



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU
Yhdessä enemmän

Mielenterveyspotilaan hoitopolku yhteispäivystyksessä

Someroja, Marja
Tuominen, Päivi

2016 Laurea



Laurea-ammattikorkeakoulu

Mielenterveyspotilaan hoitopolku yhteispäivystyksessä

Someroja Marja
Tuominen Päivi
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Elokuu, 2016

Someroja Marja ja Tuominen Päivi

Mielenterveyspotilaan hoitopolku yhteispäivystyksessä

Vuosi	2016	Sivumäärä	50
-------	------	-----------	----

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää mielenterveyspotilaan hoitopolkua HUS Lohjan sairaalan yhteispäivystyksessä, sen toimivuutta, yhteistyötä sekä mahdollisia kehittämis-kohteita hoitohenkilökunnan näkökulmasta. Työn tavoitteena oli saada esille kyselylomakkeen avulla käytännön ratkaisuja parantamaan mielenterveyspotilaan sujuvampaa hoitoon pääsyä ja oikean hoitopolun löytämistä.

Työn teoreettisessa viitekehyksessä tarkasteltiin mielenterveyspotilaan hoitotyötä, mielen-terveyshäiriöitä, päihteitä, yhteispäivystystä ja lainsäädäntöä. Opinnäytetyön teoriaosuudessa käsiteltiin yhteispäivystyksen nykytilannetta ja mielenterveyspotilaan hoitopolkua.

Opinnäytetyö toteutettiin laadullisena tutkimuksena, jossa aineistonkeruumenetelmänä toimi kyselylomake. Kyselyyn vastasi kaksikymmentäkaksi yhteispäivystyksen hoitohenkilökunnan jäsentä. Kyselyn numeraaliset taustatiedot esitettiin prosenttilukuina ja henkilökunnalle kohdistetut kyselylomakkeen vastaukset analysoitiin induktiivisen sisällönanalyysin avulla.

Opinnäytetyön tulosten mukaan psykiatrisen sairaanhoitajan työ koetaan hyväksi arki-aamuisin. Tulosten perusteella koettiin potilaan hoidon toimivan virka-aikana, mutta virka-ajan ulkopuolella potilaan hoito on epävarmaa. Matalan kynnyksen paikkojen tarpeellisuus koettiin tärkeänä. Esille tuli myös, että yhteispäivystyksessä hoidetaan ensisijaisesti somaattisia sairauksia.

Kehittämiskohteita esiintyi kyselyn vastauksista useita. Vastauksista nousi esille psykiatrisen potilaan hoitoon pääsy. Lisäksi potilaan mahdollinen jatkohoito-ohjaus koettiin olevan hankalaa. Psykiatrisen sairaanhoitajan ja psykiatrin ympärivuorokautista asiantuntemusta kaivattiin. Tällöin potilaan olisi mahdollista päästä nopeaan hoitokontaktiin ja jatkohoitopaikkaan. Lisäksi kaivattiin yhtenäistä toimintamallia.

Asiasanat: yhteispäivystys, mielenterveyspotilas, mielenterveys, psykiatrinen hoitotyö.

Someroja Marja and Tuominen Päivi

Mental patients' course of treatment in joint emergency services

Year	2016	Pages	50
------	------	-------	----

The purpose of this thesis was to examine the course of treatment of mental patients in joint emergency services of HUS Lohja Hospital, namely, its functionality, cooperation, as well as possible development targets from the point of view of the care staff. The objective of this study was to determine, with the help of a questionnaire, practical solutions for smoother access to care and finding the appropriate course of treatment for mental patients

The conceptual framework of this thesis examined the care of mental patients, mental disorders, recreational drugs, joint emergency services and legislation. The theoretical part of this thesis addressed the current situation of joint emergency services and the course of treatment of a mental patient.

The thesis was carried out as a qualitative study with a questionnaire as the data collection method. The questionnaire was answered by twenty-two joint emergency services care staff members. The numeric background data was expressed as percentages and the care staff's answers were subjected to an inductive content analysis.

The results of this thesis suggest that the work of psychiatric nurses is considered good on working day mornings. They indicate that patient care functions well during office hours, but is uncertain outside office hours. The need for low-threshold care places was considered important. The answers also revealed that joint emergency services treated somatic illnesses with priority.

The care staff indicated several development targets. A recurring topic in the answers was the access to care for a psychiatric patient. In addition, potential follow up-care of the patient was considered problematic. A lack of round-the clock psychiatric nurse and psychiatrist expertise was also indicated. If it were available, patients would have quick access to care contact and follow-up care. Lastly, the answers brought up the need for a common approach to care.

Keywords: joint emergency services, mental patient, mental health, psychiatric nursing.

Sisällys

1	Johdanto.....	6
2	Teoreettinen viitekehys.....	7
2.1	Psykiatrinen potilas.....	7
2.2	Psykiatrinen hoitotyö.....	7
2.3	Mielenterveyshäiriöt.....	8
2.3.1	Masennus.....	9
2.3.2	Psykoosit.....	11
2.3.3	Kaksisuuntainen mielialahäiriö.....	14
2.3.4	Ahdistuneisuushäiriöt.....	16
2.3.5	Stressireaktiot ja stressihäiriöt.....	17
2.3.6	Sopeutumishäiriöt.....	19
2.4	Päihteet.....	19
2.5	Yhteispäivystys.....	21
2.5.1	Lohjan sairaanhoitoalueen yhteispäivystys.....	22
2.5.2	Yhteispäivystyksen kiireellisyysryhmittely Lohjalla.....	23
2.5.3	Mielenterveyspotilaan hoitopolku.....	25
2.6	Lainsäädäntö.....	28
3	Tutkimuskysymykset.....	30
4	Tutkimusmenetelmät.....	30
4.1	Laadullinen tutkimus eli kvalitatiivisen tutkimus.....	30
4.2	Aineiston kerääminen ja analyysi.....	31
4.3	Kyselylomake.....	32
5	Tulokset.....	33
5.1	Yhteistyön toimivuus mielenterveyspotilaan hoitopolussa yhteispäivystyksessä.....	36
5.2	Tärkeimmät kehittämiskohteet mielenterveyspotilaan hoitopolussa.....	36
5.3	Yhteistyön kehittäminen yhteispäivystyksessä.....	37
6	Tutkimuksen luotettavuus.....	37
6.1	Tutkimuksen eettiset näkökulmat.....	38
7	Pohdinta.....	40
	Lähteet.....	42
	Kuviot.....	46
	Taulukot.....	47
	Liitteet.....	48

1 Johdanto

Tämän opinnäytetyön aiheena oli ”Mielenterveyspotilaan hoitopolku yhteispäivystyksessä.” Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää mielenterveyspotilaan hoitopolkua HUS Lohjan sairaalan yhteispäivystyksessä ja sen kehittämiskohteita.

Teoria sisältää keskeisiä käsitteitä kuten psykiatrinen potilas, psykiatrinen hoitotyö, mielen-terveyshäiriöt, päihteet, yhteispäivystys ja mielenterveyspotilaan hoitopolku lainsäädännössä. Opinnäytetyössä aukaistaan käsitteitä laajasti, sillä mielenterveyshäiriöt lisääntyvät jatkuvasti ja päihteet ovat yksi osatekijä tässä kokonaisuudessa. Yhteispäivystys on vielä Suomessa uusi asia ja se hakee vielä omaa muotoaan.

Tutkimusmenetelmänä opinnäytetyössä käytettiin laadullista menetelmää ja analysoimme kyselylomakkeet induktiivisella sisällönanalyysillä. Kyselylomakkeen tietojen avulla tavoitteenä oli selvittää mielenterveyspotilaan hoitopolun toimivuutta, yhteistyötä ja kartoittaa yhteispäivystyksen mahdollisia kehittämiskohteita. Kyselykaavakkeet oli kohdistettu yhteispäivystyksen hoitohenkilökunnalle ja vastausaikaa oli viikko.

Tieto on hankittu lääkärin tietokannasta Terveysportti, Käypä hoito -suosituksista, finlex:istä, ETENE:stä, artikkeleista, kirjallisuudesta. Lisäksi hyödynnettiin YAM:n opinnäytetyötä, joka on tehty Jorvin sairaalan yhteispäivystyksestä mielenterveyspotilaiden hoidon kehittämiseksi.

2 Teoreettinen viitekehys

2.1 Psykiatrinen potilas

Psykiatrinen potilas kärsii mielenterveyden häiriöstä tai häiriöistä. Näitä voivat olla masennus, psykoosit, kaksisuuntainen mielialahäiriö, ahdistuneisuushäiriöt, stressireaktiot ja sopeutumishäiriöt. Useille mielenterveyshäiriöille on tavanomaista, että potilas ei pysty kontrolloimaan itseään eikä omia asioitaan. Vakavat mielenterveyshäiriöt aiheuttavat usein todellista toimintakyvyn- ja työkyvyn heikentymistä. (Lönqvist, Henriksson, Marttunen & Partonen 2014, 23.)

Potilaat, jotka tarvitsevat psykiatrasta apua, eroavat muista päivystyspotilaista siten, että he saattavat hahmottaa oireitaan toisella tavoin kuin heitä hoitavat henkilöt. He ovat voineet hakeutua hoitoon jonkin somaattisen oireen vuoksi, koska eivät pysty tunnistamaan psyykkisen avun tarvetta. Psyykkisen häiriön olemassaoloa halutaan salata, koska ennakkoluulot mielenterveysongelmia kohtaan ovat suuret. Potilaan puutteellinen sairaudentunto voi aikaansaada sen, että potilas voi alkaa vastustamaan hänelle tarjottua hoitoa. Tällaisessa tilanteessa on haasteellista kaikille hoitoon osallistuville se, että potilaan ”luokittelu” psykiatriseksi potilaaksi ei ole aina niin yksiselitteistä. (Koponen & Sillanpää 2005, 395.)

Potilaan oma kuvaus tilanteestaan otetaan aina huomioon. Potilasta on haastateltava ja häneltä on kysyttävä suoraan hänen mielialastaan, mahdollisista harhoista, ahdistuksesta ja pe-loista. Sairauskertomustiedoista, jotka ovat joko sähköisessä asiakastietojärjestelmässä tai tulostettuna paperiversiona, joista on mahdollista tarkistaa potilaan aikaisemmat mahdolliset psykiatriset sairaudet, joita käsitellään seuraavissa kappaleissa tai jos hänellä on aiempia käyntejä päivystyspoliklinikalla. Potilaan taustatietojen, hoitajan havaintojen ja potilaan oman kertomuksen avulla saadaan käsitys potilaan keskeisestä ongelmasta. Muistettavaa on se, että psyykkisesti selkeästi oireileva potilas voi myös kärsiä vakavasta somaattisesta ongelmasta, joka on hoidettava ensisijaisesti. (Koponen & Sillanpää 2005, 395-396.)

2.2 Psykiatrinen hoitotyö

Päivystyspoliklinikalla tehtävällä hoidolla on suuri vaikutus potilaan mahdolliselle psykiatriselle hoidolle ja sen onnistumiselle. Hoidossa on tärkeää säilyttää avoimuus, jotta potilaan luottamus lisääntyy häntä hoitavia henkilöitä, hoitoa ja hoitojärjestelmää kohtaan. Mielenterveyshäiriöiden tehokkaaseen hoitoon edellytetään hyvää tietotaitoa kaikilta psykiatrian osa-alueilta. (Lönqvist ym. 2014, 22, 218; Koponen & Sillanpää 2005, 396-397.)

Psykiatrisen hoidon perustaan kuuluu potilaan kokonaisvaltainen informointi. Potilaan on mahdollista antaa oma suostumuksensa hoitoonsa. Tätä periaatetta tulee käyttää myös silloin, kun potilas on otettu psykoosiin eli todellisuudentajun vakavan häiriintymisen takia hoitoon vastentahtoisesti. On muistettava, että mielenterveys käsitteenä on suhteellista. ”Kukaan ei ole täysin sairas tai kokonaan terve”. Mielenterveyspotilas pystyy toimimaan omissa asioissaan useilla elämän alueillaan, kuten huolehtimaan itsestään. Tietyissä poikkeustilanteissa esimerkiksi ollessaan vaaraksi muille tai itselleen, tällöin psykiatrinen potilas ei pysty antamaan itse pätevää suostumustaan hänelle kohdistettuun psykiatriseen hoitoon. Potilasta olisi silti hoidettava terveyttä uhkaavien vakavien vaarojen tai hätätilanteiden vuoksi. Erityisen tärkeää on, että potilasta tulisi hoitaa lain (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992) mukaan parhaalla mahdollisella tavalla ja myös eettisesti oikein. (Lönqvist ym. 2014, 23.)

Psykiatristen sairaanhoitajien odotetaan olevan yhteistyössä toipumisprosessin aikana potilaan kanssa. (Delaney, & Lynch, 2008. 1). Psykiatrista potilasta autetaan pääsääntöisesti keskustelemalla ja kuuntelemalla. Puhuminen ei kuitenkaan aina auta. Mielenterveyslaissa (1116/1990) on säädetty potilaan mielenterveyspalvelujen järjestämisestä myös tahdosta riippumattomasta hoidosta. Tällöin potilas, joka on itselleen tai ympäristölleen vaarallinen, toimitetaan hoitoon M1-lähetteellä psykiatriseen sairaalaan. Hoidon aloittaminen edellyttää hyvää toiminta- ja hoitosuunnitelmaa. Hoitohenkilökunnalla täytyy olla rohkeus puuttua tilanteeseen ja toimittaa potilas M1:llä tahdonvastaiseen hoidon arviointiin. Näin taataan kaikille osapuolille turvallinen ympäristö. (Koponen & Sillanpää 2005, 395-396.)

Suomessa psykiatrinen hoitojärjestelmä on kokenut suuria muutoksia viimeisen vuosikymmenen aikana. Laitoskeskeisen järjestelmän purkaminen on johtanut siihen, että psykiatrisen erikoissairaanhoidon vuodeosastohoidon hoitopäivien määrä on vähentynyt noin 29 % vuodesta 2006 vuoteen 2013 ja hoitopakojen määrä on vähentynyt noin 20 %. Psykiatrisia sairaaloita ollaan sulkemassa, kuten Kellokoski. Avohoitokäynnit ovat lisääntyneet aikavälillä 2006 - 2013 31 % ja potilasmäärät 23 %. (Koponen & Sillanpää 2005, 395) Suomessa psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa vuonna 2013 potilaita oli 26 561 ja vuodeosastohoitopakojen noin 38 000. Hoitopäiviä kertyi vuonna 2013 psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa noin 1,3 miljoonaa. Avosairaanhoidossa kävi 159 131 potilasta ja käyntejä kertyi noin 1,8 miljoonaa. Päivystyspisteiden palveluja tarvitsevat tänä päivänä huomattavasti enemmän erityisesti huumeita käyttävät, psykoottiset ja itsemurhaa yrittäneet potilaat. (Rainio, 2015, 1.)

2.3 Mielenterveyshäiriöt

Euroopan komissiolla on pitkät perinteen mielenterveyden tukemisessa. Mielenterveysongelmat ovat yksi suurimmista sairauksista. Euroopan komission tutkimuksessa on todettu, että

joka neljäs Eurooppalainen kärsii mielenterveysongelmista ainakin kerran elämänsä aikana. (Jané-Llopis, & Anderson, 2006, 1.) Seuraavaksi avataan mielenterveyshäiriöiden käsitteitä kuten masennus, psykoosit, kaksisuuntainen mielialahäiriö, ahdistuneisuushäiriöt, stressireaktiot ja stressihäiriöt ja sopeutumishäiriöt.

2.3.1 Masennus

Seurantatutkimuksen, jossa oli mukana yli 24 000 työkäistä suomalaista, mukaan ongelmat lapsuudenkodissa heijastavat myöhemmin masennuslääkkeiden käyttöä aikuisiässä. Suomalaisista masennuslääkkeitä käyttää vuosittain arviolta 430 000. Masennusperäinen työkyvyttömyys Suomessa ei ole vähentynyt alle 35-vuotiailla. Masennuksen takia työkyvyttömyyseläkkeen kasvu on muuttunut 16 - 34 -vuotiaiden osalta vuodesta 2003 vuoteen 2013 0,08 %:sta 0,18 %:iin. Vuoden 2013 lopussa Suomessa oli 35 448 työkäistä, jotka saivat työkyvyttömyyseläkettä masennuksen vuoksi. (Koskenvuo 2015.) Masennukseen ei ole välttämättä yksittäistä syytä, vaan usein kysymys on useasta eri tekijästä (Saarelainen ym. 2003, 147-148). Löydettäviä taustekijöitä ovat psykologinen, biologinen ja sosiaalinen. Esimerkiksi vaikea elämäntilanne, perheongelmat tai huoli omasta terveydestä voivat laukaista masennuksen, vaikka näkyvää syytä ei ole. Masennus saattaa sisältää kipeät, kaikilla elämän alueilla ilmenevät ristiriitaisuuden kokemukset, elämäniloisuuden katoamisen ja häiriöt omien ja muiden ihmisten välisissä suhteissa. (Saarelainen ym. 2003, 147-148.) Somaattisissa sairauksissa, kuten terminaalivaiheisessa syövässä oleva potilas kokee masennusta. Tällaisissa tilanteissa masennus alentaa potilaan ja heidän perheiden elämänlaatua. Tämän lisäksi saattaa ilmetä fyysisiä oireita, joita on asianmukaisesti hoidettava. Jopa 80 % Englannissa olevista potilaista on haluttomia keskustelemaan masennusoireistaan hoitohenkilökunnan kanssa. (Lloyd Williams, & Payne 2003, 1.)

