

HOITO-OHJELMAN KÄYTÖN SELVITTÄMISTÄ PSYKIATRIAN PÄIVYSTYSYKSIKKÖSSÄ

Janne Heiskari

Opinnäytetyö

Syksy 2014

Diakonia-ammattikorkeakoulu

Hoitotyön sv.

Sairaanhoitaja (AMK)

TIIVISTELMÄ

Heiskari Janne. Hoito-ohjelman käytön selvittämistä psykiatrian päivystysyksikössä. Syksy 2014, 35 sivua, 4 liitettä. Diakonia-ammattikorkeakoulu. Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto, sairaanhoitaja (AMK).

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata Oulun yliopistollisen sairaalan psykiatrian tulosyksikössä kehitettyä hoitajien työskentelyyn liittyvän hoito-ohjelman käyttöä päivystysyksikössä. Opinnäytetyö on tehty laadullisen tutkimuksen menetelmin. Aineisto kerättiin kyselylomakkeen avulla päivystysyksikön hoitohenkilökunnalta. Aineisto analysoitiin opinnäytetyön aineiston induktiivista sisällön analyysia käyttäen.

Tulosten mukaan systemaattista hoito-ohjelmaa käytetään pääsääntöisesti yhdenmukaisesti. Hoitohenkilöstö piti hoito-ohjelmaa hyvänä työvälineenä ja olennaisena osana heidän päivittäistä työtään. Päivystysyksikössä arvioinnin on oltava nopeaa, joten mittarit ovat hyvä apuväline siihen. Hoitohenkilöstö haluaisi kuitenkin käyttää mittareiden käytössä enemmän omaa harkintaa. Osa hoitohenkilöstöstä ei pitänyt mittareiden tuloksia luotettavana, koska seuranta-aika jää usein vain muutamaaan päivään.

Jatkossa mittareita on syytä edelleen kehittää ja arvioida.

Avainsanat: Systemaattinen hoito-ohjelma, psykiatrian päivystysyksikkö, potilaan oirekartointus, psykoottinen potilas, kyselylomake, laadullinen tutkimus, induktiivinen sisällönanalyysi

ABSTRACT

Heiskari Janne. Research how to use a care program in a psychiatric on-call unit. Autumn 2014, 35 pages, 4 appendices. Diaconia University of Applied Sciences. Degree programme in health care. Option in nursing. Degree: registered nurse.

The purpose of this study was to describe how the care programme developed in Oulu University Hospital psychiatric unit is used in the on-call unit 78. The study was carried out using qualitative research methods. The data was collected from on-call unit nurses by using a questionnaire. The applied method was inductive content analysis.

According to the results, the systematic care programme is used primarily uniformly. The medical staff keep the care programme as an integral part of their daily work. In the on-call unit, assessment must be rapid, so the rating scale is a good tool there. The medical staff would like to use their own judgment in using rating scales. In addition, a part of the medical staff does not find the results of the rating scale reliable, because the follow up period is often only a few days.

In the future it is still necessary to develop and evaluate the rating scales.

Keywords: systematic care program, psychiatric on-call unit, patient's symptom rating scale, psychotic patient, questionnaire, qualitative research

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	5
2 PSYKIATRISEN PÄIVYSTYSPOTILAAN HOITO-OHJELMA	6
2.1 Psykiatrinen potilas.....	6
2.2 Mielenterveystyö	8
2.3 Systemaattinen hoito-ohjelma	9
3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET	16
4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN	17
4.1 Toimintaympäristön kuvaus	17
4.2 Aineiston keruu ja analyysi.....	17
5 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET – HOITO-OHJELMA TYÖVÄLINEENÄ	20
5.1 Jatkohoidon arviointi välineenä.....	22
5.2 Hoitoprosessin arviointi välineenä	23
5.3 Hoitoprosessin suunnittelun apuvälineenä	24
6 POHDINTA.....	26
6.1 Opinnäytetyöstä	26
6.2 Opinnäytetyön luotettavuus	27
6.3 Opinnäytetyön eettisyys	28
LÄHTEET.....	29
LIITE 1 SAATEKIRJE	31
LIITE 2 KYSELYLOMAKE	32
LIITE 3 KUVIO 3	34
LIITE 4 KUVIO 4	35

1 JOHDANTO

Oulun yliopistollisen sairaalan psykiatrian tulostyöyksikössä on käytössä hoitajien työskentelyyn liittyvä hoito-ohjelma. Psykiatriseen sairaalahoitoon tulevien uusien potilaiden hoidon alkuvaiheessa tärkeää on psyykkisen ensiavun kanssa, kattava ja tehokkaasti toteutettu potilaan tilanteen arviointi. Potilaasta kerätään tietoa suunnitelmallisesti ja tieto kirjataan hoitosuunnitelmaan, joka on pohjana systemaattiselle hoidolle. (Lapinkangas, Läksy, Vuokila-Oikonen 2012, 20-21.)

Uusien psykiatriseen hoitoon tulevien potilaiden hoidon alkuvaiheessa keskeistä on psyykkisen ensiavun ohella nopea ja kattava sekä tehokkaasti toteutettu potilaan tilan arviointi. (Lapinkangas ym. 2012, 20-21.) Jotta vaatimukset laadusta, tehokkuudesta ja vaikutuksista hoito-ohjelman avulla saavutettaisiin, olisi hoitohenkilökunnan toteutettava sitä yhdenmukaisesti ja systemaattisesti. Opinnäytetyön tehtävänä on saada vastaus kysymykseen, miten hoitohenkilökunta käyttää systemaattista hoito-ohjelmaa. Opinnäytetyön tavoitteena on yhtenäistää systemaattisen hoito-ohjelman käyttöä ja kehittää psykiatrisen potilaan hoitotyötä.

Tämä opinnäytetyö käsittelee Oulun yliopistollisen sairaalan päivystystyöyksikön hoito-ohjelman käyttöä. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata Oulun yliopistollisen sairaalan psykiatrian tulostyöyksikössä kehitettyä hoitajien työskentelyyn liittyvän hoito-ohjelman käyttöä päivystystyöyksikössä. Päivystystyöyksikössä on 12-paikkainen vuodeosasto, jonka lisäksi yksi paikka pidennetylle päivystysarviolle. Yksikössä arvioidaan psykiatrisen avun tarve ja annetaan ensiapu vaikeisiin psyykkisiin oireisiin.

2 PSYKIATRISEN PÄIVYSTYSPOTILAAN HOITO-OHJELMA

2.1 Psykiatrinen potilas

Psykiatrasta hoitoa tarvitseva potilas eroaa muista päivystyspotilaista siten, että hän saattaa hahmottaa oireitaan eri tavoin kuin häntä hoitavat henkilöt. Potilas on voinut esimerkiksi hakeutua hoitoon jonkin somaattisen oireen vuoksi, koska ei tunnista psyykkisen avun tarvetta. Toisinaan ennakkoluulot mielenterveysongelmaisia kohtaan synnyttää tarpeen salata psyykkisen oireen olemassaolo. Joskus puutteellinen sairaudentunto aiheuttaa potilaassa vastustusta hänelle tarjottavasta hoidosta. Tällainen tilanne on haasteellinen kaikille hoitoon osallistuville, eikä psykiatriseksi potilaaksi luokittelu ole aina yksiselitteistä. (Kuosmanen 2005, 395–396.)

Lähtökohtana pitäisi aina olla potilaan oma kuvaus tilanteesta. Mielialasta, harhoista, ahdistuksesta ja peloista pitää kysyä potilaalta suoraan. Sairaskertomustiedoista varmistetaan potilaan mahdolliset psykiatriset perussairaudet sekä aikaisemmat käynnit päivystyksessä. Yhdistelemällä potilaan historian, omia havaintoja sekä potilaan omaa kertomusta on mahdollista saada käsitys siitä, mikä on potilaan keskeinen ongelma. Lisäksi on muistettava, että psyykkisesti oireilevalla potilaalla voi olla myös vakava somaattinen ongelma, jonka hoito on ensisijainen. Psykiatrisen potilaan auttaminen tapahtuu suurilta osin puhumalla ja kuuntelemalla. Puhe ei aina auta, joten itselleen tai ympäristölleen vaarallisen potilaan, joka kieltäytyy yhteistyöstä, hoidon aloittaminen vaatii selkeää toimintasuunnitelmaa. (Kuosmanen 2005, 395–396.)

Mielenterveyslain 1990/1116 8§:n mukaan potilas voidaan määrätä tahdosta riippumattomaan hoitoon vain, jos hänen todetaan olevan mielisairas ja hän mielisairautensa vuoksi on hoidon tarpeessa siten, että hoitoon toimittamatta jättäminen olennaisesti pahentaisi hänen mielisairauttaan tai vakavasti vaarantaisi hänen terveyttään tai turvallisuuttaan taikka muiden henkilöiden terveyttä tai turvallisuutta ja jos mitkään muut mielenterveyspalvelut eivät sovellu käytettäviksi tai ovat riittämättömiä.

