

Saimaan ammattikorkeakoulu  
Sosiaali- ja terveysala  
Ensihoidon koulutusohjelma

Laura Karisalmi, Eeva Saksanen ja Hanni-Maria Kaljunen

# **Psykiatrisen potilaan hoidon tarpeen arviointi Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden ensihoidossa**

Opinnäytetyö 2015

## Tiivistelmä

Laura Karisalmi, Eeva Saksanen ja Hanni-Maria Kaljunen

Psykiatrisen potilaan hoidon tarpeen arviointi Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyspiirin ensihoidossa, 36 sivua, 4 liitettä

Saimaan ammattikorkeakoulu

Ensihoidon koulutusohjelma

Opinnäytetyö 2015

Ohjaajat: lehtori Vuokko Koironen, Saimaan ammattikorkeakoulu, kenttäjohtaja

Petteri Alavahtola, Eksote ensihoito, apulaisosastonhoitaja Tuija Karjalainen,

Eksote aikuispsykiatria

Tässä toiminnallisessa opinnäytetyössä kehitettiin vuokaaviotyypin haastattelumalli psykiatrisen potilaan hoidon tarpeen arviointiin ensihoidossa. Tavoitteena oli yhdenmukaistaa psykiatrisen potilaan haastattelua ja tutkimista ja näin ollen parantaa psykiatrisen potilaan hoitoa Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyspiirin (Eksote) ambulansseissa. Haastattelumallin tarkoituksena oli myös kiinnittää ensihoitajien huomiota psykiatristen potilaiden somaattiseen tutkimiseen. Sen tarkoitus on lisätä potilasturvallisuutta ja auttaa potilaan oikean hoitopolun valitsemisessa. Opinnäytetyön taustalla vaikutti Eksoten uusi strategia 2014-2018, jonka arvoissa korostetaan muun muassa vanhojen tottumusten kyseenalaistamista ja halua saada yhteinen ymmärrys työntekijöiden ja asiakkaan välille. Haastattelumalli tehtiin yhteistyössä työelämänedustajien kanssa.

Haastattelumalli kehitettiin kirjallisuuskatsauksen ja jo olemassa olevien psykiatrisen potilaan haastatteluun tarkoitettujen kaavioiden sekä työelämän ohjaajien parannusehdotusten pohjalta. Haastattelumallin toimivuuden testaus rajattiin tämän opinnäytetyön ulkopuolelle. Tavoitteena oli tehdä myös kuljetusohje psykiatrisen potilaan kuljettamiseen Eksoten alueella, mutta sen tuotti mielenterveys- ja päihdepalveluiden ylilääkäri Juha Kempainen. Saimme luvan liittää ohjeen työmme liitteeksi.

Tuotoksena syntynyt yhden A4-arkin kokoinen vuokaaviomuotoinen haastattelumalli on tarkoitettu käyttöön Eksoten ambulansseissa, jolloin siitä on hyötyä työntekijöille systemaattisen haastattelun suorittamisessa. Haastattelumalli tarjoaa työvälineen esimerkiksi aloitteleville ensihoitajille tai opiskelijoille psykiatrisen potilaan hoitotyössä.

Jatkotutkimuksena olisi hyvä analysoida haastattelumallin käyttöönottoa, käytettävyyttä sekä paranneltavia kohtia. Lisäksi olisi mielenkiintoista tutkia ensihoitajien asenteita psykiatrasta potilasta kohtaan.

Asiasanat: ensihoito, psykiatrisen potilas, haastattelu, psykiatria, mielenterveys, hoitotyö

## **Abstract**

Laura Karisalmi, Eeva Saksanen ja Hanni-Maria Kaljunen

Assessing the treatment needs of psychiatric patients in South Karelia Social and Health Care District paramedical service, 36, 4 Appendices

Saimaa University of Applied Sciences

Health care and Social Services, Lappeenranta

Degree Programme in Paramedical Sciences

Bachelor's Thesis 2015

Instructors: Ms Vuokko Koiranen, Senior Lecturer, Saimaa University of Applied Sciences, Mr Petteri Alavahtola, Paramedic field manager, South Karelia Social and Health Care District, Mrs Tuija Karjalainen, Assistant Head Nurse, PS1 South Karelia Social and Health Care District

The purpose of the study was to develop a flow chart for the evaluation and interviewing of psychiatric patients for the South Karelia Social and Health Care District paramedical service. The objective of the flow chart was to unify the assessment of the patient, and hence improve the treatment of the patient and ensure that the patient receives the right kind of treatment and is transported to the right place for treatment. One of the purposes of the flow chart was also to rule out the possibility of a physical illness causing the symptoms.

The flow chart was designed based on information gathered from literature, and already existent psychiatric assessment forms. The flow chart was developed in collaboration with the instructors of both fields, psychiatric nursing, and the field management of the South Karelia Social and Health Care district paramedic service. The flow chart model was not tested in this study.

As a result of this project a one page long flow chart was made. The flow chart is meant to be used in the ambulances of the South Karelia Social and Health Care district as a guideline for the psychiatric assessment of the patient.

Keywords: psychiatric patient, assessment, interview, paramedic nursing, mental health

## Sisältö

1 Johdanto .....	5
2 Opinnäytetyön toteutus .....	6
2.1 Aineistonkeruumenetelmät .....	6
2.2 Käytännön toteutus .....	7
3 Psykiatrisen hoidon linjaukset .....	8
3.1 Eksoten strategia 2014-2018.....	9
3.2 Psykiatrisen potilaan hoitoa koskevat lait .....	9
4 Psykiatrinen potilas ensihoidossa .....	11
4.1 Skitsofrenia.....	16
4.2 Päihteet ja lääkkeet .....	20
4.3 Somaattiset sairaudet.....	21
4.4 Masennushäiriöt .....	22
4.5 Itsetuhokäyttäytyminen .....	23
4.6 Persoonallisuushäiriöt .....	26
4.7 Väkivaltainen potilas ja työturvallisuus .....	26
4.8 Elimelliset aivo-oireyhtymät.....	28
5 Haastattelumallin ja kuljetusohjeen kehittäminen.....	29
5.1 Haastattelumalli .....	29
5.2 Kuljetusohje Eksoten alueella.....	30
6 Pohdinta.....	31
Lähteet.....	34

## Liitteet

Liite 1 Haastattelumalli psykiatrisen potilaan hoidon tarpeen arvioon

Liite 2 Ohje ensihoidolle psykiatrisen potilaan kuljettamisesta

Liite 3 Tutkimuslupahakemus

Liite 4 Tutkimuslupa

## 1 Johdanto

Olemme valinneet opinnäytetyömme aiheeksi psykiatrisen potilaan hoidon tarpeen arvioinnin, sillä Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyspiirin (Eksote) alueella ei ole käytössä yhtenäistä haastattelumallia psykiatrisen potilaan haastatteluun eikä ohjetta kuljetuspaikan valintaan. Lähtökohtana työllemme on pyrkimys yhdenmukaistaa psykiatrisen potilaan huomiointi ja havainnointi ensihoidossa.

Mielenterveyshäiriöissä tyypillistä on sairastumisen ja hoitoon hakeutumisen välillä oleva viive. Tätä viivettä lisäävät myös kielteiset asenteet mielenterveyden häiriöihin sekä potilaan lähipiirissä että hoitohenkilökunnassa. Myös leimaantumisen pelko viivyttää usein hoitoon hakeutumista. (Kuhanen, Oittinen, Kanerva, Seuri & Schubert 2010, 80-81; Vuorilehto, Larri, Kurki & Hätönen 2014, 16.) Lisäksi masennustilan tunnistamista vaikeuttaa se, että hoitoon hakeutumisen syy on hyvin usein (69 %) somaattinen. Hoitopolku on tärkeä aloittaa jo heti ensikontaktissa. Näin hoito saa potilaan kannalta parhaan mahdollisen alun. (Eksote 2014-2018, 7.) Luottamuksellisuus on tärkeä pyrkiä muodostamaan jo ensihoidossa, sillä se on yksi yhteistyösuhteen onnistumisen edellytyksistä. Tämä lisää myös hoitomyyntyvyyttä. (Kuhanen ym. 2010, 155.)

Puoltava tekijä työllemme on Eksoten strategia 2014-2018 ja siitä erityisesti arvot. Niiden tarkoitus on saada yhteinen ymmärrys työntekijöiden ja asiakkaiden välille. Yhteisiin arvoihin kuuluvat muun muassa halu ottaa vastuuta ja mutkaton vuorovaikutus. Nämä ovat olennaisessa osassa kehitettäessä haastattelumallia. (Eksote 2014-2018, 7.)

Psykiatrisen potilas ensihoidossa on aiheena ajankohtainen, sillä laitospaikkoja vähennetään jatkuvasti ja avohuollossa on enenevässä määrin potilaita (Kuhanen ym. 2010, 45; Kuisma, Holmström, Nurmi, Porthan & Taskinen 2013, 657; Psykiatrisen erikoissairaanhoidon 2012). Ainoastaan viidesosalla mielenterveyshäiriöistä kärsivillä potilailla on riittävä hoitosuhde ja yli puolet on ilman minkäänlaista hoitoa (Lönnqvist, Henriksson, Marttunen, Partonen (toim.) 2011, 630). Myös ensihoidossa on kiinnitettävä huomiota mielenterveyden häiriöiden havainnointiin, sillä varhaisella hoidolla ja havaitsemisella voidaan ehkäistä esimerkiksi skitsofrenian kroonistuminen tai vaikeutuminen. Asia voi

tuntua vieraalta ensihoitajien työtavoissa, mutta tämä sekundääripreventio sekä myöhäisempi tertiääripreventio eli mielenterveyshäiriöiden hoito ja kuntoutus ovat nykyisin avainasemassa mielenterveyden edistämässä psykiatriassa. (Lönqvist ym. 2011, 26.)

Opinnäytetyömme koostuu teoriaosuudesta, haastattelumallista ja ohjeesta kuljetuspaikan valintaan. Teoriaosuudessa käsittelemme työmme kannalta keskeisiä lakeja ja tavoitteita sekä kuvaamme mielenterveyshäiriöitä. Lisäksi kuvaamme haastattelumallin kehittämisprosessin.

Tavoitteenamme on tuottaa ensihoitajien käyttöön vuokaaviotyypinen haastattelumalli psykiatrisen potilaan haastatteluun sekä kuljetusohje psykiatrisen potilaan kuljetuspaikan valintaan Eksoten alueella.

Opinnäytetyömme tuotoksen tavoitteena on antaa toimiva työväline psykiatristen potilaiden kohtaamiseen kentällä. Haastattelumallimme tarkoitus on selkiyttää ja johdonmukaistaa kohtaamista psykiatrisen potilaan kanssa ja antaa ohjenuoraa esitettäville kysymyksille. Haastattelu on psykiatrisen potilaan tärkein tutkimustapa, mutta haastattelumallimme huomioi myös somatiikan perustutkimukset, jotka kuuluvat olennaisena osana potilaan kliiniseen tutkimiseen. Psykiatrisen potilaan somaattiseen tutkimiseen täytyy kiinnittää huomiota, sillä psykiatristen hoitopaikkojen puolella somaattinen hoito on rajallista ja riskit potilaan henkeä uhkaaviin vaaratilanteisiin ja hoidon viivästymiseen nousevat. (Kuisma ym. 2013, 119.)

## **2 Opinnäytetyön toteutus**

### **2.1 Aineistonkeruumenetelmät**

Aineistonkeruumenetelmänä ja teoriaosan pohjaksi teimme kirjallisuuskatsauksen psykiatrian ja ensihoidon lähdekirjallisuudesta.