Potilaat, jotka potevat masennusta, ovat itsemurhavaarassa. Potilaat, jotka ovat selkeästi menettäneet toimintakykynsä, kuten itsestään huolehtiminen, elämänhalun menettäminen, tulisi ohjata lääkäriin, joka arvioi ja kirjoittaa lähetteen psykiatriseen sairaalaan. Suurin osa masennuspotilaista hoidetaan avohoidossa, jossa aloitetaan lääkitys tarvittaessa ja samalla arvioidaan työkykyä lyhytaikaisesti. Masennusoireet ovat 13 - 17 -vuotiailla nuorilla ja aikuisilla samanlaiset. Molemmissa masennukseen saattaa liittyä ärtynyttä mielialaa tai mielialan lasku voi jäädä huomaamatta. Nuorista 3-4 %:lla esiintyy vakavaa masennustilaa ja lähes puolella näistä on myös samanaikaisesti jokin muu mielenterveyshäiriö. Taulukossa 1 on esitetty potilaan masennuksen luokittelu, piirteet ja erotusdiagnostiikka. Luokittelu jaetaan neljään eri ryhmään eli lievä, keskivaikea, vaikea ja psykoottinen. Masennuksen esiintyminen voi olla yksittäinen tai toistuva ja masennusoireita voi esiintyä liittyen päihdeongelmaan tai somaattiseen sairauteen. Erotusdiagnostiikassa kerrotaan masennuksen ja kaksisuuntaisen mielialahäiriön yhteenkuuluvaisuudesta ja lääkehoidosta. (Sailas 2015.)

Luokittelu	Esiintyminen	Erotusdiagnostiikka
Lievä: Toimintakyvyn olennaista laskua ei ole	Yksi yksittäinen masennusepisodi (F32)	Kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä esiintyy vaihtelevasti masennus-, hypomania- tai sekamuotoisia sairausjaksoja vähäoireisten tai oireettomien välivaiheiden kanssa.
Keskivaikea: Toimintakyvyn laskua	Toistuva masennustila, potilaalla on ollut vähintään yksi aikaisempi masennusjakso (F33)	Kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön liittyvä masennus on oireiltaan masennuksen kaltaisen.
Vaikea: Toimintakyky heikko, tarvitsee apua arjessa	Masennusoireita saattaa esiintyä liittyen päihdeongelmaan, somaattiseen sairauteen (esim. haimasyöpä, hypotyreoosi) tai käytössä olevaan lääkehoitoon (esim. kortikosteroidit).	Lääkehoitona ovat mielialaa tasaavat lääkkeet ja toisen polven psykoosilääkkeet.
Psykoottinen: Psykoottisia oireita esiintyy		

Taulukko 1: Masennuksen luokittelu, piirteet ja erotusdiagnostiikka (mukaillen Sailas 2015)

Masennustilan 10 keskeistä oiretta ICD-10-kriteereiden mukaan on esitetty taulukossa 2. Masennustilan F32-33 diagnoosi edellyttää neljää alla esitettyä oiretta, jotka esiintyvät samanaikaisesti vähintään kahden viikon ajan. Edellisten lisäksi olisi oltava vähintään kaksi kolmesta ensimmäisestä oireesta. (Lönnqvist ym. 2014, 247-248; Saarelainen ym. 2003, 149. Isometsä 2014.)

ICD-10:n mukaan masennuksen vaikeusastetta arvioidaan oireiden lukumäärän mukaan: Lievässä masennuksessa on 4-5 oiretta, keskivaikeassa 6-7 oiretta ja vaikeassa 8-10 oiretta. (Isometsä 2014).

1.Masentunut mieliala	Potilaalla tunnevire on pääsääntöisesti syvästi alakuloinen ja masentunut eli ”tyhjä”. Lievissä tapauksissa potilas aktiivisella toiminnallaan saat- taa syrjäyttää oman masentuneen mielialansa. Potilaan ollessa syvästi masentunut, niin masen- nustila on pysyvämpi ja hän on kykenemätön koh- distamaan huomiotaan toisiin asioihin.
2.Kiinnostuksen, mielenkiinnon tai mielihyvän puutteena	Tämä ilmenee, kun potilaan kyky tuntea tyydytys- tä ja mielihyvän kokeminen on vähentynyt esim. sukupuolielämä.
3.Uupumus	Potilas tuntee olevansa jatkuvasti hyvin väsynyt, johon kuuluu vielä eristäytyminen tai voimavaro- jen väheneminen/puute.
4.Itseluottamuksen tai itsearvos- tuksen menetys	Potilaan itseluottamus omaan elämänhallintaan on selkeästi alentunut ja omanarvontunto on ro- mahtanut.
5.Kohtuutonta itsekritiikkiä tai perusteetonta syyllisyyden tun- toa	Potilaan omat ajatukset kohdistuvat täysin omaan persoonaan. Lisäksi itsekritiikki kasvaa, väheksyy itseään, arvottomuuden tunne ja asiankuulumaton syyllisyyden tunne kasvaa.
6.Toistuva kuolemaan tai itsetu- hoonsa liittyvä ajatuksia tai itse- tuhoisin toiminta	Tähän saattaa kuulua potilaan itsemurhayritykset tai -suunnitelmat.
7.Päätöksenteon ja muistamisen vaikeus tai keskittymiskyvyttö- myyden tunne	Potilas tuntee olonsa hyvin epävarmaksi ja epäröi erilaisissa tilanteissa, missä hänen pitäisi tehdä jokapäiväisiä päätöksiä, mistä hän on aikaisemmin selviytynyt helposti.
8.Psykomotorinen hidastuminen tai levottomuus	Potilaalla psykomotoria hidastuu eli retardaatio, jolloin kaikki psykomotorinen toiminta hidastuu huomattavasti, esimerkiksi olemus on jähmetty- nyt ja äärimuodoissaan mahdollisesti ilmenee py- sähtyneisyytenä.
9.Unihäiriöt	Tämä voi ilmentyä iltayön nukahtamisvaikeutena, pinnallisena- tai/ja katkonaisena unena tai aamu- yön valvomisenä sekä näiden yhdistelminä tai ylinukkuminen.
10.Merkittävä ruokahalun ja pai- non muutos	Potilas on useasti menettänyt ruoka-halunsa ja hän saattaa kokea ruoan vasenmielisenä. Toisaal- ta joidenkin potilaiden ruokahalu on merkittävästi lisääntynyt, jolloin tässä on kaksi mahdollista ää- ripäätä.

Taulukko 2: Masennustilan 10 keskeistä oiretta (mukaillen Lönnqvist ym. 2014, 247-248; Saa-
relainen ym. 2003, 149; Isometsä, 2014)

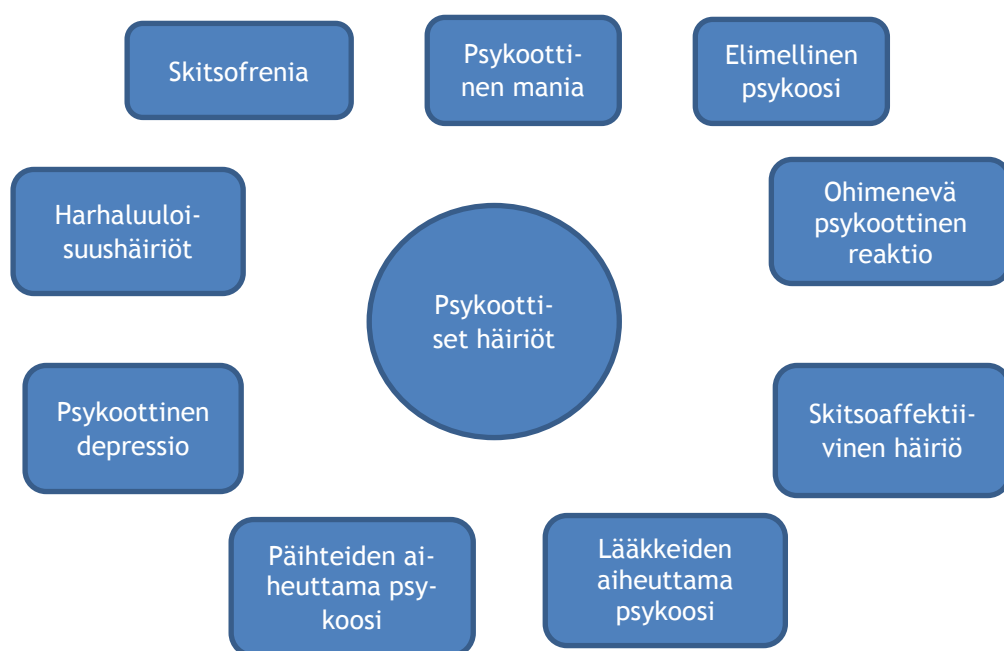
Päivystystilanteissa on tunnistettava masennustilat ja osattava ohjata potilas asianmukaiseen
jatkohoitopaikkaan. (Sailas 2015.)

2.3.2 Psykoosit

Psykoosilla tarkoitetaan sellaista tilaa, missä potilaan todellisuudentaju on vakavasti häiriin-
tynyt tai pettää aisti- tai ajatustoiminnan alueella (Mantere 2013). Psykoosissa potilaalla saat-
taa ilmetä puheessa huomattavaa hajanaisuutta, harhaluuloisuutta tai potilaan käytös on

muuttunut epätavalliseksi. (Vuorilehto, Larri, Kurki, & Hätönen, 2014, 168-169). Potilalla ajatuksenkulku voi olla epäjohdonmukaista, ja tämän vuoksi vuorovaikutus hankaloituu. Psykoottisella potilaalla saattaa olla ajan ja paikan orientaatio puutteellinen tai häiriintynyt. Huomioitavaa on, että taustalla saattaa olla psykiatriset tai somaattiset sairaudet sekä häiriötilat. Somaattiset sairaudet saattavat aiheuttaa samanlaisia oireita kuin psykoosissa, kuten esimerkiksi infektiot, virtsatietulehdus, nestetasapainon häiriö, lääkkeiden ja päihteiden käyttö samanaikaisesti sekä vieroitusoireet että aivosairaudet. Psykoottisen potilaan oman tilanteensa hahmottaminen hoitotilanteessa voi olla täysin toisenlainen kuin hoitavilla henkilöillä. (Koponen & Sillanpää 2005, 396-398; Lönnqvist ym. 2014, 66.)

Kuviossa 1. on esitetty psykoottisia häiriöitä. Psykoottisiin häiriöihin kuuluu seuraavat: skitsofrenia, psykoottinen mania, elimellinen psykoosi, ohimenevä psykoottinen reaktio, skitsoaffektiivinen häiriö, lääkkeiden aiheuttama psykoosi, päihteiden aiheuttama psykoosi, psykoottinen depressio, harhaluuloisuushäiriöt. (Koponen & Sillanpää 2005, 396-398.)



Kuvio 1: Psykoottiset häiriöt (mukaillen Vuorilehto ym. 2014, 168-169.)

Ohimenevät psykoottiset häiriöt voivat kestää muutamasta tunnista kuukauteen. Häiriön voi aiheuttaa aikaisemmin tapahtunut psyykkinen trauma, kuten läheisen kuolema, taloudellinen katastrofi tai suuronnettomuus. Vanhusten kohdalla voivat elimelliset sekavuus- ja harhaluuloisuustilat olla yleisiä, jonka johdosta nopea fyysisen hoidon aloittaminen rauhoittaa tilanteen. Huumepsykooseista tavallisempia ovat amfetamiinipsykoosit, joissa usein esiintyy vainoharhaisuuden ja väkivaltaisuuden piirteitä joita ovat esimerkiksi epäluulo toisia kohtaan, äkkipäätös, uhkailu. (Vuorilehto ym. 2014, 168-169.) Potilaan päihtymystila ei saa olla este hänen

tutkimiselle, hoitoon lähettämiseen tai tarkkailuun ottamiseen (Mantere 2013). Potilaaseen joka hakeutuu terveydenhuoltoon, sovelletaan potilaslakia eli lakia potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992). Potilasta ei saa syrjiä, potilaalla on oikeus saada hyvää ja laadukasta kohtelua. On otettava huomioon potilaan äidinkieli ja kulttuuritausta ja yksilölliset tarpeet, jotka on määriteltävä laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992).

Päivystyspoliklinikalle voi tulla potilas, jolla on psykoottisia häiriöitä. On hyvä muistaa, että ”kaikki kiihtyneet potilaat eivät ole psykoottisia eivätkä kaikki psykoottiset potilaat ole kiihtyneitä”. Toisinaan psykoottiset potilaat käyttäytyvät aggressiivisesti ja käytös voi johtua useista eri syistä. Taustatekijöinä saattaa esiintyä seuraavia kuten päihtyneisyys, delirium, huumausaineet, somaattisia sairauksia, psykoottisuus tai persoonallisuushäiriöt. Erityisesti huumausaineita käyttävä potilas on erittäin arvaamaton ja jopa aseistettu. Lisäksi samankaltaista kiihtynyttä käyttäytymisöiretta saattaa aiheuttaa hapenpuute, alhainen verensokeri, aivoverenkierron häiriöt, aivovammat, keskushermostotulehdukset, intoksikaatiot sekä epilepsia. Potilaan omaisten haastattelulla on mahdollisuus saada taustatietoja siitä, mitkä syyt ovat johtaneet tähän tilanteeseen. Varovaisuutta on noudatettava, kun kohdataan aggressiivisesti käyttäytyvä potilas. (Koponen & Sillanpää 2005, 396-398.)

Päivystyksessä ja perusterveydenhuollossa on hyvä tunnistaa potilaan psyykkinen oireilu, joka edellyttää lisätutkimuksia, joita ovat esimerkiksi laboratoriokokeet, joista selviää verenkuvat ja onko siellä poikkeavaa, virtsanäyte josta näkee esimerkiksi huumeeseulan. On mahdollisuus, että potilaalla on psykoottinen häiriö, jos hän on muuttumassa selkeästi vetäytyneemmäksi, työ- tai koulusuoritukset ovat heikentyneet selkeästi lyhyessä ajassa, käyttäytyminen on epätavallista tai potilas kokee ahdistuksen ja kiihtymyksen ilman selkeää syytä. Potilas on tämänlaisessa tilanteessa saatava mahdollisimman nopeasti tarkempaan arvioon, jonka lääkäri tekee. (Lönnqvist ym. 2014, 218.)

Psykoottisen potilaan kohtaamisessa huomioitavia asioita

- Alkuvaiheessa perinteiset sosiaaliset rituaalit kuten tervehtiminen, itsensä esittely.
- Ensikohtaaminen psykoottisen potilaan kanssa pitäisi olla rauhallinen. Hoitohenkilökunnalla tulisi olla tarpeeksi paljon aikaa ja pitkäjänteisyyttä kuunnella potilaan ongelmia, vastaavasti myös omata rohkeutta tehdä tarkentavia kysymyksiä ja rajata potilaan kerrontaa olennaisiin asioihin.
- Psykoottinen potilas ei välttämättä näytä vastaanottavan informaatiota. Hänen mieleensä kuitenkin jäävät sanat, sävyt ja todesta ottaminen.
- Puheen sisällön tulee olla lyhyttä ja informoivaa. Potilaan on helpompi reagoida lyhyisiin viesteihin.
- Tärkeää on, että pidetään luvatut asiat. Näin potilas pystyy luottamaan auttajiinsa ja harhaluuloisten ajatusten syntymistä vähennetään.

- Psykoottista potilasta ei saisi jättää yksin, koska harhaisuus voi yksinäisyydessä lisääntyä.
- Potilaan kanssa ei kannata harhoista kiistellä, vaan keskustelun ”väliin” kannattaa tehdä tarkentavia kysymyksiä ja kääntää puhetta havainnoinnin perusteella kohti tätä päivää. Näin on mahdollista ehkäistä potilaan hajoamisen tunteen paheneminen. (Koponen & Sillanpää 2005, 397.)

Terapeuttinen kontakti akuuttitilanteessa psykoosipotilaan kohdalla

- Luodaan rauhallinen ja turvallinen hoitoympäristö.
- Potilaan turvallisuudentunteen lisäämiseksi voi ottaa mukaan omaisia tai ystäviä.
- Vältetään liian korostunutta fyysistä läheisyyttä ja nopeita liikkeitä, koska psykoottinen potilas mahdollisesti kokee ne uhkana.
- Potilaan ollessa varautunut ja pälyilevä on kysyttävä, mitä hän pelkää. Hänelle on kerrottava, että heidän puheitaan ei kuule kukaan ulkopuolinen ja henkilökunnalla on vaitiolovelvollisuus.
- Epäselvät ja vihjaavat kohdat on täsmennettävä.
- Potilaan kanssa ei kannata väitellä hänen kokemuksistaan, sillä hänen kokemuksensa ovat aina subjektiivisia.
- Potilaan kiristytessä tai äänen kovetessa on keskeytettävä keskustelu ystävällisesti. Rauhoitellaan potilasta. Mikäli tilanne ei rauhoitu, niin tapaaminen on keskeytettävä. (Mantere 2013.)

2.3.3 Kaksisuuntainen mielialahäiriö

Kaksisuuntaista mielialahäiriötä nimitetään myös bipolaarihäiriöksi. Aikaisemmin sitä kutsuttiin maanis-depressiivisyydeksi. Sairaus on pitkäaikainen ja uusiutuva. Kaksisuuntainen mielialahäiriö eroaa depressiosta eli yksisuuntaisesta mielialahäiriöstä siten, että masennusjaksoihin saattaa liittyä myös kohonnutta mielialaa eli manioita. Mania on vakava mielialahäiriö, jonka ominaispiirteenä on mielialan liiallinen kohoaminen tai ärtyisyys, suuruuskuvitelmat, ajatustoiminnan kiihtyneisyys sekä liiallinen toimeliaisuus. Vastaavasti hypomania on lievempiasteinen mania. (Vuorilehto ym. 2014, 145-148.)

Kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön voi sairastua minkä ikäisenä tahansa, mutta nuorena sairastuminen on yleisempää. Aikuisista noin 1 % sairastuu kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön, ja se on osittain perinnöllistä. Perintötekijöillä on selvä yhteys häiriön alkamiseen ja sairaus esiintyy usein suvuittain. Esimerkiksi jos toinen identtistä kaksosista sairastaa kaksisuuntaista mielialahäiriötä, toinenkin mahdollisesti sairastuu samaan häiriöön yli 50 %:n todennäköisyydellä. Naisten ja miesten sairastuvuus on yhtä yleistä. Kaksisuuntaisen mielialahäiriön periytymisessä on oltava kummallakin vanhemmalla alttiusgeeni. Ulkoisilla tekijöillä ja eri olo-

suhteilla on vaikutusta sairauden puhkeamiseen. Useat sairastavat yhtäaikaaisesti myös jotain muuta psykiatrista sairautta, kuten ahdistuneisuus- tai persoonallisuushäiriötä tai alkoholi-riippuvuutta. Sairausjaksojen uusiutuminen on kaksisuuntaiselle mielialahäiriölle hyvin todennäköistä. Sairausjaksojen lukumäärä potilaan elämän aikana voi vaihdella muutamasta jaksosta jopa kymmeneen. Ensimmäinen sairausjakso ilmenee yli 90 %:lla potilaista 15-35 vuoden iässä. Mikäli ensimmäinen maniajakso ilmenee vanhemmalla iällä, saattaa taustalla olla aivo- tai muu somaattinen sairaus. Kahden ensimmäisen sairausjakson väli on noin 3-4 vuotta. Tämän jälkeen sairausjaksot saattavat uusiutua 1-3 vuoden välein. Itsemurhariski ja itsemurhakuolleisuus ovat korkeat. Vakavasta masennustilasta kärsivistä potilaista 10-15 % tekee itsemurhan, ja riski on suurin masennus- ja sekamuotoisen jakson aikana. (Vuorilehto ym. 2014, 145-148.; Isometsä 2014.; Huttunen 2015.; Mielenterveystalo 2016.; Naukkarinen 2016.)

Kaksisuuntainen mielialahäiriö jaetaan kahteen alatyyppiin. Tyypin 1 häiriöihin kuuluu mania, depressio ja sekamuotoiset jaksot, joissa potilaalla on selkeitä maniajaksoja. Tyypin 2 häiriöihin kuuluu vaihtelevat hypomania- ja depressiojaksot. Kakkostyyppin häiriössä mielialan kohoamisjaksot voivat olla lyhyempiä kuin ykköstyyppin häiriössä ja selkeästi lievempiä eli hypomanisia. Potilaalla on tavallisesti vakavan masennustilan jakson lisäksi maaninen tai hypomaaninen vaihe. Toisaalta harvoin esiintyy ainoastaan hypomaaninen/maaninen sairausjakso. Näitä nimitetään sekamuotoisiksi sairausjaksoiksi, joiden yhteydessä maaniset ja masennusoireet ilmenevät yhtäaikaisesti tai erittäin tiheästi vaihtuvasti. (Vuorilehto ym. 2014, 145-148; Isometsä 2014.)

Potilaalla saattaa olla masennus- ja maniajaksojen välissä täysin tai lähes täysin oireettomia ajanjaksoja. Masennusjaksoissa esiintyvät oireet ovat vastaavanlaiset kuin vakavassa masennustilassa. Useimmat masennusjaksot kestävät noin puolivuotta. Sekamuotoinen jakso saattaa olla erittäin tuskallinen, sillä sairastuneen potilaan ajatustoiminta on kiihtynyttä vaikka hänen ajatuksensa ovat masentuneita. Kaikilta masennuspotilailta olisi syytä kysyä, onko heillä ilmentynyt elämässään aikaisemmin maanista- tai hypomaanista vaihetta. (Vuorilehto ym. 2014, 145-148.)

Kaksisuuntaisen mielialahäiriön selvittämisessä käytetään kaikille masennuspotilaille MDQ-seulaa eli Mood Disorder Questionnaire, joka auttaa tunnistamaan edelliset maniat. Potilas ei ehkä itse ole aikaisemmin kiinnittänyt huomiota hypomaanisiin vaiheisiinsa ja maanisen jakson alku on usein äkillinen. Hypomaanisessa jaksossa potilas on usein hyvin vauhdikas, rauhaton, puhelias ja energinen ja pärjää vähällä unella. Sairastuneella ilmenee toisinaan aisti- ja harhaluuloja. Maniajakson aikana potilas tulee tavallisesti hoitoon jonkun muun aloitteesta ja hyvin usein tahdosta riippumattomalla M1-lähetteellä, erikoissairaanhoidon piiriin. Hypomania ei aiheuta välttämättä suuria hankaluuksia työelämässä tai sosiaalisissa suhteissa ja he ovat

hyvin tyytyväisiä elämäänsä. Tästä syystä häiriö jää usein tunnistamatta. (Vuorilehto ym. 2014, 145-148.)

Tyyppin 2 häiriöihin sairastuneet potilaat hakeutuvat hoitoon usein vain masennusjaksonsa aikana. Kaksisuuntaisen mielialahäiriön hoito tulee alkaa psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa. Hoidon alkuvaiheessa psykoedukaatio ja psykososiaalinen tuki on todettu tärkeiksi. Psykososiaalisia tukia voivat olla yksilö-, ryhmä- tai perhehoidot. Psykoterapian on todettu auttavan monia potilaita. Sairaalahoidon tarve suurenee, jos potilaalla ilmenee vakavaa itsetuhoisuutta, psykoottisuutta, kyvyttömyyttä huolehtia itsestään ja hänen toimintakykynsä romahtaa. (Vuorilehto ym. 2014, 145-148.)

2.3.4 Ahdistuneisuushäiriöt

Ahdistuneisuutta esiintyy 25 %:lla ihmisistä elinaikanaan. Naiset kärsivät useimmin kuin miehet. (Koponen & Lepola 2013.) Ahdistuneisuushäiriöstä puhutaan silloin, kun potilaalla on yleistynyttä ahdistuneisuutta, sosiaaliset tilanteet pelottavat, tulee paniikkihäiriöitä tai yksittäisiä pelkoja, pakko-oireisia tai traumaperäisiä häiriöitä. Erikoissairaanhoidossa hoidetaan vaikeimmat ahdistuneisuushäiriöt ja sellaisia häiriöitä, mihin liittyy muita mielenterveyden ongelmia. Perusterveydenhuollossa hoidetaan valtaosa lievista ahdistuneisuushäiriöistä. Lääkehoitona käytetään tavallisesti pitkäkestoisesti masennuslääkkeitä. (Vuorilehto 2014, 149-154.)

Hyvin useat eri somaattiset sairaudet saattavat lisätä ahdistuneisuutta, esimerkiksi anemiat, erilaiset sydänsairaudet, krooninen keuhkoembolia, astma, kilpirauhasen liika- ja vajaatoiminta ja erilaiset infektiot (Koponen & Lepola 2013). Ahdistuneisuus tunteena liittyy melkein kaikkiin ero- ja menetyskokemuksiin (Mustajoki ym. 2013, 676-677). Ahdistuneisuutta lisää kofeiini, huumeintoksikaatio, alkoholin ja sedatiivien vieroitusoireet. Tärkeää on huomioida ja arvioida itsemurhavaaran riski. (Koponen & Lepola 2013.)

Ahdistuksessa ilmenee pelkoa, joka on kohdistunut ulkoiseen ja tunnistettavaan vaaraan. Ahdistus on myös huoli, jonka kontrolloiminen on vaikeaa. Ahdistuneisuuden tunnetta koetaan päivittäin eri tilanteissa ja arkisissa asioissa. Normaalin ja sairaalloisen ahdistuneisuuden väli ei ole tarkkarajainen. Tärkein raja määritellään työ- ja toimintakyvyn säilymisen tai menettämisen välillä. (Mustajoki ym. 2013, 676-677; Koponen & Lepola 2013.)

Ahdistushäiriö on luonteeltaan pitkäaikainen ja hankaloittaa potilaan selviytymistä jokapäiväisessä elämässä. Ahdistushäiriöitä ilmenee esimerkiksi seuraavissa tilanteissa: pelkotilassa, paniikkikohtauksessa, masennuksessa, onnettomuustilanteissa, sairastumisissa, sydän- ja keuhkoperäisissä tiloissa kuten keuhkoveritulppa, neurologisissa eli aivoperäisissä sairauksissa

ja endokrinologisissa eli hormoneja tuottavien elinten sairaustiloissa, psykoosissa tai sen ennakko-oireiden aikana, lääkkeiden ja alkoholin liikkäytön ja vieroitusoireiden aikana. (Mustajoki ym. 2013, 676-677.)

Fyysiset oireet ahdistuneisuushäiriössä liittyy siihen, että pelkotila laukaisee stressihormonien voimakkaan erittymisen ja edesauttaa kehoa reagoimaan vaaraan. Tämän johdosta sydämen lyöntitiheys nopeutuu, hengitys kiihtyy ja lihaksisto jännittyy. Sen seurauksena rinnassa saatetaan tuntua puristusta, henkeä voi ahdistaa, raajat saattavat vapista ja hiki tulee pintaan. Lisäoireena on suun kuivuminen, kurkussa kuristava tunne, huimaus, heikko olo, tihentynyt virtsaamistarve tai vatsa voi mennä sekaisin. (Vuorilehto 2014, 149-154.)

2.3.5 Stressireaktiot ja stressihäiriöt

Epätavalliset voimakkaat traumaattiset tapahtumat ja niistä seurauksena tulleet tavallisimmat psyykkiset oireet jaetaan stressireaktioihin ja stressihäiriöihin. Voimakkaan stressitilanteen jälkeen stressireaktio on normaali ilmiö, joka ei välttämättä tarvitse hoitoa. Lääkäriltä on syytä pyytää kannanottoa stressihäiriöihin. (Ponteva 2013.)

Potilaalla voi olla traumaperäinen stressihäiriö, mikäli hän on korkeintaan 6 kk aikaisemmin kokenut jonkin epätavallisen voimakkaan psyykkiseen vointiin vaikuttaneen tilanteen. Näitä voivat olla esimerkiksi suuronnettomuus, sota- ja terrorismikokemus, väkivallan kohteeksi joutuminen tai sen näkeminen, fyysisen koskemattomuuden loukkaaminen tai lapsen kohdistunut väkivalta. Uhka voi koskettaa potilasta itseään tai hänen läheistä ihmistä. Suuren äkillisen onnettomuustilanteen jälkeen noin 50-90 %:lla mukana olleista on mahdollisuus saada vähintäänkin lyhytkestoinen stressishokki ja siinä täyttyvät tavallisesti äkillisen stressireaktion kriteerit. (Ponteva 2013; Vuoriheimo 2014, 160-163.) Edellisten kriteerit ovat esimerkiksi: potilas vetäytyy sosiaalisista tilanteista, huomiokyky kaventuu, desorientaatio eli ajan ja paikan taju hämärtyy sekä potilaan oma suhde muihin ihmisiin myös hämärtyy. Lisäksi potilaalla saattaa ilmetä suuttumusta tai sanallisia vihamielisiä ilmauksia, epätoivoa tai toivottomuutta, sopimatonta tai tarkoituksetonta yliaktiivisuutta tai liiallista tai hallitsematonta surua. (Ponteva 2013.)

Stressihäiriöitä esiintyy kaikissa ikäluokissa jopa lapsillakin. Suurella osalla traumaperäistä stressihäiriötä sairastavilla potilailla on elämänsä aikana myös jokin toinen mielenterveyden häiriö, tavallisesti se on mielialahäiriö tai alkoholismi. Yleensä se on kahden eri oheishäiriön yhtäaikaista esiintyminen. (Ponteva 2013.) Ihmiset, joilla on jo aikaisempia traumaattisia kokemuksia, kokevat stressin voimakkaampana. Stressinsietokykyä heikentää mielenterveysongelmat, tietyt persoonallisuuden piirteet, joita ovat esimerkiksi riippuvuus toisista ihmisistä tai epävakaus. (Vuoriheimo 2014, 160-163.)

Akuutti stressireaktion oireita on tunnin sisällä tapahtuneesta tilanteesta ilmaantunut yleistynyt ahdistuneisuushäiriö ja sen fyysiset sekä psyykkiset oireet. Muita oireita voivat olla esimerkiksi sosiaaliseen käyttäytymiseen tai mielialaan liittyvät erityisoreet, kuten mielialan lasku, paniikkihäiriöt, pelkotilat ym. Oireet alkavat vähentyä altistuksen loputtua viimeistään kahdeksan tunnin sisällä. Jos altistus jatkuu, niin oireet voivat jatkua kaksikin vuorokautta. Oireiden kesto on tavallisimmin korkeintaan kolme vuorokautta. Stressireaktion kaltaisia äkillisiä oireita saattavat aiheuttaa fyysinen sairaus, myrkytys tai vamman komplikaatio ja paniikkihäiriö. Diagnosointi pohjautuu potilaan tarkkailuun ja kuuntelemiseen. (Ponteva 2013.)

Akuutin stressireaktion oireet ovat samat kuin traumaperäisessä stressireaktiossa. Ne ilmenevät stressitapahtumasta noin 2-28 vuorokauden kuluttua, ja siinä esiintyy vähintään kolme dissosiativista oiretta, joiden tehtävänä on estää ahdistavien mielikuvien synty. Dissosiativisiin oireisiin kuuluu

- traumaattisen tilanteen tai sen osien häviäminen muistista
- turtuneisuuden ja irrallisuuden tunne
- tunteiden häviäminen
- ympäristön tietoisuuden vähentyminen
- kokee itsensä tai ympäristön vieraana. (Ponteva 2013; Vuoriheimo 2014, 160-163.)

Traumaperäisen stressireaktion oireita ovat traumaattisen tilanteen toistuvat, ahdistavat kokemukset, muistikuvat tapahtumasta, niihin liittyvät painajaisunet, lyhytjaksoiset takauamat ja toistumiskokemukset, fyysisten reaktioiden ilmaantuminen traumaattisesta tilanteesta muistuttaviin ärsykkeisiin, välttelee traumaan liittyviä asioita. Lisäksi potilas pyrkii välttämään traumaattiseen tapahtumaan liittyvät ajatukset, tuntemukset, toiminnot, paikat tai ihmiset. Potilaalla esiintyy muistivaikeuksia tapahtuman keskeisistä asioista, yleisen kiinnostuksen vähenemistä, eristäytyneisyyden tunnetta, köyhtynyt ilmaisemaan tunteitaan, tulevaisuuden näkymien rajoittuneisuus, psyykkisesti herkistynyt ja ylivireyden oireita, univaikeudet, ärtyisyyden tunteet tai vihanpurkaukset, keskittymisvaikeuksia, lisääntynyt merkittävästi varuillaanolo ja poikkeavat säpsähtelyt. (Ponteva 2013.)

Oireilun kestäessä vähintään neljä viikkoa voidaan oireilulle antaa diagnoosi. Traumaattisesta tapahtumasta ja oireilun alkamisen välisestä ajasta ei saisi kulua kuutta kuukautta enempää, sillä syy-yhteyden toteaminen on sen jälkeen usein pelkkää arvailua. Traumaperäisen stressihäiriön syntymisen edellytyksenä on, että potilas on kohdannut tapahtuman, joka mahdollisesti aiheuttaisi samanlaista ahdistuneisuutta kenelle tahansa meistä. (Ponteva 2013.)

2.3.6 Sopeutumishäiriöt

Sopeutumishäiriöillä tarkoitetaan elämäntilanteisiin liittyviä vastavaikutuksellisia eli reaktiivisia, yleensä lyhytkestoisia ahdistus-, masennus- tai käyttäytymisoireina ilmeneviä tiloja. Nämä tilat syntyvät huomattavan elämänmuutoksen tai psyykkisesti kuormittavan kokemuksen jälkeen. (Pirkola 2013.)

Sopeutumishäiriön diagnosoinnissa käytetään toisten häiriöiden poissulkemista. Rasitustekijän olemassaolo ei automaattisesti merkitse sopeutumishäiriön diagnoosia. Stressitekijät saattavat laukaista useita muitakin psyykkisiä häiriöitä, ennen kaikkea masennustiloja. Sopeutumishäiriöitä ei saa vähätellä, vaikka ne ovat usein lieviä ja ohimeneviä. (Pirkola 2013.)

Sopeutumishäiriöissä käytetään hallitsevan oireen mukaan seuraavia diagnooseja

- Reaktiivinen masennus, jolloin hallitsevina oireina ovat masentunut mieliala, itkuisuus ja toivottomuus.
- Reaktiivinen ahdistuneisuus, jolloin hallitsevina piirteinä ovat hermostuneisuus, huolestuneisuus ja jännittyneisyys.
- Reaktiiviset käytöshäiriöt, jolloin hallitsevana piirteenä on käyttäytyminen, joka rikkoo toisten oikeuksia ja keskeisiä, ikään kuuluvia sosiaalisia normeja ja sääntöjä (esim. vandalismi, holtiton ajaminen, tappeleminen).
- Reaktiivinen tunne- ja käytöshäiriö, jolloin hallitsevat piirteet ovat sekä emotionaalisia että käyttäytymishäiriöön liittyviä. (Pirkola 2013.)

