

Sanna Kaulanen & Anniina Keränen

PIDENNETTY PÄIVYSTYSARVIO

Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin psykiatrian tulosalueen osastoilla 78 ja 81

PIDENNETTY PÄIVYSTYSARVIO

Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin psykiatrian tulosalueen osastoilla 78 ja 81

Sanna Kaulanen
Anniina Keränen
Opinnäytetyö
Syksy 2015
Hoitotyön koulutusohjelma
Oulun ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Oulun ammattikorkeakoulu

Hoitotyön koulutusohjelma, hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

Tekijät: Sanna Kaulanen & Anniina Keränen

Opinnäytetyön nimi: Pidennetty päivystysarvio Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin psykiatrian tulosalueen osastoilla 78 ja 81

Työn ohjaaja: Yliopettaja, TtT Hilikka Honkanen (Oamk), Lehtori, TtM Pirkko Suua (Oamk), osastonhoitaja Pertti Lapinkangas (OYS)

Työn valmistumislukukausi- ja vuosi: Syksy 2015

Sivumäärä: 61 + 10 liitesivua

Tutkimus on kvantitatiivinen rekisteritutkimus. Tutkimus toteutettiin yhteistyössä Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin psykiatrian tulosalueen osastojen 78 ja 81 kanssa. Pidennetty päivystysarvio kehitettiin vähentämään psykiatristen potilaiden lyhyitä osastojaksoja ja turhia osastolle sisään kirjaamisia. Pidennetty päivystysarvio on ollut Oulussa käytössä pian viisi vuotta eikä siitä tai sen toimivuudesta ole tehty aikaisempia tutkimuksia.

Tutkimuksessa tutkittiin pidennetyssä päivystysarviossa olleita potilaita. Tutkimuksen tarkoitus oli tuottaa kuvaus kaikista vuoden 2014 aikana pidennetyssä päivystysarviossa olleista täysi-ikäisistä potilaista. Tutkimuskysymykset olivat seuraavat: Keitä ovat potilaat, jotka ohjautuvat pidennettyyn päivystysarvioon? Minne potilaat ohjautuvat pidennetyn päivystysarvion jälkeen? Kuinka suuri osa potilaista otetaan psykiatriselle osastolle pidennetyn päivystysarvion jälkeen? Tutkimuksessa arvioitiin, tukeeko pidennetty päivystysarvio mielenterveyspotilaiden avohoitoa.

Tutkimusaineisto kerättiin osastojen 78 ja 81 pidennetyssä päivystysarviossa olleiden potilaiden sähköisistä potilasasiakirjoista. Tutkimuksen kohdejoukko muodostui kaikista pidennetyssä päivystysarviossa olleiden täysi-ikäisten potilaiden päivystyskäynneistä vuoden 2014 aikana (n = 342). Tutkittavat tiedot kerättiin manuaalisesti potilasasiakirjoista ja tallennettiin Webropol kysely- ja tiedonkeruu sovellukseen. Aineiston analyysi toteutettiin myös Webropol-sovelluksella.

Tutkimustuloksista kävi ilmi, että potilaista 60,2 % ohjautui pidennetyn päivystysarvion jälkeen avohoitoon ja 25,7 % psykiatriselle osastolle. Tulosten mukaan pidennetty päivystysarvio näyttää tukevan yhtenä osana mielenterveyspotilaiden avohoitoa ja vähentävän turhia osastolle sisään kirjaamisia sekä lyhyitä osastojaksoja.

Tutkimuksen tulokset auttavat psykiatrisen hoidon sekä pidennetyn päivystysarvion toimivuuden kehittämisessä. Tutkimuksen pitkän aikavälin tavoitteena on kehittää psykiatrista päivystystyötä Suomessa.

Asiasanat: pidennetty päivystysarvio, psykiatrisen avohoito, psykiatrisen potilas, psykiatrisen päivystys

ABSTRACT

Oulu University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing and Health Care, Option of Nursing

Authors: Sanna Kaulanen & Anniina Keränen

Title of thesis: Extended Evaluation of Emergency Psychiatric Patients

Supervisors: Principal Lecturer, Ph.D Hilikka Honkanen (Oulu UAS), Lecturer, M.Sc Pirkko Suua (Oulu UAS), Head Nurse Pertti Lapinkangas (OUH)

Term and year when the thesis was submitted: Autumn 2015

Number of pages: 61 + 10 appendices

The study was performed in collaboration with the psychiatric wards 78 and 81 of Northern Ostrobothnia Health Care District. The extended evaluation of emergency psychiatric patients was developed to decrease psychiatric patients' short treatment periods on wards and to prevent unnecessary patients' admissions to a psychiatric ward. The extended evaluation of emergency psychiatric patients has been used in Oulu now almost five years, but there are no previous studies of it or its functionality.

The objective of the study was to examine patients who participated in the extended evaluation session during the year of 2014 and to produce a description of these adult patients. Research questions were: Who are the patients who are steered to the treatment? Where the patients are steered after the treatment? How big a proportion of the patients is admitted to hospital after treatment? The study estimated if the extended evaluation of emergency psychiatric patients promoted mental patients' psychiatric outpatient care.

This study is a quantitative study. The data were collected from electronic medical records of the patients who had been in the extended evaluation session. The data consist of all adult patients' visits during the year of 2014 (n = 342). The data were collected manually from the electronic medical records and transformed to Webropol 2.0 Online Survey and Analysis Software. The statistical analysis of the data was also performed with the Webropol Software.

The results revealed that after the treatment 60,2 % of the patients were directed to the psychiatric outpatient care and 25,7 % of the patients were steered to the psychiatric ward. These results suggested that the extended evaluation of emergency psychiatric patients supported the psychiatric outpatient care and decreased short ward treatments and unnecessary patients' admissions to a psychiatric ward.

Results of the study help to improve psychiatric nursing and the extended evaluation of emergency psychiatric patients. The results can be used as tools in a discussion how mental health services should be developed in the future.

Keywords: extended evaluation of emergency psychiatric patients, psychiatric outpatient care, psychiatric patient, emergency care of psychiatric patients

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	6
2	PIDENNETTY PÄIVYSTYSARVIO OSANA MIELENTERVEYSPALVELUITA.....	8
2.1	Psykiatrisen potilaan hoitoon liittyvät lait, suositukset ja valtakunnalliset kehittämishankkeet	8
2.2	Psykiatrinen päivystystoiminta osana mielenterveystyötä	12
2.3	Mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt (F00–F99) ICD-10 tautiluokituksen mukaan.....	13
2.4	Psykiatrinen erikoissairaanhoido Suomessa vuonna 2013	16
2.5	Pidennetty päivystysarvio.....	18
3	TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	22
4	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	23
4.1	Tutkimusmenetelmä	23
4.2	Tutkittavien kohdejoukko.....	24
4.3	Mittarin laadinta, esitestaus ja tutkimusaineiston keruu.....	24
4.4	Tutkimusaineiston analyysi	27
5	TULOKSET	28
5.1	Pidennettyyn päivystysarvioon ohjautuvat potilaat.....	28
5.2	Pidennetyn päivystysarvion jälkeinen hoitoratkaisu ja psykiatriselle osastolle ohjautuminen pidennetyn päivystysarvion jälkeen.....	35
6	POHDINTA	40
6.1	Tutkimustulosten tarkastelu.....	40
6.2	Tutkimuksen luotettavuus.....	45
6.3	Tutkimuksen eettiset kysymykset.....	49
6.4	Tutkimusprosessin tekemiseen liittyvää pohdintaa ja oppimiskokemukset .	52
6.5	Kehittämishaasteet ja jatkotutkimusaiheet	54
	LÄHTEET	56
	LIITTEET	62

1 JOHDANTO

Viime vuosina mielenterveyspalvelut ovat olleet muutostilassa. Mielenterveyspalveluiden tavoitteena on ollut hoidon painopisteen siirtäminen kohti avohoitoa. Mielenterveyslaissa (1116/1990 4§) avohoito määritellään mielenterveyspotilaiden ensisijaiseksi hoitomuodoksi. Tilastojen mukaan pitkäaikaista tukea tarvitsevien potilaiden avohoidon kehittäminen on vielä kesken. (Wahlbeck & Tuori 2009, viitattu 17.9.2014.)

Ennen vuotta 2010 Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin alueella psykiatrinen päivystys oli jaettu kahden eri yksikön vastuulle, joista toinen yksikkö hoiti päivystyksen virkaaikana ja toinen virka-ajan ulkopuolella. Malli koettiin kuitenkin sekavaksi ja välillä havaittiin puutteita sekä potilaiden että hoitohenkilökunnan turvallisuudessa. (Lapinkangas, Roisko, Sankelo, Tervo, Outinen-Härkönen & Mainio 2013, 78.)

Vuonna 2007 Sosiaali- ja terveysministeriö asetti eduskunnan aloitteesta Mieli 2009 -työryhmän valmistelemaan suunnitelmaa mielenterveys- ja päihdetyön valtakunnallisesta kehittämisestä. Tämän kehitystyön tuloksena valmistui Kansallinen Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma, joka linjaa mielenterveys- ja päihdetyön kehittämisen yhteiset periaatteet ja painotukset vuodelle 2015. Kansallisessa mielenterveys- ja päihdesuunnitelmassa 2009–2015 julkaistiin Pertti Lapinkankaan ym. tutkimus Psykiatrisen päivystyksen kehittäminen. (Lapinkangas ym. 2013.) Lapinkankaan ym. tutkimuksen tuloksena Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin psykiatrian tulosalueen päivystystä kehitettiin ja siellä yhtenä uutena hoitomuotona otettiin käyttöön pidennetty päivystysarvio.

Pidennetty päivystysarvio on psykiatrinen avohoidollinen ja erikoissairaanhoidollinen hoitomenetelmä Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiriin psykiatrian tulosalueen osastoilla 78 ja 81. Potilas voi olla pidennetyssä päivystysarviossa enintään 24 tunnin ajan. Potilas jää alkuarvioinnin jälkeen osaston seurantapaikalle lisäselvittelyjä varten, mutta häntä ei kirjata sisään sairaalaan. Pidennettyä päivystysarviota käytetään niiden potilaiden kohdalla, joille parhaan mahdollisen hoitoratkaisun tekeminen edellyttää lisätiedon hankkimista. Pidennetyn päivystysarvion avulla pyritään välttämään turhat potilaiden sisään

kirjaamiset osastoille ja hätiköidysti tehdyt hoitoratkaisut. (Pidennetty päivystysarvio 2014, viitattu 28.3.2015.)

Tässä tutkimuksessa tutkitaan pidennetyssä päivystysarviossa olleita potilaita. Tutkimuksen kohdejoukon muodostavat kaikki Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin psykiatrian tulosalueen osastojen 78 ja 81 pidennetyssä päivystysarviossa olleet täysi-ikäiset potilaat vuoden 2014 aikana. Tutkimuksen tarkoitus on tuottaa kuvaus vuoden 2014 aikana pidennetyssä päivystysarviossa olleista täysi-ikäisistä potilaista. Tämän tutkimuksen avulla pystytään arvioimaan sitä, tukeeko pidennetty päivystysarvio mielenterveyspotilaiden avohoitoa.

Pidennetty päivystysarvio on ollut Oulussa käytössä lähes viisi vuotta eikä siitä tai sen toimivuudesta ole tehty aikaisempia tutkimuksia. Psykiatrisen hoidon sekä pidennetyn päivystysarvion toimivuuden kehittämiseksi tietoa pidennetystä päivystysarviosta olisi tärkeää saada. Tähän tutkimukseen valittiin kvantitatiivinen lähestymistapa ja tutkimusaineisto analysoitiin tilastollisen analyysin avulla, sillä sen tuloksena haluttiin saada mahdollisimman yleistettävää tietoa, joka on kriteereiltään tilastollis-matemaattista. Kvantitatiivisen tutkimusmenetelmän valintaa perustelee myös dokumenttien suuri määrä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 46.)

2 PIDENNETTY PÄIVYSTYSARVIO OSANA MIELENTERVEYSPALVELUITA

2.1 Psykiatrisen potilaan hoitoon liittyvät lait, suositukset ja valtakunnalliset kehittämishankkeet

Terveystieteiden tutkimuskeskus (1326/2010) ja Mielenterveyslaki (1990/1116) ohjaavat kuntia järjestämään mielenterveystyötä. Kunnan tehtävänä on järjestää oman alueensa asukkaiden mielenterveystyö, jonka tarkoituksena on yksilön sekä yhteisön mielenterveyttä suojaavien tekijöiden tehostaminen ja mielenterveyttä vaarantavien tekijöiden minimointi ja poistaminen. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen (1326/2010) mukaan mielenterveystyöhön sisältyy:

- 1) terveydenhuollon palveluihin sisältyvä mielenterveyttä suojaaviin ja sitä vaarantaviin tekijöihin liittyvä ohjaus ja neuvonta sekä tarpeenmukainen yksilön ja perheen psykososiaalinen tuki;
- 2) yksilön ja yhteisön psykososiaalisen tuen yhteensovittaminen äkillisissä järkyttävissä tilanteissa;
- 3) mielenterveyspalvelut, joilla tarkoitetaan mielenterveydenhäiriöiden tutkimusta, hoitoa ja lääkinnällistä kuntoutusta.

Terveystieteiden tutkimuskeskuksissa määritelty mielenterveystyö on suunniteltava ja toteutettava siten, että se muodostaa toimivan kokonaisuuden kunnassa tehtävän sosiaali- ja terveydenhuollon kanssa. (Terveystieteiden tutkimuskeskuslaki 1326/2010 27 §, viitattu 3.9.2015.)

Mielenterveyspalveluiden kokonaisuuden muodostavat sairaanhoitopiirien sekä kuntien terveyskeskusten yhteydessä annettavat erikoissairaanhoidon palvelut ja perusterveydenhuollon ja sosiaalipalveluiden yhteydessä annettavat mielenterveyspalvelut. Lisäksi yksityinen terveydenhuolto ja kolmas sektori tarjoavat mielenterveyspalveluita. (Rautiainen & Pelanteri 2013, viitattu 4.9.2015.) Potilaan ensisijaisena hoitotasona pidetään sosiaali-

ja perusterveydenhuollon peruspalveluita. Toisena hoitotasona pidetään sosiaali- ja perusterveydenhuollon erityispalvelujen ja erikoissairaanhoidon järjestämää avohoitoa. Potilaan sairaalahoito tulee kyseeseen vasta silloin, kun avohoidon toimet eivät ole riittäviä ja sairaalahoito katsotaan potilaan edun mukaan tarpeelliseksi. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001, viitattu 26.11.2014.)

Mielenterveyslain (1990/1116 4 §) mukaan kunnan tai kuntayhtymän on huolehdittava siitä, että mielenterveyspalvelut järjestetään sisällöltään ja laajuudeltaan sellaisiksi kuin kunnassa tai kuntayhtymän alueella esiintyvä tarve vaatii. Mielenterveyspalvelut tulee järjestää ensisijaisesti avohoitopalveluina oma-aloitteista hoitoon hakeutumista ja itsestä suoriutumista tukien. Yhteistyötä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä pidetään tärkeänä.

Viime vuosina mielenterveyspalveluiden kenttä on ollut muutostilassa ja tavoitteena on ollut hoidon painopisteen siirtäminen kohti avohoitoa entisen sairaalapainotteisen mallin sijasta. Mielenterveyslaissa (1116/1990 4§) avohoitoa pidetään mielenterveyspotilaiden ensisijaisena hoitomuotona, mutta tilastojen mukaan pitkäaikaista tukea tarvitsevien potilaiden avohoidon kehittäminen on vielä kesken. (Wahlbeck & Tuori 2009, viitattu 17.9.2014.) Sosiaali- ja terveysministeriö (1806/2009, viitattu 26.11.2014) määrittelee psykiatrisen avohoidon toimintatavaksi, joka mahdollistaa henkilön omaehtoisen vaikutusmahdollisuuden käytettävien palveluiden ja asumisen järjestämiseksi. Psykiatrisen avohoidon hoitomuotoja ovat muun muassa erilaiset yksilö- ja ryhmäterapiat, keskusteluapu, ryhmätoiminta ja erilaiset toiminnalliset hoitomuodot yhdistettynä tarvittavaan lääkehoitoon. (E-mielenterveys 2014, viitattu 16.11.2014.)

Tavanomaisesta psykiatrisen avohoidon vaikuttavuudesta ja tehosta ei ole saatavilla kovin paljoa laadukasta tutkimustietoa. Pioneerityöllä on panostettu avohoitomallien kehittämiseen, mutta korkeatasoisissa tutkimuksissa näitä avohoitomalleja on testattu hyvin vähän. Psykiatristen sairaaloiden sulkeminen ei näytä itsessään johtavan avohoidon kehittymiseen. Hyvä psykiatrisen avohoidon edellyttää tuloksellisuuden seuraamista ja hyviä työolosuhteita, joissa hoitoa voidaan toteuttaa parhaan asiantuntemuksen mukaisesti. (Korkeila 2009, 2333.)

Helsingin yliopistollisen sairaalan psykiatrian toimintasuunnitelman 2010–2015 mukaan avohoito nähdään koko psykiatrian palvelukokonaisuuden keskipisteenä. Palveluita kehitetään suuriin poliklinikka- ja osaamiskeskuksiin. Suuret poliklinikka- ja osaamiskeskukset eivät ole niin vahingoittuvaisia kuin pienemmät yksiköt. Psykiatrisen sairaalahoidon tarvetta voidaan nykyisestäään vielä vähentää avohoitoa ja avohoitopalveluita tehostamalla. Myös avohoidon toimintamalleja ja työmuotoja laajennetaan sekä kehitetään vastaanottotyöstä konsultoivaan ja liikkuvampaan muotoon. (Psykiatrian toimintasuunnitelma 2010–2015, viitattu 12.9.2015.)

Lakien lisäksi psykiatristen potilaiden hoitoon liittyvät ja hoitoa ohjaavat tutkimusnäyttöön perustuvat Käypä hoito -suositukset, joiden tavoitteena on parantaa potilaiden hoidon laatua, varmistaa hoidon oikeudenmukaisuus sekä vähentää hoitokäytäntöjen vaihteluita. Käypä hoito -suosituksia laaditaan hoitopäätösten perustaksi lääkäreille, terveydenhuollon ammattihenkilöille ja kansalaisille. Käypä hoito -suosituksissa käsitellään suomalaisten terveyden, sairauksien hoitoon ja ehkäisyyn liittyviä kysymyksiä. Psykiatrian erikoisalalle laadittuja ja tämän tutkimuksen kannalta keskeisiä Käypä hoito -suosituksia ovat muun muassa depression, epävakaan persoonallisuuden, skitsofrenian ja unettomuuden hoitoon liittyvät suositukset. (Käypä hoito 2013, viitattu 11.9.2015.)

Valtakunnalliset kehittämishankkeet ja strategiat ohjaavat myös psykiatrista hoitoa ja mielenterveystyötä. Näitä valtakunnallisia ja tutkimukseen keskeisesti liittyviä kehittämishankkeita ovat muun muassa Sosiaali- ja terveysministeriön kansallinen kehittämisohjelma eli Kaste-ohjelma (2012–2015), Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointiohjelma 2007–2017 (Pohjois-Pohjanmaan liitto 2014, viitattu 11.9.2015) ja Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma (2009–2015).

Sosiaali- ja terveysministeriön kansallisen kehittämisohjelman eli Kaste-ohjelman tavoitteena on määritellä sosiaali- ja terveyshuollon yleiset kehittämistavoitteet ja toimenpiteet niiden saavuttamiseksi vuosille 2012–2015. Kaste-ohjelman tarkoitus on pienentää hyvinvointi- ja terveyseroja Suomessa sekä järjestää sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteet ja palvelut asiakkaan tarpeita vastaaviksi. Kaste-ohjelman mukaan mielenterveys- ja päihdeongelmat ovat yleisiä Suomessa. Saatavilla olevien mielenterveystyön auttamis- ja tukipalveluiden ongelmana ovat niiden ”pirstaleisuus, peruspalvelujen riittämättömyys ja

erityispalveluiden irrallisuus peruspalveluista”. Ratkaisuna edellä mainittuihin ongelma-kohtiin nähdään muun muassa palvelujärjestelmän ja -rakenteiden kehittäminen. (KASTE 2012–2015, 15–18.)

Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointiohjelma 2007–2017 on maakunnallinen 10 vuoden ohjelma, joka pyrkii saamaan ”laajempaa ja koordinoitumpaa yhteistyötä aikaan kaikkien maakunnan hyvinvointitoimijoiden kesken”. Ohjelman tavoite on lisätä muun muassa vaikuttavuutta terveyden edistämisen ja syrjäytymisen ehkäisyyn sekä varhaisen tuen alueilla. Uudet ja uudistetut toimintamalli- ja palveluratkaisut sekä niiden kehittäminen ja käyttöönotto ovat esimerkkejä keinoista, joilla Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointiohjelman tavoitteisiin pyritään. Tämän lisäksi yksi keskeinen ohjelman strateginen tavoite on levittää hyviksi havaittuja käytäntöjä laajemmalti. (Pohjois-Pohjanmaan liitto 2014, 8-10.) Mikäli pidennetty päivystysarvio osoittautuu toimivaksi menetelmäksi, sitä olisi kannattavaa hyödyntää myös muissa Suomen psykiatristen sairaaloiden päivystyksissä Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointiohjelman tavoitteiden mukaisesti.

