

Katja Aapro & Heidi Lindfors

# KIIREELLISEN HOIDON TARPEEN ARVIOINNIN MENETELMÄT MIELENTERVEYSHOITOTYÖSSÄ

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus

Sosiaali- ja terveysalan ammattikorkeakoulututkinto

Sairaanhoidajakoulutus

2022



**Kaakkois-Suomen  
ammattikorkeakoulu**



Kaakkois-Suomen  
ammattikorkeakoulu

Tutkintonimike	Sairaanhoitaja AMK
Tekijät	Katja Aapro & Heidi Lindfors
Työn nimi	Kiireellisen hoidon tarpeen arvioinnin menetelmät mielenterveyshoitotyössä
Toimeksiantaja	Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulu XAMK
Vuosi	2022
Sivut	73 sivua, liitteitä 20 sivua
Työn ohjaaja	Lehtori Terhi Hede

## TIIVISTELMÄ

Mielenterveys on olennainen osa yksilön hyvinvointia ja toimintakykyä. Päivystysosastoilla hoitajat arvioivat hoidon tarpeen kiireellisyyttä nopeatempoisesti. He tuntevat usein epävarmuutta mielenterveyspotilaiden kohtaamisessa ja arvioinnissa sekä kokevat tarvitsevansa lisäkoulutusta ja arviointia helpottavia menetelmiä tuekseen.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää kuvailevan kirjallisuuskatsauksen avulla, millaisia kiireellisen hoidon tarpeen arvioinnin menetelmiä mielenterveyshoitotyössä on käytössä. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa ajankohtaista ja luotettavaa tietoa terveydenhuollon ammattilaisille, organisaatioille ja oppilaitoksille, jotta potilaiden hoidon kiireellisyyden arviointi, häiriöiden ja riskien tunnistaminen sekä hoitoon ohjaaminen helpottuisi ja nopeutuisi. Opinnäytetyöhön valikoitui mukaan 14 tieteellistä tutkimusta ja tutkimusartikkeliä, joiden tulokset analysoitiin teemoittelun avulla. Kirjallisuuskatsauksen tulosten perusteella teemoiksi muodostuivat *kiireellisyysluokittelu, digi- ja etätriage, erotusdiagnostikka* sekä *riskinarviointi ja tunnistaminen*.

Johtopäätöksinä opinnäytetyössä oli, että päivystysosastojen triage-hoitajat ovat usein potilaan ensimmäinen kontakti, joten hoitajan on tärkeää tunnistaa yksilöllisesti oireet ja riskit ennen potilaan tilan huononemista. Kiire, kokemattomuus ja epävarmuus mielenterveyspotilaiden kohtaamisesta vaikeuttavat triage-hoitajien työtä. Vaikka jokaiselle potilaalle sopivaa ja kaiken kattavaa apuvälinettä kiireellisyyden arviointiin ei ole olemassa, niin kiireellisyyden arvioinnin helpottamiseksi on kuitenkin kehitetty useita erilaisia toimivia apuvälineitä, jotka ovat tavallisesti helppoja ja nopeita käyttää. Puhelimitse tai videon välityksellä tapahtuva hoidon kiireellisyyden arviointi osoittautui varteenotettavaksi keinoksi vastata etenkin syrjäisten seutujen asukkaiden akuutteihin mielenterveysongelmiin.

Jatkotutkimus- ja kehitysehdotuksina nousi esiin mielenterveyspotilaan haastattelun apuvälineeksi tarpeellinen muistilista ja sen testaaminen triage-hoitajilla. Toisena ehdotuksena MHTT-CAT-työkalun muokkaaminen niiden triage-hoitajien kouluttamiseen ja pätevyysarviointiin, jotka tekevät hoidon kiireellisyyden arviointia kasvokkain potilaan kanssa.

Asiasanat: mielenterveyshoitotyö, triage, kiireellisyys, arviointimenetelmä

Degree	Bachelor of Health Care
Authors	Katja Aapro & Heidi Lindfors
Thesis title	Methods of assessing the need for care in urgent mental health care work
Commissioned by	South-Eastern Finland University of Applied Sciences XAMK
Time	March 2022
Pages	73 pages, 20 pages of appendices
Supervisor	Terhi Hede

## ABSTRACT

Mental health is an essential part of an individual's well-being and ability to function. In the emergency departments nurses assess the urgency of the need for care at a rapid pace. They often feel uncertainty about encountering and assessing mental health patients and feel the need for additional training and assessment methods to support them.

The objective of the thesis was to find out using descriptive literature review what kind of methods for assessing the need for urgent care are used in mental health care work. The aim of the thesis was to provide current and reliable information to health care professionals, organizations and educational institutions in order to facilitate and accelerate the patients' referral to treatment, the assessment of the urgency and to identify the risks and disorders. 14 scientific studies and research articles were selected for the literature review which were analyzed using thematic method. Based on the results the themes were divided into four different groups: *classification of urgency, remote and digital triage, differential diagnostics* and *assessing and identifying the risk*.

The conclusions of the thesis were that the triage nurses in the emergency departments are often the patient's first contact so it is crucial for the nurse to individually identify the symptoms and risks before the patient's condition worsens. The haste, lack of experience and uncertainty of encountering mental health patients complicates the nurses' work of triage. Although there is no comprehensive instrument assessing the urgency which would suit each patient, a variety of functional tools have been developed to facilitate the assessment. These tools are usually quick and easy to use. Assessing the urgency and need for care using telephone or video connection proved to be viable for responding to the acute mental health problems, especially in the outlying district areas.

As a suggestion for further research and development, a necessary checklist when a mental health patient is being interviewed and testing its practicability among triage nurses. Another proposal is to modify the interactive MHTT-CAT tool to train and assess the competence of triage therapists who assess the patients face-to-face.

**Keywords:** mental health care, triage, urgency, assessment method

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO .....	6
2	MIELENTERVEYS.....	8
2.1	Mielenterveyshoitotyö.....	9
2.2	Lainsäädäntö mielenterveyshoitotyössä.....	11
2.3	Mielenterveyspalvelut.....	12
2.4	Psykkisesti oireilevat lapset, nuoret ja iäkkäät.....	14
3	HOIDON TARPEEN ARVIOINTI MIELENTERVEYSHOITOTYÖSSÄ .....	16
3.1	Alkuarviointi.....	17
3.2	Hoidon tarpeen arvioinnin menetelmät .....	20
3.2.1	Haastattelu .....	23
3.2.2	Työkalut arvioinnin tukena .....	26
3.3	Psykoosiriskin arviointi .....	29
3.4	Itsemurhariskin arviointi.....	30
4	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYS .....	33
5	KIRJALLISUUSKATSAUS TUTKIMUSMENETELMÄNÄ.....	33
5.1	Kuvaileva kirjallisuuskatsaus.....	35
5.2	Aineiston valinta ja tiedonhankinta.....	36
5.3	Aineiston analysointi.....	40
6	KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TULOKSET .....	41
6.1	Kiireellisyysluokittelu.....	42
6.2	Digi- ja etätriage.....	47
6.3	Erotusdiagnostiikka.....	51
6.4	Riskin arviointi ja tunnistaminen .....	54
7	POHDINTA JA TULOSTEN TARKASTELU .....	56
7.2	Työn luotettavuus ja eettisyys.....	63

7.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset.....	65
LÄHTEET .....	68

## LIITTEET

Liite 1. Konsultaation kiireellisyysperusteita

Liite 2. Tutkimustaulukko

Liite 3. Teemoittelutaulukko

Liite 4. RETTS-PSY

Liite 5. Arvioinnin apuvälineet

## 1 JOHDANTO

Mielenterveys on ihmisyksilön hyvinvoinnin perusta ja psyykkisiä toimintoja ylläpitävä voimavara. Mielenterveyttä määrittävät kokemukset ja yksilölliset tekijät, sosiaalinen verkosto, kulttuuriset arvot sekä yhteiskunnalliset rakenteet ja sen resurssit. Kuhanen ym. (2017, 21) kuvaavat mielenterveyttä yksilön henkisenä vastustuskykynä. Mielenterveyshäiriöön sairastuvan ihmisen mielenterveyden tasapaino järkkyy ja syntyneet oireet rajoittavat toimintakykyä, selviytymismahdollisuuksia, turvallisuuden tunnetta tai aiheuttavat kärsimystä. (Holmberg 2016, 10; Huttunen 2017; Kuhanen ym. 2017, 18–21.)

Mielenterveyshoitotyö on monitieteistä toimintaa. Siihen osallistuvat potilas ja hänen läheisensä, terveys- ja sosiaalialan ammattilaiset sekä kokemusasiantuntijat. Potilas itse, sekä hänen läheisensä, ovat potilaan henkilökohtaisen tilanteen asiantuntijoita, mikä osallistuttaa potilaan omaan hoitoprosessiinsa aktiivisena osallistujana. Hoitajalta edellytetään mielenterveyshoitotyössä hyvää ammattitaitoa ja herkkyyttä. Mielenterveyden häiriöiden tarkka määrittäminen on kuitenkin haastavaa, sillä monet mielen oireista kuuluvat satunnaisesti ihmisen tavalliseen elämään (Huttunen 2017; Kuhanen ym. 2017, 5–6.)

Hoidon tarpeen arviointi on oleellinen osa potilaan hoitoa ja mielenterveyshoitotyössä se on monitahoinen tiedonhankinnan prosessi. Tilanteen kartoittaminen etenee hyvin yksilöllisesti, mikä edellyttää hoidon tarpeen arvioijalta useiden erilaisten toimintamallien tuntemusta ja käyttöä. (Pehkonen ym. 2019, 102–113; Valvira 2017.) Hoidon kiireellisyyden arvio, josta usein myös *triage*-termiä käytetään, tarkoittaa päivystysyksikköön saapuvalla potilaalle tehtävää hoidon kiireellisyydsarviota. Triagessa laillistetun terveydenhuollon ammattilaisen ohjatessa potilasta tarkoituksenmukaiseen jatkohoitoon, on aina otettava huomioon potilaan yksilöllinen hoidon tarve, kyseisen päivystysyksikön kiireellisyydsluokat sekä riskin arviointi. (Valvira 2017.) Perusterveydenhuolto on usein mielenterveyshäiriöstä kärsivän potilaan ensimmäinen ja mahdollisesti ainoa kontakti. Keskittymällä

arvioimaan potilaan toimintakyvyn muutoksia, ahdistuneisuuden oireita sekä riskejä, on triagea tekevän ammattilaisen helpompi vastata potilaan välittömiin tarpeisiin. (Silveira ym. 2016.)

Keskeisimpinä itsemurhayritysten ja toteutuneiden itsemurhien riskitekijöinä pidetään mielenterveyshäiriötä, joista depressio, päihdeongelmat, kaksisuuntainen mielialahäiriö ja skitsofrenia yleisimpinä (Itsemurhien ehkäisy ja itsemurhaa yrittäneen hoito Käypä hoito -suositus 2020). Suomessa tehdään vuosittain yli 500 itsemurhaa masennustilaan liittyen (Depressio Käypä hoito –suositus 2021). Itsemurha-aikeiset jäävät edelleen liian usein huomaamatta, ja herättävä huomio on, että itsemurhan tehneistä monien viimeisin kontakti on ollut perusterveydenhuoltoon (Partonen & Solin 2017). Päivystyspoliklinikoilla sairaanhoitajat tekevät hoidon tarpeen arviointeja varsin nopeatempoisesti ja toivovat lisäkoulutusta mielenterveyshäiriöistä sekä arvioinnissa käytettävistä menetelmistä (Luukkonen 2014). Laajaa yhteiskunnallista huolta maassamme aiheuttaa mielenterveyspalvelujen riittävyys, kustannukset, laatu sekä hoidon oikea-aikaisuus, sillä mielenterveyspalveluja tarvitsevien määrä on jatkuvasti kasvussa (Pehkonen ym. 2019, 103). Itsemurhavaarassa olevan potilaan tunnistaminen, itsetuhoisuuden puheeksi ottaminen sekä hoidon tarpeen arvioinnin korkeatasoinen osaaminen ja sen jatkuva vahvistaminen on tärkeää itsemurhien vähentämiseksi (Vorma ym. 2020, 54–55). Lisäksi Suomessa yleisin syy työkyvyttömyyseläkkeelle jäämiseen on mielenterveysperusteinen. Mielenterveydellisistä syistä jäädään eläkkeelle myös normaalia nuoremmissa iässä ja paluu työelämään on muihin sairausryhmiin verrattuna vähäisempää. Alle 35-vuotiaiden työkyvyttömyyseläkkeitä myönnetään useimmiten mielenterveyssyiden vuoksi. (Eläketurvakeskus 2020.)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen mukaan hyvällä hoidolla vakavaakin mielenterveyden häiriötä sairastava ihminen voi elää tyydyttävää elämää (Mielenterveyshäiriöt 2021). Täten on tärkeää saada mielenterveyden häiriöiden oireista kärsivät ihmiset tunnistettua ja arvioitua oikea hoidon tarve ja aika. Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää kuvailevan kirjallisuuskatsauksen avulla, minkälaisia kiireellisen hoidon tarpeen arvioinnin menetelmiä käytetään mielenterveyshoitotyössä. Opinnäytetyön tavoitteena

on tuottaa luotettavaa ja ajankohtaista tietoa hyvien käytäntöjen edistämiseksi kiireellisen hoidon tarpeen arvioinnin menetelmistä mielenterveyshoitotyössä terveydenhuollon ammattilaisille, organisaatioille ja oppilaitoksille.

Kirjallisuuskatsaus erilaisista menetelmistä voi helpottaa potilaiden kiireellisyyden arviointia, häiriöiden ja riskien tunnistamista sekä nopeuttaa hoitoon ohjaamista.

Tutkimuskysymyksemme on: Minkälaisia kiireellisen hoidon tarpeen arvioinnin menetelmiä käytetään mielenterveyshoitotyössä? Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulu XAMK toimii opinnäytetyömme toimeksiantajana. Opinnäytetyössämme keskitymme 23–65-vuotiaisiin rajaten tarkastelun ulkopuolelle lapset, nuoret sekä iäkkäät. Sosiaali- ja terveysministeriö (STM 2019, 247) linjaa nuorisopsykiatrian ikähaarukaksi ikävuodet 13–22. Kuitenkin vain neljässä Suomen sairaanhoitopiirissä tarjotaan nuorisopsykiatrian palveluita niin pitkään kuin 22 tai 23 ikävuoteen saakka (Länsi-Pohjan sairaanhoitopiiri s.a.; Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri s.a.; Satakunnan sairaanhoitopiiri s.a.; Sosteri 2018). Päädyimme tästä huolimatta tekemään opinnäytetyömme ikärajan Sosiaali- ja terveysministeriön linjauksen mukaan. Kansainvälinen tautiluokitus ICD-10 luokittelee päihdeongelman mielenterveyden häiriöksi (Wahlbeck ym. 2018), mutta tässä opinnäytetyössä päihdepotilaita ei ole sisällytetty tarkasteluun.

## **2 MIELENTERVEYS**

Mielenterveys on hyvinvoinnin ja toimintakyvyn perusta ja vaikuttaa suuresti myös yksilön fyysiseen terveyteen sekä sosiaaliseen ja taloudelliseen hyvinvointiin. Mielenterveys muotoutuu koko ihmiselämän ajan ja on yksi elämän tärkeimmistä asioista. Mielenterveydellä on myös kansantaloudellinen merkitys, sillä työvoimaan kuuluvien ihmisten mielenterveys on voimakkaasti sidoksissa tuottavuuteen. (Vorma ym. 2020, 12–18.)

World Health Organisation (2013) määrittää henkisen hyvinvoinnin olevan olennainen osa ihmisen terveyttä. Vankka mielenterveys auttaa yksilöä tunnistamaan omat kykynsä, selviytymään normaalista elämään liittyvästä stressistä, työskentelemään tuottavasti sekä olemaan osallinen yhteisössään.

WHO (2018) sanoo “terveyden olevan täydellisen fyysisen, henkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tila, eikä ainoastaan sairauden tai vamman puuttumista”. (WHO 2013, 5–6; WHO 2018.)

Vorman ym. (2020) mukaan mielenterveyttä voidaan katsoa kahdella eri tavalla. Voidaan katsoa, että hyvä mielenterveys on voimavara, joka tukee yksilön toimintakykyä ja elämänlaatua. Toisesta näkökulmasta katsottaessa huomio sen sijaan kohdistetaan psyykkiseen oireiluun ja sairauksiin. Molemmissa näkökulmissa mielenterveyteen vaikuttavia tekijöitä ovat perinnölliset tekijät, elinympäristö sekä muut ympäristötekijät. Kumpulainen ym. (2016, 118–119) kertovat lukuisien tutkimuksien osoittaneen ympäristötekijöillä olevan yhteyden lasten ja nuorten psyykkiseen häiriintymiseen ja mielenterveyteen vaikuttavan geeniperimän arvioitavan lähes poikkeuksetta liittyvän useampaan kuin yhteen geeniin. (Kumpulainen ym. 2016, 118–119; Vorman ym. 2020, 12–18.)

Yksilön toimintakykyä voidaan tarkastella psyykkisestä, fyysisestä sekä sosiaalisesta näkökulmasta. Koska fyysistä työtä tekevän ja vanhainkodin asukkaan toimintakyvyn tarpeet eroavat toisistaan merkittävästi, tulee ihmisen toimintakykyä tarkastella aina siinä ympäristössä, jossa yksilöllä on tarve selviytyä. Toimintaympäristö vaikuttaa suuresti mielenterveyden ongelmista kärsivän henkilön toimintakykyyn. Toimintaympäristöllä voi olla joko yksilön toimintakykyä tukeva tai heikentävä vaikutus. (Tuisku ym. 2012; Vuorilehto ym. 2014, 123.) Vuorilehto ym. (2014) listaavat kirjassaan hyvän toimintakyvyn sisältävän seuraavat asiat: Kyvyn elää tarpeeksi terveellisesti, hakeutua tarvittaessa hoitoon sekä suunnitella tulevaisuuttaan. Näiden lisäksi yksilön tulee pystyä huolehtimaan asianmukaisesti myös mahdollisista lapsistaan. (Vuorilehto ym. 2014, 123.)

## **2.1 Mielenterveyshoitotyö**

Mielenterveyshoitotyö vaatii sairaanhoitajalta itsenäistä otetta ja vastuullista asiakaslähtöisyyttä hoitotyössä. Päämääränä mielenterveystyössä on ihmisten hyvinvoinnin ja toimintakyvyn parantaminen sekä mielenterveyden

edistäminen, joita pyritäänkin toteuttamaan yhteiskunnan joka sektorilla. (Kuhanen ym. 2017, 27–28; Tenkanen-Salmela 2019, 5.)

Erilaisia psykiatrisia häiriöitä kutsutaan yleisellä mielen terveyden häiriö. Vakavimmillaan häiriöt aiheuttavat elämänlaadun heikkenemistä ja henkilökohtaista kärsimystä (Huttunen 2017; Mielen terveyshäiriöt 2021). Mielen terveyshäiriöinen ihminen hakeutuu avunpiiriin usein sen vuoksi, ettei enää pysty saavuttamaan oman elämänsä tavoitteita omin keinoin ja toimintakyky on muuttunut (Holmberg 2016, 73). Holmberg sanoo mielen terveyshoitotyön perustuvan vahvasti humanistiseen maailmankäsitykseen, jossa ihminen nähdään kokonaisvaltaisena ja arvokkaana olentona. Mielen terveyshäiriöstä kärsivän ihmisen arvostaminen on ammatillinen arvo, jonka työntekijä omaksuu opinnoista ja työelämästä. Mielen terveyshoitotyössä työntekijä joutuu kysymään itseltään arvokysymyksiä, jotka vaikuttavat hänen toimintaansa. (Holmberg 2016, 55.) Hoitajan omat arvot, eettiset sekä hoitotyön periaatteet, asenteet ja ihmiskäsitys ohjaavat yhteistyösuhteen sekä vuorovaikutuksen rakentumista (Kuhanen ym. 2017, 142).

Mielen terveyshoitotyön tärkeimpiä elementtejä ovat potilaan ja hoitajan välinen yhteistyösuhde ja hoidossa tarvittava empatia. Mielen terveyshoitotyötä tekevän on oltava terapeuttisesti vuorovaikutustaitoinen ja omata taidot havainnoida ja analysoida potilaan sanatonta viestintää. Mielen terveyden häiriöstä kärsivä voi usein kokea voimakasta häpeää. (Huttunen 2017; Tenkanen-Salmela 2019, 6–7.) Kehon kielen tarkastelu on vähintään yhtä tärkeää, kuin keskustelu, koska ihminen viestii enemmän sanattomasti (Kuhanen ym. 2017, 155–159). Työntekijän osoittama hyväksyvä asenne saattaa helpottaa potilaan häpeän ja leimautumisen tunnetta (Tenkanen-Salmela 2019, 6–7). Potilaan voimavarojen löytäminen ja käyttöönottamisen mahdollistuminen ovat edellytyksenä arjessa selviämiseksi. Mielen terveyshoitotyössä omahoitaja on yksi tällainen voimavara. (Kuhanen ym. 2017, 148–159.)

Peruslähtökohtana mielen terveyshoitotyössä pidetään potilaan itsemääräämisoikeutta, jotta hoito olisi potilaalle vapaaehtoista ja hänen

toiveitaan ja mielipiteitään kunnioitetaan. Näiden periaatteiden mukaan ei voida toimia silloin, kun potilaalla ei ole sairaudentunnetta itsellään, mutta ammattilaisen arvioinnin perusteella tarvitsee hoitoa. Tällaisessa tilanteessa, jossa joudutaan puuttumaan yksilön henkilökohtaiseen vapauteen, on tärkeää, että päätös on tehty puolueettomasti ja lakiin perustuen. (Kuhanen ym. 2017, 73.)

## **2.2 Lainsäädäntö mielenterveystyössä**

Suomen perustuslain mukaan potilaalla on oikeus hyvään hoitoon ja hänen hoitonsa on järjestettävä ja häntä kohdeltava niin, ettei hänen ihmisarvoaan loukata ja että hänen yksityisyyttään kunnioitetaan (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785). Suomessa mielenterveystyön suunnittelusta, ohjauksesta ja valvonnasta vastaa Sosiaali- ja terveysministeriö (Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326).

Mielenterveyspalvelujen ja -työn perusta on Suomen perustuslaki (11.6.1999/731). Se määrittää yksilöiden perusoikeudet yhdenvertaiseen kohteluun Suomessa pysyvästi asuvalle. Kunnat ovat terveydenhuoltolain perusteella velvoitettuja järjestämään mielenterveyspalvelut asukkailleen terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi (Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326). Avopalvelut ja sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalvelut ovat mielenterveyshoidossa ensisijaisia, mutta mielenterveyspalveluja järjestetään myös erikoissairaanhoidossa (STM 2019).

Suomen lain mukaan mielenterveystyöllä tarkoitetaan yksilön toimintakyvyn, psyykkisen hyvinvoinnin ja persoonallisen kasvun edistämistä sekä mielisairauksien ja muiden mielenterveyshäiriöiden ehkäisemistä, lievittämistä ja parantamista. Mielenterveystyöhön kuuluvat mielenterveyden häiriöitä ja mielisairauksia poteville henkilöille lääketieteellisin perustein arvioitavan sairauden tai häiriön vuoksi annettavat mielenterveyspalvelut.

Mielenterveystyöhön kuuluvat myös väestömme elinolosuhteiden kehittäminen mielenterveyshäiriöiden ennaltaehkäisevästä näkökulmasta, mielenterveystyön edistäminen ja mielenterveyspalvelujen järjestämisen tukeminen. (Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116.)

Mielenterveyslain mukaan on pyrittävä turvaamaan potilaan oikeusturva sekä oikeus hoitoon. Mielenterveyslaki myös määrittelee hoitoon määräämisen edellytykset, jonka vuoksi terveyskeskuslääkärillä on toimintavelvollisuus epäillessään hänen toimialueellaan asuvan henkilön täyttävän näitä edellytyksiä. Tällöin lääkäri laatii tarkkailulähetteen, jossa on esitettyinä perustellut kannanotot henkilön mielisairaudesta ja hoidon tarpeesta. Näissä tilanteissa potilas toimitetaan sairaalaan terveyskeskuksen kustannuksella. (Kuhanen ym. 2017, 70.)

*Henkilö voidaan määrätä tahdostaan riippumatta psykiatriseen sairaalahoitoon vain:*

- 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 jos mitkään muut mielenterveyspalvelut eivät sovellu käytettäväksi. (Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116.)*

### **2.3 Mielenterveyspalvelut**

Kunta järjestää asukkaalleen psykiatrisen sairaanhoitopalvelun joko osana kunnan omia sosiaali- ja terveyspalveluja, tai ostamalla palvelun sairaanhoitopiiriltä tai yksityisiltä palvelun tuottajilta. Terveystalolakea noudatellen kunnan on järjestettävä tarpeellinen mielenterveystyö alueensa asukkaille niin, että ne vastaavat kuntalaisten tuen, avun ja hoidon tarvetta. Tähän kuuluu ohjaus ja neuvonta, psykososiaalinen tuki, tutkimus, hoito sekä lääkinnällinen kuntoutus. Kaikki potilaat, joilla on mielenterveyshäiriöitä, pyritään ensisijaisesti hoitamaan polikliinisesti ja sairaalahoito on aina poikkeustilanne. Aikuisten psykiatrisen avohoito järjestetään ensisijaisesti perusterveydenhuollossa, esimerkiksi terveyskeskuksessa, jossa lääketieteellistä huomiota vaativaa mielenterveyshäiriötä hoitaa terveyskeskuslääkäri. Hän tekee lähetteen psykiatriseen erikoissairaanhoidon, mikäli hänen aloittamansa hoito ei tuota toivottua tulosta, tai kyse on vakavammasta kuin keskivaikeasta oirehdinnasta. (Hoidon järjestäminen s.a.; Holmberg 2016, 67.)

Mielenterveyshäiriöinen ihminen voi ajautua hoidon piiriin useita reittejä pitkin. Kaikki alkavat kuitenkin samoin tavoin, eli hoidon tarpeen arvioinnilla. Tarvittavan hoidon ja tuen saamiseksi ihmisen on oleellista kertoa voinnistaan ja ongelmistaan esim. puolisolle, työkaverille tai kouluterveydenhoitajalle. Vaihtoehtoisesti kriisipuhelimeen tai mielenterveyden keskusliiton numeroon voi soittaa anonyymistikin. Mielenterveystalon verkkosivut tarjoavat ajankohtaista ja kattavaa tietoa ja neuvoja muun muassa avun hakemiseen ja oman kunnan palvelutarjontaan. (Mieli s.a.) Ihmisen kokiessa tarvitsevansa apua mielenterveyteensä liittyen, tulee avun hakeminen aloittaa siis perusterveydenhuollosta. Joillakin paikkakunnilla voi pystyä varaamaan suoraan ajan psykiatrian poliklinikalta ilman perusterveydenhuollon lähetettä. (Huttunen 2017; Mieli s.a.) Psykiatrian poliklinikkaa voidaan eri paikkakunnilla kutsua eri nimillä, kuten mielenterveyskeskus tai mielenterveystoimisto (Mieli s.a).

Hoitotakuu tuli voimaan vuonna 2005 kansanterveyslain ja erikoissairaanhoitolain määrittelemänä lyhentämään jonotusaikoja ja turvaamaan potilaan oikeuksia. Kiireettömän hoidon kohdalla hoitotakuu tarkoittaa sitä, että potilaan saadessa erikoissairaanhoitolähetteen, hoidon tarpeen arviointi on aloitettava kolmen viikon kuluessa. Hoito sen sijaan on aloitettava hoidon tarpeen arvioinnin jälkeen kolmen kuukauden kuluessa. Kiireettömissä tapauksissa pisimmillään itse hoidon aloittamiseen voi mennä 4 kuukautta siitä, kun asiakas on hakeutunut avun piiriin. (Hoitotakuu s.a.) Tavanomaisella läheteellä hoitoon pääsevän potilaan hoito tapahtuu potilaan vapaaehtoisuuden pohjalta. Psykiatriseen sairaalaan tahdosta riippumattomaan hoitoon tai tutkittavaksi potilaat ohjautuvat lääkärin tarkkailulähetteellä eli M1-lomakkeella. Mielenterveyslakia noudattaen tarkkailulähete voidaan tehdä, mikäli potilaan todetaan olevan mielisairas ja muut mielenterveyspalvelut ovat riittämättömiä tai sairaalahoitoon lähettämättä jättäminen vaarantaa potilaan tai muiden henkilöiden turvallisuutta. Mielisairaudella tarkoitetaan sitä, että yksilön todellisuudentaju on heikentynyt ja realistinen käsitys itsestä ja ympäristöstä on häiriintynyt. (Kuhanen ym. 2017, 70–74; Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116.)

