



SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU
SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Jonne Parkkonen & Miika Raunio

Hoitajien kokemuksia kiireettömissä mielenterveyshälytyksissä

Opinnäytetyö

Kevät 2021

SeAMK Sosiaali- ja terveysala
Sairaanhoitajan tutkinto-ohjelma



SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU

Opinnäytetyön tiivistelmä

Koulutusyksikkö: SeAMK Sosiaali- ja terveysala

Tutkinto-ohjelma: Sairaanhoidaja (AMK)

Tekijä(t): Jonne Parkkonen & Miika Raunio

Työn nimi: Hoitajien kokemuksia kiireettömissä mielenterveyshälytyksissä

Ohjaaja: Niina Keskinen, TtM, lehtori & Kirsi Kivistö-Rahnasto, TtM, lehtori

Vuosi: 2021

Sivumäärä: 31

Liitteiden lukumäärä: 3

Kiireettömät hälytystehtävät sitovat yhä enemmän resursseja samalla ensihoidon palveluiden kasvaessa. Potilaan turhia kuljetuksia ja päivystyskäyntejä pyritään vähentämään kiireettömissä mielenterveyshälytyksissä kehittämällä uusia palvelupolkuja ja hyödyntämällä teknologiaa. Tämän opinnäytetyön tarkoitus on kuvata alue-ensihoitajien ja Y-tiimin psykiatristen hoitajien kokemuksia kiireettömissä mielenterveyshälytyksissä. Opinnäytetyössä kuvataan hoitajien kokemuksia ja toiminnan parannusehdotuksia pilottijakson ajalta, joka käynnistettiin 27.5.2019 ja loppui 31.12.2019. Y-tiimin ja alue-ensihoitajien toimialue oli Ilmajoki, Seinäjoki ja Lapua. Hoitajien kokemuksia ja parannusehdotuksia voidaan hyödyntää toiminnan vakiinnuttamiseen ja kehittämiseen Etelä-Pohjanmaan alueella.

Opinnäytetyö toteutettiin laadullisena opinnäytetyönä, ja siinä käytettiin puolistrukturoitua kyselylomaketta, joka toteutettiin Webropol-ohjelmalla. Kysymykset lähetettiin kuudelle (n=6) alue-ensihoitajalle ja viidelle (n=5) Y-tiimin psykiatriselle sairaanhoitajalle. Vastauksia määräraikaan mennessä saatiin yhdeksän (N=9). Aineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä.

Opinnäytetyön tuloksena oli potilaasta saatujen esitietojen tärkeys, hoitotyön laadun varmistaminen, hoitajien hyvinvoinnin ja turvallisuuden takaaminen sekä potilaan jatkohoidon turvaaminen. Parannusehdotuksina nousivat esiin työvälineiden ja varusteiden parantaminen, työmenetelmien kehittämistarvetta ja uusien toimintatapojen kokeilua sekä yhteistyön parantamista työntekijöiden, verkostojen ja palveluntuottajien kanssa.

Tämän opinnäytetyön tuloksista voidaan päätellä, että mielenterveyspotilaan kohtaaminen ja hoitaminen voi olla haasteellista varsinkin hänen omassa asuinympäristössään. Mielenterveyspotilaan oikeanlainen jatkohoito vaatii eri verkostojen parempaa yhteistyötä. Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää toiminnan kehittämisessä ja laajentamisessa.

¹ Asiasanat: mielenterveys, kiireetön mielenterveyshälytys, kokemuksia, Y-tiimi, parannusehdotuksia

SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Thesis abstract

Faculty: Seinäjoki University of applied sciences

Degree programme: Bachelor's degree Programme in Health Care, Nursing

Author/s: Jonne Parkkonen & Miika Raunio

Title of thesis: Nurses' experiences in non-urgent mental health alerts

Supervisor(s): Niina Keskinen, MNSc, Senior Lecturer & Kirsi Kivistö-Rahnasto, MNSc, Senior Lecturer

Year: 2021

Number of pages: 31

Number of appendices: 3

Non-urgent alert tasks are binding more and more resources at the same time as emergency care services are growing. The aim is to reduce unnecessary patient transport and emergency visits in non-urgent mental health alerts by developing new service paths and utilizing technology. The purpose of this thesis is to describe the experiences of area paramedics and Y-team psychiatric nurses in non-urgent mental health alerts. The thesis describes the nurses' experiences and suggestions for improving operations during the pilot period, which was started on 27 May 2019 and ended on 31 December 2019. The business areas of the Y-team and area paramedics were Ilmajoki, Seinäjoki and Lapua. The nurses' experiences and suggestions for improvement can be utilized to consolidate and develop operations in the Southern Ostrobothnia region.

The thesis was carried out as a qualitative study and used a semi-structured form interview conducted with the Webropol program. Questions were sent to six (n=6) area paramedics and five (n=5) Y-team psychiatric nurses. Nine responses were received by the deadline (N=9). The results were analysed by inductive content analysis.

The result of the thesis was that the importance of preliminary information about the patient, ensuring the quality of nursing work, guaranteeing the well-being and safety of nurses, and securing the patient's follow-up care were emphasized. Suggestions for improvement included improving tools and equipment, the need to develop working methods and experimenting with new ways of working, and improving cooperation with workers, networks and service providers.

From the results of this thesis, it can be concluded that meeting and caring for a mental health patient can be challenging, especially in his or her own living environment. Proper follow-up care for a mental health patient requires better collaboration between different networks. The results of the thesis can be utilized in the development and expansion of activities.

¹ Keywords: mental health, non-urgent mental health alert, experiences, Y-team, suggestions for improvement

SISÄLTÖ

Opinnäytetyön tiivistelmä	1
Thesis abstract	2
SISÄLTÖ	3
1 JOHDANTO	5
2 MIELENTERVEYSPOTILAAN HOIDON TARPEEN ARVIO ENSIHOIDOSSA	6
2.1 Suomen ensihoitojärjestelmä	6
2.2 Kiireetön mielenterveyshälytys	6
2.3 Yhteispäivystyksen psykiatrinen sairaanhoitaja ja alue-ensihoitaja	7
2.4 Hoidon tarpeen arvio	8
3 MIELENTERVEYSPOTILAAN HOITOTYÖ	10
3.1 Mielenterveystyö	10
3.2 Mielenterveyspotilaan kohtaaminen	11
4 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE JA TARKOITUS	14
5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	15
5.1 Tutkimusmenetelmä	15
5.2 Aineiston analyysi	15
6 TULOKSET	17
6.1 Taustatiedot	17
6.2 Kokemukset kiireettömissä mielenterveyshälytyksissä	17
6.2.1 Esitietojen tärkeys	17
6.2.2 Laadukas hoitotyö	18
6.2.3 Hoitajan hyvinvoinnin turvaaminen	19
6.2.4 Potilaan jatkohoidon turvaaminen	20
6.3 Kehittämissuhteet	21
6.3.1 Työvälineiden ja varusteiden parantaminen	21
6.3.2 Työmenetelmien kehittämistarve	21
6.3.3 Yhteistyön kehittäminen	22

7 POHDINTA.....	23
7.1 Tulosten tarkastelu	23
7.2 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus	25
7.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet.....	27
LÄHTEET	29
LIITTEET	31

1 JOHDANTO

Ensihoidon palveluiden tarve kasvaa ja kiireettömien hälytystehtävien on todettu sitovan yhä enemmän resursseja. Ensihoidon kiireettömien potilaiden palvelupolkuja kehitetään teknologian ja uusien palvelumallien avulla, jotka voivat vähentää turhia kuljetuksia ja päivystyskäyntejä (Ervasti ym. 2019). Ensihoidon hoitaessa kiireettömän mielenterveyshälytyksen tehtävää ambulanssihenkilökunta useimmiten kuljettaa potilaan yhteispäivystykseen ilman, että he tekevät hoidon tarpeen arviointia kohteessa (Raunio 2019). Laajan ympärivuorokautisen päivystyksen yksikön, yhteispäivystyksen, tehtäviin kuuluu päivystyksellinen psykiatrinen hoidontarpeen arvio ja tarvittaessa hoitoon ohjaus (A 24.8.2017/583). Yhteispäivystyksessä lääkäri tekee hoidon tarpeen arvioinnin, ja noin 75 %:ssa tapauksista potilas palaa kotiin sen jälkeen, kun jatkohoito on selvillä (Raunio 2019).

Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin yhteispäivystyksen ja ensihoidon yhteistyönä aloitettiin kokeilu alue-ensihoitajien ja Y-tiimin psykiatristen sairaanhoitajien työskentely työparina kiireettömissä mielenterveyshälytyksissä. Kokeilu käynnistettiin pilottijaksolla 27.5.2019–31.12.2019, jatkuen sen jälkeen toistaiseksi. Ajatuksena oli, että psykiatrian asiantuntija voi tehdä hoidon tarpeen arvioinnin potilaan kotona, jolloin potilaat ohjautuvat nopeammin ja tehokkaammin tarpeen mukaisiin palveluihin ja jatkohoitoon. Ensivasteyksikön resurssi voidaan tuolloin myös paremmin kohdentaa kiireellisempiin hälytystehtäviin. Toimintamalli on Etelä-Pohjanmaalla ja myös valtakunnallisesti uutta, joten toiminnan tuloksellisuutta ja toimivuutta halutaan selvittää monipuolisesti muun muassa tilastojen ja erilaisten arviointitutkimusten avulla (Raunio 2019.)

Työn arkipäivissä kertyvä kokemuksellinen tieto jää kehittämisenäkökuilmasta usein hyödyntämättä. Tietoa kertyy kollektiivisina ja yksilöllisinä kokemuksina ja ajatuksina työntekijöille ja työyhteisöille. Tutkimuksen avulla se on tuotettavissa tiedoksi, joka lisää tieteellistä ymmärrystä ja jota voidaan hyödyntää työn arvioinnissa ja kehittämisessä (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 20). Tässä opinnäytetyössä tarkoituksena on kuvata kiireettömien mielenterveyshälytysten toteutumista Etelä-Pohjanmaan ensihoidon alueella alue-ensihoitajien ja psykiatristen sairaanhoitajien näkökuilmasta. Tavoitteena on saada tietoa työntekijöiden kokemuksista kiireettömien mielenterveyshälytysten hoitamisesta.

