

Alisa Elg ja Anni Hauhia

# PSYYKKISESTI SAIRAAN POTILAAN KOHTAAMINEN AKUUTTIHOIDOSSA

Opinnäytetyö

Sosiaali- ja terveysalan ammattikorkeakoulututkinto

Ensihoitajakoulutus

2024



**Kaakkois-Suomen  
ammattikorkeakoulu**

Tutkintonimike	Ensihoitaja (AMK)
Tekijä/Tekijät	Alisa Elg ja Anni Hauhia
Työn nimi	Psyykkisesti sairaan potilaan kohtaaminen akuuttihoitossa
Toimeksiantaja	Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulu
Vuosi	2024
Sivut	50 sivua, liitteitä 6 sivua
Työn ohjaaja(t)	Antti Jakonen

## TIIVISTELMÄ

Tämän opinnäytetyön tarkoitus oli koota yhteen ajantasaista tietoa psyykkisesti sairaan potilaan kohtaamisesta akuuttihoitotyössä. Opinnäytetyön tavoitteena oli luoda ensihoitajille ja akuuttihoitotyössä työskenteleville sekä erityisesti alalle opiskeleville paremmat valmiudet psyykkisesti sairaiden potilaiden kohtaamiseen, parantaa akuuttihoitossa työskentelevien mielenterveysosaamista ja sitä kautta luoda tasalaatuisempaa potilaan kohtaamista diagnostisista huolimatta. Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulu toimi opinnäytetyön tilaajana.

Opinnäytetyö toteutettiin kuvailevana kirjallisuuskatsauksena. Kirjallisuuskatsauksen aineiston analyysimenetelmäksi valikoitui teema-analyysi. Aineistoksi valikoitui seitsemän englannin kielistä tieteellistä tutkimusta. Opinnäytetyön tutkimuskysymys oli: *Mitkä tekijät vaikuttavat onnistuneeseen kohtamiseen psyykkisesti sairaan potilaan kanssa akuuttihoitotyössä?* Kirjallisuuskatsauksen tulokset ovat teemoiteltu seitsemän otsikon alle edellä mainitun tutkimuskysymyksen perusteella.

Tutkimustuloksissa nousi esille seitsemän teemaa, jotka vaikuttavat onnistuneeseen kohtamiseen psyykkisesti sairaan potilaan kanssa. Näitä teemoja olivat tieto ja osaaminen, kunnioittava kohtaaminen, läsnäolo ja aika, ympäristö ja yksityisyydestä huolehtiminen, vuorovaikutus, yhteistyö ja osallisuuden mahdollistaminen sekä turvallisuuden tunne. Erityisesti tiedon ja osaamisen merkitys toistui tutkimuksissa.

Jatkotutkimusehdotuksia nousi esiin kolme. Tiedonhaussa selvisi, ettei aihetta ole juurikaan tutkittu Suomessa, vaikka aihe on erittäin ajankohtainen myös kotimaassa. Myös juuri valmistuneiden ensi- ja sairaanhoitajien mielenterveysosaamista voisi olla hyvä kartoittaa, näin ollen voitaisiin yhtenäistää mielenterveys- ja päihdehoitotyön opetusta eri ammattikorkeakoulujen välillä ja mahdollisesti parantaa opetuksen tasoa. Lisäksi psykiatrisen ambulanssin tarvetta Suomessa tulisi tutkia, sillä opinnäytetyön tuloksissa se nousi positiivisena asiana.

**Asiasanat:** mielenterveys, akuuttihoito, psyykkisesti sairaat, kohtaaminen

Degree title	Bachelor of Health Care
Author (authors)	Alisa Elg and Anni Hauhia
Thesis title	Encountering a mentally ill patient in acute care
Commissioned by	South-Eastern Finland University of Applied Sciences
Time	2024
Pages	50 pages, 6 pages of appendices
Supervisor	Antti Jakonen

## ABSTRACT

The purpose of this thesis was to collect current information about encountering patients with mental health problems in an acute care environment. The aim of the thesis was to enhance the skills of paramedics, acute care personnel, and nursing students to encounter patients with mental health problems in acute care, to improve the mental health skills of those working in acute care, and thereby to create a more uniform patient encounter regardless of the diagnosis. The thesis was commissioned by the South-Eastern Finland University of Applied Sciences.

The research method used in the thesis is a descriptive literature review. Thematic analysis was used as the data analysis method. Seven scientific studies in English were selected as the material. The research question of the thesis was: *What factors influence a successful encounter with a patient suffering from mental health problems in acute care?* The results of the literature review are themed under seven headings based on the research question.

The research results revealed seven themes that affect a successful encounter with a patient with mental health problems. These themes were knowledge and competence, encounter with the patient, presence and time, the environment and taking care of privacy, and a sense of security. In particular, the importance of knowledge and competence was repeated in the studies.

Three suggestions for further research emerged. In the search for information, it became apparent that the topic hasn't been studied much in Finland although it is also very topical domestically. It would also be good to survey the mental health skills of newly graduated paramedics and nurses, thus the teaching of mental health and substance abuse nursing could be unified between different universities of applied sciences, and possibly the level of teaching could be improved. In addition, the need for a psychiatric ambulance in Finland should be investigated as it emerged as a positive factor in the results of the thesis.

**Keywords:** mental health, acute care, mentally ill, encountering

## SISÄLLYS

1 JOHDANTO .....	6
2 YLEISIMMÄT MIELENTERVEYDEN HÄIRIÖT .....	7
2.1 Kaksisuuntainen mielialahäiriö .....	8
2.2 Skitsofrenia.....	9
2.3 Masennus ja ahdistushäiriöt.....	10
2.4 Psykoosi ja päihdepsykoosi .....	11
2.5 Itsetuhoisuus .....	12
2.6 Traumaperäinen stressihäiriö eli PTSD.....	13
2.7 Persoonallisuushäiriöt .....	13
3 AKUUTTIHOITO .....	14
3.1 Ensihoito .....	15
3.2 Päivystys .....	15
4 POTILAAN KOHTAAMINEN .....	16
4.1 Aggressiivisen potilaan kohtaaminen .....	17
4.2 Psykoottisen potilaan kohtaaminen .....	17
4.3 Itsetuhoisen potilaan kohtaaminen .....	18
5 PSYKKISESTI SAIRAS POTILAS AKUUTTIHOITOTYÖSSÄ.....	19
5.1 Tahdosta riippumaton hoito ja M1-lähete .....	20
5.2. Tahdonvastainen lääkehoito .....	21
5.3 Työturvallisuus .....	22
6 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYS .....	23
7 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS.....	23
7.1 Opinnäytetyön aiheen valinta .....	24
7.2 Aineiston keruu.....	25
7.3 Aineiston analyysi.....	27

8	TULOKSET.....	28
8.1	Tieto ja osaaminen.....	28
8.2	Kunnioittava kohtaaminen.....	30
8.3	Läsnäolo ja aika.....	31
8.4	Ympäristö ja yksityisyydestä huolehtiminen.....	32
8.5	Vuorovaikutus.....	33
8.6	Yhteistyö ja osallisuuden mahdollistaminen.....	34
8.7	Turvallisuuden tunne.....	35
9	POHDINTA.....	36
9.1	Tulosten tarkastelu.....	37
9.2	Johtopäätökset.....	40
9.3	Jatkotutkimusehdotukset ja hyödynnettävyys.....	41
9.4	Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus.....	42
	LÄHTEET.....	44

## 1 JOHDANTO

Joka viides suomalainen aikuinen kärsii mielenterveysongelmista. Tietoisuus mielenterveyden häiriöistä on kasvanut ja osaltaan johtanut kasvavaan hoitoon hakeutumiseen (Lönqvist ym. 2014). Psykiatrisia sairaalapaikkoja on vähennetty sekä hoitoajat ovat lyhentyneet ja se näkyy siinä, että akuuttihoitotyössä kohdataan entistä enemmän psykiatrisen avun tarpeessa olevia potilaita (Kuisma ym. 2021). Vuonna 2022 hoidettiin noin 207 000 potilasta psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa (THL 2024b). Psykiatristen sairaalapaikkojen määrä on vähentynyt, mutta psykiatrisen avohoidon määrä ei ole lisääntynyt läheskään samassa suhteessa (Suomen Tietotoimisto 2022).

Mielenterveyspotilaiden kohtaaminen ensihoidossa ja akuuttihoitossa lisääntyy jatkuvasti. Ensihoidossa kohdataan erityisesti psykoottisia, päihteitä käyttäviä tai itsemurhaa yrittäneitä. (Kuisma ym. 2022.) Mielenterveyspotilaan kohtaamiseen ja hoitoon ei akuuttihoitossa ole suoraa protokollaa. Vaikka selkeää ohjetta tai toimintamallia ei ole, hoitajien tulisi pystyä arvioimaan jokainen psyykkisesti sairas potilas kattavasti ja samalla tavalla. Tällä hetkellä psyykkisesti sairaan potilaan kohtaaminen perustuu pitkälti hoitajan omaan kokemukseen ja tietotaitoon. (Isotalo ym. 2019.)

Opinnäytetyön aiheeksi valikoitui psyykkisesti sairaan potilaan kohtaaminen akuuttihoitotyössä, sillä aihe on ajankohtainen ja opinnäytetyön tekijöillä heräsi mielenkiintoa aiheeseen. Opinnäytetyössä akuuttihoitoidon käsite on rajattu ensihoitoon ja päivystykseen. Mielenterveyden ongelmat ovat ajankohtainen asia, sillä tietoisuus niistä kasvaa koko ajan ja niihin kiinnitetään entistä enemmän huomiota. Monet hoitajat kokevat mielenterveyspotilaan kohtaamisen vaikeaksi ja psyykkisesti kuormittavaksi.

Opinnäytetyön tarkoituksena on koota ajantasaisin tieto psyykkisesti sairaiden potilaiden kohtaamiseen akuuttihoitotyössä. Tavoitteena on luoda ensihoitajille ja akuuttihoitotyössä työskenteleville sekä erityisesti alalle opiskeleville paremmat valmiudet psyykkisesti sairaiden potilaiden kohtaamiseen, parantaa

akuuttihoitossa työskentelevien mielenterveysosaamista ja sitä kautta luoda tasalaatuisempaa potilaan kohtaamista diagnooseista huolimatta.

## **2 YLEISIMMÄT MIELENTERVEYDEN HÄIRIÖT**

Mielenterveys on ihmisen keskeinen voimavara, ja se on osa hyvinvointia sekä terveyttä. WHO määrittelee mielenterveyden tilaksi, jossa ihminen kykenee selviytymään elämään kuuluvista haasteista, näkee kykynsä ja pystyy tekemään töitä sekä osallistumaan yhteisön toimintaan. Mielenterveys voidaan jaotella neljään osa-alueeseen: fyysiseen, psyykkiseen, sosiaaliseen ja henkiseen mielenterveyteen. (Mieli 2021a.) Mielenterveys koostuu monen eri tekijän summasta, jotka vaihtelevat eri elämäntilanteissa. Mielenterveys muovautuu ihmisen kehityksen ja kasvun myötä läpi elämän. (Nyyti ry s.a.)

On myös normaalia, että mieli oireilee eri tavoin, joten tarkka mielenterveyden häiriöiden määrittelyminen on vaikeaa. Kun henkilön mieliala, ajatukset, tunteet tai käytös alkavat rajoittaa elämää huomattavasti, haitata ihmissuhteita tai toimintakykyä tai aiheuttavat pitkäaikaista kärsimystä, ajatellaan olevan kyse mielenterveyden häiriöstä. (Mielenterveyden häiriöitä 2022.) Mielenterveyden häiriöitä on monenlaisia, ja ne voivat vaihdella lievistä ja tilapäisistä oireista vakaviin ja pitkäkestoisiin sairauksiin. Voimakkaina oireet voivat lamaannuttaa ihmisen ja saada hänet käyttäytymään haitallisesti itseään tai muita kohtaan. (Huttunen 2018.)

Psyykinen sairaus tarkoittaa ihmisen mielen sairautta (FinFami s.a.). Psyykinen sairaus on mielenterveyden vakava häiriö, johon yhdistyy todellisuudentajun hämärtyminen. Tällaisia mielenterveyden häiriöitä ovat psykoottiset ja vakava-asteiset masennustilat, vakava-asteiset kaksisuuntaisen mielialahäiriön masennustilat, dementian vaikea-asteiset ilmenemistilat, harhaluuloisuushäiriöt, sekavuustilat, skitsofrenia ja muut psykoottiset tilat. (Huttunen 2018.)

Mielenterveyden häiriöt sekä sairaudet voivat työllistää akuuttihoitoa monin eri tavoin. Ensisijaisesti akuuttihoitotyössä pyritään lievittämään potilaan välittö-

miä oireita, varmistamaan potilaan turvallisuus sekä tarjoamaan tukea kriisitilanteissa. Akuuttihoito näissä tapauksissa voi sisältää potilaan tilan arviointia, lääkehoitoa, psyykkistä tukea tai hoitoon ohjaamista. (Kuisma ym. 2021.) Eri puolilla maailmaa toimii psykiatrisia ambulansseja, jossa työskentelee psykiatriaan erikoistuneita sairaanhoitajia. Näin viedään psykiatrista osaamista myös sairaalan ulkopuolelle. (Mikkola 2019.) Suomessa Pirkanmaan pelastuslaitoksen alueella toimi psykiatrinen ensihoitoyksikkö vuosina 2022–2023 (Sarka 2023).

## **2.1 Kaksisuuntainen mielialahäiriö**

Aikuisista noin 1 % sairastaa kaksisuuntaista mielialahäiriötä. Sairastumisen alttius on osittain perinnöllistä. Lapsella on noin 10–15 % riski sairastua, mikäli vanhempi sairastaa kaksisuuntaista mielialahäiriötä. (Sadeniemi 2021.) Kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavat kärsivät usein monihäiriöisyydestä eli samaan aikaan muistakin psyykkisistä häiriöistä ja oireista. Kaksisuuntaisen mielialahäiriölle on tyypillistä mania- ja hypomaniajakso, jotka vuorottelevat masennusjaksojen kanssa. Näiden lisäksi esiintyy oireettomia vaiheita. (Hämäläinen ym. 2019.)

Mania on jakso, jonka aikana kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavan mieliala on selkeästi kohonnut. Mania alkaa usein äkillisesti ja on kestoltaan yleensä kahdesta viikosta viiteen kuukauteen. (Kaksisuuntainen mielialahäiriö – mielialojen vuoristorata 2021.) Henkilön itsetunto ja ajatuksen riento on kasvanut ja aktiivisuus ja puheliaisuus lisääntynyt. Unen tarve vähenee ja esiintyy eriasteisia suuruuskuvitelmia. Maniavaiheessa voi esiintyä myös hyperseksuaalisuutta, rahan tuhlaamista, hajanaisuutta ja keskittymiskyvyttömyyttä. Hypomania on maniaa lievempi jakso. Hypomanian oireet muistuttavat manian oireita, mutta ovat lievempiä. Hypomaniassa esiintyy unettomuutta, keskittymiskyvyn puutetta, puheliaisuuden lisääntymistä, lisääntynyttä touhukkuutta ja itsetunnon kohoamista. Hypomaniajakso kestää vähintään neljä päivää. (Sadeniemi 2021.)

Masennusjaksot ovat kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavalla yleisempiä, kuin maniajaksot. Masennusjaksolla ihminen voi kärsiä syyllisyyden ja arvottomuuden tunteista ja päässä voi liikkua ajatuksia kuolemasta. Maanisten jaksosten seurauksena voi olla vaikeuksia ihmissuhteissa ja taloudessa. (Mieli 2022.) Kaksisuuntaisen mielialahäiriön masennusjaksot saattavat olla kestoltaan jonkin verran lyhyempiä kuin tavallisen masennustilan masennusjaksot, mutta oirekvaltaan ne eivät eroa toisistaan. Kaksisuuntaisen mielialahäiriön masennusjaksoissa esiintyy muita masennustiloja enemmän psykoottisia oireita, liikkeiden ja ajatusten hidastumista, ruokahalun kasvua ja lihomista sekä liikaunisuutta. (Sadeniemi 2021.)

## 2.2 Skitsofrenia

Skitsofrenia määritellään vakavaksi mielenterveyden häiriöksi, joka vaikuttaa yksilön ajatteluun, tunteisiin ja käyttäytymiseen. Se luokitellaan psykoosiksi, joka tarkoittaa todellisuudentajun häiriötä. Skitsofreniaa sairastavilla henkilöillä voi esiintyä erilaisia oireita, kuten harhaluuloja, aistiharhoja, ajattelun häiriötä, tunne-elämän epävakautta ja sosiaalisen toiminnan vaikeuksia. Skitsofreniapotilaalla on usein lisäksi muita oireita, kuten masennusta ja ahdistusta. (Skitsofrenia 2024.) Skitsofreniaa jonkin verran harvinaisempi skitsoaffektiivinen häiriö on hyvin pitkälti samankaltainen kuin skitsofrenia, mutta toimintakyky säilyy usein parempana. Skitsoaffektiivisessä häiriössä skitsofrenialle tyypillisten oireiden lisäksi ilmenee vakavaa masennusta tai maniaa. Akuuttihoitotyössä näitä kahta ei yleensä pysty erottamaan ilman potilastietojärjestelmää. (Rovasalo 2021.)

