



SAVONIA

OPINNÄYTETYÖ - YLEMPI AMMATTIKORKEAKOULUTUTKINTO
SOSIAALI-, TERVEYS- JA LIIKUNTA-ALA

PSYKIATRISEN AMBULANSSIN TARVE SUOMESSA

TEKIJÄ: Heini Mikkola

Koulutusala Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala	
Koulutusohjelma/Tutkinto-ohjelma Ensihoidon johtamisen tutkinto-ohjelma	
Työn tekijä Heini Mikkola	
Työn nimi Psykiatrisen ambulanssin tarve Suomessa	
Päiväys	22.2.2019
Sivumäärä/Liitteet	49
Ohjaajat yliopettaja Kalevi Paldanius, lehtori Marko Tolonen	
Toimeksiantaja/Yhteistyökumppani Savonia-ammattikorkeakoulu	
<p>Tiivistelmä</p> <p>Maailmalla on jo pitkään ollut käytössä erilaisia toimintamalleja, joissa psykiatrisen hoitotyön osaaminen on käytössä sairaalan ulkopuolisessa hoidossa. Niistä saatu palaute on ollut kokonaisuudessaan kaikkialla positiivista. Muun muassa Norjassa, Bergenissä kehitetty psykiatrisen ambulanssin toimintamalli otettiin käyttöön muissakin kaupungeissa Norjassa. Bergenin psykiatrisen ambulanssi toimi esimerkkinä, kun lähdettiin pohtimaan psykiatrisen ambulanssin pilottiprojektin käynnistämistä Tukholmassa. Niin ikään Tukholmassa pilottiprojektilla onnistuttiin saattamaan lukuisia hyötyjä ja myöhemmin toiminta vakinaistettiin.</p> <p>Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvailla Tukholman psykiatrisen ambulanssin toimintaa julkaistuun lähdeaineistoon pohjautuen sekä sen materiaalin perusteella, mitä tämän opinnäytetyön tekijä sai vieraillessaan Tukholmassa. Opinnäytetyössä käsiteltiin myös Suomen ensihoitojärjestelmää ja mielenterveyspotilaita ensihoidon asiakaina Suomessa. Työn tavoite oli tuottaa tietoa psykiatrisen potilaan sairaalan ulkopuolisen akuuttihoitoon kehittämiseksi. Teoriaosuuden pohjalta pidettiin teemahaastattelu siitä, olisiko psykiatrisen ambulanssin tarpeellinen Suomessa. Tutkimuksessa käytettiin kvalitatiivista tutkimusmenetelmää. Tutkimusaineisto analysoitiin sisällönanalyysia käyttäen.</p> <p>Tarvetta psykiatriselle ambulanssille Suomessa olisi ja sillä olisi mahdollista parantaa psykiatrisen akuuttihoitoon laatua sairaalan ulkopuolella. Suurimpana haasteena olisi kyky nähdä mobiilikyvykyys muunakin kuin ensihoidon ambulanssina. Kokemuksen ja oppimisen kautta vasta nähtäisiin mitä kaikkia valmiuksia psykiatrisen ambulanssin toiminta edellyttää.</p>	
<p>Avainsanat</p> <p>psykiatrisen ambulanssi, psykiatrisen ensihoitoyksikkö, psykiatrisen yksikkö, ensihoito, psykiatria, mielenterveyspotilas, psykiatrisen sairaanhoitaja</p>	

Field of Study Social Services, Health and Sports			
Degree Programme Master's Degree Programme in Emergency Care Management			
Author Heini Mikkola			
Title of Thesis The demand of a psychiatric ambulance in Finland			
Date	22.2.2019	Pages/Appendices	49
Supervisors Senior Teacher Kalevi Paldanius, Lecturer Marko Tolonen			
Client Organisation /Partners Savonia University of Applied Sciences			
<p>Abstract</p> <p>For several years already there have been various kinds of psychiatric emergency response team operation models in the world where psychiatric nurses operate outside the hospital. The feedback on them has been entirely positive. For example in Bergen, Norway, there was a psychiatric ambulance operations model developed which was put into practice in other cities in Norway, too. The psychiatric ambulance in Bergen was used as a model when it was time to start considering a pilot project for a psychiatric ambulance in Stockholm. Similarly, the pilot project in Stockholm managed to reach numerous benefits and later the operation was regularised.</p> <p>The purpose of this thesis was to describe the operation of the psychiatric ambulance that operates in Stockholm, based on the published material and the material that the author of this thesis got when she visited Stockholm. The thesis deals also with the Finnish emergency medical service system and psychiatric patients as customers of the emergency care outside the hospital. The aim of this thesis was to develop knowledge the of the care of a psychiatric patient in emergency care outside the hospital. Based on the theory part of the thesis, a theme interview was carried out, on the topic whether a psychiatric ambulance would be necessary in Finland. The qualitative research method was applied in the study. The research material was analyzed by using the content analysis method.</p> <p>The study results show that there would be a demand for a psychiatric ambulance in Finland and it would be possible to improve the quality of the psychiatric emergency care outside the hospital. The biggest challenge would be the ability to regard the mobile ability as something more than as an emergency services ambulance only. It is only through experience and learning that it would be possible to see what kind of readiness and what kind of skills the operation of the psychiatric ambulance requires.</p>			
<p>Keywords</p> <p>psychiatric ambulance, psychiatric emergency response unit, psychiatric unit, emergency medical services, psychiatry, psychiatric patient, psychiatric nurse</p>			

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO	5
2	PSYKIATRISEN AMBULANSSIN TOIMINTA	7
2.1	Bergenin psykiatrinen ambulanssi	7
2.2	Tukholman psykiatrisen ambulanssin toiminnan käynnistyminen	8
2.3	Tukholman psykiatrisen ambulanssin toiminnan nykytilanne	11
2.3.1	Tukholman psykiatrisen ambulanssin toiminnan rakenne ja kehittyminen	11
2.3.2	Tutustuminen Tukholman psykiatrisen ambulanssin toimintaan.....	15
2.3.3	Tukholman psykiatrisen ambulanssin ensimmäisen toimintavuoden tilastoja	16
2.4	Tukholman psykiatrisen ambulanssin tulevaisuuden näkymät	20
2.5	Yhteenveto.....	21
3	PSYKIATRISET POTILAAT ENSIHOIDON ASIAKKAANA SUOMESSA.....	24
3.1	Suomen ensihoitojärjestelmä	24
3.2	Mielenterveyspotilaan ensihoidon asiakkaina Suomessa	25
4	PSYKIATRISEN AKUUTTIOSAAMISEN VIEMINEN SAIRAALAN ULKOPUOLELLE	27
4.1	Tutkimusmenetelmän valinta	27
4.2	Aineiston hankinta	27
4.3	Tutkimusaineiston analyysi	28
4.4	Tutkimuksen validiteetti, reabiliateetti ja eettisyys	28
4.5	Tulokset	29
4.5.1	Psykiatrisen ambulanssin mahdolliset tarpeet ja hyödyt Suomessa	29
4.5.2	Psykiatrisen ambulanssin pilottiprojektin toteuttamisen haasteet Suomessa	31
4.5.3	Psykiatrisen potilaan kohtaamiseen ja hoitoon tarvittavat valmiudet sairaalan ulkopuolella	34
5	POHDINTAA PSYKIATRISEN AMBULANSSIN TARPEELLISUUDESTA SUOMESSA.....	35
	LÄHTEET JA TUOTETUT AINEISTOT.....	40
	LIITE 1: KUVAT.....	43
	LIITE 2: SAATEKIRJE.....	44
	LIITE 3: FÖLJEBREV.....	45
	LIITE 4: HAASTATTELU.....	46
	LIITE 5: INTERVJU.....	48

1 JOHDANTO

Tämän opinnäytetyön toimeksiantaja on Savonia-ammattikorkeakoulu. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvailla Tukholman psykiatrisen ambulanssin toimintaa lähdeaineistoon pohjautuen sekä sen materiaalin perusteella, mitä tämän opinnäytetyön tekijä sai vieraillessaan Tukholmassa. Opinnäytetyössä käsitellään myös Suomen ensihoitojärjestelmää ja mielenterveyspotilaita ensihoidon asiakkaina Suomessa. Työn tavoite on tuottaa tietoa psykiatrisen potilaan sairaalan ulkopuolisen akuuttihoiton kehittämiseksi.

Opinnäytetyössä kuvaillaan aluksi Tukholmassa toimivan psykiatrisen ambulanssin toimintaa. Tämä tiedon pohjalta tehtiin teemahaastattelu, jossa haastateltiin psykiatrian ja ensihoidon ammattilaisia siitä, mitä mieltä he ovat psykiatrisen ambulanssin tarpeellisuudesta suomalaisessa sairaalan ulkopuolisessa akuuttihoitossa.

Ruotsin lainsäädännön mukaan koko väestön tulee saada tasavertaista hoitoa. Samoin yksilöiden, jotka ovat eniten avuntarpeessa, tulee saada hoitoa ensimmäisenä riippumatta siitä, onko sairaus somaattinen vai psyykinen. (Lindström s.a.) Tukholman psykiatrisesta ambulanssista käytetään tässä työssä lyhennettä PAM (Psykiatrisk Akut Mobilitet). Yksikkö tekee akuuttia psykiatrista arviointia ja tarvittaessa potilaan huostaanoton kohteessa. Psykiatrisessa ambulanssissa työskentelee kaksi psykiatrista sairaanhoitajaa ja ensihoitaja (lähihoitaja). Yksikkö toimii viikon jokaisena päivänä klo 14-02. (Norra Stockholms Psykiatri s.a.)

PAM:illa on kolme pääasiallista tehtävää seuraavalla tärkeysjärjestyksellä:

1. SPIS-hälytykset (määritelmä: itsemurhien ehkäisy Ruotsissa)
2. muut akuutit itsemurhahälytykset
3. akuuttia arviointia vaativat psykiatriset ongelmat. (Norra Stockholms Psykiatri s.a.)

Psykiatrinen ensihoitoyksikkö hoitaa ainoastaan akuuttipsykiatrisia tehtäviä. Ensisijaisena tehtävänä on ammattitaitoinen itsetuhoisen potilaan arviointi, muita akuutteja tehtäviä ovat muun muassa potilaat, joilla on psykoosi tai kaksisuuntaisen mielialahäiriön maniavaihe. Tarvittaessa hoidetaan vaarallisia kriisitilanteita. Esimerkiksi viimeisimmän Tukholman terrori-iskun jälkeen PAM huolehti sokissa olevista todistajista. (Gustafsson Karlsson 2018-10-26.)

Psykoosissa oleva henkilö tarvitsee pikaisesti ammattiapua, jotta hän saa sopivan lääkityksen ja muuta mahdollista hoitoa. Näillä estetään oireiden paheneminen ja pitkittyminen. Tilanteessa, jossa potilas ei ole halukas hoitoon, saattaa syynä olla se, että hän on harhainen, peloissaan eikä ymmärrä, että tarvitsee apua. (Suomen Mielenterveysseura s.a.)

Yksikön hälyttää tehtävälle pääsääntöisesti Ruotsin hätäkeskus, SOS Alarm. Myös poliisin alueellinen johtokeskus voi tunnistaa tehtäviä, jotka sopivat psykiatrisen ambulanssin hoidettaviksi (Lindström & Batalha 2018, 9). Tällöin poliisi ottaa yhteyttä hätäkeskukseen, joka puolestaan hälyttää PAM:n tehtävälle (Gustafsson Karlsson 2019-1-21). Poliisi ja tavallinen ambulanssi voivat hätäkeskuksen kautta

pyytää virka-apua PAM-yksiköltä. Psykiatrinen yksikkö ei voi hoitaa potilaita, jotka tarvitsevat akuuttia lääketieteellistä hoitoa, kuten myrkytyspotilaat, joilla saattaa olla vaarallisia somaattisia vaikutuksia. (Norra Stockholms Psykiatri s.a.)

Opinnäytetyön teoriaosassa kappaleessa 1 kuvaillaan Tukholman psykiatrisen ambulanssin toimintaa. Kappaleessa 1 kerrotaan myös lyhyesti Bergenin psykiatrisen ensihoitoyksikön toiminnasta, joka toimi mallina PAM:n toiminnan suunnittelulle. Kappale 2 käsitellään psykiatrisia potilaita ensihoidon asiakaina Suomessa. Kappaleessa 3 kerrotaan tarkemmin tehdystä laadullisesta tutkimuksesta, sen toteutuksesta ja tuloksista. Kappaleessa 4 on pohdintaa psykiatrisen ambulanssin toiminnan tarpeellisuudesta Suomessa.

Tässä työssä keskitytään kuvaamaan PAM:n toimintaa sellaisena kuin se oli vuonna 2018. Sairaalan ulkopuolisesta tapahtumasta tai tilanteesta käytetään työssä sanaa myös ”kentällä”.

2 PSYKIATRISEN AMBULANSSIN TOIMINTA

Bergenissä on toiminut vuodesta 2005 lähtien psykiatrinen ambulanssi. Toiminta on siis jatkunut jo useita vuosia ja näin ollen ehtinyt vakiintumaan. Tästä syystä mallia Tukholman psykiatrisen ambulanssin toimintaan haettiin Bergenistä. (Carlborg 2018-11-20.)

Myös muualla maailmassa on käytössä toimintamalleja, joissa psykiatrista ammattitaitoa on käytössä sairaalan ulkopuolisessa akuuttihoidossa. USA:ssa on laajasti levinnyt ja hyvin dokumentoitu malli, jossa poliiseja koulutetaan kohtaamaan mielenterveyspotilaita (Crisis Intervention Teams). Australiassa vastaavasti on toimintamalli (PACER). Tässä yhteistyömallissa toimivat yhdessä psykiatria ja ensihoito. Sillä on onnistuttu tarjoamaan vaihtoehtoisia potilaan kohtaamistapoja, joiden myötä hoitotulokset ovat parantuneet. (Bouveng, Bengtsson & Carlborg 2017, 66.)

2.1 Bergenin psykiatrinen ambulanssi

Ennen Bergenin ensihoitoyksikön toiminnan alkua psykiatrisia ensihoitotehtäviä oli Norjassa aiemmin hoitanut pääasiassa poliisi. Tehtävät eivät kuitenkaan olleet sopivia poliisien hoidettaviksi. (Carlborg s.a.). Lisäksi terveydenhoidon hallinto joutui maksamaan poliisille psykiatristen tehtävien hoitamisesta. Somaattiset sairaudet priorisoidaan Norjassa kiireellisemmiksi tehtäviksi ja tästä syystä mielenterveysongelmista kärsivät ihmiset joutuivat odottamaan kauan avun saamista. Ongelmallista oli myös se, että tavallisten ambulanssien henkilökunnan psykiatrinen osaaminen ei ollut riittävä. Henkilökunta tunsivat olonsa usein epävarmaksi mielenterveyspotilaita kohdatessaan. (Johannessen s.a.)

Bergenin psykiatrisen ambulanssin toiminta alkoi toukokuussa 2005 Bergenin yliopistosairaalan aloitteesta (Bernhard 2010). Bergenin psykiatrisen ambulanssin toiminnan tavoitteena on tarjota mielenterveyspotilaille ammattitaitoista hoitoa ja tarvittaessa kuljetus jatkohoitoon. Tavoitteena on myös, että potilaita kohdellaan kunnioitettavasti ja tasavertaisesti. Kun psykiatrisen ambulanssin henkilökunnalla on tarpeeksi aikaa potilaalle, pystytään luomaan rauhallinen hoitotilanne. Henkilökunta ehtii kuuntelemaan potilasta ja voi osoittaa olevansa empaattinen sekä luomaan tilanteen, jossa potilas kokee olonsa turvallisiksi ja voi luottaa häntä hoitaviin ammattilaisiin. Hoitajien on vastaavasti mahdollista nähdä yksilö diagnoosin takana. Tilanne pystytään näkemään kokonaisuutena. Aika-aspekti vaikuttaa lisäksi siihen, että joudutaan käyttämään vähemmän potilaan pakottamista. (Johannessen s.a.) Hoitajien ollessa kokeneita psykiatrisia sairaanhoitajia, tapahtuu vähemmän potilaiden leimautumista. Heidän on myös poliisia helpompi saada potilaasta tärkeää tietoa potilaalta itseltään, hänen sukulaisiltaan, naapureiltaan tai potilaan lapsilta. (Bernhard 2010.)

Psykiatrisen ensihoitoyksikön hälyttää Bergenissä tehtävälle hätäkeskus. Bergenin ensihoitoyksikkö on toiminnassa klo 10-21 seitsemänä päivänä viikossa. Se on miehitetty yhdellä ensihoitajalla (lähihoitaja) ja kahdella psykiatrisella sairaanhoitajalla. Bergenin yksikön vakituisten työntekijöiden määrä on pieni, he tuntevat toisensa ja pystyvät tukemaan näin ollen hyvin toisiaan. Vuodesta 2006 vuoteen 2012

yksiköllä oli yhteensä 11 774 tehtävää, joista 9087 oli psykiatrisia tehtäviä. Tarkasteluajanjakson aikana tehtäviä oli päivässä 5,8. Tehtävien pituus vaihteli viidestä minuutista 16 tuntiin. (Johannessen s.a.)

Bergenin psykiatrinen ensihoitoyksikkö on varustettu kuten tavallinen ambulanssi sillä erolla, että hoitotilassa hoitajan tuoleja on kaksi peräkkäin (Johannessen s.a.). Yksikkö avustaa myös sairaalan osastoja mm. potilaan pakkolääkityksessä ja kiinnisittomisessa. Samoin avustetaan tarpeen vaatiessa myös kohteessa olevaa lääkäriä, kun on todennäköistä, että potilas on kuljetuksen ja sairaalahoidon tarpeessa. (Johannessen s.a.) Poliisin virka-apu on usein tarpeellista Carlborg (s.a.). Potilas on myös mahdollista sitoa kiinni (hätävarjelu), tilanteissa, joissa potilas on aggressiivinen.

2.2 Tukholman psykiatrisen ambulanssin toiminnan käynnistyminen

Bouvang, Bengtsson & Carlborg (2017, 65) tutkivat PAM:n toimintaa ensimmäisen toimintavuoden jälkeen. Tutkielman tarkoitus oli arvioida projektin ensimmäistä vuotta. Toiminta alkoi keväällä 2015. Tutkielmassa mainitaan, että yksikön pääasiallinen tarkoitus on hoitaa hätäkeskukseen saapuvista puhelusta ne, joissa potilaalla on vakava mielenterveysongelma, käytöshäiriö tai akuutti riski itsemurhan tekemiseen. Ennen psykiatrisen ambulanssin toiminnan käynnistymistä poliisi oli hoitanut tällaiset tehtävät ja tyypillisesti kuljettanut potilaat psykiatriseen päivystykseen. PAM:n toiminnan alettua psykiatrisen akuuttihoiton laatua on voitu parantaa, sillä psykiatrisessa ambulanssissa työskentelee kaksi psykiatrista sairaanhoitajaa. Samalla mielenterveyspotilaiden leimautumista on onnistuttu vähentämään, kun tehtävän hoitavat terveydenhoitoalan ammattilaiset poliisin sijaan.

