



VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
VASA YRKESHÖGSKOLA
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Kosti Hyvärinen

KOKEMUKSIA PSYKIATRISTEN
PÄIVYSTÄVIEN SAIRAANHOITAJIEN
TOIMINNASTA

Uuden työtavan käyttöönoton väliarvio

Ylempi AMK -tutkinto
Sosiaali- ja terveysala
2013

VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
Terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma

TIIVISTELMÄ

Tekijä	Kosti Hyvärinen
Opinnäytetyön nimi	Kokemuksia psykiatristen päivystävien sairaanhoitajien toiminnasta – Uuden työtavan käyttöönoton väliarvio
Vuosi	2013
Kieli	suomi
Sivumäärä	70 + 2 liitettä
Ohjaaja	Paula Hakala

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää miten Vaasan sairaanhoitopiirin psykiatrian klinikkaryhmässä syksyllä 2012 aloitettu psykiatrian päivystävien sairaanhoitajien toiminta oli vastannut toiminnalle asetettuihin tavoitteisiin. Toiminnan tavoitteena oli sairaalaan sisäänkirjoitusten väheneminen ja ennaltaehkäiseminen sekä avohoitoon ohjaaminen. Toiminta perustui kansallisiin ja kansainvälisiin suosituksiin. Lisäksi opinnäytetyön tavoitteena oli selvittää miten päivystävän sairaanhoitajan toimintaa voidaan kehittää.

Opinnäytetyön aineisto kerättiin haastattelemalla psykiatrian päivystäviä sairaanhoitajia (n=6) teemahaastattelun avulla. Kerätty aineisto litteroitiin ja analysoitiin sisällönanalyysillä.

Tutkimuksen keskeisimmät tulokset osoittivat, että päivystävien sairaanhoitajien toiminnalla oli pystytty ennaltaehkäisemään ja vähentämään sairaalaan sisäänkirjoituksia. Tätä tukivat sekä päivystävien sairaanhoitajien käytännön kokemukset että sairaalan keräämät tilastotiedot. Lisäksi potilaita oli ohjattu enenevässä määrin avohoitoon ja yhteistyö avohoidon toimijoiden ja omaisten kanssa oli lisääntynyt. Yhteistyön osastojen kanssa koettiin olevan hyvää ja päivystävien lääkäreiden kanssa sen koettiin olevaan lääkärisidonnaista. Osa lääkäreistä teki hyvää yhteistyötä ja osa ei. Toiminnan kehittämisen kannalta merkittäväksi koettiin, että päivystävän sairaanhoitajan toimenkuvaa selkiytettäisiin ja siitä tiedotettaisiin enemmän eri yhteistyötahoja. Toimenkuvan selkiyttämisen koettiin helpottavan yhteistyötä ja kaikki olisivat tietoisia siitä, että mitä kukin tekee.

Asiasanat Mielenterveyden kansalliset ja kansainväliset linjaukset, avohoito, sairaalahoito, päivystyshoito, psykiatrinen sairaanhoitaja

ABSTRACT

Author	Kosti Hyvärinen
Title	Experiences of the Work of Psychiatric Nurses on Call - Mid-Term Evaluation of Introducing of a New Work Method
Year	2013
Language	Finnish
Pages	70 + 2 Appendices
Name of Supervisor	Paula Hakala

The purpose of the study was to find out how well the aims had been achieved when looking at the work of the psychiatric nurses oncall in the psychiatric clinic in Vaasa hospital district in autumn 2012. The aim of the work was to reduce the number of hospital admissions, focus on preventive work and refer the patients to non-institutional care. The work in the psychiatric unit is based on national and international recommendations and guidelines. A further aim was to find ways to develop the work of nurses on call.

The data was collected by interviewing psychiatric nurses oncall (n = 6) with a theme interview. The material was transcribed and analyzed with the content analysis method.

The research results showed that the work of nurses oncall had had a preventive impact and there were less hospital admissions. This was supported by the nurses oncall and their experiences from practical settings and by the data collected from the statistics. More patients had been referred to non-institutional care and there was more cooperation between the non-institutional care and with the close relatives. Cooperation with the departments was felt to be good, the cooperation with the medical doctor varied depending on the individual. Some of the medical doctors were very cooperative, others were not. The work description of the nurse oncall should be better defined and informed of in order to develop the work as a whole. Thus the cooperation would be easier and all actors involved would know the role of each others in the process.

Keywords The national and international guidelines in mental health, non-institutional care, hospital care, emergency care, psychiatric nurse

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1 JOHDANTO	8
2 MIELENTERVEYS- JA PÄIHDETYÖN KANSALLISET JA KANSAINVÄLISET LINJAUKSET	11
2.1 Muutokset mielenterveyspalveluissa	12
2.2 Mieli 2009 -ohjelman pääteemat ja ehdotukset peruspalveluille sekä erikoissairaanhoidolle	14
2.3 Perus- ja avopalvelujen tehostaminen	14
2.4 Avohoitoa tukevat palvelut	18
2.5 Psykiatrinen sairaalahoito	20
2.6 Psykiatrista avo- ja sairaalahoitoa ohjaavat lait	22
2.6.1 Mielenterveystyö	23
2.6.2 Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyö	24
3 KIIREETTÖMÄN HOIDON PERUSTEET	26
3.1 Psykiatrinen hoitotyöntekijä	28
3.2 Psykiatrisen erikoissairaanhoidon käytön tunnuslukuja	29
4 YHTENÄISET PÄIVYSTYSHOIDON PERUSTEET	33
4.1 Mielenterveyspotilaille tarkoitettu päivystystoiminta	35
4.2 STM:n suositukset päivystystoiminnan henkilökunnan osaamiselle ja mielenterveyspotilaille suunnattuun päivystystoimintaan	38
4.2.1 Hoitohenkilökunnan osaamisen suositukset	38
4.2.2 STM:n suositukset mielenterveyspotilaan päivystystoiminnan kehittämiseksi	39
5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	41
6 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	42
6.1 Tutkimusmenetelmä	42
6.2 Tutkimuksen kohderyhmä	44
6.3 Aineiston keruu	45
6.4 Tutkimusaineiston analyysi	45

7 TULOKSET	48
7.1 Päivystävien sairaanhoitajien toiminnalle asetettujen tavoitteiden toteutuminen.....	48
7.1.1 Kokemukset päivystävän sairaanhoitajan toiminnasta uuden työtavan aloittamisen aikana.....	49
7.1.2 Yhteistyö omaisten kanssa	55
7.2 Miten päivystävän sairaanhoitajan toimintaa kehitetään?.....	56
8 JOHTOPÄÄTÖKSET.....	60
9 POHDINTA	62
9.1 Tulosten pohdintaa	62
9.2 Tutkimuksen luotettavuus	65
9.3 Tutkimuksen eettisyys.....	66
9.4 Jatkotutkimusaiheita ja tulevaisuus.....	67
LÄHTEET.....	69
LIITTEET	

KUVA- JA TAULUKKOLUETTELO

Kuva 1. Sairaalahoidon potilaat diagnoosiryhmittäin 2002 – 2011. s. 28

Kuva 2. Sairaalahoidon potilaat diagnoosiryhmittäin 2002 – 2011
naiset/miehet. s. 29

Taulukko 1. Kymmenen potilasmääriltään yleisintä päädiagnoosia
sairaalahoidossa vuonna 2011. s. 30

LIITELUETTELO

LIITE 1. Teemahaastattelurunko

LIITE 2. Esimerkki sisällönanalyysistä

1 JOHDANTO

Mielenterveys- ja päihdeongelmat ovat suuri kansanterveydellinen ongelma verrattuna aikaisempaan. Vaikka mielenterveyshäiriöiden yleisyys ei ole muuttunut, on niihin liittyvä työkyvyttömyys lisääntynyt voimakkaasti. Sairauspäivärahapäivistä joka neljäs ja uusista työkyvyttömyyseläkkeistä joka kolmas myönnetään psyykkisin perustein. Mielenterveyshäiriöiden ja päihdeongelmien aiheuttamat suoraan hoitoon, kontrolliin ja sosiaalivakuutukseen liittyvät kustannukset ovat mittavia, ja epäsuorat kustannukset, kuten menetetyistä työpanoksesta ja tuottavuuden laskusta johtuvat, ovat moninkertaiset suoriin kustannuksiin verrattuna. Tämä tulee valtiolle ja kunnille kalliiksi pitemmällä aika välillä. Työikäisten yleisin kuolinsyy on alkoholi ja lisäksi huumeiden käyttö yleistyi 1990-luvun loppupuolella. Mielenterveys- ja päihdeongelmien esiintyminen samanaikaisesti on selvästi lisääntynyt. (Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:3, 13.) Tämä tarkoittaa myös sitä, että yhä useampi kärsii mielenterveys- ja päihdeongelmista.

Keskustelu psykiatristen sairaansijojen vähentämisestä aloitettiin Suomessa 1970-luvulla. Tällöin koko psykiatrinen palvelujärjestelmä oli lähes yksinomaan sairaalapainotteinen. Psykiatriset avopalvelut ja niitä tukevat asumispalvelut olivat orastavia ja kehittymättömiä. Mielenterveystoimistojen, kuten psykiatrisia avohoitopaikkoja tuolloin kutsuttiin, potilaat olivat lähes yksinomaan psykooseista kärsiviä. Mahdolliset asumispalvelut mielenterveyskuntoutujille olivat yksittäisiä. Psykiatristen sairaansijojen määrä oli sen sijaan merkittävä, suhteellisesti toiseksi suurin. Muutosta, jolla tarkoitetaan psykiatrisen palvelujärjestelmän kehittämistä sairaalakeskeisestä avopalvelukeskeiseksi, säädeltiin valtakunnallisesti aina 1990-luvun alkupuolelle asti. Sen jälkeen muutos on ollut kuntien vastuulla ja valtiollinen on ollut informaatio-ohjausta. Helmikuussa 2009 sosiaali- ja terveysministeriön asettama työryhmä julkaisi Mielenterveys- ja päihdesuunnitelman, jonka ehdotuksissa otettiin kantaa tulevaisuuden mielenterveys- ja päihdepalveluiden järjestämiseen. Kyseessä oli ensimmäinen kokonaisvaltainen kannanotto sitten vuonna 1984 julkaistun

Mielenterveystyö komitean mietinnön. Jos työryhmän ehdotukset edes osittain toteutuvat, ”asiakkaan ääni” otetaan huomioon eri tavoin kuin nyt. Mielenterveys- ja päihdepalvelujen järjestäminen pääasiallisesti avohoitona palvelee asiakkaita paremmin ja tukee heidän omia voimavarojaan. Tehostamalla varhaisessa vaiheessa tarjottavaa hoitoa avohoidossa peruspalvelupainotteisesti, voidaan välttyä sairauksien pahenemiselta ja pitkittymiseltä sekä vähentää laitospaikkojen tarvetta. (Tuori 2011, 1-4; Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:3, 14.)

Psykiatrisen potilaan hoito on pitkäaikainen prosessi, jonka yksi keskeinen onnistumisen kriteeri on jatkuvuus. Avohoidon ja sairaalahoidon toteuttaminen joustavasti ja toisiaan täydentävästi potilaan hoidon tarpeita parhaalla tavalla palvelevasti edellyttää sitä, etteivät hoitoa toteuttavat tahot ole hallinnollisesti ja maantieteellisesti etäällä toisistaan. Tämä rajoittaa sitä, missä määrin psykiatrista sairaaloissa annettavaa päivystyshoitoa voi keskittää. Asutustaajamien ulkopuolella on välittömän sairaalahoidon tarvetta voitu rajata mm. terveyskeskusten seurantapaikoilla tai muilla järjestelyillä. (Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010:4, 56.)

Vaasan keskussairaalan Psykiatrian yksikössä aloitti 24.9.2012 toiminnan psykiatrian päivystävä sairaanhoitaja. Toiminta aloitettiin pilottina ja se perustui kansainvälisiin ja kansallisiin linjauksiin ja oli osa psykiatrian klinikkaryhmän avohoidon toimintastrategiaa 2012 - 2018. Se oli myös linjassa sosiaali- ja terveysministeriön julkaiseman Mielenterveys- ja päihdesuunnitelman Mieli 2009 suositusten kanssa, jonka tavoitteena oli psykiatrisessa hoidossa avohuoltopainotteisuus. Toiminnan tavoitteena oli ennaltaehkäistä sairaalaan sisäänottoja ja ohjata potilaita avohuollon palveluihin mikäli heidän psyykkinen vointinsa sen salli. Tarkoituksena oli huomioida mitä potilas sillä hetkellä tarvitsee. Tarvitseeko hän sairaalahoitoa vai riittävätkö avohuollon palvelut? Omaisten huoli ja heidän huomioiminen oli myös oleellinen osa päivystävän sairaanhoitajan toimintaa. Tärkeää oli, että potilasta hoidetaan hänen vointiaan parhaiten tukevassa paikassa ja hänen oma toiveensa myös huomioidaan. Yleisellä tasolla oleellista on myös se, että erikoissairaanhoidon rooli tulee muuttumaan ja

yhteistyötä avopalvelujen kanssa kehitetään. Päivystävän sairaanhoitajan toiminnalla pyritään tukemaan psykiatrian yksikön avohoidon strategiaa siten, että potilaita ei automaattisesti kirjoitettaisi sisälle erikoissairaanhoidon akuuttiosastoille, vaan potilaan tilannetta arvioitaisiin ja pyritäisiin tukemaan kotiinpäin. Tämä onnistuu tarjoamalla potilaalle keskustelumahdollisuuden puhelimitse sekä mahdollisuuden tulla tapaamaan päivystävää sairaanhoitajaa päivystysaikana.

Toimintaa suunnittelemaan perustettiin keväällä 2012 sairaalan omasta henkilökunnasta koostuva työryhmä, joka tapaamisissaan suunnitteli ja kehitti päivystävän sairaanhoitajan toimenkuvaa. Päivystävän sairaanhoitajan toimenkuva hyväksyttiin psykiatrian johtoryhmässä. Tapaamisissa sovittiin myös, että toiminnasta tehdään väliarvio puolen vuoden toiminnan jälkeen.

Tässä tutkimuksessa pyritään tuomaan esiin päivystävien sairaanhoitajien kokemuksia syyskuussa 2012 aloitetusta toiminnasta. Tarkoituksena oli selvittää miten toiminnalle asetetut tavoitteet ovat toteutuneet ja miten toimintaa voitaisiin kehittää.

2 MIELENTERVEYS- JA PÄIHDETYÖN KANSALLISET JA KANSAINVÄLISET LINJAUKSET

Sosiaali- ja terveysministeriö käynnisti vuonna 2007 mielenterveys- ja päihdesuunnitelman valmistelun 106 kansanedustajan vuonna 2005 tekemän aloitteen perusteella (Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:3, 11.). Sosiaali- ja terveysministeriö asetti Mieli 2009 - työryhmän valmistelemaan kansallista mielenterveys- ja päihdesuunnitelmaa toimikaudelle 1.4.2007 – 30.12.2008. Työryhmän tehtävänä oli

1. valmistella sosiaali- ja terveysministeriölle ministeriön strategia 2015:n mukainen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma
2. tehdä ehdotukset hyvien käytäntöjen yleistämisestä sosiaali- ja terveydenhuollossa
3. tehdä tarpeen mukaan ehdotuksia ohjauskeinojen kehittämiseksi

(Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:3, 4-5.)

Työryhmä kokoontui 14 kertaa ja järjesti kaksi sisäistä seminaaria 28. – 29.8.2008 ja 12. – 13.11.2008. Mielenterveys- ja päihdetyön tulevaisuutta linjattiin keväällä 2008 viidessä alueellisessa kuulemistilaisuudessa sekä järjestöjen kuulemistilaisuudessa ja eduskunnan seminaarissa. Työryhmän alustavista ehdotuksista järjestettiin kuulemistilaisuus 4.11.2008. (Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:3, 4-5.)

Mielenterveyspalvelut sijoittuvat pääosin terveystoimeen ja päihdehuollon erityispalvelut sosiaalitoimeen. Tämän takia palvelujärjestelmä on hajanainen ja vaikeuttaa palvelua tarvitsevien pääsyä niiden piiriin ja edesauttaa putoamista pois niistä siitä huolimatta, että henkilökunta eri yksiköissä onkin osaavaa ja työhön vahvasti sitoutunutta. Palveluista osan tuottavat kunnat itse, osan tuottavat järjestöt ja yksityiset palveluntuottajat. Avohoidon kehittäminen on jäänyt toissijaiseksi, kun suhteettoman suuri osa mielenterveys- ja päihdeongelmien hoidon kustannuksista kohdistuu laitoshoidon. Mielenterveys- ja päihdepalveluiden rinnalla on tärkeä kehittää mielenterveyttä ja päihdeettömyyttä

edistävää ja ongelmia ehkäisevää työtä. Mielenterveys- ja päihdetyöhön sijoittaminen on panostamista toimintakykyyn ja tuottavuuteen. Tärkeimmät päivystypsykiatriset toimijat ovat perusterveydenhoidon päivystyspisteet, yleissairaaloiden päivystyspoliklinikat ja yleissairaalapsykiatrisen päivystys, mielenterveystoimistot sekä psykiatristen sairaaloiden päivystykset. Psykiatrisen päivystystoiminnan kehittäminen on haaste, joka ulottuu paljon psykiatrian alaa laajemmalle. Palveluverkoston kaikkien osapuolten – erityisesti perusterveydenhuollon, yleissairaaloiden päivystyspisteiden, sairaankuljetuksen, kuntien peruspalveluiden ja poliisin – valmiuksien edistämistä ei saa laiminlyödä. (Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:3, 13; Sorri 2002, 270.) Vaasan keskussairaalassa päivystysluontoiset psykiatrian konsultaatiot on tähän mennessä yleensä johtanut sairaalaan osastolle sisäänkirjoittamiseen sen sijaan, että olisi tarkemmin mietitty ja ohjattu potilasta avohoidon piiriin.

2.1 Muutokset mielenterveyspalveluissa

Viimeisten 15 vuoden aikana suomalaisissa mielenterveyspalveluissa on tapahtunut suuria hallinnollisia ja rakenteellisia muutoksia. Potilaspaikkoja on vähennetty muun muassa lopettamalla niin sanottuja B-sairaaloita, joissa aikaisemmin hoidettiin pitkäaikaispotilaita. Mielenterveystyön järjestämisvastuu on siirretty keskushallinnolta kunnille, psykiatrian laitospainotteisesta mallista on siirrytty kohti monipuolisten, integroitujen avohoitopalvelujen mallia ja palvelujen tuottajien kirjo on laajentunut kattamaan sairaanhoitopiirejä, kuntia sekä yksityisen ja kolmannen sektorin toimijoita. Merkittäviä psykiatrisen palvelujärjestelmään vaikuttaneita yhteiskunnallisia muutostekijöitä ovat olleet 1990-luvun alussa erikoissairaanhoitolailla toteutettu yhdentymisen somaattiseen (erikois)sairaanhoitoon ja valtiosuusuuudistuksella säädetty hallinnollinen hajautus, sekä toisaalta saman vuosikymmenen alkupuolella vaikuttanut taloudellinen lama. Laman jäljiltä psykiatrisen hoitotyön kehitys on useamman vuoden tallannut paikallaan. (Harajärvi, Pirkola & Wahlbeck 2006, 16 – 17.) Vaikka yhdentymisen somattiikkaan on ollut tavoitteena, on kuitenkin monilla paikkakunnilla psykiatrian yksikkö erillään kantasairaalasta useiden kilometrien päässä. Näin on edelleen esimerkiksi Vaasassa ja Tampereella.

