

Opinnäytetyö (AMK)

Hoitotyö

Sairaanhoitaja

2014

Sanna Jakobsson & Viivi Leinonen

PSYKIATRISTEN PALVELUIDEN KÄYTTÖ JA SAATAVUUS VATSA- TOIMIALUEELLA

– operatiivisen päivystysosaston hoitohenkilökunnan näkökulma



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

OPINNÄYTETYÖ (AMK) | TIIVISTELMÄ

TURUN AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyön koulutusohjelma | Sairaanhoidaja AMK

Huhtikuu 2014 | 45+4

Ohjaaja FT, TtM Maika Kummel

Sanna Jakobsson & Viivi Leinonen

PSYKIATRISTEN PALVELUIDEN KÄYTTÖ JA SAATAVUUS VATSA-TOIMIALUEELLA – OPERATIIVISEN PÄIVYSTYSOSASTON HOITOHENKILÖKUNNAN NÄKÖKULMA

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää psykiatristen palveluiden käyttöä ja saatavuutta Turun yliopistollisessa keskussairaalassa (TYKS). Työn tavoitteena on auttaa kehittämään palveluiden käyttöä ja saatavuutta operatiivisen päivystysosaston hoitohenkilökunnan näkökulmasta. Opinnäytetyö sisältyy Tulevaisuuden sairaala - Hoitotyön kehittämissuunnitelmaan 2009–2015 (Hoi-Pro), joka on Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin ja Turun ammattikorkeakoulun yhteinen projekti.

Opinnäytetyötä ohjaavina kysymyksinä olivat: Kuinka paljon psykiatrisia palveluita on saatavilla ja kuinka helppoa niiden saatavuus on? Kuinka paljon ja minkälaisia psykiatrisia palveluita käytetään? Ketä niitä tarjoaa ja kenelle niitä tarjotaan? Ja esiintyykö psykiatristen palveluiden saatavuudessa ja tarjonnassa ongelmia?

Opinnäytetyö toteutettiin kvalitatiivisena tutkimuksena, jossa haastateltiin TYKS:n Vatsa-toimialueen operatiivisen päivystysosaston hoitohenkilökuntaa. Haastatteluihin osallistui 10 osaston hoitohenkilökuntaan kuuluvaa hoitajaa. Haastatteluiden pohjana käytettiin teemahaastattelurunkoa. Haastattelut nauhoitettiin, nauhoitukset litteroitiin ja tulokset analysoitiin sisällönanalyysin avulla.

Opinnäytetyön tulosten perusteella hoitohenkilökunta oli tyytyväinen saatavilla olevien psykiatristen palveluiden tarjontaan ja saatavuuteen. Psykiatristen palveluiden käyttö oli runsasta, päihdepotilailla jopa viikoittaista. Vatsa-toimialueen suurimpina palvelun tarjoajina koettiin olevan addiktiopoliklinikka sekä psykiatrian tulosalue. Suurimmaksi ongelmaksi ilmeni kuitenkin viive palveluiden saapumisessa. Hoitajat osasivat nimetä muutamia kehittämissuunnitelmia psykiatristen palveluiden käytön ja saatavuuden kehittämiseksi, joihin lukeutuivat muun muassa konsultaatiopyyntöjen teon helpottaminen ja yhteistyön parantaminen.

Opinnäytetyön tuloksia voi tulevaisuudessa hyödyntää eri organisaatioiden välisen yhteistyön kehittämisessä, yhteisten hoitolinjausten löytämisessä sekä psykiatristen palveluiden tietoisuuden kartoittamisessa.

ASIASANAT:

Psykiatria, Psykiatriset palvelut, Vatsa-toimialue, Psykosomatiikka, Konsultaatio

BACHELOR'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Health Care, Degree Programme in Nursing | Nurse

April 2014 | 45+4

Instructor PhD, MNSC Maika Kummel

Sanna Jakobsson & Viivi Leinonen

THE USE AND AVAILABILITY OF PSYCHIATRIC SERVICES IN GASTROLOGICAL WARDS – IN PERSPECTIVE OF NURSES

The purpose of this study was to figure out the use and availability of psychiatric services in gastrological wards of Turku University Hospital. The main aim of this study is to help and improve the availability and perceive potential lacks of psychiatric services in perspective of nurses. The bachelor's thesis is a part of the Hospital District of Southwest Finland and Turku University of Applied Sciences Future hospital – Nursing development project 2009-2015.

The research questions of this study were: What is the availability of psychiatric services and how easy the access is? How much and what kind of psychiatric services are used? Who offers them and to whom they are offered? And is there some kind of problems with the use and availability of psychiatric services?

This study was qualitative research which was conducted by interviewing the nurses of gastrological wards of Turku University Hospital. There was 10 nurses participated in the interviews. The interviews were conducted by theme interview. The interviews were audio taped and transcribed. Data was analyzed with a content analysis.

The main results of this study were that the nurses were satisfied of the use and availability of psychiatric services but the biggest problem was delay of them. The use of psychiatric services was generous and those patients who were using drugs or alcohol were using the services every week. The main service providers of gastrological wards were the policlinic of addiction and the wards of psychiatry. Nurses named a few development ideas to improve the use and availability of psychiatric services which were to make consultation easier and upgrade cooperation.

The results of this study can be used to improve the cooperation between organizations, to find common way to act and to add knowledge of psychiatric services.

KEYWORDS:

Psychiatry, Psychiatric services, Gastroenterology, Psychosomatic, Consultation

SISÄLTÖ

| | |
|---|-----------|
| 1 JOHDANTO | 6 |
| 2 PSYKIATRIA | 8 |
| 2.1 Psykiatria | 8 |
| 2.2 Kirurgisen potilaan psykiatria | 9 |
| 3 PSYKIATRISET PALVELUT | 11 |
| 3.1 Psykiatristen palveluiden tarve | 12 |
| 3.2 Psykiatristen palveluiden käyttö ja saatavuus | 12 |
| 3.3 Lainsäädäntö | 15 |
| 3.3.1 Terveystieteiden lakien muuttaminen | 15 |
| 3.3.2 Mielenterveyslaki | 17 |
| 3.4 Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma | 18 |
| 4 VATSA-TOIMIALUE | 19 |
| 4.1 Operatiivinen päivystysosasto | 19 |
| 4.2 Gastroenterologia | 20 |
| 4.3 Urologia | 20 |
| 5 PSYKOSOMATIikka | 21 |
| 5.1 Konsultaatiopsykiatria | 22 |
| 5.2 Yhteistyöpsykiatria | 22 |
| 5.3 Somaattisten sairauksien psykosomaattisia ongelmia | 23 |
| 6 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TYÖTÄ OHJAAVAT KYSYMYKSET | 24 |
| 7 EMPIIRINEN TOTEUTUS | 25 |
| 7.1 Laadullinen tutkimus | 25 |
| 7.2 Aineiston keruu | 26 |
| 7.2.1 Ryhmähaastattelu | 26 |
| 7.2.2 Nauhoitus ja litterointi | 28 |
| 7.2.3 Kohderyhmä | 28 |
| 7.3 Analysointi | 29 |
| 7.3.1 Induktiivinen sisällönanalyysi | 29 |

| | |
|--|-----------|
| 8 TULOKSET | 31 |
| 8.1 Psykiatristen palveluiden käyttö | 31 |
| 8.2 Psykiatristen palveluiden saatavuus | 32 |
| 8.3 Psykiatristen palveluiden tarjonta | 33 |
| 8.4 Psykiatristen palveluiden ongelmat ja kehittämisehdotukset | 34 |
| 9 TUTKIMUKSEN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS | 36 |
| 9.1 Tutkimuksen eettisyys | 36 |
| 9.2 Tutkimuksen luotettavuus | 38 |
| 10 POHDINTA | 40 |
| 11 JOHTOPÄÄTÖKSET | 43 |
| LÄHTEET | 44 |

LIITTEET

Liite 1. Teemahaastattelurunko.

Liite 2. Psykiatristen palveluiden käyttöön, saatavuuteen ja tarjontaan liittyvät ongelmat.

Liite 3. Informaatiokirje.

Liite 4. Suostumuslomake.

1 JOHDANTO

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää psykiatristen palveluiden käyttöä ja saatavuutta Turun yliopistollisen keskussairaalan (TYKS) Vatsa-toimialueella, jolloin tavoitteena on kehittää palveluiden saatavuutta sekä huomioida mahdolliset puutteet palveluiden käytössä ja saatavuudessa henkilökunnan näkökulmasta.

Opinnäytetyö sisältyy Tulevaisuuden sairaala - Hoitotyön kehittämisprojektiin 2009–2015 (Hoi-Pro), joka on Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin ja Turun ammattikorkeakoulun yhteinen projekti. Se on ollut myös osa T-sairaalan toiminnallisen kehittämisen hanketta (T-Pro), mutta kehittämishanke on jo päättynyt. TYKS:ssä hoitoprosessit on jaettu eri toimialueisiin; TULES-, Sydän-, Vatsa-, Neuro-, Medisiininen toiminta, Operatiivinen toiminta ja syövän hoito, Naistentaudit ja synnytykset sekä Lastentaudit -toimialueisiin (Nygren & Nurminen 2011.) Tämä työ käsittelee Vatsa-toimialuetta ja siellä saatavilla sekä käytettävissä olevia psykiatrisia palveluita operatiivisen päivystysosaston henkilökunnan näkökulmasta.

Työssä käydään läpi siihen kuuluvia keskeisiä käsitteitä; psykiatria, psykiatriset palvelut, Vatsa-toimialue, psykosomatiikka, opinnäytetyön tarkoitus sekä työtä ohjaavat kysymykset. Lisäksi työhön sisältyvät sen empiirinen toteutus ja haastatteluiden perusteella tehdyt tulokset sekä työn eettisyyden ja luotettavuuden tarkastelu. Pohdinnassa käydään läpi opinnäytetyön tekijöiden omia huomioita saaduista tuloksista sekä vertaillaan niitä aiempaan aiheesta tehtyyn opinnäytetyöhön. Johtopäätöksiin on merkitty tuloksista saadut pääasiat sekä ehdotuksia seuraavista tutkimusaiheista.

Aihe on tärkeä koska psykiatristen palveluiden käytöstä ja saatavuudesta somaattisilla osastoilla ei ole juurikaan aiempaa tutkimustietoa. Lisäksi työllä on mahdollista huomata Vatsa-toimialueen psykiatristen palveluiden käytön ja saatavuuden mahdollinen kehitys verraten aiempaan aiheesta tehtyyn opinnäytetyöhön.

Opinnäytetyö toteutettiin ryhmähaastatteluina teemahaastattelurungon avulla haastatellen TYKS:n T-sairaalan operatiivisen päivystysosaston henkilökuntaa. Työ on saatavissa Turun ammattikorkeakoulun Ruiskadun toimipisteen kirjastosta, Theseus-tietokannasta sekä Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiristä ja lisäksi opinnäytetyöstä toimitetaan oma kappale tutkimukseen osallistuvalla yksiköllä.

2 PSYKIATRIA

2.1 Psykiatria

Psykiatria on lääketieteen erikoisala, joka tutkii ja hoitaa mielenterveyden häiriöitä, oireita, ilmiä, syitä, kehitystä ja ehkäisyä. Sitä voidaan tarkastella muun muassa kolmesta eri näkökulmasta, joita ovat biologinen, psykodynaaminen ja sosiaalipsykiatrinen. Psykiatrian erikoisaloja ovat aikuis-, nuoriso-, lasten- ja oikeuspsykiatria. Hoidossa huomioidaan, että potilas on tasavertainen ja toimii myös vertaisasiantuntijana hoidon edetessä. (Lönngqvist, ym. 2011, 12.)

Mielenterveyden arvioinnin perustana käytetään sitä miten ihminen ymmärtää kykynsä, sopeutuu arkielämän haasteisiin ja muutoksiin, säilyttää toimintakykynsä ja kykenee antamaan oman panoksensa myös yhteisen hyvän puolesta. Arvioinnin menetelmiä voidaan verrata mieleltään terveeseen ihmiseen, joka on mieleltään sopeutumiskykyinen, tyytyväinen ja joustava. Nykytiedon avulla mielenterveyden häiriöiden hoito ja ehkäisy on vieläkin tehokkaampaa. Niitä pyritään ehkäisemään ja hoitamaan kolmella eri lähestymistavalla joita ovat: primaaripreventio, joka pyrkii ennaltaehkäisemään uusia tautitapauksia, sekundaaripreventio, jolla pyritään varhaiseen hoitoon mahdollisimman vaikuttavin keinoin, ja tertiääripreventio, joka pyrkii palauttamaan toimintakyvyn ja ylläpitämään sitä. (Lönngqvist ym. 2011, 12.)

Mielenterveyden häiriöitä ovat muun muassa mielisairaudet eli psykoosit, kemiallisten aineiden ja elimellisten aivosairauksien aiheuttamat oireyhtymät, älyllinen kehitysvammaisuus, mielialahäiriöt, erilaiset pelot ja ahdistuneisuushäiriöt, seksuaalisuushäiriöt, syömishäiriöt, käyttäytymiseen ja persoonallisuuteen liittyvät häiriöt sekä päihdehäiriöt (Lönngqvist ym. 2011, 13).

