



**Psykiatrisen sairaalan hoitajien koettu
osaaminen somaattisissa hätätilanteissa ja
kuolemantapausten jälkihoidossa**

Lomaketutkimus Kellokosken sairaalassa

Jemina Härkönen

OPINNÄYTE	
Arcada	
Koulutusohjelma:	Ensihoito
Tunnistenumero:	6160
Tekijä:	Jemina Härkönen
Työn nimi:	Psykiatrisen sairaalan hoitajien koettu osaaminen somaattisissa hätätilanteissa ja kuolemantapausten jälkihoidossa – Lomaketutkimus Kellokosken sairaalassa
Työn ohjaaja (Arcada):	Heikki Paakkonen
Toimeksiantaja:	Kellokosken sairaala
<p>Kellokosken psykiatrisessa sairaalassa oli vuosi sitten tehty somaattisten ensiapuohjeiden ja -välineiden päivitys ja haluttiin selvittää, kuinka hyvin uudet ohjeet oli hoitajien keskuudessa omaksumattu. Sairaalan psykiatrisen luonteen vuoksi somaattisten hätätilanteiden, kuten elvytysten ja kouristeluiden, kohtaaminen ei ole päivittäistä, joten mahdollinen lisäkoulutuksen tarve haluttiin kartoittaa. Tekeillä oli myös toimintaohje kuolemantapausten varalle, joten tämä aihealue otettiin mukaan tutkimukseen.</p> <p>Menetelmäksi valikoitui empiirinen kyselytutkimus, jolla kerättäisiin sekä kvantitatiivista että kvalitatiivista dataa monivalinta- ja avoimien kysymysten muodossa. Kyselyllä selvitettiin hoitajien subjektiivista näkemystä omasta osaamisestaan ensiapu- ja kuolemantapaustilanteissa sekä annettiin mahdollisuus kertoa toiveista ja kehitysehdotuksista. Lomakekysely jaettiin Kellokosken sairaalan kaikille 11 osastolle.</p> <p>Vastauksia tuli 99 ja vastausprosentti oli 41,3 %. Tuloksista kävi ilmi, että ensiapuvälineiden sijainnin ja välineiden kirjon tuntemus oli erittäin hyvää. Vaikka vain reilu kymmenesosa vastaajista oli käyttänyt ensiapulaukkuja käytännössä, noin 80 % ilmoitti tutustuneensa sen sisältöön. Välineiden ja ensiapulääkkeiden käytön perustaidot olivat myös melko hyvin hallussa. Somaattisista hätätilanteista parhaiten koettiin hallittavan tajuttomuuden, elottomuuden ja hypoglykemian tunnistaminen sekä ensiavun anto. Epävarmuutta sen sijaan herättivät mm. hengitysvajauksen tunnistaminen sekä myrkytyspäilyn ensiarvion teko ja voinnin seuranta, sekä tarvittavien esitietojen arviointi ja keräys ensiaputilanteista ylipäätään. Vajaa puolet vastaajista oli osittain tai täysin samaa mieltä siitä, että on saanut riittävästi ensiapukoulutusta, ja noin puolet osittain tai täysin samaa mieltä omien ensiaputaitojensa riittävydestä. Kuolemantapauksiin liittyen parhaiten tunnistettiin toissijaiset kuolemanmerkit, ja noin 75 % vastaajista omasi jonkinlaisen kokonaiskäsityksen tilanteissa hoidettavista asioista. Epävarmuutta herättivät vainajan käsittelyyn ja siirtoon liittyvät asiat sekä omaisille ilmoittaminen. Avoimissa kysymyksissä tuli esille yleinen toive ensiapukoulutuksen sekä välineiden käytön tiiviimmistä kertaushetkistä todellisten tilanteiden vähyden vuoksi. Myös selkeitä toimintaohjeita toivottiin siihen, missä tilanteissa elvytys aloitetaan, jos potilas on löydetty elottomana.</p> <p>Sekä psykiatrian puolen hoitajien että lääkäreiden somaattisia ensiaputaitoja on tutkittu suhteellisen vähän. Haasteita tuottaa usein todellisten tilanteiden vähyys sekä psykiatrian toimintojen oleminen erillään somatiikasta. Aineista olisi kuitenkin varmasti myös laajemmille jatkotutkimuksille, sillä hoitohenkilökunnan somaattinen ensiapuosaaminen psykiatrian puolella on myös keskeinen potilasturvallisuuskysymys.</p>	
Avainsanat:	Kellokosken sairaala, psykiatria, somaattinen hätätilanne, ensiapu, hätäensiapu, kuolema
Sivumäärä:	50 +22
Kieli:	suomi
Hyväksymispäivämäärä:	6.9.2017

DEGREE THESIS	
Arcada	
Degree Programme:	Emergency care
Identification number:	6160
Author:	Jemina Härkönen
Title:	How the nurses in a psychiatric hospital experience the level of their skills and knowledge in somatic first aid situations and in cases of death – a form study in Kellokoski hospital
Supervisor (Arcada):	Heikki Paakkonen
Commissioned by:	Kellokoski hospital
<p>Kellokoski psychiatric hospital had updated their instructions and equipment for somatic first aid situations one year ago. They wanted to find out how well those had been acquired by the psychiatric nurses, who don't meet somatic emergency situations daily, as for example resuscitations or cramp attacks, and therefore the thesis was meant to find out whether there was a need for further first aid training. There was also a team at the hospital working for to create a directive for the cases of death, so the subject was included in the thesis.</p> <p>An empirical written questionnaire was selected as method. There were both open and multiple choice questions to create both qualitative and quantitative perspective. The aim was to gain the data about how the nurses subjectively experience their knowledge and skills regarding somatic first aid situations and cases of death. They were also given the opportunity to freely express their wishes or suggestions. The questionnaire was distributed to all of the 11 wards of the hospital.</p> <p>99 responses were received resulting the response rate of 41.3 %. The results showed that the knowledge regarding the locations and selection of the equipment was very good. Although only a good 1 of 10 respondents had experience of using the first aid kit in practice, 80 % had acquainted themselves with the content. Also the use of the equipment and first aid drugs were pretty good under control. With regard to the somatic emergency situations the most commonly well-known matters were how to recognize and give first aid to an unconscious, lifeless and hypoglycemic patient. Identification of respiratory insufficiency and the first assessment as well as the follow-up of a patient suffering from intoxication were experienced challenging. Giving the first aid in practice was experienced more easy than collecting background information about the situation. Almost half of the respondents agreed partly or completely with the statement that the amount of first aid training they had gotten was sufficient, and approximately half of the respondents partly or completely agreed their own first aid skills to be sufficient. According to the replies in case of death section 75 % told that they had some idea of what kind of matters has to be taken care of in case of death, and the majority of the respondents also told that they recognize the secondary signs of death. What the respondents were insecure about was the directive about treatment and transfer of the deceased and things according to the announcement to the bereaved. General wish about having first aid and equipment training more often because of the lack of real situations was expressed. Clear instructions about when to proceed to the resuscitation when a person is found lifeless was as well asked for.</p> <p>First aid skills of both psychiatric nurses and doctors have not been studied much. The challenges are the rare appearance of real situations and the fact that psychiatric care usually is arranged in isolation and apart from the somatics. Further studies about this topic would perhaps be important, because somatic first aid skills in the field of psychiatry can be seen as a matter of patient safety.</p>	
Keywords:	Kellokoski hospital, psychiatry, somatic emergency situations, first aid, lifesaving first aid, death
Number of pages:	50 + 22
Language:	Finnish
Date of acceptance:	6 September 2017

EXAMENSARBETE	
Arcada	
Utbildningsprogram:	Akutvård
Identifikationsnummer:	6160
Författare:	Jemina Härkönen
Arbetets namn:	Vårdarnas upplevelser av sitt kunnande i somatiska nödsituationer samt dödsfall på ett psykiatriskt sjukhus – blankettstudie på Kellokoski sjukhus
Handledare (Arcada):	Heikki Paakkonen
Uppdragsgivare:	Kellokoski sjukhus
<p>Första hjälpen instruktioner samt redskap på Kellokoski psykiatriska sjukhus hade blivit uppdaterade ett år sedan, och man ville ta reda på hur bra vårdarna hade lagt sig till med de nya direktiven. På grund av sjukhusets psykiatriska natur är det inte varje dag vårdarna möter somatiska nödsituationer såsom återupplivningar eller krampanfall, och därför ville man kartlägga om det fanns behov av ytterligare första hjälpen utbildning. Det fanns också en arbetsgrupp på sjukhuset som skulle sammansätta instruktioner för hur man hanterar dödsfall, så detta tema inkluderades i studien.</p> <p>En empirisk enkätstudie valdes som forskningsmetod. Forskningsblanketten innehöll både öppna- och flervalsfrågor för att motta både kvalitativ och kvantitativ information. Man ville få reda på hur vårdarna subjektivt upplevde sitt kunnande angående första hjälpen- samt dödsfallsituationer, och dessutom hade de en möjlighet att framställa sina önskemål samt utvecklingsidéer. Forskningsblanketten delades ut på alla 11 avdelningar på Kellokoski sjukhus.</p> <p>Det var 99 av ca 240 personer som deltog i studien så svarsprocenten blev 41,3 %. Forskningsrönen visade att kännedom om lägen och urval av första hjälpen redskap var riktigt bra. Även om bara en dryg tiondedel hade använt förstahjälpsväskan i en riktig situation, så sade 80 % att de hade bekantat sig med innehållet. Hur man använder redskapen samt första hjälpen mediciner trodde sig största delen veta ganska bra. Med anknytning till somatiska nödsituationer så var det medvetlösheten, livlösheten samt hypoglykemi som upplevdes som lättaste att känna igen samt åtgärda. Att ge första hjälpen kändes i allmänhet lättare än att samla bakgrundsinformation om situationen. Saker, som väckte osäkerhet hos deltagarna var att känna igen respiratorisk insufficiens, göra en första uppskattning om en intoxikationspatient samt uppfölja hans tillstånd. Nästan hälften av deltagarna var delvis eller totalt av samma åsikt om att de har fått tillräckligt med första hjälpen träning, och ca hälften delvis eller helt av samma åsikt om att deras första hjälpen kunskaper är tillräckligt bra. Angående dödsfall svarade ca 75 % att de har någon sorts helhetsuppfattning om vad som bör beaktas efter ett dödsfall. De flesta skulle också känna igen de sekundära dödstecknen. Osäkerhet väckte hanteringen och förflyttningen av den avlidne, samt hur och när man borde meddela om dödsfallet till de anhöriga. Via öppna frågor hade många ändå framfört sitt önskemål om att få flera repeterings- och övningstillfällen också med redskap på grund av ringa antal riktiga situationer. Man skulle också gärna ha direktiv om i hurdana situationer man påbörjar återupplivning, om en patient hittas livlös.</p> <p>Man har forskat ganska lite om psykiatriska vårdares samt läkares första hjälpen kunskaper. Att det finns ringa antal riktiga situationer samt att den psykiatriska vården ofta är separerad från den somatiska sidan skapar utmaningar. Det skulle ändå vara viktigt att forska kring ämnesområdet vidare, eftersom det kan ses som ett ärende om patientsäkerhet att de psykiatriska läkarna samt vårdarna har goda första hjälpen kunskaper.</p>	
Nyckelord:	Kellokoski sjukhus, psykiatri, somatiska nödsituationer, första hjälpen, livräddande första hjälpen, döden
Sidoantal:	50 + 22
Språk:	finska
Datum för godkännande:	6 september 2017

Sisällysluettelo

1	Johdanto	8
1.1	Tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset	9
1.2	Käsitteitä	10
1.3	Tiedonhaku	11
2	Kellokosken sairaala	12
2.1	Historiaa	12
2.2	Psykiatria ja somatiikka Kellokosken historiassa	12
2.3	Kellokosken sairaala tänä päivänä	13
2.3.1	<i>Varautuminen somaattisiin hätätilanteisiin</i>	14
3	Somatiikka psykiatriassa	15
3.1	Riskitekijöitä psykiatristen potilaiden somaattisiin ongelmiin	15
3.1.1	<i>Skitsofreniaan ja psykoosilääkitykseen liittyvät somaattiset terveyshaasteet</i>	16
3.1.2	<i>Somaattisen terveyden seuranta ja potilaan ohjaus</i>	16
3.1.3	<i>Psykiatriset pitkäaikaissairaudet ja kuolleisuus</i>	16
3.2	Psykosomaattiset oireet, somatisaatio ja somatoformiset häiriöt	17
3.3	Psykiatriassa tarvittavat somaattiset ensiaputaidot	17
3.3.1	<i>Psykiatrisen potilaan somaattinen ensiarvio</i>	18
3.3.2	<i>Kokemuksia somaattisten ensiaputaitojen koulutuksesta muualla</i>	18
4	Kuolema sairaalassa	20
4.1	Fysiologiaa	20
4.2	Kuolemasta ilmoittaminen ja salassapito	20
4.3	Kuoleman toteaminen	21
4.3.1	<i>Vainajan siirtäminen säilytystiloihin</i>	21
4.4	Kuolemansyyn selvittäminen	22
4.4.1	<i>Lääketieteellinen kuolemansyyn selvittäminen</i>	22
4.4.2	<i>Poliisin osallisuus</i>	22
4.4.3	<i>Oikeuslääketieteellinen ruumiinavaus</i>	23
4.4.4	<i>Oikeuslääketieteellinen kuolemansyynselvitys ilman ruumiinavausta</i>	24
4.5	Vainajan käsittely ja laitto	24
4.6	Itsemurha kuolinsyynä	25
5	Tutkimusmenetelmä	26
5.1	Tutkimuseettiset näkökulmat	26
5.2	Tutkimuslomakkeen laatiminen	26
5.3	Tutkimuksen toteutus	28

6 Tulokset.....	29
6.1 Taustatiedot.....	29
6.2 Ensiapuvälineet	30
6.3 Somaattiset hätätilanteet.....	33
6.4 Kuolemantapaukset.....	38
6.5 Yhteenveto	41
7 Pohdinta ja johtopäätökset	43
7.1 Pohdinta	43
7.2 Reliabiliteetti ja validiteetti	44
7.3 Johtopäätökset	46
7.4 Jatkotutkimusehdotukset.....	46
Lähteet.....	48
Liitteet.....	51

Kuviot

<i>Kuvio 1. Vastaajien (N= 87) sukupuolijakauma</i>	29
<i>Kuvio 2. Vastaajien (N= 95) ikäjakauma vuosina</i>	29
<i>Kuvio 3. Elossapitopussin tuttuus (N= 98)</i>	30
<i>Kuvio 4. Ensiapuvälineiden sijainnin tuntemus</i>	31
<i>Kuvio 5. Kädentaidot ja välineiden käyttö</i>	31
<i>Kuvio 6. Ensiapuläkkeet</i>	32
<i>Kuvio 7. Somaattiset hätätilanteet – tilanteiden tunnistaminen ja tilannearvio</i>	34
<i>Kuvio 8. Somaattiset hätätilanteet – esitietojen keräys</i>	36
<i>Kuvio 9. Somaattiset hätätilanteet – ensiavun anto</i>	36
<i>Kuvio 10. Omien ensiaputaitojen sekä saadun ensiapukoulutuksen koettu riittävyys (N=99)</i>	37
<i>Kuvio 11. Elottomuuden ensiarvio ja kuolemantapaustilanteessa toimiminen</i>	39
<i>Kuvio 12. Kuolemantapauksesta ilmoittaminen (N=96)</i>	39
<i>Kuvio 13. Vainajan käsittely (N=96)</i>	40

Taulukot

<i>Taulukko 1. Vastaajien (N) iän ja työkokemusvuosien yhteys omien ensiaputaitojen koettuun riittävyyteen</i>	38
--	----

1 JOHDANTO

Olin menossa Kellokosken sairaalaan suorittamaan psykiatrisen hoitotyön harjoittelua, ja otin sairaalaan yhteyttä kysyäkseni mahdollisista ensihoitoon liittyvistä projekteista, joissa voisin opinnäytetyölläni olla avuksi. Ensiaputilanteet psykiatrian sisällä kiinnostivat, sillä psykiatriassa hoitavan henkilöstön osaaminen painottuu psyykeen, ja siten somaattisten eli kehollisten vaivojen hoitaminen ei samalla tavoin ole rutiinia kuin muissa sairaaloissa. Selvisi, että käynnissä oli parikin erilaista projektia, joiden pohjaksi tarvittaisiin taustaselvityksiä, joten näiden selvitysten teosta sain itselleni opinnäytetyön.

Aiheenani on psykiatrisen sairaalan hoitajien koettu osaaminen somaattisissa hätätilanteissa ja kuolemantapausten jälkihoidossa. Somaattisilla hätätilanteilla tarkoitan työssäni kehollisuuteen ja fyysisyyteen liittyviä hätätilanteita, kuten esimerkiksi myrkytystä, kouristusta tai elvytystä. Kellokosken sairaalassa lanseerattiin kesällä 2016 uudet ensiapuohjeet sekä uusi välinepakki somaattisten hätätilanteiden varalle, ja työssäni selvitän, kuinka hyvin nämä ohjeistukset ja välineet ovat tulleet tutuiksi: tunnistetaanko somaattiset hätätilanteet, osataanko niissä toimia, osataanko asianmukaista lisäapua hälyttää ja osataanko olemassa olevia välineitä käyttää. Tämän selvityksen avulla on tarkoitus löytää ne asiat, joihin liittyvää koulutusta tai ohjeistusta tulisi tarkentaa, jotta hoitajien varmuus näissä tilanteissa kasvaisi. Selvitys on osa Kellokosken sairaalan Terveystupa-projektikonaisuutta, joka liittyy somatiikan puoleen psykiatrian sisällä. Aiempaa tutkimustietoa etsiessäni huomasin myös, että suurin osa somatiikkaan ja psykiatriaan liittyvistä tutkimuksista liittyi somaattisten sairauksien hoitamiseen, ei niinkään somaattisiin hätätilanteisiin. Tämänkin vuoksi toivon työni tarjoavan uutta näkökulmaa ja pohjaa mahdollisille jatkotutkimuksille.

Työni toinen ulottuvuus liittyy sairaalassa sattuviin kuolemantapauksiin. Näiden tilanteiden varalle oltiin sairaalassa luomassa kirjallista ohjeistusta, mitä asioita kuoleman jälkeisissä tilanteissa on hoidettavana, joten selvitän työssäni sitä, mitkä asiat kuolemanjälkeisissä tilanteissa tuntuvat epävarmoilta, jotta ohjeistuksessa pystytään siten huomioimaan erityisesti nämä asiat. Teen selvitykseni kirjallisella kyselytutkimuksella kohderyhmänäni Kellokosken sairaalan kaikilla 11 osastolla työskentelevät hoitajat. Keskityn hoitajien näkökulmaan, koska he usein ovat ensimmäisinä paikalla näissä tilanteissa.

Teoriaosiossa käyn läpi yleistä tietoa Kellokosken sairaalasta sekä siellä käytössä olevista ensiapuohjeistuksista ja välineistä sekä asioista, joita psykiatrian sisäisissä somatiikan hätätilanteissa on erityisesti huomioitava. Lisäksi käydään läpi psykiatriisiin sairauksiin sekä niiden hoitoon liittyviä somaattisille sairauksille altistavia riskitekijöitä. Teorian toinen osio keskittyy kuolemantapauksiin sairaalan sisällä: minkälaista lainsäädäntöä tilanteisiin liittyy, miten kuolema todetaan, kenelle siitä ilmoitetaan ja miten vainajaa käsitellään. Työssäni en ota kantaa kuolemaan mahdollisesti johtaneisiin syihin tai niiden ennaltaehkäisyyn, vaan selvitys keskittyy tilanteisiin kuoleman jälkeen. Myöskään varsinaista teoriaa liittyen erilaisiin ensiaputilanteisiin en käsittele, sillä tavoitteena on selvittää nykyisten ohjeistusten riittävyys sekä mahdollinen laajennuksen tarve. Lähteinä käytetään sekä aikaisempia tutkimuksia, lakitietoa, aiheeseen liittyvää kirjallisuutta, nettiartikkeleja että sairaalan omia ohjeistuksia.

Sen lisäksi, että työlläni on konkreettinen käytännön hyöty, olen iloinen siitä, että minulla on tämän opinnäytetyöprosessin aikana mahdollisuus laajentaa näkemystäni ja ymmärrystäni niihin ensiaputilanteisiin liittyen, jotka tapahtuvat psykiatrian piirissä hoitolaitoksissa. Tällöin paikalla on ensiapua antamassa hoitotyön ammattilaisia, joiden ydinosaaminen kuitenkin on vahvasti psykiatrissa, eikä somaattisissa ensiaputilanteissa toimiminen usein ole arkipäivää. Tämän työn kautta toivon saavani paremman ymmärryksen siitä, minkälaisen suhteen psykiatriassa saattaa esiintyä epävarmuutta, ja osaan siten myös itse ensihoitajana paikalle tullessani ottaa tilanteen kokonaisuutena paremmin huomioon. Koen tämän erittäin arvokkaana oppimismahdollisuutena.

1.1 Tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset

Työn *tarkoitus* on siis selvittää, miten hyvin hoitajat kokevat tuntevansa nykyiset ensiapuohjeet ja välineet, minkälaiset somaattiset hätätilanteet herättävät eniten epävarmuutta, sekä mitkä asiat kuoleman jälkeisten tilanteiden hoidossa tuntuvat epäselviltä. *Tavoitteena* on tuottaa tietoa hoitajien nykyisestä koetusta ensiapuosaamisesta sekä asioista, jotka tuntuvat epäselviltä kuolemantapausten hoidossa, jotta tätä tietoa sitten voitaisiin hyödyntää arvioitaessa ensiapuohjeiden ja -koulutusten päivitys- ja kehittämistarpeita sekä laadittaessa ohjeita kuolemanjälkeisten tilanteiden hoitoon.

Tutkimuskysymykset ovat seuraavat:

- 1) Kuinka hyvin hoitajat kokevat tuntevansa ja osaavansa käyttää ensiapulaukkujen sisältämiä välineitä ja lääkkeitä?
- 2) Minkälaisiin somaattisiin hätätilanteisiin ja mihin osa-alueisiin niiden hoidossa liittyy eniten epävarmuutta psykiatrisilla osastoilla?
- 3) Mitkä asiat kuoleman jälkeisten tilanteiden hoidossa herättävät epävarmuutta?

1.2 Käsitteitä

Psykiatria

Psykiatriassa tutkitaan ja hoidetaan mielenterveyshäiriöistä kärsiviä potilaita. Psykiatriseen erikoissairaanhoidon johtavia yleisimpiä syitä ovat erilaiset elämäntilannekriisit, psykoosit kuten skitsofrenia, pitkittynyt masennus, vaikeat persoonallisuushäiriöt, itsetuhoiset ajatukset sekä itsemurhayritys. Erikoisaloina ovat muun muassa lasten-, nuoriso-, aikuis-, vanhus-, oikeus- ja päihdepsykiatria. (Hus 2017a)

Somaattinen hätätilanne

Somaattisella tarkoitetaan jotakin ruumiiseen tai elimelliseen liittyvää, vastakohtana henkiseen tai sielulliseen (Duodecim Terveyskirjasto 2016). *Somaattisella hätätilanteella* tarkoitetaan tässä työssä ensiapua vaativaa tilannetta, joka on luonteeltaan somaattinen eli ruumiillinen, kuten kouristuskohtaus, tajuttomuus tai haava. Koska työssä keskitytään psykiatrisessa ympäristössä sattuviin hätätilanteisiin, on niiden kuvaamiseen liitetty sana *somaattinen* selventämään, että kyseessä ei ole psykiatrinen hätätilanne.