Skitsofrenia puhkeaa tavallisimmin nuorella aikuisiällä, mutta sairastua voi lapsuus- tai nuoruusiässä sekä vielä 40–60-vuotiaanakin (Koponen ym. 2019). Skitsofrenia on usein vahvasti perinnöllinen sairaus. Skitsofrenian voi laukaista päihteiden käyttö, traumaattinen kokemus tai vakava stressi. Osalla potilaista sairaus voi oireilla jaksoittaisesti, jolloin oireet ilmenevät vain akuuteissa vaiheissa ja henkilö voi olla oireeton tai lievä oireinen muissa sairauden vaiheissa. Skitsofrenian syntymisen syitä ei tunneta vielä niin hyvin, että sen ehkäiseminen olisi mahdollista. Noin 75 % skitsofreniaan sairastuvista kärsii

ennakko- eli prodromaalioireista kuukausia tai jopa vuosia ennen sairauden ensijaksoa. (Rovasalo 2021.)

### **2.3 Masennus ja ahdistushäiriöt**

Masennus ilmenee moninaisina oireina, yleensä mielialan laskuna ja mielihyvän menetyksenä. Masennus luokitellaan vaikeusasteen perusteella lievään, keskivaikeaan, vaikeaan ja psykoositasoiseen masennukseen. Masennushäiriöt ovat suomen kansanterveyden kannalta keskeisin mielenterveyshäiriö ja yksi suurimmista kansanterveysongelmista. (THL 2024a.) Masennuksesta kärsii tällä hetkellä noin 6 % väestöstä (Rovasalo 2022).

Masennustilan keskeiset oireet ovat mielialan masentuneisuus ja mielihyvän tai mielenkiinnon kokemisen vähentyminen. Oireet vaivaavat henkilöä vähintään kahden viikon ajan. Muita oireita ovat muun muassa väsymys, ruokahalun muutokset, unettomuus, hidastuminen tai kiihtyneisyys, arvottomuuden tai alemmuuden tunne, keskittymisvaikeudet ja kuolemaan liittyvät ajatukset. (Rovasalo 2022.) Huomattavan usein masennustilaan liittyy myös alkoholiongelma (Levola & Aalto 2019).

Ahdistus on yleinen oire. Kun ahdistuneisuus on poikkeavan voimakasta, pitkäaikaista ja haittaa huomattavasti arkielämää, puhutaan ahdistuneisuushäiriöstä. Ahdistuneisuushäiriötä esiintyy monesti yhtä aikaa muiden psykiatristen häiriöiden kanssa, kuten masennuksen tai päihdeongelmien. (Tarnanen ym. 2019.) Ahdistushäiriötä ovat esimerkiksi paniikkihäiriö ja yleistynyt ahdistuneisuushäiriö (Ahdistuneisuushäiriöt 2019).

Paniikkikohtauksessa yksilölliset oireet kehittyvät äkillisesti. Oireita ovat esimerkiksi hikoilu, vapina, hengenahdistus, sydämentykytykset ja rintakipu. Oireista seuraa usein epätodellisuuden tunne, kuoleman, sekoamisen tai hallinnan menetyksen pelko tai itsensä vieraaksi tunteminen. Oireet kestävät yleensä alle puoli tuntia ja ovat huipussaan noin kymmenen minuutin kohdalla.

(Huttunen & Socada 2020.) Jos paniikkikohtaukset ovat toistuvia, on kyse paniikkihäiriöstä. Paniikkihäiriön kanssa esiintyy usein muita ahdistuneisuushäiriöitä, päihdeongelmia tai masennus. (Mieli 2021b).

Yleistyneessä ahdistuneisuushäiriössä ahdistus ei ole sidoksissa tiettyyn tilanteeseen (Socada 2023). Yleistyneelle ahdistuneisuushäiriölle tyypillistä on asiasta etukäteen huolehtiminen ja murehtiminen. Siihen liittyviä oireita voivat olla levottomuus, jännittyneisyys, väsymys, ärtyneisyys, vapina, hengityksen tai pulssin tihentyminen, nukkumisvaikeudet, keskittymisvaikeudet, pahoinvointi ja ripuli. Henkilön elämäntilanteeseen nähden huoli ja ahdistuneisuus ovat yleisessä ahdistuneisuushäiriössä selvästi liiallisia ja jatkuvia. (Rovasalo 2022.)

## **2.4 Psykoosi ja päihdepsykoosi**

Psykoosilla tarkoitetaan oireyhtymää, johon liittyy usein todellisuudentajun hämärtyminen, aistiharhoja, harhaluuloja tai outoa, hajanaista käytöstä. Psykoosiin voi joutua lääkityksen, somaattisen sairauden, päihteiden tai traumaattisen tapahtuman takia. Psykoosi voi olla osa sairauksia, kuten skitsofreniaa, kaksisuuntaista mielialahäiriötä tai vakavaa masennusta. (Rovasalo 2023b.) Psykoosissa potilas voi kokea ulkoisen voiman hallitsevan häntä ja kuuloharhat ovat yleensä uhkaavia tai pelottavia. Potilaan käytös on usein poukkoilevaa ja epäjohdonmukaista. Jotkut potilaista voivat olla liikkumattomia tai puhumattomia, jotkut voimakkaasti kiihtyneitä. Potilas itse kokee yleensä itsensä terveeksi eikä koe tarvetta hoidolle. (Kuisma ym. 2022.)

Päihdepsykoosi on psykoottinen tila, joka johtuu päihteiden käytöstä tai päihteiden aiheuttamasta vieroitusstilasta. Yleensä psykoosioireiden liittymiseen liittyy päihteiden pitkäaikainen käyttö, suuret annokset ja yliannostukset. Se ilmenee merkittävinä mielenterveyden häiriöinä, kuten harhaluuloina, hallusinaatioina, sekavuutena ja muina psykoottisina oireina. (Peltonen ym. 2019.) Yleisimmät huumausaineet Suomessa, jotka ovat myös yleisimpiä huumeiden laukaisemia psykoosien aiheuttajia ovat kannabis ja amfetamiini. Myös alkoholin liikkakäyttö voi aiheuttaa päihdepsykoosin. (Kuisma ym. 2022.)

## 2.5 Itsetuhoisuus

Itsetuhoisuus tarkoittaa käyttäytymistä, johon sisältyy itsensä vahingoittaminen. Itsetuhoisuus voi ilmetä itsemurhasta puhumisena, itsemurha-ajatuksina, itsemurhayrityksenä tai itsemurhana. (Itsemurhien ehkäisy ja itsemurhaa yrittäneen hoito 2022.) Itsetuhoisuus voi ilmetä suorasti tai epäsuorasti. Suora itsetuhoisuus ilmenee itsemurha-ajatuksina sekä itsemurhayrityksinä, epäsuora itsetuhoisuus ilmenee riskinottona ja kuoleman toiveina. (THL 2023a.) Noin 10–15 %:lla nuorista ja aikuisista on joskus ollut itsemurha-ajatuksia. Noin 5 % nuorista ja aikuisista on joskus yrittänyt itsemurhaa. (Haravuori 2022.) Vuonna 2022 itsemurhan teki 740 ihmistä (Tilastokeskus 2023).

Itsetuhoisuus kehittyy vähitellen kasaantuvista riskitekijöistä. Riskitekijöitä ovat muun muassa mielenterveyden häiriöt, päihdeongelmat, aikaisemmat itsemurhayritykset, pitkäaikaissairaudet, yhteiskunnasta syrjäytyminen ja elämän kriisit. (THL 2023a.) Jos ihmisellä on taustalla aiempi itsemurhayritys, se merkitsee noin 40 % itsemurhariskiä (Suominen & Valtonen 2013). Usein itsetuhoisen ihmisen suojaavat tekijät, kuten sosiaalinen tukiverkko, heikentyvät vähitellen ja lopulta puuttuvat kokonaan. Itsemurhaan johtaa usein tapahtumaketju, jonka kulussa on lähes aina kyse kasaantuvista elämän ongelmista. (THL 2023a.)

Päihdeongelmat ja itsetuhoisuus liittyvät vahvasti toisiinsa. Itsemurhan tehneistä suomalaisista lähes 50 % on kärsinyt alkoholiriippuvuudesta tai heillä on ollut alkoholin haitallista käyttöä. Päihtymyksen on arvioitu heikentävän impulssikontrollia ja näin madaltavan kynnyistä yrittää itsemurhaa. (Itsemurhien ehkäisy ja itsemurhaa yrittäneen hoito 2022.) Suomessa miesten itsemurhista noin 40 % tehdään humalassa ja noin 50 % itsemurhaa yrittäneistä ovat päihdyneitä. Nuorista suurin osa itsemurhaa yrittäneistä ovat olleet päihdyneitä. (Päihdelinkki 2022.)

## 2.6 Traumaperäinen stressihäiriö eli PTSD

PTSD (Post-Traumatic Stress Disorder) eli traumaperäinen stressihäiriö voi kehittyä, mikäli henkilö kokee tai todistaa traumaattisen tapahtuman. Tällainen traumaattinen tapahtuma voi olla esimerkiksi sota, luonnonkatastrofi, väkivalta, raiskaus, onnettomuus tai vakava henkilökohtainen kokemus, kuten vakava sairaus tai väkivaltainen rikos. (Traumaperäinen stressihäiriö 2022.) PTSD voi ilmetä monin eri tavoin. Yleisiä oireita ovat esimerkiksi voimakas ahdistus tai pelko, paniikkikohtaukset, painajaiset, elävät muistikuvat tai välähdykset tapahtumasta. Lisäksi usein PTSD aiheuttaa uni- ja keskittymisvaikeuksia. PTSD voi esiintyä minkä tahansa ikäisellä. PTSD ilmenee yleensä vasta jonkin aikaa tapahtuneen jälkeen eikä heti tapahtumapaikalla. (Huttunen 2018.)

Yleisemmin akuuttihoitotyössä tavataan äkillinen stressireaktio, joka ilmenee heti tapahtuman jälkeen (Huttunen 2018). Äkillisessä stressireaktiossa oireet ovat samankaltaiset kuin ahdistuneisuushäiriössä, eli levottomuutta, vapinaa, säpsähtelyä, hengityksen tai pulssin tiheytymistä, nukkumisvaikeuksia. Äkillinen stressireaktio helpottaa muutamassa päivässä, mutta jos oireet kestävät yli kuukauden, oireilu luokitellaan traumaperäiseksi stressihäiriöksi. (Eerola 2024.)

## 2.7 Persoonallisuushäiriöt

Persoonallisuushäiriöt ovat pitkäaikaisia persoonallisuuden piirteitä, jotka aiheuttavat merkittäviä ongelmia vuorovaikutuksessa ja muussa toiminnassa (Huttunen 2018). Persoonallisuushäiriöt ilmenevät henkilön käytöksessä, ajatuksissa ja tunne-elämässä haittaa aiheuttaen elämän kaikilla osa-alueilla. Raja normaalin käytöksen ja persoonallisuushäiriön välillä on liukuva ja varsinkin nuorilla on joskus emotionaalisesti epävakaita vaiheita, jotka ohittuvat kehityksen myötä. Noin 5–15 % ihmisistä kärsii jostakin persoonallisuushäiriöstä. (Rovasalo 2023a.)

Persoonallisuushäiriöistä on usein merkkejä jo varhaisessa lapsuudessa, mutta oireet ilmentyvät viimeistään nuorena aikuisena (Huttunen 2018). Persoonallisuushäiriöiden syntyyn vaikuttavia tekijöitä ovat lapsuuden- ja nuoruuden aikaiset vuorovaikutustilanteet ja -asetelmat sekä traumaattiset tapahtumat. Kaikista vaikeimmat persoonallisuushäiriöt saattavat olla perinnöllisiä. (Rovasalo 2023a.)

Samalla henkilöllä voi olla useita eri persoonallisuushäiriöitä tai piirteitä useasta eri persoonallisuushäiriöstä, joista mikään yksittäinen persoonallisuushäiriö ei ole selvä. Tätä kutsutaan sekamuotoiseksi persoonallisuushäiriöksi. (Rovasalo 2023a.) Esimerkkejä eri persoonallisuushäiriön piirteistä ovat esimerkiksi epäluuloisuus, narsistisuus, pakko-oireiset häiriöt, epävakaus, riippuvaisuus, huomionhakuisuus sekä jopa skitsofreniaa sairastavalle tyypillinen psykoottisuus ja harhaluuloisuus (Huttunen 2018).

### **3 AKUUTTIHOITO**

THL (2021) määrittää akuuttihoiton käsitteen seuraavasti: ”Äkillisesti sairastuneelle tai loukkaantuneelle henkilölle erikoissairaanhoidon päivystysyksikössä annettava kiireellinen hoito ja tarvittaessa kiireellisen jatkohoidon järjestäminen”. Päivystyksen ja ensihoitopalvelun on tehtävä yhteistyötä niin, että ne yhdessä muodostavat alueelle toimivan kokonaisuuden. Lisäksi huomioon on otettava päivystyspisteiden väliset etäisyydet ja väestön palvelutarve. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2023.)

Hyvinvointialueet ovat vastuussa kiireellisen hoidon järjestämisestä. Kiireellinen hoito tarkoittaa äkillistä sairastumista, vammaa, toimintakyvyn alenemista tai pitkäaikaissairauden vaikeutumista. Kiireellinen hoito edellyttää välitöntä arviota tai hoitoa ja sen siirtäminen johtaisi potilaan tilan tai vamman vaikeutumiseen. Kiireellinen hoito sisältää myös välittömän vieroitushoidon, joka johtuu päihteiden käytöstä. (Valvira s.a.) Potilaan on saatava kiireellistä hoitoa hänen asuinpaikastaan riippumatta (Terveystieteiden tutkimuskeskus 30.12.2010/1326, 50. §). Työssä rajaamme akuuttihoiton käsitteen ensihoitoon ja päivystykseen.

### 3.1 Ensihoito

Ensihoito on terveydenhuollon alue, joka keskittyy kiireellisten sairaus- ja tapaturmapotilaiden ensimmäiseen hoitoon ja avun antamiseen. Sen tavoitteena on ylläpitää potilaan elintoimintoja, lievittää kipua ja vakauttaa tilanne ennen kuin potilas voidaan siirtää jatkohoitoon sairaalaan tai muuhun terveydenhuollon yksikköön. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2023a.) Hätänumerosta 112 hälytetään apua koko maassa äkillisesti sairastuneille ja loukkaantuneille potilaille. Hätäkeskus arvioi tehtävän kiireellisyyden ja hälyttää tarvittaessa ensihoidon paikalle. (Ensihoitopalvelut s.a.) Ensihoidossa pyritään toteuttamaan nopeaa ja pätevää toimintaa, jossa potilaan tilan arviointi on ensiarvoisen tärkeää. Ensihoitajat toteuttavat potilaan tilan arvioinnin ja antavat tarvittaessa ensiapua, kuten elvytystä, haavanhoitoa, hengitystukea tai muita vammojen hoitotoimenpiteitä. (Kuisma ym. 2021.)

Hyvinvointialueet järjestävät oman alueensa ensihoitopalvelun. Se voidaan järjestää itse, se voidaan ostaa ulkopuoliselta palveluntuottajalta tai se voidaan järjestää yhteistyössä pelastustoimen tai toisen hyvinvointialueen kanssa. Ensihoidon palvelupäätöksessä, jonka hyvinvointialue tuottaa, määritellään ensihoitopalvelun sisältö. Ensihoitopalvelun ja päivystävien terveydenhuollon toimipisteiden on muodostettava alueellisesti toimiva kokonaisuus. (Pelastustoimi s.a.). Ensihoidon lainsäädännön toimeenpanosta, yleisestä suunnittelusta sekä valmistelusta vastaa sosiaali- ja terveysministeriö (Sosiaali- ja terveysministeriö 2023a).