Yksityisen sektorin mielenterveyspalvelut ja seurakunnat sekä paikalliset ja valtakunnalliset kolmannen sektorin palvelut, kuten yhdistykset, järjestöt ja kriisikeskukset toimivat kuntien ohella tärkeänä tahona mielenterveyden ongelmissa. (Hoidon järjestäminen s.a.) Järjestöjen auttamispalvelut ovat ilmaisia ja niiden tarjoamat palvelut rahoittaa useimmiten Veikkaus (Mieli s.a). Yhteistyötä eri tahojen välillä pyritään kaiken aikaa kehittämään, sillä näiden toimijoiden merkitys mielenterveyspalvelujen tuottajana on nousussa (Hoidon järjestäminen s.a).

#### **2.4 Psyykkisesti oireilevat lapset, nuoret ja iäkkäät**

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (Lasten ja nuorten mielenterveys 2021) mukaan laajoista väestötutkimuksista on selvinnyt, että aikuisiän mielenterveyshäiriöistä noin 50 % on alkanut jo ennen 14 vuoden ikää ja noin 75 %:lla häiriö on syntynyt ennen 24 vuoden ikää. Lasten ja nuorten mielenterveyden häiriöiden tunnistamisessa on haasteena aikuisväestöön nähden se, että eri ikävaiheisiin liittyy tyypillisiä piirteitä, ja näihin liittyy muutoksia häiriöiden esiintyvyydessä sekä tavanomaisessa puhkeamisiässä. Lasten ja nuorten psyykkisten ongelmien tunnistaminen perusterveydenhuollossa onkin vielä puutteellista. (Kumpulainen ym. 2016, 122; Huikko ym. 2017, 122; Lasten ja nuorten mielenterveys 2021.)

Lasten ja nuorten mielenterveysongelmiin on tärkeää puuttua hyvissä ajoin. Lasten mielenterveysongelman voi yleensä huomata muuttuneesta käytöksestä. Lapsi voi olla esimerkiksi sulkeutunut, pelokas, ahdistunut, ylivilkas, masentunut tai hänellä voi olla käyttäytymishäiriöitä. Nuoret ohjautuvat nuorisopsykiatrian erikoissairaanhoidon useimmiten käytöshäiriöiden, itsetuhoisuuden, väkivaltaisuuden, psykoottisuuden ja masentuneisuuden vuoksi, jolloin nuoruusiän psyykkinen kehitys on häiriintynyt. Päivystyksellistä hoitoa vaativia potilaita ovat ne, joilla huomataan äkillisesti alkanut harhaisuus, vakava itsetuhoisuus tai toisiin kohdistuva väkivaltaisuus. (Mielenterveys 2017.) Itsetuhoisista ajatuksista ja itsensä vahingoittamisesta, kuten viiltelystä, on tärkeää kysyä kaikilta nuorilta, jotka oireilevat psyykkisesti, jotta itsemurhariski tulisi varmimmin ilmi (Haravuori ym. 2013).

Lapsi ja useimmiten varhaisnuori ohjautuu mielenterveyspalvelujen piiriin vanhempien ja muiden lapsen elämässä mukana olevien aikuisten, esimerkiksi neuvolan, varhaiskasvatuksen tai koulutoimen henkilökunnan aloitteesta. Palvelut lapsille ja nuorille järjestää perusterveydenhuolto, jonka osana koulu- ja opiskelijaterveydenhuolto, sosiaalitoimi sekä perheneuvolat. Näiden lisäksi myös järjestöt ja yksityiset palveluntuottajat tukevat ja järjestävät mielenterveyspalveluita. Lasten vakavien mielenterveyden häiriöiden tutkimus ja hoito tapahtuu erikoissairaanhoidossa. (Kumpulainen ym. 2016, 122; Huikko ym. 2017, 16.) Kun täysi-ikäisten erikoissairaanhoidon palveluihin ohjautuu ensimmäistä kertaa nuori, joka on vielä alle 23-vuotias, hoitoon ottamisessa noudatetaan nuorisopsykiatrian yhtenäisen hoidon perusteita. Nuorisopsykiatrisesta aikuispsykiatriseen hoitoon siirryttäessä varmistetaan, että potilaan hoito, sen sisältö ja intensiivisyys sekä potilaan tiedot siirtyvät samalla. (STM 2019.)

Terveyskeskusten tarjoamiin mielenterveyspalveluihin kuuluvat perustason hoito- ja kuntoutuspalvelut, kuten neuvoloissa neuvolapsykologin vastaanotto. Kouluterveydenhuollossa varhaisia tukitoimia järjestää koulupsykologi- ja koulukuraattoripalvelut. Sosiaalipalveluihin kuuluvat perheneuvolat tuottavat varhaista tukea sekä eriasteista kuntouttavaa tukea tarjoavia palveluita. Järjestöjen erilaiset varhaisen tuen palvelut voivat täydentää kuntien tarjoamaa palveluvalikoimaa. Mielenterveyspalveluita voidaan myös ostaa yksityisiltä palveluntarjoajilta, esimerkiksi psykoterapeuteilta. Nämä ostopalvelut täydentävät erikoissairaanhoidon hoitopalveluita. Kela on yhteistyössä terveydenhuollon kanssa ja kustantaakin lasten mielenterveyskuntoutumista. (Huikko ym. 2017, 16.)

Kumpulaisen ym. (2016, 188) mukaan lapsi tai nuori on lähetettävä sairaalahoidon arvioon, mikäli herää voimakas ja perusteltu huoli siitä, että psyykkisen oireilunsa takia lapsi tai nuori on itselleen tai muille vaaraksi, epäillään vakavaa mielenterveyden häiriötä, eivätkä kiireelliset avohoidon palvelut ole riittäviä. Lapsen tai nuoren sekä hänen vanhempiansa ollessa hoitomyönteisiä, voidaan tällainen lähete arvioon tehdä päivystysläheteellä. Tarkkailuläheteellä sairaalahoidon arvioon lähtevän lapsen tai nuoren

lähetteen tulee olla tarkasti perusteltu niin, että siitä selviää tahdosta riippumattoman hoidon kriteerien täyttyminen eli edellytykset hoitoon määräämiselle. Huoltajan on pääsääntöisesti oltava tietoinen ja saattajana, kun alaikäistä lähetetään päivystyksellisesti sairaalaan. Lasten ja nuorten psykiatriset osastot toimivat omina erillisinä yksikköinä. (Haravuori ym. 2013; Kuhanen ym. 2017, 69.)

Ikääntynyt käsitteenä tarkoittaa yli 65-vuotiasta ihmistä. Itsessään korkea ikä ei lisää mielenterveyshäiriön riskiä. Ikääntyneen ihmisen surullinen tai heikentynyt mieliala ei automaattisesti tarkoita, että hänellä olisi masennus. (Holmberg 2016, 174–177.) Iäkkäiden itsemurhavaara on kuitenkin merkittävä ja vanhusten depression tunnistaminen ja itsetuhoisuuden arviointi oleellista itsemurhien vähentämiseksi (Itsemurhien ehkäisy ja itsemurhaa yrittäneen hoito 2020). Ensimmäistä kertaa vanhuusiällä masennusoireilevan ihmisen somaattinen vointi on tarkasti arvioitava, sillä esimerkiksi pitkään jatkunut kiputila, Parkinsonin tauti, aivohalvaus tai sydän- ja verisuonitaudit aiheuttavat masennusoireita (Holmberg 2016, 174–177). Useiden somaattisten sairauksien ja niihin liittyvien toimintahäiriöiden on arvioitu lisäävän vanhusten itsetuhoisuuden riskiä (Itsemurhien ehkäisy ja itsemurhaa yrittäneen hoito 2020). Hyväksi toimintatavaksi ikääntyneiden kohdalla Holmberg (2016, 186) nostaa mielenterveysasioiden puheeksi ottamisen muun arvioinnin ja haastattelun lomassa. Mielenterveyteen liittyvät kysymykset voikin esittää esimerkiksi vuodeosastolla tai terveyskeskuksen päivystyksessä. Haastattelutilanteeseen on myös suositeltavaa saada ikääntyneen läheisiä mukaan. (Holmberg 2016, 174–186.)

### **3 HOIDON TARPEEN ARVIOINTI MIELENTERVEYSHOITOTYÖSSÄ**

Hoidon tarpeen arviointi on oleellinen osa potilaan hoitoa. Siinä selvitetään henkilön terveydentila ja toimintakyky käyttäen tarpeen mukaan erilaisia kyselyjä, testejä ja tutkimuksia. Terveyskeskuksen tulee järjestää hoidon tarpeen arviointi viimeistään kolmen arkipäivän kuluessa siitä, kun asiakas on ottanut yhteyttä terveyskeskukseen. Tietyissä tilanteissa hoidon tarpeen arvioinnin voi tehdä jo ensimmäisestä yhteydenotosta. Arvioinnin tekee terveydenhuollon ammattihenkilö. (Valvira 2017.) Lain mukaan

terveydenhuollon ammattihenkilöllä tarkoitetaan henkilöä, joka on saanut ammatinharjoittamisoikeuden tai luvan ammatinharjoittamiseen ja henkilöä, jolla on oikeus käyttää valtioneuvoston asetuksella säädettyä terveydenhuollon ammattihenkilön ammattinimikettä (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559). Lääkärin tekemän hoidon tarpeen arvioinnin pohjana ovat taudinmääritys tai diagnoosin asettaminen ja mahdollisesti tarvittava arvio potilaan toimintakyvystä, ennusteesta ja huomioon otettavista psykososiaalisista tekijöistä. Muun terveydenhuollon ammattihenkilön tekemässä ensiarvioinnissa harkitaan yhteydenoton syytä, oireilua ja sen luonnetta ja vakavuutta sekä kiireellisyyttä asiakkaan kertoman tilanteen perusteella. (Valvira 2017.)

Potilaan psyykkisen hoidon tarpeen arvioinnin pitäisi tapahtua rauhallisessa paikassa ja niin, että kohtaamisen vuorovaikutustilanne synnyttää potilaassa luottamusta. Päivystyspoliklinikoilla, joihin mielenterveyden ongelmista kärsivät ihmiset ajautuvat apua hakemaan, on kuitenkin usein hektinen tunnelma. Sairaanhoitajat tekevät niissä hoidon tarpeen arviointeja varsin nopeatempoisesti ja tuntevat turhautumista työn paineen vuoksi. Luukkosen (2014) pro-gradussa todetaan, että sairaanhoitajat toivovat lisäkoulutusta mielenterveydenhäiriöistä sekä arvioinnissa käytettävistä menetelmistä lisätäkseen motivaatiota arviointien tekemiseen. (Luukkonen 2014.) Wahlbeckin ym. (2018) mukaan päivystyksyksiköissä työskentelevät sairaanhoitajat olivat sitä mieltä, etteivät heidän valmiutensa mielenterveyspotilaiden kohtaamiseen ole vahvat eikä sairaanhoitajan peruskoulutus anna riittävää tietotaitoa, jota tarvitsee vaativassa arviointityössä. Kiireellisyysluokitusten tekemisessä ja hoidon tarpeen arvioinnissa on osaamisen puutetta useiden kotimaisten selvitysten perusteella. (Wahlbeck ym. 2018.)

### **3.1 Alkuarviointi**

Mielenterveystyössä hoidon tarpeen arvioinnissa selvitetään asiakkaan vahvuuksia ja elämän eri osa-alueiden haasteita. Alkuarvioinnin tulee olla laadukasta sekä suunnitelmallista, jotta oikeus hyvään hoitoon toteutuu. Arviointi mielenterveystyössä on monitahoinen tiedonhankinnan prosessi ja

siihen kuuluu useita tapaamisia, vuorovaikutusta ja asiakaslähtöisyyttä, jotta tarpeeksi syvällinen käsitys potilaasta ja tilanteesta pääsee muodostumaan. Tavoitteena on selvittää asiakkaan voimavarat, tarpeet ja tavoitteet lisäten niin työntekijälle kuin potilaallekin ymmärrystä ja tietoa tilanteesta. (Pehkonen ym. 2019, 102–113.)

Mielenterveyspotilaiden hoidon tarpeen alkuarviointi, eli triage, on mielenterveyshäiriöstä kärsivän ensimmäinen arviointi, josta avautuu potilaalle ovet mielenterveyspalveluihin ja oikean hoidon piiriin. Psykiatrinen arviointi tehdään määrittämään, onko potilaalla mielenterveydenhäiriö ja arvioimaan ongelman vakavuutta. (Sands, Elsom, Colgate ym. 2016.)

Puhelimitse toteutettu hoidon tarpeen arviointi on haastavaa, koska hoitajan on tehtävä arviointi ilman havaintoja pelkkien sanojen ja äänensävyn perusteella (Kuhanen ym. 2017, 177). Puhelin-triagessa korostuvat kuuntelemisen ja vuorovaikutuksen taidot. Oleellista on oikeiden asioiden kysyminen, potilaan tukeminen sekä potilaan ohjaaminen oikealle hoitopolulle. (Heikkinen & Pälsynaho 2019.) Ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyössä Heikkinen ja Pälsynaho (2019) kertovat asiantuntijoiden nostaneen esille tärkeyden potilaan systemaattisesta haastattelusta sekä triage-ohjeistuksesta puhelimitse hoidon tarpeen arviota tehdessä. Tutkimuksesta nousi esille, että humalaisia ja mielenterveyshäiriöisiä on haastateltavien mielestä jopa melkein mahdotonta arvioida puhelimitse. Tällaiset epäselvät tapaukset siirrettiin kokemusasiantuntijoiden kertomana suoraan ensihoitoyksikön arvioitaviksi. (Heikkinen & Pälsynaho 2019.)

Suomessa on otettu käyttöön kansallinen sosiaali- ja terveydenhuollon ohjaus- ja neuvontapalvelu Päivystysapu 116117. Henkilön harkitessa päivystyspoliklinikalle lähtöä, hänet ohjataan soittamaan Päivystysapuun. Päivystysavussa arvioidaan hoidon tarpeen kiireellisyyttä ja ohjataan asiakasta perusterveydenhuoltoon tai erikoissairaanhoidon tilanteesta riippuen. Arvioinnin tulee perustua STM:n 2020 julkaisemiin valtakunnallisiin yhtenäisiin kiireellisen hoidon perusteisiin. (Saukkonen & Ålander 2021.) Kuitenkaan kaikkien kiireellistä hoitoa tarvitsevien potilaiden ei suinkaan ole välttämätöntä saada hoitoa välittömästi. Monet oireet voivat odottaa

muutaman päivän tai ainakin seuraavaan aamuun. Kiireellisen hoidon perusteet toimivat ohjenuorana päivystyksellisen ja ei-päivystyksellisen hoidon rajapinnassa. (STM 2020.) Potilas tai hänen läheisensä voi soittaa myös hätäkeskukseen, joka lähettää potilaan luokse ambulanssin. Tällöin hätäkeskus sekä ensihoito arvioivat hoidon tarvetta ja kiireellisyyttä. Ensihoitopalveluun sisältyy terveydenhuoltolain mukaan äkillisesti sairastuneen hoidon tarpeen arviointi sekä akuutti hoito. (Saukkonen & Ålander 2021.)

Kiireellistä päivystyksellistä hoitoa tai sen konsultaatiota, vaativat ne potilaat, jotka ovat itsetuhoisia, heillä on vaikea toimintakyvyttömyys tai he ovat uhka omalle tai muiden turvallisuudelle. Tilanteet, jotka eivät täytä kiireellisen hoidon perusteita, mutta mahdollisesti uhkaavat turvallisuutta ovat perheväkivalta, lapsen kaltoinkohtelu tai sen epäily, henkeen tai terveyteen kohdistuvat uhkaukset tai muu mahdollinen turvallisuutta uhkaava tilanne. Näihin tarvitaan riskinarviointi ja tarvittaessa oikeuspsykiatrisen alan tukea. (STM 2019.)

Sosiaali- ja terveysministeriö on laatinut yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet (2019), joiden tavoitteena on helpottaa kiireellisyyden arvioinnissa ja oikea-aikaiseen hoitoon ohjaamisessa. Perustaso (perusterveydenhuolto) ja erityistaso (erikoissairaanhoido) toimivat yhteistyössä mielenterveyspotilaiden arvioinnin ja hoidon toteutumisessa. Päivystyksellisen, eli kiireellisen hoidon tarve perustasolla arvioidaan tai poissuljetaan tarvittaessa erityistason konsultaation avulla. Alle 7 vuorokauden konsultaatiokiireellisyydeksi STM on luokitellut mm. akuutin psykoottisen häiriön, akuutin kaksisuuntaisen mielialahäiriön jakson sekä vaikean syömishäiriön. 1–4 viikon sisällä jatkotutkittavaksi pääsyn kiireellisyysperusteiksi on lueteltu muun muassa vaikea-asteinen depressio ja pakko-oireinen häiriö. 1–3 kuukauden kuluessa tehtäviin jatkotutkimuksiin lokeroituvat esimerkiksi potilaat, joilla on sairauden vakaassa vaiheessa tarpeen tehdä työkyvyn arvio tai pitkien psykoterapioiden tarpeenarvio. (STM 2019.) STM:n julkaisusta (2019) saadun informaation perusteella opinnäytetyöntekijät loivat itse havainnollistavan taulukon konsultaation kiireellisyysperusteista (liite 1).

### 3.2 Hoidon tarpeen arvioinnin menetelmät

Vuorilehdon ym. (2014) mukaan terveydenhuollossa työskenteleville henkilöille ihmisten psyykkisen voimien arvioiminen on päivittäistä työtä. Yksinkertaisin tapa tunnistaa ongelmat ja oireet, on ottaa asia puheeksi ja kysyä niistä potilaalta itseltään. Puheeksi ottamista helpottamaan on kehitetty erilaisia standardikysymyksiä. Esimerkiksi masennuksesta voi kysyä helpolla kahden kysymyksen testillä: "Oletko viimeisen kuukauden aikana tuntenut itsesi alakuloiseksi tai masentuneeksi?" ja "Entä oletko menettänyt kiinnostuksesi sellaisiin asioihin, jotka aikaisemmin kiinnostivat?" (Vuorilehto ym. 2014, 109–112.)

Haastattelun avulla on mahdollista kartoittaa mielenterveyden häiriöitä ja niiden vaikutuksia elämään. Haastattelun tarkoituksena ei ole ainoastaan kerätä tietoa, vaan myös rakentaa luottamusta mahdollista tulevaa hoitosuhdetta varten. (Vuorilehto ym. 2014, 112–113.) Potilaan toimintakykyä on mahdollista arvioida haastatteleamalla, seuraamalla potilasta sairaalaosastolla tai päiväsairaalassa sekä erilaisten mittareiden avulla. Psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa on mahdollista myös tehdä strukturoituja diagnostisia haastatteluja sekä käyttää muita erityiskoulutusta vaativia menetelmiä laajempaa toimintakykyarviota tehtäessä. Mittarit eivät kuitenkaan sovellu käytettäväksi yksinään, vaan ne ovat vain lisä muilla keinoilla kerättyyn tietoon. (Tuisku ym. 2015; Vuorilehto ym. 2014, 123.)

Arviointiasteikoilla on erittäin oleellinen rooli psykiatriassa, sillä mielenterveyshäiriöiden tunnistamiseen tai hoidon vaikuttavuuden mittaamiseen ei ole olemassa konkreettisia laboratoriokokeita tai muita testejä. Psykiatrisia arviointiasteikkoja käyttämällä voidaan seuloa sairauksia ja arvioida oireiden vakavuutta, hoidon tehokkuutta sekä työ- ja toimintakykyä. Asteikot ovat oivallisia työkaluja potilaan huolelliseen ja objektiiviseen tutkimiseen. Arviointiasteikkojen käyttö nopeuttaa ja helpottaa potilastyötä ja niitä täyttää potilas itse tai potilasta tutkiva klinikkko. Asteikot toimivat diagnostiikan apuvälineenä. (Jääskeläinen & Miettunen 2011.)

Yleisimpien mielenterveyshäiriöiden tunnistamisen helpottamiseksi on kehitetty erilaisia kyselykaavakkeita. Jotkin kyselykaavakkeista on tarkoitettu ammattihenkilöiden käytettäväksi, mutta osaa kaavakkeista voi käyttää kuka tahansa. (Vuorilehto ym. 2014, 109.) Mielenterveyspotilaan hoidon tarpeen arvioinnin helpottamiseksi on olemassa myös triage-asteikkoja. Kaikissa asteikkomalleissa suositukset ja ohjeistukset auttavat selvittämään tärkeimmän esiintyvän ongelman ja siihen liittyvät riskit, antavat suuntaviivat tarkoituksenmukaiseen jatkohoitoon ja helpottavat kiireellisyydenarviointia. (Sands, Elsom, Colgate ym. 2016.) Iso-Britanniassa on käytössä Sandsin, Elsomin, Colgaten ym. (2016) kehittämä UK Mental Health Triage Scale, joka on luotettava ja systemaattinen arvioinnin apuväline. Tällä seitsemäntasoisella asteikolla voidaan akuuteissa ja päivystyksellisissä tilanteissa ohjata mielenterveyden häiriöiden oireista kärsivät potilaat yksilöllisesti oikeaan jatkohoitomuotoon ja aloittaa tarvittavat auttavat toimenpiteet. Asteikkoa voidaan hyödyntää myös puhelintriagessa. UK Mental Health Triage Scale (kuva 1) on selkeä työkalu, joka helpottaa triagen tekijää päätöksenteossa ja riskinarvioinnissa. (Sands, Elsom, Colgate ym. 2016.)

UK Mental Health Triage Scale				
Triage Code /description	Response type/ time to face-to-face contact	Typical presentations	Mental health service action/response	Additional actions to be considered
<b>A</b> Emergency	<b>IMMEDIATE REFERRAL</b> Emergency service response	Current actions endangering self or others Overdose / suicide attempt / violent aggression Possession of a weapon	<b>Triage clinician to notify ambulance, police and/or fire service</b>	Keeping caller on line until emergency services arrive / inform others Telephone Support.
<b>B</b> Very high risk of imminent harm to self or to others	<b>WITHIN 4 HOURS</b> Very urgent mental health response	Acute suicidal ideation or risk of harm to others with clear plan or means Ongoing history of self harm or aggression with intent Very high risk behaviour associated with perceptual or thought disturbance, delirium, dementia, or impaired impulse control Urgent assessment under Mental Health Act Initial service response to A & E and 'front of hospital' ward areas	<b>Crisis Team/Liaison/ face-to-face assessment AND/OR Triage clinician advice to attend a hospital A&amp;E department</b> (where the person requires medical assessment/ treatment)	Recruit additional support and collate relevant information Telephone Support. Point of contact if situation changes
<b>C</b> High risk of harm to self or others and/or high distress, especially in absence of capable supports	<b>WITHIN 24 HOURS</b> Urgent mental health response	Suicidal ideation with no plan or ongoing history of suicidal ideas with possible intent Rapidly increasing symptoms of psychosis and / or severe mood disorder High risk behaviour associated with perceptual or thought disturbance, delirium, dementia, or impaired impulse control Overt / unprovoked aggression in care home or hospital ward setting Wandering at night (community) Vulnerable isolation or abuse	<b>Crisis Team/Liaison/ Community Mental Health Team (CMHT) face-to-face assessment</b>	Contact same day with a view to following day review in some cases Obtain and collate additional relevant information Point of contact if situation changes Telephone support and advice to manage wait period
<b>D</b> Moderate risk of harm and/or significant distress	<b>WITHIN 72 HOURS</b> Semi-urgent mental health response	Significant patient / carer distress associated with severe mental illness (but not suicidal) Absent insight /early symptoms of psychosis Resistive aggression / obstructed care delivery Wandering (hospital) or during the day (community) Isolation / falling carer or known situation requiring priority intervention or assessment	<b>Liaison/CMHT face-to-face assessment</b>	Telephone support and advice Secondary consultation to manage wait period Point of contact if situation changes
<b>E</b> Low risk of harm in short term or moderate risk with good support/stabilising factors	<b>WITHIN 4 WEEKS</b> Non-urgent mental health response	Requires specialist mental health assessment but is stable and at low risk of harm during waiting period Other services able to manage the person until mental health service assessment (+/- telephone advice) Known service user requiring non-urgent review adjustment of treatment or follow-up Referral for diagnosis (see below) Requests for capacity assessment, service access for dementia or service review / carer support	<b>Out-patient clinic or CMHT face-to-face assessment</b>	Telephone support and advice Secondary consultation to manage wait period Point of contact if situation changes
<b>F</b> Referral not requiring face-to-face response from mental health	Referral or advice to contact alternative provider	Other services (outside mental health) more appropriate to current situation or need	<b>Triage clinician to provide advice, support Advice to contact other provider and/or phone referral to alternative service provider</b> (with or without formal written referral)	Assist and/or facilitate transfer to alternative service provider Telephone support and advice
<b>G</b> Advice, consultation, information	Advice or information only OR More information needed	Patient or carer requiring advice or information Service provider providing information (collateral) Initial notification pending further information or detail	<b>Triage clinician to provide advice, support, and/or collect further information</b>	Consider courtesy follow up telephone contact Telephone support and advice

Kuva 1. UK Mental Health Triage Scale (Sands, N., Elsom, S., Colgate, R., Haylor, H. & Prematunga, R. 2016)

Mielenterveyshäiriöisille potilaille voi lääkäri määrätä somaattisten syiden poissulkemiseksi myös laboratoriotutkimuksia (Holmberg 2016, 82). Partonen & Solin nostavat artikkelissaan esille tärkeän huomion, kuinka fyysinen sairaus saattaa näyttäytyä psyykkisinä oireina, kuten kilpirauhasen vajaatoiminnassa vakavana masennuksena (Partonen & Solin 2017). Masennusoireet voivat johtua myös neurologisesta sairaudesta, aivo- tai sydäninfarktista, pahanlaatuisesta kasvaimesta tai B12-vitamiinin tai foolihapon puutoksesta (Depressio 2020). Psykoottista oirekuvaa, kuten harha-aistimuksia ja harhaluuloja, voi esiintyä eriasteisina neurologisissa- ja aineenvaihduntahäiriöissä. Dementian vakavimmissa muodoissa sekä deliriumissa, eli sekavuustilassa, psykoottiset oireet ovat myös hyvin tavallisia. (Huttunen 2018.)

### 3.2.1 Haastattelu

Asiakkaan hakeutuessa hoitoon, hänelle tehdään hoitosuunnitelma oireiden, historian sekä ajankohtaisen tilanteen pohjalta. Vakavampien psykiatristen sairauksien hoidon suunnittelussa on hyvä olla mukana potilaan läheiset sekä muut hoitavat tahot ja henkilöt. Mikäli potilaan tila edellyttää sairaalahoitoa, on hoitosuunnitelma pyrittävä tekemään hoidon ensimmäisten päivien aikana. Hoitosuunnitelmaa voi tarkentaa tai muuttaa myöhemmin tarpeen mukaan. (Huttunen 2017.)

Potilaan hoito alkaa haastattelulla ja hoidon tarpeen arvioinnilla. Haastattelun tavoitteena on potilaan ongelmien selvittäminen ja alustavan hoitosuunnitelman laatiminen sekä arvioida lääketieteen näkökulmasta alustavaa diagnostiikkaa. Haastattelusta voidaan käyttää erilaisia nimityksiä, kuten esimerkiksi tulohaastattelu, arviointikäynti tai psykiatrinen arviointi. Haastattelu pyritään toteuttamaan työparityöskentelynä, jossa mukana ovat sekä hoitaja että lääkäri. Tällainen ei läheskään aina kuitenkaan ole mahdollista, etenäkään silloin, kun ensimmäinen kontakti tapahtuu perusterveydenhuollossa. Tällaisia yksiköitä voivat olla esimerkiksi opiskelija- ja työterveyshuolto, terveyskeskus tai päivystysvastaanotto. Näissä potilaskohtaamisissa tehdään ensimmäinen hoidon tarpeen arviointi ja niissä korostuu varhaisen tunnistamisen, puheeksi ottamisen ja oikean hoitoonohjauksen merkitys. (Kuhanen ym. 2017, 175–177.)

Tiedonkeruu arviointikäynnillä tapahtuu joko vapaamuotoisesti tai haastattelu- ja arviointirunkoa hyväksikäyttäen. Erilaisia arviointimittareita on myös hyvä hyödyntää tarpeen mukaan. Haastattelutilanteesta on hyvä tehdä kiireetön ja luoda potilaalle turvallinen ja rauhallinen ilmapiiri. Akuuteissa tilanteissa potilasta ei tule jättää yksin ja on tärkeää kertoa hänelle tilanteen etenemisestä. (Kuhanen ym. 2017, 176.) Mielenterveystyössä potilailla on usein hylkäämisen, pettymyksen ja luottamuksen rikkoutumisen kokemuksia. Oikeanlainen hoidollinen lähestymistapa synnyttää potilaassa luottamusta. Oleellista on kuitenkin syventyä kysymään arkaluontoisista asioista suoraan. (Kuhanen ym. 2017, 149–150.)

Ensikontakti on potilaalle merkittävä ja aloitusvaiheessa yhteistyösuhteen luomiselle tärkeää on työntekijän kohtelias esittäytyminen. Potilaan nimen käyttäminen ja katsekontakti keskustelutilanteessa tehostavat viestiä ja vuorovaikutusta (Kuhanen ym. 2017, 154–166.) Muodolliset asetelmat potilaan ja hoitajan välillä, esimerkiksi teitittely jo tutustumisen jälkeen, voi muodostaa muurin yhteistyösuhteen välille. Tärkeää on työntekijänä pystyä kohtaamaan potilas ihmisenä ja kyettävä mukautumaan yksilöllisiin tilanteisiin. Toinen sudenkuoppa on liiallinen kiintyminen asiakkaaseen, jolloin auttamiskyky voi vaarantua. (Mönkkönen 2018.) Mönkkönen (2018) muistuttaa kuitenkin, ettei kokenutkaan hoitaja pysty ennustamaan sitä, syntykö resonoiva vuorovaikutus potilaan kanssa vai ei.