Tukholman maakunnan asukasluku on 2,2 miljoonaa. Väestö kasvaa noin 35 000 ihmisellä vuosittain. Tukholmassa on ainoastaan yksi psykiatrinen päivystys, joka sijaitsee Tukholman keskustassa. Se on auki vuorokauden ympäri. (Bouvang, Bengtsson & Carlborg 2017, 65.) Tämä on Capio S:t Göränsin sairaala. Bouvengin, Bengtssonin & Carlborgin (2017, 65-66) tutkielmassa mainitaan, että vuonna 2015 päivystyksessä hoidettiin noin 20 000 potilaskonsultaatiota. Alueella on lisäksi lukuisia mobiilitiimejä, jotka toimivat tavallisesti klo 8-22. Tiimit hoitavat ennalta varattuja akuutteja tapaamisia. Mobiilitiimien voi ottaa yhteyttä puhelimitse. Joissakin tapauksissa mobiilitiimi saattaa lähteä tekemään arvioinnin kohteeseen, jos potilaan tilan katsotaan olevan akuutti. (Norra Stockholms Psykiatri s.a.)

Vuonna 2011 tehtiin Tukholman maakunnassa kahden viikon mittainen pilottiprojekti, jossa psykiatrisen sairaanhoitaja oli mukana poliisiautossa. Tarkoituksena oli, että mielenterveyspotilaan hoidollinen ensikohtaaminen tapahtui henkilön kanssa, jolla oli psykiatrisen ammattitaito. Itsemurhayritykset olivat korkeimmalla prioriteetilla. Pilottiprojekti sai positiivista palautetta niin potilaita, poliisilta kuin terveysalan työntekijöiltäkin. (Bouvang, Bengtsson & Carlborg 2017, 66.)

PAM:n toiminnan käynnistyminen oli aluksi kahden vuoden projekti. Yksikkö oli toiminnassa joka päivä klo 15-01 (Bouvang, Bengtsson & Carlborg 2017, 66).

Pääasiassa PAM:n hälyttää tehtävälle hätäkeskus (Bouveng, Bengtsson & Carlborg 2017, 67). Joissakin tapauksissa poliisin alueellinen johtokeskus voi myös tunnistaa tilanteita, jotka soveltuvat psykiatrisen ambulanssin hoidettavaksi (Lindström 2018-12-17).

Hätäkeskuspäivystäjä tekee riskinarvion kiireellisyysasteikolla 1-3 (Bouveng, Bengtsson & Carlborg 2017, 67). Kiireellisyysluokka 1 on erittäin kiireellinen tehtävä, potilas on akuutisti sairastunut ja hengenvaarassa (Waldenström 2018). Tehtävä ajetaan hälytysajona (Bouveng, Bengtsson & Carlborg 2017, 67). Kiireellisyysluokka 2 kiireellinen tehtävä, potilas on akuutisti sairastunut, mutta ei hengenvaarassa. Kiireellisyysluokka 3 on kiireetön tehtävä, kohtuullinen odotusaika ei vaikuta potilaan tilaan. (Waldenström 2018.) Kiireellisyysluokan 1 tehtävälle tulee yksikön lähteä 90 sekunnissa, luokan 2 ja luokan 3 tehtävälle 180 sekunnissa (Stockholms läns landsting 2018, liite 1 A, 17).

Kiireellisyysluokan 1 tehtävät voivat olla itsemurhahälytyksiä, jossa on PAM:n lisäksi mukana pelastustoimi, poliisi ja tavallinen ambulanssi. Toisaalta kiireellisyysluokan 1 tehtävä voi olla vähemmän resursseja vaativa, mutta kuitenkin yhtä vaarallinen tehtävä. Esimerkiksi potilas on uhannut läheisille, että tappaa itsensä ja lähettänyt itsemurhauhkauksen Facebookin tai tekstiviestin välityksellä. (Wangström 2015.)

Tukholman psykiatrinen ambulanssi ei ole henkilöauto turvallisuussyistä johtuen. Kun käytössä on pakettiauto, psykiatrisen ambulanssin on mahdollista hoitaa useampaa potilasta samaan aikaan. Jos taas hoidettavana aggressiivinen potilas, on kuljetuksen ajaksi mahdollista ottaa yksikköön mukaan poliisi. On myös mahdollista ottaa mukaan potilaan omaisia, kun käytössä on henkilöautoa suurempi ajoneuvo. Lisäksi pakettiautossa potilas istuu kauempana kuljettajasta kuin henkilöautossa, mikä on myös turvallisuuskysymys. (Gustafsson Karlsson 2018-12-10.)

Tukholman psykiatrisessa ambulanssissa potilasta ei Bergenin psykiatrisesta ambulanssista poiketen saa sitoa kiinni. Ruotsin lain mukaan potilasta ei saa sitoa kiinni sairaalan ulkopuolisessa hoidossa. (Gustafsson Karlsson 2018-11-29.)

Yksikkö on ulkonäöltään tavallisen ambulanssin näköinen. Varusteisiin kuuluu hälytysvalot, defibrillaattori ja tietokoneet, joista on pääsy potilaan hoitokertomuksiin ja lääkytyksiin. Auton sisätilat on suunniteltu siten, että siellä on mahdollista tarjota sekä psykiatrista hoitoa että kuljettaa potilas. Autossa on takaosassa neljä kääntyvää tuolia. Paareja ei ole. (Bouveng, Bengtsson & Carlborg 2017, 66-67.) Auton takaosassa on lisäksi alaskääntyvä pöytä. Yksikön varustus poikkeaa muutoinkin tavallisen ambulanssin varustuksesta. Hoitovälineiden määrä on suppeampi, käytössä on vähemmän lääkkeitä. Autosta löytyy peruselvytysvälineet. Defibrillaattoria voi käyttää ainoastaan elvytyksessä. EKG:n tulkinta sillä ei ole mahdollista.

Kaikki julkiset terveydenhoitoyksiköt sekä sairaalan sisällä että sairaalan ulkopuolella käyttävät Tukholman maakunnassa samaa potilastietokantaa (Bouveng, Bengtsson & Carlborg 2017, 67). Käytössä olevan potilastietojärjestelmän nimi on Take Care (Gustafsson Karlsson 2018-11-19). Psykiatrisessa

ambulanssissa molemmilla psykiatrisilla sairaanhoitajilla on käytössä oma tietokone (Gustafsson Karlsson 2018-12-5). PAM:n työntekijöillä on pääsy potilaan hoitokertomuksiin. Näin voidaan potilaan hoitohistoriaan tutustua jo matkalla kohteeseen ennen kuin potilas kohdataan. (Bouveng, Bengtsson & Carlborg 2017, 67.)

Viranomaisverkko, jota Ruotsissa käytetään, on puolestaan nimeltään Rakel. Sillä on mahdollista kommunikoida puheella ja lähettää statusviestejä hätäkeskukselle. Rakelia käyttävät ensihoidon lisäksi pelastustoimi ja poliisi. (Stockholms läns landsting 2018, liite 5, 1.) PAM:ssa on käytössä digitaalinen toimintajärjestelmä Frapp, johon tehdään hoitoon liittyvät kirjaukset. Vastaanottava hoitolaitos voi reaaliajassa nähdä kirjaukset jo ennen psykiatrisen ambulanssin saapumista. (Stockholms läns landsting 2018, liite 1 A, 14.) Yksikössä on lisäksi kaikilla työntekijöillä käytössä matkapuhelimen (Gustafsson Karlsson 2019-1-11).

PAM tekee yhteistyötä hätäkeskuksen, poliisin, ambulanssin, pelastustoimen ja somaattisten päivystysosastojen kanssa. Psykiatristen sairaanhoitajien on mahdollista konsultoida psykiatrisessa päivystyksessä päivystävää psykiatria. (Bouveng, Bengtsson & Carlborg 2017, 67.)

Hoitolaitokset, joihin PAM potilaita kuljettaa ovat psykiatrinen päivystys, päihteiden käyttäjien päivystys, lasten ja nuorten psykiatrinen päivystys ja Maria Ungdom (päivystys lapsille ja nuorille, jotka ovat alkoholin tai huumeiden vaikutuksen alaisina). Yksikkö voi kuljettaa potilaita myös kahteen muuhun psykiatriseen päivystykseen. Toinen sijaitsee Tukholmassa Södermalmilla ja toinen Huddingessa. Nämä ovat auki klo 22 asti. (Gustafsson Karlsson 2018-11-29.) Södermalmin ja Huddingen päivystykset ottavat vastaan ainoastaan ennalta varauksen tehneitä asiakkaita. Akuuteissa tilanteissa on mahdollista, että potilas voi saada ajan samalle päivälle, jotta hän pääsee lääkärin tai sairaanhoitajan vastaanotolle. (Gustafsson Karlsson 2018-12-5.)

Tukholmassa psykiatrinen päivystys on erillään päihteiden käyttäjien päivystyksestä. Nämä ovat kuitenkin samassa paikassa, Capio S:t Göränin sairaalassa. Päihteiden käyttäjien päivystyksessä hoidetaan muun muassa potilaita, joilla on päihteiden aiheuttama psykoosi tai delirium. Mikäli tehtävä edellyttää somaattista hoitoa, voi PAM:n henkilökunta siirtää tehtävän tavallisen ambulanssin hoidettavaksi. Potilaan voidaan joissakin tilanteissa jättää ilman jatkohoitoa, mikäli tilanne ei sitä edellytä. (Bouveng, Bengtsson & Carlborg 2017, 67.)

Bouveng, Bengtsson & Carlborg (2017, 72) tulivat siihen lopputulokseen, että yleinen mielipide niin terveysalan työntekijöiden, poliisin kuin potilaidenkin kohdalla on se, että PAM projekti otettiin hyvin vastaan. Mielenterveysongelmiin liittyvää häpeää voitiin vähentää, kun ensimmäinen kontakti tapahtuu koulutetun psykiatrisen sairaanhoitajan kanssa eikä poliisin kanssa. Yksikön toiminta vähensi niin poliisin kuin tavallisten ambulanssienkin työmäärää.

2.3 Tukholman psykiatrisen ambulanssin toiminnan nykytilanne

Tämän opinnäytetyön tekijä kävi marraskuussa 2018 Tukholmassa tutustumassa psykiatrisen ambulanssin toimintaan yhden työvuoron ajan. Samalla hän kävi haastattelemassa Norra Stockholms Psykiatrin toiminnanjohtajaa, Andreas Carlborgia. Ennen Tukholmaan lähtöä tekijä lähetti Norra Stockholms Psykiatrin toiminnanjohtajalle, PAM:n yksikönjohtajalle sekä koordinaattorille saatekirjeen, jossa kerrottiin tutkimuksen tarkoituksesta. Tutkimuksen kysymyksen asettelu muuttui Tukholman vierailun jälkeen. Tästä syystä liitteenä olevan saatekirjeen teksti ei vastaa tämän opinnäytetyön tutkimuskysymystä.

2.3.1 Tukholman psykiatrisen ambulanssin toiminnan rakenne ja kehittyminen

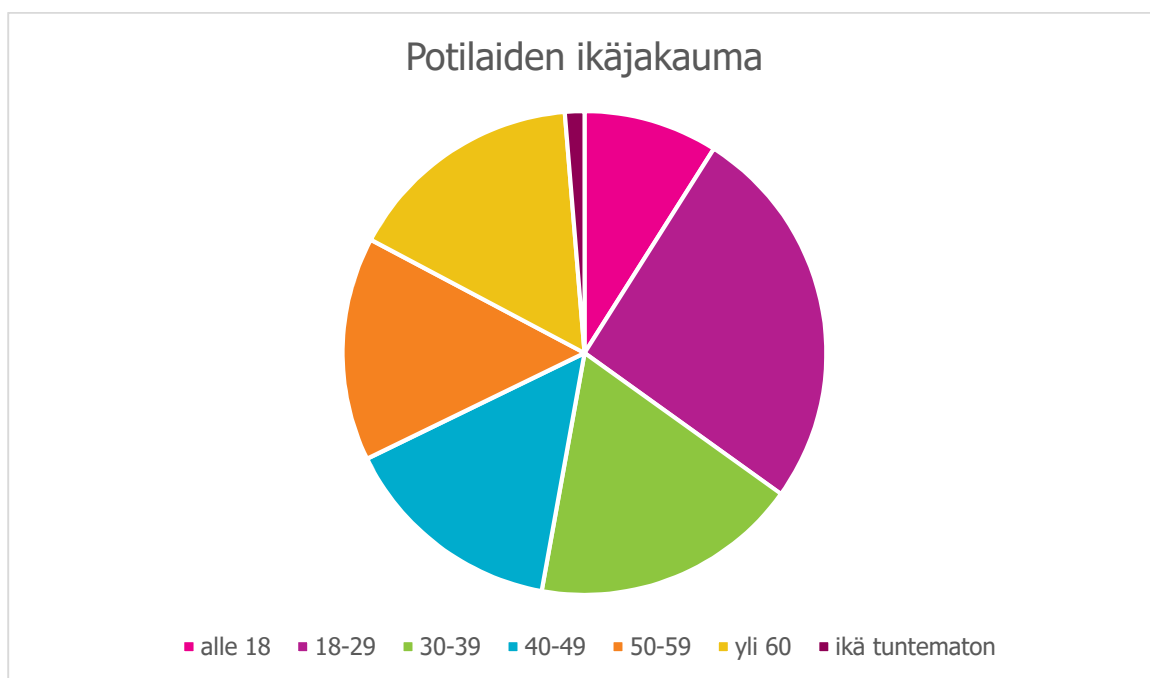
Tässä on esitetty haastattelu Norra Stockholms Psykiatrin toiminnanjohtaja Andreas Carlborgin kanssa. Haastattelu tapahtui 20.11.2018. Haastattelu tallennettiin kokonaisuudessaan. Liitteissä 4 ja 5 on nähtävissä käytetty haastattelurunko. Lisäksi tekstiin on liitetty materiaalia myös muista lähteistä, joiden on nähty olevan sopivia tähän kontekstiin.

Idea psykiatrisen ambulanssin toiminnan perustamiselle lähti siitä, että sairaalan ulkopuolisessa akuut-tihoidossa ei ollut tarvittavaa psykiatrista osaamista. Tavoitteena oli kehittää sellainen toimintamalli, että itsemurhia pystyttäisiin ennaltaehkäisemään. Toiminnanjohtaja mainitsee lisäksi, että poliisit kokiivat, että heillä ei ollut tarvittavaa terveydenhoidollista koulutusta ja, että tehtävät eivät olleet heille soveltuvia. Tavalliset ambulanssitkaan eivät olleet halukkaita hoitamaan mielenterveysongelmista kärsiviä, sillä ensihoitohenkilöstön psykiatrisen osaaminen ei ollut riittävää. (Carlborg 2018-11-20.)

Norra Stockholms Psykiatri sai PAM:n kahden vuoden projektia varten aloitusrahan. Toiminnan arviointi projektin aikana oli jatkuvaa (Carlborg 2018-11-20). Palautetta kerättiin niin potilailta, yksikön työntekijöiltä kuin hallinnossa työskenteleviltä (Lindström & Batalha 2018, 9). Toiminta jatkuttua 1,5 vuotta päätettiin toiminta vakinaistaa, sillä kokemukset olivat hyvin positiivisia. Toiminnan vakinaistamiseen saatiin rahaa Tukholman maakäräjiltä. (Carlborg 2018-11-20.)

Projektin loputtua tammikuussa 2017 Tukholman maakunta teki jatkosopimuksen toiminnasta Norra Stockholms Psykiatrin kanssa. Tämä sopimus oli voimassa vuoden 2018 loppuun asti. Ambulanssjukvården i Storstockholm AB (AISAB) oli alihankkijasopimuksella vastuussa ajoneuvosta ja palkkasi yksikköä kuljettavan ensihoitajan. (Stockholms läns landsting 2018, 2.) Norra Stockholms Psykiatri palkkaa puolestaan edelleenkin psykiatriset sairaanhoitajat. Norra Stockholms Psykiatrilla on lisäksi muutamia sairaanhoitajia, jotka työskentelevät päivystyksessä, mutta sijaistavat muun muassa loma-aikoja. Järjestelmä on hyvin haavoittuvainen, koska psykiatrisia sairaanhoitajia, joilla on riittävä pätevyys, on vähän. Jos joku esimerkiksi sairastuu, on oltava varasuunnitelma, jotta PAM voidaan miehittää päivittäin. (Carlborg 2018-11-20.)

Yksikön kustannukset koostuvan kahdesta eri kuluerästä. Ensimmäinen kuluerä on ajoneuvosta aiheutavat kulut. Norra Stockholms Psykiatri maksoi joka kuukausi noin 300 000 SEK AISAB:lle, johon sisältyivät ajoneuvosta aiheutuvat kulut eli varusteet ja ambulanssin kuljettaja. Toisena kulueränä olivat Norra Stockholms Psykiatriin klinikan kulut, jotka koostuivat psykiatristen sairaanhoitajien palkoista. Psykiatrisia sairaanhoitajia on yhteensä 7. Vuonna 2017 vuosittaiset kulut olivat 6 494 421 SEK. PAM:n kustannukset olivat noin 20 % enemmän vuodessa kuin tavallisen ambulanssin kustannukset. Tämä johtuu siitä, että työvuorossa on samaan aikaan kolme henkilöä, kaksi erikoissairaanhoitajaa ja yksikön kuljettaja. Vuonna 2017 tavallisen ambulanssin toiminnan kulut olivat tuntia kohden 1508 SEK ja PAM:n kustannukset tunnilta olivat vastaavasti 1804 SEK (tähän sisältyy sekä psykiatristen sairaanhoitajien että kuljettajan palkat). (Carlborg 2018-11-20.)



Kuvio 1. Psykiatrisen ambulanssin potilaiden ikäjakauma (Carlborg 2018-11-20.)

Kuvio 1. havainnollistaa potilaiden ikäjakaumaa:

- alle 18-vuotiaita oli 9 %
- 18-29 -vuotiaita oli 26 %
- 30-39 -vuotiaita oli 18 %
- 40-49 -vuotiaita oli 15 %
- 50-59 -vuotiaita oli 15 %
- yli 60-vuotiaita oli 16 %
- potilaita, joiden ikä oli tuntematon 1,3 %. (Carlborg 2018-11-20.)

Nuorin potilas oli 5-vuotias ja vanhin 101-vuotias. Tässä tilastot ovat kahden vuoden ajalta. (Carlborg 2018-11-20.)

PAM:n työntekijöiden osaamistason virallinen vaatimus on, että sairaanhoitajilla tulee olla sairaanhoitajan koulutuksen lisäksi psykiatrisen sairaanhoitajan täydennyskoulutus tai heidän tulee opiskella parhaillaan tätä koulutusta. Lisäksi heidän tulee olla luonteeltaan tehtävään sopivia. Heillä tulee olla vähintään kaksi vuotta työkokemusta psykiatrisesta akuuttihoidosta, kuten esimerkiksi työskentelystä mobiilitiimissä tai päivystyksessä. (Carlborg 2018-11-20.) Työntekijöiltä edellytetään lisäksi hyvää paikallistuntemusta ja sitä, että heillä on ajokortti (Stockholms läns landsting 2018, liite 1 A, 16). Ambulanssjukvårdaren (tekstissä ensihoitaja) koulutus on psykiatrista sairaanhoitajaa alempi koulutus (lähihoitaja). Heillä tulee olla vähintään viisi vuotta työkokemusta ensihoidosta (Carlborg 2018-11-20).

