyön koordinointi tulotilanteesta alkaen ▪ Asiantuntijuuksien yhdistäminen 	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> Potilas <ul style="list-style-type: none"> ▪ Vastaanotto osastolle ystävällisesti ja rauhallisesti ▪ Kohtaamisessa ei ennakkoluuloja ▪ Keskustelussa tavoitteellinen vuorovaikutus ja ns. rakentava tietämättömyys, joka luo kuvan potilaan tilanteesta ▪ Potilaan tilan tarkkailu ▪ Kriisituki tarvittaessa ▪ Turvalliset ja rauhalliset tilat (haastattelut, potilashuone) ▪ Potilaan kotitilanteen selvittäminen (Lapset puheeksi - menetelmä) ja mahdollinen lastensuojelu- tai eläinsuojeluilmoitukset ▪ Potilaan osallisuuden vahvistaminen oman hoidon suunnittelussa ▪ Potilaan kulttuurin, kielen ja moninaisuuden huomiointi ▪ Hoitotahdon tekemisen neuvominen ▪ Potilaan asiantuntijuus potilaan sairauden ja tilanteen osalta </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> Lääkäri <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hoitaja-lääkäri-yhteistyössä hoitaja on hoitotyön asiantuntija ▪ Hoitaja koordinoi hoitotyötä yhteistyössä ▪ Hoitaja varmistaa, että toimitaan potilaslähtöisesti ▪ Hoitaja tuo esiin potilaan tilan kehittymisen, perhe- ja elämäntilanteen sekä lääketeen </td> </tr> </table>	Potilas <ul style="list-style-type: none"> ▪ Vastaanotto osastolle ystävällisesti ja rauhallisesti ▪ Kohtaamisessa ei ennakkoluuloja ▪ Keskustelussa tavoitteellinen vuorovaikutus ja ns. rakentava tietämättömyys, joka luo kuvan potilaan tilanteesta ▪ Potilaan tilan tarkkailu ▪ Kriisituki tarvittaessa ▪ Turvalliset ja rauhalliset tilat (haastattelut, potilashuone) ▪ Potilaan kotitilanteen selvittäminen (Lapset puheeksi - menetelmä) ja mahdollinen lastensuojelu- tai eläinsuojeluilmoitukset ▪ Potilaan osallisuuden vahvistaminen oman hoidon suunnittelussa ▪ Potilaan kulttuurin, kielen ja moninaisuuden huomiointi ▪ Hoitotahdon tekemisen neuvominen ▪ Potilaan asiantuntijuus potilaan sairauden ja tilanteen osalta 	Lääkäri <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hoitaja-lääkäri-yhteistyössä hoitaja on hoitotyön asiantuntija ▪ Hoitaja koordinoi hoitotyötä yhteistyössä ▪ Hoitaja varmistaa, että toimitaan potilaslähtöisesti ▪ Hoitaja tuo esiin potilaan tilan kehittymisen, perhe- ja elämäntilanteen sekä lääketeen
Potilaan läheiset <ul style="list-style-type: none"> ▪ Yhteys, jos lupa potilaalta ▪ Potilaan kokonaistilanteen selvittäminen (kotitilanne, sairauden oireet, päihteet, käyttäytyminen) 	Avohoidon toimijat <ul style="list-style-type: none"> ▪ Potilaan nykytilan ja kokonaistilanteen selvittäminen ▪ Hoitotyön koordinointi tulotilanteesta alkaen ▪ Asiantuntijuuksien yhdistäminen 				
Potilas <ul style="list-style-type: none"> ▪ Vastaanotto osastolle ystävällisesti ja rauhallisesti ▪ Kohtaamisessa ei ennakkoluuloja ▪ Keskustelussa tavoitteellinen vuorovaikutus ja ns. rakentava tietämättömyys, joka luo kuvan potilaan tilanteesta ▪ Potilaan tilan tarkkailu ▪ Kriisituki tarvittaessa ▪ Turvalliset ja rauhalliset tilat (haastattelut, potilashuone) ▪ Potilaan kotitilanteen selvittäminen (Lapset puheeksi - menetelmä) ja mahdollinen lastensuojelu- tai eläinsuojeluilmoitukset ▪ Potilaan osallisuuden vahvistaminen oman hoidon suunnittelussa ▪ Potilaan kulttuurin, kielen ja moninaisuuden huomiointi ▪ Hoitotahdon tekemisen neuvominen ▪ Potilaan asiantuntijuus potilaan sairauden ja tilanteen osalta 	Lääkäri <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hoitaja-lääkäri-yhteistyössä hoitaja on hoitotyön asiantuntija ▪ Hoitaja koordinoi hoitotyötä yhteistyössä ▪ Hoitaja varmistaa, että toimitaan potilaslähtöisesti ▪ Hoitaja tuo esiin potilaan tilan kehittymisen, perhe- ja elämäntilanteen sekä lääketeen 				
Hoitajan vastuulla hoitotyön asiantuntijuus, yhteistyö työyhteisössä ja verkostoissa, lain määräämät velvoitteet ja osaamisen kehittäminen					
Organisaatio					

Taulukko 4: Tulotilanteen kehittämisehdotus tiivistetysti

Kehittämisehdotus esiteltiin tilaajalle 19.10.2016. Tilaajan taholta kehittämisehdotus todettiin kattavaksi ja perusteelliseksi. Teoriaperustan mind map-kuvion (kuvio 1) todettiin olevan toimiva ja kuvaavan hyvin kattavasti potilaan tulotilanteen eri tekijöitä. Myös kehittämisehdotuksen esitysmuotoa taulukkona, jossa on kehittämisehdotus ja teoriaperusta vierekkäin, pidettiin helppolukuisena ja selkeänä.

Hoitotyön ja hoitajan roolin vahva esiin nosto nähtiin hyvänä. Hoitajan vastuulla on paljon asioita ja hoitajien kollegiaalista tukea pidettiin tärkeänä.

Keskustelua herätti hoitaja-lääkäriyhteistyössä lääkärin vastuun ja hoitajan vastuun jakaantuminen. Nykyisellään hoitajan ja lääkärin välinen kumppanuus on vajaata monista eri syistä johtuen. Sitä tulee kehittää edelleen.

Kehittämisehdotuksessa organisaation tehtäväksi esitetty tulotilanteen systemaattisen mallin kehittäminen nähtiin tärkeänä. Todettiin, että struktuuriin kuvataan potilaan prosessi ja se, mitä kukin potilaan kanssa tekee ja mitä ko. tahon tulee huomioida. Hyvänä perustana tulotilanteen systemaattisen mallin kehittämisessä on nykyinen tulohaastattelun lomake, jossa on kattavasti kuvattu myös omahoitajan työtä tulotilanteessa sekä hyvä kysymyslista omahoitaja-haastatteluun.

Tilaaja oli tyytyväinen kehittämisehdotukseen, mitään muutoksia siihen ei haluttu tehdä. Kehittämisehdotuksen toteuttaminen jää tilaajan harkintaan ja vastuulle.

6 Pohdinta

Lopuksi esitetään vielä johtopäätökset, arvioidaan tulosten hyödyntämistä ja jatkotoimia kehittämisen osalta. Lisäksi pohditaan ja tarkastellaan tämän opinnäytetyön eettistä näkökulmaa ja luotettavuutta.

6.1 Johtopäätökset, tulosten hyödyntäminen ja kehittäminen

Mielenterveyspalvelussa strategiana on siirtyä yhä enemmän avohoitoon ja vähentää erikoissairaalatasoista hoitoa. Mielenterveyspalveluiden laitospaikat ovat vähentyneet ja vähenevät edelleen yhä enenevässä määrin. Tämä tarkoittaa käytännössä sitä, että sairaalajaksot lyhenevät ja toimintaa pitää kehittää sekä luoda uusia, toimivia yhteistyömalleja avohoidon kanssa. Tulotilanteessa korostuu hoidon tarpeen arviointi, eli potilaan tilannetta arvioitaessa huomioidaan myös muut mahdolliset hoitomuodot ja sairaalahoitoa integroidaan muihin hoitomuotoihin. Onnistunut tulotilanne on keskeinen osa hoitoprosessia ja sillä voidaan lyhentää myös potilaan sairaalassa oloaika. (Kontio ym. 2013; Seikkula & Alakare 2004, 293-294). Tu-

lotilanteen toiminta vaikuttaa hoitotyön käynnistymiseen, suuntaamiseen ja lopulta hoidon kokonaisuuteen (Lapinkangas ym. 2012, 20-22; Ahonen ym. 2014). Tässä opinnäytetyössä myös nähdään tärkeänä, että tulotilanteen toiminnot rakentuvat systemaattisen toimintatavan perustalle.