2.2 Kirurgisen potilaan psykiatria

Mielenterveysongelmien esiintyvyys kirurgisten potilaiden keskuudessa on melko suurta. Kirurgit harvemmin ottavat kantaa potilaiden mielenterveyden tilaan, mutta pyytävät usein konsultaatioapua psykologiaan erikoistuneilta kollegoiltaan. Aina henkilökunta ei välttämättä huomaa potilaan tarvetta saada psykiatrisia palveluita. Kirurgisen potilaan pelot koskevat usein esimerkiksi anestesiaa, neuloja, veren näkemisestä tai veren siirron riskejä, jolloin on tärkeää, että kirurgit käyvät potilaan kanssa toimenpiteen vaiheet läpi. (Levenson 2007.)

Vuonna 2002 valmistuneessa tutkimuksessa kolme englantilaista tutkijaa vertasivat kahta umpilisäkeleikkausaineistoa, joista toisessa henkilöiltä oli äkillisen vatsakivun seurauksena poistettu akuutisti terve umpilisäke ja toisilta tulehtunut. Lopulliseen aineistoon kuului yhteensä 456 tapausta, joista 229 oli ollut terve umpisuoli ja 227 tulehtunut umpilisäke. Tutkimuksen lähdeaineisto oli koottu 15 vuoden ajalta operaation jälkeen. (Dummet ym. 2002.)

Tutkimuksen tuloksista huomattiin, että psykiatristen- ja muiden terveystalveluiden käyttö oli ollut huomattavasti runsaampaa potilailla, joilla oli äkillisen vatsakivun seurauksena poistettu terve umpilisäke kun taas heillä, joilta oli poistettu tulehtunut umpilisäke. Koko otanta-aikana kaikkien terveystalveluiden käyttö oli jopa 1,9 kertaa suurempaa. Psykiatristen talveluiden käytön määrässä ero oli vielä suurempi, sillä terveen umpilisäkkeen menettäneistä 7,9 % olivat tarvinneet psykiatrisia talveluita, kun taas heistä joilta leikattiin tulehtunut umpilisäke vain 2,2 %. Ero oli siis 3,6ertainen. Naisten ja miesten välillä ei ollut huomattavaa eroa, mutta he jolle operaatio oli tehty lapsina, käyttö oli korkeampaa kuin aikuisiällä operaatioon joutuneilla. (Dummet ym. 2002.)

Leikkauksen jälkeisessä vaiheessa potilas on altis sairastumaan masennukseen, ahdistukseen, kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön, skitsofreniaan tai johonkin persoonallisuushäiriöön. Myös traumaperäinen stressihäiriö on yleinen traumaattisten kokemusten jälkeen, mutta siitä huolimatta se jää usein

diagnosoimatta, diagnosoidaan väärin tai jää kokonaan hoitamatta. Lisäksi alkoholin väärinkäytön sekä riippuvuuden riskit kasvavat leikkauksen jälkeen, mikäli potilas on joutunut käyttämään opioideja kivunhoitoon. (Levenson 2007.)

Yleisin syy mielialasairauksien syntyyn johtuu potilaan kokemasta vääryydestä, jota potilas saattaa tuntea esimerkiksi kun mahdollinen mielenterveydellisen, kuten ahdistuksen, tuen tarve on jäänyt henkilökunnalta huomaamatta. Tämä on yleistä leikkauksen jälkeisessä hoidossa, jolloin potilaan huomion tarve on huomattavasti suurempi kuin ennen leikkausta. (Levenson 2007.)

3 PSYKIATRISET PALVELUT

Mielenterveystyön tavoitteena on vahvistaa mielenterveyttä sekä vähentää mielenterveyteen kohdistuvia uhkia. Siihen kuuluvat mielenterveyttä edistävä työ ja mielenterveyden häiriöiden ehkäisy sekä mielenterveyspalvelut. Mielenterveyspalveluita tarjoavat julkiset palvelut, kuten sairaalat ja terveyskeskukset, yksityiset palvelut sekä kolmas sektori. (STM 2012a.) Julkiset palvelut jakautuvat kahteen, perusterveyden palveluihin ja erikoissairaanhoidollisiin palveluihin. Erikoissairaanhoidolliset palvelut vielä jakaantuvat avo- ja laitoshoitoon, joista avohoitoon kuuluu esimerkiksi psykiatriset poliklinikat, päiväosastot ja kuntoutus, vastaavasti laitoshoitoon kuuluu psykiatriset sairaalat. Perusterveydenhuollon rooli on tärkeä, sillä se on useasti paikka jossa ensi tapaaminen potilaan kanssa tapahtuu, myös erilaiset kansalaisjärjestöt ovat tärkeä osa mielenterveystyötä. (Noppiari, Kiiltomäki, Pesonen 2007, 125–126.)

Mielenterveyspalvelut rakentuvat potilaan ohjauksesta, neuvonnasta sekä tarpeen mukaan myös psykososiaalisesta tuesta, kriisitilanteiden psykososiaalisesta tuesta sekä mielenterveys häiriöiden tutkimisesta, hoidosta ja kuntoutuksesta. Jokainen kunta on vastuussa sosiaali- ja terveydenhuolto palveluista, jotka vastaavat asukkaiden mielenterveyshäiriöiden ehkäisystä, varhaisesta tunnistamisesta, asianmukaisesta hoidosta ja kuntoutuksesta. (STM 2012a.) Eripuolella Suomea mielenterveyspalveluissa on eroja niin rakenteessa kuin saatavuudessa (Noppiari, Kiiltomäki, Pesonen 2007, 126).

Ensisijaisesti mielenterveyspotilaat pyritään ohjaamaan avohoitoon tai muihin sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluihin (STM 2012a). Potilas voidaan myös määrätä tahdostaan riippumatta hoitoon esimerkiksi silloin kun potilas on vaaraksi itselleen tai muille tai kun muut psykiatriset palvelut koetaan riittämättömiksi (Valvira 2013). Erikoissairaanhoidon puolella mielenterveyspalveluja järjestetään psykiatrian poliklinikoilla ja psykiatrisena sairaalahoitona. Sosiaalihuollon tulee myös järjestää asumispalveluita,

kotipalveluita ja/tai kuntouttavaa työtoimintaa mielenterveyskuntoutujille. (STM 2012a.)

3.1 Psykiatristen palveluiden tarve

Psyykinen pahoinvointi näkyy nykypäivänä monessa, johtuen esimerkiksi työttömyydestä, ikääntyvien ihmisten suuresta määrästä, nuorten syrjäytymisestä ja pitkäaikaissairauksista. Psyykinen pahoinvointi voi johtaa päihdeongelmien ja mielenterveysongelmien lisääntymiseen, mikä vastaavasti johtaa palveluiden suurempaan kysyntään. Lisäksi jatkuvasti tarvittaisiin uusia psykiatrisia palveluja sillä niiden käyttö ja tarve on lisääntynyt. (Vuori-Kemilä ym. 2007, 22-24.)

Tarvetta psykiatrisille palveluille on sillä noin viidennes suomen aikuisväestöstä kärsii jonkinlaisesta mielenterveyshäiriöstä. Mielenterveyspalveluiden tarve on kuitenkin yhtä suuri kaikissa ikäryhmissä. Tämän hetkisten psykiatristen palveluiden koetaan olevan riittämättömiä ja ylikuormittuneita niin avo- kuin laitoshoidon osalta. Tarvetta erityisesti olisi ympärivuorokautisille palveluille, joista psyykkisesti sairaat saisivat avun nopeasti. Mielenterveystyötä voitaisiin tulevaisuudessa entisestään kehittää lisäämällä mielenterveysongelmien ymmärrystä ja moniammatillista yhteistyötä. Lisäksi kuntien eri alojen ja toimipisteiden välistä yhteistyötä tulisi parantaa ja tehostaa. (Vuori-Kemilä ym. 2007, 22-24.)

3.2 Psykiatristen palveluiden käyttö ja saatavuus

Psykiatriseen hoitoon hakeutuminen on monelle edelleen liian korkea kynnys, jolloin hoito ei toteudu kuten pitäisi. Suuria ongelmia psykiatriassa ovat edelleen muun muassa; kokonaisvaltaisen hoidon taso ei ole niin korkea kun pitäisi ja psykiatrisiin häiriöihin liittyvä leima on suuri. Näillä tekijöillä on vaikutusta hoitoon hakeutumisessa. (Salokangas 2009.)

Mielenterveysongelmista kärsivien hoitotilanteen on arvioitu olevan huonompi kuin muiden pitkäaikaissairaiden. Psykkisistä oireista kärsivät potilaat hakeutuvat usein lääkärille, mutta vain harvat käyttävät mielenterveyspalveluja. Psykkisistä oireista kärsivistä naisista vain 18 % ja miehistä 11 % oli hakeutunut hoitoon. Psykiatristen palveluiden käyttö ei aina onnistu niin optimaalisesti kun voisi, sillä terveydenhuolto usein mitoittaa kapasiteettinsa kysynnän ja kulutuksen mukaan. Maailmanlaajuisesti 20–40 prosenttia terveyspalveluiden resursseista menee hukkaan esimerkiksi käyttämättömien vastaanottoaikojen takia. Esimerkiksi tammikuussa 2011 Kuopion psykiatrian keskuksessa hoidettiin 1063 potilasta, joille varattiin 2573 vastaanottoaika, mutta vain 2196 toteutui, jolloin 14,5 % ajoista jäi käyttämättä. (Honkalampi ym. 2012.)

Helsingissä vuonna 2008 psykiatrisia erikoissairaanhoidollisia palveluita käytti 21 543 (3,7 %) helsinkiläistä, 12 526 (4,1 %) näistä potilaista oli naisia ja 9017 (3,4 %) miehiä. Suurimmat ikäryhmät olivat 15–19-vuotiaat ja 35–44-vuotiaat. Eniten Suomessa vuonna 2008 psykiatrisia palveluita käytti 15–19-vuotiaat naiset ja 40–54- sekä 25–29-vuotiaat miehet. Psykiatrisia avopalveluita käytti 2,8 prosenttia ja päivystyspalveluja käytti 0,9 prosenttia helsinkiläisistä. Psykiatrisia vuodeostoja käytti 0,5 prosenttia. Helsingissä käytettiin eniten psykiatrisen laitoshoidon hoitopäiviä vuonna 2008 kun sitä verrattiin kuuteen muuhun Suomen suurimpaan kaupunkiin. (Nyman ym. 2010.)

Vuonna 2012 Suomessa psykiatrisessa avohoidossa hoidettiin 157 135 potilasta, yhteensä käyntejä samana vuonna oli 1,8 miljoonaa. Psykiatrisen erikoissairaanhoidon kirjasi lähes 40 000 vuodeosaston hoitojaksoa 27 738 potilaalle, vastaavasti hoitopäiviä erikoissairaanhoidossa oli lähes 1,4 miljoonaa. Kokonaisuudessaan psykiatrian erikoissairaanhoidon erilaisia palveluita käytti 163 000 ihmistä. Psykiatrisia palveluita suomessa käyttää lähes yhtä paljon niin miehet kun naisetkin, eroja miesten ja naisten välillä oli ikäryhmissä sekä yleisimmissä diagnooseissa. Miehet usein olivat työikäisiä tai lapsipotilaita, kun taas 15–25-vuotiaiden ryhmässä suurin osa oli naisia. Miehillä

yleisin vuodeosastolla hoidettava sairaus oli skitsofrenia ja päihteidenkäyttö kun vastaavasti naisilla masennus. (Fredriksson & Pelanteri 2014.)

Vuodesta 2002 psykiatrisen erikoissairaanhoidon vuodeosaston hoitopäivät ovat vähentyneet 29 prosenttia vuoteen 2012. Avohoidon palveluita käytetään yhä enemmän, vuodesta 2006 ne ovat lisääntyneet 30 prosenttia, vastaavasti potilasmäärät ovat kasvaneet noin 22 prosentilla. (Fredriksson & Pelanteri 2014.)

Suomessa psykiatristen palveluiden saatavuus on varmaa, mutta se on eri asia millaista hoito on. Psykiatriseen hoitoon tulee päästä hoitotakuun asettamissa rajoissa. Ei kiireellinen -lähete tule käsitellä kolmessa viikossa ja potilaan tulee päästä hoitoon kuuden kuukauden kuluttua, vastaavasti nuorten tulee päästä hoitoon kolmen kuukauden sisällä. Luutosen ym. (2011) tutkimuksessa tutkittiin miten psykiatristen potilaiden hoito käynnistetään, kuinka pitkä odotusaika on ja minkälainen sen sisältö on. Tutkimus toteutettiin psykiatrisilla ja nuorisopsykiatrisilla poliklinikoilla Kaarinassa, Porissa, Salossa ja Raumalla. Tutkimukseen osallistui 237 potilasta, 64 % naisia ja 36 % miehiä. (Luutonen ym. 2011.)

Keskimääräinen odotusaika vastaanotolle oli 3,7 viikkoa, kun taas hoitoon pääsy 99 prosentilla potilaista kesti noin kolme kuukautta. Loput potilaista pääsivät hoitoon puolen vuoden sisällä. 6,5 viikkoa myöhemmin ensikäynnistä suurin osa (64 %) potilaista oli saanut keskusteluapua, lääkityksen tai/ja kävivät lääkärin vastaanotolla tai psykoterapiassa. Aikuispotilaat pääsivät hoitoon kuuden kuukauden sisällä ja hoitotakuu täyttyi lähes kaikkien kohdalla, nuorista seitsemän prosenttia ei päässyt hoitoon kolmen kuukauden sisällä. Puutoksia oli siinä, että 29 prosenttiin käynneistä ei osallistunut lääkäri, mikä vaikeutti diagnoosin tekoa. Tiivistä psykososiaalista hoitoa järjestyi vain harvalle. (Luutonen ym. 2011.)

