Eveliina Rautiainen ja Anna Roos

Vuorovaikutuksen haasteet mielen-terveyspotilaan ensihoidossa

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Ensihoitaja AMK

Ensihoidon tutkinto-ohjelma

Opinnäytetyö

20.4.2023

Tekijä	Eveliina Rautiainen ja Anna Roos
Otsikko	Vuorovaikutuksen haasteet mielenterveyspotilaan ensihoidossa
Sivumäärä	37 sivua + 2 liitettä
Aika	20.4.2023
Tutkinto	Ensihoitaja AMK
Tutkinto-ohjelma	Ensihoidon tutkinto-ohjelma
Ohjaajat	Lehtori Marika Lähdetniemi TtM, SH

Mielenterveyspotilaat ovat yleistyvä potilasryhmä ensihoidossa. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää ja kuvata tämän potilasryhmän hoitoon liittyviä vuorovaikutuksen haasteita ja niitä aiheuttavia tekijöitä. Aihetta käsiteltiin sekä potilaan että ensihoitajan näkökulmasta tutkien esimerkiksi ensihoitajien koulutuksen tasoa ja potilaiden kokemuksia heidän saamastaan kohtelusta. Opinnäytetyön tavoite oli tuottaa ajantasaista kirjallista tietoa alan ammattilaisille, opiskelijoille ja aiheesta kiinnostuneille, jota voitaisiin hyödyntää alan kehittämiseen. Opinnäytetyö on käynyt läpi plagioinnintarkastuksen.

Opinnäytetyö toteutettiin kuvailevana kirjallisuuskatsauksena. Aineistona käytettiin kahdeksaa englanninkielistä tutkimusartikkelia, jotka käsittelivät ensihoitajien ja mielenterveyspotilaiden kokemuksia ensihoitotilanteista. Aineiston analysointimenetelmänä käytettiin induktiivista eli aineistolähtöistä sisällönanalyysiä. Tutkimuksista etsittiin ilmiöitä, jotka kuvasivat opinnäytetyön aihetta ja vastasivat tutkimuskysymyksiin. Aineistosta poimitut ilmaukset taulukoitiin ja ne järjestettiin ala- ja yläluokkiin.

Sisällönanalyysin tulokset osoittivat monipuolisia haasteita ensihoitajan ja mielenterveyspotilaan välisessä vuorovaikutuksessa. Näitä aiheuttivat esimerkiksi ensihoitajien henkilökohtaiset ominaisuudet, ennakkoluulot ja osaamisen puute. Potilaan negatiiviseen kokemukseen vaikuttivat erityisesti potilaslähtöisen hoidon puute ja riittämätön kommunikaatio. Haasteita vuorovaikutukselle loivat myös ulkoiset tekijät.

Tulosten pohjalta voidaan tehdä kolme johtopäätöstä. Ensihoitajien vähäinen koulutus mielenterveyspotilaiden kohtaamisesta vaikeuttaa vuorovaikutusta potilaan kanssa. Potilaan kokemukseen ja vuorovaikutuksen onnistumiseen vaikuttavat merkittävästi ensihoitajan ammattimaisuus ja suhtautuminen potilaaseen. Suurimpina haasteina ensihoitajan ja mielenterveyspotilaan välisessä vuorovaikutuksessa voidaan pitää luottamuksen, kärsivällisyyden ja potilaslähtöisyyden puutetta sekä rauhallisen ympäristön luomista. Opinnäytetyön tulosten perusteella esitetään, että ensihoitajien kokemaa pätevyyttä, koulutuksen tasoa ja käytännön hoitotyön onnistumista tulisi tutkia myös Suomessa. Koulutuksen mahdollinen kehittäminen voisi tapahtua esimerkiksi lisäämällä teoriaopetusta selkeistä toimintamalleista ja mielenterveysongelmien tunnistamisesta sekä kehittämällä käytännön psykiatrista harjoittelua.

Avainsanat	ensihoito, vuorovaikutus, mielenterveyden häiriö, haasteet

Author	Eveliina Rautiainen and Anna Roos
Title	Challenges of Interaction in the Emergency Care of a Mental Health Patient
Number of Pages	37 pages + 2 appendices
Date	20 April 2023
Degree	Bachelor of Health Care
Degree Programme	Emergency Care
Instructors	Senior Lecturer Marika Lähdetniemi MNSc, RN

Mental health patients are an increasingly common group of patients in emergency care. The purpose of this thesis was to investigate and describe the challenges of interaction related to the treatment of this group of patients and the factors that cause them. The topic was discussed from the perspective of both the patient and the paramedic, examining, for example, the level of training of paramedics and the experiences of patients in the treatment they receive. The aim of the thesis was to produce up-to-date written information for professionals, students and those interested in the topic, which could be used to develop the field. The thesis has undergone a plagiarism check.

The thesis was carried out as a descriptive literature review. Eight research articles in English on the experiences of paramedics and mental health patients in emergency care situations were used as material. The data analysis method used was inductive, as in data-driven content analysis. The studies looked for phenomena that described the topic of the thesis and answered the research questions. The expressions extracted from the data were tabulated and arranged into lower and upper categories.

The results of the content analysis showed diverse challenges in the interaction between a paramedic and a mental health patient. These were caused, for example, by the personal characteristics, prejudices, and lack of competence of paramedics. The patient's negative experience was particularly influenced by the lack of patient-centered care and inadequate communication. External factors also created challenges for interaction.

Based on the results, three conclusions can be drawn. The low level of training of paramedics on how to deal with mental health patients makes it difficult to interact with the patient. The patient's experience and the success of the interaction are significantly influenced by the professionalism of the paramedic and the attitude towards the patient. The main challenges in the interaction between a paramedic and a mental health patient can be considered the lack of trust, patience, and patient-centeredness, as well as the creation of a calm environment. Based on the results of the thesis, it is proposed that the qualifications experienced by paramedics, the level of education and the success of practical nursing should also be studied in Finland. The possible development of education could take place, for example, by increasing theoretical teaching on clear operating models and the identification of mental disorders, as well as by developing practical psychiatric practice.

Keywords	emergency care, interaction, mental disorder, challenges

Sisällys

1 Johdanto 1

2 Mielenterveyspotilaan ensihoito ja vuorovaikutus 2

2.1 Keskeiset käsitteet 2
2.2 Yleiset mielenterveyden häiriöt ensihoidossa 3
2.2.1 Ahdistuneisuushäiriöt 3
2.2.2 Masennus ja muut mielialahäiriöt 5
2.2.3 Psykoottiset häiriöt 6
2.2.4 Elämäntilanteisiin liittyvät häiriöt ja akuutit kriisit 8
2.2.5 Dissosiaatiohäiriöt ja persoonallisuuden häiriöt 9
2.2.6 Syömishäiriöt 11
2.3 Mielenterveyspotilaan ensihoito 12
2.3.1 Ensihoitotehtävä 12
2.3.2 Päihtynyt potilas 13
2.3.3 Itsetuhoinen potilas 15
2.3.4 Aggressiivinen potilas ja työturvallisuus ensihoidossa 16
2.4 Vuorovaikutus hoitotyössä 17
2.5 Vuorovaikutus mielenterveyspotilaan kanssa 19
2.6 Ensihoitajien koulutus 19

3 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset 20

4 Opinnäytetyön menetelmät 21

4.1 Kuvaileva kirjallisuuskatsaus 21
4.2 Tiedonhaku ja aineiston valinta 21
4.3 Aineiston kuvaus 22
4.4 Sisällönanalyysi 22

5 Sisällönanalyysin tulokset 24

5.1 Ensihoitajien henkilökohtaiset ominaisuudet 25
5.2 Ensihoitajien negatiivinen suhtautuminen mielenterveyspotilaisiin 26
5.3 Potilaslähtöinen hoito 26
5.4 Ensihoitajien ammatillisen osaamisen puute 28
5.5 Huono ja riittämätön kommunikaatio 29
5.6 Ensihoitajista riippumattomat tekijät 29

6 Pohdinta 30

6.1 Tulosten tarkastelu 30
6.2 Eettisyys ja luotettavuus 32
6.3 Johtopäätökset 34
6.4 Jatkotutkimusehdotukset 35
6.5 Ammatillinen kasvu 36

Lähteet 38

Liitteet

Liite 1. Yhteenvetotaulukko tutkimuksista

Liite 2. Tiedonhakutaulukko

1 Johdanto

Mielenterveys on hyvinvoinnin tila, jossa ihminen pystyy näkemään omat kykynsä, työskentelemään, osallistumaan yhteisönsä toimintaan ja selviytyy elämään kuuluvista haasteista (World Health Organisation 2013: 6). Mielenterveyden häiriöllä tarkoitetaan erilaisia psykiatrisia häiriöitä, joissa henkilön mieliala, tunteet, ajatukset tai käytös rajoittavat elämää, aiheuttavat pitkäaikaista kärsimystä tai haittaavat toimintakykyä tai ihmissuhteita (Huttunen 2022). Ensihoito voidaan hälyttää paikalle sekä akuuteissa tilanteissa että pitkäaikaisen psyykkisen sairauden pahenemisen vuoksi (Alanen & Jormakka & Kosonen & Saikko 2018: 195).

Vähintään joka viides suomalainen kokee vuoden aikana mielenterveyden häiriöitä ja joka viides sairastuu elämänsä aikana masennukseen (Mieli Suomen Mielenterveys ry 2021). Mielenterveysongelmat ovat siis yleisiä ja ne muodostavatkin yhdessä päihteiden ongelmakäytön kanssa suurimman kansanterveyden uhan Suomessa (Kopteff 2022: 32). Vuonna 2021 psykiatrista erikoissairaanhoitoa Suomessa sai 225 037 potilasta, määrä on ollut nousussa viime vuosina (THL 2022).

Tässä opinnäytetyössä selvitetään vuorovaikutuksen haasteita mielenterveyspotilaan ensihoidossa. Aihe valittiin sen ajankohtaisuuden vuoksi, sillä mielenterveyden häiriöistä kärsivien määrän viimeaikainen kasvu näkyy myös ensihoidossa. Yleisyydestään huolimatta näiden potilaiden ensihoitoon ei ole kunnollisia toimintamalleja tai ohjeita. Käytännön hoitotyössä tämä ilmenee esimerkiksi osaamattomuutena, huonoina asenteina ja ennakkoluuloina. (Kopteff 2022: 32.)

Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa aiheesta ajantasaista kirjallista tietoa, jonka avulla voidaan kehittää ensihoitajien koulutusta sekä käytännön hoitotyötä. Aiheesta on tehty kansainvälisesti hyvin rajallisesti tutkimuksia, eikä aihetta ole Suomessa tutkittu tarkemmin, joten opinnäytetyö on merkittävä alan kannalta. Opinnäytetyö toteutetaan kuvailevana kirjallisuuskatsauksena eri maissa tehdyistä ajankohtaisista tutkimusartikkeleista. Aineiston analysointiin käytetään induktiivista eli aineistolähtöistä sisällönanalyysiä. Opinnäytetyön tilaajana on Metropolia Ammattikorkeakoulu.

2 Mielenterveyspotilaan ensihoito ja vuorovaikutus

2.1 Keskeiset käsitteet

Taulukko 1. Käsitteet

Käsite	Selitys
Vuorovaikutus	Ihmisten välistä sanallisten ja sanattomien viestien kohtaamista, jossa korostuu osapuolten välinen kunnioitus ja tasavertaisuus (Rautava-Nurmi & Westergård & Henttonen & Ojala & Vuorinen 2020: 37).
Mielenterveys	Yksilön henkisen hyvinvoinnin ja vastustuskyvyn tila, jossa ihminen ymmärtää omat kykynsä ja pystyy työskentelemään sekä toimimaan yhteisönsä jäsenenä. Mielenterveyden tilaa voivat kuvata mm. onnellisuus, itsetunto, elämänlaatu ja toimintakyky. (Hämäläinen & Kanerva & Kuhanen & Schubert & Seuri 2019: 21–22.)
Mielenterveyden häiriö	Yleisnimi erilaisille psykiatrisille häiriöille, jossa ilmenee merkittäviä psyykkisiä oireita, joihin liittyy kärsimystä tai haittaa (Hämäläinen ym. 2019: 224).
Ensihoito	Äkillisesti sairastuneen tai loukkaantuneen potilaan kiireellisen hoidon antamista ja tarvittaessa potilaan kuljettamista hoitoyksikköön (Sosiaali- ja terveysministeriö).

Mielenterveyslaki	Laki, jossa on säädetty mielenterveyspalvelujen järjestämisestä, mielenterveystyöstä ja tahdosta riippumattomasta psykiatrisesta hoidosta (Mielenterveyslaki 1116/1990).
Potilaslähtöisyys	Potilaan tarpeisiin perustuva hoitotyön tapa, jossa potilas on mukana vaikuttamassa hoidon suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin (Hämäläinen ym. 2019: 140).
Empatia	Eläytyminen toisen ihmisen tilanteeseen ja tunteisiin, hoitajalle tärkeä taito ammatillisesti (Hämäläinen ym. 2019: 150).

2.2 Yleiset mielenterveyden häiriöt ensihoidossa

Tässä osiossa tarkastellaan yleisiä mielenterveyden häiriöitä sekä niiden ensihoitoon liittyviä erityispiirteitä. Häiriöitä tarkastellaan myös vuorovaikutuksen haasteiden näkökulmasta niiden häiriöiden osalta, joista aiheeseen liittyvää tietoa on saatavilla. Yleisten häiriöiden selvittämisessä on käytetty apuna Duodecim Terveyskirjaston listaa mielenterveyden häiriöistä (Huttunen 2022).

2.2.1 Ahdistuneisuushäiriöt

Ahdistuneisuushäiriöt ovat yleisimpiä mielenterveyshäiriöitä, väestöstä 25 prosenttia kärsii ahdistuneisuushäiriöstä jossain elämän vaiheessa (Lepola & Koponen & Leinonen & Joukamaa & Isohanni & Hakola 2008: 77). Ahdistuneisuushäiriöistä yleisimpiä ovat paniikkihäiriö, yleistynyt ahdistuneisuushäiriö, sosiaalisten tilanteiden pelko sekä julkisten paikkojen pelko. Ahdistuneisuushäiriöihin kuuluu myös pakko-oireinen häiriö. (Ahdistuneisuushäiriöt. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2022.)

Ahdistuneisuushäiriöllä tarkoitetaan toimintakykyä ja elämänlaatua heikentäviä psykiatrisia häiriöitä, joille ominaista on voimakas jatkuva tai kohtauksittainen uhan ja ahdistuneisuuden tunne. Tätä saatetaan yrittää hallita välttämiskäyttäytymisellä, eli välttämällä ahdistusta aiheuttavia tekijöitä. Yleisiä ahdistukseen liittyviä somaattisia oireita voivat olla muun muassa sydämentykytys, pahoinvointi, vapina, levottomuus, pelokkuus, keskittymisvaikeus, tihentynyt virtsaamistarve, ilman loppumisen tunne ja unihäiriöt. (Ahdistuneisuushäiriöt. Käypä hoito -suositus 2019.)

Yleistyneessä ahdistuneisuushäiriössä henkilö kokee jatkuvaa ahdistuneisuutta ja huolestuneisuutta ilman kykyä hallita sitä. Tähän voi liittyä arkipäivän tapahtumiin liittyviä pelkoja ja jännitystä. Sosiaalisten tilanteiden pelosta kärsivät kokevat ahdistusta erilaisissa sosiaalisissa tilanteissa ja pelkäävät huomion kohteeksi joutumista tai nolatuksi tulemista. (Ahdistuneisuushäiriöt. Käypä hoito -suositus 2019.)

Agorafobia eli julkisten paikkojen pelko ilmenee ahdistuksena esimerkiksi väkijoukoissa, julkisilla paikoilla tai yksin matkustaessa. Henkilö voi myös pelätä tai välttää kokonaan kotoa lähtemistä. (Ahdistuneisuushäiriöt. Käypä hoito -suositus 2019.) Paniikkihäiriölle tunnusomaista on toistuva, kohtauksittainen ahdistus, johon liittyy autonomisen hermoston oireita, kontrollin menettämisen ja sekoamisen sekä kuoleman pelkoa. Ahdistuskohtaukset alkavat yllättäen joko ajasta tai paikasta riippumatta tai tietyissä pelätyissä ja vältellyissä paikoissa. (Lepola ym. 2008: 84)

Pakko-oireinen häiriö eli OCD ilmenee erilaisina normaalia toimintaa vaikeuttavina pakkoajatuksina ja -toimintoina, jotka tuntuvat ahdistavilta ja ovat tilanteeseen nähden liiallisia (Heikkinen-Peltonen & Innamaa & Virta 2020: 110). Yleisimpiä oireita ovat peseytymis- tai tarkistamispakko, laskeminen, järjestely, kyseleminen, pakonomainen rukoilu ja toistuvien rauhoittavien vakuutusten vaatiminen. Tyypillisesti henkilö tunnistaa, että toiminta on liiallista tai tarpeetonta, mutta ei pysty vastustamaan pakonomaista tunnetta. (Rovasalo 2022.)