Kehittämistarpeiden kartoituksessa nousi esille tarve hoitotyön systemaattiselle organisoinnille. Sarajärven ym. (2013, 39-67) mukaan hoitaja on hoitotyön ammattilainen, jolla on takanaan koulutus, kokemus sekä näyttöön perustuva tieto. Myös ryhmäkeskustelussa tuli esille, että hoitajan rooli on hyvin vastuullinen ja monitahoinen. Hoitaja on hoitotyön ammattilainen, jolla on usein vankka tieto pitkäaikaispotilaan aiemmasta sairaushistoriasta tai hoitaja on se, joka selvittää akuutisti sairastuneen uuden potilaan taustoja ja tilannetta. Osana systemaattista mallia keskeistä on hoitajan suunnitelmallinen ja aktiivinen toiminta hoitotyön asiantuntijana potilaan ja tulotilanteen eri toimijoiden kanssa. Keskeinen kehittämiskohde on hyvä hoitaja-lääkäriyhteistyö, kollegiaalisuus sekä hyvät vuorovaikutteiset yhteydet moniammatillisiin ja avohuollon toimijoihin tulotilanteesta alkaen.

Teoriapohjassa, samoin kuin myös ryhmäkeskusteluissa nousi esiin vahvasti potilaslähtöisyys hoitotyössä. Potilaan kohtaaminen avoimesti ja ennakkoluulottomasti edistää hoidon onnistumista ja potilaan omien voimavarojen hyödyntämistä. Mäkisalo-Ropponen (2012, 168-171) suosittelee hoitotyössä pyrkimään ns. tavoitteelliseen vuorovaikutukseen sekä rakentamattomaan tietämättömyyteen. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että hoitaja tulkitsee sanallisen viestinnän ohella myös potilaan ei sanallisia viestejä, kuten liikkeitä, eleitä, äänensävyjä. Hoitaja ei saa muodostaa etukäteen tarkkaa käsitystä potilaasta, vaan kuuntelee lauseelta potilasta ja muodostaa käsitystä tämän tiedon perusteella. Seikkula & Alakareen (2004, 290- 292) mukaan potilaan osallisuudella oman hoidon suunnittelussa on suuri merkitys. Hoidon suunnittelussa tulisi hyödyntää potilaan omaa asiantuntijuutta oman sairauden ja tilanteen osalta. Potilaslähtöisyyteen kuuluu myös erilaisten elämäntilanteiden, kulttuureiden sekä ihmisten moninaisuuden tunnistaminen. Maahanmuuttajataustaisella potilaalla voi olla hyvin erilainen käsitys mielen sairauksista ja hoitomuodoista. (Kuhanen ym. 2013,145.) Myös muu moninaisuus, kuten seksuaali- ja sukupuolivähemmistöt, eri uskontoihin kuuluvat potilaat tai vammaiset potilaat voivat kohdata psykiatrisessa hoitotyössä ennakkoluuloja tai syrjivää asennetta (Törmä ym. 2014, 179-185). Tämän kokonaisuuden ymmärtämisen tueksi hoitaja tarvitsee koulutusta, vaikka tiedon tarvetta ei aina itse tunnisteta (Törmä ym. 2014,179-185).

Opinnäytetyön tuloksena rakennetussa tulotilanteen kehittämisehdotuksessa kuvataan konkreettisesti hoitajan toiminnan tärkeitä asioita eri toimijoiden kanssa. Tilaajaorganisaatio saa opinnäytetyön tuloksena kuvan osastojen 1 ja 2 nykyisestä tulotilanteesta sekä kehittämisehdotuksen, millainen olisi molempien osastojen yhtenäinen tulotilanne hoitajan näkökulmasta. Konkreettisenä hyötynä nousee esiin toimet, mitä hoitajan tulee huomioida ja miten toimia

tulotilanteessa, kun uusi potilas saapuu osastolle. Tilaajaorganisaatio saa myös alustavan perustan tulotilanteen toimintojen systematisoinnille kahden eri osaston osalta. Näin tulotilanteessa hoitajan hoitotyö, hoitaja-lääkäri-yhteistyö sekä moniammatillisen ryhmän ja avohuollon toimijoiden toiminta yhtenäistyvät ja tehostuvat potilaan hyödyksi.

Kehittämisehdotuksen toteuttaminen jää tilaajan harkinnan varaan. Tilaaja on kommentoinut kehittämisehdotusta ja todennut, että Mind Map -kuviot ovat havainnollisia ja niitä tilaaja voi suoraan käyttää perehdytyksessä hyödyksi. Myös kehittämisehdotus todettiin konkreettiseksi ja selkeäksi. Sen pohjalta voi lähteä jatkotyöstämään tulotilanteen toimintamallia käytännössä hoitajan työn osalta. Tilaajan edustaja arvioi, että kehittämisehdotuksen pohjalta jatkossa kuvataan prosessi eli mitä kukakin toimija tekee potilaan kanssa ja mitä kunkin tahon tulee erityisesti huomioida. Näin saadaan tulotilanteeseen systemaattinen toimintamalli.

Sosiaali- ja terveydenhuollon (sote) palvelurakennemuutoksen tuomat mahdollisuudet tulee ottaa huomioon jatkokehittämistyössä. Kärkkäinen (2016, 1506) tuo esiin, että mielenterveys- ja päihdepalveluissa sote-integraation tavoite on mahdollistaa nopeampi hoidon saatavuus, kokonaisvaltainen hoito ja jatkuvuus nykyistä paremmin. Lisäksi se edellyttää yhteistyötä eri toimijatahojen välillä perus-, avo- ja sairaalahoidossa. Myös hoitajan toimintaan tulee tämän myötä muutoksia, mitä kehittämisehdotuksessa on esiin nostettu.

6.2 Etiikka ja luotettavuus

Tutkimuseettiset ja luotettavuus näkökulmat otettiin huomioon tutkimuksen alkuvaiheesta alkaen. Tutkimuseettisestä näkökulmasta tutkija ei saa vahingoittaa tutkimuksen kohdetta. Tutkija ei saa valehdella tutkimusta koskevista asioista, eikä myöskään käyttää luvatta tai varastaa toisen aineistoja. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2016,5.)

Tämä opinnäytetyö eteni tutkimussuunnitelman mukaisesti. Prosessin kaikki vaiheet mietittiin ja kuvattiin opinnäytetyössä tarkasti. Opinnäytetyöstä käytiin alkupalaveri, jossa läsnä olivat kohdeorganisaation edustaja, molemmat opinnäytetyöntekijät sekä ohjaava opettaja. Näin saatiin jo heti alkuun opinnäytetyölle selkeät raamit, mitä työltä halutaan. Opinnäytetyöstä tehtiin kirjallinen sopimus toimeksiantajan kanssa sekä lisäksi haettiin virallinen tutkimuslupa Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriltä. Teoriapohjan lähteiksi valittiin pro gradu -töitä, väitöskirjoja, julkaisusarjoissa julkaistuja artikkeleja sekä alan kirjallisuutta ja raportteja. Lisäksi käytettiin myös muiden tahojen tekemiä ohjeita, esimerkiksi hoitotahdon tekemisen ohje, jolla konkretisoitiin uutta asiaa. Opinnäytetyöntekijät huolehtivat, että kutsukirjeet ja haastattelukysymykset lähtivät ajoissa haastatteluun osallistuville ja osallistujilla oli mahdollisuus esittää kysymyksiä jo etukäteen halutessaan. Itse haastattelut ja ryhmäkeskustelut tehtiin rauhallisissa tiloissa ilman kiirettä suunnitellussa aikataulussa pysyen.

Kuulan (2006, 24-26) mukaan yksittäisillä tutkijoilla on vastuu tutkimuksen eettisestä näkökulmasta, mutta tutkimusetiikkaa ohjaavat myös enenevässä määrin myös kollegiaaliset periaatteet ja tavoitteet. Hyvään tutkimusetiikkaan kuuluu, että tutkija noudattaa tutkimustyösäännön hyviä yhteisesti sovittuja periaatteita. Tutkimuksessa tulisi kunnioittaa ihmisten ja yhteisöiden itsemääräämisoikeutta sekä tutkimuksessa aiheutuvan vahingon välttämistä. Haastatteluissa eettinen ja luotettavuus näkökulma huomioitiin kertomalla haastatteluun osallistujille opinnäytetyöstä, opinnäytetyöhön osallistumisen vapaaehtoisuudesta ja mahdollisuudesta poistua, mikäli osallistuja ei haluaisi olla mukana. Lisäksi HUS tutkimuslupa oli osallistujien nähtävissä ryhmähaastattelu tilanteessa. Opinnäytetyöntekijät huomioivat myös, että osallistujien henkilöllisyys ei paljastu työn missään vaiheessa. Haastattelujen vastaukset kirjoitettiin puhtaaksi heti haastatteluiden jälkeen ja käsiteltiin teoriaa ohjaavan sisällön analyysin (Tuomi ja Sarajärvi 2013, 117-118) mukaisesti.