Psykoosi ja monet psyykkiset häiriöt puhkeavat nuoruusiässä. Psykoosiriski näkyy ennakko-oireina, jotka voivat vaihdella yleisistä ja epäspesifisistä psykoosisairaudelle tyypillisiin oireisiin. Epäspesifejä oireita ovat keskittymiskyvyn ja tarkkaavuuden häiriöt, toimintakyvyn heikkeneminen, energian puute, tunne-elämän häiriöt ja vetäytyneisyys. Psykoosin puhkeamista enteilevät oireet voivat kestää jopa vuosia. (Vuokila-Oikkonen, Heikkinen, Karttunen, Läksy, Maikkula & Wiens 2011, 17–18.)

Psykoosia pidetään diagnostisesti yhtenä vaikeimmista mielenterveyden sairauksista. Psykoottinen henkilö voi olla uhkaava, pelokas, sekava tai jopa aggressiivinen. Hänen käsitys ympäristöstään ja itsestään on usein vääristynyt. Oireet ovat voimakkaita ja johtavat monella sairastuneella sosiaalisten kontaktien kaventumiseen ja jopa eristäytymiseen. Varhaisen tunnistamisen merkitystä korostetaan. Sen vuoksi on perustettu avohoitoon psykoosityöryhmiä, joiden tehtävänä on yhdistellä terapeutisia interventioita. Moni psykoottinen joutuu kuitenkin akuutissa vaiheessa sairaalahoitoon. (Hentinen 2009, 40.)

Potilas, joka ei kykene huolehtimaan itsestään, on vaarallinen itselleen tai ympäristölleen ja jolla primaarinen psykoosi on ensisijainen hoidon kohde, lähetetään psykiatriseen sairaalahoitoon. (Leppävuori 2009, 540). Psykoosit ovat monitahoisia mielenterveyden häiriöitä. Todellisuuden tajun menetys on psykoottisella potilaalla todennäköinen. Psykoottinen ihminen voi nähdä, haistaa, maistaa, tuntea ja kuulla jotain sellaista, mitä ei todellisuudessa ole olemassakaan. Psykoosi on kokonaisvaltainen tila, joka aiheuttaa keskittymiskyvyn puutetta, päättämättömyyttä, suunnitelmallisuuden puutetta, muistivaikeuksia ja kykenemättömyyttä kokea nautintoa. Eristäytyminen muusta sosiaalista maailmasta ja kyky huolehtia itsestä voi kadota psykoottisella henkilöllä. Myös itsensä vahingoittaminen ja itsemurhan riski suurenee. (Hentinen 2009, 40–41.)

2.2 Mielenterveystyö

Mielenterveyspalveluiden kysyntä on kasvanut ja ongelmat ovat tulleet monimuotoisemmiksi. Ongelmista kärsivien ihmisten ja heidän läheisten kohtaaminen edellyttää laajaa mielenterveystyön osaamista. Hoitajalla täytyy olla osaamista mielenterveyden edistämisestä, häiriöistä ja ennaltaehkäisystä sekä päihde- ja kriisityöstä. Psykiatrisen potilaan hoitotyössä toimii moniammatillinen tiimi, johon kuuluu sairaanhoitajia, lähihoitajia, mielisairaanhoitajia, perushoitajia, lääkäreitä, psykologeja ja sosiaalityöntekijöitä. (Kuhanen 2012, 30–31.)

Aikaisemmin psykiatrisessa sairaalassa psykiatrin tehtävä lääkärinä oli tehdä potilaan oireita vastaava diagnoosi, määritellä sopiva hoito ja kuntoutus. Hoitajan tehtävänä oli toteuttaa hoito ja potilaan tarkkailu sekä lääkehoito. Hoitavien ihmisten valta korostui ja potilaan passivoitui. Läheisten roolilla ei ollut merkitystä ja hoidon käynnistyminen alkoi tilanteen seurannan jälkeen, joka saattoi kestää muutaman vuorokauden, jossa potilaan osallisuus ei ollut tärkeää. Nykyään psykiatrisen hoitotyön pääpaino on hoitosuhdetyöskentelyssä. Lähtökohtana on se, että ihminen on aina ainutkertainen yksilö, joka on itse vastuussa valinnoistaan. Koska ihminen on luonnostaan vuorovaikutukseen pyrkivä kokonaisuus, jolla on menneisyys ja tulevaisuus, hoidollisessa vuorovaikutussuhteessa potilas haluaa ymmärrystä kokemuksilleen. Hänellä on halu eheytyä ja selviytyä vaikeuksistaan sekä saada voimaantumisen kokemuksia, jotta kykenisi toimimaan mielekkäästi. Hoitosuhdetyöskentely toteutuu käytännössä yksilövastuullisessa hoitotyössä, jossa omahoitaja kohtaa potilaan. Puhujat jakavat avoimesti ajatuksiaan ja synnyttävät yhdessä jotain yhteistä, jossa keskeistä on toisen ymmärtäminen ja ymmärretyksi tuleminen sekä avoimuus. Potilaslähtöisyydestä on kehitetty hoitomalli. Sen lähtökohtana on yhteistoiminnallinen toimintatapa, jossa potilas ei ole passiivinen hoidon vastaanottaja vaan aktiivinen hoitoonsa osallistuja. Potilas on oman elämänsä asiantuntija, jossa hänen omat kokemuksensa ja niiden ymmärtäminen ovat kaiken hoitotyön lähtökohtana. (Hentinen 2009, 45.)

2.3 Systemaattinen hoito-ohjelma

Psykiatriassa on käytössä erilaisia arviointiasteikoita tai haastatteluita. Tarkkaa tietoa tällaisten menetelmien määrästä ei ole, mutta niitä on Suomessakin satoja erilaisia. Arviointiasteikoita voidaan käyttää klinisen työn tukena sairauksien seulonnassa, diagnostiikassa ja sairauden vakavuuden määrittämisessä. Ne soveltuvat myös toiminta- ja työkyvyn sekä hoidon vaikuttavuuden ja sen mahdollisten haittojen arviointiin. Arviointiasteikoilla on erityisen tärkeä rooli psykiatriassa, sillä mielenterveyshäiriöiden toteamiseen tai hoidon tehon mittaamiseen ei ole olemassa objektiivista laboratoriokoetta tai muuta testiä. (Jääskeläinen & Miettunen 2011.)

Psykiatriseen sairaalahoitoon tulevien uusien potilaiden hoidon alkuvaiheessa tärkeää on psyykkisen ensiavun kanssa, kattava ja tehokkaasti toteutettu potilaan tilanteen arviointi. Potilaasta kerätään tietoa suunnitelmallisesti ja tieto kirjataan hoitosuunnitelmaan, joka on pohjana systemaattiselle hoidolle. Tällä tavalla toimien olennainen tieto tulee näkyväksi ja helposti saatavaksi. (Lapinkangas ym. 2012, 20–21.)

Hoidon alussa potilaalle nimetään omahoitaja, joka suunnittelee tiedonkeruun ja kokoaa hoitajaryhmän. Heidän vastuulla on alkuvaiheen hoito ja tutkimus. Suunnittelun alussa tehdään riskitietojen ja somaattisen tilan selvitys. Riskitietojen selvitys tarkoittaa käytännössä potilaan allergioita ja somaattisia erityishoitoja. Potilaan somaattinen tila selvitetään fyysisen tilan mittareilla ja laboratoriotutkimuksilla. Omahoitaja selvittää yhdessä potilaan kanssa potilaan nykyistä elämäntilannetta, verkostoa ja elämänhistoriaa. Elämäntilanteen selvittämisen tarkoituksena on saada käsitys potilaan toimeentulon, asumisen, päivittäisiin asioihin ja toimintoihin, harrastuksiin ja elämänarvoihin liittyvissä asioissa. Perhetilanteen ja sosiaalisen verkoston selvitys tehdään verkostokartan avulla. Verkostosta selvitetään perheen ja suvun lisäksi potilaan keskeiset henkilöt vapaa-ajalta, opiskelu- ja työkaverit sekä mahdolliset viranomaishenkilöt. Jos potilaan perheeseen kuuluu alaikäisiä lapsia, hoito-ohjelmaan sisällytetään Lapset puheeksi-keskustelu. Elämänhistorian tunteminen auttaa ymmärtämään potilasta. Millaisen elämän potilas on tähän asti elänyt ja mitkä asiat ovat tärkeitä. Elämänhistoriasta pyritään hahmottamaan mahdollisia sairastumisen tai oireilun alkamista ja pahentamista vaikuttaneita tekijöitä.

(Lapinkangas ym. 2012, 20–21.)

