



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU

Uuden edellä

Mielenterveyspotilaiden hoidon kehittäminen Jorvin sairaalan yhteispäivystyksessä

Töhönen, Tuomo

2013 Hyvinkää

Laurea-ammattikorkeakoulu
Hyvinkää

Mielenterveyspotilaiden hoidon kehittäminen Jorvin
sairaalan yhteispäivystyksessä

Töhönen, Tuomo
Kriisi- ja erityistilanne
johtaminen (YAMK)
Opinnäytetyö
syyskuu, 2013

Tuomo Töhenen

Mielenterveyspotilaiden hoidon kehittäminen Jorvin sairaalan yhteispäivystyksessä

Vuosi

2013

Sivumäärä

51

Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon päivystysten yhdistäminen on luonut yhteispäivystykset. Tämä mahdollistaa potilaan kannalta yleislääketieteen ja erikoissairaanhoidon palvelut samasta paikasta. Espoossa Jorvin sairaalassa toimii yhteispäivystys, jossa on yleislääketieteen lisäksi sisätautien ja kirurgian erikoisalut. Yhteispäivystyksessä ei ole psykiatrista päivystystä. Psykiatriset tutkimukset ja konsultaatiot perustuvat lähetekäytäntöön. Mielenterveyspotilaiden määrä Jorvin sairaalan yhteispäivystyksen yleislääketieteen erikoisalalla on kasvanut noin yhdeksän prosenttia vuosina 2011-2012. Opinnäytetyön tarkoituksena on kehittää mielenterveyspotilaan hoitoa Jorvin sairaalan yhteispäivystyksessä.

Opinnäytetyön teoreettisena viitekehysenä on kehittävä työntutkimus. Kehittävän työntutkimuksen ajatuksena on auttaa työyhteisöä ratkomaan työtoiminnassa esiintyvät ristiriidat. Kehittävässä työntutkimuksessa on viisi vaihetta, jotka etenevät alkutilanteen ristiriitojen tunnistamisesta uuden toimintatavan käyttöönottoon ja arviointiin. Tässä opinnäytetyössä edetään vaiheeseen kolme, jossa esitellään toiminnan kehitysideoita.

Opinnäytetyössä sovelletaan triangulatiivista tutkimusasetelmaa. Työssä käytetään aineisto- ja menetelmätriangulaatiota. Aineistoina opinnäytetyössä olivat sairaanhoitajille suunnattu kysely, potilastietojärjestelmästä saadut tiedot sekä havainnointi.

Tutkimuksessa yhteispäivystyksen ongelmiksi todettiin hoitohenkilökunnan osaamattomuus mielenterveyspotilaan hoitotyössä sekä yhteispäivystyksen sisäisten ohjeistuksien puutteet. Ongelmia olivat myös vähäiset päivystyspalvelut ja vastuukysymykset psykiatrian klinikan kanssa tehtävässä yhteistyössä. Mielenterveyspotilaan hyvän hoidon esteenä on myös epätaasa-arvoinen erikoissairaanhoidon pääsyn mahdollisuus verrattuna somaattisista sairauksista kärsiviin potilaisiin.

Näiden ongelmien ratkaisuksi opinnäytetyössä ehdotetaan hoitohenkilökunnan järjestelmällistä kouluttamista mielenterveyspotilaan päivystykselliseen hoitamiseen. Opinnäytetyössä annetaan ratkaisuehdotuksia psykiatrian klinikan kanssa tehtävässä yhteistyössä esiintyvien vastuukysymysten sekä yhteispäivystyksessä ilmenneiden sisäisten ohjeistuksien ja mielenterveyspotilaan päivystyspalveluiden puutteeseen. Puuttuvien päivystyspalveluiden korjaamiseksi päivystävän psykiatrisen sairaanhoitajan toimen luomisella ja opinnäytetyössä esiteltävän mielenterveyspotilaan hoitopolkumallin soveltamisella voidaan puuttua mielenterveyspotilaan epätasa-arvoiseen hoitoon pääsemiseen.

Asiasanat: mielenterveystyö, päivystystyö, yhteispäivystys, päivystyspoliklinikka, kehittävä työntutkimus

Tuomo Töhenen

Developing mental health patients' care in Jorvi hospital emergency room

Year	2013	Pages	51
------	------	-------	----

Special healthcare and basic healthcare emergency duty services are combined in Espoo Jorvi hospital, in order to serve patients more effectively and provide them all the services from the one place. The hospital's emergency room provides basic healthcare and special treatments for patients who suffer from acute internal diseases or surgical illnesses. However, for psychiatric patients there are no emergency duty services. Almost all psychiatric patients must see the general practitioner first, no matter how acute the patient's symptoms are. The number of psychiatric patients has gone up nine percent from 2011 to 2012. The idea of this thesis is to improve the healthcare of psychiatric patients in Jorvi hospital emergency room.

The theoretical framework of this thesis is Developmental Work Research. Developmental Work Research, which consists of five steps from a problem observed to the implementation of its solution, challenges employees to solve the problems of work. This thesis focuses on the first three steps. Step three is the phase where the found problems are being solved and which shows how the work should be improved.

The study is based on data triangulation and methodological triangulation. The research material consists of a survey for nurses, statistics from patient information system and observation.

The results indicated that the problems were low quality care for psychiatric patients provided by nurses and lack of instructions and emergency duty services. There were also responsibility issues with psychiatric clinic. Psychiatric patients were not in equal position compared to patients who suffered from somatic illnesses.

In order to solve these problems nurses should be trained to cope with psychiatric patients in emergency room. There are also solutions how to deal with responsibility issues with psychiatric clinic and lack of emergency duty services and emergency room's instructions. The missing emergency duty services can be fixed by creating psychiatric emergency duty nurse post and by applying psychiatric patients' path through the emergency duty services.

Keywords: mental health, psychiatric patient, emergency room, emergency duty service, developmental work research

Sisällys

1	Johdanto.....	6
2	Opinnäytetyön toteutus.....	8
	2.1 Kehittävä työntutkimus	8
	2.2 Menetelmät.....	12
3	Toimintajärjestelmän alkutilanteen kuvaus.....	15
	3.1 Hoidon tarpeen arviointi, hoidon saatavuus ja pakkotoimet.....	15
	3.2 Lainsäädäntöön perustuva mielenterveyspalvelujärjestelmä	18
	3.3 Jorvin sairaalan yhteispäivystys	21
	3.4 Yleisimmät mielenterveyshäiriöt Jorvin yhteispäivystyksessä	22
	3.5 Mielenterveyspotilaan hoitopolku	29
4	Toimintajärjestelmän ristiriidat	31
	4.1 Välineiden ja tekijän välinen ristiriita.....	32
	4.2 Sääntöjen ja tekijän välinen ristiriita	33
	4.3 Työnjaon ja tekijän välinen ristiriita	34
	4.4 Lähikehityksen vyöhyke	35
5	Toimintajärjestelmän ristiriitojen ratkaisuehdotukset.....	37
	5.1 Välineiden ja tekijän välisten ristiriitojen ratkaiseminen	37
	5.2 Sääntöjen ja tekijän välisten ristiriitojen ratkaiseminen	38
	5.3 Työnjaon ja tekijän välisten ristiriitojen ratkaiseminen.....	41
6	Jatkotoimet	41

1 Johdanto

Kattavan päivystysvalmiuden järjestäminen on lakiin perustuva velvollisuus. Sen järjestämisvastuussa ovat kunnat ja sairaanhoitopiirien kuntayhtymät. Päivystystoiminnan järjestäminen on haasteellinen tehtävä, sillä kiireelliset potilaat muodostavat jopa puolet terveystieteiden potilaista. Sairaaloihin sisään otettavista potilaista suurin osa kulkee päivystyspoliklinikan kautta. Päivystystoiminnalle on ominaista suuret erot potilasmäärissä vuorokauden ajan ja viikonpäivän mukaan. Ympäri vuorokautisen päivystyksen järjestäminen on kallista. Päivystystoiminnassa on pyrittävä tehokkuuteen ja voimavarojen tarkoituksenmukaiseen käyttöön. Terveystieteiden päivystyksiä on yhdistetty, kuten myös perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon toimintoja. Näin ovat syntyneet yhteispäivystykset. Potilaan kannalta tämä merkitsee palveluketjun yksinkertaistamista. Päivystyksen ongelmana on muun terveydenhuollon vajavaisuuksiin vastaaminen. Potilaiden kiireettömään hoitoon pääsemisen aikana vaikeutuneet vaivat ja liian nopean kotiutuksen aiheuttamat palaamiset sairaalan lisäävät potilaiden määrää. Päivystyksen kautta voidaan hakea myös hoitoa alueen peruspalveluiden saata-
vuusongelmien vuoksi. (Koponen & Sillanpää 2005, 18-21; Rasimus 2002, 76.)

Jorvin sairaalan yhteispäivystys on perustettu vuonna 1995 (Päivystyshanke 2007, 5). Yhteispäivystyksen tarkoituksena on antaa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon palvelut samassa toimipisteessä potilaille, joilla on kiireellinen hoidon tarve (HYKS 2010, 1). Jorvin sairaalan yhteispäivystys palvelee suurta määrää ihmisiä. Espoossa asui vuoden 2012 alussa 252 439 henkeä. Vuodesta 2009 lähtien asukkaiden määrä on lisääntynyt lähes 11 000 hengellä. Kauniaisten asukasmäärä oli noussut 118 henkilöllä 8807 henkilöön. (Munter 2012, 2.) Kirkkonummen asukasluku oli kasvanut vuonna 2011 0,7 prosenttia ja noussut 37 192 henkilöön (Tilastokeskus). Näin ollen Jorvin sairaalan vaikutusalueella asui vuosien 2011-2012 vaihteessa lähes 300 000 asukasta. Kun tähän lisätään keskinäisen yhteistyösopimuksen mukaiset potilaat Helsingistä ja Vantaalta, on yhteispäivystyksen henkilökunnalla valtava määrä potilaita hoidettavanaan.

Päivystyspoliklinikalla työskentelevältä hoitotyöntekijältä vaaditaan korkeaa ammattitaitoa, jonka perustana ovat teoreettisen tiedon hallitsemisen lisäksi monipuoliset käden taidot ja kyky tehdä itsenäisiä päätöksiä sekä havaita mahdolliset muutokset potilaan terveydentilassa. Hoitotyöntekijältä vaaditaan potilaan ja omaisten tuskan vastaanottokykyä sekä laajaa ymmärrystä heidän kokemaansa kohtaan. Päivystyspoliklinikalla hoidetaan erilaisia sairauksia potevia potilaita. Osa heistä voi ilmaista tuntemuksensa aggressiivisesti tai olla täysin laimaantuneita. Hoitotyöntekijät yleensä joutuvat näiden tunteiden kohteeksi. Hoitotyöntekijältä vaaditaan herkkyyttä ja kykyä toimia erilaisten ikäryhmien sekä kulttuuri- ja sosioekonomisten taustojen omaavien potilaiden kanssa. (Koponen & Sillanpää 2005, 28-29.)

Yksi terveydenhuollon suurista uudistuksista on psykiatristen laitoshoitopaikkojen vähentäminen. Tämän seurauksena avohoidon mielenterveyspotilaat hakeutuvat avun piiriin päivystyspoliklinikoille. Potilaiden vointi heikkenee erityisesti ilta- ja yöaikaan sekä viikonloppuisin, jolloin avohoidon palveluita ei ole tarjolla. (Rasimus 2002, 15.)

Opinnäytetyön idea on lähtöisin omasta halustani kehittää mielenterveyspotilaiden hoitoa. Työssäni sairaanhoitajana Jorvin sairaalan yhteispäivystyksessä olen huomannut ongelmia kyseisen potilasryhmän hoitamisessa. Aikaisempi kokemukseni psykiatrisesta hoitotyöstä on ollut suureksi hyödyksi työssäni. Tuohon kokemukseen peilaten olen havainnoinut psykiatristen potilaiden kohtaamista ja hoitamista yhteispäivystyksessä. Omat havaintoni ovat olleet liikkeellepaneva voima tämän opinnäytetyön takana.

Mielenterveyspotilaiden hoidon laatu on herättänyt keskustelua Jorvin sairaalan yhteispäivystyksen hoitajien keskuudessa. Keskusteluissa on noussut esiin mielenterveyspotilaiden kasvavat määrät päivystyksessä ja pitkät odotusajat psykiatrisen hoidon piiriin. Hoitajat ovat kokeneet myös yhteistyön psykiatrian klinikan kanssa haasteelliseksi. Palveluiden karkaaminen kuntarajojen ulkopuolelle ja perusterveydenhuollon ongelmat koetaan lisäävän yhteispäivystyksen työmäärää. Päivystyksen toiminta koetaan puskuriksi muiden terveydenhuollonpalveluiden toimimattomuudelle.

Opinnäytetyön tarkoituksena on tutkia, millaisia ajatuksia sairaanhoitajilla on mielenterveyspotilaan hoidosta. Työssä selvitetään yhteispäivystyksen todellinen tilanne mielenterveyspotilaiden kannalta. Kuinka paljon mielenterveyspotilaita yhteispäivystyksessä todellisudessa hoidetaan ja millaisia ongelmia hoidon toteuttajina toimivat sairaanhoitajat kokevat? Opinnäytetyön näkökulmana on sairaanhoitaja oman työnsä kehittäjänä. Esiintyviin ongelmiin pyritään löytämään ratkaisuja. Perimmäisenä ajatuksena on mielenterveyspotilaan hoidon laadun parantaminen ja yhteispäivystyksen mielenterveyspotilaiden nopeampi tutkiminen ja oikeanlaisen hoidon antaminen.

Opinnäytetyön teoreettinen viitekehys on kehittävä työntutkimus. Se on vaiheittain etenevä tapa tutkia ja kehittää kohteena olevaa työtoimintaa ja organisaatiota. Kehittävässä työntutkimuksessa on viisi vaihetta, joita tässä opinnäytetyössä käydään läpi kolme. Opinnäytetyössä käytetään triangulatiivista tutkimusasetelmaa. Käytetyt menetelmät ovat potilastietojärjestelmän tilastot, yhteispäivystyksen sairaanhoitajille suunnattu kysely sekä sairaanhoitajien työn havainnointi.

2 Opinnäytetyön toteutus

2.1 Kehittävä työntutkimus

Tutkimuksen teoreettisena viitekehyksenä on kehittävä työntutkimus. Kehittävä työntutkimus on 1980-luvulla kehitetty suomalainen tapa tutkia ja kehittää työtä ja organisaatioita. Kehittävän työntutkimuksen taustalla on venäläisten tutkijoiden L. S. Vygotskin, A. N. Leontjevin ja A. R. Lurian alkuun saattama kulttuurihistoriallinen toiminnan teoria. Perinteisesti käyttäytymis- ja yhteiskuntatieteissä yksilö on sisäisten mekanismiensä ohjaama, ilman vaikutusta yhteiskuntaan. Toiminnan teorian tarkoituksena on toimia välittävänä rakenteena yksilön ja yhteiskunnan välillä. Yksilön teot ja ominaisuudet muodostuvat yhteisessä toimintajärjestelmässä, kuten esimerkiksi työssä. Toisaalta nämä teot ja ominaisuudet osaltaan muokkaavat tätä toimintajärjestelmää. Toimintajärjestelmä on historiallisesti kehittyvä, ristiriitainen ja dynaaminen järjestelmä. (Engeström 1995,11.)

Kehittävä työntutkimus on toiminnan teorian omintakeinen muoto. Sitä voidaan soveltaa erilaisten työtoimintojen tutkimiseen. Se yhdistää tutkimuksen, käytännön kehittämistyön ja koulutuksen yhteiseksi muutosstrategiaksi. Kehittävän työntutkimuksen ideana on työn kehittäminen lähtökohtaisesti työntekijöiden analyysien ja osallistumisen kautta. Työntekijät voivat toimia informaation antajina ja ratkaista toiminnallaan uusien mallien toimivuuden. Toisaalta he voivat toimia myös tutkimuksen tekijöinä ja uusien mallien luojina. Tarkoituksena ei ole antaa ulkoapäin valmiita tapoja toimia, vaan muokata työyhteisön sisäisiä toimintamalleja oman työn kehittämisessä. Prosessissa on ratkaisevan tärkeää tutkittavien omien merkitysten muodostuminen. Tutkijat tekevät tutkimusta työyhteisön kanssa, ei erillisenä osana kokonaisuutta. (Engeström 1995, 11-12, 124.)

Kehittävä työntutkimus etenee vaiheittain. Kuvassa yksi on syklin ensimmäinen vaihe työtoiminnan etnografinen kuvaus.



Kuva 1. Kehittävän työntutkimuksen vaiheet (Muutoslaboratorio)

Etnografia tarkoittaa pelkistäen kansan kuvausta. Tämä vaihe on kenttätutkimusta, jossa tutkijan edellytetään menevän työpaikalle ja tapahtumien keskelle. (Engeström 1995, 130.) Tarkoituksena on tuottaa kuvaus Jorvin yhteispäivystyksen mielenterveyspotilaiden hoidon alkutilasta ja ongelmista. Toimintajärjestelmäksi rajataan Jorvin yhteispäivystys.

Toinen vaihe on kolmiosainen. Vaiheen aikana tehdään toiminnan kehityshistorian ja nykyisten ristiriitojen analyysi sekä lähikehityksen vyöhykkeen kuvaus. Historiallisen analyysin teko yleisellä ja paikallisella tasolla on hyödyllistä. Toiminnan kehityshistorian analyysi ei ole historiallisten yksityiskohtien kuvaus, vaan teoreettisilla käsitteillä suoritettu analyysi. Kehityshistorian analyysia ei tehdä tavanomaiseen tapaan tapahtumien käännekohtien tai suurien murrosten esittelyllä. Kehittävässä työntutkimuksessa koko kehityssykli on historiallinen jaksos. Tarkoitus on löytää vakiintuneen toimintatavan kriisiytymisen alku, ei uuden toimintamallin käyttöönoton hetki. Ajatus on, että uusi toimintamalli ei ole ilmaantunut tyhjästä, vaan se on kehitetty aikaisemman toiminnan ristiriidan ratkaisuksi. (Engeström 1995, 135-136.)

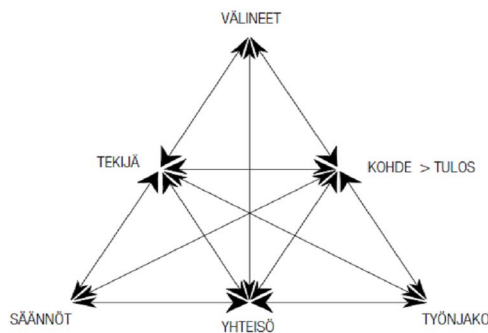
Kehittävän työntutkimuksen teorian mukaan ristiriidat eivät ole ongelmien synonyymi. Ristiriidat on Engeströmin (1995, 136) mukaan ”jännite kahden eri suuntiin vetävän toimintajärjestelmän osatekijän välillä.” Nykyisen toiminnan analyysissä eli aktuaaliempiirisessä analyysissä pohditaan, kuinka ilmenneet ristiriidat ilmenevät käytännössä. Tämän analyysivaiheen tyypillisiä aineistoja ovat haastattelut, tallenteet sekä häiriötilanteiden ja ratkaisujen rekisteröinnit. Toiminnasta kertovia tilastoja sekä lomakekyselyitä voidaan käyttää analyysejä tukevana aineistona. Toimintajärjestelmän ristiriitoja voidaan lähestyä eri kanteilta. Lähtökohtana on, että toiminnassa ilmenneitä häiriöitä, katkoksia tai innovaatioita on mahdollista käsitellä toimintajärjestelmän rakenteellisina ilmiöinä. Jotta vältetään tulkintojen mielivaltaisuus, on esimerkkitapauksia analysoitava laajempien kattavien aineistojen valossa. (Engeström 1995, 135-136,139.)

