

Aleksi Mällinen ja Ville Piironen

PSYKIATRISEN POTILAAN KOHTAAMINEN ENSIHOIDOSSA

Opas Pohjanmaan pelastuslaitoksen ensihoitohenkilöstölle

PSYKIATRISEN POTILAAN KOHTAAMINEN ENSIHOIDOSSA

Opas Pohjanmaan pelastuslaitoksen ensihoitohenkilöstölle

Aleksi Mällinen ja Ville Piironen
Opinnäytetyö
Kevät 2020
Ensihoidon tutkinto-ohjelma
Oulun ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Oulun ammattikorkeakoulu
Ensihoidon tutkinto-ohjelma

Tekijät: Aleksi Mällinen ja Ville Piironen

Opinnäytetyön nimi: Psykiatrisen potilaan kohtaaminen ensihoidossa – Opas Pohjanmaan pelastuslaitoksen ensihoitohenkilöstölle

Työn ohjaaja: Anna-Maria Ojala ja Juha Alakulppi

Työn valmistumislukukausi ja -vuosi: Kevät 2020

Sivumäärä: 32 + 8

Vakavasti psyykkisesti sairaan potilaan kohtaaminen voi olla haastavaa kaikille sosiaali- ja terveysalan työntekijöille. Etenkin tämä korostuu ensihoidossa, jolloin potilas voidaan kohdata tilanteessa, jossa potilaan mielenterveys on akuutisti huonontunut, eikä vielä ole käytettävissä kaikkia mielen-terveyslain suomia oikeuksia potilaan hoitamiseksi tai kontrolloidun hoitoympäristön, kuten psykiatrisen osaston, resursseja. Näissä tilanteissa ensihoitajan vuorovaikutustaidot ja ammattitaito joutuvat koetukselle, jotta tilanteet voidaan ratkaista parhaalla mahdollisella tavalla. Tämä tarkoittaa tilanteen hoitamista potilasta ja tämän mielipiteitä kunnioittaen, mutta myös hoitoon toimittamista, jos potilaan tila sitä vaatii.

Tässä opinnäytetyössä tavoitteena oli tuottaa käyttökelpoinen ja helposti omaksuttava opas psyykkisesti sairaan potilaan kohtaamiseen ensihoidossa, jotta ensihoitajilla olisi hyvät valmiudet toimia mielenterveyden ongelmista kärsivien ihmisten kanssa. Opas tehtiin soveltamalla tutkittua tietoa psykiatrisista sairauksista ja psykiatristen potilaiden kohtaamisesta ensihoidossa käytettäviin toimintamalleihin ja oppaan raakaversiosta saadun palautteen pohjalta. Tavoitteena oli luoda toimiva opas ensihoidon käyttöön, jonka avulla potilaiden saama ammattitaitoinen hoito paranee.

Opas antaa valmiuksia ja ohjeita ensihoitajille, millä tavalla potilas kohdataan, kuinka saavuttaa potilaan luottamus, sekä mihin asioihin kannattaa kiinnittää huomiota potilaan psyykkistä tilaa arvioitaessa. Tällä tavoin saadaan potilaan kanssa luotua hyvä yhteistyöhön pohjaava hoitosuhde. Potilaan hyvä kohtaaminen ja luottamuksen saavuttaminen ensihoidon osalta helpottaa myös muiden potilaan hoitopolulla olevien sosiaali- ja terveysalan työntekijöiden työtä, jos potilaalle on saatu myönteinen kokemus hoidon alusta saakka.

Asiasanat: Ensihoito, psykiatria, mielenterveyspotilas, potilaan kohtaaminen

ABSTRACT

Oulu University of Applied Sciences
Degree programme in Emergency Care

Authors: Aleksi Mällinen and Ville Piironen

Title of thesis: Encountering a psychiatric patient in EMS – A Guide to the EMS personnel of Ostrobothnia department of emergency services

Supervisors: Anna-Maria Ojala and Juha Alakulppi

Term and year when the thesis was submitted: Spring 2020

Number of pages: 32 + 8

Encountering patients with difficult mental health issues can be a difficult job for every employee working in social and health care. This fact is emphasized in emergency medical services (EMS) because the patient is often encountered in a situation when the patient's mental health has acutely deteriorated and not all rights bestowed by the Finnish mental health law are not yet in effect nor the resources of a controlled environment, such as a psychiatric hospital ward, are available. During these situations, the paramedic's social skills and professionalism are put to the test to resolve the situation as well as possible. This means the situation is to be handled so that the paramedics respect the patient and her opinions but also to ensure the patient gets the treatment she needs.

This bachelor's thesis drove to produce a usable and easily assimilated guide to help to encounter a psychically ill patient in emergency care so that the paramedics would be well prepared to act properly with patients suffering from mental health issues. The bachelor thesis was made by adapting researched knowledge about psychiatric illnesses and encountering psychiatric patients with work models in emergency care. We also received feedback from a raw version of the guide which we used to develop it further. The goal was to create a functional guide to be used by the EMS providers with which the professional treatment is improved.

The guide provides skills and tips to the paramedics on how to encounter a patient, how to gain the patient's trust and hence create a care relationship founded on co-operation as well as to what the paramedics need to pay attention when evaluating the patient's mental state. A well performed encounter by the EMS and gaining the patient's trust in the beginning makes the work easier for every social and health care worker along the patient's treatment path.

Keywords: Emergency medical care, EMS, psychiatry, mental health patient, encountering a patient

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	6
2	YLEISIMMÄT PSYKIATRISET SAIRAUDET	8
2.1	Skitsofrenia.....	8
2.2	Psykoottiset häiriöt	10
2.3	Kaksisuuntainen mielialahäiriö	11
2.4	Masennus- ja ahdistushäiriöt.....	12
2.5	Itsetuhoisuus	13
2.6	Persoonallisuushäiriöt	13
3	PSYKIATRISEN POTILAAN KOHTAAMINEN.....	15
3.1	Potilaan kohtaamisen menetelmät	16
3.2	Työturvallisuus	17
3.3	Lainsäädäntö ja M1-arvio	18
4	PROJEKTIN TEKEMINEN JA TARKOITUS	20
4.1	Projektin tarkoitus ja tavoitteet.....	20
4.2	Projektin suunnittelu	21
4.3	Projektin toteutus.....	23
5	SAATU PALAUTE JA OPPAAN MUOKKAAMINEN	25
5.1	Vastausten analysointi	25
5.2	Johtopäätökset vastauksista	26
5.3	Vastausten pohjalta tehdyt muutokset.....	27
6	POHDINTA	28
	LÄHTEET.....	30
	LIITTEET	33

1 JOHDANTO

Mielenterveysongelmat ovat aina olleet tabu suomalaisessa yhteiskunnassa, mutta viime aikoina niistä on alettu puhua enemmän ja ymmärtämään paremmin psykiatrisen hoidon eriytyessä omaksi tieteenalaksi ja avohoidon lisääntyessä. Psykiatristen sairauksien hoito on Suomessa kehittynyt runsaasti 50-luvulta lähtien, kun ensimmäinen neuroleptilääkitys tuli markkinoille (Lehtonen & Lönnqvist 2019). Siitä alkaen mielenterveysongelmista kärsivien potilaiden hoito on hiljalleen vuosien saatossa muuttunut inhimillisemmäksi ja psykiatrisessa hoidossa on somaattisen hoidon mukaisesti enenevissä määrin pyritty toimimaan yhteistyössä potilaan kanssa ja aktiivisesti vähentämään pakon käyttöä psykiatrisissa sairaaloissa. Pakon vähentämisen suuntaukseen liittyvät mallit ovat pääsääntöisesti lähtöisin Iso-Britanniasta, tunnetuimpina MAPA ja Safewards, joissa panostetaan potilaan kanssa yhteisymmärrykseen pääsemistä ja vältetään konfliktitilanteita (Safewards 2019). Samaa suuntausta voidaan varmasti myös hyödyntää ensihoidossa kohdattavien mielen-terveyspotilaiden kanssa, jolloin voidaan paremmin välttyä kommunikaation epäonnistumiselta ja väärinymmärryksiltä. Aiheesta on tehty 2010- luvulla jonkin verran opinnäytetöitä, mutta yksikään niistä ei tuota opasta mielenterveysongelmista kärsivän kohtaamiseen. Tässä opinnäytetyössä käytetään mielenterveysongelmista kärsivistä potilaista nimityksiä psykiatrinen potilas ja mielenter-veyspotilas.

Ensihoidossa psykiatrisen potilaan hoitaminen kulminoituu potilaan kunnioittamiseen ja kuuntele-miseen sekä potilaan kanssa keskustelemiseen. Potilas ei välttämättä itse tunnista sairauttaan tai oirekuvaansa ja voi tästä syystä olla vastahakoinen tekemään yhteistyötä hoitajien kanssa tai läh-temään näiden mukaan. Psykkisiä ongelmia kohtaan on myös ennakkoluuloja, minkä vuoksi po-tilaat eivät välttämättä halua tuoda oireitaan esiin. Myös päihdeongelmat ovat yhä useammin kyt-köksissä mielenterveysongelmiin. (Jylhä & Vuorilehto 2018.) Psykkisesti sairaan potilaan kohtaa-minen on haastavaa kaikille terveydenhuollon ammattilaisille. Ensihoidon erityispiirteenä näissä tilanteissa on se, että potilaana olevasta psyykkisistä oireista kärsivästä ihmisestä ei ole välttämättä mitään esitietoja. Potilas kohdataan mahdollisesti tämän ”omalla reviirillä”, eikä ensihoidolla ole käytettävissään kaikkia niitä resursseja, mitä esimerkiksi sairaalaympäristössä on. Sairaalan re-sursseina ovat esimerkiksi lukitut tilat, psyykkisiin ongelmiin perehtynyt henkilökunta ja mielenter-veyslain suomat pakkokeinot. (Jylhä & Vuorilehto 2018, 688-689.)

Opinnäytetyön tilaajana toimii Pohjanmaan pelastuslaitos. Tämän opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa Pohjanmaan pelastuslaitoksen ensihoitajille mukana kannettava opasvihkonen ensihoidon työntekijöille, jossa on tietoa työssä kohdattavista mielenterveysongelmista ja ohjeita hoitajille. Oppaan avulla hoitajat saavat tietoa, millä tavoin näistä ongelmista kärsiviä potilaita kannattaa kohdata kenttätöössä, ja millä tavoin ensihoitajan käytös tai sanaton viestintä voi vaikuttaa potilaskoh-
taamiseen.

2 YLEISIMMÄT PSYKIATRISET SAIRAUDET

Ymmärtääkseen mielenterveyden häiriöitä, täytyy ensin ymmärtää, mitä mielenterveys on. Mielenterveys pitää sisällään ihmisen mielessä tapahtuvaa joustavaa muutosta, joka jatkuu koko ihmisen eliniän ajan. Ollakseen mieleltään terve, ihmisellä tulee olla kyky ymmärtää itseään, omat henkiset voimavaransa ja tunnistaa oma vaikutuksensa sosiaalisissa vuorovaikutustilanteissa. Tähän liittyy myös kyky sopeutua muutoksiin, ylläpitää toimintakykynsä yllättävissäkin muutoksissa ja pysyä mieleltään aktiivisena sekä tyytyväisenä eri elämänvaiheissa. Mielenterveyteen liittyviä ja siihen vaikuttavia tekijöitä ovat mm. ihmisen perintötekijät ja ympäristövaikutteet. (Lehtonen & Lönnqvist 2017, 18.)

Mielenterveyteen vaikuttavat myös erilaiset häiriötilat, kuten psykiatriset sairaudet, joita käsitellään jatkossa tarkemmin. Mielenterveyden häiriöiksi luetaan sellaiset tekijät ja tilat, jotka aiheuttavat haittaa ja kärsimystä jokapäiväisessä elämässä. Häiriöille on tautiluokituksessa omat kriteerien pohjalta muodostetut ja niitä kuvaavat koodit eli diagnoosinumerot. (Lehtonen & Lönnqvist 2017, 18.)

Psykiatristen sairauksien akuuttihoito tapahtuu useasti kontrolloidussa ympäristössä tapahtuvana lääkehoitona ja tilanteen rauhoituttua toteutettuna psykoedukaationa. Tästä syystä ensihoidossa on psykiatrisen potilaan hoitoon vähän mahdollisuuksia ja paras apu saadaan potilaan kuljettamisesta yhteistyössä hoitavaan yksikköön. Ensihoitajien paras keino on potilaan ihmismäinen, avoin ja rehellinen kohtaaminen. (Kaarne & Miettinen 2008, 274.)

