



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU
Yhdessä enemmän

Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välinen työnjako skitsofrenian hoidossa

Leino, Jane
Pirinen, Emilia

2017 Laurea



LAUREA Laurea-ammattikorkeakoulu
AMMATTIKORKEAKOULU
Yhdessä enemmän

Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välinen työnjako skitsofrenian hoidossa

Jane Leino
Emilia Pirinen
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Toukokuu, 2017

Jane Leino, Emilia Pirinen

Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välinen työnjako skitsofrenian hoidossa

Vuosi 2017 Sivumäärä 51

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa skitsofreniapotilaan hoitopolkua Lohjan sairaanhoitoalueella ja selvittää samalla skitsofreniapotilaan hoidon jakautumista perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä. Opinnäytetyö tehtiin yhteistyössä Lohjan kaupungin ja Lohjan sairaanhoitoalueen kanssa.

Tämä opinnäytetyö tehtiin laadullisella tutkimusotteella. Tutkimus toteutettiin haastattele-malla viittä hoitajaa erikoissairaanhoidosta ja viittä hoitajaa perusterveydenhuollosta. Hoitajat olivat sairaanhoitajia tai mielenterveyshoitajia. Haastattelut järjestettiin kahden ja kolmen haastateltavan ryhmissä ja ne nauhoitettiin ja litteroitiin. Haastatteluryhmiä oli yhteensä neljä. Haastatteluista saatu aineisto analysoitiin laadullisella sisällönanalyysillä.

Tulosten mukaan erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välinen työnjako on hyvin vä-häistä. Erikoissairaanhoito koki kuormittavaksi sellaisten potilaiden hoidon, joiden sairaus on hyvässä hoitotasapainossa. Perusterveydenhuollossa taas koettiin, että erikoissairaanhoidolla on kaikin puolin paremmat resurssit hoitaa skitsofreniapotilasta. Yhdeksi isoksi haasteeksi mo-lemmat nostivat eriävät potilastietojärjestelmät. Lähes poikkeuksetta potilaat tarvitsevat mo-lempien tahojen palveluita, erikoissairaanhoidon palveluita skitsofrenian hoitoon ja peruster-veydenhuollon palveluita somaattisiin vaivoihin. Molemmat tahot nostivat moniammatillisuutta suurena resurssina ja toivoivat lisää yhteistyötä puolin ja toisin. Erikoissairaanhoito ilmaisi ha-lua käyttää hyväksi perusterveydenhuollon osaamista somaattisten asioiden saralla ja peruster-veyden huolto kaipasi erikoissairaanhoidon tukea psykiatrisessa tietämyksessä. Haasteena kui-tenkin pidettiin epätietoisuutta, siitä millaisia palveluja ja osaamista muilla yksiköillä on tar-jota ja kuinka rahoitus tapahtuu käytettäessä toisen yksikön palveluita.

Johtopäätöksenä voitiin todeta, että erikoissairaanhoidon ja perusterveyden välinen yhteistyö on vähäistä. Suurimmat haasteet lienevät yksikköjen kiireisyyden, hoitopolun sekavuuden ja eri potilastietojärjestelmien aiheuttamista ongelmista. Molemmat tahot kuitenkin toivoisivat enemmän keskinäistä yhteistyötä, mutta jokin koordinoiva tekijä puuttuu. Voitiin myös todeta, että Lohjan perusterveydenhuollon resurssit hoitaa skitsofreniapotilaita eivät ole riittäviä.

Asiasanat: skitsofrenia, hoitopolku, erikoissairaanhoito, perusterveydenhuolto, yhteistyö, mo-niammatillisuus

Jane Leino, Emilia Pirinen

The division of tasks between special health care and primary health care regarding the treatment of schizophrenia

| Year | 2017 | Pages | 51 |
|------|------|-------|----|
|------|------|-------|----|

The purpose of this study was to identify the clinical pathway of a schizophrenic patient in the Lohja Hospital area and to determine how the treatment of such a patient is distributed across primary healthcare and special healthcare. The thesis was made in cooperation with the city of Lohja and the Lohja Hospital area.

This study was carried out with a qualitative research approach. The study was conducted by interviewing five nurses working in special healthcare and five nurses in primary healthcare. The nurses were registered nurses and mental nurses. The interviews were conducted in groups of two and three, and were recorded and transcribed. The collected data was analysed by qualitative content analysis.

The results show that the distribution of work across special and primary healthcare is very limited. Treating patients whose disease is at therapeutic equilibrium was seen as straining by special healthcare. On the other hand, the nurses working in primary healthcare felt like special health care has resources more suitable for taking care of the patients. Having different patient data systems was pointed out as one big challenge by both special and primary healthcare. With almost no exceptions, the patients require the services of both parties: special healthcare services for the treatment of schizophrenia, and primary healthcare services for somatic ailments. Both parties brought up the multi-professional cooperation as a great resource and were hoping for further cooperation on both sides. The lack of knowledge on the level of expertise and the services offered by other units was deemed challenging, as was not knowing how funding is acquired when using the services of other units.

In conclusion, the distribution of work across primary healthcare and special healthcare is minimal. The biggest challenges were assumed to be the busy schedules of the units, confusing clinical pathways and different patient data systems. Both parties would like to see more cooperation, but the co-ordinating factor is missing in between. It can also be stated that Lohja's primary healthcare does not have sufficient resources to treat patients with schizophrenia.

Keywords: schizophrenia, clinical pathway, special health care, primary health care, cooperation, multi-professionalism

Sisällys

| | | |
|-------|--|----|
| 1 | Johdanto..... | 6 |
| 2 | Teoreettiset lähtökohdat | 7 |
| 2.1 | Mielenterveystyö | 7 |
| 2.1.1 | Mielenterveystyö perusterveydenhuollossa..... | 10 |
| 2.1.2 | Mielenterveystyö erikoissairaanhoidossa | 13 |
| 2.1.3 | Mielenterveyslaki..... | 14 |
| 2.1.4 | Laki potilaan asemasta ja oikeuksista | 15 |
| 2.1.5 | Mielenterveystyön tulevaisuus | 16 |
| 2.2 | Skitsofrenia..... | 17 |
| 2.2.1 | Psykoosi | 19 |
| 2.2.2 | Skitsofrenian Käypä hoito -suositus | 21 |
| 2.2.3 | Lääkehoito..... | 23 |
| 2.2.4 | Skitsofrenian hoitoketju | 24 |
| 2.2.5 | Skitsofrenian hoito perusterveydenhuollossa | 27 |
| 3 | Tutkimusmenetelmät..... | 28 |
| 3.1 | Tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset | 28 |
| 3.2 | Laadullinen tutkimus | 29 |
| 3.3 | Otos ja aineiston kerääminen | 30 |
| 3.4 | Teemahaastattelu..... | 31 |
| 3.5 | Sisällönanalyysi | 32 |
| 4 | Tulokset..... | 32 |
| 4.1 | Skitsofrenian hoitoketju | 33 |
| 4.2 | Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välinen työnjako | 35 |
| 4.3 | Skitsofreniapotilaille suunnatut palvelut | 37 |
| 5 | Pohdinta | 38 |
| 5.1 | Tulosten tarkastelu | 38 |
| 5.2 | Tutkimuksen luotettavuus | 40 |
| 5.3 | Tutkimusetiikka | 40 |
| | Lähteet | 43 |
| | Liitteet..... | 47 |

1 Johdanto

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon työnjakoa skitsofreniapotilaan hoidossa. Tämä opinnäytetyö on tehty yhteistyössä Lohjan sairaanhoitoalueen kanssa. Työelämän yhteyshenkilö on Lohjan nuorisopsykiatrian poliklinikalta. Opinnäytetyö käsittelee erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon työnjakoa skitsofreniapotilaan hoidossa.

Opinnäytetyön tavoitteena on selvittää kuinka erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon piirissä työskentelevät kokevat työnjaon toimivuuden, kun kyseessä on skitsofreniaa sairastava potilas. Tavoitteena on myös tuottaa tietoa Lohjan ja Lohjan sairaanhoitoalueen tarjoamista palveluista skitsofreniaa sairastaville potilaille.

Keskeisimmät käsitteet tässä opinnäytetyössä ovat perusterveydenhuolto, erikoissairaanhoido, skitsofrenia, mielenterveys ja hoitoketju. Näillä asiasanoilla on haettu tieteellisiä julkaisuja eri lääketieteellisistä ja hoitotieteellisistä tietokannoista. Lähteinä on käytetty pääasiassa alan kirjallisuutta, sairaanhoitopiirien sivustoja, lääke- ja hoitotieteellisiä lehtiä ja verkkojulkaisuja, korkeakoulututkielmia ja Käypä hoito -suosituksia.

Skitsofreniaa sairastavan potilaan varhainen hoito alkaa perusterveydenhuollosta. Kouluterveydenhuolto ovat ensisijaisen tärkeässä roolissa seuratessaan lasten ja nuorten kehittymistä. Skitsofrenian ennakko-oireisiin tulisi tarttua nopeasti. Tämä tarkoittaa sitä, että lapsi tai nuori, jolla on univaikeuksia, ahdistuneisuutta, pelokkuutta, sosiaalisista kontakteista vetäytymistä ja poikkeavia käsityksiä itsestä ja ympäristöstä, tulisi lähettää hyvissä ajoin asiantuntijan arvioon (Kuhanen, Oittinen, Kanerva, Seuri & Schubert 2013).

Lohjan kaupungin verkkosivuilta on saatavilla niukasti tietoa tähän aiheeseen liittyen. Lohjan kaupungin sivuilta löytyy useamman linkin takaa listaus "päivä-, työ- ja tukitoiminnan järjestäjät Lohjalla" (Päivä-, työ- ja tukitoiminnan järjestäjät Lohjalla 2012; Mielenterveys- ja päihdepalvelut).

2 Teoreettiset lähtökohdat

2.1 Mielenterveystyö

Mielenterveystyö koostuu pitkälti mielenterveyden edistämisestä ja mielenterveysongelmien hoidosta, ehkäisemisestä, parantamisesta ja lievittämisestä. Päätaavoitteena on kuitenkin mielenterveyden edistäminen. Tavoitteena on lisätä ihmisten hyvinvointia, toimintakykyä ja edistää persoonallisuuden kasvua. Mielenterveys työ kuuluu kaikille sektoreille ja sitä tehdään useissa erilaisissa organisaatioissa perusterveydenhuollossa, erikoissairaanhoidossa, kouluissa, työpaikoilla ja lastensuojelussa. Työ on hyvin mukautuvaa sen mukaan millaista tukea ja apua tarvitaan. Mielenterveystyö keskittyy niin yksilön tarpeisiin, kuin perheiden ja yhteisöjen tarpeisiin. (Kuhanen ym. 2013.)

Terveyden edistämisen tavoitteena on antaa yksilölle ja yhteisölle paremmat mahdollisuudet hallita terveyttä ja siihen vaikuttavia taustatekijöitä. Tätä voidaan kutsua enemmän prosessiksi, jossa tietoisesti sijoitetaan terveyteen ja tuetaan omia ja toisten voimavaroja ja terveyden taustatekijöitä. Hyvän mielenterveyden tavoitteena on vaikuttaa vähentävästi kansantauteihin, tapaturmiin ja muihin terveysongelmiin. Yleinen hyvinvointi ja terveys vähentävät ennen aikaisia kuolemia ja pienentää väestöryhmien välisiä terveyseroja. Terveyden edistäminen keskittyy enemmän ihmisen positiivisiin piirteisiin, kuten vahvuuksiin ja voimavaroihin ja niiden tukemiseen. Yksi tapa millä tätä voidaan toteuttaa, on tuoda rohkeasti esille mielenterveyden tärkeyttä ja samalla taistella häpeää, syrjintää ja sosiaalista eristäytymistä vastaan. Jo mielenterveysongelmiin sairastuneille tulisi tarjota kattavat ja tehokkaat palvelut, joissa otetaan huomioon potilaat ja heidän läheisensä. Lisäksi tulisi lisätä enemmän painopistettä kuntouttamiseen ja sopeuttamiseen takaisin yhteiskuntaan. Tulisi myös entistä enemmän huomioida palveluiden käyttäjien kokemukset ja asiantuntemus, kun suunnitellaan uusia palveluja. (Kuhanen ym. 2013.)

Mielenterveystyö voidaan jakaa kolmeen ryhmään. Primaaripreventio on mielenterveyttä edistävää toimintaa, sekundaaripreventio on mielenterveyshäiriöiden ehkäisemiseen pyrkivää toimintaa ja tertiäripreventio on korjaavaa toimintaa. Mielenterveyttä edistävä toiminta on ensisijaisesti positiivista mielenterveyden vahvistamista, ja siinä keskitytään olemassa olevien yksilöllisten ja yhteiskunnallisten vahvuuksien, suojatekijöiden ja voimavarojen vahvistamiseen. Primaariprevention tärkeimpiä piirteitä on vahvistaa ja parantaa sellaisten ihmisten selviytymistä, joilla ei vielä ole mielenterveysongelmaa, mutta joilla on riski siihen. Yksilöiden, ryhmien ja yhteiskunnan hyvä yhteentoimivuus mahdollistaa ihmisen henkisen ja fyysisen kasvun ilman mielenterveysongelmia. Ehkäisevä mielenterveystyö on yksi tapa toteuttaa primaaripreventiota, sillä siinä autetaan ihmisiä löytämään selviytymiskeinoja, joiden avulla selvitä stressaavista ja kuormittavista elämäntilanteista. Mielenterveyden edistäminen ei ole yksin vain

alan ammattilaisten vastuulla, vaan se koskettaa kaikkia yhteiskunnan jäseniä. Vähentynyt alkoholin ja huumeiden käyttö, parantunut työkyky ja tuottavuus sekä parempi fyysinen terveys ovat kaikki onnistuneen mielenterveyden edistämisen tuloksia. (Kuhanen ym. 2013.)

Sekundaaripreventio eli häiriöiden ehkäisyyn tähtäävä toiminta pyrkii torjumaan riskitekijöitä. Sekundaaripreventiossa pyritään havaitsemaan ensimmäiset, pienimmät oireet, jotta häiriön kehittymiseen voidaan puuttua jo varhaisessa vaiheessa ja näin estää sairauden kroonistuminen. Äitiys- ja lastenneuvolatoimintaa voidaan pitää yhtenä esimerkkinä sekundaaripreventiosta. Kun mielenterveyden häiriöihin tai niitä aiheuttaviin tekijöihin puututaan varhaisessa vaiheessa, voidaan vähentää sairastuneiden määrää. Apua tulisi olla tarjolla jo ennen ensimmäisen psykiatrisen diagnoosin saamista. Erityisesti vakavien ja psykoositasoisten häiriöiden tunnistaminen on tärkeää, mutta vaikka yhteiskunta tunnustaa sen merkityksellisyyden, ei tällä hetkellä vakavien, psykoositasoisten häiriöiden sekundaaripreventioon ole riittävästi resursseja. (Kuhanen ym. 2013.)

Koulun terveydenhuolto on varhaisen tunnistamisen avainasemassa, sillä psykoositasoisten häiriöiden tunnistaminen alkaa jo lapsuus- ja nuoruusiässä. Valitettavan usein hoidon piiriin haudutaan vasta toimintakyvyn laskettua, ja siinä vaiheessa oireet hallitsevat elämää jo siinä määrin, että täysipainoinen elämä on vaikeaa. Psykoottiset oireet alkavat tyypillisesti 12-18 kk ennen näkyvää toimintakyvyn laskua. Yleisesti ottaen psykoosiriskissä olevien potilaiden toimintakyky on madaltunut, heillä on enemmän ongelmia ihmissuhteissa ja joko heidän lähisukulaisensa tai perheenjäsenensä on ollut psykiatrisen hoidon piirissä. Varhaisella puuttumisella voidaan lieventää tai jopa ehkäistä varsinaista sairastumista ja lyhentää toipumisaikaa. Tämä edellyttää perusterveydenhuollon nopeaa reagointia lapsen, nuoren tai aikuisen käytöksen muutoksiin jopa epävarmoissa tilanteissa, kun ei ole vielä täysin selvillä onko kyseessä mielenterveyden ongelma. Usein psykoosioireiset potilaat ovatkin käyttäneet useita terveydenhuollon palveluita ennen riskien tunnistamista. Tilanteeseen tulisikin puuttua reippaasti lähettämällä psykoosioireiset potilaat asiantuntijan arvioon. Tärkeää on myös perheen ja verkoston mukaan ottaminen hoitoon heti alusta alkaen. (Kuhanen ym. 2013.)

Kolmas mielenterveystyön ryhmä on korjaava toiminta. Tässä mielenterveystyön vaiheessa tutkitaan, hoidetaan ja kuntoututetaan mielenterveysongelmaa. Tarkoituksena on lieventää häiriötä ja vähentää siihen liittyvää toimintakyvyn menetystä. Mielenterveys- ja päihdeongelmat lisäävät työkyvyttömyyttä, kuolleisuutta, köyhyyttä ja huonoa elämänlaatua. Yksi hyvä esimerkki on kuntouttava mielenterveystyö, joka pyrkii pienentämään mielenterveyden ongelmista johtuvaa haittaa auttamalla potilaita palauttamaan toimintakykynsä. (Kuhanen ym. 2013.)

Suomessa sosiaali- ja terveysministeriö vastaa mielenterveystyön valtakunnallisesta valvonnasta, ohjauksesta ja suunnittelusta. Mielenterveystyön tavoitteena on vähentää mielenterveyteen kohdistuvia uhkia ja vahvistaa koettua mielenterveyttä. Mielenterveystyön eri osa-alueita ovat mielenterveyttä edistävä työ, mielenterveyden ongelmien ehkäisy ja mielenterveyspalvelut. Kuntien ja erikoissairaanhoidon järjestämiin mielenterveyspalveluihin kuuluvat ohjaus ja neuvonta, kriisiapu sekä mielenterveyden ongelmien tutkimus, hoito ja kuntoutus. Kunnat ovat vastuussa asukkaiden mielenterveyden ongelmien tunnistamisesta, hoidosta ja kuntoutuksesta. Mielenterveystyössä painotetaan avohoidon palveluita. (Sosiaali- ja terveysministeriö: Mielenterveyspalvelut.)

Kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman 2009-2015 tavoitteita ovat potilaan aseman vahvistaminen, mielenterveyden ja päihdeettömyyden edistäminen, haittojen ehkäiseminen, avo- ja peruspalveluiden roolin korostaminen sekä ohjauksen vahvistaminen. Palveluiden kehittämisessä korostuu matalan kynnyksen palvelut sekä mielenterveyden ongelmien sekä päihdehoidon yhdistetyt avohoitoyksiköt. Vertaistuen merkitystä vahvistetaan ja pakon käyttöä psykiatrisessa sairaalahoidossa vähennetään. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos: Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma; toimeenpano.)

