

Anna Mäkinen ja Mari Vekara

PSYKIATRISEN  
SAIRAANHOITAJAN TOIMINTA  
YHTEISPÄIVYSTYKSESSÄ  
– Opasvihko

Opinnäytetyö  
Hoitotyön koulutusohjelma


Huhtikuu 2013




**MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU**

Mikkeli University of Applied Sciences

## KUVAILULEHTI

 <b>MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU</b> Mikkeli University of Applied Sciences	<b>Opinnäytetyön päivämäärä</b>  16.4.2013		
<b>Tekijä(t)</b> Anna Mäkinen ja Mari Vekara	<b>Koulutusohjelma ja suuntautuminen</b> Hoitotyön koulutusohjelma Sairaanhoidaja (AMK)		
<b>Nimeke</b> Psykiatrisen sairaanhoidajan toiminta yhteispäivystyksessä – opasvihko			
<b>Tiivistelmä</b>  <p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli tehdä opasvihko päivystävän psykiatrisen sairaanhoidajan työn tueksi. Opasvihko tehtiin Etelä-Savon sairaanhoitopiirin Moision sairaalan osaston yksi henkilökunnan käyttöön. Opasvihkon tarkoituksena on auttaa psykiatristen päivystyspotilaiden voinnin arvioinnissa ja hoitoon ohjaamisessa. Lisäksi sen on tarkoitus olla tukena uusille päivystysvuoroja tekeville hoitajille ja toimia siten perehdytysmateriaalina.</p> <p>Opasvihko koottiin kirjallisuuskatsauksena ja lisäksi lähteenä käytettiin päivystysvuoroja tekevien hoitajien haastattelua. Hoitajille pidettiin yksi ryhmähaastattelu, jonka avulla aiheesta saatiin lisätietoa sekä hoitajien toivomuksia opasvihkoon liittyen. Haastattelu on analysoitu induktiivisella sisällönanalyysimenetelmällä. Opasvihkon sisällöstä pidettiin myös tapaamisia osaston yksi työntekijöiden kanssa.</p> <p>Opasvihkossa käsitellään päivystävän psykiatrisen sairaanhoidajan tehtäviä, potilaan haastattelemista, sairaalahoidon kriteereitä ja kriisissä olevan potilaan kohtaamista. Psykkisiä sairauksia ja psykiatrista hoitotyötä ohjaavia lakeja on mainittuna vihkossa. Lisäksi opasvihko sisältää päivystystyöhön liittyvien yhteistyötahojen yhteystiedot sekä heidän työkuvansa.</p>			
<b>Asiasanat (avainsanat)</b> kriisityö, hoitoonohjaus, haastattelut, psykiatrisen hoito, psykiatriset potilaat, psykiatrisen sairaanhoidajat, päivystys			
<b>Sivumäärä</b> 40 s. + liitteet 9 s.	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;"><b>Kieli</b> Suomi</td> <td style="width: 50%;"><b>URN</b></td> </tr> </table>	<b>Kieli</b> Suomi	<b>URN</b>
<b>Kieli</b> Suomi	<b>URN</b>		
<b>Huomautus (huomautukset liitteistä)</b>			
<b>Ohjaavan opettajan nimi</b>  Riitta Kuismin	<b>Opinnäytetyön toimeksiantaja</b> Etelä-Savon sairaanhoitopiiri, Moision sairaala, osasto yksi.		

## DESCRIPTION

 <p><b>MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU</b> Mikkeli University of Applied Sciences</p>		<b>Date of the bachelor's thesis</b>  16.4.2013	
<b>Author(s)</b> Anna Mäkinen ja Mari Vekara		<b>Degree programme and option</b> Degree Programme in Nursing, Registered Nurse	
<b>Name of the bachelor's thesis</b> A Guide to Psychiatric Nursing in Out-of-hours Duty			
<b>Abstract</b>  <p>The purpose of our thesis was to make a guidebook about psychiatric nursing in out-of-hours duty. We compiled this guidebook for the use of the psychiatric nurses working in ward 1, in the Hospital of Moisio, in the city of Mikkeli. The general purpose of the guidebook is to help nurses evaluate a psychiatric outpatient's condition and their need for treatment. It is also designed to function as an orientation material and guidance to newly employed nurses in out-of-hours duty.</p> <p>The guidebook is based on relevant literature and an interview. We interviewed psychiatric nurses in out-of-hours duty, as a group, and found out more information about the subject, as well as the nurses' wishes regarding the guidebook. We also applied an inductive analysis to the interview. We arranged group meetings with employees in ward 1 to discuss about content of the guidebook.</p> <p>The guidebook contains information about the duties of a psychiatric nurse, how to interview an outpatient, guidelines for treatment evaluation and how to take care of a patient in a crisis situation, as well as the contact information of co-workers and their lines of duty. Psychiatric conditions and the laws and regulations that concern them are also included.</p>			
<b>Subjectheadings, (keywords)</b>  crisis work, treatment evaluation, interviews, psychiatric nursing, psychiatric patients, psychiatric nurses, out-of-hours duty			
<b>Pages</b> 40 p. + appendices 9 p.	<b>Language</b> Finish	<b>URN</b>	
<b>Remarks, notes on appendices</b>			
<b>Tutor</b> Riitta Kuismin		<b>Bachelor's thesis assigned by</b> Etelä-Savos health care district, Hospital of Moisio ward 1	

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO .....	1
2	PSYKIATRINEN PÄIVYSTYSTYÖ ETELÄ-SAVON SAIRAANHOITOPUIRISSÄ .....	2
3	PSYKIATRISEN HOIDON TARPEEN ARVIOINTI.....	4
3.1	Potilaan haastattelu .....	5
3.2	Lähetekäytännöt.....	7
4	POTILAAN KOHTAAMINEN .....	10
5	PSYKKISISTÄ SAIRAUKSISTA .....	13
5.1	Ahdistuneisuus- ja paniikkihäiriö .....	13
5.2	Kaksisuuntainen mielialahäiriö .....	14
5.3	Skitsofrenia .....	15
5.4	Epävakaa persoonallisuus .....	15
5.5	Psykoosi.....	16
5.6	Masennuksen oireita .....	16
5.7	Itsetuhoinen käytös .....	17
6	PSYKIATRISEN PÄIVYSTYSTYÖN YHTEISTYÖKUMPPANIT .....	18
7	PSYKIATRISTA HOITOTYÖTÄ OHJAAVIA LAKEJA.....	20
7.1	Perustuslaki.....	20
7.2	Mielenterveyslaki .....	21
7.3	Erikoissairaanhoitolaki ja sosiaalihuoltolaki .....	21
7.4	Lastensuojelulaki .....	22
7.5	Kansanterveyslaki ja terveydenhuoltolaki .....	22
8	PÄIVYSTÄVIEN PSYKIATRISTEN SAIRAANHOITAJIEN HAASTATTELU KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TUKENA .....	24
8.1	Haastattelun toteutus.....	24
8.2	Haastattelun tulokset.....	26
8.3	Tulosten luotettavuus.....	28
9	OPASVIHKON TUOTTAMINEN.....	29
9.1	Sisällön suunnittelu ja toteutus .....	29
9.2	Ulkoasun suunnittelu ja toteutus.....	31
10	POHDINTA .....	32

## LIITTEET

- 1 Yhteystiedot
- 2 Tutkimuslupa
- 3 Haastattelukysymykset
- 4 Päivystävän psykiatrisen sairaanhoitajan opasvihko

## 1 JOHDANTO

Psykiatristen päivystyspalveluiden kysyntä on lisääntynyt merkittävästi. Kysynnän lisääntymiseen vaikuttaa psykiatristen sairaalapaikkojen määrän vähentyminen. Lisäksi avohoidon palvelut ovat kehittyneet riittämättömästi tilanteeseen nähden. Erityisesti huumaavia aineita käyttävät, psykoottiset tai itsemurhaa yrittäneet potilaat tarvitsevat entistä enemmän päivystyksen palveluita. Päivystävän psykiatristen sairaanhoitajan työvuorot on kehitetty potilasvirtojen hallitsemiseksi ja potilaalle sopivan hoitomuodon varmistamiseksi. (Koponen & Sillanpää 2005, 19, 395.)

Psykiatristen potilaan haastatteluun ja arviointiin tulee varata riittävästi aikaa ja haastatteluympäristön tulee olla rauhallinen. Kiireessä tehty arviointi ei anna riittävästi kokonaiskuvaa potilaan tilanteesta ja potilas voi peitellä oireitansa. (Laukkala 2011.) Potilaan hoitoon motivoitumisen kannalta on tärkeää, että haastattelusta jää myönteinen kuva (Lönnqvist 2011, 32).

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tehdä opasvihko päivystävän psykiatristen sairaanhoitajan työn tueksi. Opasvihko on tarkoitettu Etelä-Savon sairaanhoitopiirin Moision sairaalan osaston yksi hoitajien käyttöön ja sen tavoitteena on olla apuna päivystyspotilaan tilan arvioinnissa. Opasvihko sisältää tietoa päivystävän psykiatristen sairaanhoitajan tehtävistä, psykiatristen päivystyspotilaan haastattelusta ja kohtaamisesta, sairaalahoidon kriteereistä ja perustietoa tärkeimmistä yhteistyökumppaneista sekä heidän yhteystietonsa. Lisäksi opasvihkossa on mainittu psykiatrista hoitotyötä ohjaavia lakeja ja yleisimpiä psyykkisiä sairauksia. Toiminta on melko uutta Etelä-Savon sairaanhoitopiirissä ja kokemusta päivystävän psykiatristen sairaanhoitajan toiminnasta on vielä vähän. Opasvihkon kokoaminen on siksi hyvin tärkeää osaston työntekijöille.

Tietoa aiheesta saatiin kirjallisuuskatsauksesta ja osaston omasta perehdytysmateriaalista. Tietolähteenä oli myös osaston päivystävien psykiatristen sairaanhoitajien haastattelu. Haastattelu on analysoitu induktiivisella sisällönanalyysimenetelmällä. Tietoa on etsitty ensin yleisesti psykiatrista hoitotyöstä ja päivystystyöstä sekä perehdytty kriisinäkökulmaan päivystystyössä.

Psykiatrisella potilaalla ei tässä opinnäytetyössä tarkoiteta ainoastaan kriisissä olevaa psykiatrisista ongelmista kärsivää potilasta. Sillä tarkoitetaan myös esimerkiksi ensimmäistä kertaa kriisissä olevaa potilasta, kuten traumaattisesta kriisistä tai kehityskriisistä kärsivää potilasta. Tässä työssä keskeisiä käsitteitä ovat päivystystyö, psykiatrisen hoitotyö, kriisin kohtaaminen, potilaan auttaminen ja hoitoon ohjaaminen.

## **2 PSYKIATRINEN PÄIVYSTYSTYÖ ETELÄ-SAVON SAIRAAHOITOPIIRISSÄ**

Etelä-Savon sairaanhoitopiirissä päivystävä psykiatrisen sairaanhoitaja työskentelee Moision sairaalan osastolla yksi. Työajat ovat maanantaista perjantaihin kello 13–21 ja kello 21–7 sekä lauantaista sunnuntaihin kello 11–19 ja kello 21–7. Päivystävän sairaanhoitajan työnkuvaan kuuluu täysi-ikäisten psykiatristen asiakkaiden voinnin ja sairaalahoidon tarpeen arviointi. Arviointi tapahtuu Mikkelin keskussairaalan yhteispäivystyksessä päivystysaikana. Mikkelin keskussairaalan osastoilla olevat potilaat eivät kuulu arvioitaviin. Selkeästi päihtyneitä potilaita ei myöskään lähdetä arvioimaan. (Psykiatrisen sairaanhoitaja päivystyksessä 2011.) Usein psykiatriseen hoitoon ohjautuminen tapahtuukin ongelmien kriisiytymisen kautta ja päivystysaikana (Lönnqvist, Pylkkänen & Moring 2011, 642).

Potilaalla on oikeus saada terveydentilansa edellyttämää hoitoa kulloinkin käytettävissä olevien voimavarojen mukaan. Kansanterveyslain ja erikoissairaanhoitolain säädösten mukaan terveyskeskuksen on järjestettävä henkilölle mahdollisuus välittömään yhteydensaantiin arkisin virka-aikana. Lakien mukaan virka-ajan ulkopuolella tulee järjestää päivystys. Päivystystyö kattaa siis kaiken virka-ajan ulkopuolella tapahtuvan työn. (Koponen & Sillanpää 2005, 18–19.)

Psykiatrisessa hoitotyössä on tärkeää ylläpitää kokonaisvaltaista ihmiskuvaa. Psykiatrisen hoito on järjestettävä kattavasti sekä jokaisen hoitoon tulleen yksilön osalta että koko yhteiskunnan tasolla. Näyttöön perustuvan tiedon avulla pyritään vastaamaan mahdollisimman hyvin kliinisiin kysymyksiin, joita potilaan ongelmat herättävät. Potilaan ominaisuudet ja ongelmat tulee ymmärtää oikein, jotta hoitotoimenpiteiden pohjaksi hankittu tieto on oikeaa ja sitä tulee voida arvioida kriittisesti. (Lönnqvist & Lehtonen 2011, 15.) Psykiatrisen hoitotyö tarkoittaa tässä opinnäytetyössä Mikkelin keskussairaalan yhteispäivystyksessä tapahtuvaa psykiatrista hoitotyötä.

Jos yhteispäivystyksen hoitajan mielestä päivystykseen tullut potilas tarvitsee psykiatrista tilannearviota tai psykiatrisen sairaalahoidon tarpeen arviointia, ottaa hän yhteyttä Moision sairaalan päivystävään psykiatriseen sairaanhoitajaan. Yhteyttä otetaan myös, jos potilas tarvitsee hoitoon ohjausta ja palveluihin ohjaamista (avohoito) sekä ohjausta tai neuvoja puhelimitse. Myös konsultaatioapua voidaan antaa yhteispäivystykseen erityistilanteissa puhelimitse. Näitä ovat esimerkiksi yöaikaiset eristyshoidot tai äkilliset sairauslomat osastolla yksi. (Psykiatrisen sairaanhoitaja päivystyksessä 2011.)

Päivystykseen paikalle kutsuttu hoitaja voi kohdata akuutista mielenterveyden häiriöstä kärsivän potilaan, jolla on joko jokin kriisi tai psyykkinen sairaus (Pulkkinen & Vesanen 2011, 602). Kriisillä tarkoitetaan sellaista elämäntilannetta, jossa ihmisen aikaisemmat kokemukset ja opitut toimintatavat eivät enää riitä tilanteen ymmärtämiseen ja sen hallitsemiseen psyykkisesti. Kriisille tyypillisen psyykeen vaurioita ovat turvallisuuden tunteen häviäminen, elämän ennakoimattomuuden korostuminen ja kykenemättömyys ajatella tulevaisuutta. Kriisistä selviytyminen on kiinni ihmisen omista psyykkisistä ongelmanratkaisukeinoista, persoonallisuuden rakenteesta, aiemmista kokemuksista, elämäntilanteesta ja tilanteeseen sopeutumiskyvystä. (Saari, Kantanen, Kämäräinen, Parviainen, Valoaho & Yli-Pirilä 2009, 10, 13–14.)

Kriisit voidaan jaotella traumaattisiin kriiseihin ja kehityskriiseihin. Kehityskriisissä elämänmuutokset, joita kohtaamme käyvät jostain syystä ylivoimaisiksi ja muodostuvat vaikeasti ylitsepäästäviksi kriiseiksi. Kehityskriisejä voi ilmetä kaikenikäisillä ja niihin liittyy usein luopumista jostain elämänvaiheesta tai jostain asiasta, joka on kriisissä olevalle ollut tärkeä. Toisia ihmisiä helpottaa tieto siitä, että muutkin joutuvat kokemaan tämän saman siirtymävaiheen ja luopumaan jostain. Tieto siitä, että se on osa elämää saattaa helpottaa asian ylipääsemisessä. (Heiskanen, Salonen & Sassi 2010, 35–36.)

Kriisissä olevan hoito perustuu potilaan tukemiseen tämän kohdatessa ja läpikäydessä kriisin aiheuttanutta tapahtumaa. Potilasta on myös autettava löytämään selviytymiskeinoja ja elämänhallintatapoja. Kriisissä olevan kohdalla tuleekin punnita, onko kyseessä pitkäaikaisesta vai traumaattisesta tilanteesta johtuva kriisi ja kuinka vaikea tilanne on. Näiden perusteella mietitään jatkohoidon tarvetta. (Pulkkinen & Vesanen 2011, 602–603.)



Pitkään jatkuneen rasittavan elämäntilanteen tai useiden kuormitustekijöiden kasaantuessa voidaan puhua ihmisellä olevan kehitystehtäviin liittyvä kriisi. Tällaisen pitkällä aikavälillä kasaantuneen kriisin tuntomerkkejä ovat vaikeus selviytyä arkiaskareista, liiallinen puuhakkuus ja keskittyminen epäolennaiseen. Tällaisessa kriisissä ihmisellä voi olla sekavia ajatuksia, kapeutunut ajatusmaailma ja havaintokyky, voimakkaita tunteita tai niiden lukkiutumista. Tunteista nousevat esille usein kiukku, viha, syytely, ylimielisyys, ahdistuneisuus, avuttomuus, itkuherkkyys, syyllisyys tai häpeä. Tällaisella potilaalla voi olla myös somaattisia oireita, kuten erilaisia kipuja, ruokahallittomuutta, ylensyöntiä tai univaikeuksia. Pitkäaikaisista tilanteista johtuvassa kriisissä ihmisellä voi olla liiallista alkoholin ja lääkkeiden käyttöä tai itsemurha-ajatuksia ja -yrityksiä. Usein erityisesti nuoret ajattelevat tai yrittävät itsemurhaa, jos kriisi liittyy menetykseen. (Pulkkinen & Vesanen 2011, 602.)

Hoidon arvioissa tulee kuitenkin keskittyä senhetkiseen tilanteeseen, vaikka kriisille olisikin syvät taustat. Potilaan toimintakyky, itsestä ja perheestä huolehtimisen kyvyt ja käytännön tuen tarve tulee kartoittaa ensimmäisenä. (Henriksson & Lönnqvist 2011, 261.)

### **3 PSYKIATRISEN HOIDON TARPEEN ARVIOINTI**

Psykiatrisen hoidon tarve perustuu päivystykseen tulleen asiakkaan olemassa oleviin mielenterveyden ongelmiin ja häiriöihin, joihin hän tarvitsee hoitoa. Yleensä sairastumisen ja hoitoon hakeutumisen välillä on merkittävä viive. Mahdollisimman varhainen hoitoon ohjaaminen olisi tarpeen ennusteen parantamiseksi. (Lönnqvist ym. 2011, 641–642.) Hoitoon ohjaamisella tarkoitetaan tässä opinnäytetyössä psykiatrisen päivystyspotilaan hoidon tarpeen kartoittamista ja tarvittaessa avohoitoon ohjaamista. Hoidon suunnittelussa on kyse yhteistyöstä potilaan, hänen omaisten ja hänen hoidosta vastaavien henkilöiden välillä. (Lönnqvist 2011, 45).