2.1 Skitsofrenia

Skitsofrenia on vakava mielen sairaus, joka alkaa usein nuorella aikuisiällä, ja jossa ihmisen todellisuuden taju on hämärtynyt. Toimintakyky on heikentynyt ja sairauteen kuuluu toistuvat psykoosijaksot ja tunne-elämän latistuminen sekä kognitiivisen toiminnan muutokset. Psykoosioireita ovat usein harha-aistimukset, harhaluulot tai vaikeudet erottaa todellisuus harhoilta. Kun tällaisia oireita alkaa esiintyä, on ihminen tällöin psykoottinen. Tutkimusten mukaan noin yksi prosentti suomalaisista sairastuu elämänsä aikana skitsofreniaan, karkeasti miehet sairastuvat 20-28 vuotiaina ja nai-

set 24-32 vuotiaina. Skitsofreniaan sairastumiseen vaikuttavat nykytiedon valossa perimä ja ympäristötekijät, jotka aiheuttavat aivojen kehityksen häiriön sikiöiässä. Lapsuus- ja nuoruusiän ympäristövaikutteet ja traumat voivat edelleen altistaa sairauden puhkeamiselle, mutta sairauden tausta on vielä kaikesta huolimatta huonosti tunnettu. (Hietala, Isohanni, Kieseppä, Koponen, Lönnqvist & Suvisaari 2017, 141-142.)

Skitsofrenian oireilu voidaan jakaa karkeasti positiivisiin ja negatiivisiin oireisiin. Positiivisia oireita ovat ”lisänä” tulevat oireet, kuten aistiharhat, harhaluulot sekä puheen ja käytöksen hajanaisuus, jotka ovat myös sairauden näkyvin osa ja ilmenevät usein sairauden akuuttivaiheessa. Harhat ovat useasti kuuloharhoja ja oireista kärsivä kuulee puhetta, joka on usein tätä itseä syylistävää, uhkaavaa tai tekemisiä kommentoivaa. Oireena voi olla myös harhaluuloisuutta, joka voi olla esimerkiksi epärealistista uskomusta siitä, että joku tai jokin taho seuraa tai haluaa henkilölle pahaa, kuten tekee kiusaa tai ahdistelee. (Hietala ym. 2017, 142-143; Skitsofrenia: Käypä hoito -suositus, 2015.)

Negatiivisiin oireisiin, jotka ilmenevät usein sairauden jälkioireina luetaan kognitiivisen toimintakyvyn lasku, tunne-elämän latistuminen, puheen köyhtyminen ja adhedonia eli mielihyvän tuntemisen heikkeneminen. Eristäytyminen muista ihmisistä ja aiempien mielenkiinnon kohteiden hylkääminen kuuluvat usein myös sairauteen. Sairautena skitsofrenia on elinikäinen, eikä siitä voi parantua, mutta sen kanssa voi elää normaalia elämää oikean lääkityksen turvin. (Hietala ym. 2017, 142-143; Skitsofrenia: Käypä hoito -suositus, 2015.)

Hoitona käytetään etupäässä antipsykoottista lääkettä, eli vanhalta nimeltään neuroleptejä, sillä skitsofreniaa sairastavan ihmisen psykoottiset oireet haittaavat psykososiaalisen kuntoutuksen tai terapian toteuttamista ja sairaus aiheuttaa usein loppuiän kestäviä oireita (Hietala ym. 2017, 171-174). Potilaan pitkäaikaishoidossa ja kuntoutuksessa hoidossa panostetaan myös potilaan psykososiaaliseen kuntoutukseen ja siihen, että potilas sitoutuu hoitoon jatkossakin. Potilaan integroiminen yhteiskuntaan ja tukea esimerkiksi työelämässä pysymistä, jos se on mahdollista, on tärkeää potilaan psyykkisen hyvinvoinnin pysyvyyden kannalta ja voi tehdä potilaan elämästä mielekästä (Skitsofrenia: Käypä hoito -suositus, 2015; Huttunen & Socada 2017, 41.)

2.2 Psykoottiset häiriöt

Psykoottisiksi häiriöiksi kutsutaan tilaa, jossa ihmisen realiteettitaju on hämärtynyt, eikä ihminen välttämättä tunnista todellisuutta harhoista. Tilaa kuvaavat yleisesti ajatusmaailman sekä puheen hajanaisuus, ulospäin näkyvä outo käytös ja erilaiset harhaluulot ja -aistimukset, kuten kuulo-, näkö-, tunto- tai hajuharhat. Näistä kuuloharhat ovat yleisimpiä ja ne voivat olla esimerkiksi ihmisten puhetta, pamahduksia tai muita erilaisia selittämättömiä ääniä. Hyvin lieviä ja nopeasti ohimeneviä epärealistisiksi tulkittavia oireita tai epäluuloisuutta voi ilmetä joskus, mutta niitä ei tule välittömästi tulkita psykoosisairauden merkiksi. (Hietala ym. 2017, 205.)

Erilaisia puhkeamissyitä ja psykoosin muotoja voivat olla esimerkiksi reaktiivinen psykoosi, jolloin kova psyykinen kuormitus, kuten läheisen kuolema tai avioero laukaisee psykoosin mieltä suojaamaan. Näissä tilanteissa psyykkisten ärsykkeiden määrä useasti kasvaa yli ihmisen sietämistä rajoista ja psyykkiset hallintakeinot eivät enää pysty käsittelemään kaikkea. Oireet voivat alkaa levottomuutena, ärtyisyytenä, päihdeharkitusena sekä uniongelmina ja hoitamattomana ongelmat voivat eskaloitua psykoosiksi. (Henriksson & Lönnqvist 2017, 359.)

Päihdepsykoosi, joka syntyy useimmiten alkoholin tai huumausaineiden runsaan käytön jäljiltä, on yleistymässä psykiatrisessa sairaalahoidossa. Osalla potilaista on sekä mielenterveysongelma että päihdeongelma. Tällöin puhutaan ns. kaksoisdiagnoosipotilaista. Psykoottisia oireita voivat aiheuttaa alkoholi, stimulantit, kuten amfetamiini ja metamfetamiini, opiaatit ja opiaattijohdannaiset, kuten fentanyyli ja buprenorfiini, hallusinogeenit, kuten psilosybiiniset ja LSD sekä kannabis (Boyd 2018, 710-715.)

Psykoottinen masennus on tila, joka esiintyy yleensä vakavan masennuksen yhteydessä. Se on vaikeasti hoidettava masennustila ja siihen liittyy vakavia psykoottisia oireita, kuten aistiharhat ja harhaluulot (Isometsä 2017, 256). Skitsoaffektiivinen häiriö on hieman skitsofreniaa muistuttava sairaus, joka pitää sisällään toistuvia mielialahäiriö- ja psykoosijaksoja ja oireisto on yhdistelmä skitsofrenian ja mielialahäiriöiden oireistoa. Tällöin henkilöllä on skitsofrenialle tyypillisiä luulo- tai kuuloharhoja ja puheen köyhtymistä, sekä mielialahäiriöitä, joita ilmaantuu jaksoittain. (Hietala ym. 2017, 211.) Psykoositilojen hoito muistuttaa paljon skitsofrenian hoitoa ja sen keskiössä on potilaan akuuttien psykoosioireiden hoitaminen psykoosilääkityksellä ja myöhemmin turvata potilaan selviytyminen kuntoutuksella (Huttunen & Socada 2017, 18).

2.3 Kaksisuuntainen mielialahäiriö

Kaksisuuntainen mielialahäiriö on tila, jossa henkilön mielialat vaihtelevat useasti manian, eli epänormaalisti kiihtyneen ja impulsiivisen mielialan sekä masennuksen tai sekamuotoisten jaksojen välillä. Sairaus puhkeaa yleensä nuoruus- tai nuorella aikuisiällä ja sairaudella on vahva perinnöllinen alttius, sairauden periytyvyys on tutkimusten mukaan jopa 60-90%. Sairaus jaetaan kahteen päämuotoon, I-tyyppiin ja II-tyyppiin, joiden oireenkuvat poikkeavat hieman toisistaan. I-typissä vahvat maniajaksot vaihtelevat masennusjaksojen kanssa ja II-typissä hypomaaniset jaksot vaihtelevat masennusjaksojen kanssa. Tutkimusten mukaan jopa noin puolet kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavista yrittää elämänsä aikana itsemurhaa. Itsemurhayritykset sijoittuvat pääosin masennus- ja sekamuotoisiin kausiin. (Isometsä 2017, 228-229.)

Sairauden maanisessa vaiheessa oirekuva on yleensä ylienergisyys, toimeliaisuus, ylitse vyöryvä itsevarmuus, impulsiivisuus, lisääntynyt puheliasuus, ajatuksenriento, unentarpeen vähentyminen holtiton rahan käyttö ja epänormaalin korostunut seksuaalinen käyttäytyminen. Tällöin henkilö voi olla todella vauhdikas, saada paljon uusia ideoita ja aloittaa useita projekteja saamatta niitä koskaan loppuun. Usein myös grandioottiset ajatukset, eli epärealistiset ja kunnianhimoiset ajatukset liittyvät maniavaiheen oireistoon. Myös psykoottisia oireita voi esiintyä manian muiden oireiden yhteydessä. (Isometsä 2017, 230-231.) Henkilö ei yleensä hakeudu itse hoitoon maniavaiheessa, vaan avunpyyntö tulee usein huolestuneilta omaisilta tai sivullisilta ja hoito tapahtuu usein vastoin sairastuneen omaa tahtoa (Kaksisuuntainen mielialahäiriö: Käypä hoito -suositus, 2013).

Hypomania on manian lievempi muoto, johon ei liity maniaan kuuluvaa toimintakyvyn romahdusta. Hypomanian oireistossa esiintyvät korostunut mieliala tai ärtyisyys, toimeliaisuus, lisääntynyt puheliasuus, keskittymiskyvyn vaikeudet, unentarpeen väheneminen, seksuaalisen halukkuuden kasvu ja lievä rahan tuhlaaminen tai vastuuton käytös. (Isometsä 2017, 229-230.)

Masennuskaudet ja niiden diagnostiset kriteerit kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä ovat tyypillisiä kaikille masennustiloille, vaikka niiden hoito onkin erilaista. Masennusjaksojen kesto on keskimäärin kuusi kuukautta. (Isometsä 2017, 232.)

Sekamuotoisissa tiloissa mielialat voivat vaihdella jopa päivän sisällä useasti masennuksesta hypomaniaan tai maniaan. Tila voi olla myös yhtäaikainen, jolloin masennusoireista kärsivä henkilö käy edelleen mieleltään ja ajatustoiminnaltaan ylikierroksilla, kiihtynyt, psykomotorisesti levoton ja

puhelas. Rajujen mielialavaihteluiden vuoksi itsetuhoisten tekojen vaara on erityisen suuri sekamuotoisten jaksojen aikana.(Isometsä 2017, 232.)

Kaksisuuntaisen mielialahäiriön hoidon perustana on mielialaa tasaava lääkehoito, jolla pyritään saamaan mielialan vaihtelut kuriin, yleisimpinä lääkkeitä litium ja valproaatti (Huttunen & Socada 2017, 178-191). Myös antipsykoottisten lääkkeiden on todettu olevan toimivia maniaoireiden hoidossa ja ennaltaehkäisyssä (Huttunen & Socada 2017,208). Lääkkeettömänä vaihtoehtona voinnin kohentuessa toimii psykoedukaatio potilaalle ja tämän omaisille, mikä helpottaa sairauden kanssa elämistä ja voinnin heikkenemiseen viittaavien oireiden aikaista tunnistamista (Kaksisuuntainen mielialahäiriö: Käypä hoito -suositus, 2013).

2.4 Masennus- ja ahdistushäiriöt

Masennus on tila, jossa henkilö menettää kyvyn tuntea mielihyvää, on mielialaltaan alakuloinen ja väsynyt. Masennuksella voidaan tarkoittaa masentunutta tunnetilaa, joka on normaali tunne-elämän reaktio, joka ilmenee tilanteissa, joihin liittyy menetyksen tai pettymyksen tunnetta. Masentunut mieliala tarkoittaa masennustilaa, joka on muuttunut pysyvämmäksi ja pitkäkestoisemmaksi. Masennusoireyhtymä taas on mielenterveyden häiriö, johon liittyy muitakin oireita masentuneen mielialan lisäksi, kuten kiinnostuksen ja mielihyvän menetys, uupumus, itseluottamuksen tai itsearvostuksen menetys, kohtuuton itsekritiikki, keskittymiskyvyttömyyden tunne, toistuvat itsetuhoisuuteen liittyvät ajatukset, unihäiriöt eli liiallinen nukkuminen tai unettomuus sekä ruokahalun ja painon muutokset. (Isometsä 2017, 254-255.)

