



# Epävakaata persoonallisuushäiriötä sairastavan syömishäiriöpotilaan hoidon kehittäminen Syömishäiriökeskuksessa

Hilkka Immonen

2020 Laurea



Laurea-ammattikorkeakoulu

**Epävakaata persoonallisuushäiriötä sairastavan syömishäiriöpotilaan hoidon kehittäminen Syömishäiriökeskuksessa**

Hilkka Immonen  
Hoitotyön johtaminen ja kehittäminen YAMK  
Opinnäytetyö  
Toukokuu 20202020

Opinnäytetyön tarkoituksena on kehittää Syömishäiriökeskuksen hoito-, kuntoutus ja päiväyksikön epävakaata persoonallisuushäiriötä ja syömishäiriötä sairastavan potilaan hoitoa. Teoreettinen viitekehys on koottu kansallisista sekä kansainvälisistä hoitosuosituksista ja tutkimuksista epävakaasta persoonallisuushäiriöstä ja sen hoidosta. Tämän perusteella koottiin hoito-opas Syömishäiriökeskuksen sisäiseen käyttöön. Syömishäiriökeskuksella on oma hoitomalli syömishäiriöiden hoitoon. Kehittämistyön lopputuotteena syntyneen hoito-oppaan on tarkoitus toimia sen rinnalla tai pelkästään. Työn tavoitteena on lisätä hoitohenkilökunnan tietoutta epävakaasta persoonallisuushäiriöstä sairautena.

Syömishäiriökeskus on Suomen ensimmäinen yksityinen palveluntuottaja, joka on erikoistunut syömishäiriöiden hoitoon. Epävakaa persoonallisuushäiriö on yleinen komorbidi sairaus syömishäiriön kanssa. Syömishäiriökeskuksella on terapiayksikkö sekä hoito- ja kuntoutusyksikkö. Joulukuussa 2019 avattiin myös päiväosasto. Syömishäiriökeskuksessa työskentelee hoitoalan ammattilaisia, joilla on pitkä kokemus syömishäiriöiden hoidosta.

Työn keskeinen tietoperusta on koottu kansallista sekä kansainvälisistä hoitosuosituksista, julkaisuista ja tutkimuksista, jotka käsittelevät aihetta epävakaa persoonallisuushäiriö. Tietoperusta on pyritty kokoamaan laajaksi kansainvälisiä ja kansallisia lähteitä hyödyntäen.

Kehittämistyön aikana toteutettiin alkukartoituskysely, joka pohjautuu laadullisen ja määrällisen tutkimuksen menetelmiin. Kyselyn avulla selvitettiin, kuinka hyvin hoitohenkilökunta tuntee epävakaan persoonallisuushäiriön sairautena, miten he kokevat tämän potilasryhmän hoidon ja mitä kehitysehdotuksia heillä on tämän potilasryhmän hoitoon.

Asiasanat: epävakaa persoonallisuushäiriö, syömishäiriö, mielenterveys, psyykkiset sairaudet

Hilkka ImmonenHilkka Immonen

Development of Care for an Eating Disorder Patient With Borderline Personality Disorder at  
Syömishäiriökeskus

Year 20202020

Pages

64

---

The purpose of this thesis is to develop the treatment and rehabilitation of a patient with borderline personality disorder and eating disorder at Syömishäiriökeskus. The theoretical framework is compiled from national and international treatment recommendations and studies on borderline personality disorder and its treatment. Based on this, a treatment guide was compiled for the internal use of the Syömishäiriökeskus. Syömishäiriökeskus has its own treatment model for eating disorders. The care guide created as the end product of the development work is intended to work alongside it or on its own. The aim of the study is to increase the awareness of nursing staff about borderline personality disorder as an illness.

Syömishäiriökeskus is Finland's first private service provider specializing in the treatment of eating disorders. Borderline personality disorder is a common comorbid illness with an eating disorder. Syömishäiriökeskus has a therapy unit and a treatment and rehabilitation unit. In December 2019, a day ward was also opened. Syömishäiriökeskus employs nursing professionals with long experience in the treatment of eating disorders.

The central theoretical framework of the thesis has been compiled from national as well as international treatment recommendations, publications, and studies that address the topic of unstable personality disorder. Efforts have been made to broaden the theoretical framework using international and national sources. During the development work, an initial mapping survey was carried out, based on the methods of qualitative and quantitative research. The questionnaire was used to find out how well the nursing staff is aware of the disease of unstable personality disorder, how they perceive the treatment of this group of patients and what suggestions they have for the treatment of this group of patients.

Keywords: borderline personality disorder, eating disorder, mental health, mental illness

## Sisällys

1	Johdanto .....	6
2	Epävakaata persoonallisuushäiriötä sairastava potilas .....	7
2.1	Epävakaata persoonallisuushäiriö ja sen hoito .....	7
2.2	Epävakaata persoonallisuushäiriötä sairastavan hoidon suunnittelu	18
2.3	Dialektinen käyttäytymisterapia .....	26
2.4	Hoitajan rooli epävakaata persoonallisuushäiriötä sairastavan hoidossa .....	27
2.5	Epävakaan persoonallisuushäiriön lääketieteellinen hoito .....	28
2.6	Psykiatrinen hoito Suomessa .....	30
2.7	Syömishäiriökeskus kehittämissympäristönä .....	32
2.8	Hoitomallin taustalla vaikuttavia tekijöitä .....	34
3	Kehittämisasetelma.....	36
3.1	Tarkoitus, tavoitteet, kehittämiskysymykset/tehtävät.....	36
3.2	Menetelmälliset ratkaisut .....	37
3.2.1	Kehittämisasetelman kuvaus, ja miten sitä käytetään .....	40
3.2.2	Aineiston keruu ja aineiston analyysi .....	42
3.2.3	Aineiston hallintasuunnitelma .....	44
4	Kehittämistyön alkukartoituksen tulokset .....	45
5	Johtopäätökset ja pohdinta .....	51
5.1	Johtopäätökset .....	51
5.2	Kehittämisasetelman arviointi.....	53
5.3	Jatkokehityksaiheet .....	54
5.4	Kehittämistyön luotettavuus ja eettisyys.....	54

# 1 Johdanto

Käypä hoito- suosituksen mukaan epävakaata persoonallisuushäiriötä sairastavia on 0,7% väestöstä. Käyttäytymisen säätelyn häiriö, ongelmat vuorovaikutuksessa sekä epävakaas tunne-elämässä ovat epävakaan persoonallisuushäiriön kolme keskeistä oirekokonaisuutta. Nämä oireet vaikuttavat alentavasti potilaan toimintakykyyn. Epävakaaseen persoonallisuushäiriöön liittyy usein myös muita somaattisia ja psykiatrisia sairauksia sekä itsensä vahingoittamista erilaisin keinoin. Itsemurhariski on korkea. Sairaus kuormittaa vaikeahoitoisuutensa ja moninaisten oireiden vuoksi laajasti terveydenhuoltojärjestelmää. Arvioiden mukaan perusterveydenhuoltoa käyttävistä potilaista 6 %:lla on epävakaata persoonallisuushäiriö, vaikkakaan sairautta ei aina tunnisteta. Joka neljännellä psykiatrisen avosairaanhoidon potilaista on epävakaata persoonallisuushäiriö. Syömishäiriöt ovat yleisiä potilaan sairastaessa epävakaata persoonallisuushäiriötä. (Epävakaata persoonallisuushäiriö: Käypä Hoito- suositus, 2015.)

Syömishäiriökeskus on Suomen ensimmäinen ja tällä hetkellä ainoa kokovuorokautista hoitoa tarjoava syömishäiriöihin keskittynyt yksityinen palveluntuottaja. Elämän nälkään Ry:n omistaman Syömishäiriökeskuksen perusti psykologi ja psykoterapeutti Pia Charpentier vuonna 2001. Syömishäiriökeskus tarjoaa hoitoa, kuntoutusta, terapiaa, tukea ja ohjausta syömishäiriötä sairastavalle, hänen läheisilleen sekä hoitoalan ammattilaisille. Syömishäiriökeskuksen osaamisalueeseen kuuluvat kaikki syömishäiriön muodot, kuten anoreksia, ahminta- ja ahmimishäiriöt, ylipaino sekä kehon aiheuttamat mielialan muutokset ja ahdistus. Hoito- ja kuntoutusosastolla on seitsemän vuodepaikkaa. Lisäksi osastolla käy omilla kodeissaan asuvia päiväpotilaita. Osastolla on tarkat rutiinit ja säännöt. Hoito-osastolla on oma kokki ja ruoka tehdään tarkkojen, yksilöllisten ateriasuunnitelmien mukaan. Tammikuun 2020 alussa aloitti toimintansa myös päiväosasto, jossa hoitoa on kevennetty. Päiväosastolla potilaat saavat osallistua hoitajan avustamana ruoanlaittoon ja sääntöjä on vähemmän. Päiväosaston rutiinit on luotu yhdessä potilaiden kanssa. Terapiayksikössä on tarjolla polikliinisiä palveluita sekä erilaisia terapioita. Syömishäiriökeskuksessa työskentelee kokeneita, syömishäiriöihin erikoistuneita ammattilaisia; kaksi psykiatria, psykologeja, sairaanhoitajia, lähihoitajia, toimintaterapeutti, ravitsemusterapeutti, fysioterapeutti, terveydenhoitajia ja kokki. Syömishäiriökeskuksen hoito- ja kuntoutusosastolla hoitajat ovat läsnä vuorokauden ympäri. Syömishäiriöstä luopuminen voi aiheuttaa potilaalle pelkoa ja ahdistusta. Tämä voi näkyä hoidon vastusteluna. Hoitosuhteet ovat Syömishäiriökeskuksessa yleensä pitkiä. Potilas käy usein hoidon aikana läpi syömishäiriön vuoksi väliin jääneitä tai häiriintyneitä nuoruuden ja aikuisuuden kehitysvaiheita. Tämä voi näkyä siten, ettei vointi kohene suoraviivaisesti ja voi jopa ajoittain heikentyä. (Syömishäiriökeskus 2020a.)

Aihe opinnäytetyöhön nousi esiin joka viikkoisen moniammatillisen työryhmän tiimikeskustelujen kirjauksista ja hoitohenkilökunnan keskinäisistä keskusteluista sekä opinnäytetyön tekijän mielenkiinnosta sairautta kohtaan. Opinnäytetyön tarkoituksena on kehittää epävakaata persoonallisuushäiriötä ja syömishäiriötä sairastavan potilaan hoitoa Syömishäiriökeskuksen hoito- ja kuntoutusyksikössä. Opinnäytetyön tuotoksena on hoito-opas epävakaan persoonallisuushäiriön hoitoon. Tätä hoito-opasta voidaan käyttää rikkain Syömishäiriökeskuksen syömishäiriöihin keskittyneen hoito-oppaan rinnalla. Työn tavoitteena on lisätä hoitohenkilökunnan tietoutta epävakaasta persoonallisuushäiriöstä sairautena.

Kehittämistyön pohjaksi tehtiin lähtötilanteen kartoitus, joka toteutettiin kyselylomakkeen avulla. Kyselyssä oli strukturoituja sekä avoimia kysymyksiä. Kysymysten tarkoituksena oli selvittää millainen tietämys hoitajille epävakaan persoonallisuushäiriön hoidosta, millaisia oireita osastolla ilmenee ja miten hoitoa voisi kehittää. Opinnäytetyötä varten tehtiin laaja kirjallisuuskatsaus. Teoreettista viitekehystä varten pyrittiin löytämään mahdollisimman uusia tutkimuksia, julkaisuja ja sovellettuja teorioita epävakaata persoonallisuushäiriötä sairastavan potilaan hoidosta. Viitekehukseen on otettu mukaan kansallisia sekä kansainvälisiä lähteitä. Erietyisesti lähdettiin etsimään vastausta kysymykseen: miten epävakaata persoonallisuushäiriötä sairastavaa potilasta tulee hoitaa? Epävakaan persoonallisuushäiriön Käypä hoito (2015)-suositusten mukaan epävakaata persoonallisuushäiriötä sairastavan potilaan hoito tulisi toteuttaa pääosin avohoidossa. Syömishäiriökeskukseen hoitoon tulevien epävakaata persoonallisuushäiriötä sairastavien syömishäiriöt ovat kuitenkin niin vaikeita, ettei avohoito ole mahdollinen. Joskus myös epävakaata persoonallisuushäiriö diagnosoidaan vasta kun vaikean syömishäiriön hoito on aloitettu ja potilaan fyysinen terveydentila kohentuu.

## 2 Epävakaata persoonallisuushäiriötä sairastava potilas

### 2.1 Epävakaata persoonallisuushäiriö ja sen hoito

Temperamentti on ihmisen synnynnäinen ominaisuus reagoida asioihin. Tämä käyttäytymistyylitai käyttäytymispiirre on usein elinikäinen ja säilyy erilaisissa tilanteissa. Biologinen ja psykkinen kypsyminen yhdessä ympäristön ja kulttuurin odotusten kanssa muuttavat tapaa ilmaista temperamenttia. Jokaisella ihmisellä on omanlaisensa temperamentti ja tämä erottaa ihmiset toisista. Ihmisen persoonallisuus kehittyy temperamentin pohjalta. Ympäristötekijät kuten kasvatus, yhteisön odotukset ja ympäröivä kulttuuri muokkaavat persoonallisuutta. Temperamenttipiirteet kehittyvät ennen kuin ympäristötekijät ovat vaikuttaneet niihin. (Keltikangas- Järvinen 2004.) Suomalainen temperamenttitutkija Liisa Keltikangas-Järvinen kirjoittaa teoksessaan *Temperamentti, ihmisen yksilöllisyys seuraavasti (2004): ”Ihmisen yksilöllisyys selittyy siis hänen temperamentistaan, ja persoonallisuus on sen muovautumisen lopputulos, joka on syntynyt, kun ympäristö on pyrkinyt tekemään temperamentiltaan alun perin erilaisista ihmisistä*

*käytökseltään, tavoitteiltaan ja arvomaailmaltaan riittävän samanlaisia, että he tulisivat toimeen keskenään ja voisivat elää yhdessä. Kasvatusthan ei tähtää yksilöllisyyden vaan samanlaisuuden kasvattamiseen siitä huolimatta, miten voimakkaasti yksilöllisyyttä kaikissa kasvatushjelmissä korostetaankin. Lapset opetetaan toimimaan samalla tavalla ja sisäistämään samat elämisen mallit ja kaikki äärimmäinen yksilöllisyys pyritään minimoimaan. Muuten ei synny yhteisöjä, joiden pelisäännöt ovat kaikille tuttuja. Yksilöllisyyteen kasvattamista ei voi ottaa edes tavoitteeksi ennen kuin määritellään mitä sillä loppujen lopuksi tarkoitetaan. Yhteiskunta ei voi toimia, jos jokainen on oma »yksilönsä». Temperamentin kannalta kasvatusta tarkoittaa aina ääripäiden tukahduttamista ja keskiarvoon pyrkimistä”.*

Persoonallisuushäiriöt alkavat kehittyä lapsuudessa tai nuoruudessa ja ne jatkuvat aikuisiällä. Sairauksessa esiintyy käyttäytymismalleja, joita pidetään kulttuurin sisällä epäsovivina. Nämä käytökseen liittyvät epäsovivuudet ja poikkeavuudet näkyvät yksilön ajattelussa, tuntemisessa, havaitsemisessa ja suhtautumisessa muihin ihmisiin. Käytösmallit ovat usein joustamattomia, syvälle juurtuneita ja kestävätkään. Niitä esiintyy eri elämäntilanteissa ja aiheuttavat haittaa. Persoonallisuushäiriötä sairastava ei aina tiedosta omaa poikkeavuuttaan. Persoonallisuushäiriöt voivat aiheutua ongelmia ihmissuhteissa, toimintakyvyssä ja aiheuttaa henkistä kärsimystä. Persoonallisuushäiriöt eivät synny aivosairauden tai muun mielenterveyshäiriön seurauksena. Niitä voi esiintyä samanaikaisesti muiden psyykkisten sairauksien rinnalla tai niitä edeltäen. (Marttunen, Eronen & Henriksson 2019.)

Jaottelu eri persoonallisuushäiriö luokkiin tehdään hallitsevien käytösmallien mukaan. Persoonallisuushäiriöitä voi esiintyä yksinään tai päällekkäin luonteenpiirteiden kanssa eivätkä häiriötyypit sulje täysin toisiaan pois. Persoonallisuushäiriöt ovat persoonallisuuden poikkeamien päämuotoja, jotka on laajasti tunnistettu. Diagnoosia tehdessä ihmisen elämä tulee arvioida pitkältä aikaväliltä ja mahdollisuuksien mukaan haastatella myös oireilevan lähipiiriä. Lisää tietoa voi kerätä potilaan aikaisemmista sairauskertomuksista. Oireilun kesto on tärkeä selvittää, sillä persoonallisuushäiriöt alkavat jo lapsuudessa tai nuoruudessa. Olennaista on myös selvittää johtuvatko oireet muista mielenterveyden sairauksista vai persoonallisuushäiriöstä. Diagnoosia tehdessä tulee huomioon ottaa kaikki psyykkisen toiminnan osa-alueet. ja saada laaja käsitys yksilön pitkään jatkuneista ja ominaisista käyttäytymistavoista. Yleensä persoonallisuushäiriödiagnoosia ei tehdä yhden kliinisen haastattelun tai strukturoidun haastattelun perusteella. (Marttunen ym.2019.)

Diagnostiikan apuna voi kliinisen haastattelun lisäksi käyttää erilaisia puolistrukturoituja itsearviointi- tai haastattelumenetelmiä. SCID- haastattelu (Semistructured Clinical Interview for DSM) pohjautuu DSM- järjestelmään. Psykiatria- kirjan viimeisimmässä vuonna 2019 julkaistussa verkko päivityksessä ohjeistetaan käyttämään persoonallisuushäiriöiden diagnosoimisen apuna SCID-5-PD kyselyä. (Marttunen ym.2019.) SKID- 5-PD kysely pohjautuu DSM 5- tautiluokitukseen. Tässä semistrukturoidussa haastattelussa otetaan huomioon kymmenen eri

persoonallisuushäiriötä; epävakaa persoonallisuushäiriö, eristäytyvä persoonallisuushäiriö, epäluuloinen persoonallisuushäiriö, huomionhakuinen persoonallisuushäiriö, epäsosiaalinen persoonallisuushäiriö, narsistinen persoonallisuushäiriö, riippuvainen persoonallisuushäiriö, pakko-oireinen persoonallisuushäiriö, psykoosi- ja piirteinen persoonallisuushäiriö sekä estynyt persoonallisuushäiriö. Tutkittavalle on tehty myös SCID-5- SPQ seulontakysely, joka on kehitetty persoonallisuushäiriöiden itse arviointiin. Siinä on 106 kysymystä ja sen vastaamiseen menee noin 20 minuuttia. Itsearviointin tarkoituksena on vähentää SCID- 5-PD- haastatteluun käytettävää aikaa. (American Psychiatric Association 2016.) Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriayhdistys ry:n asettaman työryhmän vuonna 2015 julkaistussa epävakaa persoonallisuushäiriön Käypä hoito -suosituksessa viitataan diagnoosia tehtäessä käytettävän SCID II- haastattelua (Epävakaa persoonallisuushäiriö: Käypä Hoito- suositus 2015). SKID-5-PD on päivitetty versio aiemmin julkaistusta SCID II haastattelusta, joka pohjautui DSM IV- tautiluokituksen. Haastattelu kysymyksiä on uudemmassa SCID-5 PD kyselyssä tarkasteltu ja päivitetty. Siihen on lisätty myös uusia mittauspisteitä. (American Psychiatric Association 2016.) Kyselyn tuloksia arvioidessa täytyy muistaa, etteivät kaikki persoonallisuushäiriötä sairastavat täytä SCID- haastattelun kriteereitä persoonallisuushäiriöistä (Marttunen ym.2019).

Tunne-elämän epävakaus, ongelmat ihmissuhteissa ja vuorovaikutuksessa sekä käyttäytymisen säätelyyn liittyvät häiriöt ovat epävakaa persoonallisuushäiriön keskeiset oirekokonaisuudet. Sairauteen liittyy usein myös muita psyykkisiä ja somaattisia sairauksia. Itsemurhariski on myös korkea. Suomessa on tehty epävakaa persoonallisuushäiriön Käypä-hoito suositus, jonka viimeisin päivitys tehtiin vuonna 2015. Diagnoosien osalta siinä viitataan Amerikan Psykiatriayhdistyksen (Apan) tekemään DSM- IV- TR- tautiluokituksen psykiatrisista häiriöistä sekä International Classification of Diseases eli ICD 10 luokittelujärjestelmään. (Epävakaa persoonallisuushäiriö: Käypä hoito- suositus, 2015.) Epävakaasta persoonallisuushäiriöstä on käytetty myös nimityksiä räjähdysaltispersoonallisuus, eksploosiivinen persoonallisuus, rajatilapersoonallisuus, emotionaalisesti epävakaapersoonallisuus tai tunne-elämältään epävakaa persoonallisuus (Koivisto, Stenberg, Nikkilä & Karlsson 2009, 2011, 12). Tässä opinnäytetyössä käytetään sairaudelle nimitystä epävakaa persoonallisuushäiriö (borderline personality disorder).

Ihmisen synnynnäinen temperamentti vaikuttaa tunne-elämän epävakauteen. Synnynnäisen temperamentin ja ympäristötekijöiden monimutkaisesta yhteisvaikutuksesta voi syntyä tunteiden säätelyhäiriö. Epävakaata persoonallisuushäiriötä sairastavan mieliala vaihtelee tiheämmin ja useammin kuin tavallisella ihmisellä. Mielialan muutokset eivät kuitenkaan aina ole äkillisiä, mutta ne ovat voimakkaita ja toistuvat tiheästi. Tunteet vaihtelevat ääri- ja mielialasta ääri- ja mielialaan. Sairaudessa ärtyneet, ahdistuneet, epätoivoiset ja vihaiset mielialat tai alakuloinen ja masentunut mieliala vaihtelevat voimakkaasti. Epävakaata persoonallisuushäiriötä sairastavan temperamentti on usein intensiivinen ja labiili. (Koivisto ym. 2009, 2011, 21.) Epävakaata persoonallisuushäiriötä sairastavalla on harvoin hyvinvoinnin jaksoja. Mieliala on usein epätoivoinen, vihainen tai sairastunut on paniikissa. Myös tyhjyyden tunne on yleistä. Ihmissuhteet ja niissä

koetut asiat laukaisevat usein näitä tunnemyrskyjä. Epävakaata persoonallisuushäiriötä sairastava reagoi herkästi stressiin ja se pahentaa sairauden oireita. Monilla sairastuneista on identiteettihäiriö. Häiriötä sairastavan omakuva saattaa yhtäkkiä muuttua ja vaihdella dramaattisesti. Omakuvalla tarkoitetaan muun muassa tavoitteita ja arvoja. Sairauteen liittyy usein myös heikko ja hauras itsetunto, joka omakuvan lailla saattaa muuttua ja vaihdella dramaattisesti. Itsetuntoa parantamaan potilaat saattavat ”lainata” jonkun toisen identiteettiä. Identiteetti lainataan usein henkilöltä, jota potilas on ihailnut ja idealisoinut. Kokiessaan itsensä yksinäiseksi ja vaille tukea jäädessään epävakaata persoonallisuushäiriötä sairastava kokee, ettei häntä ole lainkaan olemassa. Myös itsensä kokeminen pahana tai paholaisena liittyy sairauteen. Hylkäämisen pelko johtaa takertuvaan käytökseen ja sairastuneet pyrkivät taistelemaan oikeata tai kuvitteellista luopumista vastaan. Luopumisen pelko voi näkyä raivona, impulsiivisena käytöksenä kuten itsemurhalla uhkailuna, itsensä silpomisena tai epäoikeudenmukaisina syytöksinä. (American Psychiatric Association 2001, 36, 39-41.)

Monille sairauteen liittyy impulsiivista käytöstä. Se voi näkyä holtittomana rahankäyttönä, uhkapelaamisena, ahmimisena, vastuuttomana seksuaalisena käytöksenä, huumeiden käyttönä, alkoholin liikkäytönä tai riskikäytöksellä liikenteessä. Päihteiden väärinkäyttö on yleistä epävakaata persoonallisuushäiriötä sairastavilla ja se vaikeuttaa sairauden hoitoa. Päihteiden käyttö on usein impulsiivista ja se voi lisätä entisestään itsetuhoista käytöstä, itsemurha yrityksiä, holtitonta seksuaalista käytöstä tai provosoivaa käytöstä. Päihdeongelma altistaa myös tapaturmille ja onnettomuuksille. Voimakkaan, hallitsemattoman ja/tai jatkuvan vihan tunteminen yleistä ja sairastunut menettää helposti malttinsa. Viha voi purkautua sanallisesti tai väkivaltaisena käytöksenä. Vihan tunnetta seuraa usein häpeä, syyllisyys ja itsensä pahana kokeminen. Itsemurhayritykset, itsemurhalla uhkailu ja itsensä satuttaminen ovat erittäin yleisiä potilas sairastaessa epävakaata persoonallisuushäiriötä. Itsemurha riski voi olla akuutti, krooninen tai näitä molempia. 8-10% sairastuneista tekee itsemurhan. (American Psychiatric Association 2001, 32, 38- 41.)

Epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivän ihmissuhteet ovat usein tiiviitä, mutta myös myrskyisiä ja epävakaata. Tunnevaihtelut johtuvat usein siitä, että sairastunut on pettynyt toiseen tai kun suhde on uhattuna tai loppunut. Epävakaas näkyy ihmissuhteissa siten, että ensin sairastunut ihailee toista ja hetken päästä ignoora hänet. Ajatukset toisesta ihmisestä muuttuvat ääripäästä toiseen. Sairastunut näkee toisen ensin hyödylliseksi ja hetken päästä ajatukset muuttuvat päinvastoin. Ongelmat ihmissuhteissa johtavat valtavaan ahdistukseen, jonka seurauksena on usein itsetuhoista käytöstä, vainoharhaisuutta tai dissosiaatiota. Stressaavina ajanjaksoina voi epävakaata persoonallisuushäiriötä sairastavalla esiintyä psykoottista oireilua. Nämä oireet ovat kuitenkin lyhyt kestoisia ja kestävät muutamasta minuutista muutamaan tuntiin. Taantumisen on myös sairaudessa yleistä. Sairastunut ei halua saavuttaa tavoitteitaan esimerkiksi hoidon aikana, vaan hän heikentää itseään. Vaikeuksista epävakaata persoonallisuushäiriötä sairastavat syyttävät usein muita ja kieltävät omat vastuunsa. (American Psychiatric

Association 2001, 36, 41.) Australian Government National Health and Medical Research Councilin epävakaan persoonallisuushäiriön kliinisessä hoito-oppaassa korostetaan, ettei epävakaan persoonallisuushäiriöön sairastuminen ole ihmisen oma vika. Syy johtuu aivoista ja mielestä. Diagnoosiin liittyy huomattava sosiaalinen stigma. Sairaus aiheuttaa ongelmia niin sosiallisissa suhteissa kuin perhe- ja työelämässä. (Australian Government National Health and Medical Research Council 2012, 1, 20.)