Toimintakykyä hoitaja kartoittaa havainnoimalla potilaan selviytymistä, haastatteleamalla potilaan arkeen liittyvien asioiden hoitamista ja käyttämällä toimintakykyä arvioivia mittareita. Kaikille potilaille tehdään sosiaalisen toimintakyvyn arvio JES-mittarilla. Elämänlaadun arvioinnissa voidaan käyttää apuna NHP- kyselyä. Elämänlaadun mittauksen avulla arvioidaan potilaan koettuja terveyshaittoja ja ongelmia eri elämänalueilla. Jokapäiväisestä elämästä selviytyminen (JES) mittari arvioi psykiatrisen potilaan sosiaalista selviytymistä. Sitä käytetään potilaan tilanteen arviointiin ja hoitovasteen seurantaan. Mittari on 21 kysymystä sisältävä arviointilomake, jossa ensimmäisellä kysymyksellä kysytään potilaan työpaikkaa. Varsinaiset kysymykset liittyvät potilaan aktiviteettiin, harrastuksiin, perhe- ja ihmissuhteisiin, sosiaaliseen aktiivisuuteen ja harrastuksiin. Kussakin kysymyksessä on neljä valintavaihtoehtoa, jotka on pisteytetty asteikolla 0-3. Hoitaja antaa kyselylomakkeen potilaalle ja antaa ohjeet sen täyttämiseksi. Potilas vastaa kysymyksiin itsenäisesti valitsemalla omaan tilanteeseensa sopivan vastausvaihtoehdon kunkin kysymyksen kohdalla. Täytetyn lomakkeen pisteet lasketaan yhteen. Tulokset ilmaisevat potilaan omaa käsitystä sosiaalisesta selviytymisestä. Tuloksissa tarkastellaan potilaan saamia yhteispisteitä. Mahdollinen yhteispistemäärä on välillä 0-60. Suurempi pistemäärä viittaa parempaan sosiaaliseen selviytymiseen lukuun ottamatta hyvin korkeita pistemääriä. (Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri, intranet i.a.)

NHP on elämänlaadun mittari, jonka avulla voidaan arvioida subjektiivisesti koettuja terveyshaittoja ja – ongelmia eri elämänalueilla. Sillä voidaan arvioida myös elämänlaadun muutosta terveysintervention jälkeen. Mittari on kaksiosainen, ensimmäisessä osassa on 38 kysymystä terveydentilasta. Ne liittyvät tarmokkuuteen, uneen, kipuun, tunnereaktioihin, sosiaaliseen eristäytymiseen ja liikkumiseen. Toisessa osassa kysytään terveydentilan ongelmia seitsemällä elämänalueella. Kaikkiin mittarin kysymyksiin vastataan ”KYLLÄ” tai ”EI” vaihtoehdoilla. Potilaalle annetaan kyselylomake, jonka kysymyksiin hän vastaa itsenäisesti. Palautetun lomakkeen pistearvot syötetään laskentaohjelmaan ja ohjelman avulla saadaan indeksiarvot elämänlaadun eri ulottuvuuksille ja niiden elämänalueiden määrä, joilla ongelmia esiintyy. Tuloksissa tarkastellaan erikseen kutakin seitsemää terveydentilan osa-aluetta. Kullakin osa-alueella pistemäärä voi olla 0-100. Mitä matalampi pistemäärä, sitä

paremmaksi koettu elämänlaatu sillä alueella on. Pistemäärän kasvaessa terveyshaittojen ja ongelmien määrä osa-alueilla lisääntyy. (Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri, intranet i.a.)

Psykiatrisen tutkimuksen edellytyksiin ja toteuttamiseen tulee kiinnittää erityistä huomiota, sillä se muodostaa pohjan tulevalle hoitosuhteelle. Psykiatrinen tutkimus laajemman toimintakykyarvion yhteydessä on monesti aiheellista toteuttaa moniammatillisesti. Arvioinnissa voidaan käyttää apuna myös erilaisia arviointiasteikkoja. (Lepola, Koponen, Leinonen, Joukamaa, Isohanni, Hakola 2002, 27). Oirekartoituksen avulla saadaan tietoa potilaan kokemista sairauden oireista ja vakavuudesta. Potilaan oirekartoitus tehdään haastattelun, havaintokirjausten ja tarkoitukseen sopivien mittarien avulla. Hoidon alussa psykiatrisen akuuttiarvion RAI.esp avulla tehtävän oirekartoituksen jälkeen potilaan oireista on hahmottunut käsitys, jonka jälkeen valitaan tarkempaan arviointiin sopivat mittarit. Psykoosi- ja psykoottisiksi epäillyille potilaille tehdään täsmälliset kirjaukset sairauskertomuksen seurantaan. Tutkimusvaiheen aikana kirjauksia tehdään jokaisen työvuoron aikaisista havainnoista. (Pohjois-pohjanmaan sairaanhoitopiiri, intranet i.a.)

(TAULUKKO 1, Oiremittarit)

MITTARI	MITTAA
PROD-seula, psykoosien esioirekysely	Arvioidaan psykoosin esioireita ja pyritään tunnistamaan tarkempaa tutkimusta tarvitsevat potilaat.
SCL-90 (Symptom Checklist 90)	Nopea ja laaja-alainen potilaan psyykkisten oireiden ja ongelmien arvioimista varten. Diagnostisen arvioinnin tueksi ja hoitovasteen seurantaan.
BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale)	Arvioi psykopatologian vaikeusastetta psykoosipotilailla.
MADRS (Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale)	Depression tunnistaminen, oireiden vakavuuden arviointi ja hoitovasteen seuranta.
YMRS (Young Mania Rating Scale)	Asteikon avulla arvioidaan maanisen oireilun vaikeutta ja hoitovastetta potilailla, joilla on bipolaarinen mielialahäiriö.
BAI (Beckin ahdistusoirekysely)	Mittarin avulla voidaan arvioida potilaan kokemia ahdistusoireita.
BDI (Beckin depressiokysely)	Mittaa depression esiintymistä

Psykoosin esioireiden tunnistamiseen on Suomessa kehitetty PROD-seula. Psykoosien esioirekyselyn avulla arvioidaan esioireita ja pyritään tunnistamaan tarkempaa tutkimusta tarvitsevat potilaat. Mittari sisältää 21 kysymystä, jotka liittyvät psykoosin esioireisiin. Jokaiseen kysymykseen vastataan EI tai KYLLÄ vaihtoehdoilla, sen mukaisesti onko kysyttyä oiretta esiintynyt viimeisen vuoden aikana. Kysymyksistä 12 kuvaa tyypillisiä oireita. Potilaalle annetaan kyselylomake, johon hän itsenäisesti vastaa valitsemalla kustakin kohdasta sopivan vaihtoehdon. Mikäli henkilö rastittaa vähintään

kolme KYLLÄ -kohtaa tyypillisistä oireista, psykoosiriskin mahdollisuus on syytä tutkia tarkemmin. (Pohjois-pohjanmaan sairaanhoitopiiri, intranet i.a.)

Symptom Check-List 90 (SCL-90) on nopea ja laaja-alainen potilaan psyykkisten oireiden ja ongelmien arviointimittari. Sitä käytetään potilaan diagnostisen arvioinnin tueksi ja hoitovasteen seurantaan. Mittarissa on 90 kysymystä sisältävä arviointilomake, jossa on helposti vastattavia väittämiä liittyen potilaan elämään ja psyykkisiin tuntemuksiin. Väittämiin vastataan 5-portaisella Likertin asteikolla. Jokaiseen väittämään potilas valitsee tilanteeseensa sopivan vaihtoehdon asteikolta. Mittarin kysymykset muodostavat yhdeksän eri oiredimensiota, joita kutakin arvioi 6-13 väittämää. Hoitaja informoi tutkimuksesta, esittelee kyselylomakkeen tutkittavalle ja antaa ohjeet sen täyttämiseksi. Potilas vastaa kysymyksiin itsenäisesti. Hän valitsee omaan tilanteeseensa sopivan vaihtoehdon kunkin väittämän kohdalla, sen mukaisesti, miten arvioitava asia tai ongelma on vaivannut viimeisen viikon aikana. Täytetyt lomakkeet analysoidaan syöttämällä vastausten mukaiset pistearvot laskentaohjelmaan. Tuloksissa tarkastellaan potilaan saamia keskiarvopistemääriä yhdeksällä eri oiredimensiolla, jonka lisäksi tarkastellaan myös kokonaisuoireiden määrää. (Pohjois-pohjanmaan sairaanhoitopiiri, intranet i.a.)

Psykoosioireiden vakavuuden arviointiin on käytössä haastattelu Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS). Se arvioi psykopatologian vaikeusastetta psykoosipotilailla. Mittaria voidaan käyttää psykoottisen oireilun vaikeuden arviointiin, hoitovasteen seurantaan ja sairauden oireiden kuvaamiseen. Se sisältää 18 arvioitavaa kohtaa, jotka liittyvät psykoottisen potilaan oireisiin. Jokainen kohta sisältää seitsemänportaisen asteikon oireen vaikeudesta sekä kohdan ”ei arvioitavissa”. Asteikko on pisteytetty arvoilla 0-6. Hoitajan arvio, joka perustuu potilaan haastattelun ja havainnoinnin avulla saatuihin tietoihin. Arviointi kohdistuu viikon mittaiseen ajanjaksoon ennen arviointia. Arvioinnin jälkeen lasketaan potilaan saamat pisteet. Tuloksissa tarkastellaan kokonaispisteitä, jotka ovat välillä 0-108. Pistemäärän lisääntyminen on yhteydessä psykopatologian vaikeutumiseen. (Pohjois-pohjanmaan sairaanhoitopiiri, intranet i.a.)

