

Opinnäytetyö (AMK)

Sairaanhoitajakoulutus

2019

Samera Johansson & Janette Kaija

# SAIRAANHOITAJA- OPISKELIJAN KLIININEN OSAAMINEN JA ARVIOINTI AIKUISTEN MIELENTERVEYS- HOITOTYÖSSÄ



Janette Kaija & Samera Johansson

# SAIRAANHOITAJAOPISKELIJAN KLIININEN OSAAMINEN JA ARVIOINTI AIKUISTEN MIELENTERVEYSHOITOTYÖSSÄ

Opinnäytetyö toteutettiin osana yleSHarviointi-hanketta, jonka tarkoituksena on valtakunnallisesti yhtenäistää osaamisvaatimukset ja kehittää toimivia arvioinnin menetelmiä sairaanhoitajatutkinnon opetussuunnitelmiin.

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää, mitä sairaanhoitajaopiskelijan tulisi osata mielenterveyshoitotyön opintojakson jälkeen aikuisten mielenterveyshoitotyöstä sekä luoda arviointimenetelmä ja -kriteerit osaamisen arvioimiseksi. Opinnäytetyössä keskitytään erityisesti hoitosuhdetyöskentelyyn mielenterveyshoitotyössä. Opinnäytetyön tavoitteena on parantaa suomalaisen sairaanhoitajakoulutuksen laatua sekä yhdenmukaisuutta ja tuottaa potilaille aikaisempaa turvallisempaa hoitoa.

Opinnäytetyö toteutettiin kirjallisuusperustaisella menetelmällä. Tarkoituksena on tuoda esille aiemmin tutkittua tietoa, joka on opinnäytetyötä ohjaavien kysymyksien pohjalta valittu sopivasta kirjallisuudesta. Lisäksi tietoa etsittiin luotettavilta Internet-sivuilta, kuten Suomen mielenterveykseura.

Opinnäytetyötä ohjaavien kysymysten pohjalta opinnäytetyössä määriteltiin sairaanhoitajaopiskelijan osaamisvaatimukset hoitosuhdetyöskentelyssä mielenterveyshoitotyön opintojakson jälkeen. Opinnäytetyötä ohjaavien kysymysten myötä kehiteltiin työssä myös klinisen osaamisen arvioimiseksi potilastapaukseen pohjautuva simulaatiotilanne ja videoperusteinen koe, jossa arvioidaan sairaanhoitajaopiskelijan vuorovaikutusosaamista mielenterveyshoitotyössä. Simulaatiotilanteen ja videoperusteisen kokeen arviointi pohjautuvat Kalamazon konsensuslausuman tarkistuslistaan. Tarkistuslista käännettiin suomen kielelle.

Arviointimenetelmissä käytettävälle tarkistuslistalle ei luotu hyväksyty/hylätty kriteereitä. Oikeiden vastauksien luominen toimisi hyvänä jatkoprojektiaiheena. Opinnäytetyössä kehitetyn simulaatiotilanteen ja videoperusteisen arviointimenetelmän sekä tarkistuslistan toimivuutta tulee koella käytännössä ja tarpeiden mukaan kehittää sekä muokata niitä.

## ASIASANAT:

Sairaanhoitajaopiskelija, mielenterveyshoitotyö, hoitosuhdetyöskentely, klininen osaaminen, osaamisen arviointi

BACHELOR'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Degree programme in Nursing

2019 | 44 pages, 7 pages in appendices

Janette Kaija & Samera Johansson

# NURSE STUDENTS CLINICAL COMPETENCE AND EVALUATION IN ADULT MENTAL HEALTH CARE

This bachelor's thesis was produced as part of the yleSHarviointi project. The purpose of the project is to unify competency requirements nationally and to develop practical assessment models into the curriculum of nurse degree programme.

The purpose of this bachelor's thesis is to clarify, what a nurse student should know about nursing in adults' mental health care and to create an assessment model and criteria to assess nursing students' clinical competence. The aim of this study is to improve the assessment of nursing students' competence in mental health care work. The study focuses especially on the care relationships in mental health care work.

This bachelor's thesis was executed as a literature-based method. The purpose was to explore the already existing data which has been selected on the basis of the research questions. The data was collected from literature and from internet pages, such as the Finnish association for mental health.

Nurse students competency requirements in relationship care work after the mental health care course has been specified in this bachelor's thesis. To assess the clinical knowledge, a simulation situation based on the patient case and video-based examination was developed. In the simulation and in the video-based examination, a teacher evaluates a student's interaction skills. The criteria for evaluating the simulation and video-based examination are based on the checklist of the Kalamazo Consensus Statement. The checklist was translated into Finnish.

No criteria were created for the checklist used in the evaluation methods. Creating the right answers would be a good follow-up project. The functionality of the simulation situation and the video-based assessment method and the checklist must be tested in practice and, according to needs, developed and modified.

## KEYWORDS:

Nurse student, mental health nursing, nurse-patient relationship, clinical competence, evaluation

# SISÄLTÖ

<b>1 JOHDANTO</b>	<b>6</b>
<b>2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA OPINNÄYTETYÖTÄ OHJAAVAT KYSYMYKSET</b>	<b>8</b>
<b>3 SAIRAANHOITAJAN OPINNOT SUOMESSA</b>	<b>9</b>
<b>4 YLESHARVIOINTI-HANKE</b>	<b>11</b>
<b>5 OPINNÄYTETYÖN MENETELMÄ</b>	<b>12</b>
5.1 Kirjallisuusperustainen menetelmä	12
5.2 Tiedonhaku ja lähdemateriaalin valinta	12
<b>6 MIELENTERVEYSHOITOTYÖ</b>	<b>14</b>
6.1 Mielensterveyshoitotyön luonne	14
6.2 Mielensterveyshoitotyötä ohjaavat lait	14
6.2.1 Laki potilaan asemasta ja oikeuksista	15
6.2.2 Mielensterveyslaki	16
6.2.3 Päihdehuoltolaki	17
<b>7 KESKEISIMMÄT MIELENTERVEYDEN HÄIRIÖT</b>	<b>18</b>
7.1 Mielialahäiriöt	18
7.1.1 Masennushäiriöt	18
7.1.2 Kaksisuuntainen mielialahäiriö	20
7.2 Psykoosit	22
7.3 Ahdistuneisuushäiriöt	23
7.4 Persoonallisuushäiriöt	24
<b>8 HOITOSUHTEEN VAIHEET</b>	<b>26</b>
8.1 Hoitosuunnitelma mielensterveyshoitotyössä	26
8.2 Aloitusvaihe	26
8.3 Työskentelyvaihe	26
8.4 Päätämisyvaihe	27
<b>9 HOITOSUHDETYÖSKENTELY AIKUISTEN MIELENTERVEYSHOITOTYÖSSÄ</b>	<b>28</b>
9.1 Omahoitajana toimiminen	28

9.2 Potilaslähtöisyys	29
9.3 Ammatillisuus ja eettisyys	29
9.4 Ammatti-identiteetti ja –rooli	30
<b>10 SAIRAAHOITAJAOPISKELIJAN KLIINISEN OSAAMISEN ARVIOINTI</b>	<b>31</b>
10.1 Simulaatio	31
10.1.1 Simulaatiotilanteen arviointi	32
10.2 Objective Structured Video Examination (OSVE)	32
10.2.1 Videoon pohjautuvan koetilanteen arviointi	33
<b>11 OPINNÄYTETYÖN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS</b>	<b>34</b>
<b>12 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA</b>	<b>37</b>
<b>LÄHTEET</b>	<b>41</b>

## **LIITTEET**

**Liite 1.** Vuorovaikutusosaamisen tarkistuslista

**Liite 2.** Potilastapaus

# 1 JOHDANTO

Mielenterveyshoitoyön osaaminen on osa jokaisen sairaanhoitajan ammatillista osaamista työpaikasta riippumatta. Osaamisen alueena mielenterveyshoitotyö on laaja ja käsittää niin edistävän ja ennaltaehkäisevän toiminnan kuin näiden ongelmien hoidon ja kuntoutuksen eri-ikäisillä asiakkailla. (Kilkku & Kivelä 2017.) Hoitosuhdetyöskentely on mielenterveyshoitotyön ydin. Sillä tarkoitetaan ammatilliseen vuorovaikutukseen perustuvaa, potilaan ja hoitajan välistä luottamuksellista vuorovaikutussuhdetta, joka mahdollistaa avoimen keskustelun potilaan ajatuksista, teoista ja tunteista. (Hietaharju & Nuutila 2016, 84.)

Opinnäytetyö tehdään osana valtakunnallista yleSHarviointi-hanketta, jossa keskitytään sairaanhoitajan (180 op) ammatillisen perusosaamisen arvioinnin kehittämiseen. Hankkeen tavoitteena on tuottaa moderni, opiskelijoiden ohjaamista ja arviointia helpottava, osaamisen kasvua kuvaava ja opiskelijan kehittymistä tukeva työvälineistö. Suomessa ei tällä hetkellä ole yhtenäistä sairaanhoitajaopiskelijan kliinisen osaamisen arviointimenetelmää, siksi on epäselvää, kuinka paljon valmistuneiden sairaanhoitajien osaaminen vaihtelee. (Nurmela 2019.)

Opinnäytetyön tarkoituksena on kirjallisuusperustaisen menetelmän avulla määritellä sairaanhoitajaopiskelijan kliininen osaaminen aikuisten mielenterveyshoitotyössä. Mielenterveyshoitotyö on käsitteenä laaja, joten opinnäytetyössä keskitytään erityisesti hoitosuhdetyöskentelyyn. Opinnäytetyötä ohjaavien kysymysten pohjalta työssä määritellään mitä sairaanhoitajaopiskelijan tulee osata mielenterveysyhoitotyön opintojakson jälkeen keskeisimpien mielenterveyden häiriöiden hoitokokonaisuuksista, mielenterveyshoitotyön luonteesta ja sitä ohjaavista laista, hoitosuhdetyöskentelyn elementeistä sekä hoitosuhteen vaiheista. Osaamisvaatimuksien lisäksi opinnäytetyössä luodaan arviointiväline sekä -kriteerit sairaanhoitajaopiskelijan kliinisen osaamisen arvioimiseksi mielenterveyshoitotyössä. Opinnäytetyön tavoitteena on parantaa suomalaisen sairaanhoitajakoulutuksen laatua sekä yhdenmukaisuutta ja tuottaa potilaille aikaisempaa turvallisempaa hoitoa. Opinnäytetyön aihe on tärkeä, koska

tulevat terveysalan muutokset laajentavat sairaanhoitajan työnkuvaa ja edellyttävät alan osaamiskuvausten päivittämistä. (Silén-Lipponen 2018.)

## 2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA OPINNÄYTETYÖTÄ OHJAAVAT KYSYMYKSET

Opinnäytetyön tarkoituksena on määritellä sairaanhoitajaopiskelijan osaaminen aikuisten mielenterveyshoitotyössä, erityisesti hoitosuhdetyöskentelyssä. Lisäksi opinnäytetyössä luodaan arviointiväline sekä -kriteerit mielenterveyshoitotyön kliinisen osaamisen arvioimiseksi. Opinnäytetyön tavoitteena on parantaa suomalaisen sairaanhoitajakoulutuksen laatua sekä yhdenmukaisuutta ja tuottaa potilaille aikaisempaa turvallisempaa hoitoa. Opinnäytetyöstä saatu tieto hyödynnetään hankkeessa, jonka avulla pyritään tuottamaan potilaille turvallisempaa hoitoa ja vahvistamaan suomalaisen sairaanhoitajakoulutuksen laatua. Hanke pyrkii varmistamaan yhdenmukaiset osaamisvaatimukset kaikille sairaanhoitajaopiskelijoille valtakunnallisesti. (Silén-Lipponen 2018.)

Opinnäytetyötä ohjaavat kysymykset:

1. Mitä sairaanhoitajaopiskelijan tulee ymmärtää mielenterveyshäiriöiden hoitokokonaisuudesta?
2. Mitä hoitosuhdetyöskentelytaitoja sairaanhoitajaopiskelijalla tulee olla mielenterveyshoitotyössä?
3. Millä menetelmillä sairaanhoitajaopiskelijan hoitosuhdetyöskentelytaitoja mielenterveyshoitotyössä voidaan arvioida?
4. Mitkä ovat sairaanhoitajaopiskelijan kliinisen osaamisen arviointikriteerit mielenterveyshoitotyössä?



