

Aggressiivisen potilaan kohtaaminen psykiatrisessa hoitotyössä- video

Toiminnallinen opinnäytetyö

LAHDEN
AMMATTIKORKEAKOULU
Sosiaali- ja terveysala
Sairaanhoitajan koulutusohjelma
Hoitotyö
Opinnäytetyö
Kevät 2017
Leisilä Teemu
Ruohonen Janica
Silén Heidi

Lahden ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma

Leisilä, Teemu
Ruohonen, Janica
Silén, Heidi:

Aggressiivisen potilaan kohtaaminen
psykiatrisessa hoitotyössä

Toiminnallinen opinnäytetyö, 60 sivua, 28 liitesivua

Kevät 2017

TIIVISTELMÄ

Toiminnallisen opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa opetusvideo aggressiivisen potilaan kohtaamisesta hoitotyössä. Kohderyhmäksi valittiin sosiaali- ja terveysalan opiskelijat, hoitotyön opettajat ja Päijät-Hämeen keskussairaalan työntekijät. Opinnäytetyön toimeksiantaja oli Lahden ammattikorkeakoulu ja yhteistyössä toimi Päijät-Hämeen keskussairaala.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli parantaa opiskelijoiden ja sairaanhoitajien valmiuksia kohdata aggressiivisesti käyttäytyvä potilas. Opinnäytetyön raportin ja opetusvideon tarkoitus oli täydentää aiempaa Lahden ammattikorkeakoulun hoitotyön koulutusohjelman koulutusta ja toimia Hoitotyön interventiot väkivaltatilanteissa-koulutuksen orientaationa.

Raportti sisälsi kattavan teoriapohjan aggressiivisen potilaan kohtaamisesta. Raportissa käsiteltiin työturvallisuutta ottaen huomioon Suomen lait sekä työnantajan ja työntekijän oikeudet ja velvollisuudet. Raportissa määriteltiin aggressiivisuus ja väkivalta käsitteinä ja perehdyttiin syvemmin aggressiivisen potilaan kohtaamiseen. Kohtaaminen jaettiin primaariseen, sekundaariseen ja tertiääriseen vaiheeseen. Primaarivaiheessa pyrittiin ennakkoinnilla ehkäisemään aggressiivisen tilanteen syntyminen, sekundaarivaiheessa käsiteltiin aggressiivista potilasta ilman fyysistä kohtaamista ja tertiäärivaiheessa käsiteltiin eskaloitunutta tilannetta. Lisäksi raportissa perehdyttiin väkivaltatilanteiden jälkihoitoon.

Opinnäytetyön tuotos piti sisällään asiantuntijahaastatteluita sekä fiktiivisiä kohtauksia aggressiivisen potilaan kohtaamisesta. Opetusvideon arviointiin osallistui ryhmä hoitotyön ammattilaisia sekä opiskelijoita, jonka perusteella opetusvideo oli hyödynnettävissä.

Asiasanat: aggressiivisuus, kohtaaminen, väkivalta, hoitotyö, hoitaja, suojatoimenpiteet, eristämistoimenpiteet, kiinnipito, ennakointi, jälkipuinti

Lahti University of Applied Sciences
Degree Programme in nursing

Leisilä, Teemu
Ruohonen, Janica
Silén, Heidi

Aggressive patient encounters in
psychiatric care
Functional thesis

Bachelor's Thesis in nursing

60 pages, 28 pages of appendices

Spring 2017

ABSTRACT

The goal of the functional thesis was to produce an educational video on aggressive patient encounters in nursing. The target audience of this video are the students, teachers and the employees of Päijät-Häme central hospital. The thesis was commissioned by Lahti University of Applied Sciences in cooperation with Päijät-Häme central hospital.

The object of the thesis was to provide information to nurses, students and graduates alike, on encountering an aggressive patient in nursing. The goals of the report and the instructional video was to reinforce the education already given on the subject at Lahti University of Applied Sciences.

The report contains a thorough section on the theory of the subject. On the subject of workplace safety, and the responsibilities and the rights of the employees and employers, the report follows the Finnish legislation on nursing. The report has definitions for the used terminology and gives in-depth insight on aggressive patient encounters. The encounters are divided into three stages; primary, secondary and tertiary stage. In the primary stage, the focus is on the prevention of aggressive encounters. In the secondary stage, the patient is encountered without physical contact. The tertiary stage discusses encounters that have escalated to physical contact. In addition, the report discusses treatment in post-violent situations.

The instructional video consists of interviews with nursing professionals and fictional scenes, in which the aggressive encounters are shown in practice. The video was peer-reviewed in cooperation with nursing professionals and students.

Key words: aggression, encounter, violence, nursing, nurse, protective measures, containment, holding, anticipation, postmorte

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	6
2	AIHEVALINTA JA TIETOPERUSTA	7
2.1	Tavoite ja tarkoitus	7
2.2	Tiedonhaku	7
3	TYÖORGANISAATIO OSANA TURVALLISTA HOITOTYÖTÄ	10
3.1	Työturvallisuus	10
3.1.1	Työturvallisuuslaki	11
3.1.2	Työnantajan oikeudet ja velvollisuudet	12
3.1.3	Työntekijän oikeudet ja velvollisuudet	14
3.2	Laki potilaan asemasta ja oikeuksista	15
3.3	Mielenterveyslaki	17
3.4	Rikoslaki, Häätävarjelu	18
4	AGGRESSIIVISUUS JA VÄKIVALTA	19
5	ENNAKOINTI AGGRESSIIVISEN POTILAAN KOHTAAMISESSA	22
5.1	Työvaatetus	22
5.2	Turva- ja suojavälineet	23
5.3	Työtilat	24
5.4	Ennakoiva lääkehoito	25
6	AGGRESSIIVISEN POTILAAN KOHTAAMINEN	26
6.1	Potilaan rajoittaminen – Suojatoimenpiteiden käyttö	29
6.1.1	Fyysinen rajoittaminen	29
6.1.2	Mekaaninen rajoittaminen	31
6.1.3	Eristäminen	32
6.2	Akuuttien tilanteiden lääkehoito	33
7	SEURAUKSET JA JÄLKIHOITO	34
7.1	Post-traumaattinen stressireaktio	34
7.2	Jälkipuinti	36
8	OPINNÄYTETYÖ PROSESSIN KUVAUS	38

8.1	Toimintaympäristö ja ryhmä	38
8.2	Videon suunnittelu ja käsikirjoittaminen	39
8.2.1	Asiantuntijahaastattelut	41
8.2.2	Luvat	41
8.3	Videon kuvaaminen ja editointi	42
8.4	Video oppimismenetelmänä	43
9	POHDINTA	45
9.1	Eettisyys ja luotettavuus	46
9.2	Prosessin arviointi	49
9.3	Tuotoksen arviointi	51
9.4	Johtopäätökset	53
9.5	Tuotoksen hyödynnettävyys ja jatkotutkimukset	53
10	LÄHTEET	55
11	LIITTEET	61

1 JOHDANTO

Aggressiivisella käyttäytymisellä tarkoitetaan käyttäytymistä, joka satuttaa toista ihmistä fyysisesti tai psyykkisesti. Väkivaltaa esiintyy erilaisissa muodoissa kohdistuen erilaisiin kohderyhmiin. Aggressio on ihmisen normaali tapa reagoida tiettyihin asioihin ja sen ilmenemismuodot voivat olla vahingollisia muille tai itselle (Koivunen 2012.) Maailman terveysjärjestö WHO on tehnyt raportin Väkipalva ja terveys maailmassa (2002), jonka mukaan väkivalta on fyysisen voiman, vallan tai sillä uhkaamisen tahallista käyttöä ihmiseen itseensä, toiseen ihmiseen tai kokonaiseen ryhmään ihmisiä. Väkipalva voi johtaa psyykkiseen tai fyysiseen vammaan tai jopa kuolemaan. Potilaat saattavat käyttäytyä aggressiivisesti ja aggressiivisen potilaan kohtaamiseen tarvitaan valmiuksia. Tällaisia valmiuksia antavat työyksikössä tarjottava koulutus, käytännön kokemus, näyttöön perustuva tieto sekä opetusvideot.

Aihe on tärkeä, sillä sairaanhoitajat kohtaavat työssään paljon erilaisia potilaita joista osa käyttäytyy aggressiivisesti. Vuonna 2007 Suomen terveyden- ja sairaanhoidon työntekijöistä noin 32 000 kohtasi työssään väkivaltaa. Hoitoalan työntekijöistä 86 % kokee ammatin tavanomaista riskialttiimmaksi väkivallan suhteen. (Työväkivalta on yleistä terveys- ja sosiaaialojen ammateissa 2009.)

Raportissa käsitellään aggression erilaisia muotoja ja sitä, miten aggressio voi ilmetä. Raportista tulee myös ilmi prosessi, jonka seurauksena syntyi opinnäytetyön tuotos, opinnäytetyövideo. Video yhdistää raportissa esitellyt asiat käytännön hoitotyöhön asiantuntijahaastatteluin sekä fiktiivisten tuotosten kautta.

2 AIHEVALINTA JA TIETOPERUSTA

Sairaanhoitajan koulutus ei tällä hetkellä tarjoa omaa opintokokonaisuutta aggressiivisesta potilaasta, potilaan käyttäytymisestä tai jälkihoidosta. Työorganisaatiot tarjoavat työntekijöilleen erilaisia koulutuksia, kuten Hoidolliset interventiot väkivaltatilanteessa (HIV) ja Aggressio, Väkivalta, Ennaltaehkäisy/hallinta, Kehittäminen, Koulutus ja Integraatio (AVEKKI) koulutuksia, joissa käsitellään aggressiivisesti käyttäytyvää potilasta sekä väkivaltatilanteiden hallintaa. Koulutuksen sisältö voi vaihdella sairaanhoitopiireittäin ja niiden tarjonnassa on eroja. Sijaisilla sekä sosiaali- ja terveysalan opiskelijoilla on harvoin mahdollisuus osallistua työorganisaation tarjoamiin koulutuksiin.

Lahden ammattikorkeakoulun opetussuunnitelmaa vuodelta 2014 tarkasteltaessa moduulien sisällöstä ei löydy kattavaa opintokokonaisuutta aggressiivisen potilaan kohtaamisesta ja hoitotyöstä. Aggressiivisen potilaan kohtaaminen sisältyy viiden opintopisteen moduuliin, jossa aihetta käsitellään lyhyesti. Aggressiivisen potilaan kohtaamista käsitellään liian vähän.

2.1 Tavoite ja tarkoitus

Tavoitteena opinnäytetyössä oli tuottaa opetusvideo aggressiivisen potilaan kohtaamisesta hoitotyössä. Video on tarkoitettu sosiaali- ja terveysalan opiskelijoille, opettajille sekä PHSOTEY:n työntekijöille. Tarkoituksena opetusvideolla oli työturvallisuuden ja potilasturvallisuuden edistäminen, hoitotyön laadun parantaminen sekä opiskelijoiden tietoisuuden ja osaamisen parantaminen. Opetusvideon tarkoitus on täydentää aiempaa koulutusta ja toimia HIV-koulutuksen orientaationa.

2.2 Tiedonhaku

Tiedonhaku toteutettiin ennalta suunniteltujen vaatimusten ja kriteerien mukaisesti. Opinnäytetyön aiheajauksen mukaisesti lähteiksi valittiin

työorganisaatioon, potilaaseen ja työntekijään liittyviä lähteitä aggressiivisen potilaan kohtaamisesta. Tiedonhaku rajattiin sen mukaan, millaista tietoa lähteistä pyrittiin etsimään. Tietoperustaan hyväksyttiin esimerkiksi konkreettisia potilaan kohtaamiseen liittyviä ohjeita. Tietoperustaan sisältyi sellaisia lähteitä, joihin ei ole tullut tuoretta tutkittua tietoa, tämän vuoksi mukaanottokriteereistä jouduttiin joustamaan, ja käytimme lähteenä muun muassa Hoitajan turva (2004) kirjallisuuspainosta sekä Rikoslakia, joka on vuodelta 1889. Lähteiden oli oltava englannin- tai suomenkielisiä, jotta niitä voitiin hyödyntää tietoperustassa. Mukaanotto- ja poissulkukriteerit on esitelty taulukossa 1.

Taulukko 1

Mukaanottokriteerit	Poissulkukriteerit
Tiedonlähteet, joissa käsiteltiin suoraan aggressiivista potilasta ja aggression ilmenemismuotoja.	Lähteet, jotka eivät olleet suomen- tai englannin kielisiä.
Tiedonlähteet, joissa käsiteltiin Suomen lakeja.	Lähteet, joissa käsiteltiin muiden maiden lakeja, sairaanhoitopiirien ohjeita tai yksittäisiä potilastapauksia.
Tiedonlähteet, joissa käsiteltiin työorganisaatiota osana turvallista hoitotyötä.	Lähteet, joissa käsiteltiin muiden alojen, kuin hoitotyön turvallisuutta.
Tiedonlähteet, joissa käsiteltiin ennakkointia aggressiivisen potilaan kohtaamisesta.	Lähteet, joissa käsiteltiin aggressiivista käyttäytymistä potilaan näkökulmasta.
Tiedonlähteet, joissa kuvattiin toiminnallisen opinnäytetyön perusteita.	Ennen vuotta 2010 julkaisut aggressiivista potilaan kohtaamista käsittelevät lähteet.

Tiedonhaussa hyödynnettiin yleisesti hyväksytyjä ja hoitotieteessä käytettyjä tietokantoja, kuten Mediciä. Tiedonhaussa käytettiin myös kansainvälisesti tunnettuja tietokantoja, kuten Ebsco Chinalia.

Tiedonhankinnassa käytettiin luotettavia, vertaisarvioituja lähteitä.

Lähteiden tuli olla julkaistu vuosina 2010–2016. Muita hyödynnettäviä tietokantoja olivat Terveysportti, GoogleScholar, Terveyskirjasto, Johanna Briggsin instituutti, sekä Masto Finna.

Tiedonhaussa käytetyt hakusanat: "potilas", "aggressio", "väkivalta", "hoitaminen", "hoitaja", "hoitotyö", "leposide", "eristäminen", "suojatoimenpiteet", "patient", "aggression", "violence", "protection", "containment", "protective measures", "nursing", "nurse", "care ja "postmortem". Tiedonhakuun käytimme esimerkiksi logiikkaa: "aggressive OR violence AND nursing OR care". Hakusanoja katkaistiin *-merkillä, jotta saatiin esille laajempi hakutulos. Laajemmalla hakutuloksella saatiin esille samasta sanasta taivutettuja muotoja sekä esiin ne teokset, jotka sisälsivät haetun sanan. Hakusanoja poissuljettiin käyttämällä operaattoria NOT. Tietoa haettiin useammasta eri tietokannasta, yhdistelemällä eri sanoja ja erottelemalla niitä välisanoilla.

3 TYÖORGANISAATIO OSANA TURVALLISTA HOITOTYÖTÄ

Työorganisaatio kuvastaa jokaisen työpaikan sosiaalista systeemiä ja systeemiin lasketaan kuuluvaksi kaikki henkilökunta työntekijästä ylimpään johtoon. Työpaikalle pyritään saamaan mahdollisimman turvallinen ja kattava turvallisuuskulttuuri, joka vaatii koko työorganisaation panostusta. (Turvallisuuskulttuuri 2013.)

Turvallisuuskulttuurin kehittämistä tulee tapahtua jatkuvasti.

Turvallisuuskulttuuriin sisältyy muun muassa riskien ajoittainen kartoittaminen, vastuun jakaminen, rakenteelliset sekä tekniset turvallisuusratkaisut, turvallisuussuunnitelmat, henkilökunnan perehdytys sekä henkilökunnan kouluttaminen. (Iivanainen & Syväoja 2010, 372.)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen mukaan turvallisuus tulee nähdä toiminnan tuloksena sekä tehokkuutena ja työhyvinvointina. Näiden kaikkien kehittämiseen ja arviointiin voidaan käyttää apuna erilaisia toimintamalleja ja kyselyitä. Mallien ja kyselyiden avulla pyritään löytämään ja huomioimaan tärkeitä turvallisuuteen liittyviä organisaation toimintoja. (Turvallisuuskulttuuri 2013.)

3.1 Työturvallisuus

Työturvallisuutta tulee kehittää säännöllisin väliajoin, mikä tarkoittaa riskien sekä työympäristön arvioimista. Työntekijöiden työnkuva tai työn menetelmät saattavat muuttua, joten on tärkeää huomioida työympäristön muuttaminen joustavasti työntekijöiden tehtäviin. (Työturvallisuuden edistämiskeinoja 2014.)

Työturvallisuus on vain yksi työhyvinvoinnin osa-alue. Työhyvinvointiin kuuluu työturvallisuuden lisäksi työn mielekkyys, terveys sekä yleinen hyvinvointi. Työhyvinvointiin vaikuttavat suuresti ilmapiiri työpaikalla, työntekijöiden ammattitaitoisuus sekä osaava ja motivoiva johtaminen. Työhyvinvointiin ja sitä kautta työturvallisuuteen vaikuttavat niin jokainen työpaikalla työskentelevä työntekijä kuin johtajakin. Johdon vastuulla on huolehtia omasta osaamisestaan, työympäristön turvallisuudesta,

yhdenvertaisesta kohtelusta työpaikalla sekä kouluttautumisen mahdollisuuden tarjoamisesta työntekijöille. Työntekijän vastuuseen kuuluu ammatillisen osaamisen ylläpitäminen ja työkyvystään huolehtiminen. (Työhyvinvointi 2016.)

3.1.1 Työturvallisuuslaki

Työturvallisuuden takaamiseksi on tehty työturvallisuuslaki.

Työturvallisuudella pyritään jatkuvasti parantamaan työympäristöä ja työolosuhteita. Tavoitteena tällä on turvata sekä ylläpitää työntekijöiden työkykyä ja ehkäistä työtapaturmia. Työturvallisuudella pyritään tapaturmien lisäksi ehkäisemään myös ammattitauteja sekä muita työolosuhteista johtuvia työntekijöiden fyysisiä ja henkisiä terveydellisiä haittoja. (Työturvallisuuslaki 738/2002, 1§)

Työturvallisuuslaki jaetaan muun muassa työnantajan yleisiin velvollisuuksiin sekä työntekijän velvollisuuksiin ja oikeuteen työstä pidättäytymiseen. Nämä Työturvallisuuslain luvut on raportissa kerrottu Työnantajan oikeudet ja velvollisuudet sekä Työntekijän oikeudet ja velvollisuudet kappaleissa.

Työturvallisuuslaki ohjaa työorganisaatiota myös työpisteen ergonomian, työasennon ja työliikkeiden suhteen. Työturvallisuuslain mukaan työntekijällä tulee olla riittävästi tilaa työn tekemiseen, työtä tulee keventää apuvälinein sekä terveydelle haitalliset käsin tehtävät nostot ja siirrot tulee tehdä mahdollisimman turvallisiksi. Toistorasituksen määrää työntekijälle pyritään välttämään tai ainakin vähentämään. Jos kuitenkin työntekijä kokee työn kuormittavuuden olevan haitallista terveydelle, on työnantajan ryhdyttävä toimiin kuormitustekijöiden purkamiseksi. (Työturvallisuuslaki 738/2002, §24 ja §25.)

Jos työpaikkaan liittyy ilmeinen väkivallan uhka, tulee työ ja työolosuhteet järjestää siten, että väkivaltatilanteet pyritään ehkäisemään ennakoivasti. Työpaikalla tulee tällöin olla väkivallan torjumiseen tarvittavat turvallisuusjärjestelyt sekä -laitteet. Työpaikalla tulee olla myös

menettelytapaohjeet, joissa kiinnitetään huomiota uhkaavien tilanteiden hallintaan ja toimintatapoihin, joiden avulla väkivaltatilanteen vaikutukset työntekijään ja hänen turvallisuuteensa voidaan torjua tai rajoittaa. (Työturvallisuuslaki 738/2002, §27.)

3.1.2 Työnantajan oikeudet ja velvollisuudet

Työnantajalla on vastuu työpaikan turvallisuudesta ja terveydestä. Työnantajan tulee noudattaa Suomen lakia, kohdella työntekijöitä tasapuolisesti, huolehtia työntekijöiden työhyvinvoinnista ja työturvallisuudesta, sekä edistää hyvää työilmapiiriä. (Infopankki 2014.) Työnantaja on velvollinen huolehtimaan jokaisen työntekijän turvallisuudesta ja terveydestä työssä. Tämän vuoksi työnantajan on huomioitava työhön, työolosuhteisiin, työympäristöön sekä työntekijän henkilökohtaisiin edellytyksiin vaikuttavat tekijät. Huolehtimisvelvollisuutta rajaa ennalta arvaamattomat ja epätavalliset olosuhteet ja tapahtumat, joita ei ole voitu mitenkään ennakoida. (Työturvallisuuslaki 738/2002, §8.)