Ensiapu ja hätäensiapu

Ensiavulla tarkoitetaan toimenpiteitä, jotka voidaan tehdä ilman monimutkaisia apuvälineitä äkillisesti sairastuneen tai loukkaantuneen potilaan auttamiseksi. Myös lisäävun hälyttäminen kuuluu ensiaputaitoihin. *Hätäensiapu* puolestaan tarkoittaa toimenpiteitä,

jotka parhaimmillaan ehkäisevät potilaan menehtymisen. Näitä voivat olla esimerkiksi peruselvytys, hengitystien avaaminen manuaalisesti, verenvuodon tyrehtyttäminen paineiteella sekä ensiarvion teko. *Ensiavulla* on yleisesti tarkoitettu maallikon antamaa ensiapua hoitolaitoksen ulkopuolella, ja *ensihoidolla* puolestaan tapahtumapaikalle kuljettua ensihoitoa, kuten ambulanssia. (Castrén et al. 2012 s. 18). Tässä työssä käsitettä *ensiapu* on kuitenkin käytetty kuvaamaan hoitolaitoksen sisällä annettua, terveydenhuollon ammattihenkilöiden suorittamaa ensiapua, jotta tämä erotetaan ambulanssilla paikalle tulevien ensihoitajien antamasta *ensihoidosta*.

1.3 Tiedonhaku

Aiheeseen liittyviä tutkimuksia on haettu muun muassa seuraavista tietokannoista: Medic, PubMed, Sage ja Academic search elite EBSCO. Käytettyjä hakusanoja olivat eri yhdistelmillä esimerkiksi mental disorder AND physical illness, psychiatry AND somatic OR first aid, psychiatry OR mental health OR mental illness AND first aid OR emergency treatment, mielenterveys, somaattinen, somatiikka, ensiapu, ensihoito, elvytys, elottomuus, kuolema, psykiatria, itsemurha, vainaja. Tutkimuksia haettiin noin 20 viime vuoden sisältä suomeksi, ruotsiksi ja englanniksi. Tutkimuksen tekemäitä ei rajattu. Hakuja tehtiin myös Helmet kirjastojen painetun aineiston hausta hakusanoilla psykiatria, mielenterveys, somatiikka, somaattinen ensiapu, hätätilanne, psyykkinen ensiapu.

Suurin osa psykiatrian ja ensiavun yhteishakutuloksista liittyi psyykkiseen ensiapuun, ja psykiatrian ja somatiikan yhteishauista somaattisten sairauksien hoitoon psykiatriassa. Somaattisista hätätilanteista eli ensiaputilanteista psykiatriassa ei merkittävästi löytynyt suoraa tutkimustietoa. Täten lähestymistapa teoriaosiossa on jokaista aihealuetta erikseen käsittelevä, ja yhdistäviä lähteitä on sen verran, kuin niitä löytyi. Myös Theseus opinnäytetyötietokantaa ja siten muiden vastaavien töiden lähdeluetteloita on käytetty apuna sopivien lähteiden etsimisessä.

2 KELLOKOSKEN SAIRAALA

2.1 Historiaa

Kellokosken mielisairaalatoiminta käynnistyi vuonna 1915, kun Uudellemaalle haluttiin Lapinlahden sairaalan lisäksi toinen sairaala. Sitä ennen suurin osa potilaista hoidettiin vaivaistalojen mielisairasosastoilla. Kellokosken sairaala-alue koostuu eri aikoina rakennetuista rakennuksista kartanoineen, puutarhoineen, nurmikenttineen ja taideteoksineen. (Vataja et al. 2015 s. 6). Kellokoski on alusta asti ollut edistyksellinen sairaala, jossa on otettu Suomen mittapuulla nopeasti käyttöön ulkomailla käytössä olleita tutkimus- ja hoitomenetelmiä, kuten esimerkiksi insuliinihoito, malariahoidot, lobotomieikkaukset sekä sähköshokkihoito. Sähköshokkihoitoa eli ECT-terapiaa käytetään menestyksekkäästi vielä tänäkin päivänä. Hoitojen kehittämisen ja kokeilujen lisäksi arvoja ja etiikkaa on pohdittu alusta asti, sekä pyritty osallistamaan potilaita hoitoon ja lisäämään psykiatrian itsemäärystä. (Vataja et al. 2015 s. 6, 27, 40–49)

2.2 Psykiatria ja somatiikka Kellokosken historiassa

Ennen 1950-lukua Kellokosken potilaiden hoito päättyi usein kuolemaan somaattisten vaivojen hoitamattomuuden vuoksi. Sairaalaan saatettiin tuoda esimerkiksi sekavia ja levottomia potilaita, joiden käytöksen syy saattoi olla akuutti maksakirroosi, aivovamma tai alkoholidelirium. Keuhkokuumeeseen, kouristuksenjälkeiseen tajuttomuuteen ja runsaisiin verioksennuksiinkin oli hoitona vain seuranta ja vuodelepo. 1930-luvun jälkeen löytyy kuitenkin jo seurantamerkintöjä potilaan pulssista, ruumiinlämmöstä ja hengityksen laadusta. Kuumetta osattiin viilentää kääreillä ja sydämen tykyttelyyn antaa digitalisliuosta. Tulee kuitenkin ottaa huomioon, että ennen 1950 lukua tiettyjen hoitojen heikot lopputulokset eivät olleet sairaalakohtaisia, vaan samat menetelmät ja käytännöt olivat käytössä kaikkialla. (Vataja et al. 2015 s. 62)

1950-luvun jälkeen osattiin jo lähettää sisätautiklinikalle esimerkiksi insuliinikoomahoidossa komplikaatioita saaneita potilaita. 1930-luvun jälkeen lääkärit alkoivat myös tehdä psykiatrisista potilaista laajempia terveystarkoituksia, jotka kattoivat muun muassa sisä-

taudit, neurologian, pulmologian ja gynekologian. Tutkimusmenetelminä yleistyivät verinäytteen ja selkäydinpunktiot. 1960-luvulta alkaen myös lääkäreiden kirjaukset potilaista alkoivat olla kattavampia, ja sisälsivät nykyisenkaltaista potilaan voinnin ja hoitopäätösten kuvailua. (Vataja et al. 2015 s. 63–64)

Vuonna 1991 astui voimaan erikoissairaanhoidolaki, joka yhdisti sairaanhoitopiirien kuntayhtymien kautta psykiatrian ja somaattiset erikoisalut. Hyvinkään sairaanhoitoalue yhdistettiin neljästä aikaisemmasta kuntaliitosta. Psykiatrian ja somatiikan yhdistyminen herätti keskinäisiä epäluuloja sekä hallinnollisia haasteita, joita 90-luvun alun lama ei ainakaan helpottanut. (Vataja et al. 2015 s. 8-9)

Psykiatriassa on aina vallinnut voimakas tahto pitäytyä erillään somaattisista toiminnoista, minkä ajateltiin pitävän yllä autonomiaa ja omaa identiteettiä. Kellokosken kyälyhteisöllinen identiteetti on kuitenkin aina ollut vahva muun muassa voimakkaiden johtopersonien, kulttuuritoiminnan kehittämisen, kansainvälisen yhteistyön ja talkooperin- teiden ansiosta. Potilaiden asemaa on myös jatkuvasti pyritty parantamaan. 1990-luvun lopulla sekä psykiatrian että somatiikan kehitystä yhdistivät avohoitopainotteisuus, näyttöön perustuvien hoitokäytäntöjen etsiminen ja niiden kustannustehokkuuden arvioiminen sekä toimintamallien yhdenmukaistaminen. (Vataja et al. 2015 s. 10–12)

2.3 Kellokosken sairaala tänä päivänä

Kellokosken sairaala tarjoaa psykiatriasta erikoissairaanhoidoa. Sairaalan erikoisalut ovat oikeuspsykiatria, vaikeahoitoiset potilaat, skitsofrenian kuntoutus sekä vaikeasti oireilevat lapset ja nuoret. Sairaalassa on lisäksi kaksi Hyvinkään sairaanhoitoalueen akuutti-psykiatriasta osastoa. Kellokosken sairaalan tehtävänä on parantaa psyykkisistä häiriöistä kärsivien potilaiden toimintakykyä, elämänlaatua ja terveydentilaa sekä vähentää sairastavuuteen liittyvää kärsimystä ja haittaa. (Hus 2017)

Kellokosken sairaala käsittää 11 osastoa. Näistä 1 ja 2 ovat Hyvinkään sairaanhoitoalueen suljettuja vastaanotto- ja hoito-osastoja mielialahäiriö- ja psykoosipotilaille. P10, P20 ja P30 ovat suljettuja oikeuspsykiatrisia tutkimus- ja hoito-osastoja, P24, P40 ja P50 suljet- tuja psykoosisairauksien hoito- ja kuntoutusosastoja, B11 ja B19 nuorisopsykiatrian osa-

toja sekä P22 psykogeriatrinen tutkimus ja hoito-osasto. Sairaalan palveluihin kuuluu lisäksi laajat toiminnalliset kuntoutusmahdollisuudet sekä muun muassa psykologien, sosiaalityöntekijöiden, toiminta- ja musiikkiterapeuttien palvelut, liikuntapalvelut, sairaalateologit, sairaalakoulu sekä sairaalamuseo. (Hus 2017)

2.3.1 Varautuminen somaattisiin hätätilanteisiin

Kellokosken sairaalan nykyiset tavoitteet (Liite 2) somaattisen ensiavun suhteen ovat hätätilanteiden tunnistaminen, ensiavun antaminen, avun hälyttäminen oikeaan aikaan ja oikeaan paikkaan sekä hoitotarvikkeiden ja lääkkeiden käytön osaaminen. Kaikilta osastoilta sekä sairaalan vahtimestarin työpisteeltä tulee löytyä ”elossapitopussi” eli ensiapulaukku, joka sisältää hoito-ohjeet ensiaputilanteisiin sekä ohjeet avun hälyttämiseen tarkkoine toimipaikkaosoitteineen, ventilointipalkeen, maskin, nieluputkia, happisaturaatiomittarin, verenpainemittarin, kuumemittarin, verensokerimittarin, sakset sekä stetoskoopin. Osastojen lääkevalikoimasta tulee löytyä Carbomix, Histec, Epipen, Glucagen, Ste-solid, Dinit sekä ASA. Lisäksi lähimmän defibrillaattorin tulee olla 3 minuutin hakumatkan päässä. (Liite 2)

Elossapitopusseista löytyvät manuaalit (Liite 3) sisältävät hoito-ohjeet anafylaksiaan, hengitysvajaukseen, hypoglykemiaan, myrkytykseen, tajuttomuuteen, tajuttomuuskouristuskohtaukseen sekä elvytykseen. Manuaalista löytyy myös toimipaikan osoite, lähimmän defibrillaattorin, happipullon, laryngoskoopin, Magillin pihtien, EKG:n sekä imulaitteen sijainti, listaus ensiapulääkkeistä ja ensiapulääkkeiden retkipakkauksesta sekä listaus pussissa olevista ensiapuvälineistä. Hoito-ohjeissa on eritelty ohjeet kunkin sairaustilan välittömän ensiarvion tekoon, tarvittavien peruselintoimintojen mittaukseen, esitietojen keräykseen, avun hälyttämiseen sekä ensiapuun. (Liite 3)

Näiden uudistusten tullessa voimaan vuonna 2016 järjestettiin Kellokosken sairaalassa suuri koulutustapahtuma aiheesta yhteistyössä alueen ensihoidon kanssa. Hätätilannepäivitys on lisäksi huomioitu elvytyskoulutuksissa. (*suullinen tiedoksianto*: Eskelinen S, LT, osastonlääkäri, HySha Psykiatria, Terveystupa)

3 SOMATIikka PSYKIATRIASSA

3.1 Riskitekijöitä psykiatristen potilaiden somaattisiin ongelmiin

On hyvin yleistä, että mielenterveysongelmista kärsivien potilaiden hoitokontaktit terveydenhuollon palveluihin liittyvät lähinnä mielenterveysasioiden hoitoon. Mielenterveysongelmat kuitenkin usein heikentävät potilaan kykyä tulkita fyysisiä oireitaan ja huolehtia itsestään, minkä vuoksi alalla työskentelevillä on korostunut vastuu tarkkailla ja tarvittaessa puuttua myös potilaan fyysiseen terveyteen. (De Hert et al. 2011)

Psykiatriisiin sairauksiin liittyy useita riskitekijöitä, jotka lisäävät somaattista sairastavuutta sekä vaikeuttavat hoitoon hakeutumista. Osa näistä liittyy potilaaseen itseensä ja osa hoitojärjestelmään. Potilaaseen liittyviä ovat esimerkiksi heikentynyt kivun tuntemus, aloitekyvyn lasku sekä kognitiivisten puutosoireiden tuoma vaikeus hahmottaa terveydenhuoltojärjestelmää. Eristäytyneillä potilailla myös läheisten tuen puute voi vaikeuttaa avun hakemista ja hoito-ohjeiden noudattamista. (Salokangas 2009). Hoitojärjestelmään liittyviä tekijöitä ovat esimerkiksi työterveyspalveluiden puuttuminen, mikäli henkilö on työtön tai eläkkeellä, taloudelliset vaikeudet sekä psykiatristen hoitojärjestelmän oleminen erillään yleissairauksien hoidosta. Ongelmana on myös mahdollisuus siitä, että potilaan fyysiset oireet tulkitaan psyykkisiksi. (Salokangas 2009). Monesti myös psykiatrian lääkärinkunnan vahva painottuminen psykiatristen sairauksien hoitoon ja siten somaattisen osaamisen ja huomiokyvyn osuuden vähyys voi hidastaa ja heikentää potilaiden fyysisiin ongelmiin reagoimista (De Hert et al. 2011 & Salokangas 2009). Täten voitaneen päätellä, että hyvä somaattisten perussairauksien hoito joiltakin osin ennaltaehkäisisi somaattisten hätätilanteiden syntymistä.

Somaattisten vaivojen lisäksi monet psykiatriset sairaudet lisäävät myös itsetuhoista käyttäytymistä sekä itsemurhavaaraa (Heilä 2016). Tämän vuoksi psykiatrian somatiikan hoidossa on otettava huomioon myös itse aiheutetut vammat ja tapaturmat. Näiden seikkojen valossa voitaneen todeta, että psykiatrian hoidon piirissä on varauduttava myös ensiavul-lisesti somaattisten hätätilanteiden hoitoon, joiden taustalla voi olla sekä somaattisia sairauksia että itseaiheutettuja vammoja ja tapaturmia.

3.1.1 Skitsofreniaan ja psykoosilääkitykseen liittyvät somaattiset terveyshaasteet

Skitsofreniapotilailla on yleensä useita terveyshaasteita: liikuntatottumukset ovat usein vähäisiä ja ruokavalio yksipuolinen, ja alkoholia, tupakkaa ja huumausaineita kuluu keskimääräistä useammin. Lisäksi psykoosilääkkeisiin liittyy useita haittavaikutuksia kuten painonnousua, prolaktiinin liikaeritystä, neurologisia oireita, sydän- ja verenkuvamuutoksia sekä näkö-, virtsaus- ja vatsan toimintahäiriöitä. Etenkin klotsapiinilääkitystä käytäviltä on tärkeää seurata säännöllisesti verenkuvaa ja yleisvointia harvinaisen, mutta vaarallisen sivuvaikutuksen, valkosolukadon varalta. Jotkin antipsykootit lisäävät myös seipelvaltimotautiriskiä sekä sydämen QT-ajan pidentymistä. (Salokangas 2009). Lääkehoito saattaa myös nostaa potilaan kipukynnystä ja siten osaltaan vaikeuttaa somaattisten sairauksien toteamista. (Koponen & Lappalainen 2015)

3.1.2 Somaattisen terveyden seuranta ja potilaan ohjaus

Psykiatrisilta potilailta tulisi seurata säännöllisesti ainakin painoa, vyötärön ympärystä, verenpainetta, ruokavaliota, fyysistä aktiivisuutta, tupakan ja alkoholin käyttöä, verensokeria, rasva-arvoja, verenkuvaa sekä maksa-arvoja. Mielenterveyspotilaiden perheineen tulisi saada opastusta ja tukea terveellisiin elintapoihin. (De Hert et al. 2011). Tässä toimii hyvin apuna psykoedukaatio (Tays 2016), jonka avulla pyritään parantamaan etenkin pitkäaikaisista psykoottisista häiriöistä kärsivien potilaiden tietoutta ja ymmärrystä terveellisten elintapojen kuten ravinnon, unen, liikunnan ja vuorokausirytmien merkityksestä.

3.1.3 Psykiatriset pitkäaikaissairaudet ja kuolleisuus

On tutkittu (Räisänen et al. 2004 s. 179–180), että psykiatristen pitkäaikaishoitotilaiden kuolemanvaara normaaliväestöön nähden on nelinkertainen johtuen muun muassa sydän- ja verisuonisairauksista, jotka osaltaan selittyvät epäterveellisillä elintavoilla sekä psykoosilääkityksen sivuvaikutuksilla. Muita merkittäviä kuolemanriskin lisääjiä olivat ruuansulatuselinsairaudet, joiden epäillään johtuvan epäterveellisten elintapojen lisäksi psykoosilääkityksen antikolinergisistä haittavaikutuksista, kuten suoliston motiliteetin vähentymisestä ja siten kohonneesta ileusriskistä. Suuri kuolleisuus hengityselinsairauksiin

selittynee pitkäaikaispotilaiden runsaalla tupakoinnilla. Itsemurhakuolemien riski on lähes kuusinkertainen normaaliväestöön nähden. (Räsänen et al. 2004 s. 179–180)

3.2 Psykosomaattiset oireet, somatisaatio ja somatoformiset häiriöt

Joskus potilaan valittamien somaattisten oireiden ja löydösten välillä on ristiriitoja, ja tällöin voi olla mahdollista, että oireiden taustalla on psyykkisiä tekijöitä. Tällaisia oireita kutsutaan psykosomaattisiksi oireiksi, ja niiden taustalla voi olla sekä psykiatrisia että somatoformisia eli elimellisoireisia häiriöitä. Tällaisten häiriöiden kohdalla huolellinen erotusdiagnostiikka on erityisen tärkeää. (Leppävuori & Räsänen 2016)

Somatisaatiolla tarkoitetaan psyykkisten ristiriitojen ilmaisua ja kokemista ruumiillisina oireina. Ilmiö voi olla hetkellinen tai puhjeta vakavaksi sairaudeksi, joka heikentää toimintakykyä. Yleisimpiä somatisaatio-oireita ovat vatsa- ja selkävivot sekä päänsärky. Somatoformisille eli elimellisoireisille häiriöille puolestaan on tyypillistä niiden pitkäaikaisuus sekä toimintakykyyn vaikuttava vaikea-asteisuus. Somatoformisiin häiriöihin kuuluvat esimerkiksi somatisaatiohäiriö, jolloin potilaalla on 6 tai useampi erilaista somaattista oiretta vähintään kahdessa eri elinjärjestelmässä vähintään kahden vuoden ajan. Konversiohäiriöisellä potilaalla puolestaan todetaan vähintään yksi sensoriseen tai motoriseen toimintaan vaikuttava dissosiativinen oire kuten kouristelut, halvaukset tai esimerkiksi näön tai kuulon menetys. Tämän häiriön taustalla on usein jokin traumaattinen tapahtuma. Hypokondrisesta häiriöstä kärsivällä potilaalla puolestaan on jatkuva pelko ja uskomus sairastumisesta ja sairauden olemassaolosta. (Leppävuori & Räsänen 2016)

3.3 Psykiatriassa tarvittavat somaattiset ensiaputaidot

Metropolia ammattikorkeakoulun hoitoalan ammattilaisille suuntaaman koulutuksen (Metropolia 2017) "Hätätilanteiden hallinta psykiatrisilla poliklinikoilla ja vuodeosastoilla" mukaan psykiatrisessa sairaanhoidossa tarvittavat ensiaputaidot ovat pitkälti samoja kuin somaattisella puolella. Oleelliset erot löytynevät lähinnä psykiatrian alan erikoislaatuista vammamekanismeista ja mielenterveysongelmien leimaamista tapahtumatiiedoista: hengitysvaikeuden syynä voi olla nielty sukka, haavan tekovälineenä katkaistu

muovilusikka, tajunnan tason laskun taustalla itse aiheutettu pään vamma tai yleistilan muutoksen taustalla esimerkiksi antipsykooteista johtuvat sivuvaikutukset.

Koulutuksessa (Metropolia 2017) korostettiin perus ensiaputaitoja: ensiarvion tekoa ja potilaan tutkimista ABCDE-mallin mukaan, avun hälyttämistä sekä ensiavun antamista. Erikseen käsitellyt aihealueet olivat tajuttomuus, hengitysvaikeus, rintakipu, aivohalvaus, sokki, elvytys, vierasesine hengitysteissä, haavat, murtumat, nyrjähdykset, pään vammat, monivammat, palovammat sekä myrkytykset. Tajuttomuuden kohdalla korostettiin tajuttomuuteen johtaneen syyn pohdintaa. Myös haavatyypeissä oli korostettu haavan hoidon tarpeen arviota haavan aiheuttajan mukaan: pistohaava voi olla aiheuttanut sisäisesti suuret tuhot ja esimerkiksi sisäisen verenvuodon. (Metropolia 2017)

3.3.1 Psykiatrisen potilaan somaattinen ensiarvio

On tärkeää, että psyykkisesti oireilevan potilaan somaattinen status arvioidaan normaalisti ABCDE-mallin mukaan. Tällöin esimerkiksi akuutin verenvuodon aiheuttamaa sekavuutta ei epähuomiossa laiteta psyykkisen sairauden piikkiin. Potilaan psyykinen ahdistus saattaa joissakin tilanteissa myös peittää somaattisen oireen, esimerkiksi keuhkoveritulpasta johtuva nopea hengitys saatetaan arvioida psyykkiseksi oireeksi. Monet oireet, kuten tihentynyt hengitys ja pulssi, saattavat johtua sekä psyykkisistä että somaattisista syistä. Kaikki mittaukset ja tutkimukset tehdään samalla huolellisuudella kuin muillekin potilasryhmille. Potilaan luottamuksen voittaminen on kuitenkin tärkeää, ja esimerkiksi luvan kysyminen mittauksiin ja tutkimuksiin kannattaa. Psykiatristen potilaan somaattisia vaivoja selvitettäessä on myös tärkeää muistaa, että osalla lääkkeitä on somaattisesti hengenvaarallisia sivuvaikutuksia. (Alanen et al. 2016 s. 196–197, 199)

3.3.2 Kokemuksia somaattisten ensiaputaitojen koulutuksesta muualla

Erään tutkimuksen (Toivanen et al. 2012) mukaan simulaatiokoulutus on tehokas keino somaattiseen täydennyskoulutukseen psykiatrian alalla. Koulutukseen osallistuneet hoitajat kokivat, että simulaatiotilanteet pystyttiin hyvin räätälöimään heidän työnkuvaansa vastaaviksi, ja lisäksi opettajan koettiin lisäävän positiivista oppimisilmapiiriä. Osallistujat olivat sitä mieltä, että hätätilanteiden säännöllinen harjoittelu olisi tärkeää, jotta voitaisiin taata osaaminen tosipaikan tullen. (Toivanen et al. 2012)

Tampereen yliopistollisessa sairaalassa puolestaan tehtiin vuonna 2008 tutkimus (Markkanen et al. 2008 s. 440–443), jonka tarkoituksena oli löytää tehokas tapa toteuttaa hoitajien tarpeita vastaava elvytyskoulutus. Tutkimuksen taustatiedoissa todettiin, että hoitajat, jotka eivät työssään kohtaa säännöllisesti elvytystilanteita, tarvitsisivat elvytyskoulutusta ainakin kaksi kertaa vuodessa, jotta taidot eivät unohtuisi. Todettiin myös, että koulutuksen räätälöinti ja kohdentaminen juuri kulloisellekin kohderyhmälle on erityisen tärkeää. Aikaisemmissa koulutuksissa harjoittelu oli rajoittunut lähinnä elvytyksen mekaanisiin osioihin kuten painelu-puhalluselvytykseen sekä paljeventilointiin, mutta tutkimuksessa todettiin, että myös ryhmän toiminnan dynamiikkaa sekä tilanteen johtamista tulisi harjoitella, sillä hoitajat olivat tutkimuksessa maininneet juuri tilanteen sekavuuden sekä johtamisen puutteen elvytystilanteiden häiritsevimmäksi tekijäksi. Elvytyskoulutukselle asetettiin tavoitteiksi vahvistaa kykyä tunnistaa elottomuus, aloittaa viivytyksettä tehokas peruselvytys lisäävun saapumiseen asti sekä parantaa yhteistyötä sairaalan elvytysryhmän kanssa. (Markkanen et al. 2008 s. 440–443). Myös eräs terveydenhuollon ammattihenkilöille ensiapukoulutusta tarjoava yritys (Uskalla auttaa 2017) painottaa koulutuksissaan ensiavun ja potilaan seurannan lisäksi ryhmätyöskentelyn merkitystä hätätilanteessa.

