

Opinnäytetyö (AMK)

Ensihoidon koulutusohjelma

Ensihoitaja AMK

2013

Henriikka Salonoja

# MIELENTERVEYSPOTILAS ENSIHOIDON ASIAKKAANA

– Tutkimus Porin Klubitalo Sarastuksen jäsenien  
kokemuksista ensihoidon asiakkaina



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU  
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

OPINNÄYTETYÖ (AMK) | TIIVISTELMÄ

TURUN AMMATTIKORKEAKOULU

Ensihoidon koulutusohjelma

Syksy 2013 | Sivumäärä 50 sivua

Ohjaaja Jari Säämänen

Henriikka Salonoja

# MIELENTERVEYSPOTILAS ENSIHOIDON ASIAKKAANA

## TUTKIMUS PORIN KLUBITALO SARASTUKSEN JÄSENIEN KOKEMUKSISTA ENSIHOIDON ASIAKKAINA

Suomessa psykiatrisen erikoissairaanhoidon palveluita käytti vuonna 2011 yli 159 000 eri ihmistä, ja perusterveydenhuollossa avohoitokäyntejä mielenterveysongelmiin liittyen oli noin 670 000 (THL 2011). Osa näistä avohoidonkäynneistä työllistää myös sairaalan ulkopuolista ensihoitoa ja päivystyspoliklinikoiden henkilökuntaa. Tämän lisäksi ensihoitajat kohtaavat mielenterveyspotilaita myös muihin sairauksiin tai tapaturmiin liittyvissä tilanteissa.

Tässä opinnäytetyössä tutkitaan mielenterveyspotilaiden kokemuksia sairaalan ulkopuolisesta, ja sairaalan päivystyspoliklinikoilla tapahtuvasta ensihoidosta. Tutkimuksessa tarkastellaan muun muassa sitä, miten mielenterveyspotilaat kokevat hoitotilanteet, hoitohenkilökunnan suhtautumisen heihin, ja miten heidän psyykkinen vointinsa huomioidaan sairaalan ulkopuolisessa ensihoidossa, ja sairaalan päivystyspoliklinikoilla. Tutkimuksen tarkoituksena on saada käsitys siitä, miten psyykkisesti sairaat potilaat kokevat ensihoidon. Tavoitteena on kerätä tietoa siitä, kuinka ensihoitohenkilöstö voisi paremmin ottaa huomioon mielenterveyspotilaiden yksilölliset hoitovaatimukset, ja näin helpottaa hoidon sujuvuutta, ja samalla parantaa hoito-myönteisyyttä.

Opinnäytetyö on kvantitatiivinen tutkimus, ja opinnäytetyön tiedonkeruu toteutettiin käyttämällä strukturoitua kyselylomaketta, koska koettiin, että tämä menetelmä edesauttaisi luotettavien tutkimustulosten saamista. Tutkimuksen näytteenä toimivat Porin Klubitale Sarastuksen jäsenet. Porin Klubitale Sarastus on työ kuntoutumispaikka, jonka jäsenet ovat mielenterveyskuntoutujia. Heillä on taustalla erilaisia psyykkisiä sairauksia, ja heidän sairautensa on kuntoutumisvaiheessa. Opinnäytetyössä käsitellään teoretietoa psyykkisistä sairauksista, ja mielenterveyden häiriöistä. Tarkemmin käsittelyn kohteena ovat masennushäiriöt, skitsofrenia, sekä kaksisuuntainen mielialahäiriö. Tarkastelussa on myös ensihoito sairaalan ulkopuolella, ja päivystyspoliklinikoilla, sekä potilaan kohtaaminen.

Tutkimustulokset analysoitiin, ja niitä havainnollistettiin pylväsdiagrammien avulla. Tutkimuksen tuloksista saatiin tärkeää tietoa mielenterveyspotilaiden kohtaamisesta, ja psyykkisen voimien huomioimisesta ensihoidossa.

Opinnäytetyö on osa Ammatillisen osaamisen ja viranomaisyhteistyön kehittäminen ensi- ja akuuttihoidossa - projektia. Opinnäytetyön tilaajana toimii Porin Klubitale Sarastus.

## ASIASANAT:

Ensihoito, Mielenterveys, Mielenterveyskuntoutuja, Psyykkinen sairaus, Klubitaletoiminta

BACHELOR'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Emergency medical technician degree program

Autumn 2013 | 50 pages

Instructor Jari Säämänen

Henriikka Salonoja

# MENTALHEALTH PATIENT IN EMERGENCY CARE

## RESEARCH OF THE EXPERIENCES IN EMERGENCY CARE BY THE MEMBERS OF CLUBHOUSE SARASTUS

In Finland special healthcare services were used in the year 2011 by over 159 000 different people. In basic healthcare, non-institutional care visits related to mental health issues were about 670 000 (THL 2011). Some of these non-institutional visits also employ emergency care staff outside hospital and in hospitals emergency care units. In addition, emergency care staff encounters mental health patients in other situations related to accidents or other illnesses.

In this thesis, mental health patient's experiences of emergency care outside hospital and in hospitals emergency care units are studied. The study observes among other things how mental health patient's experience care situations, healthcare staff's attitude towards them, and how their psychic condition is noticed in emergency care outside the hospital and in hospitals emergency care units. Purpose of this thesis is to get a perception of how the mental health patients experience emergency care. The goal is to get information about how emergency care staff could take into account mental health patient's individual need of care better and also make the care more fluent and through this improve the positive attitude towards care.

This thesis is a quantitative research and the data was collected by a structured questionnaire. The sample of this research is the members of Clubhouse Sarastus. Clubhouse Sarastus is a work rehabilitation place and its members are mental health patients who have different mental illnesses and are at the remedial face. Thesis includes information of psychical illnesses and mental disorders, emergency care outside of hospital and in hospitals emergency care units, and patient encounters.

The study results were analyzed and visualized with bar charts. The results indicate important information of encountering mental health patients in emergency care and taking their psychic condition into account.

This thesis is a part of AMOVIRKE-project and its orderer is Pori's Clubhouse Sarastus.

### KEYWORDS:

Emergency care, mental health, psychical illness, clubhouse-organization.

# SISÄLTÖ

<b>1 JOHDANTO</b>	<b>6</b>
<b>2 PSYYKKISET SAIRAUDET JA MIELENTERVEYSHÄIRIÖT</b>	<b>7</b>
2.1 Skitsofrenia	7
2.2 Masennushäiriöt	9
2.3 Kaksisuuntaiset mielialahäiriöt	10
<b>3 TUTKITTUA TIETOA MIELENTERVEYSPOTILAISTA ENSIHOIDOSSA</b>	<b>12</b>
<b>4 KLUBITALOTOIMINTA SUOMESSA JA MAAILMALLA</b>	<b>13</b>
4.1 International Center of Clubhouse Development - ICCD	13
4.2 Suomen Klubitalotoiminta	14
4.3 Yleisesti Klubitalotoiminnasta	14
4.4 Porin Klubitalo Sarastus	15
<b>5 ENSIHOITO</b>	<b>16</b>
5.1 Ensihoitopalvelu	16
5.2 Päivystystoiminta	18
5.3 Ensihoidon henkilökunta	18
<b>6 POTILAAN KOHTAAMINEN</b>	<b>20</b>
<b>7 TUTKIMUSONGELMAT</b>	<b>22</b>
<b>8 EMPIIRINEN TOTEUTUS</b>	<b>23</b>
8.1 Tutkimus- ja tiedonkeruumenetelmä	23
8.2 Kohderyhmä ja näytteen valinta	25
8.3 Aineiston kerääminen	25
8.4 Aineiston analysointi ja tulosten kuvaaminen	25
<b>9 EETTISYYS OPINNÄYTETYÖSSÄ</b>	<b>27</b>
<b>10 LUOTETTAVUUS OPINNÄYTETYÖSSÄ</b>	<b>29</b>
10.1 Validiteetti	29
10.2 Reliabiliteetti	30
<b>11 TUTKIMUSTULOKSET</b>	<b>31</b>

11.1 Yleistä	31
11.2 Vastaajien kokemukset ensihoidosta sairaalan ulkopuolella	31
11.3 Vastaajien kokemukset päivystyspoliklinikoista ja niissä tapahtuvasta hoidosta	33
11.4 Tulokset psyykkisen voinnin huomioimisesta ensihoidossa	35
11.5 Tulokset vastaajien kokemuksista hätänumeroon soittamisesta	36
11.6 Vastaajien kokemukset avun saamisesta päivystyspoliklinikoilta	36
<b>12 POHDINTA</b>	<b>38</b>
12.1 Tutkimusprosessin tarkastelu	38
12.2 Tutkimustulosten tarkastelu ja johtopäätökset	40
12.3 Opinnäytetyön hyödynnettävyys sekä jatkotutkimusehdotukset	43
<b>LÄHTEET</b>	<b>44</b>

## **LIITTEET**

Liite 1. Kyselylomake

# 1 JOHDANTO

Mielenterveys on tärkeä, mutta valitettavan usein unohdettu osa terveydenhuoltoa. Mielenterveyspotilaat ovat monesti huonommassa asemassa, kuin muista sairauksista kärsivät potilaat. (Oulton ym 2007.) Mielenterveysongelmista kärsivät kuolevat edelleen aiemmin kuin muu väestö, miehet lähes 20 vuotta, ja naiset lähes 15 vuotta aikaisemmin, vaikka mielenterveyspalveluissa on tapahtunut paljon uudistuksia viime vuosina (Gissler & Wahlbeck 2011). Suomessa psykiatrisen erikoissairaanhoidon palveluita käytti vuonna 2011 yli 159 000 eri ihmistä, ja perusterveydenhuollossa avohoitokäyntejä mielenterveysongelmiin liittyen oli noin 670 000 (THL 2011). Osa näistä avohoidonkäynneistä työllistää myös sairaalan ulkopuolista ensihoitoa, ja päivystyspoliklinikoiden henkilökuntaa. Tämän lisäksi ensihoitajat kohtaavat mielenterveyspotilaita muihin sairauksiin tai tapaturmiin liittyvissä tilanteissa.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää kuinka mielenterveyspotilaat ovat kokeneet ensihoitotilanteet, sekä erityisesti ensihoitajien toiminnan sairaalan ulkopuolella ja päivystyspoliklinikoilla. Tavoitteena on saada tietämystä siitä, kuinka ensihoitohenkilöstö voisi paremmin ottaa huomioon mielenterveyspotilaiden yksilölliset hoitovaatimukset, ja näin helpottaa hoidon sujuvuutta, ja samalla parantaa hoitomyönteisyyttä. Opinnäytetyö on tutkimusmenetelmältään kvantitatiivinen tutkimus, ja tiedonkeruu tapahtuu strukturoidulla kysymyslomakkeella.

Opinnäytetyö liittyy AMOVIRKE-projektiin (Ammatillisen osaamisen ja viranomaisyhteistyön kehittäminen ensi- ja akuuttihoidossa). Projektin tarkoituksena on kehittää ensi- ja akuuttihoidon ammatillista osaamista. Opinnäytetyön tilaajana on Porin Klubitalo Sarastus, ja sen taustaorganisaationa toimii Tukirankary.

## 2 PSYKKISET SAIRAUDET JA MIELENTERVEYSHÄIRIÖT

Mielenterveyshäiriöitä on monenlaisia, ja ne ilmenevät eri tavoin. Mielenterveyden häiriöihin kuuluvat muun muassa klassiset mielisairaudet eli psykoosit, oireyhtymät joiden aiheuttajina ovat kemialliset aineet, ja elimelliset aivosairaudet, sekä älyllinen kehitysvammaisuus. Näihin kuuluvat myös ahdistuneisuushäiriöt ja pelot, mielialahäiriöt, ja persoonallisuuteen ja käyttäytymiseen liittyvät häiriöt. (Lönqvist ym. 2011, 12-13.) Oireita ilmenee lievestä vakaviin, ja voimakkaina ne voivat lamaannuttaa ihmisen, ja saada hänet käyttäytymään haitallisesti itseään ja muita kohtaan. (Huttunen 2008.) Oireet muodostavat oirekokonaisuuksia, ja näiden avulla voidaan määritellä diagnooseja, jonka pohjalta potilaan hoito aloitetaan. Diagnoosit tehdään aina yksilöille. (Lönqvist ym. 2011, 13.)

Länsimaissa mielenterveyshäiriöiden lasketaan aiheuttavan yli viidesosan kaikista terveyteen liittyvistä haitoista (Lönqvist 2005.) Masennus eli depressio on suomalaisten yleisin mielenterveyshäiriö, ja siitä kärsii vuosittain n. 5 % suomalaisista. (Depressio: Käypä hoito-suositus 2010.) Tässä opinnäytetyössä tarkempi tarkastelu rajataan skitsofreniaan, masennushäiriöihin, sekä kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön. Masennushäiriötä käsitellään yleisyytensä vuoksi. Skitsofrenia on yleisin psykooseista, eli mielisairauksista (Lönqvist 2005). Kaksisuuntaisen mielialahäiriön esiintyvyyttä Suomessa ei ole pystytty tarkasti tutkimaan. Sairaus on periytyvä ja pitkäaikainen, ja huonossa hoitotasapainossa se työllistää ensihoitohenkilöstöä (Kaksisuuntainen mielialahäiriö 2013).

