

Timo-Pekka Aho & Hanna Uusikartano

POTILAAN PSYYKKISEN VOINNIN ARVIOINTI OSANA KOKONAISVALTAISTA PÄIVYSTYSHOITOTYÖTÄ

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus

**Opinnäytetyö
CENTRIA-AMMATTIKORKEAKOULU
Hoitotyön koulutusohjelma
Marraskuu 2018**

TIIVISTELMÄ OPINNÄYTETYÖSTÄ

Centria-ammattikorkeakoulu	Aika Marraskuu 2018	Tekijä/tekijät Timo-Pekka Aho Hanna Uusikartano
Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma		
Työn nimi POTILAAN PSYKKISEN VOINNIN ARVIOINTI OSANA KOKONAISVALTAISTA PÄIVYSTYSHOITOTYÖTÄ. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus		
Työn ohjaaja Arja-Liisa Ahvenkoski, Lehtori	Sivumäärä 31 + 4	
Työelämäohjaaja Ulla Aspvik, Terveystieteiden tohtori, psykoterapeutti ja Soiten palvelualuejohtaja		
<p>Tämän opinnäytetyön aiheena oli kartoittaa olemassa olevia päivystyshoitotyöhön suunnattuja psyykkisen voinnin arviointimenetelmiä. Työn tavoitteena oli koota tietoa käytössä olevista arvioinnin työkaluista, ja miten hoitohenkilökunta voi niitä hyödyntää. Opinnäytetyön tutkimuskysymyksinä olivat: Millaisia psyykkisen voinnin arviointimenetelmiä on käytössä? Millaiset tekijät vaikuttavat potilaan psyykkisen voinnin arvioimiseen?</p> <p>Opinnäytetyön menetelmänä käytettiin kuvailevaa kirjallisuuskatsausta. Työn aineistohaku toteutettiin joulukuun 2017 ja helmikuun 2018 välisenä aikana viiden eri tietokannan kautta: CINAHL, Academic Search Elite, Medic, Duodecim ja PsycInfo. Työn aineistoon valittiin kuusi vuosina 2009–2017 julkaistua englanninkielistä julkaisua ja yksi suomenkielinen julkaisu. Kirjallisuuskatsauksen analyysi toteutettiin induktiivista sisällönanalyysia käyttäen.</p> <p>Potilaan psyykkinen vointi ja hänen kokonaisvaltainen huomionsa ovat tärkeässä osassa tehtäessä hoidon tarpeen arviointia päivystyshoitotyössä. Tähän triage-arviointiin suunnattuja psyykkisen voinnin oireasteikoita ja haastattelumenetelmiä on tutkittu ja kehitetty kansainvälisellä tasolla, mutta suomalainen tutkimustieto aiheesta on suppeaa.</p> <p>Hoitotyön ammattilaiset voivat käyttää opinnäytetyötä osana päivystyshoitotyön edelleen kehittämistä sekä hyödyntää työtä lähtökohtana uusille tutkimuksille.</p>		
Asiasanat Kokonaisvaltainen hoitotyö, potilaan arviointi, psyykkinen vointi, päivystyshoitotyö, triage		

ABSTRACT

Centria University of Applied Sciences	Date November 2018	Author Timo-Pekka Aho Hanna Uusikartano
Degree programme Degree Programme in Nursing		
Name of thesis EVALUATION OF A PATIENT'S PSYCHIATRIC WELLBEING AS PART OF COMPREHENSIVE EMERGENCY DEPARTMENT NURSING. A descriptive literature review		
Instructor Lecturer Arja-Liisa Ahvenkoski	Pages 31 + 4	
Supervisor Ulla Aspvik, doctor of health science, psychotherapist and Soite's head of service division		
<p>The purpose of this thesis was to examine existing mental health tools developed from the point-of-view of emergency department nursing. The aim was to gather information about such tools currently in use, and how the nursing staff can utilize them. The research questions of the thesis were the following: What psychiatric evaluation tools are there in use? What factors affect the evaluation of a patient's psyche?</p> <p>The method of descriptive literature review was used in the thesis. The materials used were collected between December of 2017 and February of 2018 from five different databases: CINAHL, Academic Search Elite, Medic, Duodecim and PsycInfo. Six studies in English, and one in Finnish, published between 2009 and 2017 were chosen. The analysis was done using the method of inductive content analysis.</p> <p>A patient's psyche and the comprehensive evaluation of their wellbeing are important when performing triage as part of emergency department nursing. Mental health tools and interview procedures from a triage perspective have been studied and developed on an international level, but Finnish research information on the subject is lacking.</p> <p>Nursing professionals can utilize this thesis as part of evaluating emergency department practices, and as a starting point for further studies.</p>		

<p>Key words Comprehensive nursing, evaluation of a patient, psychiatric wellbeing, emergency nursing, triage</p>
--

TIIVISTELMÄ
ABSTRACT
SISÄLLYS

1 JOHDANTO	1
2 SUOMALAINEN SOSIAALI- JA TERVEYSPALVELUJÄRJESTELMÄ	2
2.1 Päivystys osana sosiaali- ja terveyspalveluita	3
2.2 Kokonaisvaltainen hoitotyö.....	5
2.3 Psykykinen vointi	6
3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	8
4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN	9
4.1 Aineiston keruu	10
4.2 Aineiston analyysi	13
5 TULOKSET	14
5.1 Käytössä olevia psyykkisen voinnin arviointimenetelmiä	14
5.2 Millaiset tekijät vaikuttavat potilaan psyykkisen voinnin arvioimiseen	19
6 OPINNÄYTETYÖN LUOTETTAVUUS JA ETIIKKA	22
7 POHDINTA	24
7.1 Tulosten tarkastelu	24
7.2 Opinnäytetyön prosessi ja ammatillinen kasvu	26
7.3 Opinnäytetyön hyödyntäminen, johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet	27
LÄHTEET	28
LIITTEET	
KUVAT	
KUVA 1. UK Mental health triage scale	16
KUVA 2. Public psychiatric emergency assessment tool	18
TAULUKOT	
TAULUKKO 1. ABCDE–trriage ja oireenmukainen luokitus	5
TAULUKKO 2. Sisäänotto- ja poissulkukriteerit	11
TAULUKKO 3. Tanskalainen psykiatrinen triagetaulukko	17

1 JOHDANTO

Kokonaisvaltaisen hoitotyön tavoitteena on saada potilas tuntemaan olonsa mahdollisimman turvalliseksi ja tulleen kuulluksi. Nykypäivän päivystyshoitotyössä on kuitenkin harvoin aikaa tällaiseen kokonaisvaltaiseen huomioimiseen. Potilaan psyykkisen voinnin arviointi ja psykososiaalisen tuen tarpeen tärkeys tiedetään, mutta päivystyksen potilasvirtojen vuoksi somaattisten sairauksien hoito on usein etusijalla (Castrén, Aalto, Rantala, Sopenen & Westergård 2009, 76; Narumo & Murtomaa 1998, 6; Rautava-Nurmi, Westergård, Henttonen, Ojala & Vuorinen 2016, 24.) Psykiatrasta apua hakeva potilas saattaa tulla päivystykseen somaattisten oireiden varjolla, minkä vuoksi psyykkisen voinnin arviointi osana potilaan haastattelua on tärkeää. Potilas saattaa hävetä psyykkistä oireiluaan tai hän ei somaattisten oireiden vuoksi tunnista psyykkisen avun tarvettaan (Kuisma, Holmström, Nurmi, Porthan & Taskinen 2013, 657.)

Opinnäytetyöprosessi sai alkunsa tekijöiden yhteisestä kiinnostuksesta psykiatriseen hoitotyöhön, minkä pohjalta lähdettiin miettimään suuntaa opinnäytetyölle. Aihe muotoutui molempien omista, erillisistä käytännön ja työelämän kokemuksista sosiaali- ja mielenterveyspalveluiden piirissä. Opinnäytetyömme aiheeksi valitsimme potilaan psyykkisen voinnin arvioimisen osana kokonaisvaltaista päivystyshoitotyötä. Teemme opinnäytetyömme Keski-Pohjanmaan sosiaali- ja terveystyöryhmä Soiten psykiatria- ja päihdepalveluille.

Tämä opinnäytetyö on kirjallisuuskatsaus, jonka tarkoituksena on kuvata psyykkisen voinnin arviointikeinoja ja sitä, miten hoitohenkilökunta niitä hyödyntää potilasta arvioidessaan. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa, jota hoitohenkilökunta voi hyödyntää kehittäessään päivystyspotilaan kokonaisvaltaista hoitotyötä.

2 SUOMALAINEN SOSIAALI- JA TERVEYSPALVELUJÄRJESTELMÄ

Suomalaisilla on perustuslakiin kirjattu oikeus riittäviin sosiaali- ja terveyspalveluihin, joiden toimivuudesta vastaa sosiaali- ja terveysministeriö. Ministeriön tehtävänä on valmistella lainsäädäntöä ja seurata sen toteutusta sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmässä. Lisäksi ministeriö valmistelee valtioneuvoston hyväksyttäväksi sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite-toiminta-ohjelmaa. (Rautava-Nurmi ym. 2016, 63.) Sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän pohjana ovat verorahoitteisuus, valtion vastuu palveluiden ohjaamisesta, sekä kuntien vastuu palveluiden järjestämisestä (Holmia, Murtonen, Myllymäki & Valtonen 2008, 42). Vuodesta 2020 alkaen vastuu sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämisestä on kuitenkin siirtymässä kunnilta kuntayhtymille (Alueuudistus 2018; Valtioneuvoston kanslia 2017).

Nykyisellään Suomessa on, Ahvenanmaa mukaan lukien, 21 sairaanhoitopiiriä, jotka vastaavat terveyspalveluiden toteuttamisesta, niiden kehittämisestä ja palveluiden yhteensovittamisesta perusterveydenhuollon ja sosiaalitoimen kanssa. Sairaanhoitopiirit on jaettu osavastuu-alueisiin, joissa sairaalat ja terveyskeskukset vastaavat alueensa väestön eri tasoista hoitomuodoista olosuhteiden ja resurssien puitteissa. (Holmia ym. 2008, 42; Sosiaali- ja terveysministeriö 2018.) Sote-uudistuksen myötä sairaanhoitopiirien vastuu siirtyy kuntayhtymille, joita tulee suunnitellusti olemaan 13 (Alueuudistus 2018).

Sairaanhoitopiirin sisällä terveydenhuollon palvelut voidaan jakaa julkisiin, yksityisiin ja niin sanottuihin kolmannen sektorin palveluihin. Julkinen järjestelmä on valtion ja kuntien rahoittamaa toimintaa. Yksityinen sektori on taas potilaan itsensä tai vakuutusyhtiöiden kustantamaa. Näiden rinnalle noussut kolmas palvelusektori on voittoa tavoittelematonta, vapaaehtoisuuteen perustuvaa järjestöpohjaista toimintaa. Nämä palvelut ovat ns. täydentävää toimintaa, eikä niillä voi koskaan olla päävastuuta potilaan hoidosta. (Holmia ym. 2008, 43.)

Kansanterveyslain ja erikoissairaanhoidon mukaisesti Suomessa potilaiden hoidossa noudatetaan ns. hoidon porrastusta (Kansanterveyslaki 28.1.1972/66; Erikoissairaanhoidon laki 1.12.1989/1062). Sairaanhoidon porrastuksen tarkoituksena on, että potilas pyritään hoitamaan mahdollisimman tarkoituksenmukaisessa hoitopaikassa hänen sairauteensa nähden. Potilaan ensisijainen hoitopaikka on joko terveyskeskus tai yksityisen lääkärin vastaanotto. (Holmia ym. 2008, 44.) Sairaaloissa on useita yksiköitä, ja pikaista hoitoa tarvitsevat saapuvat päivystykseen (Rautava-Nurmi ym. 2016, 63–64, 68).

2.1 Päivystys osana sosiaali- ja terveystalvveluita

Päivystys tarkoittaa käsitteenä hätätapausten välitöntä hoitoa, sekä kiireellistä potilaan polikliinista hoitoa. Sen perustehtävänä on terveyttä tai henkeä äkillisesti vaarantavan uhan torjuminen. Päivystystoiminnan tavoitteena on ensisijaisesti potilaan nopea diagnosointi ja jatkohoidon järjestäminen ja suunnittelu. (Castrén ym. 2009, 60–61.) Päivystyksessä voidaan lääkkäreiden ja sairaanhoitajien hoidon porrastuksen mukaisesti ohjata potilas eteenpäin jatkotutkimuksia varten (Castrén ym. 2009, 61; Rautava-Nurmi ym. 2016, 64–65).

Päivystys on toimintamuotona avohoitoa. Avohoitoa annetaan normaalisti potilaalle, jota ei ole kirjattu sairaalan osastolle tai joka on osastolla ollessaan muun erikoisalalan tutkittavana. Avohoidon potilaana voi päivystyksellisesti olla enintään 15 tuntia. Jos potilaan hoitaminen tai tutkiminen vaativat enemmän aikaa, on hänestä tehtävä hoitopäätös. Tällöin potilas on joko kotiutettava, siirrettävä osastopotilaaksi tai ohjattava toiseen hoitolaitokseen. (Castrén ym. 2009, 61.)

Päivystystoiminta voidaan jakaa kolmeen eri toteutusmuotoon. Perusterveydenhuollon päivystys on terveyskeskuksissa sekä terveysasemilla tapahtuvaa yleislääketieteellistä vastaanottotoimintaa, jossa hoidetaan yleisiä ja tavanomaisia sairauksia sekä pientraumoja. Erikoissairaanhoidon päivystys on eri erikoisalojen, kuten sisätautien tai kirurgian, vastaanottotoimin-

taa, jossa potilaan hoito ja tutkimukset vaativat laajempaa lääketieteellistä osaamista. Yhteispäivystys on toimintamuoto, jossa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon päivystykset toimivat samassa pisteessä sekä yleensä samoilla resursseilla ja henkilökunnalla. (Castrén ym. 2009, 61.)

Päivystyksessä potilaan hoidon tarpeen arvioinnista vastaa yleensä vastaanottava sairaanhoitaja, jota saatetaan sairaanhoitopiiristä riippuen kutsua myös triagehoitajaksi. Triage on erikoissairaanhoidon käyttämä yleinen käsite, jolla tarkoitetaan potilaan hoidon tarpeen arviointia. Hoidon tarpeen arviointi on taas yleiskäsite, joka viittaa siihen vuorovaikutustapahtumaan, kun terveydenhuollon ammattilainen arvioi potilaan hoidon kiireellisyyttä oireiden ja haastattelun perusteella. Hoidon tarpeen kiireellisyys saattaa olla ajanvarauksellinen, päivystyksellinen, tai välitön. (Castrén ym. 2009, 64.)