Valtosen (2009, 223) mukaan ryhmäkeskustelussa tavoitteena on 10-15 osallistujaa, jos osallistujamäärä on 6-8 ollaan vielä tyypillisen ryhmäkeskustelun osallistujamäärässä. Tässä opinnäytetyössä luotettavuuden kannalta oli oleellista, että osallistujia oli molemmilta osastoilta. Osallistujat olivat keskustelussa aktiivisia ja keskustelu eteni suunnitellusti ja pysyi aikataulussa. Kirjaaja ehti kirjata kaiken oleellisen ylös. Osallistuilla oli myös kirjallisia tuotoksia, jotka koottiin aineistoon, mikä lisäsi luotettavuutta.

Tämän opinnäytetyön luotettavuuden keskeinen kulmakivi on ollut alkuhaastattelun tekeminen, jossa luotiin kattava ja realistinen kuva nykytilasta ja sen pohjalle rakennettiin ryhmäkeskustelun teemat. Toinen tämän opinnäytetyön keskeinen kulmakivi oli se, että sekä haastatteluun että focus group - kehittämiskeskusteluun valituilla osallistujilla on riittävästi tietoa tulotilanteesta toimimisesta ja riittävästi aikaa myös ennakkoperehtymiseen ja osallistumiseen. Kankkusen & Vehviläinen-Julkusen (2013,111) mukaan laadukkaan aineiston saamiseen vaikuttavat mm. osallistujien tieto tutkittavasta aiheesta sekä se, että osallistujille on varattu riittävästi aikaa valmistautua ja osallistua tutkimukseen. He toteavat, että hyvin tietoa jakavilta osallistujilta, joille on varattu riittävästi aikaa, saadaan laadukkaampaa aineistoa kuin kiireellisiltä osallistujilta.

Opinnäytetyön tekijät toimittivat viikkoa ennen haastattelua ja ryhmäkeskustelua saatekirjeen ja haastattelu- ja ryhmäkeskusteluteemat osastolle. Osastonhoitaja toimitti ne haastatteluun ja ryhmäkeskusteluun valituille. Osallistujat kertoivat saaneensa nämä etukäteen ja ainakin kerran lukeneensa ne läpi. Sekä haastattelu- että ryhmäkeskustelutilanne etenivät rauhallisesti ja suunnitelman mukaan ja kaikki teemat ehdittiin hyvin käydä läpi. Myös osallistujat olivat kokeneita hoitajia ja perillä asioista.

Opinnäytetyön tekijöiden esittämä toive, että hoitajien lisäksi ryhmäkeskusteluun lisäksi osallistuisi myös moniammatillisia toimijoita, ei ollut kuitenkaan mennyt eteenpäin, joten muita kuin hoitajia ei keskusteluun osallistunut. Tämän ei kuitenkaan katsota vähentävän tulosten kattavuutta. Nykyisellään moniammatilliset toimijat eivät vielä osallistu tulovaiheessa, mutta jatkossa toivottiin, että myös he osallistuisivat tulotilanteesta alkaen.

Laadullisella tutkimusmenetelmällä tehdyssä tutkimuksessa tutkimuksen toteuttaminen ja tutkimuksen luotettavuus ovat toisiinsa yhteydessä. Koska laadullisessa tutkimuksessa tutkimuksen kohteena ovat opinnäytetyöntekijän tekemät valinnat ja ratkaisut niin luotettavuuden kriteerinä toimii tutkija itse sekä hänen rehellisyytensä. Tutkija arvioi jokaisen tekemänsä valinnan ja ratkaisun kohdalla niiden luotettavuutta. Myös tutkimusaineiston keruulla, käsitteilyllä sekä arkistoinnilla on suuri merkitys luotettavuuden ja tarkistettavuuden näkökannalta. Toisin sanoen, luotettavuuden arviointia suoritetaan koko ajan suhteessa teoriaan, analyysitapaan, tutkimusaineiston ryhmittelyyn, luokitteluun, tutkimiseen, tulkintaan, tuloksiin ja johtopäätöksiin.

Luotettavuuden kannalta on tärkeää, että tutkija pystyy perustelemaan tutkimustekstissään mistä valintojen joukosta tietty valinta on tehty, mitä ratkaisut ovat olleet ja miksi näihin loppuratkaisuihin on päädytty. Lisäksi tutkijan pitää pystyä arvioimaan vielä ratkaisuidensa tarkoituksenmukaisuutta sekä samalla myös toimivuutta tavoitteiden näkökulmasta. (Vilkkä 2015, 196-197; Kuula 2006, 24.)

Tässä opinnäytetyössä tehty kehittämissuositus sisältää haastattelun, ryhmäkeskustelun ja teoriapohjan perusteella tehtyjä valintoja ja ratkaisuja. Kehittämissuositus esiteltiin tilaajalle ja tilaajan edustajilla oli mahdollisuus keskustella tehdyistä valinnoista. Eniten keskusteltiin hoitaja-lääkäri yhteistyöstä, jossa ryhmäkeskustelussa mukana olleet halusivat varmistaa, että opinnäytetyön tekijät ovat ymmärtäneet oikein eli hoitaja pyrkii nykyisellään olemaan aktiivinen ja muutosta toivotaan nimenomaan siihen, että lääkäri huomioisi hoitajan kirjaukset ja asiantuntijuuden potilastyössä. Yhteisesti todettiin, että näin tämä asia tuotu julki ja kirjoitusasuna hoitaja-lääkäri-yhteistyön kehittäminen tarkoittaa juuri tätä. Myös Tuomi & Sarajarvi (2013, 141) mukaan tässä vaiheessa tilaajaorganisaatiossa voidaan vielä tuoda esiin tulokseen vaikuttavia tekijöitä, jos siihen on perusteita. Kun kehittämissuositus esiteltiin osastolla ja käytiin siitä keskustelu, voidaan katsoa, että sen myötä tuloksen luotettavuus ja käyttökelpoisuus vahvistettiin.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli laatia tilaajaorganisaatioon kehittämissuositus, miten tulotilannetta voitaisiin kehittää yhtenäiseksi molemmilla osastoilla, niin että potilas saisi tasaverstaista, hyvää hoitoa. Tarkastelu tehtiin hoitotyön näkökulmasta potilaslähtöisesti eli mitä hoitajan tulee huomioda potilaan tulotilanteessa. Kehittämissuositus laadittiin vertailemalla

nykytilanne kartoitusta, ryhmähaastattelussa nousseita teemoja ja teoriapohjaa. Niistä muodostettiin synteesi ja analysoitiin eri vaiheisiin liittyvät toimijat. Näin päästiin konkreettisesti kuvaamaan hoitajan kanssa tulotilanteessa toimivia tahoja ja ratkaisemaan kehittämistehtävän peruskysymys eli mitä hoitajan tulee huomioida potilaan tulotilanteessa. Alustava kehitysehdotus esitettiin tilaajaorganisaatiolle 19.10.2016. Osallistujat saivat tutustua kehitysehdotukseen taulukkomuodossa (taulukko 4) sekä tarkempien perusteluiden kanssa (liite 5). Tilaaja koki ehdotuksen kokonaisvaltaisena ja hyvänä, eikä halunnut esittää siihen muutoksia. Näin ollen voidaan todeta, että opinnäytetyöntekijät olivat löytäneet sisällönanalyysin kautta keskusteluista oleelliset kehittämistarpeet ja niihin on kytketty myös perusteet teoriapohjasta.