Työntekijöiden turvallisuudesta huolehditaan muun muassa siten, että jokainen psykiatrisen ambulanssin työntekijä suorittaa Bergen-koulutuksen, jonka aiheena vaarallisten tilanteiden hallinta. Bergen-malli on työtapa ja koulutus, jossa opetellaan kohtaamaan väkivalta- ja uhkatilanteita. (Gustafsson Karlsson 2018-12-5.) Työntekijöillä on mahdollisuus jo ennen kohteeseen saapumista tutustua potilaan hoitokertomuksiin. Näin he voivat etukäteen saada tietoonsa, onko potilaalla ollut aiemmin väkivaltaista käytöstä. Työntekijät voivat itse päättää pyytävätkö virka-apua poliisilta. Heillä on laajat oikeudet päätöksentekoon tehtävillä. Henkilökunnan ei tule koskaan vaarantaa omaa turvallisuuttaan. (Carlborg 2018-11-20). Henkilökunnan tulee käyttää suojavarusteita, mikäli tehtävällä on väkivallan uhka (Stockholms läns landsting 2018, liite 1 A, 18).

Työntekijät näkevät paljon epämiellyttäviä tilanteita. Työntekijöille järjestetään säännöllisesti ulkopuolelta tulevaa ammattitaitoista ohjausta. Lisäksi tehdään työhyvinvointia edistävää työtä työympäristössä, jonka järjestäminen on paikallisen esimiehen vastuulla. Tarpeen vaatiessa tarjotaan mahdollisuus defusingiin ja debriefingiin. (Carlborg 2018-11-20.)

Psykiatristen sairaanhoitajien työaika on 32 tuntia viikossa. Heitä psykiatrisessa ambulanssissa työskentelee yhteensä seitsemän. Heistä neljä on kokoaikaista. Osa työskentelee yksikössä osa-aikaisesti. Ensihoitajia PAM:ssa työskentelee viisi. He kaikki työskentelevät PAM:ssa osa-aikaisesti. (Gustafsson Karlsson 2018-11-19.)

PAM:n toiminta-alueena on koko Tukholman maakunnan sairaanhoitoalue (Stockholms läns landsting 2018, liite 1 A, 14). PAM:n asemapaikka on Tukholman keskustassa. Riskinarvion suorittaa aina hätäkeskuspäivystäjä siitä, mikä yksikkö kohteeseen hälytetään. Kaukana maakunnan pohjoisosassa sijaitsevalle kiireellisyysluokan 1 tehtävälle saattaa hätäkeskus PAM:n sijaan hälyttää joko tavallisen ambulanssin ja/tai poliisin. (Carlborg 2018-11-20.)

Psykiatrisen yksikön toiminnan alettua on havaittu monia positiivisia vaikutuksia. Potilaat, joilla on akuutti psykiatrisen ongelma, saavat ammattitaitoista hoitoa sairaalan ulkopuolella. Poliisin työ määrä on vähentynyt. Samoin tavallisten ambulanssien työkuormitus on vähentynyt. PAM:n asemapaikka on sama kuin AISAB:n muiden ambulanssien asemapaikka, Sabbatsbergin sairaala. Näin tapahtuu oppimista työpaikan sisällä. Norra Stockholms psykiatri teki haastattelututkimuksen PAM:n palvelua käyt-

täneille potilaille ja he kokivat saavansa laadukasta hoitoa. Yhteiskunnallisesti on saavutettu eräänlainen leimautumattomuus ja saatu nostettua akuutti psykiatrinen sairaus samalle tasolle kuin akuutti somaattinen sairaus. (Carlborg 2018-11-20.)

Keväällä 2018 tehtiin haastattelututkimus, jossa haastateltiin 16 PAM:n palvelua käyttänyttä potilasta. Havaittiin, että psykiatrisella ambulanssilla on suuri merkitys psykiatrisille potilaille. Yksikkö voi myös ikään kuin täyttää sen organisaatioiden välissä olevan tyhjiön, jossa avunhakija kokee, että ei tiedä, mistä hakea apua psykiatriseen ongelmaansa. Tutkimuksesta kävi ilmi myös se, että potilaiden mielestä sekä poliisin että ensihoitajien tulisi hankkia osaamista siitä, kuinka kohdata mielenterveysongelmasta kärsivä yksilö. Potilaat kuvailivat, että kohtaamisessa PAM:n henkilökunnan kanssa he tulevat nähdäksi ihmisenä ja voivat olla aktiivisesti osallisia omaan hoitoaan koskien ilman, että heitä tuomiin tai leimataan heidän mielenterveysongelmansa vuoksi. (Lindström, Batalha 2018, 9.)

Vuonna 2019 PAM tulee olemaan osa sairaalan ulkopuolista ensihoitoa. Yksikkö on enemmän sidoksissa muuhun ensihoitoon. Tähän Carlborg suhtautuu positiivisesti, koska tällöin psykiatrinen ambulanssi on osa suurempaa kontekstia muun ensihoitotoiminnan kanssa. Aikaisemmin PAM oli hiukan erillään muusta ensihoidosta. Ratkaisuun päädyttiin organisaatiosyistä. Vuonna 2018 yksikkö on vielä psykiatrian yksikön hallinnon alainen. Toiminnan suunnittelu on jatkossa helpompaa, kun PAM osa sairaalan ulkopuolista ensihoitoa. Psykiatriset sairaanhoitajat ovat kuitenkin jatkossakin Norra Stockholms Psykiatrin palkkaamia. (Carlborg 2018-11-20.)

Myös potilasturvallisuus paranee, kun PAM on osa muuta ensihoitotoimintaa ja käytössä on samanlainen poikkeamien käsittelyjärjestelmä. Muutoksen ei nähdä vaikuttavan hoidon laatuun ja PAM:n hallinnon odotetaan säilyvän ennallaan. (Stockholms läns landsting 2018, 4.)

Kysyttäessä sitä, miten psykiatrisen ambulanssin toimintaa voisi kehittää vastaa Carlborg (2018-11-20), että itse hän ei työskentele psykiatrisessa ambulanssissa operatiivisesti. Hän näkee kehittämiskohteena sen, että hätäkeskus osaisi tulevaisuudessa tunnistaa paremmin PAM:lle kuuluvat tehtävät. PAM:n toiminta-aikoja voisi laajentaa. Aikaisemmin työaika oli klo 15-01 ja nyt klo 14-02 ja sitä olisi ehkä mahdollista lisätä vielä, jotta voitaisiin vastata mahdollisimman moneen tehtävään. Psykiatrinen ambulanssi ei ole toiminnassa vuorokauden ympäri resurssien vuoksi, rahaa ei ole tarpeeksi. Toimintaajan perustana on Norra Stockholms Psykiatrin selvitys siitä, mihin aikaan on eniten tehtäviä. Tulevaisuudessa voisi ehkä olla toiminnassa kaksi yksikköä. Joskaan ei ole kovin helppoa löytää ammattitaitoisia sairaanhoitajia. Osaamisvaatimukset ovat korkeat ja psykiatrisista sairaanhoitajista on pulaa. PAM:n työajat ovat myös epäsäännölliset, minkä vuoksi järjestely saattaa olla hankala mm. perheellisille.

Gustafsson Karlsson (2018-11-29), joka työskentelee psykiatrisena sairaanhoitajana PAM:ssa, on sitä mieltä, että yksiköllä tulisi olla mahdollisuus kuljettaa potilas suoraan psykiatriselle osastolla tilanteissa, joissa henkilökunta ovat sitä mieltä, että potilas on psykiatrisen osastohoidon tarpeessa. Tällöin potilasta ei tarvitsisi kuljettaa psykiatriseen päivystykseen, jossa hän joutuu tavallisesti odottamaan kauan.

Lindström (2018-12-17) ottaa esille sen, että vaikka hätäkeskus pääasiassa hälyttää PAM:n tehtävälle voi myös poliisi tunnistaa tehtäviä, jotka sopivat yksión hoidettavaksi. Tämä on haasteellista. Toisena ongelmana hän mainitsee potilaat, joille soveltuisi paremmin tavallisen ambulanssin tarjoamana hoito. Nämä potilaat kuitenkin pitävät psykiatrista ambulanssia parempana hoitovaihtoehtona. Tämä aiheuttaa sitä, että mielenterveyspotilaat joutuvat odottamaan avun saamista.

2.3.2 Tutustuminen Tukholman psykiatrisen ambulanssin toimintaan

Tämän opinnäytetyön tekijä oli seuraamassa psykiatrisen ensihoitoyksikön toimintaa 19.11.2018. Seuraavassa on esitetty esimerkkipäivän PAM:n työtehtävät (tehtävät on numeroitu):

1. Työvuoro alkoi klo 14.00. Ensimmäinen hälytys tuli 14.03. Kiireellisyysluokka oli 1. Kohteessa oli itsetuhoinen potilas. Ennen kuin yksikkö ehti lähteä asemalta, tehtävä peruttiin, sillä potilas oli entinyt poistua paikalta. Poliisin tehtäväksi jäi selvittää, missä potilas oli.
2. Seuraava hälytys tuli 14.24. Tämäkin oli kiireellisyysluokan 1 tehtävä, kohteessa mahdollisesti itsetuhoinen potilas. Matka poliisiveneellä saareen kesti suuntaansa noin tunnin. Mukana tehtävällä kolme poliisia, jotka odottivat kohteessa veneellä. Kohteessa rauhallinen potilas, joka jäi kotiin. Häntä neuvottiin ottamaan yhteyttä psykiatriseen mobiilitiimiin.
3. Klo 17.27 paluumatkalla edelliseltä tehtävältä tuli seuraava tehtävä, kiireellisyysluokan 2 tehtävä. Potilaalla useita psykiatrisia ongelmia, hän oli ottanut amfetamiinia ja oli psykiatrisen hoidon tarpeessa. Hän oli haluton lähtemään hoitoon. PAM pyysi poliisilta virka-apua. Poliisi kuljetti potilaan hoitoon ja psykiatrisen ambulanssi ei lähtenyt lainkaan hoitolaitokseen.
4. Jälleen paluumatkalla PAM sai uuden tehtävän klo 19.28, kiireellisyysluokka oli 2. (Tehtävä odotuksella sen aikaa, että työntekijät ehtivät käydä syömässä.) Kohteessa ahdistunut potilas, joka oli halukas keskustelemaan, mutta ei halunnut lähteä mihinkään. Potilasta jäi kotiin ja häntä neuvottiin ottamaan yhteyttä mobiilitiimiin.

Klo 21.05 PAM palasi asemalle.

5. Seuraava tehtävä klo 21.20, kiireellisyysluokan 2 tehtävä. Poliisi oli jo kohteessa. Potilas oli ahdistunut eikä halunnut elää. Keskustelu potilaan ja omaisten kanssa, jonka tuloksena potilas jäi kotiin. Yksikön sairaanhoitaja antoi ohjeet jatkohoidosta.
6. Klo 22.35 paluumatkalla yksikölle tuli uusi kiireellisyysluokan 2 tehtävä. Potilaalle oli jo hoitokertomuksen mukaan tehty mielenterveysarvio. PAM:ssa työskentelevä psykiatrisen sairaanhoitaja soitti hätäkeskukseen ja yksikkö ei näin ollen suorittanut tehtävää. (Tässä välissä henkilökunnan ruokailu kentällä.)

Ambulanssi palasi asemalle klo 23.15.

7. Seuraava tehtävä klo 23.25, kiireellisyysluokka 1. Kohteessa itsetuhoinen potilas, joka ei vastannut puhelimeen. Yksikkö kuljetti potilaan päihteiden käyttäjien päivystykseen kiireellisyysluokkana 2.
Paluu asemalle klo 0.35.
8. Seuraava tehtävä klo 1.05. Tässä kohtaa minulle kerrottiin, että kohde on kaukana ja työvuoro tulee venymään reippaasti yli. Lähdin tässä vaiheessa asemalta klo 1.15. Viimeinen PAM:n suorittama tehtävä oli kiireellisyysluokan 2 tehtävä. Potilaalla oli itsetuhoisia ajatuksia. Potilas jäi kuitenkin kotiin. Yksikkö palasi asemalle klo 2.05. (Gustafsson Karlsson 2018-11-29.)

Havainnoinnin aikana tämän työn tekijä huomasi, että varsin usein potilaalta otetaan joitakin vitamiinilistoja. Tämän mainitsee myös Wangström (2015), PAM ottaa potilaalta perusmittauksia, kuten verenpaine, happisaturaatio ja syke.

Ensihoidon yhtenevät hoito-ohjeet ovat tehokkaan ja potilasturvallisen hoidon edellytys. Koko Tukholman maakunnassa on käytössä yhtenevät hoito-ohjeet. Lääketieteellisiä hoito-ohjeita lukuun ottamatta, voi palvelun tilaaja laatia väliaikaisia tai pysyviä toimintaa ohjaavia ohjeita. Hoitohenkilökunnalla tulee olla tietämys kriteereistä, joita käytetään tehtävän kiireellisyyden määrittämiseen. (Stockholms läns landsting 2018, liite 1 A, 22.)

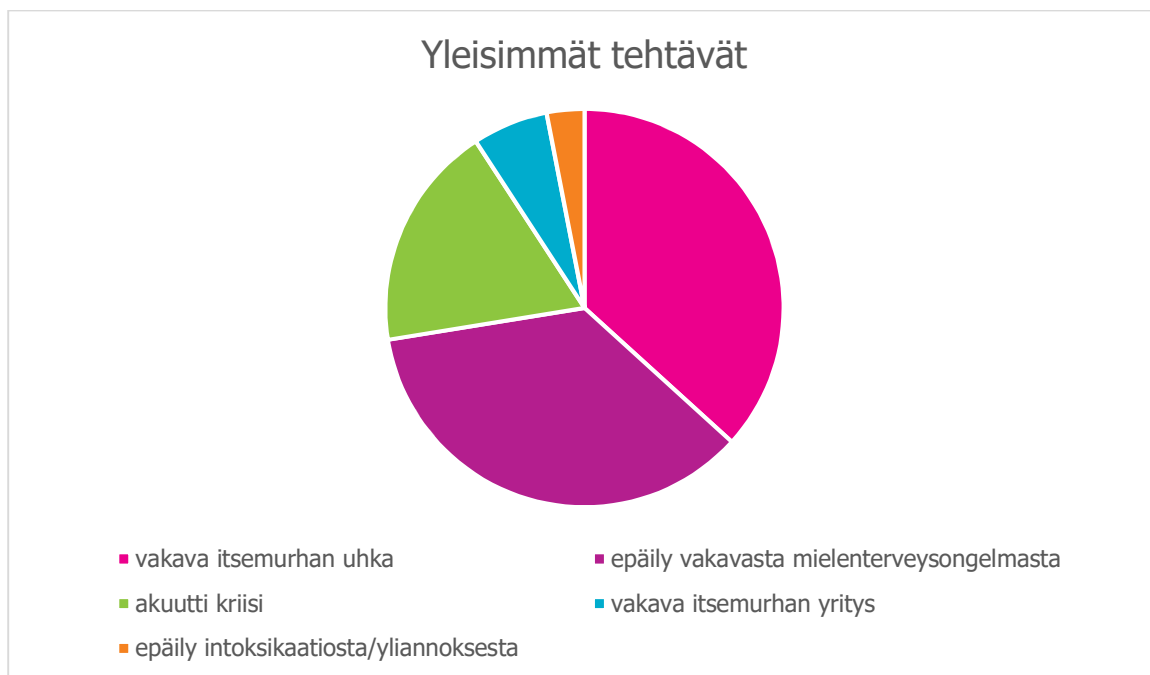
PAM:n työntekijän tulee ottaa yhteyttä potilaan omaisiin potilaan niin halutessa. Edellytyksenä on, että potilaan tila tämän sallii. Omaisilla ei tarvitse jäädä odottamaan, vaan ainoastaan tiedottaa heitä potilaan toivomuksesta. (Stockholms läns landsting 2018, liite 1 A, 18.)

2.3.3 Tukholman psykiatrisen ambulanssin ensimmäisen toimintavuoden tilastoja

Bouvengin, Bengtssonin & Carlborgin (2017, 68-69) PAM:n ensimmäisen toimintavuoden toimintaa kuvailevan tutkielman materiaali on kerätty 1.4.2015-31.3.2016 välisenä aikana. Tutkielmassa jokainen potilas huomioitiin ainoastaan kerran, vaikka olisikin tarvinnut PAM tarjoamaa palvelua useammin. Ensimmäisen vuoden aikana soittoja oli 1580 ja niistä PAM suoritti 1254. 97 % kaikista soittoista oli kiireellisyysluokan 1 ja 2 tehtäviä. Keskimääräisesti soittoja päivässä on 4,3 ja varsinaisia tehtäviä puolestaan 3,4.

Tehtävät jakautuivat kiireellisyysluokan perusteella seuraavasti:

- kiireellisyysluokka 1 tehtäviä oli 51 %
- kiireellisyysluokka 2 tehtäviä oli 46 %
- kiireellisyysluokka 2 tehtäviä oli 3 %. (Bouveng, Bengtsson & Carlborg 2017, 69.)



KUVIO 2. Psykiatrisen ambulanssin yleisimmät tehtävät (Bouveng, Bengtsson & Carlborg 2017, 69.)

Psykiatrisen ambulanssin yleisimmät tehtävät on esitetty kuviossa 2. ja ne jakoutuivat ensimmäisen toimintavuoden ajalta seuraavasti:

- vakava itsemurhan uhka 36 %
- epäily vakavasta mielenterveysongelmasta 25 %
- akuutti kriisi 18 %
- vakava itsemurhan yritys 6 %
- epäily intoksikaatiosta/yliannoksesta 3 %
- muut tehtävät 12 %. (Bouveng, Bengtsson & Carlborg 2017, 69.)

Siitä, kun hätäkeskus hälytti PAM:n tehtävälle ja yksikkö oli kohteessa, kului keskimäärin noin 20 minuuttia. Vasteaika kiireellisyysluokan 1 tehtävillä oli noin 15 minuuttia. Koko tehtävään kuluva aika oli keskimäärin 1 tunti 15 minuuttia. Aika lasketaan siitä, kun hätäkeskus hälytti yksikön siihen asti, kunnes ensihoitoyksikkö päätti tehtävän. Tässä tilastot perustuvat hätäkeskukselta saatuihin tietoihin. (Bouveng, Bengtsson & Carlborg 2017, 69.)

Tukholman maakunnan poliisiosasto rekisteröi tarkasteluajanjakson aikana yhteensä 3271 itsemurhaa koskevaa tehtävää (kommunikaatio/yritys) ja 1128 akuuttia mielenterveysongelmaa koskevaa tehtävää. Tämä vastasi 9,3 päivittäistä tehtävää ja korkein ilmaistavuus oli klo 21-22 välillä. (Bouveng, Bengtsson & Carlborg 2017, 69.)

40 % PAM:n tehtävistä johti jatkohoitoon seuraavan 24 tunnin sisällä. Tähän ei laskettu lapsipotilaita ja somaattista hoitoa saaneita potilaita. 1/3 näistä tapahtui vasten potilaan omaa tahtoa. (Bouveng, Bengtsson & Carlborg 2017, 69.)

136 potilaalta otettiin alkometrilukema. Näistä 77 % oli positiivisia eli $> 0,2$ ‰. Keskimääräinen tulos oli 1,37 ‰, joka on sama lukema kuin absoluuttinen yläraja paikallisten ohjeiden mukaan, jotta pääsee hoitoon psykiatriseen päivystykseen. Potilas, joka on huomattavasti humaltunut potilas, hoidetaan päihteiden käyttäjien päivystyksessä siihen asti, kunnes humalatila on poistunut. Vasta sen jälkeen hän pääsee hoitoon psykiatriseen päivystykseen. PAM kuljetti 333 aikuista potilasta psykiatriseen päivystykseen ja heistä 259 siirrettiin jatkohoitoon sairaalaan. Vastaavasti 239 potilasta kuljetettiin päihteiden käyttäjien päivystykseen ja heistä sairaalahoitoon siirrettiin 211 yksilöä. (Bouveng, Bengtsson & Carlborg 2017, 69.)