### 3.2 Päivystys

Päivystyksessä annetaan kiireellistä hoitoa potilaan asuinpaikasta riippumatta ympäri vuorokauden. Päivystyspalvelun järjestävät hyvinvointialueet ja se pyritään toteuttamaan yhteispäivystyksenä. Yhteispäivystykset pyritään järjestämään isojen sairaaloiden yhteydessä. Yhteispäivystykset käytännössä kattavat perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon palvelut diagnostiikkalaitteiden- ja palveluineen. Lisäksi yhteispäivystyksen yhteydessä tulee järjestää sosiaalipäivystys, joka määritetään sosiaalihuoltolaissa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2023b.) Mielenterveys- ja päihdetyön päivystys on järjestettävä

osana sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistä päivystystä. Näin turvataan ja edistetään mielenterveys- ja päihdeasiakkaan yhdenvertainen hoito ja palveluihin pääsy. (Valtioneuvoston asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohtaisista edellytyksistä 24.8.2017/583, 12. §.)

Päivystyspalveluihin kuuluu myös päivystysapu 116 117, jossa terveydenhuollon ammattihenkilöt tekevät arvion hoidon tarpeesta puhelimitse. Päivystysavusta saa myös yleistä neuvontaa ja ohjausta kiireellisissä tapauksissa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2023b.) Päivystysapuun tulisi soittaa ennen päivystykseen hakeutumista. Soittamalla päivystysapuun terveydenhuollon ammattilainen arvioin hoidon tarpeen ja kertoo, vaatiiko tilanne päivystyskäyntiä. Päivystysapu palvelee kansalaisia 24/7 ja sen järjestää hyvinvointialue. (Päivystysapu 116117 s.a.)

#### **4 POTILAAN KOHTAAMINEN**

Potilaan kohtaaminen on osa potilaan hoitoa. Yksinkertaisimmillaan potilaan kohtaaminen on sitä, että tervehtii potilasta, katsoo silmiin, osoittaa empatiakykyä ja kuuntelee kiireettömästi, mitä potilaalla on sanottavaa. Kohtaamisessa korostuu tasavertainen, ihmislähtöinen ja vastavuoroinen suhde hoitajan ja potilaan välillä. (Ollikainen 2022.) Potilaan kohtaaminen on inhimillistä vuorovaikutusta ja vuorovaikutus on aina molemminpuolista (THL 2023b).

Vuorovaikutukseen vaikuttavat monet eri asiat, esimerkiksi sanat, asenne, kehon viestit, eleet ja olemus (THL 2023b). Kohtaamista tukevia tekijöitä ovat rauhallinen ympäristö, avoimuus, luottamus ja keskinäinen kunnioitus. On tärkeää, että toinen osapuoli kokee olonsa kuulluksi. Lisäkysymyksen kysyminen tai asian tarkentaminen viestii, että toinen on tullut kuulluksi. (Sydänliitto 2020.)

Vuorovaikutusosaaminen on yksi keskeisimmistä sosiaali- ja terveysalan ammattilaisen osaamisen osa-alueista. Kaikilla on oma tapansa kohdata potilas. Jokainen tuo kohtaamistilanteeseen oman persoonansa, historiansa, kulttuu-

rinsa ja uskomuksensa. Kohtaamisen tulee olla ammatillista, mutta se saa herättää tunteita ja koskettaa myös ammattilaista. Ammatillaisen vastuulla on kuitenkin se, että vuorovaikutus pysyy eettisenä, eikä ammattilaisen tunteet pääse kuormittamaan potilasta. (THL 2023b.)

#### **4.1 Aggressiivisen potilaan kohtaaminen**

Aggressiivisuudelle on monia eri määritelmiä hieman kontekstista riippuen. (Korhonen 2021.) Aggressiivinen käyttäytyminen voi olla seurausta monista eri tekijöistä, kuten psyykkisistä häiriöistä, lääkkeiden vaikutuksesta, kivusta, päihteistä, ahdistuksesta tai muista emotionaalisista tekijöistä. Aggressiivisuus voi ilmetä esimerkiksi huutamisena, uhkaavana elekielenä, fyysisenä väkivaltana tai omaisuuden vahingoittamisena. (Storvik 2020.) Aggressiolla tarkoitetaan tunnetta, johon voi liittyä esimerkiksi raivoa, vihaa, pettymystä tai kostonhimoa. Aggressio voi kohdistua hoitohenkilökuntaan, muihin potilaisiin, omaisuuteen tai potilaaseen itseensä. (Korhonen 2021.)

Aggressiivisen potilaan kohtaaminen tulee ottaa vakavasti, ja se vaatii erityistä varovaisuutta. On tärkeää turvata kaikkien paikalla olevien turvallisuus. Usein aggressiivinen käyttäytyminen on merkki siitä, että potilas tarvitsee erityistä apua ja huomiota. (Korhonen 2021.) Potilas, joka on aggressiivinen, tulisi kohdata kiireettömästi, selkeästi ja yksinkertaisesti kommunikoiden ja turvallisen välimatkan päästä. Omasta turvallisuudesta tulee huolehtia muun muassa varmistamalla, että itsellä on jatkuvasti poispääsyreitti. Jo uhkaaminen saattaa itessään olla rikos, ja uhkaamistilanne saattaa edellyttää terveydenhuollon toimijalta ilmoitusta poliisille. (Kuisma ym. 2021.)

#### **4.2 Psykoottisen potilaan kohtaaminen**

Psykoottiset potilaat ovat usein vihamielisiä, sairautentunnettomia ja pelkäävät henkensä edestä. Potilaan hyökkäävyyttä lisäävät itsetuhoisuus, sairautentunnettomuus, lääkehoidon laiminlyönti, päihdeongelma sekä nuorena alkanut antisosiaalisuus ja väkivalta. (Hallikainen & Repo-Tiihonen 2015.) Psykoottinen potilas voi näyttäytyä myös päinvastaisesti puhumattomana ja liikkumattomana, eristäytyneenä omaan maailmaansa. Psykoottinen potilas voi

käyttäytyä järjestymättömästi ja ajatuksenkulku voi olla epäjohdonmukaista. (Kuisma ym. 2022.)

Psykoottisen potilaan kohtaamisen kulmakivi on yhteisymmärrykseen pääseminen. Psykoottinen potilas kaipaa rauhallista, kiinnostunutta ja turvallista suhtautumista hoitajalta, tällaisen potilaan kanssa väittelemine ei johda mihinkään. Psykoottinen potilas ottaa parhaiten vastaan lyhyitä selkeitä ohjeita. Jos lupaa psykoottiselle potilaalle jotain, on pidettävä huolta, että siitä pidetään kiinni. (Kuisma ym. 2022.) Kohtaamistilanteessa tulisi pyrkiä tilanteeseen, jossa potilas hyväksyy ratkaisun molemminpuolisten myönnytysten kautta. Lääkityksestä on usein hyötyä akuuttitilanteessa kiihtyneen psykoottisen potilaan rauhoittajana. (Hallikainen & Repo-Tiihonen 2015.)

Psykoottinen potilas ei ole aina kiihtynyt, mutta psykoottisen potilaan kohtamiseen liittyy moninkertaistunut väkivallan riski. On pidettävä huolta, ettei omalla käytöksellä tai elekielellä provosoi potilasta. Oman turvallisuuden vuoksi varmistettava oma poispääsytie ja aina kuin mahdollista olisi hyvä kohdata psykoottinen potilas työparin kanssa. (Kuisma ym. 2022.) Hoitajan pelon näyttäminen saattaa lisätä psykoottisen potilaan omaa pelkoa ja väkivallan riski suurentuu. Psykoottista potilasta ei tulisi koskaan kohdata yksin ja potilaan hyökätessä auttajan on syytä paeta. (Hallikainen & Repo-Tiihonen 2015.)

### **4.3 Itsetuhoisen potilaan kohtaaminen**

Itsetuhoisen tai itsemurhaa yrittäneen potilaan ensihoidossa on tärkeintä varmistaa potilaan oma turvallisuus. Itsemurhaa yrittäneellä on suuri riski yrittää uutta itsemurhaa, joten potilaan oman turvallisuuden varmistamisen jälkeen on tärkeää varmistaa myös ympäristön turvallisuus. Kun potilaan elintoiminnot on turvattu ja somaattinen tila on selvitetty, voidaan siirtyä arvioimaan potilaan psyykkistä tilaa. (Kuisma ym. 2022.) Itsemurhavaarassa olevalta henkilöltä tulee kysyä suoraan itsemurha-ajatuksista tai -suunnitelmista. Itsemurha-ajusten tai -suunnitelmien kartoitus ei lisää itsemurhariskiä. (Suominen & Valtonen 2013.)

Itsemurhaa yrittänyt on haavoittuvassa tilassa ja kokee olevansa kaaoksen keskellä, uupunut ja väsynyt. Hoitajan tehtävä tässä tilanteessa on olla empaattinen, mutta kuitenkin realistinen ja ylläpitää toivoa. (Kuisma ym. 2022.) Kuuntelijan on otettava todesta itsetuhoisista ajatuksista puhuvan puheet, puheita eikä tunteita tule kyseenalaistaa tai mitätöidä. On tärkeää, että kuuntelija pysyy itse rauhallisena, näin ollen itsetuhoisen henkilö saattaa myös rauhoittua. On tärkeää itse keskittyä kuuntelemaan ja antaa itsetuhoiselle henkilölle aikaa puhua. ”Miksi?”-kysymystä tulisi välttää, sillä itsetuhoisella henkilöllä on harvoin yksiselitteistä syytä ajatuksilleen. (Mieli 2023.)

## **5 PSYKKISESTI SAIRAS POTILAS AKUUTTIHOITOTYÖSSÄ**

Psyykkisesti sairas potilas voi olla akuuttihoitossa muista potilasryhmistä poiketen yhteistyöhaluton ja eri mieltä hoitohenkilökunnan kanssa hoidon tarpeesta. Psyykkisesti sairaan potilaan kohtaamisessa korostuu potilaan kuunteleminen ja puhuminen. Auttamisen lähtökohtana on potilaan kunnioittaminen. (Rovasalo 2023.) Aina psyykkisesti sairaan potilaan kanssa pelkkä puhe ei auta ja itselleen tai ympäristölleen vaarallisen potilaan hoitoon saattamiseksi tarvitaan selkeä toimintasuunnitelma, rohkeus puuttua väliaikaisesti potilaan itsemääräämisoikeuteen ja kyky huolehtia kaikkien osapuolten turvallisuudesta. (Kuisma ym. 2022).

Tehtäväkoodi 785, mielenterveysongelmat, on yksi yleisimmistä ensihoidon kohtaamista tehtäväkoodeista Suomessa. Ensihoitajat kohtaavat psyykkisesti sairaita potilaita muillakin tehtäväkoodeilla. Koodin 785 takana on muun muassa itsemurhaa yrittäneitä ja psykoosipotilaita. Ensihoidolla on myös merkittävä rooli potilaan toimittamisessa tahdonvastaiseen hoitoon. (Mikkola 2019.) Usein akuuttihoitossa potilas on psyykkisen ongelman lisäksi myös päihtynyt. Päihtymys vaikeuttaa oleellisesti potilaan mahdollisen mielenterveyden häiriön hahmottamista, mutta se ei saa olla este akuuttihoitotarpeen arvioinnille ja hoidon järjestämiselle. (Kuisma ym. 2022.)

## 5.1 Tahdosta riippumaton hoito ja M1-lähetä

Tahdosta riippumaton hoito tarkoittaa sitä, että täysi-ikäinen potilas määrätään psykiatriseen sairaalahoitoon vastoin tahtoaan. Potilas voidaan määrätä mielenterveyslain (14.12.1990/1116, 8. §) mukaan virkaa tekevän lääkärin toimesta tahdosta riippumattomaan psykiatriseen sairaalahoitoon, mikäli kaikki seuraavat kriteerit täyttyvät:

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

Potilas voidaan ottaa psykiatriseen sairaalahoitoon tarkkailtavaksi, kun halutaan selvittää, täyttyvätkö tahdosta riippumattoman hoidon kriteerit. Tällöin virkasuhteessa oleva lääkäri kirjoittaa M1-lähetteen, eli tarkkailulähetteen. Tarkkailulähetä on voimassa kolme vuorokautta. Täysi-ikäisellä pelkkä itsetuhoisuus tai diagnosoitu muistisairaus ja siihen liittyvä vaikea käytösoire ei ole M1-lähetteen peruste. Potilas, josta on tehty M1-lähetä, toimitetaan psykiatrian päivystykseen arvioon ambulanssilla. (Suominen & Valtonen 2013.) Virkasuhteinen lääkäri voi tarvittaessa pyytää poliisilta virka-apua henkilön toimittamisesta vastaanotolle (Jüriloo 2024).

Henkilö voidaan ottaa sairaalaan tahdosta riippumattomaan tarkkailuun enintään kolme vuorokautta vanhalla M1-lähetteellä korkeintaan neljän päivän ajaksi. Viimeistään neljäntenä päivänä lääkäri, joka vastaa tarkkailusta, tekee M2-lausunnon. M2-lausunto sisältää perustelut, onko edellytykset tahdosta riippumattomaan hoitoon määräämisen edelleen olemassa. (Jüriloo 2024.) Mikäli tarkkailussa ilmenee, ettei tahdosta riippumattomaan hoitoon määräämisen edellytykset toteudu, on henkilön halutessaan saatava poistua heti sai-

raalasta. Sairaalan psykiatrisesta hoidosta vastaava ylilääkäri tekee M3-lomakkeen eli päätöksen tahdosta riippumattomaan hoitoon määräämisestä. Hänen estyessään M3-lomakkeen tekee tehtävään määrätty psykiatrian erikoislääkäri. M1-lähetteen sekä M2- ja M3-lomakkeen tekevät aina eri lääkärit. (Huttunen 2024.)

Suurin osa potilaista, jotka on määrätty tahdosta riippumattomaan hoitoon, sairastaa skitsofreniaa tai muita psykoosisairauksia. Tahdosta riippumatonta hoitoa toteutetaan valtion mielisairaaloissa ja psykiatrisilla osastoilla. (Jüriloo 2024.) Päätös määräämisestä tahdosta riippumattomaan hoitoon on voimassa kerrallaan maksimissaan kolme kuukautta. Jos ennen ajan päättymistä näyttää siltä, että hoitoa tulisi jatkaa, mutta asiasta ei päästä potilaan kanssa yhteisymmärrykseen, tulee laatia uusi tarkkailulausunto. (Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116, 12. §.)

## **5.2. Tahdonvastainen lääkehoito**

Jos potilas on hyvin kiihtynyt tai vaaraksi itselleen tai muille, voidaan tarvita lääkitystä. Erityisesti sairaalan ulkopuolella psykiatrisen ensihoitolääkityksen antaminen on harvinaista. Haasteellisia ovat tilanteet, jolloin potilas kieltäytyy lääkityksestä. Tahdonvastainen lääkehoito on uhka potilaan itsemääräämisoikeudelle ja hoitaja joutuu punnitsemaan hoidon turvaamiseen liittyviä hyötyjä ja itsemääräämisoikeuden loukkaamiseen liittyviä haittoja. Tahdonvastainen lääkehoito vaatii aina lääkärin konsultaation. (Kuisma ym. 2022.) Lain potilaan asemasta ja oikeuksista (17.8.1992/785) mukaan potilasta tulee hoitaa yhteisymmärryksessä ja jos potilas kieltäytyy toimenpiteestä tai hoidosta, on potilasta mahdollisuuksien mukaan hoidettava jollain muulla tavalla, joka on lääketieteellisesti hyväksytty. Mielenterveyslain (14.12.1990/1116) mukaan potilasta voi lääkittää tahdonvastaisesti vain tarkkailussa tai tahdosta riippumattomassa hoidossa. Näistä joudutaan välillä poikkeamaan ja tällöin turvaututaan Rikoslain (2003/515) pykäliin 4 ja 5, jotka mahdollistavat tahdonvastaisen lääkehoidon toteuttamisen hoidon turvaamiseksi psyykkisesti sairaalle potilaalle.

Lääkityksestä on usein hyötyä potilaan akuuttitilanteessa kiihtymyksen rauhoittajana (Hallikainen & Repo-Tiihonen 2015). Lääkkeet tulisi antaa ensisijaisesti suun kautta. Jos lääkkeenanto suun kautta ei ole mahdollista, lääke annetaan lihakseen tai akuuttitilanteessa suonensisäisesti. Ensisijaisia vaihtoehtoja psykiatrisen potilaan akuuttivaiheen lääkitykseen ovat bentsodiatsepiinijohdokset ja psykoosilääkkeet. Jos joudutaan käyttävään voimakeinoja ja lääkitystä, on erityisesti huolehdittava potilaan happeutumisen ja hengityksen tehokkaasta valvonnasta. (Kuisma ym. 2022.)

