

Opinnäytetyö (AMK)

Hoitotyön koulutusohjelma

Sairaanhoitaja

2014

Susanna Rautio, Mikko Reinikainen, Joanna Seivi

ENSIHOITAJIEN AMMATILLISET VALMIUDET KOHDATA MIELENTERVEYSPOTILAITA

– Selvitys Varsinais-Suomen aluepelastuslaitoksen
ensihoitajien näkemyksistä sairaalan
ulkopuolisessa ensihoidossa



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Susanna Rautio, Mikko Reinikainen, Joanna Seivi

ENSIHOITAJIEN ASEENTEET JA AMMATILLISET VALMIUDET KOHDATA MIELENTERVEYSPOTILAITA

Mielenterveysongelmien hoitaminen virka-ajan ulkopuolella on hankalaa. Kielteiset asenteet somaattisessa sairaanhoidossa, henkilökunnan osaamattomuus tunnistaa avun tarvitsija ja jatkohoitopaikkojen vähyys VSSHP:n alueella ovat suoranaisia esteitä saada apua. (Wahlbeck 2013).

Opinnäytetyömme aihe liittyy PPPR-hankkeeseen, jonka tarkoituksena on luoda sosiaali- ja terveyspalvelujen suurkuluttajille heidän tarvitsemiaan asiakaslähtöisiä palveluita. Hanketyöntekijöiden tapaamisessa nousi esille mielenterveyspotilaiden ambulanssin suurkulutus ja hoitopolun nopea kapeneminen päivystyksessä. Päivystysaikaan useimmat potilaista ovat yksin ja vailla tukea. Psykiatriselle osastolle ei pääse päivystyksellisesti hoitoon kuin M1-kriteerit täyttävä potilas. Tarvitaan siis lisää päivystäviä matalan kynnyksen mielenterveys- ja päihdepalveluita.

Tämän opinnäytetyön tarkoitus oli tutkimuksellisesti selvittää Varsinais-Suomen aluepelastuslaitoksen ensihoitajien ammatillisia valmiuksia kohdata mielenterveyspotilas. Ammatillisuutta tarkastellaan tietojen, taitojen ja asenteiden näkökulmasta.

Kysely toteutettiin Webropol-ohjelmalla ja lähetettiin sähköpostitse kahden jaoksen 70 ensihoitajalle syyskuussa 2014. Vastauksia saatiin yhteensä 45, joten vastausprosentiksi muodostui 68,5 %.

Tutkimuksessa ilmeni, että mielenterveyspotilaat kuormittavat ensihoitoa. Tutkimustulosten mukaan ensihoitajien ammatillisuus mielenterveyspotilaita kohtaan oli pääsääntöisesti hyvää. Osaamisvajetta ilmeni psyykenlääkeosaamisessa, aggressiivisen potilaan kohtaamisessa sekä psykiatriseen hoitopolkuun ohjaamisessa. Ongelmaksi ilmeni hätäkeskuksen koodi 785, jonka informatiivisuus koettiin puutteelliseksi. Saman mielenterveyspotilaan luona useasti käyminen turhautti ensihoitajia. Turhautuminen voikin johtaa potilaan eriarvoiseen kohteluun sekä vähäisempään tutkimiseen.

ASIASANAT:

Ensihoitaja, mielenterveyspotilas, ammatilliset valmiudet, sairaalan ulkopuolinen ensihoito

BACHELOR'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Degree programme of Nursing | Nursing

December 2014 | 45+15

Instructor Arja Nylund

Susanna Rautio, Mikko Reinikainen, Joanna Seivi

PARAMEDICS ATTITUDES AND PROFESSIONAL CAPABILITIES TOWARDS MENTALLY ILL PATIENTS

The problem solving in mental health issues outside the office hours (ambulance and emergency care units) has been challenging. Negative attitude in somatic health care, incapability of recognizing the need of help of mentally ill patients and the lack of follow-on health care institutions inside VSSHP-area are direct obstacles for receiving assistance. (Wahlbeck 2013).

This thesis is a part of PPPR-project which aim is to create a much needed customer-oriented service to people who use frequently the services of social and health care.

In the consult session with the people working in social and health care environment rose up the thoughts of the over use of ambulances as well as the rapid abruption in the line of mental healthiness line in mental health care related issues.

Outside the office hours most of the patients are alone and without support. Only a patient within M1-criterieas is allowed in psychiatric institutions at this time. This indicates the need of more low-verge out of office hours operative mental and substance abuse focused facilities.

This thesis's aim is to survey the capability of professional paramedics in Varsinais-Suomen aluepelastuslaitos to encounter a mentally ill patient. The professional capability was surveyed from the aspects of knowledge, know-how and attitude.

The enquiry was executed by Webropol and emailed to two different paramedic divisions, including overall 70 paramedics, in September 2014. The total of received answers were 45, the response percentage being 68.5 %.

The outcome of the survey revealed that the mental health care patients burden the ambulance as well as the emergency care units. The survey also implied that some improvement could be seen in the knowledge in psychic medication, confronting an aggressive mentally ill patient and the patient guidance towards a sustainable mental health care line. An issue was also seen in the code "785" used to be more informative. Visiting the same patient in a short period was also seen to be very frustrating it may lead to an unequal treatment with possibility of the lack of examination.

KEYWORDS:

Paramedic, mental patient, professional skills, emergency patient

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	6
2 ENSIHOITAJIEN AMMATILLISET VALMIUDET MIELENTERVEYSOSAAMISESSA	7
2.1 Tiedolliset valmiudet	7
2.2 Taidolliset valmiudet	8
2.3 Asenteet	9
3 MIELENTERVEYS JA MIELENTERVEYSHÄIRIÖ	11
3.1 Skitsofrenia ja psykoosit	12
3.2 Kaksisuuntainen mielialahäiriö	13
3.3 Masennus	14
3.4 Itsetuhoisuus ja aggressiivisuus	14
4 SAIRAALAN ULKOPUOLINEN ENSIHOITO	15
5 AIKAISEMMAT TUTKIMUKSET	17
6 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMAT	19
7 AINEISTON KERUU JA ANALYSOINTI	20
8 OPINNÄYTETYÖN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS	22
9 TUTKIMUSEN TULOKSET	25
9.1 Esitiedot	25
9.2 Ensihoitajien tiedolliset valmiudet	25
9.3 Ensihoitajien taidolliset valmiudet	29
9.4 Ensihoitajien asenteet	33
10 POHDINTA	38
10.1 Tulosten tarkastelu	38
10.2 Yhteenveto ja kehittämis ehdotukset	41
LÄHTEET	44

LIITTEET

- Liite 1. Tutkimuslupa-anomus
- Liite 2. Opinnäytetyön toimeksiantosopimus
- Liite 3. Kirjallisuushaku
- Liite 4. Saatekirje ja tutkimuskysymykset

1 JOHDANTO

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on tutkimuksellisesti selvittää Varsinais-Suomen aluepelastuslaitoksessa työskentelevien ensihoitajien ammatillisia valmiuksia mielenterveyspotilaita kohtaan.

Opinnäytetyömme liittyy Länsi-Suomen KASTE -hankkeen alla toimivaan Turun kehittämisosion, Palvelumuotoilulla parempia palveluita riskiryhmille (PPPR)-hankkeeseen.

KASTE -hankkeen lähtökohtana on tutkimustieto ja havainto, jonka perusteella murto-osa terveyskeskuksien asiakkaista käyttää valtaosan palveluita. Potilasvirta-analyysin perusteella on pystytty tunnistamaan tilanne, jossa neljäsosa asiakkaista käyttää kaksi kolmasosaa palvelutarjonnasta. Suurkäyttäjien asiakasjoukolla on päihdeongelmia, mielenterveysongelmia ja myös muita terveysongelmia. Tällä hetkellä potilaan hoitoa ei tarkastella prosessina asiakkaan näkökulmasta. Palvelut koostuvat useiden eri toimialojen tuottamista palveluista, joka asettaa haasteita yhteistyölle, prosesseille. Tarvitaan uudenlaisia palveluita, jolloin palvelujen prosessointi asiakkaan näkökulmasta parantuisi ja päällekkäisten palveluiden käyttö vähentyisi. (Länsi-Suomen Kaste -hanke 2013)

Opinnäytetyön tavoitteena oli kerätä tietoa Varsinais-Suomen aluepelastuslaitoksen ensihoitajien ammatillisuudesta mielenterveyspotilaita kohtaan. Tutkimustulosten perusteella tavoitteenamme on tuottaa tietoa Palvelumuotoilulla parempia palveluita riskiryhmille -hankkeelle.

Tutkimusaineisto kerättiin sähköisellä Webropol-kyselyllä. Ammatillisuutta tarkasteltiin tietojen, taitojen ja asenteiden näkökulmasta.

Turun ammatti-korkeakoulussa esiteltiin PPPR-hanke. Opinnäytetyön aihe valikoitui kiinnostuksesta mielenterveyspotilaita ja ensihoitoa kohtaan. Opinnäytetyön aihetta pidettiin tärkeänä, ja halusimme tutkimuksen avulla myötävaikuttaa mielenterveyspotilaiden jatkossa saamiin asiakaslähtöisiin palveluihin.

2 ENSIHOITAJIEN AMMATILLISET VALMIUDET

MIELENTERVEYSOSAAMISESSA

Ensihoidon antajia voi lakia tulkiten olla lääkintävahtimestarit, mielisairaanhoitajat, ensihoitoon suuntautuneet lähihoitajat, ensihoitajat AMK, sairaanhoitajat ja lääkärit, mutta käytännössä myös pelastajat ja muut terveydenhuollon ammattiharjoittajat. (Castrén ym. 2005, 12.) Tässä työssä ensihoitajilla tarkoitetaan ensihoidossa työskenteleviä lähihoitajia, ensihoitajia AMK ja sairaanhoitajia.

2.1 Tiedolliset valmiudet

Opiskellessaan ensihoitajaksi opetussuunnitelmaan kuuluu perehtyminen mielen-terveys- ja päihdepotilaan hoitotyöhön. Opiskelija täten omaksuu ammat-
tietiikan ja lain asettamia velvoitteita ja osaa käytännössä toteuttaa näitä. Opis-
kelija oppii erilaisten toimintaympäristöjen turvallisuusriskit ja osaa toimia oikein
väkivaltatilanteita kohdattaessa. Opiskelija tietää eri viranomaisten roolit poti-
laan hoitopolussa ja miten eri tahot saadaan aktivoitua. Kohdatessaan kriisissä
olevia henkilöitä opiskelija osaa ohjata avun tarvitsijan asianmukaiseen hoitoon.
Opiskelija tunnistaa asenteellisuuden ja persoonan merkityksen hoitaessaan
potilasta. (SoleOPS 2014.)

Ensihoitajien tietoja testataan hoitotason ja perustason kokeella. Kokeen suori-
tettua hyväksytysti, saa ensihoitaja luvan toimia hoito- tai perustasolla. Koe on
sairaanhoitopiirikohtainen ja sen laatii ensihoidon vastuulääkäri yhteistyötoimi-
kuntineen. Luvat saa vähintään puoleksi vuodeksi ja enintään kolmeksi vuodek-
si, jonka jälkeen osaaminen täytyy osoittaa uudestaan. (VSSH 2014.)

Lääkehoitoa saavat antaa siihen koulutetut laillistetut terveydenhuollon ammat-
tihenkilöt. He ovat vastuussa omista toiminnastaan esimiehen valvonnan alai-
sena. Ensihoitajilla on oltava paljon tietoa lääkehoidosta, koska käytettävät
lääkkeet ovat pääsääntöisesti vahvoja ja väärä annostelu voisi olla potilaalle

kohtalokasta. Lääkäri ei pysty kaikkea lääkkeenantoa valvomaan, vaan ensihoitajat käyttävät lääkkeitä itsenäisesti. (STM 2005.)

Ensihoitajien opetussuunnitelmaan kuuluu yhden opintopisteen kurssi psykiatriasta ja farmakologiasta, jossa opiskelija oppii tärkeimpien psyykelääkkeiden turvallisen käytön. Lähihoitajakoulutukseen ei psykiatrian ja farmakologian kursseja sisälly, mutta myrkytystapauksissa lääkäriltä hoito-ohjeen pyytäminen, sekä myrkytystietokeskukseen soittaminen kuuluu perustason toimenpiteisiin. Tarvittaessa potilaalle annetaan lääkeliitteet, jolla lääkkeiden imeytymistä pyritään estämään. Lääkkeiden käyttöä ensihoidossa psyykkisten oireiden käytössä tulee välttää, sillä lääkärin on vaikea arvioida potilaan tilaa, jos hänet on rauhoitettu. (Castrén ym. 2005, 567, 415, 555; OPH 2010; SoleOPS 2014.)

Jos potilas on lääkkeiden, alkoholin tai huumaavien aineiden vaikutuksen alaisena, muuttuu tehtäväluokitus mielenterveysongelmasta myrkytykseksi. Potilaasta voi tehdä mielenterveysarvion hänen ollessa päihtyneenä, mutta hoito toteutetaan somaattisella puolella niin kauan, kun potilas tällaista hoitoa vaatii. Lääkärin tulee konsultoida psykiatrista sairaalaa asiasta. (Tahdosta riippumaton hoito: Käypä hoito -suositus, 2014.)

2.2 Taidolliset valmiudet

Turun Ammattikorkeakoulussa ensihoitoa opiskelevien opintosuunnitelmassa kerrotaan ensihoitajan olevan asiantuntija, joka toimii itsenäisesti hoitaessaan potilaita ja toteuttaa samalla lääkärin ohjeiden mukaisesti potilaalle määrättyä lääketieteellistä hoitoa. Ensihoitaja ottaa huomioon taloudelliset ja yhteiskunnalliset seikat toiminnassaan, sekä kehittää ja uudistaa jatkuvasti ammattitaitoaan. Ensihoitajien osaaminen kuvataan kompetensseina eli ammatillisena asiantuntijuutena. Opinnäytetyömme näkökulmasta tärkeitä kompetensseja ovat hoitotyön asiakkuusosaaminen, sairaalan ulkopuolisen ensihoitotyön osaaminen, ohjaus- ja opetusosaaminen ja verkosto- sekä ensihoitopalvelujärjestelmään ja viranomaisyhteistyöhön liittyvä osaaminen. (SoleOPS 2014.)

Hoitajat, jotka ovat olleet paljon tekemisissä mielenterveyspotilaiden kanssa koulutuksen aikana kokevat tilanteen luonnollisena, eivätkä pelkää hoitokontaktia. Tällöin potilaan mielenterveysongelmaa ei koeta pelottavana. (Brinn, 2000.)

2.3 Asenteet

Asenteet ovat opittuja tapoja. Asenteiden avulla ihminen reagoi asioihin, ympäristöön, toisiin ihmisiin joko positiivisesti tai negatiivisesti. Selvimmin asenteet näkyvät eettisissä ja moraalisisissa kysymyksissä. Arvoja ihmisellä on joitakin kymmeniä, kun taas asenteita ihmisillä satoja. (Vilkko-Riihelä 1999, 690.)

Asenteet rakentuvat monista eri asioista. Kommunikointi, toisten käyttäytymisen, reaktioiden havainnointi ja jäljittely, sekä toisten toiminnan seurausten havainnointi vaikuttavat asennoitumiseen. (Lehtovirta & Peltola 2012, 279.)

Asenteilla on tärkeitä tehtäviä toiminnan näkökulmasta. Minää puolustava tehtävä ilmenee, kun ihminen heijastaa muihin omia negatiivisia tunteitaan. Asennoituminen kertoo ihmisen tavasta käsitellä vaikeuksiaan esim. ”Lattia on liukas, kun ei osaa tanssia.” Ihmisen minäkuvaan ja ihmiskäsitykseen liittyvät arvot heijastuvat asenteisiin omien arvojen toteuttamisen tehtävässä. Sosiaalisen sopeutumisen tehtävässä asenteilla ilmaistaan kuulumista ryhmään. Asenteiden avulla maailmaa jäsennetään. Asenteet suojaavat tiedolliselta ylikuormittavuudelta. Otetaan vastaan ns. sopivaa materiaalia ja yksinkertaistetaan asioiden luonnetta. Tämä tapahtuu tiedollisen tehtävän avulla. (Lehtovirta & Peltola 2012, 279–281.)

Sairaanhoitajaliiton eettisissä ohjeissa sairaanhoitaja toimii tehtävässään oikeudenmukaisesti. Sairaanhoitaja hoitaa jokaista potilasta yhtä hyvin ja kunkin yksilöllisen hoitotarpeen mukaan, riippumatta potilaan terveysongelmasta, kulttuurista, uskonnosta, äidinkielestä, iästä, sukupuolesta, rodusta, ihon väristä, poliittisesta mielipiteestä tai yhteiskunnallisesta asemasta. (Sairaanhoitajaliitto 2014). Sairaanhoitajan omat arvot ja asenteet eivät saa vaikuttaa potilaan saamaan hoitoon. Eettisten ohjeiden mukaisesti jokaisen potilaan tulee saada yhtä hyvää, sekä hoitotarpeensa mukaista hoitoa.