### 3 SAIRAANHOITAJAN OPINNOT SUOMESSA

Sairaanhoitajan koulutuksen kesto on kolme ja puoli vuotta, 210 opintopistettä. Yksi opintopiste on keskimäärin 27 tuntia opiskelijan työtä. (Opetusministeriö 2006.) Tutkintonimike on sairaanhoitaja ja koulutus toteutuu ammattikorkeakouluissa. Suomessa sairaanhoitajakoulutusta järjestetään kahdessakymmenessä kahdessa ammattikorkeakoulussa. Sairaanhoitajatutkintoa säätelee kansallisen lainsäädännön ohella EU-direktiivi. Ammattikorkeakoulut ovat sitoutuneet siihen, että jokaisessa sairaanhoidon koulutuksessa on yhteinen pohja sairaanhoitajan yleispätevälle vähimmäisosaamiselle 180 opintopisteen osalta. Oppilaitokset määrittelevät kuitenkin vapaasti sen, miten ja mitä he opettavat. Ammattikorkeakoulujen opetussuunnitelmia tutkiessa tulee esiin suuria vaihteluja mielenterveys-, päihde- ja kriisinhoitotyön välillä. Eroavaisuuksia esiintyy opintojen määrissä sekä sisällöissä. Lisäksi koulutukseen sisältyy 30 opintopistettä syventävää osaamista oppilaitoksen tarjonnan ja oppilaan mielenkiinnon rajoissa. (Sairaanhoitajat 2014.)

EU:n ammattipätevyysdirektiivissä 2005/36/EU määritetään sairaanhoitajan minimiosaaminen. Yleissairaanhoidosta vastaavan sairaanhoitajan koulutuksella on taattava, että asianomainen ammattihenkilö on hankkinut seuraavat tiedot ja taidot: koulutuksen tulee taata laajat tiedot yleissairaanhoidon perustana olevista tieteenaloista, mukaan luettuina riittävät tiedot terveen ja sairaan ihmisen rakenteesta, fysiologiasta ja käyttäytymisestä sekä ihmisen terveydentilan ja fyysisen ja sosiaalisen ympäristön välisestä yhteydestä. (Ammattipätevyysdirektiivi 2005.) Tietouden ammatin luonteesta ja ammattietiikasta sekä terveyden- ja sairaanhoidon yleisperiaatteista. Lisäksi koulutuksen tulee tarjota riittävän kliinisen kokemuksen, kyvyn osallistua hoitohenkilökunnan käytännön koulutukseen sekä kokemuksen työskentelystä yhdessä muiden terveystieteiden ammattihenkilöiden kanssa. (Sairaanhoitajat 2014.)

Sairaanhoitajaopiskelijan ammatillisen vähimmäisosaamisen (180op) alle kuuluu kliinisen hoitotyön osa-alue (105op), johon sisältyvät mielenterveys- ja päihdehoitotyön keskeisimmät osaamisvaatimukset. Keskeisimpiin

osaamisvaatimukseen kuuluvat: perustiedot keskeisimmistä mielenterveysongelmista ja psykiatrisista sairauksista, psykiatrisen hoitotyön menetelmät ja hoitosuhdetyöskentely, perustiedot päihteistä: alkoholi, tupakka ja huumeet, päihdehoitotyön- ja varhaisen puuttumisen menetelmät, työyhteisöjen päihteidenkäytön ehkäisy sekä riskien, haittojen ja ongelmien käsitteleminen sekä akuutti kriisi ja sen hoito. (Savonia: blogit 2019.)

## 4 YLESHARVIOINTI-HANKE

YleSHarvointi-hankkeella tarkoitetaan sairaanhoitajan (180 op) ammatillisen perusosaamisen arvioinnin kehittämiseen keskittyvää valtakunnallista hanketta. YleSHarvointi-hankkeen toteutus aloitettiin maaliskuussa 2018 ja jatkuu joulukuuhun 2020. Hankkeessa ovat mukana kaikki Suomen 21 ammattikorkeakoulua, joissa järjestetään sairaanhoitajakoulutusta. Hankkeen koordinoinnista vastaa Savonian ammattikorkeakoulu. Hankkeen rahoittaa opetus- ja kulttuuriministeriö. Hanke tekee yhteistyötä kärkihankerahoitusta saavien lääketieteen ja sosiaali- ja terveysalan hankkeiden kanssa. (Silén-Lipponen 2018.)

Hankkeessa kehitellään kahta päätuotetta: sairaanhoitajan kliinisen osaamisen ohjauksen ja arvioinnin menetelmiä ja yleissairaanhoitajan 180 op ammatillisen perusosaamisen arviointimenetelmiä. Hankkeen tarkoituksena on auttaa varmistamaan, että sairaanhoitajan työssä vaadittava osaaminen on myös tulevaisuudessa riittävää. Terveysalan muutokset, muun muassa digitalisaation kasvu ja tulevat terveys- ja sosiaalialan uudistukset edellyttävät sairaanhoitajan osaamiskuvausten päivittämistä. (Silén-Lipponen 2018.)

Valtakunnalliset osaamisvaatimukset kiinnitetään sairaanhoitajatutkinnon vuoden 2020 opetussuunnitelmiin ja siitä eteenpäin myös täydennyskoulutusohjelmiin. Näin pyritään varmistamaan tasalaatuinen ja riittävä tutkinnon tuottama osaaminen riippumatta koulutuksen tarjoamasta ammattikorkeakoulusta. Hankkeessa tuotetuista sairaanhoitajaopiskelijan osaamisen arvioinnin menetelmistä hyötyvät potilaat, sairaanhoitajakoulutusta järjestävät ammattikorkeakoulut ja niiden opettajat, alan opiskelijat, työelämä sekä toiset sosiaali- ja terveysalan tutkinto-ohjelmat. (Silén-Lipponen 2018.)

## 5 OPINNÄYTETYÖN MENETELMÄ

### 5.1 Kirjallisuusperustainen menetelmä

Opinnäytetyö toteutetaan kirjallisuusperustaisella menetelmällä. Kirjallisuusperustaisella menetelmällä on tarkoituksena tuoda esille jo aiemmin tutkittua tietoa, joka on opinnäytetyötä ohjaavien kysymysten kannalta valittu sopivasta kirjallisuudesta sekä tutkimuksista ja muista julkaisuista. Hyvässä kirjallisuusperustaisessa työssä kootaan yhteen keskeisimmät tiedot käsiteltävästä aiheesta. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 117; Stolt ym. 2015, 37-110.)

Kirjallisuusperustainen työskentely koostuu kolmesta tieteenfilosofian erityispiirteistä. Aluksi asetetaan kyseenalaiseksi aiheeseen liittyvät ongelmat (*problematisointi*). Seuraavaksi aiheita tehdään selkeäksi erittelemällä ja muotoilemalla epäselviä näkemyksiä (*eksplikointi*). Kolmanneksi eksplikaation avulla tehdyt johtopäätökset arvioidaan etsimällä perusteluita ja vastaesimerkkejä (*argumentaatio*). Tieteenfilosofinen argumentaatio pyrkii perustelemaan näkemyksiä, siitä millaista tieteen pitäisi olla tai millaista ei saisi olla. (Niiniluoto 1997, 22.)

### 5.2 Tiedonhaku ja lähdemateriaalin valinta

Lähdemateriaalin kokoaminen aloitettiin tutustumalla aiheeseen kirjallisuuden ja tiedonhakukantojen avulla. Opinnäytetyöhön tehtiin kirjallisuushakuja Turun ammattikorkeakoulun Finna-hakupalvelun kautta. Opinnäytetyön teoreettinen osuus perustuu pääosin luotettavaan ja aiheeseen sopivaan kirjallisuuteen. Hoitotieteelliset tietokannat, kuten Duodecim, Pubmed ja Cinahl tuottivat paljon aiheeseen sopivia artikkeleita. Tietokannoista haettaessa käytettiin suomen- ja englanninkielisiä hakusanoja, kuten "nurse" (sairaanhoitaja), student "opiskelija", "education" (koulutus), "mental "health" (mielenterveys), "assesment" "model" (arviointimalli), "simulation" (simulaatio). Lisäksi lähteinä käytettiin mielenterveyshoitotyöhön liittyviä asiantuntijasivuja, kuten Terveyskylän ja Suomen mielenterveysseuran sivuja.

Lähteitä valittaessa huomioitiin lähteiden tuoreus, kirjoittajan ja lähteen julkaisukanavan tunnettavuus sekä asiantuntijuus. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 92 - 93.) Osittaisena rajauksena toimi koko tekstin saatavuus. Lähteistä suurin osa on rajattu julkaisuvuosiin 2005–2019. Opinnäytetyöstä löytyy vanhempiakin lähteitä, joiden on katsottu olevan luotettavia niiden tuoreudesta riippumatta.

## 6 MIELENTERVEYSHOITOTYÖ

### 6.1 Mielenterveyshoitotyön luonne

Mielenterveyshoitotyöllä tarkoitetaan yksilön psyykkisen hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja persoonallisuuden myönteisen kehityksen edistämistä sekä psykiatrisien sairauksien ja muiden mielenterveyshäiriöiden ehkäisemistä, lievittämistä ja parantamista. (Hietaharju & Nuutila 2016, 13.)

Terveyden- ja hyvinvoinnin edistämiseksi pyritään vahvistamaan henkilön kykyä huolehtia omasta ja ympäristön terveydestä ennen ongelmien ja sairauksien syntymistä. Ennaltaehkäisyllä tarkoitetaan vaikuttamista mielenterveyttä koskeviin asenteisiin, tietoihin, tottumuksiin, olosuhteisiin ja kulttuuriin. Mielenterveysongelman havaittaessa ja tiedostettaessa pyritään siihen löytämään ratkaisu mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Korjaava toiminta kattaa tutkimuksen, hoidon ja kuntoutuksen, jonka järjestämisestä vastaa esimerkiksi psykiatrisen erikoissairaanhoidon yksikkö. (Holmberg 2016, 8-11.)

Mielenterveyshoitotyö on vaativaa, sillä hoitaja käyttää työvälineenä omaa persoonaa. Työvälineenä oman persoonan käyttö mahdollistaa luovuuden esiin tuomista, spontaania tilanteenhallintaa, joka ei tarkoita ainoastaan opittuja ratkaisumalleja vaan myös perustumista kokemustietoon. Tämä tarkoittaa parhaimmillaan teorian ja todellisuuden yhdistämistä (Latvala ym. 1995, 134). Oman persoonan käyttö on sekä voimia kuluttava tekijä että voiman lähde (Saarelainen ym. 2000, 200).

### 6.2 Mielenterveyshoitotyötä ohjaavat lait

Sairaanhoitajaopiskelija tähtää terveydenhuollon ammattihenkilöksi, jonka tulee noudattaa yleisesti hyväksytyjä ja perusteltuja menettelytapoja. Lait velvoittavat hoitohenkilökuntaa toimimaan yleisesti sovittujen säännösten mukaisesti. Potilaalla on muun muassa oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon

sekä siihen liittyvään kohteluun. Hoitotyön toimintaa ohjaavat periaatteet sairaanhoitajaopiskelija oppii jo koulutuksen alkuvaiheessa, joihin kuuluu hyvän tekemisen, oikeudenmukaisuus ja ihmisarvon kunnioittaminen. (Valvira 2015.)

Terveydenhuoltoa koskeva lainsäädäntö luo hoitotyössä työskenteleville sen minimin, jonka mukaisesti tulee toimia. Terveydenhuollon lainsäädännön tuntemus ja sen noudattaminen on hoitotyöntekijälle eettinen velvollisuus. Sairaanhoitajaopiskelijan tulee ymmärtää mielenterveyshoitotyötä ohjaavat lait, säädökset ja velvoitteet. (Sairaanhoitajat 2014.)