Kohdattuja potilaita oli ensimmäisen vuoden aikana yhteensä 1036 ja 96:lla heistä oli kontakti psykiatrisen ensihoitoyksikön kanssa useammin kuin kerran. 1/3 tehtävistä ei johtanut toimenpiteisiin PAM:n käynnin jälkeen ja tällöin potilas jäi tavallisesti kotiin. Tähän lasketaan myös ne potilaat, jotka saivat jonkinlaista jatkoseurantaa. Joitakin kriisi-interventiota tehtiin myös kohteessa. Jotkut potilaat kuljetettiin epätavallisiin hoitolaitoksiin, kuten nuorten päihteiden käyttäjien päivystykseen (potilas alle 18-vuotias). (Bouveng, Bengtsson & Carlborg 2017, 70.)

Tässä yhteydessä ei käsitellä tarkemmin ensimmäisen vuoden ajalta potilaiden ikäjakaumaa, sillä ne on esitetty kahden toimintavuoden ajalta jo aiemmin tässä työssä.

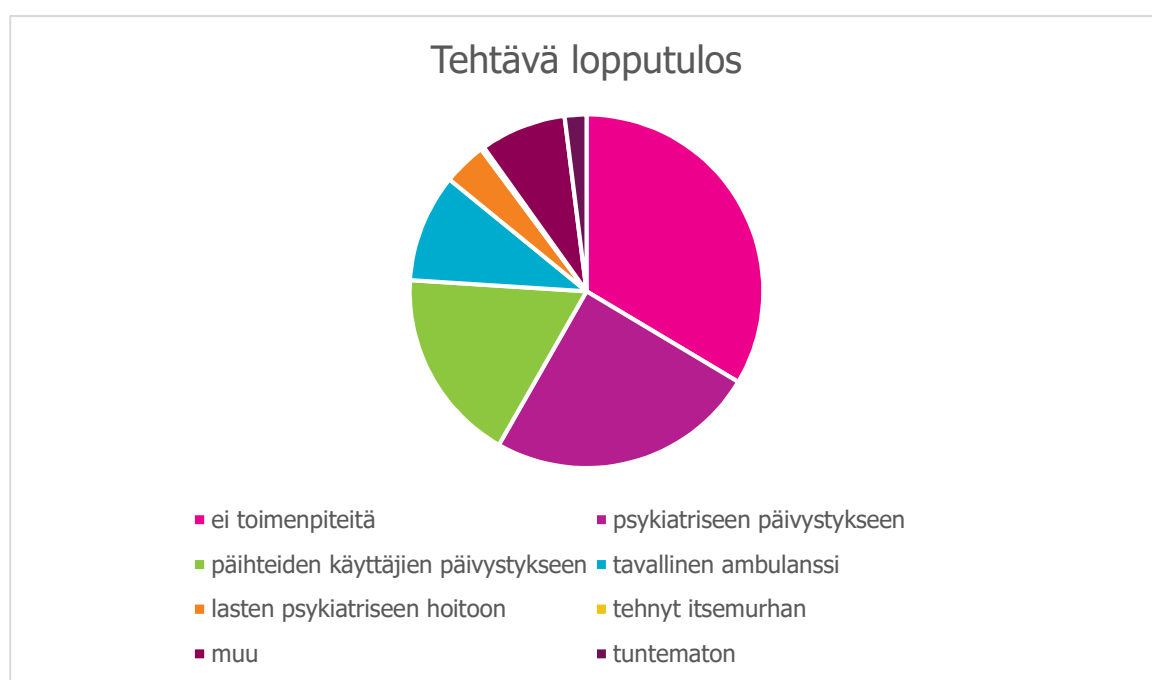


KUVIO 3. Viranomaisyhteistyö (Bouveng, Bengtsson & Carlborg 2017, 71.)

Kuviosta 3. on nähtävissä, psykiatrisen ambulanssin tekeminen on paljon yhteistyötä muiden tahojen kanssa. Yhteistyötä tavallisen ambulanssin kanssa tehtiin 55 % tehtävistä, poliisin kanssa 49 % tehtävistä ja pelastustoimen kanssa 7 % tehtävistä. Ainoastaan 24 % tehtävistä PAM suoritti ilman virka-apua. (Bouveng, Bengtsson & Carlborg 2017, 71.)

Bouveng, Bengtsson & Carlborg (2017, 70) mainitsevat, että PAM:n kohtaamista potilaista 940 tarvitsi yksikön tarjoamaa palvelua kerran, 56 potilas kaksi kertaa ja 40 potilasta kolme kertaa tai enemmän. Ensihoitoyksikön potilaan kohtaamisesta 24 tunnin sisällä psykiatrissa sairaalahoitoa tarvitsi 22 %, joista myönteisesti hoitoon suhtautui 58 % potilaista ja pakkohoitoon joutui 42 % potilaista. Päihteiden käyttäjille tarkoitettua hoitoa tarvitsi 18 % potilaista, joista vapaaehtoisesti hoitoon suhtautui 82 % ja vasten tahtaan hoitoon joutui 18 %.

Itsemurhariskiarviota tehtäessä pieni riski oli 10 % potilaista, kohtuullinen riski 56 %, korkea riski 16 % ja erittäin korkea riski 1 %. Itsemurhariskiarviota ei oltu tutkielman lähdeneistossa dokumentoitu oikean otsikon alla 215 tehtävässä, joka vastaa 17 % PAM:n ensimmäisen vuoden tehtävämäärästä (riski tuntematon). (Bouveng, Bengtsson & Carlborg 2017, 70-72.)



KUVIO 4. PAM suorittamien tehtävien lopputulos (Bouveng, Bengtsson & Carlborg 2017, 71.)

Kuvio 4. havainnoillistaa psykiatrisen ambulanssin tehtävien lopputulosta siten, että siitä on nähtävissä, mihin potilas kuljetettiin. PAM:n suorittamista tehtävistä:

- 34 % ei johtanut toimenpiteisiin.
- 25 % potilaista kuljetettiin psykiatriseen päivystykseen.
- 18 % potilaista kuljetettiin päihteiden käyttäjien päivystykseen.
- 10 % tehtävistä siirrettiin tavanomaisen ambulanssin hoidettaviksi.
- 4 % potilaista kuljetettiin lastenpsykiatrille hoitoon.
- 0,3 % potilaista oli tehnyt itsemurhan ennen kuin heidät tavoitettiin.
- 8 % tehtävistä oli muita.
- 2 % tehtävistä ei pystytty identifioimaan. (Bouveng, Bengtsson & Carlborg 2017, 71.)

Itsemurhan tehneiden potilaiden määrä on ehkä aliarvioitu, sillä todistajina oli ulkopuolisia henkilöitä, jotka sanoivat potilaan hypänneen esim. sillalta ennen kuin PAM tai muu viranomainen ehti kohteeseen. Näissä harvinaisissa tilanteissa todistajasta tuli potilas, hän sai kriisiapua tai vaihtoehtoisesti tehtävä peruttiin ja siirrettiin pelastustoimen hoidettavaksi. Näitä tapahtumia ei laskettu mukaan tilastoihin, jossa potilas oli tehnyt itsemurhan ennen PAM:n saapumista kohteeseen. Lasten psykiatrista hoitoa ei ole tässä huomioitu, koska luotettavan tiedon saaminen lasten psykiatrisilta osastoilta oli teknisesti hankalaa. Tilastot jatkohoidosta eivät sisällä sisätauti- ja kirurgisia klinikoita, joten psykiatrista hoitoa tarvitsevien potilaiden määrä on tutkielmassa mahdollisesti aliarvioitu. (Bouveng, Bengtsson & Carlborg 2017, 71-72.)

Psykiatrisessa päivystyksessä huomattiin potilasmäärän lasku siinä kuussa, kun PAM:n toiminta alkoi. Päivässä potilaiden määrä laski keskimäärin 2,4 verrattuna edelliseen kuukauteen. Huomattava on, että syy tähän on epäselvä ja korrelaatio siihen, että psykiatrisen ambulanssi aloitti toimintansa saattaa olla sattumanvarainen. Yksikön suurin kuormitus tapahtui klo 21-22 ja tämä korreloi vastaavasti hyvin poliisin dokumentteihin ihmisten itsetuhoisen käyttäytymisen esiintymisen kanssa. Toinen kuormitushuippu havaittiin klo 15, jolloin yksikkö aloitti työpäivänsä, joka saattaa johtua siitä hätäkeskus keräsi odotukselle tehtäviä niiltä tunneilta, kun PAM ei ollut toiminnassa. Kun poliisi ottaa psykiatrisen tehtävän hoitaakseen, potilas tavallisesti kuljetetaan psykiatriseen päivystykseen riippumatta siitä, vaatiiko potilaan tila sitä vai ei. (Bouveng, Bengtsson & Carlborg 2017, 72.)

2.4 Tukholman psykiatrisen ambulanssin tulevaisuuden näkymät

Tukholman maakunnan terveys- ja sairaanhoitohallinnon tekemän tutkimuksen mukaan psykiatrisen ambulanssin nykyisten hälytyskriteerien mukaan yksikön tehtävämäärä voi tulla nousemaan noin 7500 tehtävään vuodessa. Nykyisellä kapasiteetilla pystytään vastaamaan 1/3 tästä. Näin ollen on asteittain tarvetta kehittää PAM:n toiminnan laajuutta. Tämä edellyttää syvennettyä analyysia mm. niistä kohderyhmistä, jotka käyttävät psykiatrisen ambulanssin palveluja. (Stockholms läns landsting 2018, 3.)

Yksikön nimi on tähän asti ollut Psykiatrisk Akut Mobilitet (PAM). Terveys- ja sairaanhoitohallinto esittää, että nimi muutetaan psykiatriseksi ambulanssiksi. Tätä perustellaan kansallisella yhdenmukaisella standardilla ja sillä, että käsite psykiatrisen ambulanssi kuvaa paremmin sitä yhteyttä, joka palvelulla on muun ensihoidon kanssa. Nykyistä lyhennettä "PAM" on mahdollista jatkossa käyttää jokapäiväisessä työssä ja ajoneuvon nimeämisessä. (Stockholms läns landsting 2018, 3.)

Psykiatrisen ambulanssin kulujen lasketaan nousevan 14 miljoonaan SEK vuodessa. Kiinteiden kulujen lisäksi syntyy myös muuttuvia kuluja, joiden perustana on tehtävämäärä. Muuttuva kulu nousee noin 200 SEK tehtävää kohden. Nykyiseen toiminta-aikaan ja tehtävämäärän perustuen lasketaan muuttuvien kulujen nousevan 0,3 miljoonaa vuodessa. Vuoden 2017 aikana PAM:n kulut olivat 12 miljoonaa SEK. (Stockholms läns landsting 2018, 3-4.)

2.5 Yhteenveto

Tämän opinnäytetyön teoriaosuuden aineistona käytettiin Tukholman psykiatrisen ambulanssin toiminnasta julkaistua lähdemateriaalia. Lisäksi tekijä kävi tutustumassa Tukholmassa psykiatrisen ambulanssin toimintaan sekä haastattelemassa Norra Stockholms Psykiatrin toiminnanjohtajaa.

Työn teoriaosuudessa kuvataan Tukholmassa toimivan psykiatrisen ambulanssin toimintaa sekä Bergenin psykiatrisen ensihoitoyksikön toimintaa, josta otettiin Tukholmassa mallia, kun lähdettiin suunnittelemaan psykiatrisen ambulanssin pilottiprojektia. Lähtökohdat psykiatrisen ambulanssin tarpeeseen olivat Tukholmassa hyvin pitkälle samat kuin Bergenissä. Psykiatrisia ensihoitotehtäviä oli aiemmin hoitanut sekä Norjassa että Ruotsissa poliisi ja toisaalta ensihoitohenkilöstön osaaminen kohdata mielenterveyspotilaita ei ollut riittävä. Molemmissa maissa psykiatrisen ensihoitoyksikön miehitys on samankaltainen, yksikössä on aina kaksi psykiatrista sairaanhoitajaa sekä yksi ensihoitaja. Niin ikään psykiatrisen ambulanssin toiminnan tavoite sekä Norjassa että Ruotsissa on tarjota psykiatrisille potilaille ammattitaitoista hoitoa kenttäolosuhteissa. Tärkeänä tavoitteena on myös itsemurhien ennaltaehkäisy. Tavoitteena on vähentää mielenterveysongelmista kärsivien potilaiden leimautumista. Bergenissä on käytössä erilainen ajoneuvo kuin Tukholmassa. Bergenin psykiatrisen ambulanssi muistuttaa enemmän somaattisessa hoidossa käytettävää ambulanssia kuin Tukholmassa toimiva PAM. Eroavaisuuksia toiminnassa on siitä, että Bergenin ensihoitoyksikössä potilas voidaan tarpeen vaatiessa sitoa kiinni, mutta Ruotsin lain mukaan potilasta ei saa sitoa kiinni sairaalan ulkopuolisessa hoidossa.

Huomion arvoinen seikka on se, että Tukholman maakunnan asukasluku on huomattavasti suurempi Bergenin. Tukholman maakunnassa asukkaita on n. 2,2 miljoonaa. Bergenin asukasluku vastaavasti oli 279 972 vuonna 2018 (Wikipedia 2018). Tästäkin huolimatta molempien yksiköiden pilottiprojektin aikana hyötyjä havaittiin niin paljon, että psykiatrisen ambulanssin toiminta on vakinaistettu sekä Norjassa että Ruotsissa.

Tukholman psykiatrisen ambulanssin toiminnan alettua havaittiin seuraavanlaisia hyötyjä:

- psykiatrisen akuuttihoiton laadun paraneminen kentällä
- poliisin työkuormituksen lasku
- tavallisten ambulanssien työkuormituksen lasku
- oppimista työpaikan sisällä
- potilaiden tyytyväisyys saamaansa hoitoon lisääntyi
- potilaiden leimautuminen vähentyi
- tyhjiön täyttyminen tilanteissa, jossa ihminen ei tiedä, mistä hakea apua psykiatriseen ongelmaansa.

PAM:n toiminnassa nähdään kuitenkin vielä myös kehittämiskohteita. Häätäkeskuksen tulisi oppia entistä paremmin tunnistamaan tehtävät, jotka sopivat PAM:n hoidettaviksi. Lisäksi psykiatrisen ambulanssin toiminta-aikoja tulisi laajentaa. Mahdollisesti tulevaisuudessa Tukholman maakunnassa voisi toimia kaksi psykiatrista ensihoitoyksikköä. Toiminta olisi sujuvampaa, mikäli PAM voisi kuljettaa potilaita suoraan psykiatriseen osastohoitoon. Se, että poliisin alueellinen johtokeskus voi tunnistaa

PAM:lle sopivia tehtäviä nähdään kyseenalaisena, sillä toimintamalli ei ole selkeä. Ongelmana nähdään se, että jotkut akuuttihoitoa tarvitsevat henkilöt kokevat PAM:n paremmaksi hoitovaihtoehdoksi kuin tavallisen ambulanssin tarjoaman hoidon. Näissä tilanteissa mielenterveyspotilaiden hoidon saanti viivästyy.

Tämän opinnäytetyön tekijä kävi yhden vuoron ajan tutustumassa PAM:n toimintaa. Työvuoron aikana psykiatrinen ambulanssi oli tehtävillä suurimman osan työvuorosta. Psykiatrisen ambulanssin työntekijöiden ammattitaito oli tekijän näkemyksen mukaan korkealaatuista ja ammattitaitoista. Suurin osa potilaista oli tyytyväisiä saamaansa hoitoon. Poikkeuksena tästä oli ainoastaan potilas, joka oli päihteiden vaikutuksen alaisena.

Bouvengin, Bengtssonin & Carlborgin (2017) tutkielma PAM:n ensimmäisestä toimintavuodesta kuvaa varsin laajasti ja yksityiskohtaisesti psykiatrisen ambulanssin toimintaa Tukholmassa. Materiaalia PAM:sta oli tämän opinnäytetyön tekemisen ajankohtana saatavissa varsin niukasti. Syynä tähän lieenee se, että psykiatrinen ensihoitoyksikkö on ollut toiminnassa Tukholmassa vasta vuodesta 2015 lähtien.

Yleisimmät PAM:n hoitamat tehtävät olivat ensimmäisen toimintavuoden aikana vakava itsemurhan uhka, epäily vakavasta mielenterveysongelmasta, akuutti kriisitilanne, vakava itsemurhan yritys sekä epäily intoksikaatiosta. Yhteistyötä poliisin, tavallisten ambulanssien sekä pelastustoimen kanssa PAM teki ensimmäisen toimintavuoden aika varsin paljon, sillä ainoastaan 24 % tehtävistä se hoiti itsenäisesti. Psykiatrisen ambulanssin henkilökunta tekee paljon yhteistyötä muiden viranomaisten kanssa.

PAM hoitamien tehtävien lopputulos vaihteli suuresti ensimmäisen toimintavuoden aikana. Suuri osa tehtävistä ei johtanut lainkaan toimenpiteisiin. Eniten psykiatrinen ambulanssi kuljetti potilaita joko psykiatriseen päivystykseen tai päihteiden käyttäjien päivystykseen. Osan tehtävistä otti hoitaakseen tavallinen ambulanssi. Lasten psykiatriseen hoitoon vietiin 4 % potilaista. Osassa tehtävistä lopputulos oli jokin muu tai tuntematon ja 0,3 % potilaista oli ehtinyt tehdä itsemurhan ennen PAM:n saapumista kohteeseen.

PAM sai jo vuonna 2015 Ruotsin ensihoitopalkinnon uudesta ajatusmallista Ruotsin ensihoitokentällä. Palkinnon jakaa Ruotsin ensihoidon johtovastuussa olevien yhdistys (Föreningen för Ledningsansvariga Inom Svensk Ambulanssjukvård, FLISA). Yhdistys perusteli valintaa sillä, että psykiatrinen ambulanssi tarjoaa uudenlaisia hoitomahdollisuuksia mielenterveyspotilaille ja heidän läheisilleen, sairaalan ulkopuolisissa akuuteissa tilanteissa. Yksikön työntekijöillä on korkea ammattitaito suorittaa psykiatrista riskinarvioita. PAM tarjoaa apua lisäksi kriisitilanteissa. Ambulanssin psykiatrinen osaaminen mahdollistaa mielenterveyspotilan terveydentilan kohenemisen ja samalla potilaat saavat korkealaatuista hoitoa. Samaan aikaan tapahtuu lisäksi oppimista psykiatrian ja ensihoidon välillä. (Norra Stockholms Psykiatri 2015.)

Tulevaisuudessa Tukholman psykiatrisen ambulanssin tehtävämäärän odotetaan kasvavan. Nykyisillä resursseilla tästä pystytään vastaamaan ainoastaan 1/3. Näin ollen tulisi tehdä syvennetty analyysi PAM:n palvelua käyttävistä kohderyhmistä. Myös psykiatrisen ambulanssin toiminnan kulujen laskeaan tulevaisuudessa nousevan.

3 PSYKIATRISET POTILAAT ENSIHOIDON ASIAKKAANA SUOMESSA

3.1 Suomen ensihoitojärjestelmä

Suomessa ensihoitoa koskevan lainsäädännöstä valmistelusta vastaa Sosiaali- ja terveysministeriö. Se myös ohjaa ja valvoo ensihoitotoimintaa yleisellä tasolla (STM s.a.).