4 KUOLEMA SAIRAALASSA

4.1 Fysiologiaa

Kun aivotoiminta, hengitys ja verenkierto ovat loppuneet, katsotaan henkilö kuolleeksi. Ensisijaiset kuolemanmerkit ovat sydämen toiminnan ja hengityksen loppuminen, lihasjänteiden heikkeneminen, kipuun reagoimattomuus sekä heijasteiden ja refleksien sammuminen. Kuolema voidaan todeta, kun toissijaisia kuolemanmerkkejä eli lautumia, kuolonkankeus, jäähtyminen tai mätäneminen on ilmaantunut. Lautumat ovat nähtävissä 15–20 minuutin kuluttua verenkierron pysähtymisestä, ja kuolonkankeus asteittain 2-8 tunnissa häviten 3-4 vuorokauden kuluttua. Ruumis jäähtyy noin 1 celsiusasteen tunnissa ympäristön lämpötilaan asti, ja vähitellen alkaa myös ruumiin kudosten hajoaminen sekä ruumiin mätäneminen. (Rautava-Nurmi et al. 2015 s. 451–452)

4.2 Kuolemasta ilmoittaminen ja salassapito

Laki kuolemansyyn selvittämisestä (1.6.1973/459, 1 §) toteaa, että "Kuolemasta on viipymättä ilmoitettava lääkärille tai poliisille. Terveystieteiden tutkimuskeskusten tai lääkärin on ilmoitettava tieto kuolemasta väestötietojärjestelmään ja Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitokselle." Asetus kuolemansyyn selvittämisestä (948/1973, 1 §) tarkoittaa, että kuolemasta tulee ensisijaisesti ilmoittaa sille lääkärille, jonka hoidossa kuollut henkilö on viimeksi ollut.

Lääkärin tulee alustavasti informoida omaisia siitä, tarvitaanko ruumiinavaus, vai voidaananko kuolintodistus laatia olemassa olevilla tiedoilla (Valvira 2015). Kuolemansyyn selvittämiseen liittyvät asiakirjat ovat salassa pidettäviä, ja niiden tietoja saa antaa vain

- 1) tuomioistuimelle, muulle viranomaiselle tai yhteisölle, jolla on tiedon saantiin laissa säädetty oikeus;
- 2) sille, jonka hakemuksesta tai suostumuksella kuolemansyyn selvittämiseksi tarpeellinen toimenpide on suoritettu;
- 3) vainajan lähiomaiselle tai muulle hänen läheiselleen;
- 4) vakuutus- tai eläkelaitokselle, jos luovuttamiseen on perusteltu tarve etuuden saamista koskevan hakemuksen käsittelemiseksi.

Tilastokeskus sekä tässä laissa tarkoitetut kuolemansyyn selvittämiseen osallistuvat viranomaiset voivat antaa luvan tietojen saamiseen kuolintodistuksista ja muista kuolemansyyn selvittämistä koskevista asiakirjoista tieteellistä tutkimusta, tilastointia sekä viranomaisen suunnittelu- ja selvitystyötä varten [...] sen saajat ovat velvollisia pitämään tiedot salassa.

(Laki kuolemansyyn selvittämisestä 1.6.1973/459, 15 §)

4.3 Kuoleman toteaminen

Kuoleman toteamisesta vastuullinen viranomainen on lääkäri (Valvira 2015). Asetuksessa kuolemansyyn selvittämiseksi (948/1973, 3 §, 4 §) todetaan, että

lääkäriin on saatuaan ilmoituksen kuolemasta viivytystä suorittava ulkonainen ruumiintarkastus kuoleman toteamiseksi ja sen syiden sekä muiden olosuhteiden selvittämiseksi. Mikäli kuolemansyy ei selviä ulkonaisen ruumiintarkastuksen ja niiden tietojen perusteella, jotka lääkäriillä on kuolleen henkilöviimeisestä sairaudesta ja sen hoidosta, eikä oikeuslääketieteelliseen kuolemansyyn selvittämiseen kuitenkaan ole aihetta, lääkäriin on, [...] kun on kysymys sairaanhoitolaitoksessa [...] kuolleesta [...] henkilöstä, ilmoitettava asiasta sairaanhoitolaitoksen [...] asianomaiselle ylilääkärille tai vastaavalle lääkäriille.

Kun kuolema todetaan, tehdään merkintä potilasasiakirjoihin. Huomattavaa on, että kuoleman toteamisaika ei välttämättä ole sama asia kuin kuolinaika (Rautava-Nurmi et al. 2015 s. 452)

4.3.1 Vainajan siirtäminen säilytystiloihin

Vainajaa ei saa siirtää vainajien säilytystiloihin ennen kuin lääkäri on todennut hänet kuolleeksi. Mikäli ruumis on tuhoutunut tai siinä on selvät toissijaiset kuolemanmerkit, voidaan vainaja poliisin määräyksestä lähettää suoraan säilytystiloihin ennen lääkärin suorittamaa kuoleman toteamista. Valvira on kuitenkin todennut, että erityisesti virkaajan ulkopuolella sekä päivystysaikaan sattuneissa kuolemissa ja vallitsevassa Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksessa kuoleman toteamisesta [27/2004] on ongelmia, mutta uutta lainsäädäntöä valmistellaan [Sosiaali- ja terveysministeriö 2016]. (Valvira 2015)

4.4 Kuolemansyyn selvittäminen

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos vastaa kuolemansyyn selvittämisen ohjauksesta ja valvonnasta sekä oikeuslääketieteellisestä ruumiinavaustoiminnasta ja hyväksyy paikan, jossa ruumiinavaus suoritetaan (Laki kuolemansyyn selvittämisestä 1.6.1973/459, 12b §, 13 §). Samassa laissa todetaan myös, että "Lääkäri tai muu henkilö, joka on vainajaa hänen viimeisen sairautensa aikana hoitanut tai jolla muuten on tietoja kuolemaan liittyvistä seikoista, on velvollinen [...] ilmoittamaan asianomaiselle lääkärille, poliisille tai muulle tutkintaviranomaiselle tiedossaan olevat kuolemansyyn selvittämiseksi tarpeelliset seikat." (Laki kuolemansyyn selvittämisestä 1.6.1973/459, 14 §)

4.4.1 Lääketieteellinen kuolemansyyn selvittäminen

Laki kuolemansyyn selvittämisestä toteaa, että "Lääketieteellinen ruumiinavaus voidaan kuolemansyyn selvittämiseksi suorittaa, jos kuollut henkilö viimeisen sairautensa aikana on ollut lääkärin hoidossa ja jos ruumiinavaus on yleisen terveyden- ja sairaanhoidon kannalta tarpeellinen." Myös lähin omainen tai muu läheinen henkilö voi hakea lääketieteellistä ruumiinavausta. (Laki kuolemansyyn selvittämisestä 1.6.1973/459, 4 §). Lääketieteellisen ruumiinavauksen suorittamispäätöksestä todetaan vielä, että

Sairaanhoitolaitoksessa tai terveyskeskuksessa kuolleen [...] henkilön lääketieteellisen ruumiinavauksen suorittamisesta päättää sairaanhoitolaitoksen tai terveyskeskuksen asianomainen ylilääkäri tai vastaava lääkäri. Toimenpiteeseen on saatava vainajan lähimmän omaisen tai vainajalle muuten läheisen henkilön suostumus. Jos suostumusta ei voida viivytyksettä saada, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos voi lääkärin saatettua asian sen ratkaistavaksi antaa luvan ruumiinavauksen suorittamiseen. (Laki kuolemansyyn selvittämisestä 1.6.1973/459, 5 §).

Mikäli on suoritettava oikeuslääketieteellinen ruumiinavaus, ei lääketieteellistä ruumiinavausta saa suorittaa (Laki kuolemansyyn selvittämisestä 1.6.1973/459, 4 §).

4.4.2 Poliisin osallisuus

Poliisin tutkintaa tarvitaan, kun kuolema on jollakin tapaa ollut yllättävä.

Kuolemansyyn selvittämiseksi on poliisin suoritettava tutkinta, 1) kun kuoleman ei tiedetä johtuneen sairaudesta tai [...] 2) kun kuoleman on aiheuttanut rikos, tapaturma, itsemurha, myrkytys, ammattitauti tai hoitotoimenpide tahi kun on aiheutta epäillä kuoleman johtuneen jostakin sellaisesta syystä; tai 3) kun kuolema muuten on tapahtunut yllättävästi. Tutkinnassa on tarvittaessa käytettävä lääkäriä apuna. (Laki kuolemansyyn selvittämisestä 1.6.1973/459, 7 §).

Poliisiin on otettava välittömästi yhteyttä myös silloin, mikäli edellä mainittuja seikkoja ilmenee lääketieteellisen ruumiinavauksen aikana. (1.6.1973/459, 8 §)

4.4.3 Oikeuslääketieteellinen ruumiinavaus

"Määräyksen oikeuslääketieteellisen ruumiinavauksen suorittamisesta antaa poliisilaitoksen tai keskusrikospoliisin päällikkö tai heidän määräämänsä muu päällystöön kuuluva poliisimies, asianomainen syyttäjäviranomainen, tuomioistuin tai Terveys- ja hyvinvoinnin laitos. " (Laki kuolemansyyn selvittämisestä 1.6.1973/459, 10 §). Oikeustieteellinen ruumiinavaus tulee suorittaa myös, "Jos kuolemansyytä ei voida todeta ulkonaisen ruumiintarkastuksen suorittaneen lääkärin lausunnon ja muiden tutkinnassa esiintyneiden seikkojen perusteella, [...]" (Laki kuolemansyyn selvittämisestä 1.6.1973/459, 9 §).

Oikeuslääketieteellisessä ruumiinavauksessa poliisi huolehtii ruumiin kuljetuksista sisäasiainministeriön ohjeiden mukaisesti sekä ruumiin mukana olleesta omaisuudesta. Lääkinhallitus huolehtii alueellisesti oikeuslääketieteellisten ruumiinavausten suorittamisesta. Toimenpiteen suorittaa oikeuslääkäri tai lääkintöhallituksen hyväksymän koulutuksen omaava lääninlääkäri. (Asetus kuolemansyyn selvittämisestä 948/1973, 10 §, 11 §)

Oikeuslääketieteellisestä ruumiinavauksesta todetaan kuolemansyyn selvittämistä koskevassa asetuksessa (948/1973, 15 §) seuraavaa:

Avauksen suorittajan on annettava kuolemansyystä ja kuolemanluokasta perusteltu lausunto, [...] Perusteluista tulee selvästi käydä ilmi, miltä osin johtopäätökset nojautuvat yksinomaan avauksessa tehtyihin havaintoihin, miltä osin mahdollisesti suoritettujen erikoistutkimusten tuloksiin ja miltä osin muussa tutkinnassa saatuihin tietoihin. Lausunnossa on verrattava havaintoja ja johtopäätöksiä muussa tutkinnassa saatuihin tietoihin sekä osoitettava niiden välinen yhdenmukaisuus tai ristiriitaisuus. Jos avauksen suorittaja ei voi varmasti todeta kuolemansyytä eikä esittää käsitystään kuolemanluokasta, on sekin selvästi ilmoitettava ja perusteltava.

Lääkintöhallituksella on oikeus määrätä tarvittaessa lisäselvityksiä tai toinen lääkäri suorittamaan uuden oikeuslääketieteellisen ruumiinavauksen. Kuolemansyyn selvittämisen jälkeen laaditaan todistus hautaamista varten. (Asetus kuolemansyyn selvittämisestä 948/1973, 18 §, 19 §)

4.4.4 Oikeuslääketieteellinen kuolemansyynselvitys ilman ruumiinavausta

Oikeuslääketieteellinen kuolemansyynselvitys on joissakin tilanteissa mahdollista tehdä ilman oikeuslääketieteellistä ruumiinavausta.

Mikäli oikeuslääketieteellisessä kuolemansyynselvittämisessä kuolemansyyn katsotaan todetuksi ilman oikeuslääketieteellisen ruumiinavauksen suorittamista, asiasta tulee ilmoittaa tutkinnassa avustaneelle lääkärille [...] jonka tulee antaa todistus ruumiin hautaamista varten. Mikäli lääkäri kuitenkin katsoo, ettei kuolemasyyn ole tullut todetuksi ja että oikeuslääketieteellinen ruumiinavauksen suorittaminen on tarpeen [...] on asia saatettava lääninhallituksen ratkaistavaksi. [...] Mikäli lääkärin antamaa todistusta hautaamista varten ei ilman kohtuutonta vaikeutta tai viivästystä saada, poliisi voi antaa neuvoteltuaan oikeuslääkärin [...] kanssa, suorittamansa tutkinnan perusteella todistusta vastaavan kuolinselvityksen. (Asetus kuolemansyyn selvittämisestä 948/1973, 21 §)

Ohjeet ulkonaiseen ruumiintarkastukseen, ruumiinavaukseen sekä näytteiden ottamiseen antaa lääkintöhallitus. Kuolemansyyn selvittämisen ohjaus ja valvonta puolestaan kuuluu lääninhallitukselle. (Asetus kuolemansyyn selvittämisestä 948/1973, 24 §, 25 §)

4.5 Vainajan käsittely ja laitto

Vainajaan tulee suhtautua arvokkaasti ja hänen vakaumustaan tulee kunnioittaa myös kuoleman jälkeen. Omaisten toiveet kuolemanjälkeisestä hoidosta huomioidaan, ja vainajan tavarat ja vaatteet tulee luetteloida ja säilyttää omaisia varten. Mahdollisia kanyylejä tai intubaatioputkia ei saa poistaa. Vainaja pestään, siistitään ja laitetaan kuntoon omaisia varten. Omaisten toiveiden mukaan voidaan kuolinpaidan sijaan pukea vainajalle tämän omat vaatteet. Silmät ja suu laitetaan kiinni, käteen kiinnitetään tunnistusranneke ja jalkaan tunnistuslappu. Vainajan kuljetus käytävillä tapahtuu lakanalla peitettynä. (Rautava-Nurmi et al. 2015 s. 454–456)

4.6 Itsemurha kuolinsyynä

Potilaan itsemurha hoitosuhteen aikana on aina haittatapahtuma (Kinnunen et al. 2016), joka tulee käydä läpi hänen läheistensä kanssa (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011 s. 19). Sekä potilaan läheiset että tapahtumassa osallisina olleet terveydenhuollon ammattihenkilöt tarvitsevat tilanteen jälkeen tukea ja asian avointa käsittelyä tapahtuman ymmärtämiseksi ja työstämiseksi. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011 s. 19)

On tärkeää, että organisaatiolla olisi selkeät menettelytavat haittatapahtumien käsittelyyn, sillä ne ovat usein traumaattisia ja voivat aiheuttaa voimakkaita emotionaalisia reaktioita. Tapahtuman psykologiset jälkivaikutukset voivat pahimmillaan johtaa jopa työkyvyttömyyteen. Kynnys defusingiin eli tilanteen välittömään läpikäyntiin tulisikin olla matala, ja sen lisäksi tulisi järjestää asiantuntijan pitämä debriefing hieman myöhemmin, jossa tapahtuma voidaan käydä tarkemmin läpi. (Helovuori et al. 2011 s. 163-164)

5 TUTKIMUSMENETELMÄ

Tutkimusmenetelmäksi valikoitui yhdistelmä kvantitatiivista sekä kvalitatiivista menetelmää, sillä tutkimuksella haluttiin saada sekä määrällistä tietoa eri ensiapu- osa-alueiden osaamisprosentista että vastaajien subjektiivisia kokemuksia ja näkemyksiä näissä tilanteissa toimimisesta sekä epäselvyyksistä. Aineistonkeruumenetelmäksi valikoitui kirjallinen kyselylomake, jonka avulla tavoitettaisiin helpoiten koko hoitohenkilökunta. Lisäksi toimeksiantajan yhteyshenkilöt arvelivat sen toimivan kyseisessä organisaatiossa sähköistä lomaketta paremmin suuremman vastaajamäärän saavuttamisessa.

5.1 Tutkimuseettiset näkökulmat

Tutkimusluvut anottiin asianmukaisesti sekä HYKS Psykiatrialta että HUS Hyvinkään sairaanhoitoalueelta, sillä Kellokosken sairaalan osastot jakautuvat näiden kahden hallinnon alaisuuteen. Tutkimuslupien myöntämispäätökset liitteenä (Liite 5). Aineisto hankittiin ja käsiteltiin vastaajien anonymiteettiä säilyttäen. Vaikka vastaukset kerättiin osastoitain, ei vastauksia esitellä opinnäytetyön tulosten analysoinnissa osastokohtaisesti. Tutkimusaineisto säilytetään sivullisten ulottumattomissa, ja hävitetään asianmukaisesti vastaajien anonymiteettiä säilyttäen koulun sekä toimeksiantajan asettaman ajan kuluttua tutkimuksen jälkeen.

5.2 Tutkimuslomakkeen laatiminen

Lomake (Liite 1) laadittiin niin, että sillä saataisiin sekä kvalitatiivista että kvantitatiivista tietoa. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa abstrakteistakin asioista on pystyttävä luomaan mitattavia käsitteitä, jotka usein esitetään kysymys- tai väittämämuodossa, ja tätä kutsutaan operationalisoinniksi (KvantiMOTV). Tämän vuoksi on tärkeää, että tutkija ennen tutkimuksen tekoa on perehtynyt aihealueensa aikaisempiin tutkimuksiin ja kirjallisuuteen, jotta hän osaa laatia tutkimuksen niin, että käsitteiden merkitys tutkimuksessa on selkeä (KvantiMOTV). Operationalisointivaiheessa on otettava huomioon myös tutkimuksen validiteetti, eli se, mittaako tutkimus niitä asioita, joita halutaan mitata, sekä tutkimuksen reliabiliteetti, eli luotettavuus ja toimintavarmuus, eli toistettavuus olosuhteista ja satunnaisvirheistä riippumatta (KvantiMOTV).

Tähän perustuen tutkimuslomakkeessa on sekä väittämiä että kysymyksiä, joihin vastaaja valitsee *kyllä* tai *ei* -vaihtoehdon sen mukaan, sopiiko kyseinen väittämä häneen itseensä, että väittämiä, joiden sopivuutta itselleen vastaaja arvioi Likertin asteikolla (Heikkilä 2014 s. 38) 4 portaan mukaan siten, että toisena ääripäänä on *täysin samaa mieltä* ja toisena *täysin eri mieltä*. Likertin asteikkoa on käytetty sellaisissa kysymyksissä, joissa halutaan kyllä-ei -vastausta tarkempi kuvaus arvioidun osaamisen ja tietämyksen asteesta, sillä tämän tutkimuksen tutkimuskysymyksissä halutaan selvittää, minkälaiset asiat somaattisten hätätilanteiden sekä kuoleman jälkeisten tilanteiden hoidossa herättävät epävarmuutta. Tämän vuoksi kaikkiin kysymyksiin ei pelkillä kyllä-ei -vaihtoehdoilla olisi saatu haluttua eli tarkempaa varmuuden tai epävarmuuden astetta. Kyllä-ei -vaihtoehtoja on käytetty yksiselitteisissä kysymyksissä, joista halutaan lähinnä määrällistä tietoa.

Laadullisen eli kvalitatiivisen tutkimusmenetelmän aineistonkeruumenetelminä puolestaan ovat tyypillisimmin toimineet haastattelu tai havainnointi (KvaliMOTV). Koska aineistonkeruumenetelmänä tässä tapauksessa on kirjallinen kyselylomake, on siihen lisätty avoimia kysymyksiä, joilla haetaan valmiiden vastausvaihtoehtojen rinnalle vapautta vastaajalle, mikä tuo tutkimukseen myös kvalitatiivista otetta.

Aineistolähtöisyys eli induktio on perinteisesti yhdistetty laadulliseen eli kvalitatiiviseen tutkimukseen, ja teorialähtöisyys eli deduktio määrälliseen eli kvantitatiiviseen (KvaliMOTV). Tämän vuoksi kyselylomakkeen kvantitatiivinen osio eli väittämät valmiine vastausvaihtoehtoineen on laadittu organisaation omien ohjeistusten (Liitteet 2 & 3) sekä aihealueen teorian perusteella, ja avoimet kysymykset eli kvalitatiivinen lähestymistapa valittu siten, että sillä on mahdollisuus muotoutua vapaasti vastaajien mukaan. Onkin todettu, että molempia tutkimusmuotoja tarvitaankin usein samassa tutkimuksessa, sillä ne eivät täysin ole toistensa vastakohtia eivätkä toisiaan poissulkevia (KvaliMOTV). Tällaista tutkimusotteiden rinnakkain käyttöä kutsutaan moniparadigmallisuudeksi, ja se onkin yleistynyt nykytutkimuksessa. (KvaliMOTV)

Tutkimuslomakkeen (Liite 1) ensimmäisen, ensiapuvälineitä koskevan kysymysoSION väittämät on laadittu elossapitopussien eli ensiapulaukkujen sisällön perusteella, ja lisäksi mukaan on otettu ensiapuläkkeet. Väittämissä käydään läpi pussin sekä vain joillakin

osastoilla sijaitsevien hoitovälineiden, kuten esimerkiksi hapen ja defibrillaattorin sijainnin tietämys, pussin sisällön tuntemus, välineiden käyttö sekä ensiapulääkkeiden käyttöaiheita ja antotapoja. Toisessa, somaattisia hätätilanteita tarkastelevassa osiossa väittämät liittyvät Kellokosken ensiapumanuaalissa (Liite 2) mainittuihin somatiikan hätätilanteisiin, kuten esimerkiksi elvytykseen, kouristuskohtaukseen ja anafylaktiseen reaktioon. Kustakin aihealueesta on lisäksi kysytty sen eri osa-alueiden hoitamisesta: ensiarvion teko ja lisäävun tarpeen arviointi sekä lisäävun hälyttäminen, esitietojen keräys sekä itse ensiavun anto. Näin saadaan erilaisten somaattisten vaivojen hoidon lisäksi tietoa itse hoitoprosessin eri vaiheista, sillä esimerkiksi ensi- ja tilannearvion teko vaatii erilaista osaamista kuin itse mekaaninen ensiavun anto. Viimeisessä osiossa käsitellään kuolemantapauksiin liittyvää jälkihoitoa, esimerkiksi tunnistetaanko toissijaiset kuolemanmerkit, kenelle kuolemasta ilmoitetaan ja milloin poliisi tarvitaan paikalle. Lisäksi on avoimia kysymyksiä, joissa vastaaja voi halutessaan kertoa kokemuksistaan tällaisiin tilanteisiin liittyen sekä toiveitaan kuolemanjälkeisiä ohjeita luovalle ryhmälle.