Psykiatristen palveluiden käyttöä ja saatavuutta TYKS:n silloisella, tulevalla Vatsa-toimialueella on tutkittu myös aiemmin vuonna 2012. Tutkimuksen aineisto kerättiin ryhmähaastatteluin, johon osallistui kolme osastoa, yhteensä

seitsemän sairaanhoitajaa. Psykiatrisia palveluja, lähinnä psykiatrisen sairaanhoitajan ja psykiatrin, osastolle saatiin konsultaation avulla. Tutkijat huomasivat, että päivystysosastolla psykiatristen palveluiden käyttö on kattavampaa (vuonna 2010 41 konsultaatiopyyntöä) kuin elektiivisillä osastoilla (vuonna 2010 8 konsultaatiopyyntöä). Hoitohenkilökunta oli yleisesti tyytyväinen palveluiden saantiin, mutta joskus palveluiden saannin kesto oli odotettua pidempi. Tutkimuksessa huomattiin, että psykiatristen palveluiden tarve oli suurempaa kuin niiden silloinen saanti. Kehitettävää tutkimuksen mukaan löytyi hoitohenkilökunnan koulutuksessa ja psykiatristen palveluiden saatavuudessa. (Järvinen & Kleemola 2012.)

3.3 Lainsäädäntö

Suomen perustuslaki velvoittaa julkista valtaa edistämään suomalaisten hyvinvointia, terveyttä ja turvallisuutta. Jokaisella on oikeus välttämättömään toimeentuloon ja huolenpitoon, varsinkin jos ei itse kykene hankkimaan ihmisarvoisen elämän edellyttämää turvaa. Lisäksi jokaisella on oikeus myös sosiaali- ja terveystalouteen. (STM 2012b; Suomen perustuslaki 11.6.1999/731.) Opinnäytetyössä käydään läpi terveydenhuollon palveluita säätelevää terveydenhuoltolakea sekä mielenterveyspalveluiden erityislakia, mielenterveyslakia.

3.3.1 Terveydenhuoltolaki

Terveydenhuoltolain tarkoituksena on edistää ja ylläpitää väestön terveyttä, hyvinvointia, työ- ja toimintakykyä sekä sosiaalista turvallisuutta ja kaventaa väestöryhmien välisiä terveyseroja. Tavoitteena on mahdollistaa palveluiden yhdenvertainen saatavuus, laatu ja potilasturvallisuus sekä vahvistaa asiakaskeskeisyyttä. Kunnalla tulisi olla riittävästi voimavaroja ja ammattitaitoista henkilökuntaa toimivan terveydenhuollon järjestämiseksi, minkä

tulisi lisäksi vastata alueen väestön tarpeita. (Terveystuololaki 30.12.2010/1326.)

Lain mukaan kunnalla tai sairaanhoitopiirillä tulee olla tarjolla alueen tarpeita vastaavia palveluita tai järjestettävä palvelut hankkimalla ne muilta palveluntuottajilta. Tilanteissa, joissa potilas on hoidettavana muualla kuin omassa kunnassaan tai sairaanhoitopiirissään, tulee hänen oman kunnan kustantaa hänen hoitonsa. (Terveystuololaki 30.12.2010/1326.)

Kunnalla on myös velvollisuus järjestää asukkaille terveystuovontaa, joka on sisällytettävä kaikkiin terveystuovonnon palveluihin. Terveystuovonnan on edistettävä mielen-terveyttä ja elämänhallintaa. Tämän lisäksi asukkailla on oikeus sairaanhoitopalveluihin, joihin kuuluu: sairauksien tutkimus, taudinmääritys, hoito (myös pitkäaikaiset), hoitotarvikkeet sekä lääkinällinen kuntoutus. Lisäksi siihen kuuluu sairauksien ehkäiseminen, parantaminen ja kärsimysten lievittäminen sekä potilaan hoitoa tukeva ohjaus, unohtamatta potilaan terveystuovonniien varhainen tunnistaminen ja ennaltaehkäisy. Hoito on kuitenkin toteutettava tarkoituksenmukaisesti ja eri alojen yhteistyötä käyttäen. (Terveystuololaki 30.12.2010/1326.)

Asiakkailta on oikeus arkipäivänä virka-aikaan saada välittömästi yhteystuovonkeskukseen tai muuhun terveystuovonnon toimintayksikköön, jossa hoidon tarpeen arviointi on tehtävä viimeistään kolmantena arkipäivänä yhteydenoton jälkeen. Perusterveystuovonnon yhteydessä toteutettavassa erikoissairaanhoidossa hoidon tarpeen arviointi on aloitettava kolmen viikon kuluessa lähetteen saapumisesta. Todettu hoito on järjestettävä kohtuullisessa ajassa, kuitenkin viimeistään kolmessa kuukaudessa, hoidon tarpeen arvioimisesta, erikoissairaanhoidossa kuuden kuukauden kuluessa. Ellei perustelluista syistä hoidon antamista voidaan lykätä potilaan terveystuovonntilan vaarantumatta. Lisäksi jos hoidon tarpeen arviointi edellyttää erikoislääkärin arviointia tai erityisiä kuvantamis- tai laboratoriotutkimuksia, on arviointi ja tarvittavat tutkimukset toteutettava kolmen kuukauden kuluessa lähetteen vastaanotosta. Kiireetön erikoissairaanhoidollinen hoito vaatii lääkäriin tutkimukseen perustuvaa lähetettä tai jos hoito voidaan toteuttaa myös

terveyskeskuksessa, voidaan hänet ohjata asianomaiseen terveyskeskukseen ja antaa henkilökunnalle tarpeelliset hoito-ohjeet. (Terveystoimilaki 30.12.2010/1326.)

Sairaanhoitoon kuuluu lisäksi mielenterveyteen ja päihdehoitoon kuuluvien palveluiden takaaminen, joilla pyritään varmistamaan yksilön ja yhteisön mielenterveyttä ja päihdeettömyyttä suojaavien tekijöiden vahvistaminen sekä vaarantavien tekijöiden vähentäminen ja poistaminen. Palvelut on suunniteltava ja toteutettava siten, että siitä muodostuu toimiva mielenterveys- ja päihdekokonaisuus eri terveysalojen välille. (Terveystoimilaki 30.12.2010/1326.)

3.3.2 Mielenterveyslaki

”Mielenterveystyöllä tarkoitetaan yksilön psyykkisen hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja persoonallisuuden kasvun edistämistä sekä mielisairauksien ja muiden mielenterveydenhäiriöiden ehkäisemistä, parantamista ja lievittämistä.” Siihen kuuluvat mielisairauksia ja muita mielenterveydenhäiriöitä sairastavien henkilöiden sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut sekä elinolosuhteiden kehittäminen mielenterveydenhäiriöiden synnyn ennaltaehkäisemiseksi (Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116.)

Kunta on velvollinen järjestämään mielenterveydenpalveluja osana kansanterveystyötä, sellaisina kuin alueen asukkaiden tarpeet ne vaativat. Palvelut on ensisijaisesti järjestettävä avopalveluina, oma-aloitteista hoitoon hakeutumista ja itsenäistä suoriutumista tukien. Henkilö voidaan kuitenkin määrätä tahdosta riippumatta psykiatriseen sairaalahoitoon, jos hänen todetaan olevan mielisairas, hänen hoitoon toimittamatta jättäminen pahentaisi hänen mielisairauttaan ja vakavasti vaarantaisi hänen, tai muiden, terveyttä tai turvallisuutta, tai muut mielenterveyspalvelut ovat epäsopivia tai riittämättömiä. (Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116.)

3.4 Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma

Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma jakautuu neljään eri painopisteeseen, joiden avulla pyritään kehittämään mielenterveys- ja päihdehoitotyötä vuoteen 2015 asti. Painopisteillä pyritään vahvistamaan asiakkaiden asemaa, edistämään mielenterveyttä ja päihteettömyyttä sekä ehkäisemään mahdollisia haittoja ja ongelmia sekä pyritään kehittämään kuntien palvelujärjestelmiä. Suunnitelmassa painotetaan avo- ja peruspalvelujen kehittämistä sekä vahvistetaan palvelujen ohjauskeinoja mielenterveys- ja päihdepalvelujärjestelmässä niin, että ne huomioitaisiin samanaikaisesti. (Partanen ym. 2010.)

Mielenterveys- ja päihdeongelmat ovat suuri taloudellinen menoerä ja ne ovat kansanterveydellisesti merkittäviä sairauksia. Suurta osaa mielenterveyshäiriöistä ei tunnisteta, mutta silti 44,5 prosentilla työkyvyttömyyseläke johtuu mielenterveys- ja päihdeongelmista. 2000-luvulla ehkäisevä hoitotyö on saanut suuren painoarvon ja se on usein sisälletty laajempiin hyvinvointistrategioihin. Suunnitelmalla pyritään myös madaltamaan hoitoon hakeutumisen kynnystä palveluiden saannin yksinkertaistamisella. (Partanen ym. 2010.)

4 VATSA-TOIMIALUE

Vatsa-toimialue sisältää gastroenterologiset sekä urologiset osastot, jotka ovat erikoistuneet ruoansulatuskanavan alueen sekä urologisiin sairauksiin ja näiden kirurgisiin hoitoihin. Ruoansulatuskanavan alueeseen kuuluvat suu, nielu, ruokatorvi, mahalaukku, ohutsuoli, paksusuoli, peräsuoli sekä maksa, haima, sappirakko ja sappitiet. Urologia sisältää virtsaelimet sekä miesten sukuelimet. (Leppäluoto, J. ym. 2013, 221–222 & 263.)

Hoitotyö Vatsa-toimialueella tapahtuu viidessä pääprosessissa, joista kukin sisältää useita erilaisia alaprosesseja seuraavasti: päivystys vatsapotilaan hoito, elektiivisen vatsapotilaan hoito, elektiivisen uropotilaan hoito, polikliinisen vatsapotilaan hoito ja polikliinisen uropotilaan hoito. Hoitotyössä tavoitteena on vastata väestön terveystarpeisiin ja sairastavuuden muutoksiin, jotta terveyden edistäminen onnistutaan kiteyttämään potilaan hoitoprosessin eri vaiheisiin entistä tiiviimmin. (Nygren, P. & Nurminen, R. 2011.)

4.1 Operatiivinen päivystysosasto

Tämä opinnäytetyö toteutettiin Turun yliopistollisen keskussairaalan operatiivisella päivystysosastolla, jossa potilaat ovat gastrokirurgian ja urologian päivystyspotilaita. Osastolla on 15 potilaspaikkaa. Osasto toimii nopealla tempolla ja potilaiden vaihtuvuus on suurta, hoitoaika osastolla on noin kolme vuorokautta. Lisäksi osastolla on mahdollisuus tehdä päivystyksellisiä täyhystys- ja pientoimenpiteitä. Operatiivinen päivystysosasto aloitti toimintansa TYKS:in T-sairaalassa keväällä 2013. (TYKS 2014.) Osasto ottaa potilaita vastaan ympärivuorokauden niin ensiavusta kuin leikkausosastolta (TYKS 2010). Kaikki osaston potilaista tulee päivystyksellisesti (Weronica Gröndahl 7.4.2014).

4.2 Gastroenterologia

Yleisimpiä gastroenterologisia kasvaimia ovat paksu- ja peräsuolen syöpä, haimasyöpä ja mahalaukunsyöpä (Mustajoki 2013). Muita ruuansulatuskanavan sairauksia ovat ruokatorven refluksisairaus, keliakia, tulehdukselliset suolistosairaudet, kuten Crohnin tauti ja krooninen paksusuolen tulehdus, sekä mahahaavat, haimatulehdus, sappirakontulehdus ja umpilisäkkeen tulehdus. Gastroenterologiset sairaudet oireilevat vatsakivuin, ummetuksena, pitkittyneenä ripulina tai veriulosteena. (HUS 2014.)

4.3 Urologia

Urologiaan kuuluu miesten ja naisten munuaisten ja virtsateiden sekä miesten sukupuolielinsairauksien kirurginen ja lääkkeellinen hoito. Urologialle tyypillisiä sairauksia ovat erilaiset syövät, kuten virtsateiden ja munuaisten syövät sekä eturauhasen kasvaimet. Muita urologisia sairauksia ovat muun muassa eturauhasen hyvänlaatuinen liikakasvu, virtsatiekivet, virtsateiden vammat ja arpikourumat sekä virtsaamishäiriöt ja virtsanpidätyshäiriöt. Urologian erikoisalaan kuuluu myös miesten sukupuolielinten hormonaaliset, toiminnalliset ja lisääntymiskykyyn vaikuttavat häiriöt. Miesten syöivistä 42 % on urologisia. (HUS 2013.)

Päivystyksellisesti urologisista sairauksista hoidetaan virtatiekivet, miesten vakavat virtateiden tulehdukset, virtsaumpi, virtsateiden verenvuodot sekä vammat virtsateissä, munuaisissa ja sukupuolielimissä (HUS 2013).

5 PSYKOSOMATIikka

Psykosomatiikka on lääketieteen ala joka tutkii psyykkisten ja psykososiaalisten tekijöiden yhteyttä somaattisen eli elimellisen sairauden syntyyn, kulkuun ja niistä toipumiseen. Psyykkiset tekijät vaikuttavat monenlaisiin sairauksiin ja niiden eri vaiheisiin. (Lönngqvist ym. 2011, 517.)

Psykosomatiikan sijaan nykyään pyritään korostamaan sairauksien etiologista monimuotoisuutta ja sitä, että psykososiaaliset tekijät ovat yleensä mukana sairauksien etiologiassa. Psykosomatiikka on ala, jonka tutkintaa on viime vuosina lisätty, on mietitty tulisiko tämä ottaa myös huomioon diagnoosiluokituksia uudistaessa. Psykosomatiikkaa kliinisesti sovelletaan konsultaatiopsykiatrian avulla. (Lönngqvist ym. 2011, 517.)