Ennakkoluulot ovat usein negatiivisia, yksipuolisia asenteita. Ne liittyvät usein erilaisuuden hyväksymättömyyteen. Ennakkoluulot syntyvät usein tiedonpuutteesta ja negatiivisen kokemuksen tai tunteen kautta. Vaikuttavia tekijöitä ennakkoluuloihin ovat tietämättömyys, kyvyttömyys asettua toisen asemaan, epävarmuus itsestä, omaksutut asenteet ympäristöltä ja vanhemmilta sekä huono itsetunto. (Lehtovirta & Peltola 2012, 183.)

Ensihoitajien opetussuunnitelmassa on tavoitteena sisäistää korkeatasoisesti eettinen toimintatapa. Työ ensihoidossa perustuu ihmisen kokonaisvaltaiseen näkemiseen ja ihmisen kunnioittamiseen. Ensihoitajan tulee osata kohdata kaiken ikäisiä kansalaisia joiden taustat ovat erilaisia. (SoleOPS 2014.)

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin yhteispäivystyksen sairaanhoitajien erityisosaamisessa eettinen erityisosaaminen psykiatrian prosessissa määriteltiin: ”Yhteispäivystyksen sairaanhoitajan tulee osata hoitaa potilasta mielenterveyslainmukaisesti. Tämä tarkoittaa psykiatrisesti oireilevan potilaan kohdalla, että sairaanhoitajan tulee osata arvioida vastentahtoiseen hoitoon lähettämisen tarvetta mielenterveyslakiin nojaten.” (VSSHP 2011, 51.)

Työ rasittaa henkisesti ensihoitajaa, sillä potilaan sosiaalinen hätä, päihdeongelmat, yksinäisyys ja mielenterveysongelmat kuormittavat ensihoitoa paljon. Asiakasryhmä ei hyödy ensihoidosta ja se luo turhautumista sekä asiakkaille että työntekijöille. (Alaspää ym. 2003, 24.)

3 MIELENTERVEYS JA MIELENTERVEYSHÄIRIÖ

WHO:n määritelmän mukaan ”Mielenterveys on hyvinvoinnin tila, jossa yksilö ymmärtää omat kykynsä, pystyy toimimaan elämän normaalistressissä, pystyy työskentelemään tuottavasti tai tuloksellisesti, ja pystyy toimimaan yhteisönsä jäsenenä. Psyykkisellä pahoinvoinnilla tarkoitetaan mielenterveyden ongelmia ja psyykkistä rasittuneisuutta, ahdistuneisuuteen ja oireisiin liittyvää toimintakyvyn alenemista sekä diagnosoitavissa olevia mielenterveyden häiriöitä” (Toivio & Nordling 2009, 308). Mielenterveydellä ei tarkoiteta vain sairauden poissaoloa, vaan myös hyvinvoinnin kokemusta sekä tunnetta oman elämän tarkoituksellisuudesta (Kuhanen ym. 2013,17; Noppari ym. 2007, 21–22). Yksilölliset tekijät ja kokemukset sisältävät fyysisen terveyden vaikutuksen mielenterveyteen. Lisäksi sillä tarkoitetaan ihmisen ajatuksia ja tunteita kuten stressiä, kokemusta elämän mielekkyydestä, itseluottamusta ja identiteettiä (Noppari ym. 2007, 20). Kulttuuriset arvot vaikuttavat yhteiskunnan asenteeseen mielenterveyshäiriöitä kohtaan. Käsitteisiin sairauksista ja niiden hoidosta vaikuttavat osaltaan kulttuuriset arvot. Mielenterveyden käsite on normatiivinen, eli käytös, jota jonkin kulttuurin piirissä pidetään mielisairautena, voi toisessa kulttuurissa olla osa normaalia vuorovaikutusta (Toivio & Nordling 2009, 85).

Mielenterveyden häiriöille altistavat niin somaattiset, psyykkiset kuin sosiaaliset tekijät. Edellä esitelty mielenterveyden tekijät voivat niin suojata kuin altistaakin häiriöille. Elämän vastoinkäymiset kuten sairaus, sosiaaliset konfliktit, työttömyys tai stressi voivat aiheuttaa toisaalta elämän mielekkyyden ja koherenssin tunteen laskua, toisaalta altistaa diagnosoitaville mielenterveyshäiriöille kuten masennukselle tai laukaista persoonallisuushäiriön (Noppari ym. 2007, 45–55; 82–83).

Mielenterveyden häiriöiden toteamista vaikeuttaa se, ettei mielenterveys ole staattinen tila, eikä ihmisten erottelamiseen mielenterveyden perusteella ole kovin hyviä mittareita (Toivio & Nordling 2009, 84).

3.1 Skitsofrenia ja psykoosit

Skitsofrenia on psykoosiksi luokiteltu vakava mielenterveyden häiriö, joka alkaa useimmiten jo aikuisiän ensivuosina. Skitsofrenia vaikuttaa monin haitallisin tavoin kognitiivisiin ja emotionaalisiin toimintoihin sekä käyttäytymiseen. Skitsofrenian oireina voidaan mainita mm. harhaluulot, aistiharhat, puheen ja käyttäytymisen hajanaisuus sekä ns. negatiiviset oireet kuten tunneilmaisun latistuminen, puheen köyhtyminen ja yleinen tahdottomuus. Oireet ja sairauden kulku vaihtelevat kuitenkin yksilöstä toiseen riippuen sairauden yksilöllisestä luonteesta, hoidosta, hoitomotivaatiosta sekä sosiaalisen ympäristön tuesta ja asenteista. Oireet vaihtelevat myös elämänkaaren eri vaiheissa. Skitsofreniaa ei voi mielenterveyden häiriönä kuvata kuitenkaan millään tunnusomaisella, yksittäisellä oireella (Isohanni ym. 2011, 70–71). Skitsofrenia- ja psykoosialttiutta lisää myös varhain aloitettu kannabiksen käyttö (Isohanni ym. 2011, 94). Skitsofreniaa ja kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavilla potilailla päihdehäiriöt ovat yleisempiä kuin väestöllä yleensä. (Lindholm ym. 2013.)

Skitsofrenia on monimuotoinen psyykkinen sairaus, jonka ennustetta voidaan parantaa oireiden varhaisella tunnistamisella ja varhain aloitetulla hoidolla sekä pitkäjänteisyyteen ja luottamuksellisuuteen perustuvalla hoitosuhteella. Psykoosilääkitys on olennainen osa skitsofrenian hoitoa. Skitsofrenian kanssa samanaikainen päihdehäiriö vaikeuttaa ja huonontaa hoitotuloksia, tällöin puhutaan kaksoisdiagnoosihäiriöstä. Kaksoisdiagnoosipotilaiden kohdalla parhaita tuloksia on saavutettu motivoivan haastattelun ja kognitiivis-behavioraalisen psykoterapian yhdistelmätekniikoilla. Psykoosisairauksien muita hoitomuotoja ovat mm. psykososiaaliset hoitomuodot ja elämäntapaohjaus. Hoitopalveluiden ja organisaatioiden välisen yhteistyön järjestäminen on pitkäjänteisen hoitosuhteen onnistumisen kannalta tärkeä osa hoitosuunnitelmaa. (Skitsofrenia: Käypä hoito -suositus, 2013).

Psykoosisairautena skitsofreniaan liittyvää problematiikkaa esiintyy myös muissa psykooseissa. Psykoosit eroavat kuitenkin syntyhistorialtaan tai oireilultaan

niin, että niitä on tarkoituksenmukaista pitää itsenäisinä psyykkisinä sairauksina (Toivio & Nordling 2009, 119).

Psykoottisten oireiden tunnusomaisia piirteitä ovat aistiharhat ja harhaluulot. Psykoottisuus ilmenee usein myös ajatuksen ja puheen hajanaisuutena sekä outona käyttäytymisenä. Varsinaiset psykoosit ovat oireyhtymiä, joissa psykoottisilla oireilla on riittävän pitkä ajallinen kesto ja jotka muutoinkin täyttävät ICD-10-tautiluokituksen kriteerit ja määreet. Osa psykooseista on akuutteja ja lyhytkestoisia. Psykoosi voi olla seurausta joskus myös ruumiillisesta sairaudesta tai sen hoidosta. Keskeinen syy psykoosioireille on myös erilaiset pähteet kuten alkoholi, amfetamiini ja kannabis. (Lönqvist & Suvisaari 2011, 134.)

3.2 Kaksisuuntainen mielialahäiriö

Kaksisuuntainen mielialahäiriö on pitkäaikainen psyykkinen sairaus, jossa esiintyy vaihtelevasti masennus-, hypomania- tai sekamuotoisia sairausjaksoja. Kaksisuuntainen mielialahäiriö voi olla jaksottaisesti myös vähäoireinen tai oireeton. Se on kuitenkin useimmiten krooninen ja uusiutuva sairaus. Kaksisuuntaisen mielialahäiriön hoidon perustana on mielialaa tasaava lääkitys ja uudemmat psykoosilääkkeet sairauden kulloisenkin vaiheen mukaisena annostuksena. Kaksisuuntaisen mielialahäiriön esiintyvyyttä Suomessa ei tunneta tarkasti. Kaksisuuntaisella mielialahäiriöllä on kaksi päämuotoa, joista tyypin I sairaudenkuvassa voi esiintyä kaikenlaisia sairausjaksoja ja tyypin II sairaudenkuvaan kuuluu hypomanioita ja masennusjaksoja, muttei varsinaisia hypomanioita. (Isometsä, 2011, 194.) Enemmistö kaksisuuntaista mielialahäiriötä potevista kärsii myös jostakin muusta psykiatrisesta oireyhtymästä kuten ahdistuneisuushäiriöstä, paniikkihäiriöstä, alkoholiriippuvuudesta, syömishäiriöstä tai jostakin persoonallisuushäiriön muodosta. Päihdeongelma huonontaa kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavien ennustetta ja hoitoon sitoutumista sekä lisää itsemurhariskiä ja sairaalahoidon tarvetta. (Kaksisuuntainen mielialahäiriö: Käypä hoito -suositus, 2013.)

3.3 Masennus

Masennusta käsitteenä käytetään arkikielessä monessa eri yhteydessä ja myös sen kliininen kuva on varsin monimuotoinen. Kun masennus muuttuu vallitsevaksi ja pitkäkestoisemmaksi tunteeksi tai olotilaksi puhutaan masentuneesta mielialasta. Jos masentuneeseen mielialaan liittyy mielialan laskun lisäksi muitakin oireita, käytetään psykiatriassa käsitettä masennusoireyhtymä tai kliininen depressio. (Toivio & Nordling 2009, 104.)

Masennustilat ovat monitekijäisiä sairauksia, joiden syntyyn liittyy biologisia, psykologisia ja sosiaalisia riskitekijöitä. Keskeisiä masennushäiriöiden syntyyn vaikuttavia tekijöitä ovat perinnöllinen taipumus, altistavat persoonallisuuden piirteet ja masennushäiriön laukaisevat kielteiset elämäkokemukset. Enemmistöllä depressiopotilailla esiintyy myös monihäiriöisyyttä, jolloin valtaosa hoitoa hakevista kärsii samanaikaisesti esim. ahdistuneisuus-, persoonallisuus- tai päihdehäiriöstä. (Depressio: Käypä hoito -suositus, 2014.)

3.4 Itsetuhoisuus ja aggressiivisuus

Itsetuhoisuudella tarkoitetaan pyrkimystä tai käyttäytymistä, johon sisältyy itsen vahingoittaminen tai henkeä uhkaavan riskin ottaminen. Itsetuhoisuus voi olla epäsuoraa tai suoraa. Ennakoiva riskitekijä itsemurhayrityksissä ja itsemurhissa on itsemurha-ajatukset, jotka viestivät psyykkistä huonovointisuutta, neuvottomuutta, ärtymystä ja jopa hetkellistä toivottomuutta. Sosiaaliseen ympäristöön välittyä usein vain osa viestistä, esimerkiksi avunpyynnön sijasta vain henkilön kokema pettymys tai ärtymys, jopa impulsiivinen aggressiivisuus. Alkoholi- ja huumausaineongelmat ovat masennuksen jälkeen tärkein itsemurhiin liittyvä yksittäinen mielenterveyshäiriöiden ryhmä. Suomessa joka toisella itsemurhan tehneistä miehistä on alkoholiongelma. Itsemurhan tehdessään alkoholin vaikutuksen alaisina on noin puolet miehistä ja neljäsosa naisista. Muuhun väestöön verrattuna alkoholismista kärsivien itsemurhakuolleisuus on Suomessa moninkertainen. (Lönnqvist ym. 2011.)

4 SAIRAALAN ULKOPUOLINEN ENSIHOITO

Ensihoidon tarkoituksena on tarjota äkillisesti sairastuneelle sellaista hoitoa, ettei potilaan elämänlaatu heikkene entisestään ja hän voisi jatkaa elämäänsä niin kuin se on ollut ennen sairastumista. Ensihoitopalvelu mahdollistaa säästö- ja päivystysvastaanotoissa tekemällä esitutkimuksia, jolloin osa potilaista voi jäädä kotiin odottamaan oman terveysaseman aukeamista. (Castrén ym. 2005, 8.)

Toimintaa ohjaa sosiaali- ja terveysministeriö yleisellä tasolla ja sairaanhoitopiirit järjestävät palvelun muiden palvelutuottajien kanssa. Ensihoito alkaa soitosta hätänumeroon, jossa hätäkeskuspäivystäjä tekee ensimmäisen riskinarvion. Hätäkeskus hälyttää tarvittaessa kohteeseen ambulanssin. Sosiaali- ja terveysministeriö on laatinut ohjeen, jonka mukaan sairaankuljetus sekä ensihoito ja hätäkeskuslaitos kommunikoivat toisilleen tehtävälajeista käyttäen koodeja. Koodit ovat valtakunnallisia ja sisällöltään yhtenäisiä, jolloin laatu on yhtenäinen koko väestölle. Kun hätäkeskuslaitos on välittänyt tehtävän tekstiviestillä, siirtyy vastuu tehtävästä vastaanottajalle. (STM 2014.)

Tehtäväkoodi D785 tarkoittaa mielenterveysongelmaa, jonka on joko hätäkeskuspäivystäjä luokittanut tai sairaankuljetusyksikkö tehnyt. Hätäpuhelun vastaanottamisessa on tietyt kriteerit täyttyvä, jotta ensihoitotehtävä voidaan tehdä. Yleensä kohteeseen mennään somaattisen vaivan vuoksi ja ensihoitoyksikkö tekee arvion potilaan tilasta, jolloin koodi muuttuu D785, jostain muusta koodista. Potilasta lähetettäessä psykiatriseen pakkohoitoon terveydenhuollosta M1-lähetteellä, käytetään myös koodia D785. (STM 2009) Jos potilas on lääkkeiden, alkoholin tai huumaavien aineiden vaikutuksen alaisena, muuttuu tehtäväluokitus mielenterveysongelmasta myrkytykseksi. Potilaasta voi tehdä mielenterveysarvion hänen ollessa päihtyneenä, mutta hoito toteutetaan somaattisella puolella niin kauan, kun potilas tällaista hoitoa vaatii. Lääkärin tulee konsultoida psykiatrista sairaalaa asiasta. (Alkoholiongelmaisen hoito: Akuuttihoito-opas)

Ensihoidoksi luokitellaan asianmukaisen koulutuksen omaavan työntekijän tekemäksi tilannearvioiksi ja hänen antamansa hoidoksi, joilla käynnistetään, ylläpidetään ja turvataan tai vointia parannetaan välineillä, lääkkeillä tai muilla hoitotoimenpiteillä (Alaspää ym. 2003, 27).

Perustason ensihoito eroaa hoitotason ensihoidosta siten, että hoitotasoinen yksikkö voi aloittaa potilaan tehohoidon ja kuljettaa hänet niin, että elintoiminnot ovat turvatut. Perustason ensihoitajat eivät toteuta pääsääntöisesti lääkkeellistä ensihoitoa. Hoitotason yksikön lääkevalikoima on laaja. Lääkehoito toteutetaan sovitun hoito-ohjeen mukaan. (Castrén ym. 2005, 17; Kurola 2001,4.)

Suurin osa potilasta toivoo ensihoidolta vain kuljetusta lääkäriin, vaikka vain alle viisi prosenttia hyötyy nopeasta kuljetuksesta. Tavallisimmin ambulanssi tilataan kaatuneelle tai rintakipupotilaalle. Kuljetuspalvelua yli- ja alikäytetään. Kuljetuksen tilanneet kuvittelevat potilaan pääsevän varmemmin lääkäriin, tai heillä ei ole rahaa taksiin. Toisaalta taas usein myös rintakipupotilas ajaa itse lääkäriin omalla autolla. Ambulanssilla tehtävät potilaskuljetukset ovat suurilta osin kii-reettämiä. Potilas voisi myös sairastaa kotona tai hakeutua sairaalahoitoon omalla kyydillä. Usein potilas hyötyisi terveyskeskuspalveluista virka-aikana. Vain harva tarvitsee sairaalahoitoa yliopistosairaalassa. Yleensä syy löytyy kehittymättömästä ensihoitopalvelusta, puutteissa kotisairaanhoidossa ja terveydenhuollon toimintojen huonosta yhteistyöstä. Ambulanssikyyditys koetaan myös mukavuustekijänä ja palveluna, joka kuuluu kaikille. (Castrén ym. 2005, 15.)