Psykiatrian erikoislääkärit Koivisto ja Korkeila vertaavat epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivän tunneherkkyyttä palovammapotilaaseen. Palovammapotilaan iho on vereslihalla ja kaikki ihon ympärillä tuntuu sietämättömän kipeältä. Epävakaata persoonallisuushäiriötä sairastavan tunneho puuttuu ja hän kokee palovammapotilaan tavoin kaiken ympärillä sietämättömäksi. (Koivisto & Korkeila 2016.) Minna Sadeniemi, Miikka Häkkinen, Maaria Koivisto, Teemu Ryhänen ja Anna-Liisa Tsokkinen kirjoittavat Viisas mieli- opas tunnesäätelyvaikeuksista kärsiville teoksen takakannessa (2019): ” tunnehaavoittuvuus on kuin palovamma: ikävät kokemukset satuttavat, särkevät kuin haavat ja kestävät pitkään”.

Epävakaan persoonallisuushäiriön Käypä-hoito- suosituksessa (2015) nostetaan esiin sairauden syntymallit; altistusmalli ja komplikaatiomalli. Altistusmalli pohjautuu ajatukseen sairauden johtuvan altistavista tekijöistä ja näiden tekijöiden yhteisestä vuorovaikutuksesta. Komplikaatiomallin perustana on ajatus siitä, että epävakaata persoonallisuushäiriötä edeltää muu psyykinen sairaus. Käypä-hoito suosituksessa viitataan Thomas Crawfordin, Patricia Cohenin ja Judith S. Brooksien vuonna 2001 julkaistuihin kahteen eri tutkimukseen, jossa seurattiin DSM IV-tautiluokituksen ryhmän B persoonallisuushäiriöiden kehityskulkua ja jatkuvuutta nuoruudesta varhaiseen aikuisuuteen saakka sekä Patricia Cohenin, Thomas Crawfordin, Jeffrey G Johnsonin ja Stephanie Kasen (2005) lasten persoonallisuushäiriöiden kehittymistä käsittelevää tutkimusta sekä Julia Kim-Cohenin (2003) työryhmän tutkimusta nuorten mielenterveyshäiriöiden kehittymisestä. Käypä hoito- suosituksessa tehtiin johtopäätös näiden tutkimusten perusteella, että molemmat syntymallit voivat altistaa sairauden puhkeamiseen. Sukupuoli ja oireiden alkamisaikankohta vaikuttavat sairauden kehityskaareen. Komplikaatiomallin mukaisesti tytöillä ahdistus ja masennus voivat altistaa epävakaalle persoonallisuushäiriölle. Altistusmallin mukaan epävakaata persoonallisuushäiriötä edeltää pojilla sekä tytöillä käytöshäiriö. (Epävakaata persoonallisuushäiriö: Käypä Hoito- suositus, 2015.)

Epävakaan persoonallisuushäiriön taustalla voi olla useita eri tekijöitä (Koivisto, Stenberg, Nikkilä, Karlsson 2009, 2011, 39). Sairaudelle altistavat tekijät voivat aiheuttaa myös muita psykiatrisia tai ruumiillisia sairauksia. Mitä enemmän riskitekijöitä on, sitä suurempi riski on sairastua. (Epävakaata persoonallisuushäiriö: Käypä Hoito- suositus, 2015.) Yksittäistä syytä sairauden puhkeamiseen ei ole löydetty. Sen kehittymiseen vaikuttavat biologiset tekijät, elämänaikaiset tapahtumat ja/tai haastavat olosuhteet elämässä. Sairaus voi myös periytyä. (Koivisto, Stenberg, Nikkilä, Karlsson 2009, 2011, 39.) Neurokognitiiviset ja orgaaniset tekijät, kuten

epilepsia, ADHD, oppimishäiriöt ja aivokalvontulehdus (enkefaliitti) saattavat altistaa epävakaan persoonallisuushäiriön kehittymiseen. Aivojen frontolimbisillä alueilla serotoniini järjestelmässä on huomattu olevan poikkeavuutta potilaan sairastaessa epävakaata persoonallisuushäiriötä. Poikkeavuutta on löydetty myös EEG- ja herätevastetutkimuksissa. Epävakaan persoonallisuushäiriön riskiä suurentavat komplikaatiot raskauden tai synnytyksen aikana ja äidin tupakointi raskauden aikana. Sairastumisen riskiä suurentaa myös alhainen sosioekonominen asema. Vaikeat, traumaattiset kokemukset lapsuuden aikana tai pitkä erossa olo vanhemmista voivat johtaa epävakaan persoonallisuushäiriön syntyyn ja oireisiin. (Epävakaata persoonallisuushäiriö: Käypä hoito- suositus, 2015.)

Epävakaan persoonallisuushäiriön kehittymisen ehkäisystä ei ole tehty tutkimuksia. Riskiperheissä vanhemmuuden tukemisella voidaan vähentää lasten käytösongelmia. Käyttäytymishäiriöihin vaikutetaan vanhempainohjauksella. Häiriökäyttäytymistä voidaan vähentää päiväkohteissa opetuksen, liikunnan ja ravitsemuksen avulla. (Epävakaata persoonallisuushäiriö: Käypä hoito- suositus, 2015.)

Väestöstä noin kuusi prosenttia täyttää DSM III/IV-TR:n persoonallisuushäiriön oirekriteerit. Epävakaata-, narsistinen- ja epäsosiaalinen persoonallisuushäiriö kuuluvat DSM- tautiluokituksessa ryhmään B. 1.5% väestöstä sairastaa jotakin näistä häiriöistä. Persoonallisuushäiriöitä esiintyy kaikkialla maailmassa, mutta vaihtelevia määriä. Euroopassa tehtyjen väestötutkimusten mukaan epävakaata persoonallisuushäiriötä sairastaa väestöstä 0.7%. Tutkimusnäyttöä sairauden lisääntymisestä ei ole. Sairautta esiintyy eniten naimattomilla naisilla, nuorilla aikuisilla sekä pienituloisilla ja vähemmän koulutetuilla. (Epävakaata persoonallisuushäiriö: Käypä hoito- suositus, 2015.)

Epävakaata persoonallisuushäiriötä sairastavat kuormittavat laajasti terveydenhoitojärjestelmää, sillä sen oireet alentavat potilaan toimintakykyä huomattavasti. Perusterveydenhuollon potilaista noin kuudella prosentilla on epävakaata persoonallisuushäiriö. Noin 60 prosenttia epävakaata persoonallisuushäiriötä sairastavista on vuoden aikana asioinut perusterveydenhuollossa yleensä somaattisten sairauksien tai oireiden vuoksi. Epävakaata persoonallisuushäiriö on joka neljännellä psykiatrisen avosairaanhoidon potilaalla. (Epävakaata persoonallisuushäiriö: Käypä hoito- suositus, 2015.) Suomessa Terveyden ja Hyvinvoinnin laitoksen THL:n raportin mukaan vuonna 2018 psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa hoidettiin 196 242 eri mielenterveyshäiriöstä kärsivää potilasta. Aikuisiän persoonallisuus- ja käytöshäiriöt (F60- F69) ovat luokiteltu samaan kategoriaan. Vuonna 2018 erikoissairaanhoidossa hoidettiin edellä mainituilla diagnooseilla 6 578 potilasta, joista 6 333 hoidettiin avohoidossa. Nämä potilaat kävivät vuoden aikana hoidossa keskimäärin 7,7 kertaa. Osastohoidossa hoidettiin 766 potilasta. Hoitopäiviä potilasta kohden kertyi 21. Tilastossa on huomioitu ainoastaan päädiagnoosi. (Psykiatrisen erikoissairaanhoidon tilastot 2018.)

Noin 70 %:lla epävakaata persoonallishäiriötä sairastavista on toinen tai useampi psyykinen sairaus (Gunderson 2005, Koiviston ym. 2009, 32 mukaan, Epävakaata persoonallisuushäiriö: Käypä hoito- suositus, 2015). Yleisin rinnakkaisdiagnoosi on masennus eli depressio (Koivisto ym. 2009, 32). Masentunut ihminen menettää mielenkiinnon asioihin, joista on saanut aiemmin mielihyvää tai jotka ovat häntä kiinnostaneet. Suurimman osan ajasta mieliala on masentunut, olo on poikkeuksellisen väsynyt eikä energiaa asioiden tekemiseen juurikaan ole. Keskittymiskyky on olematon tai vähäinen, masennus voi näkyä jatkuvana tai päättämättömyytenä. Masentunut ihminen kokee itsensä arvottomaksi ja itsesyytökset ovat yleisiä. Itseluottamus voi vähentyä. Masentunut ihminen ajattelee kuolemaa ja voi käyttäytyä itsetuhoisesti. Ruokahalu voi kasvaa tai vähentyä. Unihäiriöt ovat yleisiä. Masennukseen voi liittyä psykomotorisia muutoksia kuten hidastuneisuutta tai kiihtymystä. Masennuksen taso voi vaihdella lievästä vaikeaan riippuen oireiden määrästä. Masennus voi olla myös psykoottista, jolloin potilaalla on harhaluuloja tai - elämyksiä. Masennuksen diagnosoimiseksi depression oireita on pitänyt olla päivittäin vähintään kahden viikon ajan. Vaikeusasteeltaan oireiden pitää olla kliinisesti merkittäviä. (Depressio: Käypä hoito- suositus 2016.)

Epävakaata persoonallisuushäiriötä sairastava saattaa kärsiä ohimenevistä dissosiativisista oireista tai komorbidina sairautena on dissosiaatiohäiriö. Diagnoosia tehdessä tulee selvittää, onko kyseessä sairaus vai oire. Erotusdiagnoosi tehdään selvittämällä seuraavat asiat: dissosiativisten oireiden kesto, laatu ja laajuus sekä tilanteet, jotka johtavat dissosiaatioon. (American Psychiatric Association 2001, 35.) Psykiatri Hannu Lauerma (2019a) kuvaa dissosiativisuutta näin: ” *Dissosiativisuus (dissociation, erottaminen, poisleikkautuminen) patologisena ilmiönä on yksilön kyvyttömyyttä yhdistää ajatukset, tunteet ja muistot mielekkääksi kokonaisuudeksi. Tällöin hänen kykynsä toimia tietoisena, kokemisen eri puolia huomaamattaan ja automaattisesti integroivana persoonana on heikentynyt*”. Amnesia, depersonalisaatio ja derealisaatio ovat dissosiativisia oireita. Amnesialla tarkoitetaan psykogeenistä muistinmenetystä. Depersonalisaatiolla tarkoitetaan oman itsensä tai ympäristönsä kokemista outona tai vieraana. Derealisaatiolla tarkoitetaan havaintojen vääristymistä, vaikeutta erottaa kuvitelmat todellisuudesta ja ajan ja paikan tajun katoamista. Psyykkistä tasapainoa uhkaava trauma voi johtaa dissosiaatioon. Tällöin dissosiaatio on sopeutumisreaktio; psyykkisen tuskan aiheuttaja on suljettu pois mielestä. Dissosiativiset oireet esimerkiksi muistin menetys, harhat tai desorientaatio aiheuttavat kuitenkin myös ahdistusta ja turvattomuutta. (Lauerma 2019a.)

Muita samanaikaisesti esiintyviä psykiatrisia sairauksia epävakaan persoonallisuushäiriön kanssa ovat syömishäiriöt, ADHD ja somatisaatiohäiriöt. Lähes puolella epävakaaseen persoonallisuushäiriöön sairastuneella on myös toinen persoonallisuushäiriö. Päihdehäiriö diagnosoidaan yli puolelle potilaista. Psykoottiseen häiriöön sairastuu 10% potilaista. Monet epävakaaseen persoonallisuushäiriöön sairastunut kärsii kaksisuuntaisesti mielialahäiriöstä. Myös ahdistuneisuushäiriö, sosiaalisten tilanteiden pelko ja traumaperäinen stressihäiriö ovat yleisiä. Somaattinen

sairastuvuus on myös muuta väestöä suurempaa epävakaata persoonallisuushäiriötä sairastavalla. (Epävakaata persoonallisuus: Käypä hoito- suositus, 2015.)

Aiemmin termi ”borderline” liitettiin mielensairauksiin, jossa oli mukana psykoottisia, että neuroottisia piirteitä. Näissä mielensairauksissa eivät kuitenkaan täytyneet kummankaan sairauden kriteerit kokonaan. Myöhemmin ”borderline” rinnastettiin skitsofreniaan, masennukseen, postraumaattiseen stressihäiriöön ja kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön. American Psychiatric Associationin 1980- luvulla julkistetun DSM III- mielenterveyshäiriöiden diagnosiluokituksessa epävakaata persoonallisuushäiriö tunnistettiin omana sairautenaan. Vuonna 1992 se nostettiin omaksi sairaudekseen myös WHO:n ICD-10 tautiluokituksessa. (Australian Government National Health and Medical Research Council 2012, 33.)

Pitkäaikainen persoonallisuuden muutos (F62), persoonallisuushäiriöt (F 60) ja sekamuotoiset sekä muut persoonallisuushäiriöt (F61) ovat mainittu erikseen ICD- 10 tautiluokituksessa. Persoonallisuushäiriöt eivät johdu aivosairaudesta tai ole seurausta muista mielenterveydenhäiriöistä vaan ovat kehityksellinen tila. Ne voivat esiintyä muiden sairauksien kanssa rinnakkain tai edeltää niitä. Persoonallisuuden muutos alkaa psyykkisen sairauden, aivovamman, aivosairauden, pitkittyneen tai vakavan stressin tai hyvin vaikeiden ympäristötekijöiden seurauksena. Persoonallisuuden muutos alkaa usein aikuisuudessa, kun taas persoonallisuushäiriön oireet alkavat ilmehtiä lapsuudessa ja nuoruudessa. Persoonallisuushäiriöt ja persoonallisuuden muutos luokitellaan oireiden perusteella. Oireita yhdistää pysyvyys, pitkäaikaisuus ja kaavamaisuus käytöksessä. Käytösmallit ovat yleensä vakiintuneita ja näkyvät monissa eri tilanteissa. Yleisin käytösmalli määrää luokittelun. Diagnoosia voidaan täydentää alatyypeillä, jos potilaalla on useita eri oireita. Psyykkisen toiminnan osa-alueet tulee arvioida kokonaisuudessa epäiltäessä persoonallisuushäiriötä. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2012, 234, 263.)

ICD-10 tautiluokituksessa persoonallisuus häiriön F60 yleisissä kriteereissä korostetaan oireiden pitkäaikaisuutta, pysyvyyttä ja alkamisajankohtaa. Diagnoosin varmistamiseksi yksilöllä tulee olla vähintään kaksi poikkeavaa käytöksessä: tiedollisessa toiminnassa, ihmissuhteissa, tunne-elämässä, impulssikontrollissa ja tarpeiden tyydyttämisessä. Yksilö havaitsee ja tulkitsee tapahtumia, asioita tai muita ihmisiä poikkeavasti. Asennoituminen ja mielikuvien muodostaminen muista ja itsestä on poikkeavaa. Tunne-elämän voimakkuus ja asianmukaisuus on poikkeavaa. Impulssikontrollissa on puutteita tai ihmissuhteissa ja sosiaalisissa suhteissa on haasteita. Poikkeava käytösmalli on pysyvä, joustamaton ja sopeutumaton näkyen sosiaalisissa ja henkilökohtaisissa tilanteissa. Käytösmalli on alkanut lapsuudessa ja nuoruudessa. Se aiheuttaa vastoinkäymisiä ja haasteita ihmissuhteissa, sosiaalisissa tilanteissa ja/ tai henkilökohtaista kärsimystä. Poikkeavuuksia huomioidessa tulee arvioida kulttuurin vaikutukset yksilön käytökseen. Eri kulttuurien välillä sosiaaliset normit, velvoitteet ja säännöt voivat vaihdella. Diagnoosin varmistamiseksi tulisi tutustua potilaan sairaskertomuksiin, haastatella lähipiiriä ja potilasta.

Diagnoosi voidaan tehdä aikaisintaan 16-17- vuotiaana. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2012, 234, 263.)

ICD 10- tautiluokituksessa epävakaasta persoonallisuushäiriöstä käytetään nimitystä tunne-elämältään epävakaata persoonallisuus (F 60.3). Samaan ryhmään kuuluvat myös hyökkäävä (aggressiivinen persoonallisuus), emotionaalisesti epävakaata persoonallisuus, räjähdysaltis persoonallisuus, rajatilapersonallisuus ja eksplosiivinen persoonallisuus. Tunne-elämältään epävakaata persoonallisuus häiriö jaetaan impulsiiviseen häiriötyyppiin (F60.3) ja rajatilatyyppiin (F60.31). Impulsiivisessa häiriötyypissä on yleistä reagoida voimakkaasti muiden kritiikkiin, ylläkkeiden hallinta on haastavaa ja tunne-elämä on epävakaata. Tähän voi liittyä myös uhkaavaa ja väkivaltaista käytöstä. Potilaalla tulee olla persoonallisuushäiriön (F60) täyttävät oireet ja lisäksi vähintään kaksi seuraavista oireista: epävakaata ja oikukas mieliala, kyvyttömyys ylläpitää toimintaa, josta ei saa palkkiota, taipumus toimia hetken mielohteesta ajattelematta seurauksia, riittainen käytös tai väkivaltainen ja uhkaava käytös (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2012, 240, 241.)

Rajatilatyyppiin F 60.31 tulee täyttää persoonallisuushäiriö F60 kriteerit, sisältää vähintään kolme impulsiivisen häiriötyypin oiretta sekä vähintään kaksi seuraavista oireista. Oireet ovat epävarmuus ja häiriintyneisyys omasta minäkuvasta, sisäisistä pyrkimyksistä ja seksuaalisesta suuntautuneisuudesta, itsensä vahingoittaminen tai toistuvasti sillä uhkailu, jatkuva tyhjyyden tunne, epävakaaksiin ja intensiivisiin ihmissuhteisiin ajautuminen ja niistä johtuviin tunne-elämän kriiseihin joutuminen sekä hylätyksi tulemisen liiallinen vältteleminen. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2012, 241; Epävakaata persoonallisuus: Käypä Hoito- suositus, 2015.)

DSM- 5 tautiluokituksessa persoonallisuushäiriöt jaetaan kolmeksi ryhmäksi. Kunkin ryhmien sairauksia yhdistää oireiden samankaltaisuus. Usein ihmiset kärsivät samanaikaisesti useista eri ryhmien oireista tai sairauksista. Ryhmään A-kuuluvat paranoidinen persoonallisuushäiriö, skitsoidinen sekä skitsotyyppinen persoonallisuushäiriö. B- ryhmään kuuluvat epäsosiaalinen persoonallisuushäiriö, rajatilapersonallisuus häiriö, teatraalinen persoonallisuushäiriö ja narsistinen persoonallisuushäiriö. Ryhmään C kuuluvat välttelevä persoonallisuushäiriö, riippuvainen/takertuva persoonallisuushäiriö ja pakko-oireinen persoonallisuushäiriö. Näiden ryhmien lisäksi mainitaan muut persoonallisuushäiriöt, joihin kuuluu persoonallisuus häiriö, joka johtuu potilaan muusta sairaudesta ja muu määritelty tai määrittelemätön persoonallisuushäiriö. (American Psychiatric Association 2013, 645, 646.)

Rajatilapersonallisuushäiriössä (borderline personality disorder 301.83, F60.3) epävakaata näkyy ihmissuhteissa, affekteissa, omakuvassa ja impulsiivisuudessa näkyen monissa eri tilanteissa. Tätä sairautta sairastavat ovat herkkiä ympäristön ärsykkeille. Sairaus alkaa näkyä varhaisaikuisuudessa. DSM 5- tautiluokituksen arvion mukaan väestöstä 1.6% kärsii rajatilapersonallisuushäiriöstä, joidenkin arvioiden mukaan jopa 5, 9% väestöstä. 75 % sairastuneista on naisia.

Sairastuneet kuormittavat huomattavasti hoitoalan resursseja. Itsemurhavaara on suurimmillaan nuorilla aikuisilla ja itseään vahingoittamisen riski pienenee iän karttuessa. Taipumus voimakkaisiin tunteisiin, intensiivisiin ihmissuhteisiin ja impulsiivisuuteen jatkuvat läpi elämän. Terapeuttisella hoidolla on huomattu olevan hyviä vaikutuksia näiden oireiden lievittämiseen ja epävakauden tasapainottamiseen. Rajatilapersoonallisuushäiriön diagnosoimiseksi potilaalla tulee olla vähintään viisi seuraavista oireista: krooninen tyhjyyden tunne, voimakas vihan tunne ja vaikeus hallita näitä tunteita, vakavat dissosiaatio oireet, ohimenevät paranoidiset ajatukset, jotka liittyvät stressiin, mielialan vaihtelu lyhyessä ajassa eli affektiivinen epävakaus (kestää yleensä muutaman tunnin, harvoin muutamaa päivää kauemmin), itsensä vahingoittaminen tai sille uhkailu toistuvasti, impulsiivinen ja itseään vahingoittava käytös (vähintään kahdella seuraavista tavoista: seksi, päihteiden väärinkäyttö, tuhlaus, ahmiminen tai vaarallinen liikennekäyttäytyminen), identiteettihäiriö omasta itsestä, haastavat ja epävakauttavat ihmissuhteet tai hylätyksi tulemisen pelko. (American Psychiatric Association 2013, 663.)

Epävakaan persoonallisuushäiriön ennusteesta ja taudin kulusta on tehty useita tutkimuksia. Yhdysvalloissa tehdyssä tutkimuksessa seurattiin 16 vuoden ajan persoonallisuushäiriötä ja epävakaata persoonallisuushäiriötä sairastavia potilaita (Zaniri, Frankenburg, Hennen, Reich & Silk 2012). Ensimmäisessä osassa potilaita haastateltiin kuuden vuoden aikana kahden vuoden välein, yhteensä kolme kertaa. Tutkimukseen osallistui 362 persoonallisuushäiriöä diagnosoineen saanutta potilasta, joista epävakaan persoonallisuushäiriön diagnosoineen saaneita oli 290. Ensimmäinen seuranta haastattelu tehtiin kahden vuoden päästä tutkimuksen aloituksesta. Tuolloin 34 prosentilla tutkimukseen osallistuneista epävakaan oireet olivat vähentyneet merkittävästi. Neljän vuoden kohdalla 49,4 %: potilaista ei täyttänyt enää epävakaan persoonallisuushäiriön kriteerejä. Kuuden vuoden jälkeen luku oli 68,6 %. Tutkimuksen lopussa 73,5 %:lla potilaista epävakaan oireet olivat vähentyneet. Vain 5,9: prosentilla potilaista sairauden oireet palasivat. Tutkimuksessa huomattiin, että ensin hävisivät impulsiiviset oireet. Sen jälkeen vähentyivät ihmissuhteisiin liittyvät oireet ja kognitiiviset oireet. Affektiiviset oireet huomattiin kroonisimmiksi. Yksitoista epävakaata persoonallisuushäiriötä sairastanutta potilasta teki tutkimuksen aikana itsemurhan. (Zaniri, Frankenburg, Hennen & Silk 2003.) Saman tutkimuksen aikana seurattiin potilaiden hoitoa. Sairaalassa, päiväosastolla tai tukiasunnossa hoidettavien epävakaisten potilaiden hoitopäivät vähenivät huomattavasti kuuden vuoden seurannan aikana. 3/4 osaa potilaista jatkoi tutkimuksen aikana ja sen jälkeen psykoterapiaa sekä mielialalääkitystä. Lääkkeiden käyttö ei juurikaan vähentynyt hoidon aikana: 40 prosenttia epävakaista potilaista käytti kolmea lääketta, 20 prosenttia käytti neljää lääketta ja 10 prosenttia käytti vähintään viittä lääketta. (Zaniri, Frankenburg, Hennen & Silk 2004.) Kymmenen vuoden päästä 88,8 prosenttia potilaista oli saavuttanut remission sairautelleen. Nopeampaan toipumiseen vaikuttivat tutkimuksen mukaan useat eri tekijät, kuten nuorempi ikä, liitännäissairauksien puuttuminen, hyvä ammatti, toimivat perhesuhteet ja traumojen puuttuminen. (Zaniri, Frankenburg, Hennen, Reich & Silk 2006.) Kuudentoista vuoden jälkeen epävakaata persoonallisuushäiriötä

sairastavista remission oli saavuttanut 76-99 prosenttia potilaista. Remissiassa potilaan sosiaalinen ja ammatillinen toimintakyky on hyvä ja potilas on oireeton. (Zaniri, Frankenburg, Hennen, Reich & Silk 2012.)

Linksin, Heslegraven ja Reekumin tutkimuksessa seurattiin seitsemän vuoden ajan epävakaan persoonallisuushäiriön diagnoosin saaneita. Tutkimukseen osallistui 130 täysi-ikäistä potilasta, jotka täyttivät epävakaan persoonallisuushäiriön diagnoosin. Tutkimus tehtiin Kanadassa. Seurannan lopuksi yli puolella potilaista epävakaan persoonallisuushäiriön oireet olivat helpottaneet. Kymmenen tutkimukseen osallistunutta päätyi itsemurhaan. (Links, Heslegrave & Reekum 1998, 265, 266, 268.)

