



SAVONIA

OPINNÄYTETYÖ - AMMATTIKORKEAKOULUTUTKINTO
SOSIAALI-, TERVEYS- JA LIIKUNTA-ALA

IISALMEN SAIRAALAN PÄIVYSTYKSEN HOITOHENKILÖKUNNAN MIELENTERVEYS- JA PÄIHDEOSAAMINEN

TEKIJÄT:

Henna Kettunen
Satu Väisänen

Koulutusala Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala	
Tutkinto-ohjelma Sairaanhoitajan tutkinto-ohjelma	
Työn tekijät Henna Kettunen ja Satu Väisänen	
Työn nimi Iisalmen sairaalan päivystyksen hoitohenkilökunnan mielenterveys- ja päihdeosaaminen	
Päiväys	22.4.2021
Sivumäärä/Liitteet	42/3
Toimeksiantaja/Yhteistyökumppani(t) Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä	
<p>Tiivistelmä</p> <p>Mielenterveys- ja päihdeosaaminen nostetaan esille kansallisessa mielenterveysstrategiassa. Tätä osaamista tarvitaan myös perusterveydenhuollossa, sillä se helpottaa potilaan sairauden tunnistamista. Myös potilaan hoito ja hoitoon ohjaus paranee.</p> <p>Tässä opinnäytetyössä selvitettiin Iisalmen päivystyksen hoitohenkilökunnan mielenterveys- ja päihdehoito-osaamista, sekä yhteistyön merkitystä psykiatrian ja päivystyksen välillä. Tutkimuksessa selvitettiin, onko päivystyksessä käytössä valmiita kyselylomakkeita tai muita apuvälineitä potilaan psyykkisen tilan arviointiin.</p> <p>Opinnäytetyön tutkimusmenetelmä oli kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus. Aineisto kerättiin sähköisenä Webropol-kyselynä, jossa oli 17 avointa kysymystä. Kysely lähetettiin päivystyksen esimiehelle, joka välitti kyselyn edelleen henkilökunnan vastattavaksi. Päivystyksessä on hoitohenkilökuntaa 21, joista kyselyyn vastasi kuusi henkilöä.</p> <p>Tutkimustuloksista ilmeni, että yhteistyö psykiatrian ja päivystyksen välillä koettiin todella tärkeäksi ja merkitykselliseksi. Päivystyksen henkilökunta konsultoi psykiatrian hoitajia kerran tai useamman kerran viikossa. Moniammatillinen yhteistyö näkyi yksikössä parempana asiakaspalveluna ja koettiin parantavan asiakastytyväisyyttä.</p> <p>Yksikön henkilökunta koki oman mielenterveys- ja päihdeosaamisensa heikkona ja tietoa potilaiden hoitamisesta oli liian vähän. Myös hoitajien lisäkoulutuksen ja tuen tarve nousi esiin tutkimuksessa. Hoitohenkilökunta kaipasi valmiita lomakkeita ja ohjeita potilaiden kohtaamiseen. Tutkimuksessa selvisi, että moniammatillista yhteistyötä kaivattiin lisää yhteisten palaverien ja koulutuksien avulla. Jatkotutkimuksena voisi kehittää tutkimuksemme pohjalta perusterveydenhuoltoon oppaan psykiatristen- ja päihdehäiriöiden tunnistamiseen ja arviointiin.</p>	
Avainsanat mielenterveys- ja päihdehoitotyön osaaminen, yhteistyö, päivystys, hoidon tarpeen arviointi	

Field of Study Social Services, Health and Sports	
Degree Programme Degree Programme in Nursing	
Authors Henna Kettunen and Satu Väisänen	
Title of Thesis Mental Health Competence and Substance Abuse Skills at Emergency Unit in Iisalmi	
Date 22.4.2021	Pages/Appendices 42/3
Client Organisation /Partners Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä	
<p>Abstract</p> <p>In the national mental health care strategy, they bring up the importance of mental health care and substance abuse skills. These skills are needed in primary care because they help to identify the illness the patient has. Also, the knowledge improves the care and guidance.</p> <p>The purpose of this thesis was to find out which mental health and substance abuse skills the emergency unit nurses have in Iisalmi and what is the importance of the co-operation between the emergency unit and psychiatric ward.</p> <p>The aim of the study was to explore whether there are any readymade form or other remedies in the emergency unit that help to assess the mental state of a patient.</p> <p>The research method of the thesis is qualitative research. The material was collected by using a Webropol-survey, with 17 open questions. The survey was sent to the supervisor of the emergency unit, who passed it forward to the nurses. All together there are 21 people the emergency unit, six of them responded to the survey.</p> <p>The results of the study showed that co-operation between psychiatric ward and the emergency unit is important and relevant. Emergency staff consult with psychiatric nurses one or more times a week. Multi-professional co-operation enables better customer service in the unit and improved the customer service according to the staff.</p> <p>The unit staff felt their own mental health competence and substance abuse skills were weak and there was limited information on patient care. The study shows that nurses need additional training and support. The nursing staff needs ready-made forms and more clear instructions. It came clear through the research that more interprofessional collaboration was needed like joint training and meetings. Based on the study one could develop a primary care guide to the identification and assessment of psychiatric and substance abuse disorders.</p>	
<p>Keywords</p> <p>mental health nursing care and substance abuse skills, co-operation, emergency unit, assessment of the need for treatment</p>	

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO	6
2	MIELENTERVEYS	7
2.1	Psykiatria ja mielenterveystyö.....	7
2.2	Mielenterveysosaaminen ja mielenterveyshoitotyö	7
2.3	Päihdehoitotyö.....	8
3	PÄIVYSTYSTOIMINTA	11
3.1	Päivystystoimintaa ohjaava lainsäädäntö	11
3.2	Päivystyspotilaan hoitoprosessi	12
3.3	Hoidontarpeen arviointi	13
3.4	Konsultaatiot terveydenhuollon palveluissa	13
3.5	Psykiatrinen konsultaatio ja jatkohoitoon ohjautuminen.....	14
4	MONIAMMATILLINEN YHTEISTYÖ.....	15
4.1	Moniammatillisuus ja yhteistyöosaaminen.....	15
4.2	Moniammatillisen yhteistyön hyödyt.....	16
4.3	Moniammatillinen yhteistyö terveydenhuollossa	16
5	PSYKKISEN VOINNIN ARVIOINTI	18
5.1	Psykiatrinen hoidon arvio.....	18
5.2	Depression eli masennuksen tunnistaminen	19
5.3	Itsetuhoisuuden ja ahdistuneisuuden tunnistaminen	19
5.4	Kriisin tunnistaminen.....	21
5.5	Psykoosin tunnistaminen	21
6	TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITE	23
7	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	24
7.1	Laadullinen tutkimus	24
7.2	Puolistrukturoitu kysely	24
7.3	Aineiston keruu.....	24
7.4	Aineiston analysointi	25
8	TUTKIMUKSEN TULOKSET	26
8.1	Hoitohenkilökunnan mielenterveys- ja päihdeosaaminen	26
8.2	Yhteistyö psykiatrian kanssa	27

9	POHDINTA.....	28
9.1	Tulosten tarkastelu	28
9.2	Eettisyys ja luotettavuus.....	29
9.3	Ammatillinen kehittyminen	31
	LÄHTEET	32
	LIITE 1: YLÄ-SAVON SOTEN KIIREELLISYYSLUOKITUS.....	38
	LIITE 2 SAATEKIRJE	39
	LIITE 3: KYSELYLOMAKE.....	40

1 JOHDANTO

Mielenterveyden häiriöiden kustannukset Suomessa ovat Euroopan korkeimpia. OECD:n (2018, 30.) julkaiseman tutkimuksen mukaan Suomessa vuonna 2015 mielenterveyden häiriöiden kustannukset olivat 11 miljardia euroa, joka on noin 5,3 % bruttokansantuotteesta. Suomessa vuonna 2019 työkyvyttömyyseläkettä saavia oli 195 316, joista mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden vuoksi eläkettä sai 102 576 ihmistä. Toisin sanoen kaikista Suomen eläkkeen saajista 52,5 % on työkyvyttömyyseläkkeellä mielenterveyden- ja käyttäytymisenhäiriöiden vuoksi (Eläketurvakeskus julkaisu-aika tuntematon.) Psykkisen sairauden hoito ei vaadi erikoissairaanhoidoa, vaan lievä ja keskivaikea psyykinen sairaus voidaan hoitaa perusterveydenhuollossa ja tämä osaltaan vähentää erikoissairaanhoidon palveluiden tarvetta ja kuormitusta (Isohanni, Saari, Leppänen, Puustinen, Koponen ja Jääskeläinen 2019).

Kansallisessa mielenterveysstrategiassa nostetaan esille mielenterveysosaamisen lisääminen ja palveluiden yhteensovittaminen, jolloin pystytään tuottamaan palveluita asiakas- ja potilaslähtöisemmin. Näin palvelut voidaan kohdentaa oikein tarpeen mukaan (STM 2020, 29). Sairauksien tunnistaminen ja hoitoon ohjaus kuuluu perusterveydenhuollon tehtäviin, siksi perusterveydenhuollon puolella tarvitaan myös mielenterveyshäiriöihin liittyvää osaamista. (Noppari, Kiiltomäki ja Pesonen 2007, 124). Jopa puolella suomalaisista on jossain elämänvaiheessa mielenterveydenhäiriö (STM 2020, 11).

Tutkimuksen tilaajamme on Ylä-Savon SOTE kuntayhtymän yhteispäivystys. Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä toimii Iisalmen, Kiuruveden, Vieremän ja Sonkajärven alueella. Tämä palvelualue käsittää noin 37 000 asukasta. Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä tuottaa tällä alueella terveys-, hyvinvointi-, hoito- ja hoivapalveluja sekä ympäristö-, terveysvalvonta- ja eläinlääkintäpalveluja. Ylä-Savon SOTE:n alueella ainoa ympärivuorokautinen päivystys toimii Iisalmen sairaalassa (Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä julkaisuaika tuntematon c).

Valitsimme aiheen, koska suuntaudumme molemmat mielenterveys- ja päihdetyöhön ja psykiatristen konsultaatioiden tekeminen on tulevaisuudessa yksi osa sairaanhoitajan työnkuvaamme. Tutkimusta tehdessämme saimme tietoa moniammatillisesta yhteistyöstä sekä psykiatrisista sairauksista, ja siitä kuinka psyykkiset sairaudet vaikuttavat hoidon tarpeen arvioinnin toteuttamiseen. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää Iisalmen päivystyksen hoitohenkilökunnan mielenterveys- ja päihdehoito-osaamista, sekä yhteistyön merkitystä psykiatrian ja päivystyksen välillä. Tutkimuksemme tuloksia voidaan hyödyntää Iisalmen sairaalan päivystyksessä työn kehittämiseen psykiatristen häiriöiden ja päihdepotilaiden tilan arvioimisessa. Työssä on esitelty strukturoituja malleja ja haastattelulomakkeita työn avuksi. Tutkimus nostaa esille yhteistyön tärkeyden psykiatrian kanssa merkittävänä asiana, sekä tuo uusia ideoita työn kehittämiseen.

2 MIELENTERVEYS

2.1 Psykiatria ja mielenterveystyö

Maailman terveysjärjestö WHO määrittelee mielenterveyden yksilön kykynä nähdä omat vahvuutensa, selvitä normaaleista elämän stressitilanteista sekä työskentelemään tuottavasti oman yhteisönsä hyväksi (WHO 2020). Psykiatrialla tarkoitetaan mielenterveyshäiriöitä tutkivaa ja hoitavaa lääketieteen erikoisalaa (Lönqvist ja Lehtonen 2019). Suomessa mielenterveyshäiriöiden diagnosoinnissa on käytössä kaksi eri tautiluokitusjärjestelmää (THL 2020). Amerikan psykiatriayhdistys APA:n julkaisema DMS-luokitus sisältää oireet ja sairauden kuvauksen sekä muut kriteerit sairauden diagnosointiin (APA julkaisuaika tuntematon). Suomessa DMS-5 on ollut epävirallisessa kliinisessä diagnosoinnissa käytössä vuodesta 1983, uusin päivitetty versio DMS-5 on julkaistu vuonna 2013. Maailman terveysjärjestö WHO:n laatima ICD-10-luokitus on ollut käytössä Suomessa kansallisessa tautiluokituksessa vuodesta 1996. Terveyden -ja hyvinvoinnin laitos julkaisee WHO:n luokituksen pohjautuvaa suomalaista tautiluokitusta. (Lönqvist 2019b.) Mielenterveyden diagnosointiluokitukset kertovat miten sairaus ilmenee, miten sairauden vaikeusaste määritellään ja millaisia sairauden oireet ja oireiden kesto ovat. Tarkalla kuvauksella pyritään helpottamaan sairauden diagnosointia, jolloin potilas saa sairauteensa oikeanlaista hoitoa. (Kuhanen, Oittinen, Kanerva, Seuri ja Schubert 2010, 176–177.) Mielenterveyden häiriöt ovat nimitys psykiatrisille sairauksille ja häiriöille: kuten psykoosisairauksille, ahdistuneisuushäiriöille, elimellisten aivosairauksien ja kemiallisten aineiden aiheuttamia oireyhtymille, masennustiloille, kaksisuuntaisille mielialahäiriöille, uni -ja syömishäiriöille, persoonallisuushäiriöille, pakko-oireisille häiriöille sekä päihde- ja riippuvuushäiriöille. Mielenterveyden häiriöille tyypillistä on tunne-elämän, ajatustoiminnan ja käytöksen häiriöt, jotka vaikuttavat ihmisen toimintakykyyn alentavasti. (Lönqvist ja Lehtonen 2019.)

Suomessa mielenterveyslain mukaan kunnan tai kuntayhtymän on järjestettävä osana kansanterveystyötä kuntalaisten tarpeisiin vastaavat mielenterveys- ja päihdepalvelut. Mielenterveystyö määrittellään yksilön psyykkisen hyvinvoinnin edistämisenä, toimintakyvyn tukemisenä ja yksilön oman persoonan vahvistamisena. Mielenterveystyöhön kuuluu myös mielenterveyshäiriöiden ennaltaehkäiseminen ja yhteiskunnan olosuhteiden rakentaminen mielenterveyttä edistäväksi. Mielenterveysongelmien -ja sairauksien hoito ja palvelut määritellään myös yhdeksi osaksi mielenterveystyötä. (Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116, 1–4 §.) WHO:n (2020) mukaan maailmanlaajuisesti yksi neljästä terveydenhuollon palveluihin hakeutuvasta ihmisestä sairastaa mielenterveys- tai käytöshäiriötä tai neurologista sairautta, mutta jota ei diagnostisoida tai hoideta.

2.2 Mielenterveysosaaminen ja mielenterveyshoitotyö

Mielenterveysosaaminen tarkoittaa mielenterveyshäiriöiden -ja sairauksien tunnistamista ja ymmärrystä ja tietoa niiden hoitamisesta (STM 2020, 16). Puutteet mielenterveysosaamisessa heikentävät hoitoonohjausta ja osaamisvaje mielenterveyden häiriöiden tunnistamisessa aiheuttavat viiveen hoitopääsystä ja huonontavat siten sairauden toipumisennustetta. Varhaisessa vaiheessa aloitettu hoito parantaa hoitoon sitoutumista ja luo paremmat edellytykset hyvälle hoitosuhteelle (Lönqvist, Moring ja Henriksson 2019). Palvelurakenteen muutos ja päivystysyksiköiden väheneminen vaikeuttavat entisestään huonoa hoitoon hakeutumista mielenterveys- ja päihdepotilaiden kohdalla, joten

siksi on ensisijaisen tärkeää, että mielenterveysosaamista on myös päivystysyksiköissä (Koponen ja Lappalainen 2015). Päivystysyksiköiden mielenterveysosaamisen lisääminen sekä mielenterveys – ja päihdeasiakkaiden kohtaaminen on nostettu esille Valtioneuvoston julkaisussa. Selvityksessä on ehdotettu työkalupakkien käyttöönottoa työn tueksi ja mielenterveys- ja päihdeosaamista hallitsevien työntekijöiden sijoittamisesta päivystykseen. (Wahlbeck ym. 2018, 13.) Mielenterveyshoitotyö tarkoittaa hoitajan itsenäisesti toteuttamaa potilaslähtöistä hoitotyötä. Hoitotyön toteutetaan ihmisarvoa kunnioittavasti ja yhdenvertaisesti. Mielenterveyshoitotyön periaatteita ovat yksilöä, perhettä ja yhteisö tukeva ja voimavaroja hyödyntävä työote. Mielenterveyshoitotyön ydintaitoihin kuuluu hoitajan ja potilaan välisen vuorovaikutuksellisen hoitosuhdetyöskentelyn osaaminen, joka pyrkii vahvistamaan potilaan voimavaroja ja elämänhallintaa. (Hämäläinen ym. 2017, 33.)

Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta on määritellyt terveydenhuollolle omat eettiset periaatteet, joiden mukaan jokaisen sosiaali- ja terveysalan ammattilaisen tulisi toimia potilaan parhaaksi. Yhteisiä eettisiä periaatteita ovat potilaan itsemääräämisoikeuden ja ihmisoikeuden kunnioittaminen ja terveyden edistäminen. Oikeudenmukaisuus korostuu, jotta myös mielenterveys- ja päihdepotilaiden hoito on samanarvoista ja ihmisarvoista. Ammattitaitoinen ihminen pystyy antamaan hyvää hoitoa, omien tietojen päivittäminen ja tiedon ylläpitäminen kuuluu myös eettiseen hoitotyöhön. (Vähäniemi 2018, 29; ETENE 2001, 12–14.)

Anu Vähäniemi (2018, 29.) on väitöskirjassaan tutkinut perusterveydenhuollossa työskentelevien henkilökunnan mielenterveyshäiriöiden koulutuksen vaikutuksia heidän taitoihinsa ja asenteita mielenterveyspotilaisiin. Koulutus oli parantanut henkilökunnan taitoja tunnistaa näyttöön perustuen mielenterveydenhäiriöiden oireita, ja he olivat pystyneet luomaan terapeuttisen hoitosuhteen hoidettaviin. Tämä oli taas näkynyt potilaiden motivaation parantumisena, toiveikkuutena, parempina vuorovaikutustaitoina ja parantuneena empatiakykyinä.

Mielenterveydenosaamista on hoitajan avoin ennakkoluuloton asenne mielenterveys- ja päihdehäiriöitä kohtaan sekä halu ottaa vaikeatkin, aikaa vievät asiat puheeksi. Hoitajalta vaaditaan näyttöön perustuvaa osaamista ja tietoa näistä em. häiriöistä. Kliininen haastattelu on tärkein työkalu potilaan tilanteen selvittämiseen. Haastattelussa hyödynnetään avointen kysymysten mallia, jolla pyritään siihen, että potilas itse kuvailisi mahdollisimman hyvin tilannettaan. (Lönnqvist 2019c.)

2.3 Päihdehoitotyö

Päihdehoitotyön osaamiseen kuuluu valmius ottaa päihteet puheeksi potilaan kanssa ja antaa tietoa päihteiden terveysvaikutuksista ja riippuvuudesta. Hoitaja osaa motivoida, tukea ja kannustaa potilasta muutokseen, osaa ohjata tuki- ja hoitomahdollisuuksien piiriin. Päihdehoitotyön osaamiseen kuuluu hoitosuhdetyöskentely ja moniammatillisen yhteistyön hyödyntäminen päihteidenkäyttäjän kanssa tehtävässä hoitotyössä. (Partanen ym. 2015.) Päivystyspoliklinikalla tarvitaan myös päihdeosaamista. Päihtyneen ihmisen kohtaaminen saattaa olla usein haastavaa. Päihtynyt ihminen saattaa olla ennalta-arvaamaton, epäasiallinen ja yhteistyöhaluton, tällöin hoitajan ammatillisuus ja eettinen osaaminen korostuu. Päihtymys ei saa olla este samanarvoiselle ja laadukkaalle hoidolle. (Hakala 2020, 76–77.) Tiina Hakala (2020, 30–35.) on tutkinut vasta ilmestyneessä väitöskirjassaan hoito-

henkilökunnan asenteita ja osaamista alkoholista päihtyneen henkilön hoidosta päivystyksessä. Hoitohenkilökunnan negatiiviseen asenteeseen päihtynyttä potilasta kohtaan vaikuttaa päihtyneen potilaan aikaa vievä hoito ja turvattomuus sekä potilaan oman motivaation puute alkoholin käytön lopettamisessa. Tutkimuksessa todettiin, että hoitajien asenne ja suhtautuminen positiivisempaan suuntaan parani henkilökuntaa kouluttamalla. Päivystyksessä annettu mini-interventio alkoholin käytöstä oli vähentänyt huomattavasti onnettomuuksia ja tapaturmia verrokkiryhmään nähden. Hakalan väitöskirja tuo esille päivystyshenkilökunnan kouluttamisen päihtyneen ihmisen hoitamisesta ja rutiininomaisuutta alkoholin käytön puuttumiseen ja puheeksi ottamiseen.

Koivusen, Hakalan ja Peltomaan (2017, 570–575.) tutkimuksessa oli myös noussut esille samankaltaisia tuloksia. Päihtynyt potilas ajautuu päivystyksen potilaaksi usean eri syyn, kuten päihtymystilan vuoksi sattuneen onnettomuuden tai tapaturman vuoksi. Päihtyneen ihmisen akuutti somaattinen tai psyykkinen ongelma hoidetaan yleensä hyvin päivystyksessä, mutta usein varhaisen puuttumisen malli ja päihneiden käytön puheeksi otto ei toteudu päivystyksikössä. Päihdepotilaiden hoitaminen vaatii laajaa osaamista ja siksi siellä tarvitaan koulutusta päihdepotilaan hoitamiseen akuutissa tilanteessa. Hoitohenkilökunnan osaamisen puute päihdepotilaiden kohdalla näkyy negatiivisena suhtautumisena heihin ja vaikutti henkilökunnan uskallukseen ottaa päihneiden käyttö puheeksi. Päihneiden käyttöön puuttumisella pystytään vaikuttamaan potilaan toistuviin käynteihin päivystyksessä ja parantaa myös potilaan elämänlaatua.

Minna-Maria Behmin (2015, 23–25.) väitöskirjassa päihdepotilaan terveysneuvonnassa nostetaan esille potilaan omaa itsemääräämisoikeutta kunnioittava vuorovaikutus. Hoitoalan ammattilaisena on velvollisuus toteuttaa terveyttä edistävää ohjausta ja kannustaa potilasta päihneiden käytön vähentämiseen, mutta potilasta ei painosteta ja tuomita päihneiden käytöstä. Behm muistuttaa, että hyvä kohtelu ei ole resurssikysymys, vaan asennekysymys. Hakeutuessaan sosiaali- ja terveystieteiden palvelujen asiakkaaksi päihdeongelmaisen potilaan pitää saada samanarvoinen ja yhtä laadukas hoito kuin muidenkin.

WHO on kehittänyt AUDIT- testin, jonka avulla voidaan tunnistaa henkilöt, joilla on haitallisia alkoholin käyttötapoja. Testi helpottaa liiallisen juomisen seulontaa ja toimii apuna lyhytneuvonnassa. (Babor, Higgins-Biddle, Saunders ja Monteiro julkaisuaika tuntematon, 4.) Käypä hoitosuosituksen mukaan alkoholin ongelmakäytön seulomiseen kannattaa käyttää tätä AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) -testiä (Alkoholiongelmaisen hoito: Käypä hoito -suositus 2018). Alkoholiriippuvuuden vaikeuden tason selvittämiseen on olemassa SADD-testi, joka löytyy päihdelinkin nettisivuilta (A-klinikkasäätiö). Alkoholin käytön vähentämiseen voidaan käyttää mini-interventiota eli lyhytneuvontaa, joka on todettu tehokkaaksi keinoksi. Mini-intervention tekeminen kestää 15–20 minuuttia. Mini-interventio annetaan motivoivan haastattelun keinoin, jossa voidaan käyttää RAAMIT-sisältökehystä. RAAMIT (FRAMES) koostuu sanoista: rohkeus (self efficacy), alkoholitietous (feedback), apu (advice), myötätunto (empathy), itsemääräämismvastuu (responsibility), toimintaohjeet (menu). RAAMIT-kehysten sisältämä lyhytneuvonnan sisältöön kuuluu potilaan kannustaminen ja onnistumiseen uskominen. Potilaan kanssa yhdessä mietitään alkoholin käytön riskejä yksilön itsensä kannalta. Potilaalle annetaan apua päätöksen tekoon säilyttäen itsemääräämismvastuu. Potilaan kanssa suunnitel-

laan toimintamalleja juomisen vähentämiseen. Ohjausta antaessa hoitaja kohtaa potilaan myötätun-
toisesti ja pyrkii tuomaan potilaalle uusia näkökulmia omaan alkoholinkäyttöön. (Alkoholiongelmai-
sen hoito: Käypä hoito -suositus 2018.)

3 PÄIVYSTYSTOIMINTA

3.1 Päivystystoimintaa ohjaava lainsäädäntö

Terveydenhuoltolain tarkoitus on pyrkiä takaamaan jokaiselle tasa-arvoinen, turvallinen ja laadukas hoito, jota sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten on helppoa toteuttaa yhdessä ja luoda terveydenhuollolle toimiva kokonaisuus. Päivystyshoito on kiireellistä hoitoa, jolloin hoito ja hoidon arviointi on toteutettava viivyttämättä, näin potilaan tila ei vaarannu tai pääse pahenemaan. Isommat päivystykset ovat yhteispäivystyksiä, joissa toimii sekä perusterveydenhoito, että erikoissairaanhoidon. Sosiaali- ja terveysministeriö voi kuitenkin myöntää luvan perusterveydenhuollon päivystykselle, mikäli välimatkat vaikeuttavat ja vaarantavat potilaan hoidon eikä ensihoidon resurssit ole hoidon turvaamisen kannalta riittävät alueella. (Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326.)

Kiireellinen hoito on terveydenhuoltolain mukaan oltava saatavilla kunnassa vuorokauden ympäri ja se on potilaan asuinpaikasta riippumatonta hoitoa. Hoidon syy voi olla psyykinen tai somaattinen, sairaus tai vamma. Kunnan on lain mukaan järjestettävä tarvittavat tilat ja oikeanlaiset välineet, sekä pätevä henkilöstö, joka määrällisesti riittää takaamaan turvallisen päivystystoiminnan. Henkilökunnalle on järjestettävä täydennyskoulutuksia työtehtävien vaativuuden mukaan. (Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326.)

Kaikilla niillä henkilöillä, jotka pysyvästi asuvat Suomessa on oikeus asialliseen ja oikeudenmukaiseen kohteluun ja hyvään ja turvalliseen terveydenhoitoon riippumatta taustastaan. Potilaalla on oikeus saada ajan tasalla olevaa tietoa omasta hoidostaan ja siihen liittyvistä asioista ymmärrettävällä tavalla. Jokaiselle potilaalle tehdään myös hoitosuunnitelma, joka laaditaan yhdessä potilaan kanssa. Mikäli potilas on itse estynyt ottamaan kantaa omaan hoitoonsa, hoitoon liittyvissä asioissa kuullaan potilaan edunvalvojaa tai lähimaiseksi merkittyä henkilöä ja hoitaa potilasta tämän etua ajatellen. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.)

Laki edellyttää, että jokaisessa kunnassa on oltava mahdollisuus saada kiireellistä hoitoa ympärivuorokauden. Hoito voidaan toteuttaa joko ei-kiireellisen hoidon yhteydessä tai omassa päivystysyksikössä, jossa on asianmukainen välineistö. Yksikössä, jossa hoidetaan kiireellistä hoitoa vaativia potilaita, on oltava riittävää osaamista diagnosoida sairaus ja ohjata potilas oikeanlaiseen jatkohoitopaikkaan. Kunnan asukkaiden tiedossa pitää olla, missä kiireellistä hoitoa järjestetään ja asukkaille pitää olla selkeät ohjeet saatavilla. Ympärivuorokautinen perusterveydenhuollon päivystys tulee sijaita sairaalassa tai terveyskeskuksessa, jossa on mahdollisuus kuvantamiseen ja tarvittaviin laboratoriotutkimuksiin, joita potilaan hoito ja diagnoosin saaminen edellyttää. Potilaan siirtäminen erikoissairaanhoidolliseen päivystykseen pitää tarvittaessa toteutua nopeasti. Laajat ympärivuorokautiset yksiköt toimivat pienempien päivystysyksiköiden tukena. (Valtioneuvoston asetus kiireellisen hoidon perusteista 583/2017.)

Päivystysyksikössä työskentelevällä henkilökunnalla on oltava riittävä ammattitaito ja ajan tasalla oleva koulutus. Lisäksi päivystyksessä on kaikkina virka-aikoina laillistettu lääkäri, joka ohjaa toimintaa. Päivystyksen toiminnasta vastaa johtava lääkäri, joka huolehtii, että potilasturvallisuus toteutuu ja moniammatillinen tiimi noudattaa annettuja ohjeistuksia. (Valtioneuvoston asetus kiireellisen hoidon perusteista 583/2017.)

Potilaan hoito alkaa aina hoidontarpeen arvioinnista. Koska potilaiden ongelmat ovat moninaisia, on avuksi kehitetty kansanvälinen triage-arviointi, jonka avulla määräytyy potilaiden hoidonkiireellisyys järjestys. (Briggs 2018.) Triage-sana TULEE Ranskasta ja tarkoittaa lajittelua. Luokittelun tarkoitus on erotella henkeä uhkaavat tilanteet niistä, jotka eivät ole niin akuutteja eivätkä tarvitse välitöntä hoitoa. (Molina-López ym. 2016.) Triage-arviointi toteutetaan tarkan protokollan mukaisesti ja yleensä sen tekee siihen koulutettu sairaanhoitaja (Briggs 2018). Triage-hoitajana toimiminen edellyttää, että sairaanhoitajalla on siihen riittävä pätevyys ja kokemusta tehdä hoidontarpeen arviointia (Pihlava 2018).

Luokituksessa kuitenkin huomioidaan potilaan vamman tai sairauden mahdollinen paheneminen. Lääkehoitoa päivystyksen on pystyttävä toteuttamaan kaikissa tilanteissa. Lapsipotilaiden kohdalla huomioidaan henkilökunnan riittävä ammattitaito ja tarvittava välineistö. Vanhemmilla on oltava mahdollisuus osallistua lapsensa hoitoon ja hoidossa huomioidaan lapsen kehitys ja ikä. Lain mukaan jokaisella terveydenhuollon ammattilaisella on velvollisuus tarvittaessa ohjata asiakas sosiaalihuollon palveluihin ja tehdä arviointi palveluntarpeesta. (Valtioneuvoston asetus kiireellisen hoidon perusteista 583/2017.)

Päivystysyksikön on kyettävä turvaamaan mielenterveys- ja päihdepotilaille tasa-arvoinen hoito ja kyetä ohjaamaan heidät tarvittaviin palveluihin. Päivystyksen henkilökunnalla on oltava riittävä ammattitaito tunnistaa mielenterveys- ja päihdepotilaiden hoidon tarve ja kyetä ohjaamaan hänet oikeanlaiseen jatkohoitopaikkaan. Palvelun tarvetta voidaan arvioida myös yhdessä sosiaalihuollon ammattilaisen kanssa. Päihtymys ei saa olla este potilaan hoidolle. Näissä tilanteissa huomioidaan myös potilaan päihdepalveluiden tarve ja jatkohoito. (Valtioneuvoston asetus kiireellisen hoidon perusteista 583/2017.)

