

s T a D I a

HELSINGIN AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitohenkilökunnan käsityksiä yhteistoiminnallisen hoitotyön toteutumisen edellytyksistä ja esteistä

Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja
Opinnäytetyö
18.4.2008

Laura Vehkamäki
Pia Yläne
Marja-Leena Yrjönen



Koulutusohjelma		Suuntautumisvaihtoehto	
Hoitotyö		Sairaanhoitaja	
Tekijä/Tekijät			
Laura Vehkamäki, Pia Yläne, Marja-Leena Yrjönen			
Työn nimi			
Hoitohenkilökunnan käsityksiä yhteistoiminnallisen hoitotyön toteutumisen edellytyksistä ja esteistä			
Työn laji	Aika	Sivumäärä	
Opinnäyte	Kevät 2008	48	
<p>TIIVISTELMÄ</p> <p>Opinnäytetyömme tarkoituksena oli kuvata hoitohenkilökunnan käsityksiä yhteistoiminnallisen hoitotyön edellytyksistä ja esteistä osastojen valitsemilla hoitotyön osa-alueilla, joita olivat hoitosuunnitelman laadinta, hoitokokous, lääkehoito ja perhetapaaminen. Opinnäytetyömme teoriaosassa on määritelty käsitettä yhteistoiminnallinen hoitotyö sekä yhteistoiminnallisen hoitotyön edellytyksiä ja esteitä.</p> <p>Tutkimusaineisto kerättiin Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin HYKS:n Psykiatriakeskuksen kahdelta suljetulta osastolta sekä Helsingin terveystieteiden keskuksen Auroran sairaalan kahdelta suljetulta osastolta neljänä ryhmähaastatteluna. Aineisto analysoitiin kvalitatiivisen sisällönanalyysin avulla.</p> <p>Keskeisiksi yhteistoiminnallisen hoitotyön edellytyksiksi aineistosta nousi toimiva moniammatillinen yhteistyö, avoin dialogi, toimiva yhteistyö työryhmässä lääkehoidon toteuttamisessa, hoitajan lääkehoitoon liittyvä ammattitaito, omahoitajan rooli, moniammatillisen tiimin asiantuntemus ja omaisten osallistuminen. Lisäksi hoitohenkilökunta piti edellytyksinä potilaslähtöisyyttä, yhtenäistä ja toimivaa hoitosuunnitelmalomaketta, ajallisten resurssien riittävyyttä, hoidollista päätöksentekoa kaikkia osapuolia kuullen, potilaan tiedonsaantia lääkityksestä, lääkehoidon kirjaamista potilaan sairauskertomukseen, omaisten tiedonsaantia potilaan lääkehoidosta, toimivaa tiedonsiirtoa yhteistyötahojen kanssa, hoitajien valmistautumista perhetapaamiseen ja sitä, että perhetapaaminen saadaan järjestettyä. Keskeisiksi esteiksi nousi potilaan rajoittunut kyky yhteistyöhön, resurssien riittämättömyys, potilaan ja henkilökunnan yhteistyövaikeudet lääkehoidon toteuttamisessa, potilaan vaikeus avoimeen yhteistyöhön, potilaan ja omaisten erilaiset näkemykset, perhetapaamista ei saada järjestettyä sekä lääkärin rooli perhetapaamisissa. Lisäksi hoitohenkilökunta piti esteinä yhteistyön toimimattomuutta lääkärin kanssa, asiantuntijalähtöisyyttä, epäselvää vastuunjakoja, potilaan ja hänen läheistensä vaikeutta osallistua yhteistyöhön, henkilökunnan sitoutumattomuutta yhteistoiminnallisuuteen, kiirettä, potilaan avohoitokontaktien vaihtuvuutta, omaisten vaikeutta hyväksyä potilaan sairaus ja hoitajan valmistautumattomuutta.</p> <p>Yhteistoiminnallisen hoitotyön edellytyksien ja esteiden selvittäminen antaa osastoille tarkempaa tietoa yhteistoiminnallisesta hoitotyöstä ja auttaa siihen liittyvän mallin kehittämisessä.</p>			
Avainsanat			
yhteistoiminnallisuus, psykiatrinen hoitotyö, hoitosuunnitelma, hoitokokous, lääkehoito, perhetapaaminen			



Degree Programme in		Degree	
Nursing and Health Care		Bachelor of Health Care	
Author/Authors			
Laura Vehkamäki, Pia Yläanne, Marja-Leena Yrjönen			
Title			
The Views of a Nursing Staff on Prerequisites and Obstacles in Collaborational Nursing			
Type of Work	Date	Pages	
Final Project	Spring 2008	48	
<p>ABSTRACT</p> <p>The objective of our final project was to describe the impressions registered nurses had of the prerequisites and obstacles of collaborative nursing. It meant care and service plans and meetings, medical treatments and family meetings. Our theoretical part dealt with the concept of collaborative nursing and the prerequisites and obstacles of collaborative nursing.</p> <p>The research data was collected from registered nurses working on two closed hospital wards at the Psychiatric Center of the Hospital District of Helsinki and Uusimaa (HUS), Finland, and on two closed hospital wards at the Health Centre of the City of Helsinki, Finland and the HUCH Aurora Hospital, Finland. The material consisted of four group interviews, and they were analysed using qualitative content analysis.</p> <p>The results showed that the essential prerequisites for collaborative nursing were multi-professional collaboration, open dialogue, functional teamwork, nurses knowledge of cation and medicines, primary nurses and next-of-kin as involvement. Furthermore, as prerequisites the nursing staff held patient initiatives, collective and functional treatment plan form, sufficient time resources, making medical decisions with all parties involved, informing patients of their medication, keeping records in patients' nosography, making patients' medical treatment available to next-of-kins, functional data transfer between cooperative partners, nurses' preparation for next-of-kin meetings and ensuring these meetings were organised. Essential obstacles were patients' constrained ability for collaboration, a lack of resources, difficulties between a patient and the nursing staff in the implementation of medical treatment, a patient's difficulty in open collaboration, insight differences between a patient and a next-of-kin, unable to organize family meetings. Furthermore, as obstacles the nursing staff held doctors' teamwork passivism, expert continuity, unclear limitation of liability, patients and next-of-kin's difficulties in cooperative participation, the hospital staffs lack of commitment to joint participation, hurry, alterations in outpatient care cancellors, a next-of-kin's refusal to accept the patient's illness, a lack of resources and nursing staff's unpreparedness.</p> <p>The study of collaborative nursing prerequisites and obstacles gives the hospital wards more accurate data on cooperative nursing and helps in the development of working-related methods.</p>			
Keywords			
collaborative, psychiatric nursing, treatment plan, medical meeting, medical care, family meeting			

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	1
2 YHTEISTOIMINNALLINEN HOITOTYÖ.....	2
2.1 Psykiatrisen hoitotyön lainsäädäntö	2
2.2 Psykiatrisen hoitotyön tyypit laitoshoidossa	3
2.2.1 Hoitotyön tarpeen määrittely ja tavoitteet	4
2.2.2 Potilaan selviytymisen tukeminen.....	5
2.2.3 Psykiatrinen potilas osallistujana omaan hoitoonsa	7
2.2.4 Potilaslähtöisen psykiatrisen hoitotyön malli	8
2.3 Psykiatrinen yhteistyöneuvottelu	9
2.4 Yhteistoiminnallisen hoidon keskeiset piirteet.....	11
2.4.1 Dialogi	11
2.4.2 Moniammatillinen yhteistyö	12
2.4.3 Sosiaalinen verkosto.....	12
2.4.4 Yhteistoiminnalliset hoitotaidot	12
2.4.5 Potilaslähtöisyys.....	13
3 TUTKIMUSTEHTÄVÄ	14
4 LAADULLINEN TUTKIMUS	14
4.1 Ryhmähaastattelu tutkimusmenetelmänä	15
4.2 Sisällönanalyysi	17
5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS.....	19
5.1 Tutkimukseen osallistujat ja aineiston hankinta	19
5.2 Aineistonanalyysi.....	20
6 TULOKSET	21
6.1 Yhteistoiminnallisuus hoitosuunnitelman laadinnassa.....	21
6.1.1 Toteutumisen edellytykset	21
6.1.2 Toteutumisen esteet.....	23
6.2 Yhteistoiminnallisuus hoitokokouksissa	25
6.2.1 Toteutumisen edellytykset	25
6.2.2 Toteutumisen esteet.....	27
6.3 Yhteistoiminnallisuus lääkehoidon toteutuksessa.....	29
6.3.1 Toteutumisen edellytykset	29
6.3.2 Toteutumisen esteet.....	32
6.4 Yhteistoiminnallisuus perhetapaamisessa	33
6.4.1 Toteutumisen edellytykset	33
6.4.2 Toteutumisen esteet.....	36
7 POHDINTA.....	40
7.1 Tulosten tarkastelua.....	40
7.2 Eettiset näkökohdat	43
7.3 Tutkimuksen luotettavuus.....	43
7.4 Tulosten hyödynnettävyys	45
7.5 Lopuksi	46
LÄHTEET	47

1 JOHDANTO

Opinnäytetyömme on osa projektia ”Yhteistoimintamallin kehittäminen psykiatriseen hoitotyöhön”, joka toteutetaan yhteistyössä Helsingin ammattikorkeakoulu Stadian hoitotyön koulutusohjelman, HYKS:n Psykiatriakeskuksen (osastot 2 ja 6) ja Helsingin terveystieteiden keskuksen Auroran sairaalan (osastot 6-1 ja 15-6C) kanssa. Projektin tarkoituksena on kehittää psykiatrisen hoitotyön käytäntöä yhteistoiminnalliseksi ja arvioida sen toimivuutta käytännön hoitotyössä. Projektin tavoitteena on kehittää hoitotyötä potilaslähtöiseen, dialogista työtettä toteuttavaan suuntaan, jolloin potilaan ja hänen verkostonsa voimavarat pyritään aktivoimaan täysimääräisesti käyttöön. (Roivas-Mäkinen - Eriksson - Mattila - Ruotsalainen 2006.)

Projekti on nelivaiheinen. Ensimmäisessä vaiheessa on tehty kirjallisuuskatsaus, jossa on määritelty yhteistoiminnallisen hoitotyön käsite ja kartoitettu hoitohenkilökunnan käsityksiä yhteistoiminnallisesta hoitotyöstä. Toisessa vaiheessa kartoitetaan yhteistoiminnallisen hoitotyön edellytyksiä ja esteitä. Tähän liittyen pilottiosastoilla on tehty ryhmähaastattelut helmi-maaliskuussa 2007. Osastot ovat valinneet hoitotyön osa-alueet (hoitosuunnitelma, hoitokokoukset, lääkehoito ja perhetapaamiset), joissa yhteistoiminnallisuutta, sen esteitä ja edellytyksiä kartoitetaan. Opinnäytetyössämme analysoimme nämä haastattelut induktiivisella sisällönanalyysillä. Projektin kolmannessa vaiheessa kehitetään yhteistoimintamalli ja testataan kehitettyä mallia. Lopuksi neljännessä vaiheessa arvioidaan yhteistoimintamallin toteutumista ja sen merkitystä hoitotyössä. (Roivas-Mäkinen ym. 2006.)

Käytännön työelämän edustajat pitävät hanketta hoitotyön laadun ja vaikuttavuuden kehittämisen kannalta erittäin tärkeänä, koska hoitotyö osastoilla on edelleen varsin asiantuntijalähtöistä ja potilas tai perhe on vastaanottajan roolissa. Yhteisen toimintamallin puuttuminen työyhteisössä vaikeuttaa henkilökunnan keskinäistä yhteistyötä ja potilaiden hoitoa. (Roivas-Mäkinen ym. 2006.)

Yhteistoiminnallinen psykiatrinen hoitotyö määritellään potilaan ja hoitajan yhteistyöksi. Potilaan voimavarat ovat yhteistyösuhteen lähtökohtana, johon hoitaja tuo oman asiantuntemuksensa. Yhteistyösuhteen edellytyksenä on osapuolten välille syntyvä dialogi. (Roivas-Mäkinen ym. 2006.) Yhteistoiminnallisessa psykiatrisessa hoitotyössä on tär-

keää mahdollistaa potilaan osallistuminen oman hoitonsa suunnitteluun ja päätöksentekoon. Tämä mahdollisuus on huomioitava myös tahdosta riippumattomassa hoidossa olevan potilaan kohdalla. Yhteistoiminnallisen hoitotyön toteutuessa hoitaja perustelee potilaalle vapauden rajoittamisen. (Latvala - Saranto - Pekkala 2005; Kuosmanen 2003: 32.) Potilaan hoito suunnitellaan moniammatillisena yhteistyönä potilaan kanssa. Yhteistoiminnallisen työskentelyn perusta on hoitosuunnitelma, jossa määritetään ongelmat sekä hoidon tavoitteet, menetelmät ja toteutus. Tavoitteet pohjautuvat yhteisymmärrykseen, jonka löytämiseen tarvitaan keskusteluja, aikaa ja luottamuksen syntyä. Yhteistoiminnalliseen hoitotyöhön liittyy olennaisesti myös tavoitteiden saavuttamisen arviointi. (Latvala ym. 2005.)

2 YHTEISTOIMINNALLINEN HOITOTYÖ

Psykiatrisen hoitotyön tavoitteena on poistaa mielisairauksiin liittyvää kielteisyyttä, leimaantumista, häpeää ja salailua. Potilaan mahdollisuus selviytyä jokapäiväisestä elämästä ja osallistuminen oman hoitonsa suunnitteluun ja toteutukseen aktiivisena ja vastuullisena osallistujana on keskeinen haaste. Psykiatriset potilaat ovat monista syistä alttiita jäämään passiivisen vastaanottajan asemaan oman hoitonsa ja tarpeidensa osalta. Käsitteellä hoitotyö ja psykiatrisen hoitotyö tarkoitetaan hoitotieteellistä näkökulmaa, jota hoitajat käyttävät psykiatrisen potilaan ja hänen perheensä auttamisessa sekä hoitajien osallistumisessa moniammatilliseen yhteistyöhön. (Latvala 1998: 12, 15.)

2.1 Psykiatrisen hoitotyön lainsäädäntö

Psykiatrista hoitotyötä ja hoidon järjestämistä säädellään useassa laissa. Erikoissairaanhoitolaissa (1989: 1062) määritellään psykiatrisen sairaanhoidon järjestäminen. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (1992: 785) määrittää potilaan oikeuden laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon. Potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Hoito on järjestettävä ja häntä on kohdeltava siten, ettei hänen ihmisarvoaan loukata. Potilaalle on annettava selvitys hänen terveydentilastaan, hoidon merkityksistä, eri hoitovaihtoehdoista ja niiden vaikutuksista sekä muista hänen hoitoonsa liitty-

vistä seikoista, joilla on merkitystä päätettäessä hänen hoitamisestaan. Yhteistoiminnallinen hoitotyö edistää lain toteutumista käytännössä (Latvala ym. 2005).

Psykiatrisen hoidon sisältö määritellään mielenterveyslaissa (1990: 1116). Lain perusteella psykiatrisen hoito tulee järjestää ensisijaisesti avohoidossa. Mielenterveyslaki määrittelee myös kriteerit, joiden nojalla potilaalle voidaan antaa tahdosta riippumatonta hoitoa. Tahdosta riippumaton hoito edellyttää, että henkilön todetaan olevan mielisairas, ja että hoitoon toimittamatta jättäminen olennaisesti pahentaisi hänen mielisairauttaan tai vaarantaisi hänen terveyttään tai muiden ihmisten terveyttä tai turvallisuutta. Samoin on todettava, että muut mielenterveyspalvelut ovat riittämättömiä tai eivät sovellu potilaalle. Mielenterveysasetuksessa (1990: 1247) on määritelty, että tahdosta riippumatonta hoitoa voidaan järjestää vain sairaalan psykiatrisen hoidon yksikössä, joka täyttää tahdon vastaisen hoidon järjestämistä koskevat kriteerit.

2.2 Psykiatrisen hoitotyön tyypit laitoshoidossa

Latvalan (1998) tutkimuksen Potilaslähtöinen psykiatrisen hoitotyö laitosympäristössä ydinkategoriaksi muodostui potilaan selviytyminen jokapäiväisessä elämässä. Potilaan selviytyminen oli yhteydessä siihen, miten hoidon tarve oli määritelty, tavoitteet aseteltu ja millaisia selviytymistä tukevia auttamismenetelmiä käytetään. Psykiatrisen hoitotyön tyypit voidaan jakaa kolmeen eri tyyppiin: varmistavaan, kasvattavaan ja yhteistoiminnalliseen psykiatriseen hoitotyöhön. Latvalan (1998) tutkimuksessa hoitajien ja potilaiden lausumista puolet edusti varmistavaa, 37 % kasvattavaa ja 13 % yhteistoiminnallista hoitotyötä. Tulosten perusteella yhteistoiminnallisen psykiatrisen hoitotyön kehittäminen on haaste psykiatriselle hoitotyölle. (Latvala 1998: 44, 57.)

