

HOITOHENKILÖKUNNAN VALMIUDET PSYKIATRISTEN POTILAIEN HOITAMISEEN YHTEISPÄIVYSTYKSESSÄ

Karolina Ruutu ja Saija Wik
Opinnäytetyö, kevät 2016
Diakonia-ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja (AMK)

TIIVISTELMÄ

Ruutu, Karolina & Wik, Saija. Hoitohenkilökunnan valmiudet psykiatristen potilaiden hoitamiseen yhteispäivystyksessä. Diakonia-ammattikorkeakoulu, kevät 2016. 49 sivua, 3 liitettä. Hoitoalan koulutusohjelma, sairaanhoitaja (AMK).

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohtaisista edellytyksistä tuli voimaan 1. tammikuuta 2015. Helsingissä tämä tarkoitti Auroran sairaalan psykiatrisen päivystyksen siirtymistä Malmin ja Haartmanin sairaaloiden päivystyksiin.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää Malmin yhteispäivystyksen hoitohenkilökunnan valmiuksia hoitaa psykiatrisia potilaita. Tavoitteena oli tuottaa tietoa Malmin yhteispäivystyksen toimivuudesta ja tilojen soveltuvuudesta.

Tutkimusaineisto kerättiin hoitotyötä tekeviltä hoitajilta strukturoidulla kyselylomakkeella syksyllä 2015. Kyselyyn vastasi yhteensä 37 hoitajaa. Tutkimusaineisto kuvailtiin prosentteina ja frekvensseinä.

Tulokset osoittivat, että hoitajien yhteistyö muutostilanteessa oli sujuvaa. Psykiatristen potilaiden hoito ja ohjaus yhteispäivystyksessä koettiin enimmäkseen riittäväksi. Kehittämishaasteiksi nousi yhteispäivystyksen tilojen soveltuvuus ja hoitajien kokemus riittävästä perehdytyksestä työhön.

Avainsanat: yhteispäivystys, päivystyshoito, psykiatrisen hoitotyö, hoidon tarpeen arviointi.

ABSTRACT

Ruutu, Karolina & Wik, Saija. Readiness of the joint emergency nursing staff at Malmi Hospital to care/nurse for psychiatric patients at the joint emergency. 49 pages and 3 appendices. Language: Finnish. Helsinki, Spring 2016. Diaconia University of Applied Sciences. Degree Programme in Nursing. Degree: Nurse.

The Act of Ministry of Social Affairs and Health about urgent care's bases and the emergency special sectorial preconditions came into force on 1th of January 2015. In Helsinki it meant that Aurora Psychiatric Hospital's emergency was transferred to Malmi and Haartman hospitals emergency.

The aim of this thesis was to clarify the readiness of the Malmi Hospital emergency nursing staff to care for psychiatric patients and to estimate them. The thesis aspired to describe what wishes the nursing staff had for advancing its work at the Malmi Hospital joint emergency.

This thesis was made as a quantitative study. The data for the study was gathered through a structured questionnaire from nurses working in the Malmi joint emergency. The data was analyzed using percentages. The results of the study showed that the cooperation between somatic and psychiatric nurses was smooth. The assessment of care need was well organized in the joint emergency. The readiness for assessing the care needs of the psychiatric patients was increased by the earlier experience of psychiatric nursing. The nurses' experiences of the adequate introduction for working in the joint emergency varied.

Keywords: Emergency care, mental health care, psychiatric emergency, treatment priority

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	6
2 PÄIVYSTYSHOITO.....	7
2.1 Päivystyshoito ja yhteispäivystys.....	7
2.2 Keskeistä lainsäädäntöä.....	8
3 PSYKIATRISTEN POTILAIEN HOITOTYÖ PÄIVYSTYKSESSÄ.....	9
3.1 Mielenterveyden määritelmä	9
3.2 Yleisimmät mielenterveyden häiriöt.....	9
3.2.1 Masennushäiriöt	10
3.2.2 Skitsofrenia	11
3.2.3 Kaksisuuntainen mielialahäiriö.....	13
3.2.4 Ahdistuneisuushäiriö ja paniikkihäiriö	14
3.2.5 Itsetuhokäyttäytyminen	15
3.3 Psykiatrisen potilaan kohtaaminen päivystyksessä	16
3.4 Psykiatrisen potilaan hoidon tarpeen arviointi	17
3.4.1 Psykiatrisen potilaan triage Malmin yhteispäivystyksessä	19
3.5 Tahdosta riippumaton hoito	21
4 YHTEISTYÖKUMPPANI	22
5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET.....	23
6 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN.....	24
6.1 Kvantitatiivinen tutkimus.....	24
6.2 Kyselylomakkeen laatiminen	24
6.3 Aineiston keruu.....	25
6.4 Aineiston analyysi.....	28
7 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET	28
7.1 Hoitajien taustatiedot.....	28
7.2 Hoitajien valmiudet psykiatristen potilaiden hoitamiseen.....	30
7.3 Yhteispäivystyksen kehittämishaasteet	34

8 POHDINTA	38
8.1 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus	38
8.2 Tulosten pohdinta.....	39
8.3 Ammatillinen kasvu	40
LÄHTEET.....	43
LIITE 1: Saatekirje	47
LIITE 2: Kyselylomake	48

1 JOHDANTO

Päivystysyksiköiden tehtävänä on tarjota päivystyshoitoa, joka sisältää kiireellisen tutkimuksen, hoidon ja palvelujen tarpeen selvittämisen, välittömän hoidon antamisen sekä tarpeenmukaiseen hoitoon ja palveluihin ohjaamisen. (Koskela 2014, 11.) Sosiaali- ja terveysministeriön asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohtaisista edellytyksistä tuli voimaan 1. tammikuuta 2015. Asetuksella pyritään takaamaan väestölle mahdollisimman yhdenvertaiset, laadukkaat ja turvalliset päivystyspalvelut koko maassa. Päivystyspalvelut tulee järjestää ympärivuorokautisena yhteispäivystyksenä, jossa on saatavilla sekä perusterveydenhuollon että erikoissairaanhoidon palveluita. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2014.)

Päivystysasetuksen myötä Auroran sairaalan psykiatrinen päivystys siirtyi 2. helmikuuta 2015 Haartmanin ja Malmin sairaalan päivystyksiin. Yhdistymisen myötä päivystyspoliklinikoiden nimi muuttui yhteispäivystykseksi. Psykiatrinen sairaalatoiminta jatkuu edelleen Auroran sairaalassa. (Helsingin sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2015.)

Opinnäytetyön idea syntyi, kun seurasimme keskustelua Auroran psykiatrisen päivystyksen siirtymisestä. Mediassa aihetta käsiteltiin runsaasti ja muutos herätti epä tietoisuutta psykiatristen palveluiden jatkumisesta ja tulevaisuudesta Helsingissä. Yhteispäivystyksen toiminnasta ja onnistumisesta oli paljon epäilyksiä. Aihe oli mielestämme tärkeä ja ajankohtainen.

Opinnäytetyön aineisto kerättiin syksyllä 2015 päivystyspoliklinikan hoitotyötä tekeville hoitajille. Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää Malmin yhteispäivystyksen hoitohenkilökunnan valmiuksia hoitaa psykiatrisia potilaita. Tavoitteena oli tuottaa tietoa Malmin yhteispäivystyksen toimivuudesta ja tilojen soveltuvuudesta. Yksikkö voi halutessaan käyttää opinnäytetyön tuottamaa tietoa toimintansa tarkasteluun ja arvioimiseen.

2 PÄIVYSTYSHOITO

2.1 Päivystyshoito ja yhteispäivystys

Sosiaali- ja terveysministeriö vastaa kiireellisen hoidon suunnittelusta, ohjauksesta ja valvonnasta. Sosiaali- ja terveysministeriö on julkaissut laatu- ja potilasturvallisuussuosituksen ensihoitoon ja päivystyshoitotyöhön. Päivystyksessä annetaan kiireellistä hoitoa potilaan asuinpaikasta riippumatta. Kiireellisellä hoidolla tarkoitetaan äkillistä sairastumista, vammaa, pitkäaikaissairauden vaikeutumista tai toimintakyvyn alenemisen edellyttämää välitöntä hoitoa tai arviointia, jota ei voida siirtää ilman, että sairaus tai vamma vaikeutuu. Päivystystyölle on ominaista yllätyksellisyys sekä potilasmäärien, tilanteiden ja potilastapausten ennakoinnattomuus. (Sosiaali- ja terveysministeriö i.a.)

Sosiaali ja terveysministeriö on laatinut valtakunnalliset ja yhtenäiset päivystyshoidon perusteiden kriteerit. Päivystyshoidon palveluiden korkealaatuisen ja vaikuttavan hoidon edellytyksenä on osaava ja kokenut henkilökunta. Päivystyksessä tulee olla riittävät voimavarat ja asiantuntemus, jotta potilaiden hoito ja hoitoon pääsy voidaan taata. Toiminnan laatua voidaan arvioida sovitulla ja yhtenäisillä kansallisilla mittareilla. (Sosiaali ja terveysministeriö 2010, 3.)

Päivystyshoidon tavoitteena on potilaan päivystyksellisen hoidon tarpeen tunnistaminen. Kaikille tulee taata yhdenvertainen hoitoon pääsy ja hoito. Hoidon tulee olla oikea-aikaista, korkealaatuista ja hoidon tulee olla vaikuttavaa. Päivystyksen voimavaroja tulee kohdentaa tarkoituksenmukaisesti. Perusterveyden, erikoissairaanhoidon, ensihoitopalveluiden ja sosiaalitoimen yhteistyö tulisi kehittää saumattomaksi ja toimivaksi kokonaisuudeksi. (Sosiaali ja terveysministeriö 2010, 20.)

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohtaisista edellytyksistä tuli voimaan 1.1.2015. Asetus määrittelee kunnan tai kuntayhtymän huolehtimaan kiireellisen hoidon saatavuudesta kaik-

kina vuorokauden aikoina. Ympäri vuorokautinen päivystys on järjestettävä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteispäivystyksenä. Asetusta sovelletaan terveydenhuoltolaissa (1326/2010) tarkoitettuun kiireelliseen hoitoon. Psykiatrian erikoisalalan päivystyksessä on oltava saatavilla psykiatristen erikoisalojen erikoislääkäri tai psykiatriaan perehtynyt lääkäri, jolla on mahdollisuus neuvotella potilaan hoidosta psykiatrian erikoisalojen erikoislääkärin kanssa sekä valmius arvioida ja seurata potilaan kriisitilanteita ensisijaisesti avohoidon palveluilla. Päivystyksessä on oltava potilaan tilan arviointia varten somaattisten erikoisalojen asiantuntemusta. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohtaisista edellytyksistä 2014).

2.2 Keskeistä lainsäädäntöä

Terveydenhuoltolain tarkoituksena on edistää ja ylläpitää väestön terveyttä, hyvinvointia, työ- ja toimintakykyä sekä sosiaalista turvaa, kaventaa väestöryhmien terveyseroja, toteuttaa väestön tarvitsemien palvelujen yhdenvertaista saatavuutta, laatua ja potilasturvallisuutta ja vahvistaa terveydenhuollon palveluiden asiakaskeskeisyyttä, vahvistaa perusterveydenhuollon toimintaedellytyksiä ja parantaa terveydenhuollon yhteistyötä sekä järjestämistä. (Terveydenhuoltolaki 2010).

Kunnan ja sairaanhoitopiirin kuntayhtymän on päätöksenteon ja ratkaisujen valmistelussa arvioitava ja huomioitava päätösten ja ratkaisujen vaikutukset väestön terveyteen ja sosiaaliseen hyvinvointiin. Kunnan on strategisessa suunnittelussaan asetettava paikallisiin olosuhteisiin ja tarpeisiin perustuvat terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen tavoitteet, määriteltävä niitä tukevat toimenpiteet ja käytettävä näiden perustana kuntakohtaisia hyvinvointiosoittimia. (Terveydenhuoltolaki 2010.)

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista määrittelee jokaisen potilaan oikeuden laadukkaaseen ja hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon. Hoito tulee järjestää niin, että potilaan vakaumusta ja yksityisyyttä kunnioitetaan ja hänen ihmisarvoaan ei loukata. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992.)

Mielenterveyslaki määrittelee mielenterveystyön tarkoittavan yksilön psyykkisen hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja persoonallisuuden kasvun edistämistä sekä mielenterveyshäiriöiden ehkäisemistä, parantamista ja lievittämistä. Mielenterveystyöhön katsotaan mielenterveyden häiriöiden tai sairauksien vuoksi annettavat sosiaali- ja terveydenhuollonpalvelut. (Mielenterveyslaki 2015.)

3 PSYKIATRISTEN POTILAIEN HOITOTYÖ PÄIVYSTYKSESSÄ

3.1 Mielenterveyden määritelmä

Maailman Terveysjärjestö WHO:n määritelmän mukaan terveys on täydellinen fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tila eikä vain sairauksien tai vammojen puuttumista. Mielenterveys on hyvinvoinnin tila, jossa yksilö ymmärtää omat kykynsä, sopeutuu arkielämän tavallisiin haasteisiin, kykenee työskentelemään tuottavasti ja hyödyllisesti sekä kykenee antamaan oman panoksensa yhteiskunnalle. Mielenterveyden ymmärtäminen edellyttää tietoa siitä, mikä on mielenterveyden kannalta normaalia ja mikä poikkeavaa sekä mistä eri tekijöistä jatkuvasti muuttuva mielenterveys on riippuvainen. Hyvän mielenterveyden tunnusmerkkejä ovat kyky ihmissuhteisiin ja työntekoon, toisista välittäminen, kyky vuorovaikutukseen ja henkilökohtaiseen tunneilmaisuun sekä asianmukaiseen oman edun valvontaan. Hyvää mielenterveyttä pidetään eräänlaisena psyykkisenä kimmoisuutena, jossa ihmisellä on kyky suojautua haitallisilta tekijöiltä vaikeissakin olosuhteissa. (Lehtonen & Lönnqvist 2008,26, 28.)