2.4 Päihteet

Terveystieteiden tutkimusten mukaan Suomessa on noin 20-30 % väestöstä, jolla on jonkinasteinen alkoholiriippuvuus. Viidesosa akuutistihoitopaikkajaksosta täyttyy potilaista, jotka käyttävät päihteitä tai sen seurauksena ovat tulleet hoitoon. (Ihalainen & Kettunen 2011, 208.) Suomessa on noin 500 000 alkoholin suurkuluttajaa, joilla on jonkinasteinen alkoholiriippuvuus. Heillä on juomisen vuoksi suurempi riski saada elinkomplikaatioita tai jokin vaurio. (Koponen & Sillanpää 2005, 129.) Päihteet sisältävät aineita, joiden vaikutus ilmenee aivojen toiminnassa ja rakenteissa sekä erityisesti dopamiinivälitteisissä palkitsemis- ja mielihyväjärjestelmissä. Suomessa käytettäviä päihteitä ovat alkoholi, kofeiini, nikotiini, kannabis, hallusinaatiogeenit, rauhoittavat lääkkeet ja unilääkkeet, opiaatit, stimulantit kuten amfetamiini, muuntohuumeet, hengityksen kautta inhaloitavat päihdeaineet kuten liimat ja tekniset liuottimet esim. käsidesi. (Lönnqvist ym. 2014, 485; Ivanoff, Risku, Kitinoja, Vuori & Palo ym. 2007, 218.)

Ensiapu- ja päivystyspalveluita kuormittaa päihteitä ja alkoholia käyttävät potilaat. Alkoholiriippuvuuteen kohdistuu paljon välitöntä hoitoa, jotka ovat akuutteja tiloja tai vastaavasti

vaikeampihoitoisia tiloja. Erotusdiagnostisesti vaikeita asioita ovat erilaiset vieroitustilat ja alkoholipsykoositilat. (Holopainen 2008.) Selkeitä riskejä aggressiiviseen ja väkivaltaiseen käyttäytymiseen ovat vaikea mielenterveyden häiriö ja päihteiden väärinkäyttö samanaikaisesti (Mustajoki, Alila, Matilainen, Pellikka & Rasimus 2013, 840).

Päihteiden käyttämisen pakonomaisuushäiriötä kutsutaan haitalliseksi käytöksi, riippuvuudeksi tai addiktioksi. Ainemäärien lisääntyessä oireita ovat mm. käyttökertojen pidentyminen, lopettamisen vaikeus, keskittyminen aineen hankkimiseen seurauksista huolimatta, muun elämän sosiaalinen vuorovaikutuksen väheneminen, terveystarkkailun lisääntyminen ja toleranssin kehittyminen. (Lönqvist ym. 2014, 485-486.) Päihteiden käyttäjillä on todettu esiintyvän samanaikaisesti seuraavia häiriöitä: mieliala- ja ahdistuneisuushäiriöitä 20-60 %, psykoottisia häiriöitä 15-20 %, tarkkaavaisuus- ja yliaktiivisuushäiriöitä 30-50 % sekä persoonallisuushäiriöitä 50-90 %. (Partanen, Holmberg, Inkinen, Kurki & Salo-Chydenius 2015, 345).

Päihteiden tunnistaminen ainekohtaisesti on tärkeää, koska niillä on omat erityispiirteensä ja hoitamisessa ne on otettava huomioon (Lönqvist ym. 2014, 485). Suomen lainsäädännössä huumausainelain (373/2008) 5 §:n mukaan rikoksiksi määritellään huumausaineiden käyttö, luvaton valmistaminen, kuljettaminen, kauppaaminen ja hallussapito.

Suomalaisten päihdekulttuuriin kuuluu tavallisesti sekakäyttö. Tällöin monen eri aineen aiheuttama samanaikainen riippuvuus tekee akuutista päihdediagnostiikasta vaativan. (Holopainen 2008.) Alkoholilla lisää rauhoittavien lääkeaineiden vaikutusta, jolloin voi ilmaantua sekavuustiloja, muistihäiriöitä tai jopa peruselintoimintojen lamaantuminen. Sekakäyttö saattaa johtaa kuolemaan. (Ivanoff ym. 2007, 217-218.) Suurimmassa osassa akuutteja päihdesairauksia näkyvät kliiniset oireet ovat samanlaisia kuin mielenterveyshäiriöissä normaalisti. Tämän vuoksi kliinisen oireilun piilossa oleva päihderiippuvuus jää ilman päihde-etilogian tarkkaa diagnosointia. Lisäksi päihdesairauksiin kohdistuu voimakasta asenteellismoraalista latausta. (Holopainen 2008.)

Riippuvuusongelmista kärsivä tuntee omasta avuttomuudestaan usein syllisyyttä ja häpeää. Näin ollen vakavan päihdesairauden käsitteleminen on vaikeaa sekä potilaalle että hoitavalle lääkärille. Potilaan on itse myönnettävä päihdeongelmansa, jotta hoitoprosessi lähtisi käyntiin. Lääkärin on myös otettava huomioon potilaan päihdeongelma, koska pitemmän ajan seurauksena voi olla hoitoresistenttiä masennusta ja kroonista unettomuutta. Tämä voi johtaa bentsodiatsepiiniriippuvuuteen ja myöhemmin erilaisilla persoonallisuushäiriönimikkeillä kutsuttuihin vaikeahoitoisiin psykiatriin tiloihin. (Holopainen 2008.)

Päihde- ja mielenterveyshäiriöt liittyvät usein toisiinsa ja niiden esiintyminen yhtäaikaista on yleistä, joten potilaan auttamiseksi tavallisesti tarvitaan molempien alan asiantuntijoita.

(Partanen ym. 2015, 345–346.) Päihteidenkäyttö saattaa aiheuttaa masennusta, toisaalta masennus saattaa aiheuttaa jälkiseurauksena päihteidenkäyttöä. Tämän vuoksi ensisijainen hoito on päihdeongelman hoitaminen, jolloin myös masennus voi helpottua. (Sailas 2015.) Päihteiden käytöstä voi johtua potilaan psyykkiset oireet ja mahdolliset häiriöt. (Partanen ym. 2015, 345–346.)

Alkoholiriippuvuuden hoidossa käytetään keskusteluja, tukemista ja tiedon antamista hyvässä vuorovaikutussuhteessa. Hyvän hoitosuhteen perustana on luottamus ja jatkumo, vastakainasettelua ei saa syntyä potilaan ja hoitajan välillä. (Vuorilehto ym. 2014, 186-191.)

2.5 Yhteispäivystys

Yhteispäivystys -käsitteen määritelmä ei ole yksiselitteinen. Yhteisissä tiloissa tehtävää perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyötä kutsutaan yhteispäivystykseksi. Yhteispäivystyksen tavoitteena ovat potilaiden odotusaikojen lyheneminen, potilasturvallisuuden parantuminen, eri erikoisalojen hyödyntäminen päivystyspotilaiden hoidossa ja taloudelliset säästöt. Päivystys muodostaa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon oman kokonaisuuden. Yhteispäivystyksessä työskentelee perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon lääkäreitä. (Pitkälä 2006, 41.)

Päivystyshoito on yksi osa potilaan kiireellistä hoitoa. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmä määritteli päivystyshoidon ja sen mukaan kiireellinen päivystyshoito ”tarkoittaa äkillisen sairastumisen, vamman tai kroonisen sairauden vaikeutumisen edellyttämää välitöntä arviointia ja hoitoa”. Päivystyshoitoa ei voi oireiden vaikeuden vuoksi siirtää myöhemmäksi ilman että oireet tai vamma pahenisi. Potilaan arviointi ja hoito tulisi pääsääntöisesti antaa alle 24 tunnin kuluessa. (Jokela 2014, 10.)

Yhteispäivystykseen voi tulla potilas, jonka käyttäytyminen on aggressiivista. Tällöin on syytä huomioida seuraavia seikkoja:

- Potilaan ympäristö on järjestettävä turvalliseksi. Poistetaan esineet, joita potilas voi käyttää aseena kuten sakset, neulat ym.
- Hoitajan on seisottava sivuttain potilaaseen nähden, jolloin hoitaja on pienempi kohde ja vähemmän uhkaava.
- Kädet on pidettävä esillä ja auki kun seisot tai istut.
- Pyydetään ylimääräisiä henkilöitä poistumaan tilasta.
- Henkilökuntaa on jätävä paikalle riittävä määrä.
- Perääntymistie on varmistettava sekä itselle että potilaalle.
- Potilaalle on annettava aikaa rauhoittumiseen ja mahdollisuus kertoa tilanteesta. Älä kiirehdi.

- Potilasta on pyydetty istumaan ja häntä on kuunneltava. Älä keskeytä potilasta.
- Hoitohenkilökunnan on oltava rauhallinen ja selkeä eikä potilasta saa vähätellä.
- Hoitohenkilökunta ei saa uhkailla eikä provosoitua vastaväittelyyn potilaan kanssa.
- Autetaan potilasta vakuuttumaan siitä, että hän hallitsee tilanteensa.
- Kerrotaan aikeista ja pyritään tekemään sopimuksia potilaan kanssa.
- On varmistettava yhteys poliisiin ja muuhun henkilökuntaan.
- Huolehditaan ensiapu- ja elvytysvalmiudesta.
- Jos hoitohenkilökuntaa uhataan esimerkiksi aseiden kanssa, on suostuttava heti potilaan vaatimuksiin. On otettava yhteys poliisiin mahdollisimman nopeasti. (Koponen & Silanpää 2005, 397.)

2.5.1 Lohjan sairaanhoitoalueen yhteispäivystys

HUS Lohjan sairaalassa aloitettiin 1.9.2015 uusi ajanjakso, kun yhteispäivystys käynnistyi. Yhteispäivystyksen organisaatioon kuuluu kolme eri yksikköä, jotka toimivat yhteispäivystyksessä keskenään. Nämä ovat Lohjan kaupunki Tynninharjun terveysasema, Mediverkko ja HUS Lohjan sairaanhoitoalue. Tynninharjun terveyskeskus vastaanottaa potilaita kello 08.00 - 16.00, jonka jälkeen Mediverkko jatkaa kello 16.00 - 08.00. HUS Lohjan sairaanhoitoalue hoitaa vaativan päivystyksen potilaat 24/7. Kun potilas saapuu päivystykseen triagehoitaja eli sairaanhoitaja ohjaa hänet oikeaan hoitopolkuun, esimerkiksi sairaanhoitajan vastaanotolle tai lääkärin vastaanotolle. (HUS 2015.)

HUS Lohjan sairaanhoitoalueeseen kuuluu neljä kuntaa jotka ovat Karkkila, Lohja, Siuntio ja Vihti. Alueen asukasmäärä vuonna 2014 oli noin 92 000. Väestömäärän kasvu on ollut tasaista viime vuodet. Suurin väestömäärän lisäys on yli 65-vuotiaiden ikäryhmässä. (Tilinpäätös ja toiminta-kertomus 2014 HUS 2015, 158.)

HUS Lohjan sairaanhoitoalueella toimii kaksi sairaalaa, joista ensimmäinen on somaattisia hoitoja tarjoava Lohjan sairaala. Toinen on Paloniemen sairaala, missä on alueen psykiatrian vuodeosastot 1 ja 2 sekä akuutti-psykiatrian poliklinikka. Osasto 1 toimii akuutisti sairastuneiden potilaiden ja välitöntä sairaalahoitoa tarvitsevien potilaiden vastaanotto- ja hoito-osastona. Osasto 2 on psykiatrinen hoito- ja kuntoutusosasto. Psykiatrian avohoidon paikkoja Lohjan lisäksi on myös Vihdissä ja Karkkilassa. Lohjan kaupungin alueella tällä hetkellä toimivat psykiatrian avohoitoyksiköt suunnitellaan siirrettäväksi uuteen psykiatrian lisärakennukseen. Lisärakennus tulee sijoittumaan Lohjan sairaalan yhteyteen. (Tilinpäätös ja toiminta-kertomus 2014 HUS 2015, 158.)

Psykiatrian hoitopäivien määrä väheni 13 % vuoteen 2014 verrattuna. Psykiatrian avohoitokäyntien määrä lisääntyi 6,3 %. Avohoitokäyntien määrän kasvua hidasti sairaalassa olevat

tilaongelmat. Syksyllä 2015 ensihoidon järjestelyjen valmistelu käynnistettiin. Tällä hetkellä oleva sopimus palvelutuottajan kanssa päättyy 31.12.2017. (Lohjan sairaanhoitoalueen toimintakertomus ja tilinpäätös v. 2015, 1)

HUS Lohjan sairaalan tiloissa toimii tällä hetkellä Lohjan kaupungin perusterveydenhuollon vuode-osasto. Lohjan erikoissairaanhoidon palveluita tuotetaan lisäksi Länsi-Uudenmaan sairaanhoitoalueen ja HYKS sairaanhoitoalueen kuuluville kunnille sovitun mukaisesti. Lohjan sairaanhoitoalue vastaa ja tarjoaa oman alueen kuntien ensihoidon, ensihoidon vastuulääkärin ja kenttäjohtoyksikön palvelut lisäksi Länsi-Uudenmaan sairaanhoitoalueelle. Ensihoitopalvelut on ostettu ja kilpailutettu sopimuksen mukaisesti vuonna 2014 Vihdin Sairaankuljetus Oy:ltä. (Tilinpäätös ja toimintakertomus 2014 HUS 2015, 158.)

Sairaanhoitoalueen ja kuntien yhteispäivystyksestä oli sovittu jo vuoden 2013 lopussa. Projektin mukaan yhteispäivystys siirretään Lohjan sairaalan tiloihin 1.9.2015. Tämä onnistui aikataulun mukaisesti. Yhteispäivystys suunniteltiin toteutettavaksi Lohjan sairaalan tiloissa ilman merkittäviä tilainvestointeja. (Tilinpäätös ja toimintakertomus 2014 HUS 2015, 158.)

Lohjalla psykiatrian avohoidon palveluja on kehitetty systemaattisesti eteenpäin ja palvelurakenteen muutosprosessi jatkuu edelleen. Vuodeosastohoitoja on huomattavasti vähennetty ja ne on korvattu esimerkiksi akuuttipoliklinikkatoiminnalla. (Tilinpäätös ja toimintakertomus 2014 HUS 2015, 159.)

Vuoden 2014 aikana toimintaa valmisteltiin myös uusitun päivystysasetuksen säädösten mukaisesti. Siihen kuuluu esimerkiksi joitakin päivystysten varallaoloaikojen muutoksia, kuten vapaamuotoiset päivystykset, ja lisäksi etupäivystyksen työvuoromuutokset ja vastaavia hienosäätöjä. Lohjan sairaalan oma päivystysohje uudistettiin asetuksen täytäntöönpanon edellyttämällä tavalla. (Tilinpäätös ja toimintakertomus 2014 HUS 2015, 159.)

HUS Lohjan yhteispäivystykseen kuuluu monta erikoisalaa, esimerkiksi psykiatria, sisätaudit, kirurgia jossa on ortopedia, keuhko- ja neurologia, urologia. Yleislääketieteen puolelta pediatri päivystää 24 tuntia ja häntä voidaan konsultoida esim. vastasyntyneiden osalta. Yhteispäivystyksessä työskentelee erikoistuvia lääkäreitä, jotka konsultoivat takapäivystäjää, joka on ”vanhempi/kokeneempi lääkäri”. (Lindberg 2015.)

2.5.2 Yhteispäivystyksen kiireellisyysryhmittely Lohjalla

Yhteispäivystyksen ympäri vuorokauden tapahtuvan päivystyksen päätarkoituksena on arvioida ja hoitaa potilaita, jotka tarvitsevat kiireellistä hoitoa. Suomessa toimintaa on aloitettu kehittämään yhteispäivystyksiin, joissa perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoido yhdessä hoi-

tavat päivystykseen tulevia potilaita. (Kantonen 2007.) Lohjan yhteispäivystyksessä kiireellisiä potilaita on noin puolet päivystyksen potilaista. Kiireellisimpiä päiviä ovat maanantai ja perjantai. Palveluketju on yksinkertaistunut potilaiden osalta yhteispäivystykseen siirtymisen myötä. Useamman yksikön yhteistyö on tuonut omat haasteensa. Nämä yksiköt ovat Tynnin-harjun terveyskeskus, HUS Lohjan sairaanhoitoalue ja Mediverkko. (Lindberg 2015.)

Yhteispäivystykseen tulee paljon potilaita, jotka välttämättä eivät tarvitse kiireellistä hoitoa ja he kuluttavat päivystyksen resursseja turhaan. Näin ollen on vaarana, että todella kiireellisten hoitojen aloitus viivästyy. Kantosen (2007) mukaan ei ole sovittu mitään yhteisiä ohjeita tai käytäntöjä siitä miten yhteispäivystyksissä arvioidaan ja varmistetaan potilaan nopean kiireellisen hoidon saanti. (Kantonen 2007.)

Hoidon tarpeen kiireellisyysryhmittely eli ABCDE-triage on jo käytössä HUS:n Peijaksen ja Jorvin yhteispäivystyksissä. Tämä on yleistymässä pääkaupunkiseudulla. Triagehoitaja arvioi oman osaamisensa ja kirjallisten ohjeiden perusteella ensimmäiseksi sen, ohjautuuko potilas erikoissairaanhoitoon vai yleislääkäripäivystykseen. Hän voi tarvittaessa konsultoida päivystävää lääkärä. (Kantonen 2007.) Sairaanhoitaja, joka toteuttaa kiireellisyysluokituksia, tulisi olla kokenut ja osaava. Sairaanhoitajan kliinisellä kokemuksella on katsottu olevan vaikutusta hoidon kiireellisyyden määrittelyssä. (Lång 2013, 11). Triage antaa työkalun, jonka avulla päivystys keskitetään kiireellistä apua tarvitseviin potilaisiin. Sen avulla voidaan määrittää, millaisia potilaita hoidetaan eri vuorokaudenaikoina. Esimerkiksi yöaikaan keskitytään hoitamaan ainoastaan ABC-ryhmän potilaita. ”Nyt viimeistään olisi aika sopia kansallisesti päivystysten hoidon tarpeen arvioinnista ja siihen kuuluvasta triagesta”. Tänä päivänä potilasmäärin kasvaessa tarvitaan muutosta, jotta potilaspaineesta selvittää ja päivystyspotilaat tulisivat hoidetuksi. (Kantonen 2007.)