Huttusen (2010, 12) mukaan pitkäaikainen vakava sairastelu aiheuttaa yleensä jossakin sairauden vaiheessa masentuneisuutta, masentuneisuus vastaavasti pitkäaikaisena saattaa aiheuttaa somaattisia sairauksia kuten sydän- ja verisuonisairauksia ja diabetesta. Somaattisten sairauksien lääkitykset vaikuttavat mielialaan ja niillä voi olla sivuvaikutuksia psyykelääkkeiden kanssa, jotka voivat pahentaa somaattisen sairauden oireita. (Huttunen 2010, 12.)

Psyykkisen kriisin voi aiheuttaa mikä tahansa sairaus ja mikä tahansa sairauden vaihe. Reaktiot sairauteen ovat erilaisia sairauden toteamisvaiheessa, hoitojen aikana, sairauden uusiutuessa, saattohoitovaiheessa ja sairaudesta toipumisvaiheessa, esimerkiksi suurten leikkausten jälkeen. (Huttunen 2010, 13.) Mieli ja kehon toiminta ovat riippuvaisia toisistaan monella tapaa, jolloin sairauksilla voi olla psykologisia seurauksia, mutta ei psykologisia aiheuttajia. Syöpä itsessään voi aiheuttaa onnettomuutta, mutta mieliala ei voi aiheuttaa syövän puhkeamista tai sen etenemistä. (Ogden 2007, 2.)

5.1 Konsultaatiopsykiatria

Konsultaatiopsykiatriassa lääkäri tekee osastolla potilaasta konsultaation psykiatrille, jolloin psykiatri arvioi potilaan tämän diagnoosin ja hoitosuosituksen perusteella. Yhteistyöpsykiatrialla pyritään laajentamaan yhteistoimintaa lähettävän lääkärin ja hoitoyksikön kanssa, jonka kohteena on hoitaa elimellisiä eli somaattisia sairauksia ja niihin liittyviä psyykkisiä ongelmia ja häiriöitä. Potilas pyritään hoitamaan kokonaisuutena, jolloin niin somaattiset kuin psykiatriset oireet ja sairaudet pyritään ehkäisemään, tunnistamaan ja hoitamaan. Lyhyesti sanottuna konsultaatiopsykiatria on tiivistä yhteistyötä psykiatrin, psykiatrisen sairaanhoitajan ja/tai psykologin ja somaattisen hoitotiimin välillä. (Lönngqvist ym. 2011, 521–522.)

5.2 Yhteistyöpsykiatria

Yhteistyöpsykiatriassa tärkeää on potilaan psykiatrinen tutkiminen, diagnosointi, hoitaminen ja somaattisen hoitotiimin informoiminen. On myös otettava huomioon potilaan somaattiset sairaudet sekä niihin käytettävät lääkitykset ja lääkkeiden mahdolliset psyykkiset sivuvaikutukset. Yhteistyöpsykiatriassa on kolme erilaista konsultaatio lähtökohtaa. Ensimmäinen on potilasorientoitunut konsultointi, jolla tarkoitetaan sitä, että psykiatri haastattelee potilasta, tekee diagnoosin ja hoitosuosituksen, toinen tapa on, että päähuomio kiinnitetään potilaan ongelmiin diagnostisessa arvioinnissa tai hoidossa, tämä on hyvä tapa toimia mikäli potilas vastustaa psykiatrian tapaamista. Kolmantena vaihtoehtona on hoitotilanteessa painottuva konsultaatio, jossa kiinnitetään huomiota hoitosuhteen aikana ilmeneviin ongelmiin. (Lönngqvist ym. 2011, 522.)

Somaattinen sairaus, kuten pahanlaatuinen kasvain, joutuminen sairaalahoitoon, leikkaukseen tai tehohoitoon voi jo itsessään laukaista potilaalla kriisin. Sairaalahoidon päättyessä onkin tärkeää, että potilaalle varataan tarvittaessa uusi aika psykiatrille tai psykiatriselle sairaanhoitajalle.

Perusterveydenhuollossa mielenterveyshäiriöitä tai psyykkisen tuen tarvetta ei ole aina helppo huomata. (Lönqvist ym. 2011, 522–523.)

5.3 Somaattisten sairauksien psykosomaattisia ongelmia

Somaattiset sairaudet ovat tärkeä syy masennukseen. Syynä tähän ovat muun muassa häpeä, avuttomuuden tunne, kipu, toimintakyvyn aleneminen ja kuoleman pelko. Näihin paras apu on perussairauden hoito ja lääkityksen tarkistaminen. Masentuneisuus voi myös ajan myötä muuttua vakavaksi masennustilaksi, jolloin se vaatii lääkitystä. Kattava hoito voi korjata masennustilan ja täten edistää kuntoutumista ja paranemista. (Huttunen 2010, 12–13.)

Ruuansulatuselinten sairauksista psyykkisiä ongelmia on huomattu aiheuttavan muun muassa pohjukkaissuolen haava. Pohjukkaissuolen haavan kulussa ja hoidossa stressin lievittäminen on merkityksellistä. (Lönqvist ym. 2011, 527–528.) Stressillä on todettu olevan jonkinlaista vaikutusta sairauksien syntyyn, mutta siitä ei kuitenkaan ole selvää näyttöä (Ogden 2007, 252; Lönqvist ym. 2011, 527–528). Myös haavainen paksusuolen tulehdus, colitis ulcerosa, ja Crohnin tauti voivat saada aikaan masentuneisuutta ja ahdistuneisuutta, sillä taudinkuva on vaikea (Lönqvist ym. 2011, 527–528).

Syövän kehittyminen on vuosia kestävä prosessi. Henkisen paineen, masentuneisuuden ja syövän väliset suhteet ovat ristiriitaiset. Noin joka kolmannen syöpään sairastuneen on huomattu kärsivän psyykkisistä oireista jossain vaiheessa sairautta. (Huttunen 2010, 14.) Lisäksi vähintään 20 % syöpää sairastavista arvellaan kärsivän surusta, kontrollin tunteen puutteesta, aggressiivisuudesta, vihasta ja persoonallisuuden muutoksista. Syöpää sairastaville sosiaalinen tuki on erityisen tärkeää. (Ogden 2007, 325–326.) On tutkittu, että rintasyövän ja masentuneisuuden välillä on jonkinlainen yhteys, liittyen rintasyövän huonoon ennusteeseen ja kuolleisuuteen. Syöpäpotilaiden elämänlaatua ja tyytyväisyyttä voidaan kuitenkin parantaa erilaisilla psykososiaalisilla hoitomuodoilla. (Lönqvist ym. 2011, 529.)

6 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TYÖTÄ OHJAAVAT KYSYMYKSET

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää psykiatristen palveluiden käyttöä ja saatavuutta TYKS:n Vatsa-toimialueella, jolloin tavoitteena on kehittää palveluiden saatavuutta sekä huomioida mahdolliset puutteet palveluiden käytössä ja saatavuudessa henkilökunnan näkökulmasta.

Työtä ohjaavia kysymyksiä ovat:

1. Kuinka paljon psykiatrisia palveluja on saatavilla ja kuinka helppoa niiden saatavuus on Vatsa-toimialueella?
2. Kuinka paljon ja minkälaisia psykiatrisia palveluja käytetään Vatsa-toimialueella?
3. Ketä tarjoaa psykiatrisia palveluja Vatsa-toimialueella? Kenelle niitä tarjotaan?
4. Esiintyykö psykiatristen palveluiden saatavuudessa ja tarjonnassa ongelmia? Jos, niin minkälaisia?

7 EMPIIRINEN TOTEUTUS

Opinnäytetyö toteutettiin kvalitatiivisena eli laadullisena tutkimuksena, jossa haastateltiin TYKS:n Vatsa-toimialueen operatiivisen päivystyksen hoitohenkilökuntaa 2-4 hengen pienryhmissä, kolmella eri haastattelukerralla. Aluksi tarkoituksena oli haastatella 2-3 eri Vatsa-toimialueen osastoa, mutta se rajautui myöhemmin yhteen osastoon. Yhteyshenkilöinä tämän työn toteutuksessa toimi TYKS:n Vatsa-toimialueen ylihoitaja Hanna Vuorio, hoitotyönasiantuntija/sairaanhoitaja Weronica Gröndahl sekä operatiivisen päivystyksen osastonhoitaja Elina Soini-Koskinen. Haastatteluihin osallistui 10 osaston hoitohenkilökuntaan kuuluvaa, joihin kuului sekä sairaanhoitajia että perushoitajia. Osallistujat kuuluivat TYKS:n pitkäaikaiseen henkilöstöön. Ennen haastattelutilanteita haastatteluun osallistuvia pyydettiin tutustumaan konsultaatiopyyntö- sekä palveluiden käytön tilastoihin etukäteen.

Haastatteluiden pohjana käytettiin teemahaastattelurunkoa (Liite 1), jonka haastateltavat saivat nähdäkseen ennen haastattelua vastausten laajuuden takaamiseksi. Haastattelut tallennettiin nauhuria käyttäen, nauhoitukset litteroitiin ja haastatteluiden tulokset analysoitiin. Analysoinnissa käytettiin aineistolähtöistä eli induktiivista sisällönanalyysin etenemiskaavaa, jolloin haastatteluiden puhtaaksikirjoittamisen jälkeen haastateltavilta saatuja vastauksia vertailtiin ja pyrittiin huomaamaan niissä ilmenneitä samanlaisuuksia tai poikkeavuuksia.

7.1 Laadullinen tutkimus

Kvalitatiivisessa eli laadullisessa tutkimuksessa lähtökohtana on todellisen elämän kuvaaminen eli ihmisten kokemusten, tulkintojen, käsitysten sekä näkemysten kuvaus. Tarkoituksena on pikemminkin löytää tai paljastaa tosiasioita kuin todentaa olemassa olevia väittämiä. (Hirsijärvi ym. 2010, 160; Kylmä & Juvakka 2012, 16-17; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 65-66.) Laadullinen tutkimus onkin nykyisin hyvin laaja-alaista ja siksi myös sen

hallinta on vaativaa. Tutkimuksen eri lähestymistapojen yhtäläisenä tavoitteena on kuitenkin löytää tutkimusaineistosta toimintatapoja, samanlaisuuksia tai eroja. (Janhonen & Nikkonen 2001, 21; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 65-66.) Tämän vuoksi laadullinen tutkimus sopii käytettäväksi tutkimusalueilla, joista tiedetään hyvin vähän tai ei mitään, tai jos tutkimusalueeseen halutaan uusia näkökulmia. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 65-66.)

7.2 Aineiston keruu

Empiirisessä toteutuksessa aineistoa on mahdollista kerätä haastattelemalla, havainnoimalla, kyselylomakkeella, esseellä tai analysoimalla valmiita asiakirjoja. Aineisto voidaan tallentaa joko numeerisena tai sanallisena tekstimuotona, jonka jälkeen tutkija tekee tuloksista niin kutsutun raakaversioon ja tekee niiden avulla oman tulkintansa tuloksista. Tulosten tulkinnassa tutkijan on tarkoitus selventää lukijoille, millä tavalla tuloksia on tulkittu. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa aineiston keruu on kuitenkin joustava ja vielä analysointi vaiheessakin on mahdollista lisätä tutkimuksen aikana tulleita, kiinnostavia ja ennalta määrittelemättömiä tutkimustehtäviä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 83-85.)

7.2.1 Ryhmähaastattelu

Laadullisessa tutkimuksessa haastatteluja voidaan luokitella eri tavoin ja kriteerein haastatteluun osallistuvien tai haastattelutyypin mukaan. Haastatteluun osallistuvien määrästä riippuen haastattelu voidaan suorittaa yksilöhaastatteluna, parihaastatteluna tai ryhmähaastatteluna. Haastattelutyyppi määräytyy sen mukaan, kuinka muodollinen eli strukturoitu haastattelu on. Tyypivaihtoehtoja ovat strukturoitu haastattelu, puoli strukturoitu haastattelu eli teemahaastattelu tai strukturoimaton eli avoin haastattelu. (Hirsjärvi ym. 2010, 208-210; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 123-124.)

Ryhmähaastattelua käytetään silloin, kun haastateltavat kuuluvat samaan ammatti- tai potilasryhmään. Yksi ryhmähaastattelun muodoista on fokusryhmähaastattelu, jossa tietoa on mahdollista kerätä usealta henkilöltä samaan aikaan. Ryhmässä toimiva vuorovaikutus saattaa myös toimia herättelevänä tekijänä, jolloin ryhmäläisten on mahdollista muistaa joitakin kokemuksia toisen jäsenen kertoman avulla. Ryhmähaastatteluiden ongelmaksi muodostuu kuitenkin usein ryhmien kokoaminen ja haastatteluajan sekä -paikan sopiminen, kuitenkin haastattelukertojen määrä sekä niihin kuluva aika on huomattavasti pienempi kuin esimerkiksi yksilöhaastatteluja tehdessä. (Hirsjärvi ym. 2010, 210-211; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 123-124.)

Puoli strukturoidussa eli teemahaastattelussa haastattelun keskeiset asiat eli teemat tai aihepiirit tutkija on laatinut jo valmiiksi. Haastattelun toteutus ei kuitenkaan ole kovin muodollinen, vaan kysymyksiä on mahdollista muotoilla ja tarkentaa sekä muuttaa niiden järjestystä haastattelun edetessä. Tämän seurauksena ihmisten vastausten tulkinnat ja asioiden merkitykset korostuvat. Kuitenkin tutkimuksen tarkoituksena on löytää vastaus tutkimusongelmiin tutkimustehtävän sekä -ongelman asetteluun mukaan (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 124-126.)