Lähteet

- Ahonen, O., Ikonen, H. & Koivukoski, S. 2014. Hyvin suunniteltu on puoliksi tehty. Sairaanhoidajalehti 27.10.2014 (julkaistu aiemmin 10/2007). Viitattu 29.3.2016.
<https://sairaanhoitajat.fi/artikkeli/hyvin-suunniteltu-puoliksi-tehty/>
- Castaneda, A.E., Rask, S., Kokkonen, P., Mälsä, M. & Koskinen, S. 2012. Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi. Tutkimus venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisista Suomessa. THL. Raportti 61/2012. <https://www.julkari.fi/handle/10024/90907>
- Hedrenius, S. & Johansson, S. 2016. Kriisituki. Ensiapua onnettomuuksien, katastrofien ja järkyttävien tapahtumien käsittelyyn. Tietosanoma. Helsinki.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2014. Tutki ja kirjoita. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Helsinki.
- HUS 2016a. Osasto 1. Viitattu 2.4.2016.
<http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaalat/paloniemen-sairaala/osastot/Sivut/default.aspx>
- HUS. 2016b. Psykiatria. Viitattu 30.3.2016.
<http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaanhoitopalvelut/psykiatria/Sivut/default.aspx>
- HUS, 2016c. Psykiatrinen hoitotahto. Viitattu 31.3.2016.
<http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaalat/hyvinkaan-sairaala/Dokumenttikirjasto/Psykiatrinen%20hoitotahto.pdf>
- HUS-Länsi-Uusimaa. 2015. Psykoosipotilaan hoitoketju. Terveysportti. Hoitoketjut. Viitattu 31.3.2016.
http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=shp01051&p_haku=mielelnterveys_lahete
- Evira. 2016. Eläinsuojeluviranomaiset Suomessa. Viitattu 31.3.2016.
<http://www.evira.fi/portal/fi/elaimet/elainsuojelu+ja+elainten+pito/elainsuojelun+valvonta/elainsuojeluviranomaiset+suomessa+/>
- Kananen, J. 2008. Kvali - kvalitatiivisen tutkimuksen teoria ja käytänteet. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja -sarja. Jyväskylä.
- Kananen, J. 2012. Kehittämistutkimus opinnäytetyönä. Kehittämistutkimuksen kirjoittamisen käytännön opas. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja-sarja. Jyväskylä.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Sanoma Pro Oy. Helsinki.
- Kilkku, N. 2008. Potilasopetus esipsykoosipotilaiden hoidossa. Substantiivinen teoria luottamuksen uudelleen rakentumisesta. Väitöskirja. Tampereen yliopisto.
- Kiviniemi, L., Läksy, M-L., Matinlauri, T., Nevalainen, K., Ruotsalainen, K., Seppänen U-M. & Vuokila-Oikkonen, P. 2007. Minä mielenterveystyön tekijänä. Edita. Helsinki.
- Kontio, R., Malin, M., Joffe, G., Vastamäki, M. & Wahlbeck, K. 2013. HUS-alueen mielenterveys- ja päihdepalvelut liian laitoseskeisiä. Suomen Lääkärilehti 7/2013 vsk 68.
- Koponen, H. & Lappalainen, J. 2015. Mielenterveyspotilaan somaattinen terveys. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 6/2015;131: 577-82. Viitattu 4.4.2016.
http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=duo12166&p_haku=Mielelnterveyspotilaan_somaattinen_terveys

Kuhanen, C., Oittinen, P., Kanerva, A., Seuri, T. & Schubert, C. 2013. Mielenterveyshoitotyö. Sanoma Pro Oy. Helsinki.

Kuntaliitto, 2011. Terveystieteiden laatuopas. Viitattu 18.3.2016.
<https://www.thl.fi/fi/web/laatu-ja-potilasturvallisuus/etusivu/laadunhallinta>

Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Vastapaino. Tampere.

Kärkkäinen, J. 2016. Sote-uudistus - mahdollisuus mielenterveys- ja päihdepalveluille. Duodecim 2016; 132:1505-6.
http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=duo13284&p_haku=Kärkkäinen

Käypä hoito -suositus. 2014. Depressio. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki. Viitattu 2.4.2016. Luettavissa verkossa: www.kaypahoito.fi

Käypä hoito -suositus. 2015a. Epävakaa persoonallisuus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki. Viitattu 2.4.2016. Luettavissa verkossa: www.kaypahoito.fi

Käypä hoito -suositus. 2015b. Skitsofrenia. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki. Viitattu 2.4.2016. Luettavissa verkossa: www.kaypahoito.fi

L14.12.1990/1116. Mielenterveyslaki.

L 17.8.1992/785. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista.

L 30.12.2014/1302. Sosiaalihuoltolaki.

L13.4.2007/417. Lastensuojelulaki

Laaksonen, H., Niskanen, J. & Ollila, S. 2012. Lähijohtamisen perusteet terveydenhuollossa. Edita Prima Oy. Helsinki.

Laitila, M. 2010. Asiakkaan osallisuus mielenterveys- ja päihdetyössä. Fenomenografinen lähestymistapa. Itä-Suomen yliopisto, Terveystieteiden tiedekunta, hoitotieteen laitos. Kuopio.

Lapinkangas, P., Läksy, M-L. & Vuokila-Oikkonen, P. 2012. Systemaattinen hoito-ohjelma akuutissa psykiatrisesta hoidosta. Pro Terveys 4:2012.

Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M. & Paronen, T. 2008. Psykiatria. Gummerus. Jyväskylä.

Lönnqvist, J., Moring, J. & Henriksson, M. 2014. Psykiatriseen hoitoon ohjaaminen. Kustannus Oy Duodecim. Verkkojulkaisu, artikkelitunnus pkr02701 (027.001). Viitattu 5.5.2016.
http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/oppi/koti?p_artikkeli=inf04497&p_selaus=16597

McGuinness D., Dowling, M. & Trimble, T. 2013. Experience of involuntary admission in approved mental health centre. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing. 2013, 20, 726-734.

Mäkisalo-Ropponen, M. 2012. Vuorovaikutustaidot sosiaali- ja terveysalalla. Sanoma Pro Oy. Helsinki.

- PSHP, 2016a. Akuuttipsykiatrian läheteohjeet ja konsultaatiot. Viitattu 30.3.2016. [http://www.pshp.fi/fi-FI/Ohjeet/Laheteohjeet_ja_konsultaatiot/Akuuttipsykiatrian_laheteohjeet_ja_konsu\(44345\)](http://www.pshp.fi/fi-FI/Ohjeet/Laheteohjeet_ja_konsultaatiot/Akuuttipsykiatrian_laheteohjeet_ja_konsu(44345))
- PSHP, 2006b. Psykiatrinen hoitotahto. Viitattu 2.4.2016. [http://www.pshp.fi/fi-FI/Palvelut/Psykiatria/Psykiatrinen_hoitotahto_tuo_potilaan_toi\(37816\)](http://www.pshp.fi/fi-FI/Palvelut/Psykiatria/Psykiatrinen_hoitotahto_tuo_potilaan_toi(37816))
- Safewards. 2016. Safewards-mallin esittely. Viitattu 29.3.2016 <http://www.safewards.net/fi/2015-07-03-09-44-53/yleistae>
- Saloheimo, H. 2014. Psykiatrian käsikirja. Psykiatrian erikoissairaalan hoito. HUS. Moniste.
- Salokangas, R. 2009. Skitsofreniapotilaan somaattiset sairaudet. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 2009; 125 (5): 505-12. Katsaus. Viitattu 2.4.2016. http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=duo97889&p_haku=Skitsofreniapotilaan_somaattiset_sairaudet
- Sarajärvi, A., Mattila, L-R. & Rekola, L. 2011. Näyttöön perustuva toiminta. Avain hoitotyön kehittämiseen. Porvoo. WSOY.
- Seikkula, J. & Alakare, B. 2004. Avoin dialogi: vaihtoehtoinen näkökulma psykiatrisessa hoitojärjestelmässä. Duodecim 2004; 120: 289-96.
- Soininen, P. 2014. Coercion, perceived care and quality of life among patients in psychiatric hospitals. Väitöskirja. Turun yliopisto.
- Solantaus, T. 2006. Lapset puheeksi - kun vanhemmalla on mielenterveyden ongelmia. Manuaali ja lokikirja. THL.
- Stenhouse, R. C. 2011. They all said you could come and speak to us: patients' expectations and experiences of help on acute psychiatric inpatient ward. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 2011, 18, 74-80.
- Syrjänpalo, K. 2006. Arvot ja arvostukset psykiatrisessa hoidossa. Henkilökunnan ja potilaiden näkemyksiä hoidon nykytilasta. Lääketieteellinen tiedekunta. Psykiatrian klinikka. Oulun yliopisto. Acta Univeritatis Ouluensis D871.
- Talkkari, A. 2003. Potilaan hyvän hoidon aloittaminen. HAP2-projekti. Pirkanmaan sairaanhoitajapiirin julkaisuja 10/2003. Tampereen yliopistollinen sairaala. Akuuttipsykiatrian klinikka. Pitkäniemen sairaala. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy.
- THL. 2015. Pakon käytön vähentäminen ja turvallisuuden lisääntyminen hoidossa. Työkirja (luonnos) PVM 29.5.2015.
- Törmä, S., Huotari, K., Tuokkola, K. & Pitkänen S. 2014. Ikäihmisten moninaisuus näkyväksi. Selvitys vähemmistöihin kuuluvien ikääntyneiden henkilöiden kokemasta syrjinnästä sosiaali- ja terveyspalveluissa. Sisäministeriön julkaisu 14/2014.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2015. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2016. Humanistisen, yhteiskuntatieteellisen ja käyttäytymistieteellisen tutkimuksen eettiset periaatteet ja ehdotus eettisen ennakkoarvioinnin järjestämiseksi. Viitattu 29.3.2016. <http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/eettisetperiaatteet.pdf>
- Valtonen, A. 2005. Ryhmäkeskustelut - millainen metodi? Teoksessa Haastattelu, tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus. Toim. Ruusuvoori, J. ja Tiittula, L. Vastapaino. Tampere.

Valtonen, S. & Hakola, S-M. 2014. Haluaisin pystyä kertomaan. Sateenkaarisenorit ikääntyneille suunnattujen palveluiden asiakkaina. Seta ry.

Vilka, H. 2015. Tutki ja kehitä. Tammi. Helsinki.

Vilkman, R. 2016. Henkilöstömäärät. Sähköposti 8.11.2016.