Potilaan haastattelussa kerätään potilaasta paljon tietoa, mm. hoitoon hakeutumisen syy, nykysairaus, kaikkien elämänaikaisten psyykkisten häiriöiden kulku ja hoito, muut psyykkiset ja somaattiset sairaudet, jatkuvat lääkitykset, lyhyt elämänkaarihaastattelu, perhetiedot sekä päihdeanamneesi. Haastattelutilanteessa kysymystyypit voivat vaihdella, mutta avointen kysymysten kautta haastatteliija saa asiakkaan tilanteesta, tunteista ja ajatuksista eniten tietoa. Selventävää kysymystä voidaan käyttää, kun halutaan tarkentaa vastausta tai palata epäselväksi jääneeseen asiaan. (Holmberg 2016, 76; Kuhanen ym. 2017, 178; Vuorilehto ym. 2014, 113–115.)

Tulohaastattelun aikana arvioidaan keskustelun lisäksi potilaan ulkoista olemusta ja yleisvaikutelmaa, vireystilaa ja keskittymiskykyä, orientaatiota keskusteluun ja potilaan puhetta, muistia ja psykomotoriikkaa. Haastatteliija arvioi ja kysyy potilaan tämänhetkisestä toimintakyvystä, somaattisesta statuksesta, negatiivisista ja kognitiivisista oireista, harhoista ja ajatushäiriöistä sekä ahdistuneisuudesta ja muista mielialaoireista. Tärkeää on myös arvioida mahdollinen itsetuho- ja väkivaltariski, potilaan suhtautuminen haastatteliijaan sekä tämän oma sairaudentuntonsa. (Kuhanen ym. 2017, 178–179; Silveira ym. 2016.)

On syytä muistaa, että potilaan ja ammattilaisen arviot potilaan avuntarpeesta saattavat erota toisistaan paljonkin. Vuorilehto ym. (2014) kertovat, että potilas voi esimerkiksi kuvitella vain olevansa ”huolestuvaa ihmistyyppiä”, koska on

ehtinyt tottua pitkäaikaiseen ahdistuneisuuteensa. Potilas voi myös pitää harhojaan todellisina, vaikka haluaisikin saada niihin apua. Haastattelussa onkin kannattavaa kysyä potilaalta suoraan, mitä hän itse ajattelee oireistaan, muista keskustelun aikana esiin nousseista löydöksistä ja mistä hän arvelee niiden johtuvan. Lisäksi on hyvä kysyä, että mihin asioihin potilas haluaa saada apua. Potilaan voi olla vaikea hyväksyä oireidensa liittyvän mielenterveyden häiriöön, vaikka hän tunnistaisikin niiden aiheutuvan sairaudesta. Toisinaan taas potilas saattaa olla sairaudentunnoton ja kiistää oireidensa liittymisen sairauteen. (Vuorilehto ym. 2014, 119.)

Vaikka toimintakyvystä ollaankin kiinnostuttu kokonaisuutena, potilaan toimintakykyä arvioitaessa päähuomio kiinnitetään tavallisesti työkykyyn, eli yksilön kykyyn työskennellä ja opiskella. Myös kyky muodostaa ja ylläpitää hyviä ihmissuhteita, esimerkiksi parisuhdetta, kertoo paljon ihmisen toimintakyvystä. Näistä asioista kannattaa kysellä potilaalta itseltään, mutta koska subjektiivinen ja objektiivinen näkemys saattavat toisinaan olla ristiriidassa keskenään, niin tarkemman ja objektiivisemmän kuvan saamiseen voidaan tarvita tietoa esimerkiksi potilaan läheisiltä tai muilta potilaan hyvin tuntevilta henkilöiltä. (Tuisku ym. 2015; Vuorilehto ym. 2014, 123–124.) Potilaan omien tuntemusten ja kokemusten huomiointi omasta toimintakyvystään on kuitenkin tärkeää huomioida, koska sillä on vaikutusta potilaan työkyvyn ennusteeseen. Toimivaa kuntoutussuunnitelmaa on myös mahdotonta tehdä ilman hoitotahon ja potilaan yhteisymmärrystä. Potilaan tilaa arvioidaan pääosin hänen oman kertomuksensa perusteella, mutta hänen läheisillään saattaa toisinaan olla selkeämpi käsitys esimerkiksi siitä, miten potilas selviää arjesta. Potilaan läheisiltä onkin usein mahdollista saada arvokasta tietoa. (Tuisku ym. 2015; Vuorilehto ym. 2014, 116.)

On yleistä, että subjektiivinen ja objektiivinen näkemys ovat ristiriidassa mielenterveyden häiriöstä kärsivällä ihmisellä, sillä vakavat mielenterveyden häiriöt heikentävät yksilön kykyä hahmottaa tilannettaan. Toimintakyvyn puutteiden lisäksi olisi aina hyvä arvioida myös yksilön selviytymiskykyä ja vahvuuksia sekä selvittää potilaan mahdollinen tukiverkosto. (Vuorilehto ym. 2014, 123–124.) Potilasta ja perhettä on olennaista kannustaa siihen, että perhe osallistuu hoitoon. Hoitajan on oltava hienotunteinen, koska

perhesuhteet saattavat olla kiemuraisia tai välit tulehtuneet. Psykkisesti sairastuneen potilaan lasten mielenterveys voi myös vaarantua, joten sairaudesta avoimesti puhuminen voi helpottaa lapsen pelkoa ja huolta sekä vähentää itsensä syyllistämistä. (Kuhanen ym. 2017, 191–194.)

### 3.2.2 Työkalut arvioinnin tukena

Terveystieteiden ammattilainen voi halutessaan ja tarpeen mukaan käyttää haastattelun apuvälineinä erilaisia arviointiasteikkoja, haastattelulomakkeita ja testejä, mikäli hän on saanut riittävän perehdytyksen niiden käyttöön ja tulkintaan. On syytä pohtia, mikä on riittävä potilaan psyykinen vointi apuvälineiden käyttöön ja siitä saatavaan hyötyyn, eikä se koskaan korvaa haastattelua. Oiretestausten avulla voidaan kartoittaa ajattelutapoja, oireita, oireiden voimakkuutta ja niistä aiheutuvaa haittaa. Testit soveltuvat seulontamenetelmiksi ja tulokset ovat aina vain suuntaa antavia. Testien perusteella ei tule tehdä arviota häiriön luonteesta. On aina muistettava, että vastaaja saattaa olla sairaudentunnoton tai kieltää ongelmansa. (Holmberg 2016, 77–79.)

Päihdeongelma ja mielenterveyden häiriö ovat usein samanaikainen ilmiö. Tämän vuoksi on syytä psyykkisiä oireita tutkiessa selvittää mahdollinen alkoholin ja muiden päihteiden sekä lääkkeiden ongelmakäyttö. Alkoholin ongelmakäyttöä seulotaan AUDIT-kyselyllä (Alcohol Use Disorders Identification Test) ja huumeiden ja lääkkeiden kohdalla käytetään DAST-20-kyselyä (Drug Abuse Screening Test). Mielenterveyden primaarinen häiriö voidaan diagnosoida, ellei mielenterveyden häiriintymisen oirekuva johdu päihteiden suorasta vaikutuksesta. Tämän erotusdiagnostiikan määrittäminen on tärkeää, koska mielenterveyden häiriöissä tavataan samoja oireita, kuin ihmisen vieroitus- tai päihtymystilassa. (Aalto & Vormo 2013.)

Depression seulontaan käytetään PHQ-9-terveyskyselyä (Patient Health Questionnaire). Isometsä ja Tuunainen (2020) varoittavat, että pelkkien arviointimittareiden varassa ei diagnoosia voida tehdä, vaan kyselyjen, asteikkojen ja mittareiden tulokset ovat aina, hyödyllisyydestään huolimatta, vain suuntaa antavia. (Isometsä & Tuunainen 2020.) Kliiniseen käyttöön

masennuksen kartoituksessa eniten vakiintunut työkalu on potilaan itsensä täyttämä Beckin depressioasteikko (BDI, Beck Depression Inventory), josta uudistettu päivitetty versio on BDI-II. Beckin asteikkoa suppeampi, mutta nopeammin täytettävä on Suomalainen DEPS-depressioseula (Depression Scale). Haastattelupohjainen asteikkomalli on enemmän aikaa vievä oirekysely, mutta antaa potilaan tilanteesta huomattavasti kattavamman kuvan. MADRS (Montgomery-Asberg depression rating scale) ja HAM-D (Hamilton depression rating scale) ovat depression tunnistamiseen käytettyjä asteikkoja, jotka täytetään havainnoinnin ja kysymysten perusteella. (Ahdistuneisuushäiriöt 2019; Jääskeläinen & Miettunen 2011.)

BAI (Beck anxiety inventory) on potilaan itsensä täyttämä ahdistuneisuuden seulontaan luotu ahdistuneisuusasteikko (Jääskeläinen & Miettunen 2011). Hamiltonin ahdistuneisuusasteikkoa HAM-A:a (Hamilton Anxiety Rating Scale) käytetään ahdistusoireisille potilaille hyödyllisenä seulontatyökaluna. OASIS (Overall Anxiety Severity and Impairment Scale) on HAM-A:n rinnalla hyödyllinen ahdistuneisuushäiriön seulontakysely diagnosoinnin alkuvaiheessa. Oirekartoitusmittareista yleistyneessä ahdistuneisuudessa soveltuu käytettäväksi GAD (Generalized Anxiety Disorder Screener) ja PSWQ (Penn State Worry Questionnaire). (Ahdistuneisuushäiriöt 2019.)

Paniikkiasteikko on lyhyt kysely, millä yleislääkärit seulovat paniikkihäiriöistä kärsiviä potilaita (Jääskeläinen & Miettunen 2011). Paniikkihäiriön seulonnassa voidaan käyttää PDSS-seulaa (Panic Disorder Severity Scale). Potilasta haastatellessa tulee arvioida paniikkikohtausten esiintyvyys, kesto ja vaikeusaste sekä samanaikainen muu psykiatrinen sairastavuus. Paniikkihäiriön oirekartoituksessa käytetään PDSS-SR-mittaria (Panic Disorder Severity Scale – self report). (Ahdistuneisuushäiriöt 2019.)

LSAS-asteikolla (Liebowitz Social Anxiety Scale) sekä SPIN-mittarilla (Social Phobia Inventory) arvioidaan sosiaalisten tilanteiden pelkotiloja ja välttämiskäyttäytymisen oireita (Ahdistuneisuushäiriöt 2019; Jääskeläinen & Miettunen 2011). Potilaan myöntäessä välttelevänsä tai pelkäävänsä sosiaalisia tilanteita tai tuntemalla näissä olonsa noloksi on syytä epäillä kyseistä ahdistuneisuushäiriötä. Sosiaalisten tilanteiden pelkoisilla on myös

jännitysoireita sekä sosiaalisissa tilanteissa esiintyviä erilaisia somaattisia oireita, kuten vapinaa, punastumista ja sykkeen nousua.

(Ahdistuneisuushäiriöt 2019.)

MDQ (Mood disorder questionnaire) on mielialahäiriökysely, millä saadaan seulottua masentuneiden joukosta bipolaariset potilaat. Potilas täyttää kyselyn itse. (Jääskeläinen & Miettunen 2011.) Kaksisuuntaisista potilaista yli puolella kyseinen mielialahäiriö näyttäytyy aluksi masennusoireina. Diagnoosia ei voida tehdä, ennen kuin mania- tai hypomaniajaksot seuraavat masennusjaksoa. (Kaksisuuntainen mielialahäiriö 2021.)

Synnytyksen jälkeisen masennuksen seulontaan on kehitetty EPDS-asteikko (Edinburgh Postnatal Depression Scale) (Jääskeläinen & Miettunen 2011). Noin 10–15 % naisista kärsii masennuksesta synnytyksen jälkeen. Häiriön syntyyn liittyy masennustilan yleiset riskitekijät sekä synnytykseen ja äitiyteen liittyvät hormonaaliset ja psykologiset syyt. (Depressio 2021.)

Psyykkisten traumojen seulontaan on olemassa potilaalle itse täytettäväksi tarkoitettu TSQ (Trauma Screening Questionnaire). IES:a (The Impact of Event Scale) täyttämällä voidaan arvioida ihmisen psykologista oireilua stressaavan tapahtuman jälkeen. (Jääskeläinen & Miettunen 2011.)

Traumaperäinen stressihäiriö ja akuutti stressireaktio ovat mielenterveydenhäiriöitä, jotka esiintyvät järkyttävän tai poikkeuksellisen tapahtuman jälkeen. Nämä häiriöt ovat varsin yleisiä ja niitä ilmenee kaikenikäisillä ihmisillä. (Traumaperäinen stressihäiriö 2020.)

Selkeitä ja suhteellisen nopeasti täytettäviä potilaan elämänlaadun ja psyykkisen toimintakyvyn mittareita ovat SOFAS (Social and Occupational Functioning Assessment Scale), GAS (Global Assessment Scale) ja GAF (Global Assessment of Functioning) sekä potilaan itse täyttämä JES (Jokapäiväisestä Elämästä Selviytyminen). Potilaan etuuksia haettaessa on suotuisaa kuvata toimintakyky asteikkoon (esim. SOFAS) perustuvalla pistemäärällä ja tulkita se lausuntoon. (Jääskeläinen & Miettunen 2011.)

Useisiin samanaikaisiin eri mielenterveyden häiriöihin liittyviä arviointiasteikkoja on myös olemassa. SCL (Symptom Check-List) on potilaan itsensä täyttämä laaja arviointilomake, jossa on väittämiä elämästä ja psyykkisestä voinnista. GHQ (General Health Questionnaire) on toinen paljon käytetty psyykkisen terveyden mittaristo. Molemmista on olemassa myös lyhyemmät versiot täyspitkien rinnalla. (Jääskeläinen & Miettunen 2011.)

Arviointiasteikkojen tulosten tulkinta voi olla hyvinkin haastavaa. Täytyy aina muistaa, että pelkän tulospistemäärän perusteella ei voida diagnoosia tehdä, koska vaarana voi olla väärä diagnosointi tai jonkin häiriön yli-diagnosointi. Asteikkojen tulokset ovat aina suuntaa antavia, eikä esimerkiksi alhainen BDI:n pistemäärä suoraan poissulje masennusta. (Jääskeläinen & Miettunen 2011.)

Tämän luvun edellä mainituista arvioinnin apuvälineistä opinnäytetyöntekijät rakensivat havainnollistavan taulukon, johon on selkeästi eritelty erilaisiin mielenterveyden häiriöihin sekä oireiden voimakkuuteen käytössä olevat kysely-, seulonta- ja arviointityökalut. (ks. liite 5).

### **3.3 Psykoosiriskin arviointi**

Lääkärin laatiessa tarkkailulähetteen, potilas ohjataan sairaalahoitoon tahdosta riippumatta perustelluin kannanotoin tämän mielisairaudesta (Kuhanen ym. 2017, 70). Huttunen (2018) määrittelee psykoosin mielisairaudeksi ja tilaksi, jossa henkilöllä on vaikeuksia erottaa, mikä on totta ja mikä ei. Tyypillisiä psykoottisia oireita ovat deluusiot eli harhaluulot sekä hallusinaatiot eli harha-aistimukset. Ohimenevät harha-aistimukset voivat olla psykiatrisen sairauden esioire, vaikkei aina ole merkki hoitoa vaativasta sairaudesta. Psykoottiseksi käytökseksi voidaan määritellä henkilön outo ja eriskummallinen käyttäytyminen. Psykoottinen puhe on vaihtelevasti hyvin yksityiskohtiin takertuvaa tai epäloogista ja hajanaista. Psykoottisten oireiden ja sairaustilojen hoidossa lääkehoito on tärkeänä osana ja psykoottisten oireiden asteesta riippuen hoitoon pääsy voi estää sairauden kehittymisen vakavammaksi. (Huttunen 2018.)

SIPS-haastattelua (Structured Interview for Prodromal Syndromes) pidetään nykyään standardina arvioitaessa psykoosin esioireita. Sillä kartoitetaan positiivisia, negatiivisia sekä yleisiä ja satunnaisia oireita ja niiden esiintyvyyttä. Myös toimintakyky sekä suvussa esiintyvät psykiatriset sairaudet kartoitetaan. Potilaan itsetäyttämä PROD-seula on myös psykoosin esioireiden tunnistamiseen tehty työkalu, mutta se ei yksinään riitä arvioimaan riskiä, vaan toimii haastattelun pohjana. (Jääskeläinen & Miettunen 2011.) Psykoosioireiden vakavuuden arviointiin on myös olemassa useita haastatteluja, esimerkiksi PANSS-haastattelu (Positive And Negative Syndrome Scale), joka keskittyy kartoittamaan negatiivista ja positiivista oirehdintaa sekä yleisioireita (Jääskeläinen & Miettunen 2011).

Skitsofrenia on yleisin ja tavallisesti vaikea-asteisin psykoottisista häiriöistä. Valtaosa skitsofreniaan sairastuneista kärsii kuukausia, osa jopa vuosia, ennakko-oireista. Ennakko-oireiden tunnistaminen on tärkeää, sillä hoidon aloittaminen jo riskivaiheessa voi jopa estää varsinaisen psykoosin. Tällaisia psykoosiriskin hälytysmerkkejä ovat esimerkiksi kummalliset ajatukset, erikoinen käytös, suhteuttamisharhaluulot ja lyhytkestoiset aistiharhat. Jopa kolmannes psykoosiriskiä ennakoivista oireista kärsineistä henkilöistä sairastuu psykoosiin vuoden kuluessa. Skitsofrenian lisäksi muun muassa skitsoaffektiivinen häiriö, depressio, elimelliset syyt tai päihteet ja lääkkeet voivat aiheuttaa psykoottisuutta. (Vuorilehto ym. 2014, 168–170.)

### **3.4 Itsemurhariskin arviointi**

Itsemurha on maailmanlaajuisesti vakava kansanterveydellinen ongelma. Itsemurha tarkoittaa ihmiselämän ennen aikaista päättymistä ja on useimmiten impulsiivinen teko. Itsetuhoiseen käytökseen vaikuttavat henkilön sosiaaliset, henkilökohtaiset ja psykologiset tekijät, mutta myös ympäristö sekä kulttuuri. Itsemurha ei koskaan selity vain yhdellä näistä tekijöistä, vaan on monimutkaisempi ilmiö. (WHO 2014.)

Suurella osalla itsemurhaa yrittäneistä tai sen tehneistä ihmisistä on taustalla mielenterveyden häiriö ja päihdeongelmat (Itsemurhien ehkäisy ja itsemurhaa yrittäneen hoito 2020; Partonen & Solin 2017; WHO 2014). Vakavan

masennuksen ja muiden mielenterveyshäiriöiden sekä päihteiden väärinkäytön varhainen tunnistaminen ja oikea hoito ovat ensisijaisen tärkeitä elementtejä itsemurhien ehkäisyssä. Tärkein itsemurhan riskitekijä on aiempi itsemurhayritys. (Itsemurhien ehkäisy ja itsemurhaa yrittäneen hoito 2020; Partonen & Solin 2017; WHO 2014.) Masennus voi myös oirehtia kovina kipuina, joten potilaan kiputila on arvioitava. Patrosen ja Solinin mukaan itsemurhariski vähintään tuplaantuu potilailla, jotka kärsivät kroonisista kivuista, esimerkiksi syövän, migreenin tai diabeteksen takia. (Partonen & Solin 2017.)

Trauma, syrjintä ja kaltoinkohtelu voivat herättää ihmisessä itsetuhoisia ajatuksia ja käytöstä, koska ne aiheuttavat yksilössä henkistä stressiä ja mahdollista masennusta. Henkilön elämässä voi myös tapahtua radikaali negatiivinen muutos, mikä synnyttää eristäytyneisyyden tunnetta. Tähän tunteeseen liittyy yksinäisyyden, epätoivon ja masennuksen tunteita. Ihmissuhteisiin liittyvät ongelmat, riitatilanteet ja menetykset, esimerkiksi ero tai läheisen kuolema, aiheuttavat ihmisessä psykologista tilanneliitännäistä stressiä ja surua. Kaikki edellä mainitut ovat itsemurhariskiä vaikuttavia sosiaalisia tekijöitä. (WHO 2014.)

Kaikkien terveydenhuollossa työskentelevien täytyy pitää mielessä, että itsemurha-aikeista kysyminen ei lisää itsemurhan toteuttamisen riskiä (Itsemurhien ehkäisy ja itsemurhaa yrittäneen hoito 2020; Partonen & Solin 2017). On siis aina, etenkin psykiatristen potilaiden kohdalla muistettava puheeksi ottamisen tärkeys. Itsemurhavaaran arvioinnissa on apuvälineinä standardoituja mittareita, mutta edelleen perusteellinen haastattelu toimii paremmin. (Lönnqvist ym. 2021; Partonen & Solin 2017.) Potilaan ollessa näennäisen toivoton ja masentunut, silti kiistäen itsetuhoiset ajatukset, on syytä arvioida myös huolellisesti potilaan todellisuudentajua sekä mahdollinen psykiatrisen sairaanhoidon tarve. Partonen ja Solin (2017) muistuttavat artikkelissaan, että on kuitenkin huomioitava, etteivät kaikki itsetuhoisesti käyttäytyvät ole psyykkisesti sairaita, eivätkä mielenterveyshäiriöisistä kärsivät aina itsetuhoisia. (Partonen & Solin 2017.)

Itsemurhavaaraa arvioitaessa tulisi kiinnittää huomiota seuraaviin itsemurhariskiä kasvattaviin tekijöihin: Potilaan mahdolliset mielenterveyshäiriöt ja päihteiden väärinkäyttö. Onko potilaalla persoonallisuushäiriö, onko hän masentunut, ahdistunut, psykoottinen tai käyttäytykö hän impulsiivisesti? Potilaan mahdollinen toivottomuuden tunne ja itsemurha-ajatukset. Onko potilas suunnitellut itsemurhaa tai valmistellut kuolemaansa? Potilaan aiemmat itsemurhan yritykset. Onko potilas yrittänyt riistää oman henkensä ja onko yritys sisältänyt vakaan pyrkimyksen kuolla? Potilaan mahdollinen itsemurhamalli. Onko joku potilaan lähipiirissä tehnyt itsemurhan? Potilaalla mahdollisesti käytettävissä olevat itsemurhavälineet. Onko potilaalla esimerkiksi asetta tai lääkkeitä, joilla tehdä itsemurha? Potilaan muut mahdollisesti itsemurhaan vaikuttavat tekijät. Onko potilas lähiaikoina joutunut kokemaan menetyksen, tullut nöyryytetyksi, onko hänellä tukiverkostoa tai asuuko potilas yksin? (Depressio Käypä hoito –suositus 2021; Lönnqvist ym. 2021.)

Jo tapahtuneen itsemurhayrityksen arviointi on osa terveydenhuollon tekemää itsemurhia ehkäisevää työtä. Itsemurhaa yrittäneen psyykkinen tila on mahdollista arvioida vasta tajunnan tason ollessa normaali. Tärkeää on selvittää, että onko itsemurhayritykseen päätenyt henkilö tyytyväinen pelastumisestaan vai onko hän todella halunnut kuolla. Kun arvioidaan jo itsemurhaa yrittäneen itsemurhavaaraa, tulee Lönnqvistin ym. (2021) mukaan selvittää seuraavat asiat: Mitkä syyt ja tavoitteet ajoivat yrittämään itsemurhaa? Kuinka vakaa oli potilaan aikomus kuolla? Onko potilaalla välitön pyrkimys toistaa itsemurhayritys? Millaisia akuutteja tai pitkäaikaisia ongelmia potilaalla on ja mikä toimi itsemurhayrityksen laukaisevana tekijänä? Millaisia mielenterveysongelmia potilaalla on ja mikä on ongelmien suhde itsemurhan yritykseen? Millaista apua potilas tarvitsee ja onko potilas valmis vastaanottamaan apua? (Lönnqvist ym. 2021.)

Pahimmillaan masentuneen ihmisen viimeinen teko on itsemurha ja lopputulos kuolema. Itsemurhariskin yhteyttä mielenterveyshäiriöihin on tutkittu ja on ymmärrettävä ehkäisevän työn tärkeys psyykkisesti hauraiden potilaiden kohdalla. Itsetuhoisilla henkilöillä on useasti samaan aikaan useampi

mielenterveyden häiriö ja keskeistä heidän auttamisessaan on laatia välittömästi hoitosuunnitelma. (Itsemurhien ehkäisy 2021.)

#### **4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYS**

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää kuvailevan kirjallisuuskatsauksen avulla, minkälaisia kiireellisen hoidon tarpeen arvioinnin menetelmiä käytetään mielenterveyshoitotyössä. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa luotettavaa ja ajankohtaista tietoa hyvien käytäntöjen edistämiseksi kiireellisen hoidon tarpeen arvioinnin menetelmistä mielenterveyshoitotyössä terveydenhuollon ammattilaisille, organisaatioille ja oppilaitoksille, jotta mielenterveyshäiriöisten potilaiden kiireellisyyden arviointi, häiriöiden ja riskien tunnistaminen ja hoitoon ohjaaminen helpottuu ja nopeutuu.

Tutkimuskysymyksemme on:

1. Minkälaisia kiireellisen hoidon tarpeen arvioinnin menetelmiä käytetään mielenterveyshoitotyössä?

#### **5 KIRJALLISUUSKATSAUS TUTKIMUSMENETELMÄNÄ**

Kirjallisuuskatsaus on tutkimusmenetelmä, jossa tarkoituksena on luoda kokonaiskuva tutkittavasta aiheesta prosessimaisen tieteellisen toiminnan avulla. Tutkimuksen, kuten myös kirjallisuuskatsauksen, on oltava toistettavissa ja perustua laajaan aiheen tuntemukseen sekä ymmärrykseen sen muuttumisesta ja kehitymisestä. Kirjallisuuskatsauksen avulla voidaan arvioida jo olemassa olevaa teoretietoa, luoda teoretietoa tai lisätä sen ymmärrystä. Tutkittavassa ilmiössä voi myös olla ristiriitaisuuksia tai ongelmia, joita kirjallisuuskatsauksella saadaan tunnistettua tai tuotua ilmi.

Kirjallisuuskatsaus on metodi, jossa kootaan tutkimustuloksista perustaa uusille tutkimuksille. (Salminen 2011, 3–5.) Kirjallisuuskatsaustyyppejä on olemassa useita erilaisia, joiden käyttö määrittyy tarkoituksen ja aineiston mukaan (Stolt ym. 2016, 23).

Stoltin ym. (2016) mukaan jokainen kirjallisuuskatsaustyyppi pitää sisällään samat vaiheet. Vaiheista ensimmäisessä määritellään kirjallisuuskatsauksen tarkoitus ja tutkimusongelma. Kirjallisuuskatsauksen tarkoituksen nimeäminen

määrittää koko katsausprosessin suunnan. Tutkimusongelma on silloin hyvä, kun se on aiheen kannalta relevantti, sopivan fokusoitunut ja siihen pystyy vastaamaan kirjallisuuden perusteella. Katsauksen luotettavuuden kannalta on tärkeää, että tutkimuksen tekijä tunnistaa aiheeseen ja tuloksiin mahdollisesti kohdistuvat ennakko-oletukset. Ennakko-oletukset ja toive tietynlaisista tuloksista vaikuttavat tutkijan kykyyn tuottaa tietoa objektiivisesti ja kuva katsauksen aiheesta saattaa vääristyä. (Stolt ym. 2016, 23–24.)

Kirjallisuuskatsauksen toinen vaihe on kirjallisuushaku ja aiheen valinta. Tämä tarkoittaa varsinaisia hakuja sekä olennaisen kirjallisuuden valintaprosessia. Stolt ym. (2016) kertovat kirjassaan hakuprosessin olevan tärkein vaihe kirjallisuuskatsauksen luotettavuuden kannalta. Tämän takia tutkimuksen tekijä tarvitsee strategian tehdäkseen systemaattisen haun aikaisempaan kirjallisuuteen. Valitun kirjallisuuskatsauksen tyyppi vaikuttaa hakuprosessin systemaattisuuden tasoon. Tietokantahakuja varten tutkija määrittelee katsauksensa aiheen kannalta merkittävät käsitteet. Käsitteitä voidaan käyttää hakusanoina ja muodostaa niistä hakulausekkeet tietokantahakuja varten. Systemaattisen haun tehtävä on tunnistaa ja löytää kaikki materiaali, joka vastaa tutkijan asettamaan tutkimuskysymykseen. Hakuprosessin aikana ja valitessaan käytettäviä tutkimuksia tulee tutkijan pohtia, että minkälaisella asetelmalla toteutetut tutkimukset vastaavat työn alla olevan katsauksen tutkimuskysymykseen. Sähköisesti tehtävien tietokantahakujen lisäksi tutkija voi tehdä myös manuaalisen haun. Sisäänotto- ja poissulkukriteerien muodostaminen on keskeinen osa hakustrategiaa. Pätevät ja kattavat kriteerit helpottavat tutkijan työtä ja varmistavat kirjallisuuskatsauksen pysymisen suunnitellussa fokuksessa. (Stolt ym. 2016, 25–27.)

