

Marja Isotalo, Janika Kokko, Kirsi Pokela

MIELENTERVEYSPOTILAAN TRIAGE ENSIHOITON

Triagelomake mielenterveyspotilaan tilan arviointiin ja kuljetuspäätöksen tekemiseen ensihoidossa

MIELENTERVEYSPOTILAAN TRIAGE ENSIHOITON

Triagelomake mielenterveyspotilaan tilan arviointiin ja kuljetuspäätöksen tekemiseen ensihoidossa

Marja Isotalo, Janika Kokko & Kirsi
Pokela
Opinnäytetyö
Syksy 2018
Ensihoidon tutkinto-ohjelma
Oulun ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Oulun ammattikorkeakoulu
Ensihoidon tutkinto-ohjelma

Tekijät: Marja Isotalo, Janika Kokko, Kirsi Pokela

Opinnäytetyön nimi: Mielen terveyspotilaan triage ensihoitoon

Työn ohjaaja: Pirkko Suua, Paula Kotivesi

Työn valmistumislukukausi ja -vuosi: Syksy 2018

Sivumäärä: 33+3

Mielen terveyspotilaan kohtaamiseen ensihoidossa ei ole olemassa selkeää protokollaa ja ensihoitajat ovat kokeneet mielen terveyspotilaat haastavaksi potilasryhmäksi. Protokolla mielen terveyspotilaan kohtaamiseen on ensihoitajille tehtyjen kyselyjen perusteella tarpeellinen.

Opinnäytetyönä haluttiin luoda mielen terveyspotilaiden haastattelua ja tilanarviota helpottava lomake. Lomake haluttiin kohdentaa vastavalmistuneille ensihoitajille sekä ensihoitajaopiskelijoille. Tavoitteeksi asetettiin helppokäyttöinen ja selkeä, mutta myös kattava lomake haastattelun tueksi. Lomakkeen avulla oli tarkoitus myös helpottaa työdiagnoosiin pääsemistä. Pidempiaikaiseksi tavoitteeksi asetettiin mielen terveyspotilaan hoidon laadun kehittäminen.

Tietoperustassa käsitellään yleisimpiä ensihoidon kohtaamia akuutteja mielen terveyden ongelmia; skitsofrenia, muut psykoosit ja itsetuhoisuus. Lisäksi avataan mielen terveyspotilaan kohtaamista ensihoidossa ja siihen liittyvää lainsäädäntöä. Tiedon hankinnassa on käytetty uusinta kirjallisuutta ja tutkimuksia aiheesta. Itse tuotteen suunnittelussa on käytetty mallina australialaista päivystykselle tarkoitettua triagelomaketta.

Opinnäytetyön tuloksena aikaansaatii triagelomake mielen terveyspotilaan kohtaamiseen ensihoidossa. Triagelomake sisältää esitietokysymykset, jotka jokaiselta mielen terveyspotilaalta tulisi selvittää. Lisäksi siitä löytyy taulukko oireista, jotka ovat värikoodattu (vihreä, keltainen, punainen) oireiden vakavuusasteiden mukaan. Valmis lomake tulee opiskelumateriaaliksi opinnäytetyön tilaajalle Oulun ammattikorkeakoululle.

Triagelomaketta testattiin ensihoitajaopiskelijoilla simulaatiotilanteessa. Saadun palautteen perusteella lomake koettiin selkeäksi sekä hyödylliseksi apuvälineeksi niin opintoihin kuin työelämäänkin. Jatkokehitysideaksi ajateltiin triagelomakkeen muuttamista sähköiseen muotoon, jolloin sen voisi helposti liittää osaksi sähköistä ensihoidokertomusta. Triagelomaketta voisi muokata ensihoidon lisäksi sopivaksi myös muille terveydenhuollon toimijoille.

Asiasanat: ensihoito, mielen terveyspotilas, psykoosi, masennus, itsetuhoisuus, skitsofrenia, mielen terveyslaki, triage, lomake

ABSTRACT

Oulu University of Applied Sciences

Degree programme, option: Degree Programme in Prehospital Emergency Care

Authors: Marja Isotalo, Janika Kokko, Kirsi Pokela

Title of thesis: Triage for Mentally Ill Patients in Prehospital Emergency Care

Supervisor(s): Pirkko Suua, Paula Kotivesi

Term and year when the thesis was submitted: Autumn 2018 Number of pages: 33+3

Currently there is no clear protocol for treating mentally ill patients in prehospital emergency care and paramedics find mentally ill patients to be a demanding patient group. According to surveys, there is need for a clear protocol for this patient group.

The aim of the Bachelor's Thesis was to create a question form to ease the interview and assessment of mentally ill patients in acute situation. Our form was targeted for newly graduated paramedics and paramedic students. The goal was to make the form clear and easy to use but still thorough to support the interview of the patient. The aim was to ease the determining in to working diagnosis also. The long-term goal is to improve the treatment of mentally ill patients.

In the theoretical base there is an introduction of the most common acute mental illnesses faced in the prehospital emergency care; schizophrenia, other psychosis' and self-destructiveness. There is also a presentation of the current theoretical knowledge about facing mentally ill patients and legislation concerning it. The theoretical base is build on literature and studies made on the matter. An Australian triage form, made for the hospital's emergency care, was used as a base for the product.

As a result of the project is a color-coded triage form for mentally ill patients in prehospital emergency care. The triage form contains questions about patient's basic information, which should always be asked. There is also a chart of different symptoms which are color-coded (green, yellow, red) based on the severity of the symptoms. The finished form will be used for paramedic education in Oulu University of Applied Sciences.

The form was tested on paramedic students in simulation teaching. Based on received feedback from the students the form was considered to be clear and useful help in studies and in working life. For the future is recommended the transform the triage form for the computer to be used in work life in an ambulance. The form could also be transformed to be useful also in other health care units, such as emergency room.

Keywords: emergency care, mental patient, psychosis, depression, self-destruction, schizophrenia, mental health law, triage, evaluation form

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	6
2	AKUUTIT MIELENTERVEYDENHÄIRIÖT	7
	2.1.1 Skitsofrenia	7
	2.1.2 Muut psykoosit	8
	2.1.3 Itsetuhoisuus	10
3	MIELENTERVEYSPOTILAITA KOSKETTAVAA LAINSÄÄDÄNTÖÄ	12
	3.1 Mielenterveyslaki ja tahdosta riippumaton hoito	12
	3.2 Laki potilaan asemasta ja oikeuksista	14
	3.3 Päihdehuoltolaki	15
	3.4 Lastensuojelulaki	15
4	MIELENTERVEYSPOTILAAN KOHTAAMINEN	17
	4.1 Potilaan haastattelu ja arviointi	18
	4.2 Potilaan toiminta ja ajattelu arvioinnin kohteena	19
	4.3 Potilaan ulkoinen olemus ja elinympäristö arvioinnin kohteena	20
5	PROJEKTIN TAVOITTEET JA SUUNNITTELU	21
	5.1 Tausta ja tavoitteet	21
	5.2 Projektin suunnittelu	21
6	PROJEKTIN TOTEUTUS JA ARVIOINTI	23
	6.1 Lomakkeen laatiminen	23
	6.2 Arviointi	25
	6.3 Palautekaavakkeen tulokset	25
	6.3.1 Ryhmä 1	25
	6.3.2 Ryhmä 2	26
	6.3.3 Ryhmä 3	26
	6.3.4 Avoimet kysymykset	26
7	POHDINTA	28
	7.1 Jatkoehdotukset	29
	LÄHTEET	31
	LIITTEET	34

1 JOHDANTO

Opinnäytetyömme konkreettisena tulostavoitteena on luoda triagelomake selkeyttämään mielenterveyspotilaiden haastattelua ja hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arviointia ensihoidossa. Lomake on tarkoitettu ensisijaisesti Oulun ammattikorkeakoulun ensihoitajaopiskelijoille opiskelumateriaaliksi ja hyödynnettäväksi etenkin koulun simulaatioharjoituksissa, sekä mahdollisesti myös tulevassa työelämässä. Triagelomakkeesta ensihoitaja saa apua siihen, mitä asioita mielenterveyspotilaasta tulee ensihoitotilanteessa arvioida sekä saa suuntaa, kuinka kiireellistä hoitoa potilas tarvitsee.

Ensihoidossa ei ole selkeää yhtenäistä protokollaa mielenterveyspotilaiden kohtaamiseen ja mielenterveyspotilaiden kohtaamisesta ensihoidossa on tehty vasta vähän tutkimustyötä. Ensihoitopas käsittelee mielenterveyspotilaan hoitoa lähinnä ensihoitajien työturvallisuuden ja potilaiden aggressiivisen käytöksen kannalta (Ensihoito-opas.2016. 298). Mielenterveyspotilaita hoidetaan oman kokemuksen ja taustan sekä potilaan sen hetkisen tilan mukaisesti. Mielenterveyspotilaita käsittelevissä opinnäytetöissä on mainittu, että yhtenäistä käytäntöä mielenterveyspotilaiden kohtaamiseen ei tällä hetkellä ole ja sille olisi tarvetta ensihoidokentällä (Takamäki. 2016. 6. Viitattu 7.11.2018). Monet ensihoitajat, etenkin vasta aloittaneet, pitävät mielenterveyspotilaiden kohtaamista haasteellisena.

Ensihoitopalvelu on muuttunut viime vuosikymmenien aikana ja muutoksia alaan on näkyvissä; ensihoitajien osaamisvaatimukset ovat yhä laajemmat ja hoidon tarpeen arvioinnin merkitys kasvaa jatkuvasti. Väestön ikääntyessä ja päivystysten ruuhkautuessa korostuu yhä enemmän ensihoitajien kyky ohjata potilaita oikeanlaiseen jatkohoitoon ja arvioida sitä, tarvitseeko potilas kuljetusta. (Pyhälä. 2017. 26-27. Viitattu 7.11.2018).

Triagelomakkeen tarkoituksena on parantaa mielenterveyspotilaiden saamaa hoitoa ja hoitoon ohjautuvuutta sekä helpottaa ensihoitajan työtä. Tärkeää olisi, että mielenterveyspotilaiden kohtaamiseen saataisiin yhtenäisempi käytäntö ja heidän hoidon tarpeensa arvioitaisiin samalla tavalla riippumatta ensihoitajan kokemus- tai koulutustaustasta. Opinnäytetyöllämme haluamme tehdä alustavaa työtä kohti tätä tavoitetta.