Työnantajalla on oltava tieto erilaisista riskeistä liittyen työturvallisuuteen. Työnantaja toteuttaa työturvallisuutta jakamalla vastuita muille esimiehille organisaation sisällä. Organisaation sisällä voi toimia vastuuhenkilöitä, jotka ovat vastuussa turvallisuuteen liittyvistä asioista. Työsuojeluvastuut voidaan jakaa esimerkiksi ylimmälle johdolle, keskijohdolle ja työnjohdolle. Myös vuokratyönantajia koskevat työnantajan oikeudet ja velvollisuudet. Tällöin velvollisuuksien voidaan katsoa olevan jaettu työntekijään ja työpaikkaan kuuluviin ominaisuuksiin. (Työturvallisuuskeskus 2016.) Turvallisuuden edistämiseksi työnantajan on suunniteltava, mitoitettava sekä toteutettava korjaustoimenpiteet työolosuhteiden parantamiseksi. Tämä tarkoittaa sitä, että työnantajan on estettävä tai korvattava vaara- ja haittatekijöiden esiintyminen vähemmän haitallisilla toimilla, yleisesti vaikuttavat suojelutoimenpiteet tulee toteuttaa ennen yksilöllisiä toimenpiteitä ja tekniikan ja muiden kehittyvien keinojen käyttöön otto tulee

huomioida. Työnantajan on jatkuvasti tarkkailtava työympäristöä ja työtapojen turvallisuutta. (Työturvallisuuslaki 738/2002, §8.)

Työnantajalla on huolehtimis- ja tarkkailuvelvoite. Velvoitteella tarkoitetaan sitä, että työnantajan on jatkuvasti seurattava ja tarkkailtava työyksikkönsä, työntekijöidensä ja työn turvallisuutta sekä pyrittävä parantamaan sitä. Työntekijään kohdistuva huolehtimisvelvoite tarkoittaa sitä, että väkivallan uhka kartoitetaan myös henkilökohtaiseen elämään. Oleellista on arvioida väkivallan uhka työpaikalla ja työntekijöitä kohtaan. Arviointiin tulee ottaa huomioon toimialakohtaiset tilastotiedot, sekä väkivallan riski kyseisessä työyksikössä. Olennaista väkivallan kohtaamisessa on sen ehkäiseminen ja ehkäisyyn liittyvä jatkuva tarkkailu. Tarkkailu kohdistuu fyysiseen työpaikkaan, työyhteisöön ja työtapojen turvallisuuteen ja toimivuuteen. (Väkivallan uhka työssä 2010, 8-12.) Työnantajan tulee suunnitella ohjelma, jonka avulla kyetään ylläpitämään ja kehittämään työpaikkaa, työyhteisöä ja työntekijää. Työsuojelun toimintaohjelmassa on huomioitava työntekijän fyysiset ja henkiset valmiudet, jotta työtä kuormittavat tekijät saadaan karsittua pois. (Turvallisuuslaki 738/2002, §9 ja §13.)

Työnantajan velvollisuuksiin kuuluu antaa työntekijälle riittävää tietoa työyksiköstä sekä mahdollisista haitta- ja vaaratekijöistä. Työntekijä tulee perehdyttää työpaikan tapoihin, hänelle on annettava opetusta ja ohjausta työn haittojen ja vaarojen estämiseksi tai välttämiseksi. Työntekijälle annettua opetusta ja ohjausta tulee täydentää tarvittaessa. (Turvallisuuslaki 738/2002, §14.)

Perehdyttämisellä tarkoitetaan uusien työntekijöiden perehdyttämistä työtehtäviin sekä vanhojen työntekijöiden perehdyttämistä uusiin työtehtäviin. Työtehtäviin perehdyttämiseen vaikuttaa olennaisesti työntekijän työkokemus, ikä sekä ammattitaito. Perehdyttämisen tarkoituksena on tuoda työntekijälle selväksi työpaikan toimintatapoja sekä kartoittaa mahdollisia uhkia. Vaaratilanteiden tunnistaminen ja niiden

toimintaohjeet tulee tulla selkeästi esille perehdytyksessä.

Perehdyttäminen ei kuitenkaan itsessään riitä pitämään yllä taitoa selvittää riskitilanteista, vaan työnantajalla on velvollisuus tarjota ja järjestää riittävästi riskitilanteiden kohtaamiseen ja hoitamiseen liittyvää koulutusta. (Väkivallan uhka työssä 2010, 11.)

Työpaikoilla, joilla tiedetään esiintyvän uhka- ja väkivaltatilanteita, tulee olla selkeät toimintaohjeet tilanteisiin, laitteisiin sekä mahdollisuus kutsua apua. Toimintaohjeet tulisi laatia yhdessä työntekijöiden kanssa ja niiden tulisi olla kaikkien työntekijöiden saatavissa. Ohjeissa on selvitettävä sekä normaali työtapa, että työtapa uhka- ja väkivaltatilanteissa. Erilaisten hälytysjärjestelmien sijoittamiseen tulee kiinnittää työpaikalla huomiota, sillä niiden on oltava välittömässä saatavuudessa vaaratilanteen kohdatessa. (Väkivallan uhka työssä 2010, 12–13.)

3.1.3 Työntekijän oikeudet ja velvollisuudet

Työturvallisuuden vastuualueet jakautuvat työntekijän, esimiehen, toiminta-alueiden johdon sekä sairaanhoitopiirien johdon mukaisesti. Työntekijän velvollisuuksiin kuuluu huolehtia asiallisesta ja kunnioittavasta käyttäytymisestä potilaita kohtaan. Työntekijän käytös ei saa olla provosoivaa. Työntekijän on osattava käyttää turvallisuustekniikkaa, välttää turhia riskejä, turvata kollegan selusta sekä informoida esimiehelle tapahtuneesta häiriötilanteesta. (Huhtamäki, Rinta-Nikkola & Viitasaari 2007, 5.)

Työntekijän velvollisuuksiin kuuluu työnantajan määräyksien ja ohjeiden noudattaminen. Määräyksien ja ohjeiden noudattamiseen kuuluu työolosuhteiden edellyttämän turvallisuuden ja terveyden ylläpitäminen sekä järjestyksestä, siisteydestä, huolellisuudesta ja varovaisuudesta huolehtiminen. Työntekijän velvollisuuksiin kuuluu muiden työntekijöiden turvallisuudesta ja terveydestä huolehtiminen. Tämä tarkoittaa, että työntekijän on vältettävä muihin työntekijöihin kohdistuvaa häirintää ja epäasiallista kohtelua. (Työturvallisuuslaki 738/2002, §18.)

Työntekijän velvollisuuksiin kuuluu myös itsensä kouluttaminen. Esimiehen vastuulla on hankkia yksikölle turvallisuuskoulutusta, mutta työntekijän vastuulla on hakeutua koulutuksiin ja soveltaa oppimaansa. (Huhtamäki ym. 2007, 7.)

Työnantajalle ja työsuojeluvaltuutetulle tulee viipymättä ilmoittaa, mikäli työolosuhteissa, työmenetelmissä, koneissa tai muissa työn tekoon liittyvissä välineissä havaitaan puutteellisuutta tai haittoja, jotka voivat olla vaaraksi turvallisuudelle tai terveydelle. Työntekijän vastuulla on osaamisensa perusteella pyrkiä mahdollisuuksien mukaan poistamaan vaaraa aiheuttavat puutteellisuudet. Puutteellisuuksista on myös tehtävä tarkoituksen mukainen ilmoitus myös siinä tapauksessa, jos työntekijä on saanut korjattua vian tai puutteellisuuden. (Työturvallisuuslaki 738/2002, §19.)

Väkivaltatilanteen jälkeen työntekijällä on oikeus ja velvollisuus tehdä rikosilmoitus. Mikäli rikoksen tekijä on ollut hoidettava potilas, on ainoastaan rikoksentekijän uhrina olleena tai hänen laillisena edustajana toimivalla oikeus tehdä rikosilmoitus. Tällaisessa tapauksessa työntekijällä on oikeus rikkoa salassapitovelvollisuuttaan ja luovuttaa tarvittavat tiedot poliisille tutkintapyynnön yhteydessä. (Huhtamäki ym. 2007, 7.)

Työn teosta on myös oikeus pidättäytyä, jos työntekijälle tai muiden työntekijöiden hengelle tai terveydelle on aiheutunut vakavaa vaaraa. Työstä pidättäytymisestä tulee kuitenkin heti ilmoittaa työnantajalle, ja työstä pidättäytyminen saa jatkua niin kauan, kun työnantaja on poistanut vaaratekijän tai huolehtinut siitä, että työn voi suorittaa turvallisesti. (Työturvallisuuslaki 738/2002, §23.)

3.2 Laki potilaan asemasta ja oikeuksista

Jokaisella suomalaisella ja Suomessa pysyvästi asuvalla henkilöllä on oikeus terveyden- ja sairaanhoitoon niiden voimavarojen rajoissa, jotka terveydenhuollolla on käytettävissä. Suomessa tilapäisesti oleskelevilla on oikeus hoitoon valtioiden välisten sopimusten ja erikseen säädettävien

sopimusten rajoissa. Kuitenkin, jokaisella potilaalla on oikeus saada ihmisarvoa loukkaamatonta hoitoa hänen vakaumustaan sekä yksityisyyttään kunnioittaen. Potilasta tulee hoitaa yhteisymmärryksessä, ja potilaan kieltäytyminen hoidoista tai hoitotoimenpiteistä on otettava vakavasti. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992, §3 ja §6.)

Potilaalle on annettava tietoa hänen terveydentilastaan, hoitojen merkityksistä, erilaisista hoitovaihtoehdoista sekä niiden vaikutuksista ja muista hänen hoitoonsa liittyvistä asioista. Tietoa ei kuitenkaan tule jakaa ilman potilaan suostumusta, tai silloin jos tiedon antamisesta aiheutuisi vakavaa vaaraa potilaan terveydelle. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992, §5.)

Jos täysi-ikäinen potilas ei mielenterveyshäiriön, kehitysvammaisuuden tai muun syyn vuoksi pysty tekemään hoitopäätöstään, tulee potilaan laillisen edustajan tai lähiomaisen saada antaa ilmaista mahdollinen potilaan tahto. Jos tästä ei kuitenkaan saada selkeyttä, on potilasta hoidettava tavalla joka on hänelle parhaaksi. Kuitenkin mielenterveyslain, päihdehuoltolain, tartuntatautilain ja kehitysvammaisten erityishuollosta annetun lain mukaan tahdosta riippumaton hoito on voimassa näiden lakien erikseen määrittelemissä tilanteissa. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992, §6.)

Jos potilas on kriittisessä tilassa ja hänen hoitotahdostaan ei ole tietoa tajuttomuuden tai muun syyn vuoksi, tulee potilaalle antaa tarpeellinen hoito terveyttä uhkaavan vaaran torjumiseksi. Jos potilas kuitenkin on aikaisemmin vakaasti ja pätevästi ilmaissut hoitotahtonsa, ei potilaalle saa antaa sellaista hoitoa, joka on vasten hänen tahtoaan. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992, §8.)

Terveyden- ja sairaanhoitoon liittyvässä tilanteessa tyytymättömällä potilaalla on oikeus tehdä muistutus terveydenhuollosta vastaavalle johtajalle. Jos potilas on muistutuksen tekemiseen itse kyvytön, muistutuksen tekee hänen laillinen edustajansa tai lähiomainen. Toimintayksikön on tehtävä muistutuksen tekeminen potilaalle

mahdollisimman helpoksi ja muistutusoikeudesta on tiedottava potilaille. Muistutuksen tekeminen ei saa rajoittaa potilaan oikeutta kannella hoidostaan tai hoitoon liittyvästä kohtelusta terveydenhuollon valvontaviranomaiselle. Pääasiassa muistutus tehdään kirjallisesti, mutta poikkeustilanteessa sen voi tehdä suullisesti. Toimintayksikön tulee käsitellä muistutus asianmukaisesti ja annettava tästä kirjallinen vastaus. Vastaus tulee perustella asian laadun edellyttämällä tavalla. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992, §10.)

3.3 Mielenterveyslaki

Yksilön psyykkistä hyvinvointia, toimintakykyä ja persoonallista kasvua pyritään edistämään mielenterveystyön avulla. Mielenterveyslain tukeman mielenterveystyön voimin pyritään myös kehittämään väestön elinolosuhteita niin, että mielenterveyshäiriöt olisivat ehkäistävissä. Huomioiden myös mielenterveystyötä edistävät ja tukevat toimet. Mielenterveystyön yleisestä suunnittelusta, ohjauksesta ja valvonnasta vastaa sosiaali- ja terveysministeriö, mutta toimialueittain näistä vastaa aluehallintovirasto. (Mielenterveyslaki 1116/1990, 1-2§.)

Mielenterveyslain 22a § määrittää, että potilaan itsemääräämisoikeutta sekä muita perusoikeuksia saa rajoittaa vain siinä määrin, kuin sairauden hoito, hänen oma tai muiden turvallisuus vaativat. Tällöinkin toimenpiteet ovat suoritettava ihmisarvoa kunnioittaen sekä turvallisesti.

Mielenterveyslain 22b § mukaan, tahdosta riippumatonta hoitoa tai toimenpiteitä saa suorittaa vain, mikäli niiden tekemättä jättäminen vaarantaa vakavasti potilaan tai muiden terveyttä tai turvallisuutta.

Hoitava henkilökunta saa käyttää tarpeellisia voimakeinoja potilaan poistumisen estämiseksi tai siirtämiseen, koska voimakeinoja voidaan pitää puolustettavina. Liikkumisvapauden rajoittamisen määrää kuitenkin hoitava lääkäri. Lääkäriin määräyksestä potilas saadaan vasten tahtoaan eristää muista potilaista, mikäli hänen käyttäytymisensä johtaisi itsensä tai muiden vahingoittamiseen, mikäli hänen käytöksensä vaikeuttaa muiden

potilaiden hoitoa tai vahingoittaa omaisuutta merkittävästi tai jos potilaan eristäminen on muusta erittäin painavasta hoidollisesta syystä tarpeellista. Potilasta voidaan pitää kiinni muistakin syistä, mikäli se hoidollisista syistä on välttämätöntä. Eristämisen tai sitomisen aikana potilaalla on oltava vastuuhuoltaja, joka on jatkuvasti näkö- ja kuuloyhteydessä potilaaseen. (Mielenterveyslaki 1116/1990, 22d-22f§.)

Kiinnipitäminen, eristäminen tai sitominen on lopetettava heti kun se ei ole enää välttämätöntä, tai kun lääkäri tilanteen arvioi sellaiseksi. Lääkäri voi myös jatkaa kiinnipitoa, mikäli se on tarpeellista. Yli kahdeksan tuntia kestäneestä sitomisesta tai yli 12 tuntia kestäneestä eristämisestä tulee ilmoittaa potilaan edunvalvojalle tai lailliselle edustajalle.

Aluehallintovirastolle on kahden viikon välein toimitettava eristettyjen ja sidottujen potilaiden tiedot. (Mielenterveyslaki 1116/1990, 22f§.)

3.4 Rikoslaki, Häpävarjelu

Häpävarjelusta määritellään Rikoslain neljännen luvun neljännessä pykälässä. Kyseinen pykälä määrittää, että välittömästi uhkaavan oikeudettoman hyökkäyksen torjumiseksi saa hyödyntää puolustusta, mikäli puolustus ei ole yliampuva. Mikäli kuitenkin puolustuksessa ylitetään häpävarjeluajan rajat, on tekijä rangaistusvastuusta vapaa. Tähän kuitenkin vaikuttaa se, että olosuhteet ovat olleet sellaisia, ettei puolustautuvalta olisi voitu muunlaista suhtautumista odottaa ottaen huomioon hyökkäyksen yllätyksellisyys ja vaarallisuus. (Rikoslaki 1889, 4§.)

Tavallisesti väkivaltatilanne alkaa yllättäen ja sillä on jokin vahingoittamistarkoitus, mutta häpävarjelua voidaan tällaisten tilanteiden lisäksi käyttää myös tilanteissa, jossa tarkoitukseton toiminta voi aiheuttaa todellisen uhan (Terenius 2013, 206).

4 AGGRESSIIVISUUS JA VÄKIVALTA

Aggressio esiintyy yleensä vihana tai suuttumuksena. Sen taustalla on usein pettymystä, kauhua, mustasukkaisuutta tai raivoa. Aggressiivisella ihmisellä on usein myös tunne itsensä tai ympärillä olevien ihmisten uhasta, ja aggressio saattaa joissain tilanteissa olla puolustuskeino. (Iivanainen & Syväoja 2010, 370–371.) Aggressiivinen käyttäytyminen on harvoin tarkoituksenmukaista. Aggressiivinen käyttäytyminen johtuu useimmiten lääkinällisistä, psyykkisistä tai sosiaalisista syistä. (Neufeld, Perlman & Hirder 2012, 473.)

Aggressiivisuudesta ja sen suorasta yhteydestä on tehty paljon tutkimuksia ja käsitykset näistä ovat ristiriitaisia. Eräissä tutkimuksissa aggressiivisuus kuvaillaan pelkkänä tunteena, kun taas joissain pohjataan tieto persoonallisuuteen, ympäristötekijöihin tai biologisiin vaikuttajiin. Aggressio voidaan kuvata myös fyysisenä tai verbaalina, suorana tai epäsuorana. Esimerkiksi verbaalista epäsuoraa aggressiota voi olla juoruilu tai kiristäminen. Joissain ihmisissä tietyt asiat saattavat aiheuttaa raivoa ja sitä kautta aggressiota, ja näin vaikuttaa hänen käyttäytymiseensä ja tietoihin päätöksiin. Aggressio voi kuitenkin olla spontaania ja impulsiivista ja tästä esimerkkinä ovat useimmat lapsiin kohdistuvat väkivaltateot. (Vimeriö 2006, 18–21.)

Hage, Van Meijel, Fluttert ja Berdenin tekemän kirjallisuuskatsauksen (2009) mukaan aggressiiviseen käyttäytymiseen voi olla syynä monia eri tekijöitä. Joillain ihmisistä aggressiivisuus voi johtua yhdestä tekijästä, toisilla se voi taas olla monien tekijöiden summa. Aggressiivisuuteen vaikuttavia tekijöitä on paljon: biologiset tekijät, neuropsykologiset tekijät, psykopatologiset tekijät, persoonallisuuden piirteet, asenteet, käyttäytymiskokemukset, perhe, naapurusto, koulu sekä yhteiskunnalliset ongelmat. Aggressiivinen käytös voi myös olla itsetietoista käyttäytymistä, mahdollisesti synnynnäinen asema, turhautumisen seuraus tai aggressiivisella käyttäytymisellä voidaan tavoitella valtaa. (Hage ym. 2009, 662–664.)

Väkivalta taas voidaan jakaa henkiseen ja fyysiseen väkivaltaan. Henkisellä eli psyykkisellä väkivallalla tarkoitetaan esimerkiksi uhkailua, kiristämistä tai toisen loukkaamista sanoin. Myös mitätöinti ja huomiotta jättäminen on eräänlaista henkistä väkivaltaa. Fyysisellä väkivallalla tarkoitetaan väkivaltaa, jossa kajotaan toiseen ihmiseen. Tämä voi olla tönimistä, lyömistä, potkimista tai vaikka raapimista. Fyysinen väkivalta on Suomen laissa rikos. (Iivanainen & Syväoja 2010, 371.)

On hyvä muistaa, että väkivaltaa ilmenee kaikissa sosiaaliluokissa. Väkivallalla pyritään usein vallan saamiseen ja oman tahdon toteutumiseen. Ajatellaankin, että väkivaltaan taipunut ihminen kokee olonsa tietyissä tilanteissa heikoiksi ja väkivallan avulla pyrkii pääsemään korkeampaan asemaan. Suomessa väkivaltaisuutta usein lisää alkoholi, mutta eräiden tutkimusten mukaan etenkin perheväkivalta saattaa olla lapsuuden kodista opittua. (Väkivallan tekijät 2016.)

Väkivaltatapahtuma, joka lasketaan työpaikkaväkivallaksi, voi tapahtua työpaikalla, työmatkalla tai töihin liittyvissä olosuhteissa. Työpaikkaväkivallalla tarkoitetaan tapahtumaa, jossa työntekijää uhataan, loukataan tai pahoinpidellään. Työpaikkaväkivallaksi lasketaan myös tapahtumat, jotka vaikuttavat suorasti tai epäsuorasti työntekijän tai hänen perheensä hyvinvointiin tai turvallisuuteen. (Rautjärvi 2004.) Työpaikkaväkivaltaan luetaan myös seksuaalinen väkivalta (Työväkivalta on yleistä terveys- ja sosiaalialojen ammattiteissa 2009). Työpaikkaväkivalta ei aina synny työpaikan ulkopuolisista tekijöistä, kuten hoitoalalla potilaista tai heidän omaisistaan. Työpaikkaväkivallan aiheuttaja voi tulla myös työyhteisön sisästä. (Työväkivalta 2015.)

Työpaikkaväkivalta voi olla fyysistä: lyömistä, potkimista, erilaista aseellista vahingoittamista tai muulla tapaa vammojen tuottamista. Väkivallaksi lasketaan myös loukkaaminen ja huutaminen sekä solvaaminen ja sanallinen uhkailu. Uhkailun kokeminen on yleisempää työpaikoilla kuin fyysinen väkivalta. (Rautjärvi 2004.)

Työpaikkaväkivaltatilanteeseen liittyy useimmiten monien tekijöiden summa. Tämä summa koostuu työpaikan organisaation toimesta, työympäristöstä, työntekijästä sekä väkivaltaisesta asiakkaasta. (Rautjärvi 2004.)

