

Tiia Takamäki

MIELENTERVEYSPOTILAAN KOHTAAMINEN ENSIHOIDOSSA

Kirjallisuuskatsaus

MIELENTERVEYSPOTILAAN KOHTAAMINEN ENSIHOIDOSSA

Kirjallisuuskatsaus

Tiia Takamäki
Opinnäytetyö
Kevät 2016
Ensihoidon koulutusohjelma
Oulun ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Oulun ammattikorkeakoulu
Ensihoidon koulutusohjelma

Tekijä: Tiia Takamäki

Opinnäytetyön nimi: Mielenterveyspotilaan kohtaaminen ensihoidossa - kirjallisuuskatsaus

Työn ohjaaja: Raija Rajala, Juha Ala-Kulppi

Työn valmistumislukukausi- ja vuosi: kevät 2016

Sivumäärä: 66

Ensihoidossa koodi 785, joka tarkoittaa mielenterveysongelmaa, on yksi yleisimmistä vastaan tulevista. Tämän lisäksi ensihoitajat kohtaavat mielenterveyden ongelmia myös muilla tehtäväkoodilla tulleissa tehtävissä. Avohoidon lisääntymisen vuoksi mielenterveysongelmaisen kohtaaminen päivystyksellisesti on lisääntynyt. Ensihoidossa ei kuitenkaan ole käytössä mitään protokollia tai yhtenäisiä käytäntöjä mielenterveyspotilaan kohtaamisen tai haastatteluun.

Tässä opinnäytetyössä haetaan integroivan kirjallisuuskatsauksen avulla tietoa mielenterveyspotilaiden kohtaamisesta, sekä haastattelusta. Lähteenä on käytetty ulkomaisia tutkimuksia ja ohjeistuksia, sekä kotimaisia että ulkomaalaista psykiatrian ja ensihoidon kirjallisuutta. Työn tilaajana toimii Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri, joka voi hyödyntää opinnäytetyötä ensihoidon henkilöstön tiedon lisäämiseen. Työn tavoitteena oli myös parantaa ensihoidon laatua esittämällä selkeä yhtenäinen hoitokäytäntö mielenterveyspotilaan kohtaamiseen.

Tutkimuksen tavoitteena on saada konkreettisia ohjeistuksia, miten tunnistaa erilaiset ensihoidossa oleelliset mielenterveyden häiriöt, miten kohdataan psykiatrinen potilas, miten potilasta voi haastatella ja mitä tietoja häneltä olisi hyvä saada selville.

Tietoperustassa esitellään ensihoidossa kohdattavia mielenterveyden häiriöitä: skitsofrenia, muut psykoosit, kaksisuuntainen mielialahäiriö ja persoonallisuushäiriöt. Tutkimus itsessään suoritettiin keräämällä tietoa eri lähteistä, muodostaen käytännönläheisen kokonaisuuden, jonka ohjeita potilaan kohtaamisesta ja haastattelusta on helppo soveltaa ensihoitoympäristöön.

Tärkeintä mielenterveyspotilaan kohtaamisessa on kunnioittava kohtelu, empaattinen asenne ja potilaan kuunteleminen, sekä aito halua auttaa potilasta. Potilaiden kokemukset ensihoidossa vaikuttavat pitkälle heidän jatkohoitonsa onnistumiseen asti. Ensihoitajan tärkein tehtävä on kirjata potilaan lähtötilanne, sekä sosiaalinen että fyysinen ympäristö mahdollisimman tarkasti. Potilaan haastatteluun voidaan käyttää siihen luotuja apuvälineitä, kuten MSE:tä tai PPEAT-työkalua. Yhtenäiset kirjaus- ja haastattelukäytännöt parantavat ensihoidon laatua, potilasturvallisuutta ja kommunikaatiota jatkohoitolaitoksessa.

Tutkimuksessa selvisi, että ensihoitoon olisi hyvä tuoda vakiintuneita käytäntöjä, protokollia ja työkaluja mielenterveyspotilaan kohtaamiseen.

Asiasanat: ensihoito, mielenterveys, mielenterveyshäiriö, mielenterveyspotilas, haastattelu, potilaan kohtaaminen

ABSTRACT

Oulu University of Applied Sciences
Degree Programme in Emergency Care

Author: Tiia Takamäki

Title of thesis: Facing Patients of Mental Health in Emergency Nursing - Literature Review

Supervisor: Raija Rajala, Juha Ala-Kulppi

Term and year when the thesis was submitted: spring 2016 Number of pages: 66

One the most common response code in emergency nursing is 785, which means a patient with a mental health problem. In addition, paramedics encounter a lot of mental health problems also in other response codes. Due to increasing amount of patients in out-patient care, the number of mental health patients in the acute care has increased. However, there are no protocols or concerted practices how to encounter or interview a mental health patient in acute care.

This thesis searches information about encountering and interviewing mental health patient through an integrative literature review. Information is gathered from foreign studies and guidelines, domestic and foreign psychiatry and emergency nursing literature. The orderer of this thesis is The South Ostrobothnia Hospital District, which can take advantage of this thesis for increasing the knowledge of the emergency nursing personnel. The aim of this thesis was also to improve the quality of emergency nursing by presenting a simple coherent practice for encountering patients in mental health tasks.

The aim of this thesis is to obtain concrete guidelines on how to identify the mental health problems that are essential in emergency nursing, how to encounter psychiatric patients, how patients can be interviewed and what kind of information is vital to be collected from the patient.

The theoretical base presents mental disorders encountered in acute care: schizophrenia and other psychoses, bipolar disorder, and personality disorders. The research itself was carried out by collecting information from different sources to form a practical package, creating a guideline which is easy to apply the emergency care environment.

The most important thing in facing a mental health patient is respectful treatment, an empathetic attitude, listening what the patient has to say, as well as a genuine desire to help the patient. Patient's experiences from emergency care have an effect to the success of their whole follow-up care. Paramedics main function is to record the patient's initial situation and the environment as closely as possible. There are utilities created to use when interviewing the patient, such as MSE or PPEAT tool. Uniform accounting and interview practices improve quality of acute nursing, patient safety and communication with the further care facility.

The study found that emergency nursing needs established practices, protocols, and tools for the encounter of mental health patient.

Keywords: emergency nursing, acute care, mental health, mental health patient, mental health issues, interview, facing the patient

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	6
2	MIELENTERVEYSPOTILAS ENSIHOIDOSSA	9
2.1	Ensihoito	9
2.2	Mielenterveys/mielenterveyspotilas	9
2.3	Potilaan kohtaaminen ja tutkiminen	10
3	MIELENTERVEYSHÄIRIÖIDEN TAUSTAA	12
3.1	Ongelmia mielenterveyden häiriöiden hoidossa	13
3.2	Mielenterveyspotilasta koskevat lait	15
3.2.1	Mielenterveyslaki	15
3.2.2	Laki potilaan asemasta ja oikeuksista	18
4	PERUSTIETOA MIELENTERVEYDEN HÄIRIÖISTÄ	19
4.1	Skitsofrenia	19
4.2	Muut psykoosit	23
4.3	Kaksisuuntainen mielialahäiriö	25
4.4	Persoonallisuushäiriöt	28
5	TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TUTKIMUSKYSYMYKSET JA TAVOITTEET	32
6	TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	33
6.1	Tutkimusmetodologia	33
6.2	Tutkimuksen toteuttaminen	34
6.3	Kirjallisuuskatsauksen laadun arviointi	36
6.4	Valitun aineiston analysointi	39
7	MIELENTERVEYSPOTILAS ENSIHOIDOSSA	42
7.1	Mielenterveyspotilaan kohtaaminen	42
7.1.1	Aggressiivisen potilaan kohtaaminen	45
7.2	Potilaan tutkiminen	47
7.3	Potilaan haastattelemineen	51
8	POHDINTA	56
	LÄHTEET	62

1 JOHDANTO

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen psykiatrisen erikoissairaanhoidon raportin mukaan vuonna 2013 psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa oli 26 561 potilasta, ja psykiatrisessa avosairaanhoidossa 159 131 potilasta (Rainio, Rätty 2015, 1). Mielenterveysongelmista kärsivät potilaat ovat haasteellinen potilasryhmä sairaalan ulkopuolisessa ensihoidossa. Ensihoidossa joudutaan yhä useammin tekemisiin akuuttien psykoottisten häiriöiden, huumeiden käyttäjien, sekä itsemurhaa yrittäneiden potilaiden kanssa. Syy potilasmäärien lisääntymiseen on psykiatristen palvelujen suuntaaminen enemmän kohti avohoitoa, sekä lyhentyneet hoitoajat. Psykiatriset potilaat saattavat myös olla yhteistyöhaluttomia ja jopa aggressiivisia hoidettavia, eikä heillä välttämättä ole sairautentuntoa. Ensihoidolla on myös tärkeä rooli potilaan tahdonvastaiseen hoitoon saattamisessa. Mielenterveysongelmaisen potilaan käytös ja huono hoitomyöntyvyys saattaa aiheuttaa ongelmia hoitoon toimittamisessa. (Castrèn, Kurola, Lund, Martikainen & Silfvast 2013, 657.)

Ensihoidossa ei ole mitään systemaattista mallia mielenterveyspotilaan kohtaamiseen, vaan jokainen hoitaja kehittää oman tapansa aikaisempien kokemuksensa, ja potilaan sen hetkisen tilan perusteella. Potilaan auttaminen kuitenkin vaatii selkeän toimintasuunnitelman hankalia tilanteita varten. Koska tällaista yhteistä käytäntöä ei ole, vaan mielenterveyspotilaiden kohtaaminen perustuu pitkälti vasta työelämässä omaksuttuun hiljaiseen tietoon, koen tarpeelliseksi tutkia aihetta enemmän ja hahmotella tutkimuksen pohjalta käytäntöjä, joita voisi soveltaa ensihoitoon. Ensihoitajat ovat terveydenhuollossa roolissa, joka vaatii jatkuvaa kehittymistä. Alana ensihoito on nuori, ja uusia hoitovälineitä ja tapoja tulee jatkuvasti lisää. Ensihoidolla on jatkuva paine kehittyä ollakseen kustannuksellisesti kannattavaa, ja täyttääkseen vaativat laatuksiteerit. Sama paine kehittyä tulee vaikuttamaan myös mielenterveyspotilaan kohtaamiseen. Ensihoidon rooli tulee mahdollisesti jopa lisääntymään tämän potilasryhmän hoidossa.

Käypähoidossa on laadittu suosituksia mielenterveyden häiriöiden hoitoon, joita voi hyödyntää tässä opinnäytetyössä. Suosituksia on tehty muun muassa depression, skitsofrenian, epävakaan persoonallisuuden sekä huumeongelmaisen hoitoon. (Käypä hoito. viitattu 24.11.2015.) Suomessa sairaanhoitajien asenteita mielenterveyspotilaisiin on tutkittu useassa AMK- ja YAMK-

opinnäytetyössä sekä muutamassa pro gradu -työssä. Näistä esimerkkeinä Satu Pietilän (2013) YAMK-opinnäytetyö: *"Sairaanhoitajien mielenterveys ja päihdeosaaminen"* sekä Paula Rannen (2009) pro gradu -tutkielma: *"Hoitajien asenteet mielisairautta ja mielenterveyspotilaita kohtaan"*. AMK-tason tutkimuksissa samoja asioita ovat käsitelleet muun muassa Susanna Rautio, Mikko Reinikainen ja Joanna Seivi (2014) opinnäytetyössään: *"ENSIHOITAJIEN AMMATILLISET VALMIUDET KOHDATA MIELENTERVEYSPOTILAITA – Selvitys Varsinais-Suomen aluepelastuslaitoksen ensihoitajien näkemyksistä sairaalan ulkopuolisessa ensihoidossa"* sekä Maija Manninen (2012) työssään: *" Mielenterveysongelmista kärsivä potilas sairaalan ulkopuolisessa ensihoidossa"*.

Näissä tutkimuksissa on todettu, että hoitajien ammatillisuus on pääsääntöisesti hyvää ja he pyrkivät suhtautumaan mielenterveyspotilaisiin asiallisesti ja myötätuntoisesti. Ongelmia on koettu etenkin aggressiivisten päihdepotilaiden kohtaamisessa. Osaamisen puutetta ilmeni psyykenlääkeosaamisessa, aggressiivisen potilaan kohtaamisessa sekä psykiatriseen hoitopolkuun ohjaamisessa. Ongelmaksi on välillä koettu myös psykiatrisen potilaan somaattinen tutkiminen. Mielenterveyspotilaan kohtaaminen vaatii hoitajalta enemmän herkkyyttä ja heittäytymistä kuin somaattisesti sairaan potilaan, joten tämän potilasryhmän kohtaaminen on sairaanhoitajalle myös kuormittavaa. Sairaanhoitajien ja ensihoitajien pakolliseen koulutukseen sisältyy 10–11 opintopistettä mielenterveyteen liittyviä teoriaopintoja ja käytännön harjoittelua. Syventävään koulutukseen on useimmissa ammattikorkeakouluissa valittavissa lisää kursseja. Aikaisemmissa aiheesta tehdyissä tutkimuksissa käy myös ilmi, että hoitajat toivovat lisää opastusta mielenterveyspotilaan kohtaamiseen.

Mielenterveyspotilaan kohtaamisesta tutkimuksia kuitenkin löytyi vähän. Suomessa ei ole aikaisemmin tehty sellaista systemaattista kirjallisuuskatsausta, joka keskittyisivät mielenterveyspotilaan käytökseen sekä siihen vaikuttamiseen. Erikseen on tutkittu muun muassa itsemurhaa, kuten Leevi Suominen (2012) työssään: *"Itsemurhalla uhkaavan potilaan kohtaaminen sairaalan ulkopuolisessa ensihoidossa"*, sekä väkivaltaisen tai psykoottisen potilaan kohtaamista. Halusin kuitenkin itse saattaa mielenterveyspotilaan kohtaamisen ensihoidossa kokonaisuudessaan saman opinnäytetyön alle. Ensihoidossa mielenterveyden ongelmien kirjo on laaja ja mielenterveysosaaminen on omasta mielestäni hyvin tärkeä osa hoitotasoista ensihoitoa.

Ulkomailla on tehty jonkin verran tutkimuksia tästä aiheesta. Mielenkiintoisimpana vuonna 2008 valmistunut *"Paramedics in Australia. Contemporary challenges of practice."*, jossa annetaan paljon käytännön ohjeita mielenterveysongelman tunnistamiseen ja kohtaamiseen. Kaikissa ulkomailla tehdyissä tutkimuksissa on kerrottu protokollien sekä mielenterveysosaamisen puutteesta päivystyksellisissä olosuhteissa kautta maailman. Protokollien laatiminen ja tähän asiaan keskittyminen on siis melko tuore suuntaus maailmanlaajuisestikin. Ulkomaille on laadittu jonkin verran ohjeistuksia päivystyksen henkilökunnalle, ja näitä voi minusta hyödyntää melko suoraan ensihoitoon, esimerkkinä Anne Mantonin (2013) tullut tutkimus *"Care of the Psychiatric Patient in the Emergency Department"*.

Aikaisemmissa tehdyissä AMK-tutkimuksissa on keskitytty pääsääntöisesti kokemusperäisen tiedon kokoamiseen, joten tällä hetkellä olisi hyvä yhdistellä kaikki tämä kerätty tieto yhtenäiseen teoreettiseen kirjallisuuskatsaukseen. Englannin kielellä on julkaistu kattavia kuvauksia kyseisen potilasryhmän kohtaamisesta, mutta tiedonhakuä tehdessäni huomasin, että suomeksi näitä tietoja ei ole koottu mihinkään yhtenäiseen raporttiin. Tämä oli siis yksi syy, miksi halusin tehdä aiheesta opinnäytetyön.

Opinnäytetyö tilaajana toimii Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. Se on muodoltaan integroiva kirjallisuuskatsaus, joka ottaa kantaa mielenterveyspotilaan kohtaamiseen sekä potilaan haastatteluun ja tutkimiseen. Lähdemateriaalina on käytetty sekä ulkomaalaisia että kotimaisia tutkimuksia ja psykiatrian teoksia.

2 MIELENTERVEYSPOTILAS ENSIHOIDOSSA

2.1 Ensihoito

Ensihoitoa on äkillisesti sairastuneen tai loukkaantuneen potilaan kiireellisen hoidon antaminen ja tarvittaessa potilaan kuljettaminen hoitoyksikköön. Ensihoitopalvelu on osa terveydenhuoltoa. Terveydenhuoltolaissa määritetään ensihoitopalvelu sairaanhoitopiirien järjestämäksi. Ensihoitopalvelun yksiköllä tarkoitetaan ensihoitopalvelun operatiiviseen toimintaan kuuluvaa kulkuneuvoa ja sen henkilöstöä. Ensihoidossa hoitotason yksikössä voi työskennellä ensihoitaja AMK tai laillistettu sairaanhoitaja, joka on suorittanut 30 opintopisteen lisäkoulutuksen. Toinen hoitaja voi hoitotason yksikössä olla terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetussa laissa tarkoitettu terveydenhuollon ammattihenkilö tai pelastajatutkinnon taikka sitä vastaavan aikaisemman tutkinnon suorittanut henkilö. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus ensihoitopalvelusta 2011. Viitattu 7.12.2015.) Tässä tutkimuksessa ensihoitajalla tarkoitetaan sairaanhoitajaa tai ensihoitaja AMK:ta. Ensihoidon alueena opinnäytetyössä on Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymän alue, joka kuuluu Tampereen Yliopistollisen sairaalan erityisvastuualueeseen. Asukkaita sairaanhoitopiirin alueella on 198 242. (Kunnat.net 2014. Viitattu 7.12.2015.)

2.2 Mielenterveys/mielenterveyspotilas

Mielenterveyden määrittely ei ole yksiselitteistä. Mielenterveyslaissa mielensterveystyöllä tarkoitetaan yksilön psyykkisen hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja persoonallisuuden kasvun edistämistä, sekä mielisairauksien ja muiden mielensterveystyöiden ehkäisemistä, parantamista ja lievittämistä. Mielenterveystyöhön kuuluvat mielisairauksia ja muita mielensterveystyöitä poteville henkilöille heidän lääketieteellisin perustein arvioitavan sairautensa tai häiriönsä vuoksi annettavat sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut. (Mielenterveyslaki 1990/1116, 1 §).

Kunnan sosiaali- ja terveydenhuolto vastaa alueensa asukkaidensa mielensterveystyöiden häiriöiden ehkäisystä, varhaisesta tunnistamisesta, asianmukaisesta hoidosta sekä kuntoutuksesta. Mielenterveystyöiden hoidossa avopalvelut ovat ensisijaisia. Mielenterveystyöpalveluja järjestetään myös

erikoissairaanhoidon psykiatrian poliklinikoilla ja psykiatrisilla osastoilla. Nämä hoitomuodot järjestää sairaanhoitopiirin kuntayhtymä. (Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö. Viitattu 7.12.2015.)

Mielenterveyspotilaan hoidossa tärkeimmät lait ovat mielenterveyslaki, jossa määritellään muun muassa edellytykset pakkohoidosta, laki potilaan asemasta ja oikeuksista sekä lastensuojelulaki. Tahdosta riippumatonta hoitoa voidaan antaa mielenterveyslain, päihdehuoltolain, tartuntatautilain ja kehitysvammaisten erityishuoltolain perusteella.

Ensihoidossa mielenterveyspotilas kohdataan yleensä, kun potilas ei pysty huolehtimaan itsestään tai on vaaraksi itselleen tai ympäristölleen. Tässä opinnäytetyössä mielenterveyspotilas määritellään ICD-10 tautiluokituksen mukaan määritellyn sairauden perusteella. Sairauden perusluokat ovat dementia, elimelliset aivo-oireyhtymät, lääkkeiden aiheuttamat käyttäytymisen sekä aivo-oireyhtymän häiriöt, skitsofrenia, psykoosiin liittyvä persoonallisuus ja harhaluuloisuushäiriöt, mielialahäiriöt, neuroottiset häiriöt, fysiologisiin tekijöihin liittyvät käyttäytymisoireyhtymät, älyllinen kehitysvammaisuus, aikuisiän persoonallisuus- ja käytöshäiriöt, psyykkisen kehityksen häiriöt sekä lapsuus- ja nuoruusiässä alkavat käytös- ja tunnehäiriöt. (Castrén, Kinnunen, Helveranta, Laurila, Paakkonen, Pousi & Väisänen 2012. 238.)

Tässä opinnäytetyössä käsitellään sellaisia mielenterveydenhäiriöitä, jotka vaikuttavat potilaan käytökseen niin, että hän saattaa muuttua haasteelliseksi käsitellä. Haasteellinen käytös katsotaan tässä työssä sellaiseksi, että se aiheuttaa ensihoitajalle tilanteen, jossa hän joutuu käyttämään sellaisia vuorovaikutus- ja haastattelutaitoja, joita hän ei välttämättä muiden potilasryhmien kanssa tarvitsisi.

2.3 Potilaan kohtaaminen ja tutkiminen

Potilaan kohtaaminen on tärkein osa ensihoitotyötä. Kohtaaminen hoitotyössä perustuu luottamukseen, turvallisuuteen, kärsivällisyyteen, yksilöllisyyteen, huolehtimiseen sekä hoitajuuteen. Hoitajan suhtautumista asiakkaisiin määrittelee pitkälle se, kuinka hän suhtautuu itseensä ihmisenä. Potilaan huomioiminen ja kommunikaation onnistuminen on kriittisin osa myös mielenterveyspotilaan hoitoa. Vuorovaikutus on tärkeä asia potilaan kohtaamistilanteessa. Siihen vaikuttavat sanallinen ja sanaton viestintä. Vuorovaikutuksen tavoitteena on päästä potilaan ja

hoitajan välillä yhteisymmärrykseen tilanteesta. (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007. 11, 39; Haho 2009, 32.)

Tässä tutkimuksessa potilaan kohtaamiseen kuuluu ensihoitotilanteeseen valmistautuminen ja tilannetietoisuuden ylläpitäminen, kontaktin luominen potilaaseen, sekä potilaan systemaattinen tutkiminen ja haastattelu. Opinnäytetyössä huomioidaan sekä ensihoitajan verbaalinen että non-verbaalinen viestintä mielenterveyspotilaan ja hänen omaisensa kanssa. Työssä tarkastellaan kohtaamista hoitajan näkökulmasta.

3 MIELENTERVEYSHÄIRIÖIDEN TAUSTAA

Varsinaista psykiatrista hoitoa tarvitsee elämänsä aikana noin joka kymmenes suomalainen (Lönnqvist & Lehtonen 2011. 22). Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011-raportin (2012) mukaan naisista 7% ja miehistä 4% on käyttänyt mielenterveyspalveluja viimeisen vuoden aikana. Yleisimmin palveluja käyttivät 30-44-vuotiaat ja vähiten yli 64-vuotiaat. Raportissa selvisi, että palvelujen käyttö ei korreloi ihmisten kokemaan mielenterveyteen, ja iso osa psyykkisesti oireilevista ei hae ollenkaan apua vaivoihinsa. Aikaisemmissa tutkimuksissa on selvinnyt, että vain viidesosa mielenterveydenhäiriöisistä on riittävässä hoidossa ja yli puolet on vailla mitään hoitoa (Joukamaa, Lönnqvist & Suvisaari 2011. 632).