Mielenterveyttä koskeva keskustelu on arkipäiväistynyt, joten uskallamme keskustella ja kysyä asiasta. Yhteiskuntamme on tullut avoimemmaksi. Aikaisemmin kaikki mielenterveysongelmaiset leimattiin hulluiksi. Nyt kuitenkin puhutaan sairaudesta ja diagnooseista ja nimenomaan mielenterveysongelmista eikä hulluudesta. Tämä helpottaa mielenterveysongelmaisten ihmisten perheitä ja omaisia. Enää ei ole yhtä vaikeaa puhua mielenterveydestä kuin aikaisemmin. Kehitys kohti suurempaa avoimuutta henkilökohtaisten ongelmien ja sairauksien suhteen on kestänyt kauan ja tämä koskee myös mielenterveyden häiriöitä. Syyn muutokseen voi osittain löytää avoimesta yhteiskunnastamme, osittain tosiasioista, että useat sairaudet ja häiriöt tänä päivänä ovat hoidettavissa tieteellisen edistyksen vuoksi. Käsitteet ”terveys ja ”terve” ovat monivivahteisia ja lisäksi yhteiskunnalliset asenteet perinteistä laitoshoidoa kohtaan ovat muuttuneet jyrkästi. (Vaasan kaupunki 2011, 3.)

Mielenterveys- ja päihdesuunnitelman valmistelussa on otettu huomioon meneillään oleva kunta- ja palvelurakennemuutos. Lisäksi on huomioitu laaja lainvalmisteluohjelma, jossa sosiaali- ja terveydenhuolto kehitetään nykyistä laajempina alueellisina kokonaisuuksina. Lain tarkoituksena on helpottaa potilaan hoitoon pääsyä ja lisätä potilaan valinnanvapautta palveluissa eli potilas voi itse valita mistä tai miltä paikkakunnalta hän palvelun haluaa. Suunnitelma noudattaa myös Euroopan unionin, Euroopan neuvoston ja WHO:n linjauksia. Mielenterveys- ja päihdekysymykset yhdistyvät nyt ensimmäistä kertaa valtakunnallisen suunnitelman tasolla. (Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:3, 13.) Vaasan sairaanhoitopiirissä kunnat ovat kehittäneet omia mielenterveyspalveluitaan siten, että erikoissairaanhoidon pyritään lähettämään vain ne potilaat, jotka ovat selkeästi erikoissairaanhoidon tarpeessa. Kunnat ovat laatineet mielenterveysstrategioita noudattaen sosiaali- ja terveysministeriön ohjeistuksia.

Brysselissä vuonna 2008 pidetyssä Euroopan unionin maiden konferenssissa hyväksyttiin sopimus mielenterveydestä ja hyvinvoinnista. Tässä sopimuksessa

tunnustetaan, että mielenterveys on kaikille kuuluva universaali oikeus, jonka edistämiseksi ja mielenterveyden häiriöiden ehkäisemiseksi tarvitaan kaikkien valtioiden yhteistyötä. Unioni priorisoi tärkeiksi masennuksen ja itsemurhien ehkäisyn, kouluissa ja harrastuksissa tapahtuva nuorten mielenterveyden edistämisen, hyvän mielenterveyden työelämässä, ikäihmisten mielenterveyden sekä stigman ja sosiaalisen syrjäytymisen vähentymisen. Tämä korostuu myös kuntien tekemissä mielenterveysstrategioissa, joita ohjaavat kansalliset ja kansainväliset ohjeistukset. (Vaasan kaupunki 2011, 11.)

Tulevaisuudessa kohdattavat muutokset ja niihin liittyvät haasteet ovat erityisen vaikeat hahmottaa, sillä ei ole olemassa yhtä todennäköistä tulevaisuutta ja siihen liittyviä yhdenlaisia haasteita. Toisaalta tulevaisuus on meidän kaikkien ulottuvissa, sillä teemme koko ajan tulevaisuutta. Kaikki ne koko terveydenhuolto ja erityisesti psykiatrista hoitotyötä koskevat ratkaisut ja päätökset, joita nyt tehdään, vaikuttavat siihen, millaiseksi potilaiden psykiatrinen hoito tulevaisuudessa muotoutuu. (Välimäki, Holopainen & Jokinen 2000, 187 – 188.)

2.2 Mieli 2009 -ohjelman pääteemat ja ehdotukset peruspalveluille sekä erikoissairaanhoidolle

Mieli 2009 -ohjelman työryhmä hyväksyi seuraavat painotukset ja periaatteet mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi: 1) asiakkaan aseman vahvistaminen, 2) ehkäisyn ja edistämisen vahvistaminen, 3) palvelujen integroiminen toiminnalliseksi kokonaisuudeksi ja eri ikäryhmien tarpeiden huomioon ottaminen sekä 4) ohjauskeinojen tehostaminen. Tässä tutkimuksessa perehdytään Mieli 2009- ohjelman erikoissairaanhoidon ja avohoidon osiin.

2.3 Perus- ja avopalvelujen tehostaminen

Mielenterveyspalvelut koostuvat sairaanhoitopiirien sekä kuntien terveyskeskusten yhteydessä annettavista erikoissairaanhoidon palveluista että perusterveydenhuollon ja sosiaalipalveluiden yhteydessä annettavista

mielenterveyspalveluista. Lisäksi mielenterveyspalveluita tuottavat myös yksityinen terveydenhuolto sekä kolmas sektori.(Rautianen & Pelanteri 2011, 3.) Erikoissairaanhoidon tullaan lähetteellä, kun taas perusterveydenhuoltoon päästään ilman lähetettä.

Mielenterveystyön kenttä on ollut muutostilassa jo pitkään ja tavoitteena on ollut laitoshoidon vähentäminen ja hoidon painopisteen siirtäminen enemmän avohoitoon. Mielenterveyspalvelujen järjestäminen on mitä suurimmassa määrin yhteiskunnan tehtävä huomioiden myös sosiaalipalvelujen yhteensovittamisen. Kuntien tavoitteena on tehostaa perus- ja avopalveluja mielenterveys- ja päihdeongelmista kärsiville lisäämällä ja monipuolistamalla muun muassa päivystyksellisiä, liikkuvia ja konsultaatiopalveluja. Näin toimimalla on mahdollista vähentää sairaalahoidon tarvetta. Erikoistason psykiatriset ja päihdehuollon erityispalveluiden avohoitoyksiköt yhdistetään. Psykiatrinen sairaalahoido siirretään pääsääntöisesti yleissairaaloiden yhteyteen. Peruspalveluihin perustetaan kattavasti matalankynnyksen hoitajavastaanottoja. Tämä olisi tärkein hoitoon pääsyn turvaava uudistus. Merkittävä osa psykiatrisista päivystyspalveluista on jäänyt perusterveydenhuollon tehtäväksi. (Vaasan kaupunki 2011, 3 – 5; Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:3, 28; Sorri 2002, 269; Tuori 2011, 4.)

Terveys 2015 -kansanterveysohjelmassa painotuksena on mielenterveyden edistäminen. Ohjelman periaatteissa korostuu alueellinen ja paikallinen yhteistyö yli hallintosektoreiden. Sosiaali- ja terveysministeriön tavoite- ja toimintaohjelmassa (TATO 2004–2007) painotuksena on paikallisen hyvinvointipolitiikan edistäminen, sosiaali- ja terveyspalveluiden integroitu kehittäminen sekä poikkihallinnollinen kehitystyö. Ohjelmassa suositellaan mielenterveystyön kehittämistä eri väestöryhmille alueellisen ja monialaisen yhteistoiminnan avulla. Tavoitteena on, että mielenterveys- ja päihdepalvelut yhdistetään ajan myötä toimiviksi kokonaisuuksiksi. Kyseessä ei olisi ainoastaan hallinnollinen vaan myös fyysinen yhdistyminen. Tämä helpottaisi olennaisesti

yhä kasvavan kaksoisdiagnoosi potilaiden hoitoa, joilla on sekä mielenterveys- että päihdeongelma. (Harajärvi ym. 2006, 23; Tuori 2011, 4.)

Mielenterveys- ja päihdepalveluissa asiakas saa parhaan avun, kun palvelujärjestelmä muodostaa yhtenäisen toiminnallisen kokonaisuuden, joka kattaa monipuolisesti avo- ja laitospalvelut, perus- ja erikoispalvelut sekä mielenterveys- ja päihdepalvelut. Kaikki palvelut ovat saatavissa yhden oven periaatteella. Olennaista on, ettei asiakasta enää pompotella paikasta toiseen, vaan hän saa selkeän ja yhtenäisen palvelun oli hänen vaivansa mikä tahansa. Vaikka palveluvalikoima ulottuu eri hallinnonaloille ja porrastuksen tasoille ja mukana on monia palveluntuottajia, tulee asiakkaan päästä palveluihin yksinkertaisesti. Hoitojärjestelmän tehtävänä on huolehtia yksilöllisen palvelukokonaisuuden räätälöimisestä, jossa asiakas on keskiössä. Palvelut tulee järjestää painottaen perus- ja avopalveluja. Peruspalvelujen painottaminen on välttämätöntä mielenterveys- ja päihdeongelmien yleisyyden ja niiden kansanterveydellisen merkityksen vuoksi. Avopalveluihin panostaminen on tärkeää inhimillisistä, hoidollisista ja taloudellisista syistä. Palvelujen tulee olla lähellä ihmisiä ja heidän arkeaan. Palveluihin tulisi olla mahdollisimman matala kynnyks mennä. Monipuoliset avopalvelut tuottavat enemmän hyvinvointia ja avohoitoon panostaminen on yleensä vaikuttavampaa kuin panostaminen laitospalveluihin. Jos lisäksi suuri osa kustannuksista käytetään laitoshoitoon, on avohoitoa vaikea kehittää ja toteuttaa tarvittavassa määrin. (Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:3, 29.)

Palveluiden kehittäminen edellyttää suurempaa resursointia, joka tulee suunnata erityisesti perus- ja avopalveluihin mielenterveys- ja päihdeongelmien ehkäisyyn, varhaisen tuen sekä hoidon tehostamiseksi. Matalan kynnyksen periaatteella toimivat hoitajien ja sosiaalityöntekijöiden vastaanotot, ehkäisevän työn koordinaattorit ja kattava depressio- ja päihdehoitajaverkosto sekä tarpeenmukaisen psykoterapian tarjoaminen edellyttää olemassa olevien resurssien uudelleen kohdentamista ja lisäresursseja. Lisäresursoinnin tarve koskee lähivuosia, sen jälkeen tarve tasoittuu laitospaikoista vapautuvalla

henkilökunnalla ja säästyvillä muilla laitospalveluilla. Välivaiheen rahoituksen tulisi koostua suuremmasta valtionosuudesta, kuntarahoituksesta, kehittämishankemäärärahoista ja muista mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseen tarkoitetuista lähteistä. (Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:3, 41.)

MERTTU -hankkeen tieteellisissä analyyseissa on alustavasti havaittu avohoitoon painottuvien muutosten ja toisaalta jo tapahtuneen laitoshoidon purun liittyvän alentuneeseen itsemurhakuolleisuuteen. Tämä tukee kirjallisuudessa jo aiemmin esiintyneitä, näkemyksiä avohoitopainotteisten palvelujen ja monipuolisen osaamisen edullisuudesta. Analyysejä palvelujärjestelmän vaikuttavuudesta jatketaan muun muassa selvittämällä, miten palvelujärjestelmäteknologiat vaikuttavat ihmisten päätymiseen ennenaikaiselle työkyvyttömyyseläkkeelle muun muassa masennuksen takia. (Harajärvi ym. 2006, 72.)

Sosiaali- ja terveyskeskuksissa ja vastaavissa peruspalveluissa tulisi jatkossa tunnistaa mielenterveyshäiriöt ja päihdeongelmat ja antaa varhaista tukea ja hoitaa pääosaa masennus- ja ahdistushäiriöistä sekä päihdeongelmista. Peruskatkaisuhoidon ja pitkäaikaisesta päihdeongelmaisten jatkohoidosta kuten opiaattiriippuvaisten korvaushoidosta tulisi hoitaa peruspalveluissa. Myös osa pitkäaikaista skitsofreniaa sairastavista kuuluu hoitaa perusterveydenhuollossa. Mielenterveyspotilaan ollessa hyvässä kunnossa, on luonnollista, että hän käyttää perusterveydenhuollon palveluja. Siellä hoidetaan mielenterveys- ja päihdeongelmaisten somaattiset sairaudet, suun sairaudet ja tapaturmat. Häiriöiden yleisyyden vuoksi on välttämätöntä, että jokainen terveyskeskuslääkäri ja terveyskeskushoitaja sekä sosiaalityöntekijä tunnistaa ja hoitaa näitä häiriöitä samassa määrin kuin muita kansanterveysongelmia. (Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:3, 31.)

2.4 Avohoitoa tukevat palvelut

Tavanomaisen psykiatrisen avohoidon tehosta ja vaikuttavuudesta ei ole kovin paljoa laadukasta tutkimustietoa. Avohoitomallien kehittämiseen on panostettu pioneerityöllä, mutta malleja on testattu yllättävän vähän korkeatasoisissa kontrolloiduissa tutkimuksissa. Osa psykiatrisesta kokopäiväisestä sairaalahoidosta voidaan korvata päiväsairalahoidolla ja osalla vaikeahäiriöisistä potilaista sairaalahoidon on mahdollista vähentää kotihoitotyöryhmien avulla. Hoidon mahdollisimman varhainen aloittaminen ensimmäistä kertaa psykoosiin sairastuvilla perusterveydenhuollossa tai erikoissairaanhoidon psykiatrian poliklinikalla tarjoaa hyvät edellytykset sairaalahoidon käytön luonnolliselle muutokselle. Sairaaloitten sulkeminen ei sellaisenaan johda avohoidon kehittämiseen. Hyvä avohoito edellyttää tuloksellisuuden seuranta ja hyviä työolosuhteita, joissa hoitoa voidaan toteuttaa parhaan tietämyksen mukaisesti. (Korkeila 2009, 2333.)

Peruspalveluiden ottaessa hoitovastuun mielenterveys- ja päihdeongelmaisten potilaiden kasvavasta joukosta, on psykiatrisen erikoissairaanhoidon ja päihdehuollon erityispalveluiden tehtävänä antaa peruspalveluihin jalkautuvaa monipuolista ja riittävää konsultaatio-, koulutus- ja työnohjaustukea. (Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:3, 31.)

Avohoito nähdään koko psykiatrisen palvelukokonaisuuden ytimenä. Kehityssuunta on palveluiden keskittäminen isoihin poliklinikkakeskuksiin, jotka eivät ole niin haavoittuvaisia kuin pienet hajautetut yksiköt. Työmuotoja kehitetään mobiileiksi ja lähelle potilasta suuntautuviksi. Tällaisia palveluita ovat esimerkiksi päivystykselliset avohoitopalvelut, liikkuvat työryhmät sekä sairaalahoidon vaihtoehdot. Potilaan osallisuutta korostetaan. (Kautto, Tuohimäki, Kerätär, Vesimäki, Ivars & Pitkänen 2012, 11.)

Hoitomenetelmien kehittyessä on tullut selväksi, että vain harvalle potilaalle sairaalaympäristö tuo lisäarvoa. Psykiatria on moniammatillista tiimityötä, jossa potilaan sosiaalinen verkosto säilyy. Niihin kuuluu yleensä psykiatreja,

terveyskeskuslääkäreitä, psykologeja, sosiaalityöntekijöitä, sairaanhoitajia, lähihoitajia, toiminta- ja fysioterapeutteja sekä tarvittaessa muita asiantuntijoita, kuten seurakunnan työntekijöitä. Hoidon tuloksissa pyritään yhä kunnianhimoisemmin siihen, ettei potilas syrjäytyisi ympäröivästä yhteiskunnasta. (Hietaharju & Nuutila 2010, 17; Kautto ym. 2012, 11.)

Väestön hyvinvointi sekä ihmisten omatoimisuuden ja turvallisuudentunteen säilyttäminen ovat perusterveydenhuollon mielenterveystyön tavoitteita. Perusterveydenhuollon mielenterveysyksikön tehtäviä ovat ennalta ehkäisy, mielenterveysongelmien tunnistaminen ja hoito sekä tarvittaessa potilaiden lähettäminen jatkohoitoon esimerkiksi erikoissairaanhoidon tai A-klinikalle. Perusterveydenhuolto ottaa tarvittaessa vastuulleen myös psykiatrisen potilaan lääke- ja jatkohoidon. Mielenterveyspalveluja annetaan lisäksi mm. neuvoloissa, kouluterveydenhuollossa, sosiaalitoimessa ja vanhusten kotihoidossa. Terveysasema tekee päivystyksessä kaikkina vuorokaudenaikoina hoitoarviota erikoissairaanhoidon. Jopa kolmanneksella kaikista terveyskeskuskusten potilaista käynnin syyhyn liittyy tavalla tai toisella mielenterveyden häiriö. Määrä on kolminkertainen verrattuna potilaisiin, jotka käyttävät psykiatrisen erikoissairaanhoidon palveluja. (Hietaharju & Nuutila 2010, 19.; Välimäki ym. 2000, 82.)

Vaasan kaupunki (2011) määrittelee avohoidon tehtävän seuraavasti: avohoitoa on sellainen hoito, jossa korostuu henkilön vaikutusmahdollisuus palvelujen tai asumisen järjestämiseksi. Henkilö voi siten asua vuokra-, omistus- tai asumisoikeusasunnossa. Lisäksi palveluasuminen on mahdollista, mikäli se nähdään tarpeelliseksi. Mielenterveyden avohuollossa oleva henkilö voi saada säännöllisiä kotiin vietäviä palveluita sekä näihin liittyviä tukipalveluita, joista on laadittu palvelu- ja hoitosuunnitelma. (Vaasan kaupunki 2011, 8.)

Avo- ja sairaalahoitoa tulisi pyrkiä yhdistämään toisiaan tukeviksi ja täydentäviksi sekä välttää samalla luomasta liian optimistista kuvaa siitä, miten

helppoa potilaspaiikkojen korvaaminen muilla palveluilla saattaisi olla. (Burns 2001, 223- 241.)

Terveyskeskuksen vuodeosastoa voidaan käyttää erilaisten psykososiaalisten kriisien hoidossa ja päihdekatkaisuhoidossa. Alkoholin aiheuttamat deliriumtilat hoidetaan somaattisilla osastoilla. Vaikeat deliriumtilat joihin liittyy aggressiivisuutta ja levottomuutta joudutaan hoitamaan edelleen erikoissairaanhoidossa. Päiväsairaalatoiminta on usein osa julkista psykiatrista sairaalahoitoa. (Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:3, 32.)

2.5 Psykiatrinen sairaalahoito

Laitoshoidon tunnusmerkinä on potilaiden sisäänkirjoitus hoidon alkaessa taikka erikseen tehty laitokseen ottamispäätös. Laitoshoitoon päätyvät potilaat eivät selviä kotona tai muussa avohoidossa säännöllisten sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen järjestämisestä huolimatta. Jokainen kunta kuuluu erikoissairaanhoidolain mukaan johonkin sairaanhoitopiiriin. Kunta voi halutessaan ostaa erikoissairaanhoidon palveluita myös muualta kuin omasta sairaanhoitopiiristään. Jokaisessa sairaanhoitopiirissä toimii psykiatrinen sairaala- tai osastoyksikkö. Erikoissairaanhoidossa toimii monentyyppisiä toimintayksiköitä. Organisaatioon yleensä kuuluu nuorisopsykiatrian- ja lastenpsykiatrian osastoja, poliklinikoita sekä yleissairaalapsykiatrisia ja geropsykiatrisia poliklinikoita. (Hietaharju & Nuuttila 2010, 21 – 22.; Vaasan kaupunki 2011, 8.)

