

Opinnäytetyö AMK

Ensihoitajakoulutus

Sairaanhoitajakoulutus

2019

Hiltunen Taina, Mäki Anu-Minna

MIELENTERVEYSPOTILAAN KOHTAAMINEN ENSIHOIDOSSA

KIRJALLISUUSKATSAUS

OPINNÄYTETYÖ AMK | TIIVISTELMÄ

TURUN AMMATTIKORKEAKOULU

Ensihoidon koulutusohjelma

Kesä 2019 | Sivumäärä 39

Hiltunen Taina, Mäki Anu-Minna

MIELENTERVEYSPOTILAAN KOHTAAMINEN ENSIHOIDOSSA

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen mukaan psykiatristen avohoitokäyntien määrä on kasvanut vuosittain (THL2017.) Avopalveluiden lisääntyminen osastohoidon sijaan näkyy myös suoraan ensihoidossa, sillä mielenterveys häiriöistä kärsiviä potilaita on kotonaan avopalveluiden turvin ja näin ollen tulee yhä useammin tilanteita, jossa akuutisti pahentuneeseen tilanteeseen tarvitaan ensihoitoa. Tästä syystä ensihoitajat kohtaavat mielenterveys- ja päihdepotilaita nykyään lähes päivittäin ja tilanteet saattavat olla hyvin haastavia mm. potilaiden sairautentunnettomuuden, päihtymyksen tai aggressiivisuuden vuoksi. (Kuisma ym. 2018, 688.) Ensihoidossa tehtäväkoodi 785 tarkoittaa mielenterveydenhäiriötä, mutta mielenterveysongelmista kärsiviä potilaita kohdataan myös monilla muilla ensihoidon tehtävillä ja se luo omat haasteensa ensihoitoon. Avopalveluiden lisääntyminen osastohoidon sijaan näkyy myös suoraan ensihoidossa lisääntyneinä 785 koodin tehtävämäärinä. Usein mielenterveyspotilailla on moninaisia ongelmia sekä runsasta päihteiden käyttöä.

Tämä opinnäytetyö toteutetaan kuvailevana kirjallisuuskatsauksena ja sen narratiivisena kirjallisuuskatsaus muotona, jossa kootaan yhteen kirjallisuudesta, tutkimuksista sekä aiemmista opinnäytetöistä saatuja tietoja mielenterveys potilaan kohtaamisesta ensihoidossa. Tutkimusaineistoa on kerätty kirjallisuuden lisäksi mm. seuraavista tietokannoista: Medic, Melinda, CINAHL ja PubMed. Työn tilaajana toimii Turun AMK.

Työn tavoitteena on koota saatavilla olevan tiedon pohjalta selkeä yhteenveto mielenterveyspotilaan kohtaamisesta, haastattelusta, tutkimisesta sekä auttaa tunnistamaan yleisimmät mielenterveyshäiriöt ensihoidossa.

ASIASANAT:

Ensihoito, mielenterveys, mielenterveyshäiriö, mielenterveyspotilas, potilaan kohtaaminen, haastattelu, tutkiminen

BACHELOR'S / MASTER'S THESIS THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Degree programme in Emergency Care

Summer 2019 | Total number of pages 39

Hiltunen Taina, Mäki Anu-Minna

ENCOUNTERING A MENTAL HEALTH PATIENT IN EMERGENCY CARE

According to National Institute for Health and Welfare the number of outpatient psychiatric visits has increased every year (THL 2017). The increase in outpatient care has influence straight on the emergency care because the patients suffering from mental disorders are staying at home under cover of outpatient services and, therefore, there will be even more situations where emergency care is required for an acutely worsened situation. For this reason paramedics meet patients with mental disorders and substance abuse nearly every day and those situations may be very challenging due to for example patients anosognosia, intoxication or aggressiveness. (Kuisma etc. 2018, 688.) In emergency care the code 785 refers to mental disorders but patients suffering from mental disorders are confronted with many emergency care tasks which creates its own difficulties in emergency care. The increase of an outpatient care has also influence on the increasing number of code 785 tasks in emergency care. Usually mental health patients have various problems as well a high level of substance abuse.

This thesis is implemented as a descriptive literature review and its narrative literature review which gathers information from literature, researches and previous theses about encountering a mental health patient in emergency care. In addition to literature, research material has been collected from for example the following databases: Medic, Melinda, CINAHL and PubMed. The work is commissioned by Turku University of Applied Sciences.

The purpose of this thesis is through the information available to gather a clear summary of encountering, interviewing and examining a mental health patient and also identifying the most common disorders in emergency care.

KEYWORDS:

Emergency care, mental health, mental disorder, mental health patient, meeting the patient, interview,

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	5
2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE	7
3 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN	8
4 ENSIHOITOPALVELU JA ENSIHOITO	9
4.1 Terveydenhuoltolaki	10
4.2 Mielen terveystilaan kohtaamista ohjaava lainsäädäntö	10
5 MIELENTERVEYS JA MIELENTERVEYDEN HÄIRIÖT	12
5.1 Psykoosi	13
5.2 Ahdistuneisuushäiriö	15
6 MIELENTERVEYSPOTILAS ENSIHOIDOSSA	17
6.1 Mielen terveystilaan kohtaaminen	17
6.2 Mielen terveystilaan haastattelu sekä tutkiminen	19
6.3 Mielen terveystilaan kohtaamiseen liittyvät haasteet/erityispiirteet	20
7 HOITOSUHTEEN ELEMENTIT	23
7.1 Kokonaisvaltaisuus	23
7.2 Luottamuksellisuus	23
7.3 Empatia	24
7.4 Dialogisuus	25
7.5 Voimavara lähtöinen mielen terveyshoitotyö	25
7.6 Ammatillisuus ja keskeiset keinot mielen terveystilaan auttamiseen	27
8 EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS	30
9 POHDINTA	31
LÄHTEET	33

LIITTEET

Liite 1. Tiedonhakutaulukko

1 JOHDANTO

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen mukaan psykiatristen avohoitokäyntien määrä on kasvanut vuosittain. Tämä johtuu osittain mielenterveyshäiriöiden sekä päihteiden käytön lisääntymisestä, mutta myös siitä, että osastohoitojen sijaan potilaita pyritään hoitamaan yhä enemmän avopalveluin. (THL 2017.)

Tämä avopalveluihin siirtyminen näkyy myös ensihoidossa, sillä mielenterveys häiriöistä kärsiviä potilaita on kotonaan avopalveluiden turvin ja näin ollen tulee yhä useammin tilanteita, jossa akuutisti pahentuneeseen tilanteeseen tarvitaan ensihoitoa. Tästä syystä ensihoitajat kohtaavat mielenterveys- ja päihdepotilaita nykyään lähes päivittäin ja tilanteet saattavat olla hyvin haastavia mm. potilaiden sairautentunnottomuuden, päihtymyksen tai aggressiivisuuden vuoksi. (Kuisma ym. 2018, 688.)

Ensihoidon parissa työskentelee erilaisen koulutuksen saaneita henkilöitä kuten pelastajia, lääkintävahtimestareita, lähihoitajia, sairaanhoitajia sekä ensihoitajia, joilla on myös hyvin erilaiset henkilökohtaiset valmiudet kohdata mielenterveyspotilaita. (Sosi- aali- ja terveysministeriön asetus ensihoitopalvelusta 2011. Viitattu 13.08.2019). Ensi- hoidossa työskentelevät harjaantuvat mielenterveys- ja päihdepotilaiden kohtaamiseen kokemuksen ja työpaikkakoulutusten kautta. Tällä hetkellä ensihoidossa ei ole mitään systemaattista tapaa kohdata mielenterveyspotilas. Jokainen ensihoitaja on kehittänyt oman tapansa toimia aikaisempien kokemusten kautta ja potilaan sen hetkisen tilan perusteella.

Työntekijän persoonallisuudella on tärkeä merkitys yhteistyösuhteen kaikissa vaiheissa. Onnistuneen, tuottoisan ja tyydyttävän vuorovaikutuksen syntymiseen ja ylläpitoon vaikuttavat osapuolten tiedostamattomat, esitietoiset ja tiedostetut ominaisuudet sekä toimintatavat. (Kiviniemi ym. 2014, 4.) Ensihoidossa työskentelevien tuleekin siis ammatillisen osaamisen lisäksi olla hyvin itsetietoisia ja osata tunnistaa, käsitellä sekä hyväksyä myös omia tunteitaan. Mielenterveydenhäiriöstä kärsivän potilaan luokse- mentäessä ammatillisen yhteistyösuhteen luominen edellyttää työntekijältä eettisesti, tiedollisesti ja taidollisesti korkeatasoista ammatillista työskentelyä, jota jatkuva koulu- tus sekä oman itsensä tunteminen tukevat (Kiviniemi ym. 2014,4).

Mielenterveyspotilaan kohtaamista ensihoidossa käsitteleviä AMK-opinnäytetöitä on tehty muutamia ja niistä käy kaikista yhteisesti ilmi, että hoitajat toivoisivat lisää koulu- tusta mielenterveyspotilaan kohtaamiseen. Tämän opinnäytetyön aiheeseen nähden

mielenkiintoisen sekä varsin tuoreen integroivan kirjallisuuskatsauksen on tehnyt Tiina Takamäki (2016) mielenterveyspotilaan kohtaamisesta ensihoidossa. Toinen tämän opinnäytetyön aihetta tukeva tutkimuksellinen opinnäytetyö on Susanna Raution, Mikko Reinikaisen sekä Joanna Seivin (2014) Ensihoitajien ammatilliset valmiudet kohdata mielenterveyspotilaita, joka on selvitys Varsinais-Suomen aluepelastuslaitoksen ensihoitajien näkemyksistä sairaalan ulkopuolisesta ensihoidosta. Näissä tutkimuksissa käy yhteisesti ilmi, että hoitajien ammatillisuus ja suhtautuminen mielenterveyspotilaisiin on yleisesti asiallista. Tutkimusten mukaan ensihoitajat kokivat kuitenkin toisinaan myös turhautumista useasti saman mielenterveyspotilaan luona käymisestä ja mielenterveyspotilaiden todettiin myös kuormittavan ensihoitoa.

Takamäen opinnäytetyön mukaan 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. (Takamäki 2016, 7.)