Lohjan kaupunki teki yhteistyössä Peruskuntayhtymä Karviaisen ja Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin kanssa mielenterveys- ja päihdetyön suunnitelman vuosille 2013-2016. Tätä ennen järjestettiin KOHO-hanke, jossa käynnistettiin useita uusia uudistuksia ja toimenpiteitä, jotta hoitoon hakeutuminen olisi helpompaa, asiakkaiden osallisuus saataisiin lisääntymään ja henkilöstön osaaminen mielenterveys- ja päihdeasioissa vahvistuisi. Suunnitelman pohjana käytettiin kansallista mielenterveys- ja päihdesuunnitelmaa vuosilta 2009-2015. Tässä suunnitelmassa pääpainopisteenä ovat asiakkaan aseman vahvistamisen, mielenterveyden ja päihdeettömyyden edistämisen ja ongelmien ehkäisyn, avo- ja peruspalvelujen painottamisen ja palvelujen asiakkaan kannalta joustavasti toimivana kokonaisuutena järjestämisen sekä mielenterveys- ja päihdetyön ohjauskeinojen vahvistamisen. (Mielenterveys- ja päihdetyön suunnitelma 2013-2016.)

Mielenterveys- ja päihdetyön suunnitelma 2013-2016 keskeisimmät tavoitteet olivat

1. Psykiatristen palveluiden kotiinvieminen, jotta sairaansijoja voitaisiin vähentää. Tämä tarkoittaisi erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyötä, jotta palvelut voitaisiin viedä koteihin.
2. Näyttöön perustuvien hoitotapojen lisääminen. Perustason psykiatrisen hoitotyön tukemiseksi perustettaisiin psykiatrian erikoislääkärin virka.
3. Päihdetyön moniammatillisen verkostotyön koordinoimiseksi ja alaikäisten sekä nuorten aikuisten ehkäisevän päihde- ja mielenterveystyön järjestelmän luomiseksi perustettaisiin ehkäisevän päihdetyön koordinaattorin virka.

4. Sähköisten palvelujen kehittäminen.

5. Lohjan sairaalan yhteen perustettaisiin selviämisasema, joka linkittyisi muihin päihdehuollon palveluihin.

6. Omein palveluiden vahvistaminen päihde- ja mielenterveysasiakkaiden hoidossa. (Mielenterveys- ja päihdetyön suunnitelma 2013-2016.)

Pitkät välimatkat erityisesti reuna-alueilla, ikääntyvä väestö sekä työikäisten suhteellisen matala koulutustaso ovat ominaisia Lohjan ja Peruskuntayhtymä Karviaisen alueilla. Muihin HUS-alueisiin verrattuna työttömyys- ja sairastavuusluvut ovat hieman korkeammat. Muihin HUS-alueisiin verrattuina psykiatrisia laitospaikkoja ja laitospäiviä on Lohjalla ja Karkkilassa enemmän. Hoidon porrastus ja hoitopolkujen sujuvuus perusterveydenhuollossa ja muussa sairaanhoidossa, mukaan lukien yksityinen sektori, ovat keskeinen tavoite mielenterveyden häiriöiden hoidossa. Psykiatrinen erikoissairaanhoito on kiinnittänyt lisääntyvästi huomiota läheteprosessiin, potilaiden tutkimusprosessiin ja erikoissairaanhoidon hoitorepertuaariin. (Mielenterveys- ja päihdetyön suunnitelma 2013-2016.)

Mielenterveystyötä tehdään perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa. Perusterveydenhuolto keskittyy kokonaisvaltaiseen potilaan hoitoon. Ottaen huomioon ihmisen elinympäristön ja perheen perusterveydenhuollossa pyritään sairauksien ennaltaehkäisyyn ja hoidon jatkuvuuteen. Perusterveydenhuollossa ongelmien kirjo on laaja. Erikoissairaanhoidossa taas erikoistutaan tiettyihin sairauksiin tai sairausryhmiin. Molemmat keskittyvät hoitamaan sekä ihmistä että sairautta, mutta hoidon painopiste on joko ihminen kokonaisuutena tai jokin tietty sairaus. (Salunen 2016, 15-17)

Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välinen yhteistyö on äärimmäisen tärkeää, sillä sen puute saattaa hidastaa diagnoosin tekemistä, aiheuttaa liiallisia tutkimuksia, viedä turhaa aikaa niin potilaalta kuin ammattilaisilta, häiritä hoidon jatkuvuutta, lisätä kustannuksia ja vähentää luottamuksen tunnetta potilaassa. Suurimmiksi ongelmiksi yhteistyön kulussa on koettu kommunikation ja tiedonkulun puutteet. Se, että saadaan siirrettyä pitkäaikaispotilaan hoitovastuu perusterveyden puolelle edellyttää lähempää yhteistyötä erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä. Kun molempien tahojen työntekijät ymmärtävät toistensa organisaatioiden tehtävät on helpompaa koordinoita potilaan hoitoa. Toisen organisaation tuntemus myös vähentää turhaa etsimistä ja paikasta toiseen soittelua mikä nopeuttaa potilaan hoitoa ja parantaa hoidon jatkuvuutta. (Salunen 2016, 15-17.)

2.1.1 Mielenterveystyö perusterveydenhuollossa

Mielenterveystyö väärinymmärretään usein yksinomaan mielenterveyden häiriöiden psykiatriseksi erikoissairaanhoidoksi, vaikka todellisuudessa mielenterveystyö on paljon laajaa-alaistem-

paa toimintaa peruspalveluista erikoissairaanhoidon. Mielenterveystyö perusterveydenhuollossa koskee koko väestöä riippumatta siitä, kärsiikö henkilö mielenterveysongelmista vai ei. Perusterveydenhuollossa mielenterveystyö koskettaa kaikkien hyvinvoinnin, omatoimisuuden ja turvallisuuden säilyttämistä ja ongelmien ennaltaehkäisyä, tunnistamista, hoitoa ja jatkohoittoa ohjaamista. Mielenterveystyön palvelujärjestelmään kuuluvat perusterveydenhuollon palvelut, erikoissairaanhoidon palvelut ja yksityinen ja kolmas sektori. Avohoidon psykiatriset toimintayksiköt ovat suurelta osin perusterveydenhuollon alaisia toimijoita. Lisäksi kunnan sisäiset palvelut, kuten koulu, asuntotoimi ja työvoimatoimisto, seurakunnat ja vapaaehtoistyö kuuluvat mielenterveystyön palvelujärjestelmään. (Noppi, Kiiltomäki & Pesonen 2007.)

Perusterveydenhuollossa on paljon potilaita, joilla on mielenterveyden häiriöitä: jopa puolella tapauksista mielenterveyshäiriö jää tunnistamatta. Erityisesti masennus saattaa olla piilevää, eikä potilas aina koe kärsivänsä masennuksesta, jolloin oirehtiminen voi jäädä lääkäriltä huomaamatta. Arvioiden mukaan joka neljännellä perusterveydenhuollon palveluita käyttävällä potilaalla olisi jokin mielenterveyshäiriö. Lievät ja keskivaikeat mielenterveyden häiriöt tulisi suositusten mukaan pyrkiä hoitamaan perusterveydenhuollossa, kun taas monihäiriöt, komplisoituneet ja vaikeat mielenterveyden häiriöt kuuluvat erikoissairaanhoidon. Psykiatriseen erikoissairaanhoidon kuuluvat psykiatrinen sairaalahoido, oikeuspsykiatria, yleissairaalapsykiatria sekä erilaiset psykiatriset konsultaatiot. Voidaan karkeasti arvioida, että korkeintaan noin 4 % väestöstä kuuluisi julkiseen psykiatriseen erikoissairaanhoidon piiriin kuuluvia diagnooseja ovat vaikeat persoonallisuushäiriöt, kaksoisdiagnoosit, psykoosit sekä ne masennus- ja ahdistuneisuustapaukset, joissa perusterveydenhuollossa saatu hoitovaste ei ole ollut riittävä. (Joukamaa, Lönnqvist & Suvisaari 2014.)

Perusterveydenhuollon mielenterveyspalvelut voidaan jaotella kahteen osaan. Osa toteutuu neuvola-, koulu- ja opiskelijaterveydenhuoltona, päihde- ja depressiohoitajatoimintana, psykologien toimintana sekä terveyskeskuslääkärin työnä. Monissa terveyskeskuksissa on myös erikoissairaanhoidon antavia yksiköitä, ja noin puolessa Suomen kunnissa järjestetään erikoissairaanhoidon palveluita myös perusterveydenhuollon yhteydessä. (Joukamaa ym. 2014.)

Perusterveydenhuollon mielenterveyspalvelut painottuvat häiriöiden ennaltaehkäisyyn, tunnistamiseen ja varhaiseen hoitoon neuvola- ja kouluterveyshuollossa sekä erilaisten neuvonta- ja tukipalveluiden kautta. Perusterveydenhuollolla on erinomaiset mahdollisuudet toteuttaa erilaista lyhytneuvontaa ja esimerkiksi alkoholin riskikäyttöön voidaan tehokkaasti puuttua. Suurin osa väestön lievimmistä mielenterveyden häiriöistä tulisi hoitaa terveyskeskuksissa sekä opiskelu- ja työterveyshuollossa. Tärkeää on hioa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välistä yhteistyötä, sillä näiden kahden osa-alueen välillä on jatkuvaa potilasliikennettä ja työnjaon uudistumista. Aktiivista erikoissairaanhoidon tarvitsemattomien mielenterveyden häiriöitä

sairastavien potilaiden hoito ja seuranta olisi mielekästä ja tarkoituksenmukaista siirtää perusterveydenhuoltoon. Tällainen sujuva liike mahdollistaa erikoissairaanhoidon resurssien vapauttamisen sellaiseen mielenterveyshoitotyöhön, jota ei voida toteuttaa perusterveydenhuollon piirissä. (Joukamaa ym. 2014.)

Kähärä (2015) kartoitti strukturoidulla kyselyllä väestön, sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön sekä päättäjien näkemyksiä siitä, kenen vastuulla mielenterveysongelmaisten ihmisten hyvinvointi on. Suurin osa jokaisesta vastaajaryhmästä oli sitä mieltä, että yhteiskunnan tulee kantaa vastuuta mielenterveysongelmaisten ihmisten hyvinvoinnista. Kaikissa vastaaryhmissä oltiin sitä mieltä, että ihminen voi itse vaikuttaa omaan riskiinsä saada jokin mielenterveysongelma. Merkittävä enemmistö kaikista vastaajaryhmistä oli sitä mieltä, että sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiset voivat vaikuttaa mielenterveysongelmien vähentämiseen kunnassa. Yleisesti koettiin, että sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön on yksityishenkilöä helpompi puuttua mielenterveysongelmiin. Tutkimuksessa kartoitettiin myös sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöstön näkemyksiä mielenterveystyön resurkseista. Mielenterveystyön resurssit neuvoloissa, koulu- ja opiskelijaterveydenhuollossa, terveyskeskusvastaanotossa, työterveyshuollossa ja erityispalveluissa koettiin riittämättömiksi, samalla kun mielenterveysongelmien koettiin lisääntyneen kaikissa ikäryhmissä. Kuitenkin terveydenhuollon valmiudet kohdata mielenterveysongelmat ovat kohentuneet. Erilaiset koulutukset on koettu hyödyllisiksi sosiaali- ja terveyspalveluiden toimivuutta kehittäessä, ja erityisesti palveluiden mallintamisten koettiin kehittävän palveluiden toimivuutta, saatavuutta ja moniammatillista yhteistyötä.

Psykoosipotilaat ohjautuvat erikoissairaanhoidon perusterveydenhuollon kautta. Akuutisti psykoottisen potilaan kohdalla tulee arvioida avohoidon riittävyys. Erityisesti ensipsykoosien psykiatrinen diagnostiikka ja hoidon käynnistäminen kuuluvat erikoissairaanhoidon vastuulle, ja joillain paikkakunnilla on ensipsykooseihin erikoistuneita työryhmiä, joita kannattaa konsultoida ennen lähetteen tekemistä. Akuutit psykoosit niihin liittyvine M1-lähetteen kuuluvatkin erikoissairaanhoidon. Sen sijaan perusterveydenhuollossa voidaan hoitaa hyvässä hoitotapainossa olevia skitsofreniapotilaita tarpeen tullen psykiatria konsultoiden. Perusterveydenhuollossa voidaan myös toteuttaa pitkäaikaispotilaiden elimellisten sairauksien ennaltaehkäisyä ja hoitoa, kuten sydän- ja verisuonitauteja. Somaattisten sairauksien ehkäisyyn, tutkimiseen ja hoitoon tulisi skitsofreniapotilaiden kohdalla kiinnittää erityistä huomiota. Myös klotsapiinia käyttävien potilaiden seuranta onnistuu perusterveydenhuollossa, kun muistetaan kuukausittaisen leukosyytti- ja neutrofiilitason seurannat, reseptien uusinta ja potilaan tarkka ohjeistus. Skitsofrenian vakaassa vaiheessa onkin tavoitteena varmistaa oireiden pysyminen poissa tai lievinä sekä kohentaa toimintakykyä. Myös vakaassa vaiheessa hoidon perustana on psykiatrin ja moniammatillisen työryhmän laatima hoitosuunnitelma. Hoitosuunnitelman tulee perustua tut-

kimukseen, ja se tulee laatia yhteistyössä potilaan ja hänen läheistensä kanssa. Hoitosuunnitelma olisi hyvä tarkistaa vähintään vuosittain. Vakaassa skitsofrenian vaiheessa terveyskeskuslääkärillä on usein paremmat mahdollisuudet huolehtia potilaan kokonaisvaltaisesta hoidosta. (Saari, Raiskila, Moilanen, Jääskeläinen & Niemelä 2015.)

Vuonna 2015 verenkiertoelinsairaudet olivat suurin syy vuodeosastohoitoon perusterveydenhuollossa. Seuraavaksi yleisimpiä syitä olivat hengityselinten sairaudet, psykiatriset sairaudet, sisältäen dementian, vammat ja myrkytykset. Avolääkärikäynneistä suurin osa oli ylähengitysteiden akuutit infektiot, verenvainetauti ja selkäsärky. Verrattuna vuoteen 2015 psykiatriset käynnit avolääkärin vastaanotolla ovat siis vähentyneet. Mielenterveystyön avokäynnit lisääntyivät vuonna 2015 seitsemän prosenttia verrattuna vuoteen 2014. Päihdetyön avohoidon palvelumuodon käyntimäärät olivat myös lisääntyneet kahdeksan prosenttia vuoteen 2014 verrattuna. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos: Perusterveydenhuolto 2015 2016)

Vaikka päävastuu mielenterveyspalvelujen tuottamisella on julkisella sektorilla, tarjoaa myös kolmas sektori palveluja mielenterveyspotilaille- ja kuntoutujille. Kolmas sektori muodostuu pitkälti yhdistyksistä ja järjestöistä, ja ne voivat tarjota keskustelu- ja kriisiapujen lisäksi myös psykoterapiaa. (Autti-Rämö, Henriksson, Tuulio-Henriksson & Valkonen 2011.) Kolmannen sektorin palvelut ovat järjestölähtöisiä auttamispalveluita, ja niitä rahoitetaan pitkälti raha-automattiyhdistyksen tuella. Kolmannen sektorin palvelut ovat käyttäjilleen maksuttomia, ja niiden toimintaan voi osallistua vapaaehtoistoimintana. Kolmannen sektorin tarjoamaan apuun kuuluvat enimmäkseen puhelin- ja verkkoauttaminen, kriisityö, vertaistuki ja kuntoutuskurssit. (Mielenterveysseura.) Lohjalla toimii paikallisia ja valtakunnan tason kolmannen sektorin auttamispalveluita, joihin hakeutuminen on kaikille avointa tai tapahtuu tutustumisen tai yhteydenottojen kautta. Osa palveluista ja ryhmistä tapahtuu internetissä. (Tukea ja palveluja Lohjalla: Mielenterveys- ja päihdepalvelut 2016.)

Myös yksityinen sektori tarjoaa mielenterveyspalveluita. Yksityisten sektorien tarjoamiin mielenterveyspalveluihin kuuluu lähinnä psykoterapia. Psykoterapian järjestämisvastuu on sairaanhoitopiireillä, ja ne voivat joko ostaa sen yksityisiltä palveluntarjoajilta tai tuottaa sen itse. Psykoterapiapalveluita ostetaan yhä enemmän sairaanhoitopiirien ja kuntien toimesta. Erityisesti nuorten psykoterapioita ostetaan yksityissektorilta. (Gergov, Lindberg, Tainio & Marttunen 2013.)

2.1.2 Mielenterveystyö erikoissairaanhoidossa

Sairaalat tarjoavat erikoissairaanhoidon palveluita. Erikoissairaanhoidolla tarkoitetaan erikoislääkäreiden tekemää, sairaalassa annettavaa tutkimusta ja hoitoa, kuten kirurgiset leikkaustoiminnot. Suomessa suurin osa sairaaloista on julkisia. Yliopistosairaalat ja sairaanhoitopiirien

keskussairaalat vastaavat vaativimmista hoidoista. Suomessa on myös paikallisia sairaaloita, aluesairaloita ja yksityisiä sairaaloita. (Keistinen 2015.)

Erikoissairaanhoitolaki 1062/1989 on jakanut erikoissairaanhoidon järjestämistä varten maan sairaanhoitopiireihin. Jotta sairaanhoitopiiri voi järjestää erikoissairaanhoitoa, tulee sen alueella olla sairaaloita ja tarpeen vaatiessa sairaaloista erillään olevia sairaanhoidon toimintayksiköitä. Sairaaloiden ja muiden toimintayksiköiden perustamisesta ja lakkauttamisesta päättää sairaanhoitopiirin kuntayhtymä. Kuntayhtymän sairaalat ovat ensisijaisesti kuntayhtymän jäsenkuntien asukkaiden käytössä. Kiireellisissä tapauksissa on sairaalahoitoa tarjottava sitä tarvitsevalle hänen kotikunnastaan riippumatta. (Erikoissairaanhoitolaki 1062/1989 § 7, § 12, § 30)

Psykiatrisen erikoissairaanhoidon hoitopäivät ovat vähentyneet, siinä missä psykiatrisen erikoissairaanhoidon avohoitokäynnit ovat lisääntyneet samassa suhteessa. Miehillä yleisin psykiatrisen vuodeosastohoitoon johtanut sairaus on skitsofrenia, naisilla taas masennus. Vuonna 2013 skitsofreniaa sairastavista potilaista 60 % oli miehiä. Terveyskeskusläheteellä vuodeosastohoitoon hakeutui 47 % potilaista, joten perusterveydenhuollolla on suuri merkitys tärkeänä yhteistyökumppanina erikoissairaanhoidon kanssa. (Terveys- ja hyvinvoinnin laitos: Psykiatrisen erikoissairaanhoito 2013 2015, 2-4.)

2.1.3 Mielenterveyslaki

Laki määrittää mielenterveystyön tarkoittavan yksilön psyykkisen hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja persoonallisuuden kasvun edistämistä. Mielenterveystyöhön kuuluu mielisairauksien ja muiden mielenterveyshäiriöiden ehkäiseminen, lievittäminen ja parantaminen. Tähän kuuluu myös elinolosuhteiden kehittäminen siten, että ne edistävät mielenterveyttä ja tukevat mielenterveyspalvelujen järjestämistä. Sosiaali- ja terveysministeriö on vastuussa mielenterveystyön suunnittelusta, ohjauksesta ja valvonnasta, ellei lailla toisin säädetä. Aluehallintovirastolla on omat toimialueensa, joilla sen tulee järjestää mielenterveystyön suunnittelu, ohjaus ja valvonta. (Mielenterveyslaki 1990/1116 § 1-2.)

