



# **PÄIVYSTYKSESTÄ PSYKIATRISELLE OSASTOLLE**

Ohjeistus henkilökunnalle  
aikuisen mielenterveyshäiriöisen potilaan  
ohjautumisesta päivystyksestä psykiatriselle osastolle

Päivi Harjunpää  
Tarja Pajuranta

Opinnäytetyö  
Maaliskuu 2012  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto  
Tampereen ammattikorkeakoulu

”Jokainen me olemme erikoistapaus.”

-Albert Camus

## TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

HARJUNPÄÄ, PÄIVI & PAJURANTA, TARJA:  
Päivystyksestä psykiatriselle osastolle – Ohjeistus henkilökunnalle aikuisen mielenterveyshäiriöisen potilaan ohjautumisesta päivystyksestä psykiatriselle osastolle.

Opinnäytetyö 35 s., liitteet 12 s.  
Maaliskuu 2012

---

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa ohjeistus henkilökunnalle mielenterveyspotilaan ohjautumisesta päivystyksestä psykiatriselle osastolle. Aihe todettiin tarpeelliseksi päivystyksessä tapahtuneiden käytännön muutosten vuoksi ja mielenterveyshäiriöisen potilaan hoito koettiin haastavaksi. Työn tehtävänä oli selvittää mitä on päivystyshoito, millaista on mielenterveyshäiriöisen potilaan hyvä ja joustava hoito päivystyksestä psykiatriselle osastolle ja millainen on hyvä ohjeistus. Ohjeistuksen tavoitteena oli henkilökunnan valmiuksien lisääminen mielenterveyspotilaiden kohtaamisessa päivystystilanteissa ja hoitoon ohjautumisen joustavuuden ja hyvän hoidon parantaminen. Työ on tuotokseen painottuva opinnäytetyö.

Päivystyksessä työskentely vaatii nopeaa päätöksentekotaitoa, kykyä tunnistaa akuutit psykiatrista hoitoa vaativat sairaudet, joista suomalaisessa väestössä yleisimpinä esiintyvät mieliala-, ahdistuneisuus-, persoonallisuus- ja päihdehäiriöt sekä psykoosit. Henkilökunta kokee mielenterveyshäiriöisen potilaan kohtaamisen päivystyksessä usein rutiininomaiseksi ja somaattisen vaivan hoitamisen helpommaksi kuin psyykkisen. Hyvä hoito on yksi hoitotyön periaatteista ja sitä toteutetaan kaikissa hoitotyön yksiköissä. Hyvässä hoidossa pyritään päämäärätietoisesti edistämään potilaan hyvää.

Ohjeistuksesta tuli selkeä ja päivystyksen tarpeita vastaava kansio. Raporttiosuudesta löytyy tietoa mielenterveyshäiriöisen päivystyspotilaan hoitotyöstä. Kehittämisehdotuksiksi nousivat päivystyksen henkilökunnan koulutuksen lisääminen mielenterveyshäiriöistä ja niiden hoitamisista sekä yhteistyön lisääminen yksiköiden henkilökuntien välillä. Tutkimusehdotuksemme on selvittää jonkin ajan kuluttua ovatko hoitohenkilökunnan valmiudet hoitaa mielenterveyshäiriöistä potilasta parantuneet ja onko potilaan hoito tullut joustavammaksi päivystyksestä psykiatriselle osastolle.

---

Asiasanat: mielenterveyshäiriö, päivystyshoito, ohjeistus, hyvä hoito

## ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu  
Tampere University of Applied Sciences  
Degree Programme in Nursing and Health Care  
Option of Nursing

HARJUNPÄÄ, PÄIVI & PAJURANTA, TARJA: From Emergency to Psychiatric Unit - Instructions for Nursing Staff for Directing an adult patient from Emergency to Psychiatric Unit

Bachelor's thesis 35 pages, appendices 12 pages  
March 2012

---

The purpose of this study was to create instructions about directing an adult patient with mental problems from emergency to a psychiatric unit. The aim of the study was to find out what emergency care in a hospital is, how to treat patients with mental problems well and flexible and what a good instruction contains.

The theoretical part of this study was compiled using relevant literature and by conducting interviews. This study was carried out as a project.

The results of the study were good and clear instructions were produced for the nursing personnel. The instructions consisted of important telephone numbers, nursing directives for office hours and non-office hours and guidelines for involuntary care. The findings implied that the nursing staff need more education and cooperation with the psychiatric unit.

A suggestion for future studies would be to find out if the skills of the emergency nursing staff have improved regarding the care of patients with the mental problems. Additionally, it would be important to know if the care has become better and more flexible.

---

Key words: good care, mental problem, instruction, emergency, psychiatric unit

## SISÄLLYS

1 JOHDANTO .....	6
2 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE .....	8
3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT .....	9
3.1 Hyvä hoito .....	10
3.2 Mielenterveys .....	12
3.3 Mielenterveyshäiriö.....	13
3.4 Päivystyshoito .....	14
3.4.1 Potilaan tutkiminen .....	16
3.4.2 Päivystysluonteisesti psykiatrasta osastohoitoa vaativat sairaudet ....	18
3.5 Hoitoon ohjautuminen .....	23
4 TUOTOKSEEN PAINOTTUVA OPINNÄYTETYÖ.....	26
4.1 Tuotokseen painottuva opinnäytetyö.....	26
4.2 Opinnäytetyön toteuttaminen.....	27
5 PÄÄTÄNTÄ .....	30
5.1 Eettiset ja luotettavuuskysymykset .....	30
5.2 Johtopäätökset ja kehittämissuhteet.....	31
5.3 Pohdinta .....	32
LÄHTEET.....	33
LIITTEET.....	36

## 1 JOHDANTO

Mielen sairauteen yhä liittyvät ennakkoluulot ja asenteet vaikeuttavat mielenterveyspalveluiden saantia, avun hakemista ja kehittämistä. Mielenterveyspotilaat ovat usein sairautensa perusteella huonommassa asemassa kuin muut potilasryhmät. Hoidossa tulee kiinnittää huomiota potilaiden ihmisarvon kunnioittamiseen ja tasa-arvon toteutumiseen (Mielenterveyspotilaan oikeudet 2001, 17). Oikeus hyvään hoitoon merkitsee, että terveydenhuollon palveluja tarvitseva saa niitä asiantuntevasti ilman kohtuuttomia viiveitä. Hyvän hoidon toteutuessa potilas kokee olevansa asiantuntevissa ja luotettavissa käsissä (Noppiari, Kiiltomäki & Pesonen 2007, 152).

Päivystyspoliklinikalla hoidettavana olevat potilaat odottavat turvallisuuden kokemista tilanteesta selvittääkseen. Turvallisuuden kokemiseen liittyy luottamus. Tämä voidaan saavuttaa selkeän ja tarkoituksenmukaisen toiminnan kautta. Se sisältää myös tunteen siitä, että hoitotyöntekijät tietävät, miten toimitaan ja mikä on tärkeää potilaan tilanteen hoitamiseksi, ja tunteen siitä, että kaikki mahdollinen tehdään potilaan auttamiseksi (Koponen & Sillanpää 2005, 24).

Sairaalahoidon tarpeen arvioimisesta vastaavat ensisijaisesti terveyskeskukset. Sairaala voi psykiatriassa olla välttämätön toisaalta hoidon ja toisaalta riittävien tutkimusten tekemiseksi. Hyvin usein sairaalahoitoon lähettämiseen joudutaan turvautumaan potilaan suojaamiseksi kun hän ei kykene sairautensa vuoksi huolehtimaan itsestään tai asioistaan avohoito-ponnisteluista huolimatta. Eräissä tapauksissa myös ympäristön suojaaminen voi olla syy sairaalaan lähettämiseen. Kuten somaattisessakin hoidossa, myös psykiatrisessa hoidossa sairaala saattaa usein olla välttämätön myös lääkehoidon tarkistamiseksi ja mahdollisesti muiden hoitomuotojen edellytysten selvittämiseksi. Suurin osa kaikesta psykiatrisesta sairaalahoitosta tapahtuu potilaan vapaaehtoisuuteen perustuen. Mielenterveyslaki korostaa potilaan omatoimisuuden ja itse hoitoon hakeutumisen mahdollistamisen tärkeyttä. Sairaalaan lähettämisen tulisi aina olla suunniteltua ja osa potilaan kokonaisuhoitoa. Psykoottinen potilas ei välttämättä tarvitse sai-

raalahoidoa, joten avohoidon mahdollisuudet on selvitettävä (Therapia Fennica; A).

Työelämässä on herännyt tarve selkeisiin toiminnan ohjeisiin mielenterveyshäiriöisen potilaan hoitamisesta päivystyksessä ja siirtymisestä sieltä psykiatriseen osastohoitoon. Opinnäytetyössämme keskitymme potilaan välittömään lähettämiseen päivystyksestä psykiatriseen sairaalahoitoon. Tällä työllä pyritään kehittämään aikuisen mielenterveyshäiriöisen potilaan hoitotyötä mahdollisimman korkeatasoiseksi ja joustavaksi ohjautuessaan osastolle. Tämä työ on toiminnallinen, tuotokseen painottuva ja työelämälähtöinen opinnäytetyö. Sen tuotoksena tehdään kansio henkilökunnan käyttöön. Työ toteutetaan yhteistyössä ensiapu-  
poliklinikan ja psykiatrisen osaston henkilökunnan kanssa.

## 2 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena on tehdä ohjeistus henkilökunnalle mielenterveyspotilaan ohjautumisesta päivystyksestä psykiatriselle osastolle.

Opinnäytetyön tehtävänä on selvittää

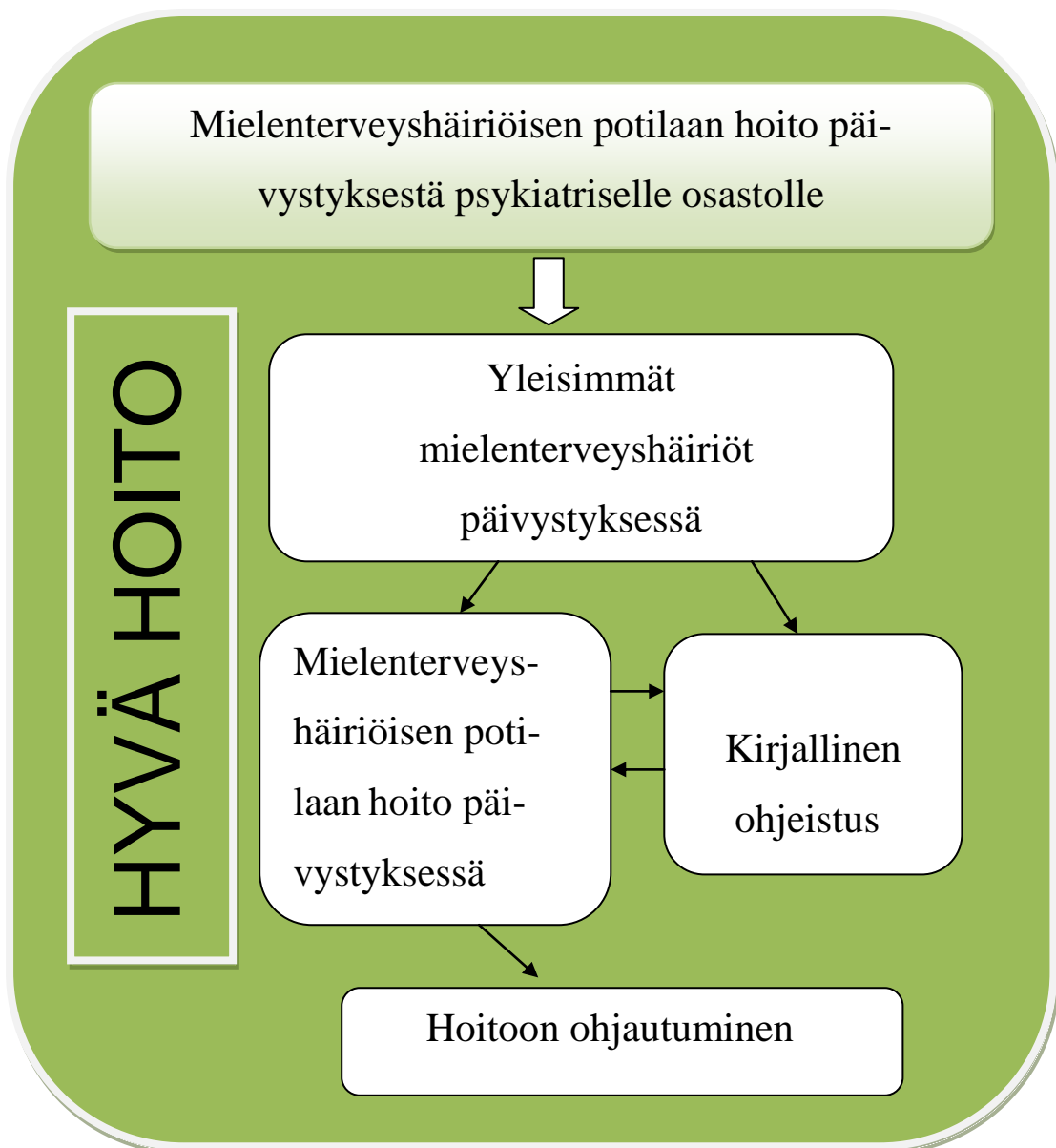
1. Mitä on hoito päivystyksessä?
2. Millaista on mielenterveyshäiriöisen potilaan hyvä ja joustava hoito päivystyksestä psykiatriselle osastolle?
3. Millainen on hyvä ohjeistus?