5 AIKAISEMMAT TUTKIMUKSET

Teimme kirjallisuushakuja käyttämällä yleistä julkaisutietokantaa Google Scholaria. Nelli-portaalin kautta teimme hakuja Theseus-, Medic- ja Cinahl-viitetietokannasta sekä käytimme Duodecimin julkaisemaa terveysporttipalvelua. Käytimme hakemiseen avainsanoja mm. mental patient in ambulance, mielenterveyspotilas ensihoidossa, mielenterveys + asenteet ja mielenterveysosaaminen. Kirjallisuushakujen tuloksena perehdyimme mm. seuraaviin tutkimuksiin ja artikkeleihin. (Liite 1)

Wahlbeck (2013) toteaa Duodecimin kolumnissaan: Päivystyspalvelut toimivat somaattisissa vaivoissa. Psykiatrisissa kriiseissä hoitoon pääsy on vaikeaa. Palvelujärjestelmissä on useita esteitä jotka estävät psykiatrisen potilaan hoitoon pääsyn. Katkaisuhoidoihin pääsee vain arkiaamuisin, eikä psykiatriseen hoitoon pääse päivystystapauksena muutoin kuin M1-lähetteellä. Suurimpana esteenä ovat asenteet päivystyspisteissä. Lääkärikunnassa on asenteellista vastenmielisyyttä psykiatrisia potilaita kohtaan. Matalan kynnyksen päivystyksellisessä avun tarjonnassa on vakavia puutteita. Päivystyspsykiatria on muotoutunut akuuttisairaalahoidon seulaksi. Tarvitaan lisää matalan kynnyksen päivystäviä mielenterveys- ja päihdepalveluja. Peruspalveluiden tueksi tarvitaan avohoitolähtöinen päivystysjärjestelmä, joka parantaisi psykiatrisen palvelun saatavuutta. Näiden tulisi sijaita somaattisen päivystyksen yhteydessä, jotta potilasturvallisuus ja yhteistyö lisääntyisivät. Palvelujärjestelmien on seurattava aikaansa, jotta se pystyy vastaamaan kaikkiin akuutteihin terveysongelmiin. (Wahlbeck 2013.)

Pietilän (YAMK) tutkimuksessa kartoitettiin Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin ensiapu- ja vastaanottopoliklinikoiden sairaanhoitajien mielenterveys- ja päihdeosaamisen nykytilaa ja tulevaisuuden tarvetta. Tutkimus vahvisti, ettei mielenterveys- ja päihdepotilaiden saumaton hoitojatkumo toimi parhaalla mahdollisella tavalla. Edelleen epäselväksi jäi, miten potilaat ohjautuisivat parhaalla mahdollisella tavalla päihde-psykiatristen oireiden kanssa oikeanlaiseen ja oikea-aikaiseen hoitoon. Tulokset osoittivat että erikoissairaanhoidossa on osaa-

misvajetta mielenterveys- ja päihdeosaamisessa. Hoitohenkilökunnalla ei aina ole osaamista tunnistaa ja ottaa puheeksi mielenterveys- ja päihdehäiriöitä. Hoitohenkilökunnasta on myös tuntunut paradoksaaliselta puuttua sellaiseen häiriöön johon heillä ei ole osoittaa tai ohjata jatkohoitoa. (Pietilä 2013.)

Amerikkalaisessa tutkimuksessa selvitettiin tyypillinen ambulanssinkäyttäjä tekemällä tutkimus koko Pohjois-Amerikan alueelle. Tutkimuksen tuloksia käytetään hyväksi kansallisella tasolla valmiuden tarpeen arvioimiseksi. Sairaalat keräsivät neljän viikon ajan potilastiedot ja luokittelivat käyntien syyt. Potilaiksi otettiin kaikki päivystyspalveluita käyttäneet. Joka seitsemäs potilas saapuu päivystykseen ambulanssilla. Heistä kolmasosalla on mielenterveysongelmia joten potilasryhmä on ennusteellinen ambulanssin käyttäjä. (Larkin ym. 2006.)

Paula Ranne keräsi Turun yliopiston johtamassa ja ePsyncNurse.net-tutkimushankkeeseen kuuluvassa tutkielmassaan tietoa suomalaisilla akuutti-psykiatrian osastoilla työskentelevien hoitajien asenteista melisairautta ja mielenterveyspotilasta kohtaan sekä näihin asenteisiin liittyviä taustamuuttujia kuten hoitajien ikää, sukupuolta ja kontaktia. Taustamuuttujilla todettiin tutkimuksen perusteella olevan yhteyttä hoitajien asenteisiin. Iäkkäämmät hoitajat suhtautuivat melisairautta ja mielenterveyspotilasta kohtaan nuorempia autoritaarisemmin, kun taas mielenterveyden ideologiaan vanhemmat hoitajat suhtautuivat nuorempiaan myönteisemmin. Samoin naishoitajilla todettiin tutkimuksen perusteella olevan mieshoitajia myönteisempää suhtautumista mm. mielenterveyden ideologiaan liittyen. Sosiaalisesti rajoittamiseen asennoituivat kielteisimmin hoitajat, joilla oli lähipiirissä työn ulkopuolella oleva kontakti mielenterveysongelmista kärsivän kanssa. (Ranne, 2007.)

Paramedic perceptions of their role, education, training and working relationships when attending cases of mental illness -tutkimuksessa tarkastellaan ensihoitajien asenteita liittyen heidän rooliinsa hoitoketjussa suhteessa muuhun ammattihenkilökuntaan mielenterveyspotilaita kohdattaessa. Tutkimus käsittelee ensihoitajien ammatillisen taustan vaikutusta mielenterveyspotilaisiin. Roberts & Hendersonin tutkimus osoittaa myös, että melisairaiden kohtaaminen on usein toistuvaa ensihoitajien työssä (Roberts & Henderson, 2009).

6 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMAT

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tutkimuksellisesti (Webropol-kysely) selvittää Varsinais-Suomen aluepelastuslaitoksessa työskentelevien ensihoitajien ammatillisia valmiuksia kohdata mielenterveyspotilaita työssään. Ammatillisuutta tarkasteltiin tietojen, taitojen ja asenteiden näkökulmasta.

Opinnäytetyömme tehtävä on tuottaa tietoa Palvelumuotoilulla parempia palveluita riskiryhmille (PPPR)-hankkeelle ensihoitajien ammatillisista valmiuksista kohdata mielenterveyspotilaita.

Varsinais-Suomen aluepelastuslaitos voi käyttää opinnäytetyön tuloksia mm. henkilökunnan koulutustarpeen määrittelyyn mielenterveyspotilaiden kanssa työskentelyyn liittyen.

Tutkimuskysymykset:

Millaisia tiedollisia valmiuksia Varsinais-Suomen aluepelastuslaitoksen ensihoitajilla on kohdata mielenterveyspotilaita?

Millaisia taidollisia valmiuksia Varsinais-Suomen aluepelastuslaitoksen ensihoitajilla on kohdata mielenterveyspotilaita?

Millaisia asenteita Varsinais-Suomen aluepelastuslaitoksen ensihoitajilla on mielenterveyspotilaita kohtaan?

7 AINEISTON KERUU JA ANALYSOINTI

Menetelmänä käytimme määrällistä eli kvantitatiivista kyselytutkimusta. Kysely toteutettiin sähköisenä Webropol-kyselynä, koska työajan puitteissa kyselylomake on helppo täyttää ja siihen on tarpeen vaatiessa helppo palata takaisin työtehtävien välissä. Haastattelututkimus olisi ollut hankala toteuttaa, koska ensihoitajien työssä ei ole mahdollista irrottautua haastattelun ajaksi hälytystehtävistä.

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa etsitään syitä ja tosiasioita ulkopuolisesta tai vallitsevan käsityksen mukaisesta näkökulmasta. Tulokset perustuvat tutkijan, ei tutkittavan tulkintaan ilmiöstä. Tätä menetelmää käytettäessä rakennetaan teoria jossa jo suunnitteluvaiheessa, ennen aineiston keräämistä, tunnistetaan käsitejärjestelmät, peruskäsitteet ja hypoteesit. (Field & Morse 1985, 24.)

Ennen kyselyn laatimista perehdyimme aihealueeseen aiempia tutkimuksia ja kirjallisuutta lukien. Näiden pohjalta tarkentuivat tutkimusongelmat. Tutkimusongelmiin perustuen laadimme kyselyn, jolla pyrimme selvittämään ensihoitajien ammatillisia valmiuksia mielenterveyspotilaita kohtaan. Kyselyn sisältö jaoteltiin tietoja, taitoja ja asenteita mittaviin osioihin.

Kvantitatiivisen tutkimuksen tärkeimpiä asioita ovat siinä käytetyt mittarit, sillä niiden luotettavuus takaa tutkimuksen tulosten luotettavuuden. Mittarin pitää rajata tutkittava käsite tarkasti, erotella käsitteestä eri tasoja sekä kuvata käsitettä oikein eli olla täsmällinen. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 206.)

Kysely alkoi taustatietojen kartoituksella. Kyselyn ammatillisuus jaoteltiin tietoja, taitoja ja asenteita mittaviin osioihin, joita mitattiin viisiportaisella Likertin asteikolla. Kysely sisälsi myös kaksi avointa kohtaa. Ensimmäisessä pyydettiin perusteluita mielenterveyspotilaan hoitopolun riittämättömyyteen, toisessa kohdassa oli tila ”vapaaalle sanalle”. Valitun menetelmän avulla pyrimme saamaan luotettavaa tutkimustietoa ensihoitajien ammatillisuudesta mielenterveyspotilaita kohtaan. Kyselytutkimuksen aineisto kerättiin Varsinais-Suomen aluepelastuslaitoksen ensihoitajilta syyskuussa 2014. Tätä ennen saatiin ko. organisaatiolta

tutkimuslupa. Kysely lähetettiin kahteen eri jaokseen, joissa työntekijöitä on yhteensä 70 (N=70). Kysely esitettiin kolmella ensihoitajalla, eikä korjausehdotuksia ilmennyt, ja näin kyselyt lähetettiin saatekirjeineen sähköisesti kaikille 70:lle ensihoitajalle. Vastausaikaa oli kaksi viikkoa. Sähköiseen Webropol-kyselyyn vastasi yhteensä 45 ensihoitajaa (n=45), jolloin vastausprosentiksi muodostui 68,5 %. Aineistoa analysointiin Webropol-tilasto-ohjelmaa apuna käyttäen. Saatuja tuloksia esitetään pylväskuviolla, prosenttiluvuilla, keskiarvoilla sekä sanallisin selityksin. Väittämiin vastattiin asteikolla 1–5, jolloin 1 = täysin samaa mieltä ja 5 = täysin eri mieltä. Näiden vastausten väliltä laskettiin keskiarvot. (Saatekirje ja kyselylomake, liite 4)

8 OPINNÄYTETYÖN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Tutkimuksen eettisyys

Hyvä tutkimus noudattaa aina hyvää tieteellistä käytäntöä. Tutkimuksen eettisyys on kaiken toiminnan ydin. Tutkijat vastaavat itse omasta toiminnastaan ja valinnoistaan joita tutkimusta tehdessään tekevät. He myös vastaavat tutkimukseen liittyvistä perusteluista. Hyvä tieteellinen käytäntö tarkoittaa sitä, ettei tutkimuksen kohderyhmää loukata. Tutkimuskysymysten asettelu, tavoitteet, aineiston kerääminen ja käsittely sekä säilytys eivät saa rikkoa hyvää tieteellistä tapaa. Tutkimusetiikan lisäksi on otettava huomioon voimassa oleva lainsäädäntö. Tutkimusta koskevat normit ovat yhteneväiset lainsäädännön kanssa ja sitovat kaikkia tutkijoita huolimatta siitä ovatko he opiskelijoita tai ammattitutkijoita. (Vilkkä 2007, 89–92.)

Tutkimusaiheen valinta on aina eettinen ratkaisu. On pohdittava aiheen merkitys monesta eri näkökulmasta. Tärkeimpiä lähtökohtia on hyödyllisyys. Tutkimussuunnitelmassa tuleekin aina arvioida, miten tutkittavaa tietoa voidaan hyödyntää hoitotyön laadun kehittämisessä. On myös huolehdittava, ettei tutkimustietoa käytetä tutkittavaa vastaan. (Kankkunen, Vehviläinen-Julkunen 2013, 218.)

Tutkimusta tehdessä huomioidaan aina ihmisen itsemääräämisoikeus, joka on tutkimukseen osallistumisen lähtökohta. Tutkimukseen osallistuminen tulee aina olla aidosti vapaaehtoista ja osallistuminen perustuu tietoiseen suostumukseen. Oikeidenmukaisuus näkyy siten, että valikoituminen tutkittavaksi tulemiseen on tasa-arvoista. Anonymiteetti huomioidaan ja turvataan niin, ettei tutkittavaa pysytä tunnistamaan. Tutkimukseen haetaan lupa organisaatiolta johon tutkimus tehdään. Tutkimuslupa ja tutkimukseen osallistuvan suostumus tarvitaan aina kun kohteena on hoitohenkilöstö. (Kankkunen, Vehviläinen-Julkunen 2013, 218–222.)

Opinnäytetyössämme anonymiteetti huomioitiin niin, että tutkimuskysymyksiin vastattiin nimettömästi. Sähköiseen Webropol-kyselyyn vastaaminen oli vapaa-

ehtoista. Kysely alustettiin saatekirjeellä, jossa kerrottiin kyselyn tarkoitus. Varsinais-Suomen aluepelastuslaitoksen kanssa tehtiin toimeksiantosopimus ja saatiin lupa käyttää organisaation nimeä opinnäytetyössä, joka julkaistaan ammattikorkeakoulujen Theseus-julkaisuarkistossa. Lähtökohtaisesti pidämme opinnäytetyötämme hyödyllisenä. Aiheemme tutkimustietoa voidaan hyödyntää PPPR-hankkeessa, jonka tavoitteena on mm. kehittää palvelupolkuja paremmin mielenterveyspotilaita palveleviksi. Varsinais-Suomen aluepelastuslaitos voi hyödyntää tutkimustuloksia esimerkiksi koulutustarpeiden määrittelyssä.

Tutkimuksen luotettavuus

Validiteetti eli pätevyys ilmaisee sen, miten hyvin tutkimuksessa käytetty mittaus- tai tutkimusmenetelmä mittaa juuri sitä tutkittavan ilmiön ominaisuutta, mitä on tarkoituskin mitata. Reliabiliteetti eli luotettavuus viittaa tulosten pysyvyyteen. Mittauksen reliabiliteetti tarkoittaa mittaustuloksen toistettavuutta, ei sattumanvaraisuutta. Mittaamisen reliabiliteetti ilmaisee sen, miten luotettavasti ja toistettavasti käytetty mittaus- tai tutkimusmenetelmä mittaa haluttua ilmiötä. (Kankunen, Vehviläinen-Julkunen 2013, 189,190.)

Ennen tutkimusongelmien/tutkimuskysymysten tekoa on tutkijan tunnettava asiakokonaisuus. Mittarin eli kyselyn valintaan vaikuttavat monet tekijät. (Vilkkä 2007, 70.) Tutkimuskysymysten tulee olla yksiselitteisiä ja täsmällisiä. Vastaajien tulee ymmärtävät kysymykset samalla tavalla, kysymykset sisältävät vain niitä asioita joita tutkitaan, kysymykset eivät ole loukkaavia, kysymykset eivät johdattele vastaajaa ja kysymykset pitävät sisällään vain yhden asiasisällön. (Vilkkä 2007, 77.)

Onnistuneen lomakkeen/mittarin edellytys on hyvä tutkimussuunnitelma. Kyselyyn vastaamiseen vaikuttaa monet tekijät mm. saatekirje, kysymysten muotoilu, vastaajan mahdollisuus vastata kyselyyn ja vastaajan kiinnostus aihepiiriin. (Vilkkä 2007, 63–77.)

Tutkimuksellisessa opinnäytetyössä haettiin kyselyn avulla vastauksia tutkimusongelmiin. Opinnäytetyön tutkimuskysymykset ja väittämät asetettiin mahdollisimman konkreettisiksi. Kysely esiteltiin kolmella ensihoitajalla. Esitesta-

uksella varmistettiin, että kysymykset ovat yksiselitteisiä ja selkeitä. Esitestauksella minimoitiin väärinymmärryksen mahdollisuutta. Tutkimus toteutettiin määrällisenä tutkimuksena viisiportaista Likertin asteikkoa apuna käyttäen. Valitun menetelmän avulla pyrittiin saamaan luotettavaa tutkimustietoa ensihoitajien ammatillisista valmiuksista mielenterveyspotilaita kohtaan.

