

Opinnäytetyö (AMK)
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyö
2011

Maarit Auranen ja Merja Kontulainen

AKUUTISSA PSYYKKISESSÄ KRIISISSÄ OLEVA ASIAKAS

– opas ensihoidossa työskentelevälle



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

OPINNÄYTETYÖ (AMK) | TIIVISTELMÄ

Turun ammattikorkeakoulu

Hoitotyön koulutusohjelma | Hoitotyö

Toukokuu 2011 | Sivumäärä 39 + liitteet 3 kappaletta

Ohjaajat Anu Nousiainen ja Jaana Uttu

Maarit Auranen & Merja Kontulainen

AKUUTISSA PSYKKISESSÄ KRIISISSÄ OLEVA ASIAKAS – OPAS ENSIHOIDOSSA TYÖSKENTELEVÄLLE

Ensihoito on alan ammattilaisen tekemää arviota ja hoitoa. Ensihoitopalvelu on terveydenhuollon päivystyksellistä toimintaa, jolla turvataan korkealaatuinen potilaan hoito. Fyysisen ensiavun lisäksi ensihoito kattaa myös psyykkisen ensiavun. Ensihoitona akuutisti kriisiytyneelle asiakkaalle tarjotaan fyysisen ensihoidon lisäksi turvaa ja tuetaan omatoimisuutta. Psykososiaalinen tuki tulee järjestää mahdollisimman nopeasti. Asiakasta tulee informoida rehellisesti ja asiallisesti. Auttajan aito läsnäolo, kuunteleminen ja rauhallisuus vaikuttavat asiakkaaseen positiivisesti. Viestinnässä ja vuorovaikutuksessa huomioidaan verbaalisen viestinnän lisäksi myös nonverbaalisen viestinnän muodot ja vaikutus asiakkaan vointiin. Auttajan oma jaksaminen ja hyvinvointi lisäävät auttajan resursseja ja parantavat auttamisen laatua.

Tämän projektin tehtävänä oli tuottaa Varsinais – Suomen aluepelastuslaitoksen käyttöön opas akuutissa kriisissä olevan asiakkaan kohtaamiseen ensihoitotehtävissä. Oppaan tavoitteena on lisätä ensihoitotehtävissä toimivien valmiuksia tunnistaa ja kohdata akuutissa psyykkisessä kriisissä oleva asiakas sekä antaa valmiuksia ja keinoja tällaisen asiakkaan kanssa työskentelyyn.

Opas toteutettiin Microsoft Office 2003 Power Point – diaesitysohjelmalla Varsinais – Suomen aluepelastuslaitoksen logolla varustetulle pohjalle. Opas sisältää helposti luettavissa olevassa muodossa tietoa akuutin psyykkisen kriisin oirekuvasta ja ensihoidosta. Opas tallennetaan Varsinais – Suomen aluepelastuslaitoksen koulutuskansioon, jossa se on työntekijöiden käytettävissä ajasta ja paikasta riippumatta. Verkkoon tallennettu opas on päivitettävissä, jolloin tiedon oikeellisuus voidaan turvata. Oppaan voi myös tulostaa. Psykososiaalisen tuen järjestäminen on 1.5.2011 alkaen läkisääteistä, mikä tekee oppaasta ajankohtaisen. Jatkossa voi selvittää, kuinka Varsinais – Suomen aluepelastuslaitoksen ensihoidon parissa työskentelevät ovat kokeneet oppaan ja onko siitä ollut heille hyötyä. Tulevaisuudessa voisi selvittää ensihoidossa työskentelevien kokemuksia akuutissa psyykkisessä kriisissä olevan asiakkaan kohtaamisesta ja mahdollisesti esiintyvistä ongelmista.

Maarit Auranen & Merja Kontulainen

A CLIENT IN AN ACUTE PSYCHOLOGICAL CRISIS

—

A GUIDE TO A PROFESSIONAL WORKING IN THE EMERGENCY CARE

Emergency care is evaluation and care made by a paramedic. Paramedic service is a set of on – call activities in order to secure the high level of care of the patient. In addition to physical care, psychological care is included. For a client going through an acute psychological crisis emergency care includes physiological care, feeling security and supporting independence. Psychosocial support is to be arranged as soon as possible. The client needs to be informed with honesty and to the point. Genuine and calm presence of the helper and the helper listening to the client has a positive impact on the client's status. In addition to verbal communication and interaction, nonverbal forms of communication and the effect of those on those of the client are paid attention to. The wellbeing and good psychosocial condition of the helper enhance the resources of the helper and improve the quality of care.

The purpose of this project was to draw a guidebook to a professional working in Southwest Finland fire department paramedic service. The aim of the guidebook is to enhance the paramedics' preparedness to recognize and meet and to give resources and expedients to work with a client in an acute psychological crisis.

The guide was accomplished with Microsoft Office 2003 Power Point Slide Show to a slide design furnished by the logo of Southwest Finland fire department. The guidebook contains information about the symptoms and primary care in a form easy to read. The guidebook is stored as a folder in the fire departments internal network in a folder called training bank. There instructions are available to all employees to use despite the time and station. A guidebook stored in the network can be updated so that the correctness of the information can be secured. The guidebook is also printable. Since 1st May 2011 psychosocial emergency care has been fixed by law, so the subject of the guidebook is topical.

In the future, studies can be made about how the paramedics of Southwest Finland fire department have experienced the guide and whether it has been useful to them. Also studies can be made about the experiences and possible difficulties when meeting a client in an acute psychological crisis.

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	5
2 ENSIHOITOPALVELUA OHJAAVAT LAIT JA ASETUKSET	6
3 PSYKKISET KRIISIT	8
3.1 Akuutin psyykkisen kriisin synty	8
3.2 Kriisin vaiheet	9
4 AKUUTISSA PSYKKISESSÄ KRIISISSÄ OLEVA IHMINEN ENSIHOITOPALVELUN ASIAKKAANA	12
4.1 Akuutin psyykkisen kriisin ensihoito	16
4.2 Verbaalinen ja nonverbaalinen viestintä	19
4.3 Akuutin kriisiavun riskit	20
5 HOITOTYÖN KIRJAAMINEN ENSIHOIDOSSA	22
6 AUTTAJAN OMA JAKSAMINEN	23
7 OPPAAN LAADINTA	26
8 PROJEKTIN TEHTÄVÄ JA TARKOITUS	27
9 PROJEKTIN EMPIIRINEN TOTEUTTAMINEN JA TUOTOS	28
10 PROJEKTIN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS	31
11 POHDINTA	33

LIITTEET

Liite 1. Toimeksiantosopimus

Liite 2. Projektilupa

Liite 3. Akuutissa psyykkisessä kriisissä oleva asiakas – opas ensihoidossa työskentelevälle

1 JOHDANTO

Mielenterveyden tasapainoa pyritään ylläpitämään opituilla ja omaksutuilla selviytymiskeinoilla. Akuutti psyykinen kriisi kehittyy, kun tapahtuu jokin yllättävä tapahtuma, jota ei kyetä olemassa olevilla selviytymiskeinoilla hallitsemaan tai selviytymiskeinot eivät riitä tasapainon saavuttamiseen. (Henriksson & Lönnqvist 2007, 278.) Ensihoitona akuutissa psyykkisessä kriisissä tarjotaan asiakkaalle fyysistä ja psyykkistä ensiapua sekä psykososiaalista tukea. Auttajan vuorovaikutustaidot, nonverbaalinen ja verbaalinen viestintä ovat keskeisiä asioita akuutissa psyykkisessä kriisissä olevan asiakkaan kohtaamisessa. (Kiiltomäki & Muma 2007, 18; Traumaperäiset stressireaktiot ja –häiriöt: Käypä hoito – suositus 2009.)

Projektin tekijöitä kiinnosti ensihoitohenkilöstön valmius havaita ja tunnistaa asiakkaan psyykkisen hoidon tarve ja huomioida se esi – ja tapahtumatietoja kerätessään. Hoidon tarpeen havaitsemisen viivästyminen hidastaa hoitoprosessia ja oikean hoidon aloittamista. Sairaankuljettajina toimii lähihoitajia, sairaanhoitajia, ensihoitajia ja pelastajia. Kaikkien näiden ammattialojen koulutukseen kuuluu varsin pienenä osana mielenterveystyö, joten sen oppiminen mahdollistuu vasta käytännön työssä. Toimeksiantajan ehdotus oppaan tekemisestä Varsinais – Suomen aluepelastuslaitoksen käyttöön sai tekijät innostumaan aiheesta lisää. Tekijöiden käsityksen mukaan opas olisi tarpeellinen ja toisi hyötyä asiakkaille ja ensihoidossa työskenteleville.

Projektin tehtävänä oli tuottaa Varsinais – Suomen aluepelastuslaitoksen käyttöön opas akuutissa kriisissä olevan asiakkaan kohtaamiseen ensihoitotehtävissä. Oppaan tavoitteena on lisätä ensihoitotehtävissä toimivien valmiuksia tunnistaa ja ammatillisesti kohdata akuutissa psyykkisessä kriisissä oleva asiakas sekä antaa valmiuksia ja keinoja tällaisen asiakkaan kanssa työskentelyyn.

2 ENSIHOITOPALVELUA OHJAAVAT LAIT JA ASETUKSET

Ensihoito määritellään asetuksessa sairaankuljetuksesta (1994/565) alan ammattilaisen tekemäksi arvioksi ja hoidoksi, jolla hoitoa tarvitsevan potilaan elintoiminnot pyritään käynnistämään, ylläpitämään ja turvaamaan sekä terveydentilaa parantamaan käytettävissä olevalla kalustolla ja välineistöllä. Määttä (2008, 24) määrittelee ensihoitopalvelun terveydenhuollon päivystystoiminnaksi, jonka perustehtävänä on turvata äkillisesti sairastuneen ja onnettomuuden uhrin korkealaatuinen hoito tapahtumapaikalla, sairaankuljetuksen kuljettamana matkalla sairaalaan ja sairaalassa.

Sairaan kuljetuksella tarkoitetaan sellaisen henkilön toteuttamaa hoitoa ja kuljetusta, joka on saanut asianmukaisen koulutuksen sairaankuljetuskaluston käyttämiseen henkilökuljetukseen sekä joka osaa toteuttaa tarvittavan ensihoidon ennen kuljetusta ja sen aikana. Sairaan kuljetuksen järjestäminen ja lääkinnällisen pelastustoimen järjestäminen ja ylläpitäminen on kuntien vastuulla ja siihen, sekä riittävän sairaankuljetusvalmiuden ylläpitämiseen, kunnat velvoittaa kansanterveyslaki (1972/66). Sairaan kuljetusta tuottaa useimmiten yksityinen yritys tai pelastuslaitos, jonka kanssa kunnat tekevät sopimuksen palvelun tuottamisesta (Sosiaali – ja terveysministeriö 2011).

Perustason sairaankuljetuksessa tavoitteena on osata huolehtia potilaasta siten, ettei tämän vointi odottamatta huonone, valvoa potilasta kuljetuksen aikana ja tarvittaessa aloittaa yksinkertaiset, henkeä pelastavat toimenpiteet. Hoitotason sairaankuljetuksella on valmius aloittaa hoito tehostetun hoidon tasolla ja toteuttaa sairaankuljetus potilaan elintoiminnot turvaten (asetus sairaankuljetuksesta (1994/565).)

Lääkinnällistä pelastustointia ja siis myös sairaankuljetusta säätelevät lisäksi monet muut lait, kuten erikoissairaanhoidolaki (1062/1989), laki sosiaali – ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionavustuksesta (1992/733), sairausvakuutuslaki (2004/1224), laki potilaan asemasta ja oikeuksista

(1992/785), mielenterveyslaki (19900/1116), laki ja asetus terveydenhuollon ammattihenkilöistä (1994/559), potilasvahinkolaki (1986//585), lääkelaki (1987/395) sekä laki joukkoliikenteestä (2009/869) ja asetus luvanvaraisesta henkilöliikenteestä tiellä (1994/666).

Uuden terveydenhuoltolain (2010/1326) myötä ensihoitopalvelujen järjestäminen siirtyy sairaanhoitopiireille. Laki astuu voimaan 1.5.2011. Uudistuksen tavoitteena on tasavertaistaa ensihoidon saatavuutta ja lisätä ensihoidon ja sairaalapäivystysten yhteistyön sujuvuutta (Sosiaali – ja terveysministeriö 2011). Sosiaali – ja terveysministeriön asetuksessa ensihoidosta (2010) tarkennetaan lakia ja siinä määritellään ensihoitopalvelun, erityisvastuualueen ensihoitokeskuksen tehtävät ja koulutusvaatimukset, jotka tämän myötä tulevat valtakunnallisesti yhtenäisiksi. Siirtymäaikaa on vuoden 2013 alkuun, jolloin ensihoitopalveluiden tulee olla järjestetty lain ja asetuksen mukaisesti. Asetuksessa määritellyt koulutusvaatimukset tulevat voimaan viimeistään vuoden 2014 alussa. (Sosiaali – ja terveysministeriön asetus ensihoitopalvelusta 2011, 4.)

3 PSYYKKISET KRIISIT

Ihminen pyrkii ylläpitämään oman mielenterveytensä tasapainoa ajan myötä oppimillaan ja omaksumillaan selviytymiskeinoilla. Selviytymiskeinot mahdollistavat tasapainon saavuttamisen ristiriidassa olevista ulkoisista ja sisäisistä vaatimuksista huolimatta. Psykkinen kriisi kehittyy ja mielen tasapaino järkkyy, kun tapahtuu jokin yllättävä asia, jota ei kyetä hallitsemaan jo olemassa olevilla selviytymiskeinoilla tai käytössä olevat selviytymiskeinot eivät riitä tasapainon saavuttamiseen. Akuutti psykkinen kriisi on yleensä ohimenevä, mutta vaikea – asteinen häiriö. (Henriksson & Lönnqvist 2007, 278.)

3.1 Akuutin psykkinen kriisin synty

Äkilliset kriisit tulevat aina yllättäen eikä niihin voida varautua tai valmistautua etukäteen. Akuutin psykkinen kriisiin syntyyn vaikuttava tekijä on tapahtuman sattumanvaraisuus. Ihminen ei voi päätöksillään niihin millään lailla vaikuttaa. Ihminen on sattumalta tietystä paikasta tiettyyn aikaan, kun joudutaan osalliseksi äkilliseen tapahtumaan. Tapahtuman ennustamattomuus aiheuttaa ihmisessä turvallisuuden tunteen häviämisen, tunteen elämän ennakoimattomuudesta sekä tulevaisuuden suunnittelun mahdottomuuden. Lisäksi se aiheuttaa ihmisessä elämän hallinnan tunteen menetyksen, syyllisyydentunteita sekä itsesyytöksiä tapahtuneesta. (Saari et al. 2009, 11 – 18.)

Ihmiset saavat päivittäin tietoa yhteiskunnassa tapahtuneista onnettomuuksista sekä katastrofeista. Meille on ominaista ajatella, että itsellemme tai lähiomaisillemme ei tapahdu mitään. Elämme kuvitellussa haavoittumattomuuden ympärissä ja tämä onkin yksi ihmisen käyttämä puolustuskeino häiritsevää tietoa vastaan. Järkyttävän tapahtuman koskettaessa itseämme tai läheisiämme tämä harhakuva poistuu ja tulemme tietoisiksi omasta haavoittuvuudestamme. Tämän haavoittuvuuden tiedostaminen on yksi osatekijä kriisin synnyssä. Ihmisen kohdatessa järkyttäviä tapahtumia myös elämäkatsomus kyseenalaistuu. Pohditaan järkyttävän

tapahtuman tarkoitusta ja syytä. Elämänkatsomukseen liittyvän kriisin ratkaiseminen on haastava ja pitkä prosessi. Järkyttävät tapahtumat muuttavat myös elämänarvoja. Ihmissuhteiden merkitys kasvaa ja perhekeskeisyys tulee tärkeäksi. Rahan ja omaisuuden arvostus laskee. (Saari et al. 2009, 11 – 18.)

3.2 Kriisin vaiheet

Psyykkiset kriisit etenevät tiettyjen vaiheiden mukaisesti. Kriisinkulussa voidaan erottaa shokkivaihe, reaktiovaihe, käsittelyvaihe ja uudelleensuuntautumisen vaihe. (Henriksson & Lönnqvist 2007, 279.)

Shokkivaihe alkaa heti järkyttävän tilanteen kohtaamisen jälkeen. Vaihe on pituudeltaan muutamasta hetkestä muutamaan vuorokauteen. Tämän vaiheen aikana ihminen ei kykene ymmärtämään tapahtunutta vaan kieltää asian ja reagoi tilanteeseen joko lamaantumisella tai kaoottisella kiihtymisellä. Lamaantunut ihminen voi ulospäin näyttäytyä tilanteeseen nähden sopimattoman tyynenä ja käyttäytyä robottimaisesti, joka puolestaan saattaa johtaa asiakkaan tilanteen ja toimintakyvyn väärin arvioimiseen. Kaoottinen kiihtyminen ilmenee huutamisena, raivona, itkuna tai hallitsemattomana motorisena levottomuutena. Tyyneyden ja kaoottisen kiihtymisen tilat voivat vaihdella nopeasti. Useat asiakkaat eivät jälkeinpäin kykene muistamaan shokkivaiheen tapahtumia. Kaikki informaatio, joka asiakkaalle annetaan on oltava mahdollisimman yksinkertaisessa ja helposti ymmärrettävässä muodossa. Annettava tieto on kerrattava asiakkaalle myöhemmin uudelleen. Asiakkaalla esiintyy shokkivaiheessa voimakasta tilanteen kieltämistä ja torjuntaa. Puolustuskeinot ovat tarpeellisia asiakkaan selviytymisen kannalta. (Lönnqvist 2005.)

Reaktiovaihe kestää muutamasta viikosta muutamaan kuukauteen. Ihminen käy läpi tapahtuneita asioita ja alkaa totuttelemaan muuttuneeseen todellisuuteen. Vaiheen alussa ihminen käyttää voimakkaita puolustusmekanismeja, jotka käsittelyn edetessä hitaasti väistyvät. Ihminen kieltää tapahtuneen merkityksen sekä eristää tunteensa tapahtuneesta. Usein ihmisen käyttäytymisessä tapahtuu taantumista. Ahdistusta voidaan myös

siirtää eli projektoida ulkopuolisiin kohteisiin. Ihminen voi esimerkiksi syyttää terveydenhuollon henkilöstöä tapahtuneesta. Reaktiovaiheessa ihminen voi myös kokea aistiharhan kaltaisia tuntemuksia. Voidaan kuulla menetetyn läheisen ääni tai tuntea hänen läsnäolonsa. Henkilö käy läpi asioita useasti toistaen puheissa sekä unissa. Asioiden uudelleen läpikäyminen voi aiheuttaa henkilössä fyysisiä oireita kuten sydämentykytystä, vapinaa, hikoilua sekä pyörrytyksen tunnetta. Vähitellen oireet vähenevät ja asiat eivät ole enää niin pelottavia ja avuttomuuden tunnetta lisääviä. Reaktiovaiheessa ihmisen tavoitteena on löytää tasapaino traumaattisten kokemusten ja voimakkaiden puolustusmekanismien välillä, jotka suojaavat ihmistä kokemasta sietämättömiä tunteita. (Lönqvist 2005.)

Käsittelyvaihe kestää kuukausista vuoteen. Tässä kriisinvaiheessa henkilö alkaa hyväksyä tapahtuneen. Hän ei enää kiellä tai poissulje tapahtunutta vaan hyväksyy sen elämänmuutoksineen. Tätä vaihetta voidaan kutsua myös surutyönvaiheeksi. Ihminen käy läpi tapahtuman aiheuttamia tunteita ja tuntemuksia sekä muodostaa uutta kuvaa itsestään ja elämäntilanteestaan. Syyllisyyden – ja vihantunteiden käsittely on osa käsittelyvaihetta. (Henriksson & Lönqvist 2007, 281.)

Uudelleensuuntautumisen vaiheessa ihminen suuntautuu tulevaisuuteen. Tulevaisuus voi näyttäytyä erilaisena kuin ennen kriisin aiheuttamien persoonallisuuden muutosten vuoksi. Tulevaisuuteen suuntautuminen on sitä helpompaa, mitä aikaisemmassa elämänkaaren vaiheessa traumaattinen asia on tapahtunut. Nuorten on helpompi asennoitua ja suuntautua tulevaisuuteen kuin vanhempien ihmisten. Uudelleensuuntautumisen vaiheessa ihminen toipuu kohtaamastaan traumaattisesta tapahtumasta ja siitä johtuneista käytännön seurauksista, eikä kriisin käsittely kuluta enää ihmisen psyykkisiä voimavaroja. (Saari et al. 2009, 48 – 49; Henriksson & Lönqvist 2007, 281.)

Kumpulainen (2006) tutki postikyselyllä ja haastattelemalla Konginkankaan suuronnettomuuden uhrien ja omaisten (n = 57) kokemuksia siitä, miten psykososiaaliset palvelut vastasivat uhrien tarpeita. Tutkimuksen mukaan shokkivaiheessa välitöntä henkistä ensiapua saaneista lähes puolet koki tämän

hyödylliseksi. Osa uhreista ei kyennyt onnettomuuden alkuvaiheessa vastaanottamaan henkistä apua, vaan avuntarve koettiin myöhemmin. Avun etsiminen jälkeenpäin ja sopivan henkilön löytäminen oli vaikeaa voimavarojen ollessa surun keskellä vähissä. (Kumpulainen 2006, 12 – 13.)

Poijula (2004) kartoitti postikyselynä Myyrmannin räjähdysten uhrien ja omaisten (n = 115) selviytymistä ja hoidon merkitystä. Traumanjälkeisinä riskitekijöinä nähtiin ammatillisen tuen puute. Tuen saatavuudessa oli ongelmia, eikä tukea ollut tarjolla riittävän nopeasti. Kaikki tukea tarvitsevat uhrit eivät saaneet sokkivaiheessa eivätkä reaktiovaiheessa riittävää psykologista ensiapua eivätkä kriisi – interventiota. Avun riittämättömyys oli merkittävä tekijä psyykkisen selviytymisen, stressihäiriön, yleisen psyykkisen pahoinvoinnin ja depression kannalta. (Poijula 2004, 67.)

4 AKUUTISSA PSYKKISESSÄ KRIISISSÄ OLEVA IHMINEN ENSIHOITOPALVELUN ASIAKKAANA

On arvioitu, että kehittyneissä länsimaissa 35 – 90 % ihmisistä joutuu jossain elämänsä vaiheessa tilanteeseen, jossa jokin tapahtuma on niin traumaattinen ja järkyttävä, että se täyttää traumaperäisen stressihäiriön kriteerit (Traumaperäiset stressireaktiot ja – häiriöt: Käypä hoito – suositus 2009). Traumaattinen kokemus on tavallisimmin kertaluonteinen tapahtuma, jota ei pystytä ennustamaan ja joka ylittää yksilön omat voimavarat (Traumaperäiset stressireaktiot ja – häiriöt: Käypä hoito – suositus 2009; Korkeila & Törmä 2010, 2645 – 46). Kilkku haastatteli väitöskirjassaan (2008, 3, 67) ensipsykoosipotilaita, näiden läheisiä ja sairaanhoitajia (n = 18) ja selvitti, että odottamattoman ja järkyttävän kriisin kohtaaminen merkitsee ihmiselle itsenäisyyden ja turvallisuudentunteen menetystä sekä tekee riippuvaiseksi muista, tuntemattomista ihmisistä. Mattilan (2001, 14, 37, 43 – 44) väitöskirjasta, jossa tutkittavana oli 50 sisätautikirurgista potilasta ja 50 hoitajaa, ilmenee, että potilaaksi joutumisen yllätyksellisyys vaikuttaa siihen, kuinka potilas kokee hallitsevansa tilanteen.

Ensiarviossa, asiakkaan kohdattuaan, sairaankuljettajan ensimmäisiin toimenpiteisiin kuuluu selvittää peruselintoiminnot ja niiden laatu. Se voidaan tehdä käyttämällä menetelmää ABC eli airway (ilmatiet), breathing (hengitys) ja circulation (verenkierto) (Alaspää & Holmström 2008, 63 – 65.) Suuronnettomuuksissa sairaankuljettaja tekee asiakkaistaan aina ensiarvion eli primaaritriagen. Primaaritriagella tarkoitetaan potilasluokittelua, jolla nopeasti ja yksinkertaisesti luokitellaan potilaat neljään eri luokkaan. Luokat ovat vihreä (kävelevä potilas), keltainen (kiireellinen), punainen (erittäin kiireellinen) ja musta (kuollut). Yhden potilaan luokitteluun on aikaa 20 sekuntia. (Kuisma & Porthan 2008, 514 – 515.) Kun omasta ja muiden turvallisuudesta on huolehdittu, selvitetään ja mitataan asiakkaan peruselintoiminnot. Hoito aloitetaan asiakkaan sen hetkisten oireiden mukaisesti ja tarvittaessa arvio tehdään uudestaan, samoin arvioidaan hoito ja sen tarve. Kun tilanne ja

olosuhteet sallivat, voidaan aloittaa asiakkaan haastattelu. (Alaspää & Holmström 2008, 62 – 65.)

Fyysiset oireet voivat myös provosoida psyykkisiä oireita, kuten todetaan Wiechman Askay & Pattersonin (2008) tekemässä systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa. Tutkimuksessa todetaan, että fyysisen ensiavun kohdalla tulee aina huomioida kivunhoito. Pitkävaikutteiset opiaatit sopivat taustakipuun ja lyhyempivaikutteiset läpilyöntikipuun, kun taas anksiolyyteillä voidaan vaikuttaa kivun aiheuttamaan ahdistuneisuuteen. Riittäväällä kivunhoidolla voidaan vaikuttaa uhrin ahdistuneisuuteen. (Wiechman Askay & Patterson 2008, 94 – 95, 98.) Psykkisten oireiden tyypisiä oireita voi esiintyä myös aivovamman yhteydessä, jolloin sekavuus, amnesia, mikä tahansa henkisen toimintakyvyn muutos tai alentuneet Glasgow coma scale (GCS) – pisteet voivat indisoida aivovammaa, mikä on otettava huomioon erityisesti vammapotilaan kohdalla ja jos voidaan epäillä, että oireet ovat lähtöisin päähän kohdistuneesta iskusta. (Tenovuo 2004, 4973 – 4975.)

Akuutin stressireaktion (ASR) merkit ilmenevät minuuttien, kuitenkin viimeistään tunnin kuluttua tapahtuneesta ja niiden kesto on kahdesta kolmeen päivään. Oireiden ilmeneminen on yksilöllistä riippuen tapahtuman luonteesta, yksilön haavoittuvuudesta, sopeutumiskyvystä, iästä ja fyysisestä kunnosta. Psykkisen trauman stressaavuus riippuu myös tapahtuman järkyttävyyden asteesta sekä tilanteen luonteesta ja laadusta. (Traumaperäiset stressireaktiot ja – häiriöt: Käypä hoito – suositus 2009.)

Akuutin psyykkisen kriisin oireet vaihtelevat alun pysähtyneisyydestä, alentuneesta tiedon vastaanotto – ja huomiokyvystä, ärsykkeiden vastaanottokyvystä ja desiorientoituneisuudesta myöhemmin ilmeneviin osittaiseen tai täydelliseen amnesiaan, vetäytyneisyyteen, kiihtyneisyyteen ja yliaktiivisuuteen, joka voi ilmetä pakoreaktion tai päämäärättömänä harhailuna. Uhri voi olla aggressiivinen ja kokea epätoivon tai toivottomuuden tunteita. (WHO 2007; Traumaperäiset stressireaktiot ja – häiriöt: Käypä hoito – suositus 2009; Korkeila & Törmä 2010; 2645 – 46; Terveystieteiden tutkimuskeskus ja hyvinvoinnin laitos 2010.)

Kriisiytyminen voi olla myös väkivallan kohteeksi joutumisen seurausta. Uhri ei välttämättä tuo esiin väkivallan kohteeksi joutumistaan ja auttamistilanteessa on auttajan tärkeää tunnistaa myös mahdollisesti käytetty väkivalta. Tämä koskee erityisesti lapsia, jotka joutuvat kosketuksiin väkivallan kanssa. Väkivallan tunnistamisella voidaan vaikuttaa väkivallan jatkumiseen ja sen aiheuttamiin moninaiisiin seurauksiin. (Kiiltomäki 2006, 70 – 71.) Ewalds (2005, 19) määrittelee, että peruspalveluiden piirissä työskentelevällä on oltava valmius ymmärtää väkivaltakierre, väkivalta ilmiönä, tunnistaa trauman ilmenemismuotoja, ensitietoja kirjatessa rutiinisti kysyä väkivallasta. Lisäksi hänen tulee kyetä väkivallan epäilyyn (tietää, kuinka toimia ja osata sekä kyetä turvaamaan uhrin turvallisuus), kyetä reagoimaan akuuttiin väkivaltatilanteeseen, turvaamaan kontaktin jatkuvuus sekä verkosto – ja ryhmätyöskentelyyn (Ewalds 2005, 19).

Psyykkisten häiriöiden ja sairauksien diagnosointiin käytetään Suomessa Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition – järjestelmää, josta käytetään yleisesti lyhennettä DSM – IV. Järjestelmä on Amerikan Psykiatriyhdistyksen kehittämä. (American Psychiatry Association 2011.) DSM – IV:n mukaan akuutin stressireaktion diagnostiset kriteerit ovat seuraavat: henkilö on joutunut traumaattiseen tilanteeseen, jossa hän koki, näki tai joutui sellaisen tilanteen eteen, johon liittyi kuolema, vakava loukkaantuminen tai näiden uhka tai henkilön oman tai muiden fyysisen koskemattomuuden vaarantuminen. Näihin henkilö reagoi voimakkaalla pelolla, kauhulla tai avuttomuudella. Tällaisessa tilanteessa henkilössä ilmenee vähintään kolme mainituista oireista: omakohtaisen turtumuksen tai irrallisuuden tunne tai tunneherkkyyden puute, alentunut tietoisuus ympäristöstä, derealisaatio, depersonalisaatio sekä dissosiativinen muistihäiriö eli muistamattomuus koskien jotain traumaan oleellisesti liittyvää asiaa. (Traumaperäiset stressireaktiot ja –häiriöt: Käypä hoito – suositus 2009.) Derealisaatio tarkoittaa tilaa, jossa henkilö kokee maailman ja ympäristönsä muuttuneeksi tai epätodelliseksi. Depersonalisaatioksi kutsutaan kokemusta, jossa henkilö kokee kehonsa, ympäristönsä tai identiteettinsä muuttuneeksi tai epätodelliseksi. (Huttunen 2010.) Dissosiativisella häiriöllä tarkoitetaan tilaa,

joka ilmenee muun muassa traumaattisten tilanteiden yhteydessä. Tällöin henkilön kyky yhdistää ajatukset, muistot ja tunteet mielekkääksi kokonaisuudeksi on häiriintynyt. Defenssinä eli puolustusmekanismina dissosiativinen häiriö suojaa henkilöä traumaattisen tapahtuman aiheuttamalta ahdistukselta tai depressiolta. (Lipsanen 2005, 2063.)

Diagnoosiin vaaditaan lisäksi, että henkilö kokee traumaattisen tapahtuman yhä uudestaan ainakin yhdellä jollakin seuraavista tavoista: unissa, toistuvissa mielikuvissa, ajatuksissa, illuusioissa, ahdistuneisuudesta jonkin muistuttaessa traumaattisesta tapahtumasta, palautumissa eli flashbackeissa, tunteista tapahtumien elämisestä uudelleen. Sellaisten ärsykkeiden voimakas välttäminen, jotka aikaansaavat muistikuvia traumasta (esimerkiksi keskustelut, ajatukset, paikat ja ihmiset) ovat myös akuutin stressireaktion diagnostisia kriteereitä, samoin merkittävä ahdistuneisuus tai kohonnut vireystila, kuten esimerkiksi univaikeudet, ärtyneisyys, keskittymiskyvyn huononeminen, korostunut varuillaanolo, säikähtely ja motorinen levottomuus. Häiriön on lisäksi oltava laadultaan sellainen, että se aiheuttaa kliinisesti huomattavaa haittaa tai kärsimystä jollakin tärkeän toiminnan alueella, tai heikentää traumatisoituneen kykyä huolehtia itsestään, kuten esimerkiksi hankkia itselleen tarvittavaa apua tai puhua läheisilleen tapahtuneesta. Häiriön tulee olla kestoaltaan vähintään kaksi päivää ja enintään neljä viikkoa, eikä se saa johtua kemiallisen aineen suorasta fysiologisesta vaikutuksesta tai fysiologisesta häiriöstä; sitä ei voida selittää millään muulla psyykkisellä sairastavuudella ja muut pahentuneet häiriöt voidaan poissulkea. (Traumaperäiset stressireaktiot ja –häiriöt: Käypä hoito –suositus 2009.)

Akuutin stressireaktion diagnostiset kriteerit voivat täytyä myös sellaisessa tilanteessa, jossa läheisellä todetaan vakava sairaus, kuten selviää Patiño – Fernández et al. (2008) tekemästä kyselytutkimuksesta. Kyselytutkimus suoritettiin äideille (n = 129) ja isille (n = 72), joiden lapsella oli vastadiagnosoitu syöpä. Tutkimustuloksista ilmeni, että yli puolet äideistä (n = 66) ja 40% (n = 29) isistä, joiden lapsella oli vastikään todettu syöpä, täyttivät DSM – IV:n asettamat

akuutin stressireaktion diagnostiset kriteerit. (Patiño – Fernández et al. 2008, 2, 5.)

4.1 Akuutin psyykkisen kriisin ensihoito

Välitön ensiapu psyykkisen trauman kokeneen kohdalla on sama kuin kenen tahansa: henkiin jäämisen turvaaminen, fyysinen ensiapu ja turva, psyykinen ensiapu ja turva, tilanteeseen orientoiminen ja kommunikaatio viranomaisten sekä läheisten kanssa (STM 2006, 61). Kriisitoiminnan vähimmäistavoitteena on tarjota jokaiselle traumaattisen tapahtuman osalliselle mahdollisuus alkuvaiheen kriisiapuun ja – tukeen, ohjaukseen, apuun ja hoitoon (Pernu 2009, 67).

Sairaankuljettajalta vaaditaan shokkivaiheen asiakkaan suhteen valppautta. Rauhalliselta ja tyyneltä vaikuttava ihminen saattaa muuttaa reagoititapaansa hyvinkin nopeasti ja vaarantaa oman ja muiden turvallisuuden säntäillessään paniikinomaisesti paikasta toiseen. Ensihoidon tehtävänä on tällöinkin huolehtia ihmisen fyysisestä avuntarpeesta sekä turvattava tämän elintoiminnot. Joskus asiakkaan aloillaan pitäminen ja elintoimintojen turvaaminen vaatii myös jämäkkää puhetta ja käskyttämistä. Sairaankuljettajan on pystyttävä toimimaan asiakkaan tilanteen vaatimalla tavalla, arvioitava tilanne tarvittaessa uudestaan ja oltava kyvykäs ja valmis muuttamaan toimintasuunnitelmaa tilanteen mukaiseksi. (Kiiltomäki & Muma 2007, 16 – 17.)

Henkilökunnalla tulisi olla käytössään kriisi – interventionmalli. Tämä auttaa trauman kokeneen asiakkaan ja tämän läheisten kohtaamisessa ja ohjaamisessa ja lisäksi se suojaa henkilökuntaa. Hyvä kriisi – interventiomalli on organisoitu ja suunnitelmallinen psykologinen väliintulo, jonka henkilökunta hallitsee koulutuksen myötä. Kriisi – interventioon kuuluu psykologinen ensiapu, avuntarpeen arviointi, tarkkailu ja informointi. Kriisi – interventiomallin tavoitteena on tukea asiakasta tunteiden, ajatusten ja kokemusten työstämisen alkuun, valmistaa tuleviin reaktioihin ja informoida tukitoimista. Akuutissa vaiheessa autetaan asiakasta aktiivisesti, hienovaraisesti ja kunnioittavasti löytämään selviytymiskeinoja. Tähän vaiheeseen auttamismenetelmänä kuuluu

olennaisesti myös tiedon jakaminen. Psykkisen trauman akuutissa vaiheessa hoitaja keskittyy asiakkaansa kanssa nykyhetkeen ja siitä selviytymiseen. (Turunen & Paimio 2009, 69 – 70.)

Ensihoitona psyykkisen kriisiin shokkivaiheeseen tarjotaan fyysistä ja psyykkistä ensiapua. Turvallisuus, levollisuus, yhteydentunne, toivo sekä omatoimisuuden tukeminen ovat järkyttävän tapahtuman kokeneelle tärkeimpiä asioita akuutissa vaiheessa. Psykososiaalinen tuki parhaiten tavoitettavassa muodossa tulisi ottaa mukaan asiakkaan hoitoon mahdollisimman pian. Asiakas on paitsi järkyttynyt, myös epä tietoinen, joten asiakkaan asiallinen informointi kuuluu shokkivaiheen auttamismenetelmiin, samoin käytännön asioiden järjesteleminen. Auttajan aito läsnäolo, kuunteleminen, huomioiminen ja rauhallisuus vaikuttavat kriisiytyneen asiakkaan vointiin positiivisesti, samoin auttajan ottaessa aktiivisen hoitajan roolin. (Kiiltomäki & Muma 2007, 18; Traumaperäiset stressireaktiot ja –häiriöt: Käypä hoito –suositus 2009.)

Kohteessa, jossa on käytetty väkivaltaa, sairaankuljetuksen tehtävänä on antaa tarvittava ensihoito ja –apu, huolehtia huolellisesta esi – ja tapahtumatietojen keräämisestä ja kirjaamisesta, tehdä tarvittaessa lastensuojeluilmoitus, huolehtia kaikkien osapuolten turvallisuudesta ja ohjata uhria jatkohoidon suhteen. (Ewalds 2005, 24). Väkivallan uhrin lääkärille pääsystä on huolehdittava, samoin tämän oikeusturvasta. Hoitajan on arvioitava uhrin kyky huolehtia itsestään ja tarpeen vaatiessa saatettava uhri jatkohoidon piiriin. Sama koskee raiskauksen uhria. (Kiiltomäki 2007, 72 – 73.)

Leppäkosken väitöskirjassa (2007) tutkittiin haastattelemalla fyysistä väkivaltaa kokeneita naisia (n = 35) ja päivystyspoliklinikoiden henkilökuntaa (n = 480). Väitöskirjassa todetaan, että päivystyshenkilökunta osaa ottaa huomioon lähi – ja parisuhdeväkivallan, vaikkei uhri tuo sitä suoraan esiin. Uhrilla saattaa tällöin olla tyypillisiä akuutin fyysisen pahoinpitelyn merkkejä, kuten turvonneet huulet, kun uhrin tarina ei täsmää vammoihin tai silloin, kun uhri kärsii akuutista stressireaktiosta akuutin trauman seurauksena (Leppäkoski 2007, 68 – 69, 141).

Potilaan tulee olla tietoinen oikeuksistaan ja hänellä on oikeus nähdä häntä itseään koskevat asiakirjat tiedonsaantioikeuden perusteella. Tietoa ei tule kuitenkaan antaa asiakkaalle vastoin tämän tahtoa eikä silloin, jos tästä on tiedonsaajalle vakavaa vaaraa. Potilaalla on myös oikeus kieltäytyä hoidosta itsemääräämisoikeuden perusteella. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785.)

Finnell & Overhage (2010, 225 – 226) tutkivat ensihoitajien (n = 58) mielipidettä potilasinformaation tärkeydestä. Tutkimuksesta selviää, ettei sairaankuljettajilla ole kentällä pääsyä minkäänlaisiin potilastietoihin. Tämä voisi helpottaa paitsi hoitoa, myös kirjaamista sekä lisätä hoidon laatua, turvallisuutta ja tehokkuutta. Pääsillä edes rajoitettuihin potilastietoihin voi vaikuttaa myös potilaan selviytymiseen, jolloin sairaankuljettaja voi esitietojen perusteella epäillä jotakin tiettyä sairautta, samoin voidaan huomioida muun muassa asiakkaan mahdolliset lääkeallergiat. Lisäksi suuronnettomuuksissa saatettaisiin mahdollisesti nopeuttaa triagea ja kuljetusjärjestystä. (Finnell & Overhage 2010, 225 – 226.)

Wathenin (2006) väitöskirjassa haastateltiin sairaanhoitajia (n = 11), joilla oli kokemusta monikulttuurisesta hoitotyöstä. Sisällön analyysillä saadut tutkimustulokset osoittavat, että tällaisessa potilaskohtaamisessa sairaanhoitajat kokivat hoidon antamisen ja potilasohjauksen esteenä sairaus – ja terveyskäsityksen erilaisuuden, sairaanhoitajan omat tunteet vuorovaikutuksessa, molemminpuoliset ymmärtämisvaikeudet, sukupuoliroolien erilaisuuden, uskonnollisen vakaumuksen merkityksen ja ulkomaalaisen erilaisen, voimakkaamman ja herkemmin ilmaistavan temperamentin. Sairaanhoitajan kommunikoinnista ulkomaalaisen kanssa auttaa kehonkielen käyttäminen, ohjeiden kirjoittaminen, tulkin käyttö (esimerkiksi jollekin asiakkaan tutulle, joka osaa tulkata, soittaminen) ja asioiden toistaminen. (Wathen 2006, 31, 42.)

4.2 Verbaalinen ja nonverbaalinen viestintä

Vuorovaikutus on tärkeä osa ammattitaitoa etenkin hoitotyössä (Kilkku 2008,141). Vuorovaikutus on kahden ihmisen välistä viestintää. Vuorovaikutuksella voidaan ajatella olevan etenkin hoitotyössä kaksi tavoitetta: vuorottainen toiminta sekä vaikuttaminen, jolla hoitaja pyrkii vaikuttamaan kohteen käyttäytymiseen, ajatusmalleihin, asenteeseen tai tunteisiin jotakin asiaa kohtaan. (Silvennoinen 2004, 15, 20.)

Asiakkaan kohtaaminen alkaa jo ennen kuin verbaalinen vuorovaikutus on alkanut. Kohdattavan pukeutuminen, eleet, asento ja tapa liikkua vaikuttavat kaikki siihen, kuinka vuorovaikutus lähtee toimimaan. Verbaalisen vuorovaikutuksen alkaessa viestintään vaikuttavat sanavalinnat, asian esitystapa ja puhetyyli sekä nonverbaalikka: käytetyt äänensävyt, eleet ja ilmeet. (Silvennoinen 2004, 27.) Coleman & Wu (2006) tutkivat USA:ssa 11.9.2001 tapahtuneen terroristi – iskun uutisointia ja tutkimukseen valittujen uutisraporttien (n = 24) perusteella selvittivät, että tapahtuma jo sellaisenaan vaikuttaa viestintään. Henkilö, joka ei ole ollut paikalla itse tapahtuman aikaan, käsittelee saamaansa informaatiota ja koettaa sopeuttaa sitä jo sisäistettyyn aiempaan. Henkilö itse ei tiedosta tätä prosessia, mutta se vaikuttaa henkilön nonverbaaliseen kommunikaatioon ja informaation välittämiseen. (Coleman & Wu 2006, 12 – 13.)

Viestin vastaanottaja tekee ensin aistihavaintoja, käsittelee sitten saamansa informaation omien kokemustensa, tuntemustensa ja tulkintojensa kautta ja vasta tämän jälkeen se saavuttaa ihmisen tietoisuuden. Myös mahdolliset aikaisemmat kohtaamiset samantyyppisten tai saman ammattikunnan edustajien kanssa vaikuttavat henkilöön. Ympäristö sellaisenaan, itse tapahtuma ja asiayhteydet vaikuttavat dialogiprosessiin. (Silvennoinen 2004, 91.)

Vuorovaikutus on muuttuva ja elävä prosessi, jossa molemmat osapuolet ovat sekä antavassa että vastaanottavassa roolissa. Kumpikin osapuoli ennakoii ja asettaa kohtaamiselle henkilökohtaisia odotuksia, minkä vuoksi

vuorovaikutuksen aikana tehdään väistämättä sellaisia tulkintoja ja se saa sellaisia merkityksiä, joita ei voi ennakoida. Tämä lisää vuorovaikutuksen haasteellisuutta, sekä se, että molemmat sekä vastaanottavat että tuottavat informaatiota koko keskustelun ajan. (Silvennoinen 2004,19.) Empaattisen kuuntelijan kyky asettaa sairaankuljettajan asiakkaan kanssa samalle tasolle ja auttaa sairaankuljettajaa luomaan hyvät olosuhteet vuorovaikutukselle sekä tulkitsemaan asiakkaan sanomaa oikein (Silvennoinen 2004, 59).

Asiakaskohtaamisessa on syytä ottaa huomioon myös sanojen ja eleiden kulttuurisidonnaisuus. Tällöin sama sana saattaa toisessa kulttuurissa saada negatiivisen merkityksen ja toisessa positiivisen (Silvennoinen 2004, 22 – 23).

Väkivallan uhrin kanssa kommunikoidessa on uhrille järjestettävä tila, jossa tämä voi yksityisesti ja turvallisesti puhua. Hoitajan rauhallisuus, rohkaiseva, kannustava ja luottamusta herättävä olemus ja tapa puhua auttavat haastattelussa. Oleellista on myös kysellä uhrin ajatuksista ja kokemuksista ja viestittää puheella ja olemuksella, että asiasta voi ja saa puhua ja että siihen on olemassa tarjolla apua. Väkipalta on väärin ja hoitajan on syytä se ilmaista, mutta hämmästelevää tai kauhistelevaa kantaa tulee välttää, jottei uhrin halu puhua tukahdu. (Kiiltomäki 2007, 71.)

4.3 Akuutin kriisiavun riskit

Akuutin kriisiavun onnistuminen vaatii hyvää vuorovaikutusta auttajan ja asiakkaan välillä. Shokkivaiheessa auttajan rooli on olla aktiivinen kuuntelija, turvallinen läsnäolija sekä rauhoittaja. Koskettaminen voi luoda turvallisuuden tunnetta ja sen avulla auttaja voi ilmaista välittämistä ja myötätuntoa. Väkipallan ja raiskauksen uhrien koskettamista tulisi kuitenkin välttää. Tätä ei kuitenkaan voida välttää, jos asiakasta on tutkittava tai hänellä on hoitoa vaativia vammoja. Shokkivaiheessa ei tule aloittaa traumaprosessin käsittelyä. Shokkivaiheessa tapahtuva aikainen interventio on tehotonta eikä auta asiakasta. (Saari et al. 2009, 25–29; Saari & Hynninen 2010 47 – 48.) Rose et al. (2009, 2, 44) tekemästä Cochrane – katsauksesta ilmenee, että kertaluonteiset istunnot tai tapaamiset eivät vähennä posttraumaattisen stressihäiriön todennäköisyyttä,

vaan saattavat jopa lisätä psyykkisen sairastavuuden riskiä. Samaan tulokseen ovat päätyneet Roberts et al. (2010) Cochrane – katsauksessaan. Muun muassa näitä tutkimustuloksia on hyödynnetty Traumaperäisten stressireaktioiden ja –häiriöiden Käypä hoito – suosituksessa (2009).

Shokkivaiheessa oleva asiakas tuottaa voimakkaita tunteita, joita auttaja ei välttämättä pysty vastaanottamaan. Hän voi vuorovaikutuksessa asiakkaan kanssa kertoa omia kokemuksiaan, ottaa kantaa tapahtuneeseen tai lohduttaa kriisissä olevaa asiakasta liian aikaisin ja näin ollen ottaa tilaa asiakkaalta. Auttajan puutteelliset taidot tunteiden ja erilaisten reagointitapojen vastaanottamisessa voivat aiheuttaa asiakkaan loukkaantumisen ja sulkeutumisen. Vuorovaikutuksen riskinä voi olla myös auttajan suojautuminen omia tunteita vastaan. Tässä tapauksessa auttajan suhtautuminen asiakkaaseen ja tapahtuneeseen on kylmää ja tunteetonta. Auttaja pitää traumaattisen tapahtuman riittävän kaukana omasta itsestään, jotta hän pystyisi säilyttämään mielentasapainonsa. (Saari et al. 2009, 25–29; Saari & Hynninen 2010, 47 – 48.)

Virheitä kommunikoitaessa traumaattisen tapahtuman kokeneen henkilön kanssa ovat liian abstraktin kielen käyttäminen ja hyökkäävä asenne. Tilastojen käyttäminen, negatiivisten nonverbaalisten viestien lähettäminen, syyttely, katteettomien lupauksen antaminen ja viranomaisen roolista poikkeaminen eivät myöskään ole hyviä keinoja ahdistuneen asiakkaan kanssa kommunikoitaessa. Muita vastaavia ovat vastavuoroisuuden unohtaminen, painostaminen, olemassa olevien ja asiakkaan tarvitsemien tukijärjestelmien kritisoiminen, tapahtuneen vääristely tai vähättely. (Ferrante 2010, 43.)

5 HOITOTYÖN KIRJAAMINEN ENSIHOIDOSSA

Sairaankuljetusasetuksen (1994/565) mukaan ensihoidossa ja sairaankuljetuksessa työskentelevillä on velvollisuus tehdä potilaan tilasta ja suoritetuista toimenpiteistä tarvittavat merkinnät hoidon jatkuvuuden turvaamiseksi. Merkinnät tehdään siten kuin potilaan asemasta ja oikeuksista annetussa laissa (1992/785) säädetään. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (1992/785) mukaisesti terveydenhuollossa työskentelevän ammattihenkilön on laadittava ja säilytettävä potilasasiakirjat sosiaali – ja terveysministeriön määräysten mukaisesti.

Calleja et al. (2010) ovat narratiivisessa kirjallisuustutkimuksessaan käyttäen selvittäneet, että hoitotyön kirjaaminen on oleellinen osa ensihoitoa ja koko kirjaamis – ja tiedonsiirtoprosessi vaikuttaa asiakkaan saamaan hoitoon. Kirjattu tieto toimii myös juridisena dokumenttina koko hoidon ajan sekä sen jälkeen. Informaatioprosessiin vaikuttavat muun muassa siihen käytetty aika, hoitajan tarkkanäköisyys ja huomiokyky, vammojen monimuotoisuus esimerkiksi monivamma potilaalla sekä hoidossa mukana olleiden henkilöiden lukumäärä. Mitä enemmän henkilöitä on hoitoprosessiin osallistunut, sitä enemmän tutkimusten mukaan tiedoissa on epäolennaisuuksia, hajonnaisuutta sekä puuttuvia tai epätäydellisiä tietoja. Vaikka tiedonsiirron puutteista sekä sen merkityksestä ollaan miltei poikkeuksetta tietoisia, monissa paikoissa on tehty vain tai ei mitään vähän tämän asian korjaamiseksi. kommunikaation ja tiedonsiirron parantamisella voidaan parantaa myös asiakkaan hoitoa. (Calleja et al. 2010, 4 – 5, 14 – 15.)

6 AUTTAJAN OMA JAKSAMINEN

Kriisitilanteissa toimivat auttajat kohtaavat päivittäin järkyttäviä tapahtumia kokeneita ihmisiä ja heidän omaisiaan. Kohtaamista helpottaa auttajien tietoisuus kriisin aiheuttamista reaktioista asiakkaassa sekä auttajan omat selviytymiskeinot. Ongelmaratkaisu – ja vuorovaikutustaidot, epätietoisuuden sietäminen sekä luottamus omiin taitoihin ja kykyihin edesauttavat kriisissä olevan asiakkaan kohtaamista. Koulutuksen avulla auttaja voi kehittää edellä mainittujen osa – alueiden lisäksi esimerkiksi psyykkisen ensiavun ja väkivaltaisen uhan arvioinnin taitoja (Määttä 2008, 24 – 33).

Järkyttyneen ja hädissään olevan asiakkaan ja hänen omaistensa kohtaaminen aiheuttaa myös auttajassa erilaisia tuntemuksia. Auttaessaan vakavasti sairastunutta tai loukkaantunutta ensihoitaja voi tuntea itsensä riittämättömäksi. Ahdistus ja epävarmuus ovat auttajalle luonnollisia tunteita. Kohtaamistilanne voi aktivoida myös auttajan aikaisempia tunnetiloja ja kokemuksia. Tuntemukset ovat voimakkuudeltaan ja kestoltaan yksilöllisiä. Itsessään tapahtuvien tuntemusten, omien stressioireiden sekä oman auttamisen rajojen tunnistaminen on tärkeää. Oman kuormituksen vähentäminen on yksi keino jaksamisen varmistamisessa. Vastuuta voidaan jakaa muiden auttajien, sukulaisten tai ystävien kanssa. Tilanteen kuormittavuutta vähentää myös auttajan henkilökohtaiset tavat vaikeista tilanteista palautumiseen. Tapoja on moninaisia esimerkiksi sosiaalinen vuorovaikutus, tunteiden ilmaisu, erilaiset rentoutusmenetelmät ja liikunta. Kuormittavuuden käydessä liian raskaaksi auttajalla voi ilmetä ahdistuneisuutta ja uupumista. Tällaisessa tilanteessa on tärkeää ohjata autettava toisen auttajan puoleen. Omasta jaksamisestaan tulee huolehtia. Uupumisen merkkien ilmaantuessa olisi tärkeää hakea tilanteeseen tukea ja apua. Auttajakin voi väsyä. (Suomen punainen risti 2010.)

Traumaattiset tapahtumat eivät aiheuta kokeneelle ammattihenkilölle yhtä voimakkaita tuntemuksia kuin maallikkoauttajalle. Ensihoitajiksi hakeutuneilla ihmisillä on yleensä hyvä stressinsietokyky ja he selviytyvät keskitasoa paremmin vaikeista tilanteista. Ensihoitajan koulutus valmistaa tekijöitään

tuleviin traumaattisiin kokemuksiin ja tuo tullessaan taitoja selviytyä vaikeista tilanteista. Harjoitukset ja etukäteen valmentautuminen edesauttavat työntekoa. Ammattirooli suojaa auttajaa hänen omilta henkilökohtaisilta tunteiltaan. Tietyt työtilanteet koetaan traumaattisiksi stressinsietokyvystä huolimatta. Tällaisia tapahtumia ovat muun muassa lapsipotilaan kohtaaminen, työntekijän joutuminen hengenvaaraan työtehtävää suorittaessaan, työtehtävän pitkäkestoisuus tai päättyminen epäonnistumiseen sekä suuronnettomuustilanteet. Traumaattisen tapahtuman jälkeen auttajille voi ilmaantua samankaltaisia fyysisiä ja psyykkisiä oireita kuin autettavalle. Auttaja voi tuntea ahdistuneisuutta, pelkoa, ärtyneisyyttä. Auttajalla tulisi olla mahdollisuus käsitellä traumaattisen tapahtuman aiheuttamia psyykkisiä reaktioitaan. Asioiden käsittelemättömyys ja omien tuntemusten pitkäaikainen poissulkeminen haittaa toimintaa ja vaikeuttaa vuorovaikutusta sekä työyhteisössä että asiakaskohtaamisessa. (Paakkonen 2002, 239 – 248; Silvennoinen 2004, 53.)

Sterud et al. (2006) tekemän, 49 tutkimusta käsittävän, systemaattisen kirjallisuuskatsauksen mukaan sairaankuljetushenkilöstöllä on muuta työtätekevää väestöä sekä terveydenhuollon henkilöstöä korkeampi kuolleisuus, vakavien onnettomuuksien riski, suurempi sairastuvuus tuki – ja liikuntaelinten sairauksiin ja he jäävät muita useammin varhaiseläkkeelle psyykkisistä syistä. Sterud et al. (2006) esittävät myös, että työhyvinvointiin vaikuttavat kuitenkin oleellisesti myös henkilön oma stressitaso sekä sosiaalinen tuki. Kiiltomäen (2006, 45) mukaan onkin tärkeää tiedostaa ne hoitotyön alueet, jotka luetaan kriisiauttamiseksi ja kriisiluonteista työtä tekevän on välttämätöntä voida jatkuvasti kehittää omaa työtään.

Defusing eli purkamiskokous on yksi kriisityön muoto, jota käytetään erityisesti ammattilaisille, jotka ovat olleet osallisina traumaattisessa tilanteessa. Tarkoituksena on lievittää auttajan psyykkisiä stressireaktioita, normalisoida tilanne, vahvistaa auttajan sosiaalista verkostoa, ehkäistä mahdollista eristäytymistä sekä arvioida auttajan lisätuen tarve. Hyvin toteutuneena defusing antaa kokemuksen siitä, että tunteet ovat samansuuntaisia jokaisella ja vahvistaa me – henkeä. Tavoitteena on auttajan mahdollisimman helppo ja

vaivaton paluu normaaleihin arkirutiineihin. Defusing vähentää myös sairauspoissaoloja ja työnantajalle kohdistuvia kustannuksia. Kokous tulisi järjestää aina sellaisen tapahtuman jälkeen, joka voi aiheuttaa työntekijälle stressiä sekä psyykkisiä oireita. Defusing tulee pitää viimeistään kahdeksan tunnin ja mielellään kolmen tunnin kuluttua tapahtuneesta. Istunnon kesto on yleensä 20 – 45 minuuttia. Kokous voidaan jakaa neljään eri vaiheeseen. Ensimmäiseksi on johdantovaihe, jossa vetäjä kertoo kokouksen järjestämiseen johtaneet syyt, sekä kertoo traumaattisen tapahtuman kulun. Keskusteluvaiheessa osanottajat voivat purkaa tunteitaan. Jokainen voi kertoa mitä tapahtumapaikalla on tehnyt, nähnyt, kuullut ja kokenut. Informaatiovaiheessa keskustellaan miten tapahtuma on edennyt ja mikä on mahdollisten uhrien tilanne tällä hetkellä. Kokouksen lopuksi arvioidaan osallistujien jatkotuen tarve. (Paakkonen 2002, 242 – 247; Iivanainen & Syväoja 2008, 95 – 96; Punainen risti 2010.)

Vähäkuopus (2006) tutki defusing – järjestelyiden tilannetta Suomen pelastuslaitoksilla. Tutkimuksen mukaan suurimmassa osassa pelastuslaitoksen yksiköistä järjestetään purkukeskusteluja, mutta kaikille kyselyyn osallistujille (n = 20) ei ollut selvää, mitä defusing käsitteenä tarkoittaa. Toimintamallit eri yksiköissä vaihtelevat paljon. Joissakin toiminta on suunnitelmallista ja osassa se on satunnaista. Henkilökunta koki traumaattisen tilanteen purkamisen oman henkilöstön kanssa tehokkaammaksi kuin ulkopuolisen tuen saannin. Tutkimuksen mukaan purkukeskustelujen vetäjinä toimivat työterveyshuollon työntekijät, paikallinen kriisipalvelu ja tehtävään koulutautumattomat esimiehet. Harvoissa pelastuslaitoksen yksiköissä oli oma koulutettu henkilöstö defusing – istuntoja varten. Työntekijät kokivat tämän koulutetun henkilöstön vähyyden puutteena. (Vähäkuopus 2006, 30 – 36.)

7 OPPAAN LAADINTA

Terveydenhuollon henkilöstöllä on velvollisuus ylläpitää ja kehittää ammattitaitoaan. Hoitokäytännöt muuttuvat, jonka johdosta lisäkoulutuksen merkitys kasvaa. Lisäkoulutuksen tavoitteena on terveydenhuollon henkilöstön ammattitaidon ylläpitäminen, kehittäminen ja syventäminen. (Sosiaali – ja terveysministeriö 2004.)

Oppaan avulla annetaan tietoa, jonka tarkoituksena on antaa uusia näkökulmia ja työkaluja hoitotyön toteuttamiseen sekä motivoida kohderyhmä toimimaan terveyden kannalta myönteisesti. (Parkkunen et al. 2001, 9-11).

Opasta suunniteltaessa arvioidaan ensin aiheen tarpeellisuus sekä kohderyhmä, jonka käyttöön opas on suunniteltu. Aikataulun laadinta, sekä aineiston tuottamisen jakaminen auttavat tekijöitä tuottamisprosessissa. Oppaalla tulee olla terveystavoite, joka ohjaa ja tarkentaa sisältöä. Lukijan on helppo ymmärtää, mikä on aineiston tarkoitus ja mihin sillä pyritään. Hyvä opas sisältää virheetöntä ja oikeaa tietoa. Tiedon tulee olla ajankohtaista ja perustua tutkittuun tietoon. Tiedon määrä tulee pysyä kohtuudessa ja tietoa tulee tarjota sopivasti. Kieliasultaan oppaan tulee olla helppolukuista ja selkokielistä. Helppolukuisuuteen vaikuttaa asiasanojen käyttö, lauserakenteet, rakenteen selkeys, looginen eteneminen sekä sisällön konkreettisuus. Ulkoasussa kiinnitetään huomiota sisällön selkeyteen tekstityypin valinnan, tekstin koon, asettelun, kontrastin, värien käytön sekä havainnollisen kuvituksen avulla. Kohderyhmä tulee määritellä selkeästi. Tämän avulla voidaan opas ”räätälöidä” vastaamaan kohderyhmän tarpeita. Oppaan tulee herättää lukijassa mielenkiintoa ja houkutella sisällön lukemiseen. (Parkkunen et al. 2001, 7 – 20.)

Koulutuspankkiin sijoittuvan oppaan etuina on tiedon saatavuus ja ajasta riippumattomuus. Opas on saatavilla samanaikaisesti usealle eri työntekijälle ja opasta voi käyttää milloin tahansa. Verkkoon tallennettu oppaan voi tarpeen vaatiessa myös päivittää, joten tieto säilyy oikeana ja ajankohtaisena. Oppaan voi myös tulostaa. (Lehtonen 2008, 57.)

8 PROJEKTIN TEHTÄVÄ JA TARKOITUS

Projektin tehtävänä oli tuottaa Varsinais – Suomen aluepelastuslaitoksen käyttöön opas akuutissa kriisissä olevan asiakkaan kohtaamiseen ensihoitotehtävissä. Oppaan tavoitteena on lisätä ensihoitotehtävissä toimivien valmiuksia tunnistaa ja ammatillisesti kohdata akuutissa psyykkisessä kriisissä oleva asiakas sekä antaa valmiuksia ja keinoja tällaisen asiakkaan kanssa työskentelyyn.

9 PROJEKTIN EMPIIRINEN TOTEUTTAMINEN JA TUOTOS

Projektissa on suunnittelu – ja aloitusvaihe, projektisuunnitelman laadinta, toteuttamisvaihe ja projektin päättäminen (Rissanen 2002, 184 – 187). Projektin aiheen valintaan vaikutti tekijöiden oma kokemus sen tarpeellisuudesta ja tärkeydestä. Ensihoitohenkilöstön saattaa olla vaikea havaita potilaan psyykkisen hoidon tarvetta ja huomioida se esi – ja tapahtumatietoja kerätessään. Tämä hidastaa hoitoprosessia ja myös oikean hoidon aloittamista. Sairaankuljettajina toimii lähihoitajia, sairaanhoitajia, ensihoitajia ja pelastajia. Kaikkien näiden ammattialojen koulutukseen kuuluu varsin pienenä osana mielenterveystyö, joten sen oppiminen mahdollistuu vasta käytännön työssä. Sairaankuljettajan tulisi osata kohdata asiakas siten, ettei tämän psyykinen vointi huonone eikä vaikeuta tilannetta entisestään. Tavoitteena on saada asiakas rauhoittumaan ja kokemaan olonsa mahdollisimman turvallisesti. Tällöin tapahtuma – ja esitietojen kerääminen sekä mahdollisesti tarvittava hoito ja kuljetus voidaan aloittaa ja toteuttaa nopeasti, asianmukaisesti ja turvallisesti. (Määttä 2008, 14 – 22, 37.)

Aiheen valinnan jälkeen oltiin yhteydessä Varsinais – Suomen aluepelastuslaitoksella työskentelevään sairaankuljetuspäällikkö Markku Rajamäkeen ja sairaankuljetusmestari Mauri Jääskeläiseen, joiden kanssa tehtiin toimeksiantosopimus (LIITE 1). Projektisuunnitelman laadinnan jälkeen saatiin projektilupa (LIITE 2). Oppaan alustava sisältörunko laadittiin projektisuunnitelman yhteydessä.

Projektin suunnittelu – ja aloitusvaiheessa muodostettiin käsitys tavoiteltavasta lopputuloksesta sekä laadittiin alustava aikataulu. Aiheeseen perehdyttiin tutustumalla kirjallisuuteen ja tutkimuksiin. Tietoa haettiin muun muassa seuraavista tietokannoista: Medic, Terveysportti, PubMed, Wiley online library ja Cinahl. Suomenkielisinä hakusanoina käytettiin muun muassa: ”psyykinen trauma”, ”akuutti stressireaktio”, ”kriisipotilas”, ”kriisihoito”, ”ensiapu” ja ”ahdistunut potilas”. Hakuja on suoritettu myös englanninkielisillä hakusanoilla,

esimerkiksi: "acute stress reaction", "psychiatry", "accident", "intervention", "military psychology" ja "mental health". Tiedonhaku rajattiin vuosiin 2001–2011 ja tutkimuksista hyväksyttiin vain ne, jotka löytyivät kokoteksteinä. Aineistoa valittiin tietokannoista ensin otsikon perusteella. Tämän jälkeen luettiin tiivistelmät ja lähdemateriaaliksi valittiin projektin kannalta keskeisin tieto. Tutkimuksista haettiin tietoa akuutin psyykkisen kriisin oireista ja niiden tunnistamisesta. Teoriatietoa etsittiin myös akuutissa psyykkisessä kriisissä olevan asiakkaan kohtaamisesta ja auttajan omasta jaksamisesta. Suomenkielistä tutkimusmateriaalia löytyi aiheesta vähän, joten hakuja tehtiin enimmäkseen englanninkielisillä hakusanoilla. Haun tuloksena ei löytynyt yhtään tutkimusta, joka olisi viitannut suoraan opinnäytetyön aiheeseen, mikä omalta osaltaan vahvisti tekijöiden käsitystä oppaan tarpeellisuudesta. Tämän seurauksena tiedonhaku painotettiin englanninkieliseen aineistoon ja hakukriteereitä laajennettiin. Tällöin muodostettiin alaryhmiä, joista haettiin spesifejä hakusanoja. Näin kyettiin pitämään aihealue rajattuna ja projektin aiheen mukaisena. Englanninkielisen lähdeaineiston läpikäyminen oli aikaa vievä tehtävä, sillä hakumenettelyn laajentamisen seurauksena materiaalia oli runsaammin käytettävissä.

Kirjoittamisprosessi etenee tekstin luonnostelemisen, hiomisen ja korjaamisen kautta valmiin tekstin muodostumiseen. Prosessiin kuuluu tiedon keruu sekä virkkeiden ja tekstin luonnostelu. Tekstin uudelleen kirjoittaminen, rakenteen korjaaminen, muotoileminen ja parantaminen ovat osa prosessia. (Mäkinen 2005, 146 – 154).

Tekstin tuottaminen aloitettiin oppaan alustavan sisältörungon pohjalta. Oppaan muodostumiseen ja työstämiseen vaikuttivat tekijöiden omat käsitykset siitä, mitkä taidot ja tiedot ovat avuksi akuutissa psyykkisessä kriisissä olevan asiakkaan kohtaamisessa. Oppaan laadinnan pohjana käytettiin kirjallisuutta ja tutkittua tietoa akuutista psyykkisestä kriisistä, asiakkaan kohtaamisesta, kriisiavusta sekä auttajan omasta jaksamisesta. Toimeksiantajan asiantuntemusta käytettiin laadinnan tukena. Opasta muokattiin sairaankuljetusmestari Mauri Jääskeläisen sekä sairaankuljettajien Lauri

Riihimäen, Juha Karjalaisen ja Ville Taljan sekä Salon seudun ammattiopiston lähihoitajaopiskelija Oskari Anttilan antamien palautteiden perusteella ennen lopullista muotoa. Korjausehdotukset kohdistuivat lauseiden pituuteen, tiedon rajaamiseen ja sanamuotoihin. Opas toteutettiin Microsoft Office Power Point 2003 – diaesitysohjelmalla. Tekstissä käytettiin fonttia Arial ja kokoa 22, värinä Black. Otsikon fonttikoko oli 44 ja väri oli Red. Pohjana käytettiin toimeksiantajan pyynnöstä Varsinais – Suomen aluepelastuslaitoksen omaa koulutus pohjaa, jossa teksti sijoittuu Varsinais – Suomen aluepelastuslaitoksen logolla varustetulle valkoiselle pohjalle. Oppaaseen laadittiin sisällysluettelo kokonaisuuden hahmottamisen avuksi. Helppolukuisuuden ja tiedon omaksumisen lisäämiseksi kappaleet ja virkkeet pyrittiin pitämään lyhyinä. Oppaan ulkonäkö pyrittiin luomaan selkeäksi ja helppolukuiseksi.

Projektin tehtävän mukaisesti laadittiin opas sairaankuljettajille (LIITE 3), joka sisältää ohjeistusta akuutissa psyykkisessä kriisissä olevan asiakkaan tunnistamiseen, kohtaamisen sekä henkisen ensiavun antamiseen. Pääpaino oppaan sisällössä on asiakkaan kohtaamisessa.

Projektiin osallistujat toimittivat oppaan materiaalin toimeksiantajalle. Valmis opas (LIITE 3) liitettiin Varsinais – Suomen aluepelastuslaitoksen koulutuspankkiin. Opasta markkinoidaan jokaiselle ensihoidossa työskentelevälle henkilökohtaisen sähköpostin välityksellä viikoittain ilmestyvässä tiedotteessa. Projektin päättämävaiheessa laadittiin loppuraportti. Loppuraportissa arvioidaan projektin tavoitteiden saavuttamista. (Rissanen 2002, 173.) Valmis työ esitettiin Turun ammattikorkeakoulussa. Projekti valmistui toukokuussa 2011.

10 PROJEKTIN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Projektin aiheen valikoituminen sisältää eettisiä valintoja (Clarkeburn & Mustajoki 2007, 53). Aiheen ajankohtaisuus, tärkeys ja valinnan perusteltavuus lisäävät projektin laatua (Hakala 2004, 29). Tekijät valitsivat aiheen oman käsityksensä pohjalta oppaan tarpeellisuudesta ja sen tuomasta hyödystä asiakkaille ja ensihoidossa työskenteleville. Projektin päämääränä oli ensihoidon laadun parantaminen, asiakkaan kokonaisvaltaisen hoidon laadun parantaminen ja sujuvan hoidon mahdollistaminen. Traumaattinen tapahtuma ja kokemus ovat hyvin henkilökohtainen asia ja saattaa vaikuttaa sen kokeneeseen hyvin pitkään, jopa pysyvästi. Tekijät huomioivat tämän aiheenvalinnassaan ja projektin kulussa suhtautumalla kunnioittavasti aiheeseen ja sen käsittelyyn.

Projektin eettisiä kysymyksiä voidaan tarkastella myös tiedon hankkimisen näkökulmasta käsin. (Paunonen & Vehviläinen – Julkunen 2006, 26.) Tiedonhankinnassa on tärkeää plagioinnin välttäminen. Plagioinnilla tarkoitetaan toisen aikaisemmin esittämän asian tai tekstin esittämistä omanaan. (Hirsjärvi et al. 2000, 107). Projektissa ei ole käytetty tekstin plagiointia. Käytetyt lähteet on merkitty Turun ammattikorkeakoulun kirjallisten töiden ohjeiden mukaan. Eettisyys tulee esille myös lähdemateriaalin käytössä. Tutkimustietoa on käytetty ilman vääristelyä, valikointia tai muokkaamista.

Lähteiden luotettavuutta tulee arvioida kriittisesti. Arvioinnissa kiinnitetään huomiota lähteen alkuperäisyyteen, aitouteen ja puolueettomuuteen. Hyvässä lähdekritiikissä tarkastellaan myös tiedon ajankohtaisuutta sekä viitteiden oikeellisuutta. (Mäkinen 2005, 86). Luotettavia tietokantoja haettiin Nelli – tiedonhakuportaalin avulla. Englanninkielistä aineistoa haettiin Chinal – ja Cochrane – tietokannoista. Projektin aineistoksi valittiin ajankohtaista, luotettavaa ja tutkimukseen perustuvaa tietoa.

Asiantuntijaohjausta saatiin sairaankuljetusmestari Mauri Jääskeläiseltä, joka vaikutti oppaan sisältöön kommentteillaan. Keskustelua ja sähköpostiviestintää toimeksiantajan kanssa käytettiin eettisyyden ja projektin luotettavuuden

ylläpitämisessä. Luotettavuutta lisää projektin toteuttamisen ja eri vaiheiden tarkka kuvaus. (Hirsjärvi 2009, 232.) Tekijät ovat pyrkineet kuvaamaan mahdollisimman tarkasti projektin suunnittelu – ja aloitusvaihetta, projektisuunnitelman laadintaa, toteuttamisvaihetta sekä projektin päättämistä.

Projektissa saatua tutkimuksiin ja alan kirjallisuuteen pohjautuvaa luotettavaa aineistoa on hyödynnetty oppaan laadinnassa. Opas on laadittu vastaamaan Varsinais- Suomen aluepelastuslaitoksen sairaankuljettajien koulutustarvetta akuutissa psyykkisessä kriisissä olevan asiakkaan kohtaamiseen. Alan perusteet hallitseville työssä toimiville ihmisille tulisi tarjota konkreettista ja käytäntöön helposti sovellettavaa tietoa. Tekstin odotetaan olevan jäsenneiltyä, helppolukuista sekä ymmärrettävää ammattikieltä. (Hirsjärvi 2009, 30). Oppaan sisällössä pyritään kuvamaan tiiviisti ja selkeästi akuutissa kriisissä olevan asiakkaan kohtaamista. Oppaassa käytetty teksti on asiallista ja helppolukuista. Opas on toteutettu sisällöllisesti ja rakenteellisesti niin, että se mahdollistaa tiedon itseopiskelun. Valmis opas on saatavilla Varsinais – Suomen aluepelastuslaitoksen koulutuskansiossa.

11 POHDINTA

Projektin tarkoituksena oli laatia Varsinais – Suomen aluepelastuslaitoksen käyttöön opas psyykkisessä kriisissä olevan potilaan kohtaamisesta ensihoitotehtävissä. Oppaan tarkoituksena on antaa ensihoitohenkilöstölle valmiuksia tunnistaa akuutissa psyykkisessä kriisissä oleva asiakas ja antaa keinoja asiakkaan kanssa työskentelyyn.

Projektin avulla opas asiakkaan kohtaamisesta saatiin toteutettua. Opas pohjautuu alan kirjallisuuteen ja tutkimuksiin, joiden mukaan shokkivaiheessa välitöntä ensiapua saaneet kokivat tämän hyödylliseksi, kuten Kumpulainen (2006, 12–13) tutkimuksessaan toteaa. Akuutissa kriisivaiheessa saadun avun riittämättömyys oli merkittävä tekijä psyykkisen selviytymisen, stressihäiriön, yleisen psyykkisen pahoinvoinnin ja depression kannalta Poijula (2004, 67).

Ensihoitohenkilöstön voi olla vaikea havaita ja tunnistaa psyykkisesti oireileva asiakas. Tämä hidastaa hoitoprosessia ja oikean hoidon aloittamista. (Määttä 2008, 14 – 22.) Akuutissa psyykkisessä kriisissä olevan asiakkaan oireilu vaihtelee pysähtyneisyydestä, alentuneesta tiedon vastaanottokyvystä, huomiokyvystä ja desorientoituneisuudesta myöhemmin ilmeneviin osittaiseen tai täydelliseen amnesiaan, vetäytyneisyyteen, kiihtyneisyyteen, aggressiivisuuteen ja yliaktiivisuuteen. (WHO 2007; Traumaperäiset stressireaktiot ja –häiriöt: Käypä hoito – suositus 2009; Korkeila & Törmä 2010; 2645 – 46; Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2010.) Oppaaseen valikoitiin tietoa akuutista psyykkisestä kriisistä, sen vaiheista ja oirekuvasta. Tarkoituksena on lisätä ensihoitohenkilöstön valmiuksia potilaan tunnistamisen, hoitoprosessin sujuvuuden ja oikean hoidon aloittamisen suhteen.

Wiechman Askay & Pattersson (2008) toteavat systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessaan asikkaan fyysisten oireiden provosoivan psyykkisiä oireita. He tuovat esille myös riittävän kivunhoidon tärkeyden ja vaikutuksen asiakkaan ahdistuneisuuteen. (Wiechman Askay & Pattersson 2008, 94 – 95, 98.) Akuutin psyykkisen kriisin ensihoidon ja erityispiirteiden esille tuomisella

oppaassa pyrittiin vaikuttamaan asiakkaan kokonaisvaltaiseen kohtaamiseen. Asiakas tulee nähdä fyysisenä, psyykkisenä ja sosiaalisena kokonaisuutena.

Vuorovaikutus on kahden ihmisen välistä viestintää. Vuorovaikutuksen avulla hoitaja pyrkii vaikuttamaan asiakkaan käyttäytymiseen, ajatusmalleihin, asenteisiin ja tunteisiin jotakin asiaa kohtaan. (Silvennoinen 2004, 15, 20.) Akuutissa psyykkisessä kriisissä olevan asiakkaan kohtaamisessa auttajan aito läsnäolo, kuunteleminen ja huomioiminen vaikuttavat asiakkaan vointiin positiivisesti. Auttajan tulee olla rauhallinen ja vuorovaikutuksessa aktiivinen. (Kiiltomäki & Muma 2007, 18; Traumaperäiset stressireaktiot ja –häiriöt: Käypä hoito –suositus 2009.) Sairaankuljettajan on pystyttävä toimimaan asiakkaan tilanteen vaatimalla tavalla, arvioitava tilanne tarvittaessa uudestaan ja oltava kyvykäs ja valmis muuttamaan toimintasuunnitelmaa tilanteen mukaiseksi. (Kiiltomäki & Muma 2007, 16 – 17.) Opas sisältää tietoa kriisiavun riskeistä sekä auttajan ja asiakkaan välisestä viestinnästä. Tiedon avulla haluttiin saada ensihoitohenkilöstö tietoiseksi auttajan oman verbaalisen ja nonverbaalisen viestinnän vaikutuksista asiakkaan kohtaamisessa. Oman kehon sanattoman viestinnän tiedostaminen ja hyödyntäminen vaikuttavat kohtaamistilanteen sujuvuuteen ja onnistumiseen.

Auttajalle itselleen voi traumaattisen tapahtuman jälkeen ilmaantua psyykkisiä ja fyysisiä oireita. Auttajalla tulisi olla mahdollisuus käsitellä traumaattisen tilanteen aiheuttamia reaktioita. Asioiden käsittelemättä jättäminen haittaa toimintaa ja vaikeuttaa vuorovaikutusta sekä työyhteisössä, että asiakaskohtaamisessa. (Paakkonen 2002, 239 – 248; Silvennoinen 2004, 53.)

Projektin tuottaminen tutkimus – ja kirjallisuustiedon pohjalta oli aikaavievä. Haastavuuteen vaikutti suomenkielisen tutkimustiedon vähyyks. Yhtään opinnäytetyöhön suoraan viittaavaa tutkimusta ei löytynyt. Tämän seurauksena tiedonhaku painotettiin englanninkieliseen aineistoon ja hakukriteereitä laajennettiin. Tällöin muodostettiin alaryhmiä, joista haettiin spesifejä hakusanoja. Näin kyettiin pitämään aihealue rajattuna ja projektin aiheen mukaisena. Englanninkielisen lähdeaineiston läpikäyminen oli aikaa vievä tehtävä, sillä hakumenettelyn laajentamisen seurauksena materiaalia oli

runsaammin käytettävissä. Opas pyrittiin toteuttamaan asiallisella ja hyvällä kirjoitustyyllillä. Projektin eettisyys on huomioitu aiheen valinnassa, käsittelyssä sekä tiedon hankinnassa. Tekijät kokivat aiheen tärkeäksi sen tarpeellisuuden ja tuoman hyödyn vuoksi. Traumaattinen tapahtuma ja kokemus on hyvin henkilökohtainen asia. Tekijät huomioivat tämän projektin kulussa suhtautumalla kunnioittavasti aiheeseen ja sen käsittelyyn. Eettisyytteen kiinnitettiin huomiota myös plagioinnin välttämällä sekä lähdemerkintöjen ohjeiden mukaisella merkitsemisellä. Luotettavuutta on pyritty ylläpitämään koko projektin ajan. Lähdemateriaalia arvioitiin kriittisesti ja asiantuntijaohjausta käytettiin luotettavuutta lisäämään. Tekijät kokivat ohjauksen tarpeelliseksi ja projektia edistäväksi tekijäksi.

Projektityöskentely on auttanut tekijöitä näkemään akuutissa psyykkisessä kriisissä olevan asiakkaan kohtaamisen laajemmin. Kirjallisuuden avulla tekijät ovat lisänneet tietouttaan akuutista psyykkisestä kriisistä ja sen kohtaamisesta. Projektin myötä tekijöiden taidot tieteellisen tutkimusaineiston hakemisen ja kriittisen lukemisen suhteen ovat kehittyneet.

Tekijät kokevat oppaan käyttömahdollisuuksien olevan hyvät. Opas on saatavilla 28 eri kunnan pelastuslaitoksen yksiköissä ja jokaisen ensihoidossa työskentelevän käytettävissä. Oppaan tallennus koulutuspankkiin mahdollistaa tiedon hyödyntämisen ajasta riippumatta. Tekijät kokivat tämän hyväksi ja hyödylliseksi ratkaisuksi ensihoitohenkilöstön työaikojen epäsäännöllisyyden ja työnluonteen vaihtelevaisuuden vuoksi.

Jatkossa olisi mielenkiintoista saada tietoa, kuinka Varsinais – Suomen aluepelastuslaitoksen ensihoidon parissa työskennelleet ovat kokeneet oppaan ja onko heidän mielestään oppaasta ollut hyötyä asiakkaan kohtaamisessa. Tulevaisuudessa voisi tutkia ensihoidossa työskentelevien omia kokemuksia akuutissa kriisissä olevan asiakkaan kohtaamisesta ja mahdollisista ongelmatilanteista.

LÄHTEET

Alaspää, A. & Holmström, P. Potilaan tutkiminen. Teoksessa Kuisma, M.; Holmström, P.; Porthan, K. (toim.) 2005. Ensiohoito. Helsinki: Tammi. 63 – 92.

American Psychiatric Association 2011. Diagnostic and Statistical Manual. [viitattu 19.5.2011]. Saatavissa: <http://www.psych.org/MainMenu/Research/DSMIV.aspx>.

Asetus sairaankuljetuksesta 28.6.1994/565. Finlex. [viitattu 23.1.2011]. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940565>.

Calleja, P.; Aitken, L.M. & Cooke, M.L. 2010. Information transfer for multi – trauma patients on discharge from the emergency department: mixed – method narrative review. [pdf – dokumentti]. Journal of Advanced Nursing 1/2011, 4 – 18. [viitattu 6.3.2011]. Saatavissa: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.2010.05494.x/pdf>.

Clarkeburn, H. & Mustajoki, A. 2007. Tutkijan arkipäivän etiikka. Tampere:Vastapaino.

Coleman, R. & Wu, D. H. 2006. More Than Words Alone: Incorporating Broadcasters´ Nonverbal Communication Into the Stages of Crisis Coverage Theory – Evidence From September 11th. [pdf– dokumentti]. [viitattu 24.2.2011]. Saatavissa: http://findarticles.com/p/articles/mi_m6836/is_1_50/ai_n24988679/.

Erikoissairaanhoitolaki 1.12.1989/1062. Finlex. [viitattu 24.1.2011]. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1989/19891062>.

Ewalds, H. 2005 (toim.). Kenelle lyönnit kuuluvat? Kuntaopas pari – ja lähisuhdeväkivallan ehkäisytyöhön. [pdf – dokumentti]. Sosiaali – ja terveysministeriön julkaisuja. [viitattu 23.4.2011]. Saatavissa: <http://pre20090115.stm.fi/is1111576908523/passthru.pdf>.

Ferrante, P. 2010. Risk & Crisis Communication. Essential skills for today´s SH & E professional. [pdf– dokumentti]. Professional Safety June/2010; 38 – 45. [viitattu 24.2.2011]. Saatavissa: http://www.asse.org/professionalsafety/docs/F1Ferra_0610.pdf.

Finnell, J.T. & Overhage, J. M. 2010. Emergency Medical Services: The Frontier in Health Information Exchange. [pdf – dokumentti]. AMIA Annual Symposium proceedings 11/2010, 222 – 226. [viitattu 30.3.2011]. Saatavissa: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3041358/http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3041358/>.

Hakala, J. 2004. Opinnäyteopas ammattikorkeakouluille. Tampere: Tammer – Paino.

Henriksson & Lönnqvist 2007. Psykkiset kriisit, sopeutumishäiriöt ja stressireaktiot. Teoksessa Lönnqvist, J.; Heikkinen, M.; Henriksson, M.; Marttunen, M.; Partonen, T. (toim.). Jyväskylä: Gummerus 2007, 276 – 305.

Hirsjärvi, S.; Remes, P.; Sajavaara, P. 2000. Tutki ja kirjoita. 6., uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

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

Huttunen, M. 2010. Tietoa potilaalle. Itsensä epätodelliseksi ja vieraaksi tunteminen (depersonalisaatio). Duodecim. [viitattu 3.5.2011]. Saatavissa: http://www.terveysportti.fi.ezproxy.turkuamk.fi/dtk/ltk/avaa?p_artikkeli=dlk00359&p_haku=derealisaatio.

Iivanainen, A. & Syväoja P. 2008. Hoida ja kirjaa. Helsinki: Tammi.

Kansanterveyslaki 28.1.1972/66. Finlex. [viitattu 23.1.2011]. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1972/19720066>.

Kiiltomäki, A. & Muma, P. 2007. Tässä ja nyt. Sairaanhoidaja tekee kriisityötä. Helsinki: Sairaanhoidajaliitto.

Kilkku, Nina 2008. Potilasopetus ensipsykoosipotilaan hoidossa. Substantiivinen teoria luottamuksen uudelleen rakentumisesta. Väitöskirja. Tampere: Tampereen yliopisto.

Kniivilä, S.; Lindblom – Yläne, S. & Mäntynen, A. 2007. Tiede ja teksti: tehoa ja taitoa tutkielman kirjoittamiseen. Helsinki: WSOY.

Korkeila, K. & Törmä, M. 2010. Psykkisesti traumatisoitunut potilas yleislääkärin vastaanotolla – diagnosoi, tue ja seuraa. Duodecim 2010;126:2645 – 2653.

Koskela, A. 2011. Sosiaali- ja terveysministeriö asetus ensihoitopalvelusta. [pdf– dokumentti]. Sosiaali- ja terveysministeriö. [viitattu 10.5.2011]. Saatavissa: http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=42730&name=DLFE-15436.pdf.

Kuisma, M. & Porthan, K. 2008. Suuronnettomuus. Kuisma, M.; Holmström, P.; Porthan, K. (toim.) 2008. Ensihoito. Helsinki: Tammi, 509 – 526.

Kumpulainen, R. 2006. Konginkankaan suuronnettomuus. Tapaustutkimus psykososiaalisten tukipalveluiden toimivuudesta. [pdf – dokumentti]. [viitattu 15.04.2011]. Saatavissa: <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10250/3427/Sel50netti.pdf?sequence=2>

Käypä hoito – suositus 2009. Traumaperäiset stressireaktiot – ja häiriöt. Duodecim. [viitattu 31.1.2011]. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50080>.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785. Finlex. [viitattu 27.4.2011]. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>.

Laki sosiaali – ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionavustuksesta 3.8.1992/733. Finlex. [viitattu 24.1.2011]. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920733>.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559. Finlex. [viitattu 24.1.2011]. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>.

Lehtonen, I. 2008. Verkko–oppimisympäristöstä aiheutuvat kustannukset ja niiden käsittely sisäisessä laskennassa. Pro Gradu – tutkielma. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.

Leppäkoski, T. 2007. Women Exposed to Acute Physical Intimate Partner Violence Seeking Care at Emergency Departments. Identification of and Intervention in Violence. Väitöskirja. Tampere: Tampereen yliopisto.

Lipsanen, T. 2005. Dissosiaatio psykiatrisena häirilönä. [pdf – dokumentti]. Suomen lääkärilehti 18 – 19/2005, 2063 –2066. [viitattu 28.4.2011]. Saatavissa: <http://www.fimnet.fi.ezproxy.turkuamk.fi/cl/laakarilehti/pdf/2005/SLL182005-2063.pdf>.

Läkelaki 10.4.1987/395. Finlex. [viitattu 24.1.2011]. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1987/19870395>.

Lönnqvist, J. 2005. Traumaattisen psyykkisen kriisin kohtaaminen. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 27.01.2010. Saatavissa: http://www.ktl.fi/portal/suomi/pressihuone/ajankohtaista/traumaattisen_psykkisen_kriisin_kohtaaminen.

Mattila, L – R. 2001. Vahvistumista ja tunnekokemuksen jakamista. Potilaan ja hoitajan vuorovaikutusta kuvaavan käsitejärjestelmän kehittäminen. Väitöskirja. Tampere: Tampereen yliopisto.

Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116. Finlex. [viitattu 24.1.2011]. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>.

Mäkinen, O. 2005. Tieteellisen kirjoittamisen ABC. Helsinki: Tammi.

Määttä, T. 2008. Ensihoitopalvelu. Teoksessa Kuisma, M.; Holmström, P.; Porthan, K. (toim.) 2008. Ensihoito. Helsinki: Tammi. 24 – 37.

Opetusministeriö 2007. Opinnäytetyön laadun tekijät ammattikorkeakoulussa. Suosituksia opinnäytetyötä ohjaaville. Oulu: Oulun seudun ammattikorkeakoulu.

Paakkonen, H 2002. Stressi ensihoitotyössä. Teoksessa Castren, M.; Kinnunen, A.; Paakkonen, H.; Pousi, J.; Seppälä, J.; Väisänen, O. (toim.) 2002. Ensihoidon perusteet. Keuruu: Otavan Kirjapaino. 230 – 244.

Parkkunen, N.; Vertio, H. & Koskinen–Ollonqvist, P. 2001. Terveysaineiston suunnittelun arvioinnin opas. Helsinki: Terveystieteiden tutkimuskeskus.

Patiño – Fernández, A – M.; Pai, A.; Alderfer, M.; Hwang, W – T.; Reilly, A.; Kazak, A.E. 2008. Acute Stress in Parents of Children Newly Diagnosed With Cancer. [pdf – dokumentti]. *Pediatric Blood & Cancer* February/2008, 289 – 292. [viitattu 26.4.2011]. Saatavissa: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2811161/pdf/nihms170251.pdf>.

Pernu, I. 2009. Kriisityö sairaalassa – esmierkkinä Töölön sairaala. Teoksessa Leppävuori, A.; Paimio, S.; Avikainen, T.; Nordman, T.; Puustinen, K.; Riska, K. (toim.). Suuronnettomuustilanteiden kriisityö. Helsinki: Tammi.

Pojjula, S. 2004. Myyrmännin räjähdys – uhrien ja omaisten selviytyminen ja hoidon merkitys. [pdf – dokumentti]. *Sosiaali – ja terveysministeriön moniste* 2004:13. [viitattu 18.04.2010] Saatavissa: http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3813.pdf.

Potilasvahinkolaki 25.7.1986/585. Finlex. [viitattu 24.1.2011]. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1986/19860585>.

Rissanen, Tapio 2002. Projektilla tulokseen – projektin suunnittelu, toteutus, motivointi ja seuranta. Jyväskylä: Pohjantähti.

Roberts, N.; Kitchiner, N.; Kenardy, J.; Bisson, J. 2010. Early psychological interventions to treat acute traumatic symptoms (Review). [pdf – dokumentti]. *Cochrane Collaboration*®. [viitattu 13.2.2011]. Saatavissa: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/clsyst.1934>.

Rose, S.C.; Bisson, J.; Churchill, R.; Wessely, S. 2009. Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD). [pdf – dokumentti]. *Cochrane Collaboration*®. [viitattu 13.2.2011]. Saatavissa: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/clsyst.1934>.

Saari, S & Hynninen, T. 2010. Kuvaus Suomessa tehtävästä psykologisesta auttamisesta akuuteissa kriiseissä ja traumaattisissa tilanteissa. Teoksessa Suomen psykologialiiton ja Suomen psykologisen seuran tieteellinen neuvottelukunta (toim.) 2010. *Psykologia* 2/2010. Vammala: Vammalan kirjapaino, 43–50.

Saari, S., Kantanen, I., Kämäräinen, L., Parviainen, K., Valoaho, S., Yli – Pirilä, P. 2009. Hädän hetkellä – psyykkisen ensiavun opas. Punainen Risti. Jyväskylä: Gummerus 2009.

Sairausvakuutuslaki 21.12.2004/1224. Finlex. [viitattu 24.1.2011]. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2004/20041224>.

Sterud, T.; Ekeberg, Ø.; Hem, E. 2006. Health status in the ambulance services: a systematic review. [pdf – dokumentti]. BMC Health Services Research. [viitattu 7.3.2011]. Saatavissa: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6963-6-82.pdf>.

Silvennoinen, Markku 2004. Vuorovaikutuksen avaimet. Helsinki: Talentum.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2011. Ensihoito ja sairaankuljetus. [viitattu 25.1.2011]. Saatavissa: http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/terveyspalvelut/perusterveydenhuolto/ensihoito_ja_sairauksikuljetus.

Sosiaali – ja terveysministeriö 2011. Sosiaali – ja terveysministeriön asetus ensihoitopalvelusta. [pdf – dokumentti]. [viitattu 26.4.2011]. Saatavissa: http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=42730&name=DLFE-15435.pdf.

Sosiaali – ja terveysministeriö 2004. Terveystieteiden täydennyskoulutus suositus. [viitattu 05.05.11]. Saatavissa: http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/_julkaisu/1068121#fi.

Sosiaali – ja terveysministeriö 2009. Traumaattisten tilanteiden psykososiaalinen tuki ja palvelut. Työryhmän muistio. [pdf – dokumentti]. Sosiaali – ja terveysministeriön selvityksiä 2009:41. [viitattu 4.5.2011]. Saatavissa: http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-10312.pdf

Suomen punainen risti 2010. Auttajan reagointi ja tuki. Duodecim. [viitattu 26.2.2011]. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=onn00129&p_teos=on&p_selaus=

Tenovuo, Olli 2004. Osaatko tunnistaa ja arvioida akuutin aivovamman? [pdf – dokumentti]. Suomen lääkirlehti 51–52/2004, 4973–4978. [viitattu 27.4.2011]. Saatavissa: <http://www.fimnet.fi/ezproxy.turkuamk.fi/cl/laakarilehti/pdf/2004/SLL512004-4973.pdf>.

Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos 2010. Sosiaali – ja terveydenhuollon luokitukset → ICD–10. [viitattu 31.1.2011]. Saatavissa: <http://sty.stakes.fi/FI/luokitukset/ICD-10/index.htm>.

