

Opinnäytetyö (AMK)

Hoitotyön koulutusohjelma

Sairaanhoitaja (AMK)

2011

Anniina Härmä

PSYKIATRISTEN PALVELUJEN KÄYTTÖ JA SAATAVUUS TYKS:N TULEVALLA TULES- TOIMIALUEELLA



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

OPINNÄYTETYÖ (AMK) |

TIIVISTELMÄ TURUN

AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyö | Sairaanhoidaja

(AMK)

2011 | 51+ 6

TtT Tiina Nurrmela

Anniina Härmä

PSYKIATRISTEN PALVELUJEN KÄYTTÖ JA SAATAVUUS TYKSIN TULEVALLA TULES- TOIMIALUEELLA

Opinnäytetyö oli osa Tulevaisuuden sairaala- projektia joka on hoitotyön kehittämisprojekti vuosina 2009–2015 (HOI-PRO). Hankkeessa olivat mukana Turun ammattikorkeakoulu ja Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri ja se oli osa varsinaissuomen sairaanhoitopiirin T-sairaalan kehittämishanketta (T-PRO). T-PRO hankkeen tarkoitus on saada palvelut potilaslähtöisiksi ja toimialakohtaisiksi, jolloin palvelut ovat hallinnollisia kokonaisuuksia. HOI-PRO hankkeen tavoitteena on helpottaa siirtymistä uuteen palvelujen tuottamisen malliin ja syventää yhteistyötä Turun ammattikorkeakoulun ja Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin välillä sekä lisätä Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin vetovoimaa ja tutustuttaa opiskelijoita tulevaan toimialakohtaiseen palvelujen tuottamisen malliin.

Tutkimuksen tarkoitus oli saada tietoa psykiatristen palveluiden käytöstä ja saatavuudesta. Kiinnostuksen kohteena olivat myös psykiatrisen tuen tarpeen tunnistaminen ja traumapotilaan hoidon moniammatillisuus. Aiheeseen perehdyttiin hakemalla aiemmin tutkittua tietoa tuki- ja liikuntaelinsairauksista ja psykiatrisista häiriöistä. Tutkimusongelmiin haettiin vastauksia haastatteleamalla Turun yliopistollisen keskussairaalan traumatologian osaston 214 sairaanhoitajaa. Psykiatristen- ja päihdekonsultaatiopyyntöjen määrä saatiin tilastoista. Tulokset osoittavat, että traumatologian osaston potilaille tehdään konsultaatiopyyntöjä TYKS: n psykiatriselle kriisipoliklinikalle ja addiktiopoliklinikalle.

Palveluiden saatavuus koettiin hyväksi, mutta potilaan psykiatrisen tuen tarpeen arviointi oli pitkälti sairaanhoitajan vastuulla. Psykiatrisen tuen tarvetta arvioitiin keskustelun ja havainnoinnin kautta. Konsultaatiopyyntöjä tehtiin kuitenkin rutiinisti niissä tilanteissa, joissa potilas oli alkoholin vaikutuksen alaisena tai itsetuhoinen. Lisätutkimusta psykiatrisen tuen liittämistä somaattiseen sairaanhoitoon tulisi tehdä, sillä sairaanhoitajat kokivat ongelmalliseksi sen, että vakavastikin psykiatriset potilaat hoidetaan ensisijaisesti somaattisina potilaina, johtuen psykiatristen osastojen rajatuista mahdollisuuksista hoitaa fyysisesti rajoittuneita potilaita.

ASIASANAT: Hoitotyö, Psykiatriset palvelut, Saatavuus

BACHELOR'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED

SCIENCES Degree programme in

nursing | Nurse

2011 | 51+6

PhD Tiina Nurmela

Anniina Härmä

USE AND AVAILABILITY OF PSYCHIATRIC SERVICES IN THE FORTHCOMING MUSCULO- SKELETAL DOMAIN IN TURKU UNIVERSITY HOSPITAL

The thesis was part of the Future Hospital project which is a nursing development project in the period 2009-2015 (HOI-PRO). The project was involved in the Turku University of Applied Sciences and the Hospital District of Southwest Finland, and it was actually part of the Finnish Hospital District, T-hospital development project (T-PRO). T-PRO project objective is to obtain patient-centered services and branch sectorized models, which services are administrative entities. HOI-PRO project aims to facilitate the transition to the new service delivery model, and to deepen the co-operation with the Turku University of Applied Sciences and the Hospital District of Southwest Finland as well as to increase the range of Southwest Finland Health Care District, and to introduce students to the attractiveness of future service delivery model.

The purpose of the study was to find knowledge of the use of psychiatric services and the availability of necessary support and psychiatric evaluation. The research was also interested of the co-operation when dealing with traumatological patients. To familiarize with the topic

author was searching knowledge from previously researched information on muscular- skeletal disorders and psychiatric disorders. The study sought answers by interviewing nurses from geriatrics ward in Turku university hospital. The amount of psychiatric- consultations was discovered from tables. The results show that consultation requests for the patients of traumatology ward are applied from Turku University Hospital's psychiatric emergency department and addictionpoliclinic.

The availability of services was seen as good, but the patient's psychiatric evaluation was made mainly by nurses. The need for psychiatric support was assessed through observation and discussion. Consultation admissions was, however, routinely made in situations where the patient was under the influence of alcohol or self-destructive. Further research on psychiatric- somatic care facilities should be done, because the basis of the results was seen as problematic by the fact that severe psychiatric patients are treated primarily somatic patients, because of the limited opportunities in psychiatric unit.

KEYWORDS: Nursing, psychiatric services, availability

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	6
2 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT	8
3 PSYKIATRISTEN PALVELUJEN KÄYTTÖ JA SAATAVUUS	9
3.1 Lainsäädännöllinen perusta psykiatrisille palveluille	11
3.2 Psykiatristen palvelujen käyttö ja saatavuus	13
3.3 Psykiatriset palvelut	13
4 TRAUMA	14
4.1 Fyysinen trauma	14
4.2 Traumaresuskitaatio ja Triage	15
4.3 Psykkinen trauma	16
4.4 Traumasta selviäminen ja sopeutumisprosessi	18
5 PSYKIATRISET SAIRAUDET	19
5.1 Psykiatriset häiriöt	20
6 TUKI- JA LIIKUNTAELINSAIRAUDET	23
7 TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTTAMINEN	24
7.1 Menetelmä	24
7.2 Teemahaastattelurungon kehittäminen	26
7.3 Kohderyhmä	26
7.4 Aineiston kerääminen	27
7.5 Aineiston analysointi	29
8 PSYKIATRISTEN PALVELUJEN KÄYTTÖ JA SAATAVUUS HOITOHENKILÖKUNNAN NÄKÖKULMASTA	31
8.1 Psykiatristen palvelujen käyttö traumapotilaan hoidossa	31
8.2 Psykiatrisen tuen saatavuus TULES- toimialueella	32
8.3 Tilastollisia näkökulmia	34
8.4 Moniammatillisuus traumapotilaan hoidossa	36
8.5 Psykiatrisen tuen tarpeen arvioiminen traumapotilaalla	36
8.6 Omaiset osastolla 214	37
8.7 Uuden työntekijän perehdyttäminen traumapotilaan hoitoon ja lisäkoulutuksen	

tarve	38
8.7 Psykiatristen palvelujen käytön ja saatavuuden kehittäminen hoitohenkilökunnan näkökulmasta	38
9 TUTKIMUKSEN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS	40
9.1 Hyvä tieteellinen käytäntö ja laki lääketieteellisestä tutkimuksesta	40
9.2 Aineiston ja analysoinnin luotettavuus	40
9.3 Reliaabelius ja validius	43
10 POHDINTA	44
10.1 Johtopäätökset ja tuloksien tarkastelua	44
10.2 Opinnäytetyöprosessi	48
LÄHTEET	49

LIITTEET

- Liite 1. Saatekirje
- Liite 2. Teemahaastattelun runko
- Liite 3. Suostumuslomake
- Liite 4. Tutkimuslupa
- Liite 5. Toimeksiantosopimus

TAULUKOT

Taulukko 1. Psykiatrin konsultaatiopyynnot osastolta 214 vuosina 2008- 2010.

Taulukko 2. Konsultaatiopyynnot addiktiopoliklinikalle vuosina 2008- 2010.

1 JOHDANTO

Tutkimus oli osa Tulevaisuuden sairaala- projektia, joka on hoitotyön kehittämis- projekti vuosina 2009–2015 (HOI-PRO). Opinnäytetyön tarkoitus oli kuvata psykiatristen palvelujen käyttöä ja saatavuutta TYKS: n traumatologian osastolla 214, ja heijastaa sieltä saatujen tulosten perusteella päätelmiä koko TULES- toimialaan.

Tutkimus on aiheellinen, koska tällä hetkellä ei ole selkeää yhteistä moniammatillista hoitolinjausta traumapotilaan hoidossa. Aikaisemmin tehdyn tutkimuksen pohjalta traumapotilaan psykiatrisen tuen tarpeesta ja saatavuudesta ei ole vielä tarpeeksi tutkittua tietoa. Myös perehdyttäminen traumapotilaan hoitoon on riittämätöntä ja sairaaloiden välillä on suuria eroja siinä, miten traumapotilaan hoito järjestetään käytännössä. (Handolin, Leppäniemi, Lakovaara, Vihtonen & Lindahl 2006,590-591.) Mielenterveyspalveluiden tarve on kasvanut, mutta palveluiden tarjonta on suhteessa tarpeeseen ja käyttöön riittämätöntä. (Vuori-Kemilä, Stengård, Saarelainen & Annala 2007, 23.)

Kärkkäinen (2004,195) on tutkinut psykiatrisen hoidon yhdistämistä somaattiseen hoitojärjestelmään ja miten yhdistäminen on onnistunut. Tutkimuksessaan hän suosittaa, että sairaanhoitopiirin yhdentyminen somatiikan ja psykiatrian osalta koskisi koko mielenterveyspalvelualueetta, jotta hallinto ja toiminta saataisiin yhden tason vastuulle. Kärkkäinen esittää tutkimuksessaan toiminnallisen yhdentymisen vaatimaa tukea, jossa psykiatrian osastot tuotaisiin lähelle somaattisia palveluita. Tällöin paranisi psykiatrisen potilaan asema verrattuna somaattiseen potilaaseen.

Tässä tutkimuksessa tarkastellaan psykiatristen palvelujen käyttöä ja saatavuutta TULES- toimialueella. Tutkimusongelmia olivat psykiatristen palvelujen käyttö ja saatavuus traumapotilaan hoidossa hoitohenkilökunnan arvioimana. Kiinnostuksen kohteena oli myös moniammatillinen yhteistyö

traumapotilaan hoidossa ja psykiatrisen tuen tarpeen tunnistaminen hoitohenkilökunnan arvioimana. Tutkimus on toteutettu kvalitatiivisen menetelmän kriteerejä noudattaen. Aineisto on kerätty teemahaastatteluilla, jotka toteutettiin TYKS:n traumatologian osastolla. Haastattelujen lisäksi hyödynnettiin tilastoja psykiatrin konsultaatiopyynnöistä vuosina 2008-2010. Työ etenee tutkimusongelmien kautta viitekehukseen, johon tekijä on koonnut aikaisemmin tutkittua tietoa aiheesta. Viitekehysten jälkeen työ jatkuu aineistonkeruuvaiheeseen ja sieltä tuloksiin.

2 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT

Tarkoituksena on kartoittaa, millaista tukea traumaattisen tapahtuman jälkeen on saatavilla ja miten paljon psykiatrisia palveluja käytetään. Psykiatristen palvelujen käyttöä kartoitettiin myös tilastoilla, joissa näkyy konsultaatiopyyntöjen määrä traumatologian osastolta psykiatriselle kriisiosastolle ja addiktiopoliklinikalle. Opinnäytetyön tarkoituksena oli myös kartoittaa traumatologian osasto potilaiden psyykkistä oireilua osastolla hoitohenkilökunnan arvioimana. Tarkoituksena oli myös kartoittaa hoitohenkilökunnan arvioiden perusteella, millaista psykiatrista tukea osaston potilas tarvitsee. Tarkoituksena oli saada käsitys siitä, miten moniammatillisuus toteutuu traumapotilaan hoidossa hoitohenkilökunnan arvioimana. Työ perustuu aikaisemmin hankittuun kirjallisuuteen ja tutkimuksiin sekä TYKS: traumatologian osastolla toteutettuihin teemahaastatteluihin. Tarkoituksena oli kvalitatiivisin menetelmin kuvata psykiatristen palveluiden käyttöä ja saatavuutta TULES- toimialueeseen kuuluvalla traumatologian osastolla. Lisänä työssä käytettiin hyväksi tilastoja psykiatrisista konsultaatiopyynnöistä traumatologian osastolla. Tuloksien perusteella saadaan tietoa psykiatristen palvelujen käytöstä ja saatavuudesta traumapotilaiden osalta sekä mahdollisia kehittämisajatuksia sairaanhoitajan näkökulmasta.

Tutkimusongelmat:

1. Psykiatristen palvelujen käyttö ja saatavuus TULES-toimialueella

1. Miten paljon psykiatrisia palveluja käytetään traumapotilaan hoidossa tilastoihin perustuen ja hoitohenkilökunnan arvioimana?
2. Millaista psykiatrista tukea on saatavilla TULES-toimialueella hoitohenkilökunnan arvioimana?
3. Miten moniammatillinen yhteistyö toteutuu traumapotilaan hoidossa hoitohenkilökunnan arvioimana?
4. Millä keinoin tunnistetaan psykiatrisen tuen tarve traumapotilaalla hoitohenkilökunnan arvioimana?

3 PSYKIATRISTEN PALVELUJEN KÄYTTÖ JA SAATAVUUS

3.1 Lainsäädännöllinen perusta psykiatrisille palveluille

Potilaalle tulisi antaa mahdollisuus vaikuttaa omaan hoitoonsa ja määrittellä oma hoidontarpeensa. Tilanteessa, jossa potilas tuo omat toiveensa ja odotuksensa hoidosta esiin mahdollisimman hyvin, on terveydenhuollon helpompi vastata tähän tarpeeseen. Tarve on hankala määrittellä ja se on hyvin yksilöllistä ja riippuvainen potilaan subjektiivisesta kokemuksesta, yhteiskunnasta ja tilanteesta. Todellisten tarpeiden tunnistaminen auttaa terveydenhuoltoa tarjoamaan tehokasta, yksilöllistä ja systemaattista hoitoa sitä tarvitseville. (ETENE 2007.)

Kiireellinen psykiatrinen hoito on taattava jokaiselle, jolla on tällaisen palvelun tarve. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011.)

Mielenterveysongelmien kanssa kamppailevalla on mahdollisuus saada apua oman kuntansa terveyskeskuksesta ottamalla sinne yhteyttä. Hoitoon pääsyssä on aikaraja, mikä tarkoittaa käytännössä sitä, että potilaan tulee päästä psykiatrisen hoidon piiriin ja psykiatrisen tarpeen arviointiin kolmen päivän sisällä. Jos hoito katsotaan aiheelliseksi, on sen alettava kolmen kuukauden kuluessa perusterveydenhuollossa. Erikoissairaanhoidon piirissä hoidon tarpeen arvioinnin tulisi alkaa kolmen viikon sisällä siitä kun lähete on saapunut. Lasten ja nuorten psykiatrisen erikoissairaanhoidon tarve tulee täyttää kuuden kuukauden sisällä ja aikuisten kolmen kuukauden sisällä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010.)

Toukokuussa 2011 astui voimaan uusi terveydenhuoltolaki, joka lisää potilaan vapautta päättää omasta hoidostaan ja hoitopaikastaan. Kyseessä on asteittainen siirtymä, josta ensimmäinen vaihe astui voimaan 1.5.2011 ja jälkimmäinen vaihe vuonna 2014. Potilas saa mahdollisuuden valita terveysaseman, jossa hoitoa saa, oman kunnan rajojen sisällä. Erikoissairaanhoidon palvelut saa valita laajemmalla alueella, joten TULE- vaivaiset erikoissairaanhoidon tarvitsijat saavat vapauden valita oman hoitavan tahonsa, kuitenkin niin, että se on tehty yhteisymmärryksessä lähettävän lääkärin kanssa. Hoitovastuu kokonaisuudessaan säilyy kuitenkin potilaan omalla terveysasemalla. Sairaanhoitopiirin kuntayhtymän sisällä tulee olemaan yhteinen potilasrekisteri perussairaanhoidon ja erikoissairaanhoidon välillä, joka helpottaa tietojen liikkumista yksiköiden välillä. Tällöin tiedot potilaan hoidosta liikkuisivat yksiköstä toiseen sulavasti, vähentäen turhaa paperiliikennettä ja ajankulua. (Terveydenhuoltolaki 1/2011 § 9.)