Yhdysvaltalainen tutkimusryhmä Thomas H. McGlashanin johdolla halusi selvittää neljän eri persoonallisuushäiriön yleisimmät oireet ja miten ne muuttuvat kahden vuoden seurannassa. Lähtötilanteessa tunne-elämän epävakaas, viha ja impulsiivisuus olivat epävakaan persoonallisuushäiriön yleisimmät oireet. Yli puolella esiintyi myös identiteetin häiriötä, itsensä vahingoittamista ja hylkäämisen pelkoa. Kahden vuoden päästä kaikki oireet olivat heikentyneet 25-30%. Niiden esiintyvyyssjärjestys oli edelleen sama. Eniten vähentyivät identiteetin häiriöt, itsensä vahingoittaminen ja hylkäämisen pelko. (McGlashan, Grilo, Sanislow, Ralevski, Morey, Gunderson, Skodol, Shea, Zaniri, Bender, Stout, Yen, Pagano 2005.)

Kaksostutkimuksella haluttiin selvittää epävakaan persoonallisuushäiriön kulkua, oireiden esiintymistä, niiden järjestystä, periytyvyyttä ja ympäristön vaikuttavuutta sairauteen. Tutkimus aloitettiin kaksosten ollessa 14 vuotta ja päättyi, kun he täyttivät 24-vuotta. Mukana oli vain tyttöpuolisia kaksosia. Tutkimuksen aineisto kerättiin Multidimensional Personality Questionnaire- Bordeline Personality Disorder Scale- mittarin avulla. Tutkimuksen avulla huomattiin, että 14-17- vuotiailla epävakaan persoonallisuushäiriön oireet olivat huipussaan ja oireet vähenivät iän myötä. Epävakaan persoonallisuushäiriön kulkua kuvattiin tutkimuksessa kehitysprosessiksi, joka ensin nousee ja sitten laskee. Tutkimus osoitti, että geneettisten tekijöiden vaikutukset kasvoivat iän myötä. Tämä näkyi erityisesti vakautena ja muutoksena. Ympäristölläkin oli merkitystä geenien ilmentymiseen. Esimerkiksi perhe voi suojella patologisten piirteiden kehittymiseltä. (Bornovalova, Hicks, Lacona & McGue 2009.)

Steppin ja Pilkoniksen tutkimuksessa selvitettiin iän vaikutusta epävakaaseen persoonallisuushäiriöön. Tutkimukseen osallistui 380 potilasta, joista naisia oli 248. Epävakaata persoonallisuushäiriötä sairasti 110 potilasta. Potilaat jaettiin kolmeen ryhmään: 20-30 vuotiaat, 31-40 vuotiaat ja 41- 50 vuotiaat. Tutkimuksessa huomattiin, että potilaan itseään vahingoittaminen sekä impulsiivisuus vähentyivät iän myötä, mutta potilaat kokivat siitä huolimatta masennusta ja ahdistusta. Iän myötä alkoholin tai muiden päihteiden käyttö ja riskialtis seksuaalinen käytös vähentyivät ja potilas pystyi paremmin hillitsemään käytöstään. Tämä käytöksen hillitseminen ei kuitenkaan poistanut sairauden tuomaa henkistä kuormitusta. (Stepp & Pilkonis 2008.)

Yllä esitetyt tutkimukset ja niiden tulokset mainitaan Käypä hoito- suosituksessa. Yhteenvetona voidaan esittää, että suurimmalla osalla potilaista sairauden oireet helpottavat kymmenen vuoden kuluessa niiden alkamisesta. Itsensä vahingoittaminen ja identiteetin häiriöt vähentyivät tutkimusten mukaan ensin, tunne-elämän epävakaan ja impulsiivisuuden korjaantuminen veivät eniten aikaa. (Epävakaata persoonallisuus: Käypä hoito- suositus, 2015.)

Epävakaata persoonallisuushäiriö vaikuttaa sairastuneen työkykyyn. Erityisesti nuoruudessa ja varhaisaikuisuudessa työelämään siirtyminen voi olla haastavaa. Nuorilla ja aikuisille suunniteltujen kuntoutuskurssien tarkoituksena on lisätä elämänhallintaa ja aktiivisuutta sekä auttaa koulutukseen hakeutumisessa ja työelämään siirtymisessä. Myös Verven kuntoutuskurssille voi hakeutua, jos ammatilliset opinnot ovat keskeytyneet, työmotivaatiota tai työkokeilua sopivaan ammattia ei ole. AVO- ammatinvalinnanohjausta tarjoavat TE-keskukset. (Epävakaata persoonallisuus: Käypä hoito- suositus, 2015.)

Psykiatrinen kuntoutus voi olla potilaalle hyödyksi, jos hänen toimintakykynsä on vaikeasti ja pitkäaikaisesti heikentynyt. Kuntoutuksesta voi olla myös hyötyä, jos potilaalla on neuropsykologisia toiminnan puutoksia. Näillä tarkoitetaan esimerkiksi oman elämän ja tulevaisuuden suunnittelun vaikeutta. Neuropsykologiseen kuntoutukseen ohjataan, jos potilaalla ilmenee kirjoittamiseen, lukemiseen tai laskemiseen liittyviä häiriöitä tai hänellä on muita neuropsykologiaan liittyviä vaikeuksia. Lääkinnällisellä kuntoutuksella tarkoitetaan psykoterapiaa tai erikoissairaanhoidossa tapahtuvia psykiatrisia kuntoutuspalveluita. Kela järjestää työelämässä oleville mielenterveyshäiriötä sairastaville TYK eli työkykyä ylläpitävää kuntoutusta. Kuntoutuslaitoksissa tapahtuvan kuntoutustarpeen arvioon voi hakeutua B lausunnolla, jonka voi tehdä hoitava lääkäri tai työterveyslääkäri lausunnolla. Kelasta tai työterveyshuollosta voidaan hakea kuntoutusrahaa. Kuntoutuksella voi olla erilaisia tavoitteita. Tavoitteet voivat liittyä työhön kuten työkyvyn ylläpitoon tai opiskeluun. (Epävakaata persoonallisuus: Käypä hoito- suositus, 2015.)

## 2.2 Epävakaata persoonallisuushäiriötä sairastavan hoidon suunnittelu

Oikean diagnosoinnin merkitys on suuri. Se sitouttaa sairastuneen paremmin hoitoon, pienentää heidän riskitasoaan, lisää tulevaisuuden toivoa ja mahdollistaa oikean hoidon. Diagnostiikka vie aikaa ja arvioinnin päätavoitteena on kerätä tietoa. Väärin tehty diagnoosi voi lisätä potilaan ongelmia ja johtaa itsemurhaan. (Project Air 2015, 17.)

Diagnosoitaessa potilaalta epävakaata persoonallisuushäiriö tulee samalla selvittää useita hoidon kannalta merkittäviä tekijöitä. Selvitettäviin asioihin kuuluu, miten sairaus näkyy potilaan toimintakyvyssä, millaiset ovat hänen psyykkiset tarpeensa, millaiset ovat hänen puolustuskeinonsa, selviytymismallinsa ja stressitekijänsä. Tärkeää on myös selvittää komorbidiset sairaudet - tai häiriöt (esim. päihdeongelma, syömishäiriö, masennus, traumaperäinen stressihäiriö).

Potilaan ymmärtämiseksi hänen ihmissuhde-, perhe-, sosiaaliset- ja kulttuuriset tekijät tulisi tuntea. Apa (American Psychiatric Association) ohjeistaa kertomaan potilaalle ja hänen läheisilleen realistisesti hoidossa esiin tulevista ongelmista lähitulevaisuudessa kuin antaa epärealistisen suuria odotuksia. (American Psychiatric Association 2001, 14.)

Potilaan kanssa on tärkeää käydä yhdessä läpi diagnoosi ja kertoa yleisesti sairaudesta. Hänelle kannattaa antaa luettavaksi asiaan liittyvää kirjallisuutta. (American Psychiatric Association 2001, 15.) Diagnoosin saaminen voi tuntua potilaasta helpottavalta ja vahvistaa häntä. Hän voi tuntea olevansa ymmärretty. Diagnoosin tietäminen voi kannustaa potilasta tunnistamaan oireensa paremmin ja myös parantaa heidän aktiivisuuttaan hoidossa. Lääkäri voi tuntea ahdistusta ja epämukavuutta kertoessaan (epävakaan) persoonallisuushäiriö diagnoosin potilaalle, koska pelkäävät potilaan reaktiota. Potilasta tulisi kohdella kokonaisuutena ja ottaa huomioon hänen historiansa, nykytilanteensa, ongelmat sekä vahvuudet. (Project Air 2015, 17.) Epävakaasta persoonallisuushäiriöstä on tehty Käypä hoito- suositusten mukainen potilasversio, jossa kerrotaan muun muassa sairaudesta ja sen hoidosta. Kati Hankkila (toim.) on koonnut teoksen Epävakaudesta elämään, jossa epävakaata persoonallisuushäiriötä sairastavat sekä hoito- alan ammattilaiset kertovat sairaudesta ja sen vaikutuksesta elämään. Minna Sadeniemi, Miikka Häkinen, Maaria Koivisto, Teemu Ryhänen ja Anna-Liisa Tsokkinen ovat puolestaan kirjoittaneen Viisas mieli teoksen, joka toimii oppaani niille, jotka kärsivät tunnesäätelyvaikeuksista. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin, eri järjestöjen, sairaanhoitopiirien sekä terveysalan organisaatioiden kehittämän mielenterveystalo sivustolta löytyy tietoa eri mielenterveyden sairauksista, niiden oireista ja hoidosta. Myös epävakaasta persoonallisuushäiriöstä löytyy tietopaketti. Sivustolta löytyy myös neuvoja siihen, miten omaa tunnesäätelyä voidaan vakauttaa. Vanhemmille ja ammattilaiselle löytyy myös omat osiot. (Mielenterveystalo.) Epävakaasta persoonallisuushäiriöstä löytyy myös suomenkielisiä blogeja, joissa sairastuneet kertovat elämästään. Videopalvelu Youtubesta löytyy koskettava Betsy Usherin ohjaama englanninkielinen lyhytelokuva elämästä epävakaan persoonallisuushäiriön kanssa (Usher 2016).

Arvioitaessa epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivän hoidon tarvetta, tulee kiinnittää huomiota sekä potilaan pitkäaikaisiin oireisiin, nykytilaan ja sairauden erityispiirteisiin. Sairauteen liittyy tyypillisinä oireina itsetuhoisuus, impulsiivinen käytös ja epävakaata mieliala. Hoitohenkilökunnan tulee hoidon tarpeen arvioinnissa ottaa mukaan nämä riskitekijät. Riskejä ovat itsemurhasuunnitelmat, krooninen tai akuutti itsetuhoisuus, harkitsemattomat teot ja päihteiden käyttö. Aiemmat itsemurhayritykset ja suunnitelmat on myös selvitettävä. Potilasta haastateltaessa on hyvä selvittää potilaan halukkuus hoitoon, halukkuus sitoutua hoitoon ja hoitoa mahdollisesti uhkaavat tekijät. Potilaalle tulisi tarjota pitkäaikainen tai oireidenmukainen jaksottainen hoito. Hoidon suunnittelun tulisi olla johdonmukainen ja järjestelmällinen sekä potilasta kannattava. Toistuva ja impulsiivinen vastaanotoilla käyminen vältetään ennalta sovittujen vastaanottokäyntien avulla perusterveydenhuollossa, joita tulisi järjestää säännöllisesti. Moniammatillinen yhteistyö eri tahojen kanssa tukee potilaan turvan tunnetta. Potilasta tukee

ajatus siitä, ettei hän jää ilman lääkärin apua. (Epävakaata persoonallisuus: Käypä hoito- suositus, 2015.)

Epävakaata persoonallisuushäiriötä sairastavan potilaan on vaikea sitoutua hoitoon. Heidän ajatusmalliaan hoidosta voidaan verrata päihderiippuvuuksista kärsivien neljän vaiheen malliin, joka auttaa ymmärtämään muutoksen vaiheet. Vaiheet ovat esiharkintavaihe, harkintavaihe, valmistautumisvaihe ja toimintavaihe. Ensimmäisessä vaiheessa muutoksen tarvetta ei tunnista ja hoidon aloittaminen voi tästä syystä tuntua epärealistiselta. Toisessa vaiheessa puntaroidaan hoidon hyötyjä ja haittoja. Tässä vaiheessa ne näkyvät samanarvoisina. Kolmannessa eli valmistautumisvaiheessa potilas on tunnistanut tarvitsevansa apua. Hän osaa avun tarpeen sanoittaa myös ulkopuolisille. Viimeisessä vaiheessa potilas työstää hoitoa eteenpäin ja on sitoutunut siihen. (Epävakaata persoonallisuus: Käypä hoito- suositus, 2015.)

American Psychiatric Association (2001, 14), Australian Government National Health and Medical Research Council (2012, 124) ja Epävakaan persoonallisuushäiriön Käypä hoito- suositus (2015) suosittelevat, että hoitohenkilökunta ja epävakaata persoonallisuushäiriötä sairastava tekevät yhdessä hoitosuunnitelman, jonka kaikki osapuolet hyväksyvät. American Psychiatric Association ohjeistaa hoitosuunnitelmaan kirjatavaksi tavoitteet ja millaiset roolit osapuolilla on tavoitteiden toteutumisessa. Potilaan tulisi kertoa hoitohenkilökunnalle ongelmistaan, konflikteistaan ja tulevista elämänmuutoksista. Hoitohenkilökunnan tehtävänä on puolestaan tarjota tukea, ymmärrystä ja palautetta, kertoa hoidosta ja hoitotoimintateista sekä kunnioittaa potilasta. Hoitosopimuksessa sovitaan kuinka usein ja missä potilas ja hoitohenkilökunta tapaavat. Myös kriisinhallintasuunnitelma tulee tehdä. Epävakaata persoonallisuushäiriö voi ilmetä eri tavoin, joten hoitosuunnitelma tulee luoda jokaiselle potilaalle yksilöllisesti. Toisilla sairausoireilee impulsiivisena käytöksenä, joillain huomattavana epävakaana tai epäsosiaalisilla piirteillä. Myöskin oireet vaihtelevat sairauden aikana, joka haastaa päivittämään hoitosuunnitelmaa säännöllisesti. Painopisteet voivat hoidon aikana olla esimerkiksi turvallisuudessa, ihmissuhteiden parantamisessa tai toiminnan parantamisessa. Usein epävakaaseen persoonallisuushäiriöön liittyy oheissairauksia, kuten ADHD, syömishäiriö, päihdeongelma, masennus, postraumaattinen stressireaktio, ahdistuneisuushäiriö tai dissosiativinen identiteettihäiriö. Hoitosuunnitelmassa tulee ottaa huomioon nämä liitännäissairaudet ja tarjota apua myös näiden sairauksien hoitoon. Potilaan päihteiden käyttö on selvitettävä ennen hoidon aloitusta, sillä niiden liiallinen käyttö vaikeuttaa hoitoa. (American Psychiatric Association 2001, 14-19, 31, 32.)

Hoitosuunnitelmaa tehtäessä potilaan ja hoitohenkilökunnan kanssa tulisi sopia hoidon tavoitteista. Epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivän hoidon tavoitteita voivat olla muun muassa:

Taulukko 1 Hoidon tavoitteet: (Australia Government National Health and Medical Research Council 2012, 35.)

<b>Sairaalahoidon välttäminen</b>
<b>Selviytymistaitojen oppiminen</b>
<b>Vihan tunteiden käsittely, vähentäminen ja hallinta</b>
<b>Masennuksen, ahdistuksen ja ongelmakäyttäytymisen hallinta</b>
<b>Vaikeiden tilanteiden käsittely</b>
<b>Itseä rauhoittavien tekniikoiden opiskelu</b>
<b>Itsemurhan ehkäisy</b>
<b>Sosiaalisten suhteiden parantaminen</b>
<b>Omien ongelmien voittaminen</b>
<b>Työllisyys ja ammatilliset tavoitteet</b>

Australiassa on tehty myös yleiset, kansalliset tavoitteet potilaille, jotka sairastavat mielenterveyshäiriöitä. Näihin tavoitteisiin kuuluvat:

Taulukko 2 : Mielenterveyshäiriöiden hoidon yleiset tavoitteet tavoitteet: . (Australia Government National Health and Medical Research Council 2012, 35.)

<b>Optimaalisen elämänlaadun saavuttaminen</b>
<b>Hyvä itsetunto</b>
<b>Toivon säilyttäminen</b>
<b>Toipumisen kokeminen</b>
<b>Omien kykyjen ja heikkouksien ymmärtäminen</b>
<b>Henkilökohtainen autonomia</b>
<b>Aktiivinen ja sosiaalinen elämä</b>
<b>Elämän tarkoituksen löytäminen</b>

Hoitohenkilökunnan ja potilaan tavoitteet eivät välttämättä ole samanlaisia. Tavoitteista sopiminen tulee tehdä yhdessä. (Australia Government National Health and Medical Research Council

2012, 35.) Tavoitteiden pitäisi olla kohtuullisesti saavutettavissa ja ne tulisi jakaa lyhyen ja pitkän aikavälin tavoitteiksi. Tavoitteiden saavuttamisesta tulee myös antaa tunnustusta, myös niiden osittaisesta saavuttamisesta. Hoitosuunnitelman pitäisi olla suhteellisen lyhyt ja sitä tulee säännöllisesti tarkistaa. (Project Air 2015, 12,14.)

Tavoitteiden lisäksi hoitosuunnitelmassa on hyvä tunnistaa tilanteet, jotka laukaisevat potilaalla kriisin tai hädän. Myös lyhyt -ja pitkäaikaisia riskejä pitää arvioida. Lisäksi siihen on hyvä kirjoittaa kriisinhallintakeinoista, jotka eivät ole auttaneet tai ovat vieneet kriisiä huonommaksi. (Project Air 2015, 15.)

Erilaisista hoitovaihtoehdoista tulee keskustella yhdessä potilaan kanssa. Hoitoa ei tule aloittaa ennen kuin potilas on hyväksynyt hoitosuunnitelman. American Psychiatric Association korostaa, että hoidon aikana esiin tulevilla ongelmilla voidaan potilasta muistuttaa tehdystä sopimuksesta. Mahdollisuuksien mukaan potilasta voi hyödyttää psykoedutkaatioon osallistuminen. Hoidon alussa potilaat usein taantuvat ja vointi menee huonompaan suuntaan. Hoidon aikana potilaalle saattaa kehittyä harhaluulo, etteivät he ole enää itse vastuussa itsestään vaan vastuu on hoitotaholla. Se voi johtaa lisääntyneeseen itsemurha-ajatteluun, ylensyömiseen, työn lopettamiseen tai epäkypsään käytökseen. On siis tavallista, että hoidon aikana tulee vastainkäymisiä, usein säännöllisestikin. Vastoinkäymiset eivät aina kerro hoidon tehottomuudesta. Pitkään jatkuessa voimien huonontumiseen tulee kiinnittää huomiota ja hoidon tavoitteista on keskusteltava uudelleen. Uuden hoitostrategian tekeminen ja tavoitteiden muuttaminen on tällöin todennäköisesti ajankohtaista. Tämänkaltaiset regressiot voivat olla merkki potilaan lisääntyneestä tuen tarpeesta tai olla merkinä liian tiukasta hoidosta. Joskus tilanteeseen on ratkaisuna siirtää potilas kevennetympään hoitoon. Regressiiviseen käytökseen voi johtaa myös se, että potilas kokee hoitohenkilön olevan liian sympaattinen ja suojaava. Epävakaasta persoonallisuushäiriötä sairastava näkee usein asiat tai tilanteet ”mustina” tai ”valkoisina”, ”hyvänä” tai ”pahana” tai ”kaikki tai ei mitään- asenteella”. ”Splittaus” eli jaottelu hyviin ja huonoihin on yleistä sairaudelle. Potilaan nähdessä kaiken huonona hoitohenkilökunnan on syytä pohtia hoidon muuttamista. Hoitoryhmän sisäistä ”splittautusta” vältetään säännöllisillä yhteisillä tapaamisilla hoitoryhmän ja potilaan kanssa. (American Psychiatric Association 2001, 18,19.) Sairaudelle tyypillinen jaottelu voi tuoda jännitteitä ja väärinkäsityksiä hoitotiimin sisällä. Potilas voi reagoida hyvin erilaisesti tilanteissa ja kohdella hoitajia eri tavoin. Tämä epävakaus käytöksessä voi vaarantaa koko hoitotiimin yhteistyön. (Australia Government National Health and Medical Research Council 2012, 122.)

Hoitosuunnitelman voi antaa potilaalle. Se voidaan suunnitella esimerkiksi lompakon väliin laitettavaksi, jotta sairastuneen on helppo kantaa mukana. Kriisitilanteissa hän voi tukeutua siihen ja ottaa käyttöön keinoja kriisin selättämiseksi. Hyödyllisiä keinoja kriisin hallintaan ovat soittaminen ystävälle, jään pitäminen, kylmässä suihkussa käyminen, musiikin kuuntelu, piparmintun syöminen, lemmikin silittely, pehmolelun halaaminen, kävely tai juokseminen,

maalaaminen, piirtäminen, värittäminen tai maalaus. Jotkut sairastuneet voivat hyötyä kriisin aikana tai sen jälkeen keskustelusta, toiset puolestaan tarvitsevat aikaa rauhoittumiseen. (Project Air 2015, 13.)

Itsetuhoisuudesta kärsivän epävakaata persoonallisuushäiriötä sairastavan itsemurhariskiä voi olla vaikea arvioida. Sairaudelle on tyypillistä, että potilas uhkailee itsemurhalla toistuvasti ja hänellä on itsetuhoista käytöstä. Riski itsemurhaan voi olla krooninen, akuutti tai näitä molempia. Vakavan itsemurhavaaran arvioiminen voi tästä syystä olla mahdotonta. Impulsiivisuudesta kärsivän itsemurha voi tapahtua ilman ennako varoitusta. Osa potilaista onnistuu itsemurhasaan siitäkin huolimatta, että ovat saaneet hyvää hoitoa. 8-10% sairastuneista tekee itsemurhan. Itsemurhalla uhkailu tulee ottaa todesta ja tästä tulee puhua potilaan kanssa. Potilaan tarkkailu ja havaintojen tekeminen potilaan itsemurha vaarasta tulee dokumentoida. Ympärillä tapahtuvat asiat voivat johtaa itsemurha-ajatuksiin tai -yritykseen. Potilaan kärsiessä kroonisesta itsemurhavaarasta ilman akuuttia riskiä itsemurhaan tulee häntä hoitaa terapiassa. Yhteistyö perheen kanssa voi auttaa hoidossa, jos potilaalla on krooninen itsemurhariski. Potilaan kanssa voidaan tehdä sopimus, jossa potilas lupaa olla tekemättä itsemurhaa. (American Psychiatric Association 2001, 39.)

Kroonisesta itsetuhoisuudesta kärsivä ei halua kuolla ja itsetuhoisuus ilmentyy vähemmän haitallisena ja vähemmän riskialttiina. Kuolema voi kuitenkin tapahtua vahingossa. Itsetuhoisuuden voi laukaista ihmissuhteisiin liittyvä stressi kuten hylkäämisen kokemus. Kroonisesta itsetuhoisuudesta kärsivällä voi olla itsemurhasuunnitelma, jonka tarkoituksena ei kuitenkaan ole toteuttaa itsemurhaa. Sen merkitys on henkinen. Akuutissa itsemurhavaarassa olevalla on selvä suunnitelma itsensä tappamisesta ja keino, jolla hän päättää tappaa itsensä on tappava. Akuutissa itsemurhavaarassa olevalla ei ole tulevaisuuden tavoitteita. (Project Air 2015, 8,9.)

Itsetuhoisen käytös voi huolettaa, mutta myös hämmentää hoitohenkilökuntaa. Syitä itsetuhoiselle käytökselle voivat olla fyysisen kivun tunteminen, itsensä rauhoittaminen, tunteiden hallinta, itsensä rankaiseminen, vihan näyttäminen, tunnottomuuden voittaminen, tunnottomuuden aiheuttaminen tai itsemurhan ehkäisy. Syyt miksi potilas satuttaa itseään tulee selvittää, haluaako potilas teollaan tappaa itsensä vai saada huomioon itseensä. Tämän selvittämisen jälkeen potilaan kanssa voidaan tehdä riskienhallintasuunnitelma ja keskustella syistä miksi jatkaa elämää. (Project Air 2015, 8.)

Ihmiseltä tulisi aina kysyä suoraan hänen itsemurhapyrkimyksistään. Itsemurhaa yrittäneeltä tulee kysyä, onko hän tyytyväinen pelastumisestaan vai olisiko hän todella halunnut kuolla. Itsemurhayritykseen johtaneet syyt ja yrityksen tekotapa tulisi selvittää huolellisesti. Hoitohenkilöiden tulisi arvioida kuolemanpyrkimys, halusiko potilas oikeasti kuolla? Oliko muita henkilöitä läsnä? Missä yritys tapahtui? Oliko apu lähellä tai varmistettu? Columbia suicide severity rating scale (C-SSRS) eli itsemurhariskin arviointiasteikko on mittaristo, jota voidaan käyttää

apuna arvioitaessa itsemurhavaaraa. Jouko Lönnqvist, Markus Henriksson, Erkki Isometsä ja Mauri Marttunen ohjaavat kysymään kuusi kysymystä, kun arvioidaan itsemurhaa yrittäneen itsemurhavaaraa. Kysymykset ovat: ” 1. Mitkä ovat itsemurhayritystä selittävät syyt ja tavoitteet? 2. Miten vakava oli ihmisen pyrkimys kuolla? 3. Onko hän vielä yrityksensä jälkeenkin itsemurhavaarassa tai onko hänellä välitön pyrkimys uudistaa itsemurhayrityksensä? 4. Mitä välittömiä tai pitkäaikaisia ongelmia hänellä on ja mikä laukaisi itsemurhayrityksen? 5. Minkälainen mielenterveyden häiriö hänellä on ja mikä on häiriön suhde itsemurhayritykseen? 6. Minkälainen apu olisi nyt asianmukaista ja onko hän valmis vastaanottamaan sitä?” Toistuvien itsemurhayritysten estämiseksi kognitiivisesta käyttäytymisterapiasta, ratkaisukeskeisestä psykoterapiasta ja dialektisesta käyttäytymisterapiasta on saatu tieteellistä näyttöä. (Lönnqvist, Henriksson, Isometsä & Marttunen 2019.)