Vuonna 2013 psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa Suomessa oli 26 561 potilasta. Hoitopäiviä psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa oli vuonna 2013 lähes 1,3 miljoonaa. Psykiatrisessa avosairaanhoidossa oli runsas 1,8 miljoonaa käyntiä ja 159 131 potilasta. Vuodeosastojen hoitopäivät ovat vähentyneet vuodesta 2006 jopa 29 prosenttia, samalla kun avohoidon käynnit ovat lisääntyneet 23 prosenttia. Miehillä yleisin syy sairaalahoitoon oli skitsofrenia tai päihteiden väärinkäyttö. Naiset puolestaan tulivat hoitoon useimmiten masennuksen vuoksi. Vuoden 2013 aikana 60 prosenttia erikoissairaanhoidon hoitajaksoista alkoi päivystyksenä ja 24 prosenttia potilaan tahdosta riippumattomalla läheteellä (M1-lahete). M1-laheteellä tulleiden potilaiden määrä on laskenut 27 prosenttia vuodesta 2005 lähtien. Jonkinasteista tahdon vastaista hoitoa (leposide, eristäminen, kiinnipitäminen) oli saanut 14 prosenttia potilaista. (Raunio & Rätty 2015. 1-10.) Myös Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirillä aikuisten mielenterveyspotilaiden osastojaksot ovat vähentyneet noin 31 prosenttia vuodesta 2006 vuoteen 2014 mennessä (EPSHP:n tilastot. Vuodeosastohoitopäivät erikoisaloittain vv. 2000 - 2014. Viitattu 29.12.2013).

Ympäri maailman on nähty viimeisen kymmenen vuoden aikana samanlaista mielenterveyden hoidon resurssien muokkautumista enemmän kohti avohoitoa. Samalla myös hoitopaikkoja psykiatrisessa hoidossa on vähennetty. Suomessa suurin muutos mielenterveystyöhön tuli 1970-luvulla, kun psykiatria alkoi siirtyä yhä enemmän avohoitoon. Samaan aikaan muutkin mielenterveydenhäiriöt kuin psykoosit saivat enemmän kiinnostusta alan tutkijoissa. Alana moderni mielenterveyden hoito on siis vielä melko nuorta. (Lönnqvist & Lehtonen 2011. 19.) Aiemmin mainitut asiat ovat aiheuttaneet mielenterveyspotilaiden määrän kasvua päivystyspoliklinikoilla ja ensihoidossa. Aiheesta on tehty lukuisia kansainvälisiä tutkimuksia,

joissa jotkin instanssit ovat ilmoittaneet mielenterveyspotilaiden määrän kasvaneen jopa kymmenkertaiseksi viimeisen kymmenen vuoden aikana (Shaban 2012. 2). Yhä suuremmaksi ongelman tekee se, että sekä päättäjät, vakuutusyhtiöt, työ- sekä terveydenhuoltopolitiikka tekevät yhä selvän eron fyysisten ja psyykkisten sairauksien välille, eikä mielenterveystyö saa tarpeeksi rahoitusta käyttöönsä. (Shaban 2008. 5.)

Sairaalan ulkopuolella kohdattavien mielenterveyspotilaiden määrä on jatkuvassa kasvussa. Etelä-Pohjanmaan esihoidossa koodi 785 (mielenterveysongelma) oli kymmenenneksi yleisin tehtäväkoodi vuonna 2013 (EPSHP:n tilastot. Yleisimmät ensihoidon tehtäväryhmät. Viitattu 29.12.2013). Täytyy kuitenkin ottaa huomioon, että mielenterveysongelma voi tulla esiin minkä tahansa muunkin koodin taustalta. Erityisesti itsemurhaa yrittäneet, huumeita käyttävät ja psykoottiset potilaat ovat lisääntyneet. Ensihoidolla on myös edelleen tärkeä rooli tahdonvastaiseen hoitoon toimittamisessa. (Holmström, Kuisma, Nurmi, Porthan, & Taskinen 2013. 675.) Suuri osa mielenterveyspotilasta ei kuitenkaan tarvitse ensihoitoa. Ensihoidoissa on pystyttävä tunnistamaan pikaista hoitoa vaativat psyykkiset tilat ja erottamaan ne kiireettömistä mielenterveydenhäiriöistä. Sairaalan ulkopuolella joudutaan siis usein arvioimaan potilaan henkistä tilaa ilman minkäänlaisia työkaluja tai protokollia. Shabanin (2008) tutkimuksessa australialaiset ensihoitajat kokivat, että ainut "hoito", jota he mielenterveyspotilaille voivat antaa, on kuljetus sairaalaan. He eivät kokeneet rauhoittelua ja psykologisen tuen antamista potilaan hoitamiseksi. Ensihoitajat raportoivat, että eivät yksikertaisesti osaa hoitaa mielenterveyspotilaita.

3.1 Ongelmia mielenterveyden häiriöiden hoidossa

Vaikka kaikilla muilla terveyden osa-alueilla länsimaissa yleinen terveys on parantunut, mielenterveys ei ole kohentunut kokonaisuudessaan samaa tahtia, jota ihmisten elinkaari on pidentynyt ja fyysinen terveys parantunut. Ongelmana on, että mielenterveyden häiriöihin voi liittyä voimakasta toimintakyvyn menetystä, syrjäytymistä, kärsimystä ja elämänlaadun heikkenemistä. (Lönngqvist & Lehtonen 2011. 26-27.)

Mielenterveysongelmia on usein vaikea tunnistaa sekä niistä kärsivien että hoitohenkilökunnan näkökulmasta. Oireet voivat olla moninaisia, ja ilmentyä sekä psyykkisinä tuntemuksina että fyysisesti, esimerkiksi erilaisina kiputiloina. Mielenterveysongelmaisilla on myös muita ihmisiä suurempi riski sairastua somaattisiin sairauksiin, erityisesti sydän- ja verisuonitauteihin sekä diabetekseen. Potilaat eivät usein tunnista oireitaan tai ole toimintakyvyltään sellaisia, että

pystyisivät niihin hankkimaan hoitoa. Vaikka mielenterveyden ongelmat sinällään eivät lyhennä potilaan elinikää, niiden vaikutukset potilaan kykyyn huolehtia itsestään ovat niin merkittävät, että esimerkiksi skitsofreenikon eliniänennuste on normaalia ihmistä lyhyempi. Toisaalta jotkin somaattiset sairaudetkin voivat aiheuttaa psyykkisiä oireita. Mielenterveyden häiriöt lisäävät myös riskiä joutua onnettomuuksiin. Lisäksi vanhempien mielenterveysongelmat vaikuttavat lasten terveyteen ja kehitykseen. (Lönqvist & Lehtonen 2011. 12-13; Joukamaa, Lönqvist & Suvisaari 2011. 639.) On kuitenkin hyvä muistaa, että mielenterveys ei ole mustavalkoinen asia. Kukaan ei ole koskaan täysin sairas tai terve. Vakavasti häiriintynytkin potilas kykenee monesti normaaliin toimintaan elämän joillain osa-alueilla. (Lönqvist & Lehtonen. 2011. 16.)

Potilaiden pelottavalta tuntuvat oireet, laitoshoidojaksot, pitkät hoitoajat, hoitojen sivuvaikutukset sekä yksinkertaisesti tiedon puute voivat aiheuttaa mielenterveyspotilaisiin kohdistuvia pelkoja ja epävarmuutta, sekä luoda kielteisiä asenteita. Potilaat kokevat syrjintää ja stigmatisaatiota sairautensa vuoksi. Ammattilaisten osaamaton suhtautuminen mielenterveyspotilaisiin heikentää hoitomyöntyvyyttä ja potilaan luottamusta hoitoon. On todettu, että ymmärrys sairauksista vähentää henkilökunnan ennakkoluuloja ja parantaa hoitosuhdetta. (Lönqvist & Lehtonen 2011. 16.)

Psykiatristen potilaiden erityispiirteitä muihin potilasryhmiin verrattuna on se, että he ovat usein sairautentunnotomia ja haluttomia hoitoon. Mielenterveysongelmat ja päihteiden väärinkäyttö kulkevat valitettavan usein käsi kädessä. Potilaiden käytös voi myös olla arvaamatonta, varsinkin jos kyseessä on päihteiden käyttö mielenterveysongelman yhteydessä. Myös psykoottiseen potilaaseen liittyy väkivallan riski. (Kuisma ym. 2013. 657-658.) Mielenterveyspotilaat saattavat perussairautensa vuoksi esittää myös muuten haasteellista käytöstä, kuten vaativuutta, riippuvuutta, dramaattisuutta, epäluuloisuutta tai manipuloivaa käytöstä. (Lönqvist 2011. 39.)

Ensihoidossa ongelmaksi muodostuu henkilöstön vähäinen mielenterveystyön koulutus ja osaaminen, sekä aiheeseen liittyvien protokollien puute. Psykiatrasta ja somaattista hoitoa on pitkään annettu omissa yksiköissään täysin erillään toisistaan. Perinteisesti somatiikan puolella työskentelevillä hoitajilla on ollut puutteelliset taidot hoitaa mielenterveyspotilaita. Vaikka on todettu somaattisten sairauksien kohdalla, että selkeät protokollat parantavat hoitoturvallisuutta, ei niitä ole mielenterveystyöhön vielä tuotu. Ensihoitajat pitävät akuutin mielenterveysongelmaisen kohtaamisessa tarvittavia taitoja tärkeänä, mutta keskimäärin arvioivat osaamisensa riittämättömäksi. Mielenterveyshäiriöisten kohdalla ensihoitajat luottavat usein intuition ja kokemuksen tuomaan tietoon. Kliininen arvio mielenterveyden häiriöistä muodostuu

usein potilaan fyysisistä oireista. American Journal of Emergency Medicinen tekemän tutkimuksen mukaan mielenterveyspotilas saa usein päivystystilanteessa väärän diagnoosin. Suurin syy diagnoosin epäonnistumiseen oli epäonnistunut tai puutteellinen mielentilan arvio. Arvion epäonnistumisen suurin syy oli protokollien puute sekä vähäiset ohjeistuksen mielenterveyspotilaan kohtaamiseen ja systemaattiseen haastatteluun. (Shaban 2012. 3-8; Shaban 2008. 7-8). Suomessa en löytänyt mistään ensihoidon järjestelmästä ohjeistusta mielenterveyspotilaan kohtaamisesta, haastattelusta tai kuljetustarpeen määrittämisestä. Olemassa olevat ohjeistukset käsittävät ainoastaan M1-lähetteellä tulevan potilaan kuljettamisen järjestämisen ja poliisin virka-avun hälyttämisen.

3.2 Mielenterveyspotilasta koskevat lait

Mielenterveyspotilaan hoitoa koskevat useat eri lait, sekä potilaan, että hoitajan osalta. Suomessa mielenterveyspotilaan hoitoa eniten koskettava mielenterveyslaki on tullut voimaan jo vuonna 1991, ja sen riittävyttä on kritisoitu nykypäivänä. Muita mielenterveyspotilaita koskettavia lakeja ovat: laki potilaan asemasta ja oikeuksista, päihdehuoltolaki, sekä lastensuojelulaki potilaan ollessa alaikäinen. (Holmström ym. 2013. 661.)

3.2.1 Mielenterveyslaki

Mielenterveyslaki turvaa potilaan pääsyn hoitoon ja määrittelee erityistilanteet tahdon vastaiseen hoitoon. Laissa määritellään myös mielisairauksia ja mielenterveyden häiriöitä poteville annettavat terveydenhuollon palvelut. Ensihoidon kannalta tärkein kohta laissa on tahdonvastaisen hoidon kriteerit. Täysi-ikäinen henkilö voidaan määrittää tahdon vastaiseen hoitoon, jos seuraavat kolme kriteeriä täyttyvät;

- 1) jos hänen todetaan olevan mielisairas;
- 2) jos hän mielisairautensa vuoksi on hoidon tarpeessa siten, että hoitoon toimittamatta jättäminen olennaisesti pahentaisi hänen mielisairauttaan tai vakavasti vaarantaisi hänen terveyttään tai turvallisuuttaan taikka muiden henkilöiden terveyttä tai turvallisuutta; ja
- 3) jos mitkään muut mielenterveyspalvelut eivät sovellu käytettäväksi tai ovat riittämättömiä.

Alaikäinen voidaan määrätä tahdostaan riippumatta psykiatriseen sairaalahoitoon myös, jos hänellä on vakava mielenterveyden häiriö, jonka ei tarvitse vielä olla mielisairaus. Muut kriteerit alaikäiselle ovat samat. (Mielenterveyslaki 1116/1990. 8§.) Alaikäisen hoitoon määrääminen ei edellytä huoltajan suostumusta, lääketieteelliset kriteerit ovat merkityksellisempiä (Joukamaa, Lönnqvist & Suvisaari 2011. 646).

Tahdon vastaiseen hoitoon lähettäminen tapahtuu niin, että virkasuhteessa oleva (perusterveydenhuollon) lääkäri tekee potilaasta tarkkailulähetteen (M1-lähetete), jolla hän määrää potilaan kuljetettavaksi sairaalaan tukittavaksi. Potilaan ilmoittajan ei tarvitse olla terveydenhuollon ammattihenkilö, vaan myös hänen omaisensa voi ilmaista huolen potilaan tilasta oman kuntansa terveyskeskukseen, jonka lääkäri perehtyy potilaan tilaan ja tekee tarvittaessa M1-lähetteen. Terveyskeskuksessa tutkimuksensa perusteella lääkäri voi todeta ovatko tahdosta riippumattoman hoidon edellytykset olemassa. Sen selvittämiseksi, ovatko tahdosta riippumattomaan hoitoon määräämisen edellytykset olemassa, henkilö voidaan ottaa enintään neljäksi päiväksi tarkkailuun psykiatriseen sairaalaan. Tarkkailuun otettavan potilaan M1-lähetteen on oltava enintään 3 päivää vanha. Mikäli potilas on haluton hakeutumaan hoitoon, voi valtioon virkasuhteessa oleva lääkäri pyytää poliisilta virka-apua potilaan hoitoon toimittamiseksi. Poliisi on myös velvollinen avustamaan kuljetuksessa, mikäli potilaan tila sitä vaatii. (Mielenterveyslaki 1116/1990. 9§ . 31§.)

Viimeistään neljäntenä päivänä tarkkailun aikana tulee siitä vastaavan lääkärin tehdä päätös ovatko edellytykset hoitoon määräämiseen tahdosta riippumatta olemassa, ja kirjoittaa kirjallinen M2-tarkkailulausunto. Potilasta ja alaikäisen potilaan huoltajia on kuultava myös heidän mielipiteistään. Jos edellytyksiä hoitoon ei ole, tarkkailusta on luovuttava ja potilaan on lupa poistua sairaalasta niin halutessaan. Jos tarvetta tahdonvastaisen hoidon jatkamiselle on, kirjoittaa hoidosta vastaava ylilääkäri M3-päätöksen. (Mielenterveyslaki 1116/1990 10§, 11§.)

Potilasta voi pitää tahdosta riippumattomassa hoidossa enintään kolme kuukautta. Jos tänä aikana vaikuttaa, että tahdon vastaisen hoidon kriteerit eivät täyty, tulee potilaasta tehdä uusi tarkkailulausunto. Jos kolmen kuukauden jälkeen hoitoa on jatkettava, se saa jatkua enintään 6 kuukautta, ja jatko on asetettava hallinto-oikeuden vahvistettavaksi. (Mielenterveyslaki 1116/1990 12§.)

Potilaan perusoikeuksia voidaan rajoittaa tahdosta riippumattoman hoidon aikana siinä määrin kuin sairauden hoito, hänen turvallisuutensa, tai toisen henkilön turvallisuus sitä vaatii.

Rajoittaminen on tehtävä turvallisesti ja ihmisarvoa kunnioittaen. Hoidosta päättää potilasta hoitava lääkäri, joka saa myös päättää muista hoidon suorittamisen kannalta välttämättömistä lyhytaikaisista rajoitustoimenpiteistä. Potilasta voidaan kieltää poistumasta sairaalan alueelta tai tietyn hoitoyksikön tiloista ja, jos potilas poistuu sairaalasta ilman lupaa, hänet voidaan noutaa takaisin sairaalaan. Potilaan poistumisen estämiseksi tai hänen siirtämisekseen saa toimintayksikön hoitohenkilökunta käyttää sellaisia tarpeellisia voimakeinoja, joita voidaan pitää puolustettavina. Potilas voidaan myös seuraavin perustein eristää muista potilaista:

- 1) jos hän käyttäytymisensä tai uhkauksensa perusteella todennäköisesti vahingoittaisi itseään tai muita,
- 2) jos hän käyttäytymisellään vakavasti vaikeuttaa muiden potilaiden hoitoa tai vakavasti vaarantaa omaa turvallisuuttaan tai todennäköisesti vahingoittaa omaisuutta merkittävästi, taikka
- 3) jos potilaan eristäminen on välttämätöntä muusta erittäin painavasta hoidollisesta syystä.

Potilaan eristämisestä ja sitomisesta päättää potilasta hoitava lääkäri suorittamansa tutkimuksen perusteella. Kiireellisissä tapauksissa hoitohenkilökuntaan kuuluva saa väliaikaisesti eristää tai sitoa potilaan, minkä jälkeen asiasta on välittömästi ilmoitettava lääkärille. Eristämisen aikana potilaalle on määrättävä valvova vastuuhoitaja, ja eristys on lopettava heti kun se on tarpeetonta. Yli 12 tuntia jatkuneesta potilaan eristämisestä ja yli kahdeksan tuntia jatkuneesta potilaan sitomisesta on viipymättä ilmoitettava potilaan edunvalvojalle tai lailliselle edustajalle. (Mielenterveyslaki 1116/1990 22§.)

Tahdonvastaisessa hoidossa olevan potilaan omaisuuden saa tarkastaa ja ottaa haltuun, sekä hänelle tulleet lähetyksen voi tarkastaa. Nämä toimenpiteet on kirjattava potilaskertomukseen. Myös henkilötarkastuksen voi suorittaa potilaalle, jos hoitava lääkäri näin määrää. Tämä käsittää veri-, virtsa-, puhallus- tai sylkinäytteen ottamisen. Tämän lisäksi potilaan yhteydenpitoa voidaan tarvittaessa rajoittaa tietyin ehdoin. (Mielenterveyslaki 1116/1990 22§.)

3.2.2 Laki potilaan asemasta ja oikeuksista

Laki määrittää, että jokaisella Suomessa pysyvästi asuvalla henkilöllä on oikeus ilman syrjintää hänen terveydentilansa edellyttämään terveyden- ja sairaanhoitoon, niiden voimavarojen rajoissa, jotka kulloinkin ovat terveydenhuollon käytettävissä. Hänen hoitonsa on järjestettävä ja häntä on kohdeltava siten, ettei hänen ihmisarvoaan loukata sekä että hänen vakaumustaan ja hänen yksityisyyttään kunnioitetaan. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 782/1992 3§.)

Potilaalle on myös annettava tarvittava tieto hänen hoidostaan, mutta vai siinä tapauksessa jos siitä ei aiheudu vaaraa potilaan hengelle tai terveydelle. Potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Jos potilas kieltäytyy tietystä hoidosta tai hoitotoimenpiteestä, häntä on mahdollisuuksien mukaan hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan muulla lääketieteellisesti hyväksyttävällä tavalla. Poikkeuksena tähän itsemääräämisoikeuteen tulee mielenterveydellinen häiriö, kehitysvammaisuus tai muu vastaava syy, jossa potilaan katsotaan olevan kykenemätön päättämään hoidostaan. Jos potilaan kuuleminen ei ole mahdollista, täytyy häntä hoitaa tavalla, jota voidaan pitää hänen henkilökohtaisen etunsa mukaisena. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 782/1992 3§. 6§.)

Henkeä uhkaavissa tilanteissa kiireellistä hoitoa potilaalle voi antaa, vaikka potilaan kantaa ei ole sillä hetkellä mahdollista selvittää esimerkiksi tajuttomuuden vuoksi. Jos potilaalla on hoitotahto, tai hän on aikaisemmin ilmaissut selkeästi hoitotahtonsa, voidaan hoidosta pidättäytyä. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 782/1992 9§.)

Laissa määritellään, että terveydenhuollon henkilön tulee kirjata kaikki potilaan hoidon järjestämiseen, toteuttamiseen ja suunnitteluun tarvittavat tiedot. Potilasasiakirjoihin kirjattavat tiedot on merkitty salassa pidettäväksi. Poikkeuksena ne voidaan luovuttaa tuomioistuimelle tai muille viranomaistahoille, tai potilaan lähiomaiselle tilanteessa, jossa potilaan voidaan olettaa sallivan tämän. Erityisissä tilanteissa tietoja voidaan myös luovuttaa terveydenhuollon tutkimustarkoituksiin. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 782/1992 13§.)

4 PERUSTIETOA MIELENTERVEYDEN HÄIRIÖISTÄ

Tässä kappaleessa esitellään ne ensihoidossa keskeisimmin kohdattavat mielenterveyden häiriöt, jotka aiheuttavat ongelmallisia tilanteita. Olen rajannut käsiteltävät mielenterveyden häiriöt opinnäytetyön rajallisen aikataulun vuoksi skitsofreniaan, muihin psykooseihin, kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön ja persoonallisuushäiriöihin. Näiden häiriöiden haasteellisuuden vuoksi ne ovat myös usein pulmallisimpia ensihoidolle. Muita ensihoidossa usein kohdattavia mielenterveyden ongelmia ovat erilaiset ahdistuneisuushäiriöt, masennus sekä itsetuhoisuus. Ensihoitajan ei ole tarkoitus alkaa hoitotilanteessa hakemaan diagnoosia mielenterveyspotilaalle, mutta hänellä olisi hyvä olla perustietoa psyyken sairauksista. Tiedossa oleva mielenterveyden ongelma voi auttaa ennakoimaan potilaan hoitomyöntyvyyttä, sekä reagoimaan tilanteisiin ennalta.

4.1 Skitsofrenia

Skitsofrenia on yleensä varhaisessa aikuisiässä alkava psykoosisairaus, johon sairastuu noin 1 % suomalaisista. Sairastuneista noin 6% on sairaalahoidossa ja 13% saa sairaalahoitoa vuoden aikana. Jopa 80-90% sairastuneista on työkyvyttömyyseläkkeellä. (Skitsofrenia. Käypä hoito. 2015. Viitattu 5.1.2016.) Skitsofrenian puhkeamiseen vaikuttavat sekä perimä että ympäristötekijät. Skitsofrenia vaikuttaa kognitiivisiin ja emotionaalisiin toimintoihin sekä käyttäytymiseen. Oireet jaetaan niin sanottuihin positiivisiin oireisiin; harhaluulot, aistiharhat, puheen ja käyttäytymisen hajanaisuus, sekä negatiivisiin oireisiin; tunneilmaisun latistuminen, puheen köyhtyminen ja tahdottomuus. Skitsofrenian oireet ovat kuitenkin moninaisia ja yksilöllisiä. Potilas saattaa kokea vaikeutta pitää yllä ihmissuhteita, ilmaista tunteita tai harrastaa luovaa toimintaa. Äänet ja harhat voivat olla usein pelottavia ja ahdistavia. Skitsofreniaa ei kuitenkaan diagnosoida helposti ja leimaavan diagnoosin antamista saatetaan jopa välttää. (Isohanni, Suvisaari, Koponen, Kiesepää & Lönnqvist 2011. 70-72.)