Hoitohenkilökunta määritteli hoitotyön tarpeen yksin autoritaarisesti, asiantuntijoiden kesken ideaalimallin mukaisesti tai yhteistyössä potilaan ja hänen läheistensä kanssa huomioiden potilaan voimavarat. Potilaasta lähtevä tavoitteen määrittely tapahtui yhteistyössä asiantuntijoiden ja potilaan kanssa. Potilas oli vastuullinen osallistuja omassa hoidossaan ja pyrki tavoitteeseen, joka oli hänen omasta näkökulmastaan mahdollinen. (Latvala 1998: 45.)

Varmistavassa hoitotyössä tarpeen ja tavoitteen määrittelyssä nähtiin vähäisiä muutoksen mahdollisuuksia ja käytettävät auttamismenetelmät olivat autoritaarisia tai kontrolloivia. Sairaus nähtiin vaikeana ja toivottomana sekä potilaan resurssit vähäisinä. Potilaalla oli vähän mahdollisuuksia osallistua omaan hoitoonsa ja hänet nähtiin passiivisena vastaanottajana. Kasvattavassa hoitotyössä hoitajat käyttivät ideaalimallin mukaisia auttamismenetelmiä, jolloin potilaan ulkoinen käyttäytyminen saattoi muuttua, mutta potilas oli hoidossaan vastuullinen vastaanottaja, ei osallistuja. Potilaalla oli mahdollisuus osallistua itseään koskevaan hoidon suunnitteluun, mutta näkemyksiä ei kysytty. Yhteistoiminnallisessa hoitotyössä selviytymisen mahdollisuuksia etsittiin potilaan tilanteesta käsin kaikkien hoitoon osallistuvien kesken. Tavoitteena oli auttamismenetelmät, jotka mahdollistivat joustavat ja yksilölliset ratkaisut. Potilas oli vastuullinen osallistuja omassa hoidossaan. Yhteistoiminnallinen hoitotyö mahdollisti potilaslähtöisen hoitotyön. (Latvala 1998: 45–46.)

2.2.1 Hoitotyön tarpeen määrittely ja tavoitteet

Hoitotyön keskeiset päätökset, jotka vaikuttavat hoitotyön toteutukseen ja tuloksiin, tehdään hoitotyön suunnitteluvaiheessa tavoitteiden ja tarpeiden määrittelyssä. Latvalan (1998) tutkimuksen osa-alueiksi tarpeen ja tavoitteen määrittelyssä muodostui muutos, yhteistyö, vastuu, päätöksenteko ja potilaan resurssien todentaminen. (Taulukko 1.)

TAULUKKO 1. Psykiatrisen potilaan hoitotyön tarpeen ja tavoitteen määrittelyn osa-alueet hoitotyön tyyppien mukaan tarkasteltuna. (Latvala 1998: 47–48.)

Tarpeen- ja tavoitteenmäärittelyn osa-alueet	Yhteistoiminnallinen psykiatrisen hoitotyö	Kasvattava psykiatrisen hoitotyö	Varmistava psykiatrisen hoitotyö
Muutos	Yhteisesti määritelty muutoksen suunta	Ideaalimallin ohjaama muutoksen suunta	Ylhäältä tuleviin määräyksiin perustuva muutos tai ei muutosta
Yhteistyö	Konsultoiva yhteistyö	Koordinoiva yhteistyö	Avustava yhteistyö
Vastuu	Jaettu vastuu	Asiantuntijoiden vastuu	Hierarkkinen vastuu
Päätöksenteko	Yhteistyössä tapahtuva	Ideaalimallin ohjaama	Hierarkkinen päätöksenteko
Potilaan resurssien todentaminen	Todentaminen yhteistyössä	Todentaminen ideaalimallin mukaan	Resursseja ei todennettu

Yhteistoiminnallisuudessa tarve tunnistettiin muutoksen tarpeena ja siihen pyrittiin konsultoivan yhteistyön, yhteisen päätöksenteon ja jaetun vastuun avulla. Keskeisenä ta-

voitteena nähtiin positiivinen muutos ja se määriteltiin potilaan tilanteesta lähtien. Konsultoivassa yhteistyössä jokaisella hoitoon osallistuvalla oli mahdollisuus jakaa näkemyksensä, tulla kuulluksi ja jokaista osallistujaa arvostettiin. Hoitotyön tarpeen ja tavoitteen määrittelyssä ongelmien ja resurssien todentaminen ja ratkaisujen etsiminen oli oleellista. Yhteistyö perustui dialogiin, joka mahdollisti yhteisen näkemyksen muodostumisen asiasta. Yhteistyö ja sitoutuminen olivat oleellisia päätöksenteossa. (Latvala 1998: 47.)

Kasvattavassa psykiatrisessa hoitotyössä muutos ja muutoksen suunta määriteltiin ideaalimallin mukaan, esimerkiksi osaston hoitoideologian. Moniammatillinen yhteistyö oli asiantuntijoiden keskeistä ja potilas ei ollut siinä mukana. Ideaalimallin toteutuksesta ja päätöksenteosta oli vastuussa asiantuntijat. Kasvattavan psykiatrisen hoitotyön mukaan keskityttiin enemmän potilaan tilassa tapahtuviin ulkoisiin muutoksiin kuin sisäiseen ja syvälliseen prosessiin. Potilaan käytettävissä olevat resurssit olivat harvoin hoidon suunnittelun lähtökohta. (Latvala 1998: 48.)

Varmistavassa psykiatrisessa hoitotyössä pyrittiin harvoin muutokseen potilaan tilassa tai toiminnassa. Muutoksen tarve tunnistettiin, mutta hoitotyössä tyydyttiin noudattamaan hierarkkisia ja perinteisiä käytäntöjä. Yhteistyö, vastuu ja päätöksenteko toteutuivat muodollisen auktoriteettimallin mukaisesti, josta esimerkkinä voidaan pitää hoitajan tukeutumista lääkärin päätöksiin. Potilaan resursseja pidettiin vähäisinä ja hoitajat arvioivat omat resurssinsa myös vähäisinä tai eivät jaksaneet lähteä muuttamaan omaa toimintaansa. Ongelmien ilmaantuessa ratkaisuna nähtiin olevan kontrollon lisääminen. (Latvala 1998: 49.)

2.2.2 Potilaan selviytymisen tukeminen

Potilaan selviytymistä elämässään tuettiin Latvalan (1998) tutkimuksen mukaan vuorovaikutuksen, ohjauksen, toiminnan järjestämisen ja kontrollon avulla. (Taulukko 2.)

TAULUKKO 2. Selviytymistä tukevat psykiatrisen hoitotyön auttamismenetelmät eri hoitotyön tyyppien mukaan tarkasteltuna. (Latvala 1998: 51.)

Auttamismenetelmät	Yhteistoiminnallinen hoitotyö	Kasvattava hoitotyö	Varmistava hoitotyö
Vuorovaikutus	Osallistuva vuoropuhelu/dialogi	Yksisuuntainen viestintä/monologi	Jokapäiväinen keskustelu
Ohjaus	Konsultoiva ohjaus	Normatiivinen ohjaus	Autoritaarinen ohjaus
Toiminnan järjestäminen	Mielekäs toiminta	Ohjeiden mukainen toiminta	Satunnainen toiminta
Kontrollointi	Jaettu vastuu	Ideaalimallin mukainen vastuunjako	Hierarkkinen vastuu

Yhteistoiminnallisessa psykiatrisessa hoitotyössä vuorovaikutus oli osallistuvaa vuoropuhelua eli dialogia. Yhdessä hoitajan ja potilaan tai moniammatillisen tiimin kanssa etsittiin ratkaisua tai hahmotettiin ongelmaa tai kokonaisuutta. Ryhmässä tapahtuva dialogi edellytti kaikkien asianosaisten paikallaoloa, toisten kuuntelemista, omien näkemysten esilletuontia sekä näkemysten analysointia ja jakamista toisten kanssa. Ohjauksessa pidettiin keskeisenä kysymysten esittämistä eikä vastausten antamista. Motivoivan ja konsultoivan ohjauksen keskeisenä tavoitteena pidettiin yksilön sisäistä motivoitumista omaan hoitoonsa. Yhteistoiminnalliseen hoitotyöhön kuului kontrollointi, joka toteutui jaettuna vastuuna eli jokainen oli vastuussa omalta osaltaan hoidosta ja jokainen oli sitoutunut tavoitteisiin. Lopputuloksena nähtiin positiivinen muutos potilaan tilassa. (Latvala 1998: 51.)

Kasvattavassa psykiatrisessa hoitotyössä vuorovaikutus oli monologia, esimerkiksi hoitajalta potilaalle suuntautuvaa. Yhteistä ymmärrystä ei haettu potilaan hoitoon. Tavoitteena oli, että potilas omaksuu ideaalimallin näkemyksen ja toimii sen mukaisesti. Ohjauksessa oli keskeistä asiantuntijoiden antamat ohjeet ja niiden noudattaminen. Asioiden ulkokohtainen oppiminen katsottiin riittäväksi, ei potilaan motivointi tai hoidon mielekkyys. Kontrollointi merkitsi vastuun jakamista niin, että potilas toteutti vastuullisesti ja asiantuntijat vastasivat ideaalin valinnasta. asiat käsiteltiin asiantuntijatiimissä, johon potilas harvoin osallistui. Potilaan kuitenkin oletettiin noudattavan tehtyjä päätöksiä. (Latvala 1998: 52.)

Varmistavassa psykiatrisessa hoitotyössä auttamismenetelmät olivat potilaan passiivisuutta tukevia ja autoritaarisia. Vuorovaikutus oli satunnaista, jokapäiväistä keskustelua

eikä sillä ollut tavoitetta. Ohjaus oli autoritaarista ohjausta, jolloin potilaalle annettiin vain yksi vaihtoehto jonka mukaan toimittiin. Toiminnalla ei katsottu olevan tavoitetta vaan se katsottiin lähinnä ajankuluksi. Kontrolloinnilla oli keskeinen asema ja vastuu nähtiin hierarkkisenä. (Latvala 1998: 53.)

2.2.3 Psykiatrinen potilas osallistujana omaan hoitoonsa

Potilaan selviytymiseen jokapäiväisessä elämässä vaikuttivat oleellisesti mahdollisuudet osallistua hoitoonsa ja sen suunnitteluun, sekä selviytymistä tukevat auttamismenetelmät. Potilas on hoitotyypin mukaisesti vastuullinen osallistuja, vastuullinen vastaanottaja tai passiivinen vastaanottaja omassa hoidossaan. (Taulukko 3.)

TAULUKKO 3. Psykiatrinen potilas osallistujana omaan hoitoonsa eri hoitotyön tyyppien mukaan. (Latvala 1998: 54.)

Hoitotyön tyyppi	Yhteistoiminnallinen psykiatrinen hoitotyö	Kasvattava psykiatrinen hoitotyö	Varmistava psykiatrinen hoitotyö
Hoidon tarve	Yksilöllinen hoidon tarve	Ideaalimalliin perustuva hoidon tarve	Kontrolliin perustuva hoidon tarve
Hoidon tavoite	Yksilöllisten resurssien mukainen muutos	Ideaalimallin mukainen muutos	Kontrollin mukaan toimiminen
Auttamismenetelmät	Yhteistoiminnalliset menetelmät	Ideaalimallin mukaiset menetelmät	Autoritaariset menetelmät
Potilas osallistujana	Vastuullinen osallistuja	Vastuullinen vastaanottaja	Passiivinen vastaanottaja

Potilaan osallistuessa omaan hoitoonsa vastuullisena osallistujana, potilasta kuunneltiin ja hän saattoi jakaa oman näkemyksensä sekä kokemuksensa läheisten ja hoitoon osallistuvien henkilöiden kanssa. Auttamismenetelmät valittiin yhteistyössä ja ne mahdollistivat potilaan omien resurssien hyödyntämisen hoidon lähtökohtana. Yhteistoiminnallisuudessa potilaalla oli mahdollisuus osallistua hoitonsa kaikkiin vaiheisiin vastuullisena osallistujana. (Latvala 1998: 54.)

Kasvattavassa psykiatrisessa hoitotyössä potilas oli vastuullinen vastaanottaja hoidossaan. Hänen oli mahdollista olla mukana hoidossaan kuuntelijana, asiantuntijoiden tehdessä päätöksiä ja suunnitelmia. Auttamismenetelmät tähtäsivät potilaan käyttäytymisen

muutokseen annettujen ohjeiden ja sääntöjen avulla. Lähtökohtana ei ollut potilaan tilanne eikä hoitoa suunniteltu potilaan lähtökohdista. (Latvala 1998: 55.)

Varmistavassa hoitotyössä potilas oli passiivinen vastaanottaja. Potilaalla ei ollut käsitystä mihin hoidolla pyrittiin, hoitoa ei ollut suunniteltu yhdessä eikä sillä ollut selkeää tavoitetta. Autoritaariset menetelmät, esimerkiksi pakottaminen ja eristäminen, olivat yleisiä. Yhteistyö potilaan kanssa oli satunnaista ja tilapäistä. (Latvala 1998: 55.)

2.2.4 Potilaslähtöisen psykiatrisen hoitotyön malli

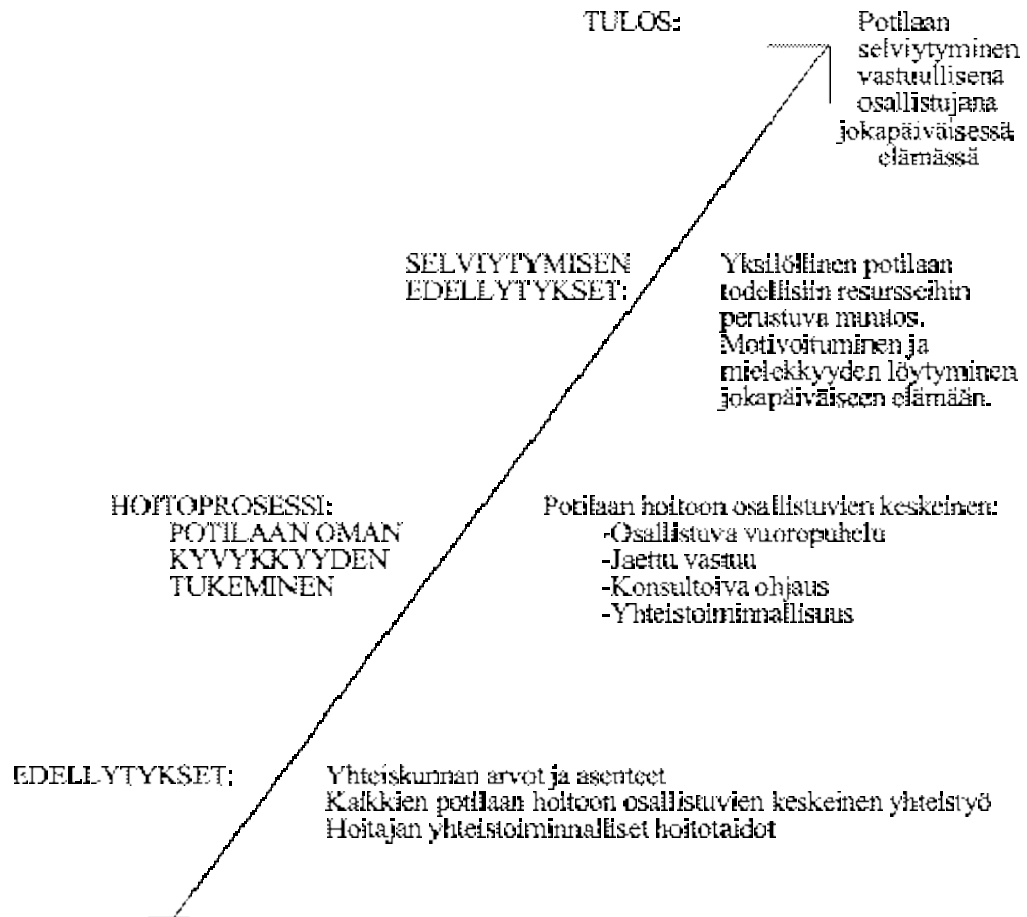
Latvala (1998) on väitöskirjatutkimuksensa aineiston perusteella muodostanut potilaslähtöisen psykiatrisen hoitotyön mallin. Potilaslähtöinen hoitotyö edellyttää hoitajan yhteistoiminnallisia hoitotaitoja. Keskeisenä hoitotaitona on hoitajan taito toimia tilanteen edellyttämällä tavalla. Yhteistoiminnallisuus tukee potilaan mahdollisuuksia muuttua passiivisesta vastaanottajasta vastuulliseksi osallistujaksi. Hoitajalta vaaditaan edellä mainitun tilannetajun lisäksi kasvua joustavaksi asiantuntijaksi. Dialogissa on olennaista potilaan hoitoon osallistuvien kuunteleminen, näkemysten ymmärtäminen ja osallistujien näkemysten selkiytyminen. Jokainen on tärkeä hoitoprosessissa ja jokaisella on osa hoidon onnistumisessa. (Latvala 1998: 58.)