Jokaisen kunnan vastuulla on huolehtia laissa määriteltyjen mielenterveyspalvelujen järjestämisestä ottaen huomioon terveydenhuoltolain säädöksen, kun palvelut järjestetään osana kansanterveystyötä ja ottaen huomioon sosiaalihuoltolaki, kun palvelut järjestetään osana sosiaalihuoltoa. Kuntayhtymän sairaanhoitopiiriin tulee omalla alueellaan huolehtia erikoissairaanhoitona annettavista mielenterveyspalveluista siten, kuin ne on määritelty mielenterveyslaissa 1990 ja terveydenhuoltolaissa 2010. Kunnan vastuulla on pitää huoli siitä, että mielenterveyspalvelut ovat sisällöltään ja laajuudeltaan riittävät kuntayhtymän alueella esiintyvälle tarpeelle. (Mielenterveyslaki 1990/1116 § 3-4.)

Mielenterveyslain mukaan henkilö voidaan määrätä tahdosta riippumattomaan psykiatriseen sairaalahoitoon vain, jos hänellä todetaan mielisairaus, hän mielisairautensa vuoksi on hoidon tarpeessa siten, että hoitoon toimittamatta jättäminen pahentaisi hänen mielisairauttaan, vaarantaisi vakavasti hänen tai muiden terveyttä tai turvallisuutta tai mitkään muut mielenterveyspalvelut eivät ole riittäviä hänen hoidossaan. Jotta henkilö voidaan lähettää tarkkailuun, tulee terveyskeskuksessa työskentelevän lääkärin laatia hänestä tarkkailulähete ja lähetettävä tutkittavaksi sairaalaan. Jotta henkilö voidaan ottaa tarkkailuun edellyttää se aikaisintaan kolme päivää ennen laadittua tarkkailulähetettä. Lisäksi henkilön tarkkailuun ottavassa sairaalassa työskentelevän lääkärin on katsottava, että tahdosta riippumattoman hoidon määräämisen edellytykset ovat todennäköisesti olemassa. (Mielenterveyslaki 1990/1116 § 8-10.)

Ennen hoitoon määräämistä tulee kuitenkin selvittää tarkkailuun otetun oma mielipide. Henkilön ollessa alaikäinen kuullaan myös tarkkailuun otetun vanhempia, huoltajia sekä henkilöä, jonka hoidossa ja kasvatuksessa alaikäinen on ollut välittömästi ennen tarkkailuun ottamista. Tämä voi tapahtua suullisesti tai kirjallisesti. Lopullisen päätöksen tarkkailuun otetun henkilön määräämisestä tahdosta riippumattomaan hoitoon tekee sairaalan psykiatrisesta hoidosta vastaava ylilääkäri tai muu tehtävään määrätty ensisijaisesti psykiatrian erikoislääkäri. Jos käy ilmi, etteivät hoitoon määrättyllä täyty tahdosta riippumattoman hoidon edellytykset, hoito on keskeytettävä välittömästi. Jos terveyskeskuksen tai sairaanhoitopiirin virkasuhteinen lääkäri katsoo, että henkilön toimittamiseksi seuraavaan sairaanhoidon toimintayksikköön tarvitaan lisäapua, on poliisi velvollinen avustamaan kuljetuksessa. (Mielenterveyslaki 1990/1116 § 11-14 & 31.)

2.1.4 Laki potilaan asemasta ja oikeuksista

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista määrittelee potilaan, hoitotyöntekijän, toimintayksikön ja potilasasiakirjojen laillisen aseman ja oikeudet. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista takaa potilaalle oikeuden kiireelliseen hoitoon ja hoitosuunnitelmaan sekä tiedonsaantiin omaa hoitoa koskien. Laissa todetaan, että potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan ja hänen itsemääräämisoikeuttaan kunnioittaen. Myös alaikäisellä potilaalla on hänen ikätasotaan riippuen oikeus päättää omasta hoidostaan. Potilaalla on oikeus kieltäytyä antamasta tietoja omaisilleen sekä oikeus kieltää hoitohenkilökuntaa luovuttamasta tietoja omaisille, ja myös alaikäinen potilas saa omasta ikätasostaan riippuen kieltää tietojen luovuttamisen huoltajalle. Alaikäisen potilaan huoltajalla ei ole oikeutta kieltää alaikäisen potilaan hoitoa. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista takaa potilaalle myös oikeuden potilasasiamieheen. Potilasasiamiehen tehtävä on neuvoa potilasta lain soveltamisessa, tiedottaa potilasta tämän oikeuksista ja toimia potilaan oikeuksien toteutumiseksi. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992 § 2-9 & 11.)

Laissa määritellään tarkasti potilasasiakirjoissa vaadittava sisältö ja salassapito. Potilasasiakirjoihin tulee merkitä potilaan hoidon järjestämiseen, suunnitteluun ja toteuttamiseen liittyvät tarpeelliset tiedot. Potilasasiakirjat, tutkimukset ja näytteet tulee hävittää heti, kun niiden säilyttämiselle ei ole mahdollisten korvausvaatimusten tai tieteellisten tutkimusten edellyttämiä perusteita. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992 § 12.)

Potilasasiakirjat ja niihin liittyvät tiedot lasketaan salassa pidettäviin asiakirjoihin. Hoitohenkilökunta ei saa luovuttaa potilasasiakirjoihin liittyviä tietoja ilman potilaan kirjallista suostumusta. Jos potilaalla ei ole edellytyksiä arvioida suostumuksen merkitystä, voidaan lupaa kysyä potilaan laillisen edustajan kirjallisella suostumuksella. Potilasasiakirjojen ja niihin liittyvien tietojen salassapitovelvollisuus säilyy hoitosuhteen päättymisen jälkeenkin. Potilaan tilasta voidaan antaa tietoja potilaan suullisella suostumuksella, jos se on potilaan tutkimusten ja hoidon järjestämiselle tarpeen. Myös tajuttomuuden tai muun vastaavan syyn vuoksi potilaan lähiomaisille voidaan kertoa tietoja potilaan voinnista, jos ei ole syytä olettaa, että potilas kieltäisi tämän. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992 § 13.)

2.1.5 Mielenterveystyön tulevaisuus

Sote-uudistuksessa tavoitteena on uudistaa koko julkinen sosiaali- ja terveydenhuolto. Uudistuksen tekee valtio ja kunnat. 1.1.2019 lähtien palvelujen järjestämisen vastuu siirtyy 18 uudelle maakunnalle. Sote-uudistuksen tarpeellisuutta selitetään väestön ikääntymisellä, monipuolisella, nykyistä yksilöllisemmällä palvelujen tarpeella ja sillä, että tämän hetkisen sosiaali- ja terveyspalvelujen palvelut ovat tehottomia. Lisäksi Suomen taloustilanne on vaikea ja julkinen sektori velkaantuu. Uudistuksen tavoitteena on tehdä sosiaali- ja terveyspalveluista tehokkaampia ja vaikuttavampia, vähentää ihmisten eroja hyvinvoinnissa ja terveydessä ja saada kaikille tasavertaisemmat sosiaali- ja terveyspalvelut. (Sote- ja maakuntauudistus 2016.)

Yksi sote-uudistuksen uusista piirteistä on tarjota asiakkaalle valinnanvapaus. Valinnanvapaus mahdollistaisi asiakkaalle sen, että hän saa itse valita mistä sosiaali- ja terveyspalvelunsa ottaa. Kun sosiaali- ja terveyspalveluja rahoitetaan julkisesti voisivat jatkossa palvelujaan kaikille tarjota julkiset, yksityiset ja kolmannen sektorin toimijat, kuten järjestöt ja säätiöt. Asiakasmaksut olisivat samat kaikilla palveluntarjoajilla. Valinnanvapaus lisäisi myös asiakkaan mahdollisuuksia vaikuttaa ja parantaa palvelujen saatavuutta, laatua ja kustannusvaikuttavuutta. Asiakas voisi valita täten itselleen ja omaan tilanteeseensa parhaiten sopivan palveluntuottajan. Tämä nopeuttaisi asiakkaan pääsyä sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilön vastaanotolle ja muihin palveluihin. (Sote- ja maakuntahallitus 2016.)

Päivystys ja erikoissairaanhoito tulee myös muuttumaan. Vaativa erikoisalapäivystys jaetaan 12 eri sairaalaan, joissa ylläpidetään ympärivuorokautista päivystyksen yksikköä. Näissä sairaala-

loissa tarjotaan myös sosiaalipäivystystä. Jo olemassa olevien viiden yliopistollisten sairaaloitten lisäksi laajaa erikoisalapäivystystä tarjoaa seitsemän muuta keskussairaala. Erikoisalapäivystyksen sairaalat sijaitsevat siis Helsingissä, Turussa, Tampereella, Kuopiossa, Oulussa, Lahdessa, Lappeenrannassa, Porissa, Seinäjoella, Jyväskylässä, Joensuussa ja Rovaniemellä. Muissa keskussairaaloissa järjestetään ympärivuorokautinen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteispäivystys. Tähän kuuluu tavallisimmin tarvittavat erikoisalojen päivystys ja sosiaalipäivystys ja tarvittaessa suun terveydenhuollon päivystys. Tavoitteena on hillitä kustannusten kasvua, parantaa potilasturvallisuutta, varmistaa riittävä osaaminen hoitavassa yksikössä sekä yhdenvertaistaa palvelujen saatavuutta. (Sote- ja maakuntahallitus 2016.)

Avopalveluilla ja ehkäisevällä toiminnalla on tulevaisuudessa suurempi osa kuin nykyään. Potilaiden oman roolin merkitys itsehoidossa kasvaa ja oman terveyden ja hyvinvoinnin ylläpitämistä ja edistämistä painotetaan enemmän. Mielenterveys- ja päihdepalveluihin kiinnitetään tulevaisuudessa enemmän huomiota, ja kynnystä hakeutua ja päästä hoitoon avopuolelle pyritään madaltamaan. Sen lisäksi laitoshoitopaikkoja vähennetään siirtämällä resursseja avopalveluihin. Moniongelmaisten hoidossa otetaan enemmän huomioon myös heidän lähipiiriään. (Vesterinen 2015.)

2.2 Skitsofrenia

Skitsofrenia on psykoottinen häiriö, jossa todellisuudentaju häiriintyy. Todellisuudentajun järkkäminen ilmenee pääasiassa hallusinaatioina eli epätodellisina aistitunteuksina sekä deluusioina eli harhaluuloina. Psykoottisille häiriöille tyypillistä on myös epäjohdonmukainen ja syrjähtelevä puhe, ja myös käyttäytyminen voi olla häiritsevän poikkeavaa tai kummallista. Kaikkien psykoottisten häiriöiden tavoin skitsofrenia on vakava mielenterveyden häiriö. Skitsofrenian perusoireita ovat positiiviset oireet eli aistiharhat, harhaluulot, hajanainen puhe ja käytös sekä negatiiviset oireet eli affektien eli tunnetilojen latistuminen, puheen köyhtyminen ja tahdottomuus. (Lönqvist, Henriksson, Marttunen & Partonen 2014.)

Skitsofreniaan sairastuminen voidaan selittää haavoittuvuus-stressimallilla. Sen mukaan skitsofrenia voi puhjeta henkilölle, jolla on perinnöllinen tai varhaiskehityksen tuoma alttius sairastumiseen. Psykoottisten oireiden puhkeamiseen vaikuttavat sisäiset ja ulkoiset stressitekijät. Laukaisevia tekijöitä voivat olla erilaiset sairaudet tai vammat tai luonnolliset aikuistumisen asiat, kuten kotoa pois muutto. Uusimmat tutkimukset ovat todenneet kannabiksen käytön altistavan skitsofreniaan sairastumiselle. (Kuhanen ym. 2013.)

Isolla osalla skitsofreniaan sairastuneista on jo ennen sairastumista ollut havaittavissa lieväästeista psykoosia edeltäviä ennako-oireita, kuten univaikeuksia, ahdistuneisuutta, pelokkuutta, sosiaalisista kontakteista vetäytymistä ja poikkeavia käsityksiä itsestä ja ympäristöstä. On todisteita, että ajoissa aloitettu ennakkohoito oikealla lääkityksellä ja

kognitiivisella psykoterapialla on pystytty estämään tai siirtämään psykoosivaarassa olevan psykoosiin sairastumista. Kaiken kaikkiaan mahdollisimman varhain aloitettu hoito on parantanut sairauden ennustetta. (Kuhanen ym. 2013.)

Pitkäaikaissairautena skitsofrenia hankaloittaa henkilön kognitiivisia ja emotionaalisia toimintoja. Skitsofreniassa tyypillistä on suuret, perustavanlaatuiset ajattelun vääristymät, ajatusten kaikuminen tai levittäminen, havainto- ja suhteuttamisharhat, vaikutuselämykset, passiivisuus, kuuloharhat ja ajatushäiriöt. Negatiivisiksi oireiksi kuvataan normaaliensa psyykkisten toimintojen heikentymistä tai puuttumista. Tahdottomuus, tunneilmaisun latistuminen, mielihyvän tunteen menettäminen ja puheen köyhtyminen ovat usein melko pysyviä ja tyypillisiä oireita skitsofreniassa. Skitsofreniaan liittyy aktiivivaihe, jolloin henkilö kokee positiivisia oireita negatiivisten rinnalla. Positiivisia oireita ovat aistiharhat, harhaluulot ja hajanainen puhe ja käytös. (Noppi, Kiiltomäki & Pesonen 2007.)

Harhaluuloihin voi liittyä henkilön tunne siitä, että häntä vakoillaan, vainotaan tai, että hän on salaliiton kohteena. Suhteuttamisharhoissa henkilö saattaa kokea, että uutisissa tai mediassa puhutaan juuri hänestä tai hänelle lähetetään viestejä tiettyjen lehtien välityksellä. Skitsofreniaan voi kuulua myös somaattisia harhaluuloja esimerkiksi, että jokin ruumiinosa on väärennetyinen tai, että ihon alla on matoja tai loiseläimiä. Uskonnolliset harhaluulot taas saavat henkilön uskomaan, että hän saa viestejä suoraan jumalalta tai, että hän on itse jumalan ruumiillistuma tai, että hän on jumalan vihan kohde. (Noppi ym. 2007.)

Skitsofrenia on monimuotoinen sairaus, josta toipuminen on kuitenkin mahdollista. Viime vuosikymmeninä skitsofreniasta toipuneiden määrä ei ole kasvanut. Skitsofreniassa sairastavien ennuste työkyvyn osalta on voinut jopa heikentyä, mikä voi liittyä työelämän paineiden lisääntymiseen. Skitsofrenian ennusteen parantaminen vaatii jouhevaa yhteistyötä erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä. Skitsofrenian ennustetta huonontavat ensipsykoosin pitkäkestoisuus, varhainen sairastumisikä, huono hoitomyöntyvyys, negatiivisoireinen taudinkuva, sairauden hidas alku sekä miessukupuoli. Vaikka lääkehoito vähentää oireita, relapseja eli sairauden uudelleenpahentumisia sekä kuolleisuutta, korostavat viimeaikaiset tutkimukset lääkehoidon hyötyjen ja haittojen arvioinnin tärkeyttä. Nykyään lääkehoidon tavoitteena onkin mahdollisimman pieni tehokas annostus. Skitsofrenian varhainen tunnistaminen parantaa ennustetta. Prodromaali- eli ennako-oireiden tarkkailu voi antaa viitteitä ensipsykoosin alkamisesta. Jo ennako-oireiden ilmentyessä sosiaalinen, emotionaalinen ja kognitiivinen toimintakyky heikkenevät. (Juola ym. 2015.)

Psykoosiriskiä arvioitaessa tulee huomioida mahdollisen alkavan mielialahäiriön mahdollisuus. Perusterveydenhuollossa ja erityisesti nuorten kanssa työskentelevillä on hyvät valmiudet tunnistaa psykoosiriskissä olevia. Psykoosiriskin tunnistaminen edellyttää riittävää koulutusta,

asiantuntemusta ja kyselyiden ja haastattelujen käyttöönottoa. Psykoosiriskissä olevien hoitomuodoksi voidaan suositella psykoterapian kaltaisia psykososiaalisia tukimuotoja. Myöhemmässä vaiheessa oireiden täyttäessä psykoosin kriteerit, tulee hoitoon yhdistää lääkehoito erikoissairaanhoidossa tapahtuvan diagnostisen arvion jälkeen. Psykoosin varhainen hoito on ensiarvoisen tärkeää, sillä ensipsykoosin kesto heikentää ennustetta. Ensipsykoosin hoitaminen varhaisessa vaiheessa parantaa myös hoitomyöntyvyyttä. (Juola ym. 2015.)

Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyö parantaa skitsofrenian ennustetta. Somaattisten sairauksien ehkäisyssä perusterveydenhuollolla on iso vastuu. Perusterveydenhuollon rooli skitsofrenian hoidossa kasvanee tulevaisuudessa. Vaikka akuuttivaiheiden hoitovastuu kuuluu erikoissairaanhoidolle, kuuluvat psykoosiepäilyt, hoitoonohjaus, skitsofreniaa sairastavien potilaiden somaattisen terveydentilan tarkkailu, omaisten tukeminen sekä tasaisessa vaiheessa olevien ja ikääntyneiden potilaiden hoito jo nyt perusterveydenhuoltoon. Skitsofrenian ennustetta parantavat toimintakyvyn ylläpitäminen, hyvä elämänlaatu sekä mahdollisuus aktiiviseen osallistumiseen ja ihmisten auttamiseen. (Juola ym. 2015.)

2.2.1 Psykoosi

Kun perheenjäsen sairastuu psykoosiin, perheen sisäinen dynamiikka vaikeutuu, koska yksi perheenjäsen ei enää käsittele ympäristöä samalla tavoin kuin muut. Psykoosi uhkaa perheen arkea. Psykoosin hoito on siis syytä aloittaa mahdollisimman varhain, sillä psykoosin pitkittyminen ilman hoitoa huonontaa ennustetta. Psykoosipotilas tarvitsee tukea selvitäkseen omassa ympäristössä ja tällaisessa tilanteessa perheen voimavarat on otettava huomioon. Vaikka perheen rooli psykoosista toipumiseen on usein erittäin tärkeä, tarvitaan kuitenkin ammatillista tukea ja ymmärrystä. (Katajamäki 2009.)

Psykoosia kuvaamaan ei löydy yhtä selkeää termiä ja tämä tekee psykoosin määrittelemisestä haastavaa. Psykoosiin kuuluu harhaluuloja, joissa aistimus on oikea, mutta aistimuksen tulkinta on virheellinen. Potilas voi kokea näkö- ja kuulohallusinaatioita ilman, että todellisuudentaju on heikentynyt. Jotta voidaan puhua psykoosista, täytyy hallusinaatioihin liittyä harhaluuloja. Suomessa psykoosin yleisyys väestöstä on noin 2 %. Skitsofreniaa taas esiintyy noin 1 % Suomen väestöstä. (Katajamäki 2009.)