Opinnäytetyön tavoitteena on kehittää mielenterveyshäiriöisen potilaan hoitotyötä päivystyksessä ja hoitoon ohjautumista psykiatriselle osastolle. Tavoitteena on myös lisätä henkilökunnan valmiuksia mielenterveyspotilaan hoitamisessa ja parantaa mielenterveyshäiriöisen potilaan hoidon joustavuutta selkeillä ohjeilla.



### 3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Teoreettisena lähtökohtana työssämme on potilaan hyvä hoito, joka on yksi hoitotyön periaatteista. Hyvä hoito on asiakaskeskeistä, potilas voi kokea tulevansa hyväksytyksi omana itsenään ja tuntea olonsa turvalliseksi. Turvallisuus hoitosuhteessa syntyy potilaan ja hoitajan välisestä luottamuksesta. Keskeiset käsitteet opinnäytetyössämme ovat hyvä hoito, yleisimmät mielenterveyshäiriöt päivystyksessä, mielenterveyshäiriöisen potilaan päivystyshoito, hoitoon ohjautuminen sekä ohjekansio.(kuvio 1)



KUVIO 1. Keskeiset käsitteet

### 3.1 Hyvä hoito

Arvot sekä näkemykset hyvästä ja oikeasta liittyvät etiikkaan ja eettisyyteen. Ne muodostavat tärkeän osan ammatillisuuden ja ammattietiikan perustasta. Hyvän kasvatuksen, hoidon, huolenpidon ja kuntoutuksen kannalta on välttämätöntä, että hoitaja ymmärtää toimintansa ja ratkaisujensa vaikutukset asiakkaan hyvinvointiin (Lindroos, Nevala, Virtanen & Vuori- Kemilä 2005, 21). Asiakas on hoidon subjekti: psyykkinen, fyysinen, sosiaalinen ja toiminnallinen kokonaisuus (Mielenterveyden keskusliitto). Hyvän hoidon määrittelemisen ja toteuttamisen on tärkeää tehdä yhteisössä potilaan ja hänen perheensä kanssa (Noppiari ym. 2007, 155).

Hyvä hoito on sitä, että potilas tuntee olonsa turvalliseksi ja tulee hyväksytyksi omana itsenään, hänen ja hoitajan välille syntyy luottamus, potilas säästyy havoittuvuudelta ja hänen oma ihmisarvonsa säilyy muuttuneessakin tilanteessa (Noppiari ym.2007, 154). Potilas ei ole hoidon ammattilainen. Hän on kuitenkin oman elämänsä asiantuntija. Arvostamalla tätä asiantuntijuutta voidaan saavuttaa hyvä vuoropuhelu potilaan ja hoitohenkilön välillä. Kumpikin osapuoli saa tuoda esiin oman näkemyksensä ja tietämyksensä, tulee kuulluksi, huomioi toisen näkemyksen ja voi oppia siitä. Se on erittäin tärkeää, jotta hoito perustuu ammattilaisen tietämykseen mutta huomioi kuitenkin potilaan ajatukset, toiveet, pelot ja elämäntilanteen. (Mattila, 2010, 79.)

Aktiivinen kuuntelu hoitotilanteessa McCabe & Timminsin mukaan (2006, 80-81) sisältää enemmän kuin vain kuulemisen, siihen kuuluu myös reflektiota siitä mitä on sanottu ja mitä potilas on sanomallaan tarkoittanut. Hoitajat antavat usein käytöksellään ristiriitaisen kuvan potilaalle ja puhuessaan antavat ymmärtää, että on aikaa keskustelulle mutta kehonkieli viestii muuta. Potilaat kokevat hoitajan todellisen läsnäolon ja empaattisuuden tärkeiksi tekijöiksi hyvälle hoidolle (McCabe & Timmins 2006, 80–81). Potilaan hyvä hoito Pirkanmaan sairaanhoitopiirin (PSHP 2011; A) ohjeen mukaan on potilaan oikeutta saada hyvää terveyden- ja sairaanhoitoa sekä siihen liittyvää kohtelua ja tiedonsaantia. Potilas saa palveluita oikea-aikaisesti ja sairauden vaatimalla kiireellisyydellä

huomioiden hänen sekä läheistensä odotukset ja tarpeet. Potilas voi tuntea olevansa asiantuntevassa ja luotettavassa hoidossa, tulevansa ymmärretyksi ja hyväksytyksi. Hänen tutkimus- ja hoitomenetelmänsä ovat yleisesti hyväksytyjä ja vaikuttavia ja hoidossa kunnioitetaan potilaan tietosuojaa.

Potilaan ja hänen perheensä pitää saada riittävästi tietoa potilaan tilanteesta ja erilaisista toimintavaihtoehdoista. Potilaan senhetkinen päätöksentekokyky arvioidaan ja häntä autetaan tekemään ratkaisuja silloin kun hän ei siihen itse pysty. Joskus hyvään hoitoon kuuluvat myös potilaan puolesta päättäminen ja vastoin hänen omaa tahtoaan toimiminen. Oma osallistumisesta ja päätäntävaltaa tuetaan silloin kun se on potilaan voinnin huomioon ottaen mahdollista (Noppi ym. 2007, 154).

Hoitoyhteisön tulee olla myönteinen ja toimiva, ja sillä tulee olla riittävät resurssit, että hyvä hoito saavutetaan. Yhteistoiminnallinen hoito on yhteistyötä potilaan, hänen määrittelemiensä läheisten ja potilaan hoitoon osallistuvien asiantuntijoiden kanssa. Asiantuntijat käyttävät asiantuntemustaan ja tietoperustaan sa potilaan parhaaksi. Hyvässä yhteistoiminnallisessa hoidossa toteutuu tietoperustan jakaminen muiden hoitoon osallistuvien kanssa. Näin löytyy yhteinen ymmärrys potilaan tilanteeseen (Noppi ym. 2007, 155). Työntekijän mielenterveyden edistäminen palvelee potilaan mielenterveyden edistämistä. Mielenterveyden edistämisen idean sisäistäminen edellyttää, että niin asiakas kuin työntekijäkin ymmärretään kokonaisvaltaisesta ihmiskäsityksestä lähtien. Tämä on valtava haaste sekä johtamiselle että koulutukselle. (Hyvönen 2004.) Terveystenhoitohenkilökunnan koulutuksessa on korostettava potilaiden odotusten tunnistamista ja ymmärtämistä hyvän ja laadukkaan hoidon perustana (Kvist, Kinnunen & Vehviläinen- Julkunen 2006, 118). Kaipian ja Karvisen opinnäytetyön mukaan ydintyön hyvä osaaminen vapauttaa hoitajan potilaan kohtaamiseen (Kaipia & Karvinen 2011).

Eettisesti korkeatasoisen mielenterveyshoitotyön lähtökohta on potilaan ihmisarvoa ja -oikeuksia kunnioittavat sekä erityisesti itsemääräämisoikeutta tukevat terveystalvelut jo perusterveydenhuollossa. Työntekijän on toimittava keskeisten hoidon eettisten periaatteiden mukaisesti niin, että potilaan oikeudet toteu-

tuvat palveluissa (Noppiari ym. 2007, 134). Hyvää hoitoa on myös avoin ja luottettava tiedon välittäminen väestön hoidon tarpeesta, hoitomenetelmistä, niiden vaikuttavuudesta ja kustannuksista päättäjille ja väestölle (PSHP 2012; A). Terveydenhuollon yhteisenä tavoitteena on tuottaa potilaiden hyvää hoitoa, mikä perustuu tarkoituksenmukaisuuteen. Tällöin asiakas voi luottaa siihen että hoitoa suunniteltaessa ja toteuttaessa toimitaan hänen parhaakseen.(Mattila 2010, 84.) Hyvässä hoidossa pyritään päämäärätietoisesti edistämään potilaan hyvää. Hoidon perustana on filosofinen kokonaiskuva ihmisestä ja terveydestä. Hyvän saavuttaminen on hoitotyön päämäärä (Noppiari ym. 2007, 154).

### 3.2 Mielenterveys

WHO:n (World Health Organisation) määritelmän mukaan mielenterveys on hyvinvoinnin tila, jossa yksilö ymmärtää omat kykynsä, pystyy toimimaan elämän normaalistresseissä, pystyy työskentelemään tuottavasti tai tuloksellisesti, ja pystyy toimimaan yhteisön jäsenenä. Psykkisellä pahoinvoinnilla tarkoitetaan mielenterveyden ongelmia ja psyykkistä rasittuneisuutta, ahdistuneisuuteen ja oireisiin liittyvää toimintakyvyn alenemista sekä diagnostisoitavissa olevia mielenterveyden häiriöitä (Toivio & Nordling 2009, 308).

Mielenterveyden synonyymi on psyykinen tasapaino. Psyykkiseen tasapainoon liittyy aina ihmisen ja ympäristön välinen yhteys, ja se on yksilön ja perheen hyvinvoinnin kantava voimavara. Fyysisistä sairauksista huolimatta ihminen voi kokea terveyttä ja hyvinvointia, jos hän on psyykkisesti tasapainossa. Mielenterveys näkyy todellisuuden mukaisena ehjänä minäkuvana (Iivanainen & Syväoja 2009, 428).

Mielenterveyden tilan kuvaamisen ongelmallisuutta lisää se, että se vaihtelee samalla tavoin kuin muukin terveydentila. Staattista mielenterveyttä ei ole olemassa, eikä kovin hyvin mielenterveyden suhteen ihmisiä erottelevia mittareita. Mielenterveyttä ei voi mitata kuten ruumiin lämpöä, sillä mielenterveys ei ole absoluuttinen käsite. Tutkimuksin ei voida kuvata eikä löytää täydellistä mielenterveyttä – ei myöskään sen puuttumista. Mielenterveys on suhteellista ja

ihminen joutuu itse määrittelemään mielenterveytensä tilan (Toivio & Nordling 2009, 84).

### 3.3 Mielenterveyshäiriö

Monet psykiatriset diagnoosit ovat hyvin vanhoja. Lääketieteellinen tautikäsite on historiallisen kehityksen tuote. Psykiatriassa puhuttiin aiemmin mielitaudeista ja sittemmin mielisairauksista. Nykyisin käytetään kattavimpana ilmaisuna mielenterveyden häiriötä, josta mielisairaudet eli psykoosit muodostavat vain pienen osan (Lönnqvist, Heikkinen, Henriksson, Marttunen & Partonen 2009, 47).

Mielenterveyden häiriö - termi, joka otettiin käyttöön 1980-luvulla, tarkoittaa laajasisältöisesti monenlaisia psyykkisiä häiriöitä niiden syistä ja vaikeusasteesta riippumatta. Ihmisen mielenterveyttä tutkitaan ja kuvataan psykiatriassa lähinnä mielenterveyden ongelmien ja häiriöiden näkökulmasta. Lähtökohdaksi on potilaan yksilöllisten ongelmien, toimintakyvyn, persoonallisuuden piirteiden ja oireiden tarkastelu diagnostisin menetelmin. Diagnostiikka eli taudinmääritys on sairauden laadun ja vaikeusasteen kuvaamista, mikä on välttämätöntä potilaan hoidon suunnittelussa sekä ammatillisessa yhteis- ja tutkimustyössä (Noppari ym. 2007, 46).

Mielenterveyden häiriöiden tarkka määrittäminen on vaikeaa ja osin jopa mahdotonta, koska monet mielen oireet kuuluvat ajoittaisina myös tavalliseen elämään. Mielenterveyden häiriöstä on kyse, kun henkilön mieliala, tunteet, ajatukset tai käytös haittaavat toimintakykyä, ihmissuhteita tai aiheuttavat kärsimystä. Vakava mielenterveyden häiriö voi lamaannuttaa täysin. (Huttunen 2008, 7.)