Tutkittua tietoa psykiatrisen potilaan kohtaamisessa löytyi hyvin vähän. Löydetty tieto ei välttämättä aina ollut näyttöön perustuvaa, vaan kuten muilla psykiatrian osa-alueilla, hoitokäytännöt ovat saattaneet perustua aiemmin pelkkiin työntekijöiden henkilökohtaisiin toimintamalleihin, mieltymyksiin ja kliiniseen

kokemukseen sekä auktoriteettien mielipiteisiin (Tuunainen, Wahlbeck, Pörtfors, Englund, Heino & Ekqvist 2003, 2034). Ohjeistukset ja suositukset kohdistuivat mielenterveyspalvelujen kehittämiseen kuntien ja sairaanhoitopiirien tehtävänä avoterveydenhuollossa ja hoidon tarpeen arvioinnin kehittämiseen mielenterveysvastaanotolla, mutta ohjeistusta ensihoitoon emme löytäneet.

Saimme materiaalia myös Eksoten internetsivuilta sekä tiedonantona Mielenterveyspäivystys- ja arviointipoliklinikalta. Keskusteluissa työelämänohjaajiemme kanssa saimme käytännön näkemyksiä huomioitavista asioista. Kuljetusohjeen saimme Eksoten Mielenterveys- ja päihdepalveluiden ylilääkäri Juha Kempkiseltä.

## **2.2 Käytännön toteutus**

Aloimme ryhmämme kanssa syksyllä 2014 kartoittaa opinnäytetyömme sisältöä. Rajasimme työmme koskemaan aikuisia psykiatrisia potilaita. Päihdeongelmat rajasimme pois, vaikkakin ne hyvin usein esiintyvät yhdessä mielenterveyshäiriöiden kanssa. Kävimme keskusteluja työelämänohjaajiemme kanssa haastattelumallin muodosta ja sen mahdollisimman hyvästä käytettävyydestä. Keskustelujen pohjalta saimme näkemystä tärkeistä asioista, joita psykiatrian vastaanotettava taho toivoisi huomioitavan. Näitä olivat esimerkiksi asunnon havainnointi.

Talven 2014-2015 aikana kokosimme teoriaosuuteen lähdemateriaalien pohjalta koosteen yleisimmistä psykiatrisista sairauksista, joita ensihoidossa kohdetaan. Koosteen avulla saimme kattavan kuvan asioista, joita haastattelumallimme tulisi. Haimme tutkimuslupaa Eksotelta ja se myönnettiin 14.1.2015. (Liitteet 3 & Liite 4.)

Ryhmämme piti tapaamisten välillä yhteyttä pääasiallisesti sähköpostin välityksellä. Välitimme opinnäytetyöstämme täydennettyjä versioita sekä ohjaavalle opettajalle että työelämäohjaajille, joiden näkemysten mukaan muokkasimme sisältöä ja painopistealueita.

Teknisiä haasteita toi haastattelumallin tekeminen. Meillä ei ollut käytössämme erityisesti vuokaavioiden toteuttamiseen tarkoitettuja ohjelmia, joten haastatte-

lumalli päätettiin toteuttaa Microsoft Office Word 2010 -ohjelmalla. Teoriakoosten pohjalta teimme luonnoksen haastattelumallista, jota muokkasimme ja täydensimme projektimme edetessä. Valmiit tuotokset tulevat sähköisessä muodossa Eksoten intranetin materiaalipankkiin, josta niitä on helppo ottaa käyttöön ja tarvittaessa päivittää.

Opinnäytetyö toteutettiin toiminnallisena. Sen tavoitteena on ohjeistaa, opastaa tai selkiyttää käytännön toimintaa. Tuotoksena voi esimerkiksi olla perehdytyskansio tai toimintaohje. Tärkeää toiminnallisessa opinnäytetyössä on käytännön toteutus ja sen raportointi. (Vilka & Airaksinen 2004, 9.)

### **3 Psykiatrisen hoidon linjaukset**

Psykiatrisia sairaalapaikkoja on vähennetty, ja hoitoajat ovat lyhentyneet, mistä seuraa se, että yhä useammat potilaat tarvitsevat sairaalan ulkopuolista ensihoitoa. Ensihoidolla on suuri merkitys esimerkiksi tahdonvastaiseen hoitoon toimittamisessa. Psykiatristen ensihoito-potilaiden erityispiirteitä on muun muassa se, että he voivat olla yhteistyökyvyttömiä tai -haluttomia eivätkä tunnista omaa avun tarvettaan. Mielenterveysongelmat ja päihteiden väärinkäyttö kulkevat usein käsi kädessä. Päihtymys voi vaikeuttaa potilaan hoidon tarpeen arviointia oleellisesti, mutta ei saa estää hoidon järjestämistä terveydenhuollossa.

Ensihoidossa psykiatrisen potilaan hoitamisen tärkeimpiä työvälineitä on puhuminen ja kuunteleminen. Tämä on aikaa vievä prosessi, joka ei hektisen työtahdin, resurssipulan ja rajallisen ajankäytön takia ole aina ensihoitajan näkökulmasta mielekäästä. Silti potilaan luottamuksen saavuttamiseksi aikaa tulisi varata ja kuunnella potilasta aktiivisesti. Aina pelkkä puhe ei riitä, vaan joskus potilaan itsemääräämisoikeuteen tulee puuttua potilaan ja kaikkien osapuolten turvallisuuden vuoksi. Itselleen tai lähipiirilleen vaarallisen potilaan hoitoon saattaminen edellyttää selkeää toimintasuunnitelmaa ja rohkeaa päätöksentekoa. (Kuisma ym. 2013, 657-658.)



### **3.1 Eksoten strategia 2014-2018**

Eksoten uuden strategian missiona on tukea asiakasta omatoimisesti edistämään hyvinvointiaan ja terveyttään sekä tarjota hänelle palvelutarpeeseen perustuvat ja vaikuttavat sosiaali- ja terveyspalvelut. Tavoitetaan, että Eksoten uudessa strategiassa tiivistää kahteen sanaan: *toimintakykyisenä kotona*. Käytännössä strategian missio tarkoittaa sitä, että asiakkaan on huolehdittava omasta toimintakyvystään ja hyvinvoinnistaan omatoimisesti. Eksote on kehittänyt sähköisiä matalan kynnyksen palveluja, joilla asiointi on asiakkaalle helppoa. Hoito- ja palvelumallit ovat kotilähtöisiä ja kuntouttavia. Kiireellinen hoito ja kriisiapu ovat tietysti helposti saatavilla.

Strategiaan laadituilla arvoilla on tarkoitus kuvata Eksoten toiminnan peruseriaatteita. Arvoja ovat muun muassa yhteistyö asiakkaan kanssa. Tavoitteena on se, että asiakas tuntee olevansa arvostettu ja hänen toiveensa huomioidaan. Huolehditaan myös siitä, että asiakkaan on helppo saada palvelua ja hänen kanssaan keskustellaan avoimesti hoidosta ja hoitosuunnitelmista. Arvoihin kuuluvat myös vuorovaikutukseen panostaminen ja halu ottaa vastuuta. Uudistuminen ja vastuunotto ovat myös keskeisiä arvoja Eksoten uudessa strategiassa. Puututaan epäkohtiin ja etsitään niihin ratkaisuja. Kyseenalaistetaan nykyisiä toimintatapoja ja halutaan kehittää uusia. Eksoten uusi strategia ja arvot toimivat eräänlaisena opinnäytetyömme ohjenuorana, jonka tarkoituksena on edistää psykiatrisen potilaan hoidon arviointia ja oikean hoitopaikan valintaa sekä antaa potilaalle parasta mahdollista hoitoa.

### **3.2 Psykiatrisen potilaan hoitoa koskevat lait**

Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785 säädetään sairaan- ja terveydenhoidon potilaan oikeuksista ja asemasta hoitoon ja potilaana olemiseen liittyen. Laissa säädetään muun muassa tasapuolisesta kohtelusta, hoitoon pääsyn ajankohdista ja tiedonsaantioikeudesta. Kaikki lain kohdat koskevat myös psykiatrista potilasta ja hänen hoitoaan. Laissa säädetään myös potilaan itsemääräämisoikeudesta. Tahdosta riippumattomasta hoidosta

säädetään erikseen mielenterveyslaissa, päihdehuoltolaissa ja kehitysvammaisten erityishuollosta annetussa laissa.

Tässä laissa säädetään myös potilasasiamiehistä, jonka tehtävänä on neuvoa potilaita tähän lakiin liittyvissä asioissa.

Mielenterveyslaissa 14.12.1990/1116 säädetään, mitä on mielenterveystyö ja kenelle mielenterveyspalveluita annetaan. Lain mukaan mielenterveyspalvelut on ensisijaisesti järjestettävä avopalveluina laitoshoidon sijaan. Laissa kerrotaan myös valtion mielisairaaloissa annettavasta hoidosta. Tällä hetkellä Suomessa on kaksi valtion mielisairaala: Niuvanniemen sairaala Kuopiossa ja Vanhan Vaasan sairaala. Näihin sairaaloihin sijoitetaan potilaita, joiden hoitaminen on erityisen vaarallista tai erityisen vaikeaa. Sairaaloiden toiminnasta säädetään vielä erikseen valtion mielisairaaloista annetussa laissa.

Mielenterveyslaissa säädetään myös tahdonvastaisesta hoidosta. Laissa määritellään tahdonvastaiseen hoitoon määräämisen kriteerit sekä käytännöt alaikäisten potilaiden saattamisesta hoitoon.

Tahdonvastaisen hoidon polku alkaa lain mukaan tarkkailulähetteestä eli M1-lähetteestä, jonka tekee terveyskeskuksen tai sairaalan lääkäri. Kun tarkkailulähete on tehty, potilas voidaan ottaa sairaalaan tarkkailuun vasten tahtoaan.

Viimeistään neljäntenä päivänä tarkkailuun ottamisesta, lääkäri tekee kirjallisen tarkkailulausunnon. Tarkkailulausunnosta tulee käydä ilmi, ovatko edellytykset tahdosta riippumattomaan hoitoon määräämisestä olemassa.

Potilasta voidaan lain mukaan pitää hoidossa vasten tahtoaan enintään kolme kuukautta. Jos kuitenkin ennen tämän ajan päättymistä näyttää vahvasti siltä, että potilas tarvitsee pidempiaikaista hoitoa, hänen tilastaan on tehtävä uusi tarkkailulausunto.

Mielenterveyslaissa tahdonvastaista hoitoa käsittelevissä momenteissa säädetään myös potilaan oikeuksista tahdonvastaisen hoidon aikana. Potilaalla on muun muassa oikeus saada mahdollisuus ulkopuolisen lääkärin arvio ja

lausunto tilastaan ja hoidon tarpeesta. Potilaalla on myös oikeus valita ulkopuolinen lääkäri, jonka haluaa itsensä arvioivan.

Mielenterveyslain kolmannessa luvussa säädetään rikoksesta syytetyn mielentilatutkimuksia ja hoitoon määräämistä koskevia asioita. Laissa on erikseen säädetty myös kohdat kehitysvammaisten rikoksesta syytettyjen hoitoon määräyksestä ja erityistason psykiatrisesta sairaanhoidosta. Neljäs luku käsittelee rikoksesta tuomitsematta jätetyn potilaan psykiatrista hoitoa ja potilaan perusoikeuksien rajoittamista.

Päihdehuoltolaissa 17.1.1986/41 hoitoa käsitellään päihdehuollon näkökulmasta. Lain ensimmäisessä luvussa säädetään päihdehuollon järjestämisestä, kehittämisestä ja huollon tarpeesta. Toisessa luvussa käsitellään tahdonvastaista hoitoa. Hoitoonmääräämiskriteerit ovat sisällöltään lähes samat kuin mielenterveyslaissa; jos potilas on päihteidenkäytön takia vaaraksi itselleen tai muille, tai jos päihteidenkäyttö aiheuttaa hänelle sairauden tai vamman joka saattaa hänet välittömään hengenvaaraan. Terveysvaaran ja väkivaltaisuuden perusteella hoitoon määräämisestä on säädetty erikseen lain momenteissa 11, 12 ja 13.

Päihdehuoltolaissa määritellään myös paljon päihdehuollon asiakkaan oikeuksia hoidon järjestämiseen liittyen sekä muutoksenhausta hoitoon.