Mielenterveys- ja päihdeongelmilla on suuri kansanterveydellinen merkitys Suomessa. Vuonna 2007 Sosiaali- ja terveysministeriö asetti eduskunnan aloitteesta Mieli 2009 -työryhmän valmistelemaan suunnitelmaa mielenterveys- ja päihdetyön valtakunnallisesta kehittämisestä. Tämän kehitystyön tuloksena valmistui Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma linjaa mielenterveys- ja päihdetyön kehittämisen yhteiset periaatteet ja painotukset vuodelle 2015. Suunnitelmassa painotetaan mielenterveys- ja päihdeasiakkaan aseman vahvistamista, mielenterveyden ja päihhteettömyyden edistämistä sekä ongelmien ehkäisyä. Suunnitelmassa pidetään myös tärkeänä ehkäisevää mielenterveys- ja päihdetyötä sekä kaikkien ikäryhmien mielenterveys- ja päihdepalvelujen järjestämistä perus- ja avohoitopalveluja painottaen. (Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015.) Kansallisessa mielenterveys- ja päihdesuunnitelmassa 2009–2015 julkaistiin Pertti Lapinkankaan ym. tutkimus Psykiatrisen päivystyksen kehittäminen. Lapinkankaan ym. (2013) tutkimuksen tuloksena Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin psykiatrian tulosalueen päivystystä kehitettiin nykyisen käytössä olevan mallin kaltaiseksi. Tämä tutkimus on jatkoa tälle kehitystyölle ja edistää siten tiedon kumulatiivisuutta, vrt. Bird. (Bird 2007, 92–117).

2.2 Psykiatrinen päivystystoiminta osana mielenterveystyötä

Suomessa laki velvoittaa järjestämään kiireellistä hoitoa vaativan päivystyksen kaikkina vuorokaudenaikoina. Tämä on tärkeä osa julkista ja hyvää terveydenhoitoa. Määräys koskee kaikkia lääketieteen erityisalvoja, myös psykiatria ja psykiatrissa päivystystä. Päivystys voidaan järjestää erikseen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon päivystyksenä, niiden yhteispäivystyksenä tai muulla tarkoituksenmukaisella tavalla. Psykiatrinen päivystys antaa välitöntä psykiatrissa ensiapua vakavissa ja äkillistä päivystyksellistä psykiatrissa hoitoa vaativissa tilanteissa. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohtaisista edellytyksistä 652/2013 2§, viitattu 7.11.2014.)

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohtaisista edellytyksistä 652/2013 15§ mukaan kunnan tai kuntayhtymän on huolehdittava, että päivystysyksikössä on:

- 1) saatavilla psykiatristen erikoisalojen erikoislääkäri tai psykiatriaan perehtynyt lääkäri, jolla on mahdollisuus neuvotella potilaan hoidosta psykiatrian erikoisalojen erikoislääkärin kanssa ja tarvittaessa hänen on saavuttava hoitoa antavaan yksikköön;
- 2) valmius arvioida ja seurata potilaan kriisitilanteita ensisijaisesti avohoitoon ja vapaaehtoisuuden perustuvilla palveluilla;
- 3) potilaan terveydentilan arviointia varten käytettävissä riittävän laajasti somaattisten erikoisalojen asiantuntemusta.

Tahdosta riippumaton hoito ja tahdosta riippumattomaan hoitoon ottaminen edellyttävät, että yksikössä on saatavilla psykiatrian erikoisalojen erikoislääkäri tai psykiatristen häiriöiden hoitoon perehtynyt lääkäri, jolla on mahdollisuus neuvotella psykiatristen erikoisalojen erikoislääkärin kanssa ja/tai tarvittaessa saada hänet paikan päälle hoitoa antavaan yksikköön.

Psykiatrian erikoisalalle tarvitaan päivystysaikana lähete. Lähete voi olla vapaaehtoislähete eli B1-lähete tai mielenterveyslain mukainen tarkkailulähete eli M1-lähete. Tarkkailulähete on lääkärin allekirjoittama lausunto potilaan tahdosta riippumattoman hoidon tarpeesta. Tarkkailulähete täytyy sisältää perusteltu kannanotto 8 §:n mukaisten tahdosta riippumattomaan hoitoon määräämisen edellytyksistä. (Mielenterveyslaki 1990/1116 9§.)

Psykiatrinen potilas Oulun alueella ohjataan ensisijaisesti oman kotikunnan terveysasemalle. Vakavissa ja äkillistä päivystyksellistä hoitoa vaativissa tilanteissa oululainen potilas ohjataan ensisijaisesti Oulun kaupungin mielenterveyspäivystykseen maanantaista torstaihin kello 08:00–16:00 ja perjantaisin kello 08:00–15:00 välisenä aikana. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin psykiatrian tulosalueen päivystykseen päivystyskäynnille voi tulla ilman lähetettä arkipäivisin kello 08:00–18:00 välisenä aikana ja muina aikoina läheteellä. Arki-iltaisin kello 18:00 jälkeen psykiatrinen potilas ohjataan Oulun seudun yhteispäivystykseen ja sitä kautta tarvittaessa psykiatrian tulosalueen päivystykseen. Psykiatrian tulosalueella päivystystoiminnasta vastaavat osastot 78 ja 81. (Oulun kaupunki 2014, viitattu 12.9.2015.)

Osastojen 78 ja 81 osastonhoitaja Pertti Lapinkankaan (sähköpostiviesti 12.10.2015) mukaan Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin psykiatrian tulosalueen päivystyksessä oli vuoden 2014 aikana yhteensä 2431 potilaskäyntiä. Luku pitää sisällään myös 342 pidennetyn päivystysarvion potilaskäyntiä. Näistä 2431 potilaskäynnistä psykiatriselle osastolle otettiin 1245 potilasta. Lapinkankaan mukaan suurin osa näistä potilaiden käynneistä sijoittui aikuispsykiatrian osastoille 78 ja 81. Alaikäisten osastohoito toteutettiin nuorisopsykiatrian osastolla 70.

2.3 Mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt (F00–F99) ICD-10 tautiluokituksen mukaan

Mielenterveyden häiriöt ovat oireyhtymiä joihin liittyy psyykkistä kärsimystä sekä toimintakykyä laskevia psyykkisiä oireita. Mielenterveyden häiriöt ovat luokiteltu keskeis-

ten oireiden, häiriön keston ja kulun sekä häiriön aiheuttaman haitan mukaan tautiluokituksiin, jossa jokaisella häiriöllä on oma nimike eli diagnoosi. (Lönqvist & Lehtonen 2014, 19.)

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista määrittelee potilaan terveyden- ja sairaanhoitopalveluja käyttäväksi tai muuten niiden kohteena olevaksi henkilöksi (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992 2§ 1, viitattu 14.11.2014). Psykiatrisella potilaalla tarkoitetaan tässä tutkimuksessa potilasta, joka käyttää mielenterveys- ja/tai psykiatrisia terveyden- ja/tai sairaanhoitopalveluja.

Kaikille pidennetyssä päivystysarviossa olleille potilaille määritetään diagnoosi, joka on ICD-10 tautiluokituksen mukainen (Lapinkangas & Sankelo, keskustelu 11.2.2015). ICD-10 tautiluokitus (International Classification of diseases) on viimeisin julkaistu versio Maailman terveysjärjestö WHO:n ylläpitämästä ja päivittämästä ICD-diagnoosiluettelosta. Se sisältää sairauksien tautinimikkeet ja diagnoosinumerot. ICD-10 tautiluokitus otettiin käyttöön WHO:n jäsenmaissa vuonna 1994. Seuraava versio, ICD-11 julkaistaan vuonna 2017. (World Health Organization 2015, viitattu 9.3.2015.) Suomessa Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) julkaisee virallista suomenkielistä versiota ICD-10 tautiluokituksesta (Lönqvist 2014, 60).

Mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt (F00-F99) muodostavat ICD-10 tautiluokituksen yhden pääluokan. ICD-10 tautiluokituksen pääluokka F: Mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt sisältävät seuraavat alaluokat:

- Elimelliset aivo-oireyhtymät (F00–F09)
- Lääkkeiden ja päihteiden aiheuttamat elimelliset aivo-oireyhtymät ja käyttäytymisen häiriöt (F10–F19)
- Skitsofrenia, skitsotyyppinen häiriö ja harhaluuloisuushäiriöt (F20–F29)
- Mielialahäiriöt (affektiiviset häiriöt) (F30–F39)
- Neuroottiset, stressiin liittyvät ja somatoformiset häiriöt (F40–F48)
- Fysiologisiin häiriöihin ja ruumiillisiin tekijöihin liittyvät käyttäytymisoireyhtymät (F50–F59)
- Aikuisiän persoonallisuus- ja käytöshäiriöt (F60–F69)
- Älyllinen kehitysvammaisuus (F70–F79)
- Psykkisen kehityksen häiriöt (F80–F89)

- Tavallisesti lapsuus- tai nuoruusiässä alkavat käytös- ja tunnehäiriöt (F90–F98)
- Määrittämätön mielenterveyden häiriö (F99)

(Lönnqvist 2014, 61). Vuoden 2014 aikana pidennetyssä päivystysarviossa olleiden potilaiden kaikki diagnoosit ovat esitetty liitteessä 5.

Elimellisiin aivo-oireyhtymiin (F00–F09) ovat kirjattu ne mielenterveyden häiriöt, joiden syynä on aivosairaus, aivovamma tai muu aivojen toimintahäiriöön johtava tekijä. Lääkkeiden ja päihteiden aiheuttamiin elimellisiin aivo-oireyhtymiin ja käyttäytymisen häiriöihin (F10–F19) kuuluu iso määrä häiriöitä, joiden vakavuus ja ilmenemismuoto vaihtelevat suuresti. Kaikille tämän ryhmän häiriöille tunnusomaista on yhden tai useamman psykoaktiivisen aineen käyttö. Käytettävä aine voi olla myös lääkkeeksi määrättyä. Skitsofreniaan, skitsotyyppisiin häiriöihin ja harhaluuloisuushäiriöihin (F20–F29) kuuluvat skitsofrenia, skitsotyyppinen häiriö, harhaluuloisuushäiriö, skitsoaffekttiivinen häiriö sekä skitsofrenia ja kehitysvammaisuus. Ryhmän sairaudet sisältävät useita vaikeasti diagnosoitavissa olevia piirteitä, kuten aistiharhoja ja käyttäytymisen muutoksia. Skitsofrenia on tämän ryhmän yleisin häiriö. Mielialahäiriöihin (F30–F39) kuuluvat kaikkien ikäryhmien mielialahäiriöt, myös lapsuus- ja nuoruusiän häiriöt. Keskeistä mielialahäiriöiden diagnostiikassa on mielialan muutos joko masennuksen tai mielialan kohoamisen välillä. Neuroottiset, stressiin liittyvät ja somatoformiset häiriöt (F40–F48) ovat laaja ryhmä. Tähän ryhmään kuuluvien sairauksien luokitteluperusteisiin ei ole vielä löydetty täysin yksimielisiä käytäntöjä. Ryhmän häiriöt ovat luokiteltu kokonaisuudeksi sillä perusteella, että ne ”ovat perinteisesti kuuluneet neurooseihin ja koska joidenkin syyt ovat todennäköisesti osittain psyykkisiä”. Fysiologisiin häiriöihin ja ruumiillisiin tekijöihin liittyviin käyttäytymisoireyhtymiin (F50–F59) on koottu sairauksia, joihin liittyy myös psyykinen oirehtiminen. Tähän ryhmään kuuluvia sairauksia ovat muun muassa syömishäiriöt ja elimelliset unihäiriöt. Aikuisiän persoonallisuus- ja käytöshäiriöt (F60–F69) ilmenevät pitkäaikaisina, joustamattomina käyttäytymismalleina eri elämäntilanteissa, ja aiheuttavat usein sosiaalisia vaikeuksia sairastuneelle. Tämän ryhmän häiriöt luokitellaan niissä esiintyvien hallitsevien käyttäytymismallien perusteella. Älylliselle kehitysvammaisuudelle (F70–F79) olennaista on sairastuneen kognitiivinen tila, jossa mielen kehitys on pysähtynyt tai epätäydellinen. Älyllisesti kehitysvammaiset voivat sairastua mihin tahansa mielenterveyden häiriöihin. Psyykkisen kehityksen häiriöihin kuuluvat (F80–F89) ”lapsuuteen sijoittuva alku, keskushermoston biologiseen kypsymiseen liittyvät kehityksen

estymät tai viivästymät ja tasainen kulku ilman oireiden lievenemis- ja pahenemisvaiheita”. Tavallisesti lapsuus- tai nuoruusiässä alkaviin käytös- ja tunnehäiriöihin (F90–F98) luokitellaan yleisimmin lapsuus- ja nuoruusiässä alkavia häiriöitä. Tähän ryhmään kuuluvat muun muassa käytöshäiriöt sekä nykimishäiriöt. Määrittämättömiin mielenterveyden häiriöihin (F99) luetaan tarkemmin määrittämättömät mielenterveyden häiriöt. (Duodecim ICD-10 2015, viitattu 9.3.2015.)

2.4 Psykiatrinen erikoissairaanhoido Suomessa vuonna 2013

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) julkaiseman Psykiatrinen erikoissairaanhoido 2013 – tilastoraportin (Rainio & Rätty 2013, viitattu 18.9.2015) mukaan psykiatrisen erikoissairaanhoidon avohoitopainotteisuus jatkuu. Psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa oli vuoden 2013 aikana kaiken kaikkiaan 26 561 potilasta. Näillä potilailla oli vuoden aikana runsaat 38 000 vuodeosastohoidon hoitajaksoa. Hoitopäiviä oli yhteensä lähes 1,3 miljoonaa. Psykiatrisessa avosairaanhoidossa oli puolestaan reilu 1,8 miljoonaa käyntiä ja 159 131 potilasta. Avohoitokäyntien määrä on lisääntynyt noin 31 % vuoteen 2006 verrattuna. Avohoitokäynnit lisääntyivät eniten niiden potilaiden kohdalla, joilla oli diagnoosi joko kaksisuuntainen mielialahäiriö (F31) tai masennus (F32).

Tilastoraportin mukaan vuodeosastohoidon hoitopäivät ovat vähentyneet psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa vuodesta 2006 noin 29 %. Samassa ajassa psykiatrisen erikoissairaanhoidon avohoitokäynnit ovat puolestaan kasvaneet 31 %. Laitoshoidon potilaina oli sekä miehiä että naisia yhtä paljon. Sukupuolijakaumassa oli vaihtelua eri ikäryhmien välillä. Työikäisistä ja lapsipotilaista enemmistö oli miehiä ja poikia, kun taas 15–25-vuotiaista sekä 60 vuotta täyttäneistä potilaista naispotilaiden osuus oli suurempi.

Naisten sekä miesten yleisimpien diagnoosien välillä oli eroja. Miehillä yleisin vuodeosastohoitoon johtanut psykiatrinen sairaus oli skitsofrenia. Vuodeosastohoidossa olleista 4 615 skitsofreniapotilaasta miehiä oli enemmistö eli 60 %. Miespotilaiden kohdalla myös yleinen vuodeosastohoitoon johtanut syy oli alkoholin, lääkkeiden sekä muiden päihteiden käyttö. Naisilla puolestaan yleisin vuodeosastohoitoon johtanut psykiatrinen sairaus oli masennus. Vuodeosastohoidossa olleista 6 194 masennuspotilaasta naisten osuus oli

62,5 %. Naisilla myös syömishäiriöt olivat yleisiä. Potilasmääriltään yleisimpiä päädiagnooseja psykiatrisen erikoissairaanhoidon vuodeosastohoidossa vuonna 2013 olivat Masennustila ja toistuva masennus (F32 ja F33), Skitsofrenia (F20), Kaksisuuntainen mielialahäiriö (F31) ja Ei-elimelliset psykoottiset häiriöt (F29). (Rainio & Rätty 2013, viitattu 18.9.2015.)

Tilastoraportin mukaan vuoden 2013 aikana päivystyksenä alkaneita hoitjaksoja oli yhteensä 60 % (23 006). Hoitjaksoista 24 % (9 283) alkoi potilaan tultua vuodeosastohoitoon M1-lähetteellä. Terveyskeskuksen lähetteellä vuodeosastohoitoon tuli 47 % potilaista, muun laitoksen (sairaala, saman sairaalan muu yksikkö, sosiaalihuollon laitos) lähetteellä noin 24 %, mielenterveyden avohoitoyksikön lähetteellä 4,5 % ja yksityisen terveydenhuollon lähettämänä 2 %. Potilaista 13 % tuli hoitoon ilman lähetettä.

Tilastoraportin mukaan potilaat siirtyivät laitoshoidon päätyttyä kotiin tai kotiin rinnastettavaan hoitopaikkaan noin 66 % hoitjaksoista. Muuhun laitoshoittoon (sairaala, terveyskeskus, vanhainkoti, kuntoutuslaitos, päihdehuollon yksikkö ja kehitysvammalaitos) potilaat siirtyivät noin 34 % hoitjaksoista. (Rainio & Rätty 2013, viitattu 18.9.2015.)

Osastohoidossa olleiden potilaiden määrä asukasmäärään suhteutettuna koko maassa on vähentynyt vuodesta 2004 lähtien, jolloin psykiatrisessa osastohoidossa oli 6,2 potilasta tuhatta asukasta kohti. Potilaiden määrässä eri sairaanhoitopiirien välillä on eroja. Taulukon 1 mukaan asukasmäärään suhteutettu osastohoidossa olleiden potilaiden määrä on pienentynyt noin kolmanneksen erikoissairaanhoidon osastohoidossa Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin alueella vuodesta 2003 vuoteen 2013. (Rainio & Rätty 2013, viitattu 18.9.2015.)

TAULUKKO 1. Vuodeosastohoidon potilaat psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa 1 000 asukasta kohti sairaanhoitopiireittäin 2003–2013, indeksi 2003 = 100 (Rainio & Rätty 2013, viitattu 18.9.2015)

	2003	2005	2007	2009	2011	2013
PPSHP	100	97	90	90	79	67
Koko maa	100	103	97	92	88	83

Myös psykiatrisen avohoidon väestösuhteutetuissa potilasmäärissä oli vaihtelua sairaanhoitopiireittäin. Tilastoraportin mukaan vuoden 2008 jälkeen avohoidon potilasmäärät ovat lisääntyneet. Taulukon 2 mukaan asukasmäärään suhteutettu erikoissairaanhoidon avohoidossa hoidettujen potilaiden määrä on aluksi vuodesta 2007 vuoteen 2011 laskenut Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin alueella, jonka jälkeen erikoissairaanhoidon avohoidossa hoidettujen potilaiden määrä on lähtenyt kasvuun. (Rainio & Rätty 2013, viitattu 18.9.2015.)

TAULUKKO 2. Psykiatrisen erikoissairaanhoidon avohoidon potilaat 1 000 asukasta kohti sairaanhoitopiireittäin vuonna 2007–2013, indeksi 2007 = 100 (Rainio & Rätty 2013, viitattu 18.9.2015)

	2007	2009	2011	2013
PPSHP	100	96	58	71
Koko maa	100	104	115	119

2.5 Pidennetty päivystysarvio

Ennen vuotta 2010 Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin alueella psykiatrisen päivystys oli jaettu kahden eri yksikön vastuulle, joista toinen yksikkö hoiti päivystyksen virkaaikana ja toinen virka-ajan ulkopuolella. Malli koettiin kuitenkin sekavaksi ja ajoittain havaittiin puutteita sekä potilaiden että hoitohenkilökunnan turvallisuudessa. (Lapinkangas ym. 2013, 78.)

Vuonna 2010 Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin psykiatrian tulosalueelle perustettiin osasto 78, joka vastaa psykiatrisesta ympärivuorokautisesta päivystystoiminnasta sekä sisältää 12-paikkaisen suljetun vastaanotto-osaston. Osasto 78 syntyi tarpeesta yhentää ja tehostaa Oulun alueen psykiatrista päivystystä, lisätä asiakkaiden ja työntekijöiden turvallisuutta sekä vähentää erityisesti lyhyitä osastojaksoja ja turhia osastolle sisään kirjaamisia. Tavoitteiden saavuttamiseksi osastolla 78 kehitettiin ja otettiin yhtenä uutena hoitomuotona käyttöön pidennetty päivystysarvio. (Lapinkangas ym. 2013, 78–80.)

Lapinkankaan (haastattelu 15.9.2014) mukaan pidennetty päivystysarvio on lisääntynyt vuosi vuodelta. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin psykiatrian tulosalueen osastoilla 78 ja 81 pidennetyssä päivystysarviossa oli vuoden 2014 aikana yhteensä 290 täysi-ikäistä potilasta ja 342 potilaskäyntiä.

Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin psykiatrian tulosalueen laatukäsikirjan (Pidennetty päivystysarvio 2014, viitattu 28.3.2015) mukaan pidennetty päivystysarvio on psykiatrinen avohoidollinen ja erikoissairaanhoidollinen hoitomenetelmä osastoilla 78 ja 81. Psykiatrinen päivystyspotilas voi olla osastolla enintään 24 tunnin ajan. Potilas siis jää alkuarvioinnin jälkeen osaston seuranta paikalle lisäselvittelyjä varten. Pidennettyä päivystysarviota käytetään niiden potilaiden kohdalla, joille parhaan mahdollisen hoitoratkaisun tekeminen edellyttää lisätiedon hankkimista. Potilas ei ole välttämättä alkututkimuksen perusteella psykiatrisen sairaalahoidon tarpeessa, mutta on kuitenkin avun ja tutkimuksen tarpeessa ja potilaan kotiin lähettämällä olisi enemmän riskejä ja haittoja. Pidennetyllä päivystysarviolla pyritään välttämään turhat potilaiden sisään kirjaamiset osastoille ja hätiköidysti tehdyt hoitoratkaisut. Pidennettyä päivystysarviota voidaan lisäksi käyttää myös lyhytaikaisena odotuspaikkana seuraavan hoitopaikan järjestymistä varten. Osaston 78 tiloissa on pidennettyyn päivystysarvioon jääneille potilaille oma potilashuone. Lisäksi pidennetyssä päivystysarviossa oleville potilaille voidaan antaa käyttöön myös osaston puolella olevia potilashuoneita. (Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2014a, viitattu 16.11.2014.)