Tämän opinnäytetyöntarkoituksena on kuvailevan kirjallisuuskatsauksen avulla koota ajantasainen tieto mielenterveyspotilaan kohtaamisesta. Tämän tiedon avulla voidaan parantaa potilaiden kokemusta saadusta ensihoidosta sekä luoda varmuutta ensihoitajille mielenterveyspotilaiden kohtaamiseen ja potilaan tutkimiseen sekä tunnistaa ensihoidossa yleisimmät mielenterveyden häiriöt.

2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Kirjallisuuskatsaus tarkoittaa sellaista opinnäytetyötä, jonka tavoitteena on kehittää, ohjeistaa, järjestää tai järjesteä työelämän jotakin osa-alueita. Kirjallisuuskatsauksella kartoitetaan sitä, millaista tietoa joltakin rajatulta alueelta on olemassa. (Turun amk www-sivut 2019.) Kirjallisuuskatsaus on tyypiltään kuvaileva kirjallisuuskatsaus ja sen narratiivinen muoto. Kuvailevana tutkimustekniikkana narratiivinen katsaus auttaa ajantasaistamaan tutkimustietoa (Salminen, 2011).

Tämä opinnäytetyö koostuu yhdestä osasta ja se perustuu ajantasaiseen tutkittuun teoriatietoon.

Tutkiva ote näkyy opinnäytetyössä teoreettisen lähestymistavan perusteltuna valintana, opinnäytetyöprosessissa tehtyjen valintojen ja ratkaisujen perusteluina sekä pohtivana, kriittisenä suhtautumisena omaan tekemiseen ja kirjoittamiseen (Virtuaali ammattikorkeakoulu 2017).

Opinnäytetyöntarkoitus on koota yhteen mielenterveyspotilaan kohtaamisesta olevaa tietoa kompaktiin ja helppolukaiseen muotoon.

Opinnäytetyön lopullisena tavoitteena on parantaa potilaiden kokemusta saadusta ensihoidosta sekä luoda varmuutta ensihoitajille mielenterveyspotilaiden kohtaamiseen ja potilaan tutkimiseen sekä tunnistaa ensihoidossa yleisimmät mielenterveyden häiriöt.

3 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

Tämä opinnäyte työ toteutettiin kuvailevana kirjallisuuskatsauksena. Työssä lähdettiin ensin asettelemaan tutkimuskysymyksiä sekä pohtimaan onko valitsemamme aihe ajankohtainen. Tutkimuskysymyksiksi asetimme seuraavat ”*Miten mielenterveyspotilaat tulisi kohdata ensihoidossa? Mitkä seikat vaikuttavat onnistuneeseen kohtaamiseen? Pystyykö ensihoitaja itse vaikuttamaan kohtaamisen laatuun? Mikä merkitys onnistuneella kohtaamisella on potilaan hoitoon?*”

Kysymysten perusteella lähdimme etsimään vastauksia kysymyksiimme erilaisten lähteiden avulla. Yllätykseksemme tietoa ei ollutkaan niin paljon kuin olimme ensin ajatelleet. Suomen kielellä ei löytynyt yhtään kirjaa, joka olisi suoraan käsitellyt mielenterveyspotilaan kohtaamista ensihoidossa. Käytimme tietoperustana akuutti hoidosta kertovia kirjoja sekä teimme hakuja eri tietokannoista kuten: Finna, Pubmed, Ebrary, Medic, Ebsco, Cinahl, Pubmed, Terveysportti sekä sotkanet.

Tietokantojen haut tuottivat vähän paremman tuloksen, mutta edelleen suomen kielellä löytyi varsin vähän tietoa ensihoidon näkökulmasta. Australiassa oli tehty tutkimusta mielenterveyspotilaan kohtaamiseen liittyvistä seikoista ja myös moni muu maa sivusi aihetta. Mielenterveyspotilaan kohtaamisesta oli suomessa tehty kaksi opinnäytetyötä Takamäen integroiva kirjallisuuskatsaus sekä Reinikainen, Rautio & Seivi tekemä tutkimus mielenterveyspotilaan kohtaamisista.

Aineiston etsinnän sekä analysoinnin jälkeen aloimme luoda kokonaiskuvaa saaduista tiedoista ja teimme koonnin, jonka perusteella lähdimme työtä kirjoittamaan.

Alkuvaiheessa kävi heti ilmi tiedon niukkuus, mutta myös työn ajankohtaisuus, sillä kaikkialla tuli vastaan se, miten viime vuosina mielenterveyspotilaiden määrä avohoidossa on lisääntynyt. Aihe on siis todella tärkeä ja varsin vähän käsitelty.

Työn rajaaminen tehtiin siis selkeästi ensihoitoon/akuuttihoitoon ja työn tietoperustassa esitellään muutama yleisimmistä mielenterveydenhäiriöstä psykoosi, masennus sekä ahdistuneisuushäiriö. Työ laadittiin Turun amk opinnäytetyön pohjalle, ja työstä on pyritty tekemää johdonmukaisesti etenevä, helppolukuinen sekä selkeä.

4 ENSIHOITOPALVELU JA ENSIHOITO

Ensihoitopalvelu on terveydenhuollon päivystystoimintaa työpaikoilla, kodeissa, julkisilla paikoilla ja jonka tarkoituksena on turvata äkillisesti sairastuneen tai onnettomuudessa loukkaantuneen tasokas hoito tapahtumapaikalla ja kuljetuksen aikana sekä välittää ennakkotietoa vastaanottavaan sairaalaan (Määttä & Länkimäki 2018, 14). Sairaanhoidopiirit voivat järjestää alueensa ensihoitopalvelun hoitamalla toiminnan itse, yhteistyössä pelastustoimen tai toisen sairaanhoidopiirin kanssa tai ostaa palvelun muulta palveluntuottajalta. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus ensihoitopalvelusta 1326/2010.)

Ensihoitopalvelun järjestämistä säättää terveydenhuoltolaki ja asetus ensihoitopalvelusta. Sairaanhoidopiireillä on vastuu ensihoitopalvelun järjestämisestä, mikäli palvelu hankitaan toiselta palvelun tuottajalta se edellyttää hankintalain mukaista kilpailutusta. Ensihoidon palvelutaso päätöksen tekee sairaanhoidopiirin kuntayhtymä. (Määttä & Länkimäki 2018, 18.)

Sairaanhoidopiirin alueella ensihoitopalvelun saatavuus, taso ja sisältö on määritelty ensihoidon palvelutasopäätöksessä. Palvelutasopäätös perustuu tehtyyn riskianalyysiin, jossa sairaanhoidopiiri on jaettu yhden neliökilometrin kokoiisiin alueisiin ja riskiluokkia on 5 (Määttä & Länkimäki 2018, 18).

Tämän opinnäytetyön ensihoidon toiminta-alueena on Varsinais-Suomi, jonka palvelutasopäätöksestä käy ilmi, että sairaanhoidopiiri käyttää palvelunsa tuottamisessa monituottajamallia. Varsinais-Suomen sairaanhoidopiiri tuottaa osan palvelua itse, yhteistoiminnassa pelastuslaitoksen kanssa ja ostamalla palvelua muilta palvelun tuottajilta (VSSHP 2017.)

Sosiaali- ja terveysministeriö (2011) määrittää ensihoidon näin: ”Ensihoitoa on äkillisesti sairastuneen tai loukkaantuneen potilaan kiireellisen hoidon antaminen ja tarvittaessa potilaan kuljettaminen hoitoyksikköön.”

4.1 Terveydenhuoltolaki

Terveydenhuoltoa ohjaamaan ja määrittämään on säädetty lakeja, joilla pyritään turvaamaan niin potilaan kuin hoitajankin oikeudet. Yksilön henkilökohtaiseen koskemattomuuteen sekä vapautteen puuttuminen tulee aina perustua lakiin. Ensihoitajat eivät lähtökohtaisesti saa rajoittaa potilasta fyysisesti, kuten kiinni pitämällä. (Kanerva ym. 2010, 69.)

Keskeisiä lakeja, jotka ohjaavat terveydenhuoltoa ja mielenterveystyön toteuttamista ovat esimerkiksi laki potilaan asemasta ja oikeuksista, potilaslaki, potilasvahinkolaki, lastensuojelulaki, sosiaalihuoltolaki ja päihdehuoltolaki. Mielenterveystyöstä säädetään terveydenhuoltolaissa, mielenterveyslaissa ja laissa mielenterveyden muuttamisesta. Terveydenhuoltolaki määrittelee, että kunnan on järjestettävä alueensa asukkaiden terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi tarpeellinen mielenterveystyö. (Hämäläinen ym. 2017, 72 - 73.)

4.2 Mielenterveyspotilaan kohtaamista ohjaava lainsäädäntö

Mielenterveyslaki säättää mielenterveystyöstä, mielenterveyspalvelujen periaatteista ja järjestämisestä. Tahdosta riippumaton psykiatrinen hoitoa koskevat kohdat ovat tärkeä osa mielenterveyslakia. Mielenterveyslaki määrittelee myös mielentilatutkimukseen liittyvät tekijät sekä poliisin toimintavelvollisuuden ja virka-apun. (Mielenterveyslaki 1116/1990, 1 § - 18 §.)

Muista sairauksista poiketen mielenterveysongelmille on täytynyt säätää laki, koska sairastunut ihminen ei välttämättä tiedosta olevansa sairas ja voi tästä johtuen kieltäytyä tarvitsemastaan hoidosta. Ensihoidossa tärkeimpiä mielenterveyslaista muistettavia asioita ovat kriteerit, joiden perusteella henkilö voidaan määrätä tahdosta riippumattomaan hoitoon, M1-3 asiakirjat sekä virka-apu pyyntö poliisilta. (Hietaharju & Nuutila 2011, 172 – 176.)

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista määrittelee potilaan asemaa ja oikeuksia terveyden- ja sairaanhoitoa järjestettäessä. (Laki potilaan asemasta ja oikeudesta 785/1992, 2 § - 13 §.) Potilaalla on oikeus kieltäytyä tietystä hoidosta tai toimenpiteestä. Tähän tekee poikkeuksen kuitenkin mielenterveydellinen häiriö, kehitysvammaisuus tai muu vastaava syy, joiden vuoksi voidaan katsoa potilaan olevan kykenemätön päättämään

hoidostaan. Tällaisessa tapauksessa on kuultava potilaan laillista edustajaa tai lähiomaista. Jos edellä mainituilla tavoilla ei saada ratkaisua, tulee potilasta hoitaa tavalla, jota voidaan pitää hänen etunsa mukaisena. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992, 3§ - 6 §.)