TAULUKKO 1. Skitsofrenian oireet (Isohanni ym. 2011. 76-78; Skitsofrenia. Käypä hoito. 2015. Viitattu 5.1.2016.)

Aistiharhat	Voivat olla näkö-, kuulo-, tunto-, haju- tai makuaistiin kohdistuvia. Yleisimmin kuuloharhoja, joissa potilas kuulee puhetta, joka on usein syyttelevää tai uhkaavaa.
--------------------	---

	Potilas voi naureskella äänille, keskustella niiden kanssa tai olla poissaoleva. Potilas saattaa alkaa noudattaa ääniltään saamia "käskyjä".
Harhaluulot	Perusteettomia ja jäykkiä uskomuksia joista potilas pitää kiinni vaikka ne olisi osoitettu virheellisiksi. Potilas voi kokea, että häntä hallitsee jokin ulkopuolinen voima, hänen päähänsä on pakkosyötetty joitain ajatuksia, tai että ihmiset pystyvät lukemaan hänen ajatuksensa. Tavallisia ovat myös paranoidiset harhaluulot, joissa potilas kokee, että häntä vainotaan. Potilaalla voi myös olla suhteuttamisharhoja, joissa hän antaa itselleen keskeisen kuvan ympäristön normaaleissa tapahtumissa. Hän voi esimerkiksi kokea, että lehdissä ja televisiossa kerrotaan hänestä. Näiden lisäksi potilaalla voi olla suurusharhaluuloja ja uskonnollisia harhoja.
Ajatushäiriöt ja hajanainen puhe	Potilaalla voi olla ajatusten rakenteen tai sisällön häiriöitä, jotka havaitaan usein puheesta tai kirjoituksesta. Puhe voi olla täysin käsittämätöntä tai epäloogista. Potilas saattaa puhua joistain asioista hyvinkin sekkaperäisesti, jopa puhetulvalla, tai vastailta kysymyksiin vain vihjailemalla. Potilaan kanssa voi olla vaikea keskustella, ajatukset saattavat vähitellen hakeutua yhä kauemmas keskusteluaiheesta. Skitsofreenikolla voi myös olla täysin omia sanoja, tai hän voi toistaa kuulemaansa puhetta. Skitsofreenikko voi häiriintyä helposti ja keskeyttää puhumisensa.
Puheen köyhtyminen	Potilas voi puhua hyvin niukkasanaisesti, tai vaikka sanoja olisi paljon, puheessa on hyvin vähän informaatioita. Potilas voi myös toistaa samaa asiaa väsymiseen saakka.
Katatoniset oireet	Katalepsia, stupor, motorinen kiihtyvyys, jäykkyys, autismi, maneerit, oudot kasvojen ilmeet, kaikupuhe ja kaikukäytös ja oudot ruumiin asennot. Oireet tarkemmin selitetty katanonisen alatyypin kohdalla.
Hajanainen käytös	Ajatusprosessin häiriö voi estää skitsofreenikka suorittamasta tehtäviä järjestelmällisesti tai suunnitelmallisesti. Potilas voi myös käyttäytyä tavalla, jota ei pidetä yleisesti sopivana; puhua itsekseen, muuttua yhtäkkiä aggressiiviseksi, tai pukeutua eriskummallisesti. Potilas voi myös kehittää tapoja ja rituaaleja, jotka hänen on pakko suorittaa.
Tahdottomuus	Potilaalta voi puuttua spontaanin toiminnan kyky. Tällöin hän ei jaksaa suorittaa normaaleja arkitoimia, kuten esimerkiksi pukeutua tai syödä. Ulkomuoto saattaa olla epäsiisti ja likainen. Tahdottomuuteen ei liity masennusta. Se voi pahimmillaan johtaa täysin liikkumattomuuteen ja mutismiin.
Anhedonia	Potilas on kyvytön kokemaan mielihyvää, eikä ole kiinnostunut mielihyvää tuottavista asioista, tai sosiaalisista suhteista.

Tunneilmaisun latistuminen	Potilas ei pysty kasvonilmeillään, eleillään tai äänensävyllään viestittämään tunnetiloja. Potilaat saattavat kertoa, että he eivät kykene tuntemaan minkäänlaisia tunteita. Potilas ei ota katsekontaktia keskustellessa.
Epäsopiva tunneilmaisu	Usein psykoosissa olevalle potilailla voi esiintyä tilanteeseen sopimatonta tunneilmaisua. Potilas saattaa nauraa vakavallekin asialle. Tunneilmaisu saattaa olla myös epävakaata, ja potilaan tunnetilat vaihtelevat nopeasti itkusta nauruun tai aggressiivisuuteen.
Masennusoireet	Ahdistuneisuutta, neuvottomuutta, toivottomuutta, hämmennystä tai ristiriitaisuutta voi ilmetä psykoosin yhteydessä tai psykoosin jälkitilassa. Tavallista myös skitsofrenian ensivaiheessa.
Kognitiiviset toimintahäiriöt	Neuropsykologisista häiriöistä tavallisimpia ovat vaikeudet keskittymisen ja tarkkaavaisuuden ylläpitämisessä, uuden oppimisessa, lyhytkestoisessa muistissa, tiedon vastaanottamisessa ja käsittelyssä sekä päätöksen teossa. Tajunnan taso ja orientaatio ovat usein normaaleja.

Skitsofrenia on jaettu alatyyppeihin, jotka eroavat toisistaan oirekuvan perusteella. *Paranoidisessa skitsofreniassa* esiintyy usein ajatusten keskittymistä harhaluuloihin, ja potilaalla on usein kuuloharjoja. Tämä on skitsofrenian yleisin muoto, jossa toimintakyky säilyy yleensä melko hyvin. Potilaat saattavat olla aggressiivisia, lähinnä jos heillä on vainoharhaisia ajatuksia. *Hebefeerisessä skitsofreniassa* potilaalla on puheen ja käytöksen hajanaisuutta, sekä tunteiden latistumista tai epäasiallisuutta. Siihen liittyy voimakkaita hallusinaatioita ja harhaluuloja. Tässä skitsofrenian muodossa ennuste on heikko, ja potilaan toimintakyky voi laskea olemattomaksi. *Katatonista alatyyppejä* sairastava potilas on fyysisesti havaittavan erikoinen käytökseltään. Hän saattaa jäädä fyysiseen jännitystilaan (katalepsiaan), jossa pysyy täysin liikkumattomana, samoin oireena voi olla stupor (tila jossa potilas ei reagoi ärsykkeisiin) tai motorinen kiihtyvyys, mutismi (puhumattomuus) ja oudot ruumiin asennot, stereotypiat (saman asian tai liikkeen toistaminen), maneerit (esimerkiksi outo puhetapa, tai muuten toistuva omituinen käytös) ja oudot kasvojen ilmeet sekä kaikupuhe tai kaikukäytös (joissa potilas toistaa tai tekee automaattisesti sen, mitä näkee). Katatoninen skitsofrenia alkaa usein äkillisesti. *Jäsentymättömästä skitsofreniasta* puhutaan kun muut skitsofrenian tyypit eivät tule kyseeseen. (Isohanni ym. 2011. 72-74; Punkanen 2003. 111-112.)

Skitsofreniaan sairastutaan yleensä pitkän ajan kuluessa, jolloin esioireita tulee usein vuosia tai vähintään päiviä ennen varsinaisen psykoosin puhkeamista. Psykoosi voi myös laueta ilman ennako-oireita. Yleensä ensipsykoosin oireet kestävät pidempään kuin uusiutuvan psykoosin. (Skitsofrenia. Käypä hoito. 2015. Viitattu 5.1.2016.) Tavallista on, että potilaan toimintakyky taantuu sairastumista edeltäneen tason alapuolelle. Lapsuudessa skitsofreniaan sairastunut ei yleensä yllä elämässään siihen toimintakykyyn, joka olisi terveenä ollut mahdollista. Ennen psykoosin puhkeamista, ja lopullista skitsofrenian diagnoosia, potilaan oireet ovat usein masennuksen kaltaisia; ahdistuneisuutta, mielialan laskua ja esimerkiksi keskittymisvaikeuksia sekä muita oireita, kuten eristäytymistä ja psykosomaattista oireilua. Mitä lähemmäs psykoosia potilas menee, sitä enemmän oirekuvaa alkavat hallita epäluuloisuus ja aistiharhat. (Isohanni ym. 2011. 74-75, 78.) Pitkään skitsofreniaa sairastanut potilas saattaa repiä hiuksiaan pakonomaisesti ja juoda vettä kyltymättömästi (polydipsia) (Punkanen. 2003. 112).

Ensipsykoosin tunnistaminen on hyvin tärkeää, sillä hoitamattoman psykoosin pidempi kesto ja hoidon viivästyminen huonontavat potilaan ennustetta (Skitsofrenia. Käypä hoito. 2015. Viitattu 5.1.2016). Taudin kulku yksittäisellä potilaalla vaihtelee suuresti. Sairauden edetessä potilas sopeutuu yleensä sairauteensa ja oppii hyödyntämään omia voimavarojaan. Sairauden ennustetta on pitkään pidetty huonona, mutta uudet hoitomuodot ovat parantaneet sitä huomasti. Skitsofreniasta täysin toipuminen on hyvin harvinaista. Sen vaikutukset potilaan elämään ovat valtavat; heikenevä toimintakyky haittaa usein itsenäistymistä, parisuhteen muodostamista opiskelun onnistumista, ja hankaloittavat psyykkistä selviämistä elämänmuutoksissa. Skitsofreenikoilla esiintyy normaalia väestöä huomattavasti enemmän masennusta, sosiaalisten tilanteiden pelkoa, paniikkihäiriötä ja pakko-oireista häiriötä. Masennukseen liittyy myös kohonnut itsemurhariski. Skitsofreenikoiden kuolleisuus muuhun väestöön verrattuna on 2,5-kertainen. Itsemurhan ja tapaturmaisen kuoleman lisäksi skitsofreenikoilla on suurempi riski sairastua sydän- ja verisuonitauteihin, hengityselimistön sairauksiin ja ruoansulatuselimistön sairauksiin. Sairaus hankaloittaa myös potilaan somaattisten sairauksien hoitoa, jos potilas ei hakeudu hoitoon tarpeeksi aikaisin tai ei hoida itseään kunnolla. Myös psykoosilääkityksen tiedetään lisäävän tiettyjen sairauksien riskiä. (Isohanni ym. 2011. 74-75, 82-84.)

Skitsofrenian hoidossa käytetään yhdistelmänä lääkitystä sekä psykoterapeuttista ja psykososiaalista hoitoa. Hoidon tavoitteena on potilaan oireiden lievittäminen ja toimintakyvyn lisääminen tai ylläpito, sekä uusien psykoosijaksojen estäminen tai vähentäminen. Antipsykoottisen lääkityksen lisäksi potilas saattaa käydä terapiassa ja erilaisissa arkielämää

tukevissa kuntoutuksissa. Skitsofrenian hoidossa on myös erityisen tärkeää ottaa sairastuneen lähipiiri mukaan hoitoon. Suurimmaksi osaksi hoidosta vastaa psykiatrinen erikoissairaanhoido, mutta yleensä skitsofreenikot tulevat varsinkin ensipsykoosioireilussa perusterveydenhuollon kautta. Perushoito skitsofreniaan pyritään yleensä toteuttamaan avohoidon kautta. (Isohanni ym. 2011. 104,107,129; Skitsofrenia. Käypä hoito. 2015. Viitattu 5.1.2016.)

4.2 Muut psykoosit

Psykoosi on tila, jossa potilaan todellisuudentaju on vakavasti häiriintynyt. Se voi ilmetä harhaluuloina, aistiharhoina, puheen huomattavana hajanaisuutena tai muuten eriskummallisena käytöksenä. Psykoosia sairastavien tunnistaminen ei aina ole helppoa, koska psykoottiset henkilöt voivat olla ajoittain oireettomia, tai he kätkevät oireitaan. Skitsofrenian ja mielialahäiriöiden lisäksi psykoosin voivat aiheuttaa useat muut sisäiset tai ulkoiset tekijä. Psykoottiseksi oireilu lasketaan, jos sillä on tietty ajallinen kesto ja se täyttää jollekin häiriölle ominaiset piirteet. Satunnaiset harhaluulot eivät vielä tuo psykoosidiagnoosia. Skitsofrenia on ylivoimaisesti eniten psykooseja aiheuttava mielenterveyden häiriö. Muista psykooseista yleisimpiä ovat muut skitsofreniaryhmän psykoosit, kuten skitsoaffektiivinen häiriö ja psykoottinen depressio. (Lönqvist & Suvisaari 2011. 134.) Alla olevassa taulukossa on esitetty psykoosin aiheuttajia ja niiden tunnistamista.

Alkuvaiheessa psykoosin oireet voivat liittyä mihin tahansa mielenterveyshäiriöön tai elämän kriisitilanteeseen. Oireita voivat muun muassa olla masennus, ahdistus, erilaiset pelkotilat sekä eristäytyminen sosiaalisista suhteista. Psykoosiin edetessä tulee spesifisiä ennako-oireita, joita voivat olla aistiharhat, ajatusvirheet, harhaluulot ja epäluuloisuus, sekä voimakkaaksi yltyneet pelkotilat. Potilaalla voi olla hetkellisiä tilanteita, joissa psykoottinen oire tulee esiin, mutta usein se voi olla piilevä. Somaattisista sairauksissa johtuvissa psykooseissa ennako-oireita ei yleensä ole. (Skitsofrenia. Käypä hoito. 2015. Viitattu 13.1.2016.)

TAULUKKO 2. Psykoottisten häiriöiden erotusdiagnoosiikka (Lönqvist ym. 2011. 136-151)

Fysiologisesta syystä johtuva psykoosi	Psykoottinen häiriö voi olla suora seuraus somaattisesta sairaudesta. Diagnostisesti tärkeimmät oireet ovat aistiharhat ja harhaluulot. On kuitenkin tärkeää pois sulkea delirium. Esimerkiksi demencioihin liittyy psykoosioireita; Alzheimer-potilailla on usein
---	--

	<p>harhaluuloja, Lewyn kappale-tauti taas saattaa aiheuttaa eläviä ja värikkäitä näköharhoja. Myös Parkinsonin tautiin, epilepsiaan, MS-tautiin ja aivokasvaimiin voi liittyä psykoottista oireilua. Harvinaisemmista tilanteista esimerkiksi endokriinisiin tai autoimmuunisairauksiin voi liittyä psykooseja.</p>
<p>Kemiallisesta aineesta johtuva psykoosi</p>	<p>Tilanne, jossa henkilölle on päihteiden käytön seurauksena kehittynyt huomattavia aistiharhoja ja harhaluuloja. Oireet oltava sellaisia, että ne eivät yksistään selity päihteidenkäytöllä tai vieroitusoireilla, eikä potilas itse tunnista niitä päihteistä johtuvaksi. Diagnostiikkaa helpottaa, jos oireilu lakkaa kuukauden kuluttua päihteiden käytön lopettamisesta. Oireilu on yleensä käytetystä aineesta riippuvaa, mutta usein käsittää voimakkaista elävän tuntuja näköharhoja. Huumeista tavallisimpia psykoosin aiheuttajia ovat kannabis, amfetamiini ja kokaiini. Amfetamiinin aiheuttama psykoosi aiheuttaa usein väkivaltaisuutta. Alkoholi aiheuttaa Suomessa suuren osan kemiallisista aineista johtuvista psykooseista. Myös potilaan käyttämä lääkitys voi aiheuttaa psykooseja; esimerkiksi kortikostereoidin, antikolinergisten lääkeaineiden tai ylipäätään keskushermostoon vaikuttavat lääkkeiden käyttäjien tiedetään sairastuneen psykoosiin.</p>
<p>Skitsofrenia</p>	<p>Yli 6kk kestänyt psykoottinen tai skitsofreeninen oireilu.</p>
<p>Skitsofreniatyyppinen häiriö</p>	<p>Skitsofrenialle tyypillinen oireilu. Skitsofreniaan erona on se, että diagnoosi voidaan antaa 1kk oireilun jälkeen. Häiriö ei kuitenkaan edellytä sosiaalisen tai ammatillisen toimintakyvyn heikkenemistä. Käytännössä tätä termiä käytetään diagnosoinnissa usein, kun häiriön oireilun kestosta ei ole tarkkaa tietoa.</p>
<p>Skitsoaffektiivinen häiriö</p>	<p>Taudinkuvalle ominaista ovat sekä mielialahäiriö- että psykoosijaksot. Skitsofrenialle tyypillisiä oireita on oltava vähintään kahden viikon ajan. Tyypillisesti häiriö alkaa harhaluuloilla ja aistiharhoilla, jonka jälkeen korostuvat mielialaoireet usean kuukauden ajan. Skitsoaffektiivinen häiriö on yleensä hankala ja kiistanalainen diagnosoitava.</p>
<p>Psykoottinen mielialahäiriö</p>	<p>Mielialahäiriölle tyypillisiä oireita; masennus- ja maniajaksoja, sekä psykoottisia oireiluja vähintään kahden viikon ajan.</p>
<p>Harhaluuloisuushäiriö</p>	<p>Keskeisenä oireena ovat harhaluulot, kuten paranoidinen epäluuloisuus. Suurin osa harhaluulo-oireilusta on luonnoltaan vainoavia, mustasukkaisia, somaattisia, eroottisia tai suuruuskuvitelmiin perustuvia. Harhaluuloisuushäiriöön ei liity skitsofreniaan kuuluvia muita ajatushäiriöitä, harhoja tai tunne-elämän latistumista. Harhaluuloja voi liittyä alkaviin dementiaihin ja sekavuustiloihin. Myös runsas alkoholin käyttö tai huumeet voivat aiheuttaa harhaluuloisen häiriön. Harhat eivät välttämättä tule esille</p>

	tavallisessa tilanteessa, potilas voi vaikuttaa täysin normaalilta.
Synnytyksen jälkeiset psykoosit	Tautikokonaisuus käsittää psykoosit, jotka esiintyvät synnytyksen jälkeisenä lapsivuodeaikana, yleensä kahden viikon sisällä synnytyksestä. Riskiryhmässä tähän sairastumiseen ovat naiset jolla on ennen synnytystä ollut psykoosi, tai psykoottista oireilua, puolella sairastuneista ei kuitenkaan ole ollut mitään oireilua. Tyypillisesti psykoosi alkaa ensin väsymyksenä, itkuisuutena, epäluuloisuutena, ja lopulta sekavuutena ja hajanaisuutena. Toimintakyky menetetään usein. Suurin osa toipuu psykoosista normaaliksi.
Lyhytkestoinen psykoottinen häiriö	Näille häiriöille yhteistä on niiden lyhyt kesto, yhdestä päivästä yhteen kuukauteen, ja potilaat toipuvat niistä täysin. Potilaalla on joko harhaluuloja, aistiharhoja, hajanaista puhetta, tai karkeasti epänormaalia psykomotorista käyttäytymistä. Näille psykooseille on ominaista vaihteleva mieliala, voimakas ahdistuneisuus, ja harhojen teemojen nopea vaihteleminen. Potilaat voivat myös olla sekavia.
Tarkemmin määrittämätön psykoottinen häiriö	Tällaista diagnoosia käytetään tilanteissa joihin mikään muu diagnoosi ei sovi. Potilaalla voi esimerkiksi olla kroonisia kuuloharhoja ilman mitään muuta oiretta. Nämä potilaat ovat usein suuressa riskissä sairastua varsinaiseen psykoosiin.

4.3 Kaksisuuntainen mielialahäiriö

Kaksisuuntainen mielialahäiriö on pitkäaikainen mielenterveyden häiriö, jossa esiintyy vaihtelevasti masennus-, hypomania-, mania- tai sekamuotoisia sairausjaksoja, sekä vähäoireisia tai oireettomia välivaiheita sairausjaksojen välillä. Siihen sairastuu arviolta 1-1,5% suomalaisista, ja sairastuvuus on usein perinnöllistä. Se alkaa tyypillisesti nuoruusiässä, tai nuorella aikuisiällä. Sairaus jaetaan kahteen päätyyppiin I ja II. Tyypissä I esiintyy maanisia, masennus- ja sekamuotoisia jaksoja. Tyypissä II taas on masennus- ja hypomaanisia jaksoja, mutta ei koskaan maniaa. Sairausjaksot voivat vaihdella yksittäisinä vaiheina tai nopeasti ilman oireetonta välivaihetta. Potilas saattaa aamulla olla masentunut, mutta illalla jo kääntyä maaniseksi. Oireita voi myös esiintyä yhtäaikaaisesti, jolloin potilas voi olla psyykkisesti masentunut, mutta ulospäin vaikuttaa hyvin kiihtyneeltä. (Isometsä 2011. 194-195, 198; Kaksisuuntainen mielialahäiriö, Käypä hoito. Viitattu 13.1.2016.)

Masennusoireet kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä ovat samanlaisia kuin tavallisessa masennuksessa; masentunut mieliala, mielihyvän menetys, uupumus, itseluottamuksen tai itsearvostuksen puute, kohtuuton itsekritiikki tai perusteeton itsesyytös, itsetuhoiset ajatukset tai käytös, keskittymiskyvyn puute, psykomotorinen hidastuneisuus tai kiihtyvyys, unihäiriöt sekä ruokahalun ja painon muutos. Keskimäärin masennusoireet kehittyvät kuitenkin lyhyemmässä ajassa kuin tavallisen masennuksen oireet, ja niissä esiintyy useammin psykoottisia oireita, psykomotorista hidastumista ja muita epätyypillisiä masennusoireita kuten liikaunisuutta, lisääntyntä ruokahalua ja painonnousua. Masennusvaihe kestää yleensä noin 6kk, harvoin yli vuoden, ja tyypillisesti alkaa jostain ikävästä elämänmuutoksesta. Yleensä kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavat hakeutuvat hoitoon masennusjakson aikana, joten on tärkeää aina masennusoireiston yhteydessä tiedustella potilaan aikaisemmasta sairauskuvasta, ja siitä onko hänellä ollut aktiivisuuden tai ärtyneen mieliajan jaksoja. (Isometsä 2011. 200-201)

Hypomaanisen jakson aikana potilaan toiminnassa erottuu päivistä viikkoihin kestävä jakso, jolloin hän käyttäytyy itselleen poikkeavalla tavalla. Hypomanian tavallisimmat oireet ovat kohonnut itsetunto, aktiivisuus, vuolaspuheisuus ja unen tarpeen väheneminen. Potilaalla saattaa hypomanina aikana olla hyvin vilkas sosiaalinen elämä, hän hakeutuu keskusteluun vieraidenkin ihmisten kanssa usein tuttavallisesti ja estottomasti, ja on jatkuvan hyväntuulinen olosuhteista riippumatta. Fyysinen aktiivisuus ja kohonnut toimeliaisuus saa potilaan usein aloittamaan erilaisia aktiviteetteja lyhyessä ajassa, ja hän tylsistyy hyvin nopeasti. Potilaalla on usein myös keskittymiskyvyn ongelmia. Rajoitukset tai esteet toiminnalle voivat saada potilaan kireäksi ja ärtyneeksi. Keskustelussa potilas puhuu paljon ja haluaa usein dominoida keskustelua kulkua. Potilas ei koe unta tarpeelliseksi ja nukkuu huomattavasti vähemmän kuin normaalisti. Hänellä saattaa olla seksuaalisen kiinnostuksen kasvua, rahojen tuhlausta tai muuta vastuutonta käytöstä. Toimintakyky ei hypomaniassa useinkaan heikkene, minkä vuoksi oirekuvaa voi olla hankala tunnistaa. Pitkään sairastanut potilas voi kokea oireensa omaan luonteeseensa liittyväksi. Potilaat kokevat usein mielihyvää hypomaniaan liittyvästä ajatustoiminnan kiihtymisestä. He myös kokevat normaalit aistielämykset kiihkeinä ja voimakkaina. Potilaat voivat usein voimistaa kokemaansa hypomaniata käyttämällä päihteitä. Mitä lähemmäs varsinaista maniaa mieliala muuttuu, sitä huonommaksi potilaan harkintakyky kasvaa, ja hän saattaa ottaa riskejä. (Isometsä 2011. 196, 200-195.)

