

YLEISSAIRAALAPSYKIATRINEN KONSULTAATIO SUOMESSA

Yleissairaalapsykiatriseen konsultaatioon ohjautuvat
työikäiset ja vanhukset

**PIRKKO
HILTUNEN**

Psykiatrian klinikka

OULU 1999

Abstract and Summary in English



PIRKKO HILTUNEN

**YLEISSAIRAALAPSYKIATRINEN
KONSULTAATIO SUOMESSA**

Yleissairaalapsykiatriseen konsultaatioon ohjautuvat
työikäiset ja vanhukset

(Abstract and summary in English)

Esitetään julkisesti tarkastettavaksi Oulun
yliopiston lääketieteellisen tiedekunnan
suostumuksella psykiatrian klinikan juhlasalissa,
Peltolantie 5,16. joulukuuta 1999 klo 12.

Copyright © 1999
Oulu University Library, 1999

Käsikirjoitus vastaanotettu 15 marrakuuta 1999
Hyväksytty 24 marrakuuta 1999

Esittäneet
Dosentti Teuvo Koskinen
Professori Heimo Viinamäki

ISBN 951-42-5466-X

ALSO AVAILABLE IN PRINTED FORMAT

ISBN 951-42-5465-1
ISSN 0355-3221

OULU UNIVERSITY LIBRARY
OULU 1999

**Hiltunen, Pirkko, Psychiatric consultation in general hospital in Finland.
Referrals under and over 65 to liaison psychiatrists**

Department of Psychiatry, Peltolantie 5, University of Oulu, FIN-90220 Oulu, Finland
1999

Oulu, Finland

(Manuscript received November 15, 1999)

Abstract

General hospital psychiatry operates between the somatic and psychiatric approaches concerning the treatment of patients, combining knowledge from both somatic and psychiatric medicine. To establish its position, the general hospital psychiatry has to specify its role and means when rendering services.

This study revealed how consultation had been arranged in six Finnish polyclinics of general hospitals. The goal was to find out which types of patients were referred to the consultation of the general hospital psychiatry and the extent of collaboration of the consulting psychiatrist with colleagues from other medical disciplines. Moreover, the focus of attention was on whether there were operational differences between the polyclinics of the University Hospital of Oulu and other hospitals. The work was also addressed to probing operational differences, if any, pertaining to people under or over 65. Additionally, one aspect to be clarified was how requests for psychogeriatric consultations and the responses of the consulting psychiatrists had developed during the five years period of the study.

This study was part of a broad European Consultation Liaison Working Group effort aimed at clarifying the organization of general hospital psychiatry in 56 units in 11 European countries. The Finnish material consisted of 1255 patients, of whom 202 were over 65. The research methods applied here were psychiatric interviewing of clinical patients, and filling in of data collection forms following the instructions of the ECLW Group.

The current work revealed that the number of psychiatric consultations was less than expected considering the incidence of psychiatric symptoms among somatically ill patients. Of the general hospital patients, elderly people were especially underrepresented. More than 90 % of the patients who had a psychiatric consultation were diagnosed with a psychiatric problem. Thus the general hospital made available psychiatric treatment via psychiatric consultation, with a recommendation for future psychiatric care for more than half of the patients. However, one third of the patients under 65 and quarter of those above that age had already had on going psychiatric treatment. In view of this type of situation the position of the general hospital appears problematic. The object of consultation was in 90% of the cases the patients themselves, but in Oulu, almost half of the consultations were due to the personnel of the somatic disciplines in charge of the of the patients. The action mode in separate general hospitals was connected to established traditions, although the history of general hospital psychiatry is short and faces constraints put forward by the somatic hospitals. Collaboration between psychiatric and somatic disciplines was facing increasing difficulties during the five years observation period, probably due to economic recession.

Keywords: Consultation psychiatry, general hospital psychiatry, liaison psychiatry, psychogeriatry

Hiltunen, Pirkko, Yleissairaalapsykiatrinen konsultaatio Suomessa. Yleissairaalapsykiatriseen konsultaatioon ohjautuvat työikäiset ja vanhuksat.

Psykiatrian klinikka, Peltolantie 5, Oulun yliopisto, 90220 Oulu

1999

(käsikirjoitus vastaanotettu 15. marraskuuta, 1999)

Tiivistelmä

Yleissairaalapsykiatria toimii somaattisen ja psykiatrisen sairaanhoidon välimaastossa yhdistäen potilaiden hoitoon sekä psykiatrisen että somaattisen lääketieteen tietämyksen. Vakiinnuttaakseen paikkansa yleissairaalapsykiatrian on määriteltävä tehtävänsä ja toimintatapaansa tuottaessaan palveluita yleissairaalassa.

Tässä tutkimuksessa selvitettiin yleissairaalapsykiatrisen konsultaatiotapahtuman kulku kuudella suomalaisella yleissairaalapsykiatrian poliklinikalla. Tavoitteena oli vastata kysymyksiin, minkälaiset potilaat ohjautuivat yleissairaalapsykiatriseen konsultaatioon ja miten konsultoiva psykiatri toimi yhteistyössä muiden lääketieteen erikoisalojen työntekijöiden kanssa. Tutkimuksessa tarkasteltiin, oliko toiminnassa eroja Oulun yliopistollisen sairaalan ja muiden sairaaloiden yleissairaalapsykiatristen poliklinikoiden välillä. Selvityksen kohteena oli myös, oliko toiminnassa eroja työikäisten ja eläkeikäisten potilaiden välillä. Lisäksi selvitettiin, minkälaisia muutoksia oli tapahtunut psykogeriatrisessa potilastarjonnassa ja konsultoivan psykiatrin toimintatavoissa viiden vuoden aikana.

Tämä tutkimus on osa laajaa European Consultation-Liaison Working Groupin (ECLW) tutkimusta, jossa selvitettiin yleissairaalapsykiatristen palveluiden tuottamista 56 yksikössä 11:ssä Euroopan maassa. Suomalainen aineisto muodostui 1255 potilaasta, joista 202 oli 65 vuotta täyttäneitä. Tutkimusmenetelmänä käytettiin psykiatrista kliinistä haastattelua sekä täytettiin ECLW-tutkimuksen mukainen tiedonkeruulomake.

Tästä tutkimuksesta saatujen havaintojen perusteella voidaan todeta, että yleissairaalapsykiatrisia konsultaatioita oli vähän verrattuna somaattisesti sairailta potilailla esiintyvien psyykkisten oireiden yleisyyteen. Erityisesti vanhuksat olivat aliedustettuina otettaessa huomioon vanhusten osuus yleissairaaloiden potilaista. Yleissairaalapsykiatriseen konsultaatioon ohjatuista potilaista yli 90 %:lle tehtiin psykiatrinen diagnoosi. Yleissairaalat tarjosivat psykiatrisen konsultaation avulla mahdollisuuden päästä psykiatriseen hoitoon, sillä psykiatrista jatkohoitoa suositeltiin yli puolelle potilaista, joilla ei ollut aikaisempaa psykiatrista hoitoa. Toisaalta yleissairaalapsykiatriseen konsultaatioon ohjatuista työikäisistä potilaista kolmanneksella ja eläkeikäisistä potilaista neljänneksellä oli jo meneillään oleva psykiatrinen hoito. Yleissairaalapsykiatrian asema on ongelmallinen tällaisissa tilanteissa. Yleissairaalapsykiatrisen konsultaation keskeisin kohde oli yli 90 %:ssa potilas itse, mutta Oulussa konsultaatiotapahtuman keskeisin kohde oli lähes puolessa konsultaatioista potilaan hoidosta vastaavan somaattisen erikoisalan henkilökunta. Eri yleissairaloissa toimintatavoihin olivat vaikuttamassa jo lyhyenä yleissairaalapsykiatrian historian aikana muodostuneet perinteet ja somaattisen sairaalan mukainen ympäristö. Viiden seurantavuoden aikana yhteistyö vaikeutui psykiatrian ja somaattisten erikoisalojen välillä mahdollisesti taloudellisen laman johdosta.

Asiasanat: Konsultaatiopsykiatria, psykogeriatria, yhteistyöpsykiatria, yleissairaalapsykiatria

Alkusanat

Tämä tutkimus kuuluu osana eurooppalaiseen yleissairaalapsykiatrista konsultaatiotoimintaa käsittelevään monikeskustutkimukseen. Saan kiittää professori Pekka Tienaria, tutkimuksen suomalaista koordinaattoria siitä, että minulle tarjoutui tilaisuus päästä vuonna 1990 mukaan seuraamaan tutkimusta valmistelevan työryhmän toimintaa. Vuonna 1991 varsinaisen tiedonkeruuvaiheen ollessa jo menossa ja toimiessani konsultoivana psykiatrina tiedon kerääjänä sain edustaa Suomen yleissairaalapsykiatriaa Alankomaissa pidetyssä neuvottelussa. Siellä oli innoittava, kollegiaaalinen ja lämmin ilmapiiri. Kiinnostukseni yleissairaalapsykiatriassa tehtävään työhön psykiatrian ja somaattisen lääketieteen välimaastossa lisääntyi. Tiedonkeruuvaiheen edetessä ja tutkimuksen keskuspaikasta Amsterdamista saatuihin tulostettuihin tietoihin pereh-tyessäni minulla, pitkään työtä tehneelle klinikolla, heräsi halu syventää tietojani omasta mielenkiintoisesta ja monipuolisesta työstäni, yleissairaalapsykiatrisesta konsultaatio-työstä. Näin päädyin tutkimustyöhön, jonka ohjaajana on toiminut professori Pekka Tienari. Hänen asiantuntemuksensa, arvokkaat neuvonsa, väsymätön kiinnostuksensa ja tukensa ovat olleet korvaamattomana apuna minulle työn kaikissa vaiheissa.

Haluan esittää suuret kiitokseni tutkimustyöni seurantaryhmässä toimineelle professori Matti Isohannille, joka on uupumatta antanut minulle arvokkaita ja asiantuntevia neuvoja, kuinka tieteellistä tekstiä kirjoitetaan. Professori Matti Joukamaalle, joka oli tutkimustyöni seurantaryhmässä, olen kiitollinen kaikista niistä lukemattomista työtunneista, joita hän käytti työni eri vaiheiden painosten lukemiseen ja rakentavaan kritiikkiin. Erityisen kiitoksen haluan esittää ylilääkäri LT Kristian Läksylle, joka on antanut seurantaryhmän jäsenenä ja lähimpänä esimiehenäni arvokasta opastusta tutkimuksen eri vaiheissa ja tukenut minua jaksamaan sovittelua kliinisen työn ja tutkimustyön välillä. Kiitän seurantaryhmän neurologia dosentti Juha Korpelaista vuosia kestäneestä yhteistyöstä aivoinfarktipotilaiden parissa. Hänen esimerkkinsä tutkijana ja klinikkona on huomattavasti syventänyt ammattitaitoani somaattisesti sairaista potilaista, joilla on psyykkisiä ongelmia.

Professori Erkki Väisäseltä olen oppinut kuluneiden 20 vuoden aikana, että lääketieteeseen kuuluu vakavasti myös humanismi. Siitä hänelle kiitokseni. Ylilääkäri Juha Moring ansaitsee suuren kiitoksen siitä, että hän on ollut työstäni kiinnostunut ja kannustava sekä on suonut mahdollisuuden sen tekemiseen johtamassaan tulosityksikössä. Erityisesti haluan kiittää psykiatrian erikoislääkäri Hannu Rahikkalaa, joka toimi tutkimuksessa Oulun paikallisena koordinaattorina sekä osallistui merkittäväällä tavalla tietojen keruuseen. Kiitän tietojen keruuseen osallistuneita kollegoita Helsingin, Kuopion ja Tampereen yliopistollisissa sairaaloissa, Länsi-Pohjan keskussairaalassa ja Jorvin sairaalassa.

Työtovereitani Oulun yliopistollisen sairaalan yleissairaalapysykiatrian poliklinikalta haluan kiittää heidän myötämielisestä ja luottavaisesta suhtautumisestaan työni loppuunsaattamisen suhteen. Ilman omaa yleissairaalapysykiatrian poliklinikkaani ja ilman sen ammatillisesti itseään jatkuvasti kehittävää ja työhönsä syvyyttä hakevia lähimpiä työtovereitani ei olisi ollut mielekästä miettiä yleissairaalapysykiatrisen toiminnan kehittämistä. Tutkimustyöni viimeisten vuosien aikana olen toiminut toisen puolen työ-ajastani psykiatriasella osastolla 10. Osaston toiminnassa yhdistyy esimerkiksi tavalla somaattinen ja psykiatrinen lääketiede. Kiitän osaston henkilökuntaa vanhus-potilaita kunnioittavasta ilmapiiristä sekä osalleni tulleesta henkilökohtaisesta kannustuksesta ja myötäelämisestä työni eri vaiheissa.

Käsi kirjoitukseni esitarkastuksen ovat tehneet professori Heimo Viinamäki ja dosentti Teuvo Koskinen Kuopion yliopistosta. Haluan kiittää heitä molempia rakentavista ja tutkimuksen laatua parantavista myötämielisistä neuvoista. Työni suomenkielisestä asusta haluan kiittää pitkäaikaista ystävääni FM Liisa Hentilää, joka ammattitaidollaan ja kiinnostuksellaan antoi rakentavia ohjeita vaikeasti ymmärrettävien kohtien selventämiseen ja kieliasun korjaamiseen. Englanninkielisen tekstin on ystävällisesti viimeistellyt Dr. Brian Norledge. Hänelle esitän parhaat kiitokseni.

FK Helinä Hakko ja FK Jari Jokelainen ovat antaneet minulle korvaamatonta apua aineiston tilastollisessa käsittelyssä. Tästä olen heille vilpittömästi kiitollinen. Erityiset kiitokseni haluan osoittaa klinikkasihteeri Anja Kylmäselle, joka on kärsivällisesti ja myötämielisesti tukenut minua erikoistumisvaiheeni alusta lähtien sekä ammatillisissa kysymyksissä että perheenäidin ongelmissa lasteni varttuessa vastasyntyneestä aikuisuuteen. Lämpimät kiitokseni haluan osoittaa Otto Moilaselle. Hänen tehokas ja samalla myötäelävä sekä teknisiä vihjeitä antava monistuspalvelunsa oli suureksi avuksi työssäni. Tukiryhmieni monialaisuutta kuvaa myös solubiologian dosentti Ahmed Yagin empaattinen suhtautuminen työhöni ja neuvot kielellisissä asioissa.

Oulun yliopistollisen sairaalan psykiatrian klinikan KEVO-rahoitus oli suureksi avuksi työni viimeistelyvaiheessa.

Haluan kiittää äitiäni ja isääni, Aura ja Aimo Pietiläistä, jotka ovat aina varauksetta tukeneet minua pyrkimyksissäni. Valitettavasti isäni ei saanut kuolemansa vuoksi nähdä työni loppuunsaattamista. Appivanhempani Elsa ja Ville Hiltunen ovat lämmöllä ja vilpittömällä kiinnostuksella toimineet tukijoukossani. Suomussalmesta on heidän ansiostaan muodostunut minulle uusi kotipitäjä, josta olen saanut voimia tutkimukseni kaikissa vaiheissa. Lopuksi haluan kiittää poikaani Mattia, joka on auttanut minua konkreettisesti biostatistiikan kysymyksissä ja nuorempana kollegana usein saanut ensimmäisenä pohtia työhöni liittyviä ajatuksia. Tšernobylin viruksen tuhattua tiedostoni epätoivon hetkellä tekstiä pelastettaessa teekkaripoikani Jussin ammattitaito oli korvaamaton. Ilman hänen teknisiä tietojaan ja taitojaan työni olisi viivästynyt kuukausilla. Tutkimustyöni viimeistelyvaiheessa tyttäreni Anni ”vanhojen” tansseineen ja abiturienttivuoteen liittyvine tapahtumineen on pitänyt minut kiinni elävässä elämässä. Siitä haluan esittää hänelle kiitokseni. Puolisoihini Kalervo ja Anni kiitän vilpittömästi arvostuksesta työtäni kohtaan ja kaikesta käytännön tuesta tutkimustyöhöni liittyen. Sees-teisissä sekä ennen kaikkea ylitsepääsemättömiltä tuntuissa vaiheissa hän on luonut minuun toivoa työni loppuunsaattamiseen.

Oulussa, 30.10.1999

Pirkko Hiltunen

Sisällysluettelo

Abstract.....	5
Tiivistelmä.....	7
Alkusanat.....	9
Sisällysluettelo.....	11
1. Johdanto.....	17
2. Kirjallisuuskatsaus.....	19
2.1. Mitä on yleissairaalapsykiatria?.....	19
2.1.1. Yleissairaalapsykiatrian tehtävät.....	19
2.1.2. Yleissairaalapsykiatrisen työn edellytykset.....	20
2.1.3. Yleissairaalapsykiatria ja muu psykiatria.....	21
2.1.4. Yleissairaalapsykiatrisen työn kehittäminen.....	21
2.1.5. Yleissairaalapsykiatrian historiaa.....	22
2.1.6. Yhteistyöpsykiatria eli liaisonpsykiatria.....	23
2.1.6.1. Mitä on yhteistyöpsykiatria?.....	23
2.1.6.2. Yhteistyöpsykiatrian historiaa.....	24
2.1.6.3. Yhteistyöpsykiatrian toimintatavat.....	25
2.1.6.4. Yhteistyöpsykiatrian tavoitteet ja hyödyt.....	25
2.1.7. Sairastamisen psykologiaa.....	26
2.1.8. Psykosomaattinen lääketiede.....	27
2.1.8.1. Mitä on psykosomaattinen lääketiede?.....	27
2.1.8.2. Psykosomaattisten oireiden luokittelu.....	28
2.1.8.3. Psykkinen ongelma liittyneenä somaattiseen sairastamiseen.....	29
2.1.8.4. Psykosomaattisten oireiden epidemiologia.....	30
2.1.8.5. Vanhukset ja psykosomatiikka.....	30
2.1.8.6. Psykosomaattisten oireiden tausta.....	31
2.1.8.7. Psykosomaattisten oireiden hoito.....	31
2.1.9. Psykiatrisia ongelmia yleissairaalassa.....	32
2.1.10. Miksi yleissairaalapsykiatriaa tarvitaan?.....	33
2.1.10.1. Psykiatriseen konsultaatioon johtavia syitä.....	33
2.1.10.2. Yleissairaalapsykiatrisen konsultaation vaikutus sairaalahoidon keston.....	34
2.1.10.3. Somaattiset erikoisalat ja psyykkisten ongelmien tunnistaminen.....	34
2.1.10.4. Tavallisimmat psyykkiset ongelmat yleissairaloissa.....	35

2.1.11. Yleissairaalassa tapahtuva psykoterapeuttinen työ.....	38
2.1.12. Yleissairaalapsykiatrisen toiminnan tulokset	40
2.1.12.1. Toiminnan myönteiset puolet	40
2.1.12.2. Toiminnan kielteiset puolet	42
2.1.13. Yleissairaalapsykiatriset osastot	42
2.2. Yleissairaalapsykiatria Suomessa.....	43
2.2.1. Yleissairaalapsykiatrisen toiminnan kehittyminen Suomessa.....	43
2.2.2. Erikoistunutta toimintaa yleissairaalapsykiatrisissa yksiköissä	44
2.3. Yleissairaalapsykiatria Oulun yliopistollisessa sairaalassa	45
2.3.1. Yleissairaalapsykiatrisen toiminnan käynnistyminen Oulussa.....	45
2.3.2. Yleissairaalapsykiatrisen poliklinikkatoiminta Oulussa	46
2.3.3. Yleissairaalapsykiatrisen poliklinikan potilastyö.....	46
2.3.4. Psykogeriatrisen toiminta yleissairaalapsykiatrisen poliklinikalla	47
2.3.5. Yleissairaalapsykiatrisen poliklinikan moniammatillinen henkilökunta.....	47
2.3.6. Yleissairaalapsykiatrisen vastualueen tehostaminen Oulussa	48
2.4. Mitä on psykogeriatria?.....	49
2.4.1. Psykogeriatria lääketieteen erikoisalana.....	49
2.4.1.1. Vanhusten psykiatrisen hoidon suunnittelu	49
2.4.1.2. Psykogeriatrisen toiminnan järjestäminen	49
2.4.2. Psykogeriatrisen koulutus	51
2.4.3. Psykogeriatrisen työn kehittyminen Suomessa.....	52
2.4.4. Yhteistyöpsykiatria eli liasonpsykiatria vanhusten hoidossa.....	54
2.4.5. Vanhusten psykoterapiat.....	54
2.5. Psykogeriatria yleissairaalassa	55
2.5.1. Psykiatrisen ja somaattisen lääketieteen välimaastossa.....	55
2.5.2. Psykogeriatria Oulun yliopistollisessa sairaalassa.....	56
2.5.3. Psykogeriatria muissa yleissairaaloissa	57
2.5.4. Vanhuksilla esiintyviä psyykkisiä ongelmia yleissairaalassa	57
3. Tutkimuksen tavoitteet	59
4. Tutkimusaineisto ja menetelmät.....	60
4.1. Tutkimuksen tausta.....	60
4.2. Laadun tarkkailu.....	61
4.3. Tutkimusaineisto	61
4.3.1. Tutkimusaineiston muodostuminen.....	61
4.3.2. Suomalainen aineisto.....	61
4.3.3. Psykogeriatrista toimintaa kahtena ajanjaksona kuvaava aineisto.....	62
4.4. Tutkimusmenetelmät	62
4.4.1. Kliininen psykiatrisen tutkimus	62
4.4.2. Mittarien kuvaus.....	63
4.4.2.1. Mielenterveyden häiriöön liittyvät arviot	63
4.4.2.2. Konsultoivan psykiatrin toimintatavat.....	63
4.4.2.3. Konsultaatiossa tehdyt suositukset	64
4.4.2.4. Tutkittavien taustatiedot	64
4.5. Tilastolliset menetelmät.....	65
5. Tulokset.....	66
5.1. Tutkittavien kuvaus	66
5.1.1. Sosiodemografiset tiedot	66
5.1.1.1. Sukupuoli ja ikä.....	66

5.1.1.2. Siviilisäätö ja asumismuoto	67
5.1.1.3. Koulutus ja työssäkäynti.....	67
5.1.2. Aikaisemmat hoidot	69
5.1.2.1. Aikaisempi somaattinen hoito	69
5.1.2.2. Aikaisempi psykiatrinen hoito.....	72
5.1.3. Konsultaatioon ohjautuneiden potilaiden nykytila	73
5.1.3.1. Somaattiset sairaudet ja niiden hoito	73
5.1.3.2. Psykiatriseen konsultaatioon johtaneet syyt	77
5.1.3.3. Toimintakyky	81
5.1.3.4. Mielen terveyden häiriöt.....	82
5.1.3.5. Konsultaation johtaminen jatkohoitoon.....	87
5.2. Yleissairaala-psykiatrisen konsultaatiotoiminnan kuvaus	91
5.2.1. Konsultaatiotoiminnan aikataulu.....	91
5.2.2. Konsultoivan psykiatrin suositukset tutkittavien hoitoon liittyvissä kysymyksissä.....	93
5.2.2.1. Suositukset potilastietojen täydentämisestä.....	93
5.2.2.2. Psykiatrisen näkökulma somaattisessa hoidossa.....	95
5.2.3. Konsultoivan psykiatrin toimintatavat.....	97
5.2.3.1. Tutkittavien jatkohoidon suunnittelu	97
5.2.3.2. Konsultaatiotapahtuman keskeisin kohde.....	99
5.2.3.3. Konsultaatioihin käytetty aika	99
5.2.3.4. Konsultoivan psykiatrin suorittamat lääkemutokset	101
5.3. Yleissairaala-psykiatriseen konsultaatioon ohjautuneita potilaita	102
5.4. Oulun täydentävät tulokset.....	105
5.5. Psykogeriatrisen konsultaatiotoiminta yleissairaalassa.....	107
5.5.1. Konsultaatioon ohjatut vanhuksat	108
5.5.1.1. Sosiodemografiset tiedot	108
5.5.1.2. Aikaisemmat hoidot.....	108
5.5.1.3. Ikääntyneiden terveydentila tutkimushetkellä	109
5.5.2. Muutokset konsultaatiotoiminnassa	114
5.5.2.1. Toiminnan aikataulu.....	114
5.5.2.2. Konsultoivan psykiatrin suositukset.....	115
5.5.2.3. Konsultoivan psykiatrin toimintatavat.....	116
6. Pohdinta ja päätelmät	118
6.1. Tutkimuksen toteutusta koskevat huomiot	118
6.1.1. Tutkimuksen merkitys yleissairaala-psykiatrisen toiminnan kuvaajana.....	118
6.1.2. Tutkimussairaalat	119
6.1.3. Tutkimusaineiston muodostuminen.....	119
6.1.4. Tutkimukselle asetettujen tavoitteiden saavuttaminen	119
6.1.5. Tutkimukseen liittyneet rajoitukset	120
6.1.6. Tutkimuksen keskeiset löydöt	120
6.2. Yleissairaala mielen terveyden häiriöiden tunnistajana.....	121
6.2.1. Työikäisten ohjaaminen yleissairaala-psykiatriseen konsultaatioon.....	121
6.2.1.1. Somaattisen ja psykiatrisen sairauden merkitys konsultaatioon ohjaamisessa	121
6.2.1.2. Psykkisten ongelmien tunnistamisen vaikeus.....	121
6.2.1.3. Lähetteen syy johtolankana diagnoosiin.....	122
6.2.1.4. Yleissairaala-psykiatriseen konsultaatioon ohjaamisen esteet	123

6.2.2. Vanhusten ohjaaminen yleissairaalapsykiatriseen konsultaatioon	123
6.3. Työkäiset yleissairaalapsykiatrisessa konsultaatiossa	125
6.3.1. Työkäisten elämäntilanne.....	125
6.3.2. Yleissairaalapsykiatrinen konsultaatio mahdollisuutena päästä psykiatriseen hoitoon.....	125
6.4. Vanhukset ja yleissairaalapsykiatria.....	126
6.4.1. Vanhusten elämäntilanne.....	126
6.4.2. Vanhusten mahdollisuus päästä psykiatriseen hoitoon.....	127
6.4.3. Psykogeriatriset toimintatavat yleissairaalassa.....	128
6.4.4. Muuttuva psykogeriatrinen toiminta yleissairaalassa	128
6.5. Toimintatavat yleissairaalapsykiatriassa Oulussa ja muualla Suomessa	129
6.5.1. Toiminta-aikataulun sovittaminen somaattiseen hoitoon	129
6.5.2. Konsultaatioyhteistyöpsykiatria	130
6.6. Mitä valmiuksia yleissairaalapsykiatrisella poliklinikalla tulisi olla?	130
6.6.1. Tavoitteellinen toimintamalli	130
6.6.2. Ajankohtainen tilanne.....	131
7. Johtopäätökset ja suositukset.....	133
7.1. Johtopäätökset	133
7.2. Suositukset	134
8. Lähdeluettelo	135
9. Liitteet 1 ja 2	

1. Johdanto

Kreikkalais-roomalainen lääketiede ei erottanut toisistaan ruumista ja mieltä. Kristinuskon myötä levisi tämän kokonaisuuden jakava ajattelutapa, joka syveni 1900-luvulla psykoanalyttisen suunnan syntymisen ja kehittymisen vuoksi. Toisen maailmansodan aikana sotilaslääkärit havaitsivat, että fysiologista ja psyykkistä jaksamista ei voida erottaa toisistaan. Nämä havainnot yhdessä ennen toista maailmansotaa esitettyjen samansuuntaisten ajatusten kanssa johtivat uuden lääketieteen osa-alueen, psykosomatiikan yleiseen hyväksymiseen.

Psykiatrian ja muun lääketieteen kehittyessä ja erkaantuessa toisistaan psyykkisesti oirehtivat potilaat eristettiin muista sairauksista kärsivistä potilaista. Samoin oli tapahtunut kauan sitten lepra sairastaville, tällä vuosisadalla tuberkuloosia sairastaville ja kehitysvammaisille.

Yleissairaalapsykiatria on syntynyt käytännön tarpeesta. Yleissairaaloissa on tarvittu psykiatrisia konsultaatiopalveluita somaattisesti sairaiden potilaiden psyykkisten ongelmien selvittämiseen. Psykiatrian läsnäolo yleissairaaloissa on johtanut psykiatrisen näkökulman laajempaan huomioimiseen lääketieteen somaattisten erikoisalojen potilastyössä. Yleissairaalapsykiatria tasoittaa tietä psykiatrian ja muun lääketieteen lähentymiselle. Ollaan palaamassa kreikkalais-roomalaisen lääketieteen ajatusmaailmaan: ”Terve sielu terveessä ruumiissa”.

Yleissairaalapsykiatria on toiminut Suomessa neljännesvuosisadan ja hakenut toimintamalliaan psykiatrian ja somaattisen lääketieteen välimaastossa. Alkujakson yleissairaalapsykiatria on kehittynyt sairaalakohtaisesti. Yleissairaalapsykiatrian toiminnan merkitystä ilmentää tämän vuosikymmenen alussa käynnistetty eurooppalainen yleissairaalapsykiatrisen tutkimus (European Consultation-Liaison Working Group). Tutkimukseni on osa tätä suurempaa kokonaisuutta.

Tämän tutkimuksen aikana sairaalalaitos on kokenut suuria muutoksia sairauksien tarkemman patogeneesin ymmärtämisen, diagnostiikan ja täsmähoitojen kehittymisen myötä. Huolimatta lääketieteen edistyksestä samanaikainen taloudellinen lama on johtanut siihen, että lääketieteessä käydään uudentyypistä keskustelua hoidon priorisoinnista ja etiikasta. Tämä tutkimus on suoritettu vaiheessa, jolloin edellä esitetyistä syistä sairaalalaitosta on voimakkaasti järjestetty uudelleen. Tutkimuksen tavoitteena on ollut

selvittää, kuinka yleissairaalapsykiatrinen toiminta on järjestetty, vastaako toiminta odotuksia sekä mitä puutteita yleissairaalapsykiatrisessa toiminnassa esiintyy.

2. Kirjallisuuskatsaus

2.1. Mitä on yleissairaalapsykiatria?

2.1.1. Yleissairaalapsykiatrian tehtävät

Yleissairaalapsykiatria tarkoittaa kaikkea psykiatrasta toimintaa, jota harjoitetaan yleissairaalan tiloissa. Se voi olla psykiatrasta sairaanhoitoa, avohoitoa, vaikeasti sairaiden potilasryhmien huomiointia, psykiatrille ohjattujen potilaiden vastaanottoa, muiden erikoisalojen työryhmissä mukana toimimista, sairaalan oman henkilökunnan mielenterveysystyötä tai tieteellistä tutkimusta (Detre & Kupfer 1975, Tienari 1985). Yleissairaalapsykiatrasta toimintaa on kaikki psykiatrinen toiminta, niin lastenpsykiatria kuin aikuispsykiatria, nuoriso- ja oikeuspsykiatria sekä psykogeriatría (Eskola & Vasama 1980). Muuhun psykiatriaan verrattuna yleissairaalapsykiatriaan liittyy kaksi erityispiirrettä: toimintapaikka ja lääketieteellinen monialaisuus (Mayo 1997).

Yleissairaalapsykiatrialla katsotaan olevan kolme tehtävää: potilaan hoito, opetus ja tutkimus. Tavoitteena on toimia psykiatrian ja somaattisten alojen sekä perusterveydenhuollon ja työterveyshuollon välisen yhteistyön tietojen ja taitojen keskuksena, josta voidaan antaa terveydenhuollon kaikille tasoille tarvittavia palveluita: konsultaatiopalveluita, työnohjausta ja koulutusta. Yleissairaalapsykiatrian painopistealueena on ollut niin sanottu yhteistyöpsykiatria, jolla tarkoitetaan sitä, että psykiatria ja muut lääketieteen alat työskentelevät yhdessä niin, että otetaan huomioon erilaiset psykososiaaliset tekijät. (Tienari 1985, Hackett ym. 1987.)

Yleissairaalapsykiatrinen työ on potilaskontaktien ohella yhteistyötä potilaiden somaattisesta hoidosta vastaavien työntekijöiden kanssa. Päämääränä on suunnitella ja toteuttaa hoito kokonaisuutena. Yleissairaalapsykiatria on siirtymistä perinteisestä psykiatriasta somaattisen ja psykiatrisen lääketieteen välimaastoon. (Mayou 1997.) Yleissairaalapsykiatria on psykosomaattisen lääketieteen sovellutusta, joka lähestyy, tulkitsee ja hoitaa ihmistä ongelmineen, joissa keskeisellä sijalla on häiriö mielen, ruumiin ja ympäristön vuorovaikutussuhteissa. Psykkinen ongelma voi ilmetä somaattisena oireena, ja se voi lisätä olemassa olevan somaattisen sairauden aiheuttamaa haittaa ja oiremuodostusta, tai somaattinen sairaus voi aiheuttaa psyykkisiä oireita. Potilaan on vaikea tuoda esille ja usein tunnistaakaan omia psyykkisiä kokemuksiaan, jotka liittyvät sairastamiseen. Hoitojärjestelmämme eivät tätä vaikeutta useinkaan helpota. Psyykkiset tekijät sairastamisessa ja hoidon toteuttamisessa jäävät helposti liian vähälle huomiolle. Niihin

kiinnitetään huomiota usein vasta sitten, kun mielen osuus on pakottautunut esille selittämättömien ruumiillisten oireiden kautta tai kun somaattinen sairaus ei parane tai se pahenee ilman selvää syytä. (Lehtonen 1996.)

Yleissairaalapsykiatrisella toiminnalla on arvokas tehtävä myös kliinisen etiikan korostamisessa potilastyössä. Tavallisimpia eettisiä kysymyksiä, joihin yleissairaalaissa toimiva psykiatri joutuu ottamaan kantaa, ovat potilaiden päätöksentekokyky, emotionaalisten tekijöiden osuus rasittavissa somaattisissa tutkimuksissa ja somaattisten erikoisalojen suosituksista kieltäytyvien potilaiden hoito. Yleissairaalapsykiatria voi myös tukea sekä potilaita että somaattisten erikoisalojen työntekijöitä tilanteissa, joissa lääketieteen keinoilla ei voida sairautta parantaa. (Powell 1997.) Yleissairaalapsykiatria voi toisaalta myös kehittää omia eettisiä toimintamallejaan ottamalla vaikutteita biolääketieteestä (Youngner 1997).

Yleissairaalapsykiatria on myös lasten- ja nuorisopsykiatria, sillä lapsilla ja nuoruusikäisillä kaikkeen ruumiilliseen sairastamiseen liittyy jonkinasteinen psyykinen komponentti, toisissa sairauksissa sekundaarisena ja toisissa myös sairastumistapahtumaan ja sairauden kulkuun vaikuttavana. Psyykinen komponentti voi samassakin sairaudessa olla eri potilailla erilainen. Pikkulapset ja murrosikäiset ovat alttiita vakavien ruumiillisten sairauksien aiheuttamalle psyykkiselle oireilulle. (Huikko 1997.) Lapset ja nuoret kehittävät erilaisia ruumiillisia oireita ohimenevästi lievänkin jännitys- tai ahdistustilan tai kehityksellisen kriisin kanavoimiseksi. Toisinaan fyysiset oireet ovat oirekanava, joka peittää voimakkaan ahdistuksen tai vaikeat traumaattiset kokemukset. (Aro 1988, Hoitoketjukäsikirja 1998.) Lastenpsykiatrien konsultaatiotyöstä on kehittynyt liaisonlastenpsykiatria, jolla tarkoitetaan lastenpsykiatriasta toimintaa opetus-, tutkimus- ja hoitotehtävässä yhdessä muiden alojen kanssa. Toiminta tuo lastenpsykiatialle ja lapsipsykologialle ominaiset lähestymistavat muun lasta koskevan lääketieteellisen tutkimuksen ja hoidon alueelle. (Arajärvi ym. 1984.) Pediatrisen konsultaatioliiaisuuden kehittymiseen on vaikuttanut vahva psykososiaalinen ja ehkäisevä toimintamalli (Friedman & Molay 1994).

2.1.2. Yleissairaalapsykiatrisen työn edellytykset

Potilaat tulevat yleissairaalapsykiatriseen yksikköön toisen erikoisalan lääkärin lähettämänä. Konsultaatiossa psykiatri joutuu psykiatrisen kannanoton lisäksi ottamaan kantaa potilaan lääkitykseen ja tekemään suosituksia mahdollisista somaattisista lisätutkimuksista. Yleissairaalapsykiatriassa menestyksellisen työn edellytys onkin oman erikoisalan hallinnan lisäksi hyvä perehtyneisyys somaattiseen lääketieteeseen. Yleissairaalapsykiatrisen toimintatapa poikkeaa perinteisestä psykiatriasta. Yleissairaalapsykiatrian tehtävänä on opettaa somaattisessa lääketieteessä työskenteleville psykiatria ja interpersoonallisia taitoja konsultaatiotapahtuman yhteydessä. Ennen potilaan tapaamista konsultoiva psykiatri tutustuu sairauskertomuksiin, kerää tarvittaessa lisätietoja hoitajilta ja perheenjäseniltä ja muodostaa käsityksen konsultaatiopyynnön syystä. Tutkittuaan potilaan psykiatri kuvaa havainnot, esittää psykiatrisen diagnoosin, mahdollisten somaattisten lisätutkimusten tarpeen ja hoitosuunnitelman lääkehoitoineen. Lisäksi hän keskustelee lähettävän lääkärin kanssa ja sopii mahdollisista jatkokäynneistä.

Muusta psykiatrisesta työstä poiketen yleissairaalapsykiatriassa tavataan usein potilaita, jotka itse eivät ole pyytäneet psykiatrin vastaanotolle pääsyä. Potilaat voivat olla yllättyneitä konsultaatiosta ja pelätä leimaantumista. Näin ollen konsultoivalta psykiatrilta vaaditaan erityistaitoa, kun hän työskentelee yleissairaalassa, jotta hän saisi aikaan mahdollisimman hyvän yhteistyön potilaiden kanssa. Somaattisessakin sairaalassa psykiatri pyrkii kahdenkeskiseen työskentelyyn, joka alkaa luontevimmin keskustelemalla potilaan sairaalaanhoitoon johtaneesta sairaudesta. (Schwab 1968, Hackett ym. 1987, Popkin 1995.)

Mitä konsultoivalta psykiatrilta vaaditaan? Kullakin konsultoivalla psykiatrilla on yksilöllinen toimintatapa. Hänellä pitää olla riittävät tiedot somaattisesta lääketieteestä ja kyky toimia työryhmässä. Hänellä täytyy olla ymmärtämystä nähdä, miksi ja minkälaisia tunteita potilas on voinut herättää somaattisen osaston henkilökunnassa. Psykiatrilla on oltava taito ratkaista konflikteja, joita voi syntyä potilaan ja hoitavien henkilöiden välille, potilaan perheen ja työntekijöiden välille sekä lääkäreiden ja hoitajien välille. Konfliktit ovat usein tiedostamattomia. Tarvitaan erityisosaamista näiden konfliktien tunnistamiseen ja ratkaisemiseen. Konsultoivalla psykiatrilla pitää myös olla perustiedot lääketieteen etiikasta ja lääketieteeseen liittyvistä laeista. Somaattisilta erikoisaloilta toisaalta vaaditaan, että siellä annetaan jonkun tunkeutua heidän alueelleen. Tunkeutujalta edellytetään kuitenkin sopivuutta sekä ammatillisten tietojen että henkilökohtaisen sopivuuden puolesta. Konsultantin lähdettyä somaattinen työryhmä vastaa potilaan hoidosta ja mahdollisesti myös hänen perheestään. On tärkeää, että somaattinen työryhmä uskoo, että konsultoiva psykiatri ymmärtää vastuuseen liittyvät paineet. (Detre & Kupfer 1975, Kornfeld 1997.)

2.1.3. Yleissairaalapsykiatria ja muu psykiatria

Yleissairalaalapsykiatrian on löydettävä paikkansa yleissairaalan ohella myös omalla erikoisalallaan psykiatriassa. Yleissairaalapsykiatrian vastuu psykiatristen palveluiden tuottamisesta alueellaan on vielä heikosti määritelty (Richman & Harris 1985). Vakiinnut-taakseen paikkansa psykiatrian erikoisalana yleissairaalapsykiatrian on myös osallistuttava erikoistumisvaiheessa olevien psykiatrien kouluttamiseen sekä opastamalla käytännön työssä että opettamalla teoreettisia tietoja (Cremens ym. 1995). Psykiatriaan erikoistuvilla lääkäreillä pitäisi olla mahdollisuus saada koulutusta yleissairaalapsykiatriasta asiaan perehtyneeltä erikoislääkäriltä (Mayou 1997).

2.1.4. Yleissairaalapsykiatrisen työn kehittäminen

Yleissairaalapsykiatrisen työn suunnittelua varten tarvitaan tietoja yleissairaalapsykiatri-seen konsultaatioon ohjatuista potilaista ja käytetyistä hoitomuodoista, mutta myös selvi-tyksiä, ovatko nämä hoitomuodot olleet tehokkaita. Tämä tehon mittaminen on vaikeaa, koska päämäärät vaihtelevat ja koska on vaikea määritellä hoitomuodon ja tuloksen välistä yhteyttä. (Schulberg & Burns 1985.) Tarkastelemalla muutoksia lähetekäytännössä saa-daan käsitys yleissairaalapsykiatrisen toiminnan aktiivisuudesta ja mahdollisesta psy-

kiatrisen työn liittymisestä osana yleissairaaloissa tapahtuvaa potilaiden hoitoa (Vaz & Salcedo 1996).

Yleissairaalapsykiatrisen toiminta on koko ajan muuttumassa, koska yleissairaaloissa hoidetaan yhä akuutimpia sairauksia, sairaalahoitoajat ovat lyhentyneet ja potilaat ovat yhä ikääntyneempiä (Cavanaugh & Milne 1995). Somaattisen lääketieteen kehityksen myötä yleissairaalapsykiatrisen työ muuttuu. Konsultaatioihin ohjautuu uudenlaisia potilasryhmiä kuten sydänkeuhkosiirtopotilaita. Yleissairaalapsykiatriassa joudutaan ottamaan kantaa myös kuolemaan liittyviin kysymyksiin. Alankomaissa on jouduttu miettimään, kuuluuko päätös eutanasiasta yleissairaalapsykiatriseen työhön (Huysse & van Tilburg 1993).

2.1.5. Yleissairaalapsykiatrian historiaa

Yleissairaalapsykiatria on kehittynyt, kun yleissairaaloihin on perustettu yleissairaalapsykiatrisia yksiköitä ja siirretty olemassa olevia psykiatrisia palveluita muun lääketieteen yhteyteen. Yhdysvalloissa Massachussetsissa James Jackson Putnam yhdisti jo 1870-luvulla tietoisesti potilaidensa somaattisen ja mielenterveyden hoidon (Hackett ym. 1987). Ensimmäisenä eurooppalaisena yleissairaalapsykiatrian edustajana voidaan pitää englantilaista sir John Sibbaldia, joka julkaisi vuonna 1903 artikkelin yleissairaalapsykiatriasta (*The Review of Neurology and Psychiatry*). Hän oli sitä mieltä, että psykiatrisia potilaita ei pidä eristää omiin sairaaloihinsa. (Detre & Kupfer 1975.) Yhdysvalloissa sekä psykosomaattisen lääketieteen että yleissairaalapsykiatrisen toiminnan perustavia ajatuksia on esittänyt tämän vuosisadan alussa yhdysvaltalainen Adolf Meyer ja hänen psykobiologinen koulunsa. Tavoitteena oli tiiviiden yhteyksien luominen psykiatrian ja muun lääketieteen välille ja filosofisten ja käytännöllisten kysymysten huomioiminen somaattisesti sairaiden potilaiden hoidossa. Näin luotiin perusta psykosomaattiselle lääketieteelle ja yleissairaalapsykiatrialle. Konsultaatioliaisuuden edelläkävijöitä olivat Meyerin seuraajat kuten George W. Henry ja Helen Flanders Dunbar. Henry kuvasi seminaariartikkeleissaan vuosina 1929 - 1930 henkilökohtaista kokemustaan konsultoivana psykiatrina sisätauti- ja kirurgian osastoilla. Hän totesi, että jokaisessa yleissairaalassa pitäisi olla konsultoiva psykiatri sekä potilas- että opetustyötä varten. Hän oli vakuuttunut, että psykiatrista konsultanttia tarvitaan jokaisessa yleissairaalassa auttamaan muiden erikoisalojen lääkäreitä, hoitamaan potilaita ja opettamaan psyykkisiä näkökulmia somaattisessa sairastamisessa. Dunbar, psykosomaattisen lääketieteen edelläkävijä, korosti kliinisen tutkimuksen merkitystä somaattisen lääketieteen ja psykiatrian välimaastossa psykiatristen konsultaatioiden ohella. (Lipowski 1991.) Coloradossa Edward Billing yritti 1930-luvulla saada psykiatrista toimintaa somaattiseen sairaalaan (Popkin 1995).

Psykiatrisen ensiavun merkitys on ymmärretty 1950-luvulta lähtien yleissairaaloiden päivystyspoliklinikoilla, sillä potilailla sinne hakeutumisen syynä voi olla psyykinen jopa elämää uhkaava häiriö tai somaattinen oireilu, jonka etiologia on psykogeeninen (Tucker 1975).

Yleissairaalapsykiatrisen kirjallisuus oli 1960-luvun puoliväliin saakka enimmäkseen rajattuja aiheita käsitteleviä artikkeleita. Ensimmäinen varsinainen oppikirja (Schwab J J,

Handbook of Psychiatric Consultation, Appleton-Century-Crofts, New York) ilmestyi vuonna 1968. Jo edellisenä vuonna Lipowski julkaisi katsauksen konsultaatioliaisonpsykiatriasta (Detre & Kupfer 1975, Lipowski 1991). Yleissairaалapsykiatrinen työ jäi kuitenkin muiden psykiatrian alueiden varjoon 1970-luvun puoliväliin asti, jolloin Yhdysvalloissa National Institute of Mental Health otti sen painopistealueeksi. Syynä tähän olivat havainnot korkeasta psyykkisten oireiden prevalenssista sekä somaattisissa sairaaloissa että avohoidossa. (Hackett ym. 1987, Lipowski 1991, Popkin 1995.)

Ensimmäinen yleissairaалapsykiatrinen yksikkö, Pavilion F, perustettiin vuonna 1902 Yhdysvalloissa Albanyn sairaalassa. Yksikön johtajana oli J Mosher. Vasta 1920-luvulla yleissairaалapsykiatrinen toiminta alkoi vakiintua. Vuonna 1932 Yhdysvalloissa oli toiminnassa 112 yksikköä. (Lipowski 1991.) Toisen maailmansodan jälkeen yleissairaалapsykiatria on Yhdysvalloissa edelleen voimakkaasti laajentanut toiminta-alueitaan ja itsenäistynyt oltuaan tähän saakka neurologian tai neurokirurgian alayksikkönä. Yleissairaалapsykiatrisen toiminnan voimakkaan kehittymisen syynä 1940-luvulta alkaen on ollut toisen maailmansodan aikana armeijan sairaaloista saadut psykiatristen potilaiden erinomaiset hoitotulokset sekä yhteistyö psykiatrian ja somaattisen tahon välillä. Psykkisesti oirehtivilla potilailla on ollut vuodepaikkoja somaattisessa sairaalassa kuitenkin jo paljon aikaisemmin. Tällaisia löytyi muun muassa Pennsylvanian sairaalassa Philadelphiasa vuonna 1755. Itse asiassa psykiatrinen toiminta alkoi jo vuonna 1728 Englannissa Guy's Hospitalissa, jonne otettiin hoidettavaksi mielisairaita, "lunatics". (Mayou 1989.)

2.1.6. Yhteistyöpsykiatria eli liaisonpsykiatria

2.1.6.1. Mitä on yhteistyöpsykiatria?

Yleissairaалapsykiatria on yhteistyöpsykiatria eli liaisonpsykiatria. Kirjallisuudessa asiasta käytetään sekä käsitettä konsultaatioliaisonpsykiatria että käsitettä liaisonpsykiatria. Yleissairaалapsykiatria vastaa lähetettyihin konsultaatiopyyntöihin potilaiden tapaamisen jälkeen. Konsultaatiotyöhön liittyvät myös yhteydet potilaiden somaattisesta hoidosta vastaavien työntekijöiden kanssa. Konsultaatiotyö onkin yleissairaalassa laajentunut konsultaatioliaisonpsykiatriaksi. Liaison-käsite viittaa säännöllisiin yhteyksiin yleissairaалapsykiatrian ja somaattisen erikoisalun välillä (Holm 1987). Ranskan kielestä englanttiin siirtynyt sana *liaison* on hyvin monimerkityksinen. Se tarkoittaa paitsi opettamista, myös yhdysupseeria ja salaista, usein luvaton suhdetta. Se kuvaakin osuvasti kyseisen työskentelyn monipuolisuutta ja ongelmallisuutta (Tienari 1985). Liaisonpsykiatria ei välttämättä aina liity konsultaatiotyö, sillä liaisonpsykiatria on myös muu yleissairaalassa harjoitettava psykiatrinen työ, kuten opetus- ja työryhmätoiminta. Yhteistyöpsykiatrian päätarkoituksena on opettaa ja auttaa somaattisten yksiköiden työntekijöitä havaitsemaan, hoitamaan ja mahdollisesti myös ehkäisemään heidän hoidosaan olevien potilaiden psykososiaalisia ja psyykkisiä ongelmia. Yhteistyöpsykiatria voi lähteä eräällä tavalla kasvatuksellisesta ja opetuksellisesta lähtökohdasta. Tällöin jokainen konsultaatiotapahtuma voidaan ajatella esimerkkitapaukseksi yleissairaalan muille työryhmille. (Holm 1987.)

Yleissairaalapsykiatria on käsitettävä lähinnä toimintatavaksi, jolla parannetaan mielen-terveyspalvelujen saatavuutta somaattisten osastojen potilaille. Liaisonpsykiatrinen yksikkö voi toimia joko itsenäisenä, osana psykiatrissa klinikkaa tai liitettynä hallinnollisesti johonkin somaattiseen klinikkaan. Liaisonpsykiatria on psykosomaattisen lääketieteen kliininen sovellutus, mutta liaisonpsykiatria yhdistetään myös käsitteeseen psykososiaalinen lääketiede, koska psykososiaalisilla tekijöillä on merkitystä sairauden puhkeamisessa ja hoidon toteutuksessa. (Greenhill 1981.) Liaisonpsykiatria on myös pidetty psykiatrian pyrkimyksenä pysyä lääketieteen osana (Tienari 1985).

2.1.6.2. Yhteistyöpsykiatrian historiaa

Yhteistyöpsykiatrian katsotaan saaneen alkunsa Yhdysvalloissa vuonna 1929, jolloin tehtiin yrityksiä saada somaattisen lääketieteen edustajat ymmärtämään psykiatristen menetelmien arvo fyysisesti sairaiden potilaiden hoidossa (Lipowski 1991). Yhteistyöpsykiatria alkoi psykiatrisista konsultaatioista, jolloin vastattiin muiden alojen lääkäreiden esittämiin kliinisiin palvelupyyntöihin. Kirjallinen lausunto ei ollut ihanteellinen kommunikatiiväline, koska se voitiin ymmärtää väärin, jättää huomiotta tai kokonaan lukematta. Tästä syystä yleissairaaloissa toimivat psykiatrit ovatkin siirtyneet passiivisesta, odottavasta työtavasta aktiiviseen psyykkisesti oirehtivien potilaiden etsintään sekä opettavaan ja ohjaavaan toimintaan. (Greenhill 1981.) Konsultaatiotyöstä on edetty herkimään muilla lääketieteen aloilla toimivia lääkäreitä ja henkilökuntaa auttamaan potilaita psykiatrisen tiedon avulla näiden vaivan ja sairauden laadusta riippumatta sekä kohottamaan potilaiden hoidon tasoa yleissairaalassa lisäämällä psykososiaalisten tekijöiden huomioonottamista (Tienari 1985).

Konsultaatioliasonhoitajan työ on nähty merkitykselliseksi sekä akuuttiosastoilla että pitkäaikaisosastoilla potilaille, joilla on psykiatrinen sairaus tai somaattisen sairauden aiheuttama psyykinen oireilu, sekä ikääntyneille potilaille (Shahinpour ym. 1995, Pajarillo ym. 1997). Toimintamalli tuli käytäntöön toisen maailmansodan aikana, jolloin psykiatriset sairaanhoitajat alkoivat laajentaa taitojaan ja ottaa vastuuta potilaista, joilla oli sekä traumoja että psyykkisiä kriisejä. Hoitajalta hoitajalle suuntautunut konsultaatio esitettiin ensimmäisen kerran vuonna 1968. Konsultaatioliasonhoitotyö alkoi merkittävästi laajentua 1970-luvun lopulla ja 1980-luvun alussa. (Robinson 1991.) Yhteistyöpsykiatrian toimintapaikka on historiansa ajan ollut yleissairaala, koska siellä on mahdollista järjestää usein tarvittava monien erikoisalojen osaamisen yhdistäminen potilaan saman hoitojakson aikana (Greenhill 1981).

2.1.6.3. Yhteistyöpsykiatrian toimintatavat

Yleissairaalassa toimivalla psykiatrilla on kaksi roolia. Konsultanttina psykiatri on erikoisalansa asiantuntija diagnostiikassa ja potilasta hoidettaessa. Yhteistyöpsykiatriassa psykiatri on potilaita hoitavia työryhmiä yhdistävä henkilö. (Greenhill 1981.) Psykiatrin tehtäviin kuuluu myös potilaan psykiatrisen jatkohoidon turvaaminen yleissairaalahoidon

päättymisen jälkeen (Huyse ym. 1988). Yleissairaalassa toimivaan psykiatriin voidaan kohdistaa erilaisia odotuksia. Joissakin sairaaloissa hänen odotetaan toimivan konsultanttina ja keskittyvän potilaaseen ja tämän ongelmiin. Joissakin sairaaloissa psykiatrin toivotaan paneutuvan henkilökunnan ongelmiin ja osastoilla esiintyviin potilaiden ja työntekijöiden välisiin vuorovaikutusongelmiin. Yleissairaalapsykiatrisen yksikön apua tarvitaan myös somaattisten osastojen ottaessa käyttöön uusia hoitomenetelmiä ja joutuessa muuttamaan toimintatapojaan. (Sensky 1986, Huyse ym. 1996.) Yhteistyöpsykiatria ovat myös säännölliset osastokierrot jollakin somaattisella erikoisalalla, tiettyjen potilasryhmien tapaaminen tai potilaiden ja henkilökunnan välillä olevien ristiriitatilanteiden selvittäminen. Yleissairaalapsykiatrisen yksikön psykiatri tai liaisonhoitaja voivat tehdä välitöntä terapiatyötä somaattisessa yksikössä hoidossa olevan potilaan kanssa tai tukea potilaan somaattisesta hoidosta vastaavia työntekijöitä heidän hoitaessaan psyykkisesti oikeileviä potilaita. Psykiatri tai liaisonhoitaja voi näin seurata potilaan tilannetta koko sairaalassaoloajan. Henkilökunnalle annetun tuen tarkoituksena on henkilökunnan riittämättömyyden tunteen vähentäminen ja loppuunpalamisen uhan väistäminen. (Fawzy ym. 1991.)

2.1.6.4. Yhteistyöpsykiatrian tavoitteet ja hyödyt

Yhteistyöpsykiatrian tavoitteena on vuorovaikutuksen lisääntyminen psykiatrian ja somaattisten yksiköiden välillä. Tavoite on saavutettu, kun somaattisilla erikoisaloilla tunnistetaan hoidossa olevien potilaiden psyykkiset ongelmat ja tiedostetaan fyysisiin sairauksiin liittyvät psyykkiset riskit. Brown ja Cooper (1987) kuvaavat yleissairaalapsykiatrian kehittymisen tutkimuksessaan, kuinka konsultaatiopyyntöjen määrä lisääntyi yleissairaalapsykiatrisen toiminnan järjestäytymisen myötä.