### 5.3 Työturvallisuus

Työturvallisuudesta Suomessa työturvallisuuslaki (23.8.738/2002) määrittelee, että työnantajan tulee huolehtia jokaisen työntekijän työturvallisuudesta ja työterveydestä jo ennakoiden (Työturvallisuuslaki 23.8.738/2002, 8.§). Uhkaaviin ja väkivaltaisiin tilanteisiin työnantajalla on velvollisuus laatia menettelyohjeet. Työpaikalla tulee olla myös väkivallan torjumiseen tarvittavat turvallisuusjärjestelyt tai -laitteet sekä avun hälyttämiseen mahdollisuus. (Työturvallisuuslaki 23.8.738/2002 27. §.) Jo pelkästään terveydenhuollon henkilöstön uhkaaminen väkivallalla saattaa olla rikos. Tällaisesta tilanteesta tulee ilmoittaa poliisille. (Kaltiala & Lindberg 2021.)

Työväkivallan määrä sosiaali- ja terveysalalla on nousussa. Erityisesti psykiatrisen hoito kuuluu riskialoihin. (Lantta 2021.) Asiakasväkivaltaa kohdataan psykiatrian lisäksi myös päivystyksessä ja ensihoidossa. Väkivaltaa työssään joutuvat kohtaamaan eniten nuoret, alle 30-vuotiaat, työntekijät. Sosiaali- ja terveysalan työntekijät joutuvat kokemaan työssään myös henkistä väkivaltaa. (Työterveyslaitos 2019.)

Ensihoidon työturvallisuus on ollut paljon uutisissa viime aikoina. Esimerkiksi väkivalta ja uhkatilanteet, raskaat nostot ja siirrot, liikenne, tartuntataudit ja infektiot, tapaturmat ja henkinen kuormitus ovat ensihoidossa lähes päivittäin kohdattavia työturvallisuusriskejä. (Työturvallisuuskeskus s.a.) Monilla hyvin-

vointialueilla on otettu käyttöön luotiliivit. Esimerkiksi Päijät-Hämeessä luotiliivit puetaan päälle ennen mitä tahansa keikkaa. Monilla hyvinvointialueilla luotiliivi toistaiseksi puetaan päälle vain niin sanotuilla riskikeikoilla.

## **6 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYS**

Tämän kirjallisuuskatsauksena toteutetun opinnäytetyön tarkoituksena on koota yhteen ajantasaista tietoa psyykkisesti sairaan potilaan kohtaamisesta akuuttihoitotyössä. Opinnäytetyön tavoitteena on luoda ensihoitajille ja akuuttihoitotyössä työskenteleville sekä erityisesti alalle opiskeleville paremmat valmiudet psyykkisesti sairaiden potilaiden kohtaamiseen, parantaa akuuttihoitossa työskentelevien mielenterveysosaamista ja sitä kautta luoda tasalaatuisempaa potilaan kohtaamista diagnooseista huolimatta. Opinnäytetyön toimeksiantajana toimii Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulu (Xamk).

Tutkimuskysymys:

1. Mitkä tekijät vaikuttavat onnistuneeseen kohtaamiseen psyykkisesti sairaan potilaan kanssa akuuttihoitotyössä?

## **7 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS**

Tämä opinnäytetyö toteutettiin kuvailevana kirjallisuuskatsauksena. Kirjallisuuskatsaus on laadullinen eli kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä. Tieteenalan teoreettisen ymmärryksen edistäminen, teorian kehittäminen ja jo olemassa olevan teorian kehittäminen ovat kirjallisuuskatsauksen tärkeimpiä tehtäviä. Kirjallisuuskatsauksen avulla voidaan kehittää kokonaiskuvia tietystä aihealueesta tai asiakokonaisuudesta. (Stolt ym. 2016.)

Opinnäytetyön tutkimusmenetelmäksi valittiin kuvaileva eli narratiivinen kirjallisuuskatsaus, sillä tarkoituksena on koota yhteen ajantasaista tietoa aiheesta. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus perustuu tutkimuskysymykseen ja on yksi kirjallisuuskatsauksen yleisimmistä muodoista. (Ks. Kangasniemi ym. 2013.) Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa metodiset säännöt eivät rajaa aineiston valin-

taa ja aineistot ovat yleensä laajoja. Kuvailevaa kirjallisuuskatsausta käytetään yleisesti tutkimuksen taustan luomiseen, olemassa olevan tiedon tiivistämiseen ja tutkimusalueen kartoittamiseen. Tutkittava ilmiö voidaan kuvata laajasti ja tarvittaessa kirjallisuuskatsauksen tuloksista voidaan luokitella ilmiön ominaisuuksia. (Salminen 2011.)

## **7.1 Opinnäytetyön aiheen valinta**

Opinnäytetyön aihetta on pohdittu keväällä 2023. Aiheeksi valikoitui psyykkisesti sairaan potilaan kohtaaminen, sillä aihe on ajankohtainen ja opinnäytetyön tekijöillä oli mielenkiintoa aiheeseen. Covid-19-pandemiasta ja sen vaikutuksista ihmisten mielenterveyteen on uutisoitu paljon. Mielenterveysongelmien lisääntyessä on parannettava hoitohenkilökunnan tietoja sekä taitoa kohdata psyykkisesti sairaita potilaita, jotta sairauksista riippumatta saadaan annettua tasalaatuista hoitoa kaikille. Opinnäytetyöstä on rajattu pois covid-19 liittyvät tutkimukset. Aihe ja tutkimuskysymykset valikoituivat huhtikuussa 2023. Tutkimuskysymyksiä poistettiin ja tarkennettiin syyskuussa 2023. (Taulukko 1.)

Opinnäytetyössä tutkitaan psyykkisesti sairaan potilaan kohtaamista ja sen erityispiirteitä akuuttihoitotyössä. Akuuttihoitotyön käsite on työssä rajattu päivystykseen sekä ensihoitoon. Mukaan valituissa tutkimuksissa käsitellään laajasti eri mielenterveyden häiriöitä eikä näin ollen ole rajattu tiettyihin sairauksiin tai häiriöihin. Sairaalan ulkopuolisessa hoitotyössä kohdataan entistä enemmän psykiatrisia potilaita, koska psykiatrisia sairaalapaikkoja on vähennetty, rahoitusta pienennetty sekä hoitoaikoja lyhennetty (Kuisma ym. 2022). Opinnäytetyö toteutetaan ilman rahoitusta, eikä siitä tule aiheutumaan kustannuksia.

Taulukko 1. Opinnäytetyön aikataulujana

<b>OPINNÄYTETYÖN AIKATAULUJANA</b>	
<b>HUHTIKUU 2023</b>	Aiheen valikoituminen, opinnäytetyön ideointivaihe
<b>TOUKOKUU 2023</b>	Tutkimussuunnitelman ja opinnäytetyön suunnittelu- vaihe, tutkimusaiheeseen sekä lähteisiin perehtymi- nen
<b>KESÄKUU - SYYS- KUU 2023</b>	Tutkimussuunnitelman hahmottelu, opinnäytetyön teoriataustan kirjoittaminen
<b>LOKAKUU 2023</b>	Opinnäytetyösopimuksen kirjoittaminen
<b>MARRASKUU 2023</b>	Idea- ja suunnitelmavaiheen seminaari
<b>TAMMIKUU-HELMI- KUU 2024</b>	Kirjallisuuskatsauksen aloittaminen
<b>MAALISKUU 2024</b>	Toteutusvaiheen seminaari, aineiston analyysi
<b>HUHTIKUU 2024</b>	Aineiston analyysi, opinnäytetyön viimeistely ja val- mistuminen
<b>TOUKOKUU 2024</b>	Julkaisuvaiheen seminaari ja julkaisuprosessi

## 7.2 Aineiston keruu

Tutkimusprosessin alkuvaiheessa suoritettiin aiheeseen liittyvien avainsanojen kartoitus. Tutkimuskriteerit määriteltiin niin, että valittujen tutkimusten tuli olla saatavilla joko suomeksi tai englanniksi. Asiasanoja miettiessä ja kääntäessä hyödynnettiin MOT-sanakirjaa ja Finto-palvelun asiasanastoja, kuten YSAa (yleinen suomalainen asiasanasto), TEROa (terveyden ja hyvinvoinnin ontologia) ja MeSH/FinMeSH-sanastoa. Lisäksi tutkittiin muutamia aiheeseen liittyviä tutkimuksia ja artikkeleita, joista saatiin viitteitä relevantteihin avainsanoihin.

Lähteiden pohjalta muodostui avainsanapareja muun muassa ”psykkisesti sairas/kohtaaminen” ja ”mental health/ encoutering”. Näiden avainsanojen avulla luotiin erilaisia hakulausekkeita, jotka ohjasivat testihakuja. Testihakujen aikana avainsanoja tarkennettiin tarpeen mukaan. Käytetyt haku-

lausekkeet olivat esimerkiksi "mental health or mental disorder illness or mental illness or psychiatric disorder or psychiatric illness" AND "acute care or emergency care or acute treatment or emergency nursing". Lisäksi hakuja tehdessä huomattiin, että todella suuri osa tutkimuksista käsitteli jollain tavalla covid-19-pandemiaa ja ihmisten mielenterveyden muutoksia covid-19:n aikana, joten päätimme rajata pois kaikki sitä käsittelevät tutkimukset lisäämällä hakulausekkeisiin NOT "covid-19".

Suomenkielisillä hakusanoilla ja hakulausekkeilla ei löytynyt tutkimuskysymyseen vastaavia tutkimuksia, joten kaikki opinnäytetyöhön valitut tutkimukset ovat valittu englanninkielisillä hakusanoilla. (Liite 1, tiedonhakutaulukko.) Tutkimuksia on kolmesta eri näkökulmasta, eli sekä hoitajien, omaisten että potilaiden kokemuksia aiheesta. Tutkimusten valintaan vaikutti myös rajaus akuuttihoitotyöhön eli tässä tapauksessa päivystykseen tai ensihoitoon. Tutkimuksissa ei ole rajattu pois tietyn ikäisiä potilaita, mutta kaikki mukaan valitut tutkimukset käsittelevät aikuisia mielenterveyspotilaita. Mukaan opinnäytetyöhön otettiin ne tutkimukset, jotka käsitelivät psyykkisesti sairaan kohtaamista eli jotka vastasivat tutkimuskysymykseemme.

Lähteet tätä opinnäytetyötä varten ovat haettu luotettavista terveysalan tietokannoista, kuten Duodecim Terveysportti, Medic, Käypä Hoito -suositukset, CINAHL, PubMed. Mukaan opinnäytetyöhön valitut tutkimukset löytyivät tietokannoista CINAHL ja APA Psycinfo. Hausta on jätetty pois ei-tieteelliset artikkelit ja AMK-opinnäytetyöt, sillä niiden luotettavuutta ei voi varmentaa. Haut rajattiin koskemaan enintään 10 vuotta vanhoja tutkimuksia, joista on koko aineisto käytössä. Pois rajattiin myös maksulliset tai muun kuin suomen tai englanninkieliset tutkimukset. (Taulukko 2.)

Taulukko 2. Kirjallisuuskatsauksen aineiston sisäänotto- ja poissulkukriteerit

<b>Sisäänottokriteerit</b>	<b>Poissulkukriteerit</b>
Enintään 10 vuotta vanhat aiheistot	Yli 10 vuotta vanhat aineistot
Kielenä suomi ja englanti	Kielenä muut kielet kuin suomi ja englanti
Maksuton aineisto	Maksullinen aineisto
Koko aineisto käytössä	Koko aineisto ei käytössä
Väitöskirjat, vertaisarvioidut tutkimusartikkelit, oppikirjat	AMK-opinnäytetyöt, ei-tieteelliset tutkimukset

### 7.3 Aineiston analyysi

Aineiston analysointi on monivaiheinen prosessi. Aineiston analysointi aloitetaan tutustumalla aineistoon huolellisesti ja siitä tutkijat rakentavat kokonaiskuvan. Aineisto muutetaan tarvittaessa tutkittavaan muotoon ja sen jälkeen tutkija alkaa analysoida aineistoa valitsemansa analysointimenetelmän avulla. (Günter ym. 2021) Analysointimenetelmän valintaan vaikuttavat valittu aineisto, tutkimuskysymykset, tutkimusongelmat, teoreettiset lähtökohdat ja tutkijan taidot. Eri analyysimenetelmillä on omat teoreettiset lähtökohtansa. Ne ohjaavat tutkijoiden valintoja analysointiprosessin aikana. (Honkasilta s.a.)

Kirjallisuuskatsauksen aineiston analyysimenetelmäksi valikoitui teemoittelu. Teemoittelu on yksi sisällönanalyysin muodoista ja yksi laadullisen tutkimuksen analyysimenetelmistä. Teemoittelu tarkoittaa sitä, että tutkijat nostavat aineistosta tutkimusongelmien kannalta olennaiset aiheet eli teemat. Teemat eli tutkimuksista toistuvasti nousseet asiat syntyvät analyysin tuloksena. (Juhila 2021.) Teemoittelu etenee teemojen muodostamisesta niiden yksityiskohtaisempaan tarkasteluun (Teemoittelu 2016).

Aineiston analysointi alkoi läpikäymällä valitut aineistot ja aineistojen tutkimustulokset huolellisesti läpi. Aineistoja läpikäydessä tutkimuksista nousi toistuvasti esille samankaltaisia huomioita. Aineiston analyysissä muodostui seitse-

män teemaa, jotka on esitelty tulokset-osiossa ja liitteenä olevassa teemoittelutaulukossa (liite 3, teemoittelutaulukko). Pääteemat muodostuivat ryhmittelemällä ja yhdistelemällä tutkimuksista toistuvasti nousseita samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia. Kirjallisuuskatsauksen tulokset on raportoitu muodostuneiden pääteemojen mukaisesti.

## **8 TULOKSET**

Kirjallisuuskatsaukseen valituissa tutkimuksissa käsitellään psyykkisesti sairaan potilaan kohtaamista päivystyksessä ja ensihoidossa. Mukaan valittiin tutkimuksia, jotka vastaavat tutkimuskysymykseen eli mitkä tekijät vaikuttavat onnistuneeseen kohtaamiseen psyykkisesti sairaan potilaan kanssa akuuttihoitotyössä.

Tutkimuksissa kokemuksia kohtaamistilanteista on kuvattu potilaan, omaisten ja hoitajien näkökulmasta. Opinnäytetyön tutkimustulokset perustuvat sisäänotto- ja poissulkukriteerein rajattuun tutkimusaineistoon (Taulukko 2). Tulokset ovat jaettu seitsemään teemaan, jotka ovat tieto ja osaaminen, kunnioittava kohtaaminen, läsnäolo ja aika, ympäristö ja yksityisyydestä huolehtiminen, vuorovaikutus, yhteistyö ja osallisuuden mahdollistaminen sekä turvallisuuden tunne. Kirjallisuuskatsauksessa nousseet teemat toistuivat aina vähintään kahdessa kirjallisuuskatsaukseen valitussa tutkimuksessa. (Liite 3, teemoittelutaulukko.)

### **8.1 Tieto ja osaaminen**

Henkilökunnan tieto ja kokemus koettiin yhtenä tärkeimpänä tekijänä psykiatrisen potilaan kohtaamisessa. Henkilökunnan tieto ja osaaminen tulivat esiin tärkeänä tekijänä kaikissa eri näkökulmissa eli sekä hoitajien, potilaiden että omaisten näkökulmasta.

Päivystyksen sairaanhoitajia koskevassa tutkimuksessa hoitajat kertovat tiedostavansa, että heillä ei ole tarvittavaa kokemusta, koulutusta ja näyttöön perustuvaa tietoa psykiatrisen potilaan kohtaamisesta sekä hoidosta. Hoitajat

ovat huolissaan, koska ymmärtävät etteivät tarjoa optimaalisinta tukea mielen-terveyspotilaille ja pitävät erityisen tarpeellisena saada työssään mielenterveyteen paneutuneen asiantuntijan tukea. (García-Carpintero Blas ym. 2023.)

Ensihoitajien osaamista käsittelevässä tutkimuksessa tuli ilmi, että ensihoitajan tunsivat olevansa riittämättömästi valmistautuneita mielenterveyteen liittyvissä tapauksissa. Erityisesti naiset kokivat epävarmuutta omasta osaamisestaan. (Önnheim ym. 2022.) Riittämättömyyden ja toivottomuuden tunne saa hoitajat epäilemään omaa ammatillista pätevyyttään ja vastuullisuuttaan, mikä johtaa epäonnistumisen ja syyllisyyden tunteisiin. Hoitajat pelkäävät osaamisen puutteella tai väärin tekemisellä pahentavan potilaan tilannetta tai mielisairautta. (Zetterberg ym. 2022.)