Haastatteluun perustuvat oireasterikot vievät enemmän aikaa, mutta antavat kattavamman kuvan potilaan oireista. Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale (MADRS) voidaan käyttää depression tunnistamiseen, oireiden vakavuuden arviointiin

ja hoitovasteen seuranta. Mittarissa on kymmenen arvioitavaa kohtaa depression keskeisistä oireista. Oireesta on lyhyt määritelmä kunkin kohdan alussa ja kysymys, minkä avulla oireen vaikeutta voidaan lähteä arvioimaan. Jokainen arvioitava kohta on pisteytetty arviointiasteikolla 0-6. Mitä vaikeammaksi oire arvioidaan, sitä suurempi pistearvo sille annetaan arviointiskaalan mukaisesti. Arviointi perustuu hoitajan tekemään haastatteluun, jossa mittarissa esitettyjen kysymysten, tarkentavien lisäkysymysten ja havainnoin perusteella tehdään arviointi kustakin kymmenestä arvioitavasta depression oireesta. Oireita arvioiva ajanjakso on haastattelutilannetta edeltävät kaksi viikkoa. Hoitovasteen seurannassa voidaan käyttää arvioinnin ajanjaksona yhtä viikkoa. Tulos arvioidaan yhteenlaskettujen kokonaispisteiden perusteella. (Pohjois-pohjanmaan sairaanhoitopiiri, intranet i.a.)

Youngin mania-asteikko (YMRS) on tarkoitettu maanisen oireilun vaikeuden ja bipolaarihäiriöstä kärsivien potilaiden hoitovasteen arviointiin. Mittari on 11-kohtainen arviointilomake, jonka avulla arvioidaan manian keskeisiä oireita. Kukin kohta arvioidaan 5-portaisen skaalan avulla. Mittaus tehdään potilaan haastattelun yhteydessä. Hoitaja haastattelee potilasta ja kysymysten sekä havaintojen perusteella valitsee kussakin arvioitavassa kohdassa sen väittämän pistearvon skaalalta, mikä parhaiten vastaa potilaan tilannetta arviointia tehtäessä. Arvioinnin jälkeen pisteet lasketaan yhteen. Tuloksissa tarkastellaan potilaan saamia yhteispistemääriä, joka on välillä 0-60. Pistemäärän kasvu on suhteessa manian vaikeuteen. (Pohjois-pohjanmaan sairaanhoitopiiri, intranet i.a.)

Ahdistuneisuuden seulontaan ja ahdistuneisuushäiriöiden hoitovasteen seuraamiseen voidaan käyttää Beckin ahdistuneisuusasteikkoa (BAI, Beck Anxiety Inventory). Ahdistusoirekyselyn avulla voidaan arvioida potilaan kokemia ahdistusoireita. Potilas arvioi, miten paljon oiretuntemukset ovat rasittaneet häntä kuluneen viikon aikana arviointipäivä mukaan lukien. Mittari on 21 kysymystä sisältävä arviointilomake, jossa on lueteltu eri oireita ja tuntemuksia. Potilas arvioi neliportaisella asteikolla kunkin tuntemuksen voimakkuuden kuluneen viikon ajalta. Hoitaja informoi tutkimuksesta, esittelee kyselylomakkeen tutkittavalle ja antaa ohjeet sen täyttämiseksi. Potilas vastaa kysymyksiin itsenäisesti valitsemalla omaan tilanteeseensa sopivan vaihtoehdon kunkin kysymyksen kohdalla. Vastaaminen vie keskimäärin aikaa 5-10 minuuttia. Kysely voidaan tehdä myös haastattelemalla. Täytetyt lomakkeet analysoidaan syöttämällä

vastausten pisteet laskentaohjelmaan. Tuloksissa tarkastellaan potilaan saamaa kokonaispistemäärää. (Pohjois-pohjanmaan sairaanhoitopiiri, intranet i.a.)

Beckin depressioasteikko (BDI, Beck Depression inventory) mittaa depression esiintymistä aikuisilla ja nuorilla. Voidaan käyttää depression vaikeuden arviointiin, hoitovasteen seurantaan ja sairauden oireiden kuvaamiseen. Mittari sisältää 21 arvioitavaa kohtaa, jotka liittyvät depression keskeisiin oireisiin. Jokainen kohta sisältää neljä eritasoista arviota oireen vaikeudesta. Potilaalle annetaan kyselylomake, johon hän itsenäisesti vastaa valitsemalla kustakin arvioitavasta kohdasta yhden väittämälauseen, joka parhaiten kuvaa hänen tilannettaan. Voinnin seurannassa arviointiajanjaksona voidaan pitää yhtä viikkoa arviointipäivä mukaan lukien. Depression tunnistamisen arviointiajanjakso voi olla kaksi viikkoa, varsinkin avohoitopotilailla. Palautetun lomakkeen pistemäärä lasketaan yhteen. Kunkin kysymyskohdan pistearvo on sama kuin väittämälauseen numero. Kokonaispisteet ovat välillä 0-63. Pistemäärän lisääntyminen on yhteydessä depression vaikeuteen. (Pohjois-pohjanmaan sairaanhoitopiiri, intranet i.a.)

Työryhmäarvio tarkoittaa moniammatillisessa tiimissä tapahtuvaa keskustelua 3-4 hoitopäivän sisällä. Potilaan omahoitaja kuvailee potilaan tilanteen tehdyn tiedonkeruuohjelman mukaisesti. Moniammatillisen tiimin muut jäsenet tuovat keskusteluun omat näkemyksensä ja tiedon. Työryhmäarvioinnin pohjalta luodaan potilaalle hoitosuositus. Hoitaja ja lääkäri tekevät hoitosuunnitelmaa yhteistyössä potilaan kanssa huomioiden hoitosuosituksen. (Lapinkangas ym. 2012, 21.)

3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata Oulun yliopistollisen sairaalan psykiatrian tulostyöyksikössä kehitettyä hoitajien työskentelyyn liittyvän hoito-ohjelman käyttöä päivystystyöyksikössä.

Opinnäytetyön tehtävänä on saada vastaus kysymykseen: 1. Miten hoitohenkilökunta käyttää systemaattista hoito-ohjelmaa?

Opinnäytetyön tavoitteena on yhtenäistää systemaattisen hoito-ohjelman käyttöä ja kehittää psykiatrisen potilaan hoitotyötä.

4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

4.1 Toimintaympäristön kuvaus

Opinnäytetyön työelämän yhteistyökumppani oli Oulun yliopistollisen sairaalan psykiatrian päivystysyksikkö 78. Päivystysyksikössä on 12-paikkainen vuodeosasto, jonka lisäksi yksi paikka pidennetylle päivystysarviolle. Yksikössä arvioidaan psykiatrisen avun tarve ja annetaan ensiapu vaikeisiin psyykkisiin oireisiin. Opinnäytetyö tehtiin laadullisen tutkimuksen menetelmin, koska tarkoitus oli kuvata hoitohenkilöstön kokemuksia.

Hoitohenkilöstöön kuuluvia vastaajia oli 16. Kyselyyn vastanneista hoitohenkilöstöstä 69 % oli sairaanhoitajia ja 31 % oli lähihoitajia tai mielisairaanhoitajia. Työkokemusta alle kolme vuotta päivystysyksiköstä oli 37 % vastanneista ja yli kolme vuotta 63 % vastanneista. Enempää taustatietoa en vastaajilta kerännyt, koska halusin näin turvata vastaajien yksityisyyden ja uskoin ettei sillä ole merkitystä tulosten kannalta.

4.2 Aineiston keruu ja analyysi

Opinnäytetyössä käytin laadullista eli kvalitatiivista tutkimusmenetelmää. Laadullisessa tutkimuksessa tarkastellaan merkitysten maailmaa ja tutkimuksen tavoitteena ovat ihmisten omat kuvaukset koetusta asiasta. Merkitykset liittyvät joko kokemuksiin tai käsityksiin. Kokemus on aina omakohtainen kun taas käsitys kertoo yhteisön tyypillisistä ajattelutavoista. Erityispiirteenä laadullisessa tutkimusmenetelmässä on se että, tutkimuksen tavoite ei ole totuuden löytäminen tutkittavasta asiasta vaan tutkimuksen aikana muodostuneita tulkintoja apuna käyttäen tuoda esille ihmisen toiminnasta jotain sellaista, mikä on välittömän havainnon tavoittamattomissa. (Vilka 2007, 97–98.)

Käsitteenä laadullinen tutkimus kätkee alleen useita erilaatuisia tutkimuksia (Tuomi & Sarajärvi 2009, 9). Tyypillistä laadulliselle tutkimukselle on muun muassa

hypoteesittomuus, aineistolähtöinen analyysi ja harkinnanvarainen otanta eli näyte. Helpommin laadullisen tutkimuksen määrittelyä voi tehdä erottamalla se määrällisestä eli kvantitatiivisesta tutkimuksesta. (Eskola & Suoranta 1998, 13–24.) Tämä ei kuitenkaan tarkoita ettei laadullinen tutkimus voisi soveltaa ja yhdistää kvalitatiivista ja kvantitatiivista analyysia samassa tutkimuksessa ja saman tutkimuksen analysoinnissa (Alasuutari 1999, 32). Tässä tutkimuksessa tullaan käyttämään laadullisen tutkimuksen keinojen ohella myös määrällistä analyysiä, jolla kuvataan hoito-ohjelman yhdenmukaisuutta.