Lähikehityksen vyöhykkeen kuvaus on toiminnan nykyisten ristiriitojen ratkaisun väline. Tämä tarkoittaa, että mitkä tahansa ratkaisut tai uudistukset eivät ole lähikehityksen vyöhykkeen ratkaisuja. Kehityksen tarkoitus on ratkoa löydetyt ristiriidat. Lähikehityksen vyöhyke voi olla ideaalin toimintamallin kuvaus. Tällaisen kuvauksen yksipuolisuuden vuoksi lähikehityksen vyöhykkeen yleinen kuvaus ja uuden toimintamallin muodostaminen on erotettu toisistaan. (Engeström 1995, 144-145.)

Opinnäytetyön kolmas, ja tässä opinnäytetyössä viimeinen vaihe, on uuden toimintamallin suunnittelu. Uuden toimintamallin suunnittelun voi järjestää eri tavoin. Organisaation johto yhdessä tutkijoiden ja työyhteisön asiantuntijoiden kanssa voivat suunnitella uuden mallin. Tätä mallia muokataan ja kehitetään työyhteisön työntekijöiden kanssa. Toinen tapa kehittää uusi toimintamalli on työyhteisön työntekijöiden suorittama. Tällöin tutkijat toimivat taka-

alalla avustajina ja seuraajina. Uuden toimintamallin suunnittelu voi tähdätä perusteelliseen toimintatavan muutokseen tai muutoksen käynnistymiseen. Toimintamallin kokonaisvaltainen muutos ei tapahdu hetkessä, vaan askel kerrallaan. Kolmanteen vaiheeseen sisältyy myös uuden toimintamallin käyttöönotto. Toimintamallia haastetaan ja testataan käytännön työssä. Tähän vaiheeseen liittyy usein ristiriitoja uuden ja vanhan toiminnan välillä. Ratkomalla nämä ristiriidat uusi malli muuttuu käytännöksi. Neljännen ja viidennen vaiheen on tarkoitus vakiinnuttaa uusi toimintamalli arvioimalla ja analysoimalla sitä. Näissä vaiheissa keskitytään arvioimaan ja pohtimaan onko uusi toimintamalli kyennyt ratkaisemaan vanhan toimintamallin ristiriidat. (Engeström 1995, 146-147, 149-150.)

Ihmisen toiminnan rakenteen kuvaus esitetään kuvassa kaksi. Se on kehittävän työntutkimuksen työn analysoinnin ja kehittämisen perusyksikkö. Toimintajärjestelmässä kaikki osatekijät ovat vaikutuksessa toistensa kanssa (Engeström 1995, 41, 46-48).



Kuva 2. Toimintajärjestelmän malli (Virkkunen, Engeström, Pihlaja & Helle 2001, 19)

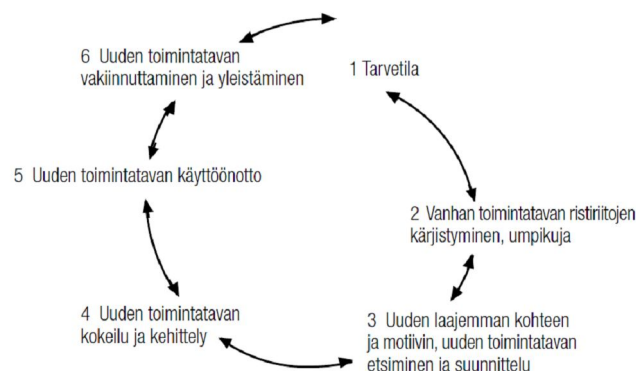
Toimintajärjestelmän tekijä on yksilö tai ryhmä, jonka näkökulmasta toimintajärjestelmää tarkastellaan. Tekijöiden hallussa olevilla toimintatavoilla, työkaluilla ja käsitteellisillä malleilla tarkoitetaan kohteeseen vaikuttavia välineitä. Toimintajärjestelmän kohde on asia tai kokonaisuus, johon pyritään vaikuttamaan tai johon on tarkoitus saada aikaan haluttuja muutoksia. Tehty toiminta kuvataan tuloksena. Toimintajärjestelmän toimintaa ohjaavat säännöt. Näitä ovat ohjeet, määräykset ja normit, joita itse toiminta tuottaa tai ne tulevat toimintajärjestelmän ulkopuolelta. Yhteisöllä tarkoitetaan toimintajärjestelmän kohteen parissa työtä tekeviä tahoja. Tekijän ja yhteisöjen työtä rajaa työnjako. (Launis, Kantola, Niemelä & Engeström 1998, 22.)

Tässä opinnäytetyössä toimintajärjestelmän muodostaa Jorvin sairaalan yhteispäivystys. Toimintajärjestelmän tekijöitä ovat päivystyksessä työskentelevät sairaanhoitajat sekä lähi- ja perushoitajat ja lääkintävahtimestarit. Yhteispäivystyksen tilat sekä hoitajien tietotaito ja osaaminen ovat mielenterveyspotilaan hoidossa toimintajärjestelmän välineet. Potilashoidon säännöt pohjautuvat lainsäädäntöön sekä sairaalan omiin ohjeistuksiin. Potilashoitoon osallis-

tuvat tahot muodostavat yhteisön. Näitä tahoja ovat lääkärit, psykiatrian klinikka sekä Jorvin sairaalan vaikutusalueen mielenterveyspalvelut. Työnjako toteutuu näiden tahojen välillä lainsäädännön ja sairaanhoitopiirin ohjeiden mukaisesti. Toimintajärjestelmän kohde on mielenterveysongelmista kärsivä potilas. Toimintajärjestelmän tulos on mielenterveyspotilaan hyvä hoito.

Kehittävän työntutkimuksen toimintajärjestelmää kehittävien vaiheiden läpikäyminen on pitkäkallinen ja vaiherikas prosessi. Työn edetessä oppii tuntemaan tutkimuksen kohteena olevan toimintajärjestelmän hyvin. Monien vaiheiden ja analyysien kautta kokonaisuuden hahmottaminen selkiytyi. Jorvin sairaalan yhteispäivystyksessä tehty mielenterveyshoitotyö oli minulle jo valmiiksi tuttua. Olen ollut osa tätä työyhteisöä jo yli 1,5 vuotta. Tämä asetti itselleni sekä haasteita että etuja työn toteuttamisessa. Haasteeksi luen itselleni objektiivisuuden säilyttämisen vaikeuden. On vaikeaa arvioida omaa työtään tai kollegoiden työtä kriittisesti. Kehittävän työntutkimuksen yksi keskeisistä ajatuksista on, että työtä kehitetään sen tekijöiden ohjaamina. Tämän ajatuksen sisäistämisen jälkeen kova itsekritiikki tai ihmettely, miksi tätä työtä tehdään näin, helpottui. Se, että olen tehnyt mielenterveystyötä usean vuoden ajan erilaisilla psykiatrisilla osastoilla ja nyt päivystyspoliklinikalla, auttoi kokonaisuuden hahmottamisessa. Tämä kokemus tavallaan säästi minulta vaiheen, jossa tutkija menee kentälle tekemään havaintoja.

Kehittävän työntutkimuksen kohteena on työn laadullinen muuttuminen. Se tuo työhön jotain täysin uutta, mitä ei ole vielä olemassa. Tällaista muutosta ei voi ymmärtää pelkästään tiedon ja kokemuksen omaksumisena. Kehittävän työntutkimuksen oppimisteoriaksi on muodostunut ekspansiivisen oppimisen teoria. Sen tunnuspiirteenä on kokonaisen toimintajärjestelmän ja sen laadullisten muutosten oppiminen ja ymmärtäminen. Oppimisprosessi on yhteisöllinen ja pitkäkestoinen tapahtuma. Ekspansiivinen oppiminen etenee vaiheittain kuvan kolme mukaisesti. (Engeström 1995, 87.)



Kuva 3. Ekspansiivisen oppimisen kehä (Virkkunen, Engeström, Pihlaja & Helle 2001, 16)

Syklin ensimmäinen vaihe on tarvetila. Toiminta on tässä vaiheessa vakiintunutta. Vakiintuneesta toimintatavasta poikkeavat uudet ajatukset, välineet tai työtavat ovat aluksi pieniä häiriöitä tai innovaatiota. Ajan kuluessa nämä häiriöt lisääntyvät ja toiminnalle aletaan muodostaa uutta mallia. Olennaista tälle vaiheelle on, että toiminnassa alkaa esiintyä tarvetta muutokselle, mutta selvää kohdetta ei ole vielä selvillä. Tässä vaiheessa tyytymättömyyttä kohdistetaan henkilöihin tai tahoihin, mutta ei toimintajärjestelmän rakenteisiin. (Engeström 1995, 88-89.)

Syklin toinen vaihe on kaksoissidos. Tässä vaiheessa toimintajärjestelmän eri osapuolten välille on kehittynyt merkittävä ristiriita. Tekijöiden kannalta tämä aiheuttaa toistuvasti mahdollisten tehtävien toteuttamista ja epäonnistumisia. Tyytymättömyys saa selvärajaisempia kohteita. Koettu ristiriita tuntuu sietämättömältä, kuten myös sen ratkaisukeinot. Kaksossidoksen ratkaisu toteutetaan analysoimalla ristiriitoja. Kolmannessa vaiheessa työyhteisön jäsenet muodostavat uuden ratkaisun esiintyviin ristiriitoihin. Uusi toimintamalli ei ole vain vanhan mallin korjauksia vaan laadullinen uusi kokonaisuus. Tässä vaiheessa myös muodostetaan uusia työvälineitä ja kehitetään työnjakoa. (Engeström 1995, 90-91.)

Seuraavassa vaiheessa otetaan käyttöön esiin nousseet toiminnan kehitysideat. Tämä muutos tapahtuu usein eri osa-alueiden muutosten käyttöönottamisella, mikä yleistyy lopulta koko toimintajärjestelmään. Tähän vaiheeseen liittyy muutosvastarintaa häiriöiden ja konfliktien muodossa. Vaiheeseen kuuluu kompromissien hyväksyminen, uusien oivalluksien ja käytännön ratkaisujen tekeminen. Syklin edetessä saavutaan vaiheeseen, jossa uusi toimintatapa on vakiintunut käytäntöön. Uutta toimintatapaa täytyy arvioida kriittisesti ja pohtia sen vaikutuksia kehityksen ulkopuolelle jääneiden tahojen ja yhteistyökumppaneiden kautta. (Engeström 1995, 91.)

2.2 Menetelmät

Opinnäytetyö suoritettiin laadullisen eli kvalitatiivisen tutkimuksen keinoin. Laadullista tutkimusta käytetään yleensä silloin, kun halutaan tutkia todellista elämää. Laadullisen tutkimuksen tarkoituksena on tutkia haluttua kohdetta mahdollisimman tarkasti. Pyrkimyksenä on löytää uutta, eikä todentaa jo olemassa olevaa todellisuutta. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa pyritään suosimaan ihmisiä tiedonantajina. Aineiston hankinnassa käytetään sellaisia metodeja, joilla tarkoituksenmukaisesti valittavien tutkittavien näkökulmat pääsevät esiin. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2010, 161,164.)

Opinnäytetyössä sovelletaan triangulatiivista tutkimusasetelmaa. Tämä tarkoittaa erilaisten tutkimusmenetelmien samanaikaista käyttämistä. Tämän menetelmän etuna on tutkimuksen pätevyyden mittaaminen. (Hirsjärvi ym. 2010, 231-232). Triangulaation käyttämisen tavoit-

teena on lisätä tutkimuksen luotettavuutta ja tutkia ilmiöitä mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. Tässä opinnäytetyössä käytetään aineisto- ja menetelmätriangulaatiota. Aineistotriangulaatio tarkoittaa useiden erilaisten aineistojen hyödyntämistä tutkittaessa valittua kohdetta. Aineistot voivat olla kvantitatiivisia tai kvalitatiivisia kuten kyselyt, haastattelut, tilastot ja havainnointiaineistot. Menetelmätriangulaatio on erilaisten tutkimusmenetelmien soveltamista suhteessa valittuun tutkimuskohteeseen. Tutkija voi tarkastella kohdetta toisiaan täydentävien tutkimusmenetelmien avulla. (Viinamäki 2007, 173, 181, 184-185). Käytetyt aineistot ja menetelmät olivat e-lomake kysely sairaanhoitajille, Oberon-potilasjärjestelmän tilastot sekä hoitajien työn havainnointi.

Kyselyn etuna on mahdollisuus saada laaja ja monipuolinen aineisto tutkittavasta aiheesta (Hirsjärvi ym. 2010, 195). Mielenterveyspotilaiden hoidon kehittämisessä huomioidaan yhteis-päivystyksessä työskentelevien sairaanhoitajien näkökulma. Sen vuoksi he vastasivat e-lomakkeena toteutettuun kyselyyn tammi-helmikuun 2013 vaihteessa (liite 2). Sairaanhoitajille lähetettiin sähköpostitse saatekirje ennen kyselyn alkua (liite 1). Kyselyn kysymykset valikoituivat kehittävän työntutkimuksen periaatteen mukaisen kehityshistorian analyysin tarjoamien ristiriitojen ja työssäni tekemiäni havaintojen mukaisesti. Kysymysten valinnassa huomioin kehittävän työntutkimuksen toimintajärjestelmän osa-alueet (kuva 2.). Tavoitteena oli luoda kysymykset, jotka oletettavasti käsittelisivät toimintajärjestelmää mahdollisimman laajasti. Kysely toteutettiin pääsääntöisesti avoimin kysymyksin, mutta joukossa oli myös standardoituja kysymyksiä koskien vastaajan taustaa, koulutusta ja kokemuksia tietyistä asioista. Kyselyn toteuttaminen avoimin kysymyksin antaa vastaajalle mahdollisuuden ilmaista itseään omin sanoin. Avoin kysymys ei ehdota vastausta, vaan jättää vastaajan vastuulle esittää oman näkemyksensä kysyttävästä asiasta. Avoimien kysymysten vastauksista on mahdollista osoittaa oleellisten asioiden olemassa olo ja vastaajien vastauksiin liittyviä tunnesidoksia. (Hirsjärvi ym. 2010, 201).

Kyselyyn vastaajat rajattiin ainoastaan potilastyötä tekeviin sairaanhoitajiin. Näin esimiesteh-tävissä työskentelevät sairaanhoitajat ja alemmista tutkinnoista valmistuneet hoitajat, kuten lähi- ja perushoitajat sekä lääkintävahtimestarit, eivät vastanneet kyselyyn. Alemman tutkin-non suorittaneet hoitajat tekevät samanlaista potilastyötä kuin sairaanhoitajatkin, mutta ra-jasin heidät kyselytutkimuksesta pois, jotta vastaajien joukko olisi mahdollisimman homogee-ninen. 52 sairaanhoitajaa vastasi e-lomakekyselyyn. Laskentatavasta riippuen potilastyötä tekeviä sairaanhoitajia on noin 70 kappaletta. Kyselyn vastausaikaan heitä oli vuosilomilla ja pitkillä sairaus- ja äitiyslomilla. Näin ollen vastausprosentti on korkea ja tulos on edustava.

Kyselyn aineisto analysoitiin sisällön erittelyn keinoin. Sisällön erittely on tutkimusaineiston objektiivinen, systemaattinen ja määrällinen analyysitekniikka. Sisällön erittelyssä tiedon ke-rääminen voi tapahtua sanallisessa muodossa tai sanallisina ilmauksina tai määrällisesti luoki-

teltuna ja tilastoituna. Sisällön erittely tarkoittaa siis aineiston analyysia, jossa kvantitatiivisin keinoin kuvataan aineiston sisältöä. Sisällön erittelyä on käytetty hoitotyön tutkimuksissa runsaasti. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 105-106; Graneheim & Lundman 2004, 1.) Sisällön erittely on joustava keino tutkia laajojakin aineistoja. Aineistot voivat olla äänitteenä, sähköisessä tai tulostemuodossa. Aineistojen hankinnassa voidaan käyttää haastatteluja, kyselyitä tai havainnointia sekä printtimediaa kuten kirjoja ja artikkeleita. (Hsieh & Shannon 2005, 1277.)

Kyselyn lisäksi toisena tutkimusaineistona oli käytettävissä tilastoja HUS-sairaanhoidopiirin Oberon-potilasjärjestelmästä. Aineisto rajattiin tarkasti koskemaan ainoastaan yleislääketieteen erikoisalaa ja ICD-10 tautiluokituksista valittiin tähän kehitystyöhön sopivat diagnosiryhmät. ICD-10 eli International Classification of Diseases on Maailman Terveysjärjestön WHO:n tautiluokitusjärjestelmä (Lönngist ym. 2011, 154). Aineisto rajattiin lisäksi koskemaan ainoastaan ensisijaisesti mielenterveysdiagnoosilla lääkärin vastaanotolla olleita potilaita. Aineisto koostui vuosien 2011 ja 2012 potilaskäynneistä.

Oberon-potilasjärjestelmästä tehdyn tiedonhaun rajauksen ICD-10 diagnosiryhmät:

F20-F29 Skitsofrenia, skitsotyyppinen häiriö ja harhaluuloisuushäiriöt

F30-F39 Mielialahäiriöt

F40-F48 Neuroottiset, stressiin liittyvät ja somatoformiset häiriöt

F50-F59 Fysiologisiin häiriöihin ja ruumiillisiin tekijöihin liittyvät käyttäytymisoireyhtymät

F60-F69 Aikuisiän persoonallisuus- ja käytöshäiriöt

F90-F98 Tavallisesti lapsuus- tai nuoruusiässä alkavat käytös- ja tunnehäiriöt

F99-F99 Määrittämätön mielenterveyden häiriö

Kolmantena aineistona oli havainnointi. Kyselyn ja haastattelun avulla saadaan tietoa siitä, mitä henkilöt ajattelevat, tuntevat tai uskovat. Näin selvitetään, kuinka he tulkitsevat ympäristöään. Havainnoinnin avulla voidaan selvittää, toimivatko ihmiset, kuten he sanovat toimivansa. Havainnointi on tutkimuksen teon perusmenetelmä. Sen avulla saadaan välittömästi tietoa yksilöiden ja ryhmien tai organisaatioiden toiminnasta. Havainnointi on hyvä tutkimusmenetelmä tilanteissa, joissa täytyy tutkia vuorovaikutusta tai jotka muuttuvat ennakoimattomasti ja nopeasti. Havainnoinnin toteuttaminen vaatii runsaasti aikaa. Havainnointi suoritettiin osallistuvan havainnoinnin täydellisen osallistumisen tasolla. Osallistuva havainnointi on yleensä kvalitatiivisen tutkimuksen menetelmä, ja tällaiset tutkimukset ovat yleensä kenttätutkimuksia. (Hirsjärvi ym. 2010, 212-216).

Valitsin havainnoinnin yhdeksi menetelmäksi saadakseni selville, kuinka käytännössä mielen-terveyspotilaan hoito tapahtuu yhteispäivystyksessä. Näin oli mahdollista saada tietoa asenteista ja osaamistasosta. Olen koulutukseltani psykiatrinen sairaanhoitaja ja akuutti- ja teho-

hoitosairaanhoitaja. Työkokemukseni on noin seitsemän vuotta, joista yli puolet on psykiatri-
sesta sairaanhoidosta ja loput päivystysluonteisesta työstä. Tähän osaamis- ja kokemustasoon
peilaten olen havainnoinut mielenterveyspotilaan hoitoa Jorvin yhteispäivystyksessä koko sen
ajan, mitä olen siellä ollut töissä, noin puolitoistavuotta.