Masennustiloja on erilaisia riippuen oireistosta ja masennuksen aiheuttajasta. Erilaisia masennustiloja ovat mm. psykoottinen masennus, johon liittyy myös psykoottisia oireita. Somaattinen oireyhtymä, eli melankolinen depressio on vakava ja vaikea masennustila, jossa mieliala usein muuttuu vuorokauden ajan mukaan ja oireilu on useasti psykoottistasoista. Synnytyksen jälkeiseksi masennustilaksi kutsutaan tilaa, joka on alkanut neljän viikon kuluessa synnytyksestä ja se koskee n. 10-15% äideistä. Vuodenaikaan liittyvä masennustila kuvaa sairausjaksoja, jotka toistuvat säännöllisesti vuodenaikojen mukaan, kuten talvikauteen liitetty kaamosmasennus. Krooniseksi masennustilaksi kutsutaan masennustilaa, joka on jatkunut yhtäjaksoisesti vähintään kaksi vuotta. (Isometsä 2017, 256-257.)

Masentuneen oireenkuva vaihtelee masennuksen vaikeuden ja masennustyyppin mukaan. Lievimmissä masennustiloissa henkilö voi olla totinen ja itkuherkkä, mutta muuten toimintakyky ja sosiaalinen kanssakäyminen voi olla hyvää. Vaikeammissa masennustiloissa oireilu on selvästi havaittavaa ja henkilö saattaa olla psykomotorisesti jähmeä ja kankea tai levoton ja kiihtynyt. Henkilö voi olla myös ilmeetön ja huokailla tai itkeä niin, että kommunikointi kärsii. (Isometsä 2017, 257.)

2.5 Itsetuhoisuus

Itsetuhoisuus on usein liitännäisoire tai seuraus muista mielenterveysongelmista. Esimerkiksi masentunut ihminen voi kokea masennuksensa vuoksi, ettei ole minkään arvoinen tai että elämässä ei ole enää mitään, minkä vuoksi elää ja tämän takia itsensä vahingoittaminen tai tappaminen voi vaikuttaa potilaan mielestä hyvältä vaihtoehdolta tuskan lopettamiseksi. Voimakas tai pitkäkestoinen ahdistus tai persoonallisuushäiriön vuoksi rajun impulsiivinen ajatusmaailma voi edesauttaa itsetuhoiseen käytökseen johtamista. Myös psykoottiset oireet tai vahva humalatila voivat vakavasti vaikuttaa potilaan päätökseen vahingoittaa itseään tai mahdollisesti muitakin. (Castrén, Helveranta, Kinnunen, Korte, Laurila, Paakkonen, Pousi & Väisänen 2014, 243.)

2.6 Persoonallisuushäiriöt

Persoonallisuushäiriöt eivät ole varsinaisia mielisairauksia, vaan nimensä mukaisesti häiriötiloja henkilön persoonallisuudessa. Persoonallisuushäiriöt ovat yleensä varhaislapsuudessa syntyviä ja henkilöön syvälle juurtuneita pysyviä muutoksia ja käyttäytymismalleja. Persoonallisuushäiriöitä on useita erilaisia ja ne jaotellaan oirekuvan perusteella hieman erilaisiksi persoonallisuushäiriöiden muodoiksi, mutta eri muodot voivat ilmetä päällekkäin yhtäaikaistakin. Häiriöt ovat valtakulttuuriin verraten omituisia tapoja, huomioida, havainnoida, ajatella ja suhtautua muihin ihmisiin. Usein persoonallisuushäiriöinen ihminen ei itse tiedosta häiriön olemassaoloa, koska toimintamallit ovat niin tiiviisti kasvaneet osaksi persoonaa. Tavallisesti useimpiin persoonallisuushäiriöihin kuuluu niistä kärsivän kohdalla sosiaalista ja emotionaalista tuskaa ja vaikeuksia näillä elämän osa-alueilla. (Eronen ym. 2019A.)

Persoonallisuushäiriöitä jaotellaan useisiin eri muotoihin, joista osa on selvästi muita herkempiä aiheuttamaan sivullisten huomion ja huolen, sillä joihinkin persoonallisuushäiriöihin liittyy vahvasti

esimerkiksi huomionhakuinen ja impulsiivinen käytös. Persoonallisuushäiriöitä on ICD-10-tautiluokituksen mukaan: epäluuloinen persoonallisuus, eristynyt persoonallisuus, epäsosiaalinen persoonallisuus (psykopatia), tunne-elämältään epävakaa persoonallisuus ("rajatila" tai "borderline"), huomionhakuinen persoonallisuus, vaativa persoonallisuus (obsessiivis-kompulsiivinen), estynyt persoonallisuus, riippuvainen persoonallisuus ja muut määritetyt persoonallisuushäiriöt (muun muassa niin kutsuttu "narsismi"). Jokaisella eri muodolla on jokin määrittelevä erityispiirteensä, joka saattaa olla muita muotoja vahvempi, joka saattaa määritellä diagnoosin. Persoonallisuushäiriöstä kärsivä potilas voi myös kärsiä samalla muista mielenterveyden ongelmista, kuten masennuksesta tai psykoosista ja näihin täytyy puuttua ensisijaisesti. (Eronen ym. 2019A.)

Tunne-elämältä epävakaa persoonallisuushäiriö on tutkimusten mukaan sairaalassa persoonallisuushäiriön vuoksi hoidettavien potilaiden kohdalla kyseessä 30-60% tapauksista. Syntymekanismi on usein varhaislapsuudessa tapahtunut traumaattinen kokemus, häiriintynyt kiintymyssuhde vanhempiin, joka on johtanut häiriöön erillistymis-yksilöitymiskehityksessä, seksuaalinen hyväksikäyttö, tai vanhempien vakavat mielenterveyshäiriöt. Tunne-elämältään epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivät potilaat ovat usein erittäin vahvasti rajusti ailahtelevien tunnetilojensa ja heikon impulssikontrollinsa vuoksi haastavia potilaita terveydenhuollon ammattilaisille. Epävakaan potilaan käytökseen voi usein kuulua teatraaliset ja radikaalit ulospäin suuntautuvat muihin vetoavat tempaukset ja jopa väkivaltaiset purkaukset, kun potilaan tunnetilojen vallassa olevaa käytöstä pyritään estämään ja itsemurhauhkaukset tai useat itsetuhoiset yritykset. (Eronen ym. 2019B.) Tästä syystä ensihoito ja päivystyspoliklinikat usein kohtaavat etenkin epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsiviä potilaita.

3 PSYKIATRISEN POTILAAN KOHTAAMINEN

Pohjanmaan pelastuslaitos kattaa koko Pohjanmaan maakunnan ja se tuottaa ensihoitopalvelun Vaasan sairaanhoitopiirin kanssa yhteistoimintana. Pelastuslaitoksen toiminta-alue on jaettu kolmeen alueeseen, pohjoiseen, keskiseen ja eteläiseen alueeseen, joissa jokaisessa on lähiesimiehenä ensihoitoesimies ja he vastaavat yhdelle ensihoitomestarille. Alueella on 12 ensihoitoyksikköä, joista kaikki toimivat hoitotasolla. Ensihoidossa vakituisesti työskenteleviä on noin 100. Hoitotasolla toimivat hoitajat ovat koulutukseltaan Ensihoitaja AMK, Sairaanhoitaja AMK, joilla on 30 opintopisteen ensihoitoon suuntaava lisäkoulutus, ja perustasolla sairaanhoitaja AMK tai lähihoitaja. Joissain vuoroissa perustason ensihoitajana toimii pelastajatutkinnon suorittanut henkilö. Alueen psykiatrinen erikoissairaanhoito on keskittynyt Vaasaan, jossa toimii Vaasan keskussairaalan psykiatrian yksikkö. Tilastotietojen mukaan vuonna 2018 785-tehtäviä oli Pohjanmaan pelastuslaitoksen toimialueella yhteensä 720 tehtävää kokonaistehtävämäärästä, 15 497 tehtävää, eli 4,6% tehtävistä. Mielenterveystehtävien määrään ei kuitenkaan ole laskettu 793 ja 794 tehtäviä, eli hoitolaitossiirtoja tai muita sairaankuljetustehtäviä, vaikka osa niistä olisikin koskenut mielenterveyspotilaan siirtoa. (Smedlund, sähköpostihaastattelu 31.3.2019.)

Muissa länsimaissa, kuten esimerkiksi Australiassa ja Iso-Britanniassa Skotlannin alueella on mielenterveystehtävien määrä tutkimusten mukaan noin kymmenesosa kaikista tehtävämäärästä (Best ym. 2019; Andrew ym. 2018). Tutkimuksen mukaan mielenterveysongelmista kärsivät potilaat saavat vaihtelevampaa ja huonompaa hoitoa kuin fyysisistä sairauksista tai hätätiloista kärsivät ihmiset (Best ym. 2019). Best ryhmineen toteaaakin oman tutkimuksensa yhteenvedossa seuraavasti:

Uusien interventioiden ja vaihtoehtoisten hoitopolkujen kehittämistä ja testaamista tälle potilasryhmälle (=psykiatrasta apua tarvitsevat potilaat) ensihoidossa ja päivystyspoliklinikoilla tarvitaan kipeästi. Näillä keinoilla on potentiaalia vähentää itsemurhia, potilaiden hätää ja runsasta toistuvaa palveluiden käyttöä.

3.1 Potilaan kohtaamisen menetelmät

Terveystieteiden ammattilaisen tulee käyttäytyä neutraalisti ja ammattimaisesti kaikissa potilastilanteissa, mutta kohtaamisen ja sen onnistumisen merkitys korostuu mielenterveyspotilaiden kanssa. Kaarne ja Miettinen (2008) tuovat esiin kirjoituksessaan vuorovaikutuksen haasteista aggression ja väkivaltaisen synnyn keskeisimpiä tekijöitä, joita ovat ongelmallinen vuorovaikutussuhde ja vuorovaikutuksen puutteellisuus. He tuovat esiin neljä tärkeintä vuorovaikutuksen osatekijää terveydenhuollossa, jotka ovat potilas, henkilökunta, ympäristötekijät sekä henkilökunnan ja potilaiden välinen vuorovaikutus.

Ensihoitajan on kiinnitettävä entistä enemmän huomiota viestintätaitoihinsa, jotta potilaskohtaaminen onnistuisi ja hyvä hoitosuhde voidaan aloittaa. Viestintä jaetaan yleensä verbaaliseen viestintään, eli puheeseen ja nonverbaaliseen viestintään, eli esimerkiksi eleisiin, ilmeisiin, äänenpainoon. Näistä nonverbaalisella viestinnällä on huomattavasti suurempi rooli, etenkin jos potilas on kiihtyneessä mielentilassa. Tällöin iso osa hoitajan sanomasta jää vaille merkitystä. (Kaarne & Miettinen 2008, 274.)

Psyykkisesti sairastavalla on suomalaisessa yhteiskunnassa usein negatiivinen stigma, joten psyykkisestä oireilusta halutaan vaieta, vaikka omaiset tai potilas itse olisivat huomannut ongelmia. Tämän vuoksi keskustelua oireista voi olla vaikea saada aloitetuksi. (Heiskanen ym. 2006, 34; Jylhä & Vuorilehto 2018, 688.) Potilaan kanssa keskustellessa on tärkeää muistaa olla avoin ja rehellinen puheissaan, sekä muistaa pitää haluamansa sanoma lyhyenä ja ytimekkäänä, sillä potilaan vastaanottokyky voi olla psyykkisen huonovointisuuden johdosta rajoittunut. Epämääräiset lupaukset, salailu ja suoranainen valehtelu voivat lisätä potilaan epäluottamusta ja lisätä agitoituneisuutta. Sanavalinnoissaan hoitajan tulisi välttää yleistäviä sanontoja ja painottaa ”me-henkisyyttä” tilanteen ratkaisemisessa. Jos tilanteessa on useampia henkilöitä, tulisi yhden hoitaa puhuminen potilaalle, jotta potilaan olisi helpompi keskittyä ja tämä välttyisi raskaalta informaatiotulvalta tilanteessa. Jotta tilanne ei eskaloituisi, potilasta ei myöskään kannata nolata tai yrittää ”kampittaa” keskustelussa, vaan kohdata potilas neutraalisti ja tarjota kunniallinen ulospääsy tilanteesta. (Kaarne & Miettinen 2008, 274-275.)