Sairauden oireiden luokittelu on ulkoapäin toteutettua terveydentilan tarkastelua - viime kädessä asiantuntijuuteen perustuvaa objektiivista havainnointia. Suomalaisessa väestössä yleisimpiä mielenterveyden häiriöitä ovat mieliala-, ahdistuneisuus-, persoonallisuus- ja päihdehäiriöt sekä psykoosit. Myös Terveys 2000-tutkimuksessa mielenterveyden häiriöiden ja oireilun keskeisemmiksi

häiriöryhmiksi nimettiin mielialahäiriöt, psykoosit, päihderiippuvuus ja ahdistuneisuushäiriöt (Noppari ym. 2007, 18, 50).

### 3.4 Päivystyshoito

Päivystys on tarkoitettu kiireellisen hoidon tarpeessa oleville sekä äkillisesti sairastuneille, joiden sairaus edellyttää terveydenhuollon ammattihenkilöiden vuorokauden kuluessa tekemää arviota (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2011; B). Päivystyshoidolle on luonteenomaista, että sitä ei voi siirtää ilman oireiden pahentumista tai vamman vaikeutumista. Potilaan tulee saada yhteys terveydenhuollon ammattilaiseen hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arviointia varten ympärivuorokauden puhelimitse tai hakeutumalla päivystykseen. Hoidon tarpeen arvio sisältää arvion siitä tarvitseeko potilas päivystyshoitoa, muuta kiireellistä hoitoa, kiireetöntä hoitoa tai ei hoitoa lainkaan (Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmän raportti 2010). Päivystyspoliklinikoilla kohdataan yhteiskunnallisten ongelmien koko kirjo mutta tehdään myös isoja päätöksiä elämästä ja kuolemasta. Siksi päivystyksen perustehtävän, henkeä ja terveyttä äkillisesti uhkaavan vaaran torjumisen, ytimessä ovat samaan aikaan läsnä huippuosaaminen, hyvä prosessienhallinta ja korkea ammattietiikka (Koponen & Sillanpää 2005, 21).

Opinnäytetyön kohteena olevalla paikkakunnalla toimii yksi päivystyshoidon yksikkö ympärivuorokautisesti. Vastaanottava hoitaja arvioi potilaan hoidon tarpeen ja kiireellisyyden. Arvio perustuu Pirkanmaan sairaanhoitopiirin alueen yhteneviin kriteereihin ja niiden perusteella määriteltyyn toimintamalliin. Päivystyspoliklinikalla työskentelevän hoitohenkilökunnan ammatillisuuteen kuuluu tiedonhallintaa, itsenäistä päätöksentekotaitoa, kriittisyyttä sekä riittävää kokemusta havaita potilaan tarvitsema hoito. Hoitajan on opittava tunnistamaan akuutit mielenterveyden sairaudet. Ne vaativat aina psykiatrista erikoissairaanhoitoa.

Psykiatrista apua tarvitseva potilas eroaa muista päivystyspotilaista siinä, että hän saattaa hahmottaa oireitaan eri tavoin kuin hoitavat henkilöt. Hän on voinut

esimerkiksi hakeutua hoitoon jonkin somaattisen ongelman vuoksi, koska ei tunnista psyykkisen avun tarvetta. Ennakkoluulot mielenterveysongelmia kohtaan voivat synnyttää tarpeen salata psyykkisen häiriön olemassaolo. Joskus puutteellinen sairaudentunto saa aikaan sen, että potilas vastustaa hänelle tarjottavaa hoitoa. Tällainen tilanne on haasteellinen kaikille hoitoon osallistuville, eikä potilaan ”luokittelu” nimenomaan psykiatriseksi potilaaksi ole aina yksiselitteistä. Psykiatrisen potilaan auttaminen tapahtuu pääsääntöisesti puhumalla ja kuuntelemalla. Itselleen tai ympäristölleen vaarallisen ja yhteistyöstä kieltäytyvän potilaan hoidon aloittaminen edellyttää selkeää toimintasuunnitelmaa, rohkeutta puuttua tilapäisesti potilaan itsemääräämisoikeuteen sekä kaikkien osapuolten turvallisuudesta huolehtimista (Koponen & Sillanpää 2005, 395–396).

Simpura on opinnäytetyössään todennut, että sairaanhoitajien mielestä mielenterveyspotilaat kohdataan rutiininomaisesti ja hoidetaan mahdollisimman nopeasti. Sen mukaan aggressiiviset, vaativat ja aikaa vievät mielenterveyspotilaat herättivät myös negatiivisia tunteita. Mielenterveyspotilaiden kohdalla usein hoidetaan vain tarpeellinen ja somaattisen vaivan hoitaminen koettiin helpommaksi kuin psyykkisen. (Simpura 2009.) Mielenterveyden häiriöistä kärsiviin henkilöihin kohdistuva häpeäleima (stigma) on yleistä. Leimaamisessa henkilö määrittellään toisenlaiseksi, häneen liitetään ei-toivottuja ominaisuuksia ja häntä vältellään. (Aromaa 2011.)

Päivystyksessä hoidon tavoitteena on potilaan tilan vaatiman välittömän hoidontarpeen määrittäminen, nopean diagnoosin tai työdiagnoosin tekeminen ja hoidon aloittaminen sekä tarpeellisesta jatkohoidosta päättäminen. Hoitoprosessi etenee pääsääntöisesti seuraavien vaiheiden kautta: ennakoilmoitus, potilaan saapuminen ja vastaanottaminen, potilaan tilanarviointi (triage) ja sijoittaminen, tutkiminen ja haastattelu, päätös välittömästä hoidosta ja tutkimuksista, hoidon toteutus ja jatkuva arviointi, päätös jatkohoidosta ja siirtymisen turvaaminen. Jokaiseen vaiheeseen kuuluu päätöksentekotilanteita, joissa tarpeen määrittely, suunnittelu, toteutus ja arviointi tapahtuvat myös päällekkäin ja erilaisia päätöksentekotyylejä hyödyntäen. Systemaattinen tapa jäsentää omaa työtä hoitoprosessin mukaan auttaa hallitsemaan nopeasti muuttuvia tilanteita ja vastaamaan

potilaan hoidontarpeeseen tarkoituksenmukaisesti (Koponen & Sillanpää 2005, 71).

#### 3.4.1 Potilaan tutkiminen

Mielenterveyden häiriöiden asianmukainen diagnosointi on hyvän hoitosuunnitelman ja hoidon perusta. Väestötutkimusten avulla on voitu osoittaa, että monia sairauksia joka yli- tai alihoidetaan ja näistä alihoidetumpia ovat mielenterveysongelmat, sillä mielenterveyspotilaista vain noin puolet on hoidon piirissä (Nopari ym. 2007, 51).

Psykiatrinen diagnostiikka perustuu nykyisessä tautiluokituksessamme eri psykiatristen oirekokonaisuuksien ja niiden kestoin toteamiseen. Erilaisilla kliinisineroofysiologisilla, kuvantamis- ja laboratoriotutkimuksilla on diagnostiikkaa tarkentava ja toisaalta erotusdiagnostinen merkitys. Psykiatrisen tutkimuksen edellytyksiin ja toteuttamiseen tulee kiinnittää erityistä huomiota, koska se muodostaa pohjan mahdolliselle tulevalle hoitosuhteelle. Mielenterveyden häiriöistä kärsivän potilaan kokonaisselvityksessä on tärkeää ottaa huomioon somaattiset tekijät. Mitä vanhempi potilas on, sitä todennäköisemmin hänellä esiintyy psyykkisen oireisto kanssa samanaikaisesti jokin hoitoa vaativa ruumiillinen sairaus. Keskushermoston toiminnassa muutoksia aiheuttava sairaus voi saada aikaan oireiston, jonka erottaminen toiminnallisesta mielenterveyden häiriöstä voi olla vaikeaa (Lepola, Koponen, Leinonen, Joukamaa, Isohanni & Hakola 2005, 27, 35).

Arviointitilanteen perusrakenne on aina sama. Haastattelu rakentuu kolmesta tekijästä: potilaasta, jolla on ongelma, terveydenhuollon työntekijästä, asiantuntijasta, joka pyrkii tehtävänsä mukaisesti ja asiantuntemuksensa nojalla vastaamaan ongelmaan sekä vuorovaikutuksesta, haastattelutekniikasta ja prosessista, näiden kahden välillä. Silloinkin kun aikaa on vähän, tulisi kliinisen haastattelututkimuksen olla kokonaisuus. Lisäksi haastattelijan tulisi pyrkiä saamaan potilaalta hänen vapaaseen tahtoonsa ja hyvään ymmärrykseensä perustuva selkeä suostumus hoitoon. Aivan alusta alkavat kehittyä myös hoito-



myöntövyvyys, luottamus sekä myönteiset odotukset, joilla on keskeinen merkitys myös hoidon onnistumiselle ja hyvälle ennusteelle (Lönngqvist ym. 2009, 35).

Jokainen asiantunteva haastattelija voi toimia omalla tavallaan ja joustavasti. Hänen ohjenuoranaan ja turvanaan ovat kokemuksen myötä syntyneet ammatikunnan yleiset ohjeet ja periaatteet siitä, miten psykiatrinen haastattelu ja arviointi tulisi toteuttaa asianmukaisella tavalla. Siinä pyritään viestittämään haastateltavalle, että sekä hän että hänen keskeinen ongelmansa ovat huomion kohteina. Haastattelija toimii itse kaiken aikaa asiantuntijana luottamusta herättävällä tavalla ja on kiinnostunut haastateltavan kertomasta. Haastattelija vahvistaa kertomuksen vapaata etenemistä aktiivisella kuuntelulla ja kommentteilla, sekä suuntaa kertomusta tarkentavilla kysymyksillä (mitä? milloin? miksi?). Hän voi kysyä suoraan myös itsetuhoajatuksista tai mahdollisesta väkivaltaisuudesta, käyttäytyen kuitenkin asiallisesti ja luontevalla tavalla kohteliaasti, antaen haastateltavalle ymmärtämystä ja kiinnittäen huomiota hänen voimavaroihinsa. Haastattelija ei voi provosoitua toimimaan epäammattillisesti silloinkaan, kun häntä provosoidaan epäasiallisuuteen (Lönngqvist ym. 2009, 38 - 39).

Psykiatrisessa hoitotyössä on koko ajan oltava tietoinen väkivallan mahdollisuudesta. Väkivallan uhka lisääntyy, jos potilaan aggressiokynnys on laskenut alkoholin, huumeiden, lääkkeiden tai jonkin fyysisen tekijän, kuten aivovamman takia. Selvin väkivallan vaaran merkki on se, jos potilas uhkaa väkivallalla tai on verbaalisesti hyökkäävä, mistä kertovat äänensävy, painotus ja puhenopeus. Hoitajan täytyy myös osata tarkkailla potilaan nonverbaalista viestintää: katkeamaton katsekontakti, nopeat kädenliikkeet ja niiden puristelu, hampaiden pureminen yhteen tai potilaan tuleminen normaalia lähemmäs. (Punkanen 2008, 136.)

Väkivallalla uhkaileva potilas tulisi kohdata turvallisessa ympäristössä. Väkivalta tai vain sen uhka herättää normaalisti pelkoa ja epävarmuutta ja tekee auttamisen vaikeaksi. Turvallisuutta voidaan lisätä ihmisten, fyysisen rajoittamisen, eristyksen, turvalaitteiden tai etäisyyden avulla. Huolestuneisuus väkivallan suhteen voidaan ilmaista avoimesti. Jos potilas on itsekin epävarma kyvystään kontrolloida itseään tai jos potilas kieltää ilmeisen vaaran, olisi hoitohenkilökun-

nan varmintä noudattaa varovaisuutta ja välttää tarpeetonta riskinottoa (Lönnqvist ym. 2009, 35, 38–39).

### 3.4.2 Päivystysluonteisesti psykiatrista osastohoitoa vaativat sairaudet

Akuutit psykoosit tai sekavuudet, joiden hoito ei edellytä somaattisen erikoissairaanhoidon tutkimuksia, hoitoa tai seurantaa, ovat syy potilaan välittömään lähettämiseen sairaalahoitoon. Akuutti psykoosi voi olla primaari tai muun yleissairauden, lääkkeen tai päihteen aiheuttama häiriö. Niitä on usein vaikea erottaa oirekuvan perusteella toisistaan (Koponen & Sillanpää 2005, 127). Akuutti psykoosi on vakava hätätilanne. Lääkärin tulee osata diagnosoida psykoosi ja erottaa se lievemmistä mielenterveyden häiriöistä. Tällöin voidaan ottaa huomioon välitöntä interventiota edellyttävät somaattiset tekijät, toteuttaa psykiatrinen ensiapu ja mahdollinen tahdosta riippumaton hoito sekä käynnistää adekvaatti pitkän tähtäyksen hoito (Therapia Fennica; B).