2 AKUUTIT MIELENTERVEYDENHÄIRIÖT

Kaikkiin psykooseihin liittyy vahvasti todellisuuden tajun hämärtyminen ja se ilmenee tavallisimmin erilaisina harha-aistimuksina eli hallusinaatioina sekä harhaluuloina eli deluusioina. Psykoottisen henkilön on vaikeaa erottaa mikä on totta ja mikä ei. Psykoottiselle henkilölle ominaista on puheen hajanaisuus sekä poikkeava psykomotorinen käyttäytyminen. Muita oireita voivat olla muun muassa negatiiviset oireet, kognitiivisen toimintakyvyn heikentyminen, masennus sekä mania. Negatiivisiin oireisiin kuuluu esimerkiksi tunneilmaisun köyhtyminen, vetäytyminen sosiaalisista kontakteista sekä yleinen tahdottomuus. Psykooseja on erilaisia ja niiden taustalla olevat syyt ovat hyvin moninaisia. Psykoosien kesto vaihtelee lyhyestä jatkuvaan ja sen voi laukaista monet erilaiset taustatekijät. Skitsofrenia on ylivoimaisesti yleisin psykoosin aiheuttaja, mutta on olemassa myös joukko muita psykooseja. Seuraavissa kappaleissa kerrotaan lyhyesti skitsofreniasta sekä muista psykooseista. Näiden lisäksi psykoosin taustalla voivat olla myös jotkin ruumiilliset sairaudet tai päihteiden ja lääkkeiden käyttö. (Lönqvist, Henriksson & Partonen 2014, 65, 198-203)

2.1.1 Skitsofrenia

Skitsofreniaan sairastuu noin 1% suomalaisista. Skitsofrenia on vakava psyykinen sairaus ja siihen sairastutaan useimmiten nuorella aikuisiällä. (Lönqvist ym. 2014, 137) Sairauden katsotaan puhkeavan sisäisen tai ulkoisen stressireaktion seurauksena henkilöllä, jolla on sairaudelle perinnöllinen tai varhaisen kehityksen aikana syntynyt alttius. Laukaiseva tekijä voi olla jokin henkisesti kuormittava tilanne elämässä tai esimerkiksi huumausaineiden käyttö. Lähisukulaisella esiintyvä skitsofrenia on tärkein sairautta ennustava riskitekijä. (Käypä hoito. 2015. Viitattu 17.1.2018.)

Skitsofrenia on monimuotoinen sairaus ja siihen liittyy paljon erilaisia oireita. Oireet vaihtelevat yksilöllisesti ja sairauden eri vaiheiden aikana. Sairauden tavallisimpia oireita ovat erilaiset hallusinaatiot eli aistiharhat ja deluusiot eli harha-ajatukset. Hallusinaatioista yleisimpiä ovat erilaiset kuuloharhat, jotka voivat olla syyttäviä ja kommentoivat potilaan tekemisiä. Skitsofreniata sairastavalla voi ilmetä myös näköharjoja ja harvemmin haju-, tunto- ja makuharjoja. Ongelmallisia hallusinaatioista tekee se, että potilaan on yleensä hankala erottaa ne todellisuudesta. Harha-ajatuksista yleisimpiä ovat paranoidiset eli vainoharhaiset deluusiot ja niin sanotut suhteuttamisharhaluulot. Para-

noidisille deluusioille ominaista on perusteettomat pelot vainotuksi tai vakoilluksi tulemisesta ja suhteuttamisharhaluuloissa potilas tulkitsee väärin ympäristön viestejä kuten ihmisten eleitä ja voi ajatella esimerkiksi uutisten puhuvan juuri hänestä itsestään. Vaikeita harhaluuloja skitsofreniaa sairastavalla voivat olla esimerkiksi ajatus siitä, että hänen ajatuksiaan luetaan tai, että joku ulkopuolinen voima ohjailee hänen toimiaan. Muita skitsofrenian oireita voivat olla ajatusten rakenteen ja puheentuoton häiriöt, kykenemättömyys spontaaniin toimintaan ja yleinen tahdottomuus, tunneelämän ja tunne ilmaisun vaikeudet sekä keskushermoston toiminnan häiriöt eli neuropsykologiset vaikeudet. (Lääkärikirja. 2016. Viitattu 17.1.2018) Skitsofrenian oireet voidaan jakaa positiivisiin ja negatiivisiin oireisiin. Positiivisia oireita ovat esimerkiksi aistiharhat, harhaluulot sekä puheen ja käyttäytymisen hajanaisuus. Negatiivisia oireita ovat tunteiden latistuminen, puheen köyhtyminen, tahdottomuus, kyvyttömyys tuntea mielihyvää, vetäytyminen ihmissuhteista ja sosiaalisista kontakteista. (Käypähoito. 2015. Viitattu 17.1.2018.)

Sairauden ehkäisyssä tärkeintä on psykoosin ennako- eli prodromaalioireiden tunnistaminen sekä jo oireilevien varhainen hoitaminen. Prodromaalioireet voidaan jakaa alkuvaiheeseen ja välittömään riskivaiheeseen. Alkuvaiheen oireita ovat oudot subjektiiviset kokemukset ajattelussa, motorikassa ja havainnoissa. Välittömässä riskivaiheessa tyypillisiä ovat lievät positiiviset psykoosioireet tai lyhytaikaiset psykoositilat. Ennako-oireiden aikana esiintyy yleensä myös masentuneisuutta ja ahdistuneisuutta. (Käypähoito. 2016. Viitattu 17.1.2018.) Noin kolmella neljästä skitsofreniaan sairastuneesta esiintyy jonkinlaisia prodromaalioireita ennen sairauden puhkeamista. Oireiden varhaisella tunnistamisella ja hoitoon ohjauksella tässä vaiheessa voidaan estää tai viivästyttää sairauden puhkeamista sekä lievittää sen voimakkuutta. Prodromaalioireita ilmenee myös skitsofrenian myöhemmissä vaiheissa ja ne voivat ennakoida uutta psykoosijaksoa. Tässä vaiheessa hoitoon hakeutuminen voi estää pidemmän sairaalahoitoa vaativan sairausjakson. (Lääkärikirja. 2016. Viitattu 17.1.2018)

2.1.2 Muut psykoosit

Skitsofrenian lisäksi on joukko muita psykooseja, jotka voivat olla psykoottisen käyttäytymisen taustalla. Tässä kappaleessa esitellään näistä lyhyesti skitsofreenistyyppinen häiriö, skitsoaffektiivinen häiriö, harhaluuloisuushäiriö, psykoottinen depressio ja lyhytkestoinen psykoottinen häiriö sekä päihdepsykoosi ja ruumiillisen häiriön aiheuttama psykoosi.

Skitsofreenistyyppinen häiriö on nimensä mukaisesti oirekuvaltaan samankaltainen kuin skitsofrenia, mutta lyhytkestoisempi. Skitsofreenistyyppiselle häiriölle on ominaista lyhytkestoiset psykoosijaksot, joiden keskeisimpänä oireena ovat harhaluulot eli deluusiot. Muita oireita ovat esimerkiksi aistiharhat, hajanainen puhe, poikkeava psykomotorinen käyttäytyminen ja negatiiviset oireet. Häiriön diagnosointiin vaaditaan, että oireilu on kestänyt kokonaisuudessaan vähintään kuukauden ajan, mutta ei enempää kuin kuusi kuukautta. Skitsofreenistyyppisen häiriön ennuste on parempi kuin skitsofreniassa, mutta skitsofreenistyyppinen häiriö ennustaa usein myöhemmin puhkeavaa skitsofreniaa. Skitsofreenistyyppinen häiriö onkin harvoin potilaan lopullinen diagnoosi vaan muuttuu usein skitsofreniaksi tai skitsoaffektiiviseksi häiriöksi muutaman vuoden sisällä. (Lönnqvist ym. 2014, 201)

Skitsoaffektiivisessä häiriössä vaihtelevat saman sairausjakson aikana sekä skitsofrenialle tyypilliset psykoosijaksot, että mielialahäiriöjaksot eli vakavat masennus- tai maniajaksot. Skitsoaffektiivinen häiriö on usein hankala erottaa skitsofreniasta, kaksisuuntaisesta mielialahäiriöstä ja psykoottisesta masennuksesta. Skitsoaffektiivisen häiriön diagnoosiin vaaditaan, että sairausjakson aikana skitsofreniaan tyypillisiä psykoottisia oireita on esiintynyt vähintään kahden viikon ajan ilman vakavia mielialaoireita. (Lönnqvist. 2014, 203-205; Lääkärikirja. 2016. Viitattu 1.2.2018)

Harhaluuloisuushäiriössä nimensä mukaisesti keskeisenä oireena ovat harhaluulot eli deluusiot. Harhaluuloisuus voi muuttua psykoottiseksi, jos henkilö alkaa tulkita ympäristöään omien harhaluulojensa ja uskomustensa kautta yhä laajemmin. Tästä seuraa, että henkilön todellisuus vääristyy ja sattumanvaraisetkin tapahtumat liitetään osaksi omia epätodellisia uskomuksia. Harhaluulot voivat rakentua monien erilaisten uskomusten varaan ja niillä saattaa olla osittain myös todellista pohjaa. Harhaluulot ovat useimmiten vainoavia, mutta niiden sisältö saattaa olla myös esimerkiksi mustasukkaista tai suuruuskuvitelmiin perustuvaa. Häiriö on yleensä melko helppoa diagnosoida, jos potilas tuo harhaluulonsa avoimesti esille. Diagnosointiin vaaditaan, että harhaluuloja on ollut vähintään kolmen kuukauden ajan. (Lönnqvist ym. 2014, 206-208)

Psykoottisessa depressiossa yhdistyy vaikea masennus ja harhaluulot tai harhanäkemykset. Tällaisten potilaiden kohdalla tulee huomioida suuri itsemurhariski. (Hietaharju & Nuutila 2016, 85)

