

Laura Janhunen

**AGGRESSIIVINEN
PSYKOOSIPOTILAS ENSIHOIDOSSA**
Ohje virka-apupyynnön tekemiseen

Opinnäytetyö
Sairaanhoitajakoulutus


Joulukuu 2014




MAMK

University of Applied Sciences

KUVAILULEHTI

 <div style="display: inline-block; vertical-align: middle;"> <h1 style="margin: 0;">MAMK</h1> <p style="margin: 0;">University of Applied Sciences</p> </div>	Opinnäytetyön päivämäärä				
Tekijä(t) Laura Janhunen	Koulutusohjelma ja suuntautuminen Sairaanhoidajakoulutus, Sairaanhoitaja, AMK				
Nimeke Aggressiivinen psykoosipotilas ensihoidossa- ohje virka-apupyynnön tekemiseen. Tuotekehitysprosessi					
Tiivistelmä <p>Psykoosi on vakava mielenterveydenhäiriö, jossa ihmisen todellisuudentaju on heikentynyt. Aistiharhat ja harhaluulot sekä niiden takia ympäristöstä luodut virhetulkinnat ovat psykoosipotilaalla yleisiä. Nämä lisäävät osaltaan aggressiivisuutta. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on lisätä ensihoitajien tietoutta psykoosista ja siihen liittyvästä aggressiivisuudesta sekä ohjeessa kertoa, kuinka virka-apupyynnön tekeminen tällaisessa tilanteessa tehdään. Tavoitteena on yhdenmukaistaa ja selkeyttää hoitohenkilökunnan toimintaa sekä parantaa ensihoitajien ja potilaan turvallisuutta. Ohjetta voi käyttää myös uuden työntekijän perehdyttämisessä. Ohje on tarkoitettu jaettavaksi Itä-Savon sairaanhoitopiiriin Savonlinnan alueen ensihoidolle.</p> <p>Opinnäytetyön tuotos ”Aggressiivinen psykoosipotilas, ohje virka-apupyynnön tekemiseen” on A4- koinen moniste, johon on koottu tiivistetysti ohjeistus milloin virka-apupyynnön on tehtävä, miten se tehdään ja miten sen jälkeen toimitaan. Siihen on tueksi ja muistutukseksi laitettu malli, mitä lääkärin konsultoinnissa täytyisi ottaa huomioon. Ohjeesta löytyy myös varmistukseksi tarvittavia yhteystietoja nopeaa yhteydenottoa varten. Paperinen ohje voidaan laminoida kestävämmäksi ja sähköisesti tallennettua versiota voidaan tarpeen vaatiessa päivittää.</p> <p>Ohje toteutui tuotekehitysprosessin vaiheiden mukaan ja teoretieto siihen on kerätty perehtymällä aiheeseen ajan tasalla olevan kirjallisuuden, tutkimuksien ja lakien avulla sekä työelämäohjaajien asiantuntijuuden hyödyntämistä käytännönläheisyyttä lisäämään.</p>					
Asiasanat (avainsanat) psykoosi, aggressiivisuus, ensihoito, virka-apu, tuotekehitys					
Sivumäärä 27s. + liite	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">Kieli</td> <td style="width: 33%;">URN</td> </tr> <tr> <td>Suomi</td> <td></td> </tr> </table>	Kieli	URN	Suomi	
Kieli	URN				
Suomi					
Huomautus (huomautukset liitteistä)					
Ohjaavan opettajan nimi Pirjo Hartikainen Leena Uosukainen	Opinnäytetyön toimeksiantaja Itä-Savon sairaanhoitopiiri (SOSTERI) Savonlinna Ensihoito				

DESCRIPTION

		Date of the master's thesis	
Author(s) Laura Janhunen		Degree programme and option Degree programme in Nursing, Bachelor of Health care	
Name of the master's thesis Aggressive psychosis patient in the emergency care- Guidelines for how to request for administrative assistance. Product development process			
Abstract <p>Psychosis is a serious disturbance of the mind, manifesting in a decline of a person's realism. Hallucinations and delusions which often also lead to misinterpretations of the environment are common among psychosis patients. These symptoms contribute to aggressive behavior. The purpose of this thesis is to increase the knowledge of psychosis and related aggressive behavior and to give written instructions for how to request for mutual administrative assistance. The aim of this thesis is to unify and clarify the work of paramedics and improve safety of both paramedics and patients. Instructions can also be used for orientation of a new co-worker. The instruction is meant to be distributed to the emergency care unit of Savonlinna municipality in Itä-Savo hospital district.</p> <p>The written instruction "How to request for mutual administrative assistance" is an A4-sized handout containing brief instruction into when and how assistance should be requested and how one should manage after making a request. In addition, the instructions contain a model about what one should remember and take into account when consulting a doctor. There are also contact details for immediate reference. The printed instructions can be laminated in order to make it last longer, and the electronic version is easy to update if need be.</p> <p>The written instruction guidelines evolved through the phases of product development process. The theoretical framework is gathered from a wealth of updated literature, academic studies and legislation. I also used the expert knowledge of working-life supervisors to increase the practical orientation.</p>			
Subject headings, (keywords) Psychosis, aggression, emergency care, mutual administrative assistance, product development process			
Pages 27p. + attachment	Language Finnish	URN	
Remarks, notes on appendices			
Tutor Pirjo Hartikainen Leena Uosukainen		Master's thesis assigned by Itä-Savon sairaanhoitopiiri (SOSTERI), Savonlinna Ensihoito	

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO.....	1
2 PSYKOOTTISET HÄIRIÖT JA AGGRESSIIVISUUS	2
2.1 Psykoosi	2
2.2 Akuutti psykoosi	3
2.3 Psykoosisairaudet	4
2.4 Elimelliset psykoosihäiriöt.....	5
2.5 Muita psykoosia laukaisevia tekijöitä	6
3 AGGRESSIIVINEN PSYKOOSIPOTILAS ENSIHOIDOSSA	7
3.1 Ensihoito Itä-Savon sairaanhoitopiirissä.....	7
3.2 Potilaan kohtaaminen ja aggressiivisuus.....	8
3.2.1 Psykoosipotilaan kohtaaminen	9
3.2.2 Aggressiivinen psykoosipotilas	10
3.3 Potilaan itsemääräämisoikeus ja sitä säätelevä lainsäädäntö	11
3.3.1 Mielenterveyslaki	12
3.3.2 Päihdehuoltolaki	13
3.4 Virka-apu ongelmatilanteissa.....	14
4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE	15
5 TUOTEKEHITYSPROSESSI	15
5.1 Kehitystarpeen tunnistaminen.....	15
5.2 Ideavaihe	15
5.3 Luonnosteluvaihe	16
5.4 Tuotteen kehittäminen.....	17
5.5 Viimeistelyvaihe	18
6 LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS	19
7 POHDINTA	21
7.1 Prosessin kuvaus	21
7.2 Opinnäytetyön tulokset ja jatkokehitys.....	22
LÄHTEET.....	24

LIITE

1 Aggressiivinen psykoosipotilas, ohje virka-apupyynnön tekemiseen

1 JOHDANTO

Opinnäytetyöni tarkoituksena on tehdä ohje virka-apupyynnön tekemiseen kohdattaessa aggressiivinen psykoosipotilas ensihoidossa. Ohje on tarkoitettu Savonlinnan pelastuslaitoksen ensihoitajien käyttöön. Tilaajana toimii Itä-Savon sairaanhoitopiiri, joka järjestää alueensa ensihoidon yhteistyössä Etelä-Savon pelastuslaitoksen kanssa. Yhdessä ohjaavien opettajien ja työelämän yhteyshenkilöiden kanssa aiheeksi muodostui Aggressiivinen psykoosipotilas ensihoidossa, Ohje virka-apupyynnön tekemiseen.

Psykoosien yleisyys Suomessa on yleisempää kuin aikaisemmin on luultu. Suvisaaren ym. (2012) tutkimuksen mukaan Suomessa psykoosien esiintyvyys on 3,5 % koko kansalla eliniän aikana. Psykoosi on vakava mielenterveyden häiriö, jonka seurauksena ihmisen todellisuudentaju on heikentynyt. Tämän seurauksena harhaisen potilaan hoitaminen on haastavaa ja vaatii työntekijältä valmiuksia ja keinoja kohdata potilas. Psykoosi on Itä-Suomessa yleisin mielenterveyshäiriö (Suvisaari ym. 2012). Tämän vuoksi on tärkeää, että tämän alueen hoitoalan ammattihenkilöt osaavat tunnistaa ja kohdata ammattitaitoisesti psykoosipotilaan sekä toimia oikein aggressiivisen psykoosipotilaan kohdalla.

Psykoosin laukaisevia tekijöitä on monia, kuten elimelliset laukaisevat tekijät (esimerkiksi kasvaimet tai tulehdustilat). Myös alkoholi, lääkkeet, huumeet ja yleisimpänä erilaiset psykoosisairaudet voivat johtaa psykoosiin. (Lönnqvist & Suvisaari 2009; Salokankaan 2007,18; Suvisaari 2012; Niemelä & Laine 2007.) Koska ensihoidossa ei välttämättä saada tarkkaa tietoa psykoosin aiheuttajasta, on mieli osattava pitää avoinna ja vältettävä ennakkokäsityksien luomista ja potilaiden leimaamista.

Opinnäytetyöni teoriaosuudessa kerron psykoosista ja hoitoalan ohjeistuksista sekä laeista ensihoidon näkökulmasta. Opinnäytetyöni tavoitteena on parantaa sekä työntekijöiden että potilaan turvallisuutta selkeillä toimintaohjeilla. Samalla se toimii myös perehdytysmateriaalina uudelle työntekijälle. Itse tuotoksen toteutan tuotekehitysprosessina syksyn 2014 aikana.

2 PSYKOOTTISET HÄIRIÖT JA AGGRESSIIVISUUS

Psykoosien perimmäisin taudin syy on avoin. Haavoittuvuus-stressimallin mukaan alttius psykoottiseen häiriöön syntyy geneettisten ja ympäristötekijöiden yhteisvaikutusten tuloksena. Mallissa yhdistyy eri tieteenalojen näkemys sairastumiselta suojaavista ja sille altistavista tekijöistä. Geneettiset eli perinnölliset tekijät voivat olla suoraan psykoottiselle häiriölle altistavia tai keskushermoston kehitystä muuten muokkaavia tekijöitä. Todennäköisenä pidetään usean geenipoikkeavuuden samanaikaisuutta, eikä niinkään yhtä geenipoikkeavuutta. Mahdollista on, että geenipoikkeavuusyhdistelmiä olisi useita. Ympäristötekijöiden vaikutukset voivat sijoittua aina sikiönkehityksestä myöhempisiin ikävaiheisiin. Näihin voi liittyä lapsuuden traumaattisia tapahtumia tai yksilön varhaiskehityksen aikana syntyneitä altistavia tekijöitä. Kun psykoosille altis ihminen joutuu stressitilanteeseen, hänellä voi ilmetä poikkeavia kokemuksia, pahimmillaan psykoottisia oireita, jos hänellä ei ole toimivia selviytymiskeinoja ehkäistä stressin vaikutuksia. (Salokangas & Suomela, 2004, 54; Kuhanen 2012, 23 - 25; Skitsofrenia - käypä hoito 2013.)