Maaninen vaihe alkaa äkillisesti ja kestää muutamasta viikosta viiteen kuukauteen (Käypä hoito. Viitattu 13.1.2016). Maniassa potilaalla esiintyy samoja oireita kuin hypomaniassa, mutta ne ovat

voimakkuudeltaan enemmän toimintakykyä heikentäviä. Potilas on yleensä euforinen ja toimii mielihalujensa mukaan, mutta voi olla myös ärtyisä. Kun hypomaniassa potilaan nopea ajatuksenjuoksu voi olla hänestä mukavaa, maniassa se saattaa olla niin kiihtynyttä, että potilas kokee ajatustulvan epämiellyttävänä. Mitä voimakkaammin potilaan ajatustoiminta on kiihtynyt, sitä hajanaisemmaksi ja häiriintyneemmäksi se muuttuu. Estoton käytös on potilaan normaalista tavoista huomattavasti poikkeavaa, ja potilas on välinpitämätön normeista ja säännöistä. Potilas saattaa olla nukkumatta pitkiä aikoja, tai nukkua vain muutaman tunnin yössä. Maniaan liittyy yleensä kokemus rajattomasta energiasta ja voimavaroista tai muista poikkeuksellisista kyvyistä. Psykoottinen mania on samankaltainen, mutta siihen kuuluu myös psykoottisia oireita. Ne eivät yleensä ole ääniharhoja tai ajatusten julkikuulumisia, vaan potilaalla voi olla suuruusharhaluuloja (esimerkiksi yliluonnollisia kykyjä, nihilistisiä harhaluuloja) tai esimerkiksi vainoamisharhaluuloja. Maaninen potilas tarvitsee yleensä sairaalahoitoa. Mania voi myös johtaa deliriumin kaltaiseen vakavaan sekavuustilaan, jossa potilas on äärimmäisen kiihtynyt. Tilaan liittyy hoitamattomana suuri kuolleisuus ja riski joutua onnettomuuteen. (Isometsä 2011: 196-198.)

Kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavilla potilailla on usein myös muita mielenterveyden häiriöitä, joiden oireiden voimakkuus vaihtelee sairauden oireen mukaan. Potilaiden itsemurhariski on suuri, ja suurin osa itsemurhista tapahtuu masennus tai sekamuotoisten jaksojen aikana. Lähes joka toisella on jokin persoonallisuushäiriö tai ahdistuneisuushäiriö, viidesosalla päihdehäiriö. Nuorilla potilailla tavallisia ovat käytös- ja tarkkaavaisuushäiriöt. Kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavilla esiintyy normaalia väestöä enemmän somaattisia sairauksia, kuten sydän- ja verisuonisairauksia, verenpainetautia, metabolista oireyhtymää ja migreeniä. (Isometsä 2011. 200-202; Käypä hoito. Viitattu 15.1.2016.)

Hoitona potilaalle käytetään lääkkeellisen ja lääkkeettömän hoidon yhdistelmää, joka räätälöidään taudinkuvan mukaan. Potilaan olisi hyvä täyttää oirekorttia sairautensa kulusta, näin sen etenemistä on helpompi ennustaa. Hoidon tavoitteena on sairausjaksojen hyvä ennakointi ja lyhentäminen, sekä oireettoman ajan lisääminen. Keskeisin lääkkeellinen hoitomuoto ovat mielialaa tasaavat lääkkeet. Hypomaniassa ja maniassa käytetään epätyypillistä psykoosilääkitystä. Tavanomainen masennuslääkitys ei toimi kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä, sen sijaan aivojen sähköhoidosta on todettu olevan hyötyä masennusjaksoilla. Sairaalahoitoon, joko vapaaehtoisesti tai M1-lähetteellä, potilas olisi syytä ottaa, jos hänellä on vakavaa itsetuhoisuutta, psykoottisuutta, kyvyttömyys huolehtia itsestään tai toimintakyvyn merkittävä heikkeneminen. (Käypä hoito. Viitattu 15.1.2016.)

4.4 Persoonallisuushäiriöt

Persoonallisuushäiriöt ovat pitkäaikaisia, yleensä vakiintuneita, käyttäytymismalleja, jotka tuottavat haittaa moniin elämäntilanteisiin. Ne poikkeavat normaalista käyttäytymisestä ja yleensä sairastunut ei itse tiedosta erilaista käyttäytymistään. Niihin voi liittyä henkilökohtaista kärsimystä ja ongelmia sosiaalisissa suhteissa ja toimintakyvyssä. Persoonallisuuden eroja ja poikkeavia piirteitä esiintyy normaalissakin väestössä, joten häiriöiden erottaminen on sopimuksenvaraista. Ne katsotaan alkavaksi jo lapsuudessa tai nuoruudessa ja jatkuvat aikuisiälle. Ne eivät ole minkään mielenterveyden sairauden seuraus, mutta saattavat edeltää tai esiintyä samanaikaisesti niiden kanssa. Arviolta 5-15% ihmisistä kärsii persoonallisuuden häiriöistä, perusterveydenhuollon asiakkaiden keskuudessa tämä luku on 20% ja psykiatrisessa hoidossa olevilla potilailla 30-40%. (Marttunen, Eronen & Henriksson 2011. 480-484.)

Persoonallisuushäiriöille altistaa lapsuuden kehitysympäristö. On osoitettu, että väkivalta, seksuaalinen hyväksikäyttö ja muut kielteiset tekijät lapsuudessa lisäävät persoonallisuushäiriön kehittymisen riskiä. Persoonallisuuden häiriöstä kärsivillä on myös normaalia väestöä enemmän alkoholin (on arvioitu, että jopa puolet alkoholin suurkuluttajista sairastaisi jotain persoonallisuuden häiriötä) ja muiden päihteiden väärinkäyttöä, sekä suurempi riski väkivaltaiselle tai itsetuhoiselle käytökselle. Persoonallisuushäiriöihin liittyy taipumus käyttää ahdistavissa tilanteissa primitiivisiä defenssimekanismeja. Käytös voi olla vaativaa, mairean imartelevaa, uhkaavaa tai ammattitaitoisena ovelaa ja johdattelevaa, jolloin ammattilainenkin saattaa olla potilaan kanssa samaa mieltä. (Marttunen, Eronen & Henriksson 2011. 484-485; Laine. 2002. 314.)

Häiriöt luokitellaan niissä esiintyvien käyttäytymismallien perusteella. Jos henkilöllä on piirteitä useasta häiriöstä, hänelle voidaan käyttää *sekamuotoisen persoonallisuushäiriön* diagnoosia. Tavallisimpia ovat paranoidinen, narsistinen, epäsosiaalinen ja obsessiivis-kompulsiivinen persoonallisuushäiriö. Diagnostikassa on oleellista selvittää henkilön käytöstä pitkän ajanjakson ajalta. Tärkeää on erottaa persoonallisuuden häiriöt persoonallisuuden muutoksista. Persoonallisuuden muutoksella tarkoitetaan aikuisiällä tapahtunutta muutosta, joka on psykiatrisen sairauden, aivovamman tai muun sairauden tai pitkittyneen stressin seurausta. (Marttunen, Eronen, Henriksson 2011. 480-486.) Seuraavassa taulukossa esitetään persoonallisuushäiriöiden tyypit ja niiden oireet ICD-10 luokituksen mukaisesti. Muita

persoonallisuuden häiriöitä ovat narsistinen persoonallisuus, epäkypsä persoonallisuus, passiivis-aggressiivinen persoonallisuus ja psykoneuroottinen persoonallisuus.

TAULUKKO 3. Persoonallisuuden häiriöt. (Marttunen, Eronen, Henriksson. 2011. 486-498; Käypä hoito. Epävaka persoonallisuus. 2015. Viitattu 19.1.2015.)

<p>Epäluuloinen persoonallisuus</p>	<p>Epäluuloisesta persoonallisuudesta kärsivän henkilö luonteelle on ominaista epäluuloisuus, herkkyys vastoinkäymisille ja kyvyttömyys antaa anteeksi loukkauksia. Hän saattaa olla haluton uskoutumaan muille ja tulkita viattomatkin asiat itsensä kannalta uhkaaviksi ja hän kantaa pitkään kaunaa. Potilaalla voi olla kokemuksia, että häntä vastaan on tekeillä jotain. Hän saattaa esimerkiksi epäillä puolisoaan uskottomuudesta toistuvasti ja perusteetta. Potilaana hän on usein taistelunhaluinen ja itsepintaisen tietoinen omista oikeuksistaan. Häiriöön liittyy myös liiallista itsekeskeisyyttä ja omahyväisyyttä. He saattavat vaikuttaa tunne-elämältään tunteettomilta, kun taas itse arvioivat itsensä rationalistisiksi. Usein nämä potilaat kiinnittävät huomiota valtasuhteisiin ja sosiaalisiin arvoasteikkoihin. Oireet saattavat pahentua iän myötä lähelle paranoidista skitsofreenisuutta. Stressaavissa tilanteissa tästä persoonallisuushäiriöstä kärsivä on altis todellisuudentajun horjumiselle ja psykoottisille oireille.</p>
<p>Eristäytyvä persoonallisuus</p>	<p>Eristäytyvä eli skitsoidinen persoonallisuushäiriö saa potilaan vetäytymään tunnepitoisista ja sosiaalisista suhteista mielikuvituksiin, itsetutkiskeluun ja yksinäisiin harrastuksiin. Potilaalla on ongelmia ilmaista tunteitaan ja hän suhtautuu välipitämättömästi arvosteluun tai kehumiseen. Potilaalla voi myös olla kyvyttömyyttä ottaa huomioon sosiaalisia normeja tai tapoja, hän saattaa töksäytellä asioita. Yleensä potilailla ei ole montaakaan läheistä ihmissuhdetta, mutta he saattavat olla tyytyväisiä elämäänsä. Yleensä hoitoa tarvitaan vain, jos potilas kokee yksinäisyytensä itse hankalaksi. Oirekuvan alle lasketaan myös skitsotyypinen persoonallisuus, jossa potilas elää eristynyttä elämää uppoutuneena fantasiamaailmaan ja saattaa kuvitella omaansa yliluonnollisia kykyjä. Potilas on usein pukeutumiseltaan ja käytökseltään erikoinen.</p>
<p>Epäsosiaalinen persoonallisuus</p>	<p>Epäsosiaaliselle eli psykopaattiselle käytökselle on ominaista piittaamattomuus sosiaalisista velvollisuuksista ja välipitämättömyys toisten ihmisten tunteista. Potilas ei pysty pitämään yllä kestäviä ihmissuhteita. Hän turhautuu helposti ja väkivaltaisen käytöksen kynnyks on matala. Hän on usein kyvytön tuntemaan syyllisyyttä, eikä ota opikseen rangaistuksista. Hän on karkäs moittimaan muita, mutta puolustelee omaa toimintaansa järkisyin, ja pyrkii manipuloimaan ihmisiä saavuttaakseen omaa etua. Oireilu alkaa lapsuuden unissakävelynä, vuoteenkasteluja ja julmina tekoina, ja on</p>

	<p>diagnosoitavissa murrosiässä, jolloin potilas usein joutuu juridisiin vaikeuksiin. Häiriöön liittyy huomattavan paljon päihteiden väärinkäyttöä.</p>
<p>Epävakaa persoonallisuus</p>	<p>Tämän häiriön keskeisiä oireita ovat epävakaata tunne-elämä, vaikeus säädellä omaa käyttäytymistä ja ongelmat vuorovaikutussuhteissa muiden ihmisten kanssa. Potilas on taipuvainen riittaisuuteen. Tämä häiriöluokka jaetaan impulsiiviseen ja rajatilaiseen häiriötyyppiin. Impulsiivisessa on oireena edellä mainittujen lisäksi ongelma hallita vihanpurkauksia, sekä epävakaata ja oikukas mieliala. Potilas saattaa masentua ja ahdistua herkästi. Potilas tekee asioita hetken mielihjohteesta. Rajatilahäiriössä on minäkuvan ja sisäisten pyrkimysten häiriintyneisyyttä, potilas pyrkii pitämään yllä epävakaata ihmissuhteita ja pelkää hylätyksi tulemista. Potilas kokee jatkuvaa tyhjyyden tunnetta ja saattaa toistuvasti vahingoittaa itseään tai uhkailla sillä.</p>
<p>Huomiohakuinen persoonallisuus</p>	<p>Tässä häiriössä ihmiset tuntevat olonsa epämiellyttäväksi, jos eivät ole toisten huomion kohteena. He pyrkivät kiinnittämään ihmisten huomion pukeutumalla jopa epäasiallisen seksuaalisesti, elehtimällä näyttävästi, tai olemalla dramaattisia, hurmaavia tai flirttailevia. Potilaat kokevat ihmissuhteet usein läheisemmiksi, kuin mitä ne todellisuudessa ovat. Itsekeskeisyys, omien halujen tyydyttäminen, toisten laiminlyönti, herkkä loukkaantuvuus ja jännityksen etsintä ovat myös tyypillisiä piirteitä. Potilaat hakeutuvat usein hoitoon ihmissuhdeongelmien, masennuksen tai selittämättömien fyysisten vaivojen vuoksi.</p>
<p>Vaativa persoonallisuus</p>	<p>Vaativa eli pakko-oireinen persoonallisuus ilmenee täydellisyys tavoitteluna, liikatunnollisuutena, pikkutarkkuutena ja itsepäisyytenä. Se esiintyy usein samaan aikaan esimerkiksi estyneen ja epäluuloisen persoonallisuuden kanssa. Henkilö on ylittunnollinen ja joustamaton moraalisissa ja arvoihin liittyvissä asioissa, keskittyy korosteisesti yksityiskohtiin, sääntöihin ja aikatauluihin ja omistautuu työlle harrastusten ja ystävyysuhteiden kustannuksella. Liiallinen tarkkuus haittaa tehtävien suorittamista joustamattomuuden vuoksi. Potilas pyrkii saamaan muut ihmiset toimimaan haluamallaan tavalla. Potilas saattaa ylikuormittua raskaissa elämäntilanteissa helposti.</p>
<p>Estynyt persoonallisuus</p>	<p>Estyneelle persoonallisuudelle ovat ominaisia pelon, epävarmuuden ja alemmuuden tunteet ja hän on herkkä arvostelulle. Potilaalla on usein suppea läheisympäristö, hän kaipaa jatkuvasti hyväksyntää ja on usein haluton osallistumaan uusiin toimiin, joissa pelkää epäonnistuvansa ja kokevansa häpeää.</p>
<p>Riippuvainen persoonallisuus</p>	<p>Riippuva persoonallisuus ilmenee voimakkaana hoivatuksi tulemisen tarpeena, joka johtaa takertuvaan ja alistuvaan käyttäytymiseen ja voimakkaaseen eroon johtumisen pelkoon. Potilas kokee, ettei pysty itse tekemään elämässään tarvittavia päätöksiä, ja</p>

	hakeutuu aina uuteen riippuvuussuhteeseen edellisen päätyttyä. Hän hakeutuu hoitoon masennus ja ahdistusoireiden vuoksi. Muut riippuvuudet ovat myös tavallisia.
--	--

Persoonallisuuden häiriöt ovat hyvin haasteellisia hoitaa. Monet potilaat pitävät käyttäytymiskaavojaan osana omaa persoonallisuuttaan, eivätkä siksi ole halukkaita luopumaan niistä. Perinteisesti persoonallisuuden häiriöitä on hoidettu psykoterapeuttisesti. Lääkehoitoa ei ole tutkittu riittävästi, mutta on ilmennyt, että joillakin mielialalääkkeillä voi olla hyviä vaikutuksia impulsiivisen tai väkivaltaisen potilaan käytökseen. Mikäli ihminen kärsii psykoottisuuteen viittaavasta oireilusta, on neurolepteistä osoitettu olevan hyötyä. (Marttunen, Eronen & Henriksson 2011. 480-486.)

5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TUTKIMUSKYSYMYKSET JA TAVOITTEET

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on tehdä integroiva kirjallisuuskatsaus siihen tietoon, mitä on jo selvitetty haasteellisen mielenterveyspotilaan kohtaamisesta. Ensihoidossa kohdataan usein ääripäät mielenterveyden häiriöistä, ja siksi tässä tutkimuksessa keskitytään haasteellisimpiin potilasryhmiin, jotka tutkimuksen pituuden pitämiseksi maltillisena olen rajannut psykoottisiin potilaisiin, mielenterveyden häiriöiden vuoksi väkivaltaisiin potilaisiin ja muuten haasteellisesti käyttäytyviin tai käytöshäiriöisiin psykiatrisiin potilaisiin. Iso osa mielenterveysongelmaisista on myös päihteiden väärinkäyttäjiä. Mielenterveyden ongelmien vuoksi ambulanssi soitetaan usein myös näille potilaille, mutta tätä potilasryhmää ei tutkimuksessa eritellä muista. Tutkimuksen ulkopuolelle rajataan myös itsemurhaa yrittänyt potilas.

Tutkimuksen tietoperustassa käsitellään sitä, miten ensihoitaja voi tunnistaa mielenterveyden ongelmat, ja syyt, joiden vuoksi mielenterveyspotilaan kohtaaminen voi olla haasteellista. Opinnäytetyön tutkimusosuudessa lähdän etsimään tietoa siitä, miten ensihoitaja voi hyödyntää tätä omaksumaansa tietoa eri mielenterveydenhäiriöiden erityispiirteistä. Tietoperusta siis esittelee mielenterveyden ongelmat, joihin opinnäytetyössä pyritään löytämään oikeita kohtaamismalleja. Ensihoitajalla on oltava perustiedot mielenterveyden häiriöistä, jotta hän voi kohdata heidät ammatillisesti. Tutkimusongelmiksi asetettiin seuraavat:

Miten voin valmistautua mielenterveyspotilaan kohtaamiseen? Miten otan kontaktin mielenterveyspotilaaseen? Mitä tietoja tarvitsen mielenterveyspotilaan tilasta? Miten potilasta tulee tutkia tai haastatella? Voinko vaikuttaa omalla käytökselläni potilaan käytökseen? Millaista apua voin tarjota potilaalle?

Tutkimuksen tavoitteena on luoda selkeä kronologisesti etenevä katsaus mielenterveyspotilaan kohtaamiseen. Tutkimuksen hyödynsaajana on yksittäinen ensihoitaja. Varsinkin kokematon ensihoitaja voi tutkimuksesta ottaa käyttöönsä yksinkertaisia keinoja, miten aloittaa haasteellisen potilaan kanssa yhteistyön tekeminen. Kokeneempi hoitaja voi löytää uusia keinoja ongelmatilanteiden ratkointaan. Tavoitteena on tuoda lisää ymmärrystä mielenterveyden häiriöistä ja niiden oireista, sekä luoda pohja yhtenäisille toimintatavoille psykiatrisen potilaan kohtaamiseen, hänen haastattelemiseensa, sekä ongelmatilanteiden ehkäisyyn.

6 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

6.1 Tutkimusmetodologia

Tutkimusmetodologiana tässä opinnäytetyössä on integroiva kirjallisuuskatsaus. Kirjallisuuskatsauksen tarkoitus on kerätä tietoa jo aikaisemmin tehdyistä tutkimuksista ja koostaa niistä yhtenäinen kokoelma. Seurauksena tiedon yhdistelystä voi myös syntyä uutta tietoa. Sen tarkoituksena on arvioida jo olemassa olevaa teoriaa ja mahdollisesti kehittää uutta teoriaa vanhaa yhdistelemällä. Kirjallisuus rakentaa parhaimmillaan kokonaiskuvan tietystä asiakokonaisuudesta. Kun kirjallisuuskatsauksessa kiinnitetään huomiota käytettyjen lähteiden keskinäiseen yhteyteen, puhutaan systemaattisesta kirjallisuuskatsauksesta. (Salminen 2011, 9-10.)

Kirjallisuuskatsaus valittiin tämän työn metodiksi, koska se rakentaa laajan kokonaiskuvan tarkasteltavasta aiheesta. Lisäksi integroidun kirjallisuuskatsauksen avulla pystytään yhdistämään erilaisilla menetelmillä saatua tutkimustietoa, eikä näin ollen olla vain tietyyntyyppisten lähteiden varassa, kuten esimerkiksi systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa. Lisäksi integroiva kirjallisuuskatsaus auttaa kirjallisuuden tarkastelussa, kriittisessä arvioinnissa ja syntetisoinnissa. Myös tutkimuskysymykset ovat usein väljempiä kuin systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa, sekä kerronta mahdollisesti narratiivisempaa ja helpommin ymmärrettävää. Tutkimuksen vaiheet voi jakaa viiteen kohtaan seuraavasti; tutkimusongelman asettelu, aineiston hankkiminen sekä arviointi, analyysi, sekä tulkinta ja tulosten esittäminen. Aihetta voidaan ymmärtää tarkemmin, kun tarkastellaan samanaikaisesti erilaisia tutkimuksia ja kirjallisuutta. Aineistoon voi sisältyä empiiristä ja teoreettista kirjallisuutta, sekä eri tavoin toteutettuja tutkimuksia. (Salminen 2011, 14-15.) Vaiheiltaan integroiva kirjallisuuskatsaus ei siis juurikaan eroa systemaattisesta kirjallisuuskatsauksesta, mutta tähän opinnäytetyöhön se antaa minusta enemmän sisältöä kuin systemaattinen katsaus, koska tutkimani tieto on pitkälti kokemusperäistä näyttöä ihmisten käytöksestä, ja näin ollen tiukat hakuehdot määrittelemällä voidaan menettää jokin olennainen aineisto. Aineistoon integroiva kirjallisuuskatsaus sallii myös paljon enemmän variaatioita, kuin systemaattinen kirjallisuuskatsaus.