Koska pidennetty päivystysarvio on laatukäsikirjan mukaan polikliinista avohoitoa, potilaan täytyy suostua siihen vapaaehtoisesti. Potilasta ei voida sijoittaa pidennetyn päivystysarvion seurantapaikalle, mikäli hän on psykoottinen tai psykoosivaarassa oleva, itsetuhoisin, aggressiivinen tai levottomasti käyttäytyvä. (Pidennetty päivystysarvio 2014, viitattu 15.10.2015.)

Pidennetyssä päivystysarviossa olevan potilaan hoidosta vastaa työryhmä, johon kuuluvat päivystävä hoitaja, lääkäri ja osastolla työskentelevä hoitaja. Psykiatrian tulosalueen päivystyksessä työskentelevän päivystävän lääkärin vastuulla ovat potilaan tutkimukset, lisätiedon hankinta sekä hoitoratkaisujen tekemiseen liittyvät asiat. Hoitajan/hoitajien vastuulla puolestaan ovat potilaan kokonaisvaltainen voinnin seuranta sekä vastaaminen potilaan perustarpeisiin. Vuoronvaihtojen yhteydessä hoitovastuu siirretään aina seuraavaan työvuoroon tulleille työryhmän jäsenille. (Pidennetty päivystysarvio 2014, viitattu 28.3.2015.)

Pidennetty päivystysarvio päättyy, kun potilaan tilanne on muuttunut ja/tai potilaan jatkohoitoa on varmistunut. Potilaan tilanne on arvioitava lääkärin toimesta viimeistään ennen 24 tunnin aikarajan päättymistä. Tällöin on myös päätettävä potilaan sisäänkirjoittamisesta sairaalaan tai lähettämisestä sovittuun hoitopaikkaan tai hoidon jatkamisesta avohoidon keinoin. Polikliinisestä seurannasta annetun ohjeen mukaisesti pidennetty päivystysarviokäynti on merkittävä potilastietojärjestelmään avohoitokäyntinä. (Pidennetty päivystysarvio 2014, viitattu 28.3.2015.)

Laatukäsikirjan mukaan pidennettyyn päivystysarvioon voi jäädä myös alaikäinen potilas. Alaikäiset potilaat menevät alkuarvioinnin jälkeen seurantapaikalle nuorisopsykiatrian osastolle 70. Pidennetty päivystysarvio voidaan toteuttaa alaikäisten potilaiden kohdalla, mikäli potilas suostuu siihen vapaaehtoisesti ja potilaan huoltajat ovat myös sen kannalla. Alaikäisen huostaanotetun potilaan kohdalla potilaan sijaisvanhempi tai sijaishuoltopaikan edustaja ovat mukana sopimassa pidennetystä päivystysarviosta.

Pidennetyn päivystysarvion kaltainen hoitomuoto, pidennetty polikliininen seuranta, löytyy Oulun lisäksi ainakin kahdelta eri paikkakunnalta Suomesta. Pirkanmaan sairaanhoidopiiriin Vammalan aluesairaalan akuuttipsykiatrian osastolla A on käytössä psykiatristen potilaiden polikliininen seurantahoito. Arvio kestää maksimissaan 72 tuntia. Pirkanmaan

sairaanhoitopiirissä hoito on verkostokeskeistä ja polikliinisen hoidon aikana kartoitetaan potilaan lähiverkosto ja avohoito. Tarvittaessa psykiatrinen potilas voidaan ohjata myös muiden terveydenhuoltopalveluiden piiriin polikliinisen seurannan aikana. (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2015, viitattu 11.9.2015.) Tämän lisäksi ainakin Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin Peijaksen sairaalan psykiatrisella osastolla P3 toteutetaan myös pidennettyjä polikliinisiä seurantoja (HUS 2015, viitattu 11.9.2015).

3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Pidennetty päivystysarvio on ollut Oulussa käytössä kohta viisi vuotta eikä siitä tai sen toimivuudesta ole tehty tutkimuksia. Tällä hetkellä on olemassa vain ”tuntuma” siitä, että potilaita ohjautuu pidennetyn päivystysarvion jälkeen jonkin verran psykiatriselle osastolle ja jonkin verran jonnekin muualle. Lapinkankaan (haastattelu 15.9.2014) mukaan tarkkoja prosenttimääriä potilaista ei ole tiedossa. Psykiatrisen hoidon sekä pidennetyn päivystysarvion toimivuuden kehittämiseksi tietoa pidennetystä päivystysarviosta olisi tärkeää saada.

Tässä tutkimuksessa tutkitaan pidennetyssä päivystysarviossa olleita potilaita. Tutkimuksen tarkoitus on tuottaa kuvaus vuoden 2014 aikana pidennetyssä päivystysarviossa olleista täysi-ikäisistä potilaista.

Tutkimuskysymykset ovat:

1. Keitä ovat potilaat, jotka ohjautuvat pidennettyyn päivystysarvioon?
2. Minne potilaat ohjautuvat pidennetyn päivystysarvion jälkeen?
3. Kuinka suuri osa potilaista otetaan psykiatriselle osastolle pidennetyn päivystysarvion jälkeen?

Tämän tutkimuksen avulla pystytään arvioimaan sitä, tukeeko pidennetty päivystysarvio mielenterveyspotilaiden avohoitoa. Tutkimuksen avulla tuotetaan tietoa kehitettäessä päivystystoimintaa psykiatrian tulosalueella. Lisäksi mahdollistetaan myös myöhemmät jatkotutkimukset ja kvalitatiiviset analyysit pidennetyn päivystysarvion tehokkuudesta ja toimivuudesta. Tutkimuksen pitkän aikavälin tavoitteena on kehittää psykiatrista päivystystyötä Suomessa.

4 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

4.1 Tutkimusmenetelmä

Tutkimuksen metodologia eli menetelmäoppi on yksi tieteenfilosofian osa-alue, joka tutkii tieteellistä menetelmää. Metodologiaan kuuluvat ne keinot, joilla tieteellistä tietoa hankitaan, muodostetaan ja perustellaan. Kvantitatiivinen menetelmä lähestyy ja tarkastelee tutkittavaa asiaa numeerisesti eli kuvailemme pidennetyssä päivystysarviossa olleita potilaita numeerisessa muodossa. Tutkimus on luonteeltaan kuvaileva poikittaistutkimus, jossa aineisto kerätään vain kerran. Poikittaistutkimukseksi kutsutaan tutkimusstrategiaa, jossa tarkoituksena on tutkia kohdetta tai ilmiötä laaja-alaisesti tietynä ajankohtana. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 46–57.) Tutkimukselle ei asetettu hypoteeseja, mikä on Kankkusen & Vehviläinen-Julkusen (2013, 60) mukaan tyypillistä kuvailevalle kvantitatiiviselle tutkimukselle.

Rekisteritutkimuksella tarkoitetaan sitä, että tutkimusaineisto muodostuu ainoastaan rekisteritiedoista, jotka on saatu joko yhdestä rekisteristä tai yhdistämällä useamman rekisterin tietoja. Tämän tutkimuksen rekisteritiedot on saatu yhdestä rekisteristä. Tässä tutkimuksessa tutkittaviin ei olla yhteydessä, sillä tässä tutkimuksessa tutkitaan potilaiden sähköisiä sairauskertomustietoja. (Gissler, Heinonen, Räisänen & Sund 2013, 3078.)

Sommerin (1991, 65) mukaan sisällön analyysi perinteisesti on ollut lähtökohdiltaan kvantitatiivista. Analyysimenetelmien perusjaottelu on jako laadullisiin ja määrällisiin analyysimenetelmiin (Jyväskylän yliopisto, viitattu 6.9.2015). Heikkilän (2004, 183) mukaan kvantitatiivisessa tutkimuksessa analyysimenetelmä valitaan aina sen mukaan, joka antaa tietoa siitä, mitä ollaan tutkimassa. Sopiva analyysimenetelmä tutkimuskysymyksiin ja -ongelmiin pyritään ennakoimaan jo tutkimusta suunniteltaessa. Sopiva analyysimenetelmä käytännössä kuitenkin löytyy usein kyseiselle muuttujalle soveltuvia menetelmiä kokeilemalla. Tähän tutkimukseen valittiin kvantitatiivinen lähestymistapa ja tutkimusaineisto analysoitiin tilastollisen analyysin avulla. Tämän tutkimuksen lähestymistavaksi kvantitatiivinen menetelmä soveltui hyvin, sillä tutkimuksen tuloksena haluttiin

saada mahdollisimman yleistettävää tietoa, joka on kriteereiltään tilastollis-matemaattista. Myös dokumenttien suuri määrä ratkaisee kvantitatiivisen menetelmän valinnan. Tutkimus pyrkii objektiivisuuteen ja sen vuoksi subjektiivisen tulkintaan viittaavat seikat minimoidaan. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007,135–137.)

Määrällisenä tutkimuksena opinnäytetyö edustaa Galileista tieteenfilosofiaa jossa korostuu positivistinen ihmiskäsitys. Kvantitatiivinen lähestymistapa tukeutuu näin ollen positivistiseen tieteen filosofiaan. Galileisen tradition mukaisesti tutkimuksessa pyritään ilmiön selittämiseen ja vaihtelun löytämiseen mitattavuuden kautta ja käyttämällä tarkkaan määriteltyjä tieteenmenetelmiä, joiden tutkimusasetelmat ovat uudelleen toteuttavissa. (McMullin 1992, 166–172; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 18.)

4.2 Tutkittavien kohdejoukko

Tutkimuksen kohdejoukko eli perusjoukko muodostui kaikista Oulun yliopistollisen sairaalan psykiatrian tulosalueen osastojen 78 ja 81 pidennetyssä päivystysarviossa olleiden täysi-ikäisten potilaiden päivystyskäynneistä vuoden 2014 aikana. Näitä potilaita oli yhteensä 290 ja potilaskäyntejä 342. Tutkimuksessa ei käytetty mitään otantamenetelmää, mikä tarkoittaa, että tutkimus edustaa kokonaistutkimusta. Kokonaistutkimuksella tarkoitetaan sellaista tutkimusta, jossa tutkijan kiinnostus kohdistuu koko tutkimuksen perusjoukkoon samalla painoarvolla (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 46–57). Kokonaistutkimuksen valintaa perustelee se, että tutkijat saivat laajan ja kokonaan hyödynnettävissä olevan aineiston käyttöön tutkimusta varten. Laaja tutkittavien määrä lisää tutkimuksen luotettavuutta sekä tulosten tarkkuutta. (Kananen 2008, 71).

4.3 Mittarin laadinta, esitetaus ja tutkimusaineiston keruu

Laadimme tutkimuksessa käyttämämme mittarin yhteistyössä psykiatrian tulosalueen osastojen 78 ja 81 osastonhoitaja Pertti Lapinkankaan ja osaston 78 apulaisylilääkäri Piia Sankelon kanssa. Mittarin laadinnassa oli apuna myös Oulun ammattikorkeakoulun lehtori ja ATK-opettaja Kirsi Jokinen.

Tutkimuksen kannalta tarvittavat tiedot kerättiin kaikista vuoden 2014 aikana pidennetyssä päivystysarviossa olleiden täysi-ikäisten potilaiden sähköisistä potilasasiakirjoista. Tutkimusaineisto koostui jo valmiiksi olemassa olevista dokumenteista. Laadimme mitarin Webropol-alustalle ja käsitelimme tiedot samalla tilastolliseen analyysiin soveltuvalla tilasto-ohjelmalla. Webropol on Internetissä oleva kysely- ja tiedonkeruusovellus, jolla voi muun muassa luoda kyselyitä ja tutkimuksia, sekä laatia kvantitatiivisia raportteja ja analyyskejä tulosten pohjalta. (Webropol 2015, viitattu 6.9.2015.)

Vuoden 2014 aikana pidennetyssä päivystysarviossa osastoilla 78 ja 81 oli yhteensä 290 täysi-ikäistä potilasta ja potilaskäyntejä oli yhteensä 342. Myös alaikäisiä potilaita ohjautuu vuosittain pidennettyyn päivystysarvioon. Alaikäiset pidennetyssä päivystysarviossa olleet potilaat jätettiin tutkimuksen ulkopuolelle, sillä he sijoittuvat nuorisopsykiatrian akuuttiosastolle 70. Tutkijoiden toimilupa sekä käyttäjätunnukset Esko-potilastietojärjestelmään koskivat vain aikuispsykiatrian osastoja 78 ja 81. Tutkimuksen yhteistyöhenkilö on osastojen 78 ja 81 osastonhoitaja Pertti Lapinkangas. (Lapinkangas, haastattelu 15.9.2014.) Koska aineisto on kerätty henkilökohtaisista ja hyvin arkaluontoisia tietoja sisältävistä potilasasiakirjoista, on opinnäytetyölle haettu tutkimuslupa psykiatrian tulosalueen johtajaylilääkäriltä.

Luokituslistan tekovaiheessa jokaisesta pidennetyssä päivystysarviossa olleesta potilaasta selvitettiin seuraavat tiedot: ikä, sukupuoli, kotikunta, tulosyy, diagnoosi, hoitotulon sekä hoidon loppumisen viikonpäivä, tulo- ja lähtökuukausi, tulo- ja lähtökellon aika, pidennetyn päivystysarvion arvioitu kesto sekä pidennetyn päivystysarvion jälkeinen hoitoratkaisu. Lisäksi selvitettiin, oltiinko osastolta yhteydessä avohoitoon pidennetyn päivystysarvion aikana ja tuliko potilas kuukauden sisällä uudelle päivystyskäynnille pidennetyn päivystysarvion jälkeen. Potilaan ikä merkittiin sekä tarkkana lukuna että ikäluokkana. Tulosyy kirjattiin tekstinä avoimeen vastauslaatikkoon ja vastaukset luokiteltiin eri luokkiin tietojen keruun jälkeen. (Liite 3. Webropol-kysymyslista.) Hoitotulon ja hoidon päättymisen kellonajat merkittiin tunnin tarkkuudella niin, että kellon aika pyöristettiin aina edelliseen tasatuntiin. Eri hoitoratkaisuluokituksia pidennetyn päivystysarvion jälkeen olivat psykiatrinen osasto, somaattinen sairaala, terveyskeskus, avohoito, päihdehuollon yksikkö sekä vaihtoehto ”ei jatkohoitoa”. Psykiatrinen osasto käsittelee tutkimuksessa sekä psykiatriset avo-osastot että suljetut osastot. Avohoidoksi määriteltiin

kontaktit mielenterveystoimiston kanssa, päihdehuollon yksiköt, erilaiset työryhmät, tukiryhmät, terapiat ja asumispalveluyksiköt.

Edellä mainitut luokitukset suunniteltiin ja päätettiin yhdessä osastonhoitaja Pertti Lapinkankaan ja apulaisylilääkäri Piia Sankelon kanssa (keskustelu 11.2.2015). Potilaiden tarkka ikä sekä hoitoon tulon ja hoidon päättymisen viikonpäivä ovat opinnäytetyön kannalta sekundaarisia tietoja, mutta ne haluttiin kirjata, jotta valmis aineisto olisi paremmin käytettävissä myöhempiä mahdollisia jatkotutkimuksia varten (Jokinen, ohjaustunti 23.3.2015).

Luokituslistan valmistumisen ja tutkimusluvan myöntämisen jälkeen saatiin käyttöön paperinen lista kaikista vuoden 2014 aikana pidennetyssä päivystysarviosta olleista potilaista. Lista sisälsi potilaiden henkilöturvattunnukset, kotipaikkakunnan, hoitoon tulopäivämäärän ja kellonajan sekä diagnoosin. Paperisesta listasta kirjattiin ylös potilaiden kotipaikkakunta kuntanumerona sekä diagnoosinnumero. Diagnoosinnumero kirjattiin kahden ensimmäisen numeron tarkkuudella, sillä sen katsottiin olevan riittävän täsmällinen tutkimuksen luonteeseen ja potilaiden yksityisyyden suojaamiseen nähden. (Lapinkangas & Sankelo, keskustelu 11.2.2015.) Tutkimuskysymykset ja potilaskäynneistä selvitettävät tiedot muodostavat opinnäytetyön analyysirungon (Tuomi & Sarajärvi 2012, 15–21). Analyysirunko on esitetty liitteessä 1 (Liite 1). Webropol-kysymyslista, jota käytettiin tiedonhaussa, on esitetty liitteessä 3 (Liite 3).

Mittari esiteltiin ennen varsinaista tutkimuksen suorittamista, sillä onnistunut tutkimus edellyttää toimivaa mittaria (Vilka 2007, 78). Esitestauksen avulla kartoitettiin mittarin kysymysten selkeyttä, vastausvaihtoehtojen toimivuutta, kyselylomakkeen pituutta, vastaamiseen käytetyn ajan kohtuullisuutta ja sitä, vastaavatko kysymykset tutkimuskysymyksiin. Lisäksi kartoitimme mittarin mahdollisia puutteita ja virheitä, koska niihin ei voinut vaikuttaa enää aineiston keräämisen jälkeen. Heikkilän (2004, 61) mukaan kyselylomaketta tulee arvioida vielä sen suhteen, puuttuuko siitä jokin tutkimusongelman kannalta merkittävä kysymys tai onko kyselylomakkeessa tutkittavan asian kannalta ylimääräisiä kysymyksiä. Sähköiset potilasasiakirjat käytiin läpi psykiatrian tulosalueen tietokoneilla ja tutkimuksen edellyttämät tiedot tallennettiin tutkijoiden henkilökohtaisille tietokoneille.

4.4 Tutkimusaineiston analyysi

Hirsijärven ym. (2009, 221–224) mukaan kerätyn aineiston analyysi, tulkinta ja johtopäätökset ovat ydinasioita tutkimuksessa. Näihin tähtäsimme jo tutkimusta aloittaessa. Analyysivaiheessa tutkijalle selviää, minkälaisia vastauksia hän on saanut asetettuihin tutkimusongelmiin.

Aloitimme tutkimusaineiston analysoinnin aineiston tarkastamisella. Aineiston tarkastuksen tärkein asia on arvioida tutkimuksen kato. (Vilkkä 2007, 106). Tutkimusaineiston pysyvyyden vuoksi tutkimuksen aikana ei esiintynyt katoa ja tutkijoiden oli mahdollista kirjata vastaus kaikkiin kyselylomakkeen kysymyksiin jokaisen potilaskäynnin kohdalla potilasasiakirjamerkintöjen perusteella.

Analysoimme suurimman osan aineistosta Webropol-sovelluksella ja osan Webropolin Professional Statistics -analyysimoduulilla. Sovellukset mahdollistivat ristiintaulukoinnin ja valmiiden prosenttilukujen saamisen tutkimustuloksiin. Osan taulukoista teimme lisäksi Excel-ohjelmalla. Kirjoitimme tulokset auki prosenttilukuina.

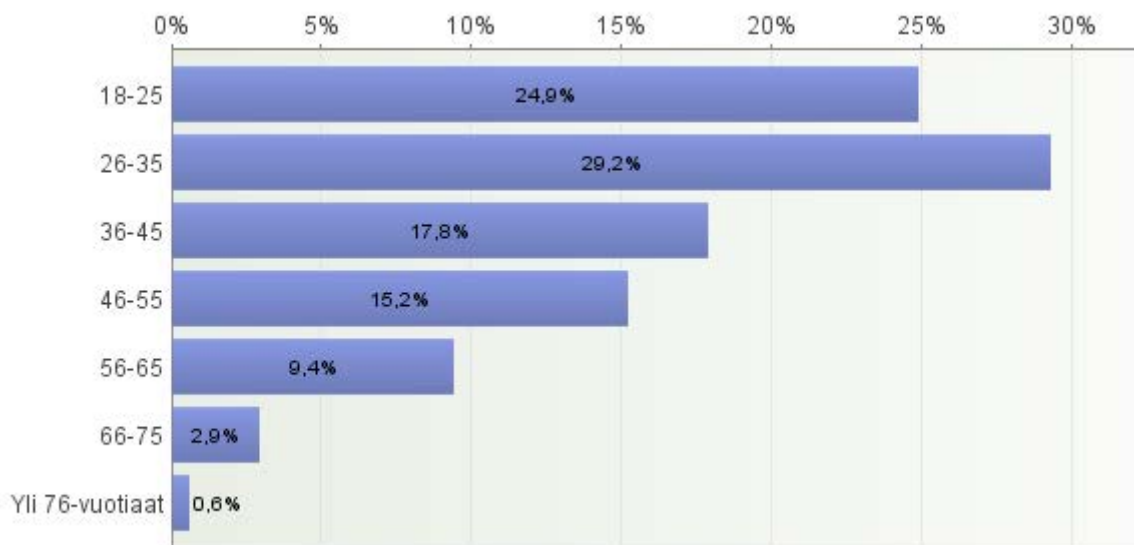
Tutkimuksessa oli yksi avoin kysymys, jolla kartoitettiin pidennetyn päivystysarvion tulosyitä. Auki kirjoitettuja tulosyitä oli yhteensä 342 kappaletta. Tulokset luokiteltiin eli kategorisoitiin seitsemään eri luokkaan. Nämä luokat olivat: kriisireaktio, unettomuuteen liittyvät oireet, käyttäytymiseen liittyvät oireet, riippuvuudet sekä lääkkeiden ja päihteiden aiheuttamat oireet, psyykkisen voinnin huononeminen ja psyykkisen voinnin arvio, psykoottiset oireet, pelot ja pakko-oireet sekä masennus, ahdistus ja itsetuhoisuus. Vastaukset ilmoitettiin prosenttilukujen sijasta lukumäärinä. Tämän avoimen kysymyksen kohdalla analyysimenetelmänä käytettiin aineiston kvantifiointia. Kvantifioinnilla tarkoitetaan aineiston analyysimenetelmää, jossa lasketaan esimerkiksi haastattelussa, dokumentaatiossa, kuvamateriaalissa esiintyneitä mainintoja, sanoja, ilmaisuja tai muotoja. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 46–50.)