Potilaslähtöinen hoitotyö edellyttää kaikilta hoitoon osallistuvilta sitoutumista tavoitteisiin. Positiivinen muutos potilaan tilassa edellyttää mahdollisesti potilaan kipeiden ja vaikeiden tosiasioiden kohtaamista potilaan resurssit huomioiden. (Latvala 1998: 58.) Latvala (1998: 59) tuo esille yhteiskunnalliset arvot ja asenteet potilaslähtöisen hoitotyön edellytyksenä. Yksilön omaa vastuuta terveydestään ja sen säilyttämisestä korostetaan nykyisin yhteiskunnallisessa arvokeskustelussa. Tutkimustuloksissa on pidetty kuitenkin myös tärkeänä omaisten mukaan ottamista hoitoon.

Osalle potilaista ja heidän omaisilleen on luontevaa osallistua hoitoon yhteistoiminnallisesti, osalle passiivisen vastaanottajan rooli on läheisempi. Potilaslähtöisessä hoitotyössä hoitajan näkökulmasta on kysymys jaetusta vastuusta potilaan kanssa. Tämä merkitsee hoitajan vallankäytön vähenemistä ja autoritaarisesta asemasta luopumista. Läheis-

ten osallistuminen mahdollistaa heidän omien tunteidensa ja asenteidensa käsittelyn. Kuviossa 1 on esitelty potilaslähtöisen psykiatrisen hoitotyön malli. (Latvala 1998: 59.)

KUVIO 1 Potilaslähtöisen psykiatrisen hoitotyön malli (Latvala 1998: 59.)



2.3 Psykiatrinen yhteistyöneuvottelu

Vuokila-Oikkonen (2002) on väitöskirjassaan tutkinut psykiatrisessa yhteistyöneuvottelussa rakentuvia sanallisia kertomuksia ja sanatonta kertomusta. Yhteistoiminnallisen hoidon Vuokila-Oikkonen (2002) määrittelee hoidoksi, jossa valta ja vastuu on jaettu siihen osallistuvien kesken ja hoidosta vastaavat kaikki siihen osallistujat. Asiantuntija tuo oman tietoperustansa potilaan hoitoon ja tietoperustan jakaminen muiden hoitoon osallistuvien kanssa auttaa yhteisen ymmärryksen löytymiseen potilaan tilanteesta. Lähtökohtana ovat potilaan kertomus ja potilaan omat voimavarat. Voimavaroja tukevia keinoja ovat esimerkiksi vastuullinen toiminta, konsultoiva ohjaus ja osallistuva vuoro-

puhelu. Yhteistoiminnallista hoitoa toteutetaan yhteistyöneuvottelussa, jossa tavoitteena on esimerkiksi potilaan hoidon suunnittelu. Yhteistyöneuvotteluun osallistuu potilas, hänen määrittelemänsä läheiset ja asiantuntijat. Hoitokokous on sosiaalinen vuorovaikutustilanne, jossa hoito toteutuu keskusteluna. Jotta hoito olisi yhteistoiminnallista, on hoidon tarve tunnistettava muutoksen tarpeena. Tavoitteet ja toiminta mahdollistavat potilaan vastuun omasta hoidostaan. On tärkeää kuulla, mitä potilaalla on sanottavaa omasta tilanteestaan ja tunteistaan sekä mikä hänen mielestään on hoidon tarve. Hoitaja tuo tarvittaessa dialogissa esille myös eriävät näkemyksensä potilaan tilanteesta. (Vuokila-Oikkonen 2002: 26–27, 30.)

Vuokila-Oikkonen (2002) katsoo yhteistoiminnallisen hoidon vastakohtana olevan asiantuntijälähtöisen hoidon. Asiantuntijälähtöistä psykiatrista hoitoa voidaan tarkastella varmistavan, ymmärtävän ja kasvattavan hoidon käsitteillä. Varmistavan ja kasvattavan hoidon käsitteet ovat samat kuin Latvalan (1998) tutkimuksessaan esittämät käsitteet. Ymmärtävän hoidon Vuokila-Oikkonen määrittelee olevan asiantuntijan pyrkimistä toimimaan potilaskeskeisesti vastaamalla potilaan tarpeisiin. Sen keskeisenä piirteenä on potilaan toiveita kunnioittava ja potilaan toiveiden mukainen hoito. Ymmärtävässä hoidossa on dialogia, mutta se on myötäilevää, jolloin asiantuntija siirtää omaa asiantuntijavaltaa potilaalle tai moniammatillisen tiimin toiselle asiantuntijalle. Tällöin ei mahdollistu erilaisten näkökulmien kohtaaminen, eikä hoidossa päästä yhteiseen ymmärrykseen potilaan tilanteesta. (Vuokila-Oikkonen 2002: 26–28.) Latvalan (1998) tutkimuksessa ymmärtävää psykiatrista hoitotyötä ei aineistossa esiintynyt. Tutkija tuo esille, että ymmärtäminen on auttamismenetelmiin liittyvä tieto ja sen voidaan katsoa kuuluvan psykiatrisen hoitotyön kaikkiin tyypeihin sisältyvänä. (Latvala 1998: 64–65.)

Yhteistoiminnallisessa hoidossa on oleellista toimia tilanteen mukaisesti. Asiantuntijan on kyettävä toimimaan perustellusti potilaan tilan vaatimalla tavalla. Psykoottinen tai suisidaalinen potilas tarvitsee muun muassa selkeitä rajoja. Tällöin yhteistoiminnallinen hoito sisältää varmistavan, ymmärtävän ja kasvattavan hoidon piirteitä, koska potilaan tilanne sitä vaatii. (Vuokila-Oikkonen 2002: 28.)

Vuokila-Oikkonen (2002) tutki millainen kerronta yhteistyöneuvottelussa mahdollistaa potilaan ja hänen läheisensä osallistumisen hoitoon. Psykiatrista yhteistyöneuvottelua voitiin pitää yhteistoiminnallisena, jos osallistujat määrittivät ja jakoivat yhteisen ker-

tomuksen kohteen. Tärkeäksi koettiin myös katsekontakti. Neuvottelu edellytti aikaa ja asiantuntijoilta avoimia, perusteltuja kysymyksiä. Dialogia mahdollisti kaikkien osallistujien näkökulmien esiintuonnin. Asiantuntijalähtöistä yhteistyöneuvottelu on silloin kun sisältö rakennetaan vain asiantuntijoiden kertomuksista. Yhteistyöneuvottelussa on tällöin monologia, kontrollointia, ilmeettömyyttä ja eleettömyyttä. Potilaan ja hänen läheisensä tehtävänä on vain antaa asiantuntijoille heidän tarvitsemansa tieto. (Vuokila-Oikkonen 2002: 63.)

2.4 Yhteistoiminnallisen hoidon keskeiset piirteet

Yhteistoiminnalliseen hoitotyöhön keskeisesti liittyviä tekijöitä ovat dialogi, moniammatillinen yhteistyö, potilaan sosiaalinen verkosto, hoitajan yhteistoiminnalliset hoitotaidot ja potilaslähtöisyys.

2.4.1 Dialogi

Yhteistoiminnallinen hoitotyö edellyttää molemminpuolista kunnioitusta, yhdenvertaisuutta ja rehellisyyttä, mikä saadaan aikaan dialogin kautta (Latvala ym. 2005). Dialogi on pyrkimystä yhteisen ymmärryksen rakentamiseen ja taitoa edistää vuorovaikutuksen kulkua siihen suuntaan. Suhde nähdään molemminpuolisen ymmärryksen rakentamisena ja siinä edetään kaikkien osallistujien ehdoilla. (Mönkkönen 2007: 86–87.) Asiantuntijalta tämä edellyttää oman työtavan, ammattitaidon ja persoonallisuuden reflektointia. Potilaalla vastuullisena osallistujana omaan hoitoonsa oletetaan olevan kykyä ja voimavaroja. Yhteistoiminnallisuudessa haasteellinen tehtävä on tavoitteiden asettaminen. Tämä vaatii hoitajan ja potilaan välisiä keskusteluja sekä aikaa luottamuksen syntymiseen. (Latvala ym. 2005.) Vuorovaikutuksessa pyrkimyksenä ei ole täydellinen yhteisymmärrys vaan erilaisten näkemysten yhdistäminen. Dialogiin osallistuvat kuuntelevat ja ymmärtävät toistensa näkökantoja ja muuttavat omia näkemyksiään. (Mönkkönen 2007: 94; Haarakangas 1997: 23–24.) Keskustelun edellytyksenä on, että osapuolet puhuvat samasta asiasta, samoilla sanoilla ja samaa kieltä käyttäen. Tämä mahdollistaa potilaan osallistumisen omaan hoitoonsa. (Kiviniemi ym. 2007: 84.)

2.4.2 Moniammatillinen yhteistyö

Selanderin (2002) mukaan moniammatillinen yhteistyö on prosessi, jossa jaetaan yhteistyökumppaneiden kanssa hoitamiseen liittyviä pulmia ja yritetään saada aikaan paras mahdollinen ratkaisu hyödyntäen yhteistyötä. Moniammatillinen yhteistyö perustuu osallistujien asiantuntijuuteen, sillä jokainen tuo oman alansa erikoisosaamisen yhteiseen käyttöön. Moniammatilliseen tiimiin ottavat osaa kaikki potilaan hoitoon osallistuvat. (Selander 2002: 8, 13; Kiviniemi 2007:156.) Moniammatillisuus on oleellinen osa yhteistoiminnallista hoitotyötä (Latvala - Janhonen - Wahlberg 1999).

2.4.3 Sosiaalinen verkosto

Sosiaalinen verkosto on potilaan voimavara selviytymisessä. Verkoston merkitys korostuu yhteistoiminnallisessa hoidossa. (Vuokila-Oikkonen 2002: 27, 29.) Perhe ja läheiset tarvitsevat riittävästi tietoa hoitoon liittyvistä asioista, esimerkiksi lääkityksestä ja psykiatrisesta sairaudesta, jotta he pystyvät tukemaan potilasta tämän hoidossa. Perheelle on tärkeää, että he pystyvät työstämään omia tunteitaan liittyen perheenjäsenen sairauteen. Sosiaalinen tuki mahdollistaa potilaan yksilöllisyyden ja itsemääräämisoikeuden kunnioittamisen hoidon lähtökohtana. (Latvala 1998: 18, 26.)

2.4.4 Yhteistoiminnalliset hoitotaidot

Henkilökunnalta yhteistoiminnallisuus edellyttää luopumista autoritaarisesta työskentelytavasta. Autoritaarisessa tavassa potilaan kontrollointi on keskeisessä asemassa ja potilas on passiivinen vastaanottaja. (Latvala ym. 2005.)

Hoitajan yhteistoiminnalliset hoitotaidot eli kyky suunnata omaa toimintaansa tilanteen vaatimalla tavalla ja joustavuus ovat potilaslähtöisen psykiatrisen hoitotyön edellytyksiä (Latvala - Janhonen 1996 ; Latvala 1998: 67). Hoitajan on tärkeää kuunnella potilasta ja ymmärtää hänen tunteitaan. Hyviä yhteistoiminnallisia hoitotaitoja ovat myös motivointi, palautteen antaminen ja yhteistyö. (Latvala ym. 1999: 65.) Yhteistoiminnallisuus edellyttää oman toiminnan reflektointia, ammattitaidon ja persoonallisuuden arviointia, palautteen vastaanottamista omasta toiminnasta sekä dialogista työtapaa potilaan kanssa. Kehittämishaasteina Latvalan ym. (2005) tutkimuksessa todettiin olevan erityisesti

oman toiminnan arviointi ja dialogia. Potilaan selviytymisen tukemisessa on myös tärkeää ymmärtää sairauden ilmenemistä ja sen luonnetta (Latvala 1998: 21–22, 28).

Yhteistoiminnallista hoitotaitoa on myös kyky osoittaa innostuneisuutta, kiinnostuneisuutta ja lämpöä sanattomasti. Sanatonta vuorovaikutusta ovat pään nyökkäykset, hymyileminen ja katsekontaktit. Katsekontaktin avulla on mahdollista ilmaista kiinnostusta ja empatiaa potilaalle. Tutkimusten mukaan suora katsekontakti tukee potilasta ilmaistamaan itseään, sillä se on osoitus avoimuudesta, luotettavuudesta ja uskottavuudesta. (Vuokila-Oikkonen 2002: 36.)

Koulutuksen myötä hoitajien tietoisuus yhteistoiminnallisuudesta on lisääntynyt. Latvalan ym. (2005) tekemässä tutkimuksessa työskentelytapa muuttui yhteistoiminnallisemmaksi kahden vuoden seurannan aikana. Yhteistoiminnallista hoitoa oppii parhaiten yhteistoiminnallisessa ryhmässä. Psykiatrisessa hoitotyössä edellytetään erityisosaamista, jotta voi työskennellä yhteistoiminnallisesti potilaan, hänen verkostonsa ja moniammatillisen ryhmän kanssa. (Vuokila-Oikkonen 2002: 75.)

2.4.5 Potilaslähtöisyys

Potilaslähtöisessä psykiatrisessa hoitotyössä hoitohenkilökunta pyrkii tukemaan potilaan osallistumista päätöksentekoon ja yhteisvastuuseen sekä mahdollistamaan potilaan itsemääräämisoikeuden toteutumista. Lähtökohtana on se, ettei ole mitään asiantuntijan ylempää tietoa, vaan yhteinen ymmärrys ongelman ratkaisusta rakentuu yhteistyön kautta. Potilaslähtöisyydessä nähdään myös tunteiden merkitys keskeisenä. (Latvala 1998: 65-66.) Jotta potilas voi osallistua omaan hoitoonsa, hänellä on oltava riittävästi tietoa, esimerkiksi omasta sairaudestaan ja hoitoon liittyvistä muista tekijöistä (Latvala ym. 2005).

Yhteistyö potilaan ja hänen perheensä kanssa sekä luottamuksen synty hoitosuhteessa ovat myös edellytyksiä yhteistoiminnalliselle hoitotyölle. Latvalan ym. (2005) tutkimuksessa potilaat ilmaisivat halunsa osallistua ja olla aktiivisia vaikuttajia omassa hoidossaan.

Potilaan voimavaroja pyritään vahvistamaan, ja dialogisen yhteistyön tavoitteena on löytää potilaan elämäntilanteesta mahdollisuudet selviytymiseen. Tällöin hän saa jakaa omaan hoitoonsa liittyvät asiat läheistensä ja hoitavien henkilöiden kanssa. Valitut toimintatavat tukevat tätä mahdollisuutta. Hoitajan yhteistoiminnalliset hoitotaidot, verkoston ja läheisten ihmisten mahdollisuudet toimia voimavarana sekä hoitoyhteisön, potilaan ja yhteiskunnan arvot ja asenteet ovat edellytyksiä potilaan selviytymiselle. Lisäksi potilaan selviytymistä auttaa yhteistyön jatkuminen. (Latvala ym. 2005.)

3 TUTKIMUSTEHTÄVÄ

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata hoitohenkilökunnan käsityksiä yhteistoiminnallisuuden toteutumisen edellytyksistä ja esteistä psykiatrisessa hoitotyössä osastojen valitsemilla hoitotyön osa-alueilla.

Tutkimustehtävänä on selvittää:

Minkälaisia esteitä ja edellytyksiä yhteistoiminnallisen psykiatrisen hoitotyön toteutumiselle on hoitohenkilökunnan mielestä hoitosuunnitelman laadinnassa, hoitokokouksissa, lääkehoidossa ja perhetapaamisissa?

4 LAADULLINEN TUTKIMUS

Laadullinen tutkimus eli kvalitatiivinen tutkimus ymmärretään karkeimmillaan aineiston ja analyysin muodon kuvaukseksi. Sen olemusta on määritelty sen kautta mitä se ei ole ja saatuja johtopäätöksiä on verrattu kvantitatiiviseen eli määrälliseen tutkimukseen. (Eskola - Suoranta 2003: 13–14.) Sillä ei ole täysin omaa teoriaa tai paradigmaa, mikä myös vaikeuttaa sen määrittelyä (Metsämuuronen 2006: 83). Kvalitatiivinen tutkimus on subjektiivinen ja sen avulla ymmärretään asioita. Laadullinen tutkimus on yleensä induktiivista eli tutkiva ilmiö on lähtöisin todellisuudesta. (Eskola - Suoranta 2003: 14.)

Laadullisessa tutkimuksessa pelkistetyintä aineiston muotoa edustaa teksti, mikä voi olla syntynyt tutkijasta riippuen tai riippumatta. Tutkijasta riippuen syntyneestä tekstistä ovat esimerkkinä haastattelut. (Eskola - Suoranta 2003: 15; Metsämuuronen 2006: 111.)

Haastattelun voi toteuttaa muun muassa teemahaastatteluna. Vapaamuotoisin haastattelu on avoin eli ei-strukturoitu haastattelu. (Metsämuuronen 2006: 112.) Yksi tapa lähestyä laadullista aineistoa on narratiivisuus. Sitä pidetään yhtenä tapana tehdä selkoa todellisuudesta. (Eskola - Suoranta 2003: 22.)