Kriisin aikana työskentely persoonallisuushäiriötä sairastavan kanssa on entistä haastavampaa. Sairauden oireet ovat tuolloin voimakkaimmillaan ja itsetuhoinen käytös lisääntyy. Liiallinen tai liian vähäinen huomio kriisin aikana voi lisätä potilaan itsetuhoista käytöstä. Kriisin aikana hoitajalta vaaditaan rauhallista ja empaattista työtettä. Potilasta pitää tukea, eikä häntä saa tuomita. Oman vihan tai shokin näyttämistä tulee välttää. Keskustelu tulee pitää tässä hetkessä ja keskustella siitä mitä on tapahtunut nyt. Ihmissuhteisiin tai lapsuuteen liittyvistä ongelmista keskustellaan terapiassa myöhemmin, fokus on tässä hetkessä. Riskinarviointi sisältyy aina kriisitilanteeseen. Potilaalle tulee selittää selvästi hoitohenkilökunnan roolit ja se, kuinka usein he tapaavat ja millaista tukea he tarjoavat. Keskustelun lopuksi tulee sopia seuraava tapaaminen. (Project Air 2015, 7.)

Epävakaata persoonallisuushäiriötä sairastavan hoitoa voidaan seurata kiinnittämällä huomiota seuraaviin asioihin: elämänlaatu, viha/ vihamielisyys, aggressio, masennus, toivottomuus, impulsiivisuus, ärtyvyys, itseä vahingoittava käytös, itsemurha ajatukset, pidättäytyminen alkoholista tai huumeista, samanaikaisesti esiintyvien häiriöiden muutos (esim. syömishäiriö), tera- pioissa käyminen ja niiden loppuun saattaminen suunnitellusti, ensiavussa käyminen, hoitoon hakeutuminen, tunteiden hallinta ja säätely, pärjääminen sosiaalisesti/ihmissuhteissa/amma- tillisesti ja lääkitys. (Australia Government National Health and Medical Research Council 2012, 35.)

Monet epävakaata persoonallisuushäiriötä sairastavat ovat kokeneet trauman. Tutkimusten mu- kaan iso joukko epävakaata persoonallisuushäiriötä sairastavista ovat kokeneet trauman lap- suudessa. Trauman on voinut aiheuttaa lapsuudessa tapahtunut seksuaalinen tai fyysinen hy- väksikäyttö tai laiminlyönti. Emotionaalista, seksuaalista, verbaalista tai fyysistä hyväksikäyt- töä on monilla esiintynyt myös aikuisuudessa. (Australia Government National Health and Medical Research Council 2012, 34.) Traumatausta vaikuttaa epävakaata persoonallisuushäiriötä sairas- tavan hoitoon. Trauman tunnistaminen ja sen käsittely ovat hoidon kannalta tärkeää. Näiden selvittäminen hyödyttää sekä terapeuttia että potilasta. Traumaattiset kokemukset voivat

lisätä vihaa, itsetuhoista käytöstä, affektista epävakautta, vaurioittaa minäkuvaa ja lisätä impulsiivisuutta ja pelkotiloja. Oireiden vakauttaminen, hyvän hoitosuhteen luominen ja potilaaseen tutustuminen ovat hoidon alussa ensisijaisia asioita. Trauman käsittely aloitetaan yleensä hoidon myöhemmässä vaiheessa. Aikaisemmat traumaattiset elämäkokemukset ovat luoneet vääristymän potilaalle omasta itsestä sekä muista. Avun tarjoaminen voi potilaasta tuntua pelottavalta, koska he voivat kokea terapeutin uhkaksi samalla tavoin kuin hyväksikäyttäjän lapsuudessa. (American Psychiatric Association 2001, 34.)

Dissosiaatio oireista kärsivällä epävakaata persoonallisuushäiriötä sairastavalla tai epävakaata persoonallisuushäiriötä sekä dissosiaatiohäiriötä sairastavalla dissosiaation oireita hoidetaan ensin tukea antavan psykoterapian avulla. Hoitoon kuuluu myös keskustelu potilaan kanssa oireista ja sairaudesta. Potilaalle opetetaan keinoja hallitsemaan dissosiaatio oireita ja olotila pyritään vakauttamaan. (American Psychiatric Association 2001, 36.) Potilaan kärsiessä depersonalisaatiohäiriöstä voi ahdistusta lieventämään määrätä bentsodiatsepiinia tai hydroksitiinia, joka on epäspesifi sedatiivi. Dissosiaatiohäiriön hoidossa voidaan kokeilla myös hypnoosia. Dissosiativisen identiteettihäiriön hoidossa voidaan käyttää myös ryhmä- tai perheterapiaa, psykoanalyysiä tai kognitiivista psykoterapiaa tai käyttäytymisterapiaa. Hoidossa käydään läpi traumaattiset kokemukset rauhallisessa tahdissa. (Lauerma 2019b.)

Viha ja impulsiivisuus voivat kohdistua myös muihin. Hoitavaan henkilökuntaan viha voi kohdistua silloin kun potilas kokee itsensä hylätyksi, torjutuksi, väärin ymmärretyksi tai -syytetyksi. Vihaisuus ja impulsiivisuus voi tulla esiin yllättäen, vaikka potilasta olisikin tarkkailtu. Potilaan kanssa tulee keskustella hylätyksi tulemisen pelosta, impulsiivisuudesta ja vihasta. Näitä teemoja tulee käsitellä hänen kanssaan. (American Psychiatric Association 2001, 40.)

Australian Government National Health and Medical Research Council (2012, 56), National Institute for Health Care and Excellence (2015), American Psychiatric Association (2005,3) sekä epävakaan persoonallisuushäiriön Käypä hoito (2015) nostavat esiin, että epävakaan persoonallisuushäiriön hoidossa pysyvien hoitotulosten saavuttamiseksi tulisi suosia psykoterapeuttisia menetelmiä. American Psychiatric Association (APA 2005, 3) viimeisimmässä, tosin jo vuonna 2001 tehdyssä ja 2005 päivitettyssä ohjeistuksessa nostetaan esiin psykoterapeuttisista hoitomuodoista dialektisen käyttäytymisterapia, joka siihen mennessä tehtyjen tutkimusten perusteella nousi tehokkaaksi hoitomuodoksi sairauden hoidossa. Eryityisesti DKT toimi silloin, kun kyseessä oli epävakaata persoonallisuushäiriö ja päihteiden väärinkäyttöä. Australian Government National Health and Medical Research Council (2012, 56) nostaa tutkimustensa perusteella esiin tehokkaimmiksi epävakaan persoonallisuushäiriön hoitoon seuraavat terapiamuodot: kognitiivis-behaavioraalinen psykoterapia (CBT, cognitive behavioral therapy) , dialektinen käyttäytymisterapia (dkt, dialectical behavior therapy), interpersonaalinen psykoterapia (interpersonal psychotherapy), tietoisuustaitoihin perustuvan terapia (MBT, Mindfulness- Based Therapy), STEPPS terapia (Systems Training for Emotional Predictability and problem Solving),

tunteiden säätely terapia (ERT, emotion regulation therapy), metakognitiivinen terapia (MCT, metacognitive therapy), MORT (motive oriented therapeutic relationship), perheterapia (SFP, systemic practice family therapy) ja transferenssifokusoitunut psykoterapia (TFP). Lisäksi Australian hoitosuosituksessa mainitaan epävakaata persoonallisuushäiriötä sairastaville muita kehitettyjä hoitomuotoja, joista on ollut hyötyjä ja etuja, mutta niitä ei ole tutkittu vielä riittävästi. Näitä ovat olleet Conversational model of psychotherapy, supportive psychotherapy ja yhteisöllinen ja terapeuttinen asuminen (residential treatment using a therapeutic community approach). (National Health and Medical Research Council 2012, 56.)

Suomen käypä hoito- suosituksessa (2015) nostetaan esiin kuusi psykoterapian muotoa, joista on tehty satunnaistettuja ja kontrolloituja tutkimuksia ja joiden vaikuttavuudesta on saatu näyttöä epävakaan persoonallisuushäiriön hoidossa. Nämä Käypä hoito- suosituksessa mainitut terapiat ovat dialektinen käyttäytymisterapia, mentalisaatioterapia, skeematerapia, transferenssikeskeinen terapia, STEPSS (systems training for emotional predictability and problem solving) ja GBM (general psychiatric management; kliininen hallinta). Jokaisella näistä terapioiden taustalla yksi tai useampi teoria, joiden päälle hoito rakentuu. Hoitomallit, hoidon kesto, tavoitteet ja hoidon toteutus ovat näissä psykoterapiamuodoissa erilainen. Lisäksi jokainen psykoterapia näkee epävakaan taustasyyn eri tavoin. (Epävakaata persoonallisuus: Käypä Hoito-suositus, 2015)

### 2.3 Dialektinen käyttäytymisterapia

Dialektisen käyttäytymisterapian eli DKT:n kehitti yhdysvaltalainen psykologian professori Marsha Linehan 1970- luvulla. Se pohjautuu kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan, dialektiseen filosofiaan ja mindfulnesiin eli hyväksyvään ja tietoiseen läsnäoloon. Hoitomuodon on tarkoitus auttaa itsetuhoisten, epävakaasta persoonallisuushäiriöstä ja voimakkaista tunnesäätelyvaikeuksista kärsivien hoidossa. Sitä voidaan käyttää myös adhd:n, masennuksen, syömishäiriöiden, alkoholi- ja huumeongelmien, vihanhallintaongelmien ja traumaoireiden hoidossa. Dialektiikalla tarkoitetaan, että tavoitteet asetetaan, vaikka ne olisivatkin ristiriidassa nykyhetken kanssa. Hyväksytään esimerkiksi omat tunnetilamme, mutta haluamme oppia reagoimaan niihin erilailla kuin aiemmin. Kognitiivisen käyttäytymisterapian menetelmillä pyritään aktiivisesti saamaan muutoksia aikaan. Mindfulnesin tehtävänä on auttaa tunnereaktioiden tunnistamisessa ja säätelmissä. (Sadeniemi, Häkkinen, Koivisto, Ryhänen & Tsokkinen 2019, 11,12, 57.)

DKT:ssa hoito perustuu näennäisesti vastakkaisiin menetelmiin, joita käytetään samanaikaisesti. Tunnesäätelyvaikeuksista kärsivät hyötyvät muutokseen ja hyväksyntään tähtäävästä hoidosta. Marsha Linehanin tutkimustyössä huomattiin, että muutoksen kannustaminen vähensi hoitoon sitoutuneiden masennusta, itsetuhoisuutta ja heidän sairaalassaolo aikansa vähentyi. Samalla kuitenkin nähtiin, ettei pelkkä muutokseen kannustaminen sitouta potilaita riittävästi

hoitoon, vaan heistä iso osa keskeytti hoidon. Liiallinen muutokseen kannustaminen aiheuttaa potilaissa stressiä ja motivoitumattomuutta. Potilaat pysyivät hoidossa pidempään, kun hoito ei tähdännyt muutokseen. Tämä kuitenkin vaikutti siihen, ettei potilaiden käyttäytymisessä tapahtunut muutosta. Dialektiikalla tarkoitetaan muutoksen ja hyväksynnän läsnäoloa samanaikaisesti. (Sadeniemi ym. 2019,57,58.)

Minna Sadeniemi, Miikka Häkkinen, Maaria Koivisto, Teemu Ryhänen ja Anna-Liisa Tsokkinen (2019, 12) kiteyttävät DKT:n ajatusmallin seuraavasti: ” jokainen yrittää parhaansa kulloisissakin olosuhteissa, ja tunnesäätelyä on mahdollista oppia, vaikka lähtökohdat olisivatkin vaikeatkin. Tavoitteena on oppia toimimaan taitavasti, viisaan mielen mukaisesti vaikeissakin tilanteissa ja voimakkaidenkin tunteiden kanssa. Tavoitteena ei ole päästä tunteista eroon, vaan oppia säätämään niitä ja elämään niiden kanssa ja rakentaa elämisen arvoinen elämä”.

## 2.4 Hoitajan rooli epävakaata persoonallisuushäiriötä sairastavan hoidossa

Epävakaata persoonallisuushäiriötä sairastavan hoitosuhteet ovat usein lyhyitä, sillä hoito keskeytyy usein vuorovaikutusongelmien vuoksi. Hyvä ja toimiva terapiasuhte voi olla vaikea rakentaa sairauteen liittyvien oireiden vuoksi. Epävakaita potilaita hoitavien on hyvä tunnistaa sairaus ja siihen liittyvät erityispiirteet. Tämä helpottaa ja keventää psykoterapeutin työtä. (Lahti-Nuutila & Valkonen 2016, 246.) Lyhyet hoitosuhteet kuormittavat myös huomattavan paljon terveydenhuoltojärjestelmää. Hoitokontakteja eri paikkoihin voi olla useita. Hoidon keskeyttämisen takia sairaudet jäävät hoitamatta. (Epävakaata persoonallisuus: Käypä hoitosuositus, 2015.)

Persoonallishäiriöiden hoito haastaa hoitotyön tekijöitä. Sairauteen liittyvät kriisit, itsemurhayritykset, itsetuhoinen käytös ja hoidon hidastuminen liittyvät diagnoosiin. Epävakaata persoonallisuushäiriötä sairastavia hoitavien tulisi tunnistaa sairauden ominaispiirteet ja ymmärtää potilaan erityistarpeet. Hoitohenkilökunnalle tulisi tarjota riittävästi koulutusta, jotta he osaisivat tunnistaa, arvioida ja hallita sairautta. Työnohjaus on tärkeä osa hoitohenkilökunnalle, jotka työskentelevät epävakaata persoonallisuushäiriötä sairastavien kanssa. Hoitohenkilökunnan on hyvä tiedostaa, että työskentely epävakaata persoonallisuushäiriötä sairastavien kanssa herättää tunteita. Nämä tunnereaktiot eivät kuitenkaan saisi näkyä hoidossa. Hoitohenkilökunnan tunnereaktiot voivat johtaa hoitoon, joka ei ole paranemisen kannalta optimaalisinta. (Australian Government National Health and Medical Research Council 2012, 105, 122.)

Hoitajilta vaaditaan empatiaa, myötätuntoa, luotettavuutta ja kunnioittamista. Välittävä asenne pitäisi näkyä potilaalle asti. Sairauteen ominaispiirteiden vuoksi vaaditaan hoitajilta johdonmukaisuutta. Vuorovaikutuksessa potilaan kanssa tulee kuunnella ja kiinnittää huomiota hänen kokemuksiinsa ja vahvistaa vallitsevaa tunnetilaa. Nämä kokemukset tulisi ottaa vakavasti

ja antaa potilaan lupa ilmaista voimakkaita tunteita. Hoitajan tulisi pystyä huomioimaan myös potilaan sanaton viestintä. Vuorovaikutustilanteissa hoitajan tulee itse pysyä rauhallisena ja välttää tuomitsevaa asennetta. Kommunikoinnin selkeys on tärkeää. Potilaalle voi viestiä toivoa ja rohkaista häntä. Edellä mainitut periaatteet sitouttavat potilasta paremmin hoitoon. Näiden asioiden noudattaminen ja ylläpitäminen voi kuitenkin olla haastavaa. Hoitohenkilökunnalta vaaditaan myös ammattitaitoa ja itsetuntemusta. (Project air 2015, 6.)

Terapeutin tulee luoda rajat hoidolle ja näitä rajoja tulee noudattaa. Rajojen noudattamista tulee seurata koko ajan. Potilaan kanssa tulee keskustella rajoista ja nostaa esiin, jos rajoja yritetään rikkoa. Eteen saattaa tulla tilanteita, joissa epävakaa persoonallisuushäiriötä sairastava ei pysty noudattamaan yhdessä sovittuja rajoja, vaan haluaa esimerkiksi ylimääräisiä tapaamisia tai yrittää luoda epäammattimaista suhdetta. Mietittäviä asioita ovat myös sopimukset puheluista. On sovittava antaako terapeutti numeronsa potilaalle ja saako potilas soittaa terapeutilla. Lisäksi tulee pohtia, annetaanko tapaamisten välissä kotitehtäviä tai kuinka paljon terapeutti paljastaa omasta elämästään. Potilaan ja hoitajan hyvä yhteistyösuhde on onnistuneen hoidon edellytys. (American Psychiatric Association 2001, 18,19.)

Bourge ja Grenyerin (2013) tutkimuksessa haluttiin selvittää miten psykoterapeutit kokevat hoitosuhteen epävakaa persoonallisuushäiriötä sairastavien kanssa. Vertailuryhmänä käytettiin masennusta sairastavia potilaita. Psykoterapeutit kokivat huomattavasti enemmän henkistä kuormitusta ja stressiä sekä tarvitsivat enemmän tukea hoitaessaan epävakaita potilaita kuin masennuspotilaita. Masennuspotilaiden kanssa työskentelyn terapeutit kokivat harmonisemaksi. Epävakaa persoonallisuushäiriöstä kärsivällä epävakaus voi näyttäytyä samaan aikaan kritiikkinä, hylkäämisen pelkona, viettelevänä käytöksenä, vihamielisuutena ja narsistisuutena. Potilaalla voi olla samanaikaisesti suuri tarve saada terapiaa, mutta hän reagoi kuitenkin tarjottuun apuun kriittisesti. (Bourge, M. & Grenyer, B. 2013.)

## 2.5 Epävakaan persoonallisuushäiriön lääketieteellinen hoito

Monilla mailla on omat suosituksensa epävakaa persoonallisuushäiriön lääketieteelliseen hoitoon. Yhdistyneen kuningaskunnan National Institute for Health Care and Excellence (Nice) antaa kansallisia ohjeita ja neuvoja maan sosiaali- ja terveydenhuollon parantamiseksi. Epävakaasta persoonallisuus häiriöstä kärsiville tulisi sen mukaan määrätä antipsykoottisia tai sedatiivisiä lääkkeitä vain lyhytaikaiseen kriisinhallintaan tai oheissairauksien hoitoon. Näitä lääkkeitä ei tulisi käyttää viikkoa kauempaa, koska mikään lääke ei ole osoittanut tehokkuutta epävakaa persoonallisuushäiriön hoidossa. Näitä lääkkeitä voi kuitenkin käyttää pidempään, jos potilaan oheissairaudet vaativat kyseenomaista lääkitystä. Lyhytaikaisella kriisillä tarkoitetaan itsetuhoista käytöstä, voimakasta ahdistusta, paniikkikohtauksia, psykoottista oireilua tai

käytöstä, joka voi aiheuttaa itselle tai toisille vaaraa. (National Institute for Health Care and Excellence 2015.)

Australia Government National Health and Medical Research Council (2012, 63, 64, 65) ei suosittele epävakaan persoonallisuushäiriön hoidon ensisijaiseksi tai ainoaksi hoitomuodoksi lääkehoitoa. Lääkehoidolla ei ole saatu tutkimuksien mukaan riittävää vastetta sairauden hoidossa. Akuuteissa kriisitilanteissa lääkehoitoa voidaan kokeilla. American Psychiatric Associationin (APA)(2005, 3) suosittelee epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivän potilaan ensisijaiseksi hoitomuodoksi psykoterapiaa ja tarpeen mukaan oireisiin kohdistuvaa lääkitystä.

Suomessa Käypä hoito- suosituksessa mainitaan epävakaan persoonallisuushäiriön lääkkeellisessä hoidossa käytettävän nykyään enemmän toisen polven antipsykootteja ja mielialantasajia. Impulsiivisuuden ja aggressiivisuuden vähentämisessä voidaan käyttää mielialatasajia lääkkeitä. Mielialaa tasaavia lääkkeitä ovat karbamatsepiini, lamotrigiini ja valproaatti. Myös epilepsiaan käytettävää topimaraatti voi vähentää aggressiivisuutta ja impulsiivisuutta. Vihamielisyyttä, epäluuloisuutta, psykoottista oireilua, itsetuhoisuutta ja affektien säätelyhäiriötä voidaan hoitaa antipsykoteilla. Tunteiden säätelyn ja impulssikontrollin vaikeuteen voidaan käyttää SSRI-läkkeitä (selektiiviset serotoniinin takaisin estäjät). Omega 3- rasvahapon käytöstä on saatu lupaavia tuloksia lievittämään epävakaan persoonallisuushäiriön oireita. (Epävaka persoonallisuus: Käypä hoito- suositus, 2015.)

Vaikkei epävakaan persoonallisuushäiriön ensisijaiseksi hoitomuodoksi suositella käytettäväksi lääkkeitä, on niiden käyttö tästä huolimatta yleistä. Suuressa eurooppalaisessa tutkimuksessa selvisi, että vain 10 %:lla epävakaata persoonallisuushäiriötä sairastavista ei ollut käytössään lääkitystä. Useamman lääkkeen samanaikainen käyttö oli yleistä. 80% tutkimukseen osallistujista käytti kahta lääkettä, ja 54% käytti kolmea lääkettä. Yleisimmät lääkkeet sairautta hoidettaessa olivat masennus- ja psykoosiläkkeet. Niitä käytti 70% potilaista. 33% käytti antikonvulsantteja, 30% bentsodiatsepiinia ja 4 % litiumia. Ketiapiini oli yleisin yksittäin käytettävä lääke. (Bridler, Häberle, Müller, Cattapan, Grohmann, Toto, Kasper & Greil 2015.)

Jos lääkehoitoon päädytään akuutin kriisin ratkaisemiseksi, lääkärin ja potilaan tulee sopia yhteisesti lääkkeen aloituksesta ja sopia tavoitteista, jolla lääkehoidolla pyritään saavuttamaan. Ennen lääkkeen määräämistä lääkärin tulee arvioida, onko potilaalla alkoholi- tai päihdeongelmaa. Epävakaata persoonallisuushäiriötä sairastavalla on korkea itsemurhariski reseptilääkkeiden avulla. Läkkeitä suositellaan käytettäväksi vain yhtä lääkettä kerrallaan, jotta sen vaikutukset ja teho pystyttäisiin arvioimaan. Polyfarmasiaa tulisi välttää. Potilasta tulee informoida, että lääkkeellä voi olla ei-toivottuja sivuvaikutuksia, eikä lääkkeillä voida parantaa sairautta, vaan lievittää yksittäisiä oireita. (Australian Government National Health and Medical Research Council 2012, 64, 65.)

## 2.6 Psykiatrinen hoito Suomessa

Vastuu diagnosoinnista, hoidosta ja hoitojen yhdistämisestä kuuluu suomalaisessa terveyden hoitojärjestelmässä psykiatriselle avohoitoyksikölle. Se tekee yhteistyötä usean eri yksikön kanssa; perusterveydenhuollon, psykiatrisen sairaalaosaston, sosiaalisektorin, psykoterapiapalveluiden tuottajan ja päihdehuollon kanssa. Vastuuhenkilön tai -työryhmän nimeäminen helpottaa kokonaisuuden suunnittelua ja järjestämistä. Palvelunohjaajan tehtävänä on seurata hoitosuunnitelman toteutumista. Verkostokokousten avulla hoitotahot parantavat yhteistyötä potilaan hoidossa. Epävakaan persoonallisuushäiriön Käypä hoito- suositus (2015) ohjaa epävakaa persoonallisuushäiriötä sairastavan hoidon tulisi toteutua avohoidossa tai päiväsairasallassa. Potilaiden seulonta ja erikoissairaanhoidon ohjaaminen ovat perusterveydenhuollon tehtäviä. Se voi myös jossain määrin tarjota hoitoa epävakaan persoonallisuushäiriön hoidossa. Tarvittaessa potilasta voidaan hoitaa myös päihdepalveluissa. Erikoissairaanhoidon persoonallisuushäiriötä sairastava ohjataan, jos uhkana on toiminta-, työ-, tai opiskelukyvyn menetys, ongelmat ovat pitkäaikaisia ja toistuvia, potilaalla on vaikeuksia myös muulloin kuin kriisitilanteissa tai kun potilaalla on halu ja kyky sitoutua hoitoon. Näissä tilanteissa voidaan erikoissairaanhoidossa arvioida lääketieteellistä tai psykoterapeuttista hoitoa. (Epävakaata persoonallisuus: Käypä hoito- suositus, 2015.)

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisusta ”Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet 2019” löytyvät suositukset myös mielenterveyshäiriöiden ja -oireiden hoitoon aikuis-, nuoris- ja lapsipotilaille. Suosituksen tarkoituksena on ohjata hoidon yhtenäistymiseen: oikea-aikaiseen hoitoon ja riittävään hoitovalikoimaan. Suositus jakaa hoidon perustason ja erityistason hoitoon. Perustason kuuluvat perusterveydenhuollon lisäksi perusterveydenhuollon mielenterveysryhmät ja päihderyhmät, työterveyshuolto ja A-klinikkatyypiset yksiköt. Perustason tehtäviin kuuluvat mielenterveyden tukeminen. Yhteistyössä erityistason kanssa perustaso voi järjestää ehkäisevään hoitoon kohdennettuja ryhmiä. Lisäksi yhteistyössä erityistason kanssa perustasolla voidaan tunnistaa ja hoitaa tavallisimpia mielenterveyden häiriöitä ja oireita. Erityistason kuuluvat psykiatrinen erikoissairaanhoidon, johon sisältyy psykiatrian erikoisalalan sisältämä tutkimus-, hoito- ja kuntoutuspalvelut. Erityistason tehtäviin kuuluvat yhdessä perustason kanssa konsultoinnit ja diagnoosit perustason potilaille, tuen ja koulutusten tarjoaminen perustasolla työskenteleville ja ala-ikäisten, nuorten ja vanhusten hoidon erityiskysymykset. Vaikea oireisen potilaan, huonosti hoitoon reagoivan potilaan ja itsetuhoisen potilaan hoitovastuu on erityistasolla. Erityistasolle hoitovastuu kuuluu myös, jos potilaan työ- ja toimintakyky on heikentynyt mielenterveyshäiriön vuoksi tai jos potilaalla on psykososiaalisia stressitekijöitä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2019, 239, 240.)