Psykoosit jaetaan kahteen ryhmään; toiminnallisiin eli funktionaalisiin ja elimellisiin eli orgaanisiin psykooseihin. Toiminnallisiin psykooseihin kuuluvat skitsofrenia, harhaluuloisuushäiriö, psykoottinen masennus ja mania sekä monimuotoiset ja lyhytkestoiset psykoottiset tilat. Elimelliset psykoosit ovat usein peräisin jostain aivosairaudesta tai päihteiden tai huumeiden käyt-

töstä. Nykytietojen valossa jako toiminnallisten ja elimellisten psykoosien määritelmä on kuitenkin jossain määrin harhaanjohtava. On havaittu, että myös toiminnallisissa psykooseissa on taustalla rakenteellisia keskushermosto muutoksia. (Katajamäki 2009.)

Psykoosissa todellisuudentaju on vakavasti häiriintynyt ja potilaalla esiintyy harhaluuloisuutta ja aistiharhoja. Lisäksi potilaan puhe ja käytös on hajanaista ja sekavaa. Lisäksi potilailla saattaa esiintyä masentuneisuutta, ahdistuneisuutta ja aggressiivisuutta. Potilaan toimintakyky on yleensä huomattavasti vähentynyt ja potilas vetäytyy ihmissuhteista ja normaali kanssakäyminen vähenee. (Katajamäki 2009.)

Psykoottisen potilaan tunnistamiseksi tulee keskustella potilaan kanssa tarpeeksi pitkään, koska potilas voi salata oireitaan. Psykoottinen potilas ei erota mikä on mielikuvitusta ja mikä on ulkopuolista todellisuutta. Potilas ei ole orientoitunut paikkaan tai aikaan. Potilaan sosiaaliset kyvyt ovat heikot, hän vetäytyy ja on avuton normaaleissa sosiaalisissa kanssakäymisissä. Käytös muuttuu oudoksi, psykoottinen potilas taantuu. Puhe on sekavaa ja sanavalinnat ovat oudot. Potilas saattaa olla aggressiivinen ja pelokas, jotka johtuvat usein harhoista. Sen lisäksi, että haastatellaan potilasta, on hyvä myös haastatella omaisia ja helpottaa heidän hätäänsä. Psykoosi lisää itsemurhariskiä, joten on hyvä arvioida sairastuneen itsemurhavaara. Varmistetaan, että sairastunut selviää arkitoiminnoista. Tulee myös määrittää oikea hoitopaikka perusterveydenhuolto, erikoissairaanhoidon avo- tai sairaalahoito. Avohoito on mahdollinen, jos pystytään takaamaan tiiviit kontaktit ja turvaverkon toimivuus. (Pulkinen & Vesänen 2014.)

Psykoottisen potilaan hoidossa keskeistä on turvata potilaan perustarpeet ja luoda potilaalle turvallinen ympäristö, tähän voidaan käyttää tukena perheen ja turvaverkoston sosiaalista tukea ja huolenpitoa. Hyvä suhde omahoitajan ja potilaan välillä on hoidon kulmakivenä. Näin taataan potilaan kokemus tulla kuulluksi. Keskustellessa psykoottisen potilaan kanssa on tärkeää käyttää selkeitä, konkreettisia ja yksiselitteisiä lauseita. Jos potilaan kanssa sovitaan jotain, sopimuksesta on myös pidettävä kiinni. Harhoihin ei tule mennä mukaan, mutta niistä ei myöskään kiistetä. Ennemminkin tulee kyseenalaistaa harhat varovasti puhumalla potilaan omasta kokemusmaailmasta ja vertaamalla tosiasioita harhojen rinnalle. Psykoottiselle potilaalle tulee myös tarjota riittävästi omaa tilaa ja yksityisyyttä, jotta potilas voi rauhoittua ja kokea olevansa turvallisessa paikassa, kuitenkin potilasta yksin jättämättä. Perheen ja muiden potilaalle läheisten ihmisten tuki on tärkeää, sillä se vähentää taantumaa ja psykoottisuutta. (Pulkinen & Vesänen 2014.)

Psykoosioireita hoidetaan aluksi lääkehoidolla, joka voidaan aloittaa avohoidossa, kunhan seuranta on erittäin tarkkaa ja huolellista. Ensimmäisen tavoitteen saavuttamiseksi ei välttämättä tarvita psykoosilääkitystä, mikäli potilas sitä vastustaa. Ensimmäinen tavoite on taata, että

potilas saa riittävästi unta ja vähentää potilaan ahdistuksen tunnetta. Jos potilas on unilääkityksestä huolimatta levoton ja uneton, mahdollisesti aggressiivinen tai itsetuhoisin on psykoosilääkitys aloitettava välittömästi. Kun lähdetään selvittämään psykoosisairauden akutisoitumisen syytä, tulee selvittää onko potilaalla jo käytössä psykoosilääkitys ja voisiko taustalla olla lääkkeen pois jättäminen tai tehon puute. Jo psykoosilääkettä käyttävät tarvitsevat usein suuremman annoksen kuin ensipsykoosiin sairastunut. Aina, kun psykoosi toistuu, pyritään käyttämään samaa lääkettä, joka on todettu tehokkaaksi. (Mantere 2016.)

2.2.2 Skitsofrenian Käypä hoito -suositus

Ensipsykoosia sairastava ohjataan aina tutkittavaksi psykiatriseen erikoissairaanhoidon. Diagnoosi on kliininen ja se perustuu potilaan sukurasitteeseen ja oireiden ja toimintakyvyn kehitystä koskeviin ensitietoihin ja psykiatriseen ja somaattiseen tutkimukseen. Diagnoosi tehdään ICD-10-tautiluokituksen kriteereihin perustuen ja sen tekee psykiatrin tai nuorisopsykiatrin erikoislääkäri. Ennen skitsofreniadiagnoosia puhutaan psykoosista. Kun diagnoosi on varmistunut potilaalle ja hänen lähipiirilleen on annettava asianmukaista tietoa skitsofreniasta ja sen hoidosta. Tärkeää on korostaa sairauden monimuotoisuutta ja mahdollisuuksia toipua hyvinkin asianmukaisessa hoidossa. Psykiatrisessa tutkimuksessa haastatellaan oirehtivaa ja perhettä tai muuta lähipiiriä. Kliinisen tilan arvioinnissa käytetään standardoituja mittareita, jotka lisäävät haastattelun luotettavuutta ja kattavuutta. Mittarit takaavat sen, että samat asiat kysytään joka kerralla. Tämä mahdollistaa potilaan pitkäaikaisen voinnin seurannan. Skitsofreniapotilailla on suurentunut itsemurhariski etenkin sairauden alkuvaiheessa sairaalasta kotiutumisen jälkeen. Itsemurhavaaran arvioimiseen on kehitetty mittareita. Tällaisia standardoituja mittareita ovat esimerkiksi SOFAS, joka mittaa toimintakykyä sekä SSRS, joka mittaa skitsofreniapotilaan itsemurhariskiä. (Skitsofrenia - Käypä hoito 2015.)

Skitsofreniadiagnoosia tehdessä on syytä tehdä somaattinen tutkimus, jotta voidaan pois sulkea somaattiset syyt. Somaattiseen tutkimukseen kuuluvat yleis- ja neurologisen tilan tutkimus, laboratoriotutkimukset ja kuvantamisen tutkimukset. Tutkimuksilla pyritään poissulkemaan elimelliset syyt psykoosioireille. Laboratoriotutkimuksia ovat PVKT, CRP, U-kemseul, K, Na, Krea, Gluk, ALAT, TnT ja huumesulat. Muita tutkimuksia voi olla sydänfilmi eli EKG tai kuvantamisen tutkimuksia kuten thorax-kuva tai päätä magneettikuvaus. (Mantere 2016.)

Kuvantamistutkimusten merkitys korostuu erotusdiagnostiikassa, kun pohditaan psykoosin somaattisten syiden poissulkua. Skitsofreniaan ei liity mikään yksittäinen laboratorioarvojen poikkeavuus. Koska metabolinen oireyhtymä on yleinen skitsofreniapotilailla, on syytä tehdä sydän- ja verisuonitautien riskiarvio. Ensipsykoosipotilaasta kirjataan ylös pituus, paino ja painoindeksi, verenpaine, vyötärön ympäryys, plasman kolesteroli- ja triglyseridipitoisuudet sekä plasman glukoosipitoisuus paastonäytteistä ja EKG. On myös tarpeen selvittää potilaan ruokavalio,

liikuntatottumukset, sukurasite tyypin 2 diabetekselle, ylipainolle ja sydän- ja verisuonitau-
deille. Painoa ja vyötärön ympärystä tulee seurata säännöllisesti. Plasman kolesteroli- trigly-
seridi- ja glukoosipitoisuudet mitataan vuosittain. EKG tulee rekisteröidä psykoosilääkityksen
muuttuessa. (Skitsofrenia - Käypä hoito 2015.)

Skitsofrenia on hyvin monimuotoinen ja yksilöllinen sairaus. Keskeistä hoidossa on yhdistellä
erilaisia hoitoja siten, että ne sopivat potilaan elämäntilanteeseen ja edistävät toipumista ko-
konaisuutena. Tehostettu avohoito, koulutuksellinen usean perheen ryhmähoito, sosiaalisten
taitojen harjoittelu ja psykoosilääkitys on todettu kohentavan skitsofreniapotilaiden toiminta-
kykyä kahden ensivuoden aikana. Hoito suunnitellaan aina potilaan itsensä kanssa, ellei hän
sairautensa vuoksi kykene ottamaan kantaa siihen. Myös perheen huomiointi hoidon suunnitte-
lussa on tärkeää. Hoidon ja kuntoutuksen päätavoitteet on poistaa oireet tai ainakin lievittää
niitä, estää uudet psykoosijaksot ja edistää potilaan psykososiaalista toimintakykyä ja elämän-
laatua. Ensisijainen hoitopaikka on avohoito, jotka ovat parhaimmillaan, kun potilaan ja hoitoa
toteuttavan henkilökunnan välillä on ymmärtävä, luottamuksellinen ja pitkäkestoinen hoito-
suhde. Hoitosuunnitelma on aina yksilöllinen kirjallinen suunnitelma, joka perustuu psykiatrin
ja moniammatillisen työryhmän tekemään tutkimukseen, joka on laadittu yhteisymmärryksessä
potilaan ja hänen perheensä kanssa. Hoitosuunnitelman lähtötilanteeseen vaikuttaa potilaan
psykkisen tilanteen lisäksi perheen tilanne ja ihmissuhde-, opiskelu-, työ ja muu sosiaalinen
kokonaistilanne. Hoitosuunnitelma tulee tarkistaa ja mahdollisesti päivittää vuosittain. Jos po-
tilaalla on somaattisia sairauksia, tulee ne huomioida hoitosuunnitelmassa. (Skitsofrenia -
Käypä hoito 2015.)

Akuuttivaiheessa keskitytään vähentämään psykoosioireita ja hoito tapahtuu avohoidossa tai
psykiatrisella akuuttiosastolla. Akuuttiosastolla hoito tapahtuu, jos potilas on itsetuhoinen tai
väkivaltainen, potilas kokee niin voimakkaita aistiharhoja tai harhaluuloja, että ne ohjaavat
hänen toimintaansa tai potilaan tutkiminen ja hoito eivät onnistu avohoidon resursseilla. Psy-
koosilääkitys on aina yksilöllinen. Akuuttivaiheen oireiden lievittyä seuraa tasaantumisvaihe,
joka voi kestää kuukausia. Tämän tavoitteena on oireettomuus ja vakiinnuttaa toipuminen.
Psykososiaalisten stressitekijöiden välttäminen on tärkeää, sillä psykoosin uusiutuminen on
herkkää tasaantumisvaiheessa. Psykoosilääkehoitoa jatketaan vielä oireiden lieventymisen tai
loppumisen jälkeenkin. Viimeisenä vaiheena on vakaa vaihe, jossa potilas on toipunut akuutti-
vaiheen oireista. Lääkitystä ja psykososiaalisia hoitoja jatketaan, jotta akuuttivaiheen oireet
pysyvät poissa. Tässä vaiheessa myös pyritään kohentamaan potilaan toimintakykyä ja elämän-
laatua. Psykososiaalisten hoito- ja kuntoutusmuotojen tarve arvioidaan yksilöllisesti. (Skitso-
frenia - Käypä hoito 2015.)

2.2.3 Lääkehoito

Skitsofrenian hoidossa psykoosilääkitys on olennainen osa. Psykiatrian tai nuorisopsykiatrian erikoislääkäri tekee päätöksen lääkehoidon aloituksesta mielellään yhteistyössä potilaan ja hänen lähipiirinsä kanssa. Psykoosilääkkeet on todistettu tehokkaiksi positiivisten oireiden hoidossa ja uusien psykoosivaiheiden ehkäisyssä. Sen sijaan negatiivisten ja kongitiivisten oireiden hoidossa lääkkeiden teho on vähäisempää. Sopivaa lääkitystä valittaessa tulee ottaa huomioon potilaan muu lääkitys ja lääkityksen annosmäärä pyritään pitämään mahdollisimman pienenä. (Skitsofrenia - Käypä hoito 2015.)

Ensipsykoosin psykoosilääkeannos on usein pienempi kuin uusiutuneessa psykoosivaiheessa. Akuutissa psykoosissa voidaan aikuista levottomuustilassa olevaa potilasta hoitaa esimerkiksi 2 mg loratsepaamilla yhdistettynä 2 mg:aan risperidonia tai 5 mg:aan olantsapiinia. Jos lääkelyä ei voida toteuttaa suun kautta, voidaan potilaalle antaa tsuklopentiksolia 50-100 mg lihakseen pistettynä. Tähän voidaan yhdistää loratsepaami 2-4 mg lihakseen pistettynä. Akuutin vaiheen mentyä ohi pyritään pienentämään annosta mahdollisimman matalimpaan tehokkaaseen vuorokausilääkeannokseen. Ensipsykoosia suositellaan hoidettavaksi esimerkiksi 8-24 mg perfenatsiinin, 2-4 mg risperidonin tai 7,5-15 mg olantsapiinin vuorokausiannoksina. Uusiutunut psykoosia suositellaan hoidettavaksi esimerkiksi 24-32 mg:lla perfenatsiinia vuorokausiannoksena. Negatiivisten oireiden hoitovastetta voidaan parantaa käyttämällä masennuslääkkeitä psykoosilääkehoidon rinnalla. Uusiutunutta psykoosia suositellaan hoidettavaksi samalla lääkkeellä mistä potilas on aiemmin hyötynyt saamatta merkittäviä haittavaikutuksia. (Skitsofrenia - Käypä hoito 2015.)

Koska psykoosit uusiutuvat herkästi, psykoosilääkehoitoa tulisi jatkaa ensipsykoosin jälkeen 2-5 vuotta, kun hoitovaste on saavutettu. Lääkitykseen vaikuttaa oireiden vaikeus ja potilaan herkkyys ulkoisille elämäntapahtumille. Pitkäaikaishoidossa sopiva vuorokausiannos on esimerkiksi 8-24 mg perfenatsiinia tai 2-5 mg risperidonia. Psykoosilääkityksessä on tärkeää pyrkiä käyttämään vain yhtä psykoosilääkettä kerrallaan. Toisinaan pitkävaikutteinen injektioilääkitys voi tulla kysymykseen, etenkin potilailla joilla ei ole voimakasta sairaudentuntoa. Jos päädytään pitkävaikutteiseen injektioilääkitykseen, pitkäaikaishoidossa tulee kiinnittää huomiota lääkkeen siedettävyyteen, annoksen optimointiin ja lääkepitoisuuden hitaaseen vakautumiseen. Tästä johtuen injektioilääkityksessä käytetään mielellään pienempiä kerta-annoksia, esimerkiksi 25 mg risperidonia kahden viikon välein. Jos lääkehoidoksi valitaan pitkävaikutteinen injektioilääkitys, on vältettävä käyttämästä samanaikaisesti suun kautta otettavaa psykoosilääkitystä, jotta vuorokausiannostus ei nousisi liian suureksi. Psykoosilääkitys voidaan asteittain lopettaa aikaisintaan silloin, kun on kulunut kaksi oireetonta vuotta ensipsykoosista. Lääkitystä lopettaessa tulee seurata tiiviisti psykoosia ennakoivia oireita ja käyttäytymishäiriöitä. Jos näitä ilmenee, tulee lääkitys palauttaa välittömästi aiemmalle tehokkaalle tasolle. (Skitsofrenia - Käypä hoito 2015.)

2.2.4 Skitsofrenian hoitoketju

Perusterveydenhuollon tehtävänä on tunnistaa ja seurata skitsofrenian ennakko-oireita. Vasta ensipsykoosiin sairastuneet ja sairastumisriskissä olevat ohjataan erikoissairaanhoidon. Skitsofrenian hoidossa on tärkeää sulkea pois myös somaattisten sairauksien mahdollisuudet. Perusterveydenhuollon tehtävänä akuuteissa päivystystilanteissa on ohjata potilas sairaalahoidon tarpeen arviointiin. Erikoissairaanhoidon päättyessä seuranta ja jatkohoito ovat perusterveydenhuollon tehtävinä. Samanaikaisten päihdeongelmien hoito suoritetaan yhteistyössä eri erikoissairaanhoidon tahojen kanssa. (Skitsofrenian hoitoketju aikuisilla 2014.)

Skitsofrenian kaltaisten psykoosisairauksien puhkeamista edeltää usein vuosien ennakko-oireilu, joiden seulomiseksi käytetään psykoosioireita kartoittavaa PROD-seulaa. PROD-seulaa käytetään psykoosin ennakko-oireiden tunnistamiseen. Se sisältää 21 kysymystä joihin vastataan ”kyllä” tai ”ei”. Potilas vastaa kysymyksiin itsenäisesti ja sen jälkeen ne käydään läpi yhdessä hoitavan henkilön kanssa. Lomakkeesta 12 on spesifejä psykoosille ja niiden oireiden ilmeneminen voi viitata riskiin sairastua psykoosiin. Kolme ”kyllä” vastausta psykooseille spesifeihin kysymyksiin viittaa siihen, että vastanneen psykoosiriski tulee selvittää tarkemmin.

(Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2017) Psykoosin diagnostiikka perustuu psyykkisen tilan arvioinnin lisäksi esitietoihin sekä perheenjäsenten tai muiden läheisten kokemuksiin. Erotusdiagnostisesti on tärkeää poissulkea erinäisiä somaattisia sairauksia, joihin kuuluvat muun muassa aivokasvaimet, epilepsia, kilpirauhasen ja lisämunuaisen toimintahäiriöt, vitamiinipuutokset, raskasmetallimyrkytykset, autoimmuunisairaudet sekä keskushermostotulehdukset. Perusterveydenhuollossa otettaviin laboratoriotutkimuksiin kuuluvat täydellinen verenkuvataulehdusarvoineen, kreatiniini, elektrolyytit, verensokeri, kolesteroli ja triglyseridit, kilpirauhasarvot, maksaentsyymit, sydänsähkökäyrä sekä virtsasta otettava lääke- ja huumausaineseula. (Skitsofrenian hoitoketju aikuisilla 2014.)