Kvalitatiivisen tutkimuksen erityispiirre on se, että siinä tutkittavana on pieni määrä tapauksia, joita pyritään analysoimaan mahdollisimman perusteellisesti. Tieteellisyyden kriteeri ei ole määrä vaan laatu. Tutkija valitsee tutkimukseen henkilöitä, jotka täyttävät tutkittavan asian kriteerit. Tämä vaatii sitä, että tutkija on määritellyt keskeiset käsitteet. Laadullinen tutkimus on aineistolähtöinen eli teoriaa rakennetaan empiirisestä aineistosta käsin. Siinä lähdetään liikkeelle ilman ennakoasettamuksia ja määritelmiä. Tällainen analyysi on tarpeen silloin, kun tarvitaan perustietoa jonkin ilmiön olemuksesta eli sen merkityksestä. Jos tutkittavalla on ennako-olettamuksia, pitäisi ne tiedostaa ja pitää niitä esioletuksina. (Eskola - Suoranta 2003: 18–20.)

Tutkijan osallistuminen ei ole välttämätöntä laadullisessa tutkimuksessa, mutta se on tapa päästä enemmän tai vähemmän kosketuksiin tutkittavien kanssa. Kun tutkija pyrkii säilyttämään tutkittavan ilmiön sellaisenaan, voidaan puhua pyrkimyksestä tavoittaa tutkittavien näkökulma. (Eskola - Suoranta 2003: 16.)

Laadullisessa tutkimuksessa tutkijalla on tietynlaista vapautta, mikä antaa mahdollisuuden joustavaan tutkimuksen suunnitteluun ja toteutukseen (Eskola - Suoranta 2003: 24). Raportin on oltava selkeä. Se on kirjoitettava niin, että lukija pystyy seuramaan tutkijan päättelyä ja arvioimaan sitä. Lisäksi tutkijan pitäisi saada lukijat vakuuttuneeksi tekemiensä ratkaisujen oikeutuksesta, muodostettujen luokkien perusteluista ja tutkimuksen kulun luotettavuudesta. (Nieminen 1997: 220.)

4.1 Ryhmähaastattelu tutkimusmenetelmänä

Ryhmähaastattelulla tarkoitetaan ryhmässä tapahtuvaa haastattelua. Haastattelu voi olla ohjattua tai vapaata. Ohjatussa haastattelussa haastattelijä ohjaa ryhmää keskustelemaan ennalta valituista teemoista kun taas vapaassa keskustelunomaisessa haastattelussa haastattelijä on enemmänkin havainnoitsija. (Pötsönen – Pennanen 1998: 1.)

Ryhmähaastattelua pidetään erityisesti hyvänä kvalitatiivisena tutkimusmenetelmänä, kun ollaan kiinnostuneita haastateltavien mielipiteistä ja kulttuurisista jäsenyksistä. Ryhmähaastattelua voidaan käyttää yhdessä toisen tutkimusmenetelmän kanssa tai yksin. Hoitotieteellisissä tutkimuksissa sen käyttö on lisääntynyt Suomessa 1990-luvulta lähtien. (Koskinen - Jokinen 2001 ; Pötsönen - Pennanen 1998: 2.)

Osallistujien valinnan kriteerinä on pidetty haastateltavien samankaltaisuutta suhteessa tutkittavaan asiaan, mikä voi helpottaa ryhmän toimintaa. Toisaalta tutkimuksissa on todettu, että monipuolinen ei-samankaltaisten tutkittavien ryhmä tuottaa tehokkaammin tietoa. Haastattelijan on valittava asianmukainen ryhmän koostumus riippuen tutkittavasta asiasta. Ryhmän jäsenet kootaan yleensä tiettyä haastattelua varten. Valmista ryhmääkin on asianmukaista käyttää, kun esimerkiksi tutkitaan tietyn osaston toimintaa. (Pötsönen- Pennanen 1998: 6-7.)

Sopivana ryhmäkokona on tutkittu olevan neljästä kuuteen osallistujaa. Tällöin ”ideaalikoisessa” ryhmässä jokainen saa mielipiteensä kuuluviin, ja haastattelija pystyy purkamaan mahdollisesti nauhoittamansa aineiston vaivatta. (Koskinen- Jokinen 2001.) Ryhmän koko voi vaihdella tarkoituksen mukaisesti: liian suuri ryhmä estää haastateltavien riittävän osallistumisen ja liian suppea ryhmä ei anna olennaisesti enempää tietoa kuin yksilöhaastattelu. (McLafferty 2001.)

Haastattelussa saadaan kerättyä tietoa esimerkiksi siitä, mitä ja miten on tapahtunut ja mielipiteitä tapahtuneesta. Tietoa saadaan haastattelussa myös siitä, minkälaisia näkemyksiä, kokemuksia, asenteita ja odotuksia haastatteluun osallistuvilla on. Haastattelija saa kerättyä tietoa kohdennettujen kysymysten ja keskustelun kautta. Tärkeänä elementtinä ryhmähaastattelussa on myös ryhmän keskinäinen vuorovaikutus, mielipiteet, asenteet ja sosiaalinen ympäristö. (Pötsönen – Pennanen 1998: 2-3.)

Ryhmän vuorovaikutus on tärkeä tekijä tiedon tuottamisessa. Sen avulla saadaan arvokasta tietoa mitä yksilöhaastatteluissa ei saada. Erityisesti kun ollaan kiinnostuneita kokemuksista ja käsityksistä, ryhmän jäsenet voivat rohkaista toisiaan mielipiteiden vaihtoon. Ryhmässä ihmiset voivat kertoa spontaanisti kokemuksistaan ja tunteistaan, ryhmä antaa tilaa puhua vaikeistakin asioista. Ryhmähaastattelun ja yksilöhaastattelun erona

pidetään juuri vuorovaikutuksellisuutta. (Turunen - Paukkunen – Tossavainen – Taskinen 1996 ; Koskinen - Jokinen 2001 ; Pötsönen - Pennanen 1998: 3-4.)

Ryhmähaastattelun etuina pidetään vuorovaikutuksellisuuden lisäksi sen joustavuutta, nopeutta ja taloudellisuutta. Se on kuitenkin vaativa aineistonkeruumenetelmä. (Koskinen - Jokinen 2001.) Haastattelijalta ryhmähaastattelu vaatii hyvää haastattelutekniikkaa, ryhmädynamiikan hallintaa ja kokemusta vuorovaikutustilanteista. Haastattelijan rooli korostuu eri tavalla kuin yksilöhaastattelussa. Siinä haastattelijan on pyrittävä huolehtimaan, että yksilöllisyys ei katoa ryhmässä, eivätkä dominoivat henkilöt peitä hiljaisten mielipiteitä. Haastattelun kuluessa on luotettava omaan intuitioonsa, huomioitava sanaton viestintä ja tehtävä tarkentavia kysymyksiä teemarungosta poiketen. Haastattelijalta vaaditaan hyvää taustatietoa ja omakohtaista kiinnostusta, sekä hänen on osattava siirtyä keskustelussa eteenpäin, jotta ajankäytöstä ei tule ongelmaa. (Pötsönen - Pennanen 1998: 4, 7-8.)

Haastattelijalla on vaitiolovelvollisuus haastattelussa esille tulleista asioista. Tätä samaa vaitiolovelvollisuutta ei ryhmään osallistuvilta voida vaatia ja haastattelijan on kerrottava tästä osallistujille. Haastattelijan on huolehdittava siitä, että keskustelu ei vahingoita yksittäistä ryhmän jäsentä ja että keskustelu tarvittaessa ohjataan yleisempään suuntaan. (Pötsönen - Pennanen 1998: 4; Koskinen - Jokinen 2001.)

4.2 Sisällönanalyysi

Sisällönanalyysi on paljon käytetty tutkimusaineiston analyysimenetelmä hoitotieteellisissä tutkimuksissa. Se on menettelytapa, jolla voidaan analysoida dokumentteja systemaattisesti ja objektiivisesti. Sisällönanalyysi sopii erinomaisesti strukturoimattomaan aineistoon. Sisällönanalyysiä pidetään vaativana analyysimenetelmänä ja siihen kohdistuu paljon kritiikkiä. (Kyngäs 1999.)

Sisällönanalyysillä pyritään saamaan kuvaus tutkittavasta ilmiöstä tiivistetyssä ja yleisessä muodossa. Analyysin lopputuloksena tuotetaan tutkittavaa ilmiötä kuvaavia kategorioita, käsitteitä, käsitejärjestelmiä, käsitekarttoja tai malleja. Ennen analyysin aloittamista tutkijan on päätettävä, analysoiko hän vain sen, mikä on selvästi ilmaistu doku-

menteissa vai analysoiko hän myös piilossa olevia viestejä. Analyysi voidaan tehdä joko induktiivisesti tai deduktiivisesti. (Kyngäs 1999.)

Sekä induktiivisen että deduktiivisen sisällön analyysin ensimmäinen vaihe on analyysiyksikön määrittäminen. Tavallisimmin käytetty analyysiyksikkö on yksi sana tai sanayhdistelmä, mutta se voi olla myös lause, lausuma tai ajatuskokonaisuus. (Kyngäs 1999; Janhonen - Nikkonen 2001: 25.) Analyysiyksikön valitsemisen jälkeen aineisto luetaan useita kertoja läpi. Lukeminen on aktiivista lukemista ja sen tarkoituksena on luoda pohja analyysille. Aineiston tutustumisen jälkeen analyysin etenemistä säätelee se, ohjaako analyysiä aineisto vai ennalta valitut kategoriat, käsitteet, teemat tai käsitejärjestelmä. (Kyngäs 1999.)

Aineistolähtöisessä analyysissä pyritään luomaan tutkimusaineistosta teoreettinen kokonaisuus. Siinä analyysiyksiköt valitaan aineistosta tutkimuksen tarkoituksen ja tehtävänasettelun mukaisesti. Avainajatus on, että analyysiyksiköt eivät ole etukäteen sovit-
tuja tai harkittuja. Kaikki mitä tutkittavasta ilmiöstä tiedetään aikaisempien tutkimusten perusteella, pyritään aineiston analyysivaiheessa sulkemaan analyysin ulkopuolelle niin, että se ei vaikuttaisi analyysiin. (Tuomi - Sarajärvi 2002: 97.)

Aineistosta lähtevä sisällön analyysi kuvataan aineiston pelkistämisenä, ryhmittelynä ja abstrahointina. Aineistoa pelkistetään kysymällä aineistolta tutkimustehtävän mukaista kysymystä ja sivun marginaaliin kirjataan asiat, jotka aineistosta löytyvät vastauksena tähän kysymykseen. Marginaalista pelkistetyt ilmaisut kerätään listoiksi. Tämä on kategorioiden muodostamisen ensimmäinen vaihe. (Kyngäs 1999 ; Janhonen - Nikkonen 2001: 26.)

Analyysin seuraava vaihe on ryhmittely. Tässä vaiheessa on kysymys pelkistettyjen ilmaisujen erilaisuuksien ja yhtäläisyyksien etsimisestä. Samaa tarkoittavat ilmaisut yhdistetään samaan kategoriaan ja annetaan kategorialle sen sisältöä kuvaava nimi. Tähän vaiheeseen liittyy jo aineiston abstrahointia eli käsitteellistämistä. (Kyngäs 1999 ; Janhonen - Nikkonen 2001: 28–29.)

Analyysiä jatketaan yhdistämällä saman sisältöiset kategoriat toisiinsa muodostaen niistä yläkategorioita. Yläkategorialle annetaan nimi, joka kuvaa sen sisältöä eli niitä alakategorioita, joista se on muodostettu. Abstrahointia jatketaan yhdistämällä kategorioita niin kauan kuin se on sisällön kannalta mielekästä ja mahdollista. Kategorioiden nimeäminen voi olla ongelmallista ja niinpä nimeämisen apuna käytetään deduktiivista päättelyä eli kategorialle annetaan nimi, joka on jo aikaisemmin tuttu käsite tai sanapari. (Kyngäs 1999.)

5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Yhteistoiminnallisen hoitotyön edellytyksiä ja esteitä kartoitettiin vuoden 2007 helmimaaliskuussa hankkeen osastoilla neljän ryhmähaastattelun avulla. Kirjalliset tutkimusluvut hankittiin aiemmin. Haastattelijat valitsivat ryhmähaastattelun, koska he katsoivat sen sopivan ilmiön tutkimiseen. Kylmän ja Juvakan (2007: 85) mukaan osallistujien keskinäinen vuorovaikutus ja toisten ajatusten kehittäminen tuovat uusia kerroksia yhteiseen tarinaan.

Jokaisessa neljässä haastattelussa käytettiin teemoina osastojen valitsemia hoitotyön osa-alueita. Haastattelijat valitsivat muutamia avainkysymyksiä ja tarvittaessa ohjasivat haastattelun ajan käyttöä ja teemassa pysymistä.

5.1 Tutkimukseen osallistujat ja aineiston hankinta

Ryhmät olivat kooltaan viidestä seitsemään henkeä, osallistujat olivat vakituisessa työsuhteessa ja työkokemusta heillä oli vähintään kahden vuoden ajalta. Ryhmään osallistuminen perustui vapaaehtoisuuteen ja edustettuina olivat osastoilla työskentelevistä ammattiryhmistä sairaanhoitajat, mielenterveyshoitajat ja lähihoitajat. Ryhmiin kuului sekä miehiä että naisia. Osastojen osastonhoitajat eivät osallistuneet ryhmähaastatteluihin. Keskimääräinen ryhmähaastatteluiden kesto oli 1,5 tuntia, ja ne nauhoitettiin. Ryhmiä haastateltiin yhden kerran sairaaloiden tiloissa. Haastattelujen alussa haastattelijat lukivat määritelmän yhteistoiminnallisesta hoitotyöstä. Haastattelut toteuttivat

kaksi hankkeen projektiryhmän jäsentä, joista toinen toimi haastattelun aikana havainnoitsijana.

Ryhmähaastatteluissa nauhoitettu aineisto litteroitiin sanatarkasti. Materiaalia on yhteensä 71 konekirjoitusliuskaa. Olemme saaneet haastattelut puhtaaksikirjoitettuina. Nauhoja emme ole kuunnelleet. Aineisto on analysoitu käyttäen induktiivista sisällönanalyysia.

5.2 Aineistonanalyysi

Aineiston analyysi alkoi, kun saimme puhtaaksikirjoitetut haastatteluaineistot (71 sivua) ja aloitimme niiden lukemisen. Jokainen ryhmämme jäsen luki aineistoja itsenäisesti useita kertoja läpi samalla kysyen aineistolta ”edellytys” ja ”este”. Tämä haastatteluaineistojen lukeminen ja kysymysten tekeminen loi pohjan tulevalle analyysille.

Aineistosta lähdettiin ensin etsimään yhteistoiminnallisuuden edellytyksiä ja esteitä erittelemättä niitä osastojen valitsemiin hoitotyön osa-alueisiin. Tutkimuskysymyksen täsmennettyä merkittiin aineistosta värikoodein alkuperäisilmaisut. Analyysiyksiköksi valittiin lause, joka ilmaisi edellytyksiä tai esteitä. Tämän jälkeen kirjoitettiin kaikki tutkimuskysymykseen vastaavat alkuperäisilmaisut erikseen jokaisesta neljästä haastattelusta. Tässä vaiheessa vertailtiin jokaisen erikseen merkitsemät lauseet ja niiden yhteneväisyys. Alkuperäisilmaisuja ei koodattu erikseen, koska tiesimme mistä haastattelusta ilmaisu oli. Jokainen haastattelu koski vastausta yhteen osa-alueeseen ja aineistoja ei yhdistetty. Analysoimme vain sen mikä oli selvästi ilmaistu haastatteluaineistossa. Alkuperäisilmaisut pelkistettiin, jonka jälkeen ne liitettiin samaa ilmiötä kuvaaviin ryhmiin. Nämä pelkistetyt ilmaisut abstrahoitettiin eli liitettiin samaa asiaa ilmaiseviin kategorioihin. Lopuksi nimettiin yhdistävät yläkategoriat. Koko analyysiprosessin ajan palattiin useasti alkuperäistekstiin, jotta voitiin varmistaa vastaavuus saatujen yläkategorioiden ja haastattelujen välillä. Selventääksemme analyysiprosessin etenemistä sekä aineiston ja tulosten välistä yhteyttä, kuvaamme yläkategorian potilaslähtöisyys (Taulukko 4).

TAULUKKO 4. Esimerkki analyysiprosessin etenemisestä

Alkuperäisilmaisu	Pelkistetty ilmaisu	Alakategoria	Yläkategoria
"...sitä aikaa odotettava ja saatava sitä luottamusta siihen hoitoon."	luottamuksen syntyminen ajan kanssa	potilaan tahdissa eteneminen	POTILASLÄHTÖISYYS
"...vaadita välttämättä siinä alussa liikaa."	ei vaadita alussa liikaa		
"...tosi aikaa vievää että pääsee edes jonkin näköiseen kontaktiin."	kontaktin luominen vie aikaa	potilaalle annetaan aikaa kontaktin luomiselle	
"Ja tutustuminen voi kestää kauan."	tutustuminen voi kestää	potilaalle annetaan aikaa tutustumiselle	

6 TULOKSET

Tutkimustulokset on esitelty osa-alueittain. Yhteistoiminnallisen hoitotyön edellytykset ja esteet eri osa-alueilla esitellään omina ryhminään.