Terveysten- ja sairaanhoidon asiakkaiden ja potilaiden oikeuksista säädetään myös sosiaalihuoltolaissa 17.9.1982/710.

#### **4 Psykiatrinen potilas ensihoidossa**

Ensihoidossa yleistutkimus aloitetaan kaikilla potilailla samalla tavalla. Kun ensiarvio ja välittömät henkeä pelastavat toimenpiteet on tehty, tai välittömästi henkeä uhkaavan peruselintoimintojen häiriö on poissuljettu, voidaan tehdä tarkempi tilannearvio. Potilaasta silmämääräisesti saatava ensivaikutelma kertoo paljon. (Alaspää & Holmström 2013b, 121.) Psykiatrisen potilaan

tutkiminen on ennen kaikkea keskustelua ja potilaan ulkoisen olemuksen havainnointia (Vuorilehto 2013, 657). Potilaan haastattelun tarkoituksena on saada potilas puhumaan, ja kerätä ennalta suunniteltua tietoa. Tutkimisen lisäksi haastattelulla pyritään luottamuksellisen ja turvallisen vuorovaikutuksen rakentamiseen. (Vuorilehto ym. 2014, 112-113.)

#### Haastattelun suorittaminen

Ulkoisten seikkojen tärkeys on muistettava, sillä ne ovat välttämättömiä potilaan luottamuksen saavuttamiseksi. Näitä ovat henkilökohtainen siisteys, ulkoasu, esittäytyminen, varma ja hätiköimätön toiminta. Haastattelemineen vaatii tekijältään kuuntelu- ja eläytymiskykyä. Hyvä käytös ja suvaitsevaisuus antavat hyvän kuvan auttajien taidoista. (Alaspää & Holmström 2013a, 122.)

Haastattelutilanne on rauhoitettava, ja potilas ohjataan mahdollisuuksien mukaan istumaan. Potilas olisi hyvä saada katsekontaktiin haastattelijan kanssa. Potilaaseen tulisi luoda katsekontakti varsinkin oman kysymyksen esittämisen jälkeen. (Vuorilehto ym. 2014, 113.) Muistiinpanot kannattaa tehdä vasta haastattelun alkuvaiheen jälkeen, jotta potilaalle välittyisi kuva siitä, että hänen huoliaan kuunnellaan ja huomio on täysin hänessä. Mitä enemmän potilas puhuu, sitä parempi kuva hänen ajattelunsa loogisuudesta muodostuu. Tärkeissä kohdissa potilaan tuleekin antaa puhua keskeytyksettä. (Kuhanen ym. 2010, 183, Vuorilehto ym. 2014, 115.)

Potilaan haastattelutaidon kulmakiviä ovat aktiivinen kuuntelu katsekontaktissa (potilaan ehdoilla; potilas voi valita katsooko hän haastattelijaa), avoimet ja suljetut kysymykset, potilaan verbaaliseen ja nonverbaaliseen viestintään reagointi (esimerkiksi ilmeet, eleet, äänensävy ja niiden muutokset), keskeytyksetön kuunteleminen. Tärkeää on rohkaisu puhumiseen esimerkiksi nyökkäilemällä ja esittämällä tarkentavia kysymyksiä, jotka osoittavat, että haastattelijaa on kuunnellut potilasta tarkkaavaisesti. (Vuorilehto ym. 2014, 114-115).

Potilaan käyttäytymisestä tulee huomioida muun muassa pelokkuus, rauhallisuus, kiihtyneisyys ja aggressiivisuus sekä potilaan motoriikka (makaaminen hiljaa paikallaan tai vaeltelu edestakaisin huoneessa) ja sen

tyyppi (esimerkiksi jähmeys, ontuminen, poikkeava asento, lysähtäminen kasaan). (Silfast, Castrén, Kurola, Lund, Martikainen 2013, 296, Alaspää & Holmström 2013b, 121). Yleisvaikutelmaan kuuluu myös arvio potilaan katseesta: pälyilevä, ei katsekontaktia, alituiseen katseen paikkaa vaihtava (Alaspää & Holmström 2013b, 121). Ensihoitajat ovat myös ainut linkki potilaan kodin ja seuraavan hoitopaikan välillä, joten potilaan ympäristöön ja elinolosuhteisiin tulee kiinnittää huomiota. Potilaan somaattisesta tilasta tulisi olla selvillä tietyt perusparametrit, kuten verenpaine, pulssioksimetrillä mitattava happisaturaatio ja syketaajuus, verensokeri ja lämpötila.

Potilaan orientoitumisesta saadaan suuntaa helposti ja nopeasti kysymällä potilaalta tutkimushetken aikaa (mikä vuosi, kuukausi, viikonpäivä ja päivä) ja tutkimuspaikkaa (maa, paikkakunta ja sijaintipaikka) (Alaspää & Holmström 2013c, 153-154). Epätietoisuus päivämäärästä ei ole epätavallista, mutta vuodenajan unohtaminen on merkki kognitiivisten toimintojen häiriöstä. Päihtymysepäily kannattaa varmistaa puhalluttamalla. (Vuorilehto ym. 2014, 118.)

Haastattelun aikana selvitettäviä asioita ovat muun muassa

- mikä on potilaan tämänhetkinen ongelma ja oireet, kyseisten oireiden alkamishetki, kesto, kehitymissuunta ja nopeus
- potilaan väkivaltaisuus, itsetuhovietti, masentuneisuus, ahdistuneisuus
- potilaan orientaatio ja oma käsitys tilanteesta
- onko potilaalla harhoja
- esitiedot: mahdollinen ennakoiva oireilu, altistavat tekijät, poikkeuksellisten tekijöiden kytkeytyminen vaivan alkuun (vammat, lääkityksen muutokset, päihteet ym.)
- muut löydökset ja oireet (perusparametrit) (Alaspää & Holmström 2013b, 121.)

Olisi hyvä selvittää myös onko vaivaa esiintynyt aiemmin, miten sitä on silloin hoidettu ja millainen oli hoitojen vaste (Alaspää & Holmström 2013b, 121; Merlot Medi- ensihoitokaavake). Valitettavasti perinpohjaiselle haastattelulle ei aina jää aikaa. Vaikka esitiedot muodostavat kokonaiskuvan potilaan tilanteesta ja ongelman taustoista, kannattaa haastattelutilanteen ollessa kiireinen keskittyä nykyhetkeen. (Vuorilehto ym. 2014, 113.)

Potilaasta havainnoidaan pupillien koko, josta saa viitteitä huumeidenkäytön mahdollisuudesta (pienet pistemäiset pupillat viittaavat opiaatteihin, laajat piristäviin kuten amfetamiini), pistojäljet tai muut huumeiden käytön merkit ympäristöstä sekä muiden myrkytysten oireet (lääkkeet, alkoholi). On selvitettävä mielenterveysongelman laatu, ja jos potilas ei itse pysty kertomaan, voidaan tätä kysellä omaisilta (onko potilaalla masennusta, itsemurha-aikeita, harhoja tai psykoottisuutta, unettomuutta, stressiä, päihteiden tai lääkkeiden väärinkäyttöä). Selvitettäviä asioita ovat myös ongelman ajallinen kesto ja saadut hoidot sekä niiden teho, käytössä olevat lääkitykset ja viimeisin hoitopaikka. (Silfast ym. 2013, 296).

Lääkärin suorittamassa haastattelussa otetaan selvää psykiatrisen potilaan senhetkisestä todellisuudentajusta (erotettava psykoottinen ja deliriumpotilas), mielialasta (tavallinen, lievästi/keskivaikeasti/ vaikeasti masentunut vs. hypomaaninen/ maaninen) ja tunnereaktioista, masentuneen potilaan mahdollisista itsetuhoajatuksista hoidontarpeen ja hoidon kiireellisyyden arvioimiseksi sekä kognitiivisista toiminnoista, hahmottamisesta, keskittymiskyvystä ja kyvystä abstraktiin ajatteluun. (Laukkala 2013.) Samat yleisperiaatteet ovat kuitenkin muidenkin terveydenhoidon ammattilaisten sovellettavissa (Lönqvist 2008b, 33). Ensihoidossa resurssit ovat rajalliset eikä syvälinen haastattelu ole aina ajallisesti mielekästä, mutta havainnoimalla potilaan käyttäytymistä sekä ennalta suunnitellulla systemaattisella haastattelulla voidaan saada alustavaa kuvaa potilaan mielenterveyden tilasta ja psykiatrisen avun tarpeesta.

Useimmat psykiatriset potilaat hakeutuvat hoitoon itsenäisesti ja vapaaehtoisesti esimerkiksi terveyskeskuksen, psykiatrian poliklinikan, mielenterveystoimiston, somaattisen sairaalan tai yksityisen lääkärin läheteellä.

Vaihtoehtona on myös tarkkailulähete, jossa potilaan arvioidaan tarvitsevan sairaalahoitoa oireidensa perusteella. Hoitoon ottamisesta päättää vastaanottavan osaston lääkäri tai päivystävä lääkäri. Ennen sairaalahoitoon toimittamista potilaasta selvitetään hänen elämäntilanteensa ja sen mahdollisesti edellyttämät lisätoimenpiteet. Terveyskeskuslääkärillä on mielenterveyslain mukaan toimintavelvollisuus, jos hänellä on syytä epäillä, että hänen toimialueellaan asuva tai oleskeleva henkilö täyttää mielenterveyslain asettamat tarkkailulähetteen laatimisen edellytykset. Tällöin potilas on toimitettava sairaalahoitoon terveystakeskuksen kustannuksella. (Kuhanen ym. 2010, 181-182.)

Ensihoidossa mielenterveystehtävät tulevat yleensä omalla 785 (C/D) tehtäväkoodillaan, mutta mielenterveysongelma voi olla monen muunkin ongelman ja vaivan takana.

#### Psykiatrisen potilaan hoito kentällä

Jos potilas tavataan hoitolaitoksen ulkopuolella, häneltä pyritään mittaamaan vitaalielintoiminnot ainakin kerran, jollei hänen oireitaan tunneta ennestään. Mittauksiin kuuluvat minimissään syke, verenpaine, happisaturaatio ja verensokeri. Peruselintoiminnoissa ilmenevät mahdolliset häiriöt hoidetaan. Potilas pyritään saamaan puheella mukaan ja tarvittaessa annetaan esimerkiksi diatsepaamia 0,1-0,2mg/kg laskimonsisäisesti rauhoittamaan ottaen potilaan mahdollisesti nauttiman alkoholin ja muun lääkityksen huomioon. Pääsääntöisesti psykiatrista potilasta ei voi jättää kuljettamatta, mutta jos hänellä on vanha oire ja tauti sekä ympäristön mielestä hänet voidaan toimittaa hoitoon muulla tavalla, voidaan tehdä X-4 (muu kuljetus). Ensin on oltava kuitenkin ehdottoman varma, ettei potilas vahingoita itseään tai muita. (Silfast ym. 2013, 297) Lääkitty potilas kuljetetaan ehdoitta. Eksoten ensihoidon vastuulääkäri Heimo Niemelän 31.05.2012 antaman ohjeistuksen mukaan mielenterveysongelmien vuoksi hoitoon hakeutuvat sekä rahattomat potilaat on kuljetettava.

Lääkäriä on aina konsultoitava, jos

- potilaan kanta kuljetukseen on kielteinen, ja ensihoitaja arvioi potilaan olevan mielenterveyslain (1116/90) tarkoittaman tahdosta riippumattoman hoidon/ sen arvion tarpeessa ja kuljetukseen tarvitaan poliisin virka-apua
- ensihoitaja arvioi potilaan oleva sairautensa tai vammautumisensa vuoksi hengenvaarassa, mutta päihtymyksensä/ sairautensa/ vammautumisensa vuoksi ei ole itse kykeneväinen tekemään päätöksiä omasta tilastaan tai hoidostaan
- kyseessä on myrkytystilanne. (Niemelä 2012.)