Akuutti psykoosi ilmenee kiihtyneisyytenä tai outona käytöksenä, johon liittyvät erilaiset harhaluulot, aistiharhat tai ajatus- ja puhehäiriöt. Näihin psykoottisiin oireisiin voi liittyä myös unettomuutta, kiihtyneisyyttä, aggressiivisuutta tai masentuneisuutta. Toisilla oireita hallitsevat positiiviset oireet (harhaluulot, merkityselämykset, aistiharhat, kiihtyneisyys) ja toisilla negatiiviset oireet (eristäytyminen, passivisuus, apaattisuus, tunneköyhyys). Akuutissa vaiheessa positiiviset oireet ovat negatiivisia ongelmallisempia. (Huttunen 2008, 66.)

Psykooseista puhutaan silloin, kun henkilön kosketus todellisuuteen on joko laajasti tai rajatusti heikentynyt. Sisäiset ja ulkoiset ärsykkeet voivat sekoittua kaoottisella tavalla niin, ettei henkilö aina tiedä mikä on totta ja mikä ei. Käytännössä tämä ilmenee esimerkiksi niin, että sairastunut kuulee ääniä, joiden alkuperästä hän ei ole varma. Hän ei tiedä ovatko äänet muiden puhetta vai tuottaako hän nämä äänet itse. Ääniharhoille on tyypillistä, että sairastuneet kuvaavat niitä negatiivisesti. Ne ovat usein syyttäviä, vaativia, rankaisevia, uhkaavia tai mitätöiviä. Samoin on muiden aistikokemusten kohdalla. Näkö-, kosketus-, haju- ja makuaistimukset voivat vääristyä (Toivio & Nordling 2009, 119).

Nuorehkon somaattisesti hyväkuntoisen henkilön akuutti psykoosi on yleensä toiminnallinen. läkkäiden henkilöiden psykoosin taustalla on usein somaattinen sairaus, tai muu elimellinen syy kuten esim. kuume tai nestetasapainon häiriötila, joiden asianmukainen hoito on tärkeää ja parantaa potilaan ennustetta (Therapia Fennica; C).

Skitsofrenia on yleensä nuorella aikuisiällä alkava vakava psykoosiksi luokiteltu mielenterveyden häiriö. Se on yksi vaikeimmista ja haastavimmista ihmiskuntaa kohtaavista sairauksista, jonka taustalla on monta tekijää. Vaikka skitsofrenian hoito on kehittynyt suuresti, häiriöön liittyy edelleen paljon potilaiden ja omaisten kärsimystä sekä toimintakyvyn ja elämänlaadun laskua. Skitsofrenia vaikuttaa haitallisesti kognitiivisiin ja emotionaalisiin toimintoihin sekä käyttäytymiseen. Useimmiten skitsofreniaan sairastunut potilas on ensimmäisen psykoosin akuuttivaiheen sairaalassa. Akuuttivaiheen tasaannuttua seuraa sairauden tasaantumisvaihe, joka voi kestää useita kuukausia. Tässä vaiheessa potilas on vielä hauras ja herkkä psykoosin uusiutumiselle. Tavoitteena on että oireiden lievittyminen jatkuisi ja että sairauden lievenemistila vakiintuisi. Psykoosin uusiintuessa on tärkeää pyrkiä selvittämään, miksi uusiutuminen tapahtui juuri silloin. Lääkemuutosten lisäksi psykoosin uusiutuminen voi liittyä myös jopa melko vähäisiin muutoksiin skitsofreniapotilaan somaattisessa, psykologisessa tai sosiaalisessa tilassa. Myös päihteiden käyttö voi johtaa sairauden pahenemiseen. Psykoosin uusiintuessa on yleensä syytä tehostaa antipsykoottista lääkitystä tai käynnistää lääkitys uudelleen, mikäli se on keskeytynyt. (Lönqvist ym. 2009, 73, 111).

Akuutti vakava itsemurhavaara täyttää päivystysluonteisen psykiatrisen osastohoidon kriteerit. Itsemurhariski voi olla ilmeinen, potilaan esille tuoma, tai piilevä, jolloin riskitekijöiden tunnistaminen on tärkeää. Ilmaistu itsemurhalla uhkaus on aina otettava vakavasti ja jatkohoito on varmistettava ympäristössä, jossa itsemurhan toteutus vaikeutuu (Koponen & Sillanpää 2005, 128).

Itsemurhariski on miehillä suurempi kuin naisilla, yli 45-vuotiailla suurempi kuin nuoremmilla, eronneilla ja leskillä suurempi kuin naimisissa olevilla. Se on myös

masentuneilla suurempi kuin ei-masentuneilla, pitkäaikaisen alkoholin ja huumekäytön seurauksena suurempi kuin raittiilla ja vakavasti sairastuneilla suurempi kuin ei-vakavasti sairastuneilla. Itsemurhan riskitekijöitä ovat myös vanhempien itsemurha, skitsofrenia ja aiemmat itsemurhan yritykset. Tekotapa, jolla suuicidaalinen ihminen on yrittänyt tehdä itsemurhan tai suunnittelee sen tekevänsä, kertoo siitä, miten suuri itsemurhariski on ja miten voimakas halu kuolla teon motiivina on. Halu kuolla on aina suurempi, jos tekovälineeksi on valittu sellainen, jonka avulla asianomainen itse tietää varmasti kuolevansa, kuten ase tai hirttoköysi. Riski on suurempi myös silloin, kun henkilö on vakaasti etukäteen päättänyt kuolla, mutta erehdyksessä valinnut väärän tekotavan. Riskiä voi pitää lievempänä silloin, kun yritykseen ei liity välttämättä päättäväistä halua kuolla, vaan henkilö järjestää tilanteen niin että joku ehtii ajoissa paikalle (Toivio & Nordling 2009, 142).

Päihdepsykoosit, kuten alkoholidelirium ja huumepsykoosi, täyttävät päivystysluonteisesti psykiatrisen osastohoidon kriteerit. Alkoholipsykoosit johtuvat nimensä mukaisesti alkoholin erittäin runsaasta ja pitkäaikaisesta käytöstä. Suomessa on arviolta noin 50000 alkoholin suurkuluttajaa eli henkilöä, joilla on alkoholiriippuvuus, elinkomplikaatioita juomisen takia tai alkoholin käytön takia riski saada tulevaisuudessa jokin vaurio (Koponen & Sillanpää 2005, 131). Pitkittyneet, vaikeat vieroitusoireet ja unettomuus voivat johtaa juoppohulluuteen (delirium tremens). Vieroitusoireiden alkamista edeltää tavallisesti pitkään jatkunut ja runsas alkoholin käyttö. Vaikeimmat vieroitusoireet ilmenevät somaattisesti sairailta potilailla tai juomakierteen aikana tapaturmaan tai leikkaukseen joutuneella potilaalla. Jos potilaalla on aiemmin ollut alkoholin vieroitusoireina sekavuutta, lisääntyy juoppohulluuden ilmenemisriski myös seuraavien vieroitustilanteiden yhteydessä. Jollei potilasta hoideta asianmukaisesti, juoppohulluuteen arvioidaan liittyvän 20 %:n kuolleisuus. Hoidettunakin tilaan liittyy 5-10 %:n kuolleisuus. Kuolema aiheutuu hypertermiasta, neste- ja elektrolyyttitasapainon häiriöistä, infektiosta tai sydän - ja verenkiertoelimistön toiminnan pettämisestä. Alkoholin käytön vähennyttyä, tai kokonaan loputtua sekavuus kehittyy yleensä vasta parin ensimmäisen vuorokauden aikana. Tyypillistä on, että potilas ei saa nukuttua ja muuttuu levottomaksi, pelokkaaksi ja ahdistuneeksi. Ruokahalu heikkenee. Vähitellen kehittyy aistiharhoja, yleensä näköharhoja.

Potilas voi sekavassa mielentilassa käyttäytyä arvaamattomasti ja aggressiivisesti itseään tai lähiympäristöään kohtaan. Potilaan turvallisuuden ja tehokkaan hoidon vuoksi hänet pitää toimittaa sairaalaan (Lönngqvist ym. 2009, 447). Deliriumpotilas voidaan toimittaa tietyin edellytyksin myös tahdonvastaiseen hoitoon mielenterveyslain nojalla (Koponen & Sillanpää 2005, 130).

Huumeista amfetamiini on edelleen Suomen yleisin suonensisäisesti käytetty varsinainen huumausaine. Amfetamiinin välittömiä vaikutuksia ovat voimakas hyvän olon tunne, ylikihottuneisuus, rauhattomuus, unettomuus ja ruokahalun vähentyminen. Amfetamiini voi aiheuttaa suurina annoksina psykoosin, johon liittyy usein väkivaltaista ja arvaamatonta käytöstä. Vieroitusoireina esiintyy mm. unettomuutta, joka helpottuu usein potilaan saatua nukkua kunnolla (Lönngqvist ym. 2009, 451). Hoito riippuu käytetyistä aineista, oireista ja potilaan yleisilasta. Psykoottistasoiset seuraukset saattavat edellyttää tahdonvastaista hoitoa (Koponen & Sillanpää 2005, 130).

Psykoottistasoinen mielialahäiriö, mania tai masennus, on syy välittömään psykiatriseen sairaalahoitoon. Mielialahäiriöiden keskeisinä oireina ovat muutokset tunnetilassa ja siihen liittyvä toiminnan tason muutos. Mielialan liiallista vaihtelua masennuksesta haltioitumiseen vastaavia oireyhtymiä kutsutaan depressioksi ja maniaksi. Useimmilla mielialahäiriöstä kärsivillä on jonkinasteinen depressio. Usein mielialahäiriötä edeltää jokin rasisustekijä, kuten menetys, vastoinkäyminen tai epäonnistuminen. Masennusoireyhtymät ovat lukkiutuneempia kuin normaali surureaktio, jossa mieli surutyön aikana käsittelee aktiivisesti menetystä. Sen sijaa syvään masennukseen liittyvä mielihäviö ja toivottomuuden tunne on niin voimakasta, ettei se ole sellaisenaan sitä kokemattoman tavoitettavissa. (Lepola ym. 2005, 61.) Erotuksena surureaktiolle masentuneen ihmisen itsetunto ja -arvostus ovat selkeästi alentuneet ja toimintakyky on heikentynyt aiemmasta oleellisesti. Siinä missä sureminen on rakentavaa, eheyttävää ja uudistavaa psyyken työskentelyä, masennus kuluttaa elämän voimat ja ilot (Holmberg, Hirschovits, Kylmänen & Agge 2008, 130).

Masennustilan (depressio) keskeisiä oireita ovat mielialan laskun lisäksi mielenkiinnon ja mielihyvän kokemisen menetys sekä energian väheneminen, joka

johtaa herkkään väsymiseen ja aktiivisuuden heikkenemiseen. Muita tavallisia oireita ovat keskittymiskyvyn huononeminen, alentunut itsetunto, syyllisyyden ja arvottomuuden tunteet, pessimistiset tulevaisuuden näkymät, itsen vahingoittamis- ja itsetuhoajatukset tai itsetuhotoimet sekä häiriintynyt uni ja vähentynyt ruokahalu. Vaikea-asteista masennustilaa kärsivä ei juuri kykene jatkamaan työtään tai ylläpitämään sosiaalisia suhteitaan. Psykoottisesti depressiivisen potilaan ajatusmaailmaa hallitsevat mielialan mukaiset harhaluulot ja aistiharhat. Psykoottista masennustilaa sairastavalla potilaalla on usein myös voimakasta psykomotorista estymistä, joka voi pahimmillaan kehittyä sulkutilaksi, jolla tarkoitetaan täydellistä liikkumattomuuden ja reagoimattomuuden tilaa (Lepola ym. 2005, 64). Masennus voi olla myös vaarallinen. Mahdollisuuksien mukaan potilasta tulee seurata yön yli päivystyspisteessä ja tehdä päätökset seuraavana päivänä. Vakavat tapaukset ja itsemurhavaarassa olevat potilaat lähetetään sairaalahoitoon arvioitavaksi. Vielä depression toipumisvaiheessa saattaa itsemurhan vaara kohota (Pylkkänen, Syvälahti & Tamminen 2003, 38).