Psykiatrisessa hoidossa sairaalahoitoa edustavat psykiatriset sairaalat, jotka ovat erikoistuneet vakavista mielenterveyden häiriöistä ja sairauksista kärsivien ihmisten hoitoon. Hoitoon tullaan yleensä perusterveydenhuollon tai muun tahon lääkärin läheteellä. Hoitoon tulon syynä voi olla esimerkiksi vakava masennus, itsemurhariski, vaikeat ahdistuneisuushäiriöt tai fobiat, psykoottisuus tai päihteiden käytön aiheuttama psykoosi. Laitoshoidolla on keskeinen rooli psykiatrisessa hoidossa, sillä sairaalat tukevat mielenterveystoimistojen ja

terveyskeskusten työtä. Potilas on sairaalahoidossa vain sairauden tai kuntoutuksen vaatiman välttämättömän ajan. Optimaalisen lyhyt hoitoaika laitoksessa estää laitostumista, edistää kuntoutumista ja on taloudellista, ja se pitää potilaan kiinni sairaalan ulkopuolisessa elämässä. (Hietaharju & Nuutila 2010, 22.)

Hoitoaikojen lyhentyessä ja palvelujärjestelmän muuttuessa avohoitopainotteisemmaksi omaisten vastuu sairastuneen läheisensä hyvinvoinnista ja arkipäivän elämästä on kasvanut ja omaisista on tullut tärkeä lisäresurssi ja voimavara viralliselle hoitojärjestelmälle. Useissa yhteyksissä on korostettu huomion kiinnittämistä omaisten jaksamisen tutkimiseen ja tukemiseen. (Laitila 2010, 44.)

Psykiatrisen sairaalahoidon kehittämisen tavoitteeksi tulee asettaa kaikkien psykiatristen sairaalaosastojen siirtyminen yleissairaaloiden yhteyteen vähemmän laitostavaksi ja leimaavaksi hoidoksi. Näin ollen mielenterveys- ja päihdeongelmaisten runsas somaattinen sairastaminen voidaan paremmin ottaa huomioon tutkimuksessa ja hoidossa, kun etäisyys kantasairaalaan on lyhyt. Muutos on jatkoa nykyiselle suuntaukselle. Avomuotoisia mielenterveyspalveluja vahvistamalla ja monipuolistamalla psykiatrisen sairaalahoidon tarpeen tulisi vähentyä työryhmän arvion mukaan niin, että vuonna 2015 tarvitaan nykyisten noin 4600 psykiatrisen sairaansijan sijasta noin 3000 psykiatrista sairaansijaa. Hollannissa ei ole vähennetty potilaspaikkoja, leikattu budjetteja tai lakkautettu mielisairaaloita. Uusia hoitomalleja on kuitenkin kehitetty, ja niiden mukaisesti hoidettujen määrä kolminkertaistui kahdeksan vuoden seurannan aikana ja samaan aikaan sairaalahoidon käyttö vähentyi. (Pijl, Kluitert & Wiersma 2000, 402 – 407; Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:3, 32 - 33.) Suomessa tämä muutos pyritään tekemään samaan aikaan eli avohoitoa tehostetaan ja laitospaikkoja vähennetään.

Hoidon painopiste tulisi olla peruspalveluissa ja erikoissairaanhoidossa keskittyä vaativampien potilaiden diagnostiikkaan ja potilaslähtöisten hoitomuotojen

tarjoamiseen. Osastohoito tukee avohoitoa, ei päinvastoin, ja osastot sijaitsevat yleissairaalan yhteydessä kokonaisvaltaisen hoidon toteuttamiseksi ja stigman hälventämiseksi. (Kautto ym. 2012, 11.)

Mielenterveys- ja päihdeongelmista kärsivien kuntoutuksen tulee olla monimuotoista ja sen tulee olla osa hoitoprosessia alkaen akuuttivaiheen varhaiskuntoutuksella. Hoitosuunnitelma laaditaan jo akuuttivaiheessa ja sen on tarkoitus palvella potilasta avohoitoon asti. Kuntoutuksen kehittämisessä pääpaino on avopalveluissa. (Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:3, 33.)

2.6 Psykiatrasta avo- ja sairaalahoitoa ohjaavat lait

”Mielenterveyslaki ja terveydenhuoltolaki määrittelevät mielenterveyspalvelut mielisairauksia ja muita mielenterveydenhäiriöitä poteville henkilöille sairautensa tai häiriönsä vuoksi annettavaksi sosiaali- ja terveydenhuollon palveluksi. Mielenterveyslaki voi määrätä potilaan pakkohoitoon ja rajoittaa potilaan toimintaa merkittävästi riippuen potilaan voinnista. Terveydenhuoltolaki vastaa etenkin palveluiden järjestämisestä.” (L 1116/1990, 1§ ja L1326/2010, 27§)

Terveydenhuoltolaki (L 1326/2010) tuli voimaan 1. toukokuuta 2011. Uuden terveydenhuoltolain myötä kansalaisten valinnanvapaus lisääntyy niin hoitopaikan kuin hoitohenkilöstönkin suhteen. Oleellista on, että potilas tai asiakas voi vapaammin valita sen terveydenhuollon toimintayksikön, jossa häntä hoidetaan. Lisäksi potilaan roolia oman hoitonsa suunnittelussa ja toteutuksessa korostetaan. Terveyskeskusten asiakkaat voivat saada tavanomaisimpia erikoissairaanhoidon palveluja myös omasta terveyskeskuksestaan. Terveydenhuoltolain tavoitteena ovat asiakaskeskeiset ja saumattomat palvelut. Laki vahvistaa perusterveydenhuoltoa, hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä sekä edistää terveyspalvelujen saatavuutta ja tehokasta tuottamista. Lailla halutaan varmistaa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyö ja asiakaskeskeisyys. Uudessa laissa on useita kuntien ja sairaanhoitopiirien toimintaan vaikuttavia muutoksia, joiden tavoitteena on asiakkaiden aseman, palvelujen ja hoidon parantaminen. (THL 2011.) Toinen psykiatrasta avo- ja sairaalahoitoa ohjaava laki on mielenterveyslaki (L 1990/1116). Seuraavassa kappaleessa tuodaan esiin miten

terveydenhuoltolaki ja mielenterveyslaki velvoittavat kuntia järjestämään mielenterveyspalveluita.

2.6.1 Mielenterveystyö

Terveydenhuoltolaki (L 1326/2010) ja mielenterveyslaki (L 1990/1116) ohjaa kuntia järjestämään mielenterveystyötä seuraavasti:

Kunnan tehtävänä on järjestää alueensa asukkaiden terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi tarpeellinen mielenterveystyö. Mielenterveystyön tarkoituksena on yksilön ja yhteisön mielenterveyttä suojaavien tekijöiden vahvistaminen sekä mielenterveyttä vaarantavien tekijöiden vähentäminen ja poistaminen. Tässä laissa tarkoitettuun mielenterveystyöhön kuuluu:

- 1) terveydenhuollon palveluihin sisältyvä mielenterveyttä suojaaviin ja sitä vaarantaviin tekijöihin liittyvä ohjaus ja neuvonta sekä tarpeenmukainen yksilön ja perheen psykososiaalinen tuki;
- 2) yksilön ja yhteisön psykososiaalisen tuen yhteensovittaminen äkillisissä järkyttävissä tilanteissa;
- 3) mielenterveyspalvelut, joilla tarkoitetaan mielenterveydenhäiriöiden tutkimusta, hoitoa ja lääkinnällistä kuntoutusta.

Terveydenhuollossa tehtävä mielenterveystyö on suunniteltava ja toteutettava siten, että se muodostaa toimivan kokonaisuuden kunnassa tehtävän sosiaali- ja terveydenhuollon kanssa. (L 1326/2010, 27 §)

Kunnan tai kuntayhtymän on huolehdittava siitä, että mielenterveyspalvelut järjestetään sisällöltään ja laajuudeltaan sellaisiksi kuin kunnassa tai kuntayhtymän alueella esiintyvä tarve edellyttää. Mielenterveyspalvelut on ensisijaisesti järjestettävä avopalveluina sekä niin, että oma-aloitteista hoitoon hakeutumista ja itsenäistä suoriutumista tuetaan. (L 1990/1116, 4§)

Mielenterveyspalvelujen järjestämisessä on sairaanhoitopiirin kuntayhtymän ja sen alueella toimivien terveyskeskusten yhdessä kunnallisen sosiaalihuollon ja erityispalveluja antavien kuntayhtymien kanssa huolehdittava siitä, että mielenterveyspalveluista muodostuu toiminnallinen kokonaisuus. Mielisairautta tai muuta mielenterveyshäiriötä potevalle henkilölle on riittävän hoidon ja palvelujen ohella yhteistyössä asianomaisen kunnan sosiaalitoimen kanssa järjestettävä mahdollisuus hänen tarvitsemaansa lääkinnälliseen tai sosiaaliseen kuntoutukseen liittyvään tuki- ja palveluasumiseen siten kuin siitä on erikseen säädetty. (L 1990/1116, 5 §)

Potilasta on mahdollisuuksien mukaan hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Hoitoa toteutettaessa on laadittava hoitosuunnitelma. Potilaan psyykkisen sairauden hoidossa saadaan hänen tahdostaan riippumatta käyttää vain sellaisia lääketieteellisesti hyväksyttäviä tutkimus- ja hoitotoimenpiteitä, joiden suorittamatta jättäminen vakavasti vaarantaa hänen tai muiden terveyttä tai turvallisuutta. Psykokirurgisia tai muita potilaan koskemattomuuteen vakavasti tai peruuttamattomasti vaikuttavia hoitotoimenpiteitä voidaan tehdä vain täysi-ikäisen potilaan kirjallisella suostumuksella, jollei kyse ole potilaan henkeä uhkaavan vaaran torjumiseksi välttämättömästä toimenpiteestä. Potilaan tahdosta riippumatta suoritettavista hoito- ja tutkimustoimenpiteistä päättää häntä hoitava lääkäri. Hoitava lääkäri päättää myös potilaan kiinnipitämisestä tai sitomisesta hoitotoimenpiteen ajaksi taikka muusta näihin rinnastettavasta hoidon suorittamisen kannalta välttämättömästä lyhytaikaisesta rajoitustoimenpiteestä. (L 1990/1116, 22 b §)

2.6.2 Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyö

Terveystalolaki velvoittaa kuntia järjestämään asukkailleen terveydenhuoltopalvelut ja tekemään yhteistyötä erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä.

Kunnan ja sairaanhoitopiirin kuntayhtymän on järjestettävä terveydenhuollon palvelut sisällöltään ja laajuudeltaan sellaisiksi kuin kunnan tai sairaanhoitopiirin kuntayhtymän asukkaiden hyvinvointi, potilasturvallisuus, sosiaalinen turvallisuus ja terveydentila sekä niihin vaikuttavien tekijöiden seurannan perusteella lääketieteellisesti, hammaslääketieteellisesti tai terveystieteellisesti arvioitu perusteltu tarve edellyttävät. Kunnan ja sairaanhoitopiirin kuntayhtymän on huolehdittava vastuullaan olevien asukkaiden palvelujen järjestämisestä ja saatavuudesta yhdenvertaisesti koko alueellaan. Kunnan tai sairaanhoitopiirin kuntayhtymän on järjestettävä terveydenhuoltopalvelut alueellaan lähellä asukkaita, paitsi jos palvelujen alueellinen keskittäminen on perusteltua palvelujen laadun turvaamiseksi. (L 1326/2010, 10 §)

Sairaanhoitopiirin kuntayhtymä vastaa alueellaan erikoissairaanhoidon palvelujen yhteensovittamisesta väestön ja perusterveydenhuollon tarpeiden mukaisesti. Sairaanhoitopiirin kuntayhtymä on velvollinen yhteistyössä perusterveydenhuollosta vastaavan kunnan kanssa suunnittelemaan ja kehittämään erikoissairaanhoidon palveluja siten, että perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoidon palvelut muodostavat toiminnallisen kokonaisuuden. Kokonaisuudessa on huomioitava erikoissairaanhoidon palvelujen tarjoaminen tarkoituksenmukaisesti perusterveydenhuollon yhteydessä sekä erikoissairaanhoidon yksiköissä. (L 1326/2010, 33 §)

3 KIIREETTÖMÄN HOIDON PERUSTEET

Valtakunnallisia hoitosuosituksia tai alueellisia hoitoketjuja on laadittu viimeisten viidentoista vuoden ajan. Työtä on kannustanut lisääntyvä tietoisuus hoitokäytäntöjen alueellisista vaihteluista, terveydenhuollon kustannusten kasvu ja tarve ohjata terveydenhuollon ammattilaisten päätöksentekoa. Kiireettömään hoitoon pääsyä on tarkennettu ja ohjattu kansanterveyslain ja erikoissairaanhoidonlain muutoksilla. Samaan aikaan lainsäädäntömuutosten kanssa laadittiin vuonna 2004 suositus yhtenäisistä kiireettömän hoidon perusteista, joiden tarkoituksena on ohjata lääkäreitä ja hoitohenkilökuntaa päätöksenteossa. (Mäntyranta, Kaila, Varonen, Mäkelä, Roine ja Lappalainen 2003, 5; Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010:4, 17.)

Hoitokäytännöt vaihtelevat merkittävästi eri puolilla maata, ja päätöksiä kiireettömän hoidon antamisesta tehdään erilaisin perustein. Lainsäädäntömuutosten tavoitteena on turvata kansalaisille kiireettömään hoitoon pääsy samanlaisin perustein riippumatta asuinpaikasta. Osana kansallista hanketta terveydenhuollon turvaamiseksi on helmikuussa 2004 käynnistetty yhtenäisten kiireettömän hoidon perusteiden laatiminen. (Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010:31, 3.)

Hoidon perusteet on laadittu alunperin 193 sairauden hoitoon. Aikuispsykiatrisia sairauksia on kiireettömän hoidon perusteissa yhdeksän. Työ päivitettiin vuoden 2008 aikana siten, että sisällöllisiä muutoksia on tullut useisiin sairausryhmiin, eniten lastentautiopin kriteeristöihin. Tavoitteena on ollut laatia perusteet noin 80 % kiireettömästä hoidosta. Työtä ei tehdä kerralla valmiiksi, vaan hoidon perusteita korjataan ja kehitetään edelleen saatujen kokemusten perusteella. Sairaanhoidopiirit ja terveyskeskukset arvioivat ja seuraavat miten suositukset toimivat. (Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010:31, 3.)

Hoitosuositus on asiantuntijoiden laatima, tieteelliseen näyttöön perustuva kannanotto tietyn taudin tai oirekuvan hoidosta. Hoitosuositusten avulla voidaan tehdä linjauksia potilasryhmien hoidosta, mutta myös yksittäinen lääkäri ja potilas voivat käyttää sitä hoitopäätösten tukena. Suomessa puhumme hoitosuosituksesta, vaikka suositus kattaa yleensä myös ehkäisyn, diagnostiikan ja kuntoutuksen. Hoitosuosituksen tarkoitus on kertoa perustellen, mitä asioita kannattaa tehdä tietyn sairauden ehkäisemiseksi, toteamiseksi ja hoitamiseksi. Sen sijaan hoidon porrastukseen, työnjakoon ja moniin muihin hoidon järjestämistä koskeviin asioihin otetaan kantaa vain, jos näistä on tutkimusnäyttöä. (Mäntyranta ym. 2003, 7.)

Lääkärit käyttävät näitä suosituksia apunaan päättäessään potilaan hoidosta. Suositusten ohella lääkäri ottaa aina hoitopäätöstä tehdessään huomioon potilaan yksilöllisen elämäntilanteen ja hoidon tarpeen. Lääkäri päättää potilaan hoidosta yhteisymmärryksessä tämän kanssa. Potilaalla ei ole oikeutta saada mitä tahansa haluamaansa hoitoa. Yksittäinen lääkäri tai hammaslääkäri voi hoidon aiheutta asettaessaan poiketa oheisista ohjeista, mikäli hänellä on siihen perusteltu syy. (Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010:31, 3.)

Mielenterveyspotilaiden hoidon haasteet liittyvät mielenterveyden häiriöiden tunnistamiseen ja hoidon tehostamiseen. Hoitosuositusten avulla kokematonkin lääkäri voi tehdä oikeita päätöksiä miettiessään oikeita ratkaisuja potilaalle. Hoitosuositusten tavoitteena on myös päihdeongelmista kärsivien ja vanhenevan väestön psykiatristen ongelmien tunnistaminen ja hoidon kehittäminen sekä hoitojärjestelmän toimivuuden ja hoidon laadun parantaminen. Hoidon laadun kehittäminen edellyttää saumattomia hoitoketjuja ja palveluverkostoa. Riittävä osaaminen hoidon porrastuksen eri tasoilla edistää hoidon asianmukaista kohdentumista. (Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010:4, 56.)

Yleisimmät perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa esiin tulevat psykiatriset diagnoosit ovat: ahdistuneisuushäiriöt, psykoosit, masennus ja kaksisuuntainen mielialahäiriö sekä persoonallisuushäiriöt. Näiden sairauksien

kiireettömän hoidon perusteet ohjaavat lääkäriä, kun hän tekee päätöksen, että mikä on potilaalle sen hetkisten oireiden mukaan oikea hoitopaikka: avohoito vai erikoissairaanhoido.

3.1 Psykiatrinen hoitotyöntekijä

Hoitotyöntekijän perustehtävä on huolehtia yksilöiden ja ryhmien terveydestä ja hyvinvoinnista sekä tukea heitä selviytymään sairauden tuomista päivittäisistä terveysongelmista. Psykiatrinen hoitotyö on luonteeltaan itsenäistä ja vastuullista työtä. Siinä on olennaista hoitosuhde työskentely, terapiatyö ja erilaiset ryhmätoiminnot. Kaikkia työmuotoja toteutetaan sekä avohoidossa että sairaalassa. Itsenäisyys korostuu erityisesti hoitosuhdetyöskentelyssä, jossa työntekijän on osattava selvittää potilaan tilanne tarkasti ja tehdä itsenäisiä päätöksiä hoitotilanteen etenemisestä. Hoitotyöntekijän itsenäisyys vaatii nopeutta ja joskus myös henkilökohtaista rohkeutta päätöksentekoon. Päätös pitää pystyä perustelemaan sekä itse tilanteessa että myös hoidosta vastaavalle lääkärille ja muulle työryhmälle. Monet äkilliset päätökset tehdään intuition avulla. On kuitenkin muistettava, että intuitio liittyy ammattitaitoisen hoitotyöntekijän toimintaan: hankittuun tietoon ja kokemukseen. (Välimäki ym. 2000, 16 – 18.)