Hoito on kiireellistä ja päivystyksellistä silloin, kun kyseessä on itsetuhoisuus, uhka muiden turvallisuudelle tai vaikea toimintakyvyttömyys. Jos päivystykselliset kriteerit eivät täyty, erityistason konsultaatioon tulee päästä alle seitsemän vuorokauden aikana, jos potilaalla on

akuutti psykoosi/masennus/ kaksisuuntaisen mielialahäiriön jakso/ muu vaikea-asteinen oirekuva, vaikea syömishäiriö tai persoonallisuushäiriö, johon liittyy itsetuhoisuutta vai väkivallan uhkaa. Erityistason konsultaatioon tulee päästä 1-4 viikon sisään, jos potilaalla on lieviä tai keskivaikkeitä häiriöitä tai jos perustasolla aloitettu hoito ei anna riittävästi vastetta 2-4 viikon aikana tai sen aikana potilaan vointi huononee. Vaikea-asteisessa depressiossa ja pakko-oireisessa häiriössä hoitoon tulee päästä 1-4 viikon aikana, kuten myös silloin kun halutaan järjestää potilaalle psykoterapeuttinen hoito diagnosoidun häiriön lyhytkestoiseen hoitamiseen. Konsultaatioon tulee päästä 4 viikon- 3 kuukauden aikana impulsiivisuuden kiireettömään arviointiin, pitkäaikaisiin ominaisuuksiin tai oirekuviin liittyviin tutkimuksiin ja hoitoihin, kiireettömän sairaalautkimuksen- tai hoidon tarpeen arvioon tai kun psykiatrinen sairaus on vakaassa vaiheessa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2019: 241, 242.)

Nuorisopsykiatrissa perusterveydenhuollon tehtäviin kuuluvat lievien ja tilanteesta riippuen keskivaikkeiden häiriöiden hoito ja tunnistaminen. Yhteistyötä voidaan tehdä sosiaalitoimen, opiskeluhoollon ja muiden viranomaisten kanssa. Erikoissairaanhoidon piiriin kuuluvat vakavat mielenterveydenhäiriöt. Nuorisopsykiatrisessa erikoissairaanhoidossa kiireettömän hoidon arvioinnissa voidaan hyödyntää erillistä arviointilomaketta hoidon tason arviointiin. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2019, 247.)

Suomalaisen lääkäriseura Duodecimin ja Suomen Psykiatryhdistys ry:n asettama työryhmä toteaa, ettei epävakaan persoonallisuushäiriöisen potilaan ympärivuorokautisessa hoidosta sairaalaympäristössä ole tähän mennessä tehty luotettavia ja laadukkaita tutkimuksia. Potilas tarvitsee ympärivuorokautista osastohoitoa, jos hänen psykoottinen oireilunsa ei korjaannu avohoidossa, potilaan toimintakyky heikkenee huomattavasti vaikean dissosiaatio- oireilun vuoksi, jos potilaalla on vaikea mielialahäiriö, jos vaikea oireinen potilas käyttää hallitsemattomasti päihdyttävien aineita tai jos potilas on vakavassa ja akuutissa itsemurhavaarassa. Potilaan yrittäessä kuolemanaikeiltaan lievää itsemurhaa voi hänen hoitonsa olla psykiatrisella osastolla haitallista, jos hän on kroonisesti itsetuhoinen. Jos sairaalahoitoon päädytään lisääntyneen itsetuhoisuuden vuoksi, hoito tulisi jäsenellä mahdollisimman selkeästi. Potilasta hyödyttää, että hän tietää osaston rutiinit. (Epävakaata persoonallisuus: Käypä hoito- suositus, 2015.) Myös Australian Government National Health and Medical Research Council (2012, 96, 97) ohjeistaa sairaalahoitoon silloin, kun epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivällä on akuutti kriisitilanne: itsemurhakäyttäytyminen tai itseään vahingoittava käytös. Tällaisen kriisihoidon pitäisi heidän suositustensa mukaan olla lyhyt, hyvin suunniteltu ja tavoitteisiin tähtäävä. Pitkäkestoisesta sairaalahoitosta tulisi Australian ohjeistuksen mukaan sopia yhdessä potilaan kanssa. Hoidon pituus pitää sopia etukäteen, kuten myös hoidon tarkoitus. Hoidon eduista ja haitoista tulee keskustella yhdessä potilaan kanssa. (Australian Government National Health and Medical Research Council 2012, 96, 97.)

## 2.7 Syömishäiriökeskus kehittämisympäristönä

Syömishäiriökeskus on Suomen ensimmäinen yksityinen palveluntarjoaja, joka on erikoistunut syömishäiriöiden hoitoon. Keskukseen omistaa Elämän nälkää Ry, joka on voittoa tavoittelematon yhdistys. Yhdistyksen on perustanut psykologi, psykoterapeutti ja kirjailija Pia Charpentier vuonna 2002. Syömishäiriökeskus tarjoaa terapiaa, kuntoutusta ja hoitoa syömishäiriötä sairastavalla, tukea hänen läheisilleen ja neuvoja ammattilaisille. Osaaminen kattaa kaikki syömishäiriön muodot esimerkiksi laihuushäiriön, ahmintahäiriön ja ahmimishäiriön ja ortoreksian. Lisäksi se auttaa pienemmissä syömiseen liittyvissä ongelmissa kuten ylikorostuneessa painonhallinnassa, ylipainon hoitamisessa, kehoahdistuksessa tai rajoittuneessa ruokavaliossa. Hoitoon voi hakeutua itse ilman lähetettä tai kunnan tekemällä maksusitoumuksella. Syömishäiriökeskuksessa on terapiayksikkö sekä hoito-, kuntoutus- ja päiväyksikkö. Hoitopaikat sijaitsevat Malmilla, Helsingillä. Lisäksi Syömishäiriökeskuksen työntekijät luennoivat syömishäiriöstä erilaisissa tilaisuuksissa ympäri Suomen. Syömishäiriökeskus ja sen vankka osaaminen näkyy vahvasti myös sosiaalisen median välityksellä: twitterissä, instagramissa, facebookissa ja youtubessa. Keskuksella on myös oma blogi, missä julkaistaan syömishäiriöön liittyviä kirjoituksia. (Syömishäiriökeskus 2020a.)

Syömishäiriökeskuksessa potilaita hoidetaan kokonaisvaltaisesti. On tärkeää selvittää psyykkiset syyt sairauden puhkeamiselle. Hoidossa ei pyritä pelkästään painon nostamiseen tai oireiden vähentämiseen vaan mielen syvimpien kerrosten hoitamiseen. Näitä kerroksia hoitamalla hoitotulokset paranevat. Hoito sopii eri syömishäiriötä sairastaville riippumatta sen vaikeudesta, vaiheesta tai kestosta. Toivotonta potilasta ei ole. Hoito pohjautuu arvoihin. Arvot ovat yksilöllisyys, asukkaan (asiakkaan) kunnioittaminen, yksilöllisen tarpeen mukainen hoidon intensiivisyys, jatkuvuus ja kokonaisvaltainen hoito, itsenäistymisen tukeminen, osaava, motivoitunut ja innostunut henkilökunta, perheiden tukeminen, huomioinen ja hoitoon mukaan ottaminen sekä yhteisöllisyys. (Syömishäiriökeskus 2017a.)

*”Tavallista on, että sairauden kivuliaan houkutteleva ote pitää tiukasti kiinni ja sairastunut vastustaa joskus voimallisestikin läsnäoloamme. Erityisesti tämä näkyy ruokailutilanteissa, joissa sairastuneen pelko voimistuu helposti kauhuksi asti. Sairaus mielen sisällä sanoo kauheuksia syömisestä vaarallisuudesta ja hoitajan pahoista aikaista. Ruoka näyttää ruumiillistuneelta pirulta, joka on tullut tuhoamaan. Tiedämme tämän sisällissodan, jota käydään isoilla aseilla sairastuneen pään sisällä. Tiedämme myös, että kauhulle ei voi antaa periksi eikä sen mukaan voi toimia - muuten paranemista ei pääse tapahtumaan. Tämän vuoksi olemme läsnä ja autamme sairastunutta vastustamaan sisäistä hirviötään. Näytämme, että meidän avulamme hän löytää riittävästi voimaa vastustaakseen sitä.”* Tämä on Syömishäiriökeskuksen kuvaus elämästä syömishäiriön kanssa ja sen hoidosta. (Syömishäiriökeskus 2017a.)

Hoito-osastolla potilaat ovat ympärivuorokautisessa hoidossa. Potilaiden alaikäraja on 13-vuotta, yläikärajaa hoidolle ei ole. Hoito- ja kuntoutusprosessi kestää yleensä 0.5-2 vuotta. Tavoitteena on, että potilas paranee kokonaisvaltaisesti. (Syömishäiriökeskus 2017b.) Hoitoa johdetaan Syömishäiriökeskuksessa erikoislääkärin voimin. Hoitomalli on kuitenkin hoitajakeskeinen, sillä hoitajat ovat läsnä osastolla vuorokauden ympäri. Moniammatillinen tiimi on mukana hoidon suunnittelussa ja hoidon aikana. Moniammatillisen tiimiin kuuluvat psykiatrian erikoislääkärin ja hoitajien lisäksi ravitsemusterapeutti, fysioterapeutti ja sosiaalityöntekijä. Heitä potilaat tapaavat tarpeen ja halun mukaan. Somaattisen voinnin seuranta tapahtuu nimettyjen yhteistyölääkäreiden vastaanotoilla toisella yksityisellä palveluntuottajalla. Osastolla pidetään erilaisia ryhmiä. Ryhmiä ovat ruoanlaitto-, fysioterapia-, keskustelu- ja psykoedukatioryhmä. Ryhmiin osallistutaan potilaan voinnin mukaan. (Syömishäiriökeskus 2017a.)

Jokaiselle potilaalle tehdään oma, yksilöllinen hoitosuunnitelma ja heille nimetään 2-4 omaa hoitajaa. Omahoitajien rooliin kuuluu huolehtia potilaan asioiden hoitamisesta kokonaisvaltaisesti sekä vastata hoidon toteutumisesta. Hoidon tavoitteet ja keinot keskustellaan ja sovitaan potilaan ja omahoitajien kanssa. Tavoitteiden ja keinojen suunnittelussa on mukana myös moniammatillinen tiimi. Hoito alkaa usein intensiivisesti ja tiiviisti. Tuki on helposti ja nopeasti saatavilla. Potilaiden luona ollaan mahdollisimman paljon, sillä oireilua esiintyy usein yksinollessa. Alussa potilaan oireet saattavat pahentua ja potilas vastustaa hoitoa voimakkaasti. (Syömishäiriökeskus 2017a.)

Mitä pidemmälle hoito etenee sitä enemmän potilas saa vastuuta (Syömishäiriökeskus 2017a). Voinnin edetessä hän pääsee osallistumaan toimintaan myös osaston ulkopuolella esimerkiksi ulkoiluille ja viikoittaisille osastoretkille. Osastoretket voivat suuntautua esimerkiksi elokuviin, museoihin, kahviloihin tai liikunnallisiin aktiviteetteihin. (Syömishäiriökeskus 2020.) Voinnin sallissa potilaat pääsevät myös kotilomille. Kotiloman tarkoituksena on harjoitella osastolla opittuja taitoja kotiympäristössä. Sen kesto ja ajankohta määritellään potilaan voinnin perusteella. Koko hoidon tavoitteena on oppia elämään ilman syömishäiriötä ja sen aiheuttamia oireita. Tavoitteena on, että potilas pystyy hoitamaan asiansa, syömään itsenäisesti, tekemään ruokaa, käymään ravintoloissa ja pitämään huolta itsestään. (Syömishäiriökeskus 2017a.)

Syömishäiriö ei kosketa pelkästään sairastunutta itseään, vaan hänen koko lähipiirinsä kärsii sairaudesta. Läheiset pyritään ottamaan mukaan hoitoon. Heidän tarjoama tuki voi edistää toipumista ja auttaa hoidon onnistumista. Läheisten voimavarojen vahvistaminen on tärkeää Osastohoidon aikana perheet ja läheiset voivat osallistua läheistenryhmään, verkostotapaamisiin, perhetapaamisiin, tapaamisiin omahoitajien kanssa sekä tukikeskusteluihin sairastuneen ja tämän puolison kanssa. (Syömishäiriökeskus 2017c.)

Päivösaasto avautui vuoden 2020 alussa. Siellä omassa kotona asuvat potilaat tai kevennytyssä osastohoidossa olevat potilaat käyvät harjoittelemassa osastohoitoa vapaampaa elämää, jossa

hoitaja on kuitenkin läsnä. Päiväosaston säännöt ovat tehty yhdessä potilaiden kanssa ja tarkoituksena on tukea potilaan itsenäistymistä. (Syömishäiriökeskus 2020a.)

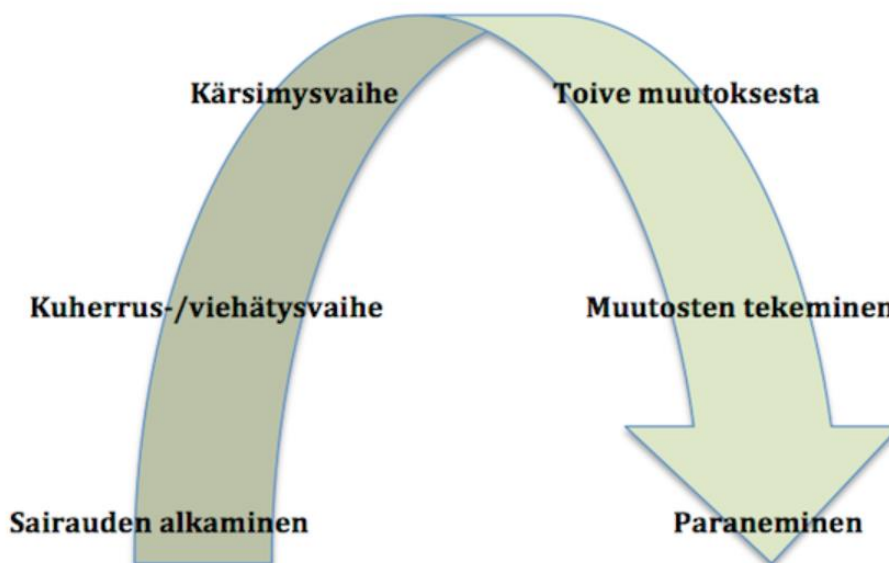
Terapiayksikössä on tarjolla erilaisia terapioita, kuten mindfulness pohjaista Hakomi kehopsykoterapiaa, ratkaisukeskeistä psykoterapiaa, kognitiivista psykoterapiaa, mindfulnessia sekä polikliinisiä palveluita. Terapiayksikössä työskentelevät terapeuttien ja sairaanhoitajien lisäksi myös ravitsemusterapeutti, psykiatri ja fysioterapeutti. Syömishäiriökeskuksessa on maksuton palveleva puhelin, johon voi soittaa, jos on huolissaan omasta tai läheisen syömishäiriöstä. Terapiayksikössä järjestetään myös arviointijaksoja, jonka tarkoituksena on selvittää syömishäiriöön liittyvät ongelmat ja auttaa niiden hoidossa. Arviointi jaksoon sisältyy 1-3 tapaamista. Terapiayksikössä on mahdollisuus myös etäkeskusteluihin, jos välimatka on liian pitkä. Terapiayksikössä järjestetään tukea myös perheelle ja läheisille. MealLogger sovellusta hyödynnetään, kun halutaan seurata potilaan ruokailua. Potilas kuvaa syömänsä annoksen interaktiiviseen ruokapäiväkirjaan, jossa hoitaja/ terapeutti voi antaa palautetta aterian koostumuksesta tai määrästä. (Syömishäiriökeskus d.)

Hoitoalan ammattilaisille, jotka työskentelevät syömishäiriöiden parissa on tarjolla erilaisia palveluita. Syömishäiriökeskus järjestää työyhteisölle seminaareja syömishäiriöihin liittyen ja Syömishäiriökeskukseen on mahdollista päästä opintokäynnille. Tarjolla on myös ryhmä- ja yksilötyönohjausta. (Syömishäiriökeskus 2017e.)

## 2.8 Hoitomallin taustalla vaikuttavia tekijöitä

Kognitiivisen psykoterapian teoriat ovat Syömishäiriökeskuksen hoito- ja kuntoutusyksikön hoidon pohjana ja alkuperänä. Tieteellisen kirjallisuuden valossa ja käytännön kokemuksen perusteella näistä on ollut eniten apua syömishäiriötä sairastavien hoidossa. Vaikutteita on otettu mm. Christopher Fairburnin, Janet Treasuren, Bob Palmerin, Josie Gellerin, Paul Gilbertin, Bryan Laskin ja Kelly Vitousekin hoitomalleista tai tutkimuksista. Syömishäiriön lisäksi potilailla on usein myös muita psyykkisiä sairauksia. Hoitoon on otettu mukaan myös vaikutteita niiden hoitomalleista. Epävakaan persoonallisuushäiriön hoito pohjautuu Anthony Batemanin, Peter Fonagyn, Marsha Linehalin ja Maaria Koiviston tutkimuksiin tai hoitosuosituksiin. Trauma- ja dissosiaation hoidossa noudatetaan Anne Suokas-Gunliffen ja Onno van der Hartin hoito-ohjeistuksia. Hoitomallia sekä hoitokäytäntöjä kehitetään jatkuvasti kokemusten ja tietojen karttuessa. (Syömishäiriökeskus 2017a.)

Kuva 1: Syömishäiriö eteneminen (Syömishäiriökeskus 2017a)



Syömishäiriökeskuksen hoidon taustalla on ajatus syömishäiriön etenemisestä ja sen eri vaiheista. Laihdutus on usein syömishäiriön ensimmäinen oire. Se voidaan aloittaa halusta muuttaa elämäntapoja terveellisemmäksi. Painon tippuminen parantaa aluksi itsetuntoa. Syömishäiriöksi laihdutus muuttuu, kun sen mittasuhteet muuttuvat liian rajuiksi. Syömishäiriön voi myös laukaista traumaattiset kokemukset tai suuret elämän muutokset. Syömishäiriön oireet voivat olla aluksi ulospääsy ongelmista, ikävistä tunteista ja tapa käsitellä traumaattisia kokemuksia. Alussa laihdutus tuo tyydytystä, ulkomuoto kohenee ja ikävät ajatukset vähenevät. Pikkuhiljaa alkuperäinen ongelma pahenee ja uusia oireita ilmenee. Sairauden haittavaikutukset lisääntyvät ja laihdutus ei tuo enää tyydytystä olotilaan. Uusia oireita tulee, koska niiden halutaan lisäävän hyvänolon tunnetta. Sairaus vaikuttaa myös ihmissuhteisiin ja sosiaaliseen vuorovaikutukseen. Pikkuhiljaa syömishäiriö vaikuttaa kaikkeen tekemiseen ja olemiseen ja sairaus muuttuu vankilaksi, josta sairastunut ei pääse pakenemaan. Muut psyykkiset sairaudet ja oireiden kesto vaikeuttavat toipumista. (Syömishäiriökeskus 2017a.)

Halu parantua voi aluksi tuntua pelottavalta ja oireista voi olla vaikea luopua. Halu toipumiseen alkaa usein pikkuhiljaa ja sen nopeus vaihtelee yksilöllisesti. Toipuminen etenee usein hitaasti ja pienin askelin. Oireet saattavat tilapäisesti voimistua jossain vaiheessa toipumisen aikana. Paranemista edistää onnistumiset ja halu haastaa itseä kohtaamaan yhä vaikeampia asioita lisääntyä. Toipumiseen ei riitä pelkästään painon normalisoituminen, vaan myös mielen ja ajatusten tasolla pitää tapahtua muutoksia. Näin uudelleen sairastumisen riski pienenee ja kokonaisvaltainen toipuminen tapahtuu. (Syömishäiriökeskus 2017a.)

### 3 Kehittämisasetelma

Opinnäytetyön tarkoituksena on kehittää Syömishäiriökeskuksen hoito-, kuntoutus ja päiväosaston epävakaata persoonallisuushäiriötä ja syömishäiriötä sairastavan potilaan hoitoa. Tarkoituksena on luoda hoito-opas epävakaata persoonallisuushäiriötä sairastavan hoitoon, jota voidaan käyttää rinnakkain Syömishäiriökeskuksessa jo aiemmin tehdyn syömishäiriöiden hoitomallin mukaisesti. Työn lopputuotteena erillinen hoito-opas on tarkoitettu Syömishäiriökeskuksen sisäiseen käyttöön.

Työn tavoitteena lisätä hoitohenkilökunnan tietoutta epävakaasta persoonallisuushäiriöstä sairautena.

Alkukartoitus toteutettiin kyselyn avulla. Kyselyssä oli strukturoituja ja avoimia kysymyksiä. Tutkimuksen avulla saatuja vastauksia hyödynnettiin kehittämistyön teoreettisen osuuden koamisessa. Alkukartoitus osoitti myös aiheen valinnan tärkeyden.

#### 3.1 Tarkoitus, tavoitteet, kehittämiskysymykset/tehtävät

##### Opinnäytetyön tarkoituksena

- on kehittää Syömishäiriökeskuksen hoito-, kuntoutus ja päiväosaston epävakaata persoonallisuushäiriötä ja syömishäiriötä sairastavan potilaan hoitoa.

##### Työn tavoitteena on

- lisätä hoitohenkilökunnan tietoutta epävakaasta persoonallisuushäiriöstä sairautena.
- keventää ja helpottaa hoitajien työtä tiedon lisäämisellä.

##### Kehittämistehtävänä on

- kansallisten ja kansainvälisten hoitosuositusten ja tutkimuksien pohjalta koostaa hoito-opas epävakaasta persoonallisuushäiriöstä.

Kehittämistyön tuotoksena on tehty hoito-opas epävakaasta persoonallisuushäiriöstä, joka on tarkoitettu Syömishäiriökeskuksen sisäiseen käyttöön.

## 3.2 Menetelmälliset ratkaisut

Kehittämistyön tavoitteet ohjaavat työssä käytettävien menetelmien valintaa. Ensin määritellään tavoite, sen jälkeen kehittämistehtävä ja sitten lähestymistapa. Tämän jälkeen suunnitellaan, millaisia menetelmiä työssä käytetään. Ennen menetelmien valintaa tulisi pohtia millaista tietoa halutaan ja mihin tietoja suunnitellaan käytettäväksi. Menetelmiä voi ja on suositeltavaa käyttää työssä useita. Useiden menetelmien käyttäminen täydentää eri menetelmistä saatuja tietoja. Eri menetelmien käytöllä voidaan saada erilaista tietoa, uusia ideoita ja uudenlaisia näkökulmia. (Ojasalo ym. 2018, 40, 104.) Tutki- ja kirjoita teoksessa (2010, 137) ohjataan tutkijaa valitsemaan sen tutkimusmetodin, jonka itse kokee tutkimuksen kannalta parhaimmaksi. Ennen valintaa tulisi lukea metodikirjallisuutta. Valintaa edesauttaa myös muihin tutkimuksiin tutustuminen ja niiden arvioiminen. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2010, 137.)

Perinteisesti puhutaan laadullisista eli kvalitatiivisista ja määrällisistä eli kvantitatiivisista menetelmistä. Määrällisen menetelmän käyttö edellyttää teorian tiedon riittävää tuntemista. Määrällisiä menetelmiä ovat muun muassa strukturoitu lomakehaastattelu ja lomakekysely. Lomakkeen kysymykset ovat etukäteen laadittuja, eikä niihin voi tutkimustilanteessa vaikuttaa. Lomake on kaikille tutkimukseen osallistujille sama. Määrällistä kyselyä käytetään, kun halutaan hypoteesin eli olettamuksien ja väittämien avulla testata teorian paikkaansa pitävyys suurelta joukolta ihmisiä. Kyselyssä selviää pitääkö olettamukset eli hypoteesit paikkansa. Tulokset falsioidaan eli todetaan epätosiksi tai verifoidaan eli todetaan oikeiksi. Määrällisen tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan mittarin tarkkuuden eli validiteetin ja mittauksen luotettavuuden eli reliabiliteetin avulla. Tutkijan ei tarvitse olla aineiston keruun aikana läsnä, eikä hän useinkaan kohtaa tutkittavia. (Ojasalo ym. 2018, 104, 105.)

Aineiston kerääminen, käsittely ja analysointi ovat määrällisessä tutkimuksessa erillisiä vaiheita. Paperisista kyselylomakkeista saatu tieto syötetään tietokoneelle aineiston käsittelyä ja analysointia varten. Internet- kyselyistä saatu aineisto siirtyy suoraan tietokoneelle, eikä erillistä tietojen syöttöä tarvita. SPSS- tilasto-ohjelma ja Excel- taulukko ovat yleisiä käytössä olevia tilasto-ohjelmia. Aineiston tallennuksen jälkeen alkaa sen käsittely. Käsittelyn tehtävänä on ratkaista tutkimusongelma ja saada vastaukset tutkimuskysymyksiin. Tutkimustuloksia voidaan esittää kuvioin, taulukoin ja tekstein (Heikkilä 2014, 120, 139, 149.)

Laadullisella tutkimuksella ei pystytä saamaan tilastollisesti yleistettävää tietoa, koska sen avulla tutkitaan tarinoita, merkityksiä ja kertomuksia. Ihminen ja hänen koko elämänsä ovat lähtökohdana laadulliselle tutkimukselle (Kylmä & Juvakka 2014, 16). Laadullista tutkimusta käytetään tilanteissa, jossa aihetta ei tunneta entuudestaan riittävän hyvin ja siihen halutaan tutustua paremmin. Olemassa olevat teoriat eivät ohjaa laadullisen tutkimuksen tekoa kuten määrällisessä tutkimuksessa, sillä tutkimuksella halutaan tuottaa uutta tietoa. Laadullisessa

tutkimuksessa kohde on aluksi suppea ja tutkimuksen avulla siitä kerätään saada mahdollisimman paljon tietoa. Näin käsitys ilmiöstä paranee. (Ojasalo ym. 2018, 105.)

Aineistoa voidaan kerätä laadullista tutkimusta varten monin eri menetelmin. Näitä menetelmiä ovat kysely, haastattelu, havainnointi ja eri dokumenteista kerätty tieto. Näitä menetelmiä voidaan käyttää yksinään, mutta niitä voi myös yhdistää tai käyttää rinnakkain samaa tutkimusta varten. Aineiston keruu menetelmään vaikuttaa se, mitä halutaan tutkia ja kuinka paljon resursseja on käytössä. Laadulliseen tutkimukseen osallistuvien valinta pitää olla tarkoin valittu ja heidän tulee tietää mahdollisimman paljon tutkittavasta asiasta. Tutkimuksen tekijä päättää tutkittavien sopivuudesta ja lukija puolestaan arvioi miten tämä on onnistunut. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 83, 98.) Vilka toteaa kirjassaan tutki ja kehitä (2015, 129), että aineiston määrää tärkeämpää on tutkimuksen sisällöllinen anti. Laadullista tutkimusta tehtäessä tutkija voi olla läsnä ja joskus myös osallistua itsekin tutkittavien toimintaan (Ojasalo ym. 2018, 105).