Maniassa potilaan tavanomainen tunneviire muuttuu kiihkeän hyvän olon tai ärtyisyyden sävyttämäksi, poikkeavaksi mielialaksi. Mielialaan liittyvät voimakas energisyys ja aktiivisuus, vahvasti vähentynyt unentarve, lakkaamaton aktiiviteetti, vuolaspuheisuus, estottomuus ja harkitsematon heittäytyminen välitöntä mielihyvää tuottavien toimintojen pariin. Maniasta kärsivän asiakkaan ajatustoiminta on kiihtynyttä, ja hänen todellisuudentajunsa on usein vääristynyt (Holmberg ym. 2008, 138). Maniaan voi liittyä myös psykoottisia oireita, kuulo- ja näköharhoja sekä harhaluuloja. Tällöin kyseessä on psykoottinen mania. Harhaluulot ovat yleensä suuruusharhaluuloja, uskonnollisia kuvitelmia jumaluudesta tai yhteydestä jumalaan. Maanisesti vainoharhainen potilas voi tuntea itsensä vainotuksi oman erikoislaatunsa takia. (Huttunen 2008, 134.) Maniavaiheessa omasta suuruudestaan haltioissaan oleva potilas pystyy omasta mielestään toteuttamaan kaikki mahdolliset ideansa, joita mielialahäiriön takia vilkas mielikuvitus tulee kehittämään. Kun maniatila on psykoottisella asteella, voidaan siitä kärsivä potilas ohjata hoitoon tahdosta riippumatta (Holmberg ym. 2008, 138).

Psykiatriin sairauksiin liittyy merkittävästi muuta väestöä suurempi itsemurhariski. Noin 15- 20 prosenttia mielialahäiriöistä kärsivistä potilaista päätyy itse-

murhaan. Noin joka kahdeskymmenes itsemurhayritys johtaa kuolemaan. Useat psykologiseen ruumiinavauksen tutkimusmenetelmään perustuvat tutkimukset ovat vahvistaneet, että runsaalla 90 prosentilla itsemurhan tehneistä on teon hetkellä ollut vakava psykiatrinen häiriö ja samaan aikaan jokin psykiatrinen sairaus. Tavallisimmin edustettuina ovat mieliala- päihde- ja persoonallisuushäiriöt (Lepola ym. 2005, 232).

Persoonallisuushäiriöillä tarkoitetaan jo nuorena aikuisena ilmeneviä käyttäytymismalleja, jotka haittaavat henkilön ihmissuhteita tai toimintakykyä. Persoonallisuushäiriöitä on erilaisia ja kullakin on oma erilainen käytösmallinsa. Tällaisia käytösmalleja ovat mm. impulsiivisuus, eristäytyminen, vetäytyminen, huomionhakuisuus, pikkutarkkuus, ylimielisyys, epäluuloisuus, estyneisyys, outous tai epäsosiaalisuus. Persoonallisuushäiriöt ovat pitkäaikaisia ja vakavia psykiatrisia häiriöitä. (Huttunen 2008, 236.) Akuutin vakavan itsemurhavaaran, psykoottisen avohoidossa hallitsemattoman oireilun, vaikean dissosiaatio – oireilun sekä vaikean mielialahäiriön liittyessä persoonallisuushäiriöön on potilas päivystyksellisen psykiatrisen osastohoidon tarpeessa (Käypä hoito 2012).

### 3.5 Hoitoon ohjautuminen

Psykiatrisen hoidon tarve perustuu olemassa oleviin mielenterveyden ongelmiin ja häiriöihin, joihin asianomainen ihminen haluaa hoitoa. Mahdollisimman varhainen hoitoon ohjaaminen olisi tarpeen erityisesti vaikeimpien häiriöiden osalta ennusteen parantamiseksi. Hoitoon ohjautuminen tapahtuu tavallisesti ongelmien kriisiytymisen kautta ja usein päivystyksenä. Pahimmillaan tilanne voi johtaa tahdosta riippumattomaan hoitoon. Tavoitteeksi tulisi kuitenkin ottaa samanlainen suunnitelmallinen ja mahdollisimman varhainen hoitoon ohjaaminen kuin muillakin lääketieteen erikoisaloilla. Mielenterveyslain mukaan (Mielenterveyslaki 1990) mielenterveyspalvelut on ensisijaisesti järjestettävä avopalveluina sekä niin, että oma-aloitteista hoitoon hakeutumista ja itsenäistä suoriutumista tuetaan (Lönngvist ym. 2009, 680).

Akuuttityöntekijät (akuuttisairaanhoitaja ja - lääkäri) ovat ensiavun henkilökunnan käytettävissä puhelinkonsultaatioihin ja konsultaatiokäynteihin virka-aikana. He auttavat arvioimaan hoidon tarvetta ja kiireellisyyttä ja sitä, toteutetaanko hoito erikoissairaanhoidossa vai perusterveydenhuollossa noudattaen Käypä hoito – suosituksia. Psykiatrian erikoisalalle tarvitaan aina lääkärin lähete. Lähte voidaan osoittaa poliklinikalle tai osastohoitoon. Se voi olla tavallinen lähete tai kiireellisyysluokaltaan 0 – 7 vrk tai 7 – 30 vrk tai mielenterveyslain mukainen M1- lähete. Poliklinikalle osoitetut lähetteet käsitellään viikoittain lähetetiimissä ja vuodeosastoille osoitetut lähetteet käsittelee osastonlääkäri (Sairaalan ohje 2011).

Potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Jos potilaan tahdosta ei saada selvyyttä on hoito toteutettava tavalla, jota voidaan pitää hänen henkilökohtaisen etunsa mukaisena. Perustuslain mukaan henkilökohtaiseen koskemattomuuteen ei saa puuttua eikä vapautta riistää mielivaltaisesti eikä ilman laissa säädettyä perustetta. Toisaalta perustuslaissa turvataan myös jokaiselle oikeus välttämättömään huolenpitoon ja riittäviin sosiaali- ja terveyspalveluihin. Perustuslain kannalta psyykkisesti sairaan ihmisen hoidon turvaaminen on hyväksyttävä peruste rajoittaa hänen itsemääräämisoikeuttaan. Tahdosta riippumattomaan hoitoon ohjaaminen sekä potilaan tahdosta riippumaton hoito psykiatrisessa sairaalassa ovat poikkeustilanteita, joissa tarvitaan mahdollisimman hyvää psykiatrista ammattiosaamista, potilaan itsemääräämisoikeuden kunnioittamista ja sitä rajoitettaessa lain hengen ja määräysten tarkkaa tuntemusta. Itsemääräämisoikeuden rajoittamiseen saa käyttää vain sellaisia hoitollisia toimenpiteitä, jotka ovat järkevässä suhteessa niillä tavoiteltuun päämäärään eli sovelletaan vähiten rajoittavan menettelyn periaatetta (Lönngqvist ym. 2009, 680) .

Tahdosta riippumaton hoito loukkaa perustuslain säätämää oikeutta henkilökohtaiseen vapauteen. Siksi tällaisesta poikkeamasta kansalaisen perusoikeuksiin on säädetty lailla hyvin yksityiskohtaisesti. Hoitoa potilaan tahdosta riippumatta tulee toteuttaa ainoastaan lain tiukasti säätelemissä puitteissa, jotka jokaisen lääkärin tulee tuntea. Mielenterveyden häiriön vuoksi toteutettavasta hoidosta tahdosta riippumatta on säädetty vuoden 1990 mielenterveyslaissa (Mielenter-



veyslaki 1990, 9§). Potilaan psykiatrinen hoito tahdosta riippumatta on rajattu tapahtuvaksi ainoastaan sellaisessa psykiatrisessa sairaalassa, jolla on edellytykset antaa tällaista hoitoa. Hoitoon määrääminen on neliportainen prosessi, jossa huolellinen lääkärin tekemä tutkimus on jokaisessa vaiheessa keskeinen. Hoitoon lähettämässä, tarkkailuun ottamisessa ja hoitoon määräämispäätöksissä tulee käyttää sosiaali- ja terveysministeriön vahvistamia lomakkeita. Tarkkailulähetteen kirjoittaa lääkäri, pääsääntöisesti terveyskeskuslääkäri. Tarkkailulausunnon laatii sairaalassa tarkkailusta vastannut lääkäri. Hoitoon määräämispäätöksen tekee psykiatrian erikoislääkäri, joka vastaa sairaalan psykiatrisesta hoidosta (PSHP; B).

Osastohoidon aikana toteutetaan potilaan kokonaisvaltainen psykiatrinen tutkimus ja hoito. Hoito osastolla perustuu yksilövastuiseen hoitotyöhön. Potilaalle laaditaan henkilökohtainen hoitosuunnitelma. Hoitoneuvottelussa kartoitetaan potilaan tilannetta potilaan ja moniammatillisen työryhmän kanssa. Potilaan perhettä tavataan osana potilaan hoitoa. Hoidon pituus voi vaihdella potilaskohteisesti muutamasta päivästä kuukausiin (PSHP; C).

## 4 TUOTOKSEEN PAINOTTUVA OPINNÄYTETYÖ

### 4.1 Tuotokseen painottuva opinnäytetyö

Tuotokseen painottuva opinnäytetyö tavoittelee käytännön toiminnan ohjeistamista, opastamista, toiminnan järjestämistä tai järkeistämistä. Se voi olla käytäntöön suunnattu ohje, ohjeistus tai opastus, kuten perehdyttämisosas. Tärkeää on, että ammattikorkeakoulun toiminnallisessa opinnäytetyössä yhdistyvät käytännön toteutus ja sen raportointi tutkimusviestinnän keinoin. Opinnäytetyön tulee olla myös työelämälähtöinen, käytännönläheinen, tutkimuksellisella asenteella toteutettu ja riittävällä tasolla alan tietojen ja taitojen hallintaa osoittava (Vilka & Airaksinen 2003, 9–10).

Valitsimme opinnäytetyön aiheen työelämän kehittämisen tarpeesta. Päivystystoiminnan muutokset paikkakunnalla, jonka toimintaa työemme käsittelee, ovat muuttuneet. Henkilökunta kokee mielenterveyshäiriöisen potilaan hoidon päivystyksessä erittäin haastavaksi. Työelämäpalaverissa aihe otettiin innokkaasti vastaan ja olemme työn edetessä saaneet runsaasti kannustusta sen toteuttamiseen. Myös keskustelut puhelimitse opetusylihoitajan kanssa ovat olleet innoittavia ja antoisia, hän on kannustanut meitä ja antanut hyviä käytännön ohjeita työn etenemiseen. Käytännön toiminta ja hoitaminen tarvitsivat uudet, selkeät, päivitetty ja kaikkien saatavilla olevat ohjeet kirjallisessa muodossa. Koska tarkoituksena oli tehdä konkreettinen ohje käytännön hoitotyöhön, tuotoksellisen opinnäytetyön tekeminen tuntui mielestämme parhaalta ja mieluisalta.

Tuomen ja Sarajärven (2011, 85) mukaan tiedonantajien valinnan ei pidä olla satunnaista vaan harkittua ja tarkoitukseen sopivaa. Vilkan ja Airaksisen (2003, 159) mukaan opinnäytetyöllä onkin tarkoitus osoittaa kykyä käytännöllisen ammattitaidon ja teoreettisen tiedon yhdistämiseen siten, että tiedosta on alan ihmisille jotain hyötyä. Opinnäytetyömme on eräänlainen projekti, koska se kattaa menestyvän tuotteen valmistusvaiheet Pelinin (2009, 87) mukaan: käynnistä-

misen, organisoinnin, suunnittelun, toimeenpanon ja ohjauksen sekä päättämissen.

#### 4.2 Opinnäytetyön toteuttaminen

Projekti on työkokonaisuus, joka tehdään määritellyn kertaluonteisen tuloksen aikaansaamiseksi. Siihen liittyy suunnitelmallisuus ja suunnittelun ja ohjauksen avuksi kehitetyt tehokkaat menetelmät (Pelin 2009, 25). Oma opinnäytetyömme ei ole projekti, mutta se noudattaa projektin vaiheita.

Opinnäytetyön käynnistysvaiheessa helmikuussa 2011 asetimme tavoitteeksemme yhteisen aiheen löytämisen työelämästämme. Halusimme aiheen liittyvän molempien päivittäiseen hoitotyön tekemiseen ja olevan koko hoitoyhteisöä kehittävä. Organisoituvaiheen alussa olimme yhteydessä sairaalan ylihoitajaan kokoontumalla työelämäpalaveriin. Siinä sovimme työn aiheen, joka oli päivystystoiminnan muutosten vuoksi ajankohtainen ja tarpeellinen potilaan hyvän ja joustavan hoidon turvaamiseksi. Ylihoitaja kehotti meitä ottamaan yhteyttä opetusylihoitajaan Tampereen Yliopistolliseen sairaalaan (TAYS) tarvittavien lupien saamiseksi.