Reliabiliteettia ja validiteettia arvioitaessa tutkimustulokset ovat epätodennäköisiä. Tutkimustulokset eivät luultavasti olisi samanlaisia muissa pelastuslaitoksissa, koska vastauksissa on otettava huomioon eri sairaanhoitopiirien erilaiset hoitopolut ja ohjeistukset.

9 TUTKIMUSEN TULOKSET

Kyselyn kohderyhmänä oli Varsinais-Suomen aluepelastuslaitoksen ensihoitajat. Neljästä jaoksesta valittiin kaksi, joissa oli yhteensä 70 ensihoitajaa (N=70). Kyselyyn vastasi 45 ensihoitajaa (n=45). Vastausprosentiksi muodostui 68,5 %.

9.1 Esitiedot

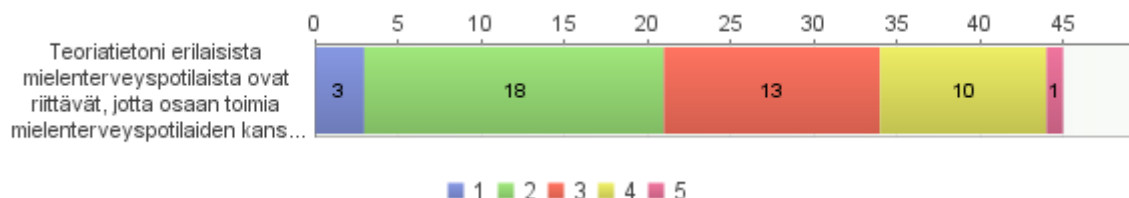
Taustamuuttujina tiedusteltiin kyselyyn vastanneiden ensihoitajien ikää, sukupuolta, koulutusta, hoitovelvoitetta ja työkokemusta ensihoidosta. Kysyttiin myös, kuinka usein ensihoitajat kohtaavat mielenterveyspotilaita työssään, sekä aikaisempaa työkokemusta mielenterveyspotilaiden parissa. Vastaajista suurin osa 88 % oli iältään 25–45-vuotiaita. Loput olivat 18–24-vuotiaita. Sukupuolijakauma oli tasainen, naisia 53 % ja miehiä 47 %. Vastaajat olivat koulutukseltaan sairaanhoitajia, ensihoitajia ja lähihoitajia. Suurimmalla ryhmällä, 47 %:lla, oli työkokemusta 3–7 vuotta. Alle kolme vuotta oli työskennellyt seitsemän ja 8–10 vuotta kahdeksan vastaajaa. Yli kymmenen vuotta oli työskennellyt yhdeksän vastaajaa. Perustason hoitovelvoitteen omasi 40 % vastaajista ja 60 %:lla oli hoitotason hoitovelvoite. Vastaajista kolmekymmentä kohtasi mielenterveyspotilaita viikoittain työssään. Kaksitoista vastaajaa kohtasi kuukausittain ja kolme kohtasi joka työvuoro. Kukaan ei kohdannut mielenterveyspotilaita harvemmin kuin kuukausittain. Enemmistö vastaajista 58 % ei ollut aiemmin työskennellyt mielenterveyspotilaiden kanssa, kun taas 42 %:lla oli aikaisempaa kokemusta mielenterveyspotilaiden kanssa työskentelystä.

9.2 Ensihoitajien tiedolliset valmiudet

Tiedollisilla valmiuksilla tarkoitettiin teorial tietoja, joita ensihoitajat saavat koulutuksen aikana, sekä valmistuttuaan työmaalta kokeneemmilta kollegoiltaan, työpaikkakoulutuksissa sekä oman kiinnostuksen mukaan ammattikirjallisuutta.

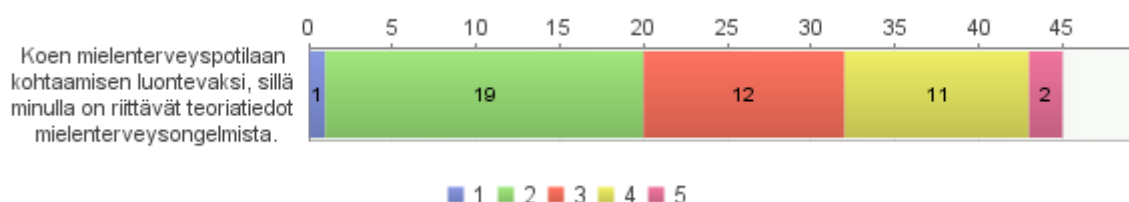
desta. Kysymykset olivat väittämiä ja vastausvaihtoehtoina oli 1–5, jolloin 1 on täysin samaa mieltä, 3 ei samaa eikä eri mieltä ja 5 täysin eri mieltä.

Kuvio 1. Teoriatietojen riittävyys mielenterveyspotilaista.



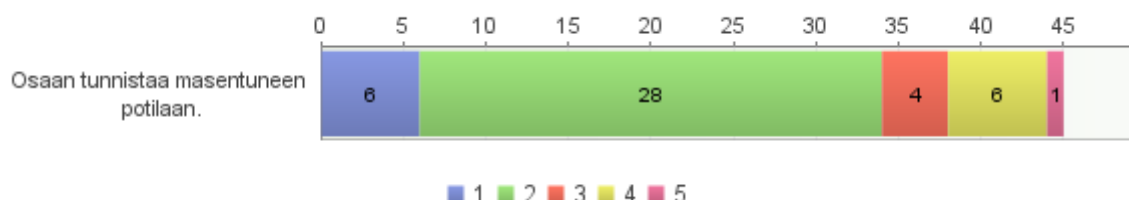
Vastaajista väittämän kanssa täysin samaa mieltä oli 7 %. Vastaajista suurin osa 40 % oli lähes samaa mieltä. 29 % vastaajista ei ollut eri eikä samaa mieltä. Vastaajista 22 % oli melko eri mieltä ja 2 % oli täysin eri mieltä. Vastausten keskiarvo oli 2,73.

Kuvio 2. Mielenterveyspotilaan kohtaaminen



Vastaajista 2 % oli väittämän kanssa täysin samaa mieltä. Suurin osa, 42 % oli lähes samaa mieltä. 27 % ei ollut eri eikä samaa mieltä. 25 % oli melko eri mieltä ja 4 % oli täysin eri mieltä. Vastausten keskiarvo oli 2,87.

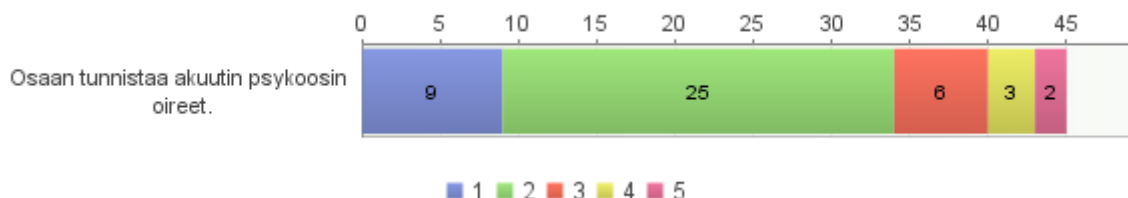
kuvio 3. Masentuneen potilaan tunnistaminen



Vastaajista 13,5 % oli väittämän kanssa täysin samaa mieltä. Suurin osa vastaajista 62 % oli väittämän kanssa lähes samaa mieltä. 9 % ei ollut eri eikä sa-

maa mieltä. 13,5 % oli melko eri mieltä. 2 % eli yksi vastaajista oli väittämän kanssa täysin eri mieltä. Vastausten keskiarvo oli 2,29.

Kuvio 4. Akuutin psykoosin oireiden tunnistaminen



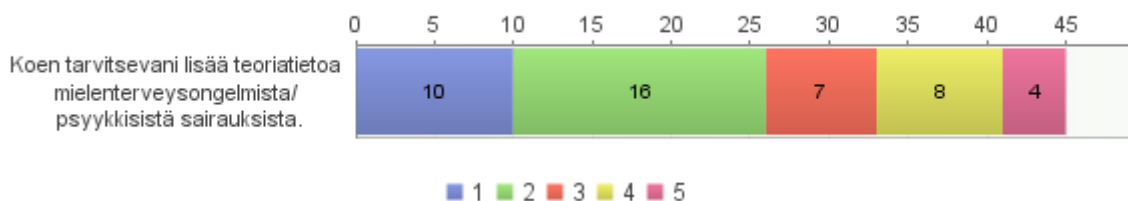
Vastaajista 20 % oli väittämän kanssa täysin samaa mieltä. Suurin osa vastaajista 56 % oli väittämän kanssa lähes samaa mieltä. 13 % ei ollut eri eikä samaa mieltä. 7 % vastaajista oli melko eri mieltä. 4 % vastaajista oli väittämän kanssa täysin eri mieltä. Vastausten keskiarvo oli 2,2.

Kuvio 5. Itsemurhariskissä olevan potilaan tunnistaminen



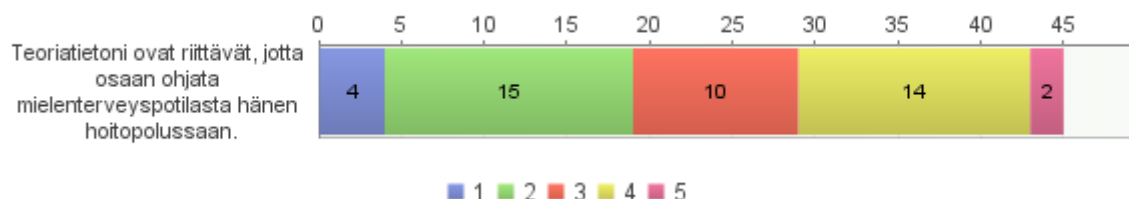
Vastaajista 7 % oli väittämän kanssa täysin samaa mieltä. Suurin osa vastaajista 56 % oli väittämän kanssa lähes samaa mieltä. 22 % ei ollut eri eikä samaa mieltä. 13 % vastaajista oli melko eri mieltä. 2 % vastaajista oli väittämän kanssa täysin eri mieltä. Vastausten keskiarvo oli 2,49.

Kuvio 6. Teoriatiedot mielenterveysongelmista



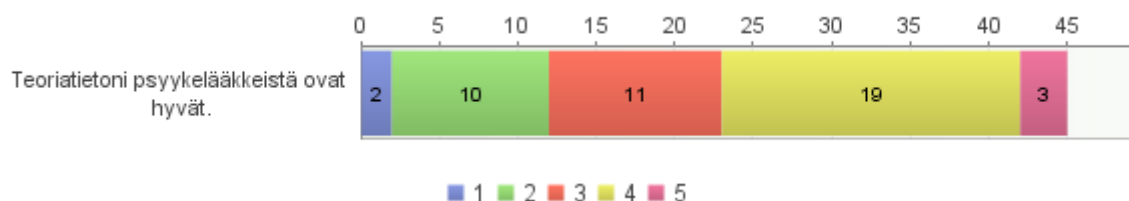
Vastaajista 22 % oli väittämän kanssa täysin samaa mieltä. Suurin osa vastaajista 36 % oli väittämän kanssa lähes samaa mieltä. 16 % ei ollut eri eikä samaa mieltä. 18 % vastaajista oli melko eri mieltä. 9 % vastaajista oli väittämän kanssa täysin eri mieltä. Vastausten keskiarvo oli 2,56.

Kuvio 7. Teoriatiedot hoitopoluista



Vastaajista 9 % oli väittämän kanssa täysin samaa mieltä. Suurin osa vastaajista 33,5 % oli väittämän kanssa lähes samaa mieltä. 22 % ei ollut eri eikä samaa mieltä. 31 % vastaajista oli melko eri mieltä. 4,5 % vastaajista oli väittämän kanssa täysin eri mieltä. Vastausten keskiarvo oli 2,89.

Kuvio 8. Teoriatiedot psykenlääkkeistä



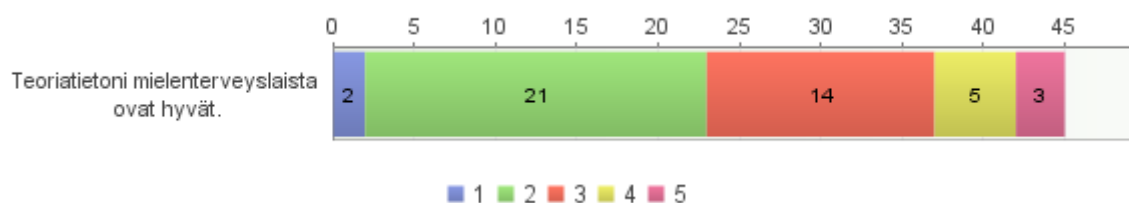
Vastaajista 4,5 % oli väittämän kanssa täysin samaa mieltä. Vastaajista 22 % oli väittämän kanssa lähes samaa mieltä. 24,5 % ei ollut eri eikä samaa mieltä. Suurin osa vastaajista 42 % oli melko eri mieltä. 7 % vastaajista oli väittämän kanssa täysin eri mieltä. Vastausten keskiarvo oli 3,24.

Kuvio 9. M1-tarkkailulähete



Vastaajista suurin osa 44,5 % oli väittämän kanssa täysin samaa mieltä. Vastaajista 35,5 % oli väittämän kanssa lähes samaa mieltä. 6,5 % ei ollut eri eikä samaa mieltä. Vastaajista 4,5 % oli melko eri mieltä. 9 % vastaajista oli väittämän kanssa täysin eri mieltä. Vastausten keskiarvo oli 1,98.

Kuvio 10. Teoriatiedot mielenterveyslaista



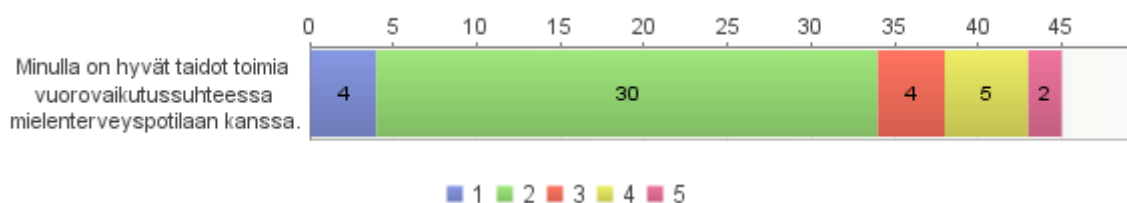
Vastaajista 4,5 % oli väittämän kanssa täysin samaa mieltä. Vastaajista suurin osa 47 % oli väittämän kanssa lähes samaa mieltä. 31 % ei ollut eri eikä samaa mieltä. Vastaajista 11 % oli melko eri mieltä. 6,5 % vastaajista oli väittämän kanssa täysin eri mieltä. Vastausten keskiarvo oli 2,69.

9.3 Ensihoitajien taidolliset valmiudet

Taidollisilla valmiuksilla tarkoitetaan taitoja, joita ensihoitajat saavat koulutuksen aikana, saadessaan työkokemusta ja harjaannuttuaan ammattilaiseksi ja siitä asiantuntijaksi.

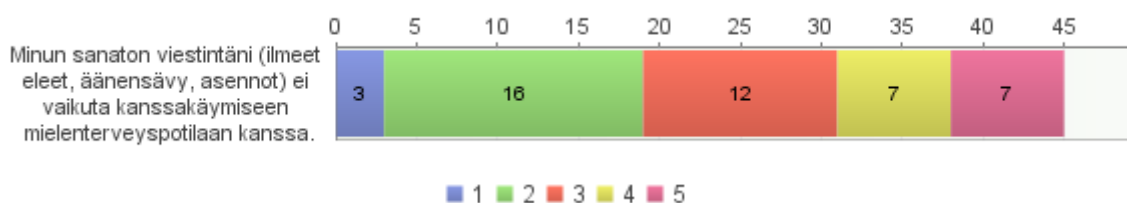
Kysymykset olivat väittämiä ja vastausvaihtoehtoina oli 1–5, jolloin 1 on täysin samaa mieltä, 3 ei samaa eikä eri mieltä ja 5 täysin eri mieltä.

Kuvio 11. Vuorovaikutustaidot



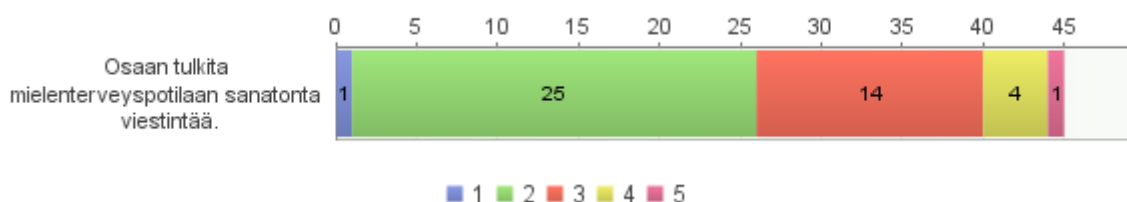
Vastaajista 9 % oli väittämän kanssa täysin samaa mieltä. Vastaajista suurin osa 67 % oli väittämän kanssa lähes samaa mieltä. 9 % vastaajista ei ollut eri eikä samaa mieltä. Vastaajista 11 % oli melko eri mieltä. 4 % vastaajista oli väittämän kanssa täysin eri mieltä. Vastausten keskiarvo oli 2,36.