Valitsin laadullisen tutkimusmenetelmän, koska opinnäytetyön tutkimuksen kohteena ovat ihmisten kokemukset. Kokemuksellinen tieto vähän tutkitusta tai vaikeasti määriteltävästä asiasta on parhaiten saavutettavissa laadullisen tutkimusmenetelmän avulla. Toteutin aineistonkeruun kyselylomakkeella, jossa oli valmiit vastausvaihtoehdot sekä avoin kysymys. Tarkoitukseni oli kerätä aineisto avoimella kyselylomakkeella, mutta tutkimuksen luonteen perusteella, annoin käytössä olevat mittarit vaihtoehtoiksi, ettei jonkun mittarin unohtaminen vaikuta tulokseen. Kyselylomakkeessa on potilasesimerkki, jossa on kuviteltu, ensimmäistä kertaa osastolle joutuva psykoottinen potilas. Vastaajat ovat nimetty potilaan omahoitajiksi ja heidän on valittava käytössä olevien lomakkeiden ja mittareiden avulla, miten hoito-ohjelma on edennyt tutkimusohjelman suunnittelusta aina työryhmäarvioon asti.

Aineiston keräsin kyselylomakkeilla. Laadullisen analyysin voidaan katsoa muodostuvan kahdesta vaiheesta, joita ovat havaintojen pelkistäminen ja ryhmittely. (Alasuutari 1999, 39–40). Laadullisessa analyysissa puhutaan usein induktiivisesta ja deduktiivisesta analyysista. Jako perustuu tulkintaan opinnäytetyössä käytetyssä päättelyn logiikasta, joka on joko induktiivinen tai deduktiivinen. Induktiivisella analyysilla tarkoitetaan aineistosta lähtevää analyysia. Induktiivisen sisällön analyysi kuvataan useasti aineiston pelkistämisenä, ryhmittelynä ja käsitteellistämisenä. Aineistosta aluksi etsitään tutkimustehtävään liittyviä ilmaisuja, jonka jälkeen samaa tarkoittavat ilmaisut yhdistetään samaan kategoriaan. Seuraavaksi yhdistetään saman sisältöiset kategoriat toisiinsa yläkategorioiksi. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 5-6.)

Kyselylomakkeiden ensimmäinen osan vastaukset syötin Excel-
taulukkolaskentaohjelmaan, kuvioiden muodostamiseksi ja prosenttilukujen saamiseksi.

Kaavioilla kuvataan hoito-ohjelman käytön yhdenmukaisuutta (LIITE 3 ja 4). Kyselylomakkeen viimeisen osan aineiston kokosin yhdeksi kokonaisuudeksi. Tämän jälkeen pelkistin aineiston ja ryhmittelin sen. Pelkistetyt lainaukset ryhmittelin samankaltaisen sisällön mukaan teemoihin, joista muodostui alaluokat. Alaluokkia muodostui kuusi, jotka edelleen ryhmittelin samankaltaisuuksien mukaan teemoihin. Näin sain yläluokat, jotka nimesin yhdistävän teeman mukaan. Yläluokkia muodostui kolme, josta syntyi yhdistävä pääluokka. Tulosten kuvaamisessa käytetään kyselylomakkeiden alkuperäisiä lainauksia havainnollistamaan tuloksia. Tällä tavoin voidaan osoittaa opinnäytetyön luotettavuutta lukijalle kuvaamalla alkuperäisaineiston vastauksia. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 10).

Alkuperäiset ilmaisut:

”Hoito-ohjelmaa käytetään päivittäin”

”Suuri merkitys potilaan tilan arvioinnissa”



Olennainen osa potilaan hoitotyötä

KUVIO 1. Esimerkki aineiston pelkistämisestä

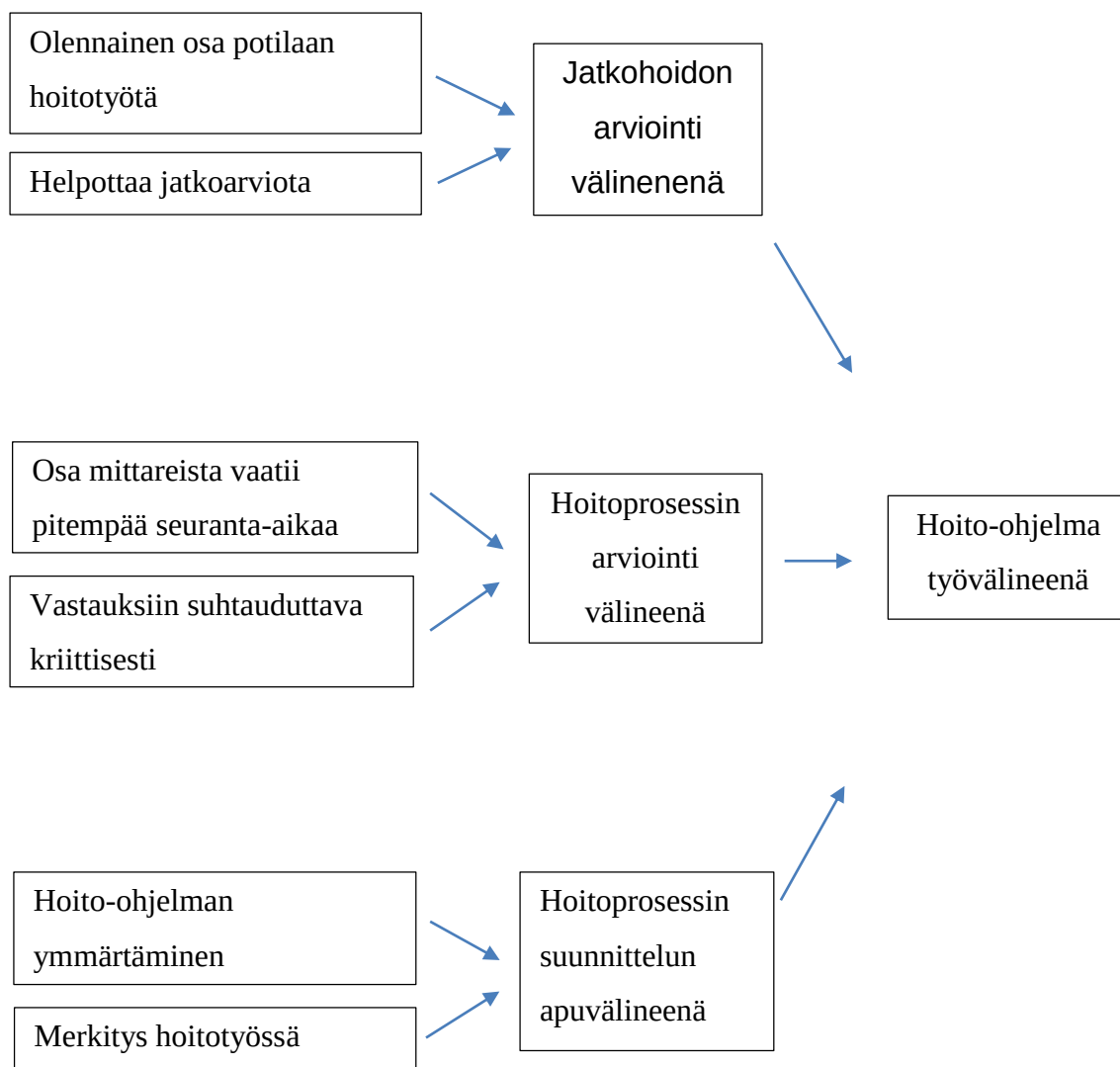
5 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET – HOITO-OHJELMA TYÖVÄLINEENÄ

Tulosten mukaan systemaattista hoito-ohjelmaa käytetään pääsääntöisesti yhdenmukaisesti. Hoitohenkilöstö piti hoito-ohjelmaa hyvänä työvälineenä ja olennaisena osana heidän päivittäistä työtään. Päivystysyksikössä arvioinnin on oltava nopeaa, joten mittarit ovat hyvä apuväline siihen. Hoitohenkilöstö haluaisi kuitenkin käyttää mittareiden käytössä enemmän omaa harkintaa. Osa hoitohenkilöstöstä ei pitänyt mittareiden tuloksia luotettavana, koska seuranta-aika jää usein vain muutamaan päivään. Hoitohenkilöstön koulutuksella oli jonkin verran poikkeavuutta mittareiden käytössä. Sairaanhoidajat käyttivät enemmän potilaan kanssa yhdessä tehtäviä lomakkeita ja mittareita. Päivystysyksikön työkokemuksella ei ollut merkitystä vastauksissa. Kysymyslomakkeissa oli kuitenkin paljon poikkeavia vastauksia, joten täysin yhdenmukaisesti hoito-ohjelmaa ei käytetä päivystysyksikössä (LIITE 3 ja 4).

Alaluokat

Yläluokat

Päälukokka



KUVIO 2. Hoitohenkilöstön kokemuksia hoito-ohjelmasta.

5.1 Jatkohoidon arviointi välineenä

Jatkohoidon arviointi välineenä -yläluokka kuvaa, millaisena apuvälineenä hoito-ohjelmaa pidetään päivystyksyksikössä. Hoito-ohjelma on alun perin suunniteltu helpottamaan hoitajien työskentelyä päivystyksyksikössä. Hoito-ohjelmaa pidetäänkin hyvänä apuvälineenä psyykkisen ensiavun arvioinnissa. Haastattelua vaativat mittarit auttavat hoitajia keskustelemaan potilaan kanssa vaikeistakin asioista, jotka muuten saattaisivat jäädä keskustelematta.