Hoitoyön ammattilaiselta vaaditaan tavoitteellisuutta. Tavoitteet määräävät sen, mitä kussakin tilanteessa on tarpeellista tietää. Kaikki tieto ei ole tarpeen eikä kaikkea voida potilaan tilanteen selvittämisessä kuitenkaan hyödyntää. Usein keskeinen tieto potilaan taustasta riittää valottamaan monia tilanteita, joita hoitotyössä kohdataan. Ammattimaisesti toimiva hoitotyöntekijä tekee päätöksiä tietoisesti eikä anna omien mielihalujen vaikuttaa päätöksensä sisältöön. Psykiatrisen hoitoyön ammattilaisen tärkein taito potilastyössä on kohdata potilaaksi tai asiakkaaksi tuleva ihminen ja työskennellä hoitoprosessissa hänen kanssaan yhteistyössä. Ihmisten kohtaaminen tarkoittaa sekä aktiivista kuuntelemista että taitoa kartuttaa hoitotyössä vaadittavia tietoja. Hoitoyön ammattilaisella pitää olla ymmärrystä potilasta kohtaan, jotta hän kykenisi asettamaan hoitotyössä esiin tulleet asiat oikeaan asemaan ja käyttämään niitä hyödyksi hoitotyössä. Työntekijän tulisi olla herkkä vastaanottamaan potilaiden

viestejä, jotka usein ovat sanattomia tai vain pelkkiä vihjauksia. Potilaalle tulee taata sellainen ilmapiiri, että hän kokee olevansa tasavertaisessa asemassa ja että häntä kunnioitetaan. (Välimäki ym. 2000, 19 – 21.)

Akuutisti harhainen, psykoottinen potilas usein peittelee sisäisiä ääniään eikä ole halukas puhumaan niistä, ennen kuin luottamus on syntynyt. Potilaan seuranta usein paljastaa, mistä on kysymys: hän saattaa vetäytyä, katsella salaperäisesti ulos, hymyillä itsekseen tai puhua kovaäänisestikin yksin ollessaan. Hoitosuhde perustuu luottamukselle. Sen saavuttaminen ei ole itsestään selvää, vaan hoitajan on osoitettava erityistä välittämistä ja luotettavuutta. Alkuvaiheessa hoitaja kyselee paljon, joten kysymysten tarkoitus on selvitettävä potilaalle. (Hietaharju & Nuutila 2010, 102.)

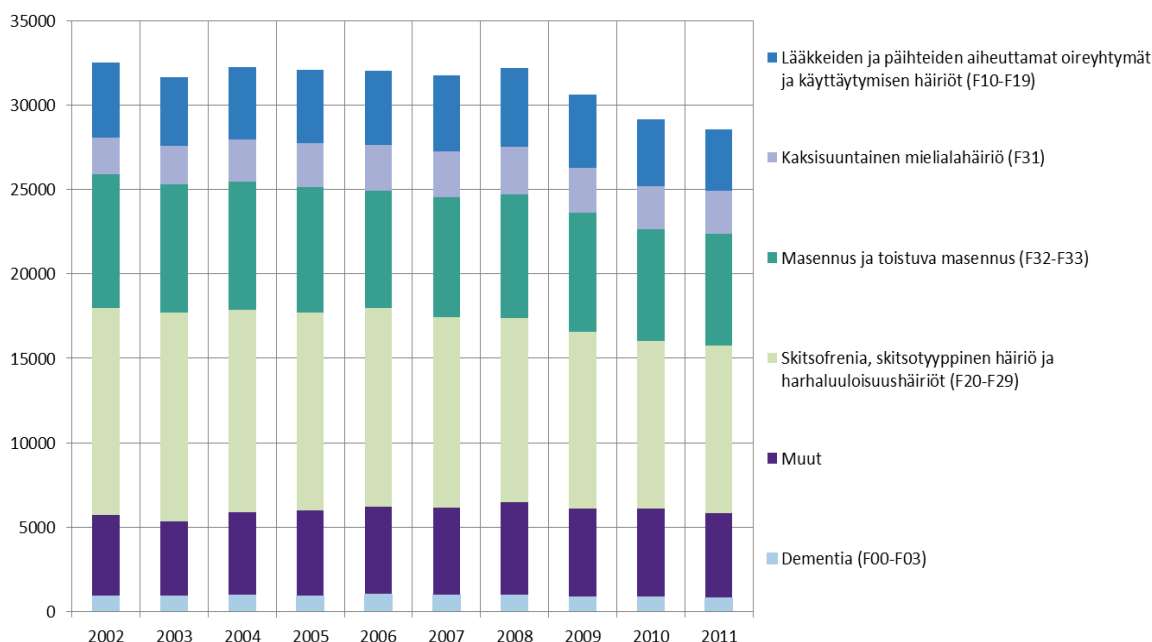
Psykiatrinen päivystysluonteinen työ vaatii psykiatriselta sairaanhoitajalta ammattitaitoa johon kuuluu rohkeus tehdä päätöksiä ja hänen pitää pystyä luomaan melko nopeasti luottamuksellinen ilmapiiri ja suhde potilaaseen. Yhteistyö päivystävän lääkärin kanssa on tärkeää ja he toimivat työparina. Kiireettömän hoidon perusteet ohjaavat lähettävää lääkärinä perusterveydenhuollossa hänen arvioidessaan lähetettä potilaalle. Kiireettömän hoidon perusteet vaikuttavat myös potilaan arvioon psykiatrian yksikössä, jossa todennäköisesti saadaan vielä lisää tietoa potilaan tilanteesta haastattelun ja keskustelun avulla. Näin ollen potilaan tilannetta arvioidaan vielä uudelleen psykiatrisen erityisosaamisen kannalta ja potilaalle mietitään paras vaihtoehto hänen tilanteensa mukaan eli otetaanko sisään sairaalaan vai pärjäisikö hän avohoidon palveluiden turvin.

3.2 Psykiatrisen erikoissairaanhoidon käytön tunnuslukuja

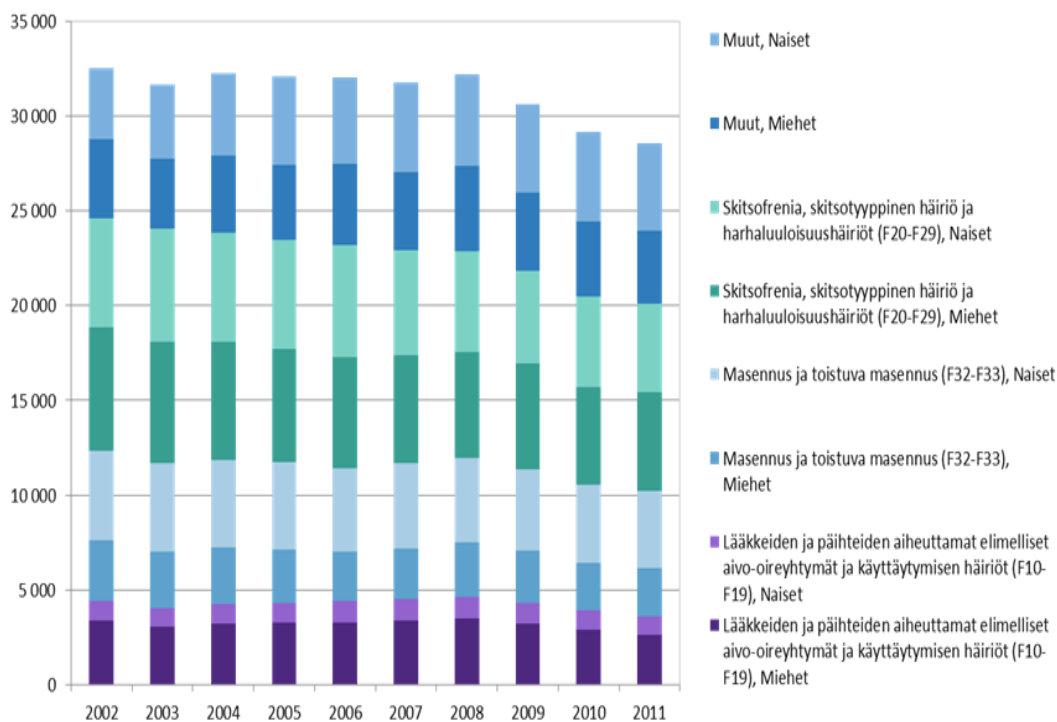
Suomessa psykiatrian erikoissairaanhoidon palveluita käytti vuonna 2011 yli 159 000 eri ihmistä. Avohoidon vastaanotolla kävi suurin osa potilaista (152 715). Vastaanotolla käyneistä potilaista 14 prosentilla (21 622 potilaalla) oli saman vuoden aikana myös sairaalahoitajakso. Sairaalahoidossa oli vuoden aikana 6906

potilasta. Erikoissairaanhoidon avohoitokäyntejä oli yli 1,7 miljoonaa ja lisäksi perusterveydenhuollossa oli avohoitokäyntejä noin 670 000. Hoitopäiviä psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa kertyi lähes 1,4 miljoonaa ja sairaalahoitojaksoja hiukan yli 40 000. (Rautianen & Pelanteri 2011, 1.)

Miehiä ja naisia oli potilaina yhtä paljon. Sukupuolijakauma vaihtelee kuitenkin ikäryhmittäin. Työikäisistä ja lapsista suurempi osa potilaista on miehiä ja poikia. Vanhemmissa ikäryhmissä sekä 15-25-vuotiaissa naisten osuus hoidetuista potilaista on suurempi. Naisten ja tyttöjen sekä miesten ja poikien yleisimmät diagnoosit eroavat toisistaan. Skitsofrenia on miesten yleisin sairaalahoitoa vaativa psykiatrinen sairaus, naisilla puolestaan masennus. Miehillä alkoholin ja päihteiden käyttö on myös yleinen sairaalahoidon syy. (Rautianen & Pelanteri 2011, 1.) Kuvassa 1 on kuvattu sairaalahoitoa vaatineet diagnoosit diagnoosiryhmittäin. Eniten sairaalahoitoa vaativat diagnoosit ovat skitsofrenia ja masennus. Kuvassa 2 diagnoosiryhmät on jaettu sukupuolijakauman mukaan. Skitsofrenia ja masennus ovat merkittävimmät diagnoosit sekä miehillä että naisilla. Taulukossa 1 on kymmenen potilasmääriltään yleisintä päädiagnoosia vuodelta 2011. Selkeänä ykkösenä on skitsofrenia ja toisena masennus.



Kuva 1. Sairalahoidon potilaat diagnoosiryhmittäin 2002 - 2011 (Rautianen & Pelanteri 2011, 1.).



Kuva 2. Sairaalahoiton potilaat diagnosoisryhmittäin 2002 – 2011 naiset/miehet (Rautianen & Pelanteri 2011, 3.).

Vaasan sairaanhoitopiirin psykiatrian klinikkaryhmän aikuispsykiatrian toimintaluvut olivat vuodelta 2012 seuraavanlaisia. Avohoitokäyntejä oli 29 579 asiakasta, hoitopäiviä kertyi 31780 ja hoitajaksoja 1070. Vaasan sairaanhoitopiirin kuntayhtymään kuuluu 13 kaupunkia ja kuntaa Pohjanmaan maakunnassa. Väestöpohja on 166 324 henkeä. (Vaasan sairaanhoitopiiri 2012, 7 – 11.)

Taulukko 1. Kymmenen potilasmääriltään yleisintä päädiagnoosia sairaalahoidossa vuonna 2011 (Rautianen & Pelanteri 2011, 5.).

Diagnoosi	Miehet	Naiset	Potilaat yhteensä
F20 Skitsofrenia	2 984	2 073	5 057
F32 Masennustila	1 806	2 495	4 301
F31 Kaksisuuntainen mielialahäiriö	1 143	1 454	2 597
F33 Toistuva masennus	813	1 728	2 541
F10 Alkoholin käytön aiheuttamat elimelliset aivo-oireyhtymät ja käyttäytymisen häiriöt	1 620	540	2 160
F29 Ei-elimelliset psykoottiset häiriöt	1 095	971	2 066
F25 Skitsoaffektiiviset häiriöt	606	908	1 514
F41 Muut ahdistuneisuushäiriöt	488	795	1 283
F22 Krooninen harhaluuloisuushäiriö	364	594	958
F43 Vakava stressireaktio/sopeutumishäiriö	331	458	789
Potilaat yhteensä, 10 yleisintä (% kaikista potilaista)	11 250 (78 % miehistä)	12 076 (85 % naisista)	23 266 (82 % potilaista)

4 YHTENÄISET PÄIVYSTYSHOIDON PERUSTEET

Päivystyshoito on äkillisen sairauden, vamman tai kroonisen sairauden vaikeutumisen edellyttämää välitöntä arviointia tai hoitoa. Päivystyshoitoa ei voida siirtää ilman oireiden pahenemista tai vamman vaikeutumista. Palveluita on saatava kaikkina vuorokauden aikoina ja se on tärkeä osa julkista terveydenhoitoa. Päivystyshoidon palveluiden tulee taata korkealaatuinen, oikea-aikainen, yhdenvertainen ja vaikuttava hoito sekä hoitoon pääsy. Tämä vaatii riittävän asiantuntemuksen kohdentamista päivystykseen. Sille on varattava riittävät voimavarat. (Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010:4, 3.)

Kansanterveyslain 15 b §:n 1 momentissa tarkoitettu välitön yhteydenaanti arkipäivisin virka-aikana terveyskeskukseen tulee järjestää siten, että yhteyttä ottava henkilö voi valintansa mukaan soittaa puhelimella tai tulla henkilökohtaisesti terveyskeskukseen. Hoidon tarve arvioidaan usein jo puhelimesta. Arvion voi tehdä terveydenhuollon ammattihenkilö, joka voi olla muukin kuin lääkäri. Terveydenhuollon henkilöltä edellytetään asianmukaista koulutusta ja työkokemusta sekä sitä että terveydenhuollon toimintayksikössä on sovittu työnjaosta. Hoidon tarpeen arviointi edellyttää, että arvioivalla henkilöllä on käytettävissään arvioitavan henkilön potilasasiakirjat. Hoidon tarpeen arvioinnista tehdään merkinnät potilasasiakirjoihin samoin kuin henkilökohtaisesta terveyden- tai sairaanhoidon neuvonnasta ja palveluun ohjaamisesta. (Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010:4, 21.)

Potilas (tai omainen/muu henkilö) tekee itse päätöksen yhteydenotosta terveydenhuollon ammattihenkilöön tai hätäkeskukseen päivystyksellisen hoidon tarpeen arviointia varten. Potilaan oireiden vakavuutta ja mahdollista diagnostiikan ja hoidon tarvetta arvioivat kaikki hoitoketjuun osallistuvat alkaen potilaasta ja hänen läheisistään jatkuen niihin terveydenhuollon ammattilaisiin ja hätäkeskuspäivystäjiin, joihin potilas ottaa yhteyttä. Arviointiin saattaa osallistua hätäkeskus, puhelinneuvonta, ensihoitopalvelu, terveyskeskus tai päivystyspoliklinikka. Arviointia varten käytettävissä oleva informaatio ei ole

kaikilla samanlainen. Esimerkiksi puhelinkeskusteluun perustuvassa arvioinnissa ei potilaan tilaa pystytä havainnoimaan. (Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010:4, 21.)

Terveydenhuollon ammattilainen muodostaa käytettävissä olevan informaation perusteella työdiagnoosivaihtoehtoja ja arvioi päivystyshoidon tarvetta ja hoidon kiireellisyyttä. Usein todennäköisimmäksi arvioitu työdiagnoosi voi olla sairaus, joka ei vaatisi lääkärin arviota. Päivystyskäynnin tarve syntyy kuitenkin tarpeesta pois sulkea jokin mahdollinen vakavampi ja hoitoa tarvitseva sairaus tai vamma. Päivystyspotilaan tilanteen arviointi ei ole kertaluonteinen, vaan jatkuvaa koko potilaan sairauden tai vamman keston ajan. Potilaan päivystyksellisen hoidon tarve johtuu oireesta, vammasta tai kroonisen sairauden vaikeutumisesta. Oireiden ollessa vaikeat, on selvää, että potilas tarvitsee päivystyshoitoa. Mitä vaikeampia päivystyspotilaan oireet tai löydökset ovat, sitä selkeämpi on Suomen hoitojärjestelmä ja ohjeistus. Jos potilaalla on vain lieviä oireita tai löydöksiä, ei ole yhtä selvää tarvitaanko potilaan hoidossa päivystyskäyntiä. Lievien oireiden osalta päivystyskäynnin tarpeellisuudesta on olemassa niukasti ohjeistusta. (Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010:4, 21- 22.)

Neuvontapalvelu voidaan järjestää puhelimella ja täydentämällä sitä muilla sähköisillä asiointipalveluilla, kuten esimerkiksi äänivastauspuheluilla, tekstiviesteillä tai tietoturvalisillä sähköposteilla potilaan terveystalioon. Neuvontapalvelun tehtävänä on auttaa potilasta päätöksenteossa, kun potilas harkitsee tarvitsevatko oireet tai vammat lääkärin kiireellistä arviota ja mahdollisesti hakeutumista terveysasemalle tai päivystysyksikköön. Tavoitteena on antaa potilaan käyttöön terveydenhuollon ammattilaisen näkemys hoidon tarpeesta, kiireellisyydestä ja hoitopaikan valinnasta. Neuvontapalvelun henkilökunta ei tee diagnoosia, vaan antaa hoidon tarpeeseen liittyvää neuvontaa ja tarvittaessa kotihoito-ohjeita. Ilman neuvontapalvelua potilas jätetään yksin tekemään ratkaisuja ja ainoa vaihtoehto neuvon kysymiseen on mennä päivystyspoliklinikalle pitkänkin matkan päähän. Päivystyspoliklinikoiden potilasmäärien hallinnan kannalta neuvontapalvelu on välttämätöntä, jotta

kiireellisille potilaille jäisi riittävästi päivystyksen voimavaroja. Neuvontapalvelu on oleellinen osa päivystyspotilaan hoitoketjua. (Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010:4, 23.)

4.1 Mielenterveyspotilaille tarkoitettu päivystystoiminta

Psykiatria on kokenut rankan palvelurakennemuutoksen. Potilaspaikkoja on vähennetty, mutta avohoitoon ei ole lisätty riittävästi resursseja. Yhdysvaltalaisten havaintojen mukaan tällaiseen muutokseen liittyy päivystyspalveluiden kysynnän huomattava lisääntyminen (Allen 1999). Yhteiskunnan kehitysvaatimukset painottavat mielenterveyspalveluiden asiakaskeskeisyyttä, ripeää saatavuutta, saumattomuutta, varhaista puuttumista ongelmiin ja laadukasta yhteistyötä potilaiden ja heidän läheistensä kanssa. Samaa odottavat myös asiakkaamme – potilaamme ja heidän läheisensä. Päivystystyöhön liittyvien arvojen ja asenteiden on muututtava palvelevammiksi. (Sorri 2002, 269.) Vaasassa on pyritty vastaamaan palvelurakennemuutokseen psykiatrian klinikkaryhmän strategialla 2012 – 2018 sekä Vaasan kaupungin mielenterveysstrategialla. Molemmissa korostuu hoidon ja palveluiden keskittäminen avohoitoon tarjoamalla matalan kynnyksen palveluita sekä lisäämällä päivystyksellisiä vastaanottoaikoja.