Psykiatrisen ambulanssin ensihoitajat sekä psykiatriset sairaanhoitajat taas olivat yhtä mieltä siitä, että heillä on tarjota erikoisosaamista mielenterveysongelmista kärsiville. Hoitajat pitivät hyvänä myös sitä, että heillä oli tarjota potilaalle sekä psyykkistä että somaattista apua. Myös potilaat nostivat esille huomanneensa eron osaamistasossa psykiatriaan erikoistuneiden ensihoitajien tai sairaanhoitajien välillä kuin niiden, joilla ei ole tilanteista yhtä paljon kokemusta. Psykiatrisen ambulanssin henkilökunta osaa selittää asiat paremmin. (Sunnqvist ym. 2022.)

Potilaat kokivat, että kun hoitaja tietää mistä puhuu, tulee potilaalle ymmärrettäviksi tullut olo. Myös mielenterveyspotilaille tyypillistä leimautumista koettiin vähemmän, kun hoitajalla oli kokemusta mielenterveysongelmista. Osaamisen taso ja ammattitaitoisuus myös vaihtelee joka kohtaamisella sekä päivystyksessä että ensihoidossa. (Lindström ym. 2020.) Päivystyksessä työskentelevien sairaanhoitajien ja tavallisissa ambulansseissa työskentelevien ensihoitajien osaamista ja potilaan kohtaamista on kuvattu useammin huonoksi, kuin psykiatriaan erikoistuneiden sairaanhoitajien tai psykiatrisessa ambulanssissa työskentelevien ensihoitajien. (Digel Vandyk ym. 2017.)

## 8.2 Kunnioittava kohtaaminen

Moni psyykkisesti sairas potilas koki kohtaamisen hoitohenkilökunnan kanssa epäkunnioittavana. Epäkunnioittava olo potilaille tuli monesta tekijästä: kii-reestä, hoitajien asenteista sekä siitä, että hoitoon käytetty aika oli hyvin lyhyt. Usein kohtaamistilanteissa potilaat havaitsivat herkkyyden ja kunnioituksen puutetta. (Digel Vandyk ym. 2017.) Osa potilaista koki, että heille ei puhuttu kuin normaaleille ihmisille heidän mielenterveysongelmiensa vuoksi (Harris 2016). Psyykkisesti sairaan potilaan kohtaaminen aiheutti myös pelkoa ja epä-varmuutta terveydenhuollon ammattilaisten keskuudessa (García-Carpintero Blas ym. 2023).

Potilaat kokivat merkittäväksi tekijäksi onnistuneeseen kohtaamiseen tavan, jolla heidät kohdattiin. Jos kohtaamiseen käytettiin aikaa, potilaalle puhuttiin rauhallisesti ja kunnioittavasti sekä konkreettisesti istuttiin potilaan viereen, ti-lanne loi potilaalle turvallisen tunteen ja paremmat lähtökohdat yhteistyölle. Jos potilas kohdattiin epäkunnioittavasti, esimerkiksi seisomalla ja katsomalla potilasta alaspäin, potilas koki todennäköisemmin haluttomuutta hakeutua hoi-toon. (Sunnqvist ym. 2022.) Myös hoitajat kokivat kunnioittavan ja läsnä ole-van lähestymistavan olevan tärkeä asia psyykkisesti sairaan potilaan kohtaa-misessa (Zetterberg ym. 2022).

Katsekontaktin merkitys korostui kohtaamistilanteissa ja katsekontaktin otto potilaaseen koettiin osoittavan, että välittää potilaasta. Moni potilas koki, ettei hoitohenkilökunta ota heihin katsekontaktia tai ottaa vain vähäistä katsekon-taktia. Ilman katsekontaktia tai vähäisellä katsekontaktilla tehdyt pyynnöt tai tiedustelut koettiin negatiivisena asenteena mielenterveysongelmia kohtaan. (Harris 2016.) Myös oman kehonkielen sopeuttamisen tilanteeseen koettiin olevan osa onnistunutta kohtaamista (Sunnqvist ym. 2022).

Hoitajat kokivat tuntemattoman potilaan kohtaamisen helpommaksi, kuin tuttu-jen potilaiden kohtaaminen. Näissä tilanteissa hoitajilla oli vähemmän ennak-kokäilyksiä, kuin tilanteissa, joissa potilas olisi ennestään tuttu. (Zetterberg

ym. 2022.) Potilaiden näkökulmasta kohtaaminen tuttujen hoitajien kanssa koettiin sekä positiivisena että negatiivisena asiana (Digel Vandyk ym. 2017).

Psykiatrinen ambulanssi ja sen henkilöstö koettiin positiivisena tekijänä potilaan kohtaamisessa. Psykiatrinen ambulanssi kohtasi potilaan kunnioittavasti, arvostaen heidän tunteitaan ja tarvittaessa sopeutti kohtaamista potilaan mielentilan mukaan. (Lindström ym. 2020.) Potilaat, joilla oli kokemusta sekä normaalista ambulanssista että psykiatrisesta ambulanssista, kuvasivat, kuinka eri tavalla heidät kohdattiin. Psykiatrisen ambulanssin hoitajat loivat potilaalle turvallisuuden tunteen ja luottamuksen. Potilaat kokivat tulleen kohdatuksi kunnioittavasti ja arvostetusti. (Sunnqvist ym. 2022.)

### **8.3 Läsnäolo ja aika**

Monet mielenterveyspotilaat kokivat kohtaamiset terveydenhuollon henkilökunnan kanssa niin, että henkilökunta ei ollut läsnä tilanteessa ja että potilaat vain veivät turhaan heidän aikaansa. Moni potilas tunsikin olonsa kiusalliseksi, ja heillä oli sellainen olo, että he olivat vain henkilökunnan tiellä. (Sunnqvist ym. 2022.) Pitkät odotusajat ja vain todella lyhyet kohtaamiset hoitohenkilökunnan kanssa saivat potilaat miettimään, ymmärsikö hoitohenkilökunta todella heidän vierailunsa syyn. Kiire sai potilaat kokemaan itsensä epäkunnioitetuiksi. Osa potilaista oli myös huolestuneita siitä, kuinka kiireisiä hoitajat olivat. (Digel Vandyk ym. 2017.)

Hoitohenkilökunta koki psyykkisesti sairaiden potilaiden tarvitsevan enemmän hoitoaikaa kuin somaattisesti sairaat potilaat. Hoitajat kokivat olevansa ylikuormittuneita, eikä heillä ollut riittävästi aikaa käytettävissä psyykkisesti sairaiden potilaiden hoitoon. (García-Carpintero Blas ym. 2023.)

Hoitajan läsnäolo ja kiireettömyys koettiin tärkeänä osana onnistunutta kohtaamista. Potilaat arvostivat sitä, että tilanteen selittämiseen potilaalle käytettiin aikaa. (Sunnqvist ym. 2022.) Riittävä ajankäyttö korostui erityisesti potilaiden kohtaamisissa psykiatrisen ambulanssin kanssa. Potilaat kokivat, että psykiatrisen ambulanssin henkilöstö antoi hoitokohtaamiseen riittävästi aikaa.

(Lindström ym. 2020.) Myös hoitajat kokivat tärkeäksi sen, että olisi riittävästi aikaa kohdata psyykkisesti sairas potilas (Zetterberg ym. 2022).

Erityisesti psykiatriset hoitajat ja mielenterveyshoitajat koettiin kärsivällisinä ja rauhallisina, jotka käyttivät riittävästi aikaa potilaan kanssa kommunikointiin ja tilanteen selittämiseen potilaalle. He osasivat olla läsnä kohtaamistilanteissa ja kertoa potilaalle, ettei heillä ole tällä hetkellä mitään tärkeämpää kuin olla läsnä siinä hetkessä. Tämän kuuleminen helpotti potilaan oloa ja potilas pystyi päästämään irti ajatuksesta, että vei turhaan hoitajien aikaa ja oli vain tiellä. (Sunnqvist ym. 2022.)

#### **8.4 Ympäristö ja yksityisyydestä huolehtiminen**

Potilaiden kokemukset liittyen mielenterveyden hoitoon päivystyksessä eivät olleet kovin hyviä. Tutkimuksessa potilaat kuvaavat päivystystä ympäristönä huonoksi paikaksi. Päivystystä kuvataan meluisaksi, kylmäksi ja kliiniseksi. Liian kirkkaat valot, hoitajien univormut, äännet ja hajut herättävät pelkoa ja muistoja aikaisemmista huonoista kohtaamisista. Lisäksi pitkät odotusajat sekä psykiatriaan erikoistuneen hoitotahon puuttuminen lisäsivät ahdistusta. (Harris ym. 2016.)

Myös hoitajien näkökulmasta päivystys koetaan huonoksi paikaksi kohdata psyykkisesti sairas potilas. Päivystyksessä ei ole aikaa eikä tiloja mielenterveyspotilaan kohtaamiseen. Koettiin, että täysin erillinen psykiatrian alue palvelisi mielenterveyspotilaita paremmin. Hoitajat nostivat esiin myös sen, että mielenterveyspotilaita varten tulisi olla turvahuoneita, joissa potilasta ei tarvitsisi sitoa, mutta missä hän ei pystyisi satuttamaan itseään. (García-Carpintero Blas ym. 2023.) Yksityisyyden puute ja sen aiheuttama stressi tuli esiin sekä hoitajilta että potilailta. Ovien ja verhojen jättäminen auki potilaiden suojelemista ja tarkkailua varten aiheutti epämukavuutta, samoin kuin henkilökunnan säännölliset tarkastukset varsinkin, jos tarkastuksien yhteydessä ei ollut mitään vuorovaikutusta. Toisaalta myös yksin oleminen hoitoon pääsyä odottaessa koettiin ahdistavana. (Harris ym. 2016.)

Aika ja rauhallinen ympäristö tuli esiin myös psykiatrisen ambulanssin potilaita tutkivassa tutkimuksessa. Psykiatrisen ambulanssin ympäristö koetaan pääosin miellyttävänä. Potilaat kokevat miellyttäväksi sen, että psykiatrisen ambulanssin hoitohenkilökunta voi tulla potilaan kotiin eikä heillä ole kiire. Potilaat kokivat myös tärkeäksi sen, että psykiatrisen ambulanssin kyydissä sai istua, eikä tarvinnut maata paikoillaan paareilla. Toisaalta ambulanssin tuleminen kotiin koettiin nöyryyttävänä, koska naapurit näkevät. (Lindström ym. 2020.)

## 8.5 Vuorovaikutus

Jotkut hoitajat kokivat kommunikoinnin psyykkisesti sairaan potilaan kanssa haastavana. Hoitajat kokivat, etteivät he tieneet, kuinka heidän tulisi puhua ja kommunikoida psyykkisesti sairaan kanssa. Myös potilaiden mahdollinen aggressiivisuus koetaan olevan haaste vuorovaikutuksessa psyykkisesti sairaan potilaan kanssa. (García-Carpintero Blas ym. 2023.)

Positiivinen vuorovaikutus potilaan kanssa johti siihen, että potilas koki olevansa hoidettu ja arvostettu ihmisenä. Positiivinen vuorovaikutus oli molemminpuolista keskustelua potilaan ja hoitohenkilökunnan välillä. (Digel Vandyk ym. 2017.) Koettiin tärkeänä, että hoitaja oli avoin, opettavainen, reagoiva ja tuomitsematon niin potilasta, potilaan ympäristöä, potilaan kotia kuin potilaan elämäntapaakin kohtaan. Vuorovaikutus koettiin helpompana silloin, kun potilas luotti hoitajaansa. Tällöin oli helpompi puhua mistä tahansa. (Zetterberg ym. 2022.)

Small talk koettiin positiivisena asiana vuorovaikutuksessa potilaan ja hoitajan välillä. Se rohkaisi potilaita avoimeen keskusteluun ja loi luottamusta ja turvallisuuden tunnetta. Small talk kuvattiin myös hyväksi häiriötekijäksi potilaille, joilla oli esimerkiksi hallusinaatioita. (Lindström ym. 2020.) Myös aktiivinen kuuntelu ilman keskeytyksiä koettiin tärkeänä (Zetterberg ym. 2022).

Vuorovaikutus ja aito, välittävä kysely yhdistettynä potilaan kohtaamiseen kunnioituksella ja yhteisellä inhimillisyyden tunteella on monille psyykkisestä sai-

raudesta kärsivälle potilaalle osa toipumisprosessia. Yksinkertaisella vuorovai-  
kutteisella käyttäytymisellä on myös suuri potentiaali rauhoittaa, ehkäistä ja  
minimoida aggressiota ja oireiden voimakkuutta ja jopa edistää paranemista.  
(Harris ym. 2016.)

## **8.6 Yhteistyö ja osallisuuden mahdollistaminen**

Potilaat nostivat mahdollisuuden osallistua päätöksentekoon omassa hoidos-  
saan positiivisena asiana. Osallisuuden mahdollistaminen johti siihen, että po-  
tilaat lähtivät mieluummin esimerkiksi päivystykseen, kun he saivat olla mu-  
kana päätöksenteossa. Päätöksenteossa oli mukana henkilöstö, joka tarjosi  
potilaille paikantunutta tietoa ja joka kuunteli potilaan historiaa ja tarpeita. Mo-  
lemminpuolinen luottamus koettiin olevan osallisuuden mahdollistamisen edel-  
lytys. (Lindström ym. 2020.) Kaikki potilaat eivät kuitenkaan olleet kiinnostu-  
neita osallistumaan omaan hoitoonsa (Zetterberg ym. 2022).

Psykiatrisen ambulanssin hoitajat tekivät myös yhteistyötä potilaisen omaisten  
kanssa. Potilaat kokivat yhteistyön psykiatrisen ambulanssin hoitajien ja hei-  
dän omaisten välillä positiivisena asiana, sillä myös omaiset saivat tarvitta-  
essa tietoa ja tukea. (Lindström ym. 2020.) Omaiset kokivat turvallisuuden ja  
rauhallisuuden tunteita, kun tiesivät psykiatrisen ambulanssin olevan käytettä-  
vissä (Sunnqvist ym. 2022).

Moniammatillinen yhteistyö koettiin tärkeänä asiana hoitajien näkökulmasta.  
Psykiatrisessa ambulanssissa hoitajat kokivat saaneensa tukea muilta viran-  
omaisilta, kuten poliisilta ja pelastukselta. (Sunnqvist ym. 2022.) Muiden viran-  
omaisten läsnäolo saattoi kuitenkin häiritä kohtaamista ja muuttua häiriöteki-  
jäksi, jos potilas menetti huomionsa hoitajasta sen takia, että paikalla oli muita  
viranomaisia. Myös toimiva yhteistyö ambulanssihenkilökunnan sisällä vaikutti  
onnistuneeseen kohtaamiseen. Kohtaaminen koettiin helpompana, mikäli hen-  
kilökunnan jäsenet jakoivat samanlaisia asenteita ja arvoja. (Zetterberg ym.  
2022.)

## 8.7 Turvallisuuden tunne

Psykiatrisen ambulanssin potilailla oli kaikilla kokemusta myös tavanomaisen ambulanssin kohtaamisesta ja kuljetuksesta päivystykseen. Tutkimukseen vastanneet kokivat olonsa turvallisemmaksi ja luotettavammaksi psykiatrisen ambulanssin henkilökunnan kuin tavanomaisen ambulanssin henkilökunnan kanssa. Moni koki turvallisuuden tunnetta, kun tiesi psykiatrisen ambulanssin olevan käytössä. (Sunnqvist ym. 2022.) Kaikki tutkimuksessa olleet potilaat kokivat psykiatrisen ambulanssin hoitoympäristön turvallisiksi. Potilaat kertovat, että turvallisen hoitoympäristön saa luotua puhumalla, antamalla kohtaamiseen tarpeeksi aikaa ja sopeuttamalla ympäristöä ja tilannetta potilaan toiveiden mukaan. Myös se, että psykiatrisen ambulanssin hoitohenkilökunta voi tulla kotiin juttelemaan lisää turvallisuuden tunnetta. (Lindström ym. 2020.)

Henkilökunnan osaaminen koetaan suoraan yhteneväiseksi turvallisuuden kanssa. Psykiatrisen ambulanssin henkilökunta koetaan osaavammaksi kuin tavanomaisen ambulanssin. Myös hoitajien kohtaamistapa ja rauhallinen ympäristö koetaan turvallisuuden tunnetta lisäävänä asiana. (Sunnqvist ym. 2022.) Riippumatta siitä, missä ympäristössä potilaat halusivat puhua, koettiin että psykiatrisen ambulanssi antoi tarvittavan ajan ja loi rauhallisen ilmapiirin tilanteesta (Lindström ym. 2020).