”Ensihoitoa on äkillisesti sairastuneen tai loukkaantuneen potilaan kiireellisen hoidon antaminen ja tarvittaessa potilaan kuljettaminen hoitoyksikköön. Ensihoitopalvelu ja siihen liittyvä sairaanhoito ovat osa terveydenhuoltoa.” (STM s.a.) Kuisma, Holmström, Nurmi, Porthan & Taskinen (2013, 14) määrittelevät ensihoidon puolestaan seuraavasti: ”Ensihoitopalvelu on terveydenhuollon päivystystoimintaa, jonka perustehtävänä on turvata äkillisesti sairastuneen tai onnettomuuden uhrin tasokas hoito tapahtumapaikalla ja kuljetuksen aikana.” Ensihoitopalvelun tulee kunnioittaa kaikessa toiminnassaan terveydenhuollon asettamia arvoja sekä lainsäädäntöä ja potilaan oikeuksia.

Ensihoidosta säädetään terveydenhuoltolaissa. Terveysministeriön 39 § mukaan jokaisen sairaanhoitopiirin tehtävä on järjestää itse oman alueensa ensihoitopalvelu. (Kuisma, Holmström, Nurmi, Porthan & Taskinen 2013, 18.) Ensihoitopalvelu on mahdollista hoitaa itse tai yhteistyössä pelastustoimen tai jonkin toisen sairaanhoitopiirin kanssa. Ensihoitopalvelu voidaan lisäksi ostaa joltakin palveluntuottajalta. Palvelutason määrittely on myös sairaanhoitopiirin tehtävä. Sosiaali- ja terveysministeriö laatii sairaanhoitopiireille ohjeet palvelutasopäätöksen laatimista varten ”Ohje ensihoitopalvelujen palvelutasopäätöksen laatimisesta (STM:n julkaisu 2017:14)” -ohjeen. Ensihoitopalvelun suunnittelu ja toteutus tapahtuu yhteistyössä päivystävien terveydenhuollon toimijoiden kanssa siten, että kokonaisuus toimii alueellisesti hyvin. (STM s.a.)

Terveysministeriön 40 § määrittelee ensihoitopalvelun sisällön. Ensihoitopalvelun tehtävänä on äkillisesti sairastuneen tai loukkaantuneen kiireellinen hoito ensisijaisesti hoitolaitoksen ulkopuolella ja tarpeen vaatiessa potilaan kuljettaminen lääketieteellisesti arvioiden tarkoituksenmukaisimpaan hoitolaitokseen. Lain mukaan ensihoitopalvelun sisältöön kuuluu ensihoitovalmiuden ylläpito ja tarvittaessa potilaan tai muiden läsnäolijoiden ohjaaminen psykososiaalisen tuen piiriin. Ensihoitopalvelun sisältöön kuuluu yhdessä muiden viranomaisten ja toimijoiden kanssa osallistuminen alueellisten varautumis- ja valmiussuunnitelmien kehittämiseen suuronnettomuuksien ja terveydenhuollon erityistilanteiden varalle. Myös virka-avun antaminen muille viranomaisille on osa ensihoitopalvelun sisältöä. (Kuisma, Holmström, Nurmi, Porthan & Taskinen 2013, 18.)

Terveysministeriön 41 § määrittelee asetuksenantovaltuuden (Kuisma, Holmström, Nurmi, Porthan & Taskinen 2013, 18). Ensihoitopalvelun tehtävistä on säädetty STM:n asetuksissa ”Sosiaali- ja terveysministeriön asetus ensihoitopalvelusta 585/2017” ja ”STM:n asetus ensihoitopalvelusta, perustelumistio 2017”. (STM s.a.) Terveysministeriön 41 § säädetään ”ensihoitopalvelun tehtävistä, ensihoidon palvelutasopäätöksen määrittelyn perusteista ja rakenteesta, ensihoitopalveluun osallistuvan henkilöstön tehtävien määrittelyn perusteista ja koulutusvaatimuksista, ensihoitopalvelun perus- ja

hoitotason määritelmistä sekä ensivastetoiminnasta. (Kuisma, Holmström, Nurmi, Porthan & Taskinen 2013, 18.)

Terveydenhuoltolain 46 § säädetään ensihoitokeskuksista. Erityisvastuualueen sairaanhoitopiirien kuntayhtymien tulee sopia ensihoitokeskuksen tehtävien järjestämisestä erikoissairaanhoidon järjestämissopimuksessa. (Kuisma, Holmström, Nurmi, Porthan & Taskinen 2013, 18.)

Suomessa ambulanssi hälytetään numerosta 112. Hätäkeskus arvioi tehtävän kiireellisyyden ja käytävissä olevat resurssit. Yhteistyötä hätäkeskuksen kanssa tekevät kunnat, palvelun tuottajat ja sairaanhoitopiirit. Hätäkeskuksen toimintaa säätelee ”Laki hätäkeskustoiminnasta 692/2010”. (STM s.a.)

Yksityinen sairaankuljetustoiminta on luvanvaraista toimintaa. Lupaa haetaan aluehallintoviranomaiselta tai Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valviralta. Sairaankuljetustaluvista on säädetty laissa: ”Laki yksityisestä terveydenhuollosta 152/1990”. (STM s.a.)

Mielenterveyspotilaan hoitoa säätelevät laki potilaan asemasta ja oikeuksista, mielenterveyslaki, päihdehuoltolaki sekä potilaan ollessa alle 18-vuotias lastensuojelulaki (Takamäki 2016, 15). Mielenterveyteen liittyvillä ensihoitotehtävillä tulee huomioida myös tässä kappaleessa mainitut lait.

3.2 Mielenterveyspotilaan ensihoidon asiakkaina Suomessa

Vuosien mittaan ensihoitopalvelun tehtävämäärät ovat nousseet ja tehtävien luonne muuttunut. Muun muassa alkoholin ja päihteiden käyttö on lisääntynyt. Samoin yksinäisyys ja syrjäytyminen ovat nyky-aikana aiempaa yleisempää. Niin ikään terveydenhuollon toimipisteiden ruuhkautuminen ja se, että palveluita ei ole tarpeeksi saatavilla, ”pirstaleiset hoitosuhteet” sekä kansalaisten puutteelliset taidot aiheuttavat sen, että ensihoitopalvelun kysyntä ja tarve on kasvanut. (Kuisma, Holmström, Nurmi, Porthan & Taskinen 2013, 14-15.)

Mielenterveysongelmat, tehtäväkoodi 785, ovat yksi ensihoidon kohtaamista yleisimmistä tehtäväryhmistä Suomessa. Ensihoitajat kohtaavat psyykkisiä ongelmia lisäksi muilla tehtäväkoodeilla. Avohoito on lisääntynyt ja siksi akuutteja mielenterveysongelmia kohdataan ensihoidossa yhä useammin. (Takamäki 2016, 3.) Itsemurhaa yrittäneitä, päihteiden käyttäjiä ja psykoosipotilaita kohdataan kentällä aiempaa enemmän. Ensihoidolla on lisäksi merkittävä rooli, kun potilas toimitetaan hoitoon vasten omaa tahtoaan. (Takamäki 2016, 13.)

Kentällä ensihoitajat joutuvat arvioimaan potilaan psyykkistä vointia ilman mitään työkaluja tai protokollia (Takamäki 2016, 13). Mielenterveyspotilaan hoito perustuu usein ensihoitajan omaan kokemukseen (Takamäki 2016, 57). Mielenterveyspotilaan kohtaamisessa tärkeintä on empatiakyky, halu auttaa potilasta, potilaan kohtelu kunnioittavasti ja potilaan kuunteleminen (Takamäki (2016, 3). Mikäli puhe ei auta, joudutaan itselleen tai ympäristölleen vaarallinen potilas saattamaan hoitoon vasten

omaa tahtoaan. Tällainen tilanne edellyttää selkeätä toimintasuunnitelmaa ja rohkeutta puuttua potilaan itsemääräämisoikeuteen tilapäisesti sekä sitä, että kaikkien osapuolten turvallisuus huomioidaan. (Kuisma, Holmström, Nurmi, Porthan & Taskinen 2013, 657.)

Mielenterveyspotilaat ovat muita potilasryhmiä useammin haluttomia hoitoon ja saattavat kokea, että eivät edes ole sairaita. Potilaiden käytös saattaa olla ennalta arvaamatonta ja haasteellista. (Takamäki 2016, 14.) Psykiatrinen potilas saattaa soittaa hätäkeskukseen jonkin somaattisen ongelman vuoksi, sillä ei itse tunnista tarvitsevansa psyykkistä apua. Mielenterveysongelmiin kohdistuvat ennakkoluulot aiheuttavat sen, että psyykkiset ongelmat usein salataan. (Kuisma, Holmström, Nurmi, Porthan & Taskinen 2013, 657.)

Psyykkisiin ongelmiin liittyy usein päihdeongelma. Päihtymys saattaa vaikeuttaa huomattavasti potilaan mahdollisen mielenterveysongelman tyyppin ja vaikeuden hahmottamista. Päihtymys ei kuitenkaan saa olla akuuttihoidon tarpeen arvioinnin ja hoidon järjestämisen esteenä. (Kuisma, Holmström, Nurmi, Porthan & Taskinen 2013, 657.)

Ensihoitajan koulutukseen sisältyy noin 10 opintopistettä mielenterveystyön koulutusta käytännön harjoitteluineen (Takamäki 2016, 7). Ensihoitajat pitävät osaamistaan akuutin psykiatrisen potilaan kohtaamistaitojaan riittämättöminä. Suomessa ensihoidossa on käytössä vain ohjeistus M1-lähetteellä (tarkkailulähetteellä) kuljetettavasta potilaasta ja poliisin virka-avun hälyttämisestä. (Takamäki 2014, 14.) M1-lähetteellä tarkoitetaan tahdosta riippumattomaan tarkkailuun lähettämistä. Tämä edellyttää, että lääkäri kirjoittaa M1-lausunnon, jonka perusteella potilasta tutkineen lääkärin näkemyksen mukaan lain määräämät edellytykset tahdosta riippumattomaan psykiatriseen sairaalahoitoon toimittamiselle täyttyvät. (Huttunen 2018.)

Täysi-ikäinen henkilö on mahdollista toimittaa ja määrätä tahdosta riippumattomaan psykiatriseen sairaalahoitoon vain, jos kaikki kolme edellytystä vallitsevat samanaikaisesti:

1. "Henkilön on mielisairas eli psykoottinen.
2. Henkilö on mielisairautensa hoidon tarpeessa siten, että hänen hoitoon toimittamatta jättämisensä pahentaisi hänen mielisairauttaan, vaarantaisi hänen terveyttään tai turvallisuuttaan tai vakavasti vaarantaisi muiden henkilöiden terveyttä tai turvallisuutta.
3. Mitkään muut käytettävissä olevat mielenterveyspalveluiden vaihtoehdot eivät sovellu käytettäväksi tai ovat hoidollisesti riittämättömiä." (Huttunen 2018.)

Usein ainoa mitä ensihoito pystyy potilaalle tarjoamaan, on kuljetus hoitolaitokseen. Psykiatristen ongelmien tunnistaminen kentällä on vaikeaa ja ensihoidon kontaktiaika potilaan kanssa lyhyt. Ensihoidon ongelmana ovat niin ikään alueelliset erot esimerkiksi konsultaatiosta ja virka-avun pyytämisestä. (Takamäki 2016, 58.) Mielenterveys- ja päihdeongelmat, sosiaalinen hätä, yksinäisyys ja toistuva tunne siitä, että ei kykene auttamaan potilasta ja hänen läheisiään tarpeeksi turhauttaa ja uuvuttaa ensihoidon työntekijöitä (Kuisma, Holmström, Nurmi, Porthan & Taskinen 2013, 15).

4 PSYKIATRISEN AKUUTTIOOSAAMISEN VIEMINEN SAIRAALAN ULKOPUOLELLE

4.1 Tutkimusmenetelmän valinta

Tutkimuksessa käytettiin fokusryhmähaastattelua, joka on kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä. Fokusryhmähaastattelun tarkoituksena on ymmärtää tutkittavaa ilmiötä. Menetelmän avulla on mahdollista saada esille erilaisia näkökulmia tutkittavasta aiheesta. Fokusryhmähaastattelu on haastattelijan ohjaama keskustelu, joka perustuu ennalta suunniteltuun haastattelurunkoon. (Mäntyranta & Kaila 2008.) Ennen varsinaista fokusryhmähaastattelua tämän työn tekijä piti haastateltaville lyhyen esitelmän psykiatrisen ambulanssin toiminnasta Tukholmassa.

4.2 Aineiston hankinta

Tutkimuksessa aineiston keruumenetelmäksi valikoitui teemahaastattelu. Teemahaastattelussa haastateltavat voivat esittää omia näkemyksiään käsiteltävästä teemasta vapaasti ja menetelmä soveltuu käytettäväksi silloin, kun haastateltavia on useampia. Teemahaastattelu on yleisesti käytetty kvalitatiivisen aineiston hankinnan menetelmä (Koskinen, Alasuutari, Peltonen 2005, 104-105). Voidaan puhua myös ryhmähaastattelusta eli fokusryhmästä. Kohde eli fokus on ennalta määrätty. (Koskinen, Alasuutari, Peltonen 2005, 124.) Fokuksen ytimenä toimivat tämän opinnäytetyön tekijän laatimat teemat. Teemoja haastatteluun valikoitui yhteensä kolme. Teemat tämän työn tekijä valitsi sen perusteella, että saataisiin mahdollisimman kattavasti selvitettyä sitä, olisiko psykiatrisen ambulanssi tarpeellinen Suomessa. Kysymykset olivat avoimia kysymyksiä.

Ryhmähaastattelussa haastateltavat reagoivat sekä haastattelijan kysymyksiin että toistensa kommentteihin (Koskinen, Alasuutari, Peltonen 2005, 124). Ryhmähaastattelun etuna on se, että ryhmädynamiikan vuoksi on mahdollista saada monipuolisempi aineisto kuin yksilöhaastattelulla. Ryhmähaastattelun hyötynä on niin ikään se, että tavallisesti on vähemmän tutkijan esittämien kysymysten vinouttama kuin yksilöhaastattelu. Lisäksi ryhmähaastattelulla voidaan kartoittaa lyhyessä ajassa usean ihmisen näkemykset käsiteltävistä teemoista. (Koskinen, Alasuutari, Peltonen 2005, 124.)

Otantamenetelmänä käytettiin sekä harkinnanvaraista otantaa että satunnaisotantaa. Haastateltavia oli yhteensä viisi. Haastateltavat olivat psykiatrian ja ensihoidon ammattilaisia. Näin pystyttiin saamaan esille erilaisia näkökulmia. Haastattelussa toiset osallistuivat keskusteluun aktiivisemmin kuin toiset. Kuitenkin jokainen haastateltava kertoi oman näkemyksensä jokaiseen käsiteltyyn teemaan.

Teemahaastattelu tallennettiin kokonaisuudessaan. Käytössä oli kaksi eri sanelinta, jotta voitiin taata se, että teemahaastattelu varmasti tallentui.

4.3 Tutkimusaineiston analyysi

Sisällönanalyysi kuvaa tutkittavaa asiaa. Sisällönanalyysissa tulokset muodostuvat abstrahoinnin kautta käytetystä aineistosta (Kyngäs, Elo, Pölkki, Kääriäinen & Kanste 2010, 139.) Sisällönanalyysia käyttämällä tehty analyysi on objektiivista ja systemaattista. Menetelmän puutteena on se, että sillä ei voida selittää käsitteiden välisiä yhteyksiä. Näin ollen ei ole mahdollista tuottaa yleistettäviä tuloksia, vaikka tulosten siirrettävyyttä voidaan miettiä. (Vaarala 2017.)

Aineiston analyysi lähti liikkeelle siitä, että teemahaastattelu kuunneltiin läpi useaan kertaan ja siitä etsittiin asioita, joista haastateltavat olivat samaa mieltä. Yläkäsitteenä toimi kunkin teeman avainsana. Haastateltavat käyttivät eri tapaa saman asian ilmaisuun. Tämän eliminoimiseksi laadittiin aineistosta avainsanoihin perustuvan taulukon, jossa ylhäällä oli käsiteltävän teeman avainsana ja vaakariveillä jokaisen haastateltavan titteli. Taulukkoon kirjoitettiin teemahaastattelussa kunkin haastateltavan käyttämä ilmaisun käsiteltävästä teemasta. Taulukon pohjalta laadittiin toinen taulukon, johon tehtiin merkinnän aina, kun haastateltavan puheessa oli tulkittavissa avainsanaan liittyvä ilmaisu. Tämän pohjalta muodostettiin lopulta käsitteitä. Samalla huomioitiin muutama seikka, jossa haastateltavien mielipiteet erosivat toisistaan. Nämä on esitetty tutkimustuloksissa.

4.4 Tutkimuksen validiteetti, rehabiliteetti ja eettisyys

Tutkimuksen validiteetilla tarkoitetaan sitä, missä määrin tietty väite, tulkinta tai tulos kuvaa sitä asiaa, johon on tarkoitus viitata. Sisäisellä validiteetilla tarkoitetaan tulkinnan sisäistä loogisuutta ja sitä, että siinä ei ole ristiriitoja. Ulkoinen validiteetti vastaavasti tarkoittaa sitä, voidaanko tulkinta yleistää muuhunkin kuin tutkittuun tapaukseen. (Koskinen, Alasuutari, Peltonen 2005, 254.) Tutkimuksen tarkoituksena oli kerätä tietoa siitä, olisiko Suomessa tarvetta psykiatriselle ambulanssille. Tutkimuksen sisäisessä validiteetissa ei ole ristiriitoja. Tutkimuksen ulkoinen validiteetti on epävarma. Lopputulosten yleistettävyys teoriasta käytäntöön on epävarma. Teemahaastattelussa otettiin useaan kertaan esille, että vain kokemuksen ja tiedon kautta, jota mahdollinen pilottiprojekti tarjoaisi, voitaisiin todellisuudessa tietää olisiko Suomessa tarvetta psykiatriselle ambulanssille. Se, olisiko psykiatrisen ambulanssin tarpeellinen muualla kuin Pohjois-Savon alueella on suoraan verrannollinen siihen, saataisiinko pilottiprojektin kautta positiivisia kokemuksia Pohjois-Savossa.

Tutkimuksen rehabiliteetti tarkoittaa tutkimustulosten toistettavuutta (Hirsijärvi, Remes & Sajavaara 2015, 231). Tutkimuksen rehabiliteetti on hyvä, sillä, mikäli haastateltavilta kysyttäisiin heidän näkemyksensä teemahaastattelun teemoihin uudestaan ei niissä todennäköisesti olisi poikkeamia niihin näkemyksiin, joita teemahaastattelussa tuotiin esille.

Tutkimuksen uskottavuuden perustana on se, että tekijä noudattaa hyvää tieteellistä käytäntöä (Tuomi & Sarajärvi 2009, 132). Tekijä on tehnyt työn rehellisesti, huolellisesti ja tarkasti. Em. toimitavat on huomioitu tutkimusta tehtäessä, tuloksia tallennettaessa ja esitettäessä sekä tutkimusta arvioitaessa. Työssä on käytetty tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisia ja eettisesti hyväksyttäviä

menetelmiä. Tutkimuksen tulokset on raportoitu avoimesti. Lähdeviitteet on merkitty asianmukaisella tavalla. Tutkimuksen suunnittelu, toteutus ja raportointi on tehty yksityiskohtaisesti.