Mielenterveyspotilaat ovat suuri haaste päivystyksille. Ongelmat ovat monitahoisia, kerroksellisia ja päivystyksissä usein esiintyviä. Samoilla potilailla saattaa olla mielenterveysongelmia, päihdeongelmia, somaattisia oireita tai vammoja, mahdollisesti muuta välittömän huolenpidon tarvetta asunnottomuudesta tai rahan puutteesta ja muista sosiaalisista syistä johtuvaa - tai akuutteja ihmissuhdeongelmia ilman varsinaista psyykkistä sairastamista. Karkeasti arvioiden on mielenterveydenhäiriö todettavissa ainakin kolmanneksella kaikista päivystyspotilaista, mikä sinänsä ei aiheuta erityisongelmia. Erityisongelma syntyy psykoottisuudesta, itsetuhoisuudesta tai kyvyttömyydestä huolehtia itsestä, etenkin kun joudutaan toimimaan vastoin potilaan tahtoa. Päivystystilanteessa ratkeaa, mihin psykiatrasta apua hakevan potilaan tutkimus ja hoito suuntautuvat. Psykiatristen sairaaloiden päivystystoiminta on liiaksi

sairaaloihin eristäytyneitä. (Räsänen Sami & Moring Juha 2002, 293; Sorri 2002, 269; Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010:4, 56.)

Mielenterveyspalvelujen hoitojärjestelmä on valtakunnallisesti katsoen pirstaleinen, palvelut on organisoitu paljonkin toisistaan poikkeavilla tavoilla eri paikkakunnilla. Perustasolla annettavien erityispalvelujen määrä ja kohdennus vaihtelevat suuresti. Psykiatrinen erikoissairaanhoito saattaa olla kunnan oman terveyskeskuksen tuottamaa tai sairaanhoitopiirin järjestämää. Ongelmana monin paikoin on sekä virka-aikaisen että päivystysaikaisen palveluverkon riittämättömyys, minkä lisäksi hoitopoluista on sovittu puutteellisesti eikä olemassa olevista palveluista ole välttämättä ajantasaista tietoa. Päivystyksen ja sosiaalipäivystyksen yhteistyö on paikoin vähäistä ja saattaa rajoittua pelkkiin lastensuojeluasioihin. Edellä mainituista syistä saumattoman hoitokokonaisuuden luominen on erityisen haastavaa lisäten päivystyksen epätarkoituksenmukaista käyttöä. (Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010:4, 56.)

Kuntien monimuotoisten mielenterveys- ja päihdepalvelujen paremmalla koordinaatiolla selkiytettäisiin palvelujärjestelmää, vähennettäisiin päällekkäistä toimintaa ja estettäisiin asiakkaan väliinpuotoamista. Tehokas koordinointi edellyttää hoidon kannalta tarkoituksenmukaisten tietojen sujuvaa vaihtoa palveluiden tuottajien kesken. Esimerkiksi potilaan luvalla voitaisiin useammin olla yhteydessä eri toimijoiden kanssa, jotka ovat mukana potilaan hoitoketjussa. Myös tietojärjestelmiä kehittämällä ja sovittamalla yhteen voitaisiin edistää sosiaali- ja terveystoimen rekisterien yhteiskäyttöä. (Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:3, 28.)

Biologinen psykiatria edistyy ripeästi. Lääkehoito kehittyy ja tuo mukanaan uusia mahdollisuuksia myös psykiatriseen päivystystoimintaan. Biologisen psykiatrian osaamisen liittäminen psyykkiseen ja sosiaaliseen näkökulmaan aidon bio-psyko-sosiaalisen toimintamallin mukaisesti on päivystyspsykiatrian ydintä. Sähköiset viestintävälineet ja telelääketiede kehittyvät ja antavat aivan uusia mahdollisuuksia yhteistyöhön ja tiedonsiirtoon psykiatrisen päivystystoiminnan

tueksi ja mahdollisuuden välittää päivystyksessä syntynyt tieto edelleen hoitoketjuihin ja alueellisiin tietokantoihin. Tämä edellyttää paitsi teknistä osaamista myös kykyä työskennellä asiakkaiden kanssa niin, että tiedon siirto koetaan yhteiseksi eduksi eikä uhkaksi. (Sorri 2002, 269.)

Mielenterveyspotilaita koskevista määräyksistä mielenterveyslaki säättää pitkälti ja hyvinkin yksityiskohtaisesti tahdosta riippumattomaan hoitoon ottamisen ehdoista ja hoidon toteutuksesta. Terveyskeskuksen johtavalle lääkärille on delegoitu velvollisuus ryhtyä toimenpiteisiin mielisairaaksi epäillyn toimittamiseksi hoidon tarpeen arvioon ja tarvittaessa hoitoon vuorokauden ajasta riippumatta. Nykyään tämä saattaa ohjata psykoosipotilaita liiaksikin psykiatriseen sairaalahoitoon tilanteissa, joissa päivystävien yksiköiden käytössä ei ole ympäri vuorokauden psykiatrisen erikoissairaanhoidon konsultaatio- tai muita avohoitopalveluja. Näiden rakentuminen on avainasemassa psykiatrisen päivystystoiminnan kehittämisessä. Nykyinen psykiatrisen päivystyshoito mielletään tarpeettoman usein sairaalassa annettavaksi hoidoksi, vaikka avohoidossa intensiivisesti toteutettu hoito saattaa olla useimmiten ainakin yhtä hyvää kuin perinteinen sairaalahoito, mutta potilaat ovat tyytyväisempiä ja hoitomyöntyvyys yleensä parempaa. Intensiivisellä avohoidolla voidaan vähentää sairaalahoidon tarvetta, mutta ei kokonaan sitä korvata. Päivystyksenä toteutettavan psykiatrisen erikoissairaanhoidon tasoisen arvioinnin tarpeessa ovat joka tapauksessa vakavassa itsemurhavaarassa olevat ja vaikeasti masentuneet potilaat, ensipsykoottiset ja päihdepsykoottiset potilaat (deliriumpotilaat kuuluvat somaattiseen tehohoitoon). (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen selvityksiä 2010:4, 56.)

Mielenterveyspotilaiden hoidon kehittämisessä myös päivystysaikaisen henkilökunnan osaaminen on turvattava. Perusterveydenhuollon näkökulma kansanterveydellisesti merkittävien mielenterveyden häiriöiden hoidossa tulee ottaa huomioon perusopetuksessa. Mielenterveysalan koulutusta on ollut sangen vähän tarjolla osana sairaanhoitaja- tai lähihoitajakoulutusta. Tätä osaamisvajetta

tulisi paikata täydennyskoulutuksella ja lisätä perusopetuksessa psykiatrian ja päihdehuollon osuutta. (Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010:4, 57.)

Sosiaali- ja terveysministeriön asettama Mieli 2009 -työryhmä esittelee tuoreessa mietinnössään (Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma STM 2009:3) kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman vuoteen 2015. Sen sisältämät linjaukset ja ehdotukset ovat merkittäviä myös päivystystoiminnan järjestämisen kannalta. Palvelujärjestelmän kehittämisessä erityinen painotus on matalan kynnyksen yhden oven periaate, joka pyrkii takaamaan yhtenäisen hoitoon pääsyn akuuteissa mielenterveys-, päihde- ja sosiaalisissa ongelmissa. (Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010:4, 57.)

4.2 STM:n suositukset päivystystoiminnan henkilökunnan osaamiselle ja mielenterveyspotilaille suunnattuun päivystystoimintaan

Sosiaali- ja terveysministeriö käynnisti marraskuussa 2008 hankkeen valtakunnallisten päivystyshoidon yhtenäisten kriteereiden luomiseksi. Hankkeessa on laadittu päivystystoiminnalle yhtenäiset laatutavoitteet hoidon tarpeen arvioinnin, osaamisen ja toiminnan järjestämisen osalta. Hankkeessa on huomioitu lisäksi päivystyksen laajat yhteistyöverkostot ja rajapinnat muuhun terveydenhuoltoon sekä sosiaalitoimeen. Työhön on osallistunut HYKS-erityisvastuualueen projektiorganisaatio, STM:n nimeämä kansallinen ohjausryhmä ja hankkeen sisältöön on eri vaiheissa vaikuttanut suuri joukko asiantuntijoita eri puolilta Suomea. (Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010:4, 11.)

4.2.1 Hoitohenkilökunnan osaamisen suositukset

STM:n ohjausryhmän osaamisen suositukset hoitohenkilökunnalle, joka tekee työtä päivystyspotilaiden parissa.

- Päivystyspotilaita hoitavat lääkärit ja hoitohenkilökunta omaa riittävän lääketieteellisen ja hoitotyöhön liittyvän osaamisen ja hallitsee päivystyksen potilastilanteet voidakseen toimia päivystyksessä.
- Yhteispäivystyksessä työskentelee akuuttilääketieteen osaajia.
- Päivystystoiminta suunnitellaan siten, että päivystykseen varataan mahdollisimman osaava ja kokenut henkilöstö.
- Hoidon tarpeen arviointi sekä potilaiden diagnostiikka ja hoito järjestetään mahdollisimman etupainotteisesti. Tämä edellyttää riittävän osaamisen oikea-aikaista sijoittamista potilaan hoidon tarpeen ensiarviointiin ja alkuvaiheen diagnostiikkaan ja hoitoon.
- Yhteispäivystyksissä tulee osaamista käyttää optimaalisesti. Tämä edellyttää selkeää ja joustavaa paikallista työnjakoa ja mutkatonta konsultaatiomahdollisuutta hoitohenkilökunnan, yleislääkäreiden ja erikoislääkäreiden välillä.
- Hoitohenkilökunnan ja lääkäreiden päivystystyöhön perehdyttäminen on järjestelmällistä.
- Uusien päivystyksen työntekijöiden työnkuva suunnitellaan osaamisen mukaan.

(Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen selvityksiä 2010:4, 32.)

4.2.2 STM:n suositukset mielenterveyspotilaan päivystystoiminnan kehittämiseksi

Mielenterveyspotilaiden hoidon keskeisimmät haasteet liittyvät mielenterveyden häiriöiden tunnistamiseen ja hoidon tehostamiseen. Riittävä osaaminen hoidon eri tasoilla perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa edistää hoidon asianmukaista kohdentamista. Seuraavassa STM:n ohjausryhmän osaamisen suositukset hoitohenkilökunnalle heidän työskennellessään mielenterveyspotilaan kanssa.

- Mielenterveyspotilaiden hoitoa varten päivystyksen käytössä on oltava kaikki ajankohtainen tieto sähköisessä muodossa niin perusterveydenhuollosta, sosiaalitoimesta kuin erityispalveluista (sisältää

psykiatrisen erikoissairaanhoidon ja päihdehuollon erityisyksiköt). Saumaton yhteistyö näiden tahojen välillä sekä riittävä osaaminen kultakin on varmistettava päivystysjärjestelyissä.

- Välittömän arvion tarpeessa olevat mielenterveyspotilaiden kriisitilanteet päivystyksessä ovat seuraavat: vakavassa itsemurhavaarassa olevat ja vaikeasti masentuneet potilaat, ensipsykoottiset ja päihdepsykoottiset potilaat sekä päihdeongelman takia itsestään huolehtimaan kykenemättömät päivystykseen hakeutuneet / tuodut potilaat.
- Päivystyspoliklinikoiden käytössä tulee olla psykiatriset konsultaatiopalvelut.
- Hyvään päivystystilanteen arviointiin liittyy lyhyt arvio mielenterveys- ja/tai päihdetilanteesta. Pääasiallisen ongelman ollessa somaattinen oleellisinta on arvioida, onko potilas hoitohetkellä päihtynyt vai ei (tarvittaessa alkometri) ja onko hän todellisuudentajuinen, mikä selviää keskustelussa. Apuna voi käyttää strukturoituja kyselyjä (esim. Audit-kyselyn kolme ensimmäistä kysymystä).

(Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010:4, 56 - 57.)

5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää miten päivystävän sairaanhoitajan toiminnalle asetetut tavoitteet ovat toteutuneet psykiatristen sairaanhoitajien toiminnassa. Tarkoituksena oli tuottaa psykiatrian klinikkaryhmän johdolle väliarvio uutena työtapana aloitetusta toiminnasta sen kestänyä kuusi kuukautta. Tavoitteena oli selvittää, että onko päivystävän sairaanhoitajan toiminnalla pystytty ennaltaehkäisemään sairaalaan sisäänkirjoituksia ja ohjaamaan potilaita avohoidon pariin riippuen heidän mielenterveydellisistä ongelmistaan. Lisäksi tavoitteena oli selvittää miten yhteistyö eri toimijoiden kanssa sujuu ja miten päivystävän sairaanhoitajan toimintaa voitaisiin kehittää. Tutkimuksen tekijällä oli tavoitteena perehtyä laadulliseen tutkimuksen tekemiseen ja tuottaa mahdollisimman kattava kuvaus päivystävän sairaanhoitajan toiminnasta. Tutkimukseen haettiin vastauksia seuraavien tutkimuskysymysten avulla.

Tutkimuskysymykset:

1. Miten päivystävän sairaanhoitajan toiminnalle asetetut tavoitteet olivat toteutuneet?
2. Miten yhteistyö psykiatrian vastaanotto-osastojen ja päivystävän lääkärin kanssa oli toteutunut?
3. Miten yhteistyö avohuollon toimijoiden kanssa oli toteutunut?
4. Miten päivystävän sairaanhoitajan toimintaa tulisi kehittää?

6 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Tutkimus toteutettiin maaliskuun 2013 aikana jolloin tutkimukseen osallistuneet psykiatrian päivystävät sairaanhoitajat (n=6) haastateltiin. Uuden työtavan aloittamisesta oli siinä vaiheessa kulunut kuusi kuukautta. Tutkimusaineisto kerättiin teemahaastattelun avulla.

6.1 Tutkimusmenetelmä

Tutkimuksen lähtökohtana on ilmiö tai tapaus, joka kiinnostaa tutkijaa. Hänellä on usein ilmiöstä aiempaa tietämystä, ja sen pohjalta muodostuu alustava tutkimusongelma. Ongelman selvittämiseksi aletaan kehitellä täsmäntäviä tutkimuskysymyksiä, jotka johtavat erilaisten empiiristen aineistojen pariin. Samalla tutkijan on mietittävä, millä keinoin tietty aineisto auttaa vastaamaan tutkimuskysymykseen. Menetelmien käyttö on siis mietittävä suhteessa aineistoon, ja aineisto on kerättävä tutkimuskysymys mielessä pitäen. Tapaus yhdistettynä tutkimuskohteeseen ja tutkimuskysymyksiin määrittää sen, mitkä ovat keskeisiä aineistoja ja menetelmiä. Toisaalta tapauksen suhde tutkijan aiempaan tietämukseen ja tutkimusongelmaan määrittää tutkimuskohdetta ja tutkimuskysymyksiä. Tapaustutkimuksessa nämä syklit ovat jatkuvasti vuorovaikutuksessa: osa-alueet jalostuvat ja sitoutuvat toisiinsa. (Laine, Bamberg & Jokinen 2007, 26.)

Tutkimusote oli laadullinen. Lähtökohtana kvalitatiivisessa eli laadullisessa tutkimuksessa on todellisen elämän kuvaaminen. Tähän sisältyy ajatus, että todellisuus on moninainen. Tutkimuksessa on kuitenkin otettava huomioon, että todellisuutta ei voi pirstoa mielivaltaisesti osiin. Tapahtumat muovaavat samanaikaisesti toinen toistaan, ja onkin mahdollista löytää monenlaisia suhteita. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa pyritään tutkimaan kohdetta mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. Kvalitatiivinen tutkimus perustuu induktiiviseen prosessiin, jolloin se etenee yksityisestä yleiseen. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa ollaan kiinnostuneita useasta yhtäaikaista tekijästä, jotka vaikuttavat lopputulokseen ja

sen asetelma on muuttuva. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa pyritään kehittämään teorioita ja säännönmukaisuuksia suuremman ymmärtämisen toivossa. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2010, 161; Hirsjärvi & Hurme 2001, 25.)

Kaikissa empiirisissä tutkimuksissa käsitellään tapauksia. Tapaustutkimuksessa tapaus ymmärretään kuitenkin toisin kuin esimerkiksi määrällisessä tutkimuksessa, jossa tapaus on tilastollinen yksikkö. Tapaustutkimuksessa kohde on useimmiten tapahtumakulku tai ilmiö. Siinä siis tarkastellaan pientä joukkoa tapauksia, usein vain yhtä tiettyä tapausta. Tapaustutkimus on perusteellinen ja tarkkapiirtein kuvaus tutkittavasta ilmiöstä. Se on seikkaperäinen esitys tutkittavasta kohteesta, joka voi olla yksilö, yhteisö, organisaatio, kaupunki, valtio, sivilisaatio tai tapahtumakulku. Lähtökohtana on kerätä mahdollisimman monipuolinen aineisto ja kuvata tutkimuksen kohde perusteellisesti. (Laine, Bamberg & Jokinen 2007, 9-10.) Tapaustutkimus oli luonnollinen valinta tähän tutkimukseen, koska tarkoituksena oli kuvata yksittäisiä tapauksia eli psykiatristen päivystävien sairaanhoitajien toimintaa. Heidän toiminnastaan kerättiin mahdollisimman monipuolinen aineisto ja siitä tehtiin kuvaus.

Tutkimusaineisto kerättiin teemahaastattelun avulla. Teemahaastattelu on kvalitatiivisen tutkimuksen yksi tutkimusmenetelmä. Teemahaastattelu voidaan nähdä puolistrukturoituna haastattelumenetelmänä, jolloin kysymykset ovat samat kaikille, mutta vastauksia ei ole sidottu vastausvaihtoehtoihin. Teemahaastattelu kohdentuu tiettyihin teemoihin, joista keskustellaan. Teemahaastattelussa ovat keskeisimpiä ihmisten tulkinnat asioista ja heidän asioille antamat merkitykset sekä se, että merkitykset syntyvät vuorovaikutuksessa. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 47 - 48.)

Haastattelu on ainutlaatuinen tiedonkeruumenetelmä, koska siinä ollaan suorassa kielellisessä vuorovaikutuksessa tutkittavan kanssa. Tästä seikasta on sekä etuja että haittoja. Haastattelun suurena etuna muihin tiedonkeruunuihin verrattuna on se, että siinä voidaan säädellä aineiston keruuta joustavasti tilanteen edellyttämällä tavalla ja vastaajia myötäillen. Haastatteluaiheiden järjestystä on

mahdollista säädellä, samoin on enemmän mahdollisuuksia tulkita vastauksia kuin esimerkiksi postikyselyssä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2010, 204 -205.)

Haastattelun etuna on se, että vastaajiksi suunnitellut henkilöt saadaan yleensä mukaan tutkimukseen. Haastateltavat on mahdollista tavoittaa helposti myöhemminkin, jos on tarpeen täydentää aineistoa tai jos halutaan tehdä vaikkapa seurantatutkimusta. Haastattelussa tärkeintä on saada mahdollisimman paljon tietoa halutusta asiasta. Tällöin on perusteltua antaa haastattelukysymykset tai aiheet tiedonantajille jo hyvissä ajoin etukäteen tutustuttaviksi. Haastattelun onnistumisen kannalta siis suositellaan, että tiedonantajat voisivat tutustua kysymyksiin, teemoihin tai ainakin haastattelun aiheeseen etukäteen. (Hirsjärvi ym. 2010, 207; Tuomi & Sarajärvi 2009, 73.)

Teemahaastattelussa ei voi kysellä ihan mitä tahansa, vaan siinä pyritään löytämään merkityksellisiä vastauksia tutkimuksen tarkoituksen ja ongelmanasettelun tai tutkimustehtävän mukaisesti. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 75.)