Kuvio 12. Sanaton viestintäni



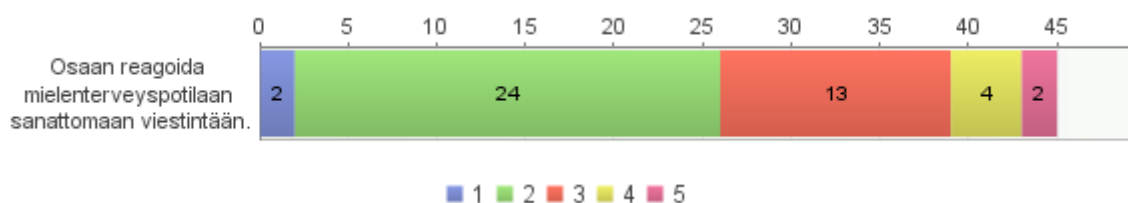
Vastaajista 7 % oli väittämän kanssa täysin samaa mieltä. Vastaajista suurin osa 35,5 % oli väittämän kanssa lähes samaa mieltä. 26,5 % vastaajista ei ollut eri eikä samaa mieltä. Vastaajista 15,5 % oli melko eri mieltä. Samaan verran vastaajista oli väittämän kanssa täysin eri mieltä. Vastausten keskiarvo oli 2,98.

Kuvio 13. Mielenterveyspotilaan sanaton viestintä



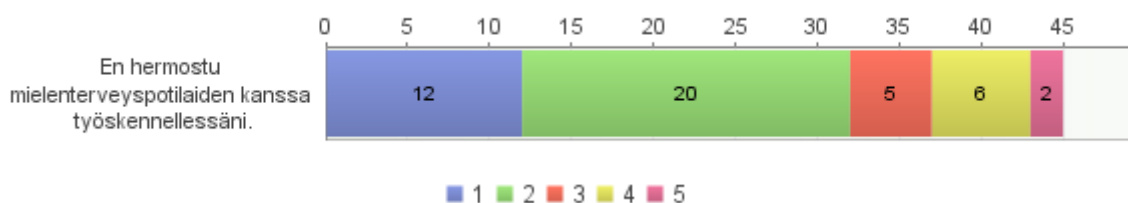
Vastaajista 2 % oli väittämän kanssa täysin samaa mieltä. Vastaajista suurin osa 55,5 % oli väittämän kanssa lähes samaa mieltä. 31 % ei ollut eri eikä samaa mieltä. Vastaajista 9 % oli melko eri mieltä. Yksi oli väittämän kanssa täysin eri mieltä. Vastausten keskiarvo oli 2,53.

Kuvio 14. Reagointi mielenterveyspotilaan sanattomaan viestintään



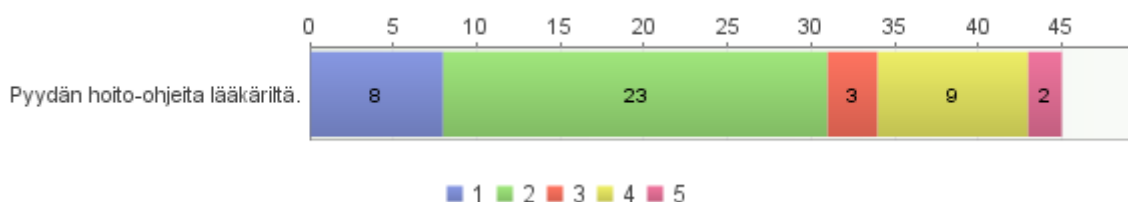
Vastaajista 4,5 % oli väittämän kanssa täysin samaa mieltä. Vastaajista suurin osa 53 % oli väittämän kanssa lähes samaa mieltä. 29 % ei ollut eri eikä samaa mieltä. Vastaajista 9 % oli melko eri mieltä. 4,5 % oli väittämän kanssa täysin eri mieltä. Vastausten keskiarvo oli 2,56.

Kuvio 15. Hermostuminen mielenterveyspotilaaseen



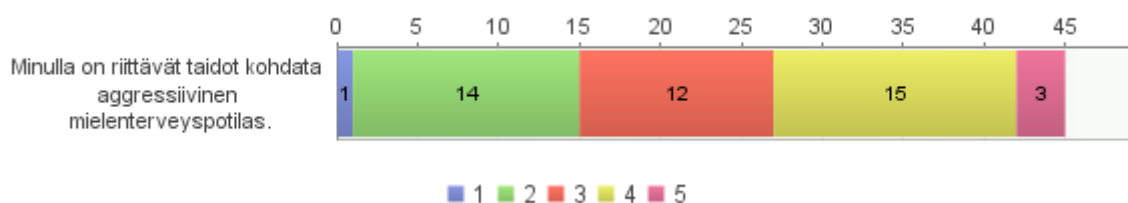
Vastaajista 27 % oli väittämän kanssa täysin samaa mieltä. Vastaajista suurin osa 44,5 % oli väittämän kanssa lähes samaa mieltä. 11 % ei ollut eri eikä samaa mieltä. Vastaajista 13,3 % oli melko eri mieltä. 4,5 % oli väittämän kanssa täysin eri mieltä. Vastausten keskiarvo oli 2,24.

Kuvio 16. Hoito-ohjeiden pyytäminen lääkäriltä



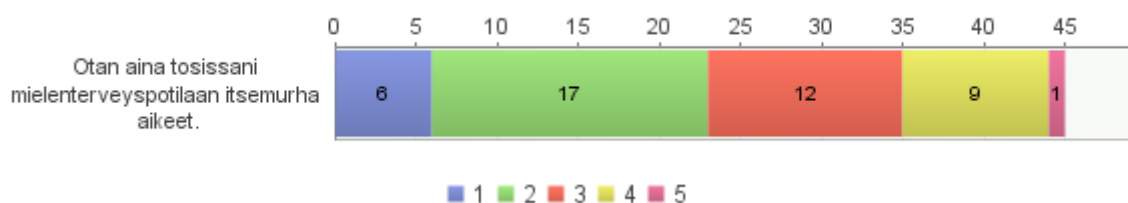
Vastaajista 18 % oli väittämän kanssa täysin samaa mieltä. Vastaajista suurin osa 51 % oli väittämän kanssa lähes samaa mieltä. 6,5 % ei ollut eri eikä samaa mieltä. Vastaajista 20 % oli melko eri mieltä. 4,5 % oli väittämän kanssa täysin eri mieltä. Vastausten keskiarvo oli 2,42.

Kuvio 17. Aggressiivisen mielenterveyspotilaan kohtaaminen



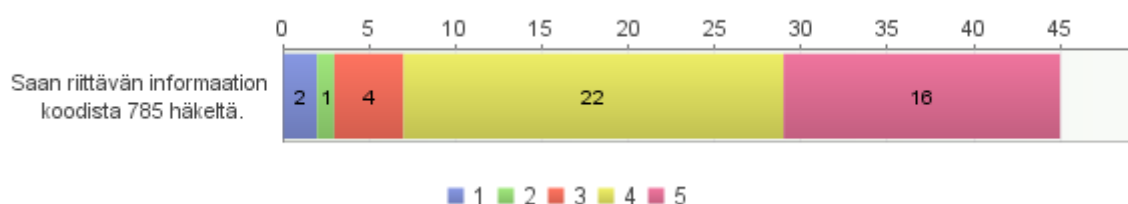
Vastaajista 2 % oli väittämän kanssa täysin samaa mieltä. Vastaajista 31 % oli väittämän kanssa lähes samaa mieltä. 27 % ei ollut eri eikä samaa mieltä. Vastaajista 33 % oli melko eri mieltä. 7 % oli väittämän kanssa täysin eri mieltä. Vastausten keskiarvo oli 3,11.

Kuvio 18. Suhtautuminen mielenterveyspotilaan itsemurha aikeisiin



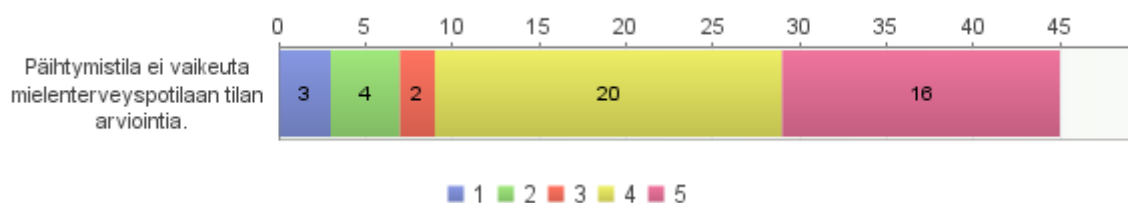
Vastaajista 13 % oli väittämän kanssa täysin samaa mieltä. Vastaajista suurin osa 38 % oli väittämän kanssa lähes samaa mieltä. 27 % ei ollut eri eikä samaa mieltä. Vastaajista 20 % oli melko eri mieltä. Yksi oli väittämän kanssa täysin eri mieltä. Vastausten keskiarvo oli 2,6.

Kuvio 19. Koodin 785 informatiivisuuden riittävyys



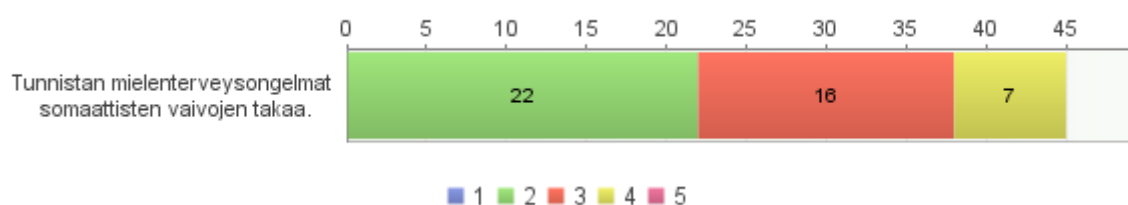
Vastaajista 4,5 % oli väittämän kanssa täysin samaa mieltä. Vastaajista 2 % oli väittämän kanssa lähes samaa mieltä. 9 % ei ollut eri eikä samaa mieltä. Vastaajista suurin osa 49 % oli melko eri mieltä. 35,5 % oli väittämän kanssa täysin eri mieltä. Vastausten keskiarvo oli 4,09.

Kuvio 20. Päihtymistilan vaikutus mielenterveyspotilaan tilan arviointiin.



Vastaajista 6,5 % oli väittämän kanssa täysin samaa mieltä. Vastaajista 9 % oli väittämän kanssa lähes samaa mieltä. 4,5 % ei ollut eri eikä samaa mieltä. Vastaajista suurin osa 44,5 % oli melko eri mieltä. 35,5 % oli väittämän kanssa täysin eri mieltä. Vastausten keskiarvo oli 3,93.

Kuvio 21. Mielenterveysongelmien tunnistaminen

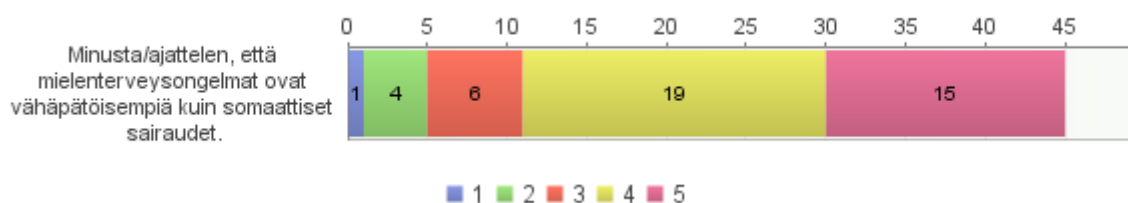


Vastaajista yksikään ei ollut väittämän kanssa täysin samaa mieltä. Vastaajista suurin osa 49 % oli väittämän kanssa lähes samaa mieltä. 35,5 % ei ollut eri eikä samaa mieltä. Vastaajista 15,5 % oli melko eri mieltä. Yksikään ei ollut väittämän kanssa täysin eri mieltä. Vastausten keskiarvo oli 2,67.

9.4 Ensihoitajien asenteet

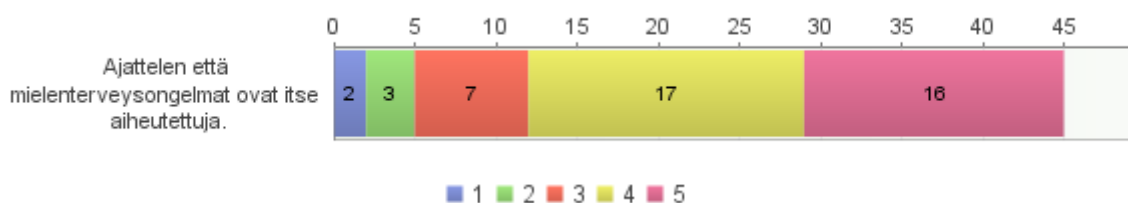
Asenteilla tarkoitetaan taitoja, joita ensihoitajat saavat koulutuksen aikana. Asenteet muuttuvat tietojen karttuessa sekä elämäkokemuksen myötä. Kysymykset olivat väittämiä ja vastausvaihtoehtoina oli 1–5, jolloin 1 on täysin samaa mieltä, 3 ei samaa eikä eri mieltä ja 5 täysin eri mieltä.

Kuvio 22. Mielenterveysongelmat suhteessa somaattisiin sairauksiin.



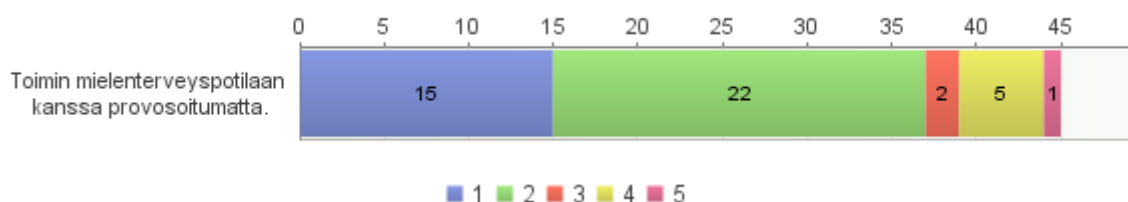
Vastaajista 2 % eli yksi oli väittämän kanssa täysin samaa mieltä. Vastaajista 9 % oli väittämän kanssa lähes samaa mieltä. 13 % ei ollut eri eikä samaa mieltä. Vastaajista suurin osa 42 % oli melko eri mieltä. 33 % väittämän kanssa täysin eri mieltä. Vastausten keskiarvo oli 3,96.

Kuvio 23. Ajatukset mielenterveysongelmien syntyyn



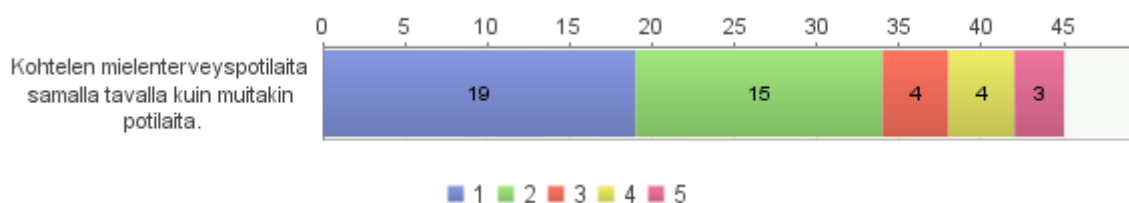
Vastaajista 4,5 % oli väittämän kanssa täysin samaa mieltä. Vastaajista 6,5 % oli väittämän kanssa lähes samaa mieltä. 13 % ei ollut eri eikä samaa mieltä. Vastaajista suurin osa 42 % oli melko eri mieltä. 33 % väittämän kanssa täysin eri mieltä. Vastausten keskiarvo oli 3,96.

Kuvio 24. Toiminta mielenterveyspotilaiden kanssa



Vastaajista 33 % oli väittämän kanssa täysin samaa mieltä. Vastaajista suurin osa 49 % oli väittämän kanssa lähes samaa mieltä. 4,5 % ei ollut eri eikä samaa mieltä. Vastaajista 11 % oli melko eri mieltä. 2 % eli yksi oli väittämän kanssa täysin eri mieltä. Vastausten keskiarvo oli 2,00.

Kuvio 25. Mielenterveyspotilaiden kohtelu



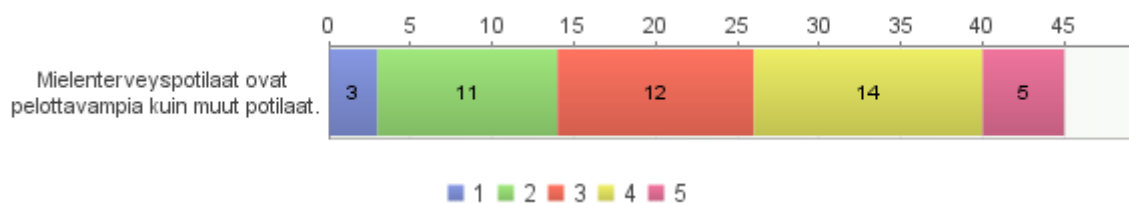
Vastaajista suurin osa 42 % oli väittämän kanssa täysin samaa mieltä. Vastaajista 33 % oli väittämän kanssa lähes samaa mieltä. 9 % ei ollut eri eikä samaa mieltä. Saman verran oli melko eri mieltä vastaajia. 7 % oli väittämän kanssa täysin eri mieltä. Vastausten keskiarvo oli 2,04.