Tämä kirjallisuuskatsaus noudattaa vaiheiltaan aikaisemmin esitettyä viisiportaista mallia. Kirjallisuuskatsauksen ensimmäinen vaihe on suunnittelu, jossa tarkastellaan aikaisempia tutkimuksia ja hahmotellaan onko kyseiselle kirjallisuuskatsaukselle ylipäätään tarvetta. Tässä vaiheessa mietitään myös tutkimusongelmat, joista tiedon haku voi alkaa. Aineiston hankinnassa olisi suositeltavaa käyttää useampaa erilaista tiedonhakupataa. (Salminen 2011, 14-15.) Kirjallisuuskatsauksessa aineiston hakuprosessin tulee olla selkeästi määritelty. Hakuprosessi on kirjallisuuskatsauksen kriittisin vaihe, sillä siinä tehdyt virheet vaikuttavat tulosten luotettavuuteen. Alkuperäistutkimusten haku tehdään järjestelmällisesti hakemalla tutkimuksia niistä tietolähteistä, joista oletetaan saatavan tutkimuskysymysten kannalta oleellista tietoa. (Johansson, Axelin, Stolt & Ääri 2007, 49.) Tässä tutkimuksessa aineisto hankitaan tieteellisistä tietokannoista, käsihauulla, kokemusperäisistä artikkeleista ja alan opetusteoksista.

Aineiston laadun arviointi on erilaisten lähteiden vuoksi hankalaa integroivassa kirjallisuuskatsauksessa. Yksi tapa toteuttaa integroivan kirjallisuuskatsauksen laadun arviointia on alkuperäislähteiden laadun arviointi. Analyysissä käydään läpi hankittu aineisto, se tiivistetään ja otetaan siitä käyttöön oleellimmat osat. Toisessa vaiheessa siitä muodostetaan yhtenäisiä listoja ja taulukoita, minkä jälkeen aineistosta pyritään löytämään yhtenäisiä teemoja. Viimeisessä vaiheessa aineiston pohjalta tehdään päätelmiä liittyen käsiteltävään ilmiöön. Lopuksi raportoidaan saadut tulokset kirjallisuuskatsauksen muotoon, sekä tehdään mahdolliset jatkosuositukset siitä, miten aihetta kannattaisi tutkia lisää. (Whittemore & Knafel 2005, 546–550.)

6.2 Tutkimuksen toteuttaminen

Kirjallisuuskatsaukseen otettaville tutkimuksille määritellään sisäänottokriteerit, jotka perustuvat tutkimuskysymyksiin. Aineiston valinnassa käytetään apuna luotuja sisäänotto- ja poissulkukriteerejä. (Johanson ym. 2007, 6.) Aineiston hankinnassa on käytetty apuna kirjastohenkilökunnan tietokantaosaamista.

Tässä opinnäytetyössä aineiston sisäänottokriteerit on määritelty seuraaviksi:

- Aineisto on julkaistu tai hyväksytty julkaisuun vuosien 2006 ja 2016 välillä
- Julkaisukieli on suomi tai englanti
- Aineisto käsittelee mielenterveyspotilaan kohtaamista joko ensihoidossa tai akuuttihoitossa

- Aineiston tulee pohjautua tutkittuun tietoon tai todelliseen tutkimukseen
- Aineisto on saatavilla kokonaisuudessaan maksutta
- Tutkimukseen hyväksytään eri metodein tehdyt tutkimukset
- Artikkelit eivät käsittele ulkoisen tapahtuman aiheuttamaa psykologista kriisiä, vaan potilaita jolla on diagnosoitu mielenterveyden ongelma

Tutkimuksen poissulkukriteerit ovat seuraavat:

- Aineisto oli kirjoitettu tai hyväksytty julkaisuun ennen vuotta 2006
- Aineistosta ei ole julkaistu luotettavassa lähteessä
- Aineisto kuvaa mielenterveyspotilaan kohtaamista eri kontekstissa kuin opinnäytetyö, eli esimerkiksi avohoidossa tai osastotyössä
- Julkaisua ei ole saatavana kokonaisuudessaan tai se on maksullinen
- Julkaisut, jotka eivät tuloksiltaan sovellu käytettäväksi suomalaiseen terveydenhuoltojärjestelmään

Alustava aineiston haku aloitettiin 26.11.2015. Lisähakua tehtiin lisäksi tutkimuksen tutkimusosaa kirjoittaessa 18.2.2016. Hakusanoiksi valittiin: "ensihoito", "mielenterveys", "psykoosi", "psykiatria", "paramedic", "emergency care", "pre-hospital care", "psychiatric patient", "mental patient", "mental health", "psychiatric emergencies", "psychosis". Hakusanat ja lausekkeet vaihtelivat tietokantojen ja niistä saatujen osumien perusteella.

Haut suoritettiin seuraavissa tietokannoissa: ALEKSI, Ebrary, ARTO, Medic, Melinda, Elsevier, Ebsco (CINAHL ja Academic Search Elite), Pubmed, Terveystietä. Täydentävää hakuja tein Google Scholarilla. Taulukossa 1 on esitelty tietokannoittain saadut hakutulokset ja näistä käyttökelpoiseksi valitut tulokset. Ongelmaksi muodostui se, että ulkomaalaisiin tutkimuksiin ulkomaalaisissa tietokannoissa ei koulun kautta ollut käyttöluvia, ja näin ollen monet hyvät tutkimukset jäivät hakujen ulkopuolelle aineiston maksullisuuden vuoksi. Tutkimukseen löytyi tietokannoista vain englanninkielisiä lähteitä. Suomenkielisillä hakutermeillä osumat haluttuihin termeihin olivat lähinnä aiheita sivuavia.

TAULUKKO 4. Tietokantahakujen tulokset

Tietokanta	Osumia	Poissuljettu otsikon perusteella	Poissuljettu abstraktin perusteella	Poissuljettu koko tekstin perusteella	Käytettäväksi sopivat artikkelit
ALEKSI	9	7	1	-	1
Ebrary	38	36	1	1	-
ARTO	3	2	1		-
Medic	45	42	-	2	1
Melinda	6	5	1	-	-
Elsevier	2	2	-	-	-
Ebsco	131	125	4	2	3
Pubmed	145	130	12	3	1
Terveysportti	20	19	-	1	-
Google Scholar	358	333	20	1	2
Duplikaatti tulokset					-3
Yhteensä	757	701	40	10	5

Tutkimuksia löytyi käytettyjen hakusanojen yhdistelmällä yhteensä 757, jotka kaikki käytiin läpi otsikkotasolla. Tässä vaiheessa otsikon perusteella pois suljettiin suuri osa tutkimuksista (701). Abstrakti luettiin tutkimuksista, joihin se oli liitetty mukaan, ja tämän perusteella hylättiin 40 tutkimusta. Tähän vaiheeseen päässeet tutkimukset selattiin kokonaisuudessaan läpi ja niistä karsittiin vielä 10 työtä. Duplikaattien poistamisen jälkeen käteen jäi viisi tutkimusta tai artikkelia, jotka soveltuvat tähän opinnäytetyöhön. Tutkimusten seulonnassa poistettiin käytännössä yhden tapauksen vertailut, tutkimukset, joissa ei käsitelty selkeää tutkimusongelmaa, sekä käsitteelliset työt, joista oli vaikea löytää selkeitä tutkimustuloksia. Pyrittiin löytämään töitä, jotka käsittelevät kokonaisuudessaan mielenterveyspotilaan hoitoa akuutti-tilanteessa.

6.3 Kirjallisuuskatsauksen laadun arviointi

Kirjallisuuskatsauksen alkuperäistutkimusten laatu on aina arvioitava. Laadun arvioinnilla lisätään kirjallisuuskatsauksen luotettavuutta, ohjataan tulosten tulkintaa ja määritellään tulosten vaikuttavuutta. Laadun arvioinnilla selvitetään tutkimusten laatueroja tutkimustulosten eroavaisuuksien selittäjänä. Jo tutkimussuunnitelmassa määritellään luotettavuuden peruskriteerit, mutta ne saattavat työn edetessä muuttua, vaihtua tai tarkentua. Tutkimusten laatua arvioitaessa kiinnitetään huomiota tutkimusten antaman tiedon luotettavuuteen,

tutkimustulosten tulkintaan ja kliiniseen merkitykseen. Apuna valittujen tutkimusten arvioinnissa voi käyttää itse kehitettyä tai valmista mittaria tai tarkistuslistaa. (Johansson ym. 2007, 101-102.)

Koska AMK-opinnäytetyö on laajuudeltaan rajattu, ja tekijän kokemus laadunarvioinnista huono, ei tähän opinnäytetyöhön sovelleta laajaa laadun arviointia. Oman laadunarviointilistan kokoaminen tuntui ilman kokemusta haasteelliselta, joten laadun arviointina tässä opinnäytetyössä toimi Finnish Centre for Evidence-Based Health Care sivuilta löydettävä, asiantuntijoiden mielipiteiden ja muun narratiivisen tekstin kriittiseen arviointiin käytettävä SUMARI:n NOTARI-moduuli (Finnish Centre for Evidence-Based Health Care. viitattu 29.11.2015). Tässä kyseisessä arviointimenetelmässä on seitsemän kysymystä tutkimuksista. Niihin vastataan KYLLÄ (K), EI (E), EPÄSELVÄ (?) tai EI SOVELLETTAVISSA (n/a). Kysymykset ovat seuraavat:

- 1. Onko mielipiteen lähde selkeästi tunnistettavissa?*
- 2. Onko mielipiteen lähteellä asema asiantuntijoiden joukossa?*
- 3. Ovatko potilaiden/asiakkaiden intressit mielipiteen keskeinen kiinnostuksen kohde?*
- 4. Onko mielipiteen taustalla oleva logiikka/kokemus selkeästi perusteltu?*
- 5. Onko perustelu tehty analyyttisesti?*
- 6. Onko viittauksia olemassa olevaan kirjallisuuteen/näyttöön ja onko epäjohdonmukaisuudet perusteltu loogisesti?*
- 7. Onko mielipiteelle tukea muilta asiantuntijoilta?*

Kyseisessä arviointimenetelmässä ei pisteytetä valittuja tutkimuksia, joten opinnäytetyötä varten pisteytykseen kehitettiin yksinkertainen systeemi. Tässä systeemissä arviointi tehtiin sen mukaan, mikä tutkimus saa eniten K-vastauksia tai vähiten E-vastauksia. Kahden tutkimuksen tasapistetilanteessa EPÄSELVÄ vastaus oli parempi kuin EI-vastaus. Sovelletun arvioinnin numeraaliset tulokset ovat taulukossa alempana. Tutkimuksen luotettavuuden kannalta ongelma on se, että useimmat mittarit on tarkoitettu kahden tutkijan käyttöön, jonka jälkeen tutkijat arvioivat tulokset myös ristiin. Tämä opinnäytetyö on yksilötyö, joten ristikäistä arviota ei tule, ja näin ollen on mahdollista, että lähdeaineistoa arvioidessa tulee virheitä.

Laadunarviointi on myös vaativa tehtävä, joka vaatii paljon tieteen ja metodologioiden tuntemusta, jota opinnäytetyön tekijällä ei juurikaan ole. Siksi tämän arviointimetodin lisäksi tutkimukset rajattiin niin, että ne oli julkaistu jossain tieteellisessä tai vertaisarvioidussa

julkaisussa. Seuraavassa taulukossa on esitetty artikkelit ja tutkimukset, jotka valikoituvat loppuvaiheessa kirjallisuuskatsauksessa käytettäväksi aineistoksi, sekä arvio niiden laadusta. Näiden edellä esiteltyjen tutkimusten lisäksi kaksi seitsemästä tähän opinnäytetyöhön haulla löydetystä tutkimuksesta karsiutui arviointivaiheessa pois, koska ne saivat heikoimmat pisteet, ja opinnäytetyön laajuuden vuoksi aineiston määrä pyritään pitämään maltillisena.

TAULUKKO 5. Kirjallisuuskatsaukseen valikoituneet tutkimukset ja artikkelit, sekä laatuarvio

Tekijät, nimi, vuosi, tutkimusmaa	Julkaisija	Tarkoitus	Tärkeimmät johtopäätökset	Laadun arviointi
Wright K, McGlen I. (2012) Mental health emergencies: using a structured assessment framework. Iso-Britannia	RCN Publishing/ Nursing Standard-lehti	Yleiskatsaus Public Psychiatric Assessment Toolista(PPEAT). Artikkelit esittelee työkalun käyttöä ensihoitajien ja poliisien käytössä, sekä sen ymmärtämisen hyödyllisyyttä sairaalan sisäisessä käytössä.	PPEAT työkalu auttoi hoitajia käsittelemään mielenterveyspotilaita järjestelmällisellä tavalla. Hoitajien aikaisemmin kerätyt käytännön taidot on helppo yhdistää työkalun käyttöön. Mielenterveyspotilaan hoitamisessa päivystyksessä tärkeintä on kunnioittava kohtelu sekä käytöksen tarkka seuraaminen.	K:6 E:0 ?:1 n/a:0 Ranking tutkimuksista: 1.
Shaban R.(2012) Paramedic's clinical judgment and mental health assessments in emergency contexts: Research, practice, and tools of trade, Australia	Australasian Journal of Paramedicine	Kooste tutkimuksista, jotka käsittelevät ensihoitajien ja päivystysten henkilökunnan tekemää mielenterveyden arviointia.	Mielenterveyspotilaan hoitoa on tutkittu liian vähän verrattuna muihin ensihoidon kohtaamiin potilaisiin. Ensihoitajilla ei ole käytössä hyvää työkalua mielenterveysongelman kohtamiseen, psykiatrian käyttämät mielenterveyden arviointimenetelmät ovat liian pitkiä ja monimutkaisia ensihoidon arviointiin.	K:6 E:1 ?:0 n/a:0 Ranking tutkimuksista: 2.
Manton, A. (2013) Care of Psychiatric Patient in the Emergency	Emergency Nurses Association	Komiteamietintö, jossa etsitään parhaita tapoja toimia mielenterveyspotilaiden	Ensiavun hoitajilta puuttuu kattava koulutus mielenterveyden ongelmien kohtaamisesta. Ongelmiksi	K:4 E:1 ?:2 n/e:0

Department, USA		kanssa päivystyksessä sekä määritellään tarvittavia uusia tutkimuskohteita alalta.	määriteltiin myös hoitajien negatiivinen suhtautuminen potilaisiin, turvallisuusasiat, hoitoprotokollien puute sekä henkilöstöhallinnon puutteet.	Ranking tutkimuksista: 5.
Gilbert, S. (2009) Psychiatric Crash Cart. Treatment Strategies for the Emergency Department, USA	Advanced Emergency Nursing Journal	Tapaustutkimuksia sisältävä artikkeli, joka opastaa käyttämään yksinkertaista "crash cart"-mallia psykiatrisen potilaan hoitoon päivystyksessä.	Psykiatrisen potilaan oireiden helpottaminen on tärkein osa hoitoa ja helpottaa myös potilaan kooperaatiota. Selkeämmät protokollat päivystyksessä helpottaisivat mielenterveyspotilaiden hoitoa.	K:5 E:1 ?: 1 n/a:0 Ranking tutkimuksista: 3.
Shaban R. (2008) in Paramedics in Australia. Contemporary challenges of practice Part 2: Challenges in Paramedic Practice. Paramedics and Mentally Ill. Australia	Paramedics in Australia. Contemporary challenges of practice. (Peter O'Meara, Carolyn F. Grbich. (Toim). Australian Journal of Medicine	Näyttöön perustuvaa tutkimusta ja kirjallisuuskatsaus ensihoitajien kliinisestä mielenterveysosaamisesta ja päätöksenteosta.	Ensihoitajat kokevat, että heillä ei ole tarpeeksi taitoa kohdata mielenterveyden ongelmia, koulutusta tähän on lisättävä. Ensihoitajat ovat usein tärkeä ensikontakti potilaalle ja määrittävät potilaan suhtautumisen hoitoon sen jatkuessa.	K:4 E:0 ?:3 n/e:0 Ranking tutkimuksista: 4.

Näiden tutkimusten ja artikkelien lisäksi tutkimuksessa käytetään muutamaa terveydenhuoltoalan oppikirjaa; Psykiatria (Lönnqvist ym. 2011), Ensihoito (Kuisma ym. 2013) sekä Mielenterveyshoitotyö (Kuhanen ym. 2013). Lisäaineiston haku tutkimukseen tehtiin 18.2.2016, ja sen avulla löytyi vielä NSW Ministry of Health:in vuonna 2015 julkaisema opas MENTAL HEALTH FOR EMERGENCY DEPARTMENTS, joka arvioitiin edellä kuvatulla arviointimenetelmällä tutkimukseen sopivaksi.

6.4 Valitun aineiston analysointi

Integroidussa kirjallisuuskatsauksessa päämääränä on huolellinen alkuperäistutkimusten tulosten tulkinta ja aineistojen synteisiin saattaminen. Merkittävät tutkimustulokset on erotettava

merkityksettömämmistä, ja näistä tuloksista tehdään yleisiä päätelmiä. Analysointi on suoritettava huolellisesti, jotta tutkimustuloksia vääristäviltä virheiltä välttyttäisiin. (Johansson 2007, 94-95.)

Tässä opinnäytetyössä analyysimenetelmänä käytetään aineistolähtöistä sisällönanalyysiä. Siinä aineistoa pelkistetään, ryhmitellään ja lopulta siitä luodaan yhtenäisiä käsitteitä. Pelkistämällä aineistosta etsitään ilmauksia, jotka liittyvät tutkimuskysymyksiin. Pelkistämässä ilmaisut tiivistetään niin, että niiden olennainen sisältö säilyy samankaltaisena. (Kylmä & Juvakka 2007, 112-113.) Kirjallisuuskatsauksen analyysi aloitettiin lukemalla aineisto kertaalleen läpi kokonaiskuvan saamiseksi, samalla alleviivaten siitä tutkimuskysymyksiin vastaavat alueet. Koska vastaukset tutkimuskysymyksiin ovat hyvin laajoja, käytetään analyysiyksikkönä tässä opinnäytetyössä pelkistämällä haettuja lauseita. Jokaisesta tutkimuksesta ja muusta lähdekirjallisuudesta haettiin 3-10 pelkistettyä lausetta, jotka antavat vastauksen ongelmaa, tai tiivistävät erityisen hyvin kyseisen tutkimuksen tulokset. Aineiston pelkistäminen oli haastavaa, varmaankin johtuen opinnäytetyön hyvin käytännönläheisestä aiheesta. Pitkistä tutkimuksista oli hankalaa löytää suoraa vastausta kysymyksiin, minkä vuoksi tietoja jouduttiin paljon yhdistelemään ja pohtimaan.

Seuraavassa vaiheessa nämä pelkistetyt ilmaukset ryhmitellään sisällön perusteella. Samaa tarkoittavat ilmaisut yhdistetään samaan luokkaan eli kategoriaan, jolle annetaan sen sisältöä kuvaava nimi. Kategorioista muodostuu edelleen yläkategorioita jotka muodostavat kirjallisuuskatsauksen tekstin rakenteen ja niitä voi näin ollen hyödyntää kirjoitusprosessissa. (Kylmä & Juvakka 2007, 115–120.) Tässä kirjallisuuskatsauksessa pelkistämisen ja luokittelun jälkeen aineistosta valikoitui viisi kategoriaa; psykiatristen sairauksien oireet, psykiatristen sairauksien hoito, ensihoitajien osaaminen, kommunikaatio potilaan kanssa sekä ensihoidon hoitokeinot psykiatrisille potilaille.

TAULUKKO 6. Esimerkkejä aineiston analysoinnista

Aineistosta löytynyt ilmaus	Pelkitys	Ryhmittely	Kategoria
<i>"In the situation of an agitated patient, verbal de-escalation should be tried before any type of restraint or seclusion is instituted. De-escalation is a critical strategy in preventing the agitated patient from becoming</i>	Suullinen kommunikaatio on tärkeää kiihtyneen potilaan rauhoittelussa.	Potilaan ohjaus	Kommunikaatio

<i>violent."</i>			
<i>"Patients with schizophrenia are not typically violent or aggressive, but may become so if they feel threatened; they tend to be socially withdrawn, isolative and focused on their delusions."</i>	Skitsofreenisen potilaan käytös ei ole yleensä aggressiivista vaan sisäänpäin vetäytyvää.	Potilaan käytös	Psykiatristen sairauksien oireet

7 MIELENTERVEYSPOTILAS ENSIHOIDOSSA

Tässä kirjallisuuskatsauksen tutkimusosassa käydään läpi, miten kohdata mielenterveyspotilas, miten häntä haastatellaan ja mitä olisi hyvä kirjata jatkohoitoa varten. Erikseen esitellään vielä keinoja aggressiivisen potilaan kohtaamiseen.

7.1 Mielenterveyspotilaan kohtaaminen

Jo ennen kohteeseen tuloa on tärkeä keskustella tilanteesta työparin kanssa. Lisätietojen kysyminen esimerkiksi hätäkeskukselta epäselvässä tilanteessa on hyväksi. Matkalla pyritään ennakoimaan mahdollisia ongelmatilanteita ja kehittämään niihin ratkaisu työparin kanssa. Joustavia toimintasuunnitelmia eri tilanteisiin tulisi käydä läpi, ja varmistaa, että työpari on yhtä tietoinen niistä. Jos potilas on tuttu, hyödynnetään hänestä aikaisemmin saatua tietoa. Etukäteen voidaan olla yhteydessä esimerkiksi potilaan omaisiin, poliisiin tai mielenterveysyksikön henkilökuntaan, mikäli potilaalla on sinne hoitosuhde. Jos on tiedossa, että potilaan historiassa on väkivaltaista käytöstä, tulee väkivallan uhka ottaa vakavasti. Kohteeseen ei tule koskaan mennä yksin. Tilanne voi olla vaarallinen, mikäli potilas ei ole tietoinen, että ensihoitajia on tulossa, tai jos hän kokee olonsa uhatuksi. Ensimmäisenä tulee aina varmistaa oma turvallisuus, samalla huolehtien potilaan sekä sivullisten turvallisuudesta. Jos väkivallan tai vaaran uhka on selkeä, tulee paikalle hälyttää poliisiyksikkö ja odottaa sen saapumista ennen kohteeseen menemistä. Uhkaavassa tilanteessa tulee pitää huoli, että sekä hätäkeskus että päivystävä kenttäjohtaja ovat selvillä kohteessa olevasta tilanteesta. Virvet sekä puhelimet on syytä pitää välittömässä läheisyydessä. Potilasta ei saa koskaan yrittää itse pitää väkisin kiinni tai rauhoittaa häntä fyysisesti, ellei kyseessä ole itsesuojelu äärimmäisessä tilanteessa, tai itsemurhan tai muun itsetuhoisen käytöksen estäminen. (Shaban 2008. 11.)

Kohteessa esitellään oma henkilöllisyys potilaalle ja omaisille, sekä kerrotaan, miksi ambulanssi on hälytetty paikalle. Käytöksen on oltava kohteliasta ja rauhallista, mutta myös suoraa ja rehellistä. Ulkoiset häiriötekijät pyritään pitämään minimissä. Jos tilassa on useita henkilöitä, kunnioitetaan potilaan yksityisyyttä, eikä kysytä henkilökohtaisia asioita kaikkien kuullen. Helpoin tapa taata potilaalle rauhallinen tila on haastatella häntä omassa tilassaan, esimerkiksi ambulanssin sisällä, huomioiden kuitenkin turvallisuusasiat. Potilaan lähettyvillä ei saisi olla

esineitä, joita voi käyttää aseena. (Mental Health for Emergency Departments - A Reference Guide. 2015. 18.)