Ensipsykoosiin sairastuneet ja riskiryhmiin kuuluvat ohjataan ensisijaisesti avohoitoon psykiatrisen poliklinikoille. Päivystystilanteissa potilas tulee ohjata psykiatrisen päivystyspoliklinikalle tai sairaalahoitoon. Sairaalahoito on tarpeen jos potilas on kyvytön huolehtimaan itsestään, on itsetuhoinen tai vaaraksi muille, huomattavan ahdistunut ja sekava, eikä sairaudentunnon puuttumisen vuoksi pysty sitoutumaan avohoitoon. Sairaalahoitoon ohjattaessa tulee harkita myös tahdonvastaisen lähetteen (M1) mahdollisuutta. M1-kriteerit täyttyvät, jos potilas on psykoottinen, on psykoottisuuden vuoksi hoidon tarpeessa niin, että hoitamatta jättäminen pahentaisi hänen tilaansa tai vaarantaisi hänen tai muiden henkilöiden turvallisuuden, ja mikään muu mielenterveyspalvelu ei ole riittävä tai ei muutoin sovellu käytettäväksi. (Skitsofrenian hoitoketju aikuisilla 2014.)

Erikoissairaanhoidon osuus skitsofrenian hoidossa on psykiatrinen tutkimus ja diagnostiikka, hoidon aloitus, akuuttihoito sekä kuntouttava hoito joko sairaalassa tai avohoidossa. Skitsofreniaa hoidetaan lähinnä avohoidossa, jossa hoitoon osallistuu moniammatillinen työryhmä. Hoito räätälöidään potilaan kliinisen tilan, elämäntilanteen ja yksilöllisten tarpeiden mukaan. Niin hoidon kuin kuntoutuksenkin tavoitteena on lievittää oireita tai poistaa ne kokonaan, psykoosijaksojen uusiutumisen estäminen tai niiden määrän vähentäminen sekä potilaan elämänlaadun parantaminen ja psykososiaalisen toimintakyvyn ylläpitäminen. Lääkehoidossa keskeistä on pienin tehokas annos sekä sivuvaikutusten minimointi. Lääkehoidon ohella tarjotaan psykososiaalista yksilöhoitoa, psykoedukaatiota, verkostotyöskentelyä sekä toimintakykyä parantavia kuntoutuksen muotoja. (Skitsofrenian hoitoketju aikuisilla 2014.)

Jotta potilas voi siirtyä perusterveydenhuoltoon, tulee hänen olla pitkään sairastanut ja nyt vakaassa ylläpitovaiheessa. Potilas ei enää hyödy erikoissairaanhoidosta ja selviytyy perusterveydenhuollon tarjoamalla tuella. Myös hoitokodissa asuvat tai ikääntyvät, terveyskeskushoidossa olevat potilaat kuuluvat perusterveydenhuoltoon. Perusterveydenhuollon skitsofrenian hoidossa oleellista on lääkehoidon seuranta, potilaan toimintakyvyn säilyminen, pahenemisvaiheiden ehkäiseminen sekä somaattisten sairauksien ennaltaehkäisy ja hoito. Tarvittaessa konsultoidaan erikoissairaanhoidoa. (Skitsofrenian hoitoketju aikuisilla 2014.)

Pitkäaikaisseurannassa tulee seurata potilaan terveydentilaa laboratorio- ja muiden tutkimusten avulla. Tällaisia tarpeellisia tutkimuksia ovat paino, verenpaine, rasva-arvot, pitkäaikaisokeri, verenkiva ja maksa-arvot. Myös sydänsähkökäyrä on tarpeen tarkastaa säännöllisesti. (Skitsofrenian hoitoketju aikuisilla 2014.)

Lohjan sairaanhoitoalue kattaa Lohjan, Karjalohjan, Karkkilan, Nummi-Pusulän, Siuntion ja Vihdin. Tällä alueella toimii HUS:n tuottama psykiatrisen erikoissairaanhoidon sairaalapalvelu Pahloniemen sairaalassa. Vihdissä ja Lohjalla toimii myös HUS:n psykiatrinen avohoito. Tällä alueella perustason mielenterveys- ja päihdepalvelut on jaettu kahteen ryhmään. Toiseen ryhmään, Lohjan sosiaali- ja terveyshuollon yhteistoiminta-alue, kuuluu Lohja, Siuntio ja Inkoo. Toiseen ryhmään, Karviaisen perusturvakuntayhtymä, kuuluvat Karkkila ja Vihti. (HUS Lohjan sairaanhoitoalueen aikuisväestön mielenterveys- ja päihdepalvelut 2012.)

Lohjan terveysasemat sijaitsevat keskustassa, Sammatissa, Pusulassa ja Karjalohjalla. Siuntiolla on oma terveysasemansa. Lohjan pääterveyskeskuksessa Tynninharjulla työskentelee psykologeja joille voi varata ajan kaikki keskustelutuesta hyötyvät. Lisäksi terveysasemilla työskentelee psykiatria sairaanhoitajia, jotka tarjoavat keskustelutukea mielenterveysongelmallisille ja heidän lähipiirilleen. Perusterveydenhuoltoon kuuluvat myös päihdepalvelut, kuten päihdekli-

nikka. Päihdekliniikka tarjoaa apua ja tukea päihdeongelmallisille ja heidän omaisilleen. Lähettää päihdeklinalle ei tarvita. (HUS Lohjan sairaanhoitoalueen aikuisväestön mielenterveys- ja päihdepalvelut 2012.)

Karviaisen perusturvakuntayhtymän alueella palvelut ovat jakautuneet kaikille kunnille. Karkkilassa työskentelee psykiatrisia sairaanhoitajia, jotka keskittyvät aikuisten ennaltaehkäisevään mielenterveyteen ja kriisitilanteisiin. Lisäksi he osallistuvat konsultointiin ja psyykkisen tuen antamiseen sairastuneille. Nummi-Pusulassa on sosiaalityöntekijä tai lääkäri, jonka kautta mielenterveyteen liittyvät asiat saadaan hoidettua eteenpäin. Vihdissä työskentelee kaksi psykiatrista sairaanhoitajaa, jotka keskittyvät aikuisten ennaltaehkäisevään mielenterveyteen ja elämän kriisitilanteisiin. Myös Vihdin psykiatriset sairaanhoitajat osallistuvat konsultointiin ja psyykkisen tuen antamiseen sairastuneille. (HUS Lohjan sairaanhoitoalueen aikuisväestön mielenterveys- ja päihdepalvelut 2012.)

Tutkimuksessa ”Ensipsykoosiin sairastuneen nuoren hoitoprosessi” kuvataan Tampereen kaupungin perusterveydenhuollon erityistason ja nuorisopsykiatrian erikoissairaanhoidon palveluita. Prosessi alkaa, kun huomataan psykoosiin viittaavia oireita tai psykoosin ennako-oireita. Näihin kuuluvat esimerkiksi oudot elämykset, kohdistamisharhat tai aistiharhat. Potilas tai hänen lähipiirinsä havaitsevat oireet usein ensimmäisenä. Perusterveydenhuollon lääkäri arvioi tilanteen mahdollisimman nopeasti oireiden havaitsemisen jälkeen. Perusterveydenhuollon lääkäri voi tehdä lähetteen kunnan erityistason hoitopisteeseen, jos potilas ei oireile niin hallitsemattomasti, että päivystyksellinen tai akuutti kriisi apu on tarpeen. Sekä potilaalle että omaisille on kerrottava mahdollisimman tarkka arvio psykoosista ja siihen liittyvistä hoito- ja kuntoutustarpeista. (Väänänen ym. 2011.)

Arvion siitä, onko kyseessä uhkaava psykoosi, alkava psykoosi vaiko jo alkanut psykoosi tekee perusterveydenhuollon erityistaso. Potilaalle ja omaiselle täytyy antaa selkeät ohjeet siitä, kuinka tunnistaa mahdollinen psykoosi. Lisäksi tulee tarjota tietoa psykoosiin liittyvän stressin hallintaan, voimien ja toimintakyvyn seurantaan. Kunnan perusterveydenhuollon erityisyksikkö tukee näissä. Jos kyseessä on jo alkanut psykoottinen häiriö, ensimmäinen asia mitä potilas ja omaiset tarvitsevat on oireiden hallintaan saaminen usein kriisihoidon avulla. Seuraavaksi tehdään laaja-alainen arvio, jossa selvitetään oiretaso, kongitiivisten kykyjen taso, arvioidaan toimintakykyä, sosiaalista toimintakykyä ja perheen toimintakyky. Arviossa tulee huomioida myös perheen voimavarat ja vuorovaikutustaidot. Kouluikäisten koulunkäyntiin liittyvät ongelmat ja tuen tarpeet tulee myös arvioida. Tutkimukset tehdään avohoidossa tai nuorisopsykiatrisella osastolla. Tutkimukset toteutetaan moniammatillisesti. Potilaalle ja omaisille tulee antaa näistä tutkimuksista selkeä ja ymmärrettävä yhteenveto ja hoitosuunnitelma. Jotta kaikki tämä sujuisi potilaan ja omaisten kannalta mahdollisimman helposti ja hoitoa tukevasti, on tutkivan

työryhmän keskusteltava tuloksista ennen kuin palautetta annetaan potilaalle ja omaisille. Keskusteltaessa potilaan ja omaisten kanssa on pidettävä huoli siitä, että potilas ja omaiset varmasti ymmärtävät tutkimuksen tulokset. Potilas, omaiset, tutkimustyöryhmän lääkäri ja omahoitaja tekevät yhdessä hoitosuunnitelman, joka toteutuu mahdollisimman lähellä potilaan ja perheen arkea, mutta kuitenkin hoitoyksikössä jossa on riittävästi osaamista hoitaa potilaan tarpeita. Tästä palaverista tehdään kirjallinen yhteenveto, johon liitetään myös yhteenveto tutkimuksista ja hoitotyöstä, joka lähetetään potilaan kotiin, lähetteen tehneelle lääkärille, jatkohoitopaikkaan ja muille mahdollisille potilasta ja perhettä auttaville tahoille. (Väänänen ym. 2011.)

Tämä prosessi päättyy potilaan ja perheen ymmärrykseen potilaan oireista ja siitä, miten perheen tilanne, toiminta ja vuorovaikutus vaikuttavat niihin. Lisäksi potilaan ja perheen tulee tietää mitä he voivat yhdessä tehdä yhteisen psyykkisen terveyden, hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja kasvun hyväksi. Potilaalla ja perheellä tulee olla tiedot siitä, mihin jatkohoidolla ja kuntoutuksella pyritään ja miten niihin pyritään. Heillä täytyy olla selkeä tieto missä hoitoa ja kuntoutusta järjestetään ja kuka on vastuuhenkilö hoidossa ja miten muutoksia arvioidaan jatkossa. Tutkimusjakson aikana potilas on saanut apua oireisiinsa, jotka ovat lievittyneet. Tutkimusjakson aikana myös potilaan ja perheen sisäiset välit, vuorovaikutus ja toimintakyky ovat parantuneet. (Väänänen ym. 2011.)

2.2.5 Skitsofrenian hoito perusterveydenhuollossa

Vaikka skitsofrenian hoito tapahtuukin usein erikoissairaanhoidossa, on perusterveydenhuollolla tärkeä rooli tunnistaa hoidon tarve mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Tällä tavoin voidaan ehkäistä psykoosia, lievittää sairauden alkua ja parantaa sairauden ennustetta. Lisäksi psykiatrisia laitospaikkoja vähennetään jatkuvasti voimakkaasti, joten perusterveydenhuollon avovastaanotoilla on lisääntynyt merkittävästi tarve hoitaa psykoottisia tiloja asiantuntevasti porrastetusti yhteistyössä erikoissairaanhoidon kanssa. Perusterveydenhuollolle kuuluu häiriön tunnistaminen ja somaattisten sairauksien poissulkeminen, hoitoonohjaus avohoitoon tai akuutin sairaalahoidon arviointi. (Noppi ym. 2007.)

Perusterveydenhuollon pääpaino skitsofrenian ja muiden psykoosi sairauksien hoidossa on ennaltaehkäisyssä. Perusterveydenhuollon ammattilaisten tulisi kiinnittää erityistä huomiota lapsiin ja nuoriin joiden suvussa esiintyy psykoosisairauksia. Psykoosin sairastumisen yhteydessä helpointa on tunnistaa positiiviset oireet, eli harhat ja harhaluulot. Negatiivisten oireiden tunnistaminen vaatiikin jo asiaan huolellista paneutumista. Tämän tulee tapahtua psykiatrian asiantuntijan toteuttamilla haastatteluilla, joihin kuuluu oireita kartoittavat mittarit. (Noppi ym. 2007.)

Skitsofrenian kulku on yksilöllistä, mutta tiedossa on ennakko-oireet joihin kolme neljästä skitsofreniaan myöhemmin sairastuneella on ollut. Ennakko-oireet ovat viitteellisiä, epätyypillisiä ja toisinaan kuuluvat normaalin nuoruuden kehitysvaiheisiin tulee ne silti ottaa vakavasti skitsofrenian puhkeamisen ennaltaehkäisemiseksi. Ennakko-oireita ovat ajatuspakot, kielen ymmärtämisen häiriöt, vaikeus erottaa kuvitelma ja harha, tahdosta riippumattomien toimintojen vaikeutuminen ja suhteuttamistaipumukset ja minäkokemuksen muutokset. Ensimmäisen psykoosihäiriön jälkeen voi kuukauden verran edellä mainittujen oireiden lisäksi ilmetä unettomuutta, ahdistusta, eristäytymistä, käytöshäiriöitä, epäluuloisuutta, hämmentyneisyyttä ja psykosomaattisia oireita. (Noppari ym. 2007.)

Jos psykoottiset oireet uusiutuvat ja voimistuvat akuutisti, mutta vointi ei edellytä kuitenkaan psykiatrasta osastohoitoa on mahdollista ottaa pitkäaikaispotilas hoitoon terveyskeskuksen vuodeosastolle. Kriisitilanne saattaa nimittäin laueta lääkityksen tilapäisellä tehostamisella vuodeosastolla. Kuitenkin on äärimmäisen tärkeää konsultoida häntä hoitavaa psykiatria tai muuta hoitotahoa. Ensimmäistä kertaa akuutisti psykoottinen, samoin kuin itsetuhoinen, väkivaltainen, huumeita käyttävä tai voimakkaita harhaluuloja tai aistiharhoja kokeva on ohjattava välittömästi psykiatriseen sairaalahoitoon. (Noppari ym. 2007.)

Pitkäaikaissairaat skitsofreniapotilaat siirretään yhä useammin perusterveydenhuoltoon. Noin puolet skitsofreniaa sairastavista toipuu avohoidossa melko itsenäisesti toimeentuleviksi ja ovat tyytyväisiä elämäänsä. Suuri osa tarvitsee kuitenkin jonkinlaisia tukitoimia esimerkiksi perheeltään tai yhteisöiltä. Tukitoimet estävät sosiaalista syrjäytymistä ja suojaavat kielteisiltä seurauksilta, kuten päihdeongelmilta tai rikollisuudelta. (Noppari ym. 2007.)

3 Tutkimusmenetelmät

3.1 Tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset

Tutkimuskysymykset auttavat keskittämään tutkimusta. Ne muuttuvat usein tutkimuksen edetessä, mutta joitain tutkimuskysymyksiä on hyvä pohtia jo tutkimusta aloittaessa, sillä ne tuovat hyvän pohjan tutkimustyön jatkamiselle. Liian tiukkarajaiset ja suppeat tutkimuskysymykset jättävät tärkeitä asioita huomiotta ja estävät tutkimuksen tarkoituksen huomioon ottamisen. Liian aikaisin määritellyt tutkimuskysymykset puolestaan jättävät aikaisempia kokemuksia ja tärkeitä teorioita tutkimuksen ulkopuolelle. (Järvenpää 2006.)

Yleisesti ottaen tutkimusongelman tulisi olla yksiselitteinen ja selkeä. Tutkimusongelma ei saisi olla liian laaja, sillä kaikkia aiheita ei voi saada mahtumaan vain yhteen tutkimukseen. Tarkkojen tutkimusongelmien asettaminen auttaa myös asettamaan selkeät rajat tutkimuksen laajuudelle ja helpottaa keskittymistä tutkimusongelman purkamiseen. Toisaalta laadullisessa tutki-

muksessa ongelmien asettelu on joustavaa ja voi olla jopa tarpeetonta pohtia liian yksityiskohtaisia ja pikkutarkkoja tutkimusongelmia. Hyvä tutkimusongelman asettelu sisältää kysymyksiä siitä, mitä aiheesta halutaan tutkia ja tietää. Laadullisissa tutkimuksissa tutkimusongelmat ovat usein "mitä" ja "miten". Laadullisen tutkimuksen tutkimusongelmiin harvemmin kuuluu syy-seuraussuhteiden havainnointi, ellei mukaan liitetä myös määrällistä tutkimusotetta. (Puusniekka & Saaranen-Kauppinen.)

Tässä opinnäytetyössä käsitellään perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon työnjakoa skitsofreniapotilaan hoidossa. Tarkoituksena on selvittää työnjaon toimivuutta Lohjan sairaanhoitoalueen kunnissa, joita ovat Lohja, Karkkila, Vihti ja Siuntio.

Tutkimuskysymykset ovat seuraavat:

1. Millainen on skitsofrenian hoitoketju Lohjan sairaanhoitoalueella?
2. Millainen on erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välinen työnjako skitsofrenian hoidossa Lohjan sairaanhoitoalueella?
3. Mitä palveluita Lohjan sairaanhoitoalue tuottaa skitsofreniaa sairastaville potilaille?

3.2 Laadullinen tutkimus

Laadullisessa tutkimuksessa ollaan kiinnostuneita ymmärtämään ihmisten kokemuksia, motivaatioita ja tulkintoja. Laadullisessa tutkimuksessa katsotaan tutkimusongelmaa lähinnä tutkittavien näkökulmasta, jolloin saadaan aikaiseksi uusia näkökulmia. Laadullinen tutkimus kattaa useita eri tutkimusmetodeja ja on täten monipuolinen lähestymistapa. Laadullisessa tutkimuksessa monenlaiset ratkaisut ja valinnanvapaus ovat mahdollisia eikä yhtä ainoaa oikeaa tapaa laadullisen tutkimukseen ole. Laadulliset tutkimukset rakentuvat aiemmista teorioista, empiirisistä eli kokemuksellisista aineistoista sekä tutkijan omasta ajattelutyöstä. Laadulliseen tutkimukseen kuuluvat usein erilaiset aineistonkeruumenetelmät (haastattelut, päiväkirjat, kirjeet, havainnointi), tutkittavien näkökulman huomioiminen, harkinnanvarainen otanta, aineistolähtöisyys, lukkoon lyötyjen ennako-oletusten puute, kerronnallisuus sekä tutkijan valinnanvapaus. (Puusniekka & Saaranen-Kauppinen 2009, 5-7; Merriam 2014, 5-19.) Tämä opinnäytetyö on laadullinen tutkimus, jossa ei ole määritelty mitä laadullisen tutkimuksen osa-alueita se edustaa.

Laadullinen tutkimus antaa siis vain kattokäsitteen lukuisille eri menetelmille ja lähestymistavoille. Fenomenografia tutkii ihmisten käsitysten eroavaisuuksia. Grounded theory tutkii menetelmällisin keinoin vähän tutkittuja ilmiöitä ja asioita ja pyrkii muodostamaan uutta teoriaa. Etnografia tutkii kulttuuria ja osallistuu ihmisten jokapäiväiseen elämään. Toimintatutkimus pyrkii muuttamaan vallalla olevia käytäntöjä osallistamalla tutkittavat tutkimuksen tekoon. (Puusniekka & Saaranen-Kauppinen 2009, 36-42.)