6.1 Yhteistoiminnallisuus hoitosuunnitelman laadinnassa

Haastatteluaineistosta nousi esiin neljä yläkategoriaa kuvaamaan edellytyksiä (Taulukko 5.) ja kolme yläkategoriaa kuvaamaan esteitä (Taulukko 6.) laatia hoitosuunnitelma yhteistoiminnallisesti.

6.1.1 Toteutumisen edellytykset

Hoitosuunnitelman laadinta yhteistoiminnallisesti edellyttää hoitohenkilökunnan mukaan toimivaa moniammatillista yhteistyötä hoitoon osallistuvien tahojen kanssa, potilaslähtöisyyttä, yhtenäistä ja toimivaa hoitosuunnitelmalomaketta sekä omahoitajan mukana oloa hoitokokouksessa.

TAULUKKO 5. Edellytykset laatia hoitosuunnitelma yhteistoiminnallisesti

Alakategoria	Yläkategoria
<ul style="list-style-type: none"> - yhdessä suunnittelemine - eri ammattiryhmien näkemyksen hyödyntäminen - yhteistyötahojen odotukset hoidolta ja yhteistyö muiden hoitavien tahojen kanssa - tietämys yhteistyötahojen odotuksista hoidolta 	TOIMIVA MONIAMMATILLINEN YHTEISTYÖ HOITOON OSALLISTUVIEN TAHOJEN KANSSA
<ul style="list-style-type: none"> - potilaan tahdissa eteneminen - potilaalle annetaan aikaa kontaktin luomiselle - potilaalle annetaan aikaa tutustumiselle 	POTILASLÄHTÖISYYS
<ul style="list-style-type: none"> - hoidon/suunnitelman arviointi - yksi yhtenäinen kaavake 	YHTENÄINEN JA TOIMIVA HOITOSUUNNITELMALOMAKE
<ul style="list-style-type: none"> - omahoitaja mukana hoitosuunnitelman teossa 	OMAHOITAJAN MUKANA OLO HOITOKOKOUKSESSA

Toimiva moniammatillinen yhteistyö hoitoon osallistuvien tahojen kanssa

Hoitohenkilökunnan mielestä moniammatillisen tiimin mukanaolo on tärkeää potilaan hoidossa. Tällöin tiimin jäsenet tuovat oman ammattiosaamisensa potilaan hoitoon. Tiedonsiirron ja informoinnin potilaan hoidossa olevien yhteistyötahojen kanssa toivottiin lisääntyvän. Yhteistyötahoilla, esimerkiksi palvelutaloilla, todettiin olevan myös epärealistisia odotuksia osastohoidolta.

”...että kun siinä käsitellään niin siinä myös tulee sitten esille, jos potilas tarvitsee näitä jotain erityisjuttuja”

”...jos potilas asuu jossain muualla kuin kotona...se henkilökunta niin kuin siellä odottaa tavallaan niin kuin myös tältä hoidolta täällä näin..”

Potilaslähtöisyys

Henkilökunnan mukaan yhteistoiminnallisen hoitosuunnitelman teko edellytti potilaan tahdissa etenemistä hoitosuhteessa. Potilaalle annetaan aikaa kontaktin luomiseen, eikä alussa odoteta potilaalta liikaa. Näin hoitosuunnitelmaan pyritään saamaan potilaan oma näkemys hoidostaan.

”...sitä aikaa odotettava ja saatava sitä luottamusta siihen hoitoon.”

Yhtenäinen ja toimiva hoitosuunnitelmalomake

Hoitajat kokivat, että potilaan hoitoa edistäisi hoitosuunnitelmalomake, jossa kaikki potilaan hoitoon liittyvät asiat olisivat merkittynä. Lomakkeen toivottiin olevan helposti käytettävä ja selkeä. Tämä auttaisi uusia hoitajia saamaan kuvan potilaan hoidosta. Nykyiseen lomakkeeseen todettiin olevan vaikea kirjoittaa hoidon arvioinnista, koska kirjoitustilaa ei ole.

”..että pitäisi olla joku yksi yhtenäinen.”

”...se on huono se kaavake.”

”...ei siinä niin ole sellaista kohtaa..siinä on se yksi sentti kertaa sentti ruudut...että sinun pitäisi niin kuin arvioida jotenkin...”

Omahoitajan mukanaolo hoitokokouksessa

Omahoitajan osallistumista pidettiin tärkeänä potilaan hoidon suunnittelussa, koska hän huolehtii hoitokokouksessa esille tulleiden asioiden kirjaamisesta.

”Eliikkä jos omahoitaja on siinä mukana, niin silloin se automaattisesti pystyy laittamaan ne siihen hoitosuunnitelmaan.”

6.1.2 Toteutumisen esteet

Hoitosuunnitelman laadintaa yhteistoiminnallisesti estää hoitohenkilökunnan mukaan potilaan rajoittunut kyky yhteistyöhön, yhteistyön toimimattomuus lääkärin kanssa sekä ettei hoitosuunnitelmalomaketta käytetä asianmukaisesti.

TAULUKKO 6. Esteet laatia hoitosuunnitelma yhteistoiminnallisesti

Alakategoria	Yläkategoria
<ul style="list-style-type: none"> - potilaan vaikea psyykkinen tila - potilas ei suostu ilmaisemaan itseään verbaalisesti - potilaan somaattinen sairaus 	POTILAAN RAJOITTUNUT KYKY YHTEISTYÖHÖN
<ul style="list-style-type: none"> - toimimaton yhteistyö lääkärin kanssa - ei tietoa lääkärin suunnitelmasta 	YHTEISTYÖN TOIMIMATTOMUUS LÄÄKÄRIN KANSSA
<ul style="list-style-type: none"> - hoitosuunnitelmalomaketta ei täydennetä 	HOITOSUUNNITELMALOMAKETTA EI KÄYTETÄ ASIANMUKAISESTI

Potilaan rajoittunut kyky yhteistyöhön

Psykoottisella potilaalla voi olla rajoittunut kyky yhteistyöhön psyykkisen tilansa vuoksi. Potilas voi olla sairautentunnoton, ja tällöin hoitosuunnitelman tekeminen yhdessä koettiin vaikeaksi. Hoitajien mielestä riippui paljon potilaasta, millaiset tuloanalyysitiedot hänestä saadaan hoitosuunnitelmaan, koska potilaat eivät välttämättä kerro itsestään mitään. Osaston potilaiden fyysiset sairaudet vaikeuttivat potilaiden osallistumista hoitosuunnitelman tekoon. Hoitajat kokivat, että potilaan hoidossa keskitytään paljon somaattisiin sairauksiin.

”..riippuu paljon potilaasta kuinka paljon suostuu kertomaan tai puhumaan, puhuuko mitään.”

”...voisiko sanoa ongelmaksi, että tässä on kuitenkin somatiikka niin voimakkaasti koko ajan mukana.”

Yhteistyön toimimattomuus lääkärin kanssa

Lääkärin kanssa tehtävän yhteistyön toimimattomuuden koettiin estävän hoitosuunnitelman yhteistoiminnallista toteutumista. Lääkärin mielipidettä potilaan hoidosta pidettiin tärkeänä. Toimimattomana yhteistyötä hoitohenkilökunnan kanssa pidettiin tilanteessa, jossa hoitajat eivät tieneet lääkärin tavoitetta ja suunnitelmaa potilaan hoidossa.

” ... jos se yhteistyö esimerkiksi lääkärin kanssa ei, se ei ole niin onnistunutta taikka.”

”...tärkeää tietää, mikä se lääkärin tavoite ja suunnitelma on...”

Hoitosuunnitelmalomaketta ei käytetä asianmukaisesti

Hoitajat totesivat, että hoitosuunnitelmalomakkeen täydentäminen hoidon edetessä unohtuu. Hoitosuunnitelma on potilaspapereissa, mutta sitä ei enää muisteta hyödyntää potilaan hoidossa.

”Kyllä se unohtuu...”

6.2 Yhteistoiminnallisuus hoitokokouksissa

Haastatteluaineistosta nousi esiin viisi yläkategoriaa kuvaamaan edellytyksiä (Taulukko 7.) ja viisi yläkategoriaa kuvaamaan esteitä (Taulukko 8.) yhteistoiminnalliselle hoitokokoukselle.

6.2.1 Toteutumisen edellytykset

Hoitokokouksen yhteistoiminnallisuus edellyttää hoitohenkilökunnan mukaan avointa dialogia, toimivaa moniammatillista yhteistyötä, hoidollista päätöksentekoa kaikkia osapuolia kuullen, ajallisten resurssien riittävyyttä sekä potilas- ja omaislähtöisyyttä.

TAULUKKO 7. Edellytykset yhteistoiminnalliselle hoitokokoukselle

Alakategoria	Yläkategoria
<ul style="list-style-type: none"> - mielipiteiden esille tuonti - ei valmiita ennakkokäsityksiä potilaasta - läsnäolo ilman päätöksiä - potilas tasavertainen hoitoryhmän jäsen - potilaan tarinan kuunteleminen - annetaan aikaa tulla kuulluksi - moniäänisyys - yhteinen kieli 	AVOIN DIALOGI
<ul style="list-style-type: none"> - hoitoryhmä mukana potilaan hoidossa - moniammatillisuuden hyöty - hoitajien ohjeistus - hoitaja tasavertainen tiimin jäsen 	TOIMIVA MONIAMMATILLINEN YHTEISTYÖ
<ul style="list-style-type: none"> - päätökset potilasta kuulemalla - potilas mukana omassa hoidossaan 	HOIDOLLINEN PÄÄTÖKSENTEKO KAIKKIA OSAPUOLIA KUULLEN
<ul style="list-style-type: none"> - varataan tarpeeksi aikaa - aikaa potilaan kuulemiseen 	AJALLISTEN RESURSSIEN RIITTÄVYYS
<ul style="list-style-type: none"> - puhutaan omaisten/potilaan määrittelemästä aiheesta - potilaan omanarvontunteen säilyminen 	POTILAS- JA OMAISLÄHTÖISYYS

Avoin dialogi

Hoitajat katsoivat voivansa tuoda hoitokokouksissa esille eriävät mielipiteensä ja ajatuksensa potilaan hoitoon liittyen. Hoitokokouksiin pyritään osallistumaan ilman ennakkokäsityksiä potilaasta, ja kokous on hyvä aloittaa niin, että omaiset voivat tuoda esille haluamansa asian tai aiheen. Tätä pidettiin tärkeänä hoitokokouksen yhteistoiminnallisena edellytyksenä. Kokouksissa ei tarvitse tehdä päätöksiä, vaan kuulla potilasta ja olla läsnä. Hoitajat totesivat, että potilaan tulee olla osa hoitoryhmää sekä tasavertainen

osallistuja. Potilaan mielipiteitä pidettiin yhtä tärkeinä kuin muiden hoitoryhmän jäsenten. Hoitajien ja lääkäreiden toivottiin käyttävän potilaan ymmärtämää kieltä esimerkiksi lääkityksestä.

”...että sanoo ääneen sen, mitä ajattelee...”

”...kaikista tärkeintä nimenomaan niin, että potilas ja omaiset määrittelee, että mistä siinä hoitokokouksessa puhutaan...”

”...osa sitä hoitoryhmää ja tasavertainen jäsen kaikkien muiden kanssa...”

Toimiva moniammatillinen yhteistyö

Haastateltavat kokivat osaston vahvuudeksi sen, että moniammatillinen tiimi on mukana hoitokokouksissa. Eri ammattikuntien jäseniä pidettiin hoitoryhmään kuuluvina. Hoitajat kokivat tästä olevan työhönsä konkreettista hyötyä niin, että he pystyivät keskittymään paremmin hoitotyöhön. Hoitokokouksissa hoitajat kokivat olevansa tasavertaisia tiimin jäseniä ja saavansa selkeät ohjeet potilaan hoitoon.

”...meillä on ollut oikeasti niin kuin moniammatillinen työryhmä näissä meidän hoitokokouksissa.”

Hoidollinen päätöksenteko kaikkia osapuolia kuullen

Yhteistoiminnallisessa hoitotyössä potilasta kuullaan hoitoon liittyvissä päätöksissä, mikä mahdollistaa potilaan mukanaolon omassa hoidossaan.

”...vaan se päätös tehdään siinä hoitokokouksessa...”

”...ja ehkä sellainen tunne, että olin päätöksenteossa niin kuin mukana...”

Ajallisten resurssien riittävyys

Edellytys hoitokokouksen yhteistoiminnallisuudelle on se, että henkilökunta voi varata tarpeeksi aikaa kokouksille. Tällöin hoitajilla ja muilla kokoukseen osallistuvilla on aikaa kuulla potilasta.

”Aika. Sehän on yksi edellytys.”

”...pitäisi olla aikaa kuunnella sitä potilasta...”

Potilas- ja omaislähtöisyys

Yhteistoiminnallisissa hoitokokouksissa tulisi puhua omaisten ja potilaan määrittelemistä asioista. Jotta potilaalla säilyisi omanarvon tunne hoitokokouksen jälkeen, vaaditaan hoitajalta potilaan huomioimista.

”...potilas ja omaiset määrittelee että mistä siinä hoitokokouksessa puhutaan...”

6.2.2 Toteutumisen esteet

Hoitokokouksen yhteistoiminnallisuutta estää hoitohenkilökunnan mukaan resurssien riittämättömyys, potilaan ja hänen läheistensä vaikeus osallistua yhteistyöhön, henkilökunnan sitoutumattomuus yhteistoiminnallisuuteen, asiantuntijalähtöisyys sekä epäselvä vastuunjako hoitajien ja lääkärin välillä.

TAULUKKO 8. Esteet yhteistoiminnalliselle hoitokokoukselle

Alakategoria	Yläkategoria
<ul style="list-style-type: none"> - ajallisten resurssien riittämättömyys - aikataulujen yhteensopimattomuus - henkilökunnan yllättävät poissaolot 	RESURSSIEN RIITTÄMÄTTÖ- MYYS
<ul style="list-style-type: none"> - potilas kykenemätön ilmaisemaan toiveitaan - omaisia ei saada mukaan 	POTILAAN JA HÄNEN LÄHEIS- TENSÄ VAIKEUS OSALLISTUA YHTEISTYÖHÖN
<ul style="list-style-type: none"> - hoitohenkilökunnan sitoutumattomuus - potilaalle ei anneta aikaa oman tarinansa kertomiseen 	HENKILÖKUNNAN SITOUTU- MATTOMUUS YHTEISTOIMIN- NALLISUUS
<ul style="list-style-type: none"> - henkilökunta johdattelee hoitokokouksen kulkua 	ASiantuntijalähtöisyys
<ul style="list-style-type: none"> - työnjako hoitajan ja lääkärin välillä epäselvä 	EPÄSELVÄ VASTUUNJAKO HOI- TAJIEN JA LÄÄKÄRIEN VÄLILLÄ

Resurssien riittämättömyys

Yhteistoiminnallisen hoitokokouksen esteenä pidettiin ajallisten resurssien riittämättömyyttä. Lääkäreillä ja hoitohenkilökunnalla on liian kiireisiä aikatauluja, ja aikataulujen yhteensovittaminen lääkärin sekä omaisten kesken voi olla vaikeaa. Henkilökunnan yllättävät sairastumiset hankaloittavat hoitokokousten järjestämistä.

”...kiireeseen liittyvää, että aha lääkäri lähtee varttitunnin päästä seuraavaan hoitokokoukseen...”

Potilaan ja hänen läheistensä vaikeus osallistua yhteistyöhön

Potilaan huono fyysinen tai psyykinen tila voi vaikeuttaa hänen mahdollisuuksia olla vastuullinen osallistuja hoitokokouksissa. Esteeksi koettiin myös se, että omaiset eivät osallistu hoitokokoukseen.

”...olla vointi sen verran huono, ettei siihen kykene...”

” ...vaikea saada niitä omaisia paikalle.”

Hoitohenkilökunnan sitoutumattomuus yhteistoiminnallisuuteen

Henkilökunnan sitoutumattomuus yhteistoiminnallisuuteen nähtiin esteenä. Haastateltavien mielestä koko henkilökunta ei ole sitoutunut yhteistoiminnalliseen ajatukseen. Tämä näkyy siinä, että potilaalle ei anneta aikaa kertoa omaa näkemystään hoitokokouksessa.

”Että joillekin tämä on vaan tämmöistä munkkilatinaa.”

Asiantuntijalähtöisyys

Potilas ei välttämättä osaa ilmaista toiveitaan tai on siihen kykenemätön sairautensa vuoksi, jolloin henkilökunta voi lähteä johdattelemaan liikaa hoitokokouksen kulkua.

”...henkilökunta hieman liikaa johdattelee sitä hoitoneuvottelun kulkua...”

Vastuunjako epäselvä hoitajien ja lääkärin välillä

Hoitajat kokivat, että heillä on suuri vastuu potilaan hoidosta. Hoitohenkilökunta päättää myös asioista, jotka kuuluisivat lääkärin päätäntävaltaan. Koska lääkärit tapaavat potilaita noin kerran viikossa, hoitajien tavatessa heitä päivittäin, voi lääkäri katsoa, että hoitajalla on paremmat tiedot potilaan tilasta. Hoitajat kuitenkin toivoivat, että lääkärit ottaisivat enemmän vastuuta joissakin potilastapauksissa.