Näistä ensihoidossa useimmiten kohdattavia ovat paniikkikohtaukset ja yleistynyt ahdistuneisuushäiriö. Usein potilaan rauhoittelu, hengitysharjoitukset ja rentoutuminen auttavat paniikkikohtauksen ohittumiseen muutamassa minuutissa. Yleistynyt ahdistuneisuushäiriö voi pahentua akuutisti esimerkiksi jonkin merkittävän elämäntapahtuman seurauksena. Näitä potilaita voidaan hoitaa samankaltaisesti kuin paniikkikohtauksesta kärsiviä. Potilaat saattavat tarvita myös rauhoittavaa lääkitystä. (Hawley & Singhal & Roberts & Atkinson & Whelan 2011a: 234–235.) On kuitenkin tärkeää tutkia potilas ko-

konaisvaltaisesti mahdollisten somaattisten vaivojen varalta. Satunnaiset paniikkikohtaukset eivät vaadi varsinaista pidempiaikaista hoitoa, mutta niiden ollessa toistuvia tai potilaan ollessa jatkuvasti ahdistunut, tulee hänet ohjata jatkohoitoon. (Phipps & Lugg 2016: 86.)

2.2.2 Masennus ja muut mielialahäiriöt

Mielialahäiriöt ovat mielenterveyden häiriöitä, joihin liittyy mielialan vaihtelua (Heiskanen & Salonen & Sassi 2006: 131). Mielialahäiriöihin kuuluvat masennus ja kaksisuuntainen mielialahäiriö eri muotoineen. Näiden oireet voivat kestää viikoista vuosiin ja osalla ihmisistä voi olla uusiutuvia mielialahäiriöitä. Näillä mielenterveyden häiriöillä on yleensä jokin laukaiseva tekijä, kuten esimerkiksi jokin menetys tai epäonnistuminen. (Heikkinen-Peltonen ym. 2020: 127–128.)

Lähes viidesosa suomalaisista sairastaa masennusta jossain vaiheessa elämäänsä. Masennuksen tavanomaisia oireita ovat synkkä mieliala, väsymys, tyytymättömyys, ärtyneisyys sekä toivottomuuden ja huonommuuden tunne. Monet asiat vaikuttavat masennuksen alkamiseen; esimerkiksi perinnöllisyys, elämänkriisi, menetys, pimeä tai pitkä talvi ja pitkäaikainen päihteiden käyttö. (Heikkinen-Peltonen ym. 2020: 128.) Masentuneisuus voi heikentää ajattelua, lähimuistia sekä päätöksenteko- ja keskittymiskykyä. Masennukseen voi usein liittyä myös liiallista nukkumista tai unettomuutta. Myös ruokahalussa voi olla muutoksia. (Heiskanen ym. 2006: 133.)

Masennus voi esiintyä eri muodoissa, kuten esimerkiksi synnytyksen jälkeisenä masennustilana tai kaamosmasennuksena eli vuodenaikamasennuksena. Masennuksessa ihmisen itsetunto heikkenee ja saattaa ilmetä toistuvia ajatuksia kuolemasta ja itsetuhoisuudesta. (Heiskanen ym. 2006: 133.) Masentunut ihminen kärsii usein myös ahdistuksesta (Kopakkala 2009: 10–11, 22).

Kaksisuuntainen eli bipolaarinen mielialahäiriö ilmenee maanisilla tai hypomaanisilla ja depressiivisillä jaksoilla. Kun ihmisellä on hypomaaninen jakso, hän on rauhaton, kärsimätön, puhelias, vilkas ja keskittymiskyvytön. Tällöin myös unentarve on vähentynyt ja seksuaalivietti voimistunut. (Heikkinen-Peltonen ym. 2020: 132.) Maniassa ihminen voi muuttua psykoottiseksi, mikä ilmenee esimerkiksi suuruusharhaluuloina, yli-ihmiseksi kohottavina kuulohallusinaatioina tai vainoamisajatuksina (Kaksisuuntainen mielialahäiriö. Käypä hoito -suositus 2021).

Masennusjakson aikana esiintyy mielialan ja toimintakyvyn heikkenemistä sekä häiriöitä kognitiivisissa toiminnoissa, kuten lähimuistissa ja keskittymiskyvyssä. Näiden jaksojen välissä on yleensä täysin oireeton vaihe. Monesti bipolaariseen mielialahäiriöön liittyy myös alkoholin liikakäyttö. Suomalaisista 1,4–3 prosenttia sairastaa kaksisuuntaista mielialahäiriötä. Sairaudelle voi olla altistunut perinnöllisesti ja sen voi laukaista jokin kuormittava stressitilanne, kuten menetys, muutto tai avioero. (Heikkinen-Peltonen ym. 2020: 132.)

Kun on kyse vakavasta tai psykoottisesta masennuksesta, jolloin myös itsetuhoisuuden tai itsemurhan riski on suuri, ensihoito voidaan kutsua paikalle (Hawley ym. 2011a: 233). Tällöin, jos tilanne sallii, voidaan käyttää esimerkiksi PHQ-9-terveyskyselyä, joka on monivalintainen yhdeksästä kysymyksestä koostuva kysely masennuksen seulontaan ja vakavuuden arviointiin (PHQ-9 terveyskysely. Käypä hoito -suositus 2016.) Terveyskyselyn tulosta ei kuitenkaan voi käyttää suoraan diagnoosina, vaan potilaan hoidon tarve ja tilanteen kiireellisyys on pääteltävä oman kliinisen arvioinnin perusteella (Hawley ym. 2011a: 233–234).

2.2.3 Psykoottiset häiriöt

Psykoottiset häiriöt ovat ohimeneviä tai pidempikestoisia häiriötiloja, joihin liittyy aistiharhoja, harha-ajatuksia ja/tai poikkeavaa käyttäytymistä. Psykoottisiin häiriöihin kuuluvat muun muassa akuutti psykoosi, harhaluuloisuushäiriöt ja vaikea-asteisimpana skitsofrenia. (Noppari & Kiiltomäki & Pesonen 2007: 85.) Suomessa psykoosisairauksien elämänaikainen esiintyvyys on noin 3,5 % ja skitsofreniaa sairastaa prosentti suomalaisista (Psykoosit. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2022).

Psykoosin ensioireet voivat ilmetä esimerkiksi unenpuutteena, ruokailun laiminlyömisenä, eristäytymisenä tai fyysisen kunnon huonontumisena. Myös päihteet, raskaus tai synnytys voivat altistaa ohimenevälle psykoottiselle oireilulle. Psykoottisessa tilassa havaintokyky ja ajattelu vääristyvät, mikä aiheuttaa ahdistuneisuutta, neuvottomuutta, stressiä ja hämmennystä. (Heikkinen-Peltonen ym. 2020: 139–140.)

Skitsofrenia on vakava psykoottinen mielenterveyden häiriö, joka aiheuttaa psykoosioireita, oppimisen ja tiedon prosessoinnin vaikeutta, sosiaalisia ongelmia sekä yleisen toimintakyvyn laskua (Heikkinen-Peltonen ym. 2020: 142). Skitsofreniaa sairastavalla voi ilmetä voimakkaita harha-ajatuksia eli deluusioita tai käyttäytymistä kommentoivia kuulohallusinaatioita eli aistiharhoja. Skitsofrenialle altistavat esimerkiksi perinnölliset

tekijät, raskaus- ja synnytyskomplikaatiot, aivojen rakennemuutokset, keskushermostoinfektiot ja psykologiset tekijät, kuten äidin stressi tai raskausajan masennus. (Lepola ym. 2008: 39, 42.)

Harhaluuloisuushäiriöissä ilmenee harhaluuloja, jotka voivat olla esimerkiksi tunne seuratuksi, myrkytetyksi, tartutetuksi tai petetyksi tulemisesta tai pelko sairastumisesta. Harhaluuloisuushäiriöt poikkeavat skitsofreniasta, sillä harhaluulot eivät pääsääntöisesti ole sisällöltään outoja ja henkilön toimintakyky tai käyttäytyminen ei ole vakavasti heikentynyt. Harhaluuloisuushäiriöitä on erityyppisiä: vainoharhainen, mustasukkaisuusharhainen, erotomaanisesti harhainen, suuruusharhainen ja somaattisharhainen muoto. Harhaluuloisuushäiriöt alkavat yleensä keski-iässä tai sen jälkeen. (Huttunen 2018b.)

Ensihoidossa kohdattavia yleisiä psykoottisia häiriöitä ovat skitsofrenia ja akuutit psykoosit, kuten huumeiden käyttöön liittyvät psykoosit. Akuutti psykoosi voi olla odottamaton ja siihen voi myös liittyä itsetuhoisuuden riski. Näissä tapauksissa potilaan turvallisuuden huomiointi on ensisijaista ja kuljettaminen psykiatriseen hoitoon on aiheellista. (Hawley ym. 2011a: 235.) Nämä potilaat voivat olla myös hyvin pelokkaita ja ahdistuneita, mikä hoitajan tulee huomioida vuorovaikutuksessa (Phipps & Lugg 2016: 83).

Skitsofreniaan liittyvät oireet voivat tehdä potilaan hoidon tarpeen arvioinnista ja vuorovaikutuksesta haastavaa. Potilaat saattavat esimerkiksi toimia päässään kuulemiensa äänten mukaan, puhua itsekseen tai heillä voi olla puheeseen liittyviä häiriöitä. Nämä voivat ilmetä esimerkiksi sanojen tai lauseiden toistolla, ymmärtämättömällä puheella tai sanojen käyttämisellä, joilla ei ole merkitystä. Näiden potilaiden hoito vaatii hyviä vuorovaikutustaitoja, kärsivällisyyttä ja myötätuntoa. (Bryan & Mistovich & Krost & Limmer 2009: 64–65, 68.)

Arvioidessa potilaan hoidon tarvetta varmistetaan, ettei potilaan oireiden taustalla ole vakavaa somaattista sairautta. Skitsofreniaa muistuttavia oireita voivat aiheuttaa esimerkiksi pään traumat, erilaiset infektiot, dementia tai päihteiden käyttö. Tavallisen arvion lisäksi on tärkeää huomioida ja kirjata esimerkiksi potilaan mieliala, puhe, harkintakyky ja muistin tila. Potilas saattaa tiedostaa oireensa ja elää kuin kahdessa maailmassa. Potilaan uskomaa ei tule väheksyä tai kyseenalaistaa, mutta hoitajan haasteena onkin potilaan ohjaaminen takaisin nykyhetkeen. (Bryan ym. 2009: 65-66, 69-70.)

2.2.4 Elämäntilanteisiin liittyvät häiriöt ja akuutit kriisit

Akuutin stressireaktion voi aiheuttaa jokin järkyttävä tapahtuma ihmisen elämässä kuten kuolema, vakava loukkaantuminen tai sen uhka. Akuutin stressireaktion yhteydessä ihmisellä voi ilmetä dissosiatiivisia oireita, joihin liittyy tunnereaktioiden puuttuminen, vähentynyt tietoisuus ympäristöstä, itsensä ja ympäristön vieraaksi kokeminen ja muistikatkot traumaan liittyvistä asioista. Akuutin stressireaktion oireet kestävät yleensä kahdesta päivästä neljään viikkoon. (Huttunen 2018a.)

Traumaperäinen stressihäiriö ilmenee pitkittyneenä tai viivästyneenä reaktiona rasittavalle ja poikkeuksellisen uhkaavalle tai katastrofaaliselle tapahtumalle, joka aiheuttaa voimakasta ahdistuneisuutta sen kokeneelle. Stressihäiriön oireina ovat jatkuvat ja voimakkaat muistikuvat traumaattisesta tapahtumasta, painajaisunet, ahdistuneisuus, ärtymys, vihanpuuskat, ylivireysoireet, keskittymisvaikeudet, varuillaan oleminen ja säpsähtely. Yleensä traumaperäistä stressihäiriötä sairastava henkilö yrittää välttää tilanteita, jotka muistuttavat koettua tapahtumaa. (Lönnqvist ym. 2021.)

Sopeutumishäiriö syntyy usein merkittävän elämänmuutoksen tai rasittavan elämäntilanteen seurauksena. Sopeutumishäiriössä ihminen voi kokea masennusta, ahdistuneisuutta tai huolestuneisuutta. Tällöin myös henkilön sosiaalinen toimintakyky heikkenee ja tulee tuntemuksia siitä, että ei selviydy nykyisestä tilanteestaan. Kyky suorittaa päivittäisiä toimintoja voi heikentyä. Sopeutumishäiriötä sairastavalla nuorella voi esiintyä myös aggressiivisuutta ja epäsosiaalista käytöstä. (Heikkinen-Peltonen ym. 2020: 120.)

Traumaattinen psyykkinen kriisi johtuu äkillisestä ja järkyttävästä tapahtumasta henkilön elämässä. Tällainen tapahtuma voi olla esimerkiksi läheisen äkillinen ja odottamaton kuolema, onnettomuus, työttömyys, väkivallan kohtaaminen tai ero. Koettu trauma vaikuttaa ihmisen koko elämään ja uhkaa hänen uskomusjärjestelmäänsä. Psyykkinen kriisi etenee yleensä neljässä vaiheessa; sokkivaihe, reaktiovaihe, työskentelyvaihe ja uudelleen suuntautumisen vaihe. (Heikkinen-Peltonen ym. 2020: 70–71.)

Sokkivaiheessa ihminen ei vielä kykene käsittelemään tapahtunutta. Tällöin henkilö voi vielä käyttäytyä rauhallisesti. Psyykkisen sokin ilmeneminen on yksilöllistä, sillä ihminen voi myös muuttua toimintakyvyttömäksi ja apaattiseksi. Levottomuutta, tuskaisuutta, huutamista ja itkemistä voi myös esiintyä sokkivaiheessa. (Lönnqvist ym. 2021.) Pitkäkestoisissa ja erittäin tuskallisissa traumaattisissa tapahtumissa esiintyy myös dissosiaatiota, jolloin ihminen voi esimerkiksi kokea olevansa itsensä ulkopuolella. Tällöin

henkilö kokee tapahtuneen epätodelliseksi, tai että se tapahtui jollekin toiselle. Sokkivaihe kestää yleensä hetkistä päiviin. (Heikkinen-Peltonen ym. 2020: 71.)

Ensihoidossa voi tulla vastaan psyykkisessä sokissa oleva henkilö. Tässä tilanteessa on hyvä tunnistaa psyykkisen sokin merkit nopeasti, jotta potilaalle voidaan saada välittömästi kriisiapua. Potilasta haastatellessa on tärkeää huomioida hänen mahdolliset olemassa olevat psyykkiset sairautensa, sillä ne voivat pahentua sokin takia. Ensihoitaja ei saa jättää sokissa olevaa henkilöä yksin. (Alanen ym. 2018: 204.)

2.2.5 Dissosiaatiohäiriöt ja persoonallisuuden häiriöt

Dissosiaatiossa syntyy katkoksia mielen rakenteiden, esimerkiksi tunteiden, ajattelun, toiminnan ja identiteetin välille. Lievät dissosiaatio-oireet ovat tavallisia. Niitä voi ilmetä esimerkiksi vaipuessa päiväunelmiin tai ajaessa autoa pitkään. Oireiden kestäessä pitkään ja aiheuttaessa haittaa puhutaan dissosiaatiohäiriöstä. (Rovasalo 2021.)

Dissosiaatiohäiriöitä ovat dissosiatiivinen muistinmenetys, dissosiatiivinen identiteettihäiriö ja depersonalisaatiohäiriö. Dissosiatiivinen muistinmenetys liittyy traumaattisiin tapahtumiin, jossa muistin toimiessa muuten hyvin tietyt tapahtumat on vaikea palauttaa mieleen. Dissosiatiivisessa identiteettihäiriössä ihmisen identiteetti on ikään kuin rikki ja hänellä on kaksi erillistä persoonallisuuden tilaa, jotka vaihtelevat äkillisesti. Depersonalisaatiossa ihminen kokee itsensä epätodelliseksi ja on vieraantunut itsestään. (Rovasalo 2021.)

Dissosiaatiohäiriöt kehittyvät monesti lapsuudessa, jossa lapsi kokee pitkäaikaisen trauman, kuten tulee seksuaalisesti hyväksikäytetyksi tai laiminlyönnin uhriksi. Tämä vaurioittaa elimistön puolustusrakenteen ja persoonan kehittymistä. Dissosiaatio voi ilmetä sekä somaattisina että psyykkisinä oireina. Tavallisia oireita voivat olla esimerkiksi painajaiset, unissakävely, muistin menetys ja äänten kuuleminen. Usein dissosiaatiohäiriöstä kärsivät hakeutuvat hoitoon jonkin muun syyn, kuten itsetuhoisuuden, masennuksen tai ahdistuksen takia. (Suokas-Cunliffe & Van Der Hart 2006.)

Dissosiaatiohäiriö voi olla vaikea tunnistaa akuutissa tilanteessa. Esimerkiksi itsemurhayrityksen tai toistuvien yritysten taustalla voi olla dissosiaatiohäiriö. Nämä häiriöt liittyvät usein muihin psyykkisiin häiriöihin. Haastavaksi näiden potilaiden hoidon tekee käytöksen muutokset ja se, ettei henkilö välttämättä muista tietoja itsestään tai tapahtuneesta. Mahdollisuuksien mukaan voidaan käyttää omaisia tiedonlähteenä. (Tesfaye & Alemayehu & Masane 2019: 512–513, 516.) Näin voidaan selvittää esimerkiksi potilaan

historiaa, normaalia käytöstä ja aiempia traumoja, jotka voisivat mahdollisesti viitata dissosiaatiohäiriöön (Ross 2015: 117).

Persoonallisuushäiriöt ovat poikkeavina personallisuuspiirteinä ilmeneviä pitkäaikaisia mielenterveyshäiriöitä. Henkilö ei välttämättä itse tunnista häiriötä, mutta nämä usein haittaavat toimintakykyä ja sosiaalisia suhteita. Persoonallisuushäiriöistä kärsivillä on usein vaikeuksia empatiassa, normaaleissa ihmissuhteissa, opiskelussa ja työelämässä. Persoonallisuushäiriöt on jaettu epäluuloiseen, eristäytyvään, epäsosiaaliseen, tunne-elämältä epävakaaseen, huomionhakuiseen, vaativaan, estyneeseen ja riippuvaiseen persoonallisuuteen. (Lepola ym. 2008: 109–110.) Arviolta 5–15 % aikuisista kärsii erilaisista persoonallisuushäiriöistä (Huttunen 2018c).