Uudessa terveydenhuoltolaissa on kuntien taattava mielenterveyttä suojaavat ja vahvistavat toimet sekä yksilön psykososiaalinen tuki. Myös mielenterveyttä uhkaavat tekijät tulee poistaa tai ainakin vähentää niitä. Yksilölle on taattava psykososiaalinen tuki tilanteessa, jossa mielenterveys voi järkkäyä, esimerkiksi trauman aiheuttamana. (Terveydenhuoltolaki 3/2011 § 27.)

Mielenterveyslaissa (14.12.1990/1116 §1) mielenterveystyö määritellään yksilön psyykkistä vointia, toimintakykyä ja mielenterveyden ongelmien ehkäisyä ja parantamista edesauttavana toimintana. Mielenterveystyöhön sisältyvät mielenterveyteen vaikuttavat sosiaali- ja terveydenhuollon toteuttamat palvelut.

Kuntien ja kuntayhtymien on taattava mielenterveyspalvelut vastaamaan sisällöltään kunnan alueella esiintyvää tarvetta. (Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116 § 4.)

3.2 Psykiatristen palvelujen käyttö ja saatavuus

Aholan, Virtasen, Honkosen, Aroma & Lönnqvistin (2009, 3087-3088) mukaan

työterveyshuollossa voidaan hyödyntää varhaista havaitsemista ja seuloa vastaanotolle tulevan potilaan tuki- ja liikuntaelinsairauden tila ja kartoittaa myös alkoholin käyttö ja mahdollinen masennus erilaisilla kyselyillä. Potilas tulisi huomioida kokonaisuutena, jolla on mahdollisesti useampi toisiinsa nivoutunut ongelma. Työterveyshuollossa voidaan käyttää hyödyksi henkilön työpaikan tietoja ja esimiesyhteyksiä, jotta voidaan vaikuttaa työstä aiheutuviin tekijöihin

Kipupotilas voi hyödyntää stressinhallintakeinoja ja kipuun vaikuttavia keinoja ja koittaa ymmärtää itseään ja omaa toimintaansa. Kognitiivis-behavioralisesta hoidosta ja moniammatillisesta kivun hoidosta on hyötyä potilaan hoidossa. (Pohjolainen, Orenius, Hurri & Haanpää. 2010, 1536)

Mitattaessa terveydenhuollon tarjoamia palveluja, tulisi arvioinnin perustua tietoihin väestön sairastuvuudesta. Arvioinnin lähtökohtana tulisi olla sairauksien aiheuttama hoidon tarve ja näiden tarpeiden täyttyminen sekä syyt miksi tarpeet eivät riittävästi täyty. Palveluiden kehittämistarpeita voidaan kartoittaa vertaamalla eri alueiden ja väestöryhmien sekä sairausluokkien tarpeet eri ajanjaksoilla. (Vuorma, Keskinen, Kattainen, Koponen, Lehtonen, Koskinen & Aromaa 2008, 655.)

Granströmin (2004, 208) mukaan pitkittyneeseen kipuun liittyy usein masennusta, vihan ja pelon tunteita, toivottomuuden tunnetta ja vaikeuksia hahmottamisessa ja asioiden muistamisessa. Henkilö voi kokea menettäneensä terveydentilansa ja samalla mahdollisuuden liikkua normaalisti ja osallistua arjen toimintoihin. Potilas voi samalla kokea, ettei hän ole työkykyinen. Pelko siitä, että muutos on lopullinen, voi johtaa masennukseen, kun potilas tuntee olevansa rajoitettu harrastamaan ja osallistumaan mihinkään.

Terveys 2000- väestötutkimuksen tuloksien perusteella voidaan todeta, että psyykkisesti oireileva henkilö käyttää lääkäripalveluja huomattavasti enemmän kuin henkilö, jolla psyykkistä oireilua ei ole. Naiset käyttävät terveyspalveluja enemmän kuin miehet. Psyykkisesti oireilevat käyttivät myös hoitajan vastaanottoa useammin kuin oireilemattomat. Psyykkisesti oireilevat käyttävät paljon lääkäripalveluja, mutta usein he tulevat vastaanotolle jonkin muun syyn takia, jonka vuoksi vastaanotolle tulevien psyykinen oireilu tulisi pyrkiä tunnistamaan. Runsas lääkäripalvelujen käyttö viittaa siihen, että psyykinen oireilu voi aiheuttaa somaattista oireilua ja tällöin terveyden- huollossa olisi tärkeää tarkastella potilasta kokonaisvaltaisesti. (Kestilä, Koskinen, Kestilä, Suvisaari, Aalto-Setälä & Aro. 2007, 3979–3983.)

Pohjalaisen & Haanpään (2004, 191) mukaan sairaanhoitopiirin hoitojärjestelmä on hajanainen ja sisältää vähän moniammatillista yhteistyötä. Järjestelmän heikkoutena ovat myös useaan otteeseen

tehdyt kirja-ukset ja pitkät jonot. Tietojen päivittyminen on ongelmallista ja usein potilas joutuu liikkumaan usean eri toimialueen välillä pitkällä jonotusajalla, mikä aiheuttaa pahimmassa tapauksessa sairauksien kroonistumista ja etenkin psyykkisten sairauksien riski nousee. Järjestelmän toimimattomuus lisää kuluja ja vaikuttaa negatiivisesti potilastyytyväisyyteen ja voi aiheuttaa terveystalouden suurkulutusta.

Moniammatillinen yhteistyö on vastahankaista, koska tutkimusten ja konsultaatioiden saaminen on hidasta ja vaikeaa. Etenkin traumojen ja hermovammojen yhteydessä on psyykkisen puolen huomioiminen tärkeää. Suomessa on laaja terveydenhuollon verkosto ja paljon palveluntuottajia mutta järjestelmällisyydestä puutteelliset hoitoketjut. (Pohjalainen & Haanpää, 2004, 192.) Myös kroonisessa kivunhoidossa tarvitaan usein moniammatillista yhteistyötä tarkoittaen esimerkiksi lääkärin ja fysioterapeutin tekemää yhteistyötä. Kipupotilaat saattavat tarvita tukea myös taloudellisessa, sosiaalisessa ja psyykkisessä selviytymisessä. (Pohjalainen, 2009, 259.) Koska potilaan tulisi saada kokonaisvaltaista hoitoa, korostuu moniammatillisen yhteistyön tarve.

3.3 Psykiatriset palvelut

Mielenterveyspalveluja valvoo ja suunnittelee sosiaali- ja terveysministeriö. Kunnat tuottavat palvelut ja vastaavat ehkäisevästä mielenterveystyöstä sekä huolehtivat potilaan mielenterveyspalvelujen tarpeen tunnistamisesta sekä mielenterveyspalveluista. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011.)

Kuntien järjestämän mielenterveystyön tavoitteena on ylläpitää hyvää mielenterveyttä ja pyrkiä ehkäisemään mielenterveyshäiriöiden syntyä ja järjestää palvelut niin, että jo olemassa olevia mielenterveyshäiriöitä voidaan vähentää. Ensikontakti mielenterveyspotilaaseen tulee yleensä joko terveyskeskuksessa tai sosiaalitoimistossa ja yleensä lievemmät mielenterveydenhäiriöt voidaan hoitaa joko työterveyden, yksityisen palveluntarjoajan tai terveyskeskuksen kautta. On olemassa myös

ehkäisevää mielenterveyttä tukevaa toimintaa, jossa tarkoituksena on ohjata ihmisiä eri elämäntilanteissa ja puuttua varhaisessa vaiheessa kyteviin mielenterveysongelmiin kouluterveydenhuollossa ja muissa sairaanhoidon palveluissa. Vaikeissa mielenterveydenhäiriöissä ihminen tarvitsee psykiatrasta erikoissairaanhoidoa sairaalassa tai poliklinikalla, jonne saa lähetteen terveyskeskuksen, työterveyslääkärin tai yksityislääkärin vastaanotolta. (Suomen kuntaliitto 2011.)

Päihdehuollon palvelut järjestää sosiaalitoimi, jonka kautta on mahdollista saada tarpeen mukaan avohoidon palveluja, välimuotoisia palveluja tai laitoshoidoa. Päihdehuollon erityispalveluja ovat muun muassa A-klinikat, ensikodit ja katkaisuhoidon järjestävät laitokset. (Suomen kuntaliitto 2011.)

4 TRAUMA

4.1 Fyysinen trauma

Fyysisiä traumoja aiheuttavat mm. kolarit, putoamiset ja tulipalot. Onnettomuuksia ja tapaturmia sattuu tavallisessa elämässä ja niiden aiheuttamat vahingot voivat olla esimerkiksi murtumia, palovammoja tai venähdyksiä. (Medlineplus. 2011.)

Suomessa on viisi yliopistosairaala, jotka huolehtivat oman alueensa sisällä tapaturmien hoidosta ja suunnittelusta. Keskussairaalat hoitavat omat tapaturmapotilaansa hyväksikäyttäen yliopistollisen sairaalan palveluita silloin, kun potilaan tila vaatii erikoisosaamista. (Lassus & Myllynen 2010, 41.)

TYKS: n traumatologian ja ortopedian klinikalla hoidetaan palovammoja. (Turun yliopistollinen keskussairaala 2011.) Vakava palovamma vaikuttaa merkittävästi sekä ihmisen fyysiseen, että psyykkiseen puoleen. Palmun, Suomisen, Vuolan ja Isometsän vuonna 2010 julkaistussa tutkimuksessa kävi ilmi, että 55 prosentilla palovamman saaneista tutkituista oli ainakin

yksi mielenterveydenhäiriö, joista 12 prosenttia kärsi post-traumaattisesta stressireaktiosta. Palovamman vakavuudella oli yhteys mielenterveyden häiriöiden esiintyvyyteen. Suurin osa tutkittavista oli keski-ikäisiä miehiä, joilla oli alemman asteen koulutus. Osalla tutkittavista oli taustalla mielenterveyden häiriöitä. Akuutissa vaiheessa oli suurella osalla päihteisiin liittyvää oireilua. (Palmu, Suominen, Vuola & Isometsä 2010, 601–609.)

4.2 Traumaresuskitaatio ja Triage

Traumaresuskitaatiolla tarkoitetaan moniammatillista yhteistyötä, jossa toimitaan sovittujen vaiheiden mukaisesti noudattaen sovittua työnjakoa. Tällöin voidaan puhua myös niin sanotusta traumatiimistä, jonka tehtävä on huomioida välittömät, henkeä uhkaavat vammat ja estää kudonsvaurioiden kasvu. Traumatiimiin kuuluu traumajohtajan lisäksi traumahoitaja, anestesioologi, anestesioologi avustava hoitaja, traumajohtajaa avustava hoitaja, radiologi ja röntgenhoitajat sekä laboratoriohoitajat. Traumatiimiin kuuluvilla henkilöillä on kattava tietopohja traumapotilaan hoidosta ja anatomiasta. (Handolin, Kivioja & Lassus 2010, 149–150.)

Triageryhmä koostuu lääkäristä, sairaanhoitajasta ja heidän kirjaajastaan. Heidän tehtävänsä on arvioida potilaiden tilaa, ja jaotella potilaat neljään kategoriaan riippuen siitä, millaista hoitoa potilas tarvitsee. Ensimmäinen ryhmä koostuu potilaista, joilla on vähintään kaksi henkeä uhkaavaa vammaa sekä sokissa olevat potilaat. Toinen ryhmä koostuu potilaista, joiden tila vaatii nopeaa hoitoa ja tutkimusta. Kolmanteen ryhmään kuuluvat ne potilaat, jotka tarvitsevat vielä jatkoselvittelyjä. Neljänteen ryhmään kuuluvat jo henkensä menettäneet potilaat. Potilaat siirtyvät hoitoon oman kategoriansa edellyttävällä tavalla. (Tervo & Keinänen, 2000, 1153–1163.)

4.3 Psyykinen trauma

Traumaattinen kokemus on huomattavasti tavallisesta arjesta poikkeava lyhytkestoinen tapahtuma, joka aiheuttaa kokijalleen toistuvuuden tunnetta tapahtuneeseen liittyen tai välttämisreaktion, jolloin henkilö pyrkii unohtamaan tapahtumaan liittyvät asiat. (Traumaperäiset stressireaktiot ja -häiriöt: Käypä hoito- suositus 2009). Traumaattinen kokemus aiheuttaa psyykkistä oireilua, jota kutsutaan stressireaktioksi. Stressireaktio on riippuvainen siitä millainen traumaattinen kokemus taustalla on, miten kauan se on kestänyt, ja miten tapahtuma on koettu. (Korkeila & Törmä 2010, 2645).

Traumaperäiset stressireaktiot ovat yleisiä traumaattisen tilanteen jälkeen ja ne voidaan jakaa kolmeen ryhmään: akuuttiin stressireaktioon, akuuttiin stressihäiriöön ja traumaperäiseen stressihäiriöön. Akuutti stressihäiriö ilmenee noin tunnin kuluttua traumaattisesta tapahtumasta ja aiheuttaa ahdistuneisuusoireita, kuten sydämentykytystä ja tukehtumisen tunnetta. Myös ajantajun sumeneminen tai yliaktiivisuus voivat olla oireina. Akuutti stressireaktio aiheuttaa irrallisuuden tunnetta, todellisuudentajun muuttumista tai traumaattisen tilanteen sulkemista mielestä. Traumaperäinen stressihäiriö aiheutuu yleensä sellaisen tilanteen jälkeen, jossa ihminen kokee olonsa avuttomaksi, kokee suoranaista kauhua tai kokee tapahtuman, johon liittyy kuolema. Henkilö kokee traumaattisen tilanteen uudestaan jatkuvasti, hänen vireystilansa on kohonnut ja hänen toimintakykynsä voi heiketä. Oireet voivat kestää kuukausia ja pahimmillaan tila voi kroonistua, jos apua ei ole saatavilla. (Riikola & Ponteva 2009.)

Traumaattisia kokemuksia ovat mm. vakavat tapaturmat liikenteessä tai toisen henkilön kuoleman todistaminen. Traumaattisiksi kokemuksiksi luokitellut tapahtumat aiheuttavat kokijalleen voimakkaita pelon tai avuttomuuden tunnetta. Myös suoranaista kauhun tunnetta voi esiintyä. (Traumaperäiset stressireaktiot ja- häiriöt: Käypä hoito-suositus 2009.)

Onnettomuuden jälkeinen varhainen havaitseminen ja psykiatrinen tuki ovat äärimmäisen tärkeitä, jotta vältetään post-traumaattisen psyykkisen oireilun kroonistuminen. (Wrenger, Lange, Langer, Heuft & Burgmer 2008, 434.)

Traumaattinen kriisi aiheutuu ennalta arvaamattomasta tilanteesta, joka vaikuttaa yksilöön voimakkaasti. Usein taustalla on kontrolloimaton tilanne, esimerkiksi vakava onnettomuus, kuolema tai uhka väkivallasta, esimerkiksi paljon tiedotusvälineissä olleet kouluampumistapaukset. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009.)

Traumaattisen tapahtuman uhreiksi lasketaan kaikki ne henkilöt, joita traumaattinen tapahtuma koskettaa. Erityisessä psykososiaalisen tuen tarpeessa ovat fyysisesti ja psyykkisesti uhriksi joutuneet, sekä kaikki, jotka ovat olleet traumaattiseen tapahtumaan osallisena. Psykososiaalista tukea tarvitsevat myös ne ihmiset, jotka ovat traumassa menettäneet läheisen, sekä myös eloonjääneiden läheiset. Traumaattiselle tilanteille altistuvat myös tapahtuman pelastustoimissa mukana olleet henkilöt sekä heidän työtoverinsa, jos työtoveri on vammautunut tai menehtynyt. Kuolema sinänsä aiheuttaa kriisin, vaikka ei olisi varsinaisesti tapahtumapaikalla ollutkaan, joten traumaattisen tilanteen uhrien omaisia ei sovi unohtaa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 11.)

Psykososiaalinen tuki on onnettomuuden tai muun mieltä rasittavan tapahtuman jälkeistä ehkäisevää toimintaa, jolla pyritään ehkäisemään tilanteen aiheuttamia psyykkisiä haittoja ja psykiatrisia häiriöitä. Psykososiaalinen tuki sisältää sekä psyykkistä tukea että sosiaalipalveluiden tukea. Tarjolla on myös erilaisia hengellisiä ja yhteisöjen ylläpitämiä kriisitukipalveluja. Akuuttiluontoisen kriisityön tarkoituksena on mahdollisimman nopea psyykkisen hyvinvoinnin edistäminen, jotta inhimillinen kärsimys vähenisi. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009.)