Lomake (Liite 1) tarkistutettiin ja hyväksyttiin HUS ja HySha Psykiatrian osastonlääkäri sekä Terveystupa-hankkeen johtaja Saana Eskelisellä sekä kuoleman jälkeisten ohjeiden työryhmään kuuluvalla, osastonhoitaja (P10 ja P20) Johanna Tiusasella. He ovat toimineet Kellokosken sairaalan edustajina työn yhteys- ja konsultaatiohenkilöinä. Lisäksi lomake tarkistusluetettiin 2 koehenkilöllä, mikä johti pariin pieneen tarkennukseen kysymysten ymmärrettävyyden ja yksitulkitteisuuden lisäämiseksi.

5.3 Tutkimuksen toteutus

Lomakkeet jaettiin Kellokosken sairaalan kaikille 11 osastolle, joissa ne olivat vastaajien saatavilla viikon ajan. Tutkimuksesta tiedotettiin etukäteen sekä osastojen osastonhoitajille että kunkin osaston somatiikkatyöryhmään kuuluvalla jäsenelle, joita pyydettiin informoimaan tutkimuksesta etukäteen osaston muita työntekijöitä. Tutkimuslomakkeet olivat saatavilla osastojen kahvihuoneissa, minne myös palautuslaatikko sijoitettiin. Paikkavalinta tehtiin sen perusteella, että kahvihuone löytyy jokaiselta osastolta, jolloin lomakkeiden saatavuus on sama kaikkialla. Lisäksi jokainen työntekijä käy kahvihuoneessa jokaisen työvuoronsa aikana, joten lomakkeiden näkyvyys olisi hyvä.

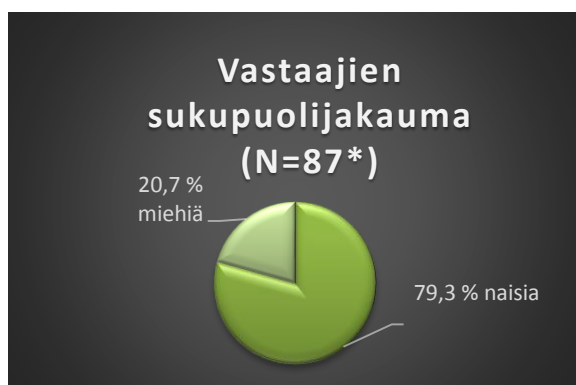
6 TULOKSET

Vastauksia tutkimukseen tuli yhteensä 99. Potentiaalisia vastaajia laskettiin ennen tutkimusta olevan noin 240, missä on huomioitu jokaisen tutkimuksessa mukana olleen 11 osaston vahvuuksissa oleva hoitohenkilökunta sekä osastonhoitajat. Vastausprosentiksi tuli siten 41,3 %. Tutkimustulokset on jaoteltu kyselylomakkeessa olleiden osioiden mukaan: *Taustatiedot, Ensiapuvälineet, Somaattiset hätätilanteet ja kuolemantapaukset*. Tulosten yhteydessä esitetään myös jonkin verran tuloksia selittävää pohdintaa tulososion selkeyden ja ymmärrettävyyden parantamiseksi, vaikka varsinainen pohdinta on esitetty seuraavassa luvussa (luku 7). Taulukoissa ja tekstissä olevilla N-merkinnöillä tarkoitetaan kyseiseen väittämään tai kysymykseen vastanneiden henkilöiden lukumäärää.

Tuloksia tarkastellessa on syytä muistaa, että tutkimuksella selvitettiin hoitajien subjektiivista kokemusta omasta osaamisestaan ja tietoudestaan. Todellista osaamista ei testattu. Kyselylomake (liite 1), avoimiin kysymyksiin tulleet vastaukset alkuperäisessä muodossaan (liite 4) sekä materiaali, johon lomakkeen kysymykset perustuvat (Liitteet 2 ja 3) löytyvät tutkimuksen liitteistä.

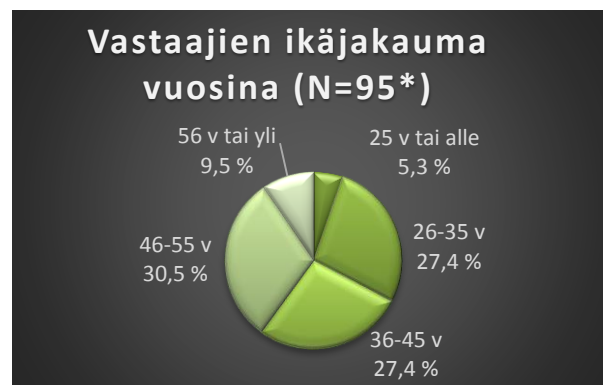
6.1 Taustatiedot

Kyselyyn vastanneista 99 henkilöstä 87,9 % (N=87) oli vastannut sukupuolta koskevaan kysymykseen (kuvio 1). Heistä 79,3 % oli naisia ja 20,7 % miehiä. Vastaajien (N=95) ikä jakautui seuraavasti (kuvio 2): alle 25 tai 25 vuotiaita oli 5,3 %, 26–35 vuotiaita 27,4 %, 36–45 vuotiaita 27,4 %, 46–55 vuotiaita 30,5 % ja 56 tai yli 56 vuotiaita 9,5 %.



Kuvio 1. Vastaajien (N=87) sukupuolijakauma.

*N=vastaajien lukumäärä



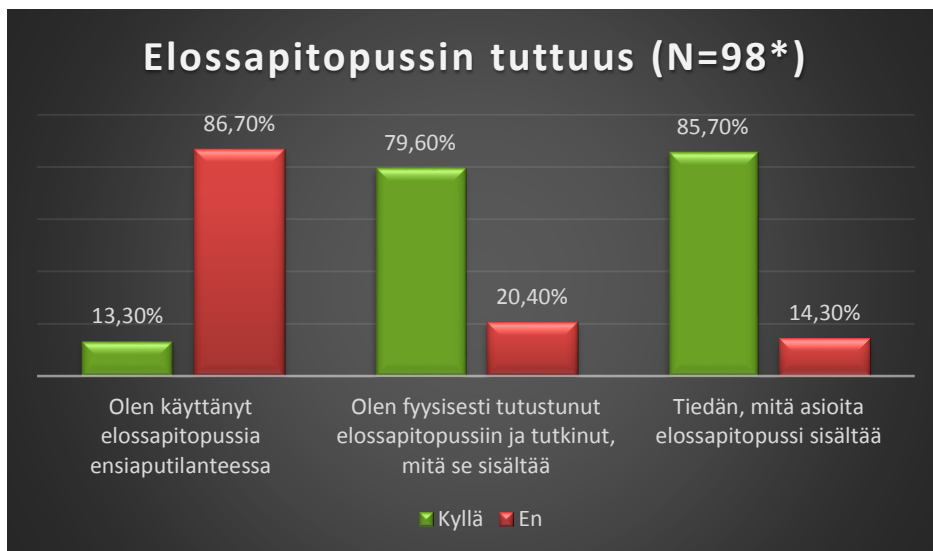
Kuvio 2. Vastaajien (N=95) ikäjakauma vuosina.

*N=vastaajien lukumäärä

Koulutukseltaan vastaajista (N=91) 69,2 % oli sairaanhoitajia, 14,3 % mielenterveyshoitajia, 14,3 % lähihoitajia ja 2,2 % jotakin muuta (sairaanhoitajaopiskelija ja lääkintävahvistimestari). Hoitoalalla työskentelemiensä vuosien lukumäärään vastasi 93,9 % vastaajista (N=93). 2 vuotta tai vähemmän oli työskennellyt 10,8 %, 3-9 vuotta 31,2 %, 10–19 vuotta 29,0 %, 20–29 vuotta 15,1 % ja 30 vuotta tai enemmän 14,0 %.

6.2 Ensiapuvälineet

Ensiapuvälineitä koskevat kysymykset on tulosten tulkinnessa jaoteltu 4 alaryhmään: *elossapitopussin (=ensiapulaukun) tuttuus, ensiapuvälineiden sijainnin tuntemus, käden taidot ja välineiden käyttö sekä ensiapuläkkeet*. Kysymysten vastausvaihtoehtoina oli *kyllä* tai *en*.



Kuvio 3. Elossapitopussin tuttuus (N= 98). *N=vastaajien lukumäärä

Ylläolevasta taulukosta (kuvio 3) näkyy, että ellossapitopussia oli todellisessa ensiaputilanteessa käyttänyt vastaajista (N=98) 13,3 %. Vastaajista 79,6 % (N=98) oli kuitenkin fyysisesti tutustunut ellossapitopussiin ja tutkinut sen sisältöä, ja 85,7 % ilmoitti tietävänsä, mitä ellossapitopussi sisältää (N=98).



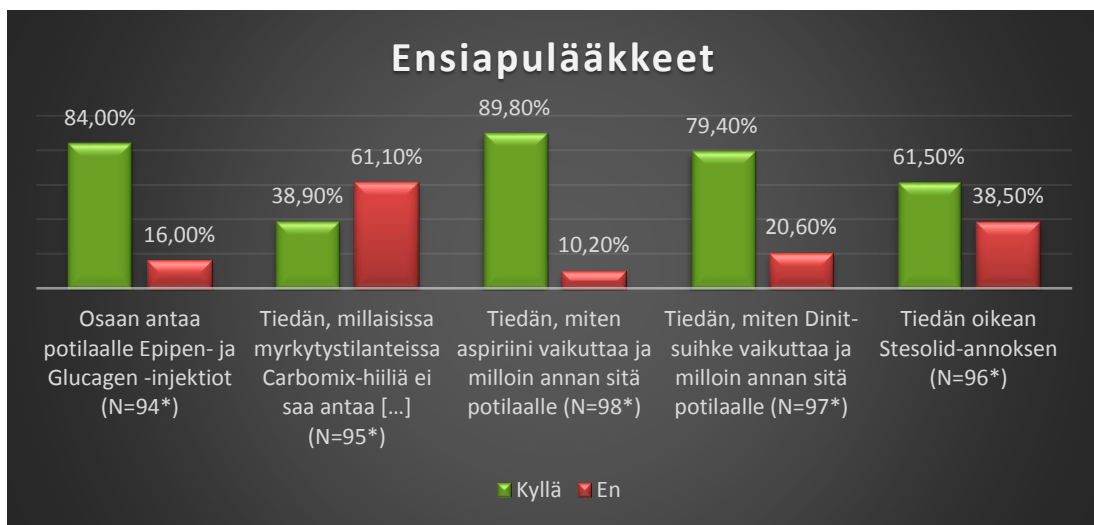
Kuvio 4. Ensiapuvälineiden sijainnin tuntemus. *N=vastaajien lukumäärä

Vastaajista 95,9 % (N=98) tiesi, mistä lähin elossapitopussi löytyy. Lähimmän defibrillaattorin sijainnin tiesi 85,7 % (N=98), lähimmän imulaitteen sijainnin tiesi 57,7 %, (N=97) ja lähimmän hapen sijainnin tiesi 90,8 % (N=98). Ensiapulääkkeiden sijainnin tiesi 95,9 % (N=97). (Kuvio 4)



Kuvio 5. Kädentaidot ja välineiden käyttö. *N=vastaajien lukumäärä

Sairaalan defibrillaattoria ilmoitti osaavansa käyttää 84,9 % vastaajista (N=93). Vastaajista 74,2 % (N=97) kertoi osaavansa ventiloida potilasta oikein ja turvallisesti ambulanssilla ja maskilla. Oikeankokoisen nieluputken osasi oman arvionsa mukaan valita ja asettaa potilaalle 32,3 % vastaajista (N=96). (Avoimissa vastauksissa eräs vastaaja kommentoi, ettei Kellokosken hoitajilla ole koulutusta nieluputken käyttöön, vaan tämän suorittaa paikallaolijoista riippuen joko päivystävä lääkäri tai ambulanssihenkilökunta.) Happisaturaatiomittarin rajoitusten tunteminen ja mitauksen luotettavuuden arviointi onnistui 66,3 %:lta (N=95), verensokerin osasi mitata 99,0 % (N=98), ja painesiteen vuotavalle haavalle osasi tehdä 94,8 % (N=96). (Kuvio 5)



Kuvio 6. Ensiapulääkkeit. *N=vastaajien lukumäärä

Ensiapulääkkeitä (kuvio 6) oli laadittu erityyppisiä kysymyksiä riippuen muun muassa lääkkeiden antotavasta sekä antoaiheista. Epipen- ja Glucagen -injektioista kysyttiin niiden teknisestä antamisesta, Aspiriinista ja Dinitistä niiden käyttöaiheiden tuntemisesta sekä vaikutusmekanismista, Carbomix-hiilistä niiden käyttörajoituksista ja tilanteenmukaisen hyödyn arvioinnista sekä Stesolidista yleistä annosvahvuutta sen nopean annostelutarpeen vuoksi. Epipen- ja Glucagen -injektioiden annosta uskoi selviävänsä 84,0 % vastaajista (N=94), ja Carbomix-hiilien rajoitukset eli sen, millä tilanteissa myrkytyksissä ja mitä aineita epäiltäessä niitä ei saa antaa tai milloin niistä ei ole hyötyä, uskoi tietävänsä 38,9 % (N=95). Aspiriinin vaikutustavan sekä antoaiheet uskoi tuntevänsä 89,8 % (N=98) ja Dinit-suihkeen vaikutustavan sekä antoaiheet vastasi tuntevänsä 79,4 % (N=97). Stesolid-annoksen arvioi tietävänsä 61,5 % (N=96). Vapaassa kommentoinnissa eräs vastaaja oli kommentoinut väittämään "Tiedän oikean Stesolid-annoksen" sanoilla "->mihin????". Tutkimusta tehdessä oli olemassa ajatus kouristuksen hoidosta kyseisellä lääkkeellä, mutta tämä tarkennus puuttui kysymyksenasettelusta. Täten on oletettava määrittelmän puuttumisen vaikuttaneen vastauksiin, minkä johdosta kyseisen kysymyksen tuloksia ei voida pitää täysin informatiivisina.

Ensiapuvälineitä koskevassa vapaassa kommentoinnissa tuli kiitosta nykyisen ensiapulaukun sisällöstä, joka koettiin edellistä selkeämmäksi ja paremmaksi. Toive välineiden käytön kertauksesta ja lisäkoulutuksesta tuotiin kuitenkin esille useasti. Koulutuksissa toivottiin käytävän läpi ensiapulaukun sisällön lisäksi hapen, imulaitteen, defibrillaattorin sekä ensiapulääkkeiden käyttö. Esille tuotiin myös haaste liittyen harvemmin käytettyjen ja harvalukuisempien välineiden, kuten hapen ja defibrillaattorin, sijoitteluun eri osastoille, eli tarvittavat välineet voidaan joutua keräämään useasta paikasta.

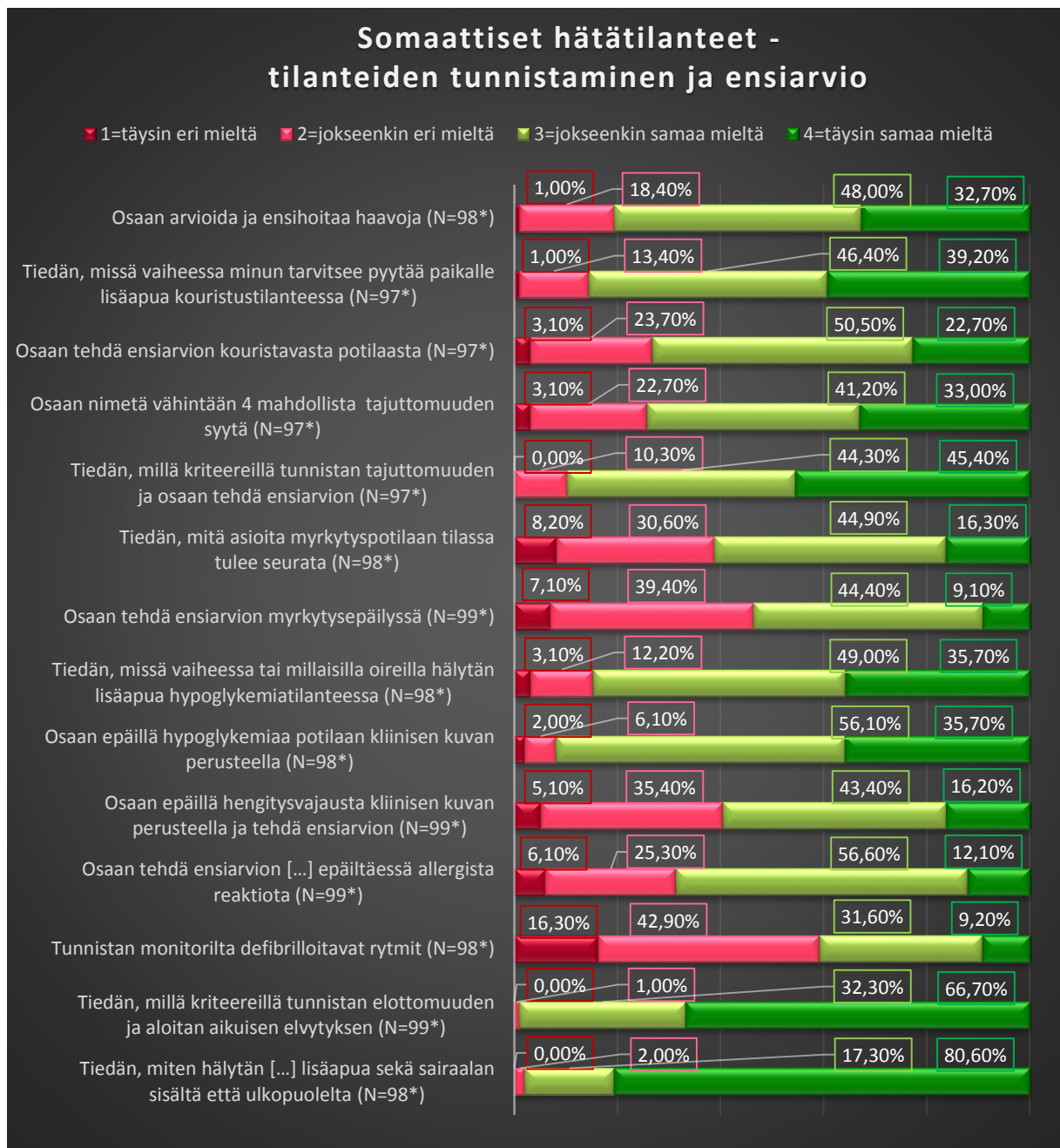
Kyselyyn itseensä liittyviä kommentteja ja kysymyksiä tuli pari kappaletta. Toinen kysymys oli tullut ensiapuväline-osioon: "*mikä on ellossapitopussi?*". Selitys nimitykselle oli kerrottu sekä välittömästi kyseisen kysymysoSION alussa tutkimuslomakkeen samalla sivulla että lomakkeen saatekirjeessä: ellossapitopussi on Kellokosken sairaalan oma nimitys heidän ensiapulaukuilleen. Toinen kysymys liittyi ensiapuvälineet-osion väittämään "*Tiedän happisaturaatiomittarin rajoitukset ja osaan siten arvioida käyrän luotettavuutta*", johon oli kommentoitu "*en ehkä ymmärrä mitä kysymyksellä haetaan.*" Väittämällä haettiin mittauksen virhelähteiden, kuten viileiden sormien, huonon verenkierron, lian, kynsilakan tai ihon pigmentoinnin tuomaa häiriötä, jolloin mittaustuloksen epäluotettavuudesta kertoo käyrän aaltomuodon mataluus tai puuttuminen (Alanen et al. 2016 s. 35). Muita huomioitavia asioita ovat esimerkiksi häämyrkytystilanteet, joissa mittari ei erota hapen paikan hemoglobiinissa vienyttä häämyrkytystä, jolloin saturaatiotaso voi mittarin mukaan näyttää riittävältä todellisuudesta poiketen, tai esimerkiksi hypovolemista vammapotilasta, jolloin happisaturaatioarvo voi näyttää normaalilta, vaikka hemoglobiinitaso olisi vuodon takia jo alhainen (Alanen et al. 2016 s. 35).

6.3 Somaattiset hätätilanteet

Somaattisiin hätätilanteisiin liittyvät kysymykset on jaoteltu ensiaputilanteiden eri osa-alueiden mukaan: *tilanteen tunnistaminen ja tilannearvio* (sis. ensiarvion teon sekä mahdollisen lisäavun hälyttämisen), *esitietojen keräys* sekä *ensivun anto*. Jaottelun avulla pyritään hahmottamaan, mikä tai mitkä osa-alueet tuntuvat varmimmilta, ja missä ilmenee eniten epävarmuutta. Vastajat arvioivat väittämien sopivuutta itseensä asteikolla 1-4, jossa 1=täysin eri mieltä, 2=jokseenkin eri mieltä, 3=jokseenkin samaa mieltä, 4=täysin samaa mieltä.

Tilanteen tunnistaminen ja tilannearvio

Seuraavaan taulukkoon (kuvio 7) on koottu somaattisiin hätätilanteisiin liittyvät väittämät, jotka koskevat *tilanteiden tunnistamista, ensiarvion tekoa ja lisäavun tarpeen arvioimista* sekä *lisäavun hälyttämistä*. Vastajaat arvioivat väittämien sopivuutta itseensä Likertin asteikolla 1-4, jossa 1=täysin eri mieltä, 2=jokseenkin eri mieltä, 3=jokseenkin samaa mieltä, 4=täysin samaa mieltä.



Kuvio 7. Somaattiset hätätilanteet – tilanteiden tunnistaminen ja tilannearvio. *N=vastaajien lukumäärä

Taulukosta voidaan päätellä, että erilaisten somaattisten hätätilanteiden tunnistaminen, ensiarvion teko sekä lisäävun tarpeen arvio ja lisäävun hälyttäminen vaikuttaisivat olevan vastaajilla heidän oman kokemuksensa mukaan melko hyvin hallussa. Eniten epävarmuutta liittyy myrkytys-, kouristustilanteiden- ja hengitysvajauksen ensiarvion tekoon, sekä hengitysvajauksen ja defibrilloitavien rytmien tunnistamiseen. Parhaiten koettiin hallittavan elottomuuden tunnistaminen sekä aikuisen peruselvytyksen aloitus, lisäävun hälyttäminen sekä sairaalan sisä- että ulkopuolelta, sekä tajuttomuuden ja hypoglykemian tunnistaminen.

Somaattisia hätätilanteita koskevassa vapaassa kommentoinnissa tuli esille ennen kaikkea taitojen ruostuminen tositilanteiden vähyyden sekä esimiehillä töiden hallinnollisen painopisteen vuoksi. Taitojen kertausta pidettiin positiivisena asiana.