5 ENNAKOINTI AGGRESSIIVISEN POTILAAN KOHTAAMISESSA

Aggressiivisen potilaan kohtaamisessa tärkein osa-alue on ennakoiva hoitotyö. Ennakoivalla hoitotyöllä pyritään ehkäisemään tilanteita ennen niiden eskaloitumista. Ennakoivaan hoitotyöhön kuuluu joukko huomioitavia yksityiskohtia: työtilojen turvallisuus, viihtyisät odotustilat, hoitajan käyttäytyminen, hoitajan vaatetuksen turvallisuus, suojaruusteiden käyttö, potilaan kohtaaminen sekä perehdyttäminen uhka- ja vaaratilanteisiin. Ennakoivan hoitotyön jatkuvalla kehittämisellä edistetään työturvallisuutta. (Iivanainen & Syväoja 2010, 362.)

5.1 Työvaatetus

Työasun tarjoaa yleensä työnantaja, mutta joissain työyksiköissä käytetään omia vaatteita. Hoitajan tulee valita vaatetuksensa työyksikön ohjeistuksen mukaan. Työvaatteiden valinnassa on huomioitava vaatteiden mukavuus, neutraali ulkomuoto, materiaali ja hyvä istuvuus, jolloin liikkuminen olisi mahdollisimman helppoa. (Lehestö, Koivunen & Jaakkola 2004, 109.) Työntekijän tulee ohjeiden mukaisesti käyttää työnantajan antamia henkilösuojaimia, muita varusteita sekä käytettävä sellaista vaatetusta, josta ei aiheudu tapaturmariskiä potilaalle, muille työntekijöille tai työntekijälle itsellensä. (Työturvallisuuslaki 738/2002, §20.) Äkillisessä väkivaltatilanteessa yhtenäinen työasu auttaa muilta osastoilta apuun tulevaa henkilökuntaa erottamaan työntekijät potilaista. (Lehestö ym. 2004, 109.)

Jalkineiden valinnassa tulee huomioida turvallisuus. Työkenkien tulisi olla tukevat, kevyet ja matala korkoiset tai korottomat. Sandaali- mallisissa jalkineissa tulee olla takaremmi, jolloin ne pysyvät jalassa tilanteesta riippumatta. Jalkineiden liukkauteen tulee kiinnittää huomiota, koska hoitoyksikön lattialla voi olla eritteitä tai muita liukkautta aiheuttavia nesteitä. (Lehestö ym. 2004, 112.)

Asusteet voivat olla vakava turvallisuusriski työpaikalla. Kellot, korut, lävistykset ja sormukset voivat aiheuttaa itsepuolustus- tai

kiinnipitotilanteessa potilaalle tai hoitajalle verta vuotavia haavoja, jolloin hoitajat voivat altistua veriteitse tarttuville taudeille. Koruihin ja avainauhoihin voi myös liittyä kuristumisriski potilaan tarttuessa niihin. (Lehestö ym. 2004, 110–111.)

Hoitajat tarvitsevat työssään erilaisia työvälineitä, joita ovat esimerkiksi kynät, sakset, stetoskooppi ja avaimet. On syytä muistaa että näitä välineitä voidaan käyttää hoitajan vahingoittamiseen, mutta niillä on myös pelastautumisen ja itsensä puolustamisen kannalta olennainen rooli. Mukana ei kannata pitää ylimääräisiä työvälineitä ja työtehtävälle varataan ainoastaan siihen tarvittavat välineet. (Lehestö ym. 2004, 113.)

Pelastautumisen kannalta yksi tärkeimmistä työvälineistä ovat avaimet, varsinkin työyksikössä, jossa on lukittuja ovia. Lukittujen ovien taakse voidaan väkivaltatilanteessa paeta hyökkääjää. Avainten on oltava helposti saatavilla, mutta kuitenkin niin että niistä ei aiheudu kuristumis- tai takertumisvaaraa hoitajalle tai potilaalle. Jos avaimia pidetään kaulassa, täytyy avainnauhassa olla yksi tai useampi katkaisukohta. (Lehestö ym. 2004, 113.)

5.2 Turva- ja suojavälineet

Turva- ja suojavälineillä tarkoitetaan laitteita tai välineitä, joilla estetään aggressiivisen henkilön hyökkäys. Välineistöön kuuluu esimerkiksi henkilökohtaiset hälyttimet, patukat tai sumuttimet. Näistä yleisin hoitohenkilökunnan käytössä oleva suojaväline on hälytin. Patukat ja sumuttimet ovat harvinaisempia hoitohenkilökunnan käytössä. Niiden kantamisesta vastaavat sairaaloissa useimmiten vartijat. (Lehestö ym. 2004, 115.)

Henkilökohtaisella hälyttimellä voi kutsua paikalle nopeasti lisäapua, joka on tärkeää väkivaltatilanteessa. Hoitaja tekee hälytyksen nappia painamalla tai irrottamalla riistokytkimen. Yksiköstä riippuen apuun tulee osaston työntekijät, poliisi, vahtimestari, viereisten osastojen työntekijät tai palokunta. Hälytinjärjestelmän toiminnan kannalta on tärkeää että kaikki

yksikössä työskentelevät pitävät hälyttimiä mukanaan ja osaavat käyttää niitä. Hälyttiminä voivat toimia myös puhelimet tai matkapuhelimet, mutta niiden käyttöön voi liittyä ongelmia. Puhelin voi olla varattu tai numeron valitseminen uhka- tai vaaratilanteessa voi olla hidasta. (Lehestö ym. 2004, 115–116.)

5.3 Työtilat

Työ- ja odotus tiloista pyritään yleensä tekemään mahdollisimman viihtyisät, mutta samalla tulee huomioida tilojen turvallisuus. Tilojen viihtyvyydellä pystytään jo pelkästään vähentämään väkivaltatapahtumien riskiä. On kuitenkin myös muistettava, että liian kodinomaiseksi tehdystä tilasta voi helposti löytyä itsensä tai muiden vahingoittamiseen soveltuvia esineitä. (Lehestö ym. 2004, 141.) Työskentelytilojen poistumistie tulee varmistaa ennen potilaan tapaamista. Etenkin, jos on syytä epäillä väkivallan uhkaa, tulee työtila valita sopivanlaiseksi. Tapaamisen aikana on valittava istumajärjestys huoneessa siten, että hoitaja on lähempänä ovea, jolloin potilas ei voi estää nopeaa poistumista huoneesta. (Iivanainen & Syväoja 2010, 362.)

Työympäristön turvallisuuteen vaikuttaa myös kulun valvonta sekä tilojen valvonta. Etenkin poliklinikoilla on tärkeää tietää, keitä tiloissa liikkuu ja pystyä tarvittaessa rajaamaan sinne kuulumattomien henkilöiden pääsyä. (Lehestö ym. 2004, 107.)

Työtilojen järjestelyissä on huomioitava huonekalujen oikea sijoittelu. Huonosti asetellut huonekalut voivat pahimmillaan haitata hoitajan nopeaa poistumista uhkaavissa- tai väkivaltatilanteesta. Etenkin odotustiloissa huonekalujen tulisi olla niin painavia tai hyvin kiinnitettyjä, että niiden heittäminen tai käyttäminen lyömiseen ei onnistuisi. (Lehestö ym. 2004, 122.)

5.4 Ennakoiva lääkehoito

Aggressiiviset, psykooseista kärsivät tai uhkaavasti käyttäytyvät potilaat tulisi hoitaa ennalta ehkäisten. Kaikkien potilaiden kohdalla tulisi tavoittaa mahdollisimman oireeton tila sekä psykoosien ennaltaehkäisy.

Ennakoivalla ja jatkuvalla lääkehoidolla voidaan estää sairauden kroonistuminen, potilaan kognition kapasiteetin nopea menettäminen, huono lääkehoitovaste, päihdeongelmat sekä väkivaltakäyttäytyminen. (Hallikainen & Repo-Tiihonen 2015)

Psykoaktiivisista lääkkeistä aggressiivisuuteen tehoavat parhaiten klotsapiini ja olantsapiini. Muita kiihtymykseen ja aggression lievittämiseen käytettyjä lääkkeitä ovat epilepsialääke valproaatti, manialääke litium sekä SSRI-lääkkeet. Psykoosilääkkeiden tukihoidona suositellaan edelleen sähköhoitoa. Lääkehoitovasteen puuttuessa sähköhoidolla voidaan saada nopea oireiden lievitys. Bentsodiatsepiinien käyttöä tulisi välttää, sillä tutkimusten mukaan ne lisäävät itsemurhakuolleisuutta psykoosipotilailla. (Hallikainen & Repo-Tiihonen 2015)

6 AGGRESSIIVISEN POTILAAN KOHTAAMINEN

Hoitotyössä asiakkaita ja potilaita kohdataan paljon. Osalla heistä voi olla tunteiden tai vihanhallinnan kanssa ongelmia, jotka näyttäytyvät turhautumisena, vihamielisenä tai joskus jopa aggressiivisena käytöksenä. Aggressiivisen tai vihamielisen asiakkaan kohtaaminen saattaa säikäyttää kokeneemmankin hoitajan. Kohtaamisen kulmakivenä toimiikin vuorovaikutus asiakkaan kanssa. (Iivanainen & Syväoja 2010, 370.)

Sosiaalisia taitoja opitaan jo varhaislapsuudessa, mutta niiden kehittyminen jatkuu läpi elämän. Vuorovaikuttamisen taidoista ei kuitenkaan aina ole apua tilanteessa, jossa asiakas käyttäytyy aggressiivisesti. Joskus aggressiivinen tilanne onkin vain kohdattava, ja pyrittävä siihen, että kukaan ei loukkaannu. (Iivanainen & Syväoja 2010, 371.)

Bowers (2012, 36) on kehittänyt aggressiivisen potilaan kohtaamiseen de-eskalaatio mallin, jota on helppo tulkita. Mallin portaat ovat tilanteen rajaaminen, potilaan aggressiivisuuden syyn selvittäminen sekä ratkaisun tavoittelu. Bowers painottaa, että tilanteen rauhoittelijan on itse pystyttävä hallitsemaan omat tunteensa ja hänen on kyettävä kunnioittamaan ja tuntemaan empatiaa potilasta kohtaan, jotta de-eskalaatio malli toimisi.

Bowersin mukaan (2012) ensin on turvattava oma sekä muiden selusta huolehtimalla hälytysjärjestelmän toimivuudesta, avun pyynnöstä sekä rauhalliseen tilaan siirtymisestä. Muut potilaat tulee saada pois tilasta, jossa aggressiivinen potilas on. (Bowers 2012, 37.) Eskaloituneessa tilanteessa hoitajan tulee muistaa riittävä etäisyys potilaaseen. Tilanteen rauhoittelun aikana on pyrittävä liikkumaan hitaasti kohti hoitajalle turvallista tilaa. (Powley 2014, 28; Bowers 2012, 37.) Mikäli potilaalla on jonkinlainen ase, tulee potilasta pyytää laskemaan se maahan. Hoitajalle ojentaessa potilas pääsee liian lähelle hoitajaa, ja saattaa vahingoittaa tätä. (Powley 2014, 28.)

Aggressiivisissa tilanteissa tulee kiinnittää huomiota äänen sävyyn ja siihen mitä sanoo ja miten sanoo (Taylor 2014). On pyrittävä välttämään neuvomista, määräyksien antamista, alentavasti puhumista, pilkkaamista tai lapsenomaisesti puhumista, sillä se on epäkunnioittavaa potilasta kohtaan. On vältettävä myös puhumasta epäselvästi, jotta potilas ei hämmenny. (Bowers 2012, 37.) Äänen ja puheen lisäksi on oleellista huomioida oma elekeli. Omaan elekieleen ei kuitenkaan tule liikaa keskittyä. Jännittyneisyys ja pelokkuus, sekä usein myös valehtelevien saattavat näkyä elekieleessä, minkä vuoksi rauhoittelijan viesti saattaa olla puheen ja elekielen kanssa ristiriidassa. Rauhallinen, itsevarma ja hillitty käyttäytyminen luo potilaalle turvallisen olotilan. Myös avun tarjoaminen potilaalle on hyvä muistaa. (Powley 2014, 28; Bowers 2012, 37.) Ei-verbaalista vuorovaikutusta tulisikin opetella, sillä vuorovaikutuksesta yli 50 % on ei-verbaalista kanssakäymistä (Taylor 2014).

Potilaalta tulee selvittää, mikä hänen ongelmansa on ja mistä se on saanut alkunsa. On hyvä yrittää selvittää myös mitkä hänen aikeensa ovat. (Taylor 2014; Powley 2014, 28.) Avoimet kysymykset ovat avuksi ongelman selvittämisessä. Myös potilaan orientoiminen aikaan ja paikkaan saattavat auttaa. (Bowers 2012, 37.) Potentiaalisesti aggressiiviselle potilaalle, sekä jo aggressiiviselle potilaalle on oleellista kertoa, mitä tulee tapahtumaan ja miksi, jotta potilaalle ei tule yllättäviä tilanteita. (Taylor 2014; Powley 2014, 28.)

Joissain tapauksissa potilaan aggressiivisuus johtuu vain huomion hakemisesta, jolloin hoitajan jakamaton huomio potilasta kohtaan saattaa välttää tilanteen eskaloitumisen (Taylor 2014). On tärkeää olla vähättelemättä potilaan ongelmaa, ja kuunnella tätä tarkasti ja arvostavasti, huomioida potilaan tuntemuksia ja olotilaa sekä reagoida niihin. Potilaalle pitää antaa mahdollisuus kertoa asiansa. (Taylor 2014; Powley 2014, 28; Bowers 2012, 37.) Empatisointia tulisi käyttää näissä tilanteissa hyväksi, sillä potilaan tiedetään kokevan rauhallisuuden tunnetta, kun hoitaja osoittaa ymmärtävänsä potilasta (Taylor 2014; Bowers 2012, 37).

Taylorin (2014) mukaan ei- verbaalisia keinoja välttää erilaisia konflikteja ovat mm. empatian käyttäminen, vastoinkäymisten välttäminen sekä katsekontaktin säilyttäminen potilaassa. Konfliktien välttämiseksi onkin tärkeää päästä potilaan kanssa sellaiseen lopputulokseen, johon potilas on tyytyväinen ilman että on kohdattu fyysistä tai psyykkistä väkivaltaa. (Taylor 2014.) Potilaalle on hyvä tarjota kohteliaasti erilaisia toimintalinjoja, joilla eskaloitumien pyritään välttämään. Vaihtoehtojen etsimisessä tärkeää on olla auktoriteettinen ja jämerä, mutta kuitenkin joustava ja anteeksi antava. Mikäli esimerkiksi jotkin osaston säännöt ovat syy potilaan aggressiivisuuteen, on potilaalle selitettävä miksi säännöt ovat sellaiset. On kuitenkin hyvä mukautua potilaan näkökulmaan myöntämällä, että säännöissä voisi olla muuttamisen varaa. Muutoksia tulee kehottaa hakemaan järkevämmällä tavalla. De-eskalaation kannalta tilanne on aina parempi, mikäli potilas saadaan keskustelemaan ongelmasta väkivaltaisuuden sijasta. (Bowers 2012, 37.)

Haastaviin tilanteisiin joutumisen kannalta tärkeää on tiedon välittyminen ja hoitajan rauhallinen ja verbaalisten ja ei- verbaalisten taitojen hyväksi käyttäminen tilanteessa. Ennakointia tulee suorittaa myös tässä suhteessa, sillä tiedonvälittäminen eteenpäin kollegoille mahdollisesta aggressiivisesta potilaasta on suuri ennaltaehkäisevä tekijä. Tällöin hoitajalla on mahdollisuus valmistautua kohtaamiseen ja erilaiset konfliktit voidaan välttää. (Taylor 2014.)

Bergen mallin mukaan väkivaltatilanteiden eskaloitumisen välttäminen voidaan jakaa kolmeen osaan: primaariseen, sekundaariseen sekä tertiääriseen. Primaari vaiheessa tarkoituksena on pyrkiä luomaan osastolle ilmapiiri, joka tukee turvallisuutta. Edesauttavia tekijöitä on hyvät työntekijä-potilas suhteet, riskiarviointien käyttö sekä osaston miljöön rakenne. Sekundaari vaiheessa aggressiota on alkanut jo ilmetä. Tällöin hyödynnetään eskalaatio tekniikoita oikeaoppisesti. Tertiäärisessä vaiheessa aggressiivinen tilanne on jo päällä ja se tulee ehkäistä turvallisella fyysisellä hallinnalla. Jälkikäteen tulisi hyödyntää jälkipuintia. (Björkdahl, Hansebo & Palmstierna 2013, 397.)

6.1 Potilaan rajoittaminen – Suojatoimenpiteiden käyttö

Yhdistyneiden kansakuntien ihmisoikeuksien pohjalta tehdyn yleissopimuksen mukaan vapauden riistäminen ilman laillista perustetta on kiellettyä. Lain sallimissa rajoissa vapauden saakin riittää mielenterveyshäiriön, alkoholismin, huumeiden käytön tai muun vastaavan vuoksi, mikäli potilas on sekavassa ja uhkaavassa tilassa. Henkilölle, jolta vapaus riistetään, tulee myös ilmoittaa vapaudenriiston perusteet. Voimakkaasti itsemääräämisoikeutta rajoittavat toimenpiteet tulee määrittää sekä kuvata yksityiskohtaisesti. (Halila 2010, 1–3.)

Uuden itsemääräämislain myötä pakkokeinoja tulee käyttää vain viimeisenä keinona (Rusila 2014). Tarkoituksena on lisätä vuorovaikutusta potilaan kanssa ja ottaa potilaat mukaan neuvottelemaan tilanteesta (Sariola 2014). Rajoittamistilanteet tulee kirjata tarkasti ylös ja kaikki rajoittamiset tulee tilastoida. Omaisilla on myös mahdollisuus uuden lain myötä riitauttaa hoitosuunnitelman mukainen päätös rajoittamistoimista. (Rusila 2014.) Potilaan itsemääräämisoikeuden rajoittamisella, esimerkiksi eristämällä sekä lepositeiden käytöllä on olemassa määräajat, joita ei saa hoidossa ylittää. Mikäli henkilökunta kokee potilaan kohdalla tarvetta jatkaa rajoittamista, tulisi siitä toteuttaa uusi päätös. (Sariola 2014.)

6.1.1 Fyysinen rajoittaminen

Fyysisellä rajoittamisella tarkoitetaan tässä raportissa potilaan rajaamista henkilöstön voimin, ilman apuvälineitä. Fyysistä rajoittamista käytetään usein joko pelkästään potilaan rauhoittamiseksi, rauhoittavan lääkkeen antamiseen tai mekaaniseen rajaamiseen, esimerkiksi rajoittaviin vöihin siirryttäessä.

Sturrock (2010) kirjoittaa julkaisussaan, että jokaisen fyysistä rajaamista harjoittavan työntekijän tulisi miettiä ennen rajaamista ja sen aikana neljää asiaa tarkasti. Listalla ensimmäisenä on hyvä kommunikaatio niin henkilökunnan kuin myös potilaan kanssa. Henkilökunnan tulisi harjoitella fyysisen rajaamisen otteita, mutta myös aiemmin mainittuja de-eskalaatio

menetelmiä. Sturrockin mielestä rajaamistapauksissa tulisi kiinnittää huomiota potilaan kulttuuriseen sekä sukupuolitaustaisiin asioihin. Eräissä tutkimuksissa moni aiemmin hyväksikäytetty henkilö koki rajaamistilanteen traumaattiseksi. Sturrock päättääkin listansa potilailta saatuun kommenttiin, jonka mukaan tutkimuksia kiinnipidoista tulisi toteuttaa enemmän. (Sturrock 2010.)

Fyysiseen rajoittamiseen on käytössä monenlaisia otteita. Potilaasta pyritään pitämään kiinni raajoista sekä hartioista riippuen paikalla olevien hoitajien määrästä. Tunnetuimpana ja kiistanalaisimpana otteena on päinmakuu-asento, jossa potilas makaa lattialla kasvot lattiaa kohti. Potilaan rauhoittamiseen käytetään usein istumisasentoa tai polvillaan oloasentoa. Istumista ja polvillaan oloa voidaan tehostaa taivuttamalla potilaan kasvot pöytää tai tuolia vasten. Joskus saatetaan hyödyntää myös seisoma asentoa, jossa potilas seisoo kasvot joko seinää vasten tai ylöspäin kohotettuna. Tämä asento ei kuitenkaan ole tehokkain, sillä siinä on vaikea pidellä potilasta. (Hollins 2010, 372.)

Päinmakuu eli rajaava ote maata vasten on hyvin kiistanalainen interventio aggressiivisen potilaan kohtaamisessa. Päinmakuu asento on aiheuttanut monia kuolemia ympäri maailmaa. Kuolemalle on usein ollut syynä asennosta johtuva tukehtuminen. Tukehtumisen edesauttajana on useimmissa tapahtumissa ollut jonkinlainen altistava sairaus. Monissa kuolemaan johtaneissa tapauksissa kiinniotettu henkilö on ollut joko keuhko- tai sydänsairas, hänellä on jokin psyykinen lääkitys tai hän on ikänsä tai sairautensa takia muuten hauras. Suuri vaikuttava tekijä päinmakuu asennon kiistanalaisuuteen on myös tilanteiden yksityiskohdat kuolemaan johtaneissa tapauksissa: kuinka monta kiinnipitäjää on ollut, mistä kohtaa potilasta on painettu, kuinka kauan otteessa on pidetty. Yhdysvalloissa eräessä kuolintapauksessa oli potilasta pidetty 25 minuuttia päinmakuulteen, jonka aikana hän oli tukehtunut. Tarkoituksena fyysisessä rajaamisessa on tilanteen vakauttaminen, ei niinkään kontrollointi. (Hollins 2010, 371.)