Olennainen osa hoitotyötä -alaluokka kuvaa, millaisena hoitohenkilöstö näkee oiremittareiden käytön päivystyksyksikössä. Potilaan hoidossa kattava ja tehokkaasti toteutettu arviointi on tärkeää vastaajien mielestä.

”Hoito-ohjelmalla on suuri merkitys potilaan tilan arvioinnissa”

Päivystyksyksikössä arvioinnin on oltava nopeaa, joten mittarit ovat hyvä apuväline siihen vastaajien mielestä. Hoito-ohjelman käyttö on olennainen osa hoitajien työtä päivystyksyksikössä. Varsinkin ensimmäistä kertaa osastolla olevalle potilaalle hoito-ohjelma hyvä apuväline hoitotyössä.

Helpottaa jatkoarviota -alaluokka kuvaa, kuinka mittareiden tuloksia voidaan hyödyntää potilaan myöhemmässä hoidossa. Jos potilaan päivystyksyksikössä viettämä aika venyy, voidaan oiremittareilla arvioida hoidon tuloksia osastolla.

”Hyödyllinen jatkoarviota / uudelleen arviota tehdessä”

Lisäksi potilaat, jotka ovat olleet aikaisemmin hoidossa, heidän kohdalla pystyy tekemään tuloksien vertailuja. Jatkohoito-osastot käyttävät myös apuna mittareiden aikaisempia tuloksia.

5.2 Hoitoprosessin arviointi välineenä

Hoitoprosessin arviointi välineenä -yläluokka kuvaa, kuinka hoito-ohjelmaa pidetään yleisesti hyvänä työvälineenä hoitajille. Hoito-ohjelman avulla on mahdollista kartoittaa kattavasti potilaan tilannetta lyhyessäkin ajassa. Luotettavuuteen kuitenkin tuli vastauksia monesta eri näkökulmasta. Päivystyksyksikössä potilaat viettävät vain keskimäärin seitsemän vuorokautta, joten seurannalle jää aikaa vain muutamia päiviä. Lisäksi vastaajat kertoivat, että varsinkin epävakailla potilailla yleensä kaikki mittarit viittaavat useisiin eri oireisiin.

Seuranta-aika -alaluokka kuvailee, kuinka osa mittareista vaatisi pitempää seuranta-aikaa. Vastaajat kertovat, että osan mittareiden ohjeissa lukee seuranta-ajaksi oltava vähintään kaksi viikkoa. Kyseiset mittarit kuitenkin tehdään jo muutaman päivän seurannan jälkeen, joten luotettavuutta niiden kohdalla epäillään.

”Osa mittareista vaatisi enemmän aikaa seurata potilasta, mihin tarkkailuaika ei riitä”

Lisäksi myös niiden mittareiden osalta, joiden seuranta-aikaa ei määritellä, vastaajat miettivät tulosten luotettavuutta. Mielenterveyslain mukainen tarkkailuaika on vain neljä päivää, joten vastaajat ymmärtävät, että hoito-ohjelmaa on tehtävä nopeammalla aikataululla.

Vastauksiin suhtauduttava kriittisesti -alaluokka kertoo, kuinka hoitohenkilöstön mukaan mittareiden tuloksiin on suhtauduttava kriittisesti. Osa potilaista on huonossa kunnossa, kun mittareita tehdään. Silloin vastaukset eivät kerro kaikkea potilaan tilasta.

”Psykoottinen potilas uskoo omiin harhoihinsa”

Lisäksi useat potilaan ovat sairautentunnottomia, jolloin vastaukset ovat vääristyneet. Hoitohenkilöstä haluaisi enemmän käyttää omaa harkintaa mittareiden käytössä. Mittareita ei pitäisi käyttää vain sen takia, että niin tehdään kaikille.

”Hoitajilla saisi olla enemmän valtaa käyttää omaa harkintaa, kannattaako potilaan kanssa mittareita täyttää”

Hoitajat ovat koko ajan läsnä potilaiden kanssa ja tuntevat heidät paremmin kuin lääkärit, joten hoitajilla pitäisi olla enemmän valtaa päättää mittareiden käytöstä.

5.3 Hoitoprosessin suunnittelun apuvälineenä

Hoitoprosessin suunnittelun apuvälineenä -yläluokka kuvaa hoito-ohjelman ymmärtämistä ja merkitystä hoitotyössä. Kyselyyn vastanneista hoitohenkilöstöstä osa piti mittareita hyödyttöminä. Suurin osa kuitenkin piti niitä hyödyllisenä ja suurena osana heidän päivittäistä työtään. Vaikka osa hoitajista piti mittareita hyödyttöminä, se ei kuitenkaan vaikuttanut heidän toimintatapoihin hoito-ohjelman käytössä.

Hoito-ohjelman ymmärtäminen -alaluokka kertoo, että kaikki vastaajat eivät ymmärrä hoito-ohjelman toteuttamista. Kun hoito-ohjelmaa ei ymmärrä, ei sen hyötyjäkään pysty käyttämään hyväksi.

”Tehdäänkö mittareita potilaita vai lääkäreitä varten?”

Suurin osa vastaajista kuitenkin ymmärsi hoito-ohjelman hyödyn ja sen miksi mittareita käytetään. Vastaajat, jotka eivät hoito-ohjelmaa omasta mielestään ymmärtäneet ovat olleet kuitenkin töissä päivystysyksikössä yli kolme vuotta.

Merkitys hoitotyössä -alaluokka kuvaa, kuinka suuri merkitys hoito-ohjelmalla on psykiatrian päivystysyksikössä. Suurin osa vastanneista piti hoito-ohjelman merkitystä suurena omassa työssään. Mittareiden ja lomakkeiden täyttäminen vie paljon aikaa hoitajilta. Osa vastaajista oli sitä mieltä, että hoitotyö kärsii, koska mittarit vievät liikaa aikaa.

”Mittareiden tekeminen vie liikaa aikaa pois hoitotyöstä”

Lisäksi mittareiden tuloksilla on liian suuri merkitys potilaan tilan arvioinnissa osan vastaajien mielestä.

”Mittareilla on liian suuri merkitys potilaan tilan arvioinnissa”

Potilaan tilaa pitäisikin lääkäreiden enemmän arvioida hoitajien kirjausten perusteella osan vastaajien mielestä.

6 POHDINTA

Opinnäytetyö on ollut prosessina vaihteittain etenevä. Tein opinnäytetyöni yksin, mikä oli mielestäni paras vaihtoehto ja vahvuus prosessissa. Toisaalta prosessin eri vaiheissa olisin tarvinnut toista ihmistä, joka veisi työtä eteenpäin ja toisi omia vahvuuksia työskentelytapaan. Opinnäytetyöhön olen hakenut monipuolisesti tietoa tutkimuksista, kirjallisuudesta ja sähköisistä lähteistä. Opinnäytetyötäni tehdessä olen syventänyt osaamistani ja tietoani mielenterveystyöstä, sekä ymmärtänyt kuinka tärkeitä eri oiremittarit psykiatriassa ovat.

Mielestäni opinnäytetyöni aihe on ajankohtainen ja työelämälähtöinen. Oiremittareilla on erityisen tärkeä rooli psykiatriassa, sillä mielenterveyshäiriöiden toteamiseen tai hoidon tehon mittaamiseen ei ole olemassa objektiivista laboratoriokoetta tai muuta testiä. Opinnäytetyöni tarkoitus oli kehittää psykiatrisen potilaan hoitoa. Tuloksia hyödyntämällä psykiatrisen potilaan hoitoa voidaan kehittää ja hoitajien työskentelyä helpottaa.

6.1 Opinnäytetyöstä

Opinnäytetyö kuvaa Oulun yliopistollisen sairaalan psykiatrian tulosityksikössä kehitettyä hoitajien työskentelyyn liittyvän hoito-ohjelman käyttöä päivystysyksikössä 78. Opinnäytetyön tulosten mukaan systemaattista hoito-ohjelmaa käytetään pääsääntöisesti yhdenmukaisesti päivystysyksikössä. Systemaattista hoito-ohjelmaa pidetään hyvänä apuvälineenä psykiatrisen potilaan arvioinnissa. Se on olennainen osa hoitajien työtä ja helpottaa potilaan tilan uudelleen arvioinnissa. Hoitohenkilöstö haluaisi kuitenkin käyttää mittareiden käytössä enemmän omaa harkintaa. Lisäksi osa hoitohenkilöstöstä ei pidä mittareiden tuloksia luotettavana, koska seuranta-aika jää usein vain muutamaaan päivään.

Opinnäytetyön tulosten perusteella hoitohenkilöstö tarvitsisi enemmän ohjausta hoito-ohjelman käyttöön. Hoitohenkilöstö haluaisi enemmän käyttää omaa harkintaa mittareiden käytössä, joka olisi mahdollista paremmalla tuntemuksella niiden käytöstä. Oirekartoitukseen käytettävien mittareiden ohjeet seuranta-ajasta aiheuttaa

hoitohenkilöstön mielestä luotettavuuden kannalta ongelmia. Päivystysyksikössä potilaiden keskimääräinen hoitoaika on vain seitsemän vuorokautta, joten mittareiden ohjeistusta on syytä tarkistaa. Jatkossa mittareita on syytä edelleen kehittää ja arvioida.