Mikäli päivystys toimii psykiatrisen erikoisan päivystyksenä, on päivystyksessä oltava psykiatrisen erikoisanlääkäri, joka voi ottaa kantaa potilaan hoidonlinjauksiin ja ohjata potilaan oikeanlaiseen jatkohoitopaikkaan. Päivystyksessä on kyettävä arvioimaan potilaan kriisitilannetta ja hoidettava potilasta ensisijaisesti avohoidon periaatteilla yhteisymmärryksessä potilaan kanssa. Tahdosta riippumattoman hoidon toteutus vaatii psykiatrian erikoisanlääkärin lausunnon tai lääkärin lausunnon, joka on alaan perehtynyt ja jolla on konsultaatio mahdollisuus psykiatrian erikoisan lääkäriin. Lasten ja nuorten psykiatrisessa arvioinnissa noudatetaan sairaanhoitopiirin keskenään sopimia menettelyjä, joissa toteutuu riittävä lasten -ja nuorten psykiatria erikoistuneiden lääkäreiden konsultointi. (Valtioneuvoston asetus kiireellisen hoidon perusteista 583/2017.)

3.2 Päivystyspotilaan hoitoprosessi

Tavallisimpia syitä ja sairauksia, jotka johtavat potilaan hakeutumiseen päivystykseen ovat erilaiset murtumat, ja venähdykset, jo olemassa olevan perussairauden paheneminen, akuuttivatsa, yleistilan lasku sairaudesta tai korkeasta iästä johtuen, kaatumiset sekä erilaiset neurologiset ongelmat. Lisäksi päivystykseen voi tulla potilaita erilaisten intoksikaatioiden vuoksi sekä potilaita, jotka kärsivät masennuksesta tai päihdeongelmasta. Potilas voi olla myös kokenut äkillisen trauman. (Briggs 2018.)

Iisalmen sairaalan päivystyksessä potilaan vastaanottaa kokenut sairaanhoitaja, joka tekee arvion potilaan voinnista ja tarvittaessa konsultoi lääkäriä tai toista sairaanhoitajaa. Potilaalle ei voida antaa päivystykseen vastaanottoaikoja, koska päivystys hoito on kiireellistä hoitoa vaativia potilaita varten. Päivystyksen sairaanhoitajaan voi olla yhteydessä myös puhelimitse ja puhelin on auki ympäri vuorokauden. (Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä julkaisuaika tuntematon b.)

3.3 Hoidontarpeen arviointi

Hoidon tarpeen arviointi alkaa potilaan haastattelulla ja hoitaja kokoaa riittävät taustatiedot. Potilaan henkilöllisyys tarkistetaan. Häneltä kysytään hänen potilashistoriastaan ja tiedustellaan, onko potilaalla ollut aikaisemmin samanlaisia oireita. Potilaalta kysytään hänen aikaisemmat sairautensa ja mahdolliset lääkitykset. Oireita tarkennetaan, milloin oireet ovat alkaneet ja kauanko ne ovat kestäneet. Kun potilaan hoitoon hakeutumisen syy on selvillä, tekee hoitaja sen mukaan tarvittavia lisäksymyksiä sekä mittauksia. Haastattelun aikana hoitaja tarkkailee potilaan vointia ja tekee hänestä arvion mihin triage- luokkaan potilas kuuluu. (Briggs 2018.)

Mikäli luokituksen teossa on ongelmia, auttaa päivystyksen moniammatillinen tiimi, lääkäri ja muu hoitohenkilökunta arvioinnin tekemisessä. Potilaan vointia tarkkaillaan ja luokitusta muutetaan voinnin mukaan kiireellisemmäksi, mikäli se on tarpeen. Päivystyksessä triage-luokitus määrittää potilaiden hoitojärjestyksen. Hoidon luokitteluun ei saa vaikuttaa potilaan päihtymys. Luokitusta käytetään kaikille potilaille, mutta lapsipotilaat tulisi nostaa herkästi luokituksessa ylöspäin ja heidät aina arvioidaan saman vuorokauden aikana. (Åhman julkaisuaika tuntematon.)

Potilaan voinnin havainnoinnissa käytetään erilaisia mittareita. Päivystyksessä ja ensihoidossa käytössä olevista mittareista tunnetuin on valtakunnallisesti käytössä oleva NEWS eli National Early warning score. NEWS-pisteytyksen avulla voidaan pystyä tunnistamaan hengenvaaralliset ja akuutit tilanteet, ja näin vähentää potilaiden kuolleisuutta. NEWS pisteytys kriteereitä on kuusi. Hengitystajuus, happisaturaatio, lisähapen tarve, lämpötila, systolinen verenpaine, pulssi sekä tajunnantaso. Pisteytys määrittää potilaan hoidon etenemistä. Matalat pisteet 1–4 eivät aiheuta erityisiä toimenpiteitä, vaan potilaan vointia tarkkaillaan jatkuvasti ja voinnin muutoksista informoidaan muuta hoitohenkilökuntaa ja lääkäriä. Pisteiden noustessa 5–6:een, tulisi lääkärin arvioida potilaan vointia ja ottaa kantaa hänen hoitoonsa liittyen. Korkein pistemäärä on 7, ja tällöin potilaan voinnin arvioinnilla on jo kiire ja lääkärin on tutkittava potilas välittömästi. (Lamminen 2016, 6–7.) Kaikkein tärkein kriteeri lääkärin hälyttämiseksi ja lisäapukutsulle on kuitenkin hoitajalle herännyt huoli potilaasta (Hankonen 2018). Liitteenä (LIITE 1) on Ylä-Savon SOTE:n kiireellisyysluokitus somaattisen voinnin arviointiin (Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä julkaisuaika tuntematon b).

3.4 Konsultaatiot terveydenhuollon palveluissa

Konsultaatiolla tarkoitetaan tilannetta, jossa kysytään ohjeita ja annetaan neuvoja ammattilaisten kesken. Terveydenhuollon konsultaatio tarkoittaa eri ammattialojen asiantuntijoiden tiedon vaihtamista niin, että vastuu potilaan hoidosta säilyy edelleen konsultoivalla osapuolella. (Lappalainen 2016.) Joskus konsultaatio tilanteessa voidaan kuitenkin päätyä siirtämään potilas konsultoitavan erikoisalain hoitoon. Tällöin myös hoitovastuu siirtyy vastaanottavalle yksikölle. (Louhimo 2019.) Konsultaation tekeminen on tarpeellista silloin, kun oma tieto ja taito potilaan tilanteesta ei ole enää

riittävä (Lappalainen 2016). Tyypillisin konsultaation syy on yleensä potilaan diagnoosiin tai hoitoon liittyvä. Kyse voi olla myös jonkin testin tekemisestä tai toimenpiteen suorittamisesta, johon tarvitaan lisäohjeita. (Louhimo 2019.)

Hyvässä konsultaatiossa oleellista on, että potilaan taustatiedot ovat selvillä ja niiden esitystapa on selkeä. Konsultaatiokysymys on se, mihin konsultoiija haluaa vastauksen. Kysymys esitetään ymmärrettävästi, niin että toinen osapuoli voi tarvittaessa tehdä lisätarkennusta omilla kysymyksillään. Tilanteessa toimitaan ammattimaisesti ja kollegiaalisesti, potilaan etua ja hoidonlaatua ajatellen. Konsultaatiot ovat kliinisessä hoitotyössä työskentelevälle henkilökunnalle päivittäisiä. (Louhimo 2019.) Konsultoinnin avulla potilaan hoidonlaatu paranee ja hoito etenee oikeaan suuntaan. Konsultaatio voidaan toteuttaa käyntinä, jolloin terveydenhuollon ammattilainen ja oman erityisalan asiantuntija tapaa potilaan, ottaa kantaa hänen hoitoonsa ja hoidonlinjauksiin liittyen. Kirjallisena tehty konsultaatio tapahtuu potilasjärjestelmän kautta tehtävällä lähetteellä, mutta tämä ei sovellu päivystyksellisiin tapauksiin, jolloin konsultaation tarve on välitön. Päivystykselliset konsultaatiot suoritetaan yleensä puhelimitse, jolloin tieto saadaan heti käyttöön. Puhelimitse suoritetuissa konsultaatioissa vastuu on kirjaamisesta ja jatko raportoinnista konsultoivalla osapuolella. (Lappalainen 2016.)

Konsultaation työkaluna voi käyttää ISBAR-menetelmää, jota käytetään myös raportoinnissa helpottamaan kommunikointia. ISBAR- menetelmän avulla tiedon siirto on sujuvampaa ja se vähentää tiedon vääristymistä. (Louhimo 2019.) Konsultaatioiden tarve on tulevaisuudessa kasvamassa perusterveydenhuollossa. Hyöty konsultaatioista ja niiden lisääntymisestä terveydenhuollon ammattilaisten kesken näkyy toiminnan nopeutumisenä ja jonojen lyhentymisenä. Näin myös hoitoresurssit lisääntyvät. Potilaiden hoidonlaatu paranee ja työskentely on aiempaa sujuvampaa. Samalla myös ylimääräinen työ jää pois ja tiedon kulku paranee. (Lappalainen 2016.)

Ylä-Savon SOTE kuntayhtymän mielenterveys- ja päihdesuunnitelmassa vuosille 2016–2020 todetaan, että jokaisen terveydenhuollon ammattilaisen on välttämätöntä osata tunnistaa potilaan mahdollisia mielenterveyteen ja päihteidenkäyttöön liittyviä ongelmia, sillä ongelmat ovat yleistyneet aiemmasta. Mielenterveys- ja päihdehuollon palvelut ovatkin siirtyneet perusterveydenhuollon yhteyteen. Näin mielenterveys- ja päihdehuollon erityisalan on helpompaa antaa konsultaatioapua perusterveyden huollon puolelle. He antavat myös tukea työnohjaukseen ja kouluttautumiseen perusterveydenhuollon ammattilaisille. Suunnitelmassa mainitulla yhden oven periaatteella tarkoitetaan sitä, että potilas saisi tarvitsemansa hoidon yhdellä käynnillä ja palvelut toimivat saman katon alla. (Korhonen julkaisu-aika tuntematon.)

3.5 Psykiatrinen konsultaatio ja jatkohoitoon ohjautuminen

Iso osa psykiatrisista potilaista ohjautuu perusterveydenhuollon lääkärien hoidettavaksi. Terveydenhuollossa on kehitetty erilaisia yhteistyöhön perustuvia hoitomalleja helpottamaan potilaan hoidon toteuttamista. Psykiatrinen konsultaatio on yksi näistä hoitomalleista. Konsultaatiopyynnön voi toteuttaa lääkäri tai sairaanhoitaja ja sen voi tehdä puhelimitse tai pyytää psykiatrian ammattilaisen paikan päälle arvioimaan potilaan vointia. Konsultaatiopyyntöjä tehdään yleensä silloin, kun tarvitaan apua psykiatristen häiriöiden tunnistamisessa, lääkemääräysten toteuttamisessa tai lääkemuutoksissa sekä hoitolinjausten suunnittelussa. (Bytler ym. 2018.)

Ylä-Savon SOTE:ssa päivystyksen yhteistyötahoina konsultaatiopyyntöjä tehdessä toimii psykiatrien- ja riippuvuusosasto, josta sairaanhoitaja voi tulla tekemään psykiatrisen arvion potilaan tilasta. Päivystyksen hoitajat ja lääkärit voivat konsultoida psykiatrisen- ja riippuvuusosaston hoitajia yleensä yli 18-vuotiaista potilaista. Konsultaatiota tehdessä selvitetään, kuinka vakava tilanne on ja kuinka nopeasti hoidontarpeen arviointi täytyy potilaalle tehdä. Päivystyksessä työskentelevän hoitajan kanssa sovitaan aikataulusta ja aikarajoista. Henkilökunnan kiireen takia psykiatrisen arvioinnin tekeminen voi joskus viivästyä, mikä on hankalaa potilaan kannalta. Potilaan tiedot kirjataan potilastietojärjestelmään ja perehdytään potilaan taustoihin. Samalla selvitetään, onko potilaalla aiempia psykiatrisia hoitajaksoja. Mikäli kyseessä on M1-arvion tekeminen, arviointi toteutetaan välittömästi. Arvioinnin voi tehdä yksi hoitaja tai hoitajat yhdessä. Hoitajat voivat olla joko psykiatriselta tai riippuvuusosastolta tilanteen niin vaatiessa. Myös päivystyksen sairaanhoitaja voi toimia arvioinnin tekemisessä työparina. Arviointitilanteen pitää silloin olla rauhallinen. (Kumpulainen, Rönkkö ja Laasonen 2019.)

Mikäli potilas ei tarvitse osastohoitoa, annetaan hänelle ohjausta ja neuvontaa sekä tiedotetaan potilaan tilanteesta jatkohoidosta vastaavaa tahoa tai akuuttityöryhmää. Samalla kartoitetaan potilaan lääkityksen tarvetta, ja mahdollisen sairasloman tarvetta. Potilasta ohjataan soittamaan Ylä-Savon SOTE:n akuuttipuhelimeen, mikäli hän kokee siihen tarvetta. Potilas voidaan ohjata virka-aikaan akuuttityöryhmään, kun potilas on välittömän psyykkisen avun tarpeessa. Akuuttityöryhmän piiriin voi tulla ilman lähetettä ja puhelinpäivystys on ympärivuorokautinen. Akuuttityöryhmässä toimii psykiatri sekä sairaanhoitaja ja tarpeen vaatiessa myös sosiaalityöntekijä. Päihtynyt potilas ohjataan päivystyksen kanssa vierekkäin toimivalle selviämisasemalle ja siitä tarvittaessa riippuvuusosastolle. Psykiatriselle osastolle tarvitaan aina lääkärin lähete. (Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä julkaisuaika tuntematon.) Erilliselle läheteelle ei ole kuitenkaan tarvetta silloin, kun psykiatrisen osaston hoitaja on tehnyt potilaasta hoidontarpeen arvioinnin ja saattaa potilaan osastolle (Kumpulainen ym. 2019).

Potilaan ohjautuessa osastohoitoon, otetaan potilas osastolle ja osaston lääkäri arvioi potilaan tilanteen vuorokauden kuluessa. Päivystävä lääkäri tekee tarvittavat lääkemuutokset ja määräykset siihen saakka, kunnes psykiatrisen osaston lääkäri on käytettävissä. Osastohoito voidaan toteuttaa vain yhteisymmärryksessä potilaan kanssa. (Kumpulainen ym. 2019.) Mikäli potilas tarvitsee tahdosta riippumatonta hoitoa, menevät potilaat M1-läheteellä Julkulan sairaalaan Kuopioon. Julkulan sairaalassa toimii neljä aikuispsykiatrian osastoa (KYS julkaisuaika tuntematon a). Lisäksi Julkulassa toimii kaksi nuorisopsykiatrian osastoa ja sairaalakoulu (KYS julkaisuaika tuntematon b). Tahdosta riippumattoman hoidon tarpeen arvioi psykiatrisen osaston hoitaja, yhdessä päivystävän lääkärin kanssa. Tarvittaessa konsultoidaan psykiatriaan erikoistunutta lääkäriä. (Kumpulainen ym. 2019.)

4 MONIAMMATILLINEN YHTEISTYÖ

4.1 Moniammatillisuus ja yhteistyöosaaminen

Yhteistyö on prosessi, jossa tunnustetaan ensimmäisenä yhteistyön tarve ja ne henkilöt, jotka yhteistyössä ovat mukana. Kun päätös yhteistyöstä on syntynyt, voi moniammatillinen yhteistyö alkaa. Moniammatillisesta yhteistyöstä sosiaali- ja terveysalalla on tehty paljon erilaisia tutkimuksia ja niiden pohjalta yhteistyötä on pyritty kehittämään vuosien saatossa. Moniammatillisesta yhteistyöstä

puhutaan silloin, kun eri alojen ammattilaiset tekevät yhteistyötä ratkaistakseen ongelman, samalla tavoitellen yhteistä lopputulosta. Lopputuloksen ja tavoitteen saavuttamiseksi yhdistetään jokaisen ammattilaisen osaaminen, tieto ja taito. Yhteistyötä ei kuitenkaan voi olla ilman motivoituneita ja tehtävälleen omistautuneita yksilöitä. Jokainen yksilö on taas vastuussa siitä, kuinka toimii moniammatillisen tiimin jäsenenä niin, että yhteinen tavoite on mahdollista saavuttaa. Myönteinen suhtautuminen yhteistyöhön ja sen toimivuuteen organisaatiolla ja moniammatillisen tiimin jäsenillä, takaa yhteistyön onnistumisen. (Helin 2016, 26–28.)