### 6.2.1 Laki potilaan asemasta ja oikeuksista

Jokaisella Suomessa pysyvästi asuvalla henkilöllä on oikeus ilman syrjintää hänen terveydentilansa edellyttämään terveyden- ja sairaanhoitoon niiden voimavarojen rajoissa, jotka kulloinkin ovat terveydenhuollon käytettävissä. Potilaalla on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon. Hänen hoitonsa on järjestettävä ja häntä on kohdeltava siten, ettei hänen ihmisarvoaan loukata sekä että hänen vakaumustaan ja hänen yksityisyyttään kunnioitetaan. Potilaan äidinkieli, hänen yksilölliset tarpeensa ja kulttuurinsa on mahdollisuuksien mukaan otettava hänen hoidossaan ja kohtelussaan huomioon. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.)

Potilaalle on ilmoitettava hoitoon pääsyn ajankohta. Jos ilmoitettu ajankohta muuttuu, on uusi ajankohta ja muutoksen syy ilmoitettava potilaalle välittömästi. Potilaalle on annettava selvitys hänen terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehtoista ja niiden vaikutuksista sekä muista hänen hoitoonsa liittyvistä seikoista, joilla on merkitystä päätettäessä hänen hoitamises-taan. Potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Jos potilas kieltäytyy tietystä hoidosta tai hoitotoimenpiteestä, häntä on mahdollisuuksien mukaan hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan muulla lääketieteellisesti hyväksyttävällä tavalla. Jos täysi-ikäinen potilas ei mielenterveydenhäiriön, kehitysvammaisuuden tai muun syyn vuoksi pysty päättämään hoidostaan, potilaan laillista edustajaa taikka lähiomaista tai muuta läheistä on ennen tärkeän

hoitopäätöksen tekemistä kuultava sen selvittämiseksi, millainen hoito parhaiten vastaisi potilaan tahtoa. Alaikäisen potilaan mielipide hoitotoimenpiteeseen on selvitettävä silloin, kun se on hänen ikäänsä ja kehitystasoonsa nähden mahdollista. Terveys- ja sairaanhoitoonsa tai siihen liittyvään kohteluunsa tyytymättömällä potilaalla on oikeus tehdä muistutus terveydenhuollon toimintayksikössä terveydenhuollosta vastaavalle johtajalle. Jos potilas ei sairauden, henkisen toimintakyvyn vajavuuden tai muun vastaavan syyn vuoksi kykene itse tekemään muistutusta tai jos hän on kuollut, muistutuksen voi tehdä hänen laillinen edustajansa, omaisensa tai muu läheisensä. (PotL 785/1992.)

### 6.2.2 Mielenterveyslaki

Mielenterveystyöhön kuuluvat mielisairauksia ja muita mielenterveydenhäiriöitä poteville henkilöille heidän lääketieteellisin perustein arvioitavan sairautensa tai häiriönsä vuoksi annettavat sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut (mielenterveyspalvelut). Mielenterveyslaissa (1116/1990) myös kirjoitetaan, että kunnan tulee huolehtia mielenterveyspalvelujen järjestämisestä niin, että ne ovat osa kansanterveystyötä niin kuin terveydenhuoltolaissa (1326/2010) sekä sosiaalihuoltolaissa (1301/2014) ne säädetään.

Mielenterveystyöhön kuuluu myös väestön elinolosuhteiden kehittäminen siten, että elinolosuhteet ehkäisevät ennalta mielenterveydenhäiriöiden syntyä, edistävät mielenterveystyötä ja tukevat mielenterveyspalvelujen järjestämistä. (Mielenterveystyö 1066/2009) Henkilö voidaan määrätä tahdostaan riippumatta psykiatriseen sairaalahoitoon vain: 1) jos hänen todetaan olevan mielisairas; 2) jos hän mielisairautensa vuoksi on hoidon tarpeessa siten, että hoitoon toimittamatta jättäminen olennaisesti pahentaisi hänen mielisairauttaan tai vakavasti vaarantaisi hänen terveyttään tai turvallisuuttaan taikka muiden henkilöiden terveyttä tai turvallisuutta; ja 3) jos mitkään muut mielenterveyspalvelut eivät sovellu käytettäväksi tai ovat riittämättömiä. (Mielenterveystyö 954/1992.)

Terveyskeskuksessa työskentelevän virkasuhteisen lääkärin on laadittava potilaasta tarkkailulähete ja lähetettävä potilas tutkittavaksi sairaalaan, jos hän



suorittamansa tutkimuksen perusteella toteaa, että tahdosta riippumattomaan hoitoon määräämisen edellytykset ovat todennäköisesti olemassa. (MtL1116/1990.)

### 6.2.3 Päihdehuoltolaki

Päihdehuollon tavoitteena on ehkäistä ja vähentää päihteiden ongelmakäyttöä sekä siihen liittyviä sosiaalisia ja terveydellisiä haittoja sekä edistää päihteiden ongelmakäyttäjän ja hänen läheistensä toimintakykyä ja turvallisuutta. Henkilön, jolla on päihteiden käytössä ongelmia, tulee saada päihdehuollon palveluja. Palveluja tulee antaa myös hänen perheelleen ja läheisilleen. Palvelut tulee antaa heidän tuen sekä avun ja hoidon tarpeensa perusteella. (Päihdehuoltolaki 41/1986.)

Hoitoon voidaan määrätä myös tahdosta riippumatta, jos henkilön vapaaehtoisuuteen perustuvat palvelut eivät ole mahdollisia tai ovat riittämättömiä. Hoitoon voidaan määrätä silloin, jos päihteiden käytöstä aiheutuu hänelle muun muassa hengenvaaraa tai kiireellistä hoitoa vaativa sairaus, josta hänelle on uhkana terveydellinen vaurio. Jos päihteiden käyttöön liittyy väkivaltaisuutta ja henkilö vaarantaa vakavasti perheensä tai muiden ihmisten terveyttä tai turvallisuutta, voidaan hänet määrätä tahdosta riippumattomaan hoitoon. (PHL 41/1986.)

## 7 KESKEISIMMÄT MIELENTERVEYDEN HÄIRIÖT

Mielenterveyden häiriö on yleisnimike erilaisille psykiatrisille häiriöille. Mielenterveyden häiriöitä luonnehtivat kliinisesti merkitsevät psyykkiset oireet, jotka yhdessä muodostavat erilaisia oireyhtymiä. Mielenterveyden häiriöt luokitellaan oireiden, vaikeusasteiden ja keston mukaan. Mielenterveysongelmia on monenlaisia ja ne voivat aiheuttaa hyvin erilaisia vaikeuksia, häiriöitä ja ongelmia. Henkilöllä voi olla tilapäisiä ja ohimeneviä mielenterveysongelmia, jotka ovat normaaleja reaktioita elämänmuutoksen tai kriisin kohdatessa. Psykiatrisesta sairaudesta tai mielenterveyden häiriöstä on kyse, kun oireet ovat pitkittyneitä sekä vakavia ja henkilön toimintakyky on muuttunut aiemmasta. (THL 2019a.)

Sairaanhoitajaopiskelijan tulee sisäistää perustiedot sekä osata soveltaa tietoaan keskeisimmistä mielenterveyshäiriöistä ja psykiatrisista sairauksista toteuttaessaan hoitotyötä. (Yleissairaanhoitajan osaamisvaatimukset 2019.)

### 7.1 Mielialahäiriöt

Mielialahäiriöt ovat masennushäiriöitä tai kaksisuuntaisia mielialahäiriöitä. Mielialahäiriöiden keskeiset oireet ovat mielialan tai mielvireen pidempään kestänyt muutos. Mielialahäiriössä mielialan muutos kestää vähintään 2-3 viikkoa, mutta se voi kestää kuukaudesta vuosiin. Mielialahäiriöiden luokittelu perustuu oireiden laatuun, niiden vaikeusasteeseen ja keston. (Hietaharju & Nuutila 2016, 39.)

#### 7.1.1 Masennushäiriöt

Masennustilat ja toistuvat masennukset, pitkäaikainen masennus sekä toistuvat lyhyet masennusjaksot luokitellaan masennushäiriöiksi. Masennustilat luokitellaan vaikeusasteen perusteella joko lieväksi, keskivaikeaksi, vaikeaksi tai psykoositasoiseksi (THL 2018b).

Masennustilassa mieliala kuvautuu alakuloisena ja kyky tuntea kiinnostusta tai mielihyvää on kadonnut. Masennushäiriöiden keskeisimpiä riskitekijöitä ovat peritty haavoittuvuus, altistavat persoonallisuuden piirteet, lapsuusiän traumaattiset tapahtumat sekä ajankohtaiset kuormittavat elämänmuutokset. Masennustilat tulee erottaa hetkellisestä tai lyhytaikaisesta masentuneesta mielialasta tai reaktiosta erilaisiin pettymyksiin tai menetyksiin. Masennustilassa mielialan muutos ja siihen liittyvät oireet voivat kestää yhtäjaksoisesti viikoista vuosiin. Masentuneen mielialan lisäksi masennustiloihin liittyy muita oireita, kuten uupumus, itseluottamuksen ja –arvostuksen menetys, kohtuuton itsekritiikki tai perusteeton syyllisyydentunne, itsetuhoiset ajatukset tai itsetuhoinen käytös, keskittymiskyvyttömyys tai päättämättömyyden tunne, psykomotorinen hidastuneisuus tai kiihtyneisyys, unihäiriöt sekä ruokahalun ja painon muutokset. Lievässä masennustilassa pysytään yleensä käymään töissä, toimintakyky ei kuitenkaan vastaa normaalia toimintakykyä. Keskivaikeassa masennustilassa työ- ja toimintakyky on selkeästi alentunut ja tarvitaan usein sairaalomia. Selkeästi työkyvytön henkilö, joka tarvitsee jatkuvaa seurantaa sekä huolenpitoa sopii oirekuvaltaan vaikeaan ja psykoottiseen masennustilaan. (Isometsä 2011a, 155–156; Depressio: Käypä hoito –suositus, 2016; WHO 2018.)

Masennustilojen tärkeimpiä hoitomuotoja ovat lääkehoito ja erilaiset psykoterapeuttiset hoidot. Muut hoitomuodot, kuten transkraniaalinen magneettistimulaatio, aivojen sähköhoito ja kirkasvalohoito ovat myös osoittautuneet tehokkaaksi masennustilojen hoidossa. Masennustilojen hoito jaetaan kolmeen vaiheeseen. Ensimmäisenä on akuuttivaihe, jossa tavoitellaan oireettomuutta. Akuuttivaiheen hoitomuotoja ovat masennuslääkehoito sekä psykoterapia. Hoito on tehokkainta silloin, kun niitä käytetään samanaikaisesti. Vaikeassa ja psykoottisessa masennustilassa masennuslääkkeiden merkitys korostuu, kun taas lievässä ja keskivaikeassa masennustilassa psykoterapia yksinään voi olla riittävä hoitomuoto. Akuuttivaiheen jälkeen tulee jatkohoidon vaihe, jossa pyritään estämään oireiden palaaminen. Jos hoito lopetetaan heti oireiden hävittyä, riski oireiden uudelleen palaamiseen kasvaa. Lääkehoito voidaan lopettaa asteittain, jos masennustila on ollut puolen vuoden ajan yhtäjaksoisesti oireeton. Ylläpitohoidon vaiheessa tavoitteena on uuden masennusjakson ehkäiseminen. Ylläpitohoitoon ryhdytään,

jos sairausjaksot ovat olleet vähintään keskivaikeita. Jos takana on ainakin kaksi masennusjaksoa ja masennustila on osoittautunut toistuvaksi, voidaan ylläpitoa suositella. Ylläpito- ja jatko- hoitoa suositella. Ylläpito- ja jatko- hoitoa suositella. Ylläpito- ja jatko- hoitoa suositella. (Isometsä 2011a, 154; Depressio: Käypä hoito –suositus, 2016.)

### 7.1.2 Kaksisuuntainen mielialahäiriö

Kaksisuuntainen mielialahäiriö on pitkäaikainen mielenterveyden häiriö, jossa esiintyy vaihtelevasti masennus-, hypomania-, mania- tai sekamuotoisia sairausjaksoja ja vähäoireisia tai oireettomia välivaiheita. Sairaus jaetaan kahteen päätyyppiin: tyyppiin 1 ja 2 kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön. Tyyppiin 1 kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä esiintyy maanisia, masennus- ja sekavuusjaksoja. Tyyppiin 2 kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä esiintyy masennus- ja hypomaanisia jaksot. (Kaksisuuntainen mielialahäiriö: Käypä hoito –suositus, 2013.)