3.3 Otos ja aineiston kerääminen

Tässä opinnäytetyössä aineisto kerättiin teemahaastattelulla. Teemahaastattelu äänitettiin. Otanta on harkinnanvaraista ja pienimuotoista. Tutkimukseen osallistuvien tuli työskennellä joko perusterveydenhuollon tai erikoissairaanhoidon yksiköissä. Tutkimukseen osallistuvat ovat koulutukseltaan sairaanhoitajia, lähihoitajia tai mielenterveyshoitajia. Tutkimuksiin osallistuvista viisi oli sairaanhoitajia ja viisi mielenterveyshoitajia.

Laadullisen tutkimuksen aineistonkeruun lähtökohtana on tutkimusongelma- tai tehtävä, joiden perusteella valitaan aineistonkeruun menetelmät. Aineistonkeruussa oleellisia kysymyksiä ovat miten, millaista ja kuinka paljon. Myös tutkittavien valintaan ja aineiston edustavuuteen tulee kiinnittää erityistä huomiota. Perinteisesti laadullisen tutkimuksen aineistonkeruumenetelmiä ovat olleet haastattelut ja havainnointi. Nykyään voidaan käyttää myös valmiita aineistoja tai kirjoitelmien, kertomusten tai vastausten keruuta. (Puusniekka & Saaranen-Kauppinen 2009, 47.)

Aineistonkeruun menetelmää ohjaa etsittävän tiedon luonne. Tutkimusongelman selvittyä on helpompaa pohtia aineistonkeruumenetelmää. Aineistonkeruumenetelmän valintaa vaikeuttaa se, että samaa tutkimusongelmaa voidaan lähestyä useista eri näkökulmista. Myös tutkimukseen käytettävä aika ja resurssit vaikuttavat aineistonkeruumenetelmän valintaan. Aineiston määrä tulee suhteuttaa sen analysointiin käytettävään aikaan ja resurssimäärään. Aineiston kokoa tulee rajata suhteutettuna tutkimuksen kokoon, ja erityisesti ensikertalaisen tulee pohtia aineistonkeruun käytettäviä resursseja omien taitojen, rahan, energian ja ajankin suhteen. (Puusniekka & Saaranen-Kauppinen 2009, 48.)

Laadullisen tutkimuksen aineistonkeruun metodi riippuu tutkimuksen näkökulmasta ja halutaanko aineistoon ilmiön tuntevien ihmisten näkemyksiä, vai halutaanko aineistoon ilmiön käsittelyä esimerkiksi mediassa ja poliittisissa piireissä. Laadullisessa tutkimuksessa aineiston otanta on harkinnanvaraista, eli tutkimusaineisto kerätään tietyt kriteerit täyttäviltä ihmisiltä. Harkinnanvaraisessa otannassa tutkimus perustuu varsin pieneen tapausmäärään. Tutkimusaineiston keruussa voidaan hyödyntää tutkimukseen osallistuvien ihmisten kontakteja ja täten synnyttää tietynlaista lumipalloilmiötä. Tutkittavia voi hakea myös tiedotusvälineiden avulla ilmoitusten kautta. Toki tutkimukseen osallistumisen tulee olla vapaaehtoista, ja mielellään itsekin innostunutta osallistumaan. Tutkittavia valitessa on ensiarvoisen tärkeää pyytää lupa tutkimuksen suorittamiseen. (Puusniekka & Saaranen-Kauppinen 2009, 49-50.)

Koska laadullisessa tutkimuksessa ratkaisee laatu eikä määrä, voi liikkeelle lähteä pienestä aineistosta ja tehdä siitä mahdollisimman päteviä tulkintoja. Aineistoon tulee tutustua tarkkaan, eivätkä tulkinnat saa perustua aineistossa ilmeneviin satunnaisuuksiin. Mahdollisimman suuren aineiston kerääminen ei ole laadullisen tutkimuksen tarkoitus, vaan pääosassa ovat aineiston

huolellinen analysointi ja siitä tehdyt tulkinnot. Otannan rajaaminen muutamaankin tapaukseen voi tuottaa tarpeeksi aineistoa. Laadullisessa tutkimuksessa aineistoa tarvitaan vain sen verran kuin tutkimusongelman kannalta on välttämätöntä. Aineiston kylläntyminen eli saturaatio on yksi tapa saada riittävästi aineistoa. Saturaatiossa aineistoa on tarpeeksi, kun tutkimusongelmaan ei enää saada uutta tietoa. Jos ei tiedä mitä etsii aineistoltaan, ei saturaatiotakaan voi saavuttaa. Saturaatio on siitä ongelmallinen, että se riippuu suuresti siitä, kuinka monipuolisesti tutkija pystyy näkemään aineistonsa. Laadullisessa tutkimuksessa ei myöskään puhuta yleistämisestä tilastollisessa merkityksessä. Puhuttaessa yleistämisestä on ajatuksena se, että tutkimusongelman pohjalta saadaan tietoa muita samankaltaisia tapauksia varten. Laadullisessa tutkimuksessa aineiston rajaus tapahtuu teoreettisen edustavuuden pohjalta. Aineiston valinnan ja rajauksen tulee olla perusteltua, ja keskeinen kysymys onkin "miksi". Aineiston valinta ei saa olla satunnaista, vaan tarkkaan harkittua ja tarkoituksenmukaista. (Puusniekka & Saaranen-Kauppinen 2009, 49-51.)

3.4 Teemahaastattelu

Haastattelu on menetelmänä hyvin joustava ja sopii moniin erilaisiin tutkimustarkoituksiin. Haastattelussa ollaan suorassa vuorovaikutuksessa tutkittavan kanssa mikä mahdollistaa laajemman tiedonhakumenetelmän, koska keskustelua voi ohjailta haluttuun suuntaan. Haastattelulla voidaan saada myös selville toimintojen tai tapojen takana olevia motiiveja. Haastattelulla voidaan myös syventää jo saatuja vastauksia ja tietoja. Toisaalta haastattelijalta vaaditaan kokemusta ja taitoa, jotta aineiston keruuta voitaisiin säädellä joustavasti tilanteen edellyttämällä tavalla. Lisäksi haastattelun luotettavuutta saattaa heikentää haastateltavan taipumus antaa sosiaalisesti haluttuja vastauksia. (Hirsijärvi & Hurme 2001.)

Verrattaessa haastatteluja ja kyselyjä keskenään voidaan huomata, että haastatteluissa haastateltava henkilö on helpommin motivoitavissa kuin käyttäessä esimerkiksi kotiin lähetettyä kyselylomaketta. Haastattelussa on myös mahdollista säädellä aiheiden järjestystä tai muuttaa kysymyksiä sen mukaan millaisia vastauksia saadaan. Haastattelu mahdollistaa myös tarkentavien kysymysten esittämisen. Toisaalta haastatteluissa keskustelu saattaa karata sivuraiteille ja etenkin strukturoimattomassa tai puolistrukturoidussa haastattelussa saadaan useasti epärelevanttia tietoa tutkimuksen kannalta. Lisäksi haastatteluissa ei voida taata samaa anonyymiutta, kuin lomakkeilla mikä saattaa tehdä haastateltavasta pidättyneemmän vastaamaan kysymyksiin todenmukaisesti. Lisäksi haastattelu vaatii tutkijalta kokemusta ja usein haastattelijan koulutuksen. (Hirsijärvi & Hurme 2001.)

Teemahaastattelussa tutkija ohjailee haastateltavia pysymään tutkimusaiheensa aihepiirissä. Haastattelun aihepiirit ovat aina etukäteen määrätty. Teemahaastattelu poikkeaa strukturoidusta haastattelusta siten, etteivät kysymykset ole niin tarkassa järjestyksessä ja muodossa. Teemahaastattelu antaa hieman liikkumavaraa, jotta saadaan mahdollisimman kattava vastaus

tutkimuksen aiheesta. Teemahaastattelussa kaikki kysymykset käydään kaikkien haastateltavien kanssa läpi, mutta niiden järjestys ja keskustelun laajuus saattaa vaihdella yksilöllisesti. (Eskola & Vastamäki 2010.) Tässä opinnäytetyössä käytetään teemahaastattelua. Teemahaastattelun saatekirje lähetetään opinnäytetyöhön osallistuville haastateltaville etukäteen (Liite 1). Myös teemahaastattelun runko lähetetään opinnäytetyöhön osallistuville haastateltaville etukäteen (Liite 2). Teemahaastattelu toteutetaan ryhmähaastatteluna syksyllä 2016 erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon henkilöstön kanssa erikseen sovittuna ajankohtana.

3.5 Sisällönanalyysi

Sisällönanalyysi tarkoittaa kerätyn aineiston tiivistämistä siten, että tutkittava ilmiö tai tutkittavien ilmiöiden suhteet saadaan selkeästi esille. Laadullista informaatiota voi olla päiväkirjat, kirjeet, puheet, raportit, kirjat, artikkelit, filmit, valokuvat tai taideteokset. Sisällön analyysillä tehdään havaintoja näistä dokumenteista ja analysoidaan niitä systemaattisesti. Olenaista on, että tutkimusaineistosta erotetaan samanlaisuudet ja erilaisuudet. Aineistot jaetaan kuvaaviin luokkiin ja näiden luokkien tulee olla toistensa poissulkevia. Laadullisessa tutkimuksessa tärkeimmät eettiset periaatteet ovat tiedonantajan vapaaehtoisuus ja henkilöllisyyden suojaaminen. On myös tärkeää taata ettei tutkija tutkimuksellaan vahingoita tiedonantajaa. On myös hyvä pohtia mikä on tutkijan rooli suhteessa tiedonantajiin. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003.)

Laadullisen tutkimuksen aineiston analysointi tapahtuu limittäin aineistonkeruun kanssa, ja kerättyä aineistoa voi yleensä analysoida vain henkilö tai henkilöt, jotka ovat aineiston keränneet. Tutkimuksen aikana esiintyvistä tilanteista, kulttuurimuodoista ja ilmiöistä tehdään analyysiä niiden toistuvuuden, useuden ja jakautumisen perusteella. Yleisesti ottaen laadullisessa tutkimuksessa aineiston keruu ja sen analysoiminen täydentävät toisiaan ja tapahtuvat samanaikaisesti. (Grönfors & Vilka 2011, 85.)

Luotettavuuskysymykset laadullisessa tutkimuksessa liittyvät tutkijaan, aineiston laatuun, sen analysointiin ja tulosten esittämiseen. Saatu tieto on riippuvaista siitä, miten hyvin tutkija tai haastattelijat on tavoittanut haastattelun toisen osapuolen, vastaajan. Analysoinnissa tutkijan taidot, arvostukset ja oivalluskyky korostuvat. Haasteeksi voi ilmetä myös tutkijan kyky pelkistää aineistonsa siten, että se kuvaa mahdollisimman luotettavasti tutkittavaa ilmiötä. Se, että analyysi koetaan luotettavana, riippuu tutkijan kyvystä osoittaa tuloksen ja aineiston välinen yhteys. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003.)

4 Tulokset

Haastattelut järjestettiin joulukuussa 2016 ja tammikuussa 2017 ottamalla yhteyttä yksiköiden osastonhoitajiin. Yhteydenotto tehtiin sähköpostitse, ja viesteihin liitettiin saatekirje (liite 1)

sekä teemahaastattelurunko (liite 2). Yksittäinen haastattelu kesti noin puolitoista tuntia. Haastatteluja pidettiin yhteensä neljä, ja ne oli jaettu erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon kesken niin, että erikoissairaanhoidosta haastateltiin kahta sairaanhoitajaa ja kolmea mielenterveyshoitajaa, ja perusterveydenhuollosta haastateltiin kolmea sairaanhoitajaa ja kahta mielenterveyshoitajaa.

Haastateltaviin mahtui hyvinkin erilaisia työympäristöjä ja erimittaisia työkokemuksia, aina vuoden työkokemuksista useiden kymmenien vuosien työkokemuksiin asti. Haastateltavat valittiin haastateltavien työnantajan aloitteesta, kriteerinä se, että haastateltava on tai on ollut tekemisissä skitsofreniapotilaiden kanssa. Haastattelujen jälkeen materiaali litteroitiin sekä koottiin analysointitaulukkoon (liite 3).

4.1 Skitsofrenian hoitoketju

Perusterveydenhuollon haastatteluissa nousi vahvasti esille moniammatillisuus erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä, joka koostuu pitkälti erikoissairaanhoidon hoitovastuusta skitsofreniahoidossa ja perusterveydenhuollon asumispalveluyksiköistä. Perusterveydenhuollon haastatteluissa tuli ilmi, että skitsofreniapotilaiden hoito tapahtuu lähinnä erikoissairaanhoidossa, jossa on potilaan lääkärikontakti sekä paremmat työkalut hoitaa skitsofreniaa. Myös useimmat lääkemutokset tehdään erikoissairaanhoidon piiriin kuuluvassa sairaalahoitossa. Perusterveydenhuollon haastatteluissa haastateltavat kokivat, että yleisesti ottaen käsitys skitsofreniapotilaan hoitoketjusta on huono. Perusterveydenhuollon resurssit nousivat esille haastatteluissa. Haastateltavat kokivat, että tarvittavien lääkkeiden saatavuus on huonompaa kuin erikoissairaanhoidossa. Psykiatriset sairaanhoitajat ovat saatavilla terveyskeskusten vuodeosastoille, mutta skitsofreniaa sairastavien potilaiden takia tarve psykiatriselle sairaanhoitajalle on ollut vähäistä.

“Sairaalassa hoidetaan ja erikoissairaanhoido hoitaa jatkohoidon.”

“Mä tossa päivystyksessä kun olin, niin aika heikkoahan se on (ymmärrys hoitoketjusta).”

Lohjan sairaanhoitoalueella suurin osa skitsofrenian hoidosta tapahtuu erikoissairaanhoidossa. Osaan erikoissairaanhoidon yksiköistä ei tulla perusterveydenhuollon läheteellä, vaan muista erikoissairaanhoidon yksiköistä. Jos erilaisia asumispalveluyksiköitä ei oteta mukaan, kohdataan perusterveydenhuollossa skitsofreniapotilaita varsin satunnaisesti ja usein lähinnä somaattisten sairauksien merkeissä. Perusterveydenhuollossa toimiva hoitohenkilöstö kokee oman tietoutensa niin skitsofreniasta sairautena kuin sen hoidosta ja hoitopolusta varsin heikkona. Toisaalta osa hoitajista kokee, että satunnaisissa kohtaamisissa tällaista tietoutta ei välttämättä

tarvita, vaan perustiedoilla pärjää esimerkiksi terveyskeskusten vuodeosastoilla. Perusterveydenhuollon osaaminen skitsofreniaa sairastavien potilaiden hoidossa keskittyykin lähinnä asumispalveluyksiköihin, joissa tuetaan kognitiivisista oireista kärsivien potilaiden pärjäämistä arjessa. Tällöin hoitokontaktina toimii asumispalveluyksiköiden henkilökunnan lisäksi perusterveydenhuollon lääkäri, joka tarpeen tullen konsultoi psykiatria tai tekee lähetteen erikoissairaanhoidon.

Erikoissairaanhoidon yksiköihin tullaan aina läheteellä joko perusterveydenhuollosta tai muista erikoissairaanhoidon yksiköistä. Skitsofrenian hoitopolku voi alkaa päivystyksestä, josta potilas siirtyy osastohoitoon psykiatriselle osastolle sairaalaan. Täältä potilas kotiutuu omaan kotiin jatkohoitosuunnitelman kanssa. Jatkohoito tapahtuu Lohjan psykiatrian avohoidon yksiköissä, usein yhteistyössä kotisairaanhoidon kanssa. Mikäli potilas ei pärjää kotonaan, hänelle voidaan hakea paikkaa tuetusta asumisyksiköstä. Itse skitsofrenian hoito on tällöin edelleen psykiatristen avohoito yksiköiden vastuulla. Hoitokontakti avohoidon yksikköön säilyy vuosia. Perusterveydenhuollolla ei Lohjan alueella ole resursseja hoitaa pitkäaikaispotilaita.

Erikoissairaanhoidossa merkittäväksi koettiin potilaslähtöisen hoitoketjun merkitys. Erikoissairaanhoidossa tapahtuvan skitsofrenian hoito koostuu osastohoidosta ja polikliinisestä hoidosta muodostuvasta hoitoketjusta, yhteistyöstä, moniammatillisuudesta ja potilaslähtöisyydestä. Erikoissairaanhoido tekee jossain määrin yhteistyötä myös perusterveydenhuollon sekä somatiikan yksikköjen kanssa.

“Moniammatillisuus olisi valtavan hyvä resurssi. Voisi omassa työssä hyödyntää toisten osaamista.”

“Kynnys soittaa on kyllä tavallaan matala, mutta asenteessa on ongelma.”

Avohoidon kuntoutusyksiköihin potilaat tulevat pitkälti osastohoidosta, mutta jonkin verran potilaita tulee myös perusterveydenhuollon lääkärin läheteellä. Erikoissairaanhoidon avopalveluiden hoitajakset ovat usein pitkiä ja myös ylläpitohoito tapahtuu erikoissairaanhoidossa. Perusterveydenhuollon yhteistyökumppaneista myös kotihoito nousi merkittäväksi, sillä osa skitsofreniaa sairastavista potilaista tarvitsee kotihoidon palveluita. Erikoissairaanhoidon haastatteluissa nousi esille, että tällöin hoidon vetovastuu siirtyy kotihoidolle, joka kotikäyntien kautta tuntee potilaan paremmin. Perusterveydenhuollon yksiköistä myös ympärivuorokautiset asumispalvelut miellettiin hyviksi. Jonkin verran potilaita tulee myös asumispalveluyksiköistä lääkärin läheteellä voinnin huononuttua. Edestakaista liikettä erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä tapahtuu: perusterveydenhuollosta siirtyy potilaita erikoissairaanhoidon potilaan voinnin huonontuessa, ja erikoissairaanhoidosta siirytään takaisin perusterveydenhuoltoon. Perusterveydenhuoltoon siirtyminen voi tapahtua joko lähettävälle taholle tai aivan

uuteen yksikköön, esimerkiksi tuetusta asumisesta erikoissairaanhoidon ja sieltä ympärivuorokautiseen asumispalveluun.

“Jos aatellaan näitä skitsofreniapotilaita, niin tokihan kotihoidossa on skitsofreniapotilaita. Mutta sellasta suoraa väylää jatkohoidon perusterveydenhuoltoon ei ole. Monet potilaat ei pärjää vaan lääkärinkontaktin avulla. Eli ne on aika pitkään meillä sitte. Ne siis kuormittaa meitä.”

“Iso haaste on myös se, että kaikilla on puhelinajat, että saat sen tietyn ihmisen kiinni silloin kun sulla on se potilas siinä huoneessa kuulemassa sen puhelun.”

4.2 Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välinen työnjako

Perusterveydenhuollossa lääkärinkontaktit koetaan hyväksi, ja lääkäri myös määrää jatkohoidosta. Yleisesti ottaen potilaiden lääkärinkontakti on kuitenkin erikoissairaanhoidossa, vain asumispalveluyksiköissä pääasiallinen lääkärinkontakti on terveyskeskuksen lääkäri. Haasteiksi on koettu lääkäreiden eriävät toimintatavat ja mielipiteet esimerkiksi erikoissairaanhoidon konsultaatioiden tarpeen suhteen.