Yhteistyöpsykiatrian merkitys on nähty tärkeänä muun muassa synnytysosastoilla. Koska synnytyksen ajankohta ja raskauteen sekä synnytykseen mahdollisesti liittyvien psyykkisten häiriöiden esilletuleminen on pitkälti ennustettavissa, voidaan haavoittuviin yksilöihin kohdentaa liaisonpsykiatria. Konsultaatioliaisontyön tehtävänä on auttaa tunnistamaan riskyksilöt ja auttaa psyykkisten häiriöiden ehkäisemisessä. Appleby ym. (1989) totesivat, että synnytysosastoilta lähetetään herkästi potilaita psykiatrin tutkimukseen. Suoritetussa tutkimuksessa noin 50 %:lla ei ollut sellaisia oireita, jotka olisivat täyttäneet psykiatrisen diagnoosin kriteerit. Konsultaatio oli kuitenkin perusteltu.

Potilaiden mielipidettä yleissairaalapsykiatrisesta konsultaatiosta on myös selvitetty. Psykiatrin konsultaatioita pyydetään vähän verrattuna yleissairaaloissa esiintyvään psyykkisten oireiden määrään. Syynä voi olla psyykkisten oireiden tunnistamisen vaikeus ja pelko kustannusten kohoamisesta, mutta taustalla voi olla myös potilaan pelko leimautumisesta ja lähettävän lääkärin pelko potilaan mahdollisista kiukun ja vihan ilmauksista, jos hänelle ehdotetaan psykiatrin konsultaatiota. Tutkimuksessa, joka käsitti 108 potilasta, 78 % potilaista otti mielellään vastaan psykiatrin konsultaation, ja suurin osa heistä katsoi hyötyneensä tästä tilanteesta. Konsultaation hyväksyivät useammin ne potilaat, joille konsultaatiosta oli kerrottu etukäteen. Reaktio konsultaatioon oli riippumaton psykiatrisesta diagnoosista tai somaattisen sairauden vaikeusasteesta. (Wise ym. 1985.)

Kaikissa yleissairaaloissa yleissairaalapsykiatria ei toimi yhteistyöpsykiatrian toimintamallin mukaisesti. Työtapana voi olla vain konsultaatiopyyntöihin vastaaminen. Tällaista toimintaa on sellaisissa yleissairaaloissa, joissa yleissairaalapsykiatristen yksiköiden potilailla ei ole klassisia psykosomaattisia häiriöitä vaan esimerkiksi itsetuhourityksiä, deliriumia, päihteiden väärinkäyttöä, palovammoja, traumoja ja monimutkaisia ongelmia, joihin ovat myötävaikuttamassa psyykkiset ja somaattiset sairaudet. (Rosenbaum & McCarty 1994.)

2.1.7. Sairastamisen psykologiaa

Somaattinen sairaus altistaa psyykkiselle oireilulle. Kuitenkin kroonisiinkin sairauksiin voi sopeutua riippumatta sairauden laadusta (Cassileth ym. 1984). Yleissairaalapsykiatriseen konsultaatioon ohjautuu potilaita, joille on tullut jonkinlaisia risti-riitatilanteita somaattisten erikoisalojen työntekijöiden kanssa somaattiseen hoitoon liittyvistä kysymyksistä. Sairauteen sopeutumattomuus voi tulla esille myös siten, että potilaat eivät halua ottaa apua vastaan tai ovat aggressiivisia tai kieltävät sairauden olemassaolon. Rajatilatasoisesti häiriintyneet potilaat voivat aiheuttaa käyttäytymisellään ongelmia hoito-osastoillaan, sillä heillä on impulsiivisuutta, riippuvuutta, oikeuksiensa vaatimista ja vihaa. Konsultoivan psykiatrin tehtävänä on selvittää potilaan ja henkilökunnan välistä kommunikaatiota, välittää potilaan tarpeet henkilökunnalle, ymmärtää potilaan peräämiä oikeuksia kuitenkin vahvistamatta hänen poikkeavia peroonallisuuden suojautumismekanismejaan ja asettaa rajoja potilaan poikkeavalle toiminnalle. (Groves 1975.)

Yleissairaalapsykiatrisessa työssä on huomioitava myös somaattisesti sairaan potilaan perhe. Perhe on kaikkein läheisin sosiaalinen ympäristö, ja se on stressin ja sosiaalisen tuen pääasiallinen lähde, jotka taas molemmat vaikuttavat terveyteen. Sairaus vaikuttaa perheeseen, ja perheen täytyy sopeutua sairaaseen jäseneseen. (Campbell 1986.)

Sairauden äkillinen puhkeaminen vaatii perheiltä nopeaa kriisien käsittelykykyä. Krooninen, etenevä sairaus taas aiheuttaa perheenjäsenille jatkuvaa sopeutumisen tarvetta sairauden vaikeutuessa. Hoitavan henkilön rooli voi olla vaikea. Ajoittain oireita tuottava sairaus, kuten astma tai paksusuolen haavainen tulehdus, aiheuttaa perheelle stressiä ja epävarmuutta siitä, milloin sairaus seuraavan kerran uusii. Joustavilla perheillä on enemmän valmiuksia sopeutua jäsenensä sairauteen kuin joustamattomilla tai sekasortoisilla perheillä, joilla on kaikkein huonoimmat mahdollisuudet selvitä somaattisen sairauden aiheuttamasta kriisistä. Jos perhe on joustava, se sopeutuu tehokkaasti erilaisiin haasteisiin, joihin perheenjäsenet altistuvat. (Tienari 1994.)

Perheen ja terveyden vuorovaikutus on varsin monimutkainen asia ja sitä on vaikea tutkia, sillä perhe vaikuttaa sairauteen, ja sairaus voi muuttaa samanaikaisesti perhettä. Sairaus voi siis vaikuttaa perheen elämään, mutta toisaalta perheen vuorovaikutus voi altistaa sairauden puhkeamiselle ja myös vaikeuttaa hoitoa. (Campbell 1986.) Vaikka perheen vuorovaikutuksella ja yksilön fysiologisilla prosesseilla ei olekaan suoraa yhteyttä, perheen toimintamallit voivat jollakin tavalla vaikuttaa yksilön somaattiseen toimintaan. Käytössä onkin käsite ”psykosomaattinen perhe”, jolla tarkoitetaan perheen

osuutta sairautta aikaansaavana ja ylläpitävänä tekijänä. Käsite on kuitenkin vielä epävarma. (Tienari 1994.)

Hoitomyöntyvyyden puuttuminen on varsin vakava ongelma lääketieteessä, sillä 30 - 60 % potilaista ei noudata saamiaan hoito-ohjeita. Perheellisten hoitomyöntyvyys on parempi kuin perheettömien. Näyttää tästä on tutkimusten mukaan korkeiden kolesteroliarvojen, reuman ja verenpainetaudin hoidossa sekä dialyysihoidossa. (Campbell 1986.)

Hoitomyöntyvyyden muita taustatekijöitä on tutkittu muun muassa sydänsairauksien yksikössä, jossa verrattiin huonon hoitomyöntyvyyden vuoksi sairaalahoitosta ennen suositeltua aikaa poislähteneitä potilaita niihin potilaisiin, jotka olivat sovitun ajan hoidossa. Kolmen vuoden aikana 1.2 % kaikista potilaista lähti ennen suositeltua aikaa sairaalasta. Potilaat, joilla oli huono hoitomyöntyvyys, olivat nuorempia. Heillä oli enemmän alkoholin käyttöä, psykososiaalisia ongelmia, ahdistuneisuutta ja depressiota kuin muilla. (Baile ym. 1979.) Hoitomyöntyvyysongelmaa kuvaa myös se, että potilas käyttää samanaikaisesti useampia hoitopaikkoja saman sairautensa hoitoon. Oxfordissa suoritetussa 14 vuoden seurantatutkimuksessa yleissairaalapsykiatrian yksikössä hoidossa olevilla potilailla kävi ilmi, että kolmasosa potilaista käytti samanaikaisesti merkittävästi muitakin psykiatrisia palveluita. Monen psykiatrisen hoitopaikan palveluita käyttävillä potilailla esiintyi usein alkoholiongelmia tai dementiaa. (Mayou ym. 1994.)

Weinryb ja Rössel (1986) selvittivät persoonallisuuden piirteiden vaikutusta sopeutumisessa somaattiseen sairauteen sellaisilla potilailla, joille suoritettiin paksunsuolen avanneleikkaus. Mitään eroa ei todettu leikkausta edeltävän persoonallisuuden ja sairautteen sopeutumisen välillä. Sen sijaan sopeutuminen heikentyi, jos potilailla oli poikkeavaa aggressiota tai kyvyttömyyttä kuvata tunteita. Suurimmassa riskiryhmässä olivat ne potilaat, joiden ruumiin hahmo ei vastannut heidän käsitystään ihanteellisesta ruumiista. Jokaisella ihmisellä on käsitys oman ruumiinsa rakenteesta ja toiminnasta. Tämä ruumiin hahmo sisältää kaikki hänen tietoiset ja vähemmän tiedostetut, omaa ruumista koskevat havaintonsa, ajatuksensa, mielikuvansa ja tunteensa. Ruumiinkuva on aina subjektiivinen muodostelma, joka ei milloinkaan vastaa lääkärin muodostamaa kuvaa potilaan ruumiista. (Tähkä 1977.)

2.1.8. Psykosomaattinen lääketiede

2.1.8.1. Mitä on psykosomaattinen lääketiede?

Yleissairaalapsykiatria on psykosomaattisen lääketieteen sovellusta. Käsite psykosomatiikka tarkoittaa joko lääketieteen humanistista kokonaisvaltaista lähestymistapaa suhtautumisessa potilaisiin tai tiettyjä häiriöitä, joiden etiologiassa ovat psyykkiset tekijät. Kliinisen työn laadun parantamiseksi tarvitaan tutkimuksia psykosomaattisten häiriöiden epidemiologiasta, tunnistamisesta ja hoidosta. (Lobo & Campos 1997.) Konsultoiva psykiatri joutuu työssään tutkimaan ja ratkaisemaan konkreettisia, psykosomaattisiin yhteyksiin liittyviä diagnostisia ongelmia. Onko potilaan psyykkisten oirei-

den taustalla diagnosoimaton somaattinen sairaus? Ovatko hänen psyykkiset oireensa seurausta aivotoiminnan häiriöstä vai ovatko ne psykologisia reaktioita? Kärsiikö potilas psyykkisestä häiriöstä, joka hidastaa somaattisesta sairaudesta toipumista? Onko potilaan valittamien somaattisten oireiden taustalla jokin psyykkinen häiriö? (Pakaslahti 1996.)

2.1.8.2. Psykosomaattisten oireiden luokittelu

Psykosomatiikka tutkii ihmisen elimistön normaalien ja epänormaalien toimintojen taustana olevien psyykkisten ja fyysisten tekijöiden keskinäisiä suhteita (Anttinen 1977). Psykosomaattisten häiriöiden tunnistamisella voidaan ehkäistä sairaalahoitojaksoja ja tarpeettomia tutkimuksia (Martin 1991). Somatisaatiohäiriön tunnistamiseksi on kehitetty strukturoituja haastattelumenetelmiä, joita ovat esimerkiksi espanjalainen Othmerin ja DeSouzan testi (Garcia-Campayo ym. 1996) sekä Monash Interview for Liaison Psychiatry (MILP, Clarke ym. 1998).

Sairauden oireet jaetaan tavallisesti kahteen ryhmään: somaattisiin ja psykologisiin. Kuitenkin somaattisia oireita esiintyy useissa psyykkisissä sairauksissa, ja ne voivat domioida taudinkuvaa. Psyykkisesti sairaat potilaat voivat toisaalta pitää sairauttaan somaattisena ja hakeutua somaattisiin tutkimuksiin. (Lloyd 1986.)

Somatoformiset eli elimellisoireiset häiriöt ovat ICD-10-tautiluokituksen (International Statistical Classification of Diseases) mukaisesti sairauksia, joiden pääpiirteinä ovat toistuva ruumiillinen oirehtiminen sekä jatkuva pyrkiminen lääketieteellisiin tutkimuksiin, vaikka löydökset ovat toistuvasti normaaleja ja lääkärit vakuuttavat, ettei oireilla ole ruumiillista pohjaa. Jos ruumiillisia häiriöitä ilmeneekin, ne eivät selitä oireiden luonnetta ja määrää eivätkä henkilön ahdistusta ja keskittymistä oireisiinsa. Somatoformiset häiriöt jaetaan tautiluokituksessa somatisaatiohäiriöksi, konversiohäiriöksi, hypokondriaksi, somatoformiseksi autonomisen toiminnan häiriöksi ja kipuoireyhtymäksi. (Tautiluokitus ICD-10 1995.) Häiriöt menevät osittain päällekkäin, ja niiden sisällä esiintyy vaikeusasteen suurta vaihtelevuutta (Aalberg 1996).

Psykosomatiikan teorianmuodostuksessa tunnetaan käsite aleksitymia, "ei sanoja tunteille". Aleksitymia ei ole kliininen sairaus vaan useita psyykkisiä alueita koskeva persoonallisuuden tyyli. Aleksityymisyyden ajatellaan olevan tyypillistä psykosomaattisista ongelmista kärsiville ihmisille. Aleksitymiaan liittyy yleensä mielikuvituksen vähäisyys, kyvyttömyys tunnistaa ja kuvata tunteita sekä tehdä eroa tunteiden ja fyysisten tuntemusten välillä. Aleksitymiaa on vaikea mitata. (Sifneos 1979, Joukamaa & Raitasalo 1987, Yager & Gitlin 1995.)

2.1.8.3. Psyykkinen ongelma liittynäänä somaattiseen sairastamiseen

Yleissairaalopsykiatrisessa hoidossa olevilla on somaattisen sairautensa lisäksi psykiatrista oireilua, joka on verrattavissa muissa mielenterveyspalveluissa hoidossa olevien potilaiden oireisiin (Epstein ym. 1996). Ruumiillisesti sairaiisiin suunnatut interventiot parantavat psykososiaalista selviytymistä ja ruumiillisten sairauksien hoitojen tuloksia sekä vähentävät kustannuksia (Levenson 1992).

Somaattisesti sairailta henkilöillä on runsaasti psykososiaalisia ongelmia. Oirekuvaan voi olla vaikuttamassa potilaan elämänhistoria ja sen vaikutus persoonallisuuteen. (Wise 1995.) Alkoholiongelma liittyy usein psyykkiseen ja somaattiseen sairauteen (DeOliveira & Luis 1997). Kroonisen somaattisen sairauden on katsottu liittyvän lisääntyneeseen psyykkisen häiriön komorbiditeettiin. Kuitenkin verenpainetautia sairastaviin potilaisiin liittyvässä kontrolloidussa tutkimuksessa todettiin, ettei psyykkisiä häiriöitä ollut merkittävästi yleisemmin verenpainetautia sairastavilla potilailla kuin vertailuryhmän henkilöillä. (El-Rufaei ym. 1999.)

Psykiatriset potilaat ovat erittäin alttiita somaattisille sairauksille. Erityisessä riskiryhmässä ovat vanhukset, joilla on depressio tai dementia. (Buckley 1994.) Psyykkisten ja fyysisten sairauksien yhtäaikaista esiintymistä on tutkittu Pohjois-Suomen vuoden 1966 syntymäkohortissa. Vuosina 1982 – 94 mielenterveyshäiriön vuoksi sairaalassa hoidetut joutuivat todennäköisemmin fyysisen sairauden vuoksi sairaalahoitoon. Vammat, myrkytykset ja epämääräiset oireet olivat yleisimpiä sairaalahoitoon johtaneita syitä niillä, jotka sairastivat skitsofreniaa tai muuta mielenterveyshäiriötä. Mielenterveyshäiriöistä kärsiviä miehiä oli hoidettu sairaalassa muita miehiä yleisemmin ruoansulatus- ja verenkiertoelinten sairauksien vuoksi. Skitsofreniaa sairastavilla naisilla esiintyi yleisemmin kuin muilla naisilla hengityselinten tauteja, selkäsairauksia, naistentauteja, epilepsiaa, muita hermoston sairauksia, aistinelinten sairauksia, kroonisia suoliston tulehdustauteja ja raskaudenkeskeytyksiä. (Mäkikyrö ym. 1999.)

Psykiatrian erikoisalalla tapahtuvat muutokset heijastuvat yleissairaalopsykiatriaan, jonka merkitys tulee korostumaan (Hall ym. 1994). Yleissairaaloiden merkitys psykiatrisen avun antajana näyttää olevan lisääntymässä. Monille psykiatrisille potilaille yleissairaala on hyväksyttävämpi kanava hakea apua kuin psykiatrisen erikoissairaanhoidon. Yhdysvalloissa on huomattu yleissairaaloiden muuttuneen osaltaan hoitamattomien psykiatristen pitkäaikaispotilaiden ensiapupisteeksi, mutta Suomessa vastaavanlaista kehitystä ei ole havaittu. (Viinamäki 1996.)

Psykosomatiikka ja lääkkeet. Yleissairaaloiden potilailla on yleensä runsaasti somaattisten sairauksien hoidossa käytettäviä lääkkeitä. Yhdistettäessä niihin psyykenlääke tarvitaan tietämystä farmakokineettisistä yhteisvaikutuksista. Minnesotassa yleissairaalopsykiatriseen konsultaatioon ohjatussa 100 potilaan aineistossa todettiin, että potilailla oli keskimäärin 8.8 lääkettä, elinsiirtopotilailla peräti 12.9 lääkettä (Adson ym. 1998). Potilaat, joilla on elimellinen mielialahäiriö, vaativat yleissairaalopsykiatrilta toisenlaisia taitoja kuin ne potilaat, joiden psyykkinen oireilu on toiminnallista. Fyysisesti sairailta potilailla, joilla on elimellinen mielialahäiriö, joudutaan yhdistämään somaattisiin sairauksiin käytettävät lääkkeet psyykenlääkkeisiin. Hoitaessaan näitä potilaita psykiatri antaa usein suosituksia psyykenlääkkeistä ja osastoympäristössä tehtävistä muutoksista. Sen sijaan vähemmän annetaan suosituksia psykologisesta hoidosta. (Smith ym. 1997.)

2.1.8.4. Psykosomaattisten oireiden epidemiologia

Psykosomaattiset ongelmat ovat hyvin yleisiä. Tutkimusten mukaan terveyskeskusten vastaanotoilla käyvistä potilaista 20 - 84 %:lla on psykosomaattinen oire (Larivaara 1987, Winblad & Hiltunen 1996). Suurella osalla potilaista, jotka valittavat ruumiillisia vaivoja lääkäreille, ei ole elimellistä sairautta. Larivaaran (1987) mukaan väestöstä 8 % käytti terveyspalveluita poikkeuksellisen paljon. Somaattisten oireiden taustalla oli hyvin usein sosiaalisia tai psyykkisiä ongelmia.

Varsinaisten psykosomaattisten ongelmien lisäksi muihinkin psykiatriisiin sairauksiin kuten masennukseen ja hypokondriaan liittyy ruumiillisia oireita. Psykiatrisia häiriöitä terveyspalveluiden suurkuluttajilla arvioidaan olevan kaksi kertaa enemmän kuin muilla yleislääkäreiden potilailla (Äärelä 1995). Hypokondrian prevalenssi riippuu diagnostisista kriteereistä. Prevalensseissa on eroja kulttuurien ja sosiaaliluokkien välillä. Somatisaation prevalenssi oli Espanjassa suoritetussa tutkimuksessa perusterveydenhuollon potilaissa 9.4 %:lla. Useimmille oli tehty depressio- tai ahdistuneisuushäiriödiagnosi. (Lobo ym. 1996.)

Vastoin aikaisempia käsityksiä esimerkiksi sosiodemografisten tekijöiden merkityksestä kuten alhaisen koulutustason yhteydestä psykosomaattisten oireiden esiintyvyyteen Lobo ym. (1996) esittivät, ettei sosiodemografisilla tekijöillä ole yhteyttä somatisaation esiintyvyyteen. Folksin ym. (1984) tutkimuksessa yleissairaalapsykiatriseen konsultaatioon lähetetyistä potilaista 5 %:lla todettiin olevan konversiohäiriö. Näistä konversiohäiriöisistä potilaista 38 % oli aikaisemminkin oirehtinut konversiohäiriöllä. Muuten konversiohäiriö ei liittynyt mihinkään nykyiseen tai entiseen psyykkiseen häiriöön. Psykiatrin konsultaatiosta oli hyötyä sekä diagnostiikassa että hoidossa. (Folks ym. 1984.) Useimmat konversio-oireet ovat ohimeneviä ja lievittyvät miltei millä tahansa oireenmukaisella hoidolla (Ford & Folks 1985).

2.1.8.5. Vanhukset ja psykosomatiikka

Vanhukset ovat taipuvaisia oirehtimaan psykosomaattisesti. Somaattisen terveyden ja mielenterveyden vuorovaikutus voi vanhuksilla olla vielä tiiviimpi kuin nuoremmilla. (Munnichs 1987.) Vanhukset eivät kenties ole tottuneet ilmaisemaan psyykkistä pahaa oloaan. Toisaalta terveydenhuoltojärjestelmä vahvistaa selkeiden fyysisten oireiden valittamista. Tilanteen tekee vielä monimutkaisemmaksi se, että vanhuksilla on tavallisesti useampia somaattisia sairauksia ja usein myös depressio, jonka oireina on ruumiillisten oireiden ylikorostuminen. Ne vanhukset, joilla on koko elämänkaarensa ajan ollut taipumus valittaa somaattisia vaivoja, ovat ongelmallisia terveydenhuollolle, koska he eivät näytä hyötävän hoidosta, ja lääkähoidoista tulee vain epämiellyttäviä sivuvaikutuksia. Fyysisten sairauksien hoidon tehostaminen ei lievitä oireita. Psykiatriseen hoitoon vanhukset eivät ole halukkaita lähtemään, koska he kokevat sen leimaavaksi. Hoidossa tarvitaan somaattisen ja psykiatrisen lääketieteen yhteensovittamista. (Wattis & Martin 1994.)

2.1.8.6. Psykosomaattisten oireiden tausta

Psykosomaattinen ilmiö kuvaa mielen kyvyttömyyttä käsitellä ristiriitoja sekä mielen ja ruumiin integroimattomuutta (Aalberg 1996). Somaattiset oireet voivat ilmentää psyykkistä kärsimystä, jos ylivoimaisten sisäisten kokemusten psyykkinen työstäminen on syyttä tai toisesta estynyt (Heikkinen 1996). Useat tutkijat ovat esittäneet teorioita, että kiukku ja vihamielisyys ovat spesifisiä somatisaation ja hypokondrian etiologisia tekijöitä. Löydökset eivät kuitenkaan tue tätä yhteyttä. (Kellner ym. 1985.) Psykososiaaliset tekijät, immunologinen ja neuroendokrinologinen järjestelmä vaikuttavat suuresti ihmisen terveyteen ja sairauteen vastavuoroisella tavalla (Tamminen & Achté 1996).

Psykoanalyttisesta viitekehyksestä katsoen psykosomaattisten oireiden ilmeneminen pohjaa jo elämän ensimmäisen puolen vuoden tapahtumiin. Tuolloin ne jännityksen kestävyys ja hankalat fysiologiset tilat, joita ei voida käsitellä tyydytyksen kokemuksilla, jäävät olennaisesti fysiologisten tapahtumien alueelle. Kun pienellä lapsella ei ole tyydytyksen kokemusta, hänelle ei muodostu mielikuvia tyydytyksestä vaan yksinomaan fysiologinen reaktio, joka myöhemmin elämässä toistuu kivuliaitten kokemusten aikaansaamina fysiologisina toimintoina, psykosomaattisina häiriöinä. (Tähkä 1996.) Mielen tehtävänä on ylläpitää ja turvata harmoninen hyvän olon tila, jota varten se käyttää kaikkia mahdollisia keinoja, jotka ovat psyykkisesti terveillä ihmisillä kypsiä suojautumismekanismia. Kun näitä keinoja ei ole riittävästi, mieli ottaa käyttöönsä varhaisempia, kypsymättömämpiä suojia, jotka johtavat psyykkisiin oiremuodostuksiin. Mikäli mielen käyttämät psykologiset keinot eivät riitä, ristiriidat alkavat käyttää ruumiin kieltä. (Aalberg 1996.) Psykosomaattiset oireet ovat eräänlaisia välttämismekanismien seurauksia, joita ei ole korvattu psykologisten oireiden muodostamisella. Näitä välttämismekanismia voitaisiin tarkastella normaaliuden vaikutelman itsestään antavien henkilöiden jonkinlaisina alkeellisina itsehoitoyrityksinä, joissa henkinen tuska poistetaan tietoisuudesta. Psykosomaattiset oireet ovat seurausta itseparannusyrityksistä henkisen kivun ja ristiriidan edessä. Ruumis tulkitsee ristiriidan fysiologiseksi uhaksi. Psykosomaattisesta sairaudesta tulee mielenkiinnon kohde psyykelle ja sairautta käytetään ajoittain kätkemään muita ongelmia. (McDougall 1999.)

2.1.8.7. Psykosomaattisten oireiden hoito

Psykiatrisen hoidon merkityksestä psykosomaattisten oireiden lievittymiseen on erilaisia käsityksiä. Somatisaatiohäiriöpotilaiden terveydenhuollolle aiheuttamat kustannukset ovat suunnilleen 10-kertaiset satunnaisotannaistettuun väestöön verrattuna. Hoidot ovat pitkäkestoisia, mutta ne ovat kuitenkin taloudellisesti kannattavia. Potilaiden psykososiaalisen selviytymisen parannuttua terveydenhuollon palveluiden tarve vähenee. (Bass 1994.)

Kellnerin (1985) mukaan psykoterapia ja psyykenlääkkeet ovat tehokkaita toiminnallisten somaattisten häiriöiden hoidossa. Myös hoidettujen hypokondriapotilaiden ennuste on hyvä. Somatisaatiohäiriön hoidossa yksi hoitava lääkäri voi parhaiten kehittää toimivan lääkäri-potilassuhteen. Tavallisimmin tämä hoitava lääkäri on yleislääkäri tai lääketieteellisesti suuntautunut psykiatri. (Holm 1991.)

Aleksityymiset piirteet eivät vastoin aikaisempia käsityksiä välttämättä ennusta psykoterapian soveltumattomuutta eivätkä hoitomyöntyvyyden puutetta. Terapeuteilta vaaditaan joustavuutta ja kokemusta psykosomaattisten ongelmien hoidossa. (Äärelä ym. 1997.) Monissa tapauksissa on osoitettu aleksityymisten ja psykosomaattisten oireiden katoamista psykoanalyttisen hoidon seurauksena (McDougall 1999).

Martinin (1991) mukaan yleislääkäreiden ja perhelääkäreiden tunnistessa somatisaatiohäiriöiset potilaat lääketieteelliset toimenpiteet vähenivät puoleen potilaiden hoidon ja hyvinvoinnin kärsimättä. Saksassa Trierissä selvitettiin psykoterapeuttisen hoidon merkitystä somatisaatiohäiriöisille potilaille. Potilaista 62.8 % koki terveydentilansa parantuneen. Oireiden määrä ja oireiden aiheuttamat rajoitukset vähenivät. Potilaat, jotka eivät osallistuneet psykosomaattisten oireiden hoitoon, pelkäsivät hoidon negatiivisia seurauksia. Heillä oli enemmän oireita ja huonompi terveydentila kuin hoitoon osallistuneilla. (Lupke ym. 1995.) Lobo ym. (1996) sen sijaan totesivat, että somatisointi on ominaisuus, joka on varsin pysyvä ja vaikeasti hoidolla muutettavissa, eli se on pysyvä elämäntapa. Somatisaatio on kroonisempi kuin aikaisemmin on arvioitu. Mitä vanhempi henkilö on, sitä hankalammin hänen oireitaan voidaan lievittää. Psykosomaattinen oirekuva voi sen sijaan muuttua. Potilaat, jotka muuttavat oireidensa ominaisuuksia, ovat usein yksinasuvia, leskiä tai eronneita. (Garcia-Campayo ym. 1997.)

Psykosomaattisten häiriöiden tunnistaminen ja hoito edellyttää psykiatrisen erikoissairaanhoidon yhteistyötä muun terveydenhuollon kanssa (Isohanni 1996). Hoidossa on myös huomioitava perheenjäsenten merkitys oireiden ylläpitämisessä ja hoidon vastustamisessa. Perhe on mahdollisesti sopeutunut elämään sairaan perheenjäsenen kanssa. (Garcia-Campayo ym. 1997.)

2.1.9. Psykiatrisia ongelmia yleissairaalassa

Yleissairaalapsykiatriseen konsultaatioon ohjautuu potilaita, joilla on aikaisemmin ollut psyykkisten oireiden vuoksi hoitokontakti sekä myös potilaita, joilla ei ole ollut aikaisempaa psykiatrista hoitoa. Terveydenhuollossa on useiden tutkimusten valossa vaikeuksia tunnistaa itsemurhavaarassa olevia potilaita (Saarinen 1995, Saarinen ym. 1998, Pitkälä ym. 1999). Konsultaatioliasonpsykiatrialla on merkittävä tehtävä yleissairaaloiden ensiapupoliklinikoilla esimerkiksi itsemurhaa yrittäneiden psykiatrisen selvittelyn käynnistämiseksi (Hattori ym. 1995). Tavallisimmat psykiatriset diagnoosit niillä yleissairaalapsykiatriseen konsultaatioon ohjatuilla potilailla, joilla ei ollut aikaisempaa psykiatrista hoitoa, olivat Bethesdassa tehdyn tutkimuksen mukaan elimellinen mielialahäiriö, masennus ja sopeutumishäiriö. Aikaisemmin psykiatrisessa hoidossa olleilla potilailla taas tavallisimmat diagnoosit olivat rauhoittavien lääkkeiden ongelmakäyttö, vieroitusoireet ja alkoholin ongelmakäyttö tai alkoholiriippuvuus. (Rundell & Hall 1997.) Päihteiden ongelmakäyttäjiin pitäisi yleissairaloissa suunnata psykiatrisia palveluita. Heillä on yleisesti päihteiden ongelmakäytön lisäksi sekä toinen psykiatrisen diagnoosi että somaattinen diagnoosi. (Alaja 1999.) Tampereen yliopistollisessa sairaalassa tehdyssä tutkimuksessa havaittiin, että psykiatriseen konsultaatioon tuli itsemurhaa yrittäneitä potilaita sekä vakavasti masentuneita potilaita, joiden elämänhallinta alkaa pettää. Heidän kohdallaan asianmukaisen hoidon järjestäminen on konsultoivan psy-

kiatrin tärkein tehtävä. Yleissairaalapsykiatrisen työn kohderyhmänä pidettyjä potilaita, joilla oli somaattisena oireiluna ilmenevä elämäntilannekriisi, ei sairaalassa riittävästi tunnistettu eikä kriisin merkitystä riittävästi otettu huomioon. Varhaisvaiheessa tarjottu psykiatrinen tuki edistäisi hoitomyöntyvyyttä, somaattista toipumista ja sopeutumista muutuneeseen elämäntilanteeseen. (Alaja & Tienari 1994.)

Yleissairaalapsykiatristen yksiköiden toimintamalleissa on eroja, jotka vaikuttavat siihen, minkälaisia psyykkisiä ongelmia tunnistetaan ja hoidetaan yleissairaaloissa. Esimerkiksi itsemurhaa yrittäneille hoitolinjat, varsinkin hoitojen koordinoinnit vaihtelevat eri yleissairaaloissa. (Verwey ym. 1997.) Yleissairaaloissa potilailla on paljon tunnistamattomaa depressiota, mutta depression ylidiagnosointi on myös tavallista. Yhdysvaltalaisessa tutkimuksessa verrattiin yleissairaalapsykiatrisen poliklinikalle ohjatuissa läheteissä arvioitua diagnoosia ja psykiatrin tekemää diagnoosia. Potilaista 25–30 %:lla oli lähetteen mukaan depressio, mutta 40 %:lla näistä ei kuitenkaan konsultoivan psykiatrin arvioinnin perusteella ollut depressiota. Deliriumin, dementian ja ahdistuneisuushäiriön tunnistamisessa oli ongelmia. (Boland ym. 1996.)

2.1.10. Miksi yleissairaalapsykiatriaa tarvitaan?

2.1.10.1. Psykiatriseen konsultaatioon johtavia syitä

Tiedot psykiatristen konsultaatioiden syistä eivät anna tietoa psykiatristen oireiden prevalenssista yleissairaalassa eivätkä auta yleissairaalapsykiatrisen toiminnan suunnittelussa. Läheteisiin perustuvat tutkimukset antavat siis vain osittaisen kuvan psyykkisistä ongelmista yleissairaaloiden potilailla. Yleissairaalapsykiatriseen konsultaatioon lähetetään 5–10 % sairaalaan sisäänkirjoitetuista potilaista. Yhdysvalloissa 327 sairaalaa käsittävässä tutkimuksessa määrä oli kuitenkin alle 1 %. Sairaalahoidossa olevilla potilailla on erilaisia ongelmia kuin polikliinisilla potilailla. Osa potilaista jää lähettämättä psykiatriseen konsultaatioon, koska somaattisen alan lääkäri voi pitää psyykkisiä oireita fyysisen sairautteen automaattisesti kuuluvina tai pelätä potilaan reaktiota, kun tälle ehdotetaan psykiatrin konsultaatiota. (Mayou ym. 1991.)

Tavallisimpia syitä potilaan ohjaamisessa yleissairaalapsykiatriseen konsultaatioon ovat itsetuhoisuus, selittämätön fyysinen oire, diagnostinen ongelma, elimellinen aivosairaus, fyysisen sairauten aiheuttama psyykinen reaktio, päihteiden väärinkäyttö ja käyttäytymisongelma. Erityisiä ongelmaryhmiä ovat itsetuhoa yrittäneet päihdeongelmaiset ja nuoret sekä yksin asuvat vanhukset. (Hall 1994, Clarke ym. 1995.) Yleissairaalapsykiatriseen konsultaatioon ohjatut potilaat voidaan jakaa myös kolmeen ryhmään: 1) potilaat, joilla on fyysisen sairauten seurauksena psyykkisiä oireita, 2) potilaat, joiden somaattisen oireilun taustalta ei löydy tutkimuksissa elimellistä syytä ja 3) potilaat, joilla on erilaisia käyttäytymisongelmia. Psyykkisen häiriön diagnosoiminen on välttämätöntä, mutta harvoin riittävä toimenpide yleissairaalassa hoidossa olevan potilaan hoidon suunnittelussa. Somaattinen sairaus ja psykiatrinen sairaus vaikuttavat toisiinsa. Varsinkin vanhuksilla psyykkiset ongelmat ovat yleisiä. (Mayou & Sharpe 1991.)

Konsultaatiopyyntöjen syyt voivat olla varsin monimutkaisia. Ongelma voi olla hoitojärjestelmässä. Konsultoivan psykiatrin onkin laajennettava työtänsä pelkästä konsultoinnista ja psykiatri-potilassuhteesta havaitsemaan osastoilla olevat ongelmat ja niiden vaikutukset vuorovaikutussuhteisiin. (Gadlin 1985.)

2.1.10.2. Yleissairaalapsykiatrisen konsultaation vaikutus sairaalahoidon keston

Australialaisen tutkimuksen mukaan yleissairaalapsykiatriseen konsultaatioon ohjaamisen ja sairaalahoidon keston välillä on yhteys. Psykiatriseen konsultaatioon ohjattujen potilaiden hoitoaika oli keskimäärin 18 päivää ja muiden potilaiden 9 päivää. Tavallisimmat psykiatriset diagnoosit yleissairaalapsykiatriseen hoitoon lähetetyillä potilailla olivat mielialahäiriö (55 %), elimellinen aivo-oireyhtymä (35 %), sopeutumishäiriö (19 %), somatoforminen tai joku muu somaattinen häiriö (16 %) ja persoonallisuushäiriö (15 %). (Clarke & Smith 1995.) Nopea psykiatrisen avun tarjoaminen yleissairaalassa potilaille, jotka tulevat sairaalaan psykiatrisen kriisin vuoksi, antaa heille tarvittun tuen ilman psykiatrista sairaalahoidoa. Tampereella tutkittiin yleissairaalaan tulleet potilaat, joilla oli elämäntilannekriisi. Potilaista 78 %:lla oli depressio, ja 57 % oli yrittänyt itsemurhaa. Potilaita selviytymään auttanut kriisihoito oli lyhyt ja tiivis: keskimäärin 5.2 käyntiä 8.4 viikon aikana. (Kaltiala-Heino ym. 1997.)

2.1.10.3. Somaattiset erikoisalajat ja psyykkisten ongelmien tunnistaminen

Epidemiologiset tutkimukset ovat osoittaneet, että huomattavalla osalla sisätautien ja kirurgian osastojen potilaista on eriasteisia psykiatrisia sairauksia (Tienari 1985). Konsultaatiopotilaista 47-68 %:lla oli sekä fyysinen että psyykinen sairaus (Greenhill 1981). Fauman (1983) selvitti, tunnistavatko lääkärit potilaidensa psyykkisiä oireita. Kirurgit ja sisätautilääkärit tunnistivat potilaistaan 21.1 %:lla psyykkisiä häiriöitä ja arvioivat, että 14.6 % hyötyisi psykiatrisesta hoidosta. Lääkärit arvioivat, että heidän työajastaan 17.3 % kului psyykkisten ongelmien hoidossa. Depressio oli tavallisin psyykinen ongelma. Yli puolet sisätautilääkäreistä katsoi voivansa itse hoitaa potilaidensa psykiatrisia ongelmia, joita depression lisäksi olivat ahdistuneisuus, psykosomaattiset oireet ja elimelliset aivosairaudet.

Psyykkiset häiriöt näyttävät olevan yleisempiä sisätautien kuin kirurgian osastoilla. Kirurgisilla osastoilla tulee esille ahdistuneisuus sekä ennen leikkausta että sen jälkeen. Lisäksi kirurgisilla osastoilla esiintyy deliriumia, emotionaalisia häiriöitä ja toiminnallisia vaivoja. Neurologisilla osastoilla psyykkiset ongelmat ovat yleisiä, mikä johtunee toimintakyvyttömyydestä, huonosta ennusteesta ja aivoperäisistä sairauksista. Neurologisista potilaista arvioidaan 30 %:lla olevan kognitiivisia häiriöitä ja 50 %:lla emotionaalisia häiriöitä. Munuaisosastoilla delirium on yleinen. Myös depressioluvut ovat korkeita vaihdellen 13:n ja 16 %:n välillä. Gynekologisilla osastoilla emotionaalinen häiriö on yleinen varsinkin liittyneenä kirurgisiin toimenpiteisiin kuten kohdunpoistoon ja sterilisaatioon

sekä kuukautisongelmiin ja lantion alueen kiputiloihin. Raskauden ajan komplikaatiot aiheuttavat psyykkisiä ongelmia, joita ei helposti tunnisteta. (Mayou & Sharpe 1991.)

Postoperatiiviset psyykkiset häiriöt näyttävät olevan reaktiota sairauden aiheuttamaan traumaan ja sairaalaan joutumiseen. Depressio altistaa postoperatiivisille psykiatrisille ongelmille. (Clarke ym. 1997.) Ahdistuneisuushäiriöt ovat yleisiä tapaturma- ja ensiapuyksiköissä (Salkovskis ym. 1990). Schwartzin ym. (1987) tutkimuksessa ensiapuyksikön psykiatrisista diagnooseista todettiin, että 36.1 % kaikista ensiapuyksikön psykiatrisista diagnooseista oli ahdistuneisuushäiriö. Kuitenkin vain muutama potilas lähetettiin psykiatriseen konsultaatioon.

2.1.10.4. Tavallisimmat psyykkiset ongelmat yleissairaaloissa

Psykiatriset ongelmat pohjautuvat potilaan somaattisen sairauden erityisluonteeseen ja vakavuuteen, potilaan saamaan hoitoon sekä hänen persoonallisuuteensa ja sosiaaliseen verkostoonsa. Usein psykiatrisen ongelma somaattisesti sairaalla potilaalla viestittää myös sitä, että itse hoitotapahtumassakin on jotain vialla. (Tamminen & Achté 1996.) Psykkisten ongelmien esiintyvyyteen samanaikaisesti fyysisten sairauksien kanssa on kiinnitetty huomiota useilla somaattisilla erikoisaloilla (Mayou & Sharpe 1991).

Psyykkisen komorbiditeetin ja sairaalahoidon keston sekä kuolleisuuden välillä on useissa tutkimuksissa todettu olevan merkittävä yhteys. Heikentyneet kognitiiviset kyvyt liittyneinä dementiaan ja deliriumiin, masennus ja persoonallisuuden muut tekijät aiheuttavat somaattiseen sairauteen liittyneinä paitsi pitempiä sairaalahoitokausia, myös sairaalahoidon päättymisen jälkeen suurempaa terveystalveluiden käyttöä (Saravay & Lavin 1994). Konsultaatioliiaisontyön kohteena pitäisi olla potilasryhmä, jolla on lisääntynyt riski samanaikaiseen krooniseen somaattiseen ja psykiatriseen sairauteen, varsinkin jos masennus edeltää somaattista sairautta, sillä depressio ja sosiaalisen toiminnan heikkeneminen estävät toipumista somaattisesta sairaudesta. Tehokas hoito alentaa psyykkisesti sairaiden potilaiden kuolleisuusriskiä. (Arolt ym. 1998.) Myös Fulopin ym. (1987) mukaan on näyttöä, että varhainen psykiatrisen väliintulo voisi olla myötävaikuttamassa hoitokausojen lyhenemiseen potilailla, joilla on fyysisen sairauden kanssa samanaikaista psyykkistä oireilua.

Somaattinen sairaus ja depressio. Depressio on ennustetta heikentävä tekijä sekä somaattisissa sairauksissa että leikkauksissa (Dam 1993, Karjalainen & Tervo 1996). Somaattiseen sairauteen liittyvää depressiota voidaan pitää yhtä vakavana komplikaationa kuin keuhkokuumetta tai septistä shokkia (Cassem 1995). Depressiopotilaiden hoito maksaa kaksi kertaa niin paljon kuin sellaisten potilaiden hoito, joilla ei ole depressiota. Ero ei selity depression hoitokustannuksilla. (Stoudemire ym. 1998.)

Depressiivinen oireilu on tavallista yleissairaalassa sekä polikliinisilla että vuodeosastojen potilailla. Tarkkoja prevalenssilukuja ei ole käytettävissä, mutta karkeaa arviointia depression esiintyvyydestä yleissairaaloitten potilailla on tehty. On arvioitu, että fyysisesti sairaista sekä polikliinisista että sairaalan vuodepotilaista joka kolmannella tai neljännellä on depressiivisiä oireita, jotka voivat olla surua, kriisireaktioita, orgaanisia mielialahäiriöitä ja varsinaista masennusta. Useimpien tutkimusten mukaan fyysisesti sai-

raiden potilaiden depressiivinen oirekuva on lievä ja yleisempää kuin väestössä yleensä. Toisaalta fyysisesti sairailta potilailla esiintyy vakavaa masennustilaa 4 - 18 %:lla (Cavanaugh 1991), mikä luku on vain hiukan korkeampi kuin väestössä yleensä, jossa depression prevalenssi on 5 - 6 % (Lehtinen 1996). Fyysisesti sairaiden potilaiden depression tunnistaminen voi olla ongelmallista (Cavanaugh 1991). Australialaisessa tutkimuksessa selvitettiin lähettävän lääkärin ja konsultoivan psykiatrin depressio-diagnoosien yhtenevyyttä. Kaikkiaan konkordanssi oli 74 %. Vääriä positiivisia löydöksiä oli enemmän kuin vääriä negatiivisia. (Clarke ym. 1995.) Ongelmallista on tunnistaa demensia ja depressio, jos ne esiintyvät samanaikaisesti (Roth 1955, Reifler ym. 1982, Mezzich ym. 1987, Koskinen 1991).

Depressio voi joko edeltää fyysistä sairautta, tai fyysistä sairautta seuraa masennus, joka on tavallisempaa niillä potilailla, jotka ovat vuodehoidossa, joilla on vastatodettu somaattinen diagnoosi, joilla on pitkittynyt sairaalahoito, kipuja ja alentunut huomiokyky. Tietyt sairaudet, kuten sydäntaudit, gastrointestinaalinen sairaus, tuki- ja liikuntaelin-sairaus tai syöpä, näyttävät altistavan masennukselle. (Cassileth ym. 1984.) Somaattisesti sairaiden potilaiden depressio eroaa luonteeltaan muussa väestössä esiintyvistä depressioista. Ensiksikin somaattisesti sairailta henkilöillä depressiota esiintyy riippumatta sukupuolesta, rodusta ja sosioekonomisesta asemasta. Somaattisesti sairailta depressiivisillä potilailla ei ole havaittu depression suhteen henkilökohtaista tai perhehistoriaa. (Cavanaugh 1991.) Äärelän (1995) mukaan vahvimmin syy-yhteyttä on epäilty depression ja syövän sekä eräiden endokrinologisten ja neurologisten sairauksien yhteydessä. Tutkimusta depression yhteydestä potilaan psykososiaaliseen selviytymiseen on tehty iskeemistä sydäntautia sairastavilla, avosydänkirurgisia toimenpiteitä läpikäyneillä ja dialyysihoidossa olevilla munuaistautipotilailla. Sydäninfarktin sairastaneilla potilailla depressio on selittävästä tekijöistä selvimmin yhteydessä työhön palaamattomuuteen, seksuaalisten ongelmien kokemiseen ja uuden sairaalahoiton tarpeeseen.

Leukemian hoitona tehdyn luuydinsiirron jälkeisen selviytymisen ja depression välillä on havaittu selvä yhteys. Depressiiviset potilaat, olipa depressio mitä vaikeusastetta hyvänsä, selviytyvät huomommin kuin ne potilaat, joilla ei ole depressiota. Selviytymistä on parantamassa myös sosiaalinen tuki. (Colón ym 1991.)

Somaattinen sairaus ja delirium. Delirium on tavallinen ongelma somaattisesti sairailta. Yleissairaaloiden vuodepotilaista 10 - 15 %:lla (Caine ym. 1995), vanhuksista jopa 20 - 60 %:lla (Pitkälä 1996) arvioidaan olevan delirium. Siihen liittyy sairaalahoidon pitkittyminen ja laitossijoituksen lisääntynyt tarve (16 % versus 3 %). Kuolleisuusriski nousee sairaalahoidon aikana (8 % versus 1 %) sekä vielä vuosien kuluttua. (Murray 1987, Leppävuori 1996, Pitkälä 1996.) Ikääntyneillä potilailla delirium on erityisen huonoennusteinen. Ohimenevänkin deliriumin kokeneista vanhuksista kuolee jo sairaalajakson aikana 20 - 30 % ja noin kolmannes joutuu pysyvään sairaalahoitoon. (Pitkälä 1996.) Deliriumiin liittyvää kuolleisuusriskiä selvitettiin muun muassa Alankomaissa. Viiden vuoden seuranta-aikana deliriumpotilaiden kuolleisuus oli 51 %. Delirium voi olla merkki sairaudesta, jolla on huono ennuste, ja kuolleisuus liittyykin enemmän lääketieteelliseen tilaan kuin deliriumiin. (van Hemert ym. 1994.)

Sydänsairaus ja psyykkiset oireet. Bashan ym. (1989) mukaan sepelvaltimosairaus ja paniikkihäiriö liittyvät usein yhteen. Kardiologien diagnosoima epätyypillinen angina pectoris liittyy usein paniikkihäiriöön, kun taas paniikkihäiriö liittyy tyypilliseen angina

pectorikseen heikommin. Tutkimusta voidaan kuitenkin kritisoida. Harhauttavana tekijänä oli ainakin se, että tyyppillistä angina pectorista sairastavat potilaat olivat sairaalan vuodepotilaita ja epätyypillistä angina pectorista sairastavat avohoitopotilaita.

Jos sydämen vajaatoiminta on vaikea, potilailla esiintyy tajunnan tason häiriöitä, mutta sydämen vajaatoimintaan liittyy myös neurastenisia, neuroottisia ja psykoottisia oireita. Sydämen vajaatoiminta voi myös vaikeuttaa jo olemassa olevaa psyykkistä häiriötä. Varsinkin vanhuksilla sydämen vajaatoimintaan liittyy sekavuutta, muistin heikkenemistä, harhoja, inihäiriöitä, painajaisia ja päiväaikaista väsymystä. Oireita ovat lisäämässä mahdollisesti käytetty sydänlääkitys, elektrolyyttitasapainohäiriöt ja hypoksemia tai hyperkapnia. (Vrobel 1989.)

Unettomuuden ja depression esiintymistä ennen sydäninfarktia on selvitetty Carneyn ym. (1990) tutkimuksessa sydäninfarktipotilailla, joista 38 %:lla oli ollut unettomuutta ainakin kahden viikon ajan ennen sydäninfarktia. Vakava masennustila diagnosoitiin 48 %:lla potilaista, joilla oli unettomuutta. Lisäksi suurella osalla unettomuudesta kärsineistä potilaista oli lievempää masennusta. Unettomuuden, depression ja niitä seuraavan sydäninfarktin välinen yhteys jää epäselväksi. Joka tapauksessa sydäninfarktin suhteen riskiryhmässä olevien potilaiden vakavan masennustilan diagnoosi ja hoito ovat erittäin tärkeitä.

Munuaissairaus ja psyykkiset oireet. Dialyysipotilailla on yleisemmin mielialahäiriöitä kuin tavallisella väestöllä. Craven ym. (1987) tutkivat dialyysipotilaita ja havaitsivat, että 14 %:lla oli mielialahäiriö. Vakavan masennustilan diagnosointi oli vaikeaa, koska dialyysipotilailla oli paljon somaattisia oireita, jotka kuuluvat myös masennuksen oireistoon.

Hankittu immuunikato ja psyykkiset oireet. Hankittua immuunikatoa sairastavilla potilailla eli aidsipotilailla (Acquired immune deficiency syndrome) on erityinen riski psyykkisiin sairauksiin, mikä johtuu sairauden monimutkaisesta patofysiologiasta, äkillisestä puhkeamisesta, huonosta ennusteesta ja sosiaalisista syistä. Aidsiin liittyy psyykkisiä häiriöitä kuten depressiota, itsetuhoisuutta, psykomotorista hidastumista, harhaluuloja, kognitiivista heikkenemistä, desorientaatiota ja sopeutumishäiriöitä. Aidsipotilailla on mahdollisesti jo ennen tätä sairautta psyykkisiä sairauksia kuten skitsofreniaa sekä affektiivisiä ja persoonallisuuden häiriöitä, joita aidsin aiheuttama psykososiaalinen stressi ja sairauden aiheuttamat rajoitukset voimistavat. (Faulstich 1987, Johnson 1987.)

Ruoansulatuselimen sairaus ja psyykkiset oireet. Ruoansulatuselinten sairauksien ja psyykkisten häiriöiden välillä on todettu yhteyttä. Manchesterissa tehdyssä tutkimuksessa todettiin, että mahavaivoista kärsivillä potilailla, joilla ei ollut elimellistä syytä oireelle, oli yleisesti depressiota ja joskus myös ahdistuneisuutta sekä ylihuolestuneisuutta terveydentilastaan (Colgan ym. 1988). Psyykkisistä syistä johtuviin vatsaoireisiin liittyy Eisen-drathin ym. (1986) tutkimuksen perusteella tyyppipiirteitä, joita ovat ajankohtaisen oirekuvan lisäksi aikaisemmat somatisaatio-oireet, syllisyysongelmat ja fyysisen pahoinpitelyn kohteeksi joutuminen.

Silmäsairaus ja psyykkiset oireet. Silmien toiminnalla ja näkemisellä on läheinen vuorovaikutus psyykkisen toiminnan kanssa (Achté ym. 1981). Silmäsairauksiin, kuten amblyopiaan ja karsastukseen, liittyy usein psykososiaalisia vaikeuksia (Satterfield ym. 1993, Packwood ym. 1999). Silmäsairauteen liittyvä leikkaus altistaa ahdistuneisuudelle, desorientoitumiselle, hallusinaatioille ja motoriselle aktiviteetille (Karhunen & Raitta 1985), mutta toisaalta parantaa elämänlaatua ja lievittää masennusta (Roulier ym. 1991). Erityisesti kaihileikkausten on todettu kohentavan vanhusten elämän laatua ja vähentävän riippuvuuden tarvetta (Gray ym. 1999).

Ihosairaus ja psyykkiset oireet. Moniin ihosairauksiin liittyy geneettisen taustan lisäksi persoonallisuudesta johtuvia tekijöitä sekä biopsykososiaalisia syitä. Ihotauteihin näyttää liittyvän kiinteä yhteys psyykkisiin stressireaktioihin, mielialahäiriöihin, psykososiaalisiin tekijöihin, psykobiologisiin tekijöihin (välittäjäaineet kuten histamiinit, prostaglandiinit, noradrenaliini, dopamiini sekä psykoimmunologia), persoonallisuuden häiriöihin kuten vihamielisyyteen, perfektionismiin ja itsetunto-ongelmiin. Tietyille ihosairauksille altistavat tai niitä vaikeuttavat psyykkiset tekijät. Tällaisia ihosairauksia ovat esimerkiksi neurodermatoosi, kutina, eksema, urtikaria, herpes zoster, akne, seborrhea ja psoriasis. Seurauksena ihotaudeista on usein häiriö ruumiin hahmossa eli käsityksenä omasta kehosta, kuten psoriasispotilailla sekä vaikeaa aknea ja seborrhea sairastavilla potilailla. Psykoterapia hoitomuotona katsotaan hyödylliseksi muun muassa potilailla, joilla on kutinaa, liikkahikoilua, atooppinen dermatiitti (eksema), urtikaria, alopekia ja psoriasis. (Folks & Kinney 1992.)

2.1.11. Yleissairaalassa tapahtuva psykoterapeuttinen työ

Psykoterapeuttista työtä yleissairaalassa tekevät sekä somaattisten erikoisalojen työntekijät että yleissairaalapysykiatrisen yksikön työntekijät. Psykoterapia on psyykkisten ongelmien lievittämistä ja terveen psykologisen kehityksen esteiden poistamista sekä yksilön oman kehityksen tukemista psykoterapeuttisessa yhteistyösuhteessa. Psykoterapian perustana on potilaan ja hänen psykoterapeuttinsa välillä oleva vuorovaikutussuhde. Suomessa pisimmälle kehittyneet psykoterapiamuodot ovat psykoanalyttinen yksilö- ja ryhmäpsykoterapia, kognitiivinen psykoterapia ja perheterapia. Somaattisesti sairaiden potilaiden hoidossa toteutetaan myös psykoterapian erityissovellutuksia, kuten kuvataide-, musiikki-, lyhytterapiaa ja psykodraamaa. Turun yliopiston täydennyskoulutuskeskuksessa on kehitetty erityissovellutus psykodynaamisesta psykoterapiasta somaattisesti sairaiden potilaiden kokonaisvaltaisen psyykkisen hoidon tarpeisiin. (Pylkkänen ym. 1996.)

Somaattisesti sairaita hoitavien lääkäreiden ja hoitajien työhön sisältyy psykoterapeuttista toimintaa, jonka olennainen ydin on potilaan ja hoitavan henkilön välisen suhteen aktiivinen käyttö hoitovälineenä. Tämä tarkoittaa myönteisen ja empaattisen tunnesuhteen luomista ja ylläpitoa potilaan kanssa. Potilaan tarpeita täytetään osittaisesti, tietoisesti ja hallitusti, samalla tarjoamalla potilaalle mahdollisuus samastua hoitavan henkilön asenteisiin ja ratkaisumalleihin. Potilaalle tarjotaan aktiivisesti mahdollisuuksia etsiä yhdessä uusia selviytymiskeinoja. (Achté & Tamminen 1996.)