Häiriön luonteen mukaan henkilöllä korostuu tietty persoonallisuuden piirre, mikä aiheuttaa jatkuvaa haittaa. Persoonallisuushäiriö voi alkaa kehittyä lapsuudessa tai nuoruudessa, mutta myös aikuisiällä psykiatriset sairaudet ja stressitilanteet voivat laukaista persoonallisuushäiriön. Altistavia tekijöitä ovat esimerkiksi lapsuuteen liittyvät traumat, kehitysvaiheeseen liittyvät häiriöt ja käyttäytymishäiriöt. (Noppari ym. 2007: 82.)

Persoonallisuushäiriöistä ensihoidossa useimmiten esiintyvät epävakaa ja epäsosiaalinen persoonallisuushäiriö (Hawley ym. 2011a: 231). Persoonallisuushäiriön johtaessa akuuttiin kriisiin voi hoidon tarpeen arvioiminen ja oireiden tunnistaminen olla haastavaa. Epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivä potilas saattaa hoitotilanteessa vetäytyä äkillisesti. Näillä potilailla voi olla myös hoitohistoriassa vaikeuksia hoitoon sitoutumisessa oireiden luonteen vuoksi. (Jamieson 2015: 386–388.)

Hoitotilanteessa hoitajan tulisi pysyä rauhallisena ja pyrkiä ymmärtämään kriisi potilaan näkökulmasta pysymällä empaattisena ja välttämällä potilaan vähättelemistä. Haasteena on myös arvioida potilaan riskiä vahingoittaa itseään tai muita ja tähän tulee aina reagoida välittömästi. Hoitotilanteessa tulisi muodostaa kokonaiskuva tilanteesta ja ongelmasta, ennen kuin tarjotaan ratkaisuja. (Jamieson 2015: 391.)

Akuuteissa tilanteissa epäsosiaalisesta persoonallisuushäiriöstä kärsivän motiivina soittaa apua voi olla esimerkiksi saada vuodepaikka yöksi sairaalasta tai poliisin välttely. Tilanteet ovat yhä haastavampia, jos potilas on käyttänyt päihteitä. Näissä tilanteissa ensihoitajan haasteena on pitää positiivinen ja hoitoon kannustava asenne poti-

lasta kohtaan, eikä pyrkiä rankaisemaan potilasta. Potilasta on hyvä kannustaa löytämään ratkaisuja tilanteeseen ja vahvistamaan selviytymiskeinoja. (Hawley ym. 2011a: 233).

2.2.6 Syömishäiriöt

Yleisimpiä syömishäiriöitä ovat anoreksia, bulimia ja BED. Syömishäiriö alkaa yleensä psykososiaalisen stressin seurauksena, jolloin syömistottumukset alkavat muuttua. Syömishäiriöt aiheuttavat usein pyykkistä kärsimystä ja toimintakyvyn heikkenemistä. Syömishäiriö alkaa yleisimmin 15–20 ikävuoden välillä. (Heikkinen-Peltonen ym. 2020: 155–156.)

Anoreksia eli laihuushäiriö esiintyy yleisimmin murrosikäisillä tytöillä (Heiskanen ym. 2006: 126). Anoreksian pääoireina ovat merkittävä ja itseaiheutettu painon lasku, lihavaksi tulemisen pelko alipainoisuudesta huolimatta, kuukautisten poisjääminen vähintään kolmen peräkkäisen kuukautiskierron verran ja painon nousun rajoittaminen syömistä vähentämällä ja runsaalla liikunnalla. Seksuaalinen mielenkiinto voi myös heikentyä osana laihuushäiriötä. (Keski-Rahkonen & Charpentier & Viljanen 2010: 14–16). Anoreksiaa sairastava ihminen kokee oman kehonsa vääristyneeksi ja tähän liittyy itseinhoa, ahdistuneisuutta, täydellisyyteen pyrkimistä, pakonomaista ajattelua ja käyttäytymistä, mielialan vaihteluja ja itsetuhoisuutta (Heikkinen-Peltonen ym. 2020: 156–157).

Anoreksia voi usein johtaa akuutteihin terveysongelmiin, jolloin ensihoito voidaan kutsua paikalle. Tällaiset terveysongelmat ovat esimerkiksi elektrolyyttien epätasapaino, hypoglykemia, sydämen johtumishäiriöt ja mahalaukun tai ruokatorven repeämä. Tällaisessa tilanteessa potilaan tilan arvioinnin jälkeen, hänet on vietävä sairaalaan jatkotutkimuksiin ja hoitoon. (Hawley & Singhal & Roberts & Atkinson & Whelan 2011b: 305.)

Bulimian eli ahmimishäiriön keskeisiä oireita ovat toistuvat ahmimiskohtaukset, jotka yleensä toteutuvat salassa ja joissa ihminen kokee menetettävänsä syömisen hallinnan (Keski-Rahkonen ym. 2010: 19–21). Bulimia on yleisempi kuin anoreksia; bulimian oireita esiintyy 20–40 prosentilla nuorista naisista (Heikkinen-Peltonen ym. 2020: 158). BED (binge eating disorder) on yleisin syömishäiriö, joka esiintyy ahmimisvaiheina, mutta ilman oksentelua taikka muita painon hallinnan keinoja. Tähän syömishäiriöön liittyy suurta psyykkistä kärsimystä, häpeää ja ahdistusta. Jos häiriötä ei hoideta, se voi johtaa vaikea-asteiseen lihavuuteen. (Keski-Rahkonen ym. 2010: 21–22.)

2.3 Mielenterveyspotilaan ensihoito

Ensihoito on äkillisesti sairastuneen tai loukkaantuneen potilaan kiireellisen hoidon antamista ja tarvittaessa potilaan kuljettamista hoitoyksikköön (Sosiaali- ja terveysministeriö). Ensihoidossa kohdattavia yleisimpiä mielenterveyden häiriöitä ovat muun muassa akuutti psykoosi, itsetuhoisuus, paniikkihäiriö tai muu akuutti kriisi, kuten läheisen menettäminen tai väkivallan kohteeksi joutuminen (Naarajärvi & Telkki 2019: 346–347). Tässä luvussa käsitellään mielenterveyspotilaan ensihoitotehtävän eri vaiheita, työturvallisuutta sekä mahdollisia erityistilanteita, kuten itsetuhoisen, päihtyneen tai aggressiivisen potilaan ensihoitoa ja siihen liittyviä haasteita.

2.3.1 Ensihoitotehtävä

Ensihoitotehtävät on jaettu neljään kiireellisyysluokkaan (A-D) sen mukaan, miten nopeasti potilas tulee tavoittaa ja millainen peruselintoimintojen häiriön riski potilaalla on (Naarajärvi & Telkki 2019: 26). Mielenterveyden häiriöissä ensihoito hälytetään paikalle usein erilaisissa kriisitilanteissa ja voinnin nopeissa muutoksissa, joissa normaalit tukimuodot eivät ole riittäviä, tai niitä ei ole saatavilla (Alanen ym. 2018: 195). Mielenterveyshäiriöstä kärsivän potilaan ensihoitoon valmistautuessa tärkeää on taktiikan suunnittelu ja työturvallisuuden huomiointi. Ennen kohteeseen menoa on hyvä selvittää muun muassa kuka on hälyttänyt apua, tietääkö potilas, että apua on hälytetty, onko oireille tiedossa oleva syy tai sairaus, käyttääkö potilas päihteitä ja millä mielialalla hän on. (Naarajärvi & Telkki 2019: 246.)

Ensihoitotehtävän alussa potilaan tilasta tehdään ensiarvio, jolla pyritään selvittämään peruselintoimintojen tila ja välittömiä toimenpiteitä vaativat poikkeavuudet. Ensiarvio tehdään ensihoitajan omien aistien varassa ilman tutkimisen apuvälineitä. (Naarajärvi & Telkki: 114.) Ensihoitotehtävällä psyykkisesti oireilevalle tehdään ensiarvio kuten muille potilasryhmille. Sekavien potilaiden ensiarvioon tulee kiinnittää huomiota ja peruselintoimintojen huolellinen mittaaminen on tärkeää. Esimerkiksi kiihtynyt hengitystaajuus voi olla merkki psyykkisestä oireesta, mutta saattaa liittyä myös somaattiseen sairauteen. Mittauksiin ja tutkimuksiin sekä potilaan koskemiseen on hyvä kysyä lupa tilanteen rauhoittamiseksi. (Alanen ym. 2018: 196.)

Haastattelu on merkittävässä roolissa ensihoitotilanteessa. Potilasta on hyvä haastatella turvallisessa ja rauhallisessa paikassa. Tietoa voi saada tilanteesta riippuen myös

omaisilta. Tietoon kannattaa kuitenkin suhtautua varauksella. Pääoireen lisäksi selvitetään koko oirekuva, terveyshistoria, lääkitykset ja allergiat sekä sosiaalinen tausta ja sukuhistoria. Haastattelua jatketaan mahdollisen kuljetuksen aikana ja huolellinen kirjaaminen on tärkeää. Mielenterveyspotilasta haastatellessa on hyvä käyttää avoimia kysymyksiä. (Alanen ym. 2018: 195,197–201.)

Mielenterveyden häiriöiden hoito muodostuu potilaan tarpeiden mukaan perusterveydenhuollon mielenterveyspalveluista, psykiatrisesta sairaalahoidosta, lääkehoidosta, psykoterapiasta sekä päihde- ja sosiaalihuollon palveluista (Naarajärvi & Telkki 2019: 346). Vaikka ensihoidossa ei välttämättä aloiteta varsinaista hoitoa psykiatriselle potilaalle, on ensihoitajien tärkeää osata tunnistaa ja arvioida erilaisia psyykkisiä häiriöitä ja heillä on tärkeä rooli tällaisen potilaan hoitoketjun alkupäässä (Hawley ym. 2011b). Ensihoidossa tulisi tehdä arvio hoidon kiireellisyydestä ja mahdollisesta jatkohoitopaikasta (Alanen ym. 2018: 195).

Kun potilas ei tarvitse kuljetusta jatkohoitoon, korostuu ensihoidossa palveluohjaus. Palveluohjaus tarkoittaa potilaan ohjaamista hänen tarvitsemansa avun piiriin hoidon jatkuvuuden takaamiseksi. Palveluohjauksessa voidaan hyödyntää myös potilaan omia verkostoja, omaisia, potilasjärjestöjä tai vertaistukijoita. Palveluohjausta tehdään yhteistyössä potilaan kanssa sovittaen yhteen palveluita ja tukimuotoja. (Mönkkönen 2018: Luku 5.7. Palveluohjaus.) Korkeariskisissä tilanteissa, kuten itsemurhayrityksissä tai vakavissa psykoositiloissa potilaat kuljetetaan kuitenkin aina päivystykseen. (Itsemurhien ehkäisy ja itsemurhaa yrittäneen hoito. Käypä hoito -suositus 2022.) Kuljetuksen aikana voinnin seuranta perustuu haastattelun jatkumiseen ja saadut tiedot tulee kirjata huolellisesti (Alanen ym. 2018: 201).

2.3.2 Päihtynyt potilas

Suomessa päihteet aiheuttavat vuosittain lukuisia tapaturmia ja alkoholimyrkytys sekä huumeet ovat syy ennenaikaisiin kuolemiin (Salaspuro 2009: 897). Päihteiden käyttöön liittyvät mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt ovat yleisiä (Heiskanen ym. 2006: 151). Tietyt päihteet, kuten alkoholin tai stimulanttien yliannostus voi aiheuttaa esimerkiksi psykoosia tai äkillistä sekavuustilaa muistuttavia oireita (Salaspuro 2009: 897).

Riippuvuudella tarkoitetaan tilaa, jossa ihminen jää koukkuun johonkin aineeseen, asiaan tai toimintaan, josta saa välitöntä mielihyvää ja tyydytystä (Heiskanen ym. 2006: 151). Päihderiippuvuuden diagnostisiin kriteereihin kuuluvat esimerkiksi fyysiset vieroi-

tusoireet, sietokyvyn kasvu, voimakas halu käyttää ainetta ja sen jatkuva käyttö huolimatta haitallisista seurauksista. Yleisimpiä Suomessa käytettäviä päihteitä ovat alkoholi, kannabis, amfetamiini, ekstaasi, opioidit ja LSD. Runsas alkoholin käyttö on yhteydessä masennukseen ja ahdistuneisuuteen ja itsemurhariskin kasvuun. (Heikkinen-Peltonen ym. 2020: 164, 169, 171.) Huumeista muun muassa kannabis ja amfetamiini voivat aiheuttaa psykoottisia tiloja, äkillistä sekavuutta tai paniikkireaktioita somaattisten komplikaatioiden lisäksi (Huumeongelmat. Käypä hoito -suositus 2022).

Huumeiden aiheuttamat akuutit ja krooniset psykoosit johtuvat useimmiten amfetamiinin, metamfetamiinin, kokaiinin tai kannabiksen käytöstä. Suuremman määrän käyttö aiheuttaa suuremman taipumuksen psykoosiin. Opiaatit eivät aiheuta psykoosia. Akuutit tilat aiheuttavat oireita, jotka muutoin viittaavat skitsofreniaan tai maniaan, kuten vainoharhaisuutta, hallusinaatioita ja tunnehäiriöitä. Diagnoosi perustuu käytettyjen aineiden selvittämiseen, esimerkiksi huumeseulonnalla virtsasta. Akuutti psykoottinen reaktio voi hävitä 6–12 tunnissa tai kestää useita päiviä. Pitkään jatkuva huumeiden käyttö voi aiheuttaa myös kroonisen psykoottisen tilan. Jokainen psykoositapaus vaatii saman päivän sisällä ammattilaisen psykiatrisen arvion. (Hawley ym. 2011a: 235–236.)

Päihdepotilaat saattavat herättää hoitohenkilökunnassa turhautumista ja vastenmielisyyttä. Mahdollinen aggressiivisuus herättää myös pelkoa. Potilaaseen ei tulisi kohdistaa omia negatiivisia asenteita, koska se voi vaikuttaa hoidon laatuun negatiivisesti. (Salaspuro 2009: 903). Päihdepotilaat voivat yleisesti kokea itsensä torjutuksi ja eristyneeksi ja siksi tarvitsevat luottamuksen vahvistamista ja mahdollisuutta tulla kuulluksi (Heikkinen-Peltonen ym. 2020: 214). Potilaan ollessa päihtynyt hänellä on yhtäläinen oikeus saada terveydentilansa edellyttämää hoitoa ja osallistua sitä koskevaan päätöksentekoon (Hermanson 2006: 13, 16).

Päihtyneellä potilaalla on usein sekä psyykkisiä että somaattisia sairauksia ja jatkohoitopaikan valinta perustuu näiden vaatiman hoidon kiireellisyyden arviointiin. Akuuttihoidon yhteydessä arvioidaan myös päihdehuollon tarve. Päihtymys vaikeuttaa psyykkisen sairauden arvioimista. Päihtymyksen tilaa voidaan arvioida haastattelemalla potilasta, selvittämällä kontaktissa pysymisen taso tai alentuneen tajunnantason syvyys. Potilaalta on hyvä kysyä esimerkiksi mitä hän on ottanut, milloin ja kuinka paljon sekä selvittää, onko potilaan ajan ja paikan taju tallella. (Hermanson 2006: 13–14, 16–17.)

2.3.3 Itsetuhoinen potilas

Itsetuhoisuudella tarkoitetaan pyrkimystä tai käyttäytymistä, johon sisältyy itsensä vahingoittaminen tai henkeä uhkaavan riskin ottaminen. Itsetuhoisuuden muotoja ovat itsemurha-ajatukset, itsemurhasta puhuminen, keskeytynyt itsemurhayritys, itsemurhayritys tai itsemurha. Itsetuhoisuus voi ilmetä myös itsensä vahingoittamisena ilman tarkoitusta itsemurhasta. (Itsemurhien ehkäisy ja itsemurhaa yrittäneen hoito. Käypä hoito -suositus 2022.)

Mielenterveyden häiriöt lisäävät itsetuhoisuuden ja itsemurhan riskiä. Itsetuhoiseen käyttäytymiseen vaikuttavat myös esimerkiksi yksilölliset aivojen neurobiologiseen toimintaan liittyvät ominaisuudet ja perinnöllinen alttius. (Lönnqvist & Henriksson & Marttunen & Partonen 2021.) Riskiä lisäävät myös aiemmat itsemurhayritykset ja aiempi psykiatrinen sairaalahoito. Itsemurha-ajatuksien olemassaoloa tulee aktiivisesti tiedustella potilailta, joilla on mielenterveyden häiriö tai psyykkistä oireilua. (Tahvanainen & Riipinen & Jääskeläinen & Halt 2021.)

Itsensä satuttamista suunnittelevat eivät usein kerro asiasta terveydenhuollossa, mutta tällaisen potilaan voi tunnistaa esimerkiksi itsemurha-ajatuksista puhumisesta (Itsemurhien ehkäisy ja itsemurhaa yrittäneen hoito. Käypä hoito -suositus 2022). Itsetuhoisuus ei aina näy ulospäin ja myös täysin hallitusti käyttäytyvän henkilön mielessä voi liikkua tällaisia epätoivon ajatuksia ja mielikuvia. Näille henkilöille on suuri apu mahdollisuudesta ilmaista ajatuksiaan turvallisessa ympäristössä. (Lönnqvist ym. 2021.)