Hoidon tarpeen arviointi on potilaan hoitoketjun tärkeä tekijä sekä osa kokonaisvaltaista hoitotyön prosessia. Hoitotyön prosessi on sairaanhoitajan ajattelua ohjaava toimintamalli, johon arvioinnin lisäksi kuuluvat myös hoidon suunnittelu ja toteutus. (Iivanainen & Syväoja 2009, .) Hoidon tarpeen arvioinnista on säädetty terveydenhuoltolaissa ja niin sanotussa päivystysasetuksessa. Sosiaali- ja terveystieteiden lupa- ja valvontavirasto Valvira painottaa, että potilasturvallisuuden vuoksi hoidon tarpeen arviointia tekevällä terveydenhuollon ammattihenkilöllä pitää olla työtehtävään sopiva pätevyys. Työnantajan vastuulla on tehtäväkuvaan kuuluvan koulutuksen varmistaminen, toiminnan ohjaus sekä valvonta. (Valvira 2018.) Päivystävällä sairaanhoitajalla voi olla myös rajattu lääkkeenmääräämisoikeus, joka perustuu erityiskoulutukseen suorittamiseen (Soite 2018).

Triagehoitaja arvioi potilaan hoidon tarvetta muun muassa ennakoilmoituksen, peruselintointojen tai haastattelun perusteella. Alkuvaiheessa triagehoitaja käyttää yleensä apunaan luokitusjärjestelmää (TAULUKKO 1.), jolla määritellään potilaan hoidon kiireellisyys. Arviointikriteerit ja luokitusjärjestelmät ovat vielä tällä hetkellä toimintapaikkakohtaisia. (Castrén ym. 2009, 67–68.) Luokitusjärjestelmiä voivat olla esimerkiksi numeraaliset likertin asteikot tai

kirjaimiin perustuvat nominaaliasteikot. Usein voidaan käyttää myös värejä osana asteikkoa. (Patient 2018.) Suomessa käytetään yleensä niin kutsuttua ABCDE luokittelua.

TAULUKKO 1. ABCDE triage- ja oireenmukainen luokitus

A	Hoito on aloitettava välittömästi.
B	Hoito on aloitettava kiireellisesti, < 10 min.
C	Hoito on aloitettava kiireellisesti, < 1 tunti.
D	Hoito on aloitettava < 2 tuntia päivystykseen saapumisesta.
E	Ei päivystyksellinen potilas, hoitoonohjaus.

(Castrén ym. 2009, 69.)

2.2 Kokonaisvaltainen hoitotyö

Potilaan kokonaisvaltaisella hoitotyöllä tarkoitetaan ihmisen sekä fyysisen, psyykkisen että sosiaalisen toimintakyvyn ulottuvuuksien huomioonottamista. Sen tarkoituksena on potilaan koko olemuksen huomiointi hoitotyön toteutuksen kaikissa vaiheissa. (Rautava-Nurmi ym. 2016, 22, 24.) Toimintakyvyn ulottuvuudet ovat kytkeytyneenä tiiviisti toisiinsa, minkä lisäksi ne ovat osana yksilön ympäristön edellytyksiä ja vaatimuksia, ja tätä kautta osana yksilön terveyttä ja hänen henkilökohtaisia ominaisuuksiaan (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015).

Fyysisellä ulottuvuudella tarkoitetaan ihmisen fyysisiä ominaisuuksia, joilla selviytyä arjen toimista. Näihin fyysisiin ominaisuuksiin kuuluvat muun muassa lihasvoima, liikkuvuus ja liikkeiden hallinta, keskushermosto ja aistitoiminta. Psyykkinen ulottuvuus pitää sisällään ihmisen elämänhallintaan ja mielenterveyteen liittyviä toimintoja. Siinä on kyse ihmisen voimavaroista, joilla hän selviytyy kriisitilanteista ja muista arjen haasteista. Näihin kuuluu mm. käsitys omasta itsestään ja ympäröivästä maailmasta, kyky tuntea ja tehdä ratkaisuja omaan elämään liittyen. Sosiaalinen ulottuvuus muodostuu ihmisen vuorovaikutussuhteista, ja se ilmenee muun muassa sosiaalisena aktiivisuutena sekä osallisuuden ja yhteisyyden kokemuksina (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015).

Sairaanhoitajan työn hallinta ja ammattitaito kulkevat käsi kädessä, koska ilman hyvää ammattitaitoa ei voi toteuttaa hyvää hoitotyötä. Potilaan on koettava olevansa luotettavissa ja asiantuntevissa käsissä hakeutuessaan sairaanhoidon palveluiden piiriin. (Noppiari, Kiiltomäki & Pesonen 2007, 152.) Kokonaisvaltaisen hoitotyön onnistumisen edellytyksenä on luottamusuhteen muodostuminen. Tästä näkökulmasta katsottuna korostuu hoitavan tahon ja potilaan keskinäinen luottamus, mikä edesauttaa hoitotyön menetelmien onnistumista kaikilla sen osa-alueilla. (Hämäläinen, Kanerva, Kuhanen, Schubert & Seuri 2017, 149–150.) Potilaan huomioiminen on hoitosuhteen aktiivinen tapahtuma, joka edellyttää hoitajalta eettistä päätöksentekokykyä ja potilaslähtöisten periaatteiden hallitsemista kaikissa potilastilanteissa (Rautava-Nurmi ym. 2016, 19, 22, 30).

Päivystyshoitotyössä potilaan kokonaisvaltainen hoito alkaa vastaanottotilanteissa, kun hoitaja tarkkailee ja haastattelee potilasta. Avuntarpeen syynä voi olla fyysinen oireilu ja sairaus, mutta tarve voi myös olla potilaan psyykkiseen tai sosiaaliseen tilanteeseen liittyvä. (Castrén ym. 2009, 63.) Hoitajan on työssään herkistytävä havainnoimaan potilaan vointia ja tulkitsemaan sanattomia viestejä, ilmeitä ja eleitä, ja niiden pohjalta tekemään päätelmänsä potilaan toimintakyvystä (Hämäläinen ym. 2017, 148–151).

2.3 Psyykkinen vointi

Maaailman terveysjärjestö, WHO, määrittelee ihmisen terveyden täydelliseksi sosiaalisen, psyykkisen ja fyysisen hyvinvoinnin tilaksi, eikä pelkästään vammojen tai sairauksien puuttumiseksi (World Health Organization 2017). Tasapainoinen ja hyvä psyykkinen vointi on perustana ihmisen positiiviselle mielenterveydelle ja kokonaisvaltaiselle hyvinvoinnille, jotka ovat hyvän ja täysipainoisen elämän perusta. Ihmisen mielenterveys ei kuitenkaan ole staattinen tila, vaan se on koko ajan jatkumossa ja vuorovaikutuksessa oman ympäristönsä kanssa. (Hämäläinen ym. 2017, 19–21.)

Ympäristön ohella ihminen on myös vuorovaikutuksessa oman ruumiinsa kanssa. Psykkinen vointi on aina ollut sidoksissa ihmisruumiiseen ja sen fysiologiaan. Vaikka ihminen voidaan jakaa eri ulottuvuuksiin käsitteellisten määrittelyjen helpottamiseksi, on se käytännössä mahdotonta, koska toimintakyvyn ulottuvuudet ovat kiinteässä vuorovaikutussuhteessa keskenään. (Vuori-Kemilä, Stengård, Saarelainen & Annala 2007, 12.) Tästä syystä hoitotyössä on otettava huomioon ihmisen kaikki olemuspuolet. Sairaanhoidajalla on oltava monipuolista näkemystä, jotta kokonaisvaltaisen hoidon periaatteet toteutuvat. (Hämäläinen ym. 2017, 19; Vuori-Kemilä ym. 2007, 66.)

Muuttuvat elämäntilanteet ja olosuhteet saattavat pakottaa ihmisen määrittelemään oman mielenterveytensä uudestaan (Hämäläinen ym. 2017, 21). Psykkistä vointia horjuttavat tekijät saattavat ajaa ihmisen tilanteeseen, jossa hän hakeutuu terveydenhuollon palveluiden piiriin. Usein somaattisten sairauksien seuraukset tai oireet voivat olla myös psyykkisiä. Monet sairaudet ja lääkkeet aiheuttavat muun muassa masennusta tai mielialan laskua eri mekanismeilla. (Vuori-Kemilä ym. 2007, 68; Huttunen 2017.)

Valtio ja kunnat pyrkivät eri hankkeiden avulla korostamaan kokonaisvaltaisen hoidon tärkeyttä ja sitä kautta edistämään kansalaisten hyvinvointia. Esimerkiksi valtioneuvoston kärkihankkeessa, "Edistetään terveyttä ja hyvinvointia sekä vähennetään eriarvoisuutta", tuodaan esille, miten mielenterveystyöllä halutaan kaventaa terveyseroja, ja tukea suomalaisten fyysistä ja psyykkistä terveyttä. (Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2016:50, 4, 9-10.) Terveyden ja hyvinvoinnin laitos on kansallisessa mielenterveys- ja päihdesuunnitelmassa, "Mieli 2009", todennut, että somaattista hoitoa on integroitava tehokkaammin osaksi mielenterveyshoitotyötä (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2018).

3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena on kuvailla käytössä olevia psyykkisen voinnin arviointimenetelmiä ja niiden käyttöä henkilökunnan arvioidessa potilaan psyykkistä vointia. Tavoitteena on tuottaa tietoa, jota hoitohenkilökunta voi hyödyntää kehittäessään päivistyspotilaan kokonaisvaltaista hoitoa.

Tutkimuskysymykset:

1. Millaisia psyykkisen voinnin arviointimenetelmiä on käytössä?
2. Millaiset tekijät vaikuttavat potilaan psyykkisen voinnin arviointiin?

4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

Kirjallisuuskatsaus on tutkimusmenetelmä, jonka tarkoituksena on tutkia jo olemassa olevaa tietoa. Sen avulla voidaan muodostaa kokonaiskuvaa tietystä asiakokonaisuudesta. Kirjallisuuskatsauksella voidaan arvioida jo olemassa olevaa teoriaa, minkä pohjalta sekä kehittää että muodostaa uutta teoriaa. Tutkimustekniikkana kirjallisuuskatsaus voi olla yhdistelmä sekä kvantitatiivisia että kvalitatiivisia metodeja. (Salminen 2011, 3–4.) Yleisesti ottaen, varsinkin AMK-opinnäytetyön näkökulmasta, kirjallisuuskatsauksella haetaan vastausta johonkin tiettyyn kysymykseen tai tutkimusongelmaan (Jyväskylän ammattikorkeakoulu 2018).

Kirjallisuuskatsauksia on useita eri muotoja, jotka on jaettu kolmeen perustyyppiin: kuvailevaan ja systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen, sekä meta-analyysiin. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus on tietyn aihepiirin tutkimusten tuloksista tehty tiivistelmä, kun taas meta-analyysi on metodisesti vaativa tutkimusmenetelmä, joka antaa suuresta aineistosta numeerisia tuloksia. (Salminen 2011, 6, 9, 14.) Tässä opinnäytetyössä kirjallisuuskatsauksella tarkoitetaan kuvailevaa, narratiivista yleiskatsausta. Valitsimme tämän metodin, koska sen avulla pystymme parhaiten vastaamaan työn tavoitteisiin; ajantasaistamaan olemassa olevaa tietoa, jonka pohjalta on mahdollista muodostaa kehitysideoita kohdeorganisaation käyttöön. Opiskelijan näkökulmasta kirjallisuuskatsaus tarjoaa erinomaiset mahdollisuudet omalle oppimiselle ja erikoisosaamisen syventämiselle. Pääasioiden suodattaminen tutkimuksista, ja niiden pohjalta asioiden tarkastelu edistää omaa asiantuntijuutta ja näin ollen perustelee tutkimuksen oikeellisuutta. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 259.)

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus on kirjallisuuskatsausten perustyypeistä yleisimmin käytetty. Siinä ei ole tiukkoja eikä tarkkoja sääntöjä, mutta tutkittavaa ilmiötä voidaan silti kuvata laajalaisesti. Tutkimuskysymykset ovat myös väljempiä verrattuna systemaattiseen katsaukseen tai meta-analyysiin. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus erottuu kahteen erilaiseen orientaatioon, narratiiviseen ja integroivaan katsaukseen. Narratiivinen katsaus on kirjallisuuskatsauksen

muotona metodisesti kevyin tapa lähestyä tutkittavaa aihetta. Tutkimustekniikkana narratiivinen katsaus ei tuota varsinaista analyyttistä tulosta vaan se auttaa ajantasaistamaan tutkimustietoa. (Salminen 2011, 6–7.) Narratiivinen katsaus voidaan vielä jakaa kolmeen eri toteuttamistapaan: toimitukselliseen, kommentoivaan ja yleiskatsaukseen. Näistä laajin toteuttamistapa on yleiskatsaus, ja puhuttaessa narratiivisesta kirjallisuuskatsauksesta tarkoitetaan yleensä juuri yleiskatsausta. Se on analyysin muotona kuvaileva synteesi, joka tuottaa ytimekkään ja johdonmukaisen yhteenvedon. (Salminen 2011, 7.)

4.1 Aineiston keruu

Tiedonhaun prosessi aloitettiin tekemällä muutamia testihakuja, joilla kokeilimme, löytyykö aiheesta materiaalia. Testasimme pääasiassa englanninkielisiä hakusanoja, ”mental health” yhdistettynä hakusanoihin ”psychiatry” ja ”emergency”, jotta saimme kuvaa siitä, millä hakusanoilla lähtisimme suorittamaan itse kirjallisuuskatsauksen aineistohakuja. Tämän jälkeen otimme joulukuussa 2017 yhteyttä Centria-ammattikorkeakoulun kirjaston henkilökuntaan tiedonhaun ohjaukseen, johon saimme ajan tammikuun 2018 alussa. Tiedonhaun ohjauksessa meitä kehoitettiin olemaan yhteydessä yliopistokeskus Chydeniuksen kirjastoon, jotta voisimme hyödyntää heidän tietokantojaan aineiston hankinnassa.

Kirjallisuuskatsauksen aineistohaku tehtiin elektronisesti Centria-ammattikorkeakoulun kirjaston e-aineistoja, sekä yliopistokeskus Chydeniuksen kirjaston tietokantoja käyttäen. Aineiston haussa käytettiin CINAHL-, Academic Search Elite-, Medic- sekä PsycInfo-tietokantoja. Analyysin aineisto haettiin pääasiassa ulkomaisista lähteistä, koska kotimainen tutkinta ja kannanotto aiheeseen oli hyvin vähäistä. Aineisto valittiin ensin otsikon ja tämän jälkeen tiivistelmän perusteella. Varsinainen aineistovalinta tapahtui julkaisun koko tekstin perusteella. Aineistohaun perusteella tehtiin luettelo (LIITE 1), johon merkittiin käytetty tietokanta, käytetyt hakusanat, rajaukset, saatujen hakutulosten määrä, ja valittujen aineistojen määrä.