Kirjallisuuskatsauksen kolmas vaihe pitää sisällään hakuprosessin perusteella valittujen tutkimusten arvioinnin. Arvioinnissa tarkastellaan tutkimuksista löydetyn tiedon kattavuutta ja edustavuutta sekä sitä, miten merkityksellistä tieto on omien tutkimuskysymysten ja -ongelman näkökulmasta. Arvioinnin tarkoituksena on myös estää kirjallisuuskatsauksen tulosten mahdollinen vinouma tai virheellisesti painottuneet päätelmät. Tämän vuoksi kaikkien kirjallisuuskatsaukseen valikoituneiden tutkimuksien luotettavuutta ja asetelman eheyttä tulee arvioida erikseen. Arvioinnin tekemiseen ei ole yhtä

ainoaa oikeaa ohjetta, vaan käytetty tapa valitaan katsausmenetelmän ja valikoidun aineiston mukaan. (Stolt ym. 2016, 28.)

Neljäs vaihe on aineiston analyysi ja synteesi. Sen tarkoituksena on järjestää ja tehdä yhteenveto kirjallisuuskatsaukseen valittujen tutkimusten tuloksista. Eri kirjallisuuskatsaustyyppien analyysimenetelmät eroavat toisistaan, joten analyysimenetelmän valinta riippuu katsausmenetelmästä. Stoltin ym. (2016) mukaan aloittelevalle kirjallisuuskatsauksen tekijälle tai monia erityyppisiä alkuperäistutkimuksia sisältävälle kirjallisuuskatsaukselle sopivassa analyysitavassa analyysi ja synteesi tapahtuvat yhtä aikaa. Ensin tekijä järjestele ja luokittelee valittua aineistoa sekä etsii siitä eroja ja samankaltaisuuksia. Sen jälkeen hän tulkitsee tuloksia ja kirjoittaa niistä ymmärrystä lisäävän kokonaisuuden eli synteessin. (Stolt ym. 2016, 30.)

Kirjallisuuskatsauksen viimeisessä vaiheessa tulokset raportoidaan. Jotta katsaus olisi toistettavissa ja luotettavuus arvioitavissa raportin perusteella, tulee raportoinnin olla riittävän tarkkaa. Ihanteellisin lopputulos on, jos kirjallisuuskatsauksen lukija saa katsausta lukiessaan enemmän ymmärrystä katsauksen aiheesta, kuin lukemalla kirjallisuuskatsauksessa käytetyt tutkimukset yksittäin. (Stolt ym. 2016, 32–33.)

## **5.1 Kuvaileva kirjallisuuskatsaus**

Narratiivinen eli kuvaileva kirjallisuuskatsaus kuvaa aiheesta tehtyä aiempaa tutkimusta sekä sen laajuutta, syvyyttä ja määrää. Kuvailevia kirjallisuuskatsauksia on olemassa useaa eri katsaustyyppiä: perinteinen narratiivinen katsaus, kartoittava katsaus, scoping katsaus, kriittinen katsaus, nopea katsaus, yleiskatsaus sekä state-of-the-art-katsaus. (Stolt ym. 2016, 9.)

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus on yksi yleisimmin käytetyistä kirjallisuuskatsauksen perustyypeistä. Käytetyt aineistot ovat laajoja, eivätkä aineiston valintaa rajaa metodiset säännökset. Tutkimuskysymykset ovat väljempiä kuin meta-analyysissä tai systemaattisessa katsauksessa ja tutkittavaa ilmiötä pystytään kuvaamaan laaja-alaisesti. Se toimii itsenäisenä metodina, mutta tarjoaa myös uusia tutkittavia ilmiöitä. (Salminen 2011, 6.)

Tässä opinnäytetyössä katsaustyypiksi valikoitui perinteinen narratiivinen katsaus. Opinnäytetyöntekijät käyttivät runsaasti aineistoa erilaisista lähteistä ja hyödynsivät paljon aihetta oleellisesti sivuavaa materiaalia. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus valikoitui menetelmäksi myös siitä syystä, että opinnäytetyön tutkimuskysymys on selkeä, mutta antaa tilaa suurelle määrälle erilaisia näkökulmia. Opinnäytetyö tarjoaa myös jatkotutkimusehdotuksia esille nousseiden tutkimusongelmien myötä.

## 5.2 Aineiston valinta ja tiedonhankinta

Pääkäsitteiden, eli asiasanojen identifioiminen oman aihealueen on ensimmäinen ja oleellinen vaihe, jotta keskeinen aineisto kirjallisuuskatsaukseen voidaan löytää. Näistä asiasanoista syntyy hakusanoja, joita tietokantoihin ja muihin hakugeneraattoreihin syötetään. Tietokannat etsivät tämän perusteella juuri omiin käsitteisiin soveltuvat tieteelliset julkaisut ja muun lähdemateriaalin. Boolean operaattoreilla *and*, *or* ja *not* tietokantahaut helpottuvat ja tarkentuvat. Samaan tietokantaan voidaan syöttää useampi hakusana, jotka aineistosta halutaan löytää tai poissulkea tietty materiaali kokonaan haun ulkopuolelle. (Oliver 2012, 41–43; Stolt ym. 2016, 38–39.)

Opinnäytetyössä hyödynnettiin ammattikorkeakoulun tietoasiantuntijan tiedonhaun ohjausta. Aiheen pääkäsitteet identifioitiin ja avattiin niiden merkitys tekstiin varsin laaja-alaisesti. Aineistoa teoriapohjaan keräsimme kirjallisuudesta, tietokannoista ja internet-lähteistä. Tutkimusaineisto haettiin tietokantoja hyväksikäyttäen. Tietokantoina tässä opinnäytetyössä olivat Cinahl, PubMed, Medic, Science Direct sekä DiVa Portal.

Opinnäytetyöhön valittujen tutkimusten tiedonhakuprosessi tapahtui systemaattisesti tietokantahauilla. Poissulku- ja sisäänottokriteerit auttoivat tutkimusten valintaprosessissa manuaalisia ja mekaanisia hakuja tehdessämme. Boolean operaattoreiden käyttö helpotti tietokantahakuja, jolloin runsas käsitteisiin liittyvä materiaali fokusoitui vastaamaan tutkimuskysymykseen. Taustakirjallisuuteen tutustuessa ja

teoriaviitekehukseen paneutuessa löysimme paljon tietoa mielenterveysongelmaisen itsemurhariskistä. Tätä ja muita aiheittamme sivuavia ilmiöitä on huomioitu manuaalisia hakuja tehdessämme. Aineiston valintaa on ohjannut opinnäytetyön tekijöiden oma arvio siitä, ovatko tutkimukset sekä aineisto sisällöltään tai tuloksiltaan aiheen kannalta olennaisia ja vastataanko niissä tutkimuskysymykseen.

Hakuosumista, jotka vastasivat sisäänottokriteerejä, saimme valikoitua mukaan pelkästään englannin- ja ruotsinkielisiä tutkimuksia, sillä kotimainen materiaali ei vastannut tutkimuskysymykseemme tai antanut hakutuloksia. Osa otsikon perusteella valituista tutkimuksista oli maksullisia, mutta neljää tutkimusta lukuun ottamatta onnistuimme saamaan kaikki tutkimukset käsiimme joko oman koulumme kirjaston tai Helsingin yliopiston kirjaston kautta.

Mainittakoon, että sadoissa läpikäytyissä tutkimuksissa oli sivuttu aiheittamme, mutta tulokset vastasivat johonkin muuhun kuin tutkimuskysymykseemme, jonka vuoksi ne ajautuivat poissulkukriteeristöön. Myös kaksi aiheemme kannalta olennaista opinnäytetyötä oli syvemmän tarkastelemisen arvoisia, mutta ollen alemman ammattikorkeakoulutason opinnäytetöitä, emme voineet niitä laskea mukaan. 14 opinnäytetyöhömmme valikoitunutta tutkimusta on nähtävillä tutkimustaulukossa (Liite 2).

### **Sisäänotto- ja poissulkukriteerit**

Tutkimusaineiston haussa teimme rajauksia sisäänotto- ja poissulkukriteerien avulla. Rajasimme hakuihin tutkimukset vuosilta 2011–2021 ja yli 10 vuotta vanha tutkimustieto suljettiin hakujen ulkopuolelle. Hyväksyimme hakuihin mukaan ylemmän amk:n opinnäytetyöt, pro gradu -tutkielmat, tieteelliset artikkelit ja väitöskirjat. Hakujen ulkopuolelle jätimme ammattikorkeakoulun opinnäytetyöt sekä ammattijulkaisut. Stoltin ym. (2016, 26) mukaan kirjallisuuskatsauksen luotettavuuden kannalta ihanteellisinta olisi, jos katsaukseen hyväksyttäisiin mukaan minkä tahansa kielisiä tutkimuksia, sillä kielien poissulkeminen saattaa aiheuttaa virheellisiä päätelmiä. Käytännön syistä pystyimme kuitenkin valitsemaan mukaan vain suomen-, ruotsin- ja

englanninkieliset tutkimukset. Muunkieliset jätimme kokonaan pois. Stolt ym. (2016, 26) kirjoittavat kirjassaan, että vaikka kaikkia kirjallisuuskatsaukseen soveltuvia tutkimusartikkeleita ei aina ole suoraan saatavissa sähköisissä tietokannoissa, ei kokotekstin saatavuus ja maksuttomuus saisi olla sisäänotto- ja poissulkukriteereitä määrittävä tekijä, sillä se heikentää kirjallisuuskatsauksen luotettavuutta. Tämän vuoksi emme tietokantahakuja tehdessämme rajanneet pois osumia, jotka olivat maksullisia tai joita ei ollut suoraan saatavilla käytetyssä tietokannassa, vaan koitimme saada tutkimukset käsiimme muuta kautta. Taulukossa 1 on esillä sisäänotto- ja poissulkukriteerit (taulukko 1).

Taulukko 1. Sisäänotto- ja poissulkukriteerit

Sisäänottokriteerit	Poissulkukriteerit
Ylemmän ammattikorkeakoulun opinnäytetyöt, pro gradu -tutkielmat, väitöskirjat, tieteelliset artikkelit	Ammattikorkeakoulun opinnäytetyöt, ammattijulkaisut
Kielet suomi, ruotsi ja englanti	Muut kielet
Tutkimustieto vuosilta 2011–2021	Yli 10 vuotta vanha tutkimustieto

### Tiedonhaussa käytetyt hakusanat

Pyrimme tietokantojen hakuja tehdessä systemaattisuuteen käyttämällä samoja hakusanoja jokaisessa käyttämässämme tietokannassa. Valitsimme hakutuloksien osumista ne tutkimukset, jotka vastaavat mahdollisimman hyvin opinnäytetyömme tutkimuskysymykseen. Cinahlissa ja Pubmedissä hakusanoina käytimme ("mental health" OR "psychological health") AND (triage OR "triage assessment"). Medicissä hakusanoina mielenerv\* AND triage ja Science Directissä ("mental health" OR "psychological health") AND (triage OR "triage assessment") NOT (child OR children OR adolescent OR aged OR geriatric). Teimme haun myös ruotsinkieliseen DiVa Portal -tietokantaan, jossa hakusanoina käytimme "psykisk ohälsa" OCH triage. Hakusanojen valinnassa käytimme apuna Kansalliskirjaston ylläpitämää Finto-verkkopalvelua. Tietokantahauissa käytössä olleet rajaukset, hakusanat sekä määrät tuloksista ja otsikon ja sisällön perusteella valituista tutkimuksista tulevat esille taulukossa 2 (taulukko 2).

Taulukko 2. Tiedonhakutaulukko

Tietokanta	Rajaus	Hakusanat	Tulokset	Otsikon perusteella valitut	Sisällön perusteella valitut
CINAHL	2011-2021, Adult: 19-44 years, Middle aged: 45-63 years	("mental health" OR "psychological health") AND (triage OR "triage assessment")	73	17	1
PubMed	2011-2021, Adult: 19+ years	("mental health" OR "psychological health") AND (triage OR "triage assessment")	187	35	9
Medic	2011-2021, kaikki kielet, asiasanojen synonyymit käytössä	mielenterv * AND triage	1	0	0

Science Direct	2011-2021	("mental health" OR "psychological health") AND (triage OR "triage assessment") NOT (child OR children OR adolescent OR aged OR geriatric)	443	18	3
Diva Portal	2011-2021	"psykisk ohälsa" OCH triage	3	2	1

### 5.3 Aineiston analysointi

Tutkimusaineistoa tulee tarkastella analyttisesti ja tulkita löydettyä tietoa ja havaintoja oman ajattelun ja teoretiedon avulla. Tutkimuksen tekijä jäsentelee aineistoa sekä tulkitsee ja lokeroi tietoa tutustuen uteliaasti tutkimusaineistoon. Analysoinnin tarkoituksena on lisätä työn informaatioarvoa. Laadullinen analyysi on tutkimuksen löydöksiä tiivistämistä ja sen voi tehdä eri menetelmiä käyttämällä. Valitun analyysimenetelmätävän valitsee tutkija itse ja työssään perustelee myös tekemiään valintoja. Teemoittelu, tyypittely ja koodaaminen ovat laadullisen tutkimuksen aineiston analyysin muotoja. Teemoittelussa aineistosta tuodaan esille tutkimuksen kannalta tärkeitä asioita omina osioinaan, jotka toistuvat aineistossa. Teemat syntyvät aineiston analyysiä tehdessä. (Kallinen & Kinnunen 2021.)

Tässä opinnäytetyössä kirjallisuuskatsauksen tulokset tuodaan esille teemoittelun avulla (ks. liite 3). 14:sta valitusta tutkimuksesta muodostui yhteensä neljä teemaa: *kiireellisyysluokittelu*, *digi- ja etätriage*, *erotusdiagnostiikka* sekä *riskin arviointi ja tunnistaminen*. Aineistoa läpikäydessämme huomasimme, että opinnäytetyöhön mukaan valitussa

aineistossa tärkeimmät tulokset, jotka tutkimuksissa toistui, jakautuivat neljään eri osioon, eli teemaan. Osassa tutkimuksista tulosten jakaminen teemoihin oli paikoittain haastavaa, koska esimerkiksi riskin arviointi ja kiireellisyyden luokittelu kulkevat rinta rinnan. Nämä kaksi jakautuivat kuitenkin eri teemoiksi, koska ne tarkoittavat eri asioita. Teemojen otsikointi ohjaa osioiden aiheeseen, ja sisällön tulokset vastaavat tutkimuskysymykseemme tai olennaisesti sitä sivuavat.

Menetelmät hoidon tarpeen arvioinnissa psykiatrisilla potilailla koostuvat usein erilaisista lomakkeista, seulonnoista, kyselyistä, mittareista ja niiden käyttämisestä. Valta-osassa tutkimusaineistoa nämä arvioinnin apuvälineet olivat merkittävä osatekijä mielenterveysongelman potilaan triagetyössä. Opinnäytetyön teoriaosuudessa nostimme tärkeäksi psykoosi- ja itsemurhariskipotilaat sekä varhaisen riskin tunnistamisen, mikä tuloksissa nousi oleellisesti esille viidessä tutkimuksessa. Näistä syntyi oma teema: *riskin arviointi ja tunnistaminen*. Hoidon tarpeen arvioinnissa kiireellisyyden arviointi kuuluu ratkaisevasti arvioijan työhön. Psykiatrisen potilaan tilanteen kiireellisyyttä ja sen arviointia pohdittiin kuudessa tutkimuksessa teoria-aineistomme tukena. Nämä pohdinnat ja tulokset synnyttivät teeman: *kiireellisyysluokittelu*. Nykymaailmassa tietokoneellistuminen on puhelinliikenteen lisäksi jo tosiasia ja tekoälyä sekä etäyhteyksiä käytetään myös terveydenhuollossa tarpeellisena työnhelppottajana sekä potilaiden hoitoon ohjaamisessa ja neuvonnassa. Lisäsimme osion *digi- ja etätriage* yhdeksi teemaksi, koska triagea toteutetaan myös ilman, että hoidon tarpeen arvioija fyysisesti kohtaa potilaan. Näitä tuloksia kohtasimme kolmessa mukaan valitussa tutkimuksessa. *Erotusdiagnoosiikka*-teema valikoitui mukaan yhdeksi osioksi, koska kolmessa tutkimuksessa ohjattiin käyttämään erilaisia menetelmiä triage-välineistönä päällekkäisten häiriöiden tunnistamiseen ja somaattisten syiden poissulkemiseen, mikä jo teoria-aineistossamme nousee huomioon otettavaksi seikaksi.

## **6 KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TULOKSET**

Tulosten raportoimisessa on tärkeää se, että se toteutetaan niin, että tutkimus olisi toistettavissa jonkun toisen tekemänä. Myös kirjallisuuskatsauksen

luotettavuuden tulisi olla arvioitavissa (Stolt ym. 2016, 32.) Tässä luvussa tuodaan esille opinnäytetyöhömmme mukaan valikoituneiden tutkimusten keskeiset tulokset, jotka on pyritty esittämään yksinkertaisesti ja selkeästi. Yhtä ruotsinkielistä tutkimusta lukuun ottamatta kaikki kirjallisuuskatsauksen materiaali on englanninkielistä, eikä mukaan onnistuttu saamaan yhtään kotimaista tutkimusta. Tutkimuksista ja artikkeleista 6 oli tehty Yhdysvalloissa, 3 Australiassa, 1 Kanadassa, 1 Isossa-Britanniassa, 1 Italiassa, 1 Tanskassa ja 1 Ruotsissa.

### **6.1 Kiireellisyysluokittelu**

Triage-järjestelmä on alkujaan välineistetty Australiassa psykiatriisiin päivystyksiin jo 1990-luvulla. Triage-työkalut ovat hyväksytyjä hoidon tarpeen arvioinnin apuvälineitä, joiden tarkoituksena on akuuteissa tilanteissa luokitella kiireellisimmät tapaukset ensisijaisesti tutkittaviksi. Psykiatristen päivystystilanteiden triage fokusoituu oikeaan ja välittömästi tehtyyn väkivallan, itsetuhoisuuden ja vakavan psykoottisen käyttäytymisen riskinarviointiin. (Sæbye ym. 2017.)

Kanadalaisessa tutkimuksessa Brown ja Clarke (2014) esittävät päivystysostojen henkilökunnan turhan usein yli- tai aliarvioivan mielenterveysongelmaisen potilaan kiireellisyysluokitusta. Tutkimuksen mukaan jopa kokeneet triage-hoitajat tarkoituksenmukaisesti yliarvioivat kiireellisyyttä, jolloin potilaat pääsevät ripeämmin lääkärin konsultaatioon. Tämä minimoi mahdollisia riskejä, mutta valitettavasti pidentää muiden päivystysapua hakevien potilasryhmien odotusaikaa. Triage-hoitajan aliarvioidut kiireellisyyden arviointipäätökset voivat sen sijaan johtaa siihen, etteivät mielenterveyshäiriöiset potilaat jää odottamaan klinikon konsultaatiota ja tällöin mielenterveyden tilanne voi heikentyä tai pahimmassa tapauksessa edistää väkivaltaista käyttäytymistä ja itsetuhoisuutta johtaen jopa kuolemaan. (Brown & Clarke 2014.)

Tanskan pääkaupungissa Kööpenhaminassa kehitettiin ja esitettiin käyttöön otettavaksi triage-työkalu psykiatristen päivystystilanteiden helpottamiseksi vuonna 2011 ja neljä vuotta myöhemmin se oli käytössä koko

maassa. Tanskalaisen triage-systeemin ydin on värikoodisto, joka ohjaa potilaan hoidon tai jatkotutkimisen kiireellisyyden arviointia. Asteikko on helppokäyttöinen, sillä värejä on vain viisi ja jokaisen värin kohdalla kunkin oireisto ja kiireellisyyden aikaikkuna on selkeästi ilmaistu. Sæbyen ym. (2017) tutkimus osoittaa triage-asteikon helpottaneen kiireellisyysluokittelua, vähentäneen odotusaikoja, optimoivan päätöksentekoa sekä lisäävän potilaiden ja henkilökunnan turvallisuutta. Tanskalaisessa psykiatrisessa triage-asteikossa kategoriat punainen, oranssi ja keltainen nähdään kiireellisinä, joissa potilaat tulisi arvioida alle tunnin sisällä. Kategorioissa vihreä ja sininen potilaita ei luokitella kiireellisiksi. Näissä ensiarvioinnin jälkeen odotusaika ammattilaisen kohtaamaksi on enimmillään 3–4 tuntia. Mikäli potilaan tilanne ensiarvioinnin jälkeen pahenee, tulee kiireellisyysluokitusta muuttaa. Hoidon tarpeen arviointia odottaville potilaille, muille päivystyksessä oleville sekä henkilökunnalle tulee mahdollistaa turvallinen ympäristö. Värikategorian tulkitseminen ja potilastilanteiden luokittelu sen mukaisesti ohjeistetaan seuraavalla tavalla:

*Punainen:* Potilaalla on itseensä tai toiseen ihmiseen kohdistuva todennäköinen kuolemanriski, väkivaltainen uhkaava käytös tai vakava akuutti lääketieteellinen tai sekavuudesta johtuva tila. Potilaan tulee päästä päivystävän ammattilaisen kohtaamaksi heti. (Sæbye ym. 2017.)

*Oranssi:* Potilaalla on itseensä tai toiseen ihmiseen kohdistuva mahdollinen kuolemanriski tai vakava levoton tai aggressiivinen käyttäytyminen. Potilaan tulee päästä päivystävän ammattilaisen kohtaamaksi alle 15 minuutissa. (Sæbye ym. 2017.)

*Keltainen:* Potilaalla on viha itseään tai toisia kohtaan, kohtalainen käyttäytymishäiriö, psykoottinen oireilu tai akuutti kriisireaktio. Potilaan tulee päästä päivystävän ammattilaisen kohtaamaksi alle tunnissa. (Sæbye ym. 2017.)

*Vihreä:* Potilaalla on lievä tai kohtalainen ahdistuneisuus, ei välitöntä kuolemanuhkaa, potilas tuttu ennestään päivystysosastolla tai potilaalla ei

akuuttia lääketieteellistä oiretta. Potilaan tulee päästä päivystävän ammattilaisen kohtaamaksi alle kolmessa tunnissa. (Sæbye ym. 2017.)

*Sininen:* Potilaalla ei ole akuuttia käyttäytymishäiriötä, potilaalla on kriisitilanne ilman psykiatrista oirehdintaa tai potilaalla ei ole akuuttia lääketieteellistä oiretta. Potilaan tulee päästä päivystävän ammattilaisen kohtaamaksi alle neljässä tunnissa. (Sæbye ym. 2017.)

Sæbyen ym. (2017) tutkimuksesta nousee esille, että psykiatrisen päivystyksen triage-hoitajan arvioitavaksi saapui enemmän työttömiä ja eläkkeellä olevia, kuin työssäkäyviä potilaita. 53 % käynnin syistä oli mielenterveyshäiriön ensiesiintyminen tai pahenemisvaihe ja 21 % päihteiden väärinkäyttöön liittyvä syy. Tutkittavan potilasjoukon ensisijaisiksi psykiatrisiksi diagnooseiksi nousivat ICD-tautiluokituksen mukaisesti päihteiden käyttöön liittyvät häiriöt F10-F19.99 ja psykoottiset häiriöt F20-F29.99. Nämä potilaat olivat myös luokiteltu useimmiten kiireellisiksi, eli luokkiin punainen, oranssi ja keltainen. Psykiatrisen arvioinnin jälkeen vapaaehtoiseen sairaalahoitoon ajautui joukosta yli 50 % ja pakkohoitoon alle 5 %. Tutkimuksen mukaan yli 6 % poistui päivystyksestä ennen psykiatrista arviointia. (Sæbye ym. 2017.)

Ruotsissa psyykkisten potilaiden päivystystilanteita varten on kehitetty RETTS-PSY (Rapid Emergency Triage and Treatment System) -työkalu (Liite 4). Se on psykiatrisilla päivystysvastaanotoilla triage-työtä tekevien sairaanhoitajien käyttöön tarkoitettu apuväline psykiatristen potilaiden hoidon kiireellisyyden arviointiin. RETTS-PSY-työkalu luokittelee potilaat kiireellisyyden perusteella ryhmiin, jotka on värikoodattu: *Punaiseen* ryhmään kuuluvat potilaat, jotka vaativat välitöntä hoitoa. Viiteaika hoidon aloittamiselle 0 minuuttia. *Oranssiin* ryhmään kuuluvat potilaat, jotka tarvitsevat erittäin kiireellisesti hoitoa. Heidän hoitonsa aloittamisen viiteaika on 10 minuuttia. *Keltaisen* ryhmän potilaat luokitellaan kiireellisiksi ja tämän ryhmän viiteaika hoidon aloittamiselle on 60 minuuttia. *Vihreällä* ryhmällä on niin kutsuttu standardiviiteaika, joka on 120 minuuttia. *Sinisellä* ryhmällä ei ole akuuttia hoidon tarvetta. Tämän ryhmän viiteaika on 240 minuuttia. (Beda 2018.)

Bedan (2018) Malmön yliopistossa tehdyssä opinnäytetyössä selvitettiin sairaanhoitajien kokemuksia RETTS-PSY-työkalun käytöstä psykiatrisilla päivystysvastaanotoilla. Saatujen tulosten mukaan RETTS-PSY koettiin hyväksi apuvälineeksi triage-työhön. Se koettiin tehokkaaksi ja tärkeäksi työkaluksi välitöntä hoitoa tarvitsevien potilaiden arviointiin ja lajitteluun. Sen avulla sairaanhoitaja sai nopean yleiskatsauksen potilaan tilasta ja tilanteesta. Sen koettiin myös yhdenmukaistavan hoitajien tapaa ajatella ja arvioida, mitä sairaanhoitajat pitivät positiivisena asiana. Vaikka RETTS-PSY on toimiva arviointiväline, vaatii se käyttäjältään laajaa ammatillista psykiatrista kokemusta ja ammattitaitoa. Tätä ammattitaitoa ja kokemusta pidettiin ehdottoman tärkeänä, sillä RETTS-PSY ei kata kaikkia oireita tai merkkejä sairaudesta, joita potilaat mahdollisesti osoittavat triage-prosessin aikana, mikä voi johtaa potilaan virheelliseen arviointiin. Opinnäytetyöhön haastatellut sairaanhoitajat korostivatkin, että hoitajalta vaaditaan joustavuutta, intuitiivisuutta, kokemusta ja rohkeutta, jotta hoitaja tarvittaessa kykenee ohjaamaan potilaan korkeampaan kiireellisyysluokkaan kuin triage-työkalu ohjeistaa. Bedan opinnäytetyötään varten haastattelemat sairaanhoitajat toivoivat, että RETTS-PSY laajenisi kattavammaksi erilaisten oireiden kuvaamisen suhteen. Lisäksi hoitajat toivoivat, että RETTS-PSY olisi saatavilla sähköisessä muodossa, jolloin he välttyisivät tupladokumentoinnilta. (Beda 2018.)

Sandsin ym. (2013) tutkimuksessa selvitettiin VEDMHTT (Victorian Emergency Department Mental Health Triage Tool) -triage-työkalun pätevyyttä mielenterveysongelmista kärsivien potilaiden kiireellisyysluokituksen arvioinnissa. VEDMHTT on mielenterveyspotilaan arviointiin tarkoitettu triage-työkalu, joka on suunniteltu käytettäväksi yhdessä ATS (Australasian Triage Scale) -triage-työkalun kanssa. Tutkimusten mukaan ATS yksinään saattaa olla epäluotettava apuväline mielenterveyden ongelmista kärsivän potilaan hoidon kiireellisyyden arviointiin, sillä se ei sisällä riittävästi mielenterveyttä kuvaavia määreitä. VEDMHTT:n on tarkoitus paikata näitä puutteita. Tutkimus toteutettiin tarkastelemalla takautuvasti vuoden ajan australialaisen ympärivuorokautisen päivystysvastaanoton hoidon tarpeen arviointeja, jotka oli tehty mielenterveyssyistä päivystykseen hakeutuville potilaille (n = 1718). (Sands ym. 2013.)