”... hoitotyöntekijä päättää meillä aika paljon asioista...päättää jossain määrin jopa asioista mistä saisi lääkäri päättää.”

”..tehän sen kanssa keskustellette ja sitä te arvioitte.”

6.3 Yhteistoiminnallisuus lääkehoidon toteutuksessa

Haastatteluaineistosta nousi esiin seitsemän yläkategoriaa kuvaamaan edellytyksiä (Taulukko 9.) ja kolme yläkategoriaa yhteistoiminnallisen lääkehoidon esteiksi (Taulukko 10.).

6.3.1 Toteutumisen edellytykset

Lääkehoidon toteutuminen yhteistoiminnallisesti edellyttää hoitohenkilökunnan mukaan toimivaa yhteistyötä työryhmässä lääkehoidon toteuttamisessa, hoitajan lääkehoitoon liittyvää ammattitaitoa, hyviä puitteita toteuttaa lääkehoitoa, potilaan tiedonsaantia lääkehoidosta, lääkehoidon kirjaamista potilaan sairaskertomukseen, toimivaa tiedonsiirtoa yhteistyötahojen kanssa, sekä omaisten tiedonsaantia potilaan lääkehoidosta.

TAULUKKO 9. Yhteistoiminnallisen lääkehoidon edellytykset

Alakategoria	Yläkategoria
<ul style="list-style-type: none"> - tasavertainen yhteistyö lääkärin kanssa - hoitaja informoi lääkäriä potilaasta - hoitajat keskustelevat potilaan lääkityksestä ja sen vaihtoehdoista - hoitajien keskuudessa yhtenäiset hoitolinjat - hoitajat eivät kilpaile keskenään - myönteinen ja vastaanottavainen ilmapiiri - hoitajien välillä avoin keskustelu 	TOIMIVA YHTEISTYÖ TYÖRYHMÄSSÄ LÄÄKEHOIDON TOTEUTTAMISESSA
<ul style="list-style-type: none"> - tieto lääkkeistä - ammatillinen kohtelu - hoitomyöntyvyyden ja motivaation herättäminen - muun avuntarpeen tunnistaminen 	HOITAJAN LÄÄKEHOITOON LIITTYVÄ AMMATTITAITO
<ul style="list-style-type: none"> - fyysiset tilat hyvät lääkehoidon toteutukselle - sijaiset ammattitaitoisia - perehdytys - lääketiedot ajan tasalla 	HYVÄT PUITTEET TOTEUTTAA LÄÄKEHOITOA
<ul style="list-style-type: none"> - hoitaja varmistaa, että potilas ymmärtää lääkemuutoksen - potilas ymmärtää saamansa informaation lääkkeistä - potilas tietoisiksi lääkityksestään 	POTILAAN TIEDONSAANTI LÄÄKEHOIDOSTA
<ul style="list-style-type: none"> - lääkkeenkäyttö perustellaan hoitosuunnitelmassa - lääkemuutokset perustellaan ja kirjataan potilaan sairaskertomukseen - lääkemuutokset tulisi kirjata 	LÄÄKEHOIDON KIRJAAMINEN POTILAAN SAIRASKERTOMUKSEEN
<ul style="list-style-type: none"> - toimiva tiedonsiirto avohoitoon - hyvä kontakti avohoitoon 	TOIMIVA TIEDONSIIRTO YHTEISTYÖTAHOJEN KANSSA
<ul style="list-style-type: none"> - omaiset tietoisia lääkityksestä 	OMAISTEN TIEDONSAANTI POTILAAN LÄÄKEHOIDOSTA

Toimiva yhteistyö työryhmässä lääkehoidon toteuttamisessa

Potilaan etu on, jos hoitajien välillä on avoin dialogi eli he pystyvät myös olemaan asi-
oista eri mieltä ja neuvomaan toisiaan rakentavalla tavalla. Myönteinen ja vastaanotta-
vainen ilmapiiri sekä yhtenäiset hoitolinjat ovat edellytyksiä yhteistoiminnalliselle lää-
kehoidolle. Hoitajat toivat esille, että on yhteistoiminnallisempaa kysyä potilaalta, mikä
voi auttaa huonoon oloon kuin antaa lääke suoraan. Hoitajat arvostavat lääkärinä, joka
kuuntelee hoitajien mielipiteitä eikä mitätöi niitä. Lisäksi hoitajat kokivat hyväksi sen,
että työryhmässä ei ole keskinäistä kilpailua siitä, kenen näkemys voittaa.

*”...voisi keskustella, että hoitoryhmän kanssa sitä, tarjotaanko potilaalle jotain muuta
vaihtoehtoa, että keskustelua vai annetaanko se lääke suoraan.”*

”...yleinen ilmapiiri on aika sellainen niin kuin myöntäväinen.”

Hoitajien lääkehoitoon liittyvä ammattitaito

Potilaan lääkityksestä huolehtivilla on oltava keskeisimmät tiedot lääkityksestä. Potilas-
ta tulisi kohdella ammattitaitoisesti eikä nöyryyttää potilasta esimerkiksi hänen hakies-
saan tarvittavaa lääkettä. Tällaiseen nöyryyttämiseen tulisi puuttua. Hoitajat kokivat,
että informaation antaminen potilaalle parantaa motivaatiota ja hoitomyöntyvyyttä lää-
kehoidon suhteen. Hoitajan ammatillisuuteen kuuluu myös erityistilanteiden tunnistami-
nen, jolloin hänen tulisi tiedostaa, että potilas voi paikata lääkkeellä huonoa vointia
tai lääkkeen pyytäminen voi olla ainoa keino, jolla potilas osaa ottaa yhteyttä.

*”...ei niin kuin lähdetäisi nöyryyttämään potilasta, että kun potilasta hakemaan sitä
tarvittavaa lääkettä...”*

*”...sehän voi olla sen lääkkeenanto potilaan taholta ainoa keino, millä se osaa ottaa
yhteyttä” ...”Se voi olla joku muu niin kuin kerta kaikkiaan se tarve, kuin se lääke.”*

Hyvät puitteet toteuttaa lääkehoitoa

Hoitajat kokivat lääkkeiden jaon osastolla rauhattomaksi ja toivoivat parempia tiloja.
Haastateltavien mielestä osastonhoitajan tehtäviin kuuluu huolehtia siitä, että osastolla
on ammattitaitoisia sijaisia, hyvä perehdytys ja että hoitajien lääketiedot ovat ajan tasal-
la.

”Sen pitäis luovuttaa työhuoneensa meidän lääkkeenjakooneeksi. Se on meinaan rauhatonta hommaa.”

”Sen pitää huolehtia siitä, että meillä on ammattitaitoista henkilökuntaa sijaisina.”

Potilaan tiedonsaanti lääkehoidosta

Hoitaja varmistaa, että potilas ymmärtää lääkemuutokset ja on tietoinen lääkityksestään. Hoitajat toistavat lääkärin antamaa informaatiota potilaalle, kunnes tämä ymmärtää sen. Lisäksi hoitajat voivat kertoa potilaalle lääkkeistä oman tietämystasonsa mukaan.

”...kysyä potilaalta, tiedätkö miksi sinä syöt just tätä lääkettä.”

Lääkehoidon kirjaaminen potilaan sairaskertomukseen

Lääkehoidon kirjaamisessa olisi tärkeää muistaa perustella, miksi potilas käyttää lääkettä. Lisäksi tulisi näkyä, miksi jokin lääke on lopetettu ja uusi aloitettu.

”...ei riitä, että seurantaan kirjoitetaan aloitettu serdolet ja lopetettu se ja se, koska tuota, sitten se on aijaa miksi, että olisi ihan kiva oikeasti tietää...”

Hoitajat toivat esille haastattelussa kontaktin avohoitoon. Osasto voi olla tiedonkanava hoidon päättymisenkin jälkeen, ja avohoito voi hyödyntää osaston hankkimaa tietoa ja kokemusta.

”...avohoito ymmärtää sen, että mikä tieto ja kokemus me ollaan jo hankittu...”

Omaisten tiedonsaanti omaisten lääkehoidosta

Omaisten informoiminen lääkkeistä on tärkeää, sillä heillä voi olla ennakkokäsityksiä lääkkeiden vaikutuksista.

”...muuttuuko niin kuin heidän rakas tyttärensä nyt niin kuin aivan totaalisesti zombieksi näiden teidän lääkkeiden myötä, että niin kuin se koko piirin infoaminen siinä sitten.”

6.3.2 Toteutumisen esteet

Lääkehoidon toteutumista yhteistoiminnallisesti estää hoitohenkilökunnan mukaan potilaan ja henkilökunnan yhteistyövaikeudet lääkehoidon toteuttamisessa, kiire sekä hoitajien ja lääkärin yhteistyön toimimattomuus.

TAULUKKO 10. Yhteistoiminnallisen lääkehoidon esteet

Alakategoria	Yläkategoria
<ul style="list-style-type: none"> - lääkekielteisyys - lääkehakuisuus - potilas ei luota hoitajan ammattitaitoon - potilasta ei ole informoitu lääkityksestä - hoitajalla ja potilaalla eri näkemys lääkkeen tarpeellisuudesta - potilaalta puuttuu lähdekritiikki - potilasta kehoitetaan kysymään lääkäriltä 	POTILAAN JA HENKILÖKUNNAN YHTEISTYÖVAIKEUDET LÄÄKEHOIDON TOTEUTTAMISESSA
<ul style="list-style-type: none"> - hoitajien ajan puute - lääkärin kiire 	KIIRE
<ul style="list-style-type: none"> - hoitajien ja lääkärin erimielisyys lääkityksestä 	HOITAJIEN JA LÄÄKÄRIN YHTEISTYÖN TOIMIMATTOMUUS

Potilaan ja henkilökunnan yhteistyövaikeudet lääkehoidon toteuttamisessa

Osastolla monet potilaat ovat lääkekielteisiä, sairaudentunnotomia ja oppositiossa lääkehoidon suhteen. Toisena ääripäänä hoitajat toivat esille potilaiden lääkehakuisuuden, jolloin potilaat haluavat lääkettä enemmän kuin on hoidollisesti perusteltua. Potilaat voivat myös ottaa toisia lääkkeitä mieluummin kuin toisia. Potilaat luulevat, että kaikki heille tarvittaessa määrätyt lääkkeet on haettava tarpeesta huolimatta. He eivät luota hoitajan ammattitaitoon tarpeen arvioijina. Hoitajat toivat esille, että potilasta pitäisi informoida enemmän lääkityksestään. Potilaat saattavat kokea, että lääkkeillä yritetään tehdä radikaaleja muutoksia, vaikka niiden tarkoitus on olla hoidon tukena. Ristiriitaisuutta hoitajien toimintaan tuo se, että he haluavat potilaan ottavan lääkkeensä, mutta potilaan pyytäessä tarvittavaa lääkettä sitä ei anneta. Hoitajat kokivat ongelmallisiksi myös tilanteet, jolloin potilas ei suostu ottamaan lääkkeitään. Yleisimmin tällaisessa tilanteessa hoitaja turvautuu lääkärin määräyksiin ja uhkaa antaa lääkkeen injektiona.

”...yksi ongelmahan on kanssa se, että potilas niin kuin haluaa enemmän sitä lääkettä, mitä me suostutaan antamaan...”

”...potilaalle ei ollut kerrottu edes, että on aloitettu uusi lääke.”

”... mutta sitten kun hän tulee pyytämään niin kuin tarvittavaa lääkettä niin me kieltäydymme sitä antamasta.”

”... sanon että kyllähän otat, että lääkäri on määrännyt, täytyy ottaa. Jos et ota suun kautta, niin tulee piikkiä.”

Kiire

Hoitajat voivat kertoa potilaalle lääkemuutoksista, mutta heidän mielestään niiden perusteleminen on lääkärin tehtävä. Hoitajien ajanpuute tulee esille esimerkiksi lääkkeenjako-tilanteessa, jolloin potilas haluaisi keskustella lääkityksestä.

”Se on lääkärin tehtävä ja minun mielestä lääkärin on otettava osaa siihen niin, että sille on löydyttävä aikaa, että hän perustelee.”

”... pillereitä jakamassa, niin kyllä sitä siinä niin kuin sanotaan, ettei tähän ole aikaa, ei tämä ole mikään neuvottelutilanne, siitä vaan pilleri naamaan ja seuraava.”

Hoitajien ja lääkärin yhteistyön toimimattomuus

Aineistosta nousi esille lääkäreiden ja hoitajien eriävät mielipiteet lääkityksen merkityksestä hoidossa.

”... toisaalta hoitajat hokee, että tässä vaiheessa hoitoa lääkitys on keskeisessä asemassa...”

6.4 Yhteistoiminnallisuus perhetapaamisessa

Haastatteluaineistosta nousi esiin kuusi yläkategoriaa kuvaamaan edellytyksiä (Taulukko 11.) ja yhdeksän yläkategoriaa kuvaamaan esteitä (Taulukko 12.).

6.4.1 Toteutumisen edellytykset

Perhetapaamisen yhteistoiminnallisuus edellyttää hoitohenkilökunnan mukaan moniammatillisen tiimin asiantuntemusta, omaisten osallistumista, omahoitajan roolia, perhetapaamisen järjestymistä, dialogia lääkärin ja hoitohenkilökunnan välillä sekä hoitajien valmistautumista perhetapaamiseen.

TAULUKKO 11. Yhteistoiminnallisen perhetapaamisen edellytykset

Alakategoria	Yläkategoria
<ul style="list-style-type: none"> - moniammatillisen tiimin jäsenen asiantuntijuus - moniammatillisen tiimin jäsenen läsnäolo - moniammatillinen tiimi mukana potilaan hoidossa - hoitaja tuo oman näkemyksensä moniammatillisen tiimin käyttöön - eri vaihtoehtojen huomioiminen - lääkärin kokemus - hoitaja huolehtii potilaan tilan monipuolisen käsittelyn - hoitajan aktiivinen osallistuminen 	MONIAMMATILLISEN TIIMIN ASIAANTUNTEMUS
<ul style="list-style-type: none"> - potilaan läheisten tarinan kuunteleminen - perhe osallistuu potilaan hoitoon - potilaan läheiset saavat tietoa moniammatilliselta tiimiltä - potilaan ja omaisen kommunikaation mahdollistuminen - hoitaja huomioi koko perheen 	OMAISTEN OSALLISTUMINEN
<ul style="list-style-type: none"> - hoitaja tuntee potilaan - osallistuvan hoitajan merkitys - omahoitaja mukana - omanhoitajan asiantuntemus 	OMAHOITAJAN ROOLI
<ul style="list-style-type: none"> - potilas suostuu tapaamiseen - perhe tulee tapaamiseen - vaadittavien henkilöiden läsnäolo 	PERHETAPAAMINEN SAADAAN JÄRJESTETTYÄ
<ul style="list-style-type: none"> - dialogin synnyttäminen hoitajan ja lääkärin välillä - avoin dialogi 	DIALOGI LÄÄKÄRIN JA HOITOHENKILÖKUNNAN VÄLILLÄ
<ul style="list-style-type: none"> - henkilökunta valmistautuu perhetapaamiseen - henkilökunta käy läpi perhetapaamisessa esille tulleita asioita 	HOITAJIEN VALMISTAUTUMINEN PERHETAPAAMISEEN

Moniammatillisen tiimin asiantuntemus

Perhetapaamisten yhteistoiminnallisuuden edellytyksenä pidettiin moniammatillisen tiimin jäsenten eri näkökantoja ja mukanaoloa. Haastateltavat korostivat erityisesti sosiaalityöntekijän roolia tapaamisissa. Kun kokouksissa on paikalla mahdollisimman monen eri ammattiryhmän edustaja, saadaan aikaan parhaiten potilasta palveleva keskustelu. Hoitaja tuo tapaamiseen erilaisia näkökulmia ja realiteettia potilaan hoidosta.

”...nimenomaan sosiaalityöntekijän läsnäolo on hyvinkin tärkeä siinä vaiheessa, kun ruvetaan puhumaan jatkoista...”

”...ne moniammatillisen ryhmän jäsenet, ettei se jämähdä liikaa tiettyyn näkökulmaan. Että hoitaja muistuttaa, että entäs jos mitä sitten tämmöinen.”

Omaisten osallistuminen

Perhetapaaminen mahdollistaa perheen kertomuksen kuulemisen sekä potilaan ja hänen läheistensä kommunikaation. Hoitajan tehtävänä on huomioida vanhempien lisäksi myös sisarukset. Perheen haluttiin olevan osallinen hoidossa. Tapaamisten luonteet muuttuivat hoidon edetessä niin, että alussa perheeltä saatiin tietoa potilaan hoitoon liittyen ja lopussa perhe sai tietoa potilaan hoidosta.

”meillä on se potilaan kertomus, mutta sitten mitä se lähipiiri on kokenut...”

Omahoitajan rooli

Jotta hoitaja voi synnyttää dialogin osapuolten kesken ja tuoda oman asiantuntemuksensa yhteistyösuhteeseen, on hoitajan tunnettava potilas. Näin omahoitajan rooli korostuu, sillä hänen kanssaan potilas käy syvällisempiä keskusteluja.

”...hoitajan täytyy tietysti tuntea se potilas kunnolla...”