Ensihoitajan tulisi pyrkiä oppimaan ja tiedostamaan oma käyttäytymisensä ja olemuksensa keskustelun aikana, jotta ei provosoisi potilasta turhaan tai tiedostamattaan. Nonverbaalisella viestinnällä on kommunikaation onnistumisessa suurempi rooli kuin verbaalisella viestinnällä ja tämän vuoksi siihen tulisi panostaa. Omaan nonverbaaliseen viestintäänsä voi vaikuttaa muun muassa seisomalla neutraalisti, ei esimerkiksi pitämällä käsiään puuskassa, taskuissa tai selän takana, koska se voi viestiä potilaan mielestä aggressiivisuutta, välinpitämättömyyttä tai aiheuttaa potilaassa kokemuksen, että hoitaja yrittää piilotella käsissään jotain. Myös hoitajan omien ilmeiden ja eleiden tulisi harkittuja ja rauhallisia, jotta potilas ei säikähdä äkkipikaisia liikkeitä tai koe, että hoitaja on uhkaava tai vihainen tilanteessa. Suotavia toimintoja ovat empaattista kuvaa synnyttävät pään nyökyttelyt, hyväksyvät murahdukset ja lyhyet positiiviset lausahdukset, kuten ”jatka” tai ”ymmärrän”. On kuitenkin vältettävä naurahduksia, tuhahtuksia tai muita ärsyntyymistä tuottavia tai taylorielisen kuulioisia äännähdyksiä ja kommentteja. (Kaarne & Miettinen 2008, 276-277.)

Alun perin Iso-Britanniassa luotu psykiatrisille osastoille tarkoitettu Safewards-malli korostaa myös erinäisissä interventioissaan hyvää ja positiivista ilmapiiriä aiheuttavan kommunikaation merkitystä onnistuneessa potilaskontaktissa. Tärkeää on välttää ehdottomia kieltoja, määräyksiä tai toteamuksia ja antaa potilaalle perusteltuja, rauhallisia vastauksia ja tarjota vaihtoehtoja, jolloin potilas itse kokee vaikuttavansa tilanteeseen. Hoitajan kehonkielen tulisi viestiä empatiaa ja hoitajan tulisi välttää auktoriteettisen aseman omaksumista tilanteessa, vaan pyrkiä potilaan kanssa samalle tasolle. Hoitajan puheen ei tulisi olla hyökkäävää, kritisoivaa, uhkailevaa, potilasta alentavaa tai mitätöivää missään tilanteessa. (Safewards 2019.)

3.2 Työturvallisuus

Koska mielenterveyspotilas voi olla arvaamaton ja käyttäytyä impulsiivisesti, tulee muistaa mielen-terveyspotilaan kohtaamisessa myös oma työturvallisuus. Tämän takia ensihoidon olisi hyvä selvittää potilaan mahdollisia aiempia käyttäytymiseen liittyviä riskitekijöitä mahdollisuuksien mukaan ennen kohteeseen menemistä. Mikäli potilaasta on ennakkotieto hänen aiemmasta väkivaltaisuudestansa tai muusta aggressiivisesta käyttäytymisestä, poliisin tulee tulla mukaan kohteeseen turvaamaan tilanne. (Silfvast ym. 2016, 297-299.)

Mennessä potilaan ”reviirille”, tulee muistaa käyttää ennalta tilanteen kannalta suotuisiksi todettuja käytösmaalleja, jotta tilanne ei eskaloituisi. Ensimmäiseksi kannattaa varmistaa ympäristön turvallisuus ja pakoreitit, esimerkiksi poistamalla teräaseet hoitopaikan lähistöltä ja jättämällä ovet avoimiksi. Potilaan kanssa kommunikoinnissa tulee kertoa potilaalle, että ensihoito on paikalla auttamassa ja hoitajat ovat kiinnostuneita potilaasta ja hänen ongelmistaan. Hoitajien ei tule provosoida potilasta vähättelemällä tämän oireita, uhkailemalla esimerkiksi poliisilla tai provosoitumalla itse potilaan uhkauksista tai solvauksista. Potilaan kanssa tulee olla rehellinen ja olla lupailematta asioita, joita ei voida toteuttaa. (Jylhä & Vuorilehto 2018, 688-689.)

3.3 Lainsäädäntö ja M1-arvio

Psykiatrisen potilaan kohtaamisessa korostuu erityisesti mielenterveyslaki, jonka pohjalta voidaan tehdä potilaalle hoitoonmääräämispäätös. Mielenterveyslaissa todetaan, että:

Henkilö voidaan määrätä tahdostaan riippumatta psykiatriseen sairaalahoitoon vain:

1) jos hänen todetaan olevan mielisairas;

2) jos hän mielisairautensa vuoksi on hoidon tarpeessa siten, että hoitoon toimittamatta jättäminen olennaisesti pahentaisi hänen mielisairauttaan tai vakavasti vaarantaisi hänen terveyttään tai turvallisuuttaan taikka muiden henkilöiden terveyttä tai turvallisuutta; ja

3) jos mitkään muut mielenterveyspalvelut eivät sovellu käytettäväksi tai ovat riittämättömiä.

Alaikäinen voidaan määrätä tahdostaan riippumatta psykiatriseen sairaalahoitoon myös, jos hän on vakavan mielenterveydenhäiriön vuoksi hoidon tarpeessa siten, että hoitoon toimittamatta jättäminen olennaisesti pahentaisi hänen sairauttaan tai vakavasti vaarantaisi hänen terveyttään tai turvallisuuttaan taikka muiden henkilöiden terveyttä tai turvallisuutta ja jos mitkään muut mielenterveyspalvelut eivät sovellu käytettäväksi. (Mielenterveyslaki 1116/1990 8§.)

Kun potilaan kriteerit tahdosta riippumattomaan hoitoon täyttyvät, potilaasta laaditaan M1-lähetteen. M1-lähetteen on virallinen terveydenhuollon dokumentti, jonka lääkäri kirjoittaa ja jolla potilas määrätään lähetettäväksi alueen psykiatriseen erikoissairaanhoidon laitokseen tarkkailtavaksi mielenterveyslain mukaisesti. M1-lähetteen voi lain mukaan laatia vain virkasuhteinen terveystieteiden lääkäri, jos tämä toteaa tutkimuksessaan, että tahdosta riippumattoman hoidon kriteerit täyttyvät, eikä

muista mielenterveyspalveluja ole käytettävissä. Mikäli terveyskeskuksen päivystyspalvelut tuotetaan sairaanhoitopiirin toimesta, perusterveydenhuollon lääkärinä toimivaan lääkäriin sovelletaan samaa lainsäädäntöä kuin terveyskeskuslääkäriin. Mikäli potilas ei ole halukas lähtemään ensihoidon mukaan vapaaehtoisesti ja syntyy selvä kuva potilaan avuntarpeesta, voi terveyskeskuslääkäri tehdä poliisille virka-apupyynnön potilaan hoitoon toimittamiseksi. Ensihoidon tulee olla yhteydessä terveyskeskuslääkäriin ja ilmoittaa tilanteesta, jolloin lääkäri laatii virka-apupyynnön. (Mielenterveyslaki 1116/1990 8§; Huttunen 2018.)

M1-lähete on lainvoimainen kolme päivää sen kirjoittamisen jälkeen. M1-lahetteen saanut potilas toimitetaan psykiatriseen sairaalaan, jossa hänet haastattelee sairaalassa virkasuhteessa oleva lääkäri. Haastattelussa lääkäri selvittää, riittävätkö kriteerit potilaan tarkkailuun ottamiseen ja mikäli kriteerit hoidolle löytyvät, voi lääkäri määrätä potilaan tarkkailujaksolle osastolle. Tarkkailu kestää tulopäivän lisäksi enintään neljä päivää, jonka jälkeen potilasta hoitava lääkäri tekee tarkkailulausunnon potilaasta ja suositaa joko pidättävää tai vapauttavaa hoitopäätöstä. Varsinaisen hoitopäätöksen tekee sairaalassa virkasuhteinen ylilääkäri. Hoitopäätös on annettava viipymättä tiedoksi potilaalle ja potilaalla on 14 päivää aikaa valittaa päätöksestä, jos hän niin haluaa. Jos potilaan voinnin perusteella ei ole tarvetta tahdonvastaiselle hoidolle, tulee potilas päästää välittömästi pois sairaalasta potilaan niin halutessa. (Mielenterveyslaki 1116/1990 8§.) Ensihoitajien tulee tuntee mielenterveyslaki, koska sen avulla ensihoitajat kykenevät arvioimaan tahdosta riippumattoman hoidon tarvetta potilaan kohdalla ja perustella päätöksensä myös lääkärille esimerkiksi virka-apupyynnöstä soittaessaan.

4 PROJEKTIN TEKEMINEN JA TARKOITUS

Projektityössä keskitytään toimeksiantoon, jolla on ennalta määritelty kesto, eli projektin alkamis- ja loppumisaika on määritelty ennakkoon. Toiminnallinen opinnäytetyö on projekti, jossa myös luodaan konkreettinen tuotos, eli tässä tapauksessa opasvihko ensihoidolle. Projektin teon aikana opiskelijat todistavat oman ammatillisen kehittymisensä alansa asiantuntijoiksi ja opinnäytetyö ja sen tuotoksena syntynyt opas kuvaavat kehittymisen huipentumaa. (Latvala & Tuomi 2020.)

Työn tilaajaorganisaationa toimi Pohjanmaan pelastuslaitos, jonka toiminta-alue koostuu Pohjanmaan maakunnasta Länsi-Suomessa, jossa on asukkaita reilut 180 000. Pohjanmaan pelastuslaitoksella toimii yhteensä 12 ensihoitoyksikköä jaettuna maakunnan alueelle, joista kaikki ovat hoitotason yksiköitä. Psykiatrinen erikoissairaanhoido keskittyy Vaasan keskussairaalan psykiatrian yksikköön, joka toimii Vaasassa. Alueella toimii myös useita erilaisia kuntien ja kolmannen sektorin psykiatrisia palveluja tuottavia laitoksia, asumispalveluyksiköitä ja vastaanottoja. Pohjanmaan pelastuslaitokselta yhteyshenkilönä toimii ensihoidomestari Tom Smedlund. Projektioorganisaatioon OAMK:n puolelta kuuluvat ensihoidon lehtori Anna- Maria Ojala sekä lehtori Juha Alakulppi.

4.1 Projektin tarkoitus ja tavoitteet

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli luoda ensihoidon kenttäolosuhteisiin käytännöllinen, taskussa kannettava opas, joka hyödyntää sekä ensihoitajia että psykiatrisia potilaita. Ensihoitajat hyötyisivät oppaasta, koska sekä psykiatristen potilaiden kohtaaminen että hoitajien työturvallisuus paranevat. Ensihoitajien tieto psykiatrisista sairauksista syventyy oppaan myötä. Opas sopii niin vastavalmistuneelle, kuin jo pitkään ensihoidossa työskennelleille ensihoitajalle, sillä ensihoidossa psykiatriset potilaat eivät ole kaikista helpoimpia potilaita, eikä toimintamalli tehtävillä aina kovin selkeä. Ruotsissa on jo koettu tarve psykiatriaan pohjaavalle ensihoidolle psykiatrisen ambulanssin muodossa, jonka pääasiallisena tarkoituksena on hoitaa tehtävät, jotka jo hätäkeskukseen tullessa on todettu mielenterveyshäiriöihin liittyväksi tehtäväksi. (Kjølberg 2018).

Psykiatriset potilaat hyötyvät oppaasta siten, että ensihoitajien kohtaamistaitojen parantuessa psykiatristen potilaiden saaman hoidon laatu paranisi ensihoitotilanteessa. Tällöin ensihoitajat saivat paremmin kartoitettua potilaiden oireita sekä taustoja. Ensihoitajien ja psykiatristen potilaiden kohtaamistilanteet parantuvat, jolloin ensihoitotilanteet sujuvat mukavammin molemmille osapuolille ja ensihoidon ei tarvitse niin usein tukeutua virka-apupyyntöön.