Masennusjaksojen diagnostiset kriteerit kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä eivät eroa tavallisista masennustiloista. Oirekuva on samankaltainen, jonka vuoksi kaksisuuntaisen mielialahäiriön masennusjaksoa on vaikeaa erottaa luotettavasti tavallisesta masennustilasta. Masennuspotilailta tarkastetaan haastattelemalla, onko heillä ollut aikaisemmin mania, hypomania tai sekamuotoinen sairausvaihe. (Hietaharju & Nuutila 2016, 56.)

Hypomaniassa on selvästi havaittavissa mielialan nousua sekä toimeliaisuuden kasvua. Mieliala voi olla korostuneen kohonnut tai vaihtelevasti ärtyisä. Hypomaanisen vaiheen diagnoosi edellyttää, että oireet jatkuvat vähintään neljän vuorokauden ajan. Hypomaaniseen mielialaan liittyy samanaikaisesti vähintään kolme seuraavista oireista: toimeliaisuuden lisääntyminen tai fyysinen rauhattomuus, puheliaisuuden lisääntyminen, keskittymisvaikeudet, unen tarpeen väheneminen, seksuaalisen kiinnostuksen ja halukkuuden kasvu, lievä rahojen tuhailu tai muu vastuuton käytös sekä lisääntynyt seurallisuus. (Isometsä 2011b, 195-196.)

Maanisessa jaksossa on havaittavissa samankaltaisia oireita kuin hypomaniassa. Maniassa oireet esiintyvät voimakkaampina ja ne aiheuttavat merkittävää sosiaalista haittaa sekä toimintakyvyn laskua. Maniassa mieliala on euforisen kohonnut, mutta mieliala voi myös ärtyisä, jolloin oireyhtymä on vaikeammin tunnistettava. Mielialan muutoksen lisäksi manian diagnoosiin edellytetään kolme seuraavista oireista: toimeliaisuuden lisääntyminen tai fyysinen rauhattomuus, puheeliaisuuden lisääntyminen tai puhetulva, ajatuksen riento tai tunne kiihtyneestä ajatustoiminnasta, sosiaalinen estottomuus, kohonnut itsetunto tai suuruusharhat, häiriöherkkyys, uhkarohkea tai vastuuton käyttäytyminen sekä lisääntynyt sukupuolinen halukkuus tai holtittomuus. Oireiden pitää kestää vähintään viikon tai johtaa sairaalahoitoon sitä lyhyemmässä ajassa. Manian psykoottisessa muodossa esiintyy psykoottisia oireita, kuten harhaluuloja tai aistiharhoja. Psykoottiset oireet jaetaan mielialanmukaisiin ja mielialanvastaisiin. Mielialanmukaisia psykoottisia oireita ovat suuruusharhaluulot, jolloin henkilö voi esimerkiksi luulla omaavansa yliluonnollisia kykyä. Mielialanvastaisia psykoottisia oireita ovat esimerkiksi vainoharhaiset harhaluulot. (Isometsä 2011b, 194-198.)

Sekamuotoisessa jaksossa esiintyy masennus- ja maanisoireita samanaikaisesti tai nopeasti vuorotellen. Sekamuotoiselle jaksolle on ominaista, että vointi vaihtelee suuresti ja sisältää sekä ääritiloja että vaiheita, joissa molempien jaksojen oireita esiintyy samanaikaisesti. (Isometsä 2011b, 198.)

Kaksisuuntaisen mielialahäiriön hoito suunnitellaan henkilön yksilöllisten tarpeiden mukaan. Hoidon suunnittelussa selvitetään mikä sairauden vaihe on kyseessä. Hoitoa järjestettäessä huomioidaan sairausvaiheiden mukaisesti muuttuvat hoitotarpeet ja turvataan hoidon jatkuvuus. Kaksisuuntaisen mielialahäiriön hoidossa on keskeisintä yhdistää lääkkeelliset ja lääkkeettömät hoidot. Lääkehoitona käytetään ensisijaisesti mielialantasaajia ja psykoosilääkkeitä. Mielialantasaajat ovat tehokkaita maniassa, masennuksessa ja ylläpito-hoidossa uusien sairausjaksojen ehkäisemiseksi. Psykososiaalista hoitoa voidaan järjestää joko yksilö-, ryhmä- tai perhehoitona. Hoidossa keskeisintä on tukea potilasta ja parantaa lääkehoitoon sitoutumista. Psykososiaalisen hoidon tavoitteena on helpottaa mielialajaksojen varhaisoireiden tunnistamista ja lievittää potilaan ja hänen

omaistensa vaikeuksia sopeutua sairauteen. Kaksisuuntaisen mielialahäiriön hoito tapahtuu ensisijaisesti avohuollossa tai tarpeen vaatiessa sairaalahoidossa. (Kaksisuuntainen mielialahäiriö: Käypä hoito –suositus, 2013; Bowden ym. 2012.)

## 7.2 Psykoosit

Psykoosilla tarkoitetaan mielentilaa, jossa ihmisen todellisuudentaju on vakavasti heikentynyt ja hänellä on vaikeuksia erottaa, mikä on totta ja mikä ei. Psykoottisiin häiriöihin luokitellaan skitsofrenia, harhaluuloisuushäiriö, skitsoaffektiivinen häiriö sekä niiden lyhytkestoiset tai epätyypilliset muodot. Psykoosista oireyhtymänä puhutaan silloin, kun oireet ovat kestäneet riittävän ajan ja ne täyttävät kullekin häiriölle sovitut diagnoosikriteerit. Lyhyitä ja ohimeneviä psykoosioireita voi liittyä myös muihin mielenterveyshäiriöihin. Psykoosiin sairastumiseen vaikuttavat monet tekijät. Raskauden ja synnytyksen aikaisilla vammoilla sekä kehityshäiriöillä on todettu olevan merkitystä psykoosiin sairastumisessa. Voimakkaasti alttiutta sairastua lisäävät geneettiset tekijät ja kasvuperheen ilmapiiri. Päihteet voivat olla syy psykoottisille oireille. Merkittäviä päihdepsykooseja ovat alkoholi-, amfetaamiini- ja kannabispsykoosit. (Psykoosiopas 2019; Lönnqvist & Suvisaari 2011, 134.)

Tyypillisiä psykoottisia oireita ovat aistiharhat ja harhaluulot. Psykoottiset oireet jaetaan positiivisiin ja negatiivisiin oireisiin. Positiivisiin oireisiin kuuluvat aistiharhat, harhaluulot sekä hajanainen puhe ja käytös. Negatiivisiksi oireiksi luokitellaan tunteiden latistuminen, puheen köyhtyminen, epäsosiaalisuus, mielihyvän katoaminen ja apaattisuus. (Psykoosiopas 2019.)

Psykoottisesti oireilevan hoito tapahtuu tilanteen mukaan avohoidossa tai osastolla. Ensisijaisesti pyritään vapaaehtoisuuteen ja tahdosta riippumattoman hoidon välttämiseen. Hoidon viivästyminen heikentää paranemisen ennustetta, joten psykoottinen oireilu tulisi tunnistaa ja hoito aloittaa heti oireiden alettua. Psykoosien hoidossa lääkehoidon osuus on tärkeä. Lääkkeiden tarkoituksena on lievittää sairauden oireita ja pienentää riskiä sairastua uudelleen. Monissa

tapauksissa lääkehoito mahdollistaa muidenkin hoitomuotojen toteuttamisen. Psykoottisia oireita hoidetaan antipsykooteilla, joiden tarkoituksena on vähentää positiivisia oireita. Negatiivisiin oireisiin antipsykooteilla on yleensä vain vähän vaikutusta. Psykoottisen henkilön voi olla ensin vaikea käsittää tarvitsevansa hoitoa, sillä todellisuudentaju on sairauden myötä puutteellinen. Psykoottiset oireet tuntuvat aluksi todellisilta, kunnes hoidon myötä todellisuudentaju alkaa palautua. Ymmärtävä ja luottamuksellinen hoitosuhde on psykoottisen henkilön hoidon kulmakivi. (Psykoosiopas 2019; Skitsofrenia: Käypä hoito –suositus 2015.)

### 7.3 Ahdistuneisuushäiriöt

Ahdistuneisuushäiriöt ovat yleisimpiä mielenterveyden häiriöitä. Ahdistuneisuushäiriöillä tarkoitetaan oireyhtymiä, joissa pitkäkestoiseen ja vaikeaan ahdistuneisuuden tunteeseen liittyy useita muita oireita. Keskeisimpiä ahdistuneisuushäiriöitä ovat paniikkihäiriö ja julkisten paikkojen pelko, paniikkihäiriö ilman julkisten paikkojen pelkoa, yleistynyt ahdistuneisuushäiriö, sosiaalinen fobia, pakko-oireinen häiriö, määräkohtainen häiriö sekä traumaperäinen stressihäiriö. Ahdistuneisuushäiriöt ovat taustaltaan monitekijäisiä sairauksia, joiden syntyyn liittyy biologisia, psykologisia ja sosiaalisia tekijöitä. Yleisimpiä riskitekijöitä ahdistuneisuushäiriöihin ovat geneettiset tekijät, kehityksen aikaiset rasitustekijät, stressaavat ja traumaattiseksi koetut elämäntapahtumat sekä sosiaalisen tukiverkoston vähäisyys. (Ahdistuneisuushäiriöt: Käypä hoito –suositus, 2019.)

Ahdistuneisuuden tunteella tarkoitetaan jännityksen, levottomuuden, kauhun tai paniikin tunnetta. Ahdistuneisuuden tunne on verrattavissa pelon kaltaiseen tunteeseen. Ahdistuneisuushäiriöihin liittyy usein somaattisia oireita, kuten sydämentykytys, verenpaineen kohoaminen, suun kuivuminen, hengenahdistus, hikoilu, ruokahaluttomuus, vapina, huimaus ja silmäterien laajeneminen. Lievät pelon ja ahdistuneisuuden tunteet ovat normaaleja ja arkipäiväisiä tunnekokemuksia. Ahdistuneisuushäiriöstä voidaan puhua, kun ahdistuneisuuden tunne on voimakasta, pitkäkestoista sekä psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä rajoittavaa. Ahdistuneisuushäiriön diagnoosi perustuu kliiniseen psykiatriseen haastatteluun,

jossa selvitetään oireiden luonne, kesto, vaikeusaste ja niiden aiheuttama toiminnallinen haitta. (Isometsä 2011c, 218-219.)

Ahdistuneisuushäiriötä voidaan hoitaa tehokkaasti psykososiaalisilla hoitomuodoilla, lääkehoidolla tai niitä yhdistämällä. Hoitovaihtoehtoa valittaessa tulee huomioida hoidon teho, mahdolliset haitat sekä potilaan yksilökohtaiset tekijät ja hoitoa koskevat näkemykset (Ahdistuneisuushäiriöt: Käypä hoito –suositus, 2019). Ahdistuneisuushäiriöiden lääkehoitona käytetään masennuslääkkeitä, erityisesti SSRI-lääkkeitä eli serotoniinin takaisinoton estäjiä. Lääkehoidon ohella käytetään käyttäytymiskongitiivista terapiaa, jossa pyritään saamaan potilas kyseenalaistamaan negatiivisia ajatuksiaan ja muuttamaan ajattelutapaansa sekä oppimaan rentoutumistekniikoita. Sairaanhoidaja voi tukea potilasta ahdistuksen lievittämisessä erilaisilla rentoutusharjoituksilla sekä mielikuvaharjoituksilla. (Hietaharju & Nuutila 2016, 34.)

#### 7.4 Persoonallisuushäiriöt

Persoonallisuushäiriöt ovat syväälle juurtuneita ja pitkäaikaisia, joustamattomia ja yleensä vakiintuneita käyttäytymismalleja, jotka näkyvät haitallisina erilaisissa elämäntilanteissa. Persoonallisuushäiriöihin liittyy poikkeavia ajattelumalleja, joista suurin osa ovat laadultaan sellaisia, ettei henkilö itse tiedosta sen olevan normaalista poikkeavaa. Persoonallisuushäiriöt kehittyvät lapsuus- ja nuoruusiässä ja jatkuvat aikuisiässä. Persoonallisuuden häiriöiden syntyyn vaikuttavat perinnölliset ja sikiökautiset tekijät, samaistumiset vanhempien käytökseen sekä lapsuudessa koetut kokemukset ja traumat. (Marttunen ym. 2011, 480.)