Lyhytkestoinen psykoottinen häiriö on kestoaltaan vähintään vuorokauden mutta alle kuukauden mittainen. Tähän häiriöön liittyy kaikki tyypilliset psykoosin oireet ja usein oireilua on edeltänyt jokin

voimakas stressitekijä. Psykoosi voi olla yksittäinen jakso ihmisen elämässä ja toimintakyky palaa tämän jälkeen normaaliksi. (Hietaharju ym. 2016, 86) Lyhyt kestoisia psykooseja voivat olla esimerkiksi synnytyksen jälkeinen psykoosi, päihteistä tai ruumiillisesta sairaudesta aiheutuva psykoosi. (Lönnqvist ym. 2014, 199) Psykoosioireita aiheuttavia somaattisia sairauksia voivat olla esimerkiksi Alzheimerin tauti, Lewyn kappale –tauti, Parkinsonin tauti, epilepsia, MS-tauti ja jotkin perinnölliset sairaudet. (Lönnqvist ym. 2014, 215)

Päihdepsykoosit ovat joko alkoholin, huumausaineiden tai lääkkeiden aiheuttamia psykoottisia tiloja. Alkoholipsykooseihin kuuluu Delirium tremens eli "juoppohulluus", joka aiheutuu pitkäaikaisen runsaan alkoholin käytön äkillisen lopettamisen seurauksena. Näkö- ja tuntoharhat, ajan- ja paikantajun hämartyminen sekä kiihtymys- ja pelkotilat liittyvät vahvasti tähän tilaan. Muita oireita voivat olla ruokahaluttomuus, levottomuus, ärtyneisyys, unihäiriöt, vapina, hikoilu, kehon lämpötilan nousu, pupillien laajeneminen, ripuli, kasvojen punoitus tai kalpeus sekä kouristelut. Muita alkoholipsykooseja ovat alkoholiharhaisuus ja alkoholiparanoia. Alkoholiharhaisuudessa esiintyy aistiharhoja, mutta ei varsinaisia deliriumoireita ja alkoholiparanoia ilmenee vainoharhaisuutena ja esiintyy vain alkoholin vaikutuksen alaisena toisin kuin muut alkoholipsykoosit. Huumausainepsykoosit esiintyvät pitkäaikaisen huumeidenkäytön tai yliannostuksen seurauksena. Kannabis ja amfetamiini ovat esimerkkejä huumausainepsykoosien aiheuttajista. Nämä psykoosit ovat lyhytaikaisia ja ohimeneviä. Lääkeainepsykooseja voivat aiheuttaa esimerkiksi rauhoittavat eli sedatiiviset lääkkeaineet ja kortisoni suurina annoksina ja pitkään käytettynä. (Hietaharju ym. 2016, 87-88)

2.1.3 Itsetuhoisuus

Itsetuhoinen henkilö aiheuttaa itselleen vahinkoa joko tiedostaen tai tiedostamattaan. Itsetuhoista käytöstä on esimerkiksi itsensä pahoinpitely, uhkarohkea käyttäytyminen ja varomattomuus, päihteiden väärinkäyttö ja syömishäiriöt. Itsetuhoisuuden taustalla ovat usein erilaiset mielenterveyden ongelmat, kuten masennus tai kaksisuuntainen mielialahäiriö. Psykoosissa oleva ihminen saattaa kuulla esimerkiksi ääniä, jotka käskvät tekemään itselleen jotain pahaa. Itsetuhoisuus voi olla joko suoraa tai epäsuoraa. Itsemurha-ajatukset, yritykset ja itsemurhat ovat suoraa itsetuhoisuutta. Epäsuora itsetuhoisuus voi olla pitkäaikaista ja jatkuvaa välinpitämättömyyttä itseään kohtaan, riskien ottamista ja itsensä asettamista vaarallisiin tilanteisiin. Itsemurhan vaara tulee ottaa aina huomi-

oon, jos henkilöllä on siihen viittaavia riskitekijöitä, joita ovat muun muassa masennus tai muu mielialahäiriö, psykoosi, päihdeongelmat, aiemmat itsemurhayritykset, vaikeat kriisit elämässä, yksinäisyys, syrjäytyminen, epäsosiaalinen käyttäytyminen, toivottomuus ja ahdistuneisuus (Hietaharju ym. 2016, 105-109)

3 MIELENTERVEYSPOTILAITA KOSKETTAVAA LAINSÄÄDÄNTÖÄ

Mielenterveyspotilaita ja heitä hoitavia työntekijöitä varten laissa on voimassa vuonna 1991 säädetty mielenterveyslaki. Se määrittää mielenterveystyön toiminnan ja järjestelmän periaatteet, potilaiden oikeudet, tahdosta riippumattoman hoitoon määräämisen erityisasetukset sekä hoitohenkilökunnan oikeudet rajoittaa potilaan perusoikeuksia. Mielenterveyslakia ollaan uudistamassa tällä hetkellä. Muita lakeja jotka, koskettavat mielenterveyspotilaita ovat laki potilaan asemasta ja oikeuksista, päihdehuoltolaki ja lastensuojelulaki. (Kuisma ym. 2017. 692.)

3.1 Mielenterveyslaki ja tahdosta riippumaton hoito

Mielenterveystyöllä tarkoitetaan henkilön psyykkisen hyvinvoinnin, persoonallisuuden ja toimintakyvyn tukemista ja mahdollista parantamista mielenterveysongelmista kärsivillä. Lisäksi siihen kuuluu elinolosuhteiden kehittäminen niin, että ne ehkäisevät mielenterveysongelmia myös muilla ihmisillä. Mielenterveystyön yleinen suunnittelu, ohjaus ja valvonta kuuluvat sosiaali- ja terveysministeriölle, kun taas aluehallintovirastolle se kuuluu toimialueellaan sekä erityisesti itsemääräämisoikeuden rajoituksen käytön valvonta. (Mielenterveyslaki 1116/1990 1-2§)

Ensihoidon osalta tärkein kohta mielenterveyslaista on tahdosta riippumattoman hoidon kriteerien ensimmäinen osa, jolla potilaasta voidaan tehdä M1-lähetä. Täysi-ikäinen henkilö voidaan määrätä tahdostaan riippumatta psykiatriseen sairaalahoitoon seuraavien kolmen kriteerin täytyessä yhtä aikaa:

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

Alaikäinen henkilö voidaan määrätä tahdosta riippumatta psykiatriseen sairaalahoitoon samoin kriteerein kuin täysi-ikäinen, mutta kohdassa yksi riittää mielisairauden sijaan vakava mielenterveyden häiriö. Vakavaksi mielenterveyden häiriöksi luokitellaan häiriöt, jotka vaarantavat ala-ikäisen kasvua ja kehitystä kuten anoreksia. (Mielenterveyslaki 1116/1990 8§)

Kun tahdosta riippumattoman hoidon kolme kriteeriä täyttyvät, virkasuhteessa oleva lääkäri tekee M1-tarkkailulähetteen potilaan hoidon tarpeesta ja potilas kuljetetaan sairaalaan tutkittavaksi. Jos lääkäri on tutkittuaan yhä sitä mieltä, että tahdosta riippumattoman hoidon kriteerit täyttyvät, hän voi määrätä potilaan tarkkailuun enintään neljäksi päiväksi psykiatriseen sairaalaan. Viimeistään neljäntenä päivänä tarkkailua on sitä vastaavan lääkärin tehtävä M2-tarkkailulausunto. Lopuksi psykiatrisen sairaalan ylilääkäri arvioi tilanteen uudelleen tarkkailulähetteen, tarkkailulausunnon ja sairauskertomuksen perusteella ja antaa kannanoton siitä, onko tahdosta riippumattomalle hoidolle edellytyksiä. Jos on, lääkäri kirjoittaa M3-päätöksen, josta potilaalle on ilmoitettava välittömästi. Jos edellytykset tahdosta riippumattomalle hoidolle eivät jossakin vaiheessa hoitoa täyty ennen M3-päätöstä, tulee potilaalle antaa lupa poistua tarkkailusta ja sairaalasta. (Mielenterveyslaki 1116/1990 9-12§)

Tahdosta riippumattoman hoidon aikana potilaan itsemääräämisoikeutta ja perusoikeuksia voi rajoittaa potilaan tai muiden turvallisuuden ollessa uhattuna, mutta vain pienimmällä mahdollisella tilanteen vaatimalla tavalla. Rajoitusten pitää olla turvallisia ja kunnioittaa ihmisarvoa. Potilasta voidaan kieltää poistumasta sairaalasta tai tietyn hoitoyksikön tiloista. Jos potilas poistuu ilman lupaa tai luvan saatuaan jättää palaamatta, hänet voidaan noutaa takaisin virka-avulla. Hoitohenkilökunta saa käyttää pienimmässä mahdollisessa määrässä voimakeinoja potilaan siirtämisessä tai poistumisen estämisessä. Jos potilaalla epäillään olevan hallussa päihteitä, huumeita tai turvallisuutta vaarantavia aineita tai esineitä, saadaan hänellä käytössä olevat tilat ja hallussa oleva omaisuus tarkistaa ja ottaa tarvittaessa toimintayksikön talteen. Omaisuus on tarkistettava kahden laitoksen hoitohenkilökuntaan kuuluvan henkilön läsnä ollessa ja hoidon päätyttyä omaisuus on palautettava potilaalle. (Mielenterveyslaki 1116/1990 22§)

Poliisin tavattaessa tai saatuaan tiedon henkilöstä, joka todennäköisesti tarvitsee tahdosta riippumattomaa hoitoa, on poliisin ilmoitettava kyseisestä henkilöstä terveyskeskukseen. Kiireellisessä tapauksessa poliisi on velvollinen toimittamaan kyseisen henkilön välittömästi terveyskeskukseen. Poliisi on myös velvollinen avustamaan kuljetuksessa ensihoitajaa tai muuta ammattikoulutuksen saanutta saattajaa potilaan väkivaltaisuuden tai muun vastaavan syyn takia, jos potilaalla on tarkkailulähete tai hän on kuljetettavana saamaan tarkkailulähetettä. (Mielenterveyslaki 1116/1990 30-31§)

3.2 Laki potilaan asemasta ja oikeuksista

Jokaisella Suomessa asuvalla henkilöllä on potilaana oikeus saada laadukasta hoitoa. Tämä tarkoittaa sitä, että potilasta ei saa syrjiä sekä hänen ihmisarvoaan ja yksityisyyttään tulee kunnioittaa. Potilaan äidinkieli ja yksilölliset tarpeet ja kulttuuri tulee ottaa hoidossa huomioon mahdollisuuksien mukaan. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992 3§.)