Potilaan auttamisella tarkoitetaan tässä opinnäytetyössä potilaan psykiatrisen hoidon tarpeellisuuden arviointia. Päivystyspoliklinikalla työskentelevän hoitajan ammatillisuuteen kuuluu kyky hallita teoreettista tietoa, kyky itsenäiseen päätöksentekoon, kriittisyys ja riittävä kokemus havaita potilaan hoidon tarvetta. Hoitajan tulee ymmär-

tää potilaan kokemus sairastumisesta, jotta hän voi tunnistaa potilaan odotukset ja tarpeet. (Koponen & Sillanpää 2005, 28.)

Psykiatrinen potilas päivystyksessä voi erota muista potilaista siten, että hän ei välttämättä hahmota oireitaan, eikä tunnista välttämättä psyykkisen avun tarvettaan samalla tavalla kuin esimerkiksi hoitohenkilökunta. Potilas voi yrittää salata psyykkisen häiriön olemassaolon. Myös puutteellinen sairaudentunto voi saada aikaan sen, että potilas vastustaa hänelle tarjottua hoitoa. (Kuosmanen 2003, 447.) Nämä tilanteet ovat haasteellisia hoitohenkilökunnalle ja siksi on tiedettävä, miten potilasta kannattaa lähestyä ja mitä tulee ottaa huomioon potilasta haastateltaessa sekä vointia arvioitaessa (Koponen & Sillanpää 2005, 395). Koska opinnäytetyö liittyy päivystävän psykiatrisen sairaanhoitajan toimintaan Mikkelin Moision sairaalassa, kerrotaan tässä ainoastaan päivystysajan toiminnasta erikoissairaanhoidossa.

### **3.1 Potilaan haastattelu**

Potilaan haastattelu, anamneesi ja tutkimus johtavat tavallisesti tiivistettyyn tapauskuvaukseen sekä välittömään hoidon tarpeen arviointiin. Lisäksi voidaan tehdä alustavaa hoitosuunnitelmaa. Ongelma, jonka vuoksi potilas on hakeutunut yhteispäivystykseen, on tapauskuvauksen ydin. Ongelman kuvaus voi olla myös ympäristön näkökulmasta, mikäli potilaan on saattanut hoitoon esimerkiksi omainen tai potilaan sairaudentunto on puutteellinen. Asiantuntijan on määriteltävä potilaan ongelma ja ilmaistava se ammatillisesti asettamalla etusijalle potilaan keskeiset ongelmat. Itsemurhavaara, väkivallan uhka sekä kaikki elimelliset, elämää uhkaavat riskit ja potilaan kohdistuvat ulkoiset vaaratekijät tulee arvioida. (Lönnqvist 2011, 45.)

Lähtökohtana tulee pitää aina potilaan omaa kuvausta tilanteesta (Koponen & Sillanpää 2005, 395). Psykiatrisen potilaan tilan ja tilanteen arvioinnissa haastattelu on tärkeä ja oleellinen menetelmä. Potilaan tila ja tarpeet ohjaavat haastattelutilannetta, joka on aina vuorovaikutustilanne. (Lönnqvist 2011, 32.) Potilaalta tulee kysyä mielialasta, mahdollisista harhoista, ahdistuksesta ja peloista. Potilaan sairauskertomuksesta voi tarkistaa tietoja, esimerkiksi mahdollisen psykiatrisen perussairauden ja aikaisemmat käynnit päivystyspoliklinikalla. (Koponen & Sillanpää 2005, 395.)

Keskeisen ongelman hahmottamiseksi taustatietojen yhdistely, omien havaintojen tekeminen ja potilaan oman kertomuksen kuuntelu ovat tärkeitä asioita. Tilanteessa on

myös huomioitava se, että potilaalla voi olla jokin somaattinen ongelma, joka tarvitsee välitöntä hoitoa ja vasta tämän jälkeen voidaan arvioida psykiatrisen hoidon tarvetta. (Koponen & Sillanpää 2005, 395–396.)

Myös haastattelijan asettamat tavoitteet vaikuttavat tilanteeseen. Haastattelijan on osattava kerätä kaikki se tieto, mikä tarvitaan potilaan tilan ymmärtämiseksi. Potilaan on voitava ilmaista ongelmansa vapaasti ja haluamallaan tavalla. (Lönqvist 2011, 32.) Potilaan tilan arvioimiseksi käytetään joustavia ja avoimia sekä kohdennettuja kysymyksiä, jotta senhetkisestä tilasta saisi mahdollisimman tarkan arvion. Onnistuneen haastattelun on oltava yhtenäinen ja kattava kokonaisuus. Olemassa olevat ennakkokäsitykset ja tulkinnat siitä, miksi oireet ja häiriöt syntyvät ja miten niihin voidaan vaikuttaa ohjaavat haastattelutilannetta ja haastattelijan sekä haastateltavan käyttäytymistä (Lönqvist 2011, 33).

Haastattelun voi esimerkiksi aloittaa kysymällä potilaalta hoitoon hakeutumiseen johtanutta syytä. Haastateltavaa voi pyytää kertomaan asiasta enemmän ja tarkemmin, mikäli vastaukset ovat lyhyitä. Haastattelun edetessä voi aihepiiriä ja kysymyksiä laajentaa avoimilla kysymyksillä, joihin haastateltavan on helppo vastata. Tarkentavia kysymyksiä voi tehdä koko haastattelun ajan, esimerkiksi voi kysyä, milloin jokin potilaalle merkittävä asia on tapahtunut. Näin voi rakentaa aikajanaa tapahtuminen, oireiden ja häiriöiden välille. Tärkeää on kiinnittää huomiota haastateltavan voimavaroihin ja selviytymiskeinoihin, ei vain oireisiin. (Lönqvist 2011, 33–34.)

Tapauskuvan rakentamiseksi kerätään haastattelutilanteessa potilaan taustatiedot, hoitoon hakeutumisen syyt, mielenterveyden häiriön nykyinen oirekuva ja sen kehittymisen, henkilöhistoriaa sekä perhe- ja sukutietoja (Lönqvist 2011, 32). Taustatiedoista on tärkeää selvittää haastateltavan ikä, siviilisääty, ammatti, esitietojen antaja, elämänhistoria ja mahdolliset traumaattiset tekijät. Lääkehoito tulee selvittää mahdollisuuksien mukaan muiden tietojen lisäksi. (Laukkala 2011.) Potilaan tilan ja hoidon tarpeen arvioinnin lisäksi tulisi jo haastattelutilanteessa tähdätä myös hoitosuunnitelman tekemiseen ja hoitotavoitteiden asettamiseen (Lönqvist 2011, 32).

Tärkeää on myös kartoittaa haastattelun aikana haastateltavan orientoituminen, tajunnan tila, kognitiiviset toiminnot, motoriikka, mieliala, tunnereaktiot, keskittymiskyky, sairaudentunne ja hoitomotivaatio (Lönqvist 2011, 32). Lisäksi tulee huomioida oi-

reita laukaisevat tekijät sekä niitä pahentavat ja lieventävät tekijät. Hyvä olisi myös arvioida yhdessä haastateltavan kanssa oireiden vaikutusta toimintakykyyn. (Laukkala 2011.)

Potilasta haastatellessa tulee pyrkiä tunnistamaan mahdollinen päihteiden väärinkäyttö. Näiden asioiden selvittäminen auttaa hoitajaa arvioimaan haastateltavan tilaa sekä psykiatrisen sairaalahoidon tarvetta. (Lönnqvist 2011, 32.) Paras tapa on kysyä suoraan potilaalta itseltään päihteiden käytöstä. Ei-syyllistävä keskustelu edesauttaa potilasta ja omaisia, jotta he uskaltavat kertoa päihteiden käytöstä. Keskustelun aikana tulee olla kärsivällinen ja noudattaa johdonmukaisuutta. Tavoitteena on saada selville syy potilaan päivystykseen tuloon, tämänhetkinen päihteidenkäyttö ja käyttötavat. Näiden lisäksi tulee selvittää käyttöhistoria, ainemäärät ja käyttökerrat. Saatujen tietojen avulla voidaan arvioida esimerkiksi päihdepotilaan mahdollisia vieroitusoireita ja niihin liittyvää lääkehoitoa sekä vieroitusoireiden voimakkuutta. Rauhallinen ja asiallinen käyttäytyminen päihtynyttä potilasta kohtaan on hoitosuhteen luomisen perustana. Hoitavalla henkilökunnalla tulee olla hyvä perustietämys päihteistä ja niihin liittyvästä hoidosta. Lisäksi päihtyneen potilaan hoitoon kuuluu myös somaattisen sairauden tai oireen hoitaminen. (Koponen & Sillanpää 2005, 383–384.)

### **3.2 Lähetekäytännöt**

Erikoissairaanhoidon tullessaan henkilö tarvitsee siihen oikeanlaisen lähetteen. Tässä luvussa käydään läpi psykiatrisen hoitotyöhön liittyvät eri lähetekäytännöt. Akuutti-psykiatrisen lähete eli B1-lähete tehdään vapaaehtoiseen hoitoon tultaessa (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2012). Tarkkailulähete eli M1-lähete tehdään, mikäli edellytykset tahdosta riippumattomaan hoitoon ovat olemassa (Ohje M1-lähetteen täytöstä 2012).

Vapaaehtoiseen hoitoon tultaessa tekee lääkäri potilaalle B1-lähetteen. Lähete on tietolähde potilaan tutkimisen ja hoidon tarpeen selvittämisen pohjaksi. Lähetteessä arvioidaan muun muassa osastohoidon tarpeellisuus ja hoidon kiireellisyys. Lähetteessä tulee mainita suositeltu tutkimus- tai hoitopaikka. Tärkeitä asioita, jotka lähetteessä tulisi mainita ovat yhteystiedot (omaiset, lähettävä taho, mahdollinen edunvalvoja ja avohoidon työntekijä), sairaalaan lähettämisen syy, nykytila, aikaisempi ja nykyinen palvelusuunnitelma, mahdolliset aikaisemmat hoitojaksot ja nykyinen lääkitys. Edellä

mainitut tiedot ovat tärkeitä myös hoitosuunnitelmaa tehtäessä osastolla. (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2012.)

Lääkäri voi tehdä potilaasta myös tarkkailulähetteen eli M1-lomakkeen, joka on lähete psykiatriseen arvioon (Pulkinen & Vesanen 2011, 612). Lähete tehdään, jos potilas ei suostu vapaaehtoiseen psykiatriseen arvioon tai mielipide arvioon lähtemisestä vaihtelee. Lähetettä tehtäessä potilaalla epäillään psykoositasoista häiriötä. M1-lomake on kannanotto siitä, onko edellytyksiä tahdosta riippumattomaan psykiatriseen sairaalahoitoon olemassa. M1-kriteerien täytyessä potilas otetaan tarkkailuun osastolle mielenterveyslain mukaisesti. Jos kriteerit eivät täyty, potilas voidaan ottaa vapaaehtoiseen hoitoon osastolle (B1-lähete) tai ohjata suoraan avohoitoon. (Ohje M1-lähetteen täytöstä 2012.)

Viimeistään neljän vuorokauden kuluttua tarkkailuun asettamisesta tehdään osastolla M2- ja M3-lausunnot. Tarkkailuajan jälkeen lausuntojen perusteella potilas määrätään joko tahdosta riippumattomaan hoitoon tai todetaan, että perusteluja siihen ei ole olemassa. Potilas voi tämän jälkeen halutessaan jäädä vapaaehtoiseen hoitoon osastolle tai hänet voidaan ohjata osastolta avohoitoon. (Ohje M1-lähetteen täytöstä 2012.)

M2-lausunnon tekee tarkkailusta vastaava lääkäri ja se on tehtävä kirjallisesti. Lausunnossa tulee perustella, ovatko edellytykset määrätä potilas tahdosta riippumattomaan hoitoon edelleen olemassa. Mikäli tarkkailun aikana ilmenee, että edellytyksiä ei enää ole, on potilaan halutessaan päästävä pois sairaalasta. (Huttunen 2011.)

M3-lausunnon eli päätöksen hoitoon määräämisestä tahdonvastaisesti tekee tarkkailulausunnon perusteella psykiatrisesta hoidosta vastaava ylilääkäri. Hänen estyessään päätöksen tekee tehtävään määrätty psykiatrian erikoislääkäri. (Lönnqvist ym. 2011, 641.) Tarkkailulausunnon tehneen lääkärin on oltava eri kuin tarkkailulähetteen tehnyt lääkäri. Hoitoon määräämisestäkään ei voi päättää tarkkailulausunnon tehnyt lääkäri. On siis saatava kolmen eri lääkärin näkemys tahdosta riippumattomaan hoitoon määräämisen tarpeellisuudesta. (Huttunen 2011.)

Tahdosta riippumattomaan hoitoon voidaan määrätä henkilö, joka on todettu mielisairaaksi ja on mielisairautensa vuoksi hoidon tarpeessa. Hoitoon toimittamisen kriteerinä on myös se, että hoitoon toimittamatta jättäminen pahentaisi sairautta tai vaarantai-

si henkilön turvallisuuden tai henkilö olisi uhaksi muiden henkilöiden terveydelle tai turvallisuudelle. Lisäksi muut mielenterveyspalvelut olisivat henkilölle hänen tilanteessaan riittämättömiä. (Mielenterveyslaki 1116/1990.) Näiden kriteerien on täytyttävä samanaikaisesti. Mielisairauksina voidaan pitää nykyisen luokituksen mukaan deliriumtiloja, skitsofrenian eri muotoja, elimellisiä ja muita harhaluuloisuustiloja, kaksisuuntaista mielialahäiriötä, dementian vaikea-asteista muotoa sekä masennustiloja, jotka ovat vakavia ja niissä on psykoottisia oireita. Lisäksi muista syistä johtuvia psykooseja voidaan pitää mielisairauksina. (Koponen & Sillanpää 2005, 401.)

M1-lähteessä tulee olla henkilötiedot ja lähiomaisten tiedot. Lisäksi tulee mainita esitiedot (aikaisemmat psykiatriset diagnoosit, oireet, hoitopaikat, nykytila), kliinisessä tutkimuksessa esille tulleet havainnot, perustelut tarkkailuun lähettämiseen, johtopäätökset sekä päiväys ja lääkärin allekirjoitus. (Ohje M1-lähteen täytöstä 2012.)

Mikkelin keskussairaalan yhteispäivystyksessä päivystävä psykiatrinen sairaanhoitaja arvioi potilaan tarpeen psykiatriselle sairaalahoidolle ja on sen jälkeen yhteistyössä yhteispäivystyksen lääkärin kanssa. Lääkärin kanssa tehdään suunnitelma potilaan jatkohoidosta. Potilaan ollessa osastohoidon tarpeessa tekee lääkäri potilaalle lähteen Moision sairaalaan. Potilaan tullessa vapaaehtoiseen hoitoon tekee päivystävä lääkäri erikoisalalehdelle (PSYKIA) konsultaatiopyynnön, joka toimii tässä tapauksessa lähteenä. Lääkäri voi myös tehdä potilaalle lähteen vapaaehtoiseen hoitoon. Moision sairaalassa päivystävä lääkäri tekee lopullisen päätöksen hoidon tarpeesta ja hoitomuodosta. Mikäli potilas kuitenkin täyttää tarkkailulähteen kriteerit, ei häntä arvioida, vaan hänet voidaan lähettää suoraan Moision sairaalaan. Päivystyksessä potilaan käynti lääkärillä ei ole välttämätöntä, mikäli päivystävän psykiatrisen sairaanhoitajan tilannearvion jälkeen potilas, hoitaja ja lääkäri ovat samaa mieltä siitä, että potilas voi kotiutua päivystyksestä eikä tarvitse osastohoitoa. Haastattelun jälkeen päivystävä psykiatrinen sairaanhoitaja kirjaa tilannekuvauksen ja suunnitelman PSYKIA-lehdelle. (Psykiatrinen sairaanhoitaja päivystyksessä 2011.)

Alustava hoitosuunnitelma tulisi tehdä yhdessä potilaan kanssa neuvotellen mahdollisimman nopeasti hoitoon tulon jälkeen. Lopullisessa hoitosuunnitelmassa tulee olla potilaan mielenterveyden häiriöiden ja muiden ongelmien hoitoa koskevat suunnitelmat. Lisäksi tulisi olla arvio siitä, missä määrin hänen fyysinen terveytensä, positiivi-

set voimavaransa, elämänolosuhteensa, kuntoutustarpeensa, sosiaalinen tuki, talousasiat sekä mahdolliset juridiset näkökulmat vaativat huomiota. (Lönnqvist 2011, 45.)

#### 4 POTILAAN KOHTAAMINEN

Kriisi-käsitteellä tässä työssä tarkoitetaan traumaattisessa kriisissä ja kehityskriisissä olevan potilaan hoitotyötä. Sairastuminen ja sairaalan päivystyspoliklinikalle joutuminen merkitsevät usein potilaan ja hänen omaistensa elämässä kriisiä. Usein äkillisen tapahtuman jälkeen potilas ja hänen omaisensa ovat päivystyspoliklinikalla shokkivaiheessa. Potilaalla voi olla fyysisiä tuntemuksia ja hän voi toimia tilanteessa epätarkoituksenmukaisella tavalla. (Koponen & Sillanpää 2005, 23.)

Kriisillä tarkoitetaan äkillistä muutosta ihmisen elämässä, ratkaisevaa käännettä tai kohtalokasta häiriötä. Kun ihminen on kriisissä, aiemmat kokemukset ja omat ongelmanratkaisutaidot eivät riitä tai ne eivät toimi uuden, äkillisen tilanteen ymmärtämiseksi. Tilannetta ei voi hallita eikä siitä selviä ilman apua, sillä ihminen on kokenut voimakkaan tunnejärkytyksen. (Heiskanen ym. 2010, 35.)

Ihmisen elämänkaareen kuuluu luonnollisia muutosvaiheita, jolloin tietty vaihe päättyy ja siirrytään uuteen elämänvaiheeseen. Näissä tilanteissa puhutaan kehityskriiseistä, jotka auttavat ihmisiä pääsemään elämässä eteenpäin ja pääsemään eroon menneistä asenteista ja odotuksista. Kehityskriisejä ovat esimerkiksi lapsuus- ja nuoruusvuosien kriittiset kehitysvaiheet, kuten uhma- ja murrosikä. Aikuisen kriittisiä elämänkautia voivat olla esimerkiksi varhaisaikuisuus, perheen perustaminen, uran luominen tai eläkkeelle jääminen. Joillekin ihmisille nämä kehitysvaiheet ovat hyvin voimakkaita tunnekokemuksia. (Heiskanen ym. 2010, 36.)

Useimmiten päivystyksellistä hoitoa vaativa sairastuminen tai onnettomuus tapahtuu potilaalle ja omaisille yllätyksenä. Kriittinen tila voi aiheuttaa potilaalle tai myös tämän läheisille traumaattisen kriisin. Traumaattinen kriisi voi vaikeuttaa päivittäisistä toiminnoista suoriutumista, aiheuttaa epävarmuutta ja keskittymiskyvyttömyyttä. Lisäksi potilaalle voi tulla fyysisiä oireita, kuten pahoinvointia, unettomuutta ja väsymystä. (Koponen & Sillanpää 2005, 25.)