Kuvio 26. Turhautuminen mielenterveyspotilaaseen



Vastaajista suurin osa 33 % oli väittämän kanssa täysin samaa mieltä. Vastaajista 29 % oli väittämän kanssa lähes samaa mieltä. 11 % ei ollut eri eikä samaa mieltä. Melko eri mieltä vastaajia oli 24,5 %. Yksi oli väittämän kanssa täysin eri mieltä. Vastausten keskiarvo oli 2,33.

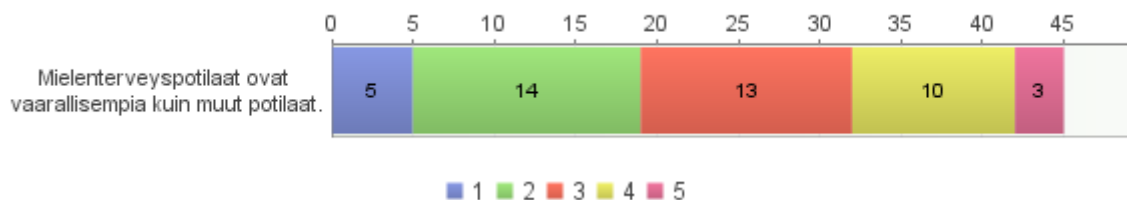
Kuvio 27. Mielenterveyspotilaan pelottavuus



Vastaajista 7 % oli väittämän kanssa täysin samaa mieltä. Vastaajista 24,5 % oli väittämän kanssa lähes samaa mieltä. 26,5 % ei ollut eri eikä samaa mieltä.

Vastaajista suurin osa 31 % oli melko eri mieltä. 11 % oli väittämän kanssa täysin eri mieltä. Vastausten keskiarvo oli 3,16.

Kuvio 28. Mielenterveyspotilaan vaarallisuus



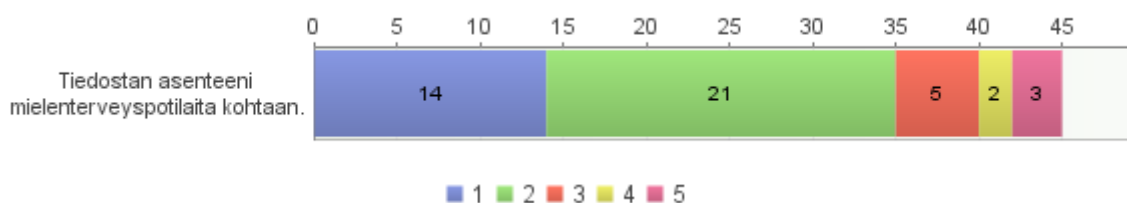
Vastaajista 11 % oli väittämän kanssa täysin samaa mieltä. Vastaajista 31 % oli väittämän kanssa lähes samaa mieltä. 29 % ei ollut eri eikä samaa mieltä. Vastaajista 22 % oli melko eri mieltä. 7 % oli väittämän kanssa täysin eri mieltä. Vastausten keskiarvo oli 2,82.

Kuvio 29. Mielenterveyspotilaan tutkiminen



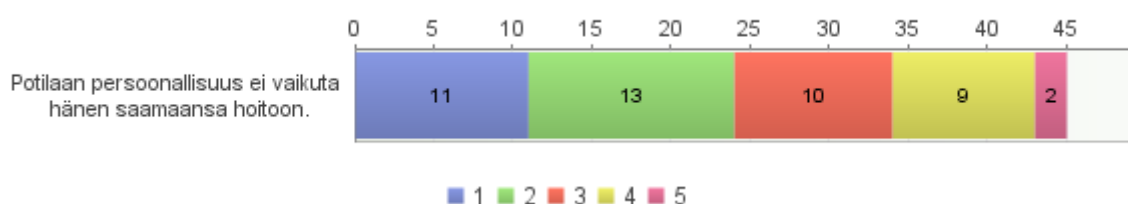
Vastaajista 18 % oli väittämän kanssa täysin samaa mieltä. Vastaajista 26,5 % oli väittämän kanssa lähes samaa mieltä. 15,5 % ei ollut eri eikä samaa mieltä. Vastaajista 33 % oli melko eri mieltä. 7 % oli väittämän kanssa täysin eri mieltä. Vastausten keskiarvo oli 2,84.

Kuvio 30. Omien asenteiden tiedostaminen



Vastaajista 31 % oli väittämän kanssa täysin samaa mieltä. Vastaajista suurin osa 46,5 % oli väittämän kanssa lähes samaa mieltä. 11 % ei ollut eri eikä samaa mieltä. Vastaajista 4,5 % oli melko eri mieltä. 7 % oli väittämän kanssa täysin eri mieltä. Vastausten keskiarvo oli 2,09.

Kuvio 31. Mielenterveyspotilaan persoonallisuuden vaikutus saamansa hoitoon



Vastaajista 24,5 % oli väittämän kanssa täysin samaa mieltä. Vastaajista suurin osa 29 % oli väittämän kanssa lähes samaa mieltä. 22 % ei ollut eri eikä samaa mieltä. Vastaajista 20 % oli melko eri mieltä. 4,5 % oli väittämän kanssa täysin eri mieltä. Vastausten keskiarvo oli 2,51.

39. Onko mielenterveyspotilaan nykyinen hoitopolku mielestäsi ensihoidon näkökulmasta toimiva?

Vastaajista 60 % ei pitänyt nykyistä hoitopolkua toimivana, kun taas 40 % vastaajista piti.

"juopot ja mielenterveys pot. sitovat liikaa lainsseja".

"Hoitopolku mielenterveyspotilaiden kohdalla ei ole toimiva, koska Suomen terveydenhuoltojärjestelmää pitää kehittää huomattavasti enemmän asiakaskeisempään suuntaan. Nykyään mielenterveysongelmaiset asiakkaat eivät saa läheskään heille optimaalista hoitoa, koska heille ei ole osoittaa tällä hetkellä riittäviä hoitohenkilöstöresursseja".

"Ei ole hoitopaikkoja".

"On toimiva, ensihoito kuljettaa, sairaalassa hoidetaan".

10 POHDINTA

Opinnäytetyöprosessimme alkoi kevätlukukaudella 2014 opinnäytetyön valinnalla. Koulussa esiteltiin vaihtoehtoisia tapoja opinnäytetyön suorittamiseen. Meille esiteltiin KASTE-hankkeen Palvelumuotoilulla parempia palveluja riskiryhmille, PPPR-projekti. KASTE-hankkeen lähtökohtana on tutkimustieto ja havainto, jonka perusteella murto-osa terveyskeskuksien asiakkaista käyttää valtaosan palveluita. Potilasvirta-analyysin perusteella pystyttiin tunnistamaan tilanne, jossa neljäsosa asiakkaista käyttää kaksi kolmasosaa palvelutarjonnasta. Kiinnostuksemme projektia kohtaan heräsi. Erityisesti meitä kiinnosti työelämästä nousevat tarpeet, joka teki opinnäytetyöstämme hyödyllisen. Aiempaa työkokemusta meillä oli psykiatrisesta hoitotyöstä sekä ensihoidosta, jolla oli vaikutusta aiheen valintaan. Opinnäytetyön aihe muokkautui kevään aikana ja tarkentui lopulliseen muotoonsa elokuussa 2014. Opinnäytetyö toteutettiin sähköisenä Webropol-kyselytutkimuksena. Tutkimus lähetettiin 70:lle ensihoitajalle ja vastauksia saatiin 45. Pidimme vastausten määrää hyvänä. Kyselytutkimuksen vastaukset saatuamme aloitimme tulosten analysoinnin. Analysoinnissa apuna käytimme Webropol-tilasto-ohjelmaa. Tutkimustulokset olivat suurimmalta osaltaan positiiviset ja ensihoitajien ammatillisuus oli pääsääntöisesti hyvää. Hyvään tutkimustulokseen voikin osana vaikuttaa vastaajien oma mielenkiinto mielensterveyspotilaita kohtaan. Tutkimustulosten analysointi oli haasteellista niissä väittämässä, missä ei selkeästi ilmennyt eroja ja näin ollen niiden merkitys opinnäytetyössä oli varsin vähäinen. Tutkimustuloksissa ilmenneitä osaamisvajeita olemme kuvanneet tutkimustulosten tarkasteluosioissa.

10.1 Tulosten tarkastelu

Tiedollisten valmiuksien osiossa lähes puolet vastaajista piti omia teoratietojaan riittävinä kohdatessaan mielensterveyspotilaita ja osataksaan toimia heidän kanssa sairaalan ulkopuolisessa ensihoidossa. Vain neljännes koki teoratietojen psyykenlääkkeistä olevan hyvät, ja lähes puolet arvioi tietojensa psyyken-

lääkkeistä olevan huonoja. Tämä voisi olla syynä, miksi yli puolet vastaajista halusi lisäkoulutusta mielenterveysongelmista ja psyykkisistä sairauksista.

80 % vastaajista tiesi M1-tarkkailulähetteen kriteerit. Mielenterveyslaki oli puolella vastaajista hyvin tiedossa ja 18 % ei kokenut hallitsevansa lakia.

Yli 75 % vastaajista kertoi tunnistavansa akuutissa psykoosissa olevan tai masentuneen potilaan, joten psykiatrisen potilaan tunnistaminen ensihoitajilla oli varsin korkea. Myös itsemurhaa aikova potilas tunnistettiin hyvin, yli 60 % vastaajista oli tätä mieltä.

Taidollisten valmiuksien osiossa ensihoitajat kokivat vuorovaikutustaitonsa pääsääntöisesti hyväksi toimiessaan mielenterveyspotilaiden kanssa. Enemmistö ensihoitajista koki, ettei sanattomalla viestinnällä (ilmeet, eleet, äänensävy) ollut vaikutusta kanssakäymiseen. Kuitenkin yli 30 % ensihoitajista koki sanattoman viestinnän vaikuttavan kanssakäymiseen. Suurin osa (n.60 %) ensihoitajista osasi mielestään tulkita potilaan sanatonta viestintää, sekä reagoida potilaan sanattomiin viesteihin. Enemmistö ensihoitajista ei kokenut hermostuvansa mielenterveyspotilaaseen, kuitenkin n. 20 % oli hermostunut potilaaseen työskennellessään heidän kanssaan. Lääkäriltä ensihoitajat pyysivät pääsääntöisesti hoito-ohjeita. Aggressiivisen potilaan kohtaamiseen alle puolella oli hyvät taidot, kun taas yli puolet koki taitonsa riittämättömäksi ja 26 % ensihoitajista vastasivat ei samaa eikä erimieltä väittämän kanssa. Suurin osa ensihoitajista otti tosissaan mielenterveyspotilaan itsemurha-aikheet. Hieman yli 20 % ei kuitenkaan aina ottanut aikeita tosissaan. Hätäkeskukselta saatu koodi 785 ei antanut riittävää informaatiota ensihoitajalle, ja tämä hankaloittaa kohteeseen mentäessä ensihoitajien varautumista tulevaan hoitotilanteeseen. Päihtymystila vaikeutti potilaan tilan arviointia ensihoitotilanteissa. Potilaan mielenterveysongelmat tunnistettiin pääsääntöisesti somaattisten vaivojen takaa.

Avoimissa kysymyksissä ensihoitajat toivat esille nykyisen hoitopolun riittämättömyyden, sekä niissä oli havaittavissa turhautumista nykyiseen organisaatioon. Potilaiden vieminen yhteispäivystykseen turhautti, koska hoito ei useinkaan jatkunut, jos potilas ei täyttänyt M1-kriteereitä. Tästä syystä samaa potilasta kulje-

tettiin usein ilman, että potilas olisi saanut apua varsinaiseen ongelmaansa eli tässä tapauksessa mielenterveysongelmiinsa.

”Riittävä akuuttihoito puuttuu, jolla autetaan niitä mt ongelmaisia, jotka eivät täytä M1 kriteerejä.”

Vuorovaikutustaidot olivat ensihoitajilla hyviä. Ensihoitajien oma sanaton viestintä osalla heijastui potilaaseen, kuitenkin heillä oli hyvät taidot tulkita potilaan sanatonta viestintää. Voidaan ajatella, että turhautuminen resursseihin voikin näin heijastua potilaaseen sanattomana viestintänä, hermostumisena sekä sitten, ettei aina ”jakseta” ottaa potilaan itsemurha-aikeita niin tosissaan. Aggressiivisen potilaan kohtaamisen taidot koettiin riittämättömiksi. Tähän olisi ensihoitajien hyvä saada lisää koulutusta. Hätäkeskuksen koodi 785 oli riittämätön, eikä ollut tarpeeksi kuvaava apua tarvitsevan tilanteesta. Koodia olisi hyvä muuttaa tai pilkkoa niin, että se kuvaisi paremmin potilaan tilannetta ja näin hyödyttäisi paremmin ensihoitajia.

Asenteita selvittävässä osiossa ensihoitajat pitivät mielenterveysongelmia pääsääntöisesti yhtä tärkeinä kuin somaattisia sairauksia. Vain pieni osa oli sitä mieltä, että somaattiset vaivat olivat tärkeämpiä. Pääsääntöisesti ajateltiin, että mielenterveysongelmat eivät ole potilaan itsensä aiheuttamia. Vain kuusi vastaajista koki provosoituvansa toimiessaan mielenterveyspotilaiden kanssa, yli 80 % toimi heidän kanssaan provosoitumatta. Ensihoitajat kohtelivat mielenterveyspotilaita samalla tavalla kuin muitakin potilaita, vain seitsemän vastaajista koki kohtelussa olevan eroja. Turhautuminen oli vastausten perusteella ilmeistä. Toistuvat käyntikerrat saman mielenterveyspotilaan luona turhautti suurinta osaa vastaajista. Mielenterveyspotilaiden pelottavuus koettiin hyvin eri tavoin. Noin kolmasosa ilmoitti pelkäävänsä. Suurin osa myös piti mielenterveyspotilaita vaarallisempana kuin muita potilaita. Ensihoitajista kuitenkin 26 % ei ollut eri eikä samaa mieltä vaarallisuudesta, joten tämän tulkitseminen onkin vaikeampaa. Mielenterveyspotilaiden tutkiminen oli erilaista kuin muiden potilaiden tutkiminen. Ensihoitajista n. 45 % ilmoitti tutkimisessa olevan eroa verraten muihin potilasryhmiin. Tämä voidaan tulkita niin, ettei siihen koeta tarvetta tai sitten se on ensihoitajan asenteellisuudesta riippuvaa toimintaa. Suurin osa tiedosti omat

asenteensa mielenterveyspotilaita kohtaan. Tämä on hyvä asia, sillä tiedostamalla omat asenteensa voi hoitaja myös vaikuttaa omaan toimintaansa. Kahdeksan ensihoitajista ilmoitti potilaan persoonallisuuden vaikuttavan hänen saamaansa hoitoon, kuitenkin suurimman osan mielestä persoonalla ei ollut vaikutusta.

Ensihoitajat asennoituivat pääsääntöisesti mielenterveyspotilaisiin samoin kuin muihin potilaisiin. Potilasryhmä kuitenkin koettiin pelottavampina sekä vaarallisempina kuin muut potilasryhmät. Pienellä osalla provosoitumista tapahtuu mielenterveyspotilaan kohtaamistilanteissa ja suurimmalla osalla mielenterveyspotilaan tutkiminen poikkesi muiden potilaiden tutkimisesta. Turhautuminen saman potilaan luona käymiseen tuotiin myös esille avoimissa kysymyksissä.

”Mielenterveysongelmia on laidasta laitaan; toisilla ongelmana on ero tyttöystävästä ja toisilla psykoottisuus. Juuri eronnut 15 v. tyttö ei ole mielestäni pelottava, kun taas hyvinkin harhainen ja uhkaava potilas on.”

10.2 Yhteenveto ja kehittämis ehdotukset

Tässä tutkimuksessa ei ristiintaulukointia taustamuuttujien, tietojen, taitojen ja asenteiden välillä tehty, koska toimeksiantajamme PPPR-hanke ei kokenut sitä tarpeelliseksi. On kuitenkin mielenkiintoista tietää, että Paula Ranteen Pro gradu -tutkimuksen (2007) perusteella taustamuuttujilla todettiin olevan yhteyttä asenteisiin.