Yleissairaalapsykiatrinen toiminta on konsultaatio- ja liaisontyön ohella potilaiden psykoterapeuttista hoitoa. Useat tutkimukset tukevat sitä, että psykoterapia yhdistettynä somaattisiin hoitoihin vaikuttaa sekä psyykkisten oireiden lievittymiseen että toipumiseen somaattisista sairauksista (Conte & Karasu 1981, Sjödin & Svedlund 1987, Fawzy ym. 1990, Andrewes 1992). Kaikki psykiatrisessa käytännössä olevat terapiamuodot ovat käyttökelpoisia myös somaattisesti sairaiden potilaiden hoidossa. Tukea antava psykoterapia on hoidon kulmakiviä tarjotessaan pitkäaikaisen hoitosuhteen potilaan kuitenkin menettämättä vastuuta ja yhteistyökykyä. Potilaan empaattinen kuunteleminen, rohkaisun ja neuvojen antaminen ovat osa tukea antavaa psykoterapiaa, jota useimmiten toteuttavat somaattisten osastojen työntekijät ja vasta somaattisen sairauden kriisin juuttuessa yleissairaalapsykiatrisen yksikön työntekijät. (Lloyd 1991.) Molanderin (1999) tutkimuksen mukaan syöpään sairastuneet vanhukset tarvitsevat kuoleman ollessa lähellä voimavarojaan muuhun kuin rasittaviin tutkimus- ja hoitotoimenpiteisiin. Kuoleman kohtaaminen helpottuu, kun eletty elämä ja lähestyvä kuolema kietoutuvat yhteen. Yleissairaalapsykiatria voi auttaa syöpään kuolevia potilaita tukemalla somaattisten yksiköiden työntekijöitä kuuntelemaan heitä ja vahvistamaan heidän myönteisiä muistojaan.

Yhdysvalloissa vuonna 1989 tehty tutkimus (Lloyd 1991) osoittaa tukea antavan ryhmäpsykoterapian arvoa rintasyöpäpotilaiden hoidossa. Naisilla, jotka saivat kerran viikossa kokoontuvassa ryhmässä psykososiaalista tukea ja voivat keskustella sairaudestaan, sen aiheuttamista tunteista ja elämän muutoksista sekä hoidon sivuvaikutuksista, oli pitempi elinaika kuin niillä naisilla, jotka saivat vain syövän rutiiniluonteisen hoidon. Tulkitsevan psykoanalyttisen psykoterapian tehokkuutta somaattisesti sairaiden potilaiden hoidossa ei kuitenkaan ole pystytty vakuuttavasti osoittamaan. Kognitiivinen terapia, jonka tavoitteena on ihmisen henkilökohtaisten merkitysten ja merkitysrakenteiden selkiennyttäminen ja muuttaminen (Pylkkänen ym. 1996), on sen sijaan löytämässä paikkansa somaattisesti sairaiden potilaiden hoidossa. Käyttäytymisterapeuttiset tekniikat ovat myös hyödyllisiä (Lloyd 1991).

Yleissairaalapsykiatrisen työskentelyn kohteena voi olla myös potilaan perhe. Sairaus voi muuttaa potilaan roolia omassa perheessään, ja tämän roolinmuutoksen vuoksi muut perheenjäsenet voivat tarvita tukea ja neuvoja. Tukemalla perhettä lievennetään perheenjäsenten ahdistuneisuutta, helpotetaan potilaan ja perheen välistä kommunikaatiota ja voimistetaan perheen tukea potilaalle. (Lipsitt & Lipsitt 1991.) Perheen kunkin jäsenen voimavarat vaikuttavat kaikkien perheenjäsenten elämänlaatuun ja luultavasti myös sairauden kulkuun ja ennusteeseen. Sopeutumalla kroonisiin sairauksiin perheiden perustehtävä on luoda mielekkyys tilanteeseen ja näin säilyttää tunne selviämisestä ja tilanteen hallinnasta. (Tienari 1996.)

2.1.12. Yleissairaalapsykiatrisen toiminnan tulokset

Yleissairaalapsykiatrisesta toiminnasta koituvaa hyötyä voidaan arvioida potilaan, tämän perheen, potilasta hoitavan somaattisen yksikön, somaattisen osaston henkilökunnan, psy-

kiatrisen hoitoyksikön ja sairaalan näkökulmasta. Potilaan saama hyöty on oireiden lievittyminen, lisääntynyt toimintakyky, hoitoajan lyheneminen ja työkyvyn palautuminen. Potilaan voimien kohentuessa yleensä myös perheen hyvinvointi lisääntyy. Onnistunut psykiatrisen konsultaatiotyö helpottaa somaattisen erikoisalalan henkilökunnan työtaakkaa ja nostaa hoidon tasoa lisääntyneen psykiatrisen ymmärtämyksen myötä. Yleissairaalassa toimivat psykiatrit ovat eräänlaisia psykiatrian ”lähettiläitä”, jotka markkinoivat psykiatriaa ja psykiatrisia palveluita. (Pincus ym. 1991.)

2.1.12.1. Toiminnan myönteiset puolet

Potilaiden kokema hyöty. Yleissairaalapsykiatrisen toiminta parantaa potilaiden hoitoa, lisää potilaiden tyytyväisyyttä hoitoonsa, vähentää psykosomaattisista oireista kärsivien potilaiden oireita, vähentää somaattisten terveyspalveluiden käyttöä, polyfarmasiaa, haitallisia lääkkeiden sivuvaikutuksia ja näistä aiheutuvia sairaalahoidoja. Myös kuolleisuusriski pienenee. (Dvoredsky & Cooley 1986, Heikkinen ym. 1993, Hall & Frankel 1996.) Yleissairaalapotilaiden kokemaa hyötyä heidän saamastaan psykiatrisesta hoidosta on mitattu Manchesterissa tehdyillä kyselyillä Health Measurement Questionnaire (HMQ), Psychiatric Assessment Schedule (PAS) ja Nottingham Health Profile (NHP). Nämä kyselyt olivat varsin käyttökelpoisia oman terveydentilan ja elämänlaadun arvioimiseksi ja konsultaatioliason työn hyödyn mittaamiseksi. Psykiatrin suorittaman arvion ja em. kyselyiden välillä oli hyvä korrelaatio. Potilaiden omaa arviota voitaisiinkin käyttää yhtenä hoidon merkityksen mittarina liasonpsykiatriassa. (Gater ym. 1995.)

Saksalaisessa tutkimuksessa kysyttiin potilaiden kokemuksia psykiatrisesta konsultaatiosta. Yli 40 % ilmoitti, että he eivät olleet saaneet hoitavalta lääkäriltään riittävästi tietoa psykiatrin konsultaatiosta. Potilaista 10 % piti tilannetta epämiellyttävänä, ja 46 % oli sitä mieltä, että konsultaatio oli arvokas. (Windgassen ym. 1997.) Konsultaatioliason hoitajan työn tuloksellisuutta on arvioitu Ateenassa, jossa tutkittiin yleissairaalapsykiatrisen konsultaatioon ohjatun 95 potilaan oireiden lievittymistä. Tavallisin potilaiden kokema oire oli ahdistuneisuus, jota oli 41.1 %:lla potilaista. Hoidon todettiin vähentäneen merkittävästi ongelmia. Verbaalinen ilmaisu tuli potilaille mahdolliseksi ja hoito myötävaikuttanut fyysisten ja psyykkisten ongelmien lievittymiseen. (Priami & Plati 1997.)

Millaisten somaattisten sairauksien yhteydessä psykiatrisesta toiminnasta on hyötyä? Näyttöä hyödyistä on saatu ainakin sepelvaltimotautia ja syöpää sairastavilla potilailla (Fawzy ym. 1990, Hill ym. 1992). Stressillä ja depressiolla on yhteys immuunijärjestelmään. Sosiaalisella tuella näyttää olevan merkittävä osuus psykososiaalisen stressin ja siitä aiheutuneen immuunijärjestelmän toiminnanvajausten lievittämisessä (McDaniel ym. 1995). Toisaalta Andrewes (1992) ei tutkimuksessaan havainnut myönteisiä tuloksia psykoterapian vaikutuksesta syöpäpotilaiden ja sepelvaltimotautia sairastavien potilaiden elinajan pitenemiseen ja sairauden ennaltaehkäisyyn.

Somaattisten erikoisalojen kokema hyöty. Norjassa Maltin ym. (1997) tutkimuksessa yleissairaalapsykiatrian palveluista todetaan, että useimmat somaattiset erikoisalalat olivat

tyytyväisiä saamiinsa palveluihin. Sekä somaattiset että psykiatriset yksiköt toivoivat lisää konsultaatioliian palveluita ja lisää koulutusta.

Tyytyväisyyden mittarina voisi olla myös se, kuinka paljon somaattisilla osastoilla noudatetaan konsultoivan psykiatrin antamia suosituksia. Alankomaissa tehdyn tutkimuksen mukaan psykiatrin suositusten toteuttamiseen eivät vaikuttaneet potilaiden kliininen tila tai sosiodemografiset tekijät vaan se, kenelle lääkärille suosituksia annettiin ja milloin ja mitä suosituksia annettiin (Huyse ym 1992). Oxfordissa suoritettussa tutkimuksessa, joka koski lääkäreiden näkemystä potilaidensa emotionaalisen tuen tarpeesta, kaikki haastatellut 218 lääkäriä näkivät tämän tuen tarpeelliseksi (Mayou & Smith 1986).

Taloudellinen hyöty. Myös toiminnasta saatu taloudellinen hyöty on tuloksellisuuden mittari. Potilaiden vasteesta mahdollisimman varhaiseen psyykkisten oireiden havaitsemiseen ja hoitoon yleissairaalassa on näyttöä, mutta lisää tutkimuksia tarvitaan yleissairaalapsykiatrisen hoidon tehon osoittamiseksi (Strain ym. 1994, Handrinos ym. 1998).

Vanhuspotilas hyötyy psykiatrisesta hoidosta. Hoito on edullista. Terapeuttinen nihilismi on tarpeetonta. (Ford & Folks 1985.) Folks ja Ford (1985) totesivat tutkimuksessaan, että vanhat lonkkamurtuman vuoksi hoidossa olevat naiset, jotka lähetettiin rutiinisti psykiatriseen konsultaatioon, hyötyivät tästä toimenpiteestä siten, että heidän sairaalahoitajaksonsa oli merkittävästi lyhyempi kuin kontrolliryhmän. Yleissairaloissa psykogeriatrisen konsultaatioliianhoitajan työn liittäminen osaksi vanhusten hoitoa on koettu hyödylliseksi ja sitä kannattaisi kehittää edelleen (Collinson & Benbow 1998).

Jatkohoitopaikan kokema hyöty. Yleissairaalapsykiatriseen toimintaan kuuluu myös jatkohoidon järjestely. Sekä yleissairaalassa hoidettujen potilaiden että jatkohoidosta vastaavien perusterveydenhuollon lääkäreiden tyytyväisyys yleissairaalan toimintaan on lisääntynyt, kun hoitosuunnitelma on tehty yhteistyössä somaattisen erikoisalalan ja yleissairaalapsykiatrian kanssa. Terveyspalveluiden käyttö ei kuitenkaan välttämättä ole vähentynyt. (Meeuwesen ym.1994, Koopmans ym.1995, Koopmans ym.1996, Meeuwesen ym. 1996.) Väestön ikääntyessä ei toisaalta voida odottaa terveystalouden käytön vähenemistä. Vastakkainen tutkimustulos havaittiin Liverpoolissa, jossa kysyttiin sekä yli 65-vuotiailta potilailta että heitä hoitaneilta yleissairaalan työntekijöiltä ja jatkohoitopaikkojen työntekijöiltä mielipidettä jatkohoidon järjestelyn onnistumisesta. Potilaista 80 % oli tyytyväisiä toimintaan, mutta hoitavista henkilöistä vain alle 2 %. Tämä mielipide-ero voi johtua potilaiden vähäisistä odotuksista hoitojen suhteen sekä pelosta, että mielipiteet voivat vaikuttaa tulevaan hoitoon. (Fairhurst ym. 1996.)

2.1.12.2. Toiminnan kielteiset puolet

Yleissairaalapsykiatrisesta toiminnasta voi olla myös haittoja, joita voisi olla potilaan leimaantuminen psykiatriseksi potilaaksi. Myös potilaan perhe voi kokea olevansa leimattu,

jos tarvitaan psykiatrin konsultaatiota. Myös liian nopea kotiuttaminen voi potilaan perheestä tuntua ylivoimaiselta taakalta eikä onnistuneelta somaattisen ja psykiatrisen lääketieteen yhdessä tekemältä kotiutussuunnitelmalta. Psykiatrin toiminta somaattisella osastolla voidaan kokea tunkeilevana ja arvostelevana. (Pincus ym. 1991.) Järjestelmällinen yhteistyö yleissairaalapsykiatrian ja somaattisen erikoisalajin välillä sekä sairauden toteamisvaiheeseen liittyvä rutiiniluonteinen psykiatrisen väliintulo muuttaisivat kuitenkin asenteita ja vähentäisivät leimaantumista, jota voi liittyä psykiatriseen konsultaatioon lähettämiseen. Psykiatrisen hoidon hyväksyisivät helpommin sekä potilaat että somaattisten erikoisalojen työntekijät. (Fawzy ym. 1995, Uchitomi ym. 1998.)

2.1.13. Yleissairaalapsykiatriset osastot

Yleissairaalapsykiatrista toimintaa on polikliinisen työn ohella osastolla tapahtuva yleissairaalapsykiatria, jonka merkitys on lisääntymässä yleissairaloissa. Ensimmäinen yleissairaalapsykiatrisen osasto aloitti toimintansa vuonna 1947 Mt. Sinai Hospitalissa New Yorkissa. Siellä avattiin 21-paikkainen psykosomaattinen vuodeosasto psykiatrisille potilaille, joilla oli sairaalahoitoa vaativa fyysinen sairaus.

Yleissairaalapsykiatrialla oli toisen maailmansodan jälkeen psykosomaattinen tutkimus- ja hoito-ote, mutta tämä väheni kolmen seuraavan vuosikymmenen aikana, mikä johtui lääketieteen kehityksestä ja aikaisemmin psykosomaattisena pidettyjen sairauksien uusista hoitomuodoista. Psykiatrisen hoidon historiaan pohjautui se, että Yhdysvalloissa yleissairaalapsykiatrisista osastoista muodostui psykiatristen sairauksien hoitopaikkoja. 1980-luvulla yleissairaalapsykiatrisista osastoista tuli jälleen somaattisesti ja psyykkisesti samanaikaisesti oirehtivien potilaiden hoitopaikkoja. Yleissairaalapsykiatriset osastot palvelevat potilaita, joilla on sekä fyysinen että psyykinen sairaus ja jotka tarvitsevat sekä fyysistä että psykiatrista hoitoa ja näiden yhteensovittamista. (Summergrad 1994.) Psykosomaattisesti oirehtivat potilaat muodostavat osan runsaasti terveystalviteita käyttävästä potilasryhmästä. Heidän tutkimuksensa ja hoitonsa, johon liittyy usein myös työkykyisyyden arviointi, koetaan yleensä ongelmalliseksi. Potilaat ohjautuvat yleissairaalapsykiatriselle osastolle, kun heidän somaattisiin oireisiinsa ei ole löytynyt selvyyttä tai helpotusta useita vuosia kestäneistä eri erikoisaloilla tapahtuneista tutkimus- ja hoito-yrityksistä huolimatta. (Heikkinen 1996.)

Yleissairaalapsykiatrisen osaston kohderyhmiä ovat potilaat, joilla on depressio ja krooninen sairaus samanaikaisesti, skitsofrenia ja samanaikainen krooninen sairaus, delirium, depressio ja dementia samanaikaisesti, neurologisen sairauden aiheuttama psykiatrisen komplikaatio, somatoforminen häiriö, krooninen kipu, syömishäiriö, diagnostinen ongelma tai fyysinen sairaus, jota psyykkiset tekijät vaikeuttavat. Yleissairaalapsykiatrisilla osastoilla voi olla valmiudet hoitaa akuutteja somaattisia tai psykiatrisia sairaustilanteita. Osastot voivat erikoistua hoitamaan erilaisia potilasryhmiä. (Fava ym. 1985, Warneke 1986, Fogel & Summergrad 1991.) Hoitohenkilökunnan rakenne vaihtelee osastoilla hoidoissa olevien potilaskohderyhmien mukaan. Sisätautilääkärin ja osaston yhteistyö nähdään tarpeellisena (Fogel & Stoudemire 1986).

2.2. Yleissairaalapsykiatria Suomessa

2.2.1. Yleissairaalapsykiatrisen toiminnan kehittyminen Suomessa

Vuonna 1840 annettiin ensimmäinen Suomen mielisairaanhoidoa koskeva asetus. Sen perusteella lääninsairaaloihin oli perustettava mielisairasosastot. Jo ennen asetuksen voimaantuloa Oulun läänin lasaretin houruinhuoneessa oli hoidettu mielisairaita, joille nyt oli siis varattava oma osasto. (Sarvilinna 1938, Kraatari & Vähä 1975.)

1900-luvun alkupuolella kuntainliitot alkoivat perustaa piirimielisairaaloita mielisairaiden hoidon keskittyessä näihin sairaaloihin sekä kunnalliskotien mielisairasosastoille, joita taas kunnat olivat perustaneet vuonna 1889 annetun mielisairasasetuksen voittamina. Mielisairauksien hoito oli kehittynyt tässä vaiheessa osaksi kunnallista sosiaalihuoltoa, ja mahdollisuudet psykiatrisen hoidon kehittämiseen olivat heikentyneet. Hoitopaikkojen linjauksiin vaikuttavana tekijänä oli valtion ohjaus, sillä valtio ei sijoittanut rahaa lääninsairaaloiden mielisairaanhoidon kehittämiseen. (Alanko 1981.)

Jo ennen keskussairaloissa käynnistynyttä yleissairaalapsykiatrista toimintaa on kokemuksia psykiatristen potilaiden hoitamisesta yleissairaloissa. Ensimmäinen yleissairaalapsykiatrisen osasto perustettiin maassamme sotilassairaalaan, Helsingin sotilassairaalaan, myöhempään Keskussotilassairaala 1:een vuonna 1936, jolloin sairaalaan saatiin hermo- ja mielitautien lääkäri (Ponteva 1983). Lahden kaupunginsairaalan yhteyteen perustettiin vuonna 1955 “sieluisesti sairaiden vastaanottoasema” (Alanko 1981).

Vuonna 1955 lääkintöhallituksen pääjohtaja Niilo Pesonen ehdotti psykiatristen osastojen perustamista keskussairaaloihin. Kuitenkin tuolloin maassamme otettiin psykiatrian painopistealueeksi vuoden 1952 mielisairauslain mukaisesti B-sairaalaverkoston kehittäminen parantumattomia mielisairaita varten. Näin menetettiin vuosikymmeniksi eteenpäin mahdollisuudet kehittää akuutti- ja yleissairaalapsykiatriaa. Suomen psykiatriyhdistyksessä keskusteltiin vuonna 1958 lääkintöhallitukselle tehtävästä ehdotuksesta, jonka mukaan keskussairaaloihin tulisi perustaa psykiatrisia avo-osastoja. Vuonna 1961 erikoispaikkatarvekomitean mietinnössä katsottiin, että ilman psykiatrin myötävaikutusta on usein vaikea saavuttaa hoidossa hyviä tuloksia, ja päädyttiin siihen käsitykseen, että parhaan mahdollisen tuloksen saavuttamiseksi olisi yleissairaaloihin perustettava psykiatrian osastoja. Pohjois-Karjalan keskussairaalaan perustettiinkin vuonna 1964 neuropsykiatrisen osasto, mutta sen toiminta muuttui nopeasti puhtaasti neurologiseksi toiminnaksi.

Vuosi 1975 näyttää olevan Suomessa jonkinlainen vedenjakaja yleissairaalapsykiatrisessa työskentelyssä. Ennen kyseistä vuotta yleissairaalapsykiatria oli huonosti organisoitua ja epävirallista. Yleissairaalapsykiatria on kehittynyt 1970-luvun puolivälistä lähtien lähes suppeaa erikoisalaa vastaavaan asemaan niin Suomessa kuin muissakin teollisuusmaissa. (Alanko 1981.) Vuoden 1977 mielisairaslaki mahdollisti psykiatristen toimintojen kytkemisen yleissairaanhoidon yhteyteen (Eskola 1983). Vuonna 1979 perustettiin ensimmäinen varsinainen vuodeosasto yleissairaalaan, Jorvin paikallissairaalaan. Kuopion yliopistollisessa keskussairaalassa avattiin psykiatrisen osasto 1981. Vuoden kokemuksen jälkeen voitiin todeta, ettei ole mitään estettä psykiatrisen toiminnan sijoittamiselle yleissairaalan yhteyteen. Toiminta oli tapahtunut lastentautien yksikön tiloissa,

eikä siitä ollut ollut mitään haittaa kummallekaan osapuolelle. Tämän jälkeen yleissairaalapsykiatrinen osasto on perustettu useaan yleissairaalaan. Keskussairaالاتasolle yleissairaalapsykiatria tuli lähes koko maan kattavana valtakunnallisten suunnitelmien mukaisesti viimeistään vuonna 1982. (Psykiatrisen terveydenhuollon kehittämissuunnitelma 1977, Alanko & Sorri 1983.)

Psykiatrisen konsultaatiotoiminnan alkuvaiheen kehityksestä ennen 1950-lukua ei ole paljon tietoa. Lapinlahden sairaalan yhteyteen perustettiin 1910-luvulla psykiatrinen poliklinikka, jossa tätäkin toimintaa todennäköisesti oli. Vuonna 1958 se muuttui Helsingin yliopistollisen keskussairaalan neurologian ja psykiatrian poliklinikaksi, joka siirtyessään vuonna 1972 Lapinlahden sairaalasta Meilahden sairaalan yhteyteen sai oman erillisen konsultaatiotyöryhmän. Tätä ennen vuonna 1961 neurologia ja psykiatria olivat eronneet omiksi erikoisaloikseen Helsingin yliopistossa. Muut yliopistolliset keskussairaalat ovat saaneet yleissairaalapsykiatrian poliklinikan seuraavasti: Turku vuonna 1968, Oulu vuonna 1974, Kuopio vuonna 1975 ja Tampere vuonna 1980. Pohjois-Karjalan keskussairaala on toiminut psykiatrian erikoislääkäri vuodesta 1975. Psykiatrian poliklinikka perustettiin keskussairaaloista ensimmäisenä Keski-Pohjanmaan keskussairaalaan vuonna 1974 ja seuraavaksi Keski-Suomen keskussairaalaan vuonna 1979. (Alanko & Sorri 1983.)

2.2.2. Erikoistunutta toimintaa yleissairaalapsykiatrisissa yksiköissä

Suomessa yleissairaalapsykiatrisia yksiköitä on ollut toiminnassa noin 25 vuotta. Tällä hetkellä yleissairaalapsykiatrisia yksiköitä on kaikissa sairaanhoitopiireissä yhteensä noin 20 suomalaisessa sairaalassa. Useimmissa on vain poliklinikka, mutta joissakin sairaaloissa on myös yleissairaalapsykiatrinen osasto. Alalla toimii Suomessa noin 50 psykiatrian erikoislääkäreitä.

Eri sairaaloissa yleissairaalapsykiatrisilla poliklinikoilla on erityistoimintaa, kuten psykogeriatrasta ja päihdepoliklinikkatoimintaa sekä syömishäiriö- ja elinsiirtopotilaisiin erikoistunutta toimintaa. Yleissairaalapsykiatriset työryhmät ovat moniammatillisia. Henkilökuntarakenteet poikkeavat toisistaan eri yleissairaalapsykiatrisissa toimipisteissä. Työryhmissä on kuitenkin aina psykiatrian erikoislääkäri ja psykiatrinen erikoissairaanhoitaja. Työryhmään voi lääkäreiden ja sairaanhoitajien lisäksi kuulua poliklinikoilla sosiaalityöntekijä ja psykologi sekä osastosihteeri. Osastoilla psykiatrian erikoislääkäriin, psykiatristen erikoissairaanhoitajien ja osastosihteerin lisäksi työryhmään voi kuulua mielenterveyshoitaja, psykologi, sosiaalityöntekijä ja fysioterapeutti. Moniammatillisuuden ansiosta yleissairaalapsykiatrinen työ on monipuolista; se voi olla psykodynaamisesti suuntautunutta yksilöpsykoterapiaa, tukea antavaa yksilöpsykoterapiaa, kriisihoitoa, perhekeskeistä hoitoa, ryhmähoitoa, toiminnallista ja fyysisesti kuntouttavaa hoitoa.

Yleissairaalapsykiatrisille osastoille ohjautuu potilaita, joiden somaattisiin oireisiin ei ole löytynyt selvyyttä tai helpotusta somaattisissa tutkimuksissa ja hoidoissa. Useimmilla potilailla on jokin elimellinen sairaus, jonka aiheuttama kärsimys ja toimintakyvyn rajoittuminen eivät ole kuitenkaan suhteessa somaattisiin löydöksiin. Somaattiset hoidot ja kun-

toutusyrietykset eivät ole tuoneet helpotusta. Nämä potilaat käyttävät runsaasti terveyspalveluita, ja heillä on suuri vaara invalidisoitua työkyvyttömiksi. (Heikkinen 1996.)

2.3. Yleissairaalapsykiatria Oulun yliopistollisessa sairaalassa

Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin väestöpohja oli tämän tutkimuksen tietojen keräysvaiheessa vuonna 1991 noin 347 000 asukasta (Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin kuntainliittokertomus vuodelta 1991) ja psykogeriatrisen konsultaatiotoiminnan muutostutkimuksen aikana vuosina 1995 - 1996 noin 362 000 (Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin toimintakertomus vuodelta 1996). Yliopistollisen sairaalan vuodepaikkojen määrä väheni vuodesta 1991 vuoteen 1996 1000 paikasta 950 paikkaan. Poliklinikkakäyntejä sairaalassa oli päivittäin noin 1000 sekä vuonna 1991 että vuonna 1996 (Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin kuntainliittokertomus, tilasto-osa ja tilinpäätöstiedot vuodelta 1991, Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin toimintakertomus vuodelta 1996).

2.3.1. Yleissairaalapsykiatrisen toiminnan käynnistyminen Oulussa

Psykiatrisen konsultaatiotoiminta käynnistyi Oulussa jo vuonna 1965 Oulun lääninsairaalassa, joka oli Oulun yliopistollisen sairaalan edeltäjä. Vuodesta 1967 alkaen Oulun yliopistollisen sairaalan psykiatrian klinikassa toimi ”neuroosiosasto”, jonka toiminta-ajauksena oli somaattisen ja psykiatrisen lääketieteen tietojen ja taitojen yhdistäminen. Tämä osasto muutti vuonna 1992 yleissairaalan tiloihin. Psykiatrian klinikka on 1980-luvun alusta lähtien ohjannut alueen terveyskeskuksissa psykoterapeuttista työtä. Liaisontyötä on näin ollen psykiatrian klinikassa harjoitettu sairaalan ulkopuolellakin lähes 20 vuotta. Terveyskeskuskonsultaatiotoiminnassa keskeisenä työmuotona ovat olleet ongelmatapauskokoukset, joihin ovat osallistuneet terveyskeskuslääkärit ja useimmissa terveyskeskuksissa myös muun henkilökunnan edustajat. Tämän ohella on varattu aikaa myös kahdenkeskisiin konsultaatioihin lähinnä lääkäreitä, psykologeja ja terveydenhoitajia varten. Terveyskeskuskonsultaatiotoiminnan tavoitteena on terveyskeskusten psykiatrisen hoidon valmiuksien lisääminen eikä niinkään valmiiden psykiatristen palvelujen antaminen. (Tienari 1983.)

2.3.2. Yleissairaalapsykiatrisen poliklinikkatoiminta Oulussa

Yleissairaalapsykiatrian poliklinikka aloitti toimintansa v. 1974, vaikka vuoteen 1986 saakka poliklinikka käytti nimeä avopsykiatrian poliklinikka. Yleissairaalapsykiatrian

poliklinikan toiminta-ajatuksena on sen perustamisesta alkaen ollut konsultaatio-liaisonpsykiatrinen työskentelytapa, koska konsultaatiotyöllä saadaan vain pieni osa psykiatrisesta hoidosta hyötyvistä potilaista hoidon piiriin. Psykiatrian alan ammattilaisen tulisi aktiivisesti hakeutua jonkin erikoisalan työryhmän jäseneksi ja osallistua kierroille tai osastotunneille. Silloin olisi mahdollista havaita psykiatrisesta avusta hyötyviä potilaita, osallistua potilaiden kokonaishoitoon, levittää psykologista tietoutta ja olla mukana tutkimusyhteistyössä (Oulun avopsykiatrian poliklinikan toimintasuunnitelma vuosille 1981 - 1985, Oulun Psykiatrian klinikan toimintakertomus 1985). Yhteistyöpsykiatria on ollut sekä säännöllisesti tapahtuvaa että tarvittaessa järjestettyä toimintaa. Tarvittaessa järjestettyjä yhteistyömuotoja ovat somaattisilla erikoisaloilla tapahtuvat neuvottelut potilaiden hoitoon ja hoidon järjestelyyn liittyvistä kysymyksistä ja puhelimitse tapahtuvat neuvottelut potilaiden hoidosta. Säännöllisiä yhteistyöpsykiatrisia toimintamuotoja ovat työnohjaustoiminnat, toimiminen alustajana osastotunneilla ja somaattisten erikoisalojen toimipaikkakoulutuksissa, säännölliset vuodeosastokierrot somaattisilla erikoisaloilla, psykiatrisen asiantuntemuksen edustaminen somaattisten erikoisalojen ongelmapotilastyöryhmissä, potilaskartoitukset psykiatrisesta avusta hyötyvien potilaiden löytämiseksi, säännölliset tiettyjen potilasryhmien tapaamiset, asiantuntijana toimiminen sopeutumisvalmennuskursseilla, tutkimusyhteistyö ja toimiminen asiantuntijana sairaanhoitopiiriin asettamissa suunnitteluryhmissä. (Oulun yleissairaalapsykiatrian poliklinikka, toimintakertomus 1998.) Tarvittava näkemys potilaasta kokonaisuutena ja psykososiaalisten tekijöiden merkityksestä potilaan fyysisessä sairastamisessa asettavat velvoitteita lääkärikoulutukselle (Tienari 1985). Oulun yliopistollisen sairaalan yleissairaalapsykiatrian poliklinikka onkin toimintansa alkuvaiheista lähtien antanut osan psykiatrian käytännön opetuksesta lääketieteen opiskelijoille.

2.3.3. Yleissairaalapsykiatrian poliklinikan potilastyö

Yleissairaalapsykiatrian poliklinikka toimii ensisijaisesti konsultaatio- ja psykiatrisena arviointipisteenä sairaalan eri klinikoille. Jonkin verran läheteitä tulee myös terveyskeskuksista, työterveysasemilta, yksityislääkäreiltä, sairaanhoitopiiriin muista sairaaloista ja toisista sairaanhoitopiireistä.

Työ tapahtuu arkipäivisin virka-aikana, kuten on tapahtunut koko poliklinikan toiminta-ajan vuodesta 1974 alkaen. Sairaalan osastoilta tuleviin päivystyksellisiin pyyntöihin vastaa työpäivinä yksi poliklinikan lääkäreistä. Virka-ajan ulkopuolinen päivystys hoidetaan psykiatrian klinikasta, josta annetaan puhelinkonsultaatioapua tai otetaan potilas tutkimukseen ja hoitoon. Suurin osa konsultaatioista tapahtuu kuitenkin ajanvarauksen kautta. Konsultaatiopyyntöjen syynä ovat olleet yleisesti monimutkaiset diagnostiset arvioinnit, itsemurhaa yrittäneiden tilanteen selvittely ja hoidon suunnittelu, somaattisten sairauksien aiheuttamat kriisit sekä työkykyisyyden / työkyvyttömyyden arviointi. Ensisijaisina potilasryhminä on nähty psykosomaattisesti oirehtivat potilaat sekä potilaat, joille somaattinen sairaus tai vamma on aiheuttanut psyykkistä oireen muodostusta kuten masennusta, ahdistuneisuutta tai pelko-oireita. Alkututkimusten jälkeen potilaat on yleisesti ohjattu muualle varsinaiseen psykiatriseen hoitoon.

Potilaskäyntejä yleissairaalapsykiatrian poliklinikalla on ollut vuosittain 1800 - 4000, joista 70 - 75 % on tapahtunut poliklinikan tiloissa ja loput vuodeosastoilla (Oulun avopsykiatrian poliklinikka & Oulun yleissairaalapsykiatrian poliklinikka, toimintakertomukset vuosilta 1975 - 1998). Vuonna 1998 konsultaatiopyyntöjä poliklinikalle tuli 845, joista päivystyksellisiä konsultaatioita oli 478, ajanvarauskonsultaatioita 288 ja hoitotyön konsultaatioita 79. Vastaanottokäyntejä poliklinikalla oli kaikkiaan 3720. Konsultaatiopyynnöistä 43 % oli miehistä ja 57 % naisista. Potilaista oli 65 vuotta täyttäneitä 10 %. ICD-10-tautiluokituksen mukainen diagnoosijakauma oli seuraava: mielialahäiriöt 38 %, neuroottiset ja somatoformiset häiriöt, sopeutumishäiriöt mukaan luettuina 31 %, ei psykiatrasta diagnoosia 9 %, päihdeongelma 8 % ja muut häiriöt 14 %. (Oulun Yleissairaalapsykiatrian poliklinikka, toimintakertomus 1998.) Yleissairaalapsykiatrian poliklinikan hoitomuotoja ovat selventävät keskustelut, kriisipsykoterapia, varsinainen psykoterapia, psykiatrinen lääkehoito sekä potilaiden omaisten kanssa käydyt neuvottelut. Psykoterapiamuotoja ovat analyttisesti orientoitunut yksilöpsykoterapia ja perheterapia. (Oulun yleissairaalapsykiatrian poliklinikka, toimintakertomus 1998.)

2.3.4. Psykogeriatriinen toiminta yleissairaalapsykiatrian poliklinikalla

Yleissairaalapsykiatrian poliklinikalla on vuodesta 1988 alkaen ollut myös psykogeriatriasta poliklinikka- ja konsultaatiotoimintaa. Psykogeriatriinen osasto ei sijaitse yliopistollisen sairaalan rakennuksessa vaan maantieteellisesti vajaan kilometrin päässä sijaitsevilla psykiatrian klinikan sairaalarakennuksissa.

2.3.5. Yleissairaalapsykiatrian poliklinikan moniammatillinen henkilökunta

Yleissairaalapsykiatrian poliklinikan henkilöstö oli tämän tutkimuksen potilasaineiston keruuvaiheessa vuonna 1991 seuraavanlainen: kaksi erikoislääkärää, yksi apulaislääkäri, kaksi erikoissairaanhoitajaa, yksi sosiaalityöntekijä ja puolipäivätoiminen osastosihteeri (Oulun psykiatrian klinikka, toimintakertomus 1991). Yleissairaalapsykiatrian poliklinikan henkilöstö oli vanhuksia käsittelevän muutostutkimuksen aikana vuonna 1995 seuraava: kaksi psykiatrian erikoislääkärää, joista toisella oli myös psykogeriatrian pätevyys, apulaisopettaja, kaksi psykiatriaerikoistuvaa lääkäriä, psykologi, kaksi psykiatrasta erikoissairaanhoitajaa, osa-aikainen sosiaalityöntekijä ja kokopäivätoiminen osastosihteeri (Oulun psykiatrian klinikka, toimintakertomus 1995). Vuonna 1998 poliklinikan henkilökunnan rakenne oli seuraava: kokopäivätoiminen erikoislääkäri, osa-aikainen apulaisylilääkäri, puolipäivätoiminen psykiatrian ja psykogeriatrian erikoislääkäri, apulaisopettaja, kaksi sairaalalääkärää, psykologi, kaksi psykiatrasta erikoissairaanhoitajaa, osa-aikainen sosiaalityöntekijä ja osastosihteeri (Oulun yleissairaalapsykiatrian poliklinikka, toimintakertomus 1998).

Työryhmän psykologin toimenkuvaan kuuluvat potilasarvioinnit, sairaalahoidon aikana tapahtuvat kriisihoidot, polikliininen terapiatyö ja somaattisilla erikoisaloilla tapahtuvat

neuvottelut ja koulutukset. Lisäksi psykologi antaa koulutusta lääketieteen opiskelijoille ja toimii asiantuntijana työryhmissä, joiden muut jäsenet ovat somaattisten erikoisalojen edustajia. Vakiintuneeksi käytännöksi sairaalassa on jo muodostunut konsultaatiopyyntöjen suora ohjautuminen yleissairaalapsykiatrian poliklinikan psykologille. (Oulun yleissairaalapsykiatrian poliklinikka, toimintakertomus 1998.)

Poliklinikan perustamisesta alkaen vuodesta 1974 yleissairaalapsykiatrian poliklinikan hoitajat ovat nähneet osaksi perustehtävänsä hoitotyön konsultaatiot ja kehittäneet koko poliklinikan historian ajan tätä toimintamallia. Konsultoiva psykiatrinen sairaanhoitaja toimii itsenäisesti yleissairaalassa auttaen hoitotyön alueilla sairaanhoitajia. Konsultaatiot voivatkin olla hoitaja-hoitajakonsultaatioita, jotka toteutuvat useimmin kriisihoitoina. (Kuusniemi ym. 1990.) Potilaan elämänhistoria ja tieto nykyisestä elämäntilanteesta auttavat somaattisen osaston henkilökuntaa ymmärtämään potilaan intrapsyykkisiä kokemuksia. Hoitaja-potilasvuorovaikutussuhteen työnohjaus on yksi välillinen auttamismuoto. Psykiatrinen erikoissairaanhoitaja on enemmän kiinnostunut potilaan sopeutumisesta sairauteen kuin psykopatologiasta, ja hänen työnsä luonteeseen kuuluu selvittäminen, onko potilaan kriisireaktio normaali vai poikkeava. Hoitotyön konsultaatioiden ohella poliklinikan erikoissairaanhoitajien välitön potilastyö on moniammatillisen yleissairaalapsykiatrisen työryhmän jäsenenä vastata kriisipsykoterapeuttisesta hoidosta lääkärin työparina. (Silvola & Östring-Heikkinen 1997.)

2.3.6. Yleissairaalapsykiatrisen vastuualueen tehostaminen Oulussa

Vuonna 1995 Oulun yliopistollisen sairaalan psykiatrian klinikassa tehostettiin yleissairaalapsykiatrista toimintaa siten, että yleissairaalapsykiatrian vastuualueeseen liitettiin yleissairaalapsykiatrian poliklinikan ja yleissairaalapsykiatrisen osaston lisäksi psykiatrian osasto. Tämä psykiatrian osasto ei kuitenkaan sijaitse yleissairaan tiloissa. Yleissairaala olisi ihanteellisin paikka psyykkisesti oirehtivien vanhusten tavoittamiseksi ja hoitamiseksi sekä yhteistyöpsykiatrian edistämiseksi. (OYS, Psykiatrian klinikka, toimintakertomus 1995.)

Yleissairaalapsykiatrisen vastuualue toimii samassa kokoonpanossa edelleenkin tätä kirjoitettaessa kesällä 1999, ja se tarjoaa palveluita sairaanhoitopiirille sekä myös oman sairaanhoitopiirin ulkopuolisille potilaille. Yleissairaalassa tapahtuvista konsultaatioista vastaa ensisijaisesti yleissairaalapsykiatrian poliklinikka, mutta tämä toiminta kuuluu myös yleissairaalapsykiatrisen osaston ja psykiatrian osaston toiminta-ajatuksiin.

2.4. Mitä on psykiatria?

2.4.1. Psykiatria lääketieteen erikoisalana

Psykogeriatria eli vanhuspsykiatria on psykiatrian erikoisala, joka tuottaa psykiatrisia palveluita iäkkäille ihmisille. Suunniteltaessa ihanteellista psykogeriatrista toimintamallia on ensiksikin tiedettävä vanhusväestön psykiatrisen hoidon tarve, käytettävissä olevat henkilöstövoimavarat ja taloudelliset mahdollisuudet toteuttaa toiminta.

2.4.1.1. Vanhusten psykiatrisen hoidon suunnittelu

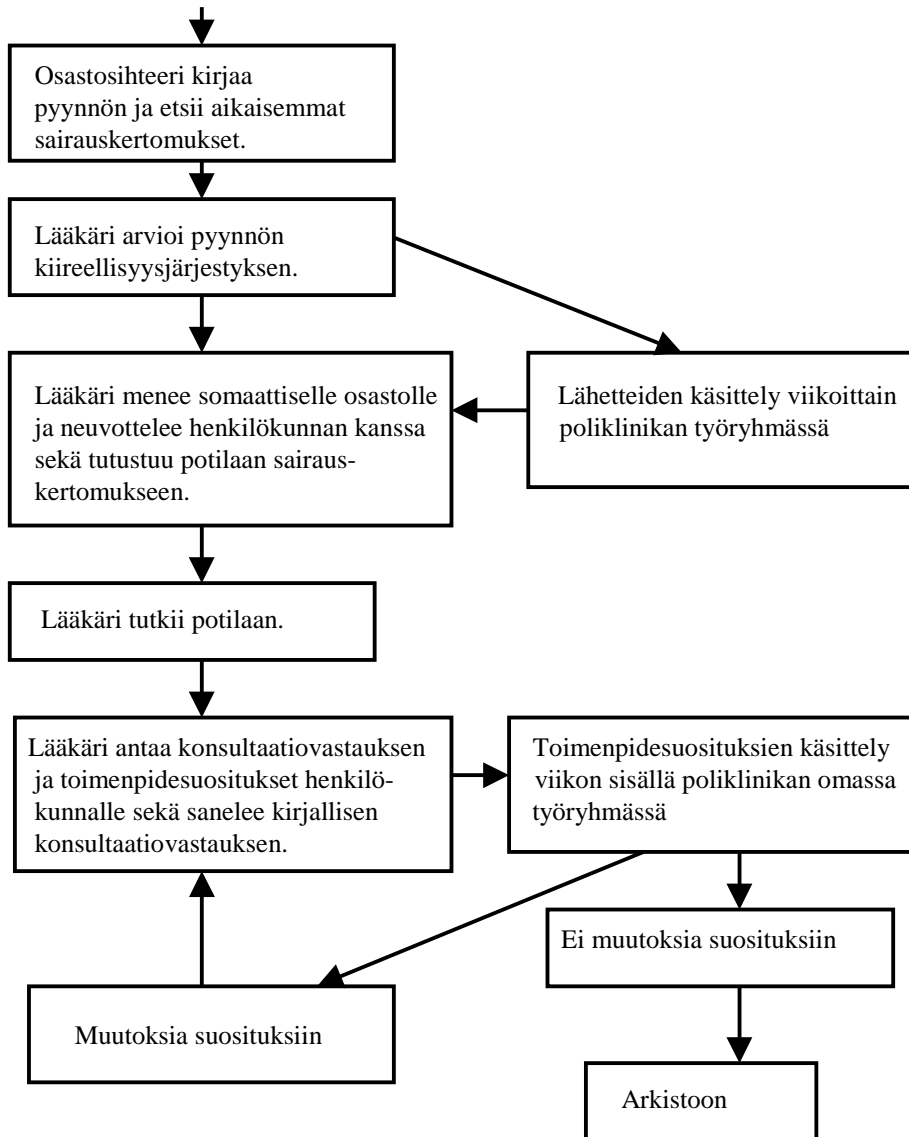
Vanhuspotilaan psykiatrista hoitoa suunniteltaessa lähtökohtana on huolellinen psykososiaalinen arviointi (Autio 1985, Wattis & Martin 1994) sekä somaattisen tilan selvittely, olivatpa oireet fyysisiä tai psyykkisiä (Hiltunen 1993). Vanhuksia hoidettaessa diagnosoia tärkeämpää on, että taudin aiheuttama toimintakyvyn heikkeneminen ja siitä johtuva haitta arvioidaan mahdollisimman objektiivisesti. Kuntouttamalla ja jäljellä olevaa toimintakykyä parantamalla sekä avopalveluja ja hoitoympäristöä kehittämällä voidaan vähentää sairauden aiheuttamia haittoja ja näin helpottaa vanhuksen elämää sekä kotona että laitoksessa. (Prinssi 1991.) Vanhuksista saatu käsitys ei kerro ainoastaan oireista vaan myös selviytymiskeinoista ja elämänongelmien ratkaisumalleista, vaikkapa alttiudesta sairastua psykosomaattisiin sairauksiin (Munnichs 1987). Jotta esitiedot olisivat riittäviä ja luotettavia, tarvitaan monesti useampia, kiireettömiä haastattelukertoja (Fields 1991). Psykogeriatrinen tutkimus ja hoito voivat tapahtua poliklininisesti tai osastolla psykiatrisessa sairaalassa, psykogeriatrisessa sairaalassa, geriatrisessa sairaalassa, yleissairaalassa, päiväsairalassa ja vanhainkodissa. Tavallisimmin psyykkisesti oirehtivan vanhuksen tutkimuspaikka on poliklinikka tai sairaala. Paras kuva vanhuksen psykososiaalisesta elämäntilanteesta saadaan kotikäynnillä. (Isohanni 1989.)

Vanhuksilla on usein monia sairauksia ja useammasta eri syystä johtuvia psyykkisiä oireita. Somaattinen tai psyykinen sairaus altistaa vanhuksen uudelle sairaudelle. Tällaisen monisairaana vanhuksen tullessa vastaanotolle on usein sattumanvaraista, mihin erikoisalan yksikköön hän kulkeutuu hoidettavaksi ja kuinka hänen muihin kuin kyseisen erikoisalan sairauksiinsa suhtaudutaan. Psykogeriatrisen hoidon filosofiana voidaan pitää optimaalisen autonomian säilyttämistä somaattisen ja psykiatrisen lääketieteen sekä sosiaalisten tukitoimien avulla. (Wertheimer 1992.)

2.4.1.2. Psykogeriatrisen toiminnan järjestäminen

On arvioitu, että 25 %:lla vanhuksista on psyykkisiä oireita, mutta vain 2,7 % vanhuksista on erikoistuneen psykiatrin hoidossa. Vanhusten psykiatrisesta hoidosta vastaavat kouluttamattomat työntekijät. Kuitenkin vanhusten mielenterveyshäiriöiden diagnostiikka on pulmallista, minkä vuoksi tarvitaan asiaan perehtyneitä työntekijöitä. (Wertheimer 1992.)

Konsultaatiopyyntö kirjallisena poliklinikalle



Kuva 1. Somaattisella vuodeosastolla tapahtuvan psykiatrisen konsultaatiotapahtuman kuvaus Oulun yliopistollisessa sairaalassa.

On myös kehitetty diagnostiikkaa helpottavaa diagnostista kriteeristöä, josta esimerkkinä on Isohannin ym. (1996) Short DSM-III-R-Based Diagnostic Instrument for Screening Mental Disorders in Geriatric Institutions.

Länsimaissa psykogeriatrinen toiminta on järjestetty eri lailla eri maissa; jopa uskonto on voinut vaikuttaa järjestelyihin. Kaikissa länsimaissa ei ole erikoistunutta psykogeriatrista toimintaa. Isossa-Britanniassa on kehitetty psykogeriatrasta toimintamallia, kun taas Ruotsissa on korostettu moniammatillista yhteistyötä geriatrian ja psykogeriatrian välillä. Kanadassa tuotetaan psykogeriatrisia palveluita psykiatrisissa ja geriatrisissa sairaaloissa. (Wertheimer 1992.) Psykogeriatria on hyväksytty lääketieteen erikoisalaksi Euroopan yhteisön piirissä nimikkeellä ”Old Age Psychiatry” Englannissa, Irlannissa ja Saksassa. Ruotsissa on työryhmä suunnittelemassa psykogeriatrian erikoisalan perustamiseen liittyviä kysymyksiä. Yhdysvalloissa vanhuspsykiatria on oma erikoisalansa.

Palveluiden käyttöön vähentyvästi vaikuttaa terveydenhuollon heikko taloudellinen tilanne. Muita palveluiden käyttöön vaikuttavia tekijöitä ovat vanhuksen sukupuoli, koulutus, sosiaaliluokka, psyykkisen sairauden laatu, elämäntilanne ja perhetilanne. (Wertheimer 1992.)

2.4.2. Psykogeriatrien koulutus

Suomessa tällä hetkellä jo lakkautettu psykogeriatria hyväksyttiin psykiatrian suppeaksi erikoisalaksi vuonna 1979. Taustatekijänä tälle suppealle erikoisalalle oli toisaalta väestönkehitys, yli 65-vuotiaan väestön huomattava absoluuttinen ja reaalinen kasvu, ja toisaalta tämän väestöosan erityinen ja suuri sairastavuus. Vanhusten psykiatrista sairastavuutta koskevat tutkimukset ovat päätyneet vähintään 30 %:n prevalenssiin, mutta jopa 60 %:iin yltäviä lukuja on esitetty. Erikoisalan perustamisen aikoihin psykogeriatriset potilaat olivat vahvasti yliedustettuina Suomen mielisairaaloissa ja vielä voimakkaammin aliedustettuina psykiatrisessa avohoidossa. Tavoitteena oli kouluttaa psykogeriatreja niin paljon, että useimmissa suomalaisissa mielisairaanhuoltopiireissä olisi ainakin yksi psykogeriatrini, jonka työn painopiste olisi avohoidossa. Psykogeriatrin työssä määriteltiin olevan kolme pääaluetta: tutkimus, koulutus ja kliininen työ. (Harenko 1983.)

Koulutukseen sisältyvän kliinisen palvelun tuli käsittää psykiatrista, neurologista ja sisätautipalvelua. Koulutusohjelmat suunniteltiin ja hyväksyttiin jokaisessa Suomen viidessä lääketieteellisessä tiedekunnassa. Esimerkkinä kuvattakoon tämän kirjoittajan psykogeriatrian erikoisalan koulutusohjelma: 10 kuukautta kliinistä sisätautipalvelua sisätautitilääkärijohtoisessa geriatrisessa sairaalassa, 10 kuukautta neurologista palvelua neurologisella osastolla ja 4 kuukautta palvelua yliopistollisen keskussairaalan yleissairaalapyykiatrian poliklinikalla. Kliinisen palvelun lisäksi erikoistumista varten oli suoritettava kirjallinen kuulustelu, johon vaadittiin tietämystä seuraavilta aloilta: yleisen gerontologian pääpiirteet, kliininen psykogeriatria, vanhuuden psykologia, vanhuuden sosiaalipsykologia, vanhuspotilaiden psykoterapia, geriatrinen psykofarmakologia, geriatrinen neurologia, yleinen geriatria sekä ajankohtainen kirjallisuus- ja aikakauslehtitieto (Lääkintöhallituksen työryhmien mietintöjä 1989).

Psykogeriatrinen työ on yhteistyötä lääketieteen muiden erikoisalojen ja perusterveydenhuollon kanssa. Pyrkimyksenä on kaataa raja-aitoja erikoisalojen välillä. Tärkeimmät yhteistyökumppanit ovat sisätautien, neurologian ja geriatrian erikoisalat. Lääkintöhallituksen työryhmän mietinnön mukaisesti klinikkona psykogeriatrin tulisi toi-

mia ensisijaisesti konsultoivana tai liasonpsykiatrina, mutta paitsi kliinikkona psykiatrian tulisi toimia myös tutkijana ja kouluttajana.

Suomessa on kesällä 1999 tätä kirjoitettaessa 23 psykogeriatrria, joista 15 on vielä työelämässä. Lääkintöhallituksen työryhmän mietinnön (Maamme psykogeriatriset palvelut ja niiden kehittämistarpeet 1989) mukaisesti tarve olisi noin 60.

Psykogeriatrian erikoisan koulutus antaa valmiudet ammattitaitoon ja tietojen ja taitojen ylläpitämiseen sekä jatkuvaan lisä- ja täydennyskoulutukseen yhä laadukkaamman psykogeriatrisen työn saavuttamiseksi. Esimerkkinä on tämän kirjoittajan erikoistumisen jälkeen suorittama 4-vuotinen erityistason yksilöpsykoterapiakoulutus, minkä johdosta taidot vanhuspotilaiden mielen sisäisen maailman ymmärtämisessä, hoidon kriittisessä arvioinnissa ja psykoterapian toteuttamisessa vahvistuivat.

2.4.3. Psykogeriatrisen työn kehittyminen Suomessa

1980-luvulla alettiin Suomessa useammalla paikkakunnalla kehittää sekä psykogeriatrista osasto- että poliklinikatoimintaa. Tuolloin lähdettiin purkamaan suuria yli 40-paikkaisia psykogeriatrisia osastoja, joilla potilaat olivat laitostuneita ja kroonistuneita pitkien hoitoaikojen ja kuntouttamisen puutteen vuoksi. Samanaikaisesti kehitettiin psykogeriatrisia osastoja vähentämällä niiden potilaspaikkalukuja, terävöittämällä diagnostiikkaa, suunnittelemalla yksilöllistä lääkitystä, optimoimalla vanhusten fyysinen ja sosiaalinen tila ja informoimalla omaiset ja läheiset henkilöt. (Koponen & Mahlanen 1984.) Psykogeriatrisen selvitysosasto nähtiin tärkeänä vanhuspsykiatrisessa hoidossa. Psykogeriatrista hoitovastuuta lisättiin avaamalla psykogeriatrisia konsultaatio- ja jälkihoitopoliklinikoita mielisairaaloiden yhteyteen. Lääkintöhallituksen työryhmän suunnitelman (Maamme psykogeriatriset palvelut ja niiden kehittämistarpeet 1989) mukaisesti poliklinikan työryhmä loisi yhteistoimintaedellytykset potilaiden omaisiin ja holhoojiin sekä kuntien sosiaali- ja terveysviranomaisiin. Työryhmän tulisi tehdä myös valistus- ja ennalta ehkäisevää työtä, antaa konsultaatioapua terveyskeskuksiin ja vanhainkoteihin sekä auttaa vanhusten siirtämisessä sairaalasta avohoitoon.

Tehostettu vanhusten psykiatrisen avohoito alkoi tuottaa tuloksia. Esimerkiksi Turussa panostettiin perhekeskeiseen psykogeriatriseen avohoitoon, minkä lähestymistavan katsottiin vaikuttavan keskimääräisen sairaalahoitoajan lyhenemiseen (Keinänen & Keinänen 1983). 1980-luvulla ajateltiin myös, että somaattisiin sairauksiin liittyvistä psyykkisistä häiriöistä kärsivä vanhus vaatii lääketieteellisesti nopeaa hoitopaäsyä; tällöin tulisi lähinnä kysymykseen yleissairaala, jossa on mahdollisuus konsultoida vanhuspsykiatrisia perehtynyttä lääkäriä (Koskinen ym. 1981).

Kesäkuussa 1992 Oulun yliopistollisessa sairaalassa aloitti toimintansa psykogeriatrisen poliklinikka, joka toimii edelleen ja jonka tehtävänä on tarjota psykiatrista hoitoa ja diagnostisia tutkimusmahdollisuuksia sairaalan eri klinikoiden polikliinisillä ja vuodeosastoilla tutkimuksissa olevilla ikääntyneillä potilailla. Kuopion yliopistollisessa sairaalassa aloitettiin psykogeriatrisen konsultaatioliaisontoiminta huhtikuussa 1993 (Kontkanen 1996).

1990-luvulla Suomen psykogeriatriset osastot ovat kehittyneet ensisijaisesti akuuteiksi tutkimus- ja hoito-osastoiksi. Perushoitoa ja huolenpitoa tarvitsevat dementiaa sairastavat

ja ikääntyneet skitsofreniapotilaat ovat siirtyneet kotikuntiansa terveyskeskuksiin ja vanhainkoteihin. Tehtävänä on nyt paneutua vanhusten psykiatriin häiriöihin erikoissairaanhoidossa perusteellisemmin kuin tähän asti on tehty.

Psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa 65 vuotta täyttäneiden osuus ei vastaa heidän osuuttaan väestössä. Kuopion yliopistollisen sairaalan psykiatrian klinikassa tehtiin vuonna 1993 hoitokartoitus, jossa todettiin, että vanhusten hoitokontaktit olivat harvemmat kuin nuorempien potilaiden. Vanhusten terapeuteilla oli yleisemmin lyhyempi peruskoulutus kuin nuorempien potilaiden terapeuteilla ja samoin harvemmin psykoterapian erityistason koulutus. Vanhusten terapiaan ei näytä panostettavan yhtä paljon kuin alle 65-vuotiaiden terapiaan. Psykiatriseen erikoissairaanhoidon ohjautuneet vanhukset olivat kliinisesti oma ryhmänsä eivätkä ikääntyneitä, nuorena psykiatrisesti sairastuneita henkilöitä. Psykiatrisen erikoissairaanhoidon palvelujärjestelmän pitäisi haluta ja pystyä hoitamaan vanhuspotilaita nykyistä enemmän ja aktiivisemmin erityisesti avohoidossa. Muutoin vaarana on vanhusten psykiatrisen sairaalahoidon tarpeeton lisääntyminen tai vanhuspsykiatristen potilaiden kroonistuminen perusterveydenhuollon laitos- tai avohoidossa. (Kontkanen ym.1995.)