” Ihan ideaali tilannehan on, että omahoitaja on mukana.”

Perhetapaaminen saadaan järjestettyä

Potilaan halukkuus tapaamisen järjestämiseen on yhteistoiminnallisen perhetapaamisen edellytys. Läheisten halu ja uskallus tulla perhetapaamiseen ovat tärkeitä. Perhetapaaminen pyritään järjestämään ajankohtana, jolloin kaikki osalliset pystyvät tulemaan paikalle, koska muutoin tapaaminen ei vastaisi tarkoitustaan.

”...eihän sitä ikinä voi toteuttaa muuten, ellei ole potilas suostuvainen.”

Dialogi lääkärin ja hoitohenkilökunnan välillä

Hoitajat toivat esille lääkärin ja hoitajien yhteistyön merkityksen potilaan hoidossa. Molemmat tuovat oman asiantuntemuksensa dialogiin. Lääkäri tuo näkemyksensä hoidosta ja hoitajat kertovat, miten potilaan hoito näkyy osastolla. Hoitajan rooli perhetapaamisessa riippuu paljon lääkäristä. Dialogia syntyy, kun lääkäri huomioi hoitajan näkemyksen hoidosta ja hoitaja voi sanoa oman mielipiteensä tapaamisessa.

”...että ei ole semmoista johtajaa siinä, että molemmilla jotain tulee mieleen, niin voi kertoa tai sanoa molemmat.”

”...miten tavallaan lääkärin ja hoitajien kemiat sopii keskenään, miten se vuoropuhelu niin kuin toimii...”

Hoitajien valmistautuminen perhetapaamiseen

Yhteistoiminnallisen perhetapaamisen edellytyksenä pidettiin henkilökunnan mahdollisuutta kokoontua ja käydä läpi käsiteltäviä asioita ennen tapaamista sekä tapaamisessa esilletulleita asioita.

”..että tavataa pikku tiimeissä ennen tätä perhetapaamista...”

6.4.2 Toteutumisen esteet

Perhetapaamisten yhteistoiminnallisuutta estää hoitohenkilökunnan mukaan potilaan vaikeus avoimeen yhteistyöhön, potilaan ja omaisten erilaiset näkemykset, lääkärin rooli perhetapaamisissa, perhetapaamista ei saada järjestettyä, omaisten vaikeus hyväksyä potilaan sairaus, omaisten passiivisuus, hoitajan valmistautumattomuus, potilaan avohoitokontaktien vaihtuvuus sekä resurssien riittämättömyys.

TAULUKKO 12. Yhteistoiminnallisten perhetapaamisten esteet

Alakategoria	Yläkategoria
<ul style="list-style-type: none"> - potilas ei osallistu keskusteluun aktiivisesti - potilas valikoiva läheisten suhteen - potilas haluaa näyttää tilanteen todellisuutta parempana - potilas ei halua hoitajan tuovan kaikkia asioita esille 	POTILAAN VAIKEUS AVOIMEEN YHTEISTYÖHÖN
<ul style="list-style-type: none"> - potilaan ja läheisten eri näkemys voinnista - perheen suhtautuminen tilanteeseen - potilas ja vanhemmat eivät puheväleissä - potilaan ja perheen riitely 	POTILAAN JA OMAISTEN ERILAISET NÄKEMYKSET
<ul style="list-style-type: none"> - hoitajat joutuvat opastamaan lääkäreitä - lääkäreiden kokemattomuus - lääkäri mitätöi hoitajan roolia - yhteinen kieli puuttuu 	LÄÄKÄRIN ROOLI PERHETAPAAMISISSA
<ul style="list-style-type: none"> - perheenjäsen ei osallistu tapaamiseen - moniammatillisen tiimin jäsenen puuttuminen - potilaalla ei ole läheisiä - aikataulujen yhteensovittaminen vaikeaa 	PERHETAPAAMISTA EI SAADA JÄRJESTETTYÄ
<ul style="list-style-type: none"> - vanhempien suhtautuminen sairauteen - perheen vääristyneet käsitykset potilaan sairaudesta 	OMAISTEN VAIKEUS HYVÄKSYÄ POTILAAN SAIRAUSSA
<ul style="list-style-type: none"> - vanhempien passiivisuus perhetapaamisessa - tiedonsaaminen omaisilta vaikeaa 	OMAISTEN PASSIIIVISUUS

- henkilökunnan valmistautumattomuus - ajan puute	HOITAJAN VALMISTAUTUMATTOMUUS
- avohoito kontaktien tiheä vaihtuvuus	POTILAAN AVOHOITOKONTAKTIEN VAIHTUVUUS
- henkilökuntavaje	RESURSSIEN RIITTÄMÄTTÖMYYS

Potilaan vaikeus avoimeen yhteistyöhön

Hoitajat kokivat perhetapaamisten esteeksi sen, ettei dialogia synny potilaan kanssa. Tuolloin potilas vastailee kysymyksiin lyhyesti tai on kokonaan haluton puhumaan. Potilas voi olla valikoiva sen suhteen, ketä perhetapaamiseen kutsutaan. On myös potilaita, jotka pyrkivät manipuloimaan omahoitajan ja potilaan välistä suhdetta niin, että kaikki näyttäisi paremmalta. Hoitaja kertoo perhetapaamisissa, kuinka asiat todellisuudessa ovat, mikä aiheuttaa potilaalle pettymystä.

”... mutta ei halua puhua, niin sitten, ei sitten voi... minkäänlaista dialogia synny.”

”... että hän osaa vaikka äidin kanssa pelata tilanteet paremmin kuin isän kanssa, ja haluaa että ei ehdottomasti isä ei tule, mutta äidin minä haluan”

Potilaan ja omaisten erilaiset näkemykset

Potilaalla ja hänen läheisellään voi olla erilainen näkemys potilaan voinnista. Perhe näkee tilanteen todellisuutta pahempana tai vähättelee sitä. Lisäksi potilaan ja vanhempien välit voivat olla niin huonot, että heidän välilleen syntyy riitaa. Hoitajien täytyy osata käsitellä tilanteita, joissa omaiset purkavat omaa väsymystään ja turhautumistaan potilaaseen.

”Se saattaa olla potilaan ja perheen näkemys siitä potilaan voinnista olla hyvinkin eri.”

”...Että se menee sitten vaan niiden keskinäiseen syyttelyyn, kun on kerrottu, että tällöinen diagnoosi on tehty. Että sitten niin kuin olla siinä tuomarina, että puhutaan potilaan asioista...”

Lääkärin rooli perhetapaamisissa

Aineistosta kävi ilmi, että lääkärin persoona on tärkeä asia yhteistoiminnallisen perhetapaamisen onnistumisen kannalta. Lääkärin ei pitäisi mitätöidä hoitajaa kieltämällä häntä osallistumasta keskusteluun. Lisäksi lääkärin tulisi puhua perhetapaamisessa termeillä, jotka myös perheenjäsenet ymmärtävät. Lääkäreiden vaihtumisen vuoksi hoitajat joutuvat opastamaan heitä osaston toimintatapoihin.

”Niin varsinkin sen kokemuksen puute ehkä enemmän korostuu.”

”Se on lääkäristäkin kiinni, että lääkärit niin kuin osoittaa sen, että sinä istut hiljaa siinä.”

”...pitää niin kuin suomentaa lääkärin puhetta omaisille.”

Perhetapaamista ei saada järjestettyä

Yhteistoiminnallisuus perhetapaamisessa ei toteudu, jos sieltä puuttuu potilaan perheenjäsen tai moniammatillisen tiimin jäsen. Aikataulujen yhteensovittaminen on myös koettu esteeksi perhetapaamisen toteutukselle.

”Niin yksi hyvä, oikein semmoinen ongelma tosiaan, mitä voi ajatella, on se saadaanko se perhetapaaminen edes aikaiseksi. Siitä on aika hyvä lähteä.”

”Voi olla, että yksinkertaisesti siellä ei ole ketään sellaista, jota voi kutsua.”

Omaisten vaikeus hyväksyä potilaan sairaus

Haastatteluaineistosta kävi ilmi, että vanhemmilla voi olla vaikeuksia myöntää potilaan sairautta tai käsitellä todettua kaksoisdiagnoosia.

”Että tuota se on monesti aika raskas prosessi käsitellä myös vanhempien ja todetaan tällainen kaksoisdiagnoosi.”

Omaisten passiivisuus

Yhteistoiminnallisen perhetapaamisen toteutumisen esteenä on joidenkin vanhempien passiivisuus tapaamisissa.

”...onko se sen hetkinen mielentila ja aktiivisuus, mutta jotkut on siis todella passiivisia ja ottaa vastaan mitä ottaa...”

Hoitajien valmistautumattomuus

Ajan puutteen ja resurssipulan vuoksi hoitajat eivät voi valmistautua tarpeeksi perhetapaamiseen. Usein joudutaan menemään tapaamiseen ilman, että tiedetään mikä on perhetapaamisen syy.

”moni asia kaatuu ja hoidon laatuun vaikuttaa resurssipula hyvin paljon, että jää tällaiset valmistautumiset ja keskustelut ynnä muut tarpeelliset vähemmälle sitten.”

Potilaan avohoitokontaktien vaihtuvuus

Yhteistoiminnallisen perhetapaamisen onnistumisen ja jatkuvuuden esteenä on avohoidon kontaktien tiheä vaihtuvuus, mikä johtuu potilaan asunnottomuudesta tai jatkuvasta muuttamisesta. Lisäksi hoitajat kokivat, että avohoitokontaktien muuttuminen tiheään vaikeuttaa laadittuun hoitosuunnitelmaan sitoutumista.

”.. laativat suunnitelman, potilas ja hoitaja, johon molemmat voivat sitoutua, niin se ei aina ole ihan niin yksinkertainen asia just tuon takia, että vaihtuu nää avohoitokontaktit niin tiheään.”

Resurssien riittämättömyys

Riittämätön henkilökunta vaikeuttaa perhetapaamisten sopimista.

”...jokaisella on omat vähäiset resurssit, mitä joka paikassa tänä päivänä tuntuu olevan.”

7 POHDINTA

Opinnäytetyössämme on kuvattu hoitohenkilökunnan käsityksiä yhteistoiminnallisuuden esteistä ja edellytyksistä osastojen valitsemilla hoitotyön osa-alueilla. Teoreettisena pohjana olemme käyttäneet Eila Latvalan (1998) luomaa potilaslähtöisen hoitotyön mallia ja Päivi Vuokila-Oikkosen (2002) väitöskirjassaan kuvaamaa yhteistoiminnallista yhteistyöneuvottelua psykiatrisessa hoidossa. Olemme suhteuttaneet aiemmissä tutkimuksissa saatua tietoa omiin tuloksiimme ja tutkimustehtävään. Saamamme tulokset ovat pääosin yhteneväisiä edellä mainittujen tutkijoiden saamien tulosten kanssa. Tuloksista valittiin tarkastelun kohteeksi keskeisiä edellytyksiä ja esteitä.

7.1 Tulosten tarkastelua

Yhteistoiminnallisen hoitotyön edellytyksenä pidettiin jokaisella hoitotyön osa-alueella moniammatillista yhteistyötä. Avohoidon mukaan ottamista potilaan hoitoon pidettiin tärkeänä. Moniammatillisuutta on eri ammattiryhmien näkemysten ja ammattitaidon hyödyntäminen. Latvalan (1998: 51) ja Vuokila-Oikkosen (2002: 26) mukaan konsultoituva yhteistyö voi olla hoitajan ja potilaan sekä läheisten tai moniammatillisen tiimin välistä. Konsultoivassa yhteistyössä jokainen hoitoon osallistuva voi jakaa näkemyksiään toisten kanssa, tulla kuulluksi ja jokaisen osallistuminen on arvokasta. Näkemysten jakaminen auttaa löytämään yhteisen ymmärryksen potilaan tilanteesta. Hoidosta ovat vastuussa kaikki, ja vastuu siitä on jaettu kaikkien siihen osallistuvien kesken. Haastateltavat toivat esille erityisesti lääkärin kanssa tehtävän yhteistyön toimivuuden tai toimimattomuuden.

Potilaslähtöisyyden miellettiin kuuluvan yhteistoiminnalliseen hoitotyöhön. Yhteistoiminnallisuudessa potilas on vastuullinen osallistuja, hänelle annetaan aikaa, ja hoitosuhteen alussa edetään potilaan tahdissa. Haastateltavat pitivät tärkeänä myös potilaan omanarvontunteen säilymistä hoidon aikana. Päätökset haluttiin tehdä potilasta kuulemalla. Latvalan (1998: 58, 65) tutkimuksen mukaan potilaslähtöinen hoitotyö edellyttää yhteistoiminnallisia hoitotaitoja. Hoitajan ja potilaan välinen yhteistoiminnallinen työskentely on yksi potilaslähtöisyyden edellytys. Tällaisessa työskentelytavasta on hyötyä, sillä potilas voi tiedostaa ja ottaa omia resursseja käyttöön yhteistyösuhteessa. Potilaslähtöisessä hoitotyössä potilas on mukana hoidon suunnittelussa, toteutuksessa ja arvi-

oinnissa mahdollisuuksiensa mukaan. Potilaslähtöisyyden edellytyksenä on myös se, että potilas kykenee kohtaamaan sairautensa. Haastateltavien esille tuomat ajatukset potilaslähtöisyydestä vastasivat Latvalan (1998) luomaa potilaslähtöistä psykiatrisen hoitotyön mallia. Esteenä potilaslähtöisyydelle koettiin olevan potilaan rajoittunut kyky yhteistyöhön.

Kuten aikaisemmin on tullut esille, Vuokila-Oikkonen (2002: 27) pitää yhteistoiminnallisen hoidon vastakohtana asiantuntijalähtöistä psykiatrista hoitoa. Haastateltavat tunsivat asiantuntijalähtöisyyden olevan yhteistoiminnallisen hoitotyön esteenä. Asiantuntijalähtöisyytenä voitiin pitää tilannetta, jossa hoitaja johdatteli hoitoneuvottelun kulkua.

Vuokila-Oikkonen (2002:1) toteaa yhteistoiminnallisen hoidon edellyttävän aikaa, jotta kaikki voivat tuoda näkökulmansa yhteisen kertomuksen rakentamiseen. Haastateltavat toivoivat enemmän aikaa potilaalle, mutta henkilökunnan riittämättömyys ja kiireiset aikataulut vaikeuttivat tätä.

Ammatillisuus nähtiin potilaan hyvänä kohteluna ja hoitajan kykynä herättää potilaassa hoitomyöntyvyyttä ja motivaatiota. Hoitajalta edellytettiin myös kykyä tunnistaa potilaan hoidon tarve. Latvala (1998: 28) nostaa tutkimuksessaan esille, että keskeistä psykiatrisessa hoitotyössä ovat hoitajan erilaiset yhteistyötaidot. Hoitajalta edellytetään kykyä ymmärtää omaa käyttäytymistään. Tällä tavoin hoitaja pystyy auttamaan toisia tunnistamaan heidän kokemansa vaikeudet. Ammatillisesti taitava hoitaja herättää luottamusta, ja hän pystyy edistämään hoidollisen yhteistyösuhteen muodostumista potilaan kanssa. Hoitajan tulisi olla herkkä, ammattitaitoinen sekä tuntea itsensä ja omat voimavaransa, jotta hän voi olla vuoropuhelussa potilaan kanssa sekä auttaa potilasta kohtaamaan sairautensa. Haastatteluissa ei tullut ilmi hoitajan persoonasta johtuvia edellytyksiä tai esteitä yhteistoiminnalliselle hoitotyölle.

Yhteistoiminnallisuuden edellytyksenä on avoin dialogi. Dialogissa on olennaista, että yhdessä etsitään ratkaisua ja hahmotetaan mahdollista ongelmaa (Latvala 1998: 51). Haastateltavat korostivat potilaan kuulemista ja potilaan olemista tasavertaisena hoitorhmän jäsenenä. Eri ammattiryhmien välisen dialogin koettiin edistävän potilaan hoitoa. Hoitajat toivat esille perhetapaamisten kohdalla toiveen hoitokokoukseen valmis-

tautumisesta ja perhetapaamisen syystä. Avoimeen dialogiin kuitenkin kuuluu, ettei potilaasta olisi valmiita ennakkokäsityksiä ennen kokouksia.

Sosiaalinen verkosto on osa yhteistoiminnallista hoitotyötä. Yhteistyötä tehdään potilaan ja hänen läheistensä kanssa sekä vastuu jaetaan kaikkien hoitoon osallistuvien kesken. (Vuokila- Oikkonen 2002: 29.) Haastateltavat toivat esille omaisten osallistumisen potilaan hoitoon. Kaikilla potilailla ei kuitenkaan ole läheisiä ja hoitajat pohtivat miten se vaikuttaa yhteistoiminnalliseen hoitoon.

Haastateltavat toivat esille hoitotyön johdon roolin yhteistoiminnallisuudessa vain lääkehoidon edellytyksenä. Perehdytys ja sijaisten ammattitaito koettiin tärkeiksi. Lääketietojen toivottiin olevan ajan tasalla. Vuokila-Oikkosen (2002: 75) mukaan käytännön hoitotyössä ylihoitajat ja osastonhoitajat ovat tärkeässä asemassa uuden tiedon käytön mahdollistajina. Psykiatrisen hoidon kehittämisessä koulutuksella on tärkeä asema.