3 Toimintajärjestelmän alkutilanteen kuvaus

Potilashoidon lähtökohdat ovat perustuslaissa. Perustuslain mukaan ihmiset ovat yhdenvertai-
sia lain edessä. Ketään ei saa asettaa eriarvoiseen asemaan ilman hyväksyttävää perustetta.
Jokaisella on oikeus elämään, vapauteen, koskemattomuuteen ja turvallisuuteen. Henkilökoh-
taista koskemattomuutta tai vapautta ei saa riistää mielivaltaisesti tai ilman lain perustetta.
Jokaisella on oikeus välttämättömään toimeentuloon ja huolenpitoon. Julkisen vallan on tur-
vattava jokaiselle sosiaali- ja terveystalvet sekä edistettävä väestön terveyttä. (Perustusla-
ki 11.6.1999/731.)

Mielenterveyslain mukaan mielenterveystyön tarkoituksena on edistää yksilön psyykkisen hy-
vinvoinnin, toimintakyvyn ja persoonallisuuden kasvua. Mielenterveystyön tehtäviin kuuluu
myös mielenterveyshäiriöiden ehkäiseminen ja hoitaminen lääketieteellisin perustein arvioi-
tavan sairauden perusteella. Väestön elinolosuhteita on kehitettävä niin, että ne ehkäisevät
mielenterveyshäiriöiden syntymistä, edistävät mielenterveystyötä ja palveluiden järjestämis-
tä. Mielenterveysongelmia potevalle potilaalle on hoidon ohella järjestettävä mahdollisuus
sosiaalitoimen tukipalveluihin. (Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116.)

3.1 Hoidon tarpeen arviointi, hoidon saatavuus ja pakkotoimet

Potilaan on saatava arkipäivisin virka-aikana yhteys terveyskeskukseen. Terveystenhuollon
ammattihenkilö tekee hoidontarpeen arvion viimeistään kolmen arkipäivän kuluessa yhtey-
denotosta. Potilaan hoito on aloitettava lääketieteellisesti ennakoitavissa olevan kehityksen
mukaisesti kohtuullisessa ajassa, kuitenkin enintään kolmen kuukauden sisällä. Perustervey-
denhuollon yhteydessä tapahtuvassa erikoissairaanhoidossa hoidon tarpeen arvio on aloitetta-
va kolmen viikon kuluessa lähetteen saapumisesta kulloiseenkin toimintayksikköön. Tämän
jälkeen hoito on aloitettava kolmen kuukauden sisällä, jos potilaan terveydentila ei vaarannu.
(Terveystenhuoltolaki 30.12.2010/1326.)

Sairaanhoitopiirin kuntayhtymän vastuulla on kiireellisen sekä lähetteeseen perustuvan hoidon
tarpeen arviointi ja hoito. Potilaan kiireetön hoito sairaalassa edellyttää lähetettä. Hoidon
tarpeen arvio, on aloitettava kolmen viikon sisällä lähetteen saapumisesta erikoissairaanhoi-
don yksikköön. Arvion perusteella on aloitettava hoito, kiireellisyys huomioiden kohtuullisessa

ajassa, kuitenkin viimeistään kuuden kuukauden kuluessa. Tämän jälkeen potilaan sairauden tai oireen hoito tapahtuu tarkoituksenmukaisimmassa paikassa. Jos potilas palautuu terveyskeskuksen asiakkaaksi, on terveyskeskukselle annettava tarpeelliset hoito-ohjeet. (Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326.)

Jos potilasta uhkaa äkillinen sairastuminen, vammautuminen, pitkäaikaissairauden vaikeutuminen tai toimintakyvyn aleneminen on hänen päästävä kiireelliseen sairaanhoitoon asuinpaikasta riippumatta. Kiireellinen sairaanhoito sisältää lisäksi suun terveydenhuollon, mielenterveys- ja päihdehoidonpalvelut sekä psykososiaalisen tuen. Kunnan tai sairaanhoitopiirin kuntayhtymän on järjestettävä ympärivuorokautinen päivystys kiireellisen sairaanhoidon vuoksi. Päivystyspisteessä on oltava riittävä osaaminen ja voimavarat potilasturvallisuuden toteutumiseksi. Yksiköiden sijainti, työnjako ja resurssit määrittävät terveydenhuollon järjestämissuunnitelmassa ja erikoissairaanhoidon järjestämissopimuksessa. Vieraspaikkakuntalaisten potilaiden jatkohoito voidaan järjestää kotikunnan jos potilasturvallisuus ei vaarannu ja tarvittavat resurssit on varmistettu. (Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326.)

Mielenterveyspalvelut on pyrittävä järjestämään avopalveluina ja niin, että ne tukevat itsenäistä hoitoon hakeutumista ja suoriutumista. Potilas voidaan kuitenkin määrätä mielenterveyslain mukaan tahdosta riippumattomaan hoitoon psykiatriseen sairaalaan, jos muut mielenterveyspalvelut eivät sovellu käytettäväksi tai ovat riittämättömiä. Tällöin hänet täytyy todeta mielisairaaksi, tai hän on jo todetun mielisairautensa vuoksi hoidontarpeessa ja hoidotta jääminen pahentaa hänen sairauttaan tai vaarantaa vakavasti hänen tai muiden henkilöiden terveyttä ja turvallisuutta. Hoitoon määräämisen edellytysten selvittämiseksi voidaan potilas ottaa tarkkailuun sairaalaan. Tarkkailuun lähettämisen tekee lääkäri tutkittuaan potilaan. Lääkäri tekee tarkkailulähetteen M1, mikä on voimassa kolme vuorokautta. (Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116.)

Tarkkailussa olevan potilaan on viimeistään neljäntenä päivänä saatava lääkäriltä kirjallinen tarkkailulausunto. Lausunnon tulee sisältää perustelut siitä, onko potilas hoitoon määräyksen alainen. Jos potilasta ei lausunnon mukaan voida määrätä hoitoon, on hänet poistettava sairaalasta hänen niin halutessaan. Ennen hoitoon määräämistä on potilaan mielipide kuultava. Alaikäisen kohdalla hänen vanhemmilleen tai huoltajilleen on varattava tilaisuus kuulemiseen suullisesti tai kirjallisesti. Hoitoon määräämispäätöksen M3 tekee psykiatrian erikoislääkäri. Päätös tehdään tarkkailulähetteen ja -lausunnon sekä sairaskertomuksen perusteella. Alaikäisen kohdalla päätös on alistettava hallinto-oikeuden vahvistettavaksi. (Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116.)

Psykiatrisessa sairaanhoidossa potilaan itsemääräämisoikeutta saa rajoittaa siinä määrin, kuin hänen sairautensa hoito tai hänen sekä muiden turvallisuus niin vaatii. Toimenpiteet on suori-

tettava niin, että ne ovat turvallisia ja ihmisarvoa kunnioittavia. Psykkistä ja ruumiillista sairautta on hoidettava potilaan kanssa yhteisymmärryksessä mahdollisuuksien mukaan. Psykokirurgisista tai muista koskemattomuuteen vakavasti tai peruuttamattomasti vaikuttavista toimenpiteistä pitää sopia kirjallisesti potilaan kanssa, jos kyseessä ei ole potilaan henkeä uhkaava tilanne. Hoitotoimenpiteiden suorittamisesta määrää hoitava lääkäri. (Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116.)

Potilaan liikkumista voidaan rajoittaa hoidon aikana. Häntä voidaan kieltää poistumasta sairaalan alueelta tai hoitoyksikön tiloista. Potilaan poistuttua sairaalasta ilman lupaa, tai jos hän ei palaa sairaalaan poistumisluvan saatuaan, hänet voidaan hakea takaisin. Ilman lupaa tapahtuvan poistumisen voi hoitohenkilökunta estää tarpeellisin voimakeinoin. Potilas voidaan eristää vastoin tahtoaan muista potilaista. Tällöin hänen täytyy olla käytökseltään uhkaava itseään tai muita kohtaan. Potilas voidaan eristää myös, jos hän käytöksellään vaikeuttaa muiden potilaiden hoitoa, tuhoaa omaisuutta, tai muusta hänen hoitoon liittyvästä painavasta syystä. Hoitohenkilökunta saa eristää tai sitoa potilaan lääkärin määräyksestä tai kiireellisessä tapauksessa ilman lääkärin määräystä. Tässä tapauksessa lääkäriä on informoitava välittömästi. (Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116.)

Potilaan rajoittaminen kiinni pitämällä, eristämällä tai sitomalla on lopetettava välittömästi, kun sen tarve väistyy. Hoitavan lääkärin on arvioitava potilaan tilaa niin usein, kuin potilaan terveydentila sitä vaatii. Potilaalle on määrättävä vastuuhoitaja. Hoitajan vastuulla on potilaan hoito ja huolenpito. Potilaalle on tarjottava mahdollisuus keskustella hoitohenkilökunnan kanssa. Sidotun tai eristetyn alaikäisen tilaa on seurattava niin, että hoitohenkilökunta on jatkuvassa näkö- ja kuulo yhteydessä häneen. Jos eristäminen on jatkunut yli 12 tuntia tai sitominen yli 8 tuntia, on siitä ilmoitettava potilaan edunvalvojalle tai lailliselle edustajalle. Aluehallintovirastolle on toimitettava ilmoitukset potilaiden eristämisistä ja sitomisista kahden viikon välein. (Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116.)

Potilaan hallussa olevat huumausaineet tai niiden käyttöön tarkoitetut välineet tai potilaan ja muiden turvallisuutta vaarantavat esineet voidaan ottaa hoitoyksikön haltuun. Myös potilaan varallisuutta voidaan ottaa potilaalta pois, jos hän todennäköisesti hävittäisi ne sairautensa vuoksi. Hoidon päätyttyä tai hoidon aikana lääkärin määräyksestä haltuun otetut tavarat voidaan luovuttaa potilaalle, mikäli niiden hallussa pitäminen ei ole ristiriidassa minkään toisen lain kanssa. Potilas, potilaan omaisuus ja hänen hallussaan olevat tilat voidaan tarkastaa, mikäli on syytä epäillä, että hänellä on hänen tai muiden hoitoa häiritseviä tai vaikeuttavia esineitä. Potilaalle osoitetut kirjeet ja lähetykset voidaan tarkastaa viestejä lukematta. Tarkastamisista päättää hoitava lääkäri. Tarkastamiset on tehtävä mahdollisuuksien mukaan potilaan läsnä ollessa. (Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116.)

Somaattisissa eli fyysisten sairauksien hoitoon keskittyvissä terveydenhuollon yksiköissä on runsaasti rauhattomia, sekavia ja väkivaltaisia potilaita, jotka aiheuttavat häiriöitä. Yksiköiden henkilökunta on joutunut turvautumaan potilaan, toisten potilaiden tai oman terveyden ja turvallisuuden vuoksi pakkotoimiin. Pakkokeinoina potilas on eristetty tai sidottu, hänen omaisuuttaan on otettu haltuun tai häntä on lääkitty vastoin tahtoa. Näiden rajoitustoimenpiteiden oikeutuksena vedotaan pakkotilaa tai hätävarjelua koskeviin rikoslain säännöksiin. Hoi-tohenkilökunnalla ei kuitenkaan ole potilaan itsemääräämisoikeuden rajoittamiseen oikeutta-va lainsäädäntöä ohjaamassa toimintaa. (Paunio & Tanttinen-Laakkonen 2010, 27.) Hätävar-jelu tarkoittaa aloitetun tai välittömästi uhkaavan oikeudettoman hyökkäyksen torjumiseksi tarkoitettujen puolustuskeinojen käyttämistä. Pakkotila taas tarkoittaa olosuhteita joissa on mahdollista tehdä rikollinen teko suuremman edun varjelemiseksi. (Rikoslaki 19.12.1889/39).

3.2 Lainsäädäntöön perustuva mielenterveyspalvelujärjestelmä

Mielenterveyspalveluiden järjestämisvastuu on kunnalla ja sairaanhoitopiirin kuntayhtymällä (Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116). Kunnan tehtävänä on järjestää asukkaidensa terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi tarpeellinen mielenterveystyö. Mielenterveyspalveluihin sisälty-vät ohjaus ja neuvontapalvelut, psykososiaalinen tuki ja mielenterveydenhäiriöiden tutkimuk-set, hoidot ja lääkinnälliset kuntoutukset. Nämä palvelut on järjestettävä toimivaksi kokonai-suudeksi sosiaalipalveluiden kanssa (Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326). Sosiaalityön pal-velut koostuvat ohjauksesta, neuvonnasta sekä sosiaalisten ongelmien selvittelystä. Sosiaali-työhön sisältyvät erilaiset tukipalvelut ja toimeentuloa edistävät keinot, jotka edistävät yksi-lön, perheen ja yhteisöjen turvallisuutta ja suoriutumista (Sosiaalihuoltolaki 17.9.1984/710).

Erikoissairaanhoidosta säädetään erikoissairaanhoitolaissa. Lain mukaan kuntalaisen on saata-va erikoissairaanhoidon palvelut terveydenhuoltolain mukaisesti (Erikoissairaanhoitolaki 1.12.1989/1062). Sairaanhoitopiirin kuntayhtymän vastuulla on erikoissairaanhoidon palvelut, ja niiden yhteensovittaminen kunnan perusterveydenhuollon kanssa väestön tarpeiden mukai-sesti. Sairaanhoitopiirin velvollisuutena on suunnitella ja kehittää erikoissairaanhoitoa niin, että se muodostaa perusterveydenhuollon kanssa toiminnallisen kokonaisuuden (Terveyden-huoltolaki 30.12.2010/1326).

Espoo, Kauniainen ja Kirkkonummi kuuluvat Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriin HUS. HUS on perustettu vuonna 2000 entisen Uudenmaan läänin alueelle. Kaikkiaan asukkaita alu-eella on noin 1,5 miljoonaa. HUS on jaettu viiteen sairaanhoitoalueeseen. Jorvin sairaala kuu-luu Vantaan Peijaksen sairaalan ja Helsingin sairaaloiden kanssa Helsingin yliopistollisen kes-kussairaalan sairaanhoitoalueeseen eli HYKS-sairaanhoitoalueeseen. Muita alueita ovat Hyvin-kään, Lohjan, Länsi-Uudenmaan ja Porvoon sairaanhoitoalueet. (Reissel ym. 2012, 34-35.)

Espoossa perusterveydenhuolto tarjoaa terveyskeskuksissa psykiatristen sairaanhoitajien ja psykologien vastaanottoa. Heidän tapaamiseensa voi varata ajan ilman lääkärin lähetettä. Ilman lähetettä voi hakeutua myös mielenterveys- ja päihdepalvelukeskus Emppuun. Empun toimintaan kuuluu erilaiset ryhmätoiminnot, kuntoutuskurssit ja yksilövastaanotot. Emppu tarjoaa myös päihdevieroitusta espoolaisille aikuisille. Päihdehuoltoa Empun lisäksi tarjoaa selviämishoitoasema ja A-klinikka. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2012, 10.) Mielenterveyskuntoutujille Espoo ylläpitää Aurorakotia. Aurorakodin osasto 1 on 26-paikkainen aikuispsykiatrisen kuntoutusosasto. Osastolla on henkilökuntaa ympäri vuorokauden. Hoitoon pääsyyn tarvitaan lääkärin lähete. Espoolla on myös palveluasuntoja täysi-ikäisille mielenterveyskuntoutujille. (Espoo 2012.)

Nuorisopoliklinikka Nupoli tarjoaa espoolaisille 13-22-vuotiaille nuorille ja heidän vanhemmilleen ohjausta ja apua erilaisissa elämän pulmatilanteissa. Nupolin kautta voi hakea apua mielenterveyteen, seksuaalisuuteen, päihteidenkäyttöön ja vapaa-ajan käyttöön liittyvissä asioissa. Nupoliin voi hakeutua ilman lähetettä ja käynnit poliklinikalla ovat maksuttomia. (Espoo 2011.)

Espoon sosiaali- ja kriisipäivystys palvelee Espoon ja Kauniaisten asukkaita ympäri vuorokauden ja kirkkonummelaisia lastensuojeluun liittyvissä asioissa virka-ajan ulkopuolella. Yksikön tehtävänä on olla jatkuvassa valmiudessa. Heidän tehtäviinsä kuuluu myös järjestää psykososiaalinen tuki toiminta-alueellaan suuronnettomuuksien sattuessa. Tukimuotoja ovat henkinen tuki, kriisiapu ja sosiaalityön palvelut. Sosiaali- ja kriisipäivystys tapaa asiakkaita toimistollaan, poliisilaitoksella ja sosiaali- ja terveydenhuollon toimipisteissä. Yksikön työntekijät tekevät myös kotikäyntejä. Henkilökuntaan kuuluu johtavan sosiaalityöntekijän lisäksi 16 sosiaalityöntekijää ja seitsemän psykiatrista sairaanhoitajaa. (Espoon sosiaali- ja terveyslautakunta 2012.)

Kauniaisten mielenterveys- ja päihdepalveluihin kuuluvat terveyskeskuksessa toimiva psykiatrisen sairaanhoitaja, psykologi ja AA-ryhmä. Kauniaislaisten palveluihin kuuluu myös kriisiryhmä psykologin johtamana. Kunnan sosiaalitoimi ja Espoon A-klinikka ovat järjestäneet Kauniaisten päihdeongelmien hoidon. Mielenterveyspotilaiden asumispalvelut ja päihdeongelmien laitoshoidon on ostettu yksityisiltä palveluntuottajilta. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2012, 11.) Kunnan tarjoamien palveluiden lisäksi Kauniainen ostaa nuorisopalveluita A-klinikan Espoon nuorisoasemalta 13-28-vuotiaille. (Espoon nuorisoasema 2009, 1).

Kirkkonummella perustason mielenterveys- ja päihdepalvelut ovat kunnan perusturvan alaista toimintaa. Yli 25-vuotiaiden mielenterveyspalveluissa työskentelee psykologi ja kaksi psykiatrista sairaanhoitajaa. Kirkkonummella on myös päivätoimintaa tarjoava päiväkeskus Ankkuri henkilökuntineen. Mielenterveyspotilaiden asumispalvelut kunta ostaa yksityisiltä palvelun-

tuottajilta. Päihdepalveluita tuottaa A-klinikka sekä vieroitus- ja laitoshoidtoa kuntoutuskeskus Nissniku. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2012, 11.) Kunnalla on oma Nuorten hyvinvointiasema. Palveluiden piiriin voivat hakeutua 13-25-vuotiaat kirkkonummelaiset. Palvelu on heille maksutonta ja vapaaehtoista. Hyvinvointiasemalla työskentelee psykologi, sosiaaliohjaaja ja terveydenhoitaja. Hyvinvointiasemalla tarjotaan apua ihmishuone-, päihde ja elämäntilanteongelmiin sekä erilaisiin mielenterveysongelmiin. (Nuorten hyvinvointiasema.)

A-klinikkasäätiö on vuonna 1955 perustettu Suomen suurin päihdealan organisaatio. Sen tehtävänä on ehkäistä ja vähentää päihdeongelmia sekä hoitaa päihteiden käyttäjiä. Säätiön toimipisteet tarjoavat asiantuntija-apua erilaisiin päihdeongelmiin niin päihteidenkäyttäjille kuin heidän omaisillekin. Espoossa A-klinikka tarjoaa päihteiden käytön katkaisuhoidtoa ja opioidi-korvaushoidtoa. Lisäksi A-klinikka ylläpitää terveysneuvontapiste Vinkkiä ja Espoon Nuorisoseuraa. Nuorisoseuran kohderyhmä on erilaisista riippuvuuksista kärsivät alle 25-vuotiaat ja heidän omaisensa. (A-klinikkasäätiö vuosikertomus 2011, 4,14,20,23.)