Aluksi pyritään keskittymään asioihin, joita potilas itse pitää ongelmallisina, jotta saavutetaan potilaan luottamus. Ensihoitajan on oltava valmis tekemään kompromisseja potilaan kanssa, vaikka itse olisitkin eri mieltä joistain asioista. (Shaban 2008. 11.) Hoitotilanteeseen on kuitenkin pyrittävä luomaan selvät rajat. Uhkailun ja väkivallan suhteen on syytä pitää nollatoleranssia (Lönnqvist 2011. 36). Potilaan kanssa pyritään pääsemään hyvään keskusteluyhteyteen niin pian kuin mahdollista. Haastatteluun perustuva tutkimus voi onnistua vain, jos potilaan ja ensihoitajan välillä on riittävän hyvä yhteistyö. Tärkeintä mielenterveyspotilaan kohtaamisessa on saavuttaa potilaan luottamus ja saada hänet kertomaan oireistaan ja huolistaan tarkasti, sekä luoda hyvä yhteys, jolla voidaan luoda kestävä pohja potilaan jatkohoitoa ja diagnosointia varten. Harvat mielenterveyden häiriöt saadaan parannettua yhden kontaktin perusteella. Tämän vuoksi ensihoitajan käytös ja teot vaikuttavat vielä pitkälle potilaan hoitoon jatkopaikassakin, ensihoitaja kun on usein ensimmäinen terveydenhuollon henkilö, jonka potilas kohtaa. Ensihoitajan on syytä tehdä systemaattinen ja luotettava katsaus potilaan sen hetkiseen tilaan. (Shaban 2008. 9, 11)

Kohteessa ollessa tarkkaillaan potilaan ympäristöä, josta voi saada arvokasta tietoa potilaan tilasta. Omasta turvallisuudesta on pidettävä huoli. Potilaan kanssa olisi hyvä keskustella tilassa, jossa kummallakin on mahdollisuus perääntyä tarvittaessa. Potilas yritetään saada esimerkiksi avoimempaan tilaan pienestä huoneesta. On myös hyvä pitää huoli, ettei mene lähelle potilaan henkilökohtaista tilaa, mikä normaalisti tarkoittaa vähintään metrin etäisyyttä potilaaseen, tilanteesta riippuen pidempääkin matkaa. Potilaalle kerrotaan koko ajan, mitä olet tekemässä, ja mitä seuraavaksi tapahtuu. Haastattellessa täytyy olla valmistautunut siihen, että joidenkin potilaiden tietojen keräämiseen voi mennä aikaa, erityisesti jos potilas on hermostunut tai psykoottinen. (Shaban 2008. 11.) Jos potilas ei ole hyvässä yhteistyössä, voidaan yrittää tarkistaa onko hänellä normaalisti käytössä silmälasit tai kuulolaite, joiden puuttumisen vuoksi kommunikaatio on vaikeampaa (Mental Health for Emergency Departments - A Reference Guide. 2015. 34).

Myös muita kohteessa olevia henkilöitä haastatellaan. Heidän versionsa tapahtumista kuunnellaan mahdollisuuksien mukaan eri tilassa potilaan kanssa. On myös hyvä seurata potilaan ja muiden henkilöiden välistä dynamiikkaa kohteessa. Omaisten haastattelussa tulisi ottaa huomioon mielenterveysongelmien seuraukset omaisille. Hankalat tilanteet voivat aiheuttaa

omaisille stressiä ja jännittynyttä käytöstä. Ensihoitajalla on myös vastuulla omaisten hyvinvoinnin varmistaminen, ja tarvittaessa heidän ohjaamisensa psykiatrisen avun piiriin. (Shaban 2008. 11.) Jos potilaan tila ei vaadi kuljetusta, tulee ensihoitajan selvittää avohoidon resurssit potilaan hoitamiseksi, sekä tarvittaessa järjestää potilaalle tapaaminen mielenterveyspuolen edustajan kanssa. Potilaan sekä omaisten ohjaus oikean mielenterveyspalvelun piiriin on tärkeää. (Shaban 2008. 11.) Kuljettamatta jättämisestä täytyy aina konsultoida lääkäriä, jolloin ensihoitajan on esitettävä luotettava arvio potilaan kotona pärjäämisestä. Erityisen tärkeää on varmistaa, että potilas on tajunnan tasoltaan normaali, ja että hänen päätöksentekokykynsä on hänelle normaalilla tasolla. Jos näissä tilanteissa herää epäily potilaan normaalia huonommasta tilasta, tulee hänet aina kuljettaa. (Karas 2002. 4.)

Fyysisen uhan lisäksi mielenterveystehtävät voivat aiheuttaa henkistä ahdistumista, jonka vuoksi vertaistuki, sekä mahdollisuus debriefingiin tai muuhun ammattilaisen tukeen, on tärkeää. On hyvä muistaa suojella myös omaa jaksamistaan, varsinkin tilanteissa, joiden huomaa vaikuttaneen normaalia enemmän omiin tunteisiin. (Shaban 2008. 9, 11.) Hyvä hoitaja tunnistaa tilanteissa ne tekijät, jotka laukaisevat hänessä jonkin tunteen, ja tietää, että ne perustuvat hänen omiin aikaisempiin kokemuksiinsa. Tällaisissa tilanteissa on tärkeää rajata omat tuntemuksen potilaskontaktin ulkopuolelle. Mielenterveyspotilaat saattavat joskus tulla niin sanotusti iholle ja kysellä hyvinkin henkilökohtaisia asioita, mutta usein potilas tällöin vain haluaa, että hoitaja kiinnittäisi samanlaista huomiota potilaan asioihin, kuin mitä potilas häneltä kyselee. Myöskään negatiiviset tunteet eivät usein ole kohdistettuja hoitajaan, vaan kumpuavat potilaan sisäisestä ahdistuksesta. Potilaalle tulee tällöin kertoa suoraan, jos hänen käyttöksensä tai puheensa on loukkaavaa, mutta potilaan pahaa oloa ei saa väheksyä. (Punkanen 2003. 55, 108.)

Sairaalan triagessa potilaan kiireellisuuden luokitteluun vaikuttaa eniten riskinarvio potilaan käytöksestä; onko hän vaaraksi itselleen tai muille, sekä hänen aktiivisuutensa arviointi. Jos potilas on levoton, hänen kiireellisyytensä on luonnollisesti suurempi kuin rauhallisen potilaan. (Mental Health for Emergency Departments - A Reference Guide. 2015. 9.) Suurin osa päivystykseen tulleista potilaista oli saanut negatiivisia kokemuksia päivystykseen hakeutumisesta. Ongelmaksi on todettu muun muassa triagen päätöksenteon oikeellisuus, päivystyksen meluinen ympäristö, pitkät odotusajat sekä yksityisyyden puute. Potilaat toivoivat tutkimuksissa lisää mielenterveyden koulutusta henkilökunnalle, enemmän tukipalvelujen käyttöä, parempaa yhteistyötä henkilökunnan ja potilaan välillä ja enemmän suunnitelmallisuutta kotouttamisen ja jatkoseurantaan. Potilaat kokivat myös, että heidät leimattiin psykiatrisiksi

potilaiksi oireista riippumatta. Olisi hyvä, jos päivystyksessä olisi hoitaja, joka olisi koulutettu erityisesti kohtaamaan mielenterveyspotilas, sekä oma rauhallinen ympäristö, jossa psykiatriset potilaat voisivat odottaa. (Manton 2013. 3-4.) Seinäjoella sekä terveyskeskus- että keskussairaalapäivystyksessä potilaat on mahdollista ohjata omaan yksityiseen moduuliin odottamaan hoidon jatkumista. Päivystyksen triagen päätöksentekoon vaikuttaa pitkälti ensihoitajien raportointi, joten se tulisi olla huolellista, jotta välitetään potilaan tilan aliarviointi, joka voi pitkien odotusaikojen johdosta johtaa potilaan psyykkisen tilan heikkenemiseen. Triagessa korkeimpaan riskiluokkaan tulisi asettaa potilaat, joilla on riski aggressiiviseen käytökseen, itsemurhaan tai itsetuhoisuuteen, karkaamiseen tai fyysiseen sairastumiseen, tai jos potilas on fyysisesti sairas. On myös tärkeää olla luomatta potilaalle psykiatrisen potilaan leimaa, ennen kuin hänet on kunnolla tutkittu päivystyksessä myös fyysisesti. (Manton 2013. 4).

7.1.1 Aggressiivisen potilaan kohtaaminen

Aggressiivisuuden voi jakaa karkeasti kahteen osaan; impulsiiviseen aggressiivisuuteen, joka kumpuaa jostain ärsykkeestä, sekä suunniteltuun aggressiivisuuteen (ns. saalistusaggressiivisuuteen), jota potilas käyttää keinona saada jotain haluamaansa. Psykiatrisen potilaan kohdalla on yleensä kyse impulsiivisesta aggressiivisuudesta, saalistusaggressio on yleensä epäsosiaalisen persoonallisuushäiriöihin ja psykopaattisen persoonallisuuden oire. (Hallikainen & Repo-Tiihonen 2015. 1361.) Levoton ja rauhaton potilas on aina vaarassa muuttua aggressiiviseksi. Syy levottomaan käytökseen voi myös olla alkoholin tai muiden päihteiden käyttö, tai niiden vieroitusoireet (Manton 2013. 7). Nurse Associationin väkivaltaan keskittyneessä tutkimuksessa (2011) suurimmat syyt väkivaltaiseen käytökseen olivat alkoholi-intoksikaatio (55%), muiden päihteiden käyttö (46%) sekä psykiatrisen diagnoosi (43%). Huomattavaa on, että nämä kategoriat osuvat usein päällekkäin ja psykiatrisen potilas on usein alkoholin ja/tai muiden päihteiden väärinkäyttäjää. Väkivallan uhkaa lisää myös levoton hoitoympäristö. Potilas voi myös käyttäytyä aggressiivisesti, jos kokee saavansa siitä jotain hyötyä, kuten nopeampaa hoitoa tai lääkkeitä. Myös aivovammojen tiedetään aiheuttavan aggressiivista käytöstä. Suurin väkivallan uhka on nuorilla miespotilailla, joilla on tiedossa aikaisempaakin väkivaltaista käytöstä. (Punkanen 2003. 136.)

Hoitajan on osattava tunnistaa aggression merkit, jo ennen kuin mitään konkreettista ehtii tapahtua. Potilaan äänensävyistä tarkkaillaan painotusta ja puheen nopeutta. Myös potilaan

nonverbaalinen viestintä kertoo väkivallan uhasta, etenkin jos se poikkeaa potilaan normaalista viestinnästä. Esimerkiksi pistävä pitkä katsekontakti, käsien puristaminen nyrkkiin, nopeat kädenliikkeet, edestakaisin kävely, hampaiden narskuttelu tai se, että potilas tulee normaalia lähemmäksi, kertovat aggressiotason noususta. Harhaisella potilaalla vainoamisharhaluulot ja voimakkaat harhat, joiden sisältö on aggressiivista, voivat aiheuttaa eskaloitunutta käytöstä, potilas voi näissä tilanteissa tosissaan pelätä henkensä edestä. (Punkanen 2003. 136-137). Psykoosipotilaan hyökkäävyyttä lisäävät nuorena alkanut antisosiaalisuus ja väkivaltaisuus, päihdeongelma, itsetuhoisuus, sekä sairaudentunnon puute ja lääkähoidon laiminlyönti. (Hallikainen ym. 2015. 1361.) Aggressiivisuus ei kuitenkaan aina ole näkyvää raivoa ja väkivaltaa, vaan potilas voi myös olla sulkeutunut ja kyräilevä. Aina on myös hyvä pitää mielessä, että kipu, nälkä ja esimerkiksi unettomuus voivat aiheuttaa aggressiivista käytöstä. Hoitajan on myös tarkkailtava omaa käytöstään, koska potilas saattaa kokea potilaan roolin alempiarvoiseksi ja siksi ahdistua. Kasvaessaan ahdistus ruokkii aggression syntymistä. On aina pyrittävä olemaan tasavertainen potilaan kanssa. (Punkanen 2003. 136-137.) Oman pelon näyttäminen ei myöskään ole hyväksi, sillä tällöin potilas kokee, että tilanne ei enää ole auttajankaan hallussa (Hallikainen ym. 2015. 1365).

Kiihtyneen potilaan ensisijainen rauhoitusmenetelmä on keskustelu, ennen tätä ei tule käyttää rahoittavaa lääkitystä, fyysistä rajoittamista tai eristämistä. Rajoittamisella ja rahoittamisella saattaa olla potilaalle sekä fyysisiä että psykologisia sivuvaikutuksia, vaikka joskus niiden käyttöä ei voidakaan välttää. Henkilökunnalla tulisi olla tietoa siitä, missä tilanteessa näitä toimia voi käyttää. (Manton 2013. 7-8.)

Kriisitilanteessa oleva potilas saattaa käyttäytyä epätoivoisesti ja olla vaarassa vahingoittaa itseään tai muita (Wright 2012. 49). Potilaan kohtaamisessa tulee varmistaa aina oma turvallisuus, eikä paikalle koskaan mennä yksin. Sekä potilaalle että itselle on varmistettava peräntymistie. Potilas olisi hyvä saada istuvaan asentoon rauhalliseen tilaan. Omat kädet pidetään esillä ja oma fyysinen käytös pidetään mahdollisimman ei-uhkaavana. Hoitaja voi tilanteen huomioiden joko istua tai seisoa hieman sivuttain potilaaseen. Hoitaja ei saa provosoitua potilaan käytöksestä, vaan oma käytös on tällöin oltava korostetun rauhallista. Vaaratilanteessa, esimerkiksi aseella uhatessa, on syytä suostua potilaan vaatimukseen, ja hälyttää poliisi, kun potilas on poistunut. Ensihoitajalla näissä tilanteissa on syytä käyttää VIRVEN:n hälytysnappia, joka avaa suoran yhteyden hätäkeskukseen. Pakeneminen on aina parempi vaihtoehto kuin väkivallan kohtaaminen, koska se ei hyödytä kumpaakaan osapuolta. (Lönqvist 2011 38.)

Päällekkäisyytilanteeseen on olemassa erilaisia liikemalleja, joita voidaan hyödyntää, mutta niitä ei käsitellä tässä opinnäytetyössä.

Potilasta rauhoittaessa tulee vain yhden henkilön kerrallaan keskustella hänen kanssaan. Potilasta tulee kuunnella, eikä häntä saa heti keskeyttää, vaikka hän ei aluksi pysyisikään asiassa, eikä potilaan ongelmia saa vähätellä. Keskustelu pyritään ohjaamaan ongelmiin, joihin voidaan tarjota ratkaisuja, ja potilaan kanssa pyritään pääsemään sopimuksiin asioista. (Lönnqvist 2011 38.) Levottomalle potilaalle tulee luoda selkeät ohjeet ja säännöt, miten hän voi toimia, mutta potilaalle on myös annettava päätäntävaltaa joissain asioissa, jotta hän ei tunne jääneensä loukkuun (Manton 2013. 8). Hiljaisuus voi ahdistaa potilasta, ja se voi laukaista konkreettisen väkivallan. Siksi hoitajan on tärkeää olla vaikenematta liian pitkäksi aikaa ja puhuttaessa tulee käyttää mahdollisimman normaalia äänensävyä. Potilaalle voi tarjota mahdollista rauhoittavaa lääkitystä lääkärinkonsultaation perusteella. Jos päätetään käyttää sedatoivaa lääkitystä, on tärkeä kirjata oliko sen käytöstä apua. (Manton 2013. 10.) Ambulanssissa rauhoittavan lääkkeen käyttö on ongelmallista, koska se vaikeuttaa potilaan tutkimista päivystyksessä jatkohoitoa varten.

7.2 Potilaan tutkiminen

On tärkeää rajata, että potilaan käytöksen häiriöt eivät johdu mistään fyysisistä sairaustiloista. Mielenterveyspotilaalta tulisi näin ollen ottaa kaikki samat perusmittaukset, mitä kaikilta muiltakin potilailta, ja heiltä tulisi aina kysyä myös fyysisistä oireista. Erityisesti levottomilta, rauhattomilta ja aggressiivisilta potilailta tulisi pystyä mittaamaan vähintäänkin veren glukoosipitoisuus ja happisaturaatio, potilaan lämpötila, alkometrilukema, sekä arvioida potilaan neurologinen tila. (Manton 2013. 5-7.) Kiihtynyt käytös voi liittyä matalaan verensokeripitoisuuteen, hypoksiaan, neurologiseen hätätilanteeseen, elektrolyyttihäiriöön tai esimerkiksi kilpirauhasen liikatoimintaan. Psykkisiä oireita voi myös aiheuttaa kova kuume ja vaarallista sen tutkimatta jättäminen on erityisesti sepsiksessä ja meningiitissä. Olisi myös hyvä selvittää voivatko oireet johtua päävammoista tai lähiaikaisesta neurokirurgisesta leikkauksesta, jotka voivat myös aiheuttaa psyykkisen tilan muutosta. Varsinkin, jos potilaalla ei ole aikaisempiaan historiaan mielenterveyspalvelujen käytöstä tai psyykkisestä sairaudesta, tulisi ensin olettaa, että potilaan muuttunut psyykinen tila voi johtua fyysisestä sairaudesta. Muita tilanteita, joissa voidaan epäillä, että potilaalle ei ole psyykkistä sairautta, vaan somaattinen sairaus, ovat muun

muassa yli 40-vuotiaana alkanut käytösoire, äkillinen käytöksen muuttuminen, päihteiden vaikutuksen alaisena oleminen, näköharhat, uusi lääkitys, kouristuskohtaus tai poissaolokohtaus, epänormaalit vitaalit, epävakaa tajunta tai disorinetoitunut potilas. (Karas 2002. 2-6.) Ei tule myöskään olettaa, että vaikka potilaalla on psyykinen diagnoosi, hänen fyysiset oireensa johtuvat siitä. On todettu, että psykiatrisilla potilailla on muita ryhmiä enemmän hoitamattomia perussairauksia, jolloin niiden oireisiin tulisi suhtautua vakavasti. (Manton. 2013. 5-7.) Psykiatrisilla tai dementoituneilla potilailla on myös muita potilasryhmiä suurempi todennäköisyys tulla luokitellummaksi kiireettömämmäksi, kuin mitä he todellisuudessa ovat. Lähes puolet potilaista, joiden hoidon kiireellisyys arvioitiin väärin, olivat joko dementoituneita tai mielenterveysongelmaisia. Delirium etenkin on yleensä nopeasti alkanut tila, joka on usein alidiagnosoitu. (Shaban 2012. 6.)

Mikäli potilaalle ei ole valmiiksi mielenterveyssairauden diagnoosia, tai olemassa oleva diagnoosi ei ole tiedossa, voidaan diagnoosin selville saamiseksi käyttää samoja keinoja kuin somaattisenkin sairauden selvittämisessä. Potilaalla esiintyvät oireet voivat myös olla hyvin moniselitteisiä, jolloin tarvittavan tiedon hankkiminen potilaan tilasta kestää pitkään. Tilan selvityksessä yleensä auttaa potilaan pääasiallisen oireen tietäminen, sekä allergioiden ja käytettävän lääkityksen selvittäminen. Psyykinen potilas voi myös tarkoituksella salata diagnoosiaan. Kaikesta huolimatta potilas hyötyy asiallisesti muodostetusta hoitosuhteesta. (Gilbert 2009. 301; Wright 2012. 49.)

On hyvä muistaa, että potilaan käyttäytymistä voi alussa ohjata huolestuneisuus omasta tulevaisuudesta, hänellä voi olla pelko joutumisesta sairaalaan, tai pelko oireidensa voimakkuudesta. Rauhallisesti ja rationaalisesti käyttäytyvä hoitaja voi auttaa potilasta ymmärtämään oireidensa luonteen ja suhtautumaan hoitoon positiivisemmin, kun potilas saadaan ymmärtämään sen mahdollisuudet. Joskus potilaan käytös voi olla hyvin haasteellista ja stereotyyppistä, jolloin potilaan luonteenpiirteet luovat käytökseen tietynlaisen kaavamaisuuden, esimerkiksi dramaattisuuden, epäluuloisuuden, manipulatiivisuuden jne. Nämä ovat kuitenkin vain potilaan persoonallisuuden piirteitä ja niiden merkitys määrittyy sen mukaan, miten haastattelija reagoi potilaan ominaisuuksiin. Tilanteesta riippuen ominaisuudet voivat haastattelijasta riippuen joko voimistua tai vaimentua. Esimerkiksi epäluuloista potilasta voi rauhoittaa, jos häneen pitää riittävän etäisyyden fyysisesti ja osoittaa kunnioitusta. Manipulatiivinen potilas tarvitsee selvät rajat hoidolle ja hoitajan on vältettävä sinisilmäisesti uskomasta potilasta. (Lönngqvist 2011. 33, 37.) Harhoista kärsivä potilas voi tarvita jatkuvaa valvontaa ja kommunikaatiota hoitajien

toimesta, jotta hän ei olisi peloissaan tai tekisi epätoivoisia asioita (Wright 2012. 53). Psykoottinen potilas taas tarvitsee selkeää ja yksinkertaista puhetta, jotta hän ymmärtää kommunikaation tavoitteen (Punkanen 2003. 51). Vaikka potilas ei vaikuttaisi ymmärtävän informaatiota, niin potilaan muistissa ei kuitenkaan usein ole vikaa, ja jälkikäteen hän muistaa tilanteessa käytetyt sanat, äänenpainot ja asenteet itseään kohtaan. (Kuisma ym. 2013. 658). Seuraavassa taulukossa esitetään yksinkertaisia hoitostrategioita tiettyihin mielenterveyden ongelmiin.

TAULUKKO 7. Psychiatric Crash cart for Emergency Departments (Gilbert 2009. 299.)