Itsetuhoisen potilaan kohtaaminen vaatii ammattilaiselta tiedollista valmiutta ja empatiaa. Empatia tarkoittaa eläytymistä toisen ihmisen tilanteeseen ja tunteisiin (Hämäläinen & Kanerva & Kuhanen & Schubert & Seuri 2019: 150). Ammattilaisen tulee pitää tilanne emotionaalisesti hallinnassa ja lähestyä potilasta avoimesti ja rohkeasti, eikä itsemurhasta puhuvaan tule kohdistaa ärtymystä. Kuolemantoiveista ja itsemurha-ajatuksista tulee kysyä suoraan.

Potilaan arvioinnissa tulisi selvittää itsemurha-ajatusten yksityiskohtaisuutta, niihin liittyviä mahdollisia suunnitelmia ja ajatusten vakavuutta, hallittavuutta ja ehkäisykeinoja. (Lönnqvist ym. 2021.) Itsemurhariskiä kartoittaessa tai itsemurhaa yrittänyttä arvioidessa selvitetään potilaan perussairaudet, elämäntilanne ja siihen liittyvät ongelmat, päihteiden käyttö, tukiverkosto, näkemys omasta tulevaisuudesta, syyllisyyden tai toi-

vottomuuden tunteet, omat tai läheisten itsemurhayritykset, kuolemantoiveet ja itsetuhoiset ajatukset, mahdollinen itsemurhasuunnitelma ja itsemurhavälineiden saatavuus. (Tahvanainen ym. 2021.)

Itsemurhayrityksessä suunnitelmat ovat muuttuneet toiminnaksi, jossa itseen kohdistetaan vahingollinen teko, johon liittyy jonkin asteinen kuolemantoive. Keskeytynyt itsemurhayritys tarkoittaa tilannetta, jossa itsemurhayrityksen keskeyttää jokin ulkopuolinen henkilö, tapahtuma, tai henkilö itse. (Itsemurhien ehkäisy ja itsemurhaa yrittäneen hoito. Käypä hoito -suositus 2022.) Ensihoidossa kohdatessa mahdollinen itsemurhayritys esimerkiksi intoksikaatioon tai tapaturmaan liittyen, selvitetään ja arvioidaan tapahtumien kulku. Tällaiset potilaat kuljetetaan aina päivystykseen myös keskeytyneen itsemurhayrityksen tapauksessa. (Itsemurhien ehkäisy ja itsemurhaa yrittäneen hoito. Käypä hoito -suositus 2022.)

Itsemurhayritykseen liittyy usein jokin potilaan tärkeänä pitämä kokemus, asia tai viesti, johon ammattilaisen tulee akuutissa tilanteessa kiinnittää huomiota. Yritys ilmaisee usein voimakasta neuvottomuuden, keinottomuuden tai toivottomuuden tunnetta ja on eräänlainen avunhuuto. Potilaalle tarjotaan ammattiapua ja arvioidaan kokonaistilannetta yhdessä potilaan kanssa. (Lönnqvist ym. 2021.)

2.3.4 Aggressiivinen potilas ja työturvallisuus ensihoidossa

Mielenterveyshäiriöistä kärsivät potilaat voivat joissain tapauksissa olla ennalta-arvaamattomia, hoitovastaisia ja jopa aggressiivisia esimerkiksi akuutin skitsofrenian, manian tai päihteiden käytön vuoksi (Hawley ym. 2011b: 308). Poliisi voi varmistaa kohteen turvallisuuden väkivallan uhkaa epäiltäessä. Poliisin kanssa tehdään yhteistyötä myös kuljettaessa potilasta tahdonvastaiseen hoitoon. (Naarajärvi & Telkki 2019: 347, 350.) Poliisin kanssa toimiessa ensihoitotehtävällä tärkeää on selkeä kommunikointi, suunnitelmallisuus ja työturvallisuuden huomiointi (Valli 2016).

Jos väkivallan uhka on tiedossa ennen kohteeseen saapumista, ensihoitajat voivat varautua siihen pysäköimällä ambulanssin siten, että keula on kohti lähtösuuntaa. Kun saavutaan kohteen oven eteen, on hyvä varautua siihen, että ovi voidaan avata äkillisesti ja voimakkaasti. Kohteessa tulee asettua siten, että näkee työparinsa selän taakse ja mahdolliset poispääsyreitit ovat esteettömiä. Jos tilanne alkaa muuttua väkivaltaiseksi, ensihoitajien on jätettävä kaikki hoito- ja tutkimusvälineensä ja poistuttava välittömästi kohteesta. Poistuttua rakennuksesta ensihoitajat voivat hälyttää lisäapua. (Naarajärvi & Telkki 2019: 45.)

Henkilö voidaan määrä tahdonvastaiseen hoitoon mielenterveyslaissa määriteltyjen kriteerien täyttyessä. Mielenterveyslaki on säädetty mielenterveyspalvelujen järjestämisestä, mielenterveystyöstä, tahdosta riippumattomasta psykiatrisesta hoidosta ja sen edellytyksistä. Potilas voidaan ottaa tahdostaan riippumattomaan hoitoon vain, jos hänellä on todettu mielisairaus ja jos hänen mielisairautensa pahenee ilman hoitoa tai hänen taikka muiden terveys vaarantuu ilman hoitoa. Kyseessä olevan hoidon edellytyksenä on myös, että mitkään muut mielenterveyspalvelut eivät riitä tai sovellu potilaalle. (Mielenterveyslaki 1990/1116.)

Lääkärin täytyy allekirjoittaa tarkkailulähete, jossa hän perustelee potilaan tahdon vastaisen hoidon tarpeen. Lähetteen perusteella potilaan on tultava sairaalaan tutkittavaksi ja tarkkailtavaksi. Tämä edellyttää, että lähete on tehty aikaisintaan kolme päivää ennen potilaan ottamista tarkkailuun. Potilas voidaan tuoda sairaalaan poliisien virka-avulla. (Mielenterveyslaki 1990/1116.)

Potilaan perusoikeuksia voidaan rajoittaa vain, kun sairauden hoito sekä potilaan ja muiden turvallisuus sitä vaatii. Kaikki toimenpiteet tulee suorittaa mahdollisimman turvallisesti ja potilaan ihmisarvoa kunnioittaen. Potilasta aina pyritään hoitamaan yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Potilaalle saa tehdä vain hänen tai muiden terveydelle välttämättömiä lääketieteellisesti hyväksyttäviä tutkimus- ja hoitotoimenpiteitä. (Mielenterveyslaki 1990/1116.)

2.4 Vuorovaikutus hoitotyössä

Vuorovaikutus on ihmisten välistä sanallisten ja sanattomien viestien kohtaamista, jossa korostuu osapuolten välinen kunnioitus ja tasavertaisuus (Rautava-Nurmi & Westergård & Henttonen & Ojala & Vuorinen 2020: 37). Valtakunnallisen sosiaali- ja terveysalan eettisen neuvottelukunnan eettisissä suosituksissa sosiaali- ja terveysalalle 2011 on määritelty, että terveydenhuollossa on kysymys potilaiden ja ammattilaisten välisestä vuorovaikutuksesta, joka on toista arvostavaa, inhimillistä ja siinä on molemminpuolista luottamusta, sitoutumista ja rehellisyyttä (ETENE 2011: 6).

Vuorovaikutusosaaminen on keskeinen, mutta vaativa osaamisalue hoitotyössä. Se koostuu monista osa-alueista, kuten teknisistä taidoista, viestinnästä sekä erilaisista kyvyistä ja valmiuksista. Vuorovaikutustaitoihin liittyy myös viestinnän selkeys, tarkkuus, dialogisuus ja tarkoituksenmukaisuus. (Mönkkönen 2018: Luku 2.2. Osaamisen eri ulottuvuudet.)

Myös kuunteleminen on merkittävä hoidollinen kommunikaatiomenetelmä. Kuunteleminen on eri muotoja. Avoin kuuntelu tarkoittaa, että kuunnellaan, mitä toinen sanoo lisäämättä tai poistamatta siitä mitään. Aktiivisessa kuuntelussa hoitaja ymmärtää potilaan puheen ja näkee yhteyksiä asioissa, joissa potilas ei vielä näe niitä. (Rautava-Nurmi ym. 2020: 38.)

Potilaan kokemus sosiaalisesta tuesta ja aktiivisuudesta ehkäisee yksinäisyyden kokemusta ja edistää terveyttä. Vuorovaikutuksessa sekä potilaan että kollegoiden kanssa ei tule antaa ulkoisten tekijöiden, kuten sukupuolen, kielen, vakaumuksen tai kansalaisuuden vaikuttaa negatiivisesti kanssakäymiseen. Vuorovaikutuksessa tärkeää on myös omien tunteiden ilmaisu. (Rautava-Nurmi ym. 2020: 37.)

Dialogisuus on avointa ja suoraa keskustelua, jossa osapuolten tavoitteena on yhteinen ymmärrys. Dialogissa tuodaan esiin omat näkökulmat ja yhdessä löydetään uusia näkökulmia ja vaihtoehtoja. Dialogisuudessa tärkeää on kunnioituksen, kiinnostuksen ja myötätunnon osoittaminen. (Dialogisuus ammattilaisen ja perheen välillä. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2022.) Vaikka hoitotyössä vuorovaikutus on potilaslähtöistä, molemmat osapuolet ovat aktiivisia, eikä edetä vain toisen ehdoilla (Mönkkönen 2018: Luku 4.1. Asiakasnäkökulman esiinnousu).

Dialoginen kohtaaminen voidaan ymmärtää kolmivaiheisena prosessina, joista ensimmäisessä rakennetaan keskinäistä luottamusta ja ymmärrystä. Toisessa, dialogiin haastamisen vaiheessa koetellaan uusia näkökulmia ja pohditaan asioita ääneen. Viimeisessä vaiheessa löydetään riittävä yhteinen ymmärrys ja oivalletaan yhdessä uusia ideoita. Tämä edellyttää kykyä luopua hetkeksi omasta mielipiteestä ja siirtyä epämukavuusalueelle (Mönkkönen 2018: Luku 8.2. Dialogisia askelia luottamuksellisen suhteen rakentamisessa.)

Vuorovaikutustaidot ovat korostuneet myös kansainvälistymisen seurauksena. Potilaan kanssa ei välttämättä aina löydy yhteistä kieltä ja tällöin voidaan hankkia tulkki. Myös muissa tapauksissa, kun sanat eivät riitä, voidaan käyttää erilaisia vuorovaikutusta auttavia menetelmiä. Näitä voivat olla esimerkiksi puhetta korvaavat keinot, selkokieli, sanalistat, kuvat tai piirtäminen. Viestejä voidaan myös kirjoittaa, voidaan kommunikoida esineiden avulla tai tukiviittomilla. Suuri merkitys on myös sanattomalla viestinnällä, kuten eleillä, ilmeillä, etäisyydellä ja katsekontaktilla. (Rautava-Nurmi ym. 2020: 37, 39–40.)

2.5 Vuorovaikutus mielenterveyspotilaan kanssa

Mielenterveyspotilaan ensihoidossa potilaslähtöisyys on keskeistä. Potilaslähtöisyys tarkoittaa potilaan tarpeisiin perustuvaa hoitotyötä, jossa potilas on mukana vaikuttamassa hoidon suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin sekä saa ammattihenkilöltä tarvittavaa tietoa ja ohjausta. (Routasalo & Airaksinen & Mäntyranta & Pitkälä 2009.) On siis tärkeää antaa potilaan vaikuttaa hoitonsa toteutukseen.

Hoitajan on kuunneltava potilasta ja kunnioitettava hänen näkökulmiaan, jotta heidän välilleen voi syntyä luottamuksellinen yhteistyösuhde. Hoitajan on myös selvitettävä, millaisia voimavaroja, resursseja ja selviytymiskeinoja potilaalla on. Potilas tulee huomioida kokonaisvaltaisesti. (Hämäläinen ym. 2019: 140–148.) Hoitaessaan mielenterveyspotilasta ensihoitajan on hyvä pysyä rauhallisena, puhua selkeästi ja käyttää avoimia eleitä, jotta potilaalle syntyy turvallisuuden tunne (Naarajärvi & Telkki 2019: 347).

Hoitajan omat arvot ja asenteet vaikuttavat merkittävästi hoitosuhteen toteutumiseen ja onnistumiseen. Hoitajan on tärkeä pohtia tarkkaan vuorovaikutustapaansa mielenterveyspotilasta kohdatessa. On myös tärkeä tiedostaa hoitosuhteesta heränneitä tunteita ja erotella niitä. Potilaan saamalle laadukkaalle hoidolle on välttämätöntä, että hänen hoitajiensa välinen vuorovaikutus ja ymmärrys on selkeää. (Hämäläinen ym. 2019: 149–150.) Luottamuksen luominen mielenterveyspotilaan kanssa voi olla vaikeaa ja siksi on tärkeää, että hoitaja ylläpitää aitoa ja rehellistä kommunikaatiota. On tärkeää olla empaattinen potilasta kohtaan, jotta hän tuntee tulevansa kuulluksi ja ymmärretyksi. (Marttunen & Huurre & Strandholm & Viialainen 2013: 30–31.)

2.6 Ensihoitajien koulutus

Suomessa voi opiskella joko perustason tai hoitotason ensihoitajaksi ja ensihoitoyksikköjä on eri tasoisia. Perustason ensihoidon yksikössä ainakin toisen ensihoitajan on oltava terveydenhuollon ammattihenkilö, jolla on ensihoitoon suuntautuva koulutus. Hoitotason ensihoidon yksikössä ainakin toisen ensihoitajan on oltava ammattikorkeakoulututkinnon suorittanut ensihoitaja tai laillistettu sairaanhoitaja, joka on suorittanut ensihoitoon suuntaavan vähintään 30 opintopisteen opintokokonaisuuden. Näiden lisäksi kummassakin yksikössä toisen ensihoitajan on oltava vähintään terveydenhuollon ammattihenkilö tai pelastajatutkinnon tai vastaavan suorittanut henkilö. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus ensihoitopalvelusta 585/2017.)

Perustason ensihoitajat ovat sosiaali- ja terveysalan perustutkinnon perustason ensihoidon osaamisalan suorittaneita. Kyseessä on toisen asteen koulutus, jonka laajuus on 180 osaamispistettä. (Sosiaali- ja terveysalan perustutkinto. Opetushallitus.) Hoitotason ensihoitajaksi opiskellaan ammattikorkeakoulussa ja tutkinnon laajuus on 240 opintopistettä. Valmistuessaan saa kaksi tutkintonimikettä, ensihoitaja (AMK) ja sairaanhoitaja (AMK). Koulutus koostuu teoriaopinnoista ja käytännönläheisistä harjoituksista sekä työelämäharjoitteluista. (Ensihoitaja (AMK). Opetushallitus.)

Euroopan Unionin asettamassa ammattipätevyysdirektiivissä on säädetty yleissairaanhoidosta vastaavan sairaanhoitajan koulutusohjelman sisällöstä. Sekä teoreettiseen että kliiniseen opetukseen tulee sisältyä tiettyjä erikoisaloja, kuten yleislääketiede, yleiskirurgia, lastentaudit, äitiyshuolto ja vanhusten hoito. Yksi näistä vaadituista erikoisaloista on mielenterveys ja psykiatria. (Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiivi 2005/36/EY: 5.2.1.) Direktiivissä on säädetty myös, että sairaanhoitajan koulutuksessa kliinisen opetuksen osuuden on oltava vähintään puolet koulutuksen vähimmäiskestosta. Kliinisellä opetuksella tarkoitetaan sairaaloissa ja muissa hoitolaitoksissa tapahtuvaa hoitoryhmän jäsenenä oppimista oikeiden potilaiden hoidossa. (Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiivi 2005/36/EY: artikla 31.)

3 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata vuorovaikutukseen liittyviä haasteita mielenterveyspotilaan ensihoidossa. Opinnäytetyö tehdään kuvailevana kirjallisuuskatsauksena. Tutkimustehtävänä on selvittää, mitkä asiat ensihoitajien ja potilaiden näkökulmasta koetaan haastaviksi vuorovaikutuksessa.

Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa ajantasaista kirjallista tietoa mielenterveyspotilaiden ensihoidosta suomeksi alan ammattilaisille, opiskelijoille ja aiheesta kiinnostuneille. Näitä tuloksia voidaan hyödyntää ensihoidon henkilöstön ja opiskelijoiden hoitotyön ja koulutuksen edistämiseen.

Opinnäytetyössä etsitään vastausta seuraaviin tutkimuskysymyksiin:

1. Mitkä tekijät vaikuttavat mielenterveyspotilaan kokemukseen ensihoidosta?

2. Miten ensihoitajat kokevat pätevyytensä olla vuorovaikutuksessa mielenterveyspotilaiden kanssa?

3. Mitkä tekijät luovat haasteita ensihoitajan ja mielenterveyspotilaan välisessä vuorovaikutuksessa?

4 Opinnäytetyön menetelmät

4.1 Kuvaileva kirjallisuuskatsaus

Opinnäytetyö toteutetaan kuvailevana kirjallisuuskatsauksena, jossa esitetään aiheeseen liittyviä tieteellisiä tutkimuksia. Kirjallisuuskatsauksessa tuodaan esille, mitä aiheesta ennestään tiedetään ja miten sitä on tutkittu. Kirjallisuuskatsauksen on oltava tarpeeksi laaja ja ajankohtainen. (Kananen 2015: 380.)