Pääkiinnostuksen kohde Sandsin (2013) tutkimuksessa oli kiireellisyyden luokittelu. Suurin osa potilaista saapui päivystysvastaanotolle itsensä vahingoittamiseen tai itsemurhaan liittyvien syiden vuoksi (54,4 %). Tutkimuksen tuloksista kävi ilmi, että triage-hoitajien oli mahdollista tunnistaa psyykkiset oireet ja merkit käyttämällä määriteltäviä kliinisiä kriteerejä. Merkittävä havainto oli, että vaikka ATS ei tarjoa mielenterveyden ongelmia erittäin kiireellisiin triage-kategorioihin (code 1 & 2), niin akuuteista psykoottisista oireista kärsivät potilaat luokiteltiin kuitenkin todennäköisimmin erittäin kiireellisiksi (code 2). Muita todennäköisimmin erittäin kiireellisiksi luokiteltuja olivat potilaat, joilla oli itsemurha-ajatuksia tai itsemurhayritys, kiihtynyttä tai irrationaalista käytöstä, aggressiivista tai uhkaavaa käytöstä sekä vastentahtoiset potilaat. Kiireellisyysluokalla huomattiin olevan merkittävä yhteys myös siihen, miten potilas saapui päivystysvastaanotolle. Potilaat, jotka saapuivat päivystykseen ambulanssilla tai poliisin tuomana, luokiteltiin tavallisesti ylempään kiireellisyysluokkaan kuin omalla kyydillä tulleet potilaat. Tutkimuksen mukaan VDMHTT-työkalusta on suuri hyöty mielenterveysongelmista kärsivän potilaan kiireellisyysluokituksen arvioinnissa. (Sands ym. 2013.)

Downeyn ym. (2015) Yhdysvalloissa tehdyssä tutkimuksessa vertailtiin kahta eri triage-työkalua. Tutkimus toteutettiin arvioimalla Chicagossa sijaitsevaan traumakeskukseen mielenterveyssyistä hakeutuneita potilaita (n = 105). Jokaisen potilaan hoidon kiireellisyys arvioitiin ensin CTAS-työkalulla (Canadian Triage and Acuity Scale) ja sen jälkeen AEMHS-työkalua (Australian Emergency Mental Health Scale) käyttäen. Yleisin tulosy arvioiduilla potilailla oli masennus ja siihen liittyvät itsemurha-ajatukset (30 %). Tutkimuksessa ilmeni, että vaikka CTAS sisältää myös psyykkisiä oireita arvioivia määreitä, se ei siitä huolimatta onnistunut vastaamaan tutkimuksessa käytetyn potilasryhmän tarpeisiin, vaan sen todettiin herkästi yli- tai aliarvioivan näiden potilaiden hoidon kiireellisyyden tarpeen. AEMHS on tarkoitettu erityisesti mielenterveyspotilaan hoidon kiireellisyyden arviointiin. Se kehitettiin ATS (Australasian Triage Scale) -trriage-työkalun rinnalle, koska ATS ei yksistään ole riittävän pätevä psyykkisesti oireilevan potilaan arviointiin. Tutkimuksen tulosten mukaan AEMHS onnistui pääosin arvioimaan

potilaat suositeltuihin kiireellisyysluokkiin. Sen todettiin myös lyhentävän potilaan arviointiin kuluvaan aikaa sekä nopeuttavan interventiota. (Downey ym. 2015.)

## 6.2 Digi- ja etätriage

Päivystysyksiköiden yleinen seulonta mielenterveys- ja päihdehäiriöisiä varten on osoittautunut kiistanalaiseksi. McBainin ym. (2020) tutkimuksen mukaan potilaat kannattivat tietokoneistettua MHSUD (Mental Health and Substance Use Disorder) -seulontaa osana päivystyskäyntiään, vaikka pääasiallinen käyntisyys ei olisikaan mielenterveys- tai päihdehäiriöön liittyvä. Useimmat tutkimuksessa mukana olleet potilaat ilmoittivat halukkuutensa osallistua seulontaan käyttäen tutkijoiden luomaa CARSia (Computerized Assessment and Referral System), jotta piilevät mielenterveys- ja päihdehäiriöt tulisi tunnistettua ja hoidettua. Haastatelluista potilaista 71 % sanoi seulonnan laittaneen miettimään omaa mielenterveyttään ja 43 % mielestä oli helpompaa ilmaista oireitaan CARS:lle. (McBain ym. 2020.)

Perinteiset triage-metodit turvautuvat useiden apuvälineiden, kuten tarkastuslistojen, lisäksi hoitajan omaan muistiin. Pelkän muistin varassa toimiminen lisää virheiden mahdollisuutta erityisesti triage-hoitajilla, jotka työskentelevät kiireessä eivätkä muista tai saa paineen alla ajan puutteen vuoksi helposti käsiinsä täsmällisiä triage-ohjeistuksia. Tietokoneistetuilla järjestelmillä on potentiaalia tukea hoitajien muistia ja näin ollen parantaa luotettavuutta. Tällainen on esimerkiksi Kanadalaiseen CTAS:in (Canadian Triage and Acuity Scale) perustuva eTriage-sovellus, mikä opastaa hoitajia yksilöllisen oirepolun kautta arvioimaan potilaan kiireellisyysluokan ja toimimaan tilanteen mukaan. (Brown & Clarke 2014.)

Saurman ym. (2011) esittelivät tutkimuksessaan Australialaisen MHEC-projektin (Mental Health Emergency Care – Rural Access Project), joka kehitettiin parantamaan kiireellistä mielenterveyshoitoa läntisessä New South Walesissa. MHEC-palvelun tarkoituksena oli parantaa mielenterveysongelmista kärsivien potilaiden kiireellistä arviointia ja hoidon saatavuutta tarjoamalla syrjäseutujen asukkaille ympärivuorokautinen

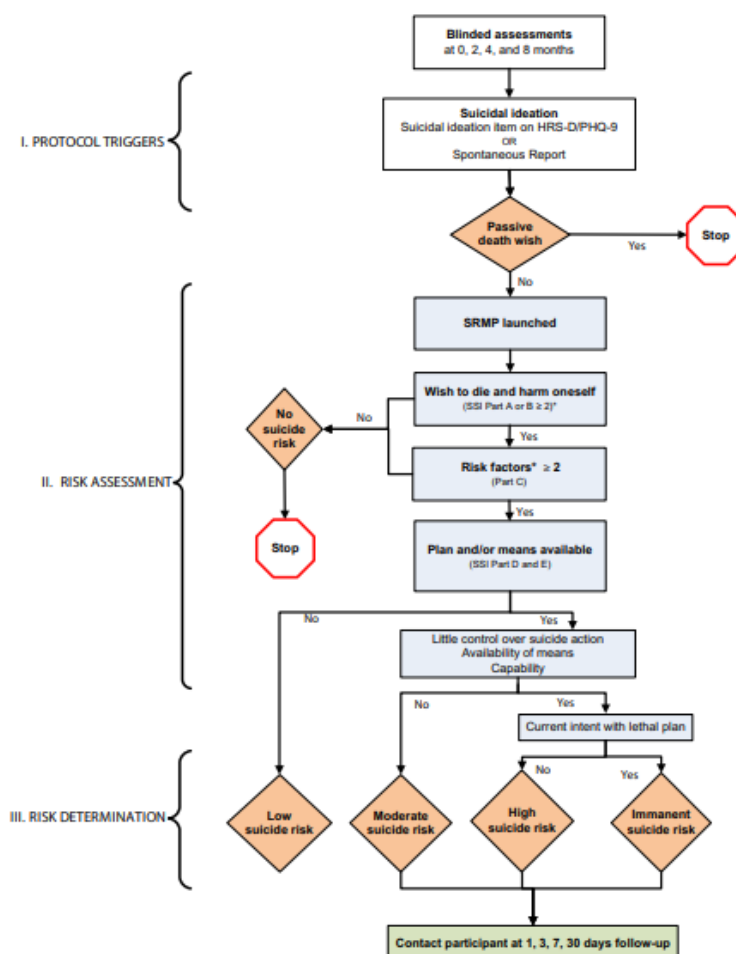
mahdollisuuden päästä psykiatrin tai psykiatrisen hoitajan arvioitavaksi videoyhteyden välityksellä sekä tarjota tukea ja neuvoja päivystysyksiköiden henkilökunnalle. Tutkimusjakson aikana sairaalahoitoon lähetettävien potilaiden määrä kasvoi, mutta samaan aikaan usein kaukana sijaitseviin psykiatriin sairaaloihin lähetettävien potilaiden määrä väheni ja heitä hoidettiin enenevässä määrin paikallisesti. Tämä oli merkittävää etenkin potilaiden ja heidän omaistensa kannalta. 81 % videoyhteyden välityksellä arvioituista potilaista oli valmiita käyttämään palvelua uudestaan ja suosittelemaan sitä muille. Myös päivystysyksiköiden henkilökunta koki MHEC-palvelun käteväksi ja kliinisesti hyödylliseksi. (Saurman ym. 2011.)

Sandsin, Elsom, Keppich-Arnoldin ym. (2016) tutkimuksen kohteena ollut MHTT-CAT-työkalu (Mental Health Competency Assessment Tool) ei suoranaisesti ole mielenterveyden arviointiin käytettävä menetelmä tai työkalu, mutta se valikoitui mukaan opinnäytetyöhön, sillä tutkimuksen mukaan sen käyttö parantaa puhelimitse tehtävän mielenterveys-triagen laatua. MHTT-CAT kehitettiin parantamaan mielenterveyden puhelin-triagea tekevien ammattilaisten osaamista sekä arvioimaan heidän pätevyyttään. Australiassa on käytössä MHTS (Mental Health Triage Services), joka tarjoaa 24/7 puhelimitse psykiatrista arviointia. Huolimatta puhelimitse tarjottavien mielenterveyspalveluiden laajasta käytöstä ja puhelimen välityksellä tehtävän mielenterveys-triagen monimutkaisuudesta, ei saatavilla ole aiemmin ollut näyttöön perustuvaa menetelmää, jolla olisi voitu arvioida puhelimitse mielenterveys-triagea harjoittavan henkilön pätevyyttä. Tämä on ollut ongelmallista laadun ja potilasturvallisuuden kannalta. MHTT-CAT-tietokoneohjelman toimintaperiaate tiivistetysti on seuraava: MHTT-CAT-tietokoneohjelma tarvitsee aina harjoittelijan ja kouluttajan. Kouluttaja kuuntelee tuplakuulokkeiden avulla harjoittelijaa hänen tehdessään puhelin-triagea. Puhelin-triagen aikana MHTT-CAT tallentaa harjoittelijan tekemät klikkaukset sekä kouluttajan havainnot ja analysoi ne. Näiden pohjalta se tekee lyhyen yhteenvedon niistä odotetuista seulontakohteista, joita harjoittelija ei puhelun aikana arvioinut. Palautteessa ehdotetaan myös mahdollisia lisäseulontakysymyksiä ja -arviointialueita, jotka ovat olennaisia puhelun aikana esiin nousseeseen pääongelmaan, mutta joita ei arvioitu puhelun aikana. Suuri osa MHTT-CAT-työkalua testanneista kokeili sitä sekä

harjoittelijana että kouluttajana. Saatu palaute osoitti, että työkalu koettiin hyödylliseksi sekä aloittelijoiden koulutukseen että ammatilliseen kehittymiseen vertaisoppimisen kautta. Tutkimuksen tulosten mukaan MHTT-CAT on tehokas ja hyväksyttävä työkalu puhelimitse tapahtuvan mielenterveys-triagen koulutukseen sekä osaamisen arviointiin. (Sands, Elsom, Keppich-Arnold ym. 2016.)

Herbeck Belnapin ym. (2014) tutkimuksessa oli tavoitteena luoda ja testata elektroninen, puhelimen välityksellä toteutettava itsemurhariskin arviointiprotokolla SRMP (Suicide Risk Management Protocol). SRMP kehitettiin avustamaan hoitotyöntekijöitä riskipotilaiden tunnistamisessa, kiireellisyysluokittelussa ja jatkotoimenpiteiden määrittelyssä. Tutkimus toteutettiin seitsemässä Pittsburghin alueen sairaalassa post-operatiivisille CABG (Coronary Artery Bypass Graft) -potilaille (n = 302) vuosina 2004–2007. Potilaat arvioitiin 2 viikkoa kotiutumisen jälkeen ja uudelleen 2, 4 ja 8 kuukauden kuluttua. Tutkimusjakson aikana tehtiin yhteensä 1069 puhelinarviota, joissa 139 tapauksessa potilaalla oli itsemurha-ajatuksia tai aikomus itsensä satuttamisesta. Valtaosassa tapauksista (86 %) potilaat tunnistettiin heidän täyttämistään PHQ-9- tai HRS-D-kyselyistään. Jos tutkimusarvioitsija syötti potilaan myönteisen vastauksen itsemurhakysymykseen HRS-D:ssä (“This past week, have you been thinking about death or dying?”) tai PHQ-9:ssä (“Over the last two weeks, have you had thoughts that you would be better off dead or of hurting yourself in some way?”), käynnistyi SRMP automaattisesti. Jos potilas ilmaisi itsemurha-ajatuksia spontaanisti, tutkimusarvioitsijan tuli käynnistää SRMP manuaalisesti. Passiivinen kuolemantoive, kuten “Toivon etten heräisi aamulla”, sen sijaan keskeytti SRMP:n. SRMP kerää systemaattisesti olennaista tietoa itsemurha-ajatuksista, kuten esimerkiksi riskitekijöistä, itsensä vahingoittamisen suunnitelmista, keinojen saatavuudesta, sekä luokittelee tarvittaessa asianmukaisen hoitotason. SRMP:n aikana vastaukset syötetään suoraan sähköiseen järjestelmään, joten ne ovat helposti saatavilla. Tämä vähentää tarvetta kuormittaa potilasta toistuvilla kysymyksillä sekä helpottaa ja nopeuttaa arviointia ja dokumentointia. Tutkimuksen aikana SRMP käynnistettiin 103 arvioinnissa ja itsemurhariskin taso luokiteltiin

kohtalaiseksi tai korkeaksi kymmenessä arvioinnissa. Kuvassa 2 on esillä SRMP:n toimintaperiaate (kuva 2). (Herbeck Belnap ym. 2014.)



Kuva 2. Suicide Risk Management Protocol (SRMP). Käytetyt lyhenteet: HRS-D (Hamilton Rating Scale for Depression), PHQ-9 (9-item Patient Health Questionnaire), SSI (Scale for Suicide Ideation) (Herbeck Belnap, B., Schulberg, H.C., He, F., Mazumdar, S., Reynolds III, C.F. & Rollman, B.L. 2014.)

Herbeck Belnap ym. (2014) tulivat tutkimuksessaan siihen tulokseen, että SRMP onnistui ohjaamaan systemaattisesti ja turvallisesti arvioitsijana toimivaa hoitotyön ammattilaista. Tutkimusjakson aikana ei havaittu ainuttakaan kuolemaa, psykiatrista hoitojaksoa tai päivystyskäyntiä, joka olisi aiheutunut itsetuhoisesta käytöksestä. Kuitenkin, vaikka SRMP on toimiva itsemurha-ajatusten seulontamenetelmä masennuksesta kärsiville henkilöille, se ei välttämättä ole yhtä tehokas ja toimiva arvioimaan vakavista mielenterveysongelmista, kuten esimerkiksi skitsofreniasta, kärsiviä henkilöitä. (Herbeck Belnap ym. 2014.)

### 6.3 Erotusdiagnostiikka

Amerikkalaiset Dennis ja Davis (2021) esittivät tutkimuksessaan lyhyen ja tehokkaan seulontamenetelmän toimivan päällekkäisten häiriöiden ja piilevien sairauksien esille tuomiseen. Dennis ja Davis totesivat artikkelissaan päihteiden käytön ja muiden mielenterveyden häiriöiden olevan tyypillisesti samanaikainen ilmiö ja usean eri sairauden ilmentyminen mielenterveyshäiriön kanssa samaan aikaan olevan tutkitusti hyvin yleistä. 1–2 tunnin mittainen puolistrukturoitu seulontamenetelmä GAIN-1 on ollut Amerikassa ja Kanadassa tuhansien päihdevieroitusta tarjoavan klinikan käytössä hoidon aloituksen ja arvioinnin välineenä. Vahvaan näyttöön perustuva työkalu ilmiantaa potilaan muita mahdollisia ongelmia, riskejä ja aktiivisia tai remissiovaiheessa olevia sairauksia. GAIN-1:n tilalle on suunniteltu supistettu versio GAIN-Q3, joka säästää aikaa, mutta nostaa tehokkaasti riskit esille. GAIN-Q3:ssa on alle neljäsosa kysymyksistä GAIN-1:een verrattuna ja sen täyttämiseen kuluu aikaa vain 15–20 minuuttia. Tutkimuksen mukaan GAIN-Q3 on tehokas työkalu täysimittaisen tilalle kliinikoiden päätöksenteon tueksi ajansäästön näkökulmasta eikä sitä käyttämällä tutkimustulosten mukaan jää tärkeää informaatiota potilaasta saamatta. Instrumentti on suunniteltu henkilöstön käyttöön erilaisissa ympäristöissä. Seulontamenetelmän syvin tarkoitus on nostaa ”punaisia lippuja” potilasta arvioivalle ammattilaiselle. GAIN-Q3:n avulla potilaat saadaan ohjattua yksilölliseen jatkohoitoon ottaen huomioon seulonnan myötä nousseet mahdolliset piilevät riskit ja moniongelmat. (Dennis & Davis 2021.)

Amerikassa diagnosoituja mielenterveyshäiriöitä esiintyy miljoonilla ihmisillä, ja koska monet häiriöstä kärsivät eivät ole päässeet hoidon piiriin, ajautuvat he hakeutumaan päivystysvastaanoille avuntarpeessa.

Päivystysvastaanottojen ruuhkautumisen helpottamiseksi psykiatrisia potilaita varten on luotu triage-työkalu, minkä avulla turhat totutusti tehdyt laboratoriotutkimukset vähenevät, psykiatriseen hoitoon pääseminen nopeutuu ja päivystyksessä vietetty aika pienenee. Uhlenbrock ym. (2018) nostivat retrospektiivisessä yleiskatsauksessa esille TAPS:n (Triage Algorithm for Psychiatric Screening) käyttökelpoisuuden ja hyödyllisyyden toistaen Millerin ym. alkuperäistutkimuksen. TAPS:n (kuva 3) avulla poissuljetaan

psykiatristen potilaiden somaattiset akuutit ongelmat *kyllä-ei* –vastauksilla. TAPS:n tulos on vain kuuden kriteerin taktiikalla laskettavissa ja algoritmi itsessään antaa ohjeistusta kunkin osa-alueen pisteytykseen. Kaikkien kuuden kriteerien yhteistuloksen ollessa 0 (kaikki vastaukset ei), potilaan voidaan todeta olevan ei-kiireellinen ja ohjata hänet päivystyksestä psykiatrisen hoidon piiriin. Uhlenbrockin ym. tutkimuksessa todetaan TAPS:n olevan kliinisesti hyödyllinen väline erottamaan ja sulkemaan pois psykiatristen syiden vuoksi päivystyshoitoon ajautuvien potilaiden somaattiset, lääketieteelliset syyt. TAPS algoritmit ovat nähtävillä kuvassa 3 (kuva 3). (Uhlenbrock ym. 2018.)

Patients may go directly to the EBH if all of the following questions are answered NO:		
1. Age >65?	YES	NO
2. Abnormal Vital Signs?		
T >100.4°C	YES	NO
HR >100 or <60	YES	NO
SBP >180 or <100	YES	NO
DBP >100 or <60	YES	NO
RR <10 or >24	YES	NO
3. Patient has a medical problem as a chief complaint?	YES	NO
4. Hallucinations or delusions with no prior history of the same?	YES	NO
5. Schizophrenia or mental retardation history?	YES	NO
6. Visibly intoxicated or admits to drug or alcohol use within the last 8 hours?	YES	NO

Kuva 3. Triage Algorithm for Psychiatric Screening (Miller, A.C., Frei, S.P., Rupp, V.A., Joho, B.S., Miller, K.M. & Bond, W.F. 2012)

Soares-Weiser ym. (2015) toivat tutkimuksessaan esille tärkeyden psykoottisen potilaan mahdollisimman nopeasta diagnosoinnista. Tutkimuksessa todetaan, etteivät psykoottiset oireet aina esiinny pelkästään skitsofreenikoilla, vaan joskus samankaltaista oirekuvaa esiintyy myös esimerkiksi potilailla, joilla on kaksisuuntainen mielialahäiriö. Soares-Weiser

ym. tutkivat, kuinka tarkasti FRS:ia (Schneider's First Rank Symptoms) käyttämällä voi diagnosoida potilaan skitsofrenian. FRS-tarkastuslistassa on oireita, joita psykoottinen potilas voi kokea: kuuloharhat, ulkopuolisen kykeneminen ohjailemaan ajatuksia, muiden mahdollisuus lukea ajatuksia, somaattiset ja fyysiset hallusinaatiot, harhaluulot- ja käsitykset sekä ulkopuolisen kykeneminen ohjaamaan toimintaa. (Soares-Weiser ym. 2015.)

Soares-Weiserin ym. (2015) katsaukseen mukaan valikoituneista tutkimuksista useissa ei suoranaisesti diagnosoitu skitsofreniaa FRS:n perusteella, vaan mitattiin FRS-oireiden esiintyvyyttä. Soares-Weiserin ym. tutkimus osoitti FRS-tarkastuslistan olevan kohtalaisen hyödyllinen työkalu erottamaan vaikeasti mielenterveyshäiriöiset ja ohjaamaan heidät jatkotutkittavaksi. Tutkimuksessa todetaan FRS:n soveltuvan erityisesti triagehoitajan käytettäväksi ensiarviota tehtäessä ja etenkin matalan- ja keskitulotason maissa, joissa psykiatriin tutkittavaksi on pitkä jonotusaika. Tutkimus varoittaa tekemästä diagnosoimista pelkän FRS:n varassa, koska pelkästään sitä käyttämällä yli- tai alidiagnosoimista voi tapahtua. Soares-Weiser kumppaneineen tukeekin katsauksessaan diagnosoimista muina apuvälineinä käytettävän ICD-kriteeristöä sekä DSM-manuaalia (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder). Tutkimuksen mukaan FRS:ia käyttämällä voi erottaa skitsofrenian muista mielenterveydenhäiriöistä. Luotettavimmin työkalun avulla lokeroituu toisistaan erilleen mahdolliset skitsofreniapotilaat ja non-psykoottiset potilaat. FRS toimii tutkimuksen mukaan paremmin skitsofrenian poissulkevana työkaluna. Taulukossa 3 on nähtävillä Schneiderin FRS (taulukko 3). (Soares-Weiser ym. 2015.)

Taulukko 3. Schneider First Rank Symptoms

First rank symptom	Definition	Example
Auditory hallucinations	Auditory perceptions with no cause. These auditory hallucinations have to be of particular types:	
	hearing thoughts spoken aloud	"I hear my thoughts outside my head."
	hearing voices referring to himself/herself made in the third person	"The first voice says 'He used that fork in an odd way' and then the second replies 'Yes, he did'".

	auditory hallucinations in the form of a commentary	"They say 'He is sitting down now talking to the psychiatrist'".
Thought withdrawal, insertion and interruption	A person's thoughts are under control of an outside agency and can be removed, inserted (and felt to be alien to him/her) or interrupted by others.	"My thoughts are fine except when Michael Jackson stops them."
Thought broadcasting	As the person is thinking everyone is thinking in unison with him/her.	"My thoughts filter out of my head and everyone can pick them up if they walk past."
Somatic hallucinations	A hallucination involving the perception of a physical experience with the body	"I feel them crawling over me."
Delusional perception	A true perception, to which a person attributes a false meaning.	A perfectly normal event such as the traffic lights turning red may be interpreted by the patient as meaning that Martians are about to land.
Feelings or actions experienced as made or influenced by external agents	Where there is certainty that an action of the person or a feeling is caused not by themselves but by some others or other force.	"The CIA controlled my arm."

(Soares-Weiser, K., Maayan, N., Bergman, H., Davenport, C., Kirkham, A.J., Grabowski, S., Adams, C.E. & Cochrane Schizophrenia Group. 2015)

#### 6.4 Riskin arviointi ja tunnistaminen

Päivystysosastojen jatkuva lisääntyvä potilasvirta ja pidentyneet odotusajat nostavat esille tarpeen ja tärkeyden helppokäyttöisestä, tarkkuutta ja täsmällisyyttä osoittavasta triage-työkalusta. Useat jo käytössä olevat viisitasoniset triage-asteikot, kuten Australian Triage Scale (ATS), Manchester Triage System (MTS) ja Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS) eivät kuitenkaan ole alunperin kehitetty mielenterveyshäiriöisten potilaiden arviointiin. Amerikkalaistutkimuksen mukaan mielenterveys- ja päihdehäiriöisten ensimmäinen kontakti on useimmiten päivystysyksiköissä ja nämä käynnit ovat jatkuvasti kasvussa. (Brown & Clarke 2014.)

Italialaisessa tutkimuksessa Curto ym. (2018) tähtäsivät tutkimaan triagehoitajien ensiarvioinnissa käyttämän SCL-90-oirekyselykaavakkeen ydinkohtia tunnistamaan varhaiset riskit ja ennakoimaan haittavaikutuksia. SCL-90 on Leonard Derogatisin ym. jo 1976 kehittämä psykopatologisten oireiden

arviointityökalu, missä potilas itse täyttää kyselylomakkeen. Curto ym. huomasivat tutkimuksessaan, että kuusi lomakkeen ydinkohtaa johdattelivat tunnistamaan riskit. Tutkimuksessa riskeiksi luettiin tutkittavien päätyminen itsemurhayritykseen tai psykiatriseen hoitoon kolmen kuukauden sisällä ensiarviosta. Supistettu kuuden osa-alueen SCL-6 nostaa riskit esille kuuden kysymyksen avulla 90 sijaan nopeuttaen hektisessä työympäristössä triagehoitajan päätöksentekoa siitä, kuinka kiireellisesti potilaan hoidon tarvetta tulee lisäarvioida. Potilaan ajatukset kuolemasta tai elämän ennenaikaisesta päättämisestä ja itsensä tai toisen ihmisen satuttamisesta nostivat tutkittavat välittömästi kiireellisiksi riskipotilaiksi. Seuraavassa esitetty Curton ym. (2018) poiminnat SCL-90:n kysymyksistä SCL-6:ksi, mitkä nostavat tutkimuksen mukaan merkittävästi potilaan riskintunnistamista;

- *Ajatukset elämäni päättämisestä*
- *En koskaan tunne olevani läheinen toisen ihmisen kanssa*
- *Tunnen olevani niin levoton, etten pysty istumaan aloillani*
- *Ongelmia keskittymisessä*
- *Tunnen olevani kireä tai lukossa*
- *Tunnen olevani huonompi kuin muut*

SCL-6 ei Curton ym. (2018) mukaan pelkästään anna potilaan itsetuhoisuusriskistä ennakkomerkkejä, vaan kysymykset liittyvät mielialahäiriön sekä psykoottisuuden riskien ennakoimiseen ja tunnistamiseen. Italialaistutkimuksen tulokset myötäilevät SCL-6:n olevan tehokas työkalu itsetuhoisuuden ja itsemurhamahdollisuuden tunnistamiseen ja välttämiseen, kun taas psykoottisuuteen ja mielialaan liittyvät kysymykset heijastelevat enemmänkin sairauden tilan vakavuutta. (Curto ym. 2018.)

Tingin ym. (2012) tutkimuksessa tarkasteltiin kahdeksan eri puolilla Yhdysvaltoja sijaitsevan päivystysosaston itsemurhariskin seulontakäytäntöjä. Tutkimukseen valittiin jokaiselta päivystysosastolta satunnaisesti 100 yli 18-vuotiasta potilasta (n = 800), jotka hakeutuivat lokakuussa 2009 päivystysosastolle. Näistä potilaista ainoastaan 39:lle oli tehty itsemurhaseulonta. Suurin osa seulonnoista tehtiin arkipäivisin ja klo 14.01–02.00 välisenä aikana. Tehdyt itsemurhariskin seulonnat osoittivat itsemurhaajatuksia tai -käyttäytymistä 23 potilaalla. Tutkimuksessa mainittiin itsemurhariskiä kohottaviksi tekijöiksi seuraavat ominaisuudet: miessukupuoli,

yli 65 vuoden ikä, psykiatrinen sairaus sekä päihteiden käyttö. Lähes kaikilla seulotuista potilaista (92 %) oli vähintään yksi kohonneeseen itsemurhariskiin viittaava ominaisuus. Tutkimuksesta kävi ilmi, että vaikka mielenterveysongelmilla ja päihteidenkäytöllä oli vahva yhteys itsemurhaseulontaan, niin siitä huolimatta monille näistä ongelmista kärsiville potilaille ei tehty itsemurhaseulontaa. Tämä viittaa siihen, että itsemurhaseulontoja tehdään päivystysosastoilla erittäin valikoivasti ja seulonnan tekeminen perustuu tavallisesti enemmän palveluntarjoajan ominaisuuksiin, kuin potilaan ominaisuuksiin. Tämän epäiltiin johtuvan siitä, että päivystysosastojen henkilökunnalla ei yleisesti ole riittävää osaamista ja koulutusta hoitaa itsemurhavaarassa olevia potilaita. (Ting ym. 2012.)