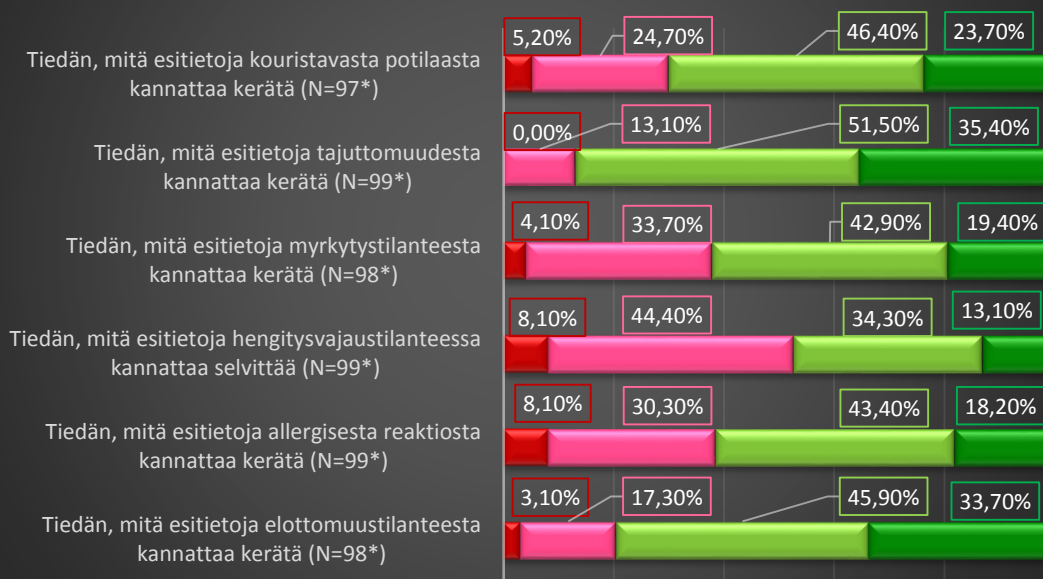
Esitietojen keräys

Esitietojen keräämisellä tarkoitetaan sellaisten tietojen selvittämistä, jotka voivat auttaa potilaan sen hetkiseen sairaustilaan johtaneiden syiden selvittämisessä sekä kyseisen tilan ensi- sekä jatkohoidon oikein kohdistamisessa. Näitä voivat esimerkiksi (Liite 3) anafylaksiatilanteessa olla tiedossa olevat lääke- ja ruokayliherkkyydet, mille potilas on mahdollisesti altistunut, potilaan lääkitys sekä viimeaikaiset lääkemuutokset, kouristuskohtauksessa esimerkiksi kouristuksen alku ja kesto, kouristelun laadun kuvaus, taustalla olevat vammat tai päihteiden käyttö sekä perussairaudet.

Seuraavaan taulukkoon (kuvio 8) on koottu väittämät, jotka liittyivät esitietojen keräämiseen. Taulukosta käy ilmi, että vastaajat kokivat vahvimmiten alueikseen esitietojen keräämisen tajuttomuuden, elottomuuden ja kouristuskohtauksen kohdalla, ja haastavimmaksi puolestaan myrkytysten, anafylaksian ja hengitysvajauksen kohdalla. Vastaajat arvioivat väittämien sopivuutta itseensä asteikolla 1-4, jossa *1=täysin eri mieltä*, *2=jokseenkin eri mieltä*, *3=jokseenkin samaa mieltä*, *4=täysin samaa mieltä*.

Somaattiset hätätilanteet - esitietojen keräys

1=täysin eri mieltä 2=jokseenkin eri mieltä 3=jokseenkin samaa mieltä 4=täysin samaa mieltä



Kuvio 8. Somaattiset hätätilanteet – esitietojen keräys. *N=vastaajien lukumäärä

Ensiavun anto

Somaattiset hätätilanteet - ensiavun anto

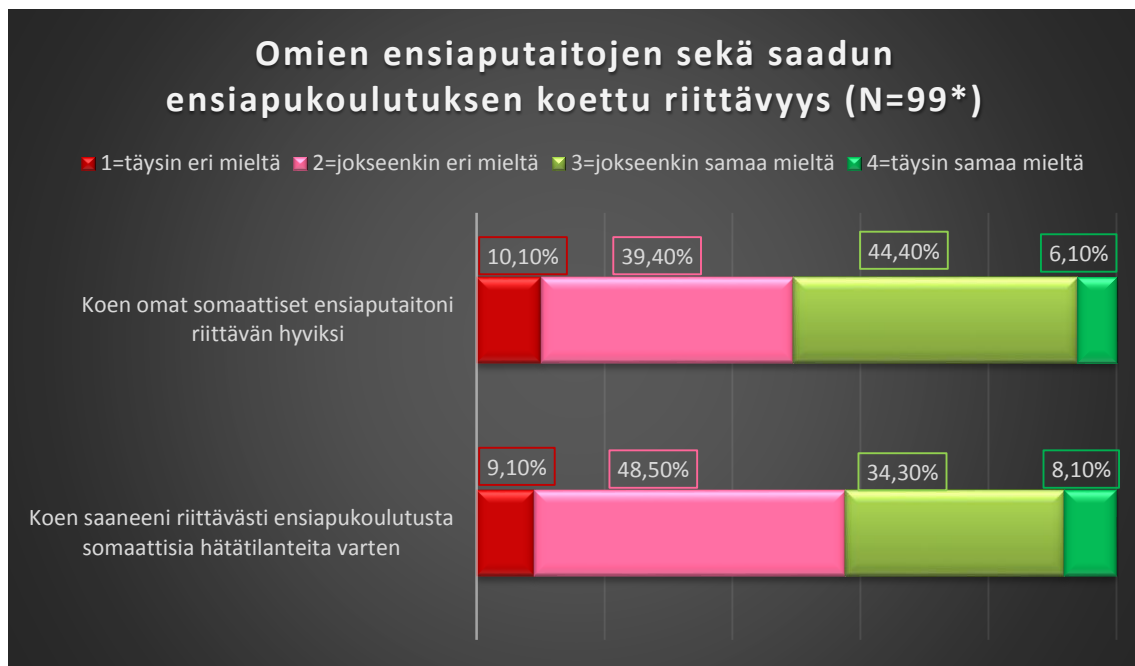
1=täysin eri mieltä 2=jokseenkin eri mieltä 3=jokseenkin samaa mieltä 4=täysin samaa mieltä



Kuvio 9. Somaattiset hätätilanteet – ensiavun anto. *N=vastaajien lukumäärä

Ylläolevaan taulukkoon (kuvio 9) on koottu ensiavun antamista koskevat väittämät. Taulukosta käy ilmi, että parhaiten koetaan hallittavan tajuttoman kääntö kylkiasentoon, puhallus-paineluelvytyksen tekniikka sekä hypoglykemian ensiapu. Hengitysvajauksen sekä anaflylaktisen sokin ensiapu tuottivat vastaajille eniten haasteita.

Tutkimuksessa selvitettiin myös vastaajien yleistä kokemusta omien ensiaputaitojen sekä saadun ensiapukoulutuksen riittävydestä. Seuraavasta taulukosta (kuvio 10) käy ilmi, että 49,5 % oli jokseenkin tai täysin eri mieltä omien ensiaputaitojensa riittävydestä, ja 58,6 % jokseenkin tai täysin eri mieltä saadun ensiapukoulutuksen riittävydestä. Vastajat arvioivat väittämien sopivuutta itseensä asteikolla 1-4, jossa 1=täysin eri mieltä, 2=jokseenkin eri mieltä, 3=jokseenkin samaa mieltä, 4=täysin samaa mieltä.



Kuvio 10. Omien ensiaputaitojen sekä saadun ensiapukoulutuksen koettu riittävyys (N=99) *N=vastaajien lukumäärä

Tutkimuksessa tehtiin lisäksi ristiviittaus siitä, ovatko vastaajan ikä tai hoitoalalla tulleet kokemusvuodet yhteydessä kokemukseen omien ensiaputaitojen riittävydestä. Ristiviittaus tehtiin laskemalla kustakin ikä- ja työkokemusluokasta tulleiden 1-, 2-, 3- ja 4-vas-
tauksien frekvenssit, ja laskemalla sitten näiden keskiarvo jokaista ikä- ja työkokemus-
luokkaa kohti. Tulokset olivat varsin tasaisia, eikä merkittävää yhteyttä näiden muuttujien
välillä löytynyt. Tulokset on esitetty seuraavassa taulukossa (taulukko 1).

Taulukko 1. Vastaajien (N) iän ja työkokemusvuosien yhteys omien ensiaputaitojen koettuun riittävyteen

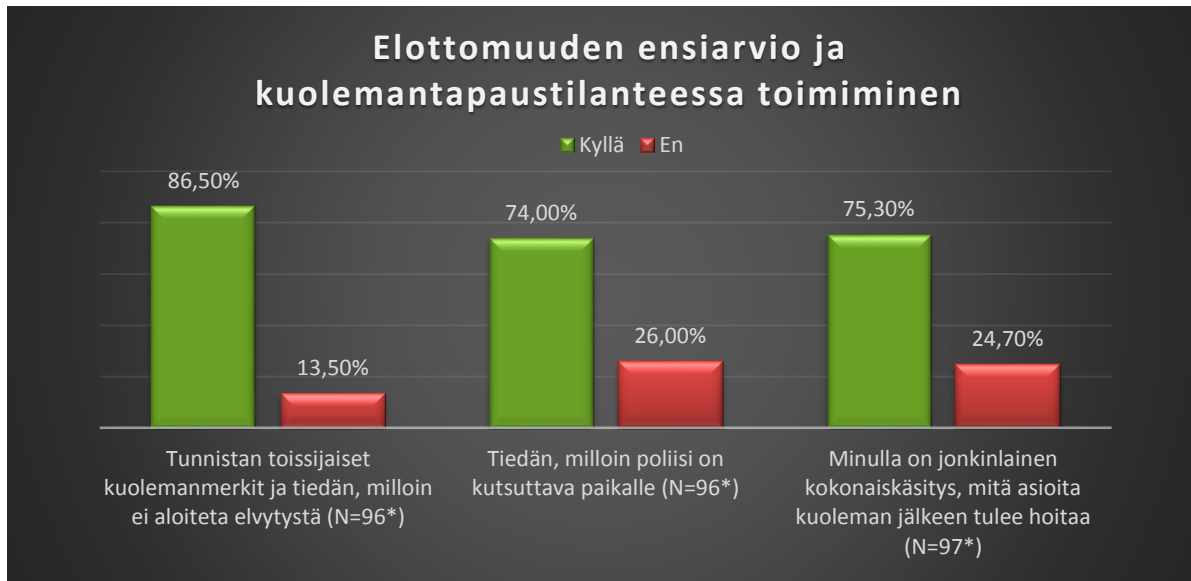
*N=vastaajien lukumäärä

Väittämän ”koen omat somaattiset ensiaputaitoni riittävän hyväksi” vastausten frekvenssit						
Ikä	1=täysin eri mieltä	2=jokseenkin eri mieltä	3=jokseenkin samaa mieltä	4=täysin samaa mieltä	N*	Keskiarvo
25tai alle	0	3	2	0	N = 5	2,4
26-35	0	13	13	0	N = 26	2,5
36-45	3	11	9	3	N = 26	2,46
46-55	6	6	16	1	N = 29	2,41
56 tai yli	1	5	2	1	N = 9	2,33
Työvuodet	1=täysin eri mieltä	2=jokseenkin eri mieltä	3=jokseenkin samaa mieltä	4=täysin samaa mieltä	N	Keskiarvo
2 tai alle	0	8	2	0	N = 10	2,2
3-9	2	9	16	2	N = 29	2,62
10-19	2	10	14	1	N = 27	2,52
20-29	2	4	7	1	N = 14	2,5
30 tai yli	4	5	2	2	N = 13	2,15

6.4 Kuolemantapaukset

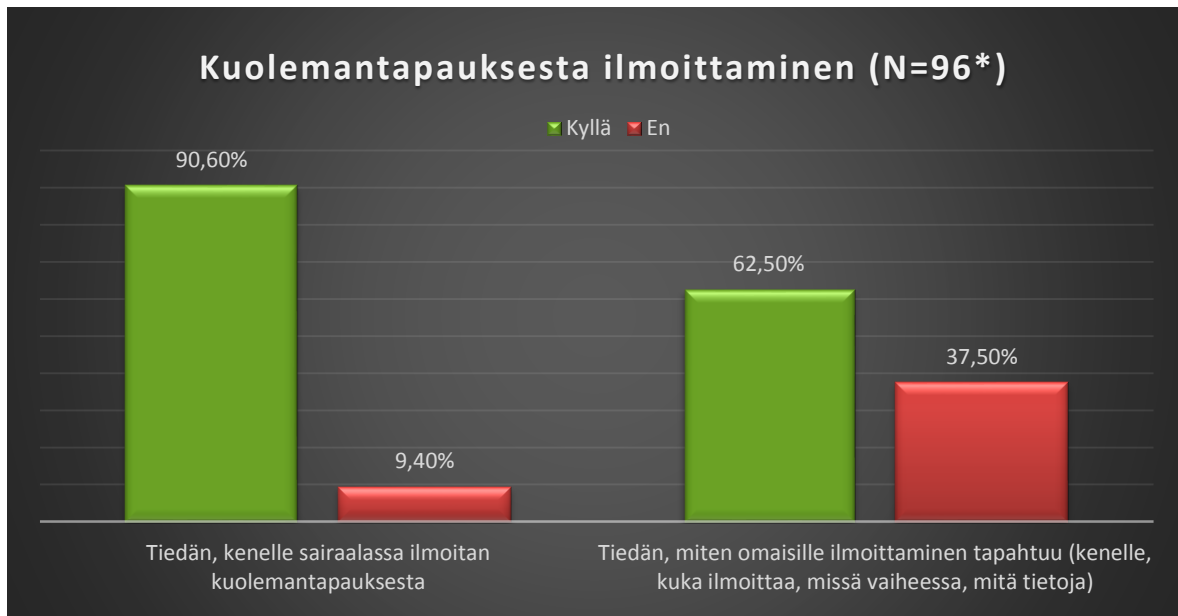
Kuolemaa käsittelevän osion kysymykset jaettiin niiden analysointivaiheessa *elottomuuden ensiarvioon ja kuolemantapaustilanteessa toimimiseen, kuolemantapauksesta ilmoittamiseen, vainajan käsittelyyn sekä jälkipuinnin ja kriisiavun aktivointiin*. Vastausvaihtoehdot väittämiin olivat *kyllä ja en*.

Seuraavasta taulukosta (kuvio 11) näkyy, että toissijaiset kuolemanmerkit tunnustetaan hyvin. Vastaajista 75,3 %:lla on jonkinlainen kokonais käsitys kuoleman jälkeen hoidettavista asioista, ja lähes yhtä moni tunnistaa tilanteet, joissa poliisi tulee kutsua paikalle.



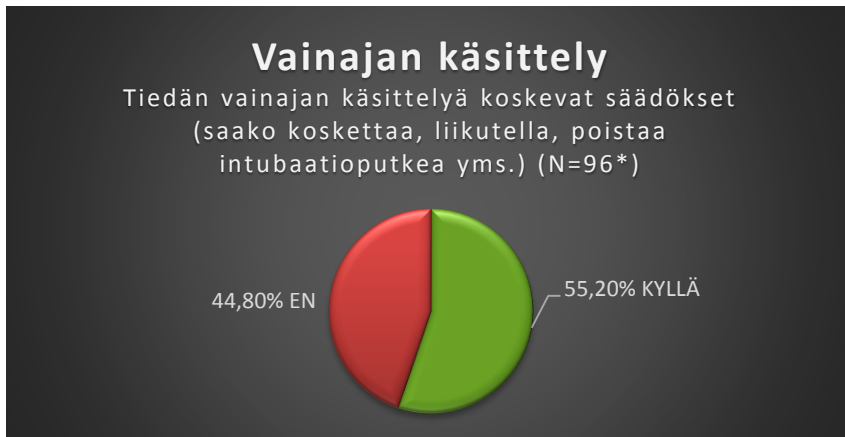
Kuvio 11. Elottomuuden ensiarvio ja kuolemantapaustilanteessa toimiminen. *N=vastaajien lukumäärä

Kuolemantapauksesta ilmoittaminen sairaalan sisällä tuntui vastaajista selkeältä (kuvio 12), mutta omaisille ilmoittamiseen liittyi jonkin verran epävarmuutta.



Kuvio 12: Kuolemantapauksesta ilmoittaminen (N=96). *N=vastaajien lukumäärä

Lopuksi tiedusteltiin vainajan käsittelyyn liittyvien asioiden tuntemusta kysymällä vastaajan omaa käsitystä siitä, kokeeko hän tuntevansa kyseisen alueen. 55,2 % vastasi tähän *kyllä* (kuvio 13). Lisäksi vastaajista (N=95) 80,0 % kertoi tietävänsä, miten voi aktivoida tai pyytää tilanteen jälkeen jälkipuinnin tai kriisiapua hoitohenkilökunnalle.



Kuvio 13. Vainajan käsittely (N=96). *N=vastaajien lukumäärä

Kuoleman jälkeisiä tilanteita koskevan osion avoimiin kysymyksiin tuli runsaasti vastauksia (kaikki vastaukset ks. liite 4). **Tilanteiden, joissa hoitaja löytää potilaan elottomana**, suurimpana haasteena koettiin taustatietojen puuttumisen luoma epävarmuus siitä, miten tilanteessa tulee toimia: tuleeko elvytys aloittaa? Onko potilas vielä elvytettävissä? Mitä saan tehdä ja mitä teen ensimmäiseksi? 4 vastaajaa kertoi kokeilevansa muun muassa potilaan pulssia elottomuuden varmistamiseksi, ja myös vitaalien mittaus tuotiin esille.

Kuolemanjälkeisiltä toimintaohjeilta toivottiin ennen kaikkea selkeyttä. Ohjeiden toivottiin sisältävän step by step -ohjeet päivitettävine puhelinnumeroineen sekä suoritettavien asioiden suoritusjärjestys. Ohjepaikaksi ehdotettiin mm. turvakansiota. Myös itsemurhatilanteisiin kaivattiin selkeämpää ohjetta, otetaanko esimerkiksi hirttäytynyt välittömästi alas. Lisäksi toivottiin vinkkejä omaisten kohtaamiseen sekä kriisiavun järjestämiseen. Eräs useaan otteeseen esille tullut asia liittyi vainajan käsittelyyn ja kuljetukseen: kuka hoitaa asian, kenelle soitetaan, kauanko vainaja on osastolla, minne hänet sieltä kuljetaan ja kuka hänet hakee. Ohjeissa toivottiin huomioitavan psykiatrian mahdollisuudet kyseisissä tilanteissa sekä tilojen ominaispiirteet. Kysymyksiä herätti myös somatiikan puolella tehdyn DNR-päätöksen siirtyminen psykiatriaan (ks.koko kommentti liite 4)

Niitä, jotka **olivat olleet paikalla kuolemantapauksessa**, pyydettiin kertomaan asioita, jotka tilanteen hoitamisessa olivat toimineet hyvin. Vastausten kirjo oli laaja ja esille tulivat useat eri osa-alueet, kuten elvytys ja avun saanti paikalle, rauhallisuus ja henkilökunnan välinen työnjako, omaisten vastaanotto ja vainajan hyvästijättö, tilanteesta ilmoittaminen ja kriisiavun järjestäminen sekä potilaille että henkilökunnalle, hoitajien yhteistyö, henkilökunnan ammattimaisuus, asiallisuus sekä potilaan kunnioitus. **Asioiksi, joissa ilmeni epätietoisuutta**, listattiin muun muassa vainajan liikuttamiseen ja siirtoon liittyvät asiat, tapahtuneesta ilmoittaminen, poliisin osallisuus, kuolintodistuksen laatija sekä muut tarvittavat dokumentit, elvytyksen jatkamisen kesto, tilanteen jatkotoimenpiteet, päivystävän lääkärin rooli sekä selkeän, kuuluvan johtamisen puuttuminen tilanteesta.

6.5 Yhteenveto

Tulosten perusteella näyttää siltä, että ensiapuvälineiden kirjo ja sijainti olivat hyvin hallussa. Myös kädentaitojen koettu perusosaaminen vaikutti olevan hyvää. Elossapitopuussin sisältö tunnettiin ja siihen oli tutustuttu, vaikka todellinen käyttö oli jäänyt vähälle. Ensiapulääkkeiden käyttöaiheissa sekä rajoituksissa puolestaan oli jonkin verran epävarmuutta.

Somattisista hätätilanteista haastavimmiksi koettiin myrkytys-, anafylaksia ja hengitysvajaus-tilanteet, ja parhaiten koettiin hallittavan tajuttomuus- sekä elottomuustilanteet sekä elvytys. Tilanteiden eri osa-alueista *hätätilanteiden tunnistaminen, ensiarvion teko sekä lisäavun hälyttäminen* olivat vastaajien mukaan melko hyvin hallussa. *Esitietojen keräys* puolestaan tuntui haastavalta etenkin myrkytys-, hengitysvajaus- ja anafylaksia-tilanteissa: sen arvioiminen, mitä tietoja tilanteen taustoista kannattaa kerätä esimerkiksi paikalle saapuvia ensihoitajia varten. Kolmas osa-alue, itse *ensivun anto*, taas tuntui olevan hyvin hallussa, kun tilanne ja tarvittavat ensiaputoimenpiteet oli tunnistettu ja päätetty.

Kaiken kaikkiaan ensiapukoulutusta toivottiin lisää, eikä vastaajan iällä tai hoitoalalla saaduilla kokemusvuosilla ollut merkittävää vaikutusta omien ensiaputaitojen koettuun riittävyyteen.

Toissijaiset kuolemanmerkit ja siten elvytyksen aloituksen hyödyttömyys tunnistettiin hyvin. Avoimissa vastauksissa tuli kuitenkin useasti esille epävarmuus siitä, aloitetaanko elvytys, jos potilas on löydetty elottomana. $\frac{3}{4}$ vastaajista ilmoitti omaavansa jonkinlaisen kokonaiskäsityksen kuoleman jälkeen hoidettavista asioista. Ilmoittaminen sairaalan sisällä oli lähes kaikille selkeää, mutta sairaalan ulkopuolinen viestintä esimerkiksi omaisille herätti epävarmuutta. Vainajan käsittelyä koskevat säädökset tunsivat hieman yli puolet vastaajista, ja tästä aihealueesta toivottiin selkeää ohjeistusta. Jälkipuinnin sekä kriisiapua henkilökunnalle osasi aktivoida 80 %. Lisäavun hälyttäminen koettiin hallittavan hyvin.

Elottomuuden uskoi tunnistavansa ja elvytyksen osaavansa aloittaa (=jokseenkin tai täysin samaa mieltä) 90 % vastaajista. Tarvittavien esitietojen kanssa epäröi kuitenkin noin 20 % vastaajista, ja vain noin 40 % (=jokseenkin tai täysin samaa mieltä) uskoi tunnistavansa defibrilloitavat rytmit monitorilta. Tämä ei tosin ole ongelma käytännössä automaattisen defibrillaattorin kanssa. 98 % uskoi suoriutuvansa (=jokseenkin tai täysin samaa mieltä) elvytyksen teknisestä puhallus-painelu -osiosta.

7 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

7.1 Pohdinta

Tässä opinnäytetyössä oli tarkoitus selvittää, miten Kellokosken psykiatrisessa sairaalassa vuosi sitten tehty somaattisten ensiapuhjeiden ja -välineiden päivitys oli hoitajien kesken omaksuttu: miten he osasivat käyttää nykyisiä ensiapuvälineitä ja -lääkkeitä, ja minkälaisiin somaattisiin hätätilanteisiin ja mihin niiden osa-alueisiin liittyi eniten epävarmuutta. Työssä selvitettiin myös, mitkä asiat kuolemantapausten jälkihoidossa tuntuivat epäselviltä.