Tuomi ja Sarajärvi kuvaavat (2018, luku 4.4.3) seuraavasti sisällönanalyysiä: ”*Sisällönanalyysi perustuu tulkintaan ja päättelyyn, jossa edetään empiirisestä aineistosta kohti käsitteellisempää näkemystä tutkittavasta ilmiöstä*”. Sisällönanalyysi on laadullisen tutkimuksen perusanalyysimenetelmä. Sisällönanalyysi alkaa redusoinnilla eli alkuperäisen datan pelkistämällä. Tässä vaiheessa saadusta aineistosta jätetään pois tutkimuksen kannalta epäolennainen. Aineisto voidaan pilkkoa osiin tai tiivistää. Pelkistäminen voidaan tehdä myös etsimällä tutkimustehtävää kuvaavia ilmaisuja aukikirjoitetusta datasta. Tämän jälkeen pelkistetyt ilmaukset kirjoitetaan allekkain. Tässä vaiheessa tulee huomioida, että dataa ei saa kadota. Seuraava vaihe on klusterointi. Klusteroinnilla tarkoitetaan ryhmittelyä, jossa aineistosta etsitään samankaltaisuudet ja eroavaisuudet. Klusteroinnin tarkoituksena on muodostaa kuvauksia tutkittavasta ilmiöstä. Tätä kautta hahmotetaan myös tutkimuksen perusrakenteen pohja. Tämän jälkeen nämä samaa asiaa kuvaavat käsitteet muodostetaan ryhmiksi. Näin muodostuvat luokat ja niiden alaluokat. Luokittelu voidaan tehdä esimerkiksi tutkittavan ilmiön piirteiden, käsityksen tai ominaisuuden perusteella. Luokkien muodostamisella alkuperäinen data tiivistyy. Ryhmittelyä jatketaan muodostamalla alaluokista yläluokkia ja yläluokista muodostuvat pääluokat. Näiden päälle muodostuu vielä yhdistävä luokka, joka vastaa tutkimustehtävään. Alaluokat nimitetään aineiston sisällön perusteella ja pääluokat nimetään ilmiötä kuvaavan aiheen perusteella. (Tuomi & Sarajärvi 2018, luku 4.4.3.)

Jouni Tuomi ja Anneli Sarajärvi (2018, luku 4.4.3) kirjoittavat abstrahoinnista seuraavaa: ”*Abstrahointia voidaan kuvata prosessiksi, jossa tutkija rakentaa muodostamisensa käsitteiden avulla kuvauksen tutkimuskohteesta. Tällöin teoriaa ja johtopäätöksiä verrataan koko ajan alkuperäisaineistoon uutta teoriaa muodostettaessa. Abstrahoinnissa empiirinen aineisto liitetään teoreettisiin käsitteisiin ja tuloksissa esitetään empiirisestä aineistosta muodostettu malli, käsitejärjestelmä, käsitteet tai aineistoa kuvaavat teemat. Tuloksissa kuvataan myös luokittelujen pohjalta muodostetut käsitteet tai kategoriat ja niiden sisällöt*”. Abstrahointi eli

käsitteellistäminen aloitetaan heti klusteroinnin jälkeen. Aineistolähtöisessä sisällön analyysissä tutkimustehtävään saadaan vastaus yhdistelemällä käsitteet. Tutkijan tehdessä johtopäätöksiä tulee hänen yrittää ymmärtää asioiden merkitys tutkittavalle. (Tuomi & Sarajärvi 2018, luku 4.4.3.)

Lähtötilanteen kartoitus kyselyn avulla sopii kehittämistyöhön. Sitä voidaan käyttää silloin, kun aihealue tunnetaan riittävän hyvin. Kysely tavoittaa helposti suuren joukon ihmisiä. Tiedonkeruumenetelmänä kysely on tehokas ja nopea. Kysely voidaan toteuttaa puhelimitse, jolloin haastattelija kirjoittaa haastateltavan vastaukset, sähköisellä tai paperisella lomakkeella. Kyselylomakkeella kysymykset esitetään yleensä aina samalla tavalla. Lomakkeen suunnittelu pitää sisällään useita vaiheita. Suunnittelu lähtee pohdinnalla siitä, mitä tietoa halutaan saada. (Ojasalo ym. 2018, 40.) Tutkijan tulee päättää mikä on tutkimuksen tavoite (Heikkilä 2014, 46).

Kysely pohjautuu aina tietoperustaan. Kysymykset tulee suunnitella siten, että niihin pystytään vastaamaan helposti ja yksiselitteisesti. (Ojasalo ym. 2018, 40.) Tutkijan tulee myös pohtia, millä tarkkuudella toivoo tutkittavien vastaavan kysymyksiin. Asioita voidaan kysyä lukuisin eri tavoin. (Heikkilä 2018, 46.) Johtopäätösten ja tulosten yleistettävyyden kannalta tulee perusjoukko ja otanta määrittää huolellisesti. Validiteetilla ja reliabiteetilla arvioidaan kyselyn luotettavuutta. (Ojasalo ym. 2018, 40.) Kyselylomaketta suunniteltaessa tulee myös päättää millä tavoin tutkimuksessa kerätty aineisto halutaan käsitellä. Tietojen syöttämisen suunnittelu ja tilasto-ohjelman valinta kuuluu myös tutkijan tehtäviin. Etukäteen voidaan myös suunnitella millä tavoin tulokset raportoidaan. (Heikkilä 2014, 45.)

Toimivan lomakekyselyn tekeminen vaatii huomion kiinnittämistä moniin asioihin. Lomake ei saa olla liian pitkä, sillä se voi vähentää halukkuutta kyselyn täyttämiseen. Lomakkeen ulkoasu voi myös vaikuttaa vastaamishalukkuuteen. Myös saatekirjeellä on tähän suuri merkitys. Selkeä lomake pitää sisällään selkeän fontin ja selkeästi toisistaan erillä olevat kysymykset. Kysymykset tulee olla selkeitä. Ensin kannattaa aloittaa kysymyksillä, joihin on helppo vastata. Kysymykset voivat olla strukturoituja tai avoimia. Vastausohjeet tulee olla yksityiskohtaiset. Avoimia kysymyksiä kannattaa käyttää silloin, kun tiedetään vastaajien olevan aktiivisia ja valmiita kirjoittamaan. (KvantiMOTV 2010.) Avoimet kysymykset kannattaa laittaa kyselylomakkeen loppuun ja vastauksille tulee jättää riittävästi tilaa. Avoimia kysymyksiä tehtäessä tulee muistaa, että niiden analysoimiseen menee enemmän aikaa, vaikka niiden laatiminen on helppoa. Avoimien kysymysten avulla voidaan saada yllättäviäkin vastauksia. (Heikkilä 2018, 48, 49.)

Suljettuja eli strukturoituja kysymyksiä käytetään, kun vastausvaihtoja on rajattu määrä ja ne pystytään etukäteen arvioimaan. Strukturoiduissa kysymyksissä vastausvaihtoehdot ovat valmiina. Niistä tutkimukseen osallistuja rastittaa tai ympyröi oikeaksi katsomansa vastaukset. Ohjeistuksessa tulee ilmoittaa kuinka monta vastausvaihtoehtoa kysymyksessä saa valita. Vastausvaihtoehtoja ei saa olla liian paljon ja niiden tulee olla toisensa poissulkevia.

Vastausvaihtoehdot tulee suunnitella siten, että ne ovat asiallisia ja mielekkäitä. Jokaisella vastaajalle tulisi löytyä tarkoituksenmukainen vaihtoehto. Suljettujen kysymysten etuja ovat nopea vastaaminen ja vaivaton tulosten tilastollinen käsittely. Suljetuilla kysymyksillä on myös haittapuolia. Niitä ovat muun muassa vastaus vaihtoehtojen liian vähäinen määrä, tutkittavan vastaa helposti ”en osaa sano” tai hän ei mieti vastauksiaan riittävästi. Vastausvaihtoehdot voivat myös tahattomasti johdattaa tutkittavaa. (Heikkilä 2014, 50.)

Likertin asteikko on Osgoodin asteikon rinnalla asenneasteikko, joita käytetään suljettujen kysymysten vastausvaihtoehtoina. Likertin asteikko on usein 4- tai 5- portainen, jossa vastausvaihtoehdot sijoittuvat täysin samaa mieltä ja täysin eri mieltä välille. Näistä vastausvaihtoehdoista tutkittava valitsee hänen omaa ajatustaan lähinnä olevan vaihtoehdon. Tutkija voi itse päättää miten nimeää asteikon, kuinka paljon arvoja asteikossa on ja missä järjestyksessä arvot ilmaistaan. (Heikkilä 2014, 52.)

### 3.2.1 Kehittämisesetelman kuvaus, ja miten sitä käytetään

Kehittämistyö, kehitystyö ja kehittämistoiminta käsitteitä käytetään rinnakkain, kun puhutaan kehittämisestä (Toikko & Rantanen 2009, 13). Kehittämistyötä ja kehittämistoimintaa voidaan pitää synonyymeinä. Kehittämistyöllä halutaan kehittää palvelua, toimintaa tai tuotantomenetelmää tai -välinettä. Tutkimuksen ja siitä saatavien tulosten avulla niitä pystytään kehittämään entistä paremmaksi tai luomaan kokonaan uutta. Kehittämistoiminnalla parannetaan jo olemassa olevia tuotteita, aineita, tuotantoprosesseja tai valmistetaan niitä. Kehittäminen on aktiivista toimintaa, jolla pyritään samaan aikaan kehittymään. Kehittymistä voi tapahtua passiivisesti, itsestään, sattuman tuloksena tai aktiivisen toiminnan seurauksena. Yleensä se on muutos parempaan, mutta se voi olla myös negatiivista, taantumista tai olla tavoitteiden vastainen. Kehittyminen on prosessi ja tulos. Kehittymistä ja kehitystä voi tapahtua ilmiöissä, asioissa, toiminnoissa tai yksilöissä. Onnistumisen mahdollisuudet paranevat, kun tutkimusta ja kehittämistä tehdään yhdessä. (Heikkilä, Jokinen & Nurmela 2008, 21, 23.)

Lähtökohdat, tapa organisoida, laajuus ja kohde ovat jokaisessa kehittämistoiminnassa erilaiset. Kehittäminen voidaan jäsenellä ja nähdä eri tavoin. Työyhteisössä voi olla samanaikaisesti päällä useita kehitystoimia. Kehittäminen tai uudistaminen voidaan tehdä toimintatapaan tai toimintarakenteeseen. Se voi olla erillinen hanke, jatkuvaa kehittämistoimintaa, organisaation sisäistä kehittämistä tai kehittämistoimintaa ulkopuoliselle asiakkaalle. Kehittämistoiminta voi lähteä toimijoista itsestään tai sen tavoite voi olla ulkoapäin määrätty. (Toikko & Rantanen 2009, 14-16.) Diffuusiolla kehittämistoiminnassa tarkoitetaan onnistuneen toimintavan levittämistä ja innovaatiolla uuden luomista ja keksimistä (Toikko & Rantanen 2009, 15, Hellström 2004, 14-15 mukaan). Kehittämistoimintaa voidaan tehdä myös tiettyyn yksikköön tai isompaan kokonaisuuteen, laaja-alaiseen reformiin. Laaja-alaisella reformilla voidaan tarkoittaa

esimerkiksi kansallisen palvelurakenteen uudistamista ja täytäntöönpanoa. (Toikko & Rantanen 2009, 15, Hellström 2004, mukaan.)

Kehittämistyössä voidaan oppia useita eri asioita. Sen avulla löydetään kehittämisen kohteita ja näitä kohteita voidaan lähteä työstämään tavoitteellisesti. Se auttaa huomaamaan asioiden väliset suhteet. Eri menetelmien ansiosta voidaan tietoa lähteä etsimään järjestelmällisesti ja tehokkaasti. Kehittämistyöllä voidaan ratkaista työelämän ongelmia, luomaan uutta tietoa työelämästä sekä kehittämään uusia ratkaisuja. Lisäksi tietoa voidaan jakaa asiantuntijoiden käyttöön. (Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2009, 15.)

Terveysthuollon kehittämistoiminnan käsitteitä ovat kehittämisprojekti, kehittämistyö, kehittävä (työn) tutkimus, kehittämisote, tutkiva toiminta, kehittämishanke ja muutos. Nämä käsitteet ovat toisiaan sivuavia sekä enemmän ja vähemmän päällekkäisiä. Tutkimus ja kehittäminen ja tutkimus- ja kehittämistoiminta ovat terveydenhuollon kehittämistoiminnassa eri asiaa tarkoittavia. Terveysthuollon kehittämishankkeissa on usein yhtenä tavoitteena henkilökunnan osaamisen kehittäminen ja organisaation oppiminen. Parhaimmillaan kehittämistoiminta voidaankin suunnitella tukemaan oppimista ja lisäämään tiedon saantia. Nyky-yhteiskunnassa koulutuksen merkitys korostuu entisestään, sillä uutta tietoa saadaan koko ajan lisää. Koulutuksia voidaan toteuttaa monilla eri tavoin. Kehittämistoiminnassa päämääränä on aina potilaan hyvä, eikä sillä saa loukata tai väheksyä ketään. Lait, asetukset, ohjeet ja suositukset ohjaavat kehittämistoimintaa. Työtä tehdessä tulee myös huomioida etiikka, joka ohjaa moraalisesti oikeina pidettyihin valintoihin ja puolustaa tärkeitä arvoja. Etiikka luo työlle arvoperustan. Kehittämistoimintaa aloitettaessa on tärkeää pohtia aiheen eettisyyttä ja eettistä toimintatapaa. Tutkimusongelman tai kehittämistehtävä tulee valita huolellisesti. Lähteiden luotettavuuteen ja eettisyyteen tulee myös kiinnittää huomiota. Kehittämishankkeisiin osallistuminen tulee olla vapaaehtoista. Tutkimuksella kerätty aineisto tulee analysoida huolellisesti. Johtopäätösten tulee olla rehellisiä ja luotettavia ja työ on raportoitava selkeästi, perustellusti, huolellisesti ja rehellisesti. (Heikkilä ym. 2008, 18, 41-42, 43- 46.)

Kehittämistyö on prosessi, joka voidaan jakaa seitsemään vaiheeseen. Ensimmäinen vaihe on kehittämiskohteen tunnistaminen. Kohde voi olla uudistamisperustainen tai ongelmaperustainen. Tarkoituksena on saada aikaan muutos, mutta myös lisätä ja päivittää työyhteisön ammatitaitoa. Kehittämistyön avulla voidaan kirjata ylös työyhteisön hiljainen, kirjoittamaton tieto ja jakaa sitä kaikkien tietoisuuteen ja käyttöön. Alustavia tavoitteita varten on mietittävä työyhteisön odotukset kehitystyölle ja miten nämä odotukset muuttavat työyhteisön toimintaa. Tämän jälkeen prosessi etenee tiedon hankinnalla. Tietoa etsitään teoriasta ja käytännöstä. Tarkoituksena on oppia tuntemaan kehittämisen kohde mahdollisimman hyvin. Tiedonhankinta vie aikaa, mutta on tärkeä osa prosessia. Hyvä tiedonhankinta takaa useimmiten paremman lopputuloksen, joten se tulee tehdä huolellisesti. Tutkimusaineistosta voi löytyä myös samasta aiheesta tehtyjä kehittämistöitä, joiden tuloksia on hyvä hyödyntää omassa kehitystyössä.

Aineistoon tutustuessa tulee kyetä yhdistelemään asioita, tekemään valintoja ja olemaan kriittinen. Tässä vaiheessa tulee löytää näkökulma, joka ohjaa tutkimuksellisen kehitystyötä eteenpäin. Tietoperusta on kirjoitettu tieto, joihin suunnittelu ja toteutuminen pohjautuu. Siihen sisältyvät aiheeseen liittyvät käsitteet, teoriat ja tuoreimmat tutkimustulokset. Tarkempi kehittämistehtävä ja kehittämisen kohde rajautuu tutkimustiedon ja kohteena olevasta organisaatiosta kootun taustatiedon perusteella. Tästä muodostuu kehittämistyöllä suunnitelma, jossa kuvataan työn prosessit, lähestymistapa ja menetelmät. Lähestymistapa voi olla tapaus-tutkimus, toimintatutkimus, konstrukttiivinen tutkimus, innovaatioiden tuottaminen ja tutkiminen, ennakointi tai verkostotutkimus. Suunnitelma on hyvä tehdä kirjallisena. Organisaatiosta tarvittavaa tietoa ovat esimerkiksi tieto toimialasta ja toimintaympäristöstä, yrityksen taustatiedot, yrityksen strategiat, arvot, johtamisen filosofia, henkilökunnat havainnot ja mielipiteet. Kehittämiskohteen toimialan ymmärtäminen on tärkeää, jotta ymmärretään toiminnan sisältö ja todellisuus. Kehittämistehtävä vastaa kysymykseen mitä kehittymiseltä halutaan. Kehittämistyössä voidaan käyttää laadullisia tai määrällisiä menetelmiä ja niitä voi käyttää useita samassa työssä. Näitä menetelmiä ovat kysely, haastattelu, ryhmähaastattelu, havainnointi, dokumenttianalyysi, benchmarking, prosessikarttojen piirtäminen, yhteisölliset ideointimenetelmät ja ennakointimenetelmät. Menetelmä tulee valita kysymysten, millaista tietoa tarvitaan ja miten sitä käytetään pohjalta. (Ojasalo ym. 2009, 22-45.)

Kehittämistyön tarkoituksena on kehittää työyhteisöä kohti suunniteltuja tavoitteita. Tämän vuoksi on tärkeää kiinnittää huomiota prosessin loppuvaiheeseen eli miten halutut muutokset toteutetaan. Muutoksen toteuttamisesta käytetään nimitystä implementointi. Tulosten jakaminen ja koko kehittämistyön arviointi ovat osa kehittämistyötä. Loppuraportoinnissa kuvataan kehittämistehtävän, kehittämisprosessin ja tietoperustan kertomisessa ja niiden arvioimisessa. Kohdeyleisönä ei ole tiedeyhteisö vaan käytännön yhteisöt, jotka voivat oppia hankkeesta ja sen lopputuloksesta. Loppuarvioinnissa arvioidaan kehittämistyön onnistuminen. Siinä tulee ottaa huomioon myös eettisyys. (Ojasalo ym. 2009, 26, 48.)

### 3.2.2 Aineiston keruu ja aineiston analyysi

Tässä opinnäytetyössä kehittämistyön tutkimusosiona on alkukartoitus, joka toteutettiin kyselyn avulla. Aineistonhankinnan menetelmäksi valitsin kysymyslomakkeen tiedonhankinnan ketteryyden ja joustavuuden perusteella. Se ei sitonut tutkijaa tiettyyn aikaan ja paikkaan. Lisäksi se tavoitti myös suurimman osan Syömishäiriökeskuksessa työskentelevistä saman aikaisesti. Ennen kyselylomakkeen laadintaan olin tutustunut tutkimuksen aihepiiriin sekä menetelmä kirjallisuuteen. Kyselylomakkeen laadinta alkoi joulukuussa 2019. Tutkimuslupaa ei kyselyyn toteuttamiseksi tarvinnut tehdä, vaan sovimme kehittämistyön ja siihen liittyvän tutkimuksen teosta suullisesti Syömishäiriökeskuksen toiminnanjohtajan sekä osastonhoitajien kanssa.

Kyselyn avulla halusin selvittää hoitohenkilökunnan pohjatiedot epävakaasta persoonallisuushäiriöstä ja heidän kokemuksensa ko. potilasryhmän hoitamisesta. Olin erityisesti kiinnostunut millaisia epävakaan persoonallisuushäiriön oireita Syömishäiriökeskuksessa esiintyy ja miten epävakaata persoonallisuushäiriötä ja syömishäiriötä sairastavan hoitoa voisi kehittää Syömishäiriökeskuksessa. Lisäksi kyselylomakkeessa haluttiin taustatietoina tietää hoitoalan kokemus työvuosina mitattuna ja kuinka pitkään työntekijä on työskennellyt syömishäiriökeskuksessa.

Tutkimuksen rooli oli olla kehittämistyön alkukartoitus. Tutkimuksella saaduilla tuloksilla toivoin saavani vahvistusta aiheen valinnalle ja kehittämistyön tarpeellisuudelle. Lisäksi toivoin saavani kehitysehdotuksia epävakaan persoonallisuushäiriön sairastavan hoidosta. Tein tarkoituksella tutkimuksestani lyhyen, sillä kehittämistyön pääpainona oli kirjoittaa laaja teoreettinen viitekehys epävakaasta persoonallisuushäiriöstä ja sen hoidosta. Tutkimuksissa hyödynnettiin määrällisen ja laadullisen tutkimuksen dataa. (liite 1). Halusin ottaa kyselyyn mukaan avoimia ja strukturoituja kysymyksiä. Avointen kysymysten mukaan ottamiselle halusin lisätä kyselyn luotettavuutta ja antaa hoitoalan ammattilaisten vastata omin sanoin ja kokemuksin kysymyksiin. Käytin paljon aikaa kyselylomakkeen laadintaan. Kyselyn esikatselivat ja kommentoivat Syömishäiriökeskuksen toiminnanjohtaja Pia Charpentier, osastonhoitajat Minna Maisalmi ja Susanna Parkkali ja apulaisosastonhoitaja Anni Ikkäläinen sekä opinnäytetyötä ohjaava opettaja Päivi Immonen. He antoivat kehittämisehdotuksia kysymysten asetteluun ja hyväksyivät sen jälkeen kyselyn.

Taulukko 3 Kyselylomakkeen rakenne

Kysymyslomakkeen rakenne	Kysymykset
Taustatiedot	1-2
Epävakaan persoonallisuushäiriön tunnistaminen (strukturoitu kysymys)	3
Oireiden yleisyys osastolla (strukturoitu kysymys)	4
Epävakaan persoonallisuushäiriön oireet osastolla (avoin kysymys)	5
Hoitotyössä esiintyvät haasteet epävakaata persoonallisuushäiriötä ja syömishäiriötä sairastavan hoidossa (avoin kysymys)	6
Hoitohenkilökunnan tarvitsema tuki epävakaata persoonallisuushäiriötä ja syömishäiriötä sairastavan hoidossa (avoin kysymys)	7
Kehittämisehdotukset ko. potilasryhmän hoidossa (avoin kysymys)	8

Kysely toteutettiin kehittämispäivän yhteydessä 3.2.2020. Kehittämispäivään osallistuivat lähes kaikki Syömishäiriökeskuksessa osa- tai kokoaikaisesti työskentelevät. Kysely suunnattiin päivittäiseen hoitoon osallistuville hoitoalan ammattilaisille, jotka työskentelevät hoito- ja kuntoutus osastolla. Kyselyyn vastaaminen oli vapaaehtoista. Ennen kyselyä tutkijan videotervehdys esitettiin ryhmälle. Videossa tutkija kertoi kyselyn tarkoituksen ja tavoitteet. Hän korosti, että kyselyyn osallistuminen on vapaaehtoista, eikä kenenkään henkilöllisyys paljastu tutkimuksen aikana tai sen jälkeen.

Kysely jaettiin kirjekuoressa saatekirjeen kera kehittämispäivänä ja kyselylle annettiin vastausaika neljä tuntia. Anonyymiyden takaamiseksi kaikkien pyydettiin palauttavan kirjekuoren tutkijan nimeämälle vastuuhenkilölle, vaikkei tutkimukseen olisi vastannutkaan. Jokaisen tuli sinetöidä kirjekuori. Näin toimimalla taattiin tutkimukseen osallistuvien anonymiteetti. Tutkijan nimeämä vastuuhenkilö toi sinetöidyt kuoret suoraan tutkijalle heti kehittämispäivän jälkeen. Kysely jaettiin 11 henkilölle ja kyselyyn vastasi 11 henkilöä. Vastausprosentti oli 100.

Aloitin aineiston analysoinnin lukemalla takaisin saadut kyselylomakkeet ja tutustumalla vastauksiin. Käsittelin strukturoitujen kyselyiden vastaukset Exell:in avulla. Aineistoa analysoidesani huomasin, että taustatietoja kysyessäni vastausvaihtoehdot eivät tarjonneet riittävää anonyymiyttä kyselyyn vastaajille. Tämän vuoksi jouduin yhdistelemään vastausvaihtoehtoja anonyymiyden takaamiseksi. En halunnut kuitenkaan jättää taustatietoihin liittyviä kysymyksiä käsittelemättä.

Avoimien kysymysten vastaukset analysointiin sisällönanalyysin avulla. Kyselyn neljä viimeistä kysymystä olivat avoimia kysymyksiä. Tutkimusaineisto vastasi niihin kysymyksiin mitä tutkimuksessa halusin selvittää. Halusin selvittää millaisia oireita epävakaata persoonallisuushäiriötä ja syömishäiriötä sairastavalla esiintyy Syömishäiriökeskuksessa ja kuinka usein, millaista tukea hoitajat toivovat saavansa ko. potilasryhmän hoidossa ja miten ko. potilasryhmän hoitoa voisi Syömishäiriökeskuksessa kehittää. Menetelmälliset ratkaisut tukivat tutkimukselle asettamiani tavoitteita.

### 3.2.3 Aineiston hallintasuunnitelma

Opinnäytetyöhön liittyvään tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista, eikä osallistumisesta palkittu millään tavoin. Vapaaehtoisuutta korostettiin sekä tutkimuksen esittelyvideossa että saatekirjeessä. Tutkimukseen osallistujat sinetöivät vastaamansa kirjekuoren ja ne laitettiin suurempaan kirjekuoreen, joka myös sinetöitiin. Tutkijan nimeämä henkilö toi nämä kahden kertaan sinetöidyt kirjekuoret tutkijalle. Tutkimuksen tekijä oli ainoa, joka näki vastauslomakkeet ja säilytti näitä asianmukaisesti. Kehittämistyön valmistuttua nämä tutkimuslomakkeet hävitettiin asianmukaisesti. Tutkimukseen osallistuvien henkilöllisyydet eivät paljastu

valmiissa työssä. Tutkijana pystyin tunnistamaan osan osallistujista heidän käsiälöistään pitkän yhteisen työhistorian takia. Tällä ei kuitenkaan ollut tutkimuksen kannalta merkitystä, sillä tuloksista ei pysty tunnistamaan osallistujia. Aineisto analysoitiin huolellisesti.