5 TULOKSET

Vuoden 2014 aikana pidennetyssä päivystysarviossa oli yhteensä 290 täysi-ikäisiä potilasta ja potilaskäyntejä oli yhteensä 342. Osa potilaista kävi pidennetyssä päivystysarviossa saman vuoden aikana useamman kerran. Useamman kerran käyneitä potilaita oli yhteensä 36. Heistä kaksi kertaa käyneitä oli 23, kolme kertaa käyneitä 10 ja neljä kertaa käyneitä kolme. Webropol-kyselylomake on liitteenä raportin lopussa (Liite 3).

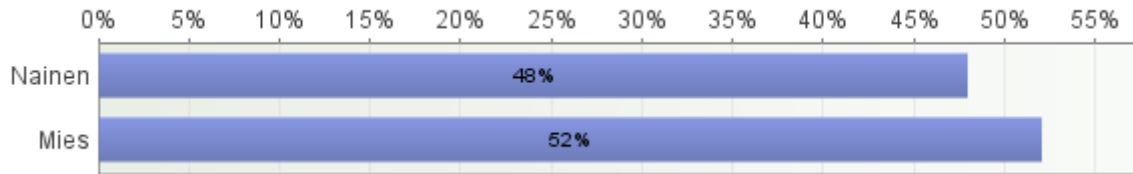
5.1 Pidennettyyn päivystysarvioon ohjautuvat potilaat

Pidennetyssä päivystysarviossa olleiden potilaiden suurimman ikäluokan muodosti 26–35-vuotiaat, joita oli noin kolmasosa (29,2 %) kaikista potilaista. Noin neljäsosa (24,9 %) potilaista oli 18–25-vuotiaita. Pidennetyssä päivystysarviossa olleista potilaista 36–45-vuotiaita oli alle viidesosa (17,8 %) ja 46–55-vuotiaita oli myös alle viidesosa (15,2 %). Noin 10 % potilaista kuului ikäluokkaan 50–65-vuotiaat. Pieni vähemmistö (3,5 %) potilaista oli yli 65-vuotiaita. (Kuvio 1.)



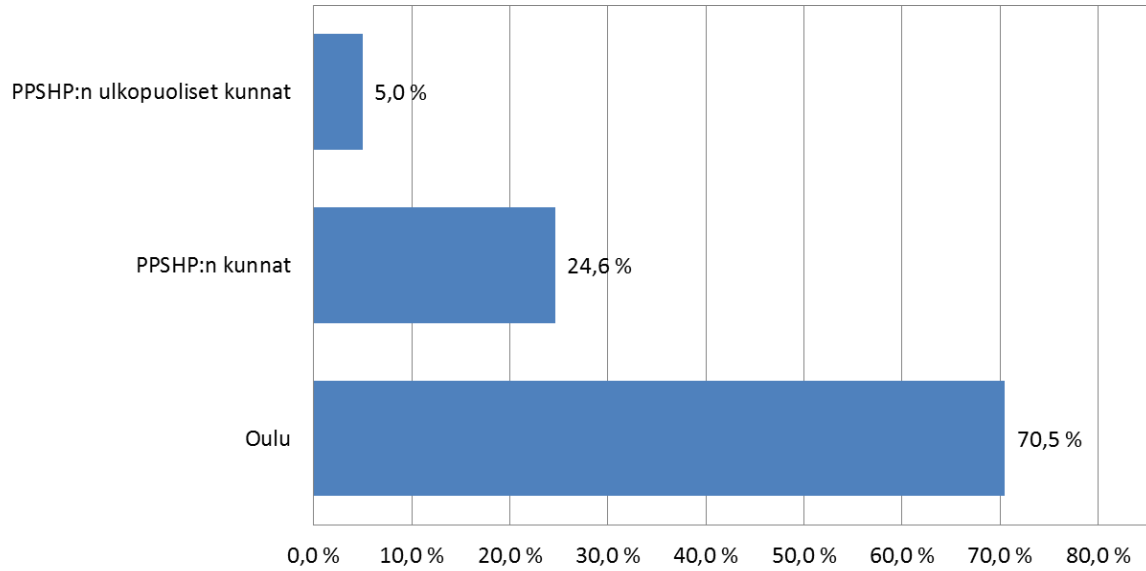
KUVIO 1. Pidennetyssä päivystysarviossa olleiden potilaiden ikäluokka (n = 342)

Vähän yli puolet pidennetyssä päivystysarviossa olleista potilaista oli miehiä (52 %) ja vähän vajaa puolet (48 %) oli naisia (Kuvio 2).



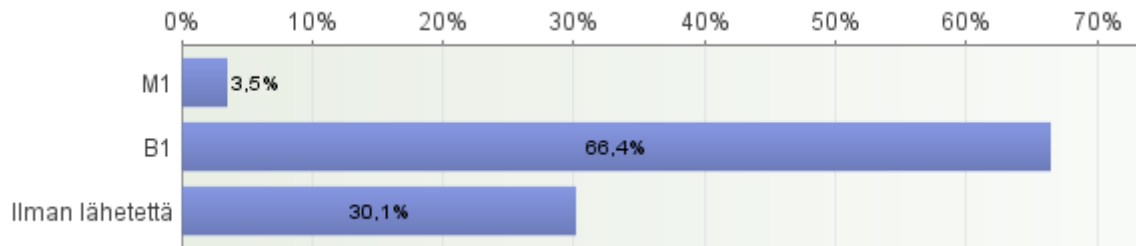
KUVIO 2. Pidennetyssä päivystysarviossa olleiden potilaiden sukupuoli (n = 342)

Pidennettyyn päivystysarvioon ohjautui potilaita 33:sta Suomen kunnasta. Kotikunnat kirjattiin tutkimusaineistoon kunta kerrallaan, mutta opinnäytetyön raporttia varten tätä listaa yleistettiin lukijaystävällisyyden vuoksi (Lapinkangas & Sankelo, keskustelu 11.2.2015). Kotikunnat niputettiin kolmeen luokkaan, jotka on esitetty kuviossa 3. Enemmistö (70,5 %) pidennetyssä päivystysarviossa olleista potilaista oli Oulusta ja noin neljäsosa (24,6 %) Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin kunnista. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin ulkopuolisista kunnista potilaita oli pieni vähemmistö (5,0 %). Oulu oli aineistossa yleisin kotikunta, minkä vuoksi se haluttiin ottaa tarkasteltavaksi omana sarakkeenaan.



KUVIO 3. Pidennetyssä päivystysarviossa olleiden potilaiden kotikunta (n = 342)

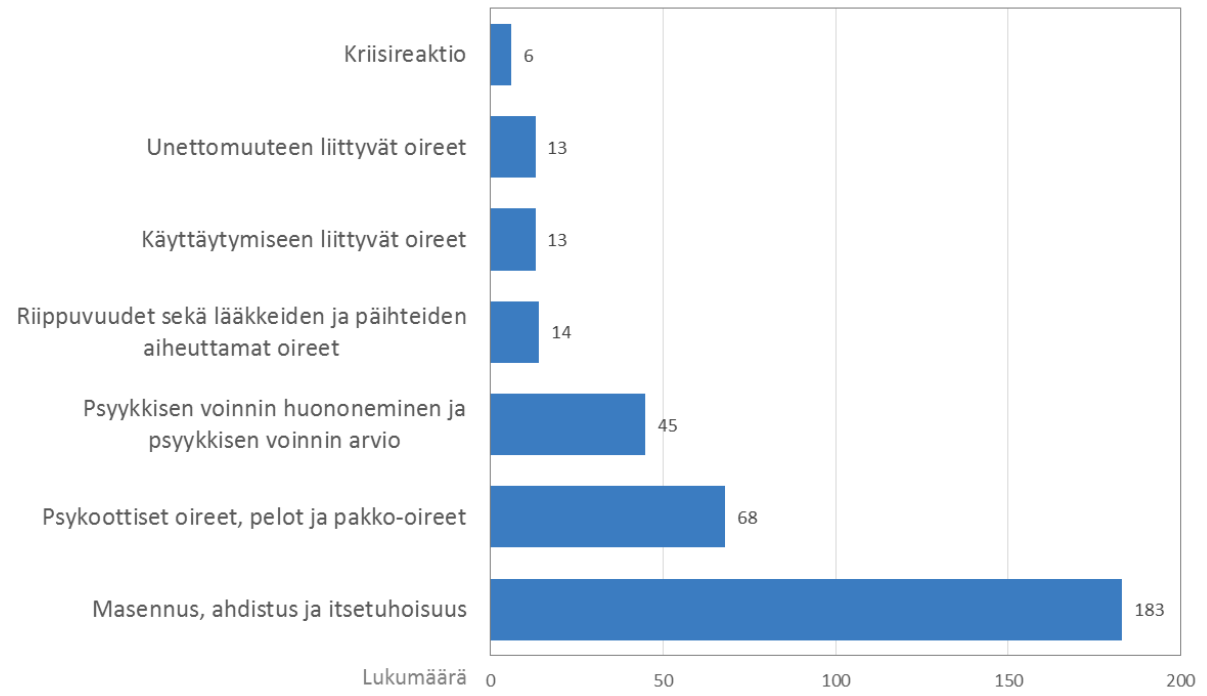
Enemmistö pidennetyssä päivystysarviossa olleista potilasta (66,4 %) tuli psykiatrian päivystykseen ja jäi pidennettyyn päivystysarvioon B1-lähetteellä. Ilman lähetettä tulleista potilaista pidennettyyn päivystysarvioon jäi noin kolmannes (30,1 %). M1-lähetteellä tulleita potilaita oli 3,5 %. (Kuvio 4.)



KUVIO 4. Pidennettyyn päivystysarvioon jääneiden potilaiden lähete (n = 342)

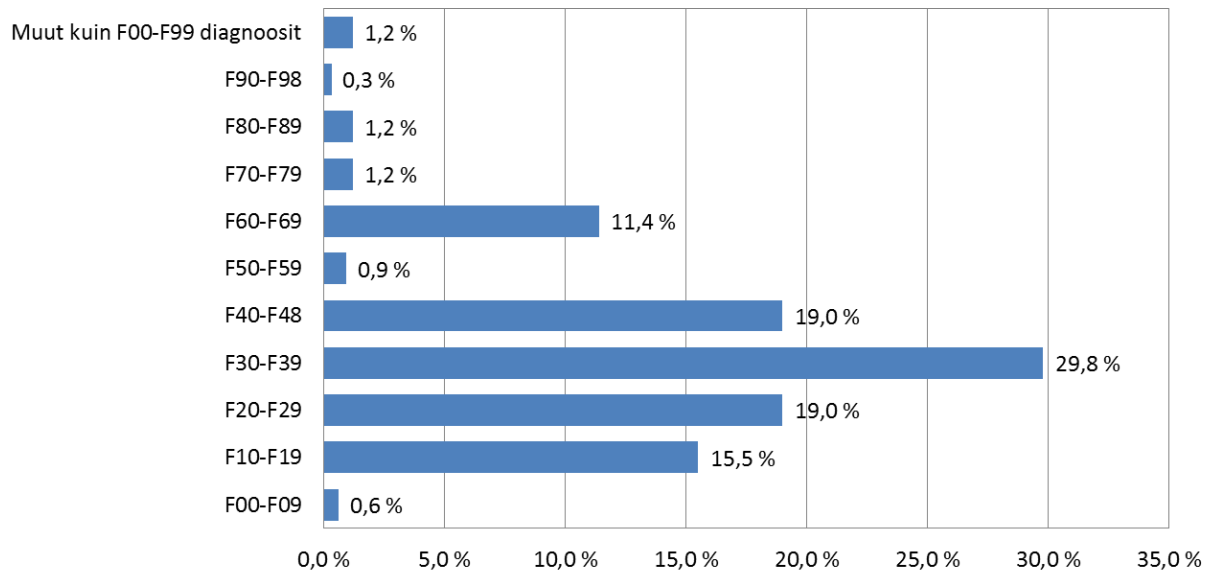
Kuviossa 5 on esitetty pidennettyyn päivystysarvioon jääneiden potilaiden hoitoon tulokset. Tulosityitä oli yhteensä 342. Tulokset luokiteltiin eli kategorisoitiin seitsemään luokkaan. Enemmistö (183 potilasta eli 53,5 %) potilaista jäi pidennettyyn päivystysarvioon masennuksen, ahdistuksen tai itsetuhoisuuden vuoksi. Toiseksi yleisin pidennettyyn päivystysarvioon jääneiden potilaiden tulosyö oli psykoottiset oireet, pelot ja pakko-oireet.

Näiden syiden vuoksi arvioon jäi noin viidesosa (68 potilasta eli 19,8 %). Kolmanneksi yleisin tulosyy, jolla potilaat jäivät pidennettyyn päivystysarvioon, oli psyykkisen voimien huononeminen ja psyykkisen voimien arvio. Näiden syiden vuoksi arvioon jäi 45 potilasta (13,2 %). Muiden kuin edellä mainittujen syiden takia pidennettyyn päivystysarvioon jäi yhteensä 46 potilasta (13,5 %).



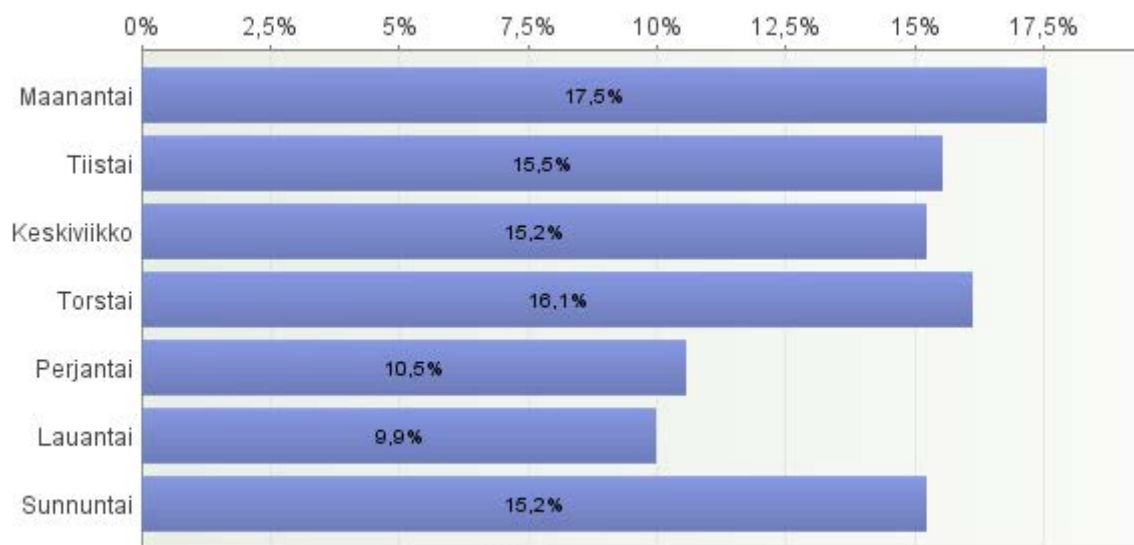
KUVIO 5. Pidennettyyn päivystysarvioon jääneiden potilaiden hoitoon tulosyy (n = 342)

Kuviossa 6 on esitetty pidennetyssä päivystysarviossa olleiden potilaiden diagnoosi. Pidennetyssä päivystysarviossa olleista potilaista kolmasosalla (29,8 %) oli diagnoosi, joka kuului alaluokkaan Mielialahäiriöt (F30–39). Noin viidesosalla (19,0 %) potilaista oli diagnoosi, joka kuului alaluokkaan Skitsofrenia, skitsotyyppinen häiriö ja harhaluuloisuus (F20–29) ja toinen viidesosa (19,0 %) kuului alaluokkaan Neuroottiset, stressiin liittyvät ja somatoformiset häiriöt (F40–48).



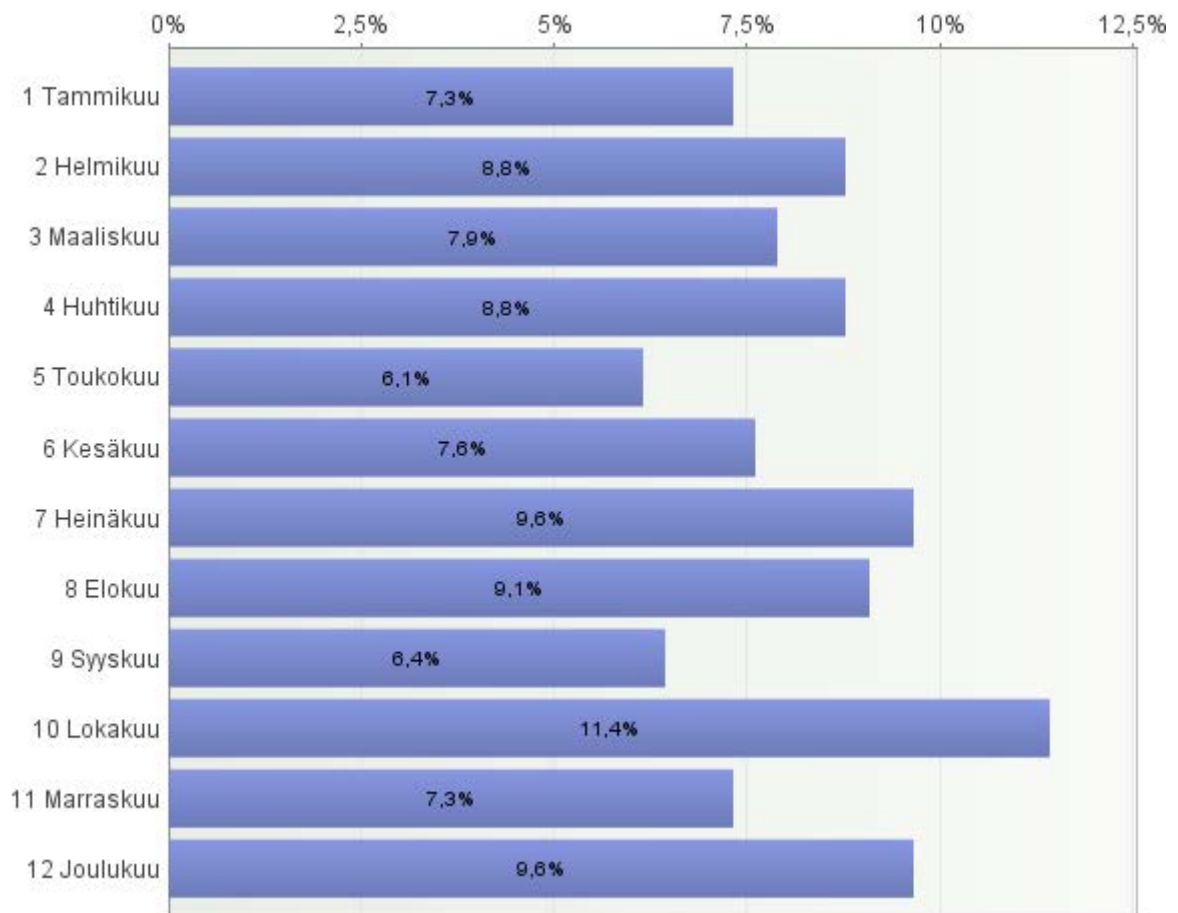
KUVIO 6. Pidennettyyn päivystysarvioon jääneiden potilaiden diagnoosi (n = 342)

Potilaiden pidennettyyn päivystysarvioon tulopäivä jakautui melko tasaisesti kunkin viikonpäivän välille. Vähiten potilaita pidennettyyn päivystysarvioon jäi perjantaina (10,5 %) ja lauantaina (9,9 %). Eniten potilaita pidennettyyn päivystysarvioon jäi maanantaina (17,5 %). (Kuvio 7.)



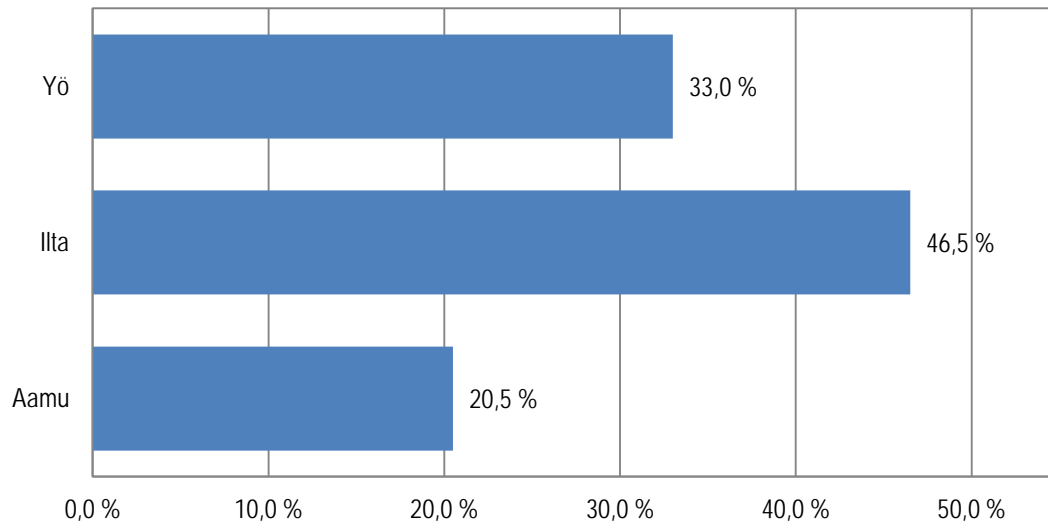
KUVIO 7. Pidennettyyn päivystysarvioon jääneiden potilaiden tulopäivä (n = 342)

Kuviossa 8 on esitetty pidennettyyn päivystysarvioon jääneiden potilaiden hoitoon tulokuukausi. Pidennetyssä päivystysarviossa oli vähiten potilaita toukokuussa (6,1 %) ja syyskuussa (6,4 %). Eniten potilaita pidennetyssä päivystysarviossa oli lokakuussa (11,4 %).