Persoonallisuushäiriöt luokitellaan niissä esiintyvien hallitsevien käyttäytymismallien mukaan kolmeen pääryhmään. Ryhmään A kuuluvat epäluuloiset, eristäytyvät ja psykoosi- ja piirteiset persoonallisuushäiriöt, joille on ominaista käytöksen erikoisuus tai outous. Ryhmässä B ovat epäsosiaaliset, epävakaut, huomiohakuiset ja narsistiset persoonallisuushäiriöt, jotka näkyvät käytöksen dramaattisuutena, emotionaalisuutena tai epävakautena. Ryhmään C kuuluvat estyneet,



riippuvaiset ja pakko-oireiset persoonallisuushäiriöt, joille tyypillistä ovat ahdistuneisuus ja pelokkuus. (Huttunen 2018.)

Persoonallisuushäiriöiset henkilöt hakeutuvat usein hoitoon häiriönsä sijaan elämän kriisiin, ahdistuksen tai masennuksen myötä. Persoonallisuushäiriöiset pitävät usein käyttäytymiskaavojaan ja vuorovaikutustapojaan osana itseään. Niistä luopuminen voi tuntua hankalalta, vaikka niistä aiheutuisikin haittaa elämän eri osa-alueilla. Persoonallisuushäiriötä pidetään vaikeahoitoisina niiden itsepintaisuuden ja pitkäaikaisuuden vuoksi. Persoonallisuushäiriöiden hoidossa erilaiset psykoterapeuttiset hoidot ovat keskiössä. Terapeutin tehtävänä on luoda huolenpidon ja välittämisen kohteeksi tulemisen tunnetta ja samalla huomioida tavoitteiden realistisuus. Persoonallisuushäiriöisen hoidossa on tärkeää rajoja asettava, rauhallinen ja vakaa samaistumiskohde. Persoonallisuuden häiriöiden lääkehoidossa ei ole tiettyä hoitokäytäntöä. Henkilön kärsiessä yhtäaikaisesti toisesta mielenterveydenhäiriöstä, sen asianmukainen hoito on tärkeää. (Marttunen ym. 2011, 485-486.)

## 8 HOITOSUHTEEN VAIHEET

### 8.1 Hoitosuunnitelma mielenterveyshoitotyössä

Mielenterveyslaki (1990/1116) edellyttää hoitosuunnitelman tekemistä mielenterveyspotilaan hoidon toteuttamiseksi. Hoitosuunnitelma laaditaan potilaskeskeisesti hoidon suunnittelun ja koordinoinnin tueksi. Hoitosuunnitelma laaditaan potilaan ja mahdollisuuksien mukaan hänen läheistensä kanssa yhteistyössä. Hoitosuunnitelma suunnitellaan potilaan yksilöllisten voimavarojen pohjalta. Hoitosuunnitelma koostuu potilaan hoidon tarpeesta, hoidon kokonaistavoitteista, hoidon toteutumisesta suunniteltuineen toimintoineen ja menetelmineen sekä hoidon arvioinnista. Hoitosuunnitelmaa arvioidaan ja täydennetään hoidon myötä. (Heikkinen-Peltonen ym. 2014, 209-210.)

### 8.2 Aloitusvaihe

Hoitosuhde alkaa, kun sairaanhoitaja saa tiedon asiakkaan avun tarpeesta. Hoitajan tulee kohdata potilas yksilönä, asiakaslähtöisesti ja ilman ennakkokäsityksiä. Hoitajan antamalla ensivaikutelmalla on ensiarvoisen tärkeä merkitys. Myönteiseen ensivaikutelmaan pystyy vaikuttamaan eleillä, ilmeillä, reagointitavoilla, ulkoisella olemuksella ja käytöksellä. Kohteliaalla esittäytymisellä luodaan hyvä alku luottamukselliselle vuorovaikutussuhteelle. Aloitusvaiheessa voidaan sopia hoidon tarkoitus ja tavoitteet. Hoidon tavoitteet pyritään luomaan potilaan toiveiden ja tarpeiden mukaan. Niiden tulee olla konkreettisia ja realistisia, huomioiden hoitosuhteen pituuden ja intensiivisyyden. (Kuhanen ym. 2014, 171-174.)

### 8.3 Työskentelyvaihe

Työskentelyvaiheessa hoitosuhde syvenee ja hoitaja ja potilas työskentelevät aloitusvaiheessa sovittujen tavoitteiden saavuttamiseksi. Keskeisintä on, että keskustelujen aiheet muodostuvat potilaan tarpeiden mukaan.

Keskustelunaiheita ovat niin potilaan vointiin, hoitoon ja kuntoutumiseen liittyvät asiat, kuin normaalit arkeen liittyvät asiat. Potilaiden välillä voi olla suuria eroja siinä, kuinka he lähtevät työstämään asioitaan ja ongelmiaan. Hoitajan tehtävinä ovat kuuntelu, dialoginen keskustelu, psykoedukaatio ja keskustelunohjaus. (Kuhanen ym. 2014, 168-169.)

#### 8.4 Päättämisvaihe

Onnistunut päättämisvaihe edellyttää hoitosuhteen riittävää käsittelemistä, kuten eri vaiheiden muistelemista ja tavoitteiden saavuttamisen pohtimista. Onnistunut hoitosuhteen lopetus antaa potilaalle kokemuksen siitä, että vaikeista tilanteista, pettymyksistä ja menetyksistä voi toipua. Ennen hoitosuhteen loppua tulee selvittää potilaan pärjääminen ja jatkosuunnitelma, jotta potilaalle tulee jatkuvuuden ja turvallisuudentunne. On myös tärkeää kertoa mihin potilas voi ottaa yhteyttä, jos vointi huononee. (Kuhanen ym. 2014, 169-171.)

## 9 HOITOSUHDETYÖSKENTELE Y AIKUISTEN MIELENTERVEYSHOITOTYÖSSÄ

Hoitosuhde tarkoittaa terveysalan ammattihenkilön ja hoidettavan ihmisen välistä yhteistyötä. Vuorovaikutukselliseen yhteistyöhön kuuluu molemmin puolinen kunnioitus ja luottamus. Sairaanhoidajan ammattitaitoon kuuluu kyky toimia tehtävässään oikeudenmukaisesti. Hän hoitaa jokaista potilasta yhtä hyvin ja kunkin yksilöllisen hoitotarpeen mukaan, riippumatta potilaan terveysongelmasta, kulttuurista, uskonnosta, äidinkielestä, iästä, sukupuolesta, rodusta, ihon väristä, poliittisesta mielipiteestä tai yhteiskunnallisesta asemasta. Hoitosuhteet voivat olla erilaisia luonteiltaan ja pituuksiltaan, riippuen potilaan sairauden tasosta ja hoitajan kyvystä toteuttaa hoidollinen vuorovaikutus onnistuneesti. Keskeistä hoitosuhteessa kuitenkin on sen määräaikaisuus: Hoitosuhteen päättymisen jälkeen suhde ei enää jatku. (Sairaanhoidajat 2014.)

Mielenterveyshoitotyössä hyvällä hoitosuhteella tärkeä merkitys. Kuhanen ym. toteavat 2013, 157-160, että hyvän hoitosuhteen keskeisiä piirteitä ovat ovat *dialogisuus, kokonaisvaltaisuus, voimavara-lähtöisyys, luottamuksellisuus ja empatia*. Hoitosuhteessa hoitajalla on teoreettista ja kokemuksellista asiantuntijuutta, kun taas potilas on elämänsä asiantuntija. Hyvässä hoitosuhteessa asiakas kokee olevansa ymmärretty ja arvostettu. Hoitotyöntekijä toimii ammatillisesti ja kunnioittavasti (Holmberg 2016, 71.) Haasteita laadukkaan hoitosuhteen syntymiselle voivat luoda erilaiset kulttuurit, kasvatusten menetelmät ja luonteenpiirteet. Hoitajalta edellytetään kykyä luoda toimiva hoitosuhde eroavaisuuksista huolimatta. (Kiviniemi ym. 2007, 35.)

### 9.1 Omahoitajana toimiminen

Omahoitajamalli, alkuperäiseltä nimeltään *primary nursing*. Sen kehittäjänä pidetään Marie Manthey`tä. Yhdysvalloista lähtöisin oleva toimintatapamalli suunniteltiin epäkohtien arvostelemisen seurauksena 1960-luvun lopulla. Omahoitajuuden tunnuksena on pidetty holistista, yksilöllistä ja tavoitteellista hoitoa, joka

perustuu potilaslähtöiseen toimintaan. Hoitofilosofian keskiössä on hoitajan ja potilaan dialoginen yhteistyösuhde. (Primary Nursing 2009.)

Omahoitajuus aikuisten mielenterveystyössä tarkoittaa potilaalle nimettyä hoitajaa, joka huolehtii potilaan hoidon suunnittelusta, toteuttamisesta ja arvioinnista. Omahoitajan työtehtäviin sisältyy myös vuorovaikutus potilaan kanssa, käytännön asioissa avustaminen sekä tukeminen hoitoprosessin eri vaiheissa. Omahoitaja toimii yhteistyössä lääkärin, omaisten, jatkohoitopaikan ja organisaation muiden yksiköiden kanssa. (Haapala & Hyvönen 2002, 39-43.) Omahoitajana voi toimia koulutettu hoitaja, joka on saanut riittävän perehdytyksen työhön. Useissa työyhteisöissä potilaalle on nimetty omahoitajan korvaava hoitaja, jonka tarkoitus on huolehtia potilaan asioista silloin kun omahoitaja ei ole paikalla. (Hietaharju & Nuutila 2016, 124-125.)

## 9.2 Potilaslähtöisyys

Potilaslähtöisyydellä tarkoitetaan sitä, että potilas itse on hoidon keskiössä. Potilaslähtöisessä hoitotyössä pyritään potilaan osallisuuteen, joka käytännössä tarkoittaa, että potilas on itse mukana vaikuttamassa oman hoitonsa suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin. (Marshall ym. 2012, 68.) Mielenterveyshoitotyössä potilaslähtöisessä hoitosuhteessa on tärkeää läsnäolo, vastavuoroisuus, potilaan osallisuus sekä potilaan tarpeiden toimiminen lähtökohtana. (Laitila & Pietilä 2012.)

## 9.3 Ammatillisuus ja eettisyys

Hoitajan ammatillisuus koostuu useista elementeistä, joihin kuuluvat kunnioitus, tasa-arvoisuus, hyvät vuorovaikutustaidot, vastuunkanto, sekä itsensä jatkuva kehittäminen. (Puttonen 2013, 854.) Hoitajan ei kuulu toimia tuomarina eikä tuoda potilaalle tiedoksi omia arvojaan tai vakauksiaan. Hoitajan tulee kohdata potilas ja hänen läheisensä arvokkaina yksilöinä. Hoitaja kunnioittaa muiden ammattiryhmien työtä eikä kritisoi potilaalle tai tämän omaisille muiden

ammattilaisten tekemiä päätöksiä tai toimintaa. Oman ammattitaidon rajojen tunnistaminen kuuluu olennaisena osana mielenterveyshoitotyöhön (Hietaharju & Nuutila 2016, 129-130.)

Etiikka kostuu periaatteista, arvoista ja ihanteista. Etiikan tarkoituksena on kuvata hyvää, pahaa, oikeaa ja väärää. Etiikan ei ole tarkoitus antaa suoria vastauksia, vaan auttaa tekemään valintoja sekä tutkimaan toimintansa perusteita. Sairaanhoidajan ammattietiikkaa ohjaavat keskeiset periaatteet ovat elämän ja ihmisarvon kunnioittaminen, itsemääräämisoikeus, oikeudenmukaisuus ja tasa-arvo. Eettisesti hyvän hoitotyön edellytyksenä on, että hoitajalla on eettistä osaamista ja ymmärrystä. (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009, 86.)