2.1 Psykoosi

Psykoosi on vakava mielenterveyshäiriö, jossa todellisuudentaju häiriintyy vakavasti. Se voi ilmetä eri aistiharhoina (näkö-, kuulo-, haju-, tunto- ja/ tai makuaistin harhoina), eriskummallisena käytöksenä, harhaluuloina tai huomattavana puheen hajanaisuutena, jota on vaikea ymmärtää. Psykoottinen potilas voi myös käyttäytyä tilanteeseen nähden oudosti tai muuttua yllättäen aggressiiviseksi. (Lönqvist & Suvisaari 2009; Moilanen 2013.) Tiihosen (2004) mukaan harhat, jotka kehottavat vahingoittamaan toista, lisäävät potilaan väkivaltakäytösriskin kasvamista kaksinkertaiseksi. Harhaluulot voivat kehittyä selityksiksi harha-aistimuksille tai henkilö voi kokea itsensä perusteetta vainotuksi. Henkilöllä voi olla myös psykoottisia merkityselämyksiä tai suhteuttamisharhaluuloja, jolloin hän antaa esimerkiksi television äänille, esineille tai väreille harhanomaisia merkityksiä (Huttunen 2013a). Näiden oireiden lisäksi psykoottisella henkilöllä voi ilmetä ahdistusta, masentuneisuutta, levottomuutta, aggressiivisuutta tai ihmissuhteista vetäytyneisyyttä, väsyneisyyttä ja aloitekyvyttömyyttä, jotka voivat peittää psykoosin varsinaiset oireet (Salokangas ym. 2007,18). Varsinkin nuorilla psykooseihin voi liittyä heikentynyt aggressionhallintakyky ja suurentunut väkivallan

riski. Harhaluulot ja kuuloharhat voivat myös provosoida aggressiivista käyttäytymistä. (Mäki & Veijola 2012.)

Viertiön ym. (2012) tutkimuksen mukaan psykoosipotilaat kokevat toimintakyvyn vaikeuksia monilla eri elämänalueilla verrattuna yleisväestöön. Esimerkiksi skitsofreniapotilaat kokivat itsestään huolehtimisessa (sängystä nousu, hygienia, syöminen) kaksinkertaisen riskin ja yli 12-kertainen riski sosiaalisessa toimintakyvyssä (puhelimien käytössä ja julkisilla liikkumisilla) verrattuna yleisväestön tuloksiin. Useimmiten toimintakyvyn häiriöt näkyvät ihmissuhteissa vetäytymisenä tai riitaisuutena, opiskelu- tai työkyvyn menettämisenä ja jopa henkilökohtaisten perustarpeiden kuten hygienian laiminlyömisinä. (Salokangas ym. 2007.)

Psykooseihin liittyy myös moninkertaisesti suurentunut väkivaltaisuuden riski, jota samanaikainen päihdeongelma lisää. Erityisesti maanisiin tiloihin, skitsofreenisten ja paranoidisten psykoosien akuuttivaiheeseen, päihdepsykooseihin, elimellisiin aivo-oireyhtymiin, persoonallisuushäiriöihin ja joskus ahdistuneisuustiloihin liittyy väkivaltaisuutta. Esimerkiksi skitsofrenia lisää henkirikosriskin 5 - 10-kertaiseksi ja alkoholismiin liitettyä riski kasvaa yli 15-kertaiseksi skitsofreniapotilailla. (Hietanen & Henriksson 2002, 279; Tiuhonen 2004.)

2.2 Akuutti psykoosi

Akuutti psykoosi on tila, jossa psykoosioireet alkavat äkisti. Ennakko-oireita, kuten motivaation lasku, unettomuus, keskittymiskyvyn heikkeneminen, ahdistuneisuus ja ärtyneisyys voi ilmetä jopa kuukausien ajan ennen varsinaisia psykoottisia oireita. Akuutti psykoosi ilmenee usein kiihtyneisyytenä ja outona käytöksenä, johon liittyvät psykoosille tyypilliset harha-aistit ja -luulot. Oireisiin voi liittyä myös aggressiivisuutta ja masentuneisuutta. (Huttunen 2008.) Tiuhosen (2004) mukaan jopa 40 %:lla hoitoon tulleista potilaista on ollut sairauden akuutissa vaiheessa väkivaltaisuutta edeltävän kahden viikon aikana. Henkilöt, jotka ovat aikaisemmin käyttäytyneet väkivaltaisesti, käyttäytyvät muita ihmisiä todennäköisemmin väkivaltaisesti myös myöhemmin (Castren ym. 2012).

Toisilla oirekuvaa hallitsevat ns. positiiviset oireet kuten harhaisuus, kiihtyneisyys ja toisilla taas negatiiviset oireet kuten eristäytyminen, passiivisuus ja tunneköyhyys.

Akuutissa vaiheessa positiiviset oireet ovat ongelmallisempia. (Huttunen 2008, Mielenterveystalo 2014.) Psykoosista oireyhtymänä puhutaan vasta, kun oireistolla on tietty ajallinen kesto ja kun se täyttää kullekin häiriölle diagnostiset kriteerit. Osa psykooseista on akuutteja, ohimeneviä ja lyhytkestoisia, eikä suurin osa psykoosioireita satunnaisesti kokevista henkilöistä sairastu koskaan varsinaiseen psykoosisairauteen. (Moilanen 2013.)

2.3 Psykoosisairaudet

Suvisaaren ym. tutkimuksen (2012) mukaan psykoosit voidaan jakaa skitsofreniaryhmän ja mielialaoireisiin psykooseihin. Ensimmäiseen ryhmään kuuluvat skitsofrenia, skitsoaffektiivinen häiriö ja harhaluuloisuushäiriö. Skitsofrenia eli jakomielitauti (F20) määritellään kun potilaalla on ollut vähintään kuukauden ajan ainakin kaksi viidestä sairaudelle ominaista oiretyyppiä, kuten harhaluulot, aistiharhat, hajanainen puhe, pahasti hajanainen tai outo käytös, tai ns. negatiivisia oireita kuten tunneilmainsujen selvä latistuminen (Huttunen 2013b). Skitsoaffektiivisessä häiriössä esiintyy sekä skitsofrenian että vakavien mielialahäiriöiden oireita saman sairausjakson aikana. Harhaluuloisuushäiriölle ominaista on pitkäaikaisten harhaluulojen esiintyminen, vääristyneet ja epärealistiset tulkinnat maailmasta, ilman skitsofrenialle tyypillisiä tunneelämän ja ajattelun häiriintymistä. Yleisintä on vainotuksi tai myrkytetyksi joutumisen pelko. (Huttunen 2013c.)

Toiseen ryhmään taas kuuluu vakava masennus ja kaksisuuntainen häiriö, silloin kun niihin liittyy aistiharjoja tai harhaluuloja. Näissä sairaudenkuvaa hallitsevat mielialaoireet ja psykoottiset oireet voivat olla lyhytkestoisia. (Suvisaari ym. 2012.) Psykoottisessa masennuksessa sairaus voi johtaa vaikeaan toimintakyvyttömyyteen. Siinä on myös tyypillisintä depressiiviset harhaluulot, jolloin henkilö tulkitsee erittäin negatiivisesti mennyttä, tätä hetkeä ja tulevaisuuttaan. (Lönnqvist & Suvisaari 2009.) Suvisaaren ym. (2012) tutkimuksen mukaan psykoosisairauksien sukupuolijakaumissa ei ollut havaittavissa merkittäviä eroja, mutta skitsoaffektiivinen häiriö ja yleissairauden aiheuttama psykoosi olivat hieman yleisempiä naisilla kuin miehillä.

Yleisin psykoosisairaus on skitsofrenia. Suvisaaren ym. (2012) tutkimuksen mukaan Suomessa esiintyvistä psykoosisairauksista (3,5 %) skitsofrenian osuus on noin 1 %. Ennako-oireiden toteaminen ja hoidon aloitus vaikuttavat merkittävästi skitsofrenian

ennusteeseen. Skitsofrenian ennakko-oireita eli prodromaalioireita ovat mielialanmuutokset kuten ärtyneisyys, masennus ja epäluuloisuus, ajattelunhäiriöt kuten keskittymisvaikeudet tai oudot ajatukset, vaikeudet ihmissuhteissa, unihäiriöt, ruokahalun muutokset, ruumiilliset tuntemukset ja motivaation puute. Sairastumisen alkuvaiheessa potilaat tunnistavat itsekin, että heidän psyykinen oireilunsa ei ole normaalia ja ennakko-oireiden pitkittyessä yksilön käsitys omasta tilanteesta alkaa huonontua. (Välimäki ym. 2000, 41 - 42, Skitsofrenia - käypä hoito 2013.)

Skitsofreniaan liittyy myös muutoksia havaintokyvyssä, joita ovat esimerkiksi aistiharhat näkö-, kuulo-, tunto-, maku- tai hajuaistin alueella. Nämä voivat muuttaa potilaan kokeman maailman jopa pelottavaksi. Aistiharhoista yleisin on kuuloharha, jonka takia ei ole erikoista jos skitsofreniapotilas keskustelee harhaääniensä kanssa. Nämä äänet voivat myös kertoa potilaalle, ettei hoitohenkilökuntaan voi luottaa. Ajattelussa ja puheessa tapahtuu myös muutoksia. Esimerkiksi puheen ja ajatusten loogisuus voi hävitä eikä henkilö pysty kontrolloimaan ajatuksiaan kunnolla. Myöskään ympäristön virheellinen tulkitseminen ei ole harvinaista, mikä lisää aggression riskiä. Potilas voi esimerkiksi luulla, että häntä seurataan tai vainotaan ja televisiossa välitetään hänelle henkilökohtaisia viestejä, jotka käskvät häntä tekemään väkivaltaisia asioita. (Välimäki ym. 2000, 43 - 44, Skitsofrenia - käypä hoito 2013.)

Käyttäytymismuutokset ovat varsinkin alussa voimakkaita ja ne voivat ilmetä esimerkiksi levottomuutena ja yliaktiivisena käytöksenä. Tällöin henkilö voi olla vaaraksi itselleen ja/ tai muille. Käytökseen voivat liittyä myös omituiset asennot ja liikkeet tai toisten ihmisten liikkeiden matkiminen. Tunne-elämän muutokset kuuluvat myös sairaudenkuvaan. Potilas voi esimerkiksi reagoida vahvasti tai jopa vihamielisesti tilanteeseen, joka ei normaalisti aiheuta suuria tunteita. Potilaan voi myös olla vaikea kokea mielihyvän ja mielipahan tunteita. Tunne-elämän muutoksiin voi myös liittyä ahdistuneisuutta, omaa elämää koskevien päätösten tekemisen vaikeutta ja hämmennystä. (Välimäki ym. 2000, 43 - 44.)

2.4 Elimelliset psykoosihäiriöt

Psykoottisten oireiden syynä voivat olla myös elimelliset syyt. Salokankaan (2007,18) mukaan varsinkin äkillisesti alkaneessa psykoosissa, johon liittyy sekavuutta, desorientoituneisuutta ja näkö-, maku- tai tuntoaistin harhoja, aivojen elimellinen syy on

todennäköinen. Suvisaaren ym. (2012) tutkimuksen mukaan yleissairauteen liittyvät psykoosit olivat yleisempiä yli 65-vuotiailla naisilla. Joskus psykoottisuutta voi esiintyä esimerkiksi aivosairauksien (aivovammat, kasvaimet), endokriinisten häiriöiden eli umpieritysrauhasten häiriöiden, systeemisen eli koko elimistöä koskettavien sairauksien, infektioiden, vitamiinien puutoksien (esim. B12-vitamiini) ja nestetasapainon häiriöiden yhteydessä (Lönqvist & Suvisaari 2009; Kanerva & Kuhanen 2012, 187 - 190). Esimerkiksi dementian etenemisvaiheisiin voi kuulua persoonallisuuden muutoksia, unettomuutta ja psykoottisia oireita. Vanhuksilla myös virtsatietulehdukset ovat yksi yleinen sekavuuden aiheuttaja, jolloin voi myös psykoottisia oireita ilmetä. (Niemelä & Laine 2007.) Psykoottiset oireet häviävät nopeasti, jos itse sairaus saadaan hoidettua (esim. vanhuksen virtsatietulehdus), mutta kuten edellä jo mainittu, dementiaan liittyvät psykoosioireet voivat kestää pitkäänkin (Suvisaari ym. 2012).