3.2 Yleisimmät mielenterveyden häiriöt

3.2.1 Masennushäiriöt

Kansanterveydellisesti masennushäiriöt ovat keskeisin mielenterveyden häiriö. Masennushäiriöt ovat yleisiä kautta väestön. Sanaa masennus käytetään monessa eri merkityksessä ja asiayhteydessä, minkä vuoksi on hyvä selvittää mitä käsitteellä tarkoitetaan. Masennus voi kuvata masentunutta tunnetilaa, mielialaa tai masennusoireyhtymää. Masentunut tunnetila on normaaliin tunne-elämään kuuluva reaktio. Se voi liittyä pettymyksen ja menetyksen kokemuksiin. Masentunut mieliala on taas pysyvämmäksi muuttunut tunnetila, joka voi kestää yhtäjaksoisesti päiviä, viikkoja, kuukausia tai jopa vuosia. (Isometsä 2008,157.)

Masennusoireyhtymä on mielenterveyden häiriö, joka luokitellaan mielialahäiriöiden alaryhmäksi. Luokittelun tärkeimpiä perusteita ovat oireiden laatu, vaikeusaste ja kesto. (Isometsä 2008,157.) Diagnoosin asettaminen edellyttää yleensä oireiston esiintymistä vähintään kahden viikon ajan. Voimakkaiden ja nopeasti alkaneiden oireiden perusteella voidaan diagnoosi tehdä joissakin tilanteissa lyhyemmän ajan perusteella. (Leinonen 2002, 65.)

Tyypillisiä masennustiloihin liittyviä oireita ovat muun muassa masentunut mieliala ja mielihyvän kokemisen menetys. Potilaan mielihyvän kokemus on häiriintynyt niin, että hän kokee menettäneensä kyvyn saada mielihyvää asioista, jotka sitä hänelle ovat aikaisemmin tuottaneet. (Leinonen 2002, 63.) Mitä syvemmin mieliala on masentunut, sitä pysyvämpää jatkuva masennuksen tila on. Jatkuva väsymys ja pientenkin tekojen tekeminen vievät huomattavasti potilaan voimavaroja. (Isometsä 2008, 159.)

Ruokahalun ja painon muutokset kuuluvat myös tyypillisiin masennustilojen oireisiin. Ruokahalu voi olla kokonaan kadoksissa, jolloin potilaalla on selvästi todettavissa painon lasku, mutta taas toisaalta ruokahalu voi olla selvästi lisääntynyt, jolloin potilaan paino nousee. Luottamus omiin kykyihin ja itsearvostuksen alentuminen voivat vaikeimmissa tapauksissa olla jo harhaluulon asteista. Keskittelemiskyky on alentunut ja arkisten päätösten tekeminen tuottavat vaikeuksia. Potilas voi kärsiä psykomotorisesta hidastumisesta, mikä ilmenee esimerkiksi jähmeytenä. Äärimmäisissä muodoissa hän voi olla täysin pysähtynyt. Unihäiriöt

eri muodoissaan kuuluvat myös tyypillisiin masennustilojen oireisiin. (Isometsä 2008, 159.)

3.2.2 Skitsofrenia

Skitsofrenia on vakava psykoosiksi luokiteltu mielenterveyden häiriö, joka tyypillisesti alkaa nuorella aikuisiällä (Isohanni, Honkanen, Vartiainen & Lönnqvist 2008, 73). Miehillä skitsofrenia puhkeaa yleensä muutaman vuoden varhaisemmin kuin naisilla ja on vaikeusasteeltaan vaikeampi sekä ennusteeltaan huonompi. Perinnöllisillä tekijöillä on tutkimusten perusteella voitu osoittaa olevan merkitystä skitsofrenian puhkeamiselle. (Isohanni, Joukamaa 2002, 38.)

Luonteeltaan skitsofrenia on monimutkainen ja vaikea sairaus. Se vaikuttaa haitallisesti kognitiivisiin ja emotionaalisiin toimintoihin. Perinteisesti skitsofrenian oireet on jaettu positiivisiin ja negatiivisiin oireisiin. Positiivisiin oireisiin luetaan aistiharhat, harhaluulot ja hajanainen puhe. Aistiharhat eli hallusinaatiot ovat ilman ulkoista ärsykettä tapahtuvia aistimuksia kuulo-, näkö-, tunto-, haju- tai makuaistin alueella. Näiden oireiden ilmaantuessa potilaalla on vaikeuksia erottaa todellisuus ja aistiharhat. Kuuloharhat, useimmiten potilaan kuulemaa puhetta ovat hallusinaatioista selvästi yleisimpiä. Tunnusomainen kuuloharha on puheääni, joka kommentoi potilaan tekemistä tai toistaa hänen ajatuksiaan ääneen. Äänen välityksellä potilaan kokemat käskyt voivat olla vaarallisia tilanteessa, jossa hän alkaa niitä noudattamaan. (Isohanni ym. 2008, 73, 78.)

Harhaluulot eli deluusiot ovat uskomuksia, jotka liittyvät potilaiden väärin tulkitsemiin havaintoihin tai kokemuksiin. Harhaluuloinen potilas pitää kiinni uskomuksesta, vaikka se olisi todistettavasti virheellinen. Yleinen harhaluulo skitsofrenikolla on oman tahdon riistäminen. Potilas kokee, että jokin ulkopuolinen voima kontrolloi hänen ajatuksiaan. Paranoidiset harhaluulot ovat myös tyypillisiä skitsofrenian yhteydessä. Potilas voi kokea, että häntä vainotaan tai vakoillaan. (Isohanni ym. 2008, 78.)

Negatiivisia oireita ovat puheen köyhtyminen, tahdottomuus, kyvyttömyys tuntea mielihyvää ja tunneilmaisun latistuminen. Alogialla eli puheen köyhtymisellä tarkoitetaan spontaanin puhumisen vähäisyyttä tai puuttumista ja se voi liittyä puheen sisältöön tai määrään. Kysymyksiin skitsofreniapotilas voi vastata lyhyesti esimerkiksi yhdellä sanalla. Puheen puuttuminen voi olla merkki kognitiivisista puutoksista. (Isohanni ym. 2008, 75, 80.)

Potilaat saattavat kärsiä myös tahdottomuudesta mikä voi ilmetä yksinkertaistenkin motoristen toimintojen hankaloitumisena, esimerkiksi pukeutumisen tai itsestä huolehtimisen vaikeutena. Tahdon puute voi pahimmillaan johtaa lähes täydelliseen liikkumattomuuteen. Tunneilmaisun latistuminen ja kyvyttömyys kokea erilaisia tunnetiloja kuuluvat tyypillisiin skitsofrenian negatiivisiin oireisiin. Potilas ei kykene tällöin kasvonilmeillään, äänensävyillään, eleillään tai katseellaan viestittämään erilaisia tunnetiloja, eikä hän kykene tuntemaan minkäänlaista mielihyvää. Osalla skitsofreniapotilaista esiintyy tilanteeseen epäsovivaa tunneilmaisua ja tunnetilojen epävakautta, mikä voi ilmetä odottamattomana itkuna, nauruna tai aggressiivisuutena. (Isohanni ym. 2008, 80.)

Monenlaisia kognitiivisten toimintojen häiriöitä esiintyy usein skitsofreniapotilailla. Kognitiivisia toimintahäiriöitä ovat muistin, keskittymisen ja tarkkaavaisuuden häiriöt sekä toiminnanohjauksen vaikeudet. Ne aiheuttavat potilaille psykososiaalisia ongelmia vaikeuttaen merkittävästi uusien taitojen oppimista ja arkisissa päivittäisissä toiminnoissa suoriutumista. (Isohanni ym. 2008, 80–81.)

Skitsoaffektiivinen häiriö on skitsofrenian ja mielialahäiriöiden tapainen sairaus, jota ei edellä mainittuihin häiriöihin voida kuitenkaan kriteerien perusteella diagnosoida. Skitsoaffektiivisestä häiriöstä kärsivällä potilaalla on jaksoja, jossa korostuu depressio, mania tai molemmat yhtä aikaa, sekä skitsofrenialla tyypillisiä oireita harhaluulo ja aistiharha jaksoja. Diagnoosin kannalta oleellisena pidetään saman sairausjakson aikana esiintyviä sekä skitsofrenialle tyypillisiä oireita, että vakavan mielialahäiriön samanaikaista esiintymistä. (Lönqvist & Honkonen 2008, 144–145.)

3.2.3 Kaksisuuntainen mielialahäiriö

Kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä potilaan mieliala vaihtelee maanisen, deppressiivisen ja sekamuotoisten jaksojen välillä. Sairastunut yleensä itse ei koe tekemisissään mitään erikoista, vaikka muut läheiset ihmiset kokevat hänen muuttuneen. Käsitettä kaksisuuntainen mielialahäiriö käytetään, kun potilaalla on useampia sairausjaksoja, joista vähintään yksi on ollut maaninen, hypomaaninen tai sekamuotoinen jakso masennusjaksojen lisäksi. Sairaus jaetaan kahteen päätyyppiin. Tyypissä yksi masennusjaksot ja maaniset sekä sekamuotoiset jaksot tai molemmat toistuvat jaksottaisesti. Tyypissä kaksi on ainoastaan masennus- ja hypomaanisia jaksoja, mutta ei maanisia jaksoja. (Isometsä 2008, 196.) Taudinkulun, mutta myös hoidon näkökulmasta on tärkeää erottaa toisistaan tyypin yksi ja tyypin kaksi kaksisuuntainen mielialahäiriö (Sadeniemi, Aer, Jänkälä, Sorvaniemi & Stenberg 2013, 26).

Hypomaniassa eli lievässä maniassa on selvästi havaittavissa mielialan nousu ja toimeliaisuuden kasvu. Varsinaisesta maniasta se eroaa siinä, että hypomaniasta aiheutunut haitta ei ole yhtä merkittävä kuin maniassa. (Sadeniemi ym. 2013, 23.) Diagnoosi edellyttää hypomaanisen mielialan lisäksi muita hypomaanisia oireita vähintään neljän vuorokauden ajan. Oireet eivät saa liittyä päihteiden käyttöön tai erilaisiin tapahtumiin, vaan eroavat potilaan yleisestä mielentilasta. Hypomanialla on seitsemän oiretta. Lisääntynyt toimeliaisuus tai fyysinen rauhattomuus unihäiriöiden ohella on tyypillisimpiä hypomanian oireita. Potilas on korostuneen toimelias vuorokausia. Uusia ajatuksia syntyy nopeasti, hän puhuu vuolaasti ja usein dominoi keskustelua. Keskittymiskyky on häiriintynyt ja ajatustoiminta kiihtynyttä. Unen tarve on vähentynyt, eikä potilas koe väsymyksen tunnetta normaalin tapaan. Potilaalla voi olla lisääntynyttä seksuaalista kiinnostusta eikä hän koe tavanomaisia sosiaalisen elämän rajoituksia, vaan voi olla erittäin tuttavallinen ja estoton. Rahojen tuhlailu ja muu vastuuton käytös kuuluvat myös hypomanian tyypillisiin oireisiin. Potilas voi impulsiivisesti käyttää suuria summia rahaa ja ottaa riskejä, joita ei normaalissa mielentilassa olisi halukas ottamaan. (Isometsä 2008, 196–199.)

Maniassa esiintyy samoja oireita, kun hypomaniassa, mutta voimakkaampina aiheuttaen merkittävää sosiaalista haittaa ja toimintakyvyn laskua. Mania vaatii yleensä sairaalahoitoa. Mania voi olla myös psykoottinen, jolloin muiden oireiden lisäksi potilaalla on psykoottisia oireita. Potilaalla on joko harhaluuloja eli deluusioita tai aistiharjoja eli hallusinaatioita. Psykoottinen maniaan liittyvä tila voi muuttua deliriumin kaltaiseksi sekavuustilaksi, jossa potilas on äärimmäisen kiihtynyt. Maaninen sekavuustila vaatii välitöntä sairaalahoitoa, koska hoitamattomana siihen liittyy merkittävä kuolleisuus. Sekamuotoisessa jaksossa maanisia ja masennusoireita esiintyy yhtäaikaisesti tai vuorotellen. Potilaan vointi tyypillisesti vaihtelee suuresti sisältäen sekä ääritiloja, että vaiheita, jossa molempien jaksojen oireita esiintyy samanaikaisesti. (Isometsä 2008, 199–201.)

3.2.4 Ahdistuneisuushäiriö ja paniikkihäiriö

Mielenterveyden häiriöistä kaikkein yleisimpiä ovat ahdistuneisuushäiriöt. Ahdistuneisuus on potilaan sisäisen huolestuneisuuden, jännityksen, levottomuuden tai paniikin tunne. Se on kokemuksena pelon kaltainen tunnetila ilman todellista ulkoista vaaraa. Lievä ahdistuneisuus ja pelko ovat normaaleja tunnekokemuksia, ja niiden tarkoituksena on varoittaa ihmistä uhkaavasta tilanteesta tai vaarasta. (Isometsä 2008, 223; Huttunen 2015.)

Yleistyneessä ahdistuneisuushäiriössä huoli ja ahdistus ovat jatkuvia tunnetiloja ja ne ovat liiallisia henkilön elämäntilanteeseen nähden. Ahdistuneisuus on voimakasta, pitkäkestoista sekä sosiaalista ja psyykkistä toimintakykyä rajoittavaa. Siihen voi liittyä myös erilaisia somaattisia oireita ja keskittymisvaikeuksia. Ahdistuneisuuden tunteminen aktivoi sympaattista hermostoa, minkä vuoksi henkilö kokee somaattisia oireita, kuten sydämen tykytystä, hengenahdistusta, hikoilua, suun kuivumista, vapinaa ja huimausta. Lähes kaikissa psykiatrisissa sairauksissa ilmenee eriasteisia ahdistuneisuuden oireita. Yleistynyt ahdistuneisuushäiriö voi ilmetä myös yhdessä muiden psykiatristen sairauksien kanssa. Myös joissakin somaattisissa sairauksissa, kuten kilpirauhasen liika- ja vajaatoiminnassa sekä osassa sydänsairauksia voi esiintyä ahdistuneisuushäiriön kaltaisia oireita. (Isometsä 2008, 223; Huttunen 2014; Huttunen 2015.)

Paniikkihäiriölle on tyypillistä toistuvien voimakkaiden ahdistuskohtausten ja paniikkikohtausten esiintyminen. Kohtaukseen liittyy voimakasta ja äkillisesti ilmaantuvaa ahdistuksen, pelon tai pakokauhun tunnetta, johon liittyy somaattisia ja kognitiivisia oireita. Somaattiset ja kognitiiviset oireet ovat hyvin samankaltaisia kuin ahdistuneisuushäiriössä. Paniikkihäiriötä voikin olla vaikeaa erottaa ahdistuneisuushäiriöstä tai masennuksesta, sillä paniikkihäiriössä psyykinen ja somaattinen reagointi kohtaavat. Odottamattomat paniikkikohtaukset syntyvät ilman mitään havaittavaa laukaisevaa tekijää ja tilannesidonnaiset kohtaukset liittyvät usein johonkin tiettyyn toimintaan. Paniikkikohtaus kestää yleensä minuuteista tuntiin ja ne voivat liittyä ulkoisiin tapahtumiin. (Isometsä 2008, 224; Pulkkinen & Vesanen 2014.)