### 2.1 Skitsofrenia

Skitsofrenia on yksi haastavimmista ja vaikeimmista mielisairauksista, ja se vaikuttaa haitallisesti emotionaaliin ja kognitiivisiin toimintoihin, sekä käyttäytymiseen. (Lönqvist ym. 2011, 70.) Suomessa noin 1 % väestöstä sairastuu skitso-

freniaan. (Lepola ym. 2002, 38; Lönnqvist ym. 2011, 70-71; Huttunen 2013a.) Sairaus ilmenee yleensä nuorella aikuisiällä, ja perinnöllisillä ja ympäristötekijöillä on merkitystä sairauden puhkeamiseen (Lönnqvist ym. 2011, 70-71). Miehet sairastuvat skitsofreniaan yleensä 20 - 28-vuoden ikäisinä, ja naiset muutamaa vuotta vanhempina (Huttunen 2013a).

Skitsofrenia kuuluu psykoosimielenterveyshäiriöihin. Varhaisella diagnosoinnilla voidaan helpottaa sairauden kulkua. Skitsofrenia on vaikea diagnosoida alkuvaiheessa. Diagnoosin tekemistä yleensä vältetään, ennen kuin siitä voidaan olla täysin varmoja, ja näin estetään potilaan tarpeeton leimaantuminen. Vielä nykyäänkin skitsofrenia - diagnoosi leimaa ihmisiä. (Lönnqvist ym. 2011, 71-72.) Skitsofrenia on luokiteltu alaluokkiin, mutta on esitetty että näistä luokista luovuttaisiin, koska tämän jaon perusteista on puutteellista tieteellistä näyttöä. Alaluokat ovat paranoidinen skitsofrenia, katatoninen skitsofrenia, jäsentymätön skitsofrenia, hajanainen skitsofrenia, sekä jäännöstyyppinen skitsofrenia. (Lönnqvist ym. 2011, 72-73.)

Skitsofreniaan sairastuminen tarkoittaa todellisuuden tajun heikentymistä, toimintakyvyn alenemista, sekä vaikeaa persoonallisuuden hajoamista. Potilaat myös useimmiten vetäytyvät kaikista sosiaalisista kontakteista, eivätkä erota todellisuutta mielikuvituksesta. Skitsofrenian tyypillisiä oireita ovat harhaluulot eli deluusiot, ja aistiharhat eli hallusinaatiot. Potilaat voivat kokea esimerkiksi, että muut yrittävät kontrolloida heidän toimintaansa, kuulla äänien keskustelevan heistä, sekä kokea, että joku ulkopuolinen yrittää vaikuttaa heidän ajatuksiinsa. (Lepola ym. 2002, 42-43; Huttunen 2013a.)

Skitsofreniapotilaiden ennuste on ollut yleensä huono, suurin osa potilaista on työkyvyttömyyseläkkeellä. Kuitenkin noin kolmasosa potilaista on oireettomia tai vähäoireisia, ja pystyvät toimimaan yhteiskunnassa. Iän myötä oireet ja taudin-

kuva yleensä helpottuvat. Skitsofreniasta voi seurata muita mielenterveyshäiriöitä, kuten masennusta. Skitsofreniapotilailla kuolleisuus muuhun väestöön verrattuna on 2,5-kertainen, ja esimerkiksi itsemurhariski on suurempi skitsofreniapotilailla kuin muulla väestöllä. (Lönnqvist ym. 2011, 83.)

## 2.2 Masennushäiriöt

Masennushäiriöt kuuluvat mielialahäiriöihin. Masennushäiriöt ovat Suomessa yleisin mielenterveysongelmista, ja yksi suurimmista kansanterveysongelmista tarkasteltaessa kaikkia sairauksia. Masennuspotilaat käyttävät paljon hoitoresursseja, ja masennus aiheuttaa työ- ja toimintakyvyn laskua, sekä itsetuhoisuutta. Naisista yli 20 %, ja miehistä yli 10 % käy elämänsä aikana läpi jonkin asteisen masennuksen. Masennus on yksi tekijä työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymiseen, ja itsemurhariski on suuri. (Lönnqvist ym. 2011, 154-155.)

Masennuksen oireita ovat muun muassa mielialan lasku, mielihyvän menetys, ja väsymys. Vuorokauden aikojen välillä voi olla eroa vireystilassa, joillekin erityisesti aamut voivat olla hankalia, ja potilaat saattavat kertoa etteivät esimerkiksi jaksa nousta sängystä. Usein masennuspotilaiden paino saattaa laskea ruokahalun puuttumisen vuoksi, he eivät saa nukuttua, ja heillä saattaa olla kuolemaan ja itsetuhoon liittyviä ajatuksia. Myös itseluottamuksen puute, ja syyllisyydentunne kuuluvat masennuksen oireisiin. (Lönnqvist ym. 2011, 155-156; Huttunen 2013b.)

Oireiden vaikeusaste määrittelee taudin oirekuvan, ja sitä kautta myös diagnoosin, ja masennuksen vaikeusasteen. Yleinen jaottelu vaikeusasteen mukaan on lievät, keskivaikeat, vaikeat, ja psykoottiset masennustilat. Mitä vaikeampi masennus, sitä enemmän sillä on vaikutusta toiminta- ja työkykyyn. Potilaan enusteeseen vaikuttaa masennuksen vaikeusaste. Masennus uusiutuu helposti, ja mitä vaikeampi masennus potilaalla on taustalla, sitä herkemmin se voi uu-

siutua. Jo yhden masennusjakson jälkeen uusiutumisen riski kasvaa 50 %:iin. (Lönnqvist ym. 2011, 156, 177.)

### 2.3 Kaksisuuntaiset mielialahäiriöt

Kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä vaihtelevat masennus- eli depressiojaksot, ja maaniset jaksot. Yleensä kaksisuuntaiseen, eli bipolaariseen, mielialahäiriöön sairastutaan nuoruusiällä tai nuorella aikuisiällä, 15–35-vuoden iässä. Kaksisuuntaiselle mielialahäiriölle on tyypillistä toistuvat maanisten ja depressiivisten jaksojen vaihtelut. Lääkityksellä pyritään ehkäisemään näiden jaksojen ilmenemistä. (Lönnqvist ym. 2011, 194; Huttunen 2013c.)

Maanisuus jaetaan hypomaniaan, maniaan jossa ei esiinny psykoottisia oireita, ja psykoottiseen maniaan. Hypomanialle tyypillisiä oireita ja löydöksiä ovat fyysinen rauhattomuus, ja toimeliaisuuden lisääntyminen, keskittymisvaikeudet, puheliaisuuden lisääntyminen, unen tarpeen väheneminen, ja lievä rahojen tuhlaaminen. Hypomaaninen on mielialaltaan ärtyisä, tai suhteettoman ja korostuneen hyväntuulinen. Maniassa oireet ovat samoja kuin hypomaniassa mutta esiintyvät voimakkaampina. Potilas voi käyttäytyä hyvin uhkarohkeasti tai vastuuttomasti, ei välitä sosiaalisista käyttäytymistavoista, ja kokee omat voimavansa ja energiansa rajattomiksi. Yhtenä muotona voi myös esiintyä psykoottista maniaa, johon liittyy joko aistiharhoja tai harhaluuloja edellä kuvattujen oireiden lisäksi. (Lönnqvist ym. 2011, 195-198.)

Kaksisuuntaisen mielialahäiriön masennusjaksot eivät juurikaan eroa tavallisesta masennuksesta. Kaikilta masennuspotilailta on tarkistettava onko heillä aikaisempia manioita, tai hypomanioita taustalla. Kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavilla masennusjaksoon voi liittyä myös liikaunisuutta, ja painonnousua, joka johtuu lisääntyneestä ruokahalusta. Masennusjaksot kestävät yleensä pi-

dempään kuin mania- tai hypomaniajaksot. (Lönnqvist ym. 2011, 198; Huttunen 2013c.)

Hoitoon ja ennusteeseen kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä liittyy keskeisesti hoitomyöntyvyys, ja hoidon asianmukaisuus. Mitä paremmin potilas saadaan ymmärtämään asianmukaisen lääkehoidon tarpeellisuus, sitä nopeammin potilas saadaan tasapainoon mielialahäiriön kanssa. Varsinkin maniajaksoja pyritään välttämään, ja ne pyritään katkaisemaan mahdollisimman nopeasti, koska niiden aikana potilaat usein onnistuvat sotkemaan asiansa. Potilaat suhtautuvat kuitenkin usein torjuvasti lääkehoitoon, tai lopettavat lääkityksen manian tai hypomanian alkaessa, jolloin he juuri hyötyisivät lääkähoidosta eniten. (Lönnqvist ym. 2011, 206; Huttunen 2013c.)

### 3 TUTKITTUA TIETOA MIELENTERVEYSPOTILAISTA ENSIHOIDOSSA

Mielenterveyspotilaiden ja ensihoidon yhteyttä on tutkittu melko vähän. Joitakin artikkeleita löytyy esimerkiksi siitä, miten akuuttihoito vaikuttaa mielenterveysongelmiin, ja kuinka suuri osa akuuttihoitoa vaativista potilaista kärsii jostakin mielenterveysongelmasta. Kanadalainen tutkimus osoittaa, että mielenterveyspotilaat, joita on alle 1 % väestöstä, käyttää neljänneksen kaikista sairaalapäivistä, eli mielenterveyspotilaat sairastavat enemmän kuin muu väestön osuus (Finés & Johansen 2012.). Tutkimuksen perusteella voidaan olettaa, että myös iso osa ensihoidon ja päivystyksen potilaista on mielenterveyspotilaita.

Jonkin verran on tutkittu sitä, miten päivystyspoliklinikoilla voitaisiin auttaa mielenterveyspotilaita selviytymään hoidosta paremmin. Australialainen tutkimus on osoittanut omahoitajuuden parantavan hoidon vaikuttavuutta. (Browne ym 2011.) Erilaiset työskentely- ja huomiointimallit ovat osoittautuneet hyödyllisiksi mielenterveyspotilaiden hoidossa. (Wright & McGlen 2012.)

Metropolia ammattikorkeakoulussa on tehty opinnäytetyö ”Mielenterveyspotilas sydänpotilaana” (Panula & Rintala 2012). Tutkimuksessa on määritelty hyvin tarkkaan käsite mielenterveyspotilas, psykiatrisen hoidon historia Suomessa, sekä mielenterveyspotilaan kohtaaminen ensihoidossa. Työssä on viitattu Mielenterveyden keskusliiton teettämään Mielenterveysbarometriin 2010, jonka mukaan 18 % valtaväestöstä, 10 % mielenterveyskuntoutujista, ja 4 % ammattilaisista, kokee mielenterveyspotilaan kohtaamisen ainakin jokseenkin epämu- kavaksi ja pelottavaksi (Panula & Rintala 2012).

## 4 KLUBITALOTOIMINTA SUOMESSA JA MAAILMALLA

Klubitalotoiminta sai alkunsa Yhdysvalloissa vuonna 1948, kun ensimmäinen Klubitalo perustettiin New Yorkiin. Sen lähtökohtana oli luoda yhteisö miehille ja naisille, joilla oli taustalla jokin mielenterveysongelma. Tämä konsepti oli ainutlaatuinen maailmassa, ajatuksena oli saada Klubitalon jäsenille tyydyttävä sosiaalinen elämä, ja että he näin voisivat tehdä mielekkäästi töitä Klubitalolla mielenterveysongelmistaan huolimatta. Ensimmäisen Klubitalon nimeksi tuli Fountain House, talon pihassa olevan suihkulähteen mukaan, ja nimi vakiintui maailmanlaajuisesti järjestön nimeksi. Vuoteen 1987 mennessä Yhdysvalloissa oli 220 Klubitaloa ja se oli alkanut jo levitä Eurooppaan, Afrikkaan ja Kanadaan. (Clubhouse international 2013a.)

### 4.1 International Center of Clubhouse Development - ICCD

Vuonna 1994 perustettiin kansainvälinen yhdistys ICCD (International Center of Clubhouse Development) valvomaan Klubitalotoimintaa ympäri maailmaa. Nykyään ICCD on koko ajan kasvava yhdistys, joka ohjaa Klubitaloja ympäri maailmaa auttamaan ihmisiä, joilla on mielenterveysongelmia, sopeutumaan takaisin yhteiskuntaan. ICCD muutti nimensä vuoden 2013 tammikuussa, jolloin siitä tuli Clubhouse International. (Clubhouse international 2013a.)

Kansainvälisesti Klubitaloja on yli 400, ja ne sijaitsevat 30 eri maassa (Suomen Fountain House – Klubitalojen verkosto ry 2013a). Näiden Klubitalojen toimintaa valvoo voittoa tuottamaton Clubhouse International - järjestö (ICCD), joka auttaa luomaan uusia ja ylläpitämään olemassa olevia Klubitaloja. ICCD muun muassa huolehtii Klubitalotoiminnan levittämisestä ympäri maailmaa, valvoo Klubitalojen toimintaa, tekee jatkuvaa tutkimusta Klubitalotoiminnan kehittämiseksi, ja huolehtii siitä että tieto Klubitalotoiminnasta leviäisi ympäri maailmaa. (Clubhouse International 2013b.) Euroopassa toimii oma Klubitalojen kattojär-

jestö Clubhouse Europe (EPCD), joka perustettiin vuonna 2007, valvomaan Euroopan Klubitalojen toimintaa. (Clubhouse international 2013c.)