Haastattelumenetelmien hyvät ja huonot puolet ovat usein tutkija- ja tutkimuskohtaisia. Kuitenkin haastatteluilla on mahdollista saada tuloksista paljon syvällisempiä, haastateltavista riippuen. Myös vastausprosentti tai vastausaktiivisuus on useimmiten esimerkiksi kyselyitä suurempi, sillä vastaajina voivat toimia myös henkilöt, jotka eivät välttämättä pysty lukemaan tai ilmaisemaan itseään kirjallisesti, kuten esimerkiksi vakavasti sairaat tai luki-, kirjoitus- tai puhehäiriöstä kärsivät. Huonoina puolina ovat kuitenkin hinta, joka on yleensä korkeampi koska haastattelut vaativat paljon aikaa toteuttamiseen. Lisäksi aineistoa on pakko rajoittaa työläyden takia, minkä vuoksi se saattaa vaarantaa tutkimuksen luotettavuuden. (Hirsjärvi ym. 2010, 204; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 126.)

Haastattelutyypistä huolimatta on haastatteluissa tärkeää muistaa hyvät käytöstavat, kuten kattava itsensä ja tutkimuksen esittely, aiheessa pysyminen,

luonnollisen, rennon ja tutkittavalle miellyttävän ilmapiirin luominen, omaan ulkonäköön panostaminen, kunnollisten vastausten tärkeys, aito läsnäolo sekä tiedonantajien kunnioittaminen ja haastattelun harjoittelu ennen haastattelutilannetta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 127.)

7.2.2 Nauhoitus ja litterointi

Tutkimusaineiston keruussa on mahdollista ja suositeltavaa käyttää teknisiä apuvälineitä aineiston tallentamisessa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 127.) Esimerkiksi haastattelussa on mahdollista käyttää apuna nauhuria nauhoittaakseen keskustelu. Tämä takaa tutkijalle mahdollisuuden palata alkuperäiseen aineistoon analysoidessaan. Tutkijan tulee kuitenkin informoida haastateltavia haastattelun nauhoittamisesta etukäteen. Myös teknisiin ongelmiin on hyvä varautua. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 127.)

Analysoidakseen nauhoituksia ne voi aluksi litteroida eli kirjoittaa tekstiksi. Useimmiten nauhoitukset kirjoitetaan auki sanasta sanaan, mutta tutkija voi päätyä myös toisenlaiseen ratkaisuun miettiessään tarvitseeko hän nauhoituksen tekstimuotoa lainkaan, mitä haastattelun osia hän tarvitsee tai ei tarvitse, mitä huomiointijärjestelmiä hän käyttää tai onko jotain muita tarkoituksia, mihin auki kirjoitettua nauhoitetta voisi tarvita. Nauhoite olisi kuitenkin hyvä litteroida mahdollisimman pian haastattelun jälkeen, kun haastattelutilanne on vielä tuoreessa muistissa. (Hirsjärvi ym. 2010, 222; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 163-164.)

7.2.3 Kohderyhmä

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa kohderyhmää valittaessa on tärkeää miettiä miten suuri otoksen tai tiedonantajien lukumäärän tutkimuksessa tulisi olla, jotta aineisto olisi riittävä. Jos otos tai lukumäärä jää pieneksi, tulee tuloksista pinnallisia ja yleistettyjä. Osallistujia valittaessa on tärkeää valita henkilöitä, joilla on laaja tietämys tutkittavasta aiheesta. Tutkittavan aiheen luonne

määrittelee myös sen, kuinka suuri vastaajajoukon tulisi olla, sillä vaikea, laaja aihe vaatii myös laajemman vastausjoukon. Jos taas aihe on selkeä ja vastaajan on helppo antaa siitä paljon tietoa, voi vastaajajoukko olla pienempi. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 110-111.) Aineiston kokoa päätettäessä on kuitenkin tärkeää huomioida tutkimukseen käytettävän ajan määrä, sillä mitä enemmän haastateltavia on, sitä enemmän myös aineiston keruu vie aikaa. Joka tapauksessa tavoitteena on ymmärtää tutkimuskohdetta ja pyrkiä rajoittamaan aineiston keruuseen osallistuva ryhmä kohteeseen kuuluvaksi. (Hirsjärvi ym. 2010, 181-182.)

7.3 Analysointi

Tutkimustuloksia on mahdollista avata niin teksteillä kuin taulukoilla tai kuvioilla. Analysointitavan päättää kuitenkin tutkija itse, joka tuntee oman aineistonsa parhaiten. Vastaajien taustatiedot ja selitettävän ilmiön jakaumat voidaan kuvata esimerkiksi erillisissä taulukoissa, mikä on yleistä erityisesti hoitotieteellisessä tutkimuksessa. Kritiikki kvalitatiivista tutkimusta kohtaan on lisännyt analysointivaiheen haastetta, sillä samalla on korostunut epäselvyys tutkimusmenetelmän tulosten muodostumisprosessissa. Analysointi ei kuitenkaan ole tutkimusprosessin viimeinen vaihe, vaan sen jälkeen tutkija analysoi saamiaan tuloksia ja tekee niistä päätelmänsä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 161-163.)

7.3.1 Induktiivinen sisällönanalyysi

Sisällönanalyysi on aineistojen perusanalyysimenetelmä, joka on yleinen menetelmä kvalitatiivisen tutkimuksen menetelmissä ja lähestymistavoissa. Siinä on mahdollista samanaikaisesti sekä analysoida että kuvata erilaisia aineistoja ja on hyvin yleinen analysointimenetelmä hoitotieteellisissä tutkimuksissa. Tavoitteena on luoda laajasta ilmiöstä tiivis paketti. Analyysimenetelmän on joustava ja vailla sääntöjä, jonka vuoksi se pakottaa

tutkijan ajattelemaan itse. Tulee kuitenkin muistaa, että tutkimuksen aikana esiintyy aina paljon uusia ja kiinnostavia asioita, joita olisi kiva päästä tutkimaan enemmän. Tämän vuoksi haastetta tuo aiheen rajaaminen ja aiheessa pysyminen. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 91-92; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 165-167.)

Induktiivisuus eli aineistolähtöisyys tarkoittaa vapautta teoriaohjautuvuudesta, mikä on kvalitatiivisen tutkimuksen päättelyn yleisin muoto. Induktiivinen sisällönanalyysi perustuu siis aineistolähtöiseen päättelyyn, jossa sanoja jaotellaan niiden teoreettisen merkityksen perusteella. Induktiivisessa sisällönanalyysissä päättelyä ohjaavat tutkimusongelmat, mikä toimii varsinkin silloin kun asiasta ei ole aiempaa tietoa tai aiempi tieto on hajanaista. Tavoitteena on luoda tutkimusaineistosta teoreettinen osuus siten, että aiemmat havainnot, tiedot tai teorit eivät ohjaisi analyysia. Analyysi etenee vaiheittain luokittelusta teemoitteluun ja siitä tyypittelyyn. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 93 & 95; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 67 & 166-167.)

Luokittelussa eli aineiston pelkistämisessä aineisto järjestetään yksinkertaisimpaan muotoon analysoinnin alussa. Aineistolle määritellään luokkia ja huomioidaan kuinka paljon mikäkin luokka esiintyy aineistossa. Tämä kaikki voidaan esittää esimerkiksi taulukkona ja tämä toimii pohjana seuraavalle vaiheelle eli teemoittelulle. Teemoittelussa eli ryhmittelyssä jatketaan luokittelussa syntyneiden luokkien mukaisesti, mutta perehdytään enemmän sanottuun aineistoon, ei niinkään lukumääriin. Tavoitteena on saada ryhmiteltyä aineisto erilaisten aihepiirien eli teemojen mukaisesti, jos kyseessä on ollut teemahaastattelu, on aineiston teemoittelu oikeastaan tehty jo aikaisemmin. Seuraavaksi tulee tyypittely- eli abstrahointivaihe, jossa teemojen sisältä etsitään yhteneväisyyksiä ja eroavaisuuksia ja näiden perusteella tehdään yleistyksiä. Tässä vaiheessa analysointia on kuitenkin tärkeää alkaa miettimään keskittykö analyysissa samanlaisuuteen vai erilaisuuteen. Voidaan myös hakea aineistosta toiminnan logiikkaa, tyypillistä kertomusta ja esimerkiksi kirjoittaa kaikista teemoista yksi tyypillinen vastaus. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 93 & 108-113; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 167.)

8 TULOKSET

8.1 Psykiatristen palveluiden käyttö

Haastateltaessa Vatsa-toimialueen operatiivisen päivystysosaston hoitohenkilökuntaa selvisi, että enemmistö (7/10) arvioi psykiatrisia palveluita käytettävän osastolla pääsääntöisesti 2-4 kertaa kuukaudessa. Yksi hoitaja arvioi käytön olevan runsaampaa, kun taas kaksi koki käyttöä olevan noin kerran kuukaudessa. Suurimpana palveluiden käyttäjäryhmänä olivat päihdepotilaat, pääasiassa alkoholitautaiset, joilla osastolle tulon syynä oli pankreatiitti eli haimatulehdus. Muita käyttäjäryhmiä olivat psyykkisesti sairaat, yllättävän somaattisen diagnoosin saaneet esimerkiksi syöpäpotilaat, suisidaaliset sekä keskustelu- tai kriisiapua tarvitsevat. Näiden potilaiden määrän koettiin kuitenkin olevan huomattavasti vähäisempää kuin päihdepotilaiden.

”Suurin osa on päihdepotilaita ja pääosin sitten alkoholipotilaat on se suurin ryhmä.”

Haastatteluissa esille tulleita käytettäviä palveluita olivat päihdesairaanhoitajan ja psykiatrin konsultaatiopalvelut sekä kriisiapu. Psykiatrin konsultaatiopalveluita on myös mahdollista saada paperisena versiona esimerkiksi leikkauksen takia tehtävien väliaikaisten lääkemuutosten vuoksi, näkemättä potilasta. Kuitenkin ehdottomasti yleisintä oli päihdesairaanhoitajan konsultointi, jota konsultoidaan rutiininomaisesti aina kun potilaaksi saapui päihteiden väärinkäyttäjä. Päihdesairaanhoitajan konsultointipyynnön pystyy tekemään operatiivisen päivystysosaston sairaanhoitaja ilman lääkäriä. Tämän jälkeen pyritään siihen, että päihdesairaanhoitaja tulee käymään osastolla katsomassa apua tarvitsevaa potilasta.

”Mut et kyl se melkein se päihdesairaanhoitaja sit on mitä tääl käytetään.”

”Toi on kuitenkin hyvä et me pystytään nyt jo sellanen pyyntö niinku me hoitajat tekemään se niin ko se kynnys on sil taval niinku matala.”

8.2 Psykiatristen palveluiden saatavuus

Hoitajien yleisen mielipiteen mukaan psykiatrisia palveluita koettiin olevan saatavilla tarpeiden mukaisesti. Enemmistö haastateltavista ei kuitenkaan osannut nimetä muita palveluita kuin päihdesairaanhoidajan, mutta kertoivat, ettei tarvetta ole myöskään ollut muille palveluille ja kokivat, että hoitajille on annettu selkeät ohjeet palveluiden saannista tarvittaessa.

Saatavuuden sujuvuudesta puhuttaessa kävi ilmi, että palveluita saadaan hyvin. Addiktiopoliklinikalta saatiin lähes aina joku käymään, myös viikonloppuisin klo 8-16, mutta oli tullut sellaisiakin tilanteita, joissa potilas oli ehtinyt kotiutumaan osastolta ennen kuin päihdesairaanhoidaja oli ehtinyt paikalle. Kuitenkin puhelimitse on mahdollista saada aina joku kiinni ja sopia tarvittaessa puhelimitse potilaalle aika jatkohoitoon esimerkiksi addiktiopoliklinikalle. Tähän verraten psykiatrisen toimialueen palveluiden saanti koettiin vaikeammaksi, koska muiden paitsi päihdesairaanhoidajan konsultaatiopyynnöt tekee aina lääkäri, ja osaston lääkäreitä tuntui olevan ajoittain haasteellista saada tekemään konsultaatiopyyntöjä. Lisäksi psykiatrin konsultaatiossa näkyi yleisesti kestävän liian kauan tilanteissa, joissa apua kaivattiin nopeasti, mutta oli ollut myös kriisitilanteita, joissa apua oli saatu heti konsultaatiopyynnön jälkeen.

”No sen päihdesairaanhoidajan saa mun mielestä kyl iha hyvin. Et välil ne tulee samana päivänä tai sit ne voi tulla ihan siin lähi päivinä, mut sit kyl jos sitä psykiatrii tarvitaan niin se on kyl yleensä jotenki aika hankala, et se kestää kyl tosi kaua. Et välil jos tuntuu et se potilas tarvis sitä oikeesti nopeesti niin ei se kyl yleensä samana päivänä tuu.”

Addiktiopoliklinikan palveluiden saatavuus koettiin yleisesti vaivattomaksi ja arkisin osastosihteeri hoitaa konsultaatiopyyntöjen eteenpäin viennin. Osa hoitajista ehdotti, että konsultaatiopyynnön tekemistä voisi helpottaa entisestään esimerkiksi tehtäväksi puhelimitse. Sen erääksi ongelmaksi kuitenkin epäiltiin muodostuvan se, ettei konsultaatiosta jäisi merkintää potilastietojärjestelmään. Addiktiopoliklinikan palveluiden koettiin tulevan nopeasti, seuraavana tai kahden päivän kuluessa, kun taas muiden psykiatristen palveluiden saanti kesti kauemmin.