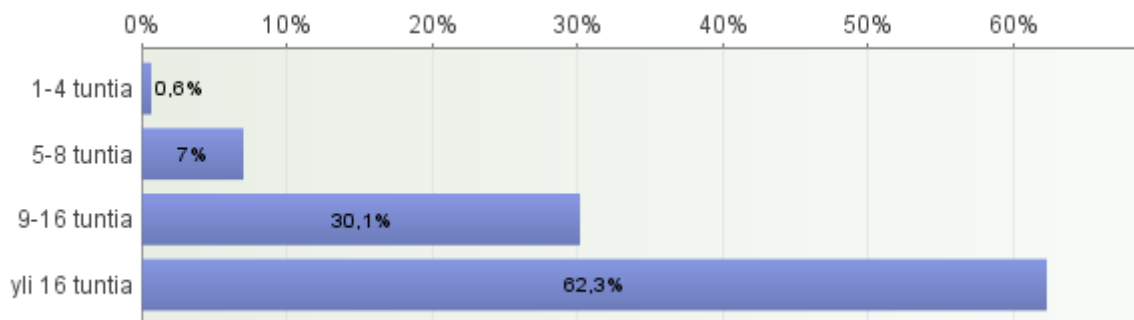
KUVIO 8. Pidennettyyn päivystysarvioon jääneiden potilaiden tulokuukausi (n = 342)

Kuviosta 9 nähdään, että lähes puolet (46,5 %) pidennettyyn päivystysarvioon tulleista potilaista tuli päivystyskäynnille ilta-aikaan eli kello 14:00–20:00 välisenä aikana. Noin kolmasosa (33,0 %) yöaikaan eli kello 21:00–06:00 ja noin viidesosa (20,5 %) aamulla eli kello 07:00–13:00 välisenä aikana.



KUVIO 9. Pidennettyyn päivystysarvioon jääneiden potilaiden tulokellonaika (n = 342)

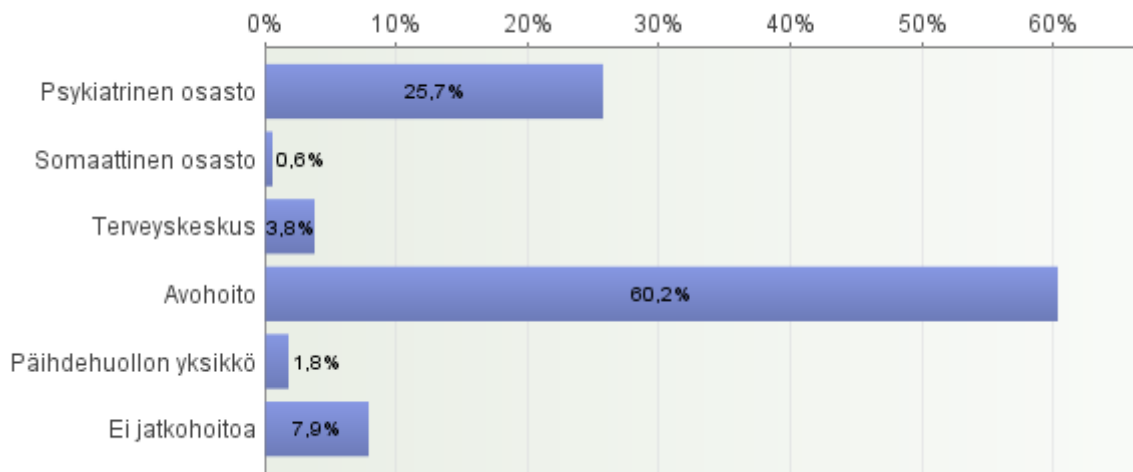
Enemmistö (62,3 %) pidennettyyn päivystysarvioon jääneistä potilaista oli arvioissa yli 16 tuntia ja noin kolmannes potilaista (30,1 %) 9-16 tuntia. Pieni osa (7 %) pidennetyssä päivystysarviossa olleista potilaista oli arvioissa 5-8 tuntia. Yhden potilaan pidennetyn päivystysarvion kesto oli 1-4 tuntia. (Kuvio 10.)



KUVIO 10. Pidennetyn päivystysarvion kesto (n = 342)

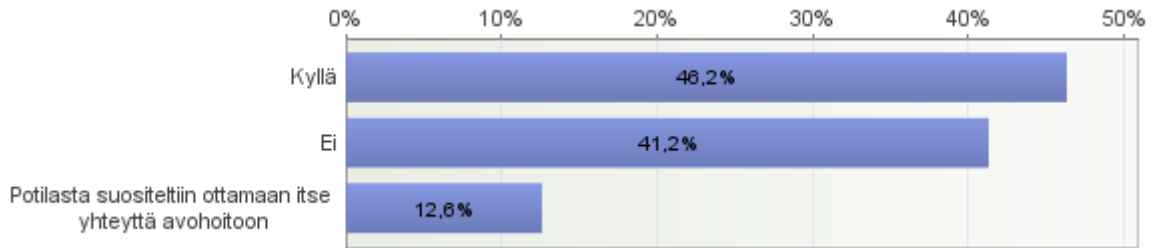
5.2 Pidennetyn päivystysarvion jälkeinen hoitoratkaisu ja psykiatriselle osastolle ohjautuminen pidennetyn päivystysarvion jälkeen

Enemmistö (60,2 %) potilaista ohjautui pidennetyn päivystysarvion jälkeen avohoitoon ja noin viidesosalla (25,7 %) potilaista pidennetyn päivystysarvion jälkeinen hoitoratkaisu oli psykiatrisen osasto. Pieni vähemmistö (6,2 %) ohjautui pidennetyn päivystysarvion jälkeen joko somaattiselle osastolle, terveyskeskukseen tai päihdehuollon yksikköön ja lopuilla 7,9 % potilailla ei ollut määriteltynä jatkohoitoa arvion jälkeen. (Kuvio 11.)



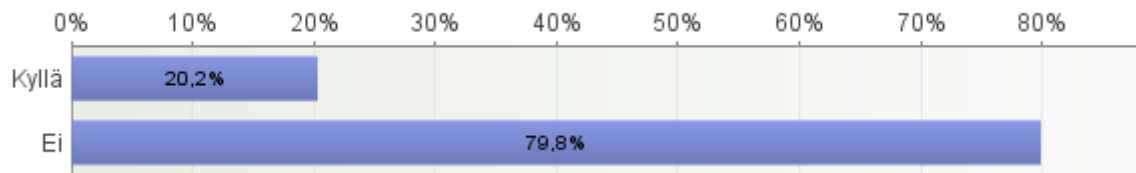
KUVIO 11. Pidennetyn päivystysarvion jälkeinen hoitoratkaisu (n = 342)

Niitä potilaita, joiden kohdalla avohoitoon oltiin yhteydessä pidennetyn päivystysarvion aikana, oli vähän alle puolet (46,2 %). 41,2 % oli sellaisia potilaita, joiden kohdalla avohoitoon ei oltu yhteydessä pidennetyn päivystysarvion aikana. Pientä osaa (12,6 %) potilaita ohjattiin ottamaan itse yhteyttä avohoitoon. (Kuvio 12.)



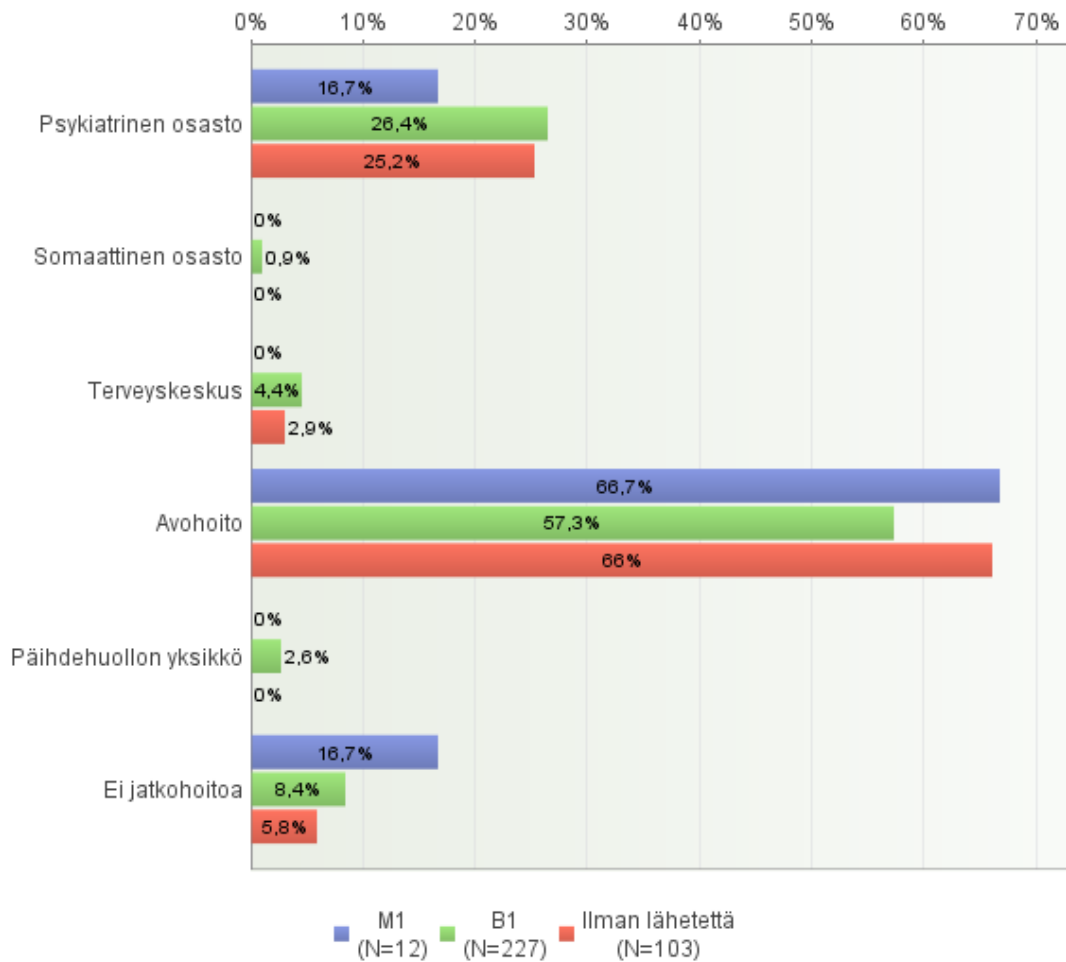
KUVIO 12. Yhteydenotto avohoitoon pidennetyn päivystysarvion aikana (n = 342)

Enemmistö (79,8 %) pidennetyssä päivystysarviossa olleista potilaista ei ohjautunut kuukauden sisällä uudelle päivystyskäynnille ja noin viidesosa (20,2 %) potilaista ohjautui (Kuvio 13).



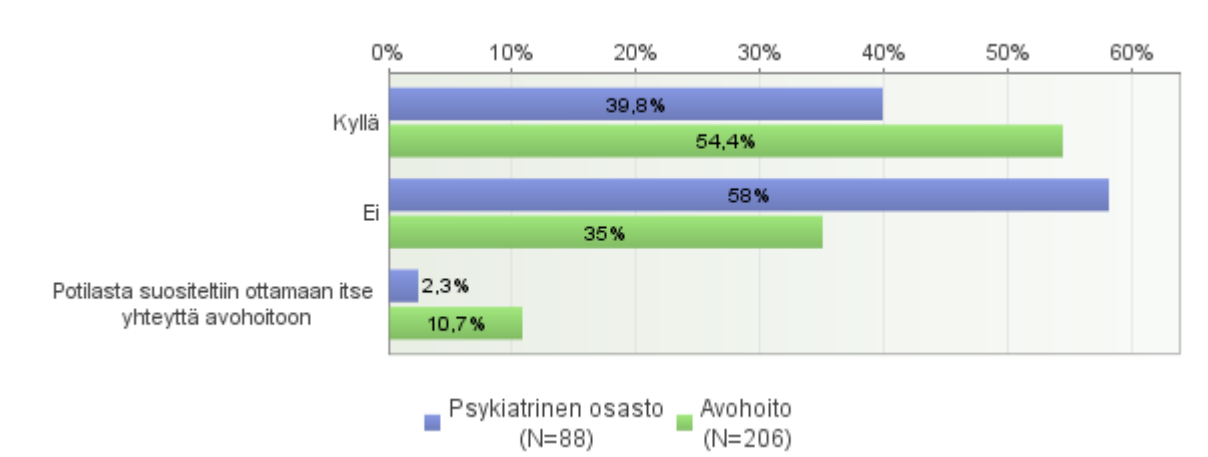
KUVIO 13. Potilaan ohjautuminen uudelle päivystyskäynnille kuukauden sisällä pidennetystä päivystysarviosta (n = 342)

Kuviossa 14 on esitetty lähetteen vaikutus pidennetyssä päivystysarviossa olleen potilaan hoitoratkaisuun. Kuvioista nähdään, että M1-lähetteellä, B1-lähetteellä sekä ilman lähetettä pidennettyyn päivystysarvioon tulleiden potilaiden välillä ei ole juurikaan eroa siinä, mihin hoitoratkaisuun pidennetyn päivystysarvion jälkeen on päädytty.



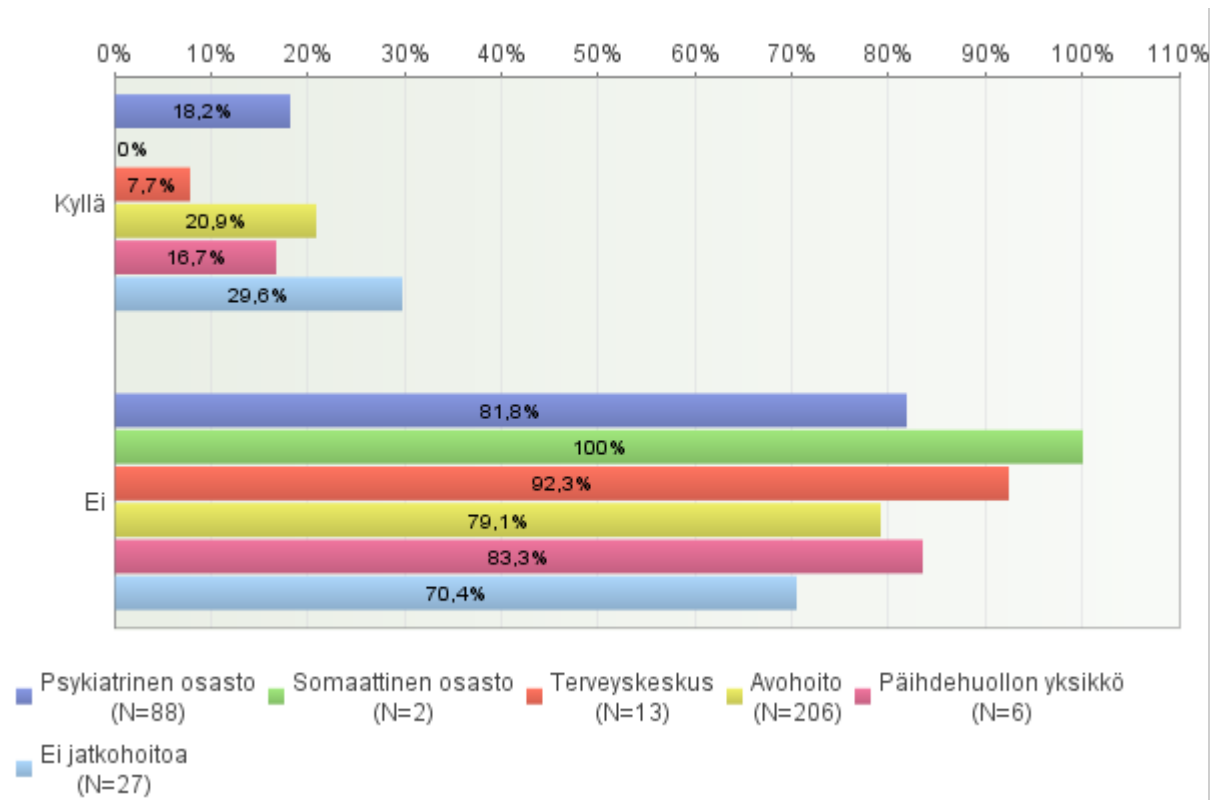
KUVIO 14. Lähetteen vaikutus pidennetyssä päivystysarviossa olleen potilaan hoitoratkaisuun (n = 342)

Kuviossa 15 on esitetty, vaikuttaako pidennetyssä päivystysarviossa olleen potilaan hoitoratkaisuun yhteydenotto avohoitoon pidennetyn päivystysarvion aikana. Enemmistö (58,0 %) pidennetyssä päivystysarviossa olleista potilaista, joiden kohdalla ei oltu yhteydessä avohoitoon pidennetyn päivystysarvion aikana, ohjautui arvion jälkeen psykiatriselle osastolle. Enemmistö (54,4 %) niistä potilaista, joiden kohdalla oltiin yhteydessä avohoitoon pidennetyn päivystysarvion aikana, ohjautui arvion jälkeen avohoitoon.



KUVIO 15. Hoitoratkaisun yhteys siihen, oltiinko pidennetyn päivystysarvion aikana yhteydessä avohoitoon

Kuviossa 16 on esitetty hoitoratkaisun yhteys siihen, tuliko pidennetyssä päivystysarviossa ollut potilas takaisin psykiatrian tulosalueen päivystykseen kuukauden sisällä pidennetyn päivystysarvion päättymisestä. Noin kolmasosa (29,6 %) pidennetyssä päivystysarviossa olleista potilaista, joiden kohdalla arvion jälkeen ei ollut minkäänlaista jatkohoitosuunnitelmaa, tuli uudelle päivystyskäynnille kuukauden sisällä.



KUVIO 16. Hoitoratkaisun yhteys siihen, tuliko pidennetyssä päivystysarviossa ollut potilas kuukauden sisällä uudelle päivystyskäynnille

6 POHDINTA

Tässä luvussa käydään läpi tutkimuksen tulokset tutkimusongelmien kautta ja tuodaan esille myös aiempien tutkimusten tuloksia. Tällä tutkimuksella haluttiin selvittää keitä ovat potilaat, jotka ohjautuvat pidennettyyn päivystysarvioon, minne potilaat ohjautuvat pidennetyn päivystysarvion jälkeen ja kuinka suuri osa potilaista otetaan psykiatriselle osastolle arvion jälkeen. Tämän tutkimuksen avulla pystytään arvioimaan myös sitä, tukeeko pidennetty päivystysarvio mielenterveyspotilaiden avohoitoa.

6.1 Tutkimustulosten tarkastelu

Tutkimustulosten mukaan pidennetyssä päivystysarviossa olleiden potilaiden ikä painottuu nuorempiin ikäluokkiin. Eläkeikäisiä aineistosta oli vain 3,5 %. Terveys- ja hyvinvoinninlaitoksen tilastoraportissa, Psykiatrinen erikoissairaanhoido 2013, psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa hoidettujen potilaiden ikä näyttäisi painottuvan myös nuorempiin ikäluokkiin. Sekä tässä tutkimuksessa että Psykiatrinen erikoissairaanhoido 2013 -tilastoraportissa noin 20–30-vuotiaat potilaat muodostavat suurimmat ikäluokat. (Rainio & Rätty 2013, viitattu 18.9.2015.) Nuoruus on useimpien aikuisuuden mielenterveyshäiriöiden tyypillinen alkamisikä (Marttunen 2009, viitattu 2.12.2015). Tämä selittää todennäköisesti sitä, miksi myös pidennetyssä päivystysarviossa olleiden potilaiden ikä painottuu nuorempiin ikäluokkiin.

Sukupuolijakauman mukaan pidennetyssä päivystysarviossa nais- ja miespotilaita oli lähes yhtä paljon, miehiä 2,0 % enemmän kuin naisia. Myös tilastoraportti antaa samansuuntaisia tuloksia potilaiden sukupuolijakauman suhteen. Tilastoraportin mukaan kaikista psykiatrian vuodeosastolla hoidetuista potilaista miehiä ja naisia oli yhtä paljon.

Pidennettyyn päivystysarvioon ohjautuneista potilaista enemmistö (70,5 %) oli oululaisia potilaita. Pidennettyyn päivystysarvioon voi jäädä oululaisten potilaiden lisäksi potilaita kaikista Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin jäsenkunnista sekä erityisvastuualueiden

kunnista. Edellä mainittujen kuntien lisäksi potilas voi psykiatrian tulosalueen päivystykseen hakeutuessaan jäädä pidennettyyn päivystysarvioon tarvittaessa myös Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin jäsenkuntien ja erityisvastuualueen kuntien ulkopuolelta. (Liite 4). Nämä tulokset kuvastavat ja antavat viitteitä siitä, miten ison alueen psykiatriasta päivystystoiminnasta Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin psykiatrian tulosalueen päivystys vastaa.