## **7 POHDINTA JA TULOSTEN TARKASTELU**

Psykiatristen potilaiden hoidon tarpeen arvioinnin menetelmien käyttämisen lähtökohta on tunnistaa vaarat, riskit ja helpottaa kiireellisyysluokituksessa. Riskien tunnistaminen ja kiireellisyysluokittelun tekeminen kulkevat ehdottomasti käsi kädessä alkuarviota tehdessä. Erilaiset mittarit, seulonnat, haastattelupohjat, suositukset ja asteikot ovat kehitetty oireiden voimakkuuden ja häiriöiden tunnistamisen lisäksi helpottamaan hoidon tarpeen arvioijan päätöksentekoa.

Psykiatrisen päivystyksen triage keskittyy olennaisesti potilaan riskinarviointiin. Tutkimusten perusteella riskin tunnistamiseen ja arviointiin on olemassa helppokäyttöisiä ja hyödyllisiä apuvälineitä. GAIN-Q3 nostaa piilevät sairaudet ja riskit tehokkaasti esille ja FRS ilmentää tarkastuslistamaisesti psykoottista oirehdintaa. Riskinarviointiseulontoja ovat sen sijaan elektroninen itsemurhariskin arviointiprotokolla SRMP ja SCL-6-kysymykset, joilla saadaan potilaan sisällä vellova itsetuhoisuus nostettua tehokkaasti esille. SCL-6 ilmentää lisäksi riskin mahdollisesta psykoottisuudesta. (Curto ym. 2018; Dennis & Davis 2021; Herbeck Belnap ym. 2014; Soares-Weiser ym. 2015) Itsetuhoisuuden ja psykoottisuuden tunnistaminen on tärkeää, koska pahimmassa tapauksessa potilaan tai muiden henkilöiden turvallisuus voi vaarantua. Teoriatiedon mukaan akuuteimmissa riskitapauksissa potilas on mielenterveyslakia noudatellen toimitettava tarkkailulähetteellä psykiatriseen

sairaalahoitoon. (Kuhanen ym. 2017; Mielenterveyslaki) Päivystysosastojen triage-hoitaja ei tarkkailulähetettä kirjoita, vaan lääkäri, mutta ollen mahdollisesti potilaan ensimmäinen kontakti, olisikin ehdottoman tärkeää tunnistaa riskit, ennen kuin potilaan tila pahenee.

Tutkimustiedon perusteella hoitajat kokevat epävarmuutta mielenterveyspotilaan kohtaamisissa. Australialaiset Saurman ym. (2011), Kanadalaiset Brown ja Clarke (2014) sekä yhdysvaltalaiset Downey ym. (2015) nostavat esille tutkimuksissaan sen, että päivystysosastojen triage-hoitajat myöntävät kokemattomuutensa ja epävarmuutensa mielenterveyspotilaiden arviointitilanteissa. Tingin ym. tutkimuksessa (2012) itsemurhavaarassa olevien potilaiden hoitamiseen ei koettu tarpeeksi osaamista. Tämä sama ongelma esiintyy kotimaisten tutkimusten mukaan Suomalaisten triage-hoitajien keskuudessa (Wahlbeck 2018) tullen esille jo työn teoriaosuudessa. Mielenterveyspotilaat taas kokevat päivystysyksikön henkilökunnan toimesta tulevansa leimatuiksi, odotusaikojen olevan pidemmät ja tuntevat epäoikeudenmukaisuutta hoitoon pääsyssä ollen mielestään vähemmän tärkeitä somaattisesti sairaisiin tai traumapotilaisiin verrattuna. (Brown & Clarke 2014).

Tutkimusten mukaan kiireellisyyden luokitteluun on kehitetty useita erilaisia apuvälineitä. Sandsin ym. (2013) VDMHTT-työkalun, Downeyn ym. (2015) AEMHS-työkalun, Saurmanin ym. (2011) ympärivuorokautisen videovälitteisen kiireellisyysarvioinnin, Bedan (2018) ja Sæbyen ym. (2017) triage-värikoodistotyökalujen sekä Brownin ja Clarken (2014) e-Triage-sovelluksen koettiin tutkimusten mukaan helpottaneen kiireellisyysluokittelua. Lisäksi Herbeck Belnapin ym. (2014) elektronista riskinarviointiprotokollaa käyttämällä kiireellisyyden arviointityö helpottuu, kun riskit nousevat esille. Myös Uhlenbrockin ym. (2018) TAPS-työkalu arvioi potilaan tilanteen kiireellisyyttä, mutta sen näkökulmana on sulkea pois somaattiset akuutit syyt psykiatrisilta potilailta, joten tätä tarkastellessa mielenterveyshäiriöisten potilaiden kiireellisyyttä ei arvioi triage-hoitaja, vaan potilas siirretään jatkoarvioitavaksi psykiatrisen hoidon tiimiin. Käytettävissä on siis laajasti erilaisia apuvälineitä, joista tutkitun tiedon perusteella olisi hyötyä päivystysyksiköiden potilaskohtaamisissa. Tutkimustulosten mukaan kiireellisyysluokitusten

helpottamiseksi kehitetyt työkalut ovat helppokäyttöisiä eivätkä vie runsaasti arvioijan aikaa.

Ruotsalainen RETTS-PSY (Beda 2018) sekä tanskalainen triage-asteikko (Sæbyen ym. 2017) ovat hyvin samankaltaiset ja hyödyllisiksi osoittautuneet työkalut. Molemmissa kiireellisyysluokkia eli värejä on viisi ja värien järjestys sama punaisesta kiireellisimmästä siniseen vähiten kiireelliseen. Viiteajat ovat samankaltaiset vain pienin eroavaisuuksin väriluokissa oranssi ja vihreä. RETTS-PSY-kaavakkeessa esiintyy myös potilaan päivystykseen saapumisen tiedustelu, eli se, kuinka päivystysvastaanotolle on saavuttu. Se, onko potilas tuotu poliisin tai ambulanssin saattamana vai omin avuin, vaikuttaa suoraan kiireellisyysluokitukseen. Tämä saattaa johtua siitä, että mahdollisesti ensimmäinen potilaan tilanteen arviointi on suoritettu jo ensihoidon tai poliisin toimesta ja riskit on jo tunnistettu.

Saurman ym. (2011) ja Sands, Elsom, Keppich-Arnold ym. (2016) nostavat tutkimuksissaan etätriagen varteenotettavaksi vaihtoehdoksi vastata syrjäseutujen asukkaiden akuutteihin mielenterveysongelmiin. Sands, Elsom, Keppich-Arnold ym. (2016) kertovat, että puhelimitse tarjottavien terveystalveluiden kysyntä on ollut kasvussa. On näyttöä, että puhelimitse tarjottava mielenterveyshoitotyö voi olla tehokas tapa tarjota hoitoa. Etenkin harvaan asutuilla alueilla puhelimitse saatavilla olevat mielenterveystalvelut ovat ratkaisevassa asemassa, jotta potilaille pystytään tarjoamaan hoitoa oikea-aikaisesti. Puhelimitse saatavilla olevat mielenterveystalvelut vähentävät myös talveluiden saatavuuden alueellista epätasa-arvoa. (Saurman ym. 2011; Sands, Elsom, Keppich-Arnold ym. 2016.) Herbeck Belnapin ym. (2014) puhelinvälitteinen työkalu itsemurhariskin tunnistamiseen lisäsi tutkimuksen mukaan hoitotyön ammattilaisten riskinarviointikykyä. Puhelintriagen käyttökelpoisuus myötäilee teoriaamme siltä osin, että etäkontaktin avulla voidaan arvioida potilaan tilanteen kiireellisyyttä eivätkä päivystysosastot ruuhkaannu potilailla, jotka voivat odottaa hoitoon pääsyä (STM 2020). Opinnäytetyön teoriaosuudessa esiteltä Sandsin, Elsomin, Colgaten ym. (2016) UK Mental Health Triage Scale (kuva 1) antaa erittäin selkeän toimintamallin taulukkomuodossa, jossa värikoodiluokituksiin on jaoteltu tyypilliset oireet, kiireellisyysluokitus, välittömät toimenpiteet ja

jatkoahoito-ohjeet. Tällaisen ohjeistuksen mukaisesti triage-hoitajan olisi ehkä luottavaisempaa ja ehdottomasti nopeampaa ryhmitellä mielenterveyshäiriöiset potilaat oikeisiin kiireellisyysluokkiin ja ohjeistaa tarpeelliseen jatkoahoitoon.

Tulokset tukevat teoriaamme siinä, että psykoottinen potilas luokitellaan kiireelliseksi. Sandsin ym. (2013) mukaan käyttämällä Australasian Triage Scalea lokeroituvat psykoottisista oireista kärsivät kiireellisyysluokkaan 2. Tanskalaisessa triage-asteikossa psykoottinen oireilu esiintyy kategoriassa keltainen, joka on lievin kiireellinen kiireellisyysluokka punaisen ja oranssin jälkeen. (Sæbye ym. 2017). Psykoosi määritellään jo teoriaosuudessa Huttusen (2018) mukaan mielisairaudeksi, mikä saattaa tilannekohtaisesti täyttää tarkkailulähetteen kriteeristöt (ks. Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116). STM:n kiireettömän hoidon perusteiden mukaan akuutti psykoottinen häiriö on kiireellisyysluokassa kiireellinen, mikä tarkoittaa sitä, että ellei kyseisessä yksikössä jostain syystä arvioida hoidon tarvetta kiireelliseksi, on konsultaatio tapahduttava 1–7 vuorokauden sisällä. (STM 2019). Psykoosi ja psykoottisuus saattavat olla kiireellisyysluokituksessa haastavaa päätöksentekoa triage-hoitajille, mutta tärkeää onkin toimia aina oman yksikön ohjeistuksen mukaan. Psykoottisen oirehdinnan tunnistamiseen on tutkimusten mukaan olemassa apuvälineitä, joten näistä FRS ja SCL-6 saattaisivat olla varteenotettavia tukemaan oireiden tunnistamista. (Curto ym. 2018; Soares-Weiser 2015.)

Dennis ja Davis (2021) nostavat huoleksi sen, että samaan aikaan useaa eri sairautta sairastavien hoidon aloitus ja hoitoon sitoutuminen voi viivästyä, mikäli diagnooseja ei tunnisteta. Tämä taas voi johtaa esimerkiksi lisääntyvään stressiin, rikollisuuteen tai somaattisiin ongelmiin. Dennis ja Davis harmittelivat tutkimuksessaan sitä, että useat käytössä olevat seulontamenetelmät keskittyvät vain yhteen ongelmaan kerrallaan tai ovat joko liian suppeita tai liian laajoja vieden runsaasti päätöksentekijän aikaa. Heidän tutkimansa GAIN-Q3 nostaa mahdollisesti piilevät ja päällekkäiset häiriöt tehokkaasti esille, samoin kuin jo teoriaosuudessa mainittu SCL. (Dennis & Davis 2021; Jääskeläinen & Miettunen 2011.)

Dennisin ja Davisin tutkimustulokset (2021) tukevat teoriaamme siitä, että mielenterveyden ongelmat ja päihdeongelmat kulkevat useasti käsi kädessä (Aalto & Vormo 2013). Tingin ym. tutkimus (2012) osoitti päihteiden käytön olevan itsemurhariskiä kasvattava tekijä, mikä nousee jo teoriaosuudesta esille Depression Käypä hoito -suosituksesta (Depressio 2021) sekä Lönnqvistin ym. teoksesta (2021). Mielenterveyshäiriöisten arvioinnissa on hyvä seuloa päihdeongelmien mahdollisuus ja päihderiippuvaisten arvioinnissa mielenterveyden ongelmat. Päällekkäiset sairaudet erotetaan, kun ymmärretään moniongelmaisten yleisyys ja käytetään seulontavälineistöä. Potilaiden itsetuhoiset ajatukset ja käyttäytyminen olisi hyvä saada esille itsemurhien ja niiden yritysten vähentämiseksi. Tähän voisi toimia apuvälineenä itsetuhoisuuden seulonnat, joita voisi rohkeasti käyttää, etenkin jos ammattilainen tuntee ja tunnistaa itsemurhariskiä kasvattavat tekijät.

Italialaistutkimuksessa Curto ym. (2018) muokkasivat jo vuosikymmeniä toimivaksi todettua SCL-90-oirekyselytyökalua riskintunnistamiskäyttöön ja saivat löydettyä ydinkohdat, joilla itsemurhariski ja lisähaittavaikutukset voidaan sujuvasti tunnistaa. Tutkimukseen otettiin mukaan runsaasti potilaita, mutta arvioinnin kohteiksi valittiin pelkästään vapaaehtoisesti psykiatrasta hoitoa itselleen hakevat potilaat. Ymmärrettävää on, että tällaisista potilaista löytynee suoraan aineisto mielenterveyden heilahduksista kärsivistä yksilöistä. Mutta entä ne potilaat, jotka hakevat apua somaattisiin oireisiinsa, mutta sisällä vellovat itsetuhoiset ajatukset. Tiettyjen hälytyskellojen soidessa triagehoitajan hoidon tarpeen arvioinnissa, voisi ripeästi täytettävä SCL-6 toimia myös päivystysvastaanotoilla, joissa potilaat useimmiten joutuvat tovin odottamaan vuoroaan. Tutkimus tukee teoriaamme itsemurhariskin arvioinnin tärkeydestä, mutta Suomalaiset sekä Lönnqvist ym. (2021) että Partonen ja Solin (2017) kannattavat itsemurhariskin tunnistamisessa perinteistä haastattelua, vaikka useita mittareita onkin apuvälineenä.

Italialaistutkimuksessa haastattelu ja SCL-90-arviointilomake olivat yhtenäinen kombinaatio potilaskohtaamisessa psykiatrisen sairaanhoitajan kanssa. Australialaisista Saurmanin ym. (2011) ja Sandsin, Elsomien, Keppich-Arnoldin ym. (2016) sekä Yhdysvaltalaisesta Downeyn ym. (2015) tutkimuksista nousi esiin, että yksi yleisimmistä mielenterveysperusteisista syistä hakeutua päivystysvastaanotolle tai puhelinarviointiin, oli itsetuhoisuus sekä

itsemurhariski. Sands, Elsom, Keppich-Arnold ym. kertovat myös, että useissa tapauksissa itsemurhaan päätyneet ihmiset olivat äskettäin olleet yhteydessä mielenterveyspalveluihin. (Saurman ym. 2011; Sands, Elsom, Keppich-Arnold ym. 2016.)

Tutkimustulosten perusteella itsetuhoisesti käyttäytyvä ja muille vaaraksi oleva potilas ohjautuu välittömästi kiireellisyysluokituksessa kiireelliseksi (Curto ym. 2018; Sæbyen ym. 2017; Sands ym. 2013). Samalla tavalla itsetuhoiset nousevat välittömästi hoitoa tarvitseviksi työn teoriaosuudessa esille tulleessa Iso-britannialaisessa UK Mental Health Triage Scalessa. Itsetuhoisesta käyttäytymisestä ja itsetuhoisista ajatuksista kysymistä potilailta olisikin varmasti syytä nostaa vielä enemmän sosiaali- ja terveydenhuollon koulutusohjelmissa harjoiteltaviksi asioiksi. Näin välttyttäisiin ”tabu”-ajattelulta eikä tärkeä ja helposti esille otettava asia jäisi nopean kohtaamisen jalkoihin.

Dennis ja Davisin (2021) tutkimuksessa tutkittavien aikuisten keski-ikä oli vain 31 vuotta, mikä saattaa olla syynä siihen, että tulosten tarkkuus ja tutkimuksen johdonmukaisuus jäi kahdessa seulassa kymmenestä (riskikäyttäytyminen ja stressin aiheuttajat) tyypillisesti hyväksytyjen tasojen alapuolelle.

Riskikäyttäytymisseulassa kysymykset sisältävät HIV-riskikäyttäytymistä ja -kohteeksi joutumista niin fyysisenä, seksuaalisena kuin emotionaalisenakin muotona eli eivät kallistu itsemurha- tai psykoosiriskin arviointilokeroon. GAIN-Q3-seulan kysymysten tulee kokonaisuudessaan olla seulankäyttäjälle tutut. On selvää, että GAIN on suunnattu päihderiippuvaisille, mutta tiputtamalla tiettyjä kysymyssarjoja pois, voisi GAIN-Q3 olla oiva triage-väline jopa päivystyskäyttöön mielenterveys-päihdepotilaiden arviointeihin. Triage-hoitajia tulisi tuki kouluttaa seulontamenetelmän käyttöön, jotta työkalua olisi mahdollista tietyissä potilaskohtaamisissa hyödyntää. Hälytysmerkit useasta eri päällekkäissäairaudesta saattaisivat paljastua GAIN-Q3 käyttämällä.

Amerikkalaistutkimuksessa luotettavaksi käyttökelpoiseksi työkaluksi arvioitu GAIN-Q3 tukee teoriaamme siinä mielessä, että seulaa käyttämällä nousevat esille mahdolliset kiputilat, uniongelmat ja huoli fyysisestä terveydestä, ahdistus- ja masennusoireet, itsetuhoiset ajatukset, hallusinaatiot ja traumakokemukset (Dennis & Davis 2021). Psykkisiä oireita saattaa

teoriankin mukaan ilmentyä somaattisissa sairauksissa (Partonen & Solin 2017).

Sen sijaan somaattisten sydiden poissulkemiseen ja jatkohoidon suunnannäyttöön päivystysvastaanotoilla on Uhlenbrockin ym. (2018) tutkimuksen mukaan TAPS hyödyllinen työkalu. TAPSia käyttämällä ensiarvioinnissa voi psykiatriset potilaat ohittaa pitkittyneen päivystysvastaanotto-odottelun. Tutkimuksen tarkasteluun mukaan otetut potilaat, joiden päivystyskäynnin diagnosointi ei ollut somaattista eikä vaatinut hoitotoimenpiteitä akuuttiin lääketieteelliseen syyhyn, viettivät päivystyksessä keskimäärin 409 minuuttia. (Uhlenbrock ym. 2018.) TAPS:n kriteeristöissä keskitytään samoihin asioihin, kuin teoriaosuudessa Holmberg (2016), Kuhanen ym. (2017) ja Vuorilehto ym. (2014) potilaan haastattelutilanteen tiedonkeruussa sekä potilaan ulkoisen olemuksen, sairaudentunnon ja orientaation avulla esimerkiksi hallusinaatioiden olemassaoloa, joihin sekä TAPS-algoritmi, että Kuhanen ym. (2017) pyytävät kiinnittämään huomiota. TAPS on kiireelliseen päivystysyksikön ympäristöön varmasti oiva työkalu. Helppokäyttöisen ja selkeän TAPSin avulla vähemmänkin psykiatrisia potilaita kohdanneet triage-hoitajat osaisivat ainakin poissulkea lääketieteelliset syyt ja ohjata potilaat tarkoituksenmukaiseen jatkohoitoon säästäten tarpeettomia laboratoriotestejä vähentäen yksiköiden ruuhkautumista ja potilaiden sairaalassaoloaika.

Kultaista standardia skitsofrenian diagnosoimiseen ei vielä ole olemassa (Soares-Weiser ym. 2015). Soares-Weiserin ym. (2015) katsaukseen mukaan otetuista tutkimuksista yli puolessa ilmoitetaan mahdollinen skitsofrenia löydöksenä silloin, kun yksikin FRS-oire näyttäytyy potilaassa. Tutkimus ei luotettavasti ohjaa käyttämään FRS:ia tarkastuslistana etenkin hyvinvointivaltioissa, joissa psykiatrin arvioon pääsee kohtuullisessa ajassa, mutta muistuttavat sen käyttökelpoisuudesta triage-hoitajan työssä. (Soares-Weiser ym. 2015.) Huttunen (2018) mukaan ohimenevät harha-aistimukset eivät aina ole merkki hoitoa vaativasta sairaudesta ja Vuorilehto ym. (2014) sekä Huttunen (2018) muistuttavat otettavan huomioon muutkin mahdollisesti painavat syyt psykoottiseen käytökseen, esimerkiksi päihteet ja somaattiset syyt. (Huttunen 2018; Vuorilehto 2014.) Skitsofrenian spesifinen diagnoosi

voidaan tehdä vasta useiden kuukausien tutkimus- ja tarkkailujakson jälkeen (Soares-Weiser ym. 2015), joten FRS voi toimia käyttökelpoisena muistilistana psykoottisen potilaan kohdalla esimerkiksi päivystys- tai ensihoitotilanteessa, kuten jo teoriaosuudessa esille tulleissa SIPS-haastattelussa sekä PROD-seulassa. FRS:ssa on myös napakasti ja lyhyesti esitetty skitsofreniassa tavallisimpia käyttäytymismalleja ja oirehdintaa.

## 7.2 Työn luotettavuus ja eettisyys

Tutkimusta tehdessä tekijät noudattavat hyvää tieteellistä käytäntöä eli tutkimusetiikkaa. Tällä tarkoitetaan sitä, että tiedonhankinta- ja tutkimusmenetelmät ovat tiedeyhteisön hyväksymiä ja koko tutkimustyö tehdään huolellisesti ja rehellisesti. Hyvän tieteellisen käytännön mukainen tiedonhankinta on sitä, että se perustuu tutkijan käyttämiin asianmukaisiin tietolähteisiin, aiheen tieteelliseen kirjallisuuteen, riittäviin laboratoriotutkimuksiin, havainnointiin sekä oman työn analysointiin. Hyvä tieteellinen käytäntö edellyttää vilpittömää toimintaa toisia tutkijoita kohtaan kunnioittaen heidän työtään ja saavutuksia. Tämä otetaan huomioon merkitsemällä lähdeviitteet tarkasti sekä tuomalla omat ja toisten tutkimustulokset totuudenmukaisesti sekä tarkasti työssä esille. (TENK 2013; Vilkka 2021.)

Tutkimuseettinen neuvottelukunta TENK on luonut hyvän tieteellisen käytännön ohjeen tavoitteenaan edistää hyvää tieteellistä käytäntöä ja ennaltaehkäistä tieteellistä epärehellisyyttä. Ohjetta sitoudumme noudattamaan ammattikorkeakoulujen opinnäytetöissämme. Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE on toimielin, joka lisäksi antaa tarvittaessa yksityiskohtaisempaa eettistä ohjeistusta tutkijalle. (TENK 2013.)

Validiteetin ja reliabiliteetin avulla tarkastellaan tutkimustyön luotettavuutta. Validiteetilla tarkoitetaan tutkimuksen pätevyyttä, mikä syntyy mm. mahdollisimman tarkkoilla käsitteiden määrittelyillä ja minimaalisilla systemaattisilla virheillä. Tulosten tarkkuus eli reliabiliteetti tarkoittaa sitä, että toisen tutkijan toistaessa sama tutkimus saadaan yhtäläinen tutkimustulos.

Tutkimuksen luotettavuutta on arvioitava työn jokaisessa vaiheessa ja jokaisen valinnan kohdalla. Tutkijan omat mielipiteet tai arvot eivät saa vaikuttaa tutkimuksen etenemiseen tai valintoihin. (Vilkkä 2021.)

Opinnäytetyön kirjoittajan on tärkeää huomioida lähdekritiikki valitessaan käytettävää lähdekirjallisuutta. Kriittisyyteen tulee pyrkiä sekä lähteitä valitessa että niitä tulkitessa. Erityisesti huomiota tulee kiinnittää seuraaviin asioihin lähdekirjallisuutta valitessa: Kirjoittajan tunnettuus ja arvostettavuus, lähteen ikä ja lähdetietojen alkuperä, lähteen uskottavuus ja julkaisijan arvovalta sekä totuudellisuus ja puolueettomuus. (Hirsjärvi ym. 2010, 113–114.) Mukaan kirjallisuuskatsaukseen valitusta tutkimuksista on tärkeää tutkia käytetyt lähdeviitteet ja niiden tuoreus. Arvoa lähteelle antaa myös se, että se on vertaisarvioitu, *peer-review*. Näillä keinoin kirjallisuuskatsauksen tekijä voi arvioida käytetyn lähteen laatua. (Oliver 2012, 44–46.)

Tässä opinnäytetyössä lähdekritiikki on huomioitu arvioimalla käytettyjä lähteitä koko opinnäytetyöprosessin ajan. Lähteitä tarkasteltiin niiden kirjoittajan, julkaisijan, julkaisumaan, julkaisuvuoden ja julkaisutyypin perusteella. Opinnäytetyöntekijät valikoivat mukaan vain tutkimukset ja artikkelit, mitkä täyttivät laatukriteeristön. Yhtä lukuun ottamatta jokainen katsaukseen valikoitunut tutkimus ja artikkeli oli vertaisarvioitu.

Vertaisarvioitujen tutkimusten lisäksi mukaan valikoitui sisältönsä perusteella Malmön yliopistossa tehty opinnäytetyö, joka vastaa tasoltaan suomalaista ylemmän ammattikorkeakoulun opinnäytetyötä. Laadunarvioinnin suorittivat opinnäytetyöntekijät itse, mikä saattaa heikentää kirjallisuuskatsauksen luotettavuutta. Tutkimusaineisto opinnäytetyön teoriaosuuteen on haettu luotettavista lähteistä käyttäen tieteellistä ammattikirjallisuutta ja tarkkaan arvioituja, asianmukaisia elektronisia lähteitä. Lisäksi kaikki mukaan valittu tutkimustieto on alle kymmenen vuotta sitten julkaistua.

Tässä opinnäytetyössä lähdeviitteet on merkitty tarkasti aineistoon, mikä lisää työn luotettavuutta. Näin myös käytetyn aineiston alkuperäiset tekijät tuodaan esille ja heidän saavutuksiaan kunnioitetaan. Lähdeviittaukset ja lähdeluettelo on pyritty mahdollisimman tarkasti tekemään Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulun opinnäytetyöohjeen mukaisesti. Opinnäytetyöntekijät

pyrkivät tutkimuksia valitessaan minimoimaan omat oletuksensa, jotta tutkimuksen eteneminen olisi mahdollisimman objektiivista. Luotettavuutta opinnäytetyölle lisää se, että tekijöitä on kaksi, vaikkakin heikentävänä seikkana voi pitää sitä, että opinnäytetyö on molempien tekijöiden ensimmäinen.

Opinnäytetyössä on käytetty kotimaisen kirjallisuuden lisäksi englannin- ja ruotsinkielistä aineistoa, joten kielenkääntäminen voi vaikuttaa negatiivisesti luotettavuuteen, vaikka opinnäytetyön tekijät arvioivat kielitaitonsa tieteellisen tekstin kääntämiseen kohtalaiseksi. Jokainen kirjallisuuskatsaukseen mukaan valikoitunut tutkimus ja tutkimusartikkeli oli kansainvälinen, joten käännöstyötä oli runsaasti. Kaikki tutkimukset pyrittiin käymään läpi huolellisesti ja termistön kääntämisen apuna käytettiin MOT-sanakirjastoa, Google-kääntäjää ja Google-hakupalvelua. Tarkkaan pyritystä tutkimusten valinnasta huolimatta on mahdollista, että jokin tutkimus jäi huomioimatta. Mahdollista on myös, että joitakin olennaisia tutkimuksia jäi kirjallisuuskatsauksen ulkopuolelle, mikäli niissä oli käytetty eri termejä, kuin mitä opinnäytetyön tekijät käyttivät tietokantahauissa.

### **7.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset**

Tulokset ja teoria olivat yhdensuuntaisia riskinarvioinnin tärkeydestä. Riskinarviointi taas antaa suuntaviivat kiireellisyyden luokitukseen hoitoon ohjaamisessa. Mielenterveyspotilaiden akuutti, päivystysluontoinen hoidontarpeen arviointi, eli triage, tarvitsee käyttöönsä menetelmiä, jotta ammattilaisten epävarmuus hoitoon ohjauksessa vähenee.

Tutkimukset antoivat tuloksiksi varsin erilaisia näkökulmia ja menetelmiä, joista kuitenkin suurintakaan osaa käytännön työssä käytössä olevista menetelmistä ei tuloksiin saatu. Opinnäytetyö ei anna täydentävää ja selkeää listausta käytössä olevista menetelmistä, kuten opinnäytetyöntekijät toivoivat kirjallisuuskatsausten tulosten synnyttävän rakennettavaksi. Opinnäytetyössä esille tuotuja menetelmiä ja työkaluja voisi kuitenkin Suomessakin hyödyntää mielenterveystyössä etenkin päivystysolosuhteissa, joskin niiden käyttökelpoisuutta eri yksiköissä tulisi kokeilla. Tutkimustulokset sekä teoria

ilmentävät päivystysosastojen ruuhkautumista sekä ammattitaidottomuutta mielenterveyshäiriöisten kohtaamisessa, joten jotkin työkalut varmasti olisivat testaamisen arvoisia auttaen niin hoitotyöntekijöitä kuin organisaatioitakin.

Tutkittua tietoa kiireellisen hoidon tarpeen arvioinnin menetelmistä löytyi vähäisesti. Etenkin käyttökelpoisia potilaan haastattelun apuvälineitä, kuten muistilistoja jäimme kaipaamaan. Jatkotutkimuskohteeksi voisikin ehdottaa tällaisen muistilistan luomista ja sen testaamista triage-hoitajilla. Edelleen tuntuu, että arvioinnin apuvälineinä on kymmeniä erilaisia kyselyjä ja seuloja, mutta niiden saatavuus on etsimisen takana. Nykytekniikalla voisikin saada esimerkiksi kunkin valtion käyttöön hyväksytyt työkalut yhden internetsivun alle. Tämä helpottaisi ammattilaisia valikoimaan tarvittaessa käyttöönsä monipuolisia apuvälineitä yksilöllisiin tarpeisiin nopeasti ja yksinkertaisesti.