Lyhyen aikavälin tavoitteena oli oppaan käyttöönotto ja hyödyntäminen ensihoitopalvelussa. Pitkän aikavälin tavoitteena oli kehittää ensihoitajien tietoa psykiatrisista sairauksista sekä ensihoitajien taitoa hoitaa psykiatrisia potilaita. Potilaat saavat parempaa hoitoa ja heidän oireitansa, sekä taustoja saadaan kartoitettua paremmin jo ennen potilaan kuljettamista jatkohoitoon. Tavoitteena oli myös ensihoitajien tiedon kasvamisen myötä vähentää virhearviointeja sekä virka-apupyyntöjen määrää, kun psykiatristen potilaiden kohtaaminen on ammattimaisempaa. Opinnäytetyön laatutavoitteena oli tuottaa ajankohtaiseen ja tutkittuun tietoon perustuva opas psykiatrisista potilaista, mikä on helppolukuinen, informatiivinen sekä käytännöllinen. Suunnittelimme oppaan sisältävän käyttökelpoisia ohjeita käytäntöjen sekä turvallisuuden parantamiseksi. Opas sisältää lisäksi tietoa eri mielenterveyden sairauksista. Koimme tärkeäksi sen, että opasta pystyisi kuljettamaan mukana, jonka oppaan koko ja kestävyys mahdollistavat.

Tavoitteenamme oli itsekkin oppia enemmän mielenterveyden ongelmista sekä yksittäisen ensihoitajan vaikutusmahdollisuuksista ja rajoitteista psykiatrisen potilaan kohtaamisessa työtehtävän aikana. Tarkoituksenamme oli myös työskennellessämme ensihoitajina noudattaa oppaamme ohjeita sekä pyrkiä tuomaan oppaan oppeja niin työelämään, kuin ensihoitajien koulutukseenkin. Tavoitteenamme oli myös opinnäytetyön kautta oppia oppaiden työstämisestä sekä projektityön toiminnasta. Toivoimme myös oppivamme lisää yhteistyötaitoja eri tahojen sekä henkilöiden kanssa.

4.2 Projektin suunnittelu

Projektin hyödynsaajat tulee rajata mahdollisimman tarkasti, jotta tavoitteiden asettaminen ja niiden seuraaminen olisi tehokkaampaa (Silfverberg 2018). Toivoimme, että luonnollisesti hoitajien tiedon ja taidon karttumisen kautta hyödynsaajia ovat myös ensihoidon palveluita tarvitsevat psyykkisesti oireilevat potilaat, jotka mahdollisesti saavat koostuneempaa ja ammattitaitoisempaa hoitoa hoitajien ammattitaidon kehittyessä. Kuten aiemmin todettiin, ensihoitajan toteuttamalla ammattimaisella, rehellisellä ja avoimella potilaan kohtaamisella voidaan vaikuttaa paljon siihen, miten potilas

myöhemmin reagoi koko hoitoketjun varrella tapaamiinsa terveydenalan ammattilaisiin ja jos nämä kokemukset ovat positiivisia, potilaan hoito ja hoitoon sitoutuminen helpottuu ja paranee. Projektille tehtiin alustava aikataulutus, joka kuitenkin muuttui projektin alkuaikana useitakin kertoja. Lopulta kuitenkin päädyttiin aikatauluun, joka vaikutti realistiselta ja toimivalta muiden opintojen ja valmistumisen kannalta. (Taulukko 2.)

TAULUKKO 1. SWOT-analyysi

Vahvuudet / Strengths <ul style="list-style-type: none"> • Toisen tekijän aikaisempi kokemus ja tieto psykiatrisista potilaista • Motivoituneisuus saada kehitettyä ensihoitajien taitoja psykiatristen potilaiden kanssa • Kiinnostus psykiatriasta 	Heikkoudet / Weaknesses <ul style="list-style-type: none"> • Toisella tekijöistä ei aikaisempaa kokemusta opinnäytetyön tekemisestä • Tekijöiden eri asuinpaikat • Aikataulujen eroavaisuus • Tiedonkulun vaikeudet toimeksiantajan ja tekijöiden välillä • Tutkitun aineiston vähyys
Mahdollisuudet / Opportunities <ul style="list-style-type: none"> • Saadaan parannettua ensihoitajien kohtaamista psykiatristen potilaiden kohdalla • Ensihoitajien työturvallisuus parantuu • Poliisien resursseja vapautuu • Potilaiden hoitomotivaatio paranee hyvän hoitoketjun alun vuoksi 	Uhat / Threats <ul style="list-style-type: none"> • Aikataulut menevät niin pahasti ristiin etteivät tekijät kykene palaveeraamaan opinnäytetyöstä keskenään • Vähäiset arvoinnit raakaversiosta • Emme saa tarpeeksi lähteistä tietoa (ulkomaiset artikkelit usein maksullisia)

TAULUKKO 2. Työn aikataulutus

Työn vaihe	Valmistumisajankohta
Aiesopimus allekirjoitettu	Toukokuu 2019
Opinnäytetyön suunnitelma valmis	Syyskuu 2019
Opinnäytetyön kirjallinen osuus valmis	Maaliskuu 2020
Opinnäytetyön tuotos valmis	Maaliskuu 2020
Opinnäytetyökokonaisuus hyväksytty	Huhtikuu 2020

4.3 Projektin toteutus

Opinnäytetyön suunnittelu alkoi syksyllä 2018. Villellä oli kokemusta aiemmasta opinnäytetyöstä, joten opinnäytetyön tekeminen oli tuttua entuudestaan. Villen opinnäytetyökokemuksen pohjalta tiesimme, että meidän täytyvän panostaa suunnitteluvaiheen alussa erityisesti systemaattiseen ja tarkoituksen mukaiseen suunnitteluun, ennen itse opinnäytetyön aloittamista, koska nämä ovat perusteita onnistuneelle projektille. (Ruuska, 2007; Silfverberg 2018.) Huomasimmekin että huolellinen suunnittelu osoittautui hyödylliseksi projektin tekovaiheessa. Tavoitteenamme oli työstää suunnitelmaa kevät 2019 niin paljon, kun harjoitteluiden ja muiden opintojen ohessa oli mahdollista. Aikomuksenamme oli saada opinnäytetyön suunnitelma hyväksytyksi kesään 2019 mennessä, mutta harjoittelut sekä molempien tekijöiden töissä käyminen verotti aikaamme odotettua enemmän, joten suunnitelman valmistuminen siirtyi syyskuuhun 2019. Jätimme oppaan raakaversio Pohjanmaan pelastuslaitokselle tammikuun 2020 alussa ja palautteen antaminen oppaasta suoritettiin tammikuun aikana. Lopullisen työn valmistumisajankohdaksi oli suunniteltu helmikuu 2020.

Oppaan raakaversio valmistui vuoden vaihteessa 2019-2020 ja se jätettiin Pohjanmaan pelastuslaitokselle Vaasan paloasemalle arvioitavaksi tammikuun ensimmäisellä viikolla 2020. Samalla jätettiin arviointilomakkeet, joissa oli välittämiä oppaasta ja niitä arvioitiin numeroin, kuinka hyvin väittämä piti ensihoitajien mielestä paikkansa. Lopuksi jätettiin yksi avoin kohta, johon arvioijat saivat kirjoittaa vielä lisätoiveita, huomioita tai palautetta oppaasta. Lomakkeet kerättiin takaisin 31.1.2020 ja ne arvioitiin helmikuun aikana. Teimme palautteiden pohjalta saadut lisäykset ja muutokset oppaaseen käyttäjien toiveiden mukaisesti. Tällä tavoin saimme muokattua opasta siihen tarkoitukseen, jossa siitä on eniten hyötyä. Opinnäytetyö jätettiin opettajalle arvioitavaksi helmikuun lopussa ja lopullisesti se valmistui huhtikuussa 2020.

Projekti eteni melko hyvin aikataulujen mukaan projektin suunnitteluvaiheessa, mutta harjoitteluiden sekä aikataulujen ristiin menojen vuoksi emme kyenneet sopimaan niin usein päivämääriä, jolloin olisimme työstäneet yhdessä projektia. Projekti myös kasautui muun muassa harjoittelutehtävien sekä muiden kurssien tehtävien kanssa päällekkäin, mikä hidasti projektin etenemistä. Aikataulujen ristiin menon olimmekin listanneet SWOT- analyysissa uhat- osioon (Taulukko 1). Kuitenkaan muut listaamamme heikkoudet eivät uhat toteutuneet ja saimme projektin valmiiksi hie- man alkuperäistä deadlinea myöhemmin. Koimme, että Villen aikaisempi kokemus ja tieto psykiatrisista potilaista auttoi meitä etenkin suunnitteluvaiheessa sekä teoriaosuuden kokoamisessa. Kiinnostus psykiatriasta oli vahvuus, joka todellakin näkyi projektia tehdessä; kertaakaan mielenkiinto

aiheeseen tai lähteiden etsimiseen ei loppahtanut, vaan tietoa oli mukava etsiä ja projektin tekeminen oli ennakoitua mielekkäämpää.

Viestintä tekijöiden välillä tapahtui puhelimella, Whatsappilla sekä sähköpostilla eri paikkakunnilla asumisen takia. Tämän lisäksi säännöllisiä palavereita pidettiin, joko Skypen välityksellä tai mikäli tekijät olivat samalla paikkakunnalla, kokoontumalla kampuksemme kirjastossa. Käytännössä tämä toteutui säännöllisinä kokoontumisilla kampuksemme kirjastossa sekä etänä Skypen välityksellä, jossa toimimme yhteen tekemämme osa-alueet ja liitimme suunnitelmaan. Palaverien lopuksi ja oimme aina uudet työtehtävät, jotka teimme seuraavalle kokoontumiskerralle valmiiksi. Palaverin alussa kävimme yhdessä läpi tekemämme osuudet, muokkasimme muutoksia tarvittaessa, jonka jälkeen liitimme ne työhömmme. Tekijöiltä löytyi yhteinen muokattava versio opinnäytetyöstä OneD-rivesta, jotta työn tekeminen ja muokkaaminen onnistui helposti myös etänä. Tekijöillä oli myös tietokoneidensa kiintolevyllä varmuuskopio työstä. Yhteydenpito koulun kanssa tapahtui pääasiassa sähköisesti, eli opinnäytetyön suunnitelma lähetettiin sähköisessä muodossa ohjaaville opettajalle tarkastettavaksi. Viestintä toimeksiantajan, eli Pohjanmaan pelastuslaitoksen kanssa hoitui sekä sähköisesti, että henkilökohtaisesti, kun oppaan raakaversioita annettiin pelastuslaitokselle arvioitavaksi. Tarkoituksena oli olla tiiviissä yhteydessä pelastuslaitokseen oppaan kehittämisen alkuaikoina, jotta oppaan sisältö saataisiin mahdollisimman nopeasti vaadittuun muotoon.

5 SAATU PALAUTE JA OPPAAN MUOKKAAMINEN

Oppaasta jätettiin kaksi raakaversiota Pohjanmaan pelastuslaitokselle tammikuun 2020 alussa, joita ensihoitajat saivat tutkia ja vaikka käyttää tehtävillä. Samalla jätettiin arviointilomakkeet, joissa oli 11 väittämää ja yksi avoin vastauskohta. Arviointilomakkeiden avulla oli tarkoitus selvittää oppaan toimivuutta fyysisenä esineenä, sen helppokäyttöisyyttä ja tarpeellisuutta. Väittämissä oli arviointiasteikko 1-5, jossa 5 oli ”Samaa mieltä” väittämän kanssa, 3 ”En osaa sanoa” ja 1 ”Eri mieltä väittämän kanssa”. Avoimessa kohdassa käyttäjät saivat kertoa, haluaisivatko he itse muuttaa jotain oppaassa tai tarvitsisiko siihen lisätä jotain tai tarkentaa tiettyjä aihepiirejä. Avoimia vastauksia saatiin seitsemän.

5.1 Vastausten analysointi

Vastauksia saatiin yhteensä 14 kappaletta, joista saatiin jokaisen vastauksen keskiarvolla laskettua, mitä mieltä kyseisistä väittämistä oltiin. Lähempänä keskiarvoa 5 tarkoitti, että asiasta oltiin väittämän kanssa samaa mieltä, kuten ”opas saisi olla pienempi” ja lähempänä keskiarvoa 1 tarkoitti, että väittämän kanssa oltiin eri mieltä, kuten ”opas saisi olla isompi”. Sekä väittämissä, että avoimissa vastauksissa toistuivat samat teemat ja niiden avulla saatiin hyvin yhdensuuntaiset ohjeet oppaan muuttamiseksi. Alla luetellaan väittämät ja esitellään niistä saatu keskiarvo kyselylomakkeista.