Kriisin vaiheet (kuva 1) voidaan jaotella shokkivaiheeseen, reaktiovaiheeseen, kriisin työstämis- ja käsittelyvaiheeseen sekä uudelleensuuntautumisen vaiheeseen. Nämä vaiheet eivät aina kuitenkaan etene tässä järjestyksessä. Shokin tarkoituksena on suojata mieltä kokemukselta, jota se ei kestä. Shokissa olevalle henkilölle kaikki tapahtuva tai kuultu tuntuu epätodelta. (Heiskanen ym. 2010, 38–40.)

Shokkivaiheessa ihmisen tiedonkäsittelyprosessi lakkaa toimimasta eli se mitä ihminen aistii, tallentuu suoraan käsittelemättömänä hänen muistiinsa. Tämä tarkoittaa sitä, että nämä aistikokemukset voivat palata potilaan mieleen vielä myöhemmin flashbackeinä. (Saari ym. 2009, 21–24.)

Shokissa potilas ei muista ohjeita eikä häneltä kannata odottaa mitään järkeviä päätöksiä, mutta häntä tulee auttaa kertomalla tilannetta koskeva tieto mahdollisimman pian. Potilaan auttamiseksi on hyvä järjestellä käytännön asioita, kuten soittaa omaisille ja järjestää kotiin apua. (Pulkinen & Vesanen 2011, 603.) Turvallisuuden tunteen luominen tässä tilanteessa on tärkeää, sillä potilaalla on haavoittuva, ulkopuolinen olo, hän voi kokea tilanteen kaaoksena tai olla pysähtyneen oloinen. (Noppari, Kiiltomäki & Pesonen 2007, 163). Potilaan kysymyksiin tulee vastata mahdollisimman totuudenmukaisesti ja läsnä oleminen tässä vaiheessa on tärkeää. Katkonaiset muistikuvat ja tiedot vain pitkittävät selviytymisprosessia. (Palosaari 2007, 91–92.)

Kun potilas siirtyy shokista reaktiovaiheeseen, tarkoittaa se ensin hetkittäistä tiedostamista siitä, mitä on tapahtunut. Siirtyminen tapahtuu pikkuhiljaa vaihdellen edestakaisin näiden kahden vaiheen välillä. Reaktiovaiheessa ihmisen tunteet vaihtelevat voimakkaina. Yleensä ensimmäinen tunne on syyttäminen tai syyllisydentunne. Etenkin syyllistämisen vaiheesta on tärkeää päästä yli, jotta muut tunteet pääsisivät pinnalle ja tapauksen käsittely etenisi. Muita reaktiovaiheen tunteita ovat viha, suru, menetyksen tunne, avuttomuuden tunne, lohduttomuus, ahdistuneisuus, erilaiset voimakkaat pelot, tyhjyyden tunne, epätoivo, kaipaus ja häpeä. Ruumiillisia reaktioita ovat muun muassa painostava väsymys, voimakas uupumus, joka ei mene lepäämällä ohi, painon tunne rinnassa sekä puristus rintakehän ympärillä. (Saari ym. 2009, 31–34.)

Reaktiovaiheessa olevalle on heti tarjottava mahdollisuutta ammattiauttajan kanssa keskusteluun ja hänen tunteidensa realisoinnissa on autettava (Noppari ym. 2007, 159). Potilaalta on siis hyvä kysyä tarvitseeko hän apua tunteidensa käsittelyssä. Täs-



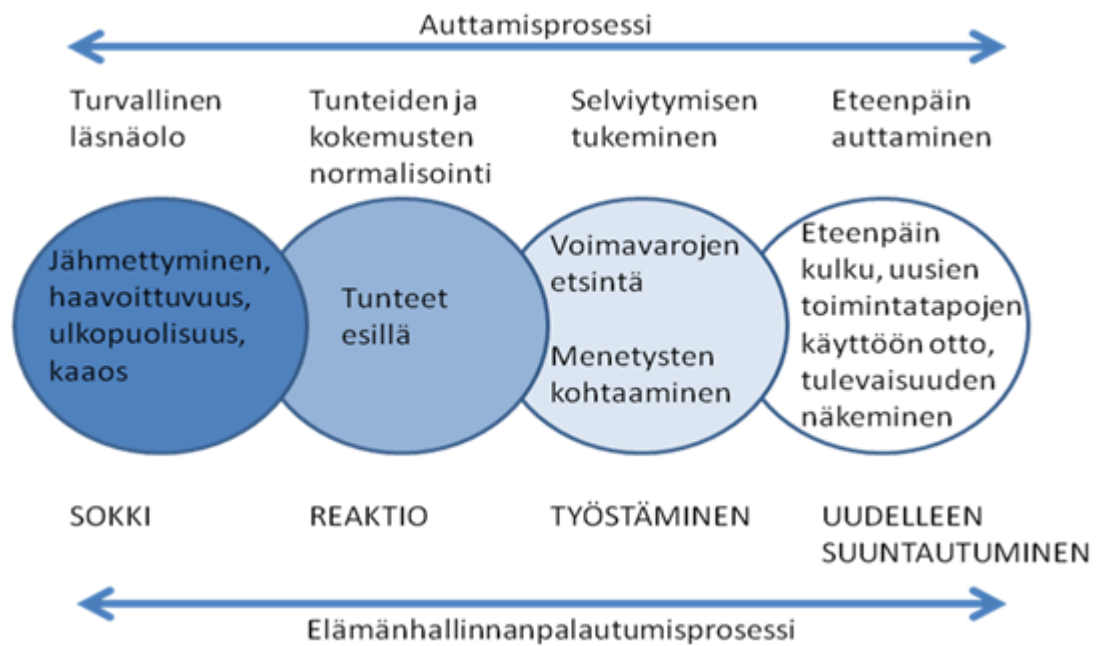
säkin vaiheessa tulee huomioida turvallisuuden tunteen luomisen merkitys ja mahdollisen tuen tarve arjen askareista selviytymiseen. Ajatusten jäsentämisessä auttaminen on myös tärkeää. (Pulkkinen & Vesanen 2011, 603.) Reaktiovaiheessa ammattiavusta on eniten hyötyä ja tässä vaiheessa olevalla henkilöllä on yleensä halua puhua (Henriksson & Lönnqvist 2011, 260–261).

Reaktiovaiheesta potilas siirtyy työstämis- ja käsittelyvaiheeseen. Tässä vaiheessa potilas on yleensä noin viikon kuluttua kriisin aiheuttaneesta tapahtumasta. Tässä vaiheessa potilas alkaa pikkuhiljaa kääntyä sisäänpäin eikä enää välttämättä halua puhua. Etäisyyden luominen onkin yksi työstämis- ja käsittelyvaiheen tavoitteista. Voimakaat tunteet eivät kuitenkaan häviä tässä vaiheessa, vaan on päiviä, jolloin ne ovat edelleen pinnalla. Tuttujen ihmisten tapaaminen ensimmäistä kertaa voi olla vaikeaa ja ahdistavaa. Työstämis- ja käsittelyvaiheessa edetään hitaammin kuin edellisissä vaiheissa, jolloin on tärkeää tukea potilaan selviytymistä. Tälle vaiheelle on ominaista myös muisti- ja keskittymisvaikeudet sekä ärtyisyys ja maltin menettäminen. Jotta ihminen selviää järkyttävästä kokemuksesta, on hänellä oltava kykyä hahmottaa tulevaisuutta ja tehdä tulevaisuuden suunnitelmia. Kriisin käsittely on ihmisen surutyötä, jossa hän luo uutta kuvaa itsestään. Ihmistä on autettava löytämään omat voimavaroinsa tilanteesta selviämiseen. (Noppari ym. 2007, 160.)

Työstämis- ja käsittelyvaiheen jälkeen seuraavana vaiheena on uudelleensuuntautumisen vaihe. Tässä vaiheessa potilas alkaa ajatella tulevaisuutta ja jättää menneisyyden taakseen. Järkyttävä kokemus muuttaa ihmisen persoonallisuutta ja tulevaisuuskin voi näyttää nyt hieman erilaiselta. Potilas alkaa suuntautua kohti elämää ja saa elämän raiteilleen. Tässä vaiheessa iällä on suuri merkitys. Nuoret suuntautuvat tulevaisuuteen helpommin kuin vanhemmat ihmiset. Tämä vaihe voi viedä jopa vuosia ja joidenkin teorioiden mukaan se jatkuu läpi elämän. Potilasta autettaessa tulee tukea hänen eteenpäin pyrkimistään. Uudelleensuuntautumisesta puhuminen saattaa masentaa potilasta. (Noppari ym. 2007, 160.)

Jokaisen reaktiovaiheen mukanaan tuomat tunteet kuuluvat kriisin käsittelyyn ja siitä selviämiseen, joten niitä ei saa vähätellä tai kieltää. Kriisissä olevan potilaan auttamisessa on tärkeää tunnistaa kriisin vaihe, käyttää kuhunkin vaiheeseen sopivaa toimintatapaa, ajoittaa apu oikein sekä tukea potilasta riittävän kauan (kuva 1). Potilaiden

psykkisiä oireita kaikissa vaiheissa lisäävät tiedon puute ja virheelliset tai yksipuoliset käsitykset sekä asenteet. (Saari ym. 2009, 49, 52–53.)



**KUVA 1. Kriisiprosessi ja sen tukeminen (Noppi ym. 2007, 163)**

## 5 PSYKKISISTÄ SAIRAUKSISTA

Psykkisiä sairauksia, joita päivystävä sairaanhoitaja voi työssään kohdata, ovat muun muassa ahdistuneisuus- ja paniikkihäiriö, kaksisuuntainen mielialahäiriö, skitsofrenia, epävaka persoonallisuus, psykoosi ja masennus. Päivystävän psykiatrisen sairaanhoitajan on tunnistettava näiden sairauksien oireet. (Pulkinen & Vesanen 2011, 602–619, 622–625.)

Potilaan tarkkailuun kuuluu myös itsetuhoisen käytöksen arviointi. Riskit, jotka on hyvä tunnistaa ja joihin tulee puuttua, ovat aikaisempi itsetuhoisen käytös, avohoitopotilaan hoitosuhteen yhtäkkinen loppuminen, masennus, kaksoisdiagnoosi, potilaan aiempi sairaalahistoria, kuuluminen etniseen ryhmään ja mahdollinen kodittomuus. Näihin puuttumalla pyritään vähentämään potilaan itsetuhoista käytöstä. (Callaghan 2012, 24.)

### 5.1 Ahdistuneisuus- ja paniikkihäiriö

Ahdistuneen potilaan tunnusomaisia piirteitä ovat potilaan kokeminen itsensä epätoolliseksi, huono keskittymiskyky, motorinen levottomuus, jatkuva liikehtiminen,

vapina tai äänen värinä. Potilaan raajoja voi pistellä ja ne voivat olla puutuneet, sydän voi tykyttää sekä huimausta ja hikoilua voi esiintyä. Lisäksi muita oireita ovat pahoinvointi, tukehtumisen tunne, ruokahaluttomuus, vatsatuntemukset, tihentynyt virtsaaminen, jännittyneisyys, punastelu, niskan ja selän jännittyneisyys, päänsärky, univaikeudet, väsymys, uupumus, ärtyneisyys, korostunut huolestuneisuus, kuoleman pelko sekä pelko vakavasta sairastumisesta. Ahdistuneisuushäiriöt esiintyvät usein muuhun psyykkiseen ongelmaan liittyen. (Toivio & Nordling 2011, 95–97.)

Paniikkihäiriölle on tyypillistä, että siinä toistuvat pelko- ja ahdistustilat. Sen tunnistaa siitä, että äkillisesti alkanut voimakas ahdistuskohtaus voi kestää usein minuuteista tuntiin. Paniikkihäiriössä on samat somaattiset oireet kuin ahdistuneisuushäiriössä. Psykkisiä oireita ovat itsetarkkailu ja jatkuva jännittäminen, unihäiriöt ja uupumus sekä lisääntynyt masentuneisuus. Siihen usein liittyy myös kontrollin menettämisen ja kuoleman pelkoa sekä julkisten paikkojen pelkoa. Paniikkihäiriön hoidossa on hyvin tärkeää selvittää sen luonne ja laatu. Hoito on aloitettava välittömästi, jotta tilanne ei kroonistu. (Pulkkinen & Vesanen 2011, 605.)

## **5.2 Kaksisuuntainen mielialahäiriö**

Kaksisuuntaisen mielialahäiriön maanisessa vaiheessa ihmisellä itsellä ei yleensä ole sairautentuntoa. Tässä vaiheessa potilas tuntee voivansa hyvin ja kuvittelee kykenevänsä mihin vain. Hänen aktiivisuutensa on lisääntynyt, unen tarve vähentynyt, mieliala ja itsetunto ovat kohonneet voimakkaasti. (Pulkkinen & Vesanen 2011, 623.) Potilaan ajatustoiminta on kiihtynyttä ja se ilmenee muun muassa puheliaisuutena. Kriittikiä potilas ei maanisessa vaiheessa oikein siedä ja lisäksi hän on usein ärtynyt. Muita oireita ovat vastuuntunnon puuttuminen, harhaluuloiset suuruudenkuvitelmat ja välinpitämättömyys tekojensa seurauksista. Potilas on usein myös seksuaalisesti aktiivinen. (Isometsä 2011, 196–197.)

Toinen muoto kaksisuuntaisen mielialahäiriön ilmenemiselle on depressiivinen vaihe, jossa potilas on masentunut. Vaiheet vuorottelevat ja sairauden vaiheesta riippuen ilmenevät potilaalla eritavoin. (Heiskanen ym. 2010, 143–145.) Kaksisuuntaisen mielialahäiriön tunnistuksessa on tärkeää tehdä hyvä anamneesi ja selvittää onko edellä mainittuja oireita ilmennyt aiemmin. Nuorten kohdalla on otettava huomioon nuorten yksilöllinen kypsyminen ja normaalit nuoruuteen kuuluvat mielialan vaihtelut. (Pulkkinen & Vesanen 2011, 623.)

### 5.3 Skitsofrenia

Skitsofrenia voi olla jaksoittainen tai jatkuva psykoottinen häiriö. Siihen voi myös liittyä taantumista. Skitsofreniassa persoonallisuus rikkoutuu ja potilas vetäytyy sosiaalisista kontakteista omaan maailmaansa. Oireita tässä sairaudessa ovat ajatusmaailman häiriöt, joita ovat kokemus uhattuna tai vainottuna olemisesta sekä kokemus siitä, että toiset henkilöt voivat lukea ajatuksia. Ajatusmaailman häiriöt liittyvät yleensä uskonnollisiin ja filosofisiin ajatuksiin. Skitsofrenian oireet voidaan jakaa positiivisiin ja negatiivisiin. (Toivio & Nordling 2011, 122–123.)

Positiivisia oireita ovat perusteettomat luulot, käsityksen hajanaisuus, käytöksen harhaisuus, kiihtymys ja yliaktiivisuus, suuruusharhat, potilaan kuvitelmat siitä, että ulkopuoliset voivat ottaa pois ajatuksia tai manipuloida niitä. Potilaalla voi olla myös vaikeuksia keskittyä ja siten muistaa sekä oppia, vihamielisyyttä sekä stereotyyppistä ajattelua saattaa esiintyä. Negatiivisia oireita ovat tahdon puute, aloitekyvyttömyys, emotionaalinen vetäytyminen, vuorovaikutuksen köyhyys, abstraktin ajattelun vaikeus, spontaanisuuden puute, tunteiden latistuminen ja masennus. Potilaan kiinnostus ulkomaailmaan voi olla hävinnyt eikä hän kykene arvioimaan omaa psyykkistä tilaansa. Skitsofreniaa sairastavista monet myös käyttävät puhuessaan sanoja, jotka ovat itse keksittyjä, eivätkä ne merkitse muille ihmisille mitään. (Toivio & Nordling 2011, 122–123.) Skitsofrenian akuutissa kriisivaiheessa esiintyviä oireita ovat univaikeudet, yleinen hermostuneisuus, levottomuus, lisääntynyt ahdistuneisuus, keskittymiskyvyn heikkeneminen, epäluuloisuus, lisääntynyt eristäytyminen ja erikoinen käyttäytyminen. (Pulkinen & Vesanen 2011, 623.)

### 5.4 Epävakaata persoonallisuutta

Epävakaan persoonallisuuden (BPD) tunnuspiirteitä ovat ahdistuksen huono sietokyky, itsemurhavaara, psyykkisten toimintojen ja tunnetilojen epävakaus, impulssikontrollin puute sekä potilaan ajautuminen ihmissuhteissaan ristiriitoihin. Potilas voi olla manipuloiva ja heikko sitoutumaan muun muassa hoitoon. (Toivio & Nordling 2011, 90–91.) Hän saattaa myös olla vetoava ja saada aikaan sen, että ongelmat siirtyvät häntä hoitavien henkilöiden välille. Epävakaata persoonallisuushäiriötä sairastava saattaa käyttää primitiivisiä suojautumisen ja puolustusmekanismeja. Tällaisia ovat muun muassa ihmisten jakaminen hyviin ja pahoihin, asioiden kieltäminen sekä pahan

näkeminen vain toisessa eikä itsessään. Epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivä kuvittelee olevansa kaikkivoipainen. (Pulkinen & Vesanen 2011, 622.)

Epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivälle on yleistä myös etuoikeutetun tunteet, hänen voi siis olla vaikeus odottaa esimerkiksi omaa vuoroaan. Hänellä on myös empatian puutetta, tunneköyhyyttä ja tyhjyyden tunnetta. Epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivä ihminen hakeutuu usein hoitoon akuutissa itsetuhoisuudessa, päihteiden liikakäytössä tai ahdistavissa ihmissuhteissa. Tällaisen häiriön tunnistamiseen on olemassa lomakkeita (ZAN-BDP ja BPDSI), jotka helpottavat oireiden tunnistamisessa. (Pulkinen & Vesanen 2011, 622.)

## **5.5 Psykoosi**

Psykoottisen potilaan tunnistamiseen tarvitaan aikaa. Häntä onkin haastateltava kauan, jotta voidaan olla varmoja, että potilas ei vain kokoa itseään hetkellisesti haastattelun ajaksi. Tämä on myös tärkeää siksi, että hetkelliset ohimenevät oireet eivät ole psykoottisia oireita. Psykoottinen potilas voi olla myös itsemurhavaarassa. (Lönnqvist & Suvisaari 2011, 134–135.)

Psykoottisen potilaan oireita ovat desorientaatio ajan ja paikan suhteen, mielen ja ulkomaailman impulssien sekoittuminen, sosiaalinen avuttomuus sekä vetäytyminen. Lisäksi potilas voi takertua toisiin ihmisiin normaaleissa sosiaalisissa tilanteissa tai käyttäytyä oudosti. Oudot sananvalinnat ja syrjähtelevä puheen sisältö, aisti- ja luuloharhat sekä vaikutuselämykset, joissa potilas kokee jonkun/jonkin vaikuttavan ajatuksiinsa ulkopuolelta voivat olla esillä potilaan käytöksessä. Psykoosin oireita ovat myös motorinen levottomuus ja jähmeys, pelokkuus sekä aggressiivisuus. (Pulkinen & Vesanen 2011, 617.)