Voskes, Y., Kemper, M., Landeweer, E. & Widdershoven. 2014. Preventing seclusion in psychiatry: A care ethics perspective on the first five minutes at admission. *Nursing Ethics*. 2014. Vol. 21 (7) 766-773.

Välivaara, P. 2003. Keskustelukäytännöt psykiatrisen sairaalan vastaanottokeskusteluissa. Pro gradu. Jyväskylän yliopisto, Yhteiskuntatieteiden ja filosofian laitos, sosiaalityö.

Kuviot

Kuvio 1: Tulotilanteen keskeiset toiminnot ja käsitteet koottuna eri tutkimuksista	10
Kuvio 2: Nykytilahaastattelussa esiin noussut kuva tulotilanteen keskeisistä toiminnoista	41
Kuvio 3: Ryhmäkeskustelussa esiin noussut kuva tulotilanteen keskeisistä toiminnoista tavoitetilassa	46

Taulukot

Taulukko 1: Esimerkki haastattelun sisällönanalyysistä	35
Taulukko 2: Esimerkki ryhmäkesustelun sisällönanalyysistä	36
Taulukko 3: Toimijat keskeisten käsitteiden näkökulmasta tulotilanteessa	49
Taulukko 4: Tulotilanteen kehittämisehdotus tiivistetysti	51

Liitteet

Liite 1: Nykytilahaastattelun saatekirje	65
Liite 2: Nykytilahaastattelun kysymykset.....	66
Liite 3: Ryhmäkeskustelun saatekirje (kehittäminen).....	67
Liite 4: Ryhmäkeskustelun keskusteluteemat (kehittäminen)	68
Liite 5: Kehittämisehdotus	70

Liite 1: Nykytilahaastattelun saatekirje

Hyvä Vastaanottaja,

Opiskelemme Lohjan Laurea-ammattikorkeakoulussa sosiaali-, ja terveystieteiden yksikössä sairaanhoitajan tutkintoon johtavassa koulutusohjelmassa. Teemme opinnäytetyötä, jonka tarkoituksena on kehittää tulotilannetta hoitotyön näkökulmasta potilaslähtöisesti. Tutkimus kattaa sekä tahdosta riippumattoman että vapaaehtoisen hoidon.

Opinnäytetyön kohteena on Paloniemen sairaalan 1 ja 2 osastot. Opinnäytetyö on laadullinen tutkimus tulotilanteesta. Tulotilanteena tarkastellaan toimintaa potilaan läheteestä ensimmäisen hoitokeskustelun loppuun. Opinnäytetyön aineistonkeruu on suunniteltu toteutettavaksi kahdessa vaiheessa. Ensimmäisessä vaiheessa kartoitetaan nykyinen tilanne (alkuhaastattelu) ja toisessa vaiheessa kehittämistarpeet. Kehittämisehdotusluonnos käydään läpi osastolla ennen tulosten julkaisua. Varsinainen kehittämistyö tehdään sairaalan toimesta, ei tämän opinnäytetyön yhteydessä.

Kutsumme Teidät osallistumaan ensimmäisen vaiheen haastatteluun eli alkuhaastatteluun 20.4.2016 klo 8:00-10:00. Se tehdään parihaastatteluna haastatteleamalla teitä kahta osastoilla työskentelevää kokenutta sairaanhoitajaa. Toinen teistä on osastolta 1 ja toinen osastolta 2. Tässä haastattelussa on tarkoituksena saada kuva osastojen nykyhetkisestä tilanteesta koskien potilaan tulotilannetta ja siihen liittyviä toimintoja. Haastattelun kysymykset ovat tämän kirjeen liitteenä. Voitte perehtyä niihin etukäteen. Parihaastattelussa kysymykseen vastaa ensin toinen hoitaja ja sitten toinen täydentää vastausta siltä osin, mitä eroja toisen osaston tulotilanteen toiminnoissa on.

Lisäksi toivomme, että voitte ottaa haastatteluun mukaan osastolla olevaa tulotilannetta ohjeistavaa materiaalia, jonka voimme ottaa osaksi tutkimuksen aineistoa.

Tämä alkuhaastattelu sekä osastojen kirjallinen materiaali toimii pohjana tutkimuksen toiselle vaiheelle, jossa kartoitamme kehittämistarpeita tulotilanteeseen. Toisen vaiheen tutkimus tehdään elokuun 2016 aikana ryhmäkeskusteluna, jossa on mukana 10-15 hoitajaa. Tästä tiedotamme tarkemmin myöhemmässä vaiheessa.

Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja täysin luottamuksellista. Tutkimuksen aineistoksi tulevat alkuhaastattelusta tehdyt muistiinpanot. Haastattelutilannetta ei tallenneta. Antamianne tietoja käsitellään nimettömästi. Opinnäytetyön tekemisestä on tehty sopimus osastolla.

Opinnäytetyömme ohjaajana toimii Anu Elorinne Laurea ammattikorkeakoulusta. Opinnäytetyö tullaan julkaisemaan valmistumisen ja hyväksynnän jälkeen Internetissä osoitteessa www.thesis.fi.

Yhteistyöterveisin,

Terttu Louhikoski- Alasuutari
Sairaanhoitajaopiskelija
terttu.louhikoski-alasuutari@student.laurea.fi

Piia Honkanen
Sairaanhoitajaopiskelija
piia.honkanen@student.laurea.fi

Liite: haastattelukysymykset

Liite 2: Nykytilahaastattelun kysymykset

AIHE: Tulotilanteen kehittäminen sairaalan psykiatrisella osastolla hoitotyön näkökulmasta potilaslähtöisesti.

Alkukartoituksen haastattelukysymykset:

Tässä haastattelussa halutaan saada kuva, miten osastoilla 1 ja 2 toimitaan potilaan tulotilanteessa tällä hetkellä hoitotyön näkökulmasta.

1. Kuvaile potilaan tulotilanteen vaiheet osastolle tullessa
 - a) tahdosta riippumaton hoito
 - b) vapaaehtoinen hoito (miten poikkeaa kohdasta a)
2. Millaisia tehtäviä ja vastuita näihin tulotilanteen vaiheisiin sisältyy hoitajalle
 - a) tahdosta riippumaton hoito
 - b) vapaaehtoinen hoito (miten poikkeaa kohdasta a)
3. Minkälainen rooli on potilaalla ja hänen tulotilanteessa mahdollisesti olevilla omaisilla, läheisillä ja saattajilla on tulotilanteessa?
 - a) tahdosta riippumaton hoito
 - b) vapaaehtoinen hoito (miten poikkeaa kohdasta a)
4. Kuvailisitko, tulotilanteessa potilaan hoitotoimia.
 - a) millaisia välittömiä hoitotoimia?
 - b) millaisia tehtäviä on omahoitajalla?
 - c) ketkä kaikki ammattihenkilöt osallistuvat potilaan hoitoon?
 - d) mitkä asiat ovat tärkeitä hoitosuhteen luomisessa?
 - e) millaisia eroja on tahdosta riippumattoman hoidon ja vapaaehtoisen hoidon välillä?
5. Mitä tietoja potilaasta kerätään ja kirjataan tulotilanteessa?
6. Miten sovitaan ensimmäisestä hoitokeskustelusta/-kokouksesta, miten se ajoittuu ja ketä siihen tulee?
7. Kuvaile hoitokeskustelun/-kokouksen tarkoitus, tavoite ja kulku?
8. Kertoisitko, miten turvallisuus otetaan huomioon tulotilanteessa
 - a) saapuvan potilaan näkökulmasta?
 - b) osastolla olevien potilaiden näkökulmasta?
 - c) henkilökunnan näkökulmasta?
 - d) Onko eroa tahdosta riippumattoman hoidon ja vapaaehtoisen hoidon välillä turvallisuuden huomioon ottamisessa?
9. Onko jotain muuta mitä haluaisitte nostaa esiin tulotilanteesta?

Liite 3: Ryhmäkeskustelun saatekirje (kehittäminen)

Hyvä Vastaanottaja!

Opiskelemme Lohjan Laurea-ammattikorkeakoulussa sosiaali- ja terveysalan yksikössä sairaanhoitajan tutkintoon johtavassa koulutusohjelmassa. Teemme opinnäytetyötä, jonka tavoitteena on laatia kehittämis ehdotus tulotilanteen kehittämisestä sairaalan psykiatrisella osastolla. Tulotilannetta tarkastellaan hoitotyön näkökulmasta potilaslähtöisesti. Tutkimus kattaa sekä tahdosta riippumattoman että vapaaehtoisen hoidon. Tulotilanteena tarkastellaan toimintaa potilaan läheteestä ensimmäisen hoitokeskustelun loppuun.