Opinnäytetyössä ei käsitellä kenenkään henkilökohtaisia tietoja. Tekijä lähetti Tukholmaan saatekirjeen ennen psykiatriseen ambulanssiin tutustumista ja sai tutkimusluvan. Tutkimukseen osallistujat tulivat mukaan tutkimukseen vapaaehtoisesti ja antoivat suullisen suostumuksen aineiston käytöstä tutkimuksen materiaalina. Teemahaastattelussa haastateltuja henkilöitä ei ole mahdollista identifioida. Kaikki tallennetut sanelut ja muut työtä varten saadut materiaalit hävitetään tämän työn valmistuttua.

4.5 Tulokset

Tämän opinnäytetyön piti 21.1.2019 teemahaastattelun aiheesta, olisiko Suomessa tarvetta psykiatriselle ambulanssille. Haastattelun tulokset on esitetty seuraavaksi tässä opinnäytetyössä.

4.5.1 Psykiatrisen ambulanssin mahdolliset tarpeet ja hyödyt Suomessa

Ensimmäisenä teemana haastattelussa oli se, millaisia tarpeita tai hyötyjä psykiatrisesta ambulanssista Suomessa voisi olla. Teemahaastattelussa otettiin esille se, että psykiatrisen ambulanssin pilottiprojekti mahdollistaisi palvelun, jossa psykiatrista osaamista voitaisiin viedä sairaalan ulkopuolelle ja potilaan mielentilan arviointi voitaisiin tehdä kotona. Potilaan koti olisi luonnollisempi ympäristö haastatella ja arvioida potilaan mielentila sekä tehdä päätös mahdollisen jatkohoidon tarpeesta. Tällainen toiminta nopeuttaisi koko prosessia, eikä potilas joutuisi ensin ensihoitajien arviotavaksi. Ongelma nykykäytännössä on se, että ensihoidon tekemä mielentilan arvio saattaa lähteä väärille urille, koska ensihoitajilla ei ole tarpeeksi tietämystä psykiatristen ongelmien hoitomahdollisuuksista. Tätä virhettä on myöhemmin vaikea korjata. Kun tilan arvioisi psykiatrinen sairaanhoitaja, olisi potilas mahdollista ohjata suoraan oikeaan hoitopaikkaan. Potilaan ollessa myöntynäinen hoitoon, voitaisiin mahdollisesti ohittaa kokonaan päivystys. Psykiatrisen sairaanhoitajan tehtävänä olisi suunnitella, miten mielenterveyspotilaan hoito järjestyisi tulevaisuudessa.

Teemahaastattelussa mainittiin, että ongelmat lähtevät usein perheyhteisöstä, mikäli siellä ei ole avointa keskustelua. Tällöin hoitoon hakeutumisen kynnys saattaa olla korkea. Eräs haastateltavista totesi, että kun potilas kuljetetaan ambulanssilla sairaalaan jää muu perhe yleensä kotiin, vaikka potilaan mielenterveysongelmat koskettavat tavallisesti koko perhettä. Tästäkin syystä potilaan tilan arviointi kotona olisi nykyistä käytäntöä parempi ratkaisu. Toimintamalli olisi kevyempi sekä potilaalle että hänen mahdollisille omaisilleen. Kun psykiatrinen arvio tehtäisiin kotona ja ympärillä olisi potilaan läheisiä, voitaisiin tällöin keskustella myös heidän kanssaan. Tällä tavoin potilaan perhe saataisiin todennäköisesti enemmän osalliseksi potilaan hoitoon. Kotiin mentäessä nähtäisiin myös potilaan elinympäristö sekä potilaan lasten vointi, mikäli potilaalla olisi kotona asuvia lapsia.

Psykiatrisen työn haasteeksi mainittiin nykyään se, että suurella osalla mielenterveysongelmista kärsiviä on edelleen iso kynnys lähteä päivystyksestä apua hakemaan. Haastateltavat mainitsivat, että nykyään on nähtävä paljon vaivaa, että hakeutuu ensin omaan terveyskeskukseen tai päivystykseen

ja vasta sieltä saa lähetteen psykiatriseen hoitoon. Monissa tilanteissa ihminen lisäksi kokee itse, että tilanne, jolloin hän varaa ajan terveyskeskukseen mielenterveysongelmien vuoksi, on jo leimautumisen hetki. Nyt matalin kynnyksellä hakea apua on päivystys, ja potilas on usein ehtinyt jo varsin pitkän aikaa kärsiä mielenterveysongelmista ennen kuin hakeutuu palvelujen piiriin. Avohoitoon ei siis voi suoraan itse varata aikaa, vaan sinne pääsee hoitoon ainoastaan läheteellä. Potilas saattaa olla niin voimaton, että ei edes jaksakaan hakeutua hoitoon. Jos käytössä olisi psykiatrinen yksikkö, voisi esim. omainen ottaa terveydenhuoltoon yhteyttä ja sitä kautta tapahtuisi psykiatrisen yksikön hälyttäminen tehtävälle. Potilaat saisivat siis joissakin tilanteissa apu nopeammin. Psykiatrisen hoidon vieminen kentälle vaikuttaisi positiivisesti sitenkin, että hoidot olisivat mahdollisesti lyhempikestoisia ja kevyempiä, kun apu olisi saatavissa riittävän ajoissa.

Teemahaastattelussa kävi ilmi se, että psykiatrisessa hoitotyössä on tärkeää se, miten potilasta lähestytään. Kun sairaalan ulkopuolella olisi käytettävissä psykiatrista osaamista ja mentäisiin potilaan elinympäristöön, voitaisiin konflikteilta välttyä paremmin. Psykiatrian päivystyksessä on huomattu, että tärkein tekijä konfliktien ennaltaehkäisyyn on se, että hoitohenkilökunnalla on aikaa potilaalle. Psykiatrisen yksikön työntekijät pystyisivät perehtymään paremmin potilaan ongelmaan kuin tavallisen ambulanssin ensihoitajat. Somaattinen hoito on myös ajallisesti erilaista kuin psykiatrinen hoito. Psykiatriset ongelmat ovat yleensä varsin monimutkaisia ja psykiatrisen yksikön myötä aikaa kohteessa olisi enemmän kuin ensihoidossa tavallisesti.

Haastateltavat kertoivat, että psykiatrinen avohoito joutuu usein hälyttämään ambulanssin, jotta tämä menee tarkistamaan jo avohoidossa olevan potilaan tilannetta. Samalla haastattelussa kävi ilmi, että vielä suurempi joukko on niitä mielenterveyspotilaita, jotka eivät tule vastaanotolle lainkaan. Psykiatrisen ambulanssin voitaisiin lähettää tarkistamaan potilaan tilanne, jolloin ajanvarausvastaanottoa tekevät työntekijät voisivat keskittyä täysin ajanvaraukseen. Esille otettiin näkökanta, että mikäli hoitojärjestelmässä olisi psykiatrinen yksikkö voitaisiin potilaille kertoa, että avohoidon ja osastohoidon lisäksi on käytettävissä psykiatrinen ambulanssi, joka voi joissakin tilanteissa käydä potilaan kotona. Eräs haastateltavista otti kuitenkin esille asian, että tulisi kuitenkin huomioida, että palvelu ei olisi sellainen, joka hakisi ajanvarauspotilaita vastaanotolle kotoa.

Potilaiden leimautumista voitaisiin ennaltaehkäistä, kun kohteeseen mentäisiin muutoin kuin hälytysajona. Leimautumisen ennaltaehkäisyyn vaikuttaisi positiivisesti se, että yksikkö ei olisi huomiota herättävä. Haastattelussa kävi myös ilmi, että terveydenhuoltoalan eri edustajilla on erilainen näkemys siitä, tapahtuuko mielenterveysongelmien johdosta leimautumista psykiatrisen avohoidon ollessa nykyään varsin yleistä.

Yksi haastateltavista kritisoi sitä, että hätäkeskuksessa puheluita ottaa vastaa ihminen, jolla ei ole terveydenhuoltoalan koulutusta. Hätäkeskuspäivystäjät arvioivat tehtäviä tietyn protokollan mukaan. Käytännössä mielenterveysongelmissa kynnyksellä lähettää kohteeseen ambulanssi on matala. Lisäksi osa soittajista on palvelun väärinkäyttäjiä, jotka soittavat hätäkeskukseen jopa 30 kertaa vuorokaudessa.

Haastattelussa mainittiin myös Pohjois-Savon alueella olevan ajoittain paljon päivystyspalveluita käyttäviä potilaita. Psykiatrinen yksikkö saattaisi vähentää sitä, että samat soittajat soittavat toistuvasti hätäkeskukseen ja ns. päivystysrallia, jossa samat potilaat työllistävät päivystystä toistuvasti.

Puhelimitse neuvontaa antava päivystysapu saattaa nykyään konsultoida psykiatrista päivystystä ja tällöin heitä neuvotaan soittamaan hätäkeskukseen. Jos käytössä olisi psykiatrinen yksikkö, voitaisiin psykiatriaan liittyviä neuvontapuheluita ohjata suoraan psykiatriselle ambulanssille.

Teemahaastattelussa mainittiin hyötynä myös se, että itsemurhia todennäköisesti pystyttäisiin ennaltaehkäisemään, jos käytössä olisi psykiatrinen ambulanssi. Joko välittömästi tai pidemmällä tähtäimellä.

Teemahaastattelussa sanottiin, että jo nyt psykiatrinen päivystys tekee paljon yhteistyötä sosiaalipäivystäjän kanssa. Parannus saattaisi tulla siinä, että jo ennen kohteeseen menoa opittaisiin tunnistamaan tilanteet, jossa sosiaalipäivystäjän tulisi olla mukana. Toinen haastateltavista esitti vaihtoehdon, jossa psykiatrisen yksikkö arvioisi sosiaalipäivystäjän tarpeen tehtävällä ja ottaisi häneen tarvittaessa yhteyttä. Kolmantena vaihtoehtona esitettiin, että tilanteissa, joissa sosiaalipäivystäjä on ensimmäisenä kohteessa, olisi hänellä matala kynnyks pyytää psykiatrinen yksikkö kohteeseen. Eräs haastateltavista mainitsi kokemukseen perustuen, että sosiaalityöntekijän läsnäolo tilanteissa, joissa käsitellään lastensuojeluasioita, provosoi potilasta usein enemmän kuin tilanne, jossa sairaanhoitaja ottaa puheeksi lastensuojeluasiat.

Muita haastattelussa esille otettuja hyötyjä oli muun muassa se, että psykiatriset potilaat ovat usein psykiatriselle terveydenhuoltojärjestelmälle ennestään tuttuja, jolloin psykiatrian ammattilainen arvioisi tutun potilaan tilan oikein. Psykiatrinen ambulanssi voisi arvioida samalla somaattisen hoidon tarvetta pidemmällä aikavälillä. Lisäksi positiivista psykiatrisen ensihoitoyksikön pilottiprojektissa olisi ensihoidon työkuormittuneisuuden väheneminen.

4.5.2 Psykiatrisen ambulanssin pilottiprojektin toteuttamisen haasteet Suomessa

Teemahaastattelun toisena teemana oli kartoittaa haasteita, joita on toteuttaa Suomessa psykiatrisen ambulanssin pilottiprojekti. Suurimpana haasteena nähtiin tahtotila eli kyky nähdä mobiilikyvykyys muunakin kuin ensihoidon ambulanssina. Edelleenkin ensihoidossa ei osata nähdä muita kentällä toimivia terveydenhuoltopalveluja. Ensihoidon kentän tulisi osata ajatella uudella tavalla sitä, mitä ovat terveydenhuollon päivystykselliset mobiilipalvelut. ”Henkinen muuri” tulisi kyetä murtamaan ja viedä sairaalan ulkopuolelle palveluita, jotka on totuttu pitämään sairaalassa. Tällainen toiminta olisi tarkoituksenmukaista ja potilaslähtöistä. Psykiatrisessa hoitotyössä on kuitenkin jo nyt jonkin verran potilaan kotona tai muualla tehtävää avohoitoa. Päivystyksellistä psykiatrista hoitoa ei kuitenkaan vielä ole sairaalan ulkopuolella saatavilla.

Haasteena nähtiin myös se, että Suomessa ensihoidossa ollaan kiinnostuneita vain kiireellisistä tehtävistä, vaikka vain noin 10 % tehtävistä on kiireellisiä. Tästä johtuu, että uudet toimintamallit ja se, miten palveluita potilaslähtöisesti tulisi kehittää, ovat jääneet vähemmälle huomiolle. Pitäisi osata nähdä terveydenhuoltojärjestelmää täysin uudesta näkökulmasta. Jos avoimesti ajateltaisiin, että psykiatrisen ambulanssi on toteutettavissa, saataisiin kokemusta ja tietoa toiminnan tarpeellisuudesta. Samalla saataisiin tietoa siitä, missä tilanteissa ja milloin se olisi hyödyllinen ja paljonko psykiatrisilla tehtävillä kentällä suunnilleen kuluisi aikaa.

Haastena mainittiin se, miten psykiatrisen ambulanssin pilottiprojekti toteutettaisiin kokonaisuutena. Psykiatrisen yksikön pilottiprojektin suunnittelu edellyttäisi nykytilanteen kartoitusta, arviointia ja toiminnan kehittämistä. Niin ikään tulisi määritellä tietty kohdealue, jossa psykiatrisen ambulanssi toimisi. Toimintamalli tulisi suunnitella yksityiskohtaisesti ennen pilottiprojektin aloitusta. Dokumentoitavasta tulisi sopia eli miten kirjataan. Niin ikään konsultaatio-ohjeiden tulisi olla selkeät. Myös muista yksityiskohdista tuli tehdä selkeät suunnitelmat. Psykiatrisen ambulanssi olisi siis osa terveydenhuoltojärjestelmän kokonaisuutta, ei niinkään osa ensihoitopalvelua.

Haasteena olisi myös rahoituksen järjestäminen. Haastattelussa otettiin esille näkökulma, jossa rahoitukseen tulisi suhtautua niin, että rahaa ei tule lisää pilottiprojektia varten. Tulisi siis pohtia mitä voitaisiin toteuttaa eri tavalla kuin nyt. Psykiatrisella ambulanssilla tulisi kyetä korvaamaan jotain jo olemassa olevaa palvelua. Samalla jostain vanhasta toimintamallista olisi luovuttava. Eräs haastateltavista otti esille myös näkökulman, että mikäli rahaa olisi saatavilla, voitaisiin perustaa kokonaan uusi yksikkö. Tähän palkattaisiin oma henkilöstö. Tämä olisi logistisesti helpoin ratkaisu, mutta ei kuitenkaan välttämättä paras ratkaisu.

Kun puhutaan ensihoitopalvelun kontekstista, tulee ensihoidon työntekijöillä olla ensihoidon koulutus. Mikäli psykiatrisen yksikön toiminta olisi sosiaali- ja terveydenhuollon mobiiliyksikkö tällaista vaatimusta ei olisi. Sairaalan ulkopuolella mm. kotisairaanhoidajat ja kotihoitajat hoitavat nyt samoja potilaita. Näin ollen nykyisen lainsäädännön puitteissa psykiatrisen yksikön pilottiprojekti olisi mahdollista toteuttaa. Osaamistaso määriteltäisiin sosiaali- ja terveydenhuollon päivystystoiminnan kokonaisuutena. Tämä käsittää erilaisia osia ja vain yksi osa tästä on ensihoidonpalvelu. Samaan kokonaisuuteen kuuluu päivystys, jolla on oma tehtävänsä samoin kuin päivystysosastot silloin, kun niissä hoidetaan akuutteja tilanteita.

Haastattelussa pohdittiin, olisiko mahdollista, että työpari tulisi tehtävälle toisesta toimipisteestä esim. maakunnasta. Tässä ongelmana saattaisi olla se, olisiko maakunnassa toimivilla työntekijöillä kiinnostusta osallistua mielenterveyspotilaiden akuuttihoitoon potilaan kotona. Tämä olisi myös resurssikysymys, koska maakunnissa on yksi mielenterveyshoitaja tai psykiatrisen sairaanhoidaja, joka ei voisi lähteä työpaikaltaan tehtävälle. Toisena vaihtoehtona mietittiin, olisiko mahdollista liittää liikkuva kotisairaanhoidoyksikkö tehtävälle, jossa nyt on somaattisen sairastamisen osaaminen. Yksikkö on suunnattu tällä hetkellä vanhuspalveluihin. Tulisi siis miettiä voisiko tätä yksikköä hyödyntää myös psykiatrisilla tehtävillä. Vaihtoehtoisesti pohdittiin, olisiko Ylä-Savossa toimivaa yhden hengen ensihoitoyksikköä mahdollista hyödyntää psykiatrisilla akuuttitehtävillä. Eräs haastateltavista kertoi, että yhden

hengen ensihoitoyksiköitä on ulkomailla ollut jo pitkään, vaikka toiminta Suomessa on uutta. Parhaana vaihtoehtona nähtiin se, että pilottiprojektin ensimmäisessä vaiheessa psykiatrinen sairaanhoitaja olisi mukana tavallisessa ambulanssissa. Tällöin toiminta olisi lainsäädännön mukaista, mutta yksikössä olisi lisäksi psykiatrinen asiantuntemus tarpeen vaatiessa. Tässä toimintamallissa haasteellista saattaisi olla se, malttaisivatko ensihoitajat viipyä kohteessa tarpeeksi kauan. Psykiatriselle sairaanhoitajalle pitäisi antaa työrauha. Tämä aika olisi siis pois muusta ensihoitajien tavallisesta työstä.

Teemahaastattelussa mainittiin, että hätäkeskuslaitos on Suomessa ensihoidossa suuressa roolissa. Suomessa tehdään hätäilmoituksia sosiaali- ja terveydenhuollon saralla vuodessa noin 900 000. Näistä välitettäviä tehtäviä on lähes 800 000. Norjaan ja Tanskaan verrattuna Suomessa tehdään noin 30-40 % enemmän hätäilmoituksia. Tämä johtuu siitä, että kansalaisia on ohjattu soittamaan hätätilanteessa aina hätänumeroon. Tästä seurauksena ensihoitopalvelusta on tullut ratkaisija kaikkiin ongelmiin. Nyt ei osata määrittää, miten tulisi toimia. Kokeilussa on tällä hetkellä päivystysapu puhelinpalvelut. Kuopiossa on ensimmäisten joukossa otettu käyttöön päivystysapu, joka tarjoaa terveysneuvontaa sekä ohjausta oikeaan hoitopaikkaan akuuteissa tilanteissa. Tulevaisuudessa palvelun on tarkoitus olla valtakunnallinen. (PSSHP 2017.)

Kysyttäessä, kuka hälyttäisi psykiatrisen ambulanssin tehtävälle, jos se ei olisikaan osa ensihoitopalvelua, vastattiin niin, että sosiaali- ja terveydenhuollon tilannejohtokeskus olisi mahdollisesti se, joka päättäisi milloin psykiatrinen ambulanssi hälytetään tehtävälle. Esimerkiksi tilanteessa, jossa kenttäjohtaja nykymallissa tilannekeskuksessa näkee, että ensihoitoyksikölle tulee tehtävä tehostetun vanhushpalvelun hoitolaitokseen, hän voi ohjata sen edelleen kotihoidon partiolle, joka käy arvioimassa tilanteen. On siis paljon muitakin ympärivuorokautisia potilaan kotiin vietäviä mobiileja palveluita, joita voi kutsua akuuttien tilanteiden ratkaisuksi, vaikka ne eivät kaikki välity hätäkeskuksen kautta.

