



Mikko Moilanen ja Katriina Suominen

Aggressiivinen potilas ensihoidossa

Työntekijän toimintakortti

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Ensihoitaja AMK

Ensihoidon tutkinto-ohjelma

Opinnäytetyö

30.4.2024

Tekijät	Mikko Moilanen, Katriina Suominen
Otsikko	Aggressiivinen potilas ensihoidossa
Sivumäärä	51 sivua + 2 liitettä
Aika	30.4.2024
Tutkinto	Ensihoitaja AMK
Tutkinto-ohjelma	Ensihoidon tutkinto-ohjelma
Ohjaajat	Lehtori Eini Koskimies
<p>Ensihoitajat kuuluvat niin sanottuihin riskiammatteihin, joissa kohdataan enemmän uhkaavasti ja aggressiivisesti käyttäytyviä asiakkaita kuin muissa ammateissa. Ensihoidon työympäristössä aggressiivisen potilaan kohtaamisriskiä lisäävät erityisesti puutteelliset etukäteistiedot tehtävästä ja kohteessa odottavasta potilaasta sekä moniongelmaiset ja päihteiden vaikutuksen alaisena olevat potilaat. Potilaan aggressiivisella ja väkivaltaisella käyttäytymisellä voi olla monia kielteisiä vaikutuksia niin yksilölle, organisaatioille kuin yhteiskunnallekin.</p> <p>Tämän luonteeltaan toiminnallisen opinnäytetyön tarkoituksena oli luoda työntekijän toimintakortti aggressiivisen potilaan kohtaamistilanteisiin. Opinnäytetyön tavoitteena oli toimintakortin avulla lisätä yhteistyöorganisaation ensihoidossa toimivan henkilöstön tietoisuutta ja osaamista liittyen aggressiivisen potilaan kohtaamiseen sekä kohtaamistilanteiden jälkihoitoon. Tavoitteena oli myös yhtenäistää ja selkeyttää yhteistyöorganisaation toimintatapoja. Opinnäytetyön tilaajana ja yhteistyöorganisaationa toimi Helsingin pelastuslaitos.</p> <p>Opinnäytetyön tuotoksena toimivan toimintakortin sisältö pohjautuu suorittamaamme systemaattiseen kirjallisuushakuun sekä yhteistyöorganisaation omiin linjauksiin ja määräyksiin. Toimintakortti on nelisivuinen ja ohjeistaa uhkaaviin tilanteisiin valmistautumisessa, aggressiivisen potilaan tunnistamisessa ja kohtaamisessa sekä näiden tilanteiden jälkihoidossa. Toimintakortin prototyyppiä arvioitiin yhdellä yhteistyöorganisaation asemalla ja palautetta toimintakortista saatiin aseman henkilöstöltä. Palautteiden perusteella toimintakortissa esitetyjä asioita tiivistettiin, siihen lisättiin kuvia ja huomioitavien asioiden listaa lyhennettiin. Myös yhteistyöorganisaation edustajilta saimme toimintakorttiin liittyviä kommentteja säännöllisesti.</p> <p>Johtopäätöksinä voidaan todeta, että koska aggressiivisen potilaan kohtaamistilanteet voivat usein olla ennalta-arvaamattomia, ei aina ja joka tilanteessa toimivaa toimintakorttia pystytä tekemään. Tuottamamme toimintakortti voi kuitenkin antaa yleispäteviä ohjeita uhkaavaan työtilanteeseen valmistautumisessa sekä aggressiivisessa tunnetilassa olevan potilaan tunnistamisessa. Toimintakortti toimii myös muistilistana, josta työntekijät voivat tarkistaa aggressiivisen potilaan kohtaamistilanteen jälkeiset toimenpiteet, kuten tarvittavat raportoinnit.</p> <p>Toimintakortti on tarkoitus sijoittaa yhteistyöorganisaation ensihoitoyksiköihin ja sitä voidaan hyödyntää myös uusien työntekijöiden ja opiskelijoiden perehdytyksessä sekä henkilöstön säännöllisissä koulutuksissa. Tulevaisuudessa toimintakortista olisi hyvä jatkokehittää paperisen version lisäksi sähköinen versio kortin päivittämisen ja saavutettavuuden helpottamiseksi.</p> <p>Tämän opinnäytetyön alkuperä on tarkastettu Turnitin Originality Check -ohjelmalla.</p>	
Avainsanat	Aggressiivinen potilas, kohtaaminen, ensihoitaja, toimintakortti

Authors	Mikko Moilanen, Katriina Suominen
Title	Aggressive patient in prehospital emergency care
Number of Pages	51 pages + 2 appendices
Date	30th April 2024
Degree	Bachelor of Healthcare
Degree Programme	Emergency Care
Instructors	Eini Koskimies, Senior Lecturer
<p>Paramedics belong to so-called high-risk professions, who encounter more threatening and aggressive customers than other professions. In the work environment of prehospital emergency care, the risk of encountering an aggressive patient is increased by insufficient previously available information about the task and the patient, as well as multi-problem and intoxicated patients. A patient's aggressive and violent behavior can have many negative effects on individuals, organizations and society.</p> <p>The purpose of this functional thesis was to create an employee's checklist for situations of encountering an aggressive patient. The aim of this thesis was with the checklist to increase the awareness and skills of those working in the prehospital emergency care in the cooperation organization regarding the encounter with an aggressive patient and the aftercare of those situations. The goal was also to unify and clarify the working methods used by the cooperation organization. Helsinki City Rescue Service was the client and cooperating organization of the thesis.</p> <p>The product of this thesis is a checklist which content is based on the systematic literature search we performed and the cooperation organization's own policies and regulations. The checklist is four pages long and provides instructions for preparing for threatening situations, identifying and confronting an aggressive patient, and the aftercare of these situations. The prototype of the checklist was evaluated at one station of the cooperation organization and feedback on the checklist was received from the staff of the station. Based on the feedback, the issues presented in the checklist were condensed, pictures were added and the list of issues to be considered was shortened. We also regularly received comments related to the checklist from the representatives of the cooperation organization.</p> <p>As a conclusion, it can be stated that since the encounter situations with an aggressive patient can often be unpredictable, it is not possible to create a checklist that works always and in every situation. However, the checklist we produced can provide general instructions for preparing for a threatening work situation and for identifying a patient in an aggressive emotional state. The checklist also serves as a memory list from which employees can check the measures taken after encountering an aggressive patient, such as the necessary reports.</p> <p>The checklist is intended to be placed in the emergency care units of the cooperation organization and it can also be used in the orientation of new employees and students, as well as in the regular trainings of the personnel. In the future, it would be good to further develop an electronic version of the checklist in addition to the paper version, to facilitate the updating and accessibility of the card.</p> <p>The origin of this thesis has been checked with Turnitin Originality Check program.</p>	
Keywords	Aggressive patient, encounter, paramedic, checklist

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset	2
3	Aggressiivinen potilas ensihoidossa	2
3.1	Keskeiset käsitteet	2
3.2	Uhka- ja väkivaltatilanteet ensihoidossa	4
3.3	Aggressiivisuus ja siihen vaikuttavat tekijät	7
3.3.1	Mielenterveyshäiriöt ja aggressiivisuus	9
3.3.2	Päihteet ja aggressiivisuus	11
3.3.3	Muut aggressiivisuuteen vaikuttavat tekijät	13
3.4	Aggressiivisen potilaan kohtaamistilanne	14
3.4.1	Valmistautuminen ja ennakointi	15
3.4.2	Tunnistaminen	18
3.4.3	Kohtaaminen	19
3.4.4	Vuorovaikutus	20
3.4.5	Kun tilanne on päällä	21
3.5	Aggressiivisen potilaan kohtaamistilanteen jälkihoito	24
3.5.1	Stressireaktiot	25
3.5.2	Defusing ja debriefing	28
3.5.3	Muut jälkihuoltotoimenpiteet	31
4	Laadukas toimintakortti	32
5	Opinnäytetyön toteutus	35
5.1	Menetelmälliset lähtökohdat	35
5.2	Tiedonhaku	36
5.3	Opinnäytetyön toiminnallinen osuus	40
6	Opinnäytetyön tuotos	41
7	Pohdinta	42
7.1	Tuotoksen tarkastelu ja johtopäätökset	42
7.2	Luotettavuus ja eettisyys	44
7.3	Tuotoksen hyödyntäminen ja kehittämis ehdotukset	45
	Lähteet	47

Liitteet:

Liite 1. Tiedonhakutaulukko

Liite 2. Opinnäytetyön lähteiksi valikoituneet artikkelit

1 Johdanto

Ensihoitajat kuuluvat niin kutsuttuihin riskiammatteihin, joissa kohdataan enemmän uhkaavasti ja aggressiivisesti käyttäytyviä asiakkaita kuin muissa ammateissa (Rantaeskola & Hyyti & Kauppila & Koskelainen 2015: 10). Ensihoitajia edustavien ammattijärjestöjen vuonna 2020 teettämän Työturvallisuus ensihoitotyössä - väkivaltakyselyn mukaan valtaosa ensihoitajista (74 %) on työuransa aikana kohdannut uhka- tai väkivaltatilanteita työtehtävillään. Lisäksi noin neljännes vastaajista oli kohdannut vakavia uhka- ja väkivaltatilanteita, kuten teräaseella uhkailua tai tönimistä. (Puukko & Fält 2022.) Työskentely ennalta tuntemattomissa olosuhteissa ja puutteelliset etukäteistiedot tehtävästä sekä muun muassa päihteiden vaikutuksen alaisena olevat potilaat lisäävät aggressiivisen potilaan kohtaamisriskiä ensihoidon työympäristössä. (Fält & Telkki 2022: 79.)

Aggressiivisen potilaan kohtaamisesta aiheutuviissa uhka- ja väkivaltatilanteissa on kysymys työntekijöiden sekä henkisestä että fyysisestä työsuojelusta ja näin ollen työturvallisuudesta (Rantaeskola ym. 2015: 37). Kesäkuussa 2023 työturvallisuuslakia päivitettiin ja muun muassa työnantajan yleisiä velvollisuuksia huolehtia työntekijöiden turvallisuudesta ja terveydestä työssä täsmennettiin (Moilanen 2023). Työnantajan lakisääteisiin velvollisuuksiin kuuluu esimerkiksi työn vaarojen tunnistaminen ja arviointi. Jos väkivallan uhka on työssä mahdollinen, on työnantajan laadittava menettelytapaohjeet, joissa kiinnitetään huomiota uhkaavien tilanteiden hallintaan sekä toimintatapoihin, joilla väkivaltatilanteen vaikutuksia työntekijän turvallisuuteen voidaan torjua tai rajoittaa. (Työturvallisuuslaki 738/2002.)

Opinnäytetyömme tilaajana ja yhteistyöorganisaationa toimii Helsingin pelastuslaitos. Opinnäytetyö on luonteeltaan toiminnallinen ja sen tarkoituksena on tuottaa työntekijän toimintakortti, joka ohjeistaa uhkaaviin tilanteisiin valmistautumisessa, aggressiivisen potilaan tunnistamisessa ja kohtaamisessa sekä näiden tilanteiden jälkihoidossa. Opinnäytetyön tavoitteena on toimintakortin avulla lisätä yhteistyöorganisaation ensihoidossa työskentelevän henkilöstön tietoisuutta ja osaamista liittyen aggressiivisen potilaan kohtaamistilanteisiin sekä yhtenäistää ja selkeyttää yhteistyöorganisaation toimintatapoja.

2 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset

Tämän toiminnallisen opinnäytetyön tarkoitus on luoda toimintakortti, joka tarjoaa toimintaohjeet sekä aggressiivisen potilaan kohtaamistilanteissa toimimiseen että tilanteiden jälkihoitoon. Toimintakortti tulee Helsingin Pelastuslaitoksen käyttöön.

Opinnäytetyön tavoitteena on toimintakortin avulla lisätä yhteistyöorganisaation ensihoidossa työskentelevän henkilöstön tietoisuutta ja osaamista liittyen aggressiivisen potilaan kohtaamistilanteisiin sekä näihin liittyvään jälkihoitoon. Lisäksi tavoitteena on yhtenäistää ja selkeyttää yhteistyöorganisaation käytössä olevia toimintatapoja aiheeseen liittyen. Toimintakortin käytöllä pyritään kehittämään työturvallisuutta ensihoidossa ja ennaltaehkäisemään uhka- ja väkivaltatilanteiden toteutumista. Toimintakorttia voidaan hyödyntää jokapäiväisessä aamutarkastuksessa, opiskelijoiden ja uusien työntekijöiden perehdyttämisessä, henkilöstön koulutuksissa sekä uhka- ja väkivaltatilanteisiin valmistautumisessa ja tilanteiden jälkihoidossa.

Opinnäytetyötämme ohjaa seuraavat tutkimuskysymykset:

1. Mitä tulee ottaa huomioon, kun ensihoidon tehtävillä kohdataan aggressiivinen potilas?
2. Mitä toimia sisältyy aggressiivisen potilaan kohtaamistilanteen jälkihoitoon?
3. Millainen on laadukas toimintakortti?

3 Aggressiivinen potilas ensihoidossa

3.1 Keskeiset käsitteet

Taulukko 1. Keskeiset käsitteet

Käsite	Määritelmä
Aggressio ja aggressiivisuus	Aggressiota kuvataan monesti tunteena, ei tekona. Aggressiivisuudella tarkoitetaan aggressiivista käyttäytymistä. (Pruuki & Ketola-Huttunen 2018: 36; Keltikangas-Järvinen 2010: 59.)

Debriefing	Jälkipuinti eli ohjattu ryhmäkeskustelu, joka järjestetään 24–72 tuntia kriittisen tilanteen jälkeen. Debriefing koostuu useasta vaiheesta ja sen tavoitteena on antaa työntekijöille mahdollisuus käsitellä tilanteen esiin nostamia tunteita ohjatusti. Debriefingin avulla pyritään ehkäisemään jälkireaktioita, kuten traumaperäistä stressireaktiota ja helpottamaan paluuta normaaliin työhön. (Kuisma & Holmström & Nurmi & Porthan & Puolakka 2022: 906; Rantaeskola ym. 2015: 186.)
Defusing	Jälkipurkukeskustelu, joka toimii psyykkisenä ensiapuna. Järjestetään mahdollisimman pian kriittisen tilanteen jälkeen. Vetäjänä toimii jälkipurkukoulutettu kollega. Jälkipurkukeskustelu voi olla myös esimerkiksi epävirallinen lyhyt juttutuokio työtoverin kanssa. (Fält & Telkki 2022: 105; Kuisma ym. 2022: 906; Rantaeskola ym. 2015: 165.)
Ensihoitaja	Ensihoitaja on joko perus- tai hoitotason ensihoitajaksi kouluttautunut henkilö. Myös osa pelastajaoppilaista suorittaa sosiaali- ja terveydenhuoltoalan perustutkinnon perustason ensihoidon osaamisalalla. (Fält & Telkki 2022: 12.) Ensihoitajat voivat työskennellä julkisella sektorilla, jonka työnantajia ovat sairaanhoitopiirit sekä pelastuslaitokset, jotka molemmat voivat tuottaa ensihoitopalvelua. Näiden lisäksi ensihoitajat voivat työskennellä yksityisillä ensihoitopalvelua tuottavilla yrityksillä, jotka voivat toimia osana alueellista ensihoitopalvelua sekä toteuttaa myös kiireettömiä hoitolaitosten välisiä potilassiirtoja. (Fält & Telkki 2022: 12.)
Ensihoito	Äkillisesti sairastuneelle tai loukkaantuneelle potilaalle annettu hoito. Ensihoito on yleensä henkeä pelastavaa tai sillä pyritään estämään vamman pahenemista. Ensihoito tapahtuu aina sairaalan ulkopuolella, useimmiten potilaan kotona tai onnettomuuspaikalla. Ensiavun ja ensihoidon välinen ero on, että ensihoitoa antavat ovat saaneet ammatillista koulutusta ja heillä on enemmän hoitovälineitä käytössä. Lisäksi ensihoitoon sisältyy potilaan kuljettaminen tarkoituksenmukaisimpaan hoitopaikkaan ja potilaan hoitaminen kuljetuksen aikana. (Terveystieteellisen tutkimuksen laitos 1326/2010 40 §)
Ensihoitopalvelu	Äkillisesti sairastuneen tai loukkaantuneen potilaan hoidon tarpeen arviointi ja kiireellinen hoito, joka annetaan sairaalan ulkopuolella. Ensihoitopalveluun kuuluu tarvittaessa myös potilaan kuljettaminen lääketieteellisesti arvioiden tarkoituksenmukaisimpaan hoitoyksikköön. Lisäksi ensihoitopalveluun sisältyy potilaiden siirrot tilanteissa, joissa potilaan terveydentila vaatii hoitotoimenpiteitä tai terveydentilan arviointia ja seuranta kuljetuksen aikana. Ensihoitopalveluun

	sisältyy virka-avun antaminen, ensihoitovalmiuden ylläpitäminen, potilaan tai omaisten ohjaaminen psykososiaalisen tuen piiriin sekä valmiussuunnitelmien luominen suuronnettomuuksia tai muita terveydenhuollon erikoistilanteita varten. (Terveydenhuoltolaki 1326/2010 40 §.)
Toimintakortti	Apuväline toistuvia toimintoja varten. Sen tarkoitus on vähentää inhimillisiä virheitä. Sen tulee olla mahdollisimman lyhyt ja helppolukuinen. (Burian 2006.)
Uhka- ja väkivaltatilanne	Työssä tapahtuvat uhka- ja väkivaltatilanteet ovat tilanteita, joissa työntekijöitä loukataan sanallisesti, uhataan tai pahoinpidellään työolosuhteissa ja jotka suoraan tai epäsuorasti vaarantavat työntekijöiden turvallisuuden, terveyden tai hyvinvoinnin (Työturvallisuuskeskus).

3.2 Uhka- ja väkivaltatilanteet ensihoidossa

Asiakkaan häiritsevää, uhkaavaa ja jopa väkivaltaista käyttäytymistä saatetaan kohdata missä tahansa vuorovaikutteisessa työtilanteessa. Osa ammateista luokitellaan kuitenkin niin sanotuiksi riskiammateiksi, joissa kohdataan eniten häirintää, uhkailua ja väkivaltaa. Nykyisin riskiammatteihin lasketaan turvallisuus-, opetus- sekä sosiaali- ja terveysalan ammatit. (Rantaeskola ym. 2015: 10.) Ensihoidon työympäristössä vaara- ja uhkatilanteiden riskiä lisäävät erityisesti työskentely tuntemattomissa olosuhteissa, kuten ihmisten kodeissa tai julkisilla paikoilla isojen ihmisjoukkojen keskellä (Bigham ym. 2014: 489; Fält & Telkki 2022: 79; Spelten ym. 2022: 2). Riskiä lisää myös puutteelliset etukäteen käytettävissä olevat tiedot tehtävästä ja kohteesta odottavasta asiakkaasta sekä päihteiden vaikutuksen alaisena olevat ja moniongelmaiset potilaat (Fält & Telkki 2022: 79).

Kansainvälisistä tutkimuksista käy ilmi, että aggressiivisen potilaan kohtaamistilanteet ovat globaali haaste ensihoidon kentällä (Maguire ym. 2018; Bigham ym. 2014). Vuonna 2016 tehdyssä tutkimuksessa haastateltiin ensihoidossa työskenteleviä henkilöitä kolmestatoista eri maasta. Suurin osa tutkimukseen osallistuneista henkilöistä oli Yhdysvalloista, mutta osallistujia oli myös Australiasta, Iso-Britanniasta, Irlannista, Uudesta-Seelannista, Kanadasta, Ruotsista, Saksasta, Portugalista, Saudi-Arabiasta, Etelä-Afrikasta, Uruguaysta ja Uzbekistanista. Tutkimuksessa selvitettiin

fyysisen väkivallan esiintyvyyttä ensihoidossa ja se toteutettiin verkkokyselynä. Kyselyyn vastasi yhteensä 1778 ensihoidossa työskentelevää henkilöä ja 65 % vastanneista kertoi joutuneensa väkivaltaisen hyökkäyksen kohteeksi työtehtävillään. 90 % tapauksista hyökkääjän sanottiin olleen potilas ja 80 % vastaajista arvioi hyökkääjän olleen alkoholin tai huumausaineiden vaikutuksen alaisena. Lisäksi 44 % vastanneista sanoi, ettei ollut raportoinut tapahtumaa työpaikan järjestelmiin. (Maguire ym. 2018: 526–529.)

Kanadassa tehdyssä tutkimuksessa 75 prosenttia tutkimukseen osallistuneista ensihoitajista raportoi kokeneensa työpaikkaväkivaltaa viimeisen 12 kuukauden aikana (Bigham ym. 2014). Yleisin tutkimuksessa esiin tullut työpaikkaväkivallan muoto oli suullinen väkivalta (64 %). Fyysistä väkivaltaa raportoitiin tapahtuneen 26 prosentissa tilanteista. (Bigham ym. 2014: 491.) Myös Ruotsissa tehdyssä tutkimuksessa 66 % kyselyyn vastanneista ensihoidossa työskentelevistä henkilöistä oli kohdannut uhkailua tai väkivaltaa työssään. Kyselyyn vastanneista 26 % oli kohdannut uhkailua ja 16 % fyysistä väkivaltaa viimeisen vuoden aikana. Väkivallalla uhkaaminen oli yleisin uhkailun aihe ja 27 % vastanneista kertoi uhkailuun liittyneen aseella uhkaamista. (Petzäll & Tällberg & Lundin & Suserud 2011.)

Pelastuslaitosten kumppanuusverkoston tuottamissa koosteissa on kuvattu uhka- ja väkivaltatilastot vuosilta 2014–2022 sekä tilastoitu muun muassa kyseisten tilanteiden ilmenemismuotoja ja tilanteisiin vaikuttavia tekijöitä (Pelastuslaitosten kumppanuusverkosto 2022). Tilastoissa on mukana 11 pelastuslaitosta Suomesta. Tilastoista käy ilmi, että vuonna 2022 uhka- ja väkivaltatilanneilmoituksia tehtiin kyseisillä asemilla yhteensä 165 kappaletta. Pelastuslaitosten kumppanuusverkoston tuottaman koosteen mukaan pääosa pelastuslaitosten uhka- ja väkivaltailmoituksista kirjataan tapahtuneiksi ensihoitotehtävillä, mutta niitä ilmenee vuosittain muutamia myös pelastustoimen tehtävillä kuten esimerkiksi palotarkastustehtävillä. (Pelastuslaitosten kumppanuusverkosto 2022).

Pelastuslaitosten kumppanuusverkoston tilastoista selviää, että uhka- ja väkivaltatilanneilmoitusten lukumäärä on vähentynyt vuodesta 2019 lähtien, jolloin tapahtumailmoituksia tehtiin jopa 374 kappaletta. Samalla myös uhka- ja väkivaltatilanteiden esiintymistajuus on laskenut, kun sitä verrataan pelastuslaitosten suorittamien ensihoitotehtävien lukumääriin. Vuonna 2021 tilastoissa mukana olleilla pelastuslaitoksilla oli yhteensä 326 892 ensihoitotehtävää, joissa uhka- ja

väkivaltatilanteiden esiintymistaajuus oli 0,056 % eli yksi väkivallan uhkatilanne jokaista 1784 ensihoitotehtävää kohden. Vuonna 2022 ensihoitotehtäviä oli yhteensä 398 302, esiintymistaajuuden ollessa 0,041 % eli yksi väkivallan uhkatilanne jokaista 2414 ensihoitotehtävää kohden. (Pelastuslaitosten kumppanuusverkosto 2022.)