Ensihoitajien teoreettiset tiedot mielenterveyspotilaista olivat yleisesti ottaen hyvät. Tunnistettiin hyvin mielenterveyspotilaan masennus, psykoottisuus ja itsemurha-aiheet. Suurin osa ensihoitajista koki mielenterveyspotilaan kohtaamisen luontevaksi. Hoitopolkuun ohjauksessa oli epätietoisuutta, joka ilmeni kysymyksessä, jossa kysyttiin hoitopolun riittävydestä. Suurin osa ensihoitajista ei osannut neuvoa mielenterveyspotilasta hoitopolkuun liittyvissä asioissa ja samalla suurin osa piti nykyistä hoitopolkua riittämättömänä. Tästä voidaankin päätellä, että mielenterveyspotilaan hoitopolku Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin alueella ei ole yksiselitteinen, eikä kaikkien ensihoitajien tiedossa. Psyy-

kenlääkkeistä ensihoitajien tiedot olivat puutteellisia, kun taas M1-kriteerit hallittiin hyvin ja mielenterveyslaki kohtalaisesti. Pietilän (2013) tutkimuksen mukaan ensiapu- ja vastaanottopoliklinikoiden sairaanhoitajilla oli osaamisvajetta mielenterveys- ja päihdeosaamisessa, eivätkä sairaanhoitajat tiedäneet minne voisi jatko-ohjata mielenterveyspotilaan, ja tällöin potilaan hoitopolku keskeytyy.

Ensihoitajien taidolliset valmiudet olivat pääsääntöisesti hyvät. Hyviksi koettiin vuorovaikutustaidot, potilaan sanattomien viestien tulkitseminen, sekä niihin reagointi. Lääkäriltä pyydettiin hoito-ohjeita ja mielenterveysongelmat osattiin tunnistaa somaattisten vaivojen takaa. Ongelmalliseksi ilmeni hätäkeskuksen koodi 785. Todettiin, ettei tämä anna ensihoitajalle riittävää informaatiota hoidon tarvitsijasta/tilanteesta. Aggressiivisen potilaan kohtaamisessa taidot koettiin riittämättömiksi. Potilaan ollessa päihdeaineiden vaikutuksen alaisena, mielenterveyspotilaan tilan arviointi hankaloitui.

Ensihoitajien asenteet mielenterveyspotilaita kohtaan olivat pääsääntöisesti hyviä. Osa ensihoitajista kuitenkin koki mielenterveyspotilaat pelottaviksi. Mielenterveyspotilaan tutkimisessa oli puutteita verraten muihin potilaisiin ja potilaan persoonallisuus vaikutti osalla ensihoitajista potilaan saamaan hoitoon. Omat asenteet mielenterveyspotilaita kohtaan tunnistettiin. Vastauksia tulkittaessa voidaanakin todeta, että ensihoitajien asenteet vaikuttavat osalla ensihoitajista potilaan kohteluun ja hänen saamaansa hoitoon. Suurin osa ilmoitti turhautuvansa toistuviin käynteihin saman potilaan luona. Turhautuminen voikin olla syynä potilaan eriarvoiseen kohteluun sekä vähäisempään tutkimiseen, verraten muihin potilaisiin.

Ensihoitajien taidolliset valmiudet olivat pääsääntöisesti hyvät. Hyväksi koettiin vuorovaikutustaidot, potilaan sanattomien viestien tulkitseminen sekä niihin reagointi. Lääkäriltä pyydettiin hoito-ohjeita ja mielenterveysongelmat osattiin tunnistaa somaattisten vaivojen takaa. Ongelmallisiksi ilmeni hätäkeskuksen koodi 785. Todettiin, ettei tämä anna ensihoitajalle riittävää informaatiota hoidon tarvitsijasta/tilanteesta. Aggressiivisen potilaan kohtaamisessa oli myös osaamisvajetta. Potilaan ollessa päihdeaineiden vaikutuksen alaisena, mielenterveyspotilaan tilan arviointi hankaloitui.

Jatkotutkimusehdotuksena voisi olla hätäkeskuksen koodi 785 kattavuus. Olisi mielenkiintoista tietää minkälaisia ongelmia koodin liittyy.

LÄHTEET

Alaspää, A.; Kuisma, M.; Rekola, L. & Sillanpää, K. 2003. Uusi ensihoidon käsikirja. Jyväskylä: Tammi.

Alkoholiongelman hoito (online). Akuuttihoito-opas. Eila Sailas 2012. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 15.11.2014. http://www.terveysportti.fi.ezproxy.turkuamk.fi/dtk/aho/koti?p_artikkeli=aho01815&p_haku=mielenterveys

Brinn, F. 2000. Patients with mental illness: general nurses' attitudes and expectations. *Nursing Standard*. Vol.14, No 27/2000, 32–36. Viitattu 30.11.2014 http://ovidsp.uk.ovid.com.ezproxy.turkuamk.fi/sp3.13.1a/ovidweb.cgi?&S=POIMPDDNGIHFEIHAFNLKCCPFJNNEAA00&Link+Set=S.sh.22.23.26.33%7c51%7csl_10

Castrén, M.; Kinnunen, A.; Paakkonen, H.; Pousi, J.; Seppälä, J. & Väisänen, O. 2005. Ensihoidon perusteet. Keuruu: Otava.

Depressio (online). Käypä hoito -suositus. Suomalaisen lääkäriseura Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2014 (viitattu 26.11.2014). Saatavilla Internetissä: www.kaypahoito.fi

Field, P. & Morse J. Hoitotyön kvalitatiivinen tutkimus. *Nursing Research. The Application of Qualitative Approaches*. 1985. Crook Helm Ltd. Beckenham. Australia.

Isohanni ym. 2011. Skitsofrenia. Teoksessa Lönnqvist, J.; Henriksson, M.; Marttunen, M.; Partonen, T. (toim.) 2011. *Psykiatria*. 9. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim.

Isometsä, E. 2011. Kaksisuuntaiset mielialahäiriöt. Teoksessa Lönnqvist, J.; Henriksson, M.; Marttunen, M.; Partonen, T. (toim.) 2011. *Psykiatria*. 9. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim.

Kaksisuuntainen mielialahäiriö (online). Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin, Suomen Psykiatriyhdistys ry:n ja Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2013 (viitattu 4.6.2014). Saatavilla Internetissä: www.kaypahoito.fi

Kankkunen, P.; Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro.

Kuhanen, C.; Oittinen, P.; Kanerva, A. ; Seuri, T.; Schubert, C. 2013. Mielenterveyshoitotyö. 3. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro.

Kurola, J. Ensihoitojärjestelmä – mikä se on?. *Finnanest* 2001: Vol. 34/4.

Larkin, G.; Claassen, C.; Pelletier, A. & Camargo C. Jr. 2005. National study of ambulance transports to United States emergency departments: importance of mental health problems. *Prehospital and Disaster Medicine*. Vol. 21/2006, No 2, 82–90.

Lehtovirta, M. & Peltola, L. 2012. Ihminen mielessä: Psykologian perusteet lähihoitajille. Porvoo: WSOY.

Lindholm, L.; Luoto, K.; Koivukangas, A.; Kampman, O. 2013. Psyhyke plus ja päihteitä mukana: päihdepsykiatrisen potilaan arviointi perusterveydenhuollossa. *Päihdepsykiatria-teema, katsaus*. Duodecim 2013;129:2057-62.

Lönnqvist, J. & Suvisaari, J. 2011. Muut psykoosit. Teoksessa Lönnqvist, J.; Henriksson, M.; Marttunen, Partonen, T. (toim.) 2011. *Psykiatria*. 9. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim.

Noppari, E.; Kiiltomäki, A.; Pesonen, A. 2007. Mielenterveyshoitotyö perusterveydenhuollossa. Helsinki: Tammi.

OPH. Sosiaali- ja terveysalan perustutkinto, lähihoitaja 2010. Viitattu 15.11.2014
http://www.oph.fi/download/124811_SoTe.pdf

Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. 1997. Juva. WSOY.

Pietilä, S. 2013. Sairaanhoidajan mielenterveys- ja päihdeosaaminen. Opinnäytetyö (YAMK).

Ranne, P. 2007. Hoitajien asenteet mielisairautta ja mielenterveyspotilaita kohtaan. Pro gradu - tutkielma. Turku: Turun yliopisto, hoitotieteen laitos.

Roberts, L. & Henderson, J. 2009 (rev. 2013). Paramedic perceptions of their role, education, training and working relationships when attending cases of mental illness. Journal of emergency primary health care 2009; 7 (3). Turun Ammattikorkeakoulu.

Sairaanhoidajaliitto. Sairaanhoidajan eettiset ohjeet 2014. Viitattu 25.4.2014.
https://www.sairaanhoidajaliitto.fi/sairaanhoidajan_ty_o_ja_hoitotyön/sairaanhoidajan_ty_o/sairaanhoidajan_eettiset_ohjeet/

Skitsofrenia (online). Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2013 (viitattu 4.6.2014). Saatavilla Internetissä: www.käypähoito.fi

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2014. Ensihoito. Viitattu 3.4.2014. www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/terveyspalvelut/ensihoito

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2009. Häätäkeskuslaitos. Viitattu 15.11.2014.
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=207651&name=DLFE-12516.pdf

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2005. Turvallinen lääkehoito. Viitattu 20.11.2014 Turvallinen lääkehoito
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-4090.pdf&title=Turvallinen_laakehoito_fi.pdf

Tahdosta riippumaton hoito (online). Käypä hoito -suositus. Martti Heikkilä. Helsinki. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2013. Viitattu 1.12.2014. Saatavilla internetissä: www.käypähoito.fi

Toivio, T. & Nordling, E. 2009. Mielenterveyspsykologia. Tampere: Edita.

Turku AMK soleOPS Viitattu 24.10.2014
https://ops.turkuamk.fi/opsnet/disp/fi/ops_VuosTeemMat/tab/edi/sea?ryhma_id=6389285&opettaposa_opinvuos=2&osaaaluenim_id=2895404&valkiel=fi

Turun kaupungin hyvinvointitoimiala. Terveiden edistämisen yksikkö. 2013. Mielenterveys- ja päihdepalvelut Turussa. Viitattu 1.12.2014. www.turku.fi/public/download.aspx?ID=183514&GUID...4ED9

VSSH, Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri. 2014. Ammattilaisille. Ensihoito. Ensihoidon koulutusvaatimukset. Viitattu 10.5.2014. <http://www.vssh.fi/fi/ammattilaisille/ensihoito/Sivut/ensihoidon-koulutusvaatimukset.aspx>

VSSH, Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri. 2014a. YHES-projekti. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin yhteispäivystyksen hoitotyön erityisosaaminen -projekti (02139). <http://sote-ennakointi-esh.turkuamk.fi/Loppuraportti.pdf>

Vilka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Jyväskylä: Tammi.

Vilko-Riihelä, A. 1999. Psykyke, psykologian käsikirja. Porvoo: WSOY.

Wahlbeck. 2013. Hoitoon pääsy päivystystilanteessa – palvelujärjestelmän heikko lenkki. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 7.5.2014.

Susanna Rautio, Mikko Reinikainen, Joanna Seivi
AHSHUS12, Turun AMK, Sairaanhoidaja

31.8.2014
TUTKIMUSLUPA-ANOMUS

Arvoisa Sairaankuljetusmestari.

Olemme sairaanhoitajaopiskelijoita ja teemme opinnäytetyömme tilauksena Palvelumuotoilulla parempia palveluita riskiryhmille (PPPR)-hankkeelle.

Hankkeen tarkoituksena on kehittää riskiryhmien, erityisesti päihde- ja mielenterveysongelmaisten palvelumalleja Varsinais-Suomessa ja Satakunnassa.

Terveyspalveluiden suuryhteisöt eivät saa perusterveydenhuollossa nopeaa apua ongelmilleen. Potilaiden ei katsota kuuluvan lääketieteellisten palveluiden pariin, vaikka heidän hoidontarpeensa on suuri.

Tavattuumme hankkeen työryhmää, heille tuli yllätyksenä riskiryhmien ambulanssin suuryhteisö.

Tällä hetkellä hanke kartoittaa ja etsii uuden tyyppisiä palvelukonsepteja yhdessä asiakkaiden kanssa.

Tarkoituksenamme on kerätä tietoa ensihoitajien ammatillisuudesta sekä asenteista mielenterveyspotilaita kohtaan.

Tutkimuskysymykset pyrkivät tuottamaan vastausta ensihoitajien tiedollisiin ja taidollisiin valmiuksiin kohdata mielenterveyspotilas, sekä asenteita mielenterveyspotilaita kohtaan.

Kysely toteutetaan syyskuun aikana Webropol-kyselynä sähköpostin välityksellä kahden jaoksen kaikille ensihoitajille perus- ja hoitotasolla. Kyselyn luonteesta johtuen sen voi keskeyttää mahdollisen hälytyksen ajaksi.

Kysely analysoidaan ja tutkimustulokset ja johtopäätökset ovat valmiita joulukuussa 2014. Vastauksia ei tulla käyttämään muuhun, kuin opinnäytetyöhömmme ja ne tuhoetaan tutkimuksen päätyttyä.

Työssämme käytettäviä käsitteitä ovat:

Mielenterveyspotilas

Mielenterveyteen liittyy koherenssin tunne, eli myönteinen elämän orientaatio ja vuorovaikutuksellisuus. Tällöin yksilö pystyy säätämään itse elämänsä liittyviä asioita ja kykenee selviytymään yli stressaavista elämänvaiheista (Noppari ym. 2007, 29).

Ihmisellä on olemassa voimavaroja. Toiset tukevat mielenterveyttä ja toiset altistavat mielenterveyshäiriöille. Yksilölliset tekijät, kokemukset, ajatukset ja tunteet vaikuttavat mielenterveyteen.

Sosiaalinen tuki ja vuorovaikutussuhteet vaikuttavat ihmisen kykyyn selviytyä kriiseistä, sekä kykyyn kohdata muita ihmisiä.

Susanna Rautio, Mikko Reinikainen, Joanna Seivi
AHSHUS12, Turun AMK, Sairaanhoitaja

Käsite mielenterveydestä on normatiivinen, eli hyväksyttävä käytös voi olla toisaalla mielisairauteen viittaava (Toivio & Nordling 2009, 85). Mielenterveysongelmien toteamista vaikeuttaa hyvien mittarien puuttuminen ja se ettei mielenterveys ole staattinen tila (Toivio & Nordling 2009, 84). Mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöissä käytetään ICD-10-tautiluokitusta. Yleisimmin ne voidaan jakaa skitsofreniaan, skitsotyyppisen häiriöön, harhaluuloisuushäiriöön, mielialahäiriöön, neuroottisen, stressiin liittyvän ja somatoformisen häiriöön sekä persoonallisuus- ja käytöshäiriöön. (Lönnqvist ym. 2011, 774-805).

Arvot

Arvot ovat toivottavina pidettäviä yleisluontoisia ja suhteellisen pysyviä tavoitteita. Ihmisen toimintaa ohjaavat itseisarvot ja välinearvot. Suomalaisille tärkeimpiä arvoja ovat hyväntahtoisuus, turvallisuus, universalismi ja yhdenmukaisuus (Helkama & Olakivi 2012, 32-39). Arvot muuttuvat, mutta hitaasti. Globalisaatio ja lama aiheuttavat muutoksia suomalaisten arvoissa. Viime aikojen talouskriisit ja 90-luvun lama ovat muuttaneet arvojamme talouskasvun hyväksi ympäristöarvojen kustannuksella (Haavisto & Kiljunen 2011, 132-133). Arvojen ja hyvinvoinnin yhteys saadaan, kun tarkastellaan ympäristön ja yksilön yhteensopivuutta. Hyvinvointi on suurempaa, kun arvot ovat samanlaisia ympäristön arvojen kanssa (Helkama & Olakivi 2012, 131-134).

Asenteet

Asenteiden avulla ihminen reagoi asioihin joko positiivisesti tai negatiivisesti. Asenteet ovat opittuja ja ne rakentuvat havainnoimalla ympäristöä (Vilkko-Riihelä 1999, 690). Sairaanhoitajan omat arvot ja asenteet eivät saa vaikuttaa potilaan saamaan hoitoon (Sairaanhoidajaliitto 2014). Ennakkoluulot ovat usein negatiivisia ja liittyvät erilaisuuden hyväksymättömyyteen. Ne syntyvät tiedon puutteesta ja negatiivisista kokemuksista sekä muilta omaksutuista asenteista (Lehtovirta & Peltola 2012, 183).

Ensihoito sairaalan ulkopuolella

Ensihoito tarjoaa äkillisesti sairastuneelle hoitoa ja ohjaa potilasta käyttämään päivystyspalveluita. Ensihoito mahdollistaa esitutkimuksilla säästöjä päivystysvastaanotossa, jolloin potilas voi jäädä kotiin odottamaan oman terveysaseman aukeamista (Castern ym. 2005, 8).

Tutkimuskysymykset, joihin haemme vastauksia ovat:

Millaisia tiedollisia valmiuksia Varsinais-Suomen aluepelastuslaitoksen ensihoitajilla on kohdata mielenteveyspotilaita?

Millaisia taidollisia valmiuksia Varsinais-Suomen aluepelastuslaitoksen ensihoitajilla on kohdata mielenteveyspotilaita?

Susanna Rautio, Mikko Reinikainen, Joanna Seivi
AHSHUS12, Turun AMK, Sairaanhoidaja

**Millaisia asenteita Varsinais-Suomen aluepelastuslaitoksen ensi-
hoitajilla on mielenterveyspotilaita kohtaan?**

Eettisyyteen liittyvät tekijät.