#### 9.4 Ammatti-identiteetti ja –rooli

Ammatti-identiteetin ja –roolin omaksuminen alkaa opintojen alkuvaiheessa ja sen on tarkoitus jatkua läpi työelämän. Ammatti-identiteetti on jokaisen ihmisen sisäinen tuntemus ammatillisuudestaan, piirteistään sekä ominaisuuksistaan. (Holmberg 2016, 199.) Ammatti-identiteettiin kuuluu vahvasti myös ajatus siitä, mihin henkilö kokee kuuluvansa ja mitä hän pitää siinä tärkeänä sekä henkilön kuva omasta sitoutumisesta työhön sekä ammattiin. (Eteläpelto ym. 2006, 26; Tirkkonen 2008.) Ammattiroolilla tarkoitetaan ulospäin eli muille ihmisille näkyvää toimintaa. Rooliin vaikuttaa ammattilaisen käsitys oikeuksistaan ja velvollisuuksistaan mielenterveyshoitotyössä. (Holmberg 2016, 200-201.)

## 10 SAIRAAHOITAJAOPIKELIJAN KLIINISEN OSAAMISEN ARVIOINTI

Mielenterveyshoitotyön vuorovaikutusosaamisen arviointimenetelmiksi valikoituivat simulaatioon ja videoon pohjautuva koetilanne. Mielenterveyshoitotyön vuorovaikutusosaamisen arviointi perustuu Kalamazon konsensuslausumaan. Kalamazon konsensuslausuman tutkijat ovat selvittäneet keskeiset kommunikatiotaidot terapeuttisen suhteen rakentamiseen ja luoneet niihin pohjautuen vuorovaikutustaitojen arviointiin soveltuvan tarkistuslistan (Academic medicine 2011). Tarkistuslista koostuu seitsemästä pääotsikosta, jotka kukin pitävät sisällään keskeisimpiä vuorovaikutusosaamisen elementtejä. Tarkistuslista on käännetty suomen kielelle, jotta se on soveltuva otettavaksi käyttöön valtakunnallisesti suomalaisissa ammattikorkeakouluissa.

### 10.1 Simulaatio

Simuloinnilla tarkoitetaan todellisuuden jäljittelyä. Simuloinnilla voidaan jäljitellä tuotteen, prosessin tai järjestelmän osia tai kokonaisuuksia. Sairaanhoitajakoulutuksessa simulaatiolla jäljitellään aitoa kliinistä hoitotapahtumaa. Simulaatio opetusmenetelmänä mahdollistaa opiskelijalle paremman havainnollisuuden ja luo kokemuksellisuutta. Toiminnan myötä opiskelija ymmärtää paremmin opiskeltavan aihepiirin. Simulaatioon perustuva opetustilanne koostuu kolmesta eri vaiheesta: valmistautumisesta, simulaatiotilanteesta ja tilanteen purkamisesta. Valmistautumisvaiheessa luodaan simulaatiotilanne jakamalla roolit sekä käydään läpi toimintaohjeet ja tavoitteet. Simulaatiotilanteen jälkeen tulee jälkipuinti eli tilanteen purku. Jälkipuinnissa ohjaajat ja opiskelijat palaavat simulaatiotilanteeseen arvioiden ja reflektoiden muiden ja omaa toimintaa tilanteessa. (Nurmi ym. 2013, 90-95; Räsänen 2004, 5.)

Sairaanhoitajaopiskelijan mielenterveyshoitotyön kliinisen osaamisen ensimmäiseksi arviointimenetelmäksi valikoitui potilastapaukseen pohjautuva simulaatiotilanne. Opiskelijoille kerrotaan simulaatiotilanteen tavoitteet; avata keskustelu

ja kartoittaa potilaan tilannetta, luoda luottamuksellinen hoitosuhteen alku, ymmärtää potilaan näkökulma sekä antaa potilaalle tarvittavan informaation. Tavoitteet perustuvat Kalamazon konsensuslausuman tutkijoiden luomaan tarkistuslistaan. Opiskelijoille kerrotaan simulaatiotilanteessa olevan kyse potilaan tulo-haastattelusta. Opiskelijoille jaetaan paperiversiot potilastapauksesta, johon he saavat perehtyä ennen simulaatiotilanteen alkua. Opiskelijoiden perehdyttyä potilaan taustatietoihin, voidaan simulaatiotilanne käynnistää. Simulaatiotilanteeseen osallistuu kaksi potilasta haastattelevaa sairaanhoitajaa ja potilas, muu ryhmä toimii simulaatiotilanteen opponijina. Simulaatiotilannetta arvioiva opettaja päättää tilanteen, jonka jälkeen ryhmä palauttaa tarkistuslistat opettajalle ja kokoontuu arvioimaan ja refleктоimaan suoritusta.

#### 10.1.1 Simulaatiotilanteen arviointi

Simulaatiotilanteessa tarkistuslista jaetaan opiskelijoille. Simulaatiotilanteen edessä opiskelijat täyttävät tarkistuslistaa. Opiskelijoiden tarkoituksena on huomioida täyttyvätkö tarkistuslistassa olevat sairaanhoitajaopiskelijalta vaadittavat vuorovaikutusosaamisen elementit. Simulaatiotilanteen päättyessä opiskelijat palauttavat täytetyn tarkituslistan. Simulaatiotilanteessa esiintyvät sairaanhoitajaopiskelijat täyttävät saman tarkituslistan tilanteen päätyttyä. Täytetyn tarkituslistan avulla opettaja voi arvioida opiskelijoiden tekemiä huomioita liittyen simulaatiossa esiintyvien sairaanhoitajien vuorovaikutustaitoihin. Sairanhoitajaopiskelijoiden tekemien huomioiden perusteella opettaja arvioi opiskelijoiden vuorovaikutustaitojen kliinistä osaamista mielenterveyshoitotyössä.

#### 10.2 Objective Structured Video Examination (OSVE)

Objective Structured Video Examination on Humphrisin ja Kaneyn luoma videoon pohjautuva kirjallinen koe. OSVE -menetelmä suunniteltiin alunperin lääketieteen opiskelijoiden kommunikaatiotaitojen arviointivälineeksi. OSVE:n käyttö ei rajoitu kuitenkaan vain lääketieteen opiskelijoiden vuorovaikutustaitojen arviointiin; sitä ollaan mukautettu käytettäväksi monien muiden eri kliinisten taitojen



arvioimiseksi. OSVE:ssä opiskelijat katsovat valmiiksi luotuja hoitotapahtumia videolta ja vastaavat niiden perusteella luotuihin kysymyksiin. OSVE on osoittautunut nopeaksi, taloudelliseksi ja luotettavaksi arviointimenetelmäksi. OSVE:llä voidaan arvioida suuriakin opiskelijamääriä samanaikaisesti. (Selim, A. & Da-wood, E. 2015.)

Sairaanhoitajaopiskelijan mielenterveyshoitotyön kliinisen osaamisen toiseksi arviointimenetelmäksi valikoitui OSVE -menetelmään pohjautuva arviointiväline. Opinnäytetyön tekijät ovat kuvanneet potilastapaukseen perustuvan videon. Videossa kuvataan psykoottisen potilaan hoitosuhteen aloitus-, työskentely- ja lopetusvaiheita. Aloitusvaiheessa potilasta ovat vastaanottamassa kaksi sairaanhoitajaa, jotka haastattelevat potilasta. Työskentelyvaiheessa kuvataan potilaan omahoitajakeskustelua, jossa on potilaan lisäksi yksi sairaanhoitaja. Lopetusvaiheessa kuvataan potilaan kotiutumista osastolta. Videota seurattaessa opiskelijat huomioivat sairaanhoitajien vuorovaikutusosaamista tarkistuslistan avulla.

#### 10.2.1 Videoon pohjautuvan koetilanteen arviointi

Sairaanhoitajaopiskelijoille jaetaan tarkistuslista ennen videon aloittamista. Videon edetessä opiskelijat täyttävät tarkistuslistaa. Opiskelijoiden tarkoituksena on huomioida täyttyvätkö tarkistuslistassa olevat sairaanhoitajalta vaadittavat vuorovaikutusosaamisen elementit. Videon päättyessä opiskelijat palauttavat täytetyn tarkistuslistan. Täytetyn tarkistuslistan avulla opettaja voi arvioida opiskelijoiden tekemiä huomioita liittyen videossa esiintyvien sairaanhoitajien vuorovaikutustaitoihin. Sairaanhoitajaopiskelijoiden tekemien huomioiden perusteella opettaja arvioi opiskelijoiden vuorovaikutustaitojen kliinistä osaamista mielenterveyshoitotyössä.

## 11 OPINNÄYTETYÖN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Opinnäytetyön laatu varmistettiin siten, että tekijät noudattivat periaatteita, jotka on luonut tutkimustieteellinen neuvottelukunta (TENK). Tutkimuseettinen neuvottelukunta jakaa eettiset periaatteet kolmeen osa-alueeseen, joita ovat tutkittavan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen, vahingoittamisen välttäminen sekä yksityisyys ja tietosuoja. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012.)

Kirjallisuusperustaisessa opinnäytetyössä noudatetaan tutkimuseetiikan näkökulmasta hyvän tieteellisen käytännön lähtökohtia, joihin kuuluu tiedeyhteisön tunnustamat toimintatavat, eli rehellisyys, yleinen huolellisuus ja tarkkuus, sekä tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaiset ja eettisesti kestävä tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmät ja lisäksi tieteellisen tiedon luonteeseen kuuluva avoimuus. (ETENE 2012.)

Opinnäytetyötä tehtiin objektiivisesta näkökulmasta, eli tekijät tarkastelivat aihetta ulkoapäin puolueettomasti. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että tekijät eivät antaneet omien mielipiteiden tai moraalikäsitelmien vaikuttaa opinnäytetyöhön. (Wager & Wiffen 2011.) Opinnäytetyön tekijät alkoivat pohtia työn eettisyyttä jo ennen opinnäytetyön prosessin aloittamista. Tekijät pohtivat onko opinnäytetyö merkityksellinen ja toteuttamisen arvoinen. Opinnäytetyössä käsitellään sairaanhoitajaopiskelijan kliinistä osaamista aikuisten mielenterveyshoitotyössä. Aihe on ajankohtainen ja merkityksellinen, ajatellen tulevia muutoksia sairaanhoitajakoulutuksessa.

Opinnäytetyössä huomioitiin koko prosessin ajan työn luotettavuus. Kriteereinä käytettiin kvalitatiiviselle tutkimukselle ominaisia arviointimenetelmiä; *siirrettävyys, totuudellisuus, vahvistettavuus ja uskottavuus* (Tuomi & Sarajärvi 2009, 138-139).

Siirrettävyys opinnäytetyössä tarkoittaa, että työn tulokset ovat sovellettavissa myös muihin tutkimuskohteisiin. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 138-139.) Opinnäytetyössä käsitellään laajasti sairaanhoitajaopiskelijan kliinistä osaamista, joten työstä saatavia tietoja voidaan soveltaa useissa erilaisissa tutkimuskohteissa.

Totuudellisuus tarkoittaa kuinka hyvin tekijöiden johtopäätökset pystyvät kuvaamaan kohteena olevan ilmiön todellista tilaa. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 138-139.) Opinnäytetyön tekijät ovat kuvanneet työssään laajasti erilaisia osaamisvaatimuksia, joita sairaanhoitajaopiskelijan odotetaan osaavan. Tekijät ovat etsineet tietoa monipuolisesti erilaisista lähteistä ja arvioineet kriittisesti niiden sopivuutta opinnäytetyöhön. Tekijät ovat raportoineet tietoja avoimesti ja selkeästi koko opinnäytetyön prosessin ajan.

Vahvistettavuutta opinnäytetyössä tukee useat eri tutkimukset, joita opinnäytetyössä on käytetty apuna. Tekijät ovat hyödyntäneet korkealaatuisia tutkimuksia ja merkinneet näiden lähteet selkeästi, jotta ne ovat helposti kaikkien löydettävissä.

Uskottavuus opinnäytetyössä on huomioitu kaikissa työn välivaiheissa sekä lopputuloksessa. Tekijät ovat olleet uteliaita omaa työtään kohtaan ja tehneet opinnäytetyötä kriittisellä ja arvioivalla työasenteella.