## **5.6 Masennuksen oireita**

Masentuneen potilaan oireita ovat mielialan ja aloitekyvyn lasku sekä mielenkiinnon menettäminen. Potilas nukkuu liikaa tai liian vähän, hänellä esiintyy ruokahaluttomuutta tai hän voi ahmia. Hän on väsynyt, apaattinen, menettänyt kiinnostuksensa asioihin, joista tavallisesti on kiinnostunut, vetäytynyt, eristäytynyt, vihamielinen, ärtynyt, epäsosiaalinen ja keskittymiskyvytön. Lisäksi potilas valittelee toistuvasti somaattisia oireita, kuten vatsakipua. Masentunut potilas voi myös vähätellä itseään,

on surumielinen, itkee ilman näkyvää syytä, on kyvytön ilmaisemaan iloa ja ajattelee kuolemaa sekä saattaa puhua tai kirjoittaa siitä. (Pulkkinen & Vesanen 2011, 614.)

Masennus jaotellaan kolmeen osaan, lievään, keskivaikeaan ja vaikeaan masennukseen sekä näiden lisäksi masentunut potilas voi olla myös psykoottisesti masentunut. Lievä masennus kestää noin kaksi viikkoa ja siinä oireet ovat vähäisiä. Lievää masentuneisuutta sairastava kykenee käymään töissä. Keskivaikea masennus kestää vähintään kaksi viikkoa, ja siinä on enemmän kuin kaksi oiretta. Keskivaikeaa masennusta sairastava ei kykene käymään töissä eikä välttämättä suoriudu arkiaskareista kovin hyvin. Vaikeassa ja psykoottisessa masennuksessa on kahdeksan oiretta. Tässä tilanteessa ihminen tarvitsee jatkuvaa seurantaa ja huolenpitoa sairaalaympäristössä. (Toivio & Nordling 2011, 104–105.)

### **5.7 Itsetuhoinen käytös**

Päivystykseen menevän sairaanhoitajan on hyvä tunnistaa tilanteet, joissa itsemurhavaara on suuri. Itsetuhoiseen käytökseen liittyy potilaan itsemurha-ajatusten ja aikeiden toistuvuus sekä niiden hallitsemattomuus. (Pulkkinen & Vesanen 2011, 607.) Potilas saattaa olla elämäntilanteessa, joka hänen ja muiden mielestä on vaikea. Hän on saattanut kokea jonkin menetyksen ja hän voi kokea itsemurhan viimeisenä keinona tilanteesta pois pääsyyn. Itsemurhavaaran tunnusmerkkejä ovat toivottomuus, yksinäisyys, vetäytyminen sosiaalisesta yhteisöstä, sanalliset varoitukset, tunteiden tyhjiys ja jähmeys, elämän kapeutuminen, ajattelun joustamattomuus ja vihamieliset itseen kääntyvät tunteet. (Heiskanen ym. 2010, 49–51.)

Itsemurhariskiä lisäävät potilaan masennuksesta toipumisvaihe ja masennuslääkkeen aktivoiva vaihe (Pulkkinen & Vesanen 2011, 607). Lisäksi riskiä lisääviä tekijöitä ovat vakava ruumiillinen sairastaminen, taloudelliset vaikeudet ja ahdistava jyrkkä uskonto sekä potilaan masennus ja erityisesti vakava psyykkinen sairaus. Potilaan päihdeongelmat ja aiemmat itsemurhayritykset ovat myös riskitekijöitä. (Heiskanen ym. 2010, 50–51.)

## 6 PSYKIATRISEN PÄIVYSTYSTYÖN YHTEISTYÖKUMPPANIT

Opinnäytetyöhön koottiin päivystävän psykiatrisen sairaanhoitajan työssä tarvittavia tärkeimpiä yhteystietoja. Yhteystietojen ja toiminnan kuvausten olemassaolo opasvihkossa helpottaa hoitajan työskentelyä ja potilaalle on nopea katsoa vihkosta puhelinnumero esimerkiksi avohoitoon ohjattaessa. Toivomuksia yhteystiedoista saatiin sekä hoitajien haastattelun kautta että aikaisemmin järjestetystä palaverista toimeksiantajan kanssa. Hoitajien mukaan tärkeimpiä yhteistyötahoja Mikkelin alueella ovat Kriisikeskus, A-klinikka, Viola – väkivallasta vapaaksi ry, psykiatrian puolen poliklinikat, mielenterveysvastaanotto, Olkkari, Perheasiain neuvottelukeskus ja päivystävä sosiaalilääkäri (liite 1).

Mikkelin A-klinikka tuottaa hoito- ja kuntoutuspalveluita päihde- ja riippuvuusongelmallisille. Lisäksi A-klinikalta on saatavilla tukea ja apua päihdeiden käyttäjien läheisille. Hoito sisältää muun muassa terapiakeskustelua, joiden avulla kartoitetaan asiakkaan elämäntilanne ja hoidon tarve. Keskeistä hoidossa on herättää asiakkaan oma halukkuus muuttaa käyttäytymistään. (Mikkelin A-klinikka 2013.)

Mikkelin kaupungin mielenterveysvastaanotto sijaitsee Pankalammen terveysasemalla. Se tuottaa perusterveydenhuollon matalan kynnyksen mielenterveyspalveluita aikuisväestölle. Vastaanotolle hakeudutaan lääkärin tai terveydenhoitajan läheteellä. Vastaanoton päivystävään sairaanhoitajaan voi olla yhteydessä asiakas, omainen tai yhteistyökumppani. (Etelä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä 2007.)

Mikkelin Kriisikeskukselta on saatavissa apua äkillisissä kriisitilanteissa ja arkielämän kriiseissä. Kriisikeskukselle voi hakeutua ilman lähetettä ajanvarauksella. Saatavilla on keskusteluapua esimerkiksi pitkittyneestä surusta kärsiville tai rikoksen uhreille. Lisäksi kriisikeskukselta saa tukea ihmissuhdeongelmiin tai vaikeisiin elämäntilanteisiin. (Mikkelin kriisikeskus 2013.)

Olkkari tarjoaa palveluita 13–29-vuotiaille nuorille. Ohjaus- ja tukityö perustuvat henkilökohtaisiin tapaamisiin. Jokaisella nuorella on oma vastuuohjaaja, jonka voi tavata esimerkiksi koululla, kotona tai Olkkarissa. Olkkarissa voi tavata kavereita, osallistua tapahtumiin tai ryhmien toimintaan. Olkkarissa on saatavilla henkilökohtai-

sia keskusteluaikoja, mikäli henkilö tarvitsee tukea, kannustusta ja kuuntelua. (Olkari 2013.)

Perheasiain neuvottelukeskus selvittää parisuhteeseen, perheeseen ja henkilökohtaiseen elämään liittyviä kysymyksiä. Apua on saatavilla myös elämän kriisitilanteissa. Asiakkaaksi voi hakeutua, vaikka ei olisi evankelisluterilaisen kirkon jäsen. (Suomen ev.lut kirkko 2013.)

Psykiatrian akuuttityöryhmään hakeudutaan läheteellä ja se osa aikuisten psykiatrasta avohoitoa. Poliklinikalla tehdään kokonaisvaltainen hoidon tarpeen arviointi ja sairaalaan tai avohoitoon ohjausta. Saatavilla on lyhytaikaista psykiatrasta avohoitoa tai kriisihoitoa aikuisille. Tavoitteena on sairaalajaksojen väheneminen sekä avohoidon roolin korostuminen psykiatristen potilaiden hoidossa. (Etelä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä 2007.) Päivystävä psykiatrinen sairaanhoitaja voi ohjata potilaan suoraan akuuttipsykiatrian poliklinikalle, jolloin läheteenä toimii psykiatrisen sairaanhoitajan tai YLE-lääkärin teksti (Psykiatrinen sairaanhoitaja päivystyksessä 2011).

Psykiatrian poliklinikka on psykiatrisen avohoidon yksikkö, jonne potilas tarvitsee läheteen. Poliklinikalla tehdään muun muassa diagnostisia arvioita, terapia-arvioita, työkykyarvioita ja -lausuntoja sekä saatavilla on yksilö-, pari- ja perheterapiaa. (Etelä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä 2007.)

Psykogeriatrian poliklinikka on avohoitopaikka 60 vuotta täyttäneille potilaille. Poliklinikalle tullessa tarvitaan lähete. Saatavilla on esimerkiksi yksilöaikoja hoitajalle, koti- ja laitospäyntejä, psykoterapian palveluita, lääkehoidon arviointia, ECT-ylläpitohoitoa, muistikuntoutusta, toimintaterapeutin arvio, sosiaalihoitajan ja psykologin palveluita. (Etelä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä 2007.)

Psykoosipoliklinikka on myös avohoitoyksikkö, johon tullaan läheteellä. Kohderyhmänä ovat aikuiset psykoosipotilaat, joille tavanomainen avohoito ei riitä. Tavoitteena on vähentää sairaalahoidon tarvetta tulevaisuudessa sekä tukea avohoidon turvin kotona pärjäämistä. Tarjolla on kotikäyntejä, yksilö- ja ryhmätapaamisia, toimintakyvyn arviointia sekä kuntoutussuunnitelmien tarkennusta. (Etelä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä 2007.)



Päivystävä sosiaalityöntekijä ottaa vastaan tietoa akuuteista lastensuojelutilanteista ja lastensuojeluilmoitukset. Yhteydenotot tehdään virka-ajan ulkopuolella hätäkeskukseen tai Ensineuvoon. Sosiaalipäivystys on alueellinen ja siihen kuuluvat Hirvensalmen, Joroisten, Juvan, Kangasniemen, Mikkelin, Mäntyharjun, Pertunmaan, Pieksämäen, Puumalan, Rantasalmen ja Ristiinan alueet. (Mikkelin seudun sosiaali- ja terveystoimi 2013.)

Violan tavoitteena on luoda ja vahvistaa väkivallan vastaista asenneilmapiiriä. Lisäksi tavoitteena on ehkäistä ja lieventää lähisuhteissa ilmenevää väkivaltaa sekä tarjota tukea ongelmanratkaisuun väkivaltaisessa suhteessa eläville. Tavoitteena on myös luoda ja kehittää palveluita lastensuojelun tarpeisiin. Yksilötyö lasten ja aikuisten kanssa, kuten kriisi- ja keskusteluapu sekä terapeuttiset keskustelut ovat osana Violan toimintaa. Lisäksi erilaiset ryhmätoiminnat kuuluvat palveluihin. (Viola – väkivallasta vapaaksi ry 2013.)

## **7 PSYKIATRISTA HOITOTYÖTÄ OHJAAVIA LAKEJA**

Mielenterveys- ja päihdetyötä ohjaavat monet lait, jotka psykiatristen hoitajien on tiedettävä. Näistä käydään läpi tässä opinnäytetyössä työssä seuraavat lait: perustuslaki, mielenterveyslaki, erikoissairaanhoidonlaki, sosiaalihuoltolaki, kansanterveyslaki ja terveydenhuoltolaki. Lisäksi tässä luvussa käsitellään muutamia muitakin psykiatriassa hoitotyössä merkittäviä lakeja, kuten lastensuojelulaki.

### **7.1 Perustuslaki**

Suomen perustuslain mukaan kaikilla kansalaisilla on oikeus saada sosiaali- ja terveyspalveluita riippumatta terveydentilasta tai asuinpaikkakunnasta (Mielenterveyspalveluja ohjaavan lainsäädännön toimivuus 2009). Julkisen vallan tulee turvata, että jokaiselle on riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut käytettävissä (Suomen perustuslaki 731/1999).

Mielenterveyspalveluiden järjestäminen on erillislaeilla (mielenterveyslaki, kansanterveyslaki, erikoissairaanhoidonlaki ja sosiaalihuoltolaki) säädetty kunnan tehtäväksi. Mielenterveyspalveluita ohjaavat myös laki yksityisestä terveydenhuollosta, laki yksityisten sosiaalipalveluiden valvonnasta sekä työterveyshuoltolaki, koska kunnalla on

mahdollisuus järjestää palveluita eri tavoin. (Mielenterveyspalveluja ohjaavan lainsäädännön toimivuus 2009.)

## **7.2 Mielenterveyslaki**

Mielenterveyslaissa mielenterveystyöllä ymmärretään yksilön psyykkisen hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja persoonallisuuden kasvun edistämistä. Lisäksi sillä tarkoitetaan mielisairauksien ja muiden mielenterveyshäiriöiden ehkäisemistä, parantamista ja lieventämistä. Mielenterveyspalvelut sisältyvät mielenterveystyöhön. Siihen kuuluu oleellisesti myös väestön elinolosuhteiden kehittäminen, jotta elinolosuhteet ehkäisevät mielenterveyshäiriöiden muodostumista, edistävät mielenterveystyötä sekä tukevat erilaisten mielenterveyspalveluiden järjestämistä. (Mielenterveyspalveluja ohjaavan lainsäädännön toimivuus 2009.)

Mielenterveyspalveluiden sisältö määritellään kansanterveyslaissa, erikoissairaanhoidolaissa ja sosiaalihuoltolaissa. Avopalveluiden ensisijaisuutta korostetaan mielenterveystyössä ja omatoimisuuden tukeminen on oleellinen osa työtä. Mielenterveyspalveluita tarvitsevilla tarkoitetaan mielisairaita ja mielenterveyshäiriöitä potevia aikuisia ja alaikäisiä. (Mielenterveyspalveluja ohjaavan lainsäädännön toimivuus 2009.) Palveluiden järjestäjien on huolehdittava siitä, että palveluista muodostuu toimiva kokonaisuus sairaanhoitopiirien ja kuntayhtymien välillä (Mielenterveyslaki 1116/1990).

Jokaisen kunnan on huolehdittava mielenterveyspalveluiden järjestämisestä, tämä on osa kansanterveystyötä ja sosiaalityötä. Sairaanhoitopiirin kuntayhtymän tulee huolehtia erikoissairaanhoidona annettavista mielenterveyspalveluista. Lain mukaan palveluiden tulee olla järjestettynä niin, että ne vastaavat laajuudeltaan ja sisällöltään kunnan tai kuntayhtymän tarvetta. (Mielenterveyslaki 1116/1990.)

## **7.3 Erikoissairaanhoidolaki ja sosiaalihuoltolaki**

Erikoissairaanhoidoon kuuluu lääketieteen erikoisalojen mukaisia sairauksien ehkäisyyn, tutkimiseen, hoitoon ja lääkinnälliseen kuntoutukseen kuuluvia terveyspalveluita. Sairaanhoitopiirin kuntayhtymän on sovitettava yhteen alueensa erikoissairaanhoidopalvelut. Mikäli sairaanhoitopiirissä katsotaan tarpeelliseksi jatkohoito esimerkiksi terveyskeskuksessa, on potilas ohjattava asianmukaisesti jatkohoitoon kunnan terveyskeskukseen ja annettava terveyskeskukselle jatkohoito-ohjeet. (Mielenterveyspalveluja ohjaavan lainsäädännön toimivuus 2009.)

Sosiaalihuoltolaissa taas korostetaan palveluiden järjestämistä avoimuutena ja omatoimisuutta tukevana. Keskeisiä kunnallisia palveluita ovat mielenterveystyön mukaan sosiaalityö, kotipalvelut ja asumispalvelut. Palveluihin voi kuulua lisäksi myös vammaispalveluja, päihdehuollon palveluja, omaishoidon tukea, muita sosiaalipalveluja sekä kuntouttavaa työtoimintaa. (Sosiaalihuoltolaki 710/1982.)

Sosiaalipalvelut sisältävät ohjausta, neuvontaa ja sosiaalisten ongelmien selvittämistä. Kotipalveluihin kuuluu asumiseen, henkilökohtaiseen hoivaan ja huolenpitoon sekä arkielämän toimintojen suorittamiseen liittyvää tukea. Asumispalvelut ovat palvelu- ja tukiasumisen järjestämistä niitä tarvitseville, kuten henkilöille joiden toimintakyky on heikentynyt. (Mielenterveyspalveluja ohjaavan lainsäädännön toimivuus 2009.)

#### **7.4 Lastensuojelulaki**

Lasten ja perheiden kanssa toimivien viranomaisten on tuettava vanhempia ja huoltajia heidän kasvatustehtävissään ja pyrittävä tarjoamaan perheelle tarpeellista apua riittävän varhain. Tarvittaessa on osattava ohjata lapsi ja perhe lastensuojelupiiriin. Lastensuojelulaissa on määritelty terveydenhuollon erityiset velvollisuudet. Esimerkiksi sairaanhoitopiirin on annettava lapsi- ja perhekohtaisessa lastensuojelussa asiantuntija-apua. Lapselle on tarvittaessa järjestettävä tutkimus-, hoito- ja terapiapalveluja. (Lastensuojelulaki 417/2007.)

Epäiltäessä seksuaalista hyväksikäyttöä tai pahoinpitelyä palvelut järjestettävä kiireellisinä. Ilmoitusvelvollisia ovat kaikki terveydenhuollon ammattihenkilöt. Ilmoitus tulee tehdä kunnan sosiaalihuollosta vastaavalle toimielimelle, mikäli työtehtävässä on saanut tietää lapsesta, jonka hoidon ja huolenpidon tarve, kehitystä vaarantavat olosuhteet tai oma käyttäytyminen edellyttävät lastensuojelun tarpeen selvittämistä. Ilmoitettaessa tulee mainita ilmoituksen tekemiseen johtaneet syyt. (Lastensuojelulaki 417/2007.)

#### **7.5 Kansanterveyslaki ja terveydenhuoltolaki**

Kansanterveyslaki ja terveydenhuoltolaki määrittävät yhdessä kansanterveystyön niin, että kansanterveystyöllä tarkoitetaan muun muassa yksilöön, väestöön ja elinympäristöön kohdistuvaa terveyden edistämistä, sairauksien ja tapaturmien ehkäisyä sekä yksilön sairaanhoitoa (Terveydenhuoltolaki 1326/2010). Siihen sisältyy muun muassa kunnan velvollisuus seurata kunnan asukkaiden terveydentilaa ja sen kehitystä väestö-

ryhmittäin sekä yhteistyön tekeminen muiden kunnassa toimivien julkisten ja yksityisten tahojen kanssa terveyden edistämiseksi (Kansanterveyslaki 66/1972).

Kansanterveyslaki ja terveydenhuoltolaki määrittävät mielenterveyden hoitoon liittyviksi palveluiksi terveyskeskuksessa järjestettävä sairaanhoito, johon sisältyy lääkärin suorittama tutkimus ja hoito tai annetun hoidon valvonta. Lisäksi lääkinnällinen kuntoutus ja kotisairaanhoito, terveysneuvonta, ehkäisevä mielenterveystyö, suun terveydenhuolto ja ympärivuorokautinen hoito (terveyskeskuksen vuodeosastohoito) sekä työterveyshuollon palvelut sisältyvät palveluihin. (Terveydenhuoltolaki 1326/2010.) Valtioneuvoston asetuksella voidaan antaa tarkempia säännöksiä kansanterveystyöhön kuuluvan mielenterveystyön sisällöstä ja järjestämisestä kansanterveyslain 49§:n mukaan. Kansanterveyslaissa säädetään, että kunnan on huolehdittava sairaanhoitoon kuuluvan lääkinnällisen kuntoutuksen järjestämisestä siltä osin, kuin sitä ei ole säädetty Kansaneläkelaitoksen tehtäväksi. (Mielenterveyspalveluja ohjaavan lainsäädännön toimivuus 2009.)