Kuvailevaa kirjallisuuskatsausta on usein käytetty hoito- ja terveystieteellisien tutkimuksien tutkimusmenetelmänä. Tämä tutkimusmenetelmä toteutetaan neljässä vaiheessa; tutkimuskysymyksen muodostaminen, aineiston valitseminen, kuvailun rakentaminen ja tuotetun tuloksen tarkasteleminen. Tutkimuskysymyksen tulee olla tarpeeksi rajattu, mutta myös riittävän laaja, jotta sen perusteella voidaan tehdä kirjallisuuskatsaus. Sitten aineisto valitaan tutkimuskysymyksen tai -kysymyksien pohjalta. (Kangasniemi & Utriainen & Ahonen & Pietilä & Jääskeläinen & Liikanen 2013: 294.)

Valitut aineistot yhdistetään, vertaillaan ja analysoidaan kriittisesti. Aineistojen sisällöistä etsitään tutkimuskysymyksen ilmiön kannalta tärkeitä näkökohtia, jotka esitetään jäsennettynä kokonaisuutena. Esitettyjen tuloksien tarkastelun osana pohditaan sisältöä ja käytettyjä menetelmiä ja arvioidaan kirjallisuuskatsauksen eettisyys ja luotettavuus. (Kangasniemi ym. 2013: 294, 296–297.)

4.2 Tiedonhaku ja aineiston valinta

Tutkimusartikkeleita haettiin eri tietokannoista suomen ja englannin kielellä. Käytetyt tietokannat olivat Pubmed, Cinahl ja Psychnet. Artikkeleita haettiin myös Finna -hakupalvelusta. Hakusanoina käytettiin ambulance, ambulance service, challenges, emergency, emergency care, emergency department, emergency medical service, ems, ensihoito, mental disorder, mental health, mental illness, mielenterveys, paramedic, prehospital, pre-hospital, psychiatric ja psychiatric illness. Hakua rajattiin ottamalla mukaan vuosina 2017–2022 julkaistut suomen- ja englanninkieliset tieteelliset artikkelit.

Tiedonhaku rajattiin viimeiseen viiteen vuoteen, jotta saataisiin mahdollisimman ajankohtaista tietoa. Valitut kielet perustuivat opinnäytetyön tekijöiden osaamiin kieliin, jotta tutkimuksia pystyttäisiin käsittelemään luotettavasti. Tiedonhakua suoritettiin eri hakusanayhdistelmillä käyttäen tutkimuskysymyksiin liittyviä hakusanoja. Hakusanoina käytettiin useita eri synonyymejä, jotta löydettäisiin mahdollisimman paljon aiheeseen liittyviä eri tutkimuksia. Tarkempi tiedonhakutaulukko on liitteessä 2.

Artikkelit selattiin aluksi otsikon perusteella läpi ja etsittiin mielenterveyspotilaan ensihoitoon joko potilaan tai ensihoitajan näkökulmasta liittyviä artikkeleita. Otsikon perusteella artikkeleita valittiin 17. Tämän jälkeen artikkeleiden tiivistelmät käytiin läpi ja artikkeleista valittiin 10. Tutkimukset luettiin kokonaan läpi ja lopullisiksi artikkeleiksi valittiin kahdeksan englanninkielistä mielenterveyspotilaan ensihoitoa käsittelevää tutkimusartikkelia. Tiedonhaussa ei löytynyt aiempia aiheesta tehtyjä suomenkielisiä tutkimuksia.

4.3 Aineiston kuvaus

Mukaan valittuja tutkimuksia on kahdeksan, joista yksi on tehty Hollannissa, yksi Australiassa, yksi Iso-Britanniassa ja viisi Ruotsissa. Kaikki tutkimukset ovat englanninkielisiä. Tutkimukset on toteutettu haastattelu- tai kyselytutkimuksina, joista kolmessa on selvitetty haastattelemalla mielenterveyspotilaiden kokemuksia heidän saamastaan ensihoidosta. Kolmessa tutkimuksista on selvitetty ensihoitajia haastattelemalla heidän kokemuksiaan mielenterveyspotilaiden hoidosta ja kohtaamisesta. Viimeiset kaksi tutkimusta käsittelevät ensihoitajien itse kokemaa pätevyyttä ja osaamista hoitaa mielenterveyspotilaita. Näistä toinen on toteutettu haastatteluina ja toisessa on tehty sekä kysely- että haastattelututkimus. Osallistujamäärät vaihtelevat tutkimuksissa 7–124.

Tutkimusten tulokset kuvasivat pääosin samoja ilmiöitä. Tuloksissa nousivat esiin erityisesti ensihoitajien kokema koulutuksen puute ja epävarmuus hoitaa mielenterveyspotilaita. Potilaiden näkökulmasta kokemukset ensihoidosta olivat hyvin vaihtelevia. Potilaat kokivat hoitokokemuksen hyvänä erityisesti, kun he saivat osallistua päätöksentekoon ja he tulivat kuulluiksi. Tarkempi kuvaus käytetyistä tutkimusartikkeleista on taulukossa liitteessä 1.

4.4 Sisällönanalyysi

Aineiston käsittelyn apuna käytetään induktiivista eli aineistolähtöistä sisällönanalyysia. Siinä aineisto käydään läpi erottaen tutkimuskysymyksiin vastaavia analyysiyksiköitä, jotka tässä tapauksessa ensin käännetään suomeksi ja sitten pelkistetään yksittäisiksi

ilmaisuiksi. Tämän jälkeen tehdään aineiston klusterointi, eli samaa kuvaavista ilmauksista muodostetaan niitä yhdistelemällä kategorioita eli alaluokkia, jotka nimetään. Nämä alaluokat yhdistetään yläluokiksi ja edelleen pääluokiksi, joiden avulla vastataan tutkimuskysymyksiin. (Tuomi & Sarajärvi 2018: luvut 4.1, 4.3 ja 4.4.3.)

Aineisto käytiin aluksi läpi lukemalla jokainen tutkimusartikkeli. Tämän jälkeen opinnäytetyön tekijät kävivät itsenäisesti artikkelit yksi kerrallaan läpi yliviivaten niistä eri tutkimuskysymyksiin vastaavia analyysiyksiköitä eri väreillä. Yliviivatut kohdat käytiin yhdessä läpi ja lopullisiksi analyysiyksiköiksi valittiin selvästi tutkimuskysymyksiin vastaavia 1–4 lauseen pituisia alkuperäisilmauksia, joita oli yhteensä 72.

Alkuperäisilmaukset koottiin tutkimuskysymysten mukaan kolmeen eri taulukkoon, joissa ne käännettiin suomeksi ja pelkistettiin. Pelkistetyt ilmaukset luettiin läpi, ne yliviivattiin teemoittain eri väreillä ja samaa ilmiötä kuvaavat ilmaukset yhdistettiin kategorioiksi. Näistä kategorioista muodostui 18 alaluokkaa, jotka nimettiin. Alaluokat koottiin listaksi erilliseen Word-tiedostoon, jossa niitä ryhmiteltiin teemoittain ja niistä tehtiin kuusi yläluokkaa. Yläluokista ei enää muodostunut järkeviä pääluokkia, joten niitä ei luotu. Esimerkki alaluokan synnystä näkyy alla olevassa taulukossa 1.

Taulukko 2. Alaluokan muodostuminen

Alkuperäinen ilmaus	Käännös	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka
Attempts to establish contact with the patient could trigger a potentially dangerous situation by evoking threatening behavior in the patient. (7: 4)	Yritykset muodostaa kontaktia potilaaseen voivat laukaista mahdollisesti vaarallisen tilanteen herättämällä uhkaavaa käytöstä potilaassa.	Ensihoitajan yritykset muodostaa kontaktia potilaaseen saattavat herättää potilaassa uhkaavaa käytöstä.	Potilaan arvaamaton käytös ja reaktiot vuorovaikutukseen
The nurses would then make fruitless attempts to calm and divert the patients by talking. However, this was experienced as difficult due the patient's specific mental illness or their being unreceptive to communication. (7: 6)	Hoitajat tekevät hyödyttömiä yrityksiä rauhoittaa ja harhauttaa potilaita puhumalla. Kuitenkin tämä koettiin vaikeaksi potilaan tietyn mielenterveysongelman tai kommunikaation torjumisen takia.	Ensihoitajat kokevat haasteita yrittäessään rauhoittaa potilaita puhumalla potilaiden tiettyjen mielenterveysongelmien tai kommunikaation torjumisen takia.	
In encounters with patients suffering from severe mental illness such as suicidal behavior or	Kohtaamisissa potilaiden kanssa, joilla on vakavia mielenterveys-	Ensihoitajat kokevat vaikeista mielenterveysongel-	

psychosis, the respondents often found the patient difficult to reach. This was described as the patient having a barrier. (7: 6)	ongelmia kuten itsetuhoista käyttäytymistä tai psykoosi, vastaajat kokivat potilaan vaikeaksi tavoittaa. Tämän kuvattiin johtuvan potilaalla olevasta suojamuurista.	mista kärsiviin potilaisiin on vaikea muodostaa yhteys, koska potilaalla saattaa olla jonkinlainen suojamuuri.	
They experience difficulty in deciding how firmly they must act in in order to give each patient the best possible care while avoiding triggering the patient and losing control in a potentially dangerous situation. (7: 7)	He kokevat vaikeutta päättää kuinka tiukasti heidän tulee käyttäytyä antaakseen jokaiselle potilaalle parasta mahdollista hoitoa samalla välttäen potilaan triggeröimistä ja kontrollin menettämistä mahdollisesti vaarallisessa tilanteessa.	Ensihoitajien tulee valita lähestymistapa potilaskohtaisesti. Tämä on haastavaa, koska vääränlainen käytös voi johtaa vaaralliseen tilanteeseen potilaan kanssa.	

5 Sisällönanalyysin tulokset

Tässä pääluvussa käydään läpi tehdyn sisällönanalyysin tulokset. Alla olevassa taulukossa 3 on esitetty muodostuneet alaluokat sekä kuusi yläluokkaa, jotka käsittelevät sekä ensihoitajiin että ulkoiseen ympäristöön liittyviä tekijöitä. Tulokset käsitellään yläluokka kerrallaan. Tutkimukset on numeroitu liitteessä 1, ja tämän pääluvun tekstissä niihin viitataan näillä numeroilla tekstin selkeyttämiseksi.

Taulukko 3. Yläluokkien muodostuminen alaluokista

Alaluokat	Yläluokka
Ymmärtäväisyys ja empatia	Ensihoitajien henkilökohtaiset ominaisuudet
Ensihoitajien piirteet	
Ensihoitajien varautuminen ja luottamuksen puute	Ensihoitajien negatiivinen suhtautuminen mielenterveyspotilaisiin
Ensihoitajan negatiiviset asenteet ja ennakkoluulot	
Potilaan fyysisen terveyden priorisointi	
Potilaan osallistaminen omaan hoitoon	
Potilaan yksilöllisyyden huomiointi ja sen haasteet	

Rauhallisen ympäristön luominen potilaalle	Potilaslähtöinen hoito
Tiedon tarjoaminen potilaalle	
Juttelu ensihoitotilanteessa	
Selkeä ja kiireetön kommunikaatio	
Teoriaopetuksen puute	Ensihoitajien ammatillisen osaamisen puute
Käytännön koulutuksen puute	
Ensihoitajien koettu pätevyys	
Huono ja tuomitseva kommunikaatio potilaan kanssa	Huono ja riittämätön kommunikaatio
Ammattilaisten välinen riittämätön kommunikaatio	
Ulkoiset tekijät ja hoitoympäristö	Ensihoitajista riippumattomat tekijät
Potilaan arvaamaton käytös ja reaktiot vuorovaikutukseen	

5.1 Ensihoitajien henkilökohtaiset ominaisuudet

Tämä yläluokka kuvaa ensihoitajien henkilökohtaisten ominaisuuksien vaikutuksia vuorovaikutukseen, jotka tulivat esiin neljässä artikkelissa (2; 3; 4; 7). Yläluokkaan kuuluvat kaksi alaluokkaa; ensihoitajien piirteet sekä ymmärtäväisyys ja empatia. Ensihoitajien omilla piirteillä tarkoitetaan henkilökohtaisia luonteeseen ja käytökseen liittyviä piirteitä. Näihin liittyen potilaat kokevat merkittävänä ensihoitajien rauhoittavan äänensävyn sekä äänenhallinnan ja ensihoitajien hyvät ihmissuhdetaidot (2: 570; 3: 46).

Kärsivällisyys ja erityisesti sen puute koetaan haasteena ensihoitajan ja potilaan välisessä vuorovaikutuksessa. Ensihoitajien tulee olla kärsivällisiä voidakseen ymmärtää mielenterveyspotilasta ja välttääkseen provosoiduksi tulemisen. Tämän koetaan olevan haastavaa erityisesti väsyneenä tai pitkän vuoron jälkeen. (7: 6.)

Ymmärtäväisyyden ja empatian alaluokkaan kuuluvat potilaiden kokemukset ensihoitajien toiminnasta vuorovaikutuksessa heidän kanssaan. Potilaat kokevat, että ensihoitajien välisessä osaamisessa sekä käyttäytymisessä on vaihtelua (3: 45; 4: 446). Hyvissä hoitokokemuksissa ensihoitajat olivat tuomitsemattomia, välittäviä, huolehtivia ja toimivat ammattimaisesti sekä myötätuntoisesti (4: 445–446; 2: 568–569). Toisaalta huonoon kokemukseen vuorovaikutuksesta johtavat juuri näiden ominaisuuksien puute (2: 568).

5.2 Ensihoitajien negatiivinen suhtautuminen mielenterveyspotilaisiin

Ensihoitajien negatiivinen suhtautuminen mielenterveyspotilaisiin tuli esille neljässä artikkelissa (1; 2; 3; 7). Tähän yläluokkaa sisältyy kolme alaluokkaa; ensihoitajien varautuminen ja luottamuksen puute, ensihoitajan negatiiviset asenteet ja ennakkoluulot ja potilaan fyysisen terveyden priorisointi. Ensihoitajien luottamuksen puute kohdistuu sekä ensihoitajaan itseensä että mielenterveyspotilaaseen (7: 4). Koska mielenterveyspotilas saattaa olla ennalta-arvaamaton tai muuttua vaaralliseksi, ensihoitajat ovat varuillaan näitä potilaita hoitaessa (7: 4). Ensihoitajat kokevat myös olonsa epämukavaksi, kun potilas pysyy pitkään hiljaa (1: 1310).

Ensihoitajan negatiiviset asenteet ja ennakkoluulot ilmenivät monessa artikkelissa (2; 3; 7). Tutkimuksissa erottui, kuinka ensihoitajan ennakkokäsitykset, tunteet ja asenteet vaikuttivat negatiivisesti potilaan kohtaamiseen ja potilaan kokemusten mukaan hoidon saamisen nopeuteen (7: 5; 2: 569). Potilaat kokivat, että ensihoitajien väärinkäsitykset mielenterveydestä johtivat hyödyttömiin ja välinpitämättömiin kommentteihin (3: 47). Potilaiden kokemuksien mukaan jotkut ensihoitajat vaikuttivat tekevän asioita pakosta, kun taas toiset ensihoitajat tuntuivat oikeasti välittävän (3: 45).

Potilailla oli huonoja hoitokokemuksia esimerkiksi, kun heidän hoitonsa tarvetta väheksyttiin tuomitsevasti ja jatkohoitoon siirrossa, kun potilaasta puhuttiin ihan kuin hän ei olisi siinä (2: 570–571). Yhdessä ensihoitotilanteessa ensihoitajan hektisyys ja hätääntyminen aiheutti potilaalle entistä pelottavamman hoitokokemuksen (3: 47). Yhden potilaan kokemuksen mukaan sekä poliisit että ensihoitajat turvautuvat ennemmin äärimmäisiin keinoihin sen sijaan, että rauhoittaisivat tilanteen verbaalisesti (2: 570).

Potilaan fyysisen terveyden priorisointi tuli esille muutamassa tutkimuksessa (2; 3). Näissä tutkimuksissa potilaat kokivat, että heitä ei priorisoitu yhtä paljon kuin potilaita, jotka kärsivät muusta kuin mielenterveys- tai päihdeongelmista ja heidän fyysinen terveytensä oli selkeästi etusijalla ensihoitajille (2: 569; 3: 48). Yksi potilas jopa koki, että ensihoitajat olisivat jättäneet hänet hoitamatta, ellei hänellä olisi ollut fyysisiä vaivoja (3: 45).

5.3 Potilaslähtöinen hoito

Potilaslähtöisen hoidon yläluokkaan kuuluvat vuorovaikutukseen, potilaan huomiointiin ja osallistamiseen liittyvät asiat. Alaluokkia ovat potilaan osallistaminen omaan hoitoon,

potilaan yksilöllisyyden huomiointi ja sen haasteet, rauhallisen ympäristön luominen potilaalle, tiedon tarjoaminen potilaalle, juttelu ensihoitotilanteessa sekä selkeä ja kiireetön kommunikaatio. Nämä teemat tulivat esiin kuudessa artikkelissa (1; 2; 3; 4; 6; 7).

Useassa tutkimuksessa potilaat pitivät tärkeänä mahdollisuutta osallistua päätöksentekoon (2; 3; 4). Tämä on mahdollista, kun heille tarjotaan tietoa ja heitä kuunnellaan. (2: 569; 4: 445.) Potilaiden hyvissä kokemuksissa keskeistä on myös valinnanvapauden ja itsemääräämisoikeuden säilyminen. Ensihoitajien toteuttaessa potilaan pyynnön potilas kokee saavansa hieman kontrollia tilanteessa, jossa sitä ei muuten lähtökohtaisesti ole paljon. (3: 47.)