Opinnäytetyössäni vastaajat saivat potilasesimerkin, minkä mukaan vastasivat kyselylomakkeeseen. Vaikka osa vastaajista kritisoi hoito-ohjelman hyödyllisyyttä, heidän vastauksensa olivat yhtäläisiä muiden kanssa. Jatkossa voisi tehdä tutkimuksen, jossa käytetään oikeita potilaita sekä potilastietokantaa ja selvittää kuinka todellisuudessa systemaattista hoito-ohjelmaa päivystysyksikössä on käytetty.

6.2 Opinnäytetyön luotettavuus

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa ei ole olemassa yksiselitteisiä ohjeita. On kuitenkin olemassa muutamia asioita, mitä luotettavuuden arvioinnissa on hyvä muistaa. Opinnäytetyöstä tulisi selvittää tutkimuksen kohde ja tarkoitus sekä tutkijan omat sitoumukset tutkimuksessa. Opinnäytetyön tekijän pitää pystyä kertomaan, millä tavoin aineiston hankinta on tapahtunut. Myös opinnäytetyön tiedonantajista tulee löytyä tietoja. Opinnäytetyön analyysistä tulee kertoa, miten aineisto analysoitiin ja miten tuloksiin ja johtopäätöksiin tultiin. Opinnäytetyön tekijän tulee antaa lukijoille tarpeeksi tietoa siitä, miten opinnäytetyö on tehty, jotta he voivat arvioida opinnäytetyön tuloksia. Tämä tarkoittaa sitä, että tekijä pystyy vastaamaan siitä, että edellä mainitut kohdat löytyvät työstä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 140- 141.)

Tämän opinnäytetyön kohderyhmänä oli Oulun yliopistollisen keskussairaalan psykiatrian päivystysyksikön hoitohenkilökunta ja opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata Oulun yliopistollisen sairaalan psykiatrian tulosyksikössä kehitettyä hoitajien työskentelyyn liittyvän hoito-ohjelman käyttöä päivystysyksikössä 78. Oma työkokemus päivystysyksiköstä ja kiinnostus hoito-ohjelmaan saivat sitoutumaan tähän tutkimukseen. Tutkimusaineiston hankinta menetelmänä oli kyselylomake, jonka aineistonkeruu tapahtui syyskuussa 2014. Tutkimuksen aikana opinnäytetyön tekijä ja tutkimukseen osallistuneet eivät ole olleet tekemissä keskenään. Tutkimusaineiston analyysi tapahtui sisällönanalyysimenetelmällä.

Kyselylomakkeen kysymykset olivat harkittuja ja muotoiltu siten, että ne olivat ymmärrettäviä ja niihin oli helppo vastata. Kyselylomakkeeseen vastaajat olivat minulle tuttuja, joten keräsin taustatietoja vain tarvittavan määrän. Hoitohenkilöstö vastasi kyselyyn sillä viikolla, kun en itse ollut töissä. Kyselylomaketta testattiin kahdella sairaanhoitajalla, jonka jälkeen sitä muokattiin paremmin ymmärrettäväksi.

6.3 Opinnäytetyön eettisyys

Opinnäytetyön kohteena olevien henkilöiden kohtelu on vaativa tehtävä ja vaatii selvittelyä. Huomio kohdistetaan tiedonhankintatapoihin ja koejärjestelyihin. Kun opinnäytetyö kohdistuu ihmisiin, on erityisen selvitettävä, miten henkilöiden suostumus hankitaan, millaista tietoa heille annetaan ja millaisia riskejä heidän osallistumiseensa sisältyy. (Hirsjärvi, Remes ja Sajavaara 2004, 26). Kyselylomakkeen vastaajille tein selväksi opinnäytetyöstä heille tulevan hyödyn tai haitan, sekä turvasin heidän yksityisyytensä. (Eskola, Suoranta 2003, 52–56). Tutkimukseen pyysin mukaan 16 hoitohenkilöön kuuluvaa työvuorotaulukon mukaan, jotka kaikki vastasivat kyselyyn. Tutkimus tapahtui viikon aikana, jolloin vastaajat valikoituivat työssä olemisen mukaan. Kaikille vastanneille annoin riittävän tiedon opinnäytetyön luonteesta ja tavoitteesta sekä korostin vastaamisen vapaaehtoisuutta. Opinnäytetyössä ei paljasteta kenenkään hoitajan henkilöllisyyttä ja sen tarkoituksena oli yhdenmukaistaa hoito-ohjelmaa ja näin helpottaa myös hoitajien työskentelyä. Kyselylomakkeessa oleva potilasesimerkki on keksitty eikä sen tietoja ole otettu potilastietokannasta. Vaitiolovelvollisuus kyselylomakkeen vastauksista on pysyvä. Olen huolehtinut etteivät tiedonantajien tiedot tule ulkopuolisten tietoon tutkimuksen missään vaiheessa. Kyselylomakkeet on hävitetty asianmukaisesti tietosuojattuun jätteeseen.

LÄHTEET

- Alasuutari, Pertti 1999. Laadullinen tutkimus. Tampere: Vastapaino.
- Eskola, Jari; Suoranta, Juha 2003. Johdatus laadulliseen tutkimukseen.
Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.
- Eskola, Jari; Suoranta, Juha 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen.
Tampere: Vastapaino.
- Hentinen, Kirsi 2009. Psykoottisen potilaan kokemuksellisuus – hoitotyön
lähtökohta. Teoksessa Kirsi Hentinen, Auliki Iija ja Eija Mattila (toim.)
Kuuntele minua – mielenterveystyön käytännön menetelmiä.
Helsinki: Tammi
- Hirsjärvi, Sirkka; Remes, Pirkko; Sajavaara Paula 1997. Tutki ja kirjoita. 10., uudistettu
painos. Helsinki: Tammi
- Jääskeläinen, Erika; Miettunen Jouko 2011. Psykiatriset arviointiasteikot
kliinisessä työssä. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim.
2011;127(16):17 19-25.
- Kuosmanen Lauri 2005. Psykiatrinen potilas. Teoksessa Leena Koponen,
Kirsi Sillanpää (toim.) Potilaan hoito päivystyksessä. Helsinki:
Tammi. 395-396
- Kyngäs, Helvi; Vanhanen, Liisa 1999. Sisällön analyysi. Hoitotiede 11 (1), 3-12.
- Laki mielenterveydestä 1990/1116, 14.12.1990. Viitattu 6.12.2013.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>
- Lapinkangas, Pertti; Läksy, Marja-Liisa; Vuokila-Oikkonen, Päivi 2012.
Systemaattinen hoito-ohjelma akuutissa psykiatrisesta hoidosta.
Pro terveys 4/2012 20-22.
- Lepola, Ulla; Koponen, Hannu; Leinonen, Esa; Joukamaa, Matti; Isohanni,
Matti; Hakola, Panu 2002. Psykiatria. Helsinki: WSOY
- Leppävuori, Antero 2009. Akuutin psykoosin hoito. Teoksessa Erkki Elonen,
Markku Mäkijärvi, Matti Vuoristo (toim.) Akuuttihoito opas. Helsinki:
Kustannus Oy Duodecim. 540
- Pohjois-pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2013. Intranet. Viitattu 7.12.2013.

Tuomi, Jouni; Sarajärvi, Anneli 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi.

5.uudistettu painos. Tammi, Helsinki.

Vilkka, Hanna 2005. Tutki ja kehitä. Tammi, Helsinki.

Vuokila-Oikkonen, Päivi; Heikkinen, Riitta-Liisa; Karttunen, Marianne; Läksy,

Marja-Liisa; Maikkula, Sirkku; Wiens Varpu 2011. Psykoosin varhainen tunnistaminen ja hoidolliset interventiot nuorella – hyvän käytännön kuvaus. Helsinki: Diakonia-ammattikorkeakoulu.

LIITE 1 SAATEKIRJE

4.9.2014

OULU

HYVÄ VASTAANOTTAJA

Opiskelen Oulun Diakonia-ammattikorkeakoulussa sairaanhoitajaksi. Teen parhaillaan opinnäytetyötä, jossa tarkoituksena on kuvata Oulun yliopistollisen sairaalan psykiatrian tulosyksikössä kehitettyä hoitajien työskentelyyn liittyvän hoito-ohjelman käyttöä päivystysyksikössä 78. Opinnäytetyön tehtävänä on saada vastaus kysymykseen: Miten hoitohenkilökunta käyttää systemaattista hoito-ohjelmaa.

Opinnäytetyön toteutan kyselytutkimuksena, johon kutsun teidät osallistumaan. Osallistuminen vaatii oheisen kyselylomakkeen täyttämistä ja palauttamista. Osallistuminen kyselyyn on vapaaehtoista ja luottamuksellista. Tutkimuksen tekemiseen olen saanut asianmukaisen luvan.

Rastita kyselylomakkeessa valitsemasi vastaukset. Tutkimuksen viimeinen kysymys on avoin, johon toivon käytännön kokemuksia ja tuloksia mittareiden käytöstä. Lisäksi toivon arviota niiden tarpeellisuudesta ja niihin käyttämästäsi ajasta.

Olkaa ystävällisiä ja palauttakaa täytetyt kyselylomakkeet osaston kansliassa sijaitsevaan pahviseen palautuslaatikkoon 20.9.2014 mennessä..