Aineistohaun sisäänottokriteereinä olivat alkuperäisjulkaisut, jotka sijoittuivat vuosille 2008–2018, julkaisukieli oli suomi tai englanti, ja ikärajaus 18–65 vuotta, jos se oli mainittu. Lisäksi aineiston tuli vastata asettamiimme tutkimuskysymyksiin. Ikärajauksessa halusimme painotuksen olevan työikäisessä väestössä. Emme valinneet julkaisuja, jotka koskivat lapsia ja nuoria tai vanhuksia, koska nämä ovat omia erityisosaamisalueitaan, joihin kannanotto laajentaisi työn kohtuuttoman suureksi. Poissulkukriteerit olivat ennen vuotta 2008 tehdyt alkuperäisjulkaisut, alle 18- tai yli 65-vuotiaita potilaita koskevat julkaisut, sekä muut kuin suomen- tai englanninkieliset julkaisut. (TAULUKKO 2.)

TAULUKKO 2. Sisäänotto- ja poissulkukriteerit

Sisäänottokriteerit	Poissulkukriteerit
Julkaisuvuosi 2008–2018	Julkaistu ennen vuotta 2008
Potilaan ikä 18–65 vuotta, jos mainittu	Potilas alle 18- tai yli 65-vuotias
Julkaisukieli suomi tai englanti	Julkaisukieli muu kuin suomi tai englanti
Koko teksti	Osajulkaisu
Vastaa tutkimuskysymykseen	Ei vastaa tutkimuskysymykseen

Kirjallisuuskatsauksen aineistohaku toteutettiin joulukuussa 2017, sekä tammikuussa ja helmikuussa 2018. Ensimmäinen haku tehtiin käyttämällä CINAHL-tietokantaa. CINAHL on kansainvälinen hoitotieteen ja hoitotyön viite- ja tiivistelmätietokanta. Haku suoritettiin käyttämällä hakusanoja: mental health assessment, mental health assessment tools, psychiatric assessment, psychiatric assessment tools. Haut rajattiin koskemaan vuosia 2008–2018. Hakusanoilla tuli tuloksia yhteensä 1222. Otsikoiden perusteella valittiin 20 julkaisua lähempää tarkastelua varten. Abstraktin ja koko tekstin perusteella hylättiin 18 julkaisua, koska nämä eivät vastanneet tutkimuskysymyksiin. Yhteensä CINAHL- tietokannasta löytyi kaksi julkaisua, jotka valittiin analyysiä varten.

Toinen haku toteutettiin käyttämällä Academic Search Elite-tietokantaa. Academic Search Elite on monitieteinen kokotekstitietokanta. Haku suoritettiin käyttämällä hakusanoja: mental

health assessment, mental health triage, emergency care psychiatry. Hakusanoilla tuli tuloksia yhteensä 872. Otsikoiden perusteella valittiin 11 julkaisua lähempää tarkastelua varten. Abstraktin ja koko tekstin perusteella hylättiin kymmenen julkaisua. Academic Search Elite-tietokannasta löytyi yksi julkaisu analyysiä varten.

Kolmas haku toteutettiin käyttämällä Medic-tietokantaa. Medic sisältää viitteitä suomalaisista lääke- ja hoitotieteellisistä artikkeleista, kirjoista, väitöskirjoista, opinnäytetöistä ja tutkimuslaitosten raporteista. Haku suoritettiin käyttämällä hakusanoja: mielenterveys AND päivystys, mielenterveys AND triage, psykiatria AND akuutti, psykiatria AND ensiapu, mielenterveys AND ensiapu, psykiatria AND päivystys. Hakusanoilla tuli tuloksia yhteensä 33. Otsikoitten perusteella valittiin kolme julkaisua lähempää tarkastelua varten. Abstraktin ja koko tekstin perusteella hylättiin kaikki kolme julkaisua, koska nämä eivät käsitelleet päivystyksellisiä tilanteita.

Kolmannen haun ohella käytiin läpi Terveysportti.fi-palvelun Duodecim-tietokantaa, ja "Psykiatria" osion alta valittiin kaksi julkaisua. Medic-tietokannan hakujen, ja Duodecim-tietokannan läpikäynnin perusteella kävi ilmi, että tutkimuskysymyksiin vastaavia suomenkielisiä julkaisuja oli niukasti. Tämän vuoksi suoritettiin vielä neljäs haku hyödyntäen tietokantaa, jota Centria-kirjastolla ei ollut tarjottavana.

Neljäs ja viimeinen haku toteutettiin yliopistokeskus Chydeniuksen kirjastolla, käyttämällä PsycInfo tietokantaa. Psycinfo on kansainvälinen psykologian ja sen rinnakkaistieteiden tietokanta. Haku suoritettiin käyttämällä hakusanoja: "mental health triage", "mental health triage tools", "emergency mental health assessment", "psychiatric triage", "mental health emergency." Hakusanoilla tuli tuloksia yhteensä 29. Otsikoiden perusteella valittiin neljä julkaisua lähempää tarkastelua varten. Abstraktin ja koko tekstin perusteella valittiin neljä julkaisua. Yhteensä PsycInfo-tietokannasta löytyi neljä julkaisua, jotka valittiin analyysiä varten. Yhteensä aineistohaun kautta löytyi seitsemän julkaisua (LIITE 2).

4.2 Aineiston analyysi

Kuvailevan, narratiivisen kirjallisuuskatsauksen aineistoa analysoidessa voidaan käyttää joko määrällisen tai laadullisen tutkimuksen analyysimenetelmiä (Kangasniemi, Utriainen, Ahonen, Pietilä, Jääskeläinen & Liikanen 2013, 294-297). Tässä opinnäytetyössä aineisto on analysoitu käyttäen induktiivisen sisällönanalyysin menetelmää, jota voidaan kutsua myös konventionaaliseksi sisällönanalyysiksi (Kylmä & Juvakka 2007, 113). Induktiivinen sisällönanalyysi on menetelmä, jossa luokitellaan tekstin sanoja ja sanoista koostuvia ilmaisuja niiden teoreettisen merkityksen perusteella. Tällaisessa analyysissä on tärkeintä tunnistaa keskeisiä sisällön väittämiä, jotka tuovat esille jotain tutkittavasta ilmiöstä. Analyysi perustuu pääasiassa induktiiviseen päättelyyn, jota tutkimuskysymykset ja tutkimuksen tarkoitus ohjaavat. Tässä analyysin muodossa ei siis analysoida kaikkea tietoa, vaan siinä haetaan vastausta tutkimuksen tarkoitukseen ja tutkimuskysymyksiin. Oleellisinta on aineiston abstrahoituminen, jolloin tutkittavaa ilmiötä kuvataan tiivistetyssä muodossa. (Kylmä & Juvakka 2007, 112–113.)

Aineiston analyysi voidaan jakaa kolmeen eri vaiheeseen. Ensimmäisessä vaiheessa täytyy yksinkertaisesti hahmottaa, mistä aineisto pääasiallisesti kertoo ja mitkä asiat aineistossa vastaavat tutkimuskysymyksiin. Induktiivisessa sisällönanalyysissä se tarkoittaa katsausta siihen mitä yleisiä aiheita aineisto sisältää, ja analysoijan oman intuition perusteella tehdään kiinnostavia huomioita siitä, miten asioita esitellään ja mitä aineistossa on (Ronkainen, Pehkonen, Lindblom-Yläne & Paavilainen 2011, 123). Analyysin toinen vaihe on aineiston tulkinta. Analyysin tuottamat havainnot ryhmitellään hakemalla yhtäläisyyksiä tai eroavaisuuksia. Tässä vaiheessa tulkinta voi herättää tarpeen uusille kysymyksille, ja sitä kautta johtaa uuteen aineistotyöskentelyyn. Hyvä aineiston tulkintasääntö yhdistää aineistosta tehdyt havainnot ja teoreettisen viitekehyksen. (Ronkainen ym. 2011, 124–125.) Kolmannessa vaiheessa aineistosta muodostettuja havaintoja tarkastellaan kriittisesti tietyn idean tai viitekehyksen pohjalta. Se on eräänlainen luenta, jossa irrottaudutaan aineistokeskeisestä analyysistä ja haetaan tulkin-taideoita. (Ronkainen ym. 2011, 125.)

5 TULOKSET

Tutkimuskysymyksiin vastaavaa kansainvälistä tutkimustietoa oli tarjolla enemmän kuin suomenkielistä aineistoa, joka koostui lähinnä yksittäisistä artikkeleista. Brittiläisen kansainyhteisön maissa, erityisesti Australiassa, on tutkittu ja kehitetty päivystyksellistä mielenterveys-työtä. Käytettäviä menetelmiä ovat erilaiset oireiden määrää ja vakavuutta kartoittavat oireas- teikot sekä haastattelumenetelmät.

5.1 Käytössä olevia psyykkisen voinnin arviointimenetelmiä

Suomessa on käytössä satoja erilaisia psykiatrisia arviointiasteikoita ja haastattelumalleja, mutta niitä ei ole koottu yhteen paikkaan. Kansallisia linjauksia mittareiden käytöstä ei ole, ja käytettävät menetelmät ovat sairaalakohtaisia ja riippuvat hoitohenkilökunnasta. Arviointias- teikot ovat oirekuvakohtaisia, ja niiden käyttö perustuu potilaan kuvaamiin oireisiin (Jääske- läinen & Miettunen 2011).

Masennusoireiden kartoituksessa on olemassa muutama vaihtoehto. Yleisessä käytössä on Beckin depressioasteikko (BDI, Beck Depression Inventory), joka on potilaan täytettävä. BDI- II on asteikon päivitetty versio, joka löytyy myös suomenkielisenä. BDI soveltuu suuntaa an- tavaksi seulontamenetelmäksi, jolla voidaan seurata sairauden oireiden kulkua. DEPS-depres- sioseula on lyhyt potilaan täytettävä masennusoirekysely, joka on kehitetty Suomessa, ja se on tarkoitettu erityisesti yleislääkäreiden käyttöön. Laajimmat asteikot ovat haastatteluihin pe- rustuvat MADRS (Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale) ja HAM-D (Hamilton Depres- sion Rating Scale), joilla pyritään tunnistamaan ja arvioimaan oireiden vakavuutta sekä seu- raamaan hoitovastetta (Jääskeläinen & Miettunen 2011).

AUDIT-kysely (Alcohol Use Disorders Identification Test) on yleisesti käytetty kysely, jolla pyritään tunnistamaan alkoholin suurkulutusta. Siitä on kehitetty myös useita lyhytversioita,

muun muassa AUDIT-C. Kysely on viitteellinen, koska sillä ei voida luotettavasti tunnistaa alkoholin haitallista käyttöä, riskijuomista, tai alkoholiriippuvuutta. Psykoosin ensioireiden arvioinnissa käytetään SIPS-haastattelua (Structured Interview for Prodromal Syndromes), jolla kartoitetaan psykoosiin liittyvien oireiden esiintymistä sekä arvioidaan potilaan toimintakykyä ja perinnöllisiä riskitekijöitä (Jääskeläinen & Miettunen 2011).

Australialainen VEDMHTT (Victorian Emergency Department Mental Health Triage Tool) on vuodesta 2009 asti käytössä ollut psykiatrisen potilaan arviointiasteikko, joka on kehitetty apuvälineeksi tukemaan triagehoitajan päätöksentekoa (Sands, Elsom, Berk, Hosking, Prematunga & Gerdtz, 2014; Mental Health triage tool 2013). Kehittämistyön pohjalla on ollut tarve empiirisesti testatulle, tutkimustietoon perustuvalla viitekehyksellä (Sands 2009.) VEDMHTT on uranuurtaja mielenterveys-triagen kehittämisessä, ja useat muut myöhemmät arviointiasteikot pohjautuvat tähän australialaiseen malliin (Sands & Elsom 2018).

UK MHTS (United Kingdom Mental Health Triage Scale) on Englannissa testattu ja käytössä oleva arviointiasteikko, jolla arvioidaan psykiatrisesti oireilevan potilaan hoidon tarvetta (KUVA 1). Se on kehitetty vuonna 2015 edellä mainitun australialaisen arviointiasteikon pohjalta, jonka osaksi mukautettiin ennestään käytössä olevan Welsh Old Age Psychiatry Referral Algorithm asteikon osia. UK MHTS:n kehittämistyön keskiössä on ollut ennaltaehkäisevä mielenterveystyö perustuen tutkimustietoon, joka osoittaa varhaisen puuttumisen ja intervention johtavan parempiin hoitotuloksiin. UK MHTS:ä voidaan käyttää myös osana puhelinpäivystystä. (Sands, Elsom, Colgate, Haylor & Prematunga, 2016, 331; Sands & Elsom, 2018.)

KUVA 1. UK Mental Health Triage Scale (Sands ym. 2016)

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

Toinen Englannissa kehitetty psykiatrisen arvioinnin työkalu on PPEAT (Public psychiatric emergency assesment tool), joka on kehitetty akuuttihoitotyössä työskentelevien hoitajien avuksi auttamaan hoidon tarpeen arvioinnissa (Kuva 2, sivu 18). PPEAT on erityisesti suunnattu auttamaan hoitajaa keräämään hyödyllistä tietoa potilaan ensikohtaamisen yhteydessä, ja sitä voidaan hyödyntää potilaan jatkohoidon suunnittelussa ja ohjaamisessa (Wright 2012, 48–51).

Tanskassa on myös kehitetty australialaisen mallin inspiroimana psykiatrian päivystyspalveluille suunnattu värikoodattu kiireellisyysluokitus (Taulukko 3). Tämä viisikohtainen asteikko on kokeneen psykiatrisen hoitajan apuvälineenä potilaan hoidon kiireellisyyttä luokiteltaessa, ja siihen on sisällytetty somaattisen triagemallin mukaisesti aikamäärite, jonka kuluessa hoito on aloitettava (Sæbye, Bernt Høegh & Knop 2017, 536-538).

TAULUKKO 3. Tanskalainen psykiatrinen triagetaulukko (Sæbye ym. 2017)

Category red:	Obvious death risk (to self or others) or violent/severely threatening behaviour or severe acute medical condition or acute delirious states. Time to first contact with resident on call: immediately.
Category orange:	Propable death risk (to self or others) or severe behavioral disturbance such as agitation and aggression. Maximal time to first contact with resident on call: 15 min.
Category yellow:	Anger (to self and others) or moderate behavioral disturbance or psychotic symptoms or acute crisis reaction. Maximal time to first contact with resident on call: 60 min.
Category green:	Mild to moderate distress or no immediate threat of life or patient known in the PEUs or no acute medical symptoms. Maximal time to first contact with resident on call: 180 min.
Category blue:	No acute behavioral disturbance or a social crisis with psychiatric symptoms or no acute medical symptoms. Maximal time to first contact with resident on call: 240 min.