2.5 Muita psykoosia laukaisevia tekijöitä

Monet lääkkeet, alkoholi ja huumeet voivat aiheuttaa delirium- eli sekavuustilan, jonka keskeisin piirre on tajunnan hämärtyminen. Potilaan on vaikea pysyä tietoisena ympäristön tapahtumista ja hän saattaa häiriintyä herkästi ympäristön muista ärsykkeistä. Puhe on yleensä hajanaista ja harhailevaa. Deliriumpotilas voi tilassaan mennä täysin psykoottiseen tilaan, johon kuuluvat aistiharhat ja harhaluulot sekä näistä johtuvaa aggressiivisuutta ja levottomuutta. Aggressiivinen potilas voi puolustautua harha-aistimuksiaan vastaan, eikä välttämättä ymmärrä hoitotoimenpiteiden tarkoitusta. Tavallisesti delirium on nopeasti hoidettavissa, kun siihen johtanut syy löydetään. Hoitamattomana delirium voi johtaa pysyvään älylliseen heikkouteen. (Niemelä & Laine 2007, Leinonen & Alanen 2009.)

Joihinkin lääkeaineryhmien vieroitukseen, kuten esimerkiksi bentsodiatsepiinien ja barbituraattien, liittyy suurentunut deliriumin riski. Myös uni- ja rauhoittavat -, antikolinergiset -, parkinson - ja syöpälääkkeet voivat aiheuttaa sekavuutta ja psykoottisia oireita. (Niemelä & Laine 2007.) Suvisaaren ym. (2012) tutkimuksen mukaan päihdepsykoosit ovat erityisen yleisiä keski-ikäisillä miehillä. Pitkään jatkuneen alkoholin vieroitusvaiheen tyypillisiin oireisiin liittyy usein näköharhoja ja unettomuutta. Huumeista taas kannabis voi aiheuttaa skitsofreenistyyppisen psykoosin ja amfetamiini paranoidista skitsofreniaa muistuttavan psykoosin. (Salokangas ym. 2007, 18.) Muita

deliriumin laukaisevia tekijöitä voivat olla myrkyt, kuten arsenikki, elohopea ja hiili-monoksidi (Niemelä & Laine 2007).

3 AGGRESSIIVINEN PSYKOOSIPOTILAS ENSIHOIDOSSA

Terveydenhuoltolain 4. luvun 40§:n mukaan ensihoitoa on äkillisesti sairastuneen tai loukkaantuneen potilaan kiireellinen hoito ensisijaisesti terveydenhuollon hoitolaitoksen ulkopuolella ja tarvittaessa potilaan kuljettaminen hoitoyksikköön. Laki edellyttää myös tarvittaessa potilaan, hänen läheisensä ja muiden tapahtumaan osallisten ohjauksen psykososiaalisen tuen piiriin.

Ensihoitotyö on vaihtelevaa ja monipuolista ja se näkyy niin toimintaympäristöjen, tehtävien sekä potilaiden suurena vaihteluna. Ensihoidossa tehdään myös paljon yhteistyötä muiden viranomaisten kanssa, kuten esimerkiksi poliisin. Tämä yhteistyö korostuu varsinkin onnettomuuksissa ja väkivaltatilanteissa, sekä silloin kun hoitoon toimittamiseen tarvitaan käyttää fyysistä pakottamista. Tällainen tilanne on esimerkiksi psykoosipotilaan kuljettaminen tahdosta riippumattomaan hoitoon potilaan aggressiivisuuden tms. vuoksi. Ensihoitopalvelun on kaikessa toiminnassaan ensisijaisesti kunnioitettava terveydenhuollon arvoja ja lainsäädäntöä sekä potilaan oikeuksia. (Kuisma ym. 2013, 14 - 15.)

3.1 Ensihoito Itä-Savon sairaanhoitopiirissä

Vuoden 2013 alusta ensihoitopalvelun järjestämisvastuu siirtyi sairaanhoitopiireille. Ne voivat hoitaa toiminnan itse, yhteistyössä pelastustoimen tai toisen sairaanhoitopiirin kanssa. Palvelun voi myös ostaa toiselta palvelun tuottajalta. (STM 2013.)

Itä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä (ISSHP), järjestää Savonlinnan alueen ensihoitopalvelun yhdessä Etelä-Savon pelastuslaitoksen kanssa. ISSHP:n jäsenkuntiin kuuluu Enonkoski, Rantasalmi, Savonlinna ja Sulkava. (SOSTERI 2014.) Itä-Savon sairaanhoitopiirin alueen ensihoidon kenttäjohtajat ovat ISSHP:n palveluksessa, ensihoitajat taas Etelä-Savon pelastuslaitoksen työntekijöitä (Lehmusoksa 2014). Ensihoitopalvelu on suunniteltava yhteistyössä alueen terveys- ja sosiaalitoimen laitosten, ensihoitopalvelun tuottajien ja yhteistyöviranomaisten kanssa niin, että nämä yhdessä muodostavat toimivan kokonaisuuden. (Kuisma ym. 2013, 14; ESSHP 2014.)

Etelä-Savon pelastuslaitoksen (ESPL) toiminta-alueella ensihoidon palveluista vastaavat Etelä-Savon sairaanhoitopiiri, Itä-Savon sairaanhoitopiiri sekä Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä. Palvelun tuottajia taas ovat Etelä-Savon sairaanhoitopiiri ja Etelä-Savon pelastuslaitos. ESPL tuottaa ensihoidon palvelut Savonlinnassa, Kerimäellä, Punkaharjulla, Sulkavalla, Rantasalmella ja Heinävedellä. Etelä-Savon pelastuslaitoksen järjestämä ensihoito huolehtii monipuolisesti sekä akuutista että kiireettömästä ensihoidosta. Lisäksi se järjestää ensivastetoimintaa, minkä tarkoituksena on tukea ensihoitojärjestelmää ja nopeuttaa avun saantia. (ESPL 2014.)

3.2 Potilaan kohtaaminen ja aggressiivisuus

Potilaan kohtaaminen ja ensiarvion tekeminen on tärkeä osa ensihoitoa. Ensiarviossa määritellään nopeasti tilanteen vakavuus, jonka jälkeen ensihoitajien toiminta etenee tilanteen vaatimalla tavalla huomioiden tarvittavien perustutkimuksien tärkeys. Tärkein tavoite potilaan kohtaamisessa on asiakkaan ja omaisten luottamuksen saavuttaminen. Luottamus on samalla tavalla tärkeä työväline ensihoidossa, mitä se on muillakin terveydenhuollonhenkilöillä. Ilman sitä ensihoidon tulokset huononisivat, koska ei saada luotettavaa tietoa potilaiden hoidon kannalta. Avain luottamuksen saavuttamiseen on rehellinen kiinnostus potilaasta ja hänen omaisistaan. Myös hoitajan käyttäytyminen viestittää ammattitaidosta ja vaikuttaa osaltaan luottamuksen syntyyn. Hoitajan ilmeet, eleet, äänenpainot ja kosketus sekä muu kehonkieli vaikuttavat sanattomalla viestinnällään paljon hoitotilanteeseen. Potilaan kohtaamisessa huumori voi olla apuna jännitteiden sekä pelkojen purkautumiseen. Tärkeää on kuitenkin muistaa, että ihmisten käsitys huumorista voivat olla hyvinkin erilaisia. (Reitala 2002, 172 - 179; Kuisma ym. 2013, 119 - 124.)

Potilaan oireiden ja silminnäkijöiden kuvauksien väheksymistä ja sivuttamista on vältettävä, sillä se johtaa yleensä konfliktiin potilaan ja hänen omaistensa kanssa. Onkin tärkeä kuunnella potilaan ja tilanteessa olleiden ihmisten kuvaukset tapahtumasta, vaikka itse tietäisi niiden olevan liioiteltuja tai vaarattomia. Riitelyä muiden hoitohenkilöiden kanssa tulee välttää, sillä se on merkki epäonnistumisesta ja saattaa aiheuttaa epävarmuutta potilaille. (Reitala 2002, 172 - 179.)

Provosoitumista on myös vältettävä ja täytyy muistaa, että kaikki potilaiden ensihoitajiin kohdistuva aggressiivinen käytös ei johdu heihin kohdistuvasta vihamielisyydestä. Esimerkiksi alkoholi, lääkeaineet, psykiatriset sairauden sekä matala verensokeri voivat olla aggressiivisuuden syitä. (Reitala 2002, 172 - 179.) Psykoosipotilaalla kiihtyminen voi myös liittyä sairauden akuuttivaiheeseen ja sairaalaan toimittamiseen, mutta pitkäaikaissairailta se voi liittyä muun muassa stressitilanteisiin, lääkityksen liian nopeaan muutokseen tai sen ottamatta jättämiseen. Kiihtymys voi toisinaan olla muille vaaratonta, mutta aiheuttaa potilaalle itselleen vaarallisen kuivumis- tai uupumistilan. Hoidon kannalta ongelmaksi kehittyvä tilanne, jossa potilaan psykoottiseen kiihtymiseen liittyy ajoittaista tai jatkuvaa väkivaltaa itseä tai muita kohtaan. Myös täysin sairaudentunnettomat potilaat eli oireistaan huolimatta vointinsa normaaliksi kokevat henkilöt ovat haaste hoitoon toimittamisessa. (Hietanen & Henriksson 2002, 279; Kuisma ym. 2013, 657 - 658.)

3.2.1 Psykoosipotilaan kohtaaminen

Auttamisen lähtökohtana on aina potilaan kunnioittaminen. Hän on voinut hälyttää apua jonkin somaattisen syyn takia, koska ei ole itse tunnistanut psyykkisen avun tarvettaan. Psykoottisten oireiden (ks. 3.1 Psykoosi) syyn tunnistaminen on tärkeää sekä hoidollisista että juridisista syistä. Pääasiassa psykiatrista potilasta autetaan puhumalla ja kuuntelemalla, aina tämä ei kuitenkaan auta ja tällöin itselleen tai ympäristölleen vaarallisen potilaan hoito edellyttää selkeää toimintasuunnitelmaa, rohkeutta ja kaikkien osapuolten turvallisuudesta huolehtimista. Potilasta auttaa eniten hoitajan rauhallinen, turvallinen ja kiinnostunut suhtautuminen. Tätä tukee myös Kilkun (2008) tutkimus, jonka tulosten mukaan akuutin psykoosin vaiheessa oli tärkeää, että potilaan, omaisten ja hoitajan välille syntyy yhteys, jolloin potilas ja hänen läheisensä kokivat tulleensa ymmärretyksi. Psykoosipotilaan hoidossa onkin tärkeää pyrkiä säilyttämään avoin ja ihmettelevä ote. Keskustelemalla voidaan saada aavistus, millainen logiikka potilaalla on toimissaan. (Kuisma ym. 2013, 657 - 658; Lehtikoinen & Silvonen 2013, 27 - 29; D'arcy & Kautto 2011, 19 - 20.)