Kuljetus suoritetaan oma turvallisuus muistaen. Poliisi voi tarvittaessa tulla ambulanssiin mukaan kuljetuksen ajaksi ja potilas voidaan laittaa kiinni paareihin esimerkiksi käsiraudoilla. Levottomalla potilaalla on oltava laskimon sisäinen reitti lääkityksen varalta. Potilas kuljetetaan ensisijaisesti terveydenhoidon toimipisteeseen. (Silfast ym. 2013, 297.)

#### **4.1 Skitsofrenia**

Skitsofrenia on yleensä nuorella aikuisiällä alkava vakava psyykinen sairaus, jonka ennustetta parantaa varhainen tunnistaminen (Lönnqvist ym. 2008b, 73.) Sen taustat ovat monitekijäiset ja huonosti tunnetut. Vaikka hoito on kehittynyt suuresti, liittyy häiriöön edelleen suuresti potilaiden ja heidän omaistensa kärsimystä sekä toimintakyvyn ja elämänlaadun laskua.

Psykoottista oireilua ovat muun muassa erilaiset harhaluulot eli deluusiot, aistiharhat, erilaiset tunne-elämän häiriöt, puheen ja käyttäytymisen hajanaisuus sekä niin sanotut negatiiviset oireet, kuten tunteiden latistuminen, puheen köyhtyminen ja tahdottomuus. Potilaalla saattaa olla ahdistuneisuutta, pelkotiloja ja epäluuloisuutta sekä erilaisia unihäiriöitä. (Kuhanen ym. 2010, 187.) Monilla potilailla oireet vaihtelevat eri elämänkaaren vaiheiden kuluessa. Potilaat oirehtivat vuosia ja vuosikymmeniä.



Skitsofreniapotilaalla on merkittäviä vaikeuksia monissa mielen toiminnoissa, kuten luovassa ajattelussa, läheisten ihmissuhteiden solmimisessa sekä ylläpidossa sekä omien ajatusten ja tunteiden selkeässä ilmaisussa. Skitsofreniapotilas voi kuulla pelottavia, mieleen työntyviä ääniä ja kokea vieraat asiat ulkoisina uhkina. Tunnusomaista skitsofrenialle on mielen toimintojen kokonaisuuden pirstoutuminen. (Lönnqvist ym. 2008b, 73). Potilas voi kyetä myös jäsentyneeseen toimintaan, mutta hänen havainto- ja ajatusmaailmansa on jollain tavalla vinoutunut. Potilas tulkitsee maailmaa poikkeavasti, ja hänen voi olla vaikea tehdä eroa sen välille, mikä on totta ja mikä ei (Kuhanen ym. 2010, 187).

Akuutti psykoosi on vakava hätätilanne, jonka voivat laukaista erilaiset sisäiset ja ulkoiset stressitekijät, kuten kotoa pois muuttaminen opiskelujen alettua, keskushermostovamma tai esimerkiksi kannabiksen käyttö. Psykoottinen henkilö kokee aistiharhoja ja harhaluuloja, eikä realiteettitestausta eli vastaaminen yksinkertaisestiin kysymyksiin toimi. Esimerkkejä kysymyksistä ovat muun muassa: Mikä sinun nimesi on?, Mikä viikonpäivä ja vuosi nyt on?. (Lönnqvist ym. 2008b, 73; Hietaharju & Nuutila 2012, 58.)

Skitsofrenian eri alatyyppejä ovat muun muassa nuoruusiän skitsofrenia eli hebefreeninen skitsofrenia, paranoidi skitsofrenia ja erilaistumaton skitsofrenia. Psykoosinomaisia piirteitä on myös psykoosipiirteisissä persoonallisuushäiriöissä ja skitsotyyppisissä häiriöissä. Psykoosipiirteisen oireilun ja mielialahäiriön yhtäaikaisen esiintymisen yhteydessä kyse voi olla skitsoaffektiivisestä häiriöstä, jolloin oireilu vaihtelee maanisesta psykoottiseen ja masennukseen joko itsenäisesti tai yhtäaikaisesti. Harhaluuloisuutta voi esiintyä myös dementoituneilla potilailla sekä päihde- ja lääkeaineiden vaikutuksesta. Tällöin potilaalla on erilaisia vääristyneitä uskomuksia ja käsityksiä itsestään ja ympäröivästä maailmasta. Tuntemukset ovat hieman vähemmän eriskummallisia kuin skitsofrenian oirekuvassa eikä oireiluun liity harha-aistimuksia. Muihin psykoottisiin häiriöihin lukeutuu myös lyhytaikainen synnytyksen jälkeinen psykoosi. (Kuhanen ym. 2010, 188.) Psykoottisia oireita voivat aiheuttaa myös erilaiset somaattiset sairaudet sekä aivo-organiset häiriötilat, kuten delirium, joita käsitellään tässä työssä luvussa 4.8.

Skitsofrenian aiheuttamat taloudelliset kustannukset on arvioitu huomattavan suuriksi taudin pitkäkestoisuuden ja työ- sekä toimintakyvyn merkittävän laskun takia. Kuluja on arvioitu olevan 1-2 % bruttokansantuotteesta teollistuneissa maissa, sekä psykologiset ja sosiaaliset tappiot, jotka kohdistuvat potilaan ohella hänen perheeseensä sekä koko yhteiskuntaan. (Lönqvist ym. 2008b, 73.)

Lähtökohtana psykoosipotilaan hoitotyössä on luottamuksen saavuttaminen, jolloin ensikontaktin merkitys potilaan sekä hänen omaistensa kanssa on suuri. Potilaan aitoon kohtaamiseen tulee panostaa. Potilas ja hänen perheensä sekä heidän huolensa tulee ottaa todesta. Hoitajan empaattisuus ja rehellisyys on potilaalle tärkeää kuten myös hoitosuhteen pysyvyys ja hoitajan tavoitettavuus. (Kuhanen ym. 2010, 191-192.) Tulee muistaa, että potilaan erikoiset ajatukset ja harhat ovat hänelle itselleen totta, joten niitä tulee kuunnella ymmärtäväisesti, mutta niitä ruokkimatta. Potilaalle luodaan ymmärtäväisellä ja rauhallisella käytöksellä turvallisuudentunnetta. Psykoosin akuuttivaihe kestää yleensä useita viikkoja.

Tavoitteena on, että skitsofrenia tunnistettaisiin mahdollisimman nopeasti, mahdollisesti jo psykoosin ensioireiden perusteella, vaikkakin oireet tuolloin ovat epätarkkoja ja niiden tunnistaminen voi olla vaikeaa. Oireina voi esiintyä unettomuutta, masentuneisuutta tai keskittymiskyvyttömyyttä. Varhaisella hoidolla voitaisiin jopa estää psykoottinen kehitys, jonka on eri tutkimuksissa havaittu kestävänsä jopa vuoden hoitamattomana. (Lönqvist ym. 2008b, 117-119; Kuhanen ym. 2010, 188.) Ensimmäistä kertaa psykoosia sairastava potilas tulee ohjata somaattisen vaivan poissulkemisen jälkeen psykiatrisen erikoissairaanhoidon tutkimuksiin. Potilas toimitetaan sairaalahoitoon ensisijaisesti vapaaehtoisesti. Tahdosta riippumattomasta hoitoon toimittamisesta säädetään mielenterveyslaissa. (Lönqvist ym. 2008, 117-119.)

Skitsofreniapotilaiden kuntoutuksen ja hoidon painopiste on siirtynyt viime vuosikymmenien aikana sairaaloista avohoitoon, joka toteutetaan esimerkiksi mielenterveystoimistoissa, alueellisilla psykiatrisen poliklinikoilla, kuntoutusklinikoilla sekä muissa vastaavanlaisissa kuntoutuspaikoissa. Vain vaikeimmin häiriintyneet potilaat tarvitsevat pitkäaikaisia sairaalajaksoja. Syynä niihin ovat useimmiten vaikea itsetuhoisuus, väkivaltaisuus tai huumeongelmat.

Myös akuuttiin psykoosiin liittyvä itsetuhoisuus ja väkivaltaisuus sekä itsestä huolehtimisen epäonnistuminen saattaa ajaa omillaan pärjäävän skitsofreniapotilaan sairaalahoitoon esimerkiksi tuetun asumisen piiristä. (Lönqvist ym. 2008b, 121.)

#### Skitsofrenian erotusdiagnostiikka

Psykoottista potilasta hoidettaessa on muistettava muut mahdolliset psykoosin taustalla olevat syyt. Akuutisti psykoottiselle potilaalle on suoritettava kattava lääketieteellinen tutkimus ja selvitettävä neurologinen ja psykiatrinen sairaushistoria muistaen liitännäissairauksien mahdollisuus. (Kuhanen ym. 2010, 183.)

Akuuttivaiheessa somaattisen tutkimuksen suorittaminen voi olla hankalaa, mutta tutkimukset saadaan turvallisessa ympäristössä riittävän rauhoittavan lääkityksen turvin suoritettua asianmukaisesti. (Lönqvist ym. 2008b, 108-109.) Jos herää epäily fysiologisesta tai lääkkeisiin liittyvästä oireilusta, on paras toimittaa potilas somaattisen puolen tutkimuksiin. Somaattinen sairaus voi laukaista psykoosin skitsofreniaa sairastavalla potilaalla, jolloin riskinä on, että kaikki huomio kiinnittyy vain psyykkiseen oireiluun ja potilas jää ilman tarvitsemaansa somaattista hoitoa. Potilaan harhaisetkin kuvaukset oman terveydentilansa somaattisista ongelmista tulisi siis huomioida. (Lönqvist ym. 2008b, 119.)

Psykiatrisen potilaan ensihoitolääkitys on harvoin tarpeen, mutta jos psykoottinen potilas on hyvin kiihtynyt ja vaaraksi itselleen tai muille, voidaan harkita psykoosilääkkeitä, kuten haloperidolia ja bentsodiatsepiini johdoksia, joko suun kautta, lihakseen tai laskimonsisäisesti.

Potilasta voidaan lääkittää mielenterveyslain mukaan vain tahdosta riippumattomassa hoidossa tai tarkkailussa, mutta tästä voidaan poiketa potilaan ollessa vaaraksi itselleen tai muille. Tällöin on kyse välttämättömän hoidon turvaamisesta. Potilaan tahdonvastainen lääkehoito on uhka potilaan itsemääräämisoikeudelle ja vaatii aina harkintaa sekä lääkärin konsultaation. Potilaalle tulisi antaa samoja lääkkeitä kuin hän on aiemmin käyttänyt vastaavissa tilanteissa sivuvaikutusten välttämiseksi. Potilasta tulee aina

ohjeistaa lääkehoidon tavoitteista ja vaikutuksista. Ensihoitajien on varmistettava, että on kyse potilaan terveydestä eikä esimerkiksi potilaan rauhoittamisesta poliisitehtävän suorittamiseksi (Vuorilehto 2013, 660).

Riittävästä happeutumisesta ja hengityksen tehokkaasta valvonnasta on huolehdittava, jos potilaaseen joudutaan käyttämään voimakeinoja, sillä kyseisistä tilanteista on raportoitu mahdollisesti hapenpuutteesta johtuneita sydänpysähdyksiä. Lisäksi monet antipsykootit aiheuttavat sivuvaikutuksia, kuten QT-ajan pitenemistä ja kurkunpääspasmeja. (Vuorilehto 2013, 660.)

Psykoottisen potilaan, kuten kenen tahansa psykiatrisen potilaan kohtaamisessa, on pyrittävä järjestämään tilanne kiireettömäksi ja rauhalliseksi. Kohtelias, normaali puhuttelu ja itsensä esitleminen tulee muistaa. Vaikka potilas olisikin silminnähden sekava, äänensävyt, sanat ja todesta ottaminen jäävät hänen muistiinsa. Puhuttelu on pidettävä lyhyenä, selkeänä ja konkreettisena. Potilaan ongelmia on kuunneltava kärsivällisesti, ja häneltä voi kysyä tarkentavia kysymyksiä. Puheen rönseyllässä on pyrittävä ystävällisellä otteella rajaamaan kertomusta oleellisiin asioihin. Harhoja ei tule kiistää eikä niihin pidä myöskään lähteä mukaan. Potilaan huomio tulee kiinnittää tarkentavilla kysymyksillä reaali maailmaan. Potilaalle ei pidä antaa turhia lupauksia tai valehdella, sillä tämä lisää potilaan harhaisuutta ja vaikeuttaa luottamuksellisen hoitosuhteen syntymistä. (Vuorilehto 2013, 658.) Potilaan luottamus auttajiinsa on myös tärkeää seuraavien hoitosuhteiden mutkattoman onnistumisen kannalta.