Psykiatrinen erikoissairaanhoito 2013-tilastoraportin (Rainio & Rätty 2013, viitattu 18.9.2015) mukaan osastohoitojaksoista suurin osa alkoi läheteellä potilaan tultua psykiatrian päivystykseen ja jäätyä sitä kautta sairaalahoitoon. Myös tässä tutkimuksessa suurin osa potilaista tuli pidennettyyn päivystysarvioon läheteellä. Läheteellä tulleista potilaista enemmistö (66,4 %) tuli pidennettyyn päivystysarvioon B1-läheteellä. M1-tarkkailuläheteellä tulleita potilaita oli vain 3,5 %. M1-tarkkailuläheteellä hoitoon tulleista potilaista enemmistö (66,7 %) saatiin sijoitettua avohoitoon. Psykiatriselle osastolle sijoitettiin vain 16,7 % potilaista. Tulos näyttää viittaavan siihen, että pidennetty päivystysarvio vähentää lyhyitä osastojaksoja ja näin ollen myös turhia osastolle sisään kirjaamisia, sillä pidennettyyn päivystysarvioon M1-tarkkailuläheteellä tulleita potilaita saatiin sijoitettua myös avohoitoon.

Tämän tutkimuksen avulla saadut tutkimustulokset ovat samansuuntaisia kuin Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen tilastoraportissa saadut tutkimustulokset. Tulokset eivät ole kuitenkaan suoraan verrattavissa olevia, sillä tässä tutkimuksessa tarkasteltiin pidennettyä päivystysarviota yhtenä avohoidon muotona ja tilastoraportissa oli puolestaan kyse psykiatrisen erikoissairaanhoidon vuodeosastohoidosta. Molemmissa tutkimuksissa havaittava yhtäläisyys on kuitenkin merkki siitä, että pidennetyn päivystysarvion avulla samoja potilasryhmiä sekä samoilla diagnooseilla psykiatrian päivystykseen tulleita potilaita voidaan ohjata avohoitoon, jotka Psykiatrinen erikoissairaanhoito 2013-tilastoraportissa ohjautuivat psykiatriselle osastolle. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin psykiatrian tulosalueen päivystyksessä hyödynnetään pidennettyä päivystysarviota aina kun se on mahdollista ja näin ollen sen avulla pystytään vähentämään psykiatristen potilaiden lyhyitä osastohoitoja sekä turhia osastolle sisään kirjaamisia.

Molemmissa tutkimuksissa Masennustila (F32) oli yleisin päädiagnoosi. Yleisin pidennetyssä päivystysarviossa olleiden potilaiden diagnoosiluokka oli Mielialahäiriöt (F30–

39), johon myös Masennustila (F32) kuuluu. Tutkimuksessa esiin noussut yleisin pidennettyyn päivystysarvioon jääneiden potilaiden tulosityy oli masennus, ahdistus ja itsetuhoisuus. Tämä yhtäläisyys selittyy todennäköisesti sillä, että masennus on Suomessa yleisin mielenterveyden häiriö (Lönqvist & Lehtonen 2014, 720–721). Masennuksen vaikeusaste määrittelee sen, hoidetaanko potilas psykiatrisella osastolla vai pidennetyn päivystysarvion kautta avohoidon turvin. Voidaan olettaa, että masennuksen tunnistaminen on parantunut ja todennäköisesti masennus-diagnooseja myös osataan nykyään asettaa aiempaa paremmin. Tämä voi olla yksi syy, joka on osaltaan johtanut kasvavaan hoitoon hakeutumiseen.

Tutkimusaineistossa toiseksi yleisin potilasryhmä oli Persoonallisuushäiriöt (F60). Käypä hoito -suosituksen mukaan persoonallisuushäiriöitä ja etenkin epävakaata persoonallisuushäiriötä sairastavien potilaiden kohdalla hoidon tulee toteutua pitkälti avohoidossa ja sairaalahoidon osalta pääasiassa päiväsairaloissa. Epävakaata persoonallisuushäiriötä sairastavien potilaiden kohdalla osastohoidon tulisi olla mahdollisimman lyhyt, tavoitteellinen ja tarkoin strukturoitu (Epävakaata persoonallisuus: Käypä hoito -suositus 2015, viitattu 10.10.2015). Pidennetty päivystysarvio vastaa kyseisiin tarpeisiin erityisesti sen lyhyden ja avohoitopainotteisen lähestymistavan vuoksi. Tästä syystä epävakaata persoonallisuushäiriötä sairastavien potilaiden kohdalla pidennettyä päivystysarviota voidaan pitää hyvänä ja todennäköisesti myös osastohoitoa parempana hoitoratkaisuna.

Pidennetty päivystysarvio on Lapinkankaan (haastattelu 15.9.2014) mukaan lisääntynyt vuosi vuodelta. Luultavasti pidennettyä päivystysarviosta on opittu myös käyttämään vuosi vuodelta paremmin. Lisäksi sen avulla on opittu ajan kuluessa myös paremmin arvioimaan, ketkä potilaat siitä hyötyvät ja ketkä tarvitsevat mahdollisesti suoraan psykiatrista osastohoitoa. Potilaiden näkökulmasta pidennetyn päivystysarvion voidaan ajatella olevan ”kevyempi” ratkaisu, sillä pidennetyssä päivystysarviossa mietitään aina ensisijaisesti avohoidon tiivistämistä osastohoidon sijasta.

Perjantaina ja lauantaina pidennettyyn päivystysarvioon jäi vähiten ihmisiä, kun taas maanantai ja sunnuntai olivat vilkkaimpia päiviä. Tutkimustuloksista ei löydy suoraa selitystä tälle vaihtelulle. Mahdollinen selittävä tekijä tälle vaihtelulle voi olla esimerkiksi se, että suurin osa avohoitopaikoista on viikonloppuisin kiinni. Näin ollen perjantaina ja lauantaina tulleille potilaille on haasteellisempi järjestää avohoittoa, jonka vuoksi potilaita

voidaan ottaa herkemmin psykiatrisille osastoille vapaaehtoiseen hoitoon. Edellä mainitussa tilanteessa pidennetty päivystysarvio ei tällöin palvelisi potilaita niin hyvin perjantain ja lauantain aikana avohoidon järjestämisen osalta. Mikäli potilas jää sunnuntain tai maanantain aikana pidennettyyn päivystysarvioon, hänelle saadaan suuremmalla todennäköisyydellä järjestettyä avohoito maanantain tai alkuviikon aikana.

Kuukausittaisissa potilasmäärissä ei myöskään ollut havaittavissa suurta vaihtelua. Toukokuussa pidennetyssä päivystysarviossa oli vähiten potilaita (6,1 %). Lokakuu puolestaan oli potilasmäärältään vilkkain kuukausi, jolloin pidennettyyn päivystysarvioon jäi 11,4 % potilaista. Pertti Lapinkankaan ja Piia Sankelon (keskustelu 11.2.2015) mukaan yhtenä selittävänä tekijänä tälle voisi olla osaston 81 remontti lokakuussa 2014, jolloin potilaiden hoitoratkaisuja jouduttiin miettimään tavallista enemmän.

Pidennettyyn päivystysarvioon jäi eniten potilaita ilta- ja yöaikaan. Tämä voi selittyä sillä, että useimpiin avohoitopaikkoihin ei saada yhteyttä enää ilta- ja yöaikaan, jolloin psykiatrasta ensiapua tarvitsevat potilaat hakeutuvat näihin aikoihin todennäköisesti herkemmin psykiatrian tulosalueen päivystykseen.

Keskimääräiset hoitoajat pidennetyssä päivystysarviossa olivat 9-16 tuntia sekä yli 16 tuntia, jolloin potilas on todennäköisesti ollut yön yli pidennetyssä päivystysarviossa. Kun potilas on yön yli osaston seurantapaikalla, potilaan tilannetta voidaan arvioida monipuolisemmin ja näin ollen saada lisätietoa hänen tilanteestaan. Mikäli pidennetty päivystysarvio jatkuu yön yli, potilaalle pystytään takaamaan tiiviimpi seuranta ja mahdollinen tehokkaampi lääkitys kuin kotona ollessa. Myös yhteyden saaminen avohoitoon on tällöin myös todennäköisempää. Tutkimustulosten mukaan 46,2 % potilaskäynneistä pidennetyn päivystysarvion aikana oltiin yhteydessä avohoitoon.

Enemmistö (60,2 %) pidennetyssä päivystysarviossa olleista potilaista ohjautui avohoitoon. Psykiatriseen osastohoitoon ohjautui vain noin neljännes (25,7 %) potilaista. Loput 6,2 % potilaista ohjautuivat joko somaattiselle osastolle, terveyskeskukseen tai päihdehuollon yksikköön, mikä kertoo siitä, että pidennetyssä päivystysarviossa pystyttiin arvioimaan myös potilaiden somaattista hoidon tarvetta. Näiden tuloksen perusteella pidennetty päivystysarvio näyttäisi edistävän ja tukevan Mielenterveyslain 1990/1116 4 § mukaista mielenterveyspalveluiden avohoitopainotteisuutta.

Psykiatrinen erikoissairaanhoidon 2013-tilastoraportin (Rainio & Rätty 2013, viitattu 18.9.2015) mukaan enemmistöllä potilaista keskimääräinen hoitoaika psykiatrisella osastolla on 1–9 päivää. Tutkimustulosten mukaan pidennetty päivystysarvio näyttää toimivan tarkoituksensa mukaisesti vähentäen lyhyitä osastojaksoja ja turhia osastolle sisään kirjaamisia. Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointiohjelman 2007–2017 yksi keskeinen strateginen tavoite on levittää hyviksi havaittuja käytäntöjä laajemmalti. (Pohjois-Pohjanmaan liitto 2014, 8-10.) Tutkimuksen mukaan pidennetty päivystysarvio on osoittautunut toimivaksi menetelmäksi ja näin ollen sitä olisi kannattavaa hyödyntää myös muissa Suomen psykiatristen sairaaloiden päivystyksissä Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointiohjelman tavoitteiden mukaisesti.

Ainoastaan 7,9 % potilaista oli sellaisia, joiden sairauskertomuksissa ei ollut merkintöjä jatkohoitosuunnitelmasta pidennetystä päivystysarviosta lähtemisen jälkeen. Tämä voi tarkoittaa joko sitä, että potilaalla on ollut jatkohoitosuunnitelma, mutta sitä ei ollut jostakin syystä kirjattu sairauskertomuksiin tai potilaalla ei ole ollut mitään jatkohoitosuunnitelmaa. Meillä ei kuitenkaan ole keinoja todeta, onko edellä mainituille potilaille tehty jatkohoitosuunnitelma, sillä sairauskertomuksiin ei ollut kirjattu tästä mitään. Tämän vuoksi potilaiden seurannan kannalta olisi tärkeää, että kaikki suunnitelmat kirjataan. Olisi tärkeää myös kirjata, jos potilaalle ei jostakin syystä tehdä jatkohoitosuunnitelmaa. Enemmistöllä (92,1 %) potilaista kuitenkin oli jatkohoitosuunnitelma pidennetyn päivystysarvion päätyttyä. Jatkohoidon hyvä suunnittelu vähentää mielenterveyspalvelujen pirstaleisuutta ja vahvistaa erityispalveluiden yhteyttä peruspalveluihin. Nämä ovat Kaste-ohjelman (KASTE 2012–2015, 15–18) keskeisiä kehittämistavoitteita. Pidennetty päivystysarvio vahvistaa jatkohoidon suunnittelua ja toteuttamista psykiatrian tulosalueella ja edistää siten Kaste-ohjelman kehittämistavoitteiden toteutumista.

Pidennetyssä päivystysarviossa oli vuoden 2014 aikana kaiken kaikkiaan 342 potilaskäyntiä. Näiden potilaskäyntien mukaan noin neljännes (25,7 %) eli 88 potilasta ohjautui pidennetyn päivystysarvion jälkeen psykiatriselle osastolle. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin psykiatrian tulosalueen päivystyksessä oli vuoden 2014 aikana yhteensä 2431 potilaskäyntiä. Näistä potilaskäynneistä psykiatriseen osastohoitoon päätyi noin puolet (51,2 %) eli 1245 potilasta. (Lapinkangas, sähköpostiviesti 12.10.2015.) Vuoden 2014 aikana psykiatrian tulosalueen päivystysten potilaskäyntien lukumäärä (n = 2431) pitää

sisällään myös pidennetyn päivystysarvion potilaskäyntien lukumäärän (n = 342). Edellä mainitut luvut eivät ole kuitenkaan suoraan vertailukelpoisia, sillä pidennettyyn päivystysarvioon todennäköisesti jää ja valikoituu erilaisia potilaita kuin suoraan päivystyksestä psykiatriselle osastolle menevät potilaat ovat. Potilasta ei voida esimerkiksi sijoittaa pidennetyn päivystysarvion seurantapaikalle, mikäli hän on psykoottinen tai psykoosiväärassa oleva, suidaalinen, aggressiivinen tai levottomasti käyttäytyvä. (Pidennetty päivystysarvio 2014, viitattu 15.10.2015.) Pidennetystä päivystysarviosta ja psykiatrian tulosalueen päivystyksestä suoraan psykiatriselle osastolle ohjautuvien potilaiden prosentiosuuksien suuri ero kertoo siitä, että pidennettyä päivystysarviota voidaan pitää toimivana menetelmänä.

Tässä tutkimuksessa lisäksi selvitettiin, vaikuttaako potilaan hoitoratkaisuun yhteydenotto avohoitoon pidennetyn päivystysarvion aikana. Tulosten mukaan enemmistö (58,0 %) pidennetyssä päivystysarviossa olleista potilaista, joiden kohdalla ei oltu yhteydessä avohoitoon pidennetyn päivystysarvion aikana, ohjautui arvion jälkeen psykiatriselle osastolle. Enemmistö (54,4 %) niistä potilaista, joiden kohdalla oltiin yhteydessä avohoitoon pidennetyn päivystysarvion aikana, ohjautui arvion jälkeen avohoitoon. Tutkimustulosten mukaan pidennetyn päivystysarvion aikana yhteydenotto avohoitoon näyttäisi siis tukevan potilaiden siirtymistä avohoitoon osastohoidon sijasta.

Tutkimustulosten mukaan hoitoratkaisulla ei näytä olevan suurta merkitystä siihen, tuleeko pidennetyssä päivystysarviossa ollut potilas uudelle päivystyskäynnille. Tulokset viittaavat kuitenkin siihen, että pidennetyn päivystysarvion aikana on todennäköisesti saatu aikaan potilaan kannalta hyvä ja oikea hoitoratkaisu. Tuloksissa on kuitenkin nähtävissä ero niiden potilaiden kohdalla, joilla ei pidennetyn päivystysarvion jälkeen ollut jatkohoitoa. Näistä potilaista noin kolmasosa (29,6 %) tuli uudelle päivystyskäynnille kuukauden sisällä. Näin ollen potilaan jatkohoitosuunnitelma näyttäisi vähentävän uusia päivystyskäyntejä psykiatrian tulosalueen päivystyksessä.

6.2 Tutkimuksen luotettavuus

”Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohjeiden lähtökohtana on ajatus siitä, että tutkimuksen luotettavuuden ja uskottavuuden takaa parhaiten hyvien tieteellisten menettelytapojen

noudattaminen” (Kuula 2011, 34–36). Tutkimus toteutettiin hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012–2014, viitattu 12.11.2014). Tutkimusta tehdessä noudatettiin Turun yliopiston professorin Juhani Pietarisen julkaisussa Tutkijan ammattietiikan perusta, esittämiä kahdeksaa yleistä eettistä vaatimusta kaikille tieteellisille tutkimuksille. Nämä ovat älyllisen kiinnostuksen vaatimus, rehellisyyden vaatimus, tunnollisuuden vaatimus, vaaran eliminoiminen, ihmisarvon kunnioittaminen, sosiaalisen vastuun vaatimus, ammatinharjoituksen edistäminen ja kollegiaalinen arvostus. (Pietarinen 1999, viitattu 14.11.2014.)

Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida tarkastelemalla tutkimusta validiteetin eli pätevyyden ja reliabiliteetin eli pysyvyyden näkökulmista. Validiteetilla viitataan siihen, onko tutkimuksessa mitattu juuri niitä asioita, mitä oli tarkoitus mitata. Reliabiliteetilla puolestaan viitataan tulosten pysyvyyteen. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 189.)

Validiteettiin vaikuttaa se, että tutkimusongelmat ja mittari ovat samansuuntaiset sekä mittari on huolellisesti laadittu. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, miten tutkija on onnistunut operationalisoimaan eli siirtämään tutkimuksessa käytetyn teorian, teoreettiset käsitteet ja ajatuskokonaisuuden laatimaansa mittariin. Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen mukaan mittarin sisällönvaliditeettia voidaan pitää koko tutkimuksen luotettavuuden perustana. Sellaisella mittarilla on mahdotonta saada luotettavia tuloksia, joka on laadittu väärin. Saavuttaaksemme edellä mainitut asiat, esitetasimme laatimamme mittarin. Esitestauksessa pohdimme, onko valittu mittari oikea, onko käsitteet operationalisoitu luotettavasti ja millainen on mittarin teoreettinen rakenne. Esitestauksen perusteella pystyimme arvioimaan, että laatimamme mittari ja Webropol-kysymyslista mittasivat oikeaa ilmiötä ja ne olivat mitattavaan ilmiöön nähden kattavia. Mittarin esitestaaminen on erityisen tärkeää silloin, kun kyseessä on uusi ja kyseistä tutkimusta varten kehitetty mittari. Onnistunut esitestausta vahvisti tutkimuksemme validiteettia. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 189–210; Vilka 2007, 151–154.)

Mittarin luotettavuuden arvioinnin lisäksi pohdimme kriittisesti tutkimusilmiötä ja sitä, onko ilmiö tarpeeksi selvärajainen, jotta sitä voidaan mitata luotettavasti. Tutkimuksessa on hyödynnetty paljon kotimaisia sekä myös ulkomaisia lähdemateriaaleja. Viitates-

samme toisten kirjoittamiin teksteihin, olemme käyttäneet teksti- ja lähdeviitteitä asianmukaisesti, sillä plagiointi ei ole tutkimusetiikan mukaista. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 173–174.)

Edellä mainittujen asioiden lisäksi tutkimuksen luotettavuutta tulee arvioida myös tutkimustulosten luotettavuuden näkökulmasta. Tutkimuksen tuloksia arvioitaessa puhutaan sisäisestä ja ulkoisesta validiteetista. Sisäinen validiteetti tarkoittaa sitä, että tutkimustulokset johtuvat vain asetelmasta eivätkä muista sekoittavista tekijöistä. Sisäisen validiteetin uhkia ovat muun muassa valikoituminen, poistumat ja kontaminaatio. Potilasasiakirjojen tietojen pysyvyyden ja niiden rajatun käyttöoikeuden ansiosta tietojen poistumista tai kontaminaatiota ei tutkimuksessa esiintynyt. Tulosten valikoituminen pyrittiin estämään sillä, että tutkimukseen valittiin kaikki vuoden 2014 pidennetyssä päivystysarviossa olleet täysi-ikäiset potilaat. Tässä tutkimuksessa ei näin ollen ollut havaittavissa sisäisen validiteetin uhkia. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 189–210.) Tutkimustulokset on kirjoitettu auki saamamme aineiston perusteella. Emme ole keksineet tai laatineet itse tutkimuksen tuloksia, eivätkä henkilökohtaiset mielipiteemme ole vaikuttaneet tutkimusprosessiin missään vaiheessa. Mitään tuloksia, myöskään kielteisempiä, ei ole jätetty raportoimatta.

Ulkoinen validiteetti kuvaa tulosten yleistettävyyttä. Jotta tutkimustuloksia voitaisiin yleistää, otoksen tulisi olla mahdollisimman edustava. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 189–210). Tässä tutkimuksessa käytettiin kokonaisotantaa ja näin ollen tutkimustulokset ovat yleistettävissä. Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen (2013, 189–210) mukaan tutkimuksen ulkoisella validiteetilla viitataan myös mittaamisesta riippumattomiin tekijöihin, jotka voivat mahdollisesti vaikuttaa tutkimustuloksiin häiritsevästi. Ulkoisen validiteetin turvaamiseksi kiinnitetään huomiota katoon. Tutkimusaineiston pysyvyyden vuoksi tutkimuksen aikana aineistossa esiintynyt katoa eikä mittauskohteessa tai -olosuhteissa tapahdu muutoksia. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus määrää, että potilasasiakirjat tulee säilyttää ”12 vuotta potilaan kuolemasta tai, jos siitä ei ole tietoa, 120 vuotta potilaan syntymästä” (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 298/2009 12§ 2, viitattu 10.10.2014).

Tutkimuksen reliabiliteetilla tarkoitetaan tutkimuksen kykyä antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. Näin ollen reliabiliteetti arvioi tulosten pysyvyyttä mittauksesta toiseen. (Vilka

2007, 149–150.) Olemme arvioineet tutkimuksen reliabiliteettia jo tutkimuksen aikana. Aineiston pysyvyyden vuoksi tutkimus on toistettavissa oleva ja toistetusta mittauksesta on mahdollista saada sama tulos tutkijasta riippumatta. Tutkimusraportin valmistuttua kerätty aineisto luovutetaan osastonhoitaja Pertti Lapinkankaalle ja näin ollen tutkimusaineisto säilyy. Säilyttämällä tutkimusaineisto tutkimus voidaan tarvittaessa toistaa ja varmistaa näin tutkimustulosten oikeellisuus. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 189–210).