Opinnäytetyön kohteena on Paloniemen sairaalan 1 ja 2 osastot. Opinnäytetyö on laadullinen tutkimus tulotilanteesta. Opinnäytetyön aineistonkeruu on suunniteltu toteutettavaksi kahdessa vaiheessa. Ensimmäinen vaihe (kahden sairaanhoitajan alkuhaastattelu) suoritettiin huhtikuussa 2016, jossa kartoitettiin nykyinen tilanne. **Tässä toisessa vaiheessa on tarkoitus kartoittaa tulotilanteeseen kohdistuvia kehittämistarpeita.** Kehittämis ehdotusluonnos käydään läpi osastolla ennen tulosten julkaisua. Varsinainen kehittämistyö tehdään sairaalan toimesta, ei tämän opinnäytetyön yhteydessä.

Kutsumme Teidät nyt osallistumaan toisen vaiheen ryhmäkeskusteluun, joka pidetään 1.9.2016 klo 13-15. Toivomme, että saisimme tutkimukseemme 10-15 osallistujaa. Ryhmäkeskusteluun osallistujat ovat sairaanhoitajia sekä mielenterveyshoitajia ja muita tulotilanteeseen osallistuvia henkilöitä. Osa aiheista keskustellaan koko ryhmänä ja osa ensin pienryhmissä tai pareittain, jolloin siihen liittyy myös lyhyt kirjaaminen. Osallistujat valitaan ryhmiin satunnaisesti. Keskustelukysymykset ja niiden toimintaohje (keskustelu/kirjaaminen) on liitteenä. Toinen opinnäytetyöntekijöistä toimii keskustelun vetäjänä ja toinen kirjaa muistiinpanoja. Keskustelua ei tallenneta.

Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja täysin luottamuksellista. Tutkimuksen aineistoksi tulevat alkuhaastattelusta tehdyt muistiinpanot, ryhmien omat tuotokset sekä opinnäytetyöntekijöiden kirjaamat muistiinpanot ryhmäkeskusteluista. Antamianne tietoja käsitellään nimettömästi ja aineistoa käytetään vain tähän opinnäytetyöhön ja sen jälkeen se hävitetään. Opinnäytetyön tekemisestä on tehty sopimus osastolla ja opinnäytetyön tekemiseen on saatu asianmukainen lupa.

Opinnäytetyömme ohjaajana toimii Anu Elorinne Laurea ammattikorkeakoulusta. Opinnäytetyö tullaan julkaisemaan valmistumisen ja hyväksynnän jälkeen Internetissä osoitteessa www.thesis.fi.

Yhteistyöterveisin,

Terttu Louhikoski- Alasuutari
Sairaanhoitajaopiskelija
terttu.louhikoski-alasuutari@student.laurea.fi

Piia Honkanen
Sairaanhoitajaopiskelija
piia.honkanen@student.laurea.fi

Liite: Ryhmäkeskustelun teemat

Liite 4: Ryhmäkeskustelun keskusteluteemat (kehittäminen)

Mitä hoitajan tulee huomioida potilaan tulotilanteessa sairaalan psykiatriselle osastolle?

Kehittämisosion ryhmäkeskusteluteemat 1.9.2016 klo 13-15

Tässä ryhmäkeskustelussa halutaan selvittää, millaisia tulotilanteen kehittämistarpeita nähdään, kun tulotilannetta tarkastellaan hoitotyön näkökulmasta potilaslähtöisesti. Tulotilanne käsittää nykyistä pidemmän jakson eli siihen kuuluu seuraavia toimia: lähete - saapuminen osastolle - tulohaastattelu - tutustuminen- omahoitajakeskustelut - hoitosuhteen luominen - hoidon tarpeen arviointi - lääkärintapaaminen (1. hoitokeskustelu). Huomiota kiinnitetään keskustelukäytäntöihin, potilaan osallisuuteen, moniammatillisuuteen ja yhteistyöhön omaisten ja avohoidon kanssa.

Tarkoitus on, että tulotilannetta kehitetään siten, että:

- molemmilla osastoilla on yhtenäinen toimintamalli tulotilanteessa
- potilaat saavat hyvää ja samaa laatuista hoitoa tulotilanteesta alkaen
- tulotilanteessa toteutuu tasavertainen hoito kaikkien potilaiden osalta

1. Potilascase: Mari skitsofreenikko on 32 -vuotias potilas, jolla on kaksi aiempaa hoitajaksoa akuuttiosastolla. Taustalla on päihteiden käyttöä mm. kannabis. Potilas tulee M1 läheteellä osastolle ambulanssilla poliisin saattamana psykoottisena ja paranoidisena. Potilaan puoliso tulee omalla autolla ja on mukana tulotilanteessa. Perheen lapsi on päivähoidossa. Marilla on hoitotahto, jossa hän on kuvannut henkilökohtaisessa kriisisuunnitelmassa rauhoittumiskeinoinaan mm. kääriytymisen lämpimään peittoon ja rauhallisen tilan. Ärsyyntymistä lisäävät kovat äänet ja kosketuksi tuleminen.

Kuvatkaa pienryhmässä, miten tulotilanne etenee saapumisesta tulohaastattelun kautta ensimmäisen tarkkailutapaamisen loppuun parhaalla mahdollisella tavalla? Miten Mari kohdataan ja miten hänen kanssa keskustellaan? Mitkä asiat vaikuttavat hoidon tarpeen arvioimiseen? Miten Mari, puoliso ja avohoito ovat osallisina hoidon arvioinnissa ja suunnittelussa aktiivisesti alusta alkaen? Mitä hoitajan tulee huomioida Marin tulotilanteessa? Kauanko tulovaihe kestää?

Tehtävää varten on lomake, johon vastaukset kirjataan. Vastaukset annetaan aineistoon. Aikaa 15 min.

2. Ryhmäkeskusteluna käydään läpi, millaisia ohjeita on/tulisi olla, jotta kaikkien potilaiden kohdalla tulotilanne toteutuisi yhtenevästi samojen periaatteiden mukaan? Miten sijaiset tulisi huomioida ohjeissa?
Ryhmäkeskusteluun aikaa 10 min. Kirjaaja kirjaa keskustelun.
3. Keskustellaan ryhmäkeskusteluna, miten hoitajan toimintaa voisi kehittää a) tulohaastattelussa b) omahoitajakeskusteluissa c) lääkärikeskustelussa (hoitokeskus-

telu) ja d) verkostoyhteistyössä siten, että myös potilaan osallisuus vahvistuisi? Mikä/mitkä voivat mahdollisesti estää hoitajan toimintaa potilaan osallisuuden vahvistamiseksi?

Ryhmäkeskusteluun aikaa 15 min. Kirjaaja kirjaa keskustelun.

4. Aluksi pienryhmissä ja sitten yhteisenä ryhmäkeskusteluna käydään läpi, mitä asioita/hoitotoimia tulotilanteessa tulisi kehittää, **jotta potilaan koko hoitoprosessi tehostuisi ja hoitoaika lyhenisi?** Millaiset potilaat tulisi ohjata avohoitoon nopeammin? Missä vaiheessa avohoito otetaan mukaan? Miten hoitajan tulisi toimia tämän edistämiseksi?

Keskustellaan ensin pienryhmässä 5 min. Sitten ryhmäkeskustelu. Kirjaaja kirjaa keskustelun. Aikaa yhteensä 15 min.

5. Ryhmäkeskustelussa keskustellaan tulkkien käytöstä ja hoitajien tuntemus eri kulttuuria edustavien potilaiden tavoista ja käsityksiä mielenterveyden hoitotyöstä. Mitä hoitajan tulisi huomioida tulkkien kanssa toimiessa?

Ryhmäkeskusteluun aikaa 10 min. Kirjaaja kirjaa keskustelun.

6. Lyhyt keskustelu, olisiko jokin asia, mikä ei noussut keskustelussa esiin hoitajan työssä potilaan tulotilanteen kehittämisessä edelleen?

Ryhmäkeskusteluun aikaa 5-10 min. Kirjaaja kirjaa keskustelun.

7. Jokainen kirjaa paperille itselleen tärkeimmän kehittämiskohteen ja siihen liittyvän osaamisen kehittämisen, kun tavoitteena on vahvistaa potilaan osallisuutta, osastojen yhtenäistä toimintatapaa ja tehostaa tulotilanteen toimintaa. Paperiin merkitään osasto, mutta ei nimeä.

Tehtävään aikaa 10 min.

Tehtävien ja keskustelun lisäksi aikaa kuluu alkuvaiheen ja tehtävien esittelyyn.