<p>Epävaka persoonallisuushäiriö</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Vältä valtataistelua - Anna valinnanvapautta niin paljon kuin mahdollista, mutta luo helposti toteutettavat rajat - Älä reagoi potilaan käytökseen tunnepitoisesti - Älä toteuta rankaisevia hoitomalleja, uhkaile potilasta tai luo liiallisia rajoituksia - Tarkkaile sanatonta kommunikaatiota, etenkin potilaan äänensävyä - Vietä potilaan kanssa aikaa yrittäen saada selville, millaista apua hän haluaa, ja pyri tarjoamaan sitä hänelle
<p>Kaksisuuntainen mielialahäiriö</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Luo virikkeetön ympäristö, pidä ohjeet mahdollisimman lyhyinä ja selkeinä - Älä kiistele potilaan kanssa - Lääkitse levotonta potilasta (konsultaatio) - Potilaan seurassa olisi hyvä koko ajan olla joku luotettava henkilö - Suunnittele jo etukäteen mitä teet, jos potilas käyttäytyy ennalta-arvaamattomasti
<p>Psykoosi/skitsofrenia</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Lähesty potilasta hitaasti ja käytä rauhoittavaa kehonkieltä - Älä kiellä harhojen todenperäisyyttä, mutta älä myöskään mene niihin mukaan - Kysy mitä harhat kertovat ja mitä potilas siitä ajattelee - Arvioi potilaan kognitiivisia taitoja määrittääksesi potilaan sekavuuden tila - Lääkitse levotonta potilasta (konsultaatio), luo virikkeetön ympäristö - Jos oireisto on uusi, harkitse somaattisen sairauden mahdollisuutta - Älä jätä potilasta yksin
<p>Masennus</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Kysy, millaista apua potilas haluaa, ja kerro vaihtoehdot, joita sinulla on tarjota

	<ul style="list-style-type: none"> - Ole ystävällinen ja vakuuttava, kerro mitä seuraavaksi tapahtuu - Tarjoa potilaalle ruokaa, lämpöä ja lohdutusta. Joskus potilaalta täytyy kysyä useasti, mitä hän haluaa, ennen kuin hän vastaa - Kysy potilaalta stressitekijöistä sekä hänen mielenterveyttään tukevista asioista, anna omaisten tulla vierailulle, jos potilas haluaa - Kysy itsetuhoisista ajatuksista
Ahdistuneisuus/ahdistuneisuushäiriö	<ul style="list-style-type: none"> - Hoida fyysiset oireet normaalisti - Arvioi ymmärtääkö potilas, mitä tällä hetkellä tapahtuu - Ole lohduttava ja empaattinen - Kysy potilaalta, mikä hänen tilaansa voisi helpottaa, ja mikä on auttanut aikaisemmin - Huumori ja huomion kääntäminen muihin asioihin voi auttaa lievästi ahdistunutta potilasta

Potilaan oireiden helpottaminen on tärkeä osa mielenterveyspotilaan hoitoa, se vähentää hermostuneisuutta, lisää luottamusta ja auttaa potilas tuntemaan olonsa turvallisemmaksi. Tällöin henkilökunnalla on mahdollisuus varmistaa, että potilaan yhteistyökyky pysyy hyvänä ja hän kokee hoitokontaktin miellyttävämpänä. Oireita pyritään lievittämään ensisijaisesti oikealla verbaalisella ja fyysisellä käytöksellä. Potilaalle tarjotaan ruokaa, lämpöä, kivunlievitystä, sekä henkistä tukea jo ennen kuin he sitä pyytävät. Potilaalta kysytään, minkälaista apua hän hakee, ja pyritään tarjoamaan sitä tai esittämään vaihtoehtoja, jotka on mahdollisia toteuttaa. Mahdollisuuksien mukaan pyritään myös kertomaan kuinka kauan hoito kestää. (Gilbert 2009. 298-302.) Asioista puhutaan selkeästi ja konkreettisesti. Potilaalle ei anneta katteettomia lupauksia ja erityisesti psykoottisen potilaan kanssa tehdyistä sopimuksista täytyy pitää kiinni, koska psykoottinen ei aina ymmärrä selityksiä. Jos potilas ei ole aikaan tai paikkaan orientoitunut, hänelle kerrotaan kärsivällisesti, missä hän on ja miksi häntä haastatellaan. (Punkanen 2003. 108).

Potilaalle voi kertoa ohjaavaan sävyyn, miten hän itse tilannetta voisi helpottaa, mutta se ei saa kuulostaa saarnaukselta. Oikein esitetyllä ohjauksella potilas kokee, että hoitaja on rehellisesti kiinnostunut hänen hyvinvoinnistaan. Tarpeeton voimankäyttö, rajoittaminen, uhkailu tai eristäminen voi huonontaa potilaan psyykkistä oireistoa ja johtaa potilaan yhteistyökyvyn huononemiseen, sekä tilanteen eskaloitumiseen. (Gilbert 2009. 298-302.) Tutkimuksissa mielenterveyspotilaat ovat toivoneet, että hoitajat kohtaavan heidät inhimillisesti, kuuntelevan

heidän huoliaan ja tarpeitaan, kunnioittavat heidän toiveitaan hoidon suhteen ja antavat vaihtoehtoja, pitävät heidät ajan tasalla hoidon edistymisestä, sekä auttavat heitä rauhoittumaan ja tuntemaan olonsa turvalliseksi. Potilaat toivoivat myös, että hoitaja yrittäisi asettua potilaan rooliin ja ymmärtää tilannetta hänen näkökulmastaan. (Wright 2012. 49.) Mahdollisuuksien mukaan annostellaan potilaalle lääkärin konsultaation mukaisesti rauhoittavaa lääkitystä (Gilbert 2009. 298-302). Potilaan rajoittaminen ensihoitajien toimesta ei Suomessa ole laillista. Mikäli kuljetuksen aikana ilmenee tarvetta rajoittamiseen tai sitomiseen, tulee paikalle hälyttää poliisin yksikkö (Holmström. 2013. 675).

7.3 Potilaan haastatteleminen

Potilaan haastattelu on keskeisin metodi psykiatrisen potilaan kohtaamisessa. Haastattelijan on vältettävä käyttäytymistä omien ennakkoluulojensa mukaisesti, ja pyrittävä kohtaamaan jokainen potilas yksilönä. Haaste on löytää yksilöllisistä oireista pohjaa yleisen työdiagnoosin tekemiseen. Ensihoitajan on osattava eritellä potilaan kriisitynyttä tilaa koskeva uusi tieto, jota hän tarvitsee esimerkiksi konsultaation suorittamiseen M1-lähetteen laatimista varten, potilaan muista mahdollisista pitkäaikaisemmista mielisairauksista johtuvista oireista. Haastattelukysymykset ovat yleensä avoimia (*Miksi arvelette, että teille on soitettu ambulanssi?*) ja niihin pyydetään tarvittaessa tarkennusta (*Kerrotteko hieman enemmän mistä tämä johtuu.*). (Lönqvist 2011. 33, 37-39.) Mikäli potilas esittää asian epäselvästi, esitetään tarkentavia kysymyksiä, tai referoidaan potilaan kertomus hänelle itselleen asian ymmärtämisen varmistamiseksi. Potilaalta voi myös suoraan kysyä, minkälaista apua hän haluaisi. (Mental Health for Emergency Departments - A Reference Guide. 2015. 19.) Tilanne pyritään pitämään mahdollisimman kiireettömänä ja haastattelijan on oltava selvästi kiinnostunut potilaan vastauksista. Mitään teemoja ei haastattelussa tule vältellä, mahdollisista harhoista ja itsetuhoisuudesta tulee kysyä suoraan. Mikäli kuitenkin johonkin kysymykseen ei saada vastausta, siihen ei jäädä jumiin, vaan jatketaan keskustelua eteenpäin. (Lönqvist 2011. 33, 37-39.)

Ensihoitajan tärkein työ mielenterveyspotilaan kohtaamisessa on saada luotua hyvä kontakti potilaaseen ja tämän myötä haastatella ja kirjata tiedot mahdollisimman tarkasti. Paras keino hyvän kokonaiskuvan saamiseksi on luoda hyvä yhteistyö potilaan kanssa. Jos hyvä hoitaja-potilas-suhde on luotu, potilaalle ei voi sanoa "väärää asioita", mikä tutkimuksissa oli monen hoitajan huolenaihe. (Gilbert 2009. 301.) Gilbert (2009) on esittänyt hoitajien helpotukseksi

muutamia asioita, joita potilaalle ei kuitenkaan kannata sanoa, ja asioita, joiden sanomisesta on hyötyä hoitokontaktin luomisessa.

TAULUKKO 8. Mielenterveyspotilaan tukeminen (Gilbert. 2009. 301.)

Älä sano	Sano
Ei missään nimessä.	Tuo kuulostaa todella pelottavalta/ahdistavalta.
Soitan poliisit, jos et lopeta tuota.	Olen pahoillani, että tämä tapahtui sinulle.
Tiedän miltä sinusta tuntuu.	Olet oikeassa.
Minulla ei ole aikaa tällaiseen.	Olen samaa mieltä kanssasi.
On olemassa suurempia huolia kuin sinun omasi.	Miten voisın auttaa sinua tässä asiassa?
Sinulla on paljon asioita jonka vuoksi elää.	Mikä olisi sinulle nyt kaikista parasta hoitoa?
Taasko sinä olet täällä?	Olet tehnyt oikean päätöksen kun hait apua.
Olet itse aiheuttanut omat ongelmasi.	Sinulla on nyt tällaiset vaihtoehdot...

Potilaan sen hetkinen tila tulisi kirjata hyvin tarkasti. Ulkomailla on kehitetty useita työkaluja mielenterveyspotilaan tilan arvioimiseen, mutta suuri osa niistä vaatii potilaan pidempää seuranta tai tarkempaa haastattelua. Näin ollen ne eivät sovellu päivystykselliseen tai ensihoidolliseen käyttöön. (Shaban 2012. 7.) Päivystyksissä ulkomailla hyödynnetään kuitenkin jotain tällaisia työkaluja; esimerkiksi MSE:tä (Mental Status Examination), joka on alun perin kehitetty potilaan psykiatrisen diagnoosin tekemiseen yhdessä potilaan sairaushistorian kanssa. MSE:n avulla voidaan kuitenkin myös lyhyesti arvioida potilaan tilan muutoksia eri kategorioissa, ja se auttaa henkilökuntaa kiinnittämään huomion oleellisiin asioihin. MSE:ssä arvioidaan potilaan ulkoista olemusta, käytöstä, asennetta ja yhteistyökykyä, mielialaa ja tunnereaktioita, puhetta, ajatuksen kulkua ja sisältöä, aistimuksia, tajuntaa, sekä potilaan arviointikykyä ja ymmärrystä. Potilaan keskeisten oireiden selvittäminen auttaa luoman pohjan potilaan hoidon suunnittelemiseen. Erityisen tärkeää olisi myös selvittää, milloin ja kuinka äkillisesti jokin oire on alkanut, ja kauanko se on kestänyt. (Manton 2013. 6.) Alapuolisessa taulukossa on selvennetty miten MSE:tä voidaan hyödyntää ensihoidossa potilaan haastattelussa.

TAULUKKO 9. Mental Status Examination (Lönnqvist. 2011 41-44; Shaban 2008. 10.)

Ulkoisen olemus	Kuvaile potilaan fyysistä olemusta; potilaan hygienian tasoa, pukeutumista ja sitä onko se tilanteeseen sopivaa. Onko potilaalla vammoja, pistojälkiä tai muita merkkejä
-----------------	--

	pähteiden väärinkäytöstä? Onko potilas yli- tai alipainoinen, vaikuttaako hänen fyysinen terveytensä normaalilta?
Käytös, motoriiikka ja eleet	Arvioi potilaan aktiivisuuden tasoa. Onko potilas kiihtynyt? Liikkuuko hän epätavallisesti tai onko hän motorisesti jähmeä? Ottaako potilas katsekontaktia? Käyttäytyykö potilas tilanteeseen nähden normaalisti tai onko merkkejä erikoisesta käytöksestä? Mitä potilas tekee? Käyttääkö potilas normaalia elekieltä?
Ajatus toiminta ja puhe	Tarkkaile potilaan spontaania puhetta. Puhuuko hän spontaanisti, onko puheessa paljon toistoa, saako siitä selvää? Kuinka kovalla äänellä ja nopealla rytmillä potilas puhuu? Kuuntelemalla potilasta, yritä selvittää hänen ajatus toimintaansa. Vaihtuvatko ajatukset nopeasti vai vaikuttaako ajatuksen muodostaminen hankalalta? Kertooko potilas harhoista, peloista, onko puhe pakkomielleistä, tai onko potilaalla päänäpintymiä? Onko puhe loogista? Onko potilaalla itsetuhoista puhetta tai käytöstä?
Mieliala ja tunnereaktiot	Kuvaile potilaan mielialaa ja sen muutoksia, sekä muutoksien nopeutta. Pyydä potilasta kuvailemaan omaa mielialaansa. Mieliala on käsitteenä potilaan yleinen tuntemus voinnistaan. Kuvaile myös potilaan tunnereaktioita, eli potilaan tunteita kyseisellä hetkellä. Ovatko ne asiaankuuluvia, voimakkaita tai vaimentuneita? Reagoiko potilas normaalisti esimerkiksi järkytykseen tai onko hän epäasiallisen huvittunut?
Aistimukset	Onko potilaalla harhoja, harhaluuloja tai muuta psykoottista käytöstä? Kysy potilaalta tai pyri kuvailemaan kaikki potilaan näkö, kuulu, tunto, maku tai hajuaistimukset, jotka vaikuttavat epänormaaleilta.
Tajunta, orientaatio	Kuvaile potilaan orientaatiotasoa, muistia ja keskittymiskykyä. Ymmärtääkö potilas, kun häneltä kysytään kysymyksiä? Onko potilaan muisti heikentynyt? Keskittykö hän keskusteluun, tai onko hänen huomionsa helposti muualla? Kysy potilaan perustietoja, sekä ajan ja paikan tajua ja selvitä, muistaako hän esimerkiksi edellisen päivän tapahtumia.
Sairaudentunto	Onko potilas tietoinen mielisairaudestaan? Tunnistaako hän oireet (esim. harhat) siihen kuuluvaksi? Onko potilas hoitomyönteinen?
Arvostelukyky	Pystyykö potilas tekemään järkeviä päätöksiä? Erityisesti selvitetään potilaan ymmärrystä hänen omaan turvallisuuteensa liittyvissä asioissa.
Yhteistyökyky ja asenteet hoitoa kohtaan	Kuvaile miten potilas suhtautuu haastattelijaan, pystyikö häneltä keräämään hyvin tietoja? Millainen olo haastattelijalle jäi potilaan kohtaamisesta?

Toinen, vähemmän muistettavia asioita sisältävä, työkalu mielenterveyspotilaan tilan selvittämiseen on PPEAT. PPEAT (Public Psychiatric Emergency Assessment Tool) on alun perin Iso-Britanniassa kehitetty mielenterveyden arvioinnin menetelmä, jonka laatimisessa on ollut yhteistyössä mielenterveyshoitajia ja traumahoitajia. Työkalu on tarkoitettu yhtenäistämään

potilaan tilan arviointia päivystystilanteissa, jolloin hoitajilla ei ole tarvetta luoda potilaalle selvää diagnoosia tai hoitosuunnitelmaa, vaan objektiivisesti kartoittaa potilaan tilanteen kokonaiskuva. Työkalua on käyttänyt myös poliisi. PPEAT-työkalussa arvioitavia kohteita on vähemmän. Muistisääntönä voidaan käyttää ABCDE-menetelmää (Appearance&atmosphere, Behavior, Communication, Danger, Enviroment). (Wright 2012. 48-50.)

TAULUKKO 10. PPEAT- työkalun arviointikohdat (Wright 2012. 51.)

Ulkoinen olemus (Appearance &athmosphepre)	Mitä voit heti havainnoida potilaan ulkonäöstä ja olemuksesta? Vammat, kivun merkit, merkit pähteiden käytöstä, potilaan ulkonäkö, potilaan katsekontaktin taso, potilaan liikehdintä, onko potilas huolehtinut itsestään jne.
Käytös (Behavior)	Käytöksestä arvioidaan erityisesti sitä, onko se tilanteeseen sopivaa. Miten potilas reagoi ihmisiin? Mikä on potilaan mieliala? Onko potilas yhteistyökykyinen? Onko käytös ailahtelevaa? Onko potilas vaarassa vahingoittaa itseään? Onko potilaan päätöksentekokyky ennallaan? Käyttääkö hän elekieltä normaalisti, onko hänellä harhoja jne.
Kommunikaatio (Communication)	Mitä, ja millä tavalla, potilas kommunikoi. Millaista potilaan puhe on, millaista äänenpainoa hän käyttää? Mistä hän puhuu? Vaikuttaako potilas kuulevan ääniä? Pystyykö potilaan kanssa keskustelemaan? Haluaako potilas lohdutusta? Ilmaiseeko potilas itseään erikoisesti jne.
Uhat (Danger)	Onko potilas vaaraksi itselleen tai muille? Millaisessa tilassa potilas on, arvio sen sopivuutta tilanteeseen. Onko potilaalla aseena käytettäviä esineitä hallussaan? Onko tarvetta poliiseille tai muulle vahvistukselle? Onko pakoreitti kummallekin vapaa? Ovatko muut potilaat tai henkilökunta riskissä vahingoittua? Onko potilaalla jonkin vamma tai muu heti hoitoa vaativa ongelma? Onko potilas itsetuhoinen?
Ympäristö (Enviroment)	Millaisessa ympäristössä potilas on? Onko potilas aikaan ja paikkaan orientoitunut? Miten potilas reagoi ympäristön ärsykkeisiin?

Potilaan aktiivisuuden tila, ja sen muutokset, on tärkeä mittari arvioidessa hänen kiireellisyyttään sairaalan triagessa. Potilaan aktiivisuuden tilaa voidaan arvioida esimerkiksi Behavioral Activity Rating Scale (BARS) -menetelmällä, joka helpottaa raportointia myös päivystyksen ja ensihoidon välillä. BARSin avulla voidaan pitää helposti kirjaa potilaan aktiivisuuden muutoksista ja asioista, jotka siihen vaikuttavat, sekä ennakoita rajoittamisen tai rauhoittavan lääkityksen tarvetta.

Arvosteluasteikko on yhdestä seitsemään ja mitä korkeampi lukema on, sitä kiihtyneemmässä tilassa potilas on. (Manton 2013. 5.) Kyseinen asteikko ei ole rutiinikäytössä Suomessa. Seuraavassa on esitetty BARS-asteikko vapaasti suomennettuna:

- 1) Potilasta on vaikea tai mahdoton herätellä
- 2) Potilas on unessa, mutta reagoi normaalisti puheelle tai fyysiselle kosketukselle
- 3) Potilas on unelias tai vaikuttaa sedatoidulta
- 4) Potilas on hiljainen ja hereillä (normaali aktiivisuuden taso)
- 5) Potilas on avoimen kiihtynyt fyysisesti tai verbaalisesti, mutta on puheella rauhoitettavissa
- 6) Potilas on jatkuvasti rauhaton ja levoton, mutta ei tarvitse rajoittamista
- 7) Potilas on väkivaltainen, tarvitsee fyysistä rajoittamista.

Haastattelua suoritettaessa ensihoitajalla saattaa tulla eteen tilanne, jossa potilaan ja tämän omaisen kertomukset ovat ristiriidassa keskenään. Tietämys psykiatrisista sairauksista auttaa hahmottamaan, kenen kertomus tilanteesta vaikuttaa uskottavalta. On kuitenkin syytä kirjata kumpikin eriävä näkemys, sillä lyhyessä kontaktissa on harvoin mahdollista tehdä diagnoosia tai päätöksiä siitä, kuka kuvailee tilanteen totuudenmukaisesti. Erityisen tärkeää on kuitenkin kuvata potilaan omat kokemukset voinnistaan. Potilaan fyysistä sekä sosiaalista ympäristöä tulisi myös pystyä kuvailemaan kirjauksessa. Potilaan asuinolosuhteet ja perhesuhteet tai muuten läheiset sosiaaliset kontaktit olisi hyvä selvittää, jotta heidät voidaan ottaa mukaan potilaan hoitoon. Potilaan asuinolosuhteet ja mahdollinen tukiverkosto vaikuttavat myös jatkohoitopaikan valintaan. Kirjauksissa tulisi myös ottaa huomioon potilaan sen hetkiset mielenterveyspalvelut. Lyhyesti olisi myös hyvä kirjata potilaan taustatiedot ja erityisesti, jos on tiedossa, millainen potilaan mielenterveyden tila on normaalitilanteessa, etenkin, jos hän sairastaa kroonisesti jotain mielenterveyden sairautta, esimerkiksi skitsofreniaa. Kirjaamisesta olisi hyvä keskustella työparin kanssa, jos itse on epävarma, miten on käsittänyt potilaan käytöksen. (Shaban 2008. 2-3, 9.) Mikäli kirjaaja ei osaa ammattimaisesti käyttää psykiatrista terminologiaa, voidaan kirjaus tehdä myös ns. kansankielellä. Jos psykiatrista terminologiaa käyttää väärin, saattaa kirjauksen lukijana oleva psykiatrian ammattilainen tulkita alkutilanteen väärin, koska olettaa myös kirjanneen henkilön osaavaan terminologian. (Wright 2012. 54.)

8 POHDINTA

Opinnäytetyössä syntyi kirjallisuuskatsauksen pohjalta ehdotuksia, joista voisi luoda protokollia mielenterveyspotilaan kohtaamiseen. Ulkomaalaisista lähteistä selvisi, että tiettyjen työkalujen ja protokollien toimivuutta oli testattu jo päivystystilanteessa ja ne oli todettu hyödylliseksi siellä (Wright 2012. 55; Shaban 2012. 7). Lisäksi tutkimuksissa osoitettiin selkeästi protokollien hyödyllisyys potilaan kohtaamiseen ja suositeltiin niiden käyttöönottoa myös mielenterveyspotilaan kohtaamiseen (Shaban 2012. 3; Manton 2013. 1; Shaban 2008. 2). Mielestäni tällaiset työkalut ovat melko suoraan sovellettavissa myös ensihoitoon. Heti tutkimuksen alkuvaiheessa mietitytti kuitenkin, miksimielenterveyttä ja päivystysluontoista työtä on tutkittu verrattain vähän, vaikka asiakasmäärät ovat jatkuvassa kasvussa (Raunio & Rätty 2015. 1-10.). Päätin opinnäytetyön aiheen jo oikeastaan ennen kuin olin tutustunut yhteenkään lähdemateriaaliin. Loppuen lopuksi oli kuitenkin hyvin vaikea määritellä, mikä on haasteellinen potilas. Kysymys oli hyvin subjektiivinen, ja yksittäinen ensihoitaja voi kokea minkä vain potilasryhmän haasteelliseksi. Tämän vuoksi keskityin työssäni mielenterveyden ongelmiin ja sairauksiin, joiden kohtaamisen ensihoitaja tarvitsee erityisen hyviä vuorovaikutustaitoja ja pelisilmää. Välttämättä mielenterveyden ongelma ei ole ambulanssin soiton syy, mutta se saattaa hankaloittaa kommunikaatiota muidenkin potilasryhmien kanssa.

Ideani opinnäytetyöhön lähti aluksi omasta kiinnostuksesta mielenterveystyöhön, mutta laajeni myöhemmin ensihoidon kehittämiseen. Kiinnostus mielenterveystyöhön kumpusi ensihoitaja AMK-opintojen mielenterveyden harjoittelujaksosta, jossa totesin mielenterveyspotilaiden hoidon ja heidän kanssaan kommunikoinnin eroavan hyvin paljon muista ensihoidon potilasaineksista. Pidin erityisesti siitä, että mielenterveystyötä tehdään hyvin pitkälti omalla persoonalla. Ensihoidossa harjoitellessani sekä työskennellessäni olen todistanut hyvää ja ammattitaitoista mielenterveyspotilaan kohtaamista, vaikka hoitajalla ei välttämättä ole ollut koulutusta tähän. Toisaalta ensihoitajilla on sekä tiedon että käytännön taitojen puutetta kyseisen potilasryhmän kohtaamisesta. Alalla joka on täynnä protokollia ja jossa hoidon tasalaatuisuus ja laadun mittaaminen ovat tärkeitä, ei mielenterveyspotilaiden kohtaamisen tasalaatuisuuteen ole juurikaan kiinnitetty huomiota. Potilasryhmänä he ovat jääneet kauas ensihoidon nopeasta kehitymisestä. Ongelmana tietenkin on, että mielenterveyspotilaan hoidon tehokkuutta ei voi mitata ensihoidossa mitenkään. Hoitokontaktin tarkoitus ei ole parantaa potilasta, vaan ohjata hänet oikean palvelun piiriin. Kuljetettujen potilaiden sijoittuminen hoitoon ei myöskään kerro

ensihoidon tarpeellisuudesta, koska iso osa mielenterveyspotilaista pyritään hoitamaan avohoidossa. Potilastyytyväisyyden mittaaminenkaan ei perinteisesti kerro hoidon tuloksellisuudesta ensihoidossa. Raportoinnin laatu ja sen vaikutukset potilaan jatkohoitoon ovat iso osa-alue, jota ei ole vielä juurikaan tutkittu. Tämä olisi mielenterveyspotilaan kohdalla tärkein seikka, sillä ensihoidolla on ainutkertainen tilaisuus tavata potilas usein tämän kotona ja raportoida hänen käytöksestään normaalissa elinympäristössään.