8.3 Psykiatristen palveluiden tarjonta

Haastatteluissa palveluiden selkeästi suosituimmaksi tarjoajaksi ilmeni addiktiopoliklinikka, joka tarjosi tarvittaessa keskusteluapua potilaille sekä mahdollisuuden jatkohoitoon osastolta pääsyn jälkeen. Lisäksi muita esille tulleita palveluidentarjoajia olivat TYKS:in psykiatrian tulosalueen erikoislääkärit ja psykiatriset sairaanhoitajat. Psykiatriselta tulosalueelta oli mahdollista saada konsultaatiota myös paperiteitse, ilman potilaskontaktia, mistä oli apua esimerkiksi leikkausten vuoksi tehtävistä lääkemuutoksista. Hoitajat kokivat tarjolla olevan potilaiden tarpeiden mukaisia palveluita, mutta osa hoitajista ei suoranaisesti osannut nimetä muita tarjoajia kuin addiktiopoliklinikan sekä heidän tarjoaman keskusteluavun ja jatkohoidon.

Palveluita Vatsa-toimialueen operatiivisella päivystysosastolla tarjottiin pääsääntöisesti päihdepotilaille sekä toistuvasti pankreatiittiin eli haimatulehdukseen sairastuneille, joilla sairaus yleisimmin johtui alkoholin suurkulutuksesta. Eräässä haastattelussa hoitaja kertoikin saaneensa tilastollista tietoa, jonka mukaan heidän osastonsa oli tehnyt konsultaatiopyyntöjä addiktiopoliklinikalle vuoden 2013 huhtikuun ja joulukuun välisenä aikana 43, mikä on keskimäärin yksi pyyntö per viikko. Kuitenkin vain yksi neljäsosaa potilaista saapui jatkokäynnille.

Psykiatrisia palveluita tarjottiin myös potilaille, joilla oli taustalla jokin traumaattinen kokemus tai onnettomuus, juuri syöpädiagnoosiin saaneille sekä aiempaa psykiatrista taustaa omaaville ja potilaille, jotka sitä itse pyysivät. Hoitajat kuitenkin kertoivat huomanneensa, että juuri syöpädiagnoosin saaneille psykiatristen palveluiden tarjoaminen operatiivisella päivystysosastolla saattoi olla liian aikaista kun uutinen oli vielä tuore eikä potilas itse ollut ehtinyt vielä käsittelemään asiaa.

”Ei me ehkä sitten huomata kaikkia jos aattelee vaikka näitä et saa vaikka syöpädiagnoosin täällä mut toisaalt se ajankohta ei oookkaan täällä se otollinen koska nää on tosiaan sit jos heijät vaikka leikataan ni siin kohtaan keskitytään siihe leikkauksest toipumiseen et se on sit myöhemmäs vaihees se.”

Kysyttäessä pystyykö psykiatristen palveluiden tarvetta ennakoimaan potilaskohtaisesti esimerkiksi potilastietojen, potilasryhmien tai leikkausten perusteella, lähes yksimielinen mielipide oli, että ei pysty. Osastolla oli kuitenkin käytäntönä tarjota kaikille päihdepotilaille addiktiopoliklinikan palveluita. Miettiessään vastausta osa hoitajista ajatteli, että palveluiden tarjontaan voitaisiin ennakoida mahdollisesti myös syöpäpotilailla ja psykiatrissa taustaa omaavilla, mutta yleisesti tarpeen ennakoiminen koettiin hankalaksi sillä potilaat viipyvät osastolla niin lyhyen ajan.

8.4 Psykiatristen palveluiden ongelmat ja kehittämisehdotukset

Operatiivisen päivystysosaston hoitohenkilökunnan kokemat ongelmat psykiatristen palveluiden käytössä, saatavuudessa ja tarjonnassa on koottu erilliseen taulukkoon (Liite 2), jossa ne on luokiteltu kolmeen eri alaluokkaan: psykiatristen palveluiden käyttöön, saatavuuteen ja tarjontaan. Taulukossa on käyty läpi haastatteluissa esille tulleita ongelmakohtia ja ne on analysoitu aihealueittain.

Ongelmia psykiatristen palveluiden saatavuudessa ja tarjonnassa operatiivisen päivystysosaston hoitajia haastateltaessa ilmeni suhteellisen vähän. Yleisimmäksi ongelmaksi mainittiin palveluiden hitaus tarpeiden kiireellisyyteen nähden esimerkiksi akuutissa tilanteessa, jossa kyseessä on harhainen potilas ja apua tarvittaisiin nopeasti. Lisäksi hoitajat kokivat ajoittaista haastetta lääkärin korkeasta kynnyksestä tehdä konsultaatiopyyntöjä, minkä epäiltiin johtuvan siitä että lääkärit näkevät potilasta vain hetkellisesti päivän aikana, aamukierroilla. Muita esille tulleita ongelmia oli organisaatioiden välinen yhteistyö, jonka paranemisella toivottaisiin saavan parempaa näkyvyyttä tarjolla oleviin palveluihin, sekä potilaiden lyhyet hoitajaksot, jolloin potilaat saattavat ehtiä lähtemään ennen palveluiden saantia.

”No yhteistyö vois aina olla sujuvampaa ja ehkä sillai näkyvämpää et me osattais helpommi myöski etsii niit palveluita.”

Psykiatrisia sairaanhoitajia koettiin olevan lähes mahdoton saada osastolle heidän vähäisyyden vuoksi, jonka vuoksi heidän palveluitaan ei käytetä osastolla, vaikka heille voisi joskus olla tarvetta. Tähän kehittämissuositukseksi annettiin, että psykiatristen palveluiden tarjontaan tulisi olla suuremmat resurssit, jotta psykiatrisia sairaanhoitajia saataisiin tulevaisuudessa enemmän tarjolle.

Vatsa-toimialueelta haastatteluihin osallistuneet hoitajat epäilivät, että osa potilaista ei kehtaa pyytää psykiatrista apua, koska hoito ja lääkärintermit tapahtuvat neljän hengen huoneissa, joissa myös muut potilaat kuulevat huoneessa käytävät keskustelut helposti. Tämän vuoksi hoitajat pohtivat olisiko lääkärin ja potilaan välisiä hoitoon liittyviä keskusteluja mahdollista käydä jossain rauhaisammassa paikassa. Lisäksi kehittämissuositukseksi annettiin, jo aiemmin tekstissä esille tullut, päihdesairaanhoitajan konsultaatiopyynnön teon helpottaminen. Psykiatristen palveluiden kysynnän ja tarjonnan välisen suhteen tasapainosta, asteikolla 1-10, jossa ykkönen on todella huono ja kymmenen erinomainen, keskiarvoksi saatiin kaikesta huolimatta 7, mikä on lopulta huomattavasti lähempänä erinomaista.

”Pitkälti tää on ylipäänsä sairaanhoitajan tai siis hoitajan yhtä hyvin perus- ku sairaanhoitajan tehtävä huomata nää asiat et mehän nähdään sitä potilast pitkä ajanjakso lääkäreitä saattaa käydä siin aamul vaan kohdata sen potilaan ehkä kolme minuuttii ja hänen mielestään potilas on ihan ok et kyl se jää sit hoitajan harteil kertoo sil lääkärielle et oikeesti tää on nyt tää tilanne on tämmönen ja sit vaan toivoo tietenkin et se lääkäriki ymmärtää sen.”

9 TUTKIMUKSEN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Eettisesti luotettava tieteellinen tutkimus edellyttää hyvää tieteellisen käytännön toteutusta. Lainsäädännöllä on rajattu ohjeiden soveltamista ja käytäntö toimii osana tutkimusorganisaation laatujärjestelmää. Keskeisien tutkimusetiikan näkökulmien osalta on tärkeää että 1) tutkimuksessa noudatetaan rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta, niin tulosten tallentamisessa, esittämisessä kuin tutkimuksen ja sen tulosten arvioinnissa. 2) Tiedonhankinnassa, tutkimuksessa ja arvioinnissa tulee soveltaa kriteerien mukaisia ja eettisesti kestäviä menetelmiä sekä pyrkiä avoimuuteen ja vastuullisuuteen julkaistaessa tutkimustuloksia. Tutkimusta tehdessä on tärkeää 3) kunnioittaa muiden tutkijoiden tekemää työtä, viitata töihin asianmukaisella tavalla ja antaa heidän saavutuksilleen arvon, joka niille kuuluu. Tieteelliselle tiedolle asetettujen vaatimusten edellyttämänä tutkimus tulee 4) suunnitella ja toteuttaa sekä siitä tulee raportoida. (TENK 2012.)

Tutkimusetiikan näkökulmien osalta tulee myös huolehtia, että 5) tutkimusluvut on hankittu ja tarvittaessa eettinen ennakoarviointi tehty. 6) Oikeuksista, periaatteista, vastuusta, velvollisuuksista ja aineistojen säilyttämisestä sekä käyttöoikeuksista tulee sopia tutkimuksen toteutukseen osallistuvien kesken ennen tutkimuksen aloittamista ja tutkimuksen 7) rahoituslähteet sekä muut merkitykselliset sidonnaisuudet tulee ilmoittaa asianosaisille ja tutkimukseen osallistuville sekä tuloksia julkaistaessa. Tutkimusta tehdessä 8) on tutkijan syytä jättäytyä pois arviointi- ja päätöksentekotilanteista, jos kokee olevansa siihen esteellinen. 9) Tietosuojaa koskevat kysymykset tulee huomioida sekä noudattaa hyvää henkilöstö- ja taloushallintoa. (TENK 2012.)

9.1 Tutkimuksen eettisyys

Laadullisessa tutkimuksessa tutkimuksen ja etiikan välillä vallitsee vuorovaikutus, jossa molemmat omalta osaltaan vaikuttavat tutkijan päätöksiin niin tutkimustuloksia kuin tutkimuksen etiikkaa miettiessä. Tämä tarkoittaa sitä,

että tutkija ottaa etiikan huomioon tutkimusta tehdessään, mutta myös tutkimustulokset vaikuttavat omalla tavallaan eettisiin ratkaisuihin. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 125.)

Hyvässä tieteellisessä tutkimuksessa eettisyyden kannalta on tärkeää, että tutkimuksen tuloksissa ei ole vaikutteita tutkijan persoonallisuudesta ja tutkimus on puolueeton. Lisäksi tutkimuksesta tullutta tietoa ei tule pitää vain itsellä ja tutkimusta sekä tuloksia kohtaan tulee olla myös kritiikkiä. Edellä mainitut ovat tutkimuksen tieteellisen eettisyyden neljä perusnormia. Kuten Tuomi ja Sarajärvi toteavat: ”Laadullinen tutkimus ei välttämättä ole laadukasta tutkimusta”. Tutkimuksen eettisyydellä on siis vaikutusta myös laadullisen tutkimuksen laatuun. Useimmiten eettiset ongelmat kuitenkin liittyvät tutkimustoimintaan, kuten tutkimukseen osallistuvien informoimiseen, aineiston keräämiseen, analyysissä käytettävien menetelmien luotettavuuteen, anonymiteettiongelmiin ja tutkimustulosten esittämistapaan. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 128-129; TENK 2012.)

Opinnäytetyössä huomioitiin tutkimuseettiset periaatteet ja toimittiin niiden mukaisesti, jotta työn eettisyys ei kärsisi. Ennen opinnäytetyön aloitusta anottiin tutkimuslupa ja työtä tehdessä siihen osallistuvia tahoja ja henkilöitä informoitiin etukäteen opinnäytetyöstä, sen aiheesta sekä aineistonkeruusta, johon kaikilta haastatteluihin osallistuneilta saatiin suostumus ennen haastattelun aloitusta. Opinnäytetyön tuloksia esitettäessä tutkijoiden omat mielipiteet jätettiin kokonaan pois ja tulokset pyrittiin esittämään mahdollisimman puhtaasti, mutta kattavasti, ilmaisten vain sen mitä haastatteluissa oli tullut suoraan esille. Haastattelun tuloksia kohtaan ylläpidettiin kritiikkiä ja haastattelut ajateltiin enemmän kokonaisuuksina, ei yksittäisinä lauseina, huomioiden kuitenkin kaikkien haastateltavien yksilöllisyys. Lisäksi haastatteluihin osallistuneiden anonymiteettiä kunnioitettiin koko opinnäytetyön toteutuksen ajan, eikä yksittäisiä henkilöitä ole mahdollista tunnistaa missään vaiheessa työtä. Opinnäytetyö tullaan julkaisemaan useassa eri julkisessa lähteessä sekä tutkimukseen osallistuneella osastolla.

9.2 Tutkimuksen luotettavuus

Laadullisessa tutkimuksessa luotettavuuden arviointiin ei ole olemassa yksiselitteistä ohjetta. Kuitenkin on olemassa erityisiä asioita, jotka huomioimalla tutkimuksen toteutuksessa luotettavuusongelmat saadaan minimoitua. Näitä ovat esimerkiksi 1) tutkimuksen kohteen ja tarkoituksen selventäminen, jolloin tutkijan on tärkeää miettiä mitä hän on tutkimassa ja minkä vuoksi. 2) Tutkijoiden omat sitoumukset tutkimukseen, miksi tutkimus on tärkeä ja miksi se on aloitettu. 3) Aineiston keruu, miten se on tehty, millä se on tehty ja ketä tai ketkä sen ovat tehneet. 4) Tutkimuksen tiedonantajat, miten heidät valittiin ja kuinka monta heitä oli, sekä 5) aineiston analyysi, jossa on tärkeää pohtia miten tuloksiin päästiin. Lisäksi on tärkeää huomioida 6) tutkimuksen kesto ja 7) tutkimuksen raportointi, jossa kokoamis- ja raportointitekniikan valinnalle tulee olla ymmärrettävä selitys. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 140-141.)