Tutkimuksen luotettavuutta mitatessa voidaan tarkastella käsitteitä reliabiliteetti ja validiteetti. Hirsjärvi (2009, 231) toteaa reliabiliteetin olevan mittauksien toistettavuus, ei-sattumanvaraisuus. Luotettava tutkimus on tehty siten, että se alkuperäisen tutkimuksen edellytyksin toistettuna antaa saman tuloksen. (Hiltunen 2009.) Jos tutkimus uusittaisiin samoissa olosuhteissa, on oletettavaa, että tulokset ovat lähes samat. Tekijät ovat tarkastelleet opinnäytetyötä erilaisista näkökulmista ja etsineet tietoa laajasti saatavilla olevista tutkimuksista, artikkeleista sekä kirjallisuudesta.

Opinnäytetyön validiteetti ilmaisee sen, miten hyvin työssä käytetty tutkimusmenetelmä mittaa juuri sitä tutkittavan ilmiön ominaisuutta, mitä on tarkoituskin mitata. (Hiltunen 2009.) Validiteetissa on kyse siitä, onko tutkimus pätevä, onko se perusteellisesti tehty ja ovatko saadut tulokset ja tehdyt päätelmät oikeita. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka.) Opinnäytetyön tekijät ovat perehtyneet työn aiheeseen perusteellisesti ja rajanneet työtä alkuperäisestä aiheesta pienempään sekä tarkempaan kokonaisuuteen. Tulokset ovat perusteltu laadukkailla ja monipuolisilla lähteillä. Lopputulos on raportoitu todenmukaisesti ja selkeästi.

Opinnäytetyössä määritellään sairaanhoitajaopiskelijan kliininen osaaminen aikuisten mielenterveyshoitotyössä ja luodaan siihen sopiva arviointimenetelmä sekä -kriteerit. Tekijät ovat luoneet osaamisvaatimukset käyttäen mielenterveyshoitotyöhön sopivaa kirjallisuutta ja tutkimuksia. Sairanhoitajaopiskelijan osaamisvaatimukset ovat perusteltu aiemmin tehdyillä korkealaatuisilla tutkimuksilla.

## 12 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

Opinnäytetyön tarkoituksena oli määritellä sairaanhoitajaopiskelijan kliininen osaaminen aikuisten mielenterveystyössä ja luoda osaamisen mittaamiseksi arviointimenetelmä sekä -kriteerit. Opinnäytetyöstä saatava tieto hyödynnetään yleSHarviointi-hankkeessa, jonka tavoitteena on parantaa suomalaisen sairaanhoitajakoulutuksen laatua sekä yhdenmukaisuutta ja tuottaa potilaille aikaisempaa turvallisempaa hoitoa. Opinnäytetyö toteutettiin kirjallisuusperustaisella menetelmällä ja työn teoreettinen osuus perustuu luotettavaan ja mielenterveystyöhön sopivaan kirjallisuuteen sekä hoitotieteellisten tietokantojen julkaisuihin.

Ensimmäisenä tutkimuskysymyksenä selvitettiin mitä sairaanhoitajaopiskelijan tulee ymmärtää mielenterveyshäiriöiden hoitokokonaisuudesta. Mielenterveystyöhön sopivasta kirjallisuudesta sekä tieteellisten tietokantojen julkaisuista saatiin selville, että sairaanhoitajaopiskelijan tulee sisäistää perustiedot sekä osata soveltaa tietojaan keskeisimmistä mielenterveyshäiriöistä ja psykiatrisista sairauksista toteuttaessaan hoitotyötä. Mielenterveyden häiriötä luonnehtivat kliinisesti merkitsevät psyykkiset oireet, jotka yhdessä muodostavat erilaisia oireyhtymiä. Mielenterveyden häiriöt luokitellaan oireiden, vaikeusasteiden ja keston mukaan. Mielenterveysongelmia on monenlaisia ja ne voivat aiheuttaa hyvin erilaisia vaikeuksia, häiriöitä ja ongelmia. Opinnäytetyössä kerrottiin yleisimmistä mielenterveydenhäiriöistä (masennushäiriöt, kaksisuuntainen mielialahäiriö, psykoosit, ahdistuneisuushäiriöt sekä persoonallisuushäiriöt) sekä näiden hoidosta.

Toisena tutkimuskysymyksenä selvitettiin mitä hoitosuhdetyöskentelytaitoja sairaanhoitajaopiskelijalla tulee olla mielenterveystyössä. Sairaanhoitajan ammattitaitoon kuuluu kyky toimia tehtävässään oikeudenmukaisesti. Hän hoitaa jokaista potilasta yhtä hyvin ja kunkin yksilöllisen hoitotarpeen mukaan, riippumatta potilaan terveysongelmasta, kulttuurista, uskonnosta, äidinkielestä, iästä, sukupuolesta, rodusta, ihon väristä, poliittisesta mielipiteestä tai yhteiskunnallisesta asemasta. Hoitosuhteessa hoitajalla on teoreettista ja

kokemuksellista asiantuntijuutta, kun taas potilas on elämänsä asiantuntija. Hyvässä hoitosuhteessa asiakas kokee olevansa ymmärretty ja arvostettu.

Kolmantena tutkimuskysymyksenä selvitettiin millä menetelmillä sairaanhoitaja-opiskelijan hoitosuhdetyöskentelytaitoja mielenterveyshoitotyössä voidaan arvioida. Opinnäytetyön tekijät ovat luoneet simulaatiotilanteen sekä kuvanneet videon liittyen psykoottisen potilaan haastatteluun. Simulaatiotilanteen ja videon tulkitsemistaidoilla arvioidaan opiskelijan kliinistä vuorovaikutusosaamista mielenterveyshoitotyössä. Simulaatiotilanne koostuu kahdesta sairaanhoitajasta ja psykoottisesta potilaasta, muu ryhmä arvioi sairaanhoitajaopiskelijoiden vuorovaikutusosaamista sekä kykyä luoda luotettava hoitosuhde. Opinnäytetyön tekijät ovat kuvanneet videon, jossa esiintyy kaksi sairaanhoitajaa ja psykoottinen potilas. Sairaanhoitajat tulohaastattelevat potilasta riippuvuuspsykiatrian osastolla. Koetilanteessa opiskelijoiden tarkoituksena on havainnoida sairaanhoitajien vuorovaikutustaitoja tulohaastattelussa ja täyttää samalla tarkistuslistaa.

Viimeisessä tutkimuskysymyksessä selvitettiin mitkä ovat sairaanhoitajaopiskelijan kliinisen osaamisen arviointikriteerit aikuisten mielenterveyshoitotyössä. Opinnäytetyön tekijät ovat luoneet tarkistuslistan, jota opiskelijoiden tulee täyttää sekä simulaatiotilanteen että videon edetessä. Täytetyt tarkistuslistat palautetaan opettajalle ja ryhmä kokoontuu refleктоimaan omaa osaamista. Opettaja arvioi opiskelijoiden kliinistä vuorovaikutusosaamista mielenterveyshoitotyössä opiskelijoiden täyttämien tarkistuslistojen perusteella. Vuorovaikutusosaamisen arvioinnin keskeiset elementit perustuvat Kalamazon konsensuslausumaan. Kalamazon konsensuslausuman tutkijat ovat selvittäneet keskeiset kommunikaatiotaidot terapeuttisen suhteen rakentamiseen. Opinnäytetyön tekijät ovat hyödyntäneet jo valmiiksi luotua Kalamazon tarkistuslistan pohjaa. Tarkistuslista on käännetty suomen kielelle, jotta se on soveltuva otettavaksi käyttöön valtakunnallisesti suomalaisissa ammattikorkeakouluissa.

Opinnäytetyön aiheet tulivat yleSHarviointi-hankkeen antamista vaihtoehtoista. Tämän työn aiheeksi valikoitui opinnäytetyön tekijöiden kiinnostuksen myötä

mielenterveys-, päihde- ja kriisihoitotyö. Opinnäytetyötä aloitettiin työstämään heti aiheen saatua joulukuussa 2018. Haasteeksi osoittautui kuitenkin aiheen laajuus. Aiheiden jaossa rajaamismahdollisuutta kysyttiin opinnäytetyön tekijöiden toimesta, mutta se ei ollut mahdollista. Opinnäytetyön suunnitelman ohjausajalla selvisi, että opinnäytetyön rajaaminen olisikin mahdollista. Aihe päädyttiin rajaamaan mielenterveys-, päihde- ja kriisihoitotyöstä aikuisten mielenterveyshoitotyöhön. Opinnäytetyön aihe rajattiin vielä selkeämmäksi keskittymällä hoitosuhdetyöskentelyyn mielenterveyshoitotyössä. Hoitosuhdetyöskentely on mielenterveyshoitotyössä yksi suurimmista elementeistä, joten rajaus tuntui tärkeältä.

Aiheen rajattua alettiin opinnäytetyötä työstämään kirjallisuutta tutkimalla. Haasteeksi muodostui tutkimusartikkelien niukkuus koskien sairaanhoitajaopiskelijan osaamista aikuisten mielenterveyshoitotyössä, erityisesti hoitosuhdetyöskentelystä. Tutkimukset olivat usein maksullisia ja edellyttivät käyttäjätunnuksia. Mielenterveyshoitotyön kirjallisuutta löytyi runsaammin, joten tekijät hyödynsivät opinnäytetyössä enemmän suomen kielistä kirjallisuutta. Kirjallisuutta valittaessa huomioitiin lähteiden luotettavuus sekä julkaisuvuosi.

Arviointimenetelmän kehittäminen vei opinnäytetyön teossa paljon aikaa. Mielenterveyshoitotyö eroaa muista erikoisaloista, sillä osaaminen ei ole mitattavissa samalla tavalla kuin esim. kirurgisen potilaan hoitotyössä tarvittavien käden taitojen osaaminen. Pohdinnan jälkeen päädyttiin simulaatiotilanteeseen, jossa mitataan sairaanhoitajaopiskelijan vuorovaikutustaitoja potilaan alkuhaastattelutilanteessa. Päädyimme klinisen osaamisen arviointiin simulaatiolla, sillä kyseinen tilanne on hyvin yleinen hoitotapahtuma mielenterveyshoitotyössä työskenteleville sairaanhoitajille. Simulaatiotilanteen valintaa vahvisti opinnäytetyön tekijöiden ohjaajan avulla löydetty tutkimus vuorovaikutustaidoista sekä sen arvioinnista. Opinnäytetyön loppuvaiheessa tekijät päättivät luoda työhön toisenkin arviointimenetelmän. Toinen arviointiväline perustuu OSVE -menetelmään, jossa arvioidaan opiskelijan kliinistä osaamista videon avuin. Videoperusteisessa arviointimenetelmässä opinnäytetyön tekijät päätyivät käyttämään samaa tarkistuslistaa vuorovaikutusosaamisen arvioinnissa, sillä kriteetit soveltuvat käytettäväksi

myös siihen. Opinnäytetyössä luotujen arviointivälineiden väliltä voidaan valita käyttötarkoituksen mukaan näistä parempi vaihtoehto.

Tässä opinnäytetyössä arviointimenetelmissä käytettävälle tarkistuslistalle ei luotu hyväksyty/hylätty kriteereitä. Oikeiden vastauksien luominen toimisi hyvänä jatkoprojektiaiheena. Lisäksi olisi hyvä kokeilla opinnäytetyössä kehitellyn simulaatiotilanteen ja videoperusteisen arviointimenetelmän sekä tarkistuslistan toimivuutta käytännössä ja tarpeiden mukaan kehittää sekä muokata sitä.



## LÄHTEET

Academic medicine 2011. Essential Elements of Communication in Medical Encounters: The Kalamazoo Consensus Statement. Academic medicine nro 4/huhtikuu 2011, 390-393.

Ahdistuneisuushäiriöt. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Psykiatriyhdistys ry:n ja Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2019. Viitattu 17.04.2019. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi50119#K1>.

Bowden, C., Gitlin, M., Hirschfeld, R., Keck, P., Perlis, R., Suppes, T., Thase, M. & Wagner, K. 2002. Practice guideline for the treatment of patients with bipolar disorder. Viitattu 20.04.2019. [http://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice\\_guidelines/guidelines/bipolar.pdf](http://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/bipolar.pdf).