Näiden seikkojen vuoksi on hankalaa määritellä, miten voitaisiin parantaa mielenterveyspotilaan kohtaamisen osaamisen laatua ensihoidossa. Opinnäytetyössä nousi kuitenkin selvänä kehityskohteenä esille protokollien puute. Protokollat ovat ainoa keino yhtenäistää ja tasalaatuistaa hoitoa. Suurin tarve protokolliin olisi erityisesti potilaan haastattelutilanteessa. Lisäksi protokollat erityyppisiin "stereotyyppisiin" käytöksiin, kuten epäluuloisuuteen tai psykoottisuuteen, reagoitessa olisivat hyödyksi, varsinkin tuoreelle ensihoitajalle, jolla ei välttämättä ole käytännön silmää näissä tilanteissa toimimiselle.

Ensihoitajien koulutus mielenterveyspotilaan kohtaamiseen ei vielä ole riittävää. Tutkimuksia selatessa tuli ilmi, että itse potilaatkin toivovat hoitajilta enemmän erikoistumista psykiatriseen hoitoon (Manton 2013, 3). Olisi syytä luoda protokollia ja standardeja, joiden mukaan mielenterveyspotilaiden hoitoa voitaisiin yhtenäistään päivistysluontoisissa palveluissa. Australialaisissa tutkimuksissa on todettu, että ilman selkeitä protokollia hoitajat turvautuvat kokemuksensa tuomaan tietoon, ja "mututuntumaan" potilaan hoidossa. Tutkimuksissa todettiin, että jopa 50% ensihoitajista, jotka eivät noudattaneet protokollia, tekivät jonkin virheen potilaan hoidossa. (Shaban 2012. 3.) Potilaan hoito jää näin ollen melko sattumavaraiseksi, riippuen kyseessä olevan hoitajan kokemuksesta. Hoitajat tarvitsevat yhä enemmän tietoa ja taitoa mielenterveyden häiriöiden hoitoon, sekä enemmän tietoa mielenterveyspalveluista ylipäätään. Ilman selkeiden protokollien luomista haastatteluun ja hoitoon, ne eivät ole objektiivisia vaan riippuvat henkilön kokemuksesta ja omasta kiinnostuksesta mielenterveyden häiriöihin. Mielestäni mielenkiintoista on, että hoitajan on potilasta ymmärtääkseen ja empaattiselta vaikuttaakseen pyrittävä asettumaan hänen asemaansa, mutta kuitenkin raportoidakseen pystyttävä katsomaan potilaan tilaan ulkopuolisen silmin. Mielenterveyspotilaan kohdalla olisi osattava kohdata ongelma tunnetasolla, mutta myös kirjattava ja hoidettava sitä objektiivisesti.

Ensihoidon koulutuksen aika on hyvin rajallinen, ja mielestäni mielenterveyspotilaan kohtaaminen käytiin siinä hyvin suppeasti. Toisin kuin esimerkiksi rintakipupotilaan haastattelemiseen,

Suomessa ei opeteta mitään selkeää haastattelumallia tietojen keräämiseen mielenterveyspotilaalta. Toisaalta kaikki vastuu ei ole vain koulutuksella, vaan myös työnantajan olisi järjestettävä lisäkoulutusta aiheeseen. Sairaanhoidopiirin alaisuudessa toimivalla ensihoitokeskuksella olisi käytettävänä koko sairaanhoidopiirin mielenterveysosaaminen, jota voisi hyödyntää ensihoidon koulutuksen suhteen. Toisaalta, jos ensihoitajilla olisi käytettävänä yksinkertainen työkalu potilaan tilan arviointiin, olisiko silloin koulutuksen tarve niin suuri? Ensihoitajien kouluttaminen yksittäisen työkalun käyttöön on huomattavasti nopeampaa, kuin koko aihealueeseen syventyminen. Ja miten voidaan testata yksittäisen hoitajan osaaminen tällä alueella?

Periaatteessa mielenterveyspotilas ei aina tarvitse ambulanssikuljetusta. He hakeutuvat usein itsekin päivystykseen, joko yksin tai omaisen saattamana. Ambulanssin rooli tuleekin eniten esiin sairautentunnotomien ja muiden haasteellisten potilaiden kanssa, joita omaiset eivät ole saaneet lähtemään sairaalaan. Perinteisesti ensihoidon rooli on ollut keskeinen myös tahdonvastaiseen hoitoon toimittamisessa ja itsemurhaa yrittäneen potilaan hoitamisessa. Järjestelmässä ei kuitenkaan ole huomioitu, että iso osa somaattisen vaivan vuoksi ambulanssin hälyttäneistä potilaista sairastaa psyykeen sairautta, useimmiten masennusta, ahdistuneisuushäiriötä tai persoonallisuushäiriötä. Itse koodi 785 ei vähennä somaattisen tutkimuksen tarvetta, mutta usein omaisilta saadun tiedon perusteella potilas vain kuljetetaan sairaalaan. Opinnäytetyöhön selaamassani tutkimuksessa myös kerrottiin ensihoitajien kokevan, että ainut heidän antamansa hoito mielenterveyspotilaalle oli juuri kuljetus (Shaban 2008. 6). Ensihoidolla olisi kuitenkin todellisuudessa paljon annettavaa potilaan tukemiseen ja alkutilanteen selvittämiseen.

Mielenterveyshäiriöiden tunnistaminen on hankalaa ja ensihoidon kontaktiaika on hyvin lyhyt. Ensihoitajien roolia mielenterveyden häiriöiden oikeassa tunnistamisessa ei ole tutkittu. Ongelmana ensihoidon osalta on myös alueelliset erot konsultaatiosta ja esimerkiksi virka-avun pyytämisestä.

Kommunikaatioon potilaan kanssa tulisi kiinnittää enemmän huomiota. Tutkimuksissa ensihoitajien asenne ja käyttäytyminen oli empaattista ja he halusivat rehellisesti auttaa potilasta, mutta kommunikaatiossa oli parantamisen varaa. Kehonkielen tulkitseminen ja potilaan mielenterveydenhäiriöstä johtuvien erityispiirteiden huomioiminen on kuitenkin haasteellista. Ensihoitaja tarvitsee paljon tietoa itse sairaudesta, jotta hän ymmärtää potilaan käytöksen ja osaa reagoida siihen oikein. Mielenterveyshäiriöistä kohdatessa on myös tärkeää osata tiedostaa oma

käytöksensä ja muokata sitä potilaan tilan mukaan. Oikeanlaiset toimintamallit estävät tilanteita eskaloitumasta ja itsevarma käytös lisää potilaan luottamusta hoitajiin. Tietämys sairauksista suojaa myös hoitajaa, koska tilanteet saattavat joskus olla raskaita myös hoitajan näkökulmasta. Ymmärrys siitä, että potilaan käytös johtuu selkeästä syystä, helpottaa hankalien tilanteiden purkamista.

Ensihoitajien ja sairaalan välinen raportointi helpottuu, jos mielentilan arvioon käytetään yhteisiä työkaluja, kuten tässä opinnäytetyössä esiteltyjä MSE:tä tai PPEAT:ia (Wright 2012. 53; Shaban 2008. 9). Näiden avulla on myös helpompi raportoida potilaan tilasta tarkemmin mahdolliseen psykiatriseen jatkohoitoon, kun puhutaan "samaa kieltä" mielenterveysalan ammattilaisten kanssa. MSE on pidempi, mutta kattavampi versio potilaan haastattelusta, mutta sitä voidaan pitää vain pohjana, jonka mukaan laadintaan lyhyempi kirjaus potilaan tilasta. PPEAT taas on päivystykselliseen toimintaan luotu, mutta hieman vähemmän kattava. Toisaalta se on helpompi muistaa, eikä sen käyttämiseen tarvitse muutaman kokeilukerran jälkeen muistilistaa. Myös potilaan aktiivisuuden mittaaminen, ja etenkin muutokset siinä, auttaisivat hänen kiireellisyyden arviotaan sairaalassa.

Opinnäytetyön pohjalta ehdottaisin, että Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä luotaisiin protokolla ainakin psykiatrisen potilaan haastatteluun, sekä mahdollisesti lyhyet ohjeet psykiatristen sairauksien aiheuttaman stereotypisen käytöksen kohtaamiseen. Ensihoitokeskuksella pyörii myös simulaatiokoulutusta, johon olisi mahdollista kehittää mielenterveyden simulaatiota esimerkiksi yhteistyössä sairaanhoitopiirin mielenterveysyksikön kanssa.

Haasteena opinnäytetyössä oli mielestäni aiheen rajaaminen niihin sairauksiin, jotka koin ensihoidossa olennaisina. Työstä jäi kuitenkin rajallisten aikaresurssien vuoksi kokonaan pois esimerkiksi itsemurhaa yrittänyt potilas, masentunut potilas ja päihdeongelmainen potilas, joiden kaikkien hoidossa on omat erityispiirteensä. Opinnäytetyössä en myöskään ota kantaa mielenterveyspotilaan lääkitykseen ensihoidossa. Loppujen lopuksi haasteellista oli myös koostaa useista eri lähteistä eheä teksti, koska halusin opinnäytetyön etenevän kronologisesti, enkä tutkimus tutkimukselta erikseen.

Kirjallisuuskatsaus toteutui aikataulullisesti hieman hitaammin kuin olin ajatellut. Lähinnä en ollut varannut tarpeeksi aikaa yhteystyökumppanin kanssa toimimiseen ja lähteiden kartoittamiseen.

Projektin tavoitteena oli lisätä Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin ensihoitajien tietoa mielenterveyden häiriöistä. Yksittäisen ensihoitajan tehtäväksi jää päättää haluaako hän lukea opinnäytetyön kokonaisuudessaan. Näin ollen tutkimuksen hyödyllisyys on vaikea mitata. Aiheesta kiinnostunut henkilö todennäköisesti lukee tutkimuksen, mutta eniten tietoa tarvitseva henkilö ei välttämättä ole kiinnostunut aiheesta, jolloin tutkimus jää häneltä katsomatta.

Opinnäytetyön tavoitteena oli myös tekijän oma oppiminen kirjallisuuskatsauksen laatimisesta ja itse mielenterveyspotilaan kohtaamisesta. Kirjallisuuskatsaus metodina ei ollut tekijälle tuttu, joten oppimista sillä saralla tapahtui huomasti. Sopivasti haastetta loi myös suurimmaksi osaksi englannin kielellä oleva lähdemateriaali. Opinnäytetyön laatijana olen melko tyytyväinen opinnäytetyön tuloksiin, vaikka työtä olisikin voinut hioa vaikka loputtomiin. Erityisesti potilaan haastattelumenetelmät kehittyivät omalla kohdalla huomasti. Mutta samalla havaitsin, että vaikka potilaan kohtaamista ja omaa käytöstä pohtisi teoriassa, niin tositalanteessa nämä eivät aina kulje käsi kädessä. Mielenterveystyö vaatii tietynlaista persoonaa joten sen tekeminen ei välttämättä sovi kaikille hoitajille. Ensihoitajan on kuitenkin hallittava peruseriaatteet. Opinnäytetyön tarkoituksena on myös lisätä hoitajien mielenkiintoa ja herättää keskustelua tästä ajankohtaisesta asiasta. Jokaisella potilaalla on oikeus kokonaisvaltaiseen ja tasa-arvoiseen hoitoon sairauksista riippumatta.

Menetelmänä kirjallisuuskatsaus sopii tähän aihealueeseen, koska kokemusperäisestä tiedosta tai haastattelusta kerätyn tiedon perusteella protokollien luominen ei ole niin luotettavaa. Valmiiden tutkimusten käyttäminen helpottaa tutkimusta ja tekee siitä luotettavampaa. Kirjallisuuskatsauksen tärkein laadun mittari on lähteiden luotettavuus. Lähteiden luotettavuuden arviointiin käytiin metodologiaoppaissa olleita menetelmiä. Tosin kirjallisuuskatsaus suoritetaan yleensä parityönä, joten tässä yksilötyössä jäi pois ristiinarvio työparin kanssa, joka lisäisi myös luotettavuutta. Työn tarkasti myös Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin yhteyshenkilö, mikä lisää työn luotettavuutta.

Jatkotutkimusta aiheesta on mahdollista tehdä paljon. Suomessa ei ole näyttöön perustuvaa hoitotyötä mielenterveyspotilaan kohtaamisesta, joten aihealue on oikeastaan kokonaan kartoittamatta koko terveydenhoitoalan osalta. Olisi hyvä luoda Suomeen yhtenäinen haastattelurunko päivystyksellisiin mielenterveyden hätätilanteisiin ensihoitoon sekä päivystykseen. Tällaisen haastattelurungon toimivuutta olisi mielenkiintoista testata käytännössä, jotta nähtäisiin onko sillä vaikutusta potilaan hoitoon pidemmällä aikavälillä. Opinnäytetyössä

esille noussut PPEAT-työkalu olisi hyvä tutkimuksen kohde, jos se otettaisiin käyttöön kaikissa Suomen ensihoitojärjestelmissä. Lisäksi olisi hyvä tutkia, miten hyvin hoitajat tunnistava eri mielenterveyden häiriöt, ja miten heidän mielestään niitä sairastavat potilaan pitäisi kohdata. Tietävätkö hoitajat, miten toimitaan esimerkiksi psykoottisen tai epäluuloisen potilaan kanssa? Ja mistä hoitajat ovat tämän tiedon omaksuneet; onko se tullut käytännön työssä, jo koulussa, vai onko hoitajan oma kiinnostus saanut hänet tutustumaan aihealueeseen lisää? Tällilaililla olisi helpompi kehittää mielenterveyden koulutusta. Olisi myös mielenkiintoista tutkia, onko mielenterveyspotilaiden määrän kasvu vaikuttanut ensihoitajien mielenterveysosaamiseen, ja miten ensihoitajat käytännössä kokevat mielenterveystyön osaamisensa?

LÄHTEET

Castrén M., Kinnunen A., Helveranta K., Laurila K., Paakkonen H., Pousi J., Väisänen O., 2012. Ensihoidon perusteet. Pelastusopisto, Suomen Punainen Risti. Keuruu: Otava, 238

Gilbert, S. 2009. Psychiatric Crash Cart. Treatment Strategies for the Emergency Department. Advanced Emergency Nursing Journal. Vol 31. Number 4. Wolters Kluwer Health. USA. 298-308.

Vuodeosastohoitopäivät erikoisaloittain vv. 2000 - 2014. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin tilastot. Viitattu 29.12.2013

<<http://www.epshp.fi/files/3104/hpv.htm>>

Vuodeosastohoitopäivät erikoisaloittain vv. 2000 - 2014. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin tilastot. Viitattu 29.12.2013

Yleisimmät ensihoidon tehtäväryhmät. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. 2015. Viitattu 29.12.2013

< <http://www.epshp.fi/files/7407/enh5.gif>>

Emergency Nurses Association. 2011. Emergency Department Violence Surveillance Study. Institute for Emergency Nursing Research. Des Plaines.

Finnish Centre for Evidence-Based Health Care. Kriittinen arviointi. Tutkimusten kriittisen arvioinnin kriteeristöt. Viitattu 29.11.2015

< <http://www.hotus.fi/jbi-fi/kriittinen-arviointi>>

Haho, A. 2009. Asiakkaan ja potilaan kohtaaminen. Sairaanhoitaja 8/2009. 32-33.

Hallikainen, T., Repo-Tiihonen, E. 2015. Psykoottisen potilaan aggressio - ehkäisy ja hoito. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim. 2015; 131(15). 1361-1366

Holmström, P., Kuisma, M., Nurmi, J., Porthan, K. & Taskinen, T. 2013. Ensihoito. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 657-662

Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R. 2007. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun yliopiston hoitotieteen laitoksen julkaisu. Turun yliopisto. Turku, 6-102

Karas, S. 2002. Behavioral Emergencies: Differentiating Medical From Psychiatric Disease. Emergency Medicine Practice. 2002 Volume 4, Number 3. EB Practice, LCC. USA

Koskinen, S., Lundqvist, A., Ristiluoma, N. (toim.) Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. 2013. Tampere.

Kylmä, J., Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Edita Prima Oy. Helsinki, 112-120

Käypä Hoito. Epävakaa persoonallisuus. Duodecim. Viitattu 19.1.2016

< <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/potilaalle/suositus?id=khp00074>>

Käypä Hoito. Huumeongelman hoito. Duodecim. Viitattu 24.11.2015.

< <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi50041>>

Käypä Hoito. Kaksisuuntainen mielialahäiriö. Duodecim. Viitattu 13.1.2016

< <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi50076>>

Käypä Hoito. Skitsofrenia. Duodecim. Viitattu 24.11.2015.

< <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi35050>>

Käypä Hoito. Depressio. Duodecim. Viitattu 24.11.2015.

< <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi50023>>

Kuhanen, C., Oittinen, P., Kanerva, A., Seuri, T. & Schubert, C. 2013. Mielenterveyshoitotyö. Helsinki. Sanoma Pro.

Kunnat.net Sairaanhoidopiirien ja erityisvastuualueiden asukasluvut. Viitattu 7.12.2015.

< <http://www.kunnat.net/fi/kunnat/sairaanhoitopiirit/asukasluvut/Sivut/default.aspx>>

Laine, P. 202. Päihdepotilas terveyskeskuksen päivystyksessä. Teoksessa Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim. 2002. Osa 3. Duodecim. Helsinki. 312-316.

Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, Partonen, T. (toim.) 2011. Psykiatria. Helsinki: Duodecim

Isometsä, E. 2011. Kaksisuuntaiset mielialahäiriöt. Teoksessa Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, Partonen, T. (toim.) 2011. Psykiatria. Helsinki: Duodecim. 194-271.

Kyngäs, H., Käriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY.

Lönnqvist, J. 2011. Potilaan tutkiminen. Teoksessa Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, Partonen, T. (toim.) 2011. Psykiatria. Helsinki: Duodecim. 32-45.

Lönnqvist, J., Lehtonen, J. 2011. Psykiatria ja mielenterveys. Teoksessa Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, Partonen, T. (toim.) 2011. Psykiatria. Helsinki: Duodecim. 12-27.

Lönnqvist, J., Suvisaari, J. 2011. Muut Psykoosit. Teoksessa Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, Partonen, T. (toim.) 2011. Psykiatria. Helsinki: Duodecim. 134-153.

Manninen, M. 2012. Mielenterveysongelmista kärsivä potilas sairaalan ulkopuolisessa ensihoidossa. Opinnäytetyö. Tampereen Ammattikorkeakoulu

Marttunen, M., Eronen, M., Henriksson, M. 2011. Persoonallisuushäiriöt. . Teoksessa Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, Partonen, T. (toim.) 2011. Psykiatria. Helsinki: Duodecim. 480-500.

Manton, A, 2013. Care of the Psychiatric Patient in the Emergency Department. Emergency Nurses Association. Des Plaines.

NSW Ministry of Health. 2015. MENTAL HEALTH FOR EMERGENCY DEPARTMENTS – A reference guide. NSW MINISTRY OF HEALTH. Sydney. Australia

Pietilä, S. 2013. Sairaanhoidajan mielenterveys- ja päihdeosaaminen. Opinnäytetyö. Turun Ammattikorkeakoulu (YAMK)

Punkanen, T. 2003. Mielenterveystyö ammattina. Tammi. Tampere

Rainio, J., Rätty T. 2015. Psykiatrinen erikoissairaanhoido 2013. Tilastoraportti. THL. Helsinki, 1-10

Ranne, P. 2007. Hoitajien asenteet mielisairautta ja mielenterveyspotilaita kohtaan. Pro gradu - tutkielma. Turku: Turun yliopisto, hoitotieteen laitos

Rautio, S., Reinikainen, M. & Seivi, J. 2014. ENSIHOITAJIEN AMMATILLISET VALMIUDET KOHDATA MIELENTERVEYSPOTILAITA – Selvitys Varsinais-Suomen aluepelastuslaitoksen ensihoitajien näkemyksistä sairaalan ulkopuolisessa ensihoidossa.. Opinnäytetyö. Turun Ammattikorkeakoulu

O'Meara, P., Grbich, C. 2008. Paramedics in Australia. Contemporary challenges of practice. Australasian Journal of Paramedicine.

Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus – johdatus kirjallisuuskatsauksen tyypeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasan yliopiston julkaisuja. Vaasa, 9-15

Shaban, R. 2012. Paramedic's clinical judgment and mental health assessments in emergency context: Research, practice, and tools of trade. Australasian Journal of Paramedicine. Volume 4. Issue 2. Australia.

Shaban, R., 2008. Part 2: Challenges in Paramedic Practice. Paramedics and Mentally Ill. Australia. Teoksessa O'Meara, P., Grbich, C. (toim). 2011. Paramedics in Australia. Contemporary challenges of practice. Australian Journal of Medicine. Australia.

Lönnqvist, J., Lehtonen, J. 2011. Psykiatria ja mielenterveys. Teoksessa Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, Partonen, T. (toim.) 2011. Psykiatria. Helsinki: Duodecim. 12-27.

Isohanni, M., Suvisaari, J., Koponen, H., Kiesepä, T., Lönnqvist, J. 2011. Skitsofrenia. Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, Partonen, T. (toim.) 2011. Psykiatria. Helsinki: Duodecim. 70-133.

Joukamaa, M., Lönnqvist, J., Suvisaari, J. 2011. Mielenterveyden häiriöiden yleisyys ja hoidon tarve. Teoksessa Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, Partonen, T. (toim.) 2011. Psykiatria. Helsinki: Duodecim 630-640

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus ensihoitopalvelusta. 6.4.2011/340

Sosiaali- ja terveysministeriö. Mielenterveyspalvelut. Viitattu 7.12.2015

< <http://stm.fi/mielenterveyspalvelut> >

Suominen, L. 2012. Itsemurhalla uhkaavan potilaan kohtaaminen sairaalan ulkopuolisessa ensihoidossa. Opinnäytetyö. Tampereen Ammattikorkeakoulu.

Whittemore, R., Knaf, K. 2005. The integrative review: updated methodology. Journal of Advanced Nursing. Blackwell Publishing Ltd. 546-550

Wright, K., McGlen, I. 2012. Mental Health emergencies: Using a structured assessment framework. Nursing Standard. Volume 27, number 7. United Kingdom. 48-56.