KUVA 2. Public psychiatric emergency assessment tool (Wright, 2012)

TABLE 1
Public Psychiatric Emergency Assessment Tool

	Domain	Explanation	Examples of questions asked by emergency nurses
A	Appearance and atmosphere	What can be observed immediately about the patient in distress	<ul style="list-style-type: none"> ▶ What is the patient's height, weight, build and ethnicity? ▶ Are there signs of injury such as bleeding or bruising, or verbal or non-verbal signs of pain? ▶ Is the patient's complexion pale, clammy or flushed? ▶ Are there obvious odours such as alcohol, cannabis, faeces, urine or ketones? ▶ Does the patient seek, maintain or avoid eye contact? ▶ Is the patient stumbling, upright, stooped or bent over, or waving or pointing? ▶ Are there signs that the patient has slept rough or is incontinent, or is there evidence of self-neglect? If the patient is holding something, is he or she gripping it?
B	Behaviour	What the patient is doing and whether this is in keeping with the situation	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Is the patient's behaviour in keeping with the setting? ▶ How aware is the patient of surrounding people, and does he or she recognise and respect them? ▶ Is the patient confrontational, guarded, gregarious, distracted, fearful, happy or sad, for example? ▶ Is the patient open to persuasion or negotiation? ▶ Is the patient's behaviour changeable and, if it is, how and how often? ▶ Does the patient appear to protect something, such as a personal item or a person? ▶ Has the patient voiced intent to harm or kill him or herself, or others? ▶ What is the nature of the patient's volition and decisiveness? ▶ Is there noticeable spitting, dry mouth or salivation during speech? ▶ Does the patient gesture or signal? ▶ Does the patient express delusions about who he or she is, or who surrounding people are?
C	Communication	What the patient says and how he or she says it	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Is the patient's speech shaky, emotional, slurred or repetitive, or are expletives used? ▶ Are the patient's words disordered or ordered, or is there a unique meaning that they ascribe to words or phrases that are not commonly understood by the nurse? ▶ Does the patient use song lyrics or words from texts? ▶ Does the patient respond to voices that others cannot hear, and is there confabulation? ▶ Does the patient interrupt or pre-empt, and is the patient responsive to requests? ▶ Is the patient seeking reassurance? Is there emotional flatness or expressiveness? ▶ Is there noticeable spitting or salivation, or does the patient have a dry mouth?
D	Danger	Whether the patient is in danger and whether his or her actions may endanger others	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Is the setting appropriate, for example a curtained cubicle or room with a door? ▶ Does the patient possess, or indicate that he or she possesses, weapons or potential weapons? ▶ What equipment, such as chairs, clinical instruments, pens, scissors, stethoscopes or sharps bins, could be used against you? ▶ Do you need security staff or the police to attend and, if you do, should their presence be overt or covert? What effect would their presence have on the patient? ▶ Do you need a personal alarm? ▶ Is the patient situated between you and your escape route? Should he or she be moved? ▶ Are other people in the area at risk? Conversely, does the presence of other people increase the risk to you, the patient or others, perhaps because of their proximity or mode of communication? ▶ Does the patient have any apparent disability or other special needs? ▶ Is the patient continually monitored or left unsupervised for periods? ▶ Are staff involved in the patient's care aware of a risk of self-injury?
E	Environment	Where the patient is situated and whether anyone else is nearby	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Where does the patient think he or she is? What is his or her orientation to time? ▶ How does the environment, including lights and sounds, affect the patient and how does he or she respond? ▶ Does the patient know who other people in the environment are?

 (Adapted from Wright *et al* 2008)

RAM (Risk Assessment Matrix) on aikaisempi, jo vuonna 2004 Englannissa kehitetty triagen työkalu, ja se on suunniteltu erityisesti ensiavussa työskentelevien hoitajien käyttöön. Se on nelisivuinen dokumentti (Mental health assessment matrix 2004), joka sisältää täytettäviä kyllä/ei-kysymyksiä ja kirjattavia havaintoja. RAM auttaa hoitajaa muodostamaan nopean ja tarkan arvion potilaan voinnista, jolla epäillään mielenterveyden ongelmaa. (Patel, Harrison & Bruce-Jones 2009, 11-13.)

5.2 Millaiset tekijät vaikuttavat potilaan psyykkisen voinnin arvioimiseen

Potilaan psyykkisen arviointiin vaikuttavia tekijöitä kokonaisvaltaisen hoidon näkökulmasta on useita. Niiden pohjalla on hoitotyön teoriaan nojaavat toimintamallit, joita on sovellettu onnistuneesti psykiatrian näkökulma huomioiden. (Sands ym. 2016.) Arvioinnin tehokas toteutuminen on hyvin resurssisidonnaista, ja siten oikein kohdennettuna terveydenhuollon resurssit mahdollistavat arvioinnin tehokkaan toteuttamisen. Resurssien puute vaikuttaa sekä hoitajien työkykyyn että hoitotyön turvallisuuteen ja triagen laadukkaaseen toteuttamiseen. (Sands 2009; Sands ym. 2016.) Laadukas triage on tärkeässä osassa potilaan hoitosuhteen muodostumisen kannalta. Oikean hoitolinjan valinta antaa potilaalle tarkoituksenmukaisen hoitopolun. Tarkka raportointi osana moniammatillista hoitotyön tiimiä on tärkeää potilaan hoidon jatkuvuuden kannalta (Sands 2009; Sands ym. 2016; Wright 2012).

Kohdattaessa mielenterveyspotilas ensimmäistä kertaa on huomioitava potilaan nykytilaan vaikuttavat tekijät. Potilas on tärkeää kohdata asianmukaisessa hoitoympäristössä, ja hoitajan on löydettävä keinot kommunikoida potilaan kanssa hoitoon liittyvistä asioista. Tämän tilanarvion pohjalta hoitaja pystyy muodostamaan ensiarvion potilaan voinnista (Wright 2012; Sæbye ym. 2017; Sands ym. 2016; Patel, Harrison & Bruce-Jones 2009). Hoitajan on kerättävä tietoa potilaan taustoista ja selvitettävä mahdollinen aiempi hoitohistoria ja potilaan oma näkemys tämän tämänhetkisestä tilanteesta. (Sands 2009; Wright 2012.) Hyvä alustava tiedonkeruu oireista antaa pohjaa riskiarviolle ja mahdollistaa tätä kautta hoidon kiireellisyyden luokittelun. (Sands 2009; Sands ym. 2014; Sands ym. 2016; Sæbye ym. 2017.)

Potilasta kohdatessa tilanteen ennakointi ja varhainen tunnistaminen mahdollistaa nopean puuttumisen, mikä tutkimustiedon perusteella vaikuttaa parempaan hoidon lopputulokseen. (Sands 2009; Sands ym. 2014; Sands ym. 2016.) Mielenterveyspotilaat hakeutuvat ja saapuvat hoitoon eri tavoin, ja saapumistapa vaikuttaa hoidon kiireellisyyden arvioitiin. Potilas voi esimerkiksi saapua poliisin saattamana, ambulanssin kyydissä tai hakeutua hoitoon omatoimisesti. (Sands 2009; Wright 2012; Sands ym. 2014.) Hoitoon saapuvan mielenterveyspotilaan käytös voi olla odottamatonta, tai hän voi olla riski itselleen tai muille. Potilas voi olla kriisissä traumaattisen tapahtuman seurauksena ja sen myötä epätoivoisessa mielentilassa (Wright 2012). Potilaan psyykkistä vointia arvioitaessa voidaan käyttää mielenterveyden omia indikaattoreita. Potilaan hoidon kiireellisyyttä arvioitaessa voidaan tehdä lyhyt seulonta-arvio, ja se toteutetaan joko puhelinperusteisena tai kasvotusten paikan päällä (Sands 2009; Sands ym. 2014; Sands ym. 2016; Sæbye ym. 2017). Mielenterveyden horjumisella on vaikutus ihmisen terveyteen, ja mielenterveyteen liittyviä ongelmia on mahdollista tunnistaa päivystyshoitotyössä. (Wright 2012; Sands ym. 2014.) Tässä sairaanhoitajan apuvälineenä ja päätöksenteon tukena voidaan käyttää mielenterveyteen sovellettua triagea. Eri sairaudet ja potilaan taustatiedot vaikuttavat hoidon kiireellisyyden tasoon. (Sands 2009; Sands ym. 2016; Sæbye ym. 2017; Patel ym. 2009.)

Haasteita psyykkisen voinnin arvioimiselle asettavat muun muassa ongelmat palveluiden saatavuudessa. Potilas voi jäädä avun ja mielenterveyspalveluiden ulkopuolelle resurssien puutteen vuoksi. Lisäksi hoitavan tahon henkilökunnan asenteet potilaan hoidon "ansaitsemisesta" voivat myös vaikuttaa hoidon tavoitettavuuteen (Sands 2009; Sands ym. 2016; Sæbye ym. 2017). Hoitajan näkökulmasta triage on monimutkainen prosessi, ja perinteinen potilaan kliininen arviointi voi olla epätarkka mielenterveyspotilaan kohdalla. Mielenterveyden arviointiin on olemassa useita eri arviointimenetelmiä, mutta yhtenäisten toimintamallien puuttuminen lisää riskien kartoittamisen ja päätöksenteon haasteellisuutta. (Sands 2009; Sands ym. 2014; Patel ym. 2009.) Tätä lisäävät myös kuormittava työ riittämättömien henkilöstömitoitusten vuoksi. (Wright 2012.) Kuormitus aiheuttaa työntekijälle epävarmuutta, stressiä ja päätöksentekokyvyn heikentymistä. Tutkimustiedon perusteella hoitajat kokivat, että pohjakoulutus ei

ole antanut riittäviä valmiuksia mielenterveyspotilaan kohtaamiseen, ja työn subjektiivinen luonne sekä kollegoiden mielipiteet vaikuttavat osaltaan päätöksentekoon liittyvään epävarmuuteen. (Sands 2009.)

Päivystyksessä työskentelevä sairaanhoitaja tarvitsee laajaa osaamista ja kokemusta hoitaa eri sairauksia ja vammoja. Moniasiantuntijuus, tarkka kirjaaminen, jatkokouluttautuminen ja työkokemus vaikuttavat osaltaan hoitajan ammattitaidon kehittymiseen (Sands 2009; Sands ym. 2016; Wright 2012). Hoitajan on oltava työssään ymmärtävä ja empaattinen, ja mielenterveyspotilasta ei saa tuomita, vaan hänet on kohdattavat kunnioittavasti. (Wright 2012.) Potilaan havainnointi, ja kyky tunnistaa sairauksia ja erottaa oireet toisistaan vaativat ammattitaitoa ja osaamista. Arvioinnin eri työkalut ovat vain apuvälineitä, joiden lisäksi on käytettävä myös omaa päätöksentekokykyä, koska päivystyksellinen riskien arviointi vaikuttaa potilaan koko hoitolinjaan (Wright 2012; Sands ym. 2014; Patel ym. 2009). Sairaanhoitaja pyrkii tekemään päätöksiä, joilla helpottaa potilaan hätää, ja auttamaan kriisin ratkaisussa. (Sands 2009; Wright 2012.)

Triage on hyväksi todettu järjestelmä, joka on kehitetty tarvelähtöisesti työelämän tarpeisiin. Luokittelun mallit ovat kehittyneet, ja niitä on uusittu järjestelmän arvioinnin ja testaamisen seurauksena. (Sæbye ym. 2017; Sands ym. 2014.) Luokittelun työkalujen tarkoitus on olla käyttäjäystävällisiä, ja antaa valmiuksia tunnistaa ja arvioida mielenterveyspotilasta. (Patel ym. 2009.) Tutkimustiedon puutteellisuus aiheesta kuitenkin heijastuu olemassa olevista julkaisuista. Psykkisen voinnin triagesta löytyy vähän kansainvälisesti julkaistua tietoperustaa, ja tämän vuoksi olemassa olevien menetelmien luotettavuudesta ja validiteetista on vähän tietoa. (Sands 2009; Sands ym. 2014; Sands ym. 2016.) Organisaatioiden väliset erot toimintamalleissa tekevät vertailusta lisäksi haasteellista. (Sæbye ym. 2017.) Näistä syistä huolimatta tarve lisätutkimukselle ja jatkokehittämiselle nousee esille, jotta hoitotyötä voitaisiin kehittää parhaiden toimintamallien pohjalta. (Sands 2009; Sands ym. 2014; Sæbye ym. 2017.)

6 OPINNÄYTETYÖN LUOTETTAVUUS JA ETIIKKA

Kirjallisuuskatsaus rakentuu jo aiemmin kirjoitettuun ja tutkittuun tietoon; tutkimusten tekijät ovat jo omalta osaltaan määritelleet omien kirjallisten tuotostensa luotettavuuden. Kirjallisuuskatsauksen luotettavuus perustuukin siihen, millä kriteereillä katsauksen tekijä on valinnut analysoitavan aineiston. (Stolt, Axelin & Suhonen 2016, 69.) Kvalitatiivisen eli laadullisen tutkimuksen luotettavuuden kriteereinä on yleisesti mielletty olevan uskottavuus, siirrettävyys, riippuvuus ja vahvistettavuus (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 160).

Lähdemateriaalia hankittaessa tarvitaan harkintaa eli lähdekritiikkiä. Lähdemateriaalin tarkastelussa tulee kiinnittää huomiota seuraaviin asioihin: lähteiden alkuperään, uskottavuuteen ja niiden ikään, kuinka tunnettu ja arvostettu kirjoittaja on, julkaisijan vastuullisuuteen ja arvovaltaan sekä tutkimuksen puolueettomuuteen ja todenmukaisuuteen. (Hirsjärvi ym. 2009, 113–114.) Kirjallisuuskatsauksen tekemiseen hankitut materiaalit eivät sovellu suoraan käytettäviksi, vaan niitä tulee muokata, tulkita sekä yhdistellä, jotta niistä saadaan vertailukelpoisia. (Hirsjärvi ym. 2009, 189.) Tutkimusongelmien, oman tekstin tuottamisen sekä lähteiden vuoropuhelun tulee olla aiheeseen nähden relevanttia, ja riittävän fokusoitunutta (Stolt ym. 2016, 24).

Hankittavaa lähdemateriaalia arvioitaessa tulee keskittyä sen validiteettiin eli pätevyyteen (Stolt ym. 2016, 28). On punnittava kaiken hankitun lähdemateriaalin luotettavuutta ja suhtauduttava kriittisesti tarkasteltavaan aineistoon (Hirsjärvi ym. 2009, 189). Tutkimus on eettisesti hyväksyttävää ja luotettavaa vain, jos tutkija on toiminut hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2013, 6–8). Viime kädessä vastuu tutkimuksen eettisyydestä on tutkijalla itsellään (Mäkinen 2006, 26).

Tutkimuksen uskottavuus edellyttää, että tulokset on kuvattu selkeästi ja ymmärrettävästi siten, että lukija ymmärtää, mitä vahvuuksia ja rajoituksia tutkimuksella on ja miten analyysi on

muodostettu. Siirrettävyys taas edellyttää huolellista tutkimuskontekstin kuvausta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 160.) Tässä opinnäytetyössä on kuvattu aineiston keruu ja sen analyysi sekä sisällön analyysi on liitteenä omana taulukkonaan (LIITE 3; LIITE 4), jotta lukija voi itse nähdä koko prosessin ja tehdä omat päätelmänsä sen luotettavuudesta. Opin­näytetyö toteutettiin kahden opinnäytetyöntekijän voimin, mikä on omalta osaltaan lisännyt sen objektiivisuutta. Yksin työskentelevä tutkija saattaa tulla sokeaksi omalle työlleen, mikä lisää virhepäätelmän riskiä (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 159).