On kuitenkin tilanteita, joissa päinmakuuta tulee käyttää tai muuta mahdollisuutta potilaan rauhoittamiselle ei ole. Tämän vuoksi on hyvä kouluttaa henkilökunta riskien sekä tilanteiden hallitsemiseen ja ottaa huomioon, mitä riskejä otteesta saattaa potilaalle aiheutua. Näitä ovat hengitykseen, sydämeen ja verenkiertoon sekä tuki- ja liikuntaelimestöön liittyvät perusrakennetta ja -toimintaa heikentävät sairaudet yhdistettynä liian kovaan tai pitkäaikaiseen kiinnipitoon.

Kouluttautumisen avulla potilasturvallisuus saadaan parhaiten turvattua. Henkilöstöstä tulisi saada tehokas, turvallinen ja lainmukaisesti toimiva. (Hollins 2010, 373.)

Hollinsin (2010) mukaan tällaisen koulutusohjelman tulisi sisältää riskien hallintaa, joka sisältää maltillisuutta fyysisessä rajaamisessa, ennalta ehkäiseviä toimenpiteitä, henkilökohtaista vastuunkantoa sekä lain rajauksia. Koulutukseen olisi hyvä sisällyttää myös ihmisen anatomiaan liittyvää opetusta, jossa yhdistetään eri otteiden haittavaikutukset tiettyyn anatomiseen ja fysiologiseen toimintaan selkeyttäen minkälaisia vahingoittamis riskejä otteissa on olemassa. (Hollins 2010, 374.)

6.1.2 Mekaaninen rajoittaminen

Tässä opinnäytetyössä mekaanisella rajoittamisella tarkoitetaan kohdennetusti potilaan rajaamista apuvälineiden avulla. Kontion (2011, 19) mukaan mekaanisella rajoittamisella tarkoitetaan potilaan sitomista vuoteeseen voillä. Sitominen tapahtuu ylävartalosta, alavartalosta, käsistä sekä alaraajoista.

Hottisen (2013) mukaan mekaaninen rajoittaminen saattaa auttaa ehkäisemään eskaloituvia tilanteita. Näitä tilanteita ovat muun muassa itsensä, muiden tai esineiden vahingoittaminen. (Hottinen 2013, 18.)

Toisaalta potilaiden kokemusten mukaan niin mekaaninen rajaaminen kuin eristäminen koetaan traumaattisena, haitallisena ja se koetaan rangaistuksena jostakin. Joidenkin potilaiden mielestä suojatoimenpiteiden käyttö taas rauhoittaa ja luo turvallisuuden tunnetta. (Kontio 2011, 21.)

Toisaalta rajoittamistoimenpiteet ovat kriittisiä niiden mahdollisen väärinkäytön vuoksi. Väärinkäytettynä rajoitustoimenpiteet ovat laittomia, epäeettisiä, aiheuttavat fyysistä haittaa ja joskus jopa kuoleman. Rajoitustoimenpiteitä tulisikin käyttää vain viimeisenä oljenkortena, kun kaikki muut mahdollisuudet on käytetty ja potilasta ei saada millään rauhoitettua. (Hottinen 2013, 18.)

6.1.3 Eristäminen

Kuten psykiatrisessa hoidossa, myös somaattisessa hoidossa eristäminen tarkoittaa sitä, että henkilö on joko eristetty muista ihmisistä yksittäiseen huoneeseen, tai hänet on sidottu lepositeillä vuoteeseensa (Kinnunen 2013, 2). Psykiatrisilla osastoilla eristyshuone tarkoittaa huonetta, joka on lukittu, äänieristetty, kalustamaton ja siellä on vain patja. Lisäksi useimmissa eristyshuoneissa on monitoriseurantalaitteet. (Kinnunen 2013, 2; Kontio 2011, 19.) Somaattisella terveydenhuollon puolella virkamiesaseman omaava henkilö, kuten lääkäri, voi tehdä päätöksen potilaan siirtämisestä muiden potilaiden luota erillisiin, rauhallisempiin tiloihin. (Iivanainen & Syväoja 2010, 364.)

Potilaat kokevat eristämisen usein negatiivisena ja ovatkin Kontion (2011) tutkimuksessa ehdottaneet eristyshuoneiden inhimillistämistä. Kontio on koonnut teokseensa esimerkkejä inhimillistämisehdotuksista: vähemmän rajattu wc-tilojen käyttö, itsenäinen hygieniasta huolehtimisen mahdollisuus, mukavampi sänky ja petivaatteet, tupakointi mahdollisuus, terapeuttisemmat kalusteet, hälytyskello sekä tavalliset vaatteet. Potilaat kertovat myös kaipaavansa keskustelua eristämisen aikana. (Kontio 2011, 22.) Kontion mukaan olisi tärkeää soveltaa rajoituksia suojatoimenpiteiden aikana. Tähän kuitenkin vaaditaan yhteisymmärrys potilaan kanssa sekä tilanteen huomiointi. (Kontio 2011, 19.)

Eristämisessä sekä lepositeiden käyttämisessä sovelletaan yleensä pakkotilasäännöksiä, sillä eristämisen tai lepositeiden käytön tarpeellisuus tulee yleensä yllättäen. On kuitenkin tarpeellista huomioida, että

eristämiseen ei saisi johtaa henkilöstön määrälliset resurssit. Eristettyjä potilaita tulisi myös valvoa enemmän. (Halila 2010, 4–6.)

6.2 Akuuttien tilanteiden lääkehoito

Joskus lääkehoitoa käytetään potilaan rauhoittamiseen kiihtymyksen aikana. Ongelmana on se, että vaikutus tulee usein viiveellä. Suoneen annettavat lääkkeet vaikuttavat potilaaseen nopeasti, mutta tähän on harvoin mahdollisuutta akuutissa tilanteessa. Kehityksen myötä on kuitenkin saatu kertakäyttöinen loksapiini-inhalaattori, jonka pieni kertanoksinen vaikutus alkaa valmistajan mukaan jo 10 minuutissa. Mikäli kiirettä ei todellisuudessa ole, on hyvä käyttää suussa liukenevia, mutta ohutsuolessa vasta imeytyviä psykoosilääketabletteja. (Hallikainen & Repo-Tiihonen 2015.)

Lihakseen injektoitavan lyhytvaikutteisen lääkkeen vaikutus alkaa inhalaatiolääkkeeseen verrattuna hitaasti. Vastoin potilaan tahtoa annettavia injektioilääkkeitä tulisi myös välttää, sillä ne saattavat viedä potilaalta yhteistyöhalun pitkäksi aikaa. (Hallikainen & Repo-Tiihonen 2015.)

7 SEURAUKSET JA JÄLKIHOITO

Uhkailu, päin sylkeminen tai potilaan päällekyminen voi olla traumaattinen kokemus osalle hoitajista. Aggressiivisen potilaan kohtaamisesta aiheutuvat seuraukset saattavat vaikuttaa työhyvinvointiin ja työssä viihtymiseen.

7.1 Post-traumaattinen stressireaktio

Uhkailu, päin sylkeminen tai potilaan päällekyminen ovat tavallisimpia aggression ilmenemismuotoja. Monilla hoitajilla se saattaa herättää erilaisia ajatuksia, jopa pelkotiloja. Tärkeää on oppia tiedostamaan omat voimavarat ja arvioimaan oma jälkipuinnin tarve. Tarpeen vaatiessa tulee myös osata häpeilemättä hakea apua. Kyseisiä tilanteita ja niiden läpikäymistä on turha hävetä, sillä jokainen ihminen kokee asioita eritavoin ja apua on hyvä vastaan ottaa tai hakea tarvittaessa. Pahimmassa tapauksessa mieltäpainava tilanne voi vaikuttaa pitkään työhyvinvointiin ja työssä viihtymiseen. (Huttunen 2015.)

Post-traumaattinen stressireaktio, eli trauman jälkeinen stressi, laukeaa yleensä jonkin vakavan tilanteen jälkeen. Trauman jälkeen on kuitenkin normaalia kokea erilaisia stressireaktioita, mutta nämä yleensä lievittyvät ajan myötä. Post-traumaattisen stressireaktion oireilu jaetaan kolmeen osaan: trauman uudelleen kokeminen, välttämiskäyttäytyminen sekä kohonnut vireystila. Oireiluun saattaa yhdistyä myös muita psyykkisiä oireita, kuten masentuneisuutta, alkoholin väärinkäyttöä, ongelmia muistamisessa tai kognitiivisissa toiminnoissa. (Huttunen 2015.)

Trauman uudelleen kokeminen tarkoittaa sitä, että tilanne toistuu pakonomaisesti ajatuksissa, usein painajaisen muodossa.

Välttämiskäyttäytymisellä tarkoitetaan tilanteesta muistuttavien henkilöiden, esineiden, paikkojen ja muiden vastaavien asioiden tietoista välttämistä. Kohonneeseen vireystilaan liittyvät jatkuvat säpsähtelyt, ärtyisyys ja varuillaan olo. (Huttunen 2015.)

Lähes jokaisella uhkaa kokeneella syntyy jälkioireita, mutta niiden voimakkuuksissa on eroja. Aluksi uhrit saattavat käydä läpi kriisin vaiheet: shokkivaihe, reaktiovaihe sekä käsittelyvaihe. (Jälkihoito uhan ja väkivallan jälkeen 2013.) Yleisiä uhkaavista tiloista nousevia tunnetiloja ovat pelko, loukkaantuneisuus, stressi sekä epävarmuus (Avander, Heikki, Bjerså & Engström 2016, 54). Lim (2011, 6) kirjallisuuskatsauksen mukaan monet tutkimukset ovat todenneet, että potilaan aggressiivisella ja väkivaltaisella käyttäytymisellä on suuri vaikutus hoitajien jälkikäteen syntyviin negatiivisiin tunteisiin, kuten shokkiin, masennukseen, alakuloisuuteen, suremiseen, pohdiskeluun, syyllisyyteen sekä levottomuuteen.

Ruotsalaisen tutkimuksen mukaan (Avander ym 2016, 55) väkivaltaa kokeneet hoitajat kärsivät vähintäänkin turvattomuuden tunteesta. Turvattomuuden tunne sekä epävarmuus saattavat vaikuttaa hoitajan työskentelyyn. Avanderin ja muiden (2016) mukaan hoitajat tarkkailivat herkemmin potilaiden liikkumista, käyttäytymistä sekä puhumista ja olivat tietynlaisten potilaiden kanssa useimmin varuillaan. Uhkaamisella sekä aggressiivisellä käytöksellä saatiin myös hoitajia manipuloitua. Hoitajat saattoivatkin muuttaa prioriteettejaan, toimintatapojaan sekä lähestymistapaansa uhkaavan potilaan ollessa osastolla. Myös Lim (2011, 6) kirjallisuuskatsauksessa ilmenee, että hoitajilla on taipumus yliherkkyyteen pelottavan kokemuksen jälkeen. Se vaikuttaa suuresti heidän motivaatioonsa hoitaa uhkaavia potilaita ylisuojelevaisesti sekä ylituomitsevasti. Tällainen käyttäytyminen johtaa kuitenkin hoitajien epävarmuuteen ja siihen, että potilaita ei kunnioiteta samalla tavalla kuin tosia, jolloin hoitotaso kärsii.

Aggressiivisen potilaan kohtaamisesta heijastui jälkiseuraamuksia myös hoitajien henkilökohtaiseen elämään. Tunteet kuten turvattomuus, epävarmuus, alakuloisuus ja pelko olivat yleisiä. Hoitajat pelkäsivät uhkaajien tunnistavan heidät julkisilla paikoilla vapaa-ajalla tai että jotkut potilaat pyrkisivät löytämään heidän asuinpaikkansa. Toinen

ilmenemismuoto pelosta oli ylisuojelevuus omaa perhettä ja rakkaita kohtaan. (Avander ym. 2016, 55.)

7.2 Jälkipuinti

Osana työturvallisuuskulttuuria sekä työhyvinvoinnin edistämistä työorganisaatioiden tulee järjestää työntekijöilleen mahdollisuus jälkipuintiin traumaattisen tapahtuman jälkeen. Jälkipuinnilla pyritään auttamaan yksilöitä, kehittämään yhteistyötä sekä kannustamaan haittailmoitusten tekemiseen, jotta tulevaisuudessa koettu asia pystyttäisiin välttämään ennakoinnin avulla.

Jälkipuinnin ja psyykkisten reaktioiden työstämisen tarkoituksena on säilyttää työntekijän työkyky sekä ehkäistä post-traumaattisten reaktioiden syntyminen (Huhtamäki ym. 2007, 10). Psykologiset seuraamukset voivat johtaa tyytymättömyyteen työpaikoilla ja lisätä halua vaihtaa ammattia (Avander ym. 2016, 51). Limin (2011, 10) kirjallisuuskatsauksessa jälkipuintiin parhaimmat avut olivat muodollinen kriisiapu muun muassa debriefing, epävirallinen vertaistuki (työtoverit) sekä henkilökunnan jatkuva kouluttaminen.

Jälkipuinti tarkoittaa väkivaltatapahtuman jälkeistä kokemusten ja heränneiden tunnetilojen käsittelyä sekä selvittämistä. Jälkipuinnin tyylejä on erilaisia, muun muassa defusing ja debriefing. Jälkipuintia voidaan järjestää yksilöllisesti tai ryhmässä. (Castrén, Korte & Myllyrinne 2012.) Ryhmän etuna on kokemus vertaistuesta sekä mahdollisuus samaistua. Ryhmässä, jossa kaikki ovat kokeneet saman, pystytään välttämään epäonnistumisen tunne. (Lim 2011. 10.)

Defusingin ideana on purkaa mahdollisimman nopeasti tilanteen aiheuttamat reaktiot (Castrén ym. 2012). Defusing on lyhyt ja välitön keskustelu. Reaktioiden läpikäymisen lisäksi siinä käydään koko tilanne kerta kerralta läpi. (Jälkihoito uhan ja väkivallan jälkeen 2013.)

Debriefingissä taas työstetään tunteita ja pyritään normalisoimaan tilanne. Debriefingiin kuuluu myös sosiaalisen tuen käynnistäminen. (Castrén ym.

2012.) Tyypillisesti debriefing saattaa kestää 2-4 tuntia, ja tämä pyritään pitämään yhtäjaksoisesti ilman taukoja. Asioita pyritään käsittelemään syvemmin kuin defusingissa. Debriefingiin tarvitaan kaikki tapahtumassa mukana olleet, mutta kaikkien ei ole pakko puhua. (Jälkihoito uhan ja väkivallan jälkeen 2013.) Debriefingin on havaittu olevan yksi suosituimmista jälkipuinnin tyyleistä ja se on myös henkilökunnalle mieluinen sekä turvallinen tapa käsitellä asioita. Debriefingin tehokkuudesta on kuitenkin myös vastakkaisia mielipiteitä, mutta etenkin hoitohenkilökuntaa tarkkailtaessa on sillä ollut suuri kumoava vaikutus negatiivisten tunteiden heräämiseen. (Lim 2011, 10.)

Limin (2011, 11) kirjallisuuskatsauksen mukaan hoitajat näkevät harvoin väkivaltaa ja aggressiivisuutta kuitenkin täysin negatiivisena, tuhoisana ja kohtuuttomana toimintana. Nämä hoitajat kenellä oli tietotaito, oikeanlainen asenne sekä kokemusta väkivaltaisista tilanteista kokivat väkivallan vähemmän uhkaavana kuin kokemattomat ja kouluttamattomat hoitajat. Koulutuksella sekä sen tasolla on siis suuri vaikutus niin itsevarmuuteen kuin oikein toimimiseen.

8 OPINNÄYTETYÖ PROSESSIN KUVAUS

Tämä opinnäytetyö on toiminnallinen opinnäytetyö, joka koostuu kahdesta osasta. Ensimmäinen osa on toiminnallinen osuus, jonka aikana suunniteltiin ja kuvattiin opetusvideo. Toinen osuus on raportointi toiminnallisesta osuudesta, joka on palautettava kirjallinen tuotos. (Vilka 2006, 70–71). Toiminnallisessa opinnäytetyössä yhdistyy empiria ja teorian tieto. Toiminnallisen vaiheen aikana tehdään fyysinen tuotos, joka voi olla opas, video tai tapahtuman järjestäminen. Toiminnallisessa osuudessa pyritään kehittämään ammatillista toimintaa. Toiminnallisen osuuden jälkeen prosessista tehdään raportti, joka toimii ammatillisen kehityksen näytteenä. (Vilka 2006, 70–71.) Raportin teoriapohjan tulee liittyä käsiteltävään aiheeseen ja se rajataan sopivaksi (Vilka & Airaksinen 2003, 154).

Opinnäytetyön toteuttamisen muodoksi valittiin toiminnallinen opinnäytetyö. Toiminnallinen opinnäytetyö ja sen toteuttaminen kiinnosti kaikkia opinnäytetyön tekijöitä. Tuotokseksi valittiin video, koska se on moderni ja kiinnostava tapa oppia.

8.1 Toimintaympäristö ja ryhmä

Lahden ammattikorkeakoulu toimi opinnäytetyön toimeksiantajana. Lahden ammattikorkeakoulussa voi opiskella seitsemää eri alaa, kuten sosiaali- ja terveysalaa. Vuosittain Lahden ammattikorkeakoulussa opiskelee noin 5 000 tutkinto-opiskelijaa ja henkilökuntaa on 400 henkeä (Organisaatio 2016.)

Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymä on 212 000 asukkaan sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita tuottava organisaatio. Organisaatio kattaa koko Päijät-Hämeen maakunnan ja sillä on palveluksessaan 7 800 asiantuntijaa. Päijät-Hämeen keskussairaala toimii näiden alueiden erikoissairaanhoidon tuottajana. Organisaation toiminta on jaettu seitsemään tulosalueeseen. (Yhtymä 2016.) Opinnäytetyöhön haettiin

tutkimuslupa, ennen niiden osuuksien kuvaamista, jotka kuvattiin Päijät-Hämeen keskussairaalassa. Opinnäytetyö toteutettiin pelkästään psykiatrisella tulosalueella. Tutkimuslupa on tämän työn liitteenä (Liite 7).

Opinnäytetyö toteutettiin ryhmätyönä. Ydinryhmään kuului kolme Lahden ammattikorkeakoulun opiskelijaa, joiden lisäksi toiminnallisen osuuden toteuttamiseen osallistui viisi ulkopuolista henkilöä. Hämeen ammattikorkeakoulun opiskelija Janina Koskela vastasi opetusvideon kuvaamisesta sekä leikkaamisesta. Lisäksi neljä henkilöä osallistui fiktiivisten kohtauksien toteuttamiseen.

Opetusvideon suunnittelusta, käsikirjoittamisesta, tuottamisesta sekä ohjaamisesta vastasivat opinnäytetyön tekijät. Tekijät vastasivat kuvauspäivien järjestämisestä, tilojen varaamisesta, haastattelukysymysten laatimisesta sekä raportoinnista.

Kuvaaminen ja editointi annettiin täysin Janina Koskelan vastuulle. Opinnäytetyön sisältöön pääsivät käsiksi vain opinnäytetyön tekijät sekä Janina Koskela. Muilla opinnäytetyöhön osallistuneilla ei ollut lupaa muuttaa tai nähdä raakaversiota tuotoksesta.

8.2 Videon suunnittelu ja käsikirjoittaminen

Videon kuvaaminen on kolmiosainen prosessi. Ensimmäisenä tekijällä on idea, jonka pohjalta kirjoitetaan käsikirjoitus. Tämän jälkeen video kuvataan käsikirjoituksen mukaan järjestelmällisesti. Kuvaamisen jälkeen alkaa kolmas vaihe, joka on editointi. Editoinnin aikana videomateriaali leikataan ja sovitetaan yhteen käsikirjoituksen mukaan ja siitä tehdään kiinnostava yhtenäinen kokonaisuus. (Aaltonen 2016.)

Opetusvideon taustalla tulee olla selkeä tavoite ja tarkoitus. Tuottajan on tunnettava käsiteltävä aihe hyvin ja käsikirjoittajan on tutustuttava kuvattavaan ilmiöön ennen käsikirjoittamisen aloittamista. Myös kohderyhmän rajaaminen helpottaa hyvän sisällön luomisessa ja sopivan tyylin valitsemisessa. (Aaltonen 2016.)

Käsikirjoittamiseen on käytettävä aikaa, sillä se on edellytys onnistuneelle kuvauspäivälle. Käsikirjoitus tehdään tarkkaan ennen kuvausten alkamista, jolloin videon kuvaamiseen osallistuva työryhmä tietää videon keskeisen sisällön ja näyttelijät voivat harjoitella vuorosanat ennen kuvauksien alkamista. (Aaltonen 2016.)