Depressio. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2016. Viitattu 19.04.2019. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi50023#K1>.

Depression 2018. World Health Organization. Viitattu 23.04.2019. <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/depression>.

Direktiivi 2005/36/EU: Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiivi ammattipätevyiden tunnustamisesta 7.9.2015. Euroopan unionin virallinen lehti 30.9.2005. Viitattu 15.03.2019. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FI/TXT/PDF/?uri=CELEX:32005L0036&from=PT>.

Eteläpelto, A. & Onnismaa, J. (toim.) 2006. Ammatillisuus ja ammatillinen kasvu. Aikuis- kasvatuksen 46. vuosikirja. Helsinki: Kansanvalistusseura.

ETENE 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Viitattu 29.04.2019. [http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK\\_ohje\\_2012.pdf](http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf).

Haapala, Tarja – Hyvönen, Kaija 2002: Omahoitajan toiminnan itsearviointikriteerien laatiminen ja niiden arviointi. Teoksessa toim. Munnukka, Terttu – Aalto, Pirjo. Minun hoitajani – näkökulmia omahoitajuuteen. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Hanses, O & Salminen, J. 1994. Hoitosuhde kuntoutuksessa ja kuntouttajan rooli. Duodecim aikakauskirja.

Heikkinen-Peltonen, R., Innamaa, M. & Virta, M. 2014. Mieli ja terveys. Porvoo: Edita Publishing Oy.

Hietaharju, P. & Nuutila, M. 2016. Käytännön mielenterveystyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Hiltunen, L. 2009. Validiteetti ja reliabiliteetti. Jyväskylän yliopisto. Viitattu 20.04.2019. [http://www.mit.jyu.fi/OPE/kurssit/Graduryhma/PDFt/validius\\_ja\\_reliabiliteetti.pdf](http://www.mit.jyu.fi/OPE/kurssit/Graduryhma/PDFt/validius_ja_reliabiliteetti.pdf).

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

Huttunen, M. 2018. Persoonallisuushäiriöt. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 22.04.2019. [https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00407](https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00407).

Holmberg, J. 2016. Hoitajana mielenterveys- ja päihdetyössä. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.

Isometsä, E. 2011b. Kaksisuuntaiset mielialahäiriöt. Teoksessa Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.). Psykiatria. Helsinki: Duodecim, 194–217.

Isometsä, E. 2011a. Masennushäiriöt. Teoksessa Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.). Psykiatria. Helsinki: Duodecim, 154–193.

Isometsä, E. 2011c. Paniikkihäiriö ja julkisten paikkojen pelko. Teoksessa Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.). Psykiatria. Helsinki: Duodecim, 218–233.

Kaksisuuntainen mielialahäiriö. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Psykiatriyhdistys ry:n ja Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2013. Viitattu 08.04.2019. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi50076#K1>.

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

Kilku, N & Kivelä, H. 2017. Mielenterveys- ja päihdetyön opintojen määrä ja sisältö sairaanhoitajien koulutuksessa Suomessa. Tamkjournal. Viitattu 28.03.2019. <http://tamkjournal.tamk.fi/mielenterveys-ja-paihde-tyon-opintojen-maara-ja-sisalto-sairanhoitajien-koulutuksessa-suomessa/>.

Kiviniemi, Liisa, Läksy, Marja-Liisa, Matinlauri, Timo, Nevalainen, Kaija, Ruotsalainen, Kari, Seppänen, Ulla-Maija & Vuokila-Oikkonen, Päivi 2007. Minä mielenterveystyön tekijänä. Helsinki: Edita Prima Oy.

Kuhanen, Carita - Oittinen, Pirkko - Kanerva, Anne - Seuri, Tarja - Schubert, Carla 2014. Potilaan ja hoitajan hoidollinen yhteistyösuhde. Teoksessa Stormi, Anu (toim.): Mielenterveyshoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Laitila, M. & Pietilä, A-M. 2011. Työntekijöiden käsityksiä asiakkaan osallisuudesta mielenterveys- ja päihdetyössä. Tutkiva hoitotyö. Viitattu 21.04.2019. [https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/49933/Asiakkaan\\_osallisuus\\_mielenterveyspalveluissa.pdf?sequence=1](https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/49933/Asiakkaan_osallisuus_mielenterveyspalveluissa.pdf?sequence=1).

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785. Viitattu 10.04.2019. <http://www.finlex.fi>.

Latvala, E. Visuri, T. Janhonen, S. 1995. Psykiatrinen hoitotyö. Juva: WSOY.

Lönnqvist, J. & Suvisaari, J. 2011. Muut psykoosit. Teoksessa Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.). Psykiatria. Helsinki: Duodecim, 134–153.

Marttunen, M., Eronen, M., Henriksson, M. 2011. Persoonallisuushäiriöt. Teoksessa Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.). Psykiatria. Helsinki: Duodecim, 480–500.

Marshall, A., Kitson, A. & Zeitz, K. 2012. Patients' views of patient-centred care: a phenomenological case study in one surgical unit. Journal of advanced nursing 2012.

- Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116. Viitattu 10.04.2019. <http://www.finlex.fi>.
- Niiniluoto, I. 1997. Johdatus tieteenfilosofiaan. Käsitteen- ja teorianmuodostus. Helsinki: Otava.
- Nurmela, T. 2019. Sairaanhoidajaopiskelijan kliinisen osaamisen kehittymisen arvioinnin valtakunnallinen malli rakenteilla. Savonia blogit. Viitattu 10.04.2019. <https://blogi.savonia.fi/ylesharviointi/2019/01/13/sairaanhoidajaopiskelijan-kliinisen-osaamisen-kehittymisen-arvioinnin-valtakunnallinen-malli-rakenteilla/>.
- Nurmi, E., Rovamo, L. & Jokela, J. 2013. Simulaatiotilanteiden suunnittelu. Simulaatiooppiminen terveydenhuollossa. Helsinki: Fioca.
- Opetusministeriö 2006: Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon. Koulutuksesta valmistuvien ammatillinen osaaminen, keskeiset opinnot ja vähimmäisopintopisteet. Opetusministeriön julkaisuja 2006:24. Viitattu 20.03.2019. <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/80112/tr24.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- Primary nursing 2009. Medical dictionary. Viitattu 20.04.2019. <https://medical-dictionary.thefreedictionary.com/primary+nursing>.
- Psykoosiopas. Mielenterveystalo. Viitattu 22.04.2019. <https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/itsehoito-ja-oppaat/oppaat/psykoosi/Pages/psykoosiopas.aspx>.
- Psyykkinen ensiapu 2010. Elämän erilaiset kriisit. Duodecim terveyskirjasto. Viitattu 04.04.2019. [https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=onn00124#s3](https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=onn00124#s3).
- Puttonen, J. 2013. Sairaanhoidajan eettiset velvollisuudet. Teoksessa Mustajoki, M., Alila, A., Matilainen, E., Pellikka, M. & Rasimus, M. (toim.) Sairaanhoidajan käsikirja. 8. painos. Helsinki: Duodecim.
- Päihdehuoltolaki 17.1.1986/41. Viitattu 10.04.2019. <https://www.finlex.fi>.
- Räsänen, S. 2004. Verkko-opetuksen tietotekniikkaa – Simulaatio opetuksessa. Kuopion yliopisto. Tietojenkäsittelytieteen laitos. Viitattu 17.04.2019. <http://www.cs.uku.fi/tutkimus/publications/reports/B-2004-3.pdf>.
- Saaranen-Kauppinen & Puusniekka. Validiteetti. KvaliMOTV. Viitattu 25.04.2019. [https://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L3\\_3\\_1.html](https://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L3_3_1.html).
- Saarelainen, R. Stengård, E. Vuori-Kemilä, A. 2000. Mielenterveys- ja päihdetyö: yhteistyötä ja kumppanuutta. Porvoo: WSOY.
- Sairaanhoidajaliitto 2014. Opiskelu sairaanhoidajaksi. Tietopaketti 21.8.2014. Viitattu 15.03.2019. <https://sairaanhoidajat.fi/artikkeli/opiskelu-sairaanhoidajaksi/>.
- Sarvimäki, A. & Stenbock-Hult, B. 2009. Hoitotyön etiikka. Helsinki: Edita Prima.
- Savonia blogit 2019. Yleissairaanhoidajan (180 op) osaamisvaatimukset ja sisällöt julkaistu. Viitattu 09.04.2019. <https://blogi.savonia.fi/ylesharviointi/>.
- Selim, A. & Dawood, E. 2015. Objective Structured Video Examination in Psychiatric and Mental Health Nursing: A Learning and Assessment Method. Journal of Nursing Education vol. 54, No. 2, 2015.

Shokista uuteen alkuun. Suomen mielenterveysseura. Viitattu 04.04.2019. <https://www.mielenterveysseura.fi/fi/mielenterveys/vaikeat-el%C3%A4m%C3%A4ntilanteet/kriisit/shokista-uuteen-alkuun>.

Silén-Lipponen, M. Valtakunnallinen sairaanhoitajan (180 op) ammatillisen perusosaamisen arvioinnin kehittäminen (yleSharviointi) käynnistyi. Savonia-blogi 8.5.2018. Viitattu 21.03.2019. <https://blogi.savonia.fi/ylesharviointi/2018/05/08/historiallinen-valtakunnallinen-sairaanhoitajan-180-op-ammattillisen-perusosaamisen-arvioinnin-kehittaminen-ylesharviointi-kaynnistyi>.

Skitsofrenia. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2015. Viitattu 22.04.2019. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi35050#K1>.

Stolt, M; Axelin, A. & Suhonen, R. (toim.) 2015. Turun yliopisto. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turku: Juvenes Print.

Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos 2019a. Mielenterveydenhäiriöt. Viitattu 08.04.2019. <https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyshairiot>.

Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos 2018b. Mielialahäiriöt. Viitattu 15.04.2019. <https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyshairiot/mielialahairiot>.

Traumaperäinen stressihäiriö. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2014. Viitattu 04.04.2019. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50080#K1>.

Tutkimuseettinen Neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkauseräilyjen käsitteleminen Suomessa. Viitattu 15.03.2019. [http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK\\_ohje\\_2012.pdf](http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf).

Wager, E. & Wiffen P.J. 2011. Ethical issues in preparing and publishing systematic reviews. *Journal of Evidence-Based Medicine*, 2011, 4 (2): 130–134.

## Vuorovaikutusosaamisen tarkistuslista

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]
[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]

[REDACTED]				
[REDACTED]				
[REDACTED]				
[REDACTED]				

[REDACTED]				
[REDACTED]				
[REDACTED]				
[REDACTED]				
[REDACTED]				

[REDACTED]				
[REDACTED]				
[REDACTED]				
[REDACTED]				
[REDACTED]				

[REDACTED]				
[REDACTED]				
[REDACTED]				
[REDACTED]				
[REDACTED]				
[REDACTED]				
[REDACTED]				
[REDACTED]				

[REDACTED]				
[REDACTED]				
[REDACTED]				
[REDACTED]				
[REDACTED]				
[REDACTED]				
[REDACTED]				
[REDACTED]				

[REDACTED]				
[REDACTED]				
[REDACTED]				
[REDACTED]				
[REDACTED]				
[REDACTED]				
[REDACTED]				
[REDACTED]				

[REDACTED]				
[REDACTED]				
[REDACTED]				
[REDACTED]				
[REDACTED]				

[REDACTED]				
[REDACTED]	[REDACTED]			
[REDACTED]	[REDACTED]			
[REDACTED]	[REDACTED]			
[REDACTED]	[REDACTED]			
[REDACTED]	[REDACTED]			
[REDACTED]	[REDACTED]			
[REDACTED]	[REDACTED]			
[REDACTED]	[REDACTED]			
[REDACTED]	[REDACTED]			



[Redacted]	
[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]

## Potilastapaus

[REDACTED] [REDACTED]	[REDACTED] [REDACTED]
[REDACTED] [REDACTED]	
[REDACTED] [REDACTED]	
[REDACTED]  [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED]  [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED]  [REDACTED]  [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED]	

<p>[REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p>	
---	--