Itse kohtaamistilanne pitäisi pystyä järjestämään kiireettömäksi. Normaali kohteliaisuus kuuluu tapaamiseen, esittely ja syy ensihoidon tulemiseen on kerrottava avoimesti. Potilasta ei saa jättää yksin, sillä tämä voi lisätä psykoosissa olevan harhaisuutta, ympäristön virhetulkintaa ja aggressiivisuutta. Potilaan annetaan kertoa omin sanoin

ongelmistaan, minkä jälkeen voidaan esittää tarkentavia kysymyksiä ja rajata keskustelua olennaisiin asioihin. Puhe kannattaa pitää lyhyenä ja ohjeet selkeinä, jolloin potilas pystyy ottamaan vastaan ja reagoimaan saamaansa informaatioon. Tilanteen realisoitumista voidaan helpottaa kertomalla omista havainnoista potilaalle, esim. ”huomaan, että olet hieman ahdistuneen oloinen, mutta nyt sinulla ei ole mitään hätään. Yritämme yhdessä selvittää mikä on ongelmana.” Potilaan kanssa ei kannata kiistellä harhojen todellisuudesta, vaan tarkentavilla kysymyksillä ohjataan potilasta havaitsemaan reaalia maailmaa. Näin voidaan estää myös potilaan hajoamisentunteen syvenemistä ja mahdollisen aggressiivisuuden syntymistä. Vaikka potilas ei näennäisesti ottaisikaan vastaan minkäänlaista informaatiota, sanat, puheen sävyt ja todesta ottaminen jäävät todennäköisesti hänen mieleensä. (Kuisma ym. 2013, 657 - 658; Lehtikoinen & Silvonen 2013, 27 - 29.)

3.2.2 Aggressiivinen psykoosipotilas

Väkivallan riskin arviointia on tehtävä jatkuvasti, jos taustatiedot tai potilaan terveydentilanne antaa näin ymmärtää. Samalla on arvioitava mitkä ovat omat resurssit tilanteen selvittämiseen ja tarvittaessa kutsuttava lisäapua paikalle. Apuvoimia tulee pyytää paikalle ajoissa, jolloin ennakointi on erittäin tärkeää. (Kanerva & Kuhanen 2012, 242 - 245.) Jos potilas on esitietojen mukaan väkivaltainen nykytilanteessa tai aiemmin, on turvauduttava herkästi poliisiin virka-apuun. Nykyiseen sairausvaiheeseen liittyvä uhkailu, kireys ja oireiden voimistuminen voivat ennustaa väkivallan riskin kasvamista. (Hietanen & Henriksson 2002, 279 - 280.) Läheiset tai paikalla olijat voivat antaa tärkeää tietoa aggressiivisuuteen johtaneista taustatekijöistä ja syistä. Kaikki taustatiedot hyödyttävät myös jatkohoitopaikkaa. (Kuisma ym. 2013, 658.)

Varovaisuus on ensisijaisen tärkeää aggressiivisesti käyttäytyvän potilaan kohtaamisessa. Potilaan välitön ympäristö on tehtävä turvalliseksi, jolloin poistetaan liikuteltavat huonekalut ja aseeksi kelpaavat esineet. Uhkaavassa tilanteessa on pidettävä huoli, että paikalla on riittävästi muuta henkilöstöä, mutta ylimääräisiä henkilöitä (sivullisia) pyydetään poistumaan tilanteesta. Myös oma turvallisuus on turvattava mm. varmistamalla perääntymistie. Hoitajan on hyvä aina pitää huoli, että hänen takanaan on tilaa. Tässä tilanteessa potilaalle pitää antaa aikaa purkaa paineita ja rauhoittua, hänen puhettaan ei saa turhaan heti keskeyttää eikä hänen ongelmiaan vähätellä. Potilasta on hyvä pyytää istumaan ja hänen kanssaan pyritään keskustelemaan rauhallisesti ja sel-

keästi. Vakuutetaan, että hoitajat auttavat potilasta hallitsemaan tilannettaan ja pyrittään vahvistamaan hänen turvallisuuden tunnetta. Puhuesssa on hyvä olla suora, mutta tilanteesta ei pidä provosoitua eikä uhata potilasta. Tarvittaessa on hyvä kysyä suoraan, onko potilaalla itsetuhoisia tai väkivaltaisia ajatuksia. Jos potilas vihjailee rivien välistä jotain, kysytään asiasta saman tien ja pyydetään konkreettista tarkennusta asiaan, kuten esimerkiksi, liittyykö siihen uhkailua. Hoitajan aikeista kerrotaan aina potilaalle ja muille henkilöille. Keskustellessa kannattaa ottaa esille ajankohtaisia asioita, joihin voidaan vaikuttaa. Tarvittaessa on etsittävä syytä tilanteen kärjistymiseen ja pyrittävä mahdollisuuksien mukaan sopimukseen. (Hietanen & Henriksson 2002, 279 - 280; Rovasalo 2011; Kuisma ym. 2013, 658 - 659.)

Kiinnittämällä omaan asentoon huomiota, kuten seisomalla sivuttain, annetaan itseltään vähemmän uhkaava kuva. Kädet kannattaa pitää koko ajan esillä, sekä seisossa että istuessa, sillä harhainen potilas voi kuvitella että hoitaja pitää selkänsä takana jotain. Potilaaseen kannattaa pitää katsekontakti koko ajan, mutta tuijottamista täytyy välttää. Myös ylimääräistä liikehdintää, hermostuneisuuden näkyvyyttä kannattaa välttää. Tilan hyödyntämisessä kannattaa sijoittua niin, että pääset tarvittaessa poistumaan esteettä (esim. itse lähempänä ulko-ovea kuin asiakas). Aggressiivisen potilaan kanssa liikkua hoitajan kannattaa kulkea aina hieman asiakkaan takana, ei rinnalla tai edessä. Uhkaavasti käyttäytyvälle henkilölle ei myöskään ikinä saa kääntää selkäänsä. Jos potilas uhkaa esim. aseella, on parempi suostua hänen vaatimuksiinsa. Mahdollisuuksien mukaan tilanteen aikana olisi painettava hätäkutsupainiketta tai tilanteen jälkeen otettava yhteys suoraan poliisiin. (Hietanen & Henriksson 2002, 279 - 280; Rovasalo 2011; HUS 2010, 24; Kuisma, ym. 2013, 658 - 659.)

3.3 Potilaan itsemääräämisoikeus ja sitä säätelevä lainsäädäntö

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) vaikuttaa merkittävästi myös ensihoidon potilaiden asemaan. Lain mukaan potilaalla on oikeus saada ilman syrjintää terveydentilansa vaatimaa hoitoa. Jokaisen henkilön ihmisarvoa on kunnioitettava sekä vakaumusta ja yksityisyyttä tulee kunnioittaa. Potilaan äidinkieli, yksilölliset tarpeet ja kulttuuri on otettava mahdollisuuksien mukaan hoidossa huomioon.

Potilaalla on myös oikeus saada tietoa omasta terveydentilastaan, hoidostaan sekä hoitovaihtoehtoista ja niiden vaikutuksista. Potilaalla on myös oikeus kieltäytyä hoi-

dosta, vaikka se olisi tarpeellinen hänen terveyttään tai henkeään uhkaavan vaaran torjumiseksi. Ammattihenkilöiden velvollisuus on tehdä selvitys siten, että potilas on riittävästi ymmärtänyt sen sisällön ja mitä hänen päätöksensä tarkoittaa. Selvitystä ei kuitenkaan tule antaa vastoin potilaan tahtoa, tai jos on ilmeistä, että siitä aiheutuisi vakavaa vaaraa potilaan hengelle tai terveydelle. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.)

Potilaan itsemääräämisoikeutta tulee kunnioittaa, joten hoidon tulee tapahtua yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Jos täysi-ikäinen potilas ei mielenterveydenhäiriön, kehitysvammaisuuden tai muun syyn vuoksi pysty päättämään hoidostaan, on potilaan laillista edustajaa, lähiomaista tai muuta läheistä kuultava ennen tärkeän hoitopäätöksen tekemistä, jotta voitaisiin selvittää millainen hoito vastaisi parhaiten potilaan tahtoa. Potilaslaissa on myös tarkat määräykset potilasasiakirjojen laatimisesta, säilyttämisestä ja hävittämisestä. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.)

3.3.1 Mielenterveyslaki

Mielenterveyslain 1116/1990 mukaan kunnan tai kuntayhtymän on järjestettävä mielenterveyspalvelut sisällöltään ja laajuudeltaan sellaisiksi, että ne riittävät vastaamaan alueellaan olevaan tarpeeseen. Palvelut on ensisijaisesti järjestettävä avopalveluna, sekä niin, että oma-aloitteista hoitoon hakeutumista ja itsenäistä suoriutumista tuetaan.

Mielenterveyslain 2. luvun 8§:n mukaan henkilö voidaan määrätä tahdosta riippumattomaan hoitoon vain, jos siihen laaditut kolme edellytystä täyttyvät. Ensiksi hänen todetaan olevan mielisairas. Lääketieteellisesti mielisairaus määritellään vakavana mielenterveyden häiriönä, johon liittyy selvä todellisuudentajun hämärtyminen ja jota voidaan pitää psykoosina. Nykyisen tautiluokituksen mukaan tällaisena tilana voidaan pitää deliriumtiloja, skitsofrenian eri muotoja, elimellisiä ja muita harhaluuloisuustiloja, psykoottisia masennustiloja, kaksisuuntaisia mielialahäiriöitä, muistisairauksien vaikea-asteisia muotoja, sekä muita psykooseja kuten päihteiden käytön aiheuttamat psykoottiset tilat. (Heikkinen 2011; Kuisma ym. 2013, 661 - 662.)

Toiseksi hän on mielisairautensa vuoksi hoidon tarpeessa siten, että hoitoon toimittamatta jättäminen olennaisesti pahentaisi hänen sairauttaan tai vakavasti uhkaisi hänen terveyttään/ turvallisuuttaan tai muiden henkilöiden terveyttä/ turvallisuutta (Mielen-

terveyslaki 1116/1990). Hoitoon toimittamatta jättäminen voi huonontaa potilaan tilaa, esimerkiksi silloin, jos potilas ei ole kykenevä huolehtimaan omasta lääkityksestään, tai hän on niin syvässä masennuksessa tai sekavassa tilassa ettei pysty huolehtimaan itsestään. Toisten henkilöiden terveyden ja turvallisuuden vaarantuminen voidaan katsoa vaarantuneeksi, jos psykoottisen potilaan läheisten terveys vaarantuu selvästi, heidän mielenterveytensä järkkyy vakavasti tai kun potilaan lasten kehitys häiriintyy hänen sairautensa vuoksi. Näistä kriteereistä hoitoa edellyttämään riittää yksikin kohta, esimerkiksi jos potilas on vaaraksi muille. (Heikkinen 2011.)

Kolmas kriteeri on, jos mitkään muut mielenterveyspalvelut eivät sovellu käytettäväksi tai ovat riittämättömiä (Mielenterveyslaki 1116/1990.). Terveyskeskus on yleensä lähellä potilasta, joten siellä on yleensä paras tieto muista mielenterveyspalveluista joita potilaalla on saatavilla. Tämän vuoksi erityisesti terveyskeskuslääkärin tulee aina ottaa huomioon omassa tarkkailulähetteessään paikallisten olojen mielenterveyspalvelujen riittävyys ja käyttöön soveltuvuus. (Heikkinen 2011.)

Alaikäisen hoitoon määräämistä koskevat muuten samat mielenterveyslain edellytykset, mutta psykoottisuuden sijaan riittää vakava mielenterveyshäiriö, esim. vakava itsetuhoisuus, vakava impulssikontrollin häiriö, henkeä uhkaava laihuushäiriö tai muu haitta, joka voi aiheuttaa hengenvaaratilanteen. Huoltajan suostumusta tahdosta riippumattomaan hoitoon ei tarvita. (Kuisma ym. 2013, 661.)