Kansanterveyslain mukaan perusterveydenhuollon yhteydessä toteutettavassa erikoissairaanhoidossa hoidon tarpeen arviointi on aloitettava kolmen viikon kuluessa siitä, kun lähete on saapunut toimintayksikköön. Lain mukaan lääketieteellisesti tarpeelliseksi todettu hoito on järjestettävä potilaan terveydentila ja sairauden ennakoitavissa oleva kehitys huomioon ottaen viimeistään kolmessa kuukaudessa siitä, kun hoidon tarve on arvioitu ja hoitopäätös tehty. Laki antaa kuitenkin mahdollisuuden, että perusterveydenhuollon yhteydessä toteutettavassa erikoissairaanhoidossa hoidon aloittamista voidaan kuitenkin lykätä kolmella kuukaudella, jos se lääketieteellisistä, hoitollisista tai muista vastaavista perustelluista syistä on mahdollista. Lisäksi lain mukaan lykkäys ei saa vaarantaa potilaan terveyttä. Lopullisen hoitopäätöksen tekee lääkäri potilaan asemasta ja oikeuksista säädetyn lain mukaisesti. Jotta perustuslaissa korostettu yhdenvertainen kohtelun periaate hoitoon pääsyssä toteutuu, laativat lääkäriasiantuntijat valtakunnalliset kiireettömän hoitoon pääsyn perusteet, jotka tulivat voimaan yhtä aikaa hoitotakuulainsäädännön kanssa. (Mielenterveyspalveluja ohjaavan lainsäädännön toimivuus 2009.)

## **8 PÄIVYSTÄVIEN PSYKIATRISTEN SAIRAANHOITAJIEN HAASTATTELU KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TUKENA**

Kirjallisuuskatsauksen lisäksi tietolähteenä opinnäytetyössä on käytetty myös Moision sairaalan osaston yksi päivystävien psykiatristen sairaanhoitajien haastattelua. Sen avulla saatiin käytännön tietoa psykiatrisen sairaanhoitajan työstä sekä tietää hoitajien toiveita opasvihkon suhteen. Lisäksi haastattelu tarkensi vastausta tutkimuskysymyseen, mitä uusien päivystävien psykiatristen sairaanhoitajien tulee tietää toimiessaan päivystysvuoroissa Etelä-Savon sairaanhoitopiirissä. Osastonhoitajan kanssa sovittiin pidettäväksi yksi haastattelukerta, johon toivottiin osallistuvan 4–5 kokenutta hoitajaa. Haastattelua varten haettiin tutkimuslupaa Etelä-Savon sairaanhoitopiirin hallintoylihoitajalta marraskuussa 2012. Tutkimuslupa saatiin 28.11.2012 (liite 2). Luvan saamisen jälkeen sovittiin haastatteluajankohta osastonhoitajan kanssa. Haastattelu pidettiin 11.12.2012 Moision sairaalan osaston yksi neuvottelutiloissa kello 14–15. Siihen osallistui viisi sairaanhoitajaa, joista miehiä oli kaksi ja naisia kolme. Heidän työkokemuksensa vaihteli kyseisessä tehtävässä aloittelijasta kokeneempaan.

### **8.1 Haastattelun toteutus**

Haastattelun tutkimustapa oli kvalitatiiviseen tutkimustapaan, teemahaastatteluun perustuvaa. Teemahaastattelu on strukturoidun haastattelun ja avoimen haastattelun välimaastosta. Siinä aihepiirit ja teemat ovat tiedossa, mutta kysymyksiä ei käydä läpi välttämättä mitenkään tarkassa järjestyksessä, vaan keskustelun annetaan edetä luonnollisesti. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 95–97.)

Teemahaastattelumuodon katsottiin sopivan parhaiten ryhmähaastatteluun, koska se ei ollut liian tiukka, eikä liian vapaamuotoinen haastattelutapa. Sitä pidettiin myös hyvänä vaihtoehtona, koska kokemuksemme haastatteluista on vähäistä. Haastattelumuotona se antoi hyvin tilaa edetä tilanteen mukaan. Ryhmähaastattelumuoto valittiin siksi, että sen koettiin tuovan parhaiten vastauksia työhön, kun alan ammattilaiset saavat vastata kysymyksiin yhdessä. Teemahaastattelun aikana on mahdollista esittää lisäkysymyksiä tai tarkentaa kysymystä (Krause & Kiikkala 1996, 109).

Haastattelukysymykset (liite 3) lähetettiin osastolle ennen haastattelua, joten hoitajat saivat tutustua niihin etukäteen. Ennen haastattelun aloittamista jaettiin vielä kysymykset hoitajille. Kysymyksiä oli kuusi ja tilanteeseen osallistuvia ohjeistettiin ennen

haastattelun alkua katsomaan vielä kysymykset läpi. Lisäksi heille kerrottiin haastattelun noudattavan kysymysjärjestystä, joka oli muuten vapaamuotoinen. Saatekirjeessä oli jo ilmoitettu tilanteen nauhoittamisesta. Haastattelun aikana kirjoitettiin ylös tärkeimpiä huomioita. Tilanne kesti noin tunnin.

Haastattelussa tuotiin esille kysymykset, mutta haastateltavia ei pakotettu pysymään tietyssä etenemisjärjestyksessä. Mikäli jostain kysymyksestä ei saatu tarpeeksi tietoa, niin aiheesta esitettiin lisäkysymyksiä. Kaikki hoitajat eivät vastanneet kaikkiin kysymyksiin ja yksi hoitajista puhuikin vain kerran koko haastattelun aikana. Myös aiheesta poikkeamista ja kysymysten peilaamista lähiaikojen työtilanteisiin oli havaittavissa.

Haastattelun analysoinnissa käytettiin induktiivista sisällönanalyysiä. Se soveltuu erittäin hyvin aiheeseen, sillä päivystävän psykiatrisen sairaanhoitajan työnkuvasta ei ole juurikaan tehty tutkielmia. Induktiivinen sisällönanalyysi eli aineistolähtöinen analyysi perustuu päättelyyn, jota ohjaa tutkimuksen ongelman asettelu. Tutkittavan asian ollessa huonosti tunnettua tai mikäli sen tieto on erittäin hajanaista, on syytä käyttää aina induktiivista sisällönanalyysiä. Siinä kategoriat johdetaan aineistosta tutkimusongelmien ohjaamana. Tutkimusaineistosta pyritään luomaan teoreettinen kokonaisuus niin, etteivät aikaisemmat havainnot, tiedot tai teoriat ohjaa analyysiä. Siinä analyysiyksikkönä voidaan käyttää esimerkiksi yksittäistä sanaa tai lausetta. Lähtökohtana voidaan pitää sitä, että analyysiyksikön määrittämistä ohjaavat tutkimustehtävät ja aineiston laatu. Aineiston analyysin vaiheittainen järjestys etenee pelkistämisestä ryhmittelyn kautta yleiskäsityksen muodostamiseen. Induktiivisessa analyysissä raportti on aineistolähtöistä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 135–137.)

Induktiivista menetelmää käytettiin haastattelun purkuun. Noin tunnin pituinen haastattelu kuunneltiin ensin kokonaisuudessaan nauhalta, ja sen jälkeen kuunneltiin sitä osissa samalla kirjoittaen sanatarkasti ylös, mitä haastateltavat sanoivat. Merkintöjä täydennettiin vielä kolmannella nauhoituksen kuuntelulla. Tämän jälkeen puhekielestä saadut vastaukset kirjoitettiin pelkistettyyn versioon tiivistäen kunkin kommentin sanoma kirjakielellä. Lopuksi jokaisen hoitajan kommentti ryhmiteltiin kunkin haastattelukysymyksen alle ja merkittiin kunkin puheenvuoro nimeämällä haastateltavat (hoitaja 1, hoitaja 2, jne.). Työssä haastattelun analyysiyksikkönä käytettiin haastattelukysymyksiä.

## 8.2 Haastattelun tulokset

Kysyttäessä hoitajien haasteellisiksi kokemia asioita päivystävän psykiatrisen sairaanhoitajan työvuoroissa, vastasivat hoitajat 3 ja 5 kokevansa työvuoroissaan haasteellisiksi kriisipotilaat. Hoitaja 3 mainitsi myös pitävänsä haasteellisina tilanteita, joissa kohteena ovat perheet ja isommat joukot sekä päivystysaikaan muiden auttavien tahojen puuttumisen. Hoitaja 3 kertoi joskus hoitajien joutuvan sijaistamaan kriisityöntekijää. Joskus on myös tilanteita, joissa hoitaja työskentelee kriisityöntekijän parina. Hoitaja 5 koki, että välillä potilaalla, omaisilla, lääkärillä tai muulla päivystyksen henkilökunnalla on kohtuuttomia odotuksia päivystävää psykiatrista sairaanhoitajaa kohtaan. Hoitaja 4 huomautti, että heiltä puuttuu kriisityön koulutus, joten kriisitilanteissa työskentely on vaikeaa. Hoitaja 1 kokee vaikeaksi avunantamisen monelle yhtä aikaa kriisin kokeneelle, kuten esimerkiksi onnettomuuksissa. Auttamistilanteesta hoitajat 1 ja 3 toivat ilmi työn voivan olla joskus vain läsnäoloa ja käytännön asioiden hoitoa potilaan kanssa. Hoitaja 2 ei kommentoinut kysymykseen mitään.

Kysyttäessä, mihin asioihin pyritte kiinnittämään huomiota potilasta haastateltaessa sekä mikä on olennaisinta potilaan voinnin arvioinnissa, hoitajan 5 mielestä olennaisinta on hoidon tarpeen arviointi. Psykoottisuuden, itsetuhoisuuden ja potilaan ympäristölleen vaaralliseksi arviointi oli kaikkien hoitajien mielestä mielenterveyslain mukaisesti tärkeitä asioita. Hoitaja 1 muistutti psykiatrian korostavan sitä, että hoidossa ovat mielisairaat tai itselleen ja ympäristölleen vaaralliset henkilöt. Hoitajan 5 mukaan on tärkeää ottaa potilaan oma mielipide huomioon haastattelutilanteessa. Hoitaja 1 toi myös hyvin esille sen, kuinka tarvitsee punnita, ovatko avohoidon keinot riittäviä potilaan mielenterveyden tueksi. ”...sit tietysti niitä mitä siinä pitää arvioida että onko avohoidon keinot riittävät, että onko hänellä avohoitoa tai työterveyshuoltoa, missä voi käydä tai että jotain tahoja, jos tuntuu siltä että ei oo niiku välittömän sairaalahoidon tarpeessa”. Hoitajan 4 mielestä riittävän keskusteluajan antaminen potilaalle auttaa kokonaistilanteen hahmottamisessa. Mikäli haastateltavia potilaita on jonossa paljon, ajankäyttö yhtä potilasta kohden voi kuitenkin jäädä vähäiseksi. Hoitaja 5 kuvaili kriisipotilaan kanssa tehtävän työn olevan läsnäoloa, asioiden hoitamista ja järjestelmistä sekä neuvomista.

Kysyttäessä yleisiä kriteereitä osastohoidon tarpeen määrittelyyn, painottivat hoitajat omien tunnekokemusten ja havaintojen tärkeyttä tilanteessa. Hoitajat 5, 3 ja 4 painot-

tivat, että oma tunne tilanteesta on usein oikeassa. Hoitaja 5 kertoi, että mikäli potilasta ei oteta osastohoitoon, tulee hoitajalla olla varmuus potilaan pärjäämisestä kotona. Hoitaja 4 muistutti, että osastolla lääkäri tekee lopullisen päätöksen potilaan hoidon tarpeesta ja hoitomuodosta. Hoitaja 1 ja 2 eivät kommentoineet aihetta haastattelun aikana.

Kysyttäessä, mitkä asiat laitettaisiin opasvihkoon, ei yhteneväistä vastausta saatu. Puhelinnumeroiden tärkeydestä vihkossa oltiin erimielisiä. Hoitaja 5 kannatti tärkeimpien yhteistyökumppaneiden ja hoitopaikkojen yhteystietoja. Hoitaja 3 toivoi psykiatrian poliklinikoiden ja Mikkelin avohoitoyksiköiden yhteystietoja laitettavaksi vihkoon. Perusteena oli tiedonkulun helpottaminen. Hoitajat 1, 2 ja 4 eivät ilmaisseet mielipidettään.

Kysyttäessä, miten toimitaan päihtyneiden potilaiden kohdalla, vastasi hoitaja 1 ensimmäisenä ”Juopuneiden potilaiden kohdalla pääsääntönä pidetään, että heitä ei lähetä arvioimaan, vaan odotetaan esimerkiksi seuraavaan aamuun”. Hoitaja 3 yhtyi hoitajan 1 kommenttiin. Hoitaja 5 tarkensi, että vaikka tiedettäisiin potilaan olevan humalassa, joskus on tarvetta mennä keskustelemaan hänen kanssaan. Joskus voi olla myös tarvetta ottaa päihtynyt potilas osastolle. Syynä voi olla esimerkiksi omaisen huoli potilaan kotona pärjäämisestä. Hoitaja 4 ilmaisi asian näin ”...että ei se sit aina kerro kaikkea vaikka, humalassa onkin, mutta kyllä se lähtökohta on, että mitä vähemmän puhaltaa niin sitä parempi”. Hoitaja 1 myös huomautti, että humalataila ei saa kuitenkaan olla esteenä hoidolle. Hoitajat kokivat haasteellisiksi juopuneet aggressiiviset potilaat muun muassa siksi, että heidän luotettava voinnin arviointi on vaikeaa. Hoitaja 2 ei kommentoinut asiaa.

Kysyttäessä hoitajilta, mitä muuta he haluavat sanoa, hoitaja 1 kertoi huolensa työtilojen puutteellisuudesta päivystyksessä. Hoitajien 1 ja 2 huolenaiheena olivat tilojen sopimattomuus arkoja aiheita käsiteltäessä sekä huoneiden turvattomuus, esimerkiksi toimenpidehuoneet, joihin välillä ohjataan menemään potilaan kanssa. Hoitaja 5 kertoi, että hoitajat eivät ole saaneet perehdytystä päivystyksen hälytinjärjestelmästä. Samalla hoitaja 3 totesi myös, että on mahdollista pyytää vartija oven taakse keskustelun ajaksi. Hoitaja 5 toi esille, että tiedonkulku päivystyksessä voi olla vaikeaa. Potilaasta soittaessa päivystävälle psykiatriselle sairaanhoitajalle tulee hoitajan ottaa potilaan nimi ja tiedot ylös paperille.



Hoitaja 1 toi esille myös vaihtoehdon siitä, että potilas on mahdollista ottaa osastolle polikliiniseen seurantaan esimerkiksi yön yli, mikäli ei olla varmoja potilaan hoidon tarpeesta. Hoitajan 1 kommentin jälkeen esitettiin lisäkysymys hoitajille kirjauksesta. Hoitaja 5 kertoi, että kiireellisissä tapauksissa kirjaus tehdään heti yhteispäivystyksessä ja sen on hyvä olla lyhyt ja tuoda pääasiat selviksi. Kiireettömissä tapauksissa kirjauksen voi tehdä osastolla ja se on hyvä olla pidempi ja kattavampi. Kirjaus tehdään PSYKIA-lehdelle. Hoitaja 1 koki kirjaamisen ongelmalliseksi.

Lisäksi esitettiin kysymys koskien alaikäisiä. Hoitaja 4 tarkensi, että alaikäisiä ei lähetä arvioimaan, mutta esimerkiksi kriisitilanteissa perheet kohdataan kokonaisvaltaisesti. Hoitajan 5 mukaan ulkopaikkakuntalaiset ja alaikäiset ovat päivystyksen lääkärin vastuulla.

### **8.3 Tulosten luotettavuus**

Haastattelu on kvalitatiivisen tutkimustavan mukainen tutkimusmenetelmä. Haastattelun luotettavuutta voidaan arvioida kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuuden kriteereillä (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 160). Haastattelua käytettiin keräämään tietoa päivystävän psykiatrisen sairaanhoitajan työstä Mikkelissä. Lisäksi haluttiin tietää, onko psykiatrisilla hoitajilla toiveita opasvihkon suhteen.

Eräs kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnin keino on tarkastella sen uskottavuutta, siirrettävyyttä, riippuvuutta ja vahvistettavuutta. Näistä tärkeimpiä arviointimenetelmiä ovat uskottavuus ja siirrettävyys. Uskottavuus edellyttää tulosten kuvaamista selkeästi. Ne on kuvattava niin, että lukija ymmärtää, miten analyysi on tehty ja mitkä ovat tutkimuksen vahvuudet tai mitkä rajoitukset. Tutkimuksen ja tulosten siirrettävyys tarkoittaa sitä, että tutkimuskonteksti eli tutkittava asia on kuvattava huolellisesti. Osallistujien valinta ja taustat tulee myös selvittää tarkasti. Lisäksi tutkimuksen aineiston keruu ja analyysi tulee selittää työn raportissa seikkaperäisesti. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 159–161.)

Haastattelun kautta saadun tiedon luotettavuus on ollut yksi puheenaihe jo aivan opinäytetyön alkuvaiheista lähtien. Haastattelun valmistelun yhteydessä pohdittiin sitä, kuinka kokemattomuus haastattelijana ja tällaisen tutkimuksen teossa voivat vaikuttaa tulokseen. Lisäksi pohdittiin, kuinka toisen meistä aikaisempi työkokemus Moision sairaalan osastolla yksi voi olla luotettavuuteen vaikuttava tekijä. Koemme sen kui-

tenkin vain olevan hyödyksi, sillä molemmat tarkastelevat työtä hieman eri tavalla. Voisikin sano, että olemme tässä suhteessa enemmän ikään kuin täydentäneet toistemme tietoa ja näkökulmia asioiden suhteen.

Muita mahdollisia luotettavuuteen vaikuttavia asioita ovat haastateltavien kokemus päivystävän psykiatrisen sairaanhoitajan työstä. Haastateltavaksi toivottiin vain kokeneempia hoitajia, mutta haastatteluun osallistui myös hieman kokemattomampiakin hoitajia. Myös se, että yksi hoitaja ei ollut perehtynyt kysymyksiin etukäteen saattoi vaikuttaa haastattelun kulkuun ja siitä saatavaan tiedon laatuun. Lisäksi luotettavuuteen vaikuttaa haastattelussa haastateltavien vastausten rönsyily pois aiheesta ja heidän vastaustensa peilaaminen juuri lähiaikoina sattuneeseen päivystystilanteeseen.