Tämän kirjallisuuskatsauksen tietoperustana on seitsemän julkaisua. Tästä huolimatta koemme työn saturaation täytyneen adekvaatisti. Suomenkielistä tutkimustietoa ei löytynyt analyysiin, mutta tuloksissa hyödynnettiin lähteenä yhtä suomenkielistä julkaisua kertomaan Suomessa käytössä olevista arviointimenetelmistä.

7 POHDINTA

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata erilaisia menetelmiä ja mittareita, joita voidaan hyödyntää potilaan psyykkisen voinnin arvioinnissa. Tavoitteena oli tuottaa hyödyllistä tietoa, jota voidaan käyttää kokonaisvaltaisen hoitotyön kehittämiseen päivystyksen näkökulmasta. Tässä luvussa tarkastellaan kirjallisuuskatsauksen tuloksia ja tehdään johtopäätöksiä niiden pohjalta. Lisäksi otetaan kantaa opinnäytetyön hyödynnettävyyteen ja esitetään jatkotutkimusehdotuksia sekä pohditaan ammatillista kasvua ja opinnäytetyöprosessia.

7.1 Tulosten tarkastelu

Kirjallisuuskatsauksen tulosten perusteella tutkimustieto psyykkisen voinnin arvioinnista akuuttihoiton näkökulmasta on hyvin suppeaa. Erilaisia arviointimittareita ja -menetelmiä on olemassa toki runsaasti, mutta niitä hyödynnetään pääasiassa osana varsinaista psykiatrisen hoitotyön prosessia. Päivystyshoitotyöhön sovellettuja menetelmiä on tutkittu ja kehitetty hyvin vähän.

Suomalainen kannanotto päivystystyössä käytettäviin arviointimenetelmiin on siinä määrin vähäistä, että lähteet, jotka aihetta sivusivat, näkivät kotimaisen tutkimuksen suotavana. Suomessa on käytössä sadoittain erilaisia mittareita ja menetelmiä psyykkisen voinnin arviointiin, mutta ne ovat hyvin toimipaikkakohtaisia. Valtakunnallinen yhtenäinen linjaus menetelmien käytöstä on puutteellista ja päivystyshoitotyön näkökulma puuttuu oikeastaan kokonaan.

Kansainvälisellä tasolla aihetta on tutkittu jonkin verran. Brittiläisen kansanyhteisön maissa on tutkittu ja kehitetty menetelmiä päivystyshoitotyön käyttöön. Esimerkiksi Australiassa on tehty tutkimusten perusteella linjauksia, joilla on pyritty yhtenäistämään psykiatrisen päivystyspotilaan hoitoprosessia. Australialaisen tutkimustietoon nojaavan mallin mukaan oli menetelmiä kehitetty myös Englannissa ja Tanskassa.

Yleinen oletamus tuntuu olevan, että päivystyshoitotyötä tekevillä sairaanhoitajilla ei ole tarpeeksi tietotaitoa mielenterveyspotilaan kohtaamiseen ja psyykkisen voinnin huomioimiseen. Kansainvälinen tutkimustieto kuitenkin haastaa tätä käsitystä osoittaen, että triagehoitajat pystyvät hyvinkin tarkkaan arvioon hoidon tarpeesta ja sen kiireellisyydestä mielenterveyspotilaan kohdalla. Aiheeseen liittyvä kansainvälinen tutkimustieto on kuitenkin suhteellisen tuoretta, ja useimmat lähteet puhuivat jatkotutkimusten tarpeesta ja tärkeydestä. Erityisesti maa- ja toimipaikkakohtaiset erot käytettävissä arviointimenetelmissä ja päivystyskäytännöissä hankaloittavat yleisten johtopäätösten luomista ja linjausten muodostamista.

Potilaan psyykkisen voinnin arviointimenetelmiä on olemassa pelkästään Suomessa satoja erilaisia, ja ne vaihtelevat yleistä hyvinvointia mittaavista aina spesifeihin, sairaudenkuvaa arvioiviin menetelmiin. Menetelmät ovat muotona täytettäviä lomakkeita, haastattelumetodeja ja näiden yhdistelmiä. Suomessa yleislääketieteen päivystyksessä käytetään nykyisellään usein nopeita mittareita kuten BDI, DEPS ja AUDIT. Kansainvälisesti on tutkimustiedon pohjalta laadittu triagen käyttöön soveltuvia matriiseja ja taulukoita, joita hyödynnetään psyykkisesti oireilevan potilaan hoidon tarpeen arvioinnissa ja jotka antavat myös tietoa, jota voidaan hyödyntää potilaan hoitoon ohjauksessa tai hoitolinjaa suunniteltaessa.

Yleisimmin käytössä on lomakemuotoisia arviointimenetelmiä, jotka täytetään joko potilaan toimesta tai hoitajan haastatteluun perustuen. Käytettävän mittarin tai menetelmän laajuus riippuu toimipaikasta, tilanteesta ja on aikasidonnainen. Lomakkeilla saaduilla tiedoilla halutaan kartoittaa potilaan tämän hetkistä tilannetta, toteuttaa seurantaa tai arvioida hoidon vaikuttavuutta pitkällä aikavälillä.

Triage- ja päivystyshoitotyössä käytettävät mittarit ja menetelmät on suunniteltu auttamaan akuuttivaiheen psyykkisen oireilun vakavuuden arvioimisessa ja riskitekijöiden kartoituk-

sessä. Arvioinnin tuloksia käytetään sitten potilaan hoitopolun suunnittelussa ja hoitoon ohjaamisessa. Ne ovat myös tiedonkulun ja raportoinnin apuvälineitä osana moniammatillista hoitoprosessia.

Erilaiset mittarit ovat kuitenkin vain hoitotyön päätöksenteon apuvälineitä, eikä niiden pohjalta voida suoraan muodostaa diagnostisia johtopäätöksiä. Hoitajan täytyy luottaa myös omaan ammattitaitoonsa. Tämä tuli esille erityisesti kansainvälisissä tutkimuksissa; paikoissa, joissa päivystykseen oli kehitetty omia mittareita, joutuivat hoitajat kuitenkin nojaamaan päätöksenteossaan pitkälti omaan työkokemukseensa.

7.2 Opinnäytetyön prosessi ja ammatillinen kasvu

Opinnäytetyö sai alkunsa yhteisestä kiinnostuksesta mielenterveyshoitotyötä kohtaan. Työn muodoksi valikoitui kirjallisuuskatsaus oltuamme yhteydessä Keski-Pohjanmaan Sosiaali- ja terveystalvvelukuntayhtymä Soiten psykiatria- ja päihdepalveluiden palvelualuejohtajaan Ulla Aspviikiin, joka toivoi aiheesta juurikin kirjallisuuskatsausta. Opinnäytetyön suunnitelmaa aloitettiin työstämään toukokuussa 2017, ja se valmistui marraskuussa 2017. Joulukuussa tapasimme työelämäyhdysenkilöä valmiin suunnitelman puitteissa. Aineistohaut toteutettiin joulukuun 2017 ja helmikuun 2018 välisenä aikana. Kirjallisuuskatsauksen kirjoittaminen aloitettiin tammikuussa 2018, ja kevään 2018 aikana työstettiin pääasiassa työn teoriapohjaa sekä aineiston analyysia. Tulosten tarkastelu ja kirjoittaminen aloitettiin elokuussa 2018, ja työ viimeisteltiin marraskuun 2018 aikana.

Opinnäytetyön aihealue oli kiinnostava ja kysymyksiä herättävä, ja se käsitteli asioita, joihin molemmat tekijät olivat suuntaamassa opintojaan ja erikoistumistaan. Itse valittu aihe lisäsi myös työn mielekkyyttä ja motivaatiota sen tekemiseen. Aineiston läpikäymisen ja tulosten käsittelyn pohjalta reflektointi omaa tulevaa työnkuvaa kohtaan on tuonut esille paljon kysymyksiä siitä, miksi aihealuetta ei ole tutkittu kotimaassa. Ulkomaisten tutkimusten tarkastelu

sen sijaan toi esille paljon tietoa ja ideoita, joita on mahdollista hyödyntää sairaanhoitajan työssä myös Suomessa.

Myös kirjallisuuskatsauksen työstäminen ja sen eri muodot ovat tulleet työn tekijöille tutuiksi. Erityisesti tiedonhaun ja tulosten suodattamisen taidot ovat harjaantuneet opinnäytetyöprosessin myötä. Tieteellisten artikkelien kriittinen tarkastelu on myös kehittynyt, ja englanninkielisen tutkimustekstin luenta parantunut.

7.3 Opinnäytetyön hyödyntäminen, johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet

Opinnäytetyön tavoitteena oli tarjota tietoa psyykkisen voinnin arviointimenetelmistä päivystyshoitotyön ympäristössä. Opinnäytetyötä voidaan käyttää apuna kehitettäessä vastaavia menetelmiä suomalaisen päivystyshoitotyön tarpeisiin, erityisesti potilaan saapumistilanteeseen ja triageen. Lisäksi opinnäytetyötä voidaan hyödyntää kehitettäessä potilaan kokonaisvaltaisen hoitotyön periaatteita, varsinkin psykiatrisen potilaan hoitoprosessin alkuvaiheen näkökulmasta. Opinnäytetyö voi myös antaa idean ja pohjaa suomalaiselle tutkimukselle aihealueesta.

Aihe on tärkeä ja ajankohtainen, ja suomalainen tutkimustieto siihen olisi erittäin tarpeellista. Erityisesti tulevan SoTe-uudistuksen puitteissa ja sen tuomien uudistusten ja muutosten myötä aika olisi otollinen tuoreelle tutkimustiedolle. Koska aihe on Suomessa tutkimatonta, löytyy useita mahdollisia tutkimusaiheita ja näkökulmia. Koemme, että varsinkin konkreettiset kehittämistyöt olisivat suotavia ja työelämän kannalta erittäin hyödyllisiä kokonaisvaltaisen hoitotyön edistämiseksi. Esimerkiksi haastattelumallipohjat ja kirjausjärjestelmässä olevat valmiit "fraasit", jotka auttaisivat päivystävän sairaanhoitajan työskentelyä psykiatrasta potilasta kohdatessa. Nämä helpottaisivat kirjaamista ja potilaan hoidon jatkuvuutta mielenterveyspalveluihin siirryttäessä.

LÄHTEET

Alueuudistus. 2018. Mikä on sote-uudistus? Saatavissa: <http://alueuudistus.fi/mika-on-sote-uudistus>. Viitattu 12.4.2018.

Castrén, M., Aalto, S., Rantala, E., Sopanen, P. & Westergård, A. 2009. Ensihoidosta päivystyspoliklinikalle. Helsinki: WSOY.

Erikoissairaanhoitolaki. 1.12.1989/1062. Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1989/19891062>. Viitattu 12.4.2018.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Holmia, S., Murtonen, I., Myllymäki, H. & Valtonen, K. 2008. Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö. 5. uudistettu painos. Helsinki: WSOY.

Huttunen, M. 2017. Somaattiset sairaudet psyykkisesti sairaalla. Duodecim terveyskirjasto. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lam00007. Viitattu 17.4.2018.

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

Iivanainen, A. & Syväoja, P. 2009. Hoida ja kirjaa. Helsinki: Tammi.

Jyväskylän ammattikorkeakoulu. 2018. Kirjallisuuskatsaukset. Saatavissa: <https://oppimateriaalit.jamk.fi/yamk-kasikirja/kirjallisuuskatsaukset/>. Viitattu 25.5.2018.

Jääskeläinen, E. & Miettunen, J. 2011. Psykiatriset arviointiasteikot kliinisessä työssä. Lääketieteellinen aikakauslehti Duodecim 2011;127(16):1719–25.

Kangasniemi, M., Utriainen, K., Ahonen, S., Pietilä, A., Jääskeläinen, P. & Liikanen, E. 2013. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsenettyyn tietoon. Hoitotiede 25 (4), 291–301. Saatavissa: <http://elektra.helsinki.fi.ezproxy.centria.fi/se/h/0786-5686/25/4/kuvailev.pdf>. Viitattu 20.4.2018.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.

Kansanterveyslaki. 28.1.1972/66. Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1972/19720066>. Viitattu 12.4.2018.

Kuisma, M., Holmström, P., Nurmi, J., Porthan, K. & Taskinen, T. 2013. Ensihoito. 3.–4. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

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

Mental health triage tool. 2013. The department of health. Saatavissa: <http://www.health.gov.au/internet/publications/publishing.nsf/Content/triageqrg~trriageqrg-mh>. Viitattu 20.9.2018.

Mental health assessment matrix. 2004. Avon & Wiltshire mental health partnership NSH trust. Saatavissa: <http://secure.rcem.ac.uk/code/document.asp?ID=6855>. Viitattu 20.9.2018.

Mäkinen, O. 2006. Tutkimusetiikan ABC. Helsinki: Tammi.

Narumo, R. & Murtomaa, M. 1998. Psykososiaaliset tukipalvelut traumaattisen kriisin kohdanneille. Ohjeisto hätäkeskuspäivystäjille. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön monisteita 1998:28.

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

Patel, A., Harrison, A. & Bruce-Jones, W. 2009. Evaluation of the risk assessment matrix: a mental health triage tool. *Emergency medicine journal* 2009;26:11–14.

Patient. 2018. Trauma and triage scoring. Saatavissa: <https://patient.info/doctor/trauma-triage-and-scoring>. Viitattu 12.4.2018.

Rautava-Nurmi, H., Westergård, A., Henttonen, T., Ojala, M. & Vuorinen, S. 2016. Hoitotyön taidot ja toiminnot. 4.–5. painos. Helsinki: Sanoma Pro.

Ronkainen, S., Pehkonen, L., Lindblom-Ylänne, S. & Paavilainen, E. 2011. Tutkimuksen voimasanat. Helsinki: WSOY.

Sæbye, D., Bernt Høegh, E. & Knop, J. 2017. Triage in psychiatric emergency services in Copenhagen: results from a descriptive 1-year evaluation study. *Nordic journal of psychiatry* vol. 71, no. 7, 536–542.

Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasan yliopiston julkaisuja. Saatavissa: https://www.univaasa.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf. Viitattu 15.2.2018.

Sands, N. 2009. An Exploration of clinical decision making in mental health triage. *Psychiatric nursing*, vol. 23, no. 4, 2009; 298–308.

Sands, N. & Elsom, S. 2018. UK Mental Health Triage Scale. Saatavissa: <https://ukmentalhealthtriagescale.org/>. Viitattu 15.9.2018.

Sands, N., Elsom, S., Berk, M., Hosking, J., Prematunga, R. & Gerdtz, M. 2014. Investigating the predictive validity of an emergency department mental health triage tool. *Nursing and health sciences* 16, 11–18.

Sands, N., Elsom, S., Colgate, R., Haylor, H. & Prematunga, R. 2016. Development and inter-rater reliability of the UK mental health triage scale. *International journal of mental health nursing* 25, 330–336.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2018. Sairaanhoidopiirit ja erityisvastualueet. Saatavissa: <http://stm.fi/sairaanhoidopiirit-erityisvastualueet>. Viitattu 12.4.2018.