#### 4.2 Suomen Klubitalotoiminta

Suomeen Klubitalotoiminta levisi Ruotsista. Ensimmäinen Klubitalo perustettiin Tampereelle vuonna 1995 ja nimeksi sille annettiin Näsinkulman Klubitalo. Suomessa Klubitalotoimintaa valvoo ja kehittää Suomen Fountain House - Klubitalojen verkosto ry. Suomessa on 24 klubitaloa. Verkoston tehtävänä on pitää yhteyttä Suomen Klubitaloihin, sekä Klubitaloverkostoihin ympäri maailmaa, sekä tehdä yhteistyötä ICCD:n kanssa. Helsingin Klubitalo toimii Suomessa Klubitalojen koulutuskeskuksena. RAY – Raha-automaattiyhdistys on yksi Suomen Klubitalojen merkittävimmistä rahoittajista. Tulevaisuudessa Klubitalojen toivotaan leviävän etenkin Itä- ja Pohjois-Suomeen. (Suomen Fountain House – Klubitalojen verkosto ry 2013b.)

#### 4.3 Yleisesti Klubitalotoiminnasta

Klubitalo on palkattujen työntekijöiden ja mielenterveyskuntoutujien muodostama jäsen yhteisö, joka tarjoaa kuntoutujille vertaistukea ja työpainotteista toimintaa. Mielenterveyskuntoutujalla tarkoitetaan Klubitaloideologian mukaan psyykkisesti sairastunutta henkilöä, joka on sairautessaan kuntoutusvaiheessa. Klubitalotoiminnan tavoitteena on tukea kuntoutujien paluuta työelämään, vähentää sairaalahoidon tarvetta ja parantaa kuntoutujien elämänlaatua. Klubitalotoiminta perustuu työpainotteiseen päivään, jonka Klubitalon jäsenet ja henkilökunta suunnittelevat yhdessä. Klubitalossa henkilökunta ja jäsenet toimivat tasavertaisina, henkilökunta ohjaa, auttaa ja tukee jäseniä töiden tekemisessä. Klubitalon jäseneksi voi hakeutua henkilö, jolla on, tai on ollut vakava mielenterveysongelma. Klubitalon jäsenyys on maksuton, vapaaehtoinen, ja aikarajoitteeton, pitkänkin poissaolon jälkeen jäsen voi aina palata Klubitalolle. (Suomen Fountain House – Klubitalojen verkosto ry 2013c.)

#### 4.4 Porin Klubitalo Sarastus

Porissa toimiva Klubitalo Sarastus on perustettu vuonna 2002. Aluksi Klubitalo toimi yhteisen seurakuntatyön keskuksen tiloissa, josta se siirtyi sille rakennettuun Y-säätiön omistamaan taloon vuonna 2006. Klubitalon taustaorganisaationa toimii Tukiranka ry, joka huolehtii rahoituksen järjestämisestä ja toimii Klubitalotoiminnan ylläpitäjänä. Porin Klubitalo Sarastuksen kuntoutuksessa painotetaan erityisesti nuorten aikuisten työkuntoutusta ja opiskelun tukemista. (Haastattelu Porin Klubitalo Sarastuksen johtaja J. Salonoja)

Klubitalolla jokaiselle jäsenelle laaditaan kuntoutumisvalmentajan kanssa kuntoutumissuunnitelma, johon luodaan tavoitteet, jotka ohjaavat jokaisen yksilöllistä kuntoutusta. Klubitalo Sarastuksessa toimii toimisto- ja viestintäyksiköt, jotka hoitavat muun muassa kirjanpidon ja Klubitalon oman lehden Sarastuksen Sanomien toimittamisen, sekä lounaskahvila, jossa tehdään muun muassa päivittäin kävijöille lounas. Klubitalon henkilökuntaan kuuluu johtaja, kolme kuntoutumisvalmentajaa ja yksi työ – ja koulutusvalmentaja. Henkilökunnan koulutusvaatimuksena on sairaanhoitaja AMK tai sosionomi AMK. (Klubitalo Sarastus 2013; Klubitalo Sarastuksen johtaja J. Salonoja)

## 5 ENSIHOITO

Ensihoidolla tarkoitetaan terveydenhuollon ammattihenkilön, jolla on ensihoitoon suuntaava koulutus, tekemää välitöntä tilanarviota, elintoimintojen turvaamista ja välittömästi annettavaa hoitoa, jolla turvataan sairastuneen tai vammautuneen potilaan elintoiminnot. Ensihoito on jaettu perustason ja hoitotason ensihoitoon. Perustason ensihoidossa voidaan aloittaa yksinkertaiset henkeä pelastavat toimenpiteet ja hoitaa ja kuljettaa potilas jatkohoitoon, silloin kun potilaan tilassa ei ole odotettavissa äkillistä huononemista. Hoitotason ensihoidossa potilaan elintoiminnot voidaan turvata kuljetuksen aikana, ja tarvittaessa aloittaa tehostettu hoito potilaan tilan sitä vaatiessa. (Asetus sairaankuljetuksesta 1994; Hiltunen & Pietilä 2003; Määttä 2013, 14.)

### 5.1 Ensihoitopalvelu

Ensihoitopalvelu, josta käytettiin ennen käsitettä lääkinnällinen pelastustoimi, on terveydenhuollon päivystystoimintaa sairaalan ulkopuolella. Ensihoitopalvelu kunnioittaa toiminnassaan terveydenhuollon lainsäädäntöä, ja ottaa potilaan oikeudet huomioon (Määttä 2013, 14, 17; Sosiaali- ja terveysministeriö 2013.). Ensihoitopalvelun on myös toimittava yhteistyössä päivystyksen kanssa potilaan hoidon parhaaksi, ja tehtävä ennakkoilmoitus potilaasta, joka on kriittisesti sairas, tai vaatii ennakkojärjestelyjä sairaalassa, esimerkkinä infektiopotilas. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus ensihoitopalvelusta 340/2011; Kemppainen 2013, 93-95; Määttä 2013, 18.)

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus ensihoitopalvelusta muun muassa määrittelee ensihoitopalvelun järjestämisen ja sisällön. Ensihoitopalvelun järjestämisvastuu on sairaanhoitopiireillä. Ensihoitopalveluun kuuluvat äkillisesti sairastuneen tai loukkaantuneen potilaan kiireellinen hoito sairaalan ulkopuolella ja kuljetus hoitoyksikköön, ensihoitovalmiuden ylläpitäminen ja virka-avun antaminen

muille viranomaisille heidän vastuullaan olevien tehtävien suorittamiseksi. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus ensihoitopalvelusta 6.4.2011/340.)

Ensihoitopalvelu jaetaan ensivastetoimintaan, perus- ja hoitotason toimintaan, sekä ensihoitolääkäripäivystykseen. Ensivasteyksiköt ovat useimmiten pelastusyksiköitä, joiden tehtävänä on avuntarvitsijan mahdollisimman nopea tavoittaminen ja peruselintoimintojen välitön turvaaminen. Ensihoidossa on käytössä porrasteinen vaste, jolla tarkoitetaan sitä, että mitä korkeariskisempi tehtävä, sitä useampia yksiköitä tehtävälle lähetetään. Kun tehtävälle lähetetään esimerkiksi ensivasteyksikkö, hoitoyksikkö ja lääkäriyksikkö, varmistetaan monipuolinen osaaminen, ja laadukas ensihoito. Porrasteinen vaste mahdollistaa myös yksiköiden tarkoituksenmukaisen käytön. Ensihoitopalvelun tilannejohtajina toimivat ensihoidon kenttäjohtajat, ja he vastaavat toiminta-alueensa ensihoitopalvelun yksiköiden käytöstä ensihoitopalvelun tehtävissä. (Määttä 2013, 23-25.)

Ensihoidon tehtävät on jaettu neljään eri kiireellisyysluokkaan, joita ovat A-, B-, C- ja D-luokat. Hätäkeskus jakaa ensihoidon tehtävät hätäpuhelun perusteella näihin luokkiin. A- kiireellisyysluokan tehtävissä esi- tai tapahtumatietojen perusteella epäillään, että avuntarvitsijan peruselintoiminnot ovat uhattuina. B-kiireellisyysluokan tehtävissä esi- tai tapahtumatietojen perusteella ei ole varmuutta avuntarvitsijan peruselintoimintojen häiriön tasosta, mutta tehtävä on todennäköisesti korkeariskinen ensihoitotehtävä. C-kiireellisyysluokan tehtävissä avuntarvitsijalla ei ole vakavaa peruselintoimintojen häiriötä, mutta tila vaatii ensihoitopalvelun nopean arvioinnin. D-kiireellisyysluokan tehtävissä avuntarvitsijalla ei ole peruselintoimintojen häiriötä, mutta hän tarvitsee hoidon tarpeen arvioinnin ensihoitopalvelun toimesta. (Etelälahti 2013, 33-34.)

## 5.2 Päivystystoiminta

Päivystyshoito on päivystyspoliklinikoilla tapahtuvaa välitöntä tilan arviointia ja hoitoa, kun äkillinen sairastuminen sitä vaatii. Hoidolle on tunnusomaista, että oireiden vaikeuden vuoksi sitä ei voida siirtää. Päivystyspoliklinikoilla hoidetaan vain ne potilaat, jotka vaativat päivystyksellistä hoitoa. Suomessa päivystyshoito on jaettu perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon alueisiin, jotka kuitenkin useissa kunnissa toimivat yhdessä paikassa yhteispäivystyspoliklinikalla. Perusterveydenhuollon päivystystoiminnasta vastaa kunta, ja erikoissairaanhoidon päivystystoiminnasta vastaa sairaanhoitopiiri. (Kemppainen 2013, 92-93.)

Päivystyspoliklinikoilla korostuu potilaan vastaanottaminen ja tilanarvio. Tämän tekee triage-hoitaja, joka määrittelee potilaan hoidon tarpeen, ja hoidon kiireellisyyden. Tilanarvioon kuuluu itsenäisesti päivystykseen tulleen potilaan ensiarvio, jota voidaan täydentää mittaamalla esimerkiksi potilaan verenpaine tai happisaturaatio. Toisesta hoitopaikasta läheteellä saapuneen potilaan tilanarvio tehdään hyödyntäen läheteeseen kirjattuja mahdollisia tutkimustuloksia, ja löydöksiä. Ensihoitohenkilöstön jo tekemää täsmennettyä tilanarviota ja mittauksia, voidaan hyödyntää hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arvioinnissa, kun potilas tuodaan päivystykseen. Potilas voidaan luokitella kiireellisyyden mukaan luokkiin, jotka määrittelevät sen, kuinka nopeasti potilas saa hoitoa. Tilanarvion, hoidon tarpeen, sekä kiireellisyyden arvioinnin jälkeen potilaat sijoitetaan päivystyksessä hoituhuoneisiin potilaan voinnin, ja tilan vaatiman hoidon mukaan. (Kemppainen 2013, 93-95)

## 5.3 Ensihoidon henkilökunta

Sairaalan ulkopuolisen ensihoidon pätevyysvaatimukset määritellään sosiaali- ja terveysministeriön asetuksessa ensihoitopalvelusta (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus ensihoitopalvelusta 6.4.2011/340), ja laissa terveydenhuollon ammattihenkilöistä (28.6.1994/559). Perustason yksikössä ainakin toisen työpa-

rista on oltava terveydenhuollon ammattihenkilö, jolla on ensihoitoon suuntautuva koulutus. Hoitotason yksikössä ainakin toisen työparista on oltava ensihoitaja AMK, tai laillistettu sairaanhoitaja, joka on suorittanut vähintään 30 opintopisteen ensihoidon erikoistumisopinnot. Kummassakin yksikössä toisen työparista on oltava terveydenhuollon ammattihenkilö, tai pelastajatutkinnon suorittanut henkilö. (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2012; Turunen 2012.) Päivystyspoliklinikoilla työskentelee sairaanhoitajia, lähihoitajia, ja lääkintävahtimestareita. (Satakunnan sairaanhoitopiiri 2013.)

Sairaanhoitajien osaamisvaatimukset on määritelty opetusministeriön raportissa. Sairaanhoitaja on hoitotyön asiantuntija, jonka toimintaa ohjaavat eettiset periaatteet, hoitotyön arvot, ohjeet, ja säädökset. Sairaanhoitajan työ perustuu hoitotieteeseen, ja hän on vastuussa ammattitaitonsa ja ammattinsa kehittämisestä. (Opetusministeriö 2006; Laaksonen & Paltta 2008.)