3.3.2 Päihdehuoltolaki

Päihdehuollon tavoitteena on ehkäistä ja vähentää päihteiden ongelmakäyttöä, sekä siihen liittyviä terveydellisiä ja sosiaalisia haittoja. Samalla se pyrkii edistämään päihteiden ongelmakäyttäjän ja hänen läheistensä turvallisuutta ja toimintakykyä. (Päihdehuoltolaki 41/ 1986.) Humalatila voi vaikeuttaa potilaan tilan asianmukaista arviointia ja lisätä potilaan aggressiivista käyttäytymistä. Potilas voikin olla välittömän psykiatrisen hoidon tarpeessa mm. itsemurhavaaran takia. Myös psykoottinen potilas voi olla humalassa, jolloin se voi peittää allensa varsinaiset psykoosioireet. Humalatila ei ole laillinen este potilaan tutkimiselle, hoitoon lähettämiselle tai tarkkailuun asettamiselle. (Heikkinen 2011.) Päihdehuoltolain 2. luvun 10§:n mukaan potilas voidaan määrätä hoitoon terveysvaaran tai väkivaltaisuuden vuoksi, jos vapaaehtoinen hoito ei ole toteutettavissa. Terveyskeskuksen vastaava lääkäri tai sairaalan ylilääkäri voi määrätä

potilaan tahdon vastaiseen hoitoon enintään viideksi vuorokaudeksi. Väkivaltatilanteissa poliisi pyydetään paikalle turvaamaan potilas sekä muut ihmiset.

3.4 Virka-apu ongelmatilanteissa

Virka-avulla tarkoitetaan viranomaiselta toiselle tapahtuvaa apua, jolloin pyytävä osapuoli pystyisi suoriutumaan vastuullaan olevasta tehtävästään. Terveystieteiden lain 4. luvun 40§:n mukaan ensihoitopalveluun kuuluu virka-avun antaminen poliisille, pelastusviranomaisille, rajavartiolaitos- ja meripelastusviranomaisille niiden vastuulla olevien tehtävien suorittamiseksi (Terveystieteiden laki 1326/2010). Virka-apua antava toimiva viranomais ei tee tai varaudu tekemään omia tehtäviään tänä aikana, esimerkiksi ensihoitaja ei ole varalla olevana mahdolliseen omaan tehtävään. Ensihoidon henkilöstöä ei saa määrätä sellaiseen virka-aputehtävään, joka aiheuttaisi normaalityöstä poikkeavaa työturvallisuusriskiä tai vaatisi lisäkoulutusta. (Ensihoidon palvelutaso 2011, 25.)

Ensihoidon tarvitsema virka-apu voi liittyä potilaan tavoittamiseen tai hänen kuljettamiseen. Pelastustoimi huolehtii potilaan luo pääsystä tai tarvittaessa esimerkiksi onnettomuusautosta siirtämisestä. Poliisilta pyydetään usein virka-apua mielenterveyslain 1116/1990 mukaan silloin, kun terveyskeskuksen tai sairaanhoitopiirin virka-suhteinen lääkäri katsoo, että potilaan toimittamiseksi terveyskeskukseen, sairaalaan tai muuhun toimintayksikköön tarvitaan ammattikoulutuksen saaneen saattajan lisäksi muukin saattaja kuljetettavan väkivaltaisuuden tai muun vastaavan syyn takia. Tällöin potilaasta on joko kirjoitettu tarkkailulähete tai hänet on kuljetettava toimintayksikköön tarkkailulähetteen laatimiseksi. (Mielenterveyslaki 1116/1990.) Virka-apupyynnöstä vastaa julkista valtaa käyttävä lääkäri, mutta tarvittaessa lääkärin puolesta virka-apupyynnön voi tehdä kenttäjohtaja tai ensihoitaja. Potilaan kuljetus tapahtuu aina ensisijaisesti ambulanssilla. (Kuisma ym. 2013, 662.)

Tarkkailuläheteellä (M1) tarkoitetaan lääkärin allekirjoittamaa lausuntoa potilaan tahdosta riippumattoman hoidon tarpeesta. Lähetteen tulee sisältää perusteltu kanta mielenterveyslaissa (ks. edellä) määriteltyjen tahdosta riippumattoman hoidon ehtojen täyttymisestä. (Mielenterveyslaki 1116/1990.) Myös perusteltu epäily kriteerien täyttymisestä riittää potilaan lähettämiseen tarkkailuläheteellä sairaalaan arvioitavaksi.

Tämä epäily on voinut herätä mm. perheenjäsenen, naapurin tai muun viranomaisen antaman tiedon perusteella. (Kuisma ym. 2013, 662.)

4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena on tehdä ohje virka-apupyynnön tekemiseen ensihoidossa kohdattaessa aggressiivinen psykoosipotilas. Tavoitteena on yhdenmukaistaa ja selkeyttää hoitohenkilökunnan toimintaa sekä parantaa ensihoitajien ja potilaan turvallisuutta. Ohjetta voi käyttää myös uusien työntekijöiden perehdytyksessä.

5 TUOTEKEHITYSPROSESSI

Opinnäytetyöhöni käytin Jämsän ja Mannisen (2000) tuotekehitysprosessia, johon kuuluu viisi eri vaihetta. Kehitystarpeiden tunnistamisesta edetään ideointiin ja luonnosteluvaiheeseen, jonka jälkeen edetään itse tuotteen kehittelyyn ja viimeisenä tuotteen viimeistelyvaiheeseen. Vaiheet voivat kuitenkin mennä päällekkäin ja varsinaisen tuotoksen lopullinen sisältö ja muoto voi täsmentyä prosessin eri vaiheissa. Valitun tuotekehitysprosessin mukaan ohjeen suunnittelu ja jäsentely tuntui luontevalta. Ennestään tutuksi tulleen mallin käyttäminen tuntui luontevalta käyttää myös omassa opinnäytetyössäni.

5.1 Kehitystarpeen tunnistaminen

Kehitystarpeen tunnistamisen vaiheessa todetaan, onko olemassa tarve, jonka ratkaisemisessa auttaa tuotekehitys (Jämsä ja Manninen 2000, 85). Opinnäytetyön aihetta rajatessani ja ideaa työstäessäni sekä työelämäohjaajien kanssa sähköpostiviestittelyjä käydessäni, ilmeni että heillä psykoosipotilaan kohtaamiseen valmiudet ovat hyvät, mutta aggressiivisen psykoosipotilaan kohtaaminen ja siinä tilanteessa toimiminen olivat asioita, joita työelämäohjaajat toivat itse esille. Yhdessä ohjaavien opettajien ja työelämäohjaajien kanssa päädyimme tekemään ohjeen virka-apupyyntöä varten.

5.2 Ideavaihe

Jämsän ja Mannisen (2000, 35) mukaan ideavaiheessa mietitään, millaisella tuotteella tarve tulisi täytetyksi ja ongelma ratkaistuksi. Tässä vaiheessa ideoita voidaan kerätä

”aivoriihen”, kyselyjen tai luovan ongelmanratkaisun menetelmällä. Tällöin toimitaan sallivalla ja avoimella tavalla sekä etsitään vastauksia kysymykseen, millainen tuote auttaa ongelmanratkaisua ja vastaa mahdollisen monen tarpeeseen. Ideointivaiheessa osallistujien erilaisuus on rikkaus. Näin saadaan mahdollisimman monipuolisesti aiheita käsiteltyä ja samalla löydettyä toimivin työskentelytapaa.

Ideavaiheessa kävin sähköpostikeskusteluja Itä-Savon sairaanhoitopiirin kenttäjohtajien kanssa. Selvittelin, millaiset olivat heidän valmiutensa kohdata psykoosipotilas ja mitkä seikat tuottivat eniten huolta/ epävarmuutta. Keskusteluissa uhkaavat ja aggressiiviset tilanteet nousivatkin esille ja niihin kaivattiin yhtenäistä toimintamallia/tukimateriaalia, josta tarkistaa epäselviä kohtia.

Seuraavaksi täytyikin miettiä, millaiseen muotoon ohje tulee ja mitä kaikkea siihen on hyvä saada. Sähköpostikeskustelujen pohjalta päädyin pitämään ohjeen mahdollisimman selkeänä, sekä ohjeet täsmällisinä ja lyhyinä. Jos tarvittavaa tietoa olisi tullut enemmän, selkeyden varmistamiseksi se olisi voitu muotoilla ohueksi vihkoseksi. Tällöin ohjeelle olisi ollut valmis pohja ESPL:lla ja Sosterilla.

5.3 Luonnosteluvaihe

Tuotteen luonnosteluvaiheessa tehdään tarkka kirjallinen tuotekuvaus, josta selviää millainen tuote on aiottu suunnitella ja valmistaa. Luonnosteluvaiheessa tehdään tiedonhankinta tarpeelliseksi todetusta aiheesta, haetaan tietoa asiakkaista sekä aiheesta. Lisäksi tarvitaan tietoa tuotteesta ja valmistusmenetelmästä. Luonnosteluvaiheessa on otettava selville tuotteen asiakasprofiili, tuotteen asiasisältö, palveluntuottaja, rahoitusvaihtoehdot, asiantuntijatieto, arvot ja periaatteet, toimintaympäristö, säädökset ja ohjeet sekä sidosryhmät. Kun otetaan huomioon nämä eri osa-alueiden ydinkysymykset suunniteltavana olevan tuotteen kannalta, turvataan tuotteen laatu. (Jämsä ja Manninen 2000, 43, 85.)

Opinnäytetyötä tehdessäni perehdyin aikaisempaan tutkittuun tietoon aiheesta. Hyödynsin koko prosessin aikana ensihoitajien asiantuntijuutta, koska ohjeen tarkoituksena on toimia mahdollisimman lähellä heidän käytännön työtä. On kuitenkin tärkeää, että ohje pohjautuu tutkittuun tietoon lääketieteellisen sekä hoitotyön kannalta. Asiakkaina ja hyödynsaajina ohjeelle ovat ensihoitajat ja potilaat. Siksi olikin tärkeää kar-

toittaa ensihoitajien tarpeet ja valmiudet, jotta pystyin paremmin vastaamaan niihin ja valmistamaan hyödyllisen ohjeen.

Sähköpostikeskustelujen pohjalta ohjeeseen oli tarpeellista saada kriteerit milloin virka-apupyynnö on aiheellista tehdä, miten se tehdään ja kuinka sen jälkeen toimitaan. Tähän käytin tietolähteenä opinnäytetyöhöni keräämääni teoriaosuutta, varsinkin Mielenterveyslaki oli tärkeässä roolissa. Itse virka-apupyynnön tekemisen luonnostelin käyttämällä ISBAR- menetelmää, jolla pyritään jäsentämään potilasta koskeva tieto selkeään ja tiivistettyyn muotoon raportoidessa henkilöltä toiselle (Vaasan keskussairaala 2012). Tiedustellessani virka-apupyynnön tekemisestä käytännön työssä enemmän, keskusteluissa selvisi, että tällä alueella virka-apupyynnöt tehdään lääkärin kautta. Tällöin siis ohjeen sisältö yksinkertaistui, kun riittää vain yksi malli (lääkärin konsultaatio) virka-apupyynnön tekemiseen.

5.4 Tuotteen kehittäminen

Neljäs vaihe on tuotteen kehittäminen, joka käsittää tuotteen tekemisen luonnosteluvaiheeseen asti. Jämsän ja Mannisen (2000, 54) mukaan informaation välittämisen keskeisin sisältö muodostuu tosiasioista, jotka pyritään kertomaan mahdollisimman täsmällisesti, ymmärrettävästi ja vastaanottajan tiedontarve huomioiden. Tässä vaiheessa valitaan asiasisältö ja määrä sekä arvioidaan tietojen muuttumisen tai vanhentumisen mahdollisuus. Ongelmia voi syntyä myös kohderyhmän ollessa erittäin monimuotoinen, jolloin kaiken kattavan asiasisällön valinta voi olla haastavaa. Kehittelyvaiheessa tuote esitellään ja arvioidaan kriittisesti. Kehittämistä mahdollisesti vailla oleville asioille etsitään ratkaisuvaihtoehtoja.