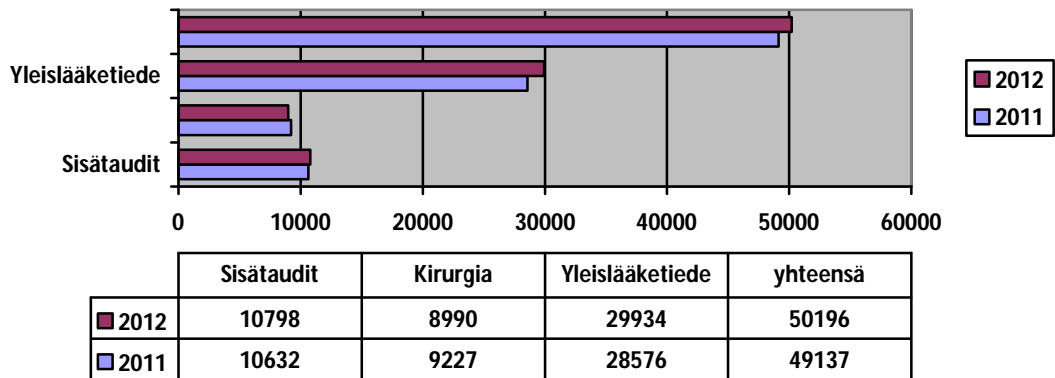
Psykiatrasta erikoissairaanhoidtoa Espoolle, Kirkkonummelle ja Kauniaisille tuottaa HYKS Psykiatrian tulosyksikön Jorvin psykiatrian klinikaryhmä. Aikuisten sairaalahoito toteutuu Jorvin ja HYKS Psykiatriakeskuksen sairaaloissa (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2012, 3). Psykiatrian yksikön tehtävä on järjestää tarpeenmukainen hoitoon pääsy vuorokaudenajasta riippumatta. Jorvin klinikaryhmään kuuluu kolme klinikkaa. Nämä jakaantuvat psykoosi- ja mielialahäiriöklinikaksi ja akuuttipsykiatrian klinikaksi. Psykoosiklinikan alaisuudessa on Jorvin sairaalassa kaksi suljettua 15-paikkaista vuodeosastoa P1 ja P4. Jorvin sairaalan yhteydessä on myös varhaispsykoosipoliklinikka. Muut poliklinikat sijaitsevat Matinkylässä ja Leppävaarassa. Mielialahäiriöklinikalla on Jorvin sairaalassa yksi suljettu 15-paikkainen osasto P2. Poliklinikat sijaitsevat Leppävaarassa ja Matinkylässä. Leppävaarassa on lisäksi mielialahäiriöklinikan päiväosasto. Akuuttipsykiatrian klinikan osasto P3 on myös suljettu ja 15-paikkainen. Heidän poliklinikkansa sijaitsevat Jorvin sairaalassa ja Matinkylässä. Vanhusten psykiatriset sairaalapalvelut ovat ainoastaan HYKS psykiatriakeskuksessa. Yhteensä Jorvin sairaalassa on siis 57 vuodepaikkaa mielenterveysongelmista kärsiville potilaille.

Jorvin vaikutusalueen nuorten sairaalapalvelut on siirretty HYKS Psykiatriakeskuksen vuodeosastoille B1-B4. Heille kuitenkin tarjotaan psykiatrasta erikoissairaanhoidtoa avohoidon palveluina Espoon alueella. Nuorille hoitoa antavat TAK eli tutkimus-, arviointi- ja kriisipoliklinikka, intensiivisen avohoidon klinikka ja Nuorisopsykiatrian poliklinikka Leppävaarassa ja Espoonlahdessa. Lisäksi nuoria palvelee Kuntoutuskoti Miilu. Kuntoutuskoti Miilussa on neljä ympärivuorokautista paikkaa kodinomaisessa ympäristössä nuorisopsykiatrian poliklinikan nuorille.

3.3 Jorvin sairaalan yhteispäivystys

Päivystysaikana kello 16-08 potilailla on mahdollisuus hakeutua ympärivuorokautiseen yleislääketieteen päivystykseen. Helsinki, Espoo, Vantaa ja Kauniainen ovat tehneet keskinäisen sopimuksen, minkä mukaan kuntalaiset voivat hakeutua yleislääketieteen päivystykseen hoitoon yli kuntarajojen. Jorvin sairaalassa toimivassa päivystyksessä hoidetaan edellä mainitun sopimuksen lisäksi myös kirkkonummelaisia potilaita yöaikaan kello 22-08. Jorvin päivystyksen yhteydessä toimii myös Espoon ja Kauniaisten sosiaali- ja kriisipäivystys. (Reissel ym. 2012, 35-36.)

HYKS-sairaanhoitopiirin Jorvin sairaalan yhteispäivystyksessä hoidetaan vuosittain noin 50 000 yli 16-vuotiasta potilasta (Taulukko 1.).



Taulukko 1. Jorvin yhteispäivystyksen potilasmäärät vuosina 2011-2012 Oberonpotilasjärjestelmän mukaan

Sairaalan päivystys koostuu sisätautien, kirurgian ja yleislääketieteen päivystyksistä. Kaikilla erikoisaloilla on mahdollisuus tutkia ja hoitaa potilaita vuodepaikoilla ja odotustiloissa. Yleislääketieteen potilaita hoitaa myös päivystävä sairaanhoitaja. Erikoissairaanhoitoon tarvitaan toisen terveydenhuollonyksikön lääkärin lähete. Hoitoon on mahdollista päästä myös, jos potilaan tilanne vaatii nopeaa päivystyksellistä puuttumista. Erikoissairaanhoitoon voi päästä siis ilman lähetettä. Potilaat tulevat sairaalaan ympäri vuorokauden ambulanssilla tai itsenäisesti. Potilaan ohjaaminen oikealle erikoisalalle tapahtuu ambulansseja vastaanottavan vuorovastaavan tai itsenäisesti sairaalan saapuvien potilaiden kiireellisyysluokittelusta vastaavan hoitajan toimesta. Poikkeuksena on yleislääketieteen päivystykseen pyrkivien kiireetöntä hoitoa tarvitsevien potilaiden ohjaus omalle terveysasemalla kello 08-16 välisenä aikana.

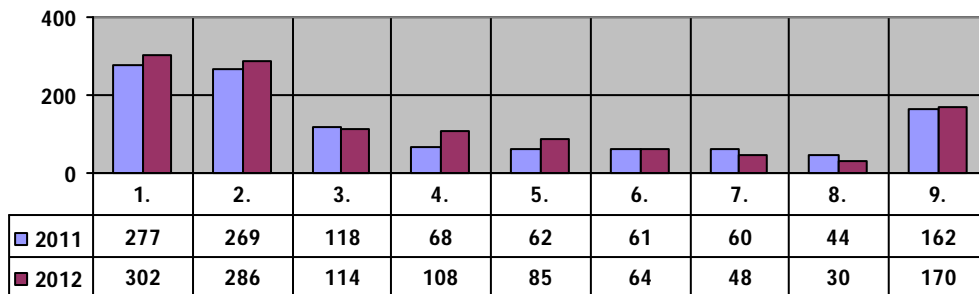
Yhteispäivystyksen kapasiteetti on sisätautien päivystyksessä 17 vuodepaikkaa, joista kolme on kriittisesti sairaan potilaan hoitoon tarkoitettua valvontapaikkaa ja kuusi tarkan seurannan

mahdollistavaa vuodepaikkaa. Lopuilla paikoista ei välttämättä ole seurantamonitoria tai lisähappipistettä. Vuoteet voivat myös olla sellaisessa paikassa, mihin hoitajien kansliasta ei ole näkyvyyttä. Kirurgisen päivystyksen 14 paikasta kolme on valvontapaikkaa ja kaksi tarkan seurannan mahdollistavaa paikkaa. Näkyvyys muille paikoille on heikko. Kaikilla paikoilla ei ole monitoriseurantaa tai happipistettä. Yleislääketieteen päivystyksessä on 11 vuodepaikkaa, joista neljä on tarkemman seurannan paikkoja. Muut paikat ovat katvealueilla. Ainoastaan yhdellä paikalla ei ole mahdollisuutta monitorointiin tai lisähappeen. Lisäksi kaksi näistä paikoista on erillisessä huoneessa, missä on mahdollisuus hoitaa esimerkiksi eristystä vaativia potilaita. Tässä huoneessa on videovalvonta. Yhteispäivystyksen kokonaiskapasiteetti on noin 42 vuodepaikkaa. Odotustiloissa istuvia potilaita voi olla käytännössä rajaton määrä. Päivystyksellä on käytössä lisäksi neuvotteluhuone ”neukkari”, missä on pöytä ja muutama tuoli. Tämän huone toimii mielenterveyspotilaiden odotustilana. Huoneessa pidetään myös mielenterveyspotilaiden hoitoneuvotteluita.

Hoitohenkilökuntaa työskentelee vuorokaudenajasta riippuen sisätautien ja kirurgian potilastarkkailuissa kolmesta neljään kappaletta. Yleislääketieteen tarkkailussa on aina kolme hoitajaa. Näiden lisäksi kello 16 jälkeen päivystyksessä on päivystävä sairaanhoitaja ja toimenpiteenhoitaja. Potilaiden vastaanottamisesta sairaalaan huolehtivat vuorovastaava ja triage- eli kiireellisyysluokittelusta vastaavat hoitajat. Yhteensä hoitohenkilökuntaa on paikalla 12-16 kappaletta.

3.4 Yleisimmät mielenterveyshäiriöt Jorvin yhteispäivystyksessä

Jorvin sairaalan yhteispäivystyksen yleislääketieteen päivystyksessä hoidettavien mielenterveyspotilaiden määrä on Oberon-potilastietojärjestelmän tilastojen mukaan kasvussa. Hoidettavien potilaiden sairauksien kirjo on laaja. Taulukkoon kaksi on rajattu yli 40 käyntiä yhteispäivystyksessä vaatineet diagnoosiryhmät. Taulukon kohta yhdeksän eli muut ovat harvemmin yhteispäivystyksessä tavattuja ryhmiä tai yksittäisiä tapauksia. Yhteenlaskettuna kohdan yhdeksän tapausten määrä on suuri, mutta suhteutettuna kokonaisuuteen määrät olivat suhteellisen merkityksettömiä. Tässä tutkimuksessa käytettävät potilaskäynnit ovat yleislääketieteen vastaanotolla käyneet potilaat, joilla oli pelkästään mielenterveysongelmia. Jorvin yhteispäivystyksen yleislääketieteen päivystyksessä oli vuonna 2011 mielenterveysyistä johtuvia potilaskäyntejä 1121. Vuonna 2012 käyntimäärä oli 1220. Potilaskäynnit nousivat vuodessa siis lähes 9 prosenttia. Todelliset lukumäärät mielenterveyspotilaiden käynneistä saadaan, kun mainittuihin lukuihin lisätään itsetuhoisessa tarkoituksessa itseään vahingoittaneet potilaat. Tällaisia ovat esimerkiksi myrkytyspotilaat tai itseään muuten satuttaneet potilaat. Huomioon on otettava myös muista somaattisista syistä tutkittavana olevat potilaat, joilla on mielenterveysongelma.



1. Masennus
2. Ahdistuneisuushäiriöt
3. Skitsofrenia
4. Kaksisuuntainen mielialahäiriö
5. Määrittelemättömät mielenterveyden häiriöt
6. Määrittämätön ei-elimellinen psykoottinen häiriö
7. Reaktiot vaikeaan stressiin ja sopeutumishäiriöt
8. Skitsoaffektiiviset häiriöt
9. Muut yksittäiset ryhmät

Taulukko 2. Yleisimmät mielenterveyshäiriöt Jorvin yhteispäivystyksen yleislääketieteen päivystyksessä

Masennus

Käsitettä masennus käytetään monissa merkityksissä. Masennus voi kuvata masentunutta tunnetilaa, mielialaa tai masennusoireyhtymää. Masentunut tunnetila on normaali tunne-elämän reaktio. Se voi liittyä menetyksen tai pettymyksen kokemuksiin. Masentunut mieliala on taas pysyvämmäksi muuttunut tunnetila. Mieliala voi olla matala pitkiä aikoja, jopa vuosia. Masennusoireyhtymä on mielenterveyden häiriö. Siinä potilaan oirekuva on vaikea ja toimintakyky selkeästi laskenut. Masennushäiriöön sairastumisen riskitekijöitä ovat perinnölliset ja altistavat persoonallisuuden haavoittuvuudet ja piirteet sekä ajankohtaiset kuormittavat muutokset elämässä. Masennushäiriöt on kansanterveydellisesti merkittävin mielenterveyden häiriö. Masennushäiriöt ovat yleisiä kautta väestön. Ne aiheuttavat suurta hoidon tarvetta ja laskevat potilaan toiminta- ja työkykyä. Masennushäiriöihin liittyy merkittävä itsetuhokäyttämisen riski. (Isometsä 2011b, 154.)

Masennustilalla on 10 tyypillistä oiretta. Potilaan tunnetila on jatkuvasti matala ja alavireinen. Lievissä tapauksissa mielenkiinnon kohdistaminen esimerkiksi sosiaaliseen vuorovaikutukseen ja toimintaan voi helpottaa ja syrjäyttää masentuneen mielialan. Mitä syvempi masennuksen tila on, sitä vaikeampi potilaan on kohdentaa huomiotaan muihin asioihin. Potilaan

mielihyvän kokemus on häiriintynyt ja hän kokee mielihyvän kokemuksen tunteen vaimentuneen tai kadonneen kokonaan. Potilas voi kokea olonsa uupuneeksi. Pienienkin asioiden teko voi tuntua raskaalta ja psyykinen aktiivisuus vaatii runsaasti voimia. Hänen ruokahalunsa usein katoaa, mutta toisaalta tilaan voi liittyä myös selvästi kasvanut ruokahalun määrä. Potilaan itseluottamus ja itsearvostus ovat alentuneet. Potilas voi kokea olevansa vailla ihmisarvoa ja hänellä voi olla kohtuuttomasti syyllisyyden tuntoa ja kritiikkiä itseään kohtaan. Hänen keskittymiskykynsä on alentunut, joten arkistenkin päätösten teko on vaikeaa. Potilas voi kärsiä psykomotorisesta hidastuneisuudesta. Hän voi olla jähmeä sekä hidas ja äärimmäisessä muodossa täysin pysähtynyt. Toisaalta potilas voi olla psykomotorisesti kiihtynyt. Tällöin potilas voi olla levoton ja hänellä voi olla pakonomaista kävelyä ja tuskaista huokailua. Näiden vaikeiden ja raskaiden oireiden lisäksi potilas voi olla itsetuhoinen ja hänellä on kuolemaan ja itsemurhaan liittyviä ajatuksia. Usein vaikean masennusjakson aikana potilas yrittää itsemurhaa tai suunnittelee sen tekemistä. (Isometsä 2011b, 156.)

Masennusoireyhtymän diagnoosi tehdään masennustilan vaikeusasteen mukaisesti. Ne jaetaan lieviin, keskivaikeisiin, vaikeisiin ja psykoottisiin masennustiloihin. Masennustilan vaikeusaste kuvaa hyvin myös siihen liittyvän toimintakyvyn laskua. Lievässä masennustilassa potilaan toimintakyky on alentunut. Hän kykenee käymään töissä, mutta tämä vaatii häneltä tavallista enemmän ponnistelua. Keskivaikeassa masennustilassa työ- ja toimintakyky on selvästi alentunut. Potilas tarvitsee tällöin useasti sairauslomaa. Vaikeassa ja psykoottisessa masennuksessa potilaan toimintakyky on romahtanut. Hän tarvitsee jatkuvaa seurantaa ja usein sairaalahoitoa. (Isometsä. 2011b, 156.)

Psykoosit

Aistiharhat ja harhaluulot ovat psykoottisia oireita. Psykoottiset oireet voivat ilmetä myös ajatuksen ja puheen hajanaisuutena sekä outona käytöksenä. Psykoottisen ihmisen arvio todellisuudesta poikkeaa muista ihmisistä. Osa psykooseista on akuutteja ja nopeasti ohi meneviä. Tällainen psykoosi voi ilmetä esimerkiksi synnytyksen jälkeen tai se voi olla seurausta ruumiillisesta sairaudesta tai sen hoidosta. Päihteiden kuten alkoholin, kannabiksen ja amfetamiinin käyttäminen lisää riskiä sairastua psykoosiin. Psykoosisairaudet ovat oireyhtymiä, joissa oireilla on riittävä ajallinen kesto ja ne täyttävät sovitut diagnosikriteerit. (Lönngist & Suvisaari 2011, 134-135.)

Skitsofrenia on psykoosisairaus, joka alkaa yleensä nuorella iällä. Suomalaisista noin yksi prosentti sairastuu skitsofreniaan. Skitsofrenia on vakava mielenterveyden häiriö ja se vaikuttaa haitallisesti potilaan kognitiivisiin ja emotionaalisiin toimintoihin. Skitsofrenian puhkeamiseen vaikuttavat perimä ja ympäristötekijät sekä jo sikiökehityksen aikana alkanut aivojen kehityksen häiriö. Skitsofrenian oireisiin kuuluvat erilaiset harhaluulot ja aistiharhat, puheen ja käyt-

täytymisen muutokset sekä tunneilmaisun latistuminen. Sairauden kulkuun vaikuttavat potilaan sairauden yksilöllinen luonne, kognitiiviset oireet, hoito ja potilaan hoitomotiiviatio sekä perheen ja ympäristön tuki. Sairaudelle tyypillistä ovat toistuvat psykoosijaksot ja jatkuva psykoosilääkehoito. (Isohanni, Suvisaari, Koponen, Kiesepää & Lönnquist 2011, 70.)

Skitsofrenian piirteet vaihtelevat ja ne voivat muuttua samallakin potilaalla. Potilaalla on havaintokykyyn, ajatustoimintaan, käyttäytymiseen ja tunne-elämään liittyviä vaikeuksia. Potilas voi kokea ongelmia ihmissuhteissa, opinnoissa tai työssä sekä itsestään tai toisista huolehtimisessa. Potilaan toimintakyky yleensä taantuu ennen sairastumista edeltäneen tason alle. Jos potilas sairastuu lapsena tai nuorena, ei hänen toimintakykynsä yllä odotettuun tasoon. Skitsofreniaan sairastuminen on yleensä hidas prosessi. Sairastumiseen voi liittyä prodromaali- eli esioireita jopa vuosia ennen psykoosioireiden syntyä. Skitsofrenian ensimmäisiä oireita ovat huolestuneisuus, ahdistuneisuus, mielialan laskeminen, keskittymisvaikeudet, energian vähyys, uni vaikeudet ja eristyneisyys. Psykoottisten kaltaisia oireita ovat aistihairahdukset ja epäluuloisuus. Näitä oireita esiintyy lähempänä psykoosiin sairastumista. (Isohanni ym. 2011, 74-75, 78.)

Skitsofrenian oireet on jaoteltu positiivisiin, negatiivisiin ja hajanaisiin oireisiin. Positiivisiin oireisiin luetaan aistiharhat ja harhaluulot. Aistiharhat eli hallusinaatiot ovat ilman ulkoista ärsykettä tapahtuvia aistimuksia kuulo-, näkö-, tunto-, haju- tai makuaistissa. Näiden oireiden ilmaantuessa potilaalla on vaikeuksia erottaa toisistaan todellisuus ja aistiharhat. Skitsofrenian yleisin aistiharha on kuuloharha. Ne voivat olla yksittäisiä sanoja, fraaseja tai kokonaisia lauseita. Kuuloharhan sisältö on potilasta loukkaavaa, uhkailevaa tai syyttelevää puhetta. Potilaan ajattelu ja käytös voi vaikeutua kuuloharjojen vuoksi. Potilas voi naureskella äänille tai keskustella niiden kanssa. Kuuloharhat ovat erityisen vaarallisia silloin, kun potilas noudattaa niiden välityksellä saamiaan käskyjä. Skitsofreniaan liittyy myös näköharjoja. Tunto-, haju- tai makuaistiharhat ovat harvinaisia ja niiden ilmaantuminen ilman kuuloharjoja tai harhaluuloja voivat olla merkinä jollekin elimelliselle syyllä. (Isohanni ym. 2011, 76.)