2 MIELENTERVEYSPOTILAAN HOIDON TARPEEN ARVIO ENSIHOIDOSSA

2.1 Suomen ensihoitojärjestelmä

Sosiaali- ja terveysministeriö on vastuussa ensihoitoon liittyvän lainsäädännön valmistelusta. Se valvoo ja ohjaa ensihoidon toimintaa yleisellä tasolla. Ensihoitopalvelun järjestää sairaanhoitopiirit. Sairaanhoitopiirit joko itsenäisesti järjestävät ensihoitopalvelun tai järjestävät sen yhdessä toisen sairaanhoitopiirin kanssa. Sairaanhoitopiirillä on mahdollisuus myös ostaa ensihoitopalvelu muulta palveluntuottajalta tai toteuttaa se yhdessä pelastustoimen kanssa. (STM 2005.)

2.2 Kiireetön mielenterveyshälytys

Ensihoidon saaman tehtävän kiireellisyysluokka määritellään hätäpuhelun perusteella (STM 2005, 23). Tehtävuokan ja kiireellisyuden määrittelyssä hätäkeskus käyttää Erica-hätäkeskustietojärjestelmää (Hätäkeskuslaitos). Kiireellisyysluokat määritellään Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksessa ensihoitopalvelusta (A 585/2017) seuraavasti:

A-luokan tehtävä: Korkeariskiseksi arvioitu ensihoitotehtävä, jossa esi- tai tapahtumatietojen perusteella on syytä epäillä, että avuntarvitsijan peruselintoiminnot ovat välittömästi uhattuna.

B-luokan tehtävä: Todennäköisesti korkeariskinen ensihoitotehtävä, jossa avuntarvitsijan peruselintoimintojen häiriön tasosta ei kuitenkaan ole varmuutta.

C-luokan tehtävä: Avuntarvitsijan peruselintoimintojen tila on arvioitu vakaaksi tai häiriö lieväksi, mutta tila vaatii ensihoitopalvelun nopeaa arviointia.

D-luokan tehtävä: Avuntarvitsijan tila on vakaa, eikä hänellä ole peruselintoimintojen häiriötä, mutta ensihoitopalvelun tulee tehdä hoidon tarpeen arviointi.

D-luokan tehtävän tilannepaikan tavoittamisaika on kaksi tuntia. Ajan ylittyessä tulee tehdä tilannekohtaisesti uusi riskinarvio (STM 2005, 25). Tavoittamisaika määritellään viiveeksi

ensimmäisen ensihoidon yksikön saamasta hälytyksestä siihen, kun ensimmäinen yksikkö ilmoittaa olevansa kohteessa (A 585/2017). Kiireettömän mielenterveyshälytyksen tehtäväkoodi on D-785. Y-tiimi ja ensihoidon alue-ensihoitaja hoitavat kiireettömät mielenterveyshälytykset Ilmajoella, Seinäjoella ja Lapualla kello 8–22 välisenä aikana viikon jokaisena päivänä. Hätäkeskus välittää alue-ensihoitajalle hälytyksen, joka ottaa yhteyden Y-tiimiin. Y-tiimin sairaanhoitajalla ja alue-ensihoitajalla on kaksi tuntia aikaa saavuttaa kohde hälytyksen saatuaan. Y-tiimin sairaanhoitaja on matkan aikana yhteydessä avun tarvitsijaan tai hätäkeskukseen soittaneeseen henkilöön ja tekee puhelun aikana tilanne- ja riskiarvion. Kohteessa Y-tiimin sairaanhoitaja tekee hoidon tarpeen arvion ja alue-ensihoitaja tekee somaattisen tilan arvion. Hoitajat tekevät päätöksen jatkohoidosta kohteessa. Y-tiimin sairaanhoitaja konsultoi tarvittaessa psykiatrian päivystävää lääkäriä. (EPSH 2020, Y-tiimin tehtävänkuvaus.)

2.3 Yhteispäivystyksen psykiatrinen sairaanhoitaja ja alue-ensihoitaja

Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin Seinäjoen keskussairaala toimii laajan ympärivuorokautisen päivystyksen yksikkönä eli yhteispäivystysyksikkönä (EPSHP: Ensihoito). Valtioneuvoston asetuksen 583/2017 kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohteisista edellytyksistä neljännessä pykälässä määritellään, että tällaisessa yksikössä tulee olla eri erikoisalojen kuten akuuttilääketieteen, kardiologian, radiologian, lastentautien ja psykiatrian päivystyksen ja kiireellisen hoidon edellytykset ja osaaminen. Tätä varten yhteispäivystyksessä tulee olla tarvittava määrä osaavaa terveydenhuollon henkilöstöä (A 24.8.2017/583).

Psykiatrinen mielenterveyshoitotyö on hoitotyön erikoistumisalue. Psykiatriset mielenterveyshoitajat työskentelevät yksilöiden, perheiden, ryhmien ja yhteisöjen kanssa arvioiden heidän mielenterveystarpeitaan. Psykiatrinen sairaanhoitaja laatii hoitodiagnoosin ja hoitosuunnitelman, toteuttaa hoitotyötä ja arvioi sen tehokkuuden. (APNA, 2020.)

Yhteispäivystyksen psykiatriset sairaanhoitajat työskentelevät päivystyspoliklinikalla ja päivystysosastolla tarjoten oman erikoisalansa konsultointeja ja hoidon tarpeen arviointeja. Psykiatristen sairaanhoitajien tulee antaa jatkohoitosuosituksia potilasta hoitavalle lääkärille sekä tarvittaessa konsultoida oman erikoisalansa päivystävää lääkäriä jatkohoidon

suunnittelemiseksi. Psykiatrisilla sairaanhoitajilla on mahdollisuus ottaa potilaita tukikäynneille 1–3 kertaa mikäli esimerkiksi potilaan jatkohoito käynnistyy myöhemmin (EPSHP 2020, Y-tiimin tehtäväkuvaus).

Ensihoitaja on vastuussa potilaan kiireellisestä tilan arvioista ja ensihoidosta pääosin hoitolaitoksen ulkopuolella. Ensihoitajat arvioivat potilaan hoidon tarpeen tapahtumapaikalla. Ensihoitaja vastaa myös potilaan kuljettamisesta sopivaan hoitopaikkaan. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiriin ensihoitopalveluihin kuuluu ensihoidon ja terveydenhuollon ammattilaisia, johon kuuluvat ensi- ja sairaanhoitajia tai lähihoitajia. (EPSHP, ensihoito.)

Alue-ensihoitaja vahvistaa kotiin vietäviä palveluita ja tukee potilaiden kotona pärjäämistä akuutti- ja ensihoidon keinoin. Alue-ensihoitaja tekee itsenäisiä somaattisiin sairauksiin liittyviä hoidon tarpeen arviointeja ja aloittaa tarvittaessa välittömän hoidon. Alue-ensihoitaja antaa akuuttitilanteissa konsultaatioapua somaattisiin sairauksiin liittyen eri sidosryhmille kuten sosiaalitoimen, kotisairaanhoidon ja kotisairaalan henkilökunnalle (EPSHP: Alue-ensihoitajan tehtäväkuvaus, 2018.)

2.4 Hoidon tarpeen arvio

Hoidon tarpeen arvioinnissa on tarkoitus selvittää potilaan toimintakykyä ja terveydentilaa erilaisilla tavoilla. Näitä tapoja ovat erilaiset kyselyt, testit, tutkimukset ja terveystarkastukset. Hoidon tarpeen arvion jälkeen kunnan tulee kohtuullisessa ajassa järjestää hoito. Terveyskeskustoiminnassa sekä päivystyksyksikössä on potilasturvallisuuden takia erittäin tärkeää, että hoidon tarpeen arvioinnin tekee ammattihenkilö, jolla on tehtävän edellyttämä osaaminen ja kokemus. Työnantajan tehtävä on huolehtia tehtävän vaatimasta ohjauksesta, koulutuksesta ja valvonnasta. (Valvira 2017.)

Somaattisen hoidon tarpeen arvioimiseksi alue-ensihoitajan tulee hallita vierianalytiikkaa kuten arteria-astrup, CRP ja elektrolyyttiarvojen mittaaminen, EKG:n ottaminen, tulosten itsenäinen tulkinta sekä päätökset sopivan jatkohoidon järjestämisestä (EPSHP: Alue-ensihoitajan tehtäväkuvaus, 2018).

Psykiatrisen sairaanhoitajan tulee hallita erilaisten haastattelumenetelmien ja kyselylomakkeiden käyttäminen psyykkisen hoidon tarpeen arvioimiseksi. Masennusoireiden arvioimiseksi voidaan apuna käyttää BDI-21 masennuskyselyä, GAD-7 ahdistuneisuuskyselyä tai psykoosin esioireiden kartoittamiseen tarkoitettu PROD 5-lomaketta. Psykiatrisen sairaanhoitajan tulee osata huomioida potilaan läheisten ja muun verkoston uhat ja mahdollisuudet hoidon tarvetta ja jatkohoitoa arvioitaessa. (EPSHP: Y-tiimin tehtäväkuvaus, 2020.)

3 MIELENTERVEYSPOTILAAN HOITOTYÖ

3.1 Mielen terveystyö

Mielen terveystyöhön kuuluu monitieteinen toiminta, johon kuuluvat terveys- ja sosiaalialan työntekijät, kokemusasiantuntijat sekä potilas hänen läheisineen. Lääketiede, psykologia, hoitotieteeseen ja sosiaalitieteeseen perustuva tarkkailu, niiden analysointi ja toiminta kuuluvat kaikki kokonaisvaltaiseen mielen terveystyöhön. (Hämäläinen ym. 2017, 5.) Mielen terveystyöhön ei kuulu pelkästään mielen terveyden häiriöiden hoitaminen, ehkäisy ja kuntoutus, vaan siihen kuuluu myös mielen terveyden laaja-alainen edistäminen. Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiset, monet muut ammatin harjoittajat ja kansalaiset itse tekevät osaltaan mielen terveystyötä. (Vuorilehto ym. 2014, 11.) Mielen terveystyössä (L 14.12.1990/1116) mielen terveystyö on määritelty työksi, jolla edistetään yksilön psyykkistä hyvinvointia, toimintakykyä persoonallisuuden kasvua sekä ehkäistään, parannetaan ja lievitetään mielisairauksia ja muita mielen terveyden häiriöitä.