Suunnitteluvaiheen aluksi saimme ohjaavalta opettajalta kirjalliset ohjeet opinnäytetyön toteuttamista varten. Ohjeiden mukaan loimme itsellemme aikataulun työn toteuttamista varten ja tarkensimme sitä opinnäytetyön suunnitelmassa. Osallistuimme luokkamme ideaseminaariin sekä TAMK tutkii ja kehittää-päivään keväällä 2011. Suunnitelman mukaan keräsimme materiaalia kesän aikana kirjallista osuutta varten. Työstä kertyvät kustannukset (posterin painatus, opinnäytetyön kansittaminen ja kansion tekeminen sekä erilaiset matkakulut) rahoitimme itse. Pyrimme tekemään työtä yhdessä säännöllisin väliajoin sopimalla etukäteen työskentelyajat ja niissä myös pystyimme pitäytymään.

Varsinainen toimeenpano ja ohjausvaihe alkoivat opinnäytetyön luvan myöntämisellä. Samanaikaisesti aloitimme kirjallisen osuuden luomisen sekä valmistautumisen käsikirjoitusseminaariin, jotka toteutuivat aikataulun mukaisesti syk-

syllä 2011. Seminaarissa opponentti arvioi työtämme tutustuttuaan siihen etukäteen. Syksyn aikana kävimme myös henkilökohtaisessa työn ohjauksessa ja saimme sitä mielestämme tarpeen mukaan. Toteutimme konsultoivia asiantuntijahaastatteluita työn edetessä. Niistä saamaamme materiaalia käytimme hyväksi tehdessämme ohjeistusta sekä opinnäytetyön raporttiosuutta. Haastattelutavat valitsimme heidän asiaa koskevan tietopohjansa perusteella sekä psykiatrisen että somaattisen hoitotyön osa-alueelta.

Ohjeistusta tehdessämme huomioimme että hyvässä kirjallisessa ohjeessa ilmoitetaan kenelle ohje on tarkoitettu ja mikä ohjeen tarkoitus on. Konkreettisin esimerkein asiaa ja sisällöstä tehtiin tarkka ja ajantasainen (Hirvonen ym. 2007, 126). Ohjeistus muodostui helposti käytettäväksi kansioksi ja sen sisältämä teksti selkeälukuiseksi. Siinä käytettiin Arial-fontin 12 pisteen tekstiä ja sen korostuskeinona lihavoitua. Rivinvälinä käytettiin puoltatoista ja ohjeen pohjana asettelumallia, koska se helpotti yksittäisen ohjeen tekemistä (Torkkola, Heikkinen & Tiainen, 2002, 55, 59). Sivut laminoitiin, jotta ne kestävät käyttöä paremmin. Ne koottiin yhtenäiseksi kokonaisuudeksi. Päivystyksen henkilökunnan toiveiden mukaisesti ohjeistuksesta tehtiin riittävän lyhyt ja ytimekäs tarvittavan tiedon selkeää löytymistä varten.

Tuotoksen ensimmäinen sivu koostuu tärkeimmistä puhelinnumeroista joita potilaan hoitoon ohjautuminen psykiatriselle osastolle edellyttää. Numerot on sijoitettu ohjeen ensimmäiselle sivulle, koska niiden hakeminen puhelinluetteloista on hankalaa. Toisella sivulla kerrotaan psykiatrisen hoidon tehtävät ja tavoitteet sekä käydään läpi päivystysluonteiset psykiatrisen osastohoidon kriteerit. Sivuille kolme ja neljä olemme koonneet toimintaohjeet mielenterveyshäiriöisen potilaan hoidon tarpeen arviosta virka- ja päivystysaikana, koska toimintatavat ovat eri aikoina hieman erilaiset. Ohjeen lopussa olemme käyneet läpi mielenterveyslain mukaiset tahdosta riippumattomaan sairaalahoitoon määräämisen kriteerit sekä laatineet ohjeen M1-lähetteen täyttämistä. Hoidon jatkumisen turvaamiseksi M1-lomake täytyy olla oikein täytetty joka kohdassa. Edellisiin liittyen löytyvät linkit sekä Valviran (Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto) että Käypä-hoito suositusten www-sivustoille lisätiedon saamiseksi.

Päätämisvaiheessa työn valmistuttua maaliskuulla 2012 lähetämme sen opetusylihoitajalle sekä johtavalle ylihoitajalle hyväksymistä varten. Sen jälkeen ohjaava opettajamme saa sen arvioitavaksi. Ennen esitysseminaaria työ lähetetään myös opponentille. Esitysseminaarissa työ esitetään omalle ryhmälle sekä muille halukkaille seminaariin osallistuville Power Point-esityksen avulla. Seminaari järjestetään työpaikallamme ja siihen osallistuu ohjeistustamme käyttäviä henkilöitä. Työ esitellään yleisölle myös posterin muodossa.

## 5 PÄÄTÄNTÄ

### 5.1 Eettiset ja luotettavuuskysymykset

Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohjeen (2002) mukaan yksi tieteellisen tutkimuksen eettisen hyväksyttävyyden sekä sen luotettavuuden ja tulosten uskottavuuden edellytys on, että tutkimus on suoritettu hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla. Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu muun muassa, että tutkijat ja tieteelliset asiantuntijat noudattavat tiedeyhteisön tunnustamia toimintatapoja. Siinä sovelletaan tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä ja toteutetaan avoimuutta tutkimuksen tuloksia julkaistessa. Myös muiden tutkijoiden työt ja saavutukset otetaan asianmukaisella tavalla huomioon. Kuitenkin vastuu hyvän käytännön noudattamisesta ja tutkimuksen rehellisyydestä sekä vilpittömyydestä on tutkimuksen tekijällä itsellään (Tuomi & Sarajärvi 2009, 133).

Työelämäpalaverissa totesimme aiheen ajankohtaisuuden ja tarpeellisuuden potilaan hyvän hoidon kehittämiseksi. Palaverin jälkeen anoimme tutkimuslupaa Pirkanmaan sairaanhoitopiiriltä ja saimme sen edellyttäen että yhteistyötahona mainitaan Pirkanmaan sairaanhoitopiiri ja työn julkistamisluvan antaa opetusylihoitaja. Luvan edellytyksenä oli myös, että tuotos osaa ei julkaista Theseus-verkkokirjastossa. Konsultoivat haastattelut suoritettiin päivystyksen henkilökunnalle sekä psykiatrian akuuttiryhmälle vapaaehtoisuuteen perustuen eikä haastateltavien nimiä julkaistu. Aaltola ja Vallin (2007, 54) mukaan kokemuksia tutkittaessa aineisto on kerättävä tavalla, joka mahdollisimman vähän häiritsee niitä, ja käsityksiä tutkittaessa on tavoiteltava myös piileviä käsityksiä.

Tiede antaa uutta tietoa, jonka avulla voimme pyrkiä kehittämään ja muutamaaan hoitotyötä haluamaamme suuntaan. Tiede ei kuitenkaan saavuta ehdottomia totuuksia. Tieteeseen kuuluu yhtä aikaa uskallus ja kriittisyys (Lauri & Kyngäs 2005, 170). Lähdekriittisyyttä olemme toteuttaneet valitsemalla mahdollisimman ajantasaisia ja alkuperäisiä lähteitä. Suurin osa lähteistä on alle viisi vuotta van-

hoja, olemme hyväksyneet mukaan myös vanhempia lähteitä niiden alkuperäisyyden, saatavuuden ja sopivuuden vuoksi. Lähteiden aikarajana olemme pitäneet kymmentä vuotta. Mukana on myös kansainvälisiä lähteitä. Aiheeseen liittyvinä tutkimuksina olemme käyttäneet väitöskirjoja sekä opinnäytetöitä.

## 5.2 Johtopäätökset ja kehittämisehdotukset

Teoreettisena lähtökohtana työssämme oli potilaan hyvä hoito ja se on sisällytetty punaisena lankana opinnäytetyömme tarkoitukseen, tehtäviin ja tavoitteeseen. Opinnäytetyömme tarkoituksena oli tehdä ohjeistus päivystyksen henkilökunnalle mielenterveyspotilaan ohjautumisesta psykiatriselle osastolle. Tuotimme selkeän ja päivystyksen tarpeita vastaavan ohjeistuksen kansion muodossa. Työmme tehtävänä oli selvittää mitä on hoito päivystyksessä, millaista on mielenterveyshäiriöisen potilaan hyvä ja joustava hoito päivystyksestä psykiatriselle osastolle sekä millainen on hyvä ohjeistus. Teoriatiedon ja konsultoivien asiantuntijahaastatteluiden pohjalta saimme vastukset tutkimustehtäviimme.

Teoriaosassa olemme käsitelleet mielenterveyshäiriöisen potilaan hoitoon ohjautumisen kannalta keskeiset käsitteet. Tavoitteena oli kehittää mielenterveyshäiriöisen potilaan hoitotyötä päivystyksessä ja hoitoon ohjautumista psykiatriselle osastolle. Työmme raporttiosuudessa henkilökunta löytää näyttöön perustuvaa tietoa ja lisää tietämystään mielenterveyshäiriöisen päivystyspotilaan hoitotyöstä sekä hoitoon ohjautumisesta. Toisena tavoitteena oli lisätä henkilökunnan valmiuksia mielenterveyspotilaan hoitamiseen ja parantaa hoidon joustavuutta selkeillä ohjeilla. Ohjeistuksesta löytyvät nopeasti ja helposti potilaan hoidossa tarvittavat oleelliset tiedot.

Työn edetessä keskustelimme avoimesti opinnäytetyöstämme työnantajapuolen sekä henkilökunnan kanssa. Kaikki osapuolet kokivat sen tekemisen merkitykselliseksi ja odottivat sen valmistumista. Kehittämisehdotuksiksi nousivat työn perusteella päivystyksen henkilökunnan koulutuksen lisääminen mielenterveyshäiriöistä ja niiden hoitamisista. Ehdotuksemme on myös yhteistyön lisääminen päivystyksen ja psykiatrian henkilökunnan välillä. Tutkimusehdotukseksi

kaavailimme jonkin ajan kuluttua tehtävää tutkimusta, joka selvittäisi ovatko hoitohenkilökunnan valmiudet hoitaa mielenterveyshäiriöistä potilasta parantuneet ja onko potilaan hoito tullut joustavammaksi päivityksestä psykiatriselle osastolle.

### 5.3 Pohdinta

Opinnäytetyön tekeminen on ollut kasvattava ja antoisa prosessi, jonka aikana yhteistyömme on kehittynyt. Olemme keränneet tietoa erikseen ja työstäneet sitä yhdessä. Yhdessä työskentelyn olemme kokeneet hyväksi työskentelymuodoksi, koska kaikkeen esille tulevaan on olemassa kaksi näkökulmaa ja näin kriittisyys on korostunut. Joissakin tilanteissa olemme törmänneet myös liialliseen kriittisyyteen. Samaa lausetta olemme pyöritelleet järjestyksestä toiseen pääsemällä kuitenkin lopulta yhteisymmärrykseen.

Olemme oppineet tutkimuksen tekemisen eri vaiheet ja kehittäneet tiedonhaku- ja tiedonkäsittelytaitojamme. Konsultoivat haastattelut ovat olleet antoisaa yhteistyötä eri ammattiryhmien kanssa, vaikka välillä saamamme tieto oli hankalaa tuottaa sanoiksi paperille. Työn tekeminen on tukenut ammatillista kasvuamme, koska olemme syventäneet tietouttamme mielenterveyshäiriöisen potilaan hyvästä hoidosta ja pohtineet sitä monesta eri näkökulmasta.

Opinnäytetyön tekemisessä olemme saavuttaneet mielestämme työllemme asettamamme tavoitteet. Olemme tuottaneet päivitykseen henkilökunnan toiveita vastaavan ohjeistuksen jonka avulla olemme parantaneet mielenterveyshäiriöisen potilaan hoidon joustavuutta sekä hoitoon ohjautumista. Raporttiosuudella ja työn esittämisellä olemme lisänneet henkilökunnan valmiuksia hoitaa mielenterveyshäiriöistä potilasta.



## LÄHTEET

Aaltola, J. & Valli, R. 2007. Ikkunoita tutkimusmetodeihin. Juva: WS Bookwell Oy.

Akuuttisairaanhoidaja: konsultoivat haastattelut. Suullinen tieto saatu 10.8.2011, 16.12.2011, 10.2.2012.

Aromaa, E. 2011. Attitudes towards people with mental disorders in a general population in Finland. Akateeminen väitöskirja.

Hirvonen, E., Johansson, K., Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY.

Holmberg, J., Hirschovits, T., Kylmänen, P. & Agge, E. 2008. Tämä potilas kuuluu meille. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry.

Huttunen, M. 2008. Lääkkeet mielen hoidossa. Helsinki: Duodecim

Hyvönen, S. 2004. Moniulotteista ja moniammatillista yhteistyötä muutosten keskellä. Akateeminen väitöskirja.