Wrenger ym. (2008, 439.) seurasivat onnettomuuden uhreja vuoden ajan, joista

15.4 prosenttia kärsi ainakin yhdestä mielenterveydenhäiriöstä kuuden kuukauden jälkeen ja 12.9 prosenttia kärsi ainakin yhdestä mielenterveyden häiriöstä vielä vuoden jälkeen. Traumaperäinen stressireaktio on yksinään melko harvinainen.

On tutkittu, että nopealla puuttumisella traumaattisen tilanteen jälkeen voidaan ehkäistä psyykkisen sairauden kroonistuminen. (Wrenger ym. 2008,439.) Haasteena psykososiaalisessa toiminnassa traumaattisen tilanteen jälkeen on moniammatillisuuden toteutuminen järjestelmällisesti, niin etteivät hoitopäätökset ajat venyisi suhteettoman pitkiksi.(Henriksson & Laukkala 2010, 2644.)

Traumaattisen kokemuksen jälkeen nopeasti käytettävissä oleva psyykkinen ja sosiaalinen tuki antaa hyvät selviämismahdollisuudet, kunhan tukea ja ohjausta on riittävästi tarjolla. Traumaattiseen tilanteeseen joutuneen voi olla mahdotonta kohdata tilanteen aiheuttamia ajatuksia, jolloin ulkopuolisen tuen saanti on elintärkeää ja mahdollistaa psyykkisen sopeutumisvaiheen kriisiin. Akuuttiluonteinen psykososiaalinen tuki tarkoittaa psyykkisen puolen eheyttämistä, oman arvostuksen ja jaksamisentunteen riittävää tukemista ja traumaattisen kokemuksen liittymistä osaksi omaa elämäkokemusta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009,)

4.4 Traumasta selviäminen ja sopeutumisprosessi

Mieltä järkyttävän tilanteen jälkeen ihminen menee psyykkiseen sokkitilaan, joka suojaa mieltä tilanteesta, jossa tuleva informaatio on sellaista, jota ei tilanteen järkyttävyyden vuoksi pysty käsittelemään. Kyseessä on elimistön suojautumisreaktio, joka mahdollistaa fyysisen toimintakyvyn jatkumisen. Tässä vaiheessa tukea tarvitaan käytännön järjestelyissä, tilanteesta informoinnissa ja kertomalla tunteista, joita

tilanne saattaa aiheuttaa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009,13,15)

Sokin jälkeen tulevat voimakkaat tunteet tapahtuman tai kuullun tiedon jälkeen, jolloin ihminen voi kokea ahdistaviakin ajatuksia ja tunteita. Kyseessä on eräänlainen reaktiovaihe, jolloin ihmisen toimintakyky voi heiketä ja hän pyrkii löytämään balanssin oman elämän ja traumaattisen kokemuksen välillä. Reaktiovaiheessa oleva henkilö tarvitsee vahvaa tukea, tunteen siitä, että hänellä on joku, jolle puhua. Tunteita voi tulla laidasta laitaan, myös syyllisyyden tunteet ovat yleisiä, ja niiden käsitteleminen voi olla hankalaa. Vertaistuki tässä vaiheessa auttaa käsittelemään tilannetta ja ymmärtämään sen, ettei ihminen ole yksin tilanteessa. (Sosiaali ja terveysministeriö 2009,14,15.)

Käsittelyvaiheessa omat puolustusmekanismit alkavat palautua, jos ihminen on saanut riittävästi tukea ja ohjausta, ja on valmis prosessoimaan tapahtunutta. Tässä käsittelyvaiheessa ihminen käsittelee tunteitaan syvällisemmin, mutta on toimintakyvyltään vielä keskeneräinen, ja psyykkistä tukea tarvitseva. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 14.)

5 PSYKIATRISET SAIRAUDET

Tässä luvussa käsitellään sellaisia psykiatrisia häiriötiloja, joita voidaan kohdata traumapotilailla, joko syntyneenä somaattisen sairauden myötä tai aikaisemmin kehittyneenä. Psykiatristen häiriötilojen ja niiden oireiden tuntemuksesta on hyötyä hoitohenkilökunnalla missä tahansa potilastyössä.

Työskennellessään psykiatrisen potilaan kanssa on hyvä tunnistaa erilaisia piirteitä ja merkkejä, jotka voivat kertoa psykiatrisesta oireilusta. Psykiatrista tilaa voidaan mitata erilaisilla arviointitaulukoilla ja haastattelulla, sekä havainnoimalla potilasta. Psykiatrinen haastattelu on keino luoda yhteys potilaaseen ja saada lisää tietoa potilaan elämästä. Haastattelua tekevän on hyvä muistaa, että hyvin väsynyt ja

psykkisesti sairas henkilö ei välttämättä jaksaa keskustella pitkiä aikoja, tai hänellä voi olla pelko tuoda ajatuksiaan rehellisesti esiin pakkohoitolähetteen pelossa. (Lepola, Koponen, Leinonen, Joukamaa, Isohanni & Hakola 2002, 29–30.)

Potilaan yleisvaikutelmaan kannattaa kiinnittää huomiota, ja siihen miten hän käyttäytyy. Potilaan mielialaa on hyvä arvioida, näkyykö jotain sellaisia merkkejä, jotka paljastavat potilaan psykiatrisen tuen tarpeen. Potilaasta voidaan tarkkailla viireys tilaa ja kiihtyneisyyttä, sekä ahdistukseen viittaavia merkkejä. (Lepola ym. 2002, 31–33.)

5.1 Psykiatriset häiriöt

Masennuksessa oireina ovat mielenkiinnon väheneminen tai mielihyvän tuntemisen heikkoudet. Masentuneella voi esiintyä väsymystä ja muutoksia energiatasoissa. Masentunut voi muuttua myös ulkoiselta statukseltaan ja hänellä voi olla unihäiriöitä tai hän voi ajatella kohtuuttoman paljon kuolemaa tai itsemurhaa. Masennus luokitellaan lieväksi, keskitasoiseksi tai vakava-asteiseksi sen oireiden perusteella. Lievä masennus ei vaikuta kovin paljoa sosiaalisiin suhteisiin tai työhön kun taas vakava-asteinen masennus haittaa huomattavasti elämää ja siihen voi liittyä myös erilaisia luuloja liittyen depression. (Lepola ym. 2002, 63–64.)

Unihäiriöitä ja nukahtamisvaikeutta voi esiintyä mielenterveydenhäiriöiden yhteydessä. Usein korostuu herääminen aamuyön tunteina ja katkonainen yöuni. Myös psykoosipotilailla saattaa olla univaikeuksia, johtuen osittain kaaosmaisesta vuorokausirytmistä. Ahdistushäiriöistä kärsivän univaikeuksiin voivat vaikuttaa paniikkikohtaukset, joita voi esiintyä myös yöaikaan. Tilapäisiä unihäiriöitä esiintyy elämäntilanteiden muuttuessa, ja tällöin puhutaan toiminnallisesta unettomuudesta. Unihäiriöitä hoidetaan unilääkkeillä, sekä oireenmukaisesti, jos univaikeudet johtuvat esimerkiksi ahdistuneisuudesta. (Lepola ym. 2002, 167–168.)

Jatkuva huolehtiminen ja huoli jostain asiasta saattaa olla merkki ahdistuneisuudesta, joka on lievimmillään pelonsekaista huolehtimista, mutta pahimmassa tapauksessa se voi vaikeuttaa ja rajoittaa ihmisen toimintaa huomattavasti. Ahdistuneisuus aktivoi sympaattista hermostoa aiheuttaen somaattisia oireita, kuten sydämenhakkaamista ja vapinaa. Unenlaatu voi olla ylivireystilan takia huono. Ihminen on jatkuvassa luontaisiin vaistoihin kuuluvassa pakenemisroolissa, jota on selviytymiseen joskus tarvittu. Ahdistuneisuus liittyy vahvasti muihin psykiatrisiin häiriöihin, mutta voi olla myös irrallinen sairaus. Osalle potilaista voi kehittyä paniikkihäiriö tai sosiaalisten tilanteiden pelko. Ahdistusta voidaan hoitaa lääkkeellisesti tai terapioiden avulla. (Lepola ym. 2001, 91–97.)

Päihteiden käyttö kulkee usein käsi kädessä mielenterveydenhäiriöiden kanssa. Päihteiden käyttö voi lisätä potilaan tapaturma-alttiutta ja potilas saattaa tehdä asioita päihteen vaikutuksen alaisena, joita ei muussa tapauksessa tekisi, kuten itsemurha. Alkoholi on tunnetumpia päihteitä ja sen aiheuttamat haitat ovat tuttuja terveydenhuollon piirissä. Alkoholin käyttöön liittyy muiden ongelmien lisäksi lisääntynyt tapaturmariski, jolloin potilas voi joutua viettämään aikaa sairaalassa. (Lepola ym. 2002, 221–223) Tutkimusosastollamme hoidettiin myös alkoholin väärinkäytöstä johtuvia delirium-tiloja. Alkoholin käytön lopettaminen laukaisee deliriumin. (Lepola ym. 2002, 226.) Muita ongelmia aiheuttavia päihteitä ovat huumeet, jotka aiheuttavat vahvaa psyykkistä ja fyysistä riippuvuutta. Yleensä käyttöön liittyvät myös ongelmat muilla elämän osa-alueilla. (Lepola ym. 2002, 227.)

Lundström, Edlund, Karlsson, Brännström, Bucht, & Gustafson (2005) tutkivat hoitajien koulutusohjelmissa tapahtuvien muutosten vaikutusta delirium-potilaan paranemiseen. Tutkimuksessa puututtiin hoitajien koulutustarpeen kautta deliriumin ennaltaehkäisyyn, hoitoon ja arviointiin sekä hoitajan ja potilaan väliseen vuorovaikutukseen.

Tutkimuksen perusteella hoidon suunnittelulla voidaan vaikuttaa deliriumin kestoon ja sairaalajakson pituuteen ja potilaan kuolleisuuteen.

Joissain sairauksissa voi esiintyä psykoottisuutta. Tällaisia sairauksia ovat mm. masennus ja maanis-depressiivisyys. Potilas voi olla psykoosissa myös päihteiden käytön tai äkillisen lopettamisen vuoksi. Psykoosissa oleva potilas on menettänyt todellisuudentajunsa, ja hän saattaa kärsiä deluusioista eli harha-ajatuksista tai hallusinaatioista. Psykoosin oireet ovat riippuvaisia siitä, millaisesta psykoosista on kysymys. (Medline plus-verkkosivusto 2010.) Psykoottisen henkilön hoidossa on tärkeää edesauttaa potilaan orientoitumista todellisuuteen. Hoidon tulisi olla hyvin suunniteltua ja kokonaisvaltaista. (Vuori-Kemilä, Stengård, Saarelainen & Annala 2007, 123–124.)

Osa potilaista voi käyttäytyä itsetuhoisesti. Itsetuhoisuus on itsensä altistamista henkeä uhkaaviin ja itseä vahingoittaviin tilanteisiin. Itsetuhoisen henkilö saattaa ottaa myös riskejä, jotka saattavat hänen elämänsä vaakalaudalle, myös ilman tietoista tarkoitusta oman itsensä vahingoittamiseen. (Lepola ym. 2002, 231.)

Suurin osa itsemurhan tehneistä on kärsinyt psykiatrisesta sairaudesta. Osalla on havaittu depressio tai päihteiden käyttöä. Noin viisi prosenttia itsemurhan tehneistä on kärsinyt somaattisesta sairaudesta ja suurin osa itsemurhan tehneistä on miehiä. Itsemurhan ja itsetuhoisuuden riski kasvaa puhuttaessa psykiatrisista häiriöistä. (Lepola ym. 2002, 232.) Kolmanneksella itsemurhan tehneistä tekoa edeltää aikaisempi itsetuhoisen yritys. Itsemurhariskiä arvioitaessa tulisikin tunnistaa ne potilaat, joilla on suurentunut riski tehdä itsemurha. Kohonneeseen itsemurhariskiin liittyy tiettyjä riskitekijöitä, joita ovat mm. psykiatrinen tausta, alkoholismi, aikaisempi yritys ja sairaalasta uloskirjaus. (Lepola ym. 2002, 233–236.) Koska sairaalasta poistumisen jälkeen on havaittu itsetuhoisuutta tietyillä potilasryhmillä, herääkin kysymys voidaanko hoidon jatkamisella vaikuttaa itsetuhoisen henkilön käyttäytymiseen, ja mahdollisesti välttää potilaan itsemurha.

6 TUKI- JA LIIKUNTAELINSAIRAUDET

Yleisin kipua ja työkyvyttömyyttä aiheuttava sairausryhmä on tuki- ja liikuntaelin- sairaudet, ja yli miljoona suomalaista kärsii jonkin asteisesta tuki- ja liikuntaelinsairaudesta. Tuki- ja liikuntaelinsairauksiin kuuluvat mm. nivelreuma, nivelrikko, selän kiputilat ja iskias sekä niska- ja hartioihin kohdistuvat kivut. (Heliövaara & Riihimäki,2005,164.)

Pohjalainen(2005, 4895) tuo esille, että tuki- ja liikuntaelinsairauksien ja depression aiheuttamaan työkyvyttömyyteen voidaan vaikuttaa lisäämällä resursseja sairauksien ennaltaehkäisyyn ja hoitoon. Hoitosuosituksilla voidaan parantaa alueellisia hoitoketjuja ja aikaansaada toimivampi hoitojärjestelmä. Hoitosuosituksien myötä aikaansaadaan jonotusajan lyheneminen ja riski jäädä työelämän ulkopuolelle vähenee. (Pohjalainen 2005, 4895.)

Myös fibromyalgiaa sairastavien naisten keskuudessa on havaittu terveysongelmia, joita ovat muun muassa somaattiset ja kognitiiviset ongelmat. Näillä ongelmilla on vaikutus fyysiseen ja psyykkiseen hyvinvointiin. Fibromyalgiaa sairastavat naiset voivat kärsiä premenstruaalisesta oireyhtymästä, levottomat jalat syndroomasta ja univaikeuksista. (Shaver ym.2006: 1042- 1045.)

TULES- toimialueeseen kuuluvat myös luukasvaimet, jotta voidaan jakaa eri tyypeihin ja erotella niiden laadun mukaan. Luustossa olevat kasvaimet jaotellaan joko hyvänlaatuisiksi tai pahanlaatuisiksi. Hyvänlaatuinen luukasvaintyyppi on esimerkiksi osteoidi osteooma, joka useimmiten sijoittuu miehen sääri- tai reisiluun alueelle ja aiheuttaa voimakasta kipua. Pahanlaatuinen luukasvain on myelooma, joka aiheuttaa rintarangan ja selkärangan alueelle kipuja, sekä saattaa aiheuttaa myös neurologisia oireita. Luuston kasvaimet voidaan jaotella myös sen perusteella ovatko ne lähtöisin luusta vai levinneet. (Mäkelä,

20012205–2214,) Käden alueen kirurgiset toimenpiteet hoidetaan Turun yliopistollisen sairaalan ortopedian ja traumatologian klinikalla ja yleisimpiä hoidettavia ovat käsivammojen jälkitiloista tai hermopinteistä kärsivät potilaat, sekä käden jänne- ja nivelsairauksista kärsivät potilaat.(Turun yliopistollinen keskussairaala 2011.)

Väestön ikärakenteen tulevat muutokset tulevat luultavammin lisäämään tuki- ja liikuntaelinsairaiden määrää entisestään. Riskitekijöitä sairastumiselle ovat ruumiillisesti rasittava työ, onnettomuudet ja tapaturmat ja lihavuus sekä tupakointi. Tuki- liikuntaelinsairauksista aiheutuvien haittojen ehkäisemiseksi olisi syytä kiinnittää huomiota myös sairauksien ennaltaehkäisyyn. Työn kuormittavuuteen ja väestön elintapoihin tulisi kiinnittää huomiota. (Heliövaara & Riihimäki 2005, 170–171.)

7 TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTTAMINEN

7.1 Menetelmä

Kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus on tiedon hankintaa käyttäen aitoja tilanteita ja ihmistä tiedon keruun välineenä. Kvalitatiivinen tutkimus kehittyy todellisesta

elämästä ja on tyyliltään kokonaisvaltaista. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 156-157.)