Koska valmistin kirjallisen ohjeen, tuotteen kehittämissä vaiheissa oli huomioitava tekstin selkeys ja helppolukuisuus, jäsentely, looginen eteneminen ja otsikointi. Tarvittava tieto olisi saatava rajattua täsmällisiin ja tarkkoihin ohjeisiin, jotka olisivat helppo ja nopea lukea läpi. Jokainen vaihe on kerrottava vaihe kerrallaan. Lisäksi hyvässä ohjeessa on ohje mahdollisen ongelmatilanteen/ väärin toimimisen varalta, joten lisäsin ohjeeseen kohdan, jossa ensihoitaja voi aina kääntyä tarvittaessa kenttäjohtajan puoleen. Tietosisältöön toi haastetta ensihoitajien monimuotoisuus, sillä heidän koulutuksensa, työkokemuksensa ja ikänsä vaihtelevat suuresti, joten ohjetta tehdessä oli otettava huomioon monia näitä seikkoja. (Tarkoma & Vuorijärvi 2010, 157 - 158.)

Tässä vaiheessa lähetin ”raakaversioon” työelämäohjaajille esitettäväksi. Ulkoasua täytyi vielä hioa ja suunnitella paremmin toimivaksi. Sisällöltään ohje kuitenkin vastasi pääosin sitä mitä he hakivatkin. Erityisesti lääkärin konsultoinnin vaiheista tuli positiivista palautetta. Lisäksi kyselin, mitä siitä heidän mielestään puuttui (puhelinnumeroita, kenttäjohtajan asema yms.). Sähköpostikeskustelujen yhteydessä nousikin esille, että ohjeeseen oli myös hyvä laittaa päivystävän lääkärin numero. Se on ehkä ohjeistuksessa nopeimmin vanhentuva tieto, mutta se on myös nopeasti päivitettävissä oleva, kun ohjeen pohja on sähköisessä muodossa tallessa. Kenttäjohtajien ehdotuksesta ohjeistuksen selkeyden säilyttämiseksi emme päätyneet laittamaan poliisin numeroa ohjeeseen, vaan ennemmin ohjaamaan ensihoitajat ottamaan yhteys ensihoidon kenttäjohtajaan, joka sitten selvittelee asiaa poliisin kanssa.

Ohjeen lopulliseksi muodoksi muotoutui A4-kokoinen moniste, joka voidaan sitten laminoida kestävämmäksi. Ohjeessa on ammattikorkeakoulun (Mamkin) ja tilaajan (Sosterin) logot, sekä tekijän nimi, tekovuosi ja tieto, että se on opinnäytetyönä tehty. Ulkoasussa pyrin selkeyteen ja helppolukuisuuteen sekä etsimään mahdollisimman selkeän kirjasintyyppin. Tarkoman ja Vuorijärven (2010) mukaan pienet kirjaimet hahmottuvat silmään paremmin kuin suuret (SUURET). Eikä harvennusta kannata käyttää ainakaan korostamaan asioita. Heidän mukaansa ohjeeseen kannattaa valita kirjoissa ja lehdissä yleisimmin käytössä oleva fontti, sillä tuttua painojälkeä on helppointa lukea. Sopiva palstan leveys on 5 - 10 cm kirjasinkoosta riippuen, jos halutaan ajatella silmille sopivaa lukemisliikettä. Näitä asioita pyrin ottamaan huomioon ohjeen ulkoasua miettiessäni. Koska ohje on tehty tietokoneella, se on helppo tallettaa ja lähettää sähköisessä muodossa. Näin tilaajat voivat itse sen tulostaa ja tarvittaessa laminoida, jolloin myös kustannukset jäävät vähäisiksi.

5.5 Viimeistelyvaihe

Jämsän ja Mannisen (2000, 80) mukaan tuotekehittelyn eri muodoissa tarvitaan palautetta ja arviointia. Parhaiksi keinoiksi mainitaan koekäyttö ja esitetaus tuotteen valmistusvaiheessa. Koekäyttäjinä voivat olla tuotekehitysprosessiin osallistuvat tuotteen tilaajat ja asiakkaat. Palaute- ja tuotteen koekäyttötilanteiden tulisi olla mahdollisimman todellisia arjen tilanteita.

Viimeisenä vaiheena on tuotteen viimeistely, joka sisältää suunnitellun tuotteen korjaamisen ja yksityiskohtaisen viimeistelyn palautteiden ja koekäytöstä saatujen kokemusten pohjalta. Viimeistelyvaiheeseen kuuluu myös tuotteen jakelun suunnittelu, johon liittyy myös markkinointi. (Jämsä ja Manninen 2000, 85.)

Ohjeen koekäyttäjinä ja palautteen antajina olivat Etelä-Savon pelastuslaitoksen Savonlinnan työntekijät. Lähetin ohjeen kenttäjohtajien kautta koekäyttöön ensihoitajille. Aikaa koekäytölle sovittiin viikko, sillä oma aikataulutukseni ei sen enempää voinut antaa periksi. Tämä on kuitenkin lyhyt aika siinä mielessä, että aggressiivinen psykoosipotilas on kuitenkin ”harvinaisempi” potilas, joten todellista työtilannetta ei tullut vastaan.

Kävin pelastuslaitoksella keskustelemassa ohjeesta ja kirjoitin ylös koottuja kommentteja. Yleisinä kommentteina ohjeesta tuli ”se on hyvä” ja ”en lähtisi siihen enää lisäämään tai poistamaan siitä mitään.” Yhdessä myös pohdimme, olisiko ohjeeseen ollut tarpeellista laittaa tietoa, että lääkärin on virka-apupyyntö lähetettävä eteenpäin. Emme kuitenkaan tätä ohjeeseen erikseen laittaneet, sillä tuumasimme, ettei se liity ensihoitajien toimintaan virka-apupyyntöä tehdessä.

Tämän jälkeen viimeistelin ohjeen lopullisen ulkoasun muokkaamalla sen kenttäjohtajilta saatuun Sosterin valmiiseen pohjaan, josta tuli kaksisivuinen A4- moniste. Ulkoasuun liittyviä rajoituksia tuli vastaan valmiissa pohjassa olevista oletusasetuksista, esimerkiksi fontin koko oli valmiiksi määritelty ja vain otsikoita pystyi muokkaamaan. Valmiin tuotteen lähetin sähköpostilla kenttäjohtajille jaettavaksi. Mitään erillisiä jakelun tai markkinoinnin suunnitelmia ei tarvinnut tehdä, sillä ohje on tarkoitettu vain Itä-Savon sairaanhoitopiirin ensihoidon käyttöön. Valmis ohje on myös opinnäytetyön lopussa (LIITE 1.), mutta ohjeessa käytettyjen asetusten vuoksi se täytyi jakaa liitteisiin kolmelle sivulle. Lisäksi liitetystä ohjeesta on poistettu ensihoidolle tarkoitettu puhelinnumero tietoturvan vuoksi.

6 LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS

Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (TENK 2012) julkaiseman ohjeistuksen mukaan tieteellinen tutkimus voi olla eettisesti ja luotettavasti hyväksyttävää vain, jos se on suoritettu hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla. Koska oma opinnäyte-

työni ei ole tieteellinen tutkimus, poimin edellä mainitusta ohjeistuksesta omaa opinnäytetyötäni koskevat kohdat. Näitä ovat rehellisyys, yleinen huolellisuus ja tarkkuus sekä tutkimustyössä että tulosten tallentamisessa ja arvioinnissa. Oma kiinnostukseni aiheeseen on motivoinut etsimään laajasti erilaisia lähteitä. Käyttämiäni tutkimuksia olen pyrkinyt arvioimaan oman työni pohjalta, niin että ne tukevat aihettani. Kuten ohjeistuksessakin sanotaan, muiden tutkijoiden työn tulokset otetaan asianmukaisesti huomioon, jolloin käytettyihin lähteisiin viitataan asianmukaisesti.

Ohjeistuksen mukaan työssä on sovellettava eettisesti kestäviä tiedonhankinta- ja arviointimenetelmiä ja siinä on toteutettava avoimuutta ja vastuullisuutta. Tiedonhankinnassa olen hyödyntänyt ammattijulkaisuja ja kirjoja, esimerkiksi Terveysportti ja Duodecim. Opinnäytetyöni alusta lähtien olen ollut yhteyksissä työelämäohjaajiini ja ohjaaviin opettajiini, joiden kanssa yhteistyö sujuu avoimesti. Kuten ohjeistuksessakin mainitaan, osallistuvien osapuolten kanssa on yhdessä sovittu kuinka työskentely etenee ja kuinka heidän yksityisyytensä otetaan työssä huomioon. Työssä ei siis missään vaiheessa käsitellä yksittäisen ihmisen mielipiteitä tai sanomisia. (TENK 2012, 6 - 7.)

Luotettavuutta opinnäytetyölleni antaa käyttämiäni lähteiden laajuus, näyttöön perustuvuus sekä käytettyjen tutkimusten tuoreus. Terveystieteiden lain (1326/ 2010) mukaan hoitotyön on oltava näyttöön ja hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin perustuvaa. Näyttöön perustuvalla toiminnalla tarkoitetaan parhaan ajantasaisen tiedon ja työntekijän kokemustiedon hyödyntämistä. Kokemusperäiseen tietoon liittyy hoitajan tiedot toimintaympäristöstä ja resursseista sekä potilaalta itseltään tai hänen omaisiltaan saatu tieto potilaan voimavaroista ja elämäntilanteestaan. (Hotus 2014.) Olen pyrkinyt etsimään opinnäytetyöhöni laajoja tutkimuksia, kuten Suvisaaren ym. (2012) ja Salokankaan ym. (2007) tutkimuksia, joissa aineistoa on kerätty joko koko Suomen laajuisesti (Suvisaari ym. 2012) tai laajemmin yhteistyössä Eurooppalaisen tutkimuksen kanssa (Salokangas ym. 2007.). Lisäksi olen hyödyntänyt paljon ammattijulkaisujen artikkeleita, joiden kirjoittajat ja lähteet olen kokenut luotettavaksi. Osa lähteistäni on yli 10 vuotta vanhoja, mutta verrattuna uudempiin lähteisiin, ei niiden tietopohjassa ole ollut havaittavissa muutoksia.

Opinnäytetyössäni olen hyödyntänyt myös kahta aikaisempaa opinnäytetyötä, joista olen saanut myös uudenlaista näkökulmaa omalle opinnäytetyölleni. Mielestäni luotettavuutta lisää myös se, että asiaa pohditaan ja lähestytään monelta eri näkökulmalta.

Vaikka opinnäytetyöni rajautuukin aggressiivisen psykoosipotilaan kohtaamiseen, olen käsitellyt opinnäytetyössäni laajasti psykoosia, ensihoitoa, aihetta koskevia lakeja sekä itse ohjeen tekemisessä tuotekehitysprosessin vaiheita. Näistä olen hyödyntänyt aihe-alueitani koskevaa tietoa, välttäen väkivallan/ aggressiivisuuden ylikorostamista.

7 POHDINTA

Aloitin opinnäytetyön prosessin syksyllä 2013, jolloin alkuperäisen suunnitelman mukaan työ oli tarkoitus tehdä ryhmässä. Tämä kuitenkin ajan kuluessa muuttui ja sen seurauksena täytyi aihettakin rajata alkuperäisestä aika paljonkin. Lopullisen aiheen löydyttyä syksyllä 2014, työ selkiytyi itselleni todella hyvin ja oma mielenkiintoni aiheeseen auttoi kovasti etsiessäni tietoa psykoosista. Teoriatietoa etsiessäni palautui hyvin aikaisemmin oppimani asiat ja opinkin paljon uutta tietoa mm. elimellisistä psykooseista ja tietysti myös aggressiivisuuden näkökulmaa aiheeseen. (Huttunen 2008; Tiihonen 2004; Castren ym. 2012; Lönnqvist & Suvisaari 2009; Kanerva & Kuhanen 2012; Salokangas 2007,18; Moilanen 2013; Mäki & Veijola 2012, Hietanen & Henriksson 2002, 279, Kuisma ym. 2013, 657 - 658, Kanerva & Kuhanen 2012, 242 - 245.) Yksi henkilökohtainen tavoitteeni on kuitenkin avata opinnäytetyön lukijan silmiä huomaamaan psykoosiin johtavien tekijöiden monimuotoisuus. Tämän huomioiminen varsinkin ensihoidossa on mielestäni tärkeää, sillä lyhyen hoitokontaktin aikana ei pitäisi antaa ennakkokäsitysten tai mielikuvien vaikuttaa hoitoon. Toisaalta myös oma työturvallisuus on huomioitava kaikissa tilanteissa.