#### **4.2 Päihteet ja lääkkeet**

Psykoottisia oireita voi esiintyä paitsi psykiatristen häiriöiden myös päihteiden, kuten esimerkiksi amfetamiinin ja hallusinogeenien käytön yhteydessä, tai tiettyjen lääkkeiden, esimerkiksi antikolinergien, kortikosteroidien tai levodopan aiheuttamiin myrkytyksiin liittyen. Skitsofrenian kaltaista oireilua aiheuttavat muun muassa stimulantit, esimerkiksi amfetamiini ja kokaiini. Myös hallusinogeenit, kuten LSD ja fensyklidiini, sekä kannabis, alkoholihallusinoosi, barbituraattien vieroitusoireet, antikolinergit ja esimerkiksi belladonna-alkaloidit voivat aiheuttaa skitsofreniaan sopivaa oireilua. (Lönqvist 2008, 108-109.)

On huomioitava, että monet lääkeaineet aiheuttavat jopa oireenmukaisilla annoksilla psykoottisia tiloja. Tällaisia lääkeaineita ovat esimerkiksi digoksiini, levodopa, propranololi, kortikosteroidit, salisylaattit, karbamatsepiini, trisykliset depressiolääkkeet, indometasiini, sulfonamidit, penisilliini laskimonsisäisesti, klorokiini ja isoniatsidi. (Elonen, Mäkijärvi, Voipio-Pulkki, Vuoristo 2005, 511.)

### **4.3 Somaattiset sairaudet**

Psykoottisia oireita voi esiintyä monien somaattisten sairauksien, kuten epilepsian, aivokasvainten, keskushermostoinfektioiden tai endokrinologisten häiriöiden yhteydessä. Sekavuus tai skitsofrenialle muuten epätyypillinen kliininen kuva, esimerkiksi haju- tai tuntoharhojen esiintyminen, voi johtaa jonkin muun sairauden jäljille. Myös tavallisuudesta poikkeava, esimerkiksi vanhalla iällä alkava oireilu, voi herättää epäilyn muusta prosessista.

Somaattisia sairauksia psykoottisen oireilun taustalla voivat olla neurologiset sairaudet kuten temporaalielepsia, aivokasvaimet, aivoverenkiertohäiriöt sekä pään alueen vammat, Huntingtonin tauti ja Alzheimerin tauti. Myös infektiot kuten herpeskefaliitti, neurosyfilis ja HIV, tai endokriiniset sairaudet kuten hypo- tai hypertyreoosi, Addisonin tauti, ja Cushingin syndrooma voivat aiheuttaa psykoosin. Tajunnantason vaikuttavat merkittävästi myös metaboliset häiriöt, esimerkiksi akuutti jaksoittainen porfyria, autoimmunisairaudet kuten systeeminen lupus erythematosus, vitamiinien puutostilat esimerkiksi B12-vitamiinin puutos sekä toksiset syyt, kuten raskasmetallimyrkytykset. (Lönqvist ym. 2008b, 108-109.)

#### 4.4 Masennushäiriöt

Depressio on yksi yleisimpiä kansanterveysongelmia kaikki sairaudet mukaan lukien. Masennusta pidetään keskeisimpänä mielenterveyden häiriönä sen yleisyydestä, suuresta hoidon tarpeesta, sen aiheuttamasta työ- ja toimintakyvyttömyydestä sekä siihen liittyvästä itsemurhakuolleisuudesta ja -yrityksistä johtuen. (Isometsä 2007, 157.) Depressiota sairastavan potilaan itsemurhariskin tunnistaminen voi pelastaa hänen henkensä (Vuorilehto ym. 2014, 112).

Masennuksella voidaan viitata masentuneeseen tunnetilaan, joka on normaali, hetkellinen normaaliin tunne-elämään kuuluva reaktio erilaisiin menetyksiin tai pettymyksen kokemuksiin. Masennuksella voidaan myös viitata masentuneeseen mielialaan, jolla tarkoitetaan pysyvämmäksi muuttunutta masentunutta tunnevirettä, joka voi kestää yhtäjaksoisesti päiviä, viikkoja, kuukausia tai jopa vuosia. Mikäli masentuneeseen mielialaan liittyy myös muita oireita, puhutaan masennusoireyhtymistä. Näihin kuuluvat masennustilat eli depressiot, jotka luokitellaan mielenterveyden häiriöiksi. Tavallisen, yksisuuntaisen masennusoireyhtymän ohella toisen mielialahäiriöiden ryhmän muodostavat kaksisuuntaiset mielialahäiriöt, joissa mieliala voi olla kohonnut hypomaanisen tai maanisen jakson yhteydessä. Samanaikaisesti tai vuorotellen saman mielialahäiriöjakson aikana esiintyvää sekä masennuksen että manian oireita ilmentävää taudinkuvaa kutsutaan sekamuotoiseksi mielialahäiriöjaksoksi. (Isometsä 2007, 157.)

Mielialahäiriöiden luokittelussa tärkeimpiä perusteita ovat oireiden laatu, vaikeusaste ja kesto. Masennusoireyhtymät erotellaan oireiden yleisen vaikeusasteen perusteella lieviin, keskivaikeisiin ja vakaviin sekä erikseen pitkäaikaisiin ja toistuviin oireyhtymiin. (Isometsä 2007, 157.)

Masennustilaan liittyy joukko tyypillisiä oireita, joita ovat

- masentunut mieliala
- mielihyvän menetys
- uupumus
- itseluottamuksen tai itsearvostuksen menetys

- kohtuuton itsekritiikki tai perusteeton syyllisyydentunne
- toistuvat kuolemaan tai itsetuhoon liittyvät ajatukset
- itsetuhoinen käytös
- päättämättömyyden tai keskittymiskyvyttömyyden tunne
- psykomotorinen hidastuminen tai kiihtyneisyys
- unihäiriö
- ruokahalun tai painon muutos. (Isometsä 2007, 158-159.)

Keskeisiä masennustilojen kliinisiä alaryhmiä ovat esimerkiksi synnytyksen jälkeinen masennustila, vuodenaikaan liittyvä masennustila, somaattinen oireyhtymä eli melankolinen depressio ja psykoottinen masennus. Se on kaikista vaikein masennustila, johon liittyy vaikea-asteisen masennusoireiston lisäksi myös psykoottisia oireita. Näitä ovat esimerkiksi harhaluulot ja aistiharhat. Psykoottiseen masennukseen voi liittyä myös melankolista depressiota. (Isometsä 2007, 160.)

Masennuspotilaista suurimmalle osalle riittää perusterveydenhuollon palveluista saatu psykoterapeuttinen hoito ja kokemus siitä, että potilas on tullut kuulluksi ja ymmärretyksi. Lievässä masennuksessa on todettu tehoa pelkällä psykoterapeuttisella hoitosuhteella, mutta keskivaikeassa ja vaikeassa masennuksessa tarvitaan usein myös lääkitystä terapian lisänä. (Kuhanen ym. 2010, 209.)

#### **4.5 Itsetuhokäyttäytyminen**

Itsetuhoisuudella tarkoitetaan pyrkimystä tai käyttäytymistä, johon sisältyy itsensä vahingoittaminen tai henkeä uhkaavan riskin ottaminen (Lönngqvist ym. 2008a, 340). Itsetuhokäyttäytyminen voi olla epäsuoraa, jolloin ihminen ottaa elämää uhkaavia riskejä ilman tietoista itsensä vahingoittamisen tai kuoleman päämäärää. Suomessa itsemurhan tekee noin 1000 ihmistä joka vuosi. Itsemurhaa yrittäneet, mutta siinä epäonnistuneet potilaat ovat ensihoidon tärkeä potilasryhmä. Lääkeaineilla suoritettavat yritykset muodostavat enemmistön kaikista yrityksistä pienemmän kuolemanvaaran takia, toisin kuin esimerkiksi ampuamalla tehdyt yritykset, jotka johtavat useammin kuolemaan. (Vuorilehto 2013,

660.) Toistuvana epäsuora itsetuhokäyttäytyminen johtaa vahingoittumisen todennäköisyyden kasvamiseen. Epäsuora itsetuhopyrkimys ilmenee esimerkiksi vaarallisena liikennekäyttäytymisenä, päihteiden liikkakäyttönä, omaa turvallisuutta vaarantavina harrastuksina, fyysisen sairauden hoidon laiminlyömisinä tai oman terveyden kohtuuttomana rasittamisena.

Suora itsetuhoisuus ilmenee itsemurha-ajatuksina, itsemurhasta puhumisena, itsemurhayrityksinä ja itsemurhana. Ennen varsinaista itsetuhokäyttäytymistä tulevat yleensä itsemurha-ajatukset, jotka ovat suhteellisen yleisiä, mutta joiden merkitystä ei tule vähätellä. Itsemurha-ajatus on merkki ihmisen huonosta psyykkisestä voinnista. Tämä on avunpyyntö ja toive siitä, että tähän avunpyyntöön vastataan. Ikävä kyllä viesti ilmaistaan usein viitteellisesti niin, ettei muille ihmisille välity kuin osa viestistä. Muut saattavat huomioda esimerkiksi ärtymyksen tai pettymyksen. Itsemurhapuheet ovat askel konkreettisempaan suuntaan itsemurhasuunnitelman toteuttamiseksi. Ne on huomioitava merkinä kuolemanvaarasta sekä hyvin vakavasta psyykkisestä pahoinvoinnista. Kun arvioidaan itsemurhapuheiden johtavan toimintaan hengen riistämiseksi, on parempi toimia itsemurhan ehkäisemiseksi. Interventiosta ei ole haittaa autettavalle henkilölle. (Lönngqvist ym. 2008a, 340.)

Suurimpaan riskiryhmään kuuluvat ihmiset, joilla on depression lisäksi muita ongelmia, kuten päihderiippuvuutta, köyhyyttä, työttömyyttä ja yksinäisyyttä. Jos haastatellessa jää epävarma olo itsemurhariskin suhteen, on asiasta kysyttävä suoraan. Kysymällä selvitetään, kuinka usein itsemurha-ajatuksia on, ovatko ne ohimeneviä vai jatkuvia ja pakonomaisia. Jatkuva itsemurhan ajattelu on merkki vakavasta riskistä. Riski on suuri myös, jos potilaalla on selkeitä suunnitelmia itsemurha-tavasta ja hän on tehnyt konkreettisia tekoja, kuten kirjoittanut jäähyväiskirjeen, hankkinut tarvittavia välineitä, kuten aseita tai lääkkeitä. Välineistä ja suunnitelmista on siis kysyttävä. Vakavat aikeet edellyttävät kiireellistä apua. (Vuorilehto ym. 2014, 119.)

Myytti, jonka mukaan itsemurhan tehnyt ei puhuisi aikeistaan, ei pidä paikkaansa (Lönngqvist ym. 2008a, 340; Hietaharju & Nuutila 2012, 138). Siirtymä itsemurhapuheista varsinaiseen itsemurhayritykseen viestii todellisesta itsemurhariskistä ja itsemurha-ajatusten vakavuudesta tai kyvyttömyydestä erottaa rajaa



mielikuvien ja todellisten tekojen välillä. Silloinkin, kun itsemurhayritys tulkitaan epämääräiseksi tai lieväksi esimerkiksi päihtymystilan seurauksena, on huomioitava, ettei ihminen ole hallinnut yllykkeitään. Sen seurauksena itsetuhoajatukset ovat ainakin tietyissä oloissa muuttuneet itsetuhokäytökseksi, joka voi tapahtua toistekin. Itsetuhoinen potilas tulisi saada miettimään tekojensa vakaavuutta sen sijaan, että asiaan suhtauduttaisiin välinpitämättömästi. (Lönngqvist ym. 2008a, 340.)