Tiedon hankintaan voi laadullisessa tutkimuksessa käyttää haastattelujen lisäksi kyselyitä ja havainnointia.(Tuomi & Sarajärvi 2009, 71.) Haastattelu on joustava tapa hankkia tietoa ja siinä on mahdollisuus käydä keskustelua haastattelijan ja haastateltavan välillä. Haastattelun etenemiseen voidaan vaikuttaa tilanteen mukaan ja haastattelijalla on mahdollisuus selventää kysymystä haastateltavalle. Samalla on mahdollisuus tarkkailla haastateltavan tapaa vastata kysymyksiin.(Tuomi & Sarajärvi 2009, 73.)

Haastattelun voi toteuttaa eri tavoilla, joita ovat mm. lomakehaastattelu, strukturoimaton haastattelu ja puolistrukturoitu haastattelu. Lomakehaastattelussa haastattelu noudattaa lomakkeen etukäteen määrättyä järjestystä. Haastattelun toteuttaminen on helppoa, kun kysymykset ovat valmiiksi asetettu. Ongelmaksi saattaa muodostua haastattelun joustamattomuus. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 44-45.)

Teemahaastattelu etenee etukäteen valittujen teemojen mukaan, jotka on kehitetty tutkimusongelmien pohjalta. Teemojen syntyyn on vaikuttanut aiheesta aikaisemmin löytynyt tieto, joka on herättänyt tutkijalle tiedontarpeen. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 75.) Teemat eivät saa olla liian sulkeutuneita, jotta tutkittavan omat ajatukset ja tarkennukset tulevat esiin. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 66–67.) Täysin strukturoimaton haastattelumuoto on avoin haastattelu, jossa käydään keskustelua ja jopa haastattelun aihe voi muuttua haastattelun aikana. Haastattelijan tehtävä on kuljettaa haastattelua eteenpäin, koska varsinaista haastattelun runkoa ei ole. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2002, 196.) Strukturoimaton haastattelu perustuu tutkimusongelmaan, mutta siinä on tarkoituksena antaa haastateltavan tuoda ajatuksensa esiin mahdollisimman avoimesti. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 76-77.) Avoin haastattelu on aikaa vievää ja vastuu haastattelun etenemisestä on haastattelijalla. Avoin haastattelu vaatii haastattelijalta paljon, ja haastattelun toteuttamiseen tulisikin kouluttautua. (Hirsjärvi ym. 2007,204–205.)

Laadullisessa tutkimuksessa voidaan käyttää havainnointia tiedonhankintamenetelmänä. Havainnoimalla ja tarkkailemalla voidaan nähdä mitä todellisessa elämässä tapahtuu, mikä voi erota paljonkin haastatteluissa saaduista tuloksista. Havainnointi voi olla suunnitelmallista ja systemaattista havainnointia, jossa tehdyt havainnot kirjataan tarkasti ylös sen mukaan mitä havainnoidaan. Havainnoitsija on koko ajan tarkkailijan asemassa, eikä pyri osallistumaan tutkittavien elämään. Toinen havainnointitapa on luonnollinen, osallistuva

havainnointi, jossa havainnoitsija on tutkittavan lähellä pitkiäkin aikoja, ja voi osallistua tutkittavan maailmaan.(Hirsjärvi ym. 2007, 207–211.)

7.2 Teemahaastattelurungon kehittäminen

Haastattelumuotoja, joihin tutustuttiin ennen teemahaastatteluun päätymistä, olivat lomakehaastattelu ja puolistrukturoitu- ja strukturoimaton haastattelu. Teemahaastattelu on puolistrukturoitu, koska siinä etukäteen päätetyt teemat ovat kaikille haastateltaville samat, mutta kysymysten järjestys ja muoto voivat vaihdella. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 48.) Tähän haastattelumalliin päädyttiin juuri sen takia, että haastattelun aikana voidaan aineistoa kerätä myös keskustelun avulla. Kirjallisuuskatsauksen pohjalta kehitetyt tutkimusongelmat toimivat pohjana teemahaastattelurungolle. Ensin laadittiin teemahaastattelurungon pääteemat, joita olivat psykiatrisen tuen tarpeen arviointi, psykiatristen palvelujen käyttö- ja saatavuus sekä toiminnan kehittäminen. Teemoja syvennettiin lisäkysymyksillä tutkimusongelmiin perustuen.

Tarkoituksena oli, että haastattelu ei olisi ollut liian strukturoitu, vaan keskustelulle jäisi tilaa. Lopulta kysymyksiä tuli haastattelurunkoon suunniteltua enemmän, mutta haastattelujen toteutus- vaiheessa jäi keskustelulle riittävän paljon tilaa Haastatteluiden edetessä huomattiin, että haastateltavilla oli paljon tietoa myös haastatteluteemojen ulkopuolelta. Tärkeimpiä tietoja ei haluttu jättää opinnäytetyön ulkopuolelle, vaan ne otettiin mukaan työhön tuloksia kirjoitettaessa.

7.3 Kohderyhmä

Haastatteluiden kohderyhmänä oli Turun yliopistollisen sairaalan traumatologian osaston 214 sairaanhoitajaa. Osastonhoitaja valitsi haastatteluihin osaston pitkäaikaisia sairaanhoitajia. Haastateltavia oli suunniteltu olevan kuusi, mutta lopullinen haastattelumäärä oli viisi.(N=5)

Haastateltavilla oli usean vuoden kokemus työskentelystä traumapotilaiden ja haastateltavien vankkaa ammattitaitoa hyödynnettiin haastatteluissa.

7.4 Aineiston kerääminen

Taustatietoa psykiatristen palvelujen käytöstä ja saatavuudesta etsittiin kirjallisuudesta ja suomalaisista ja ulkomaisista tutkimuksista. Aineiston hakeminen aloitettiin tutustumalla psykiatriin sairauksiin sekä tuki- ja liikuntaelinsairauksiin. Syvempää, yksityiskohtaisempaa tietoa löytyi ulkomaisista tutkimuksista. Hakuvaiheessa painotettiin psykiatristen sairauksien esiintyvyyttä sellaisilla potilasryhmillä, joita TYKS: n traumatologian osastolla on. Tutkittua tietoa löytyi muun muassa traumaista, palovammoista ja onnettomuudenuhreista. Traumaattisten tilanteiden vaatimasta psykiatrisesta tuesta löytyi kotimaista tutkittua tietoa. Tekijän kiinnostusta lisääntyi tiedonmäärän kasvaessa ja mitä enemmän tietoa löytyi, sitä enemmän heräsi kysymyksiä. Viitekehyksen pohjalta syntyivät tutkimusongelmat, joihin haettiin vastauksia.

Tutkimussuunnitelma koottiin keväällä 2011 jonka jälkeen anottiin puolta tutkimusluvalle Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin hoitotyön asiantuntijaryhmältä, ortopedian ja traumatologian klinikan ylihoitajalta sekä tulostyhmän johtajalta. Kun tutkimuslupa oli myönnetty oltiin yhteydessä osaston 214 osastonhoitajaan ja sovittiin haastattelujen ajankohta. Osastonhoitajan valitsemiin haastateltaviin otettiin yhteyttä sähköpostitse ja heille lähetettiin haastattelurunko ja saatekirje sekä sovittiin haastatteluajankohdat.

Haastattelujen suunniteltu ajankohta osui kesäloma-aikaan, josta syystä kaikkia haastateltavia ei voitu tavoittaa samaan aikaan. Haastatteluajankohdat saatiin kuitenkin sovittua niin, että haastateltavat olivat jo palanneet töihin lomilta. Haastateltavat olivat jo etukäteen sopineet haastattelupaikan osastoltaan, mikä helpotti opinnäytetyön

tekijää, jolla ei kohderyhmän osaston tiloista ollut tarkkaa kuvaa. Haastatteluun osallistuvat olivat varanneet haastatteluun noin tunnin aikaa, ja ajat sovittiin haastateltavien vuoronvaihtoihin, jolloin se ei verottanut niin paljon osaston toimintaa.

Ennen haastattelun alkua haastateltava allekirjoitti suostumuslomakkeen. (LIITE 3) Tässä opinnäytetyössä aineisto kerättiin teemahaastatteluilla (LIITE 2), joissa tutkittavilla oli mahdollisuus osallistua ja keskustella. Teemahaastatteluissa haastattelijalla oli mahdollisuus havainnoida ja tarkkailla haastateltavien ilmeitä ja eleitä. Haastattelun hyvät ja huonot puolet tiedonkeruumenetelmänä johtuvat siitä, että haastattelu on tilanne, jossa ollaan suorassa vuorovaikutuksessa haastateltavan kanssa. Etuna on tilanteen joustavuus ja mahdollisuus tulkita tutkittavan vastauksia laajemmin, kun häneen on näköyhteys. (Hirsjärvi ym. 2007, 199–200).

Haastattelutilanne oli kestoltaan puolesta tunnista tuntiin riippuen keskustelun määrästä haastattelun aikana. Haastattelun runko oli kaikille sama, mutta tilanteen ollessa avoin ja keskustelullinen tuli haastatteluissa lisää aineistoa myös haastattelurungon ulkopuolelta. Haastattelut olivat yksilöhaastatteluja ja ne nauhoitettiin, jotta voitiin varmistua siitä, ettei mikään tärkeä seikka jää huomaamatta haastatteluja hyödynnettäessä. Haastattelutilanne tapahtui haastateltavien työajalla ja haastateltavat saivat ennen haastattelua saatekirjeen (LIITE 1), jossa kerrottiin haastatteluajankohdasta, haastattelun kestosta ja haastattelun luonteesta. Haastattelutilanne oli avoin ja keskustelullinen, jossa haastateltavan sanoma tuli hyvin kuuluviin. Haastattelupaikka oli olla rauhallinen ja hälytön erillinen huone, jotta nauhoitteella voitiin erottaa haastateltavan henkilön puhe.

Haastattelutilanteessa tehtiin muistiinpanoja ja ne kirjattiin paperille, jotta niitä voitiin hyödyntää litterointivaiheessa. Haastattelujen jälkeen nauhoitetut haastattelut kuunneltiin ja kirjoitettiin puhtaaksi. Tämän jälkeen tehtiin matriisi perustuen tutkimusongelmiin ja haastateltujen henkilöiden vastauksiin.

Aineisto kerättiin elokuun 2011 aikana ja valmis työ raportoitiin joulukuussa 2011. Valmis, hyväksytty opinnäytetyö toimitettiin Turun Ammattikorkeakoulun Ruiskadun kirjastoon sekä Theseus- tietopankkiin ja VSSHP:n hoitotyön asiantuntijaryhmän toimistoon.

7.5 Aineiston analysointi

Aineiston analysointi on prosessi, joka alkaa aineistonkäsittelyn alusta päättyen tuloksiin. Analyysin tavoitteena on saada aikaan luotettavia päätelmiä aineistosta. Aineiston käsittely voi edetä luokittelusta ja luokkien yhdistelystä tulosten tulkintaan päätelmiin. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 143–144.)

Analyysivaihe aloitettiin litteroimalla eli kirjoittamalla auki haastattelumateriaali. Litterointi voidaan tehdä koko aineistosta tai valikoimalla osan saadusta materiaalista.

Litterointivaiheessa auttaa, kun tiedossa on, miten aineistoa aiotaan analysoida sen jälkeen. (Hirsjärvi ym. 2007, 217.) Haastatteluaineistossa oli paljon tietoa myös haastattelurungon teemojen ulkopuolelta, mutta haastattelurungon ulkopuolinen tieto oli kuitenkin kiinnostavaa ja sitä voitiin hyödyntää tuloksia kirjoitettaessa, joten kaikki materiaali aukikirjoitettiin sanasanalta. Litterointivaihe oli opinnäytetyön haastavin vaihe, johtuen haastatteluaineiston suuresta määrästä. Litterointiurakan päätyttyä oltiin kuitenkin varmoja siitä, että oli työn kannalta hyödyllistä litteroida kaikki materiaali myös haastattelu-teemojen ulkopuolelta.

Vaikka haastatteluaineistosta löytyi paljon tekijää kiinnostavia asioita, ei kaikkea ollut lopulta mahdollista analysoida. Sisällönanalyysissä on tärkeää päättää, mikä aineistossa kiinnostaa ja palvelee tutkimusongelmaa, ja kohottaa kiinnostavat, tärkeät asiat erilleen muusta aineistosta. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 92.) Tämä osuus oli tekijälle haastavin, mikä osin selittyi kokemattomuudesta tutkimuksen tekemiseen. Analysointivaiheessa tekijää kiinnosti kaikki saatu materiaali, ja aineiston rajaaminen tuntui hankalalta. Kiinnostusta rajattiin teemojen sisällä pysyvään materiaaliin ja teemojen ulkopuolelta mukaan poimittiin

toiminnan kehittäminen ja omaiset.

Litteroitu materiaali koottiin matriisiin, jossa jokaisen haastateltavan vastaukset luokiteltiin tutkimusongelmien mukaan. Vastauksista koottiin luokkia, ja samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia verrattiin. Luokittelun jälkeen aineistoa pilkottiin vielä lisää teemojen mukaan. Aineistoa tyypiteltiin ja tavoitteena oli löytää yhtäläisyyksiä, joista voidaan tehdä päätelmiä. Aineiston käsittelyä helpotti teemahaastattelun runko, jota oltiin käytetty haastatteluissa. Luokittelua tehtiin useampaan kertaan, jotta mikään tärkeä seikka ei olisi jäänyt pois tai tulokset olisi vääristyneet. Tämän jälkeen otettiin esiin sellaiset asiat, jotka eivät vastanneet asetettuihin tutkimusongelmiin, mutta olivat hyödyllisiä opinnäytetyön kannalta.

Laadullisen tutkimuksen analyysissä tehdään päättelyä, joka voidaan erotella joko induktiiviseksi tai abduktiiviseksi. Induktiivinen lähestymistapa, jota tässäkin työssä käytetään, on aineistosta johtuvaa päättelyä. Abduktiivinen päättely perustuu teoriaan, jonka tutkija yhdistää aineistoon. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 136.) Vastauksia pyrittiin pelkistämään ja tuomaan esiin mahdollisimman luotettava tulos.

Analysointivaiheessa olisi helpottanut jos opinnäytetyössä olisi ollut useampi tekijä. Tällöin luotettavuus aineiston analysointivaiheessa olisi lisääntynyt, kun aineiston tulkinnat olisivat perustuneet useamman henkilön arvioon.

8 PSYKIATRISTEN PALVELUJEN KÄYTTÖ JA SAATAVUUS HOITOHENKILÖKUNNAN NÄKÖKULMASTA

8.1 Psykiatristen palvelujen käyttö traumapotilaan hoidossa

TYKS:n traumatologian osaston sairaanhoitajien mukaan potilaat tulevat heidän osastolleen pääasiallisesti ensiavun kautta, mutta osa tulee myös lupapaikalle sovitusti. Potilasaines on monipuolista ja heidän sairaushistoriansa voivat olla hyvinkin erilaisia. Potilaat ovat pääasiassa traumapotilaita käsittäen sellaisia potilaita, joilla on esimerkiksi lonkka-, sääri- tai jokin muu murtuma. Osaston potilaita ovat mm. onnettomuuden uhrin sekä monivamma-, palovamma- ja halvauspotilaat. Traumatologian osaston henkilökunnalta vaaditaan monen alan erikoisosaamista, ja varautumista nopeisiin käännteisiin, sillä heidän osastonsa potilasmäärät voivat muuttua vuorokauden aikana. Osastoa kuvailtiin haastavaksi, mutta myös antoisaksi.

Haastatteluiden perusteella ei saatu täyttä varmuutta siihen, onko hoitajan mahdollista konsultoida psykiatrista sairaanhoitajaa suoraan, vai tehdäänkö ensin psykiatrin konsultaatio, jota kautta psykiatrinen sairaanhoitaja tulee osastolle.

"Meillä olisi periaattees, hoitajakonsultaatiosta on puhuttu. Mut käytännös, mun mielestä psykiatria haluaa aina itse, et ensin heille tulee aina lääkäri. Et jos en mä nyt ihan väärin muista, niin siel on tosiaan nämä hoitajat ite, tai se on vissiin ihan oma käytäntö, et siel pitää olla tai tota, ensin lääkärin pitää nähdä potilas ennen kun he rupee konsultoimaan, poislukien päihdesairaanhoitajan konsultaatio."

Päihdesairaanhoitajan konsultaatioita voitiin tehdä suoraan sairaanhoitajien toimesta ja osastolla pyrittiin noudattamaan varhaisen puuttumisen mallia, jos potilaalla epäiltiin olevan päihdeongelma.