Koko opinnäytetyön kannalta ehkä suurin luotettavuuteen vaikuttava tekijä on aiheen rajauksen ongelmat. Heti työn alkukartoituksissa huomattiin, kuinka paljon ja laajoista asioista osaston työntekijät toivoivat tehtävän selvitystä. Työtä tehdessä saatiin lisäksi paljon laajennusehdotuksia, joista suurin osa on koskenut hoitotyön kirjaamista ja kirjaamiseen käytettävää tietokoneohjelmaa. Lisäksi laeista ja muun muassa avohoitopaikkojen yhteystiedoista sekä toiminnasta olisi toivottu enemmän tietoa.

## **9 OPASVIHKON TUOTTAMINEN**

Opasvihkon (liite 4) valmistus tuntui luontevalta, sillä Moision sairaalan osastolla yksi oli selkeä tarve toiminnalliselle opinnäytetyölle. Sen tavoitteena on toimia osaston uusien työntekijöiden perehdytysmateriaalina ja helpottaa kokeneempienkin työntekijöiden työskentelyä. Vihkoon on koottu psykiatrisen päivystyspotilaan haastatteluun ja hoitoon ohjaamiseen liittyvää tietoa. Opasvihkon on tarkoitus toimia myös potilaan voinnin arvioinnin tukena ja sen on tarkoitus täydentää Moision sairaalan osaston yksi jo olemassa olevaa materiaalia päivystävän psykiatrisen sairaanhoitajan työstä.

### **9.1 Sisällön suunnittelu ja toteutus**

Sisällöllisiä toiveita opasvihkon suhteen saimme ensimmäisellä tapaamisella koululla, jossa tulevasta aiheesta olivat pohtimassa Moision sairaalan osasto yhden osastonhoitaja ja kaksi osastolla työskentelevää sairaanhoitajaa sekä ohjaava opettaja. Tämä tapaaminen pidettiin kesäkuussa 2012. Silloin oli puhetta lakien, yhteystietojen ja poti-

laan kohtaamiseen liittyvien asioiden laittamisesta opasvihkoon. Vihkosta oli tarkoitus tulla työhön perehdyttävä ja työntekoa tukeva kokonaisuus. Lisää työhön liittyviä toiveita saimme kuulla päivystävien psykiatristen sairaanhoitajien haastattelun yhteydessä. Silloin, kuten kesäkuun palaverissakin tuli esille toiveet saada opasvihkoon tietoa myös kirjaamisesta. Tietokoneen käytön neuvontaan asti työtä ei kuitenkaan voinut laajentaa. Lisäksi haastattelun aikana pohdittiin jälleen yhteistyötahojen ja yhteystietojen laittamisesta työhön. Kesäkuun tapaamisessa asiaa pidettiin tärkeänä, mutta haastattelussa osa hoitajista ei kokenut niiden lisäämistä työhön järkevänä jatkuvien puhelinnumeromuutosten takia. Yhteistuumin he tuntuivat kuitenkin kannattavan erilaisten auttavien tahojen ja paikkojen nimeämistä opasvihkoon.

Näiden keskustelujen perusteella liitimme opasvihkoon tietoa potilaan haastattelusta päivystyksestä, potilaan kohtaamisesta, erilaisten psyykkisten sairauksien oireista, yhteistyötahojen yhteystiedot ja päivystävään psykiatriseen sairaanhoitotyöhön liittyvien lakien maininnat. Tämä vihkon asettelu ei kuitenkaan jäänyt pysyväksi sillä 1.3.2013 pidettiin palaveri Moision osaston yksi hoitajien ja osastonhoitajan kanssa, koska he toivoivat vihkoon muutoksia. Ensimmäinen versio vihkosta lähetettiin viikkoa aiemmin, jotta he pystyivät tutustumaan siihen etukäteen.

Palaverissa kävi ilmi, että opasvihkon olisi hyvä olla tiiviimpi ja selkeämpi kokonaisuus, kuin mitä oli ymmärretty. Niinpä uusiksi ohjeiksi saimme sisällyttää vihkoon tietoa päivystävän psykiatrisen sairaanhoitajan tehtävistä, potilaan haastattelusta, hoidon kriteereistä ja yhteistyötahojen yhteystiedot sekä työn kuvaukset. Saatu palaute kirjattiin käsin ylös ja lopuksi tarkennettiin asiaa käymällä läpi muutokset. Muutosten teko ei ollut vaikeaa, sillä nämä asiat oli kirjoitettu raporttiin. Koko vihkon sisältö vain koottiin uudelleen jo valmiiksi kirjoitetusta tiedosta. Opasvihkosta tuli nyt hyvä ja tiivis perehdytysmateriaali. Vaikka raportissa käsiteltiin muun muassa sairauksia laajemmin, jätettiin ne vihkosta pois. Palaverissa todettiin psyykkisten sairauksien olevan asioita, jotka hoitajan tulee jo tietää. Laeista vihkoon olisi jätetty vain mielen-terveyslaki, joten siksi sekin päätettiin yhteistuumin jättää vihkosta pois.

Viimeinen palaveri opasvihkosta pidettiin 14.3.2013, jolloin kävimme läpi vihkoon tehdyt muutokset. Palaverissa saimme lisäksi vielä uusia ehdotuksia opasvihkon sisällön tarkentamiseen ja palaverin aikana sovittiin yhdessä vihkon lopullisesta sisällöstä. Palavereissa saatua palautetta käytettiin opasvihkon sisällön muokkaamiseen ja ilmai-

sujen tarkentamiseen. Potilaan kohtaamiseen liittyvä osio ja sen liittäminen takaisin opasvihkoon oli keskustelun aiheena. Yhteistuumiin laitettiin tämä osio takaisin vihkoon päivystyspotilaan kriisinäkökulmaa täydentämään. Lisäksi tärkeimmät psykiatrista hoitotyötä ohjaavat lait ja yleisimpiä psykiatrisia sairauksia mainitaan opasvihkossa. Niiden tarkempi kuvaus olisi tehnyt opasvihkosta liian paksun.

Sisällön suunnittelussa ja opasvihkon aihealueiden valinnassa tulee ottaa huomioon kenelle ja mihin tarkoitukseen työtä tehdään. Oppaissa on käytettävä toisentyylistä tekstiä kuin itse työn raportissa. Sanamuotojen valinnassa on hyvä miettiä kohderyhmää, jolle tuotos tehdään. (Vilka & Airaksisen 2004, 65.)

## **9.2 Ulkoasun suunnittelu ja toteutus**

Opasvihkon koko, painopaperi ja tekstin typografia eli tekstin ja kirjainten asettelu vaikuttavat työn luettavuuteen. Paperin laatu ja työn värimaailma sekä teksti ovat kolme tekijää, jotka oikein yhteen sommiteltuina tekevät työstä luettavan. (Vilka & Airaksinen 2004, 52–53.) Opasvihko suunniteltiin tarkoituksella pieneksi, jotta sitä olisi helppo kuljettaa mukana työvuoroissa. Kooksi valittiin A6, sillä se mahtuu hoitajien työasujen taskuun. Ulkonäöllisesti opasvihko pyrittiin pitämään pelkistettynä ja siistinä. Haastattelutilanteessa olleet hoitajat ehdottivat vihkoon laitettavan paljon värejä, mutta vihkon selkeyden ja luettavuuden takia värimaailma pyrittiin pitämään pääasiassa kahden värin eri sävyissä. Värivalintoina toimivat sininen ja vihreä. Ne ovat molemmat sairaalamaailmaan yhdistettyjä värejä.

Värit vihreä ja sininen koetaan kaikkialla länsimaissa aika samalla tavalla, mutta niiden tulkinnat eivät ole yksiselitteisiä, sillä värisävyt voivat vaihdella huomattavasti. Yleinen käsitys kuitenkin on, että vihreä väri rinnastetaan luonnolliseen, rauhallisuuteen ja rentoutumiseen. Sininen väri taas rinnastetaan voimakkuuteen, luotettavuuteen ja arvovaltaan. (Microsoft Office 2013.) Sinistä väriä käytettiin opasvihkossa sivujen kehyksissä ja kuvissa. Sisällysluettelo-sivu on ainoa, jota ei kehystetty, jottei siitä tulisi liian sekava. Vihreitä värejä löytyy sisällysluettelon kuvioinnista ja kannesta. Sininen väri toistuu myös otsikoissa ja ranskalaisina viivoina käytetyissä salmiakkimaisissa kuvioissa.

Päätimme käyttää opasvihkossa kirjainkokona kokoa 20 tekstissä ja kokoa 24 otsikoissa. Fonttina käytimme Cambriaa sen selkeyden ja pehmeiden vuoksi. Times New

Romania eikä mitään muitakaan yleisiä fontteja haluttu käyttää ja muun muassa tämän takia päädyimme Cambriaan. Fonttikoon valintaan vaikuttivat opasvihkon luettavuus ja tiedon mahtuminen A6:n kokoiselle sivulle. Kuvia käytimme mukavamman yleisilmeen saamiseksi työhön ja kaikki kuvat ovat peräisin Windowsin ClipArt -kokoelmista. Hyvin valitut tekstiä täydentävät kuvat lisäävät luettavuutta ja kiinnostavuutta (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 40). Kuvia on käytetty lähinnä tuotoksen kannessa ja sisällysluettelossa lukemisen houkuttelemiseen. Opasvihkon painopaperina käytimme Xerox Colotech+ -paperia, joka on valkoista ja hieman kiiltävää sileää tulostinpaperia sekä se soveltuu hyvin väritulosteisiin. Paperin paksuus on 160g/m<sup>2</sup>. Opasvihkon riviväliksi säädettiin 1,5 ja kappaleet erotettiin toisistaan yhdellä välirivillä. Lisäksi yhteystietojen luetteloinnissa käytettiin sisennystä selkeyttämään tekstiä.

Otsikoinnissa voidaan käyttää suuraakkosia ja leipätekstissä pienaakkosten käyttö on paikallaan. Kun leipätekstistä halutaan korostaa jotain, on hyvä käyttää korostukseen lihavoitua. (Torkkola ym. 2002, 59.) Otsikot tehtiin suuraakkosin ja lihavoinnilla sekä sisennyksillä haluttiin helpottaa tekstin lukemista.

Opasvihkossa jokainen aihealue alkaa omalta sivultaan, jotta tuotos pysyisi selkeänä ja helposti luettavana. Kuvia emme käyttäneet täyttämään asettelun aikaansaamia tyhjiä tiloja. Torkkola ym. (2002, 41) mukaan tyhjä tila voi toimia tuumaustauon merkkinä eikä sitä siksi tule pelätä jättää työhön. Opasvihkon loppuun lisättiin yksi sivu, johon työntekijät voivat tehdä omia muistiinpanojaan tai esimerkiksi päivittää tietoja.

## **10 POHDINTA**

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa opasvihko päivystävän psykiatrisen sairaanhoitajan työn tueksi. Aihe on rajattu koskemaan niin psyykkisesti sairaan kuin kriisipotilaan kohtaamista, hoitoon ohjaamista sekä psykiatrista hoitotyötä koskevia lakeja. Työskentelyn alkuvaiheessa perehdyttiin eri tietokantoihin, joista löytyi hoitotyöhön liittyvää materiaalia. Vaikka hakusanoilla löytyi paljon aineistoa, emme kuitenkaan käyttäneet lähteinä kuin luotettavimmiksi katsottuja ja terveydenhuoltoalalla arvostettuja tietolähteitä. Yhtenä tiedonkeruumenetelmänä on käytetty päivystävien psykiatristen sairaanhoitajien haastattelua. Haastatellut työskentelevät Moisioin sairaalan osastolla yksi.

Psykiatrisessa päivystystyössä tärkeintä on potilaan kohtaaminen ja arviointi, eikä näitä voida korostaa liikaa. Pääsääntöisesti psykiatrisen potilaan auttaminen tapahtuu kuuntelemalla ja keskustelemalla. (Koponen & Sillanpää 2005, 396.) Haastattelun perusteella tehtävä potilaan arviointi muodostaa psykiatrisen työskentelyn perustan. Sen päämääränä on kuvata potilaan psykiatriset ongelmat. Taitava haastattelija hallitsee strukturoidun ja vapaan haastattelutekniikan, joita käytetään joustavasti potilaan yksilölliset tarpeet huomioiden. Tällä tarkoitetaan sitä, että avoimet ja kohdennetut kysymykset vuorottelevat, jolloin haastattelu etenee vapaasti ja saadaan vastaus haluttuihin kysymyksiin. (Lönnqvist 2011, 33.)

Päivystävän psykiatrisen sairaanhoitajan työn tutkiminen oli mielenkiintoista. Aluksi meillä oli vaikeuksia rajata aihetta ja tuntui vaikealta jättää pois esimerkiksi kirjaamiseen liittyviä asioita. Kaikista mielenkiintoisinta työssä oli haastattelun tekeminen ja kriisin tutkiminen. Haasteellisimmaksi asiaksi koettiin lakien tulkinta ja haastattelun analysointi. Tutkimushaastattelun tekemisestä tai analysoinnista ei ollut aikaisempaa kokemusta.

Keskinäinen työskentelymme työparina sujui ongelmitta. Teoreettisen viitekehyksen kokoaminen aloitettiin kesällä 2012 ja prosessille annettiin tarpeeksi aikaa kypsyä. Aikataulut oli kahden kesken helppo sopia ja suunnitellussa aikataulussa pysyttiin. Työn edetessä tarkentui lopullinen aikataulu, mutta alusta pitäen tavoitteenamme oli saada työ valmiiksi keväällä 2013. Työskentely oli helppoa, sillä koimme täydentävämme toisiamme. Aluksi tehtiin paljon työnjakoa ja sovittiin tietyin aikavälein tapaamisia, mutta mitä pidemmälle työ eteni, sitä tiiviimmin teimme työtä yhdessä. Työtä tehdessä kehityimme niin raportin kirjoittajina kuin tutkimuksen tekijöinä.

Toiminnallisen opinnäytetyön tekijöille suosittelemme hyvän pohjatyön tekemistä ja riittävän teorian tiedon hankintaa mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Tämä helpottaa suuresti työssä etenemistä ja kokonaisuuden hahmottamista. Itse tuotoksen eli opasvihkon aikaansaanti tuntuu konkreettiselta saavutukselta opinnäytetyötä tehtäessä. Varsinkin jos tällaista ei ole tehnyt aiemmin, niin kuin me emme olleet tehneet. Työskentely oli motivoivaa, sillä lopputuloksena oli toivottu tuote. Työntekoon on varattava riittävästi aikaa, koska tuotteen tilaajalla voi olla selkeät mielipiteet ja toiveet val-

miista tuotteesta. Tämä voi tarkoittaa useita muutosehdotuksia, joiden tekeminen vaatii lisääaikaa.

Opasvihko on tarkoitettu helpottamaan päivystävän psykiatrisen sairaanhoitajan työtä. Tämän lisäksi vihkon on tarkoituksena toimia perehdyttävänä materiaalina uusille päivystysvuoroja tekeville hoitajille. Toivomme, että Moisioin sairaalan osaston yksi henkilökunta käyttää opasvihkoa hyödyksi mahdollisimman monella tavalla.

Aiheen tutkiminen oli tärkeää sillä päivystävän psykiatrisen sairaanhoitajan työ on melko uutta Mikkeliissä. Opasvihko hyödyttää psykiatrisen päivystystyön hahmottamista ja kehittämistä. Opinnäytetyö myös helpottaa uusien työntekijöiden työhön perehdyttämistä. Työssä ei kuitenkaan perehdytty kirjaamiseen päivystysvuoroissa ja tämä olisikin siksi hyvä jatkotutkimusaihe. Opasvihkon oltua käytössä noin vuoden, voisi sen toimivuudesta ja käytöstä tehdä kartoittavan tutkimuksen. Jatkotutkimuksena työstä voisi myös tehdä laajemman selvityksen psykiatrisesta päivystystyöstä Suomessa.

Opinnäytetyön luotettavuuteen vaikuttava tekijä on aiheeseen liittyvän tiedon vähäisyys sekä toisen meistä aikaisempi työskentely osastolla yksi. Osastolla työskentelyn voi myös nähdä eettisenä ongelmana, sillä haastattelussa olleet hoitajat olivat tuttuja toiselle meistä ja se saattoi vaikuttaa haastatteluun. Uskomme sen vain auttaneen teorian ymmärtämisessä ja opinnäytetyön tekemisessä. Toisaalta toisen kokemattomuus aiheeseen liittyen toi esiin sellaisiakin kysymyksiä, jotka olivat tärkeitä opinnäytetyön tekemisen kannalta.

Päivystävän psykiatrisen sairaanhoitajan työn merkitys avautui meille työtä tehdessämme. Työssä korostuu potilaan kohtaamiseen ja voinnin arviointiin liittyvät asiat sekä kyky havaita potilaan hoidon tarve. Oikealla hoidolla on suuri merkitys potilaan voinnin paranemisessa. Mahdollisimman varhainen hoidon tarpeen havaitseminen ja hoitoon ohjaaminen ovat tekijöitä, jotka vaikuttavat potilaan toipumisennusteeseen (Lönnqvist ym. 2011, 642). Mielenterveyslain mukaan kunnilla on velvoite järjestää tarvittavat ja riittävät mielenterveyspalvelut niitä tarvitseville.

Aiheeseen perehtymisen jälkeen olemme ehdottomasti sitä mieltä, että päivystävän psykiatrisen sairaanhoitajan työ on tärkeää potilaan hoidon turvaamisen kannalta. On

erittäin hyvä, että tällaista yhteistyötä on lähdetty toteuttamaan sairaaloiden välillä. Jälkeenpäin ajatellen olisimme voineet perehtyä paremmin yhteispäivystyksen toimintaan psykiatrisen potilaan kohdalla. Olisimme esimerkiksi voineet haastatella yhteispäivystyksen hoitajia. Opasvihkon ja sen raportoinnin toteutuksessa olemme onnistuneet tästä huolimatta. Teoreettinen viitekehys ja aineistonkeruumenetelmät opinnäytetyössä on toteutettu kattavasti.



## LÄHTEET

Callaghan, Patric 2012. Emergencies in Mental Healt Nursing. United Kingdom. Oxford: Oxford University Press.

Etelä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä 2007. Mikkelin kaupungin mielenterveysvastaanotto. WWW-dokumentti. <http://www.esshp.fi/mielenterveysvastaanotto>. Päivitetty 11.6.2012. Luettu 15.3.2013.

Etelä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä 2007. Psykiatrian akuuttityöryhmä. WWW-dokumentti. <http://www.esshp.fi/akuuttipsykiatrianpkl>. Päivitetty 16.10.2012. Luettu 20.1.2013.

Etelä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä 2007. Psykiatrian poliklinikka. WWW-dokumentti. [http://www.esshp.fi/alltypes.asp?menu\\_id=470](http://www.esshp.fi/alltypes.asp?menu_id=470). Päivitetty 12.12.2011. Luettu 20.1.2013.

Etelä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä 2007. Psykogeriatrian poliklinikka. WWW-dokumentti. [http://www.esshp.fi/alltypes.asp?menu\\_id=1601](http://www.esshp.fi/alltypes.asp?menu_id=1601). Päivitetty 30.5.2012. Luettu 20.1.2013.