Potilaan voinnin oikeanlainen arviointi ja hoito on tärkeää potilaan turvallisuuden kannalta. Ambulanssi on usein potilaan ensimmäinen kontakti hoitoketjussa. Ensihoitajien osaamista kuvaavassa tutkimuksessa ilmeni, että ensihoitajat tarvitsisivat kipeästi laajempaa tietoa psykiatrisista sairauksista ja ongelmista tarjotakseen ja tunnistaakseen hoitoa vaativien ongelmien asianmukaisen hoidon tai hoitoon ohjauksen. Ensihoitajat kokevat, että parempi teoreettinen osaaminen sekä pääsy potilastietojärjestelmään jo ensihoidon aikana lisääisi sekä potilaan että omaa turvallisuutta. (Önnheim ym. 2022.) Toisaalta osa potilaista koki, että psykiatrisen ambulanssin henkilökunnan pääseminen potilastietojärjestelmiin lisäsi epämukavuutta ja potilaan pelkoa leimautumisesta. Potilaat kokivat, että olisivat halunneet hoitajien olevan sellaisia, joilla ei ole ennakkotietoa heidän historiastaan. (Lindström ym. 2020.)

Päivystyksessä mielenterveyssyistä käyneiden kokemukset turvallisuudesta eivät olleet kovin hyviä. Potilaat kuvaavat hoitajien suhtautumisen ja kohtaamisen olleen syy turvattomuuden tunteeseen. Potilaat kertovat vartijoiden käytöksen olevan usein epäinhimillistä. Kokemuksia on myös siitä, että hoitoa ei saada ollenkaan tai esimerkiksi heitetään ulos päivystyksestä keskellä yötä. (Digel Vandyk ym. 2017.) Toisaalta myös päivystyksessä työskentelevät sairaanhoitajat kokivat epäturvallisuuden tunnetta kohdatessaan mielenterveyspotilaita. Sairaanhoitajat kokivat olevansa valmistautumattomia tilanteeseen, jos heillä ei ollut ennakkotietoa potilaasta tai jos tilanne muuttui odottamattomasti. Sairaanhoitajat kokivat olonsa turvallisemmaksi, jos potilaasta oli ennakkotietoa ennen saapumista ja jos sai työskennellä sellaisen kollegan kanssa, johon pystyi luottaa ja jonka kanssa oli mukavaa työskennellä. (Zetterberg ym. 2022.)

Turvallisuuta lisäävänä tekijänä koettiin myös muiden viranomaisten tuki. Esimerkiksi poliisi, pelastuslaitos tai psykiatrinen hoitotaho koettiin tärkeänä tekijänä silloin, kun yksikkö tuntee olevansa haavoittuvainen tai yksinäinen työtilanteessaan. Etenkin tilanteessa, jossa potilas käyttäytyy uhkaavasti tai aggressiivisesti, koettiin poliisin tai vartijan tuki tärkeäksi tekijäksi. (Sunnqvist ym. 2022.) Potilaat kertovat vuorovaikutuksen poliisin tai ensihoidon kanssa olevan arkipäivää. Yleensä kaikki potilaat ymmärsivät, miksi poliisi saattoivat heidät päivystykseen. Pääosin poliisien kohtaamistaidot ja kohtaaminen koettiin myönteisenä. (Digel Vandyk ym. 2017.)

## **9 POHDINTA**

Tässä osiossa kirjallisuuskatsauksen tuloksia tarkastellaan tutkimuskysymyksen vastaten. Osio sisältää myös pohdintaa siitä, millaisilla tekijöillä eri osapuolet voisivat tehdä kohtaamisista toisilleen miellyttävämpiä. Luvussa tarkastellaan myös jatkotutkimusehdotuksia ja opinnäytetyön eettisyyttä ja luotettavuutta.

## 9.1 Tulosten tarkastelu

Opinnäytetyön tutkimuskysymys on: Mitkä tekijät vaikuttavat onnistuneeseen kohtaamiseen psyykkisesti sairaan potilaan kanssa akuuttihoidossa? Tuloksissa nousi esiin, että potilailla oli huomattavasti enemmän negatiivisia kuin positiivisia kokemuksia kohtaamisesta. Tuloksissa nämä tutkimuksista nousseet negatiiviset asiat käännettiin niin, että näiden asioiden onnistuessa asiat vaikuttaisivat positiivisesti onnistuneeseen kohtaamistilanteeseen.

Tiedon ja osaamisen merkitys nousi jokaisessa tutkimuksessa, jota kirjallisuuskatsauksen teossa käytettiin. Tiedon ja osaamisen merkitys myös vaikutti muihin onnistuneeseen kohtaamiseen liittyviin tekijöihin. Psykiatriin sairauksiin ja mielenterveyteen erikoistuneet hoitajat kokivat itse, että heillä on antaa mielenterveysongelmista kärsiville potilaille oikeanlainen arviointi ja hoito. Osaaminen heijastui heidän käyttäytymiseensä hoitotilanteissa. Potilaat ja heidän omaisensa kokivat, että mielenterveyteen erikoistuneella hoitajalla on tarvittava tieto ja ymmärrys keskustella potilaan kanssa, joka loi potilaille tunteen, että heitä oikeasti ymmärrettiin. Kokemus ja mielenterveyspotilaan lukutaito koettiin myös vähentävän leimaantumista. (Ks. García-Carpintero Blas ym. 2023; Lindström ym. 2020; Sunnqvist ym. 2022.) Kokemattomuus ja teoriatiedon puute nousi ilmi useassa tutkimuksessa. Kokematon hoitaja, jolla ei ollut valmiuksia eikä osaamista kohdata ja hoitaa psyykkisesti sairasta potilasta, koki epävarmuutta, pelkoa ja riittämättömyyttä. (Ks. García-Carpintero Blas ym. 2023; Zetterberg ym. 2020; Önnheim ym. 2022.) Potilaat kokivat kokemattoman hoitajan, joka ei ollut erikoistunut psyykkisiin sairauksiin, ennakkoluuloisena ja epäkunnioittavana. Potilaat eivät kokeneet oloaan turvalliseksi, ja he olivat enemmän hoitokielteisiä. (Ks. Lindström ym. 2020; Sunnqvist ym. 2022.)

Tuloksista nousi ilmi, että potilas halusi tuntea olevansa kohtaamistilanteessa kunnioitettu ja kunnioituksen tunnetta lisäsi se, että potilas sai olla osallisena omassa hoidossaan ja hoitoa koskevissa päätöksissä. Moni psyykkisesti saira potilas kuitenkin koki epäkunnioitusta kohdatessaan hoitajan. Epäkunnioitusta lisäsivät hoitajien asenteet psyykkisesti sairaita kohtaan, kiire ja lyhyet tapaamiset hoitohenkilökunnan kanssa, halveksunta ja välinpitämättömyys

sekä tunne, ettei potilaalla itsellä ollut mahdollisuutta vaikuttaa päätöksiin. (Ks. Digel Vandyk ym. 2017; García-Carpintero Blas ym. 2023; Harris ym. 2016; Sunnqvist ym. 2022; Zetterberg ym. 2022.) Kunnioittava kohtaaminen muodostui osaamisesta, kärsivällisyydestä, ajan käytöstä, rauhallisesta puheesta, katsekontaktista ja kehonkielen sopeuttamisesta tilanteeseen sekä läsnäolosta. Mitä parempana ja kunnioittavampana potilas koki kohtaamisen, sitä todennäköisemmin hän oli yhteistyöhaluisempi ja halukkaampi ottamaan apua vastaan ja hakeutumaan hoitoon. (Ks. Harris ym. 2016; Sunnqvist ym. 2022; Zetterberg ym. 2022.) Yhteistyön merkitys korostui tutkimuksissa niin hoitajien, muiden viranomaisten kuin hoitajien ja omaistenkin välillä (ks. Sunnqvist ym. 2022; Lindström ym. 2020).

Läsnäolo ja aika liittyivät suuresti onnistuneeseen kohtaamiseen. Valitettavasti moni potilas koki olevansa vain tiellä ja vievänsä hoitajan aikaa. Potilaat kokivat, ettei henkilökunta ollut läsnä tilanteessa. (Ks. Sunnqvist ym. 2022.) Potilaat arvostivat kiireettömiä kohtaamisia, joissa hoitaja oli aidosti läsnä. Myös hoitajat kokivat tärkeäksi sen, että olisi riittävästi aikaa kohdata psyykkisesti sairas potilas. Kiireisessä päivystyksessä se oli kuitenkin vaikeaa. (Ks. García-Carpintero Blas ym. 2023; Sunnqvist ym. 2022; Zetterberg ym. 2022.) Sen miten hoitajan ja potilaan välinen vuorovaikutus onnistui, koettiin myös vaikuttavan suuresti kohtaamistilanteeseen. Monet hoitajat kokivat sen haastavana, koska eivät tieneet, kuinka psyykkisesti sairaan potilaan kanssa puhua. Hoitajat jännittivät vuorovaikutustilanteessa myös potilaan mahdollista aggressiivisuutta. (Ks. García-Carpintero Blas ym. 2023.) Avoin, molemminpuolinen ja positiivinen vuorovaikutus sai potilaan kokemaan, että on arvostettu. Vuorovaikutus koettiin helpompana silloin, kun potilas luotti hoitajaansa. Onnistunut vuorovaikutus koettiin myös osana toipumisprosessia. Lisäksi keskeytyksettömän kuuntelun merkitys korostui. (Ks. Digel Vandyk ym. 2017; Harris ym. 2016; Zetterberg ym. 2022.)

Myös ympäristön merkitys onnistuneeseen kohtaamiseen korostui tutkimuksissa. Päivystystä kuvailtiin kylmäksi ja kliiniseksi ja sen kuvattiin lisäävän joidenkin psyykkisesti sairaiden potilaiden ahdistusta. Ovien ja verhojen auki jättäminen lisäsi potilaiden stressiä. Hoitajat kuvasivat tarvetta riittäville tiloille,

joissa psyykkisesti sairaiden potilaiden hoito voitaisiin yksilöidä. He kokivat, ettei päivystyksessä ollut riittäviä tiloja psyykkisesti sairaiden potilaiden hoitoon. (Ks. Harris ym. 2016; García-Carpintero Blas ym. 2023.) Tutkimuksissa nousi myös esiin se, että turvallisuuden tunne on yksi tekijä onnistuneessa kohtaamisessa. Tutkimuksista tuli kuitenkin ilmi, että etenkin päivystyksessä vierailevat psyykkisesti sairaat potilaat kokevat turvattomuuden tunnetta ja se vaikuttaa negatiivisesti heidän kokemuksiinsa hoidosta ja päivystyskäynneistä. Hoitajan kokemus ja osaaminen vaikutti myös turvallisuuden tunteeseen; potilaat kokivat turvallisuuden tunnetta, kun kohtasivat kokeneen hoitajan ja hoitajat kokivat turvallisuuden tunnetta, kun tiesivät, että heillä oli tarvittava tieto ja ymmärrys psyykkisesti sairaan potilaan kohtaamiseen. (Ks. Digel Vandyk ym. 2016; Sunnqvist ym. 2022; Zetterberg ym. 2022.)

Psykiatrinen ambulanssi ja sen tuomat hyödyt nousivat esiin tutkimuksissa. Tulosten perusteella psykiatrisen ambulanssin hoitajien valmiuden kohdata psyykkisesti sairas potilas olivat paremmat kuin tavallisen ambulanssin. Tutkimustuloksia verratessa voidaan myös päätellä, että psykiatrisen ambulanssin hoitajilla on paremman valmiuden kohdata psyykkisesti sairas potilas kuin tavallisella sairaanhoitajalla päivystyksessä tai ensihoidossa. Kaikki kirjallisuuskatsauksen tuloksina muodostetut teemat, eli asiat, jotka vaikuttavat onnistuneesti psyykkisesti sairaan potilaan kohtaamiseen, toteutuivat psykiatrisessa ambulanssissa. Psykiatrisen ambulanssin henkilökunnalla oli tarvittava tieto ja kokemus, he kohtasivat potilaan kunnioittavasti, he osasivat olla läsnä ja käyttää kohtaamiseen riittävästi aikaa ja he osasivat olla positiivisessa vuorovaikutuksessa potilaan kanssa. Psykiatrinen ambulanssi koettiin turvallisena ympäristönä ja potilaalla oli mahdollisuus osallistua omaan hoitoonsa ja siihen liittyvään päätöksentekoon, mikäli tilanne sen salli. Yhteistyö psykiatrisen ambulanssin ja muiden viranomaisten välillä toimi hyvin. (Ks. Lindström ym. 2020; Sunnqvist ym. 2022.)

Yhteenvetona tuloksista voidaan tulkita, että onnistuneeseen kohtaamiseen psyykkisesti sairaan potilaan kanssa vaikuttaa moni asia ja että kohtaamistilanteissa on vielä paljon parantamisen varaa. Potilaat toivovat kohtaamistilanteisiin riittävästi aikaa ja ymmärrystä, turvallisuuden tunnetta, riittävät tilat,

joissa voidaan huolehtia myös yksityisyydestä, onnistunutta vuorovaikutusta ja tunteen, että tulee kuulluksi, kunnioitusta ja hoitajan, jolla on riittävästi tietoa ja kokemusta ymmärtää potilaan tilannetta ja toimia yhteistyössä potilaan kanssa. Hoitajat kokevat onnistuvansa kohtaamistilanteissa paremmin, mikäli heillä on hyvä koulutus aiheeseen sekä riittävästi kokemusta psyykkisesti sairaan potilaan kohtaamisesta ja hoidosta.

## 9.2 Johtopäätökset

Psyykkisesti sairaan potilaan kokemusta kohtaamistilanteesta akuuttihoitossa huonontaa tutkimuksien mukaan pitkät odotusajat, meluisa ja kiireinen ympäristö, liian kirkkaat valot ja lyhyet kohtaamisajat. Tämä tuo mieleen kysymyksiä siitä, onko yhteispäivystys oikea paikka mielenterveyspotilaille. García-Carpintero Blas ym. (2023) tutkimuksessa nostettiin esiin päivystyksen hoitajien mielipide siitä, että mielenterveyspotilaille tulisi olla oma erillinen alue tai ainakin vähintään erilliset turvalliset huoneet. Voikin pohtia, olisiko erillisille mielenterveyteen erikoistuneille päivystyspoliklinikoille enemmän tarvetta. Toisaalta se voisi aiheuttaa potilaille epämiellyttävän tunteen siitä, ettei oman mielenterveyden ongelman kanssa voi olla siellä missä muut ihmiset ovat, ja lisätä stigmaa mielenterveyden ongelmia kohtaan.

Psykiatrisen ambulanssin hoitohenkilökunnan kohtaaminen koettiin pääosin pelkästään positiivisena asiana. Lindström ym. (2020) tutkimuksessa kaikki tutkimukseen osallistuneet potilaat totesivat, että psykiatrisen ambulanssin tiimi tarjosi hoitoa hylkäämättä ja tuomitsematta heitä. Vaikka psykiatrisen ambulanssin saapuminen olisi alkuun herättänyt negatiivisia tuntemuksia, niin vihan ja surun tunteet kuitenkin muuttuivat kohtaamisen aikana. Etenkin psykiatrisen ambulanssin tarjoama rauhallinen kiireetön tilanne oli kohtaamista parantava tekijä. Tavanomaisen ambulanssin hoitohenkilökunnan kohtaamisesta taas oli monenlaisia mielipiteitä. Tutkimuksissa ensihoitajia kuvattiin muun muassa tuomitseviksi ja ennakkoluuloisiksi, mutta toisaalta myös ammattitaitoisiksi ja päteviksi. (Lindström ym. 2020.) Tutkimustulosten pohjalta tämä herättää pohdintaa siitä, olisiko tarvetta laajentaa psykiatristen ambulanssien toimintaa.

Monessa tutkimuksessa nousi esille, että sekä hoitajat, että potilaat kokevat kohtaamistilanteen epämiellyttäväksi ja epäturvalliseksi, joka voi jo osaltaan aiheuttaa ikävän alkuasetelman kohtaamiselle. Niin tämä kuin moni muu näistä edellä puhutuista teemoista linkittyy hoitajien osaamiseen. Potilaat kertovat tutkimuksissa, että psykiatriset sairaanhoitajat ja psykiatrisen ambulanssin hoitohenkilökunta osaa kohdata paremmin sekä olla paremmin läsnä hetkessä (Sunnqvist ym. 2022). Hoitajien paremmalla mielenterveys- ja päihdehoitotyön koulutuksella jo opiskeluaikoina ja vielä työelämässäkin jatkuvilla koulutuksilla saataisiin hoitajille paremmat valmiudet mielenterveyspotilaan kohtaamiseen.

### **9.3 Jatkotutkimusehdotukset ja hyödynnettävyys**

Jatkotutkimusehdotuksena nähdään tarvetta suomenkielisille tutkimuksille aiheesta. Tiedonhakuja tehdessä selvisi, ettei aihetta ole juurikaan tutkittu Suomessa. Näin ollen tämä kirjallisuuskatsaus ei anna tietoa siitä, millainen mielenterveysosaaminen suomalaisilla akuuttihoiton työntekijöillä on ja miten suomalaiset mielenterveyspotilaat kokevat hoitonsa. Aihe on kuitenkin erittäin ajankohtainen myös Suomessa ja tutkimustieto myös Suomen tilanteesta olisi varmasti tarpeen. Aiheesta löytyi melko paljon kansainvälisiä tutkimuksia ja tutkimustieto oli melko yhtenevää ainakin opinnäytetyössä käytettyjen tutkimusten välillä.