Väittämä 1: *Oppaan fyysinen koko saisi olla isompi* / 1,2

Väittämä 2: *Oppaan fyysinen koko saisi olla pienempi* / 3,2

Väittämä 3: *Oppaassa käytetyt sanat ja ilmaukset olivat helppoja ymmärtää* / 4,6

Väittämä 4: *Oppaassa käsitellyt asiat ovat hyödyllisiä* / 4,1

Väittämä 5: *Oppaassa oli riittävästi tietoa eri sairauksista* / 4,3

Väittämä 6: *Oppaassa oli riittävästi käytännön ohjeita ja vinkkejä* / 3,6

Väittämä 7: *Opasta oli helppo lukea* / 4,6

Väittämä 8: *Oppaassa oli minulle uutta tietoa psykiatrisista sairauksista* / 2,4

Väittämä 9: *Oppaassa oli minulle uutta tietoa psykiatrisen potilaan kohtaamisesta* / 2,2

Väittämä 10: *Oppaassa ei ole minulle mitään uutta opittavaa* / 2,3

Väittämä 11: *Opas on helppo kuljettaa mukana* / 3,8

Avoin kysymys oli *“Voisitko tarkentaa muutamalla sanalla, mitä haluaisit muuttaa? Tahdotko tietää jotain lisää tai tarkemmin?”* Tähän vastauksia saatiin seitsemän kappaletta, joissa tuotiin esiin oppaan olevan hieman liian iso, johtuen muun muassa laminoidusta reunasta, josta opas oli reiätetty ja kiinnitetty nippusiteillä. Vastauksissa tuotiin myös ilmi toiveita tuoda esiin enemmän konkreettisia toimintamalleja ja vinkkejä, kuten esimerkiksi toiminta virka-apupyynnön tekemisessä, mutta osa käyttäjistä myös kiitteli, että vinkkejä ja ohjeita oli riittävästi. Esille tuotiin myös, että opas on käytännöllinen ja hyödyllinen etenkin uransa alussa oleville ensihoitajille. Osa ensihoitajista kyseenalaisti oppaan mukana kuljettamisen kentällä esimerkiksi taskussa ja pitäisivät sitä ennemmin autossa.

5.2 Johtopäätökset vastauksista

Vastausten perusteella tultiin siihen johtopäätökseen, että opas nykyisellään on hieman liian iso ja sitä tulisi mahdollisuuksien mukaan pienentää ja lopullista opasta ei ole tarkoitus kiinnittää nippusiteillä vaan tehdä kierrevihko ja teettää valmis opas kirjapainossa. Tekijöiden pohdinnassa ilmeni huoli, että jos opasta pienentää liikaa, tekstin fonttikoko joudutaan rajaamaan hyvin pieneksi ja sen lukeminen vaikeutuu. Kukaan ei toivonut, että opas olisi kooltaan isompi. Opasta oli palautteen mukaan melko helppoa kuljettaa mukana nykyisessäkin koossa, mutta koko ei ollut kuitenkaan optimaalinen.

Käyttäjien mukaan opas oli helppolukuinen ja hyvin ymmärrettävä, sekä siinä oli käyttäjien mielestä riittävästi tietoa erilaisista psykiatrisista sairauksista. Palaute käytännön ohjeiden ja vinkkien määräästä jakautui tasaisesti ja osan mielestä konkreettisia vinkkejä ja ohjeita oli riittävästi, mutta osa kaipasi niitä lisää. Käyttäjien palautteen mukaan oppaassa ei ollut käyttäjille paljoa uutta tietoa psykiatrisista sairauksista tai psykiatrisen potilaan kohtaamiseen liittyvistä asioista, mutta käyttäjät eivät myöskään olleet sitä mieltä, ettei oppaassa olisi ollut mitään uutta opittavaa heille.

5.3 Vastausten pohjalta tehdyt muutokset

Pohjanmaan pelastuslaitoksen ensihoitajien vastausten pohjalta oppaan raakaversiota muokattiin. Oppaaseen lisättiin aukeaman verran lisää yleistietoa mielenterveyspotilaan kohtaamisesta ja muutamia tarkennuksia ja lisäyksiä suoriin ohjeistuksiin. Myös hoitotason harjoittelussa esille tulleiden seikkojen pohjalta päädyttiin liittämään ohjeistus, että vain yhden henkilön tulisi hoitaa puhuminen potilaan kanssa. MAPA-koulutuksissa ja Safewards-materiaaleissakin tuodaan esiin, että potilaiden on vaikea keskittyä, jos useampi ihminen puhuu heille samanaikaisesti, kun potilailla on mahdollisesti vielä ääniharhojakin (Safewards 2019). Tällöin ärsyketulva voi olla jo valmiiksi herkässä tilassa olevalle potilaalle liikaa ja aiheuttaa agitaatiota ja aggressiota. Lopulliseen oppaaseen tehtiin lopulta melko vähän konkreettisia muutoksia edellä mainittuja lisäyksiä lukuun ottamatta. Oppaan fyysistä kokoa pienennetään ensihoitajien toiveiden mukaisesti ja ulkoasua muokataan pelkistettyä mustavalkoista värimaailmaa miellyttävämmäksi.

6 POHDINTA

Työn aihetta valitessamme koimme, että ensihoidossa on lisätarvetta psykiatriselle osaamiselle ja potilaan kohtaaminen aiheena mielenkiintoinen ja taitona oleellinen. Mielenterveyspotilaat ovat ensihoidossa iso palveluja käyttävä asiakasryhmä. Kuitenkaan ensihoitajille ei järjestetä samanlaista psykiatrisen potilaan kohtaamiseen valmentavaa koulutusta kuin esimerkiksi psykiatrialla työskenteleville hoitajille, vaikka ensihoitajien potilaaseen luoma kontakti on tärkeä osa hoitoketjua. Esimerkiksi Safewards- ja MAPA-koulutukset kuuluvat nykyään vakiona työpaikan järjestämiin koulutuksiin useassa suomalaisessa psykiatrisessa laitoksessa ja niitä kerrataan vuosittain.

Tulevaisuudessa ensihoidossa on luultavasti tarvetta myös psykiatriselle ambulanssille, mikä onkin ollut kokeilussa jo muun muassa Tukholmassa. Kokemukset psykiatrisesta ambulanssista ovat olleet positiivisia ja mielenterveysongelmiin harjaantuneen kokeneen henkilökunnan antama hoito on edesauttanut hoidon laadun parantumista. Myös Mikkola (2019) opinnäytetyössään on todennut psykiatriselle ambulanssille tarvetta Suomessa. Oppaastamme annettujen palautteiden perusteella myös suomalaiset ensihoitajat toivovat lisää konkreettisia taitoja mielenterveysongelmista kärsivän potilaan kohtaamiseen. Näitä taitoja oli hankala löytää kirjallisuudesta ja suurin osa ohjeistuksista-kin oli yksinkertaisia ja kehottivat olemaan rehellinen, avoin ja rauhallinen. Luultavasti myös ensihoitajien omat uskomukset ja asenteet psykiatristen potilaiden hankaluudesta vaikuttavat siihen, etteivät he usko pärjäävänsä potilaiden kanssa kuin kenen tahansa muun potilaan kanssa. Tärkeintä kuitenkin on muistaa, että mielenterveyspotilaat ovat ihmisiä siinä missä muutkin, eikä sairaus määrittele heitä persoonina. Myös yhteistyö potilaiden kanssa hankalissakin tilanteissa on tärkeää, sillä potilaat ovat oman elämänsä asiantuntijoita. Useissa ohjeissa painotetaankin tämän vuoksi potilaan aitoa kuuntelemista.

Itse oppaan tekeminen oli mielenkiintoista, mutta varsinaista tutkittua tietoa ensihoitajan ja psykiatrisen potilaan kanssakäymisestä oli vähän. Tutkimukset pääasiassa sijoittuivat sairaalansisäiseen toimintaan, usein päivystyspoliklinikoille, josta tietysti pystytään vetämään joitain johtopäätöksiä myös ensihoitoon. Kuitenkin esimerkiksi Safewards -ohjeistukset sopivat hyvin pienillä muokkauksilla myös ensihoidon käyttöön.

Työn tekeminen eteni melko hyvin aikataulujen mukaan ja yhdessä sovittiin päivämääriä, jolloin työtä tehtiin yhdessä ja asetettiin deadlineja eri osa-alueiden valmistumiselle. Palautetta oppaan

raakaversiosta saatiin kohtalaisesti ja näiden pohjalta muutoksia kyettiin tekemään käyttäjien toiveiden pohjalta, kuten alun perinkin oli suunniteltu. Muutoksia prosessissa tapahtui melko vähän. Alustavasti oli tarkoitus kerätä ensihoitajilta toiveita oppaan sisällöstä ennen raakaversion tekoa, mutta tästä luovuttiin ajan puutteen ja työn sujuvoittamisen vuoksi. Yhteistyö Pohjanmaan pelastuslaitoksen kanssa toimi hyvin ja työn vastaanotto laitoksella oli mielekästä.

Tätä opinnäytetyötä voisi jatkokehittää esimerkiksi tuottamalla ensihoitajille räätälöityä koulutusta tai protokollia ja toimintamalleja. Jatkossa voisi myös tutkia, miten esimerkiksi oppaan käyttäminen mielenterveystehtävällä parantaisi tehtävän sujumista tai potilaskontaktin sujumista verrattuna ilman opasta suoritettuihin tehtäviin.

LÄHTEET

Andrew, E., Cox, S., Nehme, Z., Roggenkamp, E. & Smith, K. Descriptive Analysis Of Mental Health-Related Presentations To Emergency Medical Services. 2018. Prehospital Emergency Care – Volume 22, 2018 – Issue 4. 399-405. Saatavilla Internetissä: <https://doi.org/10.1080/10903127.2017.1399181>

Best, C., Dougall, N., Duncan, E., Corfield, A., Evans, J., Fitzpatrick, D., Goldie, I., Maxwell, M., Skar, S., Snooks, H., Starl, C., White, C. & Wojcik, W. Epidemiology of emergency ambulance service calls related to mental health problems and self harm: a national record linkage study. 2019. Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine 27:34. Saatavilla Internetissä: <https://doi.org/10.1186/s13049-019-0611-9>

Boyd, J. 2018. Psykiatrinen potilas. P. Holmström, M. Kuisma, J. Nurmi, K. Porthan & T. Taskinen (toim.) Ensihoito. Helsinki: Sanoma Pro Oy. 710-715.

Castrén, M., Helverantam K., Kinnunen, A., Korte, H., Laurila, K., Pakkonen, H., Pousi, J. & Väisänen, O. 2014. Ensihoidon perusteet. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy. 243.

Castrén, M., Kurola J., Lund V., Martikainen M. & Silvfast T. 2016 Ensihoito- opas Tallinna. Printon. 297-299.

Eronen, M., Henriksson, M. & Marttunen, M. 2019A. M. Henriksson, J. Lönnqvist, M. Marttunen & T. Partonen (toim.) Psykiatria [online]. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim 2019. Viitattu 7.1.2020. Saatavilla Internetissä (vaatii käyttäjätunnuksen): <https://www.oppiportti.fi/op/pkr01702/do>

Eronen, M., Henriksson, M. & Marttunen, M. 2019B. M. Henriksson, J. Lönnqvist, M. Marttunen & T. Partonen (toim.) Psykiatria [online]. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim 2019. Viitattu 7.1.2020. Saatavilla Internetissä (vaatii käyttäjätunnuksen): <https://www.oppiportti.fi/op/pkr01710/do>

Jylhä, P. & Vuorilehto, M. 2018. Psykiatrinen potilas. P. Holmström, M. Kuisma, J. Nurmi, K. Porthan & T. Taskinen (toim.) Ensihoito. Helsinki: Sanoma Pro Oy. 688-689.

Lehtonen, J. & Lönnqvist, J. 2017. Psykiatria ja mielenterveys. Teoksessa M. Henriksson, J. Lönnqvist, M. Marttunen & T. Partonen (toim.) Psykiatria. Tallinna: Printon. 18-26.