Mielenterveyslain mukaan potilas voidaan määrätä tahdosta riippumattomaan hoitoon, jos hänen todetaan olevan mielisairas ja 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 mitkään muut mielenterveyspalvelut eivät sovellu käytettäväksi tai ovat riittämättömiä. Mielisairaudella tarkoitetaan tässä mielen-terveydellistä häiriötä, jonka seurauksena henkilön todellisuudentaju on heikentynyt ja realistinen käsitys itsestä tai ympäristöstä on häiriintynyt. Tällaisia psykoottistasoisia sairauksia ovat esimerkiksi psykoottistasoinen masennus, paranoidinen psykoosi, ja muut psykoosit sekä skitsofrenia. (Hämäläinen ym. 2017,70.)

5 MIELENTERVEYS JA MIELENTERVEYDEN HÄIRIÖT

Mielenterveyttä voidaan määritellä monilla erilaisilla tavoilla, mutta yleisesti ottaen sitä voidaan pitää yksilöllisten tekijöiden, kokemusten, sosiaalisen verkoston, vuorovaikutuksen, yhteiskunnallisen rakenteiden sekä kulttuurin muovaamana kokonaisuutena. (Kanerva ym. 2017, 19). Maailman terveysjärjestö on puolestaan määritellyt terveyden käsitteen täydellisenä fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tilana eikä vain sairauksien tai vammojen puuttumisena. Maailman terveysjärjestö eli WHO:n määritelmän mukaan ”Mielenterveys on hyvinvoinnin tila, jossa yksilö ymmärtää omat kykynsä, pystyy toimimaan elämän normaalistressissä, pystyy työskentelemään tuottavasti tai tuloksellisesti, ja pystyy toimimaan yhteisönsä jäsenenä (Maailman terveysjärjestö WHO, 2015.)

Mielenterveyden häiriöllä tarkoitetaan tilaa, jossa mielenterveyttä ylläpitävät voimavarat ovat heikentyneet syystä tai toisesta niin, ettei yksilö ole enää tyytyväinen elämäänsä tai hän ei kykene suoriutumaan arkipäiväisistä toimista (Hietaharju & Nuutila 2016,30).

Mielenterveyden häiriöt eli psykiatriset sairaudet ovat iso sairausryhmä, johon kuuluvat myös päihdehäiriöt. (Vuorilehto ym.2014,103). Mielenterveyshäiriöille altistavia tekijöitä voivat olla köyhyys, fyysiset sairaudet, syrjäytyminen, sekä koetut pettymykset, menetykset ja ristiriidat. Nämä kuormitustekijät eivät yksistään riitä aiheuttamaan mielenterveydenhäiriötä vaan lisäksi tarvitaan synnynnäisiä ominaisuuksia, jotka altistavat sairastumiselle (Vuorilehto ym. 2014, 105). Mielenterveyshäiriöt muodostuvat useasta oireesta, jotka esiintyvät samaan aikaan ja näin ollen saavat aikaan oireyhtymän, joihin liittyy psyykkisiä oireita. Tekijöitä voivat esimerkiksi olla ihmissuhderistiriidat, väsymys, kohtuuton rahantuhlaus, pettymyksistä seuraava alakulo, henkinen pahoinvointi, ärtyneisyys ja syrjäytyminen. Kun oireet pitkittyvät ja aiheuttavat kärsimystä ja toimintakyvyn laskua sekä ovat pitkittyneet, puhutaan mielenterveyden häiriöstä. Mielenterveyshäiriöt ovat sairauksia, eikä niistä voi parantua tahdonvoimalla tai ryhdistäytymällä (Vuorilehto ym. 2014, 105).

Nuorilla yleisimmät mielenterveyden häiriöt liittyvät masennukseen, käytökseen ja tunnehäiriöihin. Mielenterveyshäiriöihin nuorilla liittyvät usein päihdeongelmat, syrjäytyminen ja sosiaaliset ongelmat. (Käypähoitosuositus, nuortenmielenterveys).

5.1 Psykoosi

Psykoosisairaudet ovat yleisiä ja ne ovat ihmismielen vaikeimpia häiriöitä. Psykoosisairauksista vaikea-asteisin on skitsofrenia pitkäaikaisena psykoosina (Noppari ym. 2007, 91). Skitsofrenia on yleisin psykoosisairaus Suomessa. Psykoosi voi olla seurausta myös somaattisesta sairaudesta ja hoidosta, kuten dementiat, temporaalielepilepsia, aivovammat, aivokasvaimet, parkinsonin taudin lääkkeet, kortisonihoito ja antikolinergit. Myös päihteet, tällöin puhutaan alkoholipsykoosista tai esimerkiksi amfetamiinipsykoosista. Henkilön todellisuudentajun ollessa heikentynyt ja hänellä on huomattavia vaikeuksia erottaa mikä on totta ja mikä ei, puhutaan psykoosista. Henkilö tulkitsee muita ihmisiä ja ulkopuolista todellisuutta poikkeavalla tavalla, koska hänen ajatus- ja havaintokykynsä on vääristynyt. Henkilön käytös ja puhe saattavat olla hajanaista ja vaikeasti ymmärrettävää. Henkilö voi kyetä joillakin osa-alueilla jäsentyneeseen toimintaan. (Kuhanen ym. 2010, 187.) Psykoosille tyypillisiä oireita ovat aistiharhat eli hallusinaatiot ja ne ovat aistimuksia, joita psykoosissa oleva henkilö tuntee ilman ulkoista ärsykettä. Näitä ovat näkö-, kuulo-, maku-, haju-, ääni- ja tuntoaistimukset, joita ei todellisuudessa ole olemassa. Harhaluulot eli deluusiot ovat myös tyypillisiä oireita psykoosissa. Psykoosissa oleva henkilö saattaa luulla, että häntä vainotaan, vakoillaan tai hän on salaliiton kohteena. Somaattisina harhaluuloina henkilö voi kokea, että hänessä on ihonalaisia matoja tai loiseläimiä, jonkin ruumiinosan vääärämuotoisuutta tai tietyn elimen toiminnan vaurio. Potilas saattaa myös kokea, että on hengellinen johtaja ja että hän saa pyhiä tietoja jumalalta ja tai on itse jumala, tällöin puhutaan uskonnollisesta harhaluulosta (Noppari ym. 2007, 91.)

Masennus

Masennuksesta eli depressiosta kärsii arviolta 5-6% suomalaisista. (Kuhanen ym. 2010, 201-202). Masennus on merkittävä työkyvyttömyyden aiheuttaja. Masennustilat on jaoteltu lievään, keskivaikeaan ja vaikeaan masennukseen. Lisäksi masennuksia ovat synnytyksen jälkeinen, vuodenaikoihin liittyvä, pitkäaikainen ja toistuva masennus sekä psykoottinen masennus. Masennukselle on tyypillistä monihäiriöisyys ja yleisimpiä oireita ovat ahdistuneisuus, mielihyvän tunteiden katoaminen, ruokahaluttomuus, univaikeudet, keskittymisongelmat, riittämättömyyden tunteet lisäksi oireita voivat olla päihdeongelmat ja persoonallisuushäiriöt. Masennuksessa on monia oirekuvia ja oirekuvan perusteella masennus luokitellaan lievään, keskivaikeaan, vaikeaan ja psykootti-

seen masennukseen. Itsemurhariski voi olla kohonnut vakavissa ja psykoottisissa masennustiloissa. (Kuhanen ym. 2010, 202.) Yli kaksi viikkoa jatkuneet useat oireet diagnosoidaan masennukseksi. Vaikka ihmisillä olisikin useita masennustilan oireita, niin noin puolet eivät tunnista omaa masentuneisuuttaan tai eivät halua myöntää masennuksen oireita häpeän tai syyllisyyden tunteiden vuoksi. Masennusta sairastava voikin hakea apua ensisijaisesti fyysisiin vaivoihin ja viestiä pahasta olostaan sitä kautta. Masennuksen varhainen toteaminen on tärkeää. (Kuhanen ym.2010,272.)

Depression tunnusmerkkejä

- energisyyden lasku
- mielialan lasku
- toimintakyvyn tai -tarmon väheneminen
- mielihyvän kokemisen tai tuntemisen väheneminen
- alakuloisuuden, surun, turtuneisuuden ja ärtyneisyyden tunne
- elämänilon väheneminen
- aloitekyvyttömyys ja saamattomuuden tunne
- väsymys ja voimattomuus
- mielihyvän ja mielenkiinnon menettäminen asioihin, joista aiemmin on nauttinut
- kiinnostuksen menettäminen henkilökohtaiseen hygieniaan tai omaan ulkoasuun
- vaikeudet tulla toimeen muiden ihmisten kanssa
- aiheettomat syyllisyyden tunteet
- kykenemättömyys tunteiden ilmaisuun
- velvollisuuksien alle uupumisen tunne
- vaikeudet keskittymisessä ja päätöksenteossa
- muistin heikkeneminen
- fyysiset tunteet, kuten ruokahaluttomuus tai epämääräiset kivut ja säröt ja eri sairauksien epäileminen eli ypokondrisuus
- seksuaalisten toimintojen häiriöt, haluttomuus
- motorinen hitaus
- levottomuus- eli agitaatio-oireet
- kuoleman ajattelu ja itsetuhoiset ajatukset.

(Hietaharju & Nuutila 2016,40.)

5.2 Ahdistuneisuushäiriö

Ahdistuneisuus, huolestuneisuus ja pelko ovat luonnollisia tunteita ja niitä esiintyy varsin usein valinta- ja kriisitilanteissa. Tällainen ahdistus, huoli ja pelko menevät ohi itsensä, eikä ne ole merkki mistään vakavasta häiriöstä vaan ne ovat normaaleja tunteita, jotka auttavat ihmistä selviytymään arkipäiväisistä asioista. Ahdistuneisuushäiriöstä puhutaan silloin, kun potilaalla on pitkittynyt, voimakas ja normaalia elämää rajoittava ahdistuneisuus, hermostuneisuus ja huolestuneisuus. Ahdistuneisuushäiriöt ovat yleisimpiä mielenterveyshäiriöitä ja niitä arvellaan olevan jossain elämänvaiheessa noin 25 prosentilla suomalaisista aikuisista. (Heikkinen-Peltonen, Innamaa, Virta.2014,107.)