Potilaan yksilöllisyyden huomiointiin liittyen lähestymistavan sekä hoidon mukauttaminen potilaan tunteiden mukaan luo potilaalle hyvän hoitokokemuksen. Mukauttamalla hoitoympäristöä sekä käyttämällä aikaa juttelemiseen voidaan luoda turvallinen ympäristö potilaalle. (4: 446.) Potilaskohtaisia haasteita vuorovaikutukselle luovat kielimuuri ja kulttuurierot (6: 951).

Rauhallisen ympäristön alaluokassa haasteena nähdään tämän potilasryhmän hoidon poikkeaminen ensihoitajien normaaleista toimintatavoista. Ensihoitajilla on tottumus tehdä asioita nopeasti, mutta psykiatristen potilaiden kanssa pitää toimia rauhallisesti. Nämä ensihoitotilanteet vaativat kiireetöntä kommunikaatiota ja toimintaa. Ensihoitajien on tärkeää luoda rauhallinen ympäristö potilaalle sekä pysyä rauhallisena. (1: 1308.) Potilaan näkökulmasta ensihoitajan kyky ennakoida ja pitää hänet rauhallisena on merkittävä (2: 569).

Potilaat kokevat tiedon tarjoamisen heille tärkeänä osana eri ensihoitotehtävän vaiheissa. Yhden potilaan kokemuksessa hänelle ei annettu tietoa saamastaan lääkkeestä tai hoidosta, mikä johti huonoon kokemukseen. Hyvissä kokemuksissa jatkohoitoon siirtymisestä potilaat saivat riittäväsi tietoa ammattilaisilta, ja prosessi oli nopea ja tehokas. (2: 570–571.)

Ensihoitajan ja potilaan välinen juttelu ensihoitotilanteessa tuli esiin usean potilaan kokemuksessa (2; 4). Potilaat kokivat, että juttelu on tärkeää ja se toimii myös häiriötekijänä esimerkiksi, jos potilaalla on hallusinaatioita. Juttelun koetaan luovan luottamusta ja turvallisuutta sekä tukevan avointa keskustelua. (4: 446–447.) Yhden potilaan hyvässä kokemuksessa potilas piti siitä, että ensihoitaja keskittyi tavalliseen kahden ihmisen väliseen vuorovaikutukseen (2: 570).

Selkeä ja kiireetön kommunikaatio ilmeni neljässä tutkimusartikkelissa (2; 3; 7). Potilaat kokevat, että hyvä kommunikaatio on tuomitsematonta ja tasa-arvoista, josta heille tulee huolehdittu olo. Potilaiden hyvissä kokemuksissa arvostetaan myös ensihoitajien selkeää kommunikointia ja asioiden selittämistä, itsensä esittelyä, huolten kuuntelemista ja omien kokemusten jakamista. (2: 569; 3: 46.) Potilaat pitävät hyvää kommunikaatiota myös tärkeänä osana jatkohoitoa ja siihen siirtymistä (3: 48). Mielenterveyspotilaan ja ensihoitajan välisen vuorovaikutuksen koetaan vaativan molemminpuolista luottamusta ja rohkeutta (7: 8).

5.4 Ensihoitajien ammatillisen osaamisen puute

Ensihoitajien ammatillisen osaamisen puute mainitaan kuudessa eri artikkelissa (1; 3; 5; 6; 7; 8). Tähän yläluokkaan kuuluu kolme alaluokkaa; teoriaopetuksen puute, käytännön koulutuksen puute sekä ensihoitajien koettu pätevyys. Tutkimuksessa ensihoitajat kokevat, että heidän koulutuksensa keskittyy fyysisten oireiden hoitamiseen ja arviointiin, eikä mielenterveysongelmiin ja he myös kokevat tarvitsevansa lisää koulutusta yksittäisten mielenterveysongelmien tunnistamisesta ja hoidosta (6: 949, 952). Ensihoitajat tuntevat, että heidän koulutuksessaan ei opeteta tarpeeksi psykiatriasta (1: 1308). Yksi potilas kuitenkin koki ensihoitajien vähäisen psykiatrian koulutuksen positiivisena asiana, sillä se mahdollistaa sen, että hänet kohdataan ihmisenä ilman tiettyä leimaa hänen sairaudestaan (3: 48).

Ensihoitajat kokevat, että heidän koulutuksensa psykiatristen potilaiden ohjaamisesta on riittämätöntä. Esimerkiksi auto-onnettomuuden jälkeen ensihoitajien toiminta on selkeää ja jäsenneltyä, kun taas psykiatristen häiriöiden kohtaamisessa ei ole selkeää toimintamallia, eikä psykiatrisia häiriöitä voi oppia ymmärtämään pelkän teorian avulla. (1: 1308.) Teoriassa asioiden oppiminen koetaan riittämättömäksi; ensihoitajat kertovat tarvitsevansa lisää käytännön psykiatrista harjoittelua (6: 952).

Ensihoitajien kokema pätevyys oli vaihtelevaa eri tutkimuksissa. Ensihoitajat, joilla on aiempaa henkilökohtaista tai työhön liittyvää kokemusta mielenterveyshoidosta, kokevat itsensä päteviksi hoitaa mielenterveyspotilaita. Jotkut ensihoitajat kuitenkin kokevat itsensä epäpäteviksi koulutuksen puutteen takia, mikä voi johtaa pelkoon potilaiden puolesta. (1: 1308.) Ajoittain on koettu voimattomuutta yrittäessä auttaa mielenterveyspotilaita, sillä potilailla on monimutkaisia tarpeita tilanteeseensa liittyen. Yhdessä tutkimuksessa osallistuttuaan vuoden ajan psykiatrisen ambulanssin kokeiluun ensihoitaja koki ymmärtävänsä psykiatriaa ja siihen liittyviä haasteita paremmin sekä kehittyneensä mielenterveyspotilaan kohtaamisessa. (5: 4, 6.)

Ensihoitajat tuntevat, että eivät osaa ohjata potilaita oikeanlaisen avun piiriin, eivätkä osaa toiminnallaan rauhoittaa mielenterveyspotilaita (6: 949). Ensihoitajat kyseenalaistivat ammatillista pätevyyttään, kun eivät pystyneet muodostamaan yhteyttä potilaaseen, mikä johti epäonnistumisen tunteeseen (7: 4). Yhdessä tutkimuksessa naispuoliset ensihoitajat arvioivat osaamisensa alhaisemmaksi kuin miehet. Tässä tutkimuksessa pidempi koulutus ja kokemus eivät näyttäneet vaikuttavan itse koettuun pätevyyteen ja ensihoitajat kokivat kokonaisvaltaisen pätevyytensä mielenterveyspotilaan kohtaamisessa hyvänä. (8: 231.)

5.5 Huono ja riittämätön kommunikaatio

Tähän yläluokkaan sisältyy kaksi alaluokkaa; huono ja tuomitseva kommunikaatio potilaan kanssa ja ammattilaisten välinen riittämätön kommunikaatio. Nämä ilmiöt tulivat esille kolmessa artikkelissa (2; 3; 4). Yhdessä tutkimuksessa potilas koki, että ensihoitajat eivät osaa olla vuorovaikutuksessa potilaansa kanssa (4: 446). Potilaalle tulee huono hoitokokemus ensihoitajien huonon kommunikaation ja tuomitsevien kommenttien seurauksena. Myös huono kommunikaatio sekä potilaan sivuuttaminen jatkohoitoon siirrossa vaikuttaa negatiivisesti potilaiden kokemukseen. (2: 569, 571.)

Ammattilaisten välinen riittämätön kommunikaatio ilmeni muutamassa artikkelissa potilaan näkökulmasta. Yksi potilas koki huonona, että joutui jatkohoitopaikassa selittämään itse tilanteensa uudestaan, koska hän koki, että ensihoitajat ja sairaalan henkilöstö eivät kommunikoineet riittävästi (2: 571). Toisessa tutkimuksessa potilaiden huonoon hoitokokemukseen vaikutti ensihoitajien ja yhteistyötahon välisen yhteistyön puute (3: 58).

5.6 Ensihoitajista riippumattomat tekijät

Tämä yläluokka kuvaa niitä ensihoitajista riippumattomia ympäristöön ja potilaan käytökseen liittyviä tekijöitä, jotka vaikuttavat ensihoitajan ja potilaan väliseen vuorovaikutukseen. Yläluokkaan kuuluu kaksi alaluokkaa: ulkoiset tekijät ja hoitoympäristö sekä potilaan arvaamaton käytös ja reaktiot vuorovaikutukseen. Nämä asiat tulivat esiin kahdessa artikkelissa (4; 7).

Ulkoisiin tekijöihin ja hoitoympäristöön liittyen psyykkisistä häiriöistä kärsivät potilaat arvostavat mahdollisuutta istua ambulanssissa paareilla makaamisen sijaan ja mahdollisuutta puhua omassa kodissaan. Ambulanssi koetaan myös turvalliseksi ympäristöksi. Potilaat kokevat hyvänä myös tilannetta, jossa ensihoitajilla on valmiiksi tietoa heidän

tilanteestaan, eikä heidän ei tarvitse selittää kaikkea uudelleen. (4: 447.) Muiden, kuten potilaan puolison, poliisin tai palomiesten läsnäolo voi häiritä potilaan ja ensihoitajan välistä vuorovaikutusta (7: 6). Jo ambulanssin tai poliisiauton saapuminen potilaan pihaan aiheuttaa joillekin potilaille nöyryytetyn ja haavoittuvaisen olon (4: 446).

Potilaan arvaamaton käytös ja reaktiot vuorovaikutukseen -alaluokkaan sisältyvät ensihoitajien kokemukset kontaktin muodostamisesta mielenterveyspotilaaseen. Yhdessä tutkimuksessa ensihoitajat kokevat, että vaikeista mielenterveysongelmista kärsivillä potilailla saattaa olla jonkinlainen suojamuuri, minkä takia heihin on vaikea muodostaa yhteys. Yritykset muodostaa kontaktia saattavat myös herättää potilaassa uhkaavaa käytöstä. Tämän vuoksi ensihoitajien tulee valita oikeanlainen lähestymistapa potilaskohtaisesti, mikä on haastavaa. Haasteita koetaan myös yrittäessä rauhoittaa potilasta puhumalla, mihin vaikuttavat tietyt mielenterveysongelmat ja potilaan kommunikaation torjuminen. (7: 4–7.)

6 Pohdinta

6.1 Tulosten tarkastelu

Opinnäyteyössä on tarkoitus vastata kolmeen tutkimuskysymykseen. Kirjallisuuskatsauksen tuloksista käy ilmi, että mielenterveyspotilaan ja ensihoitajan välisessä vuorovaikutuksessa esiintyy useita haasteita. Vuorovaikutukseen vaikuttavia tekijöitä ovat esimerkiksi ensihoitajien omat piirteet, vuorovaikutustaidot, suhtautuminen mielenterveyspotilaisiin ja koulutuksen puute sekä ympäristöön ja potilaan käytökseen liittyvät tekijät. Tutkimuksissa eniten mainitut haasteet liittyvät koulutuksen ja potilaslähtöisen hoidon puutteeseen. Tässä osiossa käydään tuloksia läpi peilaten niitä opinnäytetyön alkuperäisiin tutkimuskysymyksiin.

Mielenterveyspotilaan kokemukseen vaikuttavat tekijät

Mielenterveyspotilaiden kanssa ensihoitajien tulee toimia rauhallisesti ja vuorovaikutuksen on oltava kiireetöntä. Tämä luo ensihoitajille haasteita, koska ensihoidossa on tottumus toimia nopeasti. (Daggenvoorde ym. 2020: 1308.) Ensihoitajan on tärkeä myös muistaa tarjota potilaalle riittävästi tietoa esimerkiksi hoitotoimenpiteistä ja lääkkeistä ensihoitotehtävän eri vaiheissa (Ferguson & Savic & Sandral & Lubman & McCann & Emond & Smith & Roberts & Bosley 2019: 570). Kuten aiemmassa kirjallisuudessa on

todettu, vaikka vuorovaikutus on potilaslähtöistä, tulee molemmilla osapuolilla olla mahdollisuus osallistua aktiivisesti (Mönkkönen 2018: 4.1 Asiakasnäkökulman esiinnousu).

Mielenterveyspotilasta hoitaessa kärsivällisyys on yksi keskeisistä potilaan kokemukseen vaikuttavista ensihoitajan ominaisuuksista. Sen puute voi aiheuttaa vaikeuksia ymmärtää potilasta ja välttää itse provosoiduksi tulemista. (Zetterberg ym. 2022: 6.) Jamieson (2015) kuvaa tutkimuksessaan, kuinka kannustava ja tuomitsematon vuorovaikutus edistää hoitosuhteen muodostumista. Myös tämän kirjallisuuskatsauksen tuloksissa todetaan, että vuorovaikutustilanne vaatii ensihoitajalta tuomitsematonta, ammattimaista ja myötätuntoista suhtautumista potilaaseen (Ferguson ym. 2019: 568–569).

Ensihoitajien kokema pätevyys vuorovaikutuksesta mielenterveyspotilaiden kanssa

Ensihoitajien koulutuksen puute ja koettu pätevyyden riittämättömyys luovat vuorovaikutukselle haasteita eri tavoilla. Tutkimuksissa todettiin, että psykiatrian opetus ja erityisesti käytännön harjoittelu koetaan liian vähäisenä, mikä näkyy ensihoitajien osaamattomuutena ohjata ja rauhoittaa potilasta (Daggenvoorde & van Klaren & Vermeulen & Goossens 2020: 1308; Todova & Johansson & Ivarsson 2020: 949). Vaikeaksi koetaan myös yhteyden muodostaminen mielenterveyspotilaaseen (Zetterberg & Visti & Holmberg & Andersson & Alex 2022: 4).

Mielenterveyspotilas voi olla joissain tilanteissa ennalta-arvaamaton tai muuttua vaaralliseksi ja ensihoitajat saattavat olla varuillaan lähestyessään näitä potilaita. (Zetterberg ym. 2022: 4.) Hawley ym. (2011b.) ovat kuvanneet tutkimuksessaan, kuinka ensihoitajien on tärkeää tuntea tähän mahdollisesti johtavat syyt ja tavat tilanteessa toimimiseen. Oikeilla toimintatavoilla potilaasta saadaan hoitomyönteisempi ja voidaan taata sekä potilaan että muiden turvallisuus. Kirjallisuuskatsauksen tulokset osoittavat ensihoitajien puutetta tällaisiin selkeisiin toimintamalleihin (1: 1308).

Haasteita luovat tekijät ensihoitajan ja mielenterveyspotilaan välisessä vuorovaikutuksessa

Tulokset osoittavat, että ensihoitajien huonot ennakkokäsitykset ja asenteet voivat vaikuttaa negatiivisesti vuorovaikutukseen sekä johtaa hyödyttömiin kommentteihin ensihoitajilta (Zetterberg ym. 2022: 5; Gee & Nicholls & Rivett & Clarke & Wilson & Prothero 2022: 47). Ensihoitajan haasteena on myös muodostaa riittävä luottamus sekä

potilaaseen että itseensä (Zetterberg ym. 2022: 4). Aiemmassa kirjallisuudessa on todettu, että dialogisen kohtaamisen onnistumisen kannalta sen alkuvaiheessa tulee pystyä rakentamaan keskinäistä luottamusta. (Mönkkönen 2018: Luku 8.2. Dialogisia askelia luottamuksellisen suhteen rakentamisessa).

Ensihoitotilanteessa myös ulkoiset tekijät voivat luoda haasteita vuorovaikutukselle. Esimerkiksi omaisten, poliisin tai muiden viranomaisten läsnäolo saattaa viedä huomiota muualle hoitotilanteesta tai tehdä siitä rauhattoman. Potilaan mahdollinen arvaamaton reaktio vuorovaikutukseen tai jonkinlainen suojamuuri voivat vaikeuttaa yhteyden muodostamista potilaaseen. Ensihoitajan haasteena on pyrkiä lähestymään potilasta avoimesti ja potilaalle sopivalla tavalla. (Zetterberg ym. 2022: 4–7.) Haasteena voidaan pitää myös ensihoitajan ja potilaan välisiä kulttuurieroja ja mahdollista kielimuuria (Todova ym. 2020: 951).

6.2 Eettisyys ja luotettavuus

Tässä luvussa käsitellään opinnäytetyön eettisyyttä ja luotettavuutta sekä sitä, miten se on varmistettu käytännössä prosessin eri vaiheissa. Opinnäytetyöprosessissa noudatetaan hyvää tieteellistä käytäntöä, eli toimitaan rehellisesti ja avoimesti, yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta noudattaen. Työssä sovelletaan tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisia ja eettisesti kestäviä tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä. (TENK 2021.)

Opinnäytetyön eettisyys on huomioitu ja prosessissa noudatetaan Arenen opinnäytetöiden eettisiä suosituksia. Koska kyseessä on kirjallisuuskatsaus, yksittäisiä henkilöitä ei tutkita, eli eettistä ennakkoarviota tai tutkimuslupia ei tarvita. Opinnäytetyön tekijät ovat esteettömiä ja puolueettomia ja työ toteutetaan mahdollisimman objektiivisesti. Opinnäytetyö tarkistetaan plagioinnin varalta Turnitin- ohjelmalla ja lopullinen työ julkaistaan. (Arene 2020.)

Opinnäytetyössä tutkimuksia käsitellään objektiivisesti ja tuloksia verrataan teoriatietoon. Aiheeseen liittyviin aiempiin tutkimuksiin ja teoriaan on perehdytty etukäteen. Käsitelty tieto perustuu tutkimusartikkeleihin, oppikirjoihin ja muihin tieteellisiin lähteisiin, joihin viitataan asianmukaisella tavalla ja lähteet merkitään selkeästi. Lähteet on merkitty Metropolia Ammattikorkeakoulun vuoden 2021 kirjallisen työn ohjeiden mukaan.