Kun ajattelemme päivystyspoliklinikan triage-hoitajaa tai päivystävää lääkäriä, on ilmeistä, että potilaan hoidon tarpeen arviointi tai kiireellisyysluokittelu on erilaista somaattisesti apua tarvitsevan ja mielenterveydellisesti päivystykseen ajautuneen potilaan välillä. Mielenterveyspotilaiden kiireellisyyden luokitteluun on tutkimustulosten perusteella useita apuvälineitä, mutta syy vaihtelevuuteen luokitusten tekemisessä eri yksiköiden välillä lienee se, ettei yhtä yhtenäistä ohjenuoraa valtakunnallisesti ole käytössä.

MHTT-CAT-työkalua pidettiin Sandsin, Elsomien, Keppich-Arnoldin ym. (2016) tutkimuksen mukaan hyödyllisenä mielenterveyspotilaita kohtaavien triage-hoitajien kouluttamiseen ja pätevyyden arviointiin puhelimitse tapahtuvassa arviointityössä. MHTT-CAT:n jalostaminen ei-puhelimitse tehtyihin arviointeihin olisi varmasti tärkeää. Menetelmän avulla nousisi esille päivystysolosuhteissa työskentelevien ammattilaisten haasteet psyykkisten potilaiden arvioinneissa, mikä saattaisi parhaimmillaan johtaa lisäkoulutuksiin ja vähentää päivystysyksiköiden odotusaikoja.

Somaattisten ja psyykkisten ongelmien välinen rajapyykki on huterana, koska oireet saattavat olla liitännäisiä. GAIN-Q3-seulontamenetelmän (Dennis & Davis 2021) käyttöä olisikin mielenkiintoista tutkia erotusdiagnostiikkavälineenä ja kuinka pätevästi hoidon tarpeen arvioijat

pystyisivät tämän avulla tekemään piileviä oireistolöydöksiä mielenterveys- ja päihdepotilaiden alkuarvioinneissa. Tässä voisi vielä yhdistää McBainin ym. (2020) tietokoneellistetun MHSUD-seulonnan, joka olisi osa päivystyskäyntiä jokaiselle yksikköön saapuvalla, oli tulosy mikä tahansa.

Digitalisaatio ja tekniikka ovat nykypäivää ja sitä onkin syytä käyttää hyväksi osana hoidon tarpeen arviointeja. Potilastietojärjestelmä on jo hyvin virtuaalinen ja reaaliaikaisesti päivittyvä. Erilaiset pelit ovat hyvin todellisia, ja internet on ollut jo pitkään pullollaan monivalinnaisia leikkimielisiä testejä. Voisiko tällainen "testimäinen" sovellus olla käytössä arvioinnin tukivälineenä, jossa monivalinnat etenisivät sivu sivulta suositeltuun yksilökohtaiseen kiireellisyysluokitukseen? Sovellus saattaisi olla hyödyksi etenkin triagehoitajilla, jotka tuntevat epävarmuutta mielenterveysongelmaisten potilaiden arviointeja tehdessä.

Opinnäytetyön teoriaosuuteen on lisätty STM:n kiirettömän hoidon perusteet, vaikka väkivallan ja itsetuhoisuuden oireisto onkin aina kiireellinen. Opinnäytetyöntekijät valitsivat kuitenkin jättää liikennevalomaisesti rakennetun taulukon osaksi opinnäytetyötä (kts. liite 1), koska kiireellisimmiksi oireiksi on luokiteltu jo akuuteiksikin ohjautuvat kuolemanvaarassa olevat potilaat, esimerkiksi vaikea syömishäiriö ja akuutti psykoottinen häiriö. Vastaavasta taulukosta saattaisi hypoteettisesti olla jatkossa hyötyä psyykkisiin triage-luokitukseen tai niiden käyttöä ohjeistaville tahoille, mikäli tietysti STM taulukon tarkastaisi ja käytön hyväksyisi.

## LÄHTEET

- Aalto, M. & Vormaa, H. 2013. Erikoissairaanhoidon päihdepsykiatria etenee kohti tarkempaa erotusdiagnoosia. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim* 19. Verkkolehti. Saatavissa: <https://www.duodecimlehti.fi/duo11264> [viitattu 20.8.2021].
- Ahdistuneisuushäiriöt. 2019. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Psykiatriyhdistys ry:n ja Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. WWW-dokumentti. Julkaistu 7.1.2019. Saatavissa: <https://www.kaypahoito.fi/hoi50119#K1> [viitattu 24.8.2021].
- Beda, B. 2018. Triage på akutmottagning sjuksköterskans upplevelser av triageprocessen – En kvalitativ studie. Malmö Universitet. Hälsa och samhälle. Examensarbete. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://mau.diva-portal.org/smash/get/diva2:1485880/FULLTEXT01.pdf> [viitattu 4.2.2022].
- Brown, A.-M. & Clarke, D. 2014. Reducing uncertainty in triaging mental health presentations: examining triage decision-making. *International emergency nursing* 1, 47-51. Verkkolehti. Saatavissa: <https://kaakkuri.finna.fi/> [viitattu 5.1.2022].
- Curto, M., Pompili, E., Silvestrini, C., Bellizzi, P., Navari, S., Pompili, P., Manzi, A., Bianchini, V., Carlone, C., Ferracuti, S., Nicolo, G. & Baldessarini, R. J. 2018. A novel SCL-90-R six-item factor identifies subjects at risk of early outcomes in public mental health settings. *Psychiatry Research* 267, 376-381. Verkkolehti. Saatavissa: <https://kaakkuri.finna.fi/> [viitattu 26.11.2021].
- Dennis, M. L. & Davis, J. P. 2021. Screening for more with less: Validation of the Global Appraisal of Individual Needs Quick v3 (GAIN-Q3) screeners. *Journal of Substance Abuse Treatment* 126, 108414. Verkkolehti. Saatavissa: <https://kaakkuri.finna.fi/> [viitattu 4.11.2021].
- Depressio. 2021. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. WWW-dokumentti. Julkaistu 11.3.2021. Saatavissa: <https://www.kaypahoito.fi/hoi50023> [viitattu 23.10.2021].
- Downey, L. V. A., Zun, L. S. & Burke, T. 2015. Comparison of Canadian triage acuity scale to Australian Emergency Mental Health Scale triage system for psychiatric patients. *International emergency nursing* 2, 138-143. Verkkolehti. Saatavissa: <https://kaakkuri.finna.fi/> [viitattu 17.2.2022].
- Eläketurvakeskus. 2020. Mielenterveyden sairaudet yleisin työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymisen syy. WWW-dokumentti. Julkaistu 8.4.2020. Saatavissa: <https://www.etk.fi/ajankohtaista/mielenterveyden-sairaudet-yleisin-tyokyvyttomyyselakkeelle-siirtymisen-syy/> [viitattu 30.5.2021].
- Haravuori, H., Suomalainen, L. & Mantere, O. 2013. Nuori psykiatrisessa päivystyksessä. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim* 8, 863–870.

Verkkolehti. Saatavissa: <https://www.duodecimlehti.fi/duo10927> [viitattu 1.2.2022].

Heikkinen, P. & Pällynaho, N. 2019. Laadukas hoidon tarpeen arviointi puhelimesta – Laatusuositukset osaksi Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon akuuttipalveluiden laatukäsikirjaa. Oulun ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö YAMK. PDF-dokumentti. Saatavissa: [https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/227132/Heikkinen\\_Paivi\\_Palsynaho\\_Niina.pdf?sequence=2&isAllowed=y](https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/227132/Heikkinen_Paivi_Palsynaho_Niina.pdf?sequence=2&isAllowed=y) [viitattu 29.9.2021].

Herbeck Belnap, B., Schulberg, H. C., He, F., Mazumdar, S., Reynolds III, C. F. & Rollman, B. L. 2014. Electronic protocol for suicide risk management in research participants. *Journal of psychosomatic research* 4, 340-345. Verkkolehti. Saatavissa: <https://kaakkuri.finna.fi/> [viitattu 16.2.2022].

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2010. Tutki ja kirjoita. 15.–16. painos. Helsinki: Tammi.

Hoidon järjestäminen s.a. Mielenterveystalo. WWW-dokumentti. Saatavissa: [https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/Tietopankki/Mielenterveyspalvelut/hoidon\\_jarjestaminen/Pages/default.aspx](https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/Tietopankki/Mielenterveyspalvelut/hoidon_jarjestaminen/Pages/default.aspx) [viitattu 14.5.2021].

Hoitotakuu s.a. Mielenterveystalo. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/Tietopankki/Mielenterveyspalvelut/Pages/Hoitotakuu.aspx> [viitattu 14.5.2021].

Holmberg, J. 2016. Hoitajana mielenterveys- ja päihdetyössä. 1. painos. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Huikko, E., Kovanen, L., Torniainen-Holm, M., Vuori, M., Lämsä, R., Tuulio-Henriksson, A. & Santalahti, P. 2017. Selvitys 5–12-vuotiaiden lasten mielenterveyshäiriöiden hoito- ja kuntoutuspalvelujärjestelmästä Suomessa. Raportti 14/2017. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. PDF-dokumentti. Saatavissa: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-987-3> [viitattu 23.5.2021].

Huttunen, M. 2017. Mielenterveyden häiriöt. Duodecim. WWW-dokumentti. Julkaistu 24.9.2017. Saatavissa: <https://www.terveyskirjasto.fi/lam00002> [viitattu 29.5.2021].

Huttunen, M. 2018. Psykoosi (Mielisairaus). Duodecim. WWW-dokumentti. Julkaistu 30.11.2018. Saatavissa: <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00411> [viitattu 24.9.2021].

Isometsä, E. & Tuunainen, A. 2020. Kyselylomakkeiden käyttö depression diagnosoinnissa. Duodecim. WWW-dokumentti. Julkaistu 8.1.2020. Saatavissa: <https://www.kaypahoito.fi/dnd00101> [viitattu 24.8.2021].

Itsemurhien ehkäisy. 2021. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyden-edistaminen/itsemurhien-ehkaisy> [viitattu 27.9.2021].

Itsemurhien ehkäisy ja itsemurhaa yrittäneen hoito. 2020. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, MIELI Suomen Mielenterveys ry:n, Suomen Psykiatriyhdistyksen, Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. WWW-dokumentti. Julkaistu 7.1.2020. Saatavissa:

<https://www.kaypahoito.fi/hoi50122?tab=suositus#K1> [viitattu 25.1.2021].

Jääskeläinen, E. & Miettunen, J. 2011. Psykiatriset arviointiasteikot kliinisessä työssä. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim* 16, 1719–1725. Verkkojlehti. Saatavissa: <https://www.duodecimlehti.fi/duo99726> [viitattu 24.8.2021].

Kaksisuuntainen mielialahäiriö. 2021. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Psykiatriyhdistys ry:n ja Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. WWW-dokumentti. Julkaistu 11.2.2021. Saatavissa: <https://www.kaypahoito.fi/hoi50076> [viitattu 4.11.2021].

Kallinen, T. & Kinnunen, T. 2021. Etnografia. Teoksessa Vuori, J. (toim.) Laadullisen tutkimuksen verkkokäsikirja. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus/kvali/laadullisen-tutkimuksen-aineistot/etnografinen-havainnointiaineisto/> [viitattu 17.6.2021].

Kuhanen, C. Schubert, C., Seuri, T., Hämäläinen, K. & Kanerva, A. 2017. Mielenterveyshoitotyö. 5.–6. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kumpulainen, K., Aronen, E., Ebeling, H., Laukkanen, E., Marttunen, M., Puura, K. & Sourander, A. 2016. Lastenpsykiatria ja nuorisopsykiatria. 1. painos. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559.

Lasten ja nuorten mielenterveys. 2021. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. WWW-dokumentti. Saatavissa:

<https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyden-edistaminen/lasten-ja-nuorten-mielenterveys> [viitattu 23.5.2021].

Luukkonen, N. 2014. Potilaan psyykkisen avun tarpeen tunnistaminen päivystyspoliklinikalla sairaanhoitajien näkökulmasta. Itä-Suomen yliopisto. Terveystieteiden tiedekunta. Pro gradu -tutkielma. PDF-dokumentti.

Saatavissa:

[https://erepo.uef.fi/bitstream/handle/123456789/14488/urn\\_nbn\\_fi\\_uef-20150030.pdf](https://erepo.uef.fi/bitstream/handle/123456789/14488/urn_nbn_fi_uef-20150030.pdf) [viitattu 12.9.2021].

Länsi-Pohjan sairaanhoitopiiri s.a. Lasten- ja nuorisopsykiatria. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.lpshp.fi/fi/potilaille-ja-laheisille/psykiatria-ja-riippuvuuksien-hoito/lasten-ja-nuorisopsykiatria.html> [viitattu 25.10.2021].

Lönnqvist, J., Henriksson, M., Isometsä, E. & Marttunen, M. 2021. Itsemurhaa yrittäneen arviointi ja jatkohoito. Teoksessa Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.) *Psykiatria*. Duodecim Oppiportti. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://kaakkuri.finna.fi/> [viitattu 3.10.2021].

McBain, S. A., Woodward, E., Palmer, B. E., Landes, S. J. & Wilson, M. P. 2020. Patients accept screening for mental health and substance use while ED clinicians support only if able to refer. *The American journal of emergency medicine* 12, 2727-2729. Verkkolehti. Saatavissa: <https://kaakkuri.finna.fi/> [viitattu 10.1.2022].

Mielenterveys. 2017. Terveyskylä. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.terveyskyla.fi/lastentalo/tietoa-lasten-sairauksista/mielenterveys> [viitattu 26.1.2022].

Mielenterveyshäiriöt. 2021. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. WWW-dokumentti. Päivitetty 9.2.2021. Saatavissa: <https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyshairiot> [viitattu 4.9.2021].

Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116.

Mielenterveyspalvelut s.a. Sosiaali- ja terveysministeriö. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://stm.fi/mielenterveyspalvelut> [viitattu 14.5.2021].

Mieli s.a. Mielenterveyspalvelut. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://mieli.fi/mielenterveys-koetuksella/miten-hakea-apua-mielenterveyden-ongelmiin/mielenterveyspalvelut/> [viitattu 26.10.2021].

Miller, A. C., Frei, S. P., Rupp, V. A., Joho, B. S., Miller, K. M. & Bond, W. F. 2012. Validation of a Triage Algorithm for Psychiatric Screening (TAPS) for Patients With Psychiatric Chief Complaints. *Journal of Osteopathic Medicine* 8, 502-508. Verkkolehti. Saatavissa: [https://www.degruyter.com/document/doi/10.7556/jaoa.2012.112.8.502/html#APP1\\_w2aab3b7c30b1b6b1ab2aaAa](https://www.degruyter.com/document/doi/10.7556/jaoa.2012.112.8.502/html#APP1_w2aab3b7c30b1b6b1ab2aaAa) [viitattu 11.11.2021].

Mönkkönen, K. 2018. Vuorovaikutus asiakastyössä: Asiakkaan kohtaaminen sosiaali- ja terveysalalla. E-kirja. Saatavissa: <https://kaakkuri.finna.fi/> [viitattu 1.10.2021].

Oliver, P. 2012. *Succeeding with Your Literature Review: A Handbook for Students*. New York: McGraw-Hill Education. E-kirja. Saatavissa: <https://kaakkuri.finna.fi/> [viitattu 25.1.2022].

Partonen, T. & Solin, P. 2017. Tunnista itsemurhan vaara!. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim* 15, 1405–1410. Verkkolehti. Saatavissa: <https://www.duodecimlehti.fi/duo13830> [viitattu 19.8.2021].

Pehkonen, A., Mönkkönen, K. & Kekoni, T. 2019. Hoidon alkuarvioinnin tulkintakehykset mielenterveystyössä. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 5. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://doi.org/10.23990/sa.70181> [viitattu 14.5.2021].

Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri s.a. Nuorisopsykiatrian poliklinikka. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.ppsHP.fi/Toimipaikat/Psykiatria/Nuorisopsykiatrian-poliklinikka/Pages/default.aspx> [viitattu 25.10.2021].

Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyypeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasan yliopiston julkaisuja. PDF-dokumentti. Saatavissa: [https://www.univaasa.fi/materiaali/pdf/isbn\\_978-952-476-349-3.pdf](https://www.univaasa.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf) [viitattu 29.5.2021].

Sands, N., Elsom, S., Berk, M., Hosking, J., Prematunga, R. & Gerdtz, M. 2013. Investigating the predictive validity of an emergency department mental health triage tool. *Nursing & Health Sciences* 1, 11-18. Verkkolehti. Saatavissa: <https://doi/epdf/10.1111/nhs.12095> [viitattu 8.2.2022].

Sands, N., Elsom, S., Keppich-Arnold, S., Henderson, K., King, P., Bourke-Finn, K. & Brunning, D. 2016. Investigating the validity and usability of an interactive computer programme for assessing competence in telephone-based mental health triage. *International journal of mental health nursing* 1, 80-86. Verkkolehti. Saatavissa: <https://doi.org/10.1111/inm.12165> [viitattu 19.1.2022].

Sands, N., Elsom, S., Colgate, R., Haylor, H. & Prematunga, R. 2016. Development and interrater reliability of the UK Mental Health Triage Scale. *International journal of mental health nursing* 4, 330-336. Verkkolehti. Saatavissa: <https://doi/10.1111/inm.12197> [viitattu 29.9.2021].

Satakunnan sairaanhoitopiiri s.a. Nuorisopsykiatria. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.satasairaala.fi/palvelut/nuorisopsykiatria> [viitattu 25.10.2021].

Saukkonen, S. & Ålander, A. 2021. Hoidon tarpeen arviointi – nykytilan selvitys. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. PDF-dokumentti. Saatavissa: [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/142812/Hoidon%20tarpeen%20arviointi\\_nykytilan%20selvitys%20\\_julkaisu.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/142812/Hoidon%20tarpeen%20arviointi_nykytilan%20selvitys%20_julkaisu.pdf?sequence=1&isAllowed=y) [viitattu 29.9.2021].

Saurman, E., Perkins, D., Roberts, R., Roberts, A., Patfield, M. & Lyle, D. 2011. Responding to mental health emergencies: Implementation of an innovative telehealth service in rural and remote New South Wales, Australia. *Journal of Emergency Nursing* 5, 453-459. Verkkolehti. Saatavissa: <https://kaakkuri.finna.fi/> [viitattu 13.1.2022].

Silveira, J., Rockman, P., Fulford, C. & Hunter, J. 2016. Approach to risk identification in undifferentiated mental disorders. *Canadian family physician* 12, 972-978. Verkkolehti. Saatavissa: <https://kaakkuri.finna.fi/> [viitattu 21.1.2022].

Soares-Weiser, K., Maayan, N., Bergman, H., Davenport, C., Kirkham, A.J., Grabowski, S., Adams, C.E. & Cochrane Schizophrenia Group. 2015. First rank symptoms for schizophrenia. *Schizophrenia bulletin* 4, 792-794.

Verkkolehti. Saatavissa: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010653.pub2> [viitattu 28.10.2021].

Sosteri. 2018. Nuorisopsykiatrian poliklinikka. WWW-dokumentti. Päivitetty 9.5.2018. Saatavissa: <https://www.sosteri.fi/palvelut/terveyden-ja-sairauden-hoito/keskussairaalan-palvelut/poliklinikat/nuorisopsykiatrian-poliklinikka/> [viitattu 25.10.2021].

STM. 2019. Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2019:2. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. PDF-dokumentti. Saatavissa: [https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161496/STM\\_J02\\_Yhtenaisen%20kiireettoman%20hoidon%20perusteet.pdf](https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161496/STM_J02_Yhtenaisen%20kiireettoman%20hoidon%20perusteet.pdf) [viitattu 14.5.2021].

STM. 2020. Aikuisten valtakunnalliset yhtenäiset kiireellisen hoidon perusteet. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2020:19. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. PDF-dokumentti. Saatavissa: [https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/162340/STM\\_2020\\_19\\_J.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/162340/STM_2020_19_J.pdf?sequence=1&isAllowed=y) [viitattu 22.10.2021].

Stolt, M., Axelin, A. & Suhonen, R. 2016. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. 2. korjattu painos. Turku: Turun yliopisto.

Suomen perustuslaki 11.6.1999/731.

Sæbye, D.D., Høegh, E.B. & Knop, J. 2017. Triage in psychiatric emergency services in Copenhagen: results from a descriptive 1-year evaluation study. *Nordic journal of psychiatry* 7, 536-542. Verkkolehti. Saatavissa: <https://doi.org/10.1080/08039488.2017.1348540> [viitattu 6.12.2021].

TENK. 2013. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Helsinki: Tutkimuseettinen neuvottelukunta. PDF-dokumentti. Saatavissa: [https://tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK\\_ohje\\_2012.pdf](https://tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf) [viitattu 16.6.2021].

Tenkanen-Salmela, R. 2019. Hoitotyön opettajien näkemyksiä mielenterveyshoitotyön opetuksesta, simulaatioista ja opetuksen kehittämisestä. Itä-Suomen yliopisto. Terveystieteiden tiedekunta. Pro gradu – tutkielma. PDF-dokumentti. Saatavissa: [https://erepo.uef.fi/bitstream/handle/123456789/21931/urn\\_nbn\\_fi\\_uef-20191418.pdf?sequence=-1&isAllowed=y](https://erepo.uef.fi/bitstream/handle/123456789/21931/urn_nbn_fi_uef-20191418.pdf?sequence=-1&isAllowed=y) [viitattu 30.5.2021].

Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326.

Ting, S. A., Sullivan, A. F., Miller, I., Espinola, J. A., Allen, M. H., Camargo Jr, C. A. & Boudreaux, E. D. 2012. Multicenter study of predictors of suicide screening in emergency departments. *Academic Emergency Medicine* 2, 239-243. Verkkolehti. Saatavissa: <https://doi.org/10.1111/j.1553-2712.2011.01272.x> [viitattu 10.2.2022].

Traumaperäinen stressihäiriö. 2020. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin, Suomen Psykiatriyhdistys ry:n ja Suomen

Lastenpsykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. WWW-dokumentti. Julkaistu 9.1.2020. Saatavissa: <https://www.kaypahoito.fi/hoi50080> [viitattu 4.11.2021].

Tuisku, K., Melartin, T. & Vuokko, A. 2012. Mielenterveysongelmiin liittyvä toimintakyvyn arviointi. TOIMIA/työikäisten toimintakyky -asiantuntijatyöryhmä. PDF-dokumentti. Saatavissa: [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/132202/9\\_mielenterveysongelmien\\_liittyva\\_toimintakyvyn\\_arviointi.pdf?sequence=2&isAllowed=y](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/132202/9_mielenterveysongelmien_liittyva_toimintakyvyn_arviointi.pdf?sequence=2&isAllowed=y) [viitattu 16.2.2022.]

Uhlenbrock, J.S., Hudson, J., Prewitt, J., Thompson, J.A. & Pereira, K. 2018. Retrospective chart review of the triage algorithm for psychiatric screening (TAPS) for patients who present to emergency departments with psychiatric chief complaints. *Journal of emergency nursing* 5, 459-465. Verkkolehti. Saatavissa: <https://kaakkuri.finna.fi/> [viitattu 10.11.2021].

Valvira. 2017. Hoidon tarpeen arviointi. WWW-dokumentti. Saatavissa: [https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattiharjoittaminen/hoidon\\_tarpeen\\_arviointi](https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattiharjoittaminen/hoidon_tarpeen_arviointi) [viitattu 14.5.2021].

Vilkka, H. 2021. Tutki ja kehitä. 5. päivitetty painos. Jyväskylä: PS-kustannus. E-kirja. Saatavissa: <https://kaakkuri.finna.fi/> [viitattu 15.6.2021].

Vorma, H., Rotko, T., Larivaara, M. & Kosloff, A. 2020. Kansallinen mielenterveysstrategia ja itsemurhien ehkäisyohjelma vuosille 2020–2030. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2020:6. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. PDF-dokumentti. Saatavissa: [https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/162053/STM\\_2020\\_6.pdf?sequence=4&isAllowed=y](https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/162053/STM_2020_6.pdf?sequence=4&isAllowed=y) [viitattu 4.6.2021].

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

Wahlbeck, K., Hietala, O., Kuosmanen, L., McDaid, D., Mikkonen, J., Parkkonen, J., Reini, K., Salovuori, S. & Tourunen, J. 2018. Toimivat mielenterveys- ja päihdepalvelut. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 89/2018. PDF-dokumentti. Saatavissa: [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/136063/89-2017-YhdessaMielin\\_valmis.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/136063/89-2017-YhdessaMielin_valmis.pdf?sequence=1&isAllowed=y) [viitattu 30.9.2021].

WHO. 2013. Mental health action plan 2013-2020. Geneva: The WHO Dokument Production Services. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241506021> [viitattu 23.5.2021].

WHO. 2014. Itsemurhien ehkäisy globaali velvollisuus. PDF-dokumentti. Saatavissa: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/131056/9789241564779\\_fin.pdf;jsessionid=7EC2666A57115003E93A6CE3F3D8D2FE?sequence=11](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/131056/9789241564779_fin.pdf;jsessionid=7EC2666A57115003E93A6CE3F3D8D2FE?sequence=11) [viitattu 19.8.2021].

WHO. 2018. Mental health: Strengthening our response. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response> [viitattu 23.5.2021].

Liite 1/1

## Konsultaation kiireellisyysperusteita

Konsultaatio	Alle 7 vrk	1–4 vk	1–3 kk
Akuutti psykoottinen häiriö	X		
Akuutti kaksisuuntaisen mielialahäiriön jakso	X		
Akuutti masennus, jossa itsetuhoisuuden arvioimisen tarve	X		
Vaikea syömishäiriö	X		
Persoonallisuushäiriö, johon liittyy itsetuhoisuutta (arvioimisen tarve)	X		
Persoonallisuushäiriö, johon liittyy väkivallan uhka	X		
Muu vaikea-asteinen akuutti oirekuva	X		
Vaikea-asteinen depressio		X	
Pakko-oireinen häiriö		X	
Yleislääkärin aloittamaan hoitoon ei vastetta 2–4 viikossa		X	
Yleislääkärin aloittaman hoidon jälkeen psyykinen vointi huonontunut		X	
Yleislääkärin aloittaman hoidon jälkeen ilmenee uusia oireita		X	
Yleislääkärin aloittaman hoidon jälkeen oireet vaikeita		X	
Yleislääkärin aloittaman hoidon jälkeen työ- tai toimintakyky heikentynyt		X	
Yleislääkärin aloittaman hoidon jälkeen itsetuhoarvion tarve		X	
Yleislääkärin aloittaman hoidon jälkeen mukana on psykososiaalisia stressitekijöitä		X	
Diagnosoidun häiriön psykoterapian aloitus		X	
Ristiriita diagnostiikan ja toimintakyvyn välillä			X
Neuropsykiatriset häiriöt			X
Sukupuoliristiriita			X
Persoonallisuushäiriöt			X
Lääkehoidon asianmukaisuuden arvio (kiireetön sairaalatutkimus)			X

Oirekuvan vaihtelu (kiireetön sairaalatutkimus)			X
Sairauden vakaassa vaiheessa työkyvyn arvio			X
Sairauden vakaassa vaiheessa psykiatrinen tutkimus			X

Liite 1/2

Sairauden vakaassa vaiheessa pitkien psykoterapioiden tarpeenarvio			X
Sairauden vakaassa vaiheessa pitkäaikaisten ja toistuvasti haittaa aiheuttavien oireiden arviointi			X
Sairauden vakaassa vaiheessa perustason hoitovastuulla olevien hoidon seuranta			X

Tutkimustaulukko

Tutkimuksen tekijä(t), tutkimuksen nimi ja julkaisuvuosi	Tutkimuksen tarkoitus ja tavoite	Tutkimusmenetelmät ja tutkimusalue	Tulokset ja pohdinta
Beda, B.  2018.  Triage på akutmottagning sjuksköterskans upplevelser av triageprocessen – En kvalitativ studie.  Ruotsi	Selvittää sairaanhoitajien kokemuksia RETTS-PSY -triagetyökalun käytöstä psykiatrisella päivystysvastaanotolla.	Laadullinen kuvaileva tutkimus. Tutkimusta varten haastateltiin kolmeatoista Skånen alueen psykiatrisilla päivystysvastaanotoilla työskentelevää sairaanhoitajaa tai psykiatrista sairaanhoitajaa heidän kokemuksistaan RETTS-PSY -triagetyökalun käytöstä.	Hoitajat kokivat RETTS-PSY -työkalun käytön positiivisena, mutta ammattitaitoa vaativana. Työkalun heikkoutena pidettiin sitä, että se ei kata kaikkia potilaalla mahdollisesti esiintyviä oireita. Työkalua tulisikin kehittää ja yksityiskohtaistaa.