Liite 5: Kehittämisehdotus

Kehittämisehdotus		
Mitä hoitajan tulee huomioida potilaan tulotilanteessa sairaalan psykiatriselle osastolle?		
Osapuoli	Kehittämisehdotus	Perustelu
Lähtävä taho	Yhteistyö lähtävän tahon kanssa lähtävän tahon vastaanotolla olevan potilaan aiempien hoitosuhteiden osalta.	Yhteistyö lähtävän tahon kanssa nousi esiin erityisesti ryhmäkeskustelun perustella. Nähtiin, että hoitaja tuntee pitkäaikaispotilaat ja tieto voi auttaa lähtävää taho hoidon tarpeen arvioinnissa. Teoriapohjassa nousee esiin, että potilas-hoitaja -yhteistyösuhde käynnistyy, kun hoitaja saa tiedon potilaasta (Kuhanen ym. 2013, 171).
Potilas	<p>Potilaan haastatteluun tulotilanteessa rauhallinen tila, jossa poistumistiet ym. turvallisuusasiat huomioitu uhkatilanteiden varalta.</p> <p>Hoitaja suhtautuu potilaaseen ilman ennakkoluuloja. Keskustelussa tavoitteellinen vuorovaikutus ja lähestymistapana ns. rakentava tietämättömyys, jossa hoitaja tietää vain sen mitä saa lause lauseelta tietää.</p>	<p>Tulotilanteessa korostuu potilaan kohtaaminen niin nykytilassa, kehittämistarpeiden osalta kuin teoriapohjassakin.</p> <p>Potilas tulisi voida kohdata tavalla, joka edistää hoitoa ja voimaantumista (Kilku 2008, 4). Ensikontakti on ratkaiseva koko hoitoprosessissa, jossa myös siisti huone on tärkeä. Kun vastaanottotilanne tehdään miellyttäväksi, saavutetaan parempia hoitotuloksia ilman pakkokeinoja. Potilaalle tulee positiivinen mielikuva. (Voskes, Kemper, Landeweer, ja Widdershoven 2014, 768-769.)</p> <p>Tavoitteellisessa vuorovaikutuksessa hoitaja kuulee, näkee ja havaitsee sekä sanallista että ei-sanallista viestintää, kuten liikkeitä, eleitä, äänensävyjä, reiviirin, hiljaisuuden ja kosketuksen. Mäkisalo-Ropponen (2012, 168-171) suosittaa pyrkimään ns. rakentavaan tietämättömyyteen eli hoitaja tietää vain sen mitä lause lauseelta saa selville. Hoitajan ennakkoluulot ja varautuminen estävät kohtaamista ja vuorovaikutusta, jolloin hoitaja ei näe potilaan voimavaroja. Hoitajan tulee tietoisesti olla lu-</p>

	<p>Potilaan kriisituen tarpeen tunnistaminen. Hoitotahtoon voi liittää kriisituen suunnitelman.</p> <p>Potilaan kulttuurin, kielen ja muun moninaisuuden tunnistaminen, tunnustaminen ja huomiointi.</p> <p>Potilaan kotitilanteen selvittäminen ja tarvittaessa lastensuojelu ja eläinsuojeluilmoitusten tekeminen</p>	<p>matta mielikuvaa potilaasta lähetteen tietojen perusteella. Potilas tulisi kohdata potilaslähtöisesti ilman ennakkokäsityksiä esimerkiksi alkoholisti, vaan nähdä ihminen, jolla on tarpeita ja huolia. Tärkeää, että hoitaja suhtautuu ensikontaktissa ammattilaisena, ystävällisesti, kohteliaasti ja kunnioittaen, vaikka tulotilanne ei tapahdu yhteistyössä ja vapaaehtoisesti (Kuhanen ym. 2013, 171-172).</p> <p>Kriisitilanteessa potilaan omat psyykeen hallintakeinot eivät kykene jäsentämään mielensisäisiä ja ulkoisia ärsykeitä. Kriisin alkuvaiheessa on tärkeää saada turvallisuutta ja suojaa. Akuutissa kriisivaiheessa potilas voi syyttää hoitohenkilöitä ja henkilöt voivat provosoitua käyttäytymään loukkaavasti potilasta kohtaan. Potilaan kannalta tärkeintä olisi tällaisessa ensihoitotilanteessa hoitajien kärsivällinen, ymmärtävä, pitkäjänteinen ja rauhallinen käyttäytyminen ja potilaan rohkaisu. (Lönnqvist ym. 2008, 278-281.)</p> <p>Maahanmuuttajapotilaan ja hoitajan kohtaamisessa kaksi eri maailmaa kohtaa. Toisesta kulttuurista tulleen maahanmuuttajapotilaan käsitys mielen sairauksista ja hoitomuodoista voi olla hyvin erilainen, kuin miten länsimaisessa lääketieteessä diagnosoidaan ja hoidetaan. (Kuhanen ym. 2013, 142-145.) Potilaslähtöisyyteen kuuluu moninaisuuden tunnistaminen ja tunnustaminen esimerkiksi erilaisiin kulttuuritaustoihin, uskontoihin, seksuaali- ja sukupuolivähemmistöihin ja vammaisuuteen liittyen. Esimerkiksi henkilökunta ei aina tunnista tiedon tarvetta tai ilmenee asenneongelmaa. (Törmä ym. 2014, 11).</p> <p>Hoitohenkilökunnan on varmistettava potilaan lasten hoitotilanne ja tehtävä lastensuojeluilmoitus tarvittaessa (Lastensuojelulaki 13.4.2007/417, 2. luku 7§, Sosiaali-</p>
--	---	--

	<p>Potilaan tilanteen kokonaisarvio.</p> <p>Potilaan osallisuus oman hoidon suunnittelussa. Potilaan asiantuntijuus oman sairauden ja tilan osalta. Hoitaja tukee ja kannustaa potilasta hoitoneuvotteluissa tai toimii potilaan puolestapuhujana.</p> <p>Potilaan oma asiantuntijuus oman hoidon suunnittelussa käyttöön.</p>	<p>huoltolaki L30.12.2014/1302, 13§). Lapset puheeksi työmenetelmän ohjaa ottamaan lapset puheeksi rakentavasti sekä vanhempia ja lapsia kunnioittaen. (Solantaus 2006). Lemmikkien ja tuotantoeläinten osalta on ilmoitusvelvollisuus kunnan eläinlääkärille, jos potilas ei kykene itse järjestämään hoitoa (Evira 2016).</p> <p>Esitiedot, tulohaastattelu, tulotilanteen arvio: elämäntilanne, lähiverkosto, elämänhistoria, oirekartoitus, somaattinen tila, toimintakyky > potilaan yksilöllinen hoitotarve (Ahonen ym, 2014 ja Lapinkangas ym. 2013, 21).</p> <p>Hoitoneuvottelun keskustelukäytäntönä tavoitteena dialogi, jossa keskustelijat tasavertaisia, keskiössä potilaan kokemukset ja hänen asiantuntijuus sekä erilaiset näkökulmat (Välivaara 2003, 66-69, Seikkula ja Alakare 2004, 290-292).</p> <p>Potilaan osallisuus mahdollistaa yksilöllisen hoitosuunnitelman, luottamuksen syntyminen ja potilaan selviytymisen psykiatrisen sairaalan osastolta jatkohoitoon tai kotiuttamiseen tehokkaammin ja voimaantuneena (Kilkku 2008, Seikkula ja Alakare 2004, Laitila 2010, Soininen 2014, Lapinkangas, Läksy ja Vuokila-Oikkonen 2012).</p>
Lääkäri	<p>Hoitajalla aktiivisempi rooli tulotilanteessa yhteistyössä lääkärin kanssa. Hoitajan rohkeus ja mahdollisuus tuoda esiin hoitotyön ammattilaisena potilaan asioita lähetevaiheessa, tulohaastattelussa ja hoitoneuvottelun suunnittelussa ja toteuttamisessa.</p>	<p>Hoitaja-lääkäri yhteistyö nousi erityisesti ryhmäkeskustelun kautta kehittämiskohdeksi. Teoriapohjassa nousee selkeästi esiin hoitajien lääkärin työstä eroava asiantuntemus ja tehtävät. Kuhanen ym. (2013, 152-154) toteaa, että mielenterveyshoitotyössä toimitaan moniammatillisena hoitoryhmänä eli tiiminä, johon kuuluu lääkäri ja hoitajia ja tarvittaessa erityistyöntekijöitä. Jokainen on velvollinen tuomaan oman asiantuntemuksensa työryhmän käyttöön ja yhteistyöhön potilaan kanssa. Lisäksi hoitoryhmä ottaa huomioon potilaan hoidon tarpeen ja soveltuvat hoitomenetelmät. Työ</p>