Tutkimuksen kokonaisluotettavuuden muodostavat reliabiliteetti ja valideetti yhdessä. Kun otos edustaa perusjoukkoa ja mittaamisessa on mahdollisimman vähän satunnaisvirheitä, tehdyn tutkimuksen kokonaisluotettavuutta voidaan pitää hyvänä. (Vilka 2007, 152.) Käytimme otantamenetelmänä kokonaisotantaa. Tutkimuksen kokonaisluotettavuutta paransi tutkimuksen aikana se, että tutkimme juuri sitä asiaa, mitä meidän oli tarkoituskin tutkia. Tämä vaati tutkimusongelmien määrittelemisen selkeiksi ja täsmällisiksi. Valitsimme kohderyhmän ja tutkittavan ilmiön perusteella sopivan aineistonkeruumenetelmän, mikä lisää tutkimuksen kokonaisluotettavuutta. Myös valitsemamme analyysimenetelmä mahdollisti sen, että saimme merkittävää tietoa tutkittavasta asiasta. Varmistimme, että mitattavat asiat on määritelty yksiselitteisesti ja täsmällisesti. Pyrimme määrittelemään kyselylomakkeen kysymykset siten, että ne ovat mahdollisimman konkreettisia ja kieli on ns. arkikieltä. Tutkimuksen kokonaisluotettavuutta vahvistaa myös se, että esitestauksen avulla kartoitimme tutkittavan asian kannalta kysymysten ja vastausvaihtoehtojen oikean määrän. Toisin sanoen jokaiseen esitettyyn kysymykseen löytyy vastaus potilasasiakirjoista. Tämän lisäksi sähköisistä potilasasiakirjoista tietojen syöttö Webropol-ohjelmaan toteutettiin huolellisesti ja kunkin kyselylomakkeen tiedot tarkastettiin kertaalleen ennen tietojen tallentamista. Kaiken kaikkiaan tutkimusprosessi on toteutettu huolellisesti ja rehellisesti, mikä vahvistaa tutkimuksen kokonaisluotettavuutta. (Vilka 2007, 152–154).

6.3 Tutkimuksen eettiset kysymykset

Tutkimusetiikka kattaa koko tutkimusprosessin moraalisisina valintoina ja päätöksinä aina aiheen valinnasta tutkimustuloksiin asti (Kuula 2011, 11). Tässä luvussa tarkastellaan tiedon eli aineiston hankintaan, käsittelyyn, säilyttämiseen liittyviä tutkimuseettisiä kysymyksiä sekä tutkimusaineistoja määrittävää lainsäädäntöä, tutkimusaineiston keruuta, käsittelyä ja säilyttämistä koskevia kysymyksiä. Suomen perustuslain 16§ (1999/731, viitattu 26.9.2015) ilmaistaan tieteen vapauden periaate: ”Tieteen, taiteen ja ylimmän opetuksen vapaus on turvattu”. Tieteen vapauteen kuuluu, että tutkijalla on oikeus valita vapaasti tutkimusaihe, tutkimusmenetelmät ja päättää tutkimustulosten julkaisemisesta. Tämän lisäksi tutkijalla on oikeus saada tutkimuskäyttöä varten sellaisia asiakirjoja, jotka lain mukaan ovat salassa pidettäviä. Tieteen vapauden periaatetta ei voida kiistää, mutta sitä voidaan rajata ja supistaa muilla laeilla. (Kuula 2011, 66–67.)

Ennen tutkimusluvan anomista huomioimme, että potilasasiakirjat ovat salattua sisältöä, joita saavat käsitellä vain potilaan hoitotyöhön ja siihen liittyviin tehtäviin osallistuvat henkilöt. Potilasasiakirjat ovat tallennettuina sähköiseen potilastietojärjestelmään. Käyttöoikeuden laajuus potilastietojärjestelmään määritellään yksilökohtaisesti työtehtävien perusteella ja käyttöjärjestelmän tunnukset ovat henkilökohtaiset. (Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön asetus potilasasiakirjoista 298/2009 4§, viitattu 10.10.2014.) Osastoilla 78 ja 81 on käytössä potilastietojärjestelmä ESKO (Huhta, luento 27.8.2014).

Rekisteritutkimuksella tarkoitetaan tutkimusta, jossa käytetään hyväksi rekisteritietoja. Tämä tutkimus perustuu kokonaan rekisteritietoihin ja on näin ollen rekisteritutkimus. Henkilötietolain 14§ mukaan rekisteritutkimukseen ei tarvitse hakea asianomaisen henkilön lupaa, mikäli:

- sen tiedot muutetaan sellaiseen muotoon, ettei tiedon kohde ole niistä tunnistettavissa
- tutkimusta ei voida suorittaa ilman potilaan henkilökohtaisia tietoja
- henkilörekisteriä käytetään ja siitä luovutetaan henkilötietoja vain tieteellistä tutkimusta varten sekä muutoinkin toimitaan niin, että yhtä henkilöä koskevat tiedot eivät paljastu ulkopuolisille.

(Henkilötietolaki 523/1999 14§, viitattu 23.10.2014.) Tutkimuksessamme noudatettiin yllä lueteltuja ehtoja, eikä asianomaisilta näin ollen ollut tarpeellista hakea lupaa tutkimukselle.

Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri velvoittaa, että lupa opinnäytetyön kaltaiseen rekisteritutkimukseen tarvitaan rekisteriä ylläpitävän laitoksen johtajalta tai johtajaylilääkäriltä. Lupaprosessissa ei tarvittu eettisen toimikunnan lausuntoa, sillä tutkimus on potilasasiakirjoihin perustuva tutkimus, eikä potilasiin oltu kontaktissa missään tutkimuksen vaiheessa. (Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2014b, viitattu 23.10.2014.)

Lainsäädännöllisesti merkittävintä henkilötiedoista puhuttaessa on se, voiko yksittäistä henkilöä tunnistaa tiedoista. Rekisterinpitäjänä Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri oli velvollinen huolehtimaan tietojen riittävästä suojaamisesta osaston koneilla. (Henkilötietolaki 523/1999 23§, viitattu 23.10.2014.) Tutkijoiden tietokoneille siirretyt tiedot eivät sisältäneet mitään henkilö- tai muita tietoja, joista yksittäinen potilas olisi ollut mahdollista tunnistaa. Paperinen lista potilaista ja heidän henkilöturvaturunnuksistaan säilytettiin koko tutkimuksen ajan osaston 78 lukitussa kaapissa, eikä kyseistä listaa viety kertaakaan osaston ulkopuolelle. Lisäksi tutkimuksen tuloksena saatiin suuri määrä kvantitatiivista tietoa, joka kuvaa pidennetyssä päivystysarviossa käyneitä potilaita joukkona, ei yksittäisinä henkilöinä. Näin ollen tietoturvallisuus ja potilaan yksityisyys säilyvät koko tutkimusprosessin ajan.

Arkaluontoisia aineistoja käsiteltäessä täytyy noudattaa erityistä huolellisuutta (Kuula 2011, 91). Tutkimuksessa käytettävät potilasasiakirjat sisältävät muun muassa henkilöiden terveydentilaa, sairautta sekä heihin liittyviä hoitotoimenpiteitä tai niihin verrattavia toimia koskevia tietoja. Edellä mainitut tiedot määritellään Henkilötietolain 11§ mukaan arkaluonteisiksi henkilötiedoiksi, joiden käsitteleminen on lähtökohtaisesti kiellettyä (Henkilötietolaki 523/1999 11§, viitattu 23.10.2014). Tähän käsittelykieltoon on kuitenkin määritetty 13 poikkeusta, joista kymmenes koskee terveydenhuollon ammattihenkilöiden oikeutta käsitellä tietoja ja kuudes tietojen käsittelyä tieteellistä tutkimusta ja tilastointia varten (Henkilötietolaki 523/1999 12§, viitattu 23.10.2014). Näiden poikkeuksien nojalla tutkimusluvan myöntäminen tälle tutkimukselle oli mahdollista.

Vaitioloovelvollisuudesta säädetään viranomaistoiminnan julkisuudesta säädetyssä julkisuuslaissa ja lukuisissa erityslaeissa. Vaitioloovelvollisuus kattaa kaiken salassa pidettävän tiedon. Henkilötietolain 33§ määritelty vaitioloovelvollisuus koskee kaikkea henkilötietoja sisältäviä tutkimusaineistoja kerääviä henkilöitä, myös meitä opiskelijoita. (Kuula 2011, 90–91.) Lainsäädännön ohella meidän vaitioloovelvollisuutta määrittelee myös ammattietiikka. Tutkimusprosessin alussa allekirjoitimme Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin käyttäjäsitoumuslomakkeen ja meitä sitoo sen mukainen ehdoton vaitioloovelvollisuus koko tutkimusprosessin ajan sekä tutkimusprosessin jälkeen (Pohjois-Pohjanmaan Sairaanhoitopiiri 2014c, viitattu 28.11.2014). Osaston 78 osastonsihteerin poimi tarvittavat potilaskäynnit pidennetyssä päivystysarviossa vuonna 2014 olleiden potilaiden joukosta (Lapinkangas, haastattelu 15.9.2014). Näin ollen emme olleet tekemisissä muiden kuin tutkimuksen kannalta välttämättömien potilastietojen kanssa.

Henkilötietolain 24§ velvoittaa, että asianomaista on informoitava hänen henkilötietojensa käsittelystä ja luovutuksesta. Tiedonantovelvollisuudesta voidaan kyseisen lainkohdan mukaan kuitenkin poiketa, mikäli tiedot kerätään jollakin muulla tavalla kuin olemalla kontaktissa potilaaseen, mikäli asianomaisen informointi vaatii kohtuutonta vaivaa tai mikäli kerättyjä tietoja ei käytetä asianomaista koskevaan päätöksentekoon. (Henkilötietolaki 523/1999 24§, viitattu 23.10.2014.) Tutkimusta varten meille on osoitettu 400 oppimistuntia tutkijaa kohden (Oulun ammattikorkeakoulu 2014, viitattu 23.10.2014). Näin ollen kaikkien noin 290 potilaan informointi veisi kohtuuttoman ison osan aika- ja henkilöresursseista. Tämän lisäksi tietoja ei kerätä suoraan potilailta itseltään, eikä kerättyjä tietoja käytetä yksittäisten potilaita koskevassa päätöksenteossa. Edellä mainittujen poikkeuksien perusteella tutkijat eivät siis ole velvoitettuja informoimaan potilaita heidän potilastietojensa katsomisesta.

Saamamme tutkimusaineisto on tarkoitettu vain tutkimuskäyttöön, eikä aineistoa tai sen osia luovuteta ulkopuolisille. Tutkimuksen tuloksena saatu valmis tutkimusaineisto luovutetaan Excel-tiedostona tutkimuksen valmistuttua osastonhoitaja Pertti Lapinkankaalle ja sitä kautta osastojen 78 ja 81 käyttöön. Valmiin tutkimusaineiston luovutus oli edellytys tutkimusluvan myöntämiselle.

6.4 Tutkimusprosessin tekemiseen liittyvää pohdintaa ja oppimiskokemukset

Tutkimuksen tekeminen kokonaisuudessaan on ollut haastava ja pitkä, mutta myös erittäin opettava prosessi. Tutkimuksen tekeminen on edellyttänyt kriittistä pohdintaa koko prosessin etenemisen ajan. Tutkimuksen tekeminen on ollut myös antoisaa, sillä se on kehittänyt kykyä ajatella kokonaisvaltaisemmin ja hallita prosessia sekä sen etenemistä. Olemme oppineet paljon teoreettisen sekä käytännön tiedon yhdistämisestä, tämä erityisesti on kehittänyt meitä ammatillisesti. Tutkimusprosessi ja sen tavoitteet ovat ohjanneet valintojamme, joita olemme pohtineet useassa tutkimuksen eri vaiheessa päästäksemme hyvään lopputulokseen.

Tutkimusprosessi on nyt kestänyt kokonaisuudessaan lähes 1,5 vuotta. Kesäkuussa 2014 aloitimme pohtimaan opinnäytetyön aihetta ja lopulta tutkimus valmistui marraskuussa 2015. Olemme työstäneet tutkimusta tasaisesti muiden opiskelujen, käytännön harjoittelujaksojen ja työnteon lomassa. Muiden kiireiden vuoksi tutkimuksen teko jätettiin takalalle kesän 2015 ajaksi. Tämä aika on mahdollistanut sen, että pystyimme nyt syksyllä tarkastelemaan tutkimusprosessia ikään kuin ”uusin silmin”.

Laadimme suuntaa antavan aikataulun tutkimuksen tekemiselle heti tutkimuksen alkuvaiheessa ja olemme pysyneet tässä aikataulussa hyvin. Aikataulussa pysymiseen ovat vaikuttaneet sisäinen motivaatio tutkimusta ja ennen kaikkea aihetta kohtaan sekä suunnitelmallisuus ja pitkäjänteisyys. Sopiminen ennakkoon tavoitteista ja aikataulullisista välietapeista on auttanut aikataulussa pysymisessä ja tutkimuksen valmistumisessa aikarajaan mennessä. Aikataulua ovat välillä viivästyttäneet hieman muut menneillään olevat opinnot, käytännön harjoittelujaksot sekä yhteistyötahojen omat aikataulut.

Tutkimussuunnitelman laadinta ja tutkimusluvan anominen sekä saaminen olivat pitkiä prosesseja. Tutkimuksen loppupuolella on ollut rohkaisevaa nähdä konkreettisesti se, kuinka tutkimus tasaisella vauhdilla lähestyy kohti loppuaan. Koemme, että kiinnostavan aiheen valinnalla on ollut erittäin suuri merkitys molempien mielenkiinnon ja motivaation pysymiselle yllä.

Mielestämme laatimamme mittari oli tarkoitukseensa nähden hyvä ja sopiva, sillä sen avulla onnistuimme saamaan vastaukset kaikkiin tutkimusongelmiin. Olemme molemmat oppineet paljon tutkimuksen tekemisestä, sen vaiheista ja erityisesti kvantitatiivisesta tutkimuksesta. Tutkimuksen toteuttaminen ei ollut kummallekaan aikaisemmin tuttua. Tutkimusprosessin vaiheet ja prosessiin liittyvät teoreettiset asiat ovat jäsentyneet mielesämme prosessin edetessä ja vasta nyt tutkimuksen loppupuolella tutkimuksen kokonaisuus alkaa paremmin hahmottua. Eri opinnäytetyön vaiheissa kohtasimme erilaisia haasteita ja ongelmia tuli myös eteen. Erityisesti tiedonkeruun koimme aluksi haasteelliseksi, sillä tutkittavasta aiheesta oli saatavilla vähän laadukasta ja näyttöön perustuvaa aiempaa tutkimustietoa. Pystyimme kuitenkin hyödyntämään osastojen 78 ja 81 työntekijöiden asiantuntijatietoa ja perehdyimme aihepiiriin laajasti myös Internetin ja kirjallisuuden avulla. Eksaktia tietoa pidennetystä päivystysarviosta saimme Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin Intranetin kautta.

Tutkimuksen merkittävimpiä oppimiskokemuksia oli se, että sisäistimme tutkimuksen tekemisen itsessään jo moniulotteiseksi oppimismahdollisuudeksi. Toinen merkittävä oppimiskokemus oli saavuttaa kokonaiskuva pidennetyssä päivystysarviossa olleista potilaista vuoden 2014 aikana yhteistyössä tutkimuksen tilaajan kanssa laatiman mittarin avulla. Tutkimuksen teko opettaa itsessään jo oppimisen taitoja. Myös ammattitiedot ja –taidot ovat syventyneet prosessin edetessä.

Molempien tutkijoiden itseohjautuvuudesta on ollut paljon hyötyä. Olemme tyytyväisiä tutkimuksen lopputulokseen. Jälkikäteen ajateltuna tekisimme kuitenkin joitakin asioita toisin, kuten rajaisimme tiukemmin joitakin kysymyslomakkeen vastausvaihtoehtoja, mikä olisi vähentänyt myöhemmin eteen tullutta työn määrää. Ongelmanratkaisutaitomme ovat kehittyneet tutkimusprosessin myötä, sillä olemme esimerkiksi joutuneet soveltaamaan teorian tietoa tutkimusongelmien asettamiseksi ja ratkaisemiseksi. Ongelmanratkaisutaitojen kehittäminen on meidän ammatissa tärkeää, sillä sairaanhoitajan työ sisältää eritasoisten ongelmien ratkaisemista päivittäin. Lähdemateriaalien etsiminen, läpikäyminen ja referointi ovat opettaneet meille lähdekritiikkiä ja suhtautumaan kriittisesti löytämäämme tietoon. Tämä on edelleen kehittänyt meitä tulevana terveydenhuollon ammattilaisina. Kaiken kaikkiaan tutkimuksen toteuttaminen osana sairaanhoitajakoulutusta on antanut meille vahvan ja tukevan kivijalan, jolle on hyvä rakentaa uutta tietotaitoa ja ammatillista kehitystä tulevaisuudessa.

6.5 Kehittämishaasteet ja jatkotutkimusaiheet

Useat valtakunnalliset mielenterveyspalvelujen kehittämishankkeet, kuten Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015, suosittelevat kaikkien ikäryhmien mielenterveys- ja päihdepalvelujen järjestämistä perus- ja avohoitopalveluja painottaen. Myös Psykiatrian toimintasuunnitelma 2010–2015 korostaa psykiatrisen osastohoidon tarpeen vähentämistä avohoitoa ja avohoitopalveluita tehostamalla. Pidennetty päivystysarvio kehitettiin Oulussa avohoidon palvelujen tehostamiseksi. Tutkimuksemme auttaa arvioimaan kyseisen hoitomuodon onnistuneisuutta. Tutkimuksen tulokset ja kerätty tutkimusaineisto antavat siis perusteita arvioida millaisin käytännön toimenpitein Kansallisessa mielenterveys- ja päihdesuunnitelman sekä Psykiatrian toimintasuunnitelman tavoitteisiin pyritään. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin psykiatrian tulosalueen osastot 78 ja 81 voivat toivottavasti hyödyntää tämän tutkimuksen tuloksia arvioidessaan, onko pidennetty päivystysarvio toiminut tavalla, mihin se kehitettiin vuonna 2010. (Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015; Lapinkangas ym. 2013, 78–80; Psykiatrian toimintasuunnitelma 2010–2015, viitattu 15.9.2015.)

Tutkimusprosessin aikana esiin nousi useita mahdollisia ja ajankohtaisia kehittämishaasteita ja jatkotutkimusaiheita. Tulevaisuudessa olisi esimerkiksi tarpeellista tehdä kvalitatiivinen tutkimus siitä, millaisena pidennetyssä päivystysarviossa olleet potilaat kokivat hoitomuodon. Olisi myös tarpeellista selvittää, mitkä asiat pidennetyssä päivystysarviossa olleiden potilaiden mielestä auttoivat heitä ja mistä asioista potilaat eivät arvion aikana kokeneet hyötyvän. Olisi myös kiinnostavaa tutkia, saatiinko avohoito käynnistettyä pidennetyn päivystysarvion jälkeen ja kokivatko potilaat saavan tarvitsemansa avo-terveydenhuollon palveluista. Myös vertaileva tutkimus eri sairaaloiden pidennetyssä polikliinisessä arvioinnissa olleiden potilaiden välillä olisi kiinnostavaa toteuttaa, sillä se voisi mahdollisesti tuoda esille eroja eri sairaaloiden välillä ja eri sairaaloissa olevien pidennettyjen polikliinisten arvioiden välillä. Tätä tutkimusta tehdessä jäi epäselväksi, miksi 41,2 % potilastapauksista osastolta ei olla yhteydessä avohoitoon (Kuvio 12).

Olemme kiitollisia siitä, että yhteistyösuhde työelämän, ammattikorkeakoulun ja meidän opiskelijoiden välillä on ollut toimiva, joustava ja kehittävä. Yhteistyökumppanimme

Pertti Lapinkangas on ollut mukana tutkimuksen ohjausprosessissa jo aiheen suunnittelusta asti, antanut omia kommenttejaan sekä osallistunut myös tutkimuksen arviointiin. Haluamme kiittää Pertti Lapinkankaan lisäksi myös osasto 78 erikoislääkäri Piia Sanke-
loa yhteistyöstä. Oulun ammattikorkeakoulun opinnäytetyön ohjaajia Pirkko Suuaa ja Hilikka Honkasta sekä tilastotieteenopettajia Kirsi Jokista ja Jari Jokista yhteistyöstä. Lisäksi haluamme kiittää myös kaikkia muita opinnäytetyöprosessissa mukana olleita henkilöitä.

LÄHTEET

Bird, A. 2007. "What Is Scientific Progress?" *Noûs* 41 (1), 92–117.

Gissler, M., Heinonen, S., Räisänen, S. & Sund, R. 2013. Rekisteritietojen hyödyntämisen haasteet ja mahdollisuudet. *Lääkärilehti* 47/2013.

Heikkilä, T. 2004. Tilastollinen tutkimus. 5. uudistettu painos. Helsinki: Edita.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Huhta, M. 2013. Tietohallinto, Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. Luento 27.8.2014. Tekijän hallussa.

Jokinen, K. 2015. Lehtori, Oulun ammattikorkeakoulu. Ohjaustunti 23.3.2015.

Kananen, J. 2008. Kvantti. Kvantitatiivinen tutkimus alusta loppuun. Jyväskylä: Jyväskylän yliopistopaino.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009, 2010. Tutkimus hoitotieteessä. 1.-2. painos. Helsinki: WSOYpro Oy.

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

KASTE 2012–2015. Sosiaali- ja terveysministeriö. 2012. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2012:1. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Korkeila, J. 2009. Mikä on hyvä tapa järjestää psykiatrasta avohoitoa? *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 125:2333–2340.