Soite 2018. Päivystävä sairaanhoitaja. Saatavissa: http://www.soite.fi/sivu/paivystava_sairanhoitaja. Viitattu 25.5.2018.

Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2016:50. Terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen ja eriarvoisuuden vähentäminen. Saatavissa: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3832-8>. Viitattu 17.2.2018.

Stolt, M., Axelin, A. & Suhonen, R. 2016. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. 2. korjattu painos. Turku: Turun yliopiston hoitotieteen laitoksen julkaisuja, tutkimuksia ja raportteja. Sarja A73.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2015. Toimintakyvyn ulottuvuudet. Saatavissa: <https://thl.fi/fi/web/toimintakyky/mita-toimintakyky-on/toimintakyvyn-ulottuvuudet>. Viitattu 17.4.2018.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2018. Ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämisen painopisteiksi vuoteen 2020 mennessä. Saatavissa: <https://www.thl.fi/fi/tutkimus-ja-asiantuntijatyo/hankkeet-ja-ohjelmat/kansallinen-mielenterveys-ja-paihdesuunnitelma/ehdotukset-mielenterveys-ja-paihdeyden-kehittamisen-painopisteiksi-vuoteen-2020>. Viitattu 17.2.2018.

Tutkimusettinen neuvottelukunta. 2013. Hyvän tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Saatavissa: http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf. Viitattu 11.5.2018.

Valtionneuvoston kanslia. 2017. Sote- ja maakuntauudistus voimaan 1.1.2020, maakuntavaalit lokakuussa 2018. Saatavissa http://vnk.fi/artikkeli/-/asset_publisher/sote-ja-maakuntauudistus-voimaan-1-1-2020-maakuntavaalit-lokakuussa-2018. Viitattu 12.4.2018.

Valvira. 2018. Hoidon tarpeen arviointi. Saatavissa: http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattiharjoittaminen/hoidon_tarpeen_arviointi. Viitattu 12.4.2018.

Vuori-Kemilä, A., Stengård, E., Saarelainen, R. & Annala, T. 2007. Mielenterveys- ja päihde-työ: Yhteistyötä ja kumppanuutta. 4. uudistettu painos. Helsinki: WSOY.

World Health Organization. 2017. Constitution of WHO: principles. Saatavissa: <http://www.who.int/about/mission/en/>. Viitattu 23.10.2017.

Wright, K. 2012. Mental health emergencies: using a structured assessment framework. *Emergency nurse* 19, 10, 28–35.

Tietokanta	Hakusanat	Rajaukset	Tu- lost- määrä	Otsi- kon pe- rus- teella vali- tut	Abst- raktin perus- teella valitut	Vali- tut tutki- muk- set	Hylkäämis- syyt	Huomau- tukset
Cinalh	mental health assessment	2008– 2018	731	10	1	1	Liian laaja haku	
	mental health assessment tools	2008– 2018	38	3	1	1		
	psychiatric as- sessment	2008– 2018	435	5	1	0(1)	Ei vastan- nut sisäl- töä	Tutkimus saatu ai- kaisem- malla ha- kusanalla
	psychiatric as- sessment tools	2008– 2018	18	2	2	0(1)	Ei vastan- nut sisäl- töä	Tutkimus saatu ai- kaisem- malla ha- kusanalla
Acade- mic searc elite	mental health assessment	2008– 2018	609	0	0	0	Liian laaja haku	
	mental health assessment tools	2008– 2018	30	4	2	0	Ei vastan- nut sisäl- töä	
	mental healt as- sessment emer- gency	2008– 2018	180	5	3	1(1)		1 tutki- mus saatu aiemmin toisella hakusa- nalla
	mental health triage	2008– 2018	14	2	0	0	Ei ollut päivystys- työhön liit- tyviä	
	emergency care psychiatric	2008– 2018	39	0	0	0	Tulokset käsittelivät pääasiassa lääkkeitä	

Medic	mielenterveys AND päivystys	2008 – 2018	1	0	0	0	Tulos kä- sitteli pää- vammoja	
	mielenterveys AND triage	2008 – 2018	0	0	0	0		
	psykiatria AND akuutti	2008 – 2018	2	0	0	0	Ei vastan- nut sisäl- töä	
	psykiatria AND ensiapu	2008 – 2018	0	0	0	0		
	mielentervey- denensiapu	2008 – 2018	32	0	0	0	Mikään ei käsitellyt päivystys- tapauksia	
PsycIN FO	mental health triage	2008 – 2018 Full text	10	2	2	2		
	mental health triage tools	2008 – 2018 Full text	0	0	0	0		
	emergency men- tal health assess- ment	2008 – 2018 Full text	1	1	0	0	Käsitteli lapsia	
	psychiatric triage	2008- 2018 Full text	3	0	0	0		
	mental health emergency	2008 – 2018 Full text	15	2	2	2		

Tutkimus	Tarkoitus	Aineisto & Menetelmät	Keskeiset tulokset
Wright, K. 2012. Mental health emergencies: using a structured assessment framework.	Artikkelin tarkoituksena on auttaa hoitohenkilökuntaa käyttämään PPEAT arviointimenetelmää.	Vertaisarvioitu artikkeli, joka käyttää neljää tutkimustietoon perustuvaa "case study" esimerkkitapausta ohjaamaan arviointiasteikon käytössä.	Hoitohenkilökunta on usein ylityöllistettyä, ja tämän vuoksi mielenterveyspotilaiden tarpeet eivät aina täyty. Hoitajien on löydettävä keinot näiden potilaiden hädän helpottamiseen. Avain hyvään potilasarvioon nojaa hyvään tiedonkeruuseen potilaasta, olemalla kunnioitettava ja tarkkaileva potilasta kohdatessa.
Sands, N. 2009. An exploration of clinical decision making in mental health triage.	Artikkeli pohjautuu aiempaan väitöskirjaan mielenterveyden triageesta Victoriassa, Australiassa. Artikkelin tarkoituksena on tutkia mielenterveyden triagea ja sen päätöksentekoa.	Kvalitatiivinen, kuvaileva tutkimus, joka on käyttänyt eri metodeja. Tutkimus sisällytti sekä 33-kohtaisen kyselyn (n=139) sekä puolistrukturoidun haastattelun (n=21).	Tutkimustulokset osoittavat, että mielenterveyden triagen päätöksenteko ei pohjautu empiirisesti testattuun, todistepohjaiseen viitekehukseen. Tämän viitekehksen puute lisää riskiä, että hoitohenkilökunta tekee vääriä päätöksiä, ja potilas saa riittämätöntä hoitoa. Mielisairauksien moninaisuus tekee tällaisen viitekehksen muodostamisesta vaikeaa, mutta jatko työtä on tehtävä tietoon perustuviin malleihin ohjaamaan päätöksentekoa mielenterveyden arvioinnissa
Sæbye, D., Bernt Høegh, E. & Knop, J. 2017. Triage in psychiatric emergency service in Copenhagen: results from a descriptive 1-year evaluation study.	Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää hoitoon saapuneiden mielenterveyspotilaiden hoidon kiireellisyyden luokittelua, ja tarkistaa olivatko nämä suositusten mukaisia.	Tutkimus toteutettiin 10 % (n=929) satunnaisotoksella tietokannasta, joka hankittiin 2012 vuoden aikana kolmesta psykiatriesta ensiapuyksiköstä Kööpenhaminassa.	Psykiatriset triagemallit ja asteikot ovat kehittyneet parantamaan hoidon lopputulosta, luotettavuutta ja ennakoitavaa pätevyyttä. Uusin triagemalli on helpottanut kiireellisyyden luokittelua, vähentänyt odotusaikaa, optimoinut päätöksentekoa ja parantanut potilasturvallisuutta. Aiempi verrattavissa oleva tieto kuitenkin puuttuu, ja jatko tutkimusta tarvitaan.

Sands, N., Elsom, S., Colgate, R., Haylor, H. & Prematunga, R. 2016. Development and inter-rater reliability of the UK mental health triage scale.	Tutkimuksen tarkoituksena oli kehittää luotettava mielen-terveyden triage-asteikko Iso-Britannian mielen-terveys- ja kriisipalveluille.	Keskinäisen luotettavuuden tutkimus, joka toteutettiin 34-kohtaisella poikittaistutkimuksen kyselyllä. Kysely lähetettiin 66 klinikolle Walesin ja Englannin alueella.	Mielen-terveyden triagesysteemit jotka sisällyttävät luotettavia arviointiasteikoita ovat lupaavia malleja mielen-terveyden hoidolle. Luotettavat mielen-terveyden triage-asteikot tarjoavat parempia potilaan hoidon tuloksia, ja kohdentavat paremmin erityistyöntekijöiden resurssit
Sands, N., Elsom, S., Berk, M., Hosking, J., Prematunga, R. & Gerdtz, M. 2014. Investigating the predictive validity of an emergency department mental health triage tool.	Tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia kliinisten kuvaajien ennakoitavaa pätevyyttä VEDMHTT arviointiasteikossa.	Tutkimusmetodeina on käytetty naturalistista, retrospektiivistä tutkimussuuntausta. Ensiavun tietokannat tarkastettiin 12 kuukauden ajalta potilaista, jotka saapuivat mielen-terveydellisistä syistä (1718 tapausta).	Tutkimustulokset haastavat näkemyksen, että mielen-terveyden ongelmia ei pystytä tarkasti tunnistamaan lyhyessä päivystyksellisessä potilasarviossa. Tutkimus osoittaa, että triagehoitajat pystyvät erottamaan kiireellisuuden ja riskin akuuttien psyykkisten oireiden ja aggression väliltä.
Patel, A., Harrison, A. & Bruce-Jones, W. Evaluation of the risk assessment matrix: a mental health triage tool.	Tutkimuksen tarkoituksena oli arvioida Risk Assessment Matrix (RAM) triage työkalun vaikuttavuutta	Tutkimusmetodeina on käytetty naturalistista, retrospektiivistä tutkimussuuntausta. Kahden kuukauden ajalta tutkittiin ensiavussa käyneitä potilaita, joilla oli todettu tai epäilty mielen-terveyden ongelma. Tutkijat etsivät yhteyttä päivystys-henkilökunnan alkuarvion ja potilaan hoidon lopputuloksen väliltä	Useita triage työkaluja on olemassa, ja tämä reflektoi vaikeutta rakentaa empiirisesti testattu ja standardisoitu arviointi työkalua. Riskien arvioinnissa ei ole "kultaista standardia," ja käytännössä mitä tahansa työkalua tulee käyttää oman kliinisen harkintakyvyn ohella. Tulokset viittaavat, että RAM on hyödyllinen mielen-terveyden häiriöiden tunnistamiseen, mutta lisätutkimuksia ja runsaampaa tietokantaa tarvitaan.

Lähteet	Pelkistetyt ilmaukset	Alaluokat	Yläluokat	Pääluokka
Sands 2009	Paras toimintamalli kriisissä	Hoitotyön teoria	Kokonaisvaltainen hoitotyö	Potilan psyykkisen voinnin arviointiin vaikuttavat tekijät
Sands ym. 2016	Triagemalleja sovellettu onnistuneesti psykiatria			
Sands 2009	Triageen käytettävä aika	Hoitotyön resurssit		
Sands 2009	Resurssien puute			
Sands 2009	Resurssisidonnaisuus			
Sands 2009	Hoitajan työkyky			
Sands 2009	Arvioinnin toteuttamisen mahdollisuus			
Sands ym. 2016	Asteikoiden tehokas käyttö			
Sands ym. 2016	Hoitotyön resurssien kohdentaminen			
Sands ym. 2016	Turvallisuus ja laatu			
Sands ym. 2016	Triagen laadullisuus			
Sands 2009	Potilaan hoitopolku	Sujuva hoitopolku		
Sands 2009	Triagen tärkeys			
Wright 2012	Tarkoituksenmukainen hoitopolku			
Wright 2012	Hoidon jatkuvuus			
Wright 2012	Hoitosuhteen muodostuminen			
Sands ym. 2016	Hoidon jatkuvuus			
Sands ym. 2016	Hoitolinjan valinta			
Sands 2009	Moniammatillisuus	Tiedottaminen osana moniammatillista työryhmää		
Wright 2012	Tarkka raportointi			
Wright 2012	Välitön tilannearvio	Mielenterveyspotilaan kohtaaminen	Nykytila ja Anamneesi	
Wright 2012	Potilaan tarpeet			
Wright 2012	Asianmukainen hoitoympäristö			
Wright 2012	Mielenterveyspotilaan tarpeet			
Wright 2012	Kommunikointitaito			

Sæbye ym. 2017; Sands ym. 2016; Patel, Harrison & Bruce-Jones 2009	Ensiarvio					
Sands 2009	Triagen alkuvaihe					
Wright 2012	Taustatietojen vaikuttavuus	Potilaan tausta				
Wright 2012	Potilaan oma näkemys tilanteestaan					
Wright 2012	Hyvä tiedonkeruu					
Sands 2009	Potilaan hoitohistoria					
Sands 2009	Potilaan taustatiedot					
Wright 2012	Arvioinnin eri osatekijät		Arvioinnin osatekijät			
Wright 2012	Päivystys hoitoympäristönä ja sen vaikutus arviointitilanteeseen					
Wright 2012	Arviointi ilman psykiatrian termejä					
Sands 2009	Syventävä arvio					
Sands 2009	Tämän hetkinen riskiarvio					
Sands 2009	Riskien luokittelu					
Sands ym. 2014	Kiireellisyyden arviointi					
Sands ym. 2014	Oireiden vaikutus riskitekijöihin					
Sands ym. 2016 & Sæbye ym. 2017	Kiireellisyyden luokittelukategoriat					
Sæbye ym. 2017	Uudelleenarviointi					
Sands ym. 2014	Varhainen tunnistaminen mahdollistaa nopean puuttumisen	Varhainen puuttuminen		Potilaan kohtaaminen		
Sands ym. 2016	Varhaisen puuttumisen vaikutus hoidon lopputulokseen					
Sands 2009	Ennakointi					
Wright 2012	Hoitoon hakeutuminen	Potilaan saapumistapa				
Sands 2009	Mielenterveyspotilaiden ohjautuminen					
Sands ym. 2014	Saapumistavan vaikutus kiireellisyyteen					