Teemahaastattelun runko suunniteltiin siten, että tutkija saisi vastauksen asettamiinsa tutkimuskysymyksiin. Tutkija teemoitti teemahaastattelun kahteen teemaan siten, että hän saisi vastauksen miten toiminta oli vastannut sille asetettuihin tavoitteisiin ja miten toimintaa voitaisiin kehittää (Liite 1.). Tutkija testasi teemahaastattelurunon kolmella sairaanhoitajalla ja tutkija halusi näin varmistua, että kysymykset ovat ymmärrettäviä. Testattavilla sairaanhoitajilla ei ollut kokemusta eikä tietoa päivystävien sairaanhoitajien toiminnasta.

6.2 Tutkimuksen kohderyhmä

Laadullisen tutkimuksen tyypillinen piirre on, että tutkimuksen kohdejoukko valitaan tarkoituksen mukaisesti. Laadullisen tutkimuksen aineisto on yleensä otokseltaan pienempi kuin esimerkiksi kyselyn. Tavoitteena on kuitenkin saada tarpeeksi suuri otos ja riittävä määrä tiedonantajia. Laadullisen tutkimuksen kohteena ovat kokemukset ja tapahtumat, sekä yksittäiset tilanteet. Siksi onkin

tärkeää, että tutkimukseen osallistujilla on tietoa tutkittavasta aiheesta. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2004, 155; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 83–84.)

Opinnäytetyön tutkimuksen kohderyhmänä oli Vaasan sairaanhoitopiirin psykiatrian klinikkaryhmän päivystävät sairaanhoitajat (n=6). He olivat työskennelleet päivystävinä sairaanhoitajina uuden työtavan aloittamisesta 24.9.2012 lähtien. Tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista. Kohderyhmän sairaanhoitajilla oli noin 4-30-vuoden työkokemus psykiatrian yksikössä psykiatrisesta hoitotyöstä. Kaikki olivat koulutukseltaan psykiatrisia sairaanhoitajia ja ikäjakauma 31–54-vuotta. Päivystävän sairaanhoitajan toiminta on osa Vaasan keskussairaalan psykiatrian yksikön avohoidon strategiaa.

6.3 Aineiston keruu

Kohderyhmä haastateltiin maaliskuussa 2013. Koko kohderyhmä saatiin haastateltua, koska haastatteluihin oli lupa tehdä ne työajalla. Kohderyhmä oli jo alustavasti tietoinen tulevasta tutkimuksesta päivystävän sairaanhoitajan toiminnan alkaessa. Yksi kohderyhmän henkilö tuli haastatteluun lomalta ja yksi vapaa-ajallaan ja muut työajalla. Haastateltavat saivat perehtyä teemahaastattelun runkoon haastattelun alussa noin kymmenen minuuttia. Tutkija teki päätöksen, ettei teemahaastattelun runkoa lähetetä etukäteen haastattelun kutsun yhteydessä. Tutkija halusi näin välttää sen, etteivät haastateltavat keskustele keskenään kysymyksistä ja näin ollen mahdollisesti olisi saatu epäluotettava tulos haastatteluista. Varsinaista saatekirjettä haastateltaville ei tehty, koska heidän kanssaan oli jo toiminnan aloituspalaverissa sovittu, että heidät tullaan haastattelemaan tutkimusta varten. Haastattelut kestivät 15 – 45 minuuttia.

6.4 Tutkimusaineiston analyysi

Kerätyn aineiston analyysi, tulkinta ja johtopäätösten teko on tutkimuksen ydinasia. Analyysivaiheessa tutkijalle selviää, minkälaisia vastauksia hän saa ongelmiin. Niinkin voi käydä, että analyysivaiheessa tutkijalle selviää, miten

ongelmat olisi oikeastaan pitänyt asettaa. Laadullista aineistoa on mahdollista käsitellä tilastollisten tekniikoiden avulla, mutta tavallisimmat analyysimenetelmät ovat teemoittelu, tyyppittely, sisällönerittely, diskurssianalyysi ja keskusteluanalyysi. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2010, 221-224.)

Tämän tutkimuksen aineisto analysoitiin sisällönanalyysillä. Sisällön analyysillä tarkoitetaan kerätyn tietoaaineiston tiivistämistä siten, että tutkittavaa ilmiötä voidaan yleistävästi ja lyhyesti kuvailla. Olennaista sisällön analyysissä on se, että tutkimusaineistosta pyritään erottamaan samanlaisuuksia ja erilaisuuksia. Sisällön analyysin avulla pyritään kuvaamaan myös aineistosta ilmeneviä merkityksiä, tarkoituksia, seurauksia ja yhteyksiä. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 23.)

Aineistolähtöisessä analyysissä pyritään luomaan tutkimusaineistosta teoreettinen kokonaisuus. Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä yhdistellään käsitteitä ja näin saadaan vastaus tutkimustehtävään. Sisällönanalyysi perustuu tulkintaan ja päättelyyn, jossa edetään empiirisestä aineistosta kohti käsitteellisempää näkemystä tutkittavasta ilmiöstä. Ennen analyysin aloittamista sisällönanalyysissa tulee määrittää analyysiyksikkö, joka voi olla yksittäinen sana. Keskustelussa se voi olla myös lause. Lisäksi analyysiyksikkö voi olla lauseen osa tai ajatuskokonaisuus, joka sisältää useita lauseita. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 95 - 112.) Tämän tutkimuksen analyysiyksiköksi valittiin ajatuskokonaisuus.

Tutkimuksen teemahaastatteluista saatu tutkimusaineiston analysointi aloitettiin kuuntelemalla nauhoitettu haastattelu läpi. Sen jälkeen haastattelut kirjoitettiin tekstiksi eli litteroitiin. Tutkija jätti litteroidusta tekstistä pois epäolennaisuuksia, jotka eivät liittyneet tutkimuksen tutkimustehtäviin tai teemahaastattelun teemoihin. Tutkija jätti myös omat kysymykset pois litteroinnista, koska kaikki haastattelut noudattivat samaa kaavaa eikä tutkija kokenut niissä olevan erilaisuuksia esimerkiksi johdattelua tai että kysymyksiä olisi ymmärretty väärin. Tutkija lisäsi ensimmäisen haastattelun yhteydessä lisäkysymyksen liittyen omaisten kanssa tehtävään yhteistyöhön, koska se tuli vahvasti esille jo ensimmäisessä haastattelussa. Tutkija kävi litteroidun tekstin läpi ja etsi sieltä

samaa ajatuskokonaisuutta tarkoittavat asiat ja koodasi ne väreihin. Samalla värillä koodatut ajatuskokonaisuudet muodostivat oman alaluokkansa, joista pyrittiin tekemään oma yläluokka (Liite 2.). Aineistoa kertyi rivivälillä 1,5 22 sivua (A4).

7 TULOKSET

Tutkimuksella haluttiin selvittää miten päivystävän sairaanhoitajan toiminnalle asetetut tavoitteet ovat toteutuneet ja miten toimintaa tulisi kehittää. Teemahaastattelu oli jaettu näihin kahteen teemaan. Lisäksi tarkoituksena oli kuvata päivystävien sairaanhoitajien yhteistyötä vastaanotto-osastojen, päivystävien lääkärien, avohuollon toimijoiden ja omaisten kanssa. Haastatteluissa tuli vahvasti esille päivystävien sairaanhoitajien näkemys asioista sekä he olivat hyvin motivoituneita vastaamaan kysymyksiin ja pohtimaan heidän toimintaansa kriittisestikin.

7.1 Päivystävien sairaanhoitajien toiminnalle asetettujen tavoitteiden toteutuminen

Tutkimuksen ensimmäinen tema oli päivystävien sairaanhoitajien toiminnalle asetettujen tavoitteiden toteutuminen. Luokittelun jälkeen haastatteluista nousi viisi alaluokkaa, jotka tutkijan mielestä kuvaavat hyvin päivystävän sairaanhoitajan asetettujen tavoitteiden toteutumista. Alaluokat ovat: päivystävän sairaanhoitajan toiminnan kehittyminen kohti tavoitetta uuden toiminnan edetessä, yksikön sisäiset asiat vaikuttavat potilaan osastosijoitukseen sairaalassa, yhteistyö osastojen ja lääkäreiden kanssa kohti tavoitetta, ohjaus avopuolelle ja toiminta tukee psykiatrian strategiaa.

Vaasan keskussairaalan psykiatriin työryhmän asettamat tavoitteet päivystävän sairaanhoitajan toiminnalle ovat seuraavanlaisia: Toiminnan tavoitteena on ennaltaehkäistä sairaalaan sisäänottoja ja ohjata potilaita avohuollon palveluihin mikäli heidän psyykinen vointinsa sen sallii. Tarkoituksena on huomioida mitä potilas sillä hetkellä tarvitsee. Tarvitseeko hän sairaalahoitoa vai riittävätkö avohuollon palvelut? Omaisten huoli ja heidän huomioiminen on myös oleellinen osa päivystävän sairaanhoitajan toimintaa. Tärkeää on, että potilasta hoidetaan hänen vointiaan parhaiten tukevassa paikassa ja hänen oma toiveensa myös huomioidaan. Yleisellä tasolla oleellista on myös se,

että erikoissairaanhoidon rooli tulee muuttumaan ja yhteistyötä avopalvelujen kanssa kehitetään.

Päivystävä sairaanhoitaja toimii vuorossaan akuutti vastaanotto-osastoilla 1 ja 2 päivystysaikana. Yksikössä on neljä vastaanotto-osastoa: osasto 1 on miesten suljettu osasto (psykoosiosasto), osasto 2 on naisten suljettu osasto (psykoosiosasto), osasto 3 on naisten ja miesten mielialaosasto ja osasto 4 on psykiatrian miesten ja naisten osasto. Potilaat haastatellaan osastoilla 1 ja 2 riippuen potilaan sukupuolesta. Potilaat tulevat M1-lähetteellä tai tavallisella lähetteellä. Pääsääntöisesti M1-lähetteellä tulevat potilaat hoidetaan osastoilla 1 ja 2 ja tavallisella lähetteellä tulevat potilaat osastolla 3. Vanhuspotilaat pyritään hoitamaan osastolla 4.

7.1.1 Kokemukset päivystävän sairaanhoitajan toiminnasta uuden työtavan aloittamisen aikana

Haastateltavat toivat esiin, että uuden työtavan alkaessa ei toiminta merkittävästi muuttunut asetetuista tavoitteista huolimatta. Potilaita otettiin sisään osastoille, vaikka tarkoitus oli nimenomaan päinvastainen tai ainakin vakavasti pohtia, että pärjääkö potilas ilman sairaalahoitoa. Sisäännotot olivat myös paljon kiinni lääkäristä ja hänen näkemyksestään potilaan vointiin ja tilanteeseen. Haastateltavat toivat esiin, että osa päivystävistä lääkäreistä tuli haastattelemaan potilaan osastolle ja haastateltaville jäi kuva, että päätös potilaan sisäänotosta oli jo tehty ennen kuin haastattelu edes alkoi. Osa päivystävistä lääkäreistä pohti ja mietti tarkkaan, että mikä olisi oikea ratkaisu potilaan kanssa. Tällöin myös päivystävän sairaanhoitajan rooli ja näkemys potilaan tilanteesta vaikutti potilaan sisäänottoon.

”Jokku lääkärit tuntuu haalivan kaikki potilaat mitä ikinä tuleeekaan meille ja millä lähetteellä tahansa ja jokku valikoi tarkasti ja oikeesti miettii et tarviiko tää erikoissairaanhoidoa.”

”Mun mielestä enemmän on ruvettu kiinnittämään huomiota siihen, että onko tarvetta sisäänkirjoitukselle vai ei ja mun mielipide on se et aina vaan siellä tulee joitakin fiboja, jotka mä mielelläni laittaisin kotiin mut lääkäri kuitenkin päättää niin sen pohjalta tietysti mennään.”

Uuden toiminnan edetessä haastateltavat kokivat, että linjaukset potilaan sisäänkirjoittamiseen olivat kuitenkin selkiytyneet ja potilas ei välttämättä jäänyt sisälle osastolle, vaikka hän olisi tullut M1-lähetteellä haastatteluun. Haastateltavien mielestä tähän vaikutti merkittävästi se, että uuden toiminnan edetessä parin viimeisen kuukauden aikana yksikön omat lääkärit olivat toimineet enemmän päivystävinä lääkäreinä. Yksikön ulkopuolisten lääkäreiden koettiin ottavan potilaita enemmän sisään kuin yksikön sisäisten.

”Viimeisen parin kuukauden aikana ollut selkeämpi linja verrattuna aikaisempaan.”

”Nyt on ollu sillä lailla turvallista olla päivystämässä, kun on ollu näitä meidän omia lääkäreitä, mutta mitä enemmän tulee ulkopuolisia sitä epävarmempi on olo ja se päätöksenteko on hatarampaa. Omien lääkäreiden kanssa on helpompaa ja selkeämpää.”

Yksikön sisäiset tekijät vaikuttavat potilaan osastosijoitukseen. Potilaan sijoittaminen hänen mielenterveydellisiä ongelmia vastaavalle osastolle koettiin olevan haasteellista. Haastateltavat toivat esille, että sijoitukseen vaikuttaa osastojen paikkatilanne sekä millä osastolla potilas on aikaisemmin ollut. Potilaan vointi saattoi olla sellainen, että hän ei olisi tarvinnut akuutti psykoosiosaston hoitoa, mutta hänellä sopiva osasto oli täynnä ja hän joutui tämän takia jäämään niin sanotusti raskaammalle osastolle. Potilaan ikä, psykiatrinen ja somaattinen tila olisi vaatinut psykogeriatrisen osaston osaamista, mutta sen ollessa täynnä, ei häntä voitu sinne sijoittaa. Joidenkin potilaiden kohdalla katsottiin myös hänen aikaisempaa osastosijoitusta ja hänet kirjoitettiin sinne sisälle, vaikka vointi oli

niin huono, että hän olisi tarvinnut akuutimpaa hoitoa psykoosiosastolla. Haastateltavien mielestä pyrkimys kuitenkin oli, että potilasta olisi hoidettu hänen psyykkistä vointiaan ja ikää vastaavalla osastolla ja siihen on kiinnitetty enemmän huomiota uuden toiminnan edetessä.

”Liikaa tuijotetaan edelleen siihen, että missä osastolla on aiemmin hoidettu ottamatta huomioon sitä sen hetkistä psyykkistä tilaa. Et esimerkiksi ongelma on nyt lähinnä nimenomaan kolmosen ja näiden kahden muun akuuttiosaston välillä. Et kolmonen saa välillä potilaita joiden psyykinen vointi ei nyt sillä hetkellä oo semmonen et pärjäisivät kolmosen hoidolla ja sit taas toisaalta tänne tulee mun mielestä myös niitä jotka ei sillä hetkellä oo kakkosen hoidon tarpeessa.”

”No just siinä sisäänkirjoitushetkellä ei välttämättä aina pystytty toteuttamaan koska se voi olla esimerkiksi, jos on vanhuspotilas niin on nelonen täynnä tai jos on masentunut potilas joka on kovin rauhallinen niin halus kolmoselle laittaa mut siellä ei oo tilaa mut pyritäänhän me ainakin niin. Kunhan tilaa on.”

”No se on ehkä nyt lisääntynyt jos aikaisemmin tultiin ykköselle arvioon niin kyllä ne sinne jäi, mutta että nyt mietitään paljon enemmän ja sijoitetaan enemmän kolmoselle ja neloselle.”

Yhteistyön määrittäminen osastojen ja lääkärin kanssa kohti tavoitetta.

Haastateltavat kokivat yhteistyön toimivan vastaanotto-osastojen kanssa pääsääntöisesti hyvin. Haastateltavat toivat esiin, että epäselvyyttä oli aiheuttanut etenkin työnjako päivystävän sairaanhoitajan ja osaston henkilökunnan välillä. Osaston henkilökunta oli kokenut, että päivystävä sairaanhoitaja vie osaston osastonhenkilökunnan työt muun muassa kirjaamalla potilaan sisään ja menemällä mukaan potilaan haastatteluun. Haastateltavat toivat esiin, että he olivat kokeneet joskus heidän roolinsa lähes mitättömänä, koska osaston henkilökunta oli halunnut hoitaa potilaan sisäänkirjoituksen ja haastattelun itse. Haastateltavat

toivat myös sen esiin, että useimmiten työnjako ja yhteistyö on selvää ja kukin hoitaa oman hommansa. Yhteistyö siis jonkin verran riippuu siitä, että kuka osastolla on töissä ja kuka on päivystävänä sairaanhoitajana. Keskustelemalla ja sopimalla työtehtävistä on kuitenkin aina asiat potilaan kannalta saatu menemään eteenpäin.

”Kyllä se on sujunu ihan hyvin, mun kohalla ei oo ollu mitään erikoista että kun menee sitten potilaan kanssa sillä asenteella, että mitä minä teen ja mitä te teette niin ei oo ollu mitään.”

”Missä tää suurimmiten näkyy tää yhteistyö eli ykkönen ja kakkonen niin mun mielestä pääsääntöisesti ihan hyvin. En oo juurikaan itse kokenut isompia ongelmia siinä, että joskus tuntuu et ihmetellään et mitä sä täällä teet. Et ei ehkä kakkosella niinkään mut ykkösellä tulee joskus semmonen. mutta ei siinä yhteistyössä itsessään oo mitään ongelmaa.”

”Mä oon törmänny vaan siihen, että kaikki on ollu tyytyväisiä, jaa sä hoidat ton ja sä hoidat ton okei selvä.”

Yhteistyö lääkärin kanssa oli lääkärisidonnaista. Haastateltavat toivat esiin, että osan kanssa yhteistyö toimii hyvin ja lääkärit ovat kiinnostuneet päivystävän sairaanhoitajan potilaaseen liittyvästä tiedon keruusta ja päivystävän sairaanhoitajan mielipiteistä ja näkemyksistä. Osan lääkäreistä koettiin tekevän omat päätökset sen kummemmin päivystävää sairaanhoitajaa kuuntelematta. Yhteistyö vaihteli yksikön sisäisen ja ulkopuolisen päivystävän lääkärin kanssa. Ulkopuolisen lääkärin koettiin hyötyvän enemmän päivystävästä sairaanhoitajasta muun muassa siten, että ulkopuolinen lääkäri halusi tietoa yksikön käytännöistä ja osastojen paikkatilanteesta sekä halusi tietää aikaisempaa kokemusta esimerkiksi siitä mille osastolle tietyillä oireilla haastatteluun tullut potilas olisi viisasta ottaa sisään. Yksikön sisäiselle lääkärille yksikön käytännöt olivat melko tuttuja ja he eivät juurikaan kuunnelleet päivystävän sairaanhoitajan näkemyksiä eikä myöskään sitä mitä päivystävä sairaanhoitaja oli potilaasta saanut selville.

Lääkärien koettiin liikaa katsovan potilaan lähetettä eikä heidän koettu aina ajattelevan potilaan tilannetta ja mikä sillä hetkellä olisi potilaan kannalta järkevää. Osa haastateltavista koki, ettei yhteistyö ole muuttunut uuden toiminnan edetessä.

”No tietyt lääkärit tekee yhteistyötä ja tietyt ei. Ku sanoo mielipiteensä niin ne ei välitä siitä, mutta muutama on semmonen jonka kaa voi neuvotella. Yhteistyö on ollut samanlaista alkuvaiheista alkaen, ei ole muuttunut.”

”Jotku lääkärit on oikeesti kiinnostuneita siitä, että mitä mä oon saanu selville siitä potilaasta ennen kuin ne tulee haastatteluun.”