Tutkimus tehdään anonyymisti, eikä tutkittavien henkilötietoja tarvita. Vastaaminen on vapaaehtoista. Selvitämme, voiko kohdeorganisaation nimeä julkistaa opinnäytetyössä. Pidämme opinnäytetyötä hyödyllisenä PPPR-hankkeelle, jotta he voivat kehittää palvelupolkuja paremmin mielenterveyspotilaita palveleviksi.

Työtämme ohjaa lehtori Arja Nylund ja PPPR-hankkeen yhdyshenkilö on sosiaalityöntekijä Hanna Ahola

Terveisin

Susanna Rautio
Susanna.H.Rautio@students.turkuamk.fi

Mikko Reinikainen
Mikko.Reinikainen@students.turkuamk.fi

Joanna Seivi
Joanna.Seivi@students.turkuamk.fi



Susanna Rautio

Liitteenä tutkimuskysymykset.

☒ Tutkimuslupa myönnetään ☐ Tutkimuslupa evätään

TC Rautio 11.12.2019
Mikko Reinikainen
Ensimmäinen päättävä

Lähteet

Castrén, M.; Kinnunen, A.; Paakkonen, H.; Pousi, J.; Seppälä, J. & Väisänen, O. 2005. Ensihoidon perusteet. Keuruu. Otava Oy.

Susanna Rautio, Mikko Reinikainen, Joanna Seivi
AHSHUS12, Turun AMK, Sairaanhoidaja

Haavisto, I. & Kiljunen, P. Maailman paras maa. EVAn kansallinen arvo- ja asennetutkimus 2011.

Lehtovirta, M. & Peltola, L. 2012. Porvoo. WS Bookwell Oy.
Lönngqvist, J. ; Henriksson, M. ; Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.)
2011. Psykiatria. 9. uudistettu painos. Keuruu: Duodecim.

Noppiari, E. ; Kiiltomäki, A. ; Pesonen, A. 2007. Mielenterveystyö perusterveydenhuollossa. Vammala; Vammalan Kirjapaino Oy.

Sairaanhoidajaliitto. Sairaanhoidajan eettiset ohjeet 2014. Viitattu.25.4.2014.

https://www.sairaanhoidajaliitto.fi/sairaanhoidajan_ty_ ja _hoitotyön/sairaanhoidajan_ty/sairaanhoidajan_eettiset_ohjeet/

Toivio, T & Nordling, E 2009. Mielenterveyspsykologia. Edita. Tampere

Vilko-Riihelä, A.1999. Psyke, psykologian käsikirja. Porvoo. WS Bookwell Oy



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

OPINNÄYTETYÖN TOIMEKSIANTOSOPIMUS

1

OPISKELIJAN TIEDOT

Nimi RAUTIO SUSANNA, REINKAINEN MIKKO, SEIVI JOHANNA
 Osoite _____
 Puhelin koti _____ Puhelin työ _____
 Sähköposti susanna.h.rautio/mikko.reinkainen/joanna.seivi
@students.turkuamk.fi
 Koulutusohjelma HOITOTYÖN KO / SAIRAANHOITAJA

OPINNÄYTETYÖ

Aihe/ työnimi

ENSIHOITAJIEN ASENTTEET JA
AMMATILLISET VALMIUDET MIEZEN-
TERVEYSPOTILAITA KOHTAAN

Aikataulu

KEVÄT 2014 - SYKSY 2014

TOIMEKSIANTAJA

Organisaatio PPPR-HANKE / TURUN KAUPUNKI
 Työn ohjaaja / yhteysthenkilö HANNA AHOLA
 Osoite YLIOPISTOKATU 30, TURKU
 Puhelin _____ Sähköposti hanna.ahola@turku.fi

OHJAAVAN OPETTAJAN YHTEYSTIEDOT

Ohjaava opettaja NYLUND ARJA
 Puhelin _____ Sähköposti arja.nylund@turkuamk.fi

Turun ammattikorkeakoulu
Joukahaisenkatu 3 A, 20520 Turku
puh. 02 263 350 faksi 02 2633 5791
sposti etunimi.sukunimi@turkuamk.fi

OPINNÄYTETYÖN SOPIMUSEHDOT*

OHJAUS JA VASTUUT

Vastuu opinnäytetyön tekemisestä ja tuloksista on opiskelijalla. Turun ammattikorkeakoulu vastaa opinnäytetyön ohjauksesta. Toimeksiantaja sitoutuu antamaan opiskelijan käyttöön kaikki opinnäytetyön tekemisessä tarvittavat tiedot ja aineistot sekä ohjaamaan opinnäytetyötä toimeksiantajaorganisaation näkökulmasta.

OIKEUDET

Opinnäytetyön tekijänoikeus kuuluu tekijälle eli opiskelijalle. Tekijänoikeuden lisäksi myös muiden immateriaalioikeuksien osalta noudatetaan kulloinkin voimassa olevaa kyseessä olevaa oikeutta koskevaa lainsäädäntöä.

TYÖSUHDE JA KUSTANNUKSET

Mahdollisesta työsuhteesta, työstä maksettavasta palkki- osta ja työstä mahdollisesti aiheutuvien kustannusten korvaamisesta toimeksiantaja ja opinnäytetyön tekijä sopivat erikseen.

TULOSTEN JULKISTAMINEN JA LUOTTAMUKSELLISUUS

Opinnäytetyöstä laaditaan Turun ammattikorkeakoulun ohjeen mukainen kirjallinen raportti.

Kirjallinen raportti luovutetaan toimeksiantajalle ja asetetaan kirjaston kokoelmiin tai julkaistaan elektronisessa muodossa verkkokirjastossa.

Julkaistava opinnäytetyöraportti on laadittava niin, ettei se sisällä liike- tai ammattisalaisuuksia tai muita julkisuuslaissa (laki viranomaisten toiminnan julkisuudesta) salassa pidettäväksi määrättyjä tietoja, vaan ne jätetään työn tausta-aineistoon. Opinnäytetyön arvioinnissa otetaan huomioon sekä julkaistava että salassa pidettävä osa.

Opinnäytetyön toimeksiantaja ja opiskelija sitoutuvat pitämään salassa kaikki opinnäytetyön tekemisessä ja sitä edeltävissä tai sen jälkeisissä neuvotteluissa esiin tulevat luottamukselliset tiedot ja asiakirjat.

Toimeksiantajan edustajalle varataan mahdollisuus tutustua opinnäytetyöraporttiin viimeistään neljättöistä (14) päivää ennen aiotun julkaisemista. Toimeksiantaja antaa työstä ennen edellä mainittua julkaisemisajankohtaa lausunnon, jossa voidaan määritellä opinnäytetyöraporttiin mahdollisesti sisältyvät liike- tai ammattisalaisuudet, joita ei julkaista.

Mitä liike- tai ammattisalaisuuksiin liittyviä asioita ei esitetä opinnäytetyöraportissa?

**OLEMME YHTEISESTI SOPINEET OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUKSESTA
YLLÄ ESITETTYLLÄ TAVALLA**

29. 8. 20 14

12. 9. 20 14

OPINNÄYTETYÖ RYHMÄN PÄÄ MICKO REINIKAINEN

Opiskelija PROJEKTIKOORDINAATTORI HANNA AHOLA, PÄÄR-HANKE

Toimeksiantaja

LIITE : OPINNÄYTETYÖSUUNNITELMA

* Turun ammattikorkeakoulun toiminnan yhtiöittämistä vuoden 2014 alusta valmistellaan. Osakeyhtiön toiminnan alettua tämä sopimus siirtyy Turun AMK:n toiminnan vastaanottavalle yhtiölle.

Turun ammattikorkeakoulu
Joukahaisenkatu 3 A, 20520 Turku
puh. 02 263 350 faksi 02 2633 5791
sposti etunimi.sukunimi@turkuamk.fi

TURKU

HYVINVOINTITOIMIALA

**Tutkimuslupa
Anomus/Päätös**

Tutkimustyyppi, johon lupaa haetaan

☐ Lääketutkimus☐ Muu ulkopuoliselta
rahoitusta saava tutkimus☐ Muu hanke☐ EVO-tutkimus☒ Opinnäytetyö

Ensihoitajien asenteet ja ammatilliset valmiudet mielenterveyspotilaita kohtaan

Tutkimuksen nimi

Susanna Rautio

Hakijan/vastaavan tutkijan nimi

Henkilötunnus

Henkilönumero

Sairaankuljettaja / sairaanhoitajaopiskelija

VS pelastuslaitos

Nimike

Tulosalue/tulosyksikkö

Osoite

susanna.rautio@turku.fi

Sähköpostiosoite

Puhelinnumero

Oman yksikön henkilöstön käyttötarve

-

Tarvittava ulkopuolinen työvoima

-

Sisäisten palvelujen tarve

-

Tutkimuksen laajuus
(potilaiden lukumäärä tms.)

40 ensihoitajaa, Webropol-kysely

Tutkimuksen aikataulu

1 / 9 20 14 - 30 / 9 20 14

VPO

Arvio tutkimuksesta aiheutuvista kustannuksista

- palkat

-

€

- henkilöstösivukulut

-

€

- asiakasmaksut

-

€

- muut kulut

-

€

Tutkimukseen ulkopuoliselta rahoittajalta saatavat korvaukset (maksajat, eurot)

-


Suunnitelma ulkopuolelta saatavien korvausten edelleen ohjaamisesta, esim.
 - henkilöille maksettaviin palkkioihin sivukuluineen _____ €
 - hyvinvointitoimialan tulotileille (asiakasmaksuihin, sisäisiin palveluihin ym.) _____ €
 - tulosyksikölle siirrettäväksi sponsorirahaksi _____ €

Liitteenä

- eettisen toimikunnan lausunto tarvitaan ☐ ei tarvita ☒ liitteenä ☐
 - tutkimussuunnitelma (tiivistelmä) ☒
 - kopio lääkелaitokselle tehdystä ilmoituksesta ☐
 - rekisteröinti tiedekuntaan tehty ☐ vireillä ☐ ei tarvita ☒

Haen lupaa tutkimuksen tekemiseen.
 Sitoudun samalla vastaamaan tietojen käytöstä sekä siitä, että tutkimusryhmäni noudattaa tietosuojaa koskevia määräyksiä.

Turussa _____ 26 / 6 20 14


 Hakijan allekirjoitus

Tulosyksikön johtajan lausunto

Puollan ☒ en puolla ☐

MLKV _____ 22 / 8 20 14


 Allekirjoitus

Tulosaluejohtajan päätös

Myönnän anotun mukaisesti ☐

en myönnä ☐

Päätäjäkoodi _____

§ _____

_____/____/ 20 ____

Allekirjoitus

JAKELU

hakija
 tulosyksikön johtaja
 tulosaluejohtaja
 kehittämisen yksikkö

Taulukko 1. Kirjallisuushaku

Tietokanta	Hakusanat	Osumien määrä	Käytetyt
Cinahl	Patient whit mental illnesses, Paramedic, attitude	30	1
Medic	Hoitaja, asenne, mielisairaus	912	1
Terveysportti	Mielenterveys+ asenteet	31	1
Theseus	Mielenterveysosaaminen	15	1
Google Scholar	Mental health "and" ambulance	61000	1
Medic	Mental health "and" emergency	8	1

Arvoisa

ensihoitoalan

ammattilainen

Opiskelemme Turun ammattikorkeakoulussa sairaanhoitajaksi ja teemme opinnäytetyötä tilauksena Palvelumuotoilulla parempia palveluita riskiryhmille (PPPR)- hankkeelle. Hankkeen tarkoitus on kehittää päihde- ja mielenterveysongelmaisten palvelumuotoja Varsinais-Suomessa ja Satakunnassa. Terveyspalveluiden suurkuluttajat eivät saa perusterveydenhuollossa nopeaa palvelua ongelmilleen. Potilaiden ei katsota kuuluvan lääketieteellisten palveluiden pariin, vaikka heidän hoidontarpeensa on suuri. PPPR-hankkeen työntekijät yllättyivät potilasryhmän ambulanssin suurkulutuksesta ja toivovat meiltä lisätietoa valmiuksistamme hoitaa päihde- ja mielenterveyspotilaita. Vastaamalla voimme vaikuttaa siihen, että potilasryhmälle saataisiin luotua palvelumalli, joka ei niinkään rasittaisi terveydenhuoltoa. Tällöin heille kohdennettaisiin palvelu, joka vastaa heidän tarpeisiinsa. Kysymykset ovat väittämiä, joissa 1 tarkoittaa täysin samaa mieltä 2 osittain samaa mieltä 3 ei samaa eikä eri mieltä 4 osittain eri mieltä ja 5 täysin eri mieltä. Kyselyyn pystyy palaamaan uudelleen, joten keikan tullessa voit keskeyttää kyselyyn vastaamisen ja palata myöhemmin, kun ehdit. Terveisin Susanna Rautio, Joanna Seivi ja Mikko Reinikainen AHSHUS12

Taustatiedot

Ikä?

- 18–24
- 25–45
- 46–65

Sukupuoli?

- Mies
- Nainen

Koulutus?

- Ensihoitaja AMK
- Sairaanhoitaja AMK
- Lähihoitaja
- Pelastaja
- Muu, mikä? _____

Työkokemus ensihoidossa?

- alle 3 vuotta
- 3–7 vuotta
- 8–10 vuotta

- yli 10 vuotta

Voimassa oleva hoitovelvoite?

- Perustaso
- Hoitotaso

Oletko aiemmin työskennellyt mielenterveys potilaiden parissa?

- Kyllä
- Ei

Kuinka usein työssäsi kohtaa mielenterveys potilaita?

- Joka työvuorossa
- Viikoittain
- Kuukausittain
- Harvemmin

Asteikolla 1–5 (1Täysin samaa mieltä – 5Täysin eri mieltä. 3 Ei eri eikä samaa mieltä)

Tiedolliset valmiudet

- 1) Teoriatietoni erilaisista mielenterveysongelmista / psykiatrisista sairauksista ovat riittävät, jotta osaan hoitaa mielenterveysongelmista kärsivää potilasta?
- 2) Koen mielenterveyspotilaan kohtaamisen helpoksi, sillä minulla on riittävät teoriatiedot mielenterveysongelmista?
- 3) Osaan tunnistaa(ja hoitaa) masentuneen potilaan?
- 4) Osaan tunnistaa akuutin psykoosin oireet?
- 5) Osaan tunnistaa itsemurha(a aikovan) potilaan?
- 6) Koen tarvitsevani lisää teoriatietoa mielenterveysongelmista/ psyykkisistä sairauksista.
- 7) Teoriatietoni ovat riittävät, jotta osaan ohjata mielenterveyspotilasta hänen hoitopolussaan.
- 8) Psyykelääke osaaminen?
- 9) Osaan M1-tarkkailulähetteen kriteerit? / Mittarien käyttö?
- 10) Lainsäädäntö osaaminen?

Taidolliset valmiudet

- 1) Minulla on hyvät valmiudet toimia vuorovaikutus suhteessa mielenterveyspotilaan kanssa.
- 2) Minun sanaton viestintäni (ilmeet, eleet, äänensävy) ei vaikeuta kanssakäymistä mielenterveyspotilaan kanssa.
- 3) Osaan tulkita potilaan sanatonta viestintää.
- 4) Osaan reagoida potilaan sanattomaan viestintään.
- 5) En hermostu mielenterveyspotilaiden kanssa työskennellessäni.
- 6) Pyydän hoito-ohjeita lääkäriltä.
- 7) Minulla on riittävät taidot kohdata aggressiivinen mielenterveyspotilas.
- 8) Otan aina tosissani potilaan itsemurha aikeet.
- 9) Saan riittävän informaation koodista 785.
- 10) Päihtymistila ei vaikeuta mielenterveyspotilaan tilan arviointia.
- 11) Tunnistan mielenterveysongelmat somaattisten vaivojen takaa.

Asenteet

- 1) Minusta/ajattelen, että mielenterveysongelmat ovat vähäpätöisempiä kuin somaattiset sairaudet.
- 2) Ajattelen että psyykkiset sairaudet ovat itse aiheutettuja.
- 3) Toimin mielenterveyspotilaan kanssa provosoitumatta.
- 4) Kohtelen mielenterveyspotilaita samalla tavalla kuin muitakin potilaita.

- 5) Turhaudun käydessäni saman mielenterveyspotilaan luona useita kertoja.
- 6) Mielenterveyspotilaat ovat pelottavampia/ vaarallisempia kuin muut potilaat.
- 7) Tutkin mielenterveyspotilaan samalla tavalla kuin muutkin potilaat?
- 8) Tiedostan asenteeni mielenterveyspotilaita kohtaan?
- 9) Potilaan persoonallisuus tai henkilökohtaiset ominaisuudet eivät vaikuta hänen saamaansa hoitoon.
- 10) Mielenterveyspotilaat ovat tasavertaisessa asemassa muiden potilaiden kanssa.

Avoin kysymys

- 1) Onko mielenterveyspotilaan nykyinen hoitopolku mielestäsi ensihoidon näkökulmasta toimiva?