3.2.5 Itsetuhokäyttäytyminen

Itsetuhoisuudella tarkoitetaan käyttäytymistä, johon liittyy itsensä vahingoittamisen riski tai henkeä uhkaavan riskin ottaminen. Itsetuhoisen käyttäytyminen voi olla suoraa tai epäsuoraa. Epäsuoralla itsetuhoisuudella tarkoitetaan käyttäytymistä, jossa henkilöllä ei kuitenkaan ole tietoista itsensä vahingoittamistarkoitusta tai kuoleman tarkoitusta. Suora itsetuhoisuus tarkoittaa itsemurha-ajatuksia, kuoleman halua ja tietoista itsensä vahingoittamista tai itsemurhayritystä. (Suominen & Valtonen 2013.)

Useimmat itsemurhayritykset tehdään psyykenlääkkeillä ja noin puolet niistä tehdään impulsiivisesti ilman pitkäaikaista suunnittelua. Itsemurhayritysten riskitekijöinä voidaan yleisesti pitää samanlaisia tekijöitä kuin toteutuneiden itsemurhien, mutta persoonallisuushäiriöihin liittyvät impulsiivisen käyttäytymisen ja alkoholi-ongelmien osuudet ovat itsemurhayrityksissä suurempia. Psyykinen huonovointisuus itsemurhan tehneistä ilmenee siten, että noin 90 % itsemurhan tehneistä on kärsinyt diagnosoitavissa olevista mielenterveyden häiriöistä. Masennusoireyhtymät sekä päihdeongelmat ovat yleisimmät itsemurhiin liittyvät mielenterveyden häiriöt. Psykososiaaliset syyt, kuten ero- ja menetyskokemukset, talou-

delliset vaikeudet sekä työelämän ongelmat katsotaan myös itsetuhoisen käyttäytymisen riskitekijöihin. (Lönqvist, Henriksson, Isometsä, Marttunen & Heikkinen 2008, 342, 345–346; Suominen & Valtonen 2013.)

3.3 Psykiatrisen potilaan kohtaaminen päivystyksessä

Psykiatrisessa hoitojärjestelmässä on tapahtunut suuria muutoksia viimeisten vuosikymmenien aikana. Laitoskeskeisestä mallista on siirrytty avohoidon malliin ja psykiatrisia sairaalapaikkoja on vähennetty merkittävästi. Vuonna 1996 laitoshoitopäiviä oli noin 2 500 000, kun taas vuonna 2013 laitoshoitopäiviä oli alle 1 500 000. Vuonna 1996 avohoitokäyntejä oli yli 1 500 000, kun taas vuonna 2013 niitä oli 2,4 miljoonaa, joista 75 % toteutui erikoissairaanhoidossa. Vuonna 2013 perusterveydenhuollossa toteutui hieman alle 600 000 tilastoitua mielenterveyskäyntiä. (Lönqvist, Pylkkänen & Moring 2011, 641.)

Psykiatrinen potilas hakeutuu hoitoon viiveellä usein vasta ongelmien kärjistyttyä. Hoito alkaa usein päivystyksenä ja pahimmillaan tahdosta riippumatta. Hyvin toimiva hoitojärjestelmä edellyttää, että peruspalveluissa tulisi olla mielenterveyspalveluita helposti ja yksinkertaisesti tarjolla. Oleellisesti hoitoon hakeutumisessa vaikuttaa ihmisten tiedot ja asenteet mielenterveyden häiriöitä kohtaan ja käsitykset psykiatrisen hoidon mahdollisuuksista. Leimautumisen pelko psykiatriseksi potilaaksi estää hoitoon hakeutumista ja tämän vuoksi aiheuttaa monille ihmisille tarpeetonta kärsimystä. (Lönqvist ym. 2011, 641.)

Psykiatrinen potilas eroaa muista päivystyspotilaista siinä, että potilas saattaa hahmottaa oireensa eri tavoin kuin hoitavat henkilöt. Potilas ei esimerkiksi tunnista psyykkisen avun tarvetta ja on hakeutunut hoitoon jonkin somaattisen ongelman vuoksi. Ennakkoluulot mielenterveysongelmia kohtaan voivat vaikuttaa psyykkisen häiriön olemassaolon salaamiseen. Perustana tulee aina pitää potilaan omaa kuvausta tilanteestaan. Potilaalta tulee suoraan kysyä mahdollisista harhoista, ahdistuksesta, peloista ja mielialasta. Omia havaintoja, potilaan taustatietoja sekä potilaan kertomuksia yhdistelemällä on mahdollista saada käsitys

siitä, mikä potilaan keskeinen ongelma on. Selvästi psyykkisesti oireilevalla potilaalla voi olla vakavakin somaattinen ongelma, jonka hoito on ensisijainen. (Kuusmanen 2005, 395–396.)

Psykiatrissa hoitotyötä tekeviltä hoitajilta edellytetään mielenterveyshoitotyön erityisosaamista osana potilaan kokonaisvaltaista hoitoa. Hoitaja tarvitsee osaamista ja tietoa mielenterveyden edistämisestä, psykiatrisista sairauksista ja niiden ehkäisemisestä sekä kykyä moniammatilliseen työskentelyyn. Psykiatrisen hoitotyön edellyttämä monipuolinen osaaminen rakentuu koulutuksen ja käytännön osaamisen yhdistämisestä. (Syrjäpalo 2006.)

Marjut Levoska (2007) tutki pro gradu- opinnäytetyössä sairaanhoitajien kokemuksia psykiatrisesta päivystystyöstä Oulun yliopistollisessa sairaalassa. Tutkimuksessa ilmeni, että psykiatrissa päivystystyötä tekevä sairaanhoitaja tarvitsee koulutuksen ja kokemuksen lisäksi tietoa psyykkisistä sairauksista ja häiriöistä sekä somaattisista sairauksista ja lääkehoidosta kyetäkseen arvioimaan potilaan psyykkistä tilaa.

Tutkimuksessa nousseita psykiatrisen hoitotyön piirteitä olivat kriisiavun antaminen, verkostoyhteistyö ja sairaanhoitajan kokema työn henkinen kuormittavuus. Tutkimuksessa ilmeni, että sairaanhoitajat kokivat olevansa merkityksellisessä asemassa potilaan hoidon tarpeen arviointia tehdessä. Sairaanhoitajat keräsivät tietoa potilaan tilasta kuuntelemalla aktiivisesti ja keskustelemalla sekä havainnoimalla potilaan käyttäytymistä, ilmeitä ja eleitä. Sairaanhoitajan toiminta päivystystyön kriisiavun tilanteissa perustui usein sairaanhoitajan omaan harkintaan ja päätöksentekoon. (Levoska 2007, 30.)

3.4 Psykiatrisen potilaan hoidon tarpeen arviointi

Potilaan kliinisen haastattelun avulla tehtävä arviointi muodostaa psykiatrisen työskentelyn perustan. Ennakkokäsitykset sekä tulkinnat oireiden ja häiriöiden syntymisestä ja niihin vaikuttavista tekijöistä haastattelussa ohjaavat sekä haastattelijan että haastateltavan käyttäytymistä. Haastattelijan ennako-oletukset

saattavat ohjata alkavaa haastattelua niin, että potilaalle voi syntyä tunne, ettei hänen viestejään ymmärretä oikein. Hyvän haastattelijan tulisi osata käyttää joustavasti sekä potilaan yksilölliset tarpeet huomioon ottavaa vapaata haastattelumenetelmää sekä strukturoitua ammattitietoon perustuvaa haastattelutekniikkaa. Yleensä haastattelu alkaa avoimilla ja yleisillä kysymyksillä, joilla ikään kuin autetaan potilas oman kertomuksensa alkuun. Onnistuneen haastattelun on oltava yhtenäinen ja kattava kokonaisuus. (Lönqvist 2008, 33.)

Päivystykseen hakeutuneen potilaan haastattelun voi aloittaa esimerkiksi kysymällä hoitoon hakeutumiseen johtanutta syytä. Mikäli vastaukset ovat lyhyitä, haastateltavaa voidaan pyytää kertomaan asiasta enemmän ja tarkemmin. Haastattelun edetessä voi kysymyksiä laajentaa avoimilla kysymyksillä, joihin haastateltavan on helppo vastata. Tarkentavilla kysymyksillä haastattelija voi rakentaa itsellensä aikajanaa tapahtumien, oireiden ja häiriöiden välille. Haastattelussa tulisi kiinnittää huomiota myös haastateltavan voimavaroihin ja selviytymiskeinoihin, eikä vain oireisiin. (Lönqvist 2008, 33–34.)

Haastattelussa havainnoidaan, miten potilas kertoo itsestään ja suhteistaan muihin ihmisiin, ilmaisee tunnetilojaan, havaitsee syy-yhteyksiä ja mitä jättää kertomatta. Tarkentavin kysymyksiin selvitetään muun muassa oireiden alkaminen, oireiden kesto, oireiden vaikutus toimintakykyyn, oireita pahentavat/lieventävät tekijät sekä oireita laukaisevat tekijät. Huomioitavia taustatietoja ovat tutkittavan ikä, sukupuoli, siviilisääty ja ammatti, esitietojen antaja, psykiatrinen perheanamneesi, elämänhistoria ja mahdolliset traumaattiset tekijät. Lääkehoito tulee selvittää mahdollisuuksien mukaan muiden tietojen lisäksi. Erityisesti päivystystilanteissa tutkimuksen tavoite on tehdä alustava diagnostinen arvio ja poissulkea erotusdiagnostisesti merkittävät sairaudet ja häiriöt, laatia hoitosuunnitelma ja aloittaa hoito. (Laukkala 2013.) Ympäristölleen tai itselle vaarallisen ja yhteistyöstä kieltäytyvän potilaan hoidon aloittaminen edellyttää selkeää toimintasuunnitelmaa, puuttumista tilapäisesti potilaan itsemääräämisoikeuteen sekä kaikkien osapuolten turvallisuudesta huolehtimista. (Kuosmanen 2005, 396.)

Potilasta haastatellessa tulee pyrkiä tunnistamaan mahdollinen päihteiden väärinkäyttö. Paras tapa on kysyä suoraan potilaalta itseltään päihteiden käytöstä.

Ei-syylästä keskustelu auttaa potilasta ja omaisia kertomaan päihteiden käytöstä. Tavoitteena on saada selville syy potilaan päivystykseen tulolle, tämänhetkinen päihteiden käyttö ja käyttötavat. Saatujen tietojen avulla pyritään arvioimaan mahdollisten vieroitusoireiden voimakkuutta ja ajankohtaa sekä niihin liittyvää lääkehoitoa. Päihteiden käyttäjät aistivat helposti, miten hoitohenkilökunta heihin suhtautuu. Rauhallinen ja asiallinen käyttäytyminen on hoitosuhteen luomisen perusta päihteiden vaikutuksen alaisena olevaa potilasta kohtaan. Hoitavalla henkilökunnalla tulee olla hyvä perustietämys päihteistä ja niihin liittyvästä hoidosta. Päihtynyttä potilasta haastateltaessa tulee muistaa huomioida somaattisen sairauden tai oireiden mahdollisuus, joiden vuoksi potilas todellisuudessa on hakeutunutkin päivystyspoliklinikalle. (Suokas 2005, 383–384.)

Etenkin päivystystilanteissa potilaan esitiedot kuvataan ja kirjataan asiakirjoihin lyhyesti keskittyen oleellisiin taustatietoihin ja ajankohtaiseen tilanteeseen. Psykiatrista kliinistä tutkimusta tulisi tarpeenmukaisesti täydentää somaattisella yleis- tutkimuksella sekä neurologisella perustutkimuksella. Tutkimuskokonaisuudella pyritään saamaan käsitys potilaan tilasta ja mahdollisten häiriöiden diagnooseista. (Lönnqvist 2008, 40, 42.)

3.4.1 Psykiatrisen potilaan triage Malmin yhteispäivystyksessä

Sairaanhoitaja ottaa ilmoittautuneet potilaat vastaan triage-luokalla, jossa hän arvioi potilaan hoidon tarpeen ja hoidon kiireellisyyden. Hoidon kiireellisyyden arvioimisessa käytetään kansainvälistä viisiportaista triage-luokitusta. Hoidon tarpeen arvion mukaan potilas ohjataan joko psykiatrian tai somatiikan puolelle hoitoon. Mikäli sairaanhoitaja arvioi potilaan olevan kiireetöntä hoitoa vailla, ohjataan hänet ottamaan yhteyttä omaan terveysasemaan tai työterveyshuoltoon. (Helsingin kaupunki 2015.)

Psykiatrisen hoidon piiriin kuuluvan potilaan hoidon tarpeen arvioimisessa käytetään niin kutsuttua psykiatrisen potilaan triage-luokittelua. Päivystyksellinen hoidon tarve vaatii psykiatrisen sairaanhoitajan, päihdetyöntekijän tai lääkärin arvion. Potilaan ja mahdollisen saattajan kanssa selvitetään, mikä on potilaan sen

hetkinen ja tarkoituksenmukainen palvelun tarve. Mikäli potilaalla on jo hoitokontakti psykiatrisella poliklinikalla ja potilaan tilanne on kiireellinen, potilas ohjataan psykiatriselle sairaanhoitajalle akuuttiajan varaamista varten.

Potilaan ja saattajan kanssa selvitetään ja kartoitetaan potilaan oireet, oireiden alkaminen ja onko potilaalle tapahtunut jotain. Lisäksi tulee selvittää, onko potilaalla itsetuhoisia ajatuksia tai aggressiivista käyttäytymistä muita henkilöitä kohtaan. Mikäli potilas on käyttänyt päihteitä viimeisen kymmenen vuorokauden aikana, kartoitetaan päihteiden käytön määrät ja ajankohdat. Lisäksi tulee selvittää, pystyykö potilas huolehtimaan itsestään ja saako hän nukuksi. Potilaalta tulee selvittää aiemmat samankaltaiset oireilut ja mahdolliset hoitokontaktit mielenterveys- tai päihdepuolelle. Lopuksi kartoitetaan potilaan mielenterveyteen liittyvät lääkitykset, hoidot ja somaattiset sairaudet. (Niemi-Pynttari 2015.)