Tehtävän kiireellisyyden määrittämisen logiikka Ruotsissa poikkeaa todennäköisesti Suomen hälytyskriteereistä. Haastattelussa pohdittiin, että jos potilas on juuri esim. tekemässä itselleen jotain tehtävä luokitellaan Suomessa poliisijohtoiseksi, sillä tehtävään liittyy väkivallan uhka. Tehtäväkoodi ei tällöin ole 785 (mielenterveysongelma). Avainsanalogiikka on siis Suomessa ilmeisesti erilainen kuin Ruotsissa. Suomessa koodin 785 tehtävät ovat todennäköisesti niitä, joihin ei liity väkivallan uhkaa.

Kysymykseen, tulisiko poliisin kuljettaa potilaita hoitolaitokseen suhtaudutaan Suomessa niin, että poliisin ei tarvitse osallistua potilaan kuljetukseen, mikäli kyseessä on rauhallinen potilas. Tilanteissa, jossa poliisi kuljettaisi väkivaltaisen potilaan vapautuisi psykiatrinen ambulanssi tehtävältä nopeammin, mutta toisaalta poliisin resurssit Suomessa ovat varsin rajalliset. Haastateltavat olivat sitä mieltä, että poliisin ei tarvitse olla sen enempää kytköksissä terveydenhuoltojärjestelmän palveluihin kuin mitä se nyt on. Lainsäädäntö tulisi huomioida siinä, kuka saa kuljettaa vapaaehtoisesti hoitoon lähtevän mielenterveyspotilaan. Tässä tarkoitetaan tilannetta, jossa terveydenhoitoalan ammattilainen kuljettaisi potilaan saamaan hoitoa. Kuljetus tapahtuisi ambulanssilla ainoastaan silloin, kun se olisi tarpeellista.

Haasteena nähtiin lisäksi se, että joudutaanko tehtävillä kohtaamaan päihtyneitä ja aggressiivisia potilaita. Näissä tilanteissa tulokulma eli se, miten tilannetta lähestytään, olisi tärkeä. Ammattitaito, elämäkokemus ja kokemus vastaavista tilanteista auttavat. Toisaalta ensihoitajat joutuvat tämänkaltaisille tehtäville aika ajoin jo nyt.

4.5.3 Psykiatrisen potilaan kohtaamiseen ja hoitoon tarvittavat valmiudet sairaalan ulkopuolella

Kolmantena teemana oli se, minkälaisia valmiuksia sairaalan ulkopuolisen psykiatrisen potilaan kohtaamiseen ja hoitoon tarvitaan psykiatrisen yksikön näkökulmasta. Haastattelussa oltiin varsin yksimielisiä siitä, että psykiatrisen sairaanhoitajan ammattitaito olisi se, mikä mahdollistaisi psykiatrisen ambulanssin pilottiprojektin. Työtä tehtäisiin samalla tavalla kuin nyt sairaalan sisällä. Huomioida tulisi kuitenkin se, että kun hoitohenkilöstö menisi potilaan kotiin, olisivat he tasavertaisia potilaan kanssa. Hoitajat menisivät potilaan kotiin ainoastaan, mikäli he saisivat siihen luvan. Tämä olisi potilaan näkökulmasta parempi vaihtoehto ja toisaalta se olisi haaste hoitohenkilökunnalle. Tällöin hoitajat joutuisivat kuuntelemaan potilasta enemmän, joutuisivat tekemään yhteistyötä taidokkaammin ja myös huomioimaan paremmin kohteessa olevat muut henkilöt eri tavalla. Haastattelussa otettiin esille se, että lupa, jolla potilaan kotiin saataisiin mennä, on taito, jonka voi sanattomastikin saada tai olla saamatta.

Haastattelussa otettiin esille lisäksi se, että psykiatristen sairaanhoitajien taito kohdata mielenterveyspotilas ei ole riippuvaista paikasta, jossa hoitoa tehdään. Se on ikään kuin kirjoittamaton taito, jota ei pysty määrittelemään. Se on hienotunteisuutta, potilaan kunnioittamista ja tapa, jolla potilasta lähestytään. Tulee osata arvioida, miten potilas kohdataan ja millä tavalla potilaalle puhutaan. Lisäksi pitää osata arvioida tarvitseeko potilas sairaalahoitoa, tarvitseeko potilas vastentahtoista sairaalahoitoa ja miten potilas saadaan liittymään hoitosuunnitelmaan. Tulee niin ikään olla rehellinen potilaalle, olla kuulolla ja kuulla sekin, mitä potilas ei sano ääneen suoraan. Esimerkiksi M1-lähettesiiin eli tilanteisiin, jossa potilaalle kirjoitetaan tarkkailulähetete, liittyy harvoin ongelmia. Poikkeuksena mainittiin paranooidiset psykoosit ja päihdepsykoosit. Tulee myös olla hyvä varautumissuunnitelma etukäteen, miten asia etenee ja miten asiat potilaalle kerrotaan. Haastattelussa mainittiin, että ennakointi on tärkeää samoin kuin se, ettei hoidossa tule turhia viivytyksiä.

Pilottiprojektin kautta saataisiin selville niitä asioita, joita psykiatrisen ambulanssin toiminnassa tulee ottaa huomioon. Valmiudet voivat olla osaamisvalmiuksia, teknisiä valmiuksia tai jotain muita valmiuksia. Samoin kokemuksen kautta olisi mahdollista oppia, mitkä ovat toiminnan erityispiirteitä, jos sellaisia on löydettävissä. Pilottiprojektin kautta saataisiin myös kokemusta siitä missä kaikkialla hoito voisi tapahtua.

Eräs haastateltavista otti esille sen, että samalla pitäisi miettiä liittyisikö selviämisasema psykiatrisen ambulanssin yhteyteen. Osa nyt putkaan toimitettavista potilaista kuuluisi selviämisasemalle, osan tulisi jatkossakin olla tarkkailussa päivystyksessä ja osa kuuluisi putkaan. Kuopiossa ei tällä hetkellä ole selviämisasemaa.

5 POHDINTAA PSYKIATRISEN AMBULANSSIN TARPEELLISUUDESTA SUOMESSA

Suomessa ensihoitoa koskevasta lainsäädännön valmistelusta vastaa Sosiaali- ja terveysministeriö, joka myös ohjaa ja valvoo ensihoitotoimintaa yleisellä tasolla (STM s.a.). Ensihoitopalvelu määrittellään terveydenhuollon päivystystoiminnaksi. Sen tehtävänä on turvata akuutisti sairastuneen tai onnettomuuden uhrin laadukas hoito tapahtumapaikalla sekä kuljetuksen aikana. (Kuisma, Holmström, Nurmi, Porthan & Taskinen 2013, 14.) Mielenterveyspotilaan hoitoa säätelevät lait tulisi myös huomioida psykiatrisen ambulanssin pilottiprojektia suunniteltaessa.

Mielenterveysongelmat ovat Suomessa varsin yleinen ensihoidon kohtaama tehtäväryhmä. Tässä tulee huomioida, että ensihoitajat kohtaavat psyykkisiä ongelmia myös muilla tehtäväkoodeilla. Ongelmallista ensihoidon nykytilanteessa Suomessa on se, että ensihoidossa ei ole käytössä minkäänlaisia toimintaohjeita psykiatrisen potilaan kohtaamiseen. Lisäksi ongelmana on myös se, että Suomen ensihoitajakoulutus ei anna riittäviä valmiuksia mielenterveyspotilaan kohtaamiseen.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää olisiko psykiatrinen ambulanssi tarpeellinen Suomessa. Tätä asiaa oli tarkoituksenmukaista kartoittaa teemahaastattelun keinoin. Sisällönanalyysia käyttämällä teemahaastattelun pohjalta muodostettiin kokonaiskuva haastateltavien näkemyksistä käsiteltävistä teemoista. Sisällönanalyysi on sikäli ongelmallinen, että se ei mahdollista yhteyksien luomista muodostettujen käsitteiden välille. Myöskään yleistettäviä tuloksia ei ole mahdollista saada, joskin tulosten siirrettävyyttä on mahdollista pohtia.

Opinnäytetyön tekijän näkemyksen mukaan tutkimuksen sisäisessä validiteetissa ei ole ongelmaa. Sen sijaan tutkimuksen ulkoinen validiteetti on tekijän mielestä jokseenkin kyseenalainen, sillä Suomessa ei ole ainakaan vielä toiminnassa psykiatrista ambulanssia ja teemahaastattelun tulokset perustuvat oletuksiin. Tutkimuksen reabiliteetti on hyvä. Tekijä ei usko, että haastateltavien näkemykset psykiatrisen ambulanssin toiminnan kannattavuudesta poikkeaisivat, mikäli heiltä asiaa kysyttäisiin uudelleen. Tutkimus on tekijän näkemyksen mukaan tehty hyvää tieteellistä käytäntöä noudattaen eikä siitä ole aiheutunut minkäänlaista haittaa tutkimukseen osallituneille.

Tutkimuksessa kävi ilmi, että psykiatrisen ambulanssin pilottiprojektilla olisi mahdollista saavuttaa lukuisia eri hyötyjä. Toiminta olisi tuolloin potilaslähtöisempää ja koko prosessi olisi jouhevampi nykyiseen järjestelmään verrattuna. Potilaan koti olisi hoitolaitosta parempi paikka psykiatrisen arvion tekemiseen ja näin pystyttäisiin vähentämään potilaan leimautumista. Kun mielentilan arvio tehtäisiin kotona, olisi potilaan läheiset todennäköisesti mahdollista saada osallisiksi hoitoprosessiin nykyistä järjestelmää paremmin. Haastattelussa otettiin esille se seikka, että sairaalaan saa nykyään tulla potilaan luvalla omaisia. Vaihtoehtoisesti potilaalta kysytään lupa, saako hänen omaisilleen soittaa.

Psykiatrinen yksikkö mahdollistaisi myös potilaiden pääsyn hoidon piiriin aiemmin, sillä useasti hoitoon hakeutumista pitkitetään mielenterveysongelmissa. Konflikteja tulisi psykiatrisessa hoitotyössä vähemmän, kun psykiatrisella ambulanssilla olisi enemmän aikaa potilaalle kuin tavallisella ambulanssilla. Yksikköä olisi mahdollista hyödyntää tehtävillä, jotka nyt työllistävät niitä hoitotyön ammattilaisia, joilla ei ole resursseja akuuttien psykiatristen tehtävien hoitamiseen. Hyötynä nähtiin myös se, että hätäkeskukseen tulevien puheluiden määrä mahdollisesti vähenisi, samoin kuin ns. päivystysralli, jossa sama potilas työllistää päivystystä toistuvasti. Mahdollisesti myös työ sosiaalitoimen kanssa sujuisi nykyistä yhteistyötä jouhevammin. Myös ensihoidon työkuormitus vähenisi.

Kun käytössä olisi psykiatrinen kentällä toimiva yksikkö, onnistuttaisiin itsemurhia ehkäisemään nykyistä tilannetta paremmin. Teemahaastattelussa mainittiin, että Kuopiossa ei ole mielenterveystoimistoa ja psykiatrisia palveluita on muutenkin tarjolla liian vähän. Näin ollen joskus potilas tekee itsemurhayrityksen, joka on esim. lievä intoksikaatio. Tämän takia potilas joutuu sairaalahoitoon ja seurantaan yhdeksi yöksi. Tämän jälkeen psykiatrisen päivystyksen henkilökunta vasta toteaa, että potilas on ollut masentunut jo pidempään.

Teemahaastattelussa otettiin esille se, että mm. masennuspotilas välttää joskus terveyskeskuksessa sanomasta, että on masennusta, koska pelkää, että tällöin ei saisi somaattista hoitoa. Potilaalla saattaa olla huoli, että häntä pidetään luulosairaana, jos hänellä on psyykinen sairaus. Pohjois-Savossa mielenterveysongelmia on paljon, samoin kuin somaattista sairastamista. Tästä syystä oli tärkeää etsiä uusia ratkaisuja. Psykiatrisen ambulanssin pilottiprojektilla olisi mahdollista nähdä olisiko palvelulla vaikuttavuutta. Se, realisoituisiko hyödyt ja olisiko yksiköllä tarpeeksi tehtäviä voitaisiin sanoa vasta myöhemmin kokemuksen perusteella.

Psykiatrisen ambulanssin pilottiprojektin toteuttamisen suurimmaksi haasteeksi tutkimuksessa nähtiin ajatusmallien muuttaminen. Kentällä tapahtuvaksi akuuttihoidoksi nähdään nyt ainoastaan ensihoito-toiminta. Toimintaa tulisi osata ajatella laajemmin ja miettiä mitä kaikkea sisältyisi terveydenhuollon päivystyksellisiin mobiilipalveluihin. Pilottiprojekti olisi niiden palveluiden viemistä sairaalan ulkopuolella, joita nyt ei ole kentällä tarjolla. Vaikka psykiatrista avohoitoa tehdään jo nyt sairaalan ulkopuolella, ei vielä ole kentällä saatavilla päivystyksellistä psykiatrista hoitoa.

Esimerkkinä uudenlaisesta ajattelusta haastattelussa kerrottiin, että mm. Göteborgissa toimii ambulanssi, jossa ensihoitajat somaattisia sairauksia hoitaessaan tekevät ambulanssista suoraan laboratorio- ja röntgenlähetteet. Näin ohitetaan triagehoitaja ja lääkäri. Sen sijaan ensihoitoyksikkö vie potilaan suoraan laboratorioon tai röntgeniin. Vasta tämän jälkeen lääkäri tutkii potilaan. Teemahaastattelussa mainittiin myös, että Walesissa on jo pitkään psykiatrisen avohoidon palvelut hoidettu suurelta osin potilaan kotona. Haastattelussa otettiin esille Suomesta esimerkki, että mm. kättilöitä hyödynnetään jo kentällä, koska synnytyssairaaloiden määrää on vähennetty. Tämä on lisännyt kenttäsynnytysten turvallisuutta.

Haasteena olisi myös se, miten pilottiprojekti kokonaisuudessa rakennettaisiin. Tämä edellyttäisi mm. myös nykytilan selvitystä siitä, paljonko Pohjois-Savon alueella hoidetaan akuutisti mielenterveyspotilaita vuorokauden aikana. Tärkeä seikka, jota tulisi pohtia olisi pilottiprojektin kesto (Castrén 2018-11-27).

Pilottiprojekti tulisi kyetä toteuttamaan nykyisen lainsäädännön puitteissa (Castrén 2018-11-27). myös Suomen lainsäädännön mukaan kaikilla ensihoidossa työskentelevillä tulee olla ensihoidon koulutus. Ensihoidon koulutuksia ovat ensihoitoon suuntautunut lähihoitaja, pelastaja, sairaanhoitaja, joka on suorittanut hoitotason ensihoitokoulutuksen ja ensihoitaja (AMK). Ruotsissa tällaista vaatimusta ei ole. (Castrén 2018-11-27.) Tutkimustulosten mukaan pilottiprojekti olisi kuitenkin mahdollista toteuttaa nykyisen lainsäädännön puitteissa. Jos psykiatrisen yksikön toiminta olisikin sosiaali- ja terveydenhuollon mobiiliyksikkö, tällaista vaatimusta ei olisi. Työntekijöiden osaamistaso määriteltäisiin sosiaali- ja terveydenhuollon päivystystoiminnan kokonaisuutena.

Psykiatrisen yksikön miehitystä tulisi pohtia tarkkaan. Tässä työssä tehdyssä tutkimuksessa tultiin siihen tulokseen, että pilottiprojektin alussa psykiatrisen sairaanhoitaja olisi kolmantena mukana tavallisessa ambulanssissa. Toiminta olisi tällöin nykyisen lainsäädännön mukaista ja samalla tarjolla olisi sekä psykiatrisen että somaattinen ammattitaito. On kohtuutonta, että ensihoidon tulee hallita psykiatrisen osaaminen. Nykyjärjestelmässä ensihoito tosin voi konsultoida psykiatria, mutta melko vähän sitä haastateltavien mielestä tapahtuu. Kuopiossa psykiatrisen päivystys on nyt avoinna klo 7.30-21 ja siellä on aina kaksi työntekijää. Muuna aikana päivystys on psykiatrisessa sairaalassa. Haastattelussa pohdittiin, olisiko psykiatrisen yksikön osaaminen mahdollista ottaa käyttöön psykiatrisesta päivystyksestä. Kun yksikölle tulisi tehtävä olisi päivystyksessä ainoastaan yksi psykiatrisen sairaanhoitaja tehtävän ajan. Haasteena nähtiin psykiatrisen sairaanhoitajan työrauhan saaminen, vaihtoehdossa, jossa psykiatrisen sairaanhoitaja liikkuisin tavallisen ambulanssin matkassa. Ensihoitajat saattavat olla malttamattomia viipymään kohteessa pitkään.

Tutkimustulosten mukaan Suomessa hätäkeskus on markkinoitu kansalaisille niin, että aina hätätilanteessa tulee soittaa hätäkeskukseen. Tästä syystä hätäkeskus on Suomessa ylikuormitettu. Viime aikoina on vasta huomattu, että kaikki hätäpuhelut eivät kuulu hätäkeskuksella ja muun muassa Kuopio on mukana päivystysapukokeilussa. Psykiatriselle ambulanssille tehtävät välittyisivät paikallisen sosiaali- ja terveydenhuollon tilannekeskuksen kautta hätäkeskuksen sijaan.

Suomessa ensihoidotehtävien kiireellisyys luokat ovat A-D. A-tehtävä ajetaan hälytysajona ja kyseessä on peruselintoimintojen vakava häiriö tai sellaisen ilmeinen uhka. B-tehtävä hälytysajona ajettava tehtävä, jossa peruselintoimintojen häiriötä ei voida poissulkea. Tehtävä on siis kiireellinen. Kiireellisyysluokka C määritellään peruselintoimintojen vähäiseksi häiriöksi tai muuksi syyksi, jonka takia tilanne on vähintäänkin tarkastettava paikan päällä. Kyseistä tehtävää ei ajeta hälytysajona. D-tehtävä vastaavasti on päivystysluonteinen kiireetön ensihoidotehtävä (tai aikatilaustehtävä). Tehtävää ei myöskään ajeta hälytysajona. Ensihoidon palvelutasopäätöksessä tulee kartoittaa riskialueet ja määritellään kuinka suuri osuus jokaisen riskialueen asukkaista, tulee pyrkiä tavoittamaan vähintään ensivastausyksiköllä A-tehtävissä kahdeksan minuutin kuluessa ja B-tehtävissä 15 minuutin kuluessa

hälytyksestä. Samoin määritellään, kuinka suuri osuus riskialueiden asukkaista tulee pyrkiä tavoittaa ensihoitopalvelun yksiköllä C-tehtävissä 30 minuutin ja D-tehtävissä kahden tunnin kuluessa hälytyksestä. (Itä-Uudenmaan pelastuslaitos 2011.) Ruotsissa PAM hoitaa ainoastaan kiireellisyysluokan 1 ja 2 tehtäviä. Suomessa hätäkeskuksen tehtäväluokissa mielenterveysongelmakoodille (785) on määritetty ainoastaan kiireellisyysluokka C ja D. (Castrén 2018-11-27.) Tehty tutkimus osoittaa, että tehtävän kiireellisyyden määrittämisen logiikka Ruotsissa poikkeaa todennäköisesti Suomen hälytyskriteereistä. Tämä seikka sekä se, että tehtävät eivät välittyisikään psykiatriselle ambulanssille hätäkeskuksen kautta poistavat tutkimustulosten mukaan tämän ongelman.