“Meillä on hyvä lääkäri jota voi konsultoida ja jolta saa tosi hyvin apua. Sama lääkäri ollut jo monta vuotta.”

Kokemukset erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välisestä kommunikaatiosta ovat olleet vaihtelevia. Toisaalta on koettu, että erikoissairaanhoidosta tulevien potilaiden pohjatiedot niin hoitajien, lääkäreiden kuin sosiaalityöntekijöidenkin kanssa ovat olleet hyviä ja kattavia, ja että lääkärit konsultoivat varsin herkästi erikoissairaanhoidon. Toisaalta esille on noussut myös haasteita keskinäisessä kommunikaatiossa koskien eriäviä potilastietojärjestelmiä ja tiedonkulun jäykkyyttä ja hitautta. Haastateltavat toivat ilmi tarvetta keskinäisen kommunikaation parantamiselle. Erityisesti palveluasumisen asiakkaina olleiden, ajankohtaisesti osastohoidossa olevien potilaiden kohdalla tuotiin esille toivetta palaverien lisäämistä koskien. Molempipuoliselle asennemuutokselle konsultoida toista yksikköä koettiin tarvetta. Yhteistyö erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä koettiin myös vaihtelevaksi. Yhteistyötä koettiin olevan vähäisesti ja tapauskohtaisesti, mutta toisaalta yhteistyö ollaan koettu toimivaksi ja jouhevaksi. Tärkeäksi koettiin osaaminen omassa yhteisössä.

“Informaation kulku erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä on huonoa, koska potilaskertomukset ei keskustele. Jos erikoissairaanhoidosta psykiatri laittaa labroja, niin me ei nähdä niitä tuloksia. Eikä meille välttämättä ilmoiteta onko ne olleet ok vai ei. Tiedonkulku ei niinkuin kulje. Siinä voisi olla ehkä asennemuutos pai-

kallaan puolin ja toisin. Iso ongelma just näissä labravastauksissa on se, että jos potilaalla on lääkitys johon ne vaikuttaa, niin me ei pystytä reagoimaan niihin labroihin, koska ei saada tuloksia.”

Erikoissairaanhoidon haastatteluissa selvisi, että tiedonkulku mielletään pääasiallisesti hyväksi ja sujuvaksi psykiatrian eri yksiköiden välillä. Potilaat kuitenkin käyvät perusterveydenhuollon yksiköissä somaattisten vaivojen vuoksi, ja yhteistyötä somatiikkaan toivottiin enemmän. Haastatteluissa nousi esille myös pohdintaa potilaiden itsemääräämisoikeudesta sekä hoitavien tahojen vaitiolo-velvollisuuksista, sillä potilaat voivat halutessaan kieltää tietojen luovutuksen eri yksiköiden välillä, ja toisinaan tämä on osoittautunut haastavaksi hoitoa koordinoitaessa ja potilaan kokonaisvaltaista hoitoa huomioon ottaessa. Erikoissairaanhoidon avohoidon yksiköihin on järjestetty jonkin verran perusterveydenhuollon yhteistyökursseja esimerkiksi diabeteksestä, ravitsemuksesta ja suuhygieniasta, ja nämä kurssit on mielletty toimiviksi.

“Oli meillä terveyskurssi, jonka aiheena oli diabetes. Siellä oli terveydenhoitajat mukana ja se toimi hyvin.”

”Myös suuhygienisti oli puhumassa suunterveydenhuollosta. Se toimi myös erittäin hyvin, kun asiakkaat näki sen hoitajan henkilökohtaisesti.”

“Jos ajatellaan ihmistä kokonaisuutena, niin siinä olisi hyvä että olisi yhteistyötä perusterveydenhuollon kanssa.”

“Onhan meillä näitä yhteistyöpalavereita, johon osallistuu mielenterveysmaja, Kova-kit, sosiaalitoimi, et me kyl palaveerataan, mut ne palaverit harvoin johtaa mihinkään.”

Kuormittaviksi tekijöiksi miellettiin pitkät hoitajaksot sekä kasvavat potilasmäärät. Avohoidon kuntoutusyksiköistä on haastava löytää jatkohoitopaikkoja, ja potilaat palautuvat herkästi takaisin. Hoidon koordinoinnin kannalta haasteelliseksi koettiin myös potilaiden tarve mahdollisesti koko loppuajan kestäväälle psykiatriselle hoitokontaktille. Kuormittaviksi tekijöiksi koettiin myös puutteet organisaatiotahojen yhteistyössä. Yhteistyön puute perusterveydenhuollon ja erityisesti somatiikan yksiköiden kanssa miellettiin haasteeksi, samoin kuin perusterveydenhuollon palveluiden ja maksutuksen epäselvyys ja muuttuvuus. Kokonaisuudessaan organisaatiotahojen yhteistyö miellettiin toimivaksi. Erityisesti päihdepuolen palveluiden kanssa tehtävä yhteistyö on tiivistä ja yhteistyöpalavereita on tiuhaan. Sekä perusterveydenhuollon että erikoissairaanhoidon haastatteluissa tulee ilmi, että olisi halua käyttää oman erikoisalalan ulkopuolisia palveluita. Myös psykiatrian osastojen kanssa tehtävä yhteistyö on mielletty toimivaksi.

Haastatteluissa tuotiin esille myös pohdintaa yhteistyön tärkeydestä ja henkilökohtaisesta kontaktista potilaaseen. Hoitajien välinen yhteistyö herätti monenlaista pohdintaa. Esimiehiltä toivottiin tiiviimpää yhteydenpitoa keskenään, ja henkilöstön vaihtuessa nopeassa tahdissa on yhteistyön luominen mielletty haastavaksi. Toisaalta haastatteluissa tuotiin esille tyytyväisyyttä yhteistyötahojen monipuolisuuteen ja jo edellä mainittujen terveystahojen toimivuuteen. Myös perusterveydenhuollon resurssit skitsofrenian hoidossa puhuttivat. Erikoissairaanhoidon näkökulmasta katsottuna perusterveydenhuollossa olisi tarvetta niille hoitajille, jotka ottavat vastaan pitkäaikaispotilaita. Esille nousi pohdintaa myös siitä, että mielenterveyshoitajia voitaisiin hyödyntää perusterveydenhuollossa enemmän juuri pitkäaikaispotilaiden hoidossa. Potilaan oikeudet nousivat haastatteluissa ilmi, ja itsemääräämisoikeus mainittiin useaan otteeseen. Yleisesti ottaen potilaat haluavat pitää psykiatrisen hoidon ja somaattisen hoidon erillään.

“Haastavinta on nimenomaan se, et meillä kokoajan lisääntyy potilasmäärä tääl poliklinikalla, jos me ei saada eteenpäin oikeen mihinkään suuntaan potilaita siirrettyä.”

“Viimesten vuosien aikana on ollu sellasta pyörövisyndroomaa, kaikki jotka ollaan kuntoutettu perusterveydenhuoltoon on palannu takas meille lopulta.”

“Mut perusterveydenhuollossa ei oo sitä pitkäaikaishoitajia joita he kävis tapaa-massa.”

”Perusterveydenhuoltoon pitäis saada enemmän mielenterveyshoitajien virkoja, jotka ottas pitkäaikaspotilaita.”

”Kyse on kuitenkin ihmisestä, joka todennäköisesti tarvitsee seuraavat kymmenen vuotta, ellei jopa koko loppuikänsä hoitoa, niin vuodenkin hoito siihen nähden on liian lyhyt.”

4.3 Skitsofreniapotilaille suunnatut palvelut

Sekä erikoissairaanhoidon että perusterveydenhuollon haastattelujen perusteella palveluasuminen miellettiin eräänlaiseksi vahvaksi lenkiksi perusterveydenhuoltoa koskevassa hoitoketjussa. Lohjalla palveluasumiseen siirrytään sosiaalityöntekijän palveluiden kautta useista eri yksiköistä. Palveluasumisen kestoa ei ole rajattu, vaan tuettua asumista voidaan hyödyntää niin pitkään kuin on tarpeen. Palveluasumisyksiköt ovat päihteettömiä, ja se asettaa rajoituksia palveluasumiseen saapuville asiakkaille. Haastattelussa kävi ilmi, että haastateltavat ovat yleisesti ottaen olleet tyytyväisiä uudesta asukkaasta saatavaan informaatioon, vaikka uuden asukkaan saapuminen lyhyellä varoitusajalla on koettu haasteeksi. Palveluasumisen jatkohoito on suuresti potilas- ja tilannekohtaista, ja siitä määrää lääkäri. Voinnin huonontuessa merkittä-

västi siirrytään ensiapuun, jossa potilas siirtyy läheteellä osastohoitoon. Osastohoidon jälkeinen nopea kotiutuminen ollaan toisinaan koettu haastavaksi. Pääasiallisesti voinnin huononemiset pyritään hoitamaan palveluasumisessa.

“Kotiuttaminen sairaalasta tapahtuu todella nopeasti.”

”Kaipais joskus ensin palaveria ja sitten vasta asiakas takaisin.”

”Vaikeaa on se, kun tulee ihan uusi ihminen pienellä varotusajalla, että osataan olla sen uuden ihmisen kanssa ja opitaan tuntemaan se ja millainen se on.”

“Ihan tyytyväisiä ollaan siihen infoon mitä uudesta asukkaasta ollaan saatu.”

Erikoissairaanhoidon haastattelujen perusteella skitsofreniapotilaille suunnattujen palveluissa on epäselvyyksiä siitä, minkä verran niitä on ja kuka niitä voi käyttää. Sekä perusterveydenhuollon että erikoissairaanhoidon hoitajat olivat hyvin tietämättömiä siitä mitä palveluita Lohjalla tarjotaan ja kokivat niiden selvittämisen erittäin haastavaksi. Haastetta lisäsi myös hoitajien vilkas vaihtuvuus ja palveluiden maksutus. Molemmissa koettiin moniammatillisuus kuitenkin suurena käyttämättömänä resurssina.

Lohjan sairaanhoitoalueella toimivia erikoissairaanhoidon yksiköitä ovat psykiatriset suljetut osastot, akuuttipoliklinikka, akuutti päiväyksikkö, avokuntoutuspoliklinikat sekä psykiatrian poliklinikat. Näissä erikoissairaanhoidon yksiköissä tapahtuu valtaosa skitsofreniapotilaan hoidosta, ja näihin yksiköihin hakeudutaan aina lääkärin läheteellä joko perusterveydenhuollosta tai jonkin muun erikoissairaanhoidon yksikön kautta. Perusterveydenhuollossa skitsofreniapotilaille suunnattuja palveluita ovat lähinnä erilaiset tuetun asumisen yksiköt.

5 Pohdinta

5.1 Tulosten tarkastelu

Ennen haastatteluja haastateltaville lähetettiin saatekirje (liite 1), johon oli valmiiksi listattu teemahaastattelun kysymykset (liite 2), joita käytettiin haastattelun runkona. Haastattelun edetessä esitimme lisäkysymyksiä. Aiemmat haastattelut toimivat myös hieman pohjana seuraaville haastatteluille, jotta saimme mahdollisimman monet näkökulmat tukimuskysymyksiimme. Haastateltavien kokemus alalta ja työyksiköstään vaihteli alle vuoden työkokemuksesta yli 20 vuoteen. Tästä huolimatta haastatteluissa nousi toistuvasti ilmi samat asiat.

Ensimmäiseksi halusimme tietää haastateltavien käsitystä skitsofreniapotilaan hoitopolusta Lohjan sairaanhoitoalueella. Haastatteluista saatu tieto kohtasi skitsofreniapotilaan hoitopolusta kerätyn teoriapohjan kanssa osittain.

Hoitopolku alkaa useasti perusterveydenhuollon lääkärin läheteellä akuuttipsykiatrian poliklinikalle tai suoraan sairaalaan psykiatriselle osastolle. Skitsofrenian hoitoketju aikuisilla (2014) painotettiin perusterveydenhuollon tärkeyttä tunnistaa ja seurata skitsofrenian ennakko-oireita. Haastatteluissa kävi kuitenkin ilmi, että perusterveydenhuollon työntekijät kokivat oman skitsofrenian tuntemuksensa heikoksi, sillä skitsofreniapotilaita perusterveydenhuollossa ei juurikaan ole. Perusterveydenhuollon haastatteluissa mainittiinkin useaan otteeseen, että skitsofreniapotilaan hoito on pitkälti erikoissairaanhoidon vastuulla.

Skitsofrenian hoitoketjussa aikuisilla (2014) mainitaan, että erikoissairaanhoidon päättyessä seuranta ja jatkohoito ovat perusterveydenhuollon tehtävinä. Kriteereiksi perusterveydenhuoltoon siirtymiselle hoitoketjussa mainitaan se, että potilaan tulee olla pitkään sairastanut ja nyt vakaassa ylläpitovaiheessa. Haastatteluissamme kävi ilmi, että juuri tällaisia potilaita on siirretty erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon, mutta kaikki potilaat ovat ajan mittaan palanneet erikoissairaanhoidon. Suurimmaksi syyksi mainittiin puute siitä, ettei perusterveydenhuollolla ole yhtäkään mielenterveyshoitajaa tai psykiatrista sairaanhoitajaa, joka ottaisi vastaan pitkäaikaispotilaat. Toimivammaksi perusterveydenhuollon tarjoavaksi palveluksi nousi haastatteluissa toistuvasti ylös asumispalveluyksiköt ja kotihoito. Tosin näissäkin skitsofreniapotilailla oli usein vähintään lääkärikontakti erikoissairaanhoidon.

Toisessa tutkimuskysymyksessämme halusimme selvittää työnjakoa erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä. Haastatteluista kävi ilmi, ettei työnjakoa juurikaan ole. Sekä perusterveydenhuollon haastatteluissa että erikoissairaanhoidon haastatteluissa nostettiin moniammatillisuutta suurena voimavarana, joka on toistaiseksi melko käyttämättömänä. Skitsofrenian hoitoketju aikuisilla (2014) mainitsee, että skitsofreniaa hoidetaan lähinnä avohoidossa ja siihen osallistuu moniammatillinen työryhmä. Hoidon suunnittelussa otetaan huomioon potilaan kliininen tila, elämäntilanne ja yksilölliset tarpeet. Pitkäaikaisseurannassa tulee seurata potilaan terveydentilaa laboratorio- ja muiden tutkimusten avulla, kuten paino, verenpaine, rasva-arvot ja maksa-arvot. Kaikki nämä tutkimukset olisi mahdollista toteuttaa perusterveydenhuollossa. Noppari ym. (2007) mainitsee, että itsenäisesti toimeentuleva skitsofreniapotilas tarvitsee usein jonkinlaisia tukitoimia, jotka estävät sosiaalista syrjäytymistä ja suojaavat kielteisiltä seurauksilta kuten päihdeongelmilta tai rikollisuudelta. Haastattelujemme perusteella perusterveydenhuollolla ei Lohjan sairaanhoitoalueella ole resursseja järjestää tällaista seurantaa. Lisäksi suureksi haasteeksi nostettiin potilaan itsemääräämisoikeus. Toiseksi haasteeksi mainittiin useastikin perusterveydenhuollon hoitajien huonohko tuntemus skitsofreniapotilaan hoidosta ja hoitoketjusta. Noppari ym. (2007) ilmaisee myös, että jos psykoottisia

oireita uusiutuu, mutta vointi ei edellytä psykiatrista osastohoitoa olisi mahdollista ottaa pitkäaikaispotilas hoitoon terveyskeskuksen vuodeosastolle lääkityksen tilapäiseen tehostamiseen. Haastatteluissamme kävi ilmi, että tähän pyritään etenkin asumispalveluyksiköissä jonkin verran, mutta hyvin paljon potilaita siirretään myös psykiatrisille osastoille lääkityksen tehostusta varten.

Kolmannessa tutkimuskysymyksessämme halusimme kartoittaa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon tietoisuutta muista palveluista mitä Lohjan sairaanhoitoalue tarjoaa skitsofreniapotilaille. Tietoisuus näistä palveluista oli erittäin vähäistä. Ongelmaksi koettiin henkilökunnan vaihtuvuus, palveluiden maksullisuus ja se ettei yksinkertaisesti tiedetä mistä näitä palveluita voitaisiin lähteä etsimää.

5.2 Tutkimuksen luotettavuus

Laadullisen tutkimuksen aineisto valitaan tarkasti ja harkinnanvaraisesti siten, että ne vastaavat mahdollisimman hyvin tutkimuskysymyksiin. Tavoitteena on löytää mahdollisimman monia eri näkökulmia tutkittavasta ilmiöstä. Sitten kun uusi aineisto ei enää tuo tutkimuksen kannalta uutta tietoa voidaan olettaa, että aineistoa on riittävästi. Aineiston käsittely ja analysointi on työläs ja aikaa vievä prosessi laadullisessa tutkimuksessa. Se tehdään limittäin tutkimusaineiston keräämisen kanssa, jotta voidaan ohjata tiedonkeruuta oikeaan suuntaan. Analysoitava aineisto on usein sanatarkasti purettuja haastatteluja tai dokumentteja. (Aira 2005.)

Laadullisen tutkimuksen tuloksia ei kuvata pelkästään numerotiedoilla, vaan ne esitetään usein teema-alueina tai käsitekarttoina. Jotta kuulija voisi parhaansa mukaan muodostaa käsityksen aineiston laadusta ja analyysin osuvuudesta, liitetään näihin usein suoria lainauksia aineistosta. Tekstilainauksista voi tulla ilmi haastateltavan ikä, sukupuoli ja ammatti. Lainaukset voidaan myös koota aihepiireittäin erillisiksi luetteloiksi, joka selkeyttää artikkelia visuaalisesti. (Aira 2005.) Tässä opinnäytetyössä tuloksia kuvataan lainauksin, mutta kapean otoksen vuoksi lainausten yhteyteen ei ole liitetty tietoa haastateltavan ikää, sukupuolta tai ammattia.

5.3 Tutkimusetiikka

Tutkimusetiikka on yksi luotettavan tutkimuksen arvioinnin kulmakivistä. Tutkimusetiikassa tutkitaan ja pohditaan sitä, miten tehdä eettisesti hyvää ja luotettavaa tutkimusta. Erillistä tutkimusetiikan tieteenhaaraa ei varsinaisesti ole, sillä tutkijaa ja tutkijayhteisöä koskevat samantyyppiset eettiset kysymykset kuin yhteiskuntaa yleensäkin. Tiedetyt eettiset ongelmat ja niiden ratkaisut kuitenkin toteutuvat ainoastaan tieteellisen tutkimuksen kuluessa eivätkä muilla yhteiskunnan alueilla. Tällaiset tutkimusetiikan kysymykset koskevat lähinnä tutkimustyössä tutkittavien oikeuksia, tutkitun tiedon julkaisemista sekä tutkimustyölle asetettavia vaatimuksia. (Leino-Kilpi & Välimäki 2012, 360-362.)