”Sitten taas toinen ääripää on, että hän lukee itse tietokoneelta ja sanoo vaan että otetaan sisälle ja se on sitten siinä.”

”Moleminpuolista hyötyäkin on voitu vaihtaa mielipiteitä ja vähän yhdeskin tuumata ja tullu kuulluksi ja sitten tietysti et jos on ulkopuolisia päivystäjiä sitten heidän niinku yhteistyön tekeminen on konkreettistakin niinku auttamista ja neuvomista käytännön asioissa.”

Potilaiden ohjaaminen avoterveydenhuollon mielenterveyspalveluihin ja yhteistyö avoterveydenhuollon kanssa. Haastateltavat kokivat, että potilaiden ohjaaminen avoterveydenhuollon mielenterveyspalveluihin oli lisääntynyt verrattuna uuden työtavan aloittamisen alkuun. Tavallisella läheteellä tullutta potilasta ei ole enenevässä määrin otettu sisään sairaalaan vaan häntä on neuvottu ottamaan yhteyttä seuraavana päivänä avoterveydenhuollon mielenterveyspalveluiden toimijoihin. Potilaalle on myös tarjottu akuutti aikaa psykiatrian poliklinikalle. Potilaan luvalla on annettu potilaasta tietoja avoterveydenhuollon toimijaan ja päinvastoin. Yhteistyö on siis näkynyt tällaisessa muodossa. Lisäksi haastateltavat toivat esiin, että heillä on usein tietoa myös viikonloppuna mahdollisista avun tarvitsijoista joiden vointi saattaa olla

huonontunut, mutta on arvioitu potilaan pärjäävän vielä kotona. Tällaisessa tilanteessa on potilaalle annettu viikonlopuksi aika päivystävälle sairaanhoitajalle ja potilas on joko tullut tai jättänyt tulematta. Haastateltavat tuovat esiin, että yhteistyö etenkin Vaasan alueella on toiminut hyvin ja tiedon vaihto ja ohjaus on ollut molemminpuolista. Lisäksi ohjaamista K5-alueen avoterveydenhuollon toimijoihin on ollut jonkin verran.

”Joo niitä ohjauksia on mun kohdalla tullu ja oon nimenomaan Horisonttiin ohjannu ja Klaaraan ku on ollu nuoresta ihmisestä kyse, et sitä tietoa antaa ja yrittää tehdä mahdollisimman matalaks sen kynnyksen ihmiselle joko mennä sinne tai soittaa.”

”Enskertalainen joka on soittanu tähän meidän päivystysnumeroon ja ollaan keskusteltu siinä se akuutti. Ne tulee aika lailla aina tähän viikonloppuun monesti nää tällaset ja ollaan selvitty se viikonloppu sillä et on soitellu esimerkiksi päivittäin ensin meille ja sitten kun on tullu arki niin on hakeutunu näihin muihin hoitopisteisiin ja ovat informoineet vielä itse jälkeenpäin että ovat käyneet ja hoitosuhde on alkanut”

”No Horisontti on kait eniten ollu aktiivisin tai niinku sillä tavalla niinku tiedostanut että voi olla yhteydessä tänne ja sieltä on tullu myös semmosia niinku että ovat halunneet jotain tietoa tai tukea jossakin asioissa. Keskussairaalan päivystys on toinen mun mielestä josta on ihan hyvin hiffattu ja yhdessä mietitty sekä lääkäri että hoitaja.”

Päivystävän sairaanhoitajan toiminnan koettiin tukevan psykiatrian avohoidon toimintastrategiaa. Haastateltavat toivat esiin, että toiminta tukee psykiatrian avohoidon toimintastrategiaa siten, että oli pystytty ennalta ehkäisemään potilaiden sairaalaan sisäänkirjoituksia ja oli pystytty haastattelussa toteamaan ja arvioimaan, ettei potilas tarvitse erikoissairaanhoidoa juuri sillä hetkellä vaan hän pärjää avoterveydenhuollon turvin. Ennaltaehkäisevänä toimenpiteenä pidettiin puheluja potilaan tai omaisen kanssa, jossa on annettu

ohjeita miten toimia voinnin huonontuessa. Haastateltavat toivat myös esiin, että he olivat kyenneet pitämään tietyt potilaat poissa sairaalasta, jotka aikaisemman toiminnan mukaan olisi hyvin todennäköisesti kirjoitettu sisään osastolle.

”Kyllä tää on askel oikeaan suuntaan, että lähetään tarjoamaan niinku ulospäin ja ennaltaehkäsevästi sitä ohjetta ja yhteistyötä.”

”Mun mielestä kuitenkin suunta on ihan ok ja aika paljon näistä puheluista näkee et ollaan pystyttä, kun ollaan keskenään keskusteltu, niin ollaan pystytty pitämään tiettyjä ihmisiä sairaalan ulkopuolella et kyl mä näen sen ihan hyvänä.”

7.1.2 Yhteistyö omaisten kanssa

Haastateltavat toivat haastatteluissa vahvasti esiin yhteistyön omaisten kanssa lisääntyneen merkittävästi uuden työtavan toiminnan edetessä. Tämä näkyi siten, että omaisten puhelujen määrä oli kasvanut merkittävästi ja haastateltavat kokivat omaisten löytäneen päivystävän sairaanhoitajan toiminnan ja puhelinnumeron hyvin. Lisäksi entiset potilaat ovat herkemmin soittaneet päivystävälle sairaanhoitajalle, kun he ovat kokeneet olleensa avun tarpeessa. Tiedottamisella koettiin olevan suuri merkitys asian suhteen muun muassa siten, että avohoito on jakanut puhelinnumeroa potilailleen ja numero löytyy myös paikallislehdestä. Lisäksi numero on jaettu lähikuntiin. Tutkija halusi tuoda tämän asiaan erikseen esille, koska se ei alun perin kuulunut teemahaastatteluun, mutta jo ensimmäisessä haastattelussa se tuli esille.

”Omaiset soittavat potilaan puolesta tai ovat huolestuneita potilaasta.”

”Omaiset ovat löytäneet osittain toiminnan, mutta on myös paljon niitä jotka eivät tiedä tästä yhtään mitään.”

”Omaiset ovat löytäneet päivystävän sairaanhoitajan paremmin verrattuna alkuvaiheeseen ja ylipäänsä ihmiset ovat löytäneet paljon

paremmin puheluita tulee enemmän ja sitä hoitoon ohjausta on enemmän.”

”Kriisiluontoista hätää tai että omainen voi huonosti ja kuinka hakeutua hoidon piiriin, niitä yhteydenottoja on säännöllisesti.”

”Ekakertalaisista puheluita tulee yllättävän paljon.”

7.2 Miten päivystävän sairaanhoitajan toimintaa kehitetään?

Tutkimuksen toinen teema oli päivystävien sairaanhoitajien toiminnan kehittäminen. Luokittelun myötä nousi yksi selkeä, mutta laaja kehittämisen tarve. Haastateltavista kaikki toivat toimenkuvan selkeyttämisen tarpeen esiin ja sen myötä toiminnan kehittymisen.

Haastateltavat toivat esiin kokemuksiaan uuden työtavan toiminnasta. He kokivat, että ajoittain oli hyvin epäselvää osastojen henkilökunnalle ja päivystävillä lääkäreille, että mitä päivystävä sairaanhoitaja tekee ja mihin häntä tarvitaan. Kaikille oli selvää päivystävän sairaanhoitajan olemassa olo, mutta työnjako oli epäselvää. Haastateltavat olivat kokeneet ajoittain heidän toimintansa uhkana osaston työntekijöille, jotka olivat olleet huolissaan siitä, että päivystävä sairaanhoitaja vie heidän työnsä. Haastateltavat kokivat, että tiedottamisella ja keskustelulla päivystävän sairaanhoitajan toimenkuvasta voitaisiin kehittää yhteistyötä ja selkiyttää työnjakoa. Tiedottamisen haluttiin tavoittavan myös kunnat ja kolmannen sektorin toimijat.

”Ehkä jonkun näköinen selkeytys siihen olis paikallaan et mitä tää oikeesti pitää sisällään ja vielä enemmän osastoille saatais sitä viestiä et mikä on päivystävä sairaanhoitaja.”

”Osastoilla voi olla vielä hiukan hämärää, että mitä mä teen ja mitä pitää tehdä itse. Ettei ne tallo meidän varpaita. Mikä on meidän vastuu ja mikä heidän vastuu.”

”Tiedottaminen ja että se tulis kunnissa ku että kolmannen sektorin pisteissä että oltais niinku ennakkoon yhteydessä ja mietittäis että ei ennekun ollaan lähettämässä tai lähetettä suunnittelemassa että oisko siinä jotain korjausliikkeitä tehtävissä kotioloissa tai sitten kunnan päivystyspisteessä.”

Lääkärien kanssa koettiin myös, että toimintaa voitaisiin selkeyttää tiedottamalla heille lisää päivystävän sairaanhoitajan toimenkuvasta. Haastateltavat kokivat yhtenä kehitettävänä asiana, että heitä käytettäisiin enemmän hyödyksi potilaan sairaalaan tullessa, haastatteluissa ja päätöksen teossa. Haastateltavat kokivat myös, että joidenkin lääkäreiden kanssa ei voida yhteistyötä kehittää, vaikka tietoutta toimenkuvasta lisättäisiin.

”Se tiedon jakaminen lääkärin kanssa on tärkeätä mun mielestä puolin ja toisin. Tiedottaminen ja keskustelu sitä nyt voi aina petrata.”

”Et ne käyttäis meitä hyväks. Osa käyttää hyvinkin ja on tyytyväisiä ja tietää just mihinkä meitä voidaan käyttää ja osalle se on epäselvempää et informaation jakaminen mun mielestä siitä mitä me tehdään on se mikä tulee mieleen.”

”Lääkäri päättää ja lääkäri tietää. Vai voisko siitakin tehdä sellasen et me keskustellaan siitä potilaan tilanteesta ja omista näkemyksistä ja sit sitä osasto tilannetta ja mikä tavallaan se tilanne osastoilla on.”

”Ajattelis sillee ku haastattelu tehty niin vois lääkäri tavallaan niinku sanoa et voit mennä hetkeksi odottelemaan tonne odotustilaan et me

jutellaan ja keskustellaan vähän et saatais tavallaan siihen ne kolme näkemystä mun, lääkärin ja kolmas hoitaja joka on osastolta mukana.”

”No tietenkin kun kaikki eivät koe tarvitsevansa mitään apua niin en tiedä voiko sitä yhteistyötä mitenkään parantaa.”

”Se on lääkärikohtainen juttu. Toiset haluavat tehdä itsenäisesti päätöksiä välittämättä päivystävän sairaanhoitajan näkemyksistä yhtään mitään.”

Haastateltavat kokivat myös, että heidän sijoituspaikkansa yksikössä voisi muuttua varahenkilöstöstä avohoidon sijoitukseksi. Tämä selkeyttäisi heidän paikkaansa organisaatiossa ja he olisivat selkeästi jonkun yksikön alaisuudessa ja kuuluisivat vielä paremmin johonkin työyhteisöön. Haastateltavat kokivat, että he ovat enemmän avohoidon työntekijöitä kuin osaston.

”Ensimmäisenä tulee mieleen, että kun nyt ollaan poolinalaisia ja jostakin pitää jotakin aloittaa ja mitään semmosta varmaa ajatusta ei mulla oo mutta oltaisko me kuitenkin enemmän niinku avohoidon työntekijöitä ja sitten tavallaan psykiatrian poliklinikan niin tää ehkä jatkumo sille mutta päivystysaikana.”

Haastateltavat kokivat myös hyvänä työryhmän keskinäiset tapaamiset, joita järjestettiin noin kerran kuukaudessa. Päivystävien sairaanhoitajien keskinäisen yhteistyön koettiin myös toimivan hyvin. Yhteisissä tapaamisissa vaihdettiin kokemuksia ja saatiin ajankohtaista tietoa tilastojen valossa miten toiminta on kehittynyt ja keskusteluissa myös käytiin läpi mikä on toiminut ja mikä ei. Yksin tehtävä työ koettiin ajoittain raskaana ja työn kehittämisen kannalta koettiin tärkeänä, että päivystäviä sairaanhoitajia voisi olla kaksikin vuorossa joskus tulevaisuudessa etenkin, jos tulevaisuudessa päivystävä sairaanhoitaja toimii yhteispäivystyksessä. Tiedon välittäminen ja joskus myös reflektointi ja kokemusten jako ajoittui yleensä vuoronvaihtoon jolloin ei aikaa kuitenkaan paljoa jää.

”Tieto kulkee hyvin ja me ollaan kehitetty semmonen muovitasku missä on niinku mahdolliset yhteydenotot.”

”Yhteistyö on ollut hyvää ja sitten tärkeätä on ollu se ku meillä on aina välillä niitä kokouksia, koska onhan se tosiasia, että ei niitä vuoroja oo päällekkäin kovinkaan paljon. Joskus voi toinen olla poolissa ja toinen sattuu olemaan sillä osastolla.”

”Toimenkuvaa ja identiteettiä hyvin pystytään kehittämään ku meillä on ne säännölliset palaverit onko ne nyt sitten kerran kuukaudessa. Ehkä sitä, jos aika antais myöden, niin vähän tiiviimminkin, kun ei kerta muuten tavata mutta säännöllisesti ja saa sitten ventileerata ja sitten se on vähän näitä kokemusten vaihtamista.”

”Eihän meistä tuu mikää homogeeninen ryhmä, joka työskentelee yhdessä. Jokainen tekee sen päivystyksensä yksin, mutta että tärkeätä on että tavataan ja keskustellaan.”

8 JOHTOPÄÄTÖKSET

Tutkimuksen tulosten perusteella voidaan tehdä seuraavat johtopäätökset liittyen toiminnalle asetettujen tavoitteiden toteutumisesta, päivystävien sairaanhoitajien tekemästä yhteistyöstä ja toiminnan kehittämisestä.

Toiminnalle asetettujen tavoitteiden toteutuminen:

- Sairaalaan sisäänkirjoitukset ovat vähentyneet päivystävien sairaanhoitajien kokemusten perusteella.
- Sisäänkirjoituksissa on pääsääntöisesti huomioitu erikoissairaanhoidon tarve.
- Potilas on melko usein pystytty sisäänkirjoittamaan hänen mielenterveydellistä ongelmaa vastaavalle osastolle. Toiminnan edetessä on sijoittamien mielenterveydellistä ongelmaa vastaavalle osastolle selkiytynyt ja lisääntynyt.
- Puhelujen ja keskustelujen avulla on pystytty ennaltaehkäisemään sairaalaan sisäänotto ja pystytty tukemaan kotona pärjäämistä avohoidon tuella. Asiakkaalle on myös pystytty tarjoamaan akuutti vastaanottoaika seuraavalle päivälle.
- Sisäänkirjoitusarviossa on pystytty ohjaamaan potilas avohoidon piiriin esimerkiksi perusterveydenhuoltoon, mikäli on todettu, ettei potilas ole erikoissairaanhoidon tarpeessa.
- Omaiset ovat löytäneet päivystävän sairaanhoitajan ja puhelujen määrä on lisääntynyt toiminnan aloitusvaiheesta.

Yhteistyö psykiatrian päivystävän lääkärin, vastaanotto-osastojen ja avohuollon toimipisteiden kanssa:

- Yhteistyö päivystävän lääkärin kanssa sujuu melko hyvin. Yhteistyöhön vaikuttaa se, että onko lääkäri sairaalan sisäinen vai ulkopuolinen päivystäjä. Osa lääkäreistä haluaa päivystävän sairaanhoitajan apua ja osa ei.

- Yhteistyö vastaanotto-osastojen kanssa toimii hyvin. Henkilökunnan ja päivystävän sairaanhoitajan välinen tiedonkulku toimii. Ajoittain on epäselvyyttä, että kuka tekee ja mitä.
- Avoterveydenhuollon toimipisteet ovat löytäneet päivystävän sairaanhoitajan hyvin ja enenevässä määrin on ohjausta heidän palveluihin ja yhteydenottoja esimerkiksi Vaasan kaupungin avohuollon palvelusta Horisontista. Yhteistyötä on myös lähikuntiin mm. K5-alueelle.

Päivystävän sairaanhoitajan toiminnan kehittäminen:

- Toimenkuvaa halutaan kehittää selkeyttämällä päivystävän sairaanhoitajan toimenkuvaa sekä osastoille että päivystävälle lääkärille (miksi he ovat mukana haastatteluissa ja mitä he tekevät kun päivystyspotilas tulee osastolle).
- Lääkärit voisivat hyödyntää enemmän päivystävän sairaanhoitajan ammattiosaamista.
- Päivystävän sairaanhoitajan toimen sijoituspaikkaa tulisi jatkossa miettiä, ovatko he töissä varahenkilöstön vai ovatko he psykiatrian poliklinikan työntekijöitä.
- Päivystävän sairaanhoitajan tulisi tulevaisuudessa työskennellä fyysisesti eri paikassa kuin nyt ja mennä tekemään arviota yhdessä lääkärin kanssa esimerkiksi yhteispäivystykseen tai somatiikan osastolle. Päivystävä sairaanhoitaja voisi tehdä kotikäyntejä ja arvioida seillä tilannetta.
- Työpari (toinen päivystävä sairaanhoitaja) koettiin tarpeelliseksi, mikäli fyysinen sijoituspaikka muuttuu.
- Päivystävien sairaanhoitajien välinen yhteistyö oli hyvää. Työ koettiin yksinäisenä ja työryhmän kokouksia voisi olla enemmän.

Päivystävän sairaanhoitajan toimenkuvan on koettu tulleen jäädäkseen ja selvää on, että sekä potilas että psykiatrian yksikkö ovat siitä hyötynneet.

9 POHDINTA

Tutkimuksen tekeminen psykiatrian päivystävien sairaanhoitajien toiminnasta oli mielenkiintoinen ja haastava kokemus. Tutkimuksen tekemisen mielekkyyttä lisäsi se, että tutkija oli itse mukana työryhmässä, joka suunnitteli toimintaa. Mielenkiintoista oli tutkia miten työryhmässä pohditut ja suunnitellut asiat olivat toteutuneet käytännössä. Tutkimuksen tekemistä helpotti se, että toiminnan aloittavat sairaanhoitajat tiesivät, että tutkimus tullaan tekemään ja he olivat sitoutuneita osallistumaan siihen.

9.1 Tulosten pohdintaa

Tutkimuksen suunnitteluvaiheessa oli lähtökohtaisesti selvää, että tutkimuksesta tulee laadullinen tutkimus ja siinä käytetään aineistonkeruumenetelmänä teemahaastattelua. Tätä valintaa puolsi se, että tutkija tiesi saavansa haastateltua kaikki kuusi toiminnassa mukana ollutta sairaanhoitajaa ja haastattelun koettiin antavan mahdollisimman laajan kuvan haastateltavien kokemuksista. Haastattelu pyrittiin suunnittelemaan niin, että se kattaisi mahdollisimman hyvin tutkimukselle asetetut tavoitteet ja tutkimuskysymykset. Haastattelujen ajankohta sovittiin maaliskuulle 2013 jolloin uuden työtavan aloittamisesta oli kulunut puoli vuotta.