Itsemurhayrityksen uusimisen riski seuraavan vuoden aikana on 15 %:n luokkaa, mutta onnistuneita yrityksiä vain 1-2%. Viiden vuoden seurannalla uuden yrityksen riski on 5-10 % ja vahvasti itsemurhaan pyrkineillä 20 %. Huomionarvoinen asia on myös, että 80 % niistä ihmisistä, jotka ovat todella sinnikkäästi yrittäneet päättää elämänsä ja olisivat ilman väliintuloa luultavasti kuolleet, eivät ole viiden vuoden kuluessa tehneet itsemurhaa. Potilaiden auttamisesta on siis ollut konkreettista hyötyä. Alkoholin ja päihdeongelmien sekä diagnosoitujen mielenterveyshäiriöiden osuus itsemurhan toteutumiseen on usein merkittävä. Vuoden 1993 tilaston mukaan 90 % itsemurhan tehneistä on kärsinyt useammasta diagnosoidusta mielenterveyden häiriöstä ja 43% on sairastanut alkoholismia. (Lönngqvist ym. 2008a, 340-345.)

Ensihoidossa tulee ensin varmistaa potilaan somaattinen tila ja varmistaa sekä potilaan että ensihoitajan turvallisuus. Ympäristö tulee huomioida itsemurhan uudelleenyrityksen riskin vuoksi ja vasta tilanteen rauhoituttua tulee alkaa arvioidaan psyykkistä tilaa. Kaikille itsemurhaa yrittäneille tulisi tarjota mahdollisuutta hoitoon ja henkisen terveydentilan selvittämiseen. (Vuorilehto 2013, 660.) Ensihoitajan on pyrittävä ilmaisemaan tilanteessa empatiaa ja tuotava hoitosuhteeseen realistista aikuisuutta sekä toivoa hoitomotivaation herättämiseksi. Hyvin onnistunut hoito voi ehkäistä tulevia itsemurhayrityksiä, joiden riski kasvaa ensimmäisen yrityksen jälkeen. Jatkuvasti itsemurhaa yrittävät potilaat ovat ensihoitoa ja muuta terveydenhoitoa työllistävä potilasryhmä, joiden kohtaamisessa vaaditaan ammattimaisuutta, sillä heidän auttamisensa on usein hankalaa ja herättää negatiivisia tunteita esimerkiksi oman auttamiskyvyn rajallisuudesta. Itsemurhayritykset voidaan myös tulkita aggressiivisuutena. On tärkeää tiedostaa omat rajansa ja voimavaransa auttajana ja keskustella esimer-

kiksi työnohjauksessa omista kielteisistä tuntemuksista sekä niiden mahdollisesti herättämistä syyllisyydentunteista. On muistettava, että kaikkia itsemurhia ei pystytä estämään. (Vuorilehto 2013, 661.)

Itsemurhaa yrittäneen kohtaamisessa ensihoidon kentällä on muistettava, että potilasta ei tule jättää yksin eikä ympäristöön saa jättää esineitä, joilla hän voisi vahingoittaa itseään. Ensihoitajan tulee olla tilanteessa rauhallinen ja kertoa potilaalle mitä tehdään ja miksi sekä luotava potilaaseen uskoa siitä, että tilanteesta selvitään. Suuri osa itsemurhayrityksen tehneistä ei halua varsinaisesti kuolla vaan päästä eroon vaikeasta elämäntilanteesta. On myös tärkeää puhua avoimesti tapahtuneesta käyttäen oikeita termejä. Itsemurha-sanaa ei tule vältellä. Keskusteluissa on oltava realistinen ja potilaalta on kysyttävä minkälaisia ajatuksia ja tunteita hänellä oli, kun hän yritti itsemurhaa sekä sitä miltä hänestä tuntuu olla elossa. Vastauksesta saa arviota uuden itsemurhayrityksen riskistä. Potilaan tilanteeseen on osoitettava aitoa kiinnostusta. (Vuorilehto 2013, 661.)

#### **4.6 Persoonallisuushäiriöt**

Persoonallisuushäiriöille ominaista on pysyväisluonteinen joustamaton kokemis- ja käyttäytymistapa, joka aiheuttaa potilaalle merkittävää haittaa ja kärsimystä. Persoonallisuushäiriöt jaetaan kolmeen spesifisempään ryhmään, joista ryhmään A kuuluvat lähelle psykoottisuutta ilmaisultaan ja etiologialtaan kuuluvat häiriöt. Näitä ovat esimerkiksi epäluuloinen, eli paranoidinen persoonallisuus, psykoosipiirteinen persoonallisuus ja eristäytyvä eli skitsoidinen persoonallisuus. Ryhmään B kuuluvat persoonallisuushäiriöt, joissa on tyypillistä epävakaisuus, toisen loukkaaminen, hankala käytös, impulsiivisuus ja korostunut emotionaalisuus sekä itsekeskeisyys. Esimerkiksi voidaan luetella epävakaa, epäsosiaalinen, huomionhakuinen sekä narsistinen persoonallisuus. Ryhmän C persoonallisuushäiriöitä leimaavat ahdistuneisuus ja pelokkuus. Näitä ovat riippuvainen persoonallisuus, pakko-oireinen persoonallisuus ja estynyt persoonallisuus. (Lönqvist ym. 2008, 64.)

#### **4.7 Väkivaltainen potilas ja työturvallisuus**

Potilaan väkivaltaiseen käyttäytymiseen voivat johtaa monet erilaiset taustatekijät ja syyt, joista läheiset ja paikallaolijat voivat psykoottisen potilaan kohdalla

antaa arvokasta tietoa. Tärkeintä väkivaltaisen potilaan kohtaamisessa on oma turvallisuus, sillä varsinkin päihteitä käyttävät potilaat voivat olla hyvinkin arvaamattomia ja aseistautuneita. (Silfast ym. 2013, 296.)

Potilaasta voi selvittää etukäteen onko aiempaan käyttäytymiseen liittyviä riskitekijöitä ja tarvittaessa pyydetään poliisi turvaamaan työskentelyä. Oma turvallisuus on muistettava aina. Potilaasta tulee arvioida, onko hän aikaan ja paikkaan orientoitunut, onko hänellä harhoja tai kertooko hän niistä. Jos on mahdollisuus turvalliseen keskusteluun, voidaan ottaa lyhyet esitiedot. Jos väkivallan riski on ilmeinen, ei jäädä kohteeseen selvittämään turhaan asioita vaan vietään potilas sairaalaan jatkoselvittelyä varten. (Silfast ym. 2013, 296.)

Poliisi tulee aina mukaan kohteeseen, jos on ennakkotietoa potilaan väkivaltaisuudesta tai muusta aggressiivisesta käyttäytymisestä, aiemmasta väkivaltaisuudesta, aseista tai huumeidenkäyttäjän sekavuustilasta. Tällöin kohteeseen mennään vasta, kun poliisi on varmistanut ensin työturvallisuuden. (Silfast ym. 2013, 295.)

Aggressiivisen psykoottisen oireilun taustalla voivat olla psykoosisairauksien lisäksi delirium, huumausaineet, päihtymys, somaattinen sairaus tai esimerkiksi persoonallisuushäiriöisen potilaan huomionhakuisuus. Potilaan kohtaamisessa tulee muistaa huomioida ympäristön turvallisuus. Kaikki aseeksi sopiva on siirrettävä kauemmaksi potilaasta. Potilaalle tulisi puhua rauhoittavasti, selittää ja perustella sekä pyrkiä sopimukseen potilaan kanssa. Oma käytös tulisi tiedostaa, sillä potilasta ei saa provosoida tai uhkailla. Myös äkkiliikkeitä pitäisi välttää. Olisi hyvä seisoa sivuttain potilaaseen nähden, sillä se vähentää oman olemuksen uhkaavuutta ja tekee hoitajasta pienemmän kohteen. Oma poispääsytie on aina varmistettava. Esimerkiksi asunnon oven ja itsensä väliin ei saa jättää esteitä ja ovi olisi hyvä jättää raolleen. Myös potilaalle on jätettävä tilaa peräänntyä sekä pidettävä itse turvaväli. Potilaan kanssa ei pidä jäädä yksin ja asiaankuulumattomat paikallaolijat tulee poistaa tilasta. Yhteys poliisiin on varmistettava tarvittaessa. Potilaalle on korostettava omaa roolia auttajana ja häntä yritetään auttaa hallitsemaan tilannettaan. Potilasta voi kehottaa istumaan ja hänelle on annettava aikaa rauhoittua. Potilaan näkemyksiä tilanteesta tulee kuunnella keskeyttämättä. Jos potilas uhkaa hoitajaa aseellisesti, hänen vaatimuksiinsa

tulee suostua ja painaa viranomaisverkosto-puhelimen hätäpainiketta tilanteen salliessa. (Vuorilehto 2013, 659.)

#### **4.8 Elimelliset aivo-oireyhtymät**

Elimellisiin aivo-oireyhtymiin luetaan muun muassa erityyppiset dementiat ja Alzheimerin tauti, delirium ja elimelliset psykoosit, ahdistuneisuushäiriöt, mielialahäiriöt sekä unihäiriöt. Tämän tyyppinen mielenterveyden häiriö on suoraa seurausta elimellisen häiriön vaikutuksesta elimiin ja erityisesti keskushermostoon. (Koponen & Sulkava 2008, 485.)

Elimellisen ja ei-elimellisen taustasyyn vaikutuksen arviointi psykiatrisen tilan syntyyn voi olla vaikeaa ja kentällä jopa mahdotonta, mutta ajallinen yhteys tietyn somaattisen puolen muutoksen ja uuden psykiatrisen oireiston välillä voi antaa ainakin viitettä elimellisen tekijän merkityksestä. Jos somaattinen vaiva on aiheuttanut samanlaista muutosta aiemmin sekä sellaisten liitännäisoireiden esiintyessä, jotka eivät ole tyypillisiä primaarille mielenterveyden häiriölle, tulisi epäillä somaattista taustatekijää. Elimellisistä aivo-oireyhtymistä tavallisimpia ovat hitaasti kehittyvä dementia ja delirium eli nopeasti kehittyvä sekavuustila. (Koponen & Sulkava 2008, 485.)

Dementialla tarkoitetaan elimellisen aivoja vaurioittavan sairauden aiheuttamaa laaja-alaista henkisten toimintojen heikentymistä, jonka keskeisimpänä oireena voidaan pitää muistin heikkenemistä ja uuden oppimisen vaikeutumista. Deliriumin oirekuva leimaa nopea eteneminen samalla kun potilaan tietoisuus omasta itsestään ja ympäristöstään heikentyy. Deliriumiin liittyy erityisesti iäkkäiden potilaiden korkea kuolleisuus. Altistavia tekijöitä ovat muun muassa korkea ikä, rakenteelliset aivosairaudet tai -vammat, aiemmat sekavuusjaksot, alkoholi-riippuvuus ja aistivajeet sekä päihteiden käyttö. Ennakoivina oireina potilaalla on saattanut olla 2-3 vuorokauden ajan lisääntyvää psykomotorista levottomuutta, ärtyneisyyttä, ahdistusta ja univaikeuksia. (Koponen & Sulkava 2008, 500.)

Varsinainen delirium alkaa muutamassa tunnissa tai vuorokauden kuluessa. Oireet ovat usein hankalimmillaan yöllä, ja oireisto voi vaihdella paljon saman-kin päivän aikana. Välillä voi olla selkeämpiä muutaman tunnin kestäviä jaksoja.

Sekavuuteen voi liittyä psykoosioireita kuten aistiharhoja, joskin vanhuksen delirium-harhat voivat olla vähemmän monimuotoisia kuin nuorempien potilaiden, sekä autonomisen hermoston toimintahäiriöitä kuten takykardiaa, punoitusta ja verenpaineen nousua. (Koponen & Sulkava 2008, 500.)