Maailman terveysjärjestö (World Health Organization) otti vuonna 1997 psykogeriatrian konsensuskokouksessaan selkeästi kantaa psykogeriatrian tarpeellisuuteen. Yhteenvedossa todettiin myös, että on tuettava tämän psykiatrian erikoisalalan kehittämistä, mikä vaatii oman koulutusohjelmansa, ammatillisen kuvan vahvistamista ja moniammatillista yhteistyötä (Organization of Care in Psychiatry of the Elderly 1997). Maailman terveysjärjestön kannanotosta poiketen Suomessa vahvistettiin vuonna 1998 erikoislääkäriasetus, jonka mukaisesti psykogeriatrian eli vanhuspsykiatrian koulutusohjelma lakkautettiin. Asetus tuli voimaan vuoden 1999 alusta. Uudistuksen lähtökohtana pidettiin suomalaisen terveydenhuollon tarpeita ja erikoislääkärikoulutuksen eurooppalaista harmonisointia. (Halila & Myllymäki 1998.) Päätös oli ilmeinen virhe. Maassamme parhaillaan toimivat psykogeriatrit eivät nyt saa jatkajia perustamalleen työlle, joka ei suinkaan vähene vanhusten osuuden lisääntyessä väestössä. Yhtä virassa toimivaa psykogeriatriaa kohden on jo tälläkin hetkellä runsaasti psyykkisistä oireista kärsiviä vanhuksia, ja yhden psykogeriatrin toiminta-alue voi olla varsin laaja. Esimerkkinä on tämän kirjoittajan psykogeriatrinen alue, Pohjois-Pohjanmaan yliopistollisen sairaalan erityisvastuualue, joka on 49.5 % Suomen pinta-alasta ja käsittää 87 kuntaa. Varsinaiseen sairaanhoitopiiriin kuuluu 43 kuntaa väestön lukumäärän ollessa vuoden 1997 lopussa 364 046 asukasta. Sairaanhoitopiirin toiminnan suunnitteluun vaikuttavat väestön kokonaismäärän kasvun muutosten lisäksi merkittävästi väestörakenteelliset muutokset, työikäisten ja etenkin vanhusväestön lisääntyminen sekä lasten ja nuorten määrän väheneminen. (Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä, toiminta- ja taloussuunnitelma vuosille 1999 - 2001.)

2.4.4. Yhteistyöpsykiatria eli liaisonpsykiatria vanhusten hoidossa

Psykogeriatriassa tehdään yhteistyötä lääketieteen eri erikoisalojen ja hoitopaikkojen kanssa. Psykososiaalisen taustan kartoituksessa pyritään saamaan esitiedot niin terveys-

keskuksen vastaanotolta, kotisairaanhoidosta, sosiaalipalvelusta kuin somaattisen lääketieteen erikoisaloilta ja psykiatrisista hoitopaikoista. Kaikki tiedot ovat tarpeellisia vanhuksen psyykkisen oirehdinnan syyn tai vaikeutumisen selvittämiseksi ja hänen somaattisten sairauksiensa asianmukaiseksi hoitamiseksi.

Suurin osa mielenterveysongelmallisista vanhuksista hoidetaan perusterveydenhuollossa, jossa pitäisi kehittää psykiatrasta osaamista ohjaamalla ja kouluttamalla terveyskeskuslääkäreitä sekä toteuttamalla paikan päällä psykiatrin konsultaatioita. Tavoitteena on, että perusterveydenhuollon lääkärit tunnistavat potilaidensa psykiatrisen hoidon tarpeet ja lähettävät heidät tarvittaessa psykiatriseen erikoissairaanhoidon. Tavoitteena on myös parempi kommunikaatio psykiatrisen erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä. (van der Feltz-Cornelis ym. 1997.)

2.4.5. Vanhusten psykoterapiat

Vanhusten psyykkinen kärsimys saattaa saada muodon, jota ei ole helppo tunnistaa psykoterapiaa edellyttäväksi ilmiöksi (Pykkänen ym. 1996). Vanhuksiin suunnatun psykoterapian vaikuttavuudesta ei ole toistaiseksi riittävää tutkimukseen perustuvaa näyttöä. Annettavan psykoterapian muoto liittyy lähinnä terapeutin koulutukseen. Periaatteessa kaikki Suomessa pitkälle kehittyneet terapiamuodot sovelluksineen sopivat myös vanhusten hoitoon. Sekä yksilö- että perheterapia ovat yleisesti käytettyjä terapiamuotoja. Perhe- ja ympäristökeskeistä hoitoa voidaan toteuttaa, kun vanhuksilla on psyykkisiä, somaattisia ja sosiaalisia ongelmia (Virtanen 1991). Hägglundin (1980) mukaan yksilöpsykoterapian tarpeellisuus korostuu iäkkäillä ihmisillä, koska vanhenemisprosessi ja elämän viimeinen vaihe ovat hyvin yksilöllisiä luonteeltaan. Ikääntyneiden ihmisten yksilöterapian ei tarvitse aina olla intensiivistä eikä pitkäaikaista. Psykoterapeuttista apua pitäisi olla tarjolla ainakin monissa vaikeissa kriisitilanteissa, kuten aviopuolison kuollessa, sairaalahoitoon tai laitokseen siirtymisvaiheessa ja yleensäkin suurempien mullistusten sattuessa. Hyvin ajoitettu kriisiluonteinen terapia voi pitkittää sitä aikaa, jolloin vanhus pystyy huolehtimaan itsestään ja elämään tyydyttävää elämää.

Vanhus voi tulla psykiatriseen tutkimukseen psykoterapiaa varten. Terapeuttinen prosessi alkaa potilaan ottaessa yhteyttä hoitavaan henkilöön puhelimitse tai hänen tullessaan vastaanotolle. Terapeuttien suhtautumisessa omaisten mukanaoloon on yksilökeskeisestä terapiasta sovittaessa kahta käytäntöä. Osa terapeuteista jättää omaiset yksiselitteisesti oven ulkopuolelle, osa taas ottaa heiltä tarkentavia psykososiaalisia esitietoja ennen heidän sulkemistaan pois potilaan hoidosta (Berezin 1988, Grunes 1988).

2.5. Psykogeriatria yleissairaalassa

2.5.1. Psykiatrian ja somaattisen lääketieteen välimaastossa

Yleissairaaloiden päivystyspoliklinikoille tulee hoitoon paljon vanhuksia, joilla on aikaisemmin diagnosoimattomia lääketieteellisiä ja sosiaalisia ongelmia. Päivystyspisteissä pitäisi kehittää vanhusten monet ongelmat huomioon ottava toiminta (Miller ym.1996). Maailman terveysjärjestö (World Health Organization) korostaa vanhusten psyykkisten häiriöiden mahdollisimman varhaista tunnistamista ja hoitoon lähettämistä sekä vanhusten että heidän läheistensä stressin vähentämiseksi. Ikääntyneen ihmisen käyttäytymisessä tai persoonallisuudessa tapahtuneen muutoksen pitäisi herättää sairaanhoitohenkilöstössä ajatus hoidettavissa olevasta mielenterveyden häiriöstä. (Organization of Care in Psychiatry of the Elderly 1997.)

Depression prevalenssi väestössä on eri tutkimusten mukaan vanhuksilla jopa 20 % (Henderson & Hasegawa 1992). Yleissairaalapsykiatriseen konsultaatioon ohjattujen vanhusten osuutta voidaan pitää yllättävän alhaisena, koska tiedetään aikaisempien tutkimusten perusteella, että somaattisiin sairauksiin liittyvä lisääntynyt riski mielenterveyden häiriöihin (Pitt 1991, Busse 1992, Äärelä 1995). Vanhukset käyttävät runsaasti terveyspalveluita (Kekki & Laamanen 1992), ja terveyspalveluiden suurkuluttajilla on enemmän psykiatrisia häiriöitä kuin muilla yleislääkäreiden potilailla (Äärelä 1995). Eri tutkimusten mukaan vanhainkotien asukkaista 20 %:lla ja perusterveydenhuollon pitkäaikaispotilaista 70 – 85 %:lla on mielenterveyden häiriöitä (Bergener 1992, Conn 1993). Yleissairaalan psykogeriatrisilla konsultaatioilla voitaisiin vähentää kuolleisuutta ja päivystyksellisiä, uusia sairaalaan tuloja sekä lisätä tiedon kulkua yleissairaalasta potilaan jatkohoitopaikkaan (Wertheimer 1992).

Psykogeriatri on usein vanhuksia hoitavan työryhmän jäsen, joka yhdistää biologiset, psykologiset ja sosiaaliset tekijät diagnostiikan tarpeisiin ja muotoilee tehokkaan hoitosuunnitelman (Hiltunen 1993). Psykogeriatrisessa konsultaatiossa lähtökohtana on pyrkimys vastata konsultaatiopyynnössä esitettyihin ongelmiin ja kysymyksiin. Kuitenkin ongelmien monimuotoisuuden vuoksi perinteisen konsultaation lisäksi tarvitaan laajemmalti yhteistyötä somaattisen osaston henkilökunnan kanssa tai potilaan tutkimuksien laajentamista varsinaisen konsultaatiopyynnössä olevan kysymyksen asettelu ulkopuolelle. Ihanteellinen malli psykogeriatriselle konsultaatioliiaisentyölle voisi olla yhteinen geriatrinen ja psykogeriatrinen yksikkö yleissairaalassa. Molemmat erikoislääkärit ja heidän työryhmänsä voisivat päivittäin keskustella yhteisistä potilaistaan. Etuina tässä toimintamallissa olisivat potilaiden somaattisten ja psyykkisten oireiden huomioiminen samanaikaisesti, psykiatristen potilaiden tuleminen hyväksyttäväksi yleissairaalassa sekä yleissairaalan henkilökunnalle ja lääketieteen opiskelijoille suunnatun opetuksen tehostuminen. (Schulman ym. 1986, Pitt 1991.)

2.5.2. Psykogeriatria Oulun yliopistollisessa sairaalassa

Psykogeriatrinen konsultaatioliiaisointoiminta aloitettiin Oulun yliopistollisessa sairaalassa virallisesti kesäkuussa 1992. Tehtäväksi määriteltiin psykiatristen diagnostisten tutkimus-

ja hoitomahdollisuuksien tarjoaminen eri klinikoiden polikliinisille ja vuodeosastoilla tutkimuksissa oleville ikääntyneille potilaille. Epävirallisesti psykogeriatrasta konsultaatiotoimintaa sairaalassa oli ollut jo syyskuusta 1988 alkaen, jolloin tämän tutkimuksen suorittaja aloitti työskentelyn yleissairaalapsykiatrian poliklinikalla psykogeriatriaan erikoistumisensa viimeisinä kuukausina. Konsultaatiotyö jatkui katkeamattomana erikoistumisen jälkeen tammikuusta 1989 alkaen, vaikka virallisesti psykogeriatrinen konsultaatiotyö alkoi vasta 1992.

Psykogeriatrisen konsultaatioliaisontyön alkuvaiheessa Oulun yliopistollisessa sairaalassa tämän tutkimuksen suorittaja laati työn päämäärät ja toimintamallit niiden saavuttamiseksi. Työn tavoitteita olivat seuraavat: 1) saada eri klinikoiden henkilökunta havaitsemaan vanhuksilla olevat psyykkiset ongelmat, 2) saada eri klinikoiden henkilökunta psykogeriatrin avulla itse vähitellen hoitamaan nämä ongelmat, 3) saada aikaan asenteiden muutoksia (vanhusten hoidossa tarvitaan eri alojen yhteistyötä), 4) toimia konsultanttina erotusdiagnostisissa kysymyksissä, 5) toimia konsultanttina myös yksittäisten, monimutkaisten ongelmatapausten hoidossa (esim. Parkinsonin tautia sairastava psykoottinen potilas) ja 6) opastaa eri klinikoiden työntekijöitä alueellisella tasolla toimivaan vanhusten hoidon porrastukseen. Toimintamalleja päämäärien saavuttamiseksi olivat niiden sairaalan osastojen tunnistaminen, joissa on hoidossa paljon vanhuksia, niiden pulmien tunnistaminen, joita näillä vanhuksilla ja heidän omaisillaan on, yhteistyömuotojen hakeminen näiden osastojen henkilökunnan kanssa, osallistuminen sairaalan alueen vanhusten hoidon suunnitteluun ja sairaanhoitopiiriin alueen työntekijäryhmien koulutus. Parin vuoden kuluessa psykogeriatrisen työn aloittamisesta tutkimuksen suorittaja saattoi nähdä vaikeuksia, joita työn toteuttamisessa oli tullut. Eri erikoisaloilla oli pelkoa, että heidän alueeseensa puututaan. Alue ja tehtäväkenttä oli niin laaja, että yksi työntekijä ei riittänyt sitä hallitsemaan. Psykogeriatrin joutuessa rajaamaan tehtäviä jo käynnistynyt yhteistyö alkoi horjua. Konsultaatiopyynnöistä tuli usein esille ihmeidentekijän odotus, esimerkiksi toive, että psykogeriatrit ratkaisee päivystysluonteisesti vanhuksen psyykkisen ongelman samoin kuin hänen sosiaaliset ja taloudelliset vaikeutensa tai toive, että psykogeriatrit siirtää vanhuksen välittömästi pois vaikkapa mielisairaalaan.

Oulun yliopistollisen sairaalan psykogeriatrisella osastolla harjoitettiin jo 1980-luvulla poliklinikkatoimintaa, joka kuitenkin oli joko osastolla hoidossa olleiden potilaiden jälkihoitopoliklinikkatoimintaa tai koteihin ja laitoksiin suuntautuneita käyntejä. Kuntien taloudelliset vaikeudet ovat alkaneet näkyä psykogeriatrisessa konsultaatiotyössä; vuonna 1993 konsultaatiokäyntien tultua kunnille maksullisiksi psykogeriatrisen osaston poliklinikkakäyntien määrä laski kolmannekseen. Vuonna 1994 tutkimuksen suorittaja siirtyi osa-aikaisesti yleissairaalapsykiatrian poliklinikalla tapahtuvan työn ohella psykogeriatrisen osaston työntekijäksi. Työhön on liittynyt tämän jälkeen osastolla hoidossa olevien potilaiden tutkimuksen ja hoidon lisäksi jälkihoitopolikliinistä työtä sekä koti- ja laitospäyntejä. Psykogeriatrin antaessa työpanostaan psykogeriatriselle osastolle vastapainoksi kyseiseltä osastolta hoitaja on ollut tekemässä yleissairaalan puolella konsultaatioliaisontyötä.

Tällä hetkellä kesällä 1999 psykogeriatrisen toiminta Oulun yliopistollisessa sairaalassa on suoraan vanhuksiin kohdistuvaa arviointi- ja terapiatyötä, omaisten tukemista ja neuvontaa, vanhuksista saadun tiedon välittämistä heitä hoitaville somaattisten osastojen työntekijöille, psykiatrisen hoidon yhteensovittamista somaattiseen hoitoon sekä yleissairaalassa että jatkohoitopaikassa, työnohjausta ja koulutusta van-

husten sairauksiin ja hoitoon liittyviin kysymyksiin, puhelinkonsultaatioita, tiedottamista julkisille tiedotusvälineille ja työryhmätoimintaa. Psykogeriatrinen on jäsenenä muistipoliinikkatoiminnan aloittamiseen liittyvässä työryhmässä. Psykogeriatrinen suunnittelee ja toteuttaa yhdessä sairaalan geriatriin kanssa sairaanhoitopiiriin peruskunnissa koulutustilaisuuksia vanhusten hoitoon liittyvistä kysymyksistä.

2.5.3. Psykogeriatrinen muissa yleissairaaloissa

Psykogeriatrista konsultaatioliaisyötyä tehdään maassamme yleissairaaloissa ja terveyskeskussairaaloissa niillä paikkakunnilla, joissa työskentelee koulutettuja psykogeriatreja. Kuopion yliopistollisen sairaalan psykiatrian klinikassa aloitettiin psykogeriatrinen polikliininen toiminta ja konsultaatioliaisyötoiminta huhtikuussa 1993. Psykogeriatristia konsultaatiopyyntöjä on siellä lähetetty eniten neurologian, sisätautien, syöpätautien ja kirurgian klinikoista. Depressio- ja ahdistuneisuusoireet ovat yleisimpiä mielenterveyden häiriöitä. Useimmiten kyseessä ovat ensimmäistä kertaa vanhuusiässä esiin tulleet vaikeudet ja vanhuusiikään liittyvät ongelmat. Jatkohoito psykogeriatrisella osastolla konsultaation jälkeen on tarpeellinen vaikeimmissa tilanteissa, kuten esimerkiksi todettaessa vakava-asteinen masennustila, itsemurhavaara tai vaikea somatisointiongelma. Useimmiten hoito kuitenkin jatkuu konsultaation jälkeen somaattisen alan lääkärin valvomana tai psykiatrisena avohoitona. Kriisihoitoa somaattisella osastolla tarvitaan, jos potilas reagoi voimakkaasti psyykkisesti somaattiseen sairauteen tai sen hoidon komplikaatioihin. (Kontkanen 1996.)

2.5.4. Vanhuksilla esiintyviä psyykkisiä ongelmia yleissairaaloissa

Mikä tahansa yleissairaalaan johtanut somaattinen sairaus voi aiheuttaa deliriumin. Deliriumin esiintyvyyttä on vaikea mitata, sillä se voi olla hyvin lyhytaikainen tai sitä ei tunnusteta (Folks & Ford 1985). Yleissairaaloitten vanhuspotilaista 20 – 60 %:lla on arvioitu olevan delirium (Murray 1987, MacDonald ym.1989, Pitkälä 1996). Sairaalahoidossa olevien vanhuspotilaiden riskiä saada delirium on selvitetty prospektiivisessä tutkimuksessa, josta saatujen havaintojen mukaan delirium on usein ennustettavissa riskin liittyessä yli 80 vuoden ikään, murtumaan, infektiin ja lääkkeisiin (Schor ym. 1992). Psykiatrisella hoidolla on havaittu olevan merkitystä deliriumin tunnistamisessa ja hoidossa, mutta Cole ym. (1994) totesivat, että järjestelmällisellä psykiatrisella hoidolla ei ole voitu osoittaa merkittäviä eroja deliriumista toipumisen tai sairaalahoidon keston suhteen. Tutkimukseen perustuvaa näyttöä tarvitaan.

Depressiivinen oireilu on yleistä vanhuksilla, joilla on fyysinen sairaus; se taas huonontaa depression ennustetta (Phifer & Murrell1986, Finch & Katona 1993). Vanhusten depressiot jäävät kuitenkin usein diagnosoimatta ja hoitamatta (Fagerström & Achte 1986). Niiden havaitseminen ja hoito parantavat somaattisen sairauden ennustetta (Finch & Katona 1993). Depression vaikeusaste on tärkein ennustetta huonontava tekijä (Draper & Anstey 1996). Vanhusten masennuksia koskevia tutkimuksia on 1980-luvulle asti tehty

enimmäkseen sairaalapotilailla, joilla on vaikea depressio, ja niinpä on tullut käsitys, että kaikilla masentuneilla vanhuksilla on huono ennuste (Burvill ym. 1986).

Depression, psykososiaalisten stressitekijöiden ja fyysisten sairauksien yhteyttä on selvitetty australialaisessa retrospektiivisessä tutkimuksessa, jossa osoitettiin, että yleissairaalapsykiatrisessa osastohoidossa depression vuoksi olleista vanhuksista 89 % hyötyi merkittävästi yleissairaalapsykiatrisesta hoidosta (Draper 1994). Oxfordshiressä tehdyssä tutkimuksessa psykiatriseen hoitoon ohjatuilla vanhuksilla todettiin depression lisäävän kuolleisuutta 1.2 – 1.6-kertaiseksi verrattuna alueen muuhun samanikäiseen väestöön (Robinson 1989). Toisaalta sairaalahoidon joutuminen on vanhuksille stressiä aiheuttava tekijä, joka aiheuttaa usein emotionaalisia ongelmia tai vaikeuttaa jo ennestään olevia psyykkisiä häiriöitä (Ruskin 1993).

Fyysisesti sairailta vanhuksilla, joilla ei ole varsinaista psykiatrista diagnoosia, on usein monimutkaisia ongelmia, joihin konsultaatiolaiospsykiatria voi tuoda arvokasta apua. Manchesterissa tehdyssä tutkimuksessa yli 50 %:lla potilaista, joilla psykiatri ei todennut psykiatrista diagnoosia, lähettävä lääkäri oli arvioinut kyseessä olevan depressio. Usein lähettävä taho oli myös tehnyt persoonallisuushäiriödiagnoosin, jota psykiatrinen tutkimus ei vahvistanut. (Benbow 1987.) Unihäiriöiden syinä voivat olla ruumiilliset sairaudet ja oireet, dementia tai psyykkiset sairaudet, joista tavallisin on depressio (Prinz ym. 1990). Australialaisessa tutkimuksessa osoitettiin, että depression vaikeusaste korreloi yleissairaalahoiton pituuteen. Merkittävää fyysisen ja psyykkisen voiminnan parantumista todettiin 81 %:lla yleissairaalapsykiatrisessa hoidossa olleista potilaista. (Draper 1994.)

Vanhukset, joilla on vaikea persoonallisuushäiriö tai krooninen mielisairaus, voivat olla kyvyttömiä huolehtimaan jokapäiväisistä toiminnoistaan eivätkä suostu ottamaan ulkopuolista apua koteihinsa. Niinpä heidät joudutaan lähettämään sairaalaan sellaistenkin somaattisten sairauksien vuoksi, jotka olisi voitu hoitaa avohoidossa. Yleissairaaloissa on myös vanhuksia, joilla on itsetuhoisuutta, ahdistuneisuutta, apaattisuutta ja histrionista käyttäytymistä. (Pitt 1991.) Persoonallisuushäiriöille tyypilliset käyttäytymistavat voivat tulla esiin henkilön joutuessa stressiä aiheuttavaan tilanteeseen, esimerkiksi hänen sairastuessaan tai joutuessaan laitoshoidon (Löyttynen & Koponen 1998).

Vanhuksilla, jotka yrittävät itsemurhaa, on suuri kuolleisuusriski uuden itsemurhayrityksen vuoksi. Loppuun vietyjen itsemurhien määrä on 1.5 % vuodessa ja uusimisyritysten määrä 5.4 % vuodessa. (Hepple & Quinton 1997.) Torontossa selvitettiin, paljonko psykogeriatriset potilaat käyttävät yleissairaaloiden päivystyspoliklinikoiden palveluita. Potilaista 53 % oli aiemmin käyttänyt psykogeriatrisia palveluita. Heistä suurimmalla osalla oli mielialahäiriö. Uusista psykogeriatrisista potilaista suurimmalla osalla oli elimellinen aivo-oireyhtymä. (Shulman ym. 1996.)

3. Tutkimuksen tavoitteet

Tämän tutkimuksen tavoitteena on selvittää yleissairaalapsykiatrisen konsultaatiotapahtuman kulku Suomessa, minkälaiset potilaat lähetetään psykiatriseen konsultaatioon ja miten konsultaatio tapahtuu. Tutkimus on lähinnä havainnoiva poikkileikkaustutkimus. Potilasotannan suhteen kyseessä on havainnoiva potilassarjatutkimus. Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää:

1) Minkälaiset potilaat ohjautuvat yleissairaalapsykiatriseen konsultaatioon Suomessa? Mitkä ovat konsultaatioon johtaneet syyt?

2) Miten yleissairaalapsykiatrisen konsultaatio tapahtuu Suomessa? Kuinka nopeasti konsultaatio tapahtuu potilaiden tultua yleissairaalaan, kuinka aktiivisesti konsultoiva psykiatri ottaa kantaa potilaiden somaattisessa sairaalassa tapahtuvaan hoitoon ja kuinka yleisesti konsultoiva psykiatri suunnittelee konsultoitujen potilaiden somaattista ja psykiatrista jatkohoitoa?

3) Miten 65 vuotta täyttäneisiin ja 75 vuotta täyttäneisiin potilaisiin suuntautunut yleissairaalapsykiatrisen toiminta mahdollisesti eroaa alle 65-vuotiaisiin potilaisiin suuntautuneesta toiminnasta?

4) Miten yleissairaalapsykiatrisen konsultaatiotapahtuma mahdollisesti eroaa Oulun yliopistollisessa sairaalassa muualla Suomessa tapahtuvasta toiminnasta?

5) Minkälaisia muutoksia on mahdollisesti tapahtunut Oulun yliopistollisen sairaalan psykiatrisessa potilastarjonnassa ja yleissairaalapsykiatrisessä konsultaatiotapahtumassa viiden vuoden aikana?

4. Tutkimusaineisto ja menetelmät

4.1. Tutkimuksen tausta

Tämä tutkimus on osa laajaa Consultation-Liaison Working Groupin (ECLW) tutkimusta, jossa selvitettiin konsultaatioyhteistyöpsykiatrian palveluiden tuottamista 56 yksikössä 11 Euroopan maassa. Konsultoituja lääkäreitä oli kaikkiaan 226. Tutkimusta oli johtamassa neljän henkilön muodostama ryhmä (Program Management Group = PMG), jota oli avustamassa jokaisesta osallistujamaasta kansallinen koordinaattori. Suomen kansallisena koordinaattorina toimi professori Pekka Tienari. Kansallinen koordinaattori oli vastuussa tutkimusyksiköiden värväyksestä maassaan sekä yksiköiden koordinaattorien perehdyttämisestä. Yksiköiden koordinaattorit vastasivat konsultanttien kouluttamisesta potilastietojen keräämisessä ja ICD-10-diagnostiikassa (International Statistical Classification of Diseases). Tietojen keruu alkoi vuonna 1991 ja kesti 12 kuukautta. Tietojen keruun alkamispäivämäärän sai jokainen yksikkö päättää itse. Oulussa tutkimus aloitettiin 15.2.1991 ja lopetettiin 14.2.1992. Tiedot koottiin Amsterdamiin, jonne lähetettiin jokaisesta tutkittavasta täytetty potilaslomake samoin kuin yksikköä ja konsultanttia koskevat tiedot.

Tutkimusyksiköistä ja konsultoivista psykiatreista kerättiin seuraavat taustatiedot: sairaalaa koskevat tiedot, sairaalan psykiatristen ja psykososiaalisten palveluiden kartoitus, yleissairaalapsykiatrian poliklinikan kuvaus sekä tutkimukseen osallistuneita konsultanteja ja työryhmän muita jäseniä koskevat tiedot.

Suomesta ECLW-tutkimuksessa oli mukana kuusi yleissairaalapsykiatrista poliklinikkaa, joista neljä toimii yliopistollisessa sairaalassa, yksi keskussairaalassa ja yksi alue-sairaalassa. Tutkimussairaaloina olivat Helsingin, Kuopion, Oulun ja Tampereen yliopistolliset sairaalat, Länsi-Pohjan keskussairaala Kemissä ja Jorvin aluesairaala Espoossa. Tutkimusaineiston keräämiseen osallistuneita konsultoituja psykiatreja Suomessa oli kaikkiaan 35.

4.2. Laadun tarkkailu

Jokaisen konsultantin oli osallistuttava ennen varsinaisen tutkimuksen aloittamista ja tutkimuslomakkeiden täyttöö 40 tunnin koulutukseen ja tämän jälkeen reliabiliteettitestaukseen potilaslomakkeen ja ICD-10-diagnostiikan (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) psykiatristen diagnoosien suhteen 12 tapausesimerkin pohjalta. Vain hyväksytysti reliabiliteettitestin suorittaneet voivat osallistua ECLW-tutkimukseen. Hyväksyty kapp-arvo oli vähintään 0.70. (Lobo ym.1996, Malt ym. 1996.)

4.3. Tutkimusaineisto

4.3.1. Tutkimusaineiston muodostuminen

Tiedot kerättiin kaikkiaan 14 717 yleissairaalapsykiatrisesta potilaasta, jotka olivat hoidossa yleissairaaloiden vuodeosastoilla. Sairaalassa olon piti Suomessa kestää vähintään 15 tuntia. Lähtökohtana oli, että tiedot kerätään kaikista yleissairaalapsykiatriseen konsultaatioon ohjatuista osastojen vuodepotilaista.

ECLW-tutkimuksen suunnitelman mukaisesti otoksen ulkopuolelle jäivät Suomessa potilaat, jotka eivät olleet sairaalapotilaita: alle 15 tuntia sairaalassa olleet potilaat sekä poliklinikalla käyneet potilaat, joista konsultaatiopyyntö oli tullut eri erikoisalojen poliklinikoilta tai jotka olivat jo kotiutettuja sairaalasta psykiatrin konsultaation tapahtuessa.

4.3.2. Suomalainen aineisto

Suomalainen aineisto muodostui 1255 potilaasta. Helsingin yliopistollisesta sairaalasta tutkittavia oli 323, Kuopion yliopistollisesta sairaalasta 309, Oulun yliopistollisesta sairaalasta 228, Tampereen yliopistollisesta sairaalasta 259, Länsi-Pohjan keskussairaalasta 51 ja Jorvin sairaalasta 85 potilasta. Tutkittavista oli Kansaneläkelaitoksen mukaisen vanhuuseläkeiän saavuttaneita, 65 vuotta täyttäneitä, suomalaisessa aineistossa 202. Heistä 65 - 74-vuotiaita oli 131 ja 75 vuotta täyttäneitä 71. Työikäisinä käsitettiin tutkimuksessa alle 65-vuotiaat potilaat.

Tutkimukseen pyrittiin saamaan vuoden ajalta kaikki yleissairaalapsykiatriseen konsultaatioon ohjatut sairaalan vuodepotilaat täyttämällä heistä tiedonkeruulomake. Oulussa, Tampereella ja Espoossa osa potilaista jäi tutkimuksen ulkopuolelle, koska huolellinen tiedonkeruu oli aikaa vievää eikä se aina siksi ollut mahdollista. Kuitenkin tutkimukseen tulevat potilaat valittiin systemaattisesti. Oulussa tiedonkeruulomake täytettiin 228:sta yleissairaalapsykiatriseen konsultaatioon ohjatusta sairaalan 435 vuodepotilaasta. Jokainen Oulun yliopistollisen sairaalan yleissairaalapsykiatrian poliklinikalla toiminut konsulttanti otti ECLW-tutkimukseen mukaan päivittäin ensimmäisen tapaamansa potilaan. Ou-

lussa jäi näin ollen 207 potilasta varsinaisen tutkimuksen ulkopuolelle. Näistä tutkimuksen ulkopuolelle jääneistä potilaista tarkistettiin kuitenkin jälkikäteen seitsemän muuttujaa, joiden perusteella oli mahdollisuus arvioida, erosivatko nämä potilaat tutkimuspotilaista. Muuttujia käsitellään tulososassa. Tampereella joka toisesta konsultaatiopotilaasta täytettiin tiedonkeruulomake. Jorvin sairaalassa tiedonkeruulomakkeita täytettiin vain kuuden kuukauden ajan.

4.3.3. Psykogeriatrissa toimintaa kahtena ajanjaksona kuvaava aineisto

Vanhusaineisto muodostui Oulun yliopistollisessa sairaalassa puolen vuoden ajanjaksona 1.11.1995 - 30.4.1996 päivittäisten konsultaatioiden yhtydessä kerätystä materiaalista. Yleissairaalapsykiatriseen konsultaatioon ohjautui kyseisenä ajanjaksona 31 65-vuotiasta tai vanhempaa potilasta, jotka kaikki otettiin mukaan tutkimusaineistoon. Tämän kirjoittaja täytti kaikista tutkittavista ECLW-tutkimuksen tiedonkeruulomakkeen yhdessä konsultoitavien psykiatrien kanssa, joita oli neljä tämän tutkimuksen suorittaja mukaan lukien. Tätä 31 vanhuspotilaan materiaalia verrataan varsinaisen ECLW-tutkimuksen aikana Oulussa 65 vuotta täyttäneistä potilaista kerättyyn 34 potilaan aineistoon. Konsultoitavia psykiatreja oli tuolloin kolme.

4.4. Tutkimusmenetelmät

Jokaiselle tutkittavalle tehtiin kliininen psykiatrinen tutkimus, normaalin käytännön mukainen konsultaatiovastaus konsultaatiota pyytäneelle erikoisalalle sekä täytettiin ECLW-tutkimuksen tiedonkeruulomake.

4.4.1. Kliininen psykiatrinen tutkimus

Kaikille potilaille tehtiin kliininen psykiatrinen haastattelu. Haastattelu oli standardoitu ECLW-tiedonkeruulomakkeen mukaisesti:

1. tiedonkeruulomake I (liite 1), jonka konsultoituva psykiatri täytti psykiatrisen haastattelun ja tutkimuksen perusteella ja käytti tietolähteenä myös potilaan sairauskertomusta sekä tarvittaessa hoitavaa työryhmää ja potilaan läheisiä. Lomakkeessa oli 68 muuttujaa.
2. tiedonkeruulomake II (liite 2), jonka työryhmän muut kuin lääkärijäsenet täyttivät, mikäli osallistuivat konsultaatiotapahtumaan.

4.4.2 Mittarien kuvaus

4.4.2.1. Mielenterveyden häiriöön liittyvät arviot

Psykiatrinen diagnoosi tehtiin tutkimuksen periaatteiden mukaisesti noudattaen ICD-10-tautiluokitusta (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems). Psykiatrisen pääasiallisen diagnoosin ja kaksi mahdollista lisädiagnoosia asetti konsultoiva psykiatri konsultaatiotapahtuman päättyessä ja kaiken diagnostisen tiedon oltua käytössä.

ECLW-tutkimuksen asettamalla GAF-asteikolla (Global Assessment of Functioning Scale) 1 - 90 määritettiin tutkittavan toimintakyvyn taso konsultaatiotilanteessa. Arvioinnissa huomioitiin psykologinen, sosiaalinen ja ammatillinen toiminta. Arvio mittasi tutkittavan mielenterveyden tai -sairauden aiheuttamaa toimintakyvyn tilaa, mutta ei enustetta, diagnoosia, etiologiaa tai hoitoa. Mitä korkeampi GAF-arvo oli, sitä parempi oli tutkittavan toimintakyky. GAF-arvo oli 90, jos potilas oli oireeton tai hänellä oli vain lieviä oireita ja hän oli toimintakykyinen kaikilla elämän alueilla. Jos GAF-arvo oli 80, potilaalla oli ohimeneviä reaktioita stressitekijöihin ja lievää heikkenemistä sosiaalisessa ja ammatillisessa toiminnassa. GAF-arvon ollessa 70 tutkittavalla oli lieviä oireita ja GAF-arvon ollessa 60 kohtuullisia oireita, jotka vaikuttivat sosiaaliseen ja ammatillisen suoriutumiseen. Mikäli GAF-arvo oli 50, oireet aiheuttivat vaikeita ongelmia. GAF-arvon ollessa 30 tai alhaisempi tutkittavalla oli ongelmia miltei kaikilla elämän alueilla, hän oli vuodepotilas, hänellä oli ongelmia realiteetin testauksessa sekä kommunikaatiovaikeuksia.

4.4.2.2. Konsultoivan psykiatrin toimintatavat

Konsultaatio saattoi perustua ajanvarausjärjestelmään, jolloin kyseessä oli rutii-nikonsultaatio. Tutkittavan tai lähettävän osaston tarpeen mukaan konsultaatio tapahtui vaihtoehtoisesti lähetteen saapumispäivänä tai jopa tunnin sisällä konsultaatiopyynnön saapumisesta. Lähetteen saapumispäivän ja sen kirjoittamispäivän välillä voi olla viivettä. Konsultaation katsottiin tapahtuneen kiireellisyysjärjestyksen mukaisesti samana päivänä, jos lähetteen saapumispäivä ja siihen vastaaminen olivat saman päivän kuluessa.

Konsultoiva psykiatri saattoi vaikuttaa somaattisella erikoisalalla tapahtuvaan hoitoon ehdottamalla hoidon tehostamista, jos psykiatrisessa konsultaatiossa ilmenneiden asioiden perusteella tutkittava ei saanut riittävää tai asianmukaista sairaanhoitoa. Esimerkkinä riittämättömästä hoidosta on itsetuhoisen potilaan keuhkokuume, joka on jäänyt toteamatta käyttäytymisongelmien vuoksi. Psykiatri saattoi myös suositella somaattisen sairaanhoidon vähentämistä tai lopettamista, jos konsultaatiossa ilmeni, että tutkittava oli ylihoi-dettu, kuten esimerkiksi somatisoiva potilas.

Yleissairalapsykiatrisen konsultaatiotapahtuman keskeisin kohde oli hierarkisesti yksi seuraavista: tutkittava, tutkittavan perhe tai tutkittavaa hoitavat somaattisen erikoisalan työntekijät. Jos useampi vaihtoehto oli yhtä tärkeä, konsultoiva psykiatri täytti vaihtoehdon: ei osaa päättää.

4.4.2.3. *Konsultaatiossa tehdyt suositukset*

Konsultoivalla psykiatrilla oli mahdollisuus täydentää itse useammista lähteistä tutkittavien taustatietoja tai pyytää somaattisen erikoisalanelkilökuntaa suorittamaan esitietojen täydentämistä. Lähteitä voivat olla somaattinen sairaanhoito, sosiaalitoimi, psykiatrinen erikoissairaanhoito, potilaan perhe ja muut läheiset henkilöt sekä muut tietolähteet.

Konsultoiva psykiatri saattoi vaikuttaa tutkittavan kotiutuspäivämäärään joko ehdotamalla somaattisen erikoisalanel suunnitteleman päivämäärän aikaistamista tai siirtämistä myöhäisempään ajankohtaan. Psykiatri ja somaattinen erikoisala saattoivat myös yhteistyössä laatia suunnitelman hoitojakson päättymisestä.

Konsultoiva psykiatri saattoi itse aloittaa tutkittaville psykykenlääkkeen tai suositella somaattisille erikoisaloille lääkkeen aloittamista. Potilastietolomakkeessa oli lisäksi eriteltyä, minkä ryhmän psykykenlääkkeitä aloitettiin tai ehdotettiin aloitettavaksi: neurolepti, antiparkinsonlääke, masennuslääke, bentsodiatsepiini, karbamatsepiini tai litium. Psykykenlääkkeiden kohdeoireet eriteltiin seuraavasti: psykoottiset oireet, masennusoireet, ahdistuneisuusoireet, uniongelmat, kipu, vieroitusoireet, myrkytysoireet ja muiden lääkkeiden sivuvaikutukset. Jos konsultoiva psykiatri vaihtoi tai lopetti tutkittavalta käytössä olevan psykykenlääkkeen, lääkemuuos kirjattiin kyseisen lääkeryhmän kohdalle: neurolepti, antiparkinsonlääke, masennuslääke, bentsodiatsepiini, karbamatsepiini tai litium.

Tutkittava joko ei siirtynyt jatkohoitoon toiseen sairaalaan tai laitokseen tai jatkohoidon suunniteltiin tapahtuvan jossakin seuraavista hoitoyksiköistä: kuntoutusyksikkö (esimerkiksi aivohalvauspotilaiden kuntoutuslaitos), hoitokoti (esimerkiksi vanhainkoti), toinen yleissairaala, psykiatrinen päiväsaaraala, psykiatrinen hoitokoti, psykiatrinen sairaala, yleissairaalaopsykiatrinen osasto. Konsultoiva psykiatri saattoi suositella tutkittavalle psykiatrissa avohoitoa hierarkisesti jossakin seuraavista mahdollisuuksista: sosiaalitoimi, joka käsittää päihdehuollon ja A-klinikatyön, terveyskeskuslääkäri, psykiatrinen erikoissairaanhoito, yleissairaalaopsykiatrian poliklinikka, muu yksikkö.

4.4.2.4. *Tutkittavien taustatiedot*

Potilastietolomakkeen mukaisesti kartoitettiin tutkittavien sukupuoli, ikä, siviilisääty, asuinmuoto, koulutus, ammatti ja työssäkäynti.

Aikaisempi psykiatrinen hoito luokiteltiin hierarkisesti viiden tutkimusta edeltävän vuoden ajalta seuraavasti: ei aikaisempaa psykiatrissa hoitoa, aikaisempi hoito terveyskeskuksessa, aikaisempi polikliininen psykiatrinen erikoissairaanhoito, esimerkiksi mielenterveystoimistossa tai ylioppilaiden terveydenhuoltosäätiön psykiatrilla, 1 - 2 psykiatrissa sairaalahoitojaksoa, 3 tai useampia psykiatrisia sairaalahoitojaksoja, ei tietoa mahdollisesta aikaisemmasta psykiatrisesta hoidosta.

Konsultaation pääasiallinen syy arvioitiin lähetteestä hierarkisesti. Lähetteen lisäsyitä saattoi olla useampia. Lähetteen aiheita olivat seuraavat: 1. itsemurhayritys, 2. somaattinen oireilu ilman löydöksiä, joka viittaa psykologisten tekijöiden etiologiaan tutkittavan oireilussa, 3. tutkittavan arvostelu- ja päätöksentekokyvyn ongelma, joka tarkoittaa tutkittavan kykyä ymmärtää päätöksensä ja käyttäytymisensä merkitystä esimerkiksi suhteessa leikkauksiin, hemodialyysiin tai sairaalasta poistumiseen, 4. päihteiden käyttö, 5.

ajankohtaiset psykiatriset oireet, 6. sopeutumattomuus somaattiseen sairauteen, 7. Hoito-myöntyvyysongelma, josta viitteitä ovat tutkittavan kieltäytyminen lääkkeistä, ruokavaliosta tai muista hoito-ohjeista, 8. aikaisempi psykiatrinen hoito, 9. tutkittavan oma pyyntö, 10. henkilökunnan ongelma, joka viittaa siihen, että tutkittava on aiheuttanut henkilökunnalle sellaisen ongelmatilanteen, joka tarvitsee psykiatrin huomiota ja apua, 11. tutkimus, joka saattoi olla syynä ainoastaan, jos tutkittava kuului primääristi johonkin muuhun meneillään olevaan yleissairaalapsykiatrian poliklinikan tutkimukseen kuin tähän ECLW-tutkimukseen, 12. oma palvelu merkittiin lähetteen syyksi, jos tutkittavalla oli meneillään oleva hoito yleissairaalapsykiatrian poliklinikalla.

Aikaisempi somaattinen hoito luokiteltiin viiden tutkimusta edeltävän vuoden ajalta seuraavan hierarkisen jaon mukaisesti: ei aikaisempaa somaattista hoitoa, aikaisempi hoito terveyskeskuksessa, aikaisempi polikliininen hoito, 1 - 2 sairaalahoidoa, 3 tai useampia sairaalahoidoja, ei tietoa mahdollisesta aikaisemmasta somaattisesta hoidosta.

Somaattinen diagnoosi tehtiin tutkimuksen periaatteiden mukaisesti ICD-9-tautiluokitusta (International Statistical Classification of Diseases) noudattaen. Lomakkeeseen oli mahdollista asettaa päädiagnoosi sekä kaksi lisädiagnoosia. Diagnoosit olivat somaattisten erikoisalojen esittämiä. Diagnoosi asetettiin, vaikka se oli vielä psykiatrisen konsultaation vaiheessa oletettu.

Tutkittavien liikkumiskyky arvioitiin käyttämällä seuraavaa luokittelua: ei liikkumisvaikeuksia, oli liikkumiskykyinen, mutta valitti liikkumisongelmia, käveli tuen avulla, kykeni istumaan, oli alle 50 % ajasta vuodepotilas, oli yli 50 % ajasta vuodepotilas, oli täysin vuodepotilas.

4.5. Tilastolliset menetelmät

Aineistoa on tarkasteltu kuvailevasti ristiintaulukoinnin ja prosenttijakaumien avulla. Aineiston määrän salliessa on käytetty ristiintaulukointia luokiteltujen muuttujien riippuvuuksien tarkasteluun. Jakautumia verrattiin Khiin-neliötestillä. Tutkimuksen psykogeriatrasta konsultaatiotoimintaa käsittelevässä osassa ei ole käytetty testauksia tapausten pienen määrän vuoksi.

Tulososassa käytetään seuraavia tilastollisen merkitsevyyden nimityksiä:

tilastollisesti ei merkitsevä	$p = n.s.$
tilastollisesti viitteellisesti merkitsevä	$0.05 < p \leq 0.1$
tilastollisesti merkitsevä	$0.01 < p \leq 0.05$
tilastollisesti erittäin merkitsevä	$p \leq 0.01$

5. Tulokset

5.1. Tutkittavien kuvaus

Tutkimusaineisto muodostui 1255 potilaasta kuudessa suomalaisessa sairaalassa. Taulukossa 1 on esitetty yksityiskohtaisesti potilaiden jakauma paikkakunnittain. 65 vuotta täyttäneitä aineistossa oli 202 potilasta, joista 65 - 74-vuotiaita oli 131 ja 75 vuotta täyttäneitä 71.

Taulukko 1. Tutkittavien jakauma paikkakunnittain

	N	%
Helsinki	323	25.7
Jorvi	85	6.8
Kemi	51	4.1
Kuopio	309	24.6
Oulu	228	18.2
Tampere	259	20.6
yhteensä	1255	100.0

5.1.1. Sosiodemografiset tiedot

5.1.1.1. Sukupuoli ja ikä

Tutkimuksessa oli miehiä 49.5 % ja naisia 50.5 %. 65 vuotta täyttäneiden ja 75 vuotta täyttäneiden sukupuolijakauma on esitetty taulukossa 2. Merkitsevästi enemmän naisia oli 75 vuotta täyttäneissä verrattuna 65 - 74-vuotiaisiin ($p < 0.01$). Suurin osa tutkittavista oli

nuoria tai keski-ikäisiä aikuisia, 18 - 64-vuotiaita. Alle 18-vuotiaita oli vain 1 % tutkittavista. Vähintään 65-vuotiaita oli tutkittavista 16 %.

Taulukko 2. Vanhusten sukupuoli- ja ikäjakauma aineistossa

Sukupuoli	Ikäjakauma			
	65 - 74 v		75 v -	
	N	%	N	%
miehet	61	46.6	14	19.7
naiset	70	53.4	57	80.3
yhteensä	131	100.0	71	100.0

Merkitsevyyden testaus: $\chi^2 = 13.1$; $df = 1$; $p < 0.01$

5.1.1.2. Siviilisäätö ja asumismuoto

Lähes puolet kaikista suomalaisista tutkittavista (44 %) oli naimisissa. Naimattomia oli 31 %, eronneita 15 % ja leskiä 9 %. Yli 75-vuotiaista leskiä oli 60 %. 65 - 74-vuotiaiden ikäryhmästä leskiä oli 25 % ja alle 65-vuotiaista vain 3 %. Avioliitossa eläviä oli kaikkein eniten ikäryhmässä 65 - 74-vuotiaat: 57 %. Työikäisistä avioliitossa oli jonkun verran vähemmän: 44 %. 75 vuotta täyttäneistä naimisissa oli vain 29 % avioliiton päätyttyä tavallisesti leskeytymiseen. Alle 65-vuotiaista tutkittavista huomattavasti useampi oli naimaton tai eronnut kuin eläkeiän saavuttanut tutkittava. Alle 65-vuotiaista tutkittavista naimattomia oli 35 %, 65 - 74-vuotiaista 14 % ja yli 75-vuotiaista 4 %. Eronneita oli alle 65-vuotiaista 17 %, 65 - 74-vuotiaista ja myös 75 vuotta täyttäneistä 4 %.

Tutkittavien asumismuodon yksityiskohtaiset tiedot on esitetty taulukossa 3. Sekä tutkimuspaikan että iän suhteen asumismuoto vaihteli erittäin merkitsevästi ($p < 0.01$). Mitä vanhemmaksi tutkittavat kävivät, sitä yleisemmin he asuivat yksin. Alle 65-vuotiaista yksin asui neljäsosa, 65-74-vuotiaista kolmasosa ja 75 vuotta täyttäneistä puolet. Kahden aikuisen taloudessa asui puolet 65 - 74-vuotiaista, neljäsosa työikäisistä ja viidesosa 75 vuotta täyttäneistä. Suurperheessä tai laitoksessa 75 vuotta täyttäneet asuivat yleisemmin kuin alle 75-vuotiaat.

5.1.1.3. Koulutus ja työssäkäynti

Koko Suomen aineistosta ainoastaan oppivelvollisuuden oli suorittanut 40 % tutkittavista ja osittaisen oppivelvollisuuden 12 % tutkittavista. Lisäksi ammatillisen tai keskiasteen koulutuksen oli hankkinut 16 % tutkittavista. Yliopistotason koulutus oli 8 %:lla. Yliopistokoulutuksen saaneita oli suunnilleen saman verran työikäisissä ja eläkeikäisissä: alle 65-vuotiaista 8 %, 65 - 74-vuotiaista 7 % ja 75 vuotta täyttäneistä 9 %. Ammatillisen ja

keskiasteen koulutuksen saaneiden määrä väheni, mitä vanhemmasta ikäryhmästä oli kyse. Samoin tapahtui oppivelvollisuuden loppuunsaamisessa.

Taulukko 3. Tutkittavien asumismuoto

Asumismuoto	Paikkakunta				Ikä					
	Oulu		Muu		Suomi		Alle 65 v		65 v -	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1. yksin	63	29.3	285	28.8	266	26.45	82	41.4		
2. 2 aikuista	46	21.4	259	26.2	229	22.8	76	38.4		
3. puolison ja lasten kanssa	50	23.3	237	24.0	275	27.4	12	6.1		
4. lasten kanssa	9	4.2	55	5.6	55	5.5	9	4.5		
5. vanhempien kanssa	18	8.4	89	9.0	107	10.6	0	0		
6. suurperheessä ^{a)}	15	7.0	15	1.5	21	2.1	9	4.5		
7. muiden kanssa	2	0.9	28	2.8	28	2.8	2	1.0		
8. laitoksessa	12	5.6	20	2.0	24	2.4	8	4.0		
yhteensä	215	100.1	988	99.9	1005	100.1	198	99.9		

Merkitsevyyden testaus: luokat 7 – 8 yhdistetty

Tutkimuspaikan mukaan: $\chi^2 = 24.4$; $df = 6$; $p < 0.01$. Iän mukaan: $\chi^2 = 85.5$; $df = 6$;

$p < 0.01$. ^{a)}Sisältää muun muassa tilanteen, jossa potilas asuu vähintään kolmen sukupolven taloudessa tai sisaruksen tai serkun tai muun sukulaisen kanssa.

Neljäsosa kaikista suomalaisista tutkittavista (24 %) oli ammatillisen koulutuksen saanutta. Lisäksi 15 % oli saanut omiin työtehtäviinsä perehdytyksen ja koulutuksen. Ammattitaidottomien työntekijöiden osuus oli 17 %. Johtavassa asemassa oli 5 % tutkittavista, alemmissa työnjohtotehtävissä 11 % tutkittavista. Maanviljelijöiden, käsityöläisten ja pienyrittäjien osuus oli 4 - 5 %:n luokkaa, samoin kotiäitien tai -isien määrä (5 %). Ammatillisen aseman suhteen eläkeiän saavuttaneissa oli nuorempiin tutkittaviin verrattuna enempi kotiäitejä tai -isiä. Alle 65-vuotiaista kotiäitejä tai koti-isiä oli 3 %, 65 - 74-vuotiaista 9 % ja 75 vuotta täyttäneistä 20 %. Eläkeikäisistä oli ollut enempi johtavassa asemassa kuin vielä työssä olevista tutkittavista. Alle 65-vuotiaista johtavassa asemassa oli 5 %, 65 - 74-vuotiaista 8 % ja 75 vuotta täyttäneistä 9 %. Ammattitaidottomien osuus laski, mitä vanhemmista ikäryhmistä oli kyse.

Taulukko 4. Tutkittavien työssäolotilanne

Työssäolotilanne	Paikkakunta				Ikä			
	Oulu		Muu Suomi		Alle 65 v		65 v -	
	N	%	N	%	N	%	N	%
1. kokopäivätyössä	52	24.6	201	20.9	252	25.9	1	0.5
2. osapäivätyössä	1	0.5	14	1.5	15	1.5	0	0.0
3. työtön	12	5.7	111	11.5	123	12.6	0	0.0
4. sairauslomalla	22	10.4	130	13.5	152	15.6	0	0.0
5. määräaikais- eläkkeellä	63	29.9	237	24.6	278	28.5	22	10.9
6. eläkkeellä	52	24.6	205	21.3	79	8.1	178	88.6
7.opiskelija	7	3.3	42	4.4	49	5.0	0	0.0
8. muu tilanne	2	0.9	24	2.5	26	2.7	0	0.0
yhteensä	211	99.9	964	100.2	974	99.9	201	100.0

Merkitsevyyden testaus: luokat 1 - 2, 7 - 8 yhdistetty

Tutkimuspaikan mukaan: $\chi^2 = 12.1$; $df = 5$; $p < 0.05$

län mukaan: merkitsevyyttä ei testattu.

Tutkittavien työssäolotilannetta kuvaavat yksityiskohtaiset tiedot on esitetty taulukossa 4. Merkitsevä ero tuli esille vertailtaessa tutkittavien työssäolotilannetta tutkimuspaikan mukaan ($p < 0.05$). Kokopäivätyössä oli vain neljäsosa Oulun ja viidesosa muun Suomen aineistosta. Oulussa oli vähän työttömiä verrattuna muuhun Suomeen.

5.1.2. Aikaisemmat hoidot

5.1.2.1. Aikaisempi somaattinen hoito

Tutkimuksessa selvitettiin, olivatko tutkittavat siirtyneet tälle yleissairaalahoidojaksolle jostakin toisesta hoitopaikasta kuten vanhainkodista tai muusta sairaalasta. Tiedot on esitetty yksityiskohtaisesti taulukossa 5. Merkitseviä eroja ei tutkimuksessa todettu. Tutkittavista noin 10 % oli siirtynyt tutkimuspaikkana toimivaan yleissairaalaan toisesta sairaalasta tai laitoksesta.