Potilaalle on annettava tietoa hänen hoitoon liittyvistä seikoista, kuten selvitys terveydentilasta, hoidon merkityksestä, niiden vaikutuksista ja hoitovaihtoehtoista. Tieto tulee antaa niin, että potilas ymmärtää sen sisällön. Jos tiedon anto ei onnistu omalla kielitaidolla, pitää huolehtia tulkkauksen saamisesta mahdollisuuksien mukaan. Tietoa ei tule antaa vasten potilaan tahtoa, tai jos sen antamisesta koituu vaaraa potilaan hengelle tai terveydentilalle. Potilaalla on oikeus tarkistaa potilasasiakirjat. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992 5§.)

Potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Mikäli täysi-ikäinen potilas ei mielenterveyshäiriön tai muun syyn vuoksi pysty päättämään hoidoistaan, tärkeiden hoitopäätöskien kohdalla on kuultava hänen laillista edustajaansa, lähiomaista tai muuta läheistä henkilöä. Jos tästä ei saada selvitystä, on potilasta hoidettava tavalla, jonka ajatellaan olevan hänen henkilökohtaisen etunsa mukaista. Kiireellisessä tilanteessa on annettava hoitoa, vaikka potilaan tahdosta ei olisi tietoa esimerkiksi tajuttomuuden vuoksi. Jos potilas on kuitenkin aiemmin määritellyt hoitotahdon, ei sen vastaista hoitoa saa antaa. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992 6§, 8§.)

Potilasasiakirjoja tai niihin sisältyviä tietoja ei saa antaa sivulliselle ilman potilaan tai hänen laillisen edustajansa kirjallista suostumusta. Poikkeuksena, esimerkiksi potilaan ollessa tajuton, tietoja voidaan luovuttaa potilaan läheiselle, jollei ole syytä olettaa, että potilas tämän kieltäisi. Lisäksi terveydenhuollon ammattihenkilö, terveydenhuollontoimintayksikössä työskentelevä tai sen tehtäviä suorittava henkilö saa salassapitovelvollisuuden estämättä ilmoittaa poliisille välttämättömät tiedot henkeen tai terveyteen kohdistuvan uhan mahdollisuudesta, jotta teko voidaan estää. Salassapitovelvollisuus säilyy palvelusuhteen tai tehtävän päättymisen jälkeenkin. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992 13§.)

3.3 Päihdehuoltolaki

Päihdehuoltolain tarkoituksena on vähentää ja ehkäistä päihteiden ongelmakäyttöä ja niihin liittyviä terveyshaittoja. Päihteiden ongelmakäyttäjää voidaan määrätä tahdosta riippumattomaan hoitoon, jos vapaaehtoisuuteen perustuvat hoitomuodot eivät ole mahdollisia tai ovat osoittautuneet riittämättömiksi tai jos

- 1) ilman päihteiden käytön keskeyttämistä ja asianmukaista hoitoa henkilölle on aiheutunut sairauden tai vamman johdosta välitön hengenvaara tai kiireellistä hoitoa vaativa terveydellinen vaurio (terveysvaara) tai
- 2) päihteiden käytön vuoksi henkilö väkivaltaisella tavalla vakavasti vaarantaa perheensä tai muun henkilön terveyttä tai turvallisuutta.

Jos päihdeongelmaisella on kyseessä terveysvaara, voi vastaava terveyskeskuslääkäri tai asianomainen ylilääkäri määrätä toisen lääkärin antaman lääkärinlausunnon perusteella henkilön tahdosta riippumattomaan hoitoon enintään viideksi vuorokaudeksi. Edellä mainitut kohdat eivät ole sovellettavissa alle 18-vuotiaaseen henkilöön ilman erityistä syytä. (Päihdehuoltolaki 41/1986 1§, 10§, 11§.)

3.4 Lastensuojelulaki

Lastensuojelulain tarkoituksena on turvata lapselle oikeus turvalliseen kasvuympäristöön, tasapainoiseen ja monipuoliseen kehitykseen ja erityiseen suojeluun. Lapsen kasvamisesta ja kehityksestä ovat ensisijaisesti vastuussa lapsen vanhemmat tai muu huoltaja. Lasten ja perheiden kanssa toimivien viranomaisten on tuettava vanhempia ja huoltajia heidän kasvatustehtävässään ja tarpeen vaatiessa tarjota apua riittävän varhain ja ohjata lapsi sekä perhe lastensuojelun pariin. (Lastensuojelulaki 417/2007 1-2§.)

Lapsesta tulee lastensuojelun asiakas, kun sosiaalityöntekijä on arvioinut, että

- 1) lapsen kasvuolosuhteet ovat vaarantuneet eivätkä turvaa lapsen kasvua ja kehitystä; tai
- 2) lapsi omalla käyttäytymisellään vaarantaa terveyttään ja kehitystään; ja
- 3) lapsi tarvitsee lastensuojelulain mukaisia palveluja ja tukitoimia

Muun muassa sosiaali- ja terveydenhuolto, palo- ja pelastustoimi, poliisitoimi ja hätäkeskustoimintaa harjoittava yksikkö ovat työaikana viipymättä velvollisia ilmoittamaan salassapitosäännösten

estämättä sosiaalitoimelle lapsesta, jonka hoidon ja huolenpidon tarve, kehitystä vaarantavat olosuhteet tai oma käyttäytyminen edellyttää mahdollista lastensuojelutarpeen selvittämistä. (Lastensuojelulaki 417/2007 25§, 27§.)

Lapsen tulee saada riittävästi ja monipuolista ravintoa, lepoa, sään mukaiset vaatteet, huolenpitoa hygieniasta ja erityistarpeista kuten allergioista. Puutteelliseen huolenpitoon voi johtaa esimerkiksi vanhempien jaksamattomuus johtuen päihde- tai mielenterveysongelmasta tai useasta eri tekijästä. Lapsen oma käyttäytyminen voi vaarantaa kehitystä tai kasvua esimerkiksi runsaalla päihteiden käytöllä tai itsetuhoisuudella. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, viitattu 8.2.2018)

Sosiaalityöntekijällä tai muulla lastensuojelun työntekijällä on oikeus tavata lasta ilman huoltajan suostumusta, jos tämä on lapsen edun mukaista. Lapsen asiakirjoihin on kuitenkin merkittävä, jos lasta on tavattu vasten huoltajan suostumusta ja huoltajalle on ilmoitettava lapsen tapaamisesta, jollei se ole selvästi vasten lapsen etua. Lastensuojelua toteutettaessa on otettava myös huomioon lapsen oma mielipide ja toivomukset lapsen iän ja kehitystason edellyttämällä tavalla. Lapsen mielipide voidaan jättää selvittämättä vain, jos se vaarantaisi tämän terveyttä tai kehitystä tai olisi muutoin tarpeetonta. Mielipiteen selvittämisen yhteydessä lapselle ei saa antaa sellaisia tietoja, jotka voivat vaarantaa hänen kehitystään. (Lastensuojelulaki 417/2007 20§, 29§)

4 MIELENTERVEYSPOTILAAN KOHTAAMINEN

Ensihoidossa mielenterveyspotilaan kohtaaminen eroaa muista potilaista, sillä suurimmalla osalla mielenterveyspotilaista ei ole peruselintoiminnonhäiriötä. Hoidon tarpeen arviointi on kuitenkin osa ensihoitopalvelua. Psykiatrisen hoidon tarpeessa olevia potilaita kohdataan ensihoidossa lisääntyvästi, sillä sairaalapaikkoja vähennetään ja potilaiden hoitosuhteet lyhenevät. Muista potilaista psykiatriset potilaat poikkeavat myös siten, että usein he eivät ole hoidontarpeestaan samaa mieltä ja apua on mahdollisesti hälyttänyt omainen tai muu ulkopuolinen henkilö. (Kuisma, Holmstöm & Portan, 2017, 688).

Mielenterveyspotilaan kohtaamisen ja hoitoketjun aloittamisen tärkeimpiä kulmakiviä ovat potilaan ongelman syvä ymmärrys, potilaan luottamuksen voittaminen ja kyky luoda pohja potilaan jatkohoidolle (Shaban, 2009). Mielenterveyspotilaan kohtaamisessa tärkeää on sanavalintojen lisäksi ensihoitajan rauhallinen olemus. Potilas itse on usein eri mieltä hoidon tarpeestaan ja siksi on tärkeää päästä yhteisymmärrykseen hoidosta potilaan kanssa. Mielenterveyspotilaan kohtaamisessa kunnioittaminen ja ongelman vähättelyn välttäminen auttavat kontaktin luomisessa, sillä hoitaminen tapahtuu useimmiten puhumalla ja kuuntelemalla. (Kuisma, ym, 2017, 688-689)

Potilasta kohdatessa on tärkeää esitellä itsensä potilaalle selkeästi, kertoa oma nimi ja titteli sekä kysyä potilaalta, kuinka häntä voisi auttaa. Haastattelussa tulisi mahdollisuuksien mukaan hyödyntää omien havaintojen lisäksi aiempaa potilashistoriaa, sekä perheen, läheisten ja hoitajien antamia tietoja potilaasta ja hänen käytöksestään. Mikäli potilaan käytöksessä tai oireissa on muutoksia, riskit ja hoidon tarpeen kiireellisyys saattaa kasvaa. (Mental health for emergency departments – A reference guide, 2015. Viitattu 1.2.2018)

Haarakangas (1999, 184) kannustaa dialogiseen keskusteluun psykoottisen potilaan kanssa, jonka perusehto on, että keskustelun osanottajat sovittavat puheensa jatkuvasti muiden osallistujien kommentteihin. Yhteisen keskustelualueen saa luotua helpoiten muokkaamalla omaa puhetaapaansa. Yksi keino tähän on toistaa jokin osa toisen keskustelijan puheenvuorosta. Toinen keino on tulkintojen ja realisoinnin sijaan pyytää potilasta kertomaan lisää kuvaamistaan asioista. Potilaan kertomaa ei kannata nimetä oireeksi, ellei hän itse niin tee. (Haarakangas & Seikkula, 1999, 184).