Päivystyksellisesti hoidettavia ja akuuttiaikaa lääkärille tarvitsevia potilaita ovat psykoottisesti oireilevat ja mahdolliset ensipsykoosipotilaat. Itsetuhoiset ja vaikeasti masentuneet potilaat, mielenterveyteen liittyvä väkivaltaisen käytöksen riski, vaikeat päihteiden vieroitusoireet ja M1-arviot kuuluvat päivystyksellisesti hoidettaviin potilastapauksiin. Myös potilas, jolla on vaikea psyykinen kriisi, eikä voi odottaa 13 vuorokauden ajan vastaanottoaikaa, tulee hoitaa päivystyksellisesti. (Niemi-Pynttari 2015.)

Puolikiireellisiksi tapauksiksi katsotaan potilaat, jotka tarvitsevat ajan 1-3 vuorokauden kuluessa joko psykiatriselle sairaanhoitajalle, päihdetyöntekijälle, lääkärille tai psykiatrian poliklinikan akuuttityöryhmään. Puolikiireellisiksi potilaiksi arvioidaan potilaat, joilla ei ole psykoottisesti oireilevia masennus- tai ahdistustiloja, sekä potilaat, jotka ovat yhteistyökykyisiä ja omasta mielestään voivat odottaa 1-3 vuorokautta vastaanottoaikaa. Puolikiireellisiksi potilaiksi luokitellaan myös potilaat, joilla on olemassa oleva hoitokontakti ja tukiverkosto. Mikäli potilas ja saattaja ovat yhtä mielisiä siitä, ettei potilas tarvitse kiireellistä aikaa, voidaan potilaan katsoa kuuluvan kiireetöntä aikaa tarvitseväksi potilaaksi. (Niemi-Pynttari 2015.)

3.5 Tahdosta riippumaton hoito

Potilasta tulee hoitaa yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Jos täysi-ikäinen potilas ei kykene mielenterveyden häiriön tai muun syyn vuoksi itse päättämään hoidostaan, on potilaan lähiomaista tai laillista edustajaa kuultava. Tarkoituksena on selvittää, millainen hoito vastaisi potilaan tahtoa. Potilaan lähiomaiselta tai edustajalta on saatava suostumus hoitoon, mutta potilaan henkeä ja terveyttä uhkaavan vaaran vuoksi ei heillä ole oikeutta kieltää tarpeellisen hoidon antoa. Poikkeus edellä kerrotusta on mielenterveyslain mukainen tahdosta riippumaton hoito. (Lönngqvist, Moring & Henriksson 2014, 733.)

Mielenterveyslaki (1116/1990) antaa lääkärille oikeuden puuttua itsemääräämisoikeuteen, jota vahvasti suojaa Suomen perustuslaki. Tahdosta riippumattomaan psykiatriseen sairaalahoitoon voidaan täysi-ikäinen henkilö määrätä vain, jos alla mainitut kriteerit täyttyvät samanaikaisesti. (Lönngqvist ym. 2014, 734.)

1. Henkilö todetaan mielisairaaksi.
2. Mielisairautensa vuoksi hoitoon toimittamatta jättäminen olennaisesti pahentaisi hänen sairauttaan tai vaarantaisi vakavasti hänen terveyttään tai turvallisuuttaan tai muiden henkilöiden turvallisuutta ja terveyttä vakavasti.
3. Muut mielenterveyspalvelut eivät ole riittäviä tai eivät sovellu käytettäväksi (Lönngqvist ym. 2014, 734.)

Hoitoon määräämisprosessi toteutuu neliportaisina tutkimus- ja päätöksentekovaiheina. Jos lääkärin tutkimuksen perusteella on syytä epäillä, että potilaan hoitoon määräämisen edellytykset ovat todennäköisesti olemassa, lääkäri kirjoittaa tarkkailulähetteen (M1-lomake). Potilas otetaan tarkkailuun psykiatriseen toimintayksikköön, jossa lääkäri tutkii potilaan ja varmistaa hoitoon määräämisen edellytyksien olevan olemassa. (Vuorilehto, Larri, Kurki & Hätönen 2014, 138.)

Tarkkailulähete M1 on voimassa kolme vuorokautta, jolloin potilas voidaan ottaa tarkkailuun sairaalaan korkeintaan neljäksi vuorokaudeksi. Viimeistään neljäntenä vuorokautena tarkkailussa olevan potilaan tulee saada lääkäriltä kirjallinen

tarkkailulausunto, josta tulee ilmi lääkärin perusteltu kannanotto, onko potilas tahdosta riippumattoman hoidon määräyksen alainen (M2-lomake). Jos potilasta lausunnon mukaan ei voida määrätä hoitoon, tulee tarkkailussa pitämisestä heti luopua ja potilas voi halutessaan poistua sairaalasta. Päätöksen tahdonvastaisesta hoidosta (M3-lomake) tekee psykiatrian erikoislääkäri. Tarkkailuun määrätyn oma mielipide tulee ennen päätöksentekoa kuulla ja päätös tulee antaa potilaalle tiedoksi viipymättä. Alaikäisen potilaan kohdalla päätös on heti alistettava hallinto-oikeuden vahvistettavaksi. (Mielenterveyslaki 1991.)

4 YHTEISTYÖKUMPPANI

Malmin uusi päivystyssairaala aloitti toimintansa 27.11.2014. Sairaala palvelee ensisijaisesti itäisen, kaakkoisen, koillisen ja pohjoisen Helsingin yli 16-vuotiaita, vakavasti sairastuneita ja kiireellisen hoidon tarpeessa olevia potilaita. Sairaalaossa toimii sisätautien ja perustason kirurgian hoidon lisäksi psykiatrinen päivystys sekä terveyskeskuspäivystys. Terveyskeskuspäivystys toimii arkisin klo 16–22 ja viikonloppuisin klo 8–22. Sairaalapäivystys palvelee ympärivuorokauden ja välitön ensiapu annetaan kaikille päivystykseen hakeutuneille. Päivystyksen käyntimäärät ovat vuodessa noin 77 000. (Rautiainen 2015.)

Päivystyspoliklinikalle ilmoittautuu vuorokaudessa keskimäärin noin 85–90 potilasta (vaihteluväli 70–120). Hoidettavia potilaita on yhteensä noin 110–120 vuorokaudessa. Hoitoajat vaihtelevat muutamasta tunnista useaan vuorokauteen. (Malmin päivystyksen perehdytysopas 2015.)

Suurin osa hoidettavista sisätautien potilaista on sydän-, verisuoni- ja keuhkosairauksista kärsiviä iäkkäitä henkilöitä. Perustason kirurgiset potilaat ovat tapaturmaisesti loukkaantuneita tai äkillisesti vatsakipuun sairastuneita henkilöitä. Ilta- ja yöaikaan toimiva sairaalapäivystys toimii myös terveyskeskuspäivystyksenä, jossa hoidetaan kaikki potilaat asuinpaikkakunnasta riippumatta. (Malmin päivystyksen perehdytysopas 2015.)

Malmin yhteispäivystyksessä työskentelee osastonhoitajan lisäksi neljä apulais-osastonhoitajaa, 10 sihteerää, 10 lähi- tai perushoitajaa, 10 psykiatrista hoitajaa joista kolme on mielisairaanhoitajia ja loput seitsemän sairaanhoitajia. Somatiikan puolen sairaanhoitajia on 65. Somatiikan hoitajilla tarkoitetaan hoitajia, jotka hoitavat potilaiden fyysisiä sairauksia. Yhteispäivystyksessä tehdään kolmivuorotyötä. Aamuvuorossa somatiikan hoitajia on 18–19 ja iltavuorossa 23. Yövuorossa työskentelee 13–14 hoitajaa. Psykiatrista hoitajia on jokaisessa vuorossa kaksi. Vartijoita on ympärivuorokauden aina kaksi paikalla. Sisätautilääkäreitä on aamu- ja iltavuorossa neljä ja yövuorossa kaksi. Perustason kirurgian päivystyksessä on päivisin kaksi lääkäriä ja iltaisin ja öisin yksi lääkäri. Lisäksi anestesia- ja sairaalassa ympäri vuorokauden. Virka-aikaan paikalla on psykiatrian erikoislääkäri. Päivystysaikaan psykiatrian erikoislääkäri päivystää sekä Malmin että Haartmanin sairaalassa. (Rautiainen 2015; Malmin päivystyksen perehdytysopas 2015.)

Malmin sairaalan arvojen mukaan potilaan hoidon tulee olla yksilöllistä ja potilaan omista fyysisistä, psyykkisistä ja sosiaalisista tarpeista lähtevää. Potilaita voidaan omaan hoitoonsa ja tuetaan itsehoitoon. Toimintakykyä pyritään ylläpitämään ja edistämään varhaisella mobilisaatiolla. Hoitajien suhtautuminen potilaaseen tulee olla ammatillista, empaattista ja perustua molemmin puoleiseen luottamukseen ja kunnioittamiseen. (Malmin päivystyksen perehdytysopas 2015).

5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää Malmin yhteispäivystyksen hoitohenkilökunnan valmiuksia hoitaa psykiatrista potilaita. Tavoitteena oli tuottaa tietoa Malmin yhteispäivystyksen toimivuudesta ja tilojen soveltuvuudesta.

Opinnäytetyön tutkimuskysymyksiä ovat:

1. Millaisia valmiuksia hoitajilla on hoitaa psykiatrista potilaita?

2. Millaisia kehittämishaasteita yhteispäivystyksessä ilmenee?

6 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

6.1 Kvantitatiivinen tutkimus

Opinnäytetyö toteutettiin kvantitatiivisena eli määrällisenä tutkimuksena, jota voidaan nimittää myös tilastolliseksi tutkimukseksi. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa käsitellään lukuja ja niiden välisiä suhteita. (Kananen 2010, 77.) Tutkimusmenetelmäksi valittiin määrällinen tutkimus, koska haluttiin selvittää prosentiosuuksiin ja lukumääriin liittyviä kysymyksiä.

Kvantitatiivinen tutkimus perustuu muuttujiin, joka on ominaisuus, josta tutkimuksessa ollaan kiinnostuneita. Muuttujia mitataan mittareilla. Tutkimuskohteena olevaa ilmiötä selvitetään kysymyksillä, jotka ovat eräänlaisia mittareita. Tutkittava ilmiö tulee määrittää tarkasti, jotta ilmiötä voidaan mitata kvantitatiivisen tutkimuksen menetelmin. Kvantitatiivinen tutkimus alkaa tutkimusongelmasta, joka muutetaan tutkimuskysymyksiä. Tutkimuskysymyksillä kerätään aineisto ongelman ratkaisemiseksi. Opinnäytetyössä käytimme tiedonkeruumenetelmänä kyselylomaketta, jolla aineisto kerättiin kohderyhmältä pääasiassa strukturoiduilla kysymyksillä. (Kananen 2011, 13, 18, 20.)

6.2 Kyselylomakkeen laatiminen

Kyselylomakkeen suunnittelussa tulee ottaa huomioon, miten aineisto käsitellään, mitä ohjelmaa tietojen käsittelyssä käytetään, miten tiedot syötetään ja millä tavalla tulokset halutaan raportoitavan. Tutkimuksen tavoite ja se, mihin kysymyksiin etsitään vastauksia, on oltava täysin selvillä, ennen kuin kyselylomakkeen laatiminen voidaan aloittaa. Tiedonkeruun jälkeen kysymyksiä ei enää voi parannella tai muuttaa. Hyvät kysymykset ja oikea kohderyhmä ovat tutkimuksen onnistumisen perusedellytykset. (Heikkilä, 2008, 47–48.)

Kvantitatiivisen tutkimuksen kysymykset vaikuttavat tutkimuksen luotettavuuteen ja laatuun. Kysymykset voivat olla avoimia tai strukturoituja, jolloin kysymykset on suunniteltu valmiilla vastausvaihtoehdolla. Strukturoiduissa eli suljetuissa kysymyksissä on valmiit vastausvaihtoehdot, joista ympyröidään tai rastitetaan sopiva vaihtoehto. Strukturoidun kysymyksen etu on vastaamisen nopeus ja tulosten tilastollisen käsittelyn helppous. Likertin asteikkoa käytettäessä tulee huomioida muun muassa, miten asteikon arvot ilmoitetaan sanallisesti ja miten asteikon keskikohta muotoillaan. Asteikon ääripäinä ovat vaihtoehdot täysin samaa mieltä ja täysin eri mieltä. Kyselylomakkeessa on myös vastausvaihtoehtona ei samaa eikä eri mieltä, jonka vastaaja voi valita, mikäli mikään muu vastausvaihtoehto ei tunnu oikealta. Asteikolta tulee vastaajan valita omaa käsitystään parhaiten vastaava vaihtoehto. Asteikon arvioimisessa käytetään lukuja, jotta kysymykset saadaan koodattua. (Kananen 2011, 30–31, 34–35, 40; Heikkilä 2008, 50–53.)

Kysely- ja haastattelututkimuksissa on usein mukana joitakin avoimia kysymyksiä. Yleensä niissä jollakin tavalla rajataan vastaajan ajatusten suunta. Avoimille kysymyksille tyypillistä on muun muassa se, että ne on helppo laatia, mutta työlläitä käsitellä, vastaamatta jättämisen mahdollisuus, sanallisten vastausten luokittelu on vaikeaa, ne kannattaa yleensä sijoittaa kyselylomakkeen loppuun ja vastauksille on varattava tarpeeksi tilaa. (Heikkilä 2008, 49.)

Kyselylomakkeeseen sisältyy kaksi osaa: saatekirje (liite 1) ja varsinainen kyselylomake (liite 2). Saateen tehtävänä on selvittää tutkimuksen taustaa ja vastaaamista sekä motivoida vastaajaa täyttämään lomake. Saatekirjeen tulee olla kohtelias, eikä se saa olla liian pitkä. Saatekirje voi vaikuttaa siihen, lähteekö vastaaja täyttämään lomaketta. (Heikkilä 2008, 61.)