Taatakseen tutkimuksen luotettavuuden on esitetty useita normeja ja kannanottoja koskien sitä, miten tutkimusta tehdään eettisesti kestäväällä tavalla. Tällaisia säännöstöjä ovat toisen maailmansodan jälkeinen Nürnbergin säännöstö sekä kansainvälinen ihmisoikeuksien julistus, joissa kiinnitetään tutkittavien ihmisten kohteluun ja oikeuksien toteutumiseen. Muita tutkimusetiikkaa sääteleviä kansainvälisiä julistuksia ja normeja ovat vuonna 1964 annettu Helsingin julistus koskien eettisiä periaatteita ihmisiin kohdistuvassa lääketieteellisessä tutkimuksessa, vuonna 1982 annettu kansainvälisten eettisten periaatteet ihmisiin kohdistuvassa biolääketieteellisessä tutkimuksessa, WHO:n eli World Health Organizationin 2002 antamat eettiset ohjeet ihmisiin kohdistuvissa tutkimuksissa sekä vuonna 2003 uusittu Pohjoismaita koskevat hoitotyön tutkimuksen eettiset suuntaviivat. (Leino-Kilpi & Välimäki 2012, 362-363.)

Suomessa tutkimusetiikan laatua turvaa vuonna 1991 perustettu tutkimuseettinen neuvottelukunta sekä valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan laatima hyvän tieteellisen tutkimuksen ohjeisto on Suomen keskeisimpiä tutkimuseettisiä ohjeistoja, ja niihin perustuvat monien akatemioiden laatimat eettiset ohjeet. (Leino-Kilpi & Välimäki 2012, 363.)

Tutkimuseettisen neuvottelukunnan hyvän tieteellisen käytännön ohjeet vaalivat tiedeyhteisössä tunnustettuja toimintatapoja kuten rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta niin tulosten tallentamisen, esittämisen kuin tulosten arvioinninkin kanssa. Tutkimuksiin tulee soveltaa vain eettisesti kestäviä ja tieteellisten tutkimusten kriteerien mukaisia tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä- sekä lähteitä. Tutkimuksessa tulee toteuttaa avoimuutta ja vastuullista viestintää tutkimustuloksia julkaistaessa. Tutkijat ottavat muiden tutkijoiden tekemän työmäärän sekä saavutuksen huomioon kunnioittamalla heidän tekemää työtään omassa tutkimuksessaan sekä tutkimustuloksissaan. Tutkimus tulee toteuttaa ja raportoida tieteellisen tiedon vaatimusten edellyttämällä tavalla. Tarvittavat tutkimusluvut tulee hankkia ja eettinen ennakoarviointi tulee tehdä tietyillä aloilla. Ennen tutkimuksen tai tutkimushankkeen aloittamista tulee työnantajan, tutkijan ja ryhmän jäsenten oikeudet, vastuut sekä velvollisuudet käydä läpi. Rahoituslähteiden kaltaiset sidonnaisuudet tulee ilmoittaa tutkimukseen osallistuville sekä ne raportoidaan tutkimustulosten julkaisun yhteydessä. Tutkijoiden tulee pidättäytyä tutkimukseen ja tieteeseen liittyvistä päätöksenteko- ja arviointitilanteista, jos heidän on syytä epäillä olevan esteellisiä. Tutkimusorganisaatiossa tulee toteuttaa ja noudattaa hyvää talous- ja henkilöstöhallintoa sekä huomioida tietosuojaa. (Hyvä lääketieteellinen käytäntö 2012.)

Tutkimusetiikkaa ohjaaviin lainsäädäntöihin kuuluvat laki lääketieteellisestä tutkimuksesta, asetus lääketieteellisestä tutkimuksesta sekä asetus tutkimuseettisestä neuvottelukunnasta. Biolääketieteellistä tutkimusta varten Suomessa on lait koe-eläintoiminnasta, valtioneuvoston

asetus geeniteknikasta sekä geeniteknikkalaki. Lainsäädännön silmissä lääketieteellinen tutkimus tarkoittaa tutkimusta, jossa puututaan joko ihmisen, ihmisen alkion tai sikiön koskemattomuuteen, ja jonka tarkoitus on lisätä tietoa sairauksien ehkäisystä, syistä, oireista, hoidosta, diagnostiikasta tai terveydestä. Lääketieteellisessä tutkimuksessa ei saa loukata ihmisarvoa, ja ennen tutkimukseen ryhtymistä tulee saada hyväksyntä eettiseltä toimikunnalta. (Laki lääketieteellisestä tutkimuksesta 488/1999 § 2-3; Leino-Kilpi & Välimäki 2012, 363-364.)

Tutkittavan edun tulee olla etusijalla tieteen ja yhteiskunnan etujen sijaan, ja tutkittavalle aiheutuvia riskejä ja haittoja on ehkäistävä miten parhaiten taitaa. Tutkimuksesta tai toimenpiteestä saatavan terveydellisen tai tieteellisen hyödyn tulee ylittää riskit ja haitat. Lääketieteellistä tutkimusta saa tehdä vain ammatillisen ja tieteellisen pätevyyden omaava lääkäri tai hammaslääkäri. Tutkimuksessa tulee käyttää asianmukaista ja riittävää henkilökuntaa, välineistöä ja laitteistoa. Tutkimus täytyy keskeyttää heti, jos tutkittavan turvallisuus niin vaatii. Jos turvallisuutta koskevaa uutta tietoutta tulee ilmi, tulee niistä ilmoittaa eettiselle toimikunnalle. Tutkittavan tulee olla suostuvainen tutkimuksiin, ja suostumuksesta tulee täyttää erillinen suostumusasiakirja. (Laki lääketieteellisestä tutkimuksesta 488/1999 § 4-6.)

Asetus tutkimuseettisestä neuvottelukunnasta säädetään tutkimuseettisen neuvottelukunnan tehtävät. Neuvottelukunnan tehtävinä on tehdä esityksiä ja antaa lausuntoja tutkimuseettisistä kysymyksistä, toimia asiantuntijana tutkimuseettisten ongelmien selvittelyssä, tehdä aloitteita tutkimuseetiikan edistämiseksi, seurata tutkimuseetiikan kansainvälistä kehittymistä sekä osallistua kansainväliseen yhteistyöhön sekä antaa tutkimuseettisiin kysymyksiin liittyviä tiedoksiantoja. (Asetus tutkimuseettisestä neuvottelukunnasta 1347/1991 § 1-2.)

Tämän opinnäytetyön kohdalla tutkimuseettiset kysymykset koskevat lähinnä kyselyyn sekä haastatteluun osallistuvien tietosuojaa. Vaikka haastatteluun osallistutaan omalla nimellä ja omilla kasvoilla, ei haastateltavien nimiä julkaista tämän opinnäytetyön yhteydessä. Tähän opinnäytetyöhön haettiin tutkimuslupaa HUS:n Lohjan sairaanhoitoalueelta psykiatrian tulosityksiköstä sekä Lohjan kaupungilta.

Lähteet

Aira, M. 2005. Laadullisen tutkimuksen arviointi. Terveyskirjasto. Viitattu 6.4.2016.

<http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo94977.pdf>

Asetus tutkimuseettisesta neuvottelukunnasta 15.11.1991/1347. Viitattu 6.3.2016.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1991/19911347>

Eskola, J. & Vastamäki, J. Teemahaastattelu: Opit ja opetukset; Aaltola, J., Valli, R. 2010. Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1. Juva: WS Bookwell Oy

Erikoissairaanhoitolaki 1.12.1989/1062. Viitattu 6.3.2016. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1989/19891062>

Grönfors, M. & Vilkkä, H. 2011. Laadullisen tutkimuksen kenttätymenetelmät. Viitattu 26.3.2016. http://vilkka.fi/books/Laadullisen_tutkimuksen.pdf

Hirsijärvi, S., Hurme, H. 2001. Tutkimushaastattelu - Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.

HUS Lohjan sairaanhoitoalueen aikuisväestön mielenterveys- ja päihdepalvelut 2012. 2012. THL.

Hyvä tieteellinen käytäntö. 2012. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Viitattu 6.3.2016.

<http://www.tenk.fi/htk-ohje/hyva-tieteellinen-kaytanta>

Joukamaa, M., Lönnqvist, J. & Suvisaari J. 2014. Mielenterveydenhäiriöiden yleisyys ja hoidon tarve. Helsinki: Duodecim.

Juola, P., Jääskeläinen, E., Kaivosoja, M., Niemelä, S., Penttilä, M., Raiskila, T. & Seppälä, J. 2015. Skitsofrenian ennustetta voidaan parantaa. Lääkärilehti 13/2015, 875-880.

Järvenpää, E. 2006. Laadullinen tutkimus. Teknillinen korkeakoulu. Viitattu 1.4.2016.

<http://www.cs.tut.fi/~ihtesem/k2007/materiaali/luento4.pdf>

Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma; toimeenpano. Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 1.6.2016. <https://www.thl.fi/fi/tutkimus-ja-asiantuntijatyo/hankkeet-ja-ohjelmat/kansallinen-mielenterveys-ja-paihdesuunnitelma/toimeenpano>

Katajamäki, J. Perheen arki hajoaa - psykoosipotilas ja hänen perheensä. 2009. Teoksessa Larivaara, P., Lindroos, S. & Heikkilä T. (toim.) Potilas, perhe ja perusterveydenhuolto. Helsinki: Duodecim.

Kuhanen, C., Oittinen, P., Kanerva A., Seuri, T. & Schubert, C. 2013. Mielenterveyshoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro.

Kähärä, K. 2015. Mielenterveyden palveluodotukset perusterveydenhuollossa: tutkimus Suupohjan seutukunnan yhteisöissä. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto, lääketieteen laitos. Tampere.

Laki lääketieteellisestä tutkimuksesta 9.4.1999/488. Viitattu 6.3.2016. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990488>

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785. Viitattu 6.3.2016. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Latvala, E., Vanhanen-Nuutinen, L. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: Sisällönanalyysi; Janhonen, S., Nikkonen, M. 2003. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Juva: WS Bookwell Oy.

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2012. Etiikka hoitotyössä. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. 2014. Psykiatria. Helsinki: Duodecim.

Mantere, O. 2016. Akuutti psykoosi. Viitattu 7.4.2016 http://www.terveysportti.fi/nelli.laurea.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt01694&p_haku=psykoosi

Merriam, S. 2014. Qualitative Research. Jossey-Bass: United States of America.

Mielenterveys- ja päihdetyön suunnitelma 2013-2016. Lohjan kaupunki ja peruskuntayhtymä Karviainen. Viitattu 9.5.2016. <http://www.lohja.fi/Liitetiedostot/Mielenterveys-%20ja%20pE4ihdety%F6nsuunnitelma%202013-2016.pdf>

Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116. Viitattu 8.5.2017. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>

Mielenterveyspalvelut. Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 1.6.2016. <http://stm.fi/mielen-terveyspalvelut>

Mikä on sote-uudistus? 2016. Sote- ja maakuntahallitus. Viitattu 9.5.2017. <http://alueuudistus.fi/mika-on-sote-uudistus>

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

Perusterveydenhuollon palvelut. 2016. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 9.5.2017 <https://www.thl.fi/fi/tilastot/tilastot-aiheittain/perusterveydenhuollon-palvelut>

Pulkkinen, S., Vesänen, P. 2014. Psykoottisen potilaan hoito. Viitattu 7.4.2016 http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/shk/koti?p_haku=psykoosi

Puusniekka, A. & Saaranen-Kauppinen, A. 2009. KvaliMOTV - menetelmäopetuksen tietovaranto. Viitattu 1.4.2016. http://www.fsd.uta.fi/fi/julkaisut/motv_pdf/KvaliMOTV.pdf

Puusniekka, A. & Saaranen-Kauppinen, A. Tutkimusongelmat. KvaliMOTV. Viitattu 1.4.2016. http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L2_3_1.html

Psykoosin ennakko-oireiden tunnistaminen ja PROD-seula. 2017. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. Viitattu 9.5.2017 http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=shp01042&p_haku=prod

Psykiatrinen erikoissairaanhoito 2013. 2015. Viitattu 6.4.2016. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/125570/Tr02_15_fi_sv_en.pdf?sequence=8

Päivä-, työ- ja tukitoiminnan järjestäjät Lohjalla. 2012. Viitattu 1.6.2016. http://www.lohja.fi/Liitetiedostot/perusturva/P%E4iv%E4-%20ty%E4-%20ja%20tukitoiminnan%20j%E4rjest%E4j%E4t%20Lohjalla_051112_.pdf

Saari, K., Raiskila, T., Moilanen, K., Jääskeläinen, E. & Niemelä, S. 2015. Psykoosien hoito terveyskeskuksessa. Lääkärilehti 13/2015, 867-873.

Skitsofrenia - Käypä Hoito. 2015. Viitattu 6.4.2016. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosittukset/suositus?id=hoi35050>

Skitsofrenian hoitoketju aikuisilla. 2014. HUS-Porvoo.

Terveysasemien aluejaot. Lohjan kaupunki. Viitattu 8.5.2017. http://www.lohja.fi/default.asp?kieli=246&id_sivu=2908&alasivu=2908

Vesterinen, M-L. 2015. Sosiaali- ja terveysalan tulevaisuuden visio, muutokset ja haasteet. Viitattu 11.2.2016. http://www2.edusampo.fi/sote/documents/loppuraportti_2.pdf

Väänänen, J-M., Hämäläinen, P., Oksa, R., Sillanpää, A., Saarelainen, S., Autere, K., Viskari, H., Roivas, M., Ylitörmä, M., Lappalainen, A. & Toivakka, H. 2011. Ensipsykoosiin sairastuneen nuoren hoitoprosessi. Viitattu 16.6.2016. <http://www.pshp.fi/download/name/%7BC5D1576E-F150-41B6-8B47-96AECCD5130B%7D/20583>

Liitteet

| | |
|-------------------------------------|----|
| Liite 1: Saatekirje..... | 48 |
| Liite 2: Teemahaastattelurunko..... | 49 |
| Liite 3: Esimerkki analyysistä..... | 50 |

Liite 1: Saatekirje

Hyvä vastaanottaja,

Opiskelemme Laurea-Ammattikorkeakoulussa sairaanhoitajaksi. Olemme tekemässä opinnäytetyötä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välisestä työnjaosta skitsofreniapotilaan hoidossa. Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa skitsofrenian hoitoketjua ja perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välistä työnjakoa sekä tuottaa tietoa skitsofreniapotilaille suunnatuista palveluista Lohjan sairaanhoitoalueella.

Kutsumme Sinut osallistumaan opinnäytetyömme tutkimusosuuteen syksyllä 2016 perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon henkilöstön kanssa erikseen sovittuna ajankohtana. Opinnäytetyön tutkimusosuus toteutetaan ryhmähaastatteluna. Haastattelutuloksia käsitellään luottamuksellisesti eikä nimiä julkaista opinnäytetyön yhteydessä. Haastatteluun osallistuminen on vapaaehtoista.

Opinnäytetyötä ohjaa Ulla Lemström (ulla.lemstrom@laurea.fi) Laurea Ammattikorkeakoulusta.

Vastaamme mielellämme kysymyksiin.

Kiitos!

Jane Leino
Sairaanhoitajaopiskelija
jane.leino@student.laurea.fi

Emilia Pirinen
Sairaanhoitajaopiskelija
emilia.pirinen@student.laurea.fi

Liite 2: Teemahaastattelurunko

1. Kuinka paljon kohtaat työssäsi skitsofreniapotilaita?
2. Millainen käsitys sinulla on skitsofreniapotilaan hoitoketjusta?
3. Miten perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välinen työnjako mielestäsi toimii?
4. Mikä on mielestäsi haastavinta?
5. Mitä voisi parantaa?
6. Onko jotain, mitä haluaisit vielä kertoa?

Taustakysymyksiä:

1. Oletko sairaanhoitaja vai mielenterveyshoitaja tai lähihoitaja?
2. Työskenteletkö perusterveydenhuollossa vai erikoissairaanhoidossa?
3. Kuinka paljon sinulla on työkokemusta?
4. Missä kaikkialla olet ollut töissä?

Liite 3: Esimerkki analyysistä

| Alkuperäinen ilmaus | Pelkistetty ilmaus | Ryhmittely |
|---|--|---|
| - Potilaat ohjautuu pitkälti osastolta. | - Potilaat osastolta. | <ul style="list-style-type: none"> - Potilaat osastolta - Pitkä jakso psykiatrian poliklinikalla - Ylläpitohoito meillä - Paikkakunnalle muuttava - Asumispalveluyksiköstä jatkohoitoon meille - Kotihoidon kanssa yhteistyö - Asiakkaan kotona käy kotiapu, sairaanhoitaja ja me - Yhteistyö erittäin tärkeää - Potilaan itsemääräämisoikeus - Potilaat haluaa pitää asiat erillään - Tietämys palveluista heikkoa - Ihmiset vaihtuu - Yhteistyö hankalaa |
| - Potilas on ollut pitkään psykiatrian poliklinikalla ja siirtyy meille ylläpidettäväksi. | - Pitkä jakso psykiatrian poliklinikalla. - Ylläpitohoito meillä. | |
| - Osa on paikkakunnalta toiselle muuttavia. | - Paikkakunnella muuttava. | |
| - Voinnin huonotessa siirtyy esim. asumispalveluyksiköstä meille. | - Asumispalveluyksiköstä jatkohoitoon meille. | |
| - Kotihoidon kanssa tehdään yhteistyötä. | - Kotihoidon kanssa yhteistyö. | |
| - Asiakkaan kotona käy kotiapu, sairaanhoitaja ja me, niin on erittäin tärkeää että tehtäisiin yhteistyötä. | - Asiakkaan kotona käy kotiapu, sairaanhoitaja ja me. - Yhteistyö erittäin tärkeää. | |
| - Tässä yhteistyössä tulee potilaan itsemääräämisoikeus vastaan. | - Potilaan itsemääräämisoikeus. | |
| - Jotkut potilaat haluaa, että tietyt asiat on täällä ja tietyt asiat terveyskeskuksessa. | - Potilaat haluaa pitää asiat erillään. | |
| - Enemmän yhteistyötä pitäisi tuoda potilastasolle. | - Potilaslähtöisempää hoitoa. | |
| - Olisi kiva tietää enemmän millaisia palveluja on. | - Tietämys palveluista heikkoa. | |
| - Ihmiset vaihtuu paljon, ja aina on uusi lääkäri tai hoitaja. | - Ihmiset vaihtuu. - Yhteistyö hankalaa. | |

| Ryhmittely | Alakategoria | Yläkategoria | Pääkategoria |
|---|---------------------------|--|-----------------------------|
| <ul style="list-style-type: none">- Potilaat osastolta- Pitkä jakso psykiatrian poliklinikalla- Ylläpitohoito meillä- Paikkakunnalle muuttava- Asumispalveluyksiköstä jatkohoitoon meille | Polikliininen hoito | Hoitoketju Yhteistyö Moniammatillisuus | Potilaslähtöinen hoitoketju |
| <ul style="list-style-type: none">- Kotihoidon kanssa yhteistyö- Asiakkaan kotona käy kotiapu, sairaanhoitaja ja me- Yhteistyö erittäin tärkeää | Hoitaja-hoitaja yhteistyö | Potilaan oikeudet | |
| <ul style="list-style-type: none">- Potilaan itsemääräämisoikeus- Potilaat haluaa pitää asiat erillään | Potilaan oikeudet | | |
| <ul style="list-style-type: none">- Tietämys palveluista heikkoa- Ihmiset vaihtuu- Yhteistyö hankalaa | Organisaatio yhteistyö | | |