Ensihoitaja AMK-koulutus sisältää sairaanhoitajakoulutuksen ydinosaamisen. Ensihoitajaopinnoissa laajennetaan ja syvennetään osaamista akuuttiin hoitotyöhön, ja sairaalan ulkopuoliseen hoitamiseen. Keskeisimpiä ydinosaamisen alueita ensihoitajakoulutuksessa ovat eettisyys, hoitotyön arvot, ensihoitojärjestelmä, ja viranomaisyhteistyö, johtaminen, työdiagnoosin tekeminen, ja hoidon tarpeen määrittäminen. (Opetusministeriö 2006.) Ensihoitajalta vaaditaan lääketieteellistä ja hoitotyön osaamista, ja vuorovaikutustaidot ovat tärkeitä ensihoitajan työssä. On tärkeää, että ensihoitaja käyttäytyy rauhallisesti ja määrätietoisesti, myös henkeä uhkaavissa tilanteissa. Hyvä ensihoitaja osaa kuunnella ja neuvoa potilaita ja käyttäytyä asiallisesti. (Määttä 2013, 14)

## 6 POTILAAN KOHTAAMINEN

Ensihoitotilanteissa, kuten muissakin hoitotilanteissa, on tärkeää ottaa aina potilas ja hänen tarpeensa huomioon. Ensihoitotilanteissa ja muissa elämäntilanteissa, ihmiset tekevät oman arvionsa ensimmäisten hetkien ja sanojen perusteella. Ensiarvio ja asenteet vaikuttavat paljon siihen, millaiseksi hoitotilanne muodostuu. Potilas huomioi pienimmätkin seikat, joita ensihoitajat tekevät ja sanovat, yrittäessään päästä selvytyteen tilanteesta. Näiden seikkojen avulla potilaat muodostavat käsityksensä yleisesti ensihoidosta. (Sillanpää 2013, 748-749.)

Potilaan odotukset ensihoitajia kohtaan sairaalan ulkopuolella, ja sairaalassa ovat moninaisia. Ensihoitajien on luotava turvallinen ilmapiiri oman käyttäytymisensä avulla. Potilaat odottavat ensihoitajien olevan ammattitaitoisia, empaattisia, myötätuntoisia, ja aidosti kiinnostuneita potilaasta. Ensihoitajien tulisi ottaa potilas huomioon kokonaisuutena, jokainen potilas on yksilöllinen ja ainutkertainen. Potilasta tulee kunnioittaa, ja saada potilaalle tieto siitä, että kaikki mahdollinen hänen parantamiseksi tehdään. Näillä teoilla saavutetaan potilaan luottamus, ja tämä helpottaa hoitotilanteen sujuvuutta. (Sillanpää 2013, 749-750.)

Ihmisiä kohdataan jatkuvasti erilaisissa sosiaalisissa tilanteissa, kohtaaminen on aina vaativa tilanne, ja sen kehittymiseen vaikuttaa kumpikin osapuoli. Kun kohtaaminen tapahtuu potilaan sairastuttua sairaalan ulkopuolisessa ensihoidossa, tai sairaalan päivystyspoliklinikalla, se asettaa tiettyjä erityispiirteitä kohtaamiselle. Potilaalla voi olla hätä oman terveytensä puolesta, tai hän haluaa saada tietoa ja apua. Hoitotilanteessa on tärkeää, että kohtaaminen on hoitajan ja potilaan välillä tasavertainen, kunnioitus toinen toistaan kohtaan on tärkeää, eikä potilas saa tuntea itseään huonommaksi tai vähempiarvoiseksi. Hoitajan ammatillisuuteen kuuluu kohdata jokainen potilas arvostaen ja kunnioittaen,

riippumatta ulkoisista tekijöistä, asenteista, sairauksista, tai ongelmista. (Haho 2009.)

## 7 TUTKIMUSONGELMAT

Tämän opinnäytetyön tutkimusongelmat, ja kyselylomakkeen kysymykset ovat yhteydessä toisiinsa, joten kyselylomakkeen kysymykset määrittelevät tutkimusongelmat. Kyselylomake on liitteenä. (Liite 1)

Tutkimusongelmat tässä opinnäytetyössä ovat:

1. Miten mielenterveyspotilaat kokevat sairaalan ulkopuolisen ensihoidon?
2. Miten mielenterveyspotilaat kokevat sairaalan päivystyspoliklinikoilla tapahtuvan ensihoidon?
3. Otetaanko mielenterveyspotilaiden mielestä heidän psyykkinen vointinsa huomioon ensihoidossa?
4. Millä tavalla mielenterveyspotilaat kokevat hätänumeroon soittamisen?
5. Saavatko mielenterveyspotilaat mielestään apua sairaalan päivystyspoliklinikoilta?

## 8 EMPIIRINEN TOTEUTUS

### 8.1 Tutkimus- ja tiedonkeruumenetelmä

Tämä opinnäytetyö on tutkimusmenetelmältään kvantitatiivinen tutkimus, ja tiedonkeruu tapahtui kyselylomakkeen avulla. Kvantitatiivinen tutkimus tarkastelee muuttujia, mittaa, ja vertailee niitä. Muuttujat voivat olla riippumattomia, tai riippuvia. Riippumattomia ovat esimerkiksi vastaajien taustatiedot, ja riippuvia esimerkiksi vastaajan tyytyväisyys hoitoon. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 41.) Tässä opinnäytetyössä muuttujina on sekä riippumattomia muuttujia, kuten vastaajan ikä ja kotikunta, että riippuvia muuttujia, kuten hoidon kokemus päivystyspoliklinikoilla.

Kvantitatiivisia tutkimuksia voidaan luokitella ja ryhmitellä eri tavoin. Yksi mahdollisuus on jakaa tutkimukset pitkittäis- ja poikittaistutkimuksiin. Pitkittäistutkimuksessa aineistoa kerätään useita kertoja, ja poikittaistutkimuksessa aineisto kerätään vain kerran. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 42.) Tämä opinnäytetyö on poikittaistutkimus.

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa voidaan käyttää eri aineistonkeruumenetelmiä, joita ovat erilaiset kyselylomakkeet, havainnoinnit ja haastattelut. Kyselylomakkeet ovat yleisimmin käytetty menetelmä kvantitatiivisessa tutkimuksessa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 87.) Tässä opinnäytetyössä tiedonkeruumenetelmänä käytettiin strukturoitua kyselylomaketta. Strukturoidulla tarkoitetaan, että kysymysten järjestys ja sisältö on kaikille vastaajille sama (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 88).

Tiedonkeruulomakkeen (Liite 1) kysymyksillä haettiin vastauksia tutkimusongelmiin seuraavasti:

1. Miten mielenterveyspotilaat kokevat sairaalan ulkopuolisen ensihoidon?

- Oletko ollut ambulanssihenkilöstön kanssa tekemisissä viimeisen kolmen vuoden aikana?
- Millaiseksi koit saamasi hoidon?
- Hoitotilanteen miellyttävyys
- Mitä ajattelet ambulanssihenkilöstön auttamishalusta?

2. Miten mielenterveyspotilaat kokevat sairaalan päivystyspoliklinikoilla tapahtuvan ensihoidon?

- Oletko käynyt terveyskeskuksen tai sairaalan päivystyspoliklinikalla viimeisen kolmen vuoden aikana?
- Millaiseksi koit saamasi hoidon?
- Hoitotilanteen miellyttävyys?
- Mitä ajattelet päivystyspoliklinikoilla tapahtuvasta hoidosta?

3. Otetaanko mielenterveyspotilaiden mielestä heidän psyykkinen vointinsa huomioon ensihoidossa?

- Sairaalan ulkopuolisen osion ja päivystysosion alla oleva kysymys ”Otettiinko psyykkinen vointisi huomioon?”

4. Millä tavalla mielenterveyspotilaat kokevat hätänumeroon soittamisen?

- Oletko joutunut soittamaan numeroon 112?
- Kuinka suuri kynnyks sinulle olisi tällä hetkellä soittaa ambulanssi?
- Koetko että tiedät milloin kuuluu soittaa numeroon 112?

5. Saavatko mielenterveyspotilaat mielestään apua sairaalan päivystyspoliklinikoilta?

- Jos tarvitset terveydenhuoltopalveluja ilta- tai yöaikaan koetko että saat apua päivystyksestä?

## 8.2 Kohderyhmä ja näytteen valinta

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa on tärkeää valita se joukko, jolla tutkimus toteutetaan. Tämä joukko on otos. Otoksen valinnalla on merkitystä tutkimuksen luotettavuudelle, ja se voi valikoitua eri tavoin. Satunnaisella otoksella saadaan luotettavimmat tulokset verrattuna perusjoukkoon, eli siihen väestön ryhmään, johon tulokset halutaan yleistää. Jos otanta ei ole satunnainen, puhutaan näytteestä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 79-80.) Tässä opinnäytetyössä käytettiin näytettä, joka koostui niistä Porin Klubitalo Sarastuksen jäsenistä, jotka halusivat osallistua tähän tutkimukseen. Perusjoukkona toimivat mielenterveyspotilaat.

## 8.3 Aineiston kerääminen

Kysely toteutettiin syys - lokakuussa 2013. Ennen kyselyn teettämistä opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet esiteltiin Klubitalolla yhden aamupäivän aikana, jotta vastaajat tiesivät mihin kyselyn tietoja käytetään, ja minkälaisesta työstä oli kyse. Vastaajat saivat esittää kysymyksiä opinnäytetyöhön ja kyselyyn liittyen. Niille Klubitalon jäsenille, jotka olivat paikalla, kyselylomake jaettiin esittelyn jälkeen, ja he vastasivat kyselyyn heti tällöin. Klubitalon henkilökunta keräsi lomakkeet, joiden vastaamiseen kului noin kahdesta minuutista kymmeneen minuuttiin. Niille Klubitalon jäsenille, jotka eivät olleet paikalla esittelytilaisuudessa, henkilökunta jakoi kyselylomakkeet, ja keräsi ne vastaamisen jälkeen pois. Lomakkeita täytettiin kahden viikon ajan.

## 8.4 Aineiston analysointi ja tulosten kuvaaminen

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa ennen aineiston analysointia tiedonkeruuvälineellä saatu aineisto tallennetaan tilasto-ohjelmaan. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 100.) Tässä opinnäytetyössä käytettiin Microsoft Excel taulukkolaskentaohjelmaa, jonne tulokset kerättiin systemaattisesti kyselylomakkeista

yhteen havaintomatriisiin. Sanalliset vastaukset käsiteltiin systemaattisesti, ja kerättiin asiakokonaisuuksiksi. Tutkimustuloksista laskettiin taulukkolaskentaohjelmien avulla kuhunkin kysymykseen määrät eli frekvenssit, ja prosentuaaliset osuudet. Näiden pohjalta materiaali analysoitiin systemaattisesti, ja se kuvattiin opinnäytetyön tutkimustulos- osiossa.

Tutkimustuloksia voidaan havainnollistaa erilaisilla graafisilla kuvioilla ja kaavioilla. Tulosten hahmottaminen on näin helpompaa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 131.) Tässä opinnäytetyössä käytettiin tulosten havainnollistamiseen pylväsdiagrammeja, joista näkee vastausten määrän, verrattuna esimerkiksi hoidon laatuun.

## 9 EETTISYYS OPINNÄYTETYÖSSÄ

Eettisyyden lähtökohtana ovat erilaiset ohjeet ja kansallinen lainsäädäntö, kuten laki lääketieteellisestä tutkimuksesta (488/1999), sekä laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992). Eettisyydessä otetaan myös huomioon ihmisoikeudet. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 172.) Maailman lääkäriliiton Helsingin julistus, jota Suomessakin käytetään, on kansainvälisesti hyväksytty ohjeistus tutkimuseetiikkaan. Julistus hyväksyttiin ensimmäisen kerran vuonna 1964 Helsingissä Maailman Lääkäriliiton WMA:n yleiskokouksessa, ja sitä on päivitetty sen jälkeen useita kertoja, koska lääketiede elää jatkuvassa muutoksessa. Julistuksessa on perusteluja lääketieteelliselle tutkimukselle, ja sitä voi soveltaa myös hoitotieteelliseen tutkimukseen. Se on jaoteltu eri osiin, ja se käsittää laajasti eettisyyttä koskevia asioita, aina yksityisyyden suojasta potilasturvallisuuteen. Siinä on määritetty muun muassa potilaan yksityisyyden turvaaminen, potilastietojen luottamuksellisuus, ja se että tutkimukseen osallistumisen on perustuttava vapaa-ehtoisuuteen. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 173-175; World Medical Association 2013.)

Suomessa toimii opetus- ja kulttuuriministeriön nimeämä tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK), jonka tehtäviin kuuluu harjoittaa tutkimuseettistä valistusta ja koulutusta, vahvistaa tutkimuseettisten periaatteiden mukaista toimintakulttuuria, ja hyödyntää hyviä kansainvälisiä käytänteitä suomalaisessa tutkimuseettisessä kulttuurissa. Se myös ennalta ehkäisee tutkimusvilppiä, ja edistää tutkimuseetiikkaa koskevaa tiedotusta ja keskustelua. Tutkimuseettinen neuvottelukunta on hyväksynyt korkeakoulujen käyttämät tieteellisen käytännön ohjeet. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2013.) Myös valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta (ETENE) käsittelee sosiaali- ja terveysalaan, ja potilaan asemaan ja oikeuksiin liittyviä eettisiä kysymyksiä. Neuvottelukunta tekee aloitteita, antaa lausuntoja, ja herättää yhteiskunnallista keskustelua sosiaali- ja terveysalan eettisistä kysymyksistä. Nämä kysymykset ohjaavat

tutkimuksen hyviä käytäntöjä sosiaali- ja terveysalalla. (Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta 2013.)