Harhaluulot ovat uskomuksia, jotka liittyvät potilaan virheellisesti tulkitsemiin havaintoihin tai kokemuksiin. Harhaluuloinen potilas pitää kiinni uskomuksestaan, vaikka se olisi todistettavasti virheellinen. Yleinen harhaluulo skitsofreenikolla on oman tahdon riistäminen. Potilas kokee, että jokin ulkopuolinen voima hallitsee häntä. Hän voi kuvata vieraiden ajatusten laittavan hänen päähänsä ja muiden ihmisten voivan lukea hänen ajatuksiaan. Hän voi kokea, että häntä vainotaan ja vakoillaan tai mediassa viitataan juuri häneen tai hän saa viestejä sen kautta. (Isohanni ym. 2011, 76.)

Negatiivisia oireita ovat puheen köyhtyminen, tahdottomuus, kyvyttömyys kokea mielihyvää ja tunneilmaisun latistuminen. Puheen köyhtyminen eli alogia tarkoittaa spontaanin puheen

vähäisyyttä tai puuttumista. Potilas voi vastata kysymyksiin lyhyesti tai yksisanaisesti tai puhe voi sisältää vähän tietoa useista sanoista huolimatta. Puheen puuttuminen voi olla merkki kognitiivisista vaikeuksista. Potilas voi kuvata ajatustensa puuttuvan täysin. Puheen köyhyys voi johtua myös aistiharhoista. Tällöin potilas ei saa ajatuksiaan koottua lauseiksi. Potilaat saattavat kärsiä myös tahdottomuudesta eli spontaanin aktiivisuuden ja toiminnan puuttumisesta. Potilaan on tällöin hankala aloittaa ja ylläpitää toimintaa. Tahdottomuus voi vaikeuttaa päivittäisistä askareista kuten pukemisesta ja itsestään huolehtimisesta selviytymistä. Anhedonia eli kyvyttömyys kokea mielihyvää ja tunnelmaisun latistuminen ovat tunne-elämän häiriöitä. Anhedoniaan liittyy mielihyvän kokemuksen puuttumisen lisäksi vaikeudet kiinnostua asioista ja toimista sekä sosiaalisista suhteista. Usein nämä toiminnot puuttuvat kokonaan. Tunnelmaisun latistuminen on yleinen oire skitsofrenikolla. Potilaalla on vaikeuksia ilmaista tunteita kasvonilmeillä, eleillä, äänensävyllä tai katseella. Osa potilaista kokee täydellistä tyhjyyttä ilman tunteita. (Isohanni ym. 2011, 77-78.)

Osalla potilaista voi olla tilanteeseen sopimatonta tunnelmaisua, mutta myös tunnetilojen epävakautta, mikä voi ilmetä odottamattomana itkuna, nauruna tai aggressiivisuutena. Näiden oireiden lisäksi hajanaisten oireiden ryhmään luetaan myös hajanaisen puheen ja käytöksen oireet. Potilaan ajatusrakenne ja sisältö voivat olla häiriintyneet, joten hänen on vaikea ylläpitää loogista ajattelua. Potilaan puhe voi muuttua kuulijalle sekavaksi ja potilaan on vaikea kohdistaa ajatuksiaan tiettyyn päämäärään. Potilas voi keksiä omia sanoja ja assosiaatioita. Skitsofreniaa sairastava potilas saattaa käyttäytyä oudosti julkisilla paikoilla. Hän voi pukeutua poikkeavasti ja mumista itsekseen tai ilman ulkopuolista syytä muuttua kiihtyneeksi. (Isohanni ym. 2011, 77-78.)

Kognitiiviset toimintahäiriöt ovat tiedon prosessoinnin häiriöitä. Näitä oireita on havaittavissa ennen psykoosioireita. Niiden eteneminen ei ole riippuvainen aistiharha- ja harhaluulo- oireista. Kognitiivisia toimintahäiriöitä ovat muistin, keskittymisen ja tarkkaavaisuuden sekä toiminnanohjauksen häiriöt. Näiden ongelmien vuoksi potilaan oppimis- ja päätöksentekokyky heikentyy. Potilas voi olla sairaudentunnoton, joten hoitoon hakeutuminen ja hoidon toteuttaminen vaikeutuvat. (Isohanni ym. 2011, 78.)

Skitsoaffektiivinen häiriö on skitsofrenian ja kaksisuuntaisen mielialahäiriön tapainen sairaus. Se sijoittuu näiden välimaastoon. Skitsoaffektiivisestä häiriöstä kärsivällä potilaalla on toistuvasti mielialahäiriöjaksoja ja psykoosijaksoja. Erotusdiagnostisesti sitä on vaikea erottaa skitsofreniasta, kaksisuuntaisesta mielialahäiriöstä tai psykoottisesta masennuksesta. Skitsoaffektiivisen häiriön diagnoosi vahvistuu usein monen häiriöjakson jälkeen. (Lönnqist & Suvisaari 2011, 138-139.)

Kaksisuuntainen mielialahäiriö

Kaksisuuntainen mielialahäiriö alkaa yleensä nuorena tai aikaisessa aikuisiässä. Kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä potilaan mieliala vaihtelee maanisen, depressiivisen ja sekamuotoisten jaksojen välillä. Sairaus on vahvasti perinnöllinen. Noin 60-90% perii sairauden vanhemmiltaan. Sairaudesta kärsivillä potilailla on korkea itsemurhavaara. Itsetuhoisen käytöksen riski liittyy erityisesti sekamuotoisiin ja masennuskausiin. Sairauden hoidossa lääkehoito on keskeisin hoitomuoto. Yleisimmin käytetään mielialaa tasaavia ja psykoosilääkkeitä. Tavallisten masennuslääkkeiden käytöstä ei ole mainittavaa hyötyä. Lääkehoidon lisäksi hoidon tavoitteena on lisätä hoitomyönteisyyttä ja tietoa sairaudesta. Näin potilas voi oppia tunnistamaan jaksojen vaihtelut ja sopeutua elämään sairauden kanssa. Kokonaistavoitteena on sairausjaksojen ehkäiseminen. (Isometsä 2011a, 194.)

Sairaus jaetaan kahteen päätyyppiin. Tyypissä yksi on maanisia sekä masennus- ja sekamuotoisia jaksoja. Tyypissä kaksi ainoastaan hypomaanisia ja masennusjaksoja, ei koskaan maanisia jaksoja. Hypomania on jakso, jossa potilaan mieliala, toimeliaisuus ja energisyys ovat selkeästi kohonneet. Potilaan toimintakyky pysyy kohtuullisella tasolla. Hypomania todetaan, jos oireet jatkuvat vähintään neljä vuorokautta. Oireet eivät saa liittyä päihteiden käyttöön tai erilaisiin tapahtumiin tai tilanteisiin, vaan eroavat potilaan yleisestä mielentilasta. Hypomanialla on seitsemän oiretta. Potilaan toimeliaisuus ja fyysinen rauhattomuus lisääntyy, ja potilas saattaa aloittaa suuren määrän erilaisia projekteja ja aktiviteetteja. Potilaalla syntyy uusia ajatuksia nopeasti ja hän puhuu vuolaasti ja usein dominoi keskusteluita. Hänen keskittymiskykynsä on häiriintynyt ja unen tarve vähentynyt. Potilaalla voi olla lisääntynyttä seksuaalista kiinnostusta. Hän ei myöskään havaitse sosiaalisen elämän rajoituksia, vaan voi olla erittäin seurallinen ja tuttavallinen. Hypomaniassa potilaan taloudenhoito häiriintyy. Hänen rahankäyttönsä voi olla impulsiivista ja hän ottaa suuria riskejä seurauksia huomioimatta. (Isometsä 2011a, 196.)

Manian oireet ovat samankaltaisia hypomanian kanssa. Maniassa oireet ovat merkittävästi voimakkaampia ja aiheuttavat toimintakyvyn alenemista ja voimakasta sosiaalista haittaa. Manian hoito tapahtuu usein sairaalassa. Maniaan voi liittyä myös psykoottisia oireita. Potilaalla voi olla harhaluuloja ja aistiharhoja. Potilas voi luulla olevansa esimerkiksi merkittävän keksinnön tekijä tai julkisuuden henkilö. Psykoottinen mania voi muuttua sekavuustilaksi. Tällöin potilas on äärettömän kiihtynyt ja sekava. Maaninen sekavuustila vaatii välitöntä sairaalahoitoa. Hoitamattomana siihen liittyy merkittävä kuolleisuus. (Isometsä 2011a, 197-198.)

Sekamuotoisen jakson aikana potilaalla oireet voivat vaihdella nopeasti masennuksen ja maanisuuden välillä. Ne voivat esiintyä myös yhtä aikaa tehden sekamuotoisesta jaksosta hyvin

monimuotoisen. Potilaat kokevat sekamuotoisen jakson rajut mielialavaihtelut tuskallisina ja tähän vaiheeseen liittyy korkea itsetuhoisen käytöksen vaara. (Isometsä 2011a, 200-201.)

Ahdistuneisuushäiriöt

Ahdistuneisuus on potilaan sisäisen jännityksen, levottomuuden, kauhun tai paniikin tunne. Ahdistuneisuutta voi kuvata pelon kaltaiseksi tunnetilaksi, johon ei liity vaaraa. Mielen terveydenhäiriöstä voidaan puhua, kun nämä sinänsä normaalit arkielämään kuuluvat tunteet muuttuvat voimakkaiksi, pitkäkestoisiksi sekä psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä alentavaksi. Ahdistuneisuushäiriössä potilaan autonominen hermosto aktivoituu kohdatessaan ahdistuneisuuskokemuksen. Potilas alkaa välttää tilanteita, joissa on kohtauksen mahdollisuus. Ahdistuneisuushäiriöt ovat kansanterveydellisesti merkittävä mielen terveydenhäiriö. (Isometsä 2011c, 218-219.)

Yleistynyt ahdistuneisuus on tavallisimmin 20 ikävuoden kohdalla alkava pitkäkestoinen ahdistuneisuushäiriö. Väestöstä siitä kärsii noin 1,2-6,7 prosenttia. Yleistynyt ahdistuneisuushäiriö esiintyy yleensä yhdessä muiden ahdistuneisuushäiriöiden ja masennuksen kanssa. Potilas kokee liiallista huolestuneisuutta eri asioihin kuten terveydentilaan ja taloudellinen asemaan liittyen. Hänen epävarmuuden sietokykynsä on huono ja hänellä on välttämiskäyttäytymistä. Yleisessä ahdistuneisuushäiriössä ahdistuneisuus ei ole kohtauksittaista kuten paniikkihäiriössä. Ahdistus ei myöskään liity esiintymiseen tai sosiaalisiin tilanteisiin kuten sosiaalisten tilanteiden pelossa. Yleistynyt ahdistuneisuus heikentää toimintakykyä ja aiheuttaa runsaasti somaattisten ja psykiatristen selvittelyiden ja hoidon tarvetta. (Koponen 2011, 244-245.)

Paniikkihäiriön keskeinen piirre on toistuvien paniikkikohtausten kokeminen. Paniikkikohtaus on voimakas ja äkillinen ahdistuksen, pelon tai pakokauhun tunne. Paniikkikohtaus alkaa nopeasti ja sen kesto on yleensä minuuteista puoleen tuntiin. Paniikkikohtaukset voivat liittyä ulkoisiin tapahtumiin. Odottamattomat paniikkikohtaukset syntyvät ilman mitään havaittavaa tekijää ja tilannesidonnaiset kohtaukset liittyvät tiettyyn toimintaan. (Isometsä 2011c, 220.)

Reaktiot vaikeaan stressiin ja sopeutumishäiriöt

Elämässä tapahtuvat traumaattiset ja kuormittavat asiat voivat johtaa monenlaisiin mielen terveyden häiriöihin. Niillä voi olla voimakas vaikutus jo ennestään sairastettuun mielen terveyden häiriöön. Jokainen voi ylläpitää omaa psyykkistä terveyttään omaksumillaan keinoilla. Kun psyykinen tasapaino järkkyy ja omaksutut keinot ylläpitää mielen terveyttä eivät riitä tasapainon palauttamiseen, syntyy psyykinen kriisi. Psyykkiselle kriisille ominaista on tulevaisuuden ennakoitavuuden häiriintyminen. Potilas voi olla ahdistunut, motorisesti levoton, ärtyisä ja kärsiä unettomuudesta. Usein potilaalla on myös ruumiillisia oireita. Oireiden pitkit-

tyessä ne voivat johtaa mielialahäiriöjaksoon, ahdistuneisuushäiriöön tai päihteiden käyttöön. Potilaalla voi olla myös psykoottisia oireita. (Henriksson & Lönnqvist 2011, 257-258.)

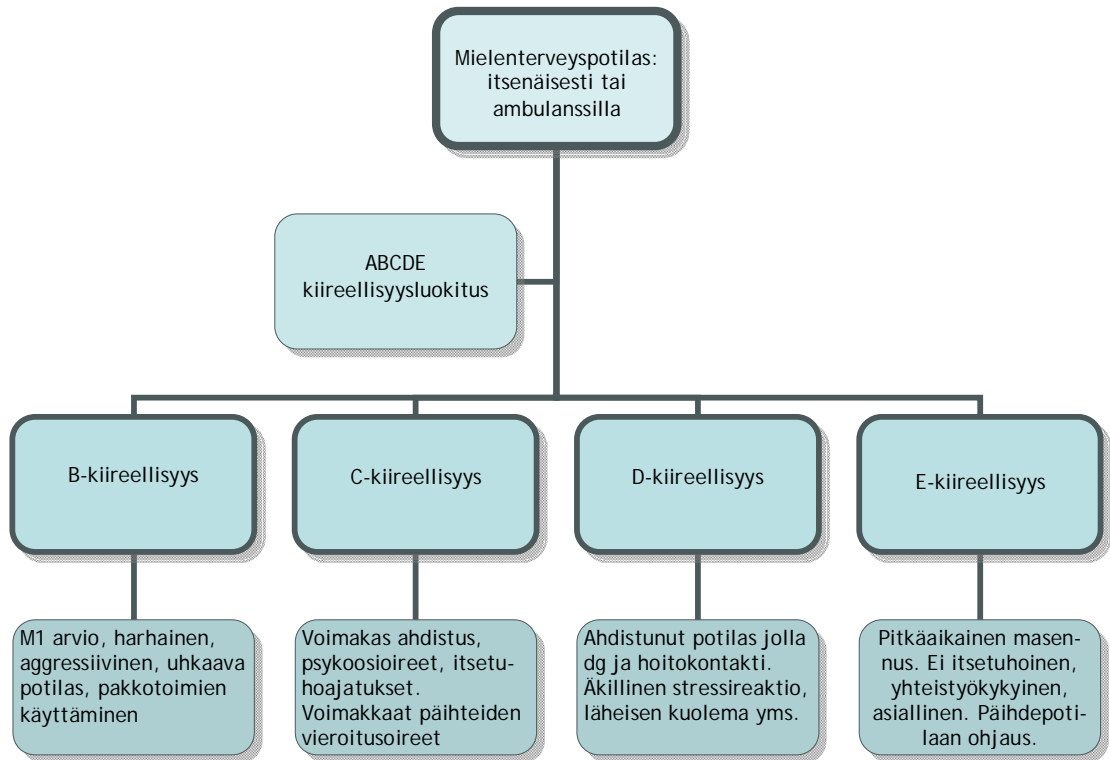
Sopeutumishäiriöt ovat lyhyitä ahdistus-, masennus- tai käyttäytymisoireita sisältäviä tiloja. Ne syntyvät isojen elämänmuutosten tai rasitustekijöiden tuloksena. Sopeutumishäiriön erotusdiagnostiikan mukaan sopeutumishäiriöstä ei ole kysymys, mikäli oireet täyttävät jonkin muun mielenterveyden häiriön oireet. Sopeutumishäiriöt ovat lieviä kriisireaktiodiagnooseja, koska kyseessä ei ole yleensä vaikeasta tai pitkäkestoisesta häiriöstä. Sopeutumishäiriön kesto on korkeintaan puoli vuotta. Valtaosa sopeutumishäiriöistä lievenee muutamassa viikossa. Äkilliset stressireaktiot ja stressihäiriöt ovat ohimeneviä, mutta vakavia häiriöitä. Ne syntyvät erittäin voimakkaan tapahtuman seurauksena. Oireiltaan ne ovat vakavampia kuin sopeutumishäiriöt. Äkillisen stressireaktion syy on yleensä oman tai läheisen turvallisuuteen liittyvät vakavat häiriöt tai äkillinen tapahtuma omassa elämässä tai lähipiirissä. Oireet ovat samanlaisia, mutta vahvempia kuin traumaattisessa sokkivaiheessa. Erotusdiagnostisesti täytyy selvittää, onko traumaattisessa tapahtumassa ollut mahdollisuutta neurologiseen aivovammaan. (Henriksson & Lönnqvist 2011, 267-270.)

Traumaperäinen stressihäiriö on tavallisin psyykkisen trauman aiheuttama oireyhtymä. Häiriön keskeisin oire on potilaan pitkittynyt toipuminen järkytyksestä. Traumaperäinen stressihäiriö kehittyy erittäin voimakkaan, uhkaavan tai tuhoisan tapahtuman seurauksena. Sillä on kolme oireiden pääryhmää. Kaikkein yleisimpiä oireita ovat uudelleen toistumisen ja kokemuksen oireet. Yleisin uudelleen toistumisen oire on painajaisunet. Potilas kokee myös voimakkaita ahdistuksen tunteita kohdatessaan traumasta muistuttavia asioita. Tämä johtaa välttämiskäyttäytymiseen. Välttämiskäyttäytymisessä potilas pyrkii välttämään kaikkea traumaattiseen tapahtumaan liittyvää. Tämä kapeuttaa potilaan elämää ja laskee toimintakykyä huomattavasti. Potilaan vireystila on tyypillisesti kohonnut. Nukahtaminen tai unessa pysyminen on häiriintynyt. Tilaan liittyy myös autonomisen hermoston oireilua. Potilaalla on sydämen tykytyksiä, ja oireisto voi esiintyä paniikkikohtauksen omaisena tilana. Traumaperäisen stressihäiriön diagnoosi annetaan, kun näiden kolmen pääoireryhmän haitta on merkittävä ja kesto on yli kuukauden. Traumaperäinen stressihäiriö voi kuitenkin kehittyä kuukausien tai vuosien kuluessa tapahtumasta. (Henriksson & Lönnqvist 2011, 273-274.)

3.5 Mielenterveyspotilaan hoitopolku

Potilaan tilanteen arvion tekee hänen saapuessaan sairaalaan nopeasti sairaanhoitaja ja ohjaa hänet eteenpäin. Kiireellisyysluokittelu tehdään ABCDE -käytännön mukaisesti (Kaavio 1.). A-luokan potilaat ohjataan välittömästi lääkärin tutkimukseen. B-luokan potilaat tarvitsevat tutkimukset 10 minuutin sisällä. C-luokka on yhden tunnin ja luokka D kahden tunnin sisällä tutkittavat potilaat. E-luokan potilaat eivät tarvitse lääkärin päivystystutkimuksia, mutta hei-

dät ohjataan päivystävän sairaanhoitajan vastaanotolle. Tämän arvon mukaisesti potilas siir-
tyy odottamaan yleislääkärin tutkimusta joko yleislääketieteen odotustilaan, potilasvalvomon
vuodepaikalle tai neuvotteluhuoneeseen.