Taulukko 5. Hoitopaikka sairaalaan tullessa

Hoitopaikka	Paikkakunta				Ikä			
	Oulu		Muu	Suomi	Alle 65 v		65 v -	
	N	%	N	%	N	%	N	%
1. ei hoitopaikkaa	207	91.6	905	89.6	938	90.2	174	88.8
1. toinen sairaala	8	3.5	48	4.8	47	4.5	9	4.6
3. yleissairaalapsy- kiatrinen osasto	0	0.0	2	0.2	2	0.2	0	0.0
4. muu psykiatrinen hoitopaikka	4	1.8	38	3.8	37	3.6	5	2.6
5. muu hoitoyksikkö	7	3.1	17	1.7	16	1.5	8	4.1
yhteensä	226	100.0	1010	100.1	1040	100.0	196	100.1

Merkitsevyyden testaus: luokat 3 – 4 yhdistetty

Tutkimuspaikan mukaan: $\chi^2 = 5.1$; $df = 3$; $p = n.s.$

län mukaan: $\chi^2 = 6.2$; $df = 3$; $p = n.s.$

Taulukko 6. Somaattinen hoito 5 edeltävän vuoden aikana

Aikaisempi somaattinen hoito	Paikkakunta				Ikä			
	Oulu		Muu	Suomi	Alle 65 v		65 v -	
	N	%	N	%	N	%	N	%
1. ei hoitoa	19	9.4	133	13.5	145	14.6	7	3.7
2. terveyskeskus (avohoito)	18	8.9	104	10.6	107	10.8	15	7.9
3. polikliininen erikoissairaanhoito	21	10.3	141	14.3	144	14.5	18	9.4
4. 1 - 2 sairaalahoittoa	53	26.1	292	29.7	296	29.7	49	25.7
5. 3 tai useampia sairalahoittoa	92	45.3	313	31.8	303	30.5	102	53.4
yhteensä	203	100.0	983	99.9	995	100.1	191	100.0

Merkitsevyyden testaus: Tutkimuspaikan mukaan: $\chi^2 = 14.4$, $df = 4$; $p = 0.01$

län mukaan: $\chi^2 = 44.8$; $df = 4$; $p < 0.01$

Taulukko 7. Vanhusten somaattinen hoito 5 edeltävän vuoden aikana

Aikaisempi Somaattinen hoito	Ikä			
	65 - 74 v		75 v -	
	N	%	N	%
1. ei hoitoa	6	4.8	1	1.5
2. terveyskeskus (avohoito)	8	6.5	7	10.3
3. polikliininen erikoissairaanhoito	13	10.6	5	7.4
4. 1 - 2 sairaalahoitoa	27	22.0	22	32.3
5. 3 tai useampia sairaalahoitoja	69	56.1	33	48.5
yhteensä	123	100.0	68	100.0

Merkitsevyyden testaus: $\chi^2 = 5.0$; $df = 4$; $p = n.s.$

Taulukko 8. Psykiatrinen hoito 5 edeltävän vuoden aikana

Aikaisempi psykiatrinen hoito	Paikkakunta				Ikä			
	Oulu		Muu	Suomi	Alle 65 v		65 v -	
	N	%	N	%	N	%	N	%
1. ei psykiatrasta hoitoa	94	45.0	491	48.9	462	45.4	123	62.4
2. terveyskeskus	8	3.8	54	5.4	37	3.6	25	12.7
3 polikliininen erikoissairaanhoito	48	23.0	208	20.7	227	22.3	29	14.7
4. 1 - 2 sairaalahoitoa	46	22.0	174	17.3	205	20.2	15	7.6
5. 3 tai useampia sairaalahoitoja	13	6.2	78	7.8	86	8.5	5	2.5
yhteensä	209	100.0	1005	100.1	1017	100.0	197	99.9

Merkitsevyyden testaus: Tutkimuspaikan mukaan: $\chi^2 = 4.4$; $df = 4$; $p = n.s.$
Iän mukaan: $\chi^2 = 62.9$; $df = 4$, $p < 0.01$

Somaattisten oireiden hoito viiden tutkimusta edeltävän vuoden aikana on esitetty yksityiskohtaisesti taulukossa 6. 65 vuotta täyttäneiden ja 75 vuotta täyttäneiden yksityiskohtaiset tiedot on esitetty taulukossa 7. Somaattisten oireiden hoidossa erot olivat merkitseviä sekä tutkimuspaikan ($p = 0.01$) että iän mukaan vertailtaessa alle 65-vuotiaita ja 65 vuotta täyttäneitä ($p < 0.01$). Sen sijaan merkitsevää eroa ei ollut 65 - 74-vuotiaiden ja 75 vuotta täyttäneiden välillä.

Oulussa lähes puolet, muualla Suomessa kolmasosa ja 65 vuotta täyttäneistä yli puolet tutkittavista oli ollut kolme tai useampia kertoja fyysisten sairauksien tai ongelmien vuoksi sairaalahoidossa tutkimusta edeltäneen viiden vuoden aikana. Noin 15 % alle 65-vuotiaista tutkittavista ja noin 4 % 65 vuotta täyttäneistä ei ollut ollut somaattisten oireiden vuoksi hoidossa.

5.1.2.2. Aikaisempi psykiatrinen hoito

Aikaisempi psykiatrinen hoito viiden tutkimusta edeltävän vuoden aikana on esitetty yksityiskohtaisesti taulukossa 8. Vanhuksia käsittelevät tiedot on esitetty taulukossa 9. Työikäiset olivat olleet psykiatrisessa hoidossa viiden tutkimusta edeltäneen vuoden aikana merkitsevästi yleisemmin kuin 65 vuotta täyttäneet ($p < 0.01$). Sen sijaan merkitsevää eroa ei ollut aikaisemman psykiatrisen hoidon suhteen tutkimuspaikkojen välillä eikä 65 - 74-vuotiaiden ja 75 vuotta täyttäneiden välillä. Eläkeikäisten psykiatrinen hoito oli tapahtunut merkitsevästi yleisemmin terveyskeskuksessa kuin työikäisten hoito ($p < 0.01$). Alle 65-vuotiaat olivat aikaisemmin olleet yleissairaalapsykiatrisen poliklinikan potilaina merkitsevästi yleisemmin kuin 65 vuotta täyttäneet ($p < 0.05$). Tutkimuspaikkojen välillä

Taulukko 9. Vanhusten psykiatrinen hoito 5 edeltävän vuoden aikana

Aikaisempi psykiatrinen hoito	Ikä			
	65 - 74 v		75 v -	
	N	%	N	%
1. ei psykiatrista hoitoa	74	57.8	49	71.0
1. terveyskeskus	17	13.3	8	11.6
3. polikliininen erikoissairaanhoito	21	16.4	8	11.6
4. 1 - 2 sairaalahoitoa	12	9.4	3	4.3
5. 3 tai useampia sairaalahoitoja	4	3.1	1	1.4
yhteensä	128	100.0	69	99.9

Merkitsevyyden testaus: luokat 4 - 5 yhdistetty

$\chi^2 = 4.0$; $df = 3$; $p = n.s.$

ei sen sijaan ollut eroa. Tiedot on esitetty yksityiskohtaisesti taulukossa 10.

Tutkimuksessa kartoitettiin myös meneillään oleva psykiatrinen avohoito. Meneillään oleva psykiatrinen hoito oli sitä harvinaisempaa, mitä vanhempi potilas oli ($p < 0.05$). Yli 75-vuotiaista 22 %:lla, yli 65-vuotiaista 25 %:lla ja alle 65-vuotiaista 34 %:lla oli jossakin meneillään oleva psykiatrinen hoito somaattiseen sairaalaan tulovaiheessa. Hoito tapahtui terveyskeskuslääkärillä, päihdehuollossa, yleissairaalapsykiatrian poliklinikalla tai muualla psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa. Mitä vanhemmasta ryhmästä oli kyse, sitä yleisemmin hoito oli terveyskeskuksessa ja sitä harvemmin psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa.

5.1.3. Konsultaatioon ohjautuneiden potilaiden nykytila

5.1.3.1. Somaattiset sairaudet ja niiden hoito

Mikään somaattinen sairaus ei korostunut yleissairaalapsykiatriseen konsultaatioon johdaneena lähettämisen syynä lukuun ottamatta alkoholin tai lääkkeiden aiheuttamaa myrkytystä, joka diagnoosi oli 28 %:lla kaikista suomalaisista potilaista. Halvauspotilaita aineistossa oli alle 1 % ja dementiapotilaita samoin alle 1 %. Aistinelinsairaus, joko kuurous tai sokeus, oli koko Suomen aineistossa vain muutamalla potilaalla pääasiallisena somaattisena diagnoosina tai lisädiagnoosina. Kaikissa sairaaloissa ei pyydetty konsultaatioita lainkaan potilaista, joilla oli aistinelinsairaus.

Lähettävät erikoisalat on esitetty yksityiskohtaisesti taulukossa 11. Vanhuksia yleissairaalapsykiatriseen konsultaatioon lähettäneet erikoisalajat on kuvattu taulukossa 12. Lähettävä klinikka oli yleisimmin sisätautien klinikka, olipa kyseessä työ- tai eläkeikäinen potilas. Puolet konsultaatiopotilaista tuli yleissairaalapsykiatriseen tutkimukseen ja hoitoon sisätautiosastoilta. Neurologisilta osastoilta lähetteitä tuli seuraavaksi eniten. Läh-

Taulukko 10. Aikaisempi yleissairaalapsykiatrinen hoito

Hoidettu omassa yksikössä	Paikkakunta				Ikä			
	Oulu		Muu Suomi		Alle 65 v		65 v -	
	N	%	N	%	N	%	N	%
ei	178	79.8	772	77.7	786	76.8	164	84.5
kyllä	45	20.2	222	22.3	237	23.2	30	15.5
yhteensä	223	100.0	994	100.0	1023	100.0	194	100.0

Merkitsevyyden testaus: Tutkimuspaikan mukaan: $\chi^2 = 0.4$; $df = 1$, $p = n.s.$

län mukaan: $\chi^2 = 5.2$; $df = 1$; $p < 0.05$

Taulukko 11. Lähettävä erikoisala

Lähettävä erikoisala	Paikkakunta				Ikä			
	Oulu		Muu Suomi		Alle 65 v		65 v -	
	N	%	N	%	N	%	N	%
1. sisätaudit	115	50.4	505	49.9	522	50.3	98	8.5
gastroenterologia	1	0.4	50	4.9	40	3.9	11	5.4
munuaistaudit	2	0.9	4	0.4	6	0.6	0	0.0
hematologia	1	0.4	11	1.1	11	1.1	1	0.5
kardiologia	0	0.0	31	3.1	26	2.5	5	2.5
keuhkotaudit	0	0.0	21	2.1	16	1.5	5	2.5
infektiotaudit	9	3.9	1	0.1	10	1.0	0	0.0
2. neurologia	29	12.7	95	9.4	95	9.2	29	14.4
3. yleiskirurgia	17	7.5	85	8.4	90	8.7	12	5.9
plastiikkakirurgia	2	0.9	9	0.9	11	1.1	0	0.0
siirännäiskirurgia	1	0.4	4	0.4	5	0.5	0	0.0
traumatologia	4	1.8	34	3.4	32	3.1	6	3.0
verisuonikirurgia	2	0.9	16	1.6	13	1.3	5	2.5
4. neurokirurgia	8	3.5	14	1.4	21	2.0	1	0.5
5. syöpätaudit	8	3.5	23	2.3	21	2.0	10	5.0
6. ihotaudit	7	3.1	7	0.7	12	1.2	2	1.0
7. gynekologia	3	1.3	20	2.0	19	1.8	4	2.0
8. synnytysosasto	9	3.9	21	2.1	30	2.9	0	0.0
9. korva-nenä- ja kurkkutaudit	5	2.2	10	1.0	12	1.2	3	1.5
10. silmätaudit	0	0.0	9	0.9	7	0.7	2	1.0
11. muu erikoisala	5	2.2	42	4.2	39	3.8	8	4.0
<u>yhteensä</u>	<u>228</u>	<u>99.9</u>	<u>1012</u>	<u>100.3</u>	<u>1038</u>	<u>100.4</u>	<u>202</u>	<u>100.2</u>

Merkitsevyyden testaus: sisätautien erikoisalat yhdistetty, kirurgian erikoisalat yhdistetty, luokat 6 - 11 yhdistetty.

Tutkimuspaikan mukaan: $\chi^2 = 10.9$; $df = 5$; $p < 0.1$

län mukaan: $\chi^2 = 14.5$; $df = 5$; $p < 0.05$

Taulukko 12. Vanhuksia konsultaatioon lähettäneet erikoissalat

Lähettävä erikoissala	Ikä			
	65 - 74 v		75 v -	
	N	%	N	%
1. sisätaudit	63	48.8	35	52.2
gastroenterologia	8	6.2	3	4.5
hematologia	1	0.8	0	0.0
kardiologia	3	2.3	2	3.0
keuhkotaudit	3	2.3	2	3.0
2. neurologia	25	19.4	4	6.0
3. yleiskirurgia	4	3.1	8	11.9
verisuonikirurgia	4	3.1	1	1.5
4. neurokirurgia	0	0.0	1	1.5
5. syöpätaudit	8	6.2	2	3.0
6. ihotaudit	1	0.8	1	1.5
7. gynekologia	3	2.3	1	1.5
8. korva- nenä- ja kurkkutaudit	3	2.3	0	0.0
9. silmätaudit	0	0.0	2	3.0
10. muu erikoissala	3	2.3	5	7.5
yhteensä	129	99.9	67	100.1

Merkitsevyyden testaus: sisätautien erikoissalat yhdistetty, kirurgian erikoissalat yhdistetty, luokat 4 - 10 yhdistetty
 $\chi^2 = 8.5$; $df = 3$; $p < 0.05$

teiden osuuksissa eri erikoisaloilta oli kuitenkin merkitsevät erot tutkimuspaikkojen välillä ($p < 0.1$) ja ikäryhmien välillä ($p < 0.05$). Osalta erikoisaloista ei kaikista ikäryhmistä tullut lainkaan läheteitä.

Sairaalahoitoon kesto on esitetty yksityiskohtaisesti taulukossa 13. Työikäisistä neljäsosa oli hoidossa vain yhden päivän ja viidesosa 1 - 2 viikkoa. Oulun tutkittavista

Taulukko 13. Sairaalahoidon kesto

Sairaalahoidon kesto	Paikkakunta				Ikä			
	Oulu		Muu Suomi		Alle 65 v		65 v -	
	N	%	N	%	N	%	N	%
1. alle päivä	1	0.4	11	1.2	12	1.2	0	0.0
2. 1 päivä	47	20.8	229	24.5	257	26.1	19	10.9
3. 2 päivää	29	12.8	82	8.8	102	10.4	9	5.1
4. 3 päivää	14	6.2	45	4.8	50	5.1	9	5.1
5. 4 päivää	9	4.0	40	4.3	41	4.2	8	4.6
6. 5 päivää	11	4.9	29	3.1	33	3.4	7	4.0
7. 6 päivää	5	2.2	28	3.0	28	2.8	5	2.9
8. 7 päivää	11	4.9	26	2.8	33	3.4	4	2.3
9. 8 - 14 päivää	48	21.2	207	22.2	202	20.5	53	30.3
10. 15-21 päivää	18	8.0	88	9.4	86	8.7	20	11.4
11. 22 -28 päivää	12	5.3	45	4.8	41	4.2	16	9.1
12. 29-35 päivää	6	2.7	29	3.1	25	2.5	10	5.7
13. yli 35 päivää	15	6.6	74	7.9	74	7.5	15	8.6
yhteensä	226	100.0	933	99.9	984	100.0	175	100.0

Merkitsevyyden testaus: luokat 1 - 2 yhdistetty
Tutkimuspaikan mukaan: $\chi^2 = 10.9$; $df = 11$; $p = n.s.$
län mukaan: $\chi^2 = 41.5$; $df = 11$; $p < 0.01$

viidesosa oli sairaalahoitossa yhden päivän ja samoin viidesosa 1 - 2 viikkoa. Eläkeikäisistä 10 % oli sairaalahoitossa korkeintaan yhden päivän ja kolmasosa 1 - 2 viikkoa. Erot sairaalahoitoksen keston suhteen eivät olleet merkitseviä tutkimuspaikan mukaan, mutta olivat merkitseviä iän mukaan ($p < 0.01$). Puolella kaikista tutkittavista sairaalasta lähtöpäivä oli viimeistään viikon kuluttua tulopäivästä. Kahdesta kolmeen viikkoon kestäviä hoitajaksoja oli yleisemmin työikäisillä kuin eläkeikäisillä, joilla taas oli yleisemmin vähintään neljä viikkoa kestäneitä hoitoaikoja. Tutkittavista harva kuoli kyseisen sairaalahoitoksen aikana. Yli 75-vuotiaista kuoli 5 %, 65 - 74-vuotiaista 4 % ja alle 65-vuotiaista 1 %.

5.1.3.2. Psykiatriseen konsultaatioon johtaneet syyt

Konsultaation ensisijainen peruste on esitetty yksityiskohtaisesti taulukossa 14. Sekä tutkimuspaikan että iän mukaan lähetteen syyt poikkesivat merkitsevästi ($p < 0.01$). 65 - 74-vuotiaiden ja 75 vuotta täyttäneiden tutkittavien lähetteen ensisijainen peruste on kuvattu taulukossa 15. 65 - 74-vuotiaiden ja 75 vuotta täyttäneiden välillä ero oli myös merkitsevä ($p < 0.05$). Tavallisimmat konsultaatiopyyntöjen syyt alle 65-vuotiaista olivat itsemurhayritys runsaalla kolmanneksella, ajankohtaiset psykiatriset oireet kolmanneksella, somaattinen oireilu ilman löydöksiä vajaalla 10 %:lla ja päihdeongelma vajaalla 10 %:lla. Puolella 65 - 74-vuotiaista ja lähes 70 %:lla 75 vuotta täyttäneistä konsultaatiopyynnön syynä oli ajankohtainen psykiatrinen oireilu. Muut yleisesti konsultaatiopyyntöön johtaneet syyt 65 - 74-vuotiaista olivat itsemurhayritys viidenneksellä, samoin viidenneksellä somaattinen oireilu ilman löydöksiä ja tutkittavan oma pyyntö 6 %:lla. Itsemurhayrityksen vuoksi 75-vuotiaista tehtiin konsultaatiopyyntö alle 10 %:ssa. Konsultaatioon johtaneella syyllä ja konsultoivan psykiatrin asettamalla psykiatrisella diagnoosilla oli yhteys. Koko Suomen aineistoa tarkasteltaessa havaitaan, että mielialahäiriö oli yleisimmin tutkittavilla, jotka lähetettiin konsultaatioon seuraavista syistä: somaattinen oireilu ilman löydöksiä (34 % tästä syystä johtuneista lähetteisistä), itsemurhayritys (30 % tästä syystä johtuneista lähetteisistä), ajankohtaiset psykiatriset oireet (24 % tästä syystä johtuneista lähetteisistä) ja tutkittavan oma pyyntö (14 % tästä syystä johtuneista lähetteisistä).

Konsultaatioon johtaneet mahdolliset lisäperusteet on esitetty taulukossa 16. Näissä lisäperusteissa korostuvat Oulun aineistossa, muun Suomen aineistossa sekä vanhuksilla ajankohtaisten mielenterveyden häiriöiden ohella aikaisempien sairauksien yhteydessä hoitosopeutumattomuus, hoitomyöntyvyysongelma, päihdeongelma, tutkittavan oma pyyntö ja henkilökunnan vaikeudet tutkittavan hoidossa. Lisäperusteiden erot olivat kuitenkin merkitseviä sekä tutkimuspaikan ($p < 0.01$) että iän mukaan ($p < 0.01$).

Taulukko 14. Konsultaation ensisijainen peruste

Lähetteen aihe	Paikkakunta							
	Oulu				Muu Suomi			
	Alle 65 v		65 v -		Alle 65 v		65 v -	
	N	%	N	%	N	%	N	%
1. itsemurhayritys	62	27.2	343	33.6	376	35.9	29	14.4
2. ajankohtaiset psykiatriset oireet	95	41.7	363	35.6	344	32.9	114	56.4
3. somaattinen oireilu ilman löydöksiä	27	11.8	93	9.1	91	8.7	29	14.4
4. päihdeongelma	17	7.5	57	5.6	71	6.8	3	1.5
5. potilaan arvostelu- ja päätöksentekokyvyn arviointiongelma	9	3.9	17	1.7	23	2.2	3	1.5
6. sopeutumattomuus sairauteen	4	1.8	23	2.3	25	2.4	2	1.0
7. hoitomyöntyvyysongelma	4	1.8	16	1.6	15	1.4	5	2.5
8. henkilökunnan vaikeudet potilaan hoidossa	2	0.9	1	0.1	3	0.3	0	0.0
9. potilaan pyyntö	6	2.6	36	3.5	34	3.2	8	4.0
10. aikaisempi psykiatrinen hoito	0	0.0	15	1.5	14	1.3	1	0.5
11. muu peruste	2	0.9	57	5.6	51	4.9	8	4.0
yhteensä	228	100.1	1021	100.2	1047	100.0	202	100.2

Merkitsevyyden testaus: luokat 5 - 8, 9 - 10 yhdistetty

Tutkimuspaikan mukaan: $\chi^2 = 20.1$; $df = 6$; $p < 0.01$

Iän mukaan: $\chi^2 = 64.4$; $df = 6$; $p < 0.01$

Taulukko 15. Konsultaation ensisijainen peruste vanhuksilla

Lähetteen aihe	Ikä			
	65 - 74 v		75 v -	
	N	%	N	%
1. itsemurhayritys	24	18.3	5	7.0
2 ajankohtaiset psykiatriset oireet	66	50.4	48	67.6
3. somaattinen oireilu ilman löydöksiä	22	16.8	7	9.9
4. päihdeongelma	2	1.5	1	1.4
5. potilaan arvostelu- ja päätöksentekokyvyn arviointi	2	1.5	1	1.4
6. sopeutumattomuus sairauteen	1	0.8	1	1.4
7. hoitomyöntyvyysongelma	2	1.5	3	4.2
8. aikaisempi psykiatrinen hoito	1	0.8	0	0.0
9. potilaan pyyntö	8	6.1	0	0.0
10. muu peruste	3	2.3	5	7.0
yhteensä	131	100.0	71	99.9

Merkitsevyyden testaus: luokat 4 – 10 yhdistetty

$\chi^2 = 8.1$; $df = 3$; $p < 0.05$

Psykoottista häiriötä ei esiintynyt yhdelläkään tutkittavalla, joka oli lähetetty seuraavista syistä: päihdeongelma, sopeutumattomuus sairauteen ja tutkittavan oma pyyntö. Psykoottinen häiriö oli yleisimmin tutkittavilla, jotka oli lähetetty psykiatrin konsultaatioon seuraavista syistä: aikaisempi psykiatrinen hoito (33 % tästä syystä johtuneista lähetteisistä), ongelma arvostelu- ja päätöksentekokyvyssä (15 % tästä syystä johtuneista lähetteisistä), ajankohtaiset psykiatriset oireet (9 % tästä syystä johtuneista lähetteisistä) ja somaattinen oireilu ilman löydöksiä (7 % tästä syystä johtuneista lähetteisistä).

Taulukko 16. Konsultaation lisäperuste

Lähetteen lisäisy	Paikkakunta				Ikä			
	Oulu		Muun Suomi		Alle 65 v		65 v -	
	N	%	N	%	N	%	N	%
1. itsemurhayritys	4	1.3	35	2.5	35	2.4	4	1.9
2. ajankohtaiset psy- kiatriset oireet	75	24.5	363	26.3	388	26.4	50	23.3
3. somaattinen oireilu ilman löydöksiä	13	4.2	49	3.5	48	3.3	14	6.5
4. päihdeongelma	28	9.2	140	10.1	157	10.7	11	5.1
5. potilaan arvostelu- ja päätöksenteko- kyvyn arviointi	3	1.0	48	3.5	44	3.0	7	3.3
6. sopeutumatto- muus sairauteen	8	2.6	227	16.4	202	13.7	33	15.3
7. hoitomyöntyvyys- ongelma	28	9.2	138	10.0	145	9.9	21	9.8
8. henkilökunnan vaikeudet potilaan hoidossa	16	5.2	43	3.1	41	2.8	18	8.4
9. potilaan pyyntö	34	11.1	82	5.9	101	6.9	15	7.0
10. aikaisempi psykiatrinen hoito	95	31.0	246	17.8	302	20.5	39	18.1
11. muu peruste	2	0.7	10	0.7	9	0.6	3	1.4
yhteensä	306	100.0	1381	99.8	1472	100.2	215	100.1

Merkitsevyyden testaus: luokat 5 - 8 ja 9 - 11 yhdistetty

Tutkimuspaikan mukaan: $\chi^2 = 51.5$; $df = 5$; $p < 0.01$

län mukaan: $\chi^2 = 15.6$; $df = 5$; $p < 0.01$

5.1.3.3. Toimintakyky

Tutkittavien psykososiaalinen toimintakyky on esitetty yksityiskohtaisesti taulukossa 17. GAF-arvolla mitattuna tutkittavien psykososiaalinen toimintakyky poikkesi merkitsevästi tutkimuspaikan ($p < 0.01$) mutta ei iän mukaan.

Tutkimushetkellä oleva liikuntakyky on esitetty taulukossa 18. Liikkumiskyvyn suhteen ongelmattomia oli työikäisistä alle 70 %. Oulun tutkittavista ongelmattomia liikkumiskyvyltään oli samoin alle 70 % ja muun Suomen tutkittavista alle 60 %. 65 vuotta täyttäneistä liikkumiskyvyn suhteen ongelmattomia oli sen sijaan alle 40 %. Täysin vuodepotilaita oli koko aineistossa alle 10 %. Eri sairaaloissa oli erilaisia osastoja, osassa vaativamman kirurgian osastoja, pitkän vuodelevon vaativia potilaita kuten palovammapotilaita. Sairaaloiden erilainen osastorakenne voi selittää erot vuodepotilaiden määrissä, joissa oli viitteellisesti merkitsevä ero tutkimuspaikan mukaan ($p < 0.10$) ja merkitsevä ero iän mukaan ($p < 0.01$).

Taulukko 17. Tutkittavien psykososiaalinen toimintakyky asteikolla: 0 - 90

Psykososiaalinen toimintakyky	Paikkakunta				Ikä			
	Oulu		Muu Suomi		Alle 65 v		65 v-	
	N	%	N	%	N	%	N	%
0 - 30	18	8.0	222	21.7	201	19.2	39	19.5
31 - 50	87	38.5	330	32.3	349	33.3	68	34.0
51 - 70	111	49.1	377	36.9	413	39.4	75	37.5
71 - 90	10	4.4	93	9.1	85	8.1	18	9.0
yhteensä	226	100.0	1022	100.0	1048	100.0	200	100.0

Merkitsevyyden testaus:

Tutkimuspaikan mukaan: $\chi^2 = 32.3$; $df = 3$; $p < 0.01$

län mukaan: $\chi^2 = 0.4$; $df = 3$; $p = n.s.$

Taulukko 18. Tutkittavien liikkumiskyky

Liikkumiskyky	Paikkakunta				Ikä			
	Oulu		Muu Suomi		Alle 65 v		65 v -	
	N	%	N	%	N	%	N	%
1. ei ongelmia	153	67.4	603	58.9	682	65.0	74	36.8
2. vaikeuksia liikkumisessa	25	11.0	164	16.0	145	13.8	44	21.9
3. tuen avulla liikkuva	12	5.3	80	7.8	54	5.1	38	18.9
4. pyörätuolilla liikkuva	9	4.0	34	3.3	31	3.0	12	6.0
5. alle 50% ajasta vuodepotilas	6	2.6	9	0.9	13	1.2	2	1.0
6. yli 50% ajasta vuodepotilas	8	3.5	39	3.8	35	3.3	12	6.0
7.100% vuodepotilas	14	6.2	95	9.3	90	8.6	19	9.5
yhteensä	227	100.0	1024	100.0	1050	100.0	201	100.1

Merkitsevyyden testaus: luokat 5 – 6 yhdistetty

Tutkimuspaikan mukaan: $\chi^2 = 10.0$; $df = 5$; $p < 0.10$

län mukaan: $\chi^2 = 79.4$; $df = 5$; $p < 0.01$

5.1.3.4. Mielenterveyden häiriöt

Tutkittavien psykiatrinen ICD-10-järjestelmän (International Statistical Classification of Diseases) mukainen päädiagnoosi on esitetty yksityiskohtaisesti taulukossa 19. 65 vuotta ja 75 vuotta täyttäneiden tutkittavien päädiagnoosi on kuvattu taulukossa 20. Erot olivat merkitseviä tutkimuspaikan mukaan ($p < 0.01$) sekä alle 65-vuotiaiden ja 65 vuotta täyttäneiden välillä ($p < 0.01$), mutta eivät 65 - 74-vuotiaiden ja 75 vuotta täyttäneiden välillä. Pääasiallisena psykiatrisena diagnoosina elimellinen aivo-oireyhtymä oli yli 74-vuotiailla kolmanneksella, 65 - 74-vuotiailla viidenneksellä ja alle 65-vuotiailla alle 10 %:lla. Tavallisin elimellinen aivo-oireyhtymä oli delirium. Neljäsosalla tutkittavista oli mielialahäiriö, joista taas tavallisin oli vakava masennustila. Mielialahäiriö oli pääasiallisena diagnoosina yli 75-vuotiailla vajaalla puolella, 65 - 74-vuotiailla kolmanneksella ja alle 65-vuotiailla viidenneksellä. Päihderiippuvaisia oli alle 65-

Taulukko 19. Psykiatrinen päädiagnoosi

Psykiatrinen päädiagnoosi	Paikkakunta				Ikä			
	Oulu		Muu Suomi		Alle 65 v		65 v -	
	N	%	N	%	N	%	N	%
1. ei diagnoosia	6	2.6	79	7.7	77	7.3	8	4.0
2. F00 - F09 elimelliset aivo-oireyhtymät	28	12.3	97	9.5	76	7.2	49	24.4
3. F10 - F19 lääkkeiden ja päihteiden aiheuttamat elimelliset aivo-oireyhtymät	47	20.6	203	19.8	235	22.3	15	7.5
4. F20 - F29 skitsofrenia, skitsotyypinen häiriö ja harhaluuloisuushäiriöt	29	12.7	63	6.1	82	7.8	10	5.0
5. F30 - F39 mielialahäiriöt	58	25.4	249	24.3	236	22.4	71	35.3
6. F40 - F48 neuroottiset, stressiin liittyvät ja somatoformiset häiriöt	33	14.5	171	16.7	172	16.3	32	15.9
7. F50 - F59 ruumiillisiin häiriöihin liittyvät käyt- täytymisoireyhtymät	5	2.2	18	1.8	19	1.8	4	2.0
8. F60 - F69 persoonalli- suushäiriöt	19	8.3	61	6.0	78	7.4	2	1.0
9. muut häiriöt ^{a)}	3	1.3	84	8.2	77	7.3	10	5.0
yhteensä	228	99.9	1025	100.1	1052	99.8	201	100.1

Merkitsevyyden testaus: luokat 2 - 3 ja 6, 7, 9 yhdistetty

Tutkimuspaikan mukaan: $\chi^2 = 26.2$; $df = 5$; $p < 0.01$

Iän mukaan: $\chi^2 = 27.7$; $df = 5$; $p < 0.01$

^{a)}Sisältää muun muassa kehitysvammaisuuden, puheen häiriöt ja erilaiset oireet kuten ticin ja autismin.

vuotiaista tutkittavista viidennes, 65 - 74-vuotiaista 10 % ja 75 vuotta täyttäneistä vain 3 %. Tavallisin päihde, josta oltiin riippuvaisia, oli alkoholi, rauhoittava lääkeaine tai unilääke. Persoonallisuushäiriö diagnosoitiin vain poikkeuksellisesti ikääntyneillä. Työkäisillä persoonallisuushäiriö todettiin sen sijaan 7 %:lla. Persoonallisuushäiriöistä tavallisin oli epävakaata persoonallisuus.

Taulukossa 21 on esitetty psykiatrinen lisädiagnoosi ja taulukossa 22 mahdollinen toinen psykiatrinen lisädiagnoosi. Erot olivat diagnoosien suhteen merkitseviä sekä tutkimuspaikan ($p < 0.01$) että iän mukaan ($p < 0.01$). Psykoottinen häiriö oli yleisemmin alle 65-vuotiailla kuin 65 vuotta täyttäneillä (8 versus 5 %). 75 vuotta täyttäneillä psykoositasoinen diagnoosi oli 4 %:lla. Tavallisin psykoottinen häiriö oli skitsofrenia. Oulussa oli diagnoosina yleisemmin kuin muualla Suomessa psykoottinen häiriö (13

Taulukko 20. Psykiatrinen päädiagnoosi vanhuksilla

Psykiatrinen päädiagnoosi	Ikä			
	65 – 74 v		75 v -	
	N	%	N	%
1. ei diagnoosia	14	10.8	4	5.6
2. F00 - F09 elimelliset aivo-oireyhtymät	25	19.2	24	33.8
3. F1 - F19 lääkkeiden ja päihteiden aiheuttamat elimelliset aivo-oireyhtymät	13	10.0	2	2.8
4. F20 - F29 skitsofrenia, skitsotyyppinen häiriö ja harhaluuloisuushäiriöt	7	5.4	3	4.2
5. F30 - F39 mielialahäiriöt	42	32.3	29	40.8
6. F40 - F48 neuroottiset, stressiin liittyvät ja somatoformiset häiriöt	27	20.8	5	7.0
7. F50 - F59 ruumiillisiin häiriöihin liittyvät käyttäytymisoireyhtymät	1	0.8	3	4.2
8. F60 – F69 persoonallisuushäiriöt	1	0.8	1	1.4
yhteensä	130	100.1	71	99.8

Merkitsevyyden testaus: luokat 2 - 4 ja 6 - 8 yhdistetty
 $\chi^2 = 5.0$; $df = 3$; $p = n.s.$

Taulukko 21. Psykiatrinen lisädiagnoosi

Psykiatrinen lisädiagnoosi	Paikkakunta				Ikä			
	Oulu		Muu Suomi		Alle 65 v		65 v -	
	N	%	N	%	N	%	N	%
1. ei diagnoosia	113	49.6	634	61.7	616	58.5	131	64.9
2. F00 - F09 elimelliset aivo-oireyhtymät	66	28.9	51	5.0	87	8.3	30	14.9
3. F10 - F19 lääkkeiden ja päih- teiden aiheuttamat elimelliset aivo-oireyhtymät	21	9.2	137	13.3	146	13.9	12	5.9
4. F20 - F29 skitsofrenia, skitsotyypinen häiriö ja harhaluuloisuushäiriöt	4	1.8	18	1.8	17	1.6	5	2.5
5. F30 - F39 mielialahäiriöt	5	2.2	61	5.9	50	4.7	16	7.9
6. F40 - F48 neuroottiset, stressiin liittyvät ja somato- formiset häiriöt	3	1.3	27	2.6	30	2.8	0	0.0
7. F50 - F59 ruumiillisiin häiriöihin liittyvät käyttäytymisoireyhtymät	0	0.0	7	0.7	7	0.7	0	0.0
8. F60 - F69 persoonallisuushäiriöt	13	5.7	91	8.9	96	9.1	8	4.0
9. muut häiriöt ^{a)}	3	1.3	1	0.1	4	0.4	0	0.0
yhteensä	228	100.0	1027	100.0	1053	100.0	202	100.1

Merkitsevyyden testaus: luokat 2 - 4 ja 6,7, 9 yhdistetty

Tutkimuspaikan mukaan: $\chi^2 = 43.3$; $df = 4$; $p < 0.01$

län mukaan: $\chi^2 = 17.7$; $df = 4$; $p < 0.01$

^{a)}Sisältää muun muassa kehitysvammaisuuden, puheen häiriöt ja erilaiset oireet kuten ticin ja autismin.

Taulukko 22. Toinen psykiatrinen lisädiagnosi

Toinen psykiatrinen lisädiagnosi	Paikkakunta				Ikä			
	Oulu		Muu Suomi		Alle	65	65 v -	
	N	%	N	%	N	%	N	%
1. ei diagnoosia	143	62.7	883	86.0	857	81.4	169	83.7
2. F00 - F09 elimelliset aivo-oireyhtymät	77	33.8	63	6.1	110	10.4	30	14.9
3. F10 - F19 lääkkeiden ja päihteiden aiheuttamat elimelliset aivo-oireyhtymät	1	0.4	27	2.6	27	2.6	1	0.5
4. F20 - F29 skitsofrenia, skitsotyyppinen häiriö ja harhaluuloisuushäiriöt	0	0.0	2	0.2	2	0.2	0	0.0
5. F30 - F39 mielialahäiriöt	1	0.4	9	0.9	8	0.8	2	1.0
6. F40 - F48 neuroottiset, stressiin liittyvät ja somatoformiset häiriöt	1	0.4	2	0.2	3	0.3	0	0.0
7. F50 - F59 ruumiillisiin tekijöihin liittyvät käyttäytymisoireyhtymät	0	0.0	1	0.1	1	0.1	0	0.0
8. F60 - F69 persoonallisuushäiriöt	4	1.8	39	3.8	43	4.1	0	0.0
9. muut häiriöt	1	0.4	1	0.1	2	0.2	0	0.0
yhteensä	228	99.9	1027	100.0	1053	100.1	202	100.1

versus 6 %). Tavallisin neuroottistasoinen häiriö oli stressireaktio tai masentuneisuutena ilmenevä sopeutumishäiriö. Seuraavaksi eniten oli ahdistuneisuushäiriöitä.

Tavallisin lisädiagnosi Oulun aineistossa ja 65 vuotta täyttäneiden aineistossa oli elimellinen aivo-oireyhtymä. Muun Suomen aineistossa ja alle 65-vuotiaiden aineistossa tavallisin lisädiagnosi oli päihderiippuvuus. Eläkeikäisillä persoonallisuushäiriö oli yleisemmin lisädiagnosina kuin päädiagnosina. Tavallisin neuroottinen häiriö oli stressireaktio tai masentuneisuutena ilmenevä sopeutumishäiriö. Seuraavaksi eniten oli ahdistuneisuushäiriöitä.

Taulukko 23. Siirtyminen toiseen sairaalaan tai laitokseen

Jatkohoito laitoksessa	Paikkakunta				Ikä			
	Oulu		Muu Suomi		Alle 65 v		65 v -	
	N	%	N	%	N	%	N	%
1. ei laitoshoidtoa	148	65.2	702	72.7	736	72.8	114	63.0
2. toinen yleissairaala	27	11.9	60	6.2	61	6.0	26	14.4
3. yleissairaalapsykiatrinen osasto	0	0.0	13	1.3	12	1.2	1	0.6
4. muu psykiatrinen erikoissai- raanhoito	40	17.6	154	16.0	169	16.7	25	13.8
5. muu hoitopaikka	12	5.3	36	3.7	33	3.3	15	8.3
yhteensä	227	100.0	965	99.9	1011	100.0	181	100.1

Merkitsevyyden testaus: luokat 3 – 4 yhdistetty

Tutkimuspaikan mukaan: $\chi^2 = 10.7$; $df = 3$; $p < 0.05$; Iän mukaan: $\chi^2 = 27.4$; $df = 3$; $p < 0.01$

5.1.3.5. Konsultaation johtaminen jatkohoitoon

Tutkittavien siirtyminen hoidon päättyessä tutkimussairaalaan toiseen sairaalaan tai laitokseen on esitetty yksityiskohtaisesti taulukossa 23. Suurin osa tutkittavista siirtyi sairaalasta kotiin. Oulussa tutkittavista siirtyi kuitenkin kotiin merkitsevästi vähemmän ($p < 0.05$) kuin muun Suomen tutkittavista (65 versus 73 %). Psykiatriseen sairaalaanhoitoon (mukaan lukien yleissairaalapsykiatrinen osasto) lähetettiin 17 % sekä Oulun että muun Suomen tutkittavista.

Erot siirtymisessä jatkohoitoon iän mukaan olivat merkitseviä ($p < 0.01$). Työikäisistä siirtyi jatkohoitoon toiseen sairaalaan tai laitokseen 27 % ja eläkeikäisistä 37 %. Lähes puolella (42 %) 75 vuotta täyttäneistä jatkohoitoa tarvittiin toisessa sairaalassa tai laitoksessa. Alle 65-vuotiailla jatkohoitopaikkana oli yleisimmin psykiatrinen osasto ja 65 vuotta täyttäneillä joko toinen yleissairaala tai psykiatrinen osasto. Vanhimmista 75 vuotta täyttäneistä tutkittavista siirtyi kotiin 61 %, toiseen yleissairaalaan 18 %, psykiatriseen sairaalaan 11 % tai hoitokotiin 10 %. Niistä 65 vuotta täyttäneistä tutkittavista, joilla ei ollut aikaisempaa psykiatrista hoitoa, 32 % siirtyi jatkohoitoon toiseen sairaalaan tai laitokseen. Aikaisemmin hoitamattomista psykiatriseen sairaalaan siirtyi 8 %.

Taulukko 24. Suositus psykiatriseen jatkohoitoon

Suunniteltu avohoito	Paikkakunta				Ikä			
	Oulu		Muu Suomi		Alle 65 v		65 v -	
	N	%	N	%	N	%	N	%
1. ei suositusta jatkohoitoon	64	28.2	383	40.2	359	36.0	88	48.1
2. terveyskeskus	30	13.2	65	6.8	54	5.4	41	22.4
3. yleissairaалapsykiatrian poliklinikka	13	5.7	185	19.4	179	18.0	19	10.4
4. muu psykiatrinen erikoissairaanhoido	99	43.6	245	25.7	321	32.2	23	12.6
5. päihdehuolto	7	3.1	19	2.0	24	2.4	2	1.1
6. muu hoitopaikka ^{a)}	14	6.2	56	5.9	60	6.0	10	5.5
yhteensä	227	100.0	953	100.0	997	100.0	183	100.1

Merkitsevyyden testaus: luokat 3 - 4 ja 5 - 6 yhdistetty

Tutkimuspaikan mukaan: $\chi^2 = 17.4$; $df = 3$; $p < 0.01$

län mukaan: $\chi^2 = 86.9$ $df = 3$; $p < 0.01$

^{a)}Sisältää muun muassa opiskelijaterveydenhuollon, seurakuntien diakonia- ja perhetyön.

Koko Suomea käsittävässä aineistossa jatkohoito tapahtui yleisimmin toisessa sairaalassa tai laitoksessa, jos konsultaatiopyynnön aiheena oli ollut aikaisempi psykiatrinen hoito, ajankohtaiset psykiatriset oireet, hoitomyöntyvyysongelma tai vaikeus arvostelu- ja päätöksentekokyvyssä. Konsultaation perusteella tapahtunut psykiatriseen avohoitoon suositus on esitetty taulukossa 24. 65 vuotta täyttäneiden ja 75 vuotta täyttäneiden tutkittavien saama suositus psykiatriseen avohoitoon on kuvattu taulukossa 25.

Yleissairaалapsykiatrian poliklinikalla oman palvelun piirissä suunniteltiin psykiatrisen hoidon jatkuvan Oulussa vajaalla 6 %:lla tutkittavista ja muualla Suomessa lähes viidenneksellä eron ollessa merkitsevä ($p < 0.01$). Yleisemmin jatkohoito koko Suomen aineistoa tarkasteltaessa toteutui omana palveluna niillä tutkittavilla, jotka tulivat yleissairaалapsykiatriseen konsultaatioon seuraavilta erikoisaloilta: gynekologia (48 % gynekologialta lähetetyistä tutkittavista), synnytysosasto (30 % synnytysosastolta ohjatuista tutkittavista), gastroenterologia (29 % gastroenterologialta lähetetyistä tutkittavista), kardiologia (20 %

Taulukko 25. Suositus psykiatriseen jatkohoitoon vanhuksilla

Suunniteltu jatkohoito	Ikä			
	65 – 74 v		75 v -	
	N	%	N	%
1. ei suositusta jatkohoitoon	50	44.2	38	54.3
2. terveyskeskus	27	23.9	14	20.0
3. yleissairaalap psykiatrian poliklinikka	8	7.1	11	15.7
4. muu psykiatrinen erikoissairaanhoito	19	16.8	4	5.7
5. päihdehuolto	1	0.9	1	1.4
6. muu hoitopaikka ^{a)}	8	7.1	2	2.9
yhteensä	113	100.0	70	100.0

Merkitsevyyden testaus: luokat 3 - 4 ja 2, 5 - 6 yhdistetty

$\chi^2 = 1.9$; $df = 2$; $p = n.s.$

^{a)}Sisältää muun muassa seurakuntien diakonia- ja perhetyön

kardiologialta ohjatuista tutkittavista) ja infektioauditit (20 % infektioitaudeilta ohjatuista tutkittavista).

Psykiatrinen konsultaatio johti psykiatriseen avohoitoon merkitsevästi yleisemmin alle 65-vuotiailla kuin 65 vuotta täyttäneillä ($p < 0.01$). Avohoitoon ohjattiin alle 65-vuotiaista potilaista 64 % ja 65 vuotta täyttäneistä 52 %. 65 vuotta täyttäneitä lähetettiin merkitsevästi vähemmän ($p < 0.01$) kuin alle 65-vuotiaita psykiatriseen erikoissairaanhoitoon. Alle 65-vuotiaista erikoissairaanhoitoon lähetettiin puolet ja 65 vuotta täyttäneistä neljännes. Terveyskeskukseen ohjattiin psykiatrista avohoitoa varten viidennes eläkeikäisistä ja noin 5 % työikäisistä. Merkitsevää eroa psykiatriseen avohoitoon ohjaamisessa ei sen sijaan ollut 65 - 74-vuotiaiden ja 75 vuotta täyttäneiden välillä.

Tarkasteltaessa koko Suomen aineistoa voidaan todeta, että niistä tutkittavista, joilla ei ollut aikaisempaa psykiatrista hoitoa, 56 % ohjattiin psykiatriseen avohoitoon. Aikaisemmin hoitamattomista tutkittavista eniten ohjattiin oman palvelun piiriin (22 %). Muualle psykiatriseen erikoissairaanhoitoon ohjattiin 14 % ja terveyskeskukseen 7 % tutkittavista, joilla ei ollut aikaisempaa psykiatrista hoitoa. Psykiatriseen sairaalahoitoon ohjattiin aiemmin hoitamattomista tutkittavista 11 %.

Niistä 65 vuotta täyttäneistä tutkittavista, joilla ei ollut aikaisempaa psykiatrista hoitoa, psykiatriseen avohoitoon ohjattiin 41 %. Heistä 8 % ohjattiin psykiatriseen erikoissai-

raanhoitoon ja lisäksi 11 % yleissairaalapysykiatrian poliklinikalle. Konsultaatiopyynnön aihetta ja suositusta psykiatriseen avohoitoon tarkasteltaessa voidaan koko Suomen aineiston pohjalta todeta, että konsultaatio johti psykiatriseen avohoitoon 74 %:lla tutkittavista, joilla lähetteen syynä oli ollut tutkittavan oma pyyntö, 71 %:lla tutkittavista, joilla lähetteen syynä oli ollut itsemurhayritys, 70 %:lla tutkittavista, joilla oli päihdeongelma, 67 %:lla tutkittavista, joilla oli aikaisempi psykiatrinen hoito ja 62 %:lla tutkittavista, joilla oli ajankohtaiset psykiatriset oireet.

Taulukko 26. Konsultaatiopyynnön ajoitus

Lähetteen ajankohta	Paikkakunta				Ikä			
	Oulu		Muu Suomi		Alle 65 v		65 v -	
	N	%	N	%	N	%	N	%
1. ennen sairaalaan tuloa	1	0.4	0	0.0	1	0.1	0	0.0
2.sairaalaan tulopäivänä	24	10.6	105	10.5	115	11.2	14	7.0
3. 1 päivän kuluttua	67	29.5	344	34.4	367	35.8	44	22.0
4. 2 päivän kuluttua	32	14.1	122	12.2	133	13.0	21	10.5
5. 3 - 7 päivän kuluttua	67	29.5	240	24.0	248	24.2	59	29.5
6. 8 - 14 päivän kuluttua	17	7.5	116	11.6	101	9.8	32	16.0
7. 15 - 35 päivän kuluttua	16	7.0	48	4.8	43	4.2	21	10.5
8. yli 35 päivän kuluttua	3	1.3	24	2.4	18	1.8	9	4.5
yhhteensä	227	99.9	999	99.9	1026	100.1	200	100.0

Merkitsevyyden testaus: luokat 1 – 2 ja 7 – 8 yhdistetty

Tutkimuspaikan mukaan: $\chi^2 = 7.4$; $df = 5$; $p = n.s.$

län mukaan: $\chi^2 = 39.4$; $df = 5$; $p < 0.01$

5.2. Yleissairaalapsykiatrisen konsultaatiotoiminnan kuvaus

5.2.1. Konsultaatiotoiminnan aikataulu

Aika potilaan sairaalaan tulopäivästä lähetteen kirjoittamiseen yleissairaalapsykiatriseen konsultaatioon on esitetty taulukossa 26. Lähetteen ajankohta vanhuspotilaista on esitetty taulukossa 27. Konsultaatiopyyntö tehtiin nopeasti kahden ensimmäisen hoitopäivän aikana runsaassa puolessa sekä Oulun tutkittavista että muun Suomen tutkittavista ($p = n.s.$).

Alle 65-vuotiaista konsultaatio pyydettiin kahden ensimmäisen päivän aikana 60 %:ssa ja 65 vuotta täyttäneistä 40 %:ssa. Yli 65-vuotiaista pyydettiin konsultaatiota myöhemmässä sairaalahoitovaiheessa kuin alle 65-vuotiaista ($p < 0.01$). Viitteellisesti merkitsevä ero ($p < 0.1$) oli myös 65 - 74-vuotiaiden ja 75 vuotta täyttäneiden välillä.

Taulukossa 28 on esitetty, kuinka nopeasti konsultaatiotapahtuma käynnistyi lähetteen saapumisesta yleissairaalapsykiatrian poliklinikalle. Yleensä pyydettyyn konsultaatioon vastattiin kahden päivän aikana konsultaatiopyynnön lähettämisestä. Oulussa 77 %:ssa ja muualla Suomessa 83 %:ssa konsultaatiopyynnöistä vastattiin kahden päivän kuluessa. Tutkittavien ollessa alle 65-vuotiaita konsultaatio tapahtui kahden päivän kuluessa lähetteen saapumisesta 84 %:ssa ja tutkittavien ollessa 65-vuotiaita tai vanhempia 73 %:ssa. Yli puoleen konsultaatiopyynnöistä vastattiin jo saman päivän aikana. Muualla Suomessa näin tapahtui merkitsevästi yleisemmin kuin Oulussa ($p < 0.01$) ja alle 65-

Taulukko 27. Lähetteen kirjoittamispäivä vanhuksista yleissairaalapsykiatrian poliklinikalle

Lähetteen ajankohta	Ikä			
	65 – 74 v		75 v -	
	N	%	N	%
1. sairaalaan tulopäivänä	10	7.7	4	5.7
2. 1 päivän kuluttua	34	26.2	10	14.3
3. 2 päivän kuluttua	15	11.5	6	8.6
4. 3 - 7 päivän kuluttua	38	29.2	21	30.0
5. 8 - 14 päivän kuluttua	19	14.6	13	18.6
6. 15 - 35 päivän kuluttua	10	7.7	11	15.7
7. yli 35 päivän kuluttua	4	3.1	5	7.1
yhteensä	130	100.0	70	100.0

Merkitsevyyden testaus: luokat 1 – 2 ja 6 – 7 yhdistetty
 $\chi^2 = 8.3$; $df = 4$; $p < 0.1$.

Taulukko 28. Tutkittavan tapaamisaika lähetteen saapumisesta

Konsultaation ajoitus	Paikkakunta				Ikä			
	Oulu		Muu Suomi		Alle 65 v		65 v -	
	N	%	N	%	N	%	N	%
tänään	119	52.2	657	64.7	670	64.2	106	53.0
huomenna	57	25.0	184	18.1	202	19.4	39	19.5
myöhemmin	52	22.8	174	17.1	171	16.4	55	27.5
yhteensä	228	100.0	1015	99.9	1043	100.0	200	100.0

Merkitsevyyden testaus:

Tutkimuspaikan mukaan: $\chi^2 = 12.5$; $df = 2$; $p < 0.01$

län mukaan: $\chi^2 = 14.8$; $df = 2$; $p < 0.01$

Taulukko 29. Konsultantin asettama tutkittavien kiireellisyysjärjestys

Konsultaation kiireellisyys	Paikkakunta				Ikä			
	Oulu		Muu Suomi		Alle 65 v		65 v -	
	N	%	N	%	N	%	N	%
1. ei kiireellinen	93	40.8	432	42.4	413	39.5	112	55.7
2. tunnin sisällä	2	0.9	6	0.6	8	0.8	0	0.0
3. myöhemmin saman päivän aikana	133	58.3	581	57.0	625	59.8	89	44.3
yhteensä	228	100.0	1019	100.0	1046	100.1	201	100.0

Merkitsevyyden testaus: luokat 2 – 3 yhdistetty

Tutkimuspaikan mukaan: $\chi^2 = 0.1$; $df = 1$; $p = n.s.$

län mukaan: $\chi^2 = 17.6$; $df = 1$; $p < 0.01$

vuotiaiden tutkittavien kohdalla merkitsevästi yleisemmin kuin 65 vuotta täyttäneiden tutkittavien kohdalla ($p < 0.01$).

Konsultoiva psykiatri arvioi itse lähetteen perusteella konsultaatioiden kiireellisyysasteen, joka on esitetty yksityiskohtaisesti taulukossa 29. Merkitseviä eroja ei todettu konsultaation kiireellisyysjärjestyksessä tutkimuspaikan mukaan. Sen sijaan ero oli merkitsevä tutkittavien iän mukaan ($p < 0.01$). Alle 65-vuotiaista tulleista konsultaa-

tiopyynnöistä pidettiin kiireellisinä yli puolta ja 65 vuotta täyttäneistä tulleista konsultaatiopyynnöistä alle puolta.

5.2.2. Konsultoivan psykiatrin suositukset tutkittavien hoitoon liittyvissä kysymyksissä

5.2.2.1. Suositukset potilastietojen täydentämisestä

Konsultoivan psykiatrin suosittelemat selventävät somaattiset lisätutkimukset on esitetty yksityiskohtaisesti taulukossa 30. Konsultoiva psykiatri saattoi pyytää lisätutkimuksia joko itse tai somaattisen osaston välityksellä. Tutkimuksia pyydettiin harvoin. Erot lisätutkimusten suorittamisessa olivat kuitenkin viitteellisesti merkitseviä tutkimuspaikkakunnan mukaan ($p < 0.10$). Oulussa lisäselvityksiä pyydettiin 11 %:ssa tutkittavista

Taulukko 30. Psykiatrin ehdottamat lisätutkimukset

Lisätutkimukset	Paikkakunta				Ikä			
	Oulu		Muu Suomi		Alle 65 v		65 v -	
	N	%	N	%	N	%	N	%
1. ei suosituksia lisätutkimuksiin	210	89.0	970	93.4	995	93.2	185	89.8
2. laboratoriotutkimuksia	6	2.5	18	1.7	17	1.6	7	3.4
3. muita erityistutkimuksia ^{a)}	9	3.8	12	1.2	18	1.7	3	1.5
4. psykologin testaus	1	0.4	8	0.8	6	0.6	3	1.5
5. toisen erikoisalan konsultaatio	10	4.2	30	2.9	32	3.0	8	3.9
yhteensä	236	99.9	1038	100.0	1068	100.1	206	100.1

Merkitsevyyden testaus: luokat 2 – 4 yhdistetty

Tutkimuspaikan mukaan: $\chi^2 = 5.9$; $df = 2$; $p < 0.10$

län mukaan: $\chi^2 = 3.1$; $df = 2$; $p = n.s.$

^{a)} Sisältää muun muassa röntgentutkimukset, sydän- ja aivosähkökäyrän

Taulukko 31. Esitietojen täydentäminen ulkopuolisista lähteistä

Esitietolähde	Paikkakunta				Ikä			
	Oulu		Muu Suomi		Alle 65 v		65 v -	
	N	%	N	%	N	%	N	%
1. ei käytetty	124	46.6	692	63.4	683	59.8	133	61.9
2. lääketieteelliset lähteet	48	18.0	103	9.4	127	11.1	24	11.2
3. psykiatrinen erikoissairaanhoido	54	20.3	74	6.8	110	9.6	18	8.4
4. perhe	24	9.0	178	16.3	174	15.2	28	13.0
5. sosiaalitoimi	7	2.6	32	2.9	30	2.6	9	4.2
6. muut lähteet ^{a)}	9	3.4	12	1.1	18	1.6	3	1.4
yhteensä	266	99.9	1091	99.9	1142	99.9	215	100.1

Merkitsevyyden testaus: luokat 4 – 6 yhdistetty

Tutkimuspaikan mukaan: $\chi^2 = 68.8$; $df = 3$; $p < 0.01$

Iän mukaan: $\chi^2 = 0.5$; $df = 3$; $p = n.s.$

^{a)}Sisältää muun muassa seurakuntien diakoniatyön, poliisin, naapurit

ja muualla Suomessa 6%:ssa tutkittavista. Alle 65-vuotiaille psykiatri suositteli somaattisia lisätutkimuksia vajaalle kymmenesosalle ja 65 vuotta täyttäneille kymmenesosalle. Iän mukaan erot eivät olleet merkitseviä somaattisten lisätutkimusten suhteen.

Tutkittavista voitiin hankkia lisätietoja aikaisemmista hoitopaikoista, sosiaalitoimesta ja perheeltä. Esitietojen täydentäminen ulkopuolisista lähteistä on esitetty taulukossa 31. Lisätietoja voitiin kerätä useammasta lähteestä. Tietojen kartuttajana toimi joko psykiatri tai tutkittavaa hoitava somaattinen erikoisala. Tässä tutkimuksessa psykiatri oli yleisemmin lisätietojen täydentäjä kuin somaattinen erikoisala. Tietoja täydennettiin Oulussa runsaassa puolessa tutkittavista ja muissa Suomen yksiköissä runsaassa kolmanneksessa tutkittavista eron ollessa merkitsevä ($p < 0.01$).