6.3 Aineiston keruu

Aineisto kerättiin potilastyötä tekeville hoitotyöntekijöiltä kyselylomakkeella syksyllä 2015 (Liite 2). Olimme molemmat harjoittelussa Malmin sairaalan päivystyspoliklinikalla syksyllä 2015. Toinen meistä oli harjoittelussa kyselylomakkeen vas-

tausajankohtana. Esittelimme opinnäytetyön aiheen ja kyselylomakkeen osastotunnilla. Kyselylomakkeen liitteenä oli saatekirje (liite 1), jossa kerrottiin opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja kyselyn vastaamisaika.

Kyselylomakkeet ja suljettu vastauslaatikko jätettiin päivystyspoliklinikan taukuhuoneen pöydälle. Kyselylomakkeiden mukana oli palautuskuori, jossa lomake palautettiin. Kyselylomakkeeseen vastattiin anonyymisti ja kyselyyn osallistuminen oli vapaaehtoista. Vastausaikaa oli runsaat kolme viikkoa, jonka jälkeen lomakkeet kerättiin ja aineisto analysoitiin SPSS-tilasto-ohjelmalla. Aineisto kuvattiin prosentteina ja frekvensseinä.

Kyselyn toteuttaminen harjoittelujakson aikana oli hyödyllistä, sillä saimme motivoitua henkilökuntaa vastaamaan kyselyyn. Tiesimme myös, kuinka moni hoitajista oli vastannut kyselylomakkeeseen. Todennäköisesti vastausprosentti olisi jäänyt pienemmäksi, ellei toinen meistä olisi ollut kyselyn aikaan harjoittelussa. Saimme kyselylomakkeesta hyvää palautetta, etenkin lomakkeen yksinkertaisuutta ja nopeaa vastausaikaa kehuittiin. Kritiikkiä saimme joidenkin väittämien muotoilusta, joidenkin vastaajien mukaan oli vaikea tulkita mitä väittämällä tarkoitettiin. Harjoittelun aikana pystyimme tarkentamaan ja vastaamaan hoitajien kyselylomakkeeseen liittyviin kysymyksiin.

Kyselylomake rakennettiin tätä tutkimusta varten kirjallisuuden ja haastattelun pohjalta.

Taulukko 1. Kyselylomakkeen rakenne lähteineen

Taustatiedot	Kysymykset 1-5	Kananen, Jorma 2010. Opinnäytetyön kirjoittamisen käytännön opas. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu
--------------	----------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>Millaisia valmiuksia hoitajilla on hoitaa psykiatrisia potilaita?</p>	<p>Kysymykset 6-17</p>	<p>Levoska, Marjut 2007. Sairaanhoitajien kokemuksia psykiatrisesta päivystystyöstä. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveystieteiden laitoksen Pro Gradu -tutkielma.</p> <p>Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785</p> <p>Mielenterveyslaki 1990/1116</p> <p>Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohtaisista edellytyksistä 782/2014</p> <p>Lönnqvist, Jouko; Henriksson, Markus; Isometsä, Erkki & Marttunen, Mauri 2011, 501.</p>
<p>Millaisia kehittämishaasteita yhteispäivystyksessä ilmenee?</p>	<p>Kysymykset 18–20</p>	<p>Levoska, Marjut 2007. Sairaanhoitajien kokemuksia psykiatrisesta</p>

		<p>päivystystyöstä. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Pro Gradu –tutkielma.</p> <p>Rautiainen Jaana 2015. Osastonhoitaja, Malmin päivystyspoliklinikka. Helsinki. Haastattelu.</p>
--	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

6.4 Aineiston analyysi

Tutkimuksen aineisto analysoitiin Statistical Package for the Social Sciences eli SPSS –tilasto-ohjelmalla. Opinnäytetyön tulokset kuvaillaan prosentteina ja frekvensseinä. Avointen kysymysten vastauksilla elävöitetään tekstiä.

7 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

7.1 Hoitajien taustatiedot

Kyselyyn vastanneiden hoitajien keski-ikä oli 39 vuotta (vaihteluväli 23–60). Vastausprosentti oli 43. Kyselyyn vastasi yhteensä 37 hoitajaa, joista 76 % (n=28) oli naisia ja miehiä 24 % (n=9).

Taulukko 1. Hoitajien koulutustaso

Koulutus	n	%
Sairaanhoitaja	32	87
Lähihoitaja/perushoitaja	1	2,5
Mielisairaanhoitaja	1	2,5
Muu	3	8
Yhteensä	37	100

Kyselyyn vastanneista hoitajista 87 % (n=32) oli sairaanhoitajia, lähi- tai perushoitajia sekä mielisairaanhoitajia oli 2,5 % (n=1) ja muita hoitoalan koulutuksen saaneita hoitajia oli 8 % (n=3.) (Taulukko 1.)

Taulukko 2. Hoitajien työyksikkö ennen yhteispäivystystä

Työyksikkö	n	%
Auroran sairaalan päivystys	4	11
Malmin sairaalan päivystys	25	67
Muu	8	22
Yhteensä	37	100

Kyselyyn vastanneista hoitajista 67 % (n=25) oli työskennellyt Malmin sairaalan päivystyksessä, Auroran sairaalan päivystyksessä työskennelleitä hoitajia oli 11 % (n=4) ja muissa työyksiköissä työskennelleitä 22 % (n=8.) (Taulukko 2.)

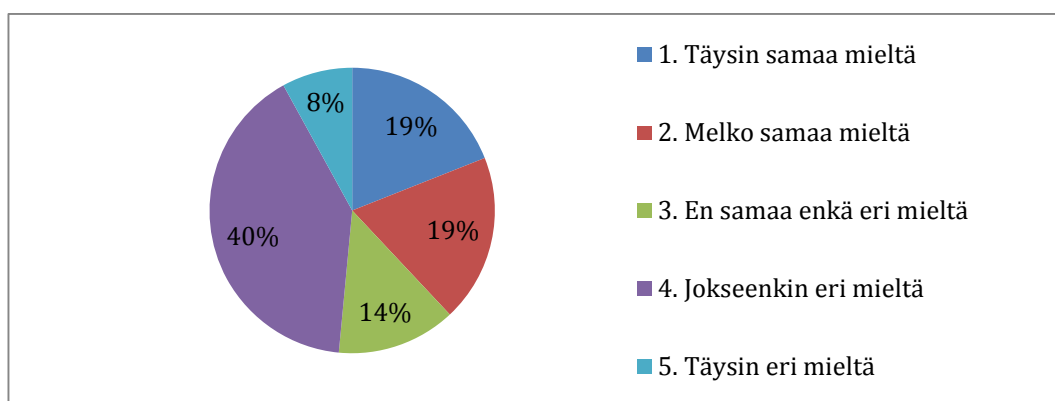
Taulukko 3. Päivystyshotityön työkokemus vuosina

Työkokemus vuosina	n	%
Alle vuosi	3	8
Yli vuosi	12	32
Yli 5 vuotta	22	60
Yhteensä	37	100

Kyselyyn vastanneista hoitajista 60 % (n=22) oli työskennellyt päivystyshoitotyössä yli viisi vuotta, 32 % (n=12) hoitajista oli työskennellyt yli vuoden ja 8 % (n=3) oli työskennellyt päivystyshoitotyössä alle vuoden. (Taulukko 3.)

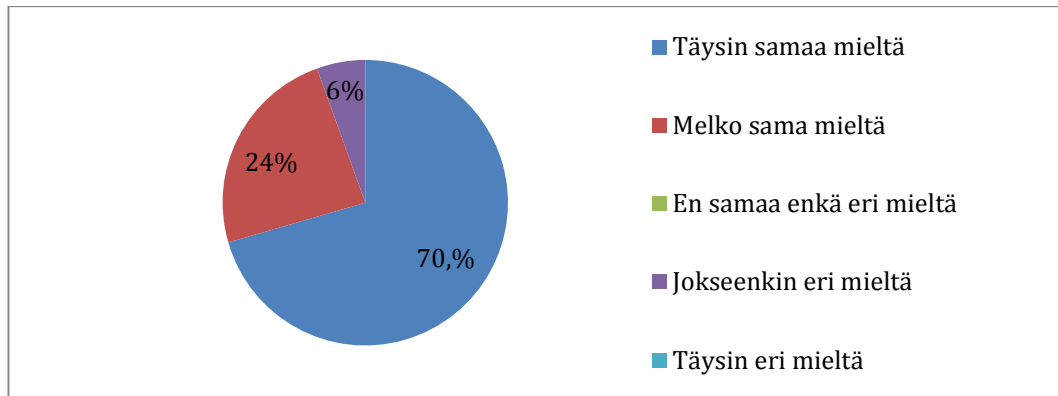
7.2 Hoitajien valmiudet psykiatristen potilaiden hoitamiseen

Lähes joka viidennen (19 %, n=7) hoitajan mielestä yhteispäivystyksessä työskentely edellyttää hoitajalta psykiatrisen hoitotyön koulutusta. Lähes puolet vastaajista (40 %, n=15) oli osittain eri mieltä. Lähes joka kymmenes (8 %, n=3) oli täysin eri mieltä hoitajan psykiatrisen koulutuksen merkityksestä. (Kuvio 1.)



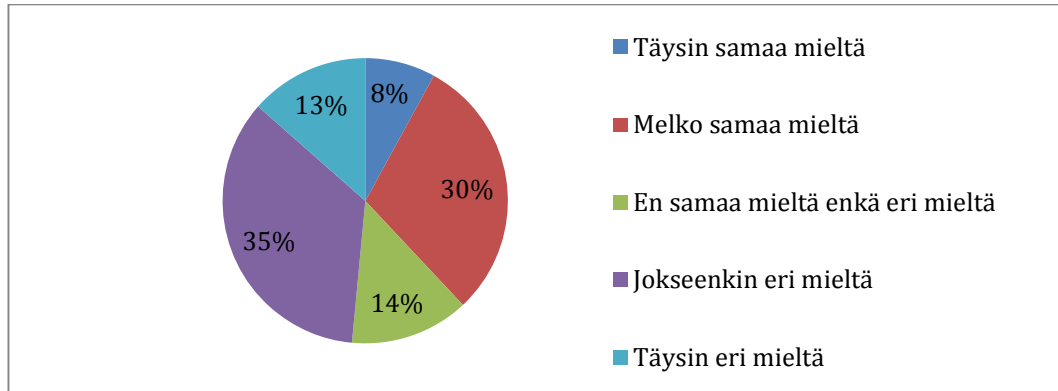
Kuvio 1. Psykiatrisen hoitotyön koulutuksen edellytys yhteispäivystyksessä työskentelyyn

Enemmistö hoitajista (70 %, n=26) koki, psykiatrisen hoitotyö kokemuksen lisä-vän hoitajan psykiatrista arviointikykyä. Alle kymmenesosa (6 %, n=2) hoitajista oli osittain eri mieltä psykiatrisen hoitotyön kokemuksen merkityksestä. (Kuvio 2.)



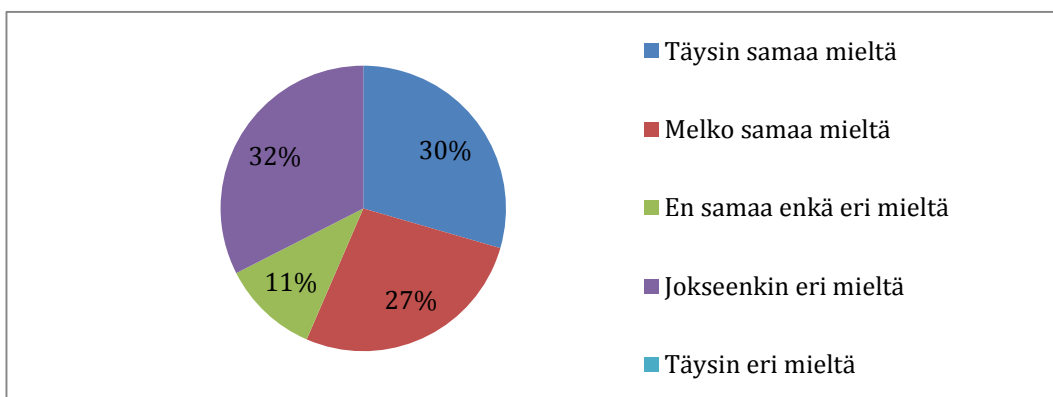
Kuvio 2. Psykiatrisen hoitotyön kokemuksen vaikutus psykiatriseen arviointikykyyn

Lähes joka kymmenennen (8 %, n=3) hoitajan mielestä somatiikan hoitajien oli vaikeampi ottaa puheeksi mielenterveyteen liittyviä asioita potilaiden kanssa. Yli kymmenes (13 %, n=5) vastaajista ei katsonut hoitajan taustalla olevan merkitystä puheeksi ottamisen kanssa. (Kuvio 3.)



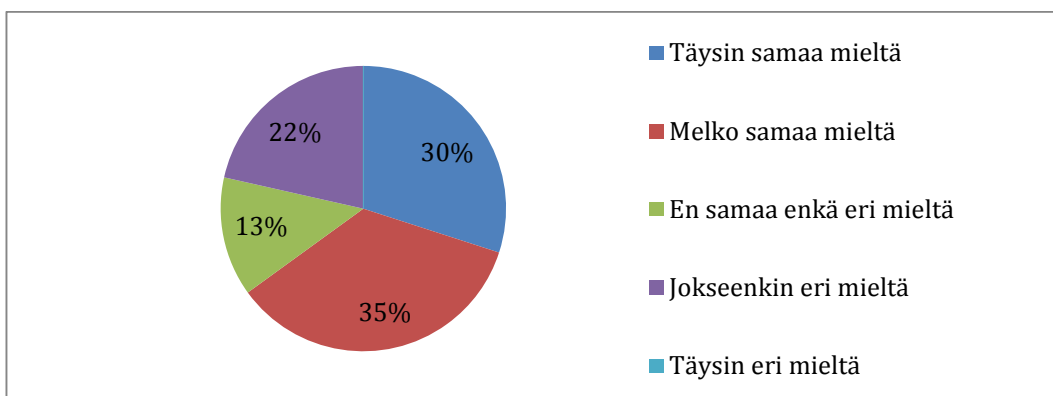
Kuvio 3. Hoitajan taustan merkitys mielenterveyteen liittyvien asioiden puheeksi ottamisen kanssa

Lähes kolmannes (30 %, n=11) hoitajista arvioi tietävänsä psykiatristen potilaiden lääkehoidon piirteet ja psyykenlääkkeiden haittavaikutukset. Lähes saman verran (32 %, n=12) hoitajista arvioi ettei heillä ole tarpeeksi tietoa psyykenlääkkeistä ja niiden haittavaikutuksista. (Kuvio 4.)