Osastolla hoidetaan myös alkoholin väärinkäytöstä johtuvat delirium-tilat.

"Eli me käytetään tota, niin sanotusti varhaista puuttumista, yritetään käyttää päihdepotilaisiin, tarkoittaa käytännössä sitä, et aina jos meil on alkoholin vaikutuksen alaisena tapahtunu vamma, niin me pyydetään se päihdesairaanhoidaja käymään täällä ilman sen kummempaa ihmettelyä. Me vaan ilmoitetaan potilaalle et se on meidän käytäntö."

Potilaille saattoi olla taustalla myös jokin psyykinen sairaus jo ennen osastolle saapumista. Myös sellaisia tilanteita on osastolla ollut, että potilas on itsetuhoisella käytöksellään aiheuttanut itselleen jonkin somaattisen sairauden ja on sen vuoksi osastolla hoidossa. Samanaikaisesti hänellä saattaa olla tarve saada psykiatrista hoitoa, mikä ei somaattisen sairauden takia ole mahdollista psykiatrisella osastolla. Tällöin potilasta hoidetaan traumatologian osastolla niin kauan, että hän on fyysiseltä kunnoltaan valmis siirtymään psykiatriseen hoitoon. Haastatteluiden ja tilastoaineiston perusteella traumatologian osaston potilaille on paljon psykiatrisia ongelmia:

"No on, on niitä aika paljon. Psykiatrinen potilas tuntuu olevan vähän tapaturma-altis potilas, siin sit sattuu kaikennäköstä.. Ja sekakäyttö, huumeapotilaat, siel on yleensä sit nää psykoosit ja muut mist tulee sit näit parvekkeelt hyppäämisiä ja muita mitkä päätyy meille sitte."

8.2 Psykiatrisen tuen saatavuus TULES- toimialueella

Haastatteluissa kysyttiin psykiatristen palvelujen saatavuudesta, onko palveluja helppoa saada ja miten nopeasti palvelut ovat saatavilla. Sairaanhoidajat kokivat psykiatristen palvelujen saatavuuden kokonaisuudessaan hyväksi. Sairaanhoidajan arvion perusteella pyydetty psykiatrin konsultaatiopyyntö toteutui haastateltavien mielestä hyvin.

"No kyllä se tarvittaessa saadaan järjestettyä, että siihen tarvitaan tietysti se, että lääkäri tekee sen pyynnön, et joskus sitä pyynnön tekemistä joudutaan vääntämään jonkun aikaa. Mut et kyl se , kyl nää yleensä aika hyvin nää traumatologit ja ortopedit tekee sen pyynnön, kun hoitajat sen ilmoittaa. Et kyl se lähtee siitä, et hoitaja tekee sen tarpeen arvion ja lääkäri tekee sen pohjalta sitten konsultaatiopyynnön. On se melko helposti saatavilla kuitenkin. Ja monesti sitte jopa ne tekee jopa ensiavussa, jos on oikeen akuutin olonen tilanne, niin ne tekee siellä ."

Psykiatri käy osastolla keskustelemassa potilaan kanssa ja tarvittaessa kirjoittaa lähetteen jatkohoitoon, esimerkiksi silloin, kun henkilö on yrittänyt itsemurhaa. Joskus päädytään siihen, että somaattisen oireen parannuttua potilas siirtyy suoraan kotiin, ja ottaa tarvittaessa yhteyttä omaan mielenterveystoimistoon ja osa itsetuhoisista potilaista siirtyy jatkohoitoon.

"Mut et esimerkiksi, sit et jos ajatellaan niinko itsemurhaa yrittäneet potilaathan, niin nykyään välttämät ei ollenkaan mee pakkohoitoon, jollei todeta et ne on avoimen psykoottisii. Eli jos se pystyy se potilas keskusteleen asiast rauhallisesti ja hän il- moittaa psykiatrille ,ettei hän aio hypätä uudestaan sillalta, niin ei hän mihinkään pakkohoitoon, hänel annetaan mielenterveystoimiston tarvittava et saa ottaa yhteyttä. Se loppuu siihen oikeestaan. Et ainoostaan jos on avoimen psykoottisii potilaita niin niihin sitte."

Potilailla on mahdollisuus psykiatrin lisäksi keskustella myös päihdesairaanhoidajan, sosiaalityöntekijän tai sairaalapapin kanssa. Usein potilaat keskustelevat myös osaston hoitajien kanssa.

"...eli sosiaalityöntekijähän on yleensä se meidän pelastava enkeli, joka hankkii sille ihmisille jonkin asuinpaikan jonnekin päihdekuntoutuslaitokseen, mitä täs nyt on näitä, Turun alueellakin..sossu yleensä käy, et sosiaalihoitaja on yleensä semmonen, mikä me saadaan itse soittaa ja tulee aina. Et ei oo mitään, et sanois ettei tuu ,vaan tulee aina ja jaksaa kuunnella ja selvittää asioita et..."

Potilailla on usein paljon lääkityksiä jo valmiina, ja joskus voi olla hankalaa arvioida millaisen lääkityksen potilas tarvitsee kun pitää hoitaa sekä vammaa että psyykkistä puolta.

"... Osa tarvii vähän lääkityksiäkin, ehkä jotain ainakin alkuun, semmosta jotain rauhoittavaa, rauhoittavaa lääkitystä tai muuta.. mutta sitten on näitä avopuolen potilaita, joilla ehkä on hoitokontakti jonnekin muualle mutta, tuota heidän lääkityksien säätäminen voi olla hieman hankalaa."

"Tietysti keskusteluapu, mut usein myös me hoitajat toivottais siihen niinku jotain lääke.. lääkeapua et. yöt menis paremmin tai olis rauhallisempi, tai jotain semmosta varsinkin nyt kun yöt on usein hankalii kun ne ei pysty nukkumaan."

Psykiatristen palvelujen saatavuuteen vaikuttaa potilaan somaattinen sairaus. Psykiatrisilla osastoilla ei ole valmiuksia hoitaa potilasta, jolla on vaikeuksia esimerkiksi liikkumisen suhteen.

"Se on pakko hoitaa ensiks sitä vammaa hyvin pitkälle ja yrittää siinä samalla hoitaa sitä psyykettä, mutta pääasiassa psykiatrinen, niin ne ei ota potilaita, jotka ei pysty toimimaan omatoimisesti"

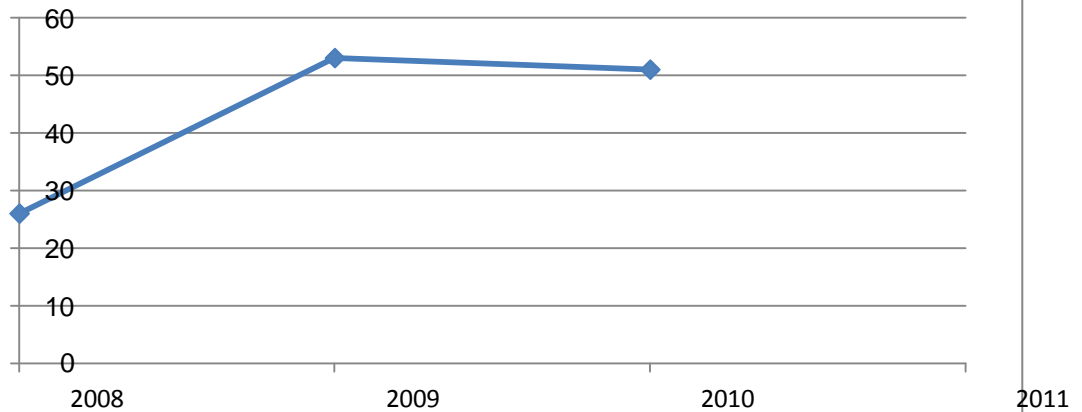
"Ja sit tietysti toi et, psykiatristen palvelujen saatavuus on sinänsä, että se somaattinen vaiva rajottaa hirveesti sitä saatavuutta. Esimerkiksi jos sä tarviit sen osastohoitopaikan, niin sitä joutuu odottamaan todella kauan, käytännössä sen potilaan pitää parantua suurin piirtein täällä tai jossain muussa jatkohoitopaikassa ennen kuin se voi mennä psykiatriselle osastolle."

8.3 Tilastollisia näkökulmia

Psykiatristen palvelujen käyttöä on analysoitu haastattelujen ja tilastoaineiston perusteella. Potilailla havaitaan melko usein psyykkistä sairastelua tai päihteiden väärinkäyttöä. Psykiatrin konsultaatiopyyntö tehdään osastolla aina, kun on kyse itsemurhaa yrittäneestä tai selvästi psykoottisesta potilaasta. Yleisimmin käytetty psykiatrinen palvelu oli TYKS:n oma psykiatri tai päihdesairaanhoidaja.

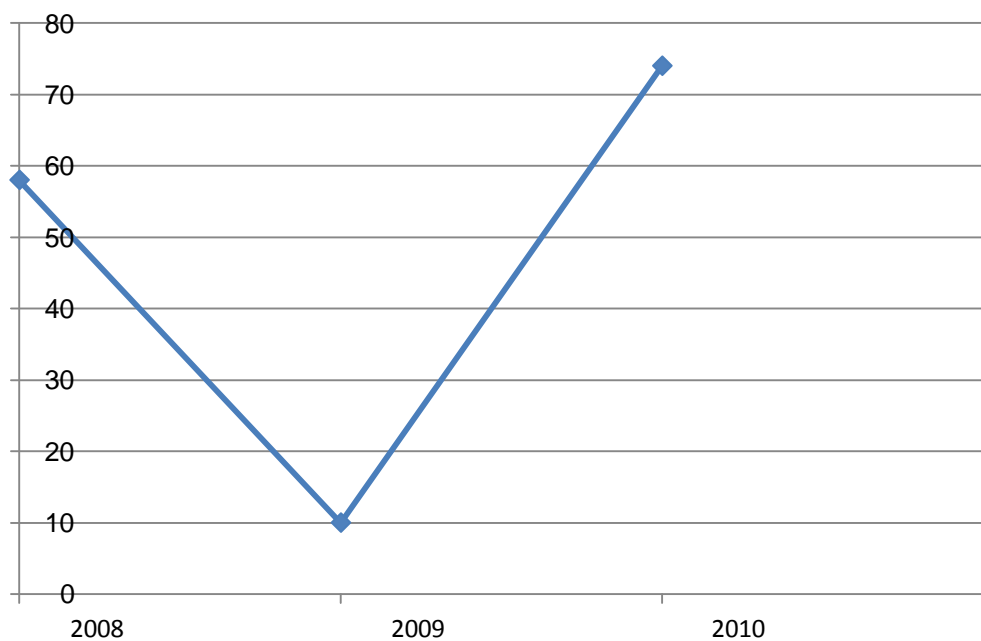
Tilastojen pohjalta traumatologian osastolta tehtiin konsultaatiopyyntöjä TYKS:n psykiatriselle kriisipoliklinikalle vuonna 2008 26 kappaletta, vuonna 2009 53 pyyntöä ja vuonna 2010 51 konsultaatiopyyntöä. Addiktiopoliklinikalle konsultaatiopyyntöjä tehtiin vuonna 2008 58 kappaletta, vuonna 2009 10 kappaletta ja vuonna 2010 74 kappaletta. Varsinaista tilastoanalyysiä ei alkuperäissuunnitelmien mukaan tehty tilastoaineiston vähyyden vuoksi, mutta tilastoaineistoa hyödynnettiin opinnäytetyössä tuomaan konkreettisesti esiin psykiatristen konsultaatioiden määrä traumatologian osastolla. Tilastoista saadun tiedon pohjalta tehtiin kaavio, jossa konsultaatiopyyntöjen määrää eri vuosina voidaan vertailla.

Kaavio 1. Psykiatrin konsultaatiopyynnot osastolta 214 vuosina 2008- 2010.



Vuonna 2008 psykiatrin konsultaatiopyyntöjä tehtiin 26, vuonna 2009 53 ja vuonna 2010 51 kappaletta

Kaavio 2. Konsultaatiopyynnot addiktiopoliklinikalle vuosina 2008- 2010.



Konsultaatiopyyntöjä addiktiopoliklinikalle tehtiin vuonna 2008 58, vuonna 2009 10 ja vuonna 2010 74 kappaletta.

8.4 Moniammatillisuus traumapotilaan hoidossa

Potilaan hoitoon osallistuu lääkärien ja sairaanhoitajien sekä lähihoitajien lisäksi fysioterapeutteja, toimintaterapeutteja ja sosiaalityöntekijä. Tarvittaessa potilaan on mahdollista jutella psykiatrin kanssa tai esimerkiksi päihdesairaanhoitajan kanssa. Hoitajat arvioivat potilaan vointia osastolla ja ilmoittavat osaston lääkäreille, jos potilas tarvitsee psykiatrista apua. Tarkkailua tapahtuu hoitotoimien yhteydessä, ja potilaan psyykkistä tilaa arvioidaan enimmäkseen keskustelemalla ja seuraamalla mm. rauhattomuutta ja ahdistuksen merkkejä. Konsultaatiopyyntöjä tehtiin tilastojen pohjalta psykiatriselle kriisiosastolle ja addiktiopoliklinikalle. Sairaanhoitajat ja muut potilaan hoitoon vaikuttavat henkilöt ilmoittavat osaston lääkäreille, jos psykiatriseen konsultaatioon on heidän mielestään aiheutta. Potilaat pyytävät toisinaan myös itse psykiatrista apua.

"Mut et sit on esimerkiksi jotain tällasia kun on saanu palovammat jossain tilantees mis koko muu perhe on palanu mukana, ni se on sit taas kriisipsykiatri, mut et se on ihan sit TYKS:n oma psykiatri, ketä siin konsultoidaan ja sitä kautta se lähtee sitte nää."

"... hoitajat enimmäkseen, mut sit on nää toimintaterapeutit ja fysioterapeutit, hekin on paljon tekemisissä potilaan kans niin silleen neuvoteltavissa."

".. sittenhän on kotiutushoitajat, nää ketkä arvioi sen hoidon tarpeen. Et se on, välillä ne saa sit jonkin paikan suoraan johonki palvelutaloon tai muualle, tuettuun palvelu- asumiseen."

8.5 Psykiatrisen tuen tarpeen arviointi traumapotilaalla

Traumaattisessa tilanteessa syntyy herkästi jokin psykiatrinen häiriötila, joka vaatii hoitoa. Ahdistus saattaa näkyä potilaan käytöksestä tai potilaalla voi olla nukkumisvaikeuksia.

"Joo siis sillä tavalla ilman muuta, et yleensä traumaapotilas on kokonaisvaltainen potilas, et siellä monesti riittävän pahassa traumassa on lähes aina sitten joku, psykiatrinen häiriötila syntyy, et näissä sitä herkästi konsultoidaan psykiatria meidän lääkäreiden kautta."

Psykiatrisen tuen tarve selviää keskustelun ja havainnoinnin kautta. Joskus potilas pyytää psykiatrista tukea myös itse.

".. niin kyllä siinä aika hyvin potilas itsekin kysyy tai että hän haluaisi keskustella tai sitä jos itse huomaa et on niinkun ahdistunu tai muuta, niin kyllä sitä tarjotaan apua et on mahdollisuus saada, jos haluaa keskustella."

Sairaanhoitaja arvioi potilaan psyykkistä tilaa, koska on potilaan kanssa paljon tekemisissä. Osa potilaista saattoi pyrkiä peittämään psyykkistä oireiluaan vaikka hoitotoimien yhteydessä käytöksestä saattoi huomata aihetta psykiatriseen tukeen. Haastattelujen perusteella psykiatrisesta tuesta ei alkuvaiheen hoidossa koettu olevan kaikkien potilaiden kohdalla hyötyä, koska potilas oli sellaisessa tilassa ettei vielä ymmärtänyt omaa tilaansa.

"...Et niinku varmasti siinä jälkivaiheessa. Monesti ne on niin tuoreita noi tapaturmat et. esimerkiks nämä ranka, spinaalivammat, siis halvaantuneet potilaat, mitä me nyt ensivaihees kuitenkin eniten hoidetaan, et ne on yleensä niin sokkivaihees, et ei siinä oo hyötyä periaattees siitä psykiatrin väliintulosta siinä kohtaa, et ku siinä ei mikään mee läpi periaattees."

"Kyllä siinä mukana on, mutta pääasiassa sairaanhoitaja on tarpeen arvioijana, koska me ollaan pääasiassa potilaitten kanssa tekemisissä. Lääkärit ei sinänsä näe niitä niin paljon, et pystyis kaikkee havaitsemaan ja osa potilaista, joilla on sitä psyykkistä ongelmaa niin on aika hyviä peittää sitä."