Etelä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä 2007. Psykoosipoliklinikka. WWW-dokumentti. [http://www.esshp.fi/alltypes.asp?menu\\_id=2186](http://www.esshp.fi/alltypes.asp?menu_id=2186). Ei päivitystietoja. Luettu 20.1.2013.

Heiskanen, Tarja, Salonen, Kristiina & Sassi, Pirkko 2010. Mielenterveyden ensiapukirja. Suomen mielenterveysseura. SMS-tuotanto Oy. Helsinki: StarOffset Oy.

Henriksson, Markus & Lönnqvist, Jouko 2011. Psykkiset kriisit, sopeutumishäiriöt ja stressireaktiot. Teoksessa Lönnqvist, Jouko, Henriksson, Markus, Marttunen, Mauri & Partonen, Timo (toim.) Psykiatria. Duodecim. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Huttunen, Matti 2011. Tahdonvastainen psykiatrinen sairaalahoito. Terveyskirjasto. WWW-dokumentti.

[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00512](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00512). Päivitetty 30.11.2011. Luettu 5.7.2012.

Isometsä, Erkki 2011. Kaksisuuntainen mielialahäiriö. Teoksessa Lönnqvist, Jouko, Henriksson, Markus, Marttunen, Mauri & Partonen, Timo (toim.) Psykiatria. Duodecim. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Kankkunen, Päivi & Vehviläinen-Julkunen, Katri 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOYpro OY.

Kansanterveyslaki 28.1.1972/66. WWW-dokumentti.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1972/19720066#L1>. Päivitetty 16.12.2011. Luettu 23.2.2013.

Koponen, Leena & Sillanpää, Kirsi (toim.) 2005. Potilaan hoito päivystyksessä. Jyväskylä: Tammi.

Krause, Kaisa & Kiikkala, Irma 1996. Hoitotieteellisen tutkimuksen peruskysymyksiä. Helsinki: Kirjayhtymä OY.

Kuosmanen, Lauri 2003. Psykiatrinen potilas ensihoidossa. Teoksessa Alaspää, Ari, Kuisma, Markku, Rekola, Leena & Sillanpää, Kirsi (toim.) Uusi ensihoidon käsikirja. Hygieia. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Osakeyhtiö.

Lastensuojelulaki 13.4.2007/417. WWW-dokumentti.

[http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070417?search\[type\]=pika&search\[pika\]=lastensuojelulaki](http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070417?search[type]=pika&search[pika]=lastensuojelulaki). Päivitetty 28.12.2012. Luettu 26.3.2013.

Laukkala, Tanja 2011. Aikuisen psykiatrinen tutkiminen. Duodecim. WWW-dokumentti.

[http://www.terveysportti.fi.ezproxy.mikkeliyamk.fi:2048/dtk/ltk/koti?p\\_artikkeli=ykt01693&p\\_haku=psykiatrisen%20potilaan%20haastattelu](http://www.terveysportti.fi.ezproxy.mikkeliyamk.fi:2048/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt01693&p_haku=psykiatrisen%20potilaan%20haastattelu). Päivitetty 9.2.2011. Luettu 26.7.2012.

Lönnqvist, Jouko 2011. Potilaan tutkiminen. Teoksessa Lönnqvist, Jouko, Henriksson, Markus, Marttunen, Mauri & Partonen, Timo (toim.) Psykiatria. Duodecim. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Lönnqvist, Jouko & Lehtonen, Johannes 2011. Psykiatria ja mielenterveys. Teoksessa Lönnqvist, Jouko, Henriksson, Markus, Marttunen, Mauri & Partonen, Timo (toim.) Psykiatria. Duodecim. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Lönnqvist, Jouko, Pylkkänen, Kari & Moring, Juha 2011. Hoitoon ohjaaminen. Teoksessa Lönnqvist, Jouko, Henriksson, Markus, Marttunen, Mauri & Partonen, Timo (toim.) Psykiatria. Duodecim. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Lönnqvist, Jouko & Suvisaari, Jaana 2011. Muut psykoosit. Teoksessa Lönnqvist, Jouko, Henriksson, Markus, Marttunen, Mauri & Partonen, Timo (toim.) Psykiatria. Duodecim. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Microsoft Office 2013. Värien käyttäminen tehokkaasti: Kuinka värit vaikuttavat käyttäjään. WWW-dokumentti:<http://office.microsoft.com/fi-fi/frontpage-help/varien-kayttaminen-tehokkaasti-kuinka-varit-vaikuttavat-kayttajaan-HA001042937.aspx>. Päivitetty 2013. Luettu 25.1.2013.

Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116. WWW-dokumentti. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>. Päivitetty 20.12.2010. Luettu 7.8.2012.

Mikkelin A-klinikka 2013. Yhteystiedot. WWW-dokumentti. <http://www.a-klinikka.fi/yhteystiedot/a-klinikksaation-toimipaikkojen-yhteystiedot/mikkelin-a-klinikka>. Ei päivitystietoja. Luettu 20.1.2013.

Mikkelin kriisikeskus 2013. Yhteystiedot. WWW-dokumentti. <http://www.mikkelinkriisikeskus.fi/index.php?id=7>. Ei päivitystietoja. Luettu 20.1.2013.

Mikkelin seudun sosiaali- ja terveystoimi 2013. Sosiaalipäivystys. WWW-dokumentti.

<http://www.mikkelinseutusote.fi/paevystys-ja-ensiapu/sosiaalipaeivystys>. Päivitetty 27.03.2012. Luettu 15.3.2013.

Noppari, Eija, Kiiltomäki, Aliisa & Pesonen, Arja 2007. Mielenterveystyö perusterveydenhuollossa. Vammala: Vammalan Kirjapaino Oy.

Ohje M1-lähetteen täytöstä 2012. Käypä hoito -suositus. WWW-dokumentti. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/nix01384>. Päivitetty 22.6.2009. Luettu 2.7.2012.

Olkkari 2013. WWW-dokumentti. <http://mikkelinolkkari.fi>. Ei päivitystietoja. Luettu 15.3.2013.

Palosaari, Eija 2007. Lupa särkyä – kriisistä elämään. Helsinki: Edita Prima Oy.

Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2012. Hyvä akuuttipsykiatrinen lähete (B1-lähete). WWW-dokumentti. <http://www.pshp.fi/default.aspx?contentid=7809>. Päivitetty 12.12.2011. Luettu 2.7.2012.

Psykiatrinen sairaanhoitaja päivystyksessä 2011. Etelä-Savon sairaanhoitopiiri, Moisio sairaala osasto 1. Materiaali hoitajille.

Pulkkinen, Satu & Vesanen, Päivi 2011. Henkinen ensiapu ja mielenterveyspotilaan hoito. Teoksessa Mustajoki, Marianne, Alila, Anja, Matilainen, Elina & Rasimus, Mirja (toim.) Sairaanhoitajan käsikirja 2010. Duodecim. Porvoo: Bookwell Oy.

Saari, Salli, Kantanen, Irja, Kämäräinen, Leena, Parviainen, Kaisa, Valoaho, Sari & Yli-Pirilä, Pia (toim.) 2009. Hädän hetkellä, psyykkisen ensiavun opas. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Sosiaalihuoltolaki 17.9.1982/710. WWW-dokumentti. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1982/19820710?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=sosiaalihuoltolaki#L1>. Päivitetty 28.12.2012. Luettu 23.2.2013.

Suomen ev.lut kirkko 2013. Apua ja tukea. WWW-dokumentti.

<http://evl.fi/EVLfi.nsf/Documents/40D5B401E55B1785C225748000449ACD?OpenDocument&lang=FI>. Ei päivitystietoja. Luettu 15.3.2013.

Suomen perustuslaki 11.6.1999/731. WWW-dokumentti.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731>. Päivitetty 4.11.2011. Luettu 26.3.2013.

Terveystieteiden laiton laki 30.12.2010/1326. WWW-dokumentti

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>. Päivitetty 8.4.2011. Luettu 20.11.2012.

Toivio, Timo & Nordling, Esa 2011. Mielenterveyden psykologia. Helsinki: Edita.

Torkkola, Sinikka, Heikkinen, Helena & Tiainen, Sirkka 2002. Potilasohjeet ymmärrettäväksi -opas potilasohjeiden tekijöille. Helsinki: Tammi.

Valtiontalouden tarkastusviraston tuloksellisuustarkastuskertomus 194/2009. Mielenterveyspalveluja ohjaavan lainsäädännön toimivuus. WWW-dokumentti.

[http://www.vtv.fi/files/1854/1942009\\_Mielenterveyspalvelut\\_netti.pdf](http://www.vtv.fi/files/1854/1942009_Mielenterveyspalvelut_netti.pdf). Helsinki: Edita. Päivitetty 2009. Luettu 7.8.2012.

Vilka, Hanna & Airaksinen, Tiina 2004. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Viola – väkivallasta vapaaksi ry 2013. Yhteystiedot. WWW-dokumentti.

[http://www.ensijaturvakotienliitto.fi/jasenyhdistykset/violavakivallasta\\_vapaaksi\\_ry/yhteystiedot/](http://www.ensijaturvakotienliitto.fi/jasenyhdistykset/violavakivallasta_vapaaksi_ry/yhteystiedot/). Ei päivitystietoja. Luettu 20.1.2013.

## **YHTEISTYÖTAHOJEN YHTEYSTIEDOT**

### **Mikkelin A-klinikka**

puh. 040 167 7778, [www.a-klinikka.fi](http://www.a-klinikka.fi)

### **Mikkelin kaupungin mielenterveysvastaanotto**

puh. 015 194 4570, päivystävä sairaanhoitaja (arkisin klo 9–11) puh. 044 794 5008

[www.esshp.fi](http://www.esshp.fi) (alueelliset hoitopolut → aikuisten depressiopolku → mielenterveysvastaanotto)

### **Mikkelin kriisikeskus**

puh. 015 214 401, [www.mikkelin kriisikeskus.fi](http://www.mikkelin kriisikeskus.fi)

### **Olkkari**

puh. 044 794 3266 (ma–pe klo 13–17)

[www.mikkelinolkkari.fi](http://www.mikkelinolkkari.fi)

### **Perheasiain neuvottelukeskus**

puh. 0400 143 260 (ma–to klo 9–11)

[www.evl.fi](http://www.evl.fi) (apua ja tukea)

### **Psykiatrian akuuttityöryhmä**

puh. 050 351 0024 (vastaava sairaanhoitaja), [www.esshp.fi](http://www.esshp.fi) (erikoisalut ja palvelut → psykiatria)

### **Psykiatrian poliklinikka**

puh. 015 351 5235 (toimisto suljettuna klo 12–13), [www.esshp.fi](http://www.esshp.fi) (erikoisalut ja palvelut → psykiatria)

**Psyko geriatrian poliklinikka**

puh. 015 351 4230, [www.esshp.fi](http://www.esshp.fi) (erikoisalot ja palvelut → psykiatria → Moision sairaala)

**Psykoosipoliklinikka**

Ajanvaraus/hoitajat:

puh. 044 351 6579, 044 351 6684, 044 351 6690, 044 351 6692, [www.esshp.fi](http://www.esshp.fi)  
(erikoisalot ja palvelut → psykiatria → Moision sairaala)

**Päivystävä sosiaalityöntekijä**

Lastensuojelun virka-ajan päivystys arkisin klo 9–15

puh. 044 794 2394

Yhteydenotot virka-ajan ulkopuolella: Häätäkeskus tai

Ensineuvo puh. 015 211 411,


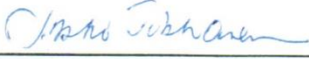
[www.mikkelinseutusote.fi/paivystys-ja-ensiapu](http://www.mikkelinseutusote.fi/paivystys-ja-ensiapu)

(päivystys ja ensiapu → sosiaalipäivystys)

**Viola – väkivallasta vapaaksi ry**

puh. 015 365 330, [http://www.ensijaturvakotienliitto.fi/jasenyhdistykset/viola-vakivallasta\\_vapaaksi\\_ry/](http://www.ensijaturvakotienliitto.fi/jasenyhdistykset/viola-vakivallasta_vapaaksi_ry/)

Etelä-Savon sairaanhoitopiirin ky. Yhtymähallinto Hallintoylihoitaja	Viranhaltijapäätös	Pykälä Mu	Sivu
	28.11.2012	14	1

1.  
Asia **Tutkimusluvan myöntäminen**  
Mäkinen Anna Tuomaala Mari
2.  
Asiaselostus **Psykiatrisen sairaanhoitajan toiminta yhteispäivystyksessä - opas toiminnan tehostamiseksi**  
Tutkijat: Anna Mäkinen ja Mari Tuomaala, Mikkelin ammattikorkeakoulu, Hoitotyön ja terveydenhoitotyön koulutusohjelma  
  
Tutkimuksessa selvitetään päivystävän psykiatrisen sairaanhoitajan työnkuva ja tuotetaan opasvihko Moision sairaalan osaston 1 henkilökunnan käyttöön. Tutkimus suoritetaan ryhmähaastatteluna.  
  
Psykiatristen palvelujen ylihoitaja Sirpa Laamanen puoltaa tutkimuslupahakemusta.
3.  
Päätös Myönnän luvan tutkimuksen suorittamiseen Moision sairaalan osastolla 1.
4.  
Päätös asetettu yleisesti nähtäväksi, paikka ja aika Etelä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymän kirjaamo 3.12.2012 klo 9.00-15.00.
5.  
Allekirjoitus, paikka ja pvm Mikkelissä 28.11.2012
-   
Senja Kuiri  
Hallintoylihoitaja
6.  
Lisätiedot Lisätietoja päätöksestä antaa hallintoylihoitaja Senja Kuiri, puh. 044 351 2650 tai sähköpostitse senja.kuiri@esshp.fi
7.  
Jakelu Anna Mäkinen  
Mari Tuomaala  
osastonhoitaja Jukka Loponen  
ylihoitaja Sirpa Laamanen
8.  
Muutoksenhaku Muutosta tähän päätökseen saa hakea Etelä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymän hallitukselta kirjallisella oikaisuvaatimuksella 14 päivän kuluessa päätöksen tiedoksisaannista. Tarkemmat kirjalliset oikaisuvaatimusohjeet saa päätöksentekijältä tai kirjaamosta, puh. (015) 351 2502.
9.  
Tiedoksiantajan allekirjoitus Pvm 28.11.2012 Tiedoksiantaja 



**HAASTATTELU OPINNÄYTETYÖTÄ VARTEN**

Teemme opinnäytetyönä opasvihkon päivystävän psykiatrisen sairaanhoitajan työstä. Yhtenä tiedonkeruumenetelmänä on hoitajien haastattelu, jonka tarkoituksena on kerätä päivystävien psykiatristen sairaanhoitajien omia kokemuksia ja mielipiteitä päivystysvuoroista sekä siitä, mitä asioita halutaan opasvihkoon, joka on opinnäytetyömme tuotoksena. Haastattelun on tarkoitus olla tukena opasvihkon suunnittelussa ja toteutuksessa. Toivomme, että haastateltavat hoitajat olisivat kokeneita päivystysasioissa.

Meillä on mahdollista pitää yksi haastattelukerta, johon toivomme saavamme neljää viisi hoitajaa haastateltavaksi. Lähetämme kysymykset ohessa etukäteen, jotta haastatteluun on helpompi valmistautua ja hoitajat saavat tietää ennakkoon asiat, joista olemme kiinnostuneita. Nauhoitamme haastattelun, joka pitää analysoida sisällönanalyysi -menetelmällä jälkepäin. Vihkon rakenne ja malli voidaan lienee sopia myöhemmin, mutta voitte miettiä myös sitä, että millaisen vihkon haluaisitte, jotta se olisi käytännöllinen ja esimerkiksi helppo pitää mukana.

**KYSYMYKSIÄ HAASTATTELUUN**

1. Mitkä ovat asioita, jotka koette haasteellisiksi päivystävän psykiatrisen sairaanhoitajan työvuoroissa?
2. Mihin asioihin pyritte kiinnittämään huomiota potilasta haastateltaessa sekä mikä on olennaisinta potilaan voinnin arvioinnissa?
3. Onko teillä yhteisesti sovittuja kriteerejä, joiden perusteella suosittelette potilaalle osastohoitoa? Jos on niin mitkä?
4. Mitkä asiat koette tärkeiksi tietää päivystävän psykiatrisen sairaanhoitajan työstä, jotka opasvihkossa olisi hyvä olla, esim. mitä puhelinnumeroita siihen olisi hyvä laittaa? (esim. uudelle työntekijälle perehdytyspaketti)
5. Miten toimitaan päihtyneiden potilaiden kohdalla?
6. Mitä muuta haluatte sanoa?

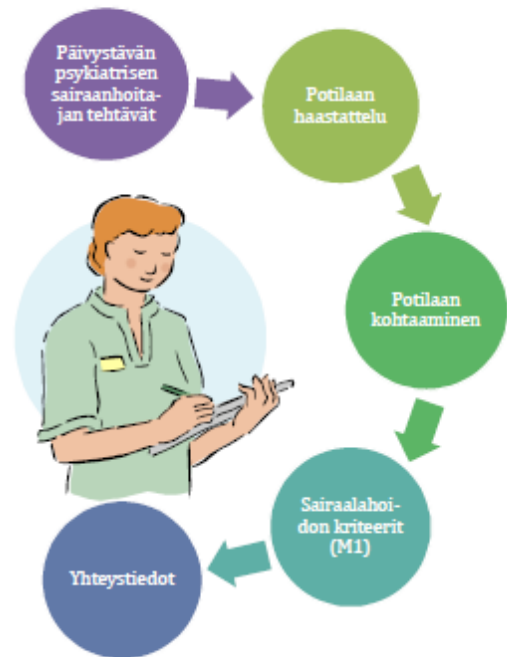
T: Opiskelijat Anna Mäkinen ja Mari Tuomaala

## Päivystävän psykiatrisen sairaanhoitajan opasvihko

## Päivystävän psykiatrisen sairaanhoitajan opasvihko



### SISÄLLYS



### PÄIVYSTÄVÄN PSYKIATRISEN SAIRAANHOITAJAN TEHTÄVÄT

Päivystävän sairaanhoitajan työnkuvaan kuuluu täysi-ikäisten psykiatristen asiakkaiden voinnin ja sairaalahoidon tarpeen arviointi virka-ajan ulkopuolella. Arviointi tapahtuu Mikkelin keskussairaalan yhteispäivystyksessä. Alaikäisiä ei arvioida vaan arvioinnin tekee yhteispäivystyksen lääkäri. Selkeästi päihtyneitä ei myöskään lähdetä arvioimaan. Mikkelin keskussairaalan osastoilla olevat potilaat eivät kuulu päivystävän psykiatrisen sairaanhoitajan arvioitaviksi. Päivystävän sairaanhoitajan vastaanottoja on perustettu potilasvirtojen hallitsemiseksi sekä kiireellisen hoidon tarpeen tarkoituksenmukaiseksi porrastamiseksi.