Ahdistuneisuushäiriöitä ovat muun muassa pelko-oireiset ahdistuneisuushäiriöt, paniikkihäiriö, yleistynyt ahdistuneisuushäiriö, pakko-oireiset häiriöt, eriaistiset stressireaktiot ja elimellisoireiset häiriöt. Ahdistuneisuutta voi liittyä myös mielialahäiriöihin ja psykoosisairauksiin. (Kuhanen ym. 2010, 219.)

Ahdistuneisuushäiriössä ihmisen todellisuudentaju useimmiten säilyy, toisin kuin vakavimmissa mielenterveyden ongelmassa, kuten esimerkiksi psykoosissa. Ahdistuneisuushäiriön rinnalla voidaan, joskus käyttää termiä neuroosi, mutta neuroosi - käsitteen käyttö on huomattavasti vähentynyt. (Hietaharju & Nuutila 2016,32.)

Ahdistuneisuushäiriöihin liittyviä autonomisen hermoston tai ajatustoiminnan oireita

- hikoilu
- sydämentykytys
- hengenahdistus, ilman loppumisen tunne
- pahoinvointi
- huimaus
- ahdistava tunne rinnassa
- lihaskivut
- vatsaoireet, ripuli
- tihentynyt virtsaamisen tarve

- unettomuus
- tuskainen olo
- aiheeton syyllisyydentunne
- keskittymiskyvyn puute
- epätodelliset tuntemukset
- pakkomielleet
- pelot
- itsemurha-ajatukset

Ahdistuneisuushäiriöiden synnystä on monia teorioita, mutta tarkkoja syitä häiriöiden syntyyn ei tiedetä. (Hietaharju & Nuutila 2016,32.)

6 MIELENTERVEYSPOTILAS ENSIHOIDOSSA

Ensihoitajien työssään kohtaamien mielenterveyshäiriöiden esiintymisestä on rajallisesti tutkimustietoa. Tilastoja saadaan mielenterveyspotilaiden osalta lähinnä terveyskeskusten ja erikoissairaanhoidon käynneistä, koska edellä mainitut tuottavat suurimman osan mielenterveyspalveluista Suomessa. (THL 2017, tilasto erikoissairaanhoidosta.) Valtakunnallisesti mielenterveydenhäiriöt ovat pysyneet viime vuosina tilastollisesti hyvin samankaltaisina. Tilastomuutokset ovat lähinnä kuvanneet avohoitopalveluiden käyntimäärien lisääntymisen, sairaalahoidon vähenemisen ja potilasmäärän yleisestä kasvusta. (THL 2017.)

Psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa hoidettiin vuonna 2017 yhteensä 195 406 potilasta, joista oli avohoidossa 191 895. Avohoidon potilaiden määrä kasvoi 10,3 prosenttia ja vastaanotto käyntien määrä kasvoi 9,4 prosenttia edelliseen vuoteen verrattuna. Kaikkiaan psykiatrisen erikoissairaanhoidon potilaiden määrä kasvoi 9,9 prosenttia. (THL Tilastoraportti 33 | 2018.)

Psykiatrisen erikoissairaanhoidon potilaiden ikä- ja sukupuolijakaumassa vuodeosastohoidossa työkäisiä miehiä on enemmän kuin naisia. Tämä johtuu miesten suuremmasta sairastavuudesta vaikeisiin psykoottisiin häiriöihin, jotka ovat yleinen vuodeosastohoidon syy. Teinien ja nuorten aikuisten ikäryhmissä naisilla puolestaan on enemmän vuodeosaston hoitajaksoja kuin miehillä, 13–24-vuotiaiden naisten vuodeosastohoidon tyypillinen syy ovat masennus ja ahdistuneisuushäiriöt. Naisia on enemmän myös avohoidossa (58 %), koska naisten yleisimmät psykiatriset sairaudet ovat tavallisesti avohoidossa hoidettavia masennus- ja ahdistuneisuushäiriöitä. Lapsista pojat sairastavat tyttöjä enemmän lapsuusiän häiriöitä, kuten autismin kirjon häiriöitä sekä aktiivisuuden ja tarkkaavuuden ja käytöshäiriöitä. Tilastojen mukaan myös nuorten hoitomäärät ovat nousseet vuosivuodelta. (THL 2017.)

6.1 Mielenterveyspotilaan kohtaaminen

Ensihoidon tehtävä 785 on mielenterveysongelma. Matkalla potilaan luokse työparin kanssa luodaan toimintasuunnitelma psykiatrisen potilaan kohtaamiseen.

Oma ja sivullisten turvallisuus tulee aina varmistaa ja mikäli potilaalla on aiempaa väkivaltaista käytöstä, tai tiedossa on muu väkivallan- tai vaaranuhka, pyydetään hätäkeskusta hälyttämään poliisiyksikön paikalle ja kohteeseen mennään vasta poliisiyksikön saapuessa paikalle. (Takamaa 2016, 42). Turussa aluepelastuslaitokselle tehdyn tutkimuksen mukaan koodi 785, ei anna tarpeeksi esitietoa potilaasta ja siihen on kaivattu muutosta. Ensihoitajia saattaa odottaa kohteessa mikä vain tilanne. (Reinikainen, Rautio&Seivi 2014, 42.) Tästä opinnäytetyöstä on rajattu pois työturvallisuus näkökulma.

Yhteistyön rakentaminen on kaiken tärkein yksittäinen asia, jonka varaan koko potilaan hoidon onnistuminen vahvasti kytkeytyy. Ensihoitajan omat aiemmat kokemukset, tunteet, arvot sekä asenteet vaikuttavat mielenterveyspotilaan kohtaamiseen. Ennen kohteeseen saapumista on hyvä tunnistaa itsessä mahdolliset negatiivisen sävyiset tunteet, jotta pystyisi niistä huolimatta kohtaamaan potilaan tasavertaisena ihmisenä. (Hietaharju, Nuutinen 2016,101-102.) Yhteistyö alkaa siitä hetkestä, kun ensihoitaja saa tiedon potilaan avuntarpeesta ja lopulta kohtaa potilaan ensimmäisen kerran. Ensi kohtaaminen on ratkaiseva, sillä sen pohjalta aloitetaan luomaan luottamuksellista vuorovaikutussuhdetta potilaaseen. Vuorovaikutussuhteen alussa on tärkeää luoda turvallinen ja luottamuksellinen ilmapiiri. Potilas tulee kohdata tasavertaisena ihmisenä ja ymmärtää, että hän on oman elämänsä asiantuntija. (Holmberg 2016, 74.)

Mielenterveyspotilaan kohtaamisessa ensihoitotyössä korostuu ammatillisuus, luottamus, turvallisuus, kärsivällisyys, yksilöllisyys, huolehtiminen ja hoitajuus. Kohtaaminen mielenterveys potilaan kanssa pyritään järjestämään rauhalliseksi ja kiireettömäksi. Ammatillista kohtaamista ohjaavat ihmisarvo sekä toisen ihmisen kunnioittaminen. Ensihoitajat esittelevät itsensä potilaalle ja omaisille ja kertovat miksi ensihoitoyksikkö on kutsuttu paikalle. Keskustelun ja vuorovaikutuksen on oltava rauhallista, ymmärtäväistä ja kuuntelevaa, mutta samalla rehellistä ja suoraa. (Hietaharju, Nuutinen 2016,101-104.)

Hoitosuhteen merkitystä ei voi liiaksi korostaa mielenterveyshäiriöisen kohtaamisessa. Ensihoitajalta vaaditaan mahdollisimman hyvää kontaktia potilaaseen sekä potilaan läheisiin sekä kunnioittavaa ja ymmärtävää asennetta. Mikäli omaisia tai läheisiä ei ole paikalla, voidaan heihin ottaa puhelimitse yhteys, mikäli potilas tähän antaa suostumuksen. Näin saadaan arvokasta tietoa potilaan nykyhetkestä sekä taustatietoja, joita ilman tilannearvio saattaa jäädä puutteelliseksi tai perustua väärin tietoihin. Ensisijaisen tärkeää on kiinnittää huomio potilaaseen ja antaa potilaan tulla kuulluksi. Vaikka

potilas olisi sekava, tulee häntä kohdella täysivaltaisena henkilönä. Ensihoitajan onnistuttua luomaan potilaaseen hyvä kontakti, pystytään saamaan tärkeitä ensikäden tietoja potilaan kokemuksista sekä ajatusmaailmasta. Rauhallisessa ja asiallisessa kontaktissa myös levoton potilas saattaa rauhoittua merkittävästi, jolloin yhteistyö helpottuu ensihoitajan ja potilaan välillä, näin myös ehkäistään mahdollinen tilanteen kärjistyminen. (Heikkilä 2006.)

6.2 Mielenterveyspotilaan haastattelu sekä tutkiminen

Ensihoitajat arvioivat potilaiden fyysistä sekä psyykkistä tilaa päivittäin. Keskustelemalla potilaan kanssa ensihoitaja arvioi mielenterveydenhäiriöihin liittyviä oireita ja niiden vaikutuksia potilaan elämään sekä kerää tietoa potilaan elintavoista sekä elämän olosuhteista. (Vuorilehto ym.2014.112-113.) Potilaan haastattelemisen ja tutkimisen tulee olla kiireetöntä ja potilaalle tulee antaa aikaa kertoa tilanteestaan. Ensikontaktin luominen potilaaseen on äärimmäisen tärkeää, potilaan hoitoketjun onnistumisen kannalta. (Kuhanen ym. 2010.167.) Australiassa tehdyn tutkimuksen mukaan ensihoitajan käytös potilasta kohtaan on avainasemassa myöhemmänkin hoidon onnistumiselle. (Shaban 2012.) Kohtaaminen alkaa keskusteluyhteyden luomisella, jossa potilaan annetaan itse kertoa oireistaan ja ongelmistaan. Psykoosissa oleva potilas on usein sairaudentunton ja saattaa ihmetellä ensihoitoyksikön paikalle tuloa. Usein huoli onkin herännyt omaisilla tai esimerkiksi naapureilla. Potilaalle tulee avoimesti kertoa, miksi ensihoito on hälytetty paikalle ja antaa potilaan itse jatkaa kerrontaa siitä. Ensihoitajan läsnäoleva, avoin, ymmärtävä ja kuunteleva asenne edesauttaa potilasta luomaan luottamuksen tunteen ensihoitajaan. Potilas pitää pyrkiä tutkimaan mahdollisuuksien mukaan huolellisesti, jotta ei tehdä vääriä arvioita potilaan tilan aiheuttavasta tekijästä. Tutkimuksilla pyritään selvittämään, ettei potilaan käytöksen häiriöiden taustalla ole jokin fyysinen sairaus, joten esitietoja kerätessä mielenterveyspotilaalta tulisi aina kysyä myös fyysisistä oireista. Mielenterveyspotilaista tulisi mitata kaikki perusmittaukset kuten muistakin potilaista. (Takamäki 2016.) Aggressiivisilta, rauhattomilta ja levottomilta potilailta tulisi pyrkiä mittaamaan veren glukoosipitoisuus, alkometrilukema, happisaturaatio ja lämpötila sekä tehdä neurologinen status. Mahdolliset potilaan somaattiset sairaudet tulee sulkea pois arvioitaessa potilaan mielenterveyden tilannetta.