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta mietittäessä suurina vaikuttajina toimivat tulosten totuus sekä objektiivisuus. Näiden lisäksi on tärkeää huomioida havaintojen puolueettomuus, jolloin on syytä varmistaa ymmärtääkö tutkija tiedonantajia heinä itsenään vai suodattaako hän vastauksia omien mielipiteidensä, periaatteidensa tai asenteidensa läpi. Esimerkiksi korostuuko tutkimuksessa tutkijan sukupuoli, ikä, uskonto, poliittinen asenne, kansalaisuus tai muu vastaava piirre. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 135-136.)

Luotettavuutta on mahdollista parantaa varmistamalla, että tutkijalla on riittävästi aikaa tehdä tutkimuksensa. Myös esittämällä tutkimus asiantuntijoille, joita aihe koskee tai aihe on muutoin heille ennestään tuttu, ja pyytämällä heidän arvioimaan tutkimustuloksia sekä niiden luotettavuutta ja vastaavuutta tutkittuun aiheeseen, saadaan lisättyä tutkimuksen luotettavuutta huomattavasti. Edellä mainittua kutsutaan face-validiteetiksi. Tämä ei kuitenkaan ole täysin mutkatonta, eikä sen lisääminen tutkimukseen ole aina mahdollista. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 142.)

Opinnäytetyössä pyrittiin ylläpitämään työn luotettavuutta raportointivaihetta edeltävillä tehtävillä; opinnäytetyön aiheen avaus -esseellä sekä opinnäytetyön suunnitelman luonnilla, jolloin tutkittava aihe ja tutkimuksen tarkoitus oli ennen raportointivaihetta tullut todella tutuksi ja mahdolliset ongelmat pystyttiin ennakoimaan ja mahdollisesti ennaltaehkäisemään. Tutkijat olivat työhön sitoutuneita jo sen tärkeyden vuoksi, mutta halusivat myös tulevina ammattilaisina edistää alaa eteenpäin. Aineisto kerättiin haastattelemalla kohteena olevan tahon henkilökuntaan kuuluvia ammattilaisia, joilla oli omakohtaisia kokemuksia aiheesta. Haastattelut nauhoitettiin ja litteroitiin. Tutkijoita osallistui opinnäytetyön toteutukseen kaksi, jolloin riski yksittäisen tutkijan mielipiteen ilmenemiseen tuloksissa pieneni, kun oli toinen valvomassa. Näin ollen myös aineiston keräämisen toteutus oli luotettavampaa kuin yhden tutkijan toteuttamana.

Opinnäytetyön tiedonantajat valittiin ammattitaidon ja tietämyksen perusteella, jolloin vastausten laajuus ja näin ollen myös luotettavuus olisi mahdollisimman suurta. Heidän määrä määräytyi tutkimukseen käytettävän ajan perusteella sekä kohdeosaston resurssien mukaan. Aineistoa analysoidessa ja tuloksia käsitellessä keskityttiin siihen, että toteutus tapahtui vain ja ainoastaan haastatteluiden pohjalta, ei tutkijoiden omien mielipiteiden vaikutuksesta tai ”rivien välistä” lukemalla. Lisäksi opinnäytetyön tulokset luetutettiin ja hyväksyttiin työtä ohjaavalla opettajalla, jotta virhekohdat saatiin korjattua ja asiayhteydet oikeanlaisiksi.

10 POHDINTA

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää psykiatristen palveluiden käyttöä ja saatavuutta TYKS:n Vatsa-toimialueella, jolloin tavoitteena oli saada lisää tietoa psykiatristen palveluiden käytöstä ja saatavuudesta sekä huomioida niiden mahdolliset puutteet hoitohenkilökunnan näkökulmasta.

Operatiivisen päivystysosaston psykiatristen palveluiden saatavuus koettiin riittäväksi. Suurimpana käyttäjäryhmänä olivat päihdetaustan omaavat potilaat ja yleisimpänä palveluntarjoajana addiktiopoliklinikka, joka tarjosi päihdesairaanhoidajan konsultaatioita. Myös Järvisen ja Kleemolan (2011) aikaisemmin tehdyssä opinnäytetyössä, jossa oli haastateltu kolmea Vatsa-toimialueen osastoa, kahta elektiivistä- ja yhtä päivystysosastoa, oli päästy samankaltaisiin tuloksiin, muun muassa käyttäjäryhmän ja käytettyjen palveluiden suhteen.

Päihdesairaanhoidajan konsultaatiopyynnön teon koettiin olevan helppoa, koska sairaanhoitaja pystyi tekemään sen itse. Tämä luultavasti edisti sitä, miksi päihdesairaanhoidajan palveluita käytettiin eniten. Kun taas muiden palveluiden käytön määrän vähäisyyteen vaikutti selkeästi saatavuuden hitaus sekä konsultaatiopyynnön vaikeampi tekotapa, kun tekemiseen tarvitaan aina lääkäri. Lääkärit näkevät potilasta hyvin vähän, jolloin arviointi koostuu lähinnä sairaanhoitajan näkemyksestä. Tämä saattaa toimia osasyynä miksi lääkäreillä on korkea kynnys pyyntöjen tekoon ja näin ollen sairaanhoitajat saattavat jo ennalta kokea palveluiden tarjoamisen turhaksi potilaille, joilla ei ole akuuttia hätää.

Hoitajat kokivat, että tapauksen tuli olla todella akuutti ennen kuin psykiatrisia palveluita oli mahdollista saada osastolle, mikä on poikkeava tulos verrattaessa aiemman opinnäytetyön (Järvinen & Kleemola 2011) tuloksiin, joiden mukaan psykiatristen palveluiden käyttö Vatsa-toimialueella vuonna 2011 oli runsaampaa.

Eräessä haastattelussa hoitaja totesi, että psykiatrisia sairaanhoitajia on lähes mahdotonta saada, koska psykiatrian resurssit ovat liian pienet eikä tämän vuoksi psykiatrisia sairaanhoitajia ole mahdollista irrottaa muille osastoille. Tämän voisi uskoa olevan vaikuttajana myös siihen, miksi psykiatristen sairaanhoitajien palveluita ei nykyisin myöskään käytetä operatiivisella päivystysosastolla. Kun taas Järvisen ja Kleemolan (2011) opinnäytetyön tuloksissa psykiatristen sairaanhoitajien palveluiden käytön todettiin olevan hyvinkin yleistä. Ovatko asiat todella voineet muuttua näin paljon muutamassa vuodessa? Toki operatiivinen päivystysosasto on toiminut T-sairaalassa vasta vuoden 2013 huhtikuusta lähtien, jolloin kaikkiin erilaisiin tilanteisiin ei välttämättä ole ehditty vielä törmäämään ja näin ollen kaikkia palveluita ei ole vielä edes tarvittu. Vai onko taustalla jokin muu selittävä tekijä?

Haastatteluiden vastausten perusteella hoitajat olivat suhteellisen tyytyväisiä tarjolla oleviin palveluihin ja niiden saantiin, erityisesti niihin, joita oli mahdollista saada myös viikonloppuisin ja puhelimitse. Kaikki kokivat päihdesairaanhoitajan konsultaatiopyynnön teon helpoksi ja sen ohjeistuksen selkeäksi. Toisaalta osalla hoitajista tieto erilaisista palveluista vaikutti olevan huomattavasti vähäisempää kuin toisilla, mistä voisi päätellä olevan tarvetta lisäkoulutukseen psykiatristen palveluiden käytöstä ja eri mahdollisuuksista, jotta tieto olisi tasaista koko hoitohenkilökunnalla ja näin ollen myös hoitolinjaukset yhteneviä.

Ongelmia psykiatrisissa palveluissa koettiin olevan vähän, eniten esille tuli kuitenkin palveluiden aiheuttama odotusaika. Viive oli huomattavaa varsinkin psykiatrian tulosalueelle tehtävissä konsultaatiopyynnöissä, jonka vuoksi potilaat saattoivat ehtiä kotiutumaan jo ennen kontaktin syntyä. Tämä voisi toimia myös syynä, miksi psykiatrian tulosalueen palveluita käytettiin esimerkiksi addiktiopoliklinikan palveluita huomattavasti vähemmän, vajaan tarjontatietämyksen lisäksi.

Operatiivinen päivystysosasto omaa päihdepotilaille yhtenevän hoitolinjan, jossa heille tarjotaan aina päihdesairaanhoitajan palveluita. Tämä käytäntö on hyvä tapa toimia ja tarjoaa apua sitä tarvitseville, sillä muutoin esimerkiksi pankreatiittipotilaita saattaisi tulla entistä enemmän, mutta haastatteluissa

selvisi että vain noin yksi neljäsosaa addiktiopoliklinikalle jatkohoitoon ohjatuista saapuvat jatkokäynnille. Lisäksi kynnys jatkohoitoon menemisessä saattaa nousta vieläkin korkeammaksi, jos aiempaa kontaktia päihdesairaanhoidajaan ei ole saatu ja tuleva hoito on sovittu vain puhelimitse. Olisiko tätä toimintaa mahdollista kehittää enemmän resursseja säästäväksi ja näin ollen saada lisää resursseja muualle?

Ihanteellisinta olisi saada kaikille potilaille yhtenevät hoitolinjaukset sekä selkeät ohjeistukset hoidon tukemiseksi ja kokonaisvaltaiseen hoitoon. Kuitenkin nykyiset resurssit luovat paljon rajoitteita näiden toteutuksessa. Yhteistyön toimivuus eri organisaatioiden välillä on moniammatillisen yhteistyön perusta, mutta siinä voisi hyödyntää myös ammatillisen tiedon jakamista eri osastoille ja näin esimerkiksi somaattiseen hoitoon erikoistuneet osaisivat toimia edes jotenkin myös psyykkistä hoitoa vaativissa tilanteissa. Näin ollen voitaisiin lisäksi luoda yhteisiä hoitolinjauksia, jotka tukisivat kaikkien yhteistyössä toimivien osastojen toimintaa.

Opinnäytetyön tuloksien avulla voidaan kehittää eri organisaatioiden hoitohenkilökuntien välisen yhteistyötä sekä auttaa yhteisen hoitolinjausten löytämisessä ja psykiatristen palveluiden tietoisuuden kartoittamisessa. Tulevaisuudessa voisi tutkia lääkäreiden ja hoitajien välistä yhteistyötä sekä konsultaatiopyynnön tekoa ja siihen vaikuttavia tekijöitä. Tulevan tutkimuksen avulla selviäisi onko niillä vaikutusta psykiatristen palveluiden käyttöön, saatavuuteen ja tarjontaan.

11 JOHTOPÄÄTÖKSET

- 1) Vatsa-toimialueella psykiatrisia palveluita on saatavilla tarpeiden mukaisesti ja niiden saatavuus on helppoa, mutta ajoittain hidasta.
- 2) Palveluiden suurimpia tarjoajia Vatsa-toimialueella ovat addiktiopoliklinikka sekä psykiatrian tulosalue. Pääsääntöisiä palveluiden käyttäjiä ovat päihteiden käyttäjät.
- 3) Psykiatrisia palveluita käytetään viikoittain. Päihdepalveluita käytetään keskimäärin yksi kertaa viikossa, muita palveluita vähemmän.
- 4) Vatsa-toimialueen suurimpana haasteena psykiatristen palveluiden saatavuudessa ja tarjonnassa on palveluiden saapumisen hitaus.
- 5) Opinnäytetyön tuloksia voi hyödyntää eri organisaatioiden hoitohenkilökuntien välisen yhteistyön kehittämisessä, yhteisten hoitolinjausten löytämisessä sekä psykiatristen palveluiden tietoisuuden kartoittamisessa.
- 6) Jatkossa voisi tutkia lääkäreiden ja hoitajien välistä yhteistyötä sekä konsultaatiopyynnön tekoa ja siihen vaikuttavia tekijöitä. Tulevan tutkimuksen avulla voisi seurata onko niillä vaikutusta psykiatristen palveluiden käyttöön, saatavuuteen ja tarjontaan.

LÄHTEET

Dummet, J.; Maughan, J. & Worrall-Davies, A. 2002. Long-term hospital attendance of children and adults who have undergone removal of normal or inflamed appendices. Viitattu 5.3.2014 <http://bjp.rcpsych.org/content/181/6/526.long>

Fredriksson, S. & Pelanteri, S. 2014. Psykiatrinen erikoissairaanhoito 2012. Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos. Tilastoraportti. Viitattu 5.3.2014. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/114909/Tr05_14.pdf?sequence=1

Hirsjärvi, S.; Remes, P. & Sajavaara, P. 2010. Tutki ja kirjoita. 15., uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Honkalampi, K.; Rajala, K.; Pajula, J. & Saarinen, P. 2012. Seitsemäsosa psykiatrisen avohoidon vastaanottoajoista jää käyttämättä. Suomen Lääkärilehti 8/2012 vsk 67, 607-610. HUS 2014. Helsingin- ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. Gastroenterologia. Viitattu 20.2.2014. <http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaanhoitopalvelut/gastroenterologia/Sivut/default.aspx>

HUS 2013. Helsingin- ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. Urologia. Viitattu 20.2.2014. <http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaanhoitopalvelut/urologia/Sivut/default.aspx>

Huttunen, J. 2010. Mielen ja keho sairaudet kietoutuvat toisiinsa. Mielen Terveys. Suomen Mielenterveysseura. 49. vuosikerta. 2/2010, 12-16.