Vuonna 2022 tyypillisin uhka- tai väkivaltatilanteen aiheuttaja oli pelastuslaitosten kumppanuusverkoston tilastojen perusteella ensihoidon potilas (91 %). Selkeästi harvemmin aiheuttaja oli potilaan omainen (4 %) tai ulkopuolinen (5 %). Tilastoista selviää myös, että vuonna 2022 kyseessä olevien tilanteiden aiheuttaja oli useimmiten mies (56 %) ja hyvin usein hän oli päihtynyt (61 %). Sukupuolen ja päihtymyksen osalta kirjausta ei ollut tehty kaikissa tilanteissa, joten todellisuudessa prosentit ovat todennäköisesti hieman korkeammat. (Pelastuslaitosten kumppanuusverkosto 2022.)

Vuosi 2022 oli ensimmäinen vuosi 2014 vuoden jälkeen, kun uhka- ja väkivaltatilanteita tapahtui eniten ambulanssissa (40 %) kun vuosina 2014–2021 kyseisiä tilanteita raportoitiin tapahtuneen eniten yksityisasunnossa. Vuonna 2022 yksityisasunnossa tapahtuneita uhka- ja väkivaltatilanteita raportoitiin tapahtuneen toiseksi eniten (32 %) ja kolmanneksi eniten kohdeosoitteessa ulkona (17 %). Tilastojen perusteella tilanteissa esiintyi eniten henkistä väkivaltaa (43 %) ja toiseksi eniten lievää fyysistä väkivaltaa (39 %). Vakavaa fyysistä väkivaltaa tuottavia tilanteita kirjattiin 16 kappaletta (7 %) ja vakavan vamman aiheuttanut fyysinen väkivalta raportointiin tapahtuneen yhdessä tilanteessa. (Pelastuslaitosten kumppanuusverkosto 2022).

Vaikka uhka- ja väkivaltatilanneilmoitusten määrä ja esiintymistiheys ovat Pelastuslaitosten kumppanuusverkoston raportoinnin mukaan laskussa, muistutetaan pelastuslaitosten kumppanuusverkoston tuottamassa koosteessa, että on oletettavaa, että raportoitujen uhka- ja väkivaltatilanteiden määrä on ainoastaan pieni osa ensihoitohenkilöstön työssään kokemista uhka- ja väkivaltatilanteista. Yksi uhka- ja väkivaltatilanteiden esiintyvyyden vähentymiseen vaikuttava tekijä lieneekin pelastuslaitosten käytössä olevat erilaiset raportointijärjestelmät ja työntekijöiden kokemus kynnys raportin tekemiselle. Pelastuslaitosten kumppanuusverkoston raportissa korostetaan, että vaikka suunta uhka- ja väkivaltatilanteiden vähentymiselle on oikea, tulisi pelastuslaitosten edelleen jatkaa muun muassa henkilöstönsä kouluttamista ja työturvallisuusohjeiden päivittämistä sekä raportoinnin tärkeyden korostamista. Pelastuslaitosten kumppanuusverkoston raportissa

painotetaan myös, että väkivaltaa ja sen uhkaa ei tule hyväksyä missään olosuhteissa. (Pelastuslaitosten kumppanuusverkosto 2022.)

3.3 Aggressiivisuus ja siihen vaikuttavat tekijät

Aggressiota ja aggressiivisuutta on tutkittu pitkään niin ihmisistä kuin eläimistäkin. Käsitteistä on tehty useita keskenään ristiriitaisiakin teorioita. Alun perin aggressiolla on tarkoitettu aggressiivista käyttäytymistä ja aggressiivisuudella puolestaan viitattu tietynlaiseen persoonallisuuteen. Sanojen merkitykset ovat kuitenkin vuosien saatossa arkikielessä sekoittuneet. (Soisalo 2011: 26.) Nykyään aggressiota kuvataan usein tunteena, ei tekona. Aggression voidaankin sanoa olevan yksi ihmisen perustunteista, joka usein nousee esiin reaktiona johonkin tapahtumaan tai kokemukseen. Perustunteen lisäksi aggressiota voi pitää yhdistelmätunteena, joka pitää sisällään montaa tunnetta yhtä aikaa. Näihin tunteisiin kuuluu muun muassa pettymys, pelko, raivo, mustasukkaisuus, kateus, kostonhimo, kauhu ja vallanhimo. Näitä tunteita ilmaistaan usein vihan avulla, samoin kuin surua, syyllisyyttä ja katumusta. Aggressio itsessään on normaali ja terve asia ihmisessä, mutta sen tunnistaminen, käsittely ja kanavointi tuottavat monelle vaikeuksia. (Pruuki & Ketola-Huttunen 2018: 36–37.)

Aggression sanotaan olevan välttämätön voima ihmisen hyvinvoinnille. Sitä voi oppia kanavoimaan joko rakentavasti tai tuhoavasti. Terve aggressio auttaa ihmistä tunnistamaan omat rajansa. Se suojelee häntä väärin kohtelulta, hyväksikäytöltä, jyrätyksi ja ohitetuksi tulemiselta. Terve aggressio on käytössä myös silloin, kun ihminen suojelee tai puolustaa jotain itselleen tärkeää, kuten lastaan tai tärkeitä arvojaan. Aggressio muuttuu tuhoavaksi silloin, kun se reaktiona kohdistuu hallitsemattomana muihin ihmisiin tai itseensä. (Pruuki & Ketola-Huttunen 2018: 36–45.) Aggressio ei siis suoraan johda aggressiiviseen käyttäytymiseen eli aggressiivisuuteen, vaan aggressiivisen käyttäytymisen voidaan sanoa olevan häiriö, joka on seurausta useiden tekijöiden yhteisvaikutuksesta. Aggressiivista käytöstä pidetään sosiaalisten taitojen puuttumisena. (Keltikangas-Järvinen 2010: 52, 59.)

Aggressiivisuus voi olla proaktiivista eli suunniteltua ja osittain ihmisen oppima tapa ratkaista ongelmia (Storvik 2020). Ihminen on voinut tottua vastoinikäymisen tai rajoittamisen yhteydessä käyttäytymään aggressiivisesti. Syynä voi olla esimerkiksi se, ettei hänelle ole kehittynyt aggressioita normaalisti hillitseviä sisäisiä pidikkeitä. (Rantaeskola ym. 2015: 22.) Aggressiivisuus voi ilmetä myös reaktiivisesti, kun henkilö

kokee uhkaa tai turhautumista. Reaktiivista aggressiivisuutta esiintyy tilanteissa, joissa erittyy adrenaliinia, sillä adrenaliini laukaisee elimistössä ”taistele tai pakene” - valmiustilan. Ihmisten reaktiivinen aggressiivisuus on moniin muihin kädellislajeihin verrattuna kuitenkin sangen vähäistä ja käytös on yleensä harkitumpaa. (Storvik 2020.)

Ihmisten väliset eroavaisuudet aggressiivisuudessa liittyvät esimerkiksi temperamenttiin, johon kuuluvat reaktiotaipumukset, impulsiivisuus ja dominanssikäyttäytyminen (Storvik 2020). Nykäsityksen mukaan myös hormonaalisella toiminnalla on vaikutusta ihmisen aggressiiviseen käyttäytymiseen. Aggressiivisuutta on selitetty muun muassa miehen sukupuolihormoni testosteronilla, jonka on osoitettu kasvattavan valmiutta taisteluun sekä ehkäisevän pakenemista ja välttämiskäyttäytymistä. Tällaisen hormonaalisen tilan on katsottu antavan miehille enemmän potentiaalia aggressiiviseen käyttäytymiseen kuin naisille. Korkean testosteronitason ja aggressiivisuuden välillä oleva yhteys ei kuitenkaan ole täysin selkeä ja ihmisillä näiden yhteys on todettu olevan selvästi heikompi kuin eläimillä. Toinen aggressiivisuuteen vaikuttava hormoni kortisoli tunnetaan ”stressihormonina”. Alhaisen kortisolitason on todettu saavan aikaan pelottomuutta, lisäävän riskinottoa ja aiheuttavan piittaamattomuutta rangaistuksia kohtaan. Korkean testosteronitason ja alhaisen kortisolitason on havaittu liittyvän voimakkaaseen aggressiivisuuteen. (Rantaeskola ym. 2015: 17–18.)

Aggressiivisuus voi olla suoraa tai epäsuoraa. Suoraa aggressiivisuutta on esimerkiksi uhkaava käytös, kuten eleet ja sanat, huutaminen ja metelöinti, kiroilu, ahdistelu, pelottelu, aseella uhkaaminen ja fyysinen käsiksi käyminen. Epäsuora aggressiivisuus on pyrkimystä vahingoittaa toista ihmistä kiertoteitse. Epäsuoraa aggressiivisuutta on esimerkiksi kiristäminen, selän takana puhuminen ja läheisten uhkaaminen. (Pruuki & Ketola-Huttunen 2018: 46; Rantaeskola ym. 2015: 22; Soisalo 2011: 26–27.) Aggressiivisuus voi olla myös passiivista. Kyyninen ja katkera asenne ja sen värittämä puhe on passiivisaggressiivista käyttäytymistä. Passiivisen aggressiivisuuden ilmenemismuotoja ovat myös esimerkiksi huokailu, silmien pyörittely, viivyttely ja voivottelu. (Pruuki & Ketola-Huttunen 2018: 47.)

Väkivallaksi määritellään mikä tahansa hyökkäävä käyttäytyminen, joka on tarkoitettu tietoisesti vahingoittamaan toista ihmistä, eläintä, esinettä tai ympäristöä. Väkivalta voi olla fyysistä tai henkistä. Fyysisellä väkivallalla ymmärretään sellaista voiman käyttämistä, joka voi aiheuttaa väkivallan kohteelle fyysisen, seksuaalisen tai henkisen

vamman. Tähän väkivaltatyyppeihin kuuluvat muun muassa lyöminen, potkiminen, töniminen, raapiminen, hiuksista tai vaatteista repiminen, päälle sylkeminen, pureminen sekä lyömä-, terä- tai ampuma-aseella vahingoittaminen. Henkisenä väkivaltana tarkoitetaan muuta kuin fyysistä voimankäyttöä ja väkivaltaa, kuitenkin mukaan lukien uhkaaminen fyysisellä väkivallalla. Henkistä väkivaltaa on muun muassa nimittely, arvostelu, haukkuminen, nöyryyttäminen, huutaminen, uhkailu, seuraaminen, vainoaminen ja seksuaalinen ahdistelu. Työpaikkaväkivalta on työtehtävissä kohdattavaa väkivaltaa, joka vaarantaa työntekijän turvallisuuden, hyvinvoinnin tai terveyden joko suoraan tai epäsuorasti. Ensihoidossa väkivallantekijä on usein potilas, omainen tai muu ulkopuolinen henkilö, mutta myös kollega tai esimies voi harjoittaa väkivaltaa toista työntekijää kohtaan. (Fält & Telkki 2022: 80; Rantaeskola ym. 2015: 6.)

Ensihoidossa kohdattavan potilaan aggressiivinen käytös voi olla seurausta siitä, että potilas kokee, että häntä on kohdeltu huonosti, epäoikeudenmukaisesti tai liian hitaasti. Taustalla voi olla potilaan palvelutilanteelle asettamat epärealistiset odotukset. Potilaan haastava käytös ja sen muuttuminen väkivallaksi onkin usein vastareaktio potilaan kokemaan pettymykseen, turhautumiseen tai loukkaantumisen tunteisiin. Potilaalla voi myös olla ennakkoluuloja tai vääristyneitä asenteita työntekijää tai palvelutilannetta kohtaan. Ennakkoluulojen taustalla voi olla aikaisempia huonoja potilaskokemuksia. Joskus potilas voi olettaa, että hän saavuttaa tavoitteensa tehokkaimmin väkivallalla uhkaamalla. (Rantaeskola ym. 2015: 55.) Potilaan aggressiivisuuden taustalla voi olla myös esimerkiksi päihteiden käyttöä, persoonallisuushäiriö, muistisairaus tai älyllinen kehitysvammaisuus. Ensihoidossa kohdataan entistä useammin myös psykiatrisen avun tarpeessa olevia potilaita ja sairautentunnottomat ja hoitoon toimittamista vastustavat potilaat ovat erityinen haaste ensihoidossa. (Kuisma ym. 2022: 770–771; Soisalo 2011: 113.)

3.3.1 Mielenterveyshäiriöt ja aggressiivisuus

Mielenterveyshäiriöt ovat yksi mahdollinen osatekijä haastavissa ja jopa väkivaltaisiksi eskaloituvissa potilaskontakteissa. Mahdollisia mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöitä sekä niiden pohjalta diagnosoituja oireyhtymiä on lukuisia, eikä kaikilla haastavasti tai aggressiivisesti käyttäytyvillä potilailla ole virallisesti diagnosoitua mielenterveyden tai käyttäytymisen häiriötä. Monilla voi kuitenkin esiintyä vaihtelevan tasoisia piirteitä tai oireita kyseisistä häiriöistä. (Rantaeskola ym. 2015: 108–109.)

Toisaalta monet mielenterveyteen liittyvät ongelmat eivät vaikuta ihmisen käyttäytymiseen kohtaamistilanteissa ja suurin osa mielenterveyden ongelmista kärsivistä ei koskaan käyttäydy uhkaavasti. (Rantaeskola ym. 2015: 111; Hämäläinen & Kanerva & Kuhanen & Schubert & Seuri 2021: 241). On kuitenkin joitakin mielenterveyden ongelmia ja niiden oireita, joissa väkivaltaisen käyttäytymisen riski on kohonnut. Esimerkiksi akuutti psykoottinen oireilu voi lisätä uhkaavan käyttäytymisen riskiä (Rantaeskola ym. 2015: 111; Hämäläinen ym. 2021: 241).

Psykoosi tarkoittaa, että yksilön ajatus- ja havaintokyky on jollain tavalla vääristynyt, jonka seurauksena hän tulkitsee ulkopuolista todellisuutta ja muita ihmisiä poikkeavalla tavalla. Psykoosissa ihmisen on vaikea erottaa, mikä on totta ja mikä ei. Psykoottisiin oireisiin kuuluu aistiharhoja, mukaan lukien kuulo-, tunto- ja näköharhoja, ajattelun ja puheen häiriöitä, harhaluuloja sekä eriaistaisia käyttäytymisen ja tunne-elämän häiriöitä. (Hämäläinen ym. 2021: 253–254.) Psykoottiset oireet eivät sinällään aiheuta aggressiivista käyttäytymistä, vaan kyse on koettujen oireiden sisällöstä. Merkittäviä väkivaltaisen käyttäytymisen riskiä lisääviä oireita ovat aistiharhat, kuten äänet, jotka kehottavat toimimaan tietyllä tavalla. Psykoottinen potilas voi esimerkiksi kuulla ääniä, jotka käskvät häntä tekemään jotain väkivaltaista. Väkivaltariskiä lisäävän käyttäytymisen arvioinnissa kannattaa yrittää selvittää harhojen sisältö ja erityisesti se, kuka harhojen kohteena on. Harhoja kokeva henkilö voi harhojensa ohjaamana kohdistaa aggressionsa työntekijään. Potilaan kokemiin harhoihin ei kuitenkaan kannata puuttua yrittämällä esimerkiksi oikaista tai todentaa niitä, elleivät ne koske senhetkisessä tilanteessa mukana olevaa työntekijää itseään. Psykoosisairauksista yleisin on skitsofrenia. (Rantaeskola ym. 2015: 73, 112–114.)

Psykoosin oireista kärsivä potilas voi olla pelokas, jolloin pelko voi ilmentyä aggressiivisena käytöksenä, potilaan yrittäessä pitää muut ihmiset loitolla. Psykoottisen potilaan liikkumis- ja henkilökohtaisen tilan rajoittaminen ja ”nurkkaan ajaminen” saattaa johtaa aggressiiviseen reaktioon. Psykoottista potilasta ei tulisi myöskään lähestyä yllättäen ja takaapäin. Harhoja kokevan potilaan kanssa tulisi puhua rauhallisesti ja yksiselitteisesti sekä hänen kanssansa tulisi toimia harkitusti ja välttää kiireistä tunnelmaa. On hyvä pyrkiä vakuuttamaan asiakas siitä, että hän on turvassa ja hänen asiansa halutaan ja voidaan selvittää. Myös katsekontaktin määrään ja laatuun kannattaa kiinnittää huomiota, sillä harhainen potilas saattaa tulkita pitkän ja suoran katsekontaktin epämiellyttäväksi ja haastavaksi. Jos potilaan nimi on tiedossa, voi etunimen käyttö rauhoittaa tilannetta ja ankkuroida asiakkaan todellisuuteen ja

nykyhetkeen. Psykoosin oireita kokevaa potilasta ei kannata uhkailla seurauksilla tai muilla toimenpiteillä, sillä se voi pahentaa tilannetta potilaan kokiessa turvallisuutensa uhatuksi. (Rantaeskola ym. 2015: 108–114.)

Harhojen lisäksi myös monet muut tekijät, kuten sairaudentunto ja mahdollinen päihtymystila vaikuttavat siihen, tuleeko mielenterveyden häiriöistä kärsivä potilas käyttäytymään aggressiivisesti tai ei. Sairaudentuntoa voidaan kuvata henkilön kykynä ymmärtää sairauden oireet. Potilas, jonka sairaudentunto on huono, kokee psykoottiset oireet, kuten harhaluulot ja aistiharhat todellisina. Sairaudentunto on tiedostetumpi silloin, kun potilas kokee psykoottisia oireita mutta tietää, että ne eivät ole totta vaan psykoottisen sairauden aiheuttamia. Sairaudentunnon aste voi myös vaihdella. Erityisesti sairaudentunnon puuttuminen saattaa lisätä aggressiivisen käyttäytymisen riskiä. (Rantaeskola ym. 2015: 73.)

3.3.2 Päihteet ja aggressiivisuus

Monet päihteet lisäävät aggressiivisuutta, erityisesti sekakäytön yhteydessä. Aggressiivisuutta lisäävistä päihteistä tunnetuimpia ovat alkoholi ja amfetamiinit. (Storvik 2020.) Erityisesti humalahakuinen juominen ja ongelmajuominen lisäävät aggressiivisen käyttäytymisen riskiä. Noin puolet Suomessa tehdyistä väkivaltarikoksista on tehty alkoholin vaikutuksen alaisena. (Von der Pahlen & Eriksson 2003: 2488–2489.) Sekä alkoholi että amfetamiinit lisäävät reaktiivista aggressiivisuutta, johtaen suoraviivaiseen reagointiin turhauttavissa tai uhkaavissa tilanteissa. Amfetamiinit ja eri muuntohuumeet vaikuttavat lisäksi dopamiini- ja noradrenaliini-välittäjäainejärjestelmien toimintaan lisäten suoraviivaista reagointia. Samanlaisia vaikutuksia on osin nähtävissä myös kokaiinin käytön seurauksena. (Storvik 2020.)

Keskushermostoa ja autonomista hermostoa kiihdyttäviin huumausaineisiin luetaan amfetamiinin ja metamfetamiinin lisäksi ekstaasi, kokaiini sekä uudet muuntohuumeet, kuten MDVP, mefedroni, BZP ja daisy. Kaikki kiihdyttävät huumeet aiheuttavat hyvin samankaltaisia oireita ja löydöksiä. Tyypillisiä yliannostuksiin liittyviä oireita erityisesti ekstaasin sekä monien uusien muuntohuumeiden käytön yhteydessä ovat lyhytkestoinen mutta intensiivinen psykoosi ja vakavimmissa tapauksissa hallitsematon aggressiivinen riehuminen tai hypertermia. Kyseisten päihteiden vaikutuksen alaisena aggressiivisesti riehuvan potilaan hoidossa on tärkeä muistaa, että hänellä on vaara

menehtyä äkilliseen sydänpysähdykseen. Tämän vuoksi riehuvaa potilasta ei tulisi viedä putkaan vaan päivystyspoliklinikalle. Tarvittaessa on pyydettävä virka-apua poliisilta. Potilaan hallinnassa tulisi välttää toimenpiteitä, jotka rajoittavat hänen kykyään hengittää normaalisti, kuten kuristusotteita tai rintakehän päällä istumista. Olennaisinta on ripeästi annettava ja riittävä rauhoittava lääkitys. Ensisijaisena rauhoittavana lääkityksenä käytetään bentsodiatsepiineja. Myös haloperidolia kannattaa antaa erityisesti uusia muuntohuumeita käyttäneelle ja riehuvalle potilaalle. (Kuisma ym. 2022: 801–803.)

Kannabis, vähentää muista päihteistä poiketen aggressiivista reagointia, eikä yksinään lisää väkivaltariskiä. Cannabis on kuitenkin usein mukana sekakäytössä, jonka vuoksi aggressiivisuutta ilmenee myös kannabiksen vaikutuksen alaisena, huolimatta sen rauhoittavasta vaikutuksesta. Hallusinogeenisistä yhdisteistä aggressiivisuutta voi lisätä muutamat muuntohuumeet, kuten NBOMe- tai DOM-yhdisteiden sukuiset aineet. Kyseiset päihteet aktivoivat serotoniinijärjestelmää huomattavasti tehokkaammin kuin klassiset psykedelit, kuten LSD ja psilosybiini. Kyseisten muuntohuumeiden vaikutus voi tällöin olla käyttäjälle yllättävä, jos tämä on odottanut klassisten yhdisteiden kaltaista kohtuullista vaikutusta. Aggressiivisuutta on esiintynyt myös dissosiativisten yhdisteiden, kuten PCP:n ja sen johdannaisien vaikutuksesta. (Storvik 2020.)

Päihteenkäyttäjä voi käyttäytyä aggressiivisesti samoissa tilanteissa kuin kuka tahansa potilas eli silloin kun hän odottaa hoitoon pääsyä, häntä joudutaan rajoittamaan tai häneltä joudutaan epäämään tiettyjä etuisuuksia tai hänen haluamiaan asioita. Aggressiivisuutta ilmenee usein myös silloin, kun potilas saa mielestään liian vähän huomiota tai tietoa tai hänestä tuntuu, että henkilökunta laiminlyö hänen hoitoaan. (Partanen & Holmberg & Inkinen & Kurki & Salo-Chydenius 2015: 234–235.) Potilas, jolle on kehittynyt fyysinen ja/tai psyykkinen päihderiippuvuus, saattaa olla vaarallinen myös silloin, kun hänellä on vieroitusoireita. Pahoista vieroitusoireista kärsivä potilas on stressitilassa, jolloin pahan olon tuntemukset saattavat kanavoitua aggressiivisuudeksi ja väkivaltaisuudeksi. (Rantaeskola ym. 2015: 130.)