Opinnäytetyön tekijät tiedostavat, että omat ennakko-oletukset tai asenteet ovat voineet huomaamatta vaikuttaa työhön.

Teorialähteinä opinnäytetyössä on käytetty muun muassa erilaisia oppikirjoja, tietokannoista haettuja tutkimusartikkeleita sekä erilaisia lakeja ja hoitosuosituksia. Työssä on pyritty käyttämään mahdollisimman ajankohtaista tietoa ja suurin osa lähteistä onkin viimeisen kymmenen vuoden ajalta. Aiheeseen liittyvää tietoa on kuitenkin rajallisesti, joten työssä on käytetty osin myös vanhempaa kirjallisuutta. Tiedon ajankohtaisuus on pyritty tarkistamaan, mutta vanhemmilla lähteillä on mahdollisesti vaikutus opinnäytetyön teorian luotettavuuteen.

Opinnäytetyössä käytettäviä artikkeleita haettiin useasta luotettavasta tietokannasta sekä Finna -hakupalvelusta. Artikkeleita haettiin aiheeseen liittyvillä useilla hakusanoilla. Lopulliset artikkelit löydettiin kahdesta tietokannasta (Cinahl ja Pubmed). Molemmat opinnäytetyön tekijät suorittivat tiedonhaun erikseen, minkä jälkeen yhteisesti valittiin mukaan viimeisen viiden vuoden aikana julkaistuja vertaisarvioituja tutkimuksia. Haku on toistettavissa tiedonhakutaulukossa kuvatuilla tiedoilla. Aineiston laajuutta olisi mahdollisesti voitu lisätä, jos mukaan olisi otettu esimerkiksi viimeisen kymmenen vuoden aikana tehdyt tutkimukset.

Aineisto koostuu kahdeksasta tutkimusartikkelista. Tutkimukset on suoritettu neljässä eri maassa, ja ne käsittelevät aihetta laajasti eri näkökulmista, huomioiden sekä hoitajien että potilaiden kokemukset. Toisaalta viisi näistä tutkimuksista on tehty samassa maassa, eli Ruotsissa. Tutkimuksissa saatiin samankaltaisia tuloksia ja tuotiin esiin samoja haasteita ensihoitoon liittyen. Esimerkiksi ensihoitajien koulutuksen puute mainittiin lähes jokaisessa tutkimuksessa, myös potilaiden näkökulmasta.

Koska kirjallisuuskatsaukseen sopivia artikkeleita löydettiin vain kahdeksan, aineisto ei välttämättä kuvaa ilmiötä riittävän laajasti. Suuremmalla aineistolla aiheesta olisi saatu selkeämpi ja kattavampi. Toisaalta tämä kuvaa myös tarvetta tutkia aihetta lisää. Käytetyt tutkimukset on tehty ulkomailla, joten opinnäytetyön tuloksia ei voida suoraan yleistää Suomessa. Näiden maiden mahdolliset eroavat toimintatavat ja erot koulutuksessa voivat myös heikentää tulosten yleistettävyyttä ja luotettavuutta.

Laadulliset haastattelututkimukset tuottivat samankaltaisia tuloksia, mutta huomioidaan että otoskoko oli lähes kaikissa alle 20 ja tulokset perustuvat henkilökohtaisiin kokemuksiin, arvoihin ja ennakkoluuloihin. Ensihoitajia koskevissa tutkimuksissa tuloksiin vaikuttavat myös osallistujien vaihteleva työkokemuksen ja koulutuksen määrä. Kuvatut

potilaiden kokemukset ovat myös hyvin subjektiivisia, eikä niitä voida suoraan yleistää luotettaviksi tuloksiksi. Toisaalta ensihoitajat ja potilaat kuvaavat luonnollisesti myös eri ilmiöitä, mikä osaltaan lisää tulosten objektiivisuutta. Tutkimukset toteutettiin anonyymisti ja tutkittavista saadut tiedot olivat tutkimuksesta riippuen ikä, sukupuoli, ammatti, koulutustausta ja/tai etnisyys. Kaikki tutkittavat antoivat suostumuksen tutkimukseen osallistumiseen.

Sisällönanalyysi toteutettiin vaiheittain. Ensimmäisen vaiheen, jossa artikkelit käytiin läpi alleviivaten ilmauksia, toteuttivat molemmat opinnäytetyön tekijät itsenäisesti. Alleviivauksia verrattiin ja tutkimuskysymyksiin vastaavat ilmaukset valittiin yhteisymmärryksessä. Alkuperäisilmaukset käännettiin englannista suomeksi yhdessä käyttäen apuna sanakirjoja. Käännökset perustuivat osin myös tekijöiden omaan englannin kielen osaamiseen ja tulkintaan, minkä vuoksi jonkin ilmauksen alkuperäinen merkitys on saattanut vääristyä. Opinnäytetyössä käytettiin kuitenkin vain sellaista tietoa, joka ymmärrettiin selvästi myös englannin kielellä.

Opinnäytetyön tulokset on esitetty luokittain ja järjestelmällisesti. Kuutta yläluokkaa pidettiin mielekkäänä tapana esittää tulokset, sillä yläluokista ei enää muodostunut järkeviä pääluokkia. Kirjallisuuskatsauksessa käytetään sisällönanalyysia aineiston järjestämisen apuvälineenä, jolloin yläluokkien luokittelu riittää (Tuomi ym. 2018: luku 4.5) Tuloksissa viitataan alkuperäisilmauksiin, joiden artikkelit ja sivunumerot on merkitty selkeästi eli ne ovat helposti löydettävissä. Tuloksia pohditaan aiempaan tietoon peilaten. Tämä on kuitenkin rajallista, sillä aiheeseen soveltuvaa aiempaa tutkimusta on tehty rajallisesti. Opinnäytetyössä esitetään myös johtopäätöksiä ja jatkotutkimusehdotuksia. Opinnäytetyöprosessin eri vaiheissa on varmistettu, että tulokset sekä johtopäätökset vastaavat alkuperäisiin tutkimuskysymyksiin.

6.3 Johtopäätökset

Tämän opinnäytetyön tulosten pohjalta voidaan tehdä seuraavat johtopäätökset:

1. Ensihoitajien vähäinen koulutus mielenterveyspotilaiden kohtaamisesta vaikeuttaa potilaan ja ensihoitajan välistä vuorovaikutusta.

2. Ensihoitajan ammattimaisuus ja suhtautuminen potilaaseen vaikuttavat merkittävästi potilaan kokemukseen ja vuorovaikutuksen onnistumiseen.

3. Suurimmat haasteet ensihoitajan ja potilaan välisessä vuorovaikutuksessa ovat luottamuksen, kärsivällisyyden ja potilaslähtöisyyden puute sekä rauhallisen ympäristön luominen.

Suuri osa aineistosta kuvasi ensihoitajien koulutuksen puutetta. Ensihoitajien itse koettu pätevyys oli vaihtelevaa. Osa ensihoitajista koki itsensä hyvin päteviksi hoitaa mielenterveyspotilaita, kun taas toiset kuvasivat luottamuksen ja valmiuden puutetta. Koulutuksen puutteesta kuvattiin sekä teoriaopetuksen että käytännön harjoittelun riittämättömyyttä.

Potilaan kokemus ensihoidosta on vahvasti riippuvainen hänen saamastaan kohtelusta. Tähän liittyviä suurimpia tekijöitä ovat ensihoitajien ammattimaisuus, empaattisuus ja tuomitsemattomuus. Ammattimaisuuden puute esiintyy, kun ensihoitajat tuovat esiin omia negatiivisia asenteitaan ja ennakkoluulojaan esimerkiksi tuomitsevilla kommenteilla. Potilaiden kokemuksissa ensihoitajien osaamisessa ja käytöksessä on suurta vaihtelua.

Luottamuksen puute johtuu osin potilaan ennalta-arvaamattomuudesta sekä ensihoitajan omasta epävarmuudesta. Ensihoitajan kärsivällisyyden puute voi johtaa väärinymmärryksiin ja hoitajan omaan provosoitumiseen, mikä osaltaan huonontaa vuorovaikutusta. Potilaslähtöisyys on merkittävä osa sekä luottamuksen että rauhallisen ympäristön luomista. Hoitoympäristön rauhattomuuteen liittyy useita ensihoitajasta riippumattomia tekijöitä. Ensihoitajan haasteena on pyrkiä minimoimaan nämä tekijät esimerkiksi poistamalla ulkopuoliset henkilöt hoitotilanteesta.

6.4 Jatkotutkimusehdotukset

Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa ajantasaista kirjallista tietoa mielenterveyspotilaiden ensihoidosta, jota voitaisiin hyödyntää ensihoitajien ja alan opiskelijoiden hoitotyön ja koulutuksen edistämiseen. Opinnäytetyön tuloksena on muodostettu kuva siitä, mitkä asiat ensihoitajan ja potilaan välisessä vuorovaikutuksessa koetaan haastaviksi ja mihin tulisi kiinnittää enemmän huomiota. Tässä luvussa käydään läpi, kuinka näitä tuloksia voidaan hyödyntää jatkossa.

Opinnäytetyön tulokset osoittavat, että ensihoitajien koulutus mielenterveyspotilaiden kohtaamisesta on riittämätöntä. Tämä heijastuu ensihoitajan ja potilaan väliseen vuorovaikutukseen ja kokemukseen omasta pätevyydestä sekä lisää epävarmuutta hoitotilanteessa. Tulosten pohjalta voidaan esittää, että ensihoitajien koulutusta tulee kehittää

tulevaisuudessa. Tämä voisi tapahtua esimerkiksi lisäämällä teoriaopetusta selkeistä toimintamalleista ja mielenterveysongelmien tunnistamisesta sekä kehittämällä käytännön psykiatrista harjoittelua.

Aiempaa tutkimusta aiheesta on tehty hyvin rajallisesti. Opinnäytetyössä käytetyt tutkimukset on tehty ulkomailla, mutta aihetta olisi ajankohtaista tutkia myös Suomessa. Aihetta voitaisiin tutkia esimerkiksi ensihoitajien koetun pätevyyden, koulutuksen tason sekä käytännön mielenterveyspotilaan ensihoidon onnistumisen näkökulmasta. Laajemman tutkimuksen avulla toimintaa voitaisiin kehittää jatkossa ja mahdollisia puutteita voitaisiin korjata. Opinnäytetyön tulosten osoittamiin haasteisiin voitaisiin mahdollisesti vaikuttaa koulutusta kehittämällä, mutta aihetta täytyy ensin tutkia enemmän.

6.5 Ammatillinen kasvu

Opinnäytetyöprosessi on ollut haastava ja monipuolinen ammatillisen kehittymisen kannalta. Olemme kehittyneet sekä työn aiheeseen liittyvässä osaamisessa että useissa erilaisissa taidoissa. Opinnäytetyön ollessa melko pitkä projekti, se on kasvattanut meitä ottamaan vastuuta ja sitoutumaan siihen.

Opinnäytetyö tehtiin parityönä. Tämä on vaatinut paljon työnjakoon, ajankäytön suunnitteluun ja yhteistyöhön liittyvää osaamista. Prosessin ajan olemme noudattaneet tekemäämme selkeää työnjakoa ja aikarajoja. Työtä tehtiin ajoittain sekä yhdessä että itsenäisesti. Yhteistyötaidot nostamme keskeiseksi kehittymisen osa-alueeksi, koska olemme onnistuneet hyödyntämään molempien tekijöiden vahvuuksia ja näkökulmia monipuolisesti sekä tekemään kompromisseja. Myös viestintätaitomme ovat kehittyneet sekä kirjoittamisen että yhteydenpidon muodossa.

Kirjallisuuskatsauksen aineisto sekä useat lähteet ovat englanninkielisiä. Näiden lukeminen sekä alkuperäisilmausten kääntäminen suomeksi kehitti englannin kielen taitojamme merkittävästi. Myös suomenkielisten tutkimusten ja tieteellisen tekstin läpikäyminen ja sieltä asioiden etsiminen on tullut helpommaksi. Olemme myös oppineet käyttämään sujuvasti eri tietokantoja ja tekemään tiedonhakua, sillä alkuvaiheesta asti suurimpana haasteena olivat aiheeseen liittyvän tiedon riittämättömyys ja lähteiden löytäminen.

Aineiston analyysi oli merkittävässä osassa opinnäytetyötä ja keskeinen oppimiskokemus. Ennen opinnäytetyön tekemistä meillä ei käytännössä ollut tietoa siitä, miten si-

sällönanalyysi tehdään tai mitä vaiheita siihen sisältyy. Perehdyimme aihetta koskevaan tietoon ja osallistuimme laadullisen tutkimuksen työpajaan useamman kerran. Kirjoittaessa opinnäytetyötä olemme kehittyneet merkittävästi tieteellisessä asiatekstin kirjoittamisessa. Koska opinnäytetyö tehtiin sähköisessä muodossa, Word -ohjelmaa käyttäessä tietotekniset taitomme ovat vahvistuneet. Olemme harjaantuneet myös lähteiden sekä viitteiden oikeaoppisessa merkitsemisessä.

Opinnäytetyön aihe on erittäin ajankohtainen ja mielenterveyden häiriöt esiintyvät jatkuvasti myös ensihoidossa. Olemme työtä tehdessä oppineet paljon teoriaa eri mielenterveyden häiriöistä, vuorovaikutuksen keinoista ja näiden potilaiden kohtaamisesta. Olemme perehtyneet myös ensihoidon työturvallisuuteen, mielenterveyslakiin ja päihtyneen, itsetuhoisen sekä aggressiivisen potilaan kohtaamiseen ja hoitoon. Näiden uusien tietojen pohjalta olemme tulevassa ammatissamme valmiimpia hoitamaan mielenterveyspotilaita.

Teimme opinnäytetyön ohella paljon muita opintoja ja koimme myös henkilökohtaisia haasteita. Kaikki tämä edisti kykyämme huolehtia omasta jaksamisestamme sekä vahvisti stressinhallintataitojamme. Vaikka opinnäytetyöprosessi oli raskas, tästä jäi meille paljon omaa ammatillista kasvua ja kehittymistä sekä tulevaa uraa edistäviä taitoja.

Lähteet

Ahdistuneisuushäiriöt. Käypä hoito -suositus 2019. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Psykiatriyhdistys ry:n ja Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50119>. Viitattu 13.1.2023

Alanen, Pasi & Jormakka, Juha & Kosonen, Antti & Saikko, Simo 2018. Oireista työdiagnoosiin - Ensihoitopotilaan tutkiminen ja arviointi. 1.–3. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset suositukset. Opinnäytetöiden eettiset suositukset. Arene. Päivitetty 9.1.2020. <https://www.arene.fi/julkaisut/raportit/opinnaytetoiden-eettiset-suositukset/>. Viitattu 12.12.2022.

Bryan, Cornelia A. & Mistovich, Joseph J. & Krost, William S. & Limmer, Daniel D. 2009. In two minds? EMS care of the schizophrenic patient. Recognizing the signs and symptoms of schizophrenia is key to prehospital care. EMS Magazine 38 (12). 63-71. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20099483/>. Viitattu 25.1.2023

Daggenvoorde, Thea H & van Klaren Josette M & Gijsman Harm J & Vermeulen Hester & Goossens Peter JJ 2020. Experiences of Dutch ambulance nurses in emergency care for patients with acute manic and/or psychotic symptoms: A qualitative study. Perspectives in Psychiatric Care 57 (3). 1305–1312. <https://doi.org/10.1111/ppc.12691>. Viitattu 8.12.2022

Ensihoitaja (AMK). Opintopolku. Opetushallitus. <https://opintopolku.fi/konfo/fi/koulutus/1.2.246.562.13.00000000000000000205>. Viitattu 18.1.2023

Ensihoito. Sosiaali- ja terveysministeriö. <https://stm.fi/ensihoito>. Viitattu 3.1.2023.

Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiivi 2005/36/EY. Annettu 7 päivänä syyskuuta 2005 ammattipätevyyden tunnustamisesta. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FI/TXT/PDF/?uri=CELEX:32005L0036&from=FI>. Viitattu 19.1.2023

Ferguson, Nyssa & Savic, Michael & McCann, Terence & Emond, Kate & Sandral, Emma & Smith, Karen & Roberts, Louise & Bosley, Emma & Lubman, Dan 2019. “I was worried if I don’t have a broken leg, they might not take it seriously”: Experiences of men accessing ambulance services for mental health and/or alcohol and other drug problems. Health Expectations 22 (3). 565–574. <https://doi.org/10.1111/hex.12886>. Viitattu 10.12.2022

Gee, Brioney & Nicholls, Helen & Rivett, Sam & Clarke, Tim & Wilson, Jon & Prothero, Larissa 2022. ‘Very hit and miss’: an interpretive phenomenological analysis of ambulance service care for young people experiencing mental health crisis. British Paramedic Journal 7 (1). 43–50. <https://doi.org/10.29045/14784726.2022.06.7.1.43>. Viitattu 10.12.2022

Hawley, Chris & Singhal, Ankush & Roberts, AG & Atkinson, Heather & Whelan, Caroline 2011. Mental health in the care of paramedics: part 1. Journal of Paramedic Practice 3 (5). 230–236. <https://doi.org/10.12968/jpar.2011.3.5.230>. Viitattu 25.1.2023

Hawley, Chris & Singhal, Ankush & Roberts, AG & Atkinson, Heather & Whelan, Caroline 2011. Mental health in the care of paramedics: part 2. Journal of Paramedic Practice 3 (6). 304–312. <https://doi.org/10.12968/jpar.2011.3.6.304>. Viitattu 26.1.2023

Heikkinen-Peltonen, Riitta & Innamaa, Marja & Virta, Marjut 2020. Mieli ja terveys. 6.–7. Painos. Helsinki: Edita.