Kaavio 1. Mielenterveyspotilaan kiireellisyysluokittelu

Kiireellisyysluokka A:n potilaita en käsittele tässä työssä. He ovat käytännössä aina myrkytys-
potilaita. Luokka B potilaat ovat yhteispäivystyksessä tahdonvastaisen hoidon arvioon tulleita
tai toimitettuja potilaita. Tämän ryhmän potilaat ovat myös selkeästi harhaisia, he käyttäyty-
vät uhkaavasti, ovat väkivaltaisia tai itsetuhoisia. Heidän hoitonsa vaatii usein pakkotoimin
kuten lepositeiden käyttämistä. C luokan potilaat kärsivät voimakkaasta ahdistuksesta tai
psykoosioireista. He voivat olla itsetuhoisia tai heillä voi olla voimakkaita päihteiden vieroi-
tusoireita. D luokkaan kuuluu ahdistuneet potilaat joilla on jo varmistunut mielenterveysdiag-
noosi ja hoitokontakti mielenterveystahon kanssa. Ryhmään kuuluu myös äkilliseen stressire-
aktion kokenut tai esimerkiksi omaisen menettänyt henkilö. E luokan potilaat ovat yleensä
asiallisia ja yhteistyökykyisiä potilaita joilla voi olla esimerkiksi pitkäaikainen masennus tai
unihäiriö. Potilaat eivät saa olla itsetuhoisia. Luokkaan E kuuluvat myös päihteidenkäyttäjien
ohjaus päihdepalveluiden piiriin.

Kaikilta mielenterveyspotilailta mitataan aluksi hengitysilman alkoholipitoisuus. Potilaat jotka
tulevat yhteispäivystykseen ilman lähetettä hoidetaan yleislääketieteen (YLE) päivystyksessä.
Yleislääkäri tarvittaessa konsultoi psykiatria tai lähettää potilaan tahdonvastaiseen hoitoon

psykiatriselle osastolle. Suoraan psykiatrille pyritään ohjaamaan potilaat jotka tulevat läheteellä. Psykiatrille ohjataan myös potilaat jotka ovat olleet sairaalahoidossa kahden viikon sisällä, eikä heidän tilansa vaadi tahdonvastaista hoitoa. Aggressiivisten, levottomien ja itsetuhoisten potilaiden kohdalla on pyydettävä vartijat turvaamaan hoitoa. Vartijat ovat pyydettävä paikalle myös, mikäli potilaasta on tehty virka-apupyynnö. Virka-apupyynnön tekee virkasuhteessa oleva lääkäri. Virka-apupyynnö velvoittaa poliisin turvaamaan ambulanssihenkilökunnan työtä heidän tuodessa potilasta sairaalaan tutkittavaksi.

Hoitohenkilöstölle ei ole käytössä ohjeistuksia mielenterveyspotilaan sijoittamiseksi yhteispäivystyksen tiloissa. Potilaan nopean ensiarvion jälkeen hänet vastaanottanut sairaanhoitaja vie potilaan haluamalleen paikalle joko yleislääketieteen odotustilaan, neuvotteluhuoneeseen tai potilastarkkailun petipaikalle. Potilastarkkailussa potilaan vastaanottava hoitaja voi tarkemman haastattelun perusteella arvioida potilaan sijoittamisen uudelleen. Jos potilas ei tämän tarkemman arvion mukaan tarvitse vuodepaikkaa tai seurantaa, voidaan hänet ohjata istuvien potilaiden joukkoon. Neuvotteluhuoneeseen sijoitettua potilasta ei yleensä hoida tai tarkkaile muut kuin vuorovastaava. Joskus vartijat tarkkailevat potilasta, mikäli hän on vaaraksi itselleen tai toisille. Tämä ei kuitenkaan kuulu vartijoiden toimenkuvaan. Huomattavaa on, että kaikki mielenterveyspotilaat jäävät kuitenkin odottamaan yhteispäivystyksen tiloihin, vaikka he eivät olisi varsinaisesti sen potilaita.

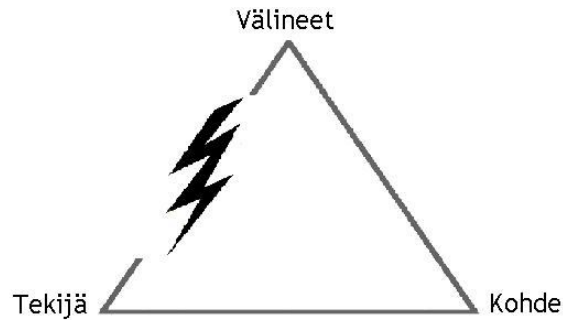
Yleislääkärin tutkimusten tai päivystävän sairaanhoitajan haastattelun jälkeen potilas voidaan kotiuttaa, mikäli hänen terveydentilansa ei vaadi tarkempia selvittelyitä päivystyksellisesti. Muissa tapauksissa yleislääkäri tekee psykiatrin konsultaatiopyynnön tai määrää potilaan tahdonvastaisesti tarkkailtavaksi psykiatriselle osastolle. Potilaan siirron psykiatriselle osastolle suorittavat vartijat ja sairaanhoitaja.

4 Toimintajärjestelmän ristiriidat

Toimintajärjestelmässä esiintyneet ristiriidat on muodostettu sairaanhoitajille suunnatun kyselyn ja havainnoinnin perusteella. Tässä esitellyt ristiriidat ovat sellaisia, että ne huolestuttivat suurta osaa sairaanhoitajista ja ovat havaintojen perusteella perusteltuja esitellä. Sairaanhoitajat pohtivat vastauksissaan mielenterveyspotilaan hoidon kehityssuuntia ja omaa osaamistaan. Mainittavaa sairaanhoitajien vastauksissa oli, että heillä oli halua kehittyä omassa työssään ja he tunnistivat omat vajavaisuutensa hoitotyön ammattilaisina. Lisäksi sairaanhoitajat toivat esille sen, että mielenterveyspotilaille on kyllä tilaa yhteispäivystyksessä, mutta myös psykiatrian erikoisalan on osallistuttava näiden potilaiden hoitoon. Mielestäni tämä osoittaa sairaanhoitajilta kypsyyttä ja kehittävän ilmapiirin olemassa oloa. Ristiriidat ovat jaettu toimintajärjestelmän mallin mukaisesti.

4.1 Välineiden ja tekijän välinen ristiriita

Kuvassa viisi on tekijän ja välineiden välinen ristiriita. Ristiriita syntyy sairaanhoitajien osamattomuuden ja epäkäytännöllisten tilojen vaikeuttaessa mielenterveyspotilaan hoitotyötä.



Kuva 5. Välineiden ja tekijän välinen ristiriita

Aineistoista kävi ilmi, että harvalla yhteispäivystyksen sairaanhoitajalla oli psykiatrisen sairaanhoitajan koulutusta tai psykiatrisen hoitotyön kokemusta. Kaikki vastaajat olivat tehneet työtä mielenterveyspotilaiden parissa päivystyspoliklinikalla. Suurin osa kuvasi tietävänsä yleisimmät mielenterveydenhäiriöt, mutta he kokivat silti, etteivät heidän tietonsa ja taitonsa vastanneet potilaiden tarvetta oikeanlaiselle hoidolle. Jorvin vaikutusalueen mielenterveyspalvelut ja mielenterveyspotilaan hoitoon liittyvä lainsäädäntö oli kyselyn mukaan sairaanhoitajilla tiedossa. Toisaalta havaintojen mukaan lainsäädännön ja palvelujärjestelmän tuntemisessa on merkittäviä puutteita.

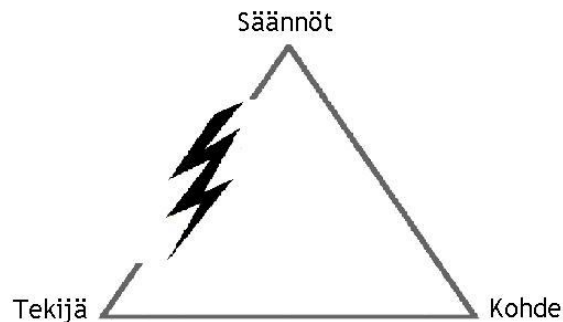
Aineiston mukaan sairaanhoitajilla oli vaikeuksia mielenterveyshäiriöstä kärsivän potilaan kohtaamisessa ja hoitamisessa, vaikka he tunsivat sairauksien ja niiden hoitamisen periaatteet. Havaintojen mukaan hoitajien asenne ja hoitomotivaatio olivat mielenterveyspotilaita kohtaan välillä heikolla tasolla. Potilaita kohtaan oltiin tylyjä ja potilaita ei otettu kunnolla vastaan. Psykoottisen potilaan ja varsinkin toistuvasti yhteispäivystyksessä käyvien mielenterveyspotilaiden hoitamisessa sairaanhoitajilla oli suuria vaikeuksia. Havaintojen mukaan hoitajilla ei ollut aikaa keskustella potilaan kanssa, eikä heillä ollut tähän vaadittavia taitoja. Tämä voi aiheuttaa esimerkiksi turhien pakkotoimien käyttämistä.

Sairaanhoitajat kertoivat kokeneensa työssään henkistä ja fyysistä väkivaltaa erityisesti päihytyneen potilaan toimesta. Henkinen väkivalta oli haukkumista ja uhkailua. Osa sairaanhoitajista oli kokenut lyömistä ja potkimista sekä päin sylkemistä potilaiden taholta. Suurin osa vastaajista oli ollut suorittamassa pakkotoimia mielenterveyspotilaalle. Näitä toimia olivat leposide-eristäminen ja muu liikkumisen rajoittaminen, pakkolääkintä ja tahdonvastaiseen

hoitoon toimittaminen. Noin neljännes vastaajista ei tiennyt lainsäädännön mukaisia oikeuksia pakkotoimien taustalla. Lepositeiden käyttäminen on yhteispäivystyksessä erittäin yleistä. Havaintojen mukaan joidenkin potilastapausten kohdalla ei ole ollut perusteita lepositeiden käyttöön.

4.2 Sääntöjen ja tekijän välinen ristiriita

Potilashoidon perusta on yhteisesti sovitussa säännöissä. Ristiriita potilashoitoa ohjaavien sääntöjen ja tekijän välillä aiheuttaa vakavia vaaratilanteita (Kuva 6.). Näitä sääntöjä tulee yhteispäivystyksen ulkopuolelta lakien ja määräysten sekä sairaanhoitopiirin ohjeistusten muodossa. Yhteispäivystyksen mielenterveyspotilaan hoitopolku on yksi toimintaa ohjaavista säännöistä. Tämän säännön kehittämisen laiminlyönti on johtanut siihen, että potilaan hoitaminen tapahtuu usein väärässä paikassa.



Kuva 6. Sääntöjen ja tekijän välinen ristiriita

Mielenterveyspotilaan hoitopolku herätti sairaanhoitajissa huolta. Mielenterveyspotilaan hoitopolku käynnistyy, kun potilas tulee yhteispäivystykseen joko ambulanssilla tai itsenäisesti. Sairaanhoitajilla ei ole käytössä ohjeistuksia minkä mukaan potilaat sijoitetaan yhteispäivystyksen tiloissa. Potilaan sijoittaminen tapahtuu ainoastaan kiireellisyysluokittelusta vastaavan hoitajan osaamisen ja tietämyksen mukaan. Tässä osaamisessa on jo todettu olevan puutteita. Potilaan hoitaminen ja tarkkailu ovat sen potilastarkkailun hoitajien vastuulla mihin potilas sijoitetaan. Ongelmia on tuottanut potilaan sijoittaminen väärään paikkaan. Vuodepaikoilla on potilaita, jotka eivät sinne kuulu ja paikoissa missä tarkkailun järjestäminen on mahdollista, on itsetuhoisia, aggressiivisia ja psykoottisia potilaita. Tämä aiheuttaa tilanteen jossa yhteispäivystyksen rajalliset vuodepaikat eivät riitä vuodetta tarvitseville potilaille ja paikoissa missä tarkkailua ei voida toteuttaa, on riski vaaratilanteiden syntymiselle.

Vastuukysymyksiin liittyy ongelmia. Kenen vastuulla potilas on, jos hänet on lähetetty toisesta lääketieteenyksiköstä kuten esimerkiksi terveysasemalta psykiatriin tutkittavaksi? Nyt tilanne on sellainen, että potilas tulee yhteispäivystyksen tiloihin, mutta häntä ei kirjata sinne poti-

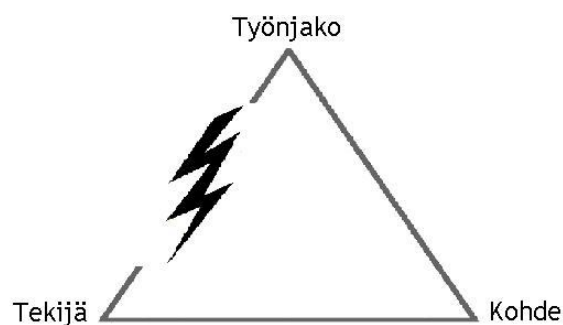
laaksi. Hän tulee odottamaan lääkärin vastaanottoa yhteispäivystyksen tiloihin. Tämä aiheuttaa tilanteen, jossa yhteispäivystyksen hoitajat joutuvat huolehtimaan muistakin kuin omista potilaistaan. Tätä potilasta ei oteta hoitajan toimesta vastaan, joten hänen terveydentilaansa ei kukaan tiedä. Odotusaikojen ollessa välillä pitkiä voi potilaan tilanne huonontua ja häntä voidaan joutua rajoittamaan tai hoitamaan vastentahtoisesti.

Toinen vastuukysymys on myös esimerkiksi myrkytyksen vuoksi sairaalaan tulleen potilaan psykiatrin konsultaatio. Usein myrkytyspotilaita seurataan yön yli seuraavaan aamuun saakka. Yhteispäivystyksessä on toistuvasti tilanteita, joissa potilasta hoitanut lääkäri kotiuttaisi potilaan somaattisen terveydentilan kohentumisen vuoksi. Potilaan mielenterveyden tilan selvittämiseksi on käytäntönä konsultoida psykiatria. Potilas odottaa yhteispäivystyksen tiloissa, vaikka hänellä ei ole enää akuuttia hätää. Odotusajat psykiatrin tapaamiseen voivat olla pitkiä, joten potilas saattaa odotella vuodepaikalla useita tunteja tarvitsematta sitä.

Sairaanhoitajat toivat myös esille epäkohdan, jossa psykiatri on kieltäytynyt tutkimasta potilasta alkoholipäihtymyksen vuoksi tai ottamasta häntä psykiatriseen sairaalahoitoon, vaikka hän olisi sen tarpeessa.

4.3 Työnjaon ja tekijän välinen ristiriita

Kuvassa kahdeksan oleva ristiriita työnjaon ja tekijän välillä on merkittävä. Sen ratkaiseminen nopeuttaisi ja muuttaisi mielenterveyspotilaan hoitoa valtavasti ja toisi mielenterveyspotilaat tasa-arvoiseen asemaan somaattisista sairauksista kärsivien potilaiden kanssa.



Kuva 8. Työnjakoon ja tekijään liittyvät ristiriidat

Yhteispäivystyksen hoitohenkilökunnan lisäksi potilaiden hoitoon päivystysaikana osallistuvat lääkärit ja psykiatrian klinikan henkilökunta. Sairaanhoitajat kokevat, etteivät nykyiset yhteispäivystyksen resurssit riitä mielenterveyspotilaiden hyvälle hoidolle. Sairaanhoitajien mielestä mielenterveyspotilaiden hoitoon pitäisi lisätä päivystyspalveluita. Jorvin vaikutusalueel-

le halutaan kokonaan oma psykiatrinen päivystys, päivystävän psykiatrisen sairaanhoitajan toimi tai kiireellisyysluokitteluun perustuva hoidonohjaus yleislääketieteen tai erikoissairaanhoidon välillä.

Somaattisista syistä sairaalaan tulevan potilaan hoidon ohjauksessa on käytössä kiireellisyysluokitteluun tehty malli. Tämän mallin mukaisesti potilas voidaan ottaa erikoissairaanhoidon sairauden vakavuuden perusteella ilman lähetettä. Psykiatristen potilaiden kohdalla voidaan ainoastaan vaikuttaa siihen, kuinka nopeasti yleislääkäri tutkii potilaan. Yleislääkäri voi tehdä tutkimuksensa jälkeen psykiatrin konsultaatiopyynnön tai M1-tarkkailulähetteen.

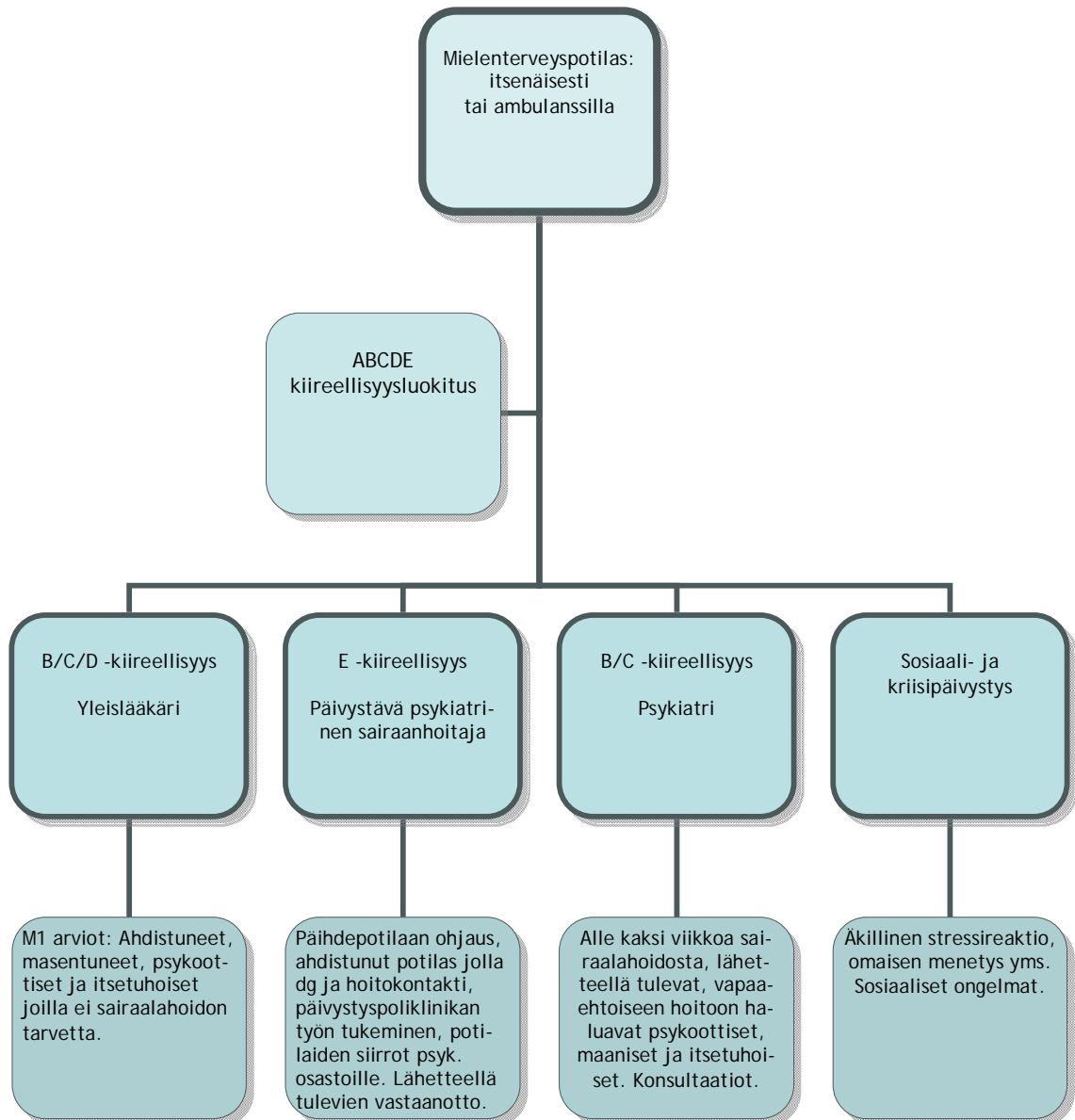
4.4 Lähikehityksen vyöhyke

Aineistojen ja kehityshistorian analyysin tarjoamien ristiriitojen perusteella paneuduin lähikehityksen vyöhykkeen kuvaukseen. Kuvauksia syntyi alun perin kaksi. Ensimmäisessä kuvauksessa Jorvin sairaalan vaikutusalueelle oli luotu kokonaan oma psykiatrinen päivystys. Yhteispäivystyksen roolina oli tarjota ainoastaan erotusdiagnostisia somaattisia tutkimuksia. Tämän kuvauksen toteuttaminen on käytännössä mahdotonta ja se vaatisi laajat rakenteelliset muutokset koko HYKS organisaatioon. Hylkäsin tämän lähikehityksen vyöhykkeen kuvauksen nopeasti sen mahdottomuuden vuoksi.