Äkillisestä sekavuudesta kärsivä potilas tarvitsee aina somaattisen tilan huolellisen tutkimisen. Myös esitiedoilla esimerkiksi lääkitysten muutoksista on suuri merkitys. (Koponen & Sulkava 2008, 502.) Kognitiivisten toimintojen häiriintyneisyyden arviointiin on käytössä sairaalapuolella MMSE-arviointiasteikko (Mini-Mental State Examination). Deliriumpotilaan hoito kohdistuu ensisijaisesti aiheuttaneen sairauden hoitoon.

## **5 Haastattelumallin ja kuljetusohjeen kehittäminen**

### **5.1 Haastattelumalli**

Aloitimme haastattelumallin kehittämisen tutkimalla jo olemassa olevia haastattelupohjia. Ensihoidon sähköisessä kirjaamisohjelmassa Merlot Medissä on mielenterveyspotilaan haastatteluun osio, jota hyödynsimme pohtiessamme olennaisia asioita haastattelun asiakysymyksissä. Saimme lisäksi paljon hyödyllisiä parannusehdotuksia psykiatrisen puolen työelämäohjaajaltamme. PS1-apulaisosastohoitaja Tuija Karjalainen ehdotti muun muassa traumatutkimuksen lisäämistä haastattelumalliin.

Psykiatrian kirjallisuudessa kuvataan kattavasti seikkoja, jotka on syytä ottaa huomioon ensikontaktin luomisessa. Somaattiset tutkimukset ovat myös olennainen osa arvioitaessa potilaan hoidon tarvetta ja sitä kautta kuljetuspaikkaa. On muistettava, että esimerkiksi masennustilan tunnistamista vaikeuttaa se, että hoitoon hakeutumisen syy on usein somaattinen (Tuulari, Aromaa, Herberts, Wahlbeck 2007, 790-791). Mielenterveys- ja päihdeongelmiin on paneuduttava samalla vakavuudella kuin muihinkin terveysongelmiin (Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2012).

## 5.2 Kuljetusohje Eksoten alueella

Psykiatrisen potilaan hoitoketjun rakentuminen alkaa heti ensikontaktissa hoitohenkilökunnan kanssa. Työssämme tarkastelemme aihetta ensihoidossa, kun ensihoitajat kohtaavat psykiatrisen potilaan joko hänen kotonaan tai muualla sairaalan ulkopuolisissa tilanteissa. Kun ensihoitohenkilökunnalla on selkeä käsitys kuljetuspaikan valinnasta, jää sekä ensihoitoa että vastaanottavia tahoja kuormittava ylimääräinen siirtyminen paikasta toiseen pois. Tämä myös edesauttaa hoitopolun rakentumisen ehjänä potilaan näkökulmasta. (Ensihoidon palvelutaso 2011, 13.) Ensihoitajan tietämys kuljetuspaikasta vahvistaa luottamuksen syntymistä potilaan kanssa, koska potilaalle voidaan kertoa tulevista tapahtumista ensihoidon kohdalla. Potilaan luovuttaminen ensihoidosta päivystyspoliklinikalle on tärkeä osa prosessia. Epäselvyydet toimintatavoissa sekä hoitohenkilökunnan negatiiviset asenteet vaikuttavat luovutusprosessin toteutumiseen ja potilaan huomioimiseen negatiivisesti. Potilaan siirtyminen ensihoidosta joko päivystyspoliklinikalle tai mielenterveyspalveluiden piiriin on haastava osa niin hoidon jatkuvuuden kuin potilasturvallisuuden kannalta. (Mikkonen 2014, 13-14, 45.)

Eksoten alueella on kehitetty mallia matalan kynnyksen mielenterveyspalveluista. Lähtökohta on, että apua saa yhdeltä ovelta ympäri vuorokauden, mikä on tulevaisuuden päämäärä myös kansallisesti (Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2012).

Kuljetusohjeen kehittäminen osoittautui ongelmalliseksi. Neuvoja haettiin ohjaajilta, ensihoidon vastuulääkäriltä, mielenterveys- ja päihdepalvelujen ylilääkäri Juha Kempkiseltä ja lopuksi puhelimitse Mielenterveys- ja arvointipoliklinikan (MTPA) osastonhoitaja Katja Jukkaralta, joka toimitti kysymyksemme MTPA:n henkilökunnan pohdittavaksi. Valmis kuljetusohje toimitettiin meille sähköpostitse ja suoraan Eksoten ensihoidon kenttäjohdolle. Näin ollen työn tavoitteena ollut kuljetusohje toteutui, vaikkamme sitä itse tehneet.

## 6 Pohdinta

Lähtökohta opinnäytetyöllemme on ollut ryhmän jäsenten henkilökohtainen kiinnostus mielenterveyspotilaiden hoitoon, koska huomasimme, että ensihoidon koulutusohjelmaan ei juurikaan sisälly opetusta mielenterveyspotilaan kohtaamisesta ensihoidossa. Mielenterveyshäiriöitä käsiteltiin yleisellä tasolla, mutta ensihoidon näkökulmasta kosketus psykiatrisiin potilaisiin liittyi aggressiivisiin potilaisiin ja toimintaan väkivaltatilanteissa. Halusimme syventää omaa osaamistamme ja siten parantaa tarjoamamme ensihoitopalvelun laatua. Laaja perehtyminen kirjallisuuteen antoi varmuutta mielenterveyspotilaan asiakaslähtöiseen kohtaamiseen.

Tulevina ensihoitajina tiedostimme työme alusta lähtien omat ennakoajatuksemme psykiatriseen potilaaseen liittyviin ensihoitotilanteisiin. Mielestämme psykiatriset potilaat ovat samanlaisia potilaita kuin muutkin, ja jokaista potilaista tulisi lähestyä ammattimaisesti. Tiukkaan protokollaan tottuneille ensihoitajille voi olla hämmentävää, ettei potilaan kanssa tarvitakaan varsinaisia hoitotoimenpiteitä, vaan potilasta autetaan enimmäkseen kuuntelemalla ja keskustelemalla.

Ryhmän muodostuessa pohdimme yhteisten keskustelujen avulla omia ennakoajatuksiamme ja näkökulmiamme aiheesta. Ääneen puhuttuina ne tulivat koko ryhmän tietoon. Tällä tavoin saimme oman esiyymmärryksemme huomioitua, mikä on tärkeä osa pyrittäessä hyvään ja puolueettomaan tuotokseen. Haastetta työmme sujuvuuteen toi ryhmämme koostuminen kolmesta henkilöstä. Aikataulujen yhteensovittaminen oli välillä hyvin vaikeaa. Olimme suunnitelleet alustavan aikataulun syksyllä 2014. Se osoittautui hankalaksi noudattaa, joten valmis raportti viivästyi alkuperäisestä suunnitelmasta muutamalla kuukaudella. Koimme kuitenkin saaneemme tarvittavat resurssit hyödynnettyä hyvin.

Ryhmädynamiikkamme noudatti ryhmän kehitysvaiheita. Työmme alussa ryhmämme dynamiikka oli epätasapainossa, mutta ryhmästämme muodostui lopulta kuohuntavaiheen kautta hyvin toimiva, yksilöiden erityisosaamista hyödyntävä kypsän toiminnan ryhmä. (Ryhmäviestinnän perusteet 2005.) Prosessin ai-

kana ammatillinen kasvaminen oli huomattavaa ja loppuvaiheessa pystyimme tarkastelemaan aihetta ammatilliselta kannalta.

Toiminnallisen opinnäytetyömme tuotoksena on haastattelumalli (Liite 1.) ja pyynnöstämme Eksoten mielenterveys- ja päihdepalvelujen ylilääkäri J. Kempisen hyväksymä kuljetusohje Eksoten ensihoitoon. (Liite 2.) Haastattelumalli toteutettiin vuokaaviona. Halusimme siitä yksinkertaisen, lyhyen ja selkeän. Haastattelumallin kokoaminen teorian pohjalta oli alussa selkeää ja johdonmukaista. Lisäksi saimme työelämänohjaajiltamme konkreettisia ehdotuksia huomioitavista asioista. Pystyimme tarkastelemaan kriittisesti eri näkökulmista haastattelumallin sisältöä ja ulkoasua. Sisältöä tarkastelimme keskittyen olennaisiin ja keskeisiin asioihin, jotta vuokaavio olisi selkeä ja käytettävä. Projektin pitkittyessä hahmotelma kuitenkin alkoi tuntua epäjohdonmukaiselta. Työelämänohjaajilta saamamme palautteen perusteella muokkasimme asiasisältöä ja vuokaaviota mahdollisimman rajatuksi ja tiiviiksi. Tuotokseen olemme tyytyväisiä, sillä siitä saatiin sopivan kokoinen, keskeisimmät aihealueet kattava haastattelumalli. Sen käyttö palvelee niin ensihoitoa, potilaan vastaanottavaa tahoja kuin itse potilastakin.

Haastattelumallin lisäksi opinnäytetyömme tarkoituksena oli tuottaa ohje kuljetuspaikan valintaan, kun kyseessä on psykiatrinen potilas. Pohdimme ryhmämme ja ohjaajiemme kanssa kuljetusohjeen sisältöä ja laajuutta. Tuotoksen tarkoitus oli olla lisätietona, kun päädytään kuljettamaan psykiatrinen potilas. Tarvittavaa kirjallista materiaalia ei löytynyt Eksoten ensihoidon eikä mielenterveyspalveluiden puolelta. Koska halusimme ohjeestamme luotettavan ja todennukaisen, totesimme ettemme pysty kehittämään ensihoidolle kuljetusohjetta. Projektimme loppusuoralla saimme MTPA: lta Juha Kempisen, mielenterveys- ja päihdepalvelujen ylilääkäriin, hyväksymän kuljetusohjeen. Saimme 9.3.2015 häneltä puhelimitse luvan liittää sen työhöemme liitteeksi. Tällä tavoin kuljetusohje tulee huomioiduksi haastattelumallimme yhteydessä, vaikka roolimme sen kehittämisessä jäi pieneksi. Kuljetusohje on kuitenkin tärkeässä osassa, kun kehitetään yhtenäistä toimintamallia psykiatrisen potilaan kokonaisvaltaiseen huomiointiin. Pidämme ohjetta hyvänä ja toimivana lisänä haastattelumallillemme.



Kattavaa arviointia mallin käytettävyydestä ei voi tehdä, sillä haastattelumalli ei ole vielä ensihoidossa käytössä. Jatkotutkimuksena olisi hyvä analysoida haastattelumallin käyttöönottoa, käytettävyyttä sekä paranneltavia kohtia. Lisäksi olisi mielenkiintoista tutkia ensihoitajien asenteita psykiatrista potilasta kohtaan.

## Lähteet

Alaspää, A. & Holmstöm, P. 2013a. Potilaan haastattelu. Teoksessa Ensihoito. Helsinki: Sanoma Pro, 122-123.

Alaspää, A. & Holmstöm, P. 2013b. Ensiarvio ja yleistutkimus. Teoksessa Ensihoito. Helsinki: Sanoma Pro, 119-121.

Alaspää, A. & Holmstöm, P. 2013c. Neurologisen potilaan tutkiminen ja seuranta. Teoksessa Ensihoito. Helsinki: Sanoma Pro, 153-154.

Elonen, E., Mäkijärvi, M., Voipio-Pulkki, L-M., Vuoristo, M. 2005. Akuuttihoito-opas. 10. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Eksote 2014-2018. Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän Strategia 2014–2018. <http://www.eksote.fi/Fi/Eksote/Hallinto/Strategia/Sivut/>. Luettu 29.11.2014.

Ensihoidon palvelutaso. 2011. Ohje ensihoitopalvelun palvelutasopäätöksen laatimiseksi sairaanhoitopiireille. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2011:11.Pdf. Luettu 24.11.2014

Hietaharju, P., Nuutila, M. 2012. Käytännön mielenterveystyö. Helsinki: Sanoma Pro.