Lehtonen, J. & Lönnqvist, J. 2019. Psykiatrian kehitys [online]. M. Henriksson, J. Lönnqvist, M. Marttunen & T. Partonen (toim.) Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 2017 (luettu 11.12.2019). Saatavilla Internetissä (vaatii käyttäjätunnuksen): <https://www.oppiportti.fi/op/pkr00107/do>

Heiskanen, T., Jorm, A., Kitchener, B. & Salonen, K. 2006. Handbok i psykiska första hjälpen. Mustasaari. Ykkös-Offset Oy. 34.

Henriksson, M. & Lönnqvist, J. 2017. Psykykkiset kriisit, sopeutumishäiriöt ja stressireaktiot. Teoksessa M. Henriksson, J. Lönnqvist, M. Marttunen & T. Partonen (toim.) Psykiatria. Tallinna: Printon. 359.

Hietala, J., Isohanni, M., Kiesepä, T., Koponen, H., Lönnqvist, J. & Suvisaari, J. 2017. Skitsofrenia ja muut psykoosit. M. Henriksson, J. Lönnqvist, M. Marttunen & T. Partonen (toim.) Psykiatria. Tallinna: Printon. 141-143, 205-211.

Huttunen, M. 2018. Tahdosta riippumaton psykiatrinen sairaalahoito. Kustannus Oy Duodecim. Saatavilla Internetissä (vaatii käyttäjätunnuksen): https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00512

Huttunen, M. & Socada, L. 2017. Psykykenlääkkeet ja niiden käyttö. Riika: Livonia Print. 18-208.

Isometsä, E. 2017. Kaksisuuntaiset mielialahäiriöt. Teoksessa M. Henriksson, J. Lönnqvist, M. Marttunen & T. Partonen (toim.) Psykiatria. Tallinna: Printon. 228-232.

Isometsä E. 2017. Depressiiviset häiriöt. Teoksessa M. Henriksson, J. Lönnqvist, M. Marttunen & T. Partonen (toim.) Psykiatria. Tallinna: Printon. 254-257.

Kaarne, M. & Miettinen, P. 2008. Väkivallaton vuorovaikutus. Teoksessa E. Agge, J. Holmberg, T. Hirschovits & P. Kylmänen (toim.) Tämä potilas kuuluu meille. Helsinki: Suomen Graafiset palvelut Oy. 272-277.

Kaksisuuntainen mielialahäiriö. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Psykiatriyhdistys ry:n ja Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistyksen asettama työryhmä. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2015. (Viitattu 28.11.2018). Saatavilla Internetissä <https://www.kaypahoito.fi/hoi50076>

Kjølberg, T. 2018. Successful Launch of World's First Mental Health Ambulance in Stockholm. Saatavilla Internetissä: <https://www.dailyscandinavian.com/successful-launch-worlds-first-mental-health-ambulance-stockholm/>. Viitattu 12.2.2020.

Latvala, E. & Tuomi, S. 2020. Tutkimuksellinen kehittämishanke opinnäytetyönä vs projektityö. Saatavilla Internetissä: <https://oppimateriaalit.jamk.fi/yamk-kasikirja/tyoelaman-tutkiva-kehittamistoiminta/projektityo-vs-ns-toiminnallinen-tutkimuksellinen-kehittamishanke-opinnaytetyo/>. Viitattu 31.3.2020.

Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116 8§.

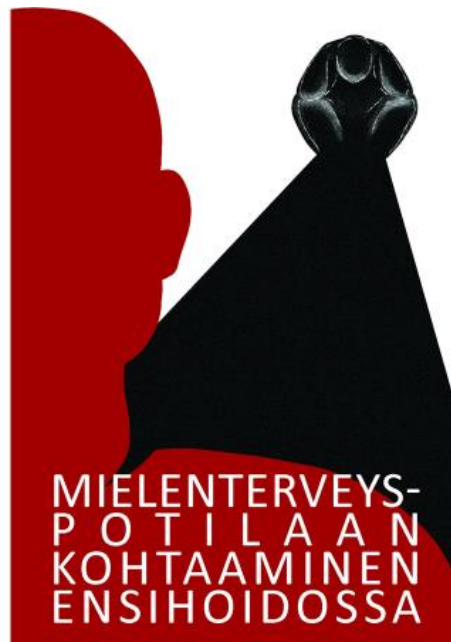
Mikkola, H. 2019. Psykiatrisen ambulanssin tarve Suomessa. Savonia. YAMK opinnäytetyö.

Ruuska, K. 2007. Pidä projekti hallinnassa. Suunnittelu, menetelmät, vuorovaikutus. Helsinki: Gummerus Kirjapaino Oy. Viitattu 31.3.2020

Safewards-malli psykiatrisille osastoille. 2019. Saatavilla Internetissä: <http://www.safewards.net/>

Skitsofrenia. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2015. (Viitattu 28.11.2018). Saatavilla Internetissä: <https://www.kaypahoito.fi/hoi35050>

Smedlund, T. 2019. Ensihoitomestari, Pohjanmaan pelastuslaitos. Sähköpostihaastattelu 21.3.2019. Tekijän hallussa.



Tämän oppaan tarkoituksena on sisältää käyttökelpoisia ohjeita, miten kohdata mielenterveysongelmista kärsivä potilas ensihoidossa.

Oppaassa on tietoa erilaisista mielenterveyden ongelmista ja neuvoja, miten kannattaa käyttäytyä taatakseen mahdollisimman neutraalin kohtaamisen potilaan kanssa, sekä mihin kiinnittää huomiota, kun potilasta haastatellaan ja selvitetään tämän oirekuva.

Oppaassa on myös ohjeet potilaan hoitoon toimittamisen lakisääteisistä perusteista ja toimintamalli, jos potilas ei tahdo lähteä ensihoidon mukaan, vaikka hoidon tarve selvästi käy ilmi.

Opas tehdään opinnäytetyönä Oulun ammattikorkeakoulun ensihoitaja AMK-tutkintoon.

Tekijät: Aleksi Mällinen & Ville Piironen

Kannen kuvitus: Karoliina Honkaniemi

SISÄLLYSLUETTELO

- LAINSÄÄDÄNTÖ
- TYÖTURVALLISUUS
- YLEISET OHJEET KOHTAAMISEEN
- SKITSOFRENIA JA PSYKOOSIT
- KAKSISUUNTAINEN MIELIALAHÄIRIÖ
- MASENNUS
- PERSOONALLISUUSHÄIRIÖT

LAINSÄÄDÄNTÖ

MIELENTERVEYSLAKI

Henkilö voidaan määrätä tahdostaan riippumatta psykiatriseen sairaalahoitoon vain:

- 1) jos hänen todetaan olevan mielisairas;*
- 2) jos hän mielisairautensa vuoksi on hoidon tarpeessa siten, että hoitoon toimittamatta jättäminen olennaisesti pahentaisi hänen mielisairauttaan tai vakavasti vaarantaisi hänen terveyttään tai turvallisuuttaan taikka muiden henkilöiden terveyttä tai turvallisuutta; ja*

- 3) jos mitkään muut mielenterveyspalvelut eivät sovellu käytettäväksi tai ovat riittämättömiä.*

Alaikäinen voidaan määrätä tahdostaan riippumatta psykiatriseen sairaalahoitoon myös, jos hän on vakavan mielenterveydenhäiriön vuoksi hoidon tarpeessa siten, että hoitoon toimittamatta jättäminen olennaisesti pahentaisi hänen sairauttaan tai vakavasti vaarantaisi hänen

terveyttään tai turvallisuuttaan taikka muiden henkilöiden terveyttä tai turvallisuutta ja jos mitkään muut mielenterveyspalvelut eivät sovellu käytettäväksi. (Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116)

POTILAAN HOITOPOLKU

Perusterveydenhuollon lääkäri kirjoittaa yllä olevien kriteerien pohjalta M1-lähetteen, jos **KAIKKI** kolme kohtaa täyttyvät, jolla potilas määrätään tarkkailuun erikoissairaanhoidon psykiatrian osastolle, mikäli vastaanottava psykiatri kokee tarkkailun potilaan voinnin kannalta välttämättömäksi. Alaikäisellä pelkkä itsetuhoisuus riittää kriteeriksi. Vastaanottava lääkäri voi myös purkaa M1-lähetteen ja potilas voi poistua heti sairaalasta. Tarkkailu kestää enintään tulopäivä + 4 päivää. Tarkkailun aikana potilasta hoitava lääkäri tekee M2-arvio, joka joko puoltaa pidättävää tai vapauttavaa päätöstä (M3). M3-päätöksen tekee hoitava ylilääkäri ja päätös on joko pidättävä, eli potilas jää tahdosta riippumattomaan hoitoon tai vapauttava, eli potilas voi jäädä vapaaehtoisesti hoitoon tai poistua sairaalasta.

VIRKA-APUPYYNTÖ POLIISILLE

Mikäli potilas voi selvästi psyykkisesti huonosti ja on ammattiavun tarpeessa, mutta kieltäytyy lähtemästä ensihoidon matkaan, voidaan poliisille tehdä virka-apupyyntö. Virka-apupyyntöä tekee virkasuhteessa oleva perusterveydenhuollon lääkäri ja toimittaa sen poliisin tilannekeskukseen faksilla, josta poliisi määrätään liittymään tehtävälle. Ensihoitoyksikön tehtävänä on siis potilaan kliinisen arvion jälkeen soittaa perusterveydenhuollon lääkärille, selittää potilaan oireet ja tilanne, ja pyytää lääkärin laatimaan virka-apupyyntö, jos lääkäri on hoitajien kanssa samaa mieltä sen tarpeellisuudesta ja potilaan hoidontarpeesta.

TYÖTURVALLISUUS

Mielisairas henkilö voi olla arvaamaton käytökseltään ja sairautentunnoton, eli ei itse tunnista sairastavansa mielisairautta tai voi kieltää asian kokonaan. Usein akuutissa tilanteessa potilaalla voi olla jo valmiiksi pelkoja, stressiä ja ahdistusta esimerkiksi harhojen johdosta, mikä taas laskee ärsyyntymiskynnystä ja lisää aggressiivisuuden ja impulsiivisen käytöksen riskiä.

Tästä johtuen ensihoitajien tulisi pyrkiä ennakoimaan tilanteen eskaloitumista ja potilaan vahvoja reaktioita.

TYÖTURVALLISUUSOHJEITA

- Pyri kohtaamaan potilas mahdollisuuksien mukaan itse valitsemassasi paikassa, esimerkiksi asunnon ovella tai ambulanssissa
- Muista +1-sääntö, eli kohteessa saattaa olla myös muita henkilöitä piilossa

- Pidä pakoreitti avoinna, älä jää lukkojen taa
- Siirrä mahdolliset aseena käytettävät esineet (veitset, sakset ym.) sivuun
- Pidä aina varasuunnitelma mielessäsi, mikäli tilanne äkillisesti eskaloituu
- Älä jää yksin, älä jätä työpariasi
- Tarvittaessa poistu paikalta ja hälytä poliisi avuksi
- Seuraa potilaan tai muiden paikallaolijoiden toimia, kiinnitä huomiota aggressiivisuuden merkkeihin: käsien puristelu nyrkkiin, syvä hiljaisuus ja tiivis tuijotus, sanalliset uhkaukset tai syytökset
- Älä itse provosoi potilasta!
- Muista päihteiden mahdollisuus, sillä useat psyykkisesti huonovointiset potilaat käyttävät myös päihteitä, mutta eivät kaikki

YLEISET OHJEET KOHTAAMISEEN

Mielenterveyspotilaan kanssa kommunikoidessa tulee mieluiten **yhden** ihmisen hoitaa potilaalle puhuminen. Useampi henkilö puhumassa yhtä aikaa voi vaikeuttaa potilaan tilaa entisestään, etenkin tilanteissa, joissa potilaalla on ääniharhoja, jotka kilpailevat oikeasta maailmasta tulevien ärsykkeiden kanssa. Tämän vuoksi myös potilaalle puhuttaessa puheen tulee olla selvää, yksinkertaista ja riittävän kovalla äänellä puhuttua, mutta ei huutamista.

Kohtaamistilanteista tulisi pyrkiä poistamaan kaikki kiireen ja hädän tunne, sillä psyykkisesti epävakait potilaat tunnistavat ahdistuneen tai negatiivisen ilmapiirin hyvin herkästi, vaikka vaikuttaisivat olevan "muissa maailmoissa". Tämä voi vaikuttaa potilaan mielialaan ja

reagointiin. Pyri myös välttämään potilaaseen koskemista, ellei potilas anna siihen lupaa, esimerkiksi jos potilasta pitää avustaa autoon kävelemisessä.