Suunnitteluvaiheeseen kuului teoriapohjan laatiminen, videon käsikirjoittaminen, kuvausten valmistelut sekä tarvittavien lupien hakeminen. Lupien lisäksi tehtiin myös toimeksiantosopimus Lahden ammattikorkeakoulun kanssa. Suunnitelmaseminaari esitettiin Lahden ammattikorkeakoululla 8.6.2016, jolloin esitettiin opinnäytetyön aikataulu, karkea sisältö ja valittu teoriapohja. Kuvauspäivien aikataulujen laatiminen oli haastava vaihe, sillä kuvauksiin osallistui useita henkilöitä ja organisaatioita. Haastavinta oli löytää kaikille ryhmäläisille sopivat päivät kuvauksia varten. Tarkempi aikataulu löytyy taulukosta (Liite 1).

Opetusvideolle kuvattiin kolme fiktiivistä kohtausta, joiden sisältöä tuettiin asiantuntijahaastatteluilla. Nämä kolme kohtausta käsikirjoitettiin (Liite 6) ja käytiin läpi yhdessä työryhmän kanssa. Käsikirjoittaminen tehtiin tiedonhaun jälkeen, jolloin keskeinen sisältö pystyttiin rajaamaan ja käsikirjoituksen asiasisältö perustui tutkittuun tietoon. Tämän lisäksi käsikirjoittamisessa hyödynnettiin ryhmäläisten omia kokemuksia työelämästä. Kokemuksia ei kuitenkaan hyödynnetty suoraan, jottei niistä paljastuisi mitään sellaista, joka vaarantaisi vaitiolovelvollisuuden.

Terveystieteen ammattihenkilöillä on vaitiolovelvollisuus.

Velvollisuudella tarkoitetaan sitä, että työntekijällä ei ole oikeutta käyttää työssään saamia tietoja työnsä ulkopuolella. Vaitiolovelvollisuudesta on säädetty laissa terveydenhuollon ammattihenkilöistä. (Valvira 2008.)

Fiktiivisten kohtausten aiheiksi valittiin aggressiivisen käyttäytymisen ja väkivaltatilanteen ennakointi, de-eskalointi sekä fyysinen väliintulo.

Ensimmäisessä fiktiivisessä kohtauksessa esiteltiin sopivia työvaatteita, toimivia työtiloja sekä hälytysjärjestelmää. Toisessa kohtauksessa havainnollistettiin sanallisesti aggressiivisen potilaan kohtaamista ja

tilanteen rauhoittamista ilman fyysistä interventiota. Viimeisessä fiktiivisessä kohtauksessa esiteltiin yksi esimerkki fyysisestä väliintulosta ja kiinnipidosta.

8.2.1 Asiantuntijahaastattelut

Haastattelukysymykset (Liite 4) laadittiin fiktiivisten kohtauksien ja teoratiedon pohjalta. Asiantuntijahaastattelut pyrittiin toteuttamaan niin, että ne tukevat näyteltyjä osuuksia ja antavat asiantuntevan pohjan videon keskeiselle sanomalle. Kysymykset lähetettiin haastateltaville hyvissä ajoin ennen haastatteluita, jotta haastateltavat osasivat varautua ja pohtia vastauksia esitettäviin kysymyksiin.

Haastattelut toteutettiin syksyllä 2016 PHSOTEY:n psykiatrian tiloissa. Kuutta PHSOTEY:n työntekijää lähestyttiin sähköpostitse (Liite 3), joista neljä osallistui videon kuvaamiseen. Haastatteluita varten varattiin psykiatrian neuvotteluhuone kahdeksi päiväksi, joiden aikana haastattelut toteutettiin ennalta suunnitellusti.

8.2.2 Luvat

Asiantuntijahaastatteluissa kuvattiin PHSOTEY:n henkilökuntaa ja kuvaamisesta vaadittiin lupa. Ryhmä haki PHSOTEY:n tutkimuslupaa, jota haetaan tulosalueelle, jolla toimitaan. (Tutkimuslupa 2016.) Tutkimuslupaa haettiin heinäkuussa 2016 ja se myönnettiin ryhmälle saman vuoden syyskuussa (Liite 7). Lupa haettiin ainoastaan psykiatriselle tulosalueelle. Psykiatriseen tulosalueeseen päädyttiin monien pohdintojen tuloksena. Yhtenä vaikuttavana tekijänä valintaan oli se, että psykiatrisella tulosalueella toimii sairaanhoitajia, jotka ovat saaneet HIV-koulutuksen. Toisena tekijänä psykiatrisen tulosalueen valintaan vaikutti aggressiivisuuden esiintyminen tulosalueella.

Opetusvideolla esiintyvät näyttelijät sekä haastateltavat täyttivät kuvauslupalomakkeen (Liite 8). Kuvauslupalomake täytettiin ennen

kuvauksia ja heille kerrottiin videon tarkoitus ja tavoite. Heillä oli mahdollisuus kieltäytyä videoon osallistumisesta. Kuvausluvalla varmistettiin, että kaikki videolla esiintyvät henkilöt ymmärtävät päätyvänsä opetusvideolle.

8.3 Videon kuvaaminen ja editointi

Kuvauspäivät suunniteltiin yhdessä opinnäytetyön tekijöiden, kuvaajan ja näyttelijöiden kanssa. Ydinryhmä ja kaikki opinnäytetyöhön osallistuvat fiktiivisten tuotosten näyttelijät tapasivat etukäteen. Tapaamisessa käsikirjoitus tuotiin näyttelijöille julki ja heidän kanssaan keskusteltiin tulevasta kuvauksesta. Tapaamisessa suunniteltiin kokonaisvaltaisesti kuvauspäivän toiminta. Ryhmään kuului henkilöitä, joilla ei ole sosiaali- ja terveysalan koulutusta, joten oli tärkeää käydä läpi opinnäytetyön asiasisältöä. Näin pyrittiin varmistamaan, että videolla esitettävät fiktiiviset kohtaukset olisivat mahdollisimman luotettavia. Fiktiivisten kohtausten kuvaaminen tapahtui Lahden ammattikorkeakoulun tiloissa sosiaali- ja terveysalan toimipisteessä. Kuvauspäivää varten koululta varattiin luokkatila sekä erilaisia sairaanhoitajan työvälineitä lavasteiksi. Alkuperäisessä suunnitelmassa fiktiivisten kohtausten kuvauksiin oli varattu kolme kuvauspäivää. Hyvin suunnitellun käsikirjoituksen sekä toimivan ryhmätyön puitteissa kuvauspäivien määrä tiivistyi yhteen kokonaiseen kuvauspäivään.

Videon kuvaaja Janina Koskela huolehti videon editoinnista.

Raakamateriaalia kuvattiin noin 60 minuuttia. Videon lopullinen rakenne (Liite 5) muodostui vasta kuvauksien loputtua. Videon työstäminen tapahtui useassa vaiheessa ja sitä editoitiin useasti. Kuvamateriaalia syntyi paljon enemmän, kuin oli odotettu. Tämän vuoksi raakamateriaalista valittiin vain tärkeimmät, opinnäytetyön tavoitetta ja tarkoitusta tukevat kohtaukset. Opetusvideon lopullinen pituus saateteksteineen ja lopputeksteineen oli 21 minuuttia 30 sekuntia.

8.4 Video oppimismenetelmänä

Videon luominen, katsominen ja tuottaminen voi hyödyntää oppimisprosessia monella tavalla. Videomateriaalia voi hyödyntää esimerkiksi ennen tenttejä, kokeita tai taitopajoja. Videoon on helppo palata ja sitä voidaan katsoa useita kertoja peräkkäin. Tutkimusten mukaan varsinkin ennen taitopajoja katsotut videomateriaalit orientoivat opiskelijoita tulevaan taitopajaan ja antaa heille erilaisia mielikuvia harjoiteltavista asioista. Vaikeiden käsitteiden ymmärtäminen saattaa helpottua videon avulla, koska videolla käsitteitä käydään usein referoimalla läpi. Videoiden käyttäminen opetuksessa tuo vaihtelevuuden tunnetta opiskeluun ja saattaa motivoida opiskelijoita oppimaan enemmän. (Kelly, Lyng, McGrath & Cannon 2009)

Oppimismallit jaotellaan vastaanotto- tai tiedonkäsittelytavan mukaan. Tiedon vastaanottotavat jaetaan visuaaliseen (näkö), auditiiviseen (kuulo) ja kinesteettiseen (tekeminen) tapaan. (Harjuhahto 2015, 3–4; Paane-Tiainen 2000, 60.) Tiedonkäsittelytavat jaetaan taas analyttiseen ja holistiseen käsittelytapaan. Oleellista on muistaa, että yhdellä ihmisellä ei ole käytössään vain yhtä oppimistekniikkaa, vaan usean eri tekniikan yhdistelmä, jossa yksi tekijä on usein muita vahvempi. (Harjuhahto 2015, 3–4.)

Auditiivinen oppija oppii kuuntelemalla ja keskustelemalla. Auditiivinen oppija hyötyy eniten äänitetystä materiaalista. Visuaalinen oppija taas sisäistää opetettavan asian näkemällä ja muistaa asiat kuvina. Opetusvideo tukee auditiivista sekä visuaalista tapaa oppia. (Harjuhahto 2015, 3–4.)

Kinesteettinen oppija oppii liikkeen ja tekemisen kautta, jolloin opetusvideo ei riitä opetettavan asian sisäistämiseen. Kinesteettisen oppijan on videon katselun jälkeen itse toistettava ja harjoitettava videolla läpi käytyjä asioita. Opetusvideo on kuitenkin kinesteettiselle oppijalle hyvä

orientaatiomateriaali ennen opeteltavan asian fyysistä harjoittelua. (Harjuhahto 2015, 3–4.)

Tiedonkäsittelytavoista opetusvideo tukee holistista oppijaa enemmän. Holistinen oppija hahmottaa ensin kokonaisuuden ja haluaa tietää opittavan asian merkityksen. Vasta tämän jälkeen holistinen oppija etenee yksityiskohtiin. Analyyttinen oppija taas hahmottaa kokonaisuuden yksityiskohtien kautta ja käyttää apunaan muistisääntöjä sekä listoja. (Harjuhahto 2015, 3–4.)

Koska oppijat ovat erilaisia, aistien monipuolinen käyttö opiskelussa tukee tehokkaasti oppimista. Opetusvideolla yhdistyvät auditiivinen ja visuaalinen oppiminen, jolloin sen jättämä muistijälki on vahvempi. Muistijälkeä voidaan videon katselun jälkeen vahvistaa keskustelemalla opitusta aiheesta tai harjoittelemalla videolla opetettuja asioita. (Harjuhahto 2015, 5–6.) Videoinnin katsomisen ajaksi voidaan esimerkiksi antaa tehtävä, joka auttaa ymmärtämään videon keskeisen sanoman. Videolta oppimisessa on tärkeää muistaa, että video sopii kirjallisen työn, esitelmän tai muun opetusmateriaalin tueksi. (Kelly ym. 2009.)

Ihminen kykenee vastaanottamaan näkemäänsä ja kuulemaansa tietoa rajallisesti, joten opetusvideon on hyvä olla selkeä ja sopivan pituinen. Katsoja ei jaksaa keskittyä liian pitkään opetusvideoon, sillä se vaatii katsojaltaan hetkellisesti suurempaa tarkkaavaisuutta kuin tavallinen oppitunti. (Paane-Tiainen 2000, 60; Kelly ym. 2009.)

Opiskelijoiden tuottaessa videoita itse, painottuu oppiminen tärkeän ja keskeisen tiedon etsimiselle. Videon sisällön pohtiminen ja järjestäminen loogiseksi antaa opiskelijalle valmiudet käsitellä kokonaisuuksia. Kouluilta saatavaa välineistöä kannattaa hyödyntää videoiden teossa. Näin materiaalista saadaan todentuntuista ja välineet voivat olla opiskelijoille jo ennalta tuttuja. Opiskelijan on hyvä muistaa, että kuvaamista rajoittavat erilaiset lait ja asetukset yksityisyyden suojasta. (Kelly ym. 2009.)

9 POHDINTA

Harjoittelijoilla, sijaisilla ja vastavalmistuneilla sairaanhoitajilla on erilainen lähtötilanne työelämään siirtyessä. Osalla saattaa olla kokemusta aggressiivisen potilaan kohtaamisesta, potilasturvallisuudesta ja työturvallisuudesta. Työnantajien tarjoamat koulutukset vaihtelevat suuresti, ja vaihtelua esiintyy niin koulutusten tarjonnassa, kuin myös koulutusten sisällössä. Opinnäytetyöllä pyrittiin tuomaan esiin aggressiivisen potilaan kohtaamiseen liittyvää tietoa yhdistäen sitä tutkimuksiin ja käytäntöön. Opinnäytetyössä pyrittiin käsittelemään työorganisaation ja työntekijän mahdollisuuksia vaikuttaa aggressioiden esiintymiseen ja kohtaamiseen. Työssä pyrittiin myös antamaan tietoa ammattilaisille aggressiivisesta potilaasta, kohtaamistilanteesta ja hoidosta.

Hoitohenkilöstön osallistumista osana potilaan turvallista hoitoa pidetään tärkeänä ja sitä pyritään kehittämään jatkuvasti. Hyvän potilasturvallisuuskulttuurin tiedetään estävän vaaratapahtumien syntyä. Tämä puolestaan vaikuttaa työhyvinvointiin sekä työturvallisuuteen ja työntekijöiden sitoutumisella tiedetään olevan turvallisuuskulttuuriin valtava merkitys. Päijät-Hämeen keskussairaala on listannut oman turvallisen potilaskulttuurinsa edistämiseksi esimerkkejä tilanteista, joissa turvallista potilaskulttuuria toteutetaan tai sitä pyritään parantamaan. Esimerkkinä heillä on muun muassa HaiPro- ilmoitukset. HaiPro järjestelmän avulla voidaan työyksikössä tapahtuneista haittatapahtumista ilmoittaa yksinkertaisella tavalla työnantajalle ja ohjelma tilastoi erilaisten haittatapahtumien määrät. Näin toimintayksikössä tiedetään riskitekijöistä ja niihin pyritään valmistautumaan, haittatilanteessa olleita henkilöitä tuetaan, läheltä piti- tilanteita käsitellään ja jokaisen tilanteen korjaamiseksi pyritään kehittämään toimintaa. Turvallisen potilaskulttuurin tärkeäksi osatekijäksi nostetaan työntekijöiden asianmukaisen koulutuksen ja ammattitaidon kehittäminen. (Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymä 2016.)

Opinnäytetyön raportista ja tuotoksesta jätettiin tietoisesti potilaan turvallisuuskulttuuri pois, jotta opinnäytetyön laajuus pysyisi sopivana ja rajaus tarkempana. Potilaan turvallisuuskulttuuri on kokonaisuudessaan laaja alue, joten sen käsitteleminen olisi muuttanut opinnäytetyön rakenteen. Potilaan oikeuksista ja velvollisuuksista pyrittiin tuomaan ilmi vain asiateksti lain näkökulmasta, mutta laajempaa käsittelyä ei työhön otettu työn tavoitteen, tarkoituksen ja sisällön vuoksi.

9.1 Eettisyys ja luotettavuus

Opetusvideon liittyessä ihmisiin sekä heidän antamiin tietoihin, tulee opinnäytetyöprosessin aikana huolehtia henkilötietolain ja julkisuuslain mukaisista säännöksistä. Lainsäädännöllä pyritään säätelemään henkilötietojen keräämistä, käyttämistä, säilyttämistä sekä luovuttamista asianmukaisella tavalla. (Vilkkä 2006, 53.)

Opetusvideolla päädyimme haastatteluihin, jossa haastateltaville oli annettu kysymykset jo etukäteen. Tämä mahdollisti sen, että haastateltavat saivat valmistautua ja itse päättää, mistä asioista kertoisivat. Näin mahdollistimme haastateltaville kunnioittavan itsemääräämisoikeuden siihen, mitä tietoa he esimerkiksi PHSOTEY:n organisaatiosta ilmaisevat. Opinnäytetyössä eettisyyteen kiinnitettiin huomiota myös kuvattavien sekä kuvauspaikkojen valinnassa. Opinnäytetyössä kuvattiin ainoastaan täysi-ikäisiä henkilöitä, jotka suostuivat kuvauksiin. Videolle ei kuvattu oikeita potilaita. Potilaiden kuvaaminen tuottaa aina eettisen ongelman, etenkin jos kyseessä on alaikäisiä tai heikosti tahtoaan ilmaisevia henkilöitä. Eettisyydestä huolehdittiin myös siten, että potilaita tai osastotiloja psykiatrisella tulosalueella ei kuvattu. Sairaalassa toteutetut kuvaukset tapahtuivat neuvotteluhuoneessa, joka varattiin etukäteen sairaalan neuvonnasta. Tällä varmistettiin, että neuvotteluhuoneessa ei ollut muita, kuin

kuvausryhmä ja haastateltava, eikä ristiriitaisia tilanteita päässyt syntymään.

Tutkimusetiikassa on huomioitava ihmisten ja ihmiselämään kuuluvien rikkauksien ja moninaisuuksien kunnioittaminen tutkimuksessa (Vilka 2006, 56). Tämän huomioiden pyrimme, ettei videolla näkyisi kuvamateriaalia, joka voisi loukata tai nolostuttaa haastateltavia. Vilkan (2006) mukaan kunnioittamiseen liittyy myös, että tutkijat noudattavat koko tutkimuksen ajan tietosuojalainsäädäntöä. Tällöin myös ihmisen yksityisyyttä on kunnioitettava, mikä velvoittaa tutkijaa huolehtimaan, ettei tutkittavien tai haastateltavien yksityisyydensuojaa loukata ja henkilötiedot suojataan. Asiattomat eivät saa päästä henkilötietoihin käsiksi.

Henkilötiedot ovat tietoja henkilöstä, hänen ominaisuuksistaan sekä elinolosuhteistaan. Henkilötietorekisteri taas on tietojoukko, joka sisältää henkilötietoja. (Vilka 2006, 55–56.) Henkilötietorekisterit säilytettiin koko opinnäytetyöprosessin ajan erään opinnäytetyöryhmäläisen kotona lukollisessa kaapissa. Henkilötietorekisterit säilytetään opinnäytetyön julkaisun jälkeen vielä kaksi vuotta, jonka jälkeen rekisterit hävitetään asianmukaisesti.

On myös huomioitava, että kenttämuistiinpanoissa on väistämättä henkilöiden tunnistamiseen liittyviä asioita, jonka vuoksi muistiinpanojen näyttäminen tutkittaville ei ole tarkoituksen mukaista. Tutkijan on myöskin suunniteltava huolellisesti, missä ja miten muistiinpanot tulee säilyttää kenttätyön aikana ja sen jälkeen. (Vilka 2006, 57.) Muistiinpanot tässä opinnäytetyöprosessissa tarkoitti lähinnä videon raakamateriaalia. Haastattelupäivien aikana kuvausvälineet säilytettiin lukkojen takana ja yön ajaksi välineet kuljetettiin kuvaajaan kotiin. Kuvauspäivien jälkeen raakamateriaali säilytettiin kuvaajan koulun tiloissa, lukkojen takana. Raakamateriaaliin ei voinut koulun tiloissa päästä kukaan muu opiskelija, opettaja tai Studio C3:sen työntekijöistä, kuin Janina Koskela. Videon raakamateriaalit poistettiin editoijan tiedostoista opetusvideon valmistuttua.

Tutkimuksen jälkeen säilytettävälle ja arkaluontoisille tutkimusaineistoille tulee hakea lupa, mikäli tutkimusaineistoa säilytetään. Lupaa säätelee julkisuuslaki. Lupahakemukseen tulee sisältyä vähintään tutkimussuunnitelma, tutkimuksen toteuttaja, suorittaja sekä vastuuhenkilöt, tietoa lähteistä sekä tietosisällöstä että henkilötietojen käyttötarkoituksesta. Hakemuksessa tulee myös mainita suunnitelma saatujen tietojen säilyttämisaikasta sekä suunnitelma tietojen hävittämisestä ja/tai arkistoinnista. (Vilkkä 2006, 57–58.) Luvat haettiin tässä prosessissa etukäteen.

Opinnäytetyö prosessin aloitusvaiheessa laadittiin suunnitelma, joka esiteltiin kesäkuussa 2016 suunnitelmaseminaarissa Lahden ammattikorkeakoulussa. Opinnäytetyön suunnitelmasta lähtien työstämisessä pyrittiin käyttämään laadullisia kriteerejä opinnäytetyön toteuttamiseen. Opinnäytetyön tekijöillä on ollut koko opinnäytetyöprosessin ajan käytössään laatukriteereitä, joita on noudatettu kaikissa työskentelyn vaiheissa. Laatukriteereihin on kuulunut muun muassa tietolähteitten tuoreus, jonka rajana on ollut alle 10 vuotta vanhat teokset. Opinnäytetyössä on kuitenkin sivuttu vanhempiakin teoksia, jos kerrottavista aiheista ei löytynyt uudempaa luotettavaa ja tutkittua tietoa. Poikkeuksia on kuitenkin harkittu, ennen työhön lisäämistä.