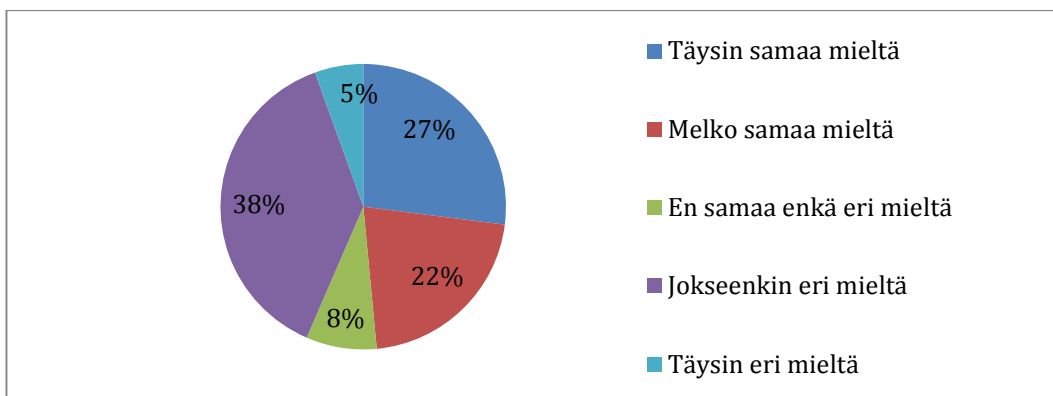
Kuvio 4. Hoitajien tietämys psykelääkkeistä ja lääkkeiden haittavaikutuksista

Lähes kolmannes (30 %, n=11) hoitajista arvioi tietävänsä potilaiden oikeuksia koskevat säädökset. Viidesosa (22 %, n=8) hoitajista oli osittain eri mieltä potilaiden oikeuksia koskevien säädösten tietämisestä. (Kuvio 5.)



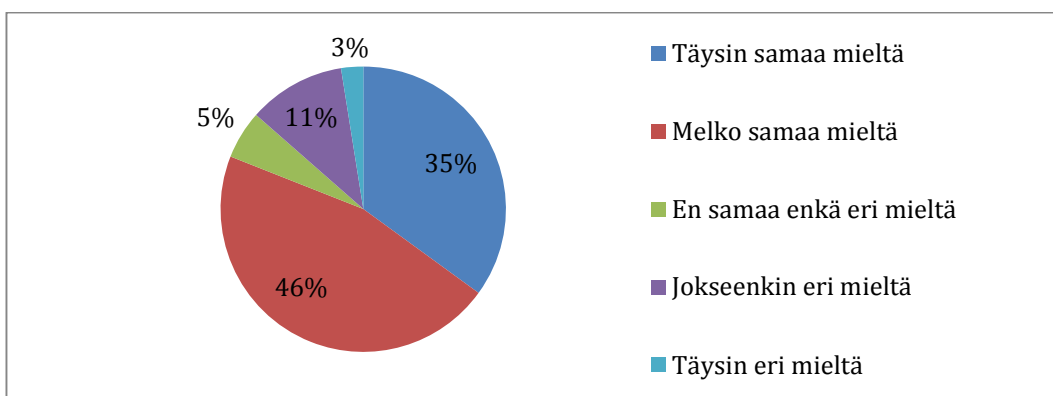
Kuvio 5. Hoitajien tietämys potilaiden oikeuksia koskevista säädöksistä

Lähes kolmannes (27 %, n=10) hoitajista arvioi tietävänsä mielenterveyslain asettamat rajoitukset potilaan hoitotyössä. Yli kolmannes (38 %, n=14) hoitajista arvioi, ettei täysin tiedä mielenterveyslain asettamista rajoituksista. (Kuvio 6.)



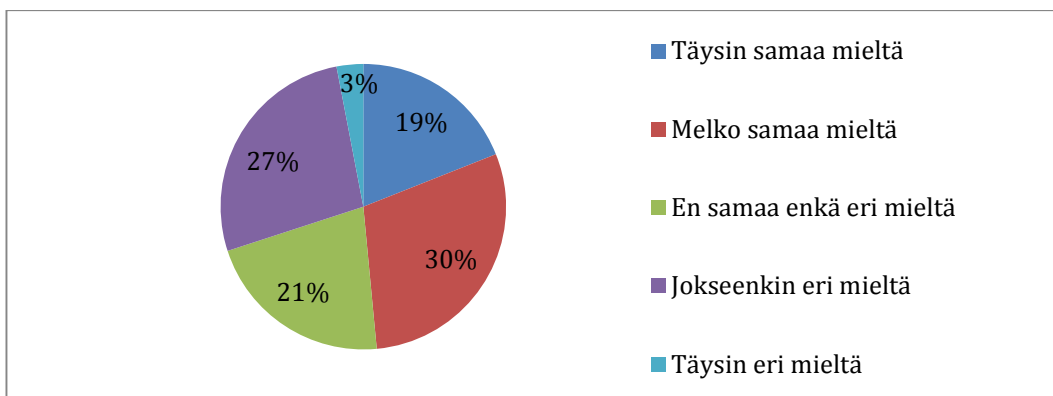
Kuvio 6. Hoitajien tietämys mielenterveyslain asettamista rajoituksista

Yli kolmannes (35 %, n=13) hoitajista koki psykiatristen potilaiden saavan riittävästi hoitoa ja ohjausta yhteispäivystyksessä. Joka kymmenes (11 %, n= 4) hoitaja oli osittain eri mieltä riittävästä hoidon ja ohjauksen saamisesta. Vain yksi hoitaja (3 %, n=1) koki, etteivät potilaat saaneet lainkaan riittävää hoitoa ja ohjausta yhteispäivystyksessä. (Kuvio 7.)



Kuvio 7. Psykiatristen potilaiden riittävä hoidon ja ohjauksen saaminen yhteispäivystyksessä

Lähes viidennes (19 %, n=7) hoitajista koki saaneensa riittävästi perehdytystä yhteispäivystyksessä työskentelyyn. Yli viidennes (21 %, n=8) hoitajista ei ollut samaa eikä eri mieltä perehdytyksen riittävydestä. Vain yksi (3 % n=1) hoitaja koki ettei ollut saanut riittävää perehdytystä työhönsä. (Kuvio 8.)



Kuvio 8. Hoitajien riittävän perehdytyksen saaminen yhteispäivystyksessä

7.3 Yhteispäivystyksen kehittämishaasteet

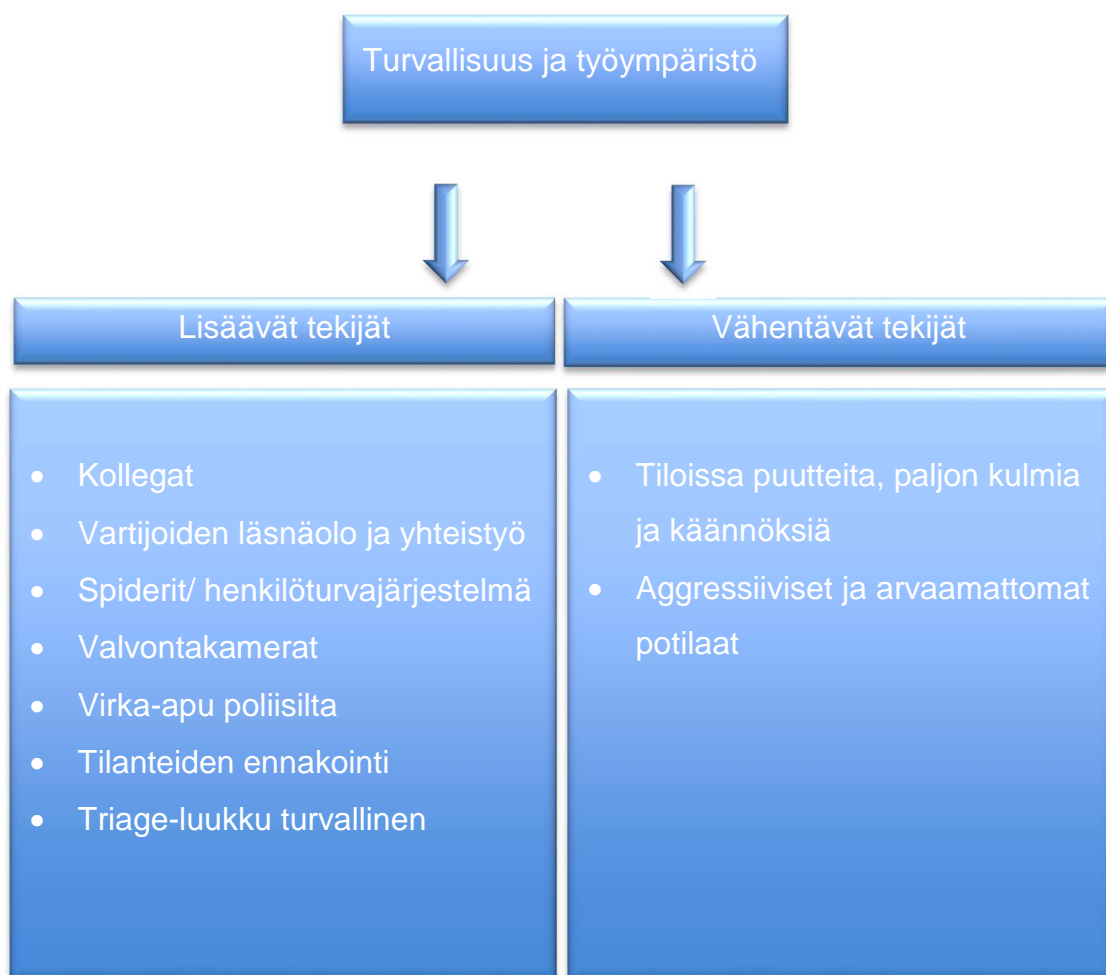
Avoimia kysymyksiä kyselylomakkeessa oli yhteensä kolme. Avoimien kysymysten tarkoituksena oli selvittää hoitajien kokemuksia työympäristön turvallisuudesta, soveltuvuudesta ja työn kuormittavuudesta. Kysymykset olivat:

1. Kuinka turvalliseksi koet työympäristösi?
2. Miten päivystyksen tilat soveltuvat psykiatristen potilaiden arviointiin ja hoitamiseen?
3. Arvioi päivystystyön psyykkistä kuormittavuutta?

Saimme runsaasti vastauksia avoimiin kysymyksiin. Kokosimme vastaukset ja kuvailimme keskeisimpiä asioita, mitä vastauksista nousi esiin.

Turvallisuuteen vaikuttavia tekijöitä

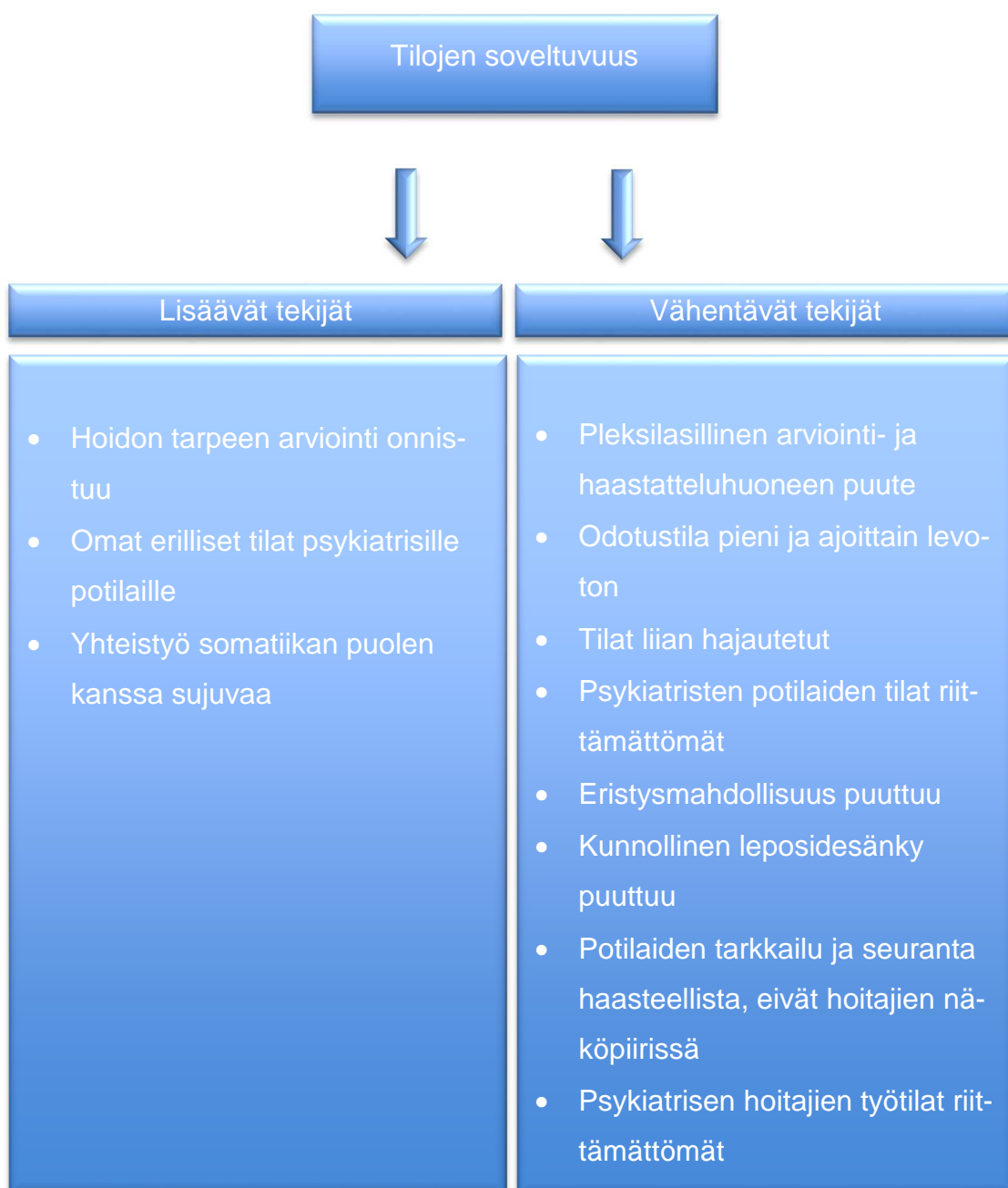
Hoitajien turvallisuuden tunteen kokemiseen vaikutti kollegoiden läsnäolo ja saatavuus, työtä ei tarvitse tehdä yksin. Ennakoiminen ja nopea reagoiminen tilanteisiin oli tärkeää. Spider-henkilöturvajärjestelmän avulla lisäapua oli nopeasti saatavissa. Toimiva yhteistyö vartijoiden kanssa, valvontakamerat ja poliisilta saatava virka-apu lisäsivät turvallisuutta merkittävästi. Turvallisuutta vähentäviä tekijöitä mainittiin vain muutamassa vastauksessa. Esiin nostettiin arvaamattomat ja aggressiiviset potilaat, jotka aiheuttivat turvattomuutta ja väkivallan uhkaa. Myös päivystyksen tiloissa koettiin osittain puutteita: paljon ovia, kulmia ja käännöksiä, jotka vaikuttivat hoitajien poistumiseen tilanteesta. (Kuvio 9.)