Isometsä, E. 2007. Masennushäiriöt. Teoksessa Psykiatria. 9. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 157-162.

Joukamaa, M., Isohanni, M. 2005. Skitsofrenia. Teoksessa Psykiatria. 1.-2. painos. Helsinki: WSOY, 48-49.

Koponen, H. & Sulkava, R. 2008. Elimelliset aivo-oireyhtymät. Teoksessa Psykiatria. 5.-6.-painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 485-502.

Kuhanen, C., Oittinen, P., Kanerva, A., Seuri, T. & Schubert, C. 2010. Mielen-terveyshoitotyö. Helsinki: WSOYpro Oy, 45, 80-81, 114-115, 155, 181-183, 187-188, 191-192.

Kuisma, M., Holmström, P., Nurmi, J., Porthan K. & Taskinen, T. 2013. Ensihoito. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 119, 657- 662.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785

Laukkala T. 2013. Aikuisen psykiatrinen tutkiminen. Terveysportti: Lääkärin tietokannat.12.4.2013. Viimeisin muutos 12.4.2013. [http://ezproxy.saimia.fi:2055/dtk/ltk/koti?p\\_haku=psykiatrisen](http://ezproxy.saimia.fi:2055/dtk/ltk/koti?p_haku=psykiatrisen). Luettu 08.12.2014

Lönnqvist, J. 2008a. Mielenterveyden häiriöiden luokittelu ja diagnostiikka. Teoksessa Psykiatria. 5.-6.-painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 64-65.

Lönnqvist, J. 2008b. Potilaan tutkiminen. Teoksessa Psykiatria. 5.-6.-painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 33.

Lönnqvist, J., Henriksson, M., Isometsä, E., Marttunen, M., Heikkinen, M. 2008a. Itsetuhokäyttäytyminen. Teoksessa Psykiatria. 5.-6.-painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 340-349.

Lönnqvist, J., Isohanni, M., Honkonen, T., Vartiainen, H. 2008b. Skitsofrenia. Teoksessa Psykiatria. 5.-6. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 73-82, 108-109, 117-121.

Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M., Partonen, T. 2011. Psykiatria. 9. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2012. Ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Julkaisuja 2012: 24. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116

Mikkonen, S. 2014. Potilaan luovutusprosessi ensihoitopalvelun ja päivystyspoliklinikan välillä. Tampereen yliopisto. Hoitotiede. Pro gradu –tutkielma.

Niemelä, H. 2012. X-Koodeja koskeva tiedote ensihoitajille, 31.5.2012.

Psykiatrinen erikoissairaanhoito 2012 Tilastoraportti 5/2014, 27.2.2014. Suomen virallinen tilasto, Terveys 2014. THL.

Päihdehuoltolaki 17.1.1986/41

Ryhmäviestinnän perusteet. 2005. Jyväskylän yliopisto. Viestintätieteiden laitos. <http://www.jyu.fi/viesti/verkkotuotanto/ryhmaviesti/index.html>. Luettu 29.12.2014.

Silfast, T., Castrén, M., Kurola, J., Lund, V. & Martikainen, M. 2013. Ensihoitoparas. 6. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 295-297.

Tuulari, J., Aromaa E., Herberts K. & Wahlbeck, K. 2007. Pohjalainen masennus ja hakeutuminen hoitoon. Suomen Lääkärilehti 62 (8), 790-791).

Tuunainen, A., Wahlbeck, K., Pörtfors, P., Englund, J., Heino, T., Ekqvist, M. & EU-PSI-konsortio. 2003 PsiTri ja The Mental Health Library Mielenterveysalan näyttöön perustuvat tietokannat. Suomen Lääkärilehti 58(18-19), 2031-2035.

Vilka, H. & Airaksinen, T. 2004. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Tammi.

Vuorilehto, M. 2013. Psykiatrinen potilas ensihoidossa. Teoksessa Ensihoito. Helsinki: Sanoma Pro, 657-662.

Vuorilehto, M., Larri, T., Kurki, M. & Hätönen, H. 2014. Uudistuva mielenterveysystyö. Helsinki: Edita Prima Oy, 16, 112-113, 118-120.

# Psykiatrisen potilaan hoitontarpeen arviointi ensihoidossa

Liite 1

Muista oma työturvallisuus! Poliisi kohteeseen tarvittaessa  
M1-lähete/virka-apupyyntö

Somatikan tutkiminen

Sekavuutta/aggressiivisuutta/psykoottisia oireita voivat aiheuttaa mm:

- Hapenpuute
- Infektiot
- Toksiset syyt
- Aivotapahtumat
- Pään vammat
- Vanhalla iällä alkanut oireilu viittaa muuhun kuin psykiatriseen prosessiin

Huom!

Kaikilta potilailta tutkitaan tilanteen salliessa ainakin:

- RR, p
- SpO2 & HT
- Lämpö
- Neurologia (vammatutkimus)
- Verensokeri
- Alkometri

Jos poikkeavaa

Jatkohoito päivystyksessä

Jos ei poikkeavaa

## Tarkennettu haastattelu

- Tämänhetkinen ongelma, tarjoutuva oire; kesto, kehittymisnopeus
- Esitiedot: ennakoiva oireilu, altistavat tekijät (lääkityksen muutokset, päihteet, somaattiset sairaudet, elämäntilanne)
- Harhat (millaisia?) masentuneisuus
- Itsemurha-ajatukset; onko suunnitellut, onko hankkinut välineitä
- Orientaatio, käsitys omasta terveydentilastaan, sairautentunto
- Nukkuminen/syöminen/itsestään huolehtiminen?
- Onko jo hoitokontakteja johonkin psykiatrisen hoidon tahoon?

## Ympäristön havainnointi:

(Kirjaa kaavakkeeseen)

- Asumuksen siisteys/outo järjestely
- Tyhjät pullot, lääkepakkaukset, ruiskut/neulat
- Muu tavallisista asumisen jäljistä poikkeava

Jatkohoito psykiatrian päivystyksessä

(katso kuljetusohje)

## Ohje ensihoidolle psykiatrisen potilaan kuljettamisesta

### Mielenterveys- ja päihdepotilaiden M1-arvio:

- Ensisijaisesti lähimmällä terveysasemalla tai tarvittaessa EKKS:ssa mielenterveyspäivystys- ja arviointipoliklinikalla (MTPA) arkisin klo 08:00 – 15:00
- Alle 18-vuotiaiden arvio ensisijaisesti lähimmällä terveysasemalla tai tarvittaessa Lasten ja nuorten talolla arkisin klo 08:00 – 15:00
- Kaikkien potilaiden arvio YLE-päivystyspoliklinikalla arkisin klo 15:00 – 08:00 ja viikonloppuisin 24h/ vrk.

### Mielenterveys- ja päihdepotilaan muun psykiatrisen hoidon tarpeen arvio:

- Aikuisten arvio MTPA:lla arkisin klo 08:00 – 18:00
- Alle 18-vuotiaiden arvio Lasten ja nuorten talolla arkisin klo 09:00 – 15:00
- Kaikkien potilaiden arvio EKKS:ssa aikuispsykiatrisella osastolla PS1 arkisin klo 18:00 – 08:00 ja viikonloppuisin 24h/ vrk

### Yhteystiedot epäselvissä tilanteissa:

Mielenterveyspäivystys- ja arviointipoliklinikan 24/7 päivystävä puhelin  
(05) 352 4610

Lasten ja nuorten talo (alle 18-vuotiaat) arkisin klo 09:00 – 15:00 puhelin  
(05) 352 2360

**Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveydenhuollon  
kuntayhtymä  
Eettinen työryhmä**  
Valto Käkelän katu 3  
53130 LAPPEENRANTA

**Tutkimuslupa koulutuspalveluille/  
Lausuntohakemus eettiselle työryhmälle**

4 / 12 2014  
Päiväys

Ohje lomakkeen täytöstä:  
Klikkaa yläreunassa keltaisella olevaa tekstiä: Ota muokkaus käyttöön. Tallenna lomake omiin tiedostoihisi. Lomake on tarkoitus täyttää koneella.

Opinnäytetyön/Tutkimuksen nimi: Psykiatrisen potilaan hoidon tarpeen arviointi Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyspiirin ensihoidossa	
Opinnäytetyön tekijä (t) / tutkija (t): Eeva Saksanen, Laura Karisalmi, Hanni-Maria Kaljunen  Oppilaitos/organisaatio: Saimaan Ammattikorkeakoulu  Ohjaavan opettajan nimi: Vuokko Koironen	Ohjaavan opettajan allekirjoitus  
Opinnäytetyön/Tutkimuksen tarkoitus ja lyhyt yhteenveto tutkimussuunnitelmasta: Opinnäytetyömme tarkoitus on tuottaa vuokaavion muodossa oleva haastattelumalli ensihoitajien työn avuksi. Lisäksi tuotamme ensihoidon käyttöön ohjeen kuljetuspaikan valintaan, kun kyseessä on psykiatrinen potilas. Teoriaosuus koostuu psykiatristen sairauksien pääpiirteistä ja huomioista ensihoidon näkökulmasta. Haastattelumallin teemme teoriaosuuden pohjalta hyödyntämällä Eksoten ensihoidon ja psykiatrian asiantuntijoiden näkemyksiä. Kuljetusohjeen laadinnassa tulemme tarvitsemaan Eksoten päätöksiä ja ohjeistuksia asiaan liittyen.	
Työelämän ohjaaja ja yksikkö: Petteri Alavahtola, Eksote ensihoito	Työelämän ohjaajan allekirjoitus  
Opinnäytetyön/Tutkimusaineiston suuruus ja kokoamistapa: Kirjallisuuskatsaus, n. 30 sivua Asiantuntijatapaamiset ja Eksoten ohjeistus haastattelumallin ja kuljetusohjeen tuottamiseen, 2 sivua	
Opinnäytetyön/Tutkimuksen ajoitus: talvi2014- kevät2015	
Haetaanko <input checked="" type="checkbox"/> Tutkimuslupaa <input type="checkbox"/> Eettisen työryhmän lausuntoa  <input checked="" type="checkbox"/> Liitteet <input checked="" type="checkbox"/> Opinnäytetyö/Tutkimussuunnitelma <input type="checkbox"/> Saate <input type="checkbox"/> Suostumus <input type="checkbox"/> Kyselylomake <input type="checkbox"/> Haastattelurunko <input type="checkbox"/> tai joku muu, mikä/mitkä	
Opinnäytetyöntekijän/tutkimuksen tekijän yhteystiedot (postiosoite, puhelinnumero, sähköposti) Eeva Saksanen, Oksasenkatu 1 as 22, 53100 Lappeenranta eeva.saksanen@gmail.com 0505724342	
Opinnäytetyön/Tutkimuksen tekijän/tekijöiden allekirjoitus  	

**Etelä-Karjalan sosiaali- ja  
terveydenhuollon kuntayhtymä**  
Sosiaali- ja terveystyöryhmä  
Kehittämissuunnittelija

**Viranhaltijapäätös**

1

14.1.2015 Dnro 1159/13.01.02/2014

§ 1/2015/ Tutkimuslupapäätös

Tutkimuslupa / Laura Karisalmi, Eeva Saksanen ja Hanni-Maria Kaljunen

Päätös

Teille on myönnetty tutkimuslupa koskien tutkimustanne  
"Psykiatrisen potilaan hoidon tarpeen arviointi Etelä-Karjalan  
sosiaali- ja terveystyöryhmän ensihoidossa".


Loppuraportti tulee toimittaa sähköisenä Eksotelle, jotta se voidaan  
mahdollisesti julkaista verkkosivuillamme.

Lappeenrannassa 14.1.2015



Minna Jokinen  
Kehittämissuunnittelija  
Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystyöryhmä  
Henkilöstöpalvelut  
Valto Käkelän katu 3, 2 krs  
53130 Lappeenranta  
puh. 044-7914863  
[minna.jokinen@eksote.fi](mailto:minna.jokinen@eksote.fi)

Tämä päätös on postitettu asianosaisille 15.1.2015.



Hannele Lindberg  
sihteeri