Opinnäytetyön laadullisuutta pyrittiin tukemaan myös muulla lähdekriittisyydellä, jonka mukaan teoksien tulee olla vertaisarvioituja sekä kansainvälisesti julkaistuja teoksia. Internetistä löytyneiden artikkelien ja tutkimusten lisäksi työssä hyödynnettiin kirjallisuutta sekä väitöskirjoja ja Pro gradu-tutkielmia. Tietolähteitä kunnioittaen opinnäytetyössä on käytetty asianmukaisia lähdemerkintöjä, jotka on merkitty tekstiin Lahden ammattikorkeakoulun ohjeiden mukaisesti. Asianmukaisessa lähteiden käytössä vältetään plagiointia ja muotoillaan lähteen sisältö omanlaiseksi muuttamatta sen sanomaa merkittävästi.

Työn luotettavuutta lisää opinnäytetyön tekijöiden oma kokemus kuvatusta ilmiöstä ja sen kohtaamisesta. Oma kohtainen kokemus aiheesta vahvistaa käytännön näkökulmasta teoriapohjan luotettavuutta. Osalla opinnäytetyön tekijöistä on PHSOTEY:n sijaisille suunnattu HIV-koulutus, josta on saatu etenkin opetusvideon kuvaamiseen ja näyttelijöiden ohjaamiseen käytännön näkökulmaa. Haastateltavat valikoituivat opetusvideolle aseman, sekä pitkän työkokemuksen pohjalta. Heidän vastauksensa haastatteluissa olivat yhdenmukaisia näyttöön perustuvan tiedon kanssa. Tämä osoittaa sen, että käytännössä toteutettava hoitotyö pohjautuu julkaistuun teorian tietoon ja vahvistaa näin ollen molempien tietolähteiden luotettavuutta. Luotettavuuden lisäämiseksi opinnäytetyötä on arvioitu ajoittain opinnäytetyö prosessin aikana opiskelijakollegoiden sekä psykiatriseen hoitotyöhön perehtyneen sairaanhoitajan toimesta. Myös ohjaava opettaja on ottanut työn sisältöön kantaa. Arvioinneista on saatu joko suullinen tai kirjallinen palaute.

9.2 Prosessin arviointi

Prosessi on pääasiallisesti toteutunut alkuperäisen suunnitelman mukaan. Ajan käytöstä on laadittu prosessin kuvaus kaavio, jossa on lueteltu mitä prosessin aikana tulee toteutua (Liite 1). Prosessin aikana aikataulussa on pysytty suunnitelman mukaisesti. Aikatauluttaminen on ollut haastaavaa useiden tekijöiden vuoksi. Suurimman haasteen on kuitenkin aiheuttanut useiden ihmisten osallistuminen opinnäytetyö prosessiin sekä opinnäytetyön tekijöiden arjen kiireellisyys. Nämä huomioitiin opinnäytetyön suunnitelmaan tehdyssä SWOT-analyysissä (Liite 2) uhkana. Uhkana nähtiin myös aikataulussa pysyminen, mikä kuitenkin onnistui moitteettomasti. Uhaksi koettiin myös ulkopuolisten tekijöiden haluttomuus osallistua opinnäytetyö prosessiin. Tämä ei kuitenkaan toteutunut, sillä näyttelijät rekrytoitiin lähipiiristä ja haastateltavista neljä kuudesta suostui videoitavaksi.

Mahdollisuudeksi suunnitteluvaiheessa koettiin tilaisuus oppia aiheesta paljon ja syvästi, parantaa tulevien sairaanhoitajien sekä nykyisten työntekijöiden valmiuksia aiheesta sekä lisätä työturvallisuutta hoitotyössä. Opinnäytetyön tekijöiden kohdalla oppimisen tavoite on saavutettu, mutta tulevien sekä nykyisten hoitajien valmiuksien parantamista on mahdotonta arvioida tässä vaiheessa. Tämä riippuu siitä, otetaanko video Lahden ammattikorkeakouluun ja PHSOTEYN:n koulutusmateriaaleihin käyttöön. Vasta käyttöön oton jälkeen opetusvideon hyödyllisyys työturvallisuuden vaikuttajana voidaan arvioida.

SWOT-analyysiin laitettiin vahvuudeksi muun muassa hyvä ryhmähenki, motivaatio projektia kohtaan sekä tasapuolisesti jaetut tehtävät. Ryhmän sisällä käytetty aika on hyödynnetty tehokkaasti. Tehtävät ovat jakautuneet tasaisesti jokaisen omien vahvuuksien mukaan, kuitenkin siten että jokainen hallitsee opinnäytetyössä käsiteltävän aiheen kattavasti. Motivaatio opinnäytetyö prosessia kohtaan on säilynyt raskaidenkin työvaiheiden jälkeen. Jokainen opinnäytetyön tekijä koki aiheen tärkeäksi. Heikkouksiksi koettiin muun muassa itsekriittisyys, työmäärän vähättely sekä luottamattomuus omiin taitoihin. Heikkouksia kohdattiin opinnäytetyö prosessin aikana, mutta hyvällä ryhmähengellä sekä ohjaavan opettajan avustuksella näidenkin ongelmien yli päästiin.

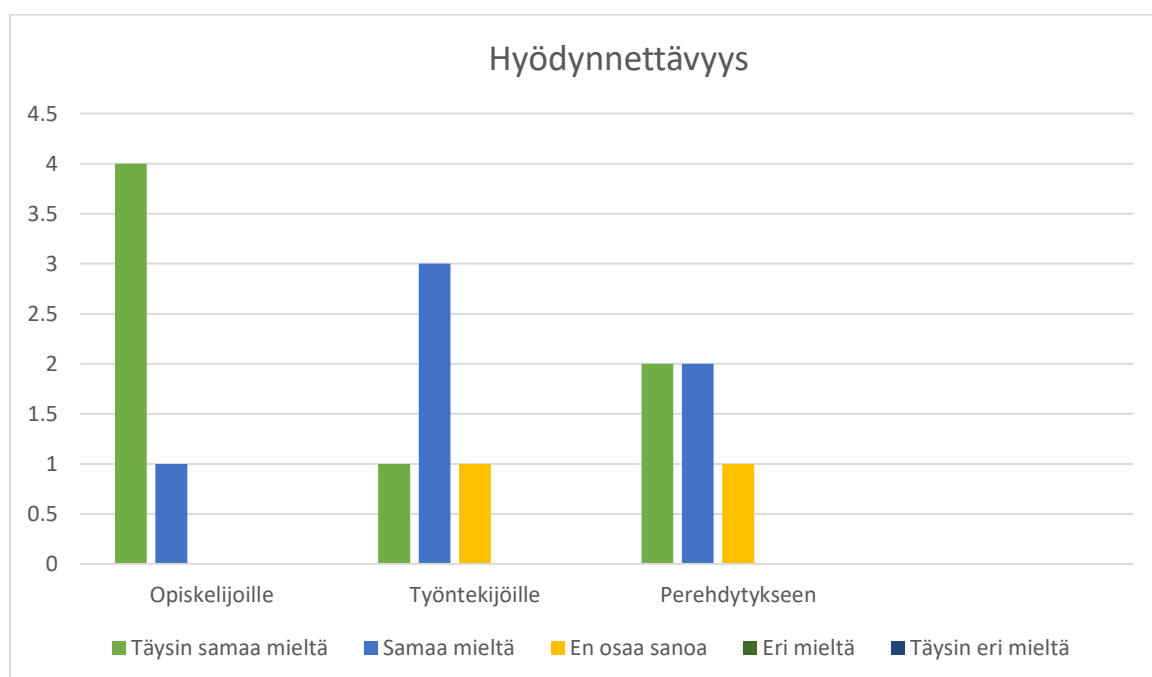
Opinnäytetyö prosessi kesti kokonaisuudessaan vuoden. Vuoden aikana motivaatiota piti yllä mielenkiintoinen aihe ja halu oppia uutta. Opinnäytetyönä vastaavasti toteutettua videota ei ole vielä tehty, joten on suuri mahdollisuus, että video voidaan ottaa käyttöön HIV-koulutuksen orientaatiomateriaalina. Lahden ammattikorkeakoululla ei ole myöskään aiemmin opinnäytetyönä toteutunut aggressiivisen potilaan kohtaamisesta kertovaa opetusvideota, joten videolla on hyvin todennäköinen mahdollisuus päästä osaksi esimerkiksi Akuuttihoitotyön- moduulia.

9.3 Tuotoksen arviointi

Opinnäytetyön tuotoksen arviointi tapahtui sähköisellä arviointilomakkeella, joka lähetettiin videon yhteydessä. Arviointiin valitsimme opiskelija kollegoita, jo työssä olevia sairaanhoitajia sekä erikoistuvan lääkärin. Arvioijat vastasivat sähköiseen arviointilomakkeeseen (Liite 9), jossa oli eritelty viisi pakollista kysymystä sekä vapaasti kirjoitettava palaute.

Tuotoksen arviointi tapahtui ryhmän omien laatuksien mukaan. Valmiin tuotoksen kriteereitä olivat työn laatu, videon johdonmukaisuus sekä videon hyödynnettävyys opetuksessa ja työelämässä.

Arvioinnissa opetusvideon hyödynnettävyys jaettiin kolmeen eri osaluokkaan: hyödyntäminen opiskelijoiden tarpeisiin, hyödyntäminen työntekijöiden tarpeisiin ja hyödyntäminen uusien työntekijöiden perehdyttämiseen. Arvioijista kaikki olivat sitä mieltä, että opetusvideo soveltuu opiskelijoille, mutta työntekijöille sekä perehdytykseen kaikki eivät osanneet sanoa olisiko opetusvideo soveltuva. Kuitenkaan kukaan arvioijista ei ollut sitä mieltä, että opetusvideo ei olisi hyödynnettävissä kenenkään käyttöön.



Arvioinnissa kysyttiin opetusvideon selkeydestä, laadukkuudesta sekä siitä, perustuuko videolla esitetyt asiat näyttöön perustuvaan tietoon. Jokaisen vastanneen mielestä opetusvideo oli selkeä ja opetusviden laadukkuudessa oltiin joko täysin samaa mieltä tai samaa mieltä. Näyttöön perustuvaan tietoon yksi vastanneista oli vastannut ettei osaa sanoa ja muut olivat joko täysin samaa mieltä tai samaa mieltä.

Vapaasti annettavia vastauksia videosta saatiin kolme kappaletta, joista on koottu alle huomioita videosta.

”Videolla asiallisesti kuvattu aggressiivisen tai väkivaltaisen potilaan kohtaamiseen liittyviä ongelmakohtia. Tärkeitä asioita korostettu, kuten mm. ennakointiin liittyvät argumentit sekä keskustelu potilaan kanssa. Videolla laadukasta kerrontaa ja tärkeää painotusta riittävän henkilökunnan läsnäololle potilaan ollessa hallitsematon. Usein kuitenkin pelkkä läsnäolo potilaan kanssa riittää jo rauhoittamaan tilanteen, mutta tarvittaessa on oltava valmis. Kaiken kaikkiaan laadukas ja selkeä esitys.”

”Minusta video oli hyvin opettavainen. Sain uutta tietoa esim. kiinnipidosta.”

”Videosta tulee selkeästi esiin se, että se on toteutettu psykiatrian puolen kanssa yhteistyössä ja näkökulma on vahvasti mielenterveys- ja päihdepotilaan hoitotyöhön. Videota voidaan hyödyntää enemmän sen puolen hoitotyössä, sillä videosta saatu oppi on täysin sovellettavissa sinne. Olisin toivonut hieman myös somatiikan puolen näkökulmaa siihen, miten aggressiivinen potilas kohdataan, rauhoitellaan ja mistä saa lisäapua (vartijat, leposideluvat yms.). Nyt videon nimi antaa kuitenkin ymmärtää sen, että sisältö on suunnattu hoitotyön kaikille osa-alueille. Mielenterveysongelmista kärsiviä potilaita on myös somatiikan puolella, mutta välillä aggressiivisesti käyttäytyvä potilas onkin esim. hypernatremiasta kärsivä henkilö, jolloin puheella ei välttämättä pystytä rauhoittamaan ja kiinnipitoa ei pystytä turvallisesti toteuttamaan riippuen resursseista. Tällaiset ongelmatilanteet ja näissä toimiminen jää tällä videolla vähemmälle.”

9.4 Johtopäätökset

Aggressiivisen potilaan kohtaamista hoitotyössä ei opeteta tällä hetkellä oman kokemuksen perusteella tarpeeksi. Opiskelijoiden ja sijaisten kyky käsitellä tilanteita on riittämätön ja perehdytyksistä voi löytyä aukkoja. Aiheesta kaivataan lisää luotettavaa opetusmateriaalia.

Opinnäytetyön valmistumisen jälkeen päädyttiin johtopäätökseen, jossa todettiin, ettei aggressiivisen potilaan kohtaamiseen voi ikinä valmistautua täydellisesti. Tilanteet ovat useimmiten ennalta arvaamattomia ja sekavia, mutta joissain tapauksissa interventio saattaa de-eskaloida tilanteen. Ennaltaehkäisyä todetaan olevan paras tapa aggressiivisten tilanteiden välttämiseen. Työturvallisuuden sekä potilasturvallisuuden tukemiseksi työntekijöiden on kuitenkin tiedettävä omat vastuunsa ja aggressiivisen potilaan kohtaamisesta on hyvä olla jonkinlainen muistijälki kaikilla. Tärkeää on myös havainnollistaa, että vastuu on myös niin harjoittelijalla, sijaisella kuin vakituisella työntekijälläkin.

9.5 Tuotoksen hyödynnettävyys ja jatkotutkimukset

Tuotos eli opetusvideo oli tarkoitettu hyödynnettäväksi Lahden ammattikorkeakoulun sairaanhoitajaopiskelijoille ja mahdollisesti myös työelämän perehdytykseen. Opetusvideo tuo tiiviisti ja yksinkertaisesti esitettyä luotettavaa tietoa, joka opiskelijan on hyvä hallita niin harjoittelijan roolissa ollessaan kuin myös tulevana työntekijänä. Opetusvideo toimii hyvin aiemman opetuksen rinnalla tukevana oppimateriaalina. Opetusvideon katselemisen jälkeen opettajat voivat ottaa tehtäväkseen keskustella opiskelijoiden kanssa videolla esiintyvistä aihealueista selkeyden luomiseksi sekä oppimisen lisäämiseksi. Opetusvideo soveltuu arvioijien sekä opinnäytetyöntekijöiden mielestä hyvin ammattikorkeakoulun opiskelijoiden käytettäväksi.

PHSOTEY:n käyttöön video soveltuisi parhaiten perehdytykseen.. Vanhoille ja kokeneille työntekijöille opetusvideo voisi toimia uusia ajatuksia ja näkökulmia herättävänä tai kertauksenomaisena opetuksena.

Henkilökunnan kanssa käytyjen keskustelujen mukaan, opetusvideo voisi soveltua myös HIV-koulutuksen orientaatio materiaaliksi.

Jatkotutkimuksen aiheita voisi esimerkiksi olla aggressiivisen potilaan kohtaaminen potilaan näkökulmasta tarkasteltuna. Näin saataisiin täydennystä hoitajan näkökulmasta tehdylle työlle ja tuotua esiin myös potilaiden kokemuksia aggressiivisen tilanteen jälkeen. Myös jälkipuintiin voisi olla hyvä paneutua laajemmin, sillä jälkipuinti on tärkeä osa aggressiivisen potilaan kohtaamisessa.

Ehdotimme HIV- kouluttajalle jatkotutkimusaiheena yksityiskohtaista opetusvideota, jossa käsiteltäisiin erilaisia hallintaotteita, kiinnipito-otteita sekä muun muassa itsepuolustusta. Kouluttajan mielestä tämä ei kuitenkaan ole hyvä jatkotutkimusaihe, sillä kyseiset HIV-koulutuksessa opetettavat liikkeet voivat olla vaarallisia ilman konkreettisesti saatua harjoitusta ja valvottua ohjausta.

10 LÄHTEET

Aaltonen, J. 2016. Käsikirjoittajan työkalupakki. Viestintätieteiden yliopistoverkoston oppimateriaalit [viitattu 23.5.2016]. Saatavissa: <https://viestintatieteet-wiki.wikispaces.com/K%C3%A4sikirjoittajan+ty%C3%B6kalupakki>

Avander, K., Heikki, A. Bjerså, K. & Engström, M. 2016. Trauma nurses' experience of workplace violence and threats: short- and long-term consequences in Swedish setting. *Journal of Trauma Nursing*. Mar/Apr 2016. s. 51 - 57.

Björkdahl, A., Hansebo, G. & Palmstierna, T. 2013. The influence of staff training on the violence prevention and management climate in psychiatric inpatient units. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 20/2013, 396 - 404.

Bowers, L. 2014. A model of de-escalation. *Mental Health Practice* 17/2014, 36 - 37.

Castrén, M., Korte, H. & Myllyrinne, M. 2012. Kriisiapu. Duodecim. Terveyskirjasto [viitattu 7.12.2016]. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=spr00016&p_hakusana=defusing

Hage, S., Van Meijel, B., Fluttert, F. & Berden, G. 2009. Aggressive behaviour in adolescent psychiatric settings: what are risk factors, possible interventions and implications for nursing practice? A literature review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2009, 16, 661 – 669.

Halila, R. 2010. Itsemääräämisoikeuden rajat sosiaali- ja terveydenhuollossa. Selvitys. Sosiaali- ja terveysministeriö. Valtionneuvosto [viitattu: 22.06.2016]. Saatavissa: http://yle.fi/aihe/sites/aihe/files/migrated/mot_ohjelmat/u3219/Halilan_selvitys.pdf

Hallikainen, T. & Repo-Tiihonen, E. 2015. Psykoottisen potilaan aggressio – ehkäisy ja hoito. Duodecim aikakauslehti 15/2015, 131(15):1361-6 [viitattu 17.08.2016]. Saatavissa: <http://www.duodecimlehti.fi/duo12375>

Harjuhahto, E. 2015. Opetusvideoiden pedagoginen käyttö. Mediatekniikankoulutusohjelman opinnäytetyö. Helsinki: Metropolian ammattikorkeakoulu.

Hollins, L. 2010. Managing the risks of physical intervention: developing a more inclusive approach. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 17/2010, 369 - 376.

Hottinen A. 2013. Containment measures in adolescent psychiatric care- focus on mechanical restraint. Väitöskirja. Turku: Turun yliopisto.

Huhtamäki, L., Rinta-Nikkola, P. & Viitasaari, P. 2007. Asiakasväkivallan hallinnan toimintamalli. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri [viitattu: 22.06.2016]. Saatavissa: http://www.epshp.fi/files/3909/Asiakasvakivallanhallinnan_toimintamalli.pdf

Huttunen, M. 2015. Traumaperäinen stressihäiriö. Duodecim. Terveyskirjasto [viitattu 22.05.2016]. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00526

Iivanainen, A. & Syväoja, P. 2010. Hoida ja kirjaa. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino oy.

Infopankki 2014. Elämä Suomessa, Työnantajan oikeudet ja velvollisuudet [viitattu 19.12.2016]. Saatavissa: <http://www.infopankki.fi/fi/elama-suomessa/tyo-ja-yrittajyys/tyonantajan-oikeudet-ja-velvollisuudet>

Jälkihoito uhan ja väkivallan jälkeen 2013. Työturvallisuus ja riskien hallinta. Työterveyslaitos [viitattu: 22.06.2016]. Saatavissa: http://www.ttl.fi/fi/tyoturvallisuus_ja_riskien_hallinta/tyovakivalta/jalkihoito/sivut/default.aspx

Kelly, M., Lyng, C., McGrath, M. & Cannon, G. 2009. A multi-method study to determine the effectiveness of, and student attitudes to, online instructional videos for teaching clinical nursing skills. *Nurse Educ Today* Apr;29(3): 292-300.

Kinnunen, M. 2013. Huone-eristyspotilaan hoitotyö psykiatrisella osastolla. Pro gradu-tutkielma. Itä-Suomen yliopisto, hoitotieteen laitos.

Koivunen, O. 2012. Uhka- ja väkivaltatilanteiden ennaltaehkäisy Turun alueen yhteispäivystyksessä. Sosiaali- ja terveystieteiden opinnäytetyö. Turku: Turun ammattikorkeakoulu.

Kontio R. 2011. Patient seclusion and restraint practices in psychiatric hospitals – towards evidence based clinical nursing. Väitöskirja. Turku: Turun yliopisto.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992. Annettu Helsingissä 17.8.1992.

Lim, B. 2011. A systematic literature review: managing the aftermath effects of patient's aggression and violence towards nurses. *Singapore Nursing Journal* 38/2011, 6 - 12.

Lehestö, M., Koivunen, O. & Jaakkola, H. 2004. Hoitajan turva. Helsinki: Edita Prima Oy.

Mielenterveyslaki 1116/1990. Annettu Helsingissä 14.12.1990.

Neufeld, E., Perlman, C. & Hirder, J. 2012. Predicting Inpatient Aggression Using the InterRAI Risk of Harm to Others Clinical Assessment Protocol. The Homewood Health Centre, Guelph, Ontario. *The Journal of Behavioral Health Services & Research* 10/2012. Canada.

Organisaatio. 2015. Lahden ammattikorkeakoulu [viitattu 21.12.2016]. Saatavissa: <http://www.lamk.fi/lamk-oy/organisaatio/Sivut/default.aspx>

Paane-Tiainen, T. 2000. Oppijaksi aikuisena. Helsinki: Oy Edita Ab.

Powley, D. 2014. Reducing violence and aggression in the emergency department. *Emergency nurse* 21/2014, 26 - 29.

Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymä 2016. Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymän laadunhallinta-, asiakas- ja potilasturvallisuus suunnitelma 2017-2018, Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymä [viitattu 21.12.2016]. Saatavissa:

<http://www.phsotey.fi/assets/files/2016/01/Laadunhallinta-ja-asiakas-ja-potilasturvallisuussuunnitelma-2017-2018.pdf>

Rautjärvi, L. 2004. Työväkivallan tunnistaminen ja hallinta työpaikalla. *Terveysportti*. Suomalainen lääkäriseura Duodecim [viitattu: 22.06.2016].

Saatavissa: http://www.ebm-guidelines.com/dtk/tyt/avaa?p_artikkeli=ttl00155

Rikoslaki 39/1889. Annettu Helsingissä 19.12.1889.

Rusila, H. 2014. Uusi itsemääräämislaki: Vähemmän rajoittamista, enemmän ennakoitua. *Tesso*. Sosiaali- ja terveystieteellinen aikakauslehti [viitattu 15.10.2016]. Saatavissa: <https://tesso.fi/artikkeli/uusi-itsem-r-mislaki-v-hemm-n-rajoittamista-enemm-n-ennakoitua>

Sariola, S. 2014. Kuka päättää potilaan laittamisesta lepositeisiin? *Potilaan Lääkärilehti* 39/14.

Sturrock, A. 2010. Restraint in inpatient areas: the experiences of service users. *Mental Health Practice* 14/2010, 22 - 26.

Taylor, K. 2014. Managing conflict. *Practice Nurse* 10/17/2014, Vol. 44, Issue 10.

Terenius, M. 2013. Hätävarjelu ja voimakeinojen käyttö. *Oikeuslaitos* [viitattu: 22.6.2016]. Saatavissa:

http://www.oikeus.fi/hovioikeudet/helsinginhovioikeus/material/attachments/oikeus_hovioikeudet_helsinginhovioikeus/julkaisut/painetutjulkaisut/rikoso

[ikeudenuudistuneetyleisetopit2004/NhsrJcYm7/15_Hatavarjelu_ja_voimak_einojen_kaytto_Markus_Terenius.pdf](#)

Turvallisuuskulttuuri 2013. Turvallisuuskulttuuri. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos THL [viitattu 7.12.2016]. Saatavissa: <https://www.thl.fi/fi/web/laatu-ja-potilasturvallisuus/tutkimus-ja-kehittaminen/tyokalut/turvallisuuskulttuuri>

Tutkimuslupa 2016. Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymä [viitattu 17.05.2016]. Saatavissa: <http://www.phsotey.fi/fi/ammattilaisille/tutkimustoiminta/tutkimuslupa/>

Työhyvinvointi 2016. Työhyvinvointi. Työelämä. Sosiaali- ja terveysministeriö [viitattu: 08.06.2016]. Saatavissa: <http://stm.fi/tyohyvinvointi>

Työturvallisuudfen edistämiskeinoja 2014. Työturvallisuuden edistämiskeinoja. Työturvallisuus ja riskien hallinta. Työterveyslaitos [viitattu: 08.06.2016]. Saatavissa: http://www.ttl.fi/fi/tyoturvaluus_ja_riskien_hallinta/tapaturmien_ekaisy/tyoturvaluuden_edistamiskeinoja/sivut/default.aspx

Työturvallisuuskeskus 2016. Työhyvinvointi ja työsuojelu, Työsuojelu työpaikan arjessa [viitattu 19.12.2016]. Saatavissa: http://ttk.fi/tyohyvinvointi_ja_tuosuojelu/toiminta_tyopaikalla/vastuut_ja_velvoitteet

Työturvallisuuslaki 738/2002. Annettu Helsingissä 23.8.2002.

Työväkivalta 2015. Työturvallisuus ja riskien hallinta. Työterveyslaitos [viitattu: 22.06.2016]. Saatavissa: http://www.ttl.fi/fi/tyoturvaluus_ja_riskien_hallinta/tyovakivalta/Sivut/default.aspx

Työväkivalta on yleistä terveys- ja sosiaalialojen ammattiteissa. 2009. Tilastokeskus [viitattu: 22.06.2016]. Saatavissa: http://www.tilastokeskus.fi/artikkelit/2009/art_2009-09-30_002.html

Valvira. 2008. Salassapito- ja vaitiolovelvollisuus. [viitattu 20.12.2016].
Saatavissa: <http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattinharjoittaminen/salassapito/salassapito- ja vaitiolovelvollisuus>

Vilkka, H. 2006. Tutki ja havainnoi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Vilkka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Vimeriö, V. 2006. Aggressio ja aggressiivisuus. Tieteessä tapahtuu 3/2006, 18 – 22.

Väkivallan tekijät 2016. Väkivallan tekijät. Väestöliitto [viitattu 20.4.2016].
Saatavissa:
http://www.vaestoliitto.fi/parisuhde/tietoa_parisuhteesta/parisuhdevakivalta/vakivallan-tekijat/

Väkivallan uhka työssä. 2010. Työsuojelu oppaita ja ohjeita 46.
Työsuojeluhallinto. Aluehallintovirasto [viitattu 20.4.2016]. Saatavissa:
http://tyosuojelujulkaisut.wshop.fi/documents/2010/09/TSO_46.pdf

Väkivalta ja terveys maailmassa. 2002. Krug, E., Dahlberg, L., Mercy, J., Zwi, A. & Loranzo, R. (toim.) WHO:n raportti. Saatavissa:
https://www.thl.fi/documents/470564/817072/9529608993_fin.pdf/2ea074d0-a4eb-4448-ba63-3b312ea81692

Yhtymä. 2016. Päijät-Hämeen Hyvintvointiyhtymä [viitattu 21.12.2016].
Saatavissa: <http://www.phhyky.fi/fi/yhtyma/>

11 LIITTEET

LIITE 1 Prosessin kuvaus

AJANKOHT A	KEHITTÄMISTYÖ	TOIMIJAT	MENETELMÄ	TUOTETTU MATERIAALI
Joulukuu 2015	Opinnäytetyö prosessiin ilmoittautuminen	Heidi, Janica, Teemu	Ilmoittautuminen opinnäytetyöprosessiin LAMKIN ohjeiden mukaisesti.	Opinnäytetyöprosessin ilmoittautumisen kaavake.
Helmikuu 2016	Opinnäytetyön aloituskeskustelu	Heidi, Janica, Teemu ja ohjaava opettaja Tarja	Keskustelu	Opinnäytetyön valinta toiminnalliseksi opinnäytetyöksi.
Helmikuu 2016	Opinnäytetyösuunnitelman teoriaosuuden työstäminen, käytettävien lähteiden valinta.	Heidi, Janica ja Teemu	Sähköinen tiedonhaku: Masto Finna, Ebsco Chinal, Medic, Terveysportti, Johanna Briggsin instituutti yms.	Opinnäytetyölle hyödyllisiä tietolähteitä lähdeluetteluun, jota hyödynnetään sekä suunnitelmassa että raportoinnissa.
Maaliskuu 2016	Suunnitelmaseminaarin työstämistä itsenäisesti ja sähköisten viestimien kautta. Haastateltavien miettimistä ja aiheen rajausta	Heidi, Janica ja Teemu	Etsitään tietoa ja tuotetaan raporttiin sisältöä. Käydään yhdessä läpi kirjoitettu materiaali.	Materiaalia opinnäytetyöhön ja suunnitelmaseminaariin.
Maaliskuu 2016	Suunnitelmaseminaariin ilmoittautuminen	Heidi, Janica ja Teemu		LAMK- reppusivulle ja ohjaajalle ilmoitettu suunnitelmaseminaarin ajankohta.
Kesä- Heinäkuu 2016	Toimeksiantosopimusten ja tutkimuslupien sopiminen	Heidi, Janica, Teemu ja Tarja	Sähköisten viestimien välityksellä lähetetty ja täydennetty sopimuksia	Sopimukset koulun ja tekijöiden puolesta täytetty. Lähetetty nämä tiedot PHSOTEY:lle.
Elokuu 2016	Opinnäytetyön työstäminen raportointivaiheeseen. Kerätyn tiedon	Heidi, Janica, Teemu	Yhdessä työstäminen koululla sekä sähköisten viestimien kautta.	Opinnäytetyön kirjallisen osuuden suunnitelma, johon liitetty käsikirjoitukset, faktatiedot sekä

	kohdentaminen videon tueksi.			haastateltavien kysymykset.
Syyskuu 2016	Videon kuvaaminen, ilman haastatteluja.	Heidi, Janica, Janina, Laura, Teemu	Videoidaan ennalta sovitut tilanteet.	Valmista videomateriaalia, jota editoidaan joulukuussa 2016.
Lokakuu 2016	Videon haastatteluiden kuvaaminen	Heidi, Janica, Janina, Teemu ja haastateltavat	Videoidaan haastattelut.	Valmista videomateriaalia, jota editoidaan joulukuussa 2016
Marraskuu, Joulukuu 2016	Videon editointi Raportin työstäminen Kokonaisuuden tarkastelu Hiominen Opetusvideon lähettäminen arvioijille	Heidi, Janica, Teemu, oo Tarja, editointi Janina + videon arvioijat	Editointi Janinan työstämänä, leikkauksissa kuitenkin tiimi mukana. Raportin työstämisessä ja hiomisessa tarkastellaan puutteita ja lisätään & parannellaan kokonaisilmettä.	Opetus video, asiasisällöltään valmis raportti – hiomista tiivistelmässä, pohdinnassa, liitteiden lisäys.
Tammikuu 2017 26.1.2017	Arvioinnin purku ja viimeistely Julkaisuseminaari	Heidi, Janica, Teemu	Kootaan opetusvideosta saadut arviot ja lisätään ne prosessin kuvaukseen. Viimeistellään raportti julkasukelpoiseksi.	Valmis raportti sekä opetusvideo Julkaistu teos

LIITE 2 SWOT- analyysi

Vahvuudet	Heikkoudet
<p>Hyvä ryhmähenki</p> <p>Motivaatio projektia kohtaan</p> <p>Tasapuolisesti jaetut tehtävät</p> <p>Aikatauluttaminen</p> <p>Yhteydet psykiatrian puolelle</p> <p>Motivoitunut ohjaava opettaja</p>	<p>Itsekriittisyys tiimissä</p> <p>Työmäärän ”vähättely”</p> <p>Konkreettisen tekemisen ”lykkääminen”</p> <p>Luottamattomuus omiin taitoihin ja päätöksen teko kykyyn</p>
<p>Oppia itse tärkeästä asiasta paljon</p> <p>Mahdollistaa tulevien sairaanhoitajaopiskelijoiden oppiminen asiasta</p> <p>Lisätä turvallisuutta hoitotyössä niin hoitajan kuin potilaan näkökulmasta</p>	<p>Aikataulun pitämättömyys</p> <p>Kuvaamislupien evääminen</p> <p>Ulkopuolisten osallistujien yhteistyöhalukkuuden puuttuminen</p> <p>Arjen kiireellisyys</p>
Mahdollisuudet	Uhat

LIITE 3 Saatekirje haastateltaville

Hei,

Olemme Lahden ammattikorkeakoulusta sairaanhoidonopiskelijoita. Olemme saaneet tutkimusluvan opinnäytetyöhömme, ”Aggressiivisen potilaan kohtaaminen hoitotyössä- opetusvideo.”

Opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa Lahden ammattikorkeakoulun hoitotyön opiskelijoille, sekä Päijät-Hämeen keskussairaalan sairaanhoitajille videomateriaalia aiheesta.

Opinnäytetyövideomme koostuu fiktiivisistä videopätkistä, joita olemme jo kuvanneet Lahden ammattikorkeakoulun tiloissa, sekä asiantuntijahaastatteluista.

Pyytäisimmekin teitä, tämän sähköpostin saaneita tulemaan haastateltaviksi ja kuvattavaksi opinnäytetyövideoomme. Tarkoituksenamme on kuvata ennalta sovitusti haastatteluista aiheesemme liittyen. Tulemme lähettämään teille haastattelukysymykset valmiiksi, joihin toivomme, että vastaatte videolla. Kuvaukset tapahtuvat Päijät-Hämeen keskussairaalan kokoustiloissa, paikka varmistuu lähemmin. Videohaastatteluissa mukana on kaksi opinnäytetyön tekijää sekä Hämeen ammattikorkeakoulusta kuvaaja.

Ajankohdaksi kuvauksille ehdotamme kahta päivää, 1.11.2016 ja 2.11.2016, (Voitte tehdä päiville myös vastaehdotuksen, mikäli nämä eivät sovi.)

Mikäli kiinnostuit, ja olisit valmis osallistumaan kyseisenä ajankohtana opinnäytetyöhömme ja valmis videoitavaksi, vastaathan mahdollisimman pian (10.10.2016 mennessä) tähän sähköpostiin, jotta saamme kohdennettua kysymykset valmiiksi osallistujille ja sovittua kuvausaikataulua.

S-postin liitteenä opinnäytetyömme kokonaisvaltainen suunnitelma ja raakaversio tulevista kysymyksistä, jotka kohdennetaan aina tietyille haastateltavalle.

Syysterveisin:

Teemu Leisilä, Janica Ruohonen, Heidi Silen,
Sairaanhoitajaopiskelija
Lahden ammattikorkeakoulu

LIITE 4 Haastattelussa esitetyt kysymykset

Työturvallisuus:

Minkälainen on turvallinen työyksikkö/työpaikka?

Minkälaisia keinoja työnantaja käyttää turvallisen työyksikön luomiseksi?

Miten työturvallisuusjärjestelyissä huomioidaan väkivaltatilanteet?

Miten työntekijä voi vaikuttaa omaan ja muiden työturvallisuuteen?

Minkälaista koulutusta työntekijöille järjestetään, jotta työturvallisuus paranee ja väkivaltatilanteista selvittäään?

Kuinka yksittäinen hoitaja voi varautua väkivaltatilanteeseen?

Kuka valvoo sairaanhoidon työturvallisuutta ja miten? Ulkoinen tarkastaja?

Sisäiset tarkastukset?

Laki:

Millä perusteella potilas voidaan eristää tai rajata?

Mitkä ovat hoitajan velvollisuudet ja oikeudet itsensä ja muiden puolustamisessa?

Millä keinoin hoitaja voi puolustaa itseään väkivaltatilanteessa?

Mitä apuvälineitä hoitaja voi käyttää itsepuolustukseen lain mukaan?

Määritelläänkö tätä laissa?

Minkälaista on kohtuullinen itsepuolustus ja mitä liioitellusta itsepuoluksesta voi seurata hoitajalle?

Onko olemassa ennakkotapausta, jossa hoitajan itsepuolustus tai voimankäyttö on mennyt liiallisuuksiin?

Voiko esimerkiksi psyykkisesti sairas henkilö saada rangaistuksen hoitajaan kohdistetusta väkivallasta?

Väkivallan ehkäiseminen ja kohtaaminen:

Miten väkivaltatilanteita pyritään ehkäisemään?

Mitkä tekijät vaikuttavat väkivallan esiintymiseen?

Minkälaisia väkivallan muotoja on olemassa? Mitkä ovat yleisimpiä?

Millaisilla tekijöillä pystytään ehkäisemään väkivallan syntyä?

Kuinka usein väkivalta tilanteita on tapahtunut psykiatrian osastoilla viimeisen vuoden aikana?

Mikä on turvallinen tapa kohdata potilas, mikäli tämän tiedetään olevan aggressiivinen?

Kiinnipito:

Kuinka tiheästi HIV-koulutuksia pidetään hoitajille? Jäävätkö opit hoitajille hyvin mieleen?

Oma kokemuksesi hoitajien koulutuksen tasosta? Onko riittävän usein?

Millaisissa tilanteissa kiinnipitoa käytetään?

Kuinka monta henkilöä osallistuu turvalliseen kiinnipitoon? Onko olemassa ”helppoa” kiinnipitoa, jos pitäjiä on 1 tai 2?

Fyysisen rajaamisen otteet ja asennot:

Maahan painettaessa päinmakuulle vai selälleen? Riskit?

Pitäisikö päinmakuulle kiinnipito kieltää? (Tuhekehtumisvaara)

Potilasturvallisuus:

Opetuksessanne, mitä puhutte potilasturvallisuudesta? Pääkohdat

Onko opetuksessanne mielestäsi puutteita potilasturvallisuutta ajatellen? Mitä lisääisit?

Milloin otteesta pitää irrottaa?

Opetatteko tajuttomuutta ennakoivia varomerkkejä ja oireita koulutettaville?

Hätävarjelu:

Kerro lyhyesti, mitä sana hätävarjelu tarkoittaa?

Millaisissa tilanteissa hätävarjelu on sallittua?

Mitä seuraamuksia, mikäli hätävarjelun aikana yliarvioi tilannetta?

Voiko potilas vedota myöhemmin hätävarjeluun käytöksensä, mikäli häntä kohtaan esimerkiksi hoitajat joutuvat käyttämään pakkotoimenpiteitä?

Jälkipuinti:

Mitä tarkoittaa jälkipuinti? Millaisissa tilanteista siitä on hyötyä? Kenelle?

Omia kokemuksia: koetaanko jälkipuinti painostavana haastatteluna vai hyödyttävänä työkaluna työelämään?

Todellisuudessa, toteutetaanko jälkipuinti vain silloin, jos hoitaja loukkaantuu?

Tarjotaanko jälkipuintia myös sanallisen uhkailun jälkeen?

Tarjotaanko Päijät-Hämeessä potilaille jälkipuinti mahdollisuutta?

LIITE 5 Opetusvideon käsikirjoitus

Opetusvideo, Hoitotyönkoulutusohjelma 2017

Yhteistyötekijät

Otsikko: Aggressiivisen potilaan kohtaaminen hoitotyössä

TYÖTURVALLISUUS: Kimmo Mustonen

Minkälainen on turvallinen työyksikkö?

Miten työyksiköstä saadaan luotua turvallisempi?

Miten työntekijä voi vaikuttaa omaan ja muiden turvallisuuteen?

Miten yksittäinen hoitaja voi varautua väkivaltatilanteeseen?

Fiktiivinen kohtaus 1, Ennakointi

KOULUTTAUTUMINEN: Mikko Karihtala, Toni Lehtinen

Mikä on HIV- koulutus?

Mistä HIV- koulutus pohjautuu?

Mitä HIV- koulutus pitää sisällään?

ENNALTAEHKÄISY: Mikko Karihtala, Toni Lehtinen

Miten väkivaltatilanteita pyritään ehkäisemään?

Mitkä tekijät vaikuttavat väkivallan esiintymiseen?

Millaisilla tekijöillä pystytään ehkäisemään väkivallan syntyä?

Millaisia ovat väkivallan varomerkit?

Mikä on turvallinen tapa kohdata potilas, mikäli tämän tiedetään olevan aggressiivinen?

Minkälaisia keinoja väkivalta- tai aggressiotilanteen purkamiseen voidaan käyttää?

Fiktiivinen kohtaus 2, De-eskalointi

KIINNIPITO: Mikko Karihtala, Toni Lehtinen

Millaisissa tilanteissa kiinnipitoa käytetään?

Kuinka monta henkilöä osallistuu turvalliseen kiinnipitoon?

Maahan painettaessa päinmakuulle vai selälleen?

POTILASTURVALLISUUS: Mikko Karihtala, Toni Lehtinen

Mitä HIV- koulutuksessa puhutaan potilasturvallisuudesta?

Milloin kiinnipito-otteesta pitää irrottaa?

Fiktiivinen kohtaus 3, Kiinnipito

JÄLKIPUINTI: Maarit Erola

Mitä tarkoittaa jälkipuinti?

HaiPron tekemisen tärkeys?

Asianomaisrikkokset

HÄTÄVARJELU: Maarit Erola

Millaisissa tilanteissa hätävarjelu on sallittua?

(Kimmo Mustonen – Ylihoitaja, Maarit Erola – Osastonhoitaja, Mikko Karihtala – HIV-kouluttaja & sairaanhoitaja, Toni Lehtinen – HIV-kouluttaja & sairaanhoitaja)

LOPPUTEKSTIT:

Ohjaus ja käsikirjoitus

Kuvaus ja editointi

Näyttelijät

Kiitokset

LIITE 6 Videon fiktiivisten kohtausten käsikirjoitukset

CASE 1

INT. SAIRAALA. PUKUHUONE. – AAMU

KERTOJA

Vaatteiden valinta on tärkeä turvallisuuteen vaikuttava seikka. Yleensä työyksikössä tarjotaan työasu, mutta joissain työpaikoissa voi olla myös omat siviilivaatteet käytössä. Yleensä kuitenkin on järkevintä pitää päällä työasua, jolloin henkilökuntaan kuuluva on helpompi erottaa potilaista, vaaratilanteen sattuessa.

Hoitaja kääntyy sivuttain kameraan.

KERTOJA

Työvaatteiden valinnassa on tärkeää huomioida että:

- Vaatteet ovat mukavat
- Ovat oikeanlaista materiaalia
- Eivät provosoi ja ovat asiallisen näköiset
- Mahdollistavat helpon liikkuvuuden

Hoitaja laittaa työkengät jalkaansa. Kuvataan hoitajan jalkineita.

KERTOJA

Monesti työntekijä joutuu itse ostamaan jalkineensa. Jalkineiden valinnassa tulee huomioida seuraavat seikat:

- Mukavat jalassa
- Hyvä istuvuus
- Korottomat tai matalakorkoiset

-Hyvä pito, myös märällä lattialla. Sairaalan osastoilla voi olla usein eritteitä ja muita nesteitä, jotka tekevät lattiasta liukkaan.