<p>Brown, A.-M. &amp; Clarke, D. E. 2014. Reducing uncertainty in triaging mental health presentations: Examining triage decision-making.</p> <p>Kanada</p>	<p>Katsauksessa selvitetään päivystysosastolla työskentelevien sairaanhoitajien ja triage-hoitajien päätöksentekoprosessia etenkin mielenterveyspotilaita kohdattaessa sekä tarkastellaan erilaisten triage-työkalujen soveltuvuutta mielenterveyspotilaiden arviointiin.</p>	<p>Katsaus.</p>	<p>Maailmanlaajuisesti on käytössä useita eri triage-luokituksia, joista luotettavimmiksi ovat osoittautuneet viisiportaiset triage-luokitukset. Viisiportaisia triageluokituksia ovat ATS (Australian Triage Scale), MTS (Manchester Triage System) sekä CTAS (Canadian Triage and Acuity Scale). Kanadassa on laajalti käytössä myös CTAS – luokitukseen pohjautuva eTriage, joka on triage-hoitajien keskuudessa laajalti hyväksytty ja helppokäyttöinen, eikä se vie aikaa perinteistä triagearviota kauempaa.</p>
---	---	-----------------	--

<p>Curto, M., Pompili, E., Silvestrini, C., Bellizzi, P., Navari, S., Pompili, P., Manzi, A., Bianchini, V., Carlone, C., Ferracuti, S., Nicolo, G., Baldessarini, R.J.</p> <p>2018.</p> <p>A novel SCL-90-R six-item factor identifies subjects at risk of early adverse outcomes in public mental health settings.</p> <p>Italia</p>	<p>Tutkimuksen tarkoitus oli arvioida täsmällisiä hoitajan käyttämiä triage-instrumentteja. Tutkimuksen tavoitteena tunnistaa SCL-90-testistön kohdat, jotka parhaiten ennustavat varhaiset haitat ja voivat tukea triage-prosessia psykiatristen potilaiden kohdalla.</p>	<p>Tutkimus tehtiin kunnan mielenterveyskeskussa Collesferrossa, Roomassa, Italiassa. Tutkimuksessa 936 potilasta, jotka olivat tammikuun 2011 ja joulukuun 2013 välisenä aikana vapaaehtoisesti hakenut apua mielenterveyskeskuksesta ja arvioitu.</p>	<p>Tutkimuksessa havaittiin, että SCL-90-R:n yhdistelmäpisteet, jotka perustuivat vain kuuteen kohtaan (SCL-6), ennustivat itsemurhariskiä ja varhaista sairaalahoitoa potilailla, jotka etsivät itselleen psykiatrista apua julkisessa mielenterveyskeskussa. SCL-6 voi tarjota yksinkertaisen ja hyödyllisen työkalun arvioimaan potilaiden itsemurhakäyttäytymisen tai psyk sairaalahoidon tarpeen varhaisen riskin arvioimista.</p>
--	--	---	---

<p>Dennis, M.L., Davis, J.P.  2021.</p> <p>Screening for more with less: Validation of the Global Appraisal of Individual Needs Quick v3 (GAIN-Q3) screeners.</p> <p>Yhdysvallat</p>	<p>Tutkimuksen tavoitteena tarjota taustaa 15-25min mittaisesta GAIN-Q3- haastattelumenetelmästä, sen tehokkuudesta ja toimivuudesta suhteessa 1–2h täysmittaiseen GAIN-I-seulontamentelmään ja vahvistaa merkitykselliset ydinkohdat tavoitteena auttaa ohjaamaan kliinistä päätöksentekoa.</p>	<p>Kirjallisuuskatsaus Tutkimukseen käytettiin 244 hoitotutkimusta 148 eri paikkakunnalta USA:ssa vuosina 2002–2010. Tutkimusjoukko sisälsi 10625 nuorta ja 10167 aikuista, jotka käyvät päihdevieroitushoidossa.</p>	<p>Tutkimus tarjoaa alustavaa näyttöä siitä, että GAIN-Q3 on kattava työkalu vaikeusasteen tunnistamiseen moniongelmaisten potilaiden kohdalla. Tutkimus osoittaa GAIN-Q3:n avulla mahdollisuuden nopeampaan seulontaan ilman merkittävää tietojen puutetta. GAIN-Q3 tarjoaa pätevän triage-työkalun yksinkertaisilla, merkityksellisillä ja vakailla tulkintapisteillä.</p>
--	--	---	--

<p>Downey, L.V.A., Zun, L.S. &amp; Burke, T.  2015.</p> <p>Comparison of Canadian triage acuity scale to Australian Emergency Mental Health Scale triage system for psychiatric patients.</p> <p>Yhdysvallat</p>	<p>Tutkimuksen tarkoitus oli vertailla kahta eri triageprotokollaa; CTAS (Canadian triage and acuity scale) ja Australian Emergency Mental Health Scale</p>	<p>Tutkimusartikkeli</p> <p>Kvalitatiivinen tutkimus suoritettiin 2012 Chicagossa, Amerikassa, traumakeskuksessa. 105 potilaskohtaamista otettiin mukaan tutkimukseen.</p>	<p>Tutkimuksen mukaan samoja potilaita arvioitiin kahta eri työkalua käyttämällä eri kiireellisyysluokkiin. Australian häätätilanteen mielenterveysasteikk o tarjosi vähemmän epäselviä luokitteluohteita, jotka mahdollistivat potilaiden jatkohoidon sovittamalla päivystysosastonres urssit paremmin psykiatristen potilaiden erityistarpeisiin.</p>
--	---	--	---

<p>Herbeck Belnap, B., Schulberg, H.C., He, F., Mazumdar, S., Reynolds 3rd, C.F. &amp; Rollman, B.L.</p> <p>2014.</p> <p>Electronic protocol for suicide risk management in research participants.</p> <p>Yhdysvallat</p>	<p>Tutkimuksen tavoitteena oli luoda ja testata elektronista, puhelimella käytettävää itsemurhariskin arviointiprotokollaa (SRMP= Suicide Risk Management Protocol), mikä avustaa työntekijöitä sekä myös riskipotilasta kiireellisyysluokituksessa sekä jatkotoimenpiteissä.</p>	<p>Tutkimusartikkeli</p> <p>Tutkimus tehtiin 7 Pittsburghin alueen sairaalan CABG:n (coronary artery bypass graft) post-operatiivisille depressiivisille potilaille (n=302) vuosina 2004–2007.</p>	<p>Tutkimuksessa tehtiin 1069 puhelinarviointia, joissa 139:ssä tapauksessa potilailla oli itsemurha-ajatuksia tai aikomusta itsensä satuttamisesta. 120:sta tapauksesta (86%) potilaat tunnistettiin heidän täyttämästä PHQ-9 tai HRS-D -kyselystä, mikä käynnistää automaattisesti SRMP:n. Tutkimuksen mukaan SRMP on systemaattinen työkalu, haittapuolena se, että joukosta valikoituu vain lievässä ja vakavassa riskissä olevat puhelintriagelle.</p>
---	---	--	---

<p>McBain, S. A., Woodward, E., Palmer, B. E., Landes, S. J. &amp; Wilson, M. P.</p> <p>2020.</p> <p>Patients accept screening for mental health and substance use while ED clinicians support only if able to refer.</p> <p>Yhdysvallat</p>	<p>Tutkimuksen tavoitteena oli arvioida potilaan ja lääkärin näkömasta arvioida tietokoneistetun MHSUD (Mental Health and Substance Use Disorder)-seulonnan (CARS) näkökulmia ja esteitä sekä mahdollistaa sen käyttöönnotto päivystysosastolla.</p>	<p>Laadullinen tutkimus. Tutkimus toteutettiin tekemällä laadullisia haastatteluja päivystysosastonlää- käreille, hoitajille sekä potilaille, jotka hakeutuivat päivystykseen muista kuin MHSUD-syistä ja täyttivät CARS:n.</p>	<p>Potilaat suhtautuivat pääosin positiivisesti MHSUD-seulontaan ja kokivat sen hyödylliseksi, vaikka se ei ollut relevanttia heidän päivystysosastolle hakeutumisensa syyin kannalta. Lääkärit olivat vain rajoitetun MHSUD- seulonnan kannalla, vaikka he uskoivatkin seulonalla olevan mahdollista löytää piileviä MHSUD- tapauksia, vaikuttaa potilaan hoitoon ja helpottaa potilaan lähetteen saamista.</p>
--	--	---	--

<p>Sands, N., Elsom, S., Berk, M., Hosking, J., Prematunga, R. &amp; Gertz, M.</p> <p>2013.</p> <p>Investigating the predictive validity of an emergency department mental health triage tool.</p> <p>Australia</p>	<p>Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää, minkä mielenterveystyökalun avulla voidaan tarkasti arvioida tilanteen kiireellisyyttä ja tutkia, voiko VEDMHTT-työkalu auttaa helpottamaan triagehoitajien kiireellisyyden luokittelun tekemisessä mielenterveyspotilaiden kohtaamisten kohdalla.</p>	<p>Tutkimusartikkeli</p> <p>Artikkeli perustuu tutkimukseen, jossa tutkittiin VEDMHTT (Victorian Emergency Department Mental Health Triage Tool) pätevyyttä helpottamaan kiireellisyyden luokittelun tekemistä mielenterveyspotilaiden kohdalla.</p> <p>Tutkimuksessa tarkasteltiin takautuvasti australialaisen 24h-päivystyksen vuoden aikaiset hoidon tarpeen arvioinnit mielenterveyspotilaiden kohtaamisissa (n=1718).</p>	<p>Tutkimus osoitti, että käyttämällä VEDMHTT on suuri hyöty arvioida kiireellisyyden luokittelusta mielenterveyspotilaiden kohdalla.</p>
---	--	---	---

<p>Sands, N., Elsom, S., Keppich-Arnold, S., Henderson, K., King, P., Bourke-Finn, K. &amp; Brunning, D.</p> <p>2016.</p> <p>Investigating the validity and usability of an interactive computer programme for assessing competence in telephone-based mental health triage.</p> <p>Australia</p>	<p>Tutkimuksen tarkoitus vahvistaa MHTT-CAT:n (an interactive computer-cased mental health trigger tool) pätevyyttä ja tutkia sen käytettävyyttä.</p>	<p>Tutkimusartikkeli</p> <p>Kvalitatiivinen tutkimus tehtiin vuosina 2013–2014 joukolle terveydenhuollon ammattilaisia, jotka työskentelivät puhelinpohjaisissa mielenterveys- ja kriisinarviointiryhmien tehtävissä kahdessa suuressa terveydenhuoltoverkostossa Victoriassa, Australiassa.</p>	<p>Tulosten mukaan MHTT-CAT on tehokas työkalu harjoittamaan mielenterveyden puhelintriagea. Työkalu on merkittävässä roolissa varhaisessa puuttumisessa ja riskin arvioinnissa</p>
---	---	--	---

<p>Saurman, E., Perkins, D., Roberts, R., Roberts, A., Patfield, M. &amp; Lyle, D.</p> <p>2011.</p> <p>Responding to mental health emergencies: Implementation of an innovative telehealth service in rural and remote New South Wales, Australia.</p> <p>Australia</p>	<p>Australian syrjäseuduilla, jossa hoitoon pääsy on heikointa, on mielenterveyspalveluiden tarve suurinta. Mielenterveysongelmien yleisyydestä huolimatta päivystyksessä työskentelevät terveydenhuollon ammattilaiset kokevat usein omaavansa riittämättömät taidot mielenterveyspotilaiden hoitamiseen. Tähän epäkohtaan vastattiin MHEC-hankkeella, joka tarjoaa mahdollisuuden videokonsultaatioon psykiatrin tai psykiatrisen sairaanhoitajan kanssa ympäri vuorokauden.</p>	<p>MHEC:n käyttöä arvioitiin monimenetelmä tutkimuksen avulla.</p>	<p>MHEC-palvelun käyttöaste kasvoi tutkimusjakson loppua kohden. Sekä palveluntarjoajat että potilaat kokivat palvelun hyödylliseksi. 81 prosenttia potilaista ilmoitti suosittelevansa tai käyttävänsä palvelua uudelleen.</p>
---	--	--	---

<p>Soares-Weiser, K., Maayan, N., Bergman, H., Davenport, C., Kirkham, A.J., Grabowski, S., Adams, C.E. &amp; Cochrane Schizophrenia Group  2015.  First rank symptoms for schizophrenia.  Iso-Britannia</p>	<p>Tutkimuksen tavoitteena selvittää, onko FRS (Schneider's First Rank Symptoms) hyödyllinen diagnostinen työkalu erottelemaan skitsofreeniset potilaat muista psykoottisista oireista kärsivistä mielenterveydenhäiri öisistä.</p>	<p>Kirjallisuuskatsaus  Analyysiä varten tutkimuksessa käytettiin 21 eri tutkimusta, joissa yhteensä 6253 osallistujaa (5515 valikoitu mukaan analyysiosuuteen)</p>	<p>Tulokset moninaisia. FRS ei yksinään riitä diagnosoimaan skitsofreniaa, mutta auttaa erottamaan skitsofrenian muista psykoottisista oireista ja mielenterveydenhäiri öistä. Erityisesti triagekäyttöön hyvä työkalu.</p>
--	---	---	---

<p>Sæbye, D.D., Høegh, E.B. &amp; Knop, J. 2017.</p> <p>Triage in psychiatric emergency services in Copenhagen: results from a descriptive 1-year evaluation study.</p> <p>Tanska</p>	<p>Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää ja arvioida potilastapahtumien piirteistö triagekriteereitä (2015 hyväksytyn ja käyttöönotetun tanskalaisen viiden värikoodin kriittisyyskriteeristö - työkalu) käyttämällä ja tarkistaa, onko se suositusten mukaista.</p>	<p>Tutkimus tehtiin 2012, satunnaisotolla Kööpenhaminan kolmeen psykiatriseen päivystysyksikköön. 929 kontaktia, joissa oli käytetty viiden triageluokituksen kriteeristöä, otettiin mukaan analyysiin,</p>	<p>Tutkimuksen mukaan tanskalaisen triagekriteeristön käyttö psykiatrisessa päivystystilanteessa on helpottanut kiireellisyysluokittelua, vähentänyt odotusaikoja, lisännyt potilas- ja työntekijöiden turvallisuutta sekä helpottanut/optimoitunut päätöksentekoa.</p>
---	--	---	---

<p>Ting, S.A., Sullivan, A.F., Miller, I., Espinola, J.A., Allen, M.H., Camargo Jr, C.A. &amp; Boudreaux, E.D.</p> <p>2012.</p> <p>Multicenter study of predictors of suicide screening in emergency departments.</p> <p>Yhdysvallat</p>	<p>Tutkimuksen tavoitteena oli hankkia tietoa päivystysosastonitse murhariskin arviointi ja seulontamenetelmistä.</p>	<p>Tutkimusraportti</p> <p>Kvantitatiivinen tutkimus.</p> <p>Tutkimukseen valittiin 8 maantieteellisesti eripuolilta Amerikkaa olevista päivystysosastoista tapahtumien tarkastelua, jokaisesta tarkasteltiin satunnaisotolla 100 eri potilaan käyntiä lokakuun 2009 aikana.</p>	<p>Tutkimuksen mukaan päivystysosastonterveydenhuollon ammattilaiset eivät rutiininomaisesti seulo itsemurhariskiä- tai käyttäytymistä, vaikka taustatiedot indikoivat tarvetta.</p> <p>Kaikista tapauksista vain 39 potilaan kohdalla arvioitiin itsemurhariskiä. Näistä 39 potilaasta vain yksi arvio oli tehty aamuyöllä (02-08), ja 8 aamuvuorolla (08-14), mikä laittaa miettimään, johtuuko tämä henkilökunnan ajanpuutteesta.</p>
--	---	--	--

<p>Uhlenbrock, J.S., Hudson, J., Prewitt, J., Thompson, J.A. &amp; Pereira, K. 2018.</p> <p>Retrospective chart review of the triage algorithm for psychiatric screening (TAPS) for patients who present to emergency departments with psychiatric chief complaints</p> <p>Yhdysvallat</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena on toistaa Millerin ja kumppaneiden tutkimus (2012) ja arvioida, pystyykö TAPS-työkalun (Triage Algorithm for Psychiatric Screening) avulla tunnistamaan ne potilaat, jotka eivät ole somaattisesti akuutisti sairaita.</p>	<p>Laadunparantamish anketutkimus</p> <p>101 USA:n psykiatrisen päivystyspotilaan jo tapahtunutta käyntiä valittiin m ukaan tutkittavaksi. Kaikista tarkasteltiin tiedot laboratorionkokeista, käynnin kestosta sekä tehtyjen tutkimusten ja hoitojen kustannuksista.</p>	<p>Tutkimus osoittaa, että TAPS-työkalua voidaan luotettavasti käyttää poissulkemaan akuutti somaattinen sairaus potilailla, joilla on psykiatrisia oireita. Sellaisenaan TAPS:ia voitaisiin käyttää valituissa olosuhteissa (triagehoitaja) nopeuttamaan psykiatriseen hoitoon pääsyä ja vähentämään tarpeettomia laboratoriotutkimuksia.</p>
--	--	---	--

Teemoittelutaulukko

Potilastilanteen kiireellisyyden arviointityökalu, triageprotokolla, kiireellisyyssuokitteluprotokolla, muistilista,	Kiireellisyyssuokittelu
Puhelintriage, puhelinkonsultaatio, videokonsultaatio, eTriage, interaktiivinen koulutus- ja arviointiohjelma	Digi- ja etätriage
Mielenterveyshäiriöiden erotusdiagnoosi, päihdeongelmaisten mielenterveyshäiriöiden esilletulo, somaattisen sairauden poissulku psykiatrisilla potilailla	Erotusdiagnoosi
Itsemurhariskin arviointiprotokolla, itsemurhakäyttäytymisen arviointi, itsemurhariskin seulonta, mielenterveyshäiriön riskin arviointi, psykiatrisen sairaalahoidon tarpeen arviointi, varhaisen haitan ennusteet, riskitekijät potilaan taustatiedoissa, potilaan ominaisuudet, puutteellinen triage	Riskin arviointi ja tunnistaminen

RETTS-PSY

Akutjournal enligt RETTS-PSY TM PSYKIATRI SKÅNE



Datum: _____		Ankomsttid: _____		Patient ID _____	
ESS: _____				(fäst ID-etikett här)	
Medgivande: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Inte tillfrågad		Förbehåll: _____			
Identitet styrkt: <input type="checkbox"/> Ja via: _____		Närmast anhörig/rel.n: _____		<b>FARLIGHETSBEDÖMNING VID TRIAGE:</b> <input type="checkbox"/> <b>Enl journalanteckning tidigare utagerande/våldsamt beteende</b> <input type="checkbox"/> Verkar drogpåverkad	
Barn under 18 år: <input type="checkbox"/> Ja, född/år: _____		<input type="checkbox"/> Nej		<input type="checkbox"/> Förvirrat/desorienterat beteende* <input type="checkbox"/> Refligt/lättirriterat beteende* <input type="checkbox"/> Bullrigt beteende* <input type="checkbox"/> Verbalt hotfullt beteende* <input type="checkbox"/> Fysiskt hotfullt beteende* <input type="checkbox"/> Attackerar föremål* BVC* >2 poäng vidtagna åtgärder: _____	
<b>ANKOMST TILL AKUTMOTTAGNINGEN:</b> <input type="checkbox"/> På eget initiativ <input type="checkbox"/> Ensam <input type="checkbox"/> HSL <input type="checkbox"/> Vårdnyttg <input type="checkbox"/> Med anhörig/vän <input type="checkbox"/> Med ambulans <input type="checkbox"/> LPT <input type="checkbox"/> LRV <input type="checkbox"/> Med remiss <input type="checkbox"/> Med polis <input type="checkbox"/> § 47 <input type="checkbox"/> LVM <input type="checkbox"/> Handräckt <input type="checkbox"/> Annat: _____				<input type="checkbox"/> Ingen förekomst av farliga beteenden Vapen/farligt föremål <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Triagering/ankomstsamtal utförd av: _____		Tidigare psykiatrisk kontakt: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> VC <input type="checkbox"/> Oklart		MADRS-S <input type="checkbox"/> Ja	
Namn: _____		Var: _____		AUDIT <input type="checkbox"/> Ja	
RS-id: _____		Aktuell psykiatrisk kontakt: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> VC <input type="checkbox"/> Oklart		DUDIT <input type="checkbox"/> Ja	
		Var: _____		SUAS-S <input type="checkbox"/> Ja	
		Kommunal insats: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> VC <input type="checkbox"/> Oklart			
		Tel.nr: _____			
Patienten medverkar vid triage: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Delvis <input type="checkbox"/> Inte alls/motsätter sig <input type="checkbox"/> Tolk <input type="checkbox"/> Språk: _____					
Kontaktsak/aktuellt: _____					
<input type="checkbox"/> Tid väsk, frisk <input type="checkbox"/> Delirium tremens <input type="checkbox"/> Kardiovaskulär syd <input type="checkbox"/> Cerebrovask syd <input type="checkbox"/> Hjärtavikt <input type="checkbox"/> Immunosuppr <input type="checkbox"/> Blödningsbenäg/ÅK-beh <input type="checkbox"/> EPI/Abstinens EP <input type="checkbox"/> Njursjukdom <input type="checkbox"/> Leversjukdom <input type="checkbox"/> Lungsjukdom <input type="checkbox"/> Malignitet <input type="checkbox"/> Op.inom 3 mån <input type="checkbox"/> Diabets <input type="checkbox"/> Ins <input type="checkbox"/> Tabletter					
Överkänslighet <input type="checkbox"/> Ja, mot: _____ <input type="checkbox"/> Ingen känd Biomedic <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Ingen känd <input type="checkbox"/> Typ: _____ MRB misstanke <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej GE misstanke <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Annat: _____					
<b>Triage</b> A <input type="checkbox"/> = Blå ESS <input type="checkbox"/> Öfri luftväg <input type="checkbox"/> Stridor <input type="checkbox"/> Fysiska omv behov? <input type="checkbox"/> Ja, av: _____ <input type="checkbox"/> Nej					
B SpO <sub>2</sub> på luft AF/min <input type="checkbox"/> SpO <sub>2</sub> <90 % med O <sub>2</sub> <input type="checkbox"/> SpO <sub>2</sub> <90 % utan O <sub>2</sub> <input type="checkbox"/> SpO <sub>2</sub> 90-96 % utan O <sub>2</sub> <input type="checkbox"/> SpO <sub>2</sub> >95 % utan O <sub>2</sub> <input type="checkbox"/> AF > 30 eller < 8 <input type="checkbox"/> AF > 25					
C Puls BT <input type="checkbox"/> Ligg <input type="checkbox"/> Sit <input type="checkbox"/> RR >130 el. OR > 150 <input type="checkbox"/> Puls >120 eller <40 <input type="checkbox"/> Puls >110 eller <50 <input type="checkbox"/> Puls 50-110 <input type="checkbox"/> SBT <90 mmHg					
D RLS Akrometler <input type="checkbox"/> Medvetlös <input type="checkbox"/> Somnolens/RLS 2-3 <input type="checkbox"/> Akut desorienterad <input type="checkbox"/> Alart <input type="checkbox"/> Krampfall					
E Temp EKG <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Temp >41°, <36° <input type="checkbox"/> Temp >36° <input type="checkbox"/> Temp 35°-36,5°					
ESS nr: _____ Starttid: _____ <input type="checkbox"/> = Röd ESS <input type="checkbox"/> = Orange ESS <input type="checkbox"/> = Gul ESS <input type="checkbox"/> = Grön ESS					
Provtagning: <input type="checkbox"/> Urinflox <input type="checkbox"/> P-glukos <input type="checkbox"/> Urinsticka <input type="checkbox"/> Annat: _____ <input type="checkbox"/> = Röd prio <input type="checkbox"/> = Orange prio <input type="checkbox"/> = Gul prio <input type="checkbox"/> = Grön prio					
Omprio 1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> sign/tid Omprio 2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> sign/tid Omprio 3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> sign/tid					
<input type="checkbox"/> MEDVETEN SUICIDBENÄGENHET FRAMKOMMER INTE VID ANKOMSTSAMTAL <input type="checkbox"/> PATIENTEN SVARAR INTE PÅ FRÅGOR					
<b>SUICIDRISKUNDERLAG</b> Medveten suicidbenägenhet - suicidstegen <input type="checkbox"/> 1. Nedstämdhet/Hopplöshet <input type="checkbox"/> 2. Dödstänkar <input type="checkbox"/> 3. Dödsönskan <input type="checkbox"/> 4. Suicidstänkar <input type="checkbox"/> 5. Suicidönskan <input type="checkbox"/> 6. Suicidförsök <input type="checkbox"/> 7. Suicidplaner <input type="checkbox"/> 8. Suicidförberedelser <input type="checkbox"/> 9. Suicidavsikt		Statistiska riskfaktorer: <input type="checkbox"/> Ålder (<19 >45) <input type="checkbox"/> Kön: Man <input type="checkbox"/> Somatisk sjukdom <input type="checkbox"/> Missbruk/Beroende <input type="checkbox"/> Tidigare suicidförsök <input type="checkbox"/> Hereditet <input type="checkbox"/> Ensamboende utan relationer <input type="checkbox"/> Finns självmordsredskap tillgängligt <input type="checkbox"/> Tidigare eller aktuell aggressivitet, impulsivitet <input type="checkbox"/> Psykisk sjukdom och dess svårighetsgrad/fas/samsjuklighet <input type="checkbox"/> Reaktion på akuta livshändelser/separation/dödsfall/kränkning <input type="checkbox"/> Hög ångestnivå/tänkesförmring/psykotiskt tänkande oavsett grundsjukdom <input type="checkbox"/> Självskadebeteende		Skyddande faktorer: <input type="checkbox"/> Personell resurs, t.ex. god samtalskontakt <input type="checkbox"/> Nätverkets resurs, t.ex. anhöriga, vänner <input type="checkbox"/> Övrigt: _____	

<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">           Patient ID  <small>(läst ID-etikett här)</small> </div>													
Kontroller	Blodtryck	Puls	SpO <sub>2</sub> på luft	RLS	Temp	Alkometer	P-glukos						
	Tid:												
	Tid:												
	Tid:												
Omv.bedomning/ åtgärd							Observationsgrad:						
Läkarordination	Läkarsign/tid:						Ssk sign/tid:						
INTERRIMJOURNAL/REMISS	Läkarbedömning utförd av: <input type="checkbox"/> Patienten går hem <input type="checkbox"/> Patienten remitterad till: <input type="checkbox"/> Inläggning avdelning:			Datum: _____ Tid: _____ <input type="checkbox"/> HSL <input type="checkbox"/> KVH § 6a <input type="checkbox"/> LPT § 6b <input type="checkbox"/> LRV § 5 <input type="checkbox"/> LVM Intagningsbeslut fattat <input type="checkbox"/> Ja Datum: _____ Tid: _____ <input type="checkbox"/> Häktad <input type="checkbox"/> Restriktioner Observationsgrad: _____									
	Preliminär bedömning/syfte med inläggning:												
						Diagnoskod:							
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="border: none;">Patient rapporterad till:</td> <td style="border: none; text-align: center;">av:</td> <td style="border: none; text-align: right;">kl:</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Vårdesaker/pattilhörigheter: ID-band/sign:</td> <td style="border: none;"> <input type="checkbox"/> Medföljer patienten till avdelningen  <input type="checkbox"/> Fanns inga på akutmottagningen         </td> <td style="border: none;"> <input type="checkbox"/> Lämnat till anhörig/sign:  <input type="checkbox"/> Inlämnat till avd/sign:         </td> <td style="border: none;"> <input type="checkbox"/> Vistering/  <input type="checkbox"/> /sign:         </td> </tr> </table>							Patient rapporterad till:	av:	kl:	Vårdesaker/pattilhörigheter: ID-band/sign:	<input type="checkbox"/> Medföljer patienten till avdelningen <input type="checkbox"/> Fanns inga på akutmottagningen	<input type="checkbox"/> Lämnat till anhörig/sign: <input type="checkbox"/> Inlämnat till avd/sign:	<input type="checkbox"/> Vistering/ <input type="checkbox"/> /sign:
Patient rapporterad till:	av:	kl:											
Vårdesaker/pattilhörigheter: ID-band/sign:	<input type="checkbox"/> Medföljer patienten till avdelningen <input type="checkbox"/> Fanns inga på akutmottagningen	<input type="checkbox"/> Lämnat till anhörig/sign: <input type="checkbox"/> Inlämnat till avd/sign:	<input type="checkbox"/> Vistering/ <input type="checkbox"/> /sign:										

Version 2014-12-01

## Arvioinnin apuvälineet

ELÄMÄN- LAATU + PSYKK. TOIMINTA- KYKY	PÄIH- DE	DEP- RES- SIO	AHDISTU- NEISUUS	PANIIKKI- HÄIRIÖ	SOSIAAL.TILAN T. PELOT	PIB O	SYNN. JÄLK. MASEN- NUS	TRAU- MA
SOFAS	AUDI T	PHQ-9	BAI	PANIIKKIASTEI K-KO	LSAS	MD Q	EPDS	TSQ
GAS	DAST -20	BDI BDI-II	HAM-A	PDSS-SR	SPIN			IES
GAF		DEPS	GAD					
JES		MADR S	PSWQ					
		HAM-D						