Suomessa ensihoito poikkeaa Ruotsista myös siinä, että poliisi ei saa kuljettaa potilasta hoitolaitokseen. Tutkimuksen mukaan poliisin resurssit Suomessa ovat rajalliset ja eikä poliisin tarvitse olla osallisena terveydenhuoltojärjestelmän palveluihin enempää kuin mitä se nyt on. Lainsäädäntö tulisi huomioida siinä, kuka saa kuljettaa vapaaehtoisesti hoitoon lähtevän mielenterveyspotilaan. Pilottiprojektin alussa tämä ongelma pystyttäisiin ratkaisemaan sillä, että psykiatrinen sairaanhoitaja olisi kolmantena mukana tavallisessa ambulanssissa.

Niin ikään rahoituksen järjestyminen olisi haaste. Toisaalta asiaa tulisi lähestyä niin, että pilottiprojekti tulisi kyetä organisoimaan, sillä rahalla, mitä nyt on käytössä. Jostain tulisi luopua ja psykiatrinen ambulanssi korvaisi jo jotain olemassa olevaa toimintaa. Pilottiprojektin alkuvaiheessa ei olisi kannattavinta ottaa käyttöön kokonaan uutta yksikkö, vaan psykiatrisen ambulanssin toiminta tulisi integroida johonkin jo käytössä olevaan palveluun.

Väkivaltaisten ja päihtyneiden potilaiden kohtaaminen on ensihoidon arkipäivää ja se tulee todennäköisesti olemaan niin jatkossakin. Psykiatrisen yksikön toiminnassa tulisi huomioida työturvallisuus, eikä kohteeseen tulisi mennä ilman poliisia, mikäli kyseessä on väkivaltainen potilas. Näin toimitaan ensihoidossa jo nyt.

Osaamistaso, jota psykiatrisen ambulanssin pilottiprojekti edellyttäisi, olisi psykiatrisen sairaanhoitajan koulutus. Pilottiprojektin kautta olisi mahdollista saada selville muita valmiuksia, joita psykiatrisen yksikön toiminta edellyttäisi.

Yhteenvetona todettakoon, että kiinnostusta psykiatrisen ambulanssin pilottiprojektin toteuttamiseen on havaittavissa, joskin myös pilottiprojektin toteuttamiseen liittyy useita haasteita. Todennäköisesti tarvetta psykiatriselle ambulanssille Suomessa olisi ja sillä olisi mahdollista parantaa psykiatrisen akuuttihoitotyön laatua sairaalan ulkopuolella. Lopullinen tarve määrittäisi vasta sen mukaan, kuinka paljon mielenterveyteen liittyviä tehtäviä olisi. Tästä puolestaan riippuu myös se, miten palvelu toiminnallisesti ja logistisesti saataisiin parhaiten toteutumaan. Psykiatrisessa ambulanssissa tarvittavat osaamisvalmiudet eivät poikkeaa psykiatrisen sairaanhoitajan valmiuksista. Psykiatrisen potilaan arviointi tapahtuisi samalla tavalla kuin nyt, vaikka toimintaympäristö olisi erilainen. Kotona tapahtuva potilaan tilan arviointi olisi potilaslähtöisempää ja toisaalta terveydenhoitoalan ammattilaisille haasteellisempää. Kokemuksen ja oppimisen kautta vasta nähtäisiin mitä kaikkia valmiuksia psykiatrisen ambulanssin toimintaan tarvitaan. Pilottiprojekti olisi siis keino saada selville mitä kaikkia valmiuksia

psykiatrisen ambulanssin toiminnassa tulisi huomioida. Niin ikään kokemuksen kautta opittaisiin toiminnan mahdolliset erityispiirteet.

Psykiatrinen ambulanssi olisi terveydenhuoltojärjestelmän eri alojen yhdistelmä. Tutkimus osoittaa, että psykiatrisen ambulanssin toiminnan edellytyksenä olisi, että terveydenhuoltojärjestelmä eri toimijoiden tulisi olla nykyistä paremmin tietoisia toistensa toiminnasta.

Opinnäytetyön alkuvaiheessa oli tekijän näkemys se, että psykiatrinen ambulanssi olisi tarpeellinen ainoastaan pääkaupunkiseudulla, sillä muualla Suomessa väestömäärä ei ole riittävä. Tällöin kysymyksenä oli, olisiko toiminta-alueena koko pääkaupunkiseutu vai osa siitä? Pääkaupunkiseudun (Helsinki, Espoo, Vantaa ja Kauniainen) ja ns. kehyskuntien (Hyvinkää, Järvenpää, Kerava, Kirkkonummi, Nurmijärvi, Sipoo, Tuusula, Vihti, Mäntsälä ja Pornainen) alueella asuu 1 477 000 asukasta. (Vähämäki 2018.)

Tekijän näkemyksen mukaan tutkimuksen kautta onnistuttiin lisäämään tietoa siitä, olisiko psykiatrinen ambulanssi Suomessa tarpeellinen. Työn valmistuminen viivästyi hieman työn alkuperäisestä valmistumisaikataulusta. Syy tähän oli varsin tiukka aikataulu. Opinnäytetyön toimeksiantaja voi hyödyntää työtä ensihoidon koulutusohjelman opetuksessa ja mahdollisesti ensihoitokoulutuksen kehittämisessä. Tulevaisuudessa psykiatrisen ambulanssin mahdollisen pilottiprojektin yksityiskohtia on mahdollista tutkia lisää.

LÄHTEET JA TUOTETUT AINEISTOT

- BERNHARD, Lid 2010. Transport av psykiatriske pasienter: En kvalitativ studie av pårørendes opplevelse av psykiatrisk ambulanse i Bergen og omegn. Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Fakultet for samfunnsvitenskap og teknologiledelse, Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap. [viitattu 2018-12-8.] Saatavissa: <https://brage.bibsys.no/xmlui/handle/11250/267780>
- BOUVENG, Olof, BENGTSSON, Fredrik A. & CARLBORG, Andreas 2017. First-year follow-up of the Psychiatric Emergency Response Team (PAM) in Stockholm County, Sweden: A descriptive study. *International Journal of Mental Health*, 46:2, 65-73. [viitattu 2018-11-29.] Saatavissa: <http://dx.doi.org/10.1080/00207411.2016.1264040>
- CARLBORG, Andreas 2018-11-20. Toiminnanjohtaja. [Haastattelu.] Norra Stockholms Psykiatri.
- CARLBORG, Andreas s.a. Psykiatriambulansen. [Power Point -esitys.]
- CASTRÉN, Maaret 2018-11-27. Toimialajohtaja. [PAM esittelytilaisuus.] HUS.
- GUSTAFSSON KARLSSON, Mattias 2018-10-26. Masters Thesis [sähköpostiviesti.] Vastaanottaja Heini Mikkola.
- GUSTAFSSON KARLSSON, Mattias 2018-11-29. Masters Thesis [sähköpostiviesti.] Vastaanottaja Heini Mikkola.
- GUSTAFSSON KARLSSON, Mattias 2018-12-5. Masters Thesis [sähköpostiviesti.] Vastaanottaja Heini Mikkola.
- GUSTAFSSON KARLSSON, Mattias 2018-12-7. PAM [sähköpostiviesti.] Vastaanottaja Heini Mikkola.
- GUSTAFSSON KARLSSON, Mattias 2018-12-10. PAM [sähköpostiviesti.] Vastaanottaja Heini Mikkola.
- GUSTAFSSON KARLSSON, Mattias 2019-1-11. Foton av PAM [sähköpostiviesti.] Vastaanottaja Heini Mikkola.
- GUSTAFSSON KARLSSON, Mattias 2019-1-21. Uppdrag från polisen [sähköpostiviesti.] Vastaanottaja Heini Mikkola.
- HIRSIJÄRVI, Sirkka, REMES, Pirkko & SAJAVAARA, Paula 2015. Tutki ja kirjoita. 20. painos. Porvoo: Bookwell Oy.
- HUTTUNEN, Matti 2018. Tahdosta riippumaton psykiatrinen sairaalahoido. Lääkärikirja Duodecim. [viitattu 2019-2-8.] Saatavissa: https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00512
- ITÄ-UUDENMAAN PELASTUSLAITOS 2011. Ensihoitojärjestelmä. Itä-Uudenmaan pelastuslaitos. [viitattu 2018-12-16.] Saatavissa: <http://www.iupela.fi/palvelut/ensihoito/ensihoitojarjestelma>
- JOHANNESSEN, Jarle s.a. Psykiatrisk Ambulanse. Helse Bergen Haukeland Universitetssykehus. [Power Point -esitys.]
- KOSKINEN, Ilpo, ALASUUTARI, Pertti & PELTONEN Tuomo 2005. Laadulliset menetelmät kauppatieteissä. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- KUISMA, Markku, HOLMSTRÖM, Peter, NURMI, Jouni, PORTHAN, Kari & TASKINEN, Tuomas 2013. Ensihoito. 3. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- KYNGÄS, Helvi, ELO, Satu, PÖLKKI, Tarja, KÄÄRIÄINEN, Maria & KANSTE, Outi 2010. Sisällönanalyysi suomalaisessa hoitotieteellisessä tutkimuksessa. *Hoitotiede* 2011, 23 (2), 138-148.
- LINDSTRÖM, Veronica, Batalha, Anton 2018. Mötet med psykiatrisk akut mobilitet. *Samverkan* 112. Vuosikerta 17, numero 5/6.

LINDSTRÖM, Veronica 2018-12-17. PAM [sähköpostiviesti.] Vastaanottaja Heini Mikkola.

LINDSTRÖM, Veronica s.a., Psychiatric emergency response unit. Karolinska Institutet. [Power Point -esitys.]

MÄNTYRANTA, Taina, KAILA, Minna 2008. Fokusryhmähaastattelu laadullisen tutkimuksen menetelmänä lääketieteessä. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim. [viitattu 2018-2-4.] Saatavissa: <https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2008/13/duo97349>

NILSSON, Fredrik s.a. Pressbilder. Norra Stockholms Psykiatri. [viitattu 2018-1-17.] Saatavissa: <http://norrastockholmspsykiatri.se/Om-oss/Press/pressbilder/>

NORRA STOCKHOLMS PSYKIATRI s.a. PAM – Psykiatrisk Akut Mobilitet En utryckningsverksamhet som gör akuta psykiatriska bedömningar och omhändertaganden på plats. Esite.

NORRA STOCKHOLMS PSYKIATRI s.a. Mobila akutenheten. Norra Stockholms Psykiatri. [viitattu 2018-12-8.] Saatavissa: <http://norrastockholmspsykiatri.se/vard-hos-oss/akut-hjalp/Mobila-akutenheten/>

NORRA STOCKHOLMS PSYKIATRI 2015. Psykiatriska akutbilen prisad. Norra Stockholms Psykiatri. [viitattu 2018-12-4.] Saatavissa: <http://norrastockholmspsykiatri.se/Om-oss/Press/aktuellt/psykiatriska-akutbilen-prisad/>

PSSHP 2017. Ympäri vuorokautinen neuvontanumero KYS:n päivystykseen. [viitattu 2019-1-26.] Saatavissa: <https://www.psshp.fi/-/ymparivuorokautinen-neuvontanumero-kysin-paivystykseen>

SOS ALARM s.a. Ambulansbeställning. [viitattu 2019-2-8.] Saatavissa: <https://www.sosalarm.se/vara-tjanster/tjanstekatalog2/ambulansbestallning/>

STM 2018. Ensihoito. Sosiaali- ja terveysministeriö. [viitattu 2018-12-8.] Saatavissa: <https://stm.fi/ensihoito>

STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING 2018. Avtal med Ambulanssjukvården i Storstockholm AB avseende tjänsten psykiatriambulans. Stockholms läns landsting. [viitattu 2018-12-4.] Saatavissa: <https://www.sll.se/globalassets/5.-politik/politiska-organ/halso-och-sjukvardsnamnden/2018/180927/9-aisab-psykiatriambulans.pdf>

SUOMEN MIELENTERVEYSSEURA s.a. Psykoosi. Suomen Mielenterveysseura. [viitattu 2018-12-5.] Saatavissa: <https://www.mielenterveysseura.fi/fi/mielenterveys/mielenterveyden-haariot/psykoosi>

TAKAMÄKI, Tiia 2016. Mielenterveyspotilaan kohtaaminen ensihoidossa kirjallisuuskatsaus. Oulun ammattikorkeakoulu. Ensihoidon koulutusohjelma. Opinnäytetyö. [viitattu 2018-1-12.] Saatavissa: https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/109707/Opinnayte_vamis_Takamaki.pdf?sequence=1&isAllowed=y

TUOMI, Jouni, SARAJÄRVI, Anneli 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 5. uudistettu painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

VAARALA, Susanna 2017-2-2. Sisällönanalyysi. Tutkimusbloggaajat. [viitattu 2019-1-27.] Saatavissa: <http://tutkimusbloggaajat.blogspot.com/2017/02/sisallonanalyysi.html>

VÄHÄMÄKI, Tero 2018. Helsingin seudun asukasmäärä kasvoi jälleen - meitä on kohta yli 1,5 miljoonaa. Länsiväylä. [viitattu 2018-12-20.] Saatavissa: <https://www.lansivayla.fi/artikkeli/611336-helsingin-seudun-asukasmaara-kasvoi-jalleen-meita-on-kohta-yli-15-miljoonaa>

WALDENSTRÖM, Anna 2018. Vårdgivarguiden. Stockholms Läns Landsting. [viitattu 2018-11-25.] Saatavissa: <https://www.vardgivarguiden.se/patientadministration/patientnara-rutiner/ambulanssjukvard/>

WANGSTRÖM, Johan 2015. När själen är skälet. SOS Alarm. [viitattu 2018-12-4.] Saatavissa: <https://www.sosalarm.se/trygghet--sakerhet/nar-sjalen-ar-skalet/>

WIKIPEDIA 2018. Bergen. [viitattu 2019-1-28.] Saatavissa: <https://fi.wikipedia.org/wiki/Bergen>

LIITE 1: KUVAT



Kuva 1. Psykiatrinen ambulanssi ulkoa (Nilsson s.a.)



Kuva 2. Psykiatrinen ambulanssi sisältä (Nilsson s.a.)

LIITE 2: SAATEKIRJE

Hyvä vastaanottaja,

Olen ensihoidon johtamisen ylemmän ammattikorkeakoulun tutkinnon opiskelija Heini Mikkola Savoniasta. Opinnäytetyöni tilaajana toimii Savonia-ammattikorkeakoulu.

Tutkimuksen tavoitteena selvittää, millainen on Tukholmassa toimivan psykiatrisen ambulanssin toimintamalli. Tutkimus sisältää hallinnossa työskentelevän henkilön haastattelun. Tutkimuksen tekijä on lisäksi yhden työvuoron psykiatrisen ensihoitoyksikön mukana havainnoimassa toimintaa. Muita tutkimuksessa käytettäviä materiaaleja ovat yksikön toiminnasta saatavilla olevat taustaselvitykset, tilastot ja muut käytettävissä olevat dokumentit. Toimintamallin kartoittamisen jälkeen tutkimuksessa pohditaan, olisiko joitakin psykiatrisen ambulanssin toimintamalleja mahdollista soveltaa Suomeen.

Tutkimusaineistoa kerätään ainoastaan tätä opinnäytetyötä varten ja hävitetään tutkimuksen valmistuttua tai palautetaan luovuttajalle, jos luovuttaja niin vaatii.

Tutkimuksen on tarkoitus valmistua joulukuussa 2018.

Vastaa mielelläni tutkimusta koskeviin kysymyksiin, sähköpostini on heini.mikkola@edu.savonia.fi.

Kiitos osallistumisesta!

Ystävällisesti,

Heini Mikkola

LIITE 3: FÖLJEBREV

Bästa mottagare,

Jag studerar för högre yrkeshögskole-examen ledarskap inom akutvården på Yrkeshögskolan Savonia. Uppdragsgivaren till mitt examensarbete är Yrkeshögskolan Savonia.

Arbetets syfte är att utreda hur den psykiatriska ambulansen fungerar i Stockholm. Undersökningen omfattar en intervju med en person på den psykiatriska ambulansens administration. Jag kommer att åka ett pass med ambulansen för få tillfälle att observera verksamheten. Andra materialier som kommer till användning i arbetet är utredningar, statistiker och andra tillgängliga dokument. Efter kartläggningen av den svenska modellen kommer mitt examensarbete att avrundas med överväganden om möjligheterna att överta vissa av det svenska systemets funktioner i Finland.

Materialet som används i undersökningen insamlas endast för det här examensarbetet, och det kommer att förstöras efter att arbetet är färdigt eller alternativt returneras till överlåtaren om så önskas.

Meningen är att arbetet skall vara färdigt i december 2018.

Jag svarar gärna på frågor som gäller undersökningen. Min e-postadress är heini.mikkola@edu.savonia.fi.

Ett hjärtligt tack för ditt deltagande!

Med vänlig hälsning,

Heini Mikkola

LIITE 4: HAASTATELU

Mistä syntyi tarve perustaa psykiatrinen ensihoitoyksikkö?

Milloin toiminta alkoi?

Kuinka suuret ovat kustannukset vuodessa?

Kuinka suuri on potilasmäärä vuodessa?

Montako potilasta kohdataan keskimäärin työvuorossa?

Minkälainen on potilaiden sukupuolijakauma?

Millainen on potilaiden ikäjakauma?

Minkälaiset ovat vaatimukset työntekijöiden osaamistasosta?

Minkälainen on työntekijöiden koulutustausta?

Miten psykiatrinen ambulanssi eroaa tavallisesta ambulanssista? Varusteet? Toiminta?

Miten määritellään kiireellisyysluokat 1 ja 2?

Tekeekö hätäkeskus riskinarvion, kun yksikkö hälytetään tehtävälle? Jos ei, niin mikä instanssi sen tekee?

Miten työntekijöiden työturvallisuudesta on huolehdittu?

Miten työntekijöiden työhyvinvoinnista on huolehdittu?

Kuinka laaja on ambulanssin toiminta-alue?

Kuinka suuri on toiminta-alueen asukasluku?

Millaisia positiivisia vaikutuksia yksiköllä on huomattu olevan?

Onko toiminta ollut ensihoitopalvelun toimintaa vai onko se ollut psykiatrian osaston toiminta?

Psykiatrinen ambulanssi tulee ensi vuonna olemaan AISAB:n hallinnonalainen. Mitä ajatuksia tämä herättää? Miksi tämän on päädytty?

Miten toimintaa tulisi kehittää?

LIITE 5: INTERVJU

Hur uppstod behovet att starta den psykiatriska ambulansen?

När började verksamheten?

Hur stora är kostnaderna per år?

Hur många patienter har enheten per år?

Hur många patienter ungefär uppsöker enheten inom ett pass?

Hur är könsfördelningen?

Hur är patienternas åldersfördelning?

Vilka krav ställs på personalens kompetens?

Vad har personalen för utbildningsbakgrund?

Hur skiljer den psykiatriska ambulansen sig från den vanliga ambulansen? Utrustning?
Verksamheten?

Hur definierar man prioritet 1 och 2?

Är det nödcentralen som gör riskbedömningen när enheten larmas för ett uppdrag? Om inte, vilken instans är det då?

Hur garanterar man personalens arbets säkerhet?

Hur befordrar man personalens välbefinnande i arbetet?

Hur stort är ambulansens verksamhetsområde?

Hur stort är invånarantalet inom verksamhetsområdet?

Vilka positiva effekter har enheten haft?

Är den psykiatriska ambulansen nu en del av Norra Stockholms Psykiatri eller drivs den av en prehospital organisation?

Den psykiatriska ambulansen kommer nästa år att drivas av AISAB.

Hur bedömer du förändringen? Varför har man fattat ett sådant beslut?

Hur borde man utveckla enhetens funktionerande?