8.6 Omaiset osastolla 214

Traumaattinen tilanne koskettaa myös muita kuin itse potilasta. Usein omaiset tukeutuvat osastolla sairaanhoitajaan ja pyrkivät keskustelemaan potilaan tilanteesta sekä omasta tilanteestaan. Omaisten kanssa pyritään keskustelemaan osastolla työn lomassa. Omaiset voivat myös ottaa osastolle yhteyttä puhelimitse. Jos omaisen tarvitsee psykiatrista tukea

hänet ohjataan omaan terveystieteeseen, jollei omaisen psykiatrisen tuen tarve ole niin suuri että hänet on välittömästi saatava psykiatrisen tuen piiriin. Joissain tilanteissa sairaanhoitajan kanssa käyty keskustelu voi helpottaa omaisen ahdistusta mutta joissain tilanteissa voi auttaa myös osaston sairaalapappi.

"No täs oli semmonenkin tapaus, et oli ihan sairaalapappi, joka sanoi että voi antaa omaisille tavallaan niinku hänen puhelinnumeron et voi ottaa yhteyttä."

8.7 Uuden työntekijän perehdyttäminen traumapotilaan hoitoon

Osastolle tulevalle uudelle työntekijälle on tehty perehdyttämissuunnitelma ja hänellä on mahdollisuus konsultoida kokeneempaa sairaanhoitajaa. Osastolla on yleensä aina kokeneempi, useita vuosia osastolla työskennellyt sairaanhoitaja. Työtä tekemällä oppii parhaiten hoitamaan traumapotilaita, joilla on psykiatrisia- tai päihdehäiriöitä.

"Meillä on osastokokoukset joka viikon tiistaina ja sit meillä on kaks-kolme kertaa kuukaudessa semmonen teemapäivä, et yleensä siinä jostain aihealueesta joku tulee joko edustaja tulee tai asiantuntija tai sit me itse koulutetaan toinen toisiamme. Mut et psykiatrisen puolelta ei juuri muuta, tai ei oo ollu muuta, kun se päihdepuoli mutta..mutta, mutta..on siis meillä on järjestelmä olemassa kyllä , ihan toimiva hyvä järjestelmä.ja sitten ihan perinteinen kokeneemman hoitajan konsultointi. Se on aika hyvä yleensä."

8.7 Psykiatristen palvelujen käytön ja saatavuuden kehittäminen hoitohenkilökunnan näkökulmasta

Haastatteluun osallistuvilta kysyttiin, mitä he haluaisivat kehittää koskien psykiatristen palvelujen käyttöä ja saatavuutta. Ongelmalliseksi koettiin se, että vaikeastikin psykiatrisen potilas joudutaan hoitamaan osastolla somaattisen sairauden takia, koska psykiatrisen osasto ei kykene

hoitamaan esimerkiksi sellaisia potilaita, joilla liikkuminen yksin on vaikeaa. Osa haastateltavista koki, että heillä ei ollut psykiatrisen potilaan hoitoon vaadittavaa osaamista ja osa koki psykiatrisen potilaan vaativampana hoidettavana.

"Kyl se ainaki sit siinä vaiheessa, kun se pitkittyy se deliriumtila. Et elikkä se ei mee sil normaalilla diapam-kyllästyksellä, ohi vaan et se jatkuu ja jatkuu päiväkausia. Niin se on sellanen, et se kuormittaa ja sitoo. Et tämän potilaan hoito vaatis jotain muuta kun tällasta osastoo. Se taas sit sitoo mein henkilökuntaa muuhun kun mikä mein prioriteetti periaatteessa on. Eikä mein osaaminen riitä myöskään siihen sitten. Et se on ihan selkee juttu, toki me se hoidetaan, mut eihän se osaaminen voi tietty olla ihan sitä luokkaa."

Yksi haastateltavista sairaanhoitajista kaipasi moniammatillista yhteistyötä lisää ja pohti muun muassa kolmannen sektorin kriisipalveluiden ottamista mukaan traumapotilailla, joilla on psykiatrista ongelmaa.

Psykiatrisesta häiriöstä kärsivä potilas sitoo hoitajaa ja hänen kanssaan tulisi olla aikaa keskustella, minkä toteutuminen ei aina onnistunut kiireen vuoksi. Haastatteluissa kävi ilmi, että tyypillinen hoitajan aikaa sitova potilas on deliriumista kärsivä potilas, joka on levoton ja sekava.

Keskustelua herätti myös itsetuhoiset potilaat. Osastolle tulee aika ajoin potilaita, jotka käyttäytyvät itsetuhoisesti tai ovat yrittäneet itsemurhaa. Näissä tilanteissa konsultoidaan aina psykiatria, ja osa potilaista määrätään tahdonvastaiseen hoitoon, mutta jos potilas ei ole avoimen psykoottinen tai täytä tahdonvastaisen hoidon kriteerejä, on hänen jatkohoitonsa oma mielenterveystoimisto. Joissain tapauksissa potilaan huoneeseen pyydetään vartija, jos potilas on esimerkiksi aggressiivinen tai itsetuhoinen.

9 TUTKIMUKSEN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

9.1 Hyvä tieteellinen käytäntö ja laki lääketieteellisestä tutkimuksesta

Suomen akatemia on julkaissut tutkimuseettiset ohjeet joiden mukaan hyvä tieteellinen käytäntö edellyttää tutkijaa noudattamaan sovittuja toimintamalleja kuten esimerkiksi rehellisyys ja huolellisuus. Ohjeissa tuodaan esiin myös eettisyyden ja kriteerit läpäisevät menetelmät tiedonhankintaan, tutkimukseen ja arviointiin. Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu että, toisen tutkijan työtä arvostetaan ja toisen tutkijan saavutuksia omassa tutkimuksessa käyttävän henkilön tulee antaa arvo tälle saavutukselle. (Suomen akatemia, Tutkimuseettiset ohjeet 2011) Tätä työtä tehdessä on eettisiä ohjeita kuljetettu takaraivossa koko työn ajan, jotta voidaan varmistua siitä ettei työ loukkaa kenenkään muun saavutuksia tai vähättele muiden arvokasta työtä. Opinnäytetyötä tehdessä on kiinnitetty huomiota tarkkuuteen ja huolellisuuteen työn jokaisessa vaiheessa.

Opinnäytetyössä on kunnioitettu ihmisarvon loukkaamattomuuden periaatetta (Laki lääketieteellisestä tutkimuksesta 1999.) Lääketieteellisessä tutkimuksessa tutkittavan etu ja hyvinvointi on aina asetettava tieteen ja yhteiskunnan etujen edelle. Tutkittavalle mahdollisesti aiheutuvat riskit ja haitat on pyrittävä ehkäisemään. (Laki lääketieteellisestä tutkimuksesta 1999.)

9.2 Aineiston ja analysoinnin luotettavuus

Aineistonkeruumenetelmänä oli haastattelu. Haastatteluun osallistuvat henkilöt valitsi osastonhoitaja ja haastateltavat olivat osastolla jo pitkään työskennelleitä sairaanhoitajia. Haastatteluun osallistuneet henkilöt allekirjoittivat suostumuslomakkeen (LIITE 3) ja saivat ennen haastattelua teemahaastattelurungon (LIITE 2) ja saatekirjeen (LIITE 1).

Ennen haastattelua osallistujille kerrottiin että haastattelut nauhoitetaan ja he vastaavat tutkimukseen nimettöminä.

Tutkittava ei asettunut alttiiksi sellaisille toimenpiteille, joista olisi voinut aiheutua riskejä tai haittoja. Haastateltavat vastasivat haastatteluissa anonyymisti teemahaastattelukysymyksiin, ja haastattelutilanne nauhoitettiin. Haastattelijalla noudatti äärimmäistä huolellisuutta käsitellessään nauhoitettavaa materiaalia ja haastattelumateriaali hävitettiin asianmukaisesti poistamalla tiedostot tietokoneelta ja tulostetut haastatteluaineistot laitettiin silppuriin. Haastatteluun osallistuvat henkilöt valitsi osastonhoitaja, mutta valituilla henkilöillä oli mahdollisuus päättää haastatteluun osallistumisesta itse. Alun perin haastatteluun oli valittu kuusi henkilöä, joista viisi tavoitettiin haastatteluun. Haastattelut tapahtuivat haastateltavien työajalla, jotta haastattelutilanne ei veisi haastateltavien vapaa-aikaa.

Haastateltava sai tietoa tutkimuksen tarkoituksesta ja tutkimuksen luonteesta sekä tutkimuksessa käytettävistä menetelmistä etukäteen toimitetulla saatekirjeellä ja mahdollisia lisäkysymyksiä varten oli saatekirjeessä myös tutkijan yhteystiedot. Haastateltavalta pyydettiin lupa tutkimukseen osallistumisesta kirjallisesti ennen haastattelun alkua, jotta hän oli tietoinen siitä, mihin oli osallistumassa.

Haastattelun sai keskeyttää missä tahansa vaiheessa ilman että siitä olisi aiheutunut minkäänlaista kielteistä huomiota haastateltavalle. Haastattelussa ei kyselty vastaajien henkilökohtaisia asioita, vaan potilaan psykiatriseen hoidon tarpeeseen liittyviä kysymyksiä. Haastattelun jälkeen nauhat tuhottiin ja haastateltava pysyi koko tutkimuksen ajan anonyyminä. (Laki lääketieteellisestä tutkimuksesta 1999.)

Alussa tarkoituksena oli pitää ryhmähaastattelu, mutta aineiston luotettavuuden kannalta päädyttiin yksilöhaastatteluihin. Näin mikään tärkeä seikka ei jäänyt haastatteluissa huomaamatta, kun haastattelija sai keskittyä yhteen henkilöön kerrallaan. Haastattelun aikana tehtiin muistiinpanoja, mutta melko nopeasti huomattiin, että koska haastattelija oli tilanteessa yksin, muistiinpanojen tekeminen ei onnistunut luontevasti, vaan keskeytti haastattelun. Haastatteluissa päädyttiin tekemään hyvin lyhyitä muistiinpanoja tärkeistä asioista.

Haastattelutilanteen luotettavuutta vähentää kokemattomuus haastattelujen järjestämisestä. Haastattelutilanteessa ei myöskään voitu olla varmoja siitä, vaikuttiko haastattelijan tyyli kysyä kysymyksiä haastattelun vastauksiin. Tilanteen ollessa keskustelullinen haastattelijan omat mielipiteet ovat saattaneet vaikuttaa johdattelevasti haastateltavien vastauksiin, mikä on tutkimuksen luotettavuutta heikentävä tekijä. Varmaa ei myöskään ole se, ymmärsivätkö kaikki haastatteluun osallistuneet esitetyt kysymykset samalla tavalla, koska jokaisella haastateltavalla oli eri- lainen haastattelutilanne. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2002, 214.)

Haastattelut tapahtuivat haastateltavien työskentelyosastolla, erillisessä rauhallisessa huoneessa. Haastattelutilanteessa oli vaihtelevasti käytössä kaksi eri huonetta, joten haastattelutila ei ollut kaikilla haastateltavilla samanlainen. Yhden haastattelun aikana haastattelun aikana huoneeseen tuli osaston työntekijä sisään, mikä saattoi vaikuttaa haastattelun luotettavuuteen. Yhdessä haastattelussa haastateltavalla oli kiireinen aikataulu töiden puolesta, mikä saattoi vaikuttaa haastattelun kulkuun. Haastateltavat olivat pääsääntöisesti tutustuneet saatekirjeeseen, osa ei ollut saatekirjettä lukenut. Tämä olisi voitu mahdollisesti välttää, jos materiaali olisi ollut tulosteena, eikä vain sähköisessä muodossa. Haastateltavien ammattitaito oli yksi tutkimuksen luotettavuutta lisäävä tekijä. Haastatteluun osallistuneilla henkilöillä oli paljon annettavaa tutkimukselle ja heillä oli vuosien kokemus

sairaanhoidajan työstä erityisesti traumapotilaiden hoidossa.

Yhden haastattelun aikana nauhoitus keskeytettiin puolessa välissä haastattelua, ja litterointivaiheessa huomattiin, että haastattelun alku ei ollut tallentunut. Tätä voidaan pitää haastatteluaineiston luotettavuutta heikentävänä tekijänä. Haastattelun alun olisi voinut nauhoittaa uudelleen, jos puuttuva tallenne olisi huomattu haastatteluvaiheessa.

Aineiston analysointivaiheessa hyödynnettiin kirjallisuutta, jotta sisällönanalyysi toteutettaisiin oikealla tavalla. Aineistoa analysoitaessa vältettiin omien mielipiteiden vaikutusta analysointiin. Aineistoa katsottiin ikään kuin neutraalien lasien läpi ja annettiin omien tunteiden ja mielipiteiden jäädä huomiotta.

9.4 Reliaabelius ja validius

Reliaabelius mittaa tutkimustulosten kykyä toistaa itseään. Tutkimuksen tulosta voidaan pitää reliaabelina silloin, kun samaa henkilöä tutkittaessa päästään molemmilla tutkimuskerroilla samaan lopputulokseen. Tuloksen voidaan ajatella olevan reliaabeli myös silloin, kun kaksi arvioijaa päätyy samaan lopputulokseen. Reliaabeliutta voidaan pitää onnistuneena, kun kahdella eri tutkimusmenetelmällä päästään samaan lopputulokseen. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 186.)

Validius tarkoittaa sitä että tutkija on tutkinut sitä, mitä hän on suunnitellut, ja hän pystyy todentamaan millä tavoin hän on päätenyt aineiston luokitteluun. (Hirsjärvi & Hurme 2001,189.) Haastattelututkimuksen validiudesta ei voida päästä täyteen varmuuteen, koska haastattelija ei voi olla varma ymmärsivätkö kaikki haastateltavat esitetyt kysymykset samalla tavalla. Tuloksiin on voinut vaikuttaa haastattelijan tapa esittää kysymykset, haastattelutilanne, ja haastateltavan tapa esittää vastaukset. Haastattelututkimuksen

luotettavuutta lisää tutkijan tarkka ja yksityiskohtainen selostus aineiston tuottamisesta.(Hirsjärvi ym.2007, 227.)

Tässä työssä on pyritty tuomaan selkeästi esiin miten aineistoa on kerätty ja millaisissa olosuhteissa. Tekijä on pyrkinyt myös itsekriittisyyteen ja tuonut esiin tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttavat tekijät. Luotettavuutta on lisätty tuomalla tuloksiin suoria lainauksia haastatteluista.

10 POHDINTA

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää psykiatristen palvelujen käyttöä ja saatavuutta tulevan Tules- toimialueen alueella. Kiinnostuksen kohteena olivat psykiatristen palvelujen käyttö traumapotilaan hoidossa ja se millaista psykiatrista tukea on saatavilla. Myös moniammatillinen työskentely kiinnosti se, millä keinoin hoitajat tunnistavat psykiatrisen tuen tarpeen traumapotilaalla. Esiin haluttiin tuoda myös mahdolliset haastateltavien kehitysehdotukset, joita haastattelun aikana tuli ilmi. Johtopäätöksiin perustuen voidaan toimintaa tulevalla Tules- toimialueella kehittää ja mahdollisesti saada aihetta lisätutkimuksiin.

10.1 Johtopäätökset ja tuloksien tarkastelua

Psykiatristen palvelujen saatavuutta rajoittaa potilaan somaattinen sairaus. Haastatteluissa kävi ilmi, että potilaan rajoittunut fyysinen tila vaikuttaa psykiatriselle osastolle pääsyä merkittävästi, minkä hoitajat kokivat ongelmallisena. Ensin hoidetaan fyysinen sairaus ja sen jälkeen potilaalla on mahdollisuus päästä osastolle, jossa hoidetaan psykiatrista sairautta.

Käytännössä tämä tarkoittaa, että tahdonvastaiseen hoitoon määrätty henkilö hoidetaan tavallisella osastolla, kunnes hän on fyysiseltään

voinniltaan siinä kunnossa, että hänet voidaan siirtää psykiatriselle osastolle. Jos henkilö on itsetuhoinen, hänen huoneeseensa kutsutaan vartija. Potilas pääsee kuitenkin psykiatrisen hoidon piiriin niin, että hänen luonaan käy psykiatri säännöllisesti ennen siirtoa. Itsemurhayritys kertoo äärimmäisestä epätoivosta ja voisikin kuvitella, että tilanteen valjetessa on potilaalla tarve purkaa ajatuksiaan jälkikäteen. Osa itsemurhaa yrittäneistä kotiutuu, jos vaikuttaa siltä, että heidän tilansa on vakaa ja heillä ei ole psykoottisia piirteitä. Itsemurhaa yrittäneistä vain noin viidesosa tarvitsee psykiatrista sairaalahoitoa, edellyttäen että avohoitosuhte on hyvin toteutettu. (Lepola ym. 2002, 237.) Avohoitoon päätyminen on kuitenkin ristiriidassa sen kanssa, että itsemurhariskiä kasvattavat aikaisemmat yritykset ja sairaalasta uloskirjaus. (Lepola ym. 2002, 236.).