Iivanainen, A. & Syväoja, P. 2009. Hoida ja kirjaa. Helsinki: Tammi

Kaipia, J. & Karvonen, J. 2011. Potilaan inhimillinen kohtelu sairaanhoitajien kokemana. Opinnäytetyö.

Koponen, L. & Sillanpää, L. 2005. Potilaan hoito päivystyksessä. Helsinki: Tammi

Kvist, T., Kinnunen, J. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2005. Hoidon laatu ja siihen yhteydessä olevat tekijät. Hoitotiede-lehti 3/2006, 118.

Käypä hoito  
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset>

Lauri, S & Kyngäs, H. 2005. Hoitotieteen teorian kehittäminen. Helsinki: WSOY.

Lepola, U., Koponen, H., Leinonen, E., Joukamaa, M., Isohanni, M. & Hakola, P. 2005. Psykiatria. Helsinki: WSOY.

Lindroos, S., Nevala, S., Virtanen, J. & Vuori-Kemilä, A. 2008. Ihmisen hyvä. Etiikka lähihoitotyössä. Helsinki. WSOY.

Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. 2009. Psykiatria. Helsinki: Duodecim.

Mattila, Kati-Pupita. 2010. Asiakkaana ihminen. Juva: WS Bookwell Oy.

McCabe, C & Timmins, F. 2006. Communication Skills for Nursing Practice. 2006. Hampshire: Palgrave MacMillan.

Mielenterveyden keskusliitto. Luettu 15.2.2012.  
[http://www.mtkl.fi/liitto/tavoitteet/hyva\\_hoito](http://www.mtkl.fi/liitto/tavoitteet/hyva_hoito)

Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116.9§. Luettu 15.5.2011.  
<http://www.finlex.fi/fi/laki>

Noppari, E, Kiiltomäki, A. & Pesonen, A. 2007. Mielenterveystyö perusterveydenhuollossa. Helsinki: Tammi.

Pelin, R. 2009. Projektihallinnan käsikirja. Helsinki: Projektijohtaminen Oy Risto Pelin

PSHP ; A: Potilaan hyvä hoito: Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä  
15.3.2011. Luettu 22.9.2011  
<http://www.tays.fi>

PSHP; B: Potilaille & läheisille: Vammalan aluesairaalan päivystys.  
Luettu 14.6.2011.  
<http://www.tays.fi>

PSHP; C: Tahdosta riippumaton psykiatrinen hoito sairaalan oma ohje. Luettu 5.1.2012.  
<http://www.tays.fi>

PSHP; D: Potilaille & läheisille: osastohoito. Luettu 14.6.2011  
<http://www.tays.fi>

Psykiatrian osastot: henkilökunta, konsultoivat haastattelut. Suullinen tieto saatu syksy 2011, kevät 2012.

Psykiatrian ylilääkäri, konsultoivat haastattelut. Suullinen tieto saatu 10.8.2011, 16.12.2011, 10.2.2012.

Punkanen, T. 2008. Mielenterveystyö ammattina. Helsinki. Tammi

Pylkkänen, K., Syvälahti, E. & Tamminen, T. 2003. Keskeistä käytännön psykiatria. Klaukkala: Recallmed Oy.

Päivystys: henkilökunta, konsultoivat haastattelut. Suullinen tieto saatu syksy 2011, kevät 2012.

Sairaalan oma ohje: lähetekäytäntö. Luettu 10.11.2011.

Simpura, S. 2011. Mielenterveys- ja päihdepotilaan kohtaaminen päivystyspoliiklinikalla sairaanhoitajien kokemana. Opinnäytetyö

Sosiaali- ja terveysministeriön raportti: Yhtenäiset päivystyshoidon perusteet 2010.

Luettu 18.8.2011

<http://www.stm.fi/julkaisut>

Suomen mielenterveysseura. 2001. Mielenterveyspotilaan oikeudet. Helsinki: SMS-julkaisut.

Therapia Fennica; A: Psykiatria. Psykiatriseen sairaalaan lähettäminen. Luettu 23.10.2011. [http://www.therapiafennica](http://www.therapiafennica.fi)

Therapia Fennica; B: Psykiatria. Skitsofrenia ja muut psykoosit. Luettu 23.10.2011.

[http://www.therapiafennica](http://www.therapiafennica.fi)

Therapia Fennica; C: Psykiatria. Skitsofrenia ja muut psykoosit. Luettu 23.10.2011.

[http://www.therapiafennica](http://www.therapiafennica.fi)

Toivio, T. & Nordling, E. 2009. Mielenterveyden psykologia. Helsinki: EDITA

Torkkola, S. Heikkinen, H. & Tiainen, S. 2002. Potilasohjeet ymmärrettäviksi. Helsinki: Tammi

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Vilka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Tammi.

## LIITTEET

## LIITE 1: 1(4)

TAULUKKO 1, Aiheeseen liittyvät tutkimukset

Tekijä, työn nimi	Tarkoitus, tehtävät ongelmat ja tavoitteet	Menetelmä	Keskeiset tulokset
<p>Aromaa (2011) Attitudes Towards People with Mental Disorders in a General Population in Finland</p> <p>Suomalaisen väestön asenteet mielenterveyden häiriöistä kärsiviä kohtaan</p> <p>Akateeminen väitös</p>	<p>Suunnitella tehokkaita ja oikein kohdennettuja toimenpiteitä mielenterveyden häiriöstä kärsiviin kohdistuvan leimaamisen vähentämiseksi.</p> <p>Tutkia asenteiden esiintymistä länsisuomalaisessa väestössä sekä tekijöitä, jotka siihen vaikuttavat.</p> <p>Selvittää häpeäleiman yhteyttä mielenterveyspalveluiden käyttöön.</p>	<p>Tilastotieteellinen analyysi</p> <p>Väestökysely</p> <p>N = 5000 sattumanvaraisesti valittua 15 - 80 vuotiasta Pohjanmaalaista henkilöä ja 5000 15 – 80 vuotiasta Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin alueelta</p>	<p>Enemmistö ei pitänyt masennuksesta kärsiviä syyllisinä sairautumiseensa.</p> <p>Naisilla, korkeammin koulutetuilla ja ruotsia äidinkielenään puhuvilla vähemmän kielteisiä kaavamaisia ajatuksia masennuksesta.</p> <p>Kaavamaiset kielteiset uskomukset ennustavat suurempaa halukkuutta sosiaalisen etäisyyden ottamiseen.</p> <p>Masentuneet henkilöt pelkäävät leimatuksi tulemista ja leimaavat myös itseään herkästi, mutta se ei johda hoitopalveluiden vieroksumiseen.</p>

(jatkuu)

## LIITE 1: 2(4)

<p>Hyvönen( 2004) Moniulotteista ja moniammatillista yhteistyötä muu- tosten keskellä</p> <p>Akateeminen väi- tös</p>	<p>Tarkastella perus- terveyden-huollon mielenterveystyö- tä sitä toteuttavan henkilöstön näkö- kulmasta.</p> <p>Tehtävä; kuvailla ja ymmärtää pe- rusterveiden- huollon henkilöstön käsi- tyksiä a)perustervey- denhuollon mie- lenterveystyön muutoksista 1990- luvulla. b)sen tehtävistä ja sisällöstä c)ammattitaidos- taan ja sen kehit- tämistarpeista perusterveyden- huollon mielen- terveystyössä d)mielenterveys- työn kehittämis- tarpeista ja – keinoista. Tavoite; tehdä perusterveyden- huollon mielen- terveystyö näkyväksi ja ymmärrettäväk- si.</p>	<p>Laadullinen tutkimus</p> <p>Kuusi Pirkanmaa- laista terveyses- kusta N=29, neljä perushoita- jaa/apuhoitajaa, neljä sairaanhoi- tajaa (opistoaste), kaksi erikoissai- raanhoitajaa, 11 terveyden- hoitajaa, yksi sai- raanhoitaja (AMK), kaksi lääketieteen lisensiaattia, viisi erikoislääkä- riä</p> <p>. Avoimet haastat- telut ja teema- haastattelut</p> <p>Laadullinen sisäl- lönanalyysi</p>	<p>Tärkein instru- mentti ja voima- vara on työntekijä. Perusterveyden- huollon mielen- terveystyö on moni- ulotteista ja moni- puolista työtä,joka ansaitsee arvos- tuksen, jonka tulisi näkyä esimerkiksi re- sursseissa ja kou- lutusmahdollii- suuksissa. Väestövastuussa toimivien moni- ammatillisten tii- mien toiminnan kehittäminen on tulevaisuuden haaste. Mielenterveydes- tä, mielenterveys- työstä moniamma- tillisena työnä se- kä mielen- terveystyön opetuk- sesta tarvitaan lisäätutkimustie- toa.</p>
---	--	--	--

## LIITE 1: 3(4)

<p>Kaipia &amp; Karvonen (2011) Potilaan inhimillinen kohtelu sairaanhoitajien kokemana</p> <p>Opinnäytetyö</p>	<p>Tarkoitus selvittää miten potilaan inhimillinen kohtelu toteutuu sairaanhoitajien kokemana.</p> <p>Tavoite saada tietoa inhimillisen kohtelun toteutumisesta potilaan hoidossa sairaanhoitajien kokemana. Löytää keinoja potilaan inhimillisen kohtelun kehittämiseksi.</p>	<p>Laadullinen tutkimus</p> <p>PSHP N= kuusi sairaanhoitajaa</p> <p>Teema-haastattelut</p> <p>Sisällönanalyysi</p>	<p>Sairaanhoitajien mukaan potilaita kohdeltiin inhimillisesti heitä arvostaen, muodostamalla vuorovaikutussuhde, huolehtimalla potilaan edun toteutumisesta sekä hoitamalla heitä yksilöllisesti.</p> <p>Sairaanhoitajat havaitsivat puutteita potilaan inhimillisessä kohtelussa sekä kokonaisvaltaisessa hyvinvoinnin huolehtimisessa.</p> <p>Potilasturvallisuutta oli rikottu mm. käsittelemällä potilastietoja huolimattomasti, käyttämällä liiallista voimaa tai jopa väkivaltaa potilasta kohtaan.</p> <p>Hyvin toimiva työyhteisö ja työntekijä jaksoi kohdella myös potilasta paremmin. Epäinhimilliseen kohteluun tulee puuttua.</p> <p>Sovitaan yhteiset työpaikan arvot ja niistä keskustellaan jokaisen työntekijän kanssa.</p>
---	--	--	---

## LIITE 1: 4(4)

<p>Simpura (2011) Mielenterveys- ja päihdepotilaan kohtaaminen päivystyspoliklinikalla sairaanhoitajien kokemana</p> <p>Opinnäytetyö</p>	<p>Tarkoitus kuvata sairaanhoitajien kokemuksia mielenterveys- ja päihdepotilaiden kohtaamisesta sairaalan päivystyspoliklinikalla</p> <p>Tavoite lisätä sairaanhoitajien valmiuksia kohdata mielenterveys- ja päihdepotilas</p>	<p>Kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus</p> <p>PSHP N=neljä sairaanhoitajaa</p> <p>Teema- haastattelut</p> <p>Aineistolähtöinen sisällönanalyysi</p>	<p>Sairaanhoitajien valmiudet mielenterveys- ja päihdepotilaiden kohtaamiseen ovat riittämättömät. Myös keinot paineutua ongelmiin olivat puutteelliset.</p> <p>Etenkin päihdepotilaiden kohtaamisessa koettiin negatiivisia tunteita ja mielenterveys- ja päihdepotilaiden kohtaaminen koettiin kuluttavana, vaikeimmaksi koettiin kommunikoinnin vaikeus, jatkohoidon järjestämisen vaikeus, negatiivinen suhtautuminen potilaaseen sekä riittämättömyyden tunne.</p> <p>Lisäkoulutus koettiin tarpeelliseksi.</p>
--	--	--	--

**PÄIVYSTYKSESTÄ  
PSYKIATRISSELLE  
OSASTOLLE**  
ohjeistus päivystyksen  
henkilökunnalle

(jatkuu)



LIITE 2: 2(8)

**SAIRAALA / PSYKIATRIA**

**VASTAAVA YLILÄÄKÄRI**      lääkärin nimi.....xx xxx xxxxx tai matkapuhe-  
linnumero

**AKUUTTITYÖRYHMÄ**

**SAIRAANHOITAJA**      hoitajan nimi .....xx xxx xxxxx tai  
matkapuhelinnumero

**LÄÄKÄRI** .....xx xxx xxxxx

**OSASTOT**

OSASTO x

( ensisijaiset hoitajakonsultaatiot päivystysaikana) .....xx xxx xxxxx

Osastonlääkäri .....xx xxx xxxxx

OSASTO x

Hoitajat .....xx xxx xxxxx

Osastonlääkäri .....xx xxx xxxxx

**Sairaala / vaihde** .....xx xxxxx

**(talon sisäinen numero xx)**

Osastojen postiosoite (sairaankuljetuksen siirtoja varten)

**SAIRAALA / psykiatria****Tehtävä**

Erikoisalan mukaisten psykiatristen sairauksien tutkimuksen, diagnosoinnin ja hoidon järjestäminen sairaalan vastualueella hoidon porrastuksen mukaisesti yhteistyössä Taysin psykiatrian klinikan, alueen perusterveydenhuollon, sosiaalitoimen ja muiden toimijoiden kanssa. Pirkanmaan sairaanhoidon strategian mukaisesti myös psykiatriassa korostetaan ennaltaehkäisevän terveydenhuollon ja terveyttä edistävän toiminnan merkitystä.