Tutkijan tulisi tutkimusta tehdessään noudattaa tiettyjä eettisiä vaatimuksia. Näitä ovat esimerkiksi vaatimus älylliseen kiinnostukseen, rehellisyyteen, vaaran eliminoimiseen, tunnollisuuteen, ammatinharjoituksen edistämiseen, sekä ihmisarvon kunnioittamiseen. Myös yksityisyyden suojeleminen on yksi tärkeimmistä eettisistä tavoitteista. Tutkijan on otettava eettisyys huomioon koko tutkimuksen ajan, alkaen jo aiheen valinnasta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 176.)

Opinnäytetyön eettisyyttä tarkasteltaessa otetaan huomioon kaikki tutkimuksen eettisyydelle asetetut ohjeet, kuten tutkimukseen vastaajien yksityisyyden suojeleminen, ja haittojen minimointi. Kun kyseessä on tutkimus, joka teetetään mielenterveyskuntoutujilla, on tarkasteltava sitä, pystyvätkö he itse päättämään kyselyyn osallistumisestaan. Koska vastaajat ovat kuitenkin sairautensa kuntoutumisvaiheessa, ja heidän psyykkinen sairautensa on tasapainossa, ei itsenäiselle päätökselle nähdä estettä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 176-177.)

Jo aiheen valinnassa huomioidaan eettiset seikat, ja pohditaan mikä tutkimuksen merkitys on siihen osallistuville. Opinnäytetyön tekijä on aidosti kiinnostunut aiheesta, joka osaltaan edesauttaa eettisyyden toteutumista. Kyselylomaketta laadittaessa otetaan eettisyys huomioon, ja vastaajat vastaavat kyselyyn vapaaehtoisesti. Kyselylomakkeita analysoitaessa kenenkään vastaajan yksittäisiä vastauksia ei tule ilmi valmiista opinnäytetyöstä, vaan kaikkien vastaajien vastaukset analysoidaan, ja niistä kootaan yhteenveto. Vastaajien henkilötietoja ei tule edes tekijän tietoon, vaan kysely tehdään nimettömänä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 176-177.)

## 10 LUOTETTAVUUS OPINNÄYTETYÖSSÄ

Luotettavuuden huomioimisessa kvantitatiivisessa tutkimuksessa on otettava huomioon tutkimuksen pätevyyden ja luotettavuuden tarkastelu, sekä tarkasteltava mittarin eli kyselylomakkeen luotettavuus. Jotta luotettavuus toteutuisi tässä opinnäytetyössä mahdollisimman hyvin, tehdään kyselylomakkeesta niin yksinkertainen ja yksiselitteinen kuin mahdollista. Kyselylomaketta laadittaessa otetaan huomioon mielenterveyspotilaiden erityispiirteet, ja vaikeudet vastaamiseen liittyvissä asioissa, kuten avoimien kysymysten määrä, ja kysymysten laatu. Kyselylomaketta myös työstettiin yhdessä tilaajan kanssa, jolloin saadaan heidän ammattitaitonsa mielenterveyspotilaiden kanssa työskentelystä hyödynnettyä opinnäytetyön eduksi. Tilaaajalta tuli erinäisiä toiveita kyselylomaketta työstettäessä, kuten esimerkiksi kuvien ja hymynaamojen käyttö kysymyksiin vastatessa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 152.)

### 10.1 Validiteetti

Validiteetilla, eli tutkimuksen pätevyydellä ja luotettavuudella, tarkoitetaan sitä, kuinka hyvin tutkimuksessa on onnistuttu mittaamaan, mitä on ollut tarkoitus. Validiteettia arvioidessa pohditaan, kuinka hyvin tutkimuksessa käytetyt menetelmät vastaavat ilmiötä, jota halutaan tutkia. Validiteettia arvioitaessa on hyvä tarkastella mittaria, eli tämän opinnäytetyön kohdalla kyselylomaketta, ja sen kysymyksiä. Ovatko kyselylomakkeen kysymykset vastanneet juuri siihen, mitä on haluttu tutkia, ja ovatko ne kattaneet koko tutkittavan asian. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 152-153.)

Tässä opinnäytetyössä mittari, eli strukturoitu kyselylomake, osoittautui hyväksi välineeksi saada tietoa tutkimusongelmiin. Kysymyksillä onnistuttiin kysymään niitä asioita, joista haluttiin saada tietoa. Tutkimusongelmiin saatiin vastaukset ja tulokset kyselylomakkeen kysymyksien perusteella. Avoimet kysymykset olisi voitu asetella eritavalla. Nyt kysymyksiä ymmärrettiin monilla eri tavoilla, jolloin

ei saatu niin tarkkoja tietoja samasta asiasta, mikä osaltaan vaikeutti vastausten analysointia.

## 10.2 Reliabiliteetti

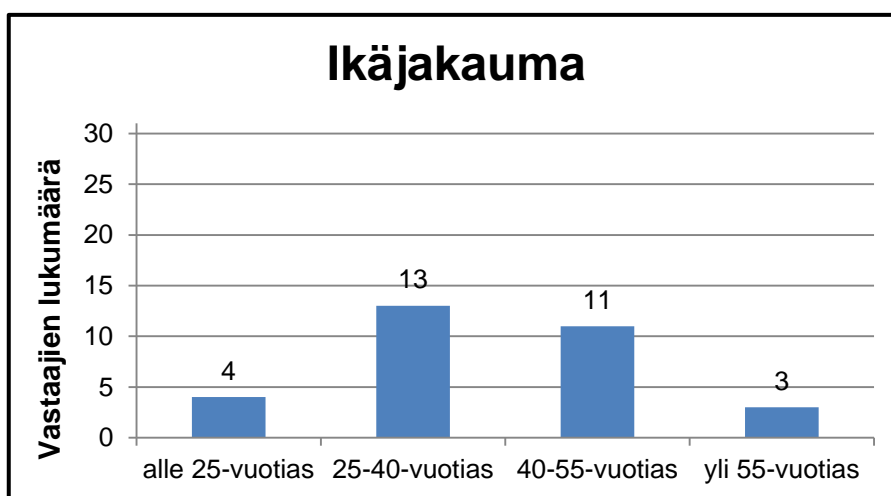
Reliabiliteetilla tarkoitetaan sitä, kuinka hyvin kyselyn tulokset vastaavat oikeaa tietoa, ja kuinka hyvin ne kestävät aikaa. Pyritään siihen, että kyselylomake tuottaisi ei-sattumanvaraisia tutkimustuloksia, jolloin ne olisivat luotettavia. Reliabiliteetti tarkoittaa myös käytettyjen mittarien, ja tutkimusmenetelmien kykyä saavuttaa tarkoitettuja tuloksia. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 152, 156.)

Tämän opinnäytetyön reliabiliteetin arvioimista hankaloittaa se, että aikaisempia tutkimustuloksia aiheesta ei ole kovinkaan paljon. Tutkimuksen näytteen ollessa näin pieni, kuin tässä opinnäytetyössä on kyseessä, ei voida yleistää tutkimustuloksia muihin Suomen mielenterveyspotilaisiin ilman jatkotutkimuksia. Kuitenkin kysymyslomakkeen avulla saatiin senkaltaisia tuloksia, kuin tekijä odottikin.

## 11 TUTKIMUSTULOKSET

### 11.1 Yleistä

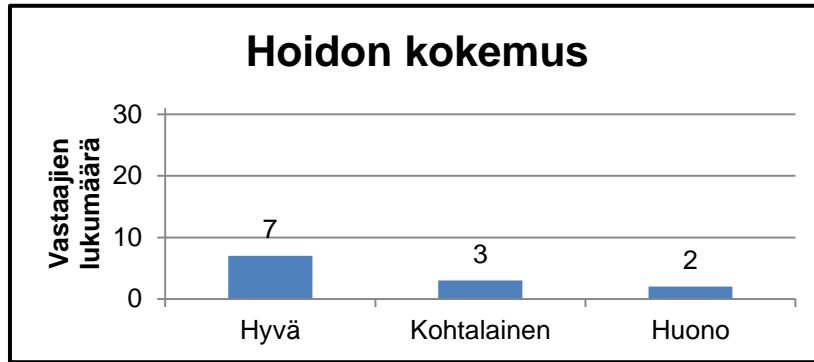
Kysely teetettiin Porin Klubitalo Sarastuksessa syys- lokakuussa 2013. Kyselyyn vastasi 31 Klubitalo Sarastuksen jäsentä. Vastaajista 28 ilmoitti sukupuolensa, ja heistä 64 % oli miehiä. Vastaajista suurin osa oli 25–40-vuotiaita ja 40–55-vuotiaita (Kuvio 1).



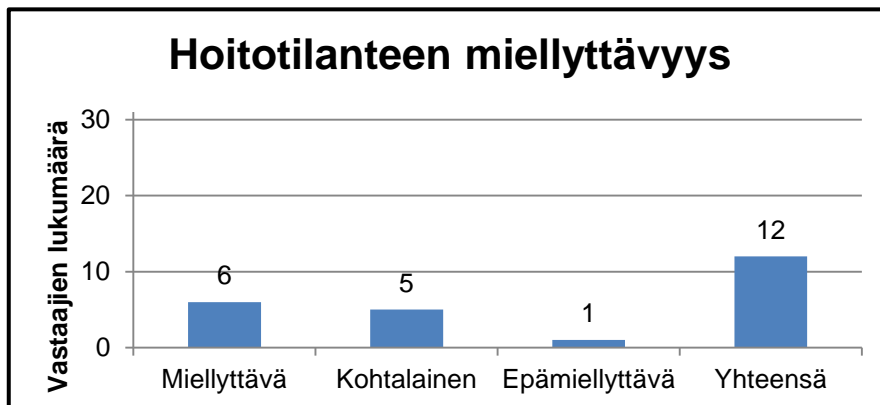
Kuvio 1. Kyselyyn vastanneiden ikäjakama.

### 11.2 Vastaajien kokemukset ensihoidosta sairaalan ulkopuolella

Vastaajista 28 ilmoitti, oliko ollut tekemisissä sairaalan ulkopuolisen ensihoidon kanssa viimeisen kolmen vuoden aikana, ja heistä 13 eli 46 % vastasi kyllä. Yhteen lomakkeeseen ei ollut vastattu myönteisen vastauksen jälkeen muihin aiheeseen liittyviin kysymyksiin, joten jatkokysymyksistä materiaalia on 12 kyselylomakkeessa. Vastaajista 7 eli 58 % koki hoidon hyväksi (Kuvio 2). Ensihoitotilanne sairaalan ulkopuolella oli 6 vastaajan, eli 50 %, mukaan miellyttävä (Kuvio 3).

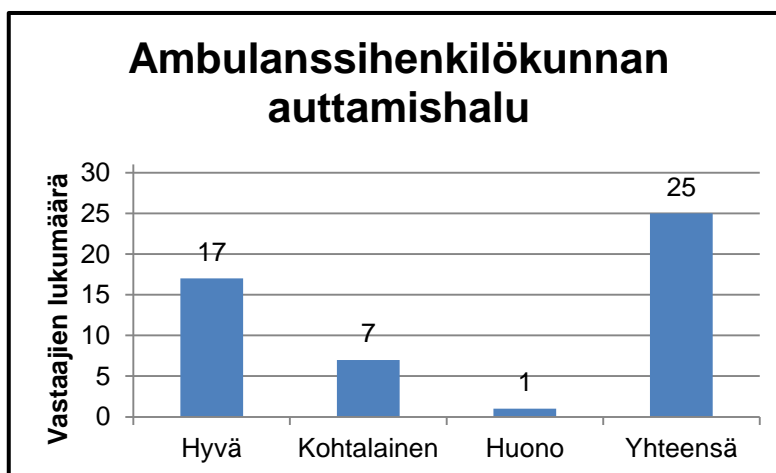


Kuvio 2. Vastaajien kokemukset hoidosta sairaalan ulkopuolisessa ensihoidossa.



Kuvio 3. Tulokset hoitotilanteen miellyttävydestä sairaalan ulkopuolisessa ensihoidossa.

Tulokset ambulanssihenkilöstön auttamishalusta ovat hyvät. Tähän kysymykseen vastasi 25, ja heistä 17, eli 68 %, koki sen hyväksi (Kuvio 4).