Päihteiden vaikutuksen alaiseen potilaaseen on suhtauduttava aina varauksellisesti. Koska päihtyneen potilaan toimintaa on vaikea ennustaa, on ensimmäinen turvatoimi kohtaamisessa riittävän mutta luontevan etäisyyden säilyttäminen. Jos potilasta on pakko koskettaa, kosketus olisi hyvä rajoittaa mahdollisimman vähäiseksi. Päihtyneelle potilaalle ei tulisi myöskään kääntää selkäänsä. Huumausaineiden käyttövälineisiin

kuuluu usein teräaseita ja neuloja, jotka voivat toimia uhkaamisen välineinä. Potilaan käsiä tulisikin seurata, pitäen silmällä, että missä ne ovat ja mitä niissä on.

Varautumistasoa on syytä nostaa, jos potilas ei pyynnöistä huolimatta paljasta käsiään. Tällöin tulisi varmistaa poistumisreitti ja hälyttää lisäapua. (Rantaeskola ym. 2015: 108–114.)

Päihtyneeseen potilaaseen ei pidä suhtautua aliarvioiden eikä myöskään yliempaattisesti. Työntekijän tulisi pyrkiä selkeään ja yksiselitteiseen viestintään, jossa korostuu jämäkkä päättäväisyys. Työntekijän olisi hyvä pyrkiä avaamaan keskustelua ja pitämään sitä yllä. Tällä tavoin hän saa määrittää keskustelun sävyn, ainakin omalta osaltaan. Keskustelun avulla vältetään myös mahdollisesti haastavaksi ja jännitystä lisääväksi koettava hiljaisuus. Päihtyneen potilaan kanssa ei tulisi alkaa väitellä tai juuttua sanaharkkaan, eikä häntä tule nolata, loukata tai moralisoida. Työntekijälle voi olla eduksi opetella päihteiden käyttöön liittyviä termejä ja yleisiä ilmauksia, koska niiden käyttötarkoitus ei välttämättä selviä asiayhteydestä ja vaatii erityistietämystä. On kuitenkin tärkeää, että työntekijä tietää miten, missä yhteydessä ja missä merkityksessä kyseisiä termejä ja ilmauksia käyttää. (Rantaeskola ym. 2015: 128–129.)

3.3.3 Muut aggressiivisuuteen vaikuttavat tekijät

Mielenterveys- ja päihdehäiriöiden lisäksi potilaan aggressiivisuutta voi lisätä muun muassa persoonallisuushäiriöt, muistisairaudet ja älyllinen kehitysvammaisuus (Rantaeskola ym. 2015: 108–126). Persoonallisuushäiriöt ovat piintyneitä ja joustamattomia käyttäytymismalleja. Arvioiden mukaan persoonallisuushäiriöitä esiintyy 5–15 % väestöstä (Seppälä & Poutanen & Niskanen 1998). Väkivaltariskin on katsottu kohonneen henkilöillä, joilla on todettu narsistinen, epäsosiaalinen, mukaan lukien psykopaattinen tai epäluuloinen persoonallisuushäiriö. Kuten psykoottisia oireita kokevan henkilön myös persoonallisuushäiriöistä kärsivän henkilön mahdolliseen väkivaltaisuuteen vaikuttavat monet tekijät, mukaan lukien sairaudentunto ja mahdollinen päihtymystila. Myös impulsiivisuus on tärkeä tekijä erityisesti persoonallisuuden häiriöitä kokevien väkivaltariskiä lisäävänä tekijänä. (Rantaeskola ym. 2015: 74.)

Muistisairaudet kuuluvat elimellisiin aivo-oireyhtymiin. Muistisairauksista yleisimpiä ja tunnetuimpia ovat dementiat, ja dementioista tunnetuin on Alzheimerin tauti.

Dementian oireisiin kuuluu muun muassa muistin, ajattelun, orientaation ja arvostelukyvyn heikkeneminen. (Rantaeskola ym. 2015: 124.) Muistisairauden edetessä myös henkilön käyttäytyminen muuttuu. Sairaus rajoittaa puheen tuottamisen ja ymmärtämisen taitoa, jonka seurauksena tunteita ja mielialoja ilmaistaan fyysisesti ja usein myös käyttämällä sellaisia sanoja ja ilmaisuja, joita terveenä ei olisi koskaan käyttänyt. Tilanteissa, joissa sairastunut turhautuu, pelkää tai tuntee tulleen väärin kohdelluksi, hän helposti käyttäytyy primitiivireaktion kaltaisesti. Sairastunut saattaa esimerkiksi tuuppia, nipistää tai lyödä hoitajaansa. Hoitotilanteissa aggressiota saattaa herättää hoitajan komenteleva tai liian holhoava asenne, jolloin sairastunut tuntee menettäneensä asemansa täysivaltaisena aikuisena. Muistisairaalla voi myös olla vakaviakin fyysisiä sairauksia tai tulehduksia ilman niissä tavallisesti esiintyviä oireita ja kuumeilua. Tällöin ainoat esiin tulevat oireet voivat ilmetä levottomuutena, aggressiivisuutena tai sekavuutena. Näitä oireita saatetaankin helposti pitää vain muistisairaudesta johtuvina, eikä mahdollista tulehdusta tai sairautta tällöin huomata hoitaa. (Telaranta 2022: 76–77, 80.)

Älyllinen kehitysvammaisuus on monisyinen keskushermoston kehityshäiriö. Kehitysvammaisuuden syitä ovat muun muassa perinnölliset tekijät ja sikiökautiset kehityshäiriöt, mutta noin 30–40 prosentissa tapauksista älyllisen kehitysvammaisuuden syyt ovat tuntemattomia. Älyllisesti kehitysvammainen henkilö ei välttämättä hallitse tilanteen ja roolin mukaisia käyttäytymismalleja ja hänellä saattaa olla heikko kyky hallita ristiriitaisia tilanteita sekä kyvyttömyyttä hillitä itseään ja omaa käyttäytymistään. (Rantaeskola ym. 2015: 125–126.) 30–50 %:lla kehitysvammaisista esiintyy myös mielenterveyden ja käytöksen häiriöitä, kuten autistisia häiriöitä, aggressiivisuutta ja itsensä vahingoittamista. Tyypillisiä käytöshäiriöitä ovat myös toistuva epäsosiaalinen käyttäytyminen ja siihen liittyvät raivokohtaukset. Kehitysvammaisen aggressiivisuus voi olla seurausta kivusta tai somaattisesta sairaudesta. Kivun paikantaminen ja avun pyytäminen voi olla kehitysvammaiselle vaikeaa. Erityisesti autistisella kehitysvammaisella henkilöllä huono olo voi purkautua levottomuutena, ärtyisyytenä tai väkivaltaisuuksina. (Autismikirjon häiriö. Käypä hoito -suositus 2023; Koskentausta 2006; Koskentausta 2021.)

3.4 Aggressiivisen potilaan kohtaamistilanne

Aggressiivisen potilaan kohtaamistilannetta voidaan tarkastella kolmivaiheisena työprosessina, jonka vaiheet ovat valmistautuminen ja ennakointi, työsuoritus sekä

jälkitoimet. Näiden vaiheiden ollessa hyvin hallussa, pystytään ennakoidaan tai estämään monet kohtaamistilanteiden ei-toivotuista tapahtumista ja seurauksista. Joskus uhka- ja väkivaltatilanteet syntyvät kuitenkin nopeasti ja arvaamattomasti, eikä kaikkeen pysty valmistautumaan. Vuorovaikutus ennalta tutunkin potilaan kanssa voi muuttua kielteiseksi, vaikka olisi aiemmin sujunut jouhevasti. Koska potilaskohtaamistilanteet ja niissä osallisina olevien henkilöiden viereystila, suoritustekniikka ja jaksaminen vaihtelevat, ei ohjeita, jotka pätsivät aina ja joka paikassa kaikkien kanssa pystytäkään antamaan. Hyvällä ammattiosaamisella, turvallisuusajattelulla ja kouluttautumisella työntekijä voi kuitenkin vähentää aggressiivisen potilaan kohtaamistilanteiden yllätyksellisyyttä ja niihin liittyviä riskitekijöitä. (Rantaescola ym. 2015: 51–52; 81.)

Uhkaavien tilanteiden kohtaamista ja selvittämistä ei tule jättää yksin yksilön tai työryhmän vastuulle. Haastavien työtilanteiden ja työväkivallan kohtaamisessa on kyse työntekijöiden työturvallisuudesta. (Rantaescola ym. 2015: 37.) Turvallisuus työpaikalla on myös työntekijän perusoikeus. Suomen perustuslain toisen luvun seitsemännessä pykälässä sanotaan, että jokaisella on oikeus elämään sekä henkilökohtaiseen vapauteen, koskemattomuuteen ja turvallisuuteen. (Suomen perustuslaki 731/1999 § 7.) Työnantajalla on lainsäädännöllinen velvoite tarpeellisilla toimenpiteillä huolehtia työntekijöiden turvallisuudesta ja terveydestä työssä. Työnantajalle kuuluu muun muassa vaarojen tunnistaminen ja arviointi eli niin sanottujen riskien arviointi. Jos väkivallan uhka on mahdollinen, on työnantajan luotava ohjeet, jotka käsittelevät uhkaavien tilanteiden hallintaa sekä toimintatapoja, joilla työntekijään kohdistuvia väkivallan uhkia voidaan ehkäistä. (Rantaescola ym. 2015: 39–42.) Myös työntekijälle on työturvallisuuslaissa määritetty velvollisuuksia. Työntekijän on muun muassa kokemuksen, saadun ohjauksen sekä ammattitaidon mukaisesti huolehdittava omasta sekä muiden työntekijöiden turvallisuudesta. (Työturvallisuuslaki 738/2002 § 18.)

3.4.1 Valmistautuminen ja ennakointi

Koska vaara- ja uhkatilanteita ei pystytä kokonaan estämään, on niihin varautuminen ja tilanteiden ennakointi ratkaisevassa asemassa tilanteista aiheutuvien fyysisten ja henkisten haittojen minimoimiseksi. Parempi työturvallisuus lähtee jokaisen työntekijän omasta ajattelusta ja toiminnasta. Ennakoiva toimintatapa kaikilla ensihoitotehtävillä auttaa tunnistamaan riskejä ja havainnoimaan mahdollisia työturvallisuutta vaarantavia tekijöitä. Ennakoimalla työntekijän on mahdollista reagoida uhkaavaan tilanteeseen

ajoissa ja tällä tavoin välttää esimerkiksi fyysiseen kontaktiin joutuminen aggressiivisesti käyttäytyvän potilaan kanssa. (Fält & Telkki 2022: 79–80.)

Jos tehtävästä saatujen esitietojen perusteella käy ilmi jokin mahdollista uhkaa aiheuttava tekijä, ensihoitajien tulee suunnitella turvallinen kohteen lähestyminen ja toimintataktiikka sekä varautua tarvittavilla henkilökohtaisilla suojautumisvälineillä, kuten suojaliiveillä. Jos tehtävää johtaa toinen viranomainen, sovitaan hänen kanssaan menettelytavoista. Sovittavia asioita ovat esimerkiksi se onko ensihoitajien turvallista saapua suoraan kohteeseen vai odottavatko he tilannejohtajan erikseen määrittelemässä turvallisessa odotuspaikassa eli tulokynnyksellä lupaa saapua kohteeseen. (Fält & Telkki 2022: 87; Spelten ym. 2022: 4.) Jos ensihoitotehtävälle on hälytetty vain yksi ensihoitoyksikkö, mutta esitietojen perusteella herää huoli työturvallisuudesta, voidaan hätäkeskuksen kautta pyytää poliisia tai pelastusyksikköä tueksi tehtävälle. Erityistä varovaisuutta kohteeseen mennessä on noudatettava, jos hätäkeskuksen tehtäväviestiin on lisätty VARO-tieto. VARO-tieto kertoo, että kyseisessä osoitteessa on aiemmin ollut uhkaavaa toimintaa viranomaisia kohtaan. VARO-tieto voi kohdistua tiettyyn henkilöön, asuntoon tai kiinteistöön. (Fält & Telkki 2022: 87.)

Ensihoidossa on käytössä kolmiportainen toimintasuunnitelma, joka sisältää pää-, vara- ja hätäsuunnitelmat. Uhkaavan tilanteen näkökulmasta pääsuunnitelmassa toiminta noudattaa tavanomaisia periaatteita, eikä kohteessa toimimiseen tällöin liity erityisiä työturvallisuusuuhkia. Varasuunnitelmaa tarvitaan siltä varalta, että tilanne kohteeseen saavuttaessa poikkeaisi odotetusta. Yllättävän työturvallisuusuhan kohtaamiseen voidaan varautua varasuunnitelmalla. Hätäsuunnitelmalla varaudutaan tehtävän keskeyttämisestä ja välitöntä perääntymistä vaativan, ensihoitajien henkeen ja terveyteen kohdistuvan uhan kohtaamiseen. Ennen tehtävälle saapumista on tärkeää käydä toimintasuunnitelma työparin kanssa läpi ääneen, jotta toiminta kohteessa olisi mahdollisimman sujuvaa. (Fält & Telkki 2022: 85.)

Kohteeseen saavuttaessa tehdään aina nopea tilannearvio, jonka tarkoituksena on varmentaa tapahtumapaikan sijainti ja olosuhteet. Tilannearvion avulla pyritään myös selvittämään mahdolliset välittömästi tai viiveellä työturvallisuutta uhkaavat tekijät. Mikäli kohteessa havaitaan jokin työturvallisuutta uhkaava tekijä, ei kohteeseen edetä pidemmälle vaan pyydetään tilanteen edellyttämää lisäapua ja toimintaohjeita. Ensihoitotehtävillä tilannearvion tekeminen vaatii usein kuitenkin jalkautumista ja

tilanteen kartoittamista lähempänä potilasta. Jos tehtävälle on hälytetty useampia yksiköitä, on tilannearvion tekeminen ja siitä tiedottaminen ensimmäisenä kohteeseen saapuvan yksikön vastuulla. Kohteeseen saavuttaessa on myös tärkeää varmistaa nopea ja turvallinen poistumisreitti. Ensihoitoyksikkö tulisivin aina pysäköidä kohteessa niin, että keula on kohti poistumisreittiä. (Fält & Telkki 2022: 87–89.)

Potilaan uhkaavan ja aggressiivisen käyttäytymisen riskin arvioimiseen on kehitetty erilaisia arviointimenetelmiä. Tällaiset strukturoidut riskinarviointi- ja hallintamenetelmät soveltuvat parhaiten käytettäväksi silloin, kun kyseessä on pitkäaikainen tai toistuva tilanne ja potilas tunnetaan. Ensihoidossa potilaan uhkaavan käyttäytymisen riskin arviointi voi kuitenkin sisältää esimerkiksi potilaan historiaan tutustumisen, mielentilan arvioinnin, mahdollisen päihteiden väärinkäytön selvittämisen sekä uhkaavan käyttäytymisen riskitekijöiden selvittämisen esimerkiksi haastattelemalla ja havainnoimalla potilasta. Potilaan mahdollista aiempaa uhkaavaa käyttäytymistä on hyvä selvittää. Esimerkiksi potilaan aikaisempia hoitokontakteja koskevista asiakirjoista, kuten ensihoitokertomuksista, voi saada tietoa potilaan aikaisemmasta käyttäytymisestä. Myös läheiset tai muut paikallaolijat voivat antaa arvokasta tietoa potilaan aggressiivisuuden taustatekijöistä ja syistä. Mikäli työntekijä tuntee hankalaksi mielletyn potilaan entuudestaan, voi hän kertoa potilaasta etukäteen muille työntekijöille ja tarvittaessa pyytää tehtävälle virka-avun tai muun tukiyksikön (Hämäläinen ym. 2021: 242–243; Kuisma ym. 2022: 771; Rantaeskola ym. 2015: 67–69.)

Työntekijän on tärkeää muistaa olla avoin ja antaa vuorovaikutukselle mahdollisuus. Jos työntekijä valmistautuu kohtaamaan ainoastaan riitelyä ja aggressiota, saattaa hän tulkita neutraalitkin sanalliset ja sanattomat signaalit negatiivisina. Tämän seurauksena potilas saattaa tulkita työntekijän toiminnan vastustushenkisenä, epäkohteliaana tai töykeänä ja siten johtaa konfliktiin. Lähtökohdaltaan odotuksiin nähden negatiivista viestiä, kuten potilaan pyynnön tai toiveen epäämistä kannattaa työntekijän kuitenkin suunnitella ja harjoitella etukäteen. Samalla voi jo ennakoon pohtia, millaisia reaktioita tilanne saattaa potilaassa aiheuttaa ja miten tähän mahdollisesti aggressiiviseenkin reagointiin voi varautua. (Rantaeskola ym. 2015: 51–52.)

3.4.2 Tunnistaminen

Kohdatessaan potilaan, tulisi työntekijän aina ensimmäiseksi havainnoida potilaan kokonaisolemusta ja luoda hänestä yleiskuva. Sanaton viestintä on yhtä tärkeää havainnoida kuin se, mitä potilas sanoo. Jos potilaan sanallinen ja sanaton viestintä ovat keskenään ristiriidassa, on sanaton viestintä luotettavampaa, sillä se on yleensä tiedostamatonta. Sanallinen viestintä taas on suurimmaksi osaksi tietoista toimintaa vaikkei vihan vallassa lausutut sanat aina olekaan tarkkaan harkittuja. Sanattomia viesteistä, kuten ilmeistä, eleistä ja äänenkäytöstä voi usein päätellä, millaisessa mielentilassa potilas on. Käsin tai vartalon avulla tehdyt uhkaavat eleet, kuten nyrkin heristely, sekä niihin liittyvät aggressiiviset, raivosta kertovat ilmeet ovat tyypillisiä aggressiivisen, hyökkäystä suunnittelevan potilaan sanattomia viestejä. Harhaileva tai tuijottava katse, nyrkkiin puristuneet kädet, hampaiden kiristely, kalpeat kasvot ja jäykkä olemus ovat myös merkkejä siitä, että potilas on voimakkaassa aggressiivisessa tunnetilassa. (Rantaeskola ym. 2015: 84–87; Soisalo 2011: 113–114.)

Sekä fyysinen että psyykinen kiihtymys ovat selkeitä aggressiivisen reaktion tunnusmerkkejä. Aggressiivisena potilas voi olla motorisesti hyvin aktiivinen: hänen on vaikea pysyä aloillaan, hän saattaa kävellä edestakaisin, polkea jalkaa, heitellä esineitä tai potkia kalusteita. Psyykinen kiihtymys tulee ilmi puheen muuttumisena jyrkkäsävyiseksi ja sanavalintojen muuttumisena uhkaaviksi ja aggressiivisiksi. Äänekäs ja loukkaava puhe muuttuu raivon kasvaessa yhä äänekkäämmäksi. Koska äänen tuottaminen ja hengitys ovat kiinteässä yhteydessä toisiinsa, saattaa potilaan ääni jossain vaiheessa sortua tai sitten hän ei raivoltaan kykene enää tuottamaan ääntä lainkaan. Tämä on usein se kohta, jossa uhkaava potilas tekee viimeisen valinnan, eli hän joko hyökkää tai luopuu hyökkäyksestä ja ilmeillään ja eleillään viestii epätoivoa tai turhautuneisuutta. Joskus potilas voi tekeytyä rauhalliseksi sekä hallita käyttöksensä ja näin onnistuu pitkäänkin salaamaan aikeensa. Tällöinkin potilaassa voi kuitenkin havaita poikkeuksellista jäykkyyttä ja kulmikkuutta niin sanallisessa kuin sanattomassakin viestinnässä. (Rantaeskola ym. 2015: 84–87; 131.)

Potilaan epäsuoran aggressiivisuuden merkkejä voivat olla takertuminen työntekijän sanavalintoihin ja haluttomuus etsiä ratkaisua tilanteeseen. Potilas voi myös hylätä kaikki työntekijän esittämät ratkaisuehdotukset. Aggressiivisuutta viestivä potilas voi tällöin käyttää kiro sanoja, esittää syytöksiä työntekijää kohtaan ja olla epäluuloinen. Tämän kaltainen käytös ruokkii asiakkaan aggressiota entisestään. Potilaan mieliala

voi myös vaihdella voimakkaasti, joka viestii siitä, että hänen itsehallintakykynsä on vähentynyt. Käytös voi vaihdella tasaisesta ja harkitsevasta raivoisaksi ja aggressiiviseksi. Joskus toivottomuuden ja turhautuneisuuden tuntemukset voivat heijastua potilaan olemuksessa hermostuneisuutena, pelokkuutena, ahdistuneisuutena ja itkuisuutena. Myös tällaiset kokemukset voivat kanavoitua aggressioksi, jos työntekijä ei osaa tai ehdi antaa ongelmiin tavoittelemisen arvoista ratkaisua. (Rantaeskola ym. 2015: 131–132.)

3.4.3 Kohtaaminen

Kun työntekijä kohtaamistilanteessa lähestyy potilasta, on hänen noudatettava varovaisuutta. Jos työntekijälle syntyy epäily lähestymisen turvallisuudesta, ei hänen kannata mennä liian lähelle potilasta. Tutkiessa potilasta, on tärkeää, että työntekijä kunnioittaa potilaan henkilökohtaista tilaa ja tällä tavoin viestii, että odottaa vastaavaa kunnioitusta myös potilaalta. Jos potilas vaikuttaa jännittyneeltä ja hermostuneelta, olisi hyvä pyrkiä minimoimaan läheinen fyysinen kontakti potilaan ja työntekijän välillä. Työntekijän on myös hyvä selostaa, mitä hän kulloinkin aikoo tehdä ja mihin hän potilasta koskettaa. Yllättäen, yllättävään paikkaan koskettaminen saattaa herättää potilaassa tyytymättömyyttä ja aggressioita. (Rantaeskola ym. 2015: 82.)

Kohdatessaan aggressiivisessa tunnetilassa olevan potilaan, tulisi työntekijän kiinnittää huomiota myös omaan kehonkieleensä sekä eleisiinsä. Vuorovaikutustaitojen kehittämisen avulla työntekijä voi tarkkailla omaa non-verbaalista eli sanatonta ja verbaalista eli sanallista käyttäytymistään, kuten asentojaan, katsekontaktiaan, äänenpainojaan, selkeää kielenkäyttöään, etäisyyttä potilaaseen sekä koskettamisen välttämistä. Asento ja kädet olisi hyvä pitää rentoina. Esimerkiksi käsien pitäminen selän takana tai taskuissa voi vaikuttaa potilaasta uhkaavalta. Potilasta olisi hyvä katsoa usein, mutta välttää tuijottamista. Työntekijän olisi hyvä asettua potilaan kanssa samalle fyysiselle tasolle ja erityisesti potilaan yläpuolella seisomista tulisi välttää. Potilaaseen olisi hyvä säilyttää kättä pidempi välimatka, eikä tulisi seistä suoraan hänen edessään. Etäisyys on tärkeä viestinnän keino ja riittävä etäisyys mahdollistaa myös tilanteen havainnoinnin paremmin. Tärkeää on asettua myös niin, että tarvittaessa pääsee itse poistumaan tilanteesta esteettä. (Hämäläinen ym. 2021: 245; Soisalo 2011: 159; Rovasalo ym. 2020.)

3.4.4 Vuorovaikutus

Tervehtiminen ja työntekijän esittäytyminen ovat hyvä ja kohtelias lähtökohta potilaan ja työntekijän vuorovaikutukselle (Rantaeskola ym. 2015: 81). Aggressiivisesti käyttäytyvän potilaan kanssa keskustelu tulisi aloittaa neutraaliin sävyyn, välttämällä määräysten antamista. Tarvittaessa rajat voi asettaa selkeästi ja ystävällisesti. Potilaalle voi sanoa esimerkiksi, että ”Emme voi auttaa, jos käyttäydyt uhkaavasti”. Jos potilas uhkailee rivien välissä, tulee asiaan tarttua saman tein ja pyytää asiaan konkreettista tarkennusta. Potilaalta voi tarvittaessa kysyä suoraan, onko tällä itsetuhoisia tai väkivaltaisia ajatuksia. (Rovasalo ym. 2020.) Jos potilas käyttäytyy levottomasti eikä kykene kommunikoimaan normaalin rauhallisesti, työntekijän kannattaa arvioida, miten pitkään vuorovaikutuksen perustana olevaa kontaktia kannattaa yrittää rakentaa. Jos kontakti ei onnistu, kannattaa miettiä muita vaihtoehtoja, kuten tilannetta johtavan työntekijän vaihtamista. Joskus myös työntekijä saattaa joutua niin kiihtyneeseen tilaan, että hänen on hyvä arvioida tilannetta oman jaksamisensa näkökulmasta. (Rantaeskola ym. 2015: 89.)

Välillä työntekijän ja potilaan välinen vuorovaikutus vaatii niin kutsuttua puhejudoa. Judo käsitteenä tarkoittaa ”lempeää tapaa” ja työntekijän ja potilaan suhteessa se tarkoittaa, että työntekijä pyrkii toimimaan niin, ettei kukaan loukkaannu henkisesti eikä fyysisesti. Puhejudon keskeisiä ajatuksia on, että puhumalla ja toimimalla potilasta arvostavasti työntekijä pystyy nostamaan potilaan itsetuntoa ja näin saa potilaan mukaan vuorovaikutukseen sekä mukautumaan työntekijän tahtoon. Puhejudon avulla työntekijä onnistuu usein suuntaamaan potilaan aggression turvallisempiin kohteisiin. Puhejudon ideaan kuuluu, että työntekijä kehittää itselleen suojamekanismeja eli henkisiä ”ponnahduslautoja”, joiden avulla pääsee yli loukkauksista, uhkailusta ja muista haasteista. Tällaisia mekanismeja voivat olla esimerkiksi niin kutsutut taktiset lausahdukset eli ilmaukset, joita työntekijä on opetellut hankalien tilanteiden varalle. Tällä tavoin työntekijä kykenee haastavassakin tilanteessa pitämään itsensä rauhallisena ja toimimaan tavoitteensa suuntaan. (Rantaeskola ym. 2015: 94–97.)

Niin potilaan kuin työntekijänkin asenne ja tunnetila vaikuttavat jokaisen kohtaamistilanteen vuorovaikutukseen ja lopputulokseen. Työntekijän asiakaslähtöisellä asenteella on ratkaiseva merkitys hyvän kontaktin syntymiselle. (Rantaeskola ym. 2015: 53–54.) Knor ym. (2020) tekemässä tutkimuksessa haastateltiin 20 Tšekissä ensihoidossa työskentelevää henkilöä ja tutkimuksessa kävi

ilmi, että ensihoitajien epäammattimainen käytös voi toimia ärsykkeenä potilaan aggressiiviselle käyttäytymiselle. Epäammattimainen käytös erityisesti päihtyneiden potilaiden kanssa lisäsi väkivallan mahdollisuutta 70 prosentissa tapauksista. (Knor ym. 2020.)

Työntekijän ammattimaista suhtautumista on empaattinen suhtautuminen asiakkaaseen sekä kyky välittää ymmärrystä potilaan tilannetta kohtaan. Läsnä oleva vuorovaikutus kohtaamistilanteessa, kuten silmiin katsominen, antaa potilaalle tunteen, että hän otetaan tosissaan ja häntä kuunnellaan. Kohtelias ja tasavertainen kohtelu välittää kunnioituksen tunnetta ja halua kohdata potilas yksilönä. Moralisoiva ja vähättelevä asenne tulee esille vuorovaikutustilanteessa, vaikka työntekijä ei sitä itse haluaisi tai huomaisikaan. Työntekijän huono asenne voi herättää potilaassa negatiivisen reaktion, jotka haittaavat vuorovaikutusta ja saattavat johtaa aggressiiviseen ja väkivaltaiseen toimintaan. Esimerkiksi työntekijän ennakko-luulot voivat provosoida konfliktia. Jos työntekijä ei tiedosta omia ennakoasenteitaan, saattaa hän toiminnallaan aiheuttaa potilaan ärsyyntymisen. (Rantaeskola ym. 2015: 54–55.)

Tunteet tarttuvat ja siksi potilaan käyttäytyessä aggressiivisesti, on tärkeää, että työntekijä rauhoittaa itsensä. Vain rauhallinen ilmapiiri ja rauhallinen ihminen voivat rauhoittaa aggressiivisen potilaan. Ammatillisen roolinsa hyvin sisäistänyt työntekijä käyttäytyy asiallisesti ja kohteliaasti myös haastavissa kohtaamistilanteissa. Tällä tavoin työntekijä kykenee omalta osaltaan välttämään tilanteen kärjistymistä sekä omalla esimerkillään hän pystyy ehkäisemään potilaan reaktiivista ja tunnevaltaista käyttäytymistä. Tärkeää on, että työntekijä tiedostaa tilanteen kokonaisuutena ja osaa reagoida haastavaan tilanteeseen provosoitumatta. (Soisalo 2011: 156; Rantaeskola ym. 2015: 49–55; Rovasalo ym. 2020.)

3.4.5 Kun tilanne on päällä

Tavoitteena tulisi aina olla, että uhkaavasti käyttäytyvän potilaan kohtaamistilanne saataisiin ratkaistua puhumalla, eikä se pääsisi kehittymään yhteenoton suuntaan. Aina siinä ei kuitenkaan onnistuta ja joskus tilanteet eskaloituvat fyysiseksi väkivallaksi. Uhka- tai väkivaltatilanne käynnistyy, kun uhkaaja esittää uhkauksen tai tekee teon, jonka kohdehenkilö kokee uhkaukseksi. Uhkaus voi olla suora uhkaus käyttää väkivaltaa, työntekijän haastamista esimerkiksi loukkaamalla tai mitätöimällä taikka

sitten toimiminen tavalla, joka on kiellettyä, vaarallista tai piittaamatonta. Uhkaus voi olla myös sanatonta, jolloin valmiutta käyttää väkivaltaa viestittää ilmein, elein tai liikkein. Todennäköisyys aggression eskaloitumisesta fyysiseksi väkivallaksi kasvaa, jos uhkaukset kohdistuvat tiettyyn henkilöön ja jos ne on mahdollista toteuttaa. Uhkaaja on saattanut jo ottaa katsekontaktin valitsemaansa kohteeseen, ja kyse on enää vain siitä, milloin hyökkäys alkaa. Nyrkkisääntönä voidaan pitää, että mitä yksilöidympi uhkaus on, sisältäen valitun kohteen, ajankohdan ja tekotavan, sitä todennäköisemmin uhkaus toteutuu. (Rantaeskola ym. 2015: 131–132.)

Kun työntekijä havaintojensa pohjalta arvioi potilaan käyttäytyvän aggressiivisesti, tulisi hänen tehdä nopea tilannearvio. Ensimmäisenä on tärkeää arvioida tilanteen turvallisuus; onko jonkun paikallaolijan turvallisuus uhattuna ja onko tilanteessa mahdollisesti mukana aseita. Seuraavaksi tulisi arvioida yhteistyö; onko potilaan kanssa mahdollista sanallisesti neuvotella. Viimeiseksi arvioidaan tarvittava hoito; onko potilaalla somaattinen tai psykiatrinen sairaus, joka vaatii hoitotoimenpiteitä. Deliriumin mahdollisuus, pään traumat ja myrkytystilat tulisi kartoittaa. Verensokeri olisi myös hyvä mitata aggressiivisesti käyttäytyvältä potilaalta, jos mahdollista. (Rovasalo ym. 2020.)

Joskus tilanne on sellainen, ettei työntekijä ehdi rauhoittaa tilannetta tai rauhoittamisyritykset eivät tuota tulosta. Tällöin työntekijän täytyy tehdä päätös, miten toimii tilanteessa: jääkö hän tilanteeseen, hälyttääkö apua vai yrittääkö poistua paikalta. Yleisesti voidaan ajatella, että jos aggressiivisesti käyttäytyvän potilaan kanssa ei pystytä neuvottelemaan, tulee ensisijaisesti keskittyä turvallisuuteen. Apuvoimia tulisi pyytää ajoissa eikä uhkaaviin tilanteisiin tulisi koskaan mennä yksin. (Rantaeskola ym. 2015: 135; Rovasalo ym. 2020.) Jos kohtaamistilanne yllättäen muuttuu uhkaavaksi ja työntekijät kokevat, että heidän turvallisuutensa saattaa olla uhattuna, tulee heidän poistua paikalta ja odottaa virka-avun saapumista (Garner ym. 2022).

Pahimmassa tapauksessa uhkaava tilanne saattaa olla sellainen, ettei työntekijä pääse irrottautumaan tilanteesta vaan joutuu suojaamaan ja puolustamaan itseään tai muita voimakeinoin. Vielä viimeisimpinä keinoina ennen voimakeinojen käyttöä, työntekijä voi käyttää komentosanoja. Komentosana on lyhyt ja selkeä, voimakkaasti huudettu sana, jonka tarkoitus on ainakin hetkeksi kääntää voimasuhteet toisinpäin. Hyviä komentosanoja ovat esimerkiksi ”ei”, ”seis” ja ”irti”. Useimmiten hyökkäys katkeaa

ainakin hetkeksi komentosanan käytön seurauksena, joka helpottaa työntekijän pakenemista. (Rantaeskola ym. 2015: 135; Soisalo 2011: 161.) Jos potilas kuitenkin pääsee hyökkäämään, on työntekijällä mahdollista puolustautua niin kutsuttua hätävarjelua käyttäen. Kaikilla on oikeus ja velvollisuuskin puolustaa itseään ja toisia oikeudettomilta hyökkäyksiltä. Hätävarjelu-oikeuden käyttö liittyy lähes aina yksilön perusoikeuksien, kuten hengen, terveyden, vapauden, omaisuuden ja ruumiillisen koskemattomuuden suojaamiseen. Suojeltavan oikeushyvän luonteella on suuri merkitys ja henki ja terveys ovatkin suojeltavina oikeushyvinä huomattavasti tärkeämpiä kuin omaisuus. Hätävarjelulla on myös rajat, joita ei saa ylittää. Hätävarjelutilanteen aikarajat ovat hätävarjelu-oikeuden soveltamisessa keskeisiä. Hyökkäyksen on oltava aloitettu tai välittömästi uhkaava. Huomioitavaa on myös, että hyökkäyksen torjumiseksi saadaan turvautua vain tarpeelliseen puolustustekoon. Jos kyseiset rajat ylittyvät, puhutaan hätävarjelun liioittelusta. (Rantaeskola ym. 2015: 135–136.)

Aloitettun tai välittömästi uhkaavan oikeudettoman hyökkäyksen torjumiseksi tarpeellinen puolustusteko on hätävarjeluna sallittu, jollei teko ilmeisesti ylitä sitä, mitä on pidettävä kokonaisuutena arvioiden puolustettavana, kun otetaan huomioon hyökkäyksen laatu ja voimakkuus, puolustautujan ja hyökkääjän henkilö sekä muut olosuhteet. (Rikoslaki 39/1889 luku 4 § 4.)

Jos työntekijä syyllistyy hätävarjelun rajojen ylittämiseen ei häntä kuitenkaan rangaista hätävarjelun liioittelusta, mikäli olosuhteiden takia tältä ei kohtuudella voisi vaatia toisenlaista suhtautumista, huomioiden hyökkäyksen vaarallisuus ja yllätyksellisyys (Rikoslaki 39/1889 luku 4 § 4).

Hätävarjelutilanteessa työntekijän on oltava päättäväinen puolustaessaan itseään, muita työntekijöitä tai muita paikallaolijoita oikeudettomalta hyökkäykseltä. Väkivaltaisen potilaan kohtaamistilanteessa tulee työntekijän tehdä ne toimenpiteet, jotka ovat välttämättömiä itsensä ja muiden puolustamiseksi. Hätävarjelussa työntekijä voi joutua vahingoittamaan hyökkääjää, mikä ajatuksena saattaa joistakin tuntua vieraalta. Tähän on kuitenkin hyvä valmistautua etukäteen. Kun hyökkäys on tulossa tai meneillään, saattaa olla myöhäistä miettiä, miten tilanteessa toimii. (Rantaeskola ym. 2015: 136–137.)

Väkivaltainen hyökkäys on äärimmillään silloin kun potilas tai muu paikallaolija on aseistautunut ampuma-aseella. Kohdatessaan aseistetun henkilön, tulee työntekijän

totella kyseessä olevaa henkilöä. Työntekijä ei missään tapauksessa saa yrittää ottaa asetta pois, sillä aseistautunut henkilö voi peloissaan käyttää sitä tai se voi laueta vahingossa. Työntekijän tulisi tilanteen aikana mahdollisuuksien mukaan käyttää hätäpainiketta tai tilanteen mentyä ohi ottaa yhteys poliisiin. (Kuisma ym. 2022: 773; Rantaeskola ym. 2015: 134.)

3.5 Aggressiivisen potilaan kohtaamistilanteen jälkihoito

Aggressiivisesta potilaasta johtuvan uhka- tai väkivaltatilanteen jälkihuolto alkaa tilanteen ja tukitoimien tarpeen tunnistamisella. Tilanteessa osallisena ollut yksikkö tai yksiköt otetaan pois operatiivisesta valmiudesta ja mahdolliset fyysiset vammat hoidetaan. Työnantajan tehtävä on huolehtia, ettei kukaan tilanteessa mukana ollut jää kokemuksensa kanssa yksin. Työntekijän voinnin ja työkyvyn seuranta on oleellinen osa jälkihuoltoprosessia. (Fält & Telkki 2022: 105.)

Aggressiivisen potilaan kohtaaminen saattaa aiheuttaa työntekijälle stressiä ja traumatisoitumista, johtaen jopa työntekijän työkyvyttömyyteen. Aggressiivisen potilaan kohtaamisesta aiheutuvien uhka- ja väkivaltatilanteiden aiheuttamat psykologiset vaikutukset voivat olla merkittäviä ja pitkäaikaisia, jopa niin sanotun vähäisen väkivallan kohdalla. Työtehtävillä koettujen tilanteiden aiheuttamat traumat voivat johtaa työntekijän motivaation laskemiseen ja töissä pelkäämiseen, jonka seurauksena työntekijän tarjoama sairaanhoito saattaa kärsiä. (Fält & Telkki 2022: 79; Rantaeskola ym. 2015: 165; Savoy & Carron & Romain-Glassey & Beysard 2021.)

Ensihoito- ja pelastustehtävillä kohdattavien psyykkisesti ja fyysisesti kuormittavien tilanteiden vaikutusta työntekijöiden hyvinvointiin ja työssäjaksamiseen on alettu tutkia tarkemmin vasta viime vuosina. Nykyään onkin ymmärretty asianmukaisten ja oikea-aikaisten jälkihuoltotoimenpiteiden merkitys kuormittavista tilanteista toipumiselle ja kehitetty erilaisia työkaluja niin yksittäisten kuormittavien tilanteiden kuin myös pidempiaikaisen työssä kertyvän henkisen kuormituksen työstämiseen. Jokaisen organisaation tulisiakin ennakkoon suunnitella mietitty tapa ja kanavat työssä tapahtuneiden vaikeiden tilanteiden käsittelemiseksi. (Fält & Telkki 2022: 105; Rantaeskola ym. 2015: 165.)

Kaikkien työntekijöiden tulisi tietää työyhteisön tukimahdollisuuksista, ja jokaisella työntekijällä tulee olla oikeus vaatia tukitoimien käyttöön kuormittavaksi kokemansa

työtilanteen jälkeen. Palautumista edistävät sekä työntekijän oma oikea asenne että työyhteisön hyväksyvä asenne. Jos työyhteisössä ei ymmärretä kuormittavien tilanteiden mahdollisia vaikutuksia tai jos tukitoimenpiteitä ei ole suunniteltu riittävän hyvin, avun pyytäminen on epätodennäköisempää. Ja vaikka jälkihoidosta olisi huolehdittu, toimenpiteistä ei saada parasta mahdollista hyötyä, jos työntekijöitä ei kannusteta ja tueta ottamaan vastaan näitä tukimuotoja. (Rantaeskola ym. 2015: 180–183.)

3.5.1 Stressireaktiot

Aggressiivisen potilaan kohtaamistilanteiden, kuten muidenkin kriittisten työtilanteiden kokeminen kuormittavana ja niiden työntekijässä aiheuttamat reaktiot ovat yksilöllisiä ja siihen vaikuttavat muun muassa työntekijän oma tulkinta tilanteesta, tilanteen herättämät ajatukset ja tunteet sekä työntekijällä käytettävissä olevat selviytymiskeinot ja -strategiat. Henkilön persoona ja hänen henkilökohtainen kokemushistoriansa vaikuttavat stressin sietokykyyn ja siihen, millaisia tunnereaktioita erilaiset tilanteet aiheuttavat. Onkin tärkeä muistaa, ettei ole yhtä oikeaa tapaa reagoida kuormittavaan tilanteeseen ja siksi omia tai kollegan reaktioita ei pidä koskaan vähätellä tai piilotella. (Fält & Telkki 2022: 105; Kuisma ym. 2022: 904.)

Aggressiivisen potilaan aiheuttamaa uhka- tai väkivaltatilannetta seuraa yleensä jonkinlainen tunnereaktio, joka on luonnollista ja normaalia. Joskus reaktio ilmenee heti tapahtuman jälkeen, joskus reaktiot alkavat tunteja, joskus päiviä myöhemmin. Joissain tapauksissa voi kulua jopa viikkoja tai kuukausia, ennen kuin stressireaktiot ilmenevät. Uhka- tai väkivaltatilanteen aikana sekä sen jälkeen ilmenevät stressireaktiot ja niiden oireet voivat olla niin fyysisiä kuin psyykkisiäkin. Fyysisiä oireita voivat olla esimerkiksi kohonnut syke ja verenpaine, runsas hikoilu, pahoinvointi sekä hengitysvaikeudet. Psyykkisiä oireita ovat esimerkiksi painajaiset, keskittymis- ja muistivaikeudet, pelot, ahdistuneisuus, levottomuus, masennus sekä ärtyisyys. Stressireaktion merkit ja oireet voivat kestää päivistä kuukausiin tai jopa pidempään riippuen siitä miten vakava koettu tapahtuma on ollut. (Rantaeskola ym. 2015: 176.)

Uhka- tai väkivaltatilanteiden aikana työntekijän stressi- ja valpastumisreaktiot aktivoituvat automaattisesti ja ne mahdollistavat yleensä selviytymisen kannalta tärkeimmän toiminta- ja päätöksentekokyvyn. Tilanteen työntekijässä aiheuttamat stressireaktiot ja hormonaaliset muutokset myös suojaavat työntekijän mieltä sellaiselta

tiedolta, jota se ei sillä hetkellä pysty ottamaan vastaan ja käsittelemään. Kokemusta, joka ylittää ihmisen henkilökohtaisen ja inhimillisen sieto- ja käsittelykyvyn kutsutaan traumaksi. Sen lisäksi, että tilanteita voi olla vaikea käsittää, niitä voi olla myös vaikea muistaa. Uhka- tai väkivaltatilanteet aktivoivat aivojen alueita eri tavalla kuin jokapäiväiset tapahtumat ja niiden aikana tapahtuvat havainnot ja aistimukset saattavat tallentua siten, ettei niistä muodostu tietoisia muistikuvia. Aivot voivat myöhemmin muodostaa näin tallentuneista muistoista uudelleen havaintoja, joita kutsutaan takaumiksi. (Rantaeskola ym. 2015: 174–175.)

Ihmisellä on synnynnäinen tarve pyrkiä ymmärtämään miten ja miksi jotain tapahtui, ja siksi onkin tyypillistä, että työtehtävällä koetun uhka- tai väkivaltatilanteen jälkeen työntekijä käy tapahtumaa läpi mielessään ja yrittää etsiä selitystä sille, miten hän toimi tilanteen aikana. Usein käsitys omasta toiminnasta tilanteen aikana saattaa olla negatiivisella tavalla vääristynyt. Uhka- tai väkivaltatilanteen kokenut työntekijä usein ajattelee, että hän olisi toisin toimimalla voinut estää tapahtuneen tai, että hän toimi tilanteessa huonosti. Työntekijän kokema tunne, ettei hän toiminut tilanteessa parhaalla mahdollisella tavalla, voi aiheuttaa syyllisyyttä, häpeää, vihaa ja muita negatiivisia tuntemuksia. Työntekijän negatiivinen käsitys omasta toiminnastaan uhka- tai väkivaltatilanteen aikana lisää tilanteen traumatisoivuutta. (Rantaeskola ym. 2015: 173.)

Jos työntekijä kokee jatkuvasti uhkaavia tai muuten kuormittavia tilanteita, stressi saattaa kumuloitua. Kumulatiivinen stressi voi johtaa fyysiseen ja psyykkiseen huonovointisuuteen. Yleisesti voidaan sanoa stressin kumuloituvan uuden stressitilanteen sattuessa ennen edellisestä toipumista. Kumulatiiviselle stressille altistava stressin lähde voi olla yksittäinen äkillinen tapahtuma, tai se voi olla tasoltaan matalampi päivittäinen työhön liittyvä psykososiaalinen kuormitus. Kun stressi kumuloituu, stressihormoni kortisolin taso pysyy korkealla myös haastavan tai uhkaavan tilanteen jälkeen. Kortisolitason pysyminen korkealla on haitallista muun muassa muistin ja oppimisen kannalta tärkeiden aivoalueiden toiminnalle. (Rantaeskola ym. 2015: 170.)

Kumulatiiviselle stressille tyypillisiä oireita ovat muun muassa väsymys, kyllästyminen ja ahdistus. Jos oireita ei havaita tai niihin ei reagoida, tilanne saattaa pahentua ja siitä voi seurata lisäoireita, kuten toistuvia flunssia, ruoansulatusvaivoja, päänsärkyä tai nukkumisvaikeuksia. Kumulatiivisesta stressistä kärsivä työntekijä saattaa myös yrittää

itse lääkitä stressin oireita esimerkiksi alkoholilla. Jos oireita ei oteta vakavasti, ne voivat pahentua ja johtaa edelleen vakavampiin fyysisiin ja psyykkisiin oireisiin. Kumulatiiviselle stressille altistuneella työntekijällä on suurempi riski sairastua sydänsairauksiin, diabetekseen, syöpään ja muihin somaattisiin sairauksiin. (Rantaeskola ym. 2015: 170–171.)

Stressireaktioiden ja niiden oireiden pitkittyessä, seurauksena saattaa olla vakavampia tai pitkäkestoisempia mielenterveyden ongelmia (Rantaeskola ym. 2015: 179). Traumaperäiseksi stressihäiriöksi kutsutaan häiriötä, joka kehittyy viivästyneenä tai pitkittyneenä vasteena poikkeuksellisen uhkaavaan tai katastrofaaliseen tapahtumaan. Tällöin henkilö kokee trauman aika ajoin uudelleen takauksina sekä painajaisina. Traumaperäisestä stressihäiriöstä kärsivä ihminen pyrkii välttämään joutumasta tilanteisiin, jotka muistuttavat traumaattisesta tapahtumasta. (Kuisma ym. 2022: 904; Traumaperäinen stressihäiriö. Käypä hoito -suositus 2022.) Tavanomaisiin oireisiin kuuluu autonominen ylivireys, johon liittyy liikavalppaus, säpsähdysreaktio ja unettomuus. Ahdistuneisuus, masentuneisuus ja itsemurha-ajatukset ovat myös mahdollisia traumaperäisen stressihäiriön oireita. Useimmiten ihminen toipuu traumaperäisestä stressihäiriöstä, mutta joskus tila voi pitkittyä monivuotiseksi tai muuntuu lopulta pysyväksi persoonallisuuden muutokseksi. (Kuisma ym. 2022: 904–906.)

Ensihoitohenkilöstöllä on työnsä luonteen vuoksi stressireaktioiden kroonistumisen riski (Kuisma ym. 2022: 904). Kansainvälisissä tutkimuksissa on tullut esille, että Pelastustyöhön sisältyy erityinen vaara sairastua traumaperäiseen stressihäiriöön. Ensihoitajien traumaperäisen stressihäiriön korkeaan esiintyvyyteen vaikuttaa todennäköisesti ammattiin liittyvä jatkuva traumatisoituminen. (Ponteva & Laukkala 2020.) Ensihoitotehtävissä työskentelevän onkin hyvä muistaa, että vaikka työssä kohdataan uhkaavia tilanteita, osa tällaisista tehtävistä ei ole tavanomaista työtä kenellekään. Vaikeiden ja järkyttävien asioiden parissa työskentely kuormittaa kaikkia ihmisiä ja voi vääristää työntekijän käsitystä siitä, mikä on ”normaalia”. Työn aiheuttamia stressireaktioita ei tule ajatella henkilökohtaisena heikkoutena vaan vaativan työn seurauksena. Jos koettu tapahtuma on ollut liian voimakas yksin käsiteltäväksi, tarvitaan palautumiseen lisäapua. (Rantaeskola ym. 2015: 171–179.)

3.5.2 Defusing ja debriefing

Kuormittavien työtilanteiden käsittelyyn kehitettyjä tapoja kuvataan usein termeillä defusing ja debriefing (Rantaeskola ym. 2015: 184). Näitä jälkihoitokäytäntöjä käytetään auttamaan voimakkaiden tunteiden käsittelyssä vakavan tapahtuman jälkeen ja lievittämään tapahtuman aiheuttamaa stressiä. (Hammarlund 2010: 113). Kriittiset työtilanteet vaihtelevat luonnollisesti vakavuudeltaan, joten myös niiden jälkihoito tulee järjestää tapauskohtaisesti. Kaikkia kriittisiä tilanteita ei ole aina tarpeen purkaa, tai purku voi olla hyvinkin epävirallinen, esimerkiksi lyhyt juttutuokio työkaverin kanssa. (Rantaeskola ym. 2015: 165.)

Defusing eli jälkipurku on psyykkistä ensiapua, joka tulisi järjestää mahdollisimman pian tapahtuman jälkeen, viimeistään ennen tilanteeseen osallistuneiden työvuoron päättymistä. Defusing-istunnon eli jälkipurkukeskustelun tavoitteena on muodostaa yhtenevä tilannekuva tilanteessa mukana olleiden kokemuksia jakamalla, normalisoida koettuja tunteita, tukea työntekijöitä selviytymisprosessissa ja näin edesauttaa tilanteessa mukana olleiden toimintakyvyn palautumista tai säilyttämistä.

Jälkipurkukeskustelu on pienryhmäprosessi, johon osallistuu tavallisesti 6–8 henkilöä, ja se kestää yleensä noin 20–45 minuuttia tai korkeintaan tunnin. Jälkipurkukeskustelu olisi hyvä pitää neutraalissa ympäristössä, jossa ei ole häiritseviä tekijöitä ja keskusteluun osallistuva henkilöstö tulisi irrottaa kaikista muista tehtävistä jälkipurun ajaksi. (Fält & Telkki 2022: 105; Kuisma ym. 2022: 906.)

Jälkipurkukeskustelua ohjaa jälkipurukoulutettu henkilö eli defusing-vetäjä, joka voi olla kollega samasta organisaatiosta. Jälkipurun vetäjä ei ole kuitenkaan itse saanut olla mukana käsiteltävällä tehtävällä. Jälkipurkukeskustelu on luottamuksellinen, eikä siitä tehdä muistiinpanoja eikä sen sisältöä raportoida eteenpäin. Keskustelun esittelyvaiheessa olisi hyvä korostaa, ettei tarkoituksena ole arvostella ketään eikä etsiä syyllisiä tapahtumaan. Keskusteluissa voi kuitenkin nousta esille osallistujien omia syyllisyydentunteita, ja niitä tulisi käsitellä osana tapahtuman aiheuttamaa tunnekuormaa. (Fält & Telkki 2022: 105; Kuisma ym. 2022: 906.)

Jälkipurkukeskustelujen hyödyllisyyttä perustellaan sillä, että työntekijä kokee tapahtuman aiheuttamat tunteet ja ajatukset joka tapauksessa mutta ilman jälkipurkua työntekijä voi joutua pohtimaan tunteitaan ja ajatuksiaan yksin, ilman työkavereiden ja työyhteisön tukea. Jos työntekijä käy tilannetta läpi yksin, saattaa hänelle kehittyä

tapahtuneesta paikkaansa pitämättömiä ajatuksia ja mielikuvia. (Rantaeskola ym. 2015: 185.) Jälkipurkukeskustelujen järjestämisen tulisi olla itsestään selvä arkirutiini, jonka motivoimisessa johdon suhtautumisen tärkeys korostuu. Huomiota tulisi kiinnittää erityisesti siihen, miten jälkipurkukeskustelun tarvetta kartoitetaan. Esimerkiksi yleisesti lausuttu kysymys ”jos joku kokee tarvitsevansa jälkipurkua, ilmoittautukoon” ei todennäköisesti rohkaise työntekijöitä pyytämään sitä. (Kuisma ym. 2022: 906.)

Debriefing eli psykologinen jälkipuinti on ohjattu ryhmäkeskustelu, joka järjestetään 24–72 tuntia tapahtuman jälkeen (Kuisma ym. 2022: 906). Debriefingin tavoitteena on tarjota työntekijöille mahdollisuus ohjatusti käsitellä tapahtuman herättämiä tunteita ja ajatuksia sekä auttaa heitä selviytymään haastavista ja järkyttävistä tilanteista ja palautumaan niistä. (Rantaeskola ym. 2015: 186). Ryhmäkeskustelun avulla pyritään vähentämään mahdollisia terveysriskejä, ehkäisemään jälkireaktioita, kuten traumaperäistä stressireaktiota ja helpottamaan paluuta normaaliin työhön. (Kuisma ym. 2022: 906.)

Debriefingissä osallistujat järjestetään istumaan esimerkiksi hevosenkengän muotoon siten, että ryhmänohjaaja ja varaohjaaja istuvat kärjissä ja osallistujat voivat nähdä toisensa. Ohjaaja toimii keskustelutilanteen vetäjänä, hän esittelee istunnon tarkoituksen ja säännöt, huomioi ryhmän dynamiikan sekä huolehtii siitä, että käsittely etenee. Varaohjaajan tehtävänä on ohjaajan tukeminen, ryhmäprosessin tarkkaileminen ja tarvittaessa ohjaajan avuksi tuleminen. Debriefing tulisi pitää rauhallisessa paikassa ja istunnon kesto on yleensä noin kaksi–neljä tuntia. (Kuisma ym. 2022: 906.)

Debriefing-istunto koostuu yleensä useasta vaiheesta. Vaiheiden määrä ja sisältö voivat vaihdella. Debriefing voi koostua esimerkiksi seuraavista vaiheista: aloitusvaihe, faktavaihe, ajatusvaihe, reaktio- ja tunnevaihe, normalisointivaihe sekä päätös vaihe. (Kuisma ym. 2022: 907; Rantaeskola ym. 2015: 186–187.) Aloitusvaihe on vaiheista tärkein. Siinä käydään läpi debriefing-säännöt ja prosessin tavoitteet sekä kerrotaan aiemmista hyödyllisistä kokemuksista ja jälkireaktioiden esiintymisestä. Debriefing-sääntöihin kuuluu esimerkiksi, että jokainen kertoo omista kokemuksistaan eikä puhu muiden puolesta. Kenelläkään ei ole myöskään puhepakkoa. (Kuisma ym. 2022: 907–908.)

Faktavaiheessa käydään tosiasiat läpi ja jokainen kertoo oman roolinsa ja tehtävänsä käsiteltävässä tilanteessa. Ajatusvaiheessa käydään läpi, millaisia ajatuksia tapaus on kussakin herättänyt. Reaktio- ja tunnevaiheessa kukin osallistuja kertoo, millaisia tunteita tapahtuma on heissä herättänyt. Reaktioiden ja oireiden purussa seurataan luonnollista aikataulua, eli ensin käsitellään tapahtumapaikalla ilmenneet tuntemukset ja sitten tilanteen laukeamisen ja kotiin palaamisen jälkeen ilmenneet tuntemukset. (Kuisma ym. 2022: 908.)

Normalisointivaiheessa ohjaaja käy läpi esille tulleiden reaktioiden samankaltaisuutta, ja reaktiot suhteutetaan tutkittuun tietoon. Mahdollisesti ilmeneviä jälkireaktioita ja tulevan arjen järjestelyitä käydään lävitse. Tässä vaiheessa on myös tärkeää korostaa, että keskustelussa käsiteltävä tilanne on ollut epänormaali ja tilanteen työntekijässä aiheuttamat oireet normaaleja. Päätösvaiheessa koostetaan istunnon aikana käsiteltyjä asioita ja kerrataan keinoja hallita tilanteen aiheuttamia oireita ja reaktioita sekä tarvittaessa sovitaan mahdollisesta seurantakokouksesta. (Kuisma ym. 2022: 908.)

Jälkipuinti on saanut osakseen myös kritiikkiä. Kritiikissä on muun muassa epäilty työpaikan jälkipuinnin häiritsevän henkilön luontaista toipumista. Positiivisiksi tuloksiksi on esitetty esimerkiksi osallistujien kokema hyöty ja sairauslomien vähentyminen. (Kuisma ym. 2022: 909.) Ryhmätasolla satunnaistettuja vaikuttavuustutkimuksia purkukeskustelusta ja jälkipuinnista on auttajilla kuitenkin tehty hyvin niukasti. Suomalaisissa organisaatioissa, joissa on käytetty jälkihoitokäytänteitä, enemmistö osallistujista on ollut tyytyväisiä saamaansa henkiseen tukeen. Kuitenkin näiden käytänteiden vaikutusta esimerkiksi traumaperäisen stressihäiriön oireiden esiintymiseen ei ole tutkittu kontrolloidusti. (Traumaperäinen stressihäiriö. Käypä hoito -suositus 2022.)

Organisaatiossa olisi hyvä olla koulutettu defusing-ryhmä, jonka jäsenet ovat organisaation omaa henkilökuntaa. Tällä tavoin organisaatiossa voidaan samassa työvuorossa käydä ohjattu purkukeskustelu. Tarpeen vaatiessa voidaan defusingin lisäksi järjestää myös ulkopuolisten ammattilaisten vetämä debriefing-keskustelu. (Kuisma ym. 2022: 908.) Purkukeskusteluja voidaan tarvittaessa järjestää saman tilanteen vuoksi useampia ja keskustelu voidaan toteuttaa lisäksi toivottaessa myös yksilökeskusteluna (Rantaeskola ym. 2015: 188). Tarvittaessa, ja erityisesti stressioireiden pitkittyessä, tulisi työntekijä ohjata työterveyshuoltoon. Työterveyshuolto onkin tärkeässä osassa työhön liittyviä trauma-altistuksia seuraavien tukitoimien ja

tarvittaessa lääkehoidon käynnistämisessä. (Fält & Telkki 2022: 105; Traumaperäinen stressihäiriö. Käypä hoito -suositus 2022.)

Helsingin Pelastuslaitoksella on jälkipurkutoimintaa varten joukko koulutettuja henkilöitä ja vain he saavat toimia jälkipurkuistuntojen ohjaajina. Pyrkimyksenä on, että jälkipurkuistunnossa on aina vähintään kaksi koulutettua ohjaajaa.

Jälkipurkuhenkilöstön hälyttäminen tapahtuu päivystävän palomestarin (P30) toimesta. Päivystävä palomestari määrää istunnon järjestämisvastuuseen ensimmäisenä ilmoittautuvan koulutetun ohjaajan. Jos Helsingin pelastuslaitoksen omasta henkilöstöstä ei löydy riittävästi koulutettuja ohjaajia, esimerkiksi lomakaudella, voi päivystävä palomestari tällöin kysyä virka-apua Keski-Uudenmaan sekä Länsi-Uudenmaan pelastuslaitoksilta ottamalla yhteyttä niiden tilannekeskuksiin. (Halonen 2020.)

Selkeää ja yksiselitteistä ohjetta siihen, koska debriefingiä tai defusingiä tarvitaan ei ole (Kuisma ym. 2022: 908). Kuka tahansa operatiivisessa työssä työskentelevä voi ilmaista tarpeesta jälkipurkuistunnon järjestämiselle. Joissain tapauksissa esihenkilöstön kannattaa harkita jälkipurkuistunnon järjestämistä, vaikka suoraa pyyntöä henkilöstöltä ei tulisikaan. Tällaisia tilanteita ovat esimerkiksi uhka-, väkivalta- tai vakava läheltä piti -tilanne, kollegan tai läheisen vakava loukkaantuminen tai kuolema sekä lapsipotilaan vakava loukkaantuminen tai kuolema. (Halonen 2020.)

3.5.3 Muut jälkihuoltotoimenpiteet

Kaikki väkivaltatilanteet tulisi kirjata työpaikan seurantajärjestelmiin (Rovasalo ym. 2020). Kansainvälisistä tutkimuksista käy ilmi, että iso osa työväkivaltaa jätetään raportoimatta terveydenhuollossa, erityisesti ei-fyysisten väkivallan muotojen yhteydessä (Berlanda & Pedrazza & Fraizzoli & De Cordova 2019; Bigham ym. 2014: 493; Mausz & Johnston & Arseneau-Bruneau & Batt & Donnelly 2023). Raportoimatta jättämiselle voi olla monia syitä, kuten syyllisyys tai häpeä, ajan puute ja haluttomuus täyttää lomakkeita. Yksi syy raportoimatta jättämiselle on työntekijöiden uskomus, että väkivalta kuuluu ensihoitajan työnkuvaan. (Berlanda ym. 2019.) Raportoinnin esteeksi on tunnistettu myös organisaation tuen ja lomakkeiden suunnittelun puute (Bigham ym. 2014: 493). Pelastuslaitosten kumppanuusverkoston tuottamassa raportissa mainitaan, että joissain pelastuslaitoksissa työntekijä joutuu laatimaan samasta tapahtumasta

useamman eri raportin, jolloin kynnys niiden tekemiseen nousee (Pelastuslaitosten kumppanuusverkosto 2022.)

Raportoimatta jättäminen luo merkittävän aukon tutkimukseen. Aliraportointi jättää organisaation johdon epävarmalle pohjalle kehitettäessä riskienhallintastrategioita. Kriittisen tapahtuman jälkeisen tuen tarjoaminen on myös riippuvainen siitä, että johto on tietoinen väkivallalle altistumisesta. (Mausz ym. 2023.) Pelastuslaitosten kumppanuusverkoston tuottaman raportin mukaan, pelastuslaitosten uhka- ja väkivaltatilanteiden ilmoitus- ja raportointijärjestelmää on tulevaisuudessa tarkoitus uudistaa. Kyseisellä uudistuksella pyritään nopeuttamaan ja helpottamaan työntekijöiden kynnystä ilmoitusten tekemiseen. Uudistuksella pyritään myös ohjaamaan organisaatioita tarjoamaan työntekijöilleen tapahtuman edellyttämä apu ja tuki. (Pelastuslaitosten kumppanuusverkosto 2022.)

Työntekijän joutuminen väkivaltaisen hyökkäyksen kohteeksi tarkoittaa lähes aina myös rikosprosessin alkamista. Tarvittaessa poliisipartio käy paikalla kirjaamassa tapahtumat rikosilmoituksen laatimista varten. Tällainen tilanne voisi olla käsillä esimerkiksi, jos asianomistajana olevalle työntekijälle ei ole tapahtuman seurauksena tullut lääkärin hoidon tarvetta mutta tilanne on kuitenkin täyttänyt väkivallan osalta vähintään lievän pahoinpitelyn (esimerkiksi käsiksi käyminen), kunnianloukkauksen (esimerkiksi haukkuminen) tai laittoman uhkauksen (esimerkiksi aseella uhkaaminen) tunnusmerkistön. Rikosilmoituksen pystyy tällaisissa tilanteissa tekemään myös myöhemmin ja tällöin poliisi ottaa suoraan yhteyttä epäilyksi ilmoitettuun tahoon. Myöhemmin tehtävän rikosilmoituksen tekeminen edellyttää, että tilanteen aiheuttaneen henkilöllisyys on varmistettu tilanteen aluksi tai hänen henkilöllisyytensä on muuten tiedossa. (Rantaeskola ym. 2015: 139–140; 198.)

4 Laadukas toimintakortti

Toimintakortti (englanniksi *checklist*) on apuväline, joka on alun perin kehitetty ilmailualalla. Kiireellisiä tilanteita varten siihen on listattu kaikki tarvittavat tehtävät, joita jokin toimenpide vaatii ja missä järjestyksessä nämä tulee suorittaa (Higgins & Boorman 2016). Rutiinitoimenpiteissä toimintakortilla varmistetaan, ettei mitään tehtävää jää tekemättä. Toimintakorttia käyttämällä voidaan varmistaa kaikkien tehtävien suorittaminen ja sen avulla pystytään vähentämään virheitä tai unohduksia, joita esiintyy, kun ihminen toimii paineen alla tai muistinsa varassa. Toimintakortteja

käytetään monella alalla, kuten ilmailualalla tai sairaaloiden leikkaussaleissa, joissa joudutaan toimimaan paineen alla ja joissa pienikin virhe voi aiheuttaa vakavia seurauksia lentokoneelle tai potilaan terveydelle (Ranapurwala ym. 2016).

Toimintakortin luominen on hyvä aloittaa keräämällä laaja asiantuntija ryhmä. Ryhmän jäsenillä tulee olla selkeä käsitys siitä, mihin tarkoitukseen toimintakorttia luodaan, jotta siihen osataan valikoida kaikki huomioitavat asiat, mutta ei kuitenkaan mitään ylimääräistä. Asiantuntijoiden täytyy olla myös tietoisia siitä yksikön toiminnasta ja toimintatavoista, jota varten toimintakorttia luodaan. Toimintakortista voidaan tehdä aluksi yksi versio, johon voidaan sitten tehdä muutoksia käyttökokemusten perusteella. Toimintakorttia voidaan myös testata esimerkiksi simulaatio tilanteissa tai keräämällä palautetta sopivan koeajan jälkeen (Bowie ym. 2015). Muutoksia voidaan tehdä sen sisältöön ja sen asetteluun. Toimintakortin ulkomuotoon ja pituuteen kannattaa myös kiinnittää huomiota ja käyttää esimerkiksi graafisen suunnittelijan apua, jolloin toimintakortista saadaan mahdollisimman selkeä ja helppokäyttöinen (Subbe ym. 2017).

Toimivan toimintakortin on huomattu parantavan tiimityöskentelyä ja tiimihenkeä. Toimintakortin käyttöönotto paransi tiimin jäsenten keskinäistä kommunikointia leikkaussalissa toimenpiteiden aikana. Lisäksi Sveitsin yliopistollisessa sairaalassa tehdyssä testissä koeryhmät, jotka käyttivät toimintakorttia, kriittisen tiedon saattaminen kaikkien tietoisuuteen nousi 100 % tasolle, kun se sitä ennen oli ollut 90 % (Tscholl ym. 2015). Hyvän kommunikoinnin lisäksi toimintakortti paransi yhteenkuuluvuuden tunnetta lisäämällä ryhmän jäsenten turvallisuuden tunnetta ja parantamalla tiimityöskentelyä. Vaikka tiimin sisäinen kommunikointi ja tiimihenki paranivat, ei toimintakortin käyttö tuonut kuitenkaan muutosta kliinisten toimenpiteiden onnistumiseen (Tscholl ym. 2015).

Toimintakortin tarkoituksena on varmistaa, että tietyn toimenpiteen kaikki tehtävät tulee tehtyä sen jokaisessa vaiheessa. Hyvin suunnitellussa toimintakortissa on osattu huomioida kaikki toimenpiteeseen liittyvät asiat. Iso Britannialaisessa sairaalassa leikkausta edeltävässä pre-operatiivisessa vaiheessa käytetyllä toimintakortilla saatiin nostettua virheettömien suoritusten määrä melkein neljällä prosenttiyksiköllä 93,6 % tasolle. Tämän lisäksi, samassa tutkimuksessa toimintakortin systemaattisella läpikäynnillä onnistuttiin ennaltaehkäisemään odottamaton vaaratekijä jopa 17 toimenpiteessä (Jelacic ym. 2019).

Toimintakorttia luodessa on hyvä ottaa toimivia käytäntöjä ilmailualalta, jossa toimintakortit ovat käytössä päivittäin. Esimerkiksi toimintakortin käyttö on suositeltavaa niin, että sitä käydään läpi kahden hengen voimin. Yhden henkilön rooli on lukea tehtäviä ja merkata niiden edistyminen ja toinen henkilö varmistaa tehtävät suoritetuksi, keskeneräisiksi tai suorittamattomiksi (Jelacic ym. 2019). Toimintakorttia läpikäydessä tulisi tilan olla mahdollisimman rauhallinen ja välttää keskeytykset, jottei mitään kohtaa jää suorittamatta. Myös toimintakortin digitalisoinnista on apua, sillä silloin kortti löytyy aina samasta paikasta kuten tietokoneelta tai muulta digi laitteelta, eikä toimintakortti pääse häviämään yhtä helposti kuin paperinen versio. Digitalisointi antaa mahdollisuuden tehdä toimintakortista interaktiivisen, eli käytännössä se etenee sitä mukaan kuin tehtäviä suoritetaan. Toimintakortin automatisointi mahdollistaa myös useamman toimintakortin käytön samanaikaisesti, jos esimerkiksi potilaan voinnissa tulee muutoksia. Se mahdollistaa myös jatkamisen samasta kohdasta helposti, mikäli läpikäyntiin tulee keskeytys (Jelacic ym. 2019). Lisäksi hyvänä toimintana on havaittu tekstin tai sen taustan värin muuttuminen sen mukaan, kun kortin tehtäviä käydään läpi. Jotta toimintakortti olisi toimiva ja käyttäjäystävällinen sen tulisi olla helposti luettava, sisältää vain tarvittavat toiminnot ja olla mahdollisimman lyhyt (Burian 2006). Yhdysvalloissa suoritettussa tutkimuksessa verrattiin eroja digitaalisen ja paperisen toimintakortin välillä hoidettaessa kriittisesti vammautunutta potilasta. Tutkimuksessa todettiin, että vaikka toimintakortin digiversion käyttämisestä voidaan tehdä mielekästä, ei sen katsottu olevan käytännössä paperista versiota tehokkaampaa. Toisaalta digiversion käyttö ei vaatinut käyttäjiltä ylimääräistä työmäärääkään (Kulp & Sarcevic & Cheng & Zheng & Burd 2019).

Hyvin suunniteltu toimintakortti on todella hyvä apuväline sekä arkisissa rutiineissa, että kriittisemmissä toimenpiteissä. Sen avulla pystytään vähentämään inhimillisiä virheitä huomattavasti ja varmentamaan, että kaikki tehtävät tulevat tehdyiksi (Ranapurwala ym. 2016). Tämän lisäksi toimintakortti parantaa tiimin jäsenten välistä kommunikointia ja yhteenkuuluvuuden tunnetta. Iso Britanniassa suoritettussa tutkimuksessa, jonka tarkoituksena oli sairaalasta kasatun asiantuntijaryhmän avulla tehdä toimintakortti kriittisten potilaiden hoitamista varten, havaittiin toimintakorttien käyttämisessä myös rajoitteita. Toimintakorttien kehittämisessä on ongelmana se, että jokaisella yksiköllä tai toimenpiteellä on oltava omanlaisensa kortti, jossa huomioidaan juuri sille yksikölle tai toimenpiteelle ominaisia piirteitä. Lisäksi korttia tulee päivittää tasaisesti, mikä on työlästä (Jelacic 2019). Vaikka toimintakortin käytöllä on saavutettu suuria parannuksia esimerkiksi potilasturvallisuudessa, oli asiantuntijapaneeli

yksimielinen siitä, että toimintakortti on vain yksi apuväline muiden joukossa. Lisäksi huolta aiheutti, että toimintakortin läpikäyminen potilaita hoitaessa muuttaa hoitotilanteen enemmän tehtävälähtöiseksi, kuin ajatustyöksi, jolloin käyttäjä ei välttämättä osaa huomioida kaikkea tietoa, joka hänelle olisi tarjolla (Subbe ym. 2017).

5 Opinnäytetyön toteutus

5.1 Menetelmälliset lähtökohdat

Opinnäytetyömme on luonteeltaan toiminnallinen. Sen teoreettisena viitekehyksenä toimii suorittamamme systemaattinen kirjallisuushaku sekä yhteistyöorganisaation omat linjaukset ja määräykset. Opinnäytetyömme tilaajana ja yhteistyöorganisaationa toimii Helsingin Pelastuslaitos.

Opinnäytetyömme toiminnallisena osuutena tuotimme toimintakortin aggressiivisen potilaan kohtaamistilanteita varten. Toimintakortin kohderyhmänä ja hyödynsaajana ovat Helsingin Pelastuslaitoksella ensihoidossa työskentelevä henkilöstö, heidän esimiehensä sekä opiskelijat. Toimintakortti on tarkoitus sijoittaa yhteistyöorganisaation ensihoitoyksiköihin ja sitä voidaan käyttää myös organisaation sisäisissä koulutuksissa. Vastaavaa toimintakorttia ei ole aikaisemmin ollut käytössä yhteistyöorganisaatiolla, ja organisaation edustajien mukaan toimintakortti onkin tervetullut ja tarpeellinen työväline ensihoidon kentälle.

Toiminnallinen opinnäytetyö on yksi tutkimuksellisen kehittämisen tapa ja ammattikorkeakoulujen opinnäytetyyppi. Toiminnallisella opinnäytetyöllä opiskelija voi näyttää ammatillista asiantuntijuuttaan kehittävällä ja tutkimuksellisella otteella tehdyllä tuotoksella sekä raportilla, jossa kuvataan tuotokseen liittyviä lähtökohtia, valintoja ja ratkaisuja perustellusti. Toiminnallisen opinnäytetyön tuotos voi olla esimerkiksi jokin konkreettinen esine tai tapahtuma. Tuotokset voivat poiketa toisistaan eri koulutusaloilla ja alasta riippuen toiminnallisena opinnäytetyönä voidaan tuottaa muun muassa käytäntöjä jouhevoittavia ohjeita ja oppaita, käsikirjoja, kursseja, konferensseja, näyttelyitä tai turvallisuussuunnitelmia. (Vilkkä & Airaksinen 2003: 9; Kostamo & Airaksinen & Vilkkä 2022: 11–13.)

Toiminnallisen opinnäytetyön tuotokselle kootaan perustelut ammatillisesta lähdekirjallisuudesta sekä aiemmista tutkimuksista ja hankkeista saaduista tuloksista

(Kostamo & Airaksinen & Vilkkä 2022: 12). Tämän opinnäytetyön tietoperustana toimii suorittamamme systemaattinen kirjallisuushaku sekä yhteistyöorganisaation omat määräykset.

5.2 Tiedonhaku

Aloitimme tiedonhaun tietokannoista tekemällä useita harjoitushakuja. Haimme tietoa kansainvälisistä Cinahl- ja PubMed-tietokannoista sekä kotimaisesta Medic-tietokannasta. Suoritimme tiedonhakua liittyen aggressiivisen potilaan kohtaamistilanteisiin ja niiden jälkipuintiin ensihoidossa. Koska puhtaasti ensihoidon kentältä on vielä toistaiseksi vain niukasti raportoituja tutkimuksia, sisällytimme mukaan myös tutkimuksia akuuttihoitotyön osa-alueilta. Käytimme hakusanoja “aggressive”, “violent”, “patient”, “paramedic”, “ems”, “emergency medical service”, “prehospital”, “ambulance”, “violence” ja “debrief”. Harjoitushakujen perusteella muodostimme lopulliset hakulausekkeemme. Cinahl- ja PubMed-tietokannoissa hakulausekkeemme olivat: (aggressive* OR violent) AND patient AND (paramedic OR ems OR “emergency medical service” OR prehospital OR ambulance) sekä violence AND debrief*. Medic-tietokannassa käytimme hakusanoja “aggressiivi*”, “potilas”, “jälkipuinti”, “debriefing” ja “defusing”. Medic-tietokannassa suoritimme hakua hakulausekkeilla: aggressiivi* AND potilas sekä jälkipuinti OR debriefing OR defusing. Toimintakorttiin liittyvä tiedonhaku suoritettiin erillisenä hakuna. Siihen käytettiin tietokantana PubMed-tietokantaa. Tällöin käytimme hakusanoja: “checklist”, “quality”, “working”, “functional”, “safety” ja “critical”. Hakulausekkeemme oli: “safety checklist” AND (quality OR working OR functional) AND critical.

Riippuen tietokannasta käytimme haun rajauksina seuraavia kriteereitä: abstrakti saatavilla, teksti englannin kielellä, vertaisarvioitu, koko teksti saatavilla ilmaiseksi ja artikkelien julkaisupäivämäärän aikarajaus kymmeneen vuoteen. Artikkeleita liittyen aggressiivisen potilaan kohtaamistilanteisiin akuuttihoitotyön kentällä löytyi suhteellisen paljon. Rajataksemme hakutuloksia lisäsimme PubMed-tietokannassa haun rajaukseksi koko tekstin saatavuuden ilmaiseksi. Tiedonhaku jälkipuintiin liittyen oli haastavampaa. Tällöin haasteeksi muodostui se, että monet artikkeleista olivat maksumuurin takana, kun taas ne, mitkä olivat ilmaiseksi luettavissa, eivät vastanneet tutkimuskysymykseen. Tietokanta Medicistä ei valikoitunut yhtään artikkelia lopulliseen aineistoomme. Medicin aineistot rajautuivat pois sen takia, että suurin osa artikkeleista,

jotka vastasivat tutkimuskysymyksiimme, olivat ammattikorkeakoulutasoisia opinnäytetöitä, jotka eivät ole riittävän luotettavia käytettäväksi opinnäytetyön lähteenä.

Kun hakulausekkeiden ja haun rajauksien perusteella saimme otannan artikkeleista, kävimme artikkelit läpi kolmessa eri vaiheessa: ensin otsikkotasolla, sitten tiivistelmien perusteella ja lopuksi koko tekstin perusteella. Valikoimme aineistoa määrittelemiemme mukaanotto- ja poissulkukriteerien mukaisesti. Mukaanotto- ja poissulkukriteerit on kuvattu taulukossa 2. Lopuksi refleктоimme valikoidun aineiston tarjoamaa sisältöä suhteessa tutkimuskysymyksiin. Aggressiivisen potilaan kohtaamistilanteisiin ja niiden jälkipuintiin liittyvä tiedonhakuprosessi on kuvattu Prisma-flowkaaviossa kuviossa 1 ja tietokantahakuamme kokonaisuudessaan havainnollistetaan tiedonhakutaulukossa (Liite 1). Opinnäytetyön lähteiksi tietokannoista valikoituneet artikkelit ovat kuvattuna taulukossa liitteessä 2.

Taulukko 2.

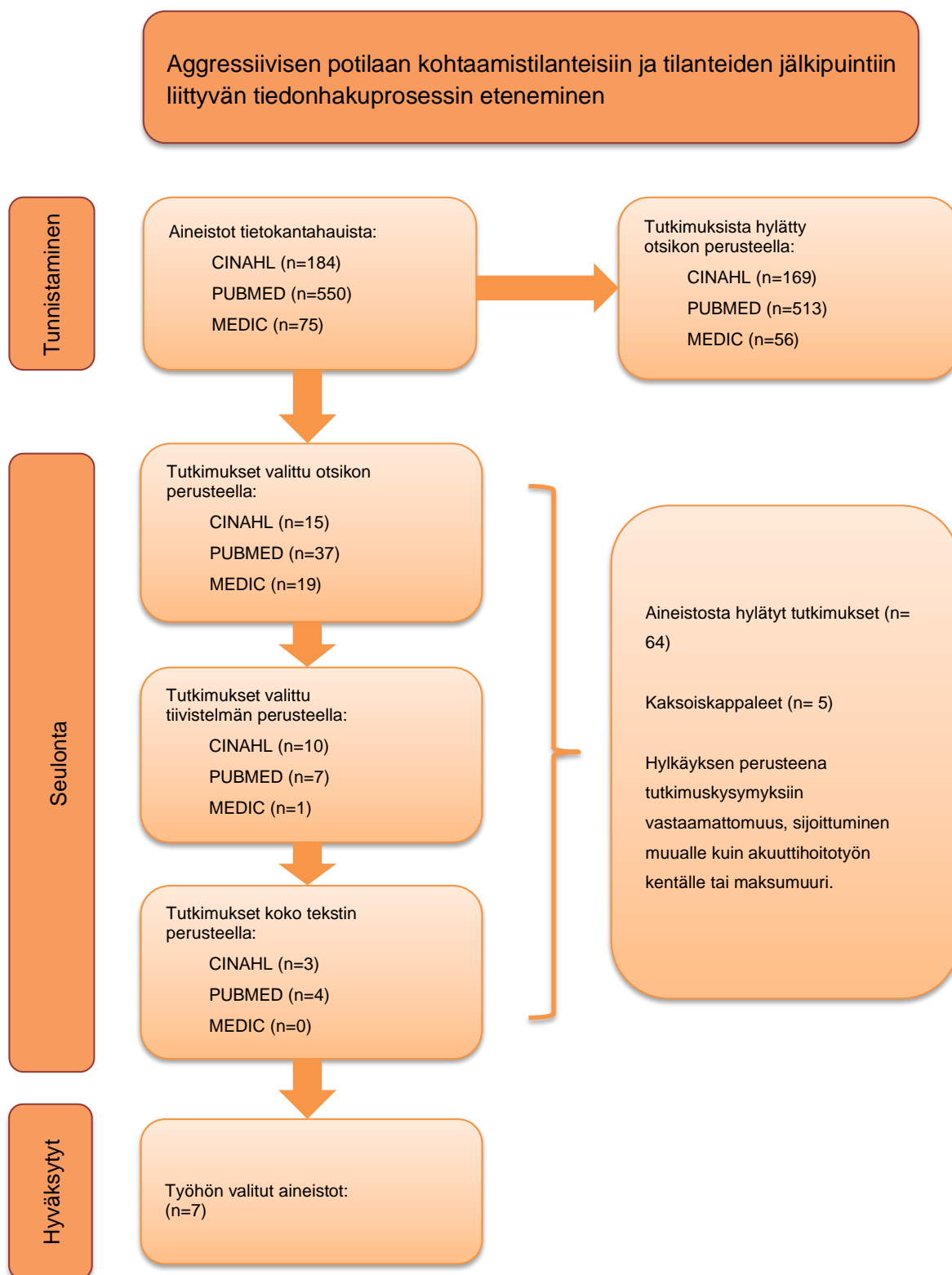
Mukaanotto- ja poissulkukriteerit

Mukaanottokriteerit	Poissulkukriteerit
Vertaisarvioidut artikkelit vastaavat tutkimuskysymykseen: Mitä tulee ottaa huomioon, kun ensihoidon tehtävillä kohdataan aggressiivinen potilas?	Artikkelit, jotka eivät ole vertaisarvioituja, eivätkä vastaa tutkimuskysymykseen: Mitä tulee ottaa huomioon, kun ensihoidon tehtävillä kohdataan aggressiivinen potilas?
Artikkelit käsittelevät aggressiivisen potilaan kohtaamistilanteita akuuttihoitotyön kentällä	Artikkelit käsittelevät aggressiivisen potilaan kohtaamistilanteita muualla kuin akuuttihoitotyön kentällä
Artikkelit käsittelevät aggressiivisen potilaan kohtaamistilanteen jälkipuintia	Artikkelit käsittelevät muuta kuin aggressiivisen potilaan kohtaamistilanteen jälkipuintia
Tutkimus vastaa kysymykseen millainen on laadukas toimintakortti	Ei vastaa kysymykseen millainen on laadukas toimintakortti
Tutkimuksessa havaintoja toimintakortin käyttämisestä	Tutkimuksessa ei havaintoja toimintakortin käyttämisestä
Tutkimuksessa toimintakorttia käytettiin ensihoidossa, akuuttityössä tai sairaalassa	Tutkimuksessa toimintakorttia ei käytetty ensihoidossa, akuuttityössä tai sairaalassa

Koko teksti saatavilla ilmaiseksi	Koko teksti ei ole saatavilla ilmaiseksi
-----------------------------------	--

Tietokannoista valitsemiimme julkaisujen laatua arvioidessa käytimme apuna Julkaisufoorumin JUFO-luokitusta (Julkaisufoorumi a). Julkaisufoorumi eli JUFO on suomalaisen tiedeyhteisön toteuttama, tutkimuksen laadunarviointia tukeva julkaisukanavien tasoluokitus. Julkaisufoorumin neliportaisessa luokituksessa kaikkien tieteenalojen keskeiset ulkomaiset ja kotimaiset julkaisukanavat jaotellaan joko tasoluokkaan 1 eli perustasoon, tasoluokkaan 2 eli johtavaan tasoon, tasoluokkaan 3 eli korkeimpaan tasoon tai sitten tasoluokkaan 0, joka tarkoittaa, että kyseessä olevat kanavat eivät vielä täytä tasoluokkaa 1 kriteereitä. Julkaisukanavien arviointityön suorittaa 23 tieteenalakohtaista asiantuntijapaneelia, jotka koostuvat noin 300 ansioituneesta suomalaisesta tai Suomessa työskentelevästä tieteen tekijästä. (Julkaisufoorumi b.) Opinnäytetyömme lähteiksi valitsimme vain sellaisia julkaisuja, joiden JUFO-luokitus oli vähintään tasoluokkaa 1. Tasoluokan 1 kriteereitä ovat esimerkiksi, että julkaisun artikkelit käyvät läpi vertaisarvioinnin ja että julkaisukanavalla on tieteenalan asiantuntijoista koostuva toimituskunta, johon kuuluu pääasiassa yliopistoissa tai tutkimuslaitoksissa työskenteleviä tutkijoita. (Julkaisufoorumi c.)

Tietokantahaun lisäksi suoritimme manuaalista tiedonhakua tutustumalla aihetta koskevaan kirjallisuuteen, lehtiin ja erilaisiin verkkojulkaisuihin, kuten Terveystieteen tieteellisiin artikkeleihin. Manuaalisen haun aloitimme kirjaston hakupalvelun kautta. Etsimme aineistoa aiheeseen liittyvillä hakusanoilla, kuten ”aggressiivinen” ja ”potilas”. Tällä tavoin löysimme jo useita aineistoksi soveltuvia kirjoja. Tutustuessamme valitsemiimme kirjoihin, tutustuimme myös niiden lähdeluetteloihin. Lähdeluetteloista löysimme lisää omaan työhömmme soveltuvaa aineistoa. Kirjaston lisäksi tutustuimme Theseuksessa julkaistuihin opinnäytetöihin, joiden aihealue vastasi oman työmme aihealuetta. Tarkastelimme kyseisten opinnäytetöiden lähdeluetteloita ja sitä kautta löysimme myös omaan työhömmme soveltuvia lähteitä.



Kuvio 1. Aggressiivisen potilaan kohtaamistilanteisiin ja tilanteiden jälkipuintiin liittyvän tiedonhakuprosessin eteneminen muotoiltuna Prisma 2020 -flowkaavion mukaan (Page ym. 2021).

5.3 Opinnäytetyön toiminnallinen osuus

Opinnäytetyön toiminnallisena osuutena tuotimme toimintakortin, jonka tarkoitus on antaa ohjeita uhkaaviin tilanteisiin, joissa potilas käyttäytyy aggressiivisesti sekä tilanteen jälkipuintiin. Toimintakortti tehtiin tilaustyönä Helsingin Pelastuslaitokselle. Toimintakortti on tarkoitus sijoittaa Helsingin Pelastuslaitoksen ensihoitoyksiköihin. Toimintakorttia voidaan hyödyntää uusien työntekijöiden ja opiskelijoiden perehdytyksessä, henkilöstön säännöllisissä koulutuksissa sekä osaamisen ylläpidossa. Tämän lisäksi toimintakortissa on selkeät ohjeet myös esimiehille jälkihoidon käynnistämistä varten. Tässä toimintakortissa annettuja ohjeita voidaan soveltaa kaikissa uhka- ja väkivaltatilanteissa ja korttia voidaan tulevaisuudessa muokata, mikäli organisaation sisällä tulee muutoksia ohjeistuksissa. Vastaavaa toimintakorttia ei tällä hetkellä yhteistyö organisaatiosta löydy ja toimintakortin luominen koettiin tarpeelliseksi, jotta saadaan parannettua organisaation sisäistä turvallisuuskulttuuria. Lisäksi toimintakortti tuo ohjeita työntekijöille ja esimiehille, joiden roolit jälkihoidossa ovat hyvin erilaiset.

Toimintakortin suunnittelu aloitettiin kartoittamalla sen käyttötarkoitus, rajaamalla sen aihealuetta ja suunnittelemalla siitä mahdollisimman helppokäyttöinen. Tiedon suuri määrä ja sen hyvä jäsentely käytännön kannalta oli ensimmäinen ongelma. Tämän ratkaisuksi päätettiin muuttaa toimintakortti kaksipuolisesta A4 arkista nelisivuiseen A5 vihkoseen. Tämän ratkaisun myötä saatiin luotua looginen ja helposti ymmärrettävä sijoittelu tiedolle. Vihkonen etenee kronologisessa järjestyksessä, eikä kaikkia sivuja tarvitse käydä läpi joka päivä. Lisäksi toimintakortin tiedosta tuli paljon kattavampi, kun sitä voidaan hyödyntää kaikilla uhka- ja väkivalta tehtävillä, eikä vain niissä, joissa potilas kohdata ambulanssissa.

Toimintakortista tehtiin ensimmäinen prototyyppi. Toimintakortin sisältö ja ulkomuoto pohjautuvat suorittamaamme systemaattiseen kirjallisuushakuun. Toimintakortin sisältö pohjautuu kirjallisuushaun lisäksi organisaation omiin linjauksiin ja koulutusmateriaaleihin. Prototyyppi annettiin yhden yhteistyökumppanin aseman kaikkien vuorojen arviotavaksi ja palautetta kerättiin koko aseman henkilöstöltä, johon lukeutui palomiehiä, ensihoitajia, esimiehiä, asemamestareita sekä ensihoitajaopiskelijoita. Palautetta kerättiin paperisella kyselyllä ja siihen saatiin yhteensä 35 kehitysehdotusta.

Palautteissa lauseiden rakennetta pyydettiin tiivistämään (N=4), toivottiin kuvien ja värien käyttöä (N=3 kuvat ja N=3 värien käyttö), jotta tärkeimmät tiedot tulisi vielä selkeämmin esille ja toivottiin listan lyhentämistä (N=2). Lisäksi työturvallisuuteen liittyen, palautteen perusteella toivottiin, että poliisin liittämistä tehtävään ajoissa korostettaisiin vielä selkeämmin (N=6). Teimme toimintakorttiin palautteen mukaiset muutokset, jonka jälkeen muokattu versio lähetettiin yhteistyökumppanin ja tilaajan arvioitavaksi. Heidän palautteensa perusteella muutaman tehtävän järjestystä vielä muokattiin. Tämän jälkeen toimintakortti oli käyttövalmis.

6 Opinnäytetyön tuotos

Luomamme toimintakortti täyttää perinteisen toimintakortin kriteerit. Sen teksti on tarpeeksi isoa ja tekstin fontti on selkeälukuinen. Käytettävyydeltään se on myös looginen ja etenee kronologisesti niin, että viimeistä sivua ei tarvita ennen kuin väkivaltaa kohdistetaan hoitohenkilökuntaan. Toimintakortin tarkoituksena on antaa henkilöstölle lyhyitä tehtäviä, tehtävän suoritettuaan voidaan siirtyä seuraavaan. Tämän vuoksi tehtävien järjestykseen kiinnitettiin erityistä huomiota ja tehtävänannot pyrittiin pitämään lyhyinä ja selkeinä. Helppojen tehtävien avulla annetaan henkilöstölle mahdollisimman hyvä mahdollisuus valmistautua tulevaan tehtävään, jossa tiedetään tai oletetaan, että henkilöstöön voi kohdistua väkivaltaa tai sen uhkaa. Lisäksi valmistautuminen täytyy pystyä tekemään lyhyessä ajassa ja useimmiten liikkuvassa ajoneuvossa. Toimintakortin pääasiallinen tarkoitus on lisätä henkilöstön kommunikaatiota ja saada se jo matkan aikana miettimään omaan turvallisuuteen liittyviä asioita ja toimintatapoja. Tämän avulla saadaan lisättyä henkilöstön työturvallisuutta ja mahdollisesti jopa ennaltaehkäistyä tuleva väkivaltainen tilanne tai sen uhka.

Toimintakortti on nelisivuinen. Kortin etupuolella käsitellään asioita, jotka liittyvät ambulanssiin ja henkilön omiin turvavälineisiin, kuten luotiliivit, hätäkutsupainikkeiden sijainti yksikössä ja näiden toiminta. Keskiaukeamassa kerrotaan mitä tulee ottaa huomioon ennen aggressiivisen potilaan kohtaamistilannetta, kuten ohjeet kuinka yksikkö sijoitetaan ja havainnoidaan kohdetta jo ulkopuolelta, parin välisen kommunikoinnin korostaminen ja lisätiedon selvittäminen. Tämän lisäksi keskiaukeamalla ohjeistetaan muun muassa aggressiivisen potilaan tunnistamisessa ja kohtaamisessa. Kortissa annetaan myös vinkkejä strategisista päätöksistä, joilla voidaan lisätä henkilöstön turvallisuutta.

Toimintakortin viimeinen sivu keskittyy ohjeistamaan tarvittavissa toimissa uhka- tai väkivaltatilanteen jälkeen. Kortissa annetaan ohjeita käytännön asioihin, kuten tarvittaviin raportointeihin ja rikosilmoituksen tekemiseen liittyen. Ohjeita annetaan myös henkilöstön psyykkisen ja fyysisen hyvinvoinnin varmistamisessa. Siinä otetaan myös huomioon, mitkä toimet kuuluvat työntekijälle ja mitkä esimiehelle. Ohjeet jälkihoitoon perustuvat organisaation omiin voimassa oleviin ohjeisiin sekä suorittamaamme systemaattiseen kirjallisuushakuun.

7 Pohdinta

7.1 Tuotoksen tarkastelu ja johtopäätökset

Suorittaessamme opinnäytetyömme aiheeseen liittyvää tiedonhakua, koimme haasteelliseksi sen, että vaikka tutkimuksia liittyen aggressiivisen potilaan kohtaamiseen löytyi paljonkin, ei suurimmassa osassa niistä käsitelty tai annettu käytännön toimintaohjeita kyseisiin kohtaamistilanteisiin. Tietokannoista läpikäymämme tutkimukset olivat pääasiassa tehty muualla kuin Suomessa ja siksi jouduimme vertaamaan niissä annettuja toimintaohjeita Suomessa ensihoidossa käytössä oleviin toimintaohjeisiin. Joissakin tietokannoista valikoiduissa artikkeleissa käsiteltiin esimerkiksi ensihoitajilla käytössä olevia itsepuolustukseen tarkoitettuja välineitä, kuten pippurisumutetta. Kyseisiä välineitä ei ainakaan tällä hetkellä ole Suomessa ensihoitajien käytössä. Tämän takia aggressiivisen potilaan kohtaamistilanteisiin ja erityisesti jälkipuintiin liittyvät lähteemme ovat pääasiassa manuaalisella haulla löydettyjä julkaisuja. Tietokannoista valitsemamme julkaisut tukevat manuaalisella haulla valikoituja lähteitämme. Yhteistyöorganisaatiolta saimme lisäksi lähteiksi heidän omia toimintaohjeitansa sekä tilastojansa.

Tuottamastamme toimintakortista tuli toimintakortin kriteerit täyttävä tuotos. Se on lyhyt ja ytimekäs, siihen on valikoitu tarkoituksenmukaisia kuvia ja tärkeimmät tiedot on vielä korostettu käyttämällä eri värejä. Tekstin koko ja fontti on myös valikoitu niin, että se on mahdollisimman selkeä. Toimintakortin tehtävät on tarkkaan valikoitu ja niiden järjestystä on mietitty ja muokattu useaan otteeseen. Toimintakortin tehtävien avulla on tarkoitus herätellä keskustelua henkilöstön välillä liittyen työturvallisuuteen, sekä valmistaa heitä tulevaan tehtävään. Itse toimintakortin sisältö on varsin tiivis, tämän vuoksi sen rinnalle tulee kehitellä sähköinen versio toimintakortista (Bowie ym. 2015).

Digiversioon on mahdollista lisätä enemmän tietoa ja ohjeita etenkin jälkihuollon kannalta.

Tällaisenaan toimintakorttia voidaan hyödyntää varsin laajasti. Jokainen tehtävä on erilainen, eikä kaikkia muuttujia ole mitenkään mahdollista huomioida. Mutta toimintakortin avulla saadaan miehistö käymään keskustelua asiasta ja näin he ovat valmiimpia toimimaan tehtävällä. Lisäksi jälkihuollon suhteen toimintakortin ohjeiden avulla saadaan oikeanlaiset prosessit käynnistettyä mahdollisimman nopeasti. Tämän avulla henkilöstölle voidaan tarjota fyysistä ja psyykkistä apua heti tapahtuman jälkeen, kun tiedot ovat helposti saatavilla. Suurin osa väkivallasta ja sen uhasta ensihoitohenkilöstöä kohtaan kohdistuu heihin yllättävissä tilanteissa ja ennalta-arvaamattomasti, jolloin tietojen ja käytäntöjen listaus helpottaa kaikkien tarpeellisten asioiden huomioimista (Ranapurwala ym. 2016). Oikeanlaisella jälkihuollolla voidaan ehkäistä psyykkisiä jälkioireita, saadaan palautettua henkilöstö nopeammin työkykyisiksi sekä lisätään työturvallisuutta ja tyytyväisyyttä työnantajaan (Rantaeskola ym. 2015: 184–188).

Toimintakortista päätettiin pohdinnan jälkeen tehdä vihkonen, joka etenee aikajärjestyksessä, jolloin saatiin jaettua tarvittava tieto omiin osuuksiinsa. Vihkosen pienen koon vuoksi jouduimme kuitenkin hieman karsimaan kuvia ja tiedon määrää. Jälkeenpäin mietittynä, olisimme voineet tehdä alun perin kaksi prototyyppiä toimintakortista: yksi vihkonen ja yksi A4 kokoinen. Sisällöt olisivat todennäköisesti hieman poikenneet toisistaan, mutta olisi ollut mielenkiintoista nähdä kumman toimintakortin käyttäjät olisivat kokeneet paremmaksi.

Aggressiivisten potilaiden käyttäytyminen voi olla hyvin vaihtelevaa ja tilanteet, joissa heitä kohdataan ovat hyvin erilaisia (Soisalo 2011: 114). Tämän vuoksi kaiken kattavaa toimintakorttia on mahdotonta tehdä. Toimintakortin yksi tärkeä tehtävä onkin valmistaa henkilöstön tehtävää. Kun toimintakortti on käyty yhdessä läpi jo matkalla kohteeseen, on molemmilla selkeämpi käsitys turvallisesta toiminnasta kohteessa. Tällöin työpari on myös valppaampi huomioimaan riskitekijöitä ja molemmat tietoisia, että vaaran tai uhan edessä heidän tulee pyrkiä poistumaan paikan päältä turvallisesti (Garner ym. 2022).

Johtopäätöksenä voidaan todeta, että aggressiivisten potilaiden kohtaaminen ensihoidossa on hyvin haastavaa. Aggressiivisuuden taustalla voi olla useita eri syitä, kuten mielenterveysongelmat ja päihteet. Potilaiden käyttäytyminen voi tämän vuoksi

olla ennalta-arvaamatonta ja hoitotilanteet voivat muuttua ensihoitohenkilöstölle vaaralliseksi hyvinkin nopeasti (Kuisma ym. 2022).

Aggressiivisen potilaan tunnistaminen ajoissa auttaa ensihoitohenkilöstöä varautumaan tilanteeseen oikealla tavalla. Vaikka potilas itse käyttäytyy aggressiivisesti, poukkoilevasti tai jopa uhkaavasti, tulisi ensihoitohenkilöstön pysyä itse rauhallisena, pyrkiä kommunikoimaan potilaan kanssa selkeästi ja ytimekkäästi ja olla provosoitumasta potilaan käytöksestä. Ensihoitohenkilöstön valmistautuminen tehtävään jo esimerkiksi matkan aikana auttaa heitä toimimaan yhteisen suunnitelman mukaisesti ja tämä lisää henkilöstön turvallisuutta

Jokainen tilanne on uniikki ja kaikkeen ei voi valmistautua. Toimintakortin avulla ensihoitohenkilöstö pystyy kuitenkin matkan aikana tekemään yhteisen suunnitelman potilaan kohtaamista varten. Lisäksi toimintakortin avulla henkilöstö voi käydä yhdessä läpi erilaisia turvallisuuteen liittyviä asioita, jolloin ne ovat kaikilla mielessä potilasta kohdattaessa. Koska aggressiivisten potilaiden kohtaaminen ja erityisesti kyseisten tilanteiden jälkihoito eivät ole rutiininomaisia työtehtäviä, on toimintakorttiin lisätty ohjeet fyysiselle ja psyykkiselle jälkihoidolle sekä muistilistana toimiva ohje kaikista jälkihuoltoon kuuluvista raportoinneista, kuten rikos- ja vahinkoilmoituksen tekeminen.

7.2 Luotettavuus ja eettisyys

Tämä opinnäytetyö laadittiin hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti (TENK 2023) ja eettisyys otettiin huomioon jo opinnäytetyön aihetta valitessa. Tutkimusetiikan yhtenä periaatteena ja tutkimuksen oikeutuksen lähtökohtana on sen hyödyllisyys (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013: 218). Opinnäytetyömme aihe tuli suoraan yhteistyöorganisaatiolta ja näin ollen se on työelämlähtöinen. Aihe on myös hyvin ajankohtainen, ottaen huomioon työturvallisuuslain muutoksen, joka astui voimaan kesäkuussa 2023 (Työturvallisuuslaki 738/2002).

Opinnäytetyön tekemisestä laadimme sopimuksen yhteistyöorganisaation kanssa niin ikään hyvän tutkimuskäytännön mukaisesti (TENK 2023: 13–14). Opinnäytetyötä suunnitellessa pohdimme yhteistyöorganisaation edustajien kanssa sitä, tarvitaanko työn toteuttamiseen tutkimuslupaa, sillä käytimme lähteinä yhteistyöorganisaatiolta saatuja tilastoja ja tutkimuksia. Tulimme kuitenkin siihen tulokseen, ettei tutkimuslupaa tarvita, sillä lähteinä käytetyt aineistot eivät sisällä potilastietoja.

Yksi hyvän tieteellisen käytännön peruseriaate on luotettavuus (TENK 2023). Opinnäytetyömme aineisto on kerätty luotettavuus huomioiden tunnetuista tietokannoista ja alan kirjallisuudesta. Tietokannoista valitsimme aineistoksi vain vertaisarvioituja sekä mahdollisimman tuoreita artikkeleita, ja niiden laatua arvioitiin kriittisesti. Tiedonhaku on kuvattu tarkasti liitteenä olevassa tiedonhakutaulukossa (Liite 1), jonka pohjalta tiedonhaku on toistettavissa. Opinnäytetyön luotettavuutta lisää se, että molemmat tekijät ovat suorittaneet tiedonhakua samoilla hakulausekkeilla ja päätyneet samoihin tuloksiin.

Koska opinnäytetyölle ei ollut rahoitusta, käytimme lähdeaineistona vain ilmaiseksi tai Metropolia Ammattikorkeakoulun lisensoilla luettavia artikkeleita. Tämä saattaa heikentää opinnäytetyön luotettavuutta, sillä aineistosta on voinut karsiutua pois aiheen kannalta olennaisia artikkeleita. Opinnäytetyön luotettavuuteen vaikuttaa heikentävästi myös se, että osa tutkimusaineistoon valikoiduista artikkeleista on kirjallisuuskatsauksia, jotka eivät sisällä ainoastaan ensikäden tietoa. Plagioinnin välttämiseksi viittasimme kaikkiin lähteisiin Metropolia Ammattikorkeakoulun viimeisimpien ohjeiden mukaisesti ja lopullisen työn alkuperäisyys on tarkistettu Turnitin-plagiatintunnistusohjelmalla (Turnitin 2024).

Opinnäytetyön luotettavuutta lisää kiinteä yhteistyö ensihoidon lehtorin sekä yhteistyöorganisaation edustajien kanssa. Opinnäytetyön tuotoksen eli toimintakortin luotettavuutta lisää se, että palautetta toimintakorttiin liittyen on kerätty yhteistyöorganisaation työntekijöiltä, joista ainakin osalla on omakohtaista kokemusta tutkittavasta aiheesta. Palautteen keräämiseen saatiin lupa yhteistyöorganisaatiolta. Palautetta kerättiin tutkimusetiikka huomioiden täysin anonymisti ja eettisyyttä lisää myös se, että palautteenanto perustui vapaaehtoisuuteen. Anonymisti kerätyllä palautteella huolehdimme myös tutkimukseen osallistuneiden yksityisyydestä. Palautetta kerättiin kuitenkin vain yhdeltä yhteistyöorganisaation asemalta, joka osaltaan vaikuttaa heikentävästi toimintakortin luotettavuuteen.

7.3 Tuotoksen hyödyntäminen ja kehittämisehdotukset

Toimintakortti voidaan monistaa ja se voidaan sijoittaa kaikkiin pelastuslaitoksen ensihoitoyksiköihin. Jotta toimintakortista saadaan kulutuksen kestävä, on suositeltavaa, että se laminoidaan. Toimintakorttia voidaan hyödyntää jokapäiväisessä toiminnassa aamutarkastuksen yhteydessä. Toimintakortissa työntekijöitä muistutetaan

kiinnittämään huomiota yksikön turvavälineisiin kuten suojaliivien oikeaan kokoon, hätäkutsupainikkeiden sijaintiin sekä henkilökohtaisten välineiden tarkistamiseen. Etenkin hätäkutsupainikkeiden sijainnin varmistaminen on erittäin tärkeää, sillä niiden sijainti saattaa hieman vaihdella eri yksiköiden välillä. Toimintakorttia pystytään helposti hyödyntämään myös uusia työntekijöitä ja opiskelijoita perehdyttäessä. Toimintakortilla lisätään koko henkilöstön työturvallisuutta opastamalla turvallisissa työtavoissa sekä parannetaan turvallisuuskulttuuria koko organisaation henkilöstön parissa. Lisäksi sitä voidaan hyödyntää erilaisissa koulutustilanteissa. Toimintakorttiin voidaan myös lisätä tulevaisuudessa QR-koodi tai yhteystiedot organisaation Intraan, josta voidaan saada kattavammin tietoa ja toimintaohjeita.

Toimintakortin sisältöä pystytään jatkossa muokkaamaan ja päivittämään, jotta sen ohjeistukset pysyvät ajan tasalla organisaation ohjeistusten kanssa. Toimintakortista voidaan myös kehitellä digitaalinen versio Merlot Medi -järjestelmään tai organisaation sähköiseen palveluun. Ensihoitoyksiköiden matkapuhelimiin voidaan myös luoda linkki, josta pääsee suoraan toimintakortin digitaaliseen versioon. Näin toimintakortista saadaan helposti saatavutettava ja henkilöstön on helppo löytää se uhkaavaan tai väkivaltaiseen tilanteeseen valmistautuessa sekä kyseisten tilanteiden jälkeen.

Digitaalista versiota on mahdollista täydentää lisäohjeilla. Lisäksi siihen voidaan lisätä tärkeitä yhteystietoja, sähköisiä linkkejä jatkohoittoa varten sekä tarkempia ohjeistuksia niin työntekijöille kuin esihenkilöillekin. Digitaalinen versio voidaan siis rakentaa täydentämään paperista toimintakorttia, joka käytettävyytensä kannalta on lyhyt ja ytimekäs ja sisältää vain välttämättömän tiedon. Tärkeintä digitaalisen toimintakortin kannalta on, että käyttäjät löytävät sen helposti ja sen ohjeita on helppo noudattaa. Useimmat jatkohoittoa vaativat uhka- ja väkivaltatilanteet pääsevät muodostumaan ennalta-arvaamattomissa olosuhteissa. Tällöin jälkihoidon tehokas ja oikea-aikainen käynnistäminen lisää henkilöstön turvallisuuden tunnetta sekä ennaltaehkäisee tilanteista aiheutuvia psyykkisiä oireita, kuten masennusta, traumaperäistä stressihäiriötä ja työuupumusta.

Lähteet

Autismikirjon häiriö. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Lastenpsykiatriyhdistyksen, Suomen Nuorisopsykiatrisen Yhdistyksen, Suomen Kehitysvammalääkäreiden, Suomen Lastenneurologisen Yhdistyksen ja Suomen Psykiatriyhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. <<https://www.kaypahoito.fi>>. Viitattu 30.11.2023.

Berlanda, Sabrina & Pedrazza, Monica & Fraizzoli Marta & De Cordova, Federica 2019. Addressing Risks of Violence against Healthcare Staff in Emergency Departments: The Effects of Job Satisfaction and Attachment Style. BioMed research international 2019. Viitattu 27.09.2023.

Bigham, Blair L & Jensen, Jan L & Tavares, Walter & Drennan, Ian R & Saleem, Humaira & Dainty, Katie N & Munro, Glenn 2014. Paramedic Self-reported Exposure to Violence in the Emergency Medical Services (EMS) Workplace: A Mixed-methods Cross-sectional Survey. Prehospital Emergency Care 18 (4). 489–494. Viitattu 27.09.2023.

Bowie, Paul & Ferguson, Julie & MacLeod, Marion & Kennedy, Susan & de Wet, Carl & McNab, Duncan & Moya, Kelly & McKay, John & Atkinson, Sarah 2015. Participatory design of a preliminary safety checklist for general practice. British Journal of General Practice 65 (634). 330–343. Viitattu 29.8.2023.

Burian, Barbara 2006. Design guidance for emergency and abnormal checklists in aviation. Proceedings of the human factors and ergonomics society 50th annual meeting, in San Francisco.
<https://humansystems.arc.nasa.gov/flightcognition/Publications/EA_Checklist_Design.pdf> Viitattu 30.8.2023.

Fält, Saija & Telkki, Tuomas 2022. Perustason ensihoito. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Garner, Donald G Jr & DeLuca, Mallory B & Crowe, Remle P & Cash, Rebecca E & Rivard, Madison K & Williams, Jefferson G & Panchal, Ashish R & Cabanas, Jose G 2022. Emergency medical services professional behaviors with violent encounters: A prospective study using standardized simulated scenarios. Journal of the American College of Emergency Physicians open 3(2). Viitattu 27.09.2023.

Halonen, Vesa 2020. Jälkipurkutoiminta Helsingin pelastuslaitoksella. Helsingin pelastuslaitoksen sisäinen dokumentti, ei julkisesti saatavilla.

Hammarlund, Claes-Otto 2010. Kriisikeskustelu: kriisituki, jälkipuinti, stressin ja konfliktien käsittely. Suom. Riikka Toivanen. Helsinki: Tietosanoma.

Higgins, William & Boorman, Daniel 2016. An analysis of the effectiveness of checklist when combined with other processes, methods and tools to reduce risk in high hazard activities. Boeing tech journal.
<https://www.flighttestsafety.org/images/BTJ_Checklist_full1.pdf>. Viitattu 30.8.2023.

Hämäläinen, Kaisu & Kanerva, Anne & Kuhanen, Carita & Schubert, Carla & Seuri, Tarja 2021. Mielenterveyshoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Jelacic Srdjan & Bowdle, Andrew & Nair, Bala & Togashi, Kei & Wu, Chris & Boorman, Daniel & Cain, Kevin & Lang, John & Dellinger, Patchen 2019. The effects of an aviation-style computerised pre-induction anaesthesia checklist on pre-anaesthetic set-up and non-routine events. *Anaesthesia* 74 (9): 1138–1146. Viitattu 29.8.2023.

Julkaisufoorumi a. JUFO-portaali. Online-hakuohjelma. Tieteellisten seurain valtuuskunta. <<https://jfp.csc.fi>>. Viitattu 28.12.2023.

Julkaisufoorumi b. Julkaisufoorumi. Tieteellisten seurain valtuuskunta. Päivitetty 21.11.2022. <<https://julkaisufoorumi.fi/fi/julkaisufoorumi-0>>. Viitattu 28.12.2023.

Julkaisufoorumi c. Luokitteluperusteet. Tieteellisten seurain valtuuskunta. Päivitetty 10.3.2023. <<https://julkaisufoorumi.fi/fi/arvioinnit/luokitteluperusteet>>. Viitattu 28.12.2023.

Kankkunen, Päivi & Vehviläinen-Julkunen, Katri 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Keltikangas-Järvinen, Liisa 2010. Sosiaalisuus ja sosiaaliset taidot. E-kirja. Helsinki: Werner Söderström Osakeyhtiö.

Knor, Jiří & Pekara, Jaroslav & Šeblová, Jana & Peřan, David & Cmorej, Patrik & Němcová, Jitka 2020. Qualitative Research of Violent Incidents Toward Young Paramedics in the Czech Republic. *Western Journal of Emergency Medicine: Integrating Emergency Care with Population Health* 21 (2). 463–468. <https://westjem.com/wp-content/uploads/2020/04/21.2-Issue_compressed.pdf>. Viitattu 1.1.2023.

Koskentausta, Terhi 2021. Kehitysvammaisen psyykkiset ongelmat avoterveydenhuollossa. Lääkärin käsikirja. Kustannus Oy Duodecim. Päivitetty 12.2.2021. Viitattu 30.11.2023.

Koskentausta, Terhi 2006. Kehitysvammaisten mielenterveyshäiriöt – mitä etsitään ja miten hoidetaan? *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim* 122 (15). 1927–1935. <<https://www.duodecimlehti.fi/duo95909>>. Viitattu 30.11.2023.

Kostamo, Pipsa & Airaksinen, Tiina & Vilkkä, Hanna 2022. Kirjoita itsesi asiantuntijaksi. Helsinki: Art House Oy.

Kuisma, Markku & Holmström, Peter & Nurmi, Jouni & Porthan, Kari & Puolakka, Tuukka 2022. Ensihoito. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kulp, Leah & Sarcevic, Aleksandra & Cheng, Megan & Zheng, Yinan & Burd, Randall 2019. Comparing the effects of paper and digital checklists on team performance in time-critical work. *Proceedings of the SIGCHI Conference on human factors in computing systems*.

<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6800573/#:~:text=Although%20team%20performance%20in%20the,team%20performance%2C%20while%20also%20providi>>. Viitattu 2.9.2023.

Maguire, Brian J. & Browne, Matthew. & J O'Neill, Barbara J. & Dealy, Michael T. & Clare, Darryl. & O'Meara, Peter 2018. International Survey of Violence Against EMS Personnel: Physical Violence Report. *Prehospital and Disaster Medicine* 33 (5). 526–531. Viitattu 13.4.2024.

Mausz, Justin & Johnston, Mandy & Arseneau-Bruneau, Dominique & Batt, Alan M & Donnelly, Elizabeth A 2023. Prevalence and Characteristics of Violence against Paramedics in a Single Canadian Site. *International journal of environmental research and public health* 20 (17). Viitattu 27.09.2023.

Moilanen, Seija 2023. Työturvallisuuslaki täsmentyi – Työnantajan velvoitteet tarkentuivat. Työturvallisuuskeskus. Blogipostaus 1.6.2023.
<<https://ttk.fi/2023/06/01/tyoturvallisuuslaki-tasmentyi-tyonantajan-velvoitteet-tarkentuivat/>>. Viitattu 21.3.2024.

Page, Matthew J. & McKenzie, Joanne E. & Bossuyt, Patrick M. & Boutron, Isabelle & Hoffmann, Tammy C. & Mulrow, Cynthia D. & Shamseer, Larissa & Tetzlaff, Jennifer M. & Akl, Elie A. & Brennan, Sue E. & Chou, Roger & Glanville, Julie & Grimshaw, Jeremy M. & Hróbjartsson, Asbjørn & Lalu, Manoj M. & Li, Tianjing & Loder, Elizabeth W. & Mayo-Wilson, Evan & McDonald, Steve & McGuinness, Luke A. & Stewart, Lesley A. & Thomas, James & Tricco, Andrea C. & Welch, Vivian A. & Whiting, Penny & Moher, David 2021. The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *PLoS Medicine* 18 (3).
<<https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1003583#sec002>>. Viitattu 18.10.2023.

Partanen, Airi & Holmberg, Jan & Inkinen, Maria & Kurki, Marjo & Salo-Chydenius, Sisko 2015. Päihdehoitotyö. E-kirja. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Pelastuslaitosten kumppanuusverkosto 2022. Uhka- ja väkivaltatilanneilmoitukset pelastuslaitoksissa vuonna 2022 sekä vertailua edellisiin vuosiin. Helsingin pelastuslaitoksen sisäinen dokumentti, ei julkisesti saatavilla.

Petzäll, Kerstin & Tällberg, John & Lundin, Tobias & Suserud, Björn-Ove 2011. Threats and violence in the Swedish pre-hospital emergency care. *International Emergency Nursing* 19 (1). 5–11. Viitattu 13.4.2024.

Ponteva, Matti & Laukkala, Tanja 2020. Traumaperäisen stressihäiriön esiintyvyys pelastustyöntekijöillä ja rauhanturvaajilla. Näytönastekatsaus. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. <<https://www.kaypahoito.fi/nak06906>>. Viitattu: 15.12.2023.

Pruuki, Heli & Ketola-Huttunen, Terhi 2018. Vihainen nainen – Hyvä, paha aggressio. E-kirja. Helsinki: Kirjapaja.

Puukko, Tuomas & Fält, Saija 2022. Vaara- ja uhkatilanteisiin varautuminen pelastuslaitoksissa. Sisäministeriön julkaisuja 2022:17.
<https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/163835/Liite_15_Vaara-ja_uhkatilanteisiin_varautuminen_pelastuslaitoksissa.pdf?sequence=22>. Viitattu 21.3.2024.

Ranapurwala, Shabbar & Denoble, Petar J. & Poole, Charles & Kucera, Kristen L. & Marshall, Stephen W. & Wing, Steve 2016. The effect of using a pre-dive checklist on the incidence of diving mishaps in recreational scuba diving: a cluster-randomized trial. *International Journal of Epidemiology* 45 (1). 223–231.
<<https://academic.oup.com/ije/article/45/1/223/2363549>>. Viitattu 30.8.2023.

Rantaeskola, Satu & Hyyti, Jari & Kauppila, Jaakko & Koskelainen, Mari 2014. Haastavat asiakastilanteet – väkivalta työssä. Helsinki: Talentum.

Rikoslaki 39/1889. Annettu Helsingissä 13.6.2003.
<<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1889/18890039001>>. Viitattu 1.12.2023.

Rovasalo, Aki & Jüriloo, Alo & Toivonen, Aaro 2020. Väkivaltaisen tai uhkaavan henkilön kohtaaminen. Lääkärin käsikirja. Kustannus Oy Duodecim. Päivitetty 28.8.2020. Viitattu 29.5.2023.

Savoy, Simon & Carron, Pierre-Nicolas & Romain-Glassey, Nathalie & Beysard, Nicolas 2021. Self-Reported Violence Experienced by Swiss Prehospital Emergency Care Providers. *Emergency Medicine International* 2021.
<<https://www.hindawi.com/journals/emi/2021/9966950/>>. Viitattu 14.12.2023.

Seppälä, Niko & Poutanen, Outi & Niskanen, Pekka 1998. Persoonallisuushäiriöt. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim* 114 (19).
<<https://www.duodecimlehti.fi/lehti/1998/19/duo80401>>. Viitattu 30.11.2023.

Soisalo, Raul 2011. Väkivallan preventio sosiaali- ja terveysalalla. Latvia: Suomen Psykologinen Instituuttiyhdistys ry.

Spelten, Evelien & Van Vuuren, Julia & O'Meara, Peter & Thomas, Brodie & Grenier, Mathieu & Ferron, Richard & Helmer, Jennie & Agarwal, Gina 2022. Workplace violence against emergency health care workers: What Strategies do Workers use? *BMC Emergency Medicine* 22 (1). 1–11.

Storvik, Markus 2020. Päihteet ja aggressiivisuus. Päihdelinkki.fi.
<<https://paihdelinkki.fi/fi/tietopankki/tietoiskut/aggressiivisuus-ja-vakivalta/paihteet-ja-aggressiivisuus>>. Viitattu 28.05.2023.

Subbe Christian & Kellett, John & Barach, Paul & Chaloner, Catriona & Cleaver, Hayley & Cooksley, Tim & Korsten, Erik & Croke, Eilish & Davis, Elinor & Jr De Bie, Ashley & Durham, Lesley & Hancock, Chris & Har-tin, Jilian & Savijn, Travin & Welch, John 2017. Crisis checklists for in-hospital emergencies: expert consensus, simulation testing and recommendations for a template determined by a multi-institutional and

multi-disciplinary learning collaborative. BMC Health Services Research 17(1): 334. Viitattu 30.8.2023.

Suomen perustuslaki 731/1999. Annettu Helsingissä 11.6.1999. <<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731>>. Viitattu 27.9.2023.

Telaranta, Pirkko 2022. Muistisairauden kanssa: Alzheimer arjessa. E-kirja. Helsinki: SAGA Egmont.

TENK (Tutkimuseettinen neuvottelukunta) 2023. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. <https://tenk.fi/sites/default/files/2023-03/HTK-ohje_2023.pdf>. Viitattu 1.2.2024.

Terveysturvalaki 1326/2010. Annettu Helsingissä 30.12.2010. <<https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>>. Viitattu 7.9.2023.

Traumaperäinen stressihäiriö. Käypä hoito -suositus 2022. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n ja Suomen Lastenpsykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. <<https://www.kaypahoito.fi/hoi50080>>. Viitattu 14.12.2023.

Tscholl, David & Weiss, Mona & Kolbe, Michaela & Staender, Sven & Seifert, Burkhard & Landert, Daniel & Grande, Bastian & Spahn, Dolan & Noethiger, Christoph 2015. An Anesthesia Preinduction Checklist to Improve Information Exchange, Knowledge of Critical Information, Perception of Safety, and Possibly Perception of Teamwork in Anesthesia Teams. Anesthesia Analgesia 121(4): 948–956. Viitattu 29.8.2023.

Turnitin 2024. Online-plagioinnintunnistusohjelma. <<https://www.turnitin.com>>. Viitattu 15.2.2024.

Työturvallisuuskeskus. Työpaikkaväkivallan hallinta. Työturvallisuus. <<https://ttk.fi/tyoturvallisuus/tyopaikkavakivallan-hallinta/>>. Viitattu 4.4.2024.

Työturvallisuuslaki 738/2002. Annettu Helsingissä 23.8.2002. <<https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2002/20020738>>. Viitattu 27.9.2023.

Vilkka, Hanna & Airaksinen, Tiina 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Tammi.

Von der Pahlen, Bettina & Eriksson, C.J. Peter 2003. Alkoholi ja aggressiivinen käyttäytyminen. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 119 (24). 2488–2493. <<https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2003/24/duo93991>>. Viitattu 28.05.2023.

Tiedonhakutaulukko

Tietokanta	Hakusanat	Rajaukset	Osumat	Otsikon perusteella valittu	Tiivistelmän perusteella valittu	Koko tekstin perusteella valittu
CINAHL	Aggressive* OR violent AND patient AND paramedic OR ems OR emergency medical service OR prehospital OR ambulance	Englanninkieliset artikkelit, vuosiväli 2013–2023, tiivistelmä saatavilla, vertaisarvioitu, tutkimusartikkeli	111	8	7	3
	violence AND debrief*	Englanninkieliset artikkelit, vuosiväli 2013–2023, tiivistelmä saatavilla, vertaisarvioitu	73	7	3	0
PubMed	Aggressive* OR violent AND patient AND paramedic OR ems OR emergency medical service OR prehospital OR ambulance	Englanninkieliset artikkelit, vuosiväli 2013–2023, tiivistelmä saatavilla, koko teksti saatavilla ilmaiseksi	424	28	6	4
	violence AND debrief*	Englanninkieliset artikkelit, vuosiväli 2013–2023, tiivistelmä saatavilla	126	9	1	0
	Safety checklist AND quality OR functional OR working AND critical	Englanninkieliset artikkelit, kirjoitettu viimeisen 10 vuoden sisällä, tiivistelmä saatavilla	277	55	6	4
Medic	Aggressiivi* AND potilas		41	18	0	0
	Jälkipuinti OR debriefing OR defusing		24	1	1	0

Opinnäytetyön lähteiksi valikoituneet artikkelit

Numero	Tutkimuksen nimi	Kirjoittajat, julkaisuvuosi & maa	Tutkimuksen tarkoitus	Tutkimusmenetelmä, otoskoko (=n)	Keskeiset tulokset
1	Addressing Risks of Violence against Healthcare Staff in Emergency Departments: The Effects of Job Satisfaction and Attachment Style	Berlanda, Sabrina & Pedrazza, Monica & Fraizzoli, Marta & De Cordova, Federica. 2019 Italia	Määrittää väkivaltaisen käyttäytymisen esiintyvyyttä useilla Koillis-Italiassa sijaitsevien sairaaloiden ensiapuosastoilla ja tutkia väkivallan ja tiettyjen psykososiaalisten tekijöiden välistä suhdetta.	Kvantitatiivinen tutkimus. Toteutettiin verkkokyselyllä. N=149	Iso osa työväkivaltaa jätetään raportoimatta terveydenhuollossa, erityisesti ei-fyysisten väkivallan muotojen yhteydessä. Yksi syy raportoimatta jättämiseen on työntekijöiden uskomus, että väkivalta kuuluu työnkuvaan ja että potilaiden väkivallasta ilmoittaminen on ristiriidassa heidän hoitovelvollisuutensa kanssa.
2	Paramedic Self-reported Exposure to Violence in the Emergency Medical Services (EMS) Workplace: A Mixed-methods Cross-sectional Survey	Bigham, Blair L & Jensen, Jan L & Tavares, Walter & Drennan, Ian R & Saleem, Humaira & Dainty, Katie N & Munro, Glenn. 2014 Kanada	Kuvailla ja tutkia ensihoitajan kokemaa väkivaltaa ensihoidon kentällä: ensihoitajien kokeman väkivallan tyypit, väkivallan tekijät, ensihoitajien toiminta tilanteissa ja väkivaltatilanteiden vaikutukset.	MM. Toteutettiin paperikyselyllä. N=1676	Kyselyssä ensihoitajat kuvailivat mahdollisia toimiaan väkivaltatilanteissa, joita oli muun muassa työparin apuun huutaminen, oman äänenvoimakkuuden kohottaminen, poliisin paikalle kutsuminen sekä potilaan fyysinen tai lääkkeellinen hillitseminen.
3	Participatory design of a preliminary safety	Bowie, Paul & Ferguson, Julie & MacLeod, Marion & Kennedy, Susan & de Wet, Carl & McNab,	Kerätä sairaalan henkilökunnasta laaja asiantuntijapaneeli, jonka tehtävän oli suunnitella	Kirjallisuuskatsaus, työpaja ja simulaatioiden analyysi. Näiden pohjalta suunniteltiin toimintakortti, jossa on 6	Toimintakortin ulkomuodon suunnitteluun on panostettava. Toimintakorttiin vain välttämättömät tehtävät. Kaikille sopivaa

	checklist for general practice	Duncan & Moya, Kelly & McKay, John & Atkinson, Sarah 2015 Iso-Britannia	toimintakortti sairaalan arkeen	turvallisuuteen liittyvää pääluokkaa, 22 alaluokkaa ja 78 tarkistuskohtaa	toimintakorttia ei voi tehdä, vaan niiden tulee olla yksikkökohtaisia.
4	Emergency medical services professional behaviors with violent encounters: A prospective study using standardized simulated scenarios	Garner, Donald G Jr & DeLuca, Mallory B & Crowe, Remle P & Cash, Rebecca E & Rivard, Madison K & Williams, Jefferson G & Panchal, Ashish R & Cabanas, Jose G. 2022 Yhdysvallat	Kuvata ensihoidossa työskentelevien henkilöiden reaktioita lisääntyvään väkivallan uhkaan simuloitujen potilaskohtaamisten aikana. Huomiota kiinnitettiin erityisesti tilanteen rauhoittamiseen ja vaarallisesta ympäristöstä poistumiseen.	Kvantitatiivinen tutkimus. Yhden maakunnan ensihoidossa työskentelevät henkilöt osallistuivat pareittain yhteen 8 minuuttia kestävään simulaatioon. Koulutetut arvioijat seurasivat ja kirjasivat simulaatioihin osallistuvien suorituksia. Suoritukset tilastoitiin muun muassa sen perusteella kuinka moni osallistujista poistui uhkaavasta tilanteesta. N=270	Ensihoidossa työskentelevät henkilöt koulutetaan varmistamaan paikan turvallisuus saavuttaessa kohteeseen. Jos potilaskohtaamistilanteesta tulee mahdollisesti uhkaava tai väkivaltainen, tulee ensihoidossa työskentelevien poistua paikalta ja odottaa poliisin saapumista. Tutkimus viittaa siihen, että ensihoitajien käyttäytyminen on saattanut joissakin tapauksissa pahentaa uhkaavaa tilannetta. Uhkaavaa tilannetta todennäköisesti eskaloivaa käytöstä on muun muassa äänen korottaminen, huutaminen ja uhkaavasti käyttäytyvän henkilön töniminen tai työntäminen.
5	The effects of an aviation-style computerised pre-induction anaesthesia checklist on pre-anaesthetic set-up	Jelacic, Srdjan & Bowdle, Andrew & Nair, Bala & Togashi, Kei & Wu, Chris & Boorman, Daniel & Cain, Kevin & Lang, John & Dellinger, Patchen. 2019	Verrata ennen leikkausta tehtävien välttämättömien toimenpiteiden suoritustasoa ilman toimintakorttia ja toimintakortin käyttöönoton jälkeen.	Kvalitatiivinen tutkimus. Toimintakortin luominen, jonka pohjana käytettiin ilmailusta tuttua check-listaa. Tutkimuksessa verrattiin aikaa ennen ja jälkeen toimintakortin.	Kaikkien preoperatiivisten vaiheiden suorittaminen nousi 90 prosentista 93,6 prosenttiin. Harvinaisten tapausten ja ennakoimattomien ongelmien määrä laski 1,2 prosentista nolnaan. Lisäksi 17 tapauksessa muistilistan avulla onnistuttiin ennaltaehkäisemään virhe.

	and non-routine events	Iso-Britannia		Ennen toimintakorttia n=853, toimintakortin käyttöönoton jälkeen n=717	
6	Qualitative Research of Violent Incidents Toward Young Paramedics in the Czech Republic	Knor, Jiří & Pekara, Jaroslav & Šeblová, Jana & Peřan, David & Cmorej, Patrik & Němcová, Jitka. 2020 Tšekki	Tunnistaa ihmisten välisen vuorovaikutuksen vaikutus potilaiden tai heidän omaistensa aiheuttaman väkivallan yhteydessä ensihoidon kentällä.	Kvalitatiivinen tutkimus. Toteutettiin haastatteluna. N=20	Ensihoitajien käytöksellä on ratkaiseva rooli väkivaltaisten yhteenottojen etenemisessä: esimerkiksi epäammattimainen käytös päihtyneiden potilaiden kanssa lisäsi väkivallan mahdollisuutta 70 prosentissa tapauksista. Tutkimukseen osallistuneiden ensihoitajien käyttämiä keinoja väkivaltatilanteiden hallitsemiseksi olivat muun muassa tilanteen selittäminen potilaalle, rentoutuminen, poistuminen paikalta, luottamuksen rakentaminen sekä aggressiivisesti käyttäytyvän henkilön kanssa yhteistyöhön pyrkiminen.

7	Comparing the Effects of Paper and Digital Checklists on Team Performance in Time-Critical Work	Kulp, Leah & Sarcevic, Aleksandra & Cheng, Megan & Zheng, Yinan & Burd, Randall. 2019 Yhdysvallat	Tutkimuksessa verrattiin kriittisen potilaan saamaa hoitoa, kun hoitohenkilökunnalla oli käytössään toimintakortti. Osalla hoitajista toimintakortti oli digitaalinen ja verrokkiryhmällä paperinen versio.	Kvalitatiivinen tutkimus. Testiin osallistui n=94 työryhmää. 47 työryhmää käytti toimintakortin digitaalista versiota ja 47 työryhmää käytti toimintakortin paperista versiota.	Digitaalisen toimintakortin avulla onnistuttiin lyhentämään toimenpiteiden suoritusaikaa yhdeksällä sekunnilla. Digitaalisen kortin käyttäminen ei vaikuttanut työmäärään, mutta sitä käytettäessä hoitohenkilökunnan tekemät muistiinpanot vähenivät 15 prosentilla.
8	Prevalence and Characteristics of Violence against Paramedics in a Single Canadian Site	Mausz, Justin & Johnston, Mandy & Arseneau-Bruneau, Dominique & Batt, Alan M & Donnelly, Elizabeth A. 2023 Kanada	Tavoitteena oli mitata ensihoitajaan kohdistuvan väkivallan esiintyvyyttä yhdessä ensihoitopalvelussa Kanadan Ontariossa sekä kuvata väkivaltaisten välikohtausten ominaisuuksia ja olosuhteita.	Kirjallisuuskatsaus. Väkivaltailmoitusten (EVIR) ja ambulanssiraporttien (ACR) retrospektiivinen tarkastelu raportointiprosessin (1.2.2021–31.1.2023) jälkeen.	Yleisin raportoitu väkivallan muoto oli suullinen väkivalta (40 %). Muita raportoituja väkivallan muotoja olivat pahoinpitely (18 %), uhkailu (4 %), seksuaalinen häirintä (2 %) ja seksuaalinen väkivalta (1 %). Suullista väkivaltaa on esimerkiksi loukkaava tai vihamielinen kielenkäyttö, huutaminen, haukkuminen tai pelottelu. Fyysistä väkivaltaa on muun muassa hyökkäys tai hyökkäysyritys, esimerkiksi lyömällä, potkimalla tai käyttämällä asetta ruumiinvamman aiheuttamiseksi.
9	Self-Reported Violence Experienced by	Savoy, Simon & Carron, Pierre-Nicolas & Romain-Glassey,	Tavoitteena oli kuvailla ensihoidossa työskentelevien	Kvantitatiivinen tutkimus.	Väkivaltatilanteiden jälkeen 75 prosenttia ensihoidon työntekijöistä muutti toimintamallejaan uhkaavissa tilanteissa,

	Swiss Prehospital Emergency Care Providers	Nathalie & Beysard, Nicolas. 2021 Sveitsi	kohtaamaa väkivaltaa Sveitsin länsiosassa tammi-joulukuussa 2016 sekä arvioida näiden väkivaltatilanteiden vaikutusta heidän myöhempään käyttäytymiseensä.	Toteutettiin verkkokyselyllä. N=273	toimien varovaisemmin ja käyttämällä verbaalisia rauhoittamiskeinoja tai fyysistä rajoittamista kohdatessaan aggressiivisia potilaita. Väkivaltatilanteiden aiheuttamat psykologiset vaikutukset näyttävät merkittäviltä, jopa niin sanotun vähäisen väkivallan kohdalla. Tämä voi johtaa motivaation laskemiseen ja työssä pelkäämiseen, jonka seurauksena ensihoidossa työskentelevän henkilön tarjoama sairaanhoito saattaa kärsiä.
10	Workplace violence against emergency health care workers: What Strategies do Workers use?	Spelten, Evelien & van Vuuren, Julia & O'Meara, Peter & Thomas, Brodie & Grenier, Mathieu & Ferron, Richard & Helmer, Jennie & Agarwal, Gina. 2022 Kanada	Tavoitteena oli tunnistaa ja keskustella keinoista, joita ensihoitajat käyttävät reagoidessaan potilaiden ja sivullisten aggressiivisuuteen ja väkivaltaan.	Kvalitatiivinen tutkimus. Toteutettiin ryhmähaastatteluna. N=25	Temaattisella analyysillä tunnistettiin kuusi pääteemaa väkivaltaisen käyttäytymisen ehkäisemiseen ja käsittelyyn liittyvistä keinoista: koulutus ja muut työkalut, mahdollisuus kieltäytyä hoitamisesta, ennaltaehkäisykeinot, organisaatioiden välinen viestintä ja "liputus" eli väkivaltaisesti käyttäytyneen potilaan merkitseminen järjestelmään.
11	Crisis checklists for in-hospital emergencies: expert consensus, simulation testing and recommendations for a template determined by a multi-institutional	Subbe, Christian & Kellett, John & Barach, Paul & Chaloner, Catriona & Cleaver, Hayley & Cooksley, Tim & 6, Korsten, Erik & Croke, Eilish & Davis. Elinor & Jr De Bie, Ashley & Durham, Lesley & Hancock,	Parantaa kriittisessä tilassa olevien potilaiden turvallisuutta ja hoitoa, luomalla toimintakortti potilaan hoidon eri vaiheita varten.	Kirjallisuuskatsaus, asiantuntija paneelin luominen (joka koostui 32 moniammatillisesta asiantuntijasta, eri aloilta ja sairaalan eri osastoilta), tarkistuslistan luominen	Yleispätevää toimintakorttia on mahdotonta tehdä, vaan kortin täytyy olla yksikkö kohtaisia. 3-osainen toimintakortti: 'check-in', 'stop&think' ja 'check-out'. Tässä toimintakortissa potilaan hoito oli jaettu kolmeen vaiheeseen. 'Check-in' kohtaan tuli potilaan tila tavattaessa. 'Stop&think' osioon pohdintaa potilaan taudista, tilasta ja mahdollisista hoidoista. 'Check-out'

	and multi-disciplinary learning collaborative	Chris & Hartin, Jilian & Savijn, Travin & Welch, John 2017 Iso-Britannia			osioon kirjoitettiin hoidon vaste ja jatkosuunnitelma.
12	An Anesthesia Preinduction Checklist to Improve Information Exchange, Knowledge of Critical Information, Perception of Safety, and Possibly Perception of Teamwork in Anesthesia Teams	Tscholl, David & Weiss, Mona & Kolbe, Michaela & Staender, Sven & Seifert, Burkhard & Landert, Daniel & Grande, Bastian & Spahn, Dolan & Noethiger, Christoph 2015 Sveitsi	Preoperatiivisen toimintakortin luominen, jonka tarkoituksena mitata leikkausalin henkilökunnan työskentelyä tiiminä (5 kriteeriä). Leikkaussaliryhmien toimintaa seurattiin ja analysointiin kyseisten kriteerien perusteella.	Kvalitatiivinen tutkimus. Leikkaussali ryhmä, jolla toimintakortti käytössä n=105 Ryhmä, joka toimi ilman korttia n=100	Tulokset toimintakortti käytössä / ilman korttia: Tiedonkulku (100 % / 33 %). Kriittisten tietojen välittyminen (100 % / 90 %). Turvallisuuden tunne (91 % / 84 %). Tiimityön aistiminen (90 % / 86 %). Tehtävästä suoriutuminen (93 % / 93 %)