Alle 65-vuotiaista ja 65 vuotta täyttäneistä lisätietoja kartutettiin noin 40 %:ssa. Iän suhteen ei lisätietojen keräämisen määrässä ollut merkitsevää eroa. Tavallisimmin tietoja kartutettiin tutkittavien perheiltä ja aikaisemmista hoitopaikoista, joko somaattisista tai psykiatrisista hoitopaikoista. Oulussa toimittiin aktiivisesti psykiatrisen erikoissairaanhoidon ja muiden lääketieteellisten lähteiden suuntaan, mutta sen sijaan muuta Suomea harvemmin täydennettiin tietoja tutkittavien perheiltä.

5.2.2.2. Psykiatrinen näkökulma somaattisessa hoidossa

Kun konsultoivalle psykiatrille tuli käsitys, että somaattisilla erikoisaloilla ei havaittu psyykkisten tekijöiden merkitystä myötävaikuttamassa somaattiseen sairauteen joko vaikeuttamalla fyysisiä oireita tai peittämällä niitä tai että somatisoivaa tutkittavaa ylihoidettiin, hän voi suositella somaattisille erikoisaloille somaattisen hoidon lisäämistä tai vähentämistä.

Psykiatrin suositukset somaattisille erikoisaloille tutkittavien somaattisen hoidon lisäämisen tai vähentämisen tarpeesta on esitetty taulukossa 32. Taulukossa 33 on eriteltynä 65 vuotta ja 75 vuotta täyttäneisiin potilaisiin kohdistuneet suositukset hoidon tehokkuuden muutoksista. Psykiatri ehdotti somaattisen hoidon tehostamista Oulussa viidennekselle tutkittavista ja muualla Suomessa kymmenesosalle tutkittavista, ja ero oli merkitsevä ($p < 0.01$). Somaattisen hoidon vähentämistä psykiatri ehdotti noin 7 %:lle 65 vuotta täyttäneistä tutkittavista ja noin 2 %:lle alle 65-vuotiaista tutkittavista eron ollessa merkitsevä ($p < 0.01$). 65 - 74-vuotiaiden ja 75 vuotta täyttäneiden välillä erot eivät olleet merkitseviä somaattisen hoidon määrän ehdotuksen suhteen.

Konsultoivan psykiatrin suositukset sairaalahoidon kestosta ja kotiutuspäivämäärästä on esitetty taulukossa 34. Vanhuksia koskevat suositukset ovat taulukossa 35. Konsultoivalla psykiatrilla oli mahdollisuus vaikuttaa tutkittavan hoitoon ja myös jatkohoitoon neuvottelemalla somaattisen osaston henkilökunnan kanssa hoidon tarpeen kestosta tutkimussairaalassa. Psykiatri saattoi tehdä yhteistyötä somaattisen osaston työryhmän kanssa suunnittelemalla parasta mahdollista kotiutuspäivämäärää. Konsultantti voi myös esittää omiin havaintoihinsa perustuen joko kotiutuspäivämäärän aikaistamista tai

Taulukko 32. Psyykkisten oireiden merkitys suosituksiin somaattisen hoidon määrästä

Suositus hoidon määrästä	Paikkakunta				Ikä			
	Oulu		Muu Suomi		Alle 65 v		65 v-	
	N	%	N	%	N	%	N	%
1. hoidon tehostaminen	47	20.6	97	9.5	117	11.1	27	13.4
2. hoidon vähentäminen	8	3.5	30	2.9	25	2.4	13	6.5
3. ei suosituksia	173	75.9	896	87.6	908	86.5	161	80.1
yhteensä	228	100.0	1023	100.0	1050	100.0	201	100.0

Merkitsevyyden testaus: Tutkimuspaikan mukaan: $\chi^2 = 23.3$; $df = 2$; $p < 0.01$

län mukaan: $\chi^2 = 10.8$; $df = 2$; $p < 0.01$

Taulukko 33. Psykkisten oireiden merkitys vanhusten somaattisen hoidon määrän suosituksiin

Suositus hoidon määrästä	Ikä			
	65 – 74 v		75 v -	
	N	%	N	%
1. hoidon tehostaminen	19	14.5	8	11.4
2. hoidon vähentäminen	10	7.6	3	4.3
3. ei suosituksia	102	77.9	59	84.3
yhteensä	131	100.0	70	100.0

Merkitsevyyden testaus: luokat 1 – 2 yhdistetty
 $\chi^2 = 0.8$; df = 1; p = n.s.

Taulukko 34. Psykiatrin ehdotus somaattisille erikoisaloille kotiutuspäivämäärästä

Suositus kotiutus- päivästä	Paikkakunta				Ikä			
	Oulu		Muu Suomi		Alle 65 v		65 v-	
	N	%	N	%	N	%	N	%
1. nopeuttaminen	1	0.4	26	2.6	22	2.1	5	2.6
2. siirtäminen eteenpäin	4	1.8	42	4.2	41	4.0	5	2.6
3. päivämääräehdotus	127	55.7	378	38.2	446	43.5	59	30.7
4. ei suosituksia	96	42.1	543	54.9	516	50.3	123	64.1
yhteensä	228	100.0	989	99.9	1025	99.9	192	100.0

Merkitsevyyden testaus: luokat 1 - 3 yhdistetty

Tutkimuspaikan mukaan: $\chi^2 = 11.7$; df = 1; p < 0.01

Iän mukaan: $\chi^2 = 11.7$; df = 1; p < 0.01

myöhempään ajankohtaan siirtämistä. Toiminnassa oli merkitsevä ero tutkimuspaikan (p < 0.01) ja iän mukaan (p < 0.01). Oulussa psykiatri oli aktiivisempi uloskirjoituspäivämäärän suunnittelussa yhdessä somaattisen erikoisalalan kanssa kuin psykiatrit muualla Suomessa (58 versus 45 %). Hoitoajan lyhentämistä tai pidentämistä psykiatri ehdotti vain satunnaisesti.

Tutkittavien ollessa alle 65-vuotiaita psykiatri oli suunnittelemassa kotiutusajankohtaa noin puolelle. Kun tutkittavat olivat 65 vuotta täyttäneitä psykiatri suunnitteli kotiutusajankohtaa vain kolmannekselle tutkittavista. Ero oli merkitsevä ($p < 0.01$). Kotiutuspäivämäärän suunnittelussa ei ollut merkitsevää eroa 65 – 74-vuotiaiden ja 75 vuotta täyttäneiden välillä. Lähes aina konsultoiva psykiatri laati kirjallisen vastauksen konsultaatiota pyytäneelle osastolle. Konsultaatiovastaus oli osa konsultaatiotapahtumaa.

Taulukko 35. Psykiatrin ehdotus somaattisille erikoisaloille vanhuspotilaiden kotiutuspäivämäärästä

Suositus kotiutuspäivästä	Ikä			
	65 – 74 v		75 v -	
	N	%	N	%
1. nopeuttaminen	3	2.4	2	3.0
2. siirtäminen eteenpäin	3	2.4	2	3.0
3. päivämääräehdotus	40	32.0	19	28.4
4. ei suosituksia	79	63.2	44	65.7
yhteensä	125	100.0	67	100.1

Merkitsevyyden testaus: luokat 1 – 3 yhdistetty
 $\chi^2 = 0.1$; $df = 1$; $p = n.s.$

5.2.3. Konsultoivan psykiatrin toimintatavat

5.2.3.1. Tutkittavien jatkohoidon suunnittelu

Oulussa psykiatri suunnitteli jatkohoidon 87 %:lle tutkittavista, kun muualla Suomessa jatkohoidon suunnittelu tapahtui 74 %:ssa osana yleissairaalapysykiatrista konsultaatiotoimintaa. 65 - 74-vuotiaiden tutkittavien ryhmässä konsultoiva psykiatri oli passiivisin jatkohoidon suunnittelussa. Hän laati suunnitelman 60 %:lle tutkittavista. Yli 75-vuotiaille psykiatri suunnitteli jatkohoitoa 71 %:ssa ja alle 65-vuotiaille vielä useammin: 76 %:ssa. Psykiatri oli aktiivisin jatkohoidon suunnittelussa niillä erikoisaloilla, joista ohjattiin harvoin tutkittavia psykiatriseen konsultaatioon sekä sisätaudeilla, neurolo-

Taulukko 36. Psykiatrin yhteydenotot jatkohoitopaikkaan

Yhteydenottotapa	Paikkakunta				Ikä			
	Oulu		Muu Suomi		Alle 65 v		65 v -	
	N	%	N	%	N	%	N	%
1. ei yhteydenottoa	104	45.6	363	37.3	386	38.3	81	42.4
2. kirjallinen	38	16.7	320	32.9	299	29.6	59	30.9
3. puhelimitse	22	9.6	68	7.0	80	7.9	10	5.2
4. molemmilla tavoilla	64	28.1	221	22.7	244	24.2	41	21.5
<u>yhteensä</u>	<u>228</u>	<u>100.0</u>	<u>972</u>	<u>99.9</u>	<u>1009</u>	<u>100.0</u>	<u>191</u>	<u>100.0</u>

Merkitsevyyden testaus:

Tutkimuspaikan mukaan: $\chi^2 = 23.5$; $df = 3$; $p < 0.01$

län mukaan: $\chi^2 = 2.8$; $df = 3$; $p = n.s.$

Taulukko 37. Yhteistyön keskeisin kohde yleissairaalapsykiatrisessa konsultaatiossa

Keskeisin kohde	Paikkakunta				Ikä			
	Oulu		Muu Suomi		Alle 65 v		65 v -	
	N	%	N	%	N	%	N	%
1. tutkittava itse	62	27.3	946	92.7	854	81.5	154	77.0
2. tutkittavan perhe	2	0.9	7	0.7	9	0.9	0	0.0
3. osaston henkilökunta	102	44.9	39	3.8	109	10.4	32	16.0
4. tutkittava ja henkilökunta	61	26.9	29	2.8	76	7.3	14	7.0
<u>yhteensä</u>	<u>227</u>	<u>100.0</u>	<u>1021</u>	<u>100.0</u>	<u>1048</u>	<u>100.1</u>	<u>200</u>	<u>100.0</u>

Merkitsevyyden testaus:

Tutkimuspaikan mukaan: $\chi^2 = 524.8$; $df = 3$; $p < 0.01$

län mukaan: $\chi^2 = 6.8$; $df = 3$; $p < 0.10$

gialla ja yleiskirurgialla, jotka erikoisalat olivat tavallisimmat konsultaatiopyyntöjen lähettäjät.

Konsultoivan psykiatrin tapa olla yhteydessä potilaiden jatkohoitopaikkaan on esitetty yksityiskohtaisesti taulukossa 36. Yli puolessa tutkittavista konsultoiva psykiatri oli yhteydessä jatkohoitopaikkaan. Tavallisimmin yhteydenotto tapahtui kirjallisesti. Oulussa olttiin harvemmin yhteydessä jatkohoitopaikkaan kuin muissa Suomen sairaaloissa eron ollessa merkitsevä ($p < 0.01$). Psykiatrin toiminnassa ei ollut merkitsevää eroa alle 65-vuotiaiden ja 65 vuotta täyttäneiden välillä.

5.2.3.2. Konsultaatiotapahtuman keskeisin kohde

Yleissairaalassa psykiatrin konsultaatioon liittyy potilaan tapaamisen lisäksi neuvottelu somaattisten erikoisalojen työntekijöiden kanssa ja mahdollisesti myös potilaan perheen kanssa tehtävä yhteistyö, jonka merkityksenä on saada potilasta hoitavat henkilöt ymmärtämään psyykkisten tekijöiden merkitys somaattisessa sairastamisessa. Konsultaatiotapahtuman keskeisin kohde voikin olla muu kuin potilas.

Yhteistyön keskeisin kohde on esitetty taulukossa 37. Psykiatrisen konsultaation keskeisin kohde poikkeaa merkitsevästi Oulussa muista Suomen sairaaloista ($p < 0.01$). Oulussa keskeisin kohde oli lähes puolessa henkilökunta. Muualla Suomessa yli 90 %:ssa yhteistyön keskeisin kohde oli tutkittava potilas. Lisäksi Oulussa suunnattiin yli neljänneksessä yhtä paljon huomiota tutkittavaan potilaaseen ja henkilökuntaan. Muualla Suomessa näin tapahtui vain vajaassa 3 %:ssa. Oulussa oli myös merkille pantavaa, että niillä erikoisaloilla, joilta pyydettiin harvoin psykiatrin konsultaatiota, henkilökunta oli yleisemmin konsultaatiotapahtuman pääkohde.

Iän mukaan yhteistyön keskeisin kohde poikkesi viitteellisesti merkitsevästi ($p < 0.10$). Osaston henkilökunta oli keskeisin kohde noin 10 %:ssa alle 65-vuotiaista tutkittavista ja 16 %:ssa 65 vuotta täyttäneistä tutkittavista. Perhe oli erittäin harvoin konsultaatiotoiminnan tärkein kohde. Perheitä tosin voitiin tavata. Näitä tapaamisia ei kuitenkaan tilastoitu, jos perhe ei ollut ensisijaisena tapaamisen kohteena.

5.2.3.3. Konsultaatioihin käytetty aika

Konsultaatioihin käytetty aika on esitetty yksityiskohtaisesti taulukossa 38. Tässä kuvataan vain ensimmäiseen konsultaatioon käytettyä aikaa, koska useimmat tutkittavat tavattiin vain kerran. Ohjeena oli, että aikaan sisällytettiin tutkittavan tapaamisen ohella myös neuvottelu henkilökunnan kanssa, asiakirjoihin tutustuminen, puhelut ja mahdolliset lausuntojen laatimiset. Mitä todennäköisimmin kuitenkin konsultoiva psykiatri on usein

merkinnyt konsultaatioon käytetyksi ajaksi vain tutkittavan kanssa kahden kesken vietetyn ajan. Konsultaatio kesti tavallisimmin 31 - 60 minuuttia. Oulussa oli muuta Suomea merkitsevästi enemmän 31 - 60 minuuttia ja alle puoli tuntia kestäneitä konsultaatiotapahtumia ($p < 0.01$). Myös vanhuspotilaiden konsultaatio kesti tavallisimmin 31 - 60 minuuttia. Merkitsevää eroa tapaamisajassa ei ollut alle 65-vuotiaiden ja 65 vuotta täyttäneiden välillä.

Taulukko 38. Konsultaatioihin käytetty aika

Konsultaation kesto	Paikkakunta				Ikä			
	Oulu		Muu Suomi		Alle 65 v		65 v -	
	N	%	N	%	N	%	N	%
1. 1 - 30 minuuttia	35	15.5	56	5.5	77	7.4	14	7.0
2. 31 - 60 minuuttia	152	67.3	578	57.1	611	58.8	119	59.8
3. 61 - 90 minuuttia	38	16.8	290	28.6	272	26.2	56	28.1
4. 91 - 120 minuuttia	1	0.4	85	8.4	76	7.3	10	5.0
5. 121 - 180 minuuttia	0	0.0	4	0.4	4	0.4	0	0.0
yhteensä	226	100.0	1013	100.0	1040	100.1	199	99.9

Merkitsevyyden testaus: luokat 4 - 5 yhdistetty

Tutkimuspaikan mukaan: $\chi^2 = 55.7$; $df = 3$; $p < 0.01$

län mukaan: $\chi^2 = 1.9$; $df = 3$; $p = n.s.$

Taulukko 39. Konsultoivan psykiatrin aloittama lääkitys

Lääkesuositus	Paikkakunta				Ikä			
	Oulu		Muu Suomi		Alle 65 v		65 v -	
	N	%	N	%	N	%	N	%
ei	155	68.0	617	60.0	682	64.8	90	44.6
Kyllä	73	32.0	410	39.9	371	35.2	112	55.4
yhteensä	228	100.0	1027	99.9	1053	100.0	202	100.0

Merkitsevyyden testaus:

Tutkimuspaikan mukaan: $\chi^2 = 4.6$; $df = 1$; $p < 0.05$

län mukaan: $\chi^2 = 28.4$; $df = 1$; $p < 0.01$

5.2.3.4. Konsultoivan psykiatrin suorittamat lääkemutokset

Konsultoivan psykiatrin aloittama lääkitys on esitetty taulukossa 39. Oulussa lääke aloitettiin psykiatrin suosituksesta harvemmin kuin muissa Suomen yksiköissä ($p < 0.05$). Vanhuksille aloitettiin lääke yleisemmin kuin työikäisille ($p < 0.01$). Tavallisimmin psykiatri aloitti joko neuroleptin (31 % tutkittavista) tai masennuslääkkeen (28 % tutkittavista). Tavallisimmin psykiatri suositteli neuroleptin aloittamista psykoottisiin oireisiin (12 %:ssa tutkittavista). Uniongelmaan aloitettiin neurolepti 7 %:ssa ja ahdistuneisuuden lievittämiseen 7 %:ssa tutkittavista. 15 %:lle kaikista tutkittavista aloitettiin masennuslääke depressiivisten oireiden vuoksi. Vaikka trisyklisillä masennuslääkkeillä on kipua lievittävää vaikutusta, ei masennuslääke kuitenkaan tässä tutkimuksessa tullut esille käypänä kipulääkkeenä ainakaan psykiatrin aloitteesta, koska kipua oli indikaationa vain 2 %:ssa tutkittavista. Psykiatri aloitti 12 %:lle kaikista tutkittavista bentsodiatsepiinilääkkeen ahdistuneisuuden vuoksi ja 9 %:lle uniongelman vuoksi. Prosenttiluvut eivät kuitenkaan kuvaa tutkimussairaloissa käytettyjen bentsodiatsepiinien käytön määrää vaan vain konsultantin suosituksesta aloitettua lääkitystä. Konsultoiva psykiatri puuttui yleisemmin vanhusten kuin alle 65-vuotiaiden lääkehoitoon suosittelemalla käytössä olevan lääkityksen lopettamista tai vaihtamista toiseen lääkkeeseen.

Konsultoivan psykiatrin suositukset lääkemutoksista on esitetty yksityiskohtaisesti taulukossa 40. Konsultoiva psykiatri puuttui vain satunnaisesti tutkittavien lääkehoitoon suosittelemalla käytössä olevan lääkityksen lopettamista tai vaihtamista toiseen lääkkeeseen. Oulussa psykiatri suositteli lääkemutosta yleisemmin kuin psykiatrit muualla Suomessa ($p < 0.05$). 65 vuotta täyttäneille psykiatri suositteli lääkemutosta yleisemmin kuin alle 65-vuotiaille ($p < 0.01$).

Taulukko 40. Konsultoivan psykiatrin suositus lääkemutoksista

Lääkemutos	Paikkakunta				Ikä			
	Oulu		Muu Suomi		Alle 65 v		65 v -	
	N	%	N	%	N	%	N	%
kyllä	53	23.2	172	16.7	168	16.0	57	28.2
ei	175	76.8	855	83.3	885	84.0	145	71.8
yhteensä	228	100.0	1027	100.0	1053	100.0	202	100.0

Merkitsevyyden testaus:

Tutkimuspaikan mukaan: $\chi^2 = 4.9$; $df = 1$; $p < 0.05$

län mukaan: $\chi^2 = 16.5$; $df = 1$; $p < 0.01$

5.3. Yleissairaalapsykiatriseen konsultaatioon ohjautuneita potilaita

Yleissairaalapsykiatriseen konsultaatioon ohjautui potilaita, joita tavattiin vain kerran ja joille suositeltiin jatkohoitoa muussa hoitopaikassa. Osa konsultaatiopotilaista tavattiin konsultaatiotapahtuman aikaisen sairaalahoidon aikana useampia kertoja. Osa potilaista jatkoi hoitoa yleissairaalapsykiatrian poliklinikalla sairaalasta tapahtuneen kotiutuksen jälkeen. Potilaita ohjattiin myös psykiatriseen sairaalahoitoon. Esitän seuraavat potilastapaukset selvittääkseni yleissairaalapsykiatrista konsultaatiotapahtumaa. Tapaukset on valittu sillä perusteella, että ne edustaisivat kertakonsultaatiota, polikliiniseen hoitoon päätyntä konsultaatiota ja psykiatriseen sairaalahoitoon päätyntä konsultaatiota. Potilastapauksien sosiodemografisia tietoja on muutettu tunnistamattomuuden varmistamiseksi.

Potilastapaus 1. Psykosomaattisesti oireileva potilas:

Tutkittu on 40-vuotias nainen. Isä oli potilaalle erittäin läheinen ja ihailun kohteena aikuisiässään konsultaatiotapahtuman aikana. Äiti oli etäisempi. Tutkitun koulumenestys oli hyvä. Ammatiltaan hän on toimistovirkailija. Hän on kahden lapsen äiti. Avioliitto oli päättynyt eroon aviopuolison alkoholin käytön vuoksi.

Tutkittavalla on useamman vuoden aikana esiintynyt lisääntyvästi monenlaisia somaattisia vaivoja, kuten huimausta, pahoinvointia, päänsärkyä, outoja tuntemuksia käsissä ja jalkaterissä, hengen ahdistusta ja niveleireita. Yleissairaalapsykiatriseen konsultaatioon hänet lähetetään selittämättömien somaattisten oireiden vuoksi neurologian klinikasta, jossa hänet on huolellisesti tutkittu. Viimeisten vuosien aikana tutkimuksia on tehty runsaasti myös terveyskeskuksessa sekä yleissairaalan useilla erikoisaloilla. Mitään oireita selittävää elimellistä syytä ei ole voitu todeta. Tutkittu on käynyt psykologin tutkimuksessa ennen yleissairaalapsykiatrian poliklinikalla tapahtunutta käyntiä. Tässä tutkimuksessa todettiin, että potilas oli älykäs ja kielellisesti lahjakas. Persoonallisuustestien mukaan potilas oli syyttelevä ja ahdistunut. Tuotos oli syyttelevää. Realiteettiote oli normaali, mutta potilas kuvasi korostetusti somaattisia oireita. Käyttäytymisessä ja kerronnassa oli osittain hypokondrista ja osittain hysteriformista piirrettä. Konsultaatiotilanteessa tutkittava kuvaa moninaisia somaattisia oireita ja on vakuuttunut niiden elimellisestä alkuperästä. Hän on pettynyt lääkäreihin ja pyytää konsultoivaa psykiatria järjestämään uusia tutkimuksia sekä suunnittelee lähtevänsä Helsinkiin ja Ruotsiin parempitasoisiin tutkimuksiin.

Tutkittava kuvaa itsäänsä ihannoiden. Muista perheenjäsenistä hän ei puhu lukuun ottamatta yhtä sisartaan, joka on kuollut aivokasvaimen. Konsultoivan psykiatrin yrittäessä tarkentaa tätä kuolleen sisaren tilannetta tutkittava selkeästi ilmoittaa, että sisaren sairaudella ja hänen sairautellaan ei ole mitään yhtymäkohtia. Tutkittavan kielellinen käyttäytyminen on jossain määrin aggressiivista, mutta muuten käyttäytyminen on sosiaalisten normien mukaista.

Tutkittava ei halua psykiatrisia jatkoselvityksiä, mutta kertoo hakeutuvansa oman tutun terveyskeskuslääkärin vastaanotolle. Konsultaatiotapahtuma päättyy sopimukseen, että tutkittava voi palata yleissairaalapsykiatrian poliklinikalle, jos hän myöhemmin päätyy tähän ratkaisuun hoitavan terveyskeskuslääkärinsä kanssa.

Potilastapaus 2. Pääheongelmainen potilas:

Tutkittu on 35-vuotias mies. Ammatiltaan hän on teknikko. Työsuhteet ovat olleet lyhyitä tutkittavan toistakymmentä vuotta kestäneen alkoholiongelman takia. Tutkittavalla on ollut useampia lyhytaikaisia seurustelusuhteita. Läheisin henkilö on ollut lapsuudesta lähtien isoäiti, jonka luona hän edelleen asuu.

Psykiatriseen konsultaatioon tutkittava lähetetään sisätautiosastolta, jossa hän on hoidossa lääkkeillä ja alkoholilla tehdyn itsemurhayrityksen vuoksi. Lukuun ottamatta väsymystä potilas on somaattisesti terve ja fyysisesti hyväkuntoinen. Konsultaatiotilanteessa potilas kertoo alkoholiongelmastaan ja kyllästymisestään alkoholin ongelmakäyttöön. Tästä syystä hän on yrittänyt itsemurhaa. Konsultaatiohetkellä hänellä ei ole itsetuhoajatuksia ja hän on halukas alkoholiongelmansa vuoksi hoitoon A-klinikalle, jonne konsultoiva psykiatri varaa ensimmäisen ajan puhelimitse.

Potilastapaus 3. Somaattiseen sairauteen liittyvä masennus:

Tutkittava on 70-vuotias nainen. Hän on virkamiesperheen tytär ja avioliitossa insinöörin kanssa. Itse hän on ylioppilas, mutta ei ole jatkanut opintojaan mentyään naimisiin. Avioliitto on onnellinen. Tutkittavalla on useampia lapsia ja lapsenlapsia, joihin välit ovat läheiset.

Yleissairaalapsykiatriseen konsultaatioon tutkittava lähetetään sisätautiosastolta, jossa hän on hoidossa reumaan liittyvien oireiden vuoksi. Konsultaatiotapahtumassa on mukana myös tutkittavan aviopuoliso. Tutkittavalla on nivelsärkyjä. Hän kuvaa olevansa masentunut. Depression oireina tulee esille masennuksen kokemus, alentunut ruokahalu, laihtuminen, elämänhaluttomuus ja elämän kapeutuminen fyysisten oireiden ympärille. Ensimmäisen tapaamisen yhteydessä sovitaan useammasta käynnistä yleissairaalapsykiatrian poliklinikalla ja aloitetaan myös masennuslääke.

Tutkittava käy yleissairaalapsykiatrian poliklinikalla kerran viikossa kymmenen kertaa. Koska hänellä on liikkumisvaikeuksia, aviopuoliso on fyysisenä tukena tuomassa potilasta avohoitokäynneille ja useimmiten jää myös tilanteeseen mukaan. Hoidon aikana tutkittavan depressio lievittyy, elämänhalu palaa, ruokahalu kohentuu ja reumakivut vaivaavat vähemmän. Yleissairaalapsykiatrian poliklinikalla hoidon päättyessä sovitaan masennuslääkeseurannan tapahtuvan terveyskeskuksessa.

Potilastapaus 4. Kuolemanpelkoinen potilas:

Tutkittava on 50-vuotias nainen. Hän on perheetön lastenhoitaja, joka on yllättäen sairastunut sydäninfarktiin. Hän on yleissairaalapsykiatriseen konsultaatioon lähettämävaiheessa hoidossa tehostetun hoidon osastolla, jossa myös ensimmäinen konsultaatio

tapahtuu. Konsultaatiopyynnön syynä on henkilökunnan havaitsema pelokkuus ja ahdistuneisuus sekä takertuminen hengityskoneeseen, josta hän ei salli irrottamisyritystä. Hengityskoneeseen hänet on laitettu sydämen vajaatoiminnan johdosta tulleen vaikean keuhkopöhön, keuhkokuumeen ja uupumustilan vuoksi.

Konsultaatiotilanteessa tutkittava on pelokas ja ahdistunut. Hän ei kykene puhumaan hengityskoneeseen sitoutumisen vuoksi vaan vastaa konsultoivan psykiatrin kysymyksiin kirjoittamalla. Ongelmakseen hän kirjoittaa vastauksen: "pelkään". Psykiatri tapaa tutkittavaa päivittäin kaikkiaan kahdeksan kertaa. Ensimmäisen tapaamisen jälkeen tutkittavan fyysinen vointi heikkenee keuhkopöhön lisääntyessä ja keuhkoputkesta tulevan verenvuodon vuoksi. Tutkittavalla on kuolemanpelkoa, jonka hän tuo esille kirjoittamalla. Viiden päivän kuluttua ensimmäisestä konsultaatiokäynnistä tutkittavan fyysinen tila alkaa parantua, ja hän jaksaa jo istua. Tässä vaiheessa hän itse irrottaa ja palauttaa hengityskanyylin paikalleen. Nyt hän kykenee puhumaan. Hengityskoneesta hän ei uskalla irrottautua kuolemanpelon takia. Sovitaan tutkittavan ja osaston henkilökunnan kanssa päivittäisistä psykiatrin konsultaatiokäynneistä edelleenkin. Kahden päivän kuluttua tutkittava siirtyy tehostetun hoidon osastolta ilman hengityskonetta tavalliselle vuodeosastolle, jossa on hengityskonevalmius. Siirto onnistuu hyvin eikä hengityskoneen tarvetta enää tule. Kuolemanpelkoa tutkittavalla on edelleen, ja hän toivoo, ettei häntä lähetetä sairaalasta suoraan kotiin. Vuodeosaston henkilökunta onkin yhteydessä tutkittavan kotikunnan terveyskeskukseen, jonka vuodeosastolle hän siirtyy jatkohoitoon.

Potilastapaus 5. Masentunut vanhus:

Tutkittava on 75-vuotias nainen. Hän on ollut työssä liikeapulaisena ennen eläkkeellejääntään. Hän on hyvin yksinäinen ihminen, sillä hänellä ei ole elossa olevia sukulaisia. Eron vuosia sitten päättynyt avioliitto oli lapseton. Psykiatriseen konsultatioon tutkittava lähetetään neurologian klinikasta, jossa hän on tutkimuksissa, koska on vakuuttunut sairastavansa jotakin kuolemaan johtavaa keskushermostosairautta, jota ei laajoissa neurologisissa selvittelyissä ole voitu osoittaa. Neurologian osaston henkilökunta on sen sijaan havainnut, että potilas on jännittynyt ja masentunut.

Psykiatrisessa konsultaatiossa tutkittava on ahdistunut ja jännittynyt. Hän kuvaa värikäästi erilaisia somaattisia oireita ja tunteita: "Hermostot hakkaavat, rinnassa polttava tunne, joka leviää käsiin ja jalkoihin sekä päähän, lisäksi porinaa ja huminaa kuin perunoita keitetäisiin." Tutkittava pelkää yksin jäämistä ja takertuu konsultoivaan psykiatriin päästämättä tätä lähtemään. Esille tulee tutkittavan itsensäkin tunnistama masennus, jonka vuoksi tutkittavalla on ollut itsetuhoajatuksiakin. Tutkittava on halukas lähtemään psykiatrisen vaikeuksiansa vuoksi psykiatriseen osastohoitoon, jonne hän siirtyykin samana päivänä.

5.4. Oulun täydentävät tulokset

Kaikkiaan tutkimusvuoden aikana Oulussa pyydettiin psykiatrin konsultaatiota 435:sta sairaalan vuodepotilaasta. 207 konsultaatiopyyntöä jäi varsinaisen tutkimuksen ulkopuolelle, koska kaikkien konsultaatioiden mukaan ottaminen tuntui mahdottomalta käytännön toimien ja lisätehtävien vuoksi. Mahdollisen tutkimusaineiston valikoitumisen vuoksi tarkistettiin jälkikäteen näiden 207 potilaan kohdalla 7 muuttujaa: potilaiden ikä, lähetävä osasto, lähetteen pääasiallinen syy, konsultaation kiireellisyys, pääasiallinen psykiatrinen diagnoosi, kotiutuksen jälkeinen sairaala- tai laitoshoido ja konsultaation johtaminen psykiatriseen avohoitoon.

Merkitseviä eroja ei havaittu seuraavien muuttujien kohdalla: potilaiden ikä, lähetteen pääasiallinen syy, lähetteen kiireellisyys ja pääasiallinen psykiatrinen diagnoosi. Erittäin merkitsevä ero ryhmien välillä oli konsultaation johtamisessa hoitoon toisessa sairaalassa tai laitoksessa ($p < 0.01$; taulukko 41) ja merkitsevä ero konsultaatioon lähetävässä erikoisalassa ($p < 0.05$; taulukko 42). Tutkimuksen ulkopuolelle jääneet potilaat tulivat merkittävästi yleisemmin kuin ECLW-tutkimuksessa mukana olleet konsultaatioon sisätaudeilta (55.6 % versus 50.5 %) ja neurologialta (16.9 % versus 12.7 %). Lähetävinä erikoisaloina olivat ECLW-tutkimuksen potilailla yleisemmin kuin tutkimuksen ulkopuolelle jääneillä potilailla sellaiset erikoisalot, joilta kultakin tuli läheteitä lukumääräisesti vähän (vähemmän kuin 10). Tutkimuksen ulkopuolelle jääneitä potilaita

Taulukko 41. Tutkittavien jatkohoito laitoksessa

Jatkohoitopaikka	ECLW		Ei-ECLW	
	N	%	N	%
1. ei laitoshoidoa	148	64.9	162	78.3
2. toinen yleissairaala	27	11.8	11	5.3
3. psykiatrinen yksikkö	40	17.5	31	15.0
4. muu hoitopaikka	12	5.3	3	1.4
5. jatkohoito ei tiedossa	1	0.4	0	0.0
<u>yhteensä</u>	<u>228</u>	<u>99.9</u>	<u>207</u>	<u>100.0</u>

Merkitsevyyden testaus: luokat 1 ja 5 yhdistetty
 $\chi^2 = 12.8$; $df = 3$; $p < 0.01$

Taulukko 42. Lähettävä erikoisala

Lähettävä erikoisala	ECLW		Ei-ECLW	
	N	%	N	%
1. sisätaudit	115	50.4	115	55.6
gastroenterologia	1	0.4	1	0.5
munuaistaudit	2	0.9	4	1.9
hematologia	1	0.4	2	1.0
infektioaudit	9	3.9	6	2.9
2. neurologia	29	12.7	35	16.9
3. yleiskirurgia	17	7.5	16	7.7
plastiikkakirurgia	2	0.9	0	0.0
siirännäiskirurgia	1	0.4	0	0.0
traumatologia	4	1.8	4	1.9
verisuonikirurgia	2	0.9	3	1.4
neurokirurgia	8	3.5	2	1.0
4. syöpätaudit	8	3.5	9	4.3
5. ihotaudit	7	3.1	2	1.0
6. naistentaudit	3	1.3	2	1.0
7. synnytysosasto	9	3.9	5	2.4
8. korva-nenä- ja kurkkutaudit	5	2.2	0	0.0
9. silmätaudit	0	0.0	1	0.5
10. muu erikoisala	5	2.2	0	0.0
yhteensä	228	99.9	207	100.0

Merkitsevyyden testaus: sisätautien erikoisalat yhdistetty, kirurgian erikoisalat yhdistetty ja luokat 6 – 11 yhdistetty

$\chi^2 = 10.3$; $df = 4$; $p < 0.05$

Taulukko 43. Suositus psykiatriseen avohoitoon

Suunniteltu avohoito	ECLW		Ei-ECLW	
	N	%	N	%
1. ei suositusta avohoitoon	64	28.2	87	42.0
2. terveyskeskus	30	13.2	10	4.8
3. yleissairaалapsykiatrian poliklinikka	13	5.7	48	23.2
4. muu psykiatrinen erikoissairaanhoido	99	43.6	47	22.7
5. päihdehuolto	7	3.1	13	6.3
6. muu hoitopaikka	14	6.2	2	1.0
yhteensä	227	100.0	207	100.0

Merkitsevyyden testaus: yhdistetty 3 - 4 ja 5 - 6
 $\chi^2 = 15.0$; $df = 3$; $p < 0.01$

ohjattiin merkitsevästi vähemmän kuin ECLW-tutkimuksen potilaita jatkohoitoon toiseen sairaalaan tai laitokseen (21.7 versus 35.1 %; $p < 0.01$). Erittäin merkitsevä ero ($p < 0.01$) ryhmien välillä oli suosituksessa psykiatriseen avohoitoon, johon ohjattiin ECLW-tutkimuksen ulkopuolelle jääneistä potilaista 58.0 % ja tutkimuspotilaista 71.8 % (taulukko 43). Tutkimuksen ulkopuolelle jääneitä ohjattiin merkitsevästi yleisemmin kuin tutkimuspotilaita yleissairaалapsykiatrian poliklinikalle (23.2 versus 5.7 %) ja päihdehuoltoon (6.3 % versus 3.1 %). Tutkimuksen ulkopuolelle jääneitä ohjattiin merkitsevästi vähemmän kuin tutkimuspotilaita terveyskeskukseen (4.8 versus 13.2 %) ja muuhun psykiatriseen erikoissairaanhoido (22.7 versus 43.6 %).

5.5. Psykogeriatrinen konsultaatiotoiminta yleissairaалassa

Tutkimuksen kohteena on Oulun yliopistollisen sairaalan yleissairaалapsykiatrian poliklinikka ja sinne sairaalan vuodeosastoilta ohjatut ikääntyneet 65 vuotta täyttäneet potilaat vuosina 1991 - 1992 ja 1995 ja 1996.

5.5.1. Konsultaatioon ohjatut vanhuksset

5.5.1.1. Sosiodemografiset tiedot

Sukupuoli ja ikä. Tutkittavien ikä ja sukupuoli on esitetty taulukossa 44. Vuosina 1991 - 1992 yli 64-vuotiaita tutkittavia oli yhteensä 34, joista miehiä oli 11 ja naisia 23. Vuosina 1995 - 1996 yleissairaalapsykiatriseen konsultaatioon ohjautui 31 yli 64-vuotiaasta potilasta, joista miehiä oli 13 ja naisia 18. Jälkimmäisessä otoksessa oli miesten osuus lisääntynyt ja naisten osuus vähentynyt.

Taulukko 44. Ikääntyneiden tutkittavien sukupuoli

Sukupuoli	v. 91-92		v. 95-96	
	N	%	N	%
miehiä	11	32.4	13	41.9
naisia	23	67.6	18	58.1
yhteensä	34	100.0	31	100.0

Asumismuoto ja hoitopaikka sairaalaan tullessa. Tutkittavien asumismuoto on esitetty yksityiskohtaisesti taulukossa 45. Vuosien 1995 - 1996 tutkittavista kukaan ei asunut laitoksessa. Vuosien 1991-1992 tutkittavista sen sijaan laitoksessa asui 15 %. Vuosien 1995 - 1996 tutkittavat olivat yleisemmin kahden aikuisen taloudessa asuvia kuin vuosien 1991 - 1992 tutkittavat. Vuosien 1995 - 1996 tutkittavista 13 % ja vuosien 1991 - 1992 tutkittavista 6 % tuli tutkimussairaalaan toisesta hoitopaikasta.

5.5.1.2. Aikaisemmat hoidot

Aikaisempi somaattinen hoito. Sekä vuosien 1991 - 92 tutkittavat että vuosien 1995 - 1996 tutkittavat olivat yhtä tutkittavaa vuosilta 1991 - 1992 lukuun ottamatta olleet fyysisten oireiden vuoksi jossakin hoidossa. Hoito oli tapahtunut joko terveyskeskuksen avohoidossa, polikliinisessä erikoissairaanhoitohoidossa tai sairaalahoidossa. Vuosien 1991 - 1992 tutkittavilla oli yleisemmin vähintään kolme kertaa tapahtunut sairaalahoido (69 versus 56 %) ja yleisemmin polikliinisiä hoitoja (14 versus 11 %) kuin vuosien 1995 - 1996 tutkittavilla.

Taulukko 45. Iäkkäiden asumismuoto

Asumismuoto	v. 91-92		v. 95-96	
	N	%	N	%
yksin	11	32.4	9	29.0
lasten kanssa	1	2.9	1	3.2
2 aikuista	12	35.3	18	58.1
puolison ja lasten kanssa	3	8.8	0	0.0
suurperheessä	1	2.9	1	3.2
muiden kanssa	1	2.9	2	6.5
laitoksessa	5	14.7	0	0.0
yhteensä	34	99.9	31	100.0

Aikaisempi psykiatrinen hoito. Vuosien 1995 - 1996 tutkittavat olivat olleet viiden tutkimusta edeltävän vuoden aikana psykiatrisessa hoidossa yleisemmin kuin vuosien 1991 - 1992 tutkittavat (28 versus 18 %). Vuosien 1995 - 1996 tutkittavat olivat ennen tutkimusajankohtaa yleisemmin olleet hoidossa yleissairaalapsykiatrian poliklinikalla kuin vuosien 1991 - 1992 tutkittavat (13 versus 6%).

5.5.1.3. Ikääntyneiden terveydentila tutkimushetkellä

Somaattiset sairaudet ja niiden hoito. Vuosien 1991 - 1992 potilailla oli yleisemmin kuin vuosien 1995 - 1996 potilailla hermoston sairauksia (38 versus 19 %), tukielinsairauksia (24 versus 0 %), ruoansulatuselinten sairauksia (21 versus 13 %) ja myrkytystiloja (12 versus 7 %). Vuosien 1995 - 1996 potilailla taas oli yleisimmin infektioita (16 versus 3 %) ja erilaisia diagnosoimattomia oireita (10 versus 3 %).

Yleissairaalapsykiatriseen konsultaatioon tutkittavia ohjanneet erikoisalajat on esitetty yksityiskohtaisesti taulukossa 46. Sisätautiosastoilta ohjattiin yleissairaalapsykiatriseen konsultaatioon vuosina 1991 - 1992 yleisemmin tutkittavia kuin vuosina 1995 - 1996. Neurologisilta osastoilta lähetteen määrä lisääntyi vuosista 1991 - 1992 vuosiin 1995 -

1996. Molempina tutkimusjaksoina esiintyi osastoja, joilta lähetteitä tuli erittäin harvoin tai ei lainkaan.

Sairaalahoitoon kesto on esitetty yksityiskohtaisesti taulukossa 47. Vuosina 1991 - 1992 oli enemmän yli viikon kestäneitä hoitajaksoja. Vuosina 1995 - 1996 taas oli yleisemmin yhden päivän mittaisia hoitajaksoja.

Taulukko 46. Lähettävä erikoisala

Lähettävä erikoisala	v. 91-92		v.95-96	
	N	%	N	%
sisätaudit	18	52.9	10	32.3
hematologia	1	2.9	0	0.0
keuhkotaudit	0	0.0	2	6.5
infektiotaudit	0	0.0	2	6.5
neurologia	6	17.6	9	29.0
yleiskirurgia	2	5.9	3	9.7
neurokirurgia	1	2.9	0	0.0
traumatologia	0	0.0	1	3.2
verisuonikirurgia	0	0.0	1	3.2
syöpätaudit	2	5.9	1	3.2
gynekologia	2	5.9	1	3.2
korva-nenä- ja kurkkutaudit	1	2.9	0	0.0
silmätaudit	0	0.0	1	3.2
muu erikoisala	1	2.9	0	0.0
yhteensä	34	99.8	31	100.0

Taulukko 47. Sairaalahoidon kesto

Sairaalahoidon kesto	v. 91-92		v. 95-96	
	N	%	N	%
alle vuorokausi	0	0.0	1	3.2
1 päivä	2	5.9	6	19.4
2 päivää	3	8.8	5	16.1
3 - 7 päivää	12	35.3	9	29.0
8 - 14 päivää	9	26.5	3	9.7
15 - 21 päivää	4	11.8	5	16.1
22 - 35 päivää	3	8.8	1	3.2
yli 35 päivää	1	2.9	1	3.2
yhteensä	34	100.0	31	99.9

Taulukko 48. Liikkumiskyky tutkimushetkellä

Liikkumiskyky	v. 91-92		v. 95-96	
	N	%	N	%
ei ongelmia	14	41.2	14	45.2
vaikeuksia liikkumisessa	6	17.6	12	38.7
tuen avulla liikkuva	4	11.8	1	3.2
pyörätuolilla liikkuva	3	8.8	0	0.0
alle 50 %:sti vuoteeseen sidottu	1	2.9	0	0.0
yli 50 %:sti vuoteeseen sidottu	4	11.8	1	3.2
100 %:sti vuoteeseen sidottu	2	5.9	3	9.7
yhteensä	34	100.0	31	100.0

Toimintakyky. Liikkumiskyky on hyvä mittari kuvaamaan iäkkäiden tutkittavien somaattista kuntoa. Muuttujina seurattiinkin sekä parasta että huonointa liikuntakykyä viimeisen vuoden aikana ja tutkimushetkellä. Tutkittavien liikkumiskyky tutkimushetkellä on esitetty yksityiskohtaisesti taulukossa 48.

Parhaan liikkumiskyvyn suhteen tutkimusta edeltäneen vuoden aikana ei ollut eroja vuosien 1991 - 1992 ja 1995 - 1996 tutkittavien välillä. Lähes 70 % konsultoiduista vanhuksista oli kummassakin otannassa ollut ongelmattomia liikkumiseltaan. Yksikään ei ollut täysin vuodepotilas. Tarkasteltaessa huonointa liikkumiskykyä tutkimusta edeltävän vuoden ajalta, voitiin todeta, että vuosien 1995 - 1996 tutkittavat olivat huonokuntoisempia kuin vuosien 1991 - 1992 tutkittavat. Vuosien 1995 - 1996 tutkittavista ongelmattomia liikkumiseltaan oli 35 % ja vuosien 1991 - 1992 tutkittavista 55 %. Täysin vuodepotilaita oli yleisemmin vuosina 1995 - 1996 kuin vuosina 1991 - 1992 (14 versus 2 %).

Psykiatriseen konsultaatioon johtaneet syyt. Konsultaation ensisijainen peruste on esitetty yksityiskohtaisesti taulukossa 49. Vuosina 1995 - 1996 konsultaation aihe oli yleisimmin ajankohtainen psyykinen oireilu, kun vuosina 1991 - 1992 yleisimmin esiintyvän ajankohtaisen psyykkisen oireilun lisäksi konsultaatiota pyydettiin myös usein itsemurhayrityksen ja epäselvän somaattisen oireilun vuoksi.

Taulukko 49. Konsultaation ensisijainen peruste

Lähetteen aihe	v. 91-92		v. 95-96	
	N	%	N	%
ajankohtaiset psykiatriset oireet	19	55.9	24	77.4
itsemurhayritys	5	14.7	2	6.5
somaattinen oireilu ilman löydöksiä	5	14.7	2	6.5
potilaan arvostelu- ja päätöksentekokyvyn arviointi	1	2.9	0	0.0
sopeutumattomuus sairauteen	1	2.9	0	0.0
hoitomyöntyvyysongelma	1	2.9	0	0.0
potilaan pyyntö	2	5.9	3	9.7
yhteensä	34	99.9	31	100.1

Mielenterveyden häiriöt. Psykiatrinen päädiagnoosi on esitetty yksityiskohtaisesti taulukossa 50. Vuosina 1991 - 1992 tutkittavilla oli psykiatrisena päädiagnoosina yleisemmin kuin vuosien 1995 - 1996 tutkittavilla elimellinen aivo-oireyhtymä ja päihderiippuvuus ja harvemmin mielialahäiriö tai neuroottinen häiriö. Psykiatrinen lisädiagnoosi oli vuosien 1991 - 1992 tutkittavista 59 %:lla ja vuosien 1995 - 1996 tutkittavista 23 %:lla. Toinen psykiatrinen lisädiagnoosi oli vuosien 1991 - 1992 tutkittavista 44 %:lla ja vuosien 1995 - 1996 tutkittavista 23 %:lla. Vuosina 1991 - 1992 elimellinen aivo-oireyhtymä oli usein sekä ensimmäisenä että toisena psykiatrisena lisädiagnoosina, kun taas vuosien 1995 - 1996 tutkittavilla vain yhdellä oli elimellinen aivo-oireyhtymä lisädiagnoosina. Päihderiippuvuus oli lisädiagnoosina vuosina 1991 - 1992, mutta ei yhdelläkään tutkittavalla vuosina 1995 - 1996. Persoonallisuushäiriö oli harvinainen sekä päädiagnoosina että lisädiagnoosina kummassakin tutkimusryhmässä. Mielialahäiriö oli vain yksittäisillä tutkittavilla ensimmäisenä tai toisena lisädiagnoosina.

Taulukko 50. Psykiatrinen päädiagnoosi

Psykiatrinen päädiagnoosi	v. 91-92		v.95-96	
	N	%	N	%
F00 - F09 elimelliset aivo-oireyhtymät	12	35.3	8	25.8
F10 - F19 lääkkeiden ja päihteiden aiheuttamat elimelliset aivo-oireyhtymät	3	8.8	1	3.2
F20 - F29 skitsofrenia, skitsotyyppinen häiriö ja harhaluuloisuushäiriöt	2	5.9	0	0.0
F30 - F39 mielialahäiriöt	12	35.3	14	45.2
F40 - F48 neuroottiset, stressiin liittyvät ja somatoformiset häiriöt	4	11.8	8	25.8
F60 - F69 persoonallisuushäiriöt	1	2.9	0	0.0
<u>yhteensä</u>	<u>34</u>	<u>100.0</u>	<u>31</u>	<u>100.0</u>

Konsultaation johtaminen jatkohoitoon. Toiseen sairaalaan tai laitokseen jatkohoitoon siirtyi vuosien 1995 - 1996 tutkittavista 29 % ja vuosien 1991 - 1992 tutkittavista 53 %. Vuosien 1995 - 1996 tutkittaville suositeltiin harvemmin psykiatrista avohoitoa totutettavaksi kuin vuosien 1991 - 1992 tutkittaville (50 versus 65 %). Hoitoon ohjattujen osuus väheni sekä terveyskeskuksiin että mielenterveystyön yksiköihin

lähettämisessä. Sen sijaan vanhuksia ohjattiin enemmän vuosina 1995 - 1996 kuin vuosina 1991 - 1992 omalle yleissairaalapsykiatrian poliklinikalle (14 versus 9 %).

5.5.2. Muutokset konsultaatiotoiminnassa

5.5.2.1 Toiminnan aikataulu

Konsultaatiopyynnön ajoitus tutkittavan saapumispäivästä sairaalaan on esitetty yksityiskohtaisesti taulukossa 51. Tavallisimmin konsultaatiopyyntö lähetettiin kumpanakin tutkimusajankohtana yhden tai kahden päivän kuluttua tutkittavan sairaalaan saapumisesta.

Taulukko 51. Konsultaatiopyynnön ajoitus

Lähetteen ajankohta	v. 91-92		v. 95-96	
	N	%	N	%
sairaalaan tulopäivänä	3	8.8	4	12.9
1 päivän kuluttua	11	32.4	8	25.8
2 päivän kuluttua	5	14.7	6	19.4
3 päivän kuluttua	2	5.9	3	9.7
4 päivän kuluttua	3	8.8	1	3.2
5 päivän kuluttua	1	2.9	1	3.2
6 päivän kuluttua	2	5.9	0	0.0
7-14 päivän kuluttua	6	17.6	5	16.1
yli 14 päivän kuluttua	1	2.9	3	9.7
yhteensä	34	99.9	31	100.0

Yleissairaalapsykiatrian poliklinikan laatima läheteiden kiireellisyysjärjestys on esitetty taulukossa 52. Vuosina 1995 - 1996 yleissairaalapsykiatrinen konsultaatiotyö oli yleisem-

min lähetteen saapumispäivänä tapahtuvaa toimintaa ja vähemmän ajanvaraustoimintaan perustuvaa kuin vuosina 1991 - 1992.

Taulukko 52. Konsultantin asettama toiminnan kiireellisyysjärjestys

Konsultaation kiireellisyys	v. 91-92		v. 95-96	
	N	%	N	%
ei kiireellinen	21	61.8	10	32.3
tämän päivän aikana	13	38.2	21	67.7
yhteensä	34	100.0	31	100.0

5.5.2.2. Konsultoivan psykiatrin suositukset

Suosituksien taustatietojen täydentämiseksi. Konsultaatiotapahtumaan liittyi mahdollisuus täydentää tutkittaviin liittyviä esitietoja lääketieteellisistä lähteistä kuten sairauskertomuksista, psykiatrisesta erikoissairaanhoidosta, sosiaalitoimesta, perheeltä tai muista lähteistä. Vuosina 1995 - 1996 tietoja täydennettiin 48 %:lla ja vuosina 1991 - 1992 50 %:lla tutkitavista. Vuosina 1995 - 1996 lähes ainoana tietolähteenä käytettiin lääketieteellistä lähettä. Vuosina 1991 - 1992 esitietoja täydennettiin harvemmin lääketieteellisistä lähteistä, mutta yleisemmin sosiaalitoimesta, mielenterveystoimesta ja perheeltä.

Esitietojen kartuttaja saattoi olla joko konsultoiva psykiatri tai somaattisen osaston henkilökunta. Vuosina 1991 - 1992 somaattisten osastojen henkilökunta osallistui yleisemmin lisätietojen kartuttamiseen kuin vuosina 1995 - 1996, jolloin lisätietoja kartutettiin yleisemmin psykiatrin suorittamana.

Vuosina 1995 - 1996 konsultoiva psykiatri ei esittänyt kertaakaan toteutettavaksi diagnostisia lisätutkimuksia: laboratorio-, röntgen-, sydänsähkökäyrä- tai aivosähkökäyrätutkimuksia, muiden erikoisalojen konsultaatioita, psykologisia testejä tai psykiatrisia arviointimittareita lisäämään kliinisten johtopäätösten luotettavuutta. Vuosina 1991 - 1992 konsultantti esitti toteutettavaksi yhdestä kolmeen kertaan jotakin näistä lisätutkimuksista.

Psykiatrinen näkökulma somaattisessa hoidossa. Konsultoiva psykiatri saattoi ehdottaa somaattisella erikoisalalla tapahtuvan hoidon tehostamista, jos tutkittava psykiatrisesta konsultaatiosta saadun käsityksen mukaan ei saanut riittävää tai asianmukaista sairaanhoitoa. Psykiatri saattoi myös suositella somaattisen sairaanhoidon vähentämistä tai lopettamista, jos konsultaatiossa muodostui käsitys, että tutkittava oli ylihoidettu kuten esimerkiksi somatisoiva tutkittava. Sekä vuosina 1991 - 1992 että 1995 - 1996 hoidon

tehostamista ehdotettiin yleisesti, mutta hoidon vähentämistä vain yksittäiselle tutkittavalle kummankin tutkimusajankohdan aikana.

5.5.2.3. Konsultoivan psykiatrin toimintatavat

Tutkittavien jatkohoidon suunnittelu. Konsultoiva psykiatri oli vuosina 1995 - 1996 aktiivisempi kuin vuosina 1991 - 1992 suunnittelemaan yhteistyössä somaattisen erikoisalan kanssa tutkittavan lähtöpäivää sairaalasta (65 versus 50 %). Konsultoiva psykiatri saattoi ottaa yhteyttä tutkittavan jatkohoitopaikkaan kirjallisesti, puhelimitse tai molemmilla tavoilla. Vuosina 1991 - 1992 yhteydenottoja suoritettiin yleisemmin kuin vuosina 1995 - 1996 (56 versus 39 %).

Konsultaatiotapahtuman keskeisin kohde. Konsultaatiotapahtuman keskeisin kohde on esitetty yksityiskohtaisesti taulukossa 53. Yleissairaalapsykiatrisessa konsultaatiotapahtumassa se voi olla joko tutkittava potilas, hänen perheensä tai somaattisen osaston henkilökunta. Toiminta saattoi myös olla suunnattu yhtä paljon henkilökuntaan kuin konsultoituun potilaaseen. Vuosina 1991 - 1992 toiminnan keskeisin kohde oli yleisimmin henkilökunta. Vuosina 1995 - 1996 toiminnan tärkein kohde sen sijaan oli yleisimmin tutkittava potilas. Potilaaseen ja henkilökuntaan suunnattiin vuosina 1995 - 1996 yhtä paljon huomiota vajaassa kolmanneksestä konsultoiduista potilaista.

Taulukko 53. Konsultaatiotapahtuman keskeisin kohde

Keskeisin kohde	v. 91-92		v. 95-96	
	N	%	N	%
potilas itse	7	20.6	20	64.5
osaston henkilökunta	21	61.8	2	6.5
potilas ja henkilökunta	6	17.6	9	29.0
yhteensä	34	100.0	31	100.0

Konsultoivan psykiatrin suorittamat lääkemuutokset. Konsultoivan psykiatrin aktiivisuus psykyenlääkkeen aloittamisessa on esitetty taulukossa 54. Tavallisimmin psykiatri aloitti neuroleptin tai masennuslääkkeen: neuroleptin vuosina 1991 - 1992 21 %:lle tutkittavista ja vuosina 1995 - 1996 19 %:lle tutkittavista, masennuslääkkeen vuosina 1991 - 1992 24 %:lle tutkittavista ja vuosina 1995 - 1996 16 %:lle tutkittavista.