Haastatteluaineistossa yhteistoiminnallisuuden toteutuksen edellytyksenä on omahoitajan rooli potilaan hoidossa. Vuokila-Oikkonen (2002: 24) tuo esille yhteistoiminnallisen hoidon kehittymiseen vaikuttaneen akuutin psykoosin hoidon integroidun hoitoprojektin, jossa korostetaan yksilöllistä hoitosuhdetta, jossa jokaiselle potilaalle nimitään omahoitaja. Sairaanhoidajalla on omaan asiantuntemukseensa perustuva tehtävä, josta hän on vastuussa. Latvala (2005) tuo esille hoitajan ammatillisuudessa yhteistoiminnalliset hoitotaidot eli hoitaja toimii tilanteen vaatimalla tavalla. Yhteistyösuhteen rakentamisessa hoitajan ammattitaidolla on keskeinen osa.

Hoitajien käytössä olevien hoitosuunnitelmalomakkeiden toimivuuden todettiin vaikuttavan yhteistoiminnalliseen hoitotyöhön. Asianmukaiset lomakkeet helpottaisivat hoitajien työtä ja tiedonsiirtoa työryhmän kesken.

Edellytyksenä yhteistoiminnallisuudelle hoitajat kokivat toimivan yhteistyön hoitajien kesken. Yhteiset hoitolinjat ja myönteinen ilmapiiri edistävät yhteistoiminnallisuutta. Hoitajien sitoutumattomuus yhteistoiminnallisuuteen voi johtaa varmistavaan hoitotyöhön. Latvalan (1998: 68) mukaan stressaavassa tilanteessa hoitajat turvautuvat helpommin perinteiseen hoitamiseen. Hoitajat toivat esille huolestuneisuutensa henkilökunnan vähyydestä ja sijaisten puutteesta. Tämä ei voi olla vaikuttamatta yhteistoiminnallisuuden toteutumiseen.

7.2 Eettiset näkökohdat

Tutkimuseettiset kysymykset koskevat tiedonhankintaa, tutkittavien suojaa ja tutkimustulosten soveltamista. Tutkimuseetiikan kannalta tärkeitä asioita on käsitelty muun muassa niin sanotussa Helsingin julistuksessa vuodelta 1964. Siinä on lueteltu seuraavia seikkoja: tutkimus ei saa vahingoittaa fyysisesti, psyykkisesti eikä sosiaalisesti tutkittavaa, tutkimuksen hyötyä ja haittaa on verrattava keskenään, eli tutkimuksesta saatavan hyödyn on oltava huomattavasti suurempi kuin haitan, tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja osallistujat voivat keskeyttää sen koska tahansa, sekä vastuu on tutkimuksen johtajalla. (Vehviläinen-Julkunen 1999: 26–27.)

Opinnäytetyömme on osa hanketta, ja tutkimuslupa on myönnetty ennen työmme aloittamista. Haastatteluihin osallistuminen oli vapaaehtoista, ja tulokset on esitelty niin, ettei niiden perusteella kykene tunnistamaan henkilöllisyyttä. Saimme haastattelut valmiiksi litteroituina, eikä litteroiduista käy ilmi haastateltavien henkilöllisyys. Haastatteluaineistoa analysoitaessa on koko aineistoa hyödynnetty tulosten saamiseksi. Teoriaosuudessa olemme maininneet jokaisen alkuperäisen lähteen. Opinnäytetyömme valmistuttua hävitämme saamamme haastatteluaineiston asianmukaisella tavalla.

7.3 Tutkimuksen luotettavuus

Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta ei voida arvioida yhtä selkein kriteerein kuin kvantitatiivisen tutkimuksen. Kvalitatiivisen tutkimuksen aineisto ei pyri olemaan edustava otos perusjoukosta. Lisäksi kvalitatiivisessa tutkimuksessa tuotettu tulkinta on aina tutkijan oma näkemys, jossa ovat mukana hänen omat intuitionsa ja tunteensa. Näin ollen tulokset eivät ole siirrettävissä eivätkä toistettavissa toiseen kontekstiin. (Niemi-nen 1997: 215–216.) Osa tutkijoista on sitä mieltä, että laadullisen tutkimuksen arviointiin tarvitaan omat kriteerit, joita ovat esimerkiksi uskottavuus, vahvistettavuus, refleksiivisyys ja siirrettävyys. Uskottavuudella tarkoitetaan tutkimuksen ja sen tulosten uskottavuutta ja sen osoittamista tutkimuksessa. Vahvistettavuutta arvioitaessa tutkijan on esiteltävä, miten hän on päätenyt saatuihin tuloksiin ja johtopäätöksiin. Refleksiivisyyden edellytyksenä on se, että tutkija on tietoinen omista lähtökohdistaan tutkimuksen tekijänä. Siirrettävyydellä tarkoitetaan tulosten siirrettävyyttä muihin vastaaviin tilanteisiin. (Kylmä - Juvakka 2007: 128- 129.) Toisaalta eräiden tutkijoiden mukaan laadulli-

sen ja määrällisen tutkimuksen arviointikriteerit eivät eroa oleellisesti toisistaan. Mainittuun suuntaukseen edustajat esittävät arviointikriteereiksi tutkimuksen validiteetin eli pätevyyden ja reliabiliteetin eli luotettavuuden. (Nieminen 1997:215–216.)

Jotta haastatteluaineisto olisi luotettavaa, tulisi tutkimusaineistoon valita sellaisia henkilöitä, jotka kykenevät ilmaisemaan itseään ja haluavat osallistua tutkimukseen. Haastattelun teemat eivät saa olla liian suppeita eivätkä liian laajoja. Vapaamuotoisessa haastattelussa ei pidä olettaa, että tutkittavat ovat rehellisiä. Tutkittavat voivat jättää kertomatta oleellisia asioita, he voivat muunnella totuutta tai muistaa väärin. Haastateltavat voivat myös miellyttää tutkijaa tuottamalla yleisesti hyväksyttäviä kertomuksia. Aineiston luotettavuus lisääntyy, kun tutkija pitää haastattelupäiväkirjaa, johon hän kirjoittaa oman kuvauksensa haastattelun kulusta. (Nieminen 1997: 216–217.)

Pötsösen ja Pennasen (1998: 3-4) mukaan arvioitaessa ryhmähaastattelua on huomioitava, ettei se ole luonnollinen tilanne ja tulosten analysoinnissa tämä on huomioitava. Aineiston analyysivaiheessa on huomioitava myös vuorovaikutuksellisuuden eri tasot, yksittäinen osallistuja, osallistujat keskenään eli ryhmä ja mahdollisesti ryhmät keskenään. (Koskinen - Jokinen 2001.)

Sisällönanalyysin haasteena on, että tutkija pystyy tarkastelemaan tutkimusaineistoa objektiivisesti. Kun tutkimusaineistosta analysoidaan vain sisältöä sellaisena kuin se ilmenee, pystytään tutkimuksen objektiivisuus säilyttämään koko tutkimusprosessin ajan. Sisällönanalyysin luotettavuutta arvioidaan usein face-validiteetilla ja yksimielisyyskertomella. Face-validiteetilla tarkoitetaan sitä, että tulos esitetään niille, jotka ovat tuttuja tutkittavan ilmiön kanssa, ja pyydetään heitä arvioimaan, vastaako tulos todellisuutta. Yksimielisyyskerroin voidaan laskea, jos toinen tutkija luokittelee aineiston. Jos yksimielisyyskerroin on 80–85 %, niin analyysin tulosta voidaan pitää luotettavana. (Kyngäs 1999.)

Saatuamme haastatteluaineiston sanatarkasti puhtaaksikirjoitettuna luimme sen läpi useaan kertaan. Aineiston lukeminen tarkasti korostui, koska emme olleet itse haastatteli-joita. Aineistokategorioita laadittaessa arvioitiin koko ajan niiden loogisuutta ja sitä, että kategoriat syntyivät aineistosta eivätkä meidän tulkinnoistamme. Luotettavuutta paransi

se, että tulokset kuvasivat tutkimuskysymyksiämme ja vastasivat pääosin kirjallisuudesta esiin nousseita asioita. Johtopäätökset ja tulokset esitettiin selkeästi ja havainnollistettiin taulukoiden avulla. Ennen analysoinnin aloittamista luettiin laadulliseen tutkimukseen ja sisällönanalyysiin liittyvää kirjallisuutta.

Tutkimuksen luotettavuutta arvioitaessa, mietimme vaikuttiko haastateltavien vastauksiin haastattelujen alussa luettu yhteistoiminnallisuuden määritelmä. Ryhmähaastattelun etuna pidetään vuorovaikutuksellisuutta ja ongelmana voivat olla liian dominoivat henkilöt. Valmiiksi kirjoitetusta aineistosta ei voi arvioida ryhmädynamiikan vaikutusta vastauksiin. Haastattelun tekeminen toisilla osastoilla toisi todennäköisesti esille samat keskeiset käsitteet, mutta osaston luonne saattaisi vaikuttaa lopullisiin tuloksiin. Tämä on huomioitava arvioitaessa tulosten siirrettävyyttä.

7.4 Tulosten hyödynnettävyys

Psykiatrisessa hoitotyössä, kuten myös muussa hoitotyössä, sairaanhoitajan tietoperustan kehittymisen tulee perustua tutkimusnäyttöön. Hanke ”Yhteistoimintamallin kehittäminen psykiatrisen hoitotyöhön” lisää näyttöön perustuvaa tutkimusnäyttöä. Hankkeesta hoitohenkilökunta saa ajan tasalla olevaa tietoa, mikä auttaa potilaan hoitoa koskevassa päätöksenteossa ja hoidon toteutuksessa. Edellytysten ja esteiden tiedostaminen auttaa hoitohenkilökuntaa kehittämään työtään kohti yhteistoiminnallisuutta.

Projektin seuraavassa vaiheessa kehitetään yhteistoimintamalli ja testataan kehitettyä mallia. Tämän jälkeen arvioidaan yhteistoimintamallin toteutumista ja sen merkitystä hoitotyössä. Yhteistoiminnallisen hoitotyön mallin valmistuttua toivomme psykiatristen hoitotyöntekijöiden tulevan tietoiseksi mallista ja saavan koulutusta mallin. Jatkotutkimusehdotuksena esitämme tutkimusta siitä, onko yhteistoiminnallisuus lisääntynyt psykiatrisessa hoitotyössä mallin käyttöönoton jälkeen. Lisäksi yhteistoimintamallin toivomme tulevan osaksi sairaanhoitajan koulutusta psykiatrisen hoitotyön opintokokonaisuudessa.

Opinnäytetyössämme saamamme tulokset julkistetaan projektiryhmän kokouksessa 26.5.2008. Kirjallinen tuotos luovutetaan osastojen käyttöön hyödynnettäväksi hoitotyön kehittämiseen.

7.5 Lopuksi

Opinnäytetyöprosessi on ollut mielekäs ja haastava oppimiskokemus. Meitä on motivoinut se, että olemme saaneet tehdä työn meitä kiinnostavasta aiheesta ja opinnäytetyömme on työelämälähtöinen. Ryhmämme on toiminut alusta asti hyvin, olemme keskustelleet, tuoneet esille eriäviä mielipiteitä ja löytäneet yhteisymmärryksen. Tärkeää on ollut keskinäinen luottamus ja oppi toisiltamme. Opinnäytetyön tekeminen on tukenut ammatillista kehittymistämme ja käytämme saamaamme oppia tulevilla työurillamme. Tulemme jatkamaan opintojamme ja hyödyntämään oppia tutkimuksen tekemisestä.

Skinnari ja Toiskallio (1994: 23) viittaavat Platonin ajatukseen että kasvatuksessa olisi olennaisempaa oppilaan omakohtaisen ajattelun herättäminen ja ajattelun kasvamaan saattaminen. Mielestämme tätä voi soveltaa myös hoitajan ja potilaan suhteeseen.

*”Kasvattajan tehtävänä ei ole antaa näkökykyä,
vaan kääntää kasvavan katse oikeaan suuntaan -
kohti totuutta, hyvyttä ja kauneutta.”*

-Platon-

LÄHTEET

- Erikoissairaanhoitolaki 1989:1062.
<<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1989/19891062?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=erikoissairaanhoitolaki>>. Luettu 5.3.2008.
- Eskola, Jari - Suoranta, Juha 2003: Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Jyväskylä: Vastapaino.
- Haarakangas, Kauko 1997: Hoitokokouksen äänet. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.
- Janhonen, Sirpa - Nikkonen, Merja 2001: Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.
- Kiviniemi, Liisa - Läksy, Marja-Liisa - Matinlauri, Timo - Nevalainen, Kaija - Ruotsalainen, Kari - Seppänen, Ulla-Maija - Vuokila-Oikonen, Päivi 2007: Minä mielenterveystyön tekijänä. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Koskinen, Liisa - Jokinen, Pirkko 2001: Ryhmähaastattelu aineistonkeruumenetelmänä - haastattelijoiden kokemuksia. *Hoitotiede* 13 (6). 301–309.
- Kuosmanen, Lauri 2003: Vapauden rajoittaminen psykiatrisessa sairaalahoidossa: potilaan näkökulma. Pro gradu -tutkielma. Kuopio. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos.
- Kylmä, Jari – Juvakka, Taru 2007: Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita.
- Kyngäs, Helvi 1999: Sisällönanalyysi. *Hoitotiede* 11 (1). 3-11.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista
1992:785.<<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>>. Luettu 25.9.2007.
- Latvala, Eila - Janhonen, Sirpa - Wahlberg, Karl-Erik 1999: Patient initiatives during the assessment and planning of psychiatric nursing in a hospital environment. *Journal of Advanced Nursing* 29 (1). 64–71.
- Latvala, Eila - Janhonen, Sirpa 1996: Potilaan selviytyminen jokapäiväisessä elämässä - psykiatrisen hoitotyön perusprosessi. *Hoitotiede* 8 (5).. 224–231.
- Latvala, Eila - Saranto, Kaija - Pekkala, Eila 2005: Yhteistoiminnallisen hoitotyön kehittäminen mielenterveystyössä tuloksia kehittämishankkeesta. *Tutkiva hoitotyö* 3 (2). 24–30.
- Latvala, Eila 1998: Potilaslähtöinen hoitotyö laitospäristössä. Väitöskirja. Oulu: Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos.
- McLafferty, Isabella 2004: Focus group interviews as a data collecting strategy. *Journal of Advanced Nursing* 48 (2). 187–194.

- Metsämuuronen, Jari 2006: Laadullisen tutkimuksen perusteet. Teoksessa Metsämuuronen Jari (toim.) Laadullisen tutkimuksen käsikirja. Helsinki: International Methelp Ky. 81-147.
- Mielenterveysasetus 1990:1247.
<<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901247?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=mielenterveysasetus>>. Luettu 5.3.2008.
- Mielenterveyslaki 1990:1116.
<<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=mielenterveyslaki>>. Luettu 5.3.2008.
- Mönkkönen, Kaarina 2007: Vuorovaikutus - dialoginen asiakastyö. Helsinki: Edita.
- Nieminen, Heli 1997: Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa Paunonen, Marita - Vehviläinen-Julkunen, Katri: Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Helsinki: WSOY. 215–221.
- Pötsönen, Riikka - Pennanen, Pirjo 1998: Ryhmähaastattelu ja sen käyttömahdollisuudet terveystutkimuksessa. Teoksessa Pötsönen, Riikka - Välimaa, Pirjo: Ryhmähaastattelu laadullisen terveystutkimuksen menetelmänä. Terveystieteen laitoksen julkaisusarja 9/1998. Jyväskylä. Jyväskylän yliopisto.
- Roivas-Mäkinen, Pirjo – Eriksson, Elina – Mattila, Lea-Riitta – Ruotsalainen, Taru 2006: Yhteistoimintamallin kehittäminen psykiatriseen hoitotyöhön. Helsingin ammattikorkeakoulu Stadia. Helsinki.
- Selander, Maarit 2002: Moniammatillinen lapsen hoidon suunnittelu lastenpsykiatrian osastolla Hoitotyö osana moniammatillista työryhmätyöskentelyä. Pro gradu -tutkielma. Tampere. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Skinnari, Simo - Toiskallio, Jarmo 1994: Miksi kasvatuksen filosofiaa? Turun yliopiston täydennyskoulutuskeskuksen julkaisuja. Sarja A: oppimateriaalit.
- Tuomi, Jouni - Sarajärvi, Anneli 2002: Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.
- Turunen, Hannele - Paukkunen, Leena - Tossavainen, Kerttu - Taskinen, Helena 1996: Ryhmähaastattelu aineistonkeruumenetelmänä. Osallistujien näkemyksiä haastattelujen toteutumisesta. Hoitotiede 8 (4). 194–202.
- Vehviläinen-Julkunen, Katri 1999: Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Helsinki: WSOY.
- Vuokila-Oikkonen, Päivi 2002: Akuutin psykiatrisen osastohoidon yhteistyöneuvottelun keskustelussa rakentuvat kertomukset. Väitöskirja. Oulu: Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos.