



Susanna Lehikoinen & Katri Silvonen

MIELENTERVEYSPOTILAAN KOHTAAMINEN ENSIHOIDOSSA

Simulaatiokoulutus



MIELENTERVEYSPOTILAAN KOHTAAMINEN ENSIHOIDOSSA

Simulaatiokoulutus

Susanna Lehikoinen
Katri Silvonen
Opinnäytetyö
Kevät 2013
Ensihoidon koulutusohjelma
Oulun seudun
ammattikorkeakoulu



TIIVISTELMÄ

Oulun seudun ammattikorkeakoulu
Ensihoidon koulutusohjelma

Tekijät: Lehikoinen, Susanna & Silvonen, Katri

Opinnäytetyön nimi: Mielenterveyspotilaan kohtaaminen ensihoidossa, simulaatiokoulutus

Työn ohjaajat: Hakala, Satu; Rajala, Raija & Roivainen, Petri

Työn valmistumislukukausi ja – vuosi: kevät 2013

Sivumäärä: 60 sivua + 3 sivua liitteitä

Teimme opinnäytetyön mielenterveyspotilaan kohtaamisesta ensihoidossa. Tarkoituksena oli suunnitella Oulun seudun ammattikorkeakoulun, sosiaali- ja terveysalan yksikköön, ensihoidon koulutusohjelmaan kaksi simulaatioharjoitusta. Harjoitukset soveltuvat sekä perus- että hoitotason koulutusohjelmien sisältöihin. Simulaatioissa harjoitellaan psykoottisen ja itsetuhoisen potilaan kohtaamista ja hoitamista sairaalan ulkopuolella. Niissä tulee pohtia myös eettisiä näkökulmia, omaa ja työparin turvallisuutta sekä lainsäädäntöä. Näiden harjoitusten avulla pyritään lisäämään rohkeutta, tietoa ja ammatillisuutta tällaisen potilaan kohtaamiseen.

Opinnäytetyömme toteutettiin tuotekehitysprojektina. Tuote kehitettiin ammattikorkeakoulun tarpeeseen, koska opintojakso Mielenterveys- ja päihdehoitotyönharjoittelun rakenne muuttui ensihoitajaopiskelijoilla siten, että osa harjoittelun tunneista korvattiin simulaatioilla. Koulussamme ei kuitenkaan entuudestaan ollut käytettävissä mielenterveys- ja päihdehoitotyönharjoittelun simulaatioita. Jatkossa tekemämme simulaatiot tulevat olemaan kiinteä osa ensihoitajaopiskelijoiden mielenterveysopintoja. Simulaatioita voi käyttää myös soveltaen hoitotyön opintoihin.

Simulaatioharjoitukset pohjautuvat teoretiseen mielenterveyshäiriöistä erityisesti psykoosista ja itsetuhoisuudesta. Taustamateriaaleina on käsitelty myös mielenterveyspotilasta koskevia lakeja, teoretista tietoa mielenterveyspotilaan kohtaamisesta sekä simulaatiooppimisesta. Tuotteemme sisältää simulaatiokoulutuksen valmiin rungon tausta- ja tilannetietoineen ja siihen perustuvan toimintamallin. Lisäksi tuotteessa on valmiit kysymykset debriefingiä eli palautekeskustelua varten ja vähän teoretista tietoa yhteenvetoksi. Teimme myös harjoituksiin soveltuvat tarkistuslistat, joiden avulla opettajan on helppo seurata ja arvioida simulaation etenemistä.

Ensisijaiset hyödynsaajat ovat ensihoitaja (AMK) opiskelijat, joiden ammattitaito mielenterveyspotilaiden kohtaamiseen kehittyi heidän saadessaan perustiedot ja taidot ammatillisen hoitotilanteen toteuttamiseen. Välillisesti hyötyvät tuotteen tilaaja ja koulutusta käyttävät opettajat. Tuotteemme lopulliset hyödynsaajat ovat mielenterveyshäiriöistä kärsivät potilaat, joita koulutusta saaneet ensihoitajat tulevaisuudessa kohtaavat ja hoitavat saamiensa oppien mukaisesti.

Asiasanat: Mielenterveyspotilas, ensihoito, psykoosi, itsetuhoisuus, mielenterveyslaki, lastensuojelulaki, mielenterveyshäiriö, simulaatiokoulutus.



ABSTRACT

Oulu University of Applied Sciences
Degree Programme in Emergency Nursing

Authors: Lehtikoinen, Susanna & Silvonen, Katri

Title of thesis: Encountering a Mental Health Patient in Pre-Hospital Care: Simulation Education

Supervisors: Hakala, Satu; Rajala, Raija & Roivainen, Petri

Submitted: Spring 2013

Number of pages: 60 + 3 appendix pages

In Finland there is not any simulation education material concerning mental health nursing available. The number of mental health patients is significant among the patients that are treated in emergency care. Also our cooperation partner, the School of Health and Social Care of Oulu University of Applied Sciences, needed education material for the Degree Programme in Emergency Nursing.

The purpose of our bachelor's thesis was to develop education material for two simulation training sessions. The aim was to improve the quality of encounters with mental health patients and their care by providing experience and nursing methods to the students of emergency nursing.

We used both Finnish and English updated books and articles. We also consulted the professionals of mental health and emergency nursing. The simulation training sessions included two patients with different mental health issues. The simulation training test group was composed of 18 students of emergency nursing. The product i.e. the educational material was tested before its delivery. We collected written feedback from the students and teachers participating in the testing event. By analyzing that feedback we got tips and ideas how to finalize our product.

The final product contains instructions for preparing and performing two simulation sessions. It also contains ready-made questions for the debriefing. The product also contains theory such as parts of the mental health law. In addition, we made unique checklists because our simulation sessions are the first of their kind at our school and there was no previous version for us to use. With the help of the checklists teachers can supervise students better.

In the future it would be good to have more simulations, for example, for patients with violence, manic-depressive psychosis or trauma-backgrounds. Our product will be part of practical training concerning mental health care studies at the School of Health and Social Care of Oulu University of Applied Sciences.

Keywords: mental health patient, mental health issues, emergency nursing, psychosis, simulation education, educational material



SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ.....	3
ABSTRACT	4
1 PROJEKTIN KUVAUS	7
1.1 Projektin tausta.....	7
1.2 Projektin tavoitteet	8
2 PROJEKTIN SUUNNITTELU	11
2.1 Projektioorganisaatio.....	11
2.2 Päätehtävät	13
3 PROJEKTIN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT.....	15
3.1 Mielenterveyspotilasta koskevat lait	15
3.1.1 Mielenterveyslaki	15
3.1.2 Laki potilaan asemasta ja oikeuksista	18
3.1.3 Lastensuojelulaki.....	19
3.2 Mielenterveyshäiriöt	21
3.2.1 Psykoosi	22
3.2.2 Itsetuhoisuus.....	26
3.3 Mielenterveyspotilaan kohtaaminen	27
3.4 Simulaatio-oppiminen	30
3.5 Simulaatio-opetus.....	32



3.6 Simulaatio-opetuksen soveltaminen psykiatriseen sairaanhoitoon.....	36
4 TUOTEKEHITYSPROJEKTIN TOTEUTUS	38
4.1 Tuotteen suunnittelu.....	38
4.2 Tuotteen kehittäminen.....	39
4.3 Tuotteen viimeistely.....	41
5 PROJEKTIN ARVIOINTI	43
5.1 Tavoitteiden arviointi.....	43
5.2 Työskentelyprosessin arviointi.....	45
5.3 Tuotteen laadun arviointi	48
6 POHDINTA	52
LÄHTEET	57
LIITTEET	61



1 PROJEKTIN KUVAUS

1.1 Projektin tausta

Opinnäytetyömme tuotekehitysprojektina teimme Oulun seudun ammattikorkeakoulun ensihoidon koulutusohjelmaan kaksi simulaatioharjoitusta mielenterveyspotilaan kohtaamisesta ensihoidossa. Ensihoitaja AMK -opintoihin kuuluu mielenterveys- ja päihdetyön harjoittelu. Harjoittelu on laajuudeltaan 6 opintopistettä ja se on aikaisemmin suoritettu kokonaan työharjoitteluna. Uuden opetussuunnitelman mukaan harjoittelu koostuu nyt sekä kenttäharjoittelusta että simulaatioharjoituksista. Koska opintojaksoon ei vielä uudistuksen alussa kuulunut simulaatio-opetusta, tarjosimme opinnäytetyötämme täyttämään tämä tarve. Aiheemme valintaan vaikutti se, että ensihoidossa kohdataan yhä enemmän mielenterveyspotilaita. Terveyden ja hyvinvoinninlaitoksen tekemän tutkimuksen mukaan (Psykiatrinen erikoissairaanhoito 2010, hakupäivä 22.11.2012) mielenterveyspotilaiden avohoitojaksot ovat lisääntyneet tasaisesti viimeisen viiden vuoden aikana, samalla kun osastohoitopäivät ovat vähentyneet. Valitsimme simulaatioiden aiheiksi psykoottisen potilaan sekä itsetuhoisen nuoren, sillä nämä potilasryhmät ovat yhä yleisempiä.

Kaikki opiskelijat eivät välttämättä koko opiskeluaikana kohtaa yhtään vakavasta mielenterveyden häiriöstä kärsivää potilasta. Mielenterveys- ja päihdetyön työharjoittelu- paikkoina on akuuttipsykiatrian osastojen lisäksi erilaisia kuntoutusosastoja sekä asumisyksiköitä. Ensihoitajilla on myös käytännön harjoittelua ambulansseissa yhteensä 30 opintopistettä, mutta ei ole varmaa, että näiden aikana potilaana olisi mielenterveyspotilaita. Näin opiskelijoiden oppiminen on eriarvoista. Simulaatioiden avulla kaikki opiskelijat saivat mahdollisuuden harjoitella perustietoja ja – taitoja harjoitteluiden rajallisuudesta huolimatta.

Projektimme taustalla vaikuttivat vahvasti mielenterveyspotilasta koskevat lait, kuten mielenterveyslaki ja laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Meidän tuli ottaa huomioon



nämä sekä muut lait ja asetukset projektimme eri vaiheissa. Näin varmistimme tuotteen oikeellisuuden ja turvallisuuden lopullisille hyödynsaajille eli mielenterveyspotilaille.

Tuotekehitysprojektissa hyödynsaajia on kahdenlaisia. Ensimmäisenä projekti vaikuttaa välittömään kohderyhmään ja vasta sitä kautta hyöty kulkeutuu lopullisille hyödynsaajille. Tällainen ketju, jossa projektista saatava hyöty kulkeutuu lopulliselle kohderyhmälle välillisesti, on yleinen erityisesti terveyspalveluiden kehittämishankkeissa. (Silfverberg 2007, 78–79.)

Teimme tuotteemme Oulun seudun ammattikorkeakoululle, jolloin välittömänä kohderyhmänä ovat kyseisessä ammattikorkeakoulussa opiskelevat ensihoitajat. Lisäämällä heidän taitojaan mielenterveyspotilaiden kohtaamisessa tuotteen lopullisten hyödynsaajien eli mielenterveyspotilaiden hoito oletettavasti paranee.

Projektistamme myös välillisesti hyöttyy työmme tilaaja ja yhteistyökumppanimme ensihoidon koulutusohjelma. Valmis tuotteemme jää ammattikorkeakoulun haltuun ja on toivottavaa, että se antaa ensihoidon opettajille lisää varmuutta ja aineistoa kyseisten harjoitusten pitämiseen. (ks. Silfverberg 2007, 79.)

1.2 Projektin tavoitteet

Tavoite on positiivinen muutos, johon projekti tähtää. Tavoitteet kuvaavat sitä, millaiseen muutokseen ja parannuksiin projektilla pyritään. Selkeyden vuoksi tavoitteet jaetaan useaan pienempään tavoitteeseen. (Silfverber 2007, 80,154.) Projektimme **tulostavoitteena** oli luoda ensihoidon koulutusohjelmaan sekä perus- että hoitotasolle kaksi mielenterveyspotilaan kohtaamista käsittelevää simulaatiokoulutusta.

Valmis tuotteemme sisältää kahden simulaatiokoulutuksen rungon, jotka ovat kirjoitettu Oamk:n simulaatioharjoitusten mallipohjan mukaisesti. Mallipohjaan suunniteltiin esivalmistelut, tehtävän kulku sekä oppimistavoitteet. Sisällön lisäksi tuotteessamme on debriefing- eli palauteskusteluosion rakenne ja asiasisältö. Debriefing- osioon olemme kirjoittaneet kysymyksiä, joiden avulla simulaation ohjaaja käy tapahtuman ryhmän kanssa läpi. Se sisältää myös hieman teoriatietoa siitä, kuinka tilanteessa olisi pitänyt



toimia. Simulaation vetäjien avuksi tuotteeseemme kuuluu myös tekemämme tarkistuslista, jonka avulla ohjaajan on helpompaa valvoa ja arvioida simulaatiokoulutusta.

Työmme **laatutavoite** oli tuottaa Oamk:n simulaatioharjoitusten mallipohjan mukaisesti suunniteltu simulaatiokoulutus mielenterveyspotilaan kohtaamisesta ensihoidossa. Työ on siis sähköisenä tiedostona ensihoidon opettajien käytössä. Liitteenä (liite 1) ovat tuotteemme laatukriteerit, jotka huomioiden olemme projektissamme edenneet. Esimerkiksi simulaatioharjoitusten ammatillinen haastavuus sekä asiasisällön luotettavuus olivat tärkeitä laatukriteereitä.

Tuotteen **toiminnalliset tavoitteet** jaoin lyhyen, keskipitkän ja pitkän aikavälin tavoitteisiin. Tavalla tai toisella pitkällä aikavälillä kaikki tavoitteemme johtavat mielenterveyspotilaan hoidon laadun paranemiseen.

TAULUKKO 1. Toiminnalliset tavoitteet

Lyhyen aikavälin	Keskipitkän aikavälin	Pitkän aikavälin
Opettajat ottavat simulaatiokoulutukset käyttöön	Opettajat sisällyttävät tuotteenne osaksi Mielenterveys- ja päihdetyönopintojaksoa Lisää opettajien tietoja ja taitoja aiheeseenliittyen	Opettajat kehittävät ja päivittävät tuotettamme uusien suositusten mukaisesti Mielenterveyspotilaan simulaatiokoulutusta kehitetään eteenpäin
Opiskelijat pääsevät soveltamaan aiemmillä teoriaopintojaksoilla oppimaansa tietoa simulaatioihin	Opiskelijat oppivat uusia tietoja ja osaavat soveltaa niitä käytäntöön	Varmuus kohdata mielenterveyspotilaita kentällä kasva Osaavat soveltaa oppimiaan taitoja työelämässä ja ohjata tulevia opiskelijoita
Oppilaitos saa käyttöönsä uutta materiaalia mielenterveyspotilaan kohtaamiseen liittyvään koulutukseen	Ensihoidon koulutusohjelman sisältö monipuolistuu	Mielenterveyspotilaan hoidon opetuksen laatu Oamkin ensihoitaja AMK koulutuksessa kasvaa
		Mielenterveyspotilaiden kohtaaminen helpottuu Hoidon edetessä tietyn hoitoprotokollan mukaisesti hoito paranee ja hoitoon pääseminen nopeutuu kuljettamalla potilas heti oikeaan hoitopaikkaan



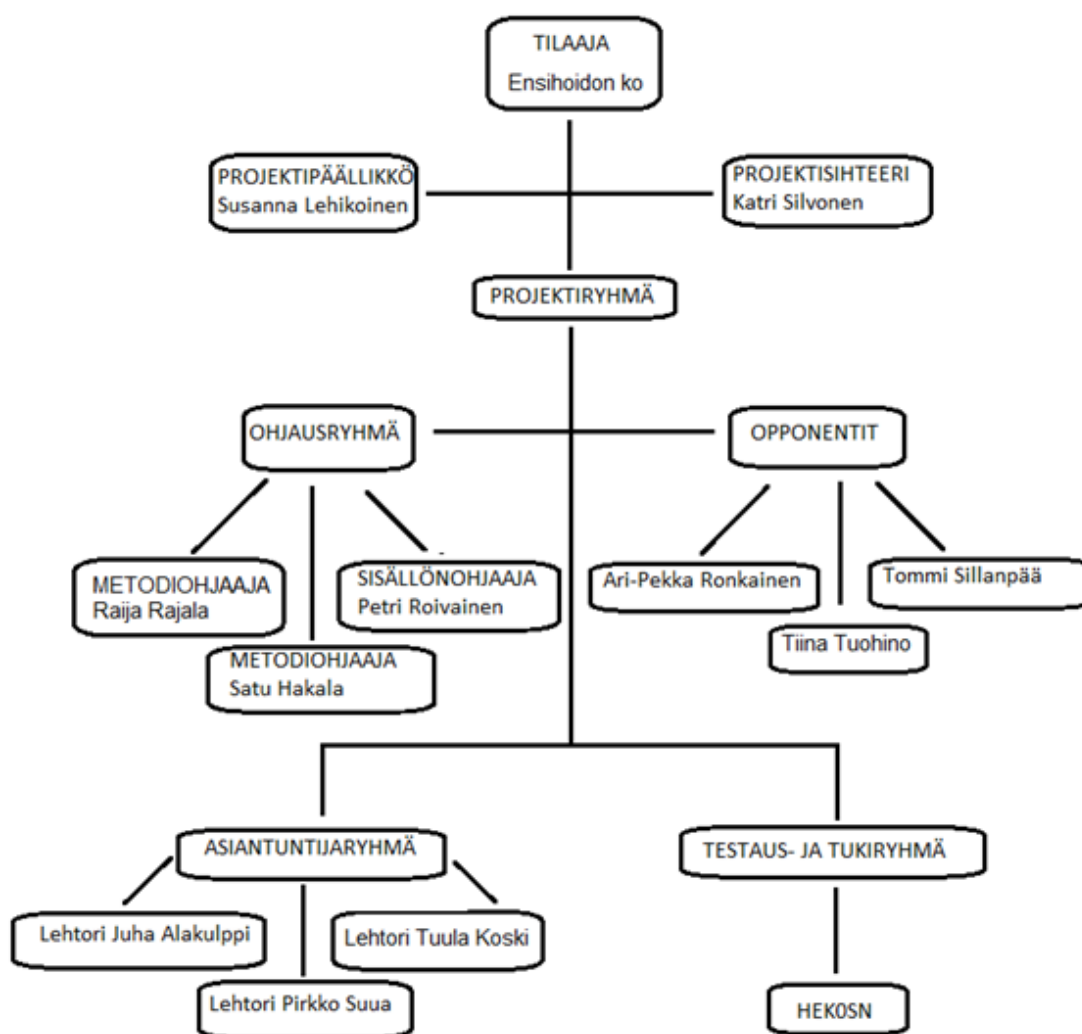
Oppimistavoitteinamme tämän projektin aikana oli perehtyä mielenterveyspotilasta koskevaan teoriatietoon, oppia tekemään ammatillisesti pätevä kirjallinen raportti sekä hioa yhteistyötaitojamme. Lisäksi tavoitteenamme oli oppia suunnittelemaan ja pitämään laadukas simulaatiokoulutus. Tavoitteenamme oli myös oppia projektityöskentelyn perusteet ja käytäntö. Tulevaisuudessa voimme hyödyntää omassa työssämme oppimiamme tietoja ja taitoja mielenterveyspotilasta koskien. Myös simulaation suunnittelu ja ohjaus taidoista voi olla hyötyä tulevaisuutta ajatellen. Ensihoidon työpaikoilla voidaan toteuttaa yksikkökohtaisia projekteja esimerkiksi hoito-ohjeiden päivittämistä, jolloin voimme hyödyntää oppimiamme projektityöskentelytaitoja.



2 PROJEKTIN SUUNNITTELU

2.1 Projektioorganisaatio

Projektin takana täytyy olla selkeä organisaatio, jonka mukaan projektiin osallistuvien roolit ja vastuut on selkeästi määritelty. Projektioorganisaatioon kuuluvia tekijöitä ovat ohjausryhmä, varsinainen projektioorganisaatio sekä yhteistyökumppanit. (Silfverberg 2007, 98.) Meidän projektimme projektioorganisaatio on kuvattu Kuviossa 1.



KUVIO 1. Projektioorganisaatio



Tuotteemme tilaajana toimii Oulun seudun ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveystieteiden yksikön, ensihoidon koulutusohjelma. Valmis tuote tulee opettajien käyttöön ja se sisältyy Mielenterveys- ja päihdetyön perusharjoitteluun. Tuotteemme tilaaja Ensihoidon koulutusohjelma antaa tuotteeseemme tarvittavat henkilöt ja muut resurssit, kuten luokkatilan. (ks. Pelin 2009, 71.)

Projektipäällikön tehtäviin kuuluvat yleisen johtamisen lisäksi työsuunnittelun laatiminen, vastuu projektin seurannasta ja arvioinnista, henkilöstöhallinta sekä vastuu raportoinnista, viestinnästä ja sidosryhmäsuhteista (Silfverberg 2007, 101). Projektissamme valitsimme projektipäälliköksi Susanna Lehikoisen, koska alun perin tuotteen idea tuli häneltä.

Projektsihteerin tehtävänä on hoitaa sovittu osa projektipäällikön tehtävistä. Näitä tehtäviä voivat olla aikataulujen laadinta ja seuranta, projektibudjetin laatiminen, projektin asiakirjojen arkistoinnin suunnittelu, kustannusseuranta ja ennusteiden laadinta sekä kokousjärjestelyt ja raportointi. (Pelin 2009, 73.) Projektissamme projektsihteerinä toimi Katri Silvonen. Roolien jako ei kuitenkaan projektimme pienuuden vuoksi ollut näin virallinen, vaan suunnittelimme ja toteutimme projektiamme yhdessä.

Projektille perustettava ohjausryhmä koostuu yleensä projektille tärkeimmistä rahoittajista ja sidosryhmistä. Ohjausryhmän tehtäviä ovat hankkeen edistymisen valvominen, ja tulosten arviointi eli ryhmä toimii projektin laadunvalvojana. Ohjausryhmä myös antaa ideoita ja auttaa projektipäällikköä strategisessa suunnittelussa. (Silfverberg 2007, 99.)

Projektissamme sisällönohjaajana toimi terveystieteiden maisteri, ensihoidon tuntiopettaja Petri Roivainen ja metodiohjaajina terveystieteiden maisteri ja tuntiopettaja Satu Hakala sekä Raija Rajala. Roivainen varmisti tuotteemme laadun ja asiasisällön oikeellisuuden ja riittävyuden erityisesti ensihoidolliselta puolelta. Hakala ja Rajala taas varmistivat, että projektimme kirjallinen sekä suullinen raportointi on ammatillista ja asiaan kuuluvaa. Työmme vertaisarvioijina eli opponenteina toimivat ensihoidon opiskelijat Ari-Pekka Ronkainen, Tommi Sillanpää ja Tiina Tuohino. He perehtyivät projektimme edetessä jokaiseen uuteen työvaiheeseen arvioiden ja antaen kehitysvinkkejä.



Projektiin voi liittyä erilaisia yhteistyötahoja, jotka osallistuvat projektiin, mutta eivät suoranaisesti ole projektin johdon alaisuudessa. (Silfverberg 2007, 102.) Meillä tukiryhmänä toimi oma vuosikurssimme eli Hek0sn ensihoitajaopiskelijaryhmä. Suurin osa heistä olivat kuuntelemassa työmme suullisia raportointeja ja näissä yhteyksissä he antoivat kehittävää palautetta projektillemme. Hek0sn ryhmä toimi myös tuotteemme testausryhmänä.

Tuotteessamme yhdistyy niin ensihoidollinen tieto kuin myös erikoistuminen mielen-terveysongelmiin. Täten mielenterveyspuolen laadun varmistamisessa asiantuntijoinamme toimivat lehtorit Pirkko Suua sekä Juha Alakulppi. He vastaavat opintojaksosta Mielenterveys- ja päihdetyö, johon valmis tuotteemme tulee kuulumaan. Mielenterveyspuolen asiantuntijat osallistuivat myös tuotteemme testaustapahtumaan, ja varmistivat siinäkin tapauksessa, että tuote sisältää oikeanlaista tietoa mielenterveyspotilaan kohtaamiseen. Asiantuntijaryhmään kuului lisäksi äidinkielen opettaja, joka ohjasi kirjallisen raportin tekstiä.

2.2 Päätehtävät

Opinnäytetyöprosessimme eteni tarkan kaavan mukaisesti ja sen vaiheista erottuu neljä päätehtävää ja näiden päätehtävien välitulokset. Edellisen päätehtävän suorittaminen oli ehto prosessin etenemiselle. Projektin päätehtävät olivat ideointi ja aiheeseen perehtyminen, projektin suunnittelu, tuotekehittely sekä projektin arviointi ja raportointi. Välitulokset jokaisesta vaiheesta olivat teoreettinen viitekehys, projektisuunnitelma, valmis tuote sekä opinnäytetyö raportti.

Projektimme ensimmäinen vaihe oli aiheeseen perehtyminen ja viitekehysten luominen. Ideaseminaarin jälkeen teimme alustavan rungon asioista, joita käsittelemme valmistavassa seminaarissa. Teimme tasapuolisen työnjaon ja aloimme kerätä lähdemateriaalia kumpikin tahoillamme. Perehdyimme ensin laajasti aiheeseen, osallistuimme tiedonhaun opetukseen ja pidimme palavereita, kunnes lopulta saimme kirjoitettua valmistavan seminaarin kirjallisen työn, joka oli tämän ensimmäisen vaiheen välitulos ja samalla teoreettinen viitekehys koko projektillemme.



Viitekehityksen valmistumisen jälkeen siirryimme seuraavaan vaiheeseen, joka oli projektin suunnittelu. Samalla suunnittelimme, millainen tuotteemme tulee olemaan ja millaisia asioita meidän tulee sen suunnittelussa sekä valmistamisessa ottaa huomioon. Projektisuunnitelmaa tehdessämme kehitimme muun muassa tuotteemme laatuksiteerit, joilla varmistimme projektimme lopputuloksen onnistumisen. Projektisuunnitelmaa tehdessä myös monet muut huomionarvoiset asiat, kuten projektibudjetti, aikataulu sekä riskit nousivat esille. Projektisuunnitteluvaiheen välitulos oli kirjallinen projektisuunnitelma, josta käy ilmi kaikki projektia koskevat asiat ja suunnitelmat.

Projektissamme kolmas vaihe, eli tuotekehitysprosessi tapahtui samaan aikaan projektisuunnitelman yhteydessä johtuen aikataulullisista syistä. Kahden päätehtävän yhdistäminen sujui kuitenkin luontevasti, koska ne olivat toisiaan täydentäviä. Esimerkiksi laatuksiteereiden määrittelyn jälkeen oli luontevaa muokata tuotteesta kriteerejä vastaava ja samalla luoda myös kyselylomake, jolla testaustilanteen yhteydessä tutkimme laatuksiteerien toteutumista.

Tuotetta tehdessä etenimme Jämsän ja Mannisen (2000, 28) esittämän tuotekehitysprosessin vaiheiden mukaisesti. Vaiheet olivat kehittämistarpeen tunnistaminen, ideavaihe, luonnosteluvaihe, tuotteen kehittäminen ja tuotteen viimeistely (Jämsä ym. 2000, 28). Viimeisen vaiheen eli tuotteen viimeistelyn teimme esitestauksessa saadun palautteen mukaisesti. Palautetta pyysimme sekä testausryhmältä että koulutukseen osallistuneilta asiantuntijoilta. Projektimme kolmannen vaiheen välituloksena syntyi siis tuotteemme, simulaatiokoulutus mielenterveyspotilaan kohtaamiseen ensihoidossa.

Projektin viimeinen päätehtävä on projektin arviointi ja raportointi. Siinä käsitellään koko projektin onnistumista ja kehitystä alusta loppuun saakka. Viimeisen vaiheen välituloksena onkin siis lopullinen opinnäytetyön raportti, josta pidimme myös suullisen seminaarin.



3 PROJEKTIN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

3.1 Mielenterveyspotilasta koskevat lait

Terveydenhuoltoa määrittämään ja ohjaamaan on säädetty monta lakia, joilla pyritään turvaamaan niin potilaan kuin hoitajankin oikeudet. Yksilön henkilökohtaiseen koskemattomuuteen sekä vapautteen puuttumisen tulee aina perustua lakiin. Lähtökohtaisesti ensihoitajat eivät saa rajoittaa potilasta fyysisesti esimerkiksi kiinni pitämällä. (Kaner-va, Kuhanen, Oittinen, Seuri & Schubert 2010, 69.)

Mielenterveyspotilaan kohdalla tärkeimmät lait ovat mielenterveyslaki, jossa määritellään muun muassa pakkohoidosta, laki potilaan asemasta ja oikeuksista ja lastensuojelulaki potilaan ollessa alaikäinen. Suomessa tahdosta riippumatonta hoitoa voidaan antaa mielenterveyslain, päihdehuoltolain, tartuntatautilain ja kehitysvammaisten erityishuoltolain perusteella. (Määttä 2009, 108.)

3.1.1 Mielenterveyslaki

Mielenterveyslaki pyrkii turvaamaan mielenterveysongelmasta kärsivän potilaan oikeusturvan ja hänen hoitoon pääsemisensä. Muista sairauksista poiketen mielenterveysongelmille on täytynyt säätää laki, koska sairastunut ihminen ei välttämättä tiedosta olevansa sairas ja voi tästä johtuen kieltäytyä tarvitsemastaan hoidosta. Ensihoidossa mielenterveyslaista tärkeimpiä muistettavia asioita ovat kriteerit, joiden perusteella henkilö voidaan määrätä hoitoon tahdosta riippumatta, M1-3 asiakirjat sekä virka-apu pyyntö poliisilta. (Hietaharju & Nuutila 2011, 172- 176.)

Lain mukaan tahdosta riippumattoman hoidon edellytyksiä on kolme ja ne kaikki on täyttyttävä, jotta henkilö voidaan ottaa hoitoon vasten tahtoaan. Ensimmäinen kriteeri on se, että henkilön todetaan olevan mielisairas. Mielisairaudella tarkoitetaan tässä mielen-terveydellistä häiriötä, jonka seurauksena henkilön todellisuudentaju hämärtyy ja henki-lön tilaa voidaan pitää psykoosina. Tällaisia ovat esimerkiksi erilaiset harhaluuloisuus-häiriöt, vakavat mielialahäiriöt ja sekavuustilat, skitsofreeniset tilat sekä pitkälle eden-



nyt dementia. (Mielenterveyslaki 1116/1990 2:1.8 §.) Toinen edellytys on, että potilas on mielisairautensa vuoksi hoidon tarpeessa siten, että hoitamatta jättäminen olennaisesti pahentaisi hänen mielisairauttaan tai vakavasti vaarantaisi hänen terveyttään tai turvallisuuttaan tai muiden henkilöiden terveyttä tai turvallisuutta. Kolmantena kriteerinä on, ettei mikään muu mielenterveyspalvelu sovellu käytettäväksi tai ne ovat riittämättömät. (Mielenterveyslaki 1116/1990 2:1.8 §.)

Mielenterveyslakiin on tehty erityisohje alaikäisen toimittamisesta hoitoon tahdosta riippumatta. Alaikäisellä ei tarvitse olla mielisairautta, niin kuin aikuisella, vaan hoitoon määräämiseen riittää jo vakava mielenterveyden häiriö. Tällaisia ovat hyvin vakavat käyttäytymishäiriöt, vakavaa itsetuhoisuutta aiheuttavat häiriöt sekä hyvin vakavat syömishäiriöt. (Valvira 2012, hakupäivä 6.12.2011). Muulta osin hoitoon määräämiskriteerit ovat samanlaiset kuin aikuisella. Alaikäisen hoito tulisi järjestää yksikössä, jossa nuori on mahdollista pitää erillään aikuisista, jollei katsota olevan alaikäisen edun mukaista toimia toisin. (Mielenterveyslaki 1116/1990 2:2.8 §.)

Hoitoon määrääminen tahdosta riippumatta alkaa terveyskeskuslääkärin kirjoittamalla M1- tarkkailulähetteellä psykiatriseen sairaalaan. Ennen lähetteen kirjoittamista lääkäri, joka on eri kuin lopullisen hoitopaikan lääkäri, tutkii potilaan ja selvittää, onko tarvetta ottaa potilas tarkkailuun. Jos tarvetta on, kirjoittaa lääkäri tarkkailulähetteen, josta selvittää perusteltu kannanotto siitä, täytyvätkö todennäköisesti hoitoon määräämisen edellytykset. Psykiatrisessa hoitolaitoksessa tekee kyseisen laitoksen lääkäri tutkimuksensa perusteella tarkkailupäätöksen potilaan ottamisesta tarkkailuun enintään neljäksi päiväksi. Potilaan M1 -lähete saa olla enintään kolme päivää sitten tehty, jotta hänet voidaan ottaa tarkkailuun. (Mielenterveyslaki 1116/1990 2:3.9 §.)

Viimeistään tarkkailun neljäntenä päivänä vastaavan lääkärin on annettava kirjallinen tarkkailulausunto, eli M2-tarkkailulausunto. Tästä lausunnosta tulee selvittää perusteltu kannanotto siitä, täytyvätkö ehdot hoitoon määräämiseen tahdosta riippumatta. Jos todetaan, että tarvetta vastentahtoisen hoidon jatkamiselle on, kirjoittaa sairaalaan psykiatrisesta hoidosta vastaava ylilääkäri M3-päätöksen. Ennen tämän päätöksen kirjoittamista tulee potilaalta selvittää tämän oma mielipide asiasta. Jos potilas on alaikäinen, kuullaan hänen vanhempiaan tai huoltajiaan. Kun päätös on kirjoitettu, tulee se antaa poti-



laalle viipymättä ja sen tulee sisältää perusteltu kannanotto siitä, ovatko edellytykset tahdosta riippumattomaan hoitoon olemassa. (Mielenterveyslaki 1116/1990 2:7–9.11§, 12§.)

M3-päätös on voimassa kolme kuukautta. Jos tämän jakson jälkeen näyttää, että on tarvetta jatkaa tahdonvastaista hoitoa, tulee potilaasta antaa uusi tarkkailulausunto, jonka perusteella kirjoitetaan päätös hoidon jatkamisesta. Hoidon jatkamista voi kestää enintään kuusi kuukautta, jonka jälkeen hoidon tarve arvioidaan taas uudestaan. Mikäli missään vaiheessa hoitoa vaikuttaa siltä, että vasten tahtoa annettavan hoidon kriteerit eivät täyty, tulee henkilö päästää poistumaan sairaalasta hänen sitä tahtoessaan. (Mielenterveyslaki 1116/1990 2:7–9.11§, 12§.)

Mielenterveyslaki määrittää poliisilta saatavan virka-apun protokollan. Jos terveyskeskuksen tai sairaanhoitopiirin lääkäri toteaa mielenterveyspotilaan tarvitsevan väkivaltaisuutensa tai muun vastaavan syyn vuoksi terveydenhuollon ammattilaisen lisäksi poliisin avustusta kuljetukseen, on poliisi velvollinen avustamaan. (Mielenterveyslaki 1116/1990 5:29–31§.)

Poliisilain osalta virka-apun antamisen edellytyksenä on, että virka-apua pyytävää viranomaista estetään suorittamasta virkatehtäviään ja esteen poistaminen edellyttää poliisin toimivaltuuksien käyttöä. Päätöksen virka-apun antamisesta tekee päällystöön kuuluva poliisimies, jollei toisin määrätä. (Poliisilaki 493/1995 5:40§.) Tehtävän suorittamista hankaloittava este voi olla esimerkiksi fyysinen vastarinta tai rakenne, jonka murttaminen edellyttää voimakeinoja, kuten lukittu ovi, ikkuna tai muu este, jota joudutaan vahingoittamaan (Kokko 4.2.2013, luento). Huomioitavaa on myös, että lain mukaan virka-apua saa pyytää vain viranomainen eli virassa oleva lääkäri. Yksittäinen ensihoitaja tai kenttäpäällikkö ei siis ole pätevä pyyntöä tekemään (Kokko 4.12.2013, luento.)

Käytännössä virka-apun pyytäminen toteutuu siten, että jos ensihoitajia estetään toteuttamasta tehtäväänsä eli esimerkiksi mielenterveyshäiriöistä kärsivä potilas kieltäytyy kuljetuksesta tai käyttäytyy väkivaltaisesti, tulee ensihoitajien olla yhteydessä terveyskeskuslääkäriin. Kuulemansa perusteella lääkäri arvioi, täytyisivätkö M1-lähetteen kriteerit ja tarvitaanko tilanteessa poliisin virka-apua. Jos potilaan kuljetus tahdonvastai-



sesti ei suju yhteisymmärryksessä, kirjoittaa lääkäri virka-apupyynnön, joka yleensä faksataan poliisien yleisjohtajalle, joka päättää virka-avun antamisesta. Potilaan kuljetus tapahtuu ensisijaisesti ambulanssilla (Lund 2010, 302–303.)

3.1.2 Laki potilaan asemasta ja oikeuksista

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista on vaikuttanut ensihoidon luonteeseen. Se on muuttanut potilaan asemaa ja korostaa erityisesti potilaan itsemääräämisoikeutta sekä tietosuojaa. Näiden asioiden lisäksi ensihoitajan tulee ottaa huomioon, että tämä laki määrää potilastietojen luovuttamisesta, asiakirjojen laatimisesta ja salassapidosta. Lisäksi kyseessä on erityislaki, joka kumoaa muut lait ja asetukset jotka ovat ristiriidassa sen kanssa. (Määttä 2009, 108.)

Potilaslaki eli laki potilaan asemasta ja oikeuksista määrittää jo toisessa luvussaan potilaan oikeudet. Sen mukaan jokaisella Suomessa pysyvästi asuvalla on oikeus hänen terveydentilansa vaatimaan hoitoon ilman syrjintää ja mieluiten hänen omalla äidinkielellään. Mahdollisuuksien mukaan potilaan yksilölliset tarpeet ja kulttuuri tulee ottaa huomioon ja häntä on hoidettava niin, ettei ihmisarvoa, vakaumusta tai yksityisyyttä loukatta. Hoidon tulee tapahtua yhteisymmärryksessä potilaan kanssa. Potilaalla on myös oikeus saada tietoa terveydentilastaan, hoidoista, hoitovaihtoehdoista ja muista seikoista, jotka voivat vaikuttaa hänen päätöksiinsä. Kuitenkaan tietoa ei anneta, jos sen epäillään aiheuttavan vakavaa vaaraa potilaan hengelle. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 782/1992 2:1–6.3,4,5 §.)

Toinen tärkeä pykälä on potilaan itsemääräämisestä. Potilaalla on oikeus kieltäytyä tietyistä hoidosta tai toimenpiteestä, jolloin häntä on pyrittävä hoitamaan vaihtoehtoisella hyväksytyllä tavalla. Poikkeuksen tähän tekee kuitenkin mielenterveydellinen häiriö, kehitysvammaisuus tai muu vastaava syy, joiden vuoksi voidaan katsoa potilaan olevan kykenemätön päättämään hoidostaan. Tässä tapauksessa on kuultava potilaan laillista edustajaa tai lähiomaista. Jos edellä mainituilla tavoilla ei saada ratkaisua, tulee potilasta hoitaa tavalla, jota voidaan pitää hänen etunsa mukaisena. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 782/1992 2:9–10.6 §.)



Kiireellistä ja henkeä uhkaavan vaaran torjumiseksi on annettava hoitoa, vaikkei potilaan tahtoa syystä tai toisesta voida tietää. Jos tahto on kuitenkin aiemmin selvästi tuotu esille esimerkiksi hoitotestamenttina, ei potilaalle saa antaa tämän tahdon vastaista hoitoa. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 782/1992 2:14.8 §.) Huomioitavaa on kuitenkin mielenterveyslain pykälät tahdosta riippumattomasta hoidosta.

Alaikäisen mielipide omaan hoitoonsa tulee ottaa huomioon, jos voidaan olettaa hänen ikäänsä ja kehitystasoonsa nähden olevan kykeneväinen tekemään päätöksen. Jos näin ei ole, hoito tulee järjestää yhteisymmärryksessä hänen huoltajansa tai vastaavan aikuisen kanssa. Hoitopäätökseen kykeneväinen alaikäinen saa myös kieltää terveydentilaansa ja hoitoonsa koskevien tietojen antamisen huoltajille. Myöskään alaikäisen potilaan huoltajalla ei ole oikeutta kieltää henkeä pelastavaa hoitoa. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 782/1992 2:16.9 §.)

Potilaslaki määrittää, että terveydenhuoltoalan ammattihenkilön tulee merkitä potilasasiakirjoihin potilaan hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan turvaamiseksi tarpeelliset tiedot. Kaikki potilasasiakirjoihin sisältyvät tiedot ovat salassa pidettäviä, ja salassapitovelvollisuuden rikkomisesta tulee aina rangaistus. Potilasasiakirjoja tulee säilyttää tietty aika eikä niihin sisältyviä tietoja saa luovuttaa ilman potilaan kirjallista suostumusta sivullisille. Poikkeuksen tekee kuitenkin tuomioistuin ja muut viranomaiset tai yhteisöt, joilla on oikeus saada tiedot käsiinsä. Lisäksi potilaan hoidon järjestämiseksi tarvittavat tiedot voi antaa toiselle terveydenhuollon yksikölle. Myös tajuttoman tai vastaavassa tilassa olevan potilaan lähiomaiselle saa antaa tietoa potilaan tilasta, jollei voida olettaa potilaan kieltävän tätä. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992 4:2.13 §.)

3.1.3 Lastensuojelulaki

Lastensuojelulaki pyrkii takaamaan lapsille oikeudet monipuoliseen ja tasapainoiseen kehitykseen, turvalliseen kasvuympäristöön sekä erityiseen suojeluun. Lapsella tässä laissa tarkoitetaan alle 18-vuotiasta ja nuori on 18–20-vuotias. Kuitenkin lasta käsiteltävissä asioissa on otettava huomioon lapsen mielipide ja toiveet suhteessa hänen kehitystasoonsa. (Lastensuojelulaki 417/2007 1:1,10.1,5,6 §.)



Laki määrää sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden sekä muiden viranomais-ten ja luottamushenkilöiden ilmoitusvelvollisuudesta. Jos kyseiset ammattihenkilöt työ-tehtävää suorittaessaan huomaavat tai saavat kuulla lapsesta, jonka hoito ja huolenpito ovat puutteellista, hänen kasvuolosuhteet vaarantavat kehitystä tai hän omalla käyttäy-tymisellään on uhkana itselleen, tulee heidän tehdä välittömästi ilmoitus lastensuojelu-tarpeen selvittämisestä. (Lastensuojelulaki 417/2007 5:1–4.25 §.) Ilmoituksen tekemi-sen taustalla olevia tekijöitä voivat olla esimerkiksi lapsen tarpeiden laiminlyönti, heit-teillejättö, pahoinpitely tai seksuaalinen hyväksikäyttö. Myös lapsesta huolehtivan ai-kuisen päihde- tai mielenterveysongelmat ovat syy ilmoituksen tekoon. Lapsen oma toiminta, kuten päihteiden käyttö, mielenterveyden ongelma, rikollisuus tai itsetuhoi-suus ovat myös aiheita lastensuojeluilmoitukselle. Jos ei ole varma, tuleeko tapauksesta tehdä lastensuojeluilmoitus, voi asiaa tiedustella yleisesti kunnan sosiaaliviranomaiselta kertomatta lapsen henkilötietoja. (Lastensuojelun käsikirja, Lastensuojeluilmoitus 2012, hakupäivä 17.2.2013.)

Lastensuojelulaki on erityislaki, jolloin lastensuojeluilmoitusta ei rajoita salassapitovel-vollisuus ja ilmoitus on tehtävä välittömästi sosiaalihuollosta vastaavalle toimielimelle. Ilmoituksen jälkeen sosiaalihuolto ryhtyy määrittämään ja tutkimaan onko kyseisessä ti-lanteessa aiheita jatkotoimiin tai kiireelliseen huostaanottoon. (Lastensuojelulaki 417/2007 5:1–4.25 §.) Eli lain mukaan ilmoittavalla taholla ei ole valtuuksia pitkittää ilmoituksen tekoa siinä uskossa, ettei ilmoitus tule johtamaan välittömiin toimiin. Jokai-sen lasta hoitavan tahon tulee tehdä oma ilmoitus, sillä toisen tahon ilmoitusvelvollisuus ei poista omaa velvollisuutta. Useat ilmoitukset samasta tapauksesta auttavat sosiaali-toimeja saamaan kattavan kuvan tapahtumista. Ilmoitusvelvollisuutta ei myöskään poista se, jos perheen tai lapsen varmuudella tiedetään olevan jo sosiaalihuollon asiakkaana. (Lastensuojelun käsikirja, Lastensuojeluilmoitus 2012, hakupäivä 17.2.2013.)

Ilmoitusvelvolliset tekevät lastensuojeluilmoituksen aina omalla nimellään ja perheillä on tällöin oikeus saada tietää, kuka ilmoituksen on tehnyt. Tietyissä poikkeustapauksis-sa on perusteltua olla kertomatta tekijän henkilöllisyyttä perheelle. Näin menetellään, jos tiedon julkistaminen olisi lapsen edun tai ilmoituksen tekijän turvallisuuden kannalta vahingollista. Lastensuojeluilmoitus tehdään kunnan sosiaalitoimistoon joko puhelimit-se, kirjallisesti tai käymällä virastossa. (Lastensuojelun käsikirja, Lastensuojeluilmoitus



2012, hakupäivä 17.2.2013.) Virka-ajan ulkopuolella kiireellisen ilmoituksen voi tehdä päivystävälle sosiaaliviranomaiselle puhelimitse. Lastensuojeluilmoituksen teosta olisi hyvä myös informoida perhettä, mutta ilmoitus tehdään perheen kiellostosta huolimatta. (Lastensuojelun käsikirja, Lastensuojeluilmoitus 2012, hakupäivä 17.2.2013.)

3.2 Mielenterveyshäiriöt

Mielenterveyspotilaista suurin osa ei tarvitse ensihoitoa. Sairaalan ulkopuolella kohdatavien mielenterveyspotilaiden määrä on kuitenkin kasvussa hoitopaikkojen vähäisyyden ja avohoidon riittämättömyyden takia. Tilastojen mukaan mielenterveyspotilaiden määrä on pysynyt jokseenkin samana, mutta hoitopäivien määrä on vähentynyt. Erityisesti itsemurhaa yrittäneet, huumeita käyttävät ja psykoottiset potilaat ovat lisääntyneet. (Kuosmanen 2008, 480; Psykiatrinen erikoissairaanhoido 2010, hakupäivä 22.11.2012)

Usein mielenterveysongelmia on vaikea tunnistaa. Ne voivat kätkeytyä elämän kriiseihin, stressiin ja alkoholin väärinkäyttöön. Mielenterveyden ongelmat voivat ilmetä joksopäiväisenä mieltä painavina tuntemuksina tai jopa fyysisinä oireina, kuten kipuna. Kun oireet aiheuttavat psyykkistä kärsimystä tai psyykkistä vajaakuntoisuutta, rajoittavat osallistumis- ja selviytymismahdollisuuksia tai toiminta- ja työkykyä, voidaan puhua mielenterveyden häiriöstä. Normaaliin arkipäivään kuuluvia tavanomaisia tunnetiloja tai reaktioita ei lueta mielenterveyden häiriöksi. Esimerkiksi suru tai jokin muu normaalirajoissa tapahtuva tunnereaktio ei ole mielenterveyden häiriö. (Heiskanen, Salonen & Sassi 2006, 113- 114; Lehtonen & Lönnqvist 2011, 12–13.)

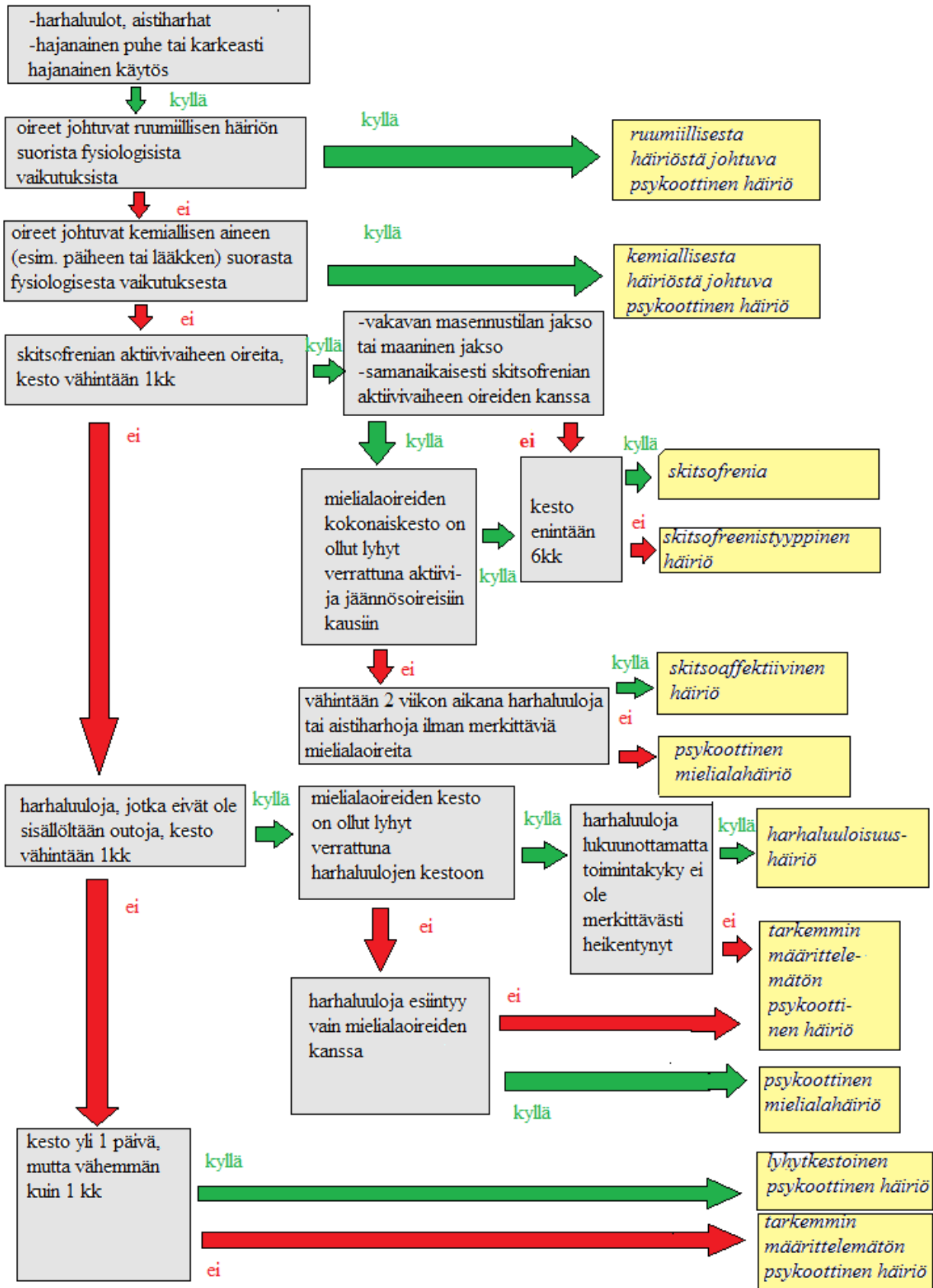
Mielenterveyden häiriöt jaotellaan eri luokkiin niiden tyypillisten oireiden ja vaikeusasteen mukaan. Samalla ihmisellä voikin olla useita eri oireyhtymiä yhtä aikaa. Mielenterveyden häiriöitä ovat muun muassa psykoosit, älyllinen kehitysvammaisuus, elimelliset aivosairauksien ja kemiallisten aineiden aiheuttamat oireyhtymät, mielialahäiriöt, poikkeavat psyykkiset reaktiot, erilaiset pelot ja ahdistuneisuushäiriöt, syömishäiriöt, unihäiriöt, seksuaalihäiriöt, päihdehäiriöt sekä käyttäytymiseen ja persoonallisuuteen liittyvät häiriöt. (Heiskanen ym. 2006, 114; Lehtonen & Lönnqvist 2011, 12- 13.)



3.2.1 Psykoosi

Psykoosissa potilas menettää kontaktin todellisuuteen. Psykoosi voi muuttaa potilaan ajatuksia ja tapaa ajatella. Psykoottinen potilas voi olla itkuinen, puhua sekavia tai hänen ajatuksensa voivat katkeilla. Hänellä voi olla myös aistiharhoja tai harhaluuloja. Aistiharhat tarkoittavat esimerkiksi sitä, että potilas kuulee todentuntuksia ääniä, joita todellisuudessa ei kuulu. Harhaluuloilla taas tarkoitetaan selvästi todellisuudesta poikkeavia kuvitelmia ja uskomuksia. Psykoottiselta potilaalta saattaa puuttua sairautentunne täysin. (Davise, Kenny, & Stein-Parbury 2005, 13- 20; Heiskanen ym. 2006, 146.)

Psykoottisiin häiriöihin kuuluvat muun muassa skitsofrenia, skitsoaffektiivinen häiriö, skitsofreenistyyppinen häiriö, harhaluuloisuushäiriö ja lyhytkestoinen psykoottinen häiriö. DSM-IV tautiluokituksessa on useita psykoosin sisältäviä diagnoosiryhmiä (Kuvio 2). DSM-IV on Amerikan Psykiatriayhdistyksen kehittämä tautiluokitus mielenterveyshäiriöille. Erilaisten psykoosien hoito noudattaa monia samoja hoitoperiaatteita, erityisesti lääkehoidon osalta. (Lönnqvist & Suvisaari 2011, 135.)



KUVIO 2 Psykoottisten häiriöiden erotusdiagnostiikka DSM-IV:n mukaan. (Lönnqvist, J., Suvisaari, J. Muut psykoosit. Teoksessa Lönnqvist, J., Aalberg, V. 2011. Psykiatria. 9. uud. p. Helsinki: Duodecim.)



Skitsofrenia on yleensä nuorella aikuisiällä alkava psykoottinen sairaus. Suomalaisista noin prosentti sairastaa sitä. Skitsofrenian hoito on kehittynyt paljon, mutta se on silti yksi vaikeimmista ja haastavimmista sairauksista. Se aiheuttaa paljon kärsimystä, toimintakyvyn ja elämänlaadun laskua sekä potilaille että omaisille. (Isohanhi, Suvisaari, Koponen, Kiesepä & Lönnqvist 2011, 70.)

Skitsofrenian oireet voidaan jakaa kolmeen eri alaluokkaan; positiivisiin ja negatiivisiin oireisiin sekä hajanaisiin eli desoriensaatio- oireisiin. Positiivisia oireita ovat normaali- en psyykkisten toimintojen häiriintyminen. Siihen kuuluvat aistiharhat ja harhaluulot. Negatiiviset oireet tarkoittavat normaali- en psyykkisten toimintojen heikentymistä tai puuttumista kokonaan. Puheen köyhtyminen, tahdottomuus, mielihyvän tunteen puuttuminen ja tunneilmaisun latistuminen ovat negatiivisia oireita. Desoriensaatio- oireita ovat hajanainen puhe ja käytös sekä epäsopeva tunneilmaisus. Oireet vaihtelevat potilaan ja iän myötä eikä skitsofrenialle voida sanoa mitään yksittäistä tyypillistä oiretta. Skitsofrenia aiheuttaa haittaa kognitiivisiin ja emotionaalisiin toimintoihin, käyttäytymiseen sekä muihin mielen toimintoihin. Potilaan on vaikea ilmaista selkeästi omia ajatuksiaan ja tunteitaan, ajatella luovasti sekä solmia ja ylläpitää ihmissuhteita. (Isohanhi ym. 2011, 70- 71,74.)

Aistiharhoja eli hallusinaatioita ovat kuulo-, näkö-, tunto-, haju- ja makuharhat. Potilas kokee ne ilman todellista ulkoista ärsykettä. Todellisuudentaju häiriintyy ja potilaan on vaikea erottaa sisäisiä ja ulkoisia ärsykeitä toisistaan. Selvästi yleisimpiä aistiharhoja ovat kuuloharhat. Harhat voivat olla yksittäisiä sanoja tai kokonaisia lauseita. Puheiden sävy on yleensä potilasta uhkaava, syyttelevä tai loukkaava. Jos potilas alkaa totella ääniä, voivat kuuloharhat olla vaarallisia. (Isohanhi ym. 2011, 75- 76.)

Harhaluulot tarkoittavat potilaan virheellisiä uskomuksia, jotka syntyvät kun potilas tulkitsee väärin havaintojaan tai kokemuksiaan. Vaikka nämä uskomukset voidaan helposti todeta vääriksi, pitää potilas silti niistä kiinni. Pahimmillaan harhaluulot voivat hallita kokonaan potilaan ajatuksia, sosiaalista käyttäytymistä sekä sosiaalisia suhteita. Yleisin skitsofreniassa esiintyvä harhaluulo on, että potilaan oma tahto on riistetty. Potilas tuntee jonkin vieraan voiman kontrolloivan omia ajatuksiaan ja tunteitaan. Skitsofreniapotilas voi kertoa tuntevansa jonkun pakkosyöttävän hänelle ajatuksia. Hän voi myös ker-



toa, että joku lukee hänen ajatuksiaan tai riistää niitä. Skitsofrenian yhteydessä epäluuloiset harhaluulot ovat yleisiä. Ne voivat ilmentyä potilaan tunteena siitä, että häntä vaijetaan tai häntä kohtaan on salaliitto. Potilaalla voi olla myös suhteuttamisharjoja, jolloin hän ymmärtää monet ympäristössä tapahtuvat asiat henkilökohtaisesti. Potilas esimerkiksi luulee, että radiossa tai televisiossa puhutaan hänestä tai hänelle. Suomessa skitsofrenia-diagnoseja annetaan varoen, eikä vääriä skitsofrenia-diagnoseja juurikaan esiinny. (Isohanhi ym. 2011, 71,76.)

Psykoottisia oireita, kuten aistiharjoja ja harhaluuloja, esiintyy myös muilla kuin skitsofreniaa sairastavilla. Psykoosi voi johtua esimerkiksi ruumiillisesta sairaudesta tai päihdeiden ja lääkkeiden vaikutuksista. Kun suljetaan pois edellä mainitut vaihtoehdot, jää jäljelle vielä joukko erilaisia psykooseja. Näihin kuuluvat muun muassa skitsofreniastyypinen häiriö, skitsoaffektiivinen häiriö, harhaluuloisuushäiriö, lyhytkestoinen psykoottinen häiriö, synnytyksen jälkeinen psykoosi ja päihdepsykoosit. (Lönnqvist & Suvisaari 2011, 134- 135.)

Harhaluuloisuushäiriössä harhaluulot ovat keskeinen oire. Potilas pitää kiinni näistä todellisuudesta poikkeavista uskomuksista, vaikka hänelle todistettaisiin luulojen perättömyys. Harhaluulot voivat olla mustasukkaisia, somaattisia, eroottisia tai suuruuskuvitelmiin perustuvia. Harhaluuloisuushäiriöön ei liity skitsofrenialle tyypillisiä muita ajatushäiriöitä, aistihäiriöitä tai tunne-elämän latistumista. Harhaluuloista kärsivä ihminen ei useinkaan hakeudu helposti lääkärin tai psykiatrin puoleen, vaan hakee apua ja suojelua esimerkiksi poliisilta. Tällaiset potilaat usein peittelevät harhojaan, mutta kun ne tulevat esille, he yrittävät saada muut liittoutumaan omien harhojensa puolelle. On tärkeää arvioida sitä, uhkaako harhaluuloisuus siirtyä toimintaan, jolloin potilaasta voi tulla väkivaltainen. (Lönnqvist & Suvisaari 2011, 140- 142.)



3.2.2 Itsetuhoisuus

Itsetuhoisuudella tarkoitetaan käyttäytymistä, jonka tarkoituksena on itsensä vahingoittaminen tai henkeä uhkaavan riskin ottaminen. Itsetuhoinen käyttäytyminen voi olla suoraa tai epäsuoraa. (Isometsä, Henriksson, Lönnqvist & Marttunen 2011, 501.)

Epäsuorasti itsetuhoisesti käyttäytyvän ihmisen ei ole tietoisesti tarkoitus vahingoittaa tai tappaa itseään. Hän kuitenkin ottaa elämässään uhkaavia riskejä, jotka lisäävät vahingoittumisen todennäköisyyttä. Epäsuora itsetuhoikäyttäytyminen ilmenee esimerkiksi päihteiden liikakäyttönä, vaarallisena käyttäytymisenä liikenteessä, omaa turvallisuutta vaarantavina harrastuksina, sairauden hoitamisen laiminlyöntinä tai oman terveyden kohtuuttomana rasittamisena. Suora itsetuhoisuus voi näkyä itsemurhasta puhumisella, itsemurhaa ajattelemalla, itsemurhan yrityksellä tai itsemurhana. (Isometsä ym. 2011, 502.)

Itsemurha-ajatukset voivat olla hetkellisiä tai pitkäaikaisia ja yksityiskohtaisia itsemurhasuunnitelmia. On yleistä pohtia, onko elämä elämisen arvoista ja toivoa, ettei nukahdamisen jälkeen heräisi. Ihminen, joka on psyykkisesti kuormittunut voi toivoa helpotusta elämäntilanteeseensa jonakin poispääsyn tai hetkellisen helpotuksen, kuten nukahtamisen avulla. Itsetuhoajatusten tarkoitus ei yleensä olekaan kuolema, vaan sietämättömästä tilanteesta vapautuminen ja psyykkisen kivun helpottuminen. (Isometsä ym. 2011, 502.)

Arvioitaessa potilaan itsemurhariskiä on otettava huomioon monia eri seikkoja, kuten potilaan sukupuoli, ikä, aikaisemmat itsemurhayritykset, sen hetkiset itsemurhaajatukset, potilaan toivottomuus, onko potilaalla tilaisuus ja välineet tehdä itsemurha, onko potilaalla mielenterveyshäiriöiden oireita, onko potilas ollut aikaisemmin hoidossa psyykkisten ongelmien vuoksi tai käyttääkö potilas huumaavia aineita. Lisäksi on otettava huomioon, millainen on potilaan elämäntilanne, onko potilas kokenut lähiaikoina elämässään menetyksiä tai jotain muuta traumaattista, onko potilas syrjäytynyt ja mitkä ovat hänen selviytymiskeinonsa elämän haasteissa. Jokainen potilas on huomioitava yksilönä. Erilaiset ihmiset kokevat elämäntilanteet hyvinkin erilaisina. (Gournay & Newell 2000, 198.)



Itsemurhayritys kertoo itsemurhasuunnitelmien siirtyneen toiminnan tasolle. Se kertoo potilaan suunnitelmien vakavuudesta tai potilaan kyvyttömyydestä ymmärtää ja hallita tekojen ja ajatusten välistä eroa. Itsemurhayritys enteilee usein tulevaa itsemurhaa tai uutta yritystä. Itsemurhayritys voi olla ”vahinko” ja johtua esimerkiksi päihtymystilasta. Silti taustat on tutkittava ja heräteltävä potilas ymmärtämään teon vakavuus. (Isometsä ym. 2011, 502.)

3.3 Mielenterveyspotilaan kohtaaminen

Psykiatrasta apua tarvitseva potilas voi hahmottaa oireitaan eri tavalla kuin muut potilaat. Hän ei ehkä tunnista psyykkisiä oireitaan ja hälyttää apua jonkin somaattisen ongelman vuoksi. Tilanne on ensihoitajille haasteellinen erityisesti silloin, jos potilas on täysin sairaudentunnoton ja vastustaa hoitoon lähtöä. (Kuosmanen 2008, 480.)

Jokaisen potilaan auttamisen lähtökohta on potilaan kokemuksen kunnioitus. Puhuminen ja kuunteleminen ovat tärkeimmät työkalut psykiatrisen potilaan kohtaamisessa. Puhe ei kuitenkaan aina auta. Jos potilas on vaaraksi itselleen tai muille, hoitoon vieminen vaatii selkeän toimintasuunnitelman, kaikkien osapuolten turvallisuuden varmistamisen ja tarpeen vaatiessa rohkeutta väliaikaisesti puuttua potilaan itsemääräämisoikeuteen. (Kuosmanen 2008, 480.)

Potilaan mielenterveysongelma voi olla vaikeaa tunnistaa somaattisten oireiden takia. Vaikka potilaan oireet eivät johtuisikaan somaattisesta vaivasta, niitä ei tule kyseenalaistaa. Potilaalle on tehtävä vitaalielintoimintojen mittausta vähintään kerran somaattisen sairauden poissulkemiseksi. Mahdolliset peruselintoimintojen häiriöt hoidetaan normaaliin tapaan. (Kuosmanen 2009, 480; Lund 2010, 172.)

Moniin mielenterveyshäiriöihin liittyy somaattisia tuntemuksia, joille ei löydetä fyysistä syytä. Niitä voi liittyä esimerkiksi ahdistuneisuushäiriöön, paniikkihäiriöön ja äkilliseen stressirektioon. Vaikeaan masennukseen voi liittyä kipuja tai somaattista väsymystä. Jos skitsofreniapotilaalla ilmenee omituisia oireita, ne voivat olla osa potilaan harhamaailmaa. (Toivikko 2007, 551.)



Psykoottisia oireita ja sekavuutta voivat aiheuttaa monet eri asiat; mielenterveyshäiriöt, huumeet, alkoholi, lääkeaineet, neurologiset sairaudet, keskushermostotulehdukset, muut infektiot, endokriiniset sairaudet, metaboliset sairaudet ja elektrolyyttihäiriöt. Lisäksi kardiovaskulaariset sairaudet, autoimmuunisairaudet, kasvaimet sekä monet muut erilaiset sairaudet ja tilat voivat olla oireiden taustalla. (Leppävuori 1997, 114–117; Pakaslahti 1997, 19.)

Mielenterveysongelman voi tunnistaa siitä, että vaikka potilas itse on vakuuttunut oireiden alkuperän olevan somaattinen, syytä ei kuitenkaan löydetä. Potilas voi myös herkästi kokea jäävänsä ilman apua ja hänen on vaikea ilmaista sekä tunnistaa tunteitaan. Potilasta haastateltaessa tarina voi olla epäjohdonmukainen eikä se etene. Psykoottinen potilas on desorientoitunut aikaan ja paikkaan, hän ei erota todellisuutta kuvitelluista ärsykeistä, vetäytyy sosiaalisista tilanteista, käyttäytyy omituisesti, hänellä on harhoja ja hän voi olla pelokas sekä aggressiivinen. (Kauppila 2007, 555; Toivikko 2007, 551.)

Mielenterveyspotilaan kohtaamisessa huomio kannattaa kiinnittää ensin ympäristöön, missä potilas on sekä potilaan ulkonäköön. Rituaalinomaiset liikkeet, levottomuus, liikkumattomuus tai poikkeava pukeutuminen voivat auttaa psykiatriseen työdiagnosiin pääsemistä. (Holmström 2009, 547.)

Psyykkisesti oireilevan hoidossa ensiarvoisen tärkeää on hoitosuhteen luominen, joka mahdollistaa potilaan haastattelun ja somaattisen tutkimisen. Yhteyden luominen vakavasti harhaisen tai psykoottisen kanssa voi kuitenkin olla äärimmäisen haastavaa. Tilanne ja potilas pitäisi saada mahdollisimman rauhallisiksi. Kohteessa olevat muut ihmiset tulisi poistaa paikalta siten, että potilaalla voi olla yksi tuttu ihminen läsnä ja hoitoparista toinen on lähistöllä varmuuden vuoksi. Potilaalle tulee esitellä paikalla olevat hoitajat ja korostaa sitä, että he ovat tilanteessa auttamassa potilasta. (Kuosmanen 2009, 481; Holmström 2009, 552.)

Potilaalle puhuttaessa on hyvä käyttää lyhyttä ja informatiivista kieltä. Näin potilas ymmärtää paremmin, mitä puhutaan ja hänen on helppo noudattaa selkeitä pyyntöjä. Haastateltaessa on tärkeää aidosti kuunnella, mitä potilas kertoo, mutta hänen harhoihinsa ei tule lähteä mukaan eikä niistä tule kiistellä. Sen sijaan kannattaa kiinnittää



potilaan huomio realistisiin asioihin, kuten päivämäärään tai viikonpäivään. Jos potilaan kertomus on turhan rönsyilevää, tulee ensihoitajalla olla rohkeutta kysymyksiin ohjailta puhetta oikeaan suuntaan. Tarpeetonta keskeyttämistä tulee kuitenkin välttää. (Kuosmanen 2009, 481 & Holmström 2009, 552.)

Vaikka psyykkisesti oireilevalla ei välttämättä ole somaattisia oireita, tulee ensihoidossa peruselintoiminnot mitata esimerkiksi pahentuneen perussairauden havainnoimiseksi. Ennen tutkimusten aloittamista tulee olla varma, että potilas on perillä tapahtumien kuluista ja sallii koskettamisen. On äärimmäisen tärkeää, että potilaalle kerrotaan jatkuvasti, mitä tehdään ja miksi. (Holmström 2009, 553.)

Psyykkisesti sairastuneen käyttäytyminen aggressiivisesti luo kohtaamistilanteeseen lisää haastetta. Tällöin ensihoitajan on ensisijaisesti varmistettava oma ja muiden turvallisuus ja tarvittaessa pyydettyä virka-apua poliisilta. Potilasta pitää pyrkiä rauhoitteluun ja pyytää häntä esimerkiksi istumaan ja kertomaan tilanteestaan. Ympäristöstä tulee poistaa kaikki aseeksi kelpaava irtaimisto. Potilas voi tulkita sivuittain lähestymisen vähemmän uhkaavaksi kuin kasvotusten seisomisen, lisäksi kädet kannattaa pitää koko ajan näkyvillä. (Kuosmanen 2009, 482.)

Yleensä paras apu psyykkisesti sairastuneen ensihoidossa on tilannetta selkeyttävä haastattelu. Jos haastattelun ja potilaan tutkimisen pohjalta nähdään tarpeelliseksi välitön pääsy jatkohoitoon, tulee potilas suostutella puheen avulla kyytiin. Aina se ei kuitenkaan auta, vaan on turvauduttava lääkärin määräämään tahdon vastaiseen hoitoon. Tarvittaessa poliisilta pyydetään virka-apua. Yleensä ensihoidossa ei tarvitse turvautua psykiatriseen lääkehoitoon. Akuuttivaiheessa annettu antipsykoottinen lääke hankaloittaa jatkohoitopaikassa tehtävää psykiatrista arviota. (Holmström 2009, 555.)



3.4 Simulaatio-oppiminen

Simulaatioharjoituksessa jäljitellään todellisuutta mahdollisimman aidosti. Simulaatioissa oppiminen perustuu aktiiviseen kokeiluun ja tutkimiseen. Osallistujat tekevät valintoja ja päätöksiä sekä suorittavat eri toimenpiteitä ja samalla huomioivat niiden vaikutuksia. Opetustilanteessa opiskelijalle syntyy mentaalinen malli, jota hän voi käyttää työsuorituksessa. Käytännön työn hallitseminen riippuu pitkälti opitusta mentaalista mallista. Kokemuksen myötä nämä mallit täydentyvät ja kehittyvät. (Herranen 1; Salakari 2007, 35.)

Taitojen oppimisessa on kolme erilaista tapaa: kokemusperäinen oppiminen, tekemällä oppimisen malli ja havainnointiin perustava oppiminen. Kokemusperäisessä oppimisessa taitojen oppiminen tapahtuu kokeilemalla. Opiskelija tarkkailee suunnitelmiansa toteutumista ja tekemiensä toimenpiteiden onnistumista. Oppimisen johtoajatukseksi on vertaaminen sekä syiden ja seurausten pohtiminen. (Salakari 2007, 39–40.)

Toinen malli on tekemällä oppiminen. Oppimiskokemus tapahtuu omien kokemusten kautta, joita olemme kokeneet itse tekemällä. Merkittäviä tavoitteita oppimisen kannalta ovat tavoitteet, suunnitelmat, odotukset, epäonnistumiset ja selitykset. Tavoitteen perusteella laaditaan toimintasuunnitelma. Jos suunnitelma epäonnistuu, pohdimme miksi näin kävi. Seuraavalla kerralla tiedämme, mikä meni pieleen ja voimme oppia siitä sekä muuttaa käyttäytymismallemme kokemustemme mukaan. (Salakari 2007, 43–48.)

Kolmas malli on havainnointiin perustuva oppiminen. Varsinkin oppimisen alussa, oppiminen perustuu saatuun malliin. Opiskelija saa mallin esimerkiksi opettajalta, työpaikalta tai muilta opiskelijoilta ja jäljittelee suoritusta saadun mallin mukaisesti. Opimme suuren osan taidoistamme mallien avulla. Se koskee myös monia eri osa-alueita, kuten työmenetelmien- ja taitojen, työkuultuurien sekä asenteiden oppimista. Emme aina edes itse huomaa oppivamme malleista. (Salakari 2007, 49–51.)

Simulaatioissa opiskelijat saavat erilaisia käytännön kokemuksia oppimisen pohjaksi. Pelkästään kokemus ei kuitenkaan riitä, vaan saadut kokemukset ja ajatukset on peilattava ja yhdistettävä teorialalleihin. Vasta sitten tapahtuu todellista oppimista ja käyttäytymisen muutos. (Herranen 1.) Simulaatio-opetuksessa hyödynnetään kaikkia oppi-



misen eri osa-alueita. Näin oppiminen on kokonaisvaltaista ja hyödyntää koko opiskelijaryhmää, ei vain niitä, jotka pääsevät itse tekemään.

Simulaatio-oppimiseen liittyy myös monia haasteita. Joutsen (2010) kartoitti tutkimuksessaan oppimista vaikeuttavia tekijöitä liittyen simulaatio-opetukseen. Tutkimus toteutettiin kyselytutkimuksena hoitotyön, ensihoidon ja lääketieteen opettajille, jotka omassa työssään käyttävät simulaatioharjoituksia opetuksessa. Tutkimuksessa esille nousseet haasteet voidaan jakaa neljään eri pääluokkaan: nukkeen ja oppimisympäristöön, organisaatioon, kouluttajiin ja opetukseen sekä opiskelijoihin liittyviin. (Joutsen, 2010. 48–49).

Nukkeen ja toimimisympäristöön liittyvissä haasteissa tuli esille nuken käyttöön liittyviä rajoitteita, kuten tekniset ongelmat ja nuken epäaitous. Harjoitukseen eläytyminen on vaikeaa, eivätkä kaikki osaa asennoitua nukkeen kuten oikeaan potilaaseen. Nukessa voi esiintyä myös teknisiä ongelmia jotka vaikeuttavat opettamista. (Joutsen, 2010. 48–49).

Organisaatioon liittyviä ongelmia olivat muun muassa liian vähäinen aika simulaation suunnitteluun ja toteutukseen, liian suuret ryhmät sekä henkilöstöressurssien vähäisyys. Opettajat kokivat ryhmäkoot liian suuriksi ja olisivat halunneet pienryhmiä, jolloin kaikki olisivat päässeet tekemään. (Joutsen, 2010. 48–49).

Kouluttajaan liittyviä oppimista vaikeuttavia ja jopa estäviä tekijöitä olivat yhteistyön vähyys muiden kouluttajien kanssa sekä kouluttajien liian vähäinen ammattitaito opetettavasta aiheesta ja simulaatio-opetuksesta. Jos kouluttaja ei ymmärrä simulaatio-opetuksen perusteita, hän voi jopa huonontaa opiskelijan itsetuntoa ja antaa vääriä toimintamalleja. Myös huonosti suunniteltu simulaatio ja oppimistavoitteet vaikeuttavat simulaatio-oppimista. Tutkimuksessa todettiin opiskelijaan liittyviä oppimista vaikeuttavia tekijöitä olevan jännittäminen ja väärin tekemisen pelko. Ongelmat ryhmädynamiikassa voivat aiheuttaa luottamuspulaa, eikä simulaatiota koeta turvalliseksi. (Joutsen, 2010. 49–50).



3.5 Simulaatio-opetus

Simulaatioon perustuvan opetuksen perusidea on lisätä opiskelijan mahdollisuutta toimia oikein oikeassa tilanteessa. Kun eteemme tulee ensimmäistä kertaa tilanne, jossa tulisi päättää nopeasti, kuinka toimia, on päätöksenteko vaikeaa. Virheitä sattuu usein. Jos tilannetta on päästy harjoittelemaan etukäteen, esimerkiksi simulaatioiden avulla ja harjoittelulla, mahdollisuus toimia oikein oikeassa tilanteessa kasvaa. Simulaatiossa opiskeltavia asioita ovat esimerkiksi kädentaidot, kommunikaatio ja ryhmätyötaidot. (Hallikainen & Väisänen 2007, 436; Salakari 2007, 116.)

Simulaatioita on käytetty armeijassa jo vuosikausia. Terveystieteiden ensimmäiset simulaatiot ovat tulleet vuonna 1969, anestesiaan erikoistuvien lääkäreiden intubaatioharjoittelun apuna. Tämän jälkeen simulaatio-oppimista ja harjoituksia on kehitelty paljon. Hoitajien koulutuksessa simulaatioista on tullut vakiotyökalu, joiden avulla opiskelijat voivat harjoitella tarvittavia toimenpiteitä ja suoritteita, joita ei välttämättä työharjoittelun aikana ole mahdollista opiskella. (Brown 2008, 638; Clochesy, Howard, Kameg, Mitchell & Suresky 2009, 505; Chambers, Guise & Välimäki 2012, 410.)

Simulaatiometodit voidaan jakaa kolmeen pääryhmään: simulaationuket, potilasta esittävät ihmiset ja tietokonepohjaiset virtuaalipotilaat/ympäristöt. Metodi tulee valita oppimistavoitteiden ja simulaation rakenteen pohjalta. (Brown 2008, 638–639.) Simulaatio-oppimisessä on monia hyviä puolia. Se tarjoaa opiskelijoille turvallisen oppimisympäristön, käytännön harjoitusta, ohjaajan tukea ja välitöntä palautetta. Opiskelija oppii yhdistämään uudet tiedot ja taidot aiemmin opittuun ja tekemään päätöksiä sekä ymmärtämään niiden seuraukset. (Chambers ym. 2012, 411.)

Simulaatio-opetuksen suunnittelu on loppujen lopuksi paljon helpompaa kuin mitä yleisesti luullaan. Suunnittelussa ja simulaation rakentamisessa tulee kuitenkin huomioida muutama peruselementti. Apuna voi käyttää seuraavaa taulukkoa 2. (Nurmi, Rovamo & Jokela 2013, 88.)



TAULUKKO 2. Simulaatiotilanteiden suunnittelun muistilista. (Nurmi, Rovamo & Jokela 2013, 88)

Tilat, ajankohta, kesto, henkilöt
Oppimistavoitteet
Simulaatiotilanteiden (skenaarioiden) suunnittelu
Oppimismateriaali ja simulaatiotilanteiden esittely <ul style="list-style-type: none">- Esimateriaali ennen harjoitusta- Simulaatio-opetuksen periaatteet, nukan toiminnan esittely, toiminnan rajoitteet- Simulaatiotilanteiden oheismateriaali: potilaan tiedot, hoitotilanteen kulku ja lopputulokset, röntgenkuvat, laboratoriokokeiden tulokset, puhelinnumerot yms.
Toimenpiteet
Jälkipuinnin/Palautekeskustelun/Debriefingin suunnittelu
Palautteen kerääminen ja koulutuksen arviointi

Simulaatioharjoitukseen valmistautuminen alkaa tilojen varaamisella. Tiloja varatessa pohditaan, tarvitaanko erillinen tila simulaation ohjaamiseen ja toinen debriefingiin. Suuren ryhmäkoon tai useamman simulaation ohjaamiseen yhtä aikaa voidaan tarvita useampi tila. Ryhmäkoko tulee päättää käytettävissä olevan ajan sekä tilojen perusteella. Ryhmäkoon perusteella mietitään, kuinka monta ohjaajaa simulaatioon tarvitaan. Pienen ryhmän tai yksinkertaiseen simulaatioon voi riittää vain yksi vetäjä. Toisissa simulaatioissa voidaan tarvita kahta tai useampaa vetäjää, jolloin esimerkiksi toinen keskittyy vain simulaattorin käyttämiseen ja toinen ryhmän arviointiin. Jos simulaatioissa on kaksi tai useampi vetäjä, on hyvä sopia etukäteen työnjako; kumpi antaa esitiedot ja kumpi ohjaa palautekeskustelun. Itse harjoitukseen osallistuvien lisäksi simulaatioissa voi olla mukana opponijia ja tarkkailijoita. Opponijat voivat olla joko harjoitukseen osallistuvan ryhmän jäseniä tai asiantuntijoita. Opponijat voivat olla samassa tilassa simulaatioon osallistuvien kanssa tai sitten eri tilassa seuraamassa kameroiden kautta simulaatioiden etenemistä. (Nurmi ym. 2013, 89)



Kun tila, välineet ja ryhmäkoko on valittu, alkaa itse simulaation suunnittelu. Harjoituksen suunnittelu alkaa aina oppimistavoitteiden määrittämisellä. Hyvä oppimistavoite on realistinen, selkeä, mielekäs sekä toimintaa ja arviointia suuntaava ja ohjaava. Monesti simulaatioissa tavoitteet ovat sekä teknisiä että ei-teknisiä. Tekniset tavoitteet ovat ammattitaidollisia ja niillä pyritään oppimaan taitoja tai toimenpiteitä kuten esimerkiksi vammapotilaan hoitoa. Ei-tekniset tavoitteet liittyvät muun muassa tehtävän hoitoon, tiimityöskentelyyn, tilannetietoisuuteen sekä päätöksen tekoon. Ohjaajan oma vahva ammatillinen osaaminen helpottaa harjoitusten luomista. Oppimistavoitteiden tulisi olla luonnollinen osa simulaatioharjoitusta. Tässä auttaa jos harjoituksessa on jäljitelty aitoa potilastapausta. Simulaatioissa ei tarvitse kuitenkaan kopioida täydellisesti oikeaa ensihoidontehtävää, vaan siitä voi poistaa turhia yksityiskohtia kuten hoitotasapainossa olevia perussairauksia tai turhaan sekoittavia oireita. Näin simulaatioissa voidaan keskittyä yhteen tärkeään tavoitteeseen. Simulaatioiden tulisi myös pohjautua näyttöön perustuvan ja ajantasaiseen tutkimustietoon. (Nurmi ym. 2013, 90–91; Salakari 2007, 179–181.)

Simulaatiotilanteen suunnitteluvaiheessa tehdään kirjallinen simulaatiopohja, jossa kuvataan simulaation eteneminen ja tapahtumat. Kuvaus sisältää harjoituksen tavoitteet, lähtötilanteen, tapauksen kulun, debriefingissä esille otettavat asiat ja mahdollisesti koulutettavien arvioinnin. Simulaatiotilanteen pohjan tulee olla mahdollisimman kattava ja yksiselitteinen. Suunnittelussa tulee ottaa huomioon opiskelijoiden lähtötaso ja teoria-tiedon osaaminen. Muuten harjoituksesta saattaa tulla liian vaativa tai toisaalta taas liian helppo. Tyypillisesti simulaatioissa kuvataan yhtä tai useampaa, toisiinsa liittyvää, tosielämän tilannetta. Sisällön tulee vastata asetettuja oppimistavoitteita ja huolellinen suunnittelu on ensiarvoisen tärkeää. Ennen simulaatiokoulutuksen käyttöönottoa se tulee testata. Testauksen pohjalta voidaan joutua parantelemaan tai muokkaamaan koulutuksen sisältöä tai kulkua. Simulaatiota voidaan ja joissain tapauksissa myös pitää muokata sekä päivittää koko käytössä oloajan. (Brown 2008, 639; Chambers ym. 2012, 411; Nurmi ym. 2013, 91–92; Salakari 2007, 179–181.)



Ennen harjoitusta opiskelijoille voidaan antaa simulaatiopäivän aiheet, jolloin he voivat itsenäisesti opiskella aiheeseen liittyvää teoretietoa. Näin itse simulaatiossa voidaan keskittyä esimerkiksi ryhmätyöskentelyn tai johtamisen harjoitteluun. Simulaatiokoulutukseen voidaan liittää myös luentoja. Tällöin luentoja ja harjoituksia voidaan pitää vuorotellen. Luentojen tulee kuitenkin tukea ja täydentää simulaatioita. (Nurmi ym. 2013, 93.)

Ennen harjoitusta simulaation ohjaajan tulee käydä ryhmän kanssa läpi käytössä olevien välineiden ja simulaationuken toiminta ja mahdolliset rajoitukset. Opiskelijoille näytetään, mistä tunnustellaan pulssi ja verenpaine, kuuluvatko hengitysäänet oikeasti ja kuuluuko potilaan ääni nukesta. Lisäksi näytetään mikä intubaatioputki nukelle sopii ja voidaanko nukke oikeasti kanyloida ja kanyylin kautta annostella lääkkeitä. Jos nukkea oikeasti nesteytetään, on varmistettava, että poistoreitit toimivat. (Nurmi ym. 2013, 93.)

Simulaatiota varten tulee varata tarvittavat oheismateriaalit, joiden avulla tilanteesta tulee aidompi ja sen kulkua voidaan ohjailla. Potilaasta voidaan tarvita kuvitteelliset potilaspaperit, lääkelista, laboratorioarvot ja röntgenkuvia. Myös mahdollisiin konsultatiopuheluihin tulee varautua. (Nurmi ym. 2013, 93–94.)

Simulaatioiden aikana voidaan harjoitella myös toimenpiteiden tekoa. Potilassimulaattoreilla ei aivan kaikkea voida todellisuudessa toteuttaa, joten joskus ohjaajalta vaaditaan luovuutta mahdollisimman aidon oppimistilanteen saavuttamiseksi. Sairaaloista voi pyytää vanhentuneita lääkepakkauksia tai välineitä harjoituskäyttöön. Simulaatioon kuluvan aikaan on laskettava myös toimenpiteiden teko ja otettava huomioon hankalan toimenpiteen mahdollinen pitkä kesto ja ohjauksen tarve. (Nurmi ym. 2013, 94.)

Monet uskovat, että simulaatioissa suurin osa oppimisesta ei tapahdukaan itse harjoituksen aikana, vaan harjoituksen jälkeen käytävässä palautekeskustelussa eli debriefingissä. USA:ssa tehty tutkimus vahvistaa tätä käsitystä. Tutkimuksessa oli mukana opiskelijoita kolmesta eri koulusta. Tutkimuksessa opiskelijoille pidettiin simulaatioharjoitus ja oppimistesti sekä simulaation jälkeen että debriefingin jälkeen. Tuloksista todettiin debriefingin olevan kaikkein hyödyllisin osa oppimisen saavuttamisen kannalta. (Horwich, Shinnick, Steadman & Woo 2011, 107–109.)



Debriefing on ohjattu tapahtuma simulaatioharjoituksen jälkeen. Siihen osallistuvat harjoituksen ohjaajat, työpari sekä opponentit. Simulaation ohjaaja miettii, tarvitseeko hän apua debriefingin ohjauksessa vai pärjääkö hän yksin. Selkeintä on, että yksi ohjaaja on vastuussa palautekeskustelusta, mutta toinen ohjaaja voi huomioida joitain yksittäisiä tapahtumia ja toimenpiteitä. Ohjaaja johdattelee keskustelua, mutta hän antaa oppilaiden miettiä itse omaa toimintaansa; mikä meni hyvin ja mitä olisi voinut tehdä toisin. Toimintaa käydään läpi ennalta asetettujen oppimistavoitteiden pohjalta. Näin tapahtumalle saadaan selkeä runko, eikä keskustelu niin helposti lähde liikaa eri suuntiin. Jos jokin asia jää simulaatiossa epäselväksi, se voidaan käydä läpi debriefingissä. Näin oppilaille jäävät mieleen oikeat toimintamallit ja perustelut niille. (Horwich ym. 2011 106, 3. 437–438; Nurmi ym. 2013, 95.)

Laadukkaaseen opetukseen kuuluu palautteen kerääminen ja sen pohjalta koulutuksen arviointi ja kehittäminen. Palautetta kerätään koulutukseen osallistuneilta ja sen avulla saadaan tietoa koulutuksen tarpeellisuudesta ja toimivuudesta. Palautteen perusteella koulutusta muokataan ja voidaan kerätä ideoita myös jatkokoulutuksen tarpeesta. (Nurmi ym. 2013, 96.)

3.6 Simulaatio-opetuksen soveltaminen psykiatriseen sairaanhoitoon

Vaikka simulaatio-opetus on nykyään hoitoalan opiskelussa hyvin yleistä, on yksi ala jäänyt vähemmälle huomiolle: psykiatrinen sairaanhoito. Maailmalla psykiatrisia simulaatioita on kehitelty jonkin verran. Suomesta emme kuitenkaan löytäneet kirjallisesti raportoituja mielenterveyssimulaatioita. (Chambers ym. 2012, 410; Brown 2008, 638; Hermanns, Lilly & Crawley 2010, 1; McNaughton, Ravitz, Wadell & Hodges 2008, 85–86.)

Suomessa tehdyssä tutkimuksessa haastateltiin sairaanhoitajaopiskelijoita, jotka olivat ensimmäisessä mielenterveysharjoittelussaan. Tutkimuksessa todettiin, että monet opiskelijat kokivat olonsa epävarmoiksi ja stressaantuneiksi ennen mielenterveyshoitotyön harjoitteluun menoa. Heillä oli myös vääriä käsityksiä ja ennakkoluuloja psykiatrisista potilaista. Harjoittelun aikana he kuitenkin saivat lisää varmuutta ja heidän asenteensa muuttuivat. (Jokinen, Koskinen & Mikkonen 2011, 625, 628.) Myös muissa lähteissä



on todettu opiskelijoiden olevan hermostuneita ennen ensimmäistä mielenterveysharjoittelua. Monella ei ole juuri mitään kokemusta itsetuhoisista, maanisista, aggressiivisista ja harhaisista potilaista. (Clochesy ym. 2009, 504.)

Simulaatioharjoituksilla voidaan vähentää opiskelijoiden vääriä mielikuvia ja jännitystä mielenterveyspotilaita kohtaan. Sen avulla opiskelijat voivat kokea ja harjoitella tilanteita, joita ei muuten ehkä tulisi sekä tehdä virheitä ja opetella asioita turvallisesti ja ilman pelkoa epäonnistumisesta. (Brown 2008, 639–640; Chambers ym. 2012, 412.)



4 TUOTEKEHITYSPROJEKTIN TOTEUTUS

4.1 Tuotteen suunnittelu

Tuotteen suunnittelu ja luonnostelu alkaa, kun on päätetty, minkälainen tuote on tarkoitus valmistaa. Luonnostelussa tulee ottaa huomioon useita eri osa-alueita kuten arvot ja periaatteet, asiakasprofiili, tuotteen asiasisältö, asiantuntijatieto, toimintaperiaatteet sekä säädökset ja ohjeet jotka omalta osaltaan turvaavat tuotteen laadun. Luonnosteluvaiheessa on tarkoituksena saada ratkaistuksi ne asiat joita tarvitaan tuotekehityssuunnitelman laatimisessa. (Jämsä & Manninen 2000, 43–45.)

Aiheen valinnan jälkeen aloimme luonnostella tuotettamme. Sovimme alustavat aiheet molempiin simulaatioharjoituksiin ja pohdimme mitä haluamme tuotteellamme saavuttaa. Valitsimme aiheiksemme avoimesti psykoottisen potilaan sekä itsetuhoisen nuoren, koska nämä potilasryhmät ovat yleisiä ensihoidossa ja tuotteen tilaaja suositteli kyseisiä esimerkkitapauksia.

Suunnitteluvaiheessa saimme Oamk:n simulaatioharjoitusten mallipohjan, jonka mukaan tuotteemme sisältäisi tiedot kohderyhmästä, mahdollisista ennakkotehtävistä, aikataulusta ja oppimistavoitteista, jotka jaotellaan teknisiin ja ei-teknisiin. Mallipohjassa kuvataan esimerkkipotilaasta esitiedot, aiemmat diagnoosit, nykyiset oireet sekä hoidon vaste. Lisäksi tuotteeseen tuli debriefing eli palautekeskusteluosio sekä tarkistuslista opettajaa varten.

Tuotetta luonnostellessamme tutustuimme teoriatietoon mielenterveyshäiriöistä sekä toimintaa ohjaavista laeista. Päätimme käsitellä työssämme ne lakipykälät joissa on ohjeita ja säädöksiä mielenterveyspotilaan hoidosta ja kohtaamisesta sekä virka-apuun liittyvistä seikoista. Mielenterveyshäiriöistä perehdyimme erityisesti psykoosiin ja skitsofreniaan sekä itsetuhoisuuteen, sillä nämä liittyvät simulaatioissamme kohdattaviin potilaisiin. Apua saimme myös ensihoidon ja mielenterveyden asiantuntijoilta. Simulaatiot tulisivat ensihoidon koulutusohjelman käyttöön ja niiden avulla opetettaisiin ensihoitajaopiskelijoille mielenterveyspotilaan kohtaamista.



Tuotteen lopullisena hyödynsaajana ovat mielenterveyspotilaat, joita ensihoitajat kohtaavat. Jotta mielenterveyspotilaan hoito olisi mahdollisimman laadukasta, on tuotteessamme oleva tieto oltava ajantasaista. Tuotteen suunnittelussa oli otettava huomioon myös opettajien sekä opiskelijoiden tarpeet. Tuotteen tuli olla monipuolinen ja helppokäyttöinen sekä tarpeen mukaan muokattavissa ja päivitettävissä.

Tuotteen suunnitteluvaiheessa teimme tuotteellemme laatukriteerit (liite 1) joilla pystyisimme varmistamaan tuotteen pysymisen laadukkaana ja arvioimaan sitä tuotteen valmistuttua. Kysyimme neuvoja myös sisällön- ja metodiohjaajiltamme sekä mielenterveyspuolen asiantuntijoilta, jotka kertoivat oman näkemyksensä asioista. Heiltä saimme hyviä vinkkejä tuotteen suunnitteluun. Näin myös varmistimme sen, että tuottemme on sellainen kuin tilaaja toivoo. Myös opiskelutoverimme esittivät mielipiteitä ja ne otettiin huomioon.

4.2 Tuotteen kehittäminen

Tuotteen kehittäminen tapahtui samaan aikaan projektisuunnitelman kirjoittamisen kanssa, syksyllä 2012. Tiiviin aikataulun syynä oli jo ennalta sovittu tuotteen testauspäivämäärä joulukuulle 2012. Tuotteemme kehitettiin hyödyntäen laajaa teoreettista viitekehystä sekä uusimpia ensihoidon oppaita. Tuotteen edessä kävimme monta palaveria ensihoidon ja mielenterveyspuolen asiantuntijoiden kesken, joissa yhdessä suunnittelimme simulaatioita ja hioimme yksityiskohtia. Tapaamisten jälkeen muokkasimme tuotetta sovittuun suuntaan. Kehittelyprosessissa huomioimme myös aiemmin tekemämme laatukriteerit, esimerkiksi tiedostaen kohderyhmän aikaisemmat tiedot sekä taidot ja suunnittelemalla keikoista riittävän haastavat.

Tuotetta suunnitellessa meillä oli jo alustavat käsitykset, millaisia tapauksia simulaatioissamme kuvattaisiin. Kehittelyvaiheessa työstimme ensin simulaatioiden tarinapohjan. Tarinassa suunnittelimme potilaiden henkilöhistorian ja nykyisen elämäntilanteen. Selvitimme, mitä tapahtumia on tapahtunut ennen ambulanssin hälytystä kohteeseen ja mitä sairauksia, lääkityksiä tai hoitosuhteita potilaalla on entuudestaan. Suunnittelimme myös, miten potilaan hoitoketju tulisi ensihoidon näkökulmasta sujua hälytyksestä aina jatkohoitoon saakka. Tarinan pohjalta työstimme simulaatioiden rakenteen ja järjestyk-



sen, mitä ensihoitajien tulisi missäkin vaiheessa huomioida ja miten toimia. Simulaatiokoulutuksen tekniset ja ei-tekniset oppimistavoitteet määrittelimme kattamaan simulaatioiden tärkeimpiä aihealueita, kuten M1-kriteereitä ja virka-avun pyyntöä. Ei-teknisiä tavoitteita olivat esimerkiksi potilaan ammatillinen kohtaaminen ja haastattelu.

Koska työmme on ensimmäinen mielenterveyspotilasta koskeva simulaatiokoulutus Oamk:ssa, emme pystyneet hyödyntämään valmista tarkistuslistan runkoa, jonka avulla simulaation etenemistä ja oppimistavoitteiden täyttymistä simulaattori valvoo. Teimme siis lisäksi vain meidän simulaatioihimme sopivat tarkistuslistat. Listat etenevät tapahtumakohtaisesti simulaation rakenteen mukaan ja niissä arvioidaan suorittavan työparin toimintaa, hoitotoimenpiteitä ja vuorovaikutustaitoja. Listat hyödyntävät sekä koulutusta pitävää opettajaa että opiskelijoita. Niiden avulla opettaja pystyy seuraamaan oppimistavoitteiden täyttymistä ja opiskelijoiden toimintaa simulaatioissa helpommin. Tarkistuslistan hyödyntäminen myös debriefingissä auttaa nostamaan simulaatioiden oleelliset asiat esille. Opiskelijalle hyöty tulee opetustapahtuman selkeyden ja johdonmukaisuuden kautta. Huomiota kiinnitetään tärkeimpiin asioihin ja oppimistavoitteiden suorittamista voidaan käsitellä yksityiskohtaisesti.

Oppimisen kannalta simulaatiokoulutuksessa suuri arvo on itse simulaation jälkeen tapahtuvassa debriefingissä, jossa simulaation tapahtumat käydään läpi ja ryhmän kanssa keskustellaan esiin nousevista kysymyksistä ja hoitoprotokollista. Erityisesti meidän simulaatioissamme debriefingin osuus oli suuri, joten sisällytimme tuotteeseemme myös erilliset kysymykset, joiden mukaan palauteskustelu etenisi loogisesti ja oppimisen kannalta oleelliset asiat tulisi opiskeltua. Suunnittelemassamme debriefingissä kerrotaan mielenterveyspotilaan hoidon protokollat sekä lait ja hoitokäytänteet, joita simulaatiossa sovelletaan.

Näimme myös hyödylliseksi lisätä tuotteeseen oleellisinta teoriatietoa erityisesti mielenterveyspotilasta koskien, kuten pätkiä lakipykälästä. Toimimme näin, koska työssä on paljon mielenterveysasiantuntijoiden tuomaa tietoa, joka ei välttämättä ole itsestään selvää muille koulutusta pitävälle. Eli esimerkiksi jos ensihoidon tuntiopettaja pitää koulutusta, ei hänen tarvitse lähteä erikseen lukemaan mielenterveyslakia, vaan lain oleelli-



simmat kohdat on jo poimittu valmiiksi tuotekokonaisuuteen. Näin varmistuu myös opiskelijoille välittyvän tiedon oikeellisuus.

Tuotetta tehdessä huomasimme, että simulaatiossa potilasta esittävällä on tärkeä rooli tapauksen etenemisen kannalta. Tästä syystä tuotteemme viimeisenä osana ovat muistilaput potilasta esittävälle henkilölle sekä muille simulaatioissa tarvittaville esiintyjille. Muistilappujen tarkoitus on helpottaa muistettavien asioiden havainnollistamista ja samalla varmistaa, että simulaatio etenee suunnitellusti. Muistilaput ovat pieniä ja niissä on tapauksen kannalta vain oleelliset asiat, kuten diagnoosit ja lääkitykset sekä asiat, joita kyseisen henkilön tulee tuoda esille simulaatiossa.

4.3 Tuotteen viimeistely

Tuotteen viimeistely tapahtui esitestauksen jälkeen saadun palautteen perusteella. Valmis tuote tuli saman tien osaksi Mielenterveys- ja päihdetyön opintojakson harjoittelua, jonka vuoksi testauspäivämäärä oli ennalta lukujärjestyksiin määrätty ja osallistuminen ensihoitajaopiskelijoille pakollista. Mielestämme tämä oli tuotteemme kannalta hyvä, koska testaus tapahtuma oli samanlainen kuin tuotteen käyttö tulevaisuudessakin. Testausryhmänä toimi ensihoitaja (AMK) -opiskelijat, joille koulutus jatkossakin tullaan pitämään. Ryhmä oli aiemmin suorittanut Mielenterveys- ja päihdetyön teoria opintojakson ja käytännön harjoittelun, jonka täydentävänä osana simulaatioharjoitukset olivat.

Toteutimme testauksen siten, että me tuotteen tekijät pidimme koulutuksen pääpiirteittäin ja apunamme toimivat ensihoidon opettaja ja sisällön ohjaajamme Petri Roivainen sekä mielenterveysasiantuntijat Juha Alakulppi ja Pirkko Suua. Päädyimme tähän ratkaisuun, koska mielenterveysopettajilla ei ollut paljoakaan kokemusta simulaatioharjoitusten pitämisestä ja yksistään ensihoidon opettajalle kahden koulutuksen vetäminen olisi ollut liian työlästä. Esitestauksen aikana toimimme kuitenkin kaikki tiiviissä yhteistyössä toisiamme täydentäen.

Testaus tapahtumaa varten olimme tehneet palautelomakkeet pohjautuen laatukriteereihimme erikseen osallistuneille opiskelijoille sekä opettajille. Näin varmistimme, että saisimme palautetta tuotteestamme itse kohdehenkilöiltä sekä tuotteen tulevilta käyttäjiltä. Palautteen tuloksista kerrotaan myöhemmin tässä raportissa. Käsittelimme saa-



mamme palautteen ja muokkasimme tuotettamme lopulliseen muotoon sen avulla. Kävimme myös viimeisen palaverin yhteistyökumppaneiden kesken, jotta varmistimme heidän tyytyväisyyden lopulliseen tuotteeseen.

Valmis tuote luovutettiin tilaajalle sähköisessä muodossa, jotta koulutusta käyttävien opettajien olisi sitä helppo muokata tarpeidensa mukaan ja hoitokäytäntöjen muuttuessa päivittää sitä ajankohtaiseksi. Alun perin tuote on suunniteltu ensihoidon koulutusohjelmaan ja se soveltuu sekä perustason opiskelijoille että hoitotasolle. Tuotteen viimeistelyvaiheessa totesimme ohjaajiemme kanssa, että tuote soveltuu myös hoitotyön koulutusohjelmaan hiukan muunneltuna.

Tuotekehittelyprosessi päättyi keväällä 2013, jolloin valmis tuote annettiin ensihoidon koulutusohjelman käyttöön. Samalla annoimme tuotteen muokkaus- ja päivitysoikeudet Oulun seudun ammattikorkeakoululle. Valmista tuotetta ei ole raporttimme liitteenä, koska oikeudet sen käyttämiseen ovat ainoastaan Oamk:lla.



5 PROJEKTIN ARVIOINTI

5.1 Tavoitteiden arviointi

Projektimme alussa laadimme tavoitteet, jotka projektin aikana ja sen avulla pyrimme saavuttamaan. Jaoinme tavoitteet pienempiin osiin, jotka ovat tulostavoite, laadullinen tavoite, toiminnalliset tavoitteet sekä meidän omat oppimistavoitteet. Arvioinnin teimme saamamme kirjallisen ja suullisen palautteen perusteella. Kirjallista palautetta saimme kyselylomakkeiden avulla tuotteestamme testaukseen osallistuneilta opiskelijoilta ja opettajilta. Suullista palautetta olemme saaneet ohjaajiltamme, opponenteiltamme sekä tukiryhmältämme.

Projektimme tulostavoitteena oli kehittää Oulun seudun ammattikorkeakoululle, sosiaali- ja terveystieteiden yksikköön, ensisijaisesti ensihoidon koulutusohjelmaan psykoottisen ja itsetuhoisen kohtaamista käsittelevää simulaatioharjoitusta. Tuotteet suunniteltiin ja toteutettiin teoreettisen viitekehyksen pohjalta ja hyödyntäen moniammatillista yhteistyötä. Simulaatioiden tekemiseen osallistuivat aktiivisesti sisällönohjaajamme sekä ensihoidon opettaja Petri Roivainen sekä mielenterveysopettajat Pirkko Suua ja Juha Alakulppi. Tämän tiimin turvin varmistimme, että kaikki tuotteeseen sisältyvä tieto on oikeaa ja ajantasaista sekä ensihoidon että mielenterveyspuolen kannalta. Lopulta tuotteesta tuli kaikkien osapuolten kannalta tavoitteiden mukaiset.

Laadullisena tavoitteena oli tuottaa tarpeellinen ja käyttökelpoinen tuote osaksi Mielen-terveys ja päihdetyönharjoittelu opintojaksoa. Simulaatiokoulutus tehtiin Oamk:n viralliseen simulaatioharjoituksen mallipohjaan. Ennen tuotteen tekoa määrittelimme laatu-kriteerit, joihin pohjautuen teimme simulaatiokoulutuksemme. Laatu-kriteerit löytyvät liitteestä 1. Saamamme palautteen perusteella, projektimme täytti sille asetetut tavoitteet. Testaustapahtumaan osallistuneet olivat palautteiden mukaan kokeneet tuotteen laadukkaaksi ja ammatillisesti haastavaksi. Testaustapahtuma oli testiryhmän kertomana selkeä ja johdonmukainen. Ohjaajien palautteiden mukaan tuote oli ulkoasultaan selkeä ja siisti. Mielestämme olemme saavuttaneet laadullisen tavoitteemme hyvin.



Projektimme toiminnalliset tavoitteet (Taulukko 1.) on eritelty eri hyödynsaajien mukaan. Lyhyen aikavälin tavoitteita pystymme arvioimaan heti, mutta erityisesti pitkän aikavälin tavoitteet nähdään vasta tulevaisuudessa. Kuitenkin projektin tässä vaiheessa olemme jo saavuttaneet kaikki lyhyen aikavälin tavoitteet. Tuotteemme on otettu kiinteästi käyttöön osaksi ensihoitajien koulutusta, ensihoitaja opiskelijat ovat päässeet soveltamaan aiemmin oppimaansa teoriaa simulaatioihin sekä ensihoidon koulutusohjelma on saanut uutta materiaalia mielenterveyspotilaan kohtaamiseen liittyvään koulutukseen.

Opinnäytetyön valmistavaa seminaarityötä tehdessä perehdyimme laajasti kotimaiseen sekä ulkomaalaiseen kirjallisuuteen, joka käsitteli mielenterveydenhäiriöitä, ja häiriöiden hoitoa. Tämän lisäksi luimme lakeja, joissa säädettiin ensihoitopalvelusta, potilaan oikeuksista, lapsen oikeuksista, mielenterveyspotilaasta ja monesta muusta työhömmä liittyvästä asiasta. Teoriatietoa etsiessämme tiedonhaun taitomme kehittyivät ja lähdekriittinen ajattelu korostui. Näin ollen oma asiantuntevuutemme aiheeseen liittyen kasvoi huomattavasti ja ammatillisuutemme ensihoitajina koheni. Saimme varmuutta mielenterveyspotilaan kohtaamiseen tulevaisuudessa omassa ensihoitajan työssämme.

Toinen oppimistavoitteemme oli kirjoittaa korkeakoulutasoinen kirjallinen raportti. Meille haastavaa oli tiivistää tekstiämme, joten kirjallisista tuotoksistamme tuli aina melko laajoja. Lopputulokset ovat kuitenkin olleet johdonmukaisia ja selkokielisiä. Ongelmia tuotti myös työnjakomme, jonka mukaan kirjoitimme työtä itsenäisesti ja yhdistelimme lopulta valmiit tekstit yhtenäiseksi raportiksi. Tästä johtuen saattoi tulla päällekkäisyyksiä ja tekstin tyyli saattoi vaihdella kappaleittain.

Tulevan ammattimme kannalta yksi merkittävimmistä oppimistavoitteista oli yhteistyökykyjen kehittyminen. Toteutimme projektin parityönä, kuten ensihoidossakin toimitaan. Yhteistyömme aikana opimme jakamaan tehtäviä ja olemaan tasavertaisia kumppaneita. Molemmat tekivät osuutensa sopimusten mukaisesti ja lopputulos saavutettiin toisiamme tukemalla ja toisen heikkouksia täydentämällä. Kommunikointimme kehittyi ja ymmärsimme kompromissien tärkeyden kaikkien osapuolten tyytyväisyyden takaamiseksi. Opimme ajankäytön suunnittelun ja hallinnan merkityksen, varsinkin aikataulun ollessa tiukka. Samalla myös tehokas työskentely ja asioiden priorisointi korostui.



Kehitimme yhteistyötaitojamme myös työskennellessä yhdessä ohjaajien ja asiantuntijoiden kanssa. Yllätyimme itsekkin siitä, kuinka pystyimme olemaan yhteisissä palaverissamme tasa-arvoisia jäseniä, joiden mielipiteillä oli oikeasti merkitystä. Kehittyneen asiantuntevuuden turvin osasimme tuoda mielipiteemme perustellen esille. Varmuutta esiintymistaitoihimme saimme pitämällä useita suullisia esityksiä projektin edetessä.

Meille henkilökohtaisesti tärkeää oli oppia suunnittelemaan ja toteuttamaan pätevä simulaatiokoulutus. Yllätyimme, kuinka paljon ennakkosuunnitteluja, ajankäytönhallintaa ja organisointia päivän kestävä koulutus vaati. Mielestämme suoriuduimme koulutuksesta kuitenkin hyvin, ja saimme lisää varmuutta koulutusten järjestämiseen tulevaisuudessaakin. Saimme myös hyvää palautetta opetustyylistämme ja koulutustapahtuman järjestelyistä. Osasimme järjestää miellyttävän ja rauhallisen oppimisympäristön.

5.2 Työskentelyprosessin arviointi

Projektimme työstäminen eteni vaihe vaiheelta sille asetettujen päätehtävien ja niiden välitulosten mukaisesti. Ensimmäinen päätehtävä oli ideointi ja aiheeseen perehtyminen. Päätös tehdä mielenterveysongelmia käsittelevä opinnäytetyö oli jo entuudestaan valmis ja sisällönohjaajan kanssa pidetyn palaverin jälkeen aiheeksi kiteytyi simulaatiokoulutus mielenterveyspotilaista. Ideointivaiheessa päätimme tehdä opinnäytetyömme yhdessä ja sovimme tekemämme kaksi simulaatiota omaan koulutusohjelmaamme.

Aiheen hyväksynnän jälkeen alkoi perehtyminen kirjallisuuteen. Osallistuimme koulun järjestämään tiedonhaun opetukseen, jossa saimme ohjeita oman työemme lähdeaineiston löytämiseen. Metodiohjaajalta saamiemme ohjeiden pohjalta teimme alustavan suunnitelman teoreettisen viitekehyksen sisällöstä. Prosessin aikana kumpikin kirjoitti työnjaoon mukaisesti omia aihealueitaan ja säännöllisin väliajoin kokoonnuimme keskustelemaan esiin nousseista kysymyksistä. Tiukkaa lähdekritiikkiä noudattaen löysimme käyttööme lähdemateriaalia, joka sisälsi sekä kotimaisia että ulkomaalaisia teoksia ja tutkimuksia. Lähteemme olivat suureksi osaksi kirjallisia, muutamaa internet lähdettä lukuun ottamatta.



Mielestämme onnistuimme kokoamaan hyvän ja kattavan viitekehyksen projektillemme. Pysyimme suunnitelluissa aihealueissa ja vaikka tuotos oli laaja, ei se sisältänyt mitään aiheeseen kuulumatonta. Esitimme ensimmäisen vaiheemme välituloksen eli valmistavan seminaarin keväällä 2012. Itse olimme hyvin tyytyväisiä tuotokseemme, koska se antoi meille vankan perustan lähteä suunnittelemaan projektia eteenpäin ja lisäksi opimme samalla huomattavasti lisää mielenterveyshäiriöistä ja muista käsittelemistämme asioista.

Projektimme toinen päätehtävä oli projektin suunnittelu. Syksyllä 2012 osallistuimme projektityöskentelyä tukevaan opintojaksoon, jonka aikana saimme ohjeita projektisuunnitelmamme tekoon. Samaan aikaan työstimme projektisuunnitelmaa työpajoissa, joissa saimme metodiohjaajan apua ja palautetta välittömästi. Projektisuunnitelma valmistui yllättävän vaivattomasti ja nopeasti. Sen myötä meille selkiytyi miten projekti etenee ja mitä vaiheita tuotteen valmistukseen sisältyy. Tämän vaiheen aikana määrittelimme koko loppuprosessia viitoittavat tavoitteet ja niiden pohjalta alustavan palautelomakkeen tuotteemme esitestaukseen.

Samaan aikaan projektisuunnitelman kanssa teimme projektimme kolmatta päätehtävää eli tuotetta. Tuotteen kehittäminen toteutui tiiviissä aikataulussa. Olimme kuitenkin jo suunnitelleet tuotteemme sisällön melko yksityiskohtaisesti, joten tuotekehittelyprosessin toteuttaminen nopeasti ei tuottanut ongelmia. Koska tuotteemme sisältää kaksi simulaatiota, oli mielestämme luontevaa jakaa tehtävät siten, että kumpikin oli vastuussa yhdestä simulaatiosta. Tuotteemme kehittelyyn osallistui myös sisällönohjaajamme sekä mielenterveysasiantuntijamme. Mielestämme suunnittelemistamme simulaatiosta tuli tavoitteidemme mukaiset ja sisällöltään hyvin todellisuutta kuvaavat. Saamamme palautteen mukaan esitestaukseen osallistuneetkin olivat samaa mieltä.

Esitestauksen toteutimme siten, että me toimimme pääasiallisina koulutuksen pitäjinä ja tukea saimme ensihoidon sekä mielenterveyden asiantuntijoilta. Päädyimme pitkän pohdinnan jälkeen tähän järjestelyyn, joka mielestämme oli lopulta oikea ratkaisu. Se auttoi meitä saavuttamaan oppimistavoitteemme, lisäsi ammattitaitoamme ja palveli tuotteen testauksen tarkoituksia. Harjoitusten suunnittelijoina tiesimme tarkalleen mitä kussakin vaiheessa tulisi tapahtua ja mitä suorittajilta odotettiin. Samalla koulutusta



jatkoissa pitävät opettajat näkivät miten olimme suunnitelleet tuotteemme toteutettavaksi. Esitestauksen jälkeen olimme onnellisia ja tyytyväisiä itseemme, koska olimme täytäneet omat tavoitteemme ja odotuksemme.

Keväällä 2013 aloitimme projektimme viimeisen päätehtävän, eli opinnäytetyön loppuraportin kirjoittamisen. Päädyimme jälleen pitkien harjoitteluiden vuoksi työstämään työtä kumpikin itsenäisesti. Luonnollisesti pidimme kuitenkin yhteyttä ja tapasimme säännöllisesti kokoamaan jo kirjoitetut osiot yhteen ja suunnittelemaan jatkoa. Loppuraportin teossa aiemmin huolellisesti tehdyt vaiheet autoivat huomattavasti. Pystyimme vanhoista kirjallisista tuotoksista varmistamaan tietoja ja seuraamaan projektin kulkua. Asetimme tarkat määräajat työskentelyllemme, jotta pysyisimme suunnittelemassamme tiukassa aikataulussa. Tarkoituksena oli saada koko projekti päätökseen kesään 2013 mennessä.

Kirjoitimme loppuraporttimme seuraten Oamk:n opinnäytetyön kirjallista ohjetta. Lisäksi huomioimme työssämme metodiohjaajaltamme ja opponenteiltamme saamamme palautteen. Raportin kielelliseen huolitteluun saimme ohjausta äidinkielen opettajalta. Raportin kirjoittaminen oli suhteellisen helppoa, koska meillä oli yhteiset suunnitelmat, millaisen lopputuloksen haluaisimme ja mitä asioita raportissa käsitteisimme. Eniten ongelmia tuotti asioiden toisto, johtuen kahdesta eri kirjoittajasta. Opponenttien ja ohjaajien avulla saimme kuitenkin tekstistä loogisen ja yhtenäisen.

Yhteistyömme onnistui kitkattomasti, eikä matkan varrelle tullut konflikteja. Toimimme tiiminä toisiamme tukien ja täydentäen. Pidimme kiinni sovituista asioista ja työskentelymme oli tehokasta niin yhdessä kuin erikseen. Tavoitteisiin pääseminen oli molemmille tärkeää, joten työskentely yhteisen päämäärän saavuttamiseksi oli sujuvaa. Prosessin aikana kokeilimme erilaisia työskentelytapoja, ja havaitsimme molemmissa sekä hyviä, että huonoja puolia. Yhdessä työskennellessä nousi esille kysymyksiä ja uusia ideoita. Saimme motivaatiota toisiltamme ja jaoinme ajatuksia puolin ja toisin. Toisaalta taas yksin tehdessä työ eteni nopeammin ja aikataulussa pysyminen oli helpompaa.



Aiheen valinta onnistui molempien mielestä hyvin, koska mielenkiintomme sitä kohtaan on säilynyt ja jopa lisääntynyt projektin edetessä. Koska aiempaa vastaavaa tuotetta aiheesta ei koulullamme ollut, lisäsi se myös tunnetta siitä, että teemme jotain arvokasta ja hyödyllistä. Tämä nosti motivaatiota työtä kohtaan huomattavasti ja sai meidät panostamaan todella paljon. Halusimme tehdä mahdollisimman hyvän tuotteen, jolla olisi käyttöä myös tulevaisuudessa ja että siitä hyötyisi mahdollisimman moni alan opiskelija. Mielestämme saavutimme projektillämme ja tuotteellemme asettamamme tavoitteet ja omat odotuksemme.

5.3 Tuotteen laadun arviointi

Tämän opinnäytetyöprojektimme tavoitteena oli valmistaa ensihoidon koulutusohjelmaan kaksi mielenterveyssimulaatiota. Simulaatioiden avulla pitkän aikavälin tavoitteena toivoimme saavuttamamme kehitystä mielenterveyskoulutuksessa, mielenterveyspotilaiden kohtaamisessa sekä valmistuvien ensihoitajien ammattitaidossa (Taulukko 1. Toiminnalliset tavoitteet). Ennen tuotteen tekemistä määrittelimme sille laatuksiteerit, joihin sen oli tarkoitus vähintään ylittää. Laatuksiteereitämme olivat asiasisällön luotettavuus ja laadukkuus, ammatillinen haastavuus, kohderyhmän huomiointi, ohjaustapah-tuman selkeys ja johdonmukaisuus, potilasturvallisuus, laadun varmistus ja kouluttajien pätevyys. Laatuksiteerit on eritelty tarkemmin liitteessä 1.

Ennalta asetettujen laatuksiteereiden pohjalta laadimme palautelomakkeen, jonka avulla pyrimme selvittämään täyttääkö tuottemme sille asetetut tavoitteet ja kriteerit. Palautteen keräsimme koulutukseen osallistuneilta opiskelijoilta sekä koulutuksen pitämiseen osallistuneilta opettajilta. Jaoimme opiskelijoiden palautteen niihin, jotka osallistuivat tekijöinä sekä katsojina että niihin, jotka osallistuivat vain katsojina. Analysoimme palautteet käsin, koska niitä oli määrällisesti vähän. Palautelomakkeessamme oli myös muutama avoin kysymys, joiden vastaukset kirjoitimme auki ja kokosimme yhteen. Muuten kysymykset koostuivat monivalintavaihtoehtoista, joista sai valita kysymystä vastaavan numeerisen arvon asteikolta 1-5 ykkösen tarkoittaessa täysin erimieltä ja viitosen ollessa täysin samaa mieltä.



TAULUKKO 3. Tekijöinä ja katsojina osallistuneet

	1	2	3	4	5
Oppimistapahtuma mielekäs					100 %
Tapahtuma ja ympäristö rauhallinen				25 %	75 %
Koulutuksen sisältö laadukas					100 %
Oppiminen tehokasta				25 %	75 %
Uusi tieto linkittyi vanhaan				37,5 %	62,5 %
Ammattitaito nousi		12,5 %		50 %	37,5 %
Saavutin onnistumisen				37,5 %	62,5 %
Asioita ei jäänyt epäselväksi			12,5 %	62,5 %	25 %
Kuinka paljon opin			25 %	62,5 %	12,5 %

TAULUKKO 4. Katsojina osallistuneet

	1	2	3	4	5
Oppimistapahtuma mielekäs				16,5 %	82,5 %
Tapahtuma ja ympäristö rauhallinen					100 %
Koulutuksen sisältö laadukas					100 %
Oppiminen tehokasta				50 %	50 %
Uusi tieto linkittyi vanhaan				33 %	66 %
Ammattitaito nousi			16,5 %	50 %	33 %
Saavutin onnistumisen			66 %	33 %	
Asioita ei jäänyt epäselväksi				33 %	66 %
Kuinka paljon opin			16,5 %	66 %	16,5 %



Karkeasti taulukkoa 3 ja 4 verratessa voi todeta, että ne jotka osallistuivat simulaatioihin tekemällä, olivat hiukan tyytyväisempiä koulutustapahtumaan kuin pelkästään katsojina osallistuneet. Suurin osa vastaajista oli kuitenkin sitä mieltä, että koulutuksen sisältö oli laadukasta ja koulutustapahtuma mielekäs sekä rauhallinen. Oppiminen koettiin tehokkaaksi ja ammattitaito koheni molemmissa ryhmissä. Viimeisessä väittämässä ”Kuinka paljon opin” asteikolla 1 tarkoitti en yhtään, 2 vähän, 3 keskinvertaisesti, 4 paljon ja 5 erittäin paljon.

Avoimella kysymyksellä kyselimme tarkemmin mitkä olivat keskeisimmät asiat, joita opiskelijat kokivat oppineensa simulaatioiden avulla. Vastauksia tekijöinä osallistuneilla olivat mm.

Mt-potilaan kohtaamisen malleja eri tilanteissa, oma työturvallisuus, lainsäädäntöön tarkennuksia.. /MT-potilaan kokonaisvaltaista hoitoa. Alaikäisen mt-potilaan hoitoa ei aikaisemmin ole juurikaan ollut. /Potilaan kohtaaminen rauhallisesti. /Tarkemmin Mt- potilaan kohtaamisesta ja mt-laista ja sen soveltamisesta käytäntöön. /M1- perusteet, virka-apupyynnön teko, alaikäisen oikeudet.

Pelkästään katsojina osallistuneiden mielipiteet olivat vastaavat:

Todella hyvä keikka varsinkin alaikäisen hoitoon liittyen. Tuli paljon pohdintaa ja näkökulmia hoitoon. Rauhallisuus ja asioiden esittäminen suoraan oli asia, jota pidin tärkeänä. Myös oma sekä asiakkaan turvallisuus tuli tärkeäksi osaksi. /Miten poliisin kanssa toimitaan, konsultaatioista, virka-apupyynnöstä.

Olimme yllättyneitä saamamme palautteen positiivisuudesta. Tuotteemme koettiin laadukkaaksi ja koulutustapahtuma onnistuneeksi. Ainoat kehittämiseen liittyvät kommentit koskivat vain katsojina osallistuneiden pitkää istumista ja toimettomuutta. Luultavasti samasta syystä myös onnistumisen kokemuksia eivät katsojat saavuttaneet samassa suhteessa kuin tekijöinä osallistuneet. Ratkaisuna tähän ongelmaan olisi resurssien lisäys, jolloin jokainen pääsisi osallistumaan simulaatioon ensihoitajan roolissa. Kuitenkin mielenkiintoista oli huomata, että molemmissa ryhmissä koettiin lähes yhtä paljon oppimiskokemuksia. Ryhmistä noin 60 % vastasi oppineensa simulaatioidemme avulla paljon.



Testiryhmämme mielipiteet kiteytyvät hyvin vapaa sana osiosta saaduista palautteista:

Hieno ja ajankohtainen simulaatiopäivä! Opin paljon! ☺ /Loistavaa tava-
raa tytöt ja hyvä juttu nämä pienryhmät. /Hyvä että annoitte ennakkoon ai-
heita tutustuttavaksi. Ne autoivat. /Todella hyvin suunniteltuja simuja. Ei
liian helppoja, mutta ei rönsyilykkään liikaa. Todella nappi veto. Ainut
miinus, että ne jotka eivät osallistuneet niin paljon istumista eikä ehkä niin
paljoa saaneet irti.

Opettajilta pyydetyn palautteen mukaan he kokivat koulutuksen sisällön laadukkaaksi ja
tuote vastasi heidän odotuksiaan. Erityisen tyytyväisiä opettajat olivat harjoitusten tark-
kaan kuvaukseen, arviointikriteereihin sekä teoriaperusteisiin joita tuote sisältää. Kaikki
kolme kokivat myös osallistumisen simulaatioharjoitukseen hyödyllisenä ja erityisesti
mielenterveysopettajat kokivat simulaatioharjoitukset innostavana opetusmenetelmänä.
He uskoivat voivansa hyödyntää tuotetta tulevaisuudessa.



6 POHDINTA

Teimme opinnäytetyönämme kaksi mielenterveyspotilaan kohtaamista käsittelevää simulaatiota. Ensimmäisessä simulaatiossa potilaana oli täysin psykoottinen henkilö ja toisessa simulaatiossa hoitoa tarvitsi itsetuhoinen nuori. Tuotekehittelyprosessin lopputuloksena syntyi sähköisessä muodossa olevat ohjeet näiden kahden simulaatioharjoituksen pitämiseen. Tuotteet sisältävät simulaation rungon esivalmisteluineen, kysymykset palautekeskusteluun, tarkistuslistan simulaation valvomista ja arviointia varten sekä muistilaput potilaita esittäville.

Idea opinnäytetyöhön lähti halusta parantaa ensihoitajien valmiuksia kohdata mielenterveyspotilaita ja tätä kautta lisätä tämän potilasryhmän saaman hoidon laatua. Ensihoidon koulutusohjelmassa ei ennestään ollut mielenterveyssimulaatioita, jolloin mahdollisuudet mielenterveyspotilaiden kohtaamiseen jäi käytännön harjoitteluiden varaan. Lisäksi harjoittelupaikkojen potilasaineisto on hyvin vaihtelevaa, jolloin on mahdollista, ettei yksittäinen opiskelija harjoittelujaksojensa aikana pääse hoitamaan esimerkiksi avoimesti psykoottista henkilöä.

Suomessa tehdyn tutkimuksen mukaan sairaanhoitajaopiskelijat kokivat itsensä epävarmoiksi ja stressaantuneiksi ennen mielenterveysharjoittelua. Heillä oli myös vääriä ennakkoluuloja mielenterveyspotilaista. Monella ei ollut aiempaa kokemusta itsetuhoisista tai harhaisista potilaista. (Jokinen ym. 2011, 625, 628.) Ennen harjoittelua pidettävillä mielenterveyssimulaatioilla näitä negatiivisia tuntemuksia voitaisiin ehkäistä, ja opiskelijat saisivat lähes aitoa kontaktia mielenterveyspotilaaseen.

Mahdollista on kuitenkin, että opiskelijat jännittävät myös simulaatioharjoituksia. Pro gradu- tutkielmassaan Joutsen (2010) selvitti, että esimerkiksi huono ryhmädynamiikka voi vaikeuttaa oppimista, koska opiskelijat pelkäävät tekevänsä virheitä muiden edessä. Meidän harjoituksissamme ryhmädynamiikan puutteesta johtuvaa jännittämistä ei havaittu. Päinvastoin pienryhmät koettiin kerätyn palautteen mukaan mieluisiksi. Kuitenkin testaustapahtumaa katsomaan tulleet useat opettajat aiheuttivat opiskelijoissa suori-
tuspaineita.



Koulutuksemme toteutustavaksi halusimme simulaation, koska se tarjoaa opiskelijalle turvallisen oppimisympäristön, käytännön harjoitusta, ohjaajan tukea ja välitöntä palautetta (Chambers ym. 2012, 411). Entuudestaan meille ensihoitajaopiskelijoille simulaatiot ovat mieluisa oppimismetodi. Niitä on käytetty laajasti koko koulutuksen aikana ja opiskelijoiden motivaatio simulaatioita kohtaan on suuri. Esimerkiksi luento-opetuksessa opiskelijat eivät pysty hyödyntämään kokemuseräistä tai tekemällä oppimista. Käytännön harjoitteluun verrattuna simulaatioharjoitukset ovat turvallisempi oppimisympäristö opiskelijalle, koska simulaatioissa virheiden tekeminen on sallittua eivätkä ne vaaranna potilasturvallisuutta. Toisaalta käytännön harjoitteluiden oikeat potilaskontaktit ovat ensiarvoisen tärkeitä ja mieluisia, mutta ehkäpä simulaatioista saisi itsevarmuutta käytäntöön. Lisäksi simulaatioharjoituksissa hyödynnetään kaikkia oppimisen osa-alueita kuten kokemuseräistä oppimista, tekemällä oppimista sekä havainnointiin perustavaa oppimista (Salakari 2007, 39–40).

Kivisen (2008) mukaan simulaatio-oppimista edistäviä tekijöitä ovat tilanteen realismi, turvallisuus, ongelmalähtöisyys sekä teorian ja käytännön yhdistyminen. Testaus-tapahtumasta keräämämme palautteen perusteella aiemmin opittu teoretieto yhdistyi uuteen, kun opiskelijat pääsivät soveltamaan tietoja käytäntöön. Simulaatioista suunnitelimme tarkoituksellisesti mahdollisimman realistiset. Käytimme potilaana aitoa ihmistä, jonka maskeerasimme tilanteen mukaisesti. Esimerkiksi itsetuhoiselle potilaalle piirsimme tekoverellä viiltelyjäljet ranteeseen. Kiinnitimme huomiota myös ympäristön asetteluun kaljatölkkien ja teräaseen avulla. Pienryhmien avulla pyrimme tekemään harjoitustilanteesta turvallisen ja rauhallisen.

Simulaation lisäksi suuri osa oppimisesta tapahtuu palautekeskustelussa eli debriefingissä. Hyvin toteutettu debriefing sisältää paljon opiskelijoiden omaa pohdintaa, jota ohjaaja lähinnä johdattaa oikeaan suuntaan. Oppiminen tehostuu, kun opiskelija saa pohtia omaa toimintaansa eri näkökulmista ja miettiä, mitä tekisi toisin vastaavassa tilanteessa. Debriefingin lopuksi käydään läpi oikeat toimintamallit ja perustelut sekä esiin nousseet ongelmat. USA:ssa tehty tutkimus tukee käsitystä debriefingin merkityksestä oppimisen kannalta. Siinä todettiin oppimistulosten olevan paremmat palautekeskustelun jälkeen kuin ennen sitä. (Horwich ym. 2011 106, 3. 437–438; Nurmi ym. 2013, 95.)



Meidän työssämme on myös painotettu palautekeskustelun merkitystä. Ajankäytännöllisesti enemmän aikaa on varattu palautekeskusteluun kuin itse simulaatioon. Kokonaisuudessaan aikaa yhteen simulaatioon on varattu yksi tunti, josta kaksikymmentä minuuttia on simulaatiota ja neljäkymmentä minuuttia palautekeskustelua. Erityisen tärkeäksi koimme sekä me että yhteistyökumppanimme huolellisesti suunnitellun ja toteutetun debriefingin, koska mielenterveyspotilaan kohtaamiseen ei ole yhtä ja ainoaa toimintamallia. Tästä syystä palautekeskustelussa kävimme läpi useat eri toimintatavat perusteluineen. Lisäksi debriefingissä keskustelimme toimintaa ohjaavista laeista ja suosituksista, kuten pakkohoidon kriteereistä.

Erityisesti ensihoitajilla todennäköisyys tulevaisuudessa mielenterveyspotilaan kohtamiseen on suuri, koska avohoitojaksot ovat yhä yleisempi hoitomuoto samalla kun osastohoitopäivät vähenevät (Psykiatrinen erikoissairaanhoito 2010, hakupäivä 22.11.2012). Kuitenkin mielenterveyshäiriöiden tunnistaminen ja hoito voi olla hyvinkin haastavaa, koska mielenterveysongelma voi ilmetä somaattisina oireina eikä potilas välttämättä tiedosta oireidensa aitoa alkuperää. Sairaudentunnottomuudessaan potilas voi vastustaa hoitoon lähtemistä ja toimia yllättävän aggressiivisesti sekä arvaamattomasti hoitohenkilökuntaa kohtaan. (Kuosmanen 2008, 480)

Tästä syystä työssämme tärkeässä roolissa ovat mielenterveyspotilasta koskevat lait (mielenterveyslaki, laki potilaan asemasta ja oikeuksista ja lastensuojelulaki). Ensihoitajien tulee toiminnassaan tiedostaa tämän erityisryhmän lainmukaiset oikeudet ja rajoitteet. Esimerkiksi pakkohoidon kriteerit tulee huomioida toiminnassa, jottei potilaan itsemääräämisoikeutta riistetä lain vastaisesti. Lisäksi potilaan ollessa alaikäinen, tulee hoitajan tietää lastensuojeluilmoituksen aiheet ja alaikäisen itsemääräämisoikeuden periaatteet.

Tekemiemme simulaatioharjoitusten oli alun perin tarkoitus tulla vain ensihoidon koulutusohjelman käyttöön. Tuotteen valmistuttua huomasimme kuitenkin, että niiden soveltaminen pienin muutoksin muiden koulutusohjelmien käyttöön on mahdollista. Kouluksemme pidettiin jo keväällä 2013 myös hoitotyön koulutusohjelman opiskelijoille. Lisäksi toinen koulutukseen osallistuneista mielenterveysopettajista esittelee tuo-



tettamme Helsingissä Vaikuttavat oppimisympäristöt terveystalalla II terveystalan koulutuksen kansallisessa konferenssissa keväällä 2013.

Projekttillemme asettamamme toiminnalliset tavoitteet ovat toteutuneet suurilta osin ja sekä lyhyen- että keskipitkän aikavälin osalta (Taulukko 1.). Keskipitkällä aikavälillä tuottemme on sisällytetty kiinteäksi osaksi ensihoitajien Mielenterveys- ja päihdetyön harjoittelujaksoa, samalla ensihoidon koulutusohjelma on monipuolistunut. Saadun palautteen mukaan opiskelijat ovat oppineet uusia tietoja ja soveltaneet niitä käytäntöön. Kyselymme mukaan opiskelijat kokivat ammattitaitonsa kehittyneen koulutuksemme myötä.

On selvää, ettei kaksi mielenterveys simulaatiota riitä kattamaan Oulun seudun ammattikorkeakoulun tarvetta. Jatkossa olisikin hyvä ja tarpeellinen idea tulevaisuuden opiskelijoille jatkaa tällaisten simulaatioiden kehittämistä niin ensihoidon kuin muiden koulutusohjelmien käyttöön. Palautetta kerätessämme kysyimme, millaisia simulaatioita opiskelijat tulevaisuudessa haluaisivat. Ehdotuksia olivat simulaatiot, joissa olisi ase, nuoria lapsia, päihtyneitä alaikäisiä, maanisdepressiivisiä potilaita, psyykkisiä traumoja tai intoksikaatioita.

Työtä tehdessämme heräsi paljon kysymyksiä koskien mielenterveyspotilaita ja yleensä heidän saamaansa kohtelua ja hoitoa. Erityisen haasteellista mielenterveyspotilaan kohtaamisessa on lakien tulkinnanvaraisuus ja alueelliset protokollat konsultaatioihin ja virka-apupyynnöihin ovat erilaiset. Ehkä tulevaisuudessa olisi hyvä yhdenmukaistaa toimintaohjeita ja kehittää tarkka sekä selkeä toimintaohje mielenterveyspotilaan kohtaamisen etenemisestä.

Opinnäytetyöprosessimme aikana lähteiden ja omien ajatusten pohjalta mieleemme tuli muutamia tutkimusaiheita. Aiemmin mainitun sairaanhoitajille tehdyn tutkimuksen (Jokinen ym. 2011, 625, 628) jatkoksi olisi mielenkiintoista tutkia, miten mielenterveys simulaatiot vaikuttavat opiskelijoiden kokemiin negatiivisiin tunteisiin ja ennakkoluuloihin ennen mielenterveysharjoittelua. Samalla saataisiin viitteitä, onko simulaatioista enemmän hyötyä ennen vai jälkeen käytännön harjoittelun. Lisäksi voisi olla aihetta toteuttaa kyselytutkimus sekä ensihoitajille että mielenterveyspotilaille. Ensihoitajilta sel-



vitettäisiin heidän kokemuksiin mielenterveyspotilaiden kohtaamisen haasteista ja omasta ammattitaidostaan kyseisen ryhmän hoitamisessa. Mielenterveyspotilailta halusimme kysyä, millaiseksi he kokevat saamansa hoidon ja vaikuttaako taustalla oleva mielenterveysdiagnoosi somaattisen oireen toteamiseen ja hoitoon pääsyyn.

Erityisesti opetusmetodin valinnan pohjalta heräsimme miettimään, kuinka paljon oppimistulokset eroavat simulaatioon osallistuvien ja katsojien välillä. Palautelomakkeesamme erittelimme oppimisen kokemukset eri osallistujaryhmien mukaan, mutta jatkossa olisi tarpeen suorittaa laajempi ja syvällisempi tutkimus aiheesta.

Kokonaisuudessaan opinnäytetyöprosessimme oli mielenkiintoinen ja antoisa. Aiheen valinta onnistui täydellisesti ja mielenkiintomme työtä kohtaan pysyi korkeana koko prosessin ajan. Simulaatioharjoituksia oli innostava suunnitella ja erityisesti harjoitusten ohjaaminen oli mielekästä. Tämän positiivisen kokemuksen jälkeen, voisimme molemmat kuvitella tulevaisuudessa pitävämme erilaisia koulutustapahtumia.



LÄHTEET

Brown J. 2008. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing. Applications of simulation technology in psychiatric mental health education 2008 (15), 638-644.

Chambers, Guise, V. M. & Välimäki, M. 2012. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing. What can virtual patient simulation offer mental health nursing education? 2012 (19), 410-418.

Clochesy, J. Howard. V. Kameg, K. Mitchell, A & Suresky J. 2009. Issues in Mental Health Nursing. Communication and Human Patient Simulation in Psychiatric Nursing. 2009 (30), 503-508.

Davise, M. Kenny, H & Stein-Parbury, J. 2005. Managing, treating, assessing and diagnosing acute psychosis in the emergency department. Australasian Emergency Nursing Journal 2005 (8), 13-20.

Gournay, K & Newell, R. 2000. Mental Health Nursing. Philadelphia: Elsevier.

Hallikainen, J. & Väisänen, O. 2007. Finnanest 2007 40 (5), 436-439.

Heiskanen, T. Salonen, K & Sassi, P. 2006. Mielenterveyden ensiapukirja. Helsinki: SMS-tuotanto, 112–158.

Herranen, M. Simulaation käyttömahdollisuudet työyhteisön kehittämisessä. Aktantti Consulting Group.

Hermanns, M. Lilly, M. & Crawley, B. 2010. Clinical Simulation in Nursing. Using Clinical Simulation to Enhance Psychiatric Nursing Training of Baccalaureate Students. 2010, 1-6

Hietaharju, P. Nuutila, M. 2011. Käytännön mielenterveystyö. Helsinki: Tammi.



- Hoitoon määrääminen. Valvira 2012. Sosiaali- ja terveystieteiden lupa- ja valvontavirasto. Hakupäivä 6.12.2011
http://www.valvira.fi/ohjaus_ja_valvonta/terveydenhuolto/mielenterveys/hoitoon_maaraaminen
- Holmström, P. 2009. Psykkiset oireet. Teoksessa Castrén, M. Kinnunen, A. Paakkonen, H. Pousi, J. Seppälä, J & Väisänen, O. Ensihoidon perusteet. Pelastusopisto. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy, 546–556.
- Horwich, T. Shinnick, M. Steadman, R. & Woo, M 2011. Clinical Simulation In Nursing. Debriefing: The Most Important Component in Simulation? 2011 (7), 105-111.
- Isohanhi, M. Suvisaari, J. Koponen, H. Kiesepä, T & Lönnqvist, J. 2011. Skitsofrenia. Teoksessa Lönnqvist, J. Henriksson, M. Marttunen, M. & Partonen, T. Psykiatria. 9. uud. p. Helsinki: Duodecim, 70–133
- Isometsä, E. Henriksson, M. Lönnqvist, J. & Marttunen, M. 2011. Itsetuhokäyttäytyminen. Teoksessa Lönnqvist, J. Henriksson, M. Marttunen, M. & Partonen, T. Psykiatria. 9. uud. p. Helsinki: Duodecim, 501–515.
- Jokinen, P, Koskinen, L. & Mikkonen, I. 2011. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing. Applications of simulation technology in psychiatric mental health education. 2011 (18), 622-628.
- Joutsen, S. 2010. Potilassimulaattori hoitotyön koulutuksessa. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Pro gradu- tutkielma.
- Jämsä, K. Manninen, E. 2000. Osaamisen tuoteistaminen sosiaali- ja terveystieteillä. Helsinki: Tammi.
- Kanerva, A. Kuhanen, C. Oittinen, P. Seuri, T & Schubert, C. 2010. Mielenterveyshoitotyö. Helsinki: WSOYpro Oy.
- Kauppila, T. 2007. Psykoottisen potilaan hoito. Teoksessa Alila, A. Matilainen, E. Mustajoki, M. & Rasimus, M. Sairaanhoidajan käsikirja. Hämeenlinna; Duodecim, 555–556.



Kivinen, E. 2008. Sairaanhoidajaopiskelijoiden arvioita simulaatiosta hoitamisen taitojen oppimisessa. Kuopion yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Pro-gradu-tutkielma.

Kokko, T. Ylikonstaapeli. Oulun poliisilaitos. 2013. Luento 4.2.2013 Taktinen ensihoito, Poliisin organisaatio ja ensihoitajan ja poliisin yhteistyö, poliisin näkökulmasta.

Kuosmanen, L. 2009. Psykiatrinen potilas ensihoidossa. Teoksessa Kuisma, M. Holmström, P & Porthan, K. Ensihoito. Helsinki: Tammi, 480–485.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785

Lastensuojelulaki 13.4.2007/417

Lastensuojelun käsikirja, Lastensuojeluilmoitus. Sosiaalialan ammattilaisille. 2012. Sosiaaliportti. Hakupäivä 17.2.2013 <http://www.sosiaaliportti.fi/fi-FI/lastensuojelunkasikirja/tyoprosessi/lastensuojeluntarve/lastensuojeluilmoitus/>

Lehtonen, L., Lönnqvist. 2011. Psykiatria ja mielenterveys. Teoksessa Lönnqvist, J & Aalberg, V. Psykiatria. 9. uud. p. Helsinki: Duodecim, 12–31.

Leppävuori, A. 1997. Delirium ja psykoosi somaattisten sairauksien yhteydessä. Teoksessa Achté, K. Forsman, H. Hupli, K. Isohanni, M. Koponen, H. Larmo, I. Lehtinen, K. Leppävuori, A. Pakaslahti, A. Pylkkänen, K. Saarinen, P. Salokangas, R. Syvälahti, E. Taajamaa, B. Tamminen, T. Tienari, P. Toskala, A. Vartiainen, A. Vartiainen, H & Vauhkonen, K. Psykoosi ja sen hoito. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino, 103–119.

Lund, V. 2010. Mielenterveysongelma. Teoksessa Castrén, M. Kurola, J. Lund, V. Martikainen, M & Silfast, T. Ensihoito-opas. 4.-5. painos. Hämeenlinna: Duodecim, 171–173, 301–303.

Lönnqvist, J. Suvisaari, J. 2011. Muut Psykoosit. Teoksessa Lönnqvist, J. Aalberg, V. Psykiatria. 9. uud. p. Helsinki: Duodecim, 134-153.



McNaughton, N. Ravitz, P. Wadell, A & Hodges, B. 2008. Psychiatric Education and Simulation: A Review of the Literature. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 2008 (Vol 53, No 2), 85-93.

Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116

Määttä, T. 2009. X-koodit. Teoksessa Kuisma, M. Holmström, P. & Porthan, K. Ensihoito. Helsinki: Tammi, 103–113.

Nurmi, E. Rovamo, L & Jokela, J. 2013. Simulaatiotilanteiden suunnittelu. Teoksessa Rosenberg, P., Silvennoinen, M., Mattila, M. & Jokela, J. Simulaatio-oppiminen terveydenhuollossa. Keuruu. Otava.

Pakaslahti, A. 1997. Psykoosien diagnoosi ja erotusdiagnostiikka. Teoksessa Achté, K. Forsman, H. Hupli, K. Isohanni, M. Koponen, H. Larmo, I. Lehtinen, K., Leppävuori, A. Pakaslahti, A. Pylkkänen, K. Saarinen, P. Salokangas, R. Syvälahti, E. Taajamaa, B. Tamminen, T. Tienari, P. Toskala, A. Vartiainen, A. Vartiainen, H & Vauhkonen, K.. Psykoosi ja sen hoito. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino, 17–35.

Pelin, R. 2009. Projekti-hallinnon käsikirja. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino oy.

Poliisilaki 7.4.1995/493

Psykiatrinen erikoissairaanhoito 2010. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, THL. 2012..
Hakupäivä 22.11.2012

http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tilastot/aiheittain/erikoissairaanhoito/psykiatrinen

Salakari, H. 2007. Taitojen opetus. Saarijärvi: Saarijärven Offset.

Silfverberg, P. 2007. Ideasta projektiksi, Projektityön käsikirja. Helsinki: Edita

Toivikko, E. 2007. Psykosomaattisesti oireilevan potilaan hoito. Teoksessa Alila, A. Matilainen, E. Mustajoki, M & Rasimus, M. Sairaanhoitajan käsikirja. Hämeenlinna; Duodecim, 555–556.



LIITTEET

Laatukriteerit

LIITE 1

Laatukriteeri	Rakennetekijät	Prosessitekijät	Tulostekijät
Tuotteen asiasisältö on luotettavaa ja laadukasta	<ul style="list-style-type: none"> -Käytettävä lähde- materiaali on tuoretta ja luotettavaa -Säännöllinen sisäl- lön ohjaus -Asiantuntijapalaute 	<ul style="list-style-type: none"> - Kohderyhmän saama tieto on ajantasaista ja pä- tevää - Asiantuntijat osallistuvat/ val- vovat oppimista- pahtumaa ja tuo- vat oman näkö- kulmansa deb- riefinkiin 	<ul style="list-style-type: none"> - Laadukas sisältö takaa ajantasaisen oppimiskokemuksen -Palautteen avulla varmistettu tuotteen käytettävyys
Ammatillinen haastavuus	<ul style="list-style-type: none"> -kohderyhmän taito- jen lähtötaso -aiemmat opinnot ai- heesta -ennakkotehtävät en- nen koulutukseen osallistumista 	<ul style="list-style-type: none"> - koulutustilan- teessa keskitytään uuteen tietoon, ei vanhan kertauk- seen -ennakkotehtävien aiheiden liittämi- nen simulaatioi- den sisältöön 	<ul style="list-style-type: none"> -uuden tiedon linkit- tyminen vanhaan opittuun -ammattillisuuden kehittyminen
Kohderyhmän huomiointi	<ul style="list-style-type: none"> -ison ryhmän jaka- minen pienempiin osiin -koulutuksen toteut- taminen kohderyh- 	<ul style="list-style-type: none"> -koulutukseen osallistuu kerral- laan vain puoli luokkaa, n. 10 ih- mistä 	<ul style="list-style-type: none"> -mielekäs oppimis- tapahtuma, jolloin oppiminen tehok- kaampaa



	<p>mälle tutulla tavalla, eli simulaationa</p> <p>-kohderyhmälle tutut tilat, vetäjät ja koulutuksen tyyli</p>	<p>-koulutus etenee samalla kaavalla kuin kohderyhmän aiemmat vastaavat koulutustapahtumat</p>	<p>- turvallisuuden tunne joka vahvistaa oppimiskokemusta</p> <p>-onnistuneen kokemuksen saavuttaminen</p>
<p>Ohjaustapahtuman selkeys ja johdonmukaisuus</p>	<p>-selkeä työnjako osallistuvien vetäjien kesken</p> <p>- tilanteen selkeä tauotus ja eteneminen</p> <p>- aikataulussa pysyminen</p> <p>- simulaatio-koulutuksen eteneminen aina samalla kaavalla</p>	<p>-aikataulu ja koulutuksen etenemisjärjestys tiedotettu osallistujille etukäteen</p> <p>-etukäteen määritetty henkilö joka huolehtii aikataulun noudattamisesta</p> <p>- tilanteen vetäjät tietävät omat vastualueensa ja toimivat niiden mukaisesti</p>	<p>-tehokkaan oppimisen mahdollistaminen</p> <p>-rauhallisen oppimistapahtuman ja ympäristön takaa hyvän oppimisen</p>
<p>Potilasturvallisuus</p>	<p>-koulutuksen asiassällön luotettavuus</p> <p>-Käypä hoito suositukset</p>	<p>-laadukas debriefing jossa tärkeimmät asiat käsitellään uudelleen -debriefinkiin osallistuvat alan asiantuntijat</p>	<p>-opiskelija saa oikeaan tietoon perustuvan oppimiskokemuksen → ei jää väärää käsityksiä potilaan hoidosta</p>



Tuotteen laadun varmistus	-palautteen pyytäminen kirjallisesti ja tuotteen muokkaaminen sen perusteella	-kyselylomake, johon vastaavat testausryhmä sekä asiantuntijat	-tuote on kaikin puolin laadukas ja vastaa tilaajan toiveita
Kouluttajien pätevyys	-kouluttajien taidot aiheesta -kouluttajiksi vain aiheeseen perehtyneitä ja osaavia ohjaajia -kouluttajalla on kokemusta myös simulaatiokoulutuksen vetämisestä	-kouluttajat osaavat vastata opiskelijoiden esittämiin kysymyksiin -kouluttajat osaavat käyttää välineitä ja laitteita -kouluttaja osaa ohjata harjoitusta oikeaan suuntaan ja varmistaa oppimistavoitteiden toteutumisen	-kouluttajien ammatitaito laajenee - osaavat kouluttajat mahdollistavat opiskelijan oppimisen -kouluttajat saavat lisää taitoa ja varmuutta mielenterveyspotilasta koskevien simulaatioiden vetämiseen