Janhonen, S. & Nikkonen, M. 2001. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.

Järvinen, E. & Kleemola, E. 2012. Psykiatristen käyttö ja saatavuus TYKS:n tulevan vatsatoimialueen osastoilla – Hoitohenkilökunnan näkökulma. Turku: Turun ammattikorkeakoulu. Saatavissa myös http://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/40017/Kleemola_Jarvinen_Opinnaytetyo.pdf?sequence=1

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3., uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kylmä, J. & Juvakka T. 2012. Laadullinen terveystutkimus. 1.-2. painos. Helsinki: Edita Prima Oy.

Leppäluoto, J.; Kettunen, R.; Rintamäki, H.; Vakkuri, O.; Vierimaa, H., & Lätti, S. 2013. Anatomia ja fysiologia, rakenteesta toimintaan. 3. uudistettu painos. Sanoma Pro OY, Helsinki.

Levenson, J. 2007. Psychiatric Issues In Surgical Patients Part I: General Issues. Primary Psychiatry. Viitattu 7.9.2013. <http://primarypsychiatry.com/psychiatric-issues-in-surgical-patients-part-i-general-issues/>

Luutonen, S.; Tikka, M.; Nieminen, M.; From, T. & Salokangas, R. 2011. Takuulla hoitoon - mutta millaiseen? VARHAIN-tutkimus psykiatrisen erikoissairaanhoidon käynnistymisestä. Suomen Lääkärilehti 43/2011. Viitattu 23.10.2013. <http://www.fimnet.fi.ezproxy.turkuamk.fi/cl/laakarilehti/pdf/2011/SLL432011-3227.pdf>

Lönqvist, J.; Henriksson, M.; Marttunen, M. & Partonen, T. 2011. Psykiatria. Duodecim. 9. uudistettu painos. Kustannus oy Duodecim.

Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116.

- Mustajoki, P. 2013. Ruuansulatuselinten kasvaimia. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 19.2.2014. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00073&p_teos=dlk&p_osio=100&p_selaus=
- Noppiari, E.; Kiiltomäki, A. & Pesonen, A. 2007. Mielenterveystyö perusterveydenhuollossa. Tammi 2007.
- Nygrén, P. & Nurminen, R.. 2011. Tulevaisuuden osaaminen Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä. Viitattu 6.9.2013. <http://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522162052.pdf#page=49>
- Nyman, J.; Simoila, R & Väistö, O. 2010. Helsingiläisten sairastavuus ja terveyskeskuksen järjestämien palvelujen käyttö vuonna 2008. Helsingin kaupunki. S. 87-89. Viitattu 23.10.2013. http://www.hel.fi/wps/wcm/connect/006a2d00450ddd78820de2a22721278c/Terveyspalvelujen+k%C3%A4ytt%C3%B6+2008_nettiin2010.pdf?MOD=AJPERES&mod=-1466217692
- Ogden, J. 2007. Health Psychology. 4. uudistettu painos. Open University Press. McGraw-Hill Education.
- Partanen, A.; Moring, J.; Nordling, E. & Bergman, V. 2010. Terveiden ja hyvinvoinninlaitos. Mieli – Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Viitattu 6.9.2013. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/53837d85-321b-4694-90ad-a2332abaea71>
- Salokangas, R. 2009. Psykiatrinen sairaanhoito kuuluu yleissairaaloihin. Suomen Lääkärilehti 1-2/2009, 24-25.
- STM 2012a. Mielenterveyspalvelut. Viitattu 6.9.2013. http://www.stm.fi/sosiaali_ ja_ terveyspalvelut/terveyspalvelut/mielenterveyspalvelut
- STM 2012b. Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveyspalveluja koskeva lainsäädäntö. Viitattu 26.2.2014 http://www.stm.fi/sosiaali_ ja_ terveyspalvelut/lainsaadanto.
- Suomen perustuslaki 11.6.1999/731.
- TENK 2012. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. HTK-ohje 2012. Viitattu 5.3.2014 http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf
- Terveidenhuoltolaki 30.12.2010/1326.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 6., uudistettu laitos. Helsinki: Tammi.
- TYKS 2010. Turun yliopistollinen keskussairaala. Saapuminen osastolle. Viitattu 24.2.2014. <http://www.tyks.fi/fi/6931>
- TYKS 2014. Turun yliopistollinen keskussairaala. Operatiivinen päivystysosasto, TG3A. Viitattu 24.2.2014 <http://www.tyks.fi/fi/7368/59925/>
- Valvira 2013. Hoitoon määrääminen. Viitattu 6.9.2013. http://www.valvira.fi/ohjaus_ ja_ valvonta/terveydenhuolto/mielenterveys/hoitoon_maaraaminen
- Vuori-Kemilä, A.; Stengård, E.; Saarelainen, R. & Annala, T. 2007. Mielenterveys- ja päihdetyö: yhteistyötä ja kumppanuutta. 4. uudistettu painos. WSOY Oppimateriaalit Oy, Helsinki.

Teemahaastattelurunko

Teemat:

Käyttö

Kuinka paljon psykiatrisia palveluita käytetään?

Ketä niitä käyttää?

Minkälaisia psykiatrisia palveluita käytetään?

Saatavuus

Kuinka paljon psykiatrisia palveluita on saatavilla?

Kuinka helppoa psykiatristen palveluiden saatavuus on?

Kuinka kauan palveluiden saannissa keskimäärin menee aikaa?

Tarjonta

Ketä tarjoaa psykiatrisia palveluita?

Minkälaisia psykiatrisia palveluita tarjotaan?

Kenelle psykiatrisia palveluita tarjotaan?

Pystyykö psykiatristen palveluiden tarvetta ennakoimaan potilaskohtaisesti?

Esim. potilastietojen, potilasryhmien tai tiettyjen leikkausten perusteella?

Ongelmat

Mitä ongelmia psykiatristen palveluiden saatavuudessa ja tarjonnassa on?

Olisiko niitä mahdollista kehittää? Jos, niin miten?

Asteikolla 1-10 (1 todella huono, 10 erinomainen), minkä sanoisit arvosanaksi tarjonnan ja saatavuuden välisestä tasapainosta?

Psykiatristen palveluiden käyttöön, saatavuuteen ja tarjontaan liittyvät ongelmat

| Alkuperäinen ilmaisu | Pelkistys | Ryhmä | Alaluokka | Yläluokka | |
|---|--|--|--|--|--|
| Neljän hengen huoneis ei se potilas välttämättä halua, et kaikki muut huoneessa kuulee sen (pyynnön). | Yksityisyyden vähäisyys | Leimautumisen pelko, kysynnän korkea kynnyks | Psykiatristen palveluiden käyttöön liittyvät vaikeudet | Hoitohenkilökunnan kokemat ongelmat psykiatristen palveluiden käytössä, saatavuudessa ja tarjonnassa | |
| No yhteistyö vois aina olla sujuvampaa | Yhteistyön toimivuus | Moniammatillinen yhteistyö | Psykiatristen palveluiden saatavuuteen liittyvät vaikeudet | | |
| Jos tarvittais sitä psykiatrin konsultaatio ja vastaus niin ehkä semmoisen perään on joskus tarvinnu soittaa | | | | | |
| Ehkä sen yhteisen linjan löytäminen on hankalaa koska ne ei siellä psykiatrian puolella hoida sitä somaattista haavaa | Yhteisen hoitolinjan löytäminen | | | | |
| Niit (psyk. sairaanhoitajia) on lähes mahdoton saada | Psykiatrian tulosalueen henkilöstön määrän riittämättömyys | Resurssien vähäisyys | | | |
| Mut sit kyl jos sitä psykiatrii tarvitaan niin se (saatavuus) on kyl yleensä jotenki aika hankala | | | | | |
| Se (konsultaatiopyyntö) vois olla yksinkertaisempaa | Konsultaatiopyynnön teon monimutkaisuus | Konsultaatiopyynnön teon vaikeus | | | |
| Ja tuntuu että ei noi meidän lääkäritkään niitä (konsultaatiopyyntöjä) kauheen hanakasti tee | Konsultaatiopyynnön saannin vaikeus | | | | |
| Palvelut vois saada nopeammin | Palveluiden saatavuuden hitaus | Palveluiden saatavuuden hitaus | | | |
| Vois tulla sukkelaminkin keskusteluapua | | | | | |
| Mut siinä kestää ennen kuin ne kuitenkaan tulee | | | | | |
| Päihdesairaanhoidajakin joutuu usein oikein odottamaan | | | | | |
| Tällaset viiveet on hankalia kun on niin nopea vaihtuvuus | Potilaiden nopea vaihtuvuus | Lyhyet hoitajaksot, hoitokontaktien syntymättömyys | | | Psykiatristen palveluiden tarjontaan liittyvät vaikeudet |
| Potilas ei malta jäädä sitä odottamaan vaan poistuu sit kotiinsa niin sit se jää sen potilaan kontolle | Hoitokontakti ei ehdi syntyä osastolla ollessa | | | | |
| Se kontakti ei ehdi syntyä | | | | | |

Informaatiokirje

Olemme Turun ammattikorkeakoulun hoitotyönkoulutusohjelmassa viimeistä vuotta opiskelevia sairaanhoitajaopiskelijoita. Teemme opinnäytetyötä aiheesta Psykiatristen palveluiden käyttö ja saatavuus Vatsa-toimialueella. Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää psykiatristen palveluiden tämän hetkistä käyttöä ja saatavuutta Turun yliopistollisen keskussairaalan Vatsa-toimialueella hoitohenkilökunnan näkökulmasta. Tavoitteenamme on kehittää palveluiden saatavuutta sekä huomioida mahdolliset puutteet palveluiden käytössä ja saatavuudessa. Työmme on osa Tulevaisuuden sairaala – Hoitotyön kehittämisprojektia 2009-2015 (Hoi-Pro), joka on Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiriin (VSSHP) ja Turun ammattikorkeakoulun yhteinen projekti.

Opinnäytetyötämme varten keräämme aineistoa haastattelemalla Vatsa-toimialueen hoitohenkilökuntaa eri osastoilta 3-4 hengen ryhmissä. Haastattelut tullaan nauhoittamaan ja haastatteluaineistoa tulevat käyttämään vain opinnäytetyön tutkijat. Sähköpostin liitteenä löytyy teemahaastattelurunko, jota käytämme pohjana haastatteluissa. Toivoisimme tutkimukseen osallistuvien perehtyvän teemahaastattelurunkoon etukäteen, jotta keskustelu haastattelutilanteissa olisi sujuvampaa.

Tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista ja luottamuksellista, eikä Teitä voida tunnistaa missään tutkimuksen vaiheessa. Opinnäytetyön valmistumisen jälkeen kaikki aineisto tullaan hävittämään asianmukaisesti. Osallistuja voi milloin tahansa peruuttaa suostumuksen ilmoittamalla peruutuksesta työn tutkijoille. Opinnäytetyömme ohjaajana toimii Turun ammattikorkeakoulusta lehtori, FT Maika Kummel (maika.kummel@turkuamk.fi).

Vastaamme mielellämme opinnäytetyöhömmme liittyviin kysymyksiin.

Ystävällisin terveisin,

Sairaanhoitajaopiskelijat Sanna Jakobsson & Viivi Leinonen

sanna.jakobsson@students.turkuamk.fi / viivi.b.leinonen@students.turkuamk.fi

Sanna Jakobsson 0400419038 / Viivi Leinonen 0407048695

Turun ammattikorkeakoulu

Terveysala, hoitotyön koulutusohjelma

Ruiskatu 8, 20720 Turku

Suostumuslomake

Pyydämme Teitä ystävällisesti tällä lomakkeella antamaan kirjallisen suostumuksen tutkimukseen osallistumisesta ja siinä tarvittavien tietojen keruuseen. Osallistuminen on täysin vapaaehtoista. Tutkimukseen osallistuminen on täysin luottamuksellista, eikä Teitä voida tunnistaa missään tutkimuksen vaiheessa. Haastattelu tullaan nauhoittamaan ja haastatteluaineistoa tulee käyttämään ainoastaan tutkijat. Opinnäytetyön valmistumisen jälkeen kaikki kerätty materiaali tullaan hävittämään asianmukaisesti ja haastattelut ylinauhoittamaan. Osallistuja voi milloin tahansa peruuttaa suostumuksen ilmoittamalla peruutuksesta tutkimuksen toteuttajille. Työmme ohjaajana toimii Turun ammattikorkeakoulun lehtori, FT Maika Kummel (maika.kummel@turkuamk.fi).

Kiittäen,

Sairaanhoitajaopiskelijat Sanna Jakobsson & Viivi Leinonen

Turun Ammattikorkeakoulu, terveysala, hoitotyön koulutusohjelma

Ruiskatu 8, 20720 Turku

S-posti: sanna.jakobsson@students.turkuamk.fi / viivi.b.leinonen@students.turkuamk.fi

Puhelin: Sanna Jakobsson 0400419038 / Viivi Leinonen 0407048695

Minulle on ennen suostumustani annettu informaatiota tutkimuksesta. Annettu informaatio sisältää selvityksen tutkimuksen tarkoituksesta ja sen hyödyistä.

Paikka ja aika

Suostumuksen antajan allekirjoitus ja nimenselvennys

Tutkimuksen tekijä