Päivystävän sairaanhoitajan toiminta ja toimenkuva on osa Vaasan keskussairaalan psykiatrian klinikkaryhmän strategiaa 2012 – 2018, joka pohjautuu kansallisiin ja kansainvälisiin ohjeistuksiin päihde- ja mielenterveystyössä. (Kautto ym., 2012; Mieli 2009 - ohjelma, 2009). Päivystävän sairaanhoitajan toiminta on strategian yksi ensimmäisistä muutoksista jolla pyritään tukemaan potilaan hoitoa avohoidossa. Strategian eteneminen näkyy myös tutkimuksen tuloksissa siten, että strategian ja sen tuomien muutosten edetessä myös päivystävän sairaanhoitajan rooli ja tarve on kasvanut. Tähän on vaikuttanut tiedottaminen strategiasta ja ajan myötä oppiminen siitä, miten jatkossa päivystyksellisiä potilaita hoidetaan. Tässä on ollut iso rooli päivystävillä

sairaanhoitajilla, jotka ovat rohkeasti työssään tuoneet esiin mitä varten he ovat olemassa.

Tutkimuksen tuloksista käy ilmi, että päivystävän sairaanhoitajan toiminnan alkuvaiheessa ei juuri mikään päivystystoiminnassa muuttunut. Potilaita kirjoitettiin sisään sen enempää yhdessä miettimättä, että olisiko potilasta voitukin tavata polikliinisesti vai pärjäisikö hän tiiviimmän avohoidon turvin. Tämän koettiin johtuvan osittain lääkäreistä, jotka eivät välttämättä olleet valmiita tekemään yhteistyötä päivystävän sairaanhoitajan kanssa muun muassa pohtimalla mikä vaihtoehto (avohoido, osastohoido) palvelisi potilasta parhaiten. Lääkärien yhteistyön tarpeeseen vaikutti se, että olivatko he sairaalan ulkopuolisia vai sisäisiä päivystäjiä. Ulkopuoliset lääkärit hyödynsivät päivystävää sairaanhoitajaa enemmän kuin sairaalan sisäiset lääkärit. Toiseksi tähän vaikutti myös se, että päivystävän sairaanhoitajan toimenkuva oli uusi eikä siitä ollut tiedotettu tarpeeksi osastoja, päivystäviä lääkäreitä eikä kuntia. Toiminnan edetessä ja tiedottamisen lisääntyessä oli kuitenkin huomattavissa sekä sairaanhoitajien kokemuksen perusteella että psykiatrian tilastojen valossa sairaalaan sisäänottojen määrä alkoi vähentyä ja puhelinkonsultaatioiden ja ohjauksen avohoittoon lisääntyä. Tutkija uskoo, että päivystävän sairaanhoitajan toimenkuvan selkiytyminen ja strategian eteenpäin vieminen on selkiytynyt päivystävillä lääkäreillä ja tämä on vaikuttanut myös heidän toimintaansa. Tämä siksi, että strategian alkuvaiheessa pääpaino oli avohoidon toimintojen kehittämisessä ja akuuttipuolelle ensimmäinen muutos oli päivystävien sairaanhoitajien toiminnan aloitus. Lääkäreistä osa on muuttanut selkeästi toimintaansa avohoitopainotteiseksi ja miettii onko tarvetta sairaalahoidolle. Osa taas ei ole muuttanut toimintaansa ja jatkaa samaan malliin kuin ennenkin.

Tutkimuksen tulosten perusteella yhteistyön osastojen ja avohoidon toimijoiden kanssa koettiin olevan hyvää. Tiedonkulun potilaaseen liittyvissä asioissa koettiin toimivan riittävällä tasolla. Ristiriitaa herätti toiminnan alkuvaiheessa se, että päivystävän sairaanhoitajan koettiin vievän osastontyöntekijöiden työtehtävät (potilaan sisäänkirjoittaminen, osallistuminen haastatteluun). Uuden työtavan

toiminnan edetessä tähän asiaan kuitenkin saatiin selkeyttä, mutta silti toimenkuvan selkiyttäminen koettiin tärkeänä asiana yhteistyön kannalta. Yhteistyön avainasioita ovat keskustelu ja työn jakaminen. Avohoidon kanssa tehtävä yhteistyö selkiytyi myös ajan myötä ja yhteydenottoja puhelimitse tuli koko ajan enemmän. Myös potilaasta huolestuneiden omaisten puhelujen määrä kasvoi toiminnan edetessä. Näillä puheluilla koettiin olevan se merkitys, että omainen sai tietoa koska kannattaa hakeutua lääkärinvastaanotolle. Omainen sai myös tukea omaan jaksamiseensa.

Tutkimuksen tulosten perusteella selkeä päivystävän sairaanhoitajan toiminnan kehittämisen tarve oli toimenkuvan selkiyttäminen lääkäreille, osastoille ja avohoidon toimijoille. Toimenkuvasta ei ole jaettu yhteistyötahoille kuvausta ja tämä on vaikuttanut yhteistyön laatuun ja merkitykseen. Jatkossa olisi tärkeää, että yhteistyötahot saisivat selkeän kuvauksen päivystävän sairaanhoitajan toimenkuvasta. Näin yhteistyö ja työnjako saataisiin selkeämmäksi ja toimivammaksi. Päivystävän sairaanhoitajan työ saisi myös enemmän sisältöä, kun hän saisi rauhassa tehdä hänelle kuuluvat työt ja välttyttäisiin ristiriidoilta ja erilaisilta variaatioilta työnjaossa. Toimenkuvasta oli tiedotettu julkaisemalla päivystävän sairaanhoitajan puhelinnumero lehdessä ja Vaasan keskussairaalan intranetissä ja erilaisissa tiedotteissa.

Vaasan keskussairaalan psykiatrian klinikkaryhmässä on iso muutos meneillään uuden strategian myötä. Strategian tavoitteena on psykiatrisen potilaan avohoitopainotteisuus ja laitospaikkojen vähentäminen kansallisten ohjeistusten mukaan. Tutkimuksen tulosten ja tilastojen perusteella päivystävän sairaanhoitajan toiminta tukee strategian tavoitetta. Tutkimukset (Harajärvi, Pirkola & Wahlbeck 2006.; Laitila 2010.) ovat osoittaneet, että avohoitopainotteisuus lisää mielenterveyspotilaan osallisuutta hänen hoitoonsa ja vähentää muun muassa itsemurhia. Lisäksi syrjäytymisen uhka pienenee. Potilaan mahdollisuus vaikuttaa omaan hoitoonsa kasvaa ja hän kokee psykiatrisen hoidon mielekkäämpänä avohoidossa kuin erikoissairaanhoidossa. Erikoissairaanhoidossa usein, riippuen potilaan voinnista, potilaalta otetaan pois vapauksia ja hän joutuu

olemaan mielenterveystilain asettamien pakotteiden alaisuudessa. Tämä ei lisää hoitomyöntyvyyttä vaan päinvastoin vähentää sitä.

Kansallisesti ajatellen Vaasa on hiukan jälkijunassa mielenterveyspotilaiden hoidossa. Useilla paikkakunnilla, kuten Tampere ja Helsinki, on Mieli 2009-ohjelman mukainen muutos avohoitopainotteisuuteen tehty jo aikaisempina vuosina, mutta Vaasassa se tapahtuu nyt vuosina 2012 – 2018. Päivystävän sairaanhoitajan tulisi olla jatkossakin oleellinen osa tätä muutosprosessia ja tukea omalla toiminnallaan muutosten toteutumista. Eräs haastateltava kiteytti hyvin koko uuden työtavan kokemukset seuraavasti:

”Sen minkä huomaa selkeesti verrattuna syyskuuhun niin puheluiden määrä kasvaa, yhteyttä ottavien tahojen määrä kasvaa, ilmoitukset esimerkiksi lähettäviltä yksiköiltä ambulansseista yms. on parantunut huomattavasti ja myöskin lääkärit informoi aika hyvin. Et itse asiassa musta tuntuu et tää alkaa pikkuhiljaa meneen ainakin tän talon puitteissa siihen mihinkä oli alunperin tarkoituskin.”

Mielestäni tässä näkyy toiminnan aloittaminen tyhjästä sen kehittyminen tekemisen ja kokemuksen myötä kohti tavoitetta.

9.2 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkija tavoitteli tutkimuksella mahdollisimman luotettavia tuloksia. Tähän pyrittiin sillä, että tutkija perehtyi tutkimuksessa käytettävään materiaaliin mahdollisimman hyvin. Lisäksi tutkija oli mukana toimintaa suunnittelevassa työryhmässä ja näin ollen pyrki laatimaan mahdollisimman laadukkaan ja tutkimusta palvelevan haastattelurungon. Laadukkuutta voidaan tavoitella sillä, että tehdään hyvä haastattelurunko. Eduksi on myös se, että mietitään ennalta, miten teemoja voidaan syventää, ja pohditaan vaihtoehtoisia lisäkysymysten muotoja. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 184.)

Haastatteluaineiston luotettavuus riippuu sen laadusta. Jos vain osaa haastateltavista on haastateltu tai jos tallenteiden kuuluvuus on huonoa, tai litterointi noudattaa eri sääntöjä alussa ja lopussa tai jos luokittelu on sattumanvaraista, haastatteluaineistoa ei voida sanoa luotettavaksi. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 185.) Tässä tutkimuksessa kaikkien haastateltavien vastaukset litteroitiin samalla tavalla ja haastattelujen äänen laatu oli hyvää ja selkeää. Huonon äänitteen takia ei tarvinnut mitään kohtaa jättää pois tai tulkita itse. Myös kaikki tutkimukseen alun perin suunnitellut haastateltavat saatiin haastateltua ja vastaukset olivat lähes samansuuntaisia. Kaikkien haastateltavien asenne tutkimukseen oli tutkijan mielestä positiivinen ja kehittämismyönteinen.

Tutkimuksen luotettavuutta arvioidessa tutkija kiinnitti myös huomiota siihen, että tutkija itse on ollut toimintaa suunnittelemassa ja toimii esimiesasemassa työyksikössään. Tutkija pyrki ottamaan etäisyyttä näihin kahteen edellä mainittuun seikkaan ja pyrki ottamaan tutkijan roolin. Tutkijalle tuli haastattelutilanteiden perusteella semmoinen kuva, että haastateltavat pystyivät suhtautumaan tutkijaan neutraalisti ja pystyivät antamaan mahdollisimman todenmukaiset vastaukset esitettyihin kysymyksiin. Tämä kuvastui haastateltavien eleistä ja haastattelun ilmapiiristä. Tutkija myös uskoo, että toistettaessa sama haastattelu saataisiin samankaltaisia vastauksia riippumatta haastattelijasta.

Luotettavuutta lisää myös se, että tutkija on tuonut esiin esimerkin sisällönanalyyseistä (Liite 2.), jolla tutkija pyrkii kuvaamaan miten hän on analysoinut haastattelut ja edennyt tutkimuksessa esitettyihin tuloksiin.

9.3 Tutkimuksen eettisyys

Tutkimus on toteutettu noudattaen tutkimuseettisen neuvottelukunnan hyvää tieteellistä käytäntöä. Tutkimuksessa noudatettiin tiedeyhteisön tunnustamia toimintatapoja eli rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta tutkimustyössä. Lisäksi tulosten tallentamisessa ja esittämisessä sekä tutkimusten ja niiden tulosten arvioinnissa on noudatettu rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta, 6.) Tässä tutkimuksessa tuloksia ei ole

vääristelty ja tutkimuksen tulokset perustuvat tutkimuksessa kohderyhmän antamiin vastauksiin. Tutkimus on ollut kohderyhmälle vapaaehtoinen, mutta kukaan ei siitä kieltäytynyt.

Tutkija ottaa muiden tutkijoiden työn ja saavutukset asianmukaisella tavalla huomioon niin, että hän kunnioittaa muiden tutkijoiden tekemää työtä ja viittaa heidän julkaisuihinsa asianmukaisella tavalla ja antaa heidän saavutuksilleen niille kuuluvan arvon ja merkityksen omassa tutkimuksessaan ja sen tuloksia julkaistessaan. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta, 6.) Tässä tutkimuksessa lähdetiedot ovat asianmukaisesti hankittu ja eikä niissä olevaa tietoa ole muunneltu.

Tarvittava tutkimuslupa on hankittu. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta, 6.) Tutkimuslupa anottiin psykiatrian klinikkaryhmän ylihoitajalta, joka puolsi tutkimusluvan antamista. Hallintoylihoitaja hyväksyi tutkimusluvan 1.3.2013. Tutkimuslupaa haettaessa oli liitteenä mukana tutkimussuunnitelma.

9.4 Jatkotutkimusaiheita ja tulevaisuus

Psykiatrian klinikkaryhmässä eletään muutoksen aikaa. Päivystävän sairaanhoitajan toiminta aloitettiin yhtenä ensimmäisistä muutoksista liittyen psykiatrian klinikkaryhmän uutta strategiaa. Tämän tutkimuksen tulosten perusteella toiminta on vastannut huutoon ja kokemukset ovat hyviä sekä sairaanhoitajien mielestä että tilastojen valossa.

Tutkimus kattaa vain puolen vuoden kokemukset uuden työtavan aloittamisesta. Päivystävien sairaanhoitajien toiminnan jatkoa arvioidaan psykiatrian klinikkaryhmän johdon toimesta syys- ja lokakuun 2013 aikana. Mikäli toiminta saa jatkoa, jota tutkimuksen tulokset puoltavat, voisi jatkossa päivystävien sairaanhoitajien toimintaa tutkia koko uuden työtavan aloittamisen ajalta sekä kokemuksellisesti että tilastojen valossa. Hakea vastausta siihen mitä toiminnalla koko vuoden aikana saatiin aikaan ja miten se näkyy osastojen potilasmäärissä ja avohoidon puolella. Lisäksi voisi tutkia, että olivatko sairaalaan sisäännotot ja

avohoitoon ohjaamiset hallitumpia ja potilaan kokonaistilanteen huomioon ottavaisempia.

Koska päivystävän sairaanhoitajan toiminta on vielä uutta, tulisi sille luoda selkeät laatukriteerit sekä selkeä toimenkuva. Vaasan sairaanhoitopiirin päivystyksellistä yhteistyötä tulisi myös kehittää yli rajojen ja saada siitä hyvin toimiva kokonaisuus, jossa eri erikoisalot konsultoivat toisiaan ja varmistavat tiedonkulun jatkuvuuden. Psykiatrian päivystyksellisessä toiminnassa voitaisiin jatkossa myös panostaa liikkuvuuteen. Tämä siten, että psykiatrian osaamista vietäisiin enemmän somatiikan puolelle ja arvioitaisiin potilaan psyykkistä vointia jo somatiikan osastolla. Näin välttyttäisiin potilaan turhasta liikuttelusta paikasta toiseen. Tällaisen mallin luominen voisi olla myös yksi kehittämistutkimuksen kohde.

Psykiatrian strategia elää ja suunnitelmia on paljon. Vuonna 2014 avattava yhteispäivystys somatiikan yhteydessä on varannut psykiatrian osaamista yhteispäivystyksen tiloihin, joten psykiatrinen konsultaatio ja yhteistyö saadaan lähemmäs potilasta. Asianmukaista olisi suunnitella ja toteuttaa se hallitusti ja potilaan parasta ajatellen. Tulevaisuudessa psykiatrian päivystävien sairaanhoitajien fyysinen sijoitus voisi olla yhteispäivystyksessä, että heidän ammattitaitonsa ja osaamisensa saataisiin heti käyttöön potilastyössä.

LÄHTEET

Burns T. 2001. Balancing the service elements. Kirjassa: Thornicroft G. & Szukler G. Textbook of community psychiatry. Oxford University Press.

Harajärvi, M., Pirkola, S. & Wahlbeck, K. 2006. Aikuisten mielenterveyspalvelut muutoksessa. Helsinki. Suomen kuntaliitto.

Hietaharju, P. & Nuutila, M. 2010. Käytännön mielenterveystyö. Helsinki. Kustannusosakeyhtiö Tammi.

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

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2004. Tutki ja kirjoita. 10., osin uudistettu laitos. Helsinki. Tammi.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2001. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki. Yliopistopaino.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki. WSOYpro Oy.

Kautto M., Tuohimäki C., Kerätär M., Vesimäki G., Ivars B. & Pitkänen C. 2012. Vaasan sairaanhoitopiirin psykiatrian klinikkaryhmä. Psykiatrisen avohoidon strategia vuosille 2012- 2018.

Korkeila, J. 2009. Mikä on hyvä tapa järjestää psykiatrista avohoitoa? Duodecim 125: 2333 - 2340.

Laine, M., Bamberg, J. & Jokinen, P. 2007. Tapaustutkimuksen taito. Helsinki. Yliopistopaino.

Laitila, M. 2010. Asiakkaan osallisuus mielenterveys- ja päihdetyössä. Itä-Suomen yliopisto Terveystieteiden tiedekunta, Hoitotieteen laitos. Kuopio. Kopijyvä Oy.

Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L. 2003. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. Teoksessa Janhonen, S. & Nikkonen, M. (toim.) Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki. WSOY.

Mielenterveyslaki. 1990. 14.12.1990/1116.

Mäntyranta, T., Kaila, M., Varonen, H., Mäkelä, M., Roine, R. P. ja Lappalainen, J. 2003. Hoitosuosituksen toimeenpano. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Saatavilla [www-osoitteessa: http://www.duodecim.fi/kotisivut/docs/F21039/Suositusopas2003.pdf](http://www.duodecim.fi/kotisivut/docs/F21039/Suositusopas2003.pdf)

LIITE 1. Teemahaastattelun runko

1. TAUSTATIEDOT

- Ikä
- Koulutus
- Työkokemus
- Perehtyminen valtakunnalliseen Mieli 2009- mielenterveys- ja päihdeohjelmaan ja sen suosituksiin

2. PÄIVYSTÄVÄN SAIRAANHOITAJAN TOIMINNALLE ASETETTUJEN TAVOITTEIDEN TOTEUTUMINEN

- sairaalaan sisäänottojen ennaltaehkäisy, sisäänkirjoitetaan vaan ne potilaat jotka ovat välittömän erikoissairaanhoidon tarpeessa
- sisäänkirjoitukset potilaan mielenterveydellisiä ongelmia vastaavalle osastolle
- yhteistyö päivystävän lääkärin kanssa
- yhteistyö vastaanotto-osastojen kanssa
- yhteistyö ja ohjaaminen avopuolen tarjoamiin palveluihin
- tukeeko toiminta mielestäsi psykiatrian avohoidon strategiaa

3. MITEN KEHITETÄÄN PÄIVYSTÄVÄN SAIRAANHOITAJAN TOIMINTAA

- miten sinä kehittäisit pilotointivaiheessa esiintyvien kokemusten pohjalta päivystävän sairaanhoitajan toimenkuvaa
- miten sinä kehittäisit yhteistyötä vastaanotto-osastojen kanssa
- miten sinä kehittäisit yhteistyötä päivystävän lääkärin kanssa

LIITE 2. Esimerkki sisällönanalyysistä

Pelkistetty ilmaus

Alaluokat

Yläluokka

Toimenkuvan selkiyttäminen osastoille ja yksikön lääkäreille

Miten päivystäviä sairaanhoitajia käytettäisiin vielä enemmän hyväksi?

Yhteistyön kehittyminen tiedottamisen myötä



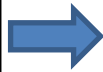
Toimintayksikön sisäinen tiedottaminen



Tiedottaminen

Toimenkuvan selkiyttäminen kunnille ja kolmannen sektorin toimijoille

Yhteistyön kehittyminen kuntien ja kolmannen sektorin kanssa tiedottamisen myötä



Toimintayksikön ulkopuolinen tiedottaminen