Tuloksia voidaan hyödyntää, kun pyritään yhdistämään psykiatrinen sairaalahoito somaattiseen hoitoon. Psykiatrisen hoidon ei tulisi olla kaukana somaattisen sairaanhoidon toiminnasta, eikä kummankaan pitäisi poissulkea toisiaan. Tuloksista voidaan päätellä, että psykiatristen palvelujen käyttö on runsasta, mutta saatavuuteen vaikuttaa potilaan fyysinen tila. Potilaan tulisi saada psykiatrista hoitoa oikeassa ympäristössä somaattisesta sairaudesta tai vammasta huolimatta. Tutkimusta tulisi tehdä psykiatristen osastojen mahdollisuudesta hoitaa potilaita, joilla fyysinen toimintakyky ei ole täysin eheä. Osastolla, jossa potilasmäärillä ei ole varsinaista rajaa, on vakavasti sairaan psykiatrisen potilaan hoito kuormittava tekijä. Esimerkkinä psykoottinen potilas, jonka hoito tulisi aloittaa jo ensimmäisen vuorokauden kuluessa. (Vuori-Kemilä ym. 2007; 125.) Kiireisellä osastolla ei henkilökunnalla ole mahdollisuutta paneutua potilaan psyykkiseen puoleen riittävästi, eikä psykiatrisen potilaan hoidosta ole välttämättä kokemusta riittävästi. Myös potilaan omaiset voivat tukeutua osaston henkilökuntaan, etenkin tilanteessa, jossa potilas on käyttäytynyt itsetuhoisesti.

Teemahaastatteluuissa tuli ilmi, että kohderyhmämme osasto on monipuolinen ja potilaat tulevat hyvin erilaisista taustoista. Potilaat tulevat osastolle sovitusti lupapaikalle tai ensiavun kautta. Osaston potilailla on myös taustalla mielenterveysongelmia jo entuudestaan tai sitten potilaalle tulee psykiatrisen tuen tarve trauman seurauksena, esimerkiksi silloin, kun vartalonkuva muuttuu oleellisesti. Potilailla on erilaisia somaattisten sairauksien lisäksi paljon myös päihde- ja mielenterveysongelmia. Osasto on haastatteluaineiston perusteella haasteellinen sairaanhoitajalle, mutta myös antoisa johtuen sen monipuolisuudesta. Hoitajat toimivat osastolla ryhmissä ja osastolla työskentelee paljon useiden vuosien kokemuksen omaavia sairaanhoitajia, joilla on kokemusta erilaisista potilaista.

Osastolla toimii lääkäreiden ja sairaanhoitajien sekä lähihoitajien lisäksi myös fysioterapeutteja ja toimintaterapeutteja, jotka arvioivat potilaan psyykkistä tilaa. Haastattelujen perusteella eniten potilaan psyykkistä tilaa arvioivat sairaanhoitajat, jotka ovat paljon potilaan kanssa tekemisissä. Sairaanhoitaja arvioi potilaan psyykkistä tilaa luonnollisin keinoin keskustelun kautta ja havainnoimalla potilaan käytöstä. Hoitotoimien aikana pyrittiin kiinnittämään huomiota potilaan käyttäytymiseen ja siinä samalla pyrittiin keskustelun kautta saamaan selville potilaan psyykkistä tilaa. Myös unenlaatua tai sen puuttumista huomioidaan. Joissain tapauksissa potilaat ilmoittavat oma-aloitteisesti psykiatrisen tuen tarpeesta. Osa potilaista koki ettei tarvinnut psykiatrista tukea, vaikka havainnoinnin perusteella tuelle olisi ollut tarvetta.

Sairaanhoitajien mielestä joissain tilanteissa ei psykiatrisesta tuesta ollut potilaille hyötyä, koska tapahtumat olivat vielä tuoreita ja potilas kuvailtiin olevan sokkitilassa. Tarvittaessa sairaanhoitaja ilmoittaa osaston lääkärille potilaan tarpeesta saada psykiatrista tukea, jolloin lääkäri tekee konsultaatiopyynnön TYKS: n omalle psykiatrille.

Haastattelujen perusteella ei voida täysin luotettavasti tehdä päätelmiä siitä, onko sairaanhoitajien mahdollista konsultoida psykiatrista

sairaanhoitajaa suoraan. Jos psykiatrista sairaanhoitajaa voisi konsultoida suoraan voisi hän tehdä tilannearvion ja mahdollisesti psykiatrisen haastattelun potilaalle, jonka jälkeen päätettäisiin jatkohoidosta. Tällöin sairaanhoitajien kynnyksellä tehdä konsultaatiopyyntöjä saattaisi madaltua ja psykiatrisen tuen saaminen saattaisi nopeutua.

Psykkisessä kriisissä olevat potilaat vaativat hoitajan aikaa enemmän ja joillain on tarve keskustella. Hoitotoimien aikana keskustelua tapahtui ja hoitajat pyrkivät kommunikoimaan potilaiden kanssa aina kun mahdollista, mutta ajoittain suuret potilasmäärät saattavat rajoittaa hoitajan mahdollisuutta viettää aikaa psykiatrisista ongelmista kärsivän potilaan kanssa. Myös omaisilla havaittiin tarvetta tukeutua hoitajiin, mikä vei osaltaan hoitajien aikaa. Hoitajat pyrkivät kuitenkin huomioimaan parhaansa mukaan kaikki tukea tarvitsevat.

Osaston potilailla on ajoittain ongelmia päihteiden kanssa. Alkoholin väärinkäytöstä johtuvat deliriumtilat hoidetaan osastolla ja tarvittaessa potilaan huoneessa istuu vartija, jos potilas käyttäytyy arvaamattomasti. Hoitajat kokivat päihde- ja mielenterveyshäiriöistä kärsivät potilaat hoitajan aikaa sitoviksi ja välillä hankaliksi.

Kivun arvioiminen on haasteellista päihdeongelmasta kärsivän potilaan kanssa. Haastatteluissa selvisi, että sairaanhoitajan on mahdollisuus konsultoida päihde- sairaanhoitajaa suoraan. Osastolla on myös nimetty kaksi päihdevastaavaa sairaanhoitajaa, jotka ovat erikoistuneet päihdeongelmien hoitoon ja ajoittain kouluttavat myös muuta osaston henkilökuntaa. Osastolla noudatetaan varhaisen puuttumisen- mallia, joka tarkoittaa, että päihteiden vaikutuksen alaisena olevalle potilaalle järjestetään päihdesairaanhoitajan tapaaminen rutiinisti. Päihdeongelmien vuoksi tehtiin vuonna 2010 74 konsultaatiopyyntöä. Päihdeongelmat ja mielenterveysongelmat kulkevat potilailla usein myös rinnakkain, jolloin niihin tulee kiinnittää huomiota potilaan somaattisen sairauden lisäksi.

Tällä hetkellä psykiatriset asiakkaat saattavat kuormittaa väärää osastoa

ja vievät hoitajien voimavarat pois siitä, mihin ne on alun perin suunnattu. Tämä ei kuitenkaan tarkoita sitä, että psykiatrinen potilas tulisi siirtää pois somaattisen sairaanhoidon piiristä. Kehittämistä vaatii se, miten nämä kaksi puolta voidaan yhdistää niin, että potilaat saavat omiin tarpeisiinsa liittyvää hoitoa, ja hoitohenkilökunnalla on mahdollisuus hoitaa potilasta parhaalla mahdollisella tavalla.

10.2 Opinnäytetyöprosessi

Keväällä viitekehystä tehtäessä etsittiin tietoa enimmäkseen tuki- ja liikuntaelinsairauksien yhteydestä masennukseen. Aiheesta ajateltiin hieman suppeammin silloin, ja aihe vaikuttikin melko yksipuoliselta. Viitekehys jatkoi kehitystään vielä tutkimussuunnitelmaa tehtäessä, mutta varsinaisesti vasta ensimmäistä haastattelun aikana selvisi kuinka paljon lisää tietoa on etsittävä, jotta työ voidaan tehdä onnistuneesti.

Haastatteluja suunnitellessa tukeuduttiin paljon lähdekirjallisuuteen ja pyrittiin kirjallisuuden avulla tuottamaan teemahaastattelurunko. Litterointivaihe oli ehdottomasti tämän työn haastavin vaihe. Materiaalia oli paljon yhdelle henkilölle ja litteroinnista ei ollut minkäänlaista aikaisempaa kokemusta. Tuloksien kirjoittaminen oli sujuvaa koska haastattelumateriaali oli mielenkiintoista. Haastatteluissa tuli ilmi haastateltavien ammattitaito ja kokemus, mikä lisäsi myös tutkimuksen luotettavuutta.

Opinnäytetyöprosessissa oli tärkeää noudattaa hyvää tieteellistä käytäntöä ja työssä on pyritty oikeaoppisiin lähdemerkintöihin ja erittelemään oman sanomani muiden tekstistä. Tuloksia kirjoittaessa noudatettiin äärimmäistä huolellisuutta, ja varovaisia päätelmiä on tehty silloin, kun luotettavuuden säilyessä niin on voinut tehdä.

LÄHTEET

- Ahola K, Virtanen M, Honkonen T, Isometsä E, Aromaa A, & Lönnqvist J. .Sairauspoissaolot masennus - häiriöiden yhteydessä. Terveys- 2000 - väestötutkimuksen tuloksia.' Suomen Lääkäri- lehti 64 no. 38 (2009):3087- 3088.
- ETENE 2007.Tarve terveydenhuollossa, kuka tai mikä määrittää. Etene-julkaisuja 2007. ISBN 978-952-00-2330-0
- Granström V. 'Kipu on aina myös korvien välissä. Duodecim 120 no. 2 (2004). [viitattu 28.1.2011]. Saatavissa <http://www.terveyskirjasto.fi>
- Handolin, L; Kivioja, A.& Lassus, J.(2010) Traumaresuskitaatio. Teoksessa Kröger, H; Aro, H; Böstman,O; Lassus, J. & Salo, J.(toim.). Traumatologia. 7. täysin uudistettu painos. 2010. Helsinki, Otavan kirjapaino Oy.
- Handolin, L; Leppäniemi, A.; Lakovaara, M; Vihtonen, K. & Lindahl, J. Vaikeasti vammautuneiden traumapotilaiden hoito Suomessa 2004. Suomen Lääkärilehti 61, no 6. 2006.
- Heliövaara, M., & Riihimäki, H. (2005) Tuki- ja liikuntaelintensairaudet. 2005. Teoksessa Aromaa, A.; Huttunen, J; Koskinen, S. & Teperi, J.(toim.) Suomalaisen terveys. Helsinki:Kustannus OY Duodecim, 164- 171.
- Henriksson, M. & Laukkala, Traumaattisten tilanteiden jälkeinen psykososiaalinen tuki on moniammatillista yhteistyötä. Duodecimlehti 126 no 22. 2010 [viitattu 16.11.2011] Saatavissa: <http://www.terveyskirjasto.fi>
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2001.Tutkimushaastattelu- Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki,Yliopistopaino.
- Hirsjärvi, S; Remes, P. & Sajavaara, P.2002. Tutki ja kirjoita. 6.-8. painos. Tammi, Helsinki
- Hirsjärvi, S.; Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. 13. uudistettu painos. Helsinki Tammi.
- Joan L.F. Shaver; Joellen Wilbur; F. Patrik Robinson; Edward Wang and Mary S. Buntin,." Women's Health Issues with Fibromyalgia Syndrome." Journal of women's health 15, no 9, (2006):1042-1045
- Pohjolainen, T. Moniammatillinen yhteistyö kipupotilaan hoidossa ja kuntoutuksessa 2009. Teoksessa: Kalso, E; Haanpää, M. & Vainio, A. .2009. Kipu .3. Uudistettu painos. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim.
- Kestilä, L; Koskinen, S; Kestilä, L; Suvisaari, J; Aalto-Setälä, T. & Aro, H." Nuorten aikuisten psyykinen oireilu: riskitekijät ja terveystalvelujen käyttö." Suomen Lääkärilehti 64 no. 43 (2007) 3979- 3983.
- Korkeila, K. & Törmä, M. Psyykkisesti traumatisoitunut potilas yleislääkärin vastaanotolla- diagnosoi, tue ja seuraa. Duodecim 126 (2010):2645 – 2653. Saatavissa: www.terveysportti.fi
- Kärkkäinen, Jukka. 2004. Onnistuiko psykiatrian yhdentymisen somaattiseen hoitojärjestelmään? Saarijärvi. Gummerus kirjapaino Oy

Käypä hoito. Traumaperäiset stressireaktiot ja häiriöt.2009 [Viitattu 30.11.2011.]
Saataavissa: <http://www.kaypahoito.fi>

Laki lääketieteellisestä tutkimuksesta 9.4.1999/488

Lassus, J. & Myllynen, P.(2010) Tapaturmapotilaan hoidon kokonaissuunnitelma.
Teoksessa Kröger, H; Aro, H; Böstman,O; Lassus, J. & Salo, J.(toim.). Traumatologia. 7.
täysin uudistettu painos.
2010. Helsinki, Otavan kirjapaino Oy.

Lepola, U; Koponen, H;Leinonen, E; Joukamaa, M; Isohanni,M. &Hakola,P. 2002.
Psykiatria.
1.painos.Porvoo,WS Bookwell Oy.

Lundström, M; Endlund,A; Karlsson,S; Brännström,B; Bucht, G; ja Gustafson,Y. A
Multifactorial Intervention Program Reduces the Duration of Delirium, Length of
Hospitalization, and Mortality in Delirious Patients. Journal of the American Geriatrics
Society.no4.(2005).622-628

Medline plus. Psychosis. [Viitattu 16.11.2011] Saataavissa:
<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/001553.htm>

Medline plus. Traumatic injuries.[viitattu 16.11.2011.] Saataavissa:
<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/001553.htm>

Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116

Mäkelä Antero. Luutumorit. 117 no 21. (2001) Lääketieteellinen aikauskirja Duodecim;
Arkisto.
2205-2214

Palmu, R; Suominen, K; Vuola, J. & Isometsä, E. Mental disorders after burn injury: A
prospective study. Burns no. 37(.2011). :

Pohjolainen T. & Haanpää, M. Mitä hoitoa kipupotilas saa Suomessa- onko varaa
parempaan? Duodecim 120 no 2(2004).191-193.

Pohjolainen, T. Tule- sairauksien ja mielenterveyshäiriöiden työkyvyttömyyskulut
kasvussa- onko vikaa työssä, hoidoissa vai hoitojärjestelmässä?. Suomen lääkärilehti
no 47 (2005) s. 4891 - 4896

Pohjalainen, T., Orenius, T., Hurri, H., & Haanpää M. Kipukuntoutuksen
varhentaminen parantaa tuloksia. Suomen lääkärilehti 65, no. 17 (2010): 1535.

Riikola Teija & Ponteva Matti. Traumaperäiset stressireaktiot ja –häiriöt. Duodecim 2009.
Saataavissa <http://www.terveyskirjasto.fi>

Sosiaali- ja terveysministeriö. Mielenterveyspalvelut. [viitattu 5.5.2011] saataavissa:
http://www.stm.fi>sosiaali_ ja_ terveyspalvelut>terveyspalvelut>perusterveydenhuolto>mielenterveyspalvelut

Sosiaali- ja terveysministeriö. Terveystenhuoltolaki- yhteinen sisältölaki
perusterveydenhuollolle ja kunnille. STM julkaisuja 10.6.2010

Sosiaali- ja terveysministeriö. Traumaattisten tilanteiden psykososiaalinen tuki ja
palvelut. Opas kunnille ja kuntayhtymille. STM julkaisuja 2009(a):16.