4.1 Potilaan haastattelu ja arviointi

Potilaan tutkimukseen ja kliiniseen tilanarvioon tulee olennaisena osana kuulua potilaan mielentilan arvio (Shaban, 2009). Potilaan tilanarvion tulee olla systemaattinen ja luotettava; harvalla mielenterveyspotilaalle riittää yksi hoitokontakti ja sen vuoksi ensihoidon kohtaaminen on tärkeä ja vaikuttava tekijä jatkohoidon, hoidon jatkuvuuden ja hoitomyönteisyyden kannalta. Mielenterveyspotilaan ja mahdollisen psykoottisen potilaan arvioinnin tekee haastavaksi taudin monimuotoinen oirekuva ja taudinkulun suuri vaihtelevuus eri potilailla. Psykoottisella potilaalla on tyyppioireita, joista useamman oireen esiintyvyys pitkällä aikavälillä voi vahvistaa taudinkuvaa, mutta yksikin oire riittävän vahvana voi riittää diagnosoitavien kriteerien täyttymiseen. Skitsofrenian diagnosointiin käytetyt DSM-IV kriteerien mukaan mahdollisesti skitsofreniaa sairastavan oireisiin kuuluu:

--harhaluulot, aistiharhat, hajanainen puhe (esimerkiksi toistuva syrjähtely tai epäyhtenäisyys), pahasti hajanainen tai katatoninen käytös, negatiiviset oireet kuten affektien latistuminen, puheen köyhtyminen ja tahdottomuus. Yksikin tyyppioireista riittää silloin kun harhaluulot ovat hyvin eriskummallisia tai aistiharhat ovat henkilön käyttäytymistä tai ajatuksia jatkuvasti kommentoivia tai keskenään keskustelevia ääniä. (Huttunen, M; 2008, s.11).

Potilaan kohtaamisessa ja haastattelussa on tärkeää kiinnittää huomiota tilanteen joustavaan hoitamiseen, kiireettömään ja selkeään ympäristön luomiseen. Haastattelussa ja hoidon tarpeen arvioinnissa potilasta on hyvä pyytää kuvailemaan mitä on tapahtunut, minkä kautta potilaan tilannetta on helpompi ymmärtää. Näin potilaalle on myös helpompi antaa tukea ja vahvistaa realiteetteja. Potilaan on hyvä antaa puhua mahdollisimman pitkään tauotta, jotta ajatuksen loogisuutta pystytään arvioida. Haastattelurungossa on hyvä käyttää vastausvaihtoehtoiltaan sekä avoimia että suljettuja kysymyksiä. (Kuhanen, ym, 2012, 183).

Haastattelussa on hyvä käyttää lyhyitä, konkreettisia kysymyksiä ja ohjeita, jotta potilaan on helpompi käsitellä saamaansa informaatiota. ”Luja kädenpuristus, silmiin katsominen, selkeä ja mutkaton puhetyyli, sekä avoin ja rohkea terapeuttisesti tärkeiden asioiden puheeksi ottaminen ovat luottamusta herättäviä terapeutin toimintoja” kuvailee Haarakangas psykoottisen potilaan akuuttivaiheen kotihoidosta. (Haarakangas & Seikkula, 1999, 184). Mielenterveyspotilaan kohdalla on hyvä kertoa potilaalle tarkkaan mitä hänestä kirjataan hoitokertomukseen, kuka kirjauksen tekee ja miksi, miten arviointi tapahtuu, mikä haastattelijan rooli on ja kuka kertomuksen voi lukea. (Kuhanen, Oittinen, Kanerva, Seuri, Schubert, 2012, 184.)

Australialaisessa päivystykselle tehdyssä mielenterveyspotilaan triage-ohjeessa potilaan arviointia jaetaan tyypilliseen potilaskohtaamiseen ja kohtaamisessa toimimiseen, joista edelleen neljään osa-alueeseen: tarkkailu, tapahtuma, valvonta, toiminta ja pohdinta. Näillä keinon pyritään selvittämään mielenterveyspotilaan hoidon tarpeen kiireellisyys. Tarkkailulla tarkoitetaan potilaan toiminnan observointia, sanatonta viestintää, eleitä ja ympäristön vaikuttavia tekijöitä. Tapahtumilla tarkoitetaan potilaan konkreettista toimintaa; onko hän sanallisesti uhkaillut väkivallalla itseään tai muita kohtaan tai onko hän aiemmin käyttäytynyt väkivaltaisesti. Valvonnalla tarkoitetaan, millaista tarkkailua potilas tarvitsee; tuleeko häntä pitää silmillä taukoamatta terveydenhuollon ammattilaisen toimesta vai riittääkö läheisen tarkkailu kotona. Toiminnasta puhutaan hoitohenkilökunnan konkreettisina tekoina; tarvitaanko kenties vartijaa tai poliisia avuksi potilaan kanssa työskentelyyn. Lopuksi korostetaan muita huomioitavia asioita ja potilaan jatkohoidon pohdintaa, tulisiko esimerkiksi varautua potilaan lääkitsemiseen, vaikka hän ei kyseisellä hetkellä lääkitystä tarvitse. Kyseisessä ohjeessa potilaan luokittelu jaetaan viiteen kiireellisyysryhmään (TAULUKKO 1.). (Mental health for emergency departments – A reference guide, 2015. Viitattu 1.2.2018)

TAULUKKO 1. Potilaan luokittelu

1	Välitön hoidon tarve	välittömästi	Todennäköinen vaara itselle ja/tai muille
2	Hätätilapotilas	10 min	Todennäköinen vaara itselle tai muille
3	Kiireellinen hoidon tarve	30 min	Mahdollinen vaara itselle tai muille
4	Melko kiireellinen hoidon tarve	60 min	Melko kiireinen mielenterveysongelma
5	Kiireetön hoidon tarve	120 min	Ei vaaraksi itselle tai muille

4.2 Potilaan toiminta ja ajattelu arvioinnin kohteena

Psykoottisen potilaan arviointi on erityisen haastavaa, sillä potilaat voivat oirehtia hyvin eri tavoilla. Alku- tai uusiutumisvaiheessa potilas on usein ahdistunut ja pelokas, minkä vuoksi luottamus on erityisen isossa roolissa hoitosuhteen luomisessa. Potilaan käytös on usein järjestäytymätöntä häiriintyneen ajattelun vuoksi. Toisaalta potilas voi olla myös liikkumaton ja puhumaton ulkomaailmasta täysin eristäytyneenä. (Kuisma, ym, 2017, 688.)

Toiminnan arvioinnissa potilaasta voidaan arvioida puhetta, kontaktikykyä, psykomotoriikkaa, kykyä selviytyä jokapäiväisistä toiminnoista (hygienia, ruokailu, rahankäsittely), taloudellista tilannetta ja elinolosuhteita ja suhtautumista haastattelijaan (Kuhanen, ym, 2012, 184.) Psykkisen potilaan ajattelu voi olla epäloogista ja epäjohdonmukaista; sanojen, ajan ja paikan merkitys voi olla muuttunut tai vääristynyt. Potilas voi myös kokea, että jokin voima ohjailee tai käskyttää hänen toimintaansa, mikä lisää epäjohdonmukaisuutta ja pelokkuutta. (Kuisma, ym, 2017, 688.) Potilas voi kuitenkin ulospäin selkeistä oireista riippumatta kokea olonsa täysin normaaliksi eikä itse välttämättä koe tarvitsevansa hoitoa.

Potilaan ajattelua voidaan arvioida tarkkailemalla potilaan tajunnan tasoa, keskittymiskykyä ja viireystilaa, muistia (lähi- ja pitkäkestoinen), mielialaoireita, ahdistuneisuutta, realiteettitestauksella (aistiharhat ja harhaluulot, mm. epätavalliset kokemukset), ajatushäiriöiden ilmenemistä (ajatusten loogisuus ja ajatusten sisältö), orientaatiota aikaan, paikkaan ja itseensä, kognitiivisten ja negatiivisten oireiden esiintymistä, väkivalta- ja itsetuho-riskin esiintymistä sekä impulssikontrollia ja kykyä oman tilan arviointiin ja sairaudentuntoon. (Kuhanen, ym, 2012, 184.)

4.3 Potilaan ulkoinen olemus ja elinympäristö arvioinnin kohteena

Potilaan kliinisen tilan arvon lisäksi ensihoitajien työhön kuuluu potilaan elinympäristön ja sosiaalisen kyvykkyyden arviointi. Ensihoitajat ovat usein ainoita terveydenhuollon edustajia, jotka pääsevät näkemään potilaan elinolosuhteet ja arjessa suoriutumisen onnistumisen potilaan osalta. Näistä asioista onnistunut raportointi edelleen psykiatrille ja muulle hoitohenkilökunnalle auttaa potilaan tilan diagnosoinnissa ja jatkohoidon tarpeen arvioinnissa. (Shaban, 2009.)

Ulkoisesta olemuksesta voidaan arvioida potilaan kykyä pitää huolta itsestään; onnistuuko peseytyminen, ruokailu, nukkuminen talouden ylläpito ja muut arjen toiminnot, yleisvaikutelma ja somaattiset sairaudet mukaan lukien. Lisäksi potilaalta on hyvä kysyä yleisestä arjen rutiinien onnistumisesta; onnistuuko raha-asioiden hoitaminen, kaupassa käynti, onko potilaalla työ, opiskelu tai jokinlainen muu päivärhythmi. (Kuhanen, ym, 2012, 184.)

5 PROJEKTIN TAVOITTEET JA SUUNNITTELU

5.1 Tausta ja tavoitteet

Mielenterveyspotilaan kohtaamiseen ensihoidossa ei ole olemassa selkeää protokollaa ja ensihoitajat ovat kokeneet mielenterveyspotilaat haastavaksi potilasryhmäksi (Hiltunen & Pesälä. 2013; Rautio, Reinikainen & Seivi. 2014. Viitattu 3.12.2018). Myös mielenterveyspotilaat ovat kokeneet hoitajien tarvitsevan enemmän koulutusta (Manton. 2013). Ulkomailla on käytössä jo protokollia mielenterveyspotilaan arviointiin, mutta Suomessa tällaista ei vielä ole. (Takamäki. 2016, Viitattu 3.12.2018)

Opinnäytetyön tulostavoitteeksi asetettiin mielenterveyspotilaiden haastattelua ja tilanarviota helpottavan lomakkeen luominen. Lomake haluttiin kohdentaa vastavalmistuneille ensihoitajille sekä ensihoitajaopiskelijoille. Laatutavoitteena haluttiin helppokäyttöinen ja selkeä, mutta myös kattava lomake haastattelun tueksi. Lomakkeen avulla oli tarkoitus myös helpottaa työdiagnoosiin pääsemistä. Pidempiaikaiseksi kehitystavoitteeksi asetettiin mielenterveyspotilaan hoidon laadun parantaminen. Pitkällä aikavälillä myös potilaan ohjautuvuus oikeaan hoitopaikkaan paranee, mikä vähentää potilaan arviointikertoja monissa eri hoitolaitoksissa, säästää työntekijöiden työaika ja sairaanhoitopiirin kustannuksia. Omat oppimistavoitteemme projektille olivat oppia tekemään tutkimustyötä ja kehittää omaa ammattitaitoa ensihoitajina sekä syventyä etenkin mielenterveyspotilaan kohtaamiseen.