Yleisimpiä somaattisia tilanteita, jotka aiheuttavat sekavuutta

- sydäninfarkti
- sydämen vajaatoiminta
- hypoksia
- hypoglykemia
- ketoasidoosi
- elektrolyyttihäiriöt
- aivoverenkierronhäiriöt
- dementia, alzheimer, parkinson
- aivokasvain
- pään traumat, kallonsisäiset vuodot
- epilepsia
- meningiitti
- pneumonia
- virtsatieinfektio
- lääkemyrkytys
- alkoholi, delirium
- huumausaineet

Nuoremmilla potilailla korostuu päihteiden käyttö, kun taas iäkkäämällä muut somaattiset syyt. (Heikkilä 2006.) Useimmissa tutkimuksissa käynyt ilmi, että ensihoitajat kokiivat vaikeaksi mielenterveyspotilaan somaattisen tutkimisen ja usein potilas vain haastatellaan ja sen perusteella kuljetetaan.

Potilaan haastattelu muodostuu avoimien sekä tarkkojen ns. suljettujen kysymysten välille. Avoimilla kysymyksillä on hyvä aloittaa ja tarkentaa asioita myöhemmin niiltä osin kuin on jäänyt tiedon puutteita. Avoin kysymys asetetaan sillä tavoin, ettei siihen pysty vastaamaan vain yhdellä sanalla. Tämä yleensä avaa potilaan oman kerronnan, jota hoitajan on hyvä myötäillä asettamalla jatko kysymyksiä kerronnan edetessä. (Vuori-lehto ym. 2014. 114-116.)

6.3 Mielenterveyspotilaan kohtaamiseen liittyvät haasteet/erityispiirteet

Haasteita ensihoidolle tuo, mikäli psykiatrinen potilas on yhteistyöhaluton tai sairauden-tunnoton. Näin varsinkin silloin, kun apua on hälyttänyt esimerkiksi omainen. Tällöin potilas on usein eri mieltä avuntarpeestaan. Usein myös tällaisessa tilanteessa, jossa

potilas itse on täysin sairaudentunnoton ja avun on hälyttänyt joku muu kuin potilas, ei potilas päästä ensihoitoa luokseen tai on yksinkertaisesti lähtenyt pois paikalta. Toisi-
naan potilasta ei siis edes tavoiteta ja näin ollen hän jää ilman apua. Tilanteissa, jossa
potilasta ei tavoiteta, ensihoidon tulee kuitenkin arvioida tilanteen mukaan pitääkö poti-
laan tavoittamiseksi tai löytämiseksi turvautua muihin viranomaisiin. Mikäli esitietojen
perusteella on syytä olettaa potilaan olevan akuutissa vaarassa ja häntä ei tavoiteta tai
saada kuljetettua, voi lääkäri tehdä puhelimitse virka-apupyynnön poliisille ja potilas toi-
mitetaan tahdonvastaisesti hoitoon. (Honkanen 2017, 22-23.) Virka-apupyynnön tekee
aina lääkäri ja se perustuu ensihoitoyksikön antamiin esitietoihin potilaasta sekä akuu-
tista tilanteesta. (Lönqvist 2011, 38). Ensihoidossa psykiatrissa potilasta autetaan en-
sisijaisesti luomalla turvallinen ja luottamuksellinen ilmapiiri, jossa potilasta kuuntele-
malla ja puhumalla pyritään löytämään yhteisymmärrys potilaan avuntarpeesta sekä
kuljetuksesta oikeaan hoitopaikkaan. (Holmberg 2016, 74-75).

Mielenterveyshäiriöihin yhdistyy usein myös päihteiden runsas käyttö ja tämä luo omat
haasteensa hoitoon. Päihtyneen potilaan kohdalla on vaikea arvioida mikä, johtuu päih-
teistä ja mikä on normaalitilanne. Päihtyneen potilaan kohdalla on tämä kuljetettava
päivystykseen tai selviämisasemalle nukkumaan päihtymys pois, ja vasta tämän jäl-
keen voidaan alkaa selvittämään potilaan mielenterveyden todellista tilaa. Päihtynyt po-
tilas saattaa olla myös todella impulsiivinen, joten ensihoitajan on hyvä varautua myös
nopeaan poistumiseen potilaan luota. Oma ja työparin turvallisuus aina ensin, joten mi-
käli tilanne vaikuttaa uhkaavalta, on silloin herkästi syytä pyytää poliiseilta virka-apua.
Jokainen mielenterveyspotilaan kohtaaminen on haaste myös hoitajan henkilökohtais-
ten valmiuksien vuoksi, sillä ensihoidon henkilöstöllä on hyvin erilaisia valmiuksia koh-
data mielenterveyspotilaita. Ensihoidossa työskentelee eri koulutuksen saaneita henki-
löitä, joilla on kaikilla erilainen määrä tietoperustaa sekä kokemusta käytettävissä. Koh-
taamiseen vaikuttaa ensihoitajan aiempi kokemus mielenterveyspotilaiden kanssa työ-
kentelystä sekä omat henkilökohtaiset valmiudet kohdata mielenterveyspotilaita. Mie-
lenterveyspotilaan kohtaaminen edellyttää kykyä sekä valmiutta kohdata ihmisen
akuutti psyykinen hätä, avuntarve sekä kriisitilanne ja soveltaa kuhunkin tilanteeseen
sopivin lähestymistapa. (Holmberg 2008, 82-87.) Ensihoitajan tulee myös tunnistaa
omat ennakoitavansa ja tunteensa sekä kykyä säädellä omia tunnetilojaan. Työssä
kohdattujen tunteiden käsittelyssä auttaa mm. ryhmäohjaus ja tunteiden jakaminen työ-
parin kanssa. (Holmberg 2016, 98-99.) Ensihoitajat joutuvat tilanteisiin usein hyvin yl-
lättäen, eikä näin ollen pysty henkisesti täysin valmistautumaan siihen mitä on odotet-
tavissa. Turun amk opinnäytetyössä, joka käsitteli ensihoitajien ammatillisia valmiuksia

kohdata mielenterveyspotilas onkin tutkimuksessa selvinnyt, että ensihoitajat ovat kokeneet hätäkeskuksen koodin 785 riittämättömäksi, koska se ei anna tarpeeksi informaatiota potilaan tilanteesta. Koodia tulisi kehittää tulevaisuudessa jakamalla se pienemmiksi osioiksi, näin ollen ensihoitajat saisivat hieman enemmän aikaa valmistautua tulevaan tehtävään. (Reinikainen, Rautio & Seivi 2014, 44.)

7 HOITOSUHTEEN ELEMENTIT

Hoitosuhteen elementit koostuvat useasta eri kokonaisuudesta, jotka kuitenkin nivoutuvat holistisessa eli kokonaisvaltaisessa hoidossa yhteen. Keskeisimpiä elementtejä ovat kokonaisvaltaisuus, luottamuksellisuus, empatia, voimavaralähtöisyys, dialogisuus. Hoitosuhteen elementtejä voidaan kuvailla muitakin lähteestä riippuen, mutta tähän on koottu tärkeimmät. (Lönqvist ym. 2009, 120.)

7.1 Kokonaisvaltaisuus

Kokonaisvaltaisuudella tarkoitetaan hoitosuhde työssä potilaan kokonaisvaltaista huomioon ottamista. Hoitajan tulee saada käsitys potilaan kokonaistilanteesta, siitä mitä apua hän tarvitsee ja miten häntä voitaisiin auttaa. Kokonaisvaltainen hoito on potilaan näkökulmasta ymmärretyksi tulemista, oikean avun saamista ja itsetietoisuuden lisääntymistä sekä itsensä hyväksyntää. (Hämäläinen ym.2017,148.) Hyvin usein mielenterveyspotilaat kohtaavat ennakkoluuloja yhteiskunnassa. Tällöin potilaan kohtaaminen avoimesti ja aidosti kokonaisvaltaisesti korostuu, jolloin potilaan muutos, kehitys ja kasvu mahdollistuvat potilaan kokiessa itsensä kuulluksi ja ymmärretyksi, sekä auttaa potilasta myös ymmärtämään itseään ja hyväksymään itsensä. Asettumalla hoitajana potilaan asemaan ja katsomalla tilannetta potilaan näkökulmasta hoitaja luo mahdollisuudet kokonaisvaltaiselle yhteistyölle. (Hämäläinen ym. 2017, 148.)