Suomen akatemia. Tutkimuseettiset ohjeet. [viitattu 11.11.2011] saataavissa:

<http://www.aka.fi>>Tutkijalle>Rahoituspäätökset>Rahoituksen käyttö> Eettiset ohjeet

Suomen kuntaliitto. Mielenterveys- ja päihdepalvelut. [viitattu 5.5.2011] saatavissa <http://www.kunnat.net>>asiantuntijapalvelut>sosiaalijaterveys>terveyspalvelut>terveyskeskus>mielenterveys-ja-paihdepalvelut

Tervo, T. ja Keinänen, O. 116 no.10(2000). Suuronnettomuus ja pelastustoimi. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim

Tuomi, J & Sarajärvi, 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 5. uudistettu painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Turun yliopistollinen keskussairaala. Sairaanhoidopalvelut. [viitattu 5.5.2011] saatavissa: <http://www.tyks.fi/fi/ortopedia>.

Vuori- Kemilä, A; Stengård, E; Saarelainen, R. & Annala, T. 2007. Mielenterveys- ja päihde- työ.4.uudistettu painos. Helsinki: Wsoy oppimateriaalit.

Vuorma S., Keskinen,S., Kattainen,S., Koponen, P., Lehtonen O., Koskinen, S. & Aromaa, A. Menetelmämalli väestön hoidon tarpeen ja hoidon riittävyyden mittaamiseksi. Suomen lääkärilehti 63 no. 7 (2008): 655.

Wrenger M., Lange, C., Langer, M., Heuft, G. & Burgmer M. Psychiatric disorders after an accident: Predictors and the influence of the psychiatric condition prior to an accidents. European Psychiatry. 23(2008) 434-440.

Saatekirje

Hyvä traumatologian osaston 214 työntekijä. Kiitos suostumuksestasi lupautua osallistumaan haastatteluun psykiatrisen tuen käytöstä ja saatavuudesta TULES- toimialueen alueella. Turun ammattikorkeakoulu ja Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri kuuluvat Tulevaisuuden sairaala-hankeeseen, joka on hoitotyön kehittämisprojekti vuosina 2009-2015(HOI-PRO). Hanke on osa T-sairaalan kehittämishanketta(T-PRO), jonka tarkoituksena on aikaansaada hallinnollisesti kokonainen ja toimialalähtöinen tapa tuottaa sairaanhoidon palveluja lisäten potilaslähtöisyyttä.

HOI-PRO hankkeen tavoitteena on helpottaa siirtymistä uuteen palvelujen tuottamisen malliin ja syventää yhteistyötä Turun ammattikorkeakoulun ja Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin välillä, sekä lisätä Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin vetovoimaa ja tutustuttaa opiskelijoita tulevaan toimialakohtaiseen palvelujen tuottamisen malliin.

Olen sairaanhoitajaopiskelija (AMK) Turun ammattikorkeakoulussa ja opinnäytetyöni aihe on Psykiatrisen tuen käyttö ja saatavuus TULES-toimialueen alueella ja toteutan opinnäytetyöni osana HOI-PRO- hanketta. Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa millaista psykiatrista tukea traumapotilas käyttää ja miten psykiatrista tukea on saatavilla.

Toteutan noin tunnin mittaiset yksilöhaastattelut osastollanne ja haastattelut nauhoitetaan. Haastattelun aikana teen muistiinpanoja, joita hyödynnän kun aukikirjoitan haastatteluja. Haastattelun on tarkoitus olla keskustelullinen, avoin ja luonnollinen. Toivoisin että voisitte tuoda rohkeasti esiin omat ajatuksenne aiheesta, jotta saisin mahdollisimman ajankohtaista ja oikeaa tietoa. Olen jäsennellyt haastattelun teemahaastattelun mukaisesti teemoittain, jotta kaikilla on tiedossa haastattelun teemat, mutta kysymykset eivät ole ennalta määrättyjä. Haastatteluiden jälkeen kuuntelen nauhoitetut haastattelut ja aukikirjoitan ne. Tässä vaiheessa hyödynnän myös muistiinpanojani, joita haastattelun aikana olen tehnyt. Haastatteluissa vastaatte anonyymisti ja henkilötietonne näy esillä työn missään vaiheessa yhdistettynä mielipiteeseenne. Kiitos osallistumisestasi!

Terveisin Anniina Härmä

Haastattelun runko

Psykiatrisen tuen tarve traumapotilaalla

Millaista psykiatrista tukea traumapotilas tarvitsee?

Millä keinoin arvioit traumapotilaan psykiatrisen tuen tarvetta?

Onko hoidon tarpeen arviointi moniammatillista?

Psykiatristen palvelujen käyttö ja saatavuus traumatologian osastolla 214

Miten paljon traumapotilaan hoidossa käytetään psykiatrisia palveluja?

Onko henkilökunnan mahdollista konsultoida psykiatrista sairaanhoitajaa?

Onko psykiatrisia palveluja helposti saatavilla traumapotilaille?

Saako traumapotilas kriisiapua?

Miten omaisia informoidaan esim. kolarin jälkeen?

Saavatko omaiset/ muut asianosaiset psykiatrista apua?

Kehittämisehdotukset koskien traumapotilaan hoitoa

Mitä asioita koet tarpeelliseksi kehittää traumapotilaan hoidossa?

Koetteko, että teillä on mahdollisuus hoitaa potilasta kokonaisvaltaisesti?

Millaisia kehittämisprojekteja teillä on/ollut meneillään osastollanne?

SUOSTUMUSLOMAKE/PSYKIATRISTEN PALVELUJEN KÄYTTÖ JA SAA- TAVUUS TULES-TOIMIALUEEN ALUEELLA

Olen lukenut tutkimuksesta kertovan saatekirjeen ja ymmärtänyt sen sisällön. Olen saanut riittävän selvityksen tutkimuksen tarkoituksesta ja sen yhteydessä toteutettavasta tietojen keräämisestä, tiedon käsittelystä ja tietojen luovuttamisesta. Kaikki minuun liittyvä tieto käsitellään luottamuksellisesti eikä nimeni käy ilmi raportissa. Ymmärrän, että osallistumiseni tähän tutkimukseen on täysin vapaaehtoista. Minulla on oikeus milloin tahansa tutkimuksen aikana ja syytä ilmoittamatta keskeyttää tutkimukseen osallistuminen. Suostun siihen, että haastattelut nauhoitetaan. Suostumuslomakkeesta jää kopio sekä haastateltavalle että haastattelijalle.

Allekirjoituksellani vahvistan osallistumiseni tähän tutkimukseen ja suostun vapaaehtoisesti haastateltavaksi.

Anniina Härmä, sairaanhoitajaopiskelija(AMK), Turun AMK

anniina.e.harma@students.turkuamk.fi

p: 050-405882

VARSINAIS-SUOMEN SAIRAANHOITOPIIRI
EGENTLIGA FINLANDS SJUKVÅRDSDISTRIKT

HOITOTYÖN TUTKIMUS- JA OPINNÄYTETYÖ

Nro 42/2011

LUPAHAKEMUS (katso erilliset ohjeet: <http://www.vsshp.fi/fi/tutkimus>)

Hakemus lähetetään: VSSHP, TYKS, Hoitotyön toimisto, suunnittelija, PL 52, 20521 TURKU

 Uusi tutkimus Jatko/Muutos lupaan

TUTKIMUSLUVAN HAKIJA/HAKIJAT	Nimi/nimet: <u>Annina Elisabeth</u> <u>Härmä</u>
	Osoite: <u>Vatselankatu 13 as 5 20500 Turku</u>
	puhelin: <u>0504058829</u> sähköposti: <u>anniina.e.harma@students.turkuamk.fi</u>
Opiskelu- tai työpaikka	<u>Turun ammattikorkeakoulu</u>
Opinnäytetyö	<input type="checkbox"/> Väitöskirja <input type="checkbox"/> Pro gradu <input checked="" type="checkbox"/> Opinnäytetyö/AMK <input type="checkbox"/> muu, mikä? _____ <input type="checkbox"/> Licensiaattityö <input type="checkbox"/> Ylempi AMK
TUTKIMUKSEN/OPINNÄYTETYÖN TIIVISTETTY KUVAUS (mm. tutkimuksen nimi, päätaivitteet, menetelmät, aineisto, tutkimuksen suorituspaikka, tutkimuksen merkitys)	Psykiatristen palvelujen käyttö ja saatavuus TULES-toimialueen alueella Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää psykiatristen palvelujen käyttöä ja saatavuutta TULES- toimialueen alueella. Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää psykiatristen palveluiden käyttöä ja saatavuutta traumapotilaan kohdalla, hoitohenkilökunnan arvioimana. Tutkimuksen tarkoitus on selvittää traumapotilaan psykososiaalisen tuen tarpeen tunnistamista ja selvittää miten moniammatillinen yhteistyö toteutuu traumapotilaan hoidossa hoitohenkilökunnan arvioimana. Tilastojen perusteella kartoitetaan psykiatristen palvelujen käyttöä ja saatavuutta trauma-, luukasvain, ja käsikirurgisilla potilailla.
Tutkimussuunnitelma erillisenä liitteenä (max. 5 s.)	Tutkimussuunnitelma liitteenä.
TUTKIMUKSEN OHJAAJA(T)	<u>11,5 2011</u> <u>Tiina Nuumella</u> <u>1</u> allekirjoitus/nimen selvennys <u>TIINA NURMELA</u> allekirjoitus/nimen selvennys
YHTEYSTIEDOT	
SITOUMUS JA JULKAISULUPA	Sitoudun noudattamaan hyvää tutkimuskäytäntöä, sairaalan yleisiä sääntöjä sekä vaitiolovelvollisuutta (http://www.vsshp.fi/fi/tutkimus/1071/ , www.turkuerc.fi). <u>11,5 2011</u> <u>Annina Härmä</u> <u>1</u> hakijan allekirjoitus/nimen selvennys <u>ANNINA HÄRMÄ</u> hakijan allekirjoitus/nimen selvennys <u>1</u> <u>1</u> hakijan allekirjoitus/nimen selvennys hakijan allekirjoitus/nimen selvennys
YLIHOITAJAN LAUSUNTO JA YHDYSHENKILÖN NIMEÄMINEN VSSHP:ssä	Klinikan/yksikön kehittämishanke, johon opinnäytetyö/tutkimus liittyy: <u>T-PRO, HOJ-PRO</u> Yhdyshenkilö/virkkan/toimen nimike: <u>LIISA IIRE JA PAULA VAINI</u> (yh nimeää) <u>KAINEN</u> Puollan <input checked="" type="checkbox"/> En puolla <input type="checkbox"/> Ylihoitaja(t) <u>12,5 2011</u> <u>Liisa Lemminkäinen</u> <u>12,5 2011</u> <u>Helmi Korpela</u> allekirjoitus/nimen selvennys allekirjoitus/nimen selvennys
HOITOTYÖN ASIAINTUNTIJARYHMÄN LAUSUNTO	<input checked="" type="checkbox"/> Lupaa puolletaan <input type="checkbox"/> Ei puolleta, Perustelu (tarv. liitteenä) <input type="checkbox"/> Pyydetään lähettämään eettiselle toimikunnalle <u>7,6 2011</u> <u>Liisa Lemminkäinen</u> allekirjoitus/nimen selvennös <input checked="" type="checkbox"/> Pyydetään lisäselvityksiä: <u>kehityksenä tarvetta sekä onko myöskin psykiatrisen väi psykososiaalisen tuen tarve</u>
EETTINEN TOIMIKUNTA	Eettisen toimikunnan lausunto saatu (liitteenä) <u>1</u>
TUTKIMUSLUVAN MYÖNTÄMINEN	<input checked="" type="checkbox"/> Myönnetty <input type="checkbox"/> Ei myönnetty <u>30,6 2011</u> <u>Liisa Lemminkäinen</u> <u>1</u> allekirjoitus/nimen selvennys allekirjoitus/nimen selvennys VSSHP:n/sairaalan nimen saa julkaista tutkimusraportissa/opinnäytetyössä Haluan nähdä tutkimusraportin/opinnäytetyön ennen julkaisuluvan antoa Kyllä <input checked="" type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei <input checked="" type="checkbox"/>
	Päätös annettu tiedoksi hakijalle <u>1</u> Päätöksen antoi _____



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

OPINNÄYTETYÖN TOIMEKSIANTOSOPIMUS

1

OPISKELIJAN TIEDOT

Nimi Annina Härmä
 Osoite _____
 Puhelin koti _____ Puhelin työ _____
 Sähköposti annina.harma@students.turkuamk.fi
 Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma

OPINNÄYTETYÖ

Aihe/ työnimi

Psykiatristen palvelujen käyttö ja saatavuus Tules-toimialueen alueella

Aikataulu 1.1.2011 - 20.12.2011

TOIMEKSIANTAJA

Organisaatio Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri/ HOI-PRO-hanke
 Työn ohjaaja / yhteyshenkilö TtT Liisa Iire
 Osoite VSSHP, T-pro hanke, Hämeentie 11, PL 52, 20521 Turku
 Puhelin 050 4383791 Sähköposti liisa.iire@tyks.fi

OHJAAVAN OPETTAJAN YHTEYSTIEDOT

Ohjaava opettaja Yliopettaja, TtT, Tiina Nurmela
 Puhelin 044 9075476 Sähköposti tiina.nurmela@turkuamk.fi

Turun ammattikorkeakoulu
 Joukahaisenkatu 3 A, 20520 Turku
 puh. 02 263 350 faksi 02 2633 5791
 sposti etunimi.sukunimi@turkuamk.fi



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

OPINNÄYTETYÖN TOIMEKSIANTOSOPIMUS

2

OPINNÄYTETYÖN SOPIMUSEHDOT

OHJAUS JA VASTUUT

Vastuu opinnäytetyön tekemisestä ja tuloksista on opiskelijalla. Turun ammattikorkeakoulu vastaa opinnäytetyön ohjauksesta. Toimeksiantaja sitoutuu antamaan opiskelijan käyttöön kaikki opinnäytetyön tekemisessä tarvittavat tiedot ja aineistot sekä ohjaamaan opinnäytetyötä toimeksiantajaorganisaation näkökulmasta.

OIKEUDET

Opinnäytetyön tekijänoikeus kuuluu tekijälle eli opiskelijalle. Tekijänoikeuden lisäksi myös muiden immateriaalioikeuksien osalta noudatetaan kulloinkin voimassa olevaa kyseessä olevaa oikeutta koskevaa lainsäädäntöä.

TULOSTEN JULKISTAMINEN JA LUOTTAMUKSELLISUUS

Opinnäytetyöstä laaditaan Turun ammattikorkeakoulun ohjeen mukainen kirjallinen raportti. Kirjallinen raportti luovutetaan toimeksiantajalle ja asetetaan kirjaston kokoelmiin tai julkaistaan elektronisessa muodossa verkkokirjastossa.

Julkaistava opinnäytetyöraportti on laadittava niin, ettei se sisällä liike- tai ammattisalaisuuksia tai muita julkisuuslaissa (laki viranomaisten toiminnan julkisuudesta) salassa pidettäväksi määrättyjä tietoja, vaan ne jätetään työn tausta-aineistoon. Opinnäytetyön arvioinnissa otetaan huomioon sekä julkaistava että salassa pidettävä osa.

Opinnäytetyön toimeksiantaja ja opiskelija sitoutuvat pitämään salassa kaikki opinnäytetyön tekemisessä ja sitä edeltävissä tai sen jälkeisissä neuvotteluissa esiin tulevat luottamukselliset tiedot ja asiakirjat.

Toimeksiantajan edustajalle varataan mahdollisuus tutustua opinnäytetyöraporttiin viimeistään neljätoista (14) päivää ennen aiottua julkaisemista. Toimeksiantajalla on oikeus määritellä salassa pidettävä osuus, jota ei julkaista. Toimeksiantaja antaa työstä ennen edellä mainittua julkaisemisajankohtaa lausunnon, jossa toteaa, että opinnäytetyöraportti voidaan julkaista kokonaisuudessaan tai määrittelee, mikä osuus työstä on salassa pidettävää.

TYÖSUHDE JA KUSTANNUKSET

Mahdollisesta työsuhteesta, työstä maksettavasta palkkiosta ja työstä mahdollisesti aiheutuvien kustannusten korvaamisesta toimeksiantaja ja opinnäytetyön tekijä sopivat erikseen.

OLEMME YHTEISESTI SOPINEET OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUKSESTA YLLÄ ESITETTYLLÄ TAVALLA

31, 5 20 11

Tiina Nuunela
Opiskelijan puolesta

31, 5 20 11

Heikki Korvenranta
Toimeksiantaja HEIKKI KORVENRANTA

LIITE : OPINNÄYTETYÖSUUNNITELMA

Tulosta lomake

Turun ammattikorkeakoulu
Joukahaisenkatu 3 A, 20520 Turku
puh. 02 263 350 faksi 02 2633 5791
sposti etunimi.sukunimi@turkuamk.fi