Wright 2012	Potilaan käytös	Mielenterveyspotilaan vointi			
Wright 2012	Mielenterveyspotilaan odottamaton käytös				
Wright 2012	Epätoivoisuus kriisin aikana				
Wright 2012	Riski itselle ja muille				
Wright 2012	Kriisi traumaattisen tapahtuman seurauksena				
Sands ym. 2014	Mielenterveyden omat indikaattorit	Mielenterveyden indikaattorit			
Sæbye ym. 2017	Kiireellisten potilaiden arviointi				
Patel, Harrison & Bruce-Jones 2009	Päivystyshoitajan arvio mielenterveysongelmasta				
Sands 2009	Mahdollisuus kasvotusten tapahtuvaan arviointiin				
Sands 2009	Mielenterveyden arviointi				
Sands 2009 & Sands ym. 2016	Riskiarviointi				
Sands ym. 2016	Lyhyt seulonta-arvio				
Sands ym. 2016	Puhelinperusteinen triage				
Wright 2012	Mielenterveyden horjuminen		Mielenterveysongelma		
Sands ym. 2014	Mielisairauden tunnistaminen päivystyksessä				
Sands ym. 2014	Mielenterveyteen liittyvä ongelma				
Sands ym. 2014	Mielenterveysongelmien stereotyypit				
Sands ym. 2016	Mielenterveysongelmien vaikutus terveyteen				
Sands 2009	Triagen vaiheet	Kiireellisyysluokittelu			
Sands 2009	Kiireellisyyden taso				
Sands ym. 2014	Iällä tai sukupuolella ei vaikutusta kiireellisyyden luokitteluun				
Sands ym. 2014	Psykoosin korkea luokitus				
Sæbye ym. 2017	Sosioekonomisen aseman vaikutus luokitteluun				

Sæbye ym. 2017	Skitsofrenian vaikutus luokitteluun			
Sæbye ym. 2017	Triagen tarkoituksenmukaisuus			
Sæbye ym. 2017	Keskimääräinen odotusaika			
Sæbye ym. 2017	Triage hyväksyttävänä arviointityökaluna			
Sands ym. 2016; Patel, Harrison & Bruce-Jones 2009	Luokittelun apuväline			
Sands ym. 2016; Patel, Harrison & Bruce-Jones 2009	Tukee päätöksenteossa			
Wright 2012	Avun ulkopuolelle jääminen resurssien puutteen vuoksi	Ongelmat palveluiden saatavuudessa	Haasteet psyykkisen voimien arvioimisessa	
Sands 2009	Yhteisöllisen tuen puute			
Sands 2009	"Ansaitseeko" potilas hoitoa?			
Sands ym. 2016	Mielenterveyshoidon tavoitettavuus			
Sands 2009	Toimintamallien puuttuminen	Päätöksenteon haasteellisuus		
Sands 2009	Puhelinarvioinnin haasteet			
Sands 2009	Riskien kartoituksen haasteellisuus			
Patel, Harrison & Bruce-Jones 2009	Perinteinen kliininen arvio voi olla epätarkka			
Sands 2009 & Sands ym. 2014	Triagen monimutkainen päätöksentekoprosessi			
Sands ym. 2014	Useita olemassa olevia arviointimenetelmiä			
Wright 2012	Työn haasteellisuus	Päivystystyön kuormittavuus		
Wright 2012	Kuormittava työ riittämättömän henkilöstömitoituksen vuoksi			
Sands 2009	Stressaava työ	Työn psyykinen kuormittavuus		
Sands 2009	Työntekijöiden ahdistus työstä			

Sands 2009	Työskentely paineen alla				
Sands 2009	Työn aiheuttama stressi				
Sands 2009	Työntekijän epävarmuus	Hoitajan päätöksentekokyky			
Sands 2009	Päätöksenteon subjektiivisuus ja heikentyminen				
Sands 2009	Koulutus ei ole antanut riittäviä valmiuksia				
Sands 2009	Perehdytyksen puute				
Sands 2009	Kollegoiden mielipiteiden vaikutus päätöksentekoon				
Sands 2009	Hoitajan päätöksenteko				
Wright 2012	Hoitajan prioriteetit				
Wright 2012	Hoitajan tilannekuva vääristyy				
Wright 2012	Ammattitaito hoitaa eri sairauksia ja vammoja		Sairaanhoidajan laaja osaaminen	Sairaanhoidajan ammattitaito	
Wright 2012	Päivystyshoitajan ammattitaito				
Wright 2012	Tarkka kirjaaminen				
Sands 2009	Moniasiantuntijuus				
Sands ym. 2016	Ammattitaidon kehittäminen				
Sæbye ym. 2017	Erikoiskoulutetut sairaanhoitajat				
Sands 2009	Työkokemus erityisryhmistä	Työkokemus			
Sands 2009	Aikaisempi työkokemus				
Wright 2012	Hoitaja ei saa tuomita	Ammattitietäminen			
Wright 2012	Kunnioittava kohtaaminen				
Wright 2012	Perustelut hoidolle				
Wright 2012	Ammattilaisen ymmärrys	Myötäelämisen taito			
Wright 2012	Empatia				
Wright 2012	Havainnoimisen tärkeys	Oireiden tunnistaminen			
Sands ym. 2014	Kyky tunnistaa akuutti psykoosi				
Sands ym. 2014	Hoitajan ammattitaito erottaa oireet toisistaan, sekä tunnistaa sairauksia				
Patel, Harrison & Bruce-Jones 2009	Helpottaa ei-psykiatrisia hoitajia mielenterveyden arvioinnissa				

Patel, Harrison & Bruce-Jones 2009	Riskien arvioimisen vaikutus hoitolinjaan			
Patel, Harrison & Bruce-Jones 2009	Arviointityökalun kanssa käytettävä myös kliinistä päätöksentekoa			
Sands 2009	Kriisin ratkaisu	Hoitopäätös		
Wright 2012	Hädän helpottaminen			
Sands 2009	Ei teoreettisten mallien käyttöä päätöksenteon tukena	Tutkimustiedon puutteellisuus	Lisäkehittämisen tarve	
Sands 2009	Vähän kansainvälisesti julkaistua tietoperustaa			
Sands ym. 2014	Vähän tietoa luotettavuudesta ja validiteetista			
Sæbye ym. 2017	Ei yhteensopivaa dataa			
Sands ym. 2016	Tutkimustiedon puute			
Patel, Harrison & Bruce-Jones 2009	Pätevyyttä ei ole tutkittu			
Sæbye ym. 2017	Triage kehitetty tarvelähtöisesti	Triagemallin työelämälähtöinen soveltaminen		
Sæbye ym. 2017	Uusittu triagemalli			
Sæbye ym. 2017	Triagen luotettavuus ja pätevyys testattu			
Sæbye ym. 2017 & Sands ym. 2014	Luokittelun kehittyminen			
Sæbye ym. 2017	Triage-järjestelmän arviointi ja testaaminen			
Patel, Harrison & Bruce-Jones 2009	Arviointityökalun käyttäjävälisyys			
Patel, Harrison & Bruce-Jones 2009	Antaa päivystyshoitajalle valmiudet tunnistaa ja luokitella mielenterveyspotilas			
Sands ym. 2014	Kehittämistyön tarve	Organisaation kehittämisen tarve		
Sæbye ym. 2017	Organisaatioiden erot			

Sæbye ym. 2017	Vertailun vaikeus			
Patel, Harrison & Bruce-Jones 2009	Ei "kultaista standardia" arvioinnissa			
Sands ym. 2014	Hoitotyön kehittäminen parhaiden toimintamallien pohjalta	Triagen tutkimus ja kehittäminen		
Sands ym. 2014	Olemassa olevan luokittelun riittämättömyys			
Sands ym. 2014	Jatkokehittämisen tarve			
Sands 2009	Kehittämisen tarve			
Sæbye ym. 2017; Patel, Harrison & Bruce-Jones 2009	Tarve lisätutkimukselle			

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus
"...there is very little in the published literature from Australia or internationally that discusses MH triage clinical practice" (Sands 2009).	Vähän kansainvälisesti julkaistua tietoperustaa
"In the present system, most MH-related enquiries and presentations to the ED and other clinical settings are funneled through MH triage..." (Sands 2009).	Mielenterveyspotilaiden ohjautuminen
"Most MH triage assessments are initially conducted via the telephone; however most triage service in Victoria have the capacity to provide face-to-face assessment as well" (Sands 2009).	Mahdollisuus kasvotusten tapahtuvaan arviointiin
"Triage assessments typically require the clinician to perform mental status examination..." (Sands 2009).	Mielenterveyden arviointi
"...previous psychiatric and medical history, investigate the caller's current social circumstances, and complete a risk assessment based on these data" (Sands 2009).	Potilaan taustatiedot Riskiarviointi
"The level of urgency of the presentation is determined following completion of the risk assessment and is usually expressed using descriptors such a "high risk", "moderate risk" and "low risk" (Sands 2009).	Kiireellisyyden taso Riskien luokittelu
"MH triage clinicians are crucial to the detection and prevention of potentially life-threatening behaviors in persons with mental illness across all clinical settings" (Sands 2009).	Triagen tärkeys Ennakointi
"The lack of defined systems of MH triage decision making was identified as a key concern..." (Sands 2009).	Toimintamallien puuttuminen
"MH triage is a multi-disciplinary activity" (Sands 2009).	Moniammatillisuus
"MH triage workforce and identified the core domains of MH triage practice as being psychiatric assessment and diagnosis, risk assessment, rating urgency, prioritizing care, crisis intervention, referral, interagency liaison, support, and the provision of health care advice..." (Sands 2009).	Triagen perustettava Riskiarvio Kiireellisyys Priorisointi
"There were very few clinicians who had experience in child and adolescent, aged MH settings, or drug and alcohol service..." (Sands 2009).	Työkokemus erityisryhmistä
"...most of triage nurses had the capacity to perform triage assessments by phone and face to face" (Sands 2009).	Arvioinnin toteuttamisen mahdollisuus
"...they confirm that MH triage decisions are usually made by one person rather than by a team" (Sands 2009).	Hoitajan päätöksenteko

"MH triage practice was universally experienced as highly stressful across all clinical settings, especially in relation to decision making" (Sands 2009).	Stressaava työ
"Unlike generalist triage, where the average duration of triage is several minutes (Gerdtz & Bucknall 1999), a MH triage assessment commonly takes between 20 and 45 minutes" (Sands 2009).	Triageen käytettävä aika
"The first phase of MH triage is to receive all in-coming MH enquiries through a single point of entry.." (Sands 2009).	Triagen alkuvaihe Potilaan hoitopolku
"...next phase of triage (Phase 3), in which an in-depth MH assessment is performed" (Sands 2009).	Triagen vaiheet Syventävä arvio
"Phase 3 of MH triage commonly involves making contact with multiple agencies, as well as relatives and/or carers to gather history around the presenting problem" (Sands 2009).	Moniasiantuntijuus Potilaan taustatiedot/historia
"Most triage clinicians described feeling a high degree of anxiety related to risk assessment and pointed out that triage assessments require not just an assessment of the current risks but also prediction of the likelihood of an adverse event in the near future" (Sands 2009).	Työntekijöiden ahdistus työstä Riskien kartoitus
"Clinicians stated that they felt their (nursing) training was insufficient preparation to cope with the complexity of risk assessment and prediction on MH triage" (Sands 2009).	Koulutus ei ole antanut riittäviä valmiuksia Triagen monimutkaisuus
"Phase 4 in the triage process involves the formulation of a provisional diagnosis of the patient's condition and determining the current level of risk..." (Sands 2009).	Tämän hetkinen riskiarvio
"Phase 5 of MH triage involves deciding the best course of action to be taken to resolve the crisis" (Sands 2009).	Paras toimintamalli kriisissä Kriisin ratkaisu
"...findings indicated that Phase 5 of the triage process is often problematic due to the shortage of MH resources and community support" (Sands 2009).	Resurssien puute Yhteisöllisen tuen puute
"The most outstanding feature of MH triage practice is the complex decision making involved in each of each phase of the process" (Sands 2009).	Päätösten monimutkaisuus
"Decision making under pressure was commonly cited as a key stressor in MH triage practice" (Sands 2009).	Työskentely paineen alla

"Clinicians felt unsure about the quality of their decision making when under time pressure..." (Sands 2009).	Työntekijän epävarmuus
"decision-making skills were impaired when they were in the midst of managing multiples crises..." (Sands 2009).	Päätöksentekokyvyn heikentyminen
"...participants unanimously stated that their decisions were predominantly informed by previous clinical experience..." (Sands 2009).	Aikaisempi työkokemus
"Several interview participants observed that as they had been given no formal training in triage decision making..." (Sands 2009).	Perehdytyksen puute
"...the difficulty of conducting MSE via telephone, starting that without the benefit of making visual observations of the patient" (Sands 2009).	Puhelinarvioinnin haasteet
"Decision making in MH triage was also found to be influenced by the availability of resources" (Sands 2009).	Resurssisidonnaisuus
"...decision making in MH triage is also influenced by perceived judgement by peers" (Sands 2009).	Kollegoiden mielipiteiden vaikutus päätöksentekoon
"...decision making at triage is highly susceptible to the subjective, value-laden attitudes of clinicians, who make judgments on patients "deservedness"..." (Sands 2009).	Päätöksenteon subjektiivisuus Hoidon "ansaitseminen"
"...none of the interview participants referred to decision-making models or theoretical models of any kind to support their triage decision making" (Sands 2009).	Ei teoreettisten mallien käyttöä päätöksenteon tukena
"...high levels of stress associated with complex, high-level decision making in MH triage may impact negatively on retaining nurses in the triage workforce" (Sands 2009).	Työn aiheuttama stressi Triagen monimutkaisuus Hoitajan työkyky
"There is a clear need for further professional development in both the practical an theoretical domains of MH triage nursing" (Sands 2009).	Kehittämisen tarve

"...the predicted increase in burden on health arising from mental illnesses..." (Sands, Elsom, Colgate, Haylor & Prematunga 2016).	Mielenterveysongelmien vaikutus terveyteen
"...a growing body of evidence pointing to improved patient outcomes associated with early detection and intervention for mental illnesses..." (Sands ym. 2016).	Varhaisen puuttumisen vaikutus hoidon lopputulokseen
"...new models for care aimed at increasing access to mental health crisis care" (Sands ym. 2016).	Mielenterveyshoidon tavoitettavuus
"Mental health triage is the process of initial assessment that occurs at point of entry to the mental health service" (Sands ym. 2016).	Ensiarvio Hoitopolun alku
"A brief psychiatric screening assessment is undertaken on all referrals to determine whether the person has a mental health-related problem..." (Sands ym. 2016).	Lyhyt seulonta-arvio
"Triage might also be used for assessment and support for current and former service user who make unplanned contact with the mental health service" (Sands ym. 2016).	Hoidon jatkuvuus
"In mental health triage models, all referrals and requests for mental health service are triaged to determine the main presenting problem, associated risk, and the most appropriate service response..." (Sands ym. 2016).	Riskiarviointi Hoitolinjan valinta
"Mental health triage scales are clinical tools used to guide triage assessment and dispositional decision-making" (Sands ym. 2016).	Luokittelun apuväline Tukee päätöksenteossa
"Triage scales provide a systematic way of categorizing the urgency of clinical presentations, and optimal timeframe for intervention..." (Sands ym. 2016).	Kiireellisyyden luokittelu
"...no other research has examined the reliability of triage scales..." (Sands ym. 2016).	Tutkimustiedon puute
"Triage systems have also been applied successfully in psychiatric settings..." (Sands ym. 2016).	Triagemalleja sovellettu onnistuneesti psykiatriaan
"Research investigating perceptions of the accessibility and responsiveness of telephone-based mental health triage services in a small sample of patient and carers reported high levels of satisfaction..." (Sands ym. 2016).	Puhelin perusteinen triage
"No research to date has systematically investigated the safety and quality of using seven-tier triage scales in specialist mental health services" (Sands ym. 2016).	Turvallisuus ja laatu Triagen laadullisuus