Bentsodiatsepiini aloitettiin vain neljälle tutkittavalle vuosina 1991 - 1992 ja viidelle tutkittavalle vuosina 1995 - 1996.

Konsultoiva psykiatri saattoi myös suositella käytössä olevan psykykenlääkkeen lopettamista tai vaihtamista toiseen lääkkeeseen. Näin psykiatri menetteli vuosina 1991 - 1992 12 %:ssa tutkittavista ja vuosina 1995 - 1996 16 %:ssa tutkittavista.

Taulukko 54. Konsultoivan psykiatrin aloittama psykykenlääkitys

Lääkesuositus	v.91-92		v.95-96	
	N	%	N	%
ei	18	52.9	18	58.1
kyllä	16	47.1	13	41.9
<u>yhteensä</u>	<u>34</u>	<u>100.0</u>	<u>31</u>	<u>100.0</u>

6. Pohdinta ja päätelmät

6.1. Tutkimuksen toteutusta koskevat huomiot

6.1.1. Tutkimuksen merkitys yleissairaalapsykiatrisen toiminnan kuvaajana

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, kuinka yleissairaalapsykiatrisen konsultaatiotoiminta on järjestetty Suomessa. Työssäni tarkasteltiin, minkälaiset potilaat ohjautuivat konsultaatioon ja mikä oli se laukaiseva tekijä, joka aiheutti somaattisen erikoisalalan lääkärin kirjoittamaan potilaasta konsultaatiopyynnön. Toisena tarkastelun kohteena tutkimuksessa oli konsultoivan psykiatrin toimintatavat, ja se toteutettiin konsultaatiotyössä liaison- eli yhteistyöpsykiatria. Tutkimuksessa selvitettiin erityisesti Oulun yliopistollisen sairaalan yleissairaalapsykiatrista konsultaatiotyötä ja sitä miten se mahdollisesti erosi muista Suomen yleissairaalapsykiatristen yksiköiden toimintatavoista sekä mitä eroja oli yleissairaalapsykiatriseen konsultaatioon ohjattujen työikäisten ja vanhusten välillä. Työssäni tarkasteltiin myös yleissairaalapsykiatrisen toiminnan kehittymistä vanhuspotilaiden osalta. Tarkasteluajanjaksot olivat vuodet 1991 – 1992 ja 1995 – 1996.

Tutkimuksen kohteena olivat somaattisilla erikoisaloilla hoidossa olevat potilaat. Tutkimus ei näin ollen kuvaa koko yleissairaalapsykiatrista toimintaa, joka käsittää myös polikliinisen potilastyön, työnohjauksen, koulutuksen ja erilaiset somaattisilla erikoisaloilla toteutetut yhteistyömuodot. Konsultaatiotyö luo kuitenkin erinomaisen mahdollisuuden yhteistyömuotojen kehittymiseen psykiatrian ja somaattisen lääketieteen välille, jos konsultoiva psykiatri vastatessaan konsultaatiopyyntöön tekee tunnetuksi omaa alaansa sekä opastaa ja kouluttaa yleissairaaloiden työntekijöitä hoidossaan olevien potilaiden psyykkisten ongelmien tunnistamiseksi ja hoitamiseksi. Opetus on oleellinen osa yleissairaalapsykiatrista työtä. Tämä tutkimus osaltaan auttaa ymmärtämään, mitä

yleissairaalapsykiatrinen työ on ja kuinka sitä voidaan tehdä laadukkaammin. Se toimii myös siltana somaattisen ja psykiatrisen lääketieteen välillä. Tutkimus täydentää myös tietoa yleissairaalapsykiatrisesta toiminnasta, sillä aikaisemmin konsultaatioliason-psykiatrian tutkimuksia on tehty vain suhteellisen pienissä, yksittäisissä yleissairaalapsykiatrisissa yksiköissä (Huyse ym. 1993). Vastaavaa tutkimusta ei ole Suomessa aikaisemmin tehty.

6.1.2. Tutkimussairaalat

Tämä tutkimus on osa laajaa eurooppalaista Consultation-Liaison Working Groupin (ECLW)-tutkimusta.

Yliopistollisia sairaaloita oli 56 tutkimussairaalaista 59 %. Mahdollisesti tutkimuksessa olivat mukana parhaiten varustetut tai motivoituneet yleissairaalapsykiatriset poliklinikat. Yksiköissä oli keskimäärin 260 konsultaatiota vuodessa. Vaihtelu oli laaja: 51 - 827. Kolmasosalla konsultoivista psykiatreista oli vähintään kolmen vuoden työkokemus psykiatrian erikoislääkärinä; tosin vaihtelu oli suuri Britannian 15 %:sta Norjan 83 %:iin. Suomessa yli kolmen vuoden kokemus oli 49 %:lla. Konsultaatioyhteistyöpsykiatrian kehittymiselle on keskeistä henkilökunnan pysyvyys ja pitkäjänteinen suunnitelmallisuus.

6.1.3. Tutkimusaineiston muodostuminen

Tämän tutkimuksen kohteena oli kuusi suomalaista yleissairaalapsykiatrian poliklinikkaa ja 1255 niihin ohjattua potilasta. Vanhusaineisto muodostui kuuden suomalaisen yleissairaalapsykiatrian poliklinikan 202:sta Kansaneläkelaitoksen mukaisen vanhuuseläkeiän saavuttaneesta potilaasta. Heistä 65 - 74-vuotiaita oli 131 ja 75-vuotiaita tai vanhempia 71. Psykogeriatrisen konsultaatio toiminnan muutostutkimuksen aineisto muodostui vuosina 1991 - 1992 Oulun yliopistollisen sairaalan 34:stä vähintään 65-vuotiaasta potilaasta sekä vuosina 1995 - 1996 puolen vuoden aikana samassa sairaalassa yleissairaalapsykiatriseen konsultaatioon lähetetystä 31:stä vähintään 65-vuotiaasta potilaasta.

6.1.4. Tutkimukselle asetettujen tavoitteiden saavuttaminen

Tälle tutkimukselle asetetut tavoitteet on saavutettu. Tutkimuksen kohteena olleiden suomalaisten yleissairaalapsykiatristen poliklinikoiden otos on edustava, koska poliklinikat sijaitsevat eri puolilla Suomea ja erilaisissa somaattisissa sairaaloissa sekä yliopistollisissa

sairaaloissa, keskussairaaloissa että aluesairaaloissa. Myös tutkimuksen kohteena olleiden potilaiden lukumäärä on riittävä johtopäätöksiä tekemiseen. Laadun tarkkailusta huolehdittiin kaikkien tiedon keräämiseen osallistuneiden konsultoivien psykiatrien kouluttamisella ja reliabiliteettitestauksella. Tutkimus oli huolellisesti suunniteltu ja toteutettu, ja se antaa hyvän ja yleistettävän kuvan yleissairaalapsykiatrisesta toiminnasta Euroopassa ja kussakin 11:stä tutkimukseen osallistuneesta maassa (Lobo ym. 1996, Malt ym. 1996).

6.1.5. Tutkimukseen liittyneet rajoitukset

Jokaiseen tutkimukseen liittyy rajoituksia, joiden selvittely tulosten arvioinnin kannalta on paikallaan. Tutkimuksessa ei ollut vertailuryhmää. Monikeskustutkimus määräsi tutkimuksen kehykset eikä verrokkiryhmä ollut toteutettavissa. Tutkimus ei kuvaa yleissairaaloiden potilaita eikä kaikkia yleissairaalapsykiatriseen konsultaatioon lähetettyjä potilaita, vaan yleissairaalapsykiatriseen konsultaatioon lähetettyjä sairaalan vuodepotilaita. Vaikka potilaiden lukumäärä oli riittävä, joku potilasryhmä on voinut valikoitua, koska tutkimusaineistoon ei otettu mukaan kaikkia konsultaatioon lähetettyjä sairaalan vuodepotilaita. Aineistosta suurin osa on kerätty vuosina 1991 - 1992, joten aineisto on jo vanha. Psykogeriatrisen konsultaatiotoiminnan muutostutkimuksen potilasaineisto on pieni, mikä asettaa rajoituksia löydöksistä tehtäville päätelmille.

6.1.6. Tutkimuksen keskeiset löydöt

Yleissairaalapsykiatriseen konsultaatioon ohjautui 1.4 % yleissairaaloiden työikäisistä, alle 65-vuotiaista, ja noin puoli prosenttia eläkeikäisistä, yli 65-vuotiaista, sairaaloiden vuodepotilaista. Yli 90 %:lle konsultoiva psykiatri teki psykiatrisen diagnoosin. Kolmanneksella työikäisistä ja neljänneksellä eläkeikäisistä oli meneillään oleva psykiatrisen hoito somaattiseen sairaalaan tulovaiheessa. Yli puolella tutkittavista ei ollut viiden edeltävän vuoden aikana ollut psykiatrista hoitoa. Psykiatrisen konsultaatio johti psykiatriseen avohoitoon 64 %:lla alle 65-vuotiaista tutkittavista ja 52 %:lla 65 vuotta täyttäneistä tutkittavista. Oulussa psykiatriseen jatkohoitoon ohjattiin peräti 72 % tutkittavista. Yhteistyön keskeisin kohde oli Oulussa lähes puolessa tapauksista tutkittavien somaattisesta hoidosta vastaavan erikoisalalan henkilökunta, kun muualla Suomessa tutkittava itse oli keskeisin kohde yli 90 %:ssa.

6.2. Yleissairaala mielenterveyden häiriöiden tunnistajana

6.2.1. Työikäisten ohjaaminen yleissairaalapsykiatriseen konsultaatioon

6.2.1.1. Somaattisen ja psykiatrisen sairauden merkitys konsultaatioon ohjaamisessa

Tämän tutkimuksen yhtenä päätarkoituksena oli selvittää, minkälaiset potilaat tunnistetaan somaattisilla osastoilla psykiatrasta apua tarvitseviksi ja mitkä tekijät johtavat lähetteen laatimiseen yleissairaalapsykiatrian poliklinikalle. Lähetteisiin perustuvat tutkimukset, kuten nyt esillä oleva tutkimus, kuvaavat kuitenkin vain osittain yleissairaaloitten potilaiden psyykkisiä ongelmia, sillä yleissairaalapsykiatriseen tutkimukseen lähetetään vain 1 – 10 % sairaalan vuodepotilaista (Huyse ym.1993, Hall 1994, Clarke & Smith 1995).

Psykiatrin konsultaatiota pyydetään mahdollisesti potilaslähtöisestä näkökulmasta. Potilaalla on jo entuudestaan psyykkistä oireilua tai hänellä on somaattiseen sairauteen liittyviä psyykkisiä ongelmia. Psykiatrin konsultaatiopyynnön taustalla voi kuitenkin olla työntekijäkeskeinen syy, jota ei ole välttämättä tunnistettu somaattisella erikoisalalla. Potilaalla ei tarvitse olla varsinaista psykiatrisen hoidon tarvetta, mutta somaattisen erikoisalan työntekijällä on ongelmia hänen hoitoonsa liittyvissä kysymyksissä. Somaattisella tai psykiatrisella diagnoosilla ei tarvitse olla merkitystä konsultaatioon ohjaamisessa, vaan syynä on potilaan käyttäytyminen, joka kiinnittää somaattisen erikoisalan huomiota (Huyse 1997). Mayou ym. (1991) havaitsivat kuitenkin tutkimuksessaan, että neljä diagnostista ryhmää käytti merkitsevästi enemmän psykiatrisia palveluita vuoden kuluessa yleissairaalahoidosta kuin ennen sitä. Nämä sairausryhmät olivat sydäninfarkti, rintakipu, syöpä ja diabetes. Näihin riskiryhmiin pitäisikin kiinnittää yleissairaaloissa erityistä huomiota. Tämän tutkimuksen mukaan mikään somaattinen sairaus ei korostunut yleissairaalapsykiatriseen konsultaatioon johtaneena lähettämisen syynä, lukuun ottamatta alkoholin tai lääkkeiden aiheuttamaa myrkytystä.

6.2.1.2. Psyykkisten ongelmien tunnistamisen vaikeus

Yleissairaalapsykiatriseen konsultaatioon ohjautui tästä tutkimuksesta saatujen havaintojen perusteella 1.4 % yleissairaaloitten vuodepotilaista. Aikaisemmissa tutkimuksissa konsultaatiopyyntöjen määrä on ollut 0.9 - 6 % kaikista yleissairaalan vuodepotilaista (Lipowski & Wolston 1981, Fulop & Strain 1985, Hackett ym 1987, Lipowski 1991, Popkin 1995). Osuutta yleissairaalapsykiatriseen konsultaatioon ohjatuista yleissairaalan potilaista voidaan

pitää alhaisena, koska epidemiologisten tutkimusten mukaan mielenterveyden häiriöitä on 17 – 28 %:lla väestöstä (Persson 1980, Bergener 1992, Finch & Katona, 1993, Lehtinen ym. 1993, Winblad & Hiltunen 1996). Depression prevalenssi väestössä on eri tutkimusten mukaan 5 – 16 % (Conn 1993, Pahkala ym. 1993, Äärelä 1995). Terveyskeskusten potilailla depressiota on aikaisempien tutkimusten mukaan 10 – 15 %:lla (Lehtinen 1996). Yleissairaalapsykiatriseen konsultaatioon ohjattujen potilaiden osuutta voidaan pitää yllättävän alhaisena, koska tiedetään aikaisempien tutkimusten perusteella, että yleissairaaloissa hoidossa olevilla potilailla on enemmän psykiatrisia häiriöitä kuin väestössä (Pablo & LaMarre 1988, Pitt 1991, Busse 1992 ja Äärelä 1995). Jopa 70 – 80 %:lla yleissairaaloiden potilaista on psyykkisiä ongelmia (Lipowski & Wolston 1981). Väestötutkimuksen perusteella tiedetään myös, että 70 % väestön psykiatrisesta hoitotarpeesta on tyydyttämättä (Väisänen 1996).

Lähettävänä erikoisaloina olivat sekä Oulussa että muualla Suomessa yleisimmin sisätaudit, neurologia ja kirurgia. Vähän konsultaatiopyyntöjä lähetettiin gynekologian, korva- ja kurkkutautien sekä silmätautien osastoilta. Johtuuko tämä siitä, että psyykkisiä ongelmia ei tunnisteta kaikilla erikoisaloilla, vai siitä, että kaikilla erikoisaloilla ei ole hoidossa psykiatrista hoitoa tarvitsevia potilaita, vai siitä, että psyykkiset ongelmat osataan hoitaa itse, on kysymys, johon tästä tutkimuksesta saatujen tietojen perusteella ei voi vastata.

6.2.1.3. Lähetteen syy johtolankana diagnoosiin

Lähetteestä ei välttämättä voi päätellä, onko potilaalla psyykkinen sairaus (Reifler ym. 1982). Tämän tutkimuksen tulokset osoittavat, että yli 90 %:lle yleissairaalapsykiatriseen konsultaatioon ohjatuista potilaista psykiatri asetti psykiatrisen diagnoosin. Yleisimmät psykiatriset diagnoosit olivat sekä Oulussa että muualla Suomessa depressio, päihdeongelma ja neuroottinen tai sopeutumishäiriö. Tutkimuksen löydös vastaa aikaisemmista tutkimuksista saatuja havaintoja (Clarke & Smith 1995, Ramchandani ym. 1997, Rundell & Hall 1997, Smith ym. 1998, Strain ym. 1998). Sen sijaan persoonallisuushäiriö oli tässä tutkimuksessa vain 7 %:lla potilaista, kun aikaisemmissa tutkimuksissa yleissairaalapsykiatriseen konsultaatioon ohjatuista potilaista persoonallisuushäiriö on diagnosoitu 12 – 15 %:lla potilaista (Ruskin 1993, Clarke & Smith 1995).

Puolella tämän tutkimuksen potilaista ei ollut aikaisempaa psykiatrista hoitoa. Havainnosta voidaan tehdä se johtopäätös, että somaattisilla erikoisaloilla tunnistetaan aikaisemmin diagnosoimattomia psyykkisiä sairauksia. Sen sijaan tämän tutkimuksen perusteella ei voida vastata kysymykseen, kuinka suuri osa psyykkisistä oireista jää tunnistamatta yleissairaalassa. Jäävätkö esimerkiksi vasta todetuissa somaattisissa sairauksissa esille tulevat sopeutumisongelmat ja kriisit tunnistamatta ja hoitamatta?

Kiinnittämällä enemmän huomiota psyykkisen tekijän osuuteen somaattisessa sairaudessa voitaisiin kenties estää sairauseläkkeelle ajautuminen.

Tämä tutkimus tukee sitä aikaisempaa käsitystä, että nykyinen konsultaatiomalli palvelee ilmeisesti vain niitä potilaita, joilla on avoimia psykiatrisia oireita, kuten käyttäytymishäiriöitä, sekä potilaita, joiden diagnostisesti lievemmät psyykkiset oireet vaikuttavat fyysisen sairauden kulkuun tai aiheuttavat käyttäytymisongelmia, joista on seurauksena välikohtauksia ja henkilökunnan loppuunpalamista (Huyse 1997). Varhaisemmassa vaiheessa lähetetään yleissairaalapyykiatriseen konsultaatioon potilaat, joilla on persoonallisuushäiriö, ja myöhäisessä vaiheessa ne, joilla on depressio (Handrinos ym. 1998). Itsemurhayritys on myös aikaisemmissa tutkimuksissa ollut usein konsultaatiopyynnön syynä (Hall 1994).

Tässä tutkimuksessa konsultaatiota pyydettiin tavallisimmin sekä Oulussa että muualla Suomessa itsemurhayrityksen tai ajankohtaisten psykiatristen ongelmien vuoksi. Konsultaation lisäperusteena korostuivat ajankohtaisten psykiatristen oireiden lisäksi aikaisempi psykiatrinen hoito, sopeutumattomuus somaattiseen sairauteen, päihdeongelma ja hoito-myöntövyvyongelma.

6.2.1.4. Yleissairaalapyykiatriseen konsultaatioon ohjaamisen esteet

Konsultaatioon ohjaamiselle esteenä voivat olla somaattisten erikoisalujen työntekijöiden pelko potilaiden reaktioita kohtaan ehdotettaessa yleissairaalapyykiatrista konsultaatiota (Windgassen ym. 1997). Vertailuryhmän puuttuessa ei tämän tutkimuksen perusteella voida arvioida, onko somaattisilla erikoisaloilla sellaisia potilaita, joiden psyykkisiä oireita ei tunnisteta ja joita ei näiden vuoksi ohjata yleissairaalapyykiatriseen konsultaatioon.

Myös taloudelliset kysymykset voivat olla esteenä potilaiden lähettämiseksi yleissairaalapyykiatriseen konsultaatioon. Somaattinen erikoisala säästää, kun ei joudu maksamaan yleissairaalapyykiatrisesta konsultaatiosta. Aikaisemmissa tutkimuksissa on kuitenkin todettu, että psykiatristen komplikaatioiden varhainen toteaminen lyhentää potilaiden sairaalahoitojen kestoa (Lyons ym. 1986). Näin ollen yleissairaalapyykiatrinen konsultaatio olisi säästävää toimenpide potilashoitojen kokonaiskustannuksissa.

6.2.2. Vanhusten ohjaaminen yleissairaalapyykiatriseen konsultaatioon

Psykogeriatrisen potilaan tutkiminen on usein riittämätöntä. Somaattisen sairauden oireet voivat kätkeä alleen psyykkisiä oireita, jotka jäävät tunnistamatta ja hoitamatta taloudellisista tekijöistä johtuvien yhä lyhyempien sairaalahoitajaksojen vuoksi. Yleissairaaloissa pitäisi pyrkiä tunnistamaan erityiset riskiryhmät, kuten itsemurhavaarassa

olevat vanhukset, sillä vanhusten itsemurhayritykset johtavat nuorempien yrityksiä yleisemmin kuolemaan (Virtanen 1993). Somaattisen sairauden aiheuttama kriisi voi toisaalta olla ainoa mahdollisuus päästä psykiatriseen hoitoon erityisesti vanhuksilla, joiden pääsyä psykogeriatrisen asiantuntemuksen piiriin ovat vaikeuttamassa terveydenhuollon säästötoimet ja priorisointi. Psykogeriatrisen yksikön osaamista saatetaan kaivata vasta, kun perusterveydenhuollossa on ajaututtu hoito-ongelmiin (Koivumaa-Honkanen ym. 1994).

Sopimaton hoito voi johtaa pidentyneisiin, tehottomiin ja taloudellisesti rasittaviin sairaalahoitojaksoihin. Aikaisemmat tutkimukset ovat osoittaneet, että sairaalahoitajakset ovat lyhentyneet, kun hoito-ohjelmaan on liitetty psykogeriatrinen selvittely sekä psykiatrian ja somaattisen erikoisalan yhteistyössä toteuttamat diagnostiset tutkimukset, joissa on käytetty myös teknisiä mahdollisuuksia (Bergener 1992). Tämän tutkimuksen tulos tukee aikaisempia käsityksiä, että vanhuksia lähetetään nuorempia potilaita vähemmän yleissairaalapsykiatriseen konsultaatioon (Cardoso ym. 1994), vaikka tutkimuksissa on osoitettu, että psykogeriatrinen tutkimus ja hoito liitettyinä yleissairaalahoitoon lyhentävät sairaalahoitajaksoja ja vähentävät laitospaikkojen tarvetta (Slaets ym. 1997). Toimintakyvyn heikkeneminen ja laitoshoitopaikan tarve johtuvat usein depressiosta (Tienari 1993), jonka yleisyys ei suinkaan vähene iän lisääntyessä, sillä esimerkiksi 100 vuotta täyttäneillä esiintyy depressiota noin 39 %:lla (Homma ym. 1992). Yleissairaaloiden potilaista lähes puolet on eläkeikäisiä, mutta yleissairaalapsykiatriseen konsultaatioon ohjatuista potilaista eläkeiän saavuttaneita oli Oulussa vain 15 % ja muualla Suomessa 16 %. Oulussa sairaalan 65 vuotta täyttäneistä potilaista alle puoli prosenttia lähetettiin psykiatrin konsultaatioon, samalla kun työikäisten osuus oli yli 1 % sairaalan vuodepotilaista. Yli 75-vuotiaiden osuus oli tässä kuvattavassa suomalaisessa aineistossa vain 6 %, kun kaikista 14717:stä ECLW-tutkimuksessa mukana olleista tämän ikäryhmän osuus oli 13 %. Tutkimustulos vastaa aikaisemmissa tutkimuksissa tehtyjä havaintoja, että vanhuksia lähetetään vähemmän psykiatriseen konsultaatioon kuin nuorempia somaattisesti sairaita potilaita (Finch & Katona 1993). Tämän tutkimuksen eläkeikäisistä potilaista yli puolet oli ollut viiden edeltävän vuoden aikana sairaalahoidossa ainakin kolme kertaa, joten heitä voitaisiin pitää psyykkisten häiriöiden suhteen riskiryhmään kuuluvana.

Vanhusten psyykkisen toimintakyvyn ja mielenterveyden muutokset nähdään vähäisempinä kuin ne todellisuudessa ovat. Fyysiset sairaudet tunnistetaan ja hoidetaan, mutta monet muut ongelmat, kuten omat sisäiset ristiriidat, ihmissuhdeongelmat ja perheenjäsenten mielenterveyshäiriö, ovat heikosti tunnistettuja. (Rönnemaa & Karppi 1997.) Tässä tutkimuksessa yleisimmät psykiatriset diagnoosit olivat depressio ja elimelliset aivo-oireyhtymät. Tutkimuksen löydös vastaa aikaisemmista tutkimuksista saatuja havaintoja (Scott ym. 1988, Ruskin 1993, Cardoso ym. 1994). Vanhusväestöllä on merkittävästi myös paranoidisia oireita, persoonallisuushäiriöitä, alkoholiongelmia, unettomuutta, itsetuhoajatuksia ja muita kuin elimellispohjaisia psykooseja (Persson 1980, Stoudemire & Riether 1987, Busse 1992, Lehtinen 1993, Salokangas 1993, Hiltunen 1994,

Löyttynen & Koponen 1998), ja niinpä onkin ristiriitaista, ettei näihin ongelmiin kiinnitetä huomiota yleissairaalahoiton aikana.

6.3. Työikäiset yleissairaalapsykiatrisessa konsultaatiossa

6.3.1. Työikäisten elämäntilanne

Yleissairaalapsykiatriseen konsultaatioon ohjautui Oulussa ja muualla Suomessa yleisimmin 18 - 64-vuotias potilas, yhtä yleisesti nainen tai mies, vaikka epidemiologisissa tutkimuksissa on todettu, että naisilla on yleisemmin mielenterveyden häiriöitä kuin miehillä (Lehtinen 1993). Työssä oli vain viidennes potilaista. Syynä työstä poissaoloon olivat sairaus ja vajaakuntoisuus. Aikaisempi psykiatrisen asiantuntemuksen yhdistäminen potilaiden somaattiseen hoitoon voisi edistää somaattisesta sairaudesta toipumista ja työkykyisyyden säilymistä, mutta asian varmistaminen vaatii lisäselvityksiä.

Vajaalla puolella potilaista oli koulutuksena ainoastaan oppivelvollisuus. Verrattuna koko suomalaiseen väestöön yleissairaalapsykiatriseen konsultaatioon ohjautui yliedustetusti potilaita, jotka olivat naimattomia tai täysi-ikäisiä potilaita, jotka vielä asuivat vanhempiensa kanssa samassa taloudessa.

Oulussa konsultaatioon ohjautuvilla oli vähemmän työttömyyttä kuin muualla Suomessa. Oulussa työttömänä oli 6 %, kun muualla Suomessa työttömien osuus oli 12 %. Tarkastelun kohteena oleva tulos Oulussa vastaa valtakunnassa ollutta työttömyysastetta, joka oli 7.6 % (Suomen tilastollinen vuosikirja 1992). Oulussa konsultaatioon ohjatuissa potilaissa ei siis ollut valikoitumista työttömyyden suhteen. Lähes kaikki potilaat asuivat omissa kodeissaan, jonne he myös palasivat sairaalahoidon päätyttyä. Oulun konsultaatiopotilaita merkitsevästi enemmän asui suurperheessä ja laitoksessa kuin muiden suomalaisten sairaaloiden potilaista. Potilaiden korkea ikä ei selitä tätä eroa, sillä eläkeikäisten osuus ei ollut Oulussa muita tutkimusyksiköitä suurempi. Laitoksissa asuvia oli siis vähän. Sairaudet ja mahdollinen korkea ikä eivät johtaneet laitospaikkojen tarpeeseen.

6.3.2. Yleissairaalapsykiatrisen konsultaatio mahdollisuutena päästä psykiatriseen hoitoon

Tämän tutkimuksen tuloksista nähdään, että kolmanneksella yleissairaalapsykiatriseen konsultaatioon ohjatuista potilaista on meneillään oleva psykiatrisen avohoito. Yleissairaalapsykiatrisessa yksikössä joudutaankin miettimään oman osuuden sovittamista potilaan

yleissairaalassa tapahtuvaan hoitoon ja jo aiemmin käynnistettyyn psykiatriseen arviointiin ja hoitoon. Toisaalta myös viimeaikaisen suomalaisen kehityksen perusteella näyttää siltä, että yleissairaaloiden merkitys psykiatrisen avun antajana on lisääntymässä. Monille psykiatrisille potilaille yleissairaala on hyväksyttävämpi kanava hakea apua kuin psykiatrisen erikoissairaanhoidon. Suomalaisen terveydenhuollon kehitys, jossa psykiatria ja muu lääketiede lähestyvät toisiaan, kasvattaa yleissairaaloiden merkitystä psykiatrista apua tarvitsevien potilaiden havaitsemisessa ja löytämisessä. (Viinamäki 1996.)

Tämän tutkimuksen mukaan yleissairaalapsykiatrisen konsultaatio johti suosittelemaan psykiatrista avohoitoa 60 %:lle kaikista potilaista ja 56 %:lle aikaisemmin psykiatrisesti hoitamattomista potilaista. Tämä havainto tukee käsitystä yleissairaalapsykiatrisen merkityksestä hoitohakeutumisväylänä sekä jo aikaisemmin psykiatrisessa hoidossa olleilla että aikaisemmin hoitamattomilla potilailla (Lehtonen ym. 1990). Aikaisemmassa ECLW-aineistoon liittyvässä suomalaisessa monikeskustutkimuksessa todettiin, että psykiatrisen sairaalahoidon viiden tutkimusta edeltäneen vuoden aikana aiheutti 3.7-kertaisen lisääntyneen riskin ja skitsofrenian, muun psykoosin tai vakavan masennustilan diagnoosi 2.9-kertaisen lisääntyneen riskin yleissairaalapsykiatrisen konsultaation johtamiseen psykiatriseen sairaalahoittoon. Itsemurhaa yrittäneillä riski oli 2.1-kertainen. (Viinamäki ym. 1998.)

Tämän tutkimuksen potilaista viidennekselle jatkohoitopaikaksi suunniteltiin yleissairaalapsykiatrisen poliklinikka. Yleissairaalapsykiatrisen konsultaatiotapahtuma oli väylä psykiatriseen avohoitoon erityisesti Oulussa, jossa 49 % potilaista sai suosituksen psykiatriseen erikoissairaanhoidon ja kaikkiaan 72 % :lle suositeltiin psykiatrista jatkohoittoa jossakin terveydenhuollon yksikössä. Psykiatrista sairaalahoidon suositeltiin Oulussa 18 %:lle potilaista ja muualla Suomessa 17 %:lle potilaista. Aikaisemmissa tutkimuksissa on selvitetty, paljonko yleissairaaloiden potilaat itse ehdottavat psykiatriseen konsultaatioon pääsemistä. Osuudet vaihtelevat 2:n ja 6 %:n välillä kaikista yleissairaalapsykiatrisen poliklinikalle tulleista konsultaatiopyynnöistä. Osuudet vastaavat tästä tutkimuksesta saatuja havaintoja. Oulussa potilas itse oli konsultaation pyytäjänä 2 %:ssa läheteistä ja muualla Suomessa 3 %:ssa läheteistä.

6.4. Vanhukset ja yleissairaalapsykiatria

6.4.1. Vanhusten elämäntilanne

Tässä tutkimuksessa korostui vanhusaineistossa leskeytyneiden suuri osuus: yli 75-vuotiaista oli leskiä 60 % ja 65 - 74-vuotiaista 25 %. Tämä poikkeaa Suomen tilanteesta 31.12.1991, jolloin leskiä oli yli 65-vuotiaista miehistä 2.1 % ja naisista 10.9 % (Suomen

tilastollinen vuosikirja 1993). Ikääntyneet potilaat olivat olleet työikäisiin verrattuna ammatilliselta asemaltaan yleisemmin kotiäitejä tai –isiä tai johtavassa asemassa olevia.

Mitä vanhemmasta ikäryhmästä oli kyse, sitä yleisemmin konsultoivalta psykiatrilta oli jäänyt kysymättä potilaan koulutus ja ammatti. 65 - 74-vuotiailta ammatti oli jäänyt selvittämättä peräti 29 %:lta ja koulutus 49 %:lta. Sen sijaan siviilisääty ja asumismuoto oli kysytty lähes poikkeuksetta. Voidaankin päätellä, että tutkimusote oli jatkohoidon turvaamiseen tähtäävä. Perehtymällä sosiaalisiin taustatietoihin saatiin myös käsitys vanhuksen saamasta tuesta ja avusta kotioloissa.

6.4.2 Vanhusten mahdollisuus päästä psykiatriseen hoitoon

Tämän tutkimuksen 65 vuotta täyttäneistä potilaista 63 % siirtyi sairaalasta kotiin. Psykiatriseen sairaalaan lähettämistä konsultoiva psykiatri suositteli 14 %:lle ja psykiatriseen avohoitoon lähettämistä 52 %:lle. 65 - 74-vuotiaille suositeltiin psykiatrista avohoitoa harvemmin kuin alle 65-vuotiaille ja 75 vuotta täyttäneille vielä harvemmin kuin 65 - 74-vuotiaille. Tutkimus tukee aikaisempia havaintoja, että eläkeikäisiä lähetettiin merkitsevästi vähemmän kuin työikäisiä psykiatriseen erikoissairaanhoidon (Cardoso ym. 1994, Draper 1994), jonka tarve on Kuopiossa tehdyn tutkimuksen mukaan noin 8 % yli 65-vuotiailla miehillä ja noin 10 % naisilla (Kontkanen ym. 1995). Kuitenkin tarkasteltaessa tämän tutkimuksen tuloksia voidaan havaita, että yleissairaalassa tapahtunut psykiatrin konsultaatio oli myös vanhuksilla väylä psykiatriseen hoitoon, sillä 75 vuotta täyttäneistä aiemmin psykiatrisesti hoitamattomista potilaista 49 % ohjattiin psyykkisen ongelman vuoksi avohoitoon, joka tapahtui yleisimmin terveyskeskuksessa. Tämän tutkimusaineiston 65 vuotta täyttäneistä potilaista 23 %:lle suositeltiin hoitoa psykiatrisen erikoissairaanhoidon yksikössä. Psykykenlääke aloitettiin merkitsevästi yleisemmin 65 vuotta täyttäneille kuin nuoremmille. Vanhuspsykiatristen palveluiden heikko saatavuus lienee ongelma monissa kunnissa (Pitkälä ym. 1999).

Tämän tutkimuksen 75 vuotta täyttäneistä potilaista 42 % ja 65 - 74-vuotiaista potilaista 34 % siirtyi toiseen sairaalaan tai laitokseen. Tämä toiseen laitokseen siirtyminen voi olla syynä siihen, ettei näille vanhuksille suunniteltu psykiatrisen erikoissairaanhoidon tasoista jatkohoitoa. Mahdollisesti somaattisiin sairauksiin liittyvien psyykkisten ongelmien ja sairauksien aiheuttaman laitossijoituksen tarpeen johdosta juuri nämä vanukset olisivat tarvinneet psykiatrista asiantuntemusta. Fyysinen ja psyykinen sairastaminen, erityisesti depressio, kasaantuvat samoille henkilöille (Mayou & Hawton 1986, Lipowski 1991). Tämän tutkimuksen tuloksista nähdään toisaalta, että 65-74-vuotiaista 25 %:lla ja 75 vuotta täyttäneistä 22 %:lla oli jo jossakin meneillään oleva psykiatrisen hoito.

6.4.3. Psykogeriatriiset toimintatavat yleissairaalassa

Tarkasteltaessa vanhuksiin suuntautunutta yleissairaalapsykiatrista toimintaa havaitaan tämän tutkimuksen perusteella, että konsultoivan psykiatrin asettaman kiireellisyysjärjestyksen mukaisesti vanhuksia tavattiin harvemmin konsultaatiopyynnön saapumispäivänä kuin alle 65-vuotiaita potilaita (44 versus 61 %) ja että psyysenlääkehoidon järjestelyssä psykiatri oli aktiivisempi kuin työikäisten potilaiden tapauksissa. Löydös tukee aikaisempaa tutkimushavaintoa, että vanhukset lähetetään yleissairaalapsykiatriseen konsultaatioon myöhemmässä sairaalahoitovaiheessa kuin nuoremmat potilaat (Cardoso ym. 1994) ja että konsultoiva psykiatri on aktiivinen vanhuspotilaiden psyysenlääkityksen aloittamisessa (Lippert ym. 1990, Ruskin 1993).

6.4.4. Muuttuva psykogeriatriinen toiminta yleissairaalassa

Tämän Oulun yliopistollisessa sairaalassa suoritettuna psykogeriatriasta toimintaa käsittelevän tutkimuksen havaintojen perusteella voidaan todeta, että yleissairaala ei nähnyt yhtään tarpeellisempaa ohjata ikääntyneitä yleissairaalapsykiatriseen konsultaatioon vuosina 1995 – 1996 kuin 1991 - 1992. Terveystieteiden priorisoinnit alkoivat mahdollisesti 1990-luvun alussa vaikuttaa vanhuspotilaiden hoitoon. Yleissairaalapsykiatriseen toimintatapaan on voinut vaikuttaa vuoden 1993 alussa voimaan tullut valtionosuusuudistus sekä taloudellisen laman heijastuminen sairaaloiden tutkimus- ja hoitomahdollisuuksiin. Potilaiden odotusajat perusterveydenhuollosta erikoissairaanhoidon hoitoon ovat pidentyneet (Vehviläinen ym. 1999) ja hoitajaksot lyhentyneet. Perusterveydenhuollosta erikoissairaanhoidon tulleissa läheteissä ehdotetaan vain sen erikoisalalan tutkimuksia, jonne lähete on suunnattu. Yhteistyö erikoisalajien välillä on vaikeutunut. Perusterveydenhuolto päättää myös, kuinka monta kertaa potilasta voidaan tavata kullakin polikliinisellä tutkimusjaksolla.

Laitospotilaita ohjattiin tästä tutkimuksesta saatujen havaintojen perusteella vuosina 1991 - 1992 yleisemmin yleissairaalapsykiatriseen konsultaatioon kuin vuosina 1995 - 1996. Laitospotilaita ei joko lähetetä yleissairaalaan tai yleissairaalassa hoidossa olevia laitosvanhuksia ei ohjata psykiatriseen konsultaatioon. Toisaalta pyrkimys hoitaa vanhukset laitosten ulkopuolella kodeissa tai kodinomaisissa olosuhteissa voi näkyä yhä harvalukuisempien laitosvanhusten ohjautumisessa yleissairaalapsykiatriseen konsultaatioon.

Psykiatrisena päädiagnoosina oli vuosina 1991 - 1992 yleisimminkin elimellinen aivo-oireyhtymä, mutta vuosina 1995 - 1996 mielialahäiriö. Huolimatta väestön ikääntymisestä ja dementian esiintyvyyden lisääntymisestä yleissairaalapsykiatriseen konsultaatioon ohjattujen dementoituneiden ja deliriumpotilaiden osuudessa tapahtui vähenemistä.

Yleissairaalasta toiseen sairaalaan tai laitokseen siirtyi vuosina 1995 - 1996 vähemmän vanhuksia kuin vuosina 1991 - 1992. Kuitenkin tarkasteltaessa ikääntyneiden saamaa psykiatrista hoitoa tutkimusta edeltäneen viiden vuoden aikana nähdään, että vuosina 1995 - 1996 tutkimuksessa olleet potilaat olivat olleet yleisemmin psykiatrisessa hoidossa kuin 1991 - 1992 tutkimuksen potilaat. Tutkimus ei vastaa kysymykseen, oirehtivatko jälkimmäisen otannan potilaat enemmän vai olivatko he muuten käyttäneet psykiatrisia hoitomahdollisuuksia yleisemmin. Hoidon runsaalla ja aktiivisella tarjonnalla voidaan myös lisätä palveluiden tarvetta (Pitkälä ym. 1993).

Terveystieteiden muutokset vaikuttivat mahdollisesti yleissairaalapsykiatrian poli-klinikan toimintatapoihin Oulussa 1990-luvulla. Konsultaatiopyyntöihin vastattiin vuosina 1995 - 1996 nopeammin kuin vuosina 1991 - 1992. Ehkä hoitoaikojen lyhenemisen ja työ-paineiden lisääntymisen vuoksi yhteistyöpsykiatriassa tapahtui vähenemistä. Somaattisten erikoisalojen henkilökunta ei enää ollut vuosina 1995 - 1996 keskeinen konsultaatio-tapahtuman kohde eikä yhteistyökumppanikaan täydennettäessä vanhuspotilaita koskevia tietoja, kuten oli ollut vuosina 1991 - 1992. Konsultoiva psykiatri pyysi harvemmin somaattisia, selventäviä lisätutkimuksia tai henkilökuntaa täydentämään potilaita koskevia esitietoja. Potilaiden hoidon jatkuvuutta turvattiin yhteydenotoilla jatkohoitopaikkaan har-vemmin vuosina 1995 - 1996 kuin vuosina 1991 - 1992. Toiminta oli tehostunut yhteis-työpsykiatrian kustannuksella. Yhteistyö toteutui kuitenkin edelleen yleissairaala-psykiatrian ja somaattisten erikoisalojen välillä, ja jopa lisääntymistä tapahtui potilaiden kokonaishoidon suunnittelussa.

6.5. Toimintatavat yleissairaalapsykiatriassa Oulussa ja muualla Suomessa

6.5.1. Toiminta-aikataulun sovittaminen somaattiseen hoitoon

Tämän tutkimuksen perusteella voidaan havaita, että suomalaisissa sairaaloissa konsultaatiopyynnöt yleissairaalapsykiatralle tehtiin yleisimmin viiveettä. Läheteistä 56 % tehtiin kahden ensimmäisen hoitopäivän aikana. Toiminta oli nopeaa ja poikkesi aikai-
semmasta tutkimuksesta saadusta havainnosta, jonka mukaisesti 25 % pyynnöistä lähetettiin kahden ensimmäisen hoitopäivän aikana (Ormont ym. 1997). Sairaalahoitoon keitettyä yli kaksi viikkoa läheteitä ei juuri enää tullut. Konsultaatiopyyntöihin vastattiin nopeasti: 65 %:ssa läheteistä jo saman päivän aikana. Psykiatrin konsultaatioon ohjatuilla potilailla yhdistettiin näin ollen jo hoidon alkuvaiheessa somaattisen ja psykiatrisen sairaanhoidon erikoisasiantuntemus. Psykiatrin konsultaation odottaminen ei myöskään viivästyttänyt sairaalasta lähtöpäivää.

6.5.2. Konsultaatioyhteistyöpsykiatria

Yleissairaalapsykiatrian painopistealueena on yhteistyöpsykiatria, jolla tarkoitetaan sitä, että psykiatria ja muut lääketieteen alat työskentelevät yhdessä. Tämä tutkimus osoittaa, että näin on myös tapahtunut. Konsultoiva psykiatri oli suunnittelemassa potilaiden lähtöpäivää sairaalasta 45 %:ssa tapauksista, kartutti tai pyysi somaattisen erikoisalan työntekijöitä kartuttamaan potilaita koskevia tietoja ulkopuolisista lähteistä 33 %:lla ja suositteli myös jonkun verran diagnostisia somaattisia lisätutkimuksia. Psykykenlääke aloitettiin konsultaation perusteella 40 %:lle potilaista. Psykiatrin käsityksen mukaan 10 % potilaista ei saanut riittävää tai asianmukaista somaattista hoitoa, koska psyykkiset oireet olivat vaikuttamassa somaattiseen vointiin. Psykiatri ehdotti näille potilaille hoidon tehostamista. Somaattisen hoidon vähentämistä psykiatri suositteli 3 %:lle potilaista, joiden hoidon tarve ei johtunut somaattisista sairauksista vaan psykogeenisistä syistä.

Tämä tutkimus osoitti, että yhteistyöpsykiatria oli Oulussa muita Suomen sairaaloita yleisemmin toimintatapana yleissairaalapsykiatrisessa konsultaatiotyössä. Oulussa psykiatri ehdotti yleisemmin somaattisia lisätutkimuksia ja potilaita koskevien esitietojen täydentämistä ulkopuolisista lähteistä sekä somaattisen hoidon tehostamista kuin muiden Suomen sairaaloiden konsultoivat psykiatrit. Potilaiden lähtöpäivän suunnittelu ja yhteydenotto jatkohoitopaikkoihin tapahtuivat Oulussa myös yleisemmin konsultaatiotapahtumaan liittyvinä kuin muissa Suomen sairaaloissa.

Yllättävin havainto tutkimuksessa oli, että Oulussa konsultaatiotapahtuman keskeisin kohde oli somaattisen osaston henkilökunta 45 %:ssa konsultaatioista, kun muualla Suomessa osuus oli 4 %. Oulussa yleissairaalapsykiatrisen työn lähtökohtana on ollut poliklinikan perustamisesta vuodesta 1974 lähtien yhteistyöpsykiatria. Tulos osoittaa, että alkuperäinen toiminta-ajatus on ollut kestävä.

6.6. Mitä valmiuksia yleissairaalapsykiatrisella poliklinikalla tulisi olla?

6.6.1. Tavoitteellinen toimintamalli

Saavutettuaan ihanteellisen toimintamallin yleissairaalapsykiatrian poliklinikka vastaa sairaalansa antamiin tehtäviin. Yleissairaalapsykiatria suorittaa konsultaatiotapahtumissa tai koulutustilanteissa asennekasvatusta somaattisilla erikoisaloilla psykiatrian hyväksymiseksi osana potilaiden hyvää hoitoa (Wells 1994). Kun somaattisilla erikoisaloilla on hyväksytty tilanne, että somaattista sairautta potee ihminen, jolla voi olla näkyviä psyykkisiä ongelmia tai hiljaista kärsimystä, siellä on rohkeutta kuunnella potilaita, tunnistaa normaalit sairauksiin liittyvät kriisit, hoitaa itse psyykkiset oireet tai

ohjata tarvittaessa potilaat yleissairaalapsykiatriseen konsultaatioon. Yleissairaalapsykiatriassa toimivilla työntekijöillä pitää olla somatiikan tuntemusta, jotta he voisivat tehdä yhteistyötä somaattisten erikoisalojen kanssa ja ymmärtää, mitä sairaus hoidettavalle potilaalle merkitsee. Psykiatrian alan ammattilaisen on somaattisesti sairaita potilaita hoitaessaan oltava jatkuvasti valppaana havaitsemaan mahdollisia uusia somaattisen sairauden merkkejä, joita ei saa erehtyä pitämään psyykkisinä oireina.

Yleissairaalapsykiatrian poliklinikka edustaa yleissairaalassa psykiatrian erikoisalaa ja välittää omalla erikoisalallaan asiantuntemustaan somaattisesti sairaiden potilaiden hoidossa. Yleissairaalapsykiatriaa ollaankin suunnittelemassa erityispätevyudeksi, joka on mahdollistunut Suomen Lääkäriliiton perustettua vuonna 1993 erityispätevyysjärjestelmän. Sen tarkoituksena on innostaa jäsenistöä lisäpätevoitymiseen ja ammatilliseen kehittymiseen (Halila & Halonen 1999). Jos tarvitaan aktiivista yleissairaalahoitoa jälkeistä hoitoa, konsultaatioyhteistyöpsykiatrin pitäisi toimia pontevasti jatkohoitopaikkaan päin (Schnyder ym. 1997). Yhteistyöpsykiatriaa erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä on kehitetty erityisesti Tanskassa, josta malli on siirtynyt Ruotsiin ja myös Norjaan (Eliasson & Srandberg 1998). Somaattisiin sairauksiin liittyvät hoitomuodot lääkehoitoineen ja diagnostiikka muuttuvat. Yleissairaaloidessa hoidettavilla sairauksilla on yhä akuutimpi luonne. Sairaalahoitajaksot lyhenevät. Potilaiden ikä nousee. (Cavanaugh & Milne 1995.) Toimiessaan ihanteellisesti yleissairaalapsykiatrian poliklinikka muuttuu yleissairaalan mukana. Yleissairaalapsykiatrin konsultatiotoiminta on aina toisen erikoisalan maaperälle tunkeutumista, minkä vuoksi yleissairaalapsykiatrian poliklinikalla toimivilta työntekijöiltä vaaditaan toiminnassaan hienovaraisuutta. Somaattisten erikoisalojen työtä seurattessaan myös yleissairaalapsykiatrian ammattilainen oppii uusia toimintapoja. Yleissairaalapsykiatrian tulevaisuuden vahvistamiseksi tarvitaan rakenteiden ja suunnan tarkistamista ja yleissairaalapsykiatrian standardien yhdenmukaistamista (Wright ym. 1996).

6.6.2. Ajankohtainen tilanne

Yleissairaalapsykiatrin toiminta vastaa Suomessa sairaaloidensa antamiin konsultatiotehtäviin. Yleissairaaloidessa ei ilmeisesti kuitenkaan tunnisteta tai ei lähetetä kaikkia psykiatrista apua tarvitsevia potilaita yleissairaalapsykiatriseen konsultaatioon. Aikaisempien tutkimusten mukaan yleissairaaloidessa olevista potilaista 30 – 50 %:lla on myös psyykkisiä tai psykososiaalisia ongelmia (Lipowski & Wolston 1981, Huysse ym. 1993, Arolt ym. 1995). Henkilöstövoimavarojen niukkuuden vuoksi eivät kuitenkaan seulonta ja aktiivinen ongelmien etsiminen ole yleissairaalapsykiatristen toimintamahdollisuuksien rajoissa (Holm 1987). Yhdysvalloissa yleissairaalapsykiatrista yksiköitä kartoittaneessa tutkimuksessa todettiin suurimpana ongelmana rahoitusjärjestelyt ja alimiehitys. Useissa yksiköissä yhteistyöpsykiatrin toiminta oli vähentynyt tai

lakannut (Cavanaugh & Milne 1995). Terveysthuollon rahoituksessa tapahtuneet muutokset ovat toisaalta nostaneet yleissairaalapsykiatrisen konsultaatioyhteistyöpsykiatrisen arvoa (Hall & Frankel 1996). Norjassa on nähty tarvetta lisätä psykiatrisia palveluita somaattisissa yksiköissä (Malt ym. 1997).

Tiedonkulussa yleissairaalasta potilaan jatkohoitopaikkaan on ongelmia. Norjassa tätä selvitettiin, koska vaikutti siltä, että konsultaatiiovastauksen sisältö ei siirry somaattisilta osastoilta jatkohoitoon. Tutkimuksen perusteella todettiin, että jonkinlainen tieto psykiatrisesta konsultaatiosta siirtyy 84 %:ssa loppulausuntojen mukana. Konsultaatiopyyntö ja -vastaus sellaisenaan siirtyivät 71.5 %:ssa, psykiatrinen diagnoosi 66.7 %:ssa ja suositukset 76.2 %:ssa. Kaikkein parhaiten tieto kulki psykiatrisesta ja psykiatrisen sairaalahoidon tarpeesta. (Schnyder ym. 1997.)

Tämän tutkimuksen perusteella voidaan tehdä sellainen johtopäätös, että Suomessa yleissairaalapsykiatria voisi toimia aktiivisemmin tiedonkulun parantamiseksi ja potilaiden jatkohoidon turvaamiseksi suunniteltuihin hoitopaikkoihin. Oulussa psykiatri oli yhteydessä jatkohoitopaikkaan 54 %:ssa potilaista, muualla Suomessa 63 %:ssa, alle 65-vuotiaista 62 %:ssa ja 65 vuotta täyttäneistä 58 %:ssa. Tutkimuksesta ei käy selville, ottivatko somaattisten osastojen työntekijät yhteyttä jatkohoitopaikkaan niistä potilaista, joista psykiatri ei tätä yhteydenottoa tehnyt. Näkisin kuitenkin potilaiden psykiatrisen hoidon toteutuvan varmimmin, jos konsultoiva psykiatri tehostaisi toimintaansa yhteydenotoissa eikä jättäisi niitä somaattisille erikoisaloille.

Psykogeriatrisen konsultaatioyhteistyöpsykiatria kuuluu myös perusterveydenhuoltoon. Menestyksellisen yhteistyön perustekijöitä ovat perusterveydenhuollon lääkäreiden mielenkiinnon herääminen vanhusten psyykkisiin ongelmiin sekä psykogeriatrisen tarjoamat palvelut perusterveydenhuollon tarpeiden mukaan niin, että ne käsittävät sekä koulutuksen että fyysisen paikallaolon terveyskeskuksissa (Oxman 1996). Luontevan yhteistyön alku yleissairaalassa toimivan psykogeriatrisen ja perusterveydenhuollon välillä on yksittäisten potilaiden jatkohoidon suunnittelu.

7. Johtopäätökset ja suositukset

7.1. Johtopäätökset

Tästä tutkimuksesta saatujen tulosten perusteella voidaan esittää seuraavat johtopäätökset:

- 1) Yleissairaalapsykiatriseen konsultaatioon ohjautuu usein potilaita, joilla on aikaisempi psykiatrinen hoitokontakti ja joilla on jo psykiatrinen diagnoosi.
- 2) Psykkisiä oireita, joihin ei liity poikkeavaa tai häiritsevää käyttäytymistä, joko ei tunnisteta somaattisilla erikoisaloilla tai näistä oireista kärsiviä potilaita ei lähetetä yleissairaalapsykiatriseen selvittelyyn.
- 3) Suurimmalle osalle yleissairaalapsykiatriseen konsultatioon ohjatuista potilaista suositellaan psykiatrista jatkohoitoa.
- 4) Yleissairaalat ovat psyykkisesti oirehtivien, aikaisemmin hoitamattomien potilaiden väylä psykiatriseen hoitoon.
- 5) Kaikilla somaattisilla erikoisaloilla ei esiinny tai ei tunnisteta potilaiden psyykkisiä ongelmia tai ei nähdä tarpeelliseksi näiden hoitoa. Kynnys psykiatriseen konsultaation voi olla korkea.
- 6) Psykiatrista konsultaatiota on liian vähän, jos niitä verrataan tietoon somaattisesti sairaiden potilaiden psyykkisten oireiden yleisyyteen.
- 7) Yleissairaalapsykiatrinen toiminta on luonteeltaan ensihoitoluonteista. Konsultaatiopyyntöjen aiheina ovat ajankohtaiset psykiatriset oireet. Konsultaatiopyyntöihin vastataan nopeasti.
- 8) Yleissairaalapsykiatriseen konsultaatioon ohjattujen vanhusten osuus on aliedustettu otettaessa huomioon vanhusten osuus yleissairaaloiden potilaista ja vanhuksilla esiintyvä psyykkisten oireiden määrä, joka vielä lisääntyy somaattisten sairauksien yhteydessä.

9) Yleissairaaloissa on harvoin psykogeriatrissa asiantuntemusta. Suomessa on noin kaksikymmentä psykogeriatrian erikoislääkärinä, joista vain muutama toimii somaattisessa sairaalassa.

10) Eri sairaaloissa toimintatapoihin ovat vaikuttamassa jo yleissairaалapsykiatrian lyhyen historian aikana muodostuneet perinteet ja somaattisen sairaalan toimintatavat.

7.2. Suositukset

Yleissairaалapsykiatria tavoittaa vain pienen osan yleissairaaloiden psyykkisesti oireilevista potilaista. Miksi näin on ja miten lähetekäytäntöä voisi muuttaa vai onko yleensä tarpeen muuttaa, vaatii lisätutkimusta. Somaattiset osastot lähettävät yleissairaалapsykiatriseen hoitoon potilaita omien arviointiensa ja tarpeidensa perusteella. Mielenkiintoinen selvittelyn aihe olisi, kuinka lähetekäytäntö muuttuisi, jos psykiatri olisi valitsemassa somaattisilta osastoilta yleissairaалapsykiatriseen konsultaatioon ohjattavia potilaita. Yleissairaалapsykiatria on käytännössä kehittynyt omaksi psykiatrian erikoisalaksi, ja onkin perusteltua, että yleissairaалapsykiatriaa ollaan ehdottamassa Suomessa Suomen Lääkäriliiton erityispätevyydeksi.

Yleissairaалapsykiatrian on oltava jatkuvassa muutosvalmiudessa, koska somaattinen lääketiede kehittyä ja fyysisten sairauksien hoitolinjat muuttuvat. Yleissairaалapsykiatrian alalla toimivan psykiatrin on jatkuvasti seurattava lääketieteen kehitystä ja hänellä pitää olla valmiudet myös somaattiseen diagnostiikkaan ja hoitointerventioihin.

Yleissairaалapsykiatrian tehtävänä on toimia siltana yleissairaalan ja perusterveydenhuollon välillä ja siltana yleissairaalan ja perinteisen psykiatrian välillä.

Vanhusten määrän kasvaessa myös yleissairaaloiden asiakkaista yhä useampi on iäkäs potilas, joka tarvitsee somaattisen ja psykiatrisen lääketieteen tutkimuksen ja hoidon yhdistämistä. Psykogeriatrissa asiantuntemusta tarvitaan yleissairaaloissa lisääntyvästi. Laadun tavoittamiseksi tarvitaan psykiatreja, joilla on koulutus ja perehtyneisyys somaattisesti oirehtivien vanhusten hoitoon.