Lohjan yhteispäivystyksessä on käytössä kolmen ryhmittelyn periaate:

- A-ryhmän hätäpotilaat hoidetaan heti välittömästi
- B-ryhmän kiireelliset potilaat, jotka hoidetaan 30 minuutin sisällä
- C-ryhmän potilaat, jotka hoidetaan aikaisintaan tunnin kuluttua, mutta hoitoa voi joutua odottamaan useamman tunnin. (Lindberg 2015.)

Tavoiteaikoja yleislääkäripäivystykseen HUS Peijakseen ja Jorvin yhteispäivystykseen päätyville potilaille voidaan asettaa seuraavasti:

- A-ryhmän potilas ohjataan välittömästi lääkärin tutkimukseen
- B-ryhmän potilaan tutkimukset/hoito aloitetaan kymmenen minuutin sisällä
- C-ryhmän potilaan tutkimukset/hoito yhden tunnin sisällä
- D-ryhmän potilaan tutkimukset/hoito kahden tunnin sisällä

- E-ryhmä eli päivystyshoitoa tarvitsemattomat potilaat, jotka eivät tarvitse lääkärin päivystystutkimuksia, ohjataan päivystävän sairaanhoitajan vastaanotolle. (Kantonen 2007.)

Kiireellisyysryhmittelyssä voidaan tämän lisäksi painottaa erityisryhmiä, joita ovat esimerkiksi M1-arvioitavat potilaat. Nämä potilaat tulisi hoitaa vähintään C-ryhmässä HUS Peijaksessa ja Jorvissa. (Kantonen 2007.)

Kun yhteispäivystyksessä käytetään triageryhmittelyä, erottuu selkeästi E-ryhmä eli ne potilaat, jotka eivät tarvitse päivystyshoitoa. Potilaalla saattaa olla oireita tai sairaus, joka tarvitsee lääkärin selvittelyä, mutta se ei vaadi päivystysluonteista hoitoa. E-ryhmän potilaille tehdään yhteispäivystyksessä hoitoarvio ja sen perusteella hänet ohjataan oikeaan hoitopolkuun esimerkiksi omaan terveyskeskukseen. Sairaanhoitajan vastaanotolla iso osa E-ryhmäläisistä hoidetaan saman tien päivystyksessä ja potilas saa työnantajalle poissaolotodistuksen sekä häntä neuvotaan oireiden hoidossa. (Kantonen 2007.)

Kiireellisyysryhmittelyn on huomattu helpottavan työskentelyä yhteispäivystyksessä, ja siitä on sovittu yhteinen yleinen käytäntö. Näin ollen voidaan potilaille ja heidän saattajilleen perustella jo tehtyjä ratkaisuja ja tarpeen vaatiessa voidaan myös perustella valvontaviranomaisille. Tämä toimintamalli parantaa erikoissairaanhoidon ja yleislääkäripäivystyksen yhteistyötä. Kun käytetään samaa kiireellisyysryhmittelyä päivystyksessä, terveysasemilla ja terveysneuvontapuhelimessa, niin se nopeuttaa ja helpottaa toimintaa. (Kantonen 2007.)

Suomessa ensimmäinen "aito yhteispäivystys" aloitettiin Turussa 2.4.2013. Alku oli haasteellinen ja esille tuli perustavanlaatuisia näkemyseroja. (Sipilä, Brück, Salomäki, Aaltonen & Hattakka 2013.)

2.5.3 Mielenterveyspotilaan hoitopolku

Hoitopolusta on käytössä erilaisia nimityksiä eri lähteissä. Hoitopolusta käytetään myös nimityksiä hoitoprosessi, hoitoketju ja palveluketju.

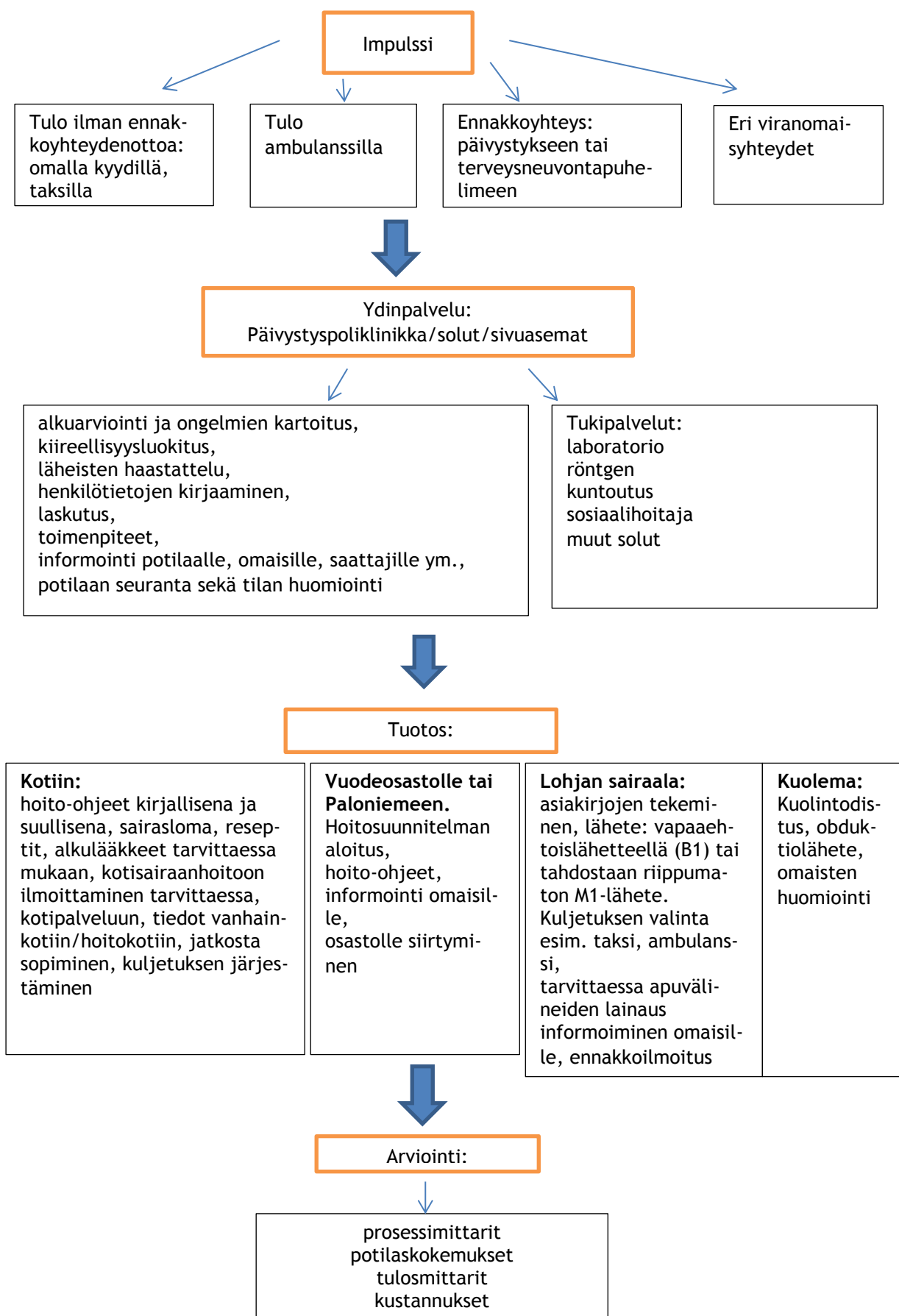
Päivystystoiminta muodostaa oman yksittäisen kokonaisuuden. Se on samanaikaisesti osana palvelu- ja hoitoketjua, joka toimii terveyskeskuksen sisällä sekä laaja-alaisemmin koko sosiaali- ja terveydenhuollon piirissä. Hoitoketjut ovat käytössä niin terveyskeskuspäivystyksessä kuin erikoissairaanhoidossakin. Toimintaa arvioitaessa on tarkasteltava aina omaa yksikköä sekä omaa yksikköään osana senhetkistä hoitoketjua. (Koponen & Sillanpää 2005, 150.)

Kuviossa 2 esitetään mielenterveyspotilaan hoitopolun vaiheet ja miten hoito etenee. Impulssi on prosessin ensimmäinen vaihe, jolloin potilas kokee tarvitsevänsä apua. Yhteispäivystykseen on mahdollista tulla ilman ennakkoyhteydenottoa, jolloin potilas voi tulla omalla kyydillä tai taksilla. Jos yleiskunto heikentyy äkillisesti, on otettava yhteys hätäkeskukseen, jolloin ambulanssin henkilökunta kartoittaa tilanteen ja kuljettaa yhteispäivystykseen. Tavallisesti otetaan ennakkoyhteys päivystykseen tai terveysneuvontapuhelimeen ja saadaan sieltä toimintaohjeita.

Toisena vaiheena kuviossa 2 esitetään potilaan tulo yhteispäivystykseen. Silloin tehdään alkuarviointi ja ongelmien kartoitus, henkilötietojen kirjaaminen, potilaan seuranta ja tilan huomiointi ym. Tukipalveluina käytetään laboratoriota, röntgeniä, kuntoutusta ja sosiaalihoitajaa ym.

Kolmantena vaiheena kuviossa 2 esitetään tuotos, joka käsittää kotiin pääsyn, vuodeosastolle siirtymisen, Lohjan sairaalan yhteispäivystyksen tekemät järjestelyt kuten asiakirjojen laatimiset, lähetteet kuten B1 tai M1, kuljetuksien valinnat ym. Lisäksi tähän kuuluu kuolemantapauksen sattuessa kuolintodistuksen kirjoittaminen, obduktiolähetteen kirjoittaminen ja omaisten huomiointi.

Neljäntenä vaiheena kuviossa 2 esitetään arviointi, jossa käytössä on prosessimittarit, potilaskokemukset, tulospäätökset ja kustannukset.



Kuvio 2: Mielenterveyspotilaan hoitoprosessi (mukaillen Koponen & Sillanpää 2005.)

B1-lähetettä käytetään, silloin kun potilas lähetetään psykiatriseen avohoitoon tai vapaaehtoiseen sairaalahoitoon. B1-lähete kirjoitetaan silloin, kun potilas on yhteistyökykyinen ja suostuu vapaaehtoisesti hoitoon. Jos potilaan yhteistyökyvyn arvioidaan olevan vain hetkellistä tai muuten epäluotettavaa, silloin käytetään M1-tarkkailulähetettä. Potilas, joka on akuutisti psykoottinen, hänet lähetetään välittömästi sairaalahoitoon B1- tai M1-lähetteellä. B1-lähetteeseen tulee laittaa seuraavia tietoja: kiireellisuuden määrittely, jossa on merkinnät päivystys, 1 - 7 pv, 8 - 30 pv. Lisäksi seuraavat asiat: aikaisempi anamneesi, potilaan nykytilanne ja status. Myös omaisilta saadut tiedot ja potilaan sosiaalinen tilanne, sekä somaattinen terveydentila on mainittava. Lääkitykset on merkittävä, sekä mitä lähettävässä paikassa on potilaalle tehty sekä lähettämisen syy. (Skitsofrenia 2011.)

M1-lähete tulee täyttää mielenterveyslain mukaiset kriteerit ja siinä todetaan, että 1. potilas todetaan tai hänen epäillään olevan mielisairas, ja 2. potilas on hoidon tarpeessa mielisairautensa vuoksi, ja 3. potilaan mielisairaus olennaisesti pahentuisi tai hän vaarantaisi omaa tai muiden henkilöiden terveyttä tai turvallisuutta vakavasti, jos jätetään toimittamatta hoitoon. Edellisistä kohdista kaikkien kolmen täytyttävä samanaikaisesti, jotta lähete voidaan kirjoittaa. M1-lähete kirjoitetaan, mikäli mitkään toiset mielenterveyspalvelun vaihtoehdot eivät sovellu käytettäväksi tai ovat hänelle riittämättömiä. Myös potilas, joka on alle 18 -vuotias, on mahdollista määrätä tahdosta riippumattomaan hoitoon, jos hänellä on vakava mielenterveyshäiriö ja sen vuoksi on hoidon tarpeessa sekä muut mielenterveyspalvelumuodot ovat riittämättömiä. Lähetteen täyttämisessä on oltava huolellinen ja laitettava aina kohtiin 1 ja 3 rasti ja kohtaan 2 laitettava vähintäänkin yksi rasti, jotta lähete on lainvoimainen. Lähete on voimassa ainoastaan kolme päivää. (Skitsofrenia 2011.)

2.6 Lainsäädäntö

Suomen perustuslaissa (731/1999) on määritelty potilashoidon lähtökohdat. Lain edessä kaikki ihmiset ovat yhdenvertaisia, ja ketään ei tule asettaa eriarvoiseen asemaan ilman hyväksyttävää perustetta. Jokainen on oikeutettu henkilökohtaiseen elämään ja koskemattomuuteen, vapautta ei saa riistää ilman lain säätämää perustetta. Lapsia tulee kohdella yksilönä tasavertaisesti sekä heillä tulee olla mahdollisuus vaikuttaa itseään koskevissa asioissa, kuitenkin kehitystasoaan vastaavasti. Jokaisella on oikeus saada välttämätön toimeentulo ja huolenpito. Julkisen vallan on turvattava jokaiselle ihmiselle on oikeus sosiaali- ja terveyspalveluihin ja jonka on edistettävä väestön terveyttä.

Mielenterveyslaki

Mielenterveyslaki (1116/1990) määrittää, että mielenterveystyöllä pyritään edistämään yksilön psyykkistä, fyysistä ja sosiaalista hyvinvointia ja sen kasvua. Mielenterveystyön tehtäviin

kuuluu mielenterveyshäiriöiden ehkäisy ja hoito, jotka perustuvat lääketieteellisin perustein arvioitavaan sairauteen. Väestön elinolosuhteita on kehitettävä siten, että ne ennaltaehkäisevät mielenterveyshäiriöiden syntymisen, edistävät ja tukevat mielenterveystyötä sekä palveluiden järjestämistä. Mielenterveyspotilaalle on hoidon ohella järjestettävä mahdollisuus sosiaali- ja terveydenhuollon tukipalveluihin.

Terveysdenhuoltolaki

Terveysdenhuoltolain (1326/2010) tarkoituksena on ylläpitää ja edistää väestön hyvinvointia ja terveyttä. Lisäksi sen tarkoitus on edistää työ- ja toimintakykyä ja sosiaalista turvallisuutta sekä myös kaventaa eri väestöryhmien välisiä terveyseroja. Lailla halutaan vahvistaa terveydenhuollon palveluja siten, että ne ovat asiakaskeskeisiä. Lain tarkoitus on perusterveydenhuollon toimintaedellytysten vahvistaminen ja parantaminen eri toimijoiden ja toimialojen sekä muiden toimijoiden kanssa sekä niiden välistä yhteistyön järjestämistä.

Kuntien on järjestettävä alueella asuville asukkaille sairaanhoitopalvelut. Sairaanhoitopalveluihin kuuluvat seuraavat osa-alueet: tutkimukset sairauksien osalta, lääketieteellinen tai hammaslääketieteellinen taudinmääritys, taudin hoito, hoitosuunnitelmaan kuuluvat pitkäaikaissairauden hoitoon tarvittavat hoitotarvikkeet sekä lisäksi tarvittava lääkinnällinen kuntoutus. Tähän myös kuuluu sairauksien ehkäisy, parantaminen ja kärsimysten lieventäminen. Ohjataan ja tuetaan asiakkaan hoitoon sitoutumista sekä omahoitoa. Hoito tulee toteuttaa avohoidossa siinä tapauksessa, kun potilasturvallisuus on huomioitu riittävästi. (Terveysdenhuoltolaki 2010.)

Erikoissairaanhoitolaki

Erikoissairaanhoitolaissa (1062/1989) mainitaan, että kunnan on huolehdittava, että henkilön on saatava tarpeellinen erikoissairaanhoito terveydenhuoltolain mukaisesti. Kunnan pitää kuulua johonkin sairaanhoitopiiriin kuntayhtymään, jotta asianmukainen erikoissairaanhoito saataisiin järjestettyä kuntalaisten tarpeiden mukaisesti.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) oikeuttaa jokaista Suomessa pysyvästi asuvaa henkilöä saamaan terveyden- ja sairaanhoidon palveluja ilman syrjintää. Tässä laissa määritetään, että potilaalla on oikeus saada hyvää kohtelua ja laadukasta hoitoa sairauteensa. Hoidossa on huomioitava potilaan äidinkieli, yksilölliset tarpeet ja kulttuuritausta.

Sosiaalihuoltolaki

Sosiaalihuoltolain (1301/2014) piiriin kuuluvat kunnalliset sosiaalipalvelut ja niihin sisältyvät tukipalvelut sekä muut toimet. Edellisillä toimenpiteillä sosiaalihuollon ammattihenkilökunta edistää ja ylläpitää henkilöiden, perheiden ja yhteisöjen toimintakykyä. Henkilökunta tukee sosiaalista hyvinvointia ja turvallisuutta, vähentää eriarvoisuutta sekä edistää heidän osallisuuttaan. Lain tarkoituksena on asiakaskeskeisyyden edistäminen sekä potilaan oikeuksien edistäminen hyvään palveluun ja kohteluun. Tarkoituksena parantaa sosiaalihuollon, kunnan toimialojen ja muiden toimijoiden yhteistyötä.

Henkilötietolaki

Henkilötietolain (523/1999) mukaan henkilötietoja ei saa luovuttaa kenellekään ilman potilaan lupaa ja henkilökuntaa sitoo vaitiolovelvollisuus työsuhteessa ja työsuhteen päättymisen jälkeenkin. Henkilötietolain tarkoituksena on suojata potilaan yksityiselämää ja perusoikeuksia, kun käsitellään henkilötietoja.

3 Tutkimuskysymykset

1. Millainen on mielenterveyspotilaan hoitopolku Lohjan sairaalan yhteispäivystyksessä?
2. Miten mielenterveyspotilaan hoitopolkua yhteispäivystyksessä tulisi kehittää?

4 Tutkimusmenetelmät

Opinnäytetyön tutkimusmenetelmä oli laadullinen eli kvalitatiivinen tutkimus, jonka aineistonkeruumenetelmänä oli kyselylomake yhteispäivystyksen hoitohenkilökunnalle. Kysely oli laadittu avoimilla kysymyksillä, jolloin vastaaja voi kirjoittaa oman näkemyksensä asiasta. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2013, 197-202.)

4.1 Laadullinen tutkimus eli kvalitatiivisen tutkimus

Laadullisessa tutkimusmenetelmässä on mahdollista pitää lähtökohtana kokonaisvaltaista tiedonkeruuta. Aineisto kerätään luonnollisissa ja todenmukaisissa tilanteissa. Laadullisessa menetelmässä opinnäytetyön tekijät keräävät tiedot kyselylomakkeen avulla. Täydentävän tiedon hankkimisessa tutkijan on mahdollista käyttää apunaan lomakkeita ja erilaisia testejä. Aineiston hankinnassa opinnäytetyön tekijät käyttävät laadullista tutkimusta, jossa on mahdollisuus saada esiin tutkittavien omat näkökulmat. Laadullisessa tutkimuksessa suositetaan ihmisiä tiedon lähteinä. Aineiston keruussa käytetään menetelmiä, joissa valittujen kohdehenkilöiden näkökulmat tulevat esiin. (Hirsjärvi ym. 2013, 164.)

Tässä opinnäytetyössä käytettiin laadullista tutkimusmenetelmää, johon yhteispäivystyksen henkilökunta osallistui viikon aikana. Tutkimussuunnitelma muodostui asteittain tutkimuksen edetessä. Tutkimus toteutui joustavasti ja suunnitelmia muutettiin työn edetessä. Kyselylomakkeen (liite 2) avoimien kysymyksien analysoinnissa tavoitteena oli löytää uusia kehittämiskohteita sekä yllättäviä tai uusia asioita tutkimukseen liittyen. (Hirsjärvi ym. 2013, 164.)

4.2 Aineiston kerääminen ja analyysi

Aineiston keräämisessä oli monta vaihetta, kuten yhteyshenkilön saaminen mahdollistamaan tutkimuksen toteuttamisen ja tutkimusluvan hankkimisen yhteydessä. Yhteyshenkilöä informoitiin kirjeitse ja se liitettiin tutkimussuunnitelmaan, jossa kerrottiin tarkasti keitä tutkimus koskee. Aineiston suunnitteluvaiheessa kuvattiin keitä kuuluu tutkimuskohteeseen, ovatko he osallistujia, tiedonantajia vai informoijia. Lisäksi arvioitiin kuinka suurta osallistujajoukkoa tavoitellaan. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 101.) Tietoa oli haettu alan kirjallisuudesta ja luotettavista sähköisistä lähteistä.

Tässä opinnäytetyössä aineistoa analysoitiin induktiivisella sisällön analyysillä. Analyysiprosessi lähti alkuvaiheessa siten, että vastaukset pelkistettiin, ryhmiteltiin ja abstrahointiin eli käsitteellistetään tavalla, jotta haluttuihin kysymyksiin saadaan vastaukset. Pelkistäminen tarkoittaa sitä, että tutkimustehtävästä koodataan aineiston ilmaisuja. Pelkistetyt ilmaukset tulee kirjoittaa samalla tavalla, kuin vastaajat kirjottavat. Sen jälkeen pelkistetyt ilmaisut kerätään omiksi listoiksi. Seuraava vaihe sisällön analyysissä on aineiston ryhmittely. Ryhmittely on kysymyksen pelkistettyjen ilmausten erilaisuuksien ja samaa tarkoittavien etsimistä. Aiheet, jotka tarkoittavat samaa ilmaisua, laitetaan samaan kategoriaan. Kun aiheet yhdistetään, annetaan kategorioille oma kuvaava nimi, joka kuvaa sisältöä hyvin. Kun muodostetaan kategorioita induktiivisesti, tulee päättää omaa tulkintaa hyväksi käyttäen, mitä asioita voidaan yhdistää tai ei voida yhdistää samaan kategoriaan. Tähän vaiheeseen liittyy jo aineiston käsitteellistämistä. Analyysia jatketaan niin, että yhdistetään saman sisältöiset kategoriat yhteen, jotka näin ollen muodostavat yläkategorioita. Tämän jälkeen yläkategorioille annetaan sellainen nimi, joka kuvaa alakategorian sisältöä hyvin, josta tämä on muodostunut. (Kyngäs 1999, 3-7.)

Kuviossa 3 havainnollistetaan aineiston analyysimenetelmää jota käytetään hyödyksi.



Kuvio 3: Aineiston analyysimenetelmä (mukaillen Hirsjärvi ym. 2013.)

Tutkimusaineistoa voidaan analysoida usealla tavalla. Aineistoanalyysin jälkeen tulee tehdä tutkimuksesta tulkintoja sekä johtopäätöksiä. Tulkinta tarkoittaa sitä, että tutkijan tulee pohtia aineiston analyysissä esiin nousevien merkitysten selkeyttämistä, tuloksia ja tehdä niistä omat johtopäätökset. Tulkinnassa tulee huomioida aineistonkeruussa käytettävien menetelmien vaikutusta aineiston laatuun ja johtopäätöksiä tulee pohtia moniulotteisesti. Tulkinta perustuu jokaisen tutkijan omiin havaintoihin, jonka vuoksi se ei ole yksiselitteinen asia. Tämän vuoksi useimpien tulkintojen tekeminen voi olla hyödyllistä. Tutkimuksesta tulisi tehdä synteesejä, joilla ymmärretään tavallisesti kahden tai useamman jo olemassa olevien asioiden yhdistämistä ja niistä muodostuu yksi uusi asia. Synteesi tehdään tulosten tulkinnan ja analysoinnin lisäksi, ja nämä kokoavat yhteen tutkimuksen tärkeimmät osa-alueet ja vastaavat tutkimusongelmiin. Johtopäätökset tehdään näin ollen synteesien pohjalta, jolloin pohdinnan aiheena on tutkimuksen ja tulosten merkitys valitulla tutkimusalueella. (Hirsjärvi ym. 2013, 224-230.)

4.3 Kyselylomake

Opinnäytetyön aineistoa kerättiin kyselylomakkeella. Kyselylomake on hyvä tapa kerätä tarvittavaa aineistoa. Lomake koostuu taustakysymysten lisäksi avoimista kysymyksistä. Niiden vastauksista kootaan ja muokataan sisällönanalyysillä tietoa, jolla pyritään vastaamaan asetettuihin tutkimuskysymyksiin. Kyselylomaketutkimuksen yhtenä etuna pidetään sitä, että sen avulla voidaan kerätä laajahkoa tutkimustietoa. Tämän tutkimusmuodon avulla voidaan saada suuri joukko osallistujia ja samalla voidaan kysyä monia asioita. Lomakkeen huolellinen suunnittelu helpottaa aineiston käsittelyä tallennettuun muotoon, ja sen jälkeen aineisto analy-

soidaan tietokoneella tai manuaalisesti tekemällä yhteenveto kysymyskohtaisesti. (Hirsjärvi ym. 2013, 193-197.)

Kyselylomakkeen laatiminen ja kysymyksien muotoileminen tulee miettiä tarkasti, jotta kyselyyn vastattaisiin asianmukaisesti. Kyselylomakkeen laadinnassa huomioidaan kysymysten ymmärrettävyyttä, jolloin kysymykset merkitsevät kaikille vastaajille samaa. Laaditaan lyhyitä kysymyksiä, jotka on helppo ymmärtää. Kysymysten määrä ja järjestys lomakkeella on sijoitettava loogisesti. Sanojen valinnoissa ja käytössä on oltava huolellinen. (Hirsjärvi ym. 2013, 202-203.)

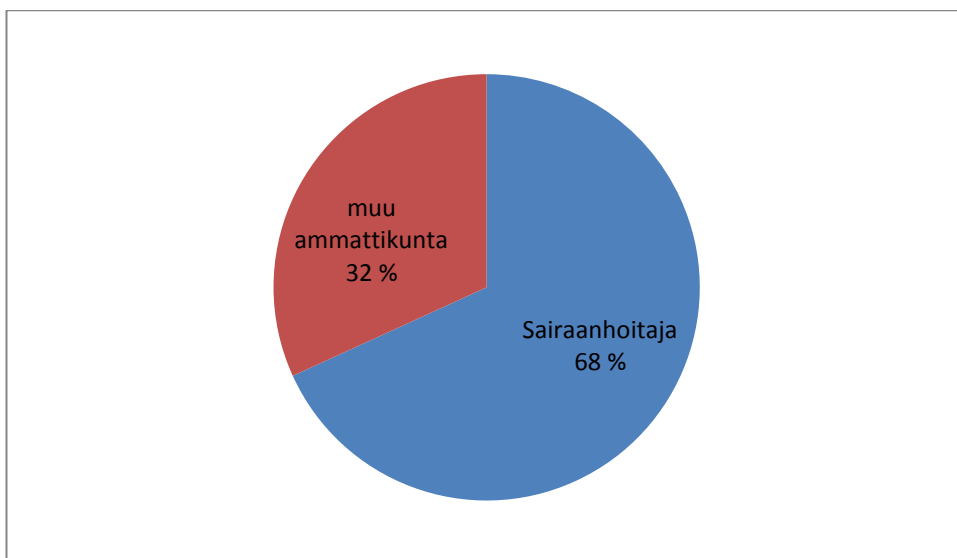
Avoimet kysymykset antavat mahdollisuuden vastaajalle kertoa oman todellisen mielipiteensä ja mitä hän ajattelee asiasta. Avoimilla kysymyksillä on mahdollisuus saada tietoa vastaajien tietämyksestä aiheesta, selventää mikä on keskeistä ja tärkeää vastaajien ajattelussa. Lisäksi ne osoittavat vastaajien tunteiden tason liittyvästä asiasta ja tunnistaa vastaajan motivaatioon kuuluvia seikkoja. Avoimien kysymyksien kohdalla on vaarana, että sisällön kirjavuus ja luotettavuus ovat kyseenalaista, minkä vuoksi se on hankalampaa käsitellä eli koodata. (Hirsjärvi ym. 2013, 198-201.)

Opinnäytetyön kysymyksien laadinnassa huomioidaan kysymyksien sisältö, jotta se olisi mahdollisimman kattava kuvaamaan mielenterveyspotilaan hoitopolkua ja sen kehittämistä. Kyselylomaketutkimuksella kerättiin hoitohenkilökunnan taustatietoja, hoitopolun toimivuutta, yhteistyötä ja yhteispäivystyksen kehittämiskohteita. Kysymysten määrää pyrittiin pitämään pienenä, koska kohderyhmä on laaja.

5 Tulokset

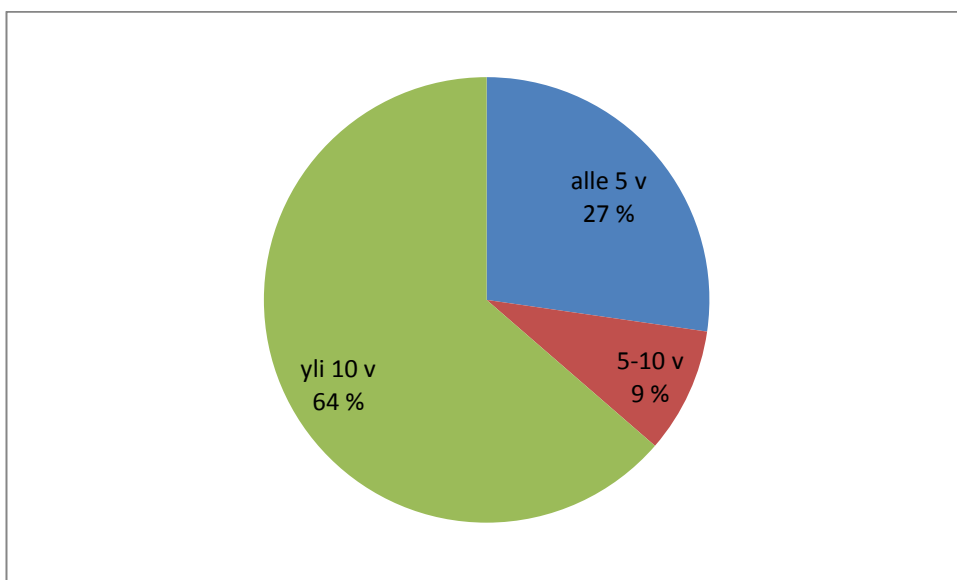
Tässä opinnäytetyössä tarkoituksena oli selvittää mielenterveyspotilaan hoitopolkua yhteispäivystyksessä ja sen kehittämiskohteita. Kyselylomakkeita jätettiin yhteispäivystyksen kahteen eri pisteeseen yhteensä 60 kappaletta, kyselyyn vastasi 22 henkilöä. Tulokset koottiin tehdyn kyselyn perusteella. Tehdyn kyselyn taustatiedot esiteltiin prosenttilukuina, kirjoitetut vastaukset on arvioitu induktiivisen sisällön analyysin menetelmällä. Prosenttiluvut on pyöristetty kokonaisprosentteiksi matemaattista sääntöä noudattaen. Kyselyyn vastasi 22 hoitohenkilökunnan jäsentä, mikä on 1/3 jätetyistä kyselylomakkeista. Näin ollen vastausprosentiksi tuli noin 37 %. Kaikki hoitohenkilökunnan jäsenet eivät vastanneet kaikkiin avoimiin kysymyksiin, toiset vastasivat laajasti tai suppeasti. Kyselyssä oli monivalintakysymyksiä kartoittamaan taustatietoja. Toisiin avoimiin kysymyksiin vastaajat vastasivat laajasti ja osaan suppeasti tai ei ollenkaan. Kysely toteutettiin viikon mittaisella aikavälillä ja se tavoitti osan yhteispäivystyksen henkilökunnasta.

Kyselyyn vastanneista 68 % oli sairaanhoitajia, 32 % vastanneista koostui eri ammattikunnista tasaisesti kuten erikoissairaanhoitaja, perushoitaja, lähihoitaja, lääkäri, sairaanhoitajaopiskelija, sairaanhoitaja/terveydenhoitaja ja YAMK sairaanhoitaja.



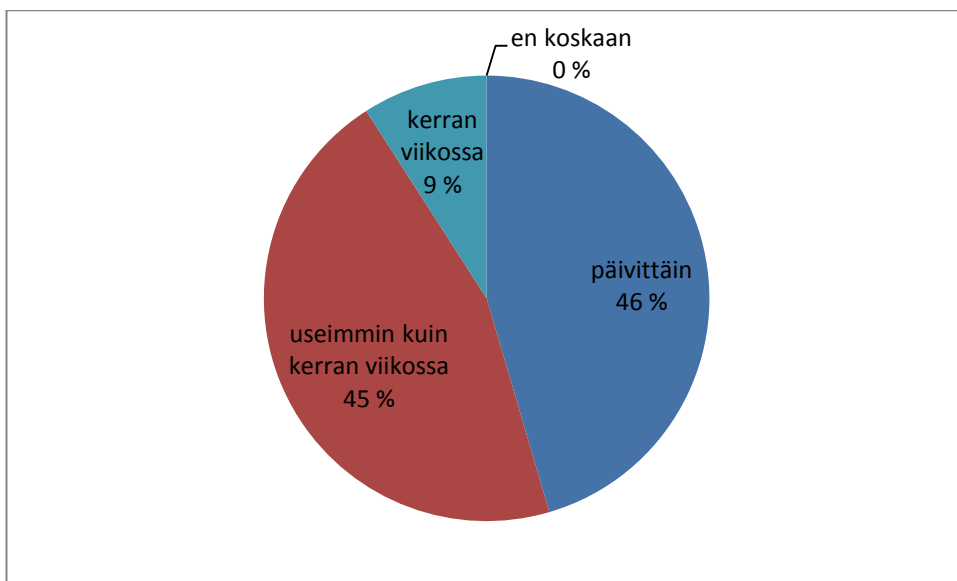
Kuvio 4: Ammattijakauma yhteispäivystyksessä

Alle 5 vuotta työkokemusta alalla oli 27 % ja 5 - 10 vuotta työkokemusta 9 % sekä yli 10 vuotta työkokemusta oli 64 %.



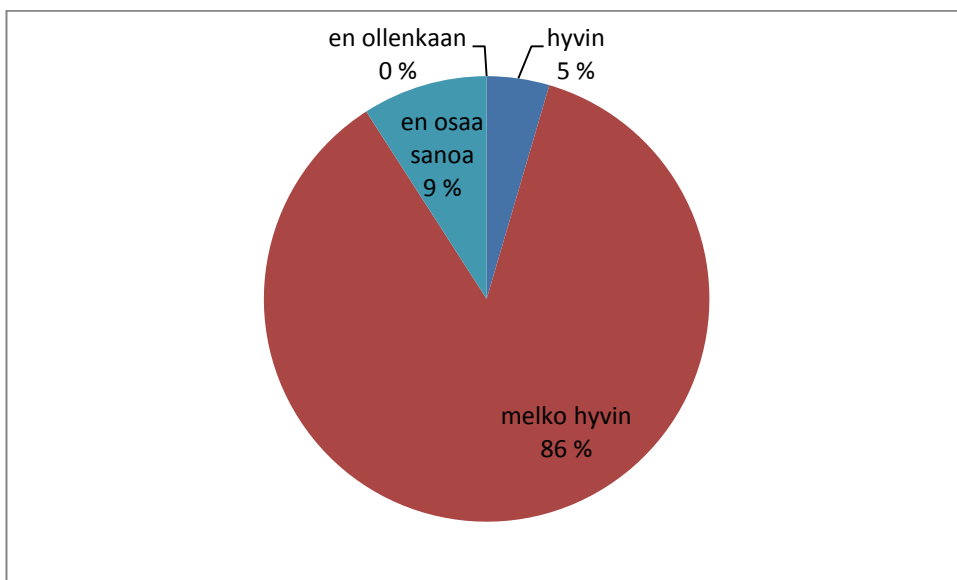
Kuvio 5: Hoitohenkilökunnan työkokemus

Kyselyyn vastanneista tapaa psyykkisiä potilaita päivittäin 46 %, useammin kuin kerran viikossa 45 %, kerran viikossa 9 % ja en koskaan 0 %.



Kuvio 6: Hoitohenkilökunta tapaa psyykkisiä potilaita päivittäin

Kyselyyn vastanneista vastasi tuntevansa mielenterveyspotilaan hoitopolun sairaanhoitoalueella hyvin 5 %, melko hyvin 86 %, ei osaa sanoa 9 % ja en ollenkaan 0 %.



Kuvio 7: Hoitohenkilökunnan tuntemus mielenterveyspotilaan hoitopolusta

5.1 Yhteistyön toimivuus mielenterveyspotilaan hoitopolussa yhteispäivystyksessä

Vastauksista esille nousi se, että koetaan hyväksi arki-aamuisin psykiatrisen sairaanhoitajan työ, hän on tavoitettavissa virka-aikana. Lisäksi esille tuli potilaan toimiva hoito virka-aikana ja vika-ajan ulkopuolella potilaan hoito on epävarmaa. Matalan kynnyksen paikkojen tarpeellisuus koettiin tärkeänä. Somaattisten sairauksien hoito todettiin olevan ensisijalla. Vastanneista osa koki, että potilaan pääsy virka-ajan ulkopuolella sairaalahoitoon on ajoittain vaikeaa, vaikka potilaalla olisi M1-lähetä.

... Psykiatrinen sairaanhoitaja käy aamuisin katsomassa tilanteen ja järjestelee tarvittaessa jatkohoittoa.

Välillä toimii hyvin ...

... tosi vaikeaa saada päivystävää psykiatria kiinni.

5.2 Tärkeimmät kehittämiskohteet mielenterveyspotilaan hoitopolussa

Kehittämiskohteita tuli esille useita, kuten hoidon saatavuus psykiatristen potilaiden kohdalla, hoitoon on vaikea päästä ja jatkohoidto-ohjaus viikonloppuna on hankalaa. Toisena on erikoishoittojen tarpeellisuus, esimerkiksi puute kunnollisista vieroitus- ja selviytymisasemista. Kolmantena on ympärivuorokautinen asiantuntemus, jossa kaivattiin ympärivuorokautisesti psykiatrista sairaanhoitajaa, psykiatrista akuuttihoitopäivystystä, nopeaa hoitokontaktia, potilaiden arviointia ja potilas pääsisi nopeammin jatkohoitopaikkaan. Lisäksi koettiin virka-ajan ulkopuolella avun saamisen vaikeus, kun potilas ei täytä laitoshoidon kriteerejä tai halua hoitoa. Esiin nousi tarve mielenterveyshoitajan kriisiapupalvelun ympärivuorokautisesta tarpeellisuudesta. Neljäntenä on yhtenäinen toimintamalli, jossa nousi esiin kuntien hoitomenetelmien poikkeavuudet toisistaan ja laitoshoidon kriteerit virka-ajan ulkopuolella.

... Akuutti katastrooffitilanteen jälkeinen kriisiapu mt.hoitajan jo olisi oltava käytettävissä 24/7.

Pitäisi olla psyk.akuuttipäivystys, johon voisi viedä suoraan kyseiset potilaat...

Psyk.sh paikalla jatkuvasti, helppo tehdä arvioita potilaista.

5.3 Yhteistyön kehittäminen yhteispäivystyksessä

Vastanneiden kehittämiskohteita yhteispäivystyksessä nousi esille useita, kuten psykiatrisen sairaanhoitajan saatavuus ympärivuorokautisesti. Toisena kehittämiskohteena hoitohenkilökunnan riittävä resursointi eli riittävä määrä henkilökuntaa ja joustava hoidon saanti sekä asianmukainen keskusteluapu. Kolmantena kohtana on henkilökunnan koulutuksen tärkeys ja asiantuntemuksen lisääminen, joka vähentää hoitohenkilökunnan kuormittavuutta. Neljäntenä nousi esille ammattihenkilöstön tietotaito. Kaivattiin kehittämisryhmää joka koostuisi psykiatrisesta puolesta ja yhteispäivystyksestä sekä päivystävän psykiatrin mukaan saaminen hoitotiimiin, psykiatri tulisi olla tavoitettavissa välittömästi.

Psyk.sairaanhoitaja ppkl:lle iltaisin, esim. klo 15-20 auttaisi todella paljon ...

... psyk.potilas odottaa täällä vastaanottoa turhan paljon: ahdistuneita, levottomia, aggressiivisia. Tilanne yleensä pahenee täällä. Asiantuntemus puuttuu...

Kehittämisryhmä psyk.puoli + me

Avohoitokontakti saataville 24/7 olisi hyvä

Päivystävä psykiatri ilmoittaisi puh.numeronsa, olisi osa hoitotiimiä...

Töhönen Tuomo (2013) opinnäytetyössään päätyi jo aikaisemmin samaan tulokseen, että yhteispäivystyksen yhdeksi ongelmaksi Jorvissa todettiin hoitohenkilökunnan osaamattomuus mielenterveyspotilaan hoitotyössä. Jorvissa ja Lohjalla koettiin ongelmaksi psykiatrian puolen yhteistyö ja päivystyspalvelut. Sanankaltaisuutta koettiin myös mielenterveyspotilaan kohdalla hoidon suhteen. He ovat epätasa-arvoisessa asemassa erikoissairaanhoitoon pääsyn suhteen peilattuna somaattisista sairauksista sairastaviin potilaisiin.

Teea Lång Pro gradu-tutkielmassaan (2013) korostaa hoitohenkilökunnan koulutusta ja osaamistasoa. Työ yhteispäivystyksessä on hyvin hektistä ajoittain, jolloin ammattitaito korostuu. Vastaavanlaisesti Lohjan yhteispäivystyksessä koettiin psykiatrisen erikoisosaamisen löytyvän arkipäivisin virka-aikana, mutta muina aikoina sitä ei ole riittävästi.

6 Tutkimuksen luotettavuus

Laadullisessa tutkimuksessa luotettavuus paranee, kun tutkija tarkasti selostaa tutkimuksensa toteuttamisesta. Tutkimuksen eri vaiheissa täytyy olla erittäin tarkka. On syytä kertoa selkeästi ja totuudenmukaisesti kaikki olosuhteet, mikä sisältyy aineiston tuottamiseen. Tästä esi-

merkinä haastattelu- ja havainnointitutkimuksessa tulee kertoa olosuhteista ja paikoista, missä aineisto on kerätty. Lisäksi kerrotaan haastatteluun kulutettu aika, todennäköiset häiriötekijät, haastattelun mahdolliset virhetulkinnot ja tutkijan henkilökohtainen tilanteen itsearviointi. Tutkimuksen aineiston analysoinnin etenemisessä on syytä ilmetä selkeästi esimerkiksi erilaisten luokittelujen käyttäminen, tulosten tulkitseminen ja luokittelujen tarkasteleminen perusteluineen vaativat myös erityistä huolellisuutta. (Hirsjärvi ym. 2013, 232.)

Opinnäytetyön luotettavuutta pyrittiin parantamaan käyttämällä kyselylomakkeen esitestauksella ohjaavan opettajan ja työn tilaajan kanssa (Hirsjärvi ym. 2013, 233). Opinnäytetyössä tutkimuksen luotettavuuden mahdollinen haaste on matala vastausprosentti. Tällöin tutkimus ei välttämättä kattaisi kokonaisjoukkoa. Halukkuutta vastaamisen lisäämiseksi voitiin parantaa esimerkiksi sallimalla kyselyyn vastaaminen työajalla. Lisäksi kyselyn tarkoituksena oli kehittää osallistuvan työyksikön käytäntöjä ja toimintatapoja.

Luotettavuutta lisää opinnäytetyössä se, että vastauslomakkeet käsiteltiin sisällön analyysinä, vastauslomakkeen tietoja ei muunneltu. Tällä keinolla pyrittiin saamaan totuudenmukainen tutkimus. Vastaajat laittoivat valmiit vastauslomakkeet suljettuun kirjekuoreen, jonka jälkeen he laittoivat kirjekuoren paikanpäälle tuotuun vastauslaatikkoon, joka oli suljettu. Näitä laatikoita oli kaksi, jotka vietiin yhteispäivystyksen kahteen eri pisteeseen. Tällä varmistettiin, ettei kukaan pääse näkemään muiden vastauslomaketta. Vastauslaatikot noudettiin sovittuna palautuspäivänä jatkokäsittelyä varten.

Opinnäytetyön kyselylomakkeet vietiin Lohjan sairaalan yhteispäivystykseen osastonhoitajalle, joka jakoi ne hoitohenkilökunnalle. Asiasta tiedotettiin henkilökuntaa, jotta vastaajamäärä olisi mahdollisimman suuri ja kyselystä tulisi kattava. Kyselylomakkeet oli helppo laittaa täytettyinä kirjekuoreen ja palauttaa paikanpäälle vietyyn palautuslaatikkoon. Vastausaikaa annettiin viikko, jonka jälkeen noudettiin vastauslaatikkoihin jätetyt kyselylomakkeet analysointia varten. Tällä tavalla kyselyyn vastanneiden tiedot eivät päässeet väärin käsiin ja heidän anonyminsä taattiin säilyvän. Analysoinnin jälkeen kyselylomakkeet hävitettiin asianmukaisesti silppuria hyväksi käyttäen.

6.1 Tutkimuksen eettiset näkökulmat

Jokainen hoitotyöntekijä joutuu usein tekemisiin eri tavoin tutkimuksen kanssa. Kun hoitotyöntekijä käyttää eri tutkimuksia työssään, hänellä pitää olla kyky arvioida se, että onko tutkimus eettisesti luotettava. Hoitotyöntekijän on tiedettävä eettiset vaatimukset tutkimusvaiheissa ja lisäksi tunnettava potilaan oikeudet. Hoitotyöntekijän peruskoulutuksessa on oltava selkeät tutkimusetiikan perusteet, joka luo perustan eettisesti hyvätasoiselle tutkimukselle. (Leino-Kilpi & Välimäki 2010, 360-361.)

Tutkimusta tehdessä siihen liittyy eettinen näkökulma. Tutkimus tulee toteuttaa niin, että se mielletään oikeaksi ja luotettavaksi, silloin on kysymyksessä tutkimusetiikka. Lainsäädäntö myös ohjaa tutkimusetiikkaa. Tutkimusetiikan laadun takaamiseksi on perustettu 1991 tutkimuseettinen neuvottelukunta (Asetus tutkimuseettisestä neuvottelukunnasta 1991). Laki potilaan asemasta ja oikeuksista on säädetty valtakunnallisen terveydenhuollon eettisessä neuvottelukunnassa eli ETENE:ssä, jonka tehtäviin kuuluu terveydenhuollon ja potilaan asemaan kuuluvat eettiset kysymykset periaatteelliselta pohjalta ja suositusten antaminen niihin. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992; Leino-Kilpi & Välimäki 2010, 361-363; ETENE 2006.)

ETENEn julkaisussa vuodelta 2011 käsitellään etiikkaa yhteiskunnan rakentamisessa. Toiminta vaatii yhteisötasolla ja ammattihenkilöiden eettistä vastuunkantoa. Molemmipuolinen kunnioittaminen, tietotaito ja osaaminen niin hoitohenkilökunnan kuin asiakkaan puolelta takaavat onnistuneen lopputuloksen. Asiakkaan kuulluksi tuleminen ja hänen tiedonsaantinsa omista asioistaan on tärkeää. Sosiaali- ja terveysalalla on tärkeintä asiakkaan hyvinvoinnin edistäminen, ei suorituspohjainen työ. (ETENE 2011.)

Tutkimusetiikka eli tieteen sisäinen etiikka, sisältää hyvän tieteellisen käytännön yhteyden tieteellisen tiedon laadittuihin kriteereihin. Tieteellisen tutkimuksen metodologisiin eli menetelmäopillisiin kriteereihin liittyviä vaatimuksia, joita voidaan myös tulkita seuraavanlaisesti tutkimuseettisinä normeina

- lähteiden ilmoittaminen, jolla estetään suora kopiointi
- tulosten on perustuttava kerrottuihin menetelmiin, ettei vilppiä synny
- tutkimus on järjestettävä siten, että tutkimus palvelisi tieteen harjoittamista (Tieteen etiikka 2002.)

Hyvässä tieteellisessä käytännössä tulee noudattaa seuraavia tieteellisiä toimintatapoja: rehellisyys, tarkkuus ja huolellisuus. Tutkimustyössä on käytettävä eettisesti ja tieteellisesti kantavia ja kestäviä raportointi-, tutkimus-, tiedonhankinta- ja arviointimenetelmiä. Tulosten julkaisussa on noudatettava avoimuutta. On otettava huomioon toisten tutkijoiden työt ja niille on annettava niiden oikeanlainen arvo. Hyvässä tieteellisessä käytännössä määritellään tämän lisäksi myös tutkijoiden vastuu, asema, oikeudet sekä velvollisuudet sekä kysymykset jotka koskevat tulosten omistajaa. (Leino-Kilpi & Välimäki 2010, 364.)

Plagiointi on toisen henkilön kirjoittamaa tekstiä, jos sitä luvattomasti lainataan tai pidetään kirjoittajan omana tekstinä. Tekstiä pitää muuttaa omaan sanamuotoon ja lainatessa on tehtävä asianmukaiset lähdemerkinnät, josta teksti on otettu. Suoran testin osalta lainaus on oltava tarkka jopa painovirheitä myöten. Kun lainaa asiasisältöä, lainauksen pitää vastata alkuperäistä lainattavaa sisältöä. (Hirsjärvi ym. 2013, 26.)

Opinnäytetyössä noudatettiin asiallista ja tieteellisesti hyvää käytäntöä sekä sitouduttiin vaihtolovelvollisuuteen. Työskenneltiin opinnäytetyössä rehellisesti hyvää työmoraalia hyödyntäen ja tarkkuutta noudattaen. Ohjaaviin opettajiin oltiin yhteydessä, mikäli oltiin epävarmoja opinnäytetöihin liittyvissä asioissa. Kaikki kirjoitettu teksti oli lähteisiin perustuvaa ja samalla kunnioitetaan toisten tutkijoiden tekemää työtä, esimerkiksi toisten tekstejä ei plagioida ja lähdeviitteet on oikein merkitty. (Tutkimuksen eettinen arviointi Suomessa 2006.) Opinnäytetyön tekeminen on eettisesti tehty oikein ja opinnäytetyö menee plagiointiohjelman Urklundin läpi. Tällä estetään suora kopiointi.

Opinnäytetyön materiaalin hankinnassa hyödynnettiin alan kirjallisuutta ja sähköisiä lähteitä sekä myös muiden HUS-sairaaloiden yhteispäivystysten kokemuksia ja materiaalia. Kaikista opinnäytetöistä tulee tehdä tutkimuslupahakemus. Opinnäytetyön suunnitelma pitää olla ohjaavan opettajan hyväksymä, ennen kuin tutkimuslupahakemus voidaan jättää. (Opinnäytetyön tutkimuslupahakemus 2015.) Työt tullaan kirjaamaan tutkimusrekisteriin ja opinnäytetöntekijä tai -tekijät on mahdollista tämän lisäksi pyytää esittelemään tekemäänsä työtä esimerkiksi HUS:n sisäisessä koulutuksessa. Opinnäytetyön valmistuttua toimitetaan siitä yksi kappale yhteistyöyksikköön. Opinnäytetyössä hyödynnetään HUS:n henkilökuntaa, tiloja, asiakirjoja, rekistereitä ja muuta HUS:lle kuuluvaa resursseja, jotka edellyttävät sairaanhoitopiirin antamaa lupaa eli tutkimuslupaa, joka on haettava.

7 Pohdinta

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää mielenterveyspotilaan hoitopolkua HUS Lohjan sairaalan yhteispäivystyksessä ja sen kehittämiskohteita hoitohenkilökunnan näkökulmasta. Aihe tuli HUS yhteispäivystyksen taholta. Yhteistyötä tehtiin hyvällä yhteistyöllä osastonhoitajan ja hoitohenkilökunnan kanssa. Lohjan sairaalan yhteispäivystys on alkanut 1.9.2015 ja on jatkuvan muutoksen alaisena ja etsii omaa muotoaan. Opinnäytetyöllä oli mahdollista saada esille millainen on mielenterveyspotilaan hoitopolku yhteispäivystyksessä ja miten hoitopolkua tulisi kehittää hoitohenkilökunnan näkökulmasta. Hoitohenkilökunnalla oli erilaisia mielipiteitä ja muutosehdotuksia toiminnan parantamiseksi.

Teoriatietoa on kerätty erilaisista mielenterveyssairauksista ja niiden oireista. Tutkittua tietoa löytyi työhön kiitettävästi. Lakitekstejä käsiteltiin pääpiirteittäin, jotka koskevat potilasta ja hoitohenkilökuntaa. Opinnäytetyössä tulee esille mielenterveyspotilaan kohtaaminen ja hoitoon ohjaaminen. Hoitopolkua on lähestytty teoriapohjalta ja hoitohenkilökunnan vastauksista saatiin käytännön tietoa. Opinnäytetyön tavoitteena oli saada esille käytännön ratkaisuja parantamaan mielenterveyspotilaan sujuvampaa hoitoon pääsyä ja oikean hoitopolun löytämistä. Potilaan matalamman kynnyksen löytyminen hoitoon pääsyn suhteen nopeuttaisi ja

saataisiin parempi vaste hoidolle. Tällä hetkellä ja tulevaisuudessa tuo haasteita somaattisten ja psyykkisesti sairaiden potilaiden tasapuolinen hoitaminen yhteispäivystyksessä. Tähän haasteeseen opinnäytetyö haluaa antaa mahdollisuuden hoitohenkilökunnalle antaa oman näkökulmansa ja äänensä esille.

Omat oppimistavoitteet tulivat saavutettua. Yhteispäivystyksen hoitopolku ja psykiatrisen sairaanhoitajan tarve on tullut selkeästi esille. Tänä päivänä yhteispäivystyksen osa asiakaskunnasta koostuu mielenterveyspotilaista, vaikka he tulisivat hoidattamaan somaattista vaiheensa. Opinnäytetyön edetessä huomattiin hoitohenkilökunnan kouluttautumisen ja lisäkoulutuksen tärkeys. Paloniemen sairaalan toiminta siirtyy jossain vaiheessa uuteen rakennukseen Lohjan sairaalan yhteyteen. Tämä vaikuttaa varmasti positiivisesti psykiatristen potilaiden hoitoon ja jatkohoitoon pääsemiseen.

Aihe oli meille kiinnostava ja saimme itsellemme paljon uutta tarpeellista ja hyödyllistä tietoa. Näitä voimme hyödyntää tulevassa työssämme ja auttaa ihmisiä hakeutumaan riittävän ajoissa hoitoon. Koemme myös sen, että pystymme auttamaan tämänhetkisiä ja tulevia työyhteisön edustajia huomaamaan ja kohtaamaan mielenterveyspotilaiden tarpeet.

Lähteet

- Aaltola, J. & Valli, R. 2010. Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1. Juva: WS Bookwell Oy.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2013. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.
- Ihalainen, J. & Kettunen, T. 2011. Turvaverkko vai trampoliini. Helsinki: WSOY.
- Ivanoff, P., Risku, A., Kitinoja, H., Vuori, A. & Palo, R. 3-4 painos, 2007. Hoidatko minua? WSOY.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.
- Koponen, L. & Sillanpää, K. 2005. Potilaan hoito päivystyksessä. Helsinki: Tammi.
- Kyngäs, H. 1999. Sisällön analyysi. Hoitotiede 1/1999
- Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2008. Etiikka hoitoyössä. Turku: WSOY.
- Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. 2014. Psykiatria. Helsinki: Duodecim
- Mustajoki, M., Alila, A., Matilainen, E., Pellikka, M. & Rasimus, M. 2013. Sairaanhoidajan käsikirja. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim
- Partanen, A., Holmberg, J., Inkinen, M., Kurki, M. & Salo-Chydenius, S. 2015. Päihdehoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy
- Saarelainen, R., Stengård, E., Vuori-Kemilä, A. 2003. Mielenterveys ja päihdetyö: yhteistyötä ja kumppanuutta. Porvoo: WSOY
- Vuorilehto, M., Larri, T., Kurki, M. & Hätönen, H. 2014. Uudistuva mielenterveystyö. Helsinki: Edita Prima Oy
- Sähköiset lähteet
- Aineiston analyysimenetelmät 2015. Koppa. Viitattu 16.12.2015.
<https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/menetelmapolkuja/menetelmapolku/aineiston-analyysimenetelmät>
- Asetus tutkimuseettisesta neuvottelukunnasta. 1991. Viitattu 26.10.2015.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1991/19911347>
- Diskurssitutkimus. 2015. Koppa. Viitattu 15.12.2015.
<https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/menetelmapolkuja/menetelmapolku/tutkimusstrategiat/diskurssitutkimus>
- ETENE 2006. Eettisyyttä terveydenhuoltoon II. Viitattu 26.10.2015.
<http://etene.fi/documents/1429646/1559078/ETENE-julkaisu-ja+17+Eettisyytta%CC%88+terveydenhuoltoon+II.+Valtakunnallinen+terveydenhuollon+eettinen+neuvottelukunta+%28ETENE%29+2002-2006.pdf/bbf9e871-0f52-46ab-b590-59306f1d4358>
- Erikoissairaanhoitolaki 1062/1989. Viitattu 02.01.2016.
[http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1989/19891062?search\[type\]=pika&search\[pika\]=erikoissairaanhoitolaki](http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1989/19891062?search[type]=pika&search[pika]=erikoissairaanhoitolaki)
- ETENE 2011. ETENEn julkaisut 2011. Viitattu 26.10.2015.
<http://etene.fi/julkaisut/2011>

Henkilötietolaki 523/1999. Viitattu 29.11.2015.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990523>

Holopainen, A. 1.6.2008. Alkoholisairaudet ja niiden hoito. Kuntoutus. Viitattu 13.11.2015.

http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/oppi/koti?p_artikkeli=kun00185&p_haku=p%C3%A4ihihteet

Huttunen, M. 14.11.2015. Terveyskirjasto. Kaksisuuntainen mielialahäiriö. Viitattu 2.3.2016.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00378&p_haku=Kaksisuuntaiset%20%28maanis-depressiiviset%29%20mielialah%C3%A4iri%C3%B6t

Huttunen, M. 16.9.2014. Lääkärikirja Duodecim. Yleistynyt ahdistuneisuushäiriö. Viitattu 13.11.2015.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00555

Isometsä, E. 13.10.2014. Lääkärin käsikirja. Depression tunnistaminen ja diagnostiikka. Viitattu 20.1.2016.

http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=poh00031&p_haku=masennus

Isometsä, E. 21.2.2014. Kaksisuuntainen mielialahäiriö. Lääkärin käsikirja. Viitattu 13.11.2015.

http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00846&p_haku=kaksisuuntainen%20mielialah%C3%A4iri%C3%B6

Jané-Llopis, E. & Anderson, P. 2006. Mental health promotion and mental disorder prevention across European Member States: a collection of country stories. Luxembourg: European Communities. Viitattu 20.1.2016.

http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2004/action1/docs/action1_2004_a02_30_en.pdf

Jokela, H.2014. Hätäpotilaan päivystyshoitotyö. YAMK. Viitattu 20.3.2016.

<http://docplayer.fi/2167182-Hatatilapotilaan-paivystyshoitotyo.html>

Kantonen, J. 2007;123(13):1606. Yhteispäivystyksen kiireellisyysryhmittely. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim. Viitattu 08.12.2015.

http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=duo96605&p_haku=yhteisp%C3%A4ivystys

Koskenvuo, K. 15.5.2015. Kela. Masennuksesta mittaa. Viitattu 18.1.2016.

<http://blogi.kansanelakelaitos.fi/arkisto/2510>

Koponen, H. & Lepola, U. 29.7.2013. Ahdistuneisuushäiriö. Lääkärin käsikirja. Viitattu 13.11.2015

http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00851&p_haku=ahdistuneisuush%C3%A4iri%C3%B6t

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992. Viitattu 29.12.2015.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Lohjan kaupunki. 2015. Viitattu 01.12.2015.

http://www.lohja.fi/default.asp?kieli=246&id_sivu=218&alasivu=218

Lohjan sairaanhoitoalueen toimintakertomus ja tilinpäätös v. 2015. 03.03.2016. Lohjan sairaanhoitoalueen lautakunta. Viitattu 19.3.2016.

<http://hus01.tjhosting.com/kokous/20162097-2.PDF>

Lloyd Williams, M. & Payne. S.2003. A qualitative study of clinical nurse specialists' views on

depression in palliative care patients. Palliative Medicine. Viitattu 20.3.2016.
<http://pmj.sagepub.com.nelli.laurea.fi/content/17/4/334.full.pdf+html>

Lång, T. 2013. Sairaanhoidajien käsityksiä yhteispäivystyksessä tarvittavasta ammatillisesta osaamisesta. Pro gradu -tutkielma. Viitattu 20.3.2016.
http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20130435/urn_nbn_fi_uef-20130435.pdf

Mantere, O. 28.2.2013. Akuutti psykoosi. Lääkärin käsikirja. Viitattu 13.11.2015
http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt01694&p_haku=psykoosi

Koskenvuo, K. 15.5.2015. Masennuksesta mittaa Kela. Viitattu 20.01.2016.
<http://blogi.kansanelakelaitos.fi/arkisto/2510>

Mielenterveyslaki 1116/1990. Viitattu 26.10.2015.
[http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1990/19901116?search\[type\]=pika&search\[pika\]=mielenterveyslaki](http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1990/19901116?search[type]=pika&search[pika]=mielenterveyslaki)

Mielenterveyslaki. 1990. Viitattu 29.12.2015.
[http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116?search\[type\]=pika&search\[pika\]=mielenterveyslaki](http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116?search[type]=pika&search[pika]=mielenterveyslaki)

Mielenterveystalo 2016. Kaksisuuntainen mielialahäiriö. Viitattu 18.1.2016
<https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/Tietopankki/Diagnoosi-tietohaku/F30-39/F30-31/Pages/default.aspx>

Naukkarinen, H. 2016. Masennus mielialahäiriönä. Viitattu 2.3.2016.
<http://www.masennustalkoot.fi/mah.htm>

Opinnäytetyön tutkimuslupa 2015. HUS. Viitattu 26.10.2015.
http://www.hus.fi/tutkijalle/lomakkeet/Opinnytetit%20koskevat%20lomakkeet/JYL-ohje_2-2015_Opinn%C3%A4ytety%C3%B6n%20tutkimuslupa.pdf

Opinnäytetyön tutkimuslupahakemus 2015. HUS. Viitattu 26.10.2015
<http://www.hus.fi/Haku/sivut/Results.aspx?k=Opinn%C3%A4ytety%C3%B6n%20tutkimuslupahakemus>

Pirkola, S. 11.2.2013. Sopeutumishäiriöt. Lääkärin käsikirja. Viitattu 13.11.2015.
http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00854&p_haku=sopeutumish%C3%A4iri%C3%B6t

Pitkälä, K. 2006, Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon päivystisyhteistyö. Pro gradu -tutkielma. Viitattu 20.1.2016.
<https://www2.uef.fi/documents/1084483/1438176/kirsipitkalagradu.pdf/9dc7a91a-d5da-4850-9895-0d64dee0a8e4>

Ponteva, M. 12.4.2013. Äkillinen stressireaktio ja traumaperäinen stressihäiriö. Lääkärin käsikirja. Viitattu 13.11.2015.
http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00855&p_haku=stressi

Psykiatria 2015. HUS. Viitattu 9.12.2015.
<http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaanhoitopalvelut/psykiatria/Sivut/default.aspx>

Rainio, J. 29.1.2015. Psykiatrinen erikoissairaanhoito 2013. THL. Viitattu 18.1.2016.
http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/125570/Tr02_15_fi_sv_en.pdf?sequence=8

HUS 2015. Päivystys ja ensihoito 2015. Viitattu 13.11.2015.
<http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaalat/lohjansairaala/paivystysensihoito/Sivut/default.aspx>

Sailas, E. 27.2.2015. Masennus. Akuuttihoito-opas. Viitattu 13.11.2015.
http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/aho/koti?p_artikkeli=aho01814&p_haku=masennus

Sipilä, J., Brück, A., Salomäki, S., Aaltonen, L. & Hatakka, J. 2013;129(22):2401. Akuuttilääketieteen erikoisan linjauksista. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim. Viitattu 08.12.2015.
http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=duo11333&p_haku=yhteisp%C3%A4ivystys

Skitsofrenia 11.5.2011. Lääkärin tietokannat. Viitattu 15.1.2016.
http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=shp00559&p_haku=b1-l%C3%A4hete

Sosiaalihuoltolaki 1301/2014. Viitattu 29.12.2015.
[http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2014/20141301?search\[type\]=pika&search\[pika\]=sosiaalihuoltolaki](http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2014/20141301?search[type]=pika&search[pika]=sosiaalihuoltolaki)

Suomen perustuslaki 731/1999. Viitattu 29.12.2015.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731>

Teoreettinen tutkimus 2015. Koppa. Viitattu 15.12.2015.
<https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/menetelmapolkuja/menetelmapolku/tutkimusstrategiat/teoreettinen-tutkimus>

Terveystienhuoltolaki 1326/2010. Viitattu 29.12.2015.
[http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2010/20101326?search\[type\]=pika&search\[pika\]=terveydenhuoltolaki](http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2010/20101326?search[type]=pika&search[pika]=terveydenhuoltolaki)

Tieteen etiikka 4.2.2002. Helsingin yliopisto. Viitattu 28.12.2015.
http://www.helsinki.fi/~ohallama/Opetus/Y11_08.htm

Tilinpäätös ja toimintakertomus 2014. HUS 2015. Viitattu 13.11.2015.
http://www.hus.fi/hus-tieto/toa/talous/Tilinpaaotos/Tilinpaaotos_2014/Tilinp%C3%A4%C3%A4t%C3%B6s%20ja%20toimintakertomus%202014.pdf

Töhönen, T. 2013. Mielenterveyspotilaiden hoidon kehittäminen Jorvin sairaalan yhteispäivystyksessä. YAMK opinnäytetyö. Viitattu 29.08.2016.
<http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/64883/Mielenterveyspotilaiden%20hoidon%20kehittaminen%20Jorvin%20sairaalan%20yhteispäivystyksessa.pdf?sequence=1>

Ponteva, M. 17.12.2014. Traumaperäinen stressihäiriö Käypä hoito. Viitattu 19.3.2016.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi50080>

Tutkimuksen eettinen arviointi Suomessa 2006. ETENE. Viitattu 26.10.2015
<http://etene.fi/documents/1429646/1559078/Tutkimuksen+eettinen+arviointi+Suomessa.pdf/6c447b41-39f8-43b5-96f2-1c22f871d8b7>

Julkaisemattomat lähteet

Lindberg, M. 2015. Osastonhoitajan haastattelu 17.12.2015. Hus Lohjan sairaala. Lohja.

Kuviot

Kuvio 1: Psykoottiset häiriöt (mukaillen Vuorilehto ym. 2014, 168-169.)	12
Kuvio 2: Mielenterveyspotilaan hoitoprosessi (mukaillen Koponen & Sillanpää 2005.).....	27
Kuvio 3: Aineiston analyysimenetelmä (mukaillen Hirsjärvi ym. 2013.)	32
Kuvio 4: Ammattijakauma yhteispäivystyksessä.....	34
Kuvio 5: Hoitohenkilökunnan työkokemus	34
Kuvio 6: Hoitohenkilökunta tapaa psyykkisiä potilaita päivittäin	35
Kuvio 7: Hoitohenkilökunnan tuntemus mielenterveyspotilaan hoitopolusta	35

Taulukot

Taulukko 1: Masennuksen luokittelu, piirteet ja erotusdiagnostiikka	10
Taulukko 2: Masennustilan 10 keskeistä oiretta	11

Liitteet

Liite 1 Saatekirje.....	49
Liite 2 Kyselylomake.....	50

Liite 1 Saatekirje



SAATEKIRJE
25.05.2016

HYVÄ VASTAANOTTAJA

Opiskelemme Laurea-ammattikorkeakoulussa sosiaali- ja terveystieteiden yksikössä sairaanhoitajan tutkintoon johtavassa koulutuksessa. Teemme opinnäytetyötä mielenterveyspotilaan hoitopolusta yhteispäivystyksessä Lohjalla. Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää mielenterveyspotilaan hoitopolkua yhteispäivystyksessä ja sen kehittämiskohteita. Tavoitteena on selvittää kyselyn avulla hoitopolun toimivuutta, yhteistyötä ja kartoittaa yhteispäivystyksen mahdollisia kehittämiskohteita.

Opinnäytetyö toteutetaan kyselytutkimuksena. Osallistuminen merkitsee oheisen kyselylomakkeen täyttämistä ja palauttamista. Kysely kohdistetaan yhteispäivystyksen hoitohenkilökunnalle. Osallistuminen on vapaaehtoista ja luottamuksellista. Opinnäytetyön tekemiseen on saatu asianmukainen lupa HUS:ilta 23.5.2016. Kerättyä aineistoa käytetään vain tässä opinnäytetyössä. Vastaaminen kyselyyn on vapaaehtoista. Kysely toteutetaan viikolla 22. Vastaukset käsitellään luottamuksellisesti ja vastausten analysoinnin jälkeen ne hävitetään asiaan kuuluvalla tavalla.

Opinnäytetyön ohjaajina toimivat Anu Elorinne anu.h.elorinne@laurea.fi ja Ulla Lemström ulla.lemstrom@laurea.fi Laurea ammattikorkeakoulusta. Opinnäytetyö tullaan hyväksynnän jälkeen julkaisemaan Internetissä osoitteessa www.theseus.fi.

Ystävällisin terveisin

Marja Someroja ja Päivi Tuominen

Sähköpostiosoitteet:

marja.someroja@student.laurea.fi

paivi.tuominen@student.laurea.fi

Liite 2 Kyselylomake

1. Vastaajan koulutus _____
2. Vastaajan työkokemus terveydenhuoltoalalta vuosina?
 - a) alle 5 vuotta
 - b) 5 - 10 vuotta
 - c) yli 10 vuotta
3. Kuinka usein tapaat yhteispäivystyksessä potilaan, jolla ajattelet olevan psyykkisiä oireita?
 - a) päivittäin
 - b) useammin kuin kerran viikossa
 - c) kerran viikossa
 - d) en koskaan
4. Kuinka hyvin tunnet mielenterveyspotilaan hoitopolun sairaanhoitoalueella?
 - a) hyvin
 - b) melko hyvin
 - c) en osaa sanoa
 - d) en ollenkaan
5. Miten koet yhteistyön toimivuuden mielenterveyspotilaan hoitopolun osalta yhteispäivystyksessä?

6. Mitkä ovat tärkeimmät kehittämiskohteet mielenterveyspotilaan hoitopolussa yhteispäivystyksessä?

7. Miten haluaisit kehittää tätä yhteistyötä yhteispäivystyksessä?

KIITOS VASTAUKSISTASI