Omaa mielen terveyttään voi edistää niillä valinnoilla, joita arkielämässämme teemme. Tilanteessa, jossa omat voimavaramme eivät riitä, tarvitsemme läheisten apua. Myös ongelmien ehkäisy on osa mielen terveystyötä. Ongelmien ehkäisyyn on olemassa erilaisia tapoja, joita voidaan hyödyntää erilaisissa työtehtävissä erityisen haavoittuvassa asemassa olevien ihmisten kanssa. (Vuorilehto ym. 2014, 11.) Oman merkityksellisyyden ja oman elämän tärkeiden asioiden hahmottaminen auttavat pääsemään vaikeistakin kokemuksista yli (Carlson 2017, 4).

Mielen terveystyönsä ihmiset hakevat apua monesti terveyden- ja sosiaalihuollon ammattilaiselta tai mielen terveystyönsä muilta ammattilaisilta. Ammattilaisten velvoitteissa korostuu toiveiden ja tarpeiden lisäksi hänen oikeutensa verrattuna kanssaihminen antamaan apuun. (Vuorilehto ym. 2014, 53.) Terveydenhuoltolaki (L 30.12.2010/1326) velvoittaa kuntaa tai sairaanhoitopiirin kuntayhtymää tarjoamaan asianmukaisia toimitiloja ja toimintavälineitä hoitotyöhön. Lisäksi kunnan tai sairaanhoitopiirin kuntayhtymän käytettävissä tulee olla tarpeeksi terveydenhuollon ammattihenkilöitä (L 30.12.2010/1326).

Hoitoon ja palveluun liittyviä tärkeimpiä asioita ovat potilas- ja asiakaslähtöisyys. Yksinkertaistettuna ne tarkoittavat hoidon ja palvelun yksilöllistämistä ja potilaan osallisuuden mahdollistamista omaan hoitoon. Ammattilaisilta edellytetään hyviä vuorovaikutustaitoja yhteisymmärryksen luomiseksi potilaan ja hänen läheistensä kanssa. Hyviä vuorovaikutustaitoja tarvitaan myös omahoitoon kannustamisessa. (Vuorilehto ym. 2014, 54.) Hämäläinen ym. (2017, 148) kirjoittavat, että potilas täytyy huomioida kokonaisvaltaisesti hyvässä potilaan ja hoitajan yhteistyösuhteessa. Heidän mukaansa potilaan avoin ja aito kokonaisvaltainen kohtaaminen auttaa potilaan tunnetta kuulluksi ja ymmärretyksi tulemisesta sekä potilaan merkityksellisyyden tunteesta ihmisenä. Ongelmaksi muodostuu usein käytettävässä olevan ajan rajallisuus. Lyhyessä ajassa pitäisi ammattilaisten kyetä kuulemaan potilasta ja tarjota runsaasti tietoa hänelle. (Vuorilehto ym. 2014, 54–55.)

Eri ammattiryhmien välistä tiivistä yhteistyötä kutsutaan moniammatillisuudeksi. Moniammatillisuuden tavoite on tehdä potilaan hyväksi jotain, mihin yhden ammattilaisen osaaminen ei riitä. Heidän mukaansa moniammatillisuus mahdollistaa oman näkemyksen laajentamisen ja uusien asioiden oppimisen. Vakiintuneita moniammatillisia työryhmiä kutsutaan tiimeiksi. Moniammatillisessa yhteistyössä tärkeitä asioita ovat: asiakaslähtöisyys, yhteistyö- ja vuorovaikutustaidot, avoimuus ja luottamus, tiedon ja eri näkökulmien yhteen kokoaminen sekä toimenpiteistä sopiminen ja informointi. (Vuorilehto ym. 2014, 83–84.)

3.2 Mielenterveyspotilaan kohtaaminen

Mielenterveys- ja päihdeongelmaisen henkilön kohtaamiseen vaikuttavat jokaisen hoitajan omat kokemukset, arvot, tunteet ja asenteet. Yhteiskunnan ja kulttuurin osalta nämä arvot ovat usein negatiivisia. Näitä asenteita voi selittää tietämättömyys sairaudesta sekä ihmisten pelko normista poikkeavaa käytöstä kohtaan. (Hietaharju & Nuutila 2016, 101–102.) Terveyspalveluissa työskentelevät joutuvat päivittäin arvioimaan ihmisen psyykkistä vointia ja tilannetta (Vuorilehto ym. 2014, 112). Usein jo käytöksestä ja olemuksesta voi huomata mielenterveys- ja päihdeongelmaisten henkilöiden ongelmat. Mielenterveys- ja päihdeongelmaiset voivat erottua muista ihmisistä epäsiistin ulkoisen olemuksen perusteella, itsekseen naureskelulla, hajun tai humalatilän perusteella. (Hietaharju &

Nuutila 2016, 102.) Terveyspalveluissa työskentelevät ammattilaiset pyrkivät keskustelemalla saamaan selville mahdollisia mielenterveyshäiriöitä, niiden oireita ja vaikutuksia. Depressioon liittyvä itsemurhariskin huomaaminen voi esimerkiksi pelastaa potilaan hengen. Potilaan psyykkiseen vointiin vaikuttaa myös hänen fyysiset sairautensa, joten keskustelussa kartoitetaan potilaan sairauksiin liittyviä esitietoja, elämäntapoja ja elämänolosuhteita. Kaikissa tilanteissa ammattilaisten turvallisuus täytyy huomioida, sillä osa potilaista voi käyttäytyä uhkaavasti arviointitilanteessa. Arvioinnissa on tärkeää huomioida potilaan päihteiden käyttö, koska se muokkaa psyykkistä tilaa. (Vuorilehto ym. 2014, 112.)

Psykoottisen potilaan todellisuudentaju on vakavasti häiriintynyt. Hänellä voi ilmetä aistiharhoja, harhaluuloja, eriskummallista käytöstä sekä puheen hajanaisuutta. (Vuorilehto ym. 2014, 168.) Koska psykoottinen ihminen ei monestikaan pysy realiteeteissa, on hänen puheisiinsa suhtauduttava kriittisesti. Näissä tapauksissa tietoja voidaan kerätä hänen omaisiltaan tai viranomaisilta. Jos potilaalla on harhoja, niitä ei kannata kiistää, sillä nämä harhat ovat potilaalle todellisia. Näihin harhoihin ei kuitenkaan hoitajan kannata mennä mukaan, vaan voi todeta, että ei itse kuule tai näe samaa, mitä potilas nyt näkee. Potilas voidaan myös tuoda todellisuuteen konkretisoimalla asioita. Esimerkiksi, jos potilas kokee, että hänen kehoonsa on vaihdettu osia, voidaan hänen kanssaan yhdessä mennä katsomaan peilistä, olisiko vaihtamisesta jäänyt mitään jälkeä. (Hietaharju & Nuutila 2016, 103.) Psykoottisuutta voi ilmetä myös kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä. Heidän mukaansa näissä tapauksissa psykoosioireet liittyvät kaksisuuntaisesta mielialahäiriöstä kärsivän maniavaiheisiin tai vakaviin masennusjaksoihin. Elimellinen sairaus voi olla myös psykoosin takana ja aiheuttajina voivat olla aivosairaudet, infektiot, nestetasapainohäiriöt, endokriiniset häiriöt sekä päihteet ja lääkkeet. (Vuorilehto ym. 2014, 168.)

Päihdeongelmaiseen tulee suhtautua samoin kuin mielenterveysongelmaiseen; empaattisesti, kunnioittavasti, myönteisesti ja hyväksyvästi. Hoitajalta tällainen kohtaaminen vaatii ennakkoluulottomuutta ja perehtymistä päihteidenkäyttäjän elämäntilanteeseen. Päihdeongelmainen on ohjauksen, tiedon, tuen, rehellisen palautteen ja rohkaisun puutteessa. Heillä voi olla myös puutteellisesti vaihtoehtoja riippuvuuksille. Huumeidenkäyttäjien tilanteessa täytyy ottaa huomioon lainsäädäntö, huumeisiin liittyvät rikokset, ja pitää huomioida se, että oman edun tavoittelu on yleistä heille. Oma etua

tavoitellessaan huumeidenkäyttäjät saattavat kertoa hoitajalle sen, mitä he ajattelevat hoitajan haluavan kuulla, sitä kuitenkin tarkoittamatta. Hoitaja ei saa näissä tilanteissa olla liian sinisilmäinen, koska huumeidenkäyttäjät ovat tottuneet salailemaan ja vääristelemään asioita tavoitellessaan omaa etuansa. (Hietaharju & Nuuttila 2016, 104.)

Tieto potilaan kaksoisdiagnoosista on tärkeää, sillä potilaan kaksoisdiagnoosi saattaa lisätä potilaan yhteistyöhaluttomuutta ja aggressiivisuutta. Näillä potilailla on myös riski itsemurhaan. Tämän takia kaksoisdiagnoosin omaavien potilaiden kanssa ei ole turvallista työskennellä yksin. (Dikobe ym. 2016, 189.) Tällaisessa tilanteessa tulee ensisijaisesti välttää tilanteen paheneminen. Jos tilanne on kuitenkin uhkaava, on paikalle kutsuttava apua. Aggressiivisesti käyttäytyvän potilaan kanssa täytyy puhua ja käyttäytyä rauhallisesti ja selkeästi. Usein tämä auttaa myös potilasta rauhoittumaan. Piilossa olevat kädet voivat herättää potilaassa epäilyä ja vainoharhoja, joten kädet tulee pitää näkyvillä. (Hietaharju & Nuuttila 2016, 103.)

4 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE JA TARKOITUS

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata kiireettömien mielenterveyshälytysten toteutumista Etelä-Pohjanmaan ensihoidon alueella alue-ensihoitajien ja psykiatristen sairaanhoitajien näkökulmasta. Tavoitteena oli saada tietoa työntekijöiden kokemuksista kiireettömien mielenterveyshälytysten hoitamisesta. Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää toiminnan vakiinnuttamisessa Etelä-Pohjanmaan alueella, toiminnan kehittämisessä ja esimerkiksi työntekijöiden koulutustarpeiden kartoittamisessa.

Opinnäytetyön tutkimustehtävät olivat:

1. Millaisia kokemuksia hoitajilla on kiireettömien mielenterveyshälytyksien eri vaiheista?
2. Mitä toimintaan liittyviä kehittämissuhteita hoitajilla on?

5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

5.1 Tutkimusmenetelmä

Opinnäytetyö toteutettiin kvalitatiivisena eli laadullisena, jolloin saadaan todellista elämää kuvailevaa tietoa (Hirsjärvi ym. 2009, 161). Laadulliseen tutkimukseen on hyvä valita osallistujia, joilla on aihepiiristä mahdollisimman paljon käytännön kokemusten kautta saatua tietoa (Tuomi & Sarajärvi 2018, 86). Opinnäytetyö toteutettiin kyselytutkimuksena, jossa kysymykset muotoiltiin tutkimuksen kannalta merkitykselliseksi, mutta avoimiksi, jolloin vastaajat pääsivät kertomaan omia kokemuksiaan ja näkemyksiään. Menetelmä on lomakehaastattelu, joka on muodoltaan puolistrukturoitu haastattelu (Tuomi & Sarajärvi 2018, 79).

Opinnäytetyön kyselylomake tehtiin Webropol-kyselynä, joka lähetettiin helmikuussa 2021 viidelle (n=5) Y-tiimiin kuuluvalla yhteispäivystyksen psykiatriselle sairaanhoitajalle sekä kuudelle (n=6) alue-ensihoitajalle. Taustatietona kysyttiin kohderyhmän pienuuden vuoksi vain työkokemuksen pituutta anonymiteetin varmistamiseksi. Saatteena kyselyssä oli kirje, jossa tuotiin esiin luottamuksellisuutta ja opinnäytetyön tarkoitusta (Liite 2). Kysymykset (Liite 1) laadittiin työtehtävien vaiheiden mukaista ryhmittelyä käyttäen. Vastauksia määräaikaan mennessä tuli yhdeksän (N=9).

5.2 Aineiston analyysi

Opinnäytetyön aineiston analyysimenetelmä oli sisällönanalyysi, joka on menettelytapa, jolla mitä tahansa kirjalliseen muotoon saatettua dokumenttia voidaan käsitellä systemaattisesti ja objektiivisesti. Menetelmä valittiin, koska se on laadullisen tutkimuksen perinteisin analyysimenetelmä ja tuottaa aineistosta tiiviin selvityksen. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 117–127.) Sisällönanalyysi on hoitotieteessä paljon käytetty aineistojen analyysimenetelmä. Sen vahvuuksia on mm. tutkimusasetelman joustavuus. Menetelmällä voidaan tavoittaa yksinkertaisten kuvauksien lisäksi merkityksiä ja seurauksia. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2017, 166). Tässä opinnäytetyössä kyselylomakkeiden vastaukset ovat aineisto, jota käsitellään aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä. Menetelmässä aineistoa käsitellään prosessinomaisesti purkaen sisältöä luokitellen osiin ja tiivistäen sisältöä jälleen

tutkimuksen kysymysten mukaisiin kokonaisuuksiin (Kylmä & Juvakka 2014, 113). Luokittelun kategoriat syntyivät induktiivisen päättelyn tuloksena (Liite 3). Induktiivisella päättelyllä tarkoitetaan yksittäisten havaintojen yleistämistä (Tuomi & Sarajärvi 2018, 107–108). Aineiston yksityiskohtaisen analyysin vaiheet ovat pelkistäminen, ryhmittely ja käsitteellistäminen eli abstrahointi. Aineistoa pelkistettäessä tiivistetään oleellinen tieto siten, että alkuperäinen sisältö ei muutu. Tiivistetyt sisällöt ryhmitellään luokkiin ja edelleen alaluokkiin samankaltaisuuden mukaan. Aineiston ryhmittelyssä on kyse ilmaisujen luokittelusta yhtäläisyyksiä ja eroja analysoimalla. Aineiston käsitteellistämistä tapahtuu jo aineistoa pelkistettäessä ja ryhmiteltäessä analyysin prosessiluonteen vuoksi, mutta on syytä välttää liian nopeaa ja voimakasta käsitteellistämistä liian varhaisessa vaiheessa. Laadullisessa tutkimuksessa tutkimustehtävät voivat tarkentua vielä aineiston analyysivaiheessa tutkimuksen tarkoitusta paremmin vastaaviksi. (Kylmä & Juvakka 2014, 113–119.)

Opinnäytetyössä aineistoa luettiin ensin läpi vastaus kerrallaan useampaan kertaan ja eroteltiin oleelliset asiat epäoleellisista. Vastausten pelkistäminen ja ryhmittely tapahtui kirjoittamalla vastaukset taulukkoon, jossa samankaltaisuudet ja luokat tulivat näkyvämmiksi. Käsitteellistämistä tehtiin koko prosessin ajan ja tutkimustehtävien osuvuutta arvioitiin myös analyysin edetessä. Analyysissa muodostui viisi yläluokkaa ja 19 alaluokkaa.

6 TULOKSET

6.1 Taustatiedot

Kyselylomake lähetettiin 11 työntekijälle, jotka olivat osallistuneet kokeiluun kuuluviin tehtäviin. Vastauksia saatiin yhdeksältä (N=9) ja vastausprosentti oli 81 %. Kaikilla vastaajilla oli yli 10 vuoden kokemus hoitotyöstä.

6.2 Kokemukset kiireettömissä mielenterveyshälytyksissä

Opinnäytetyön tuloksiin yläluokiksi muodostuivat esitietojen tärkeys, laadukas hoitotyö, hoitajan hyvinvoinnin turvaaminen ja potilaan jatkohoidon turvaaminen.

6.2.1 Esitietojen tärkeys

Vastauksissa esitietojen tärkeys nousi esiin *esitietoihin perehtymisenä, lisätietojen hankintana, esitietojen keräämisen haasteina sekä tehtävän suunnitteluna työparin kanssa. Esitietoja* kerätään etukäteen ennen tehtävälle lähtemistä sekä tilanteesta yleensä, että kohdehenkilöstä. Tarvittavia *lisätietoja* hankitaan soittamalla esimerkiksi ilmoittajalle. *Haasteita esitietojen keräämisessä* tulee, jos kohteesta ei ole saatavissa tarkkoja tietoja, lähtötiedot hätäkeskuksesta ovat puutteelliset, esitietoja kohdehenkilöstä ei ole potilastietojärjestelmässä tai ne eivät ole ajan tasalla. Esitietojen pohjalta tehdään tehtävän *suunnittelua yhdessä työparin* kanssa, luodaan toimintastrategiaa ja alustavaa suunnitelmaa arvioinnin etenemisen suhteen. Työnjaon suunnittelu etukäteen on vastaajien mielestä tärkeää, sillä epäselvä työnjako luo haasteita tehtävän suorittamiseen.

Ehdottomasti tärkein tehtävä ennen keikalle lähtemistä on soittaa kohteeseen ja aloittaa anamneesin tekeminen. (H8.)

Esitietojen perusteella selviää usein millaiset resurssit kohteeseen tarvitaan. (H5.)

6.2.2 Laadukas hoitotyö

Vastaajat kuvasivat laadukkaan hoitotyön edellytyksiä työssään. Hoitotyön laatuun vaikuttavat hoitajan ammatillinen osaaminen, ajankäyttö, työvälineet, yhteistyö työparin kanssa sekä moniammatillinen yhteistyö. Vastaajat kokevat työtehtäviin liittyvän potilaan psyykkisen tilan arvioinnin vaativan monipuolista *ammattillista osaamista* ja myös työkokemuksen kertyminen nähtiin tärkeänä. Tehtävä kuvataan mielekkääksi ja kohdehenkilön koettiin saavan tehokkaasti tarvitsemansa avun ja jatkosuunnitelman. Haastavaksi koettiin tehtävään liittyvät vastuulliset päätöstilanteet ja tarve saada kohdehenkilö luottamaan tehtyyn suunnitelmaan.

Potilaan psyykkisestilan arviointi jo itsessään on valtava haaste. On pystyttävä tekemään arvio ja päätös jatkotoimenpiteistä. (H9.)

Vastaajat kuvasivat tehtävään valmistautuessa olevan haastavaa tehdä aikapaineen alla esitietojen hankintaa ja tehtävälle varustautumista. *Ajankäytön* haasteena kuvautuivat sekä pienet aikaikkunat tehtävien suorittamiseen että pitkät odotusajat eri työvaiheiden välillä. Odottelua vaativia tehtäviä ovat kuljetuskyyti jatkohoitopaikkaan ja virka-avun saaminen. Tehokkaaksi ajankäytöksi koettiin tarpeettomien ensiapukäyntien välttäminen, kun kohdehenkilö saa tarvitsemansa avun kotona tai pääsee suoraan sovittuun hoitopaikkaan.

Aikaikkuna on pieni kun alue-ensihoitaja hakee psyk.hjan mukaan (km se on ollut 10-20 min), siinä ajassa varusteiden vaihto, mahdollisuuksien mukaan puhelu ilmoittajalle, esitietojen kerääminen. (H3.)

Vastaajien mukaan on tärkeää tarkistaa *työvälineet* ennen tehtävälle lähtöä. Työvälineet saatetaan käyttökuntoon ja pidetään aina valmiina tehtävää varten. Tehtävällä tietojärjestelmän ja puhelinverkkojen toimimattomuudet koetaan tehtävän suorittamista vaikeuttavina tekijöinä.

Yhteistyöhön työparin kanssa vaikuttivat vastaajien mukaan henkilösuhteet ja työparin tunteminen. Vastaajat kuvaavat yhteistyötä tarpeelliseksi, antoisaksi ja toimivaksi. Yhteistyön tärkeys tulee esiin tarpeena käydä läpi työtehtävä jälkeenpäin työparin kanssa, nostaa esiin hyvin menneet asiat ja kehitysehdotukset.

Työparin kanssa työskentely tuottaa paljon tietoa potilaasta niin somatiikan kuin mielenterveyden kannalta katsottuna jolloin voidaan tehdä nopeammin ja paremmin päätöksiä jatkosta. (H2.)

Vastaajat kuvaavat työtä helpottavaksi tekijäksi *moniammatillisen yhteistyön*, joka on mahdollisuutta konsultoida lääkäriä tai muita ammattihenkilöitä kohteesta käsin. Tilanteissa, joissa kohdehenkilö ei päästä sisälle tai käyttäytyy haastavasti, vastaajat kertovat poliisilta saatavan virka-apun helpottavan tehtävän suorittamista. Haasteeksi koetaan, jos poliisia joudutaan odottamaan kauan kohteessa.

Voi olla ettei päästä edes sisälle kohteeseen ja joudutaan konsultoimaan lääkäreitä siitä, että pyydetäänkö poliisi virka-apuna avustamaan sisälle pääsyä. Mikäli virka-apua pyydetään, voidaan joutua odottamaan kauan ennen poliisin tuloa. (H2.)

6.2.3 Hoitajan hyvinvoinnin turvaaminen

Vastaajat kuvaavat hoitajan hyvinvoinnin turvaamiseen liittyvän hoitajan psyykkisen ja fyysisen hyvinvoinnin, hoitajan turvavarusteet ja työympäristön turvallisuuden. *Psyykkisen hyvinvoinnin* kannalta tärkeäksi oli koettu mahdollisuus purkaa haastavan tehtävän tapahtumia ja kokemuksia muiden työntekijöiden kanssa, myös mahdollisista kehittämiskohteista ja erimielisyyksistä on vastaajien mukaan hyvä saada puhua heti tapahtumien jälkeen. *Fyysisen hyvinvoinnin* turvaamiseksi vastaajat painottivat hoitajan omalla vastuulla olevia keinoja, kuten riittävästä ravinnosta ja levosta huolehtiminen sekä yleisestä hyvinvoinnista huolehtiminen. *Hoitajan* turvavarusteista nostettiin esiin luotillivit, pippurisumute ja työvaatetus. *Työympäristön turvallisuutta* arvioitaessa vastaajat kertoivat kiinnittävänsä huomiota kohdehenkilön käyttäytymiseen ja mahdolliseen päihtymykseen.

Lisäksi huomioidaan paikalla olevan muut henkilöt ja heidän käyttäytymisensä, poistumisreitit kohteesta, ympäristön turvallisuus ja mahdolliset kotieläimet.

Huomioni kiinnittyy yleisesti ottaen auton tekniseen kuntoon, hoitovälineistön kuntoon sekä siihen, että hoitaja on syönyt, juonut ja nukkunut riittävästi ennen työvuoroa sekä työvuorossa. Pois luettuna nukkuminen. (H6.)

6.2.4 Potilaan jatkohoidon turvaaminen

Vastaajat kertoivat potilaan jatkohoidon turvaamiseen vaikuttavina seikkoina olevan potilaan hoitomyönteisyys, potilaan verkoston hyödyntäminen ja muiden hoitotyön ammattilaisten hyödyntäminen. *Potilaan hoitomyönteisyyteen* vaikuttavat potilaan mielentila ja yhteinen ymmärrys tilanteesta. Tehtävän suorittamista helpottaa, jos potilas toimii yhteistyössä hoitajan kanssa. Yhteistyö potilaan kanssa voi hankaloitua johtuen hänen sairaudestaan tai päihtymystilastaan. Haasteita työtehtävän hoitamiseen tulee, jos potilas ei halua hoitoa eivätkä pakkohoidon kriteerit täyty tai jos potilaan on vaikeaa luottaa hoitajan päätöksiin. Yleinen kokemus oli, että potilaat luottavat hoitajiin. Lisäksi koettiin hyvänä, että apu pystytään viemään ihmisten kotiin, jolloin potilaan tai hänen läheisen ei itse tarvitse selvittää, mistä saisi apua.

Itsellä kokemukset pääosin positiivisia potilaan hoidon kannalta. Jos ollut tarve päivystykselliseen arvioon, tilanne on hoitunut sujuvasti. Jos taas päivystyksellisen arvion tarvetta ei ole ollut, on pystytty tuomaan apu neuvoina tai muuten tutkimuksilla kotiin. (H4.)

Potilaat ovat olleet yleensä avoimia ja luottaneet psyk sh:aan. (H8.)

Työ on mielekästä ja tehokasta. Potilaalle saadaan tehokkaasti apua ja pystytään luomaan potilaalle turvaverkkoa sekä hoitopolku. (H9.)

Potilaan tukiverkostoja voidaan hyödyntää tilanteissa, jolloin potilas voi jäädä kotiin, mutta tarvitsee tukea ja seurantaa. Potilaan läheisten tuen tuoma turvallisuus helpottaa vastaajien mukaan tehtävän päättämistä. *Muita hoitotyön ammattilaisia hyödyntäessä* on vastaajien mukaan tärkeää tehdä selkeä hoitolinjaus potilaskohtaisesti. Vastaajat kuvaavat jatkohoidon turvaamisen haasteina olevan hoitosuunnitelman ja jatkohoitopaikan epäselvyydet.

Tehtävän suorittamista helpottaa, jos muiden hoitotyön ammattilaisten kanssa saadaan tehtyä yhteinen päätös potilaan jatkohoitotarpeesta ja -paikasta. Vastaajat kokevat kuormittavana, jos jatkohoitoon hakeutuminen jää potilaan omalle vastuulle.

6.3 Kehittämissuhteet

Opinnäytetyön tuloksena kehittämisehdotuksina nousi esiin työvälineet ja varusteet, työmenetelmät ja yhteistyö.

6.3.1 Työvälineiden ja varusteiden parantaminen

Vastaajat ehdottavat parannuksia työvälineisiin ja varusteisiin. Tiedonkeruuseen ja haastatteluun toivotaan käsin täytettävää lomaketta, joka tarvittaessa helpottaisi myös tietojen kirjaamista tietojärjestelmään. Paperinen lomake varmistaisi kirjaamista tilanteissa, joissa tietoyhteydet eivät toimi. Esitietojen keräämiseen jää niukasti aikaa, vastaajien ehdotus hälytyksen tulemisesta Y-tiimin Virveen toisi jonkin verran lisää aikaa. Tietoteknisissä laitteissa ja vaatteissa koettiin olevan parantamisen varaa, turvaliivien toivottiin olevan henkilökohtaisia.

6.3.2 Työmenetelmien kehittämistarve

Vastaajat nostavat esiin kehittämistarpeita työmenetelmissä ja ehdottavat myös uusia toimintatapoja. Esitietojen hankkimiseksi voitaisiin käyttää puhelinarviota, jolloin työpari voisi haastatella potilasta/kohdehenkilöä kaiutinpuhelun avulla. Vastaajat toivovat riittäviä aikaresursseja tehtäviin valmistautumiseen, niin että ennen tehtävää olisi mahdollista soittaa kohteeseen ja tutustua potilastietoihin. Tehtävien jälkeiseen purkutilanteeseen ehdotetaan sovittavaksi yhteinen toimintamalli, jonka voisi tarvittaessa myös ulkopuolinen toimija toteuttaa mallia hyödyntäen. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyön kehittämistä toivotaan. Kuvataan pilotoitavaa järjestelyä, jossa potilaan ei tarvitsisi hakea erikseen lähetettä perusterveydenhuollosta, vaan aika erikoissairaanhoidon psykiatrille varattaisiin tarvittaessa tehtävän aikana ja potilas jäisi kotiin. Vastaajat tuovat esiin tarvetta varata suoraan jatkohoitoaika, esimerkiksi päihdepalveluihin tai psykiatriselle hoitajalle. Vastaajat ehdottavat myös CP-yksikölle mahdollisuutta kuljettaa potilas

yhteispäivystykseen tai psykiatrian päivystykseen. Tulevaisuudessa toivotaan mahdollisuutta kokeilla Ruotsin mallin mukaista psykiatristen hoitajien parityöskentelyä, joka voisi tuoda työhön lisää tehokkuutta, välineitä ja monipuolisuutta. Vastaajat näkivät koulutuksen tärkeänä kehittämisen ja kehittymisen välineenä, esimerkiksi turvallisuuskoulutusta toivottiin psykiatrisille hoitajille.

6.3.3 Yhteistyön kehittäminen

Vastaajat kuvaavat kehittämistoiveita yhteistyöhön työntekijöiden, verkostojen ja palveluntuottajien kanssa. Hyviä yhteistyösuhteita painotettiin päätöksiä tekeviin ammattilaisiin ja hoitoyksiköihin, palveluntuottajien tunteminen helpottaa suoria yhteydenottoja ja tiedusteluja. Ehdotettiin säännöllisiä ensihoidon ja Y-tiimin palavereita, jolloin työntekijöihin tutustuminen, yhteinen työn kehittäminen, ideoiden jakaminen ja kokeilujen toteuttaminen helpottuisi. Ensihoidon ja psykiatrisen hoitajan toivottiin tekevän enemmän yhteistyötä sekä suunniteltaessa kohdotehtävää että tehtäessä suunnitelmaa tilanteen hoitamiseksi, kommunikaatioprotokollan uudistaminen nähdään tarpeellisena. Vastaajat tuovat esiin kehittämiskohteena konsultoinnin hyödyntämisen nykyistä tehokkaammin. Kohteesta on mahdollisuus ottaa videoyhteys päivystävään psykiatriin. Vastaajien mukaan mahdollisuus on tarpeellinen ja, sitä voisi käyttää nykyistä paljon useammin. Tietoteknisten haasteiden nähdään ajoittain haittaavan tällaisten digitaalisten työmenetelmien hyödyntämistä.

7 POHDINTA

Opinnäytetyömme sai alkunsa toimeksiantajan pyynnöstä. Tavoitteena oli kerätä hoitajien kokemuksia ja kehittämissuhteita uudesta toiminnasta. Kyselyn kysymykset tarkentuivat tehtävän eri osiin, ja lisäksi kyselyyn kuului kokemusten ja kehityssuhteiden kartoittaminen yleisellä tasolla. Yleisen tason kysymyksillä halusimme antaa vastaajille mahdollisuuden tuoda oman näkemyksen esiin, mikäli heidän mielestään oma kokemus tai kehittämissuhteus ei asettunut tarkasti mihinkään tehtävän eri vaiheeseen. Kyselyn vastausprosentti oli korkea (81) ja osa vastaajista kertoi yksityiskohtaisesti kokemuksistaan ja parannus suhteistaan. Kohderyhmän pienuuden vuoksi olisi ollut hyvä saada vastaukset kaikilta kohderyhmäläisiltä, mutta aikataulun vuoksi kyselyyn vastaamisesta muistutettiin vain kerran. Tutkimuskysymyksinä olivat 1. Millaisia kokemuksia hoitajilla on kiireettömien mielenterveyshälytyksien eri vaiheista? 2. Mitä toimintaan liittyviä kehittämissuhteita hoitajilla on?

7.1 Tulosten tarkastelu

Opinnäytetyön tuloksissa nousi esiin työtehtävälle valmistautumisen olevan kiireinen työvaihe, jossa esitietojen kerääminen ja alustavan suunnitelman tekeminen ovat keskeisiä työvaiheita. Monissa vastauksissa nousi esiin tarve saada käyttää riittävästi aikaa hakea tietoja potilastietojärjestelmästä ja toisaalta aikaa soittaa potilaalle tai ilmoituksen tekijälle. Kehittämissuhteena nostettiin esiin mahdollisuus saada hälytys suoraan Y-tiimin Virveen, jolla saataisiin lisäaikaa valmistautumiseen. Työskentelyä tehostaisi myös valmiit kaavakkeet, jotka ohjaisivat tiedonhankintaa ja olisivat myös kirjausten tukena. Käytettävissä olevan ajan rajallisuus on kuvattu olevan mielenterveyspotilaan hoitotyössä yleinen haaste. Lyhyessä ajassa pitäisi toisaalta kyetä hankkimaan paljon tietoa potilaalta, mutta pitäisi pystyä myös tuottamaan itse paljon tietoa (Vuorilehto ym. 2014, 54–55).

Opinnäytetyön tulosten perusteella hyvät esitiedot kohdehenkilöstä sekä tilanteesta mahdollistavat hyvän etukäteissuunnitelman työtehtävästä ja vaikuttavat suoraan myös hoitajien hyvinvoinnin turvaamiseen. Tehtävän suorittamista helpottaa, jos kohdehenkilöstä

on tietoja potilastietojärjestelmässä tai jos hälytyskeskuksella on antaa hyvät lähtötiedot. Turvallisuutta parantavat tarkat ennakkotiedot ympäristöstä, kohdehenkilöstä ja muiden paikallaolevien tilasta, mahdollisesta päihtymyksestä tai muusta riskitekijästä. Y-tiimin tehtävänkuvauksessa on kuvattu työtehtäviin kuuluvan tilanne- ja riskiarvio jo ennen kohteeseen saapumista, joka pitää sisällään mahdollisimman laajaa tiedonhankintaa arvion tueksi mm. soittamalla kohdehenkilölle tai ilmoituksen tekijälle (EPSHP 2020, Y-tiimin tehtävänkuvaus).

Ammattilaisten turvallisuus täytyy huomioida aina tehtäessä arviota mielenterveyspotilaasta. Potilaan psyykkistä tilaa arvioidaan keskustelemalla ja tekemällä havaintoja ulkoisesta olemuksesta. Uhkaava käytös on mahdollista päihtymyksen tai esimerkiksi psykoottisuuden vuoksi (Vuorilehto ym., 2014). Opinnäytetyön tuloksissa nousi esiin hoitajien hyvinvoinnin kannalta keskeisiksi tekijöiksi asianmukaiset turvavarusteet, lisäksi korostuivat riskitekijöiden ennakointi ja kokemusten jakaminen tehtävän jälkeen. Tuloksissa nousee esiin huolta riittävästä turvallisuusalan koulutuksesta ja toivotaan henkilökohtaisia turvavarusteita kaikille hoitajille.

Opinnäytetyön tuloksissa nousi esiin hoitajan ammattitaidon merkitys kiireettömissä mielenterveyshälytyksissä. Potilaan kanssa on luotava luottamuksellinen suhde usein haastavissa olosuhteissa ja lyhyessä ajassa. Hoitajan on kyettävä vastuulliseen päätöksentekoon tilanteissa, joissa potilas ei ole hoitomyönteinen ja kieltäytyy esimerkiksi välttämättömästä hoidosta. Hämäläinen ym. (2017) mukaan mielenterveystyössä korostuu hoitajan ja potilaan yhteistyösuhde, potilaan tilannetta on arvioitava kokonaisvaltaisesti. Potilaan ihmisarvoa kunnioittava kohtaaminen vaatii aitoutta ja avoimuutta myös hoitajalta.

Tuloksissa kuvautui potilaan läheisistä koostuva tukiverkosto sekä tiedonlähteenä että mahdollisena toimijana jatkoa suunniteltaessa. Läheinen on usein ilmoituksen tekijä ja hoitaja saa puhelimitse lisätietoja hälytyskeskuksen tietojen lisäksi. Potilaan hoidontarpeen arvion perusteella hän voi jäädä kotiin, jos välitöntä hoidon tarvetta ei ole ja jos läheisillä on mahdollista tarjota riittävä tuki ja turva. Hoitajille läheisten aktiivinen osallistuminen ja vastuunotto kuvautuivat tuloksissa pääosin työtehtävän suorittamista helpottavina tekijöinä. Vuorilehdon ym. (2014) mukaan mielenterveystyön ammattilaiselta edellytetään hyviä

vuorovaikutustaitoja ja kykyä huomioida myös potilaan läheisiä, joiden kanssa on myös päästävä hyvään yhteistyösuhteeseen.

Opinnäytetyön tulosten mukaan hoitajien työ sisältää paljon yhteistyötä ja moniammatillisuutta eri ammattilaisten kanssa. Yhteistyö työparin kanssa nousee pääosin työtehtäviä helpottavana, antoisana tekijänä esiin. Yleisesti yhteistyön sujuvuuteen vaikuttavina tekijöinä nousevat esiin toisten työtapojen ja muu tunteminen sekä sopiva henkilökemia. Tuloksissa tulee esiin kehittämiskohteena halua laajentaa omaa osaamistaan muista palvelutuottajista ja lisätä yhteisiä tapaamisia tarpeen mukaan. Moniammatillisuus vaatii tulosten mukaan kykyä neuvotella ja päätyä yhteiseen käsitykseen potilaan jatkohoitotarpeesta ja -paikasta. Vuorilehto ym. (2014) painottaakin moniammatillisuuden tarkoituksen olevan tehdä potilaan hyväksi jotain, mihin yhden ammattilaisen osaaminen ei riitä. Moniammatillisuutta on mikä tahansa tiivis yhteistyö eri ammattilaisten välillä. Moniammatillisessa yhteistyössä tarvitaan mm. avoimuutta ja luottamusta sekä kykyä sopia yhdessä toimenpiteistä.

7.2 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Laadullisen tutkimuksen yleiset luotettavuuskriteerit ovat uskottavuus, vahvistettavuus, refleksiivisyys ja siirrettävyys. Tulosten uskottavuus vahvistuu, kun työn kohteena olevan ilmiön kanssa ollaan riittävän pitkään tekemisissä ja on mahdollisuus saada palautetta osallistujilta työn eri vaiheissa. Tässä opinnäytetyössä prosessin monivaiheisuus, muun muassa toimeksiantajalle toimitettu suunnitelma ja muu opiskelijan roolissa suunnitelma- ja toteutusvaiheessa saatu palaute ja ohjaus tukivat uskottavuutta, mutta varsinaisilta kyselylomakkeisiin vastanneilta ei ollut mahdollisuutta saada palautetta. Vahvistettavuus on lähtökohtaisesti ongelmallinen kriteeri laadullisessa tutkimuksessa, jossa samastakin aineistosta voidaan päätyä eri johtopäätöksiin, jos tutkimus toistettaisiin samanlaisena. Erilaiset tulkinnat voivat johtaa myös ilmiön parempaan ymmärrykseen, joten luotettavuusongelmaa ei välttämättä synny. (Kylmä & Juvakka 2014, 127–129.) Puolueettomuus on kuitenkin avainasemassa, kun laadullisen tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan. Osallistujan vastauksia havainnoidessa ei anneta ulkoisten tekijöiden tai omien

tulkintojen vaikuttaa havainnointiin. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 135–136.) Tässä opinnäytetyössä vahvistettavuutta pyrittiin parantamaan parityöskentelyllä, jolloin päätelmien ja analyysien samanmukaisuutta voitiin tarkastella työn edetessä. Parityöskentely auttoi myös refleksiivisyyden varmistamisessa, koska omista ajatuksista ja tulkinnoista täytyi keskustella ja näin arvioitava ja perusteltava omaa toimintaa eri työn vaiheissa. Tulosten siirrettävyydellä tarkoitetaan mahdollisuutta käyttää saatuja tietoja muissa vastaavissa tilanteissa. (Kylmä & Juvakka 2014, 129–133.) Tulosten siirrettävyyttä varmistettiin myös työn etenemisen raportoinnilla, lisäksi tulosten ja johtopäätösten osuvuutta arvioitiin vertaisarvioinnilla eli opponoinnilla (Tuomi & Sarajärvi 2018, 162–166.) Opinnäytetyössä saatiin vastauksia miltei koko kohderyhmältä otoksen sijaan. Kohderyhmän pienuuden (11 henkeä) vuoksi olisi kuitenkin ollut tärkeää saada kaikkien vastaukset analyysiin mukaan, koska laadullisten tutkimusten yleisimpiä luotettavuutta vähentäviä tekijöitä on juuri osallistujien pieni määrä (Kylmä & Juvakka 2014, 129–133.).

Opinnäytetyön kohteena ollut toiminta oli ollut kyselyjen lähettämisen aikaan tauolla noin vuoden keväästä 2020 maaliskuulle 2021. Toiminta oli ollut käynnissä huomattavasti lyhyemmän aikaa kuin opinnäytetyön suunnitteluvaiheessa oli oletuksena. Joissain vastauksissa kävi ilmi, että lyhyt kokemus kyseisistä tehtävistä ja pitkä aikaväli kyselyyn vastaamisen ja toiminnan välillä vaikeuttivat joihinkin kysymyksiin vastaamista. Vastaajat joutuivat toimimaan muistinsa varassa ja vastauksiin kiteytyi mitä luultavimmin päällimmäiset kokemukset ja kehittämissuhteet. Kohderyhmältä voisi kerätä kokemuksia ja kehittämissuhteita uudelleen myöhemmin, kun toiminta on ollut pidempään käynnissä.

Tutkimusetiikka on erityisen tärkeää terveystieteissä, koska osallistujat ovat lähes aina ihmisiä, ja etiikka on alun perin kehittynytkin lääketieteen kysymysten parissa. Kyse on normatiivisesta etiikasta, jolla haetaan hyvän tutkimuksen sääntöjä (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2017, 211). Laadullisessa tutkimuksessa kyse on usein kokemuksellisista ilmiöistä ihmisen elämänpiirissä, jolloin tutkimusetiikan yleiset periaatteet kuten ihmisoikeuksien kunnioittaminen, oikeudenmukaisuus ja luottamuksellisuus korostuvat (Kylmä & Juvakka 2014, 147). Tutkimusetiikan tieteen sisäiset periaatteet viittaavat tieteenalan luotettavuuteen ja totuudellisuuteen. Periaatteet ohjaavat aineiston asianmukaista keräämistä ja tulosten raportointia sekä jatkuvaa toimintatapojen kriittistä arviointia (Kylmä & Juvakka 2014, 211–212.) Opinnäytetyö sai alkunsa toimeksiantajan

pyynnöstä. Toimeksiantajalta saatiin hoitajien yhteystiedot. Vastajien anonymiteetistä huolehdittiin käsittelemällä vastauksia yhteenveto muodossa, jolloin yksilöiden vastauksia ei voi päätellä. Vastajilta ei kerätty mitään tunnistetietoja ja vastauksiin ei merkitty tunnistetietoja. Vastauksia käsiteltiin ja säilytettiin huolellisesti, ja ne olivat saatavilla vain tutkimuksen tekijöille ja ohjaavalle opettajalle. Vastauksia analysoitiin laadullisen tutkimuksen yleisesti käytössä olevilla menetelmillä. Tässä opinnäytetyössä huomioitiin muiden tutkijoiden työt ja niiden saavutukset oikeanlaisella viittaustekniikalla sekä lähdeluettelolla. (TENK, 2012.) Tutkimuslupa hankittiin asianmukaisesti. Tässä opinnäytetyössä varmistettiin kaikkien osapuolten vapaaehtoisuus ja oikeudet saatekirjeen (Liite 2) muodossa. Osallistujille tiedotettiin saatekirjeessä mahdollisuudesta ottaa yhteyttä ja esittää kysymyksiä tekijöille tai ohjaavalle opettajalle.

7.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet

Psyykkisen ja fyysisen terveydentilan hoidontarpeen arvion tekeminen päivystyksellisesti hoitajien yhteistyönä kentällä on tämän opinnäytetyön tulosten valossa ollut toimiva malli terveydenhuollon näkökulmasta. Potilaan kannalta hyötyinä näyttäytyy mahdollisuus saada hoidontarpeen arvio nopeasti ja selkeä ohjautuminen jatkohoitoon mahdollistuu. Toiminta vähentänee tarpeettomia kuljetuksia päivystykseen, parantanee potilaiden ohjautumista oikeisiin palveluihin. Potilas saa ilman viivettä asiantuntijan arvion ja usein myös jatkosuunnitelman mielenterveyden haasteiden hoitamiseksi. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä rajatulla alueella toteutettu mallia kannattanee laajentaa muualle sairaanhoitopiirin alueelle ja toimintaa voinee kokeilla myös muissa sairaanhoitopiireissä. Toiminnassa hyödynnetään päivystyksellistä psykiatrista hoitotyötä ja ensihoitoa tekeviä sairaanhoitajia, joita löytynee jo valmiiksi muiltakin alueilta. Mielenterveyspalveluiden vieminen kotiin tai muutoin lähelle potilasta kuvautuu tuloksissa potilaan kannalta voimavaroja säästävä ja ihmisarvoa kunnioittava toimintatapana. Hoidontarpeen arvioinnin tapahtuessa potilaan arjessa mukaan ja huomioiduksi tulee saumattomammin myös läheiset ja muut asianosaiset.

Jatkossa olisi hyvä saada tietoa potilaiden kokemuksista hoidontarpeen arvioinnista ja palautetta tehtyjen jatkosuunnitelmien toteutumisesta ja hyödyllisyydestä. Potilaiden kokemukset ovat henkilökohtaisia ja tapahtumat mahdollisesti kuormittavia, joten lähestymistapana henkilökohtainen haastattelu olisi toimivampi menetelmä. Opinnäytetyössä läheisten ja muun tukiverkoston rooli mielenterveyspotilaan arjessa tuli monessa vastauksessa esiin. Läheisten kokemukset ja arviot hoidontarpeen ja -suunnitelman seurauksista potilaalle ja lähipiirille toisivat uutta näkökulmaa palvelun arviointiin.

LÄHTEET

- A 24.8.2017/583. Valtioneuvoston asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erityisalakohtaisista edellytyksistä.
- A 24.8.2017/585. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus ensihoitopalvelusta.
- American Psychiatric Nurses Association (APNA). 2020. [Verkkosivu]. Psychiatric-Mental Health Nurses. [Viitattu 24.11.2020]. Saatavana: <https://www.apna.org/i4a/pages/index.cfm?pageid=3292#1>
- Carlson, C. 2017. Mental Health: Services, Assessment and Perspectives. Hauppauge, NY: Nova Science Publishers
- Dikobe, J., Cur, M., Manyedi, E. & Sehularo, L. 2016. Experiences of professional nurses in caring for psychiatric patients with dual diagnosis. [Verkkolehtiartikkeli]. Africa Journal of Nursing and Midwifery. 18 (1), 183–197. [Viitattu 14.01.2020]. Saatavana Cinahl-tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.
- Ervasti, M., Hautala, M., Pikkarainen, M., Reponen, J., Tuukkanen, J., Daavittila, I., Raatiniemi, L., Martikainen, M. & Korpelainen, J. Tuhansia turhia kuljetuksia? Uudet teknologiaratkaisut ja toimintatavat ensihoitoon ja päivystykseen. 2019. [Verkkolehtiartikkeli]. Lääkärilehti, 74 (24–31), 1584-1590. [Viitattu 1.11.2020]. Vaatii käyttöoikeuden.
- Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. 27.4.2018. Alue-ensihoitajan tehtävänkuvaus. Julkaisematon.
- Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. 20.05.2020. Y-tiimin tehtäväkuvausta työtehtävän mukaan. Julkaisematon.
- Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. Ei päiväystä. Ensihoito. [Verkkosivu]. [Viitattu 25.11.2020]. Saatavana: <https://www.epshp.fi/hoitopalvelut/yhteispaivystys/ensihoito>
- Hietaharju, P. & Nuutila, M. 2016. Käytännön mielenterveystyö. 4. uud. p. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. uud. p. 22. painos. Helsinki: Tammi.
- Hämäläinen, K., Kanerva, A., Kuhanen, C., Schubert, C. & Seuri, T. 2017. Mielenterveyshoitotyö. 5. uud. p. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Junkunen, K. 2017. Tutkimus hoitotieteessä. 3.–5. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2014. Laadullinen terveystutkimus. 1.-3. painos. Porvoo: Edita Publishing Oy.
- L 14.12.1990/1116. Mielenterveyslaki.
- L 30.12.2010/1326. Terveystieteidenhuoltolaki.
- Raunio, U. 2019. Mielenterveyspotilaan hoidontarpeen arviointi. Seinäjoen keskussairaala. Yleinen hoidontarpeen arviointi -koulutus. Luento.
- Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto (Valvira). 2017. Hoidon tarpeen arviointi. [Verkkosivu]. [Viitattu 6.12.2020]. Saatavana: https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattinharjoittaminen/hoidon_tarpeen_arviointi
- Sosiaali- ja terveysministeriö (STM). 2005. Sairaankuljetus- ja ensihoitopalvelu: Opas hälytysohjeen laatimiseksi. [Verkkojulkaisu]. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. [Viitattu 4.12.2020]. Saatavana: https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/73679/Oppaita_2005_23_sairaan_kuljetus_ja_ensihoito.pdf?sequence=1
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Uudistettu laitos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK). 14.11.2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. [Verkkojulkaisu]. [Viitattu 23.11.2020]. Saatavana: https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf
- Vuorilehto, M., Larri, T., Kurki, M. & Hätönen, H. 2014. Uudistuva mielenterveystyö. Helsinki: Fioca Oy.

LIITTEET

Liite 1. Lomakkeen kysymykset

Liite 2. Saatekirje

Liite 3. Tulostaulukko

Liite 1. Lomakkeen kysymykset

Työkokemus hoitoalalta yhteensä?

0–5 vuotta

6–10 vuotta

yli 10 vuotta

Mitkä asiat ovat tärkeitä tehtävälle valmistautuessasi ja ennen kohteeseen lähtemistä?

Mitkä asiat helpottavat tehtävään valmistautumista?

Minkälaisia haasteita tehtävään valmistautumiseen liittyy?

Mitä kehitettävää sinulle tulee mieleen tehtävälle valmistautumiseen liittyen?

Mitkä asiat on tärkeä huomioida, kun saavut kohteeseen?

Mitkä asiat helpottavat tehtävän hoitamista?

Minkälaisia haasteita tehtävän hoitamiseen liittyy?

Mitä kehitettävää sinulle tulee mieleen tehtävän kohteessa hoitamiseen liittyen?

Mitä asioita pidät tärkeänä, kun olette saaneet tehtävän hoidettua?

Mitkä asiat helpottavat tehtävän päättämistä?

Minkälaisia haasteita tehtävän päättämiseen liittyy?

Mitä kehitettävää sinulle tulee mieleen tehtävän päättämiseen liittyen?

Kerro yleisellä tasolla kokemuksiasi kiireettömien mielenterveyshälytysten hoitamisesta?

Arvioi tämänhetkinen ammattitaitosi asteikolla 1–10 kiireettömien mielenterveyshälytysten hoitamiseen liittyen?

Mitä pitäisi tapahtua, että voisit antaa yhtä numeroa paremman arvosanan ammattitaidollesi?

Muita huomioita ja parannusehdotuksia?

Liite 2. Saatekirje

Opiskelemme Seinäjoen Ammattikorkeakoulussa sosiaali- ja terveysalan yksikössä sairaanhoitajan tutkintoon johtavassa koulutuksessa. Teemme opinnäytetyötä aiheesta ”Hoitajien kokemuksia kiireettömissä mielenterveyshälytyksissä”. Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata kiireettömien mielenterveyshälytysten toteutumista Etelä-Pohjanmaan ensihoidon alueella alue-ensihoitajien ja psykiatristen sairaanhoitajien näkökulmasta. Tavoitteena on saada tietoa työntekijöiden kokemuksista kiireettömien mielenterveyshälytysten hoitamisesta. Opinnäytetyössä kerätään tietoa ja kokemuksia kahdelta ensimmäiseltä toimintavuodelta toiminnan vakiinnuttamisen, kehittämisen ja laajentamisen tueksi.

Opinnäytetyöhön liittyy kyselylomake, johon kutsun teidät osallistumaan. Kyselyyn vastaaminen on luottamuksellista ja vapaaehtoista.

Kyselyn tekemiseen on saatu asiamukainen lupa. Antamanne vastaukset tullaan käsittelemään nimettöminä, joten vastauksia ei voida yhdistää teihin.

Opinnäytetyömme pääasiallisena ohjaajana toimii Niina Keskinen Seinäjoen Ammatti Korkeakoulussa. Opinnäytetyö julkaistaan Theseus-tietokannassa.

Ystävällisin terveisin

Opinnäytetyöntekijät

Jonne Parkkonen

Miika Raunio

Liite 3. Tulostaulukko

Yläkategoria	Alakategoria	Pelkistys
Esitietojen tärkeys	Esitietoihin perehtyminen	Kohdehenkilöön etukäteen perehtyminen. (1) Tiedonkeruu tilanteesta ja potilaasta. (2) Esitietojen kerääminen kohdehenkilöstä. (3)
	Lisätietojen hankinta	Tavoitellaan ilmoittajaa puhelimitse kiinni. (5) Lisäinfon saaminen. (9) Soitto ilmoittajalle tarkempien tietojen saamiseksi. (4)
	Esitietojen keräämisen haasteet	Puutteelliset tiedot kohteesta. (2) Epämääräiset tiedot kohteesta. (2) Esitietoja ei löydy. (8) Puutteelliset lähtötiedot hätäkeskuksesta. (9) Ajan tasalla olevat kirjaukset. (2)
	Tehtävän suunnittelu työparin kanssa.	Toimintastrategian luominen työparin kanssa. (1) Tehtävä hoidetaan yhteistyössä. (4) Tehdään työnjako etukäteen. (4) Tehdään alustava suunnitelma arvioinnin etenemisen suhteen. (2) Epäselvä työnjako. (4)
Laadukas hoitotyö	Hoitajan ammatillinen osaaminen	Vähäinen kokemus tehtävistä. (6) Potilaan psyykkisen tilan arviointi itsessään haasteellista. (9) Puutteellinen kirjaus. (3) Työ tehokasta ja mielekästä. (9)

	Ajankäyttö	Arvio pääseekö lähtemään keikalle. (3) Siirtymät. (4) Pieni aikaikkuna, jossa varusteiden vaihto. (3) Pieni aikaikkuna, jossa mahdollinen puhelu ilmoittajalle. (3) Potilaan kuljetuskyödin odottaminen sairaalaan. (4)
	Työvälineet	Hoitovälineistön kuntoon saattaminen. (7) Tarvikkeet aina valmiina. (3) Huonot puhelinkentät. (7) Tietojärjestelmä toimii ajoittain huonosti. (3)
	Yhteistyö työparin kanssa	Työparin tunteminen. (4) Käydään keskustelua alue-ensihoitajan kanssa. (2) Yhteistyö psyk. hoitajan kanssa. (7) Huono kemia työparin kanssa. (4) Tilanteen läpikäynti toisen hoitajan kanssa. (2) Keikan läpikäyminen työparin kanssa. (8) Loppukeskustelu tilanteesta työparin kanssa. (7) Hyvää ja tarpeellista yhteistyötä Y-tiimin kanssa. (1) Y-tiimin tehtävät antoisia ja osa haastavia. (2) Olen ollut erittäin tyytyväinen yhteistyöhön psyk. hoitajan kanssa, joka osaa arvioida potilaan psyykkistä tilaa paremmin. (7)
	Moniammatillinen yhteistyö.	Konsultointiapu lääkäriltä kohteeseen. (2) Konsultoinnin mahdollisuus. (3) Moniammatillisuuden hyödyntäminen. (6) Virka-apua voidaan joutua odottamaan kauan, jos potilas ei päästä sisälle. (2)

		Potilas ei avaa ovea, jolloin joudutaan turvautumaan virkavaltaan. (8) Virka-apu ollut hyvä asia turvallisuuden kannalta välillä. (2)
Hoitajan hyvinvoinnin turvaaminen	Hoitajan psyykkinen hyvinvointi.	Haastavan tehtävän purku. (9) Tehtävän purku parin kanssa tarvittaessa. (4) Hoitajan ristiriitainen ajatus potilaan tarvitsemasta jatkohoidosta ja toteutetusta hoidosta. (8)
	Hoitajan fyysinen hyvinvointi.	Hoitajan riittävä ravitseminen. (7) Hoitajan jaksamisen varmistaminen. (7) Omasta hyvinvoinnista huolehtiminen. (2)
	Hoitajan turvavarusteet.	Tarkistetaan luotiliivit, pippurisumute ja muun vaatetuksen turvallisuus. (7) Huomioidaan työturvallisuus varustuksen osalta. (4)
	Työympäristön turvallisuus	Muiden kohteessa olevien huomioiminen. (2) Työympäristön tarkkailu turvallisuuden kannalta. (2) Auton oikein parkkeeraus kohteeseen nähden. (4) Poistumisteiden huomioiminen. (7) Kotieläinten huomiointi. (8) Potilaan olemus, mahdollinen humalatile ja aggressiivisuus. (9) Potilaan mahdollisesti omistamat aseet. (9)
Potilaan jatkohoidon turvaaminen	Potilaan hoitomyönteisyys	Yhteisymmärrystä ei synny potilaan kanssa. (3) Potilas ei kykene yhteistyöhön päihteiden tai sairauden takia. (5) Potilas saatava luottamaan hoitajan päätöksiin. (9) Potilas ei halua jatkohoitoa eivätkä pakkohoidon kriteerit täyty. (2) Ilmoittaja ja potilas eri mieltä tilanteesta. (2)

		<p>Kohdepotilaan mielentila. (1) Ei tarvitse itse lähteä etsimään apua. (2) Apu saadaan ihmisten kotiin. (2) Potilaat yleensä luottaneet psyk. hoitajaan. (8)</p>
	Potilaan tukiverkoston hyödyntäminen	<p>Potilaan läheisten tuki. (5) Potilaan verkoston tuki. (2) Potilaanverkoston hyödyntäminen kotiin jäämisessä. (2) Pystytään luomaan potilaalle turvaverkkoa ja hoitopolku (9)</p>
	Muiden hoitotyön ammattilaisten hyödyntäminen.	<p>Hoitosuunnitelman ja jatkohoidon epäselvyys. (1) Selkeät hoitolinjaukset potilaskohtaisesti. (1) Jatkohoitoon hakeutuminen jää potilaan vastuulle. (2) Potilaan saattaminen tarvittaessa jatkohoitopaikkaan. (2)</p>
Kehittämishaasteet	Työvälineiden ja varusteiden parantaminen	<p>Y-tiimin paremmat varusteet. (3) Tiedonkeruulomake, jota voisi hyödyntää kohteessa. (2) D-785 hälytykset myös Y-tiimin Virveen. (2) Paperinen lomake varmistamaan kirjaamista, kun Lifecare-yhteys ei toimi. (2) Työvaatteet. (7) Henkilökohtaiset turvaliivit. (7)</p>
	Työmenetelmien kehittämistarpeet	<p>Selkeämmät toimintatavat. (1) Valmiit kuljetuskohteet. (2) Lisää aikaa valmistautumiseen. (4) Tutustuminen potilasasiakirjoihin. (4) Aikaa puhelinarvion tekemiseen. (4) Puhelinarvion tekeminen yhdessä psyk.hoitajan kanssa. (4) Paremmat ennakkotiedot. (7) Potilaan kuljetus jatkohoitopaikkaan. (2) Mahdollisuus ohjata potilas suoraan psykiatriseen päivystykseen. (2)</p>

		Psyk. Hoitajien turvallisuuskoulutus. (6) Potilaan pääsy suoraan erikoissairaanhoidon psykiatrille. (8) Selkeämpi tehtävän purku. (2) Parityöskentely. (5)
	Yhteistyön kehittäminen	Kommunikaatio uusiksi. (3) Yhteinen tutustumispäivä. (3) Yhteistyöhön lisää välineitä ja tehokkuutta. (4) Videoyhteyden hyödyntämättömyys konsultoinnissa. (7) Hyvä moniammatillinen kontakti. (1) Säännölliset palaverit. (1) Palvelulaitokset mukaan. (6) Mallin laajentaminen muualle Etelä-Pohjanmaan alueelle. (2)