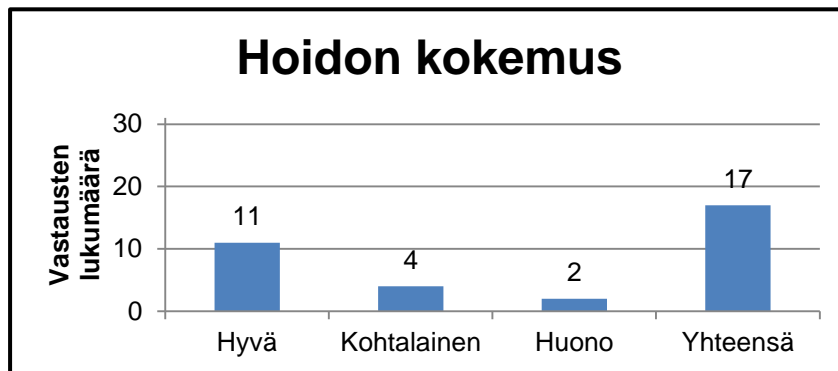
Kuvio 4. Tulokset ambulanssihenkilökunnan auttamishalusta.

Sanalliseen kysymykseen ambulanssihenkilöstön psyykkisten ongelmien huomioimisesta vastattiin muutamassa lomakkeessa. Vastaajien mukaan ensihoitajilla pitäisi olla enemmän tietoa psyykkisistä ongelmista. Kahdessa kyselylomakkeessa toivottiin myös, että mielenterveyspotilaiden psyykkisestä voinnista kyseltäisiin tarkemmin heiltä itseltään.

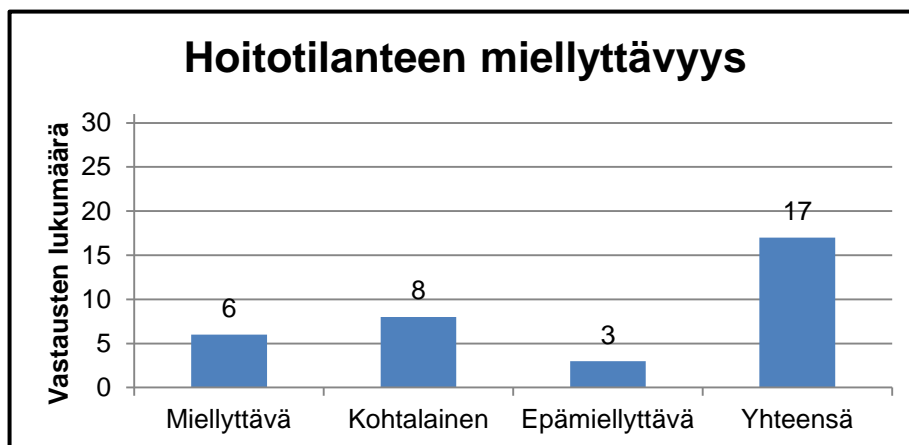
Avoimessa kysymyksessä, yleisesti liittyen ensihoitoon, kommentteja tuli laidaista laitaa. Kahdessa lomakkeessa vastaajat kokivat, että olivat saaneet hyvää hoitoa sairaalan ulkopuolisessa ensihoidossa, ja yhdessä lomakkeessa vastaaja oli kokenut, että häntä kohtaan oltiin oltu asiattomia. Yhdessä kyselylomakkeessa pyydettiin ottamaan huomioon psyykkisten ongelmien ilmeneminen erilaisessa ympäristössä, esimerkiksi ahdistuneisuutena ja jännittämisenä. Yleisesti toivottiin ensihoitohenkilöstöltä asiallista käytöstä, ja potilaiden huomioon ottamista.

### 11.3 Vastaajien kokemukset päivystyspoliklinikoista ja niissä tapahtuvasta hoidosta

Päivystyspoliklinikalla käymiseen vastattiin 27 kyselylomakkeessa, ja näistä vastauksista 17 oli kyllä-vastauksia. Niistä, jotka olivat viimeisen kolmen vuoden aikana käyneet päivystyspoliklinikalla, 11 vastaajaa eli 65 %, koki saaneensa hyvää hoitoa (Kuvio 5). Vastaajista 6, eli 35 %, koki että hoitotilanne oli miellyttävä. Lähes puolet, 47 %, koki hoitotilanteen miellyttävyyden kohtalaiseksi. (Kuvio 6)

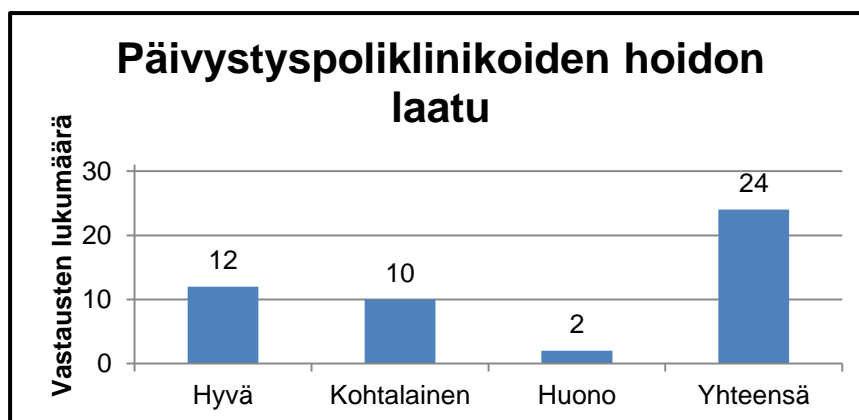


Kuvio 5. Tulokset koetusta hoidon laadusta päivystyspoliklinikoilla.



Kuvio 6. Tulokset hoitotilanteen miellyttävydestä päivystyspoliklinikoilla.

Kysymykseen vastaajien ajatuksista päivystyspoliklinikalla tapahtuvasta hoidosta vastasi 24 vastanneista. Heistä 12, eli 50 % pitää päivystyspoliklinikalla tapahtuvaa hoitoa hyvänä. (Kuvio 7)



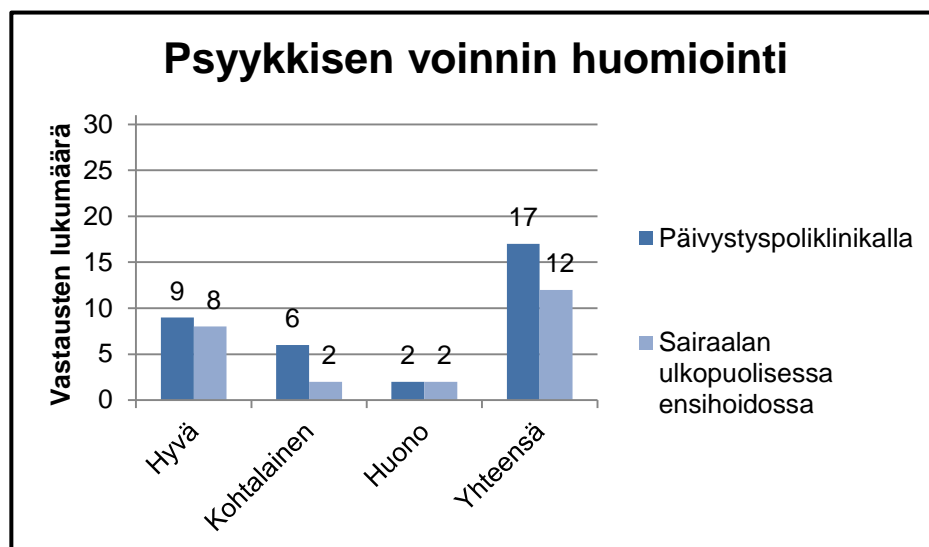
Kuvio 7. Tulokset hoidon laadusta päivystyspoliklinikoilla.

Sanalliseen kysymykseen psyykkisen voinnin huomioimisesta päivystyksessä vastattiin 11 kyselylomakkeessa. Vastausten mukaan psyykkinen vointi pitäisi huomioida paremmin, ja tätä pidettiin tärkeänä. Toivottiin, että toimenpiteistä päivystyspoliklinikalla kerrottaisiin enemmän ja selkeämmin, niin että potilaskin ymmärtäisi. Vastauksista ilmeni toivomus, ettei potilasta jätettäisi yksin, ja hänen luonaan käytäisiin usein kysymässä vointia.

Avoimessa sanallisessa kysymyksessä, liittyen yleisesti ensihoitoon, toivottiin päivystyspoliklinikoiden henkilökunnalle asiallisempaa käytöstä. Potilasta kohtaan käyttäytyminen oli jossakin tapauksessa ollut epäkunnioittavaa. Vastaajat toivoivat selkeämpiä ohjeita, ja odotusajan minimoimista. Kahdessa lomakkeessa vastaajat olivat tyytyväisiä saamaansa hoitoon.

#### 11.4 Tulokset psyykkisen voinnin huomioimisesta ensihoidossa

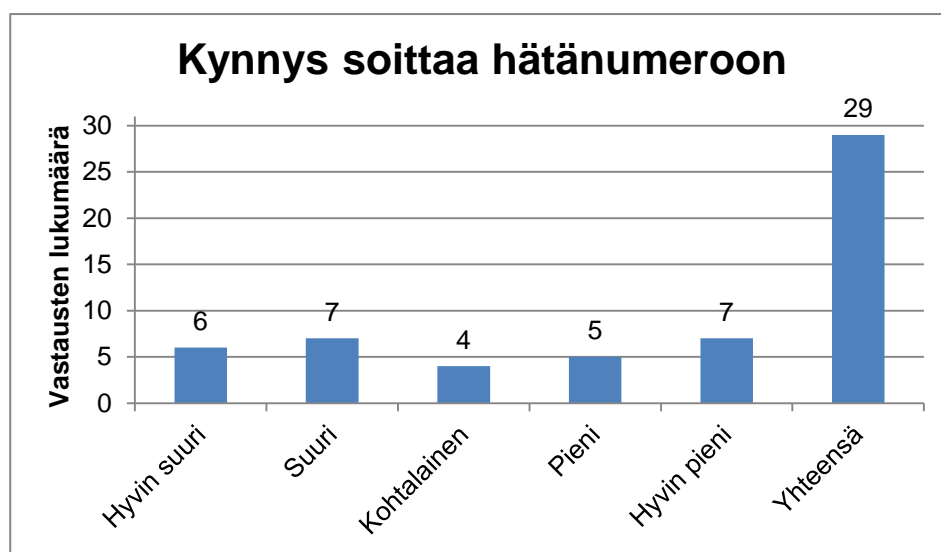
Sairaalan ulkopuolisen ensihoidon psyykkisen voinnin huomioimiseen vastasi 12, ja heistä 8, eli 67 %, piti sitä hyvänä. Päivystyspoliklinikoiden osalta psyykkisen voinnin huomioimiseen vastasi 17, joista 9, eli 53 %, piti sitä hyvänä. (Kuvio 8)



Kuvio 8. Tulokset psyykkisen voinnin huomioimisesta ensihoidossa.

### 11.5 Tulokset vastaajien kokemuksista hätänumeroon soittamisesta

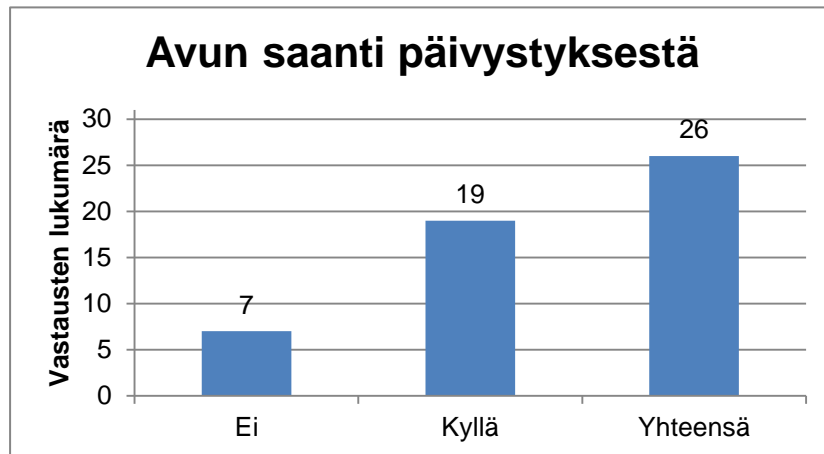
Hätänumeroon oli soittanut joskus 12 vastaajaa, eli 39 %. Tulokset hätänumeroon soittamisen kynnyksestä vaihtelivat. Hyvin suuren, tai suuren kynnyksen hätänumeroon soittamiseen koki yhteensä 45 % vastaajista, ja hyvin pienen, tai pienen kynnyksen, koki yhteensä 41 % vastaajista. (Kuvio 9) Kaikista vastaajista 27, eli 87 %, koki tietävänsä milloin kuuluu soittaa hätänumeroon.



Kuvio 9. Tulokset hätänumeroon soittamisen kynnyksestä.

### 11.6 Vastaajien kokemukset avun saamisesta päivystyspoliklinikoilta

Tulokset siitä, kokevatko mielenterveyspotilaat saavansa apua päivystyspoliklinikalta ilta- tai yöaikaan sitä tarvittaessa, ovat myönteisiä. Vastaajista 19, eli 73 %, koki että apua löytyy päivystyksestä ilta- tai yöaikaan. (Kuvio 10)



Kuvio 10. Tulokset avun saannista päivystyspoliklinikoilta virka-ajan ulkopuolella.