Terveystieteiden laitos 30.12.2010/1326. Finlex. [viitattu 26.4.2011]. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>.

Toljamo, M. & Vuorijärvi, A. (toim.) 2007. Ammattikorkeakoulun opinnäytetyö kehittämisen kohteena. Käytännön kokemuksia ja perusteltuja puheenvuoroja. Oulu: Oulun seudun ammattikorkeakoulu.

Tuomi, J. 2007. Tutki ja lue. Johdatus tieteellisen tekstin ymmärtämiseen. Helsinki: Tammi.

Turunen, L. & Paimio, S. 2009. Kriisityö sairaalassa – esimerkkinä Töölön sairaala. Teoksessa Leppävuori, A.; Paimio, S.; Avikainen, T.; Nordman, T.; Puustinen, K.; Riska, M. (toim.) Suuronnettomuustilanteiden kriisityö. Helsinki: Tammi.

Vehviläinen – Julkunen, K. 2006. Hoitotieteellisen tutkimuksen etiikka. Teoksessa Paunonen, M & Vehviläinen – Julkunen, K. Hoitotieteellinen tutkimusmetodiikka. Helsinki: WSOY, 26–34.

Vilka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Tammi.

Vilka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki: Tammi.

Vilka, H. 2006. Tutki ja havainnoi. Helsinki: Tammi.

Vähäkuopus, H. 2006. Defusing – purkukeskustelun järjestäminen pelastuslaitoksella. Opinnäytetyö. Kuopio: Savonia – ammattikorkeakoulu.

Wathen, M. 2007. Maahanmuuttajien potilasohjaus sairaanhoitajien kokemana. Pro gradu – tutkielma. [pdf – dokumentti]. Tampere: Tampereen yliopisto. [viitattu 29.4.2011]. Saatavissa: <http://tutkielmat.uta.fi/pdf/gradu01737.pdf>.

WHO 2007. International Classification of Diseases (ICD). [viitattu 31.1.2011]. Saatavissa: <http://www.who.int/classifications/icd/en/>.

Wiechman Askay & Patterson 2008. What Are the Psychiatric Sequelae of Burn Injury? Current Pain and Headache Reports April/2008, 94 – 97.



Varsinais-Suomen
Pelastuslaitos

Akuutissa psyykkisessä kriisissä oleva asiakas

- opas ensihoidossa työskentelevälle



Varsinais-Suomen
Pelastuslaitos

Turun ammattikorkeakoulu 2011

Maarit Auranen ja Merja Kontulainen

Sisällysluettelo

1. Mitä ovat psyykkiset kriisit?
2. Psyykkisen kriisin vaiheet
3. Akuutti psyykkinen kriisi
4. Akuutin psyykkisen kriisin oirekuva
5. Akuutin psyykkisen kriisin ensihoito
6. Akuutin psyykkisen kriisin erityispiirteitä
7. Akuutin psyykkisen kriisiavun riskit
8. Verbaalinen ja nonverbaalinen viestintä

1. Mitä ovat psyykkiset kriisit?

Mielenterveyttä pyritään ylläpitämään opituilla ja omaksutuilla selviytymiskeinoilla. Selviytymiskeinot mahdollistavat ihmisen psyyken tasapainon säilymisen ulkoisten ja sisäisten vaatimuksen ristiriidasta huolimatta. Kun tapahtuu jotakin, johon olemassa olevat mielen selviytymiskeinot eivät enää riitä, syntyy psyykkinen kriisi.

Traumaattinen kokemus on tavallisimmin kertaluonteinen tapahtuma, jota ei pystytä ennustamaan ja joka ylittää yksilön omat voimavarat

Akuutti stressireaktio on luonteeltaan yleensä lyhytkestoinen, mutta akuutissa vaiheessaan vaikea-asteinen häiriö.



Varsinais-Suomen
Pelastuslaitos

2. Psyykkisen kriisin vaiheet

Shokkivaihe alkaa heti järkyttävän tilanteen kohtaamisen jälkeen. Vaihe on pituudeltaan muutamasta hetkestä muutamaan vuorokauteen.

Reaktiovaihe kestää muutamasta viikosta muutamaan kuukauteen. Ihminen alkaa käymään läpi tapahtuneita asioita.

Käsittelyvaihe kestää kuukausista vuoteen. Tässä kriisin vaiheessa henkilö alkaa hyväksyä tapahtuneen.

Uudelleensuuntautumisen vaiheessa ihminen suuntautuu tulevaisuuteen. Tulevaisuus voi näyttytyä erilaisena kuin ennen kriisin aiheuttamien persoonallisuuden muutosten vuoksi.



Varsinais-Suomen
Pelastuslaitos

3. Akuutti psyykkinen kriisi

- Akuutin stressireaktion (ASR) merkit ilmenevät minuuttien, kuitenkin viimeistään tunnin kuluttua tapahtuneesta ja niiden kesto on kahdesta kolmeen päivään.
- Oireiden ilmeneminen on yksilöllistä riippuen tapahtuman luonteesta, yksilön haavoittuvuudesta, sopeutumiskyvystä, iästä ja fyysisestä kunnosta.
- Psyykkisen trauman stressaavuus riippuu myös tapahtuman järkyttävyyden asteesta sekä tilanteen luonteesta ja laadusta.



Varsinais-Suomen
Pelastuslaitos

4. Akuutin psyykkisen kriisin oirekuva:

- Pysähtyneisyys
- Alentunut informaation vastaanottokyky
- Alentunut ärsykkeiden vastaanottokyky
- Desorientaatio, derealisaatio ja depersonalisaatio
- Osittainen tai täydellinen amnesia
- Vetäytyneisyys
- Kiihtyneisyys
- Yliaktiivisuus, joka voi ilmetä pakoreaktiona tai päämäärättömänä harhailuna
- Aggressiivinen
- Epätoivon tai toivottomuuden tunteet
- Voimakas pelko tai kauhu



Varsinais-Suomen
Pelastuslaitos

5. Akuutin psyykkisen kriisin ensihoito 1/3

- Asiakkaan hoito aloitetaan, kun tilanne ja olosuhteet sen sallivat eli kun omasta ja muiden turvallisuudesta on huolehdittu.
- Ensiarviossa asiakkaan peruselintoiminnot ja niiden laatu selvitetään. Suuronnettomuuksissa ja monipotilastilanteissa tehdään primaaritriage.
- Asiakkaan kivunhoidosta tulee huolehtia. Riittävällä kivunhoidolla voidaan vaikuttaa asiakkaan ahdistuneisuuteen. Lyhytvaikutteiset opiaatit sopivat läpilyöntikivun hoitoon ja anksiolyytit ahdistuneisuuteen.



Varsinais-Suomen
Pelastuslaitos

Akuutin psyykkisen kriisin ensihoito 2/3

Välitön ensiapu psyykkisen trauman kokeneen kohdalla on sama kuin kenen tahansa:

- henkiin jäämisen turvaaminen
- fyysinen ensiapu ja turva
- psyykinen ensiapu ja turva
- tilanteeseen orientoiminen
- kommunikaatio viranomaisten kanssa
- kommunikaatio läheisten kanssa



Varsinais-Suomen
Pelastuslaitos

Akuutin psyykkisen kriisin ensihoito 3/3

- Turvallisuuden ja levollisuuden luominen
- Yhteydentunteen luominen
- Omatoimisuuden tukeminen
- Psykososiaalinen tuki
- Asiallinen informointi
- Käytännön asioiden järjesteleminen
- Auttajan aito läsnäolo, kuunteleminen, huomioiminen ja rauhallisuus
- Auttajan aktiivinen hoitajan rooli

Varsinais-Suomen
Pelastuslaitos

6. Akuutin psyykkisen kriisin ensiavun erityispiirteitä 1/2

Sairaankuljettajalta vaaditaan shokkivaiheen asiakkaan suhteen valppautta. Rauhalliselta ja tyneltä vaikuttava ihminen saattaa muuttaa reagoititapaansa hyvinkin nopeasti ja vaarantaa oman ja muiden turvallisuuden.

Kyetäkseen suorittamaan tehtävänsä, sairaankuljettajan on tarvittaessa oltava jämäkkä ja kyettävä käskyttämään asiakastaan.

Varsinais-Suomen
Pelastuslaitos

Akuutin psyykkisen kriisin ensiavun erityispiirteitä 2/2

Sairaankuljettajan tulee myös

- huolehtia huolellisesta esi – ja tapahtumatietojen keräämisestä ja kirjaamisesta
- tehdä tarvittaessa lastensuojeluilmoitus
- huolehtia kaikkien osapuolien turvallisuudesta
- ohjata asiakasta jatkohoidon suhteen
- arvioida asiakkaan kyky huolehtia itsestään
- huolehtia asiakkaan lääkärille pääsystä
- huolehtia omalta osaltaan asiakkaan oikeusturvan toteutumisesta



Varsinais-Suomen
Pelastuslaitos

7. Akuutin psyykkisen kriisiavun riskit 1/2

Virheitä kommunikoitaessa traumaattisen tapahtuman kokeneen henkilön kanssa ovat

- liian abstraktin kielen käyttäminen
- hyökkäävä asenne
- tilastojen käyttäminen
- negatiivisten nonverbaalisten viestien lähettäminen
- syyttely
- katteettomien lupauksen antaminen



Varsinais-Suomen
Pelastuslaitos

Akuutin psyykkisen kriisiavun riskit 2/2

- viranomaisen roolista poikkeaminen
- vastavuoroisuuden unohtaminen
- painostaminen
- olemassa olevien ja asiakkaan tarvitsemien tukijärjestelmien kritisoiminen
- tapahtuneen vääristely tai vähättely



Varsinais-Suomen
Pelastuslaitos

8. Verbaalinen ja nonverbaalinen viestintä 1/2

Vuorovaikutuksen tavoitteet hoitotyössä ovat vuorottainen toiminta sekä vaikuttaminen, jolla hoitaja pyrkii vaikuttamaan kohteen käyttäytymiseen, ajatusmalleihin, asenteeseen tai tunteisiin jotakin asiaa kohtaan.

Viestin vastaanottaja tekee ensin aistihavaintoja, käsittelee sitten saamansa informaation omien kokemustensa, tuntemustensa ja tulkintojensa kautta. Myös mahdolliset aikaisemmat kohtaamiset samantyyppisten ihmisten kanssa vaikuttavat ihmiseen. Ympäristö sellaisenaan, itse tapahtuma ja asiayhteydet vaikuttavat dialogiprosessiin.



Varsinais-Suomen
Pelastuslaitos

Verbaalinen ja nonverbaalinen viestintä 2/2

Sanojen ja sanavalintojen lisäksi viestintään vaikuttavat

- asian esitystapa
- puhetyyli
- pukeutuminen
- asento
- tapa liikkua
- käytetyt äänensävyt
- eleet ja ilmeet

Akuutissa kriisissä oleva asiakas – opas ensihoidossa työskentelevälle



**Varsinais-Suomen
Pelastuslaitos**

LÄHTEET

- Alaspää, A. & Holmström, P. Potilaan tutkiminen. Teoksessa Kuisma, M.; Holmström, P.; Porthan, K. (toim.) 2005. Ensihoito. Helsinki: Tammi. 63 – 92.
- Ferrante, P. 2010. Risk & Crisis Communication. Essential skills for today's SH & E professional. [pdf - dokumentti]. Professional Safety June 2010; 38 – 45. Saatavissa: http://www.asse.org/professionalsafety/docs/F1Ferra_0610.pdf.
- Henriksson & Lönnqvist 2007. Psykkiset kriisit, sopeutumishäiriöt ja stressireaktiot. Teoksessa Psykiatria. Jyväskylä:Gummerus 2007.
- Kiltomäki, A. & Muma, P. 2007. Tässä ja nyt. Sairaanhoidaja tekee kriisiytötä. Helsinki: Sairaanhoidajaliitto.
- Korteila, K. & Torma, M. 2010. Psykkisesti traumatisoitunut potilas yleislääkärin vastaanotolla – diagnoosi, tuki ja seuraus. Duodecim 2010;126:2645–2653.
- Kuisma, M. & Porthan, K. 2008. Suuronnettomuus. Kuisma, M.; Holmström, P.; Porthan, K. (toim.) 2008. Ensihoito. Helsinki: Tammi. 509–526.
- Käypä hoito – suositus 2009. Traumaattiset stressireaktiot – ja häiriöt. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeliitunnus/hoi50080>.
- Lönnqvist, J. 2005. Traumaattisen psyykkisen kriisin kohtaaminen. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Saatavissa: http://www.ktl.fi/portaal/suomi/pressihuone/ajankohtaista/traumaattisen_psykkisen_kriisin_kohtaaminen.
- Pernu, I. 2009. Kriisiytö sairaalassa – osmierkinä Töölön sairaala. Teoksessa Leppävuori, A.; Paimio, S.; Avikainen, T.; Nordman, T.; Puustinen, K.; Riska, K. (toim.). Suuronnettomuustilanteiden kriisiytö. Helsinki: Tammi.
- Saari, S., Kantanen, I., Kämäräinen, L., Parviainen, K., Valoaho, S., Yli-Pirilä, P. 2009. Hädän hetkellä – psyykkisen ensiavun opas. Punainen Risti. Jyväskylä: Gummerus 2009.
- Sosiaali – ja terveysministeriö 2006. Psykososiaalinen tuki ja palvelut suuronnettomuudessa. Asiantuntijatyöryhmän muistio. [pdf- dokumentti]. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2006:81. Saatavissa:
- Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2010. Sosiaali- ja terveydenhuollon luokitukset – ICD –10. Saatavissa: <http://sty.stakes.fi/FI/luokitukset/ICD-10/index.htm>.
- Wiechman Askay & Patterson 2008. What Are the Psychiatric Sequelae of Burn Injury? Current Pain and Headache Reports April 2008, 94 – 97.