Työn tavoitteena oli löytää ne somaattisiin hätätilanteisiin liittyvät asiat, joista kaivattaisiin lisäkoulutusta, tai joihin liittyviä ohjeita tulisi tarkentaa, jotta hoitajat, joiden hoitotyön erikoisala on psykiatria, saisivat lisävarmuutta harvemmin kohdalle osuviin somaattisiin hätätilanteisiin. Kuolemanjälkeisiin toimintoihin liittyviä epävarmuuksia haettiin siksi, että ne osattaisiin erityisesti ottaa huomioon laadittaessa sairaalan sisäisiä kuolemanjälkeisiä toimintaohjeita.

Opinnäytetyön kaikkiin kolmeen tutkimuskysymykseen saatiin vastauksina kunkin aihepiiriä vastaavaa tietoa. Ensimmäinen tutkimuskysymys oli *kuinka hyvin hoitajat kokevat tuntevansa ja osaavansa käyttää ensiapulaukkujen sisältämiä välineitä ja lääkkeitä*. Tuloksissa saatiin selville tietoa siitä, miten ensiapulaukkujen sekä muualla säilytettävien välineiden sijainti tiedettiin ja kuinka hyvin välineitä osattiin käyttää. Tietoa saatiin myös siitä, miten hyvin ensiapulaukun sisältö tunnettiin ja oliko siihen tutustuttu riippumatta siitä, oliko välineitä itse käyttänyt. Ensiapulääkkeiden sijainnin ja käyttötarkoitusten tuntemisesta saatiin tietoa, kuten myös koetusta osaamisesta niiden antotapoihin.

Toiseen tutkimuskysymykseen, *minkälaisiin somaattisiin hätätilanteisiin ja mihin osa-alueisiin niiden hoidossa liittyy eniten epävarmuutta psykiatrisilla osastoilla*, saatiin myös hyvin vastattua opinnäytetyössä. Saatiin tietoa siitä, minkä laatuissa tilanteissa (esim. kouristus, elvytys, myrkytys) toimiminen koettiin varmaksi ja minkälaisissa epävarmemmaksi, sekä lisäksi saatiin tietoa kunkin tilanteen eri osa-alueista: esimerkiksi tajuttomuuden ensiarvio, tajuttomuuden esitietojen keräys ja tajuttomuuden ensiapu.

Mitkä asiat kuoleman jälkeisten tilanteiden hoidossa herättävät epävarmuutta oli kolmas tutkimuskysymys. Tuloksissa saatiin tietoa vastaajien koetusta osaamisesta eri asioihin liittyen, kuten esimerkiksi ilmoittamisesta sairaalan sisällä sekä ulkopuolelle, toisijaisten kuolemanmerkkien tunnistamisesta, vainajan käsittelystä sekä jälkipuinnin aktivoimisesta hoitohenkilökunnalle mahdollisesti raskaan kokemuksen jälkeen.

Tutkimustulosten vertaaminen aiempaan tutkimustietoon ei tässä tutkimuksessa ole mielekästä samankaltaisten aikaisempien tutkimusten vähyden vuoksi. Kirjallisuus- ja tietokantahauissa löytyneet tutkimukset, jotka liittyivät somatiikkaan tai ensiapuun ja psykiatriaan, käsittelivät suurin osa joko somaattisia sairauksia psykiatrian sisällä tai psykistä ensiapua. Täten ei voida laajemmassa mittakaavassa analysoida, kuinka hyvin tämän tutkimuksen tulokset vastaavat aiempaa tutkimustietoa, tai olivatko ne odotettuja tai yllättäviä. Sen vuoksi tämän tutkimuksen tuloksia peilataan ensisijassa työlle asetettuihin tavoitteisiin.

7.2 Reliabiliteetti ja validiteetti

Edellä mainittujen tutkimuskysymysten analyysien perusteella voitaneen todeta, että opinnäytetyön validiteetti tulosten osalta oli melko hyvä: niihin asioihin saatiin vastaukset, joista haluttiin saada tietoa. Tässä kohdassa on kuitenkin hyvä muistaa, että tutkimuksella mitattiin vastaajien subjektiivista kokemusta omasta tietoudestaan ja osaamisestaan, eikä tuloksia siten voida pitää absoluuttisesti verrannollisina todelliseen osaamiseen, jota ei tutkimuksessa testattu.

Vaikka tulosten validiteetti kokonaisuutena oli hyvällä tasolla, olisi sitä vielä voinut parantaa tiettyjä tutkimuslomakkeen kysymyksiä tarkentamalla, sillä avoimissa vastauksissa tuli esille pari tarkentavaa kysymystä, joiden perusteella on oletettava, että myös vastaukset on annettu eri tavoin riippuen siitä, miten kyseinen kysymys on tulkittu. Nämä kysymykset ja niihin tulleet tarkennuskysymykset on esitetty ja huomioitu erikseen Tulokset-osiossa. On myös otettava huomioon, että tutkimuksessa käytetystä Likertin asteikosta (1 = täysin eri mieltä, 2 = jokseenkin eri mieltä, 3 = jokseenkin samaa mieltä, 4 = täysin samaa mieltä) oli jätetty pois yleensä ensimmäisenä tai keskimmäisenä oleva vaihtoehto *en osaa sanoa* tai *ei koske minua*, ja kyllä-ei -osioista oli puoles-

taan jätetty pois *ehkä* tai *en osaa sanoa* -vaihtoehto. Kyseiset epäröivät vastausvaihtoehdot jätettiin pois sekä niiden epäinformatiivisuuden vuoksi että siksi, koska kysymysten ajateltiin olevan niin selkeitä ja kaikkia koskevia, että sopiva vastausvaihtoehto löytyisi annettujen vaihtoehtojen väliltä. Puuttuva vaihtoehto kuitenkin näkyi tutkimuksessa siten, että joihinkin kysymyksiin oli jätetty vastaamatta tai laitettu ruksi kyllä ja ei -laatikoiden väliin, milloin vastaus jouduttiin hylkäämään. Puuttuvien vastausten määrä nousi kuitenkin vain yhdessä kysymyksessä yli 10 %. Kyseinen kysymys oli taustakysymys ja koski vastaajan sukupuolta. Voidaan siis todeta, että puuttuvien vastausvaihtoehtojen ja siten puuttuvien vastausten merkitys tutkimuksen tuloksiin oli varsin pieni.

Tutkimusvälineenä ollut kyselylomake osoittautui kuitenkin tässä tutkimuksessa tiedonkeruumenetelmänä validiksi, sillä näin vastaukset saatiin kultakin vastaajalta yksilötasolla. Jos vastauksia olisi kerätty esimerkiksi ryhmähaastatteluilla tai käytännön testaus-tilanteilla, olisi vastauksiin voinut vaikuttaa ympäriltä saatava ryhmäpaine, esimerkiksi vastaukset tai käytännön esimerkkisuoritukset. Yksilökohtainen käytännön testaaminen olisi ehkä tuonut vastauksiin subjektiivisuuden sijaan objektiivisempaa tietoa todellisesta osaamisesta, mutta tällöin olisi jouduttu tinkimään otannan määrästä, ja tulos ei olisi ollut niin kattava.

Tutkimuksen reliabiliteetilla puolestaan tarkoitetaan tutkimuksen luotettavuutta toistettaessa. Tutkimukseen vastasi yhteensä 99 henkilöä noin 240 mahdollisesta, jolloin vastausprosentiksi tuli 41,3 %. Vastauksia myös saatiin jokaiselta tutkimuksessa mukana olleelta 11 osastolta. Kattavuus oli tällöin melko hyvä, ja tulosten voidaan todeta melko hyvin edustavan sen yhden sairaalan tilannetta, jossa tutkimus toteutettiin. Tutkimuksen luonteen vuoksi tulos ei kuitenkaan välttämättä olisi sama jossakin toisessa psykiatriassa sairaalassa, sillä kussakin sairaalassa on omat ensiapu-ohjeistuksensa, -käytäntönsä ja -välineensä. Reliabiliteettiin saattaisi teoriassa vaikuttaa jonkin verran se, kuinka kauan viimeisestä ensiapukoulutuksesta tai taitojen kertauksesta on. Toisaalta voidaan todeta, että perusensiapuvalmiuden tulisi pysyä tietyllä tasolla jatkuvasti, eikä siten sen, onko viimeisin koulutus ollut puoli vuotta vai vuosi sitten, tulisi merkittävästi vaikuttaa tuloksiin.

7.3 Johtopäätökset

Tutkimuksella saatiin mitattua haluttuja asioita. Tuloksia voidaan käyttää alkuperäisen suunnitelman mukaan taustatietona ensiapukoulutusten ja -ohjeiden päivitysten ja mahdollisten kehitystarpeiden suunnittelussa, sekä kuolemanjälkeisten ohjeiden laadinnassa. Tuloksia tarkastellessa tulee kuitenkin muistaa, että tutkimuksessa mitattiin hoitajien koettua tietoutta ja osaamista, eikä todellista osaamista ja tietoa testattu.

Psykiatrian erikoisalalla työskentelevien hoitajien somaattisista ensiaputaidoista ei löytynyt suurta määrää aiempaa tutkimustietoa, vaan aiemmissa psykiatrian ja somatiikan yhdistävissä tutkimuksissa oli enemmän keskitytty lähinnä somaattisten sairauksien seurantaan ja hoitoon, tai tietyn potilasryhmän, kuten esimerkiksi skitsofreniadiagnosin omaavien potilaiden kuolleisuuden tarkasteluun. Täten tuloksia ei suoraan pystytä vertaamaan aiempiin tuloksiin. Toisaalta voidaan kysyä, pitäisikö näitä kahta, somaattisia sairauksia ja somaattisia hätätilanteita, edes erottaa toisistaan? Olisiko mielekkäintä tarkastella koko somatiikan kirjoa psykiatrian sisällä? Opinnäytetyön teoriaosion koamisvaiheessa tuli eri lähteitä tutkiessa useasti esille psykiatrian haaste huomioida potilaiden somaattista puolta, mihin vaikuttivat useat eri syyt. Hoidon kokonaisvaltaisuuden ja potilasturvallisuuden vuoksi olisi varmasti kuitenkin tärkeää, että potilaan hoidossa huomioitaisiin sekä hänen fyysinen että psyykinen vointinsa riippumatta siitä, onko ensisijainen hoidon kohde sillä kertaa psykiatrinen vai somaattinen. Voidaankin kysyä, tulisiko psykiatrian ja somatiikan palapelin palojen erikseen tutkimisen sijaan miettiä sitä, miten palapelistä saataisiin kasattua kokonainen ja koko ihmisen hyvinvoinnin ja terveyden kattava kuva.

7.4 Jatkotutkimusehdotukset

Sairaalan sisäisenä kehitysehdotuksena heräsi ajatus, olisiko elottomana löydetyn potilaan kohtaamistilanteisiin oleva ohjeistus avuksi? Tämä ajatus heräsi etenkin siksi, koska suurin osa vastaajista ilmoitti tilanteessa kohtaamansa epävarmuuden aiheuttajaksi epätietoisuuden siitä, mitä on tapahtunut, ja miksi potilas on eloton. Elottoman potilaan kohtaamisessa ensisijaista olisi kuitenkin tehdä nopeasti päätös mahdollisen elvytyksen aloittamisesta, ja tällöin taustatietojen selvittelyyn ei vielä tässä vaiheessa voi liikaa käyttää

aikaa. Voisiko avuksi olla esimerkiksi ohjeistus siitä, mitä asioita elottomana löydettyltä potilaalta tarkistetaan ja selvitetään, ja kuinka kauan näihin saa käyttää aikaa ennen niiden perusteella tehtävää päätöstä elvytysten aloittamisesta? Eräs vastaaja muisteli aikoinaan nähneensä ohjeistuksen, jonka mukaan kaikkia elottomana löydettyjä elvytetään, kunnes lääkäri toisin määrää, ja pohti, josko näin edelleen on toimittava.

Yleisellä tasolla sekä aihealueen aiempaan tutkimustietoon ja teoriaan tutustuessa että vastaajien kanssa lomakkeiden jakovaiheessa jutellessa tuli esille ajatus samankaltaisen tutkimuksen teettämisestä psykiatrian erikoislääkäreillä, psykiatreilla sekä psykiatriaan erikoistuvilla lääkäreillä. Tämän tutkimuksen ajatus kohdistaa tutkiminen hoitajiin perustui paljolti siihen, että hoitajat usein ovat ensimmäisenä paikalla arvioimassa tilanteen ja aloittamassa somaattisen ensiavun hätätilanteen sattuessa, mutta kun paikalle saadaan lääkäri, on tämä kuitenkin vastuussa potilaan hoidosta ja hoitajien ohjauksesta. Lisäksi psykiatrian erikoislääkäreillä tulee psykiatrian sisällä suunnilleen yhtä vähän kokemusta somaattisten hätätilanteiden hoidosta kuin hoitajilla, joten taitoja ylläpitävä kouluttautuminen ja kertaaminen on tärkeää.

Kiinnostavaa olisi myös tutkia mahdollisia eroja eri psykiatristen sairaaloiden välillä ja selvittää sitä, minkälaiset ensiaputaitojen koulutus-, harjoittelu- ja kertausratkaisut psykiatrian sisällä toimivat parhaiten. Aiempaa tutkimustietoa löytyi melko hyvin eri organisaatioiden sisäisistä ensiapukoulutusratkaisuista, mutta psykiatrian sisäisistä ensiapukoulutusmalleista ei löytynyt selkeää kaavaa. Olisiko sellaisesta hyötyä?

Tulevaisuudessa sairaaloiden yhdistäminen ja keskittäminen ehkä tuovat myös psykiatria lähemmäs somaattisia aloja ja tekevät asianmukaisen avun saamisen helpommaksi. Tämä ei kuitenkaan poista ensiaputaitojen tarvetta psykiatrian sisällä, sillä aivan kuten ensihoidossa sairaaloiden ulkopuolella: joskus suurin haaste on tilanteen tunnistamisessa, oleelliset tiedot esitiedoissa, ja minuutit ja sekunnit voivat olla ratkaisevia.

LÄHTEET

- Alanen, P; Jormakka, J; Kosonen, A & Saikko, S. 2016. Oireista työdiagnoosiin - Ensihoitopotilaan tutkiminen ja arviointi. Sanoma Pro Oy, Helsinki. S. 304
- Asetus kuolemansyyn selvittämisestä 948/1973. [www] Luettavissa:<http://www.finlex.fi/fi/laki/akup/1973/19730948?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=948%2F1973> Luettu: 2.4.2017
- Castrén, M; Helveranta, K; Kinnunen, A; Korte, H; Laurila, K; Paakkonen, H; Pousi, J & Väisänen, O. 2012. Ensihoidon perusteet. Otavan kirjapaino Oy, Keuruu. S. 431
- De Hert, M; Cohen, D; Bobes, J; Cetkovich-Bakmas, M; Leucht, S; Ndeti, D.M; Newcomer, J.W; Uwakwe, R; Asai, I; Möller, H-J; Gautam, S; Detraux, J; Correll, C.U. 2011. Physical illness in patients with severe mental disorders. II Barriers to care, monitoring and treatment guidelines, plus recommendations at the system and individual level. World Psychiatry 10 (2), 138-151. PubMed.
- Duodecim Terveyskirjasto 2016. Somaattinen. Luettavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=ltt03190&p_hakusana=somaattinen Luettu: 30.4.2017
- Heikkilä, T. 2014 [www/PowerPoint]. Tilastollinen tutkimus. Edita. Luettavissa: <http://www.tilastollinentutkimus.fi/1.TUTKIMUSTUKI/KvantitatiivinenTutkimus.pdf> Luettu: 1.5.2017
- Heilä, H. 2016. [www] Itsemurhavaarassa oleva potilas. Duodecim -lääkärin käsikirja.
- Helovuori, A; Kinnunen, M; Peltomaa, K & Pennanen, P. 2011. Potilasturvallisuus -potilasturvallisuuden keskeisiä kysymyksiä havainnollisesti ja käytännönläheisesti. Edita Prima Oy, Helsinki. S. 226
- Hus 2017. Kellokosken sairaala. Luettavissa: <http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaalat/kellokosken-sairaala/Sivut/default.aspx> Luettu: 3.4.2017
- Hus 2017a. Psykiatria. Luettavissa: <http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaanhoitopalvelut/psykiatria/Sivut/default.aspx> Luettu: 30.4.2017
- Kinnunen, M; Lönnqvist, J; Ekelund, J; Roine, R-P; Aaltonen, L-M & Mustajoki, P. 2016. Potilaan itsemurha hoitosuhteen aikana on aina haittatapahtuma. Suomen Lääkärilehti, vol. 71 no. 11 s. 821-822.
- Koponen, H & Lappalainen, J. 2015. Mielenterveyspotilaan somaattinen terveys. Duodecim 131 (6), 577-582.

- KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto [www]. Yhteiskuntatieteellinen tietovarasto. Tampere. Luettavissa: <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/index.html> Luettu: 1.5.2017
- KvantiMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto [www]. Yhteiskuntatieteellinen tietovarasto. Tampere. Luettavissa: <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus> Luettu: 1.5.2017
- Laki kuolemansyyn selvittämisestä 1.6.1973/459.[www] Luettavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajntasa/1973/19730459?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=kuolema#a11.12.2009-1065> Luettu: 2.4.2017
- Leppävuori, A & Räsänen, S. 2016. [www] Psykosomaattisesti oireileva potilas. Duodecim. Lääkärin käsikirja.
- Markkanen, S; Hoppu, S; Lindgren, L: 2008. Hoitohenkilökunnan elvytyskoulutuksen kehittäminen TAYS:ssa. Finnanest. 440-444. Luettavissa: http://www.finnanest.fi/files/markkanen_hoito.pdf Luettu: 22.3.2017
- Metropolia 2017. [PowerPoint esitys/koulutusmateriaali] Hätätilanteiden hallinta psykiatriisilla poliklinikoilla ja vuodeosastoilla.
- Rautava-Nurmi, H; Westergård, A; Henttonen, T; Ojala, M & Vuorinen, S. 2015. Hoitotyön taidot ja toiminnot. Sanoma Pro Oy, Helsinki. S. 476
- Räsänen, S; Hakko, H; Viilo, K; 2004. Psykiatristen pitkäaikaispotilaiden ylikuolleisuus - haaste somaattiselle hoidolle. Luettavissa: <http://www.ebm-guidelines.com/xmedia/duo/duo94045.pdf> Luettu: 22.3.2017
- Salokangas, R. 2009. Skitsofreniapotilaan somaattiset sairaudet. Duodecim 125, 505-512 Tays. 2016. Psykoosit – somaattinen hoito. Luettavissa: [http://www.pshp.fi/fi-FI/Ohjeet/Hoitoohjelmat/Psykiatrian_hoitoohjelmat/Psykoosit/Somaattinen_hoito\(29851\)](http://www.pshp.fi/fi-FI/Ohjeet/Hoitoohjelmat/Psykiatrian_hoitoohjelmat/Psykoosit/Somaattinen_hoito(29851)) Luettu: 15.4.2017
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2016. [www] Kuoleman toteamista koskeva opas on kumottu vanhentuneena – uutta lainsäädäntöä valmistellaan. Luettavissa: http://stm.fi/artikkeli/-/asset_publisher/kuoleman-toteamista-koskeva-opas-on-kumottu-vanhentuneena-uutta-lainsaadantoa-valmistellaan. Luettu: 2.4.2017
- Sosiaali- ja terveysministeriön asetus kuoleman toteamisesta 27/2004. Luettavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2004/20040027> Luettu: 2.4.2017
- Valvira 2015. [www] Kuoleman toteaminen. Luettavissa: http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattinharjoittaminen/kuoleman_toteaminen Luettu: 2.4.2017
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2011. Potilasturvallisuusopas -potilasturvallisuuslain-säädännön ja -strategian toimeenpanon tueksi. Juvenes Print –Tampereen Yliopistopaino Oy, Tampere. S. 47

Toivanen, S; Turunen, H; Paakkonen, H; Tossavainen, K. 2012. Potilassimulaatio so-
maattisten hätätilanteiden opetusmenetelmänä - psykiatristen sairaanhoitajien ko-
kemuksia täydennyskoulutuksesta. Tutkiva Hoitotyö. 10 (2), 16-24

Uskalla auttaa. 2017. [www] Hätätilanteiden hallinta terveydenhuollon ammattihenki-
löille. Luettavissa: [https://www.uskallaauttaa.fi/ensiapukurssi/hatatilanteiden-hal-
linta-terveydenhuollon-ammattihenkilöille/](https://www.uskallaauttaa.fi/ensiapukurssi/hatatilanteiden-hal-
linta-terveydenhuollon-ammattihenkilöille/) Luettu: 15.4.2017

Vataja, R; Kontio, R & Laaksonen, T. 2015. Kellokosken sairaalan juhla-julkaisu 1915-
5015 Sata vuotta. Luettavissa: [http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaalat/kellokos-
ken-sairaala/Documents/Kellokoski%20juhlakirja%20netti-versio.pdf](http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaalat/kellokos-
ken-sairaala/Documents/Kellokoski%20juhlakirja%20netti-versio.pdf)
Luettu: 4.4.2017

LIITTEET

- Liite 1 Tutkimuslomake ja saatekirje
- Liite 2 Kellokosken ja Hysha Psykiatria avohoidon ensihoitopäivitys
- Liite 3 Kellokosken ensihoitomanuaali -vihko
- Liite 4 Tutkimuslomakkeen avoimet vastaukset alkuperäismuodossa
- Liite 5 Tutkimusluvut HYKS Psykiatria sekä HUS Hyvinkään Sairaanhoitoalue
- Liite 6 Pidempi ruotsinkielinen tiivistelmä

Jemina Härkönen
Ensihoitajaopiskelija
Arcada ammattikorkeakoulu

Saatekirje

1 (1)

Tutkimus – Kellokosken psykiatrisen sairaalan hoitajien osaaminen somaattisissa hätätilanteissa ja kuolemantapausten jälkihoidossa

Tämä tutkimus on osa opinnäytetyötä, jossa selvitetään, mitkä asiat Kellokosken sairaalan somaattisissa hätätilanteissa (esim. kouristus, myrkytys, elvytys, haavat), niihin liittyvissä ensiapuvälaineissä sekä kuoleman jälkeisten tilanteiden hoidossa tuntuvat epäselviltä.

Tulosten perusteella sairaalan työryhmät tarvittaessa tarkentavat ensiapuohjeita ja -koulutuksia sekä kehittävät tarkemmat ohjeistukset kuoleman jälkeisten tilanteiden hoitoa varten.

Kyselyn näkökulma on hoitajien subjektiivinen kokemus omasta osaamisestaan ja asioista, joista he toivoisivat lisäkoulutusta. Tarkoituksena on löytää asiat, joiden lisäkoulutus ja paremmat ohjeet toisivat psykiatrian sisäisiin somatiikan hätätilanteisiin lisää varmuutta.

Kysely jaetaan kaikille Kellokosken 11 osastolle ja on tarkoitettu hoitajille (sairaanhoitaja, mielenterveyshoitaja, lähihoitaja). Kysymykset on laadittu elossapitopusseissa (=ensiapulaukut) olevien hoito-ohjeiden perusteella. Osallistuminen on vapaaehtoista ja anonymiä. Tutkimusaineisto käsitellään luottamuksellisesti, ja tutkimuksen päätyttyä hävitetään oppilaitoksen hyväksymällä tavalla vastaajien anonymiteetti säilyttäen.