7.1 Prosessin kuvaus

Vaikeinta prosessin aikana oli täsmällisten tutkimusten löytäminen. Mielensterveydestä on kyllä tehty tutkimuksia, mutta usein ne liittyivät lääkehoitoon, pitkäaikaishoittoon, osastohoitoon tai avohoitoon. Joten näiden tuloksien soveltaminen ensihoitoon ja tähän opinnäytetyöhön tuntui hieman haastavalta. Tosin, monia samoja huomioita on tehtävä myös ensihoidossa kuin pitkäaikaishoidossakin ja samat lait sekä asetukset ohjaavat kumpaakin hoitoalaa. Muuten tietoa kyllä löytyi laajasti erityisesti lääketieteellisistä julkaisuista ja nopeasti tulikin vastaan vaikeus rajata teksti vain tarpeelliseen tietoon. Lisäksi työelämäohjaajien kanssa yhteistyö sujui koko prosessin ajan, sillä pystyin kysymään heiltä apua ja tukea itseäni askarruttaviin kysymyksiin ja vastauksinkin sain. Usein kysymykset liittyivät virka-apupyynnön käytännön toimintaan ja

ohjeistuksen sisältöön/ ulkoasuun. Pystyin siis hyödyntämään kenttäjohtajien asiantuntijuutta ja tuomaan ohjetta käytäntöä läheisemmäksi.

Valitsin Jämsän ja Mannisen (2000) tuotekehitysprosessin oman ohjeen toteutusmenetelmäksi, koska se oli jo tullut tutuksi tutustumalla aikaisempiin opinnäytetöihin ja vaikutti selkeältä sekä loogisesti etenevältä. Jämsän ja Mannisen (2000) tuotekehitysprosessin mukaan oli helpompi suunnitella oman työn eteneminen ja huomioida siihen liittyvät seikat. Pelkästään prosessin vaiheiden tunteminen ei riittänyt ohjeen tekemiseen, joten teoriaosuuteen täytyi myös selvittää mitä kaikkea täytyy ottaa huomioon hyvässä kirjallisessa ohjeessa. Näiden työvälineiden, teorian tiedon ja työelämäohjaajien asiantuntijuuden yhdistäminen yhdeksi tiiviiksi paketiksi onnistui mielestäni hyvin. Siinä on huomioitu työelämälähtöisesti heidän tarpeensa, joihin on pyritty vastaamaan mahdollisimman selkeästi ja kattavasti.

Itselleni haastavinta oli ohjeeseen laatia kohdat ”Milloin virka-apupyynnö tehdään?” ja ”Miten sen jälkeen toimintaan?”. Näissä kysymyksiä herätti lähinnä, kuinka tarkat ohjeet tahdosta riippumattoman hoidon tarpeen arvioinnista ensihoitajat tarvitsevat (Mielenterveyslaki 1116/1990) ja toisaalta millaiset ovat heidän taitonsa/ valmiutensa aggressiivisen psykoosipotilaan kanssa toimimiseen. Tässä varsinkin työntekijöiden monimuotoisuus (ikä, koulutus, työkokemus) vaikuttavat paljon. Itse virka-apupyynnön tekemiseen pystyi hyvin käyttämään sekä ISBAR- menetelmää (Vaasan keskussairaala 2012), että Käypä hoito-suosituksista (2009) löytyvää tukimateriaalia.

7.2 Opinnäytetyön tulokset ja jatkokehitys

Opinnäytetyön tekeminen kaiken kaikkiaan oli opettavaista ja mielestäni onnistuin siinä hyvin. Työn prosessi opetti teorian tiedon lisäksi kärsivällisyyttä ja suunnitelmallisuutta, sillä loppujen lopuksi aikataulutuksestani tuli melko tiukka ja montaa eri osaluetta täytyi saada tekeille yhtä aikaa. Näin välttyin turhalta vastausten odottelulta ja opinnäytetyöni teoriaosuus sekä itse ohje valmistuikin viimeisen syksyn aikana muun opiskelun ohella. Mielestäni ohjeesta tuli selkeä kokonaisuus, vaikkakin valmiin pohjan asettamat asetukset ja rajoitteet hieman vaikeuttivatkin ohjeen toteutusta.

Toiveena on, että ohjeesta olisi mahdollisimman paljon hyötyä käytännössä tukimateriaalina sekä uusien työntekijöiden perehdytyksessä. Ohjeella pyrin myös vaikutta-

maan työntekijöiden turvallisuuteen, joten toivottavasti tarpeen vaatiessa sitä päivitetäisiin. Jatkotutkimusaiheeksi ehdottaisin käytännön koulutuksen tarpeen kartoittamista/ koulutuksen järjestämistä (esimerkiksi simulaatiokoulutus) tai tutkimusta, jossa selvitetään ensihoidon käytännön valmiuksia ja keinoja (esimerkiksi MAPA- tai AVEC- koulutuksien käyttö) kohdatessa aggressiivinen potilas. Laajempaan kokonaisuutena voisi olla turvallisuuden huomioiminen yleisesti, sillä oma opinnäytetyöni on kuitenkin vain pieni osa yhtä turvallisuusosa-aluetta. Keskustellessani opinnäytetyöni aiheesta myös joidenkin Savonlinnan keskussairaalan hoitajien kanssa, kokivat hoitajat selkeyttävät ohjeistukset myös heidän osastoilleen hyödylliseksi. Ehkäpä siitäkin voisi jatkokehitysaihetta kehitellä.

LÄHTEET

Castren, Maaret, Korte, Henna & Myllyrinne, Kristiina 2012. Mielenterveyden erityis-tilanteita. Ensiapuopas. Duodecim. Terveyskirjasto. WWW-dokumentti. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=spr00015. Ei päivitystietoja. Luettu 6.11.2014.

D'arcy, Jaana & Kautto, Seija 2011. Mielenterveyspotilaan kohtaaminen ja hoito. Opas sisätautiosaston henkilökunnalle. Opinnäytetyö. Hyvinkää. Pdf-julkaisu. http://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/32799/Kautto_ja_DArcy%20mielenterveyspotilaan%20kohtaaminen%20ja%20hoito.pdf?sequenc. Päivitetty 6.6.2013. Luettu 20.9.2014.

Ensihoidon palvelutaso 2011. Ohje ensihoitopalvelun palvelutasopäätöksen laatimiseksi sairaanhoitopiireille. Sosiaali- ja terveysministeriö. Pdf-julkaisu. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=2765155&name=DLFE-16118.pdf. Ei päivitystietoja. Luettu 22.10.2014.

ESPL 2014. Ensihoito. WWW-dokumentti. <http://www.mikkeli.fi/pelastuslaitos/sisalto/ensihoito>. Ei päivitystietoja. Luettu 20.9.2014

ESSHP 2014. Ensihoitopalvelun järjestäminen. WWW-dokumentti. http://www.esshp.fi/alltypes.asp?menu_id=2162. Päivitetty 24.8.2014. Luettu 23.10.2014.

Heikkinen, Martti 2011. Tahdosta riippumaton hoito. Lääkäriin käsikirja. Duodecim. WWW-dokumentti. http://www.terveysportti.fi.ezproxy.mikkeliyamk.fi:2048/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00864&p_haku=tarkkailul%C3%A4hete. Päivitetty 21.5.2013. Luettu 23.10.2014.

Hietanen, Seppo & Henriksson, Markus 2002. Kiihtyneen potilaan kohtaaminen. Duodecim. Pdf-dokumentti. <http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo92766.pdf>. Ei päivitystietoja. Luettu 20.9.2014.

Hotus 2014. Hoitotyön tutkimussäätiö. Näyttöön perustuva toiminta. WWW-dokumentti. <http://www.hotus.fi/hoitotyon-tutkimussaatio/nayttoon-perustuva-toiminta>. Ei päivitystietoja. Luettu 31.10.2014.

Huttunen, Matti 2013a. Psykoosi (Mielisairaus). Lääkärikirja. Duodecim. WWW-dokumentti. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00411. Päivitetty 28.6.2013. Luettu 16.10.2014.

Huttunen, Matti 2013b. Skitsofrenia (F20). Lääkärikirja. Duodecim. Terveyskirjasto. WWW-dokumentti. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00148. Päivitetty 28.6.2013. Luettu 16.10.2014.

Huttunen, Matti 2013c. Harhaluuloisuushäiriö. Lääkärikirja. Duodecim. Terveyskirjasto. WWW-dokumentti.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00373. Päivitetty 28.6.2013. Luettu 16.10.2014.

Huttunen, Matti 2008. Psykoosien lääkehoidon käytäntöä. Lääkkeet mielen hoidossa. Duodecim. WWW-dokumentti.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lam00029. Ei päivitystietoja. Luettu 24.10.2014.

HUS 2010. Turvallisuutta kaikkien parhaaksi. Toimintamalli työpaikkaväkivallan ehkäisyyn ja kohtaamiseen. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. Pdf-dokumentti. <http://www.hus.fi/hus-tietoa/henkilosto/Toimintaohjelmat%20ja%20ohjeet/Tyopaikkavakivalta.pdf>. Ei päivitystietoja. Luettu 23.10.2014

Jämsä, Kaisa. & Manninen, Elsa 2000. Osaamisen tuotteistaminen sosiaali- ja terveysalalla. Vantaa : Tammi

Kanerva, Anne & Kuhanen, Carita 2012. Erityiskysymyksiä mielenterveyshoitotyössä. Teoksessa Kuhanen, Carita, Oittinen, Pirkko, Kanerva, Anne, Seuri, Tarja, Schubert, Carla. Mielenterveyshoitotyö. Helsinki; Sanoma Pro Oy.

Kilkku, Nina 2008. Potilasopetus ensipsykoosipotilaan hoidossa. Substantiivinen teoria luottamuksen uudelleen rakentumisesta. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto. Pdf-julkaisu. <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/67909/978-951-44-7492-7.pdf?sequence=1>. Päivitetty 15.8.2014. Luettu 31.10.2014.

Kuhanen, Carita 2012. Mielenterveys ja mielenterveyshoitotyö. Teoksessa Kuhanen, Carita, Oittinen, Pirkko, Kanerva, Anne, Seuri, Tarja, Schubert, Carla. Mielenterveyshoitotyö. Helsinki; Sanoma Pro Oy.

Kuisma, Markku, Holmström, Peter, Nurmi, Jouni, Porthan, Kari & Taskinen, Tuomas 2013. Ensihoito. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Käypä hoito-suositus 2009. Ohje M1- lähetteen täytöstä. WWW-dokumentti. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus?id=nix01384>. Ei päivitystietoja. Luettu 7.11.2014.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785. WWW-dokumentti. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>. Ei päivitystietoja. Luettu 23.10.2014.

Lehikoinen, Susanna & Silvonen, Katri 2013. Mielenterveyspotilaan kohtaaminen ensihoidossa. Simulaatiokoulutus. Opinnäytetyö. Ensihoidon koulutusohjelma. Oulun seudun ammattikorkeakoulu.

https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/61353/Lehikoinen_Susanna%20Silvonen_Katri.pdf?sequence=1. Päivitetty 16.7.2013. Luettu 20.9.2014.

Lehmusoksa, Teemu 2014. Sähköpostiviesti. 24.10.2014. Kenttäjohtaja. Itä-Savon sairaanhoitopiiri.

Leinonen, Esa & Alanen, Hanna-Mari 2009. Deliriumin psykiatriset oireet ja niiden hoito. Suomen lääkärilehti. Duodecim. Terveysportti. WWW-dokumentti.

http://www.terveysportti.fi.ezproxy.mikkeli.ami.fi:2048/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt01694&p_haku=aggressiivisuus. Ei päivitystietoja. Luettu 6.11.2014.

Lönnqvist Jouko & Suvisaari, Jaana 2009. Psykoosi. Sairauksien ehkäisy. WWW-dokumentti.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=seh00066. Ei päivitystietoja. Luettu 18.10.2014.

Lönnqvist, Jouko & Lehtonen, Johannes 2011. Psykiatria ja mielenterveys. Teoksessa Lönnqvist, Jouko, Henriksson, Markus, Marttunen, Mauri & Partonen, Timo. Psykiatria. Duodecim. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Mielenterveyslaki 1116/1990. WWW-dokumentti.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>. Ei päivitystietoja. Luettu 22.10.2014.

Mielenterveystalo 2014. Psykoosiopas. Verkkopalvelu. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. WWW-dokumentti. <https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/itsehoitoja-opaat/opaat/psykoosi/Pages/psykoosiopas.aspx>. Ei päivitystietoja. Luettu 24.10.2014.

Moilanen, Kristiina 2013. Psykoosin arviointi. Duodecimlehti. Pdf-dokumentti.

<http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo10930.pdf>. Ei päivitystietoja. Luettu 24.10.2014.

Mäki, Pirjo & Veijola, Juha 2012. Nuoren ensipsykoosi. Duodecim. Terveysportti. WWW-dokumentti.

http://www.terveysportti.fi.ezproxy.mikkeli.ami.fi:2048/dtk/ltk/avaa?p_artikkeli=duo10025&p_haku=aggressiivisuus. Ei päivitystietoja. Luettu 6.11.2014.

Niemelä, Asko & Laine, Pekka 2007. Psykiatria. Aivojen toimintahäiriöihin liittyvät psykoottiset oireyhtymät. Mäyränpää, Mikko (toim.) Terapia Fennica.fi. Kandidaattikustannus Oy. WWW-dokumentti.

http://therapiefennica.fi/wiki/index.php?title=Aivojen_toimintah%C3%A4iri%C3%B6ihin_liittyv%C3%A4t_psykkiset_oireyhtym%C3%A4t. Päivitetty 11.9.2007. Luettu 18.10.2014.

Päihdehuoltolaki 1986/41. WWW-dokumentti.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1986/19860041>. Ei päivitystietoja. Luettu 23.10.2014.

Reitala, Janne 2002. Potilaan kohtaaminen ja tilan arviointi. Teoksessa Castrén, Maarret, Kinnunen, Ari, Paakkonen, Heikki, Pousi, Jouni, Seppälä, Juhani & Väisänen, Olli. Ensihoidon perusteet. Keuruu; Otavan Kirjapaino Oy.

Rovasalo, Aki 2011. Väkivaltainen potilas. Lääkärin käsikirja. Duodecim. WWW-dokumentti.

http://www.terveysportti.fi.ezproxy.mikkeli.ami.fi:2048/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00837&p_haku=uhkaava%20k%C3%A4yt%C3%B6s. Päivitetty 4.5.2011. Luettu 23.10.2014.

Salokangas, Raimo K. R., Heinimaa, Markus, Svirskis, Tanja, Huttunen, Jukka, Laine, Tiina, Korkeila, Jyrki, Ilonen, Tuula, Ristkari, Terja, Vaskelainen, Leena, Rekola, Jaakko, Heinisuo, Anna-Maria, Heikkilä, Jyrki, Syvälahti, Erkkä, Hirvonen, Jussi, Parkkola, Riitta, Hietala, Jarmo, Klosterkötter, Joachim, Ruhrmann, Stephan, Graf von Reventlow, Heinrich, Linszen, Don, Dingemans, Peter, Birchwood, Max & Patterson, Paul 2007. Psykoosille altis potilas. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia. Pdf-julkaisu.

<https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10250/3287/Tutkimuksia91.pdf?sequence=2>. Päivitetty 17.9.2012. Luettu 20.9.2014.

Salokangas, Raimo K.R & Suomela Tanja 2004. Psykoosin varhaistunnistaminen ja ensi vaiheen hoito. Suomen Lääkärilehti. Duodecim. WWW-dokumentti.

http://www.terveysportti.fi.ezproxy.mikkeli.ami.fi:2048/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00519&p_haku. Ei päivitystietoja. Luettu 18.10.2014.

Skitsofrenia 2013. Käypä hoito- suositus. WWW-dokumentti.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus?id=hoi35050>. Ei päivitystietoja. Luettu 7.11.2014.

SOSTERI 2014. Itä-Savon sairaanhoitopiiri. WWW-dokumentti.

<http://www.isshp.fi/index.asp>. Ei päivitystietoja. Luettu 18.10.2014.

Suvisaari, Jaana, Perälä, Jonna, Viertiö, Satu, Saarni, Samuli, Tuulio-Henriksson, Annamari, Partti, Krista, Saarni, Suoma, Suokas, Jaana, Lönnqvist, Jouko. 2013. Psykoosien esiintyvyys ja alueellinen vaihtelu Suomessa. THL. Pdf-julkaisu.

http://www.laakarilehti.fi/files/nostot/2012/nosto9_1.pdf. Ei päivitystietoja. Luettu 30.3.2014.

STM 2013. Ensihoito. Sosiaali- ja terveysministeriö. WWW-dokumentti.

http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/terveyspalvelut/ensihoito. Päivitetty 25.9.2014. Luettu 1.10.2014.

Tarkoma, Elise, Vuorijärvi, Aino 2010. Ammattisuomen käsikirja. Helsinki: WSOYpro Oy.

TENK 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Hyvä tieteellinen käytäntö. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012.

PDF-julkaisu. http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf. Päivitetty 21.5.2014. Luettu 31.10.2014.

Terveysturvalaki 1326/2010. WWW-dokumentti.

[http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2010/20101326?search\[type\]=pika&search\[pika\]=terveydenhuoltolaki](http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2010/20101326?search[type]=pika&search[pika]=terveydenhuoltolaki). Ei päivitystietoja. Luettu 22.10.2014.

Tiihonen, Eila 2004. Mielisairaudet ja väkivaltainen käyttäytyminen. Suomen työterveyslääkäriyhdistys r.y. Duodecim. WWW-dokumentti. http://www.ebm-guidelines.com/dtk/ltk/avaa?p_artikkeli=ttl00140&p_haku=akuutin. Ei päivitystietoja.

Luettu 6.11.2014.

Vaasan keskussairaala 2012. ISBAR- menetelmä. Pdf-julkaisu.

<http://www.google.fi/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=7&ved=0CDgQFjAG&url=http%3A%2F%2Fwww.vaasankeskussairaala.fi%2FLink.aspx%3Fid%3D1>

233488&ei=5IRrVP-UCsfNygOE24DgBw&usg=AFQjCNEib0eoe2uh2OdA8d35esEeT-te6A&bvm=bv.79908130,d.bGQ. Päivitetty 18.6.2012. Luettu 18.11.2014.

Viertiö, Satu, Perälä Jonna, Saarni, Samuli, Partti, Krista, Saarni, Suoma, Suokas, Jaana, Tuulio-Henriksson, Annamari, Lönnqvist, Jouko, Suvisaari, Jaana 2012. Psykoosi-sairauksiin liittyvä fyysinen sairastavuus ja toimintakyvyn rajoitukset. Suomen Lääkärilehti 11/2012. Pdf-julkaisu.
http://www.laakarilehti.fi/files/nostot/2012/nosto11_2.pdf. Päivitetty 14.3.2012. Luettu 16.10.2014.

Välimäki, Marita, Holopainen, Anja, Jokinen, Maija 2000. Psykiatrinen hoitotyö muutoksessa. Juva; WSOY.

Aggressiivinen psykoosipotilas, ohje virka-apupyynnön tekemiseen



Aggressiivinen psykoosipotilas
Ohje virka-apupyynnön tekemiseen

Ensihoito

9.12.2014

MILLOIN VIRKA-APUPYYNTÖ TEHDÄÄN?

Potilaan tila täyttää tahdosta riippumattoman hoidon kriteerit

- Hänen todetaan olevan mielisairas

Potilas on mielisairautensa vuoksi hoidontarpeessa, jolloin hoitoon toimittamatta jättäminen

- Pahentaisi hänen mielisairauttaan tai
- Vakavasti vaarantaisi hänen terveyttään tai turvallisuuttaan
- Vakavasti vaarantaisi muiden henkilöiden terveyttä tai turvallisuutta

Mitkään muut mielenterveyspalvelujen vaihtoehdot eivät sovellu tai ovat riittämättömät.

Potilas aggressiivinen, kieltäytyy hoidosta ja hänen hoitoon toimittamiseen tarvitaan fyysistä pakottamista → Virka-apupyyntö

Virka-apupyynnöstä vastaa julkista valtaa käyttävä virkasuhteessa oleva lääkäri, mutta tarvittaessa erittäin kiireellisissä tapauksissa kenttäjohtaja tai ensihoitaja voi virkapyynnön tehdä

Kaikissa epäselvissä tilanteissa otettava yhteys suoraan ensihoidon kenttäjohtajaan.

Aggressiivinen psykoosipotilas, ohje virka-apupyynnön tekemiseen

Miten virka-apupyyntö tehdään?

Lääkärin konsultaatio: **SKS sisätautien päivystävä lääkäri: xxx xxx xxxx**

- Esittele itsesi
- Potilaan henkilötiedot
 - Nimi, henkilötunnus, kotipaikkakunta
 - Läheisen yhteystiedot (jos saatavilla)

Esitiedot:

- Aikaisemmat psykiatriset diagnoosit, hoitajaksot
- Nykyisen oireilun alku, laatu, haittaavuus
- Nykyoireilun hoitoyritykset, jos tiedossa

Psyykkisen tilan kuvailu konkreettisesti

- Miten potilas käyttäytyy, miten tulee kontaktiin, mitä sanoo
- Millaista psykoositasoista sairautta epäilet?

→ Mahdollistetaan tahdonvastainen hoidontarpeen arvioon toimittaminen

Perusteltu epäily tahdosta riippumattoman hoidon kriteerien täyttymiseen riittää potilaan lähettämiseen tarkkailulähetteellä (M1) sairaalaan arvioitavaksi

Aggressiivinen psykoosipotilas, ohje virka-apupyynnön tekemiseen

Toiminta virka-apupyynnön jälkeen

Pyri rauhoittamaan tilanne

- **Potilaan, itsesi ja muiden ihmisten turvallisuudesta huolehtiminen**
 - Ympäristö turvalliseksi (kaikki aseeksi kelpaava pois)
 - Ylimääräiset henkilöt pois
 - Varmista oma perääntymistie

- **Selitä potilaalle ja läheisille mitä tapahtuu ja miksi**
 - Pysy rauhallisena, vältä provosoimista
 - Vältä ylimääräistä liikehdintää, huomioi oma asentosi
 - Pidä katsekontakti potilaaseen

Kulje aina hieman potilaan takana, älä rinnalla tai hänen edellään

Älä käännä uhkaavalle tai aggressiiviselle potilaalle selkäsi

Poliisi huolehtii kiinnipidolliset toimenpiteet

Potilaan hoitoon toimittaminen ensisijaisesti ambulanssilla