Toinen jatkossa tutkittava aihe voisi olla se, millainen juuri valmistuneiden ensi- ja sairaanhoitajien mielenterveysosaaminen on. Tällaisella tutkimuksella voitaisiin selvittää, millaiset valmiudet koulutus antaa psyykkisesti sairaan potilaan kohtaamiseen ja hoitoon. Tällä tutkimuksella voitaisiin myös selvittää, onko eri ammattikorkeakoulujen mielenterveys- ja päihdehoitotyön opetuksessa eroja, jotka vaikuttavat juuri valmistuneen ensi- tai sairaanhoitajan osaamiseen. Tämän jatkotutkimusehdotuksen myötä voitaisiin yhtenäistää valmistuneiden ensi- ja sairaanhoitajien mielenterveysosaamista ja mahdollisesti myös parantaa sitä.

Kolmas jatkotutkimusehdotus on, että psykiatrisen ambulanssin tarvetta Suomessa tulisi tutkia enemmän. Psykiatrisen ambulanssi nousi tämän opinnäytetyön tuloksissa positiivisena asiana. Todennäköisesti psykiatriselle ambulanssille olisi tarvetta myös Suomessa ja se mahdollistaisi laadukkaamman ja potilaslähtöisemmän hoidon psyykkisesti sairaille potilaille myös sairaalan ulkopuolella. Tällaisella tutkimuksella voitaisiin selvittää, olisiko psykiatriselle ambulanssille tarvetta ja millaisia hyötyjä psykiatrisesta ambulanssista voisi olla Suomessa. Tutkimuksen avulla voitaisiin myös selvittää, parantaisiko psykiatrisen ambulanssin olemassaolo mielenterveyspotilaiden kokemuksia ensihoidosta Suomessa.

Opinnäytetyö on hyödynnettävissä tilaajan, eli Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulun käyttötarpeisiin. Työn tuloksia voidaan hyödyntää sairaanhoitaja- ja ensihoitajaopiskelijoiden koulutuksessa teoria- ja simulaatio-opetuksessa. Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää myös kurssien sisällön kehittämisessä niin tutkinto- kuin avoimen ammattikorkeakoulun opiskelijoille.

#### **9.4 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus**

Tätä kirjallisuuskatsausta tehdessä noudatettiin hyvää tieteellistä käytäntöä (HTK). Luotettavuus, rehellisyys, vastuunkanto ja arvostus ovat hyvän tieteellisen käytännön perusta. Ainoastaan silloin, kun tutkimus on tehty noudattaen hyvää tieteellistä käytäntöä, voi tutkimus olla luotettavaa ja eettisesti hyväksyttävää. (Hyvä tieteellinen käytäntö 2023.) Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettisiä suosituksia on noudatettu koko opinnäytetyöprosessin ajan (Arene 2018).

Opinnäytetyön luotettavuutta lisää se, että opinnäytetyö on tehty parityönä. Kirjallisuuskatsaukseen valikoitunut aineisto on käsitelty yhdessä. Opinnäytetyön ohjaava opettaja on ollut mukana koko prosessin ajan ja häneltä saadut neuvot ja kehittämissuositukset on huomioitu työtä tehdessä. Opinnäytetyön luotettavuutta heikentää se, ettei opinnäytetyön tekijöillä ei ole aiempaa kokemusta kirjallisuuskatsauksen tekemisestä. Luotettavuutta heikentää myös se,

että kirjallisuuskatsaukseen valitut tutkimukset olivat englanninkielisiä, eikä Englanti ole kummankaan tekijän äidinkieli.

Opinnäytetyön tekemisestä on tehty sopimus opinnäytetyöstä. Opinnäytetyössä ei käsitellä henkilötietoja eikä työn tekemistä varten ole tarvinnut hakea tutkimuslupaa. Kaikki työssä käytetyt lähteet ovat merkitty työn lopusta löytyvään lähdeluetteloon Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulun lähdemerkintäohjeen mukaisesti. Tekstissä on Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulun lähdeviiteohjeen mukaiset viittaukset. Työ tarkastetaan plagiointitunnistusjärjestelmän avulla ennen työn julkaisua ja myös kirjoitusvaiheessa.

## LÄHTEET

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> [viitattu 14.2.2024].

Arene. 2018. Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset suositukset. PDF-dokumentti. Päivitetty 9.1.2020. Saatavissa: <https://www.arene.fi/wp-content/uploads/Raportit/2020/AMMATTIKORKEAKOULUJEN%20OPINNÄYTE-TÖIDEN%20EETTISET%20SUOSITUKSET%202020.pdf?t=1578480382> [viitattu 15.2.2024].

Depressio. 2024. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki; Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. WWW-dokumentti. Julkaistu 19.1.2024. Saatavissa: <https://www.kaypahoito.fi/hoi50023> [viitattu 14.2.2024].

Digel Vandyk, A., Young, L., MacPhee, C. & Gillis, K. 2017. Exploring the Experiences of Person Who Frequently Visit the Emergency department for Mental Health-Related Reasons. *Qualitative Health Research* 4, 587–599. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://doi.org.ezproxy.xamk.fi/10.1177/1049732317746382> [viitattu 14.2.2024].

Eerola, H. 2024. Äkillinen stressireaktio ja stressihäiriö. Duodecim Terveyskirjasto. Päivitetty 8.2.2024. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00191/akuutti-stressireaktio> [viitattu 27.3.2024].

Ensihoitopalvelut s.a. Pelastustoimi. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://pelastustoimi.fi/pelastustoimi/ensihoito> [viitattu 15.2.2024].

FinFami s.a. Omaisen opas – tietoa sinulle, jonka läheinen sairastaa psyykkisesti. PDF-dokumentti. Saatavissa: [https://oppaat.finfami.fi/wp-content/uploads/sites/36/finfami\\_omaisen-opas\\_final-selkotunnus-aukeama-pakattu.pdf](https://oppaat.finfami.fi/wp-content/uploads/sites/36/finfami_omaisen-opas_final-selkotunnus-aukeama-pakattu.pdf) [viitattu 26.3.2024].

García-Carpintero Blas, E., Gómez-Moreno, C., Moreno-Gomez-Toledano, R., Ayuso-del-Olmo, H., Rodrigo-Guijarro, E., Polo-Martínez, S., Manso Perea, C. & Vélez-Vélez, E. 2023. Help! Caring for People With Mental Health Problems in the Emergency Department: A Qualitative Study. *Journal of emergency nursing* 5, 765–775. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://doi.org/10.1016/j.jen.2023.04.007> [viitattu 14.2.2024].

Günter, K., Hasanen, K. & Juhila, K. 2021. Analyysi ja tulkinta. Teoksessa Vuori, J. (toim.) Laadullisen tutkimuksen verkkokäsikirja. Tampere: Yhteiskun-

tatieteellinen tietoarkisto. Saatavissa: <https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menelmaopetus/kvali/analyysitavan-valinta-ja-yleiset-analyysitavat/analyysi-ja-tulokinta/> [viitattu 2.4.3024].

Hallikainen, T. & Repo-Tiihonen, E. 2015. Psykoottisen potilaan aggressio – ehkäisy ja hoito. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim* 15, 1361–1366. Verkkolehti. Saatavissa: <https://www.duodecimlehti.fi/duo12375> [viitattu 3.4.2024].

Haravuori, H. 2022. Itsemurhavaara. Duodecim Terveyskirjasto. WWW-dokumentti. Päivitetty 28.4.2022. Saatavissa: <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk01310> [viitattu 21.11.2023].

Harris, B., Beurmann, R., Fagien, S., Shattell, M. 2016. Patients' experiences of psychiatric care in emergency departments: A secondary analysis. *International Emergency Nursing* 16, 14–19. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2015.09.004> [viitattu 14.2.2024].

Honkasilta, J. s.a. Tutkimusaineiston käsittely. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://tiedelukutaito.mooc.fi/part-4/1-tutkimusaineiston-kasittely> [viitattu 2.4.2024].

Huttunen, M. 2018. Traumaperäinen stressihäiriö. Duodecim terveyskirjasto. WWW-dokumentti. Päivitetty 30.11.2018. Saatavissa: <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00526/traumaperainen-stressihairio?q=ptsd> [viitattu 27.3.2024].

Huttunen, M. 2024. Tahdosta riippumaton psykiatrinen sairaalahoito. Duodecim Terveyskirjasto. WWW-dokumentti. Päivitetty 14.3.2024. Saatavissa: <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00512> [viitattu 15.4.2024].

Huttunen, M. & Socada, L. 2020. Paniikkihäiriö. Duodecim Terveyskirjasto. WWW-dokumentti. Päivitetty 22.10.2020. Saatavissa: <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00404> [viitattu 14.2.2024].

Hyvä tieteellinen käytäntö. 2023. Tutkimuseettinen lautakunta. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://tenk.fi/fi/hyva-tieteellinen-kaytanta-htk> [viitattu 15.2.2024].

Hämäläinen, K., Kanerva, A., Kuhanen C., Schubert C. & Seuri T. 2019. Mielenterveyshoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro.

Isotalo, M., Kokko, J. & Pokela K. 2019. Triagelomake MT-potilaan arviointiin. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://www.systole.fi/triagelomake-mt-potilaan-arviointiin/> [viitattu 21.11.2023].

Itsemurhien ehkäisy ja itsemurhaa yrittäneen hoito. 2022. 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 18.2.2022. Saatavissa: <https://www.kaypahoito.fi/hoi50122> [viitattu 16.5.2023].

Juhila, K. 2021. Teemoittelu. Teoksessa Vuori, J. (toim.) Laadullisen tutkimuksen verkkokäsikirja. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus/kvali/analyysitavan-valinta-ja-yleiset-analyysitavat/teemoittelu/> [viitattu 2.4.3024].

Jüriloo, A. 2024. Tahdosta riippumaton psykiatrinen sairaalahoito. Duodecim terveyskirjasto. WWW-dokumentti. Päivitetty 14.3.2024. Saatavissa: <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00512> [viitattu 26.3.3034].

Kaksisuuntainen mielialahäiriö – mielialojen vuoristorata. 2021. Suomalaisen lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Psykiatriyhdistys ry:n ja Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. WWW-dokumentti. Julkaistu 23.3.2021. Saatavissa: <https://www.kaypahoito.fi/khp00082> [viitattu 26.3.2024].

Kaksisuuntainen mielialahäiriö. 2024. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Psykiatriyhdistys ry:n ja Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. WWW-dokumentti. Julkaistu: 13.2.2024. Saatavissa: <https://www.kaypahoito.fi/hoi50076> [viitattu 15.5.2023].

Kaltiala, R. & Lindberg, N. 2021. Persoonallisuushäiriöihin liittyvä väkivallalla uhkailu ja väkivallan uhka. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim* 22, 2467–2473. Verkkolehti. Saatavissa: <https://www.duodecimlehti.fi/duo16542> [viitattu 12.11.2023].

Koponen, H., Talaslahti, T., Kekkonen, V. & Puustjärvi, A. 2019. Skitsofrenian erotusdiagnostiikka eri ikäryhmissä. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim* 20, 1995–2003. Verkkolehti. Saatavissa: <https://www.duodecimlehti.fi/duo15195> [viitattu 3.4.2024].

Korhonen, L. 2021. Lapsen aggressiivisuus ja väkivaltaisuus. Duodecim terveyskirjasto. WWW-dokumentti. Päivitetty 26.11.2021. Saatavissa: <https://www.terveyskirjasto.fi/pla00026/lapsen-aggressiivisuus-ja-vakivaltaisuus?q=agressiivisuus> [viitattu 27.3.2024].

Kuisma, M., Holmström, P., Nurmi, J., Porthan, K. & Puolakka T. 2022. Ensihoito. Helsinki: Sanoma Pro.

Kuisma, M., Holmström P., Nurmi J., Porthan K. & Taskinen, T. 2021. Ensihoito. Helsinki: Sanoma Pro.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.

Lantta, T. 2021. Työväkivalta psykiatrisessa hoidossa on haastava ilmiö. *Haaste* 2. Verkkolehti. Päivitetty 9.6.2021. Saatavissa: <https://rikoksentor-junta.fi/-/haaste-2-21-tyovakivalta-psykiatrisessa-hoidossa-on-haastava-ilmio> [viitattu 28.3.2024].

Levola, J. & Aalto, M. 2019. Alkoholiongelmat ja masennus. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim* 13, 1264–1270. Verkkolehti. Saatavissa: <https://www.duodecimlehti.fi/duo15012> [viitattu 26.3.2024].

Lindström, V., Sturesson, L. & Carlborg, A. 2020. Patients' experiences of the caring encounter with the psychiatric emergency response team in the emergency medical service – A qualitative interview study. *Health Expectations* 2, 442–449. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://doi-org.ezproxy.xamk.fi/10.1111/hex.13024> [viitattu 10.4.2024].

Lönnqvist, J., Henriksson, M., Isometsä, E. & Marttunen, M. 2023. Psykoosit. Duodecim oppiportti. WWW-dokumentti. Päivitetty 8.12.2023. Saatavissa: [https://www.oppiportti.fi/op/pkr00346/do?p\\_haku=psykoosi#q=psykoosi](https://www.oppiportti.fi/op/pkr00346/do?p_haku=psykoosi#q=psykoosi) [viitattu 27.3.2024].

Lönnqvist, J., Henriksson M., Marttunen M. & Partonen T. 2014. Psykiatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Mielenterveyden häiriöitä. 2022. Duodecim Terveyskirjasto. WWW-dokumentti. Päivitetty 12.5.2022. Saatavissa: <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk01313> [viitattu 14.2.2024].

Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116.

Mielenterveyslaki 6.6.2014/438.

Mieli. 2021a. Mielenterveys on osa hyvinvointia ja terveyttä. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://mieli.fi/vahvista-mielenterveyttasi/mita-mielenterveys-on/mielenterveys-on-osa-hyvinvointia-ja-terveytta/> [viitattu 14.2.2024].

Mieli. 2021b. Paniikkihäiriö. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://mieli.fi/mielenterveys-koetuksella/paniikkihairio/> [viitattu 26.3.2021].

Mieli. 2022. Kaksisuuntainen mielialahäiriö. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://mieli.fi/mielenterveys-koetuksella/kaksisuuntainen-mielialahairio/> [viitattu 14.2.2024].

Mieli. 2023. Miten tukea itsemurhaa harkitsevaa? WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://mieli.fi/tukea-ja-apua/apua-itsetuhoisuuteen/miten-tukea-itsemurhaa-harkitsevaa/> [viitattu 27.3.2024].

Mikkola, H. 2019. Psykiatrisen ambulanssin tarve Suomessa. YAMK-opinnäytetyö. Saatavissa: [https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/161491/Mikkola\\_Heini.pdf?sequence=2&isAllowed=y](https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/161491/Mikkola_Heini.pdf?sequence=2&isAllowed=y) [viitattu 1.10.2023].

Nyyti ry s.a. Mielenterveys. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.nyyti.fi/opiskelijoille/opi-elamantaitoa/mielenterveys/> [viitattu 26.3.2024].

Ollikainen, T. 2022. Kohtaaminen on kaikki kaikessa. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://dialogi.diak.fi/2022/06/08/kohtaaminen-on-kaikki-kaikessa/> [viitattu 1.10.2023].

Peltonen, T., Levola, J. & Niemelä, S. 2019. Huumeiden käyttöön liittyvät psykoosit. *Lääkärilehti* 48, 2798–2806. Verkkolehti. Saatavissa: <https://www.laakarilehti.fi/tieteessa/katsausartikkeli/huumeiden-kayttoon-liittyvat-psykoosit/?public=fe5c130bcfff3016337eb627e3bb909f> [viitattu 16.7.2023].

Päihdelinkki. 2022. Itsemurhien ja päihteiden yhteys. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://paihdelinkki.fi/tietopankki/tietoiskut/mielenterveys/itsemurhien-ja-paihteiden-yhteys/> [viitattu 28.3.2024].

Päivystysapu 116117 s.a. Päivystykseen? Päivystysapu 116117 auttaa. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://116117.fi> [viitattu 26.3.2024].

Rovasalo, A. 2022. Masennustila eli depressio. Duodecim Terveyskirjasto. WWW-dokumentti. Päivitetty 25.1.2022. Saatavissa: <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00389> [viitattu 14.2.2024].