Työn ohjaajana toimii yliopettaja Heikki Paakkonen / Arcada amk, sekä yhteyshenkilöinä Kellokoskelta osastonlääkäri Saana Eskelinen / HUS, HySha Psykiatria, Terveystupa ja osastonhoitaja Johanna Tiusanen (P10, P20).

Kyselyyn vastaaminen vie alle 10 minuuttia. Kiitos, että olet mukana!

Ystävällisin terveisin

Jemina Härkönen
Ensihoitaja amk -opiskelija
Arcada ammattikorkeakoulu

Jemina Härkönen
Ensihoitaja amk -opiskelija
Arcada ammattikorkeakoulu

Tutkimuslomake

1 (3)

Toukokuu 2017

Kellokosken psykiatrisen sairaalan hoitajien osaaminen somaattisissa hätätilanteissa ja kuolemantapausten jälkihoidossa

Tutkimus koostuu osista Ensiapuvälineet, Somaattiset hätätilanteet, Kuolemantapaukset ja Taustatiedot.

Ensiapuvälineet

Vastaa seuraaviin väittämiin ruksaamalla oman arviosi mukaan itsellesi parhaiten sopiva vastausvaihtoehto *kyllä* tai *en*. Väittämässä "elossapitopussilla" tarkoitetaan siksi nimettyjä Kellokosken sairaalan ensiapulaukkuja, jotka on tarkoitettu somaattisiin hätätilanteisiin.

	Kyllä	En
Tiedän, mistä löytyy lähin elossapitopussi		
Tiedän, mitä asioita elossapitopussi sisältää		
Olen fyysisesti tutustunut elossapitopussiin ja tutkinut, mitä se sisältää		
Olen käyttänyt elossapitopussia ensiaputilanteessa		
Osaan ventiloida potilasta oikein ja turvallisesti ambu-palkeella ja maskilla		
Osaan valita oikeankokoisen nieluputken sekä asettaa sen potilaalle		
Tiedän happisaturaatiomittarin rajoitukset ja osaan siten arvioida käyrän luotettavuutta		
Osaan mitata verensokerin		
Osaan tehdä painesiteen vuotavalle haavalle		
Tiedän, mistä löytyy lähin imulaite		
Tiedän, mistä löytyy lähin defibrillaattori		
Osaan käyttää sairaalan defibrillaattoria		
Tiedän, mistä löytyy lähin happipullo		
Tiedän, mistä löydän ensiapulääkkeet		
Osaan antaa potilaalle Epipen- ja Glucagen-injektiot		
Tiedän, millaisissa myrkytystilanteissa/mitä aineita epäiltäessä Carbomix-hiiliä ei saa antaa, tai milloin siitä ei ole hyötyä		
Tiedän, miten aspiriini vaikuttaa ja milloin annan sitä potilaalle		
Tiedän, miten Dinit-suihke vaikuttaa ja milloin annan sitä potilaalle		
Tiedän oikean Stesolid-annoksen		

Vapaat kommentit ensiapuvälineisiin liittyen _____

Somaattiset hätätilanteet

Vastaa seuraaviin väittämiin *ruksaamalla* itsellesi sopivin vaihtoehto: **1**=täysin eri mieltä, **2**=jokseenkin eri mieltä, **3**=jokseenkin samaa mieltä tai **4**=täysin samaa mieltä.

	1	2	3	4
Koen saaneeni riittävästi ensiapukoulutusta somaattisia hätätilanteita varten				
Koen omat somaattiset ensiaputaitoni riittävän hyväksi				
Tiedän, miten hälytän tilanteisiin tarvittavaa lisäapua sekä sairaalan sisältä että ulkopuolelta				
Tiedän, millä kriteereillä tunnistan elottomuuden ja aloitan aikuisen elvytyksen				
Tiedän, mitä esitietoja elottomuustilanteesta kannattaa kerätä ensihoitajia varten				
Osaan suorittaa puhallus-painehelvytyksen oikealla tekniikalla oikeaan tahtiin				
Tunnistan monitorilta defibrilloitavat rytmit				
Osaan tehdä ensiarvion potilaan tilasta epäiltäessä allergista reaktiota / anafylaksiaa				
Tiedän, mitä esitietoja allergisesta reaktiosta kannattaa kerätä				
Osaan antaa ensiapua anafylaktisessa sokissa				
Osaan epäillä hengitysvajausta kliinisen kuvan perusteella ja tehdä ensiarvion				
Tiedän, mitä esitietoja hengitysvajaustilanteessa kannattaa selvittää				
Osaan antaa ensiapua hengitysvajaustilanteessa				
Osaan epäillä hypoglykemiaa (=matala verensokeri) potilaan kliinisen kuvan perusteella				
Osaan antaa ensiapua hypoglykemiaan				
Tiedän, missä vaiheessa tai millaisilla oireilla hälytän lisäapua hypoglykemiatilanteessa				
Osaan tehdä ensiarvion myrkytyspäilyssä				
Tiedän, mitä esitietoja myrkytystilanteesta kannattaa kerätä				
Tiedän, mitä asioita myrkytyspotilaan tilassa tulee seurata				
Tiedän, millä kriteereillä tunnistan tajuttomuuden ja osaan tehdä ensiarvion				
Tiedän, mihin asentoon tajuton henkilö tulisi asettaa				
Tiedän, mitä esitietoja tilanteesta (tajuttomuus) kannattaa kerätä				
Osaan nimetä vähintään 4 mahdollista tajuttomuuden syytä				
Osaan tehdä ensiarvion kouristavasta potilaasta				
Tiedän, mitä esitietoja kouristavasta potilaasta kannattaa kerätä				
Osaan antaa ensiapua kouristavalle potilaalle				
Tiedän, missä vaiheessa minun tarvitsee pyytää paikalle lisäapua kouristustilanteessa				
Osaan arvioida ja ensihoitaa haavoja (esim. paineside-/puhdistus-/suturointitarve?)				

Vapaat kommentit (tarkennus/ehdotus/kysymys) ylläoleviin väittämiin _____

Kuolemantapaukset

Vastaa seuraaviin väittämiin ruksaamalla sopiva vaihtoehto *kyllä* tai *en*. Kuolemalla tarkoitetaan tässä sekä löydettyä elotonta että *tuloksetonta elvytystä*, ellei väittämässä selkeästi viitata jompaankumpaan.

	Kyllä	En
Tunnistan toissijaiset kuolemanmerkit (lautumat, kuolonkankeus, jäähtyminen) ja tiedän, milloin ei aloiteta elvytystä (löydetty)		
Tiedän, kenelle sairaalassa ilmoitan kuolemantapauksesta		
Tiedän vainajan käsittelyä koskevat säädökset (saako koskettaa, liikutella, poistaa intubaatioputkea yms.)		
Minulla on jonkinlainen kokonaiskäsitys, mitä asioita kuoleman jälkeen tulee hoitaa		
Tiedän, miten omaisille ilmoittaminen tapahtuu (kenelle, kuka ilmoittaa, missä vaiheessa, mitä tietoja)		
Tiedän, milloin poliisi on kutsuttava paikalle		
Tiedän, miten voin aktivoida/pyytää tilanteen jälkipuinnin / kriisiapua hoitohenkilökunnalle		

Jatka seuraavia lauseita vapaasti:

Jos löytäisin potilaan elottomana, olisin epävarma siitä, _____

Ehdotuksia / toiveita ryhmälle, joka luo ohjeistusta kuolemanjälkeisiin tilanteisiin _____

Mikäli olet ollut paikalla kuolemantapauksessa (tulokseton elvytys tai löydetty vainaja),

Mikä tilanteen hoitamisessa toimi hyvin? _____

Missä asioissa oli epätietoisuutta? _____

Taustatiedot

Ympyröi sopivin vaihtoehto.

Sukupuoli	Nainen	Mies			
Ikä vuosina	25 tai alle	26-35	36-45	46-55	56 tai yli
Koulutus	Sairaanhoidaja	Mielenterveyshoitaja	Lähihoitaja	Muu, mikä?	
Työvuodet hoitoalalla	2 tai alle	3-9	10-19	20-29	30 tai yli

Kiitos osallistumisesta!



KELLOKOSKEN JA HYSHA PSYK AVOHOIDON ENSIHOITO-PÄIVITYS

2015-2016/ osl Saana Eskelinen KKS ja oyl Hetti Kirves Hysha Ensihoito

TAVOITE: Sairaalassa ja avohoidossa

1. tunnistetaan hätätilanteet
2. osataan antaa ensiapu sekä hälyttää apua oikeaan aikaan ja oikeaan paikkaan
3. hoitotarvikkeita ja lääkkeitä osataan käyttää, niitä on sopiva määrä ja ne osataan hakea paikalle

ILMATIE-ESTE

Hoito-ohje. Laryngoskoopp+Magillin pihdit (huom vain yksiköihin joissa defibrillaattori)

ELOTTOMUUS

HUS aikuisten hoitoelvytysohje (myös nuorisolla). Defibrillaattori 3 min hakumatkan päässä sairaalassa, avohoidossa ei tarvetta koska toimistot sijaitsevat taajamissa ja ensivasteyksikkö tulee nopeasti.

TAJUTTOMUUS

Hoito-ohje.

ANAFYLAKSIA

Hoito-ohje.

EPILEPTINEN KOHTAUS

Hoito-ohje.

HYPOGLYKEMIA

Hoito-ohje.

MYRKYTYS

Hoito-ohje.

KAIKISSA YKSIKÖSSÄ OLTAVA

Elossapitopussi, sis. hoito-ohjeet ja ohjeet avun hälyttämiseen (toimipaikan osoite), ambu, maski, nielu-putket, O2-saturaatiomittari, RR-mittari, kuumemittari, vs-mittari, sakset, stetoskooppi

Carbomix, Histec, Epipen x2, Glucagen, Stesolid 10 mg (rektaalinen). Dinit-suihke ja ASA (ei nuorisolla)

Terveystupa-agentit vievät uudet käytännöt osastoille, osastonhoitajat delegeoivat, koulutuksia järjestetään. Vanhoista punaisista laatikoista ja anafylaksia-rasioista luovutaan.

TOIMIPAIKAN TARKKA OSOITE HÄLYTYKSEN TEKEMISTÄ VARTEN:

LAINATTAVIEN LAITTEIDEN SIJAINTI:

Defibrillaattori	
Happipullo	
Laryngoskooppi ja Magillin pihdit vierasesineen poistamista varten	
EKG	
Imulaite	

ENSIAPULÄÄKITYS LÄÄKEKAAPISSA:

- Epipen 2 kpl
- Glucagen (jääkaappi)
- Stesolid rectiol
- Carbomix
- Dinit-suihke
- Aspiriini 500 mg
- Antihistamiini esim. Histec 10 mg

MS. RETIIVARUUSTUS: antihistamiini, kipulääke, kyypakkaus, Stesolid-rectiol. Dinit-suihke ja ASA tarvittaessa.

ELOSSAPITOPUSSIN SISÄLTÖ:

OHJEET

- Laminoidut ohjelaput: Elvytys, Tajuttomuus, Hengitysvajaus, Anafylaksia, Tajuttomuus-kouristuskohaus, Myrkytys, HUS-elvytysohje, Diabeetikon ensiapuohje.
- alla oleva lista hätätilaisuuksista jotka löytyvät lääkehuoneesta
- tieto happipullon, defibrillaattorin, Magillin pihdien, EKG:n ja imulaiteen sijainnista sekä osaston tarkka osoite avun halyttamistä varten

VEHKEET

- Nieluputki, maski ja ambu
- Laryngoskooppi ja Magillin pihdit pisterissä jossaa defri
- Pienet säkset
- happisaturaatiomittari
- verensokerimittari
- verenpaine mittari
- kuumemittari
- sidostarpeita
- stetoskooppi

LÄÄKKEET LÄÄKEHUONEESSA

- Epipen 2 kpl
- Glucagen (jääkaappi)
- Stesolid rectiol
- Carbomix
- Dinit-suihke
- Aspiriini 500 mg
- antihistamiini esim. Histec 10 mg

RETIIVARUUKKAUS: antihistamiini, ibuproff/ parasetamoli, kyypakkaus, Stesolid, Dinit-suihke

TAJUTTOMUUS

VÄLITÖN ENSIARVIO

Hengittäkö, tuntuuko syke?
Tajunnan taso, reagoiko kipuun?
Näkyvä vamma?
Aseta kylkiasentoon

PERUSSELNTOIMINTOJEN MITTAUKSET

Verenkierto (RR, pulssi, SpO2)
Hengitystiehyys
Verensokeri ja kuume

HOITO

SOITA PÄIVYSTÄVÄ LÄÄKÄRI

Lisähappi 35 %-maskilla, jos hengitystiehyys alle 12/minuutti
Korjaa mahdollinen matala verensokeri (Glucagen)
Tyrehdytä mahdolliset vuodot

SOITA 112

Mikäli päivystävän lääkärin arvion mukaan potilas tarvitsee hoitoa ja seurantaa somaattisessa sairaalassa

TAJUTTOMUUDEN SYY VOITTIMEI

V = Vuoto kallon sisällä
O = Hapenpuute
I = Intoksikaatio
I = Intiektio
H = Hypoglykemia
M = Matala verenpaine
E = Epilepsia
T = Teeskentely

MYRKYTYS

VÄLITÖN ENSIARVIO

Onko ilmatie auki, hengittäkö?
Tuntuuko syke?
Tajunnan taso (reagoiko kipuun)

Yritä herättää potilas (rintalastahieronta, ravistelu)
Laita tajunnanhämöinen vasemmalle kyljelle
Poista mahdollinen pillerimassa potilaan suusta

PERUSSELNTOIMINTOJEN MITTAUKSET

Hengitys (hengitystiehyys, SpO2)
Verenkierto (RR, pulssi)
Alkometrin puhallus jos onnistuu

HOITO

SOITA PÄIVYSTÄVÄ LÄÄKÄRI

Selvitä myrkytyksen aiheuttaja ja perussairaudet

Mikäli myrkytyksen aiheuttajan nauttimisesta alle 6 tuntia ja potilas on yhteistyössä, anna lääkehiiliä (Carbomix 500 ml)
Muista aspiraation vaara

SOITA 112

Mikäli päivystävän lääkärin arvion mukaan potilas tarvitsee hoitoa ja seurantaa somaattisessa sairaalassa



HENGITYSVAJAUS

VÄLITÖN ENSIÄRMIO
 Hengittäkö, pystyykö puhumaan lausuta/sanoja?
 Muut oireet (rintakipu, hiko- tai limakalvo-oireet)
 Vierasesineen mahdollisuus: Heimlich-ote, tajuttomalla rintakehän painelu tai löyngöskoppia ja pihdit

PERUSELINTOIMINTOJEN MITTAUKSET
 Hengitys (hengitystiheys, SpO2)
 Verenkierto (RR, pulssi)
 Verensokeri ja kuume
 Tajunta (reagoiko kivulle?)

HOITO
PUOLI-ISTUVA TAI ISTUVA ASENTO
SOITA PÄIVYSTÄVÄ LÄÄKÄRI
 Lisähaappi 35%-maskilla tai viiksillä (COPD -> virtaus ei yli 2 l/min)
 Hengitystiheys yli 25, SpO2 alle 90% huoneilmalla
 Astmapöytälaan tila ei parane puoli-istuvassa asennossa ja avaavilla inhalaatioilla
 EKG:ssä iskentia-/rytmihäiriöindikaatioita
 Hengitysalänet epäsymmetriset
 Potilaalla sydämen vajaatoiminta
 Peruselintoinnoissa merkittävä häiriö

HENGITYSVAJAUKSEN SYY
 Akuutti sairaus (sydäninfarkti tai -iskemia, infektio, embolia, keuhkopöhö, ilmanna)
 Kroonisen sairauden paheneminen (astma, COPD, sydämen vajaatoiminta)
 Veresäine
 Vamma

2016 Kellokosken sairaala ja Hyvinkään saira Psykiatria (os. S. Eskelinen) ja HySiHA-ensihoto (oyl H. Krvesi)



HYPOGLYKEMIA

VÄLITÖN ENSIÄRMIO
 Hypoglykemia voi johtaa tajunnan menetykseen ja yleislilan romahdukseen
 Oireita: nään tunne, heikotus, ärtyneisyys, hikoilu, päänsärky, käsien/jalkojen pistely, sydämen tykytyys, kouristelu
 Potilaan lääkkitys?

PERUSELINTOIMINTOJEN MITTAUKSET
 Verensokerin mittaus
 VS alle 4= hypoglykemia

HOITO
 Jos potilas on tajuiissaan ja pystyy nielemään:
 mehua tai limsaa 3 dl / 1 rkl hunajaa / 4-8 palaa sokeria
 Verensokerin seuranta alkuun 5 min välein. Jos 10 min kohdalla vs-taso ei nouse-> toinen annos juotavaa/sytävää

SOITA PÄIVYSTÄVÄ LÄÄKÄRI
 Tajuttomalle (yli 25 kg ja 8v.) anna glukagonia 1 ml (GlucaGen®) reitsilihakseen
 Tajunnan palaututtua anna juotavaa/sytävää

SOITA 112
 Mikäli päivystävän lääkärin arvion mukaan potilas tarvitsee hoitoa ja seurantaa somaattisessa sairaalassa

2016 Kellokosken sairaala ja Hyvinkään saira Psykiatria (os. S. Eskelinen) ja HySiHA-ensihoto (oyl H. Krvesi)

ANAFYLAKSIA

VÄLITON ENSIARVIO

Onko ilmatie auki, hengittäkö, pystyykö puhumaan?
Tajunnan taso

Ihon väri, kutina, turvotukset

Muut oireet: pahoinvointi, vatsakipu, npuli

Ääreisosien väri ja lämpö, lämpöraja

PERUSELINTOIMINTOJEN MITTAUKSET

Hengitys (tiheys, SpO₂, vinkunat)

Verenkierto (RR, pulssi)

ESITIEDOT

Mille altistunut?

Perussairaudet (astma, atopia)

Tiedossa oleva ruoka- tai lääkeaineyleherkkyys

Säännöllinen lääkitys

Viimeaikaiset lääkemuuutokset

HOITO

SOITA PÄIVYSTÄVÄ LÄÄKÄRI JA 112

Lopeta altistus

Anna tarvittaessa lisähappoa, puoli-istuva asento

Adrenaliinia (Epipen 300 mikrog x1-2 i.m.) jos jokin seuraavista:

-keskivaikoa hengitysvaikeus: puhuu lyhyitä lauseita, SpO₂<92 %
huoneilmalla

-sokki, rannepuolisi heikko tai ei tunnu

-merkittävää turvotusta hengitysteissä tai alentunut tajunnantaso

Jos oireisto on hyvin nopeasti etenevä, adrenaliinia voidaan antaa

vaikka tila ei vielä täyttäisi yllämainittuja kriteerejä – kliininen kokonaiskuva ratkaisee

Tutkimuslomakkeen avoimien kysymysten vastaukset

Vapaat kommentit ensiapuvälineisiin liittyen

- "Lisäkoulutus tarpeen."
- "Kerrattavaa on."
- "Tarvittavat välineet tulisi olla joka osastolla, rahastahan se on kiinni."
- "Enemmän ea-koulutusta, jossa olisi mukana osastoilla olevat välineet. Hapen käyttö, imulaitteen käyttö."
- "Paremmat kuin entinen sekava pakki."
- "Tuntuu haastavalta EA-tarvikkeiden sijoittelu useisiin pisteisiin esim. happi ja deffa."
- "Ammattitaitoinen kouluttaja käymään läpi välineet + lääkkeet osaston henkilökunnan kanssa. Nyt tavallista, että osaston EA-vastaavina henkilöt, joilla ei asiaan liittyvää osaamista."
- "Kaipasin kovasti "ehkä" saraketta, koska 20-vuotisen työurani kohdalla ei ole elvytystilannetta 'tullut vastaan' onneksi :) Hoitajilla ei ole koulutusta Kellokoskella nieluputken laittoon (päivystävä lääkäri tai ambulanssihenkilökunta)."
- "Esim. Defibrillaattorin käyttö, olen opetellut, mutta tunnen epävarmuutta jos ja kun tulee oikea tilanne. Happisaturaatiomittaria olen käyt. mut en osaa arvioida käyrän luotettavuutta."
- "Pitkään osastonhoitajana toimineena en ole riittävän tietoinen ensiapuvälineistä. Käytännön tilanteessa olen ollut mukana noin pari vuotta sitten. Ensihoitajat ovat nopeasti paikalla ja suorittavat mm. Intuboinnin."
- "En ole varma onko koko talossa imulaitetta."
- "Kertausta voisi olla useammin."
- "Mikä on elossapitopussi?"
- "EA-vastauksissa huomioin sen, etten ole juuri vastaavissa ea-tilanteissa ollut ja siksi kyky arvioida avun tarvetta tai toimia nopeasti on huono."

Vapaat kommentit (tarkennus/ehdotus/kysymys) ylläoleviin väittämiin (Somaattiset hätätilanteet)

- "Ensimmäisen kysymyksen kyllä perustuu muihin sairaaloihin. Toiseen kysymykseen kommentti, eh taitoja voi aina parantaa ja harjoitella."
- "Hallinnollisena lähiesimiehenä en ole käytännön hoitotyössä ollut lähes 10 vuoteen, taidot on takuuvarmasti ruosteessa."
- "Osastonhoitajana en ole näissä niin terävä ja hyvä kun kenttätöitä tekevät."
- "Tarvitsen kertausta joissain asioissa & ensiapu-koulutusta on tulossa parin viikon päästä, johon aion osallistua."
- "Osa kysymyksistä hämmentää psyk.hoitajaa, kuten ensiarvio tajuttomasta/kouristavasta -> kyseiset 'ammattitermit' ei meillä aktiivisesti käytössä."
- "EA-taidot Kellokosken sairaalassa väistämättä ruostuvat, koska todellisia tilanteita harvoin."

Jatka seuraavia lauseita vapaasti

A) Jos löytäisin potilaan elottomana, olisin epävarma siitä,

- "onko hän kuollut."
- "kokeilen pulssia, hengitysteitä, kutsun lisäapua, elvytän."
- "mikä hänellä on, onko jo vainaja."
- "onko hän kuollut."
- "ilmoitus aluehälytyskeskukseen?"
- "mitä on tapahtunut ja milloin."
- "saanko paikalle kaikki tarvittavat henkilöt nopeasti."
- "mikä on kuolinsyy."