Huumorin käyttö kannattaa arvioida hyvin tarkkaan tilanteen mukaan. Oikein onnistunut ja ajoitettu vitsi tai "heitto" voi laukaista kireän tilanteen tai suistaa koko tehtävän tappeluksi. Pääasiassa huumoria kannattaa välttää, jos ei voida olla varma, että potilaan kanssa ollaan samalla aaltopituudella. Potilaat voivat helposti ymmärtää vitsin tarkoituksen tai naurun kohteen väärin ja loukkaantua.

DOS & DON'TS

- Kohtele mielenterveyspotilasta kuin ihmistä
- Puhu rauhallisella äänellä, selvästi ja suoraan. **ÄLÄ VALEHTELE**, tai anna aikamääreitä tai lupauksia, joita et voi pitää, vaan sano mieluummin suoraan, ettet voi luvata ko. asiaa, mutta voit yrittää järjestää tai selvittää (esim. joutuuko osastolle, jos lähtee mukaan, koska tapaa lääkärin, kauanko joutuu olemaan hoidossa ym.)
- Anna potilaalle kunniallinen poistumistie kiusaantuneesta keskustelusta, älä yritä "päihittää" potilasta keskustelussa
- Seiso kädet näkyvillä, älä esimerkiksi taskussa tai selän takana (voi aiheuttaa potilaassa epäilystä, että sinulla on jotain piilossa, lääkeruisku tai vastaava)
- Älä provosoi potilasta, äläkä provosoidu itse!
- Älä lähde väittelemään potilaan kanssa tämän harhoista, vaan pyydä esimerkiksi potilasta kertomaan lisää havainnoistaan
- ja vaikutat jo silloin olevan kiinnostunut potilaan ongelmista
- Kuuntele potilasta ja "mutise hyväksyvästi" tai nyökkäile, antaa potilaalle kuvan, että hän tulee kuulluksi ja hänet otetaan vakavasti
- Älä oletta, mitä potilas sanoo tai tuntee, kysy mieluummin tai kerro, että "minusta näyttää siltä että - - ymmärsinkö oikein?"
- Muista, että ns. **nonverbaalisella viestinnällä** (ilmeet, eleet asento) on huomattavasti **suurempi rooli** kommunikoinnissa, kuin sanallisella viestinnällä! Jos siis todistelet potilaalle, että kaikki on hyvin ja olette paikalla auttamassa, älä pue suojaaliivejä vaatteiden päälle, älä ärsyynny, vaikka tilanne ärsyttäisi, älä seiso kuin tappeluun valmistautuessa, äläkä pyörittele silmiäsi, huokaile tai naura kun potilas on hankala tai tekee jotain mielestäsi hölmöä tai hassua

SKITSOFRENIA JA PSYKOOSIT

OIREET

- Krooninen parantumaton sairaus, jossa ihmisen todellisuuden taju hämärtyy ja toistuvat psykoosijaksot
- Selvimpinä oireina harhaluuloisuus (paranoia), erilaiset aistiharhat sekä puheen ja käytöksen hajanaisuus
- Liittyy myös kognitiivista toimintakyvyn laskua, tunne-elämän köyhtymistä, mielenkiinnoista luopumista ja sosiaalista eristäytymistä
- Sairaus puhkeaa useimmiten miehillä 20-28 vuotiaana ja naisilla 24-32 vuotiaana
- Psykoosijaksot eivät parane itseksensä, vaan vaativat ulkopuolista apua ja lääkkeitä. Oireet palaavat, jos lääkityksen jättää ottamatta

KIINNITÄ HUOMIOTA

- Omituiseen käytökseen ja puheisiin
- Ympäristöön "pälyilyyn" tai itseksensä puhumiseen
- Ongelmien "ylikieltämiseen" tai liialliseen oman hyvän vointinsa vakuutteluun
- Asunnon huono kunto ja sotkuisuus, umpeen teipatut ikkunat tai ilmastointikanavat, potilaan huono hygienia ja hoitamattomuus
- Tiedossa olevan mielenterveysongelman kieltämiseen
- Omaisten kokemukseen, että jokin on vialla potilaan voinnissa, omaiset usein huomaavat pienetkin muutokset voinnissa
- Kovastikin sairas potilas kykenee peittämään oireensa jonkin aikaa, uskalla kysyä vaikeistakin asioista!

KAKSISUUNTAINEN MIELIALAHÄIRIÖ

OIREET

- Parantumaton sairaus, jossa ihmisen mielialat vaihtelevat rajusti vauhdikkuuden ja ylivirkeän mielialan (mania) sekä masennuksen välillä
- Selvimpiä oireina vuolas puheliaisuus, ”suuruudenhullut” (=grandioottiset) ajatukset ja suunnitelmat, levottomuus, impulsiivinen ja ylikorostuneen seksuaalinen käytös, rahan tulkuton tuhlaaminen, unen vähyys sekä keskittymiskyvyn heikkous
- Riippuen sairauden tyypistä, mania- ja masennusjaksojen kesto ja rajuus voivat vaihdella 1-6 kk välillä, mutta joskus jopa saman päivän aikana useasti
- Yleensä maniavaiheessa muut huolestuvat potilaasta, vaikka potilas ei hoitoa koe tarvitsevänsä, mutta masennusvaiheessa potilas itse usein on halukas hoitoon

- Maniavaiheessa ärtymiskynnys voi olla todella matala, ja tilaan voi liittyä myös psykoosioireita

KIINNITÄ HUOMIOTA

- Runsaaseen puheeseen, vilkkaaseen ajatuksen juoksuun ja ylipirteään mielialaan
- Levottomuuteen ja keskittymiskyvyn puutteeseen
- Omaisten kertomuksiin potilaan rahankäytöstä, mielialan muutoksista, useista projekteista ja grandioottisista suunnitelmista
- Tietoihin viime kuukausina tapahtuneista muutoksista mielialassa (ns. ”nousuja ja laskuja”)
- Itsetuhoisuuteen, etenkin masennusvaiheessa
- Unen vähyteen ja jatkuvaan ”touhuamiseen”
- Psykoosioireisiin, eli harhat, paranoia ym.

MASENNUS

OIREET

- Pitempikestoinen mielialan lasku, joka ei liity esimerkiksi traumaattiseen kokemukseen (poissuljetaan luonnollinen reaktio takaiskuille)
- Selvimpiä oireina apea mieliala, vahva liiallinen itsekritiikki ja itsearvostuksen puute, jaksamattomuus, uniongelmat tai liiallinen nukkuminen, ruokahaluttomuus tai liiallinen syöminen, painonmuutokset sekä itsetuhoiset ajatukset
- Voi esiintyä vuodenaikaan, raskauteen tai pitkäkestoiseen stressiin liittyvää masennusta
- Voi liittyä myös psykoosioireita, jolloin potilas usein voi kuvitella esimerkiksi kaikkien vihaavan häntä tai että kaikki paha maailmassa kohdistuu häneen
- Käytös voi vaihdella paljon henkilöstä riippuen, köytös voi olla miltei normaalia, mutta alakuloiset puheet tai syvät huokaisut antavat ilmi masennuksen tai

- henkilö voi olla melkein pysähtynyt ja ilmeetön. Vaatii herkkiä aisteja!
- Akuuttivaiheessa vaatii seurantaa ja hoitoa, omaiset voivat olla loppu ja kykenemättömiä auttamaan enempää

KIINNITÄ HUOMIOTA

- Potilaan itsensä tai tämän asunnon siivottomuuteen, onko jaksanut pedata vuoteensa, viedä roskat, tiskata
- Potilaan käyttämiin sanontoihin tai ”hällä väliä” -asenteeseen: Onko potilaalla toivoa mistään? Onko tavoitteita? Onko millään väliä?
- Omaisten kokemukseen potilaan normaalista mielialasta ja nykytilasta
- Potilaan tuskaisuuteen tai ilmeettömyyteen
- Itsetuhoisiin ajatuksiin!
- Kysy suoraan kiertelemättä itsetuhoajatuksista, ei yleensä agitoi potilasta ja voi olla helpottunut, kun voi ulkopuoliselle kertoa esim. suunnitelmasta

PERSOONALLISUUSHÄIRIÖT

OIREET JA TIETOA

- Eivät varsinaisia mielisairauksia, vaan syvään juurtuneita käyttäytymis- ja ajatusmalleja, jotka poikkeavat valtakulttuurin sosiaalisista normeista
- Syntymekanismi usein varhaislapsuudessa ja lähtenyt sieltä haittaamaan lapsen kehitystä murrosiän ja aikuistumisen myötä
- Useita erilaisia muotoja, joita kuvaavat hallitsevat piirteet
- Ensihoidolle ja päivystykselle todennäköisesti yleisin tuttavuus on **tunne-elämältä epävakaa persoonallisuushäiriö** (=”Rajatila / borderline”)
- Tunne-elämältä epävakaseen persoonallisuushäiriöön kuuluu usein:
 - Nopeasti muuttuvat, ailahtelevat mielialat
 - Impulssikontrollin puute
 - Huomionhakuinen ja radikaali käytös
 - Itsemurhahaukukset ja -yritykset
- Uhkaava ja väkivaltainen käytös, etenkin jos huomionhakuista käytöstä pyritään rajaamaan
- Usein käytös voi edetä lievästä pahempaan sitä mukaa kun oireisiin reagoidaan tai ei reagoida
- Pohjana huomion kaipuu, tarve sille, että joku välittää
- Epävakaaat potilaat hoidetaan pääasiassa avohoidossa ja psykoterapialla, pitkää sairaalahoitoa pyritään välttämään, mutta kriisijaksolla voidaan hoitaa osastolla esim. 3 päivää ja sitten uloskirjoitus
- YLEISESTI: Vaikka potilas ei ole psykoottinen tai maaninen, käytös ja reaktiot muihin ihmisiin tai yleisiin normeihin ovat epänormaaleja useimpien ihmisten mielestä
- YLEISESTI: Ovat usein jo hoitokontaktissa psykiatrialle, todella harvoin täysin uusia tapauksia, etenkin aikuisilla
- **EPÄVAKAA: Suhtaudu neutraalisti, äläkä provosoidu käytöksestä, puutu vain, jos oikeasti esim. vakavasti vahingoittaa itseä**

Palaute ”Mielenterveyspotilaan kohtaaminen ensihoidossa” -oppaasta

Olemme ensihoitajaopiskelijoita Oulun ammattikorkeakoulusta ja teemme opinnäytetyönä opasta ensihoitajille, jonka avulla mielenterveyspotilaan kohtaaminen voisi helpottua ja selkiytyä. Olemme tuoneet Pohjanmaan pelastuslaitokselle kaksi raakaversiota oppaasta ja toivomme palautetta, jonka pohjalta kehitämme oppaan lopulliseen muotoon. Vastaaminen tapahtuu anonymisti ja vastauksia käytetään vain oppaan muokkaamiseen. Toivomme vastauksia viimeistään **31.1.2020** mennessä.

Kiitos

Aleksi Mällinen ja Ville Piironen

OAMK

Vastaa ympyröimällä numero, joka sopii väittämään. Vastausvaihtoehdot ovat:

5: Samaa mieltä **4:** Lähes samaa mieltä **3:** En osaa sanoa **2:** Hieman eri mieltä **1:** Eri mieltä

VÄITTÄMÄ:

Oppaan fyysinen koko saisi olla isompi	5	4	3	2	1
Oppaan fyysinen koko saisi olla pienempi	5	4	3	2	1
Oppaassa käytetyt sanat ja ilmaukset olivat helppoja ymmärtää	5	4	3	2	1
Oppaassa käsitellyt asiat ovat hyödyllisiä	5	4	3	2	1
Oppaassa oli riittävästi tietoa eri sairauksista	5	4	3	2	1



Oppaassa oli riittävästi käytännön ohjeita ja vinkkejä	5	4	3	2	1
Opasta oli helppo lukea	5	4	3	2	1

KÄÄNNÄ

Oppaassa oli minulle uutta tietoa psykiatrisista sairauksista	5	4	3	2	1
Oppaassa oli minulle uutta tietoa psykiatrisen potilaan kohtaamisesta	5	4	3	2	1
Oppaassa ei ole minulle mitään uutta opittavaa	5	4	3	2	1
Opas on helppo kuljettaa mukana	5	4	3	2	1

Voisitko tarkentaa muutamalla sanalla, mitä haluaisit muuttaa? Tahdotko tietää jotain lisää tai tarkemmin?