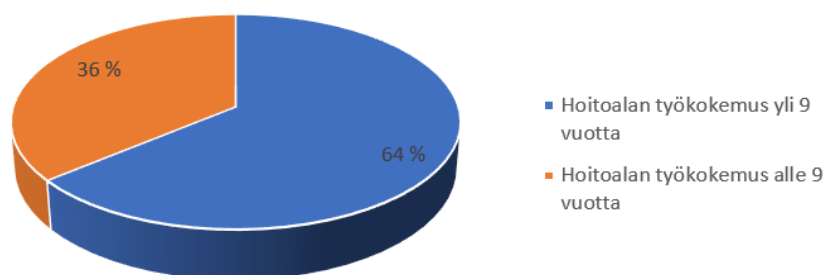
Tutkimuksen tekijällä ei ollut rahoituslähteitä kehittämistyötä varten. Tutkijalla on vakituinen työsuhde kehittämistyön kohteen Syömishäiriökeskuksen kanssa, mutta kehittämistyötä tehdessä tutkija oli työstä opintovapaalla. Syömishäiriökeskuksen esimiehet eivät johdattaneet tutkimusta millään tavoin, he antoivat työlle hyväksynnän ja suullisen tutkimusluvan.

Työhön käytetyt lähteet valittiin huolellisesti ja lähdekriittisyys huomioiden. Työhön otettiin mukaan myös vieraskielisiä lähteitä, joten tämä on saattanut vaikuttaa jonkin verran lähteiden suomennoksiin.

#### 4 Kehittämistyön alkukartoituksen tulokset

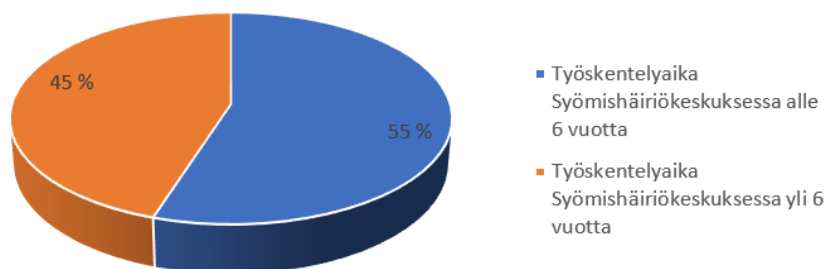
Kaksi ensimmäistä strukturoitua kysymystä käsittelivät vastaajan taustatietoja ja kaksi jälkimmäistä epävakaaat persoonallisuushäiriötä. Tutkimukseen osallistuneiden anonyymiyden takaamiseksi jouduin yhdistelmään vastaus vaihtoehtoja. Ensimmäisessä kysymyksessä haluttiin selvittää, kuinka pitkään vastaaja on työskennellyt hoitoalalla. Vastauksessa huomioitiin myös lyhyet työsuhteet ja osa-aikaisuus. Vastaajista 64% oli työskennellyt hoitoalalla yli yhdeksän vuotta.

Kuva 2: Hoitoalan työkokemus



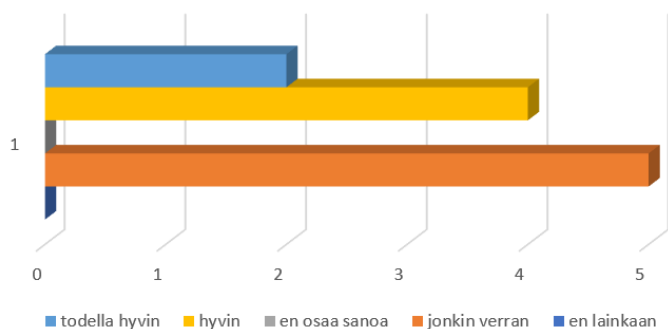
Toisessa kysymyksessä haluttiin selvittää, kuinka pitkään kyselyyn vastaaja on työskennellyt Syömishäiriökeskuksessa. Mukaan laskettiin myös keikkatyö, jos keikkoja on tehnyt kuukauden aikana vähintään neljä. Vastaajista 45 % oli työskennellyt Syömishäiriökeskuksessa kuusi vuotta tai pidempään.

Kuva 3: Työsuhteen kesto Syömishäiriökeskuksessa



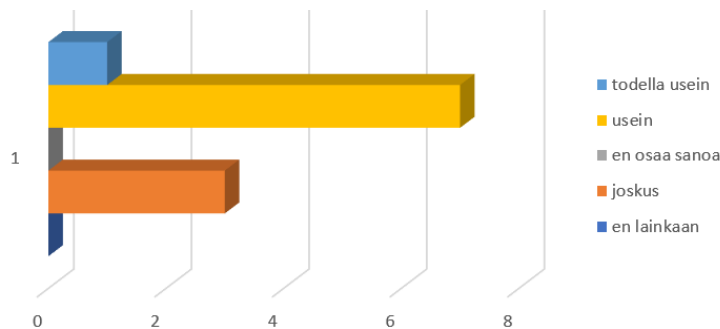
Epävakaaseen persoonallisuushäiriöön liittyvissä strukturoiduissa kysymyksissä käytettiin vastausvaihtoehtoina 5- portaista ligertin asteikkoa. Kyselyn kolmannessa kysymyksessä haluttiin selvittää, kuinka hyvin kyselyyn vastaaja tuntee epävakaata persoonallisuushäiriö diagnosoimista. Vastaajista viisi tunsi jonkin verran diagnosoimista epävakaata persoonallisuushäiriöä. Neljä vastaajista tunsi diagnosoimista hyvin ja kaksi todella hyvin.

Kuva 4: Epävakaan persoonallisuushäiriön tunnistaminen



Neljännessä kysymyksessä haluttiin selvittää kuinka usein vastaaja tunnistaa epävakaasta persoonallisuushäiriöstä johtuvia oireita Syömishäiriökeskuksen potilaissa. Vastaajista yksi tunnistoi oireita todella usein. Valtaosa vastaajista eli 64 % tunnistoi oireita usein. 27% vastaajista tunnistoi oireita joskus.

Kuva 5: Epävakaan persoonallisuushäiriön oireiden yleisyys Syömishäiriökeskuksessa



Laadullinen aineisto kerättiin kyselylomakkeen avoimista kysymyksistä. Kehittämistyön viidennessä, avoimessa kysymyksessä pyydettiin kuvailemaan epävakaaseen persoonallisuushäiriöön liittyviä oireita, joita esiintyy Syömishäiriökeskuksen potilaissa. Epävakaan persoonallisuushäiriön kolme keskeistä oirekokonaisuutta liittyvät tunne-elämän epävakauteen, vuorovaikutussuhteiden ongelmiin sekä käyttäytymisen säätelyn häiriöihin (Epävakaata persoonallisuushäiriö: Käypä Hoito- suositus, 2015). Nämä oirekokonaisuudet nousivat esiin myös kehittämistyön viidennessä kysymyksessä ja muodostivat pääluokat. Yläluokiksi nostin esiin käyttäytymisen itseä ja muita kohtaan. Erikseen halusin tähän yläluokkaan liittää myös käyttäytymisen osastolla, sillä sen merkitys on tärkeä tämän kehittämistyön kannalta. Eniten kuvailtiin osastolla näkyvän tunteiden voimakasta vaihtelua ja ihmissuhteisiin liittyviä vaikeuksia. Eräässä vastauksessa kuvattiin näin: ”*Tunnetilojen vaihtelu, nollasta sataan kiihtyminen*”. Hoitotyöhön liittyvät splitit nostettiin myös esiin useammassa vastauksessa, kuten myös epävakaalle persoonallisuushäiriölle tyypillinen ajatusmaailma ”hyvistä ja huonoista” hoitajista.

Taulukko 4: Epävakaan persoonallisuushäiriön näkyvät oireet Syömishäiriökeskuksessa

Pääloukka	Yläluokka	Alaluokka
<b>Käyttäytyminen</b>	Itseä kohtaan	vaikeus ymmärtää itseään, itsetuhoisuus ja sillä uhkailu, itseinho
	Muita kohtaan	Holtiton käytös, arvaamattomuus, äkkipikaisuus, draamahakuisuus, oireiden esiintuominen, kiihtyminen, manipulointi, valehtelu, kaupankäynti, juonittelu, syyttely, riippuvuus, taantuminen
	Käyttäytyminen osastolla	Päihteiden käyttö  Hyvät/huonot hoitajat, kaupankäynti, <u>splitit</u> , juonittelu, valehtelu, taantuminen, turvautuminen hoitajan, sääntöjen rikkominen
<b>Vuorovaikutus</b>	Suhtautuminen muihin Vuorovaikutus taidot/viestintä	Vaikeus luottaa muihin, kykenemättömyys ottaa muita huomioon, ryhmässä toimiminen haastavaa/mahdotonta
<b>Tunne-elämä</b>	Tunteet Tunteettomuus	Tunteiden voimakas vaihtelu, epäluulo, turvattomuus, musta valkoisuus

Kuudennessa kysymyksessä kartoitettiin haasteita, joita hoitaja on kokenut hoitaessaan epävakaa persoonallisuushäiriötä ja syömishäiriötä sairastavaa potilasta. Vastauksessa pyydettiin kuvailemaan päivittäisiä haasteita ja tilanteita. Kolme vastaajaa jätti vastaamatta tähän kysymykseen. Vastauksissa nostettiin esiin useita päivittäisiä esimerkkejä haasteista, joita osastolla on tullut esiin. Pääloukiksi muodostuivat hoitaja ja hoito. Useammassa vastauksessa nousi esiin hoitajan rooli ja huoli hoitajan omasta jaksamisesta sekä tunteet, joita epävakaa persoonallisuushäiriötä sairastava herättää. Hoitajan rooliin kohdistui paljon paineita, sillä potilaan haastavuus ja sairaudelle ominaiset piirteet kuten takertuvuus, mustasukkaisuus ja splittien muodostaminen nähtiin kuormittavan hoitosuhteen luomista.

Omahoitajuudesta kirjoitettiin seuraavaa: ”Häiriön pitkäkestoisuus ja jatkuvuus, omat tunteet, jotka pitkittyneessä tilanteessa saattaa nousta pintaan. Esim. omahoitaja on luvannut jotakin, kirjoituksissa ei tietoa ja hoitaja on jo poistunut työvuorosta - tyyppillistä”.

Päivittäin läsnä olivat myös ristiriidat, jotka johtuivat osaston säännöistä ja rajoista. Erään kirjoittajan pohdintaa: ”miten- milloin rajataan- milloin hoidollinen hyöty suurempi kuin potilasta rajataan”. Hoitoon sitoutuminen ja osastohoidon hyödyt nostettiin myös vastauksissa esiin. Eräessä vastauksessa kirjoitettiin seuraavaa: ”Splittaus voi aiheuttaa hoitohenkilökunnalle hyvin eri näkemykset, jolloin rajoja voi olla vaikea asettaa ja niissä pysyä. Vaikeus hoitaa ylipäätään osastolla, koska muut potilaat jäävät varjoon”.

Vaikeat oireet liittyen sekä syömishäiriöön ja epävakaaseen persoonallisuushäiriöön nostettiin esiin päivittäisistä tilanteista, jotka koettiin haasteena. Erityisesti nostettiin esiin itsetuhoisuus, viiltely ja muu aggressiivinen käytös. Näiden hoidosta kirjoitettiin yhdessä vastauksessa: ”Esimerkiksi potilaalle on opetettu useita eri ahdistuksen hallinta menetelmiä ja harjoiteltu niitä, mutta potilas ei osaa hyödyntää näitä keinoja -> itsetuhoisuus jatkuu”. Yhdessä vastauksessa pohdittiin seuraavaa: ”Mikä on sopivaa/ normaalia käytöstä potilaalta. Mikä on varsinaista epävakautta. Mikä on normaali hermojen menetystä”.

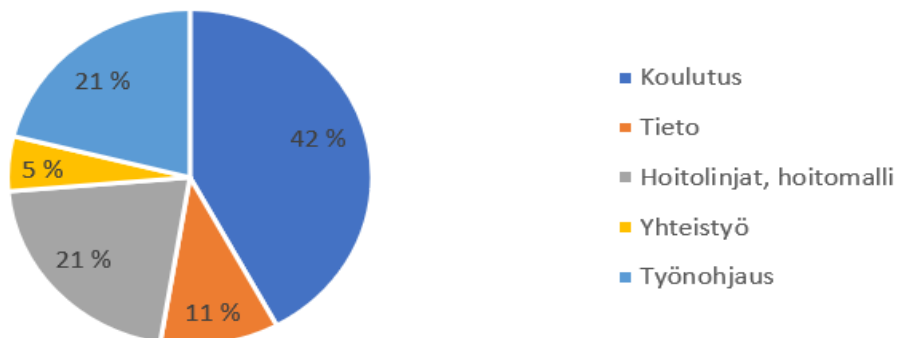
Taulukko 5: Päivittäiset haasteet epävakaata persoonallisuushäiriötä ja syömishäiriötä sairastavan hoidossa

Pääloukka	Yläluokka	Alaluokka
<b>Hoitaja</b>	Hoitajan jaksaminen	Hoitajan omat tunteet
	Hoitajan ja potilaan suhde	Potilaan epäluottamus hoitajaan, takertuvuus, mustasukkaisuus, splitit
<b>Hoito</b>	Hoitokeinot	Ahdistuksen hallinta, vapaaksi viiltelystä
	Oireiden hallinta	Hoidon hyödyt, rajojen muodostus ja niiden noudattaminen, muiden potilaiden huomioiminen
	Rajat, ristiriitojen ratkaisut	
	Hoidon suunnittelu	

Seitsemännessä kysymyksessä kartoitettiin tuen tarvetta, jota hoitajat toivoivat saavansa hoidaessaan epävakaata persoonallisuushäiriötä ja syömishäiriötä sairastavaa potilasta. Tähän kysymykseen vastasi 10/11 vastaajasta. Tämän aineiston läpikäyminen sisällönanalyysillä ei olisi ollut järkevää, joten muodostin vastauksista kaavion. Suurimmassa osassa vastauksia nostettiin esiin koulutuksen tarve ja lisätiedon tarvitseminen kyseenomaisen sairauden/ sairauksien hoidosta. Yhdessä vastauksessa perusteltiin koulutuksen tarvetta seuraavasti: ... Omasta ajasta

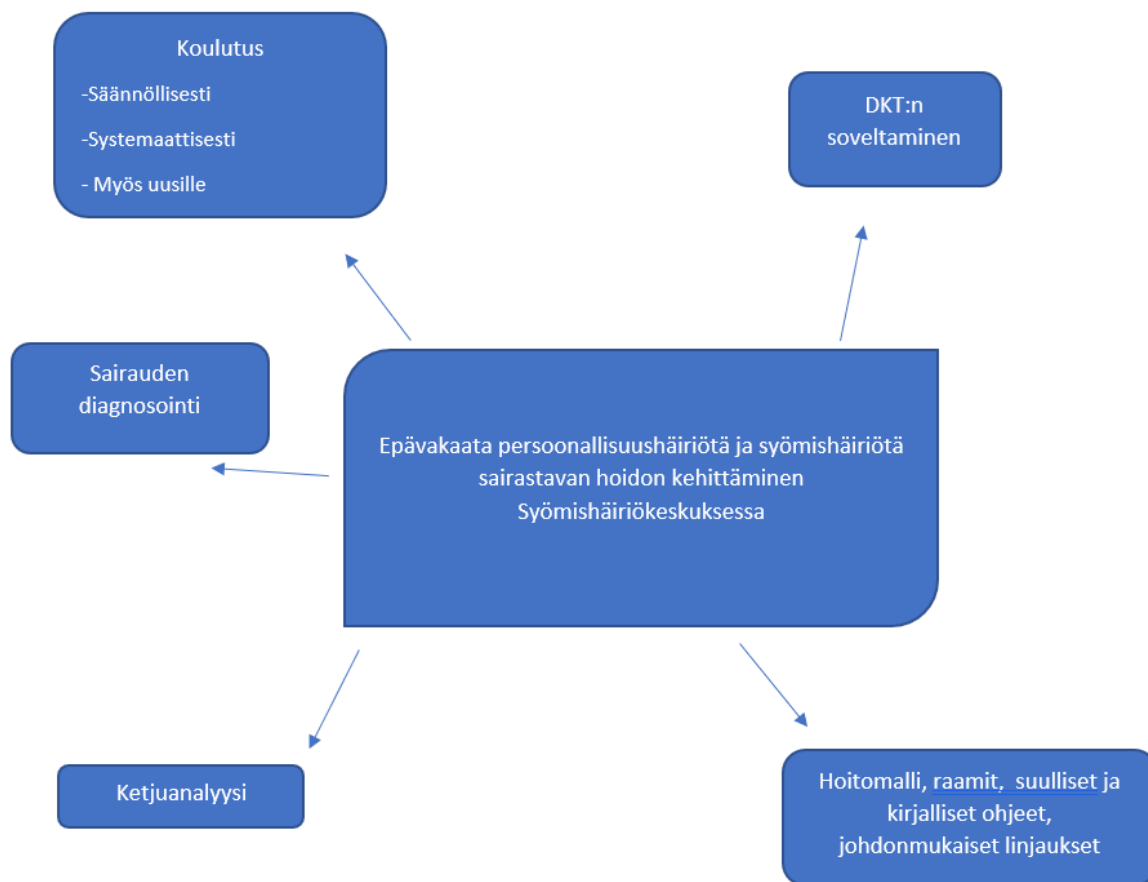
*menee paljon aikaa tiedon kaivamiseen.* Monessa vastauksessa nostettiin esiin yhteisten hoitolinjojen muodostamisesta, joita kaikki noudattaisi. Yhdessä vastauksessa mainittiin yhteisten hoitolinjojen noudattamisen vähentävän splittiä. Osa vastaajista kaipasi yhteistyötä ja kollegiaalista tukea. Myös työnohjauksen tarpeellisuus nousi esiin.

Kuva 6: Hoitajien tuen tarve ja toiveet



Opinnäytetyön viimeisessä, kahdeksannessa kysymyksessä halusin selvittää miten epävakaata persoonallisuushäiriötä ja syömishäiriötä sairastavan hoitoa voitaisiin kehittää Syömishäiriökeskuksessa. Hoidon kehittämisessä tärkeimmäksi nousi esiin koulutus. Sitä toivottiin tapahtuvan säännöllisesti ja kuuluvan myös uusille työntekijöille. Kyseenomaisten sairauksien hoidossa tarvitaan yhteiset, johdonmukaiset linjaukset, hoitomalli/raamit/ohjeet kuten myös kirjalliset ja suulliset ohjeet. Vastauksissa nostettiin esiin, että kehitystä tapahtuu noudattamalla DKT:ta, yhteisöhoitoa ja tekemällä ketjuanalyysyjä. Sairauden diagnosointi mainittiin myös hoidon kehittämisen parantamiseksi. Yhdessä vastauksessa kuvattiin kehittämistarvetta seuraavasti: ... *Ensin täytyisi tutkia ja kehittää epävakaan hoitoa ja sitten yhdistää sitä syömishäiriöhoitoon. Nykyisin vain katsotaan enemmän viikko kerrallaan ja lähestymistapa muuttuu jopa viikoittain*".

Kuva 7: Epävakaan persoonallisuushäiriön ja syömishäiriön hoidon kehittäminen Syömishäiriökeskuksessa



## 5 Johtopäätökset ja pohdinta

### 5.1 Johtopäätökset

Tämän kehittämistyön tarkoituksena oli kehittää epävakaata persoonallisuushäiriötä ja syömishäiriötä sairastavan potilaan hoitoa Syömishäiriökeskuksen hoito-, kuntoutus- ja päiväyksikössä. Syömishäiriökeskuksella on olemassa oleva hoitomalli syömishäiriöiden hoitoon ja hoitohenkilökunnalla on vankka kokemus ja osaaminen syömishäiriöiden hoidosta. Tämä opinnäytetyö keskittyi tämän vuoksi ainoastaan epävakaaseen persoonallisuushäiriöön ja sen hoitoon. Tämän tekemäni kehittämistyön on tarkoitus toimia rinnakkain syömishäiriöiden hoitomallin kanssa, sillä molempia sairauksia ja niiden ominaispiirteitä tulee hoitaa samanaikaisesti.

Kehittämistehtävän tutkimusosiona tehtiin alkukartoitus, joka sisälsi avoimia ja strukturoituja kysymyksiä. Alkukartoituksen tehtävänä oli antaa työlleni suuntaa, jonka pohjalta lähdin koostamaan teoreettista viitekehystä. Tutkimukseen osallistuneiden vastausprosentti oli 100. Korkea vastausprosentti lisäsi tutkimuksen luotettavuutta ja jokaisella hoitotyöhön osallistuneella työntekijällä oli mahdollisuus anonyymisti vastata kysymyksiin. Tutkimus osoitti, että

epävakaan persoonallisuushäiriön oireita esiintyy Syömishäiriökeskuksessa. 64 % tutkimukseen vastaajista havaitsi epävakaan persoonallisuushäiriön oireita usein. Näkyviksi oireiksi nostettiin esiin käyttäytymiseen, tunteisiin ja vuorovaikutukseen liittyvät haasteet. Samat asiat, jotka ovat epävakaan persoonallisuushäiriön kolme keskeistä oirekokonaisuutta. Olin iloinen, että suurin osa vastaajista olivat panostaneet avointen kysymysten vastaamiseen ja kirjoittaneet kattavat, pitkät vastaukset. Nämä vastaukset olivat minulle tärkeitä niin tutkimuksen kuin itse kehittämistyön kannalta.

Tekemäni tutkimuksen tulokset vahvistivat ajatusta siitä, että työntekijät kaipaavat lisää koulutusta ja lisää tietoa epävakaasta persoonallisuushäiriöstä. Tämä näkemys vaikutti myös teoreettisen viitekehyksen tekemiseen. Teoreettisen viitekehyksen etsin kansallisia sekä kansainvälisiä hoitosuosituksia, hoitomalleja, teorioita ja tehtyjä tutkimuksia epävakaasta persoonallisuushäiriöstä ja sen hoidosta. Epävakaasta persoonallisuushäiriöstä löytyi paljon materiaalia, kirjoituksia, hoitosuosituksia ja tehtyjä tutkimuksia. Suurin osa lähdemateriaalista oli englanninkielistä. Epävakaaseen persoonallisuushäiriöön tutustuminen vei minut tutkimaan persoonallisuuden syntymistä, persoonallisuushäiriöiden kehittymistä, sairauden diagnosointia ja hoitoa. Tutkimuksien, artikkelien ja kirjojen lukeminen sekä eri maiden hoitosuositukseen tutustuminen veivät aikaa, mutta niistä löytyi arvokasta tietoa teoreettista viitekehystä varten. Työhön käytetyt lähteet valittiin huolellisesti ja lähdekriittisyys huomioiden. Työssä on käytetty paljon vieraskielisiä lähteitä ja niiden suomentaminen on saattanut vaikuttaa alkuperäisen tekstin tulkintaan.

Alkukartoituksen vastauksissa nousi esiin hoitajien jaksaminen. Epävakaata persoonallisuushäiriötä sairastavan tunne-elämä on värikästä ja tunteet vaihtelevat nopeasti. Tämä väistämättä vaikuttaa myös hoitoon ja häntä hoitaviin henkilöihin. Hoitotyössä on tärkeää hyväksyä myös se, että hoitajillakin on oikeus väsyä ja kokea negatiivisia tunteita. Väsymys ei kuitenkaan saa näkyä potilaalle. Minusta oli hienoa, että tästä tärkeästä asiasta oli tehty useita tutkimuksia ja olen nostonut niitä myös tässä työssä esille.

Alkaessani kokoamaan teoreettista viitekehystä minua kiinnosti erityisesti, miten osastohoito kannattaa järjestää potilaan sairastaessa epävakaata persoonallisuushäiriötä. Käypä hoito-suosituksessa suositellaan, että epävakaata persoonallisuushäiriötä sairastavat tulisi ensisijaisesti hoitaa avohoidossa tai päiväsairaalassa (Epävakaa persoonallisuus: Käypä hoito-suositus, 2015). Syömishäiriökeskuksessa hoidossa olevilla syömishäiriötä ja epävakaata persoonallisuushäiriötä sairastavilla potilailla syömishäiriö on niin vaikea, ettei hoito ilman jatkuvaa tukea ja valvontaa onnistu. Hoidon alussa kokovuorokautinen hoito kuntoutus- ja hoitoyksikössä on tärkeää, jotta potilaan fyysinen ja henkinen tilanne kohentuu. Teoreettisen viitekehyksen viitaten voisi epävakaan persoonallisuushäiriön hoidon kannalta olla hyvä, jos potilas siirtyisi päiväpotilaaksi niin pian kuin syömishäiriöhoidon akuutti vaihe on ohi. Päiväosastolla voidaan edelleen tukea

molempien sairauksien hoitoa ja hoitaja olisi läsnä koko ajan. Päiväosastolla rutiineja on kuitenkin huomattavasti vähemmän, joka voi olla hyödyksi epävakaan potilaan hoitoon sitoutumisessa.

Hoidon onnistumisen kannalta hoidon alussa tulee tehdä hoitosuunnitelma ja se tulee olla molempien osapuolien hyväksymä. (American Psychiatric Association 2001, 14, Australian Government National Health and Medical Research Council 2012, 124 ja Epävakaan persoonallisuushäiriön Käypä hoito- suositus 2015.) Australian Government National Health and Medical Research Council julkaisemassa hoitosuosituksissa oli mielestäni erittäin laaja-alaisesti määritelty hoidon tavoitteet kuten myös ahdistuksen hallintakeinoja. Nämä olen nostanut myös hoito-oppaassa esille.

Materiaaleihin tutustuessani sain huomata, ettei kaikkiin kysymyksiin, syihin ja seurauksiin ole vielä pystytty löytämään vastauksia. Paljon on lisäksi vielä myös tutkimatta. Tämä antaa myös itselle mahdollisuuden olla tyytyväinen, kaikkeen ei pidä olla täydellistä vastausta.

Hoito-opas koottiin tämän kehittämistyön 2.1-2.6 kappaleiden pohjalta. Henkilökunnalle järjestetään myös kehittämisiltapäivä aiheesta.