<p>“Triage scales that can be used effectively by multidisciplinary clinicians for initial psychiatric screening offers opportunities for capacity-building initiatives that seek to upscale present workforce capabilities to respond to the escalating demand for mental health and crisis service” (Sands ym. 2016).</p>	<p>Asteikoiden tehokas käyttö Ammattitaidon kehittäminen</p>
<p>“Reliable mental health triage scales employed within effective mental health triage systems offer possibilities for not only improved patient outcomes and experiences but also for efficient use of finite specialist mental health services” (Sands ym. 2016).</p>	<p>Hoitotyön resurssien kohdentaminen</p>
<p>“The aim of triage is to assess the urgency of medical conditions...” (Sands, Elsom, Berk, Hosking, Prematunga & Gerdtz, 2014).</p>	<p>Kiireellisyyden arviointi</p>
<p>“There are number of triage scales in use to guide clinician decision-making in assessing the urgency of medical conditions...” (Sands ym. 2014).</p>	<p>Useita olemassa olevia arviointimenetelmiä</p>
<p>“The triage of mental health presentations is universally described in the literature as complex, and evidence suggests that the assessment of urgency, in particular, is poorly understood...” (Sands ym. 2014).</p>	<p>Triage on monimutkainen prosessi</p>
<p>“The ability to identify the signs of acute psychosis and appropriately assess urgency at triage is an important component of emergency mental health care” (Sands ym. 2014).</p>	<p>Kyky tunnistaa akuutti psykoosi Kiireellisyyden arviointi</p>
<p>“Early identification of the sings of acute psychosis and impending psychiatric emergency provides opportunities for rapid intervention...” (Sands ym. 2014).</p>	<p>Varhainen tunnistaminen mahdollistaa nopean puuttumisen</p>
<p>“Recent research has identified that the ATS clinical descriptors might be unreliable for guiding mental health triage assessment” (Sands ym. 2014).</p>	<p>Olemassa olevan luokittelun riittämättömyys</p>
<p>“There is very little on the published literature reporting on the reliability and validly of EDMHT scales.” (Sands ym. 2014).</p>	<p>Vähän tietoa luotettavuudesta ja validiteetista</p>
<p>“Nurses record their observations of the main presenting problem and a triage code into the triage database” (Sands ym. 2014).</p>	<p>Havaintojen kirjaaminen</p>
<p>“...was examined to identify each case where the primary problem noted was related to mental illness” (Sands ym. 2014).</p>	<p>Mielenterveyteen liittyvä ongelma</p>

<p>"Mode of arrival was found to be significantly associated with triage urgency, with patients arriving via police and under the Mental Health Act more likely to be assigned a high-urgency category, and those arriving via their own transport were more likely to be assigned a lower-urgency category" (Sands ym. 2014).</p>	<p>Saapumistavan vaikutus kiireellisyyteen</p>
<p>"...patients exhibiting violence/aggression or serious behavioral disturbance were more likely to be assigned a high-urgency triage category. Patients who presented at the emergency department for reasons, such as depression, agitation/restlessness/abnormal behavior, medication-related issues, and request for triage assessment, were less likely to be categorized in higher-urgency categories" (Sands ym. 2014).</p>	<p>Oireiden vaikutus riskitekijöihin</p>
<p>"Patients exhibiting symptoms of psychosis were almost four times as likely to be assigned a high-urgency category" (Sands ym. 2014).</p>	<p>Psykoosin korkea luokitus</p>
<p>"No significant association between age or sex and triage urgency was found" (Sands ym. 2014).</p>	<p>Iällä tai sukupuolella ei vaikutusta kiireellisyyden luokitteluun</p>
<p>"...the need to improve emergency mental health care..." (Sands ym. 2014).</p>	<p>Kehittämistyön tarve</p>
<p>"...the quality and safety agenda, where the imperative to improve patient care is directly linked to developing the evidence base to guide best practice" (Sands ym. 2014).</p>	<p>Hoitotyön kehittämisen parhaiden toimintamallien pohjalta</p>
<p>"The inclusion of mental health-specific indicators might improve the overall validity of the ATS for mental health triage" (Sands ym. 2014).</p>	<p>Mielenterveyden omat indikaattorit Triagen kehittäminen</p>
<p>"suggest that triage nurses are able to discriminate between acute psychosis and behavioral disorder/aggression" (Sands ym. 2014).</p>	<p>Hoitajan ammattitaito erottaa oireet toisistaan</p>
<p>"...specialist mental health nursing skills, triage nurses are able to accurately identify the signs and associated risks of acute mental illness" (Sands ym. 2014).</p>	<p>Hoitajan ammattitaito sairauden tunnistamisessa</p>
<p>"...perpetuating stereotypes about mental illness must also be examined" (Sands ym. 2014).</p>	<p>Mielenterveysongelmien stereotyypit</p>
<p>"...further development of objective clinical criteria to guide EDMHT assessment" (Sands ym. 2014).</p>	<p>Jatkokehityksen tarve</p>
<p>"...challenge the assumption that the signs and associated acuity and urgency of mental illness cannot be accurately identified in a brief emergency department triage" (Sands ym. 2014).</p>	<p>Mielisairauden tunnistaminen päivystyksessä</p>

"Mental health crises or emergencies occur when people's mental or emotional state deteriorate quickly, resulting in breakdowns of coping mechanisms" (Wright 2012).	Mielenterveyden horjuminen
"Crises can occur in response to life-changing or traumatic event..." (Wright 2012).	Kriisi traumaattisen tapahtuman seurauksena
"Most ED staff are skilled on assessing, managing and treating patients with different illnesses and injuries" (Wright 2012).	Ammattitaito hoitaa eri sairauksia ja vammoja
"Nurses are trained to meet and prioritize patients' needs, but sometimes their priorities differ from those of patients" (Wright 2012).	Potilaan tarpeet Hoitajan prioriteetit
"The needs of people with mental health problems who present at EDs often differ from those of other patients, and meeting them can present particular diagnostic and management challenges for ED staff" (Wright 2012).	Mielenterveyspotilaan tarpeet Työn haasteellisuus
"Good management of mental health problems can make a significant contribution to the effectiveness and efficiency of acute hospitals and improve the outcome of service users" (Wright 2012).	Tarkoituksenmukainen hoitopolku
"When people are in crisis, they may become desperate, and the risk to themselves and others escalates" (Wright 2012).	Epätoivoisuus kriisin aikana Riski itselle ja muille
"Mental health service users often arrive at EDs accompanied by friends, carers or other professionals who should be able to provide information about the service users that will underpin assessment and management decisions" (Wright 2012).	Hoitoon hakeutuminen Taustatietojen vaikuttavuus
"...describe what can be seen immediately" (Wright 2012).	Välitön tilannearvio
"...what the patients are doing that may be relevant to their mental health" (Wright 2012).	Potilaan käytös
"...report precisely what they hear, including words and intonation" (Wright 2012).	Tarkka kirjaaminen
"it is important to notice and record her non-verbal communication..." (Wright 2012).	Havainnoimisen tärkeys
"In ascertaining whether the injury is self-inflicted, nurses should not seem critical" (Wright 2012).	Hoitaja ei saa tuomita
"...by listening patients' descriptions of their self-harming experiences, professionals can better understand and are more prepared to respond with empathy" (Wright 2012).	Potilaan oma näkemys Ammattilaisen ymmärrys Empatia

"...record patients' responses to the ED environment" (Wright 2012).	Hoitoympäristön vaikutus
"Initial assessments should take place in environments in which patients can relax" (Wright 2012).	Asianmukainen hoitoympäristö
"Nurses need to establish a rapport with service users, and speak to them calmly and directly about who they are, what is happening, why it is happening and how long it will take" (Wright 2012).	Perustelut hoidolle Hoitosuhteen muodostuminen
"Assessments are a dynamic process that is governed by temporal, situational and transitional factors..." (Wright 2012).	Arvioinnin eri osatekijät
"...emergency nurses do not need mental health training to gather relevant information, which can enable mental health specialists to undertake comprehensive assessments and draw up treatment plans" (Wright 2012).	Päivystyshoitajan ammattitaito
"Managing people with mental illness in EDs can be problematic because of the unpredictable nature of presentation, the non-specialist knowledge of the workforce and the distracting or stimulating nature of the ED environment" (Wright 2012).	Mielenterveyspotilaan odottamaton käytös Päivystyspoliklinikan vaikutus ympäristönä
"As a result of these problems, emergency nurses' situation awareness may become flawed" (Wright 2012).	Hoitajan tilannekuva vääristyy
"These services have limited resources, so the safety net may sometimes fail to catch people who need help" (Wright 2012).	Avun ulkopuolelle jääminen resurssien puutteen vuoksi
"Immediate patient assessments can be made without recourse to psychiatric terminology" (Wright 2012).	Arviointi ilman psykiatrian termejä
"Staff in many community and hospital settings are overwhelmed by demand for their services..." (Wright 2012).	Kuormittava työ riittämättömän henkilöstömitoituksen vuoksi
"Emergency nurses must find how to communicate with, and ameliorate the distress of, such people, and to convey information about them to staff with specialist knowledge and resources" (Wright 2012).	Kommunikointi Hädän helpottaminen Hoidon jatkuvuus
"The key to accurate, well-informed assessments of people with mental health needs is good information generated by respectful and observant informants" (Wright 2012).	Kunnioittava kohtaaminen Hyvä tiedonkeruu
"Triage is well-accepted tool of priority in the acute medical examination and treatment situation..." (Sæbye, Bernt Høegh & Knop 2017).	Triage hyväksyttävänä arviointityökaluna
"The Danish psychiatric triage system includes five defined categories of acuteness for each patient (Sæbye ym. 2017).	Kiireellisyyskategoriat

" The initial triage procedure is conducted by an experienced and specially trained psychiatric nurse..." (Sæbye ym. 2017).	Ensiarvio Erikoiskoulutetut sairaanhoitajat
" In case of exacerbation of patient's condition after the initial triage, the triage category should be re-evaluated and upgraded to a more acute triage category." (Sæbye ym. 2017).	Uudelleenarviointi
"The Kruskal-Wallis test revealed significant difference between the five triage categories regarding the median waiting time." (Sæbye ym. 2017).	Keskimääräinen odotusaika
"concerning socio-economic status...employed visitors in the green triage category, visitors from the 'other social status' group in the blue category and unemployed visitors in the yellow triage category. (Sæbye ym. 2017).	Sosioekonomisen aseman vaikutus luokitteluun
"None of the patients in red triage category left the PEU either before or after examination." (Sæbye ym. 2017).	Kiireellisten potilaiden arviointi
" ...the odds of being triaged urgent was significantly increased for schizophrenic patients compared to all other diagnostic categories combined." (Sæbye ym. 2017).	Skitsofrenian vaikutus luokitteluun
" Psychiatric triage system and scales have developed to increase clinical outcome, reability, and predictive validity..." (Sæbye ym. 2017).	Triage kehitetty tarvelähtöisesti
"The newly established triage system is expected to improve clinical outcome." (Sæbye ym. 2017).	Uusittu triagemalli
" ...a new alternative psychiatric triage scale has been tested for reliability and validity." (Sæbye ym. 2017).	Luotettavuus ja pätevyys testattu
"...results indicate that use of the new triage system in emergency psychiatry has facilitated urgency categorization..." (Sæbye ym. 2017).	Luokittelun kehittyminen
"For proper evaluation of the new triage system, introduced in clinical practice, it is require to test same variables before and after introduction of the new tool to evaluate validity and reliability." (Sæbye ym. 2017).	Triage-järjestelmän arviointi ja testaaminen
"...no compatible data from the time before introduction of the triage system in 2011." (Sæbye ym. 2017).	Ei yhteensopivaa dataa
"Due to large local organizational differences in PEUs around the world, comparison of patient characteristics and dispositions based on the triage.." (Sæbye ym. 2017).	Organisaatioiden erot Vertailun vaikeus
"Triage category was mainly kept, indicating that the triage system is an appropriate tool for the acute assessment..." (Sæbye ym. 2017).	Triagen tarkoituksenmukaisuus

"Further research on characterizing the acute psychiatric patient based on triage category is needed." (Sæbye ym. 2017).	Tarve lisätutkimukselle
"Emergency department (ED) staff are frequently called upon to make rapid and accurate assessment of a patient with a suspected or actual mental health problem" (Patel, Harrison & Bruce-Jones 2009).	Päivystyshoitajan arvio mielenterveysongelmasta
"A first step in any intervention is prompt assessment of overall risk..." (Patel ym. 2009).	Ensiarvio
"...can be undertaken using the traditional clinical interview, but its loose structure and variability in the accuracy of the information obtained and documented may result in key information being missed" (Patel ym. 2009).	Perinteinen kliininen arvio voi olla epä-tarkka
"A key aim of the Risk Assessment Matrix (RAM) is to enable ED staff to identify patients at first presentation who are suspected of having a mental health problem and prioritize their care according to the level of risk they present" (Patel ym. 2009).	Antaa päivystyshoitajalle valmiudet tunnistaa ja luokitella mielenterveyspotilasta
"Despite the use of the RAM since 2004 and the recommendation that such tools be more widely implemented, a validity study has not been undertaken" (Patel ym. 2009).	Pätevyyttä ei ole tutkittu
"...the level of risk identified corresponds to guidelines on immediate and short-term clinical management" (Patel ym. 2009).	Riskien arvioimisen vaikutus hoitolinjaan
"in applying the CVR, a significant number of responders found the RAM extremely useful in making triage decisions..." (Patel ym. 2009).	Hyödyllinen luokittelun apuväline
"...there is an association between the initial risk categories identified by ED staff and the final clinical management outcomes" (Patel ym. 2009).	Päivystyshoitajan arviolla vaikutusta hoidon lopputulokseen
"...results show that such higher-risk patients are more likely to be classified as such by ED staff when using the RAM" (Patel ym. 2009).	Helpompi tunnistaa korkean riskin potilaita
"The RAM appears to be effective in helping non-mental health staff to identify the level of initial risk and to determine the need for further mental health intervention" (Patel ym. 2009).	Helpottaa ei-psykiatrisia hoitajia mielenterveyden arvioinnissa
"The lack of a "gold standard" in the field of risk assessment..." (Patel ym. 2009).	Ei "kultaista standardia" arvioinnissa

“...in practice, any instrument needs to be used in conjunction with clinical judgement” (Patel ym. 2009).	Arviointityökalun kanssa käytettävä myös kliinistä päätöksentekoa
“The RAM is user-friendly and helps clinicians to apply their clinical judgement in a structured way” (Patel ym. 2009).	Arviointityökalun käyttäjä-ystävällisyys
“...further prospective studies are needed to provide a more robust evidence base for its use in the emergency setting” (Patel ym. 2009).	Jatkotutkimuksen tarve