Psykogeriatrissa on osa yleissairaалapsykiatriaa, sillä psykogeriatrisen toiminnan on tapahduttava siellä, missä on psyykkisesti oirehtivia vanhuksia.

Lääkäreiden peruskoulutuksessa pitäisi lisätä psykosomatiikan ja yleissairaалapsykiatrian opetusta. Psykiatriaan erikoistuvien lääkäreiden koulutukseen olisi sisällyttävä psykosomatiikan, yleissairaалapsykiatrian ja psykogeriatrisen opetusta. Myös somaattisten erikoisalojen erikoistumiskoulutukseen pitäisi kuulua opetusta somaattisiin sairauksiin liittyvistä psyykkisistä ongelmista.

Konsultaatiotyötä tehdessään ja ratkaistessaan konsultoitavan potilaan ongelmaa yleissairaалapsykiatrilla on erinomainen mahdollisuus opettaa somaattisilla erikoisaloilla psykiatriaa ja erityisesti psykosomatiikkaa ja tehdä omaa aluettaan tunnetuksi.

8. Lähdeluettelo

- Aalberg V (1996) Somatoformiset häiriöt. Kirjassa: Achté K & Tamminen T (toim) Somatopsykiatria 99-106. Gummerus, Jyväskylä.
- Achté K Alanen Y & Tienari P (1981) Psykiatria 2: 272-274. WSOY, Juva.
- Achté K & Tamminen T (1996) Käytännön lääkärin psykoterapeuttinen toiminta. Kirjassa: Achté K & Tamminen T (toim) Somatopsykiatria 360-377. Gummerus, Jyväskylä.
- Adson DE, Crow SJ, Meller WH & Magraw RM (1998) Potential drug-drug interactions on a tertiary-care hospital consultation-liaison psychiatry service. *Psychosomatics* 39: 360-365.
- Alaja R (1999) Substance use disorders in psychiatric consultations. *Acta Universitatis Tamperensis* 653.
- Alaja R & Tienari P (1994) Yleissairaalaopsykiatrinen konsultaatio. Tutkimus psykiatrisista osastokonsultaatioista Tampereen yliopistollisessa sairaalassa vuonna 1991. Psykiatrian tutkimussäätiön julkaisusarja 109. Cosmoprint Oy, Helsinki.
- Alanko A (1981) Kokemuksia yleissairaalatasoisesta psykiatriasta. *Suom Lääkäril* 4: 225-231.
- Alanko A & Sorri P (1983) Psykiatria ja muu lääketiede. Kirjassa: Achté K, Suominen J & Tamminen T (toim) Seitsemän vuosikymmentä suomalaista psykiatriaa 341-344. Suomen psykiatriyhdistys r.y. Helsinki.
- Andrewes D (1992) The effect of psychotherapy on patients with cancer or coronary heart disease. *Curr Opin in Psychiat* 5: 380-384.
- Anttinen EE (1977) Mitä on psykosomatiikka? Psykosomatiikan symposiumi, Tampere, 1-7.
- Appleby L, Fox H, Shaw M & Kumar R (1989) The psychiatrist in the obstetric unit establishing a liaison service. *Br J Psychiatry* 154: 510-515.
- Arajärvi T, Backman A & Siltala P (1984) Lapsen psykosomatiikka. Weilin Göös, Espoo.
- Aro H (1988) Stress, development and psychosomatic symptoms in adolescence. *Acta Universitatis Tamperensis A* 242.
- Arolt V, Driessen M, Bangert-Verleger A, Neubauer H, Schurmann A & Seibert W (1995) Psychiatric disorders in hospitalized internal medicine and surgical patients. Prevalence and need for treatment. *Nervenarzt* 66: 670-677.
- Arolt V, Fein A, Driessen M, Dorlochter L & Mainz C (1998) Depression and social functioning in general hospital in-patients. *J Psychosom Res* 45: 117-126.
- Autio L (1985) Vanhus potilaana. *Duodecim* 19: 8-10.
- Baile WF, Brinker JA & Wachpress JD (1979) Signouts against medical advice from a coronary care unit. *J Behav Med* 2: 85-92.
- Basha I, Mukerji V, Langevin P, Kushner M, Alpert M & Beitman BD (1989) Atypical angina in patients with coronary artery disease suggest panic disorder. *Int J Psychiatry Med* 19: 341-346.
- Bass C (1994) Editorial, somatization disorders. The need for effective intervention studies. *Gen Hosp Psychiatry* 16: 379-380.
- Benbow SM (1987) Liaison referrals to a department of psychiatry for the elderly. *Int J Geriatr Psych* 2: 235-240.

- Berezin MA (1988) Reflections on psychotherapy with the elderly. Kirjassa: Sadavoy JM & Leszcz M (toim) *Treating the Elderly with Psychotherapy. The Scope for Change in Later Life* 45-63. International Universities Press, Madison.
- Bergener M (1992) Model for diagnosis and treatment of psychological and somatic disturbances in the elderly. A German Perspective. Kirjassa: Bergener M, Hasegawa K, Finkel S & Nishimura T (toim) *Aging and Mental Disorders, International Perspectives* 255-266. Springer Publishing Company, New York.
- Boland RJ, Diaz S, Lamdan RM, Ramchandani D & McCartney JR (1996) Overdiagnosis of depression in the general hospital. *Gen Hosp Psychiatry* 18: 28-35.
- Brown A & Cooper F (1987) The impact of a liaison psychiatry service on patterns of referral in a general hospital. *Br J Psychiatry* 150: 83-87.
- Buckley RA (1994) Differentiating medical and psychiatric illness. *Psychiat Ann* 24: 584-591.
- Burvill PW, Stampfer H & Hall W (1986) Does depressive illness in the elderly have a poor prognosis? *Aust N Z J Psychiatry* 20: 422-427.
- Busse E (1992) Quality of life. Kirjassa: Bergener M, Hasegawa K, Finkel S & Nishimura T (toim) *Affect and Mood in Late Life Aging and Mental Disorders. International Perspectives*. 38-55. Springer Publishing Company, New York.
- Caine E, Grossman H & Lyness J M (1995) Delirium, dementia, and other cognitive disorders and mental disorders due to a general medical condition. Kirjassa: Kaplan HI & Sadock BJ (toim) *Comprehensive Textbook of Psychiatry* 705-754. Williams & Wilkins, Baltimore.
- Campbell TL (1986) Family's impact on health. *Fam Syst Med* 4:135-328.
- Cardoso G, Ismail F & Barbosa A (1994) The elderly at the general hospital and liaison psychiatry. *Acta Med Port* 7: 601-605.
- Carney RM, Freedland KE & Jaffe AS (1990) Insomnia and depression prior to myocardial infarction. *Psychosom Med* 52: 603-609.
- Cassem EH (1995) Depressive disorders in the medically ill. An overview. *Psychosomatics* 36: S2-S11.
- Cassileth BR, Lusk EJ, Strouse TB, Miller DS, Brown LL, Cross PA & Tenaglia AN (1984) Psychosocial status in chronic illness. A comparative analysis of six diagnostic groups. *N Engl J Med* 311: 506-511.
- Cavanaugh S (1991) Depression in the medically ill. Kirjassa: Judd FK, Burrows GD & Lipsitt DR (toim) *Handbook of Studies on General Psychiatry* 283-303. Elsevier Science Publishers, Amsterdam.
- Cavanaugh S & Milne J (1995) Recent changes in consultation-liaison psychiatry. A Blueprint for the future. *Psychosomatics* 36: 95-102.
- Clarke DM, McKenzie DP & Smith GC (1995) The recognition of depression in patients referred to a consultation-liaison service. *J Psychosom Res* 39: 327-334.
- Clarke DM, Russell PA, Polglase AL & McKenzie DP (1997) Psychiatric disturbance and acute stress responses in surgical patients. *Aust N Z J Surg* 67: 115-118.
- Clarke DM & Smith GC (1995) Consultation-liaison psychiatry in general medical units. *Aust N Z J Psychiatry* 29: 424-432.
- Clarke DM, Smith GC & Herman HE (1998) Monash interview for liaison psychiatry (MILP), development, reliability, and procedural validity. *Psychosomatics* 39: 318-328.
- Cole MG, Primeau FJ, Bailey RF, Bonnycastle MJ, Masciarelli F, Engelsmann F, Pepin MJ & Ducic D (1994) Systematic intervention for elderly inpatients with delirium: a randomized trial. *Can Med Assoc J* 151: 965-970.
- Colgan S, Creed F & Klass H (1988) Symptom complaints, psychiatric disorder and abnormal illness behaviour in patients with upper abdominal pain. *Psychol Med* 18: 887-892.
- Collinson Y & Benbow SM (1998) The role of the old age psychiatry consultation liaison nurse. *Int J Geriatr Psych* 13: 159-163.
- Colón EA, Callies AL, Popkin MK & McGlave PB (1991) Depressed mood and other variables related to bone marrow transplantation survival in acute leukemia. *Psychosomatics* 32: 420-425.
- Conn DK (1993) Mental health issues in long-term care facilities for the elderly. Kirjassa: Conn DK, Herrmann N, Kaye A, Rewilak D, Robinson A & Schogt B (toim) *Practical Psychiatry in the Nursing Home* 1-18. Hogrefe & Huber Publishers, Seattle.

- Conte H & Karasu TB (1981) Psychotherapy for medically ill patients: Review and critique of controlled studies. *Psychosom Med* 22: 285-315.
- Craven JL, Rodin G, Johnson L & Kennedy H (1987) The diagnosis of major depression in renal dialysis patients. *Psychosom Med* 49: 482-492.
- Cremens MC, Calabrese LV, Shuster JL Jr & Stern TA (1995) The Massachusetts general hospital annotated bibliography. For residents training in consultation-liaison psychiatry. *Psychosomatics* 36: 217-235.
- Dam H (1993) Depression in patients with stroke. *Focus Depress (The Netherlands)* 4: 9-14.
- DeOliveira ER & Luis MA (1997) Psychiatric disorders related to alcohol and associated to general medical clinical diagnoses and / or surgical interventions in patients admitted to a general hospital. *Rev Lat Am Enfermagem* 5 (Suppl.): 51-57.
- Detre TP & Kupfer DJ (1975) General hospital psychiatric services. Kirjassa: Arieti S (toim) *American Handbook of Psychiatry* 5: 607-617. Basic Books Inc. Publishers, New York
- Draper B (1994) The elderly admitted to a general hospital psychiatry ward. *Aust N Z J Psychiatry* 28: 288-297.
- Draper B & Anstey K (1996) Psychosocial stressors, physical illness and the spectrum of depression in elderly inpatients. *Aust N Z J Psychiatry* 30: 567-572.
- Dvoredsky AE & Cooley HW (1986) Comparative severity of illness in patients with combined medical and psychiatric diagnoses. *Psychosomatics* 27: 625-630.
- Eisendrath SJ, Way LW, Ostroff JW & Johanson CA (1986) Identification of psychogenic abdominal pain. *Psychosomatics* 27: 705-712.
- Eliasson G & Strandberg EL (1998) Better communication between primary health care providers and hospital physicians. The Danish health care consultation model. *Nord Med* 113: 272-274.
- El-Rufaie OEF, Bener A, Ali TA & Abizeid MSO (1999) Psychiatric morbidity among hypertensive men: a controlled study. *Nord J of Psychiat* 53: 41-44.
- Epstein SA, Gonzales JJ, Stockton P, Goldstein DM & Green BL (1996) Functioning and well-being of patients in a consultation-liaison psychiatry clinic. *Gen Hosp Psychiatry* 18: 3-7.
- Eskola J (1983) Psykiatrinen terveydenhuolto – lainsäädännön ja julkisen toiminnan kehitys. Kirjassa: Achté K, Suominen J & Tamminen T (toim) Seitsemän vuosikymmentä suomalaista psykiatria 203-216. Suomen psykiatriyhdistys r.y. Helsinki.
- Eskola J & Vasama R (1980) Yleissairaalapsykiatria keskushallinnon kannalta katsoen. *Sairaala* 3: 84-85.
- Fagerstöm R & Achté K (1986) Psykiatrisia ongelmia iäkkäiden potilaiden hoidossa. *Suomen Lääkärilehti* 9: 820-822.
- Fairhurst K, Blair M, Cutting J, Featherstone M, Hayes B, Howarth M, Rose D & Stanley I (1996) The quality of hospital discharge: a survey of discharge arrangements for the over-65s. *Int J Qual Health Care* 8: 167-174.
- Faulstich ME (1987) Psychiatric aspects of AIDS. *Am J Psychiatry* 144: 551-536.
- Fauman MA (1983) Psychiatric components of medical and surgical practice, II: referral and treatment of psychiatric disorders. *Am J Psychiatry* 140: 760-763.
- Fava GA, Wise TN, Molnar G & Zielezny M (1985) The medical-psychiatric unit: a novel psychosomatic approach. *Psychother Psychosom* 43: 194-201.
- Fawzy F, Fawzy NW, Arndt LA & Pasnau RO (1995) Critical review of psychosocial interventions in cancer care. *Arch Gen Psychiatry* 52: 100-113.
- Fawzy FI, Fawzy NW, Kemeny ME, Elashoff R & Morton D (1990) A structured psychiatric intervention for cancer patients; I. changes over time in methods of coping and affective disturbance. *Arch Gen Psychiatry* 47: 720-725.
- Fawzy FI, Fawzy NW & Pasnau RO (1991) Burnout in the health professions. Kirjassa: Judd FK, Burrows GD & Lipsitt DR (toim) *Handbook of Studies on General Psychiatry*. Elsevier Science Publishers, Amsterdam, 119-130.
- Fawzy FI, Kemeny ME, Fawzy NW, Elashoff R, Morton D, Cousins N & Fahey J L (1990) A structured psychiatric intervention for cancer patients; II. changes over time in immunological measures. *Arch Gen Psychiatry* 47: 729-735.

- van der Feltz-Cornelis CM, Lyons JS, Huysse FJ, Campos R, Fink P & Slaets JP (1997) Health services research on mental health in primary care. *Int J Psychiatry Med* 27: 1-21.
- Fields SD (1991) History taking in the elderly: obtaining useful information. *Geriatrics* 46: 26-35.
- Finch EJJ & Katona LE (1993) Depression and physical illness in old age. *Focus on Depression* 4: 4-8.
- Fogel BS & Stoudemire A (1986) Organization and development of combined medical-psychiatric units: part 2. *Psychosomatics* 27: 417-428.
- Fogel BS & Summergrad P (1991) Evolution of the medical-psychiatric unit in the general hospital. Kirjassa: Judd FK, Burrows GD & Lipsitt DR (toim) *Handbook of Studies on General Psychiatry* 99-118. Elsevier Science Publishers, Amsterdam.
- Folks D & Ford C (1985) Psychiatric disorders in geriatric medical / surgical patients, part I. *South Med J* 78: 239-241.
- Folks DG, Ford CV & Regan WM (1984) Conversion symptoms in a general hospital. *Psychosomatics* 25: 285-295.
- Folks DG & Kinney FFC (1992) The role of psychological factors in dermatologic conditions. *Psychosomatics* 33: 45-54.
- Ford C & Folks D (1985) Psychiatric disorders in geriatric medical / surgical patients, part II. *South Med J* 78: 397-401.
- Ford CV & Folks DG (1985) Conversion disorders: an overview. *Psychosomatics* 26: 371-383.
- Friedman RS & Molay F (1994) A history of psychiatric consultation in America. *Psychiatr Clin North Am* 17: 667-681.
- Fulop G & Strain JJ (1985) Medical and surgical inpatients who referred themselves for psychiatric consultation. *Gen Hosp Psychiatry* 7: 267-271.
- Fulop G, Strain JJ, Vita J, Lyons JS & Hammer JS (1987) Impact of psychiatric comorbidity on length of hospital stay for medical / surgical patients: a preliminary report. *Am J Psychiatry* 144: 878-882.
- Gadlin W (1985) Psychiatric consultation to the medical ward: a group analytic and general systems theory point of view. *Int J Group Psychother* 35: 263-278.
- Garcia-Campayo J, Larrobia J, Lobo A, Pérez-Echeverria MJ & Campos R (1997) Attribution in somatizers: stability and relationship to outcome at 1-year follow-up. *Acta Psychiatr Scand* 95: 433-438.
- Garcia-Campayo JJ, Sanz-Carrillo C, Perez-Echeverria MJ, Campos R & Lobo A (1996) Screening of somatization disorder: validation of the Spanish version of the Othmer and DeSouza test. *Acta Psychiatr Scand* 94: 411-415.
- Gater RA, Kind P & Gudex C (1995) Quality of life in liaison psychiatry. A comparison of patient and clinician assessment. *Br J Psychiatry* 166: 515-520.
- Gray CS, Crabtree HL, O'Connell JE & Allen ED (1999) Waiting in the dark: cataract surgery in older people. *B M J* 318: 1367-1368.
- Greenhill MH (1981) Liaison psychiatry. Kirjassa: Arieti S (toim) *American Handbook of Psychiatry* 7: 672-702. Basic Books Inc. New York.
- Groves JE (1975) Management of the borderline patient on a medical or surgical ward: the psychiatric consultant's role. *Int J Psychiatry Med* 6: 337-348.
- Grunes JM (1988) The aged in psychotherapy. Psychodynamic contributions to the treatment process. Kirjassa: Sadavoy JM & Leszcz M (toim) *Treating the Elderly with Psychotherapy. The Scope for Change in Later Life* 31-44. International Universities Press, Madison.
- Hackett TP, Cassem NH, Stern TA & Murray GB (1987) Beginnings: consultation psychiatry in a general hospital. Kirjassa: Cassem NH (toim) *Massachusetts General Hospital Handbook of General Hospital Psychiatry* 1-8. Mosby, St Louis.
- Halila H & Halonen J (1999) Erityispätevyyksistä uudet säännöt. *Suom Lääkäril* 1-2: 7.
- Halila H & Myllymäki K (1998) Uusi erikoislääkäritutkintoasetus vähentää erikoisaloja rajusti. *Suom Lääkäril* 28: 3065-3066.
- Hall DJ (1994) A psychiatric liaison service in a general hospital. Referrals and their appropriateness. *Scott Med J* 39: 141-144.

- Hall RC & Frankel BL (1996) The value of consultation-liaison interventions to the general hospital. *Psychiatr Serv* 47: 418-420.
- Hall RC, Rundell JR & Hirsch TW (1994) Developing a financially viable consultation-liaison service. *Psychosomatics* 35: 308-318.
- Handrinos D, McKenzie D & Smith G (1998) Timing of referral to a consultation-liaison psychiatry unit. *Psychosomatics* 39: 311-317.
- Harenko A (1983) *Psykogeriatria*. Kirjassa: Achté K, Suominen J & Tamminen T (toim) Seitsemän vuosikymmentä suomalaista psykiatriaa 299-303. Suomen psykiatriyhdistys r.y. Helsinki.
- Hattori T, Taketani K & Ogasawara Y (1995) Suicide and suicide attempts in general hospital psychiatry: clinical and statistical study. *Psychiatry Clin Neurosci* 49: 43-48.
- Heikkinen A (1996) Psykosomaattisesti oireilevan potilaan psykoterapeuttinen osastohoito. Sarjajulkaisussa: Viinamäki H & Väänänen K (toim) Kehittyvää yleissairaalapyykiatriaa 112: 19-31. Psykiatrian tutkimussäätiön julkaisuja. Hakapaino Oy, Helsinki.
- Heikkinen A, Malinen H, Salke K & Viinamäki H (1993) Psykosomaattisesti oireilevien potilaiden psykiatrisen osastohoidon tuloksellisuus. Sarjajulkaisussa: Antikainen R, Lehtonen J & Isohanni M (toim) Psykiatrian tuloksia etsimässä 103: 77-92. *Psychiatria Fennica*, Psykiatrian tutkimussäätiö, Helsinki.
- van Hemert AM, van der Mast RC, Hengeveld MW & Vorstenbosch M (1994) Excess mortality in general hospital patients with delirium: a 5-year follow-up of 519 patients seen in psychiatric consultation. *J Psychosom Res* 38: 339-346.
- Henderson AS & Hasegawa K (1992) The epidemiology of dementia and depression in later life. Kirjassa: Bergener M, Hasegawa K, Finkel S & Nishimura T (toim) *Aging and Mental Disorders, International Perspectives* 65-79. Springer Publishing Company, New York.
- Heple J & Quinton C (1997) One hundred cases of attempted suicide in the elderly. *Br J Psychiatry* 171: 42-46.
- Hill DR, Kelleher K & Shumaker SA (1992) Psychosocial interventions in adult patients with coronary heart disease and cancer; a literature review. *Gen Hosp Psychiatry* 14 (suppl): 28-42.
- Hiltunen P (1993) Psykogeriatrian potilaan psykososiaalinen arviointi. Kirjassa: Isohanni M, Tienari P & Achté K (toim) *Vanhuus ja mielenterveys* 294-299. WSOY, Juva.
- Hiltunen P (1993) Psykogeriatrian työ yleissairaalassa. Kirjassa: Isohanni M, Tienari P & Achté K (toim) *Vanhuus ja mielenterveys* 112-119. WSOY, Juva.
- Hiltunen P (1994) Pähdeongelmainen vanhus perusterveydenhuollossa. *Suom Lääkäril* 27: 2653-2656.
- Hoitoketjuskirja (1998) OYS:n palveluyksiköt. Diagnostikohtaiset hoitoketjut. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 2: 93-94.
- Holm, H (1987) Yleissairaalapyykiatria, mitä se on. *Suom Lääkäril* 22-23: 2114-2116.
- Holm H (1991) Hypokondrian hoitokäytäntö. *Suom Lääkäril* 4: 302-303.
- Homma A, Shimonaka Y & Nakazato K (1992) Mental function and health status of centenarians. Kirjassa: Bergener M, Hasegawa K, Finkel S & Nishimura T. (toim) *Aging and Mental Disorders, International Perspectives* 23-37. Springer Publishing Company, New York.
- Huikko E (1997) Somaattiseen sairastamiseen liittyvät mielenterveysongelmat. Kirjassa: Heistaro S & Liimatainen K (toim) *Therapia Fennica* 983-987. Kandidaattikustannus Oy, Forssa.
- Huysse FJ (1997) From consultation to complexity of care prediction and health service needs assessment. *J Psychosom Res* 43: 233-240.
- Huysse FJ, Herzog T & Malt UF & Lobo A (1993) The effectiveness of mental health service delivery in the general hospital. Kirjassa: Fracchia GN & Theofilatou M (toim) *Health Services Research* 227-242. IOS Press, Amsterdam.
- Huysse FJ, Herzog T, Malt UF & Lobo A (1996) The European consultation-liaison workgroup (ECLW) collaborative Study. I. general outline. *Gen Hosp Psychiatry* 18: 44-55.
- Huysse FJ, Lyons JS & Strain JJ (1992) Evaluating psychiatric consultations in the general hospital. Multivariate prediction of concordance. *Gen Hosp Psychiatry* 14: 363-369.
- Huysse FJ, Lyons JS & Strain JJ (1993) The sequencing of psychiatric recommendations. Concordance during the process of a psychiatric consultation. *Psychosomatics* 34: 307-313.

- Huyse FJ, Strain JJ, Hengeveld MW, Hammer J & Zwaan T (1988) Interventions in consultation-liaison psychiatry: The development of a schema and a checklist for operationalized interventions. *Gen Hosp Psychiatry* 10: 88-101.
- Huyse FJ & van Tilburg W (1993) Euthanasia policy in The Netherlands: the role of consultation-liaison psychiatrists. *Hosp Community Psych* 44: 733-738.
- Hägglund TB (1980) Ikääntyneiden psykoterapia. *Suom Lääkäril* 12: 1009-1016.
- International Classification of Diseases (ICD-10) (1990) Mental and behavioural disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines. World Health Organization, Division of Mental Health, Geneva.
- Isohanni M (1989) Vanhus ja kotikäynti. Kirjassa: Isohanni M (toim) Ikääntyminen ja vanhusten hoitoyhteisö 183-192. Werner Söderström, Juva.
- Isohanni M (1996) Psykiatrin diagnostiikka perusterveydenhuollossa. Kirjassa: Isohanni M., Larivaara P & Winblad I (toim) Perusterveydenhuollon psykiatria 36-38. Gummerus, Jyväskylä.
- Isohanni M, Winblad I, Nieminen P, Hiltunen P & Spalding M (1996) A short DSM-III-R-based diagnostic instrument for screening mental disorders in geriatric institutions. *Int Psychogeriatr* 8: 459-468.
- Johnson JM (1987) Psychiatric aspects of AIDS: overview for the general practitioner. *J Am Osteopath Assoc* 87: 99-102.
- Joukamaa M & Raitasalo R (1987) Aleksitymia – ei sanoja tunteille. *Duodecim* 103: 67-72.
- Kaltiala-Heino R, Sorri P & Heikkinen ME (1997) Crisis treatment in a consultation-liaison unit. *Nord J Psychiat* 51: 267-273.
- Karhunen U & Raitta C (1985) Psychiatric reactions complicating intracapsular cataract surgery: a 5 years follow-up. *Acta Ophthalmol* 63: 45-49.
- Karjalainen K & Tervo T (1996) Kirurginen hoito ja psykye. Kirjassa: Achté K & Tamminen T (toim) Somatopsykiatria 318-328. Gummerus, Jyväskylä.
- Keinänen M & Keinänen M (1983) Psykogeriatristen sairaalapotilaiden tutkimus- ja hoitokäytäntö. *Suom Lääkäril* 29: 2543-2547.
- Kekki P & Laamanen R (1992) Vanhusväestö terveystalvelujen käyttäjänä. *Suom Lääkäril* 5: 425-430.
- Kellner R (1985) Functional somatic symptoms and hypochondriasis; a survey of empirical studies; *Arch Gen Psychiatry* 42: 821-833.
- Kellner R, Slocumb J, Wiggins RG, Abbott PJ, Winslow WW & Pathak D (1985) Hostility, somatic symptoms, and hypochondriacal fears and beliefs. *J Nerv Ment Dis* 173: 554-560.
- Koivumaa-Honkanen HT, Pajunen H, Kontkanen J & Väänänen K (1994) Kuopiossa uudenlaista konsultaatiota. Vastataanko vanhusten psykiatrisen hoidon tarpeeseen? *Suom Lääkäril* 29: 2947-2950.
- Kontkanen J (1996) Psykogeriatrista konsultaatio-liaison toimintaa yleissairaalassa. Sarjajulkaisussa: Viinämäki H & Väänänen K (toim) Kehittyvää yleissairaalapsykiatria. Psykiatrian tutkimussäätiön julkaisuja 112: 60-64. Hakapaino Oy, Helsinki.
- Kontkanen J, Viinämäki H, Koskinen T, Venäläinen E, Jääskeläinen J & Lehtonen J (1995) Vanhukset psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa. *Suom Lääkäril* 29: 3075-3080.
- Koopmans GT, Meeuwesen L, Huyse FJ & Heimans JJ (1996) Effects of psychiatric consultation on medical consumption in medical outpatients with low back pain. *Gen Hosp Psychiatry* 18: 145-154.
- Koopmans GT, Meeuwesen L, Huyse FJ, Meiland FJ & Donker JM (1995) Effects of psychiatric consultation on medical consumption in medical outpatients with abdominal pain. *Psychosomatics* 36: 387-399.
- Koponen H & Mahlanen A (1984) Kokemuksia psykogeriatrisen hoidon kehittämisestä. *Suom Lääkäril* 9: 719-722.
- Kornfeld DS (1997) Clinical ethics: an important role for the consultation-liaison psychiatrist. *Psychosomatics* 38: 307-308.
- Koskinen T (1991) Pseudodementia vanhuuden depression ilmenemismuotona. Kuopion yliopiston julkaisuja. Lääketiede, Alkuperäistutkimukset 12. Kuopion yliopiston painatuskeskus, Kuopio.
- Koskinen T, Elosuo R, Harenko A & Viukari M (1981) Vanhusten mielenterveyden hoidon järjestäminen. *Suom Lääkäril* 35: 2831-2836.

- Kraatari V & Vähä E (1975) Oulun keskusmielisairaala 1925-1975. Kirjapaino Osakeyhtiö Kaleva, Oulu.
- Kuusniemi R, Östring-Heikkinen A & Tienari P (1990) The liaison nurse (abstract). The 18th European Conference on Psychosomatic Research, Helsinki.
- Larivaara P (1987) Terveyskeskuksen lääkäripalvelujen suurkäyttäjät. *Acta Univ Oul D* 164.
- Lehtinen V (1993) Epidemiologia ja mielenterveyspalvelujen käyttö. Kirjassa: Isohanni M, Tienari P & Achté K (toim) Vanhuus ja mielenterveys 88-95. WSOY, Juva.
- Lehtinen V (1996) Depression hoito perusterveydenhuollossa. Kirjassa: Isohanni M., Larivaara P & Winblad I (toim) Perusterveydenhuollon psykiatria 68-76. Gummerus, Jyväskylä.
- Lehtinen V, Veijola J, Lindholm T, Väisänen E, Moring J & Puukka P (1993) Mielenterveyden pysyvyys ja muutokset suomalaisilla aikuisilla. UKKI-tutkimuksen 16-vuotisseurannan tulokset. *Kansaneläkelaitoksen julkaisuja Al* 36. Gummerus, Jyväskylä.
- Lehtonen J (1996) Espiuh. Sarjajulkaisussa: Viinamäki H & Väänänen K (toim) Kehittyvää yleissairaalaopsykiatriaa. *Psykiatrian tutkimussäätiön julkaisuja* 112: 4. Hakapaino Oy, Helsinki.
- Lehtonen J, Viinamäki H, Laukkanen E & Väänänen K (1990) Ovatko psykiatriset potilaat siirtymässä yleissairaaloihin. *Duodecim* 17: 1190-119.
- Leppävuori A (1996) Delirium ja dementia. Kirjassa: Achté K & Tamminen T (toim) *Somatopsykiatria* 257-271. Gummerus, Jyväskylä.
- Levenson JL (1992) Psychosocial interventions in chronic medical illness; an overview of outcome research. *Gen Hosp Psychiatry* 14 (suppl): 43-49.
- Lipowski ZJ (1991) Consultation-liaison psychiatry. Kirjassa: Judd FK, Burrows & Lipsitt DR (toim) *Handbook of Studies on General Psychiatry* 1-9. Elsevier Science Publishers B.V. Amsterdam.
- Lipowski ZJ & Wolston EJ (1981) Liaison psychiatry; referral patterns and their stability over time. *Am J Psychiatry* 138: 1608-1611.
- Lippert P, Conn D, Schogt B & Ickowicz A (1990) Psychogeriatric consultation general hospital versus home for the aged. *Gen Hosp Psychiatry* 12: 313-318.
- Lipsitt DR & Lipsitt MP (1991) Guidelines for working with families in consultation-liaison. Kirjassa: Judd FK, Burrows GD & Lipsitt DR (toim) *Handbook of Studies on General Psychiatry* 179-194. Elsevier Science Publishers B.V. Amsterdam.
- Lloyd GG (1986) Review article psychiatric syndromes with a somatic presentation. *J Psychosom Res* 30: 113-120.
- Lloyd GG (1991) Psychological reactions in physically ill patients. Kirjassa: Judd FK, Burrows GD & Lipsitt DR (toim) *Handbook of Studies on General Psychiatry* 29-41. Elsevier Science Publishers B.V. Amsterdam.
- Lobo A & Campos R (1997) The contribution of epidemiology to psychosomatic medicine. *Epidemiol Psychiatr Soc* 6: 40-47.
- Lobo A, Garcia-Campayo J, Campos R, Marcos G & Perez-Echeverria MJ (1996) Somatisation in primary care in Spain: I. estimates of prevalence and clinical characteristics. Working group for the study of the psychiatric and psychosomatic morbidity in Zaragoza. *Br J Psychiatry* 168: 344-348.
- Lobo A, Huysse FJ, Malt UF & Opmeer BC (1996) The ECLW collaborative study: patient registration form (PRF) instrument, training and reliability, European consultation / liaison workgroup. *J Psychosom Res* 40: 143-156.
- Lupke U, Ehlert U & Hellhammer D (1995) Effects of psychological treatment in the general hospital: follow-up study of patients with somatoform behavior. *Psychother Psychosom Med Psychol* 45: 358-365.
- Lyons JS, Hammer JS, Strain JJ & Fulop G (1986) The timing of psychiatric consultation in the general hospital and length of hospital stay. *Gen Hosp Psychiatry* 8: 159-162.
- Löyttynen AM & Koponen H (1998) Persoonallisuushäiriöt eri ikäkausina. *Suom Lääkäril* 25: 2687-2690.
- Maamme psykiatriset palvelut ja niiden kehittämistarpeet (1989) Lääkintöhallituksen työryhmien mietintöjä Nro 4. Valtion painatuskeskus, Helsinki.
- MacDonald AJD, Simpson A & Jenkins D (1989) Delirium in the elderly: a review and a suggestion for a research programme. *Int J Geriatric Psych* 4: 311-319.

- Malt EA, Bille H, Ekeberg O & Vandvik IH (1997) Consultation-liaison-psychiatry in Norway. Use of psychiatric services in somatic department. *Tidsskr Nor Laegeforen* 117: 1753-1756.
- Malt UF, Huysse FJ, Herzog T, Lobo A & Rijssenbeek AJ (1996) The ECLW collaborative study: III. training and reliability of ICD-10 psychiatric diagnoses in the general hospital setting - an investigation of 220 consultants from 14 European countries. European consultation liaison workgroup. *J Psychosom Res* 41: 451-463.
- Martin RL (1991) Somatoform disorders in the general hospital setting. Kirjassa: Judd FK, Burrows GD & Lipsitt DK (toim) *Handbook of Studies on General Psychiatry* 251-266. Elsevier Science Publishers B.V. Amsterdam.
- Mayou R (1989) The history of general hospital psychiatry. *Br J Psychiatry* 155: 764-776.
- Mayou RA (1997) Psychiatry, medicine and consultation-liaison. *Br J Psychiatry* 171: 203-204.
- Mayou R & Hawton K (1986) Psychiatric disorder in the general hospital. *Br J Psychiatry* 149: 172-190.
- Mayou R, Seagroatt V & Goldacre M (1991) Use of psychiatric services by patients in a general hospital. *B M J* 303: 1029-1032.
- Mayou R & Sharpe M (1991) Psychiatric problems in the general hospital. Kirjassa: Judd FK, Burrows GD & Lipsitt DR (toim) *Handbook of Studies on General Psychiatry* 11-28. Elsevier Science Publishers B.V. Amsterdam.
- Mayou R, Simkin R & Cobb A (1994) Use of psychiatric services by patients referred to a consultation unit. *Gen Hosp Psychiatry* 16: 354-357.
- Mayou R & Smith EBO (1986) Hospital doctors' management of psychological problems. *Br J Psychiatry* 148: 194-197.
- McDaniel JS, Musselman DL, Porter MR, Reed DA & Nemeroff CB (1995) Depression in patients with cancer. *Arch Gen Psychiatry* 52: 89-99.
- McDougall J (1999) Mielen teatterit. Yliopistopaino, Helsinki.
- Meeuwesen L, Huysse FJ, Koopmans GT, Heimans JJ (1996) Supervised integrated screening of low-back pain patients by a neurologist. A randomized clinical trial. *Gen Hosp Psychiatry* 18: 385-394.
- Meeuwesen L, Huysse FJ, Meiland FJ, Koopmans GT & Donker AB (1994) Psychiatric consultations in medical outpatients with abdominal pain: patient and physician effects. *Int J Psychiatry Med* 24: 339-356.
- Mezzich JE, Fabrega H, Coffmann Jr GA & Glawin YFW (1987) Comprehensively diagnosing geriatric patients. *Compr Psychiatry* 28: 68-76.
- Miller DK, Lewis LM, Nork MJ & Morley JF (1996) Controlled trial of a geriatric case-finding and liaison service in an emergency department. *J Am Geriatr Soc* 44: 513-520.
- Molander G (1999) Askel lyhenee, maa kutsuu – yli 80-vuotiaiden kuolema eletyn elämän varjossa. Suomen Mielenterveysseura SMS-Julkaisut.
- Munnichs JMA (1987) Psychosomatic problems in geriatrics. Kirjassa: Bergener M (toim) *Psychogeriatrics – An International Handbook* 96-105. Springer Publishing Co, New York.
- Murray GB (1987) Confusion, delirium, and dementia. Kirjassa: Kirjassa: Cassem NH (toim) *Massachusetts General Hospital Handbook of General Hospital Psychiatry* 89-120. Mosby, St Louis.
- Mäkikyrö T, Karvonen JT, Hakko H, Joukamaa M, Isohanni M, Nieminen P, Jones P & Järvelin MR (1999) Sairaalassa hoidettujen psyykkisten ja fyysisten sairauksien yhtäaikaista esiintyvyyttä. *Duodecim* 115:76.
- Organization of Care in Psychiatry of the Elderly, a Technical Consensus Statement (1997). WHO, Geneva.
- Ormont MA, Weisman HW, Heller SS, Najara JE & Shindlecker RD (1997) The timing of psychiatric consultation requests. Utilization, liaison, and diagnostic considerations. *Psychosomatics* 38: 38-44.
- Oxman TE (1996) Geriatric psychiatry at the interface of consultation-liaison psychiatry and primary care. *Int J Psychiatry Med* 26: 145-153.
- Pablo RY & LaMarre CJ (1988) Psychiatric consultation in a general hospital. *Can J Psychiatry* 33: 224-230.

- Packwood EE, Cruz OA, Rychwalski PJ & Keech RV (1999) The psychosocial effects of amblyopia study. *Journal Aapos* 3:15-17.
- Pahkala K, Kesti E, Saviaro-Köngäs P, Laippala P & Kivelä SL (1993) Iäkkäiden depressioiden vallitsevuus. *Gerontologia* 7: 3-18.
- Pajarillo EJ, Sers AJ, Ryan RM, Headley B & Nalven C (1997) Consultation-liaison psychiatric nursing in long-term care. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 35: 24-30.
- Pakaslahti A (1996) Psykosomaattisia ongelmia yleissairaala psykiatriin näkökulmasta. Kirjassa: Achte K & Tamminen T (toim) *Somatopsykiatria* 36-50. Gummerus, Jyväskylä.
- Persson G (1980) Prevalence of mental disorders in a 70- year old urban population. *Acta Psychiatr Scand* 62:119-139.
- Phifer JF & Murrell SA (1986) Etiologic factors in the onset of deressive symptoms in older adults. *Abnormal Psychol* 95: 283-291.
- Pincus HA, Lyons JS & Larson DB (1991) The benefits of consultation-liaison psychiatry. Kirjassa: Judd FK, Burrows GD & Lipsitt DR (toim) *Handbook of Studies on General Psychiatry* 43-52. Elsevier Science Publishers B.V. Amsterdam.
- Pitkälä K (1996) Vanhuksen sekavuustila – alidiagnosoitu ja huonoennusteinen oireyhtymä. *Duodecim* 6: 485-492.
- Pitkälä K, Isometsä E, Henriksson M & Lönnqvist J (1999) Iäkkäiden itsemurhat Suomessa. *Duodecim* 2: 121-128.
- Pitkälä K, Kinnunen K & Tilvis R (1993) Vanhusten avohoidon vaikuttavuus. *Duodecim* 109: 567-575.
- Pitt B (1991) The mentally disordered old person in the general hospital ward. Kirjassa: Judd FK, Burrows GD & Lipsitt DR (toim) *Handbook of Studies on General Psychiatry* 225-229. Elsevier Science Publishers B. V. Amsterdam.
- Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin kuntainliittokertomus 1991 (1992). Osakeyhtiö Liitto, Oulu.
- Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin kuntainliittokertomus 1991 Tilasto-osa ja tilinpäätöstiedot (1992). Liitto, Oulu.
- Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä Toimintakertomus 1996 (1997). Painotalo Suomenmaa, Oulu.
- Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä Toiminta- ja taloussuunnitelma vuosille 1999-2001 (1998). Oulu.
- Ponteva M (1983) Sotilaspsykiatria ja psykiatria sodan aikana. Kirjassa: Achte K, Suominen J & Tamminen T (toim) *Seitsemän vuosikymmentä suomalaista psykiatriaa* 329-340. Suomen psykiatriyhdistys r.y. Helsinki.
- Popkin MK (1995) Consultation-liaison psychiatry. Kirjassa: Kaplan HI & Sadock BJ (toim) *Comprehensive Textbook of Psychiatry* 1592-1605. Williams & Wilkins, Baltimore.
- Powell T (1997) Consultation-liaison psychiatry and clinical ethics. Representative cases. *Psychosomatics* 38: 321-326.
- Priami M & Plati C (1997) The effectiveness of the mental health nursing interventions in a general hospital. *Scand J Caring Sci* 11: 56-62.
- Prinssi VP (1991) Lisää elämää vuosiin. *Vox* 13: 71-74.
- Prinz PN, Vitiello MV, Raskind MA & Thorpy MJ (1990) Geriatrics: sleep disorders and aging. *N Engl J Med* 323: 520-526.
- Psykiatrisen terveydenhuollon kehittämisohjelma 1977-1986 (1977) Lääkintöhallituksen työryhmän mietintö. Lääkintöhallitus, Helsinki.
- Pylkkänen K, Pöllänen R & Upanne M (1996) Psykoterapia Suomessa. *Stakes* 29. Gummerus, Saarijärvi.
- Ramchandani D, Lamdan RM, Dowd MAO, Boland R, Hails K, Ball S & Schindler BA (1997) What, why, and how of consultation-liaison psychiatry; an analysis of the consultation process in the 1990s at five urban teaching hospitals. *Psychosomatics* 38: 349-355.
- Reifler BV, Larson E & Hanley R (1982) Coexistence of cognitive impairment and depression in geriatric outpatients. *Am J Psychiatry* 139: 623-626.
- Reifler B, Raskind M & Kethley A (1982) Psychiatric diagnoses among geriatric patients seen in an outreach program. *J Am Geriatr Soc* 30: 530-533.

- Richman A & Harris P (1985) General hospital psychiatry: are its roles and functions adjunctive or pivotal? *Gen Hosp Psychiatry* 7: 258-266.
- Robinson JR (1989) The natural history of mental disorder in old age, a long-term study. *Br J Psychiatry* 154: 783-789.
- Robinson L (1991) Psychiatric consultation-liaison nursing. Kirjassa: Judd FK, Burrows GD & Lipsitt DR (toim) *Handbook of Studies on General Psychiatry* 53-62. Elsevier Science Publishers B.V. Amsterdam.
- Rosenbaum M & McCarty T (1994) The relationship of psychosomatic medicine to consultation-liaison psychiatry. *Psychosomatics* 35: 569-573.
- Roth M (1955) The natural history of mental disorder in old age. *J Ment Sci* 101: 281-301.
- Roulrier D, Tabatabay C, Roth A, & Haynal A (1991) Psychological impact of cataract surgery in the elderly patients. *Journal Fr Ophthalmol* 14: 5-11.
- Rundell JR & Hall RC (1997) Past mental health or substance use treatment history and psychiatric differential diagnosis in consultation-liaison patients. *Psychosomatics* 38: 262-268.
- Ruskin PE (1993) Geropsychiatric consultation in a university hospital: a report on 67 referrals. *Am J Psychiatry* 142: 333-336.
- Rönnemaa T & Karppi SL (1997) Terveiden ja toimintakyvyn muutokset terveillä 65-vuotiailla miehillä ja naisilla. Seurantatutkimus 80 vuoden ikään asti. Kansaneläkelaitos. Sosiaali- ja terveysturvan katsauksia. Kelan tutkimuskeskus. Kirjapainoalan työkokeilu, Turku.
- Saarinen P (1995) Itsemurhavaaran tunnistaminen terveydenhuollossa. Kuopion yliopiston julkaisuja D Lääketiede 73.
- Saarinen P, Hintikka J & Lehtonen J (1998) Somatic symptoms and risk of suicide. *Nord J Psychiat* 52: 311-317.
- Salkovskis PM, Storer D, Atha C & Warwick HMC (1990) Psychiatric morbidity in an accident and emergency department. Characteristics of patients at presentation and one month follow-up. *Br J Psychiatry*, 156: 483-487.
- Salokangas RKR (1993) Toiminnalliset mielenterveyden häiriöt. Kirjassa: Isohanni M, Tienari P & Achte K (toim) *Vanhuus ja mielenterveys* 195-232. WSOY, Juva.
- Saravay SM & Lavin M (1994) Psychiatric comorbidity and length of stay in the general hospital. A critical review of outcome studies. *Psychosomatics* 35: 233-252.
- Sarvilinna A (1938) *Mielisairaanhoidon kehityksestä Suomessa vuoteen 1919*. Vakka-Suomen kirjapaino, Uusikaupunki.
- Satterfield D, Keltner JL & Morrison TL (1993) Psychosocial aspects of strabismus study. *Arch Ophthalmol* 111: 1100-1105.
- Schnyder U, Feld C, Leuthold A & Buddeberg C (1997) Reference to psychiatric consultation in the discharge letter of general hospital inpatients. *Int J Psychiatry Med* 27: 391-402.
- Schor JD, Levkoff SE, Lipsitz LA, Reilly CH, Cleary PD, Rowe JW & Evans DA (1992) Risk factors for delirium in hospitalized elderly. *JAMA* 267: 827-831.
- Schulberg HC & Burns BJ (1985) The nature and effectiveness of general hospital psychiatric services. *Gen Hosp Psychiatry* 7: 249-257.
- Schulman KI, Silver IL, Hershberg RI & Fisher RH (1986) Geriatric psychiatry in the general hospital: the integration of services and training. *Gen Hosp Psychiatry* 8: 223-228.
- Schwab JJ (1968) *Handbook of Psychiatric Consultation*. Meredith Corporation, New York.
- Schwartz GM, Brayerman BG & Roth B (1987) Anxiety disorders and psychiatric referral in the general medical emergency room. *Gen Hosp Psychiatry* 9: 87-93.
- Scott J, Fairbairn A & Woodhouse K (1988) Referrals to a psychogeriatric consultation-liaison service. *Int J Geriatr Psych* 3: 131-135.
- Sensky T (1986) The general hospital psychiatrist: too many tasks and too few roles? *Br J Psychiatry* 148: 151-158.
- Shahinpour N, Hollinger-Smith L & Perlia MA (1995) The medical-psychiatric consultation liaison nurse. Meeting psychosocial needs of medical patients in the acute care setting. *Nurs Clin North Am* 30: 77-86.
- Shulman RW, Marton P, Fisher A & Cohen C (1996) Characteristics of psychogeriatric patient visits to a general hospital emergency room. *Can J Psychiatry* 41: 175-180.

- Sifneos PE (1979) *Short-Term Dynamic Psychotherapy*. Plenum Publishing Corporation, New York.
- Silvola I & Östring-Heikkinen A (1997) Hoitotyön konsultaatiot yleissairaalapsykiatrisessa toiminnassa. Työnohjaajakoulutus 1995-1997. Täydennyskoulutuskeskus, Oulun yliopisto.
- Sjödén I & Svedlund J (1987) *Psykoterapi*. Kirjassa: Abrahamsson H, Adami HO, Barány F, Berggren A, Dotevall G, Espmark S, Jönsson B, von Knorring AL, Lindberg G, Lööf L, Mattson B, Ottoson JO, Perski A, Ryd-Kjellén E, Sjödén I, Sjövall T, Strandvik B, Svedlund J, Theorell T, Uvnäs-Moberg K & Weinryb R (toim) *Gastrointestinal psykosomatik* 113-154. Lunds offset ab, Lund.
- Slaets JP, Kauffmann RH, Duivenvoorden HJ, Pelemans W & Schudel WJ (1997) A randomized trial of geriatric liaison intervention in elderly medical inpatients. *Psychosom Med* 59: 585-591.
- Smith GC, Clarke DM, Handrinós D & Dunsis A (1998) Consultation-liaison psychiatrists management of depression. *Psychosomatics* 39: 244-252.
- Smith GC, Strain JJ, Hammer JS, Wallack JJ, Bialer PA, Schleifer SS & McKenzie DP (1997) Organic mental disorders in the consultation-liaison psychiatry setting. A multi-site study. *Psychosomatics* 38: 363-373.
- Stoudemire A, Bronheim H & Wise TN (1998) Why guidelines for consultation-liaison psychiatry? *Psychosomatics* 39:S3-S7.
- Stoudemire A & Riether AM (1987) Evaluation and treatment of paranoid syndromes in the elderly: a review. *Gen Hosp Psychiatry* 9: 267-274.
- Strain JJ, Hammer JS, & Fulop G (1984) APM task force on psychosocial interventions in the general hospital inpatient setting. A review of cost-offset studies. *Psychosomatics* 35: 253-262.
- Strain JJ, Smith GC, McKenzie DP, Blumenfeld M, Muskin P, Newstadt G, Wallack J, Wilner A & Schleifer SS (1998) Adjustment disorder: a multisite study of its utilization and intervention in the consultation-liaison psychiatry setting. *Gen Hosp Psychiatry* 20: 139-149.
- Summergrad P (1994) Medical psychiatry units and the roles of the inpatient psychiatric service in the general hospital. *Gen Hosp Psychiatry* 16: 20-31.
- Suomen tilastollinen vuosikirja 1992. Tilastokeskus, Valtion painatuskeskus Oy, Helsinki.
- Suomen tilastollinen vuosikirja 1993. Tilastokeskus, Valtion painatuskeskus Oy, Helsinki.
- Tamminen T & Achté K (1996) Johdanto. Kirjassa: Achté K & Tamminen T (toim) *Somatopsykiatria* 8-15. Gummerus, Jyväskylä.
- Tautiluokitus ICD-10 (1995). Kirjapaino Oy West Point, Rauma.
- Tienari P (1983) Psykiatrian kehitys Oulun yliopistossa. Kirjassa: Achté K, Suominen J & Tamminen T (toim) *Seitsemän vuosikymmentä suomalaista psykiatria* 187-190. Suomen psykiatriyhdistys r.y. Helsinki.
- Tienari P (1985) Yleissairaalapsykiatria. *Duodecim* 101: 1712-1719.
- Tienari P (1993) Psykogeriatrian tulevaisuus. Kirjassa: Isohanni M, Tienari P & Achté K (toim) *Vanhuus ja mielenterveys* 325-332. WSOY, Juva.
- Tienari P (1994) Family stress and illness. Kirjassa: Hertz DG (toim) *Family Issues, An Interdisciplinary View on Family Stresses and Their Consequences* 49-63. Gefen Publishing House Ltd. Jerusalem.
- Tienari P (1996) Somaattinen sairaus ja perhe. Sarjajulkaisussa: Viinämäki H & Väänänen K (toim) *Kehittyvää yleissairaalapsykiatria*. Psykiatrian tutkimussäätiön julkaisuja 112: 12-18. Hakapaino Oy, Helsinki.
- Tucker GJ (1975) Psychiatric emergencies: evaluation and management. Kirjassa: Arieti S (toim) *American Handbook of Psychiatry* 5: 567-592. Basic Books, Inc. Publishers, New York.
- Tähkä V (1977) Potilas-lääkärisuhde. Kyriiri Oy, Helsinki.
- Tähkä V (1996) Mielen rakentuminen ja psykoanalyttinen hoitaminen. WSOY, Juva.
- Uchitomi Y, Akechi T, Okamura H, Kugaya A, Zensho H, Kagaya A, Saeki T, Okamoto Y, Nishida A, Takebayashi M & Yamawaki S (1998) Positive influence of a liaison program on the rate of psychiatric consultation referrals for cancer patients. *Psychiatry Clin Neurosci* 52: 275-278.
- Warneke L (1986) A psychiatric intensive care unit in a general hospital setting. *Can J Psychiatry* 31: 834-837.
- Wattis J & Martin C (1994) *Practical Psychiatry of Old Age*. Chapman & Hall, London.

- Vaz FJ & Salcedo MS (1996) A model for evaluating the impact of consultation-liaison psychiatry activities on referral patterns. *Psychosomatics* 37: 289-298.
- Vehviläinen A, Kumpusalo E, Kivelä SL & Takala JK (1999) Odotusajat erikoissairaanhoidon ennen valtionosuusuudistusta ja sen jälkeen. *Suom Lääkäril* 13: 1707-1711.
- Weinryb R & Rössel R (1986) Personality traits that can affect adaptation after colectomy. *Psychother Psychosom* 45: 57-65.
- Wells KB (1994) Depression in general medical settings. Implications of three health policy studies for consultation-liaison psychiatry. *Psychosomatics* 35: 279-296.
- Wertheimer J (1992) Organization of psychogeriatrics in western countries: a critical study. Kirjassa: Bergener M, Hasegawa K, Finkel SI & Nishimura T (toim) *Aging and Mental Disorders* 298-316. Springer Publishing Company, Inc. New York.
- Verwey B, Koopmans GT, Opmeer BC, Zitman FG & Huyse FJ (1997) Guidelines and their observance in the psychiatric care of failed suicides in general hospitals. *Ned Tijdschr Geneesk* 141: 1338-1342.
- Viinamäki H (1996) Psykiatria yleissairaalassa. Sarjajulkaisussa: Viinamäki H & Väänänen K (toim) *Kehittyvää yleissairaalapyykiatria. Psykiatrian tutkimussäätiön julkaisuja* 112: 5-11. Hakapaino Oy, Helsinki.
- Viinamäki H, Tienari P, Niskanen L, Niskanen M, Leppävuori A, Hiltunen P, Rahikkala H, Herzog T, Malt UF, Lobo A & Huyse FJ (1998) Factors predictive of referral to psychiatric hospital among general hospital psychiatric consultations. *Acta Psychiatr Scand* 97: 47-54.
- Winblad I & Hiltunen P (1996) Psykosomaattinen ongelma, sen tunnistaminen ja hoito. Kirjassa: Isohanni M., Larivaara P & Winblad I (toim) *Perusterveydenhuollon psykiatria* 58-64. Gummerus, Jyväskylä.
- Winblad I & Hiltunen P (1996) Vanhusten mielenterveystyö perusterveydenhuollossa. Kirjassa: Isohanni M., Larivaara P & Winblad I (toim) *Perusterveydenhuollon psykiatria* 107-119. Gummerus, Jyväskylä.
- Windgassen K, Weissen PH & Schmidt K (1997) Prejudice and judgement: psychiatric consultation from the viewpoint of the patient. *Psychiatr Prax* 24: 134-137.
- Virtanen H (1991) Vanhusten perhe- ja ympäristökeskeinen psykiatrinen hoito. *Annales Universitatis Turkuensis C* 85.
- Virtanen H (1993) Vanhusten itsemurhat. Kirjassa: Isohanni M, Tienari P & Achté K (toim) *Vanhuus ja mielenterveys* 233-244. WSOY, Juva.
- Wise TN (1995) Consultation-liaison research: the use of differing perspectives. *Psychother Psychosom* 63: 9-21.
- Wise TN, Mann LS, Dove HW, Pluchik E & Kiernan KW (1985) Patients' perceptions of psychiatric consultations. *Compr Psychiatry* 26: 554-557.
- Wright M, Samuels A & Streimer J (1996) Clinical practice issues in consultation-liaison psychiatry. *Aust N Z J Psychiatry* 30: 238-245.
- Vrobel TR (1989) Psychiatric aspects of congestive heart failure: implications for consulting psychiatrists. *Int J Psychiatry Med* 19: 211-225.
- Väisänen E (1996) Mielenterveyden häiriöt perusterveydenhuollossa. Kirjassa: Isohanni M., Larivaara P, & Winblad I (toim) *Perusterveydenhuollon psykiatria* 39-42. Gummerus, Jyväskylä.
- Yager J & Gitlin MJ (1995) Clinical manifestation of psychiatric disorders. Kirjassa: Kaplan HI & Sadok BJ (toim) *Comprehensive Textbook of Psychiatry* 1: 637-669. Williams & Wilkins, Baltimore.
- Youngner SJ (1997) Consultation-liaison psychiatry and clinical ethics. Representative cases. *Psychosomatics* 38: 321-326.
- Äärelä E (1995) Depressio ruumiillisen sairauden yhteydessä. Lundbeck, Serofset, Turku.
- Äärelä E, Saarijärvi S, Salminen JK & Toikka T (1997) Alexitymia features do not predict compliance with psychotherapy in consultation-liaison patients. *Gen Hosp Psychiatry* 19: 229-233.