7.2 Luottamuksellisuus

Luottamuksellisuus on ensimmäinen hoitosuhteen elementti, jota lähdetään luomaan, kun potilas kohdataan. Luottamuksen luominen on todella tärkeä osa hoitoa ja luottamus on edellytys myös tulosten saamiseksi. Mielenterveyspotilaat ovat usein kokeneet elämässään pettymyksiä, traumaattisia kokemuksia lapsuudesta, epäluottamuksen tunnetta, hylkäämisen kokemuksia, turhautumista tai itse sairaus kuten psykoosi aiheuttaa sen, että on vaikea alkaa luottaa kehenkään. Luottamusta herättävä hoitaja on läsnä oleva, aito, rehellinen sekä avoin (Holmberg 2016, 92). Hän kuuntelee potilasta ja on silloin aidosti kiinnostunut siitä mitä potilas hänelle kertoo. Mielenterveyspotilaan

kanssa luottamuksen luominen saattaa viedä aikaa, mutta luottamus on välttämätön, jotta hoito olisi tuloksellista. Luottamuksen saavuttamiseen vaikuttavat niin potilaan kuin hoitajankin persoonallisuus, henkilökohtaiset tekijät ja aiemmat kokemukset. (Hämäläinen ym. 2017, 149). Luottamukselliseen hoitosuhteeseen kytkeytyy vahvasti myös hoitotyön eettiset ohjeet sekä lakiin liittyvät ammatilliset velvoitteet. Luottamusta voidaan rakentaa dialogisuudella, aidolla läsnäololla ja kuuntelulla, sekä rehellisellä, aidolla ja avoimella käytöksellä. Luottamuksen syntyyn vaikuttaa myös lupauksen ja sovitujen asioiden pitäminen. Hoitajan avoin ja rehellinen läsnäolo ja uskon luominen potilaaseen, että tämä tulee autetuksi, auttavat luottamuksen kehittämisessä. (Hämäläinen ym. 2017, 149-150.) Mikäli potilasta joudutaan rajoittamaan esimerkiksi turvalla potilaan oma turvallisuus ja näin rajoittamaan potilaan itsemääräämisoikeutta, voi se heikentää potilaan luottamuksellisuuden tunnetta hoitoa ja hoitajaa kohtaan. Tällaisissa tilanteissa on tärkeää saada potilaan kanssa tilanne keskusteltua ja purettua potilaan näkökulmaa kuullen riittävän moneen kertaan. Hoidon aikana potilaan kanssa keskustellaan avoimesti potilaan kokemuksista hoidosta, se on luottamuksen saavuttamiseksi tärkeää. (Hämäläinen ym. 2017, 150.)

7.3 Empatia

Empatia hoitosuhteessa tarkoittaa työntekijän sosiaalista taitoa osata asettua hetkellisesti toisen ihmisen tunnetilaan ja tilanteeseen. Empatian antaminen vahvistaa luottamuksen syntymistä ja helpottaa hahmottamaan potilaan avuntarpeita. Holmergin mukaan empatia ei tarkoita, että hoitajan tulisi hyväksyä potilaan toimintaa, mutta hoitajan tulee kaikesta huolimatta kunnioittaa potilaan kokemusta asiasta. Empatia kykyä ohjaa vahvasti hoitajan omat tuntemukset ja ajatukset, jotka tulee ammattimaisesti osata eriyttää potilaan kokemuksista. (Holmerg 2016, 93.) Hoitosuhde elementtinä empatia on sellainen, että toiset hoitajat ovat siinä luonnostaan etevämpiä kuin toiset, mutta sitä voi myös tietoisesti harjoittaa ja empatiakyky kehittyä elämän- ja ammattikokemuksen myötä. Aitous hoitajan työssä lisää hänen oma inhimillisyytensä vuorovaikutustilanteessa, aitous on myös taito ja kyky käyttää omia voimavaroja ja persoonaa työvälineenä. Empatia potilasta kohtaan ohjaa hoitajaa päättämään, milloin tulee olla vain hiljaa potilaan rinnalla ja milloin viedään keskustelua eteenpäin ja empatia ohjaa hoitajan eleitä, ilmeitä, keskusteluita. Parhaimmillaan empatia vahvistaa hoitajan ja potilaan yhteistyösuhdetta. (Kuhanen 2010,156.)

7.4 Dialogisuus

Dialogi eli vuoropuhelu on ohjauksellista ja hoidollista vuorovaikutusta hoitajan ja potilaan välillä joko kahdenkeskisenä tai useamman henkilön välistä yhteistyötä. Dialogisessa yhteistyössä yhdessä potilaan ja potilaan hoitoon osallistuvien kesken hahmotetaan ongelmaa, kokonaisuutta ja pyritään etsimään ratkaisuja. Hoitajan ammattitaitoa dialogisuudessa on potilaan kunnioitus ja usko potilaan kykyyn ottaa kantaa omaan hoitoonsa ja päätöksiensä tekemiseen. Ohjauksellinen ja hoidollinen toiminta on motivoivaa ja konsultoivaa. Tavoitteena on potilaan sisäinen motivoituminen hoitoonsa ja potilaan voimavarojen löytyminen, jolloin nämä yhdessä mahdollistavat hoitoon sitoutumisen ja mahdollisen muutoksen. Potilaan hoitoon sitoutumista, hoidon vaikuttavuutta ja potilaan tyytyväisyyttä hoitoon edesauttaa potilaslähtöinen yhteistyösuhde, joka mahdollistaa potilaan näkökulman huomioimisen. Dialogisuus on hoitajan ja potilaan välistä vuorovaikutusta eli kuuntelevaa vuoropuhelua. Avoin kiinnostus potilaasta ja potilaan hyväksyminen sekä eläytyminen potilaan asemaan mahdollistaa dialogisuuden. (Hämäläinen ym. 2017, 141.) Potilas on oman elämäntilanteensa ja sairautensa asiantuntija ja hoitajalla on kokemuksellista ja teoreettista asiantuntijuutta. (Kuhanen 2010,153.)

Yksinpuhelu on dialogisuuden vastakohta. Yksinpuhelu voi johtaa potilaan esineellistämiseen ja vallankäyttöön, eikä edistä vastavuoroisuutta, eikä aidosti potilaan kohtaamista. Yksinpuhelua on esimerkiksi se, että hoitaja keskeyttää puheen, valitsee puheen aiheen ja rajoittaa potilaan osallistumista kysymyksillään. (Hämäläinen ym. 2017, 147.) Valta-asema joka hoitajalla on hoitotyön asiantuntijana pitää hoitajan tiedostaa. Sairaudesta huolimatta potilaalla saattaa olla päämääriä tulevaisuuden suhteen ja potilas on saattanut asettaa tavoitteita tulevaisuudelle. Vuoropuhelu eli dialogisuus on kaikkien osallistujien kesken tärkeää vuorovaikutustilanteessa. (Kuhanen 2010,153.)

7.5 Voimavaralähtöinen mielenterveyshoitotyö

Voimavaralähtöisessä mielenterveyshoitotyössä hyödynnetään potilaan omien voimavarojen löytymistä ja mahdollistetaan niiden käyttäminen. Voimaantumista eli potilaan omien voimavarojen tunnistamista on kuvattu prosessina. (Hämäläinen ym. 2017, 148-149.) Tällainen prosessi on nelivaiheinen. Prosessi alkaa ensimmäisestä vaiheesta,

jossa potilas tulee aktiiviseksi ja kokee itsensä tasavertaiseksi osallistujaksi. Kun potilas etenee toiseen vaiheeseen, kykenee hän hallitsemaan omia persoonallisia ominaisuuksiaan. Potilaan tietoisuus ympäristöstään ja sitoutuminen sosiaaliseen kontekstiin tapahtuu prosessin kolmannessa vaiheessa. Potilas on oma itsensä, joka merkitsee potilaalle hänen omien voimavarojen ja rajoitusten realisoitumista. Prosessina voimaantuminen on sosiaalinen ja yksilöllinen potilaalle. Prosessiin liittyvät vastuu, turvallisuus, vuorovaikutus, kunnioittaminen, valinnanvapaus, hyväksyntä, tarpeelliseksi kokeminen, toiveikkuus, myönteisyys, arvostus ja itsenäisyys. (Noppari ym. 2007, 138.)

Voimaantuneella ihmisellä on kykyä etsiä ja löytää itselleen ne olosuhteet, resursseja ja prosesseja. Ne tukevat potilaan itsemääräämisoikeutta ja ovat potilaan elämän kannalta tarkoituksenmukaisia. Voimaantumista tuetaan moniammatillisesti, terveyttä vaarantaviin tekijöihin puututaan varhaisessa vaiheessa. Potilaalle järjestetään hoitoa ja uusia hoitomuotoja kehittäen ja edistetään potilaan kuntoutumista. Voimaantumisen edistäminen on myös kuolleisuuden vähentämistä. (Noppari ym. 2007, 138.)

Potilaan mielenterveyden edistäminen ja hoitaminen on lähtökohtana, kun luodaan yhteistyösuhdetta hoitajan ja potilaan välillä ja se on keskeinen mielenterveyshoitotyön menetelmä. Kun potilas saa riittävää tukea hänellä on mahdollisuus löytää oman elämänsä hallintaan toimintatapoja ja selviytyä jokapäiväisessä elämässään ja kyetä löytämään keinoja kontrolloidakseen omaa käyttäytymistään. Potilaan omien voimavarojen löytymiseen vaikuttaa potilaan ja hoitajan välinen yhteistyösuhde. Hyvin toimiva yhteistyösuhde tukee voimavarojen löytymisessä. Kun potilas on itse mukana oman hoidonsa suunnittelussa, toteutuksessa ja arvioinnissa, puhutaan potilaslähtöisestä hoidosta ja yhteistyöstä. Potilaan tarpeet ovat lähtökohtana hoitajan ja potilaan välisessä potilaslähtöisessä yhteistyösuhteessa. Osallisuus, rohkeus ja lähellä oleminen ovat tärkeitä potilaslähtöisessä yhteistyösuhteessa. (Kuhanen ym. 2010, 150-151.) Kun potilas on aktiivisena osallistujana omassa hoidossaan, on hoidon tarve yksilöllisesti määriteltä, tavoitteet asetettu yksilöllisten resurssien muutosten mukaan, potilas on vastuullisena osallistujana ja hoitotyö on potilaslähtöistä hoitotyötä. (Hämäläinen ym. 2017, 140). Potilaslähtöisessä hoitotyössä vuorovaikutus on osallistuvaa vuoropuhelua eli dialogia, toiminta on mielekästä toimintaa, ohjaus on konsultoivaa ja kontrollointia on jaettu vastuu. Potilaan psyykinen, fyysinen ja sosiaalinen hyvinvointi sisältyy kokonaisvaltaisesti potilaan huomioimiseen ja hoidolliseen yhteistyösuhteeseen. Hoitaja ja

potilas jakavat yhdessä vastuun hoidon hallinnasta ja ovat sitoutuneita hoitoon tavoitteiden saavuttamiseksi. Potilas ja hoitaja arvioivat yhdessä hoidon tavoitteiden saavuttamista. (Hämäläinen ym. 2017, 141-142.)