	sa. Hoitajan kuuleminen asiantuntijana mm. lääkehoidon toteuttamisessa ja hoidon tarpeen määrittämisessä.	tehdään yhdessä potilaan kanssa. Hoitotyön kokonaisvastuu ja koordinointi on omahoitajan vastuulla.
Kollegat	<p>Hoitajien yhteistyö ja tehtävät tulotilanteessa, kuten tiedottaminen potilaan tulosta ja riskeistä, hoitotyön koordinointi sekä vastuiden jako tilannearvion tekemiseksi tiedon keruun ja hoitotyön osalta.</p> <p>Hoitajien rooli potilaan hoitosuosituksen tekemisessä.</p>	Yhteistyö kollegoiden kanssa otettu mukaan erityisesti teoriapohjan perusteella. Lapinkangas, Läksy ja Vuokila-Oikkonen (2012, 21) hoitomallin mukaan hoidon tarpeen tekijät kootaan moniammatillisessa tiimissä 3-4 hoitopäivän kuluessa. Omahoitaja vastaa tiedon keruusta ja esittelystä. Hoitajien työryhmä rakentaa potilaalle hoitosuosituksen tilannearvion perusteella.
Moniammatilliset tahot	<p>Moniammatillisen työn käynnistämisen tulovaiheessa.</p> <p>Hoitajan roolin selkiyttäminen moniammatillisessa työssä tarkoittaen esim. potilaan kokonaistilanteen selvittäminen yhteistyössä (sosiaalityöntekijä ym.), hoitotyön koordinointi ja hoitajan rooli varmistaa potilaan osallisuus moniammatillisissa hoitokokouksissa.</p>	<p>Mielenterveyshoitotyössä toimitaan moniammatillisena hoitoryhmänä eli tiiminä. Eri-tyisesti teoriapohjasta nousi esiin, että moniammatillinen toiminta tulotilanteesta alkaen tehostaa hoitotyön käynnistymistä oikean suuntaisena. Lääkärin ja hoitajan lisäksi siihen kuuluu sosiaalityöntekijä, psykologi ja toimintaterapeutti. Jokainen on velvollinen tuomaan oman asiantuntemuksensa työryhmän käyttöön ja yhteistyöhön potilaan kanssa. Hoitoryhmä ottaa huomioon potilaan hoidon tarpeen ja soveltuvat hoitomenetelmät. Työ tehdään yhdessä potilaan kanssa. Hoitotyön kokonaisvastuu ja koordinointi omahoitajan vastuulla. (Kuhanen ym. 2013, 152–154).</p> <p>Hoitosuunnitelma tulisi tehdä moniammatillisesti yhteistyössä ja sen myötä tulovaiheesta siirrytään hoitovaiheeseen (Talkkari 2003, 16).</p>
Potilaan läheiset	Potilaan perhetilanteen kartoittami-	Teoriapohjan perusteella potilaan omaiset tulisi ottaa mukaan jo tulotilanteessa.

	<p>nen heti tulotilanteessa, jotta saadaa varmuus mm. lasten hoitovastuusta ja kotona olevien lemmikkien tilanteesta. Lastensuojelu- ja eläinsuojeluilmoitusten tekeminen on viranomaisvelvollisuus.</p> <p>Läheiset mukaan tulohaastatteluun ja hoitoneuvotteluun potilaan suostumuksella.</p>	<p>Omaisilta saadaan tietoja riskitietojen kartoittamisessa (THL 2015, 60).</p> <p>Hoitohenkilökunnan on varmistettava potilaan lasten hoitotilanne ja tehtävä lastensuojeluilmoitus tarvittaessa (Lastensuojelulaki 13.4.2007/417, 2. luku 7§, Sosiaalihuoltolaki L30.12.2014/1302, 13§). Lapset puheeksi -työmenetelmä ohjaa ottamaan lapset puheeksi rakentavasti sekä vanhempia ja lapsia kunnioittaen. (Solantaus 2006).</p> <p>Lemmikkien ja tuotantoeläinten osalta on ilmoitusvelvollisuus kunnan eläinlääkärille, jos potilas ei kykene itse järjestämään hoitoa (Evira 2016).</p>
<p>Avohoidon toimijat</p>	<p>Yhteydet potilaan avohoitoon ja akuuttipsykiatriaan vuorovaikutteiseksi ja aktiivisiksi.</p> <p>Asiantuntijuuksien yhdistäminen.</p> <p>Tulotilanteessa arvioidaan avohoidon mahdollisuudet potilaan hoidossa.</p>	<p>Vuorovaikutteinen yhteys avohoitoon nousi tärkeäksi tämän opinnäytetyön kehittämiskeskusteluosuudessa. Sen toteutumisen esteenä on mm. resurssipula, kulkuvaikeudet, mutta myös kokonaisvaltainen toimintamalli puuttuu.</p> <p>Avohoitoon kontakti potilaan tulotilanteessa auttaa potilaan riskitietojen kartoittamisessa (THL 2015, 60).</p> <p>Mielenterveyshoidon laitospaikkojen vähentämisen myötä sairaalajaksot lyhenevät, syntyy uusia liikkuvia, päivystäviä ja ihmisen arkeen integroitavia sekä kotiin tuotavia mielenterveys- ja päihdepalveluja (Kontio, Malin, Joffe, Vastamäki ja Wahlbeck 2013). Tulotilanteessa erikoissairaanhoidon tulisi arvioida muiden hoitomuotojen mahdollisuudet. Näin voitaisiin lyhentää sairaalassa oloaikaa. Seikkula ja Alakare (2004, 293-294) ovat pyrkineet tähän avoimen dialogin verkostomallin kautta. Usein on jo tulotilanteen hoitoneuvottelussa todettu, että hoito voidaan toteuttaa avohoidossa.</p>

<p>Hoitaja itse</p>	<p>Tuoda esiin omaa hoitotyön asiantuntijuutta.</p> <p>Oman osaamisen arviointi ja edelleen kehittäminen.</p>	<p>Hoitajan asiantuntijaosaamisen taustalla on koulutus, kokemus ja näyttöön perustuva tieto. Hoitajalla on myös henkilökohtainen ja kollegiaalinen vastuu. (Sarajärvi, Mattila ja Rekola 2011, 39-67).</p>
<p>Organisaatio: Ohjeet ja toimintamallien kehittäminen</p>	<p>Tulotilanteen systemaattisen toimintamallin rakentaminen, jossa hoitajan tehtävät ja roolit sekä koko hoitotyön moniammatillinen työnjako ja verkoston mahdollisuudet kuvattu selkeästi. Laaditaan ohjeet mm. potilaan osallisuuden toteuttamiseen, psykiatrisen hoitotahon laittamiseen, verkoston mukaan ottamiseen ja keskustelukäytäntöihin. Laaditaan hyvän hoidon kriteerit tulotilanteen osalta.</p> <p>Eri tahojen resurssit riittäväksi toimintamallit sujuviksi yhteistyön toteuttamiseen, jotta potilaan hoito tehostuu ja potilaat voidaan ohjata parhaiten soveltuvaan hoitopaikkaan ilman suurta viivettä.</p>	<p>Tulotilanteeseen on nykyisellään olemassa ohje, jonka käyttö on vapaaehtoista. Ohje on tiivis ja suhteellisen kattava. Teoriapohjan ja kehittämiskeskustelun perusteella tarvitaan laajempi systemaattinen toimintamalli tulotilanteeseen, jossa suunnitellaan verkostomalli tulotilanteeseen ja linjataan sairaalahoidon tarpeen kriteereitä. Myös keskustelukäytäntöjä ja potilaan osallisuuden toteutumista on hyvä ohjeistaa. Tulotilanteen arvioimiseksi olisi hyvä laatia hyvän hoidon kriteerit tulotilanteen osalle.</p> <p>Hoitajan työ selkiytyy ja on hoitajasta riippumatonta, kun ohjeet ovat selkeät ja toimintamalli systemaattinen (Lapinkangas, Läksy ja Vuokila-Oikkonen 2012).</p> <p>Tutkimuksissa tulotilanne nähdään kiinteästi osana systemaattista hoitomallia, jossa tulotilanteessa luodaan yhteistyösuhde, joka kestää hoidon alusta hoidon loppuun (Seikkula ja Alakare 2014, 293-294). Hyvän hoidon aloittamisen kriteerit (Talkkari 2003, 18).</p> <p>Keskustelukäytännöt, potilaan osallisuus ja potilaan verkoston mukaan ottaminen tulisi ohjeistaa (Talkkari 2003, Laitila 2010, Soininen 2014).</p> <p>Potilaslähtöisyyttä vahvistaa myös psykiatrisen hoitotahto. Se on osa potilaan hyvää</p>

	<p>Tulotilanteen toiminnan arviointi ja jatkuva kehittäminen</p>	<p>hoitoa. Mikäli potilas haluaa hoitotahdon, terveydenhuollon ammattilaisten tehtävänä on neuvoa sen tekemisessä (HUS 2016c)</p> <p>Psykiatrisilla pitkäaikaispotilailla tulisi olla perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteinen hoitosuunnitelma, jossa voidaan kokonaisvaltaisesti tarkastella sairauksien lisäksi myös lääkkeiden haittoja. Tämä hoitosuunnitelma tulisi ottaa huomioon potilaan psykiatrista hoitoa suunniteltaessa. (Koponen ja Lappalainen 2015, 578-581).</p> <p>Mahdollistetaan johtamisella, että hoitajilla on riittävä resurssi tulotilanteen hyvään hoitamiseen. Arvioidaan ja tunnistetaan muutos- ja kehittämiskohteet (Sarajärvi, Mattila ja Rekola 2011, 81-99).</p>
--	--	--