5.2 Projektin suunnittelu

Projektin suunnitteluun kuului suunnitteluvaihe, tiedonkeruu, toteutus, testaus ja raportointi. Suunnitteluvaiheeseen kuului tuotteen hahmottelu ja projektisuunnitelman kirjoitus. Siinä konkretisoitui opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet. Tietoperusta luotiin olemassa olevan tutkimustiedon pohjalta. Projektin lopputuotteen testaus tapahtui Oulun ammattikorkeakoulun mielenterveys- ja päihdehoitotyön simulaatioharjoituksissa, joista saimme heti konkreettista palautetta sen toimivuudesta ja hyödyllisyydestä mielenterveyspotilaan kohtaamisessa.

TAULUKKO 2. Opinnäytetyön vaiheet

Päävaiheet	Lopputulos	Aikataulu
Ideoiminen	Aiheen valinta	Syksy 2017
Suunnittelu	Suunnitelman kirjoitus	Talvi 2018
Aineiston kerääminen	Tietoperusta	Kevät 2018
Opinnäytetyön toteutus	Triagelomake	Kevät-Syksy 2018
Opinnäytetyön päättäminen	Testaus ja raportointi	Syksy 2018

6 PROJEKTIN TOTEUTUS JA ARVIOINTI

Triagelomake on suunnattu ensisijaisesti Oulun ammattikorkeakoulun ensihoitajaopiskelijoille apuvälineeksi opiskelun tueksi. Tarkoituksena oli testata lomakkeen toimivuutta ensihoitajaopiskelijoilla opintoihin kuuluvissa simulaatioharjoituksissa ja palautteen perusteella muokata työelämään sopivaksi. Ensihoitajista lomaketta voivat hyödyntää etenkin vasta työelämään siirtyneet ensihoitajat, joilla ei ole kertynyt vielä kokemusta mielenterveyspotilaiden kohtaamisesta.

Triagelomakkeen tarkoitus on antaa suuntaa mielenterveyspotilaan psyykkisen tilan sekä sen kii-reellisyyden arviointiin ensihoidossa, mutta ei tarjota valmiita vastauksia työdiagnoosiin. Lomakkeeseen on tarkoitus tutustua etukäteen niin, että sitä ei tarvitse jokaisella tehtävällä lukea alusta loppuun vaan siihen voi tarvittaessa tukeutua. Triagelomakkeen muodon tuli olla tiivis ja yksinkertaistettu, jotta sitä on helppo ja nopea käyttää. Sen käyttäjällä odotetaan kuitenkin olevan jonkinlainen tietoperusta, jonka pohjalta lomaketta voi käyttää apuvälineenä mielenterveyspotilaita kohdatessa.

6.1 Lomakkeen laatiminen

Projektin alussa oli pohdittava mitä oireistoa lomakkeelle otetaan mukaan ja miten lomake on mahdollisimman yksinkertainen ja helppokäyttöinen. Arviointilomake päädyttiin tekemään värikoodatuna triage-muotoon, sillä triage-luokitus ja värien merkitykset ovat jokaiselle ensihoitajalle helposti ymmärrettävissä ja ensihoidossa paljon käytetty menetelmä esimerkiksi monipotilastilanteissa vammapotilaiden luokitteluun (Castren, ym. 2015. Viitattu 7.11.2018). Värikoodauksella lomake saatiin helppokäyttöiseen muotoon, sillä värit antavat selkeitä toimintaohjeita. Kuitenkin lomaketta laatiessa oletuksena oli, että lomakkeen käyttäjällä on perustietoa mielenterveyspotilaasta.

Lomaketta laatiessa täytyi muodon lisäksi pohtia, mitä oireistoa lomakkeeseen sisällytetään. Psyykkisissä sairauksissa on olemassa runsaasti, mutta tässä projektissa päädyttiin sisällyttämään lomakkeelle psykoottisuus ja itsetuhoisuus. Näihin päädyttiin, sillä akuutti mielenterveysongelma ilmenee usein psykoottisuutena tai itsetuhoisuutena. Ne vaikuttavat vahvasti myös tahdosta riippumattoman hoidon kriteerien täyttymiseen, minkä vuoksi nämä ovat olennaisia tunnistettavia asioita ensihoidossa (Huttunen. 2017. Viitattu 7.11.2018).

Lomakkeen laatimisen alussa oireita kerättiin lomakkeelle suuri määrä, joista lopulta karsittiin yhden A4-sivun mittainen tuote. Oireiden karsimisesta ja sisällyttämisestä kerättiin palautetta ohjaavilta opettajilta ja hyödynnettiin heidän ammattitaitoaan lomakkeen laatimisessa. Ongelmallista oireiden kuvaamisessa oli niiden esiintyvyys potilailla hyvin yksilöllisenä ja erilaisina. Yksi päätavoitteista lomaketta laatiessa oli, että se on yksinkertainen ja helppokäyttöinen. Lopulta lomakkeelle päätyi oireisto, minkä ajatellaan olevan tyypillistä akuutin vaiheen psykoosille. Tähän mallia saatiin triagepohjista, jotka oli luotu päivystykseen käytettäväksi Australiassa. (Shaban, 2008; NSW Ministry of Health. 2015. Viitattu 7.11.2018).

Triage-lomake päätyi lopullisessa muodossaan A4-kokoiseksi. Pidemmän lomakkeen ajateltiin olevan liian laaja ja aikaa vievä ensihoitotehtävällä. Se koostuu kahdesta eri osiosta: esitiedot ja triageluokitus. Lomakkeeseen on koottu esitietokysymykset, jotka tulisi jokaiselle mielenterveyspotilaalle esittää taustatietojen kartoittamiseksi. Esitietokysymykset auttavat pääsemään alkuun mielenterveyspotilaan tilan arvioinnissa ja ne muistuttavat käyttäjää kysymään kaikki oleelliset kysymykset potilaan taustaan liittyen.

Esitieto-osion jälkeen lomakkeessa on varsinainen triageluokitusosio. Potilaasta arvioitavat asiat on jaettu kolmeen kategoriaan: ajattelu ja toiminta, mieliala ja arjessa selviytyminen. Kaikki kategorioiden alle on listattu asioita, jotka voidaan arvioida vakavuuden ja kiireellisyyden perusteella joko vihreäksi, keltaiseksi tai punaiseksi. Vihreäksi luokitellaan potilas, joka on oireeton. Keltainen luokitus vaatii laajempaa pohdintaa ja kokonaistilanteen arviointia ottaen huomioon olemassa olevat perussairaudet ja niiden hoitotasapaino. Mikäli keltaisia oireita löytyy, tulisi harkita lääkärin konsultaatiota mahdollisesta kuljetuksen tarpeesta. Punaiseksi luokitellut oireenkuvat on määritelty niin, että jokainen niistä lähtökohtaisesti vaatii kuljetuksen hoitopaikkaan tarkempaa lääkärin arviota varten. Punaisten oireiden ilmetessä tulee harkita tahdosta riippumattoman hoidon kriteerien täyttymistä.

6.2 Arviointi

Lomaketta testattiin ensihoitajaopiskelijoilla simulaatio-opetuksessa mielenterveystyön kursilla syksyllä 2018. Opiskelijoille oli laadittu palautekaavake, johon oli helppo ja nopea vastata arviointilomakkeen toimivuudesta ja käyttökokemuksista yleisesti. Palautekaavakkeessa osassa kysymyksistä oli vastausvaihtoehdot ja osa kysymyksistä oli avoimia (LIITE 1).

Lomaketta testattiin kahdella eri opiskelijaryhmällä; kaikki opiskelijat olivat syventävän vaiheen ensihoitajaopiskelijoita. Ensimmäisessä ryhmässä lomakkeen laatijat olivat itse paikalla. Toisella kerralla mielenterveystyön opettaja esitteli lomakkeen ja sen käyttötarkoituksen. Palautekaavakkeisiin saatiin vastauksia yhteensä 27 kappaletta.

6.3 Palautekaavakkeen tulokset

Palautekaavakkeeseen vastaajissa oli hajontaa työkokemuksen määrässä ja työtaustassa. Vastajat jaettiin kolmeen ryhmään työkokemuksen perusteella ja tuloksia arvioitiin sen mukaisesti. Ryhmä 1:llä ensihoidon työkokemusta oli 1-4 vuotta ja vastaajia oli neljä. Ryhmä 2 vastaajilla oli kokemusta ensihoidosta opintoihin liittyvät harjoittelut sekä yhden kesän työkokemus. Ryhmä 2 vastaajia oli 14. Ryhmä 3:n yhdeksällä vastaajalla ensihoidon työkokemus rajoittui opintoihin liittyviin harjoitteluihin.

6.3.1 Ryhmä 1

Ensimmäisen ryhmä vastaajilla työkokemusta ensihoidosta oli sen verran, että heidän oman kokemuksensa mukaan kokemusta mielenterveyspotilaista on jo kertynyt. Vastajat kokivat lomakkeen hyödylliseksi ja kolme neljästä vastaajasta oli sitä mieltä, että käyttäisi lomaketta työelämässä. Yksi vastaaja ei osannut sanoa käyttäisikö lomaketta työelämässä. Ryhmä 1:n vastaajat pitivät lomaketta hyödyllisenä erityisesti epäselvien potilaiden kohdalla, jolloin lomaketta voisi käyttää muistilistana apuna potilaan haastattelussa.