Sekä hoitaja että potilas tuovat omat arvonsa yhteistyösuhteeseen. Potilaan oma ihmiskäsitys, arvot ja asenne luovat toiveita ja odotuksia hoitajalle ja hoitotyölle. Yhteistyön rakentumista ohjaavat hoitajan ihmiskäsitys, arvot, hoitotyön periaatteet, asenteet sekä eettiset periaatteet. Nämä myös vaikuttavat myös potilaan ja hoitajan kohtaamiseen ja vuorovaikutukseen. Hoitajan henkilökohtaisista tekijöistä henkilökohtaiset tekijät, ikä, sukupuoli, persoonalliset piirteet ja koulutustausta vaikuttavat yhteistyösuhteen onnistumiseen. (Hämäläinen ym. 2017, 142.)

Lait, asetukset sekä ammattieettiset periaatteet ja arvot ohjaavat yhteistyösuhteen toimintaa. Potilaalla on vastuu omasta terveydestä ja sen säilymisestä Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (1992) turvaa yksilön oikeuksia hoidossa. (Hämäläinen 2017, 143). Tämä laki turvaa potilaan ottamaan vastuun omasta hoidostaan ja päätöksenteosta ja turvaa potilaan tiedonsaantioikeuden.

7.6 Ammatillisuus ja keskeiset keinot mielenterveyspotilaan auttamiseen

Ammatillisuus käsitteenä tarkoittaa työnsä teoreettisen tiedon hallitsemista sekä käytännön taitojen osaamista. Ammatillainen osaa soveltaa teorian ja käytännön yhteen. Hoitotyössä ja erityisesti mielenterveyspotilaiden kanssa työskennellessä työtä tehdään pitkälti oman persoonan kanssa ja silloin on ammatillisuutta osata käyttää persoonallisuuttaan ammattimaisesti tunnistamalla ja säätelemällä omia tunteitaan. Tämä tarkoittaa sitä, että ammattilaisen tulee kyetä käyttäytymään ystävällisesti sekä potilasta kunnioittavasti, vaikka tuntisi turhautumista tai muita negatiivisia tunteita. (Vuorilehto ym. 2014, 56-57.)

Työskentely mielenterveyspotilaiden kanssa on jatkuvaa vuorovaikutusta ja toisen tilanteisiin eläytymistä sekä vaikeiden asioiden purkamista. Työn luonne saattaakin toisinaan olla hyvin kuormittavaa hoitajalle itselleen ja näin ollen osa ammatillisuutta on

myös kyky tunnistaa omat voimavarat, heikkoudet sekä rajat. Hoitajan tulee kyetä huolehtimaan omasta jaksamisestaan ja tarvittaessa hakea tukea sekä apua vaikeisiin tilanteisiin. (Vuorilehto ym. 2014, 56-57.)

Terveys, ihminen, ympäristö ja hoitotyön toiminnot ovat keskeisiä käsitteitä hoitotyössä ja hoitajan on hallittava nämä ammattitaitoisesti potilasta ja potilaan itsemääräämisoikeutta kunnioittaen. Vastuu tehtävästä ja ihmisestä ovat peruselementtejä hoitotyössä hoitajan hoitaessa ihmistä. Ihminen on arvo valintoja tekevä, ainutlaatuinen, ajatteleva henkilö, jolla on ihan omanlaisensa näkemys omasta terveydestään, ongelmistaan ja hoidon tarpeestaan. Persoonallisuutta koossapitävien voimien osittainenkin puuttuminen, herkkyys, haavoittuvuus tai kokonaisvaltainen kaaos potilaalla asettavat haasteita mielenterveyshoitotyölle. Tällöin korostuu hoitajan ihmisvastuu, joka edellyttää herkkyyttä hoitajalta tällaisen potilaan omille toiveille hoitoon liittyville näkemyksille ja ihmistä kunnioittaville toimintamenetelmille. Ihmisarvon kunnioittaminen kaikenlaisissa tilanteissa, pahan välttäminen ja hyvän tekeminen sekä oikeudenmukaisuuden periaatteet ohjaavat ihmisvastuullista toimintaa. (Kuhanen ym. 2010, 65.) Ammatillinen vastuu tarkoittaa, että hoitotyöntekijä on laillistettu ammatinharjoittaja, ja laillistetulta hoitotyöntekijältä myös edellytetään tietoa terveysongelmista ja terveysongelmien hoidosta ja päätöksen teosta. Periaatteita ammatilliseen tehtävänvastuuseen ovat toiminnan luotettavuus, luotettavuus ja ammattilaisten keskinäinen arvonnanto. Keskusteltaessa sairauksiin ja terveyteen liittyvistä kysymyksistä muodostuu etiikka konkreettiseksi ja käytännönläheiseksi. Eettisiä ohjeita ja periaatteita ovat kirjanneet terveydenhuollon ammattihenkilöt tähän liittyen. Mielenterveystyöhön olennaisesti liittyviä keskeisiä periaatteita ovat ihmisarvon kunnioittamisen periaate, oikeudenmukaisuuden periaate, hyvän tekemisen ja pahan välttämisen periaate ja perustavuuden periaate, joita hoitajilla on velvollisuus noudattaa. Potilaan ihmisarvoa on jokaisen hoitajan velvollisuus kunnioittaa. Ihmisarvoon kuuluu potilaan oikeuksien, koskemattomuuden ja autonomian kunnioittaminen, aitouden ja rehellisyyden kunnioittaminen, totuuden kunnioittaminen ja potilaan hyvinvoinnin edistäminen. Myös toisten ammattilaisten kunnioittaminen liittyy tähän. Mielenterveystyötä tehdään erilaisissa moniammatillisissa hoito- ja työryhmissä, joten tämä periaatteen keskeisyys korostuu. (Kuhanen ym. 2010, 65-66.)

Hoidettavan potilaan suojeleminen ja huolenpito, potilaan asioiden ajaminen potilaan parhaaksi ovat hyväntekemistä potilaan parhaaksi. Hoitajalla on toiminnassaan hoitotyössä velvollisuus pyrkiä edistämään potilaansa hyvää ja välttämään pahaa. (Kuhanen ym. 2010, 66).

8 EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Tämä opinnäytetyö on kirjallisuuskatsaus mielenterveyspotilaan kohtaamisesta ensihoidossa. Kirjallisuuskatsaus tarkoittaa sellaista opinnäytetyötä, jonka tavoitteena on kehittää, ohjeistaa, järjestää tai järjeistää työelämän jotakin osa-aluetta. Kirjallisuuskatsauksella kartoitetaan sitä, millaista tietoa joltakin rajatulta alueelta on olemassa. (Turun amk www-sivut 2019.) Tutkimus eettisesti on tärkeää pohtia, onko työ yhteiskunnallisesti tärkeä. Mielenterveyspotilaiden määrä avohoidossa on kasvanut ja ensihoitajat kohtaavat mielenterveyspotilaita päivittäin. Aiheesta on varsin suppeasti kirjallisuutta, mutta muutama opinnäytetyö löytyy. Tässä työssä käytettävät lähteet ovat tarkistettuja luotettavuudeltaan ja eettisyydeltään, lähdeviitteet on tehty opinnäytetyön ohjesääntöjen mukaisesti, niin, että jokaisen on halutessaan helppo löytää alkuperäinen kirjoittaja. Työssä on rajattu pois lähteitä, jotka eivät ole yleisesti hyväksytyjä, ammattimaisia tai tutkimustietoon perustuvia (Turun ammattikorkeakoulun verkkosivut 2017.)

Kaikki lähteet ja viitteet ovat tarkistettuja, luotettavuus on todennettu useilla hauilla ja kirjallisuudesta vertailemalla tietoperustaa. Hyvän tieteellisen tekstin käytäntöjen mukaisesti tässä opinnäytetyössä on noudatettu kaikkia tiedeyhteisön tunnustamia toimintatapoja kuten; rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta sekä tarkkuutta opinnäytetyön kaikissa vaiheissa. (Tutkimus eettisen neuvottelukunnan www sivut.)

Opinnäytetyön luotettavuuden varmistamiseksi kirjallisuuskatsauksessa käytettiin mahdollisimman ajantasaisia ja ajankohtaisia lähteitä. Ongelmaksi muodostui, että aineistoa aiheesta oli saatavavilla varsin suppeasti. Opinnäytetyön työstämisen missään vaiheessa ei ole syyllistytty vilppiin eikä plagiointiin. Tämä opinnäytetyö on pyritty tekemään hyvää tieteellistä käytäntöä noudattaen. Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluvat rehellisyys, yleinen huolellisuus, suunnitelmallisuus sekä toteutus (Tenk 2012, 6).

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuskriteereitä ovat uskottavuus, vahvistettavuus, reflektiivisyys ja siirrettävyys. (Kylmä & Juvakka 2007, 129).

9 POHDINTA

Tämä opinnäytetyö lähdettiin toteuttamaan opinnäytetyön kirjoittajien omasta ideasta. Idea esiteltiin opettajalle, jonka mielestä mielenterveyspotilaan kohtaaminen ensihoidossa oli ajankohtainen sekä tarpeellinen aihe. Opinnäytetyön tekijät työskentelevät itse ensihoidoissa ja ovat kokeneet aiheen myös tätä kautta erittäin ajankohtaiseksi, sillä mielenterveyspotilaita on kotonaan avohoidon turvin yhä enenevin määrin. Mielenterveyspotilaan kohtaamiseen ei ole olemassa mitään yhtenäistä toimintamallia, eikä tämänkään työn tarkoitus ole sellaista esitellä. Tämä opinnäytetyö tarjoaa eheän kokonaiskuvan siitä, mitä erityispiirteitä mielenterveyspotilaan kohtaamiseen liittyy sekä koostaa jo olemassa olevan tietoperustan sekä tutkimusten pohjalta saadun ajantasaisen yhteenvedon. Opinnäytetyö antaa ensihoitajalle uusia näkökulmia, kuinka mielenterveyspotilasta voisi lähestyä parhaalla mahdollisella tavalla. On tutkittu, että mielenterveyspotilaan ensikohtaamisella hoitohenkilökunnan kanssa on kauas kantoisia vaikutuksia hoidon onnistumiseksi. Onnistunut kohtaaminen auttaa potilasta luottamaan hoitohenkilökuntaan ja näin ollen potilas saa hyvän lähtökohdan parantumiselle. Voidaankin siis ajatella, että tämän opinnäytetyön yksi tavoite on myös parantaa potilaiden kokemuksia ja vaikuttaa näin ollen myönteiseen hoidon aloitukseen.