- Kuula, A. 2011. Tutkimusetiikka. 2. uudistettu painos. Jyväskylä: Vastapaino.
- Lapinkangas, P., Roisko, R., Sankelo, P., Tervo, A., Outinen-Härkönen, L. & Mainio, A. 2013. Psykiatrisen päivystyksen kehittäminen. M. Soikkeli (toim.) Kansallinen mielen-terveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Tampere: Juvenes Print – Suomen Yliopisto-
paino Oy, 78–83.
- Lapinkangas, P. 2014. Osastonhoitaja, Oulun yliopistollinen sairaala, Psykiatrian polikli-
nikka. Haastattelu 15.9.2014. Tekijän hallussa.
- Lapinkangas, P. 2014. Osastonhoitaja, Oulun yliopistollinen sairaala, Psykiatrian polikli-
nikka. Sähköpostiviesti 12.10.2015. Tekijän hallussa.
- Lapinkangas, P. & Sankelo, P. 2015. Osastonhoitaja & apulaisylilääkäri, Päivystysyk-
sikkö 78, Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. Keskustelu 11.2.2015.
- Lönnqvist, J. 2014. Diagnoosiluokitukset ICD ja DSM. Teoksessa T. Partonen (toim.)
Psykiatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 59–86.
- Lönnqvist, J. & Lehtonen, J. 2014. Psykiatria ja mielenterveys. Teoksessa T. Partonen
(toim.) Psykiatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 18–40.
- McMullin, E. 1992. THE INFERENCE THAT MAKES SCIENCE. *Zygon: Journal of
Religion & Science* 2013:48. 166–172.
- Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Julkaisuja 2012: 24. Helsinki: Sosiaali-
ja terveysministeriö.
- Pohjois-Pohjanmaan liitto. 2014. Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointiohjelma 2007–2017.
(ei julkaisupaikkaa): (ei julkaisijaa).
- Sommer & Sommer, 1991 *A Practical Guide to Behavioral Research. Tools and Tech-
niques*. New York. Oxford University Press.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2012. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Vilka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Helsinki: Tammi.

Digitaaliset lähteet

Duodecim ICD-10 2015. Luku V: Mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt (F00–F99). Terveysportti. Viitattu 9.3.2015, <http://www.terveysportti.fi/terveysportti/icd10.koti>.

E-mielenterveys. Apua mielenterveyden ongelmiin. Mielenterveyspalvelut. 2014. Viitattu 16.11.2014, <http://www.e-mielenterveys.fi/apua-mielenterveyden-ongelmiin/mielenterveyspalvelut/>.

Epävakaa persoonallisuus. Käypä hoito –suositus 2015. Viitattu 10.10.2015, <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=khp00074>.

Henkilötietolaki 22.4.1999/523. Viitattu 23.10.2014, <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990523#L2P10>.

HUS. 2015. Psykiatrian osasto P3. Viitattu 11.9.2015, <http://www.pshp.fi/default.aspx?nodeid=10934&contentlan=1>.

Jyväskylän yliopisto 2015. Menetelmäpolkuja humanisteille. Aineiston analyysimenetelmät. Viitattu 6.9.2015, <https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/menetelmapolkuja/menetelmapolku/aineiston-analyysimenetelmat>.

Käypä hoito 2013. Psykiatrian erikoisalalle laaditut Käypä – hoitosuositukset. Viitattu 11.9.2015, http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset?p_auth=ltw1SZ8M&p_p_id=KH2014suositukset_WAR_KH2014suosituksetportlet&p_p_lifecycle=1&p_p_state=normal&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-1&p_p_col_count=1.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785. Viitattu, 14.11.2014, <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>.

Marttunen, M. 2009. Nuorten mielenterveysongelmat. Viitattu 2.12.2015, http://www.ebm-guidelines.com/dtk/shk/avaa?p_artikkeli=ttl00585.

Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116. Viitattu, 4.11.2014, <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>.

Oulun ammattikorkeakoulu. 2014. Opinnäytetyö. Opintojaksokuvaus. Sisäinen lähde. Viitattu 23.10.2014, https://oiva.oamk.fi/tietoa_opiskelusta/opintojen_suunnittelu/opas/koulutusohjelmat/?sivu=ops&lk=s2014&code=5133#.

Oulun kaupunki. 2014. Terveyspalvelut. Häätätilanteet ja päivystys. Mielenterveyspäivystys. Viitattu 12.9.2015, <http://www.ouka.fi/oulu/terveyspalvelut/mielenterveyspaivystys>.

Pidennetty päivystysarvio 2014. Oulun yliopistollisen sairaalan psykiatrian klinikan laatuksikirja. Sisäinen lähde. Viitattu 28.3.2015.

Pietarinen, J. 1999. Tutkijan ammattietiikan perusta. Kirjassa Lötjönen, S. (toim.): Tutkijan ammattietiikka. Opetusministeriö. Koulutus- ja tiedepolitiikan osaston julkaisusarja 1999. Sivut 6-12. Viitattu 14.11.2014, http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Julkaisut/1999/liitteet/tutkijan_ammattietiikka_99.pdf?lang=fi.

Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. 2015. Akuuttipsykiatrian osasto osa A. Viitattu 11.9.2015, <http://www.pshp.fi/default.aspx?nodeid=10934&contentlan=1>.

Pohjois-Pohjanmaan liitto. 2014. Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointiohjelma 2007-2017. Viitattu 11.9.2015, http://www.pohjois-pohjanmaa.fi/maakunnan_suunnittelu_ja_kehittaminen/pohjois-pohjanmaan_hyvinvointiohjelma.

Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. 2014a. Päivystysyksikkö 78. Viitattu 16.11.2014,

https://www.ppshp.fi/potilaat_laheiset/prime101/prime111/prime109.aspx.

Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. 2014b. Rekisteritutkimukset. Viitattu 23.10.2014, <https://www.ppshp.fi/rekisteritutkimukset>.

Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. 2014c. Tutkimusluvut. Viitattu 28.11.2014, <https://www.ppshp.fi/tutkimuslupakaytannot>.

Psykiatrian toimintasuunnitelma 2010–2015. Viitattu 15.9.2015, hus01.tjhosting.com/kokous/20131698-4-81067.PDF.

Rainio, J. & Rätty, T. 2013. Psykiatrian erikoissairaanhoito 2013. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 2/2015. Viitattu 18.9.2015, http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/125570/Tr02_15_fi_sv_en.pdf?sequence=8.

Rautiainen, H. & Pelanteri, S. 2013. Psykiatrisen erikoissairaanhoito 2011. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Tilastoraportti 4/2013. Viitattu 4.9.2015, http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/104346/Tr04_13.pdf?sequence=1.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2001. Mielenterveyspalveluiden laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriönoppaita 2001:9. Viitattu 26.11.2014, <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/111122/laatusuositus.pdf?sequence=1>.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus avohoidon ja laitoshoidon määrittelyn perusteista 29.12.2009/1806. Viitattu 26.11.2014, <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2009/20091806>.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohtaisista edellytyksistä 29.8.2013/652. Viitattu 7.11.2014, <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2013/20130652#Pidp1875824>.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 30.3.2009/298. Viitattu 10.10.2014, <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2009/20090298>.

Suomen perustuslaki 11.6.1999/731. Viitattu 26.9.2015, <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731#L2P16>.

Terveystieteiden laaki 30.12.2010/1326. Viitattu 26.11.2014, <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012-2014. Hyvä tieteellinen käytäntö. Viitattu 12.11.2014, <http://www.tenk.fi/fi/htk-ohje/hyva-tieteellinen-kaytanto>.

Wahlbeck, K. & Tuori, T. 2009. Aika sulkea erilliset psykiatriset sairaalat. Viitattu 17.9.2014, <http://www.tesso.fi/content/aika-sulkea-erilliset-psykiatriset-sairaalat>.

Webropol. 2015. Miksi Webropol? Viitattu 6.9.2015, <http://www.webropol.fi/miksi-webropol/>.

World Health Organization 2015. International Classification of Diseases (ICD). Viitattu 9.3.2015, <http://www.who.int/classifications/icd/en/>.

LIITTEET

Liite 1 Analyysirunko

Liite 2 PPSHP:n käyttäjäsitoumus

Liite 3 Webropol-kysymyslista

Liite 4 Lyhentämätön kuntakuviokuva

Liite 5 Lyhentämätön diagnoosikuviokuva

1. Keitä ovat potilaat, jotka pidennettyyn päivystysarvioon ohjautuvat?

- Ikä
- Sukupuoli
- Kotikunta
- Lähetä
- Tulosyy
- Diagnoosi
- Hoitoon tulon kalenteripäivä, viikonpäivä, kuukausi ja kellonaika
- Hoidosta lähdön kalenteripäivä, viikonpäivä, kuukausi ja kellonaika
- Pidennetyn päivystysarvion arvioitu kesto

2. Minne potilaat ohjautuvat pidennetyn päivystysarvion jälkeen?

- Hoitoratkaisu
 - Psykiatrinen osasto
 - Somaattinen osasto
 - Terveyskeskus
 - Avohoito
 - Päihdehuollon yksikkö
 - Ei jatkohoitoa
- Oltiinko osastolta yhteydessä avohoitoon pidennetyn päivystysarvion aikana?
- Ohjautuiko potilas pidennetyn päivystysarvion jälkeen kuukauden sisällä uudelleen päivystyskäynnille?

3. Kuinka suuri osa potilaista otetaan psykiatriselle osastolle pidennetyn päivystysarvion jälkeen?

- Pidennetyssä päivystysarviossa olleiden potilaiden määrä
- Psykiatriselle osastolle sijoitettujen määrä

PPSHP:n työasemien (tietoverkkoon langallisesti tai langattomasti liitetyt atk-laitteet), tulostimien, tietoliikenneverkon ja atk-järjestelmien käyttöoikeudet annetaan vain niille, jotka ovat allekirjoittaneet tämän käyttäjäsitoumuksen.

KÄYTTÄJÄSITOUMUS:

1. Salassapito- ja vaitiolovelvollisuus

- Minua sitoo salassapito- ja vaitiolovelvollisuus, joka säilyy työsuhteen päättymisen jälkeen.
- Potilaan terveystietoja voidaan antaa sivullisille vain lakiin perustuen tai asianomaisen nimenomaisella suostumuksella.
- Muut kuin hoitosuhteessa olevat tai potilaan hoitoon liittyviin tehtäviin osallistuvat henkilöt ovat sivullisia potilastietojen käsittelyyn.
- Potilasrekisterien ja potilastietojen katselu- tai käyttöoikeus perustuu työtehtävien hoitamiseen.
- Potilastietoja ei saa luovuttaa, siirtää tai tallentaa ilman rekisteristä vastaavan (johtajaylilääkäri) kirjallista lupaa toisiin rekistereihin, työaseman kiintolevylle tai muille tallennusvälineille.
- Sivulliselle ei saa ilmaista työn vuoksi tietoon saatuja sairaanhoitopiiriä tai sen asiakkaita, työntekijöitä, sopimus-kumppaneita tai muita yhteistyötahoja koskevia salassa pidettäviä tietoja. Tällaisia ovat potilastietojen lisäksi liike- ja ammattisalaisuudet.

2. Käyttäjätunnukset ja salasana

- Käytän työasemaa ja sovelluksia vain omilla henkilökohtaisilla käyttäjätunnuksilla ja salasanoina.
- Vastaan kaikista henkilökohtaisilla käyttäjätunnuksillani tehdyistä merkinnöistä.
- Pidän käyttäjätunnuksen ja salasanan muistissani. En anna niitä muiden tietoon. Vaihdan salasanaa heti saatuani sen ja myöhemmin tarvittaessa tai sovituin aikavälein.
- Kirjaudun ulos tietojärjestelmistä tai lukitsen työaseman välittömästi käytön jälkeen, ellei työasema ole valvonnassani.

3. Työaseman käyttö

- Käytän työasemassa vain sairaanhoitopiiriin hyväksymiä ja lisensoituja ohjelmia, jotka ovat tietohallinnon asentamia ja tukemia tai erillisellä tietohallinnon hyväksymällä tavalla muun toimittajan asentamia ja tukemia.
- En kopioi sairaanhoitopiiriin hankkimia ohjelmia.
- En liitä työasemaa verkkoon tai siirrä sitä luvatta.
- En käytä samoja ulkoisia muistivälineitä työpaikalla ja sen ulkopuolella, jos en ole varmistautunut että ne eivät sisällä virus- tai haittaohjelmia.
- Lopetan työskentelyn heti, kun epäilen työaseman olevan viruksen tai haittaohjelman saastuttama ja otan yhteyttä ATK-palvelupisteeseen.
- Otan työaseman käytössä huomioon tietoverkon ja palvelinlaitteiden rajoitetun kapasiteetin. Saan välittää kuvia, grafiikkaa ja äänitiedostoja verkossa tai tallentaa palvelimelle vain työtehtävien vaatiessa.
- Vastaan itse työaseman kiintolevylle tallettamieni tiedostojen varmuuskopioinnista. Ainoastaan palvelimilla olevien tiedostojen varmuuskopiointi hoidetaan keskitetysti tai järjestelmän pääkäyttäjän toimesta. Työasemien verkolevyt ovat keskitetyn varmuuskopioinnin piirissä.

4. Sähköpostin ja internet-yhteyksien käyttö

- Käytän sähköposti ja internet-yhteyksiä pääsääntöisesti työtehtävieni hoitamiseen.
- En lähetä arkaluonteisia ja muita salassa pidettäviä tietoja sähköpostin välityksellä.
- En avaa ulkopuolelta epämääräisestä lähteestä saapuvaa sähköpostia tai liitetiedostoja virusriskin vuoksi, vaan hävitän viestin.
- En lähetä tai välitä sähköpostiketjukurjeita ja muuta roskapostia eteenpäin, vaan tuhoan ne.
- En kopioi tai asenna ohjelmia internetistä.

5. Tietosuoja-tietoturvaohjeet

- Tutustun PPSHP:n intranetissä olevaan Tietosuoja-tietoturvakäsikirjaan sekä käyttämäni tietojärjestelmien käyttöohjeisiin ja rekisteriselosteisiin. Tietosuoja-tietoturvakäsikirjassa on viitteet asiaa koskevaan lainsäädäntöön ja PPSHP:n tietoturva-tietosuojakäytäntöihin.

6. Tietojärjestelmien ja tietoverkon seuranta ja valvonta

- Tietojärjestelmien käytöstä kertyy käyttäjäkohtaista tietoa ja sitä seurataan.
- Tietohallinto seuraa työasemien tietoturvan tasoa sekä virus- ja haittaohjelmien esiintymistä.
- Sähköpostiviestinnän lokitietoja käytetään tarvittaessa sähköisen viestinnän tietosuojalain määrittelemällä tavalla mm. sähköpostijärjestelmän teknisten vikojen ja väärinkäyttötapausten selvittämiseen.
- Tietohallinto seuraa internetin käyttöä PPSHP:n tietoturvaohjeistuksen mukaisesti sähköisen viestinnän tietosuojalakea noudattaen.

7. Rikkomusten seuraamukset

- Tietoturvaa vahingoittavat tahalliset teot vaikuttavat palvelussuhteeseen. Kaikki tietoturvaloukkaukset, väärinkäytökset ja poikkeustilanteet raportoidaan johdolle ja jokaiseen tilanteeseen reagoidaan sen vaatimalla tavalla.
- Tietojärjestelmien käyttöoikeudet voidaan peruuttaa sääntöjen ja periaatteiden rikkomisen vuoksi. Jos kyseessä on toistuva tai vakava rikkomus, ryhdytään tapauksen edellyttämiin jatkotoimiin. Jos rikkomuksesta aiheutuu taloudellisia menetyksiä, voi työnantaja vaatia vahingonkorvauksia.
- Tietojen väärinkäyttö tai tahallinen ohjeiden vastainen toiminta voi johtaa myös rikosoikeudellisiin seuraamuksiin.

8. Voimassa olevat tietojärjestelmien käyttöoikeuteni on kirjattu PPSHP:n käyttöoikeuslomakkeeseen.

Käyttäjäsitoumus säilytetään vastuualueella tai vastuuyksikössä 10 vuotta työsuhteen päättymisen jälkeen.

1. Lomakenumero

2. Ikä

- 18
- 19
- 20
- ...
- 98
- 99
- 100

3. Ikäluokka

- 18–25
- 26–35
- 36–45
- 46–55
- 56–65
- 66–75
- Yli 76-vuotiaat

4. Sukupuoli

- Nainen
- Mies

5. Kotikunta

- 010 Alavus
- 049 Espoo
- 069 Haapajärvi
- 072 Hailuoto
- 092 Vantaa
- 139 Ii
- 200 Kotikunta ulkomailla
- 205 Kajaani
- 240 Kemi
- 244 Kempele
- 297 Kuopio

- 305 Kuusamo
- 425 Liminka
- 436 Lumijoki
- 483 Merijärvi
- 494 Muhos
- 535 Nivala
- 563 Oulainen
- 564 Oulu
- 578 Paltamo
- 615 Pudasjärvi
- 625 Pyhäjoki
- 626 Pyhäjärvi
- 630 Pyhäntä
- 678 Raahe
- 691 Reisjärvi
- 746 Sievi
- 785 Vaala
- 791 Siikalatva
- 832 Taivalkoski
- 851 Tornio
- 859 Tyrnävä
- 992 Äänekoski

6. Lähetete

- M1
- B1
- Ilman lähetettä
- Jokin muu

7. Tulosity

8. Diagnoosi

- F03 Määrittämätön dementia
- F09 Määrittämätön elimellinen tai oireenmukainen (muun elimistön sairauden seurauksena esiintyvä) mielenterveyden häiriö
- F10 Alkoholin käytön aiheuttamat elimelliset aivo-oireyhtymät ja käyttäytymisen häiriöt
- F11 Opioidien käytön aiheuttamat elimelliset aivo-oireyhtymät ja käyttäytymisen häiriöt
- F12 Kannabinoidien käytön aiheuttamat elimelliset aivo-oireyhtymät ja käyttäytymisen häiriöt

- F13 Rauhoittavien lääkkeiden ja unilääkkeiden käytön aiheuttamat elimelliset aivo-oireyhtymät ja käyttäytymisen häiriöt
- F15 Muiden piristeiden käytön aiheuttamat elimelliset aivo-oireyhtymät ja käyttäytymisen häiriöt
- F19 Useiden lääkeaineiden ja muiden psyykkisiin toimintoihin vaikuttavien aineiden käytön aiheuttamat elimelliset aivo-oireyhtymät ja käyttäytymisen häiriöt
- F20 Skitsofrenia
- F21 Skitsotyypinen häiriö (psykoosipiirteinen persoonallisuus)
- F22 Pitkäaikaiset harhaluuloisuushäiriöt
- F25 Skitsoaffektiiviset häiriöt
- F29 Määrittämätön ei-elimellinen psykoottinen häiriö
- F30 Mania
- F31 Kaksisuuntainen mielialahäiriö
- F32 Masennustila
- F33 Toistuva masennus
- F39 Määrittämätön mielialahäiriö
- F41 Muut ahdistuneisuushäiriöt
- F42 Pakko-oireinen häiriö
- F43 Reaktiot vaikeaan stressiin ja sopeutumishäiriöt
- F45 Elimellisoireiset (somatoformiset) häiriöt
- F51 Ei-elimelliset unihäiriöt
- F60 Persoonallisuushäiriöt
- F61 Sekamuotoiset ja muut persoonallisuushäiriöt
- F70 Lievä älyllinen kehitysvammaisuus
- F71 Keskipainoinen älyllinen kehitysvammaisuus
- F84 Laaja-alaiset kehityshäiriöt
- F93 Lapsuudessa alkavat tunne-elämän häiriöt
- F94 Lapsuudessa tai nuoruusiässä alkavat sosiaalisen vuorovaikutuksen häiriöt
- F95 Nykimishäiriöt
- T36# Lääkkeen aiheuttama myrkytys
- Z60 Sosiaaliseen ympäristöön liittyvät ongelmat
- Z63 Muut primaarisen tukiryhmän ongelmat, perheolot mukaan lukien
- Ei tiedossa

9. Tulo- ja lähtöpäivä (kalenteripäivä)

Tulopäivä Lähtöpäivä

10. Tulopäivä

- Maanantai
- Tiistai
- ...
- Lauantai
- Sunnuntai

11. Tulokuukausi

- 1 Tammikuu
- 2 Helmikuu
- 3 Maaliskuu
- ...
- 10 Lokakuu
- 11 Marraskuu
- 12 Joulukuu

12. Lähtöpäivä

- Maanantai
- Tiistai
- ...
- Lauantai
- Sunnuntai

13. Lähtökuukausi

- 1 Tammikuu
- 2 Helmikuu
- 3 Maaliskuu
- ...
- 10 Lokakuu
- 11 Marraskuu
- 12 Joulukuu

14. Tulokellonaika

- 00:00
- 01:00
- 02:00
- ...
- 21:00
- 22:00
- 23:00

15. Lähtökellonaika

- 00:00
- 01:00
- 02:00
- ...
- 21:00
- 22:00

- 23:00

16. Pidentetyn päivystysarvion arvioitu kesto

- 1-4 tuntia
- 5-8 tuntia
- 9-16 tuntia
- yli 16 tuntia
- Ei tiedossa

17. Pidentetyn päivystysarvion jälkeinen hoitoratkaisu

- Psykiatrinen osasto
- Somaattinen osasto
- Terveyskeskus
- Avohoito
- Päihdehuollon yksikkö
- Ei jatkohoitoa

18. Oltiinko osastolta yhteydessä avohoitoon pidentetyn päivystysarvion aikana?

- Kyllä
- Ei
- Potilasta suositeltiin ottamaan itse yhteyttä avohoitoon
- Ei tiedossa

19. Ohjautuiko potilas pidentetyn päivystysarvion jälkeen kuukauden sisällä uudelleen päivystyskäynnille?

- Kyllä
- Ei