## 12 POHDINTA

### 12.1 Tutkimusprosessin tarkastelu

Aiheen valinta tässä opinnäytetyössä lähti tekijän omasta kiinnostuksesta mielenterveyspotilaita kohtaan. Jo keväällä 2012 mielenterveys- ja päihdehoitotyön ohjatun harjoittelun jaksolla Porin Klubitalo Sarastuksessa, opinnäytetyön tekijä kävi paljon keskusteluja mielenterveyskuntoutujien kanssa liittyen ensihoitoon, ja he kertoivat paljon omia kokemuksiaan, ja esille nousi niin positiivisia kuin negatiivisia kokemuksia. Jokaisella mielenterveyskuntoutujalla vaikutti olevan omaa kokemusta, tai mielipiteitä ensihoidosta sairaalan ulkopuolella, tai päivystyspoliklinikoilla. Ajatus tehdä opinnäytetyö tästä aiheesta lähti tuolloin kasvaamaan ja hahmottumaan tekijän mielessä. Aihe sai hitaasti lopullisen muotonsa, ja vuoden 2012 lopussa tekijä ehdotti aihetta ohjaavalle opettajalle. Alkuvuodesta 2013 varmistui Porin Klubitalo Sarastuksen suostuminen tilaajaksi tälle opinnäytetyölle.

Tammikuussa 2013 alkoi varsinainen opinnäytetyön työstäminen materiaalin etsimisellä. Hyvin pian tekijä huomasi, että Suomessa mielenterveyden ja ensihoidon yhteyttä oli tutkittu erittäin vähän. Potilaiden näkökulmasta tutkimuksia oli tehty vielä vähemmän. Tätä seurasi ulkomaisten lähteiden kartoittaminen, joita niitäkin löytyi valitettavan vähän. Tutkimusten vähyys vaikeutti ja hidasti omalta osaltaan opinnäytetyön tekemistä, ja tutkimusongelmien asettamista, koska näitä ei voitu pohjata aikaisempaan tutkimustietoon. Samalla heräsi myös kysymyksiä siitä, miksi aihetta ei ole tutkittu, vaikka se tuntuu olevan läsnä päivittäin sairaalan ulkopuolisessa ensihoidossa ja päivystyksissä.

Kirjallisuuskatsaus päädyttiin eriyttämään käsittelemällä aihetta mielenterveysongelmien, ensihoidon, ja potilaan kohtaamisen kannoilta. Lopullisessa muodossaan teoriatietoa on kirjallisuuskatsauksessa kattavasti, ja aihetta on käsitel-

ty tekijän mielestä tarpeeksi laaja-alaisesti, vaikka ei ole ollut mahdollista viitata ja pohjata teorian tiedon käsittelyä aikaisempiin tutkimuksiin. Opinnäytetyöprosessin aikana tekijälle heräsi ajatuksia siitä, olisiko aikaisempia tutkimustietoja pitänyt kartoittaa ennen opinnäytetyön aiheen lopullista päättämistä.

Alun perin opinnäytetyötä suunniteltaessa, oli tekijän tarkoitus tehdä tutkimus useammassa Klubitalossa, jotta saataisiin vertailevaa tietoa eri Klubitalojen, kaupunkien ja sairaanhoitopiirien välille. Asiaa selvitettiin Salon Klubitalon ja Naantalin Karvetin Klubitalon kanssa, mutta heillä ei ollut resursseja, tai halukkuutta osallistua opinnäytetyöhön. Jos tutkimus olisi ollut mahdollista toteuttaa useammassa Klubitalossa, olisivat tutkimustulokset mahdollisesti olleet luotettavampia, ja eri kaupunkien mielenterveyskuntoutujien vastauksia olisi voitu verrata keskenään. Tutkimus kuitenkin toteutettiin vain Porin Klubitalo Sarastuksessa, näytteeksi valikoituivat ne mielenterveyskuntoutujat, jotka halusivat tai kykenivät vastaamaan kyselyyn.

Tutkimuksen tekeminen aloitettiin suunnitelmavaiheessa keväällä 2013 kirjallisuuskatsauksen tekemisellä. Teorian tiedon keräämistä jatkettiin vielä syksyllä 2013. Kesän 2013 aikana tekijä työsti kyselylomaketta yhteistyössä tilaajan, Porin Klubitalo Sarastuksen kanssa. Haastavinta kyselylomakkeen tekemisessä oli kysymysten aiheiden määrittäminen ja asettelu. Ensimmäinen ajatus kyselylomakkeesta oli, että sen tulisi olla yksinkertainen, jotta mahdollisimman moni mielenterveyskuntoutuja kykenisi siihen vastaamaan. Kyselylomakkeen kysymykset hahmottuivat lopulliseen muotoonsa osin tekijän omien ajatusten, tilaajan toiveiden ja teorian tiedon pohjalta. Yhteistyö tilaajan kanssa sujui koko opinnäytetyöprosessin ajan hyvin, ja tekijä sai tilaajalta tarvittaessa apua.

## 12.2 Tutkimustulosten tarkastelu ja johtopäätökset

Opinnäytetyön tulokset on saatu kyselylomakkeen vastauksien perusteella. Tuloksia kartoittaessa tekijä huomasi, että asioita olisi voitu kysyä eri tavalla, näin tutkimustulokset olisivat voineet olla tarkempia ja kattavampia. Esimerkkinä se, kun vastaaja vastasi kysymykseen kokeneensa hoidon huonoksi, tähän olisi voitu lisätä tarkentava kysymys siitä, miksi vastaaja oli kokenut tilanteen tällä tavalla. Näin olisi saatu tietoa siitä, miten hoitoa voitaisiin mahdollisesti parantaa.

Tuloksista käy ilmi, että noin puolet vastaajista oli ollut tekemisissä sairaalan ulkopuolisen ensihoidon kanssa viimeisen kolmen vuoden aikana. Yli puolet vastaajista piti hoidon kokemuksta hyvänä. Kuitenkin joukosta löytyi 2 vastaajaa, eli tästä otoksesta yksi kuudesosa, jotka pitivät hoitoa huonona. Yleistettynä asia ei näytä kovin valoisalta. Mitä siis voidaan tehdä sairaalan ulkopuolisessa ensihoidossa paremmin, jotta tätä lukua saadaan pienennettyä? Hoitotilannetta epämiellyttävänä piti vain yksi vastaaja, eli vajaa kymmenesosa vastaajista.

Mielenterveyskuntoutujat toivoivat vastauksissaan, että sairaalan ulkopuolisessa ensihoidossa potilaan voinnista kyseltäisiin enemmän suoraan heiltä itseltään. Kysyttäessä he voisivat kertoa, mitä heidän mielessään tapahtuu ja tämä voisi helpottaa heidän oloaan. Samalla tietoa ensihoitohenkilöstölle erilaisista psyykkisistä ongelmista toivottiin lisää. Tällä edesautettaisiin sitä, että ensihoitohenkilöstö osaisi kysellä oikeanlaisia kysymyksiä, kun tiedetään, mitä kyseinen psyykinen sairaus tekee potilaan mielelle. Esimerkiksi skitsofreniaa sairastavalla potilaalla voi olla harhaluuloja siitä, että joku kertoo heille mitä heidän pitäisi tehdä itselleen tai muille.

Päivystyspoliklinikan osalta tulokset ovat melko samankaltaisia, kuin sairaalan ulkopuolisessa ensihoidossa. Suurin osa vastaajista koki saamansa hoidon hyväksi, mutta jälleen kaksi vastaajaa koki hoidon huonona. Suurempi ero sairaalan ulkopuoliseen ensihoitoon tulee hoitotilanteen miellyttävyydessä. Suurin osa vastaajista koki hoitotilanteen miellyttävyyden kohtalaiseksi. Kuitenkin kolme vastaajaa koki hoitotilanteen epämiellyttäväksi ja tämä osuus on suurempi kuin sairaalan ulkopuolisessa ensihoidossa. Kun mietitään, mistä tämä voisi johtua, nousee esiin muutamia seikkoja. Ensimmäisenä mieleen tulee päivystyspoliklinikoiden pitkät odotusajat, jotka voivat tuntua potilaan näkökulmasta sietämättömiltä, jos kärsii esimerkiksi harhaluuloista. Päivystyspoliklinikoiden rauhaton ilmapiiri, potilasmäärät ja vaihtuva henkilökunta, voivat tuntua psyykkisistä ongelmista kärsivästä ahdistavalta.

Avoimessa kysymyksessä nousi esiin asioita joita voitaisiin parantaa päivystyspoliklinikoilla. Mahdollisuuksien mukaan toivottiin odotusajan lyhenemistä, potilaan parempaa informoimista ja sitä, että potilasta ei jätettäisi istumaan yksin aulaan tai hoituhuoneeseen pitkiksi ajoiksi. Näiden tietojen ja vastausten pohjalta voidaan päivystyspoliklinikoiden hoitajille ohjeistukseksi antaa ratkaisu potilaan parempaan hoidon kokemukseen, ja hoitotilanteen sujuvuuteen. Potilaat toivoivat selkeitä ohjeita ja sitä, että kerrottaisiin miten pitkään potilas joutuu odottamaan. Potilas voitaisiin ohjata mahdollisuuksien mukaan hoituhuoneeseen, jossa hän saisi odottaa rauhassa. Lisäksi jos hänellä on saattaja mukana, se voisi helpottaa tilannetta hoitajan kannalta, mutta jos näin ei ole, olisi hoitajan hyvä mahdollisimman usein käydä kysymässä potilaan vointia.

Psyykkisen voinnin huomiointia ensihoidossa sairaalan ulkopuolella, ja sairaalan päivystyspoliklinikoilla pidettiin tuloksissa pääosin hyvänä tai kohtalaisena. Kuitenkin tähän kysymykseen löytyi niin sairaalan ulkopuolisesta, kuin päivystyspoliklinikoilla tapahtuvasta ensihoidosta kaksi vastaajaa, jotka olivat kokeneet psyykkisen voinnin huomioinnin huonona. Tähän on voinut vaikuttaa poti-

laan tulosyypäivystykseen, tai sairaalan ulkopuolisen ensihoidon tarve, jos se ei ole liittynyt psyykkiseen vointiin, vaan kyseessä on ollut esimerkiksi tapaturma. Muut asiat, jotka ovat voineet vaikuttaa huonoon psyykkiseen vointiin huomioimiseen, ovat voineet olla esimerkiksi kiire päivystyspoliklinikoilla, kokematon henkilöstö sairaalan ulkopuolisessa ensihoidossa, sekä potilaan hankala tai epätarkoituksenmukainen käytös.

Tuloksia saatiin myös hätänumeroon soittamisesta. Suurin osa vastaajista sanoi tietävänsä, milloin hätänumeroon kuuluu soittaa. Tämä on hyvä tieto siinä mielessä, että kun apua tarvitaan, soitto hätänumeroon on välttämätön, että hoitoketju saadaan liikkumaan. Kynnystä hätänumeroon soittamiseen tutkittiin myös, ja tässä vastaukset hajaantuivat täysin. Tämän perusteella voitaisiin olettaa, että kynnys soittaa hätänumeroon on kiinni ihmisestä itsestään, eikä välttämättä ole yhteydessä psyykkisiin ongelmiin. Tätä täytyisi tutkia kuitenkin muilla, kuin psyykkisistä ongelmista kärsivillä, jotta asiasta voitaisiin olla varmoja.

Päivystyksestä apua koki saavansa virka-ajan ulkopuolella reilut kaksi kolmasosaa vastaajista. Vajaa kolmasosa ei kuitenkaan kokenut saavansa apua virka-ajan ulkopuolella sitä tarvitessaan. Tähän tulokseen voi vaikuttaa kiire päivystyspoliklinikoilla, kokemattomat lääkärit ja hoitajat, tai yöaikaan henkilökunnan vähyys. Virka-ajan ulkopuolella psykiatrin konsultointi on vaikeaa, ellei mahdollonta. Vaihtoehtoja potilaan hoitopaikoiksi tai psyykkisen voinnin kartoittamiseen on vähemmän.

Yhteenvedona tuloksista voidaan todeta, että pääosin hoitoa ja psyykkisen voinnin huomiointia pidettiin sairaalan ulkopuolisessa ensihoidossa ja päivystyspoliklinikoilla hyvänä. Kehitettävää on potilaiden psyykkisen voinnin kysymisessä ja päivystyspoliklinikoiden toiminnassa. Mielenterveyspotilaat toivovat tasearvoista kohtelua, ja heidän psyykkisen vointinsa huomioimista.

### 12.3 Opinnäytetyön hyödynnettävyys sekä jatkotutkimusehdotukset

Tämän opinnäytetyön tuloksia voitaisiin mahdollisesti hyödyntää jatkossa ensihoidossa niin sairaalan ulkopuolella, kuin sairaalan päivystyspoliklinikoilla. Henkilökunta voisi myös pyrkiä kohtelemaan mielenterveyspotilaita tasavertaisemmin, ja ottamaan heidän psyykkiset ongelmansa paremmin huomioon. Sairaalan ulkopuolisessa ensihoidossa henkilökunta voisi pyrkiä ottamaan psyykkisen voinnin huomioon muissakin tilanteissa, kuin psyykkisissä ongelmissa, erityisesti jos potilaalla on taustalla psyykkisiä sairauksia.

Jatkossa aihetta voitaisiin tutkia laajemmin, ja samalla ottaa tutkimukseen mukaan myös se, miten erilaiset psyykkiset sairaudet vaikuttavat ensihoidon kokemiseen. Vaikuttaako sairauden vaihe ensihoidon kokemiseen voitaisiin myös tutkia. Mielenkiintoinen tutkimusasetelma olisi myös tehdä vertaileva tutkimus mielenterveyspotilaista ja ensihoidon henkilöstöstä. Tämä voitaisiin toteuttaa siltä kannalta, kuinka mielenterveyspotilaat kokevat ensihoitotilanteet, ja vastaavasti kuinka ensihoitohenkilöstö kokee hoitotilanteet, joissa he kohtaavat mielenterveyspotilaita. Koska mielenterveyshäiriöiden ja ensihoidon yhteyttä on tutkittu niin vähän, jatkotutkimusmahdollisuuksia on monia.

## LÄHTEET

Asetus sairaankuljetuksesta 28.6.1994/565.

Browne, V.; Knott, J.; Dakis, J.; Fielding, J.; Lyle, D.; Daniel, C.; Bruce, M. & Virtue, E. Improving the care of mentally ill patients in a tertiary emergency department: development of a psychiatric assessment and planning unit. 2011. Viitattu 27.3.2013. (CINAHL-tietokanta). <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=f0b2e354-2c7f-4134-b14c-1d79f049af06%40sessionmgr104&vid=4&hid=117>

Clubhouse international. 2013a. History. Viitattu 29.10.2013. <http://www.iccd.org/history.html>

Clubhouse International. 2013b. About us. Viitattu 29.10.2013. <http://www.iccd.org/about.html>

Clubhouse International. 2013c. Clubhouse Europe. Viitattu 4.11.2013. [http://www.iccd.org/european\\_partnership.html](http://www.iccd.org/european_partnership.html)

Etelälahti, T. (2013) Ensihoidon palvelutaso. Teoksessa Kuisma, M.; Holmström, P.; Nurmi, J.; Porthan, K.; & Taskinen, T. (Toim.) Ensihoito. 3. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 33-34.

Finés, P. & Johansen, H. Acute care hospital days and mental diagnoses. 2012. Health Reports. Viitattu 27.3.2013 <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-003-x/2012004/article/11761-eng.htm>

Gissler, M. & Wahlbeck, K. 2011. Mielenterveyspotilaiden elinajanodote kasvaa Pohjoismaissa. THL. Viitattu 16.11.2013. [http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/fi/tiedote?id=25692](http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tiedote?id=25692)

Haho, A. 2009. Asiakkaan ja potilaan kohtaaminen. Sairaanhoidaja-lehti 8/2009. Viitattu 30.10.2013. [http://www.sairaanhoidajaliitto.fi/ammattilliset\\_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoidaja-lehti/8\\_2009/etiikka/asiakkaan\\_ja\\_potilaan\\_kohtaamine/](http://www.sairaanhoidajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoidaja-lehti/8_2009/etiikka/asiakkaan_ja_potilaan_kohtaamine/)

Hiltunen, K-M & Pietilä, K. 2003. Sairaalan ulkopuolella tapahtuvan ensihoidon ja sairaankuljetuksen toimintaohje Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä. Tampere: Tampereen Yliopistopaino oy.

Huttunen, M. Mielenterveydenhäiriöt. 2008. Lääkkeet mielen hoidossa. Viitattu 25.3.2013. [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=lam00002](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lam00002)

Huttunen, M. 2013a. Lääkärikirja Duodecim; Skitsofrenia. Viitattu 18.10.2013. [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00148](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00148)

Huttunen, M. 2013b. Lääkärikirja Duodecim; Masennus. Viitattu 18.10.2013. [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00389](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00389)

Huttunen, M. 2013c. Lääkärikirja Duodecim; Kaksisuuntainen mielialahäiriö. Viitattu 18.10.2013. [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00378](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00378)

Kaksisuuntainen mielialahäiriö. 2013. Viitattu 5.11.2013. <http://www.bipoinfo.fi/kaksisuuntainen-mielialahairio/mikae-on-kaksisuuntainen-mielialahaeirioe>

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. Tutkimus hoitotieteessä. 2010. WSOYpro. 41-42, 79-80, 87-88, 100, 131, 152-153, 156, 172-177.

Kempainen, M. (2013) Potilaan vastaanottaminen päivystyksessä. Teoksessa Kuisma, M.; Holmström, P.; Nurmi, J.; Porthan, K.; & Taskinen, T. (Toim.) Ensihoito. 3. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 92-95.

Klubitalo Sarastus. Tukiranka ry. 2013. Viitattu 9.5.2013. <http://www.tukiranka.fi/sarastus/index.html>

Käypä hoito-suositus. Depressio. 2010. Viitattu 27.3.2013.  
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50023>

Laaksonen, K. & Paltta, H. 2008. Sairaanhoidajakoulutuksen osaamisvaatimukset päivitettiin. Sairaanhoidaja-lehti 6-7/2008. Viitattu 13.11.2013.  
[http://www.sairaanhoidajaliitto.fi/ammattilliset\\_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoidaja-lehti/6-7\\_2008/muut\\_artikkelit/sairaanhoidajakoulutuksen\\_osaami/](http://www.sairaanhoidajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoidaja-lehti/6-7_2008/muut_artikkelit/sairaanhoidajakoulutuksen_osaami/)

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559.

Lepola, U.; Koponen, H.; Leinonen, E.; Joukamaa, M.; Isohanni, M.; Hakola, P. 2002. Psykiatria. 1., painos. Helsinki: WSOY.

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

Lönnqvist, J. 2005. Mielenterveyden ongelmat. Terveyskirjasto. Viitattu 5.11.2013.  
[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=suo00028#s1](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00028#s1)

Määttä, T. (2013) Ensihoitopalvelun organisointi. Teoksessa Kuisma, M.; Holmström, P.; Nurmi, J.; Porthan, K.; & Taskinen, T. (Toim.) Ensihoito. 3. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 14, 17, 23-25.

Opetusministeriö. 2006. Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon. Koulutuksesta valmistuvien ammatillinen osaaminen, keskeiset opinnot ja vähimmäisopinnot. Viitattu 13.11.2013.  
<http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Julkaisut/2006/liitteet/tr24.pdf?lang=fi>

Oulton, J.; Dayrit, M. & Saraceno, B. Atlas: Nurses in mental health 2007. World Health Organization. 2007. Viitattu 9.5.2013.  
[http://www.who.int/mental\\_health/evidence/nursing\\_atlas\\_2007.pdf](http://www.who.int/mental_health/evidence/nursing_atlas_2007.pdf)

Panula, O. & Rintala, A. Mielenterveyspotilas sydänpotilaana. 2012. Metropolia ammattikorkeakoulu. Viitattu 27.3.2013.  
<https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/43566/Mielenterveyspotilas%20sydanpotilaana.pdf?sequence=1>

Psykiatrinen erikoissairaanhoito 2011. Suomen virallinen tilasto, Terveys 2013. THL. Viitattu 9.5.2013. [http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/fi/tilastot/aiheittain/erikoissairaanhoito/psykiatrinen](http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tilastot/aiheittain/erikoissairaanhoito/psykiatrinen)

Satakunnan Sairaanhoidopiiri. 2013. Henkilökunta. Viitattu 10.11.2013.  
[http://www.satshp.fi/portal/page?\\_pageid=105,159597&\\_dad=wportal&\\_schema=WPORTAL&p\\_calledfrom=1](http://www.satshp.fi/portal/page?_pageid=105,159597&_dad=wportal&_schema=WPORTAL&p_calledfrom=1)

Sillanpää, K. (2013) Äkillinen sairastuminen potilaan näkökulmasta. Teoksessa Kuisma, M.; Holmström, P.; Nurmi, J.; Porthan, K.; & Taskinen, T. (Toim.) Ensihoito. 3. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 748 - 750.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus ensihoitopalvelusta 6.4.2011/340.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2013. Ensihoito. Viitattu 10.11.2013.  
[http://www.stm.fi/sosiaali\\_ja\\_terveyspalvelut/terveyspalvelut/ensihoito](http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/terveyspalvelut/ensihoito)

Suomen Fountain House – Klubitalojen verkosto ry. 2013a. Kansainvälisyys. Viitattu 29.10.2013. <http://www.fh-klubitalot.fi/kansainvalisyys.html>

Suomen Fountain House – Klubitalojen verkosto ry. 2013b. Toiminta. Viitattu 29.10.2013. <http://www.fh-klubitalot.fi/index.html>

Suomen Fountain House – Klubitalojen verkosto ry. 2013c. Klubitalotietoa. Viitattu 29.10.2013.  
<http://www.fh-klubitalot.fi/klubitalotietoa.html>

Suomen lääkäriliitto. 2013. Helsingin julistus. Viitattu 28.10.2013.  
<http://www.laakariliitto.fi/liitto/etiikka/helsingin-julistus/>

Turunen, V. 2012. Täsmennystä pätevyyyksiin. Tehy-lehti 2/2012. Viitattu 10.11.2013.  
<http://www.tehy.fi/tehy-lehti/2012/2-2012/tasmennysta-patevyyksiin/>

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2013. Toiminta. Viitattu 29.10.2013.  
<http://www.tenk.fi/fi/toiminta>

Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta. 2013. Viitattu 29.10.2013.  
<http://www.etene.fi/fi>

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri. 2012. Ensihoidon pätevyysvaatimukset vuonna 2013. Viitattu 10.11.2013.  
<http://www.vsshp.fi/fi/1608/58825/>

World Medical association. 2013. Declaration of Helsinki. Viitattu 28.10.2013.  
<http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1760318>

Wright, K. & McGlen, I. Mental health emergencies: using a structured assessment framework. 2012. Nursing standard. Viitattu 27.3.2013. (OVID-tietokannat). [http://ovidsp.uk.ovid.com/sp-3.8.1a/ovidweb.cgi?&S=GIHDPDHMDMHFPKILFNOKCDOFCKEOAA00&Link+Set=S.sh.39%7c2%7csl\\_10](http://ovidsp.uk.ovid.com/sp-3.8.1a/ovidweb.cgi?&S=GIHDPDHMDMHFPKILFNOKCDOFCKEOAA00&Link+Set=S.sh.39%7c2%7csl_10)

## Liite 1

### Kyselylomake liittyen opinnäytetyöhön 2013

Opinnäytetyön aiheena on mielenterveyspotilaiden kokemukset ensihoidosta, tarkoittaen kokemuksia ambulanssihenkilöstön suhtautumisesta sekä annetusta hoidosta ja päivystyspoliklinikalla tapahtuvasta hoidosta.

Vastauksien perusteella etsitään keinoja kehittää ensihoitajien toimintaa.

Jokainen vastaus on tärkeä.

Vastaa niihin kysymyksiin joihin voit vastata.

Vastaukset käsitellään luottamuksellisesti ja nimettömästi.

Henriikka Salonoja, ensihoitajaopiskelija (AMK)

Ympyröi tai rastita sopiva vastaus. 😊= hyvä 😐                      😞=huono

Oletko Nainen / Mies?

Oletko iältäsi alle 25 -vuotias / 25- 40 -vuotias / 40-55 -vuotias / yli 55 -vuotias ?

Mikä on kotikuntasi? \_\_\_\_\_

Oletko ollut ambulanssihenkilöstön kanssa tekemisissä viimeisen kolmen vuoden aikana?

Kyllä              Ei

Millaiseksi koit saamasi hoidon?                      😊                      😐                      😞

Otettiinko psyykkinen vointisi huomioon?                      😊                      😐                      😞

Oliko hoitotilanne

1=miellyttävä                      2                      3=epämiellyttävä

Oletko käynyt terveyskeskuksen tai sairaalan päivystyspoliklinikalla viimeisen kolmen vuoden aikana?

Kyllä      Ei

Millaiseksi koit saamasi hoidon?



Otettiinko psyykkinen voitisi huomioon?



Oliko hoitotilanne mielestäsi

1=miellyttävä

2

3=epämiellyttävä

Oletko joutunut soittamaan numeroon 112?

Kyllä

Ei

Mitä ajattelet ambulanssihenkilökunnan auttamishalusta?



Mitä ajattelet päivystyspoliklinikalla tapahtuvasta hoidosta?



Kuinka suuri kynns sinulle olisi tällä hetkellä soittaa ambulanssi?

1= hyvin suuri

2

3

4

5=hyvin pieni

Jos tarvitset terveydenhuoltopalveluita, esim. lääkäriä, ilta- tai yöaikaan, koetko että saat apua päivystyksestä?

Kyllä      Ei

Koetko että tiedät milloin kuuluu soittaa numeroon 112?      Kyllä      Ei

Haluaisitko saada siitä lisää tietoa?      Kyllä      Ei

Pitäisikö ambulanssihenkilöstön ottaa psyykkiset ongelmasi paremmin huomioon? Miten?

---

---

---

Haluaisitko että psyykkinen vointisi huomioitaisiin päivystyksessä? Miten?

---

---

---

Ajatuksia ja kommentteja liittyen ensihoitoon tai päivystyspoliklinikoihin:

---

---

---

Kiitos vastauksestasi!