Opinnäytetyötä lähdettiin heti ideoimaan ja tiedonhaku prosessi käynnistettiin heti aiheen saatua siunauksen opettajalta. Tietoa lähdettiin hakemaan kirjastosta sekä eri tietokannoista ja tämän jälkeen prosessoimaan saadun tiedon käytettävyyttä kriteerejä.

Mielenterveyspotilaiden kohtaamisesta on varsin vähän suomalaista kirjallisuutta, mutta Suomalaisia tutkimuksia löytyi muutama. Opinnäytetyöhön käytettiin myös yleisesti suomalaisesta akuuttihoitosta kertovaa kirjallisuutta. Australiassa oli myös tehty paljon tutkimuksia ensihoidon osa-alueella ja osa niistä koski nimenomaan mielenterveyspotilaan kohtaamista. Tiedonhaku prosessin aikana ryhmän jäsenet jakoivat vastualueita ja kukin tahoillansa tutustui saatavilla oleviin materiaaleihin. Tämän jälkeen työtä lähdettiin yhdessä fyysisesti hahmottelemaan ja miettimään hyvää jäsentelyä, jotta kokonaisuus olisi selkeä. Työn kirjoitus osuuksia jaettiin jälleen ja työ alkoi pikkuhiljaa muodostua raakile versioksi. Pian huomasimme kuitenkin, ettei kirjoitus osuuk-sien jakaminen ollut paras ratkaisu ja tekstien rakenne muodostui liian vaihtelevaksi. Päätimme, että jatkossa työtä muokataan yhdessä ja tekstejä koostetaan yhdessä. Opinnäytetyön prosessin aikana käytettiin opettajalta saatavia henkilökohtaisia ohjaus-

tunteja, joiden avulla päästiin aina etenemään työtä parantelemalla. Työ on myös annettu ulkopuolisten ns. oikoluettavaksi, jotta opinnäytetyön tekijät eivät sokeudu omalle tekstilleen. Opettajan ja ulkopuolisten apu oikoluennassa koettiin varsin tarpeelliseksi, jotta tekstistä tuli mahdollisimman helppolukuinen ja selkeä.

Opinnäytetyö prosessina on varsin laaja ja vaikka se oli tiedossa jo ennen prosessin aloittamista tuli se silti hieman yllätyksenä, miten monta eri vaihetta työssä on ja miten laajalti piti työssä opetella monenlaisia taitoja. Pelkästään tekstinkäsittelytaitoja joutui hiomaan useaan otteeseen ja prosessin aikana on tapahtunut huimaa kehitystä atk taitojen suhteen. Työhön käytettyä aikaa ei pysty edes arvioimaan, koska työtä on tehty jokaisessa välissä ja ajatukset olleet kuukausia saman aiheen piirissä. Toivomme, että työstämme hyötyy mahdollisimman moni ammattilainen ja sitä kautta lopulta potilaat.

Se jäi mietityttämään miksi aiheesta ei ole saatavilla kirjallisuutta, sillä aiheesta voisi helposti koostaa kokonaisen kirjan verran tekstiä. Aihetta oli myös tutkittu todella vähän, vaikka nämä mielenterveyspotilaan kohtaamiset ovat nykypäivänä päivittäisiä ensihoidon tehtäviä. Australia osoittautui tässä suhteessa edelläkävijäksi, sillä heillä oli aihetta pohdittu ja tutkittu. Uskoisin, että sieltä olisi saanut lisääkin materiaalia, mikäli aineistojen saatavuus olisi parempi. Toivomme, että lähivuosina meille Suomeenkin ilmestyisi aihetta käsittelevä kirja ja asiantuntijuutta. Tämä opinnäytetyö olikin todella haastava koostaa, koska materiaalia oli niin niukasti ja se ei ollut suoraan ensihoitoon suunnattua. Oli osin jopa hämmentävää lukea kirjoja, joissa puhutaan avohoidosta tai hoitoon ohjauksesta, mutta silti niissä ei edes mainittu ensihoidon osuutta.

LÄHTEET

Alasuutari Pertti 1993: Laadullinen tutkimus. Gummerus, Jyväskylä

FINLEX www.finnlex.fi. Mielen terveyslaki.1990. L 14.12.1990/1116

Heikkilä, J. 2006: Mitä tehdä, kun terveyskeskukseen tulee uusi psykoosipotilas. Suomen lääkäri-lehti 33/2006. Viitattu 21.5.2019

Heikkinen-Peltonen, R; Innamaa, M; Virta, M. 2014. Mieli ja terveys. 4. uud.p. Porvoo: Bookwell Oy.

Hietaharju, P. Nuutila, M. 2011. Käytännön mielen terveystyö. Helsinki: Tammi

Hietaharju, P; Nuutila, M.2016.Käytännön mielen terveystyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Hirsijärvi, S.; Remes, P.; Sajavaara, P.2016.Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.21painos.

Holmberg, J 2016.Hoitajana mielen terveystyö- ja päihdetyössä. Keuruu: Otava.

Holmberg, J.; Hirschovits, T.; Kylmänen, P.; Agge, E. 2008. Tämä potilas kuuluu meille. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry.

Honkanen, V. 2017. Poliisin & Ensihoidon yhteistyö virka-aputehtävällä mielen terveystyön perusteella. AMK-opinnäytetyö. Poliisiammattikorkeakoulu. Viitattu 7.8.2019.

https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/123346/ON_Honkanen_V.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Hämäläinen, K; Kanerva, A; Kuhanen, C; Schubert, C & Seuri, T. 2017. Mielenterveyshoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kanerva, A. Kuhanen, C. Oittinen, P. Seuri, T & Schubert, C. 2010. Mielenterveyshoitotyö. Helsinki: WSOYpro Oy.

Kiviniemi, L; Läksy, L; Matinlauri, T; Nevalainen, K; Ruotsalainen, K; Seppänen, U-M & Vuokila-Oikkonen, P. 2014. Minä mielenterveys työntekijänä. 2uud.p.Porvoo:Bookwell Oy.

Kuisma, M.; Holmström, P.; Nurmi, J.; Porthan, K. & Taskinen, T. 2017. Ensihoito. Helsinki: Sanoma Pro.

Kuisma, M.; Holmström, P.; Nurmi, J.; Porthan, K. & Taskinen, T. 2018. Ensihoito. Helsinki: Sanoma Pro.

Kuosmanen L, Jakobsson T, Hyttinen J, Koivunen M, Välimäki M (2010). Usability evaluation of a Web-based patient information system for individuals with severe mental health problems. *Journal of Advanced Nursing* 66(12): 2701-2710

Kuosmanen L. Välimäki M, Joffe G, Pitkänen A, Hätönen H, Patel A, Knapp M (2009). The effectiveness of technology-based patient education on self-reported deprivation of liberty among people with severe mental illness: A randomized controlled trial. *Nordic Journal of Psychiatry* 63; 383-389

Kylmä, J & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 785/1992. Annettu Helsingissä 17.8.1992. Saatavilla <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1992/19920785>

Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista. 812/2000. Annettu Helsingissä 22.9.2000. Saatavilla <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2000/20000812>

Lönqvist, Partonen, Marttunen, Hendriksson, Heikkinen. 2009. Psykiatria. Duodecim, Helsinki.

Noppiari, E.; Kiiltomäki, A. & Pesonen, A. 2007. Mielenterveystyö perusterveydenhuollossa. Vammala: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

S. Kähkönen, I. Karila, N. Holmberg 2009. Kognitiivinen psykoterapia. Duodecim, Helsinki.

Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus – johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppeihin 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

Sosiaali- ja terveysministeriö (STM). 2019a. Ensihoito. Viitattu 1.6.2019. www.stm.fi > Sosiaali- ja Terveyspalvelut > Ensihoito

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus ensihoitopalvelusta. 1326/2010. Annettu Helsingissä 6.4.2011. Saatavilla <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2011/20110340>

Takamäki, T. 2016. Opinnäytetyö. Mielenterveyspotilaan kohtaaminen ensihoidossa. Oulu: Oulun ammattikorkeakoulu. Viitattu 16.5.2019

Terveystieteiden laitos. 2010. L 30.12.2010/1326 muutoksineen.

THL www-sivut. Viitattu 21.11.2017. <https://www.thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyshairiot>

Toivio, T. & Nordling, E. 2009. Mielenterveyspsykologia. Tampere: Edita

Turun AMK www-sivut. Viitattu 31.05.2019. www.turkuamk.fi

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

Varsinais-Suomen aluepelastuslaitoksen www-sivut. Viitattu 21.11.2017. <https://www.vspelastus.fi/varsinais-suomen-pelastuslaitos/tietoa-pelastuslaitoksesta>

Virtuaali ammattikorkeakoulun www-sivut. Viitattu 9.12.2017.
<http://www2.amk.fi/digma.fi/www.amk.fi/opintojak-sot/030906/1113558655385/1154602577913/1154670359399/1154756862024.html>

VSSHP, Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri. 2017. Ammattilaisille. Ensihoito. Viitattu 9.12.2017.
<http://www.vsshp.fi/fi/ammattilaisille/ensihoito/Sivut/default.aspx>

Vuorilehto, M.; Larri, T; Kurki, M; Hätönen, H.2014.Uudistuva mielenterveystyö. Helsinki: Edita Prima OY.

Tiedonhaku­taulukko

TIETO- KANTA	HAKUSANAT	OSUMAT	OTSIKON PERUSTEELLA VALITUT
Pubmed	Mielenterveys	10	0
Pubmed	menntal healt	6	0
Ebrary	mental healt AND paramedic	5	1
Ebrary	psychiatis	5	1
Ebsco	psychiatric AND paramedic	185	3

Cinahl	mental health AND paramedic	105	3
Ter- veysportti	mielenterveys ja ensihoito	5	1
Ebsco	mental health AND Paramedic	445	3