6.3.2 Ryhmä 2

Ryhmä 2 vastaajilla työkokemusta ensihoidosta oli muutamia kuukausia ensihoidon harjoitteluiden lisäksi. Vastaajista yksi vastasi, ettei osannut sanoa oliko lomakkeesta hyötyä uran alussa. Muut vastaajat kokivat lomakkeen hyödylliseksi. Suurin osa vastaajista oli sitä mieltä, että lomakkeesta oli apua potilaan haastattelussa. Kaksi vastaajista ei osannut sanoa, oliko lomakkeesta hyötyä potilaan haastattelussa. Yksi vastaajista ei osannut sanoa käyttäisikö lomaketta työelämässä, kaikki muut vastasivat voivansa käyttää lomaketta työelämässä.

6.3.3 Ryhmä 3

Ryhmä 3 vastaajien ensihoidon kokemus rajoittui opintoihin liittyviin harjoitteluihin. Kysyttäessä, koetaanko mielenterveyspotilaat haastavaksi, kaksi vastasi en osaa sanoa ja loput vastaajista kokivat tämän potilasryhmän haastavaksi. Kaikki vastaajat kokivat lomakkeen hyödylliseksi. Yksi ei osannut sanoa, oliko lomakkeesta apua potilaan haastattelussa, muut kokivat lomakkeesta olevan apua haastatteluun. Ryhmä 3:n vastaajat kokivat lomakkeesta olevan apua myös kiireellisyyden ja kuljetuksen tarpeen arviointiin. Vastaajista kaksi ei osannut sanoa käyttäisikö lomaketta työelämässä, kaikki muut vastasivat, että käyttäisivät lomaketta myös työelämässä.

6.3.4 Avoimet kysymykset

Palautekaavakkeen avoimissa kysymyksissä kerrottiin triagelomakkeen olleen selkeä ja yksinkertainen sekä triage-tyyppisen ajattelun olleen sopiva malli ensihoitoon. Lomakkeen koettiin olleen hyvä tuki haastateltaessa, sillä sen rakenne on tarkistuslistatyyppinen, josta voi tarkistaa onko kaikki tarvittavat asiat huomioitu. Palautekaavakkeessa nousi esille, että triagelomake on myös päätökseen ohjaava ja erityisesti epäselvissä tilanteissa koettu olevan apu myös työkokemusta omaavilla ensihoitajilla.

Triagelomaketta kokeilleet ensihoitajaopiskelijat kokivat, että lomake voisi olla myös taskukokoinen, jolloin se kulkisi helposti mukana. Osa oli tyytyväisiä lomakkeen A4-kokoon, mutta toivoivat tekstin olevan tiiviimmässä muodossa. Lomakkeeseen ehdotettiin M1-kriteerien lisäämistä sekä enemmän pitkäaikaispotilaiden huomiointia. Punaisia ja keltaisia kohtia kerrottiin tulevan helposti

ja erityisesti ”Ympäristö” -sarakkeen punainen kohta koettiin epäselväksi. Yhden vastaajan mukaan osa kohdista olivat ristiriitaisia, mutta epäselviin kohtiin ei tarkemmin viitattu.

7 POHDINTA

Opinnäytetyön tulostavoitteena oli tehdä lomake helpottamaan mielenterveyspotilaan tilan arviota ja kuljetuspäätöksen tekemistä ensihoidossa. Lomaketta työstettiin yhteistyössä mielenterveystyön opettajan kanssa projektiluontoisesti. Projektin tulokseksi saatiin triagelomake mielenterveyspotilaan kohtaamiseen ensihoidossa.

Laatutavoitteena oli saada lomakkeesta helppokäyttöinen, selkeä ja ensihoitotyöhön sopiva. Triagelomakkeesta haluttiin tehdä mahdollisimman lyhyt kuitenkin mitään olennaisia asioita pois jättämättä. Teimme lomakkeesta A4-kokoisen, mutta sen tulostusversiota on tarvittaessa helppo muokata käyttäjän mieltymysten mukaan esimerkiksi taskukirjaksi. Mielestämme onnistuimme triagelomakkeen tekemisessä halutulla tavalla ja käyttökokemusten perusteella saatu palaute oli toiveiden mukaista.

Kehitystavoitteena oli parantaa mielenterveyspotilaan hoidon laatua ensihoidossa, sillä tällä hetkellä se on hyvin vaihtelevaa ja perustuu ensihoitajan henkilökohtaiseen taustaan ja kokemuksiin. Triagelomakkeen laajemmalla käyttönotolla hoitoon tulisi tasalaatuisuutta ja yhdenmukaisuutta, kun kaikilta mielenterveyspotilailta arvioitaisiin samoja asioita. Tuote vaatisi laajempaa testausta, jotta hoidon laadun paranemista voitaisiin arvioida.

Omana oppimistavoitteenamme oli perehtyä syvemmin mielenterveyspotilaisiin ensihoidossa ja kasvattaa näin omaa ammattitaitoa. Tietoperustan kirjoittamisen ja lomakkeen luomisen aikana mielenterveyspotilaan oireistoon ja akuutteihin mielenterveyden häiriöihin tuli syvennyttyä laajasti. Pystymme jatkossa myös itse käyttämään triagelomaketta hyödyksi työelämässä. Opinnäytetyön projektiluontoisuuden vuoksi opimme projektityöskentelyä ja perusteita tutkimustyön tekemisestä.

Opinnäytetyötä tehdessä koimme haastavaksi sen, että mielenterveyspotilaat ovat laaja potilasryhmä ja sairaudet näkyvät ihmisissä hyvin yksilöllisesti. Aihetta oli vaikea rajata tiettyihin asioihin ja saada lomakkeesta tiivis, joka toimisi kaikkien mielenterveyspotilaiden kohdalla. Kenelläkään meistä opinnäytetyön tekijöistä ei ollut pitkää kokemusta mielenterveyspotilaista, joten aihe vaati syvää perehtymistä. Kuitenkin opinnäytetyö eteni sujuvasti eikä matkan varrella ollut suurempia haasteita, mikä olisi viivästyttänyt työn valmistumista.

Eettisyys näkyy lomakkeessamme esimerkiksi siinä, että halusimme ottaa omaksi osa-alueeksi mielenterveyspotilaan arjessa selviytymisen ja sosiaaliset suhteet. Näin ollen mielenterveyspotilaan voinnista tulee kokonaisvaltainen kuva tämän hetkisestä tilanteesta ja yleisestä elämän hallinnasta. Triagelomakkeessa ei suoranaisesti mainita mielenterveyspotilaaseen liittyvästä lainsäädännöstä, mutta koimme tärkeäksi tutustua siihen eettisistä syistä sekä oman oppimisen kannalta.

7.1 Jatkoehdotukset

Opinnäytetyönä tekemästämme mielenterveyspotilaan triagelomakkeesta saatujen palautteiden pohjalta nousi esille vartenotettava jatkokehitysehdotus lomakkeen tekemisestä sähköiseen muotoon, jolloin se olisi helpompi siirtää myös työelämään käytettäväksi. Ensihoidon ohjeistukset ja lomakkeet alkavat nykyään olla yhä enemmän sähköisessä muodossa. Ehdottaisimme siis tekemämme lomakkeen jatkokehittelyä sähköiseksi mielenterveyspotilaan triagelomakkeeksi esimerkiksi Merlot Medi -järjestelmälle.

Sähköinen versio mahdollistaisi sen, että käyttäjä pystyisi melko nopeasti käymään arvioitavat kohdat läpi hiirellä napsauttelemalla. Sähköisen lomakkeen täyttämistä voisi saada heti automaattisesti palautteen potilaan tilasta, kuljettamisen tarpeellisuudesta ja kiireellisyydestä sekä mahdollisesta työdiagnoosista joko värikoodein, jonkinlaisilla pisteytyksillä tai esimerkiksi sanallisella arviolla. Sähköisen palautteen voisi saada esimerkiksi suoraan kolmesta eri osa-alueesta (ajattelu ja toiminta, mieliala ja arjessa selviytyminen) erikseen.

Sähköinen arviointilomake olisi enemmän nykypäivää ja se mahdollistaisi tietojen siirtämisen helposti suoraan ensihoitokertomukseen, joka helpottaisi esimerkiksi raportointia jatkohoitopaikkaan. Sähköinen triagelomake varmasti myös alentaisi kynnystä sen käyttämiseen työelämässä sen nopeuden ja helppouden vuoksi, jolloin yhä useampi mielenterveyspotilas arvioitaisiin samaa yhteneväistä arviointimenetelmää käyttäen. Mielestämme ensihoitajilla olisi mielenterveyspotilaille paljon enemmän annettavaa kuin pelkkä kuljetus sairaalaan. Varsinkin sähköisessä muodossa olevan lomakkeen käytön yleistymisen myötä mielenterveyspotilaiden haastattelu ja arviointi olisi yhdenmukaisempaa ja jatkohoitopaikkaan saataisiin välitettyä kattavampi kuvaus potilaan lähtötilanteesta. Tällöin potilaan tilan etenemistä on myös jatkohoitopaikassa helpompi arvioida ja seurata.

Triagelomaketta voisi myös testata laajemmin isommalla ryhmällä. Lomakkeen käytöstä voisi kerätä palautetta ensihoitajaopiskelijoiden lisäksi myös työelämässä olevilta ensihoitajilta ja esimerkiksi erikseen eri sairaanhoitopiirien alueilta. Tulosten perusteella lomaketta voisi kehittää yhä selkeämmäksi, käytännöllisemmäksi ja paremmin työelämään sopivaksi.

LÄHTEET

Castren, M; Ekman, S; Ruuska, R & Silfast, T. Suuronnettomuusopas. 2015. Terveysportti. Viitattu 7.11.2018. http://www.terveysportti.fi/dtk/aho/koti?p_artikkeli=inf04718&p_selaus=169420

Haarakangas, K; Seikkula, J.1999. Psykoosi-uuteen hoitokäytäntöön. Tammer-paino Oy. Tampere

Henriksson, M., Isometsä, E., Huttunen, M & Lönnqvist, J. 2017. Masennustilojen diagnostiikan keskeisiä käsitteitä ja ongelmia. Duodecim aikakauskirja. Viitattu 1.2.2018, <http://www.duodecim-lehti.fi/lehti/1994/3/duo40048>

Hietaharju, P & Nuutila, M. 2016. Käytännön mielenterveystyö. 4. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro

Hiltunen, M. & Pesälä, T. 2013. Mielenterveyspotilaan kohtaaminen ensihoitotehtävissä. Opinnäytetyö. Viitattu 3.12.2018, https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/64127/Hiltunen_Pesala.pdf?sequence=1

Huttunen, M. O; 2008. Psykyken lääkeopas. 2. uudistettu painos. Kustannus Oy Duodecim. Helsinki.