Kuvio 9. Turvallisuuteen vaikuttavia tekijöitä

Päivystystilojen soveltuvuus psykiatristen potilaiden arviointiin ja hoitamiseen

Potilaan hoidon tarpeen arviointi onnistui hyvin triage-luukulla. Somatiikan ja psykiatristen hoitajien välinen yhteistyö oli sujuvaa. Psykiatrisille potilaille oli omat erilliset tilat. Psykiatristen potilaiden odotusaula koettiin pieneksi ja ajoittain levottomaksi. Psykiatristen potilaiden arviointi- ja haastatteluhuone oli riittämätön ja pleksilasien puuttuminen koettiin turvallisuutta heikentäväksi tekijäksi. Psykiatristen potilaiden valvonta ja seuranta koettiin haasteelliseksi, koska potilaat eivät olleet aina psykiatristen hoitajien näköpiirissä. Psykiatristen hoitajien ja potilaiden tilat koettiin liian hajautetuiksi. Levottomille potilaille ei ollut erillistä eristys-huonetta tai -tilaa ja kunnollinen leposidesänky puuttui kokonaan. (Kuvio 10.)



Kuvio 10. Päivystystilojen soveltuvuus psykiatristen potilaiden arviointiin

Päivystystyön psyykkisen kuormittavuuden tekijät

Päivystystyön psyykkistä kuormittavuutta lisäsi vaihtelevat ja ennakoimattomat tilanteet. Hoitajat kokivat ajoittain henkisen ja fyysisen väkivallan uhkaa. Ruuhkatilanteiden ja suurien potilasmäärien arvioitiin lisäävän hoitajien riskiä virheisiin. Raskashoitoiset potilaat, vaativat omaiset ja kiitoksen ja arvostuksen puute koettiin psyykkistä kuormittavuutta lisäävinä tekijöinä. Työpari työskentely ja kollegoiden tuki lisäsivät työn mielekkyyttä. Hoitajan oma paineensietokyky ja huumori vaikuttivat psyykkisen kuormittavuuden kokemiseen. Hyvällä työnjaolla voitiin vaikuttaa positiivisella tavalla työntekoon. Psykiatristen hoitajien helppo saataavuus koettiin psyykkisiä voimavaroja lisäävänä tekijänä. (Kuvio 11.)



Kuvio 11. Psyykkisen kuormittavuuden tekijät

8 POHDINTA

8.1 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Tutkimustyön etiikan kannalta on tärkeää tutkijan ja tutkimusorganisaation välinen suhde. Tutkimusorganisaation johdon kanssa sovitaan tarvittavista lupa-asi-oista ja tutkimuslupien hakemisesta. Usein sairaaloissa on omat käytännöt ja lomakkeet tutkimusluvan hakemiselle. (Vehviläinen-Julkunen, 1997, 28.) Opinnäytetyön toteuttamista varten haettiin tutkimuslupaa Helsingin kaupungilta. Tutkimuslupahakemus täytettiin Helsingin kaupungin tutkimuslupaohjeiden mukaan. Hakemuksessa ilmeni tutkimuksen tavoitteet ja tutkimusmenetelmä, aineiston keruu ja aineiston analysointitapa. Tutkimuksen yhteyshenkilöksi sovittiin Malmin sairaalan päivystyspoliklinikan osastonhoitaja Jaana Rautiainen. Tutkimuslupahakemuksen liitteeksi laitettiin tutkimuksen kyselylomake ja saatekirje. Tutkimuslupahakemus liitteineen toimitettiin Helsingin kaupungin kirjaamoon keväällä 2015 ja tutkimuslupa myönnettiin kesäkuussa 2015.

Tutkimukseen osallistumisen tulee olla vapaaehtoista ja kyselyyn vastataan anonyymisti. Tämä tukee tutkimuksen eettisyyttä ja tutkittavien henkilöiden yksityisyyttä (Vehviläinen-Julkunen 1997, 33). Kyselylomakkeeseen vastattiin vapaaehtoisesti ja anonyymisti. Opinnäytetyön julkistamisen jälkeen kyselylomakkeet hävitettiin asianmukaisesti tietosuojajätteeseen.

Tutkimuksen validiteettia voidaan tarkastella tutkimuksessa käytettävien mittareiden mukaan. Mittareiden tulisi rajata tutkittava käsite ja samalla erotella käsitteestä erilaisia tasoja. Reliabiliteetilla tarkoitetaan mittareiden kykyä antaa tuloksia. Reliabiliteettia voidaan parantaa testaamalla mittareita sekä antamalla mittareiden käytöstä tarkat ohjeet. (Vehviläinen-Julkunen & Paunonen 1997, 206, 209, 210.) Kyselylomakkeeseen tehtiin selkeät ohjeet, miten lomake tulisi täyttää. Vastaaaja pyydettiin täyttämään taustatiedot ja sen jälkeen vastaamaan jokaiseen väittämään. Väittämissä oli viisi erilaista vastausvaihtoehtoa, joista vastaajan tuli

valita itselle sopivin. Kyselylomaketta testattiin läheisillä ja tuttavilla ja saadun palautteen mukaan siihen tehtiin pieniä muutoksia. Tutkimuksen validiteettiin saattoi vaikuttaa kyselylomakkeen joidenkin väittämien tulkinnanvaraisuus.

8.2 Tulosten pohdinta

Aineisto kerättiin potilastyötä tekeville hoitotyöntekijöiltä. Vastausprosentti oli 43, johon olemme suhteellisen tyytyväisiä. Päivystystyön luonteen ja kiireen vuoksi on ymmärrettävää, että kaikki hoitajat eivät vastanneet kyselyyn. Mieshoitajien vastausprosentti jäi pienemmäksi, kuin naishoitajien. Mieshoitajien määrä yhteispäivystyksessä on pienempi, minkä voidaan arvioida vaikuttaneen vähäiseen vastausprosenttiin. Suurin osa kyselyyn vastanneista hoitajista oli koulutukseltaan sairaanhoitajia. Tämä selittyy sillä, että enemmistö yhteispäivystyksen hoitajista on koulutukseltaan sairaanhoitajia. Yli puolet vastanneista hoitajista oli työskennellyt ennen yhteispäivystystä Malmin sairaalan päivystyksessä, kun taas hieman yli kymmenes hoitajista oli siirtynyt työskentelemään Auroran sairaalasta Malmin sairaalan yhteispäivystykseen. Muualta siirtyneitä hoitajia oli yli viidesosa vastaajista. Muualta siirtyneiden hoitajien aiempi työkokemus oli jakaantunut sekä psykiatrisen että somaattisen hoitotyön puolelle. Yli puolella hoitajista oli päivystyshoitotyön kokemusta yli viisi vuotta.

Tulosten yhteenveto

1. Lähes puolet hoitajista ei pitänyt psykiatrisen hoitotyön koulutuksen olevan edellytys yhteispäivystyksessä työskentelylle. Psykiatrisen hoitotyön kokemuksen katsottiin lisäävän erityisesti psykiatrista arviointikykyä. Plant ja Whiten (2013) mukaan sairaanhoitajan koulutustasolla, työkokemuksella ja työvuosilla ei ole vaikutusta sairaanhoitajan kykyyn kohdata ja arvioida potilaan psyykkistä vointia. Opinnäytetyön tulokset ovat hieman ristiriidassa Levoskan (2007) tutkimuksen kanssa. Levoskan mukaan psykiatrista päivystystyötä tekevällä hoitajalla tulisi olla psykiatrisen sairaanhoitajan koulutus. Hoitajalla tulisi olla tietoa psyykkisistä sairauksista sekä lääkähoidosta kyetäkseen arvioimaan potilaan psyykkistä vointia.

2. Somatiikan ja psykiatristen hoitajien välillä ei ollut suurta eroa mielenterveyteen liittyvien asioiden puheeksi ottamisessa, kun taas Levoskan (2007) tutkimuksessa hoitajien välistä eroa nähtiin olevan.
3. Osa vastanneista hoitajista arvioi tietävänsä psykiatristen potilaiden lääkehoidon piirteet ja psyykenlääkkeiden haittavaikutukset. Osa hoitajista arvioi, ettei heillä ollut tarpeeksi tietoa psyykenlääkkeistä ja niiden haittavaikutuksista. Tulosten perusteella voidaan arvioida osan hoitajista tarvitsevan lisää koulutusta psyykenlääkkeiden ja lääkkeiden haittavaikutusten tuntemiseksi.
4. Enemmistö hoitajista arvioi tietävänsä potilaan oikeuksia koskevat säädökset. Osa hoitajista arvioi, ettei tiennyt riittävästi mielenterveyslain asettamista rajoituksista. Sosiaali- ja terveysministeriön (2012) raportissa sanotaan lakien tuntemisen olevan keskeinen potilasturvallisuuden ydinosaamisalue. Näin ollen voidaan arvioida osan hoitajista tarvitsevan lisää tietoa niin potilaan oikeuksien koskevien säädösten kuin mielenterveyslain asettamien rajoitusten tuntemiseksi.
5. Suurin osa hoitajista koki psykiatristen potilaiden hoidon ja ohjauksen yhteispäivystyksessä hyväksi. Muutama hoitaja kuitenkin arvioi psykiatristen potilaiden hoidon ja ohjauksen olevan jossain määrin riittämätöntä yhteispäivystyksessä.
6. Hoitajien kokemus riittävästä perehdytyksestä yhteispäivystyksessä työskentelyyn vaihteli. Tuloksista ei voida tarkastella, miten vaihtelu jakaantui hoitajien kesken. Voidaan arvella, onko muualta tulleiden hoitajien kokeamalla perehdytyksen riittävyydellä merkitystä tuloksiin vai mitkä asiat ovat vaikuttaneet perehdyttämisen riittävyyteen.

Jatkotutkimus aiheina voisi olla hoitajien tai psykiatristen potilaiden kokemukset hoidon ja ohjauksen saamisesta yhteispäivystyksessä.

8.3 Ammatillinen kasvu

Aloitimme opinnäytetyön tekemisen perehtymällä Sosiaali- ja terveysministeriön asetukseen kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohtaisista

edellytyksistä. Päivystyspalveluiden muutos aiheutti huolta psykiatristen palveluiden laadusta ja saatavuudesta tulevaisuudessa. Keskustelu- ja yleisöpalstoilla oli paljon aiheeseen liittyvää keskustelua ja kommentointia. Aihe oli mielenkiintoinen, ajankohtainen ja soveltui hyvin opinnäytetyön aiheeksi.

Otimme yhteyttä Malmin sairaalan ylihoitajaan ja ehdotimme opinnäytetyön tekemistä Malmin sairaalan yhteispäivystyksen henkilökunnalle. Opinnäytetyön aihe koettiin ajankohtaiseksi ja sille katsottiin olevan tarvetta. Sovimme opinnäytetyön tekemisestä Malmin yhteispäivystyksen hoitohenkilökunnan kanssa.

Ennen yhteispäivystyksen toiminnan aloitusta osallistuimme henkilökunnalle tarkoitettuun koulutukseen, jonka aiheena oli psykiatrian päivystyksen integraatio somaattisiin päivystyksiin. Koulutuksessa kerrottiin miten yhdistyminen tulee tapahtumaan ja mitä muutoksia yhteispäivystys tuo. Koulutukseen osallistuminen auttoi perehtymään aiheeseen ja antoi meille lisätietoa yhteispäivystyksen tuomista muutoksista päivystyspalveluihin.

Harjoittelu Malmin sairaalan yhteispäivystyksessä oli opinnäytetyön prosessin kannalta hyödyllinen. Yhteispäivystyksen käsite ja toiminta tuli konkreettiseksi, kun käytännössä näki, miten yhteispäivystys toimii. Pääsimme näkemään sekä somaattisten että psykiatristen potilaiden hoidon tarpeen arviointia ja hoitoprosessia. Yhteistyö somatiikan ja psykiatristen hoitajien välillä oli mielestämme hyvin organisoitu ja työnjako oli selkeää.

Lähtökohtana työlle oli oma kiinnostuksemme aiheeseen. Olimme kiinnostuneita päivystyshoitotyöstä ja siitä, miten psykiatrinen päivystyshoito integroituu somaattisen päivystyshoidon kanssa. Meillä ei ollut kummallakaan aikaisempaa kokemusta psykiatrisesta päivystyshoitotyöstä. Opimme psykiatrisen päivystyshoitotyön erityispiirteitä sekä psykiatrisen potilaan hoidon tarpeen arviointia. Tästä on meille tulevana sairaanhoitajana hyötyä, sillä saatamme kohdata psyykkisesti oireilevia potilaita tai omaisia työurallamme.

Tutkimusluvan saaminen oli yllättävän helppoa. Informaatio ja viestiminen sujivat mallikkaasti yhteistyökumppanin kanssa. Olimme säännöllisesti yhteydessä

osastonhoitajaan, joka oli tutkimuksemme yhteyshenkilö. Opinnäytetyön tekeminen oli mielenkiintoinen, mutta ajoittain haastava projekti. Työn tekemistä helpotti, kun pystyi keskustelemaan ja jakamaan ajatuksia parin kanssa. Opinnäytetyöhön liittyvät päätökset tehtiin yhdessä ja työn tekeminen jakaantui tasapuolisesti. Opimme paljon tutkimuksen tekemisestä ja tiedon hankinnasta. Tiedon hankinnassa opimme olemaan lähdekiittäisiä.