## 5.2 Kehittämisasetelman arviointi

Aihe kehittämistyöhön nousi esiin joka viikkoisen moniammatillisen työryhmän tiimikeskustelujen kirjauksista ja hoitohenkilökunnan keskinäisistä keskusteluista sekä opinnäytetyön tekijän mielenkiinnosta sairautta kohtaan. Tätä kehittämistyötä varten tekemäni alkukartoitus tuki aiheen valinnan tärkeyttä ja tarvetta. Tiedon ja koulutuksen tarve nousi tekemässäni tutkimuksessa esiin. Hoitohenkilökunta kaipasi koulutusta, tietoa ja selkeitä toimintamalleja epävakaata persoonallisuushäiriötä tai epävakaata persoonallisuushäiriötä ja syömishäiriötä sairastavan hoitoon. Tutkimuksessani nousi esiin osastolle kaivattavan yhteneväistä linjaa, jota kaikki hoitotyöhön osallistuvat noudattavat. Useissa vastauksissa nousi esiin splittien aiheuttamat ongelmat hoitotyössä ja miten näitä ongelmia voisi välttää. Laajassa teoreettisessa viitekehyksessä löytyy ohjeet näiden tilanteiden käsittelyyn. Teoreettisessa viitekehyksessä korostetaan hoidon suunnittelun tärkeyttä ja saumatonta yhteistyötä hoitoon osallistuvien kanssa.

Tästä kehittämistyöstä koottiin hoito-opas osaston sisäiseen käyttöön. Syömishäiriökeskuksen osastonhoitajat kommentoivat työtä ja näiden kommenttien pohjalta kehittämisistö ja hoito-opas tehtiin.

### 5.3 Jatkokehityksaiheet

Toivon, että opinnäytetyön kehittäisi epävakaata persoonallishäiriötä ja syömishäiriötä sairastavan hoitoa Syömishäiriökeskuksessa. Toivoisin, että voisimme jatkossa mainostaa osaamistamme myös epävakaan persoonallisuushäiriön hoidossa. Jatkokehittämissaiheena olisi tutkia miten tiedon ja koulutuksen lisäys on vaikuttanut osaston toimintaan niin henkilökunnan jaksamiseen, työryhmien toimintaan sekä konfliktien vähentämiseen.

### 5.4 Kehittämistyön luotettavuus ja eettisyys

Tutkimuseettinen neuvottelukunta (Tenk 2012) on määrittänyt Hyvän tieteellisen käytännön, jonka tarkoituksena on varmistaa, että tutkimus on luotettava, eettisesti hyväksyttävä ja tulokset uskottavia. Tutkijan tulee olla tarkka ja huolellinen niin tutkijan työssä, tulosten tallentamisessa, esittämisessä ja tulosten arvioinnissa. Tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiin tulee suhtautua kriittisesti ja soveltaa tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisia menetelmiä. Tutkimus tulee olla hyvin suunniteltu ja toteutettu, tutkimusaineistot tulee olla säilytetty ja tallennettu vaatimusten edellyttämällä tavalla. Tutkimuksen tekijän tulee kunnioittaa muiden tutkijoiden työtä. Rahoituslähteet ja sidonnaisuudet pitää olla tiedossa sekä tutkimukseen osallistuvilla sekä niiden tulee olla mainittu tutkimustuloksissa. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012.)

Aineiston luotettavuuteen vaikuttavat monet asiat, eikä yksiselitteisiä ohjeita laadullisen tutkimuksen luotettavuuteen ole. Jouni Tuomi ja Anneli Sarajärvi ovat koonneet teokseen Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi (2018, 163) listan tekijöistä, jotka vaikuttavat laadullisen tutkimuksen luotettavuuteen. Luotettavuuteen vaikuttavat, että tutkimuksessa on selvitetty mitä tutkitaan ja miksi sitä tutkitaan, miksi olet tutkimassa aihetta ja miksi aihe on sinulle tärkeä, mitä odotit ja mitä saavutit tutkimuksella, miten olet kerännyt aineiston, millä tekniikalla ja jos, aineistokeruuseen liittyi ongelmia, ketkä osallistuivat tutkimukseen, millainen suhde tutkijalla oli tiedonantajiin, kuinka kauan tutkimus kesti, miten aineisto analysoitiin, oma arvio tutkimuksen eettisyydestä ja luotettavuudesta ja miten se on raportoitu. Kaikkien näiden osatekijöiden tulee olla kytköksissä toisiinsa. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 163.)

Tämä opinnäytetyö toteutettiin hyvän tieteellisen käytänteen mukaisesti. Työtä tehdessäni pyrin erityiseen tarkkuuteen ja huolellisuuteen. Tutkimukseeni osallistuminen oli vapaaehtoista, eikä osallistumisesta palkittu millään tavoin. Vapaaehtoisuutta korostettiin sekä tutkimuksen esittely videossa että saatekirjeessä. Tutkimukseen osallistuja sinetöi vastaamansa kirjekuoren ja ne laitettiin suurempaan kirjekuoreen, joka myös sinetöitiin. Tutkijan nimeämä henkilö toi nämä kahteen kertaan sinetöidyt kirjekuoret tutkijalle. Tutkimuksen tekijä oli ainoa, joka näki vastauslomakkeet ja säilytti näitä asianmukaisesti. Kehittämistyön valmistuttua nämä

tutkimuslomakkeet hävitettiin asianmukaisesti. Tutkimukseen osallistuvien henkilöllisyydet eivät paljastu valmiissa työssä. Hoitajan pitkä yhteinen työhistoria osan tutkimukseen osallistujien kanssa vaikutti siihen, että tutkija tunnisti osan tutkimukseen osallistuvien käsialoista. Tällä ei kuitenkaan ollut tutkimuksen kannalta merkitystä. Aineisto analysoitiin huolellisesti.

Tutkimuksen tekijällä ei ollut rahoituslähteitä kehittämistyötä varten. Tutkijalla on vakituinen työsuhde kehittämistyön kohteen Syömishäiriökeskuksen kanssa, mutta kehittämistyötä tehdessä tutkija oli työstään opintovapaalla. Syömishäiriökeskuksen esimiehet eivät johdattaneet tutkimusta millään tavoin, he antoivat työlle hyväksynnän ja suullisen tutkimusluvan.

## Lähteet

## Painetut

Heikkilä, A., Jokinen, P. & Nurmela, T. 2008. Tutkiva kehittämien. Avaimia tutkimus- ja kehittämishankkeisiin terveystalalla. Helsinki: WSOY.

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

Koivisto, M., Stenberg, J-H., Nikkilä, H., & Karlsson, H. 2009, 2011. 1.-2.painos. Epävakaan persoonallisuushäiriön hoito. Helsinki: Duodecim.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2014. Laadullinen terveystutkimus.1.-3. painos. Porvoo: Bookwell.

Lahti-Nuuttila, P.& Valkonen, H. 2016. Terapiasuhte epävakaan potilaan psykoterapiassa. Teoksessa Turpeinen, P. & Nurmento, R. (toim.). Terapiasuhteessa olemisen taito. Keuruu: Edita

Ojasalo, K., Moilanen, T. & Ritalahti, J. 2009. Kehittämistyön menetelmät. Uudenlaista osaamista liiketoimintaan. Helsinki: WSOY.

Ojasalo, K., Moilanen, T. & Ritalahti, J. 2018. 3-5.painos. Kehittämistyön menetelmät. Uudenlaista osaamista liiketoimintaan. Helsinki: Sanoma Pro

Sadeniemi, M., Häkkinen, M., Koivisto, M., Ryhänen, T. & Tsokkinen, A-L. 2019. Viisas mieli. Opas tunnesäätelyvaikeuksista kärsiville. Helsinki: Duodecim.

Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. 3.painos. Tampere: Tampere Yliopistopaino.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Vilka, H. 2015. Tutki ja kehittä. 4., uudistettu painos. Juva: Bookwell.

## Sähköiset

American Psychiatric Association. 2001. Practice guideline the treatment of patients with borderline personality disorder. Viitattu 13.1.2020. [https://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice\\_guidelines/guidelines/bpd.pdf](https://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/bpd.pdf)

American Psychiatric Association. 2005. Guideline watch: practise guideline for the treatment of patients with bordeline personality disorder. Viitattu 9.1.2020. [https://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice\\_guidelines/guidelines/bpd-watch.pdf](https://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/bpd-watch.pdf)

American Psychiatric Association. 2013. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fift edition. DSM 5. Viitattu 28.11.2019. <https://4.files.edl.io/8c29/04/23/18/201958-1268de6f-75bc-4112-afbf-f83781979af4.pdf>

American Psychiatric Association. 2016. Structured Clinical Interview for DSM 5® Personality Disorders (Scid- 5 PD). Viitattu 27.1.2020. [https://www.appi.org/structured\\_clinical\\_interview\\_for\\_dsm-5\\_personality\\_disorders\\_scid-5-pd](https://www.appi.org/structured_clinical_interview_for_dsm-5_personality_disorders_scid-5-pd)

Australia Government National Health and Medical Research Council 2012. Clinical practise guideline for the management of bordeline personality disorder. Viitattu 8.1.2020. <https://www.nhmrc.gov.au/about-us/publications/clinical-practise-guideline-borderline-personality-disorder#block-views-block-file-attachments-content-block-1>

Usher, B. 2016. I am borderline: Self- Regulation Project. Viitattu 8.4.2020. <https://www.youtube.com/watch?v=rZdjbLFPr5k>

Bornovalova, M., Hicks, B., Lavono, W. & McGue, M. Stability, change, and heritability of borderline personality disorder traits from adolescence to adulthood: A longitudinal twin study. *Development and psychopathology*. Volume 21, Issue 4. Viitattu 7.1.2020. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2789483/#!po=67.0000>

Bourge, M. & Grenyer, B. 2013. Therapists' accounts of psychotherapy process associated with treating patients with borderline personality. *Journal of Personality disorders*. Vol 27, Iss 6. The Guilford Press. s.735-745. Viitattu 9.12.2019. <https://search-proquest-com.nelli.laurea.fi/docview/1459195016?pq-origsite=primo>

Bridler, R., Häberle, A., Müller, S., Cattaban, K., Grohmann, R., Toto, S., Kasper, S. & Greil, W. 2015. Psychopharmacological treatment of 2195 in-patient with borderline personality disorder: A comparison with other psychiatric disorders. *European Neuropsychopharmacology*. Volume 25, Issue 6. Viitattu 9.1.2020. <https://www.sciencedirect-com.nelli.laurea.fi/science/article/pii/S0924977X15000991?via%3Dihub>

Depressio. Käypä hoito- suositus. Suomalaisen lääkäriseuran Duodecim ja Suomen psykiatriayhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen lääkäriseura Duodecim. 2016. (Viitattu 13.12.2019). Saatavilla Internetissä: <https://www.kaypahoito.fi/>

Epävakaata persoonallisuus. Käypä hoito- suositus. Suomalaisen lääkäriseuran Duodecim ja Suomen psykiatriayhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen lääkäriseura Duodecim. 2015. (Viitattu 11.10.2019). Saatavilla Internetissä: <https://www.kaypahoito.fi/>

Heikkilä, T. 2014. Tilastollinen tutkimus. Ellips- E- kirja. Helsinki: Edita. Viitattu 19.2.2020.

Keltikangas- Järvinen, L. 2004/ 2011. 4.painos Temperamentti. Ihmisen yksilöllisyys. E- kirja Bookbeat kirjapalvelussa. WSOY. Viitattu 23.12.2019. <https://www.bookbeat.fi/kirja/temperamentti-ihmisen-yksilollisyys-25760>

Koivisto, M. & Korkeila, J. 2016. Epävakaata persoonallisuushäiriö. Viitattu 28.1.2020. [https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00994](https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00994)

KvantiMOTV. 2010. Kyselylomakkeen laatiminen. Viitattu 7.2.2020. <https://www.fsd.tuni.fi/menetelmaopetus/kyselylomake/laatiminen.html>

Lauerma, H. 2019a. 12, painos, päivitetty sähköisenä versiona 2019. Mitä ovat dissosiaatiohäiriöt? Teoksessa Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.) *Psykiatria*. Viitattu 21.1.2020. (vaatii sisäänkirjautumisen). [https://www.oppiportti.fi/op/pkr01001/do?p\\_haku=dissosiaatioh%C3%A4iri%C3%B6#q=dissosiaatioh%C3%A4iri%C3%B6](https://www.oppiportti.fi/op/pkr01001/do?p_haku=dissosiaatioh%C3%A4iri%C3%B6#q=dissosiaatioh%C3%A4iri%C3%B6)

Lauerma, H. 2019b. 12, painos, päivitetty sähköisenä versiona 2019. Dissosiaatiohäiriöiden hoito. Teoksessa Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.) *Psykiatria*. Duodecim. Viitattu 21.1.2020. (vaatii sisäänkirjautumisen). [https://www.oppiportti.fi/op/pkr01006/do?p\\_haku=dissosiaatioh%C3%A4iri%C3%B6#q=dissosiaatioh%C3%A4iri%C3%B6](https://www.oppiportti.fi/op/pkr01006/do?p_haku=dissosiaatioh%C3%A4iri%C3%B6#q=dissosiaatioh%C3%A4iri%C3%B6)

Links, P., Heslegrave, R. & Reekum, R. 1998. Prospective Follow-Up Study of Borderline Personality Disorder: Prognosis, Prediction of Outcome, and Axis II Comorbidity. Viitattu 1.1.2020. <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/070674379804300305>

Lönnqvist, J., Henriksson, M., Isometsä, E. & Marttunen, M. 2019. Itsemurhaa yrittäneen arviointi. Teoksessa Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.) *Psykiatria*,

sähköinen, päivitetty versio 2019. Duodecim. Viitattu 24.1.2020. (vaatii sisäänkirjautumisen). <https://www.oppiportti.fi/op/pkr02005/do>

Marttunen, M., Eronen, M. & Henriksson, M. 2019. Persoonallisuushäiriöiden kliinisen kuvan ja diagnostiikan yleispiirteet. Teoksessa Lönnqvist, J. Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.) Psykiatria, sähköinen, päivitetty versio 2019. Duodecim. Viitattu 24.1.2020. (vaatii sisäänkirjautumisen). [https://www.oppiportti.fi/op/pkr01702/do?p\\_haku=ep%C3%A4vaka%20persoonallisuush%C3%A4iri%C3%B6#q=ep%C3%A4vaka%20persoonallisuush%C3%A4iri%C3%B6](https://www.oppiportti.fi/op/pkr01702/do?p_haku=ep%C3%A4vaka%20persoonallisuush%C3%A4iri%C3%B6#q=ep%C3%A4vaka%20persoonallisuush%C3%A4iri%C3%B6)

McGlashan, T., Grilo, C., Sanoslow, C., Ralevski, E., Morey, L., Gunderson, J., Skodol., Shea, M.T., Zaniri, M., Berder, D., Stout, R., Yen, S. & Pagano, M. 2005. Two year prevalence and stability of individual DSM IV criteria for schizotypal, borderline, acoidant, and obsessive-compulsive personality disorders: toward a hybrid model of axis II disorders. The American Journal of psychiatry. Volume 162, issue 5. Viitattu 7.1.2020. [https://ajp.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.ajp.162.5.883?url\\_ver=Z39.88-2003&rfr\\_id=ori:rid:crossref.org&rfr\\_dat=cr\\_pub%3dpubmed](https://ajp.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.ajp.162.5.883?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%3dpubmed)

Mielenterveystalo. Epävaka persoonallisuus- Mitä se on. Viitattu 8.4.2020. [https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/itsehoito-ja-opaat/itsehoito/epavakaa\\_persoonallisuushairio/Pages/osio1.aspx](https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/itsehoito-ja-opaat/itsehoito/epavakaa_persoonallisuushairio/Pages/osio1.aspx)

National Institute for Health and Care Excellence. 2015. Personality disorders: borderline and antisocial Quality standard [QS88]. Viitattu 9.1.2020. <https://www.nice.org.uk/guidance/qs88/chapter/Quality-statement-4-Pharmacological-interventions>

Project air. 2015. Treatment Guidelines for personality disorders. A personality disorders strategy. Viitattu 31.1.2020. <https://www.projectairstrategy.org/content/groups/public/@web/@project-air/documents/doc/uow247241.pdf>

Psykiatrinen erikoissairaanhoido 2018. 2019. Tilastoraportti 42/2019. Viitattu 31.12.2019. [http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/138844/Tr42\\_19.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/138844/Tr42_19.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Stepp, S. & Pilkonis, P. 2008. Age-related Differences in individual DSM criteria for borderline personality disorder. Journal Of Personality disorders. Vol 22, Iss 4. Viitattu 8.1.2020. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2819124/#!po=77.5000>

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2019. Yhtenäiset kiirettömän hoidon perusteet 2019. Viitattu 31.1.2020. [http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161496/STM\\_J02\\_Yhtenaisen%20kiireettoman%20hoidon%20perusteet.pdf?sequence=4&isAllowed=y](http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161496/STM_J02_Yhtenaisen%20kiireettoman%20hoidon%20perusteet.pdf?sequence=4&isAllowed=y)

Syömishäiriökeskus. 2017a. Kuntoutus- ja hoitoyksikön hoitomalli. Viitattu 20.2.2020. <https://www.syomishairiokeskus.fi/uusi/palvelumme-syomishairiota-sairastaville-ja-laheisille/osastohoito-ja-kuntoutushoito/hoitomalli/>

Syömishäiriökeskus. 2017b. Kuntoutus- ja hoitoyksikkö. Viitattu 20.2.2020. <https://www.syomishairiokeskus.fi/uusi/palvelumme-syomishairiota-sairastaville-ja-laheisille/osastohoito-ja-kuntoutushoito/>

Syömishäiriökeskus. 2017c. Tuki perheelle ja läheisille. Viitattu 20.2.2020. <https://www.syomishairiokeskus.fi/uusi/palvelumme-syomishairiota-sairastaville-ja-laheisille/osastohoito-ja-kuntoutushoito/tuki-perheelle-ja-laheisille/>

Syömishäiriökeskus d. Terapiayksikkö. Viitattu 20.2.2020. <https://www.syomishairiokeskus.fi/uusi/palvelumme-syomishairiota-sairastaville-ja-laheisille/terapiat-ja-muut-polikliiniset-palvelut/>

Syömishäiriökeskus. 2017e. Työnohjaus ja konsultaatio. Viitattu 20.2.2020. <https://www.syomishairiokeskus.fi/uusi/palvelut-ammattilaisille/tyonohjaus-ja-konsultaatio/>

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. 2012. Psykiatrian luokituskäsikirja. Suomalaisen tautiluokitus ICD- 10:n psykiatriaan liittyvät diagnoosit. Viitattu 25.11.2019. [http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90815/URN\\_ISBN\\_978-952-245-549-9.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90815/URN_ISBN_978-952-245-549-9.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö. Viitattu 6.4.2019. <https://www.tenk.fi/fi/hyva-tieteellinen-kaytanto>

Zaniri, M., Frankenburg, F., Hennen, J. & Silk, K. 2003. Longitudinal Course Of Bordeline Psychopathology: 6 year Prospective Follow-Up of the Phenomenology Of Bordeline Personality Disorder. The American Journal of psychiatry. Volume 20, issue 2. s. 274-283. Viitattu 1.1.2020. [https://ajp.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.ajp.160.2.274?url\\_ver=Z39.88-2003&rfr\\_id=ori:rid:crossref.org&rfr\\_dat=cr\\_pub%3dpubmed](https://ajp.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.ajp.160.2.274?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%3dpubmed)

Zaniri, M., Frankenburg, F., Hennen, J. & Silk, K. 2004. Mental Health Service Utilization by Bordeline Personality Disorder Patients and Axis II Comparison Subjects Followed Prospectively for 6 years. The Journal of psychiatry. Vol 65, NO 1. Viitattu 1.1.2020. <https://www.psychiatrist.com/jcp/article/pages/2004/v65n01/v65n0105.aspx>

Zaniri, M., Frankenburg, F., Hennen, J., Reich, B. & Silk, K.2006. Prediction of the 10 Year Course of Bordeline Personality Disorder. The American Journal of psychiatry. Volume 163, Issue 5. Viitattu 1.1.2020. [https://ajp.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/ajp.2006.163.5.827?url\\_ver=Z39.88-2003&rfr\\_id=ori:rid:crossref.org&rfr\\_dat=cr\\_pub%3dpubmed](https://ajp.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/ajp.2006.163.5.827?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%3dpubmed)

Zaniri, M., Frankenburg, F., Reich, B. & Fitzmaurice, G.2012. Attainment and Stability of Sustained Symptomatic Remission and Recovery Among Patients With Bordeline Personality Disorder and Axis II Comparison Subjects: A 16- year Prospective Follow Up Study. The American Journal of psychiatry. Volume 169, Issue 5. Viitattu 1.1.2020. [https://ajp.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.ajp.2011.11101550?url\\_ver=Z39.88-2003&rfr\\_id=ori:rid:crossref.org&rfr\\_dat=cr\\_pub%3dpubmed](https://ajp.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.ajp.2011.11101550?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%3dpubmed)

Julkaisemattomat

Syömishäiriökeskus. 2020. Omat materiaalit. Tulostettu 19.2.2020.

## Kuviot

Kuva 1: Syömishäiriö eteneminen (Syömishäiriökeskus 2017a).....	35
Kuva 2: Hoitoalan työkokemus.....	45
Kuva 3: Työsuhteen kesto Syömishäiriökeskuksessa .....	46
Kuva 4: Epävakaan persoonallisuushäiriön tunnistaminen .....	46
Kuva 5: Epävakaan persoonallisuushäiriön oireiden yleisyys Syömishäiriökeskuksessa .....	46
Kuva 6: Hoitajien tuen tarve ja toiveet .....	50
Kuva 7: Epävakaan persoonallisuushäiriön ja syömishäiriön hoidon kehittäminen Syömishäiriökeskuksessa .....	50

## Taulukot

Taulukko 1 Hoidon tavoitteet: (Australia Government National Health and Medical Research Council 2012, 35.) .....	21
Taulukko 2 : Mielenterveyshäiriöiden hoidon yleiset tavoitteet tavoitteet: . (Australia Government National Health and Medical Research Council 2012, 35.) .....	21
Taulukko 3 Kyselylomakkeen rakenne .....	43
Taulukko 4: Epävakaan persoonallisuushäiriön näkyvät oireet Syömishäiriökeskuksessa.....	48
Taulukko 5: Päivittäiset haasteet epävakaata persoonallisuushäiriötä ja syömishäiriötä sairastavan hoidossa.....	49

Liitteet

Liite 1: Ensimmäinen liite Saatekirje ..... 62

Liite 1: Ensimmäinen liite      Saatekirje

Saatekirje,

Hei,

Teen YAMK- opinnäytetyötä aiheena ”epävakaata persoonallisuushäiriötä sekä syömishäiriötä sairastavan potilaan hoitomallin kehittäminen Syömishäiriökeskuksessa”. Opinnäytetyö on kehittämistyö, jonka teoreettinen viitekehys koostuu laajasta kirjallisuuskatsauksesta. Tarkoituksena on löytää uusimmat kansainväliset tutkimukset aiheeseen liittyen sekä eri maiden hoitosuositukset kyseisin sairauden hoidosta. Unohtamatta kuitenkin vanhoja hyviä havaittuja hoitomalleja. Opinnäytetyötäni varten on tarkoitus tehdä alkukartoitus, jossa selvitän teidän ajatuksianne epävakaisten potilaiden hoitamisesta hoitoyksikössämme.

Kyselyyn vastataan nimettömästi ja vastuksia käsitellään niin, ettei niistä voi tunnistaa vastaajaa. Vastaaminen tähän kyselyyn on täysin vapaaehtoista.

Kehittämistyön avulla haluan helpottaa epävakaata persoonallisuushäiriötä ja syömishäiriötä sairastavan potilaita hoitoa, auttaa ymmärtämään heidän käytöstään ja tätä kautta luoda selkeät toimintamallit osasto- ja päiväosastohoitoon. Tiedon lisäämisen ja toimintamallien avulla toivon hoitohenkilökunnan työhyvinvoinnin lisääntyvän ja hoitotyön henkisen kuormituksen keventyvän.

Opinnäytetyön lopputuloksena tuotetaan erillinen opas Syömishäiriökeskuksen sisäiseen käyttöön.

Kiitos vastauksista,

terveisin Hilikka Immonen, sh, tth, th

1. Kuinka pitkään olen työskennellyt hoitoalalla? Ympyröi oma työkokemuksesi hoitoalalta (mukaan lasketaan myös lyhyet työsuhteet/osa-aikaisuus). 1= 0-2 vuotta, 2= 3-5 vuotta, 3= 6-8 vuotta, 4= 9-11 vuotta, 5= yli 12 vuotta

1 2 3 4 5

2. Kuinka pitkään olen työskennellyt Syömishäiriökeskuksessa? Ympyröi oman työsuhteesi kesto (mukaan lasketaan myös keikkatöiden teko, jos olen työskennellyt vähintään 4 kertaa kuukaudessa)? 1= 0-2 vuotta, 2= 3-5 vuotta, 3= 6-8 vuotta, 4= 9-11 vuotta, 5= yli 12 vuotta

1 2 3 4 5

3. Kuinka hyvin tunnen diagnoosin epävakaata persoonallisuushäiriötä? Ympyröi osaamistasi kuvaava vaihtoehto? 1= en lainkaan, 2= jonkin verran, 3= en osaa sanoa, 4= hyvin, 5= todella hyvin

1 2 3 4 5

4. Kuinka usein tunnistan epävakaasta persoonallisuushäiriöstä johtuvia oireita Syömishäiriökeskuksen potilaissa? Ympyröi kuinka usein huomaan oireita. 1= en lainkaan, 2= joskus, 3= en osaa sanoa, 4= usein, 5= todella usein

1 2 3 4 5

Kuvaile näitä oireita:

---



---



---

Mitkä asiat koen haasteena hoitaessani epävakaata persoonallisuushäiriötä ja syömishäiriötä sairastavaa potilasta? Kerro myös esimerkkejä päivittäisistä tilanteista.

---



---



---



---

Millaista tukea toivoisin saavani hoitaessani epävakaata persoonallisuushäiriötä ja syömishäiriötä sairastavaa potilasta?

---



---



---



---

Miten epävakaata persoonallisuushäiriötä ja syömishäiriötä sairastavan hoitoa voisi kehittää Syömishäiriökeskuksessa?

---

---

---

---

---

---

---