Huttunen, M. 2017. Tahdosta riippumaton psykiatrinen sairaalahoito. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 7.11.2018. https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00512

Kuhanen, C; Oittinen, P; Kanerva A; Seuri,T; Schubert, C. 2012. Mielenterveyshoitotyö. 1.-2. Painos, Sanoma Pro Oy. Helsinki

Kuisma, M., Holmstöm, P. & Porthan K. 2017. Ensihoito. 6. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro, 692.

Käypä Hoito. Skitsofrenia. Duodecim. Viitattu 17.1.2018, <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi35050>.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785

Lastensuojelulaki 13.4.2007/417

Lääkärikirja. Skitsofrenia. Duodecim. Viitattu 17.1.2018, https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00148#s1.

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

Manton, A. 2013. Care of the Psychiatric Patient in the Emergency Department. Emergency Nurses Association. Des Plaines. https://www.ena.org/docs/default-source/resource-library/practice-resources/white-papers/care-of-psychiatric-patient-in-the-ed.pdf?sfvrsn=3fc76cda_4

Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116

NSW Ministry of Health. 2015. MENTAL HEALTH FOR EMERGENCY DEPARTMENTS – A reference guide. NSW MINISTRY OF HEALTH. Sydney. Australia. Viitattu 1.2.2018. <http://www.health.nsw.gov.au/mentalhealth/publications/Publications/mental-health-ed-guide.pdf>

Pyhälä, R. 2017. Ensiohoito vuonna 2030. Oulun ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma. Opinnäytetyö. Viitattu 7.11.2018. http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/132986/Pyhaluoto_Riikka.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Päihdehuoltolaki 17.1.1986/41

Rautio, S., Reinikainen, M. & Seivi, J. 2014. Ensiohittajien ammatilliset valmiudet kohdata mielen-terveyspotilaita. Opinnäytetyö. Viitattu 3.12.2018, https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/86157/Reinikainen_Rautio_Seivi.pdf?sequence=1

Shaban, R., 2008. Part 2: Challenges in Paramedic Practice. Paramedics and Mentally Ill. Australia. Teoksessa O'Meara, P., Grbich, C. (toim). 2011. Paramedics in Australia. Contemporary challenges of practice. Australian Journal of Medicine. Australia. https://www.researchgate.net/publication/37812503_Paramedics_and_the_mentally_ill

Silfverberg, P. 2007. Ideasta projektiksi. Projektinvetäjän käsikirja. Hakupäivä 22.4.2016, http://www.helsinki.fi/urapalvelut/materiaalit/liitetiedostot/ideasta_projektiksi.pdf

Takamäki, T. 2016. Mielenterveyspotilaan kohtaaminen ensihoidossa. Oulun ammattikorkeakoulu. Ensihoidon koulutusohjelma. Opinnäytetyö. Viitattu 7.11.2018. https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/109707/Opinnayte_vamis_Takamaki.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Huostaanottotarpeen arviointi. Viitattu 8.2.2018, <https://www.thl.fi/fi/web/lastensuojelun-kasikirja/tyoprosessi/huostaanotto/huostaanottotarpeen-arviointi>

PALAUTELOMAKE MIELENTERVEYSPOTILAAN PSYKKISEN TILAN ARVIOINTILOMAKKEESTA

Palautelomake on tehty arvioimaan opinnäytetyössämme syntyvän arviointilomakkeen toimivuutta. Lomake koostuu avoimista sekä puoliavoimista kysymyksistä. Vastaaminen vie noin 5 minuuttia aikaa.

Työkokemus ensihoidossa:

Minkä verran olet hoitanut mielenterveyspotilaita:

Koetko mielenterveyspotilasryhmän haastavaksi:

Oliko arviointilomakkeesta apua mielenterveyspotilasta haastatellessa?

Kyllä Ei En osaa sanoa

Oliko arviointilomakkeesta apua työdiagnoosiin pääsemisessä?

Kyllä Ei En osaa sanoa

Oliko arviointilomakkeesta apua kuljetuksen tarpeesta ja kiireellisyydestä päätettäessä?

Kyllä Ei En osaa sanoa

Koitko arviointilomakkeen hyödylliseksi?

Kyllä Ei En osaa sanoa

Mikäli sinulla työkokemusta ensihoidosta aiemmin; olisitko kokenut lomakkeen hyödylliseksi urasi alussa?

Kyllä Ei En osaa sanoa

Oliko arviointilomake selkeä?

Kyllä Ei En osaa sanoa

Jatkuu seuraavalla sivulla

Mikä arviointilomakkeessa oli hyvää?

Mitä arviointilomakkeesta puuttui ja miten sitä kannattaisi kehittää?

Käyttäisitkö arviointilomaketta apuna työelämässä?

Kyllä Ei En osaa sanoa

Miksi?

Vapaa sana:

Kiitos, vastauksista!

Esitiedot

Milloin oireet ovat alkaneet; ovatko sen jälkeen pahentuneet/helpottuneet?
 Onko potilaalla psykiatrian hoitosuhde olemassa ja miksi?
 Mikäli psyykelääkkeitä käytössä, onko potilas ottanut ne ohjeen mukaisesti?
 Onko lähiaikoina tehty lääkemuutoksia?
 Mitä muutoksia aiempaan psyykkiseen tilaan ja selviytymiseen?
 Onko potilaalla päihteiden käyttöä tai väkivaltaista käytöstä?
 Onko potilaalla ollut erityisiä elämäntapahtumia oireiden ilmaantuessa?
 Mitkä asiat helpottavat/pahentavat oireita?
 Onko yksin/jääkö yksin?
 Onko somaattisia oireita?

VIHREÄ	Jos vain vihreitä, ei vaadi kuljetusta.
KELTAINEN	Jos yksikin keltainen, harkitse tilannekohtaisesti kuljetusta. Tarvittaessa hoito-ohje.
PUNAINEN	Jos yksikin punainen, vaatii kuljetuksen. Harkitse M1-kriteerien täyttyminen.

	VIHREÄ	KELTAINEN	PUNAINEN
Ajattelu ja toiminta			
Aistiharhat/ Harhaluulot	Ei aistiharhoja/ harhaluuloja	On harhoja, mutta tiedostaa ne harhoiksi.	Selkeästi harhainen. Ei erota harhoja todellisuudesta.
Puhe ja kontaktin ottaminen	Ottaa kontaktia ja puhe johdonmukaista.	Ottaa kontaktia, keskustelun ylläpito haastavaa.	Puhe hajanaista/lennokasta. Vaikea saada mitään kontaktia.
Psikomotoriikka	Toiminta/liikkuminen ei huomiota herättävää	Käyttäytyminen poikkeavaa, entuudestaan tyyppillistä/ei muutosta aiempaan	Käyttäytyminen silminnähden outoa. Kiihtynyttä/hidastunutta, täysin pysähtynyttä
Kognitio (orientaatio, muisti, keskittymiskyky)	Orientoituu aikaan, paikkaan ja itseensä totuudenmukaisesti.	Epäorientoitumista aikaan, paikkaan ja/tai itseensä, joka potilaalle tyyppillistä	Ei orientoidu aikaan, paikkaan ja/tai itseensä, ei keskittymiskykyä
Oman tilan arviointi (sairaudentunnottoisuus)	Arvioi tilaansa realistisesti, ei poikkea hoitajan arviosta.	Tiedostaa sairautensa, oireet hallinnassa eikä muutosta aiempaan.	Sairaudentunnoton. Ei koe tarvitsevansa hoitoa, poikkea hoitajan arviosta.
Negatiiviset oireet	Ei negatiivisia oireita.	Vetäytyy kontakteista. Tunneilmaisu köyhää.	Ei kontaktia/reaktiota ulkoihin ärsykkeisiin. Jähmettynyt olemus. Toistuvat liikesarjat/sanat.
Mieliala			
Itsetuhoisuus	Ei itsetuhoisia ajatuksia/ itsetuhoista käytöstä	Itsensä vahingoittamista, ei itsemurhasuunnitelmaa tai yrityksiä	Halu kuolla, suunnitelma tehty tai jäähyväiskirje kirjoitettu, juuri yrittänyt itsemurhaa.
Masennus	Tavanomaiset mielialanvaihtelut, toiveikas tulevasta.	Tunteiden latistuminen. Tyhjä/ärtynyt mieliala. Alakuloisuus.	Vaikeat masennusoireet (syvä toivottomuus, arvottomuuden tunne)
Mania	Tavanomaiset mielialanvaihtelut, toiveikas tulevasta.	Yliaktiivinen. Unen tarve vähentynyt.	Maaniset oireet (ylikiihtyneisyys, suuruuskuvitelmat itsestään)
Vaarallisuus	Ei uhkaavaa käytöstä.	Impulsiivinen ja provosoiva käytös. Väkivaltataustaa.	Aggressiivisuus/uhkailu oirekuvan osana
Arjessa selviytyminen			
Ulkoinen olemus	Itsestään huolehtineen näköinen.	Epäsiisti olemus. Väsyneen oloinen.	Kykenemätön huolehtimaan omista perustarpeistaan (esim. selvä aliravitsemus)
Ympäristö	Asuinpaikka on asumiskelvollinen.	Epäsiisti asunto. Tavarain hamstraaminen/eriskummalinen asettelu.	Asumiskelvoton asunto
Arjen hallinta/päivärytmi	Kykenee ylläpitämään arkirytmisiä.	Arjenhallinnassa haasteita (esim. poissaolot töistä)	Ei arjenhallintaa. Ajantaju voi olla hukassa. Ei ole mitään arjessa kiinnipitävää.
Sosiaaliset suhteet	Tukiverkosto, johon turvautua. Kykenee sosiaalisiin suhteisiin.	Pieni tukiverkosto, sosiaalisten suhteiden ylläpito tuottaa ongelmia.	Vetäytynyt sosiaalisista suhteista. Sosiaalinen kanssakäyminen ei onnistu.