**Tavoite**

Psykiatrisen hoidon porrastus yhtenäisten kiireettömän hoidon perustein (STM, 2005) erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon toiminnallista yhteyttä tiivistäen alueellinen valmius huomioiden.

**Päivystysluonteiset psykiatrisen osastohoidon kriteerit**

- akuutti psykoosi, skitsofrenian akutisoitunut vaihe
- suuicidaalinen kriisi
- alkoholidelirium, huumepsykoosi
- vaikea alkoholihallusinoosi
- vakavat mielialahäiriöt ( mania, vakava masennus)
- persoonallisuushäiriöisten vakavat, suuicidaaliset kriisit

## LIITE 2: 4(8)

**Toimintaohje virka-aikana**

## Konsultaatiot akuuttisairaanhoidajalle

- arvioi potilaan mielialan / osastohoidon tarpeen / tekee tarvittaessa tarvittavat jatkotoimenpiteet potilaan hoidon vaatiessa seuranta- / seuranta-käyntejä toisessa yksikössä
- konsultoi tarpeen mukaan akuuttilääkärinä

Akuuttilääkäri ei ole päivystävä työntekijä.

Hoitoon hakeuduttaessa lääkärin lähete on välttämätön ( M1- tai B1- lähete). M1-lähetteen voi kirjoittaa vain **virkalääkäri, joka on henkilökohtaisesti tavannut potilaan.**

Virka-aikana välitöntä osastohoitoa tarvitsevat potilaat siirtyvät sairaalan osastoille. Osastolle siirtymisestä on hyvä sopia psykiatrian osaston lääkärin kanssa.

## LIITE 2: 5(8)

**Toimintaohje päivystysaikana**

**Ohje psykiatriselle osastolle (sairaala os x ja x) ilman M1-lähetettä** otettavista potilaista:

- vaikeasti masentuneet ja itsetuhoiset potilaat
- psykoottiset potilaat, jos potilaalla on osastohoidon tarve ja potilas on suostuvainen vapaaehtoiseen hoitoon
- potilaalla on vakava kriisitilanne
- hoitoon halukas delirioottinen potilas, jos potilaan somaattinen vointi sen sallii ja potilas on muuten yhteistyökykyinen

**Osastolle tulevien potilaiden somaattinen tila on tutkittava tarvittavine laboratoriotutkimuksineen yms. ennen osastolle ottamista.**

**Ennen osastolle lähettämistä** päivystävä lääkäri konsultoi ensisijaisesti osasto x:n hoitajaa **puh: xxxxx**. Hoitaja antaa puhelimitse konsultaatioapua potilaan hoitoon ohjauksessa tai tulee tarvittaessa päivystykseen arvioimaan potilaan tilanteen ja hoidon tarpeen.

**Ohje psykiatriselle osastolle M1-lähetteellä (Pitkäniemen psykiatriseen sairaalaan)** lähetettävistä potilaista.

M1-lähetteen voi laatia ainoastaan virkalääkäri.

Arkisin kutsutaan virassa oleva päivystävä gynekologi tai anestesioologi paikalle, mikäli listalla olevista virkalääkäreistä kukaan ei päivystä kutsutaan ns. koko talon takapäivystäjä tekemään lähete. Puhelinnumerot löytyvät lääkäreiden päivystyslistalta. ( päivystyslista huoneissa x & x)

Viikonloppuisin kutsutaan paikalle koko talon takapäivystäjä.

Pitkäniemen sairaalan päivystävään lääkäriin sekä hoitajaan tulee aina olla yhteydessä ennen potilaan lähettämistä ( lääkäri **xxx xxx xxxx**, hoitaja **xxx xxxxx**).

Potilaan siirtoon tilataan **ambulanssi hätäkeskuksesta puh 112**.

## LIITE 2: 6(8)

**Perustelut tarkkailuun lähettämiseen**

[Mielenterveyslain](#) mukaan täysi-ikäinen henkilö voidaan määrätä psykiatriseen sairaalahoitoon tahdostaan riippumatta vain seuraavissa tapauksissa:

1. Hänen todetaan olevan mielisairas.
2. Hän on mielisairautensa vuoksi hoidon tarpeessa siten, että hoitoon toimittamatta jättäminen olennaisesti:
  - pahentaisi hänen mielisairauttaan tai
  - vaarantaisi vakavasti hänen terveyttään tai turvallisuuttaan tai
  - vaarantaisi vakavasti muiden henkilöiden terveyttä tai turvallisuutta
3. Mitkään muut mielenterveyspalvelut eivät sovellu käytettäväiksi tai ovat riittämättömiä.

Kaikkien edellä esitettyjen edellytysten on täytyttävä samanaikaisesti. Laki rajaa tahdosta riippumattoman hoidon ainoastaan sairaalassa tapahtuvaksi.

Mielisairaudella tarkoitetaan sellaista vakavaa mielenterveyden häiriötä, johon liittyy selvä todellisuudentajun häiriintyminen ja jota voidaan pitää psykoosina. Psykooseja ovat mm. skitsofreeniset psykoosit, harhaluuloisuushäiriöt, psykoottisia oireita sisältävät mielialahäiriöt, vakavat sekavuustilat ja dementian vaikeasteiset ilmenemismuodot.

**LÄÄKÄRIN ON TAVATTAVA POTILAS HENKILÖKOHTAISESTI  
M1-LÄHETE TEHTÄESSÄ!**

Linkkejä;

[http://www.valvira.fi/ohjaus\\_ja\\_valvonta/terveydenhuolto/mielenterveys/hoitoon\\_maaraaminen](http://www.valvira.fi/ohjaus_ja_valvonta/terveydenhuolto/mielenterveys/hoitoon_maaraaminen)

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/nix01384>

## LIITE 2: 7(8)

TAUSTATIEDOT: TEL: 0207270141, FAKS: 0207270141, WWW: WWW.KUNTA.FI/04320

Lomake M1 **MT - laki 9 §** TARKKAILULÄHETE

Tarkkailun nimipöytä psykiatriseen sairaalahoitoon osittainvästisistä henkilöistä

1 Henkilö- tiedot	Sukupuoli (myös aikaisemmalta)	Elämänt.
	Henkilönumeros	Siviilisäily <input type="checkbox"/> naimaton <input type="checkbox"/> naimisissa <input type="checkbox"/> leski <input type="checkbox"/> eronnut
	Ammatti	Kotipaikka
	Osoite	
	Lääkinnän omaisen /huoltajan /hoitajan/uskonin miehen nimi ja osoite	
	Henkilön tunnistaminen <input type="checkbox"/> tuntee omastaan <input type="checkbox"/> henkilöllisyys vaimostettu asukirjasta <input type="checkbox"/> muu tapa, mikä	
2 Esitiedot	<p>Miehisrauden/alle 18-vuotiaan henkilön vakavan mielenhäiriön oireiden alkamisesta ja kehittymisestä sekä aikaisemmista hoitovaiheista</p> <p><b>Tarkasta M1, että joka kohta on täytetty!</b></p> <p><b>Puutteelliset kohdat selvitetään lähettävän lääkäri kanssa ( selvityskohtiin oma nimi ja pvm)</b></p> <p><b>M1 LÄHETE VOIMASSA KOLME PÄIVÄÄ</b></p> <p>Esitietojen antaja</p>	
3 Kiihteisessä tutkimuk- sessa tehdyt havainnot	Tutkimuspäivä _____	Psykykinen tila
	Nykyinen lääkel 0/0	
	Somaattiset sairaudet, jotka tulee ottaa huomioon	

KUNTA LOMAKE 6487 : 04  
P. AL. 3001/000-4320 - Järjestelmävalmistaja  
© 1999 ES.OY

## LIITE2: 8(8)

TAMPEREEN YLIOPISTOLLISEN Terveystieteiden tutkimuskeskuksen tutkimuskeskus

<p>4 Perustelut tarkkailuun lähettämiseen</p>	<p>Mielisairaus / alle 16-vuotiaan henkilön vakava mielenterveydenhäiriö</p> <h2 style="text-align: center;">TÄYTETTÄVÄ AINA!</h2> <p>Hoidon tarve (vähintään 1 kohta 3:sta perusteltava): <b>VÄHINTÄÄN 1 KOHTA 3:STA PERUSTELTAVA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- sairauden oleellinen paheneminen</li> <li>- oman terveyden tai turvallisuuden vaarantuminen</li> <li>- muiden henkilöiden terveyden tai turvallisuuden vaarantuminen</li> </ul> <p>Muiden mielenterveyspalvelujen riittävättömyys / soveltamattomuus</p> <div style="display: flex; align-items: center;">  <div style="margin-left: 10px;"> <p><b>KOHDASSA 1 OLTAVA RASTI</b>  <b>KOHDASSA 2 OLTAVA VÄH. 1 RASTI</b>  <b>KOHDASSA 3 OLTAVA VÄH 1 RASTI</b></p> </div> </div>									
<p>5 Johtopäätökset</p>	<p>Edellä olevan perusteella katsotaan, että tutkittu toimenpiteistä käyttää mielenterveyslain 8 §:n edellytykset, koska hän on</p> <p>1) <input type="checkbox"/> mielisairas ja mielisairautensa vuoksi hoidon tarpeessa siten, että (8 § 1 mom) <input type="checkbox"/> alle 16-vuotias ja vakavan mielenterveydenhäiriön vuoksi hoidon tarpeessa siten, että (8 § 2 mom)</p> <p>2) hoitoon toimittamatta jättäminen</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> pahentaisi oleellisesti hänen</td> <td><input type="checkbox"/> mieli-sairauttaan</td> <td><input type="checkbox"/> sairauttaan (vain 5 § 2 mom)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> vaarantaisi vakavasti hänen</td> <td><input type="checkbox"/> terveyttään</td> <td><input type="checkbox"/> turvallisuuttaan</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> vaarantaisi vakavasti muiden henkilöiden</td> <td><input type="checkbox"/> terveyttä</td> <td><input type="checkbox"/> turvallisuutta</td> </tr> </table> <p>3) ja muut mielenterveyspalvelut:</p> <p><input type="checkbox"/> eivät sovellu käytettäväksi</p> <p><input type="checkbox"/> ovat riittämättömiä (vain 8 § 1 mom)</p> <h2 style="text-align: center;">OLTAVA VÄHINTÄÄN KOLME RASTIA</h2>	<input type="checkbox"/> pahentaisi oleellisesti hänen	<input type="checkbox"/> mieli-sairauttaan	<input type="checkbox"/> sairauttaan (vain 5 § 2 mom)	<input type="checkbox"/> vaarantaisi vakavasti hänen	<input type="checkbox"/> terveyttään	<input type="checkbox"/> turvallisuuttaan	<input type="checkbox"/> vaarantaisi vakavasti muiden henkilöiden	<input type="checkbox"/> terveyttä	<input type="checkbox"/> turvallisuutta
<input type="checkbox"/> pahentaisi oleellisesti hänen	<input type="checkbox"/> mieli-sairauttaan	<input type="checkbox"/> sairauttaan (vain 5 § 2 mom)								
<input type="checkbox"/> vaarantaisi vakavasti hänen	<input type="checkbox"/> terveyttään	<input type="checkbox"/> turvallisuuttaan								
<input type="checkbox"/> vaarantaisi vakavasti muiden henkilöiden	<input type="checkbox"/> terveyttä	<input type="checkbox"/> turvallisuutta								
<p>Päiväys ja allekirjoitus</p>	<p>Mielenterveyslain 8 §:ssä tarkoitettuja edellytyksiä tutkittuun tahoon riippumattomaan hoitoon ovat todennäköisesti olemassa, mikä kunnian ja omantuntoni kautta vakuutan</p> <p>Päivä, pvm: _____ Tutkimukseen suorittajan allekirjoitus: _____</p> <p>Tutkimukseen suorittajan työpaikka: _____ Nimen selvitys, työ-/virka-asema ja EV-numero: _____</p>									