Heiskanen, Tarja & Salonen, Kristina & Sassi, Pirkko 2006. Mielenterveyden ensiapukirja. Helsinki: SMS-tuotanto.

Hermanson, Terhi 2006. Päihtyneen henkilön akuuttihoito: Sosiaali- ja terveysministeriön ohjeet. Sosiaali- ja terveysministeriö. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201504226779>. Viitattu 27.1.2023

Huttunen, Matti 2018. Akuutti stressireaktio. Lääkärikirja Duodecim. Duodecim Terveyskirjasto. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00191/akuutti-stressireaktio>. Viitattu 14.1.2023

Huttunen, Matti 2018. Harhaluuloisuushäiriö. Lääkärikirja Duodecim. Duodecim Terveyskirjasto. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00373>. Viitattu 14.1.2023

Huttunen, Matti 2022. Mielenterveyden häiriöitä. Lääkärikirja Duodecim. Duodecim Terveyskirjasto. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk01313>. Viitattu 14.1.2023

Huttunen, Matti 2018. Persoonallisuushäiriöt. Lääkärikirja Duodecim. Duodecim Terveyskirjasto. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00407>. Viitattu 16.1.2023

Huumeongelmat. Käypä hoito -suositus 2022. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Päihdelääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50041>. Viitattu 27.1.2023

Hyvä tieteellinen käytäntö (HTK). Tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK). Viimeksi päivitetty 7.7.2021.<https://tenk.fi/fi/tiedevilppi/hyva-tieteellinen-kaytanto-htk>. Viitattu 12.12.2022.

Hämäläinen, Kaisu & Kanerva, Anne & Kuhanen, Carita & Schubert, Carla & Seuri, Tarja 2019. Mielenterveyshoitotyö. 5.–7. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Itsemurhien ehkäisy ja itsemurhaa yrittäneen hoito. Käypä hoito -suositus 2022. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, MIELI Suomen Mielenterveys ry:n, Suomen Psy-

kiatriyhdistyksen, Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50122#s10>. Viitattu 13.1.2023

Jamieson, Louisa 2015. A brief guide to borderline personality disorder for pre-hospital clinicans in an emergency setting. Journal of Paramedic Practice 7 (8). 386–392. <https://doi.org/10.12968/jpar.2015.7.8.386>. Viitattu 24.1.2023

Kaksisuuntainen mielialahäiriö. Käypä hoito -suositus 2021. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Psykiatriyhdistys ry:n ja Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50076>. Viitattu 4.4.2023

Kananen, Jorma 2015. Opinnäytetyön kirjoittajan opas: Näin kirjoitan opinnäytetyön tai pro gradun alusta loppuun. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Kangasniemi, Mari & Utriainen, Kati & Ahonen, Sanna-Mari & Pietilä, Anna-Maija & Jääskeläinen, Petri & Liikanen, Eeva 2013. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsennettyyn tietoon. Hoitotiede 25 (4). 291–301.

Keski-Rahkonen, Anna & Charpentier, Pia & Viljanen, Riikka (toim.) 2010. Syömishäiriöt. Läheisen opas. 1. Painos. Helsinki: Duodecim.

Kopakkala, Aku 2009. Masennus. Helsinki: Edita: Mielenterveyden keskusliitto.

Kopteff, Anna 2022. ”Se olisi taas 785”. Teoksessa Partanen, Marko & Oksanen, Tuomas & Turva, Jarmo & Jormakka, Juha & Kähkönen, Janne & Lisitsyn, Dimitri (toim.) Systole. Ensihoidon erikoislehti 2022 (1). Helsinki: Suomen Ensihoidon Tiedotus Oy. 32–33.

Lapset, nuoret ja perheet. Dialogisuus ammattilaisen ja perheen välillä. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Päivitetty 7.9.2022. <https://thl.fi/fi/web/lapset-nuoret-ja-perheet/kehittyvat-kaytannot/dialogiset-toimintavat/dialogisuus-ammattilaisen-ja-perheen-valilla>. Viitattu 17.1.2023

Lepola, Ulla & Koponen, Hannu & Leinonen, Esa & Joukamaa, Matti & Isohanni, Matti & Hakola, Panu 2008. Psykiatria. 1.–3. painos. Helsinki: WSOY.

Lindström, Veronica & Sturesson, Lars & Carlborg, Andreas 2019. Patients' experiences of the caring encounter with the psychiatric emergency response team in the emergency medical service—A qualitative interview study. Health Expectations 23 (2). 442–449. <https://doi.org/10.1111/hex.13024>. Viitattu 8.12.2022

Lönnqvist, Jouko & Henriksson, Markus & Marttunen, Mauri & Partonen Timo (toim.) 2021. Psykiatria. E-kirja. Kustannus Oy Duodecim.

Mielenterveyslaki 1990/1116. Annettu Helsingissä 14.12.1990.

Marttunen, Mauri & Huurre, Taina & Strandholm, Thea & Viialainen, Riitta (toim.) 2013. Nuorten mielenterveyshäiriöt. Opas nuorten parissa työskenteleville aikuisille. Tampere: Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy.

Mielenterveys. Ahdistuneisuushäiriöt. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Päivitetty 12.4.2022. <https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyshairiot/ahdistuneisuushairiot>. Viitattu 14.1.2023

Mielenterveys. Psykoosit. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Päivitetty 20.5.2022. <https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyshairiot/psykoosit>. Viitattu 15.1.2023

Mönkkönen, Kaarina 2018. Vuorovaikutus asiakastyössä – Asiakkaan kohtaaminen sosiaali- ja terveysalalla. E-kirja. Helsinki: Gaudeamus Oy.

Naarajärvi, Saija & Telkki, Tuomas 2019. Perustason ensihoito. 1. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Noppari, Eija & Kiiltomäki, Aliisa & Pesonen, Arja 2007. Mielenterveystyö perusterveydenhuollossa. Helsinki: Tammi.

Phipps, Oliver & Lugg, Jason 2016. Rapid Emergency and Unscheduled Care. E-kirja. Chichester: John Wiley & Sons, Incorporated.

PHQ-9 terveyskysely. Käypä hoito -suositus 2016. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. <https://www.kaypahoito.fi/pgr00035>. Viitattu 4.4.2023

Psykiatrinen erikoissairaanhoito 2021. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Päivitetty 30.11.2022. <https://thl.fi/fi/tilastot-ja-data/tilastot-aiheittain/terveyspalvelut/psykiatrinen-erikoissairaanhoito>. Viitattu 13.12.2022.

Rautava-Nurmi, Hanna & Westergård, Airi & Henttonen, Tarja & Ojala, Mirja & Vuorinen, Sinikka 2020. Hoitotyön taidot ja toiminnot. 7. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Ross, Colin A. 2015. When to Suspect and How to Diagnose Dissociative Identity Disorder. Journal of EMDR Practice and Research 9 (2). 114–120. <http://dx.doi.org/10.1891/1933-3196.9.2.114>. Viitattu 23.1.2023.

Rovasalo, Aki 2021. Dissosiaatiohäiriöt. Lääkärikirja Duodecim. Duodecim Terveyskirjasto. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00360>. Viitattu 15.1.2023

Rovasalo, Aki 2022. Pakko-oireinen häiriö. Lääkärikirja Duodecim. Duodecim Terveyskirjasto. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00403>. Viitattu 15.1.2023

Routasalo, Pirkko & Airaksinen, Marja & Mäntyranta, Taina & Pitkälä, Kaisu 2009. Potilaan omahoidon tukeminen. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 125 (21). 2351–9. <https://www.duodecimlehti.fi/duo98401>. Viitattu 17.1.2023

Salaspuro, Mikko 2009. Päihdepotilas päivystyksessä ja hoitoonohjaus. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 125 (8). 897–904. <https://www.duodecimlehti.fi/duo98004>. Viitattu 27.1.2023

Sosiaali- ja terveysalan perustutkinto. Opintopolku. Opetushallitus. <https://opintopolku.fi/konfo/fi/koulutus/1.2.246.562.13.00000000000000000008>. Viitattu 18.1.2023

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus ensihoitopalvelusta 585/2017. Annettu Helsingissä 24.8.2017.

Suokas-Cunliffe, Anne & Van Der Hart, Onno 2006. Dissosiaatiohäiriö – varhaisen, jatkuvan traumatisoitumisen pitkäaikaisseuraamus. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 122 (16). 2001–7. <https://www.duodecimlehti.fi/duo95941>. Viitattu 16.1.2023

Tahvanainen, Marketta & Riipinen, Pirkko & Jääskeläinen, Erika & Halt, Anu-Helmi 2021. Itsemurhan riskitekijät ja niiden huomioiminen yleislääkärin työssä. Miten itsemurhariskiä voidaan arvioida. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 137 (9). 925-32. <https://www.duodecimlehti.fi/duo15799>. Viitattu 13.1.2023

Tesfaye, Elias & Alemayehu, Selamawit & Masane, Mathewos 2019. Dissociative Identity Disorder Presenting with Multiple Suicidal Attempt: A Case Report. EC Psychology and Psychiatry 8 (6). 512-517. <https://www.researchgate.net/publication/343628816_EC_PSYCHOLOGY_AND_PSYCHIA-TRY_Case_Report_Dissociative_Identity_Disorder_Presenting_with_Multiple_Suicidal_Attempt_A_Case_Report>. Viitattu 24.1.2023

Tilastotietoa mielenterveydestä. Mieli Suomen Mielenterveys ry. Päivitetty 16.12.2021. <https://mieli.fi/yhteiskunta/mielenterveys-suomessa/tilastotietoa-mielenterveydesta/>. Viitattu 13.12.2022.

Todorova, Lizbet & Johansson, Anders & Ivarsson, Bodil 2021. A Prehospital Emergency Psychiatric Unit in an Ambulance Care Service from the Perspective of Prehospital Emergency Nurses: A Qualitative Study. Healthcare 10 (1). 50. <https://doi.org/10.3390/healthcare10010050>. Viitattu 9.12.2022

Todorova Lizbet & Johansson Anders & Ivarsson Bodil 2020. Perceptions of ambulance nurses on their knowledge and competence when assessing psychiatric mental illness. Nursing Open 8 (2). 946–956. <https://doi.org/10.1002/nop2.703>. Viitattu 8.12.2022

Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. E-kirja. Uudistettu laitos. Tammi.

Valli, Juha 2016. Ensihoidon tehtävät poliisijohtoisessa tilanteessa. Ensihoito-opas. Kustannus Oy Duodecim.

Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE 2011. sosiaali- ja terveysalan eettinen perusta. ETENE-julkaisuja 32. <https://etene.fi/documents/1429646/1559058/ETENE-julkaisuja+32+Sosiaali-+ja+terveysalan+eettinen+perusta.pdf/13c517e8-6644-4fa5-8c5f-193cfdce9841>. Viitattu 17.1.2023

World Health Organisation 2013. Mental Health action plan 2013–2020. Geneva: WHO Document Production Services. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241506021>. Viitattu 12.1.2023

Zetterberg, Johanna & Visti, Elin & Holmberg, Mats & Andersson, Henrik & Aléx, Jonas 2022. Nurses' experiences of encountering patients with mental illness in prehospital emergency care – a qualitative interview study. BMC Nursing 21 (1). 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12912-022-00868-4>. Viitattu 10.12.2022

Önnheim, Sandra & Johansson, Anders & Ivarsson, Bodil & Hagström, Caroline 2022. Self-Perceived Competence of Ambulance Nurses in the Care of Patients with Mental Illness: A Questionnaire Survey. Nursing Reports. 12 (1). 226–234. <https://doi.org/10.3390/nursrep12010023>. Viitattu 9.12.2022.

Yhteenvetotaulukko tutkimuksista

Taulukko 1. Valitut tutkimukset

Nro	Tekijät, vuosi, maa	Lehti	Tutkimusmenetelmä, otoskoko (n=)	Tutkimuksen tarkoitus	Keskeisimmät tulokset
1	Daggenvoorde & van Klaren & Gijsman & Vermeulen & Goossens 2020 Hollanti	Perspectives in Psychiatric Care	Laadullinen tutkimus, n=14	Tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia ensihoitajien kokemuksia potilaiden hoidosta, joilla on akuutteja psykoottisia oireita.	1. Koulutusta ja tietoa pidetään osin riittämättömänä, mikä aiheuttaa epävarmuuden tunnetta. 2. Psykiatriasta teemana kiinnostuneet ensihoitajat kokevat olevansa pätevämpiä hoitamaan psykiatrisia potilaita.
2	Ferguson & Savic & Sandral & Lubman & McCann & Emond & Smith & Roberts & Bosley 2019 Australia	Health Expectations	Laadullinen tutkimus, n=30	Selvittää miespotilaiden kokemuksia heidän saamastaan ensihoidosta mielenterveys ja päihdeongelmia koskien.	1. Ensihoitajien ymmärtäväisyys, empaattisuus ja selkeä kommunikointi vaikuttaa merkittävästi potilaan hyvään kokemukseen saamastaan ensihoidosta.

3	Gee & Nicholls & Rivett & Clarke & Wilson & Prothero 2022 Iso-Britannia	British Paramedic Journal	Laadullinen tutkimus, n=10	Tutkia nuorten mielenterveyspotilaiden kokemuksia saamastaan ensihoidosta, jotta annettua ensihoitoa voitaisiin jatkossa parantaa.	1. Nuorten mielenterveyspotilaiden kokemukset saamastaan ensihoidosta olivat erittäin vaihtelevia (Oli hyviä ja huonoja kokemuksia). 2. On selkeä tarve tarjota lisää koulutusta ensihoitajille mielenterveyspotilaiden kohtaamisesta.
4	Lindström & Sturesson & Carlborg 2019 Ruotsi	Health Expectations	Laadullinen tutkimus, n=14	Tutkia potilaiden kokemuksia psykiatrisen ambulanssin tiimin eli ensihoitajan ja psykiatrisen hoitajan tarjoamasta hoidosta Ruotsissa.	1. Potilaat kokivat, että heille tarjottiin tarpeeksi tietoa ja heitä kuunneltiin, mikä loi avoimen ja turvallisen ilmapiirin hoitotilanteeseen. 2. Hoito oli potilaslähtöistä, potilaat kokivat osallistuneensa päätöksentekoon ja hoitosuhteessa oli molemminpuolista luottamusta.
5	Todova & Johansson & Ivarsson 2021 Ruotsi	Healthcare	Laadullinen tutkimus, n=7	Tutkia ensihoitajien kokemuksia psykiatrisessa ambulanssissa työskentelystä vuoden jälkeen ambulanssikokeilun alkamisesta.	1. Ensihoitajat kokivat, että yhteistyössä psykiatrisen hoitajan kanssa mielenterveyspotilaiden hoito oli parempaa ja turvallisempaa. 2. Ensihoitajat kokivat saaneensa kokeilussa lisää tietoa ja pätevyyttä mielenterveyspotilaiden hoitoon.

6	Todova & Johansson & Ivarsson 2020 Ruotsi	Nursing Open	Laadullinen ja määrällinen tutkimus, n=7	Muodostaa käsitys ensihoitajien tämänhetkisestä tiedosta ja pätevyydestä hoitaa psykiatrisia potilaita.	1. Ensihoitajat kokivat heillä olevan liian vähän tietoa, jotta osaisivat hoitaa psykiatrisia potilaita riittävän hyvin. 2. Ensihoitajat kokivat tarvetta yhdistää psykiatristen hoitajien osaamista ensihoidon toimintaan.
7	Zetterberg & Visti & Holmberg & Andersson & Aléx 2022 Ruotsi	BMC Nursing	Laadullinen tutkimus, n=17	Tutkia hoitajien kokemuksia mielenterveyspotilaiden kohtaamisesta ensihoidossa.	1. Hoitajat yleensä pyrkivät luomaan luottamuksellisen suhteen mielenterveyspotilaan kanssa. 2. Hoitajien turvaton olo ja epävarmuus hoitotilanteesta tekee potilaan hoitamisen haastavammaksi.
8	Önnheim & Johansson & Ivarsson & Hagström 2022 Ruotsi	Nursing Reports	Määrällinen tutkimus, n=124	Tutkia ensihoitajien näkemystä omasta pätevyydestään hoitaessa mielenterveyspotilaita.	1. Ensihoitajilla on yleisesti positiivinen näkemys omasta pätevyydestään. 2. Osa ensihoitajista tuntee oman osaamisensa liian vähäiseksi.

Tiedonhakutaulukko

Taulukko 2. Tiedonhaku

Tieto-kanta	Hakusanat, hakusana-yhdistelmät	Valinta- ja poissulku-kriteerit	Osumien-määrä (kpl)	Valinta otsikon perusteella (kpl)	Valinta tiivistelmän perusteella (kpl)	Valinta koko tekstin perusteella (kpl)
Pubmed	Prehospital and psychiatric	Julkaistu 2017–2022, koko teksti saatavilla	83	6	4	2
Cinahl	mental health or mental illness or mental disorder or psychiatric illness **and** ambulance or ambulance service or paramedic or emergency medical service or ems or pre-hospital or prehospital **and** emergency care or emergency or emergency department	Julkaistu 2017–2022, kieli englanti, koko teksti saatavilla	62	10	6	6
Finna	Ensihoito ja mielenterveys	Julkaistu 2017–2022, lehti/artikkeli	6	1	0	0
Psychnet	Paramedic and mental health	Julkaistu 2017–2022, vertaisarvioitu, koko teksti saatavilla	2	0	0	0