Hyvä vuorovaikutus ja tiedon kulkeminen yhteistyötahojen välillä on tärkeää yhteistyön onnistumisen kannalta. Tiimin jäsenten on myös kyettävä uskomaan siihen, että saatu tieto on todenperäistä ja luotettavaa. (Helin 2016, 28.) Keskeinen luottamus on tärkeää yhteistyötä tehdessä (Isoherranen 2012, 113). Jokaiselta moniammatillisen tiimin jäseneltä vaaditaan oman alansa ammattitaitoa ja osaamista, sekä yhteistyökykyä (Helin 2016). Toimivassa moniammatillisessa tiimissä vallitsee hyvä, tasa-arvoinen ja kollegiaalinen ilmapiiri, jossa päätökset tehdään ja toteutetaan yhdessä (Collin, Valleala, Herranen, Paloniemi ja Pyhtälä-Liljeström 2012, 31–43). Nykyaikaisen teknologian avulla voidaan lisätä ammattilaisten välistä yhteistyötä ja tiedon kulkua ammattilaiselta toiselle (Lappalainen 2016).

4.2 Moniammatillisen yhteistyön hyödyt

Collinin ym. (2012, 31–43.) tutkimuksen mukaan moniammatillisella yhteistyöllä on pyritty selvittämään monia terveydenhuollon ongelmia ja haasteita. Haasteita toimivalle moniammatilliselle yhteistyölle tuovat erilaiset toimintaperiaatteet ja ongelmat raportoinnissa. Ongelmia on havaittu myös tiedon kulkemisessa sekä teknisiä ongelmia tietojärjestelmissä. Ongelmiin yhdistettiin olevan syynä yksittäisten henkilöiden asenteet työhön, toistuvat muutokset organisaation puolelta toimintaohjeissa, ja yksilöiden käsittäminen ohjeistukset eri tavalla. Moniammatillisen yhteistyön ongelmiin vaikuttivat myös kiire ja yhtenäisten käytäntöjen puuttuminen. Löytämällä ratkaisuja näihin ongelma-kohtiin, voidaan moniammatillista yhteistyötä ja potilaan hoitoa parantaa terveydenhuollossa.

Potilaan näkökulmasta hoidonlaadun parantuminen, lyhentynyt hoitoaika ja nopea toipuminen ovat moniammatillisen yhteistyön hyötyjä. Organisaation puolelta yhteistyön etuja ovat kustannustehokkuus ja työntekijöiden osaamisen ja ammattitaidon laaja-alainen hyödyntäminen. Työntekijöille työskentely on sujuvampaa moniammatillisen yhteistyön ansiosta ja he viihtyvät organisaation alaisuudessa. Myös työilmapiiri on positiivisempi ja työssäjaksaminen paranee, mikä osaltaan vähentää poissaoloja ja sairauslomien määrää. (Isoherranen 2012, 32–34.)

4.3 Moniammatillinen yhteistyö terveydenhuollossa

Moniammatillinen yhteistyö eri ammattiryhmien välillä on terveydenhuollossa lisääntynyt, koska potilaat ovat yhä useammin monisairaita ja moniongelmaisina. Ongelmat potilailla voivat olla monisyisiä, fyysisiä ja psyykkisiä. (Tuomela, Heikkilä, Haapanen, Kortekangas-Savolainen & Salminen 2017, 264–275.) Potilaat ja heidän läheisensä vaativat myös saada aiempaa enemmän tietoa hoitoon ja

hoitolinjauksiin liittyen. Lisäksi potilailla aiempaan verraten enemmän vaihtoehtoja mistä valita hoitojen suhteen ja he ovat hyvin tietoisia oikeuksistaan ja mahdollisuuksistaan, sillä tiedon saaminen tekniikan avulla on kehittynyt. (Isoherranen 2012, 20–23). Yksittäinen ammattiryhmä ei enää riitä vastaamaan potilaiden terveydenhoidon tarpeisiin. Hyvän potilashoidon edellytyksenä onkin onnistunut moniammatillinen yhteistyö. Jotta moniammatillinen yhteistyö terveydenhuollossa voisi kehittyä, tulisi terveydenhuollon alan opiskelijoilla olla moniammatillinen oppiminen yksi osa koulutusta jo opiskeluaikana. (Tuomela ym. 2017, 264–275.)

Terveydenhuollossa työt moniammatillisen työryhmän välillä jakautuvat helposti ammattikuntiin. Tämä vaikeuttaa ammattilaisten välistä toimintaa ja moniammatillisen tiimin välille voi muodostua keskinäistä kilpailua ja toisen työn arvostelua. Tämä lisää jännitteitä tiimin sisällä. Toisen ammattilaisen tiedon ja taidon arvostaminen, sekä saadun tiedon sisäistäminen, ja tiedon uudelleen kehittäminen on yksi yhteistyöosaamisen taidoista. Terveydenhuollon moniammatillisessa tiimissä osaamistasot, kuten myös vastuutasot ovat erilaisia eri ammattialan toimijoilla. Siksi onkin tärkeää, että jokainen on tietoinen myös toisten tiimin jäsenten toimenkuvasta ja siitä, mitä heidän vastuualueilleen moniammatillisessa työryhmässä kuuluu. Näin vältetään turhilta konflikteilta ja erimielisyyksiltä, jotka voivat olla haitaksi tavoitteen saavuttamiselle. Jokaisen moniammatillisen tiimin jäsenen tulisi kin tuoda rohkeasti oman alansa asiantuntijana tietonsa ja mielipiteensä esille. (Helin 2016, 26–27.)

5 PSYYKKISEN VOINNIN ARVIOINTI

5.1 Psykiatrin hoidon arvio

Päivystysasetuksessa päivystyksyksikössä tehtävän arvion voi tehdä laillistettu lääkäri tai hammaslääkäri tai hänen antamiensa ohjeiden mukaan toimiva laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö. Päivystyksessä tapahtuva hoidon tarpeen arvio tehdään perustuen kerrottuun tulosyhyyn sekä muiden sairauksien ja löydösten perusteella. Hoidon tarvetta arvioitaessa otetaan huomioon potilaan yksilölliset tarpeet. Hoidon tarpeen arvioinnissa huomioidaan potilaan jatkohoidon kiireellisyys sekä mikä on potilaan tilanteen kannalta oikeanlainen jatkohoito. (Valvira, 2017.)

Psyykkisen tilan arviointi päivystyksessä perustuu potilaan psykoottisuuden, ahdistuneisuuden ja itsetuhoisuuden arviointiin sekä päihteiden käytöstä tai lopetuksesta johtuviin oireiden kartoitukseen. Voinnin arvioinnin avulla on tarkoitus selvittää näiden vaikutus potilaan toimintakykyyn, sairauden oireiden vaikeusaste ja potilaan kykyyn ymmärtää sairauttaan ja hoidontarvetta, näiden perusteella määritetään hoidon tarpeen kiireellisyys. (Korkeila 2020, 94.) Kaiken terveydenhuollossa tapahtuvan toiminnan ja psyykkisen tilan arviointi tulisi tehdä näyttöön perustuvan hoitotyön keinoin. Näyttöön perustuva hoitotyön päätöksenteko pohjautuu hoitosuosituksiin, tutkittuun ajantasaiseen tietoon sairaudesta ja sen hoidosta. Yhtenäiset käytännöt ja toimintamallit takaavat laadukkaan hoidon ja yhtenäiset palvelut kaikille. (Hotus julkaisuaika tuntematon.)

Psyykkisen tilan kriisiytyessä ihminen hakeutuu usein päivystykseen hakemaan apua, mutta päivystyksessä psyykkisen avun tarpeen havaitseminen on hankalaa. Päivystyspoliklinikka itsessään on haasteellinen ympäristö psyykkisen tilan arviointiin, ympäristön hektisyyden ja työn kiireellisen luonteen vuoksi. Mielenterveyshäiriöiden kirjo on laaja ja oireet hyvin vaihtelevia, joten näiden tunnistaminen on vaikeaa. Usein mielenterveys- ja päihdepotilas tuo esille somaattisia vaivoja ja sen yhdistäminen psyykkiseen häiriöön vaatii tietoa ja taitoa näiden häiriöiden tunnistamiseen ja havaitsemiseen. (Luukkonen 2014, 6–7.)

Iso-Britanniassa on kehitetty kaavio apuvälineeksi arvioitaessa psyykkistä tilaa ja psykiatrisen hoidon tarvetta. UK Mental Health Triage Scale (UK MHTS) on tarkoitus helpottaa hoidon tarpeen arviointia, yhtenäistää arvioinnin tekemistä ja kartoittaa mahdollisia riskejä sekä helpottaa jatkohoidon suunnittelua. Kaaviossa hoidon tarvetta arvioidaan esimerkiksi itsetuhoisuuden tai lisääntyneiden psykoosioireiden perusteella. Kaaviossa esitellään selkeästi, minkälainen oirekuva vaatii välitöntä psykiatrista hoitoa ja mitkä yhteydenottoa myöhemmin hoitavaan tahoon. (Sands, Elsom, Colgate, Haylor ja Prematunga, 2016.) Suomessa käytettäviä oirekartoituslomakkeita masennuksen hoidossa ovat BDI, PHQ-9-kysely sekä DEPS (BDI-kysely: Käypä hoito -suositus 2019). Itsemurhariskin ja itsetuhoisuuden käyttäytymiseen arviointiin voidaan käyttää C-SSRS-asteikkoa ja Suicide Intent Scale (SIS) –lomaketta (Itsemurhien ehkäisy ja itsemurhaa yrittäneen hoito: Käypä hoito -suositus, 2020). Näiden kyselyiden ja mittareiden avulla ei voi kuitenkaan tehdä varsinaista diagnoosia, mutta niitä voidaan käyttää apuna potilaan oirekuvan kartoitukseen. Luotettavien tulosten saamiseksi hoitajan on hyvä perehtyä mittareihin ja lomakkeisiin etukäteen. (Jääskeläinen ja Miettunen 2011.)

Psyykkisen tilan arviointi perustuu potilaan yleistilaan ja olemukseen, sekä siihen miksi hän on ha-
keutunut hoitoon. Psyykkistä tilaa selvitetessä kerätään tietoa oireista, sairauden kuvasta ja vaiku-
tuksesta toimintakykyyn. Tärkein työkalu tähän on kliininen haastattelu. (Lönqvist, 2019bc) Mielen-
terveys potilaiden kohdalla on hyvä haastatella myös potilaan läheisiä, jotta saadaan tilanteesta to-
dellinen kuva. Monesti esimerkiksi kaksisuuntainen mielialahäiriö jää päivystyksessä tunnistamatta,
koska potilas antaa vastaanottotilanteessa itsestään asiallisen vaikutelman eikä mania tule esille.
(Luukkonen 2014, 6–7.)

Psyykkistä tilaa arvioitaessa kiinnitetään huomiota potilaan käyttäytymiseen, ulkoiseen olemukseen
ja vuorovaikutukseen. Psykoottisella ihmisellä käytös saattaa näkyä hajanaisuutena, hän ei pysty
avoimeen, dialogiseen vuorovaikutukseen. Psyykkistä tilaa arvioitaessa huomioidaan potilaan tun-
neilmaisu; ilmeet ja eleet, niiden asiankuuluvuus ja sopivuus tilanteeseen. Psyykkisissä sairauksissa
saattaa ilmetä erilaisia pakkoliikkeitä, nykimisiä tai poikkeavia asentoja ja liikkeitä, potilaan levotto-
muus tai liikkeiden jähmeys saattaa olla poikkeavaa. (Korkeila 2020, 97–98.)

5.2 Depression eli masennuksen tunnistaminen

Masennushäiriöt ovat yleisin mielenterveyden häiriö Suomessa, josta vuoden aikana kärsii n. 5 %
aikuisista (THL 2020). Masennus sairautena aiheuttaa suuria kustannuksia, vuonna 2018 masennuk-
sen aiheuttamat työkyvyttömyyseläkemenot olivat 434 miljoonaa euroa ja sairaspäiväkustannukset
138 miljoonaa euroa. (Tarnainen, Isometsä ja Tuunainen 2020). Depressio on oireyhtymä, johon
kuuluu mm. mielialan mataluus, väsymys, mielenkiinnon ja mielihyvän kokemusten puuttuminen tai
vähentyminen sekä vähentyneet voimavarat. Masentuneen henkilön itseluottamus ja oma-arvon-
tunto on yleensä huono. Masentuneella saattaa olla unihäiriöitä ja keskittymisvaikeuksia. Masentu-
neen henkilön kohdalla itsetuhoiset ajatukset ja itsetuhoinen käyttäytyminen selvitetään tarkasti.
Depressio vaikuttaa sairastuneen elämänlaatuun ja toimintakykyyn heikentävästi. (Depressio: Käy-
pähoito -suositus 2020.)

Jotta masennus voidaan diagnosoida, masennusjakso on kestänyt yhtäjaksoisesti vähintään kaksi
viikkoa. Depression vaikeusaste määritetään oireiden ja toimintakyvyn mukaan lievistä, keskivaike-
aan tai vaikeaan depressioniin. (Depressio: Käypähoito -suositus 2020.) Matala mieliala saattavat kes-
kustelussa ilmetä alakuloisena, välinpitämättömänä ja tunneniukkana puheen tuottona. Erilaisten
somaattisten oireiden esille tuominen, kuten väsymyksen, kipujen ja korkean sykkeen esille tuomi-
nen saattavat olla ahdistuksen ilmentymiä. (Korkeila 2020, 98–99.) Alakuloisuutta ja masennusta
selvitettäessä voidaan käyttää Beck depressioasteikkoa eli BDI-lomaketta, jonka voi hoitaja tai poti-
las itse täyttää. (BDI-kysely: Käypähoito -suositus 2019). Masennuksen seulontaan ja oirekartoituk-
seen on olemassa monia erilaisia mittareita, PHQ-9-kyselyä tai suomalaista DEPS-mittaria (Depres-
sio: Käypähoito -suositus 2020).

5.3 Itsetuhoisuuden ja ahdistuneisuuden tunnistaminen

Itsetuhoisuudella tarkoitetaan käyttäytymistä minkä tarkoituksena on itsensä vahingoittaminen, aja-
tuksia ja/tai toiveita omasta kuolemasta tai itsensä vahingoittamisesta. Itsetuhoisuus saattaa johtaa
itsemurhan yritykseen tai itsemurhaan. Perusterveydenhuollossa on tärkeää tunnistaa itsetuhoinen

potilas, koska jopa puolet itsemurhan tehneistä on ollut yhteydessä perusterveydenhuoltoon kuu-
kauden sisällä ennen itsemurhaansa (THL 2019, 5). Itsetuhoiselle käyttäytymiselle ja itsemurhan
yrityksille altistaa mielenterveydenhäiriöt, kuten depressio, kaksisuuntainen mielialahäiriö ja skitso-
frenia sekä päihdeongelmat. Kriisiytynyt elämäntilanne, vaikea somaattinen sairaus, vaikea kiputi-
lanne ja aikaisempi itsemurhayritys lisäävät riskiä itsetuhoiselle käyttäytymiselle. Yksittäinen riskite-
kijä ei välttämättä yksistään altista itsemurhalle tai itsetuhoiselle käyttäytymiselle. (Itsemurhien eh-
käisy ja itsemurhaa yrittäneen hoito: Käypä hoito -suositus 2020.) Välttämättä potilas ei suoraan tuo
esille itsetuhoisuutta ja itsensä vahingoittamiseen liittyviä ajatuksia, vaan itsetuhoisuus saattaa nä-
kyä toivottomuutena, ahdistuksena ja masentuneisuutena. Itsetuhoisuudesta ja itsemurhan suunnit-
telusta TULEE kysyä potilaalta suoraan. (Solin ja Partonen, 2017.)

Ahdistuneisuus ja ahdistuneisuushäiriö tarkoittavat mielenterveyden häiriöitä, joissa ahdistus estää
normaalia jokapäiväistä elämää, ahdistus on pitkään jatkunutta ja voimakasta. Ahdistuneisuuteen
saattaa liittyä voimakasta pelkoa ja huolta. Ahdistus aiheuttaa autonomisen hermoston aktivoitumi-
sen, joka voi näkyä korkeana sykkeenä, rintatuntemuksina, lihasjännityksenä ja vatsan toiminnan
häiriöinä. Ahdistushäiriöt saattavat esiintyä toistuvina tai tietyissä tilanteissa tai paikoissa esiintyvinä
paniikki- ja ahdistuskohtauksina. Ahdistuneisuushäiriöinen ihminen saattaa alkaa vältellä esimerkiksi
sosiaalisia tilanteita, joissa on saanut näitä kohtauksia. Ahdistuneisuus vaikuttaa ihmisen kykyyn toi-
mia, aiheuttaa uni- ja keskittymisvaikeuksia, jännittyneisyys ja voimakkaat pelkotilat kuuluvat ahdis-
tuneisuushäiriöiden oirekuvaan. (Lönqvist 2019a.)

Vuorovaikutuksessa ahdistuneisuus voi ilmetä myös haluttomuutena tai kyvyttömyytenä keskuste-
luun ja tämä voi näkyä ärtyneisyytenä ja kireytenä. Itsetuhoisuutta ja ahdistuneisuutta arvioitaessa
kannattaa kiinnittää huomiota potilaan ulkoiseen olemukseen, potilas saattaa olla epäsiisti, koska ei
ole jaksanut tai kyennyt huolehtimaan itsestään. (Korkeila 2020, 98–99.) Haastattelun avuksi on ole-
massa strukturoituja mittareita ja haastattelukaavakkeita. Ahdistuneisuuden kliinisessä arvioinnissa
voi apuna käyttää Käypä Hoito-suosituksen mukaisia mittareita, kuten Generalized Anxiety Disorder
Screeener (GAD-7, GAD-2), paniikkioirekysely (PDSS-SR) tai sosiaalisten tilanteiden pelon määrittämi-
seen on olemassa SPIN-kyselylomake. (Ahdistuneisuushäiriöt: Käypä hoito -suositus, 2019.) Edellä
mainitut kyselyt potilas täyttää itse ja ne ovat saatavilla esimerkiksi Mielenterveystalon nettisivuilla.
Kyselyt kartoittavat oireita ja ovat suuntaa antavia. (Mielenterveystalo.fi.)

Itsemurhariskin ja itsetuhoisen käyttäytymisen arviointiin on olemassa C-SSRS-asteikko ja itsemur-
hayrityksen tarkoituksen arvioinnin apuna voi käyttää Suicide intent scale (SIS) -lomaketta. (Itse-
murhien ehkäisy ja itsemurhaa yrittäneen hoito: Käypä hoito -suositus, 2020.) On tärkeää tunnistaa
välittömässä vaarassa oleva potilas, jotta hän saa tarvitsemansa avun heti eikä jää yksin. Itsetuhoi-
sen käyttäytymisen taustalla olevan syyn hoitaminen on tärkeää. Taustalla voi olla hoitamaton
psyykinen sairaus tai jokin muu syy mikä selvitetään ja hoidetaan, tällä tavalla voidaan estää uusi
itsetuhoisen käyttäytyminen tai uusi itsemurhayritys. Tällöin potilas ei välttämättä tarvitse välitöntä
hoitoa, mutta potilas ohjataan ja lähetetään esimerkiksi avohoidon palveluihin. (Itsemurhien ehkäisy
ja itsemurhaa yrittäneen hoito: Käypä hoito -suositus, 2020.)

5.4 Kriisin tunnistaminen

Vakava sairastuminen, läheisen kuolema, onnettomuus saattavat laukaista kriisin, tilanteisiin sopeutuminen on yksilöllistä. Kriisin laukaisee se, kun ihmisen omat sopeutumis- ja hallintakeinot eivät riitä. Ihminen kokee kriisitilanteessa epävarmuutta ja pelkoa, turvallisuuden tunne häviää eikä ihminen välttämättä pysty normaaliin toimintaan arjessa. Kun ihminen ei pysty käsittelemään tilannetta ja psyykkiset hallintakeinot eivät riitä, näkyy se lisääntyneenä ahdistuksena, ärtyneisyytenä ja levottomuutena ja univaikeuksina. Pitkään jatkunut oirehdinta saattaa jopa altistaa ahdistuneisuushäiriön, mielialahäiriöjakson tai päihdeongelman syntyyn tai aiheuttaa psykoottisia oireita. Kriisiosaamiseen kuuluu kriisin vaiheiden tunnistaminen ja tukeminen kriisin läpikäymisessä. Onnistuneella kriisityöllä pystytään edistämään kriisistä selviytymistä ja hyväksymistä, se ennaltaehkäisemään mielen-terveyshäiriöiden syntyä. (Henriksson ja Lönnqvist, 2019.) Tietämys kriisin eri vaiheista helpottaa työntekijää kriisin kokeneen potilaan tunnistamisessa (Laukkanen 2020, 5).

Kriisityössä on tärkeää kohdata potilas myötätuntoisesti ja tukien. Tilanteesta luodaan turvallinen; fyysisesti ja psyykkisesti, ja tilaa kohdata omat tunteet. Kriisissä oleva ihminen on menettänyt yleensä turvallisuuden tunteen ja on tärkeää pyrkiä luomaan turvallisuuden ja vakauden tunne. Tilanteen läpi käyminen ja jäsentäminen auttaa tilanteen selvittämisessä. Kriisissä on tärkeää, että kontrollin tunne palaa, ja sitä edistetään kertomalla mitä on tapahtunut ja miten tilanne etenee siitä eteenpäin, mitä on odotettavissa kriisin edetessä, mitä tunteita ja vaiheita kriisi käsittää. Kriisin akuuttivaiheessa potilaalle tarjotaan apua käytännön asioihin ja varmistaa, että ne onnistuvat. Toimintasuunnitelma ja selkeät ohjeet miten toimia auttavat arjessa, akuutissa vaiheessa jäsenneily toimintapa auttaa selviämään käytännön asioista. Sosiaalisella tuella tuetaan turvallisuuden tunteen luomisessa sekä varmistetaan että potilas ei jää yksin kriisissä. (Hedrenius ja Johansson 2016, 191–250.)

Sanna Laukkanen (2020, 15.) tutki pro gradututkielmassaan kriisiavun merkitystä, ja totesi että nimenomaan kriisiapu on vaikuttanut kriisiavun saaneisiin myönteisesti ja muun muassa itsetuhoiset ajatukset ovat vähentyneet sekä asiakkaat kokivat elämäntilanteet vähemmän kuormittavina. Tutkimuksen yhteenvedona kriisiapu on auttanut asiakkaita viemään selviytymisprosessin kriisissä eteenpäin.

5.5 Psykoosin tunnistaminen

Psykoosilla tarkoitetaan tilaa, jossa potilaan todellisuuden taju saattaa olla heikentynyt, hänellä saattaa olla erilaisia aistiharhoja -tai tuntemuksia. Harhaluulot ja pelot esimerkiksi seuraamisesta tai vainomisesta ovat psykoosin oireita. Potilaan ajatuksen juoksussa ja puheentuotossa saattaa ilmetä hajanaisuutta. Psykoosi vaikuttaa potilaan kognitiivisiin taitoihin heikentävästi, kuten keskittymiskykyyn ja muistiin, jotka kannattaa huomioida potilaan tilaa arvioitaessa. Psykoottisen ihmisen ajatuksen kulku saattaa olla hyvin poikkeavaa ja hän tuo esille ristiriitaisia sekä epärealistisia, vaikeasti hahmotettavia ajatuskuvioita. (Korkeila 2020, 99–100.) Käypä Hoitosuosituksen mukaan myös skitsofrenian ja psykoosipotilaan kliinisen tilan selvittämiseen tulisi käyttää standardoituja mittareita,

kuten BPRS -sekä PANSS-mittareita. Mittareiden käytöllä varmistetaan samalla tavalla tehty tilan arviointi, jolla pystytään arvioimaan tilaa johdonmukaisesti ja luotettavasti. (Skitsofrenia: Käypä hoito -suositus, 2020.)

6 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITE

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää Iisalmen päivystyksen hoitohenkilökunnan mielen-terveys- ja päihdehoito-osaamista, sekä yhteistyön merkitystä psykiatrian ja päivystyksen välillä, sekä selvitettiin, onko päivystyksessä käytössä valmiita kyselylomakkeita tai muita apuvälineitä potilaan psyykkisen tilan arviointiin. Opinnäytteen tavoitteena oli tuoda esille, miten yhteistyötä voidaan kehittää psykiatrian ja päivystyksen välillä sekä millaisia työkaluja hoitohenkilökunta tarvitsee oman osaamisensa tueksi. Tavoitteena oli selvittää, millaista lisä -ja täydennyskoulutusta päivystyksen hoitohenkilökunta kokee tarvitsevana mielen-terveys- ja päihdeosaamiseen, sekä hoidon tarpeen arvioinnin tekemiseen liittyen. Tutkimuskysymykset muodostettiin seuraavien aihealueiden mukaan:

Millaisina hoitohenkilökunta kokee oman osaamisensa mielen-terveys -ja päihdepotilaan tilan arvioinnissa?

Millaisia lomakkeita yksikössä on mielen-terveys -ja päihdepotilaiden haastatteluun, ja potilaan tilan arvioimiseen?

Millaisena hoitohenkilökunta kokee moniammatillisen yhteistyön psykiatrian kanssa?

7 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

7.1 Laadullinen tutkimus

Laadullisen tutkimuksen avulla ei pyritä löytämään tarkkoja tietoja tutkittavasta ilmiöstä, vaan sillä halutaan löytää erilaisia näkökulmia ja kokemuksia tutkittavasta aiheesta. Laadullisen tutkimuksen luonteeseen kuuluu, että tutkimuksen kohde ei ole aina selvä tai sitä ei voida tarkkaan määrittää. (Juuti ja Puusa 2020, 9–14). Laadullisen tutkimuksen edetessä teorian tiedon ja aineiston pohjalta tutkimuskysymys tarkentuu (Puusa ja Juuti 2020b, 78). Laadulliseen tutkimukseen osallistujat valikoituvat sillä perusteella, kenellä on riittävästi tietoa tutkittavasta aiheesta (Juuti ja Puusa 2020, 9–14). Valitsimme laadullisen eli kvalitatiivisen tutkimusmenetelmän, sillä tutkimuksemme aihe perustuu päivystyksen henkilökunnan kokemuksiin ja ajatuksiin yhteistyöstä psykiatrian kanssa, sekä heidän käsitykseensä omasta mielenterveys- ja päihdeosaamisestaan.

7.2 Puolistrukturoitu kysely

Puolistrukturoidun haastattelun malli kehitettiin, kun päätettiin luopua tarkkaan rajatusta ja strukturoidusta haastattelumallista. Puolistrukturoitua haastattelua rinnastetaan usein myös teemahaastatteluun. (Hyvärinen, Nikander & Ruusuvuori 2017.) Tätä haastattelumallia käytetäänkin usein laadullisissa tutkimuksissa aineiston keräämiseen (Hyvärinen ym. 2017). Puolistrukturoitu haastattelu sopii käytettäväksi silloin, kun haastattelijalla on valmiit kysymykset ja tutkittavasta asiasta on vähänlaisesti aiempaa tutkittua tietoa. Puolistrukturoitu haastattelu ei anna haastateltavalle valmiita vastausvaihtoehtoja ja tästä syystä se antaa mahdollisuuden vapaampiin ja laajempiin vastauksiin. Puolistrukturoitu haastattelu eroaa strukturoidusta haastattelusta siten, että strukturoitu haastattelu on tarkkarajainen ja siinä haastateltavalla on valmiit vastausvaihtoehdot, joista hän valitsee mielestään sopivimman. (Näpärä 2017.)

Valitsimme puolistrukturoidun kyselyn tiedonkeräysmenetelmäksi, koska sen avulla saimme monipuolista tietoa tutkimusaiheestamme, ja se oli helppo toteuttaa myös sähköisesti. Aiheesta ei myöskään ole toteutettu aikaisempia tutkimuksia, joten valmiita täysin strukturoitua haastattelua olisi vaikea toteuttaa.

7.3 Aineiston keruu

Tutkimuksemme keräsimme aineiston puolistrukturoidun kyselyn avulla Iisalmen päivystyksen hoitohenkilökunnalta. Halusimme monen vastaavan kyselyyn ja koimme, että sähköisesti toteutettu kysely tavoittaisi monen hoitohenkilökunnasta. Kysely tehtiin Webropol 3.0 – ohjelmalla. Kyselylomakkeessa oli 17 avointa kysymystä (liite 3). Lähetimme päivystyksen esimiehelle kyselyn sähköpostitse, jonka hän välitti edelleen päivystyksen hoitohenkilökunnalle. Sähköpostin liitteenä oli saatekirje ja linkki kyselyyn. Kysely oli avoinna 14 - 28.2.2021 ja muistutimme kyselyyn vastaamisesta viikon kulluttua kyselyn avaamisesta. Hoitohenkilökuntaa päivystyksessä on 21, joista kuusi hoitajaa vastasi kyselyymme. Aineisto kerättiin anonymisti eikä vastaajista kerätty taustatietoja, joista heidät olisi voinut tunnistaa.

7.4 Aineiston analysointi

Kun aineistoa on saatu riittävästi kerättyä, aloitetaan aineiston analysointi. Aineiston analyysissä tarkoitus on saada vastauksia tutkittavaan ongelmaan. Aineiston kerääminen ja analysointi voidaan toteuttaa myös samanaikaisesti. Aineiston analysointia toteuttaessa eritellään tutkimusmateriaali järjestelmällisesti ja saada näin vastauksia tutkimuskysymykseen. (Hiltunen.)

Aineistolähtöisessä sisältöanalyysissä painopiste on aineiston teemoissa ja sen sisällössä. Sisältöanalyysissä on yleisesti kolme eri vaihetta. Redusointivaiheessa aineistosta rajataan pois kaikki, mikä ei ole olennaista tutkimuksen kannalta. Klusterointivaiheessa aineistosta poimitaan samoja, usein toistuvia asioita, ja sitten poimitut asiat jaotellaan teemoihin (Hiltunen). Aineistolähtöinen sisällönanalyysi ja teemoittelu ovat lähellä toisiaan. Myös teemoittelussa tarkastelun kohteena ovat asiat, jotka toistuvat haastateltavien vastauksissa usein. Teemat voivat olla jo valmiiksi suunniteltuja kyselyn toteutusvaiheessa, tai sitten ne voivat nousta esille analysointia tehdessä, tutkijan teemoittelussa, ja luodessa erilaisia kategorioita. (Puusa ja Juuti 2020a.) Tutkimalla ja tarkastelemalla aineistoa huolellisesti ja useita kertoja, saadaan selville vastauksien yhtenäisyydet. Päällimmäisin tavoite analysoinnissa on siis tuoda aineistosta esille tärkeimmät ja olennaisimmat tutkijan tekemät havainnot. Aineisto tuotetaan ja kuvaillaan niin selkeästi ja ymmärrettävästi niin, että lukijalla on myös mahdollisuus syventyä aiheeseen kokonaisvaltaisesti. Aineiston elävöittämiseksi ja yhtenäisen kokonaisuuden luomiseksi voidaan tutkimuksessa käyttää myös suoria lainauksia. (Puusa ym. 2020a.) Tutkimuksen teemat olivat hoitohenkilökunnan mielenterveys- ja päihdeosaaminen, yksikön omat ohjeet ja käytännöt mielenterveys- ja päihdehoitotyössä, sekä yhteistyön merkitys psykiatrian kanssa. Teemat muodostuivat tutkimuskysymyksistä. Teemoja jaotellamme mielenterveys- ja päihdeosaaminen jaoteltiin pienempiin kokonaisuuksiin, kun taas päivystyksen omat ohjeet ja käytännöt sekä yhteistyö psykiatrian kanssa käsiteltiin suurempina kokonaisuuksina.

Opinnäytetyössämme tutkimustuloksia tarkastellessamme, rajasimme pois ne vastaukset, jotka olivat irrallisia tutkimuksen kannalta. Kerätyn aineiston pohjalta nostimme esiin ne osa-alueet ja lauseet, jotka toistuivat yksilöiden vastauksissa. Vertasimme analysoinnin aikana tekemiämme havainnotoja aikaisemmin keräämäämme teoretietoon. Pyrkimyksemme oli löytää aineistosta ne asiat, jotka tukivat meidän tutkimuskysymystämme ja tutkimukselle asetettuja tavoitteita. Analysoinnin viimeinen vaihe on abstrahointi. Tässä osiossa teemoja vielä tarkastellaan ja tiivistetään tarvittaessa ja saadaan lopulta tutkimustuloksia, jotka tuotetaan teoretiedoksi. (Hiltunen.) Opinnäytetyössämme huolellisen tarkastelun jälkeen saimme valikoitua aineistosta tärkeimmät ja oleelliset asiat, jotka pohjautuivat aikaisemmin keräämäämme teoretietoon. Tutkimustulokset kirjassimme teorianuotoon ja käytimme suoria lainauksia tukemaan vastaajien aitoja näkemyksiä ja kokemuksia.

8 TUTKIMUKSEN TULOKSET

Kyselyyn vastasi Iisalmen sairaalan päivystyksen hoitohenkilökunnasta 21:stä kuusi hoitajaa. Tutkimuksen teemat olivat hoitohenkilökunnan mielenterveys- ja päihdeosaaminen, yksikön omat ohjeet ja käytännöt mielenterveys- ja päihdehoitotyössä, sekä yhteistyön merkitys psykiatrian kanssa. Tutkimuksessa on käytetty suoria lainauksia tuomaan esille vastaajien aitoja näkemyksiä ja kokemuksia. Suurin osa vastaajista oli sitä mieltä, että oma mielenterveys- ja päihdeosaaminen on heikkoa, ja henkilökunta koki tarvitsevansa enemmän teoretietoa työnsä tueksi. Pitkä työkokemus koettiin yhtenä voimavarana potilaan psyykkistä tilaa arvioidessa.

8.1 Hoitohenkilökunnan mielenterveys- ja päihdeosaaminen

Suurin osa kyselyyn vastanneista oli sitä mieltä, että heidän mielenterveys- ja päihdehoitotyön osaaminen on heikkoa, ja henkilökunta toivoi enemmän teoretietoa työnsä tueksi. Pitkä työkokemus koettiin yhtenä voimavarana potilaan psyykkistä tilaa arvioidessa. Vastauksista tuli esille, että hoitajat kokivat omat taitonsa hyvänä päihdeiden käytön puheeksi ottamisessa ja potilaan kannustamisessa sekä hoitoon ohjaamisessa. Osa hoitohenkilökunnasta ajatteli tarvitsevansa tällä osa-alueella enemmän tietoa päihdeongelman arvioinnissa. Ajantasainen teoretieto mielenterveys – ja päihdehoitotyöstä oli puutteellista. Masentuneen henkilön kohtaaminen koettiin helppona, ja hoitajat pystyivät kohtaamaan mielestään masentuneen empaattisesti, ja olemaan potilaan tukena aidosti kuunnellen. Joidenkin kyselyyn vastanneiden mielestä valmiita työkaluja masentuneen henkilön kohtaamiseen ei ole. Osa hoitohenkilökunnasta ajatteli, että oma osaaminen masentuneen henkilön kohtaamisessa on heikkoa. Kyselystä nousi esille, että itsetuhoisen ja ahdistuneen potilaan kohtaaminen koettiin selkeästi vaikeana asiana.

” Ei ole tarpeeksi tietoa, vaikeaa.”

”Omassa työssäni olen keskustellut päihderiippuvuudesta ja kannustanut vieroitukseen.”

”Hieman enemmän tietoa haluaisin.”

”...Puheeksi ottaminen on helppoa/luontevaa.”

”Pystyn luomaan luottamuksellisen suhteen potilaaseen, mutta koen että itsellä on huonot eväät asettaa oikeita kysymyksiä.”

”Osaaminen heikkoa.”

Kriisin kokenutta henkilöä pystyttiin auttamaan pääsääntöisesti hyvin ja potilaat osattiin ohjata jatkohoitoon. Oikeiden sanojen löytäminen oli hoitajien mielestä kuitenkin vaikeaa potilasta kohdattaessa. Potilaan auttaminen koettiin helpompana pitkän ammattikokemuksen myötä.

Kyselyistä nousi esille, että hoitohenkilökunnan oma mielenterveys- ja päihdeosaaminen oli suuressa osassa heikkoa ja tietoa aiheesta oli liian vähän. Lisäkoulutuksen ja tuen tarve nousi lähes jokaisesta vastauksesta esille. Valmiita lomakkeita, ohjeita ja toimintatapoja potilaan kohtaamiseen kaivattiin, sillä niitä ei yksikössä ollut käytössä ollenkaan, BDI ja AUDIT-kyselyt mainittiin, mutta niitä

ei päivystyksessä käytetä. Kriisin kokeneen henkilön hoidossa hyödynnetään akuuttityöryhmän osaamista. Tietoa haluttiin lisää päihdepotilaiden akuuttihoidosta ja intoksikaatioista.

”Olisi avartavaa olla mukana asiantuntijan tehdessä hoidonarviointia ja kuulemassa millaisia kysymyksiä kussakin tilanteessa on hyvä kysyä.”

”Tietojen päivittäminen, yhteistyön kehittäminen psykiatrisen puolen kanssa...”

8.2 Yhteistyö psykiatrian kanssa

Tutkimuksessamme selvisi, että päivystyksen hoitohenkilökunta teki konsultaatiopyyntöjä psykiatrian hoitohenkilökunnalle viikoittain tai useamman kerran viikossa. Yhteistyö psykiatrian ja päivystyksen hoitohenkilökunnan välillä koettiin todella tärkeänä ja merkityksellisenä. Vastauksista ilmeni, että moniammatillinen yhteistyö näkyy yksikössä parempana asiakaspalveluna ja parantavan asiakastytyväisyyttä. Se myös sujuvoittaa hoitohenkilökunnan työskentelyä.

Vastauksista nousi esille, että yhteistyötä halutaan kehittää päivystyksen hoitohenkilökunnan ja psykiatrian yhteisillä, säännöllisillä palaverilla ja koulutuksilla. Tiedon jakaminen puolin ja toisin koettiin tärkeänä asiana toiminnan kehityksen kannalta. Myös työnkierto oli tuotu vastauksissa esille. Näillä kehitysideoilla toivottiin saada aikaan aikaisempaa tiiviimpi ja saumattomampi yhteistyö psykiatrian ja päivystyksen hoitohenkilökunnan välillä.

”...Psykiatrinen puoli voisi tukea psykiatrisen tiedon ajan tasalla pitämistä ja me osaltaan somatiikan puolta psykiatriselle puolen...”

”Todella tärkeä. Näin korostuu se ettei mielensairaudet tai päihderiippuvuus ole yhtään ”huonompi” sairaus kuin fyysiset sairaudet.”

9 POHDINTA

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, minkälaiseksi Iisalmen sairaalan päivystyksessä työskentelevä hoitohenkilökunta kokee oman mielenterveys- ja päihdeosaamisensa, sekä hoidon tarpeenarvoinnin tekemisen. Lisäksi tutkimuksessa selvitettiin, onko Iisalmen päivystyksessä valmiita malleja ja lomakkeita potilaan psyykkisen tilan selvittämiseen ja päihdepotilaan tilan arviointiin. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuoda esille, miten yhteistyötä voidaan kehittää psykiatrian ja päivystyksen välillä, sekä minkälaisia työkaluja ja toimintamalleja hoitohenkilökunta tarvitsee oman osaamisensa tueksi. Tutkimuksessamme selvitimme myös, onko henkilökunnalla tarvetta lisä -tai täydennyskoulutukselle. Saimme tutkimuksen avulla vastauksia kysymyksiin, millaisina hoitohenkilökunta kokee oman osaamisensa mielenterveys – ja päihdepotilaan tilan arvioinnissa. Onko yksikössä selkeitä ohjeita ja strukturoituja malleja mielenterveys – ja päihdepotilaiden haastatteluun, ja potilaan tilan arvioimiseen. Millaisena hoitohenkilökunta kokee moniammatillisen yhteistyön psykiatrian kanssa.

9.1 Tulosten tarkastelu

Kyselyyn osallistui Ylä-Savo Sote Kuntayhtymän Iisalmen sairaalan päivystyksen hoitohenkilökunta. Kysely toteutettiin anonymisti, eikä tutkittavista kerätty taustatietoja. Tutkimuksemme tulokset ja kokonaiskuva mielenterveys- ja päihdeosaamisesta jäivät vähäisiksi, koska vastauksia saatiin vain kuusi. Tuloksista ilmeni, että yksikön henkilökunta koki oman mielenterveys- ja päihdeosaamisensa heikkona ja tietoa oli liian vähän. Perusterveydenhuollon rooli on moninainen mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden hoidossa. Puheeksiotto ja varhainen puuttuminen on myös osa perusterveydenhuollon vastuuta sekä siellä tulisi osata tunnistaa mielenterveys- ja päihdeongelmien laatu ja aste ja huolehtia jatkohoidosta. Perusterveydenhuolto kohtaa myös niitä mielenterveys- ja päihdeasiakkaita, jotka eivät ole syystä tai toisesta erikoissairaanhoidon piirissä. (Koskinen 2016, 53–54.)

Päivystysyksiköiden mielenterveysosaamisen lisääminen, sekä mielenterveys – ja päihdeasiakkaiden kohtaaminen on nostettu esille myös Valtioneuvoston julkaisussa. Selvityksessä on ehdotettu työkalupakkien käyttöönottoa työn tueksi ja mielenterveys- ja päihdeosaamista hallitsevien työntekijöiden sijoittamisesta päivystykseen. (Wahlbeck ym. 2018, 13.) Kyselystämme selvisi, että päivystyksessä ei ole käytössä valmiita haastattelumalleja ja kyselyitä tai niitä ei käytetä. Strukturoitujen lomakkeiden käyttö esimerkiksi itsetuhoisuuden ja itsemurhayrityksen tunnistamisessa on lisännyt ilmiön tunnistettavuutta ja luotettavuutta (Jylhä, 2020).

Vähäniemi (2018, 29.) on tutkinut väitöskirjassaan perusterveydenhuollossa työskentelevän henkilökunnan mielenterveyshäiriöiden koulutuksen vaikutuksia heidän taitoihinsa ja asenteita mielenterveyspotilaisiin. Koulutus oli parantanut henkilökunnan taitoja tunnistaa näyttöön perustuen mielenterveydenhäiriöiden oireita, ja he olivat pystyneet luomaan terapeuttisen hoitosuhteen hoidettaviin. Tämä oli taas näkynyt potilaiden motivaation parantumisena, toiveikkuutena, parempina vuorovaikutustaitoina ja parantuneena empatiakykynä. (Vähäniemi 2018, 29.) Sama on todettu myös päihteitä käyttävän potilaan kohdalla. Tutkimuksessamme nousi esille, että mielenterveyshäiriöt tai päihdeongelma ei saa saattaa potilasta eriarvoiseen asemaan. Päihtymys ei saa olla este samanarvoiselle ja laadukkaalle hoidolle. (Hakala 2020, 76–77.) Tiina Hakala on tutkinut vasta ilmestyneessä väitöskir-

jassaan hoitohenkilökunnan asenteita ja osaamista alkoholista päihtyneen henkilön hoidosta päivystyksessä. Hoitohenkilökunnan negatiiviseen asenteeseen päihtynyttä potilasta kohtaan vaikuttaa päihtyneen potilaan aikaa vievä hoito ja turvattomuus sekä potilaan oman motivaation puute alkoholin käytön lopettamisessa. Tutkimuksessa todettiin, että hoitajien asenne ja suhtautuminen positiivisempaan suuntaan parani henkilökuntaa kouluttamalla. (Hakala 2020, 30–35.) Ammattitaitoinen ihminen pystyy antamaan hyvää hoitoa sekä omien tietojen päivittäminen ja tiedon ylläpitäminen kuuluu myös eettiseen hoitotyöhön (Vähäniemi 2018, 29).

Yhteistyö psykiatrian ja päivystyksen välillä koettiin todella tärkeäksi ja merkitykselliseksi. Tutkimuksessa selvisi, että moniammatillista yhteistyötä kaivattiin lisää yhteisten palaverien ja koulutuksien avulla. Moniammatillinen yhteistyö eri ammattiryhmien välillä on terveydenhuollossa lisääntynyt, koska potilaat ovat yhä useammin monisairaita ja moniongelmaisina. Ongelmat potilailla voivat olla monisyisiä, fyysisiä ja psyykkisiä. Yksittäinen ammattiryhmä ei enää riitä vastaamaan potilaiden terveydenhoidon tarpeisiin. Hyvän potilashoidon edellytyksenä onkin onnistunut moniammatillinen yhteistyö. (Tuomela ym. 2017, 264–275.) Toisen ammattilaisen tiedon ja taidon arvostaminen, sekä saadun tiedon sisäistäminen, ja tiedon uudelleen kehittäminen on yksi yhteistyöosaamisen taidoista (Helin 2016). Molemminpuolinen kunnioitus ja yhteistyö korostui myös meidän tutkimuksessamme.

9.2 Eettisyys ja luotettavuus

Tutkimuksen eettisyyteen ja luotettavuuteen vaikuttaa tutkimusprosessin läpinäkyvyys ja perustellut tutkimusmenetelmät sekä tutkimuksen tekijöiden oma motivaatio ja halu oppia tutkittavasta aiheesta (Aaltio ja Puusa 2020, 180–182). Mielestämme Iisalmen sairaalan päivystyksen ja psykiatrian välinen yhteistyö ja sen toimivuus on tärkeä asia, niin työntekijöiden kuin potilaidenkin kannalta. Lisäksi meillä molemmilla on myös halu kehittää omaa mielenterveys- ja päihdeosaamistamme.

Tutkimustamme ohjaa eettinen lainsäädäntö sekä eettiset periaatteet ja suositukset sekä ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet. Arene eli ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto on julkaissut vuonna 2018 opinnäytetyön eettiset suositukset, jotka pohjautuvat Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (TENK) ohjeisiin. (Arene Ry 2019, 3.) Tutkimuseettisen neuvottelukunnan mukaan tutkimus on toteutettu eettisten periaatteiden mukaisesti silloin, kun tutkimustulokset ovat luotettavia sekä tutkimus on toteutettu noudattaen hyvää tieteellistä käytäntöä. Ennen tutkimuksen aloittamista on oltava myönnettyä tutkimusta koskeva tutkimuslupa ja muut mahdolliset sopimukset. Hyvän tieteellisen käytännön kriteereissä mainitaan, että tutkimustulokset sekä tutkimuksen esittäminen toteutetaan huolellisesti, tarkasti ja rehellisesti tuloksia vääristelemättä. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6–7.)

Tiedonhankinta toteutetaan tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisilla menetelmillä, ja tulokset julkaistaan tieteellisen tiedon edellyttämällä tavalla. Viittaukset tehdään annettujen ohjeiden mukaisesti, silloin kun käytetään muiden tutkijoiden tutkimuksia oman teorian pohjana. Viittaaminen kertoo kunnioituksesta ja työnarvostuksesta muiden tutkijoiden tutkimustyötä kohtaan. Jokainen tutkija vastaa hyvän tieteellisen käytännön noudattamisesta itse. Kuitenkin tutkimuseetiikan opettaminen ja siihen perehdyttäminen on sisällytetty ammattikorkeakoulujen ja yliopistojen opetukseen. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6–7.)

Eettisiin ohjeisiin pohjautuen sovimme opinnäytetyömme tekemisestä Iisalmen sairaalan päivystyksen esimiehen kanssa. Tutkimuksen toteuttamiseen ja tiedon keräämiseen tarvittiin tutkimuslupa, jota haettiin Ylä-Savon Sote Kuntayhtymältä. Lupa tutkimukselle myönnettiin 02.02.2021. Tutkimuksen eettisyyteen vaikuttaa tutkittavien anonyymiys ja tietosuojan säilyminen. (Kylmä ja Juvakka 2007, 130–131). Kyselymme toteutettiin päivystyksen hoitohenkilökunnalle anonyymisti, eikä tutkittavista kerätty taustatietoja. Tämä kerrottiin myös heille lähetetyssä saateviestissä. Henkilötietoja meidän ei siis tarvinnut käsitellä opinnäytetyötä tehdessämme. Webprorol-ohjelmalla kerätty aineisto poistetaan opinnäytetyön valmistuttua.

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan neljän kriteerin avulla; reflektiivisyys, uskottavuus, vahvistettavuus ja siirrettävyys. Reflektiivisyydellä tarkoitetaan tutkijoiden ymmärrystä tutkittavasta aiheesta ja mahdollisesta tutkijan omista vaikutuksista tutkimustuloksiin. (Kylmä ja Juvakka 2007, 128.) Kumpikaan tutkijoista ei ole työskennellyt päivystyksessä eikä näin ollen ole omia henkilökohtaisia kokemuksia kyseisestä aiheesta, jotka olisivat voineet vaikuttaa tuloksiin. Teoriatietoa kattavasti keräämällä pyrimme lisäämään ymmärrystä tutkittavaa ilmiötä kohtaan ennen kyselyn tekemistä. Laadullista tutkimusta tehtäessä aineisto kerätään henkilöiltä, joilla on omakohtaista kokemusta ja tietoa tutkittavasta asiasta. (Puusa ja Juuti 2020b, 84).

Tutkimuksemme aineisto kerättiin päivystyksen hoitohenkilökunnalta, jonka kokemuksiin tutkimuksemme perustuu. Pyrimme raporttia kirjoittaessa tuomaan tutkittavien kokemukset mahdollisimman totuudenmukaisesti esille, tätä tukemaan käytimme suoria lainauksia vastauksista, mutta niin että vastaaja ei voida tunnistaa lainauksesta. Tällä pyrimme lisäämään tutkimuksen uskottavuutta. Vahvistettavuuteen kuuluu läpinäkyvä tutkimusprosessi, jota olemme opinnäytetyössämme pyrkineet avaamaan teoriassa ja kuvanneet omaa toimintaa tutkimusprosessin aikana (Kylmä ja Juvakka 2007, 130).

Opinnäytetyötä tehdessä noudatimme Savonian raportointiohjetta. Viittaukset ja lähdeluettelo on tehty raportointiohjeiden mukaan. Lähteiden valinnassa huomioitiin luotettavuus ja tuoreus, sekä kunnioitettiin alkuperäisiä kirjoittajia ja tutkijoita tietoa käytettäessä. Opinnäytetyötä tehdessämme emme syyllystyneet luvattomasti lainaamiseen eli plagiointiin. Opinnäytetyömme on tarkastettu Turnitin Feedback Studio- plagiointin tarkistusohjelmalla.

Tutkimuksen siirrettävyys on myös yksi luotettavuuden kriteeri, se tarkoittaa sitä, että tutkimus voidaan toteuttaa jossain toisessa yksikössä pohjautuen meidän tutkimukseemme (Kylmä ja Juvakka 2012, 129). Olemme opinnäytetyössämme kertoneet, kenelle kysely on tehty, ja mitä sillä on haluttu selvittää. Kyselylomake on esitelty liitteissä (liite 3). Tutkimuksemme voi toteuttaa mielestämme toisessa päivystysyksikössä, missä halutaan tietoa yksikön henkilökunnan mielenterveys- ja päihdehoitotyön osaamisesta. Opinnäytetyötämme voidaan hyödyntää Iisalmen sairaalan päivystyksessä työn kehittämiseen psykiatristen häiriöiden ja päihdepotilaiden tilan arvioimisessa. Työssä on esitelty strukturoituja malleja ja haastattelulomakkeita työn avuksi. Tutkimus nosti esille yhteistyön psykiatrian kanssa tärkeänä ja merkittävänä asiana, sekä toi työn kehittämiseen ideoita. Jatkotutkimusaiheena voisi toteuttaa oppaan päivystyksen henkilökunnalle, johon on koottu mielenterveys- ja päihdehoitotyön keskeisimpiä käytössä olevia mittareita ja valmiita strukturoituja haastattelulomakkeita.

9.3 Ammatillinen kehittyminen

Tutkimuksen tekeminen prosessina on ollut haastavaa ja mielenkiintoista. Tutkimus muodostui erilaisista osioista ja kaiken pohjana toimi työsuunnitelma. Opinnäytetyötä tehdessämme opimme suunnittelemaan ja aikatauluttamaan työskentelyämme, ja pystyimme tekemään muutoksia nopeallakin aikataululla. Korona-aika on tuonut erilaisia haasteita osaltaan työskentelyyn ja paljon on asioita, joita olemme toteuttaneet etänä ja zoom-yhteyttä hyödyntäen.

Tutkimustyötä tehdessämme olemme oppineet käyttämään monenlaisia tietojärjestelmiä ja tietokantoja. Olemme oppineet keräämään ja soveltamaan tietoa luotettavista ja ajan tasalla olevista tietolähteistä. Lähdeviittaukset ja lähdemerkinnät olemme tehneet Savonian ohjeiden mukaisesti.

Olemme kehittäneet taitoa rajata etsimäämme tietoa ja tuloksia, sekä tiedon analysointia. Tutkimusta tehdessä olemme ottaneet vastaan palautetta ja muokanneet työtä palautteen mukaisesti.

Opinnäytetyömme on toteutettu parityöskentelynä yhdessä pohtien ja ideoiden. Opinnäytetyön myötä olemme oppineet kollegiaalisuutta, toisen huomiointia ja tiedon jakamista. Meille on selvinnyt tiimityön merkitys. Hyvä ja toimiva yhteistyö edellyttää hyvää vuorovaikutusta, kunnioitusta ja luottamusta, mutta ennen kaikkea toisen ammattitaidon ja asiantuntijuuden arvostamista. Opinnäytetyötä tehdessämme olemme perehtyneet syvemmin myös moniammatilliseen yhteistyöhön ja eri ammattiryhmien väliseen työskentelyyn, jossa yhteinen tavoite on potilaan hyvä hoito.

Opinnäytetyöprosessi on ollut iso osa ammatillista kasvua ja kehitystä. Työ on antanut meille paljon teoretietoa ja uusia näkökulmia mielenterveys- ja päihdepotilaan hoitotyöstä sekä potilaan psyykkisen tilan arvioinnista. Olemme saaneet myös tietoa kriisityöstä ja kriisissä olevan potilaan kohtaamisesta, ja toisaalta myös kohtaamisen vaikeudesta. Mielestämme mielenterveys- ja päihdeosaamisen vieminen perusterveydenhuoltoon on tärkeää, joka korostui myös tutkimuksessamme. Nämä kaikki edellä mainitut ovat asioita, joita haluamme viedä mukaanamme käytännöntyöhön sairaanhoitajina.

LÄHTEET

- Aaltio, Iris & Puusa, Anu 2020. Mitä laadullisen tutkimuksen arvioinnissa tulisi ottaa huomioon? Julkaisussa: Puusa, Anu ja Juuti, Pauli (toim.) Laadullisen tutkimuksen näkökulmat ja menetelmät. Gaudeamus Oy.
- Ahdistuneisuushäiriöt. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2020. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50119#s12>. Viitattu 30.11.2020
- A-klinikkasäätiö. Alkoholiriippuvuudesta SADD. <https://paihdelinkki.fi/fi/testit-ja-laskurit/alkoholi/alkoholiriippuvuudesta-sadd>. Viitattu 14.12.2020.
- Alkoholiongelman hoito. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Päihdelääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2018. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50028#T4>. Viitattu 14.12.2020
- APA julkaisuaika tuntematon. DSM–5: frequently asked questions. The American Psychiatric Association. <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm/feedback-and-questions/frequently-asked-questions>. Viitattu 22.4.2021
- Arene Ry 2019. Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset suositukset. PDF. Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto Arene Ry. <http://www.arene.fi/wp-content/uploads/Raportit/2020/AMMATTIKORKEAKOULUJEN%20OPINN%c3%84YTET%c3%96IDEN%20EETTISET%20SUOSITUKSET%202020.pdf?t=1578480382>. Viitattu 1.3.2021
- Babor, Thomas F., Higgins-Biddle, John C., Saunders, John B ja Monteiro, Maristela G. julkaisuaika tuntematon. AUDIT. The alcohol use disorders identification test. Guidelines for Use in Primary Care. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/audit-the-alcohol-use-disorders-identification-test-guidelines-for-use-in-primary-health-care>. Viitattu 22.4.2021.
- BDI-kysely. Käypä hoito -suositus. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2019. <https://www.kaypahoito.fi/pgr00029> Viitattu 15.12.2020
- Behm, Minna-Maria 2015. Ihanteet ja arki päihteiden käytön puheeksiottotilanteissa päivystysvastuutaanotoilla. Eettisten periaatteiden toteutuminen. Väitöskirja. Itä-Suomen yliopisto, terveystieteiden tiedekunta. https://erepo.uef.fi/bitstream/handle/123456789/16128/urn_isbn_978-952-61-1944-1.pdf. Viitattu 25.11.2020.
- Briggs, Julie K. 2018. Triage Protocols For Aging Adults. Verkkojulkaisu. Wolter Kluwer. <https://ebookcentral-proquest-com.ezproxy.savonia.fi/lib/savoniafi/reader.action?docID=5944617>. Viitattu 28.11.2020.
- Bytler, Dennis, Fons, Dominique, Fisher, Travis, Sanders, James, Bodenhamer, Sara, Owen & Julie, Gunderson 2018. A Review Of The Benefits And Limitations Of A Primary Care-Embedded Psychiatric Consultation Service In A Medically Underserved Setting. Research article. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30132357/>. Viitattu 29.11.2020
- Collin, Kaija, Valleala, Ulla Maija, Herranen, Sanna, Paloniemi, Susanna & Pyhälä-Liljeström, Paula 2013. Moniammatillisen yhteistyön muodot ja haasteet päivystystyön hoitoprosessissa. Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti, 49 (1). <https://journal.fi/sla/article/view/9343>. Viitattu 28.11.2020.
- Depressio. Käypä hoito -suositus. Suomalainen lääkäri-seura Duodecim. Helsinki: Suomalainen Lääkäri-seura Duodecim, 2020. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50023> Viitattu 28.2.2021

Itsemurhien ehkäisy ja itsemurhaa yrittäneen hoito. Käypä hoitosuositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecim, MIELI Suomen Mielenterveys ry:n, Suomen Psykiatriyhdistyksen, Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2020. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50122?tab=suositus>. Viitattu 1.2.2021

Juuti, Pauli & Puusa, Anu 2020. Mitä laadullisella tutkimuksella tarkoitetaan? Julkaisussa: Puusa, Anu ja Juuti, Pauli (toim.) Laadullisen tutkimuksen näkökulmat ja menetelmät. Gaudeamus Oy.

Jylhä, Pekka 2020. Strukturoitu arvio itsetuhokäyttämisen arvioinnissa. Duodecim. <https://www.kaypahoito.fi/nak09380>. Viitattu 3.3.2021

Jääskeläinen, Erika ja Miettunen, Jouko 2011. Psykiatriset arviointiasteikot kliinisessä työssä. Lääkärikirja Duodecim. <https://www.duodecimlehti.fi/duo99726> Viitattu 16.3.2021

Koivunen, Marita, Hakala, Tiina ja Peltomaa, Katriina 2017. Alkoholista päihtyneiden potilaiden hoidon organisointi ja hoitohenkilökunnan osaaminen päiivystyspoliklinikoilla. Tutkimustiivistelmä. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/136004/YP1705_Koivunenym.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Viitattu 27.11.2020.

Koponen, Hannu ja Lappalainen Jarmo 2015. Mielenterveyspotilaan somaattinen terveys. Aikakauskirja Duodecim. <https://www.duodecimlehti.fi/duo12166>. Viitattu 10.11.2020.

Korhonen, Terttu julkaisuaika tuntematon. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2016–2020. Verkkojulkaisu. Ylä-Savon sote. <https://www.ylasavonsote.fi/documents/35534/99063/Mielenterveys-+ja+p%C3%A4ihdesuunnitelma+2016-2020.pdf/ae2aef33-cece-65a9-89c3b99cd3312957?t=1603457912580>. Viitattu 13.11.2020.

Korkeila, Jyrki 2020. Psykkinen tila. Julkaisussa: Korhonen, Päivi, Mustajoki, Sami ja Salonen, Tapani (toim.) Potilaan tutkiminen. Kustannus Oy Duodecim.

Koskinen, Samuli 2016. Hyvin toimivat peruspalvelut mielenterveys- ja päihdeasiakkaille ja heidän läheisilleen. Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto. <https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/100616/GRADU-1487077613.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Viitattu 18.3.2021

Kuhanen, Carita, Oittinen, Pirkko, Kanerva, Anne, Seuri, Tarja & Schubert, Carla 2010. Mielenterveyshoitotyö. WSOYpro Oy.

Kumpulainen, Pia, Rönkkö, Mikko & Laasonen-Balk, Teijamari 2019. Psykiatrian hoitajan konsultti-ikäntä ja hoidontarpeen arvio päiivystyksessä. Työohje. Psykiatrisen ja riippuvuusosasto. Ylä-Savon sote kuntayhtymä. Viitattu 30.11.2020.

Kylmä, Jari ja Juvakka, Taru 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.

Kylmä, Jari & Juvakka, Taru 2012. Laadullinen terveystutkimus. 1.–2. painos. Helsinki: Edita Prima Oy.

KYS julkaisuaika tuntematon a. Aikuispsykiatria. <https://www.pssh.fi/hoitopalvelut/psykiatria/aikuispsykiatria>. Viitattu 29.11.2020.

KYS julkaisuaika tuntematon b. Nuorisopsykiatria. <https://www.pssh.fi/hoitopalvelut/psykiatria/nuorisopsykiatria>. Viitattu 29.11.2020.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 17.8.1992/785. <https://finlex.fi/fi/laki/ajan-tasa/1992/19920785?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=laki%20potilaan%20asemasta%20ja%20oikeuksista>. Viitattu 24.11.2020.

Lamminen, Aleksi 2016. National Early Warning Score (NEWS) -pisteytyksen käyttö ensihoidossa ei auta hoitopaikan valinnassa. Syventävien opintojen kirjallinen työ. <https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/100483/SYVENTAVA-1484660275.pdf?sequence=1>. Viitattu 15.12.2020.

Lappalainen, Jarmo 2016. Konsultaatiotoiminnan kehittämissuunnitelma Etelä-savon sote kuntayhtymässä. Kaste-ESSO hanke. Verkkojulkaisu. <https://www.essote.fi/wp-content/uploads/sites/2/2016/12/liite-40-konsultaatiotoiminnan-kehittamissuunnitelma.pdf>. Viitattu 27.11.2020.

Laukkanen, Sanna 2018. Kriiseistä selviytymisen ja kriisiavun monet merkitykset: diskursiivinen tutkimus SOS-kriisikeskuksen asiakkaiden haastattelupuheesta. Sosiaalityön pro gradututkielma. Tampereen yliopisto. <https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/102822/1517401873.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Viitattu 10.1.2021

Louhimo, Johanna 2019. Onnistunut konsultaatio potilaan parhaaksi. Lääketieteellinen Duodecim lehti.135 (5). Verkkojulkaisu. <https://www.duodecimlehti.fi/duo14802>. Viitattu 26.11.2020.

Luukkonen, Niina 2014. Potilaan psyykkisen avun tunnistaminen päivystyspoliklinikalla sairaanhoitajan näkökulmasta. Pro gradu- tutkielma. Itä-Suomen yliopisto Terveystieteiden tiedekunta. Hoitotieteen laitos. https://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20150030/urn_nbn_fi_uef-20150030.pdf. Viitattu 25.11.2020.

Lönnqvist, Jouko 2019a. Ahdistuneisuushäiriöt. Julkaisussa: Lönnqvist, Jouko, Marttunen, Mauri, Henriksson, Markus ja Partonen, Timo. Psykiatria. Kustannus Oy Duodecim. https://www.oppiportti.fi/op/pkr00307/do?p_haku=ahdistuneisuus#q=ahdistuneisuus. Viitattu 21.8.2020.

Lönnqvist, Jouko 2019b. Diagnoosiluokitukset ICD ja DSM. Julkaisussa: Lönnqvist, Jouko, Marttunen, Mauri, Henriksson, Markus ja Partonen, Timo. Psykiatria. Kustannus Oy Duodecim. <https://www.oppiportti.fi/op/pkr00302/do>. Viitattu 22.10.2020.

Lönnqvist, Jouko 2019c. Kliininen haastattelu. Julkaisussa: Lönnqvist, Jouko, Marttunen, Mauri, Henriksson, Markus ja Partonen, Timo. Psykiatria. Kustannus Oy Duodecim. https://www.oppiportti.fi/op/pkr00202/do?p_haku=kliininen%20haastattelu#q=kliininen%20haastattelu. Viitattu 25.10.2020.

Lönnqvist, Jouko ja Lehtonen, Johannes 2019. Psykiatria ja mielenterveydenhäiriöt. Julkaisussa: Lönnqvist, Jouko, Marttunen, Mauri, Henriksson, Markus ja Partonen, Timo. Psykiatria. Kustannus Oy Duodecim. <https://www.oppiportti.fi/op/pkr00100/do>. Viitattu 21.8.2020.

Lönnqvist, Jouko, Moring, Juha ja Henriksson, Markus 2019. Psykiatriseen hoitoon ohjaaminen. Julkaisussa: Lönnqvist, Jouko, Marttunen, Mauri, Henriksson, Markus ja Partonen, Timo. Psykiatria. Kustannus Oy Duodecim.

Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116#L1P3>. Viitattu 21.8.2020.

Mielenterveystalo. Itsearviointi. <https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/itsearviointi/Pages/default.aspx>. Viitattu 25.11.2020.

Molina-López, Alejandro, Cruz-Islas, Jeremy Bernardo, Palma-Cortés, Mauricio, Guizar-Sánchez, Diana Patricia, Garfias-Rau, César Yehú, Ontiveros-Uribe, Martha Patricia & Fresán-Orellana, Ana 2016. Validity And Reliability Of A Novel Color-Risk Psychiatric Triage In A Psychiatric Emergency Department. <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12888-016-0727-7>. Viitattu 29.11.2020.

Noppiari, Eija, Kiiltomäki, Aliisa ja Pesonen, Arja 2007. Mielenterveystyö perusterveydenhuollossa. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

- Näpäri, Liisa 2017. Haastattelun lajityypit. Verkkojulkaisu. <https://spoken.fi/2180/>. Viitattu 29.11.2020.
- OECD 2018. Health of Glance: Europe 2018. Euroopan komission raportti. https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2018_healthatglance_rep_en.pdf. Viitattu 23.10.2020.
- Partanen, Airi, Holmberg, Jan, Inkinen, Maria, Kurki, Marjo ja Salo-Chydenius, Sisko 2015. Päihdehoitotyö. Sanoma Pro Oy. Verkkojulkaisu. <https://www.ellibrary.com/fi/book/978-952-63-2994-9>. Viitattu 22.4.2021.
- Pihlava, Minna 2018. Päivystyksen triage vaatii kokemusta. Potilaan lääkirilehti. Verkkojulkaisu. <https://www.potilaanlaakarilehti.fi/uutiset/paivystyksen-triage-vaatii-kokemusta>. Viitattu 27.11.2020
- Puusa, Anu & Juuti, Pauli 2020a. Laadullisen tutkimuksen näkökulmat ja menetelmät. Verkkojulkaisu. <https://www.ellibrary.com/reader/9789523456167>. Viitattu 1.3.2021
- Puusa, Anu & Juuti, Pauli 2020b. Laadullisen tutkimuksen olemus. Julkaisussa: Puusa, Anu & Juuti, Pauli (toim.) Laadullisen tutkimuksen näkökulmat ja menetelmät. Gaudeamus Oy.
- Sands, Natisha, Elsom, Stephen, Colgate, Robert, Haylor, Helen ja Prematunga, Roshani 2016. Development And Interrater Reliability Of The UK Mental Health Triage Scale. International Journal of Mental Health Nursing 25:4. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/inm.12197>. Viitattu 15.12.2020.
- Skitsofrenia. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2020. <https://www.kaypahoito.fi/hoi35050#K1> Viitattu 30.11.2020
- Solin, Pia ja Partonen, Timo 2017. Tunnista itsemurhan vaara! Lääketieteellinen Aikakausikirja Duodecim. <https://www.duodecimlehti.fi/duo13830>. Viitattu 14.11.2020
- STM 2020. Kansallinen mielenterveysstrategia ja itsemurhien ehkäisyohjelma vuosille 2020–2030. Julkaisutuotanto. Verkkojulkaisu. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2020:6. http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/162053/STM_2020_6.pdf?sequence=4&isAllowed=y. Viitattu 31.8.2020.
- Tarnanen, Kirsi, Isometsä, Erkki ja Tuunainen Arja 2020. Miten hoitaa depressiota. Käyvän hoidon potilasversiot. Duodecim terveyskirjasto. https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=khp00044 Viitattu 28.2.2021.
- Terveystieteellinen tutkimuslaitos. 30.12.2010/1326. <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>. Viitattu 23.11.2020.
- THL 2019. Itsemurhien ehkäisy – koulutus perusterveydenhuollon ammattilaisille. Työpaperi. Terveystieteellinen tutkimuslaitos. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/138377/THL_TYO020_2019.pdf?sequence=4&isAllowed=y. Viitattu 14.11.2020
- THL 2020. Mielialahäiriöt. Terveystieteellinen tutkimuslaitos. <https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyshairiot/mielialahairiot> Viitattu 28.2.2021
- Tuomela, Karoliina, Heikkilä, Kristiina, Haapanen, Helena, Kortekangas-Savolainen, Outi, Salminen, Leena 2017. Moniammatillinen oppiminen yhteistyöosaamisen edistäjänä terveydenhuollossa. Hoitotiede-aikakausilehti,29(4). <http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.savonia.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=>. Viitattu 27.11.2020.
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Verkkojulkaisu. https://tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf https://tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf Viitattu 30.3.2021

Valtioneuvoston asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohtaisista edellytyksistä. 583/2017. <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2017/20170583#Pidp447066736>. Viitattu 29.11.2020.

Valvira 2017. Hoidon tarpeen arviointi. https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammatinharjoittaminen/hoidon_tarpeen_arviointi. Viitattu 10.11.2020

Vähäniemi, Anu 2018. Opportunities for self-management in community-based mental health services for patients with schizophrenia. Väitöskirja. Turun yliopisto. <https://www.utu-pub.fi/bitstream/handle/10024/145809/AnnalesD1376Vahaniemi.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Viitattu 20.11.2020

Wahlbeck, Kristian, Hietala, Outi, Kuosmanen, Lauri, McDaid, David, Mikkonen, Juha, Parkkonen, Johannes, Reini, Kaarina, Salovuori Samuel ja Tourunen, Jouni 2018. Toimivat mielenterveys- ja päihdepalvelut. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminta. https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/160554/89-2017-YhdessaMielin_valmis.pdf. Viitattu 11.10.2020.

WHO 2020. WHO urges more investments, services for mental health. Verkkojulkaisu. Maailman terveysjärjestö WHO. https://www.who.int/mental_health/who_urges_investment/en/. Viitattu 31.8.2020.

Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä julkaisuaika tuntematon a. Mielenterveys- ja päihdepalvelut. <https://www.ylasavonsote.fi/mielenterveys-ja-paihdepalvelut>. Viitattu 29.1.2020.

Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä julkaisuaika tuntematon b. Päivystys ja ensiapu. <https://www.ylasavonsote.fi/paivystys-ja-ensiapu-24/7>. Viitattu 29.11.2020.

Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä julkaisuaika tuntematon c. Tietoa meistä. <https://www.ylasavonsote.fi/tietoa-meista>. Viitattu 30.3.2021

Åhman, Tapio julkaisuaika tuntematon. LPKS Päivystysklinikan ABCDE-kiireellisyysluokitus. Verkkojulkaisu. http://www.lpshp.fi/media/images/yhteispaivystys_laakaripalvelut_2013_lpks_paivystyspoliklinikan_abcde.pdf. Viitattu 28.11.2020.

LIITE 1: YLÄ-SAVON SOTEN KIIREELLISYYSLUOKITUS

A	Välitön hengen-vaara tutkittava heti	Este tai osittainen este	Hengittämättömyys tai hypoventilaatio, voimakas hapentarve, runsas hengitysapuli-haksien käyttö, ei pysty puhumaan, sentraalinen syanoottisuus	ht <10 tai >30 SpO ₂ matala	Ei verenkiertoa, hallitsematon verenvuoto, vakava verenkierron häiriö, ei perifeerisiä pulsseja, iho kalpea, nihkeä ja kylmä, merkittävä pulssin muutos, tajunnantason vaihtelu	RR < 90 mmHg, rannepulssi ei tunnu, p <40/min tai >180/min	GCS <9	Kipusokki, kylmänhinkinen	Jatkuva
B	Uhkaava hengen-vaara tutkittava seuraavaksi	Avoin	Kohtalainen hengitysvaikeus, kohtalainen hengitysapuli-haksien käyttö, puhuu sanoja, iho kalpea/ perifeerinen syanoosi	ht <10 tai >25 SpO ₂ <92% ilman O ₂ (huomioi COPD-potilaat)	Kohtalainen verenkierron häiriö, ei radiaalispulssia, mutta brachialispulssi tuntuu, iho kalpea, viileä ja nihkeä, kohtalainen pulssin muutos	RR < 100 tai > 220 mmHg, p <40/min tai >160/min	GCS 9-12	Tuskainen kipu, potilas kuvaa voimakasta kipua, pyytää kipulääkettä	Kontrollointi vähintään 15 min välein ja telemetria
C	Puoli-kiireellinen	Avoin	Lievä hengitysvaikeus, lievä hengitysapuli-haksien käyttö, puhuu lauseita, iho normaalin värinen	ht 10-25 SpO ₂ 90-95% ilman O ₂	Lievä verenkierron häiriö, perifeeriset pulssit tuntuvat, iho kalpea, viileä ja kuiva, lievä pulssin muutos	RR 100-219 mmHg, p 41-159/min	GCS >12	Kohtalainen kipu, pyytää kipulääkettä	Kontrollointi vähintään 30 min välein ja telemetria harkinnan mukaan
D	Ei-kiireellinen	Avoin	Ei hengitysvaikeuksia, ei hengitysapuli-hasten käyttöä, puhuu helposti	ht 12-20 SpO ₂ >95% ilman O ₂	Ei verenkierron häiriötä, perifeeriset pulssit tuntuvat iho lämmin, kuiva ja normaalin värinen	RR 110-160 mmHg, p 50-90/min	GCS 15	Lievä kipu, pyytää kipulääkettä	Kontrollointi vähintään 60 min välein, vuodepotilaat vähintään 30 min välein
E	Ei päivystys-hoidon tarvetta	Avoin	Ei hengitysvaikeuksia, ei hengitysapuli-hasten käyttöä, puhuu helposti	ht 12-20 SpO ₂ >95% ilman O ₂	Ei verenkierron häiriötä, perifeeriset pulssit tuntuvat iho lämmin, kuiva ja normaalin värinen	RR 110-160 mmHg, p 50-90/min	GCS 15	Ei kipua tai lievä kipu, ei pyydä kipulääkettä	Kertaluonteisesti hoidonohjattavissa

LIITE 2 SAATEKIRJE

Hei!

Olemme Henna Kettunen ja Satu Väisänen, viimeisen vuoden sairaanhoitajaopiskelijat Iisalmen Savonia ammattikorkeakoulusta. Suuntaudumme mielenterveys -ja päihdehoitotyöhön ja toteutamme siihen liittyen myös opinnäytetyömme.

Opinnäytetyömme tilaaja on Ylä-Savon Sote Ky ja aiheenamme on Iisalmen sairaalan päivystyksen hoitohenkilökunnan mielenterveys -ja päihdeosaaminen. Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää millaisena te, päivystyksen hoitohenkilökunta koette oman mielenterveys -ja päihdeosaamisenne. Haluamme kartoittaa millaisia mielenterveys -ja päihdetyön keinoja teillä on käytössä ja missä koette tarvitsevanne apua. Lisäksi olemme kiinnostuneet miten yhteistyö psykiatrian kanssa näkyy työssänne.

Toteutamme haastattelun sähköisenä Webprorol-kyselynä. Kyselyyn vastataan nimettömänä. Kyselyyn vastaaminen kestää noin. 20-30minuuttia. Toivomme mahdollisimman monen vastaavan kyselyyn. Kysely on vastattavissa 15-28.2.2021. Kiitos jo etukäteen vastauksistanne!

Linkki kyselyyn: <https://link.webpolsurveys.com/S/D605DA2E7FA8274E>

Ystävällisin terveisin:

Henna Kettunen ja Satu Väisänen

SN18KM

LIITE 3: KYSELYLOMAKE

Haastattelulomake

Seuraavat kysymykset käsittelevät omaa näkemystäsi mielenterveys- ja päihdeosaamistasi

1. Millaisena koet oman osaamisesi arvioida potilaan psyykkistä tilaa?
2. Millaisena koet oman osaamisesi päihdeongelman arvioinnissa?
3. Millaisena koet oman osaamisesi masentuneen henkilön kohtaamiseen?
4. Millaisena koet osaamisesi itsetuhoisen tai ahdistuneen potilaan kohtaamiseen?
5. Millaisena koet kykysi auttaa äkillisen kriisin kokenutta henkilöä?
6. Miten haluaisit kehittää omaa osaamistasi mielenterveys- ja päihdepotilaan tilan arvioinnissa ja hoidossa?
7. Millaista lisäkoulutusta toivoisit saavasi mielenterveys- ja päihdepotilaiden tilan arviointiin ja hoitoon liittyen?

Seuraavat kysymykset käsittelevät mielenterveys- ja päihdeosaamiseen liittyviä yksikön ohjeita ja käytäntöjä

8. Onko teillä käytössä strukturoituja haastattelumalleja tai lomakkeita psyykkisen tilan arviointiin? Jos on, mitä?

9. Onko teillä käytössä strukturoituja haastattelumalleja tai lomakkeita päihdepotilaan tilan arviointiin? Jos on, mitä?

10. Onko teillä käytössä strukturoituja haastattelumalleja tai lomakkeita masentuneen potilaan tilan arviointiin? Jos on, mitä?

11. Onko teillä käytössä strukturoituja malleja tai haastattelulomakkeita itsetuhoisen tai ahdistuneen potilaan tilan arviointiin? Jos on, mitä?

12. Onko teillä olemassa toimintaohjeet äkillisen kriisin kokeneen henkilön arviointiin ja hoitoon? Millaiset?

13. Onko teillä käytössä strukturoituja haastattelumalleja tai lomakkeita psykoottisen potilaan tilan arviointiin? Jos on, mitä?

Seuraavat kysymykset käsittelevät yhteistyötä psykiatrian kanssa

14. Kuinka usein työssäsi tarvitset konsultaatioapua psykiatrialta?

15. Miten yhteistyö psykiatrian kanssa näkyy työssänne?

16. Millaisena koet moniammatillisen yhteistyön merkityksen mielenterveys- ja päihdepotilaiden hoidossa päivystyksessä?

17. Miten voisitte yksikkönä kehittää moniammatillista yhteistyötä ja mielenterveys- ja päihdepotilaan hoitotyötä?