Jos yhteispäivystyksen hoitajan mielestä päivystykseen tullut potilas tarvitsee psykiatrista tilannearviota tai psykiatrisen sairaalahoidon tarpeen arviointia, ottaa hän yhteyttä Moision sairaalan päivystävään psykiatriseen sairaanhoitajaan. Yhteyttä otetaan myös, jos potilas tarvitsee hoitoon tai palveluihin ohjaamista (avohoido) sekä ohjausta tai neuvoja. Konsultaatioapua voidaan antaa yhteispäivystykseen myös puhelimitse erityistilanteissa. Näitä ovat esimerkiksi yöaikaiset eristyshoidot tai äkilliset sairauslommat osastolla yksi.

### POTILAAN HAASTATTELU

- ❖ psykiatrisen potilaan tilan ja tilanteen arvioinnissa haastattelu on tärkeä ja oleellinen menetelmä
- ❖ lähtökohtana tulee pitää aina potilaan omaa kuvausta tilanteesta
- ❖ potilaan tila ja tarpeet ohjaavat haastattelutilannetta, joka on aina vuorovaikutustilanne
- ❖ haastattelun tekemiseen on hyvä varata riittävästi aikaa
- ❖ haastattelussa tulee huomioida tilanteen turvallisuus
- ❖ ympäristön on hyvä olla rauhallinen ja hiljainen, tarvittaessa vartijan voi pyytää oven taakse
- ❖ onnistuneen haastattelun on oltava yhtenäinen ja kattava kokonaisuus → tärkeää on, että siitä jäisi potilaalle myönteinen ja hoitoon motivoiva kokemus
- ❖ potilaan tilan arvioimiseksi on hyvä käyttää joustavia ja avoimia sekä kohdennettuja kysymyksiä, jotta sen hetkisestä tilasta saisi mahdollisimman tarkan arvion
- ❖ haastattelutilanteessa kerätään potilaan taustatiedot, hoitoon hakeutumisen syyt, mielen terveyden häiriön nykyinen oirekuva ja

## Päivystävän psykiatrisen sairaanhoitajan opasvihko

niiden kehittyminen, henkilöhistoriaa sekä perhe- ja sukutietoja

- ❖ taustatiedoista on tärkeää selvittää haastateltavan ikä, siviilisääty, ammatti, esitietojen antaja, elämänhistoria, mahdolliset traumaattiset tekijät sekä mahdollinen lääkitys
- ❖ haastattelutilanteessa selvitetään potilaan aikaisemmat hoitokontaktit ja niiden jatkuvuus sekä potilaan hoitoon sitoutuminen
- ❖ itsemurhavaara, väkivallan uhka sekä kaikki elimelliset, elämää uhkaavat riskit ja potilaan kohdistuvat ulkoiset vaaratekijät tulee arvioida
- ❖ potilaalta tulee kysyä mielialasta, mahdollisista harhoista, ahdistuksesta ja peloista
- ❖ haastattelun aikana on hyvä kartoittaa haastateltavan orientoituminen, tajunnan tila, kognitiiviset toiminnot, motorikka, mieliala, tunnereaktiot, keskittymiskyky, sairautentunne ja hoitomotivaatio
- ❖ lisäksi tulee huomioida oireita laukaisseet tekijät, sekä niitä pahentavia ja lieventäviä tekijöitä
- ❖ hyvä olisi myös arvioida yhdessä haastateltavan kanssa oireiden vaikutuksesta toimintakykyyn
- ❖ potilasta haastatellessa tulisi kysyä päihteiden käytöstä ja pyrkiä tunnistamaan mahdollinen päihdehäiriö

- ❖ mahdollisimman tarkat tiedot auttavat hoitajaa arvioimaan haastateltavan tilaa sekä psykiatrisen sairaalahoidon tarvetta
- ❖ haastattelun avulla selvitetään ohjataanko potilas avohoitoon vai sairaalahoitoon
- ❖ haastattelun jälkeen sairaanhoitaja informoi päivystävää lääkärinä ja/tai YLE-hoitajaa potilaan tilanteesta ja kirjaa tilannekuvauksen ja suunnitelman PSYKIA-lehdelle
- ❖ YLE-lääkäri päivystyksessä tekee yhdessä päivystävän psykiatrisen sairaanhoitajan kanssa päätöksen sairaalahoidon tarpeesta
- ❖ potilaan tullessa Moisio sairaalaan vapaaehtoiseen hoitoon tekee päivystävä lääkäri erikoisalalehdelle konsultaatiopyynnön (PSYKIA), joka toimii tässä tapauksessa läheteenä. Lääkäri voi myös tehdä B1-lahetteen
- ❖ Moisio sairaalassa päivystävä lääkäri tekee lopullisen päätöksen hoidon tarpeesta ja hoitomuodosta
- ❖ **jos potilas selkeästi täyttää M1-lahetteen kriteerit, lääkäri lähettää potilaan suoraan M1-lahetteella Moisio sairaalaan**

### POTILAAN KOHTAAMINEN

Ihmisen ollessa kriisissä, aiemmat kokemukset ja omat ongelmanratkaisutaidot eivät riitä tai ne eivät toimi uuden, äkillisen tilanteen ymmärtämiseksi. Kriisi-käsitteellä tarkoitamme traumaattisessa kriisissä ja kehityskriisissä olevan potilaan hoitotyötä. Kriisillä tarkoitetaan äkillistä muutosta ihmisen elämässä, ratkaisevaa käännettä tai kohtalokasta häiriötä.



Traumaattisen kriisin vaiheet voidaan jaotella sokkivaiheeseen, reaktiovaiheeseen, kriisin työstämis- ja käsittelyvaiheeseen sekä uudelleensuuntautumisen vaiheeseen (kuva 1). Nämä vaiheet eivät aina kuitenkaan etene tässä järjestyksessä. Shokin tarkoituksena on suojata mieltä kokemukselta, jota se ei kestä. Shokissa olevasta kaikki tapahtuva tai kuultu tuntuu epätodelta.

Shokki-reaktiossa ihmisen tiedonkäsittelyprosessi lakkaa toimimasta eli se mitä ihminen aistii, tallentuu suoraan käsittelemättömänä hänen muistiinsa. Shokissa potilas ei muista ohjeita eikä

häneltä kannata odottaa mitään järjeviä päätöksiä, mutta häntä tulee auttaa kertomalla kaikki tieto mahdollisimman pian. Potilaan kysymyksiin tulee vastata mahdollisimman totuudenmukaisesti.

Kun potilas siirtyy shokista reaktiovaiheeseen, tarkoittaa se ensin hetkittäisiä tiedostamisia siitä mitä on tapahtunut. Siirtyminen tapahtuu pikkuhiljaa sahaten edestakaisin näiden kahden vaiheen välillä. Reaktiovaiheessa myllertävät ihmisen tunteet voimakkaina. Yleensä ensimmäinen tunne on syyttäminen tai syyllisydentunne. Etenkin syyllistämisen vaiheesta on tärkeää päästä yli, jotta muut tunteet tulisivat pinnalle ja tapauksen käsittely jatkuisi. Ruumiillisia reaktioita ovat muun muassa:

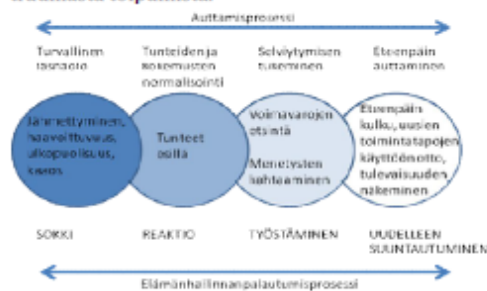
- ❖ painostava väsymys
- ❖ pohjaton uupumus (joka ei mene lepäämällä ohi)
- ❖ painon tunne rinnassa tai puristus rintakehän ympärillä.

Reaktiovaiheessa olevalle on heti tarjottava mahdollisuutta ammattiauttajan kanssa keskusteluun. Tässä vaiheessa olevalle on halua puhua. Reaktiovaiheesta potilas siirtyy työstämis- ja käsittelyvaiheeseen. Nyt potilas alkaa pikkuhiljaa kääntyä sisäänpäin eikä enää oikein halua puhua. Etäisyyden luominen onkin juuri yksi työstämis- ja käsittelyvaiheen tavoitteista. Tässä

## Päivystävän psykiatrisen sairaanhoitajan opasvihko

vaiheessa ei edetä enää niin nopeasti kuin edellisissä vaiheissa. Tälle vaiheelle on ominaista myös muisti- ja keskittymisvaikeudet sekä ärtyvyys ja maltin menettäminen.

Kun työstämis- ja käsittelyvaihe on saatu päätökseen, on seuraavana vaiheena uudelleensuuntautumisen vaihe. Nyt potilas suuntautuu kohti tulevaisuutta ja jättää menneisyyden taakseen. Järkyttävä kokemus on muuttanut ihmisen persoonallisuutta paljon ja tulevaisuuskin näyttää nyt hieman erilaiselta. Tämä vaihe voi viedä jopa vuosia. Uudelleensuuntautumisesta ei tule missään nimessä puhua potilaalle, sillä se vain masentaa häntä, eikä edistä traumasta toipumista.



KUVA 1. Kriisiprosessi ja sen tukeminen

## SAIRAALAHOIDON KRITEERIT (M1)

- ❖ tarkkailu- eli M1-lähetä voidaan tehdä henkilölle, joka on mielisairautensa vuoksi hoidon tarpeessa
- ❖ hoitoon toimittamisen kriteerinä on myös se, että hoitoon toimittamatta jättäminen pahentaisi sairautta tai vaarantaisi henkilön turvallisuuden tai olisi uhaksi muiden henkilöiden terveydelle tai turvallisuudelle
- ❖ lisäksi muut mielenterveyspalvelut olisivat henkilölle hänen tilanteessaan riittämättömiä
- ❖ em. kriteerien on täyttyvä samanaikaisesti
- ❖ mielisairauksina pidetään nykyisen luokituksen mukaan deliriumtiloja, skitsofrenian eri muotoja, elimellisiä ja muita harhaluuloisuustiloja, kaksisuuntaista mielialahäiriötä, dementian vaikea-asteista muotoa sekä masennustiloja, jotka ovat vakavia ja niissä on psykoottisia oireita. Lisäksi muista syistä johtuvia psykooseja voidaan pitää mielisairauksina Ahdistuneisuus- ja paniikkihäiriö, epävakaata persoonallisuutta ja itsetuhoinen käytös ovat usein vastaantulevia psyykkisiä ongelmia
- ❖ psykiatrisessa hoitotyössä tulee huomioida seuraavat lait: perustuslaki, mielenterveyslaki, erikoissairaanhoitolaki, sosiaalihoitolaki,



lastensuojelulaki, kansanterveyslaki ja terveydenhuoltolaki. Lait löytyvät osoitteesta [www.finlex.fi](http://www.finlex.fi)

## YHTEYSTIEDOT

**Mikkelin A-klinikka**  
puh. 040 167 7778,  
[www.a-klinikka.fi](http://www.a-klinikka.fi)

Mikkelin A-klinikka tuottaa hoito- ja kuntoutuspalveluita päihde- ja riippuvuusongelmallisille. Lisäksi A-klinikalta on saatavilla tukea ja apua päihdeiden käyttäjien läheisille. Hoito sisältää muun muassa terapiakeskusteluja, joiden avulla kartoitetaan asiakkaan elämäntilanne ja hoidon tarve. Keskeistä hoidossa on herättää asiakkaan oma halukkuus muuttaa käyttäytymistään.

**Mikkelin kaupungin mielenterveysvastaanotto**  
puh. 015 194 4570,  
päivystävä sairaanhoitaja (arkisin klo 9–11)  
puh. 044 794 5008  
[www.esshp.fi](http://www.esshp.fi)  
(alueelliset hoitopolut → aikuisten depressiopolku  
→ mielenterveysvastaanotto)

Mielenterveysvastaanotto sijaitsee Pankalammen terveysasemalla ja se tuottaa perusterveydenhuollon matalan kynnyksen mielenterveyspalveluita aikuisväestölle. Vastaanotolle hakeudutaan lääkärin tai



## Päivystävän psykiatrisen sairaanhoitajan opasvihko

terveydenhoitajan läheteellä. Vastaanoton päivystävään sairaanhoitajaan voi olla yhteydessä asiakas, omainen tai yhteistyökumppani.

**Mikkelin kriisikeskus**

puh. 015 214 401,  
[www.mikkelinkriisikeskus.fi](http://www.mikkelinkriisikeskus.fi)

Mikkelin Kriisikeskukselta on saatavissa apua äkillisissä kriisitilanteissa sekä arkielämän kriiseissä. Kriisikeskukselle voi hakeutua ilman lähetettä ajanvarauksella. Saatavilla on keskustelua apua esimerkiksi pitkittyneestä surusta kärsiville tai rikoksen uhreille. Lisäksi kriisikeskukselta saa tukea ihmissuhdeongelmiin tai vaikeisiin elämäntilanteisiin.

**Olkkari**

Puh. 044 794 3266  
(ma-pe klo 13-17)  
[www.mikkelinolkkari.fi](http://www.mikkelinolkkari.fi)

Olkkari tarjoaa palveluita 13-29-vuotiaille nuorille. Ohjaus- ja tukityö perustuvat henkilökohtaisiin tapaamisiin. Jokaisella nuorella on oma vastuuhajaaja, jonka voi tavata esimerkiksi koululla, kotona tai Olkkarissa. Olkkarissa voi tavata kavereita,

osallistua tapahtumiin tai ryhmien toimintaan. Olkkarissa on saatavilla henkilökohtaisia keskusteluaikoja, mikäli henkilö tarvitsee tukea, kannustusta ja kuuntelua.

**Perheasiainneuvottelukeskus**

puh. 0400 143 260  
(ma-to klo 9-11)  
[www.evl.fi](http://www.evl.fi)  
(apua ja tukea)

Perheasiain neuvottelukeskus selvittää parisuhteeseen, perheeseen ja henkilökohtaiseen elämään liittyviä kysymyksiä. Apua on saatavilla myös elämän kriisitilanteissa. Palvelut ovat maksuttomia.

**Psykiatrian akuuttiryhmä**

puh. 050 351 0024  
(päivystävä sairaanhoitaja)  
[www.esshp.fi](http://www.esshp.fi)  
(erikoisalaj ja palvelut → psykiatria)

Akuuttipsykiatrian poliklinikalle hakeudutaan läheteellä ja se osa aikuisten psykiatriasta avohoitoa. Poliklinikalla tehdään kokonaisvaltainen hoidon tarpeen arviointi ja sairaalaan tai avohoitoon hoitoonohjausta. Saatavilla on lyhytaikaista psykiatriasta

avohoitoa tai kriisihoitoa aikuisille. Tavoitteena on tarpeettomien sairaalajaksojen väheneminen sekä avohoidon roolin korostuminen psykiatrisen potilaiden hoidossa. Päivystävä psykiatrisen sairaanhoitaja voi ohjata potilaan suoraan akuuttipsykiatrian poliklinikalle (läheteenä toimii psykiatrisen sairaanhoitajan tai YLE-lääkärin teksti).

**Psykiatrian poliklinikka**

puh. 015 351 5235  
(toimisto suljettuna klo 12-13)  
[www.esshp.fi](http://www.esshp.fi)  
(erikoisalaj ja palvelut → psykiatria)

Psykiatrian poliklinikka on psykiatrisen avohoidon yksikkö. Poliklinikalle tarvitsee läheteen. Poliklinikalla tehdään muun muassa diagnostisia arvioita, terapia-arvioita, työkykyarvioita ja -lausuntoja sekä saatavilla on yksilö-, pari- ja perheterapiaa.

**Psykiatrian poliklinikka**

puh. 015 351 4230  
[www.esshp.fi](http://www.esshp.fi)  
(erikoisalaj ja palvelut → psykiatria → Moision sairaala)

Psykiatrian poliklinikka on avohoitopaikka 60 vuotta täyttäneille

potilaille. Poliklinikalle tultaessa tarvitaan lähete. Saatavilla on esimerkiksi yksilöaikoja hoitajalle, koti- ja laitospöytäkirjoja, psykoterapian palveluita, lääkehoidon arviointia, ECT -ylläpitoa, muistikuntoutusta, toimintaterapeutin arvio, sosiaalihoitajan ja psykologin palveluita.

**Psykoosipoliklinikka**

Ajanvaraus/hoitajat:  
puh. 044 351 6579  
044 351 6684  
044 351 6690  
044 351 6692  
[www.esshp.fi](http://www.esshp.fi)  
(erikoisalaj ja palvelut → psykiatria → Moision sairaala)

Psykoosipoliklinikka on avohoitoyksikkö, johon tullaan läheteellä. Aikuiset psykoosipotilaat, joille tavanomainen avohoito ei riitä ja jotka tarvitsevat tuetumpaa avohoitoa, ovat kohderyhmänä. Tavoitteena on vähentää sairaalahoidon tarvetta tulevaisuudessa sekä tukea avohoidon turvin kotona pärjäämistä. Tarjolla on kotikäyntejä, yksilö- ja ryhmätapaamisia, toimintakyvyn arviointia sekä kuntoutussuunnitelmien tarkennusta.

## Päivystävän psykiatrisen sairaanhoitajan opasvihko

**Päivystävä sosiaalityöntekijä**

Lastensuojelun virka-ajan päivystys  
arkisin klo 9-15  
puh. 044 794 2394  
Yhteydenotot virka-ajan ulkopuolella:  
Hätäkeskus  
puh. 112  
Ensineuvo  
puh. 015 211 411

Päivystävä sosiaalityöntekijä ottaa vastaan tietoa akuuteista lastensuojelutilanteista ja lastensuojeluilmoitukset. Yhteydenotot tehdään virka-ajan ulkopuolella hätäkeskukseen tai Ensineuvoon. Sosiaalipäivystys on alueellinen ja siihen kuuluvat Hirvensalmen, Joroisten, Juvan, Kangasniemen, Mikkelin, Mäntyharjun, Pertunmaan, Pieksämäen, Puumalan, Rantasalmen ja Ristiinan alueet.

**Viola - väkivallasta vapaaksi ry**

puh. 015 365 330,  
[http://www.ensijaturvakotienliitto.fi/jasenyhdistykset/viola-vakivallasta\\_vapaaksi\\_ry/](http://www.ensijaturvakotienliitto.fi/jasenyhdistykset/viola-vakivallasta_vapaaksi_ry/)

Viola - väkivallasta vapaaksi ry:n tavoitteena on luoda ja vahvistaa väkivallan vastaista asenneilmapiiriä. Lisäksi tavoitteena on ehkäistä ja lieventää lähisuhteissa ilmenevää

väkivaltaa sekä tarjota tukea ongelmanratkaisuun väkivaltaisessa suhteessa eläville. Tavoitteena on myös luoda ja kehittää palveluita lastensuojelun tarpeisiin. Kriisi- ja keskusteluapu, terapeuttiset keskustelut sekä erilaiset vertaistukiryhmät ovat osana Violan toimintaa.

**MUISTIINPANOJA**

Anna Mäkinen ja Mari Vekara

Hoitotyön koulutusohjelma  
Opinnäytetyö 2013

  
**MIKKELIN AMMATTIOPISTO**  
Mikkeli University of Applied Sciences