- "Pystyisinkö toimimaan tilanteessa ammatillisesti."
- "Miten huolehtia potilastovereista."
- "onko elvytyksestä enää hyötyä jos kuolemanmerkkejä ei vielä ole."
- "onko kyseessä sairaskohtaus vai yliannostus."
- "mikä sen syy on."
- "mitä ensimmäiseksi teen / saan tehdä."
- "mitä on tapahtunut. Ryhtyisin selvittämään tilannetta."
- "koska sydän ei toimi eikä hengitä, kuolonkankeus?"
- "siksi pyytäisin toista hoitajaa varmistamaan kanssani."
- "miten reagoisin tilanteeseen ja toimin siinä."
- "mikä aiheuttaa elottomuuden. Tutkin asian. Vierasesine nielussa jne."
- "koittaisin pulssia ja hengittääkö potilas. Soittaisin apua. Aloittaisin ensiavun."
- "mikä elottomuuden on aiheuttanut."
- "mikä elottomuuden on aiheuttanut, ellei ole selviä merkkejä esim. Hirttäytyminen"
- "onko potilas elvytettävissä."
- "hälyttäisin paikalle lisääpua, aloittaisin kokeilemalla pulssia ym."
- "osaisinko yllättävässä tilanteessa kuitenkin toimia, vai lamaantuisinko."
- "ensin epävarma mitä on tapahtunut."
- "tunnustelisin pulssia, katson hengittääkö/alkuun topakasta herättelyä napakalla äänellä."
- "kuinka kauan potilas on ollut eloton ja aloitetaanko elvytys."
- "käyttäisin henkilöhälytintä lisäävun saamiseksi."
- "onko potilas vielä elvytettävissä."
- "että aloitanko elvytyksen."
- "hengittääkö potilas."
- "kauanko potilas on ollut elottomana."
- "millaiset tekijät ovat johtaneet potilaan elottomuuteen."
- "Pyytäisin kollegoilta apua. Sitten mitattaisiin vitaleja ja hälytettäisiin apua."
- "?? En epävarma, teen hälytyksen, nopean arvion plaan tilasta ja toimin sen mukaan ja kellikseltä soitto 112."
- "kuuluisiko pykälien mukaan aloittaa elvytys jos potilas on ollut eloton jo jonkin aikaa. (Joskus sairaalan ohjeet näin määräisivät, enkä ole tuoreempaa ohjetta kuullut. Siis että pitää elvyttää kunnes lääkäri toisin käskää.)"
- "kuinka kauan elvytystä tulee jatkaa, (tod.näk.niin kauan kuin lääkäri toteaa kuolinajan.)"
- "osaisinko alkaa toimimaan oikein, nopeasti mutta samalla järkevästi."

B) Ehdotuksia/toiveita ryhmälle, joka luo ohjeistusta kuolemanjälkeisiin tilanteisiin

- "Vainajan kuljetusohjeistus ja ohjeistus vainajan jatkotoimenpiteistä puuttuvat os:ta."
- "mm. Vainaja kuljetukseen."
- "Selkeät ohjeet."
- "Selkeitä ohjeita vainajan kuljetukseen/säilytykseen."
- "Selkeät ohjeet ja puh. numerot johonkin kansioon."
- "Selkeät ohjeistukset."
- "Selkeät ohjeet joka osastolle esim. Turvakansioon."
- "Ihan step by step ohjeet kiitos."
- "Mahdollisimman yksinkertaiset, selkeät ja yksilöidyt toimintaohjeet."
- "Selkeä ohjeistus siitä, mitä itsemurhatapauksissa tehdään (esim. Nostetaanko hirttäytynyt potilas välittömästi alas jos jo selkeät kuoleman merkit), miten muille osaston potilaille kerrotaan asiasta yms."
- "Kauanko potilasta/vainajaa säilytetään osastolla, miten vainajankuljetus hoidetaan osastolta pois."
- "Selkeät ohjeet!"
- "Päivitetty ohjeet jaettavaksi osastoille."
- "Selkeitä ohjeita kriisiavun järjestämiseen ja hyviä vinkkejä omaisten kohtaamiseen."

- "avointa keskustelua lisää, purkutilanteita."
- "Kokonaisvaltaisesti -> mitä tehdään sitten..."
- "Selkeät ja lyhyet ohjeet."
- "Kuollut on kuollut, häntä ei haittaa kohtelu."
- "Konkreettista tietoa osastoille asiasta, kiitos."
- "listaa mitä tehdä ja missä järjestyksessä."
- "hyvät ohjeet, numeroineen ja joku joka sitä päivittää."
- "ympäri vuoden useampia koulutuspaketteja non-stop tyyppisesti -> toisto lisää osaamista."
- "Tulkaa kertomaan niistä osastoille."
- "Ei kokemusta."
- "Selkeät ja yhdenmukaiset ohjeet! Hoidetaanko exitus osastolla vai hoitaako hautausfirma? Mihin soitan, kuka hakee ruumiin ja kuka antaa luvan/käskyn kun ruumiin saa siirtää? Missä olisi paras säilyttää ruumista kunnes se haetaan?"
- "Toivon, että ohjeet olisi nimenomaan psykiatriaan, meidän tilat ja mahdollisuudet huomioiden."
- "Perustietopaketti olisi hyvä olla, miten toimitaan, mikä järjestys asioilla."

Mikäli olet ollut paikalla kuolemantapauksessa (tulokseton elvytys tai löydetty vainaja),

A) Mikä tilanteen hoitamisessa toimi hyvin?

- "Tiedetty dnr päätös."
- "Omaisten vastaanotto ja vainajan hyvästijättö."
- "Itse elvytys ja avun saanti paikalle."
- "oman sairaalan henkilökunta ja ambulanssiväki hyvin nopeasti paikalla."
- "Rauhallisuus."
- "Työryhmä toimi kaikin puolin hyvin."
- "Henkilökunnan välinen työnjako."
- "Kaikki, paitsi vainajan siirtämisen aloituksessa kesti tunteja."
- "Ilmoittaminen, kriisiapu potilaille / henkilökunnalle."
- "Paikalla oli valtavasti porukkaa, osa paikalle hälytetyistä ei mahtunut paikalle."
- "Hoitajien yhteistyö ja työnjako."
- "Ensihoito oli nopeasti paikalla. Defi antoi ohjeet."
- "Rauhallinen tiimityöskentely ja kunnioitus vainajaa kohtaan."
- "Osaavat kollegat ohjeistivat."
- "hoitohenkilökunta ammattimainen."
- "TK:ssa pot. löytyi wc-pöntöltä elottomana. Kollegojen kanssa yht.työ sujui mutkitta, ja ensihoito tuli paikalle nopeasti."
- "Olen löytänyt potilaan kuolleena. Lääkäri kutsuttu paikalle, joka todennut kuolleeksi. Ilmoitettu omaisille. Tilanne hoidettiin hyvin."
- "Asiallisuus, potilaan kunnioitus."
- "Elvytystilanne."
- "Hyvä porukka töissä, homma toimi."
- "lisäavun hälyttäminen, elvytyksen aloitus."
- "Yhteistyö."
- "En ole ollut psykiatriassa näissä tilanteissa."
- "Peruselvytys toiminut ihan ok. Toiminta ei ole keskeytynyt, tilannejohto ensihoitajille kun saapuvat."

B) Missä asioissa oli epätietoisuutta?

- "Ensikertalaisuus kuolemantilanteessa, vähäinen tietämys."
- "Vainajan siirto elvytyksen loputtua."
- "selkeä, kuuluva johtaminen heikkoa."

- "Kuka kuljettaa potilaan pois osastolta. Kuka kirjoittaa kuolintodistuksen. Miksi potilas pitää viedä terveysasemalle, jotta voidaan todeta kuolleeksi vaikka lääkäri täällä tehnyt sen."
- "Miten kauan vainaja on osastolla? Ilmoitusvelvollisuus Kenelle osastolta ilmoitetaan? Poliisin paikalle tulo ja mitä dokumentteja he tarvitsevat? Kuinka osaston muut potilaat suhtautuvat tapahtumiin?"
- "Kutsutaanko poliisi, exitus-setin käyttö."
- "minne vainaja siirretään odottamaan."
- "vainajan liikuttaminen."
- "Pitääkö elvytystä jatkaa 'loputtomiin', missä vaiheessa elvytyksen voi lopettaa."
- "Jatkotoimenpiteet oli hieman epäselvät."
- "miten yhteistyö toimii."
- "ei ollut."
- "Poliisin kutsumista paikalle."
- "miten toimitaan kun elvytys on tulokseton."
- "viimeisimmästä tapahtumasta on kauan – ei muista."
- "Pv-lääkärin rooli."

Muut kommentit. Tutkijan vastaukset kysymyksiin löytyvät Tulokset-osiosta.

Ensiapuväline-osion väittämään "Tiedän oikean Stesolid-annoksen" oli kommentoitu "->mihin????".

Yksi kysymys oli tullut ensiapuväline-osioon: "*mikä on elossapitopussi?*".

Ensiapuvälineet-osioon oli väittämään "Tiedän happisaturaatiomittarin rajoitukset ja osaan siten arvioida käyrän luotettavuutta" kommentoitu, että "*en ehkä ymmärrä mitä kysymyksellä haetaan.*"

Erään lomakkeen takapuolella oli seuraava teksti: "*Saattaa mennä tämän tutkimuksen ohi, mutta sanonpa silti! Toisinaan on hyvin epäselviä käytäntöjä DNR-päätöksissä, joita tulee ainakin psykiatriassa vastaan. Potilas, jolle on tehty somatiikan puolella DNR päätös aiemmin ja siirtyy psyk.osastolle. Joskus lääkärit toteaa, ettei DNR-päätös ole voimassa psykiatrian puolella, joskus taas 'tietenkin on'. Hoitajana on kuitenkin vaikea olla selvännäkijä ja tietää, millä perustein mikäkin päätös on tai ei ole voimassa. Päivystävät lääkärit eivät juurikaan halua ottaa näihin kantaa, joten pahimmillaan epätietoisuudessa eletään viikonloppuna/pyhänä monta päivää. Ylilääkäriltä tai osastonhoitajalta ei ole saatu yksiselitteistä ohjetta, enkä kyllä ymmärrä millä perustein lääkäri voi psykiatrian puolella kumota DNR-päätöksen jos potilas ja/tai omaiset ovat sen täydessä ymmärryksessä aiemmin lääkärin kanssa tehneet.*"

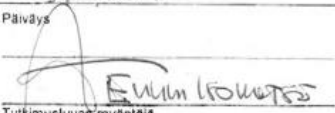
Tutkimusluvut

HYKS Psykiatria

Alla olevaa päätöskohtaa käytetään silloin, kun päätös voidaan antaa lomakepäätöksenä (kts. JYL 2/2015, kohta 4.3)

LOMAKE- PÄÄTÖS	Lomakepäätöksen numero <u>14/2017</u>
	<input checked="" type="checkbox"/> Myönnetään hakemuksen mukaisesti
	Myönnetään edellyttäen, että _____

	<input type="checkbox"/> Hakemus hylätään seuraavin perusteluin *)

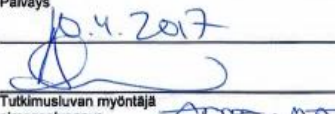
*) Oikaisuvaatimusohje liitteenä	
Tutkimusluvun alkamispäivä <u>9.5.2017</u>	Tutkimusluvun päättymispäivä <u>31.12.2017</u>
Päiväys	
 Tutkimusluvun myöntäjä nimen selvitys	

HUS Hyvinkään Sairaanhoidoalue

Alla olevaa päätöskohtaa käytetään silloin, kun päätös voidaan antaa lomakepäätöksenä (kts. JYL 2/2015, kohta 4.3)

LOMAKE- PÄÄTÖS	Lomakepäätöksen numero <u>9/2017</u>
	<input checked="" type="checkbox"/> Myönnetään hakemuksen mukaisesti
	<input type="checkbox"/> Myönnetään edellyttäen, että _____

	<input type="checkbox"/> Hakemus hylätään seuraavin perusteluin *)

*) Oikaisuvaatimusohje liitteenä	
Tutkimusluvun alkamispäivä <u>10.4.2017</u>	Tutkimusluvun päättymispäivä <u>30.6.2017</u>
Päiväys	
 Tutkimusluvun myöntäjä nimen selvitys <u>Anna-Maria Partel</u> <u>Jari Laine</u>	

Ett längre sammandrag på svenska

Inledning samt problemets relevans

Första hjälpen instruktioner samt redskap på Kellokoski psykiatriska sjukhus hade blivit uppdaterade för ett år sedan, och man ville ta reda på hur bra vårdarna hade anammat de nya direktiven. På grund av sjukhusets psykiatriska natur är det inte varje dag somatiska nödsituationer såsom återupplivningar eller krampanfall möts där, och därför ville man kartlägga om det finns behov av ytterligare första hjälpen utbildning. Tidigare forskning gällande psykiatri och somatik handlar mest om vården av somatiska sjukdomar, medan det om somatiska nödsituationer inom psykiatrin inte forskats mycket om. På Kellokoski sjukhus fanns det också en arbetsgrupp som skulle sammansätta instruktioner för hur man hanterar dödsfall, så detta tema inkluderades i studien.

Frågeställning

Forskningsfrågorna blev som följande:

- 1) Hur bra tror vårdarna sig känna till och kunna använda redskap i förstahjälpsväskan samt första hjälpen mediciner?
- 2) Hurdana somatiska nödsituationer samt deras delområden väcker mest osäkerhet hos vårdarna på psykiatriska avdelningar?
- 3) Vad väcker osäkerhet gällande hantering av dödsfall?

Informationssökning och teoridelen

Material söktes i och som källor användes bland annat databaserna Medic, PubMed, Sage samt Academic search elite EBSCO, stadsbibliotekets tryckta källor, lagtext, fri internet samt Kellokoski sjukhus egna första hjälpen material. Teoridelen bestod av 3 delar: information om Kellokoski sjukhus, kunskap om somatiken inom psykiatrin samt lagar och fakta om dödsfall inom sjukhus.

Kellokoski sjukhus

Sjukhuset grundades år 1915 och har sedan dess varit ett framstegsvänligt sjukhus där etiken samt patienternas eget deltagande i sin vård alltid har varit viktigt (Vataja R et al. 2015 s. 6, 27). Somatiken inom psykiatrin börjades ta i beaktande på 1930-talet, och på 1950-talet kunde man redan skicka till exempel inremedicinska patienter vidare till somatiska sjukhus (Vataja R et al. 2015 s. 62-64). I dag består Kellokoski sjukhus av 11 slutna avdelningar samt psykologer, ergoterapeuter, fysioterapeuter och sjukhusskola (Hus 2017). Sjukhusets mål idag gällande somatiska nödsituationer är att vårdarna skulle känna igen dem, ge första hjälpen, använda första hjälpen redskap och första hjälpen mediciner samt kalla på tillägghjälp när det behövs. På varje avdelning finns det en första hjälpsväska som innehåller redskap samt en första hjälpen manual (Bilaga 3). (Eskelinen & Kirves 2015-2016, Eskelinen & Kirves 2016).

Somatiken inom psykiatrin

Patienter som lider av problem inom mental hälsa har ofta kontakt med hälsovårdstjänster bara via psykiatrin. Därför har människor som jobbar inom psykiatrisk vård ett betonat ansvar att betrakta och uppfölja också patienternas somatisk hälsa, eftersom psykiska problem ofta försvagar patientens egen förmåga att både tolka sina fysiska symtom samt söka vård. (De Hert et al. 2011). Exempel på detta är till exempel försvagad initiativförmåga, nedsatt förmåga att känna smärta, avsaknad av arbetshälsotjänster om personen är arbetslös samt risken att patientens somatiska symtom tolkas som psykiska. (Salokangas 2009).

En annan orsak som ökar risken för psykiatriska patienter att få somatiska problem är psykosmediciner, vars biverkningar omfattar till exempel att man går upp i vikt eller får hjärt- och blodbildförändringar, neurologiska symtom eller till exempel urinerings- och magbesvär. Patienter som lider av schizofreni använder också ofta droger och alkohol, har oregelbunden dygnsrytm, motionerar för lite samt äter ohälsosamt. (Salokangas 2009).

Vid somatiska nödfallsituationer är det viktigt att man gör första bedömningen på samma sätt på psykiatriska patienter som på alla andra patientgrupper, och kommer ihåg risken om psykosmedicinernas sällsynta men livsfarliga biverkningar (Alanen et al. 2016 s. 196-

197, 199). De första hjälpen kunskaper som mest behövs på psykiatriska sidan är desamma som på somatiska sidan: kunskap om till exempel andnöd, medvetslöshet, bröstsmärta, stroke, återupplivning, chock, sår, skallskador, brännskador, intoxicationer samt främmande föremål i luftvägarna (Metropolia 2017).

Dödsfall inom sjukhus

När en patient på ett sjukhus dör ska man omedelbart anmäla det till en läkare, och helst till en som har tagit hand om patienten (Laki kuolemansyyn selvittämisestä 1.6.1973/459, 1 §, Asetus kuolemansyyn selvittämisestä 948/1973, 1 §). När en läkare har konstaterat att patienten är död (Valvira 2015), ska man markera tiden i patientjournalen, och uppmärksamma att tidpunkten då man konstaterat döden inte nödvändigtvis är densamma som den exakta dödstillfället (Rautava-Nurmi et al. 2015 s. 452).

Institutet av hälsa och välfärd är den myndighet som ansvarar för handledning och övervakning av medicinsk samt rättsmedicinsk utredning av dödsorsak (Laki kuolemansyyn selvittämisestä 1.6.1973/459, 12b §, 13 §). Enligt samma lag (1.6.1973/459, 5 §) kan överläkare eller en ansvarig läkare avgöra om det behövs en medicinsk obduktion. Polisens utredning samt eventuellt en rättsmedicinsk obduktion behövs om man inte är säker på att döden var orsakad av en sjukdom, man misstänker eller vet att döden har orsakats av ett brott, ett olycksfall, självmord, intoxication eller en vårdhandling eller om man inte kan bestämma dödsorsaken enligt en yttre kroppskontroll gjord av en läkare (Laki kuolemansyyn selvittämisestä 1.6.1973/459, 7 §, 9 §).

Metod

Forskningslov söktes från både HUCS Psykiatri och Hyvinge sjukvårdsdistrikt, på grund av att en del av Kellokoski sjukhus avdelningar hör till HUCS psykiatris ansvarsområde och en del till Hyvinge sjukvårdsdistrikts ansvarsområde. En empirisk enkätstudie valdes som forskningsmetod. Forskningsblanketten innehöll både öppna- och flervalsfrågor för att motta både kvalitativ och kvantitativ information. Man ville få reda på hur vårdarna

subjektivt upplevde sitt kunnande angående första hjälpen- samt dödsfallsituationer, och dessutom hade de en möjlighet att framställa sina önskemål samt utvecklingsidéer. Forskningsblanketten delades ut på alla 11 avdelningar på Kellokoski sjukhus och var riktad mot vårdare.

Resultat

Det var 99 av ca 240 personer som deltog i studien (N=99) så svarsprocenten blev 41,3 %. Forskningsrönen visade att kännedom om lägen och urval av första hjälpen redskap var riktigt bra. Även om bara en dryg tiondedel hade använt förstahjälpsväskan i en riktig situation, så sade 80 % att de hade bekantat sig med innehållet av väskan. Hur man använder redskapen samt första hjälpen mediciner trodde sig största delen veta ganska bra. Med anknytning till somatiska nödsituationer så var det medvetlösheten, livlösheten samt hypoglykemi som upplevdes som lättaste att känna igen samt åtgärda. Även första hjälpen vid ett krampanfall, sårvård samt tillkallande av tilläggshjälp upplevde deltagarna sig behärska bra. Saker som väckte osäkerhet hos deltagarna var att känna igen respiratorisk insufficiens, göra en första bedömning av en intoxikationspatient samt uppfölja hans tillstånd.

Nästan hälften av deltagarna var delvis eller totalt av samma åsikt om att de har fått tillräckligt med första hjälpen träning, och ca hälften delvis eller helt av samma åsikt om att deras första hjälpen kunskaper är tillräckligt bra. Angående dödsfall svarade ca 75 % att de har någon sorts helhetsuppfattning om vad som bör beaktas efter ett dödsfall. De flesta skulle också känna igen de sekundära dödstecknen. Osäkerhet väckte hanteringen och förflyttningen av den avlidne, samt hur och när man borde meddela om dödsfallet till de anhöriga. I sin helhet verkade de psykiatriska vårdarnas somatiska första hjälpen kunnande vara på en bra nivå. Via öppna frågor hade många ändå framfört sitt önskemål om att få flera repeterings- och övningstillfällen också med redskap på grund av ringa antal riktiga situationer. Man skulle också gärna ha direktiv om i hurdana situationer man påbörjar återupplivning om en patient hittas livlös.

Diskussion

Syftet med examensarbetet var att ta reda på hur bra vårdarna hade anammat de nya första hjälpen direktiven på Kellokoski psykiatriska sjukhus: hur bra de kände till och kunde använda de nuvarande första hjälpen redskap samt mediciner, vilka somatiska nödsituationer orsakade mest osäkerhet och vilka saker som kändes oklara efter ett dödsfall. Resultaten skulle sen utnyttjas på sjukhuset då man utreder om det finns behov av att uppdatera eller utveckla de ursprungliga första hjälpen direktiven eller utbildningssystemen. Resultaten skulle även användas som hjälpmedel då man skapar nya direktiv för om vad som ska beaktas efter ett dödsfall.

Alla tre forskningsfrågor blev besvarade i examensarbetet. Man fick veta hur bra vårdarna känner till innehållet av förstahjälpsväskorna, hur bra de vet var redskapen finns, vad man använder mediciner till och hur man ger dem, vilka somatiska nödsituationer och delområden som väckte osäkerhet, såsom t.ex. första bedömningen och själva första hjälpen, och vad som väckte osäkerhet gällande hantering av ett dödsfall. Arbetets validitet var således ganska bra: man fick veta det vad man önskade få veta. Man ska ändå komma ihåg att forskningen handlade om vårdarnas subjektiva uppfattningar om deras kunnande och kunskap, och att deras egentliga kunnande och kunskap inte testades.

Som utvecklingsidéer för att förbättra validiteten skulle man ha kunnat formulera vissa frågor på forskningsblanketten lite tydligare. Forskningsblanketten i sig var ändå ganska valid som medel för informationssamling, eftersom man kunde dela ut den till alla 11 avdelningar på sjukhuset, och svaren var individuella och påverkades inte av varandra som det skulle ha kunnat hända på t.ex. en gruppintervju. Reliabiliteten för sin del betyder huruvida samma resultat man skulle få genom att upprepa forskningen. 99 av 240 vårdare på sjukhuset deltog i forskningen, så 41,3 % är en ganska bra och representativ svarsprocent. Resultatet skulle ändå kunna vara helt annorlunda på ett annat sjukhus med annorlunda första hjälpen direktiv, -redskap samt -utbildningssystem. Som sammansättning: man fick önskat resultat, resultaten kan användas på sjukhuset som planerat, samt man bör komma ihåg att det var frågan om vårdarnas subjektiva uppfattningar och inte det egentliga kunnandet. Ursprungligen fanns det mycket lite forskningsmaterial om somatiska nödsituationer eller första hjälpen inom psykiatrin, förutom materialet om hur

man tar hand om somatiska sjukdomar inom psykiatrin, eller sen handlade de om någon viss patientgrupp, t.ex. mortalitetens korrelation med diagnosen schizofreni. På grund av detta kan man inte direkt jämföra resultaten med tidigare forskningar, men man kan fråga sig om det överhuvudtaget är det bästa sättet att forska somatik och psykiatri, då man väljer ett visst delområde av somatiken. Skulle man hellre betrakta somatiken som en helhet inom psykiatrin? Vid studerandet och begrundandet av bakgrundsteorin kom det fram att problemet ofta är att överhuvudtaget kombinera psykiatrin med somatiken. Vården av en patient skulle väl ändå helst vara så helhetsmässigt som den kan vara, både inom psykiatrin och somatiken. Det handlar framför allt om patientsäkerheten. Om man vill forska vidare kring ämnet så kunde man t.ex. fokusera på psykiaternas första hjälpen kunskaper eller skillnader mellan flera psykiatriska sjukhus. I framtiden kommer flera sjukhus att kombineras och centraliseras, så det kan eventuellt uppstå ett behov av förenhetligande av somatiska första hjälpen direktiv samt utbildningssystem inom psykiatrin.