Rovasalo, A. 2023a. Persoonallisuushäiriöt. Duodecim terveyskirjasto. WWW-dokumentti. Päivitetty 12.12.2023. Saatavissa: <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00407/persoonallisuushairiot?q=persoonallisuushairiot> [viitattu 15.2.2024].

Rovasalo, A. 2023b. Psykoosi. Duodecim terveyskirjasto. WWW-dokumentti. Päivitetty 18.4.2023. Saatavissa: <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00411> [viitattu: 1.8.2023].

Rikoslaki 19.12.1889/39.

Sadeniemi, M. 2021. Kaksisuuntainen mielialahäiriö. Duodecim Terveyskirjasto. WWW-dokumentti. Päivitetty 7.12.2021. Saatavissa: <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00378/kaksisuuntainen-mielialahairio> [viitattu 14.2.2024].

Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasan yliopiston julkaisuja 2011:62. Vaasa: Vaasan yliopisto. WWW-dokumentti. Saatavissa: [https://www.uwasa.fi/materiaali/pdf/isbn\\_978-952-476-349-3.pdf](https://www.uwasa.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf) [viitattu 26.5.2023].

Sarka, E. 2023. Mielenterveysambulanssi vähentää päivystysten kuormitusta ja tuo potilaille kohdennettua apua. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://pe-lastusalan.ammattilainen.fi/pirkanmaan-mielenterveysambulanssi/> [viitattu 3.4.2024].

Skitsofrenia. 2024. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. WWW-dokumentti. Julkaistu: 13.2.2024. Saatavissa: <https://www.kaypahoito.fi/hoi35050> [viitattu 26.3.2024].

Socada, L. 2023. Yleistyneen ahdistuneisuushäiriön lääkehoito. Duodecim Terveyskirjasto. WWW-dokumentti. Päivitetty 6.6.2023. Saatavissa: <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk01336> [viitattu 26.3.2024].

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2023a. Ensihoito. WWW-dokumentti. Päivitetty 27.10.2023. Saatavissa: <https://stm.fi/ensihoito> [viitattu 1.8.2023].

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2023b. Terveystieteiden päivystys. WWW-dokumentti. Päivitetty 27.10.2023. Saatavissa: <https://stm.fi/paivystys> [viitattu 16.5.2023].

Stolt, M., Axelin A. & Suhonen R. 2016. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turku: Juvenes Print.

Storvik, M. 2020. Päätteet ja aggressiivisuus. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://paihdelinkki.fi/fi/tietopankki/tietoiskut/aggressiivisuus-ja-vakivalta/paihteet-ja-aggressiivisuus> [viitattu 18.10.2023].

Suomen Tietotoimisto. 2022. Psykiatristen sairaalapaikkojen vähentäminen ei ole lisännyt psykiatrisen avohoidon palveluita – paine näkyy mielenterveyskuntoutujien asumispalveluiden tarpeen voimakkaassa kasvussa. WWW-dokumentti. Päivitetty 14.11.2022. Saatavissa: <https://www.sttinfo.fi/tiedote/69956864/psykiatristen-sairaalapaikkojen-vahentaminen-ei-ole-lisannyt-psykiatrisen-avohoidon-palveluita-paine-nakyy-mielenterveyskuntoutujien-asumispalveluiden-tarpeen-voimakkaassa-kasvussa?publisherId=57858920> [viitattu 21.11.2023].

Sunnqvist, C., Bergarn, A., Ezinne Ekezie, P., Lundgren, E., Nilsson, E., & Örmon, K. 2022. A pilot evaluation of a prehospital emergency psychiatric unit: The experiences of patients, psychiatric and mental health nurses, and significant others. *Perspectives in Psychiatric Care* 4, 2255–2262. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://doi.org/10.1111/ppc.13055> [viitattu 3.1.2024].

Suominen K., & Valtonen, H. 2013. Itsetuhoisen potilaan arviointi. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim* 8, 881–885. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.duodecimlehti.fi/duo10929> [viitattu 7.1.2024].

Sydänliitto. 2020. Toisen kohtaamisesta iloa ja voimaa. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://sydan.fi/artikkeli/toisten-kohtaamisesta-iloa-ja-voimaa/> [viitattu 1.10.2023].

Tarnanen, K., Koponen, H. & Laukkala, T. 2019. Ahdistuneisuushäiriöt. Duodecim Terveyskirjasto. WWW-dokumentti. Päivitetty 9.4.2019. Saatavissa: <https://www.terveyskirjasto.fi/khp00127> [viitattu 16.5.2023].

Teemoittelu. 2016. Jyväskylän yliopisto. WWW-dokumentti. Päivitetty 21.4.2016. Saatavissa: <https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/menetelmapolkuja/menetelmapolku/aineiston-analyysimenetelmat/teemoittelu> [viitattu 2.4.2024].

Terveystieteiden tutkimuskeskus. 2010. Terveystieteiden tutkimuskeskus. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.tutkimuskeskus.fi/terveydenhuolto/30.12.2010/1326>.

THL. 2023a. Itsemurhien ehkäisy. WWW-dokumentti. Päivitetty 7.12.2023. Saatavissa: <https://thl.fi/aiheet/mielenterveys/itsemurhien-ehkaisy> [viitattu 15.2.2024].

THL. 2023b. Kunnioitava kohtaaminen ja vuorovaikutusosaaminen. WWW-dokumentti. Päivitetty 7.12.2023. Saatavissa: <https://thl.fi/fi/web/alkoholi-tupakka-ja-riippuvuudet/ehkaiseva-paihdetyo/puheeksiotto-ja-mini-interventio/kunnioitava-kohtaaminen-ja-vuorovaikutusosaaminen> [viitattu 1.10.2023].

THL. 2024a. Mielialahäiriöt. WWW-dokumentti. Päivitetty 9.2.2024. Saatavissa: <https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyshairiot/mielialahairiot> [viitattu 16.5.2023].

THL. 2024b. Psykiatrinen erikoissairaanhoito 2022. WWW-dokumentti. Päivitetty 22.3.2024. Saatavissa: <https://thl.fi/tilastot-ja-data/tilastot-aiheittain/terveyspalvelut/psykiatrinen-erikoissairaanhoito> [viitattu 26.3.2024].

Tilastokeskus. 2023. Kuolleisuuden kasvun syynä ennen kaikkea koronavirus-tauti vuonna 2022. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://stat.fi/julkaisu/c18mlgiehwn8z0cvzmey6j7sr> [viitattu 27.3.2024].

Traumaperäinen stressihäiriö. 2022. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n ja Suomen Lastenpsykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Julkaistu 1.12.2022. Saatavissa: <https://www.kaypa-hoito.fi/hoi50080> [viitattu 1.8.2023].

Työterveyslaitos. 2019. Asiakasväkivalta sairaala- ja terveydenhuoltohenkilöstöä kohtaan lisääntynyt. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.ttl.fi/ajan-kohtaista/tiedote/asiakasvakivalta-sairaala-ja-terveydenhuoltohenkilostoa-kohtaan-lisaantynyt> [viitattu 28.3.2024].

Työturvallisuuskeskus s.a. Ensihoito. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://ttk.fi/tyoturvallisuus/toimialakohtaista-tietoa/pelastusala/ensihoito/#top> [viitattu 27.3.2024].

Työturvallisuuslaki 23.8.738/2002.

Valtioneuvoston asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikois-  
alakohtaisista edellytyksistä 24.8.2017/583.

Valvira s.a. Hoitoon pääsy. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://valvira.fi/so-siaali-ja-terveydenhuolto/hoitoon-paasy> [viitattu 28.3.2024].

Zetterberg, J., Visti, E., Holmberg, M., Andersson, H. & Aléx, J. 2022. Nurses' experiences of encountering patients with mental illness in prehospital emergency care – a qualitative interview study. *BMC Nursing* 21. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://doi.org/10.1186/s12912-022-00868-4> [viitattu 10.4.2024].

Önnheim, S., Johansson, A., Ivarsson, B. & Hagström, C. 2022. Self-Perceived Competence of Ambulance Nurses in the Care of Patients with Mental Health Illness: A Questionnaire Survey. *Nursing Reports* 1, 226–234. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://doi.org/10.3390/nursrep12010023> [viitattu 14.2.2024].

Tiedonhakutaulukko

Tietokanta	Hakusana	Hakutulos	Rajaus	Valitut
APA PsycInfo	“paramedic or emergency medical service or emt or ambulance” AND “mental health or mental illness or mental disorder or psychiatric illness” NOT “covid-19”	43	2014-2024	2
CINAHL	“paramedic or emergency medical service or emt or ambulance” AND “mental health or mental illness or mental disorder or psychiatric illness” NOT “covid-19”	148	2014-2024	4
CINAHL	“emergency care or emergency department” AND “experience” AND “mental illness or mental disorder” NOT “covid-19”	159	2014-2024	1

Tutkimustaulukko

Tutkimuksen tekijät, julkaisuvuosi ja nimi	Tutkimuksen tavoite ja tarkoitus	Tutkimusmenetelmä	Keskeiset tutkimustulokset
Digel Vandyk, A., Young, L., MacPhee, C. & Gillis, K. 2017. Exploring the Experiences of Person Who Frequently Visit the Emergency department for Mental Health-Related Reasons.	Tutkimuksen tavoitteena on tutkia mielenterveydellisistä syistä usein päivystykseen hakeutuneiden potilaiden kokemuksia.	Laadullinen tutkimus	Potilaat kokevat päivystyksen hoitajien vähättelevän heidän hoidon tarvettaan. Hoidon tarpeen vähättely koetaan epäkunnioitukseksi ja ennakolluuloiksi. Päivystyksen henkilökunta tarvitsi enemmän koulutusta mielenterveysongelmaisten potilaiden hoitoon.
García-Carpintero Blas, E., Gómez-Moreno, C., Moreno-Gomez-Toledano, R., Ayuso-del-Olmo, H., Rodrigo-Guijarro, E., Polo-Martínez, S., Manso Perea, C. & Vélez-Vélez, E. 2023. Help! Caring for People With Mental Health Problems in the Emergency Department: A Qualitative Study.	Tutkimuksen tavoitteena on selvittää, kuinka sairaanhoitajat kokevat mielenterveyden häiriöistä kärsivien potilaiden lisääntyneet käynnit päivystyksessä. Ja kuinka sairaanhoitajat kokevat osaamisensa hoitaa ja kohdata mielenterveyden häiriöistä kärsiviä potilaita.	Laadullinen tutkimus	Päivystyshoitajia tulisi kouluttaa enemmän kohtaamaan ja hoitamaan mielenterveyden häiriöistä kärsiviä potilaita. Lisäksi tarvittaisiin standardoituja protokollia mielenterveyspotilaiden hoitoon sekä riittävästi tilaa. Mielenterveyspotilaiden hoitoon liittyy stigma, joka vaikuttaa negatiivisesti heidän hoitoonsa.

<p>Harris, B., Beurmann, R., Fagien, S., Shattell, M. 2016. Patients' experiences of psychiatric care in emergency departments: A secondary analysis.</p>	<p>Tutkimuksen tavoitteena on kuvata henkistä ahdistusta kokevien henkilöiden käsityksiä päivystyskäynneistä ja tunnistaa niistä teemoja, jotka voivat ohjata stressiä minimoivia ja psykiatristen hätätilanteiden hoitotuloksia optimoivia hoitotyön interventioita.</p>	<p>Laadullinen tutkimus</p>	<p>Päivystyksessä tulisi kiinnittää enemmän huomiota oikea-aikaiseen, empaattiseen ja arvostavaan kommunikointiin potilaan kanssa. Lisäksi potilaan näkökulmaan tulisi suhtautua avoimemmin. Kun nämä huomioitaisiin, voisivat potilaan oireet vähentyä ja hoitotulokset parantua.</p>
<p>Lindström, V., Sturesson, L. &amp; Carlborg, A. 2020. Patients' experiences of the caring encounter with the psychiatric emergency response team in the emergency medical service – A qualitative interview study.</p>	<p>Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää potilaiden kokemuksia välittävästä kohtaamisesta PAM-tiimin kanssa</p>	<p>Laadullinen tutkimus</p>	<p>Potilaat kertoivat, että psykiatrinen ensihoitotiimi loi turvallisen ympäristön ja otti potilaan aktiivisesti mukaan hoitoonsa luomalla avoimen ja turvallisen keskustelupaikan. Tässä turvallisessa ympäristössä potilaat kuvailivat, kuinka he osallistuivat päätöksentekoon ja saivat hoitoa ilman pelkoa irtisanoutumisesta, huomiotta jättämisestä tai tuomitsemisesta.</p>

<p>Sunnqvist, C., Bergarn, A., Ezinne Ekezie, P., Lundgren, E., Nilsson, E., &amp; Örmon, K. 2022. A pilot evaluation of a pre-hospital emergency psychiatric unit: The experiences of patients, psychiatric and mental health nurses, and significant others.</p>	<p>Tarkoitus selvittää psykiatrisen ensihoitoyksikön merkitystä psyykkisesti sairaalle potilaalle sekä mielenterveystyötä tekevälle hoitohenkilökunnalle. Tarkoituksena arvioida heidän kokemuksiaan hoidosta ja huolenpidosta.</p>	<p>Laadullinen tutkimus</p>	<p>Potilaat kokivat saavansa arvokkaampaa sekä osaavampaa hoitoa verraten tavalliseen ensihoitoyksikköön. Lisäksi psykiatrisen ensihoitoyksikkö mahdollistaa useammin potilaiden jättämisen turvallisesti kotiin ja näin ollen välttämisen päivystyskäynnin. Hoitajat kokivat yksikön mahdollistavan turvallisemman sekä ihmiskeskisemmän palvelun.</p>
<p>Zetterberg, J., Visti, E., Holmberg, M., Andersson, H. &amp; Aléx, J. 2022. Nurses' experiences of encountering patients with mental illness in prehospital emergency care – a qualitative interview study.</p>	<p>Tutkimuksen tavoitteena on selvittää sairaanhoitajien kokemuksia mielenterveyspotilaiden kohtaamisesta ensihoidossa.</p>	<p>Laadullinen tutkimus</p>	<p>Tulokset osoittavat, että sairaanhoitajat pyrkivät luomaan kohtaamistilanteessa perustan luottamukselliselle kohtaamiselle. Samaan aikaan kohtaamista leimaa epäluottamus ja siihen vaikuttavat ennakkoluulot ja tunteet.</p>

<p>Önnheim, S., Johansson, A., Ivarsson, B. &amp; Hagström, C. 2022. Self-Perceived Competence of Ambulance Nurses in the Care of Patients with Mental Health Illness: A Questionnaire Survey.</p>	<p>Tutkimuksen tavoitteena on selvittää ensihoitajien osaamista mielenterveyden ongelmista kärsivien potilaiden ensihoidossa.</p>	<p>Laadullinen tutkimus</p>	<p>Ensihoitajat kokevat osaamisensa melko hyvänä, mutta tietyillä osa-alueilla on puutoksia. Korkeampi koulutus-taso tai pidempi työkokemus ei näytä vaikuttavan osaamiseen.</p>
--	---	-----------------------------	--

## Teemoittelutaulukko

<b>Pääteema</b>	<b>Alkuperäisilmaisu</b>
Tieto ja osaaminen	Riittävä koulutus Erikoistuminen mielenterveyshoitotyöhön Teoriatieto Työkokemus Hoitajien osaamattomuus
Kunnioittava kohtaaminen	Katsekontakti Kehonkieli Kohtaamisen sopeuttaminen tilanteen mukaan Asenne ja ennakkokäsitykset Välittäminen Kärsivällisyys
Läsnäolo ja aika	Kiireettömyys Liian lyhyet kohtaamiset Hoitajat eivät ole läsnä tilanteessa Mielenterveyspotilaat vievät enemmän aikaa kuin muut
Vuorovaikutus	Kuunteleminen "He puhuvat sinulle, kuin olisit hullu" Rauhallinen puhe Molemminpuolinen vuorovaikutus Hoitajat eivät tiedä, kuinka puhua mielenterveyspotilaille Pelko aggressiivisuudesta
Ympäristö ja yksityisyydestä huolehtiminen	"Päivystyshuoneet ovat kylmiä ja kliinisiä" Ei ole riittäviä tiloja mielenterveyspotilaille Ambulanssissa voi istua makaamisen sijaan Ovet ja verhot auki päivystyksessä
Yhteistyö ja osallisuuden mahdollistaminen	Mahdollisuus vaikuttaa omaan hoitoon ja päätöksentekoon Yhteistyö omaisten kanssa Viranomaisyhteistyö Yhteistyö työparin kanssa Yhteistyö potilaan kanssa
Turvallisuuden tunne	Viranomaisyhteistyö Hoitajien osaamattomuus tuo turvattomuuden tunnetta Hoitajien osaaminen tuo turvallisuuden tunnetta