Ystävällisin terveisin

Janne Heiskari

LIITE 2 KYSELYLOMAKE

sairaanhoitaja ____

lähihoitaja/mielisairaanhoitaja ____

Työkokemus päivystysyksikössä

alle 3 vuotta ____

yli 3 vuotta ____

POTILASTAPPAUS

Psykiatrian päivystykseen on tullut potilas M1 läheteellä Oulun seudun yhteispäivystyksestä psykoottisuuden vuoksi. Potilas on 23 –vuotias oululainen nainen, jolla ei ole aikaisempaa psykiatrasta hoitohistoriaa. Potilas on nukkunut viimeisen viikon aikana vain muutamia tunteja öisin. Potilaalla on harhaluuloja, että häntä seurataan television ja tietokoneen kautta. Potilas on aikaan ja paikkaan orientoitunut, mutta hänellä on vain osittainen sairaudentunto. Potilaasta aloitetaan mielenterveyslain mukainen tarkkailu osastolla 78.

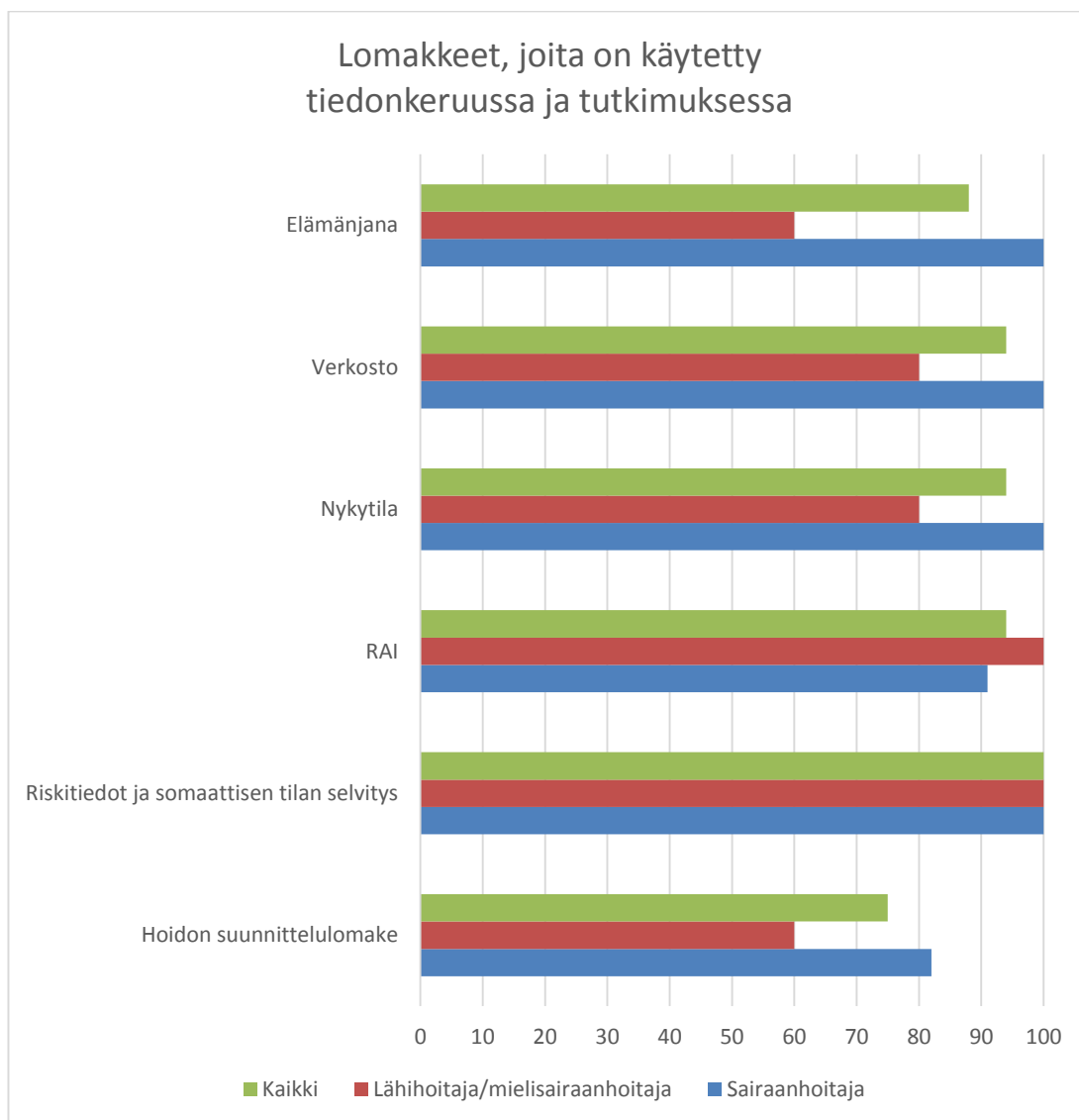
Uusien psykiatriseen hoitoon tulevien potilaiden hoidon alkuvaiheessa keskeistä on psyykkisen ensiavun ohella nopea ja kattava sekä tehokkaasti toteutettu potilaan tilan arviointi. Olet ollut potilaan omana hoitajana viimeiset neljä päivää. Valitse alla olevasta taulukosta ne lomakkeet ja mittarit, joita olet käyttänyt apuna tiedonkeruussa ja tutkimuksessa.

Hoidon suunnittelulomake	NHP
Riskitiedot ja somaattisen tilan selvitys	RAI.esp
Nykytila	SCL-90
Verkosto	BPRS
Elämänjана	MADRS
JES	YMRS
BAI	BDI
PROD	AUDIT

Kerro lopuksi omin sanoin kokemuksiasi mittareiden käytöstä:

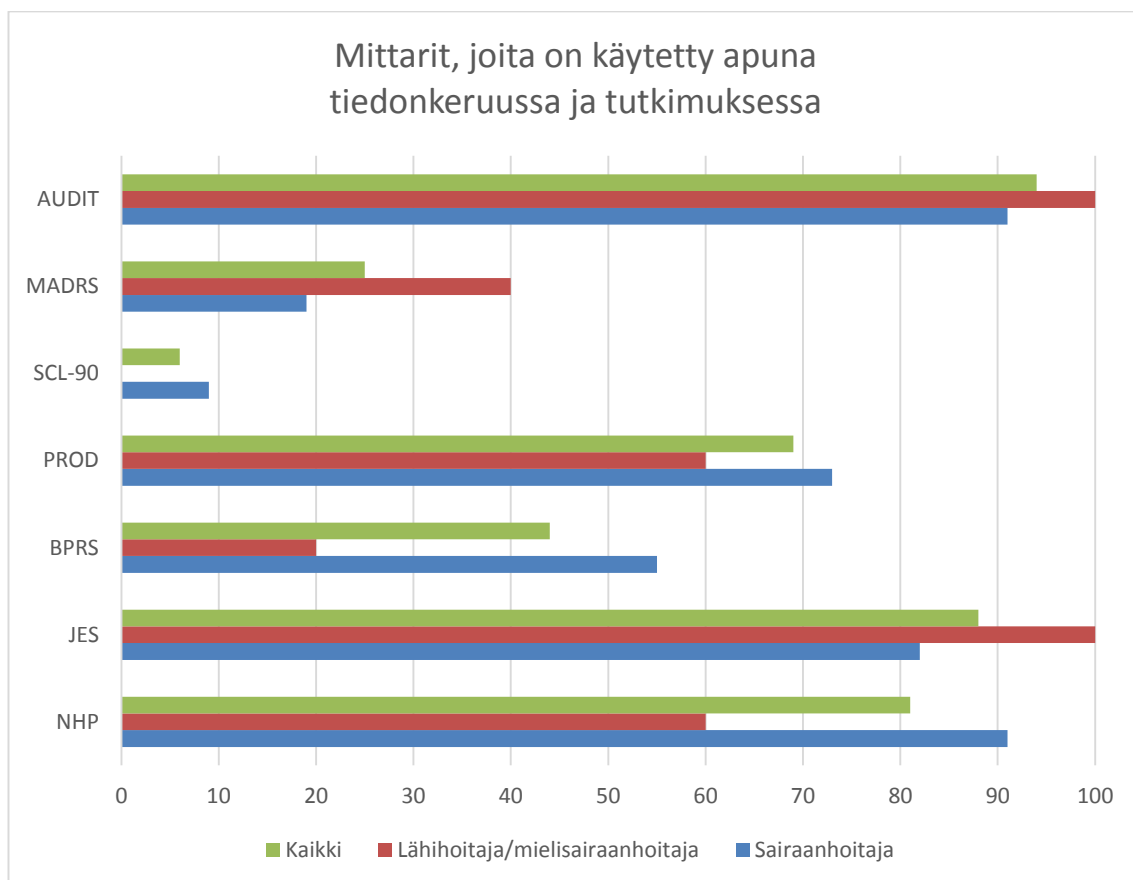
This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

LIITE 3 KUVIO 3



KUVIO 3. Hoitohenkilöstön (%) käyttämiä lomakkeita esimerkitapauksessa.

LIITE 4 KUVIO 4



KUVIO 4. Hoitohenkilöstön (%) käyttämiä mittareita esimerkkitapauksessa.