LÄHTEET

- Heikkilä, Tarja 2008. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita.
- Huttunen, Matti 2015. Ahdistuneisuus. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 20.11.2015. Saatavissa http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00188&p_teos=dlk&p_osio=&p_selaus=
- Huttunen, Matti 2015. Yleistynyt ahdistuneisuushäiriö. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 20.11.2015. Saatavissa http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00555&p_teos=dlk&p_osio=&p_selaus=
- Isohanni, Matti; Honkonen, Teija; Vartiainen, Heikki & Lönnqvist, Jouko 2008. Skitsofrenia. Teoksessa Jouko Lönnqvist, Martti Heikkinen, Markus Henriksson, Mauri Marttunen & Timo Partonen (toim.) Psykiatria. 5.-6. painos. Helsinki: Duodecim, 73–139.
- Isohanni, Matti & Joukamaa, Matti 2002. Skitsofrenia. Teoksessa Ulla Lepola, Hannu Koponen, Esa Leinonen, Matti Joukamaa, Matti Isohanni & Panu Hakola. Psykiatria. Porvoo: WSOY, 37–52.
- Isometsä, Erkki 2008. Kaksisuuntaiset mielialahäiriöt. Teoksessa Jouko Lönnqvist, Martti Heikkinen, Markus Henriksson, Mauri Marttunen & Timo Partonen (toim.) Psykiatria. 5.-6. painos. Helsinki: Duodecim, 196–222.
- Isometsä, Erkki 2008. Masennushäiriöt. Teoksessa Jouko Lönnqvist, Martti Heikkinen, Markus Henriksson, Mauri Marttunen & Timo Partonen (toim.) Psykiatria. 5.-6. painos. Helsinki: Duodecim, 157–195.
- Isometsä, Erkki 2008. Paniikkihäiriö. Teoksessa Jouko Lönnqvist, Martti Heikkinen, Markus Henriksson, Mauri Marttunen & Timo Partonen (toim.) Psykiatria. 5.-6. painos. Helsinki: Duodecim, 223–237.
- Kananen, Jorma 2011. Kvantti: Kvantitatiivisen opinnäytetyön kirjoittamisen käytännön opas. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.
- Kananen, Jorma 2010. Opinnäytetyön kirjoittamisen käytännön opas. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.
- Koskela, Anne 2014. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohtaisista edellytyksistä. Sosiaali- ja terveysministeriö, muistio. Viitattu 10.3.2015.

- Kuosmanen, Lauri 2005. Psykiatrinen potilas. Teoksessa Leena Koponen & Kirsi Sillanpää (toim.) Potilaan hoito päivystyksessä. Jyväskylä: Tammi, 395–402.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785. Viitattu 15.11.2015.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>.
- Laukkala, Tanja 2013. Aikuisen psykiatrinen tutkiminen. Lääkäriin käsikirja. Viitattu 21.11.2015. [http://www.terveysportti.fi.anna.diak.fi:2048/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt01693&p_haku=aikuisen psykiatrinen tutkiminen](http://www.terveysportti.fi.anna.diak.fi:2048/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt01693&p_haku=aikuisen%20psykiatrinen%20tutkiminen)
- Lehtonen, Johannes & Lönnqvist, Jouko 2008. Mielenterveys. Teoksessa Jouko Lönnqvist, Martti Heikkinen, Markus Henriksson, Mauri Marttunen & Timo Partonen (toim.) Psykiatria. 5.-6. painos. Helsinki: Duodecim, 26–32.
- Leino-Kilpi; Helena 1997. Kvalitatiivinen ja kvantitatiivinen tutkimus- yhdessä vai erikseen. Teoksessa Marita Paunonen & Katri Vehviläinen-Julkunen. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Helsinki: WSOY, 222–231. 1-4. painos, 2006.
- Leinonen, Esa 2002. Mielialahäiriöt. Teoksessa Ulla Lepola, Hannu Koponen, Esa Leinonen, Matti Joukoma, Matti Isohanni & Panu Hakola. Psykiatria. Porvoo: WSOY, 60–76.
- Levoska, Marjut 2007. Sairaanhoidajien kokemuksia psykiatrisesta päivystystyöstä. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Pro gradu-opinnäytetyö.
- Lönnqvist, Jouko 2008. Potilaan tutkiminen. Teoksessa Jouko Lönnqvist, Martti Heikkinen, Markus Henriksson, Mauri Marttunen & Timo Partonen (toim.) Psykiatria. 5.-6. painos. Helsinki: Duodecim, 33–46.
- Lönnqvist, Jouko; Henriksson, Markus; Isometsä, Erkki & Marttunen, Mauri 2011. Itsetuhokäyttäytyminen. Teoksessa Jouko Lönnqvist, Mauri Henriksson & Timo Partonen (toim.) Psykiatria. 9. painos. Helsinki: Duodecim, 501–515.
- Lönnqvist, Jouko; Henriksson, Markus; Isometsä, Erkki; Marttunen, Mauri & Heikkinen, Martti 2008. Itsetuhokäyttäytyminen. Teoksessa Jouko Lönnqvist, Martti Heikkinen, Markus Henriksson, Mauri Marttunen &

- Timo Partonen (toim.) Psykiatria. 5.-6. painos. Helsinki: Duodecim, 340–354.
- Lönnqvist, Jouko; Pylkkänen, Kari & Moring, Juha 2011. Hoitoon ohjaaminen. Teoksessa Jouko Lönnqvist, Mauri Henriksson & Timo Partonen (toim.) Psykiatria. 9.painos. Helsinki: Duodecim, 641–657.
- Lönnqvist, Jouko; Moring, Juha & Henriksson, Markus 2014. Hoitoon ohjaaminen. Teoksessa Jouko Lönnqvist, Markus Henriksson, Mauri Marttunen & Timo Partonen (toim.) Psykiatria. 11 painos. Helsinki: Duodecim, 731–748.
- Malmin päivystyksen perehdytysopas 2015. Viitattu 27.11.2015
- Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116. Viitattu 20.11.2015.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>
- Niemi-Pynttari, Jussi 2015. Psykiatrisen potilaan triage. Luentodia Psykiatrisen päivystyksen integroituminen somaattisiin päivystyksiin – koulutus. Viitattu 15.11.2015
- Plant, Larry & White, Jane 2013. Emergency Room Psychiatric Services: A Qualitative Study of Nurses' Experiences. Mental Health nursing. Issues in Mental Health Nursing. Viitattu 25.04.2016. http://www.academia.edu/4633506/Emergency_Room_Psychiatric_Services_A_Qualitative_Study_of_Nurses_Experiences
- Pulkkinen, Satu & Vesanen, Päivi 2014. Paniikkihäiriö. Sairaanhoidajan käsikirja. Viitattu 12.11.2016. http://www.terveysportti.fi/anna.diak.fi:2048/dtk/shk/koti?p_artikkeli=shk03412&p_haku=paniikkihäiriö
- Helsingin kaupunki 2015. Psykiatrisen päivystys muuttaa Haartmaniin ja Malmille. Viitattu 17.3.2015. <http://www.epressi.com/tiedotteet/terveys/psykiatrisen-paivystys-muuttaa-haartmaniin-ja-malmille.html>
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2015. Päivystysasetuksen päivityksellä taataan hoidon laatua ja turvallisuutta. Viitattu 17.3.2015. http://stm.fi/artikkeli/-/asset_publisher/paivystysasetuksen-paivityksella-taataan-hoidon-laatua-ja-turvallisuutta
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2012. Koulutuksella osaamista asiakaskeskeisiin ja moniammatillisiin palveluihin. Ehdotukset hoitotyön toimintaohjelman pohjalta. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita.

- Sosiaali ja terveysministeriö 2010. Yhtenäiset päivystyshoidon perusteet. Työryhmän raportti. Viitattu 25.4.2016. <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/72305>
- Rautiainen, Jaana 2015. Osastonhoitaja, Malmin päivystyspoliklinikka. Helsinki. Haastattelu 24.4.2015.
- Sadeniemi, Minna; Aer, Juhani; Jänkälä, Kirsi; Sorvaniemi, Marko & Stenberg, Jan-Henry 2013. Kaksisuuntainen mielialahäiriö. Opas sairastuneille ja heidän läheisilleen. Helsinki: Duodecim.
- Sopanen, Pertti 2009. Potilaan hoito päivystysklinikassa. Teoksessa Maaret Castren, Sakari Aalto, Elina Rantala, Pertti Sopanen & Airi Westergård. Ensihoidosta päivystyspoliklinikalle. Helsinki: WSOY oppimateriaalit Oy, 60–77.
- Sosiaali- ja terveysministeriö i.a. Päivystys. Viitattu 31.3.2015. <http://stm.fi/paivystys>
- Suokas, Mia 2005. Päihdepotilas. Teoksessa Leena Koponen & Kirsi Sillanpää (toim.) Potilaan hoito päivystyksessä. Jyväskylä: Tammi, 380–394.
- Suominen, Kirsi & Valtonen, Hanna 2013. Itsetuhoisen potilaan arviointi. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. [http://www.terveysportti.fi.anna.diak.fi:2048/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=duo10929&p_haku=itsetuhoisen potilaan arviointi](http://www.terveysportti.fi.anna.diak.fi:2048/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=duo10929&p_haku=itsetuhoisen%20potilaan%20arviointi)
- Syrjäpalo, Kyllikki 2006. Arvot ja arvostukset psykiatrisessa hoidossa. Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Pro gradu-opinnäytetyö.
- Terveystieteiden laitos 30.12.2010/1326. Viitattu 10.9.2015. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>
- Vehviläinen-Julkunen Katri 2006. Hoitotieteellisen tutkimuksen etiikka. Teoksessa Marita Paunonen & Katri Vehviläinen-Julkunen. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Helsinki: WSOY, 26–43.
- Vehviläinen-Julkunen; Katri & Paunonen; Marita 2006. Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa Marita Paunonen & Katri Vehviläinen-Julkunen. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Helsinki: WSOY, 206–214.
- Vuorilehto, Maria; Larri, Tuulevi; Kurki, Marjo & Hätönen, Heli 2014. Uudistuva mielenterveystyö. Helsinki: Fioca.

LIITE 1: Saatekirje

Arvoisa vastaaja!

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohtaisista edellytyksistä on tullut voimaan 1.tammikuuta 2015. Asetuksella pyritään takaamaan väestölle mahdollisimman yhdenvertaiset, laadukkaat ja turvalliset päivystyspalvelut koko maassa. Helsingissä tämä tarkoitti Auroran psykiatrisen päivystyksen siirtymistä 2. helmikuuta 2015 Malmin ja Haartmanin sairaaloiden päivystyksien yhteyteen.

Opiskelemme Diakonia-ammattikorkeakoulussa Helsingissä sairaanhoitajan ammattikorkeakoulututkintoa hoitotyön koulutusohjelmassa. Teemme opinnäytetyötä, jonka tarkoituksena on selvittää Malmin yhteispäivystyksen hoitajien valmiuksia psykiatristen potilaiden hoitamiseen. Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista, mutta toivomme että mahdollisimman moni osallistuisi kyselyyn jotta saisimme luotettavan tutkimustuloksen.

Pyydämme teitä ystävällisesti vastaamaan liitteenä olevan kyselyn kaikkiin kohtiin. Kyselylomakkeeseen vastataan nimettömästi ja henkilöllisyytenne ei tule missään vaiheessa esille. Tietoja käsitellään luottamuksellisesti. Kyselylomakkeet hävitetään opinnäytetyön valmistuttua. Lomakkeen yhteydessä on erillinen palautuskuori. Kuori palautetaan kahvihuoneessa olevaan laatikkoon.

Tarvittaessa voitte ottaa meihin yhteyttä lisätietojen saamiseksi.

Opinnäytetyömme valmistuu kevään 2016 aikana.

Kiitos vastauksestanne!

Yhteystiedot

Karolina Ruutu, karolina.ruutu@student.diak.fi

Saija Wik, saija.wik@student.diak.fi

Diakonia-ammattikorkeakoulu, Helsinki

LIITE 2: Kyselylomake

OLE HYVÄ JA VASTAA KAIKKIIN KYSYMYKSIIN

TAUSTATIEDOT

1. OLEN

- Mies
- Nainen

2. OLEN _____ VUOTIAS

3. ENNEN YHTEISPÄIVYSTYSTÄ TYÖSKENTELIN

- Auroran sairaalan päivystyksessä
- Malmin sairaalan päivystyksessä
- Jossakin muualla, missä _____

4. OLEN TYÖSKENNELLYT PÄIVYSTYSHOITOTYÖSSÄ

- alle vuosi
- 1-5 vuotta
- yli 5 vuotta

5. OLEN KOULUTUKSELTANI

- Sairaanhoitaja
- Lähihoitaja/ perushoitaja
- Mielisairaanhoitaja
- Muu, mikä _____

OLE HYVÄ JA VASTAA SEURAAVIIN VÄITTÄMIIN VALITSEMALLA SINULLE SOPIVIN VAIHTOEHTO

	Täysin samaa mieltä	Melko samaa mieltä	En samaa enkä eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Täysin eri mieltä
6. Psykiatrisen hoitotyön koulutus on edellytys yhteispäivystyksessä työskentelyyn					
7. Psykiatrisen hoitotyön kokemus lisää psykiatrasta arviointikykyä					
8. Somatiikan hoitajien on vaikeampaa ottaa puheeksi mielenterveyteen liittyviä asioita					
9. Koen, että minulla on tarpeeksi hyvät vuorovaikutustaidot psykiatristen potilaiden auttamiseksi					
10. Tunnistan eri mielen-terveyshäiriöiden oireita					
11. Minulla on tietoa psykiatristen potilaiden lääkeshoidosta ja lääkkeiden haittavaikutuksista					
12. Osaan arvioida potilaan itsetuhoisen käytöksen riskejä					
13. Tiedän potilaan oikeuksia koskevat säädökset					

14. Tiedän mielenterveyslain asettamat rajoitukset					
15. Psykiatriset potilaat saavat riittävästi hoitoa ja ohjausta yhteispäivystyksessä					
16. Osaan ohjata potilasta mielenterveyden avohoidon palvelujen piiriin					
17. Olen saanut riittävästi perehdytystä työhöni					

OLE HYVÄ JA VASTAA ALLA OLEVIIN KYSYMYKSIIN OMIN SANOIN

18. Kuinka turvalliseksi koet työympäristösi?

19. Miten päivystyksen tilat soveltuvat psykiatristen potilaiden arviontiin ja hoitamiseen?

20. Arvioi päivystystyön psyykkistä kuormittavuutta?

KIITOS VASTAUKSESTASI!