Toisessa realistisessa kuvauksessa toimintaan osallistuvat tahot ovat edelleen yhteispäivystys, psykiatrian klinikka ja sosiaali- ja kriisipäivystys. Kuvauksessa potilaiden vastaanottaminen tapahtuu edelleen ABCDE -käytännön mukaisesti yhteispäivystyksen sairaanhoitajien toimesta. Erona nykyiseen käytössä olevaan toimintaan ovat suoraan psykiatrille ohjattavat potilaat. Lähikehityksen vyöhykkeessä suoraan psykiatrille ohjataan potilaat jotka tulevat lähetteellä, ovat kotiutuneet kahden viikon sisällä psykiatriselta osastolta, ovat avoimen psykoottisia, itsetuhoisia tai vaikeasti masentuneita. Potilaiden täytyy olla suostuvaisia vapaaehtoiseen hoitoon. Mikäli potilaan tilanne vaatii vastentahtoista hoitoa, on yleislääkärin tutkittava heidät ensin, sillä hoitava lääkäri ei voi määrätä vastentahtoista hoitoa.

Toisena uutena asiana mielenterveyspotilaan hoitoketjussa on päivystävän psykiatrisen sairaanhoitajan rooli. Hänen tehtävänään olisi ottaa vastaan entiset päivystävän sairaanhoitajan E-luokan potilaat, eli potilaat joilla on vointi heikentynyt, mutta jo mielenterveysdiagnoosi ja hoitokontakti. Hänelle kuuluu myös päihdepotilaiden hoitoonohjaus sekä neuvonta. Päivystävä psykiatrinen sairaanhoitaja voi tarpeen tullen olla myös avuksi yhteispäivystyksessä aggressiivisten ja avoimen psykoottisten potilaiden hoidossa. Päivystävä psykiatrinen sairaanhoitaja tehtäviin kuuluu myös psykiatrille lähetteellä tulevien potilaiden vastaanottaminen sekä potilaiden siirrot yhteispäivystyksestä psykiatrisille osastoille.

Kiireellisyysluokittelussa on huomioitu sosiaali- ja kriisipäivystyksen rooli. Kuvauksessa heille ohjataan suoraan sosiaalisten ongelmien vuoksi sairaalaan tulleet potilaat ja esimerkiksi omaisensa menettäneet tai jonkun muun traumaattisen tapahtuman kokeneet potilaat. Jos heidän tapaamisensa jälkeen potilaalla on tarvetta sairauslomalle tai lääkitykselle ohjataan heidät joko päivystävän sairaanhoitaja tai yleislääkärin vastaanotolle. Kaaviossa kaksi on esitelty lähikehityksen vyöhykkeen kuvaus.



Kaavio 2. Lähikehityksen vyöhykkeen kiireellisyysluokittelu

Lähikehityksen vyöhykkeessä esitelty mielenterveyspotilaan hoitopolku tuo mielenterveyspotilaat somaattisista sairauksista kärsivien potilaiden kanssa tasa-arvoiseen asemaan. Toimivan kiireellisyysluokittelun onnistumisen pohjalla on sairaanhoitajien kouluttaminen mielenterve-

yspotilaan hoitoon. Heidän koulutuksensa on luotu yhteispäivystyksen tarpeisiin psykiatrian klinikan kanssa yhteistyönä. Hoitajien valmiudet hoitaa ja kohdata mielenterveyspotilaita ovat kehittyneet jolloin heidän suhtautumisensa mielenterveyspotilaisiin on myös kohentunut. Hoitajat ovat koulutettu myös aggressiivisen ja väkivaltaisen potilaan hoitoon. He osaavat ennakoida tapahtumia sekä rauhoittaa potilaita puheellaan ja käytöksellään. Näin pakkotoimien käyttäminen vähenee huomattavasti ja varsinkin turhien leposide-eristämisten määrä vähenee huomattavasti.

5 Toimintajärjestelmän ristiriitojen ratkaisuehdotukset

Kappaleessa neljä esitellään toimintajärjestelmässä esiintyvät kriittisimmät ristiriidat, jotka vaikeuttavat tai estävät mielenterveyspotilaan saamaa hyvää hoitoa. Tässä kappaleessa paneudutaan näiden ristiriitojen ratkaisuihin. Ratkaisut ovat jaoteltu toimintajärjestelmän mallin mukaisesti eri osa-alueisiin.

5.1 Välineiden ja tekijän välisten ristiriitojen ratkaiseminen

Mielenterveys- ja päihdepalvelusuunnitelma Mieli 2009:n mukaan mielenterveys- ja päihdeongelmista kärsivien potilaiden leimautuminen ja syrjintää on vähennettävä. Asenteiden muuttuminen on otettava huomioon jo henkilöstön peruskoulutuksessa, mutta myös sosiaali- ja terveydenhuollossa jo työskenteleville täytyy järjestää täydennyskoulutusta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 18.) Mielenterveyspotilaat muodostavat suuren osan yhteispäivystyksen potilaista. Hoitohenkilökunnan henkilökohtaiseen osaamiseen ja potilaan kohtaamiseen liittyvää koulutusta on siis järjestettävä.

Väkivallan on todettu lisääntyvän niin ulkomailla kuin suomalaisissa terveydenhuollon yksiköissä. Nousua on tapahtunut erityisesti sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköissä psykiatrian hoitoalan ammattiryhmien kokemana. Psykiatrisissa sairaaloissa esiintyvä väkivaltainen käytös liittyy osittain eräiden psykiatristen sairauksien lisääntyneeseen väkivallan riskiin. Tämän lisäksi potilaiden päihteiden käyttäminen lisää väkivallan mahdollisuutta. Työn luonteeseen kuuluu myös toimenpiteitä, jotka voivat provosoida potilaassa aggressiivisuutta. Näitä ovat esimerkiksi pakkotoimet kuten tahdosta riippumattomaan hoitoon lähettäminen, potilaan rajoittaminen, henkilökunnan asenteet ja heikot resurssit. Psykiatrisilla osastoilla on väkivallan mahdollisuuteen osattava varautua sekä potilaiden mahdollista väkivaltaisuutta on arvioitava ja tarpeen mukaan ennakoitava. (Pitkänen ym. 2011, 7.)

Iso-Britanniassa on tehty laaja tutkimus potilasväkivallasta psykiatrisilla osastoilla. Tutkimustulosten mukaan on luotu viisi kategoriaa, joita kehittämällä omassa työyksikössään on mah-

dollista vähentää potilasväkivaltaa. Tutkimuksessa oli mukana yli 260 mielenterveystyötä tekevää yksikköä. (Royal College of Psychiatrists 2007, 3, 16.)

1. Osastohoito: Lääkitys, tiedon antaminen ja potilaan osallistuminen päätöksen tekoon, aktiviteetit ja terapiat.
2. Henkilökunta: Monipuolinen ja osaava riittävän kokoinen henkilökunta.
3. Henkilökunnan koulutus ja tukeminen: erityisesti potilaan ja hänen tavaroiden tutkiminen, tapahtumien kirjaaminen, tarkkailu ja nopea tilanteen rauhoittaminen.
4. Hoitoympäristö turvallisuus: Hälytysjärjestelmät, potilaan rauhoittumisalue, yksityisyys, ylipaikkatilanteiden välttäminen
5. Tuki akuuteissa tilanteissa: ennakoivat menetelmät, tilanteiden läpikäyminen, tilanteiden raportointi.

Luettelo 1. Royal College of Psychiatrists 2007, 3.

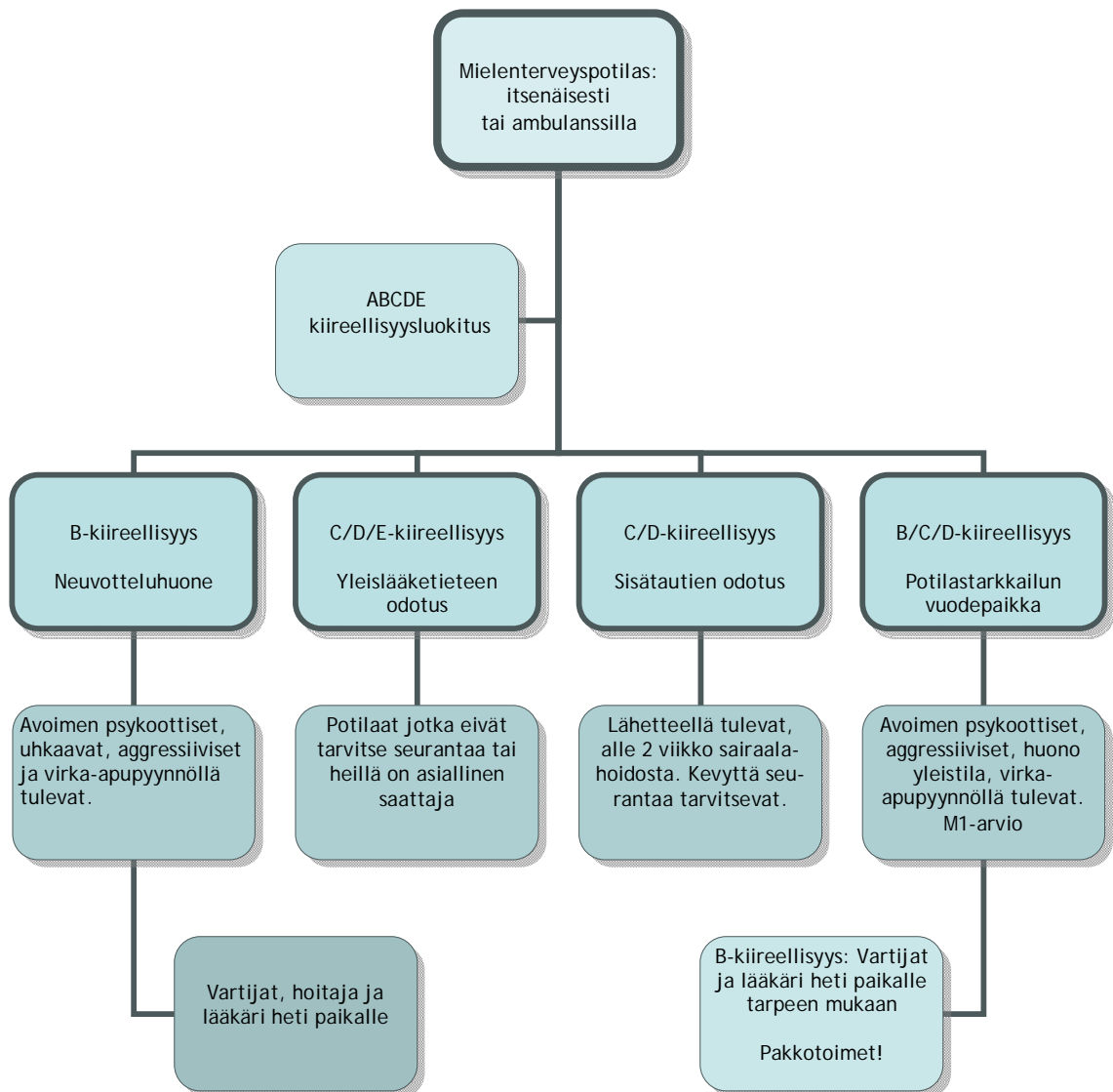
Nämä kehitysalueet sopivat hyvin kaikkien mielenterveyspotilaita hoitavien yksiköiden käyttöön. Jorvin yhteispäivystyksessä on syytä huomioida nämä osa-alueet toiminnan kehityksessä ja potilaiden hoitamisessa. Erityisesti koulutuksen lisäksi tapahtumien kirjaamiseen sekä tilanteiden läpikäymiseen on jatkossa keskityttävä huomattavasti tarkemmin. Kuten todettua, väkivaltaisen ja aggressiivisen potilaan kohtaaminen ja pakkotoimien turvallinen käyttäminen on arkipäivää psykiatrisissa hoitolaitoksissa. Yhteispäivystyksessä hoidetaan runsaasti potilaita, jotka ovat uhaksi itselleen, toisille potilaille ja hoitohenkilökunnalle. Psykiatrisissa hoitolaitoksissa hoitohenkilökuntaa on koulutettu näiden tilanteiden hallitsemiseksi. Tällaisen koulutuksen ajatuksena on potilaan käytöksen ennakointi ja puheella ja eleillä rauhoittaminen sekä potilaalle tehtävien pakkotoimien turvallisuus ja kivuttomuus. Yhteispäivystyksen henkilökunnalle pitäisi järjestää aggressiivisen ja väkivaltaisen potilaan kohtaamiseen liittyvää koulutusta. Näin myös kokonaisturvallisuus yhteispäivystyksessä kasvaa. Koulutuksien tavoitteena on mielenterveyspotilaan saaman hoidon laadun parantaminen, pakkotoimien vähentäminen ja tarvittavien pakkotoimien käytön turvallisuus niin potilaalle kuin henkilökunnallekin.

Sairaanhoitajat kertoivat myös Jorvin yhteispäivystyksen tilojen olevan huonot ja vanhentuneet potilaiden hoitamiseen. Tilojen käyttöaste on nyt korkealla tasolla. Tämä asia on huomioitu HUS:n korkeimmalla tasolla ja suunnitelman mukaan vuonna 2015 on käytössä uusi päivystyssairaala, jossa on huomioitu psykiatristen potilaiden hoidon erityispiirteitä.

5.2 Sääntöjen ja tekijän välisten ristiriitojen ratkaiseminen

Mielenterveyspotilaiden sijoittaminen yhteispäivystyksen tiloissa vaatii harkintaa ja potilaan tilanteen ymmärtämistä. Rajallisissa ja toimimattomissa tiloissa on paljon potilaita jotka tar-

vitsevat seurantaa. Vuodepaikat ovat usein loppu ja kynnyksellä viedä somaattisesti terve mielen-terveyspotilas vuodepaikalle on korkea. Kaaviossa kolme on esitelty mielen-terveyspotilaan sijoittaminen yhteispäivystyksen tiloissa. Yhteispäivystyksessä on käytännössä neljä vaihtoehtoa mihin potilas voidaan sijoittaa odottamaan tutkimusta. Näitä ovat neuvotteluhuone, kävelvien yleislääketieteen potilaiden odotustila, sisätautien odotustila ja jokin kolmesta potilas-tarkkailusta.



Kaavio 3. Potilaan sijoittaminen ja kiireellisyysluokitus

Neuvotteluhuoneen käyttäminen on huono vaihtoehto potilaiden odotustilana. Se toimii silloin, kun potilas on aggressiivinen ja hänen kanssaan täytyy olla hoitohenkilökuntaa sekä vartijat. Muuten huoneen käyttöä on vältettävä. Jos potilas on yksin neuvotteluhuoneessa, ei hänelle ole minkäänlaista hoitokontaktia. Neuvotteluhuoneen käyttämisestä mielen-terveyspotilaan hoidossa voidaan mielestäni verrata huone-eristyksen käyttämiseen. Huone-eristys on

joissakin psykiatrisissa sairaaloissa tehtävä toimenpide, missä potilas eristetään muista potilaista vähävirikkeeseen huoneeseen. Mikäli mielenterveyspotilas tilanteensa vuoksi päädytään sijoittamaan neuvotteluhuoneeseen, on hänelle järjestettävä sinne valvontaa ja lääkäri nopeasti paikalle. Neuvotteluhuoneeseen sijoitetun mielenterveyspotilaan hoidosta vastaa yhteispäivystyksen päivystävä sairaanhoitaja.

Yleislääketieteen odotustilaa käytetään jatkossakin seurantaa tarvitsemattomien potilaiden odotustilana. Myös seurantaa tarvitsevat potilaat joilla on mukanaan asiallinen saattaja, voidaan ohjata myös yleislääketieteen odotustilaan. Jos potilas tarvitsee seurantaa, täytyy odotustilana käyttää sisätautien päivystyksen odotustilaa tai jonkin potilastarkkailun vuodepaikkaa. Sisätautien odotustila on keskeisellä paikalla ja sen ohi kulkee jatkuvasti yhteispäivystyksen henkilökuntaa. Jos potilaan vointi heikkenee odotusaikana, on siihen näin ollen mahdollista puuttua nopeasti. Tätä odotustilaa käyttävän mielenterveyspotilaan hoidosta vastaa yleislääketieteen potilastarkkailun henkilökunta. Mielenterveyspotilaat tutkii mahdollisuuksien mukaan virkasuhteessa oleva yleislääkäri mahdollisen tahdonvastaiseen hoitoon lähettämisen vuoksi.

Vastuukysymykset olivat sääntöihin liittyvä ristiriita. Päivystysaikana yhteispäivystyksen tiloissa käy runsaasti ihmisiä erilaisista syistä. Tilojen ahtauden ja rajallisten resurssien vuoksi yhteispäivystyksen vastuulle ei voida lisätä muiden terveydenhuollon yksiköiden potilaita. Tästä syystä lähetteellä psykiatrille tulevat potilaat pitää ohjata psykiatrian klinikan tiloihin odottamaan lääkärin vastaanottoa. Psykiatrian klinikan täytyy muokata omaa järjestelmäänsä niin, että jokin Jorvin sairaalan osastoista ottaa koordinoivan vastuun näistä potilaista. Koordinoivan osaston on ilmoitettava, kuka tulee ottamaan potilaan vastaan ja huolehtii hänestä, kunnes psykiatri on hänet tutkinut psykiatrian klinikan tiloissa. Myös potilaat jotka odottavat yhteispäivystyksessä psykiatrian konsultaatiota ja joilla ei ole somaattisen tai psyykkisen seurannan tarvetta, on ohjattava psykiatrian poliklinikan odotustiloihin odottamaan lääkärin vastaanottoa. Potilaan tilanteen niin salliessa hänet voidaan myös kotiuttaa, ja hän hakeutuu itsenäisesti psykiatrin tutkimuksiin psykiatrian poliklinikan antamana vastaanottoaikana.

Sosiaali- ja terveysministeriö on linjannut vuonna 2006, päihtynen potilaan akuuttihoitosta niin, että psykiatri ei saa kieltäytyä tutkimasta potilasta eikä psykiatrinen hoitolaitos saa kieltäytyä ottamasta potilasta vastaan vedoten päihtymykseen. Potilaan ensisijaisen hoidon tarpeen ollessa fyysiseen terveyteen liittyvää, voidaan potilas ottaa psykiatriseen sairaalaan hoidon päättymisen jälkeen. Hoito arvioidaan kokonaisuutena, eikä päihtymys ratkaise sitä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 17.)

5.3 Työnjaon ja tekijän välisten ristiriitojen ratkaiseminen

Mielenterveyspotilaan kiireellisyysluokitteluun luotu malli nopeuttaisi potilaiden hoitoa ja saattaisi heidät oikeanlaisen hoidon piiriin. Ongelmana tällaisen kiireellisyysluokituksen käytössä on yhteispäivystyksen hoitohenkilökunnan ammattitaidon puute. Sairaanhoidajien osaaminen mielenterveyspotilaan hoidon tarpeen arvioinnissa on tällä hetkellä varsin heikolla tasolla. Kiireellisyysluokituksen käyttäminen vaatii sairaanhoidajalta käytännön kokemusta ja näkemystä mielenterveyspotilaan hoidossa. Tällaisen kiireellisyysluokittelun epäonnistunut käyttäminen lisää psykiatrian päivystäjän työtä kohtuuttomasti. Tästä syystä kiireellisyysluokittelun suunnittelu ja käyttöönotto pitäisikin tapahtua henkilökunnan kouluttamisen jälkeen. Kiireellisyysluokittelun valmistelu pitäisi tehdä psykiatrian klinikan kanssa yhteistyössä. Lähikehityksen vyöhykkeessä on esitelty yksi vaihtoehto kiireellisyysluokittelun malliksi.

Kiireellisyysluokituksen luomisen lisäksi mielenterveyspotilaiden päivystyspalveluihin pitäisi lisätä päivystävä psykiatrinen sairaanhoitaja. Mielenterveyspotilaiden runsaan määrän vuoksi yhteispäivystyksen sairaanhoitajat joutuvat siirtämään huomionsa somaattisesti vakavasti sairastuneiden hoidosta sekaviin ja aggressiivisiin mielenterveyspotilaisiin. Päivystävän psykiatrisen sairaanhoitajan lisääminen päivystyspalveluihin helpottaisi tätä ongelmaa ja parantaisi mielenterveyspotilaiden hoitoa. Psykiatrinen sairaanhoitaja on mielenterveyshoitotyön ammattilainen. Hänen työpanostaan voitaisiin käyttää yhteispäivystyksessä potilaan seurantaan, terveydentilan selvittämiseen ja hoidon nopeuttamiseen. Päivystävä psykiatrinen sairaanhoitaja voisi hoitaa jatkossa e-kiireellisyysluokituksen saaneet potilaat ja osastosiirrot yhteispäivystyksestä psykiatrisille osastoille. Päivystäviä psykiatrisia sairaanhoitajia on käytössä useissa sairaanhoitopiireissä. Heidän työnkuvansa vaihtelee yksiköittäin, mutta kokemukset ovat olleet positiivisia.

6 Jatkotoimet

Jatkossa ensimmäiseksi täytyy päättää mitä kehitysideoita viedään ensimmäiseksi kokeiltavaksi käytäntöön. Potilaan sijoittaminen yhteispäivystyksen tiloihin ja hoitohenkilökunnan koulutukseen liittyvät ehdotukset ovat mahdollista suorittaa ilman psykiatrian klinikan kanssa tehtävää yhteistyötä. Mielenterveyspotilaan tasa-arvoisen hoitopolkumallin saattaminen toimintaan vie aikaa ja voi olla mahdollista, etteivät nykyiset sairaanhoitopiirin rakenteet salli sen toteutumista. Kokonaisuus huomioiden suurimmat hyödyt potilaiden hyvälle hoitamiselle tulevat koulutuksen kautta. Mielenterveyspotilaan kohtaamiseen ja hoitamiseen sekä aggression hallintaan liittyvät koulutukset lisäävät potilaiden saamaa hyvää hoitoa. Koulutuksen kautta hoitajien osaaminen, itseluottamus ja asenteet kehittyvät niin, ettei mielenterveyspotilaita pidetä epämiellyttävinä tai vaarallisina potilaina. Erityisesti hoitohenkilökunnan kou-

luttaminen aggressiivisen potilaan kohtaamista varten on tällainen asia. Koulutusta järjestävät ulkopuoliset tahot. Koulutus on kallista, mutta pidemmällä aikavälillä edullisempaa ja nopeampaa olisi kouluttaa yhteispäivystyksen omaa henkilökuntaa, jotka jatkossa huolehtisivat lopun henkilökunnan kouluttamisesta.

Ennen näiden koulutusten järjestämistä olisi hyvä tutkia tarkemmin millaisia käsityksiä ja asenteita sairaanhoitajilla on mielenterveyspotilaista. Tämä voitaisiin tehdä esimerkiksi valikoitujen ryhmien ryhmähaastatteluiden avulla. Sairaanhoitajat saisivat mahdollisuuden kertoa vapaasti ja luottamuksellisesti ajatuksiaan ja kokemuksiaan. Koulutuksen ja siitä opittujen taitojen käytännön työhön viemisen jälkeen, samat ryhmät kertoisivat onko heidän antamassaan hoidossa tapahtunut muutoksia, ja jos on niin millaisia?

Ennen aggressiivisen potilaan kohtaamiseen ja turvallisten pakkotoimien suorittamisen liittyvä koulutusta on hyvä kerätä tietoa pidemmältä aikaväliltä. Tämä voisi tapahtua täyttämällä aiheeseen liittyvän tapahtuman jälkeen kyselykaavake. Kyselyssä avataan tapahtuman taustoja, miten on toimittu, sekä tapahtuman lopputulos. Kyselyyn voisi kirjata myös vaihtoehtoisia toimintamalleja. Näin tilanteiden lukumäärät saadaan tarkasti selville, ja onko toiminta ollut turvallista niin henkilökunnalle kuin potilaallekin. Tavoitteena on myös turhien pakkotoimien käyttämisen vähentäminen. Kun koulutuksen jälkeen suoritetaan samanlainen kirjaaminen, saadaan tietoa koulutuksen tuomista hyödyistä.

Kiireellisyysluokittelun sekä päivystävän sairaanhoitajan toimen luominen, ja muiden psykiatrian klinikan toimintaan vaikuttavien ehdotusten toteuttaminen eivät ole kiinni yhteispäivystyksen halusta kehittää mielenterveyspotilaan hoitoa. Näistä asioista täytyy neuvotella psykiatrian klinikan kanssa. Jos heillä ei ole halua tai resursseja kehittää toimintaa, nämä ehdotukset jäävät toteutumatta. Pitkän aikavälin tavoitteena pitäisi olla mielenterveyspotilaiden tasa-arvoinen tutkiminen ja hoitaminen verrattuna somaattisista sairauksista kärsiviin potilaisiin. Nykyinen käytäntö ei edistä Jorvin sairaalan vaikutusalueen mielenterveyspotilaiden päivystyksellistä hoitamista.

Kehittävän työntutkimuksen syklin viimeiset vaiheet ovat kaukana tulevaisuudessa. Menee runsaasti aikaa ennen kuin kaikki opinnäytetyössä esitetyt ehdotukset otetaan käyttöön. On myös epävarmaa, otetaanko niitä käyttöön ollenkaan. Jatkossa kaikki on kiinni kehitystyötä jatkavien henkilöiden aktiivisuudesta. Omalta osaltani pyrin jatkamaan mielenterveyspotilaan hoidon kehittämistä. Jos itse en vie syklin vaiheita eteenpäin, on työn parissa jatkavilla henkilöillä mittavia haasteita edessään. Kehittävän työntutkimuksen vaiheiden tunteminen vaatii opiskelua ja kirjallisuuteen perehtymistä. Viimeisiä vaiheita ei voi toteuttaa ennen kuin on sisäistänyt, mitä kehittävä työntutkimus tarkoittaa ja kuinka siitä voi saada hyötyä työtoiminnan kehittämiseen. Toisaalta opinnäytetyössä esiteltyjä toiminnan kehitysideoiden toimivuut-

ta voi arvioida myös ilman kehittävän työntutkimuksen viitekehystä. Sairaalityössä huomaa nopeasti uuden toimintamallin edut ja haitat. Vaaditaan vain uskallusta kokeilla ja jatkojalostaa alulle saatettuja ideoita.

Lähteet

A-klinikkasäätiö 2011. Vuosikertomus.

Erikoissairaanhoitolaki 1.12.1989/1062

Engeström, Yrjö. 1995. Kehittävä työntutkimus. Helsinki: Hallinnon kehittämiskeskus.

Espoon sosiaali- ja terveyslautakunta. 2012. Pöytäkirja. Viitattu 22.2.2013.
<http://espoo04.hosting.documenta.fi/kokous/2012235578-7.PDF>

Espoo. 2011. Viitattu 13.1.2013. http://www.espoo.fi/fi-FI/Sosiaali_ ja_ terveyspalvelut/Terveyspalvelut/Koululaiset_ ja_ opiskelijat/Nuorisopoliklinikka

Espoo. 2012. Viitattu 13.1.2013. http://www.espoo.fi/fi-FI/Sosiaali_ ja_ terveyspalvelut/Terveyspalvelut/Mielenterveys_ ja_ paihdehoito/Vakavat_ miele nterveydenhairiot

Graneheim, U. & Lundman, B. 2004. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today* 2004 (24), 105-112.

Henriksson, M. & Lönnqvist, K. 2011. Psykkiset kriisit, sopeutumishäiriöt ja stressireaktiot. Teoksessa Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.) *Psykiatria*. 9. painos. Helsinki: Duodecim, 257-281.

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

Hsieh, H. & Shannon, S. 2005. Three Approaches to Qualitative Content Analysis. *Qualitative Health Research* 2005 (15), 1277.

HUS. 2004. Viitattu 13.1.2013.
<http://www.hus.fi/default.asp?path=1,32,660,546,570,646,809,6273,4986,4990>

HUS. 2009. Viitattu 13.1.2013.
<http://www.hus.fi/default.asp?path=1,32,660,546,570,646,809,6273>

HUS. 2011. Viitattu 13.1.2013.
<http://www.hus.fi/default.asp?path=1,32,660,546,570,646,809,19760,19761>

HYKS. 2007. Päivystyshanke. Viitattu 3.3.2013.

HYKS. 2010. Yhteistyösopimus Espoon perusterveydenhuollon päivystyksen järjestämisestä Jorvin sairaalassa. Viitattu 3.3.2013. <http://hus01.tjhosting.com/kokous/2010940-5.PDF>

Isohanni, M., Suvisaari, J., Koponen, H., Kiesepä, T & Lönnqvist, J. 2011. Skitsofrenia. Teoksessa Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.) *Psykiatria*. 9. painos. Helsinki: Duodecim, 70-133.

Isometsä, E. 2011a. Kaksisuuntaiset mielialahäiriöt. Teoksessa Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.) *Psykiatria*. 9. painos. Helsinki: Duodecim, 194-217.

Isometsä, E. 2011b. Masennushäiriöt. Teoksessa Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.) *Psykiatria*. 9. painos. Helsinki: Duodecim, 154-193.

Isometsä, E. 2011c. Paniikkihäiriö ja julkisten paikkojen pelko. Teoksessa Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.) *Psykiatria*. 9. painos. Helsinki: Duodecim, 218-233.

Koponen, L. & Sillanpää, K. (toim.) 2005. Potilaan hoito päivystyksessä. Helsinki: Tammi.

Koponen, H. 2011. Yleistynyt ahdistuneisuushäiriö. Teoksessa Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.) *Psykiatria*. 9. painos. Helsinki: Duodecim, 244-249.

Launis, K., Kantola, T., Niemelä, A. & Engeström, Y. 1998. Työyhteisöt vanhan ja uuden murroksessa. Helsinki. Työterveyslaitos.

Lönnqvist, J. & Suvisaari, J. 2011. Muut psykoosit. Teoksessa Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.) *Psykiatria*. 9. painos. Helsinki: Duodecim, 134-153.

Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116

Muutoslaboratorio. Viitattu 28.2.2013.

<http://www.muutoslaboratorio.fi/content.php?document=150>

Munter, Arja. 2012. Espoon väestörakenne 2011/2012.

Nuorten hyvinvointiasema. Viitattu 12.1.2013. http://www.kirkkonummi.fi/prime109_fi.aspx

Paunio, R-L. & Tanttinen-Laakkonen, K. 2010. Päätös julkisen vallan käytöstä kunnallisessa terveydenhuollossa. Viitattu 3.3.2013.

http://www.valvira.fi/files/tiedostot/e/d/Eduskunnan%20apulaisoikeusasiamies_p%C3%A4%C3%A4t%C3%B6s%20julkisen%20vallan%20k%C3%A4yt%C3%B6st%C3%A4%20terveydenhuollossa.pdf

Perustuslaki 11.6.1999/731

Pitkänen, A., Lehtonen, M-L., Pilli, M., Kuisma, J., Mattanen, P., Kuusisto, E., Hakala, A., Koivisto, E., Pyysalo, K., Hietalahti, P., Mäkelä, K. & Mäkelä, J. 2011. Potilaiden väkivallan hallinta Taysin aikuispsykiatrian vastualueella. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisu 2/11. Tampere.

Rasmus, M. 2002. Turvattomuus työkaverina. Kuopion yliopiston julkaisuja E. yhteiskuntatieteet. Kuopion yliopisto.

Reissel, E., Kokko, S., Milen, A., Pekurinen, M., Pitkänen, N., Blomgren, S. & Erhola, M. 2012. Sosiaali- ja terveydenhuollon päivystys Suomessa 2011. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 30/2012. Tampere.

Rikoslaki 19.12.1889/39

Royal College of Psychiatrists. 2007. Healthcare Commission National Audit of Violence 2006-7. Final Report - Working age adult services. Viitattu 15.9.2013.

<http://www.rcpsych.ac.uk/pdf/WAA%20Nat%20Report%20final%20with%20all%20appendices.pdf>

Sosiaalihuoltolaki 17.9.1984/710.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2006. Päihtyneen henkilön akuuttihoito. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2006:65. Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2009. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Mieli 2009 - työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:3. Helsinki.

Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326.

Tilastokeskus. Viitattu 3.3.2013. <http://tilastokeskus.fi/tup/kunnat/kuntatiedot/257.html>

Viinamäki, L. 2007. Triangulatiivisen tutkimusasetelman soveltamismahdollisuudet. Teoksessa Viinamäki, L. & Saari, E. (toim.) Polkuja soveltavaan yhteiskuntatieteelliseen tutkimukseen. Helsinki: Tammi, 173-197.

Virkkunen, J., Engeström, Y., Pihlaja, J. & Helle, M. 2001. Muutoslaboratorio. Uusi tapa oppia ja kehittää työtä. Helsinki: Edita.

Liitteet

Liite 1 Saatekirje.....	48
Liite 2 Kysely.....	49

Liite 1 Saatekirje

Sairaanhoitajille sähköpostiin lähetetty saatekirje

21.1.2013

Arvoisa sairaanhoitaja,

Opiskelen Laurea ammattikorkeakoulussa Hyvinkäällä ylempää ammattikorkeakoulututkintoa Kriisi- ja erikoistilanne johtamisen koulutusohjelmassa. Koulutukseen kuuluu työelämää kehittävä lopputyö, johon pyydän sinua osallistumaan. Työssäsi Jorvin sairaalan yhteispäivystyksessä kohtaat runsaasti mielenterveyspotilaita. Opinnäytetyöni keskittyy tämän potilasryhmän hoidon kehittämiseen päivystyspoliklinikalla. Opinnäytetyössä tuodaan esiin sairaanhoitajan näkökulma hoidon kehittäjänä ja siksi mahdollisimman monen sairaanhoitajan vastaaminen kyselyyn on tärkeää.

Kyselyssä on noin 18 kysymystä. Osa kysymyksistä on avoimia kysymyksiä, joihin toivon runsaita ja ajatusrikkaita vastauksia. Työn missään vaiheessa ei vastausten antajaa voida tunnistaa.

Kyselyyn pääset vastaamaan kahden viikon ajan 21.1.2013 klo 07.00 - 4.2.2013 klo 00.00 osoitteessa:

<https://elomake3.laurea.fi/lomakkeet/6709/lomake.html>

Opinnäytetyö Mielenterveyspotilaiden hoidon kehittäminen Jorvin sairaalan yhteispäivystyksessä valmistuu kevään 2013 aikana.

Ystävällisin terveisin,

Tuomo Töhönen
Sairaanhoitaja, Jorvi PPKL
tuomo.tohonen@hus.fi
puhelinnumero

Liite 2 Kysely

Mielenterveyspotilaiden hoidon kehittäminen Jorvin sairaalan yhteispäivystyksessä

Lomake on ajastettu: julkisuus alkaa 21.1.2013 07.00 ja päättyy 4.2.2013 23.59

Arvoisa sairaanhoitaja,

Opiskelen Hyvinkään Laurea-ammattikorkeakoulussa ylempää ammatikorkeakoulututkintoa (YAMK) Kriisi- ja erityistilannejohtamisen koulutusohjelmassa. Koulutukseen kuuluu työelämää kehittävä lopputyö, johon pyydän sinua osallistumaan.

Työssäsi Jorvin sairaalan yhteispäivystyksessä kohtaat mielenterveyspotilaita. Opinnäytetyöni keskittyy tämän potilasryhmän hoidon kehittämiseen päivystyspoliklinikalla. Opinnäytetyössä tuodaan esiin sairaanhoitajan näkökulma hoidon kehittäjänä ja siksi mielipiteesi on tärkeä.

Kyselyssä on 18 kysymystä. Osa kysymyksistä on avoimia kysymyksiä, joihin toivon runsaita ja ajatusrikkaita vastauksia. Vastausten antajaa ei voida tunnistaa valmiissa työssä.

Huom! Kysymysten yhteydessä olevasta oranssista kykymysmerkistä saa kysymykseen liittyvää lisätietoa.

Opinnäytetyö Mielenterveyspotilaiden hoidon kehittäminen Jorvin sairaalan yhteispäivystyksessä valmistuu kevään 2013 aikana

Ystävällisin terveisin,

Tuomo Töhönen

sairanhoitaja , Jorvi PPKL

tuomo.tohonen@hus.fi

puhelinnumero

Vastaajan taustatiedot

1. Sukupuolesi?

--Valitse tästä--

2. Ikäsi?

--Valitse tästä--

3. Sairaanhoidaja koulutuksesi? ?

4. Merkittävimmät hoitotyön koulutuksesi? ?

5. Työkokemuksesi päivystyspoliklinikatyössä?

--Valitse tästä--

6. Onko sinulla työkokemusta psykiatrisesta hoitotyöstä

--Valitse tästä--

Mielenterveyspalvelut Jorvin sairaalan vaikutusalueella (Espoo, Kauniainen, Kirkkonummi)

7. Tunnetko Jorvin sairaalan vaikutusalueen mielenterveyspalvelut? ?

--Valitse tästä--

8. Ovatko Jorvin sairaalan vaikutusalueen mielenterveyspalvelut riittävät? Jos eivät, niin mitä puuttuu?

9. Onko mielenterveyspotilaiden määrä mielestäsi noussut vai laskenut Jorvin sairaalan yhteispäivystyksessä?
Mitä syitä tähän voi olla?

10. Mitä mieltä olet psykiatrian klinikan kanssa tehtävästä yhteistyöstä? Mitä haasteita kohtaat työssäsi?

Mielenterveyspotilaiden hoitaminen Jorvin yhteispäivystyksessä

11. Oletko hoitanut mielenterveyspotilaita Jorvin yhteispäivystyksessä?

--Valitse tästä-- ▼

12. Tunnetko yleisimmät mielenterveyshäiriöt ja niiden hoitamisen?

--Valitse tästä-- ▼

13. Koetko osaavasi hoitaa mielenterveyspotilaita? Jos et niin miksi?

14. Oletko kokenut henkistä tai fyysistä väkivaltaa mielenterveyspotilaan taholta? Jos olet niin millaista?

15. Oletko ollut suorittamassa pakkotoimia mielenterveyspotilaalle? Jos olet niin millaisia?

16. Tunnetko lait ja säädökset pakkotoimien takana?

--Valitse tästä-- ▼

17. Millaisia ongelmia koet mielenterveyspotilaan hoidossa Jorvin yhteispäivystyksessä?

18. Miten kehittäisit mielenterveyspotilaan hoitoa Jorvin yhteispäivystyksessä?

Tietojen lähetys

Tallenna