-Takaremmi, joka varmistaa että kengät pysyvät päällä tilanteessa kuin tilanteessa.

Hoitaja ottaa kellon ja korvakorut pois ja laittaa ne kaappiin. Hoitaja sulkee kaapin oven ja lähtee pukuhuoneesta pois.

KERTOJA

Asusteiden ja korujen käyttö ei pelkästään vaikuta aseptiikkaan, vaan myös hoitajan, työtoverien ja potilaiden turvallisuuteen. Itsepuolustus- ja kiinnipitotilanteissa kellot, korut, lävistykset ja sormukset voivat aiheuttaa potilaalle tai muille hoitajille naarmuja ja verta vuotavia haavoja. Tällöin riski altistua veriteitse leviävillä sairauksille lisääntyy.

INT. SAIRAALA. TYÖHUONE. – AAMU

Sairaanhoitaja seisoo työpöytänsä ääressä. Työpöydällä on esiteltävät työvälineet.

KERTOJA

Sairaanhoitaja tarvitsee työssään paljon erilaisia välineitä ja tarvikkeita. Näistä varmasti kuitenkin yleisimpiä ovat kynät, sakset ja avaimet. On hyvä muistaa että kaikkia näitä voidaan käyttää hoitajan vahingoittamiseen, mutta esimerkiksi avaimet ovat tärkeässä roolissa pelastautumisen ja suojautumisen kannalta.

Kuvataan kynätaskua.

KERTOJA

Kyniä voidaan säilyttää esimerkiksi kynätaskussa, jolloin ne saadaan helposti ja nopeasti pois näkyviltä väkivaltatilanteen sattuessa tai kiinnipitoon mentäessä. Saksien mukana pitämistä kannattaa harkita

tarpeen mukaan. Kokoontaitettavat sakset ovat hyvä vaihtoehto, sillä niiden kokoon taittelu vie muutaman sekunnin aikaa, jolloin niitä ei voida välittömästi käyttää vahingoittamiseen.

Kuvataan avainnauhaa hoitajan kaulan ympärillä. Hoitaja näyttää kuinka katkaisumekanismi toimii. Kuvataan avaimia vyölenkissä.

KERTOJA

Avaimia voidaan pitää kaulanauhassa, mutta tällöin nauhassa täytyy olla yksi tai useampi katkaisukohta. Paras paikka avaimen säilyttämiselle on vyölenkissä, jolloin se ei ole näkyvillä ja niihin ei voi tarttua kiinni, mutta ne ovat tällöin nopeasti tavoitettavissa.

INT. SAIRAALA. TYÖHUONE/ODOTUSTILA.-AAMU

Kuvataan tyhjää työtilaa. Kamera kääntyy hitaasti.

KERTOJA

Työ- ja odotustiloista pyritään yleensä tekemään mahdollisimman viihtyisät. Ja pelkästään tilojen viihtyisyydellä pystytään vähentämään väkivaltatapahtumien syntyä. On syytä kuitenkin muistaa, että usein liian kodinomaiseksi tehdyistä työtiloista löytyy helposti vahingoittamiseen soveltuvia esineitä. Odotustilojen huonekalujen tulisi olla tarpeeksi raskaita tai hyvin kiinnitettyjä, jotta niitä ei voi käyttää lyömiseen tai heittämiseen.

Kuvataan odotustilaa. Kamera kääntyy hitaasti.

KERTOJA

Työtiloja valittaessa tulee huomioida tilojen sopivuus, nopea poistumisreitti ja sijainti. Huoneen, jossa potilasta tavataan, tulee olla kuuloetäisyydellä muuhun henkilökuntaan ja tapaamista ennen kannattaa kertoa työtoverille tilanteen ennakkotiedot.

Potilas ja hoitaja tapaavat hoitajan työhuoneessa. He keskustelevat huoneessa, siten että hoitaja on oven lähellä ja potilas sopivan etäisyyden päässä hoitajasta.

KERTOJA

Istumajärjestys potilastapaamiseen valitaan siten, että hoitaja istuu lähempänä ovea ja potilas sopivan matkan päässä hoitajasta, jolloin varmistetaan nopea poistumisreitti hoitajalle.

Kuvataan hoitajan taskussa olevaa hälytyspainiketta samalla kun tämä keskustelee potilaan kanssa.

KERTOJA

Henkilökohtainen hälytin on hoitajan suojavälineistä tärkein. Sen avulla saadaan nopeasti apua uhkaavaan tilanteeseen. Nappia painettaessa tai joissain malleissa riistokytkein poistettaessa hälytin ilmoittaa vastaanottajille työyksikön ja hoitajan numeron, jolloin apu saapuu oikeaan paikkaan. Riippuen työyksiköstä apuun saapuu vartija, oman työyksikön hoitajat tai esimerkiksi poliisi. Hälyttimen käyttöön tulisi jokaisen henkilökuntaan kuuluvan saada asianmukainen koulutus, jotta järjestelmä toimisi mutkattomasti.

Case 2

AGGRESSIIVINEN POTILAS ILMAN FYYSISTÄ VÄKIVALTA.

SAIRAANHOITAJAN VASTAANOTTO. VASTAANOTTOHUONE. – PÄIVÄ.

Sari, 22. on tullut sovitusti ottamaan antabus-tablettiaan hoitajan vastaanotolle. Hän on käynyt useamman viikon jo samalla hoitajalla saamassa antabus-hoitonsa. Sarilla on ollut aiemmin runsasta alkoholin käyttöä ja hänet on esimiehen johdosta laitettu päihdeongelmaisten ryhmään, johon kuuluu myös antabus-tablettien ottaminen hoitajan

vastaanotolla. Sari on tietoinen, että promilleraja on 0 promillea, jotta tabletin saa.

Hoitaja *pyytää* Sarin huoneeseen nimellä.

Sari istuu hoitajan vastaanoton tuolille hoitajaa vastapäätä.

HOITAJA

Mitä kuuluu, miten sinulla on mennyt?

SARI

Kohtalaisestihan tässä on mennyt, ei minulle mitään ihmeellistä.

HOITAJA

Otetaan taas tämä tavallinen puhalluskoe, ennen tabletin ottamista.

Hoitaja valmistelee puhallusmittarin valmiiksi ja antaa sen Sarille käteen ja ohjeistaa puhaltamaan pitkän puhalluksen. Tämän jälkeen Sari antaa hoitajalle laitteen ja he odottavat tuloksia. Tulos on 0.2 promillea.

HOITAJA

Tämä tulos on 0.2 promillea. Onko jotakin sattunut, kun tämä värähtää?

SARI *Korottaa ääntään.*

Mitä? Enhän mä nyt ole mitään ottanut. Mittarissasi on vikaa.

HOITAJA

Mittarit ovat juuri kalibroituja, mutta otetaan uusi puhalluskoe n. 15 minuutin kuluttua, jos sinulle sopii.

SARI *Korottaa edelleen ääntänsä*

Enhän mä nyt enää perkele tohon puhalla. Tablettia mä tulin hakemaan, enkä istuskelemaan tänne ja puhaltamaan mihinkään pilliin. Mun pitäs sitä paitsi olla tunnin päästä töissä!

Hoitaja *kuuntelee, huomioi elekielen ja antaa jakamattoman huomion Sarille*

SARI *Huutaa ja nousee seisomaan tuolista ja on hyvin kiihtynyt*

Kaksi viimeistä viikkoa puhaltanut nollia, että ei tässä nyt mitään vitun vikaa voi olla. Tabletista ei muutenkaan ole mitään apua. Mitä mä täällä olen sun kanssa istuskelemassa ja puhaltelemassa johonkin pilliin ja ottamassa tablettia. Säkin niin huono hoitaja, ettet edes tiedä miltä tää tuntuu olla tuolin tällä puolen. Mulla on oikeesti kiire niin anna se tabletti.

HOITAJA *Rauhallisesti, mutta jämäkästi*

Nyt rauhoitutaan ja istuudut tuoliin ja puhalletaan uudestaan ja katsotaan sitten tabletin saamista.

Sari istuutuu tuoliin ja alkaa rauhoittumaan, puhaltaa uudelleen

HOITAJA

Onko jotakin erityistä sattunut tai tapahtunut, kun mittari näyttää edelleen 0.2 promillea? Koetko, että antabus-tabletti on riittävä annos pitämään vieroitusoireita kurissa?

SARI

No, meillä oli eilen likkojen ilta. Siinä tuli vanhat kaverit käymään, kun Mira täytti vuosia.

HOITAJA

Tuliko sinulle antabuksesta ja alkoholista mitään yhteisvaikutusta?

SARI

No mitä nyt naama vähän punotti ja vähän tykytystä.

HOITAJA *ymmärtäväinen, myötäilevä, empaattinen*

Niin aivan.

HOITAJA *Innostava*

Tulisitko huomenna uudelleen ja konsultoidaan lääkäriä mahdollisesta annosnostosta, jos koet että se ei ole riittävä. Tänäään et tablettia saa, niin kuin on sovittu, että raja on 0 promillea.

HOITAJA *Ymmärtäväinen*

Sattuuhan näitä tilanteita muillekin. Sulla on kuitenkin mennyt monta viikkoa jo kivasti, niin ei tehdä tästä tilanteesta liian suurta kompastuskiveä. Voidaan jutella tilanteesta huomenna ja mietitään tosiaan tuota antabustabletin nostoa.

SARI *Hiljainen*

Tää on okei. Anteeksi, että huusin ja kiihdyin. Tilanne vaan jotenkin tuli eteen ja en vaan voinut olla ottamatta.

Hoitaja ja Sari sopivat uuden ajan huomiselle.

CASE 3

ESKALOITUNUT TILANNE, AGGRESSIIVINEN POTILAS

Vastaanotto-osasto. Osaston käytävä – Päivä

Sari, 22, on juuri ollut lounaalla ruokasalissa. Paljon ääniä – meteliä, joka sekoittaa Sarin ajatuksia. Paikka on Sarille täysin uusi. Sari ei edes ymmärrä mitä tekee kyseisessä paikassa. Sarin ystävät (harha äänet) pakottavat Saria jatkuvasti tekemään jotain – kävelemään, istumaan, koskettamaan seiniä, arvioimaan Saria itseään. Ne haukkuvat häntä.

SARI *kuiskaa*

Mä en voi tehdä näitä nyt. Kaikki kattoo mua. Ne pitää mua ihan outona. Mä en ole outo. Oon ihan normaali. Olkaa jo hiljaa...

Hoitaja 1, kävelee Saria vastaan käytävällä. Hän huomaa Sarin ahdistuneisuuden:

HOITAJA 1

Hei Sari, maittoiko ruoka?

SARI *hyvin ahdistuneesti*

Ai jumalauta älkää nyt kaikki puhuko samaan aikaan, jooko!

HOITAJA 1

Noh, mene Sari vaikka omaan huoneeseen tai kirjastoon jossa on hiljaisempaa. Täällä on kyllä aika kova meteli..

Sarin huoneesta kuuluu kova meteli ja Hoitaja 1 avaa oven.

Sari heittelee huoneessaan kaikkia tavaroita mitä vain irti saa. Sari huutaa äänekkäästi ja hänen silmistään paistaa pelokkuus.

Hoitaja 1 jää seisomaan oven suulle ja yrittää puhutella Saria. Hoitaja yrittää pysyä itse rauhallisena sekä luotettavana henkilönä Sarille.

HOITAJA 1

Sari mikä sinulla on hätänä?

Sari ei vastaa, jatkaa vain toimintaansa

HOITAJA 1

Sari, psykiatrinen hoitaja tässä. Olet turvassa täällä sinun huoneessasi. Haluatko keskustella kanssani?

SARI *ahdistunut, pelokas, aggressiivinen*

Helvetti tätä meteliä! Mä en kestä! Mun pää hajoaa!
Miksei kaikki vaan vois helvetti olla hiljaa!

HOITAJA 1

Haluaisitko Sari lähteä kanssani jonnekin rauhallisempaan paikkaan? Jonnekin missä ääniä ei kuulu.

SARI

Ne vittu seuraa mua joka paikkaan! Mikään ei auta!

HOITAJA 1

Ottaisitko Sari hieman rauhoittavaa lääkettä..? Voitaisiin keskustella asiasta enemmän kun olet rauhoittunut.

Sari pysähtyy hetkeksi ja tuijottaa hiljaa Hoitaja 1:stä. Sari ottaa muutaman juoksuaskeleen kohti Hoitajaa ja yrittää tarrautua hänestä kiinni (rinnus, avainnauha...).

Hoitaja reagoi tähän heti irrottautumalla otteesta, vetäytymällä huoneesta ja sulkemalla huoneen oven.

INTERCUT WITH:

Hoitaja 2, 3, 4 reagoivat hälytykseen ja lähtevät juoksemaan päivystysosastolle Sarin huoneen ovelle.

Hoitajien 1, 2, 3, 4 ollessa Sarin huoneen ovella hoitaja 1 kertoo tapahtuneesta.

Sari jatkaa huutamista ja tavaroiden heittelyä huoneessaan – tilanne ei ole rauhoittumassa.

Hoitajat toteuttavat työn jaon

H1 Lähtee soittamaan lääkärille vyöluvista ja hakemaan intra muskulaarisesti pistettävää rauhoittavaa lääkettä

H2, H3 ja H4 menevät potilaan luo varmistamaan ettei potilas vahingoita itseään ja rauhoittamaan tilanteen.

H2 ottaa oikeasta kädestä, H3 vasemmasta kädestä ja H4 toimii päämiehenä. Hoitajat rauhoittavat Sarin ensin istumaan ja tämän jälkeen lattialle kasvot lattiaa vasten. Sari yrittää rimpuilla otteesta ja huutaa kovaäänisesti koko ajan.

LIITE 7 Tutkimuslupa



PÄIJÄT-HÄMEEN SOSIAALI- JA TERVEYSYHTYMÄ

TUTKIMUSLUPAHAKEMUS

Saapumispä 26 / 9 20 2016

1. Hakemuksen luonne ja merkintä tutkimusdiariin

<input checked="" type="checkbox"/> Tutkimuslupa	PHSOTEY Dnro TUTKIMUS
<input type="checkbox"/> Tutkimusluvan muutos/täydennys/lisäys, aikaisempi tutkimuslupa PHSOTEY:ssä myönnetty pvm. _____	PHSOTEY:n sisäisen laskutuksen SL-koodi: <u>H 223</u>

2. Tutkijaa koskevat tiedot

Tutkijan suku- ja etunimi Janica Ruohonen, Teemu Leisilä, Heidi Silén		Oppiarvo Opiskelija (AMK)
Nykyinen työnantaja LAMK		
Nykyinen virka/toimi/opiskelija Opiskelija		
Kotiosoite [REDACTED]		Postinumero ja -toimipaikka [REDACTED]
Puhelin työ [REDACTED]	Puhelin koti	Sähköpostiosoite janica.ruohonen@student.lamk.fi

3. Tutkimusta koskevat tiedot

Tutkimuksen nimi/lyhenne Aggressiivisen potilaan kohtaaminen hoitotyössä -video	
Tutkimuksen suorituspaikka (-t)/yksikkö (t) PHSOTEY Keskussairaala ja LAMK hoitajankadun yksikkö	
Tutkimuksesta vastaava henkilö (tarvittaessa yhteystiedot) Tarja Korpela Hoitajankatu 3 15 850 Lahti	
PHSOTEY:ssä tutkimuksesta vastaava henkilö, sekä muut tutkimukseen osallistuvat sairaalan työntekijät Eeva Virkkunen, kts. tutkimussuunnitelma Eeva Virkkunen	
Muut tutkimukseen osallistuvat ulkopuoliset henkilöt (tarvittaessa liite)	
Liittyykö tutkimus suurempaan tutkimusohjelmaan <input checked="" type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä, mihin? _____	
Tutkimus tehdään useassa eri toimipisteessä <input type="checkbox"/> Ei <input checked="" type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Kansallinen <input type="checkbox"/> Kansainvälinen	Tutkimus on <input type="checkbox"/> väitöskirja <input checked="" type="checkbox"/> selvitys-/kehittämistyö

Tutkimus on <input checked="" type="checkbox"/> Hoitotieteellinen <input type="checkbox"/> Lääke/laitetutkimus <input type="checkbox"/> Lääketieteellinen <input type="checkbox"/> Muu terveystieteellinen, mikä? _____ <input type="checkbox"/> Muu, mikä? _____	
Kohdetyhmä <input type="checkbox"/> Potilaat <input type="checkbox"/> Omaiset <input checked="" type="checkbox"/> Henkilökunta <input type="checkbox"/> Asiakirjat <input type="checkbox"/> Muu, mikä _____	
Aineiston koko Opetusvideo ja raportti	
Lausunnot/luvat Eettinen toimikunta, pvm _____ STM/THL, pvm _____ Fimea/eudraCT-nro, pvm _____ Valvira, pvm _____ Muu, mikä? _____	
Tutkija tarvitsee luvan potilastietojen käyttöön potilasjärjestelmistä/arkistosta (mm. rekisteritutkimus, muu tutkimus) <input checked="" type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä (erillinen potilastietojen luovutus- ja käyttöluvahakemus tutkimusluvan lisäksi)	
Tutkimuksen aloituspäivä 1.1.2016	Tutkimuksen arvioitu päättymispäivä 31.12.2016
4. Yhteistyötahot PHSOTEY:n alueella	
<input checked="" type="checkbox"/> Keskussairaala <input type="checkbox"/> Laboratoriokeskus <input type="checkbox"/> Ensihoito ja päivystyskeskus <input type="checkbox"/> operatiivinen <input type="checkbox"/> Isotooppiäätiede <input type="checkbox"/> Peruspalvelukeskus Aava <input type="checkbox"/> konservatiivinen <input type="checkbox"/> Kliininen fysiologia <input type="checkbox"/> Peruspalvelukeskus Oiva <input checked="" type="checkbox"/> psykiatria <input type="checkbox"/> Kliininen kemia <input type="checkbox"/> Lahden sosiaali- ja terveysterveystoiminta <input type="checkbox"/> kuntoutus <input type="checkbox"/> Kliininen mikrobiologia <input type="checkbox"/> Heinolan sosiaali- ja terveysterveystoiminta <input type="checkbox"/> apteekki <input type="checkbox"/> Kliininen neurofysiologia <input type="checkbox"/> Tukipalvelut <input type="checkbox"/> kuvantaminen <input type="checkbox"/> Patologia <input checked="" type="checkbox"/> <i>Huolto</i>	
5. Rahoitustiedot	
Tutkimuksen rahoitus ja yhteyshenkilö Opinnäytetyön tekemiseen osallistuvat ovat kaikki opiskelijoita tai vapaaehtoisia. Tarvittava kalusto ja materiaali saadaan käyttöön Lahden ammattikorkeakoululta.	
Aiheutuuko tutkimuksesta sairaalalle kustannuksia <input checked="" type="checkbox"/> Ei (perustelut yllä) <input type="checkbox"/> Ei, ulkopuolinen rahoitus <input type="checkbox"/> Kyllä, selvitys mitä (liite)	
Laskutustiedot -	
Tutkimuksesta aiheutuvat kustannukset yhteensä 0€	Kokonaisrahoitus yhteensä € 0€
Tutkimuksen oletettu vaikutus toimintaan Tutkimukseen liittyvät ylimääräiset käynnit Henkilökunnan haastattelut työaikana.	

Potilainkäykäntejä <input type="checkbox"/> Kyllä <input checked="" type="checkbox"/> Ei		Laboratoriokeskus <input type="checkbox"/> Kyllä <input checked="" type="checkbox"/> Ei	
Vuodeosastoitojaksoja <input type="checkbox"/> Kyllä <input checked="" type="checkbox"/> Ei	Kuvantamistutkimuksia <input type="checkbox"/> Kyllä <input checked="" type="checkbox"/> Ei	Apteekkipalveluita <input type="checkbox"/> Kyllä <input checked="" type="checkbox"/> Ei	Muuta <input checked="" type="checkbox"/> Kyllä, mitä Haastattelut <input type="checkbox"/> Ei

6. Allekirjoitukset

23, 8 20 16 _____
 Tutkimuksen vastuuhenkilön allekirjoitus ja nimen selvennys
 Hyväksyn osaltani En hyväksy
 _____ 20 _____
 Esimiehen allekirjoitus ja nimen selvennys

7. Rekisteriasioista vastaavan henkilön allekirjoitus (tarkasteltaessa potilasasiakirjoja)

Tutkimuslupa myönnetty hakemuksen mukaisesti
 Ehdollinen/rajoitettu lupa Hakemus hylätty/Tutkimus ei käynnisty
 Pyydetään perusteluita/lisäselvityksiä erillisessä liitteessä
 Paikka _____ 16, 8 20 16 _____
 allekirjoitus, nimen selvennys ja arvo/tehtävänimike
 Kimmo Mustonen
 ylihoitaja
 psykiatrian tulosalue
 Päijät-Hämeen keskussairaala

Liitteet:

Tutkimussuunnitelma
 Tieteellisen tutkimuksen rekisteriseloste
 Eettisen toimikunnan lausunto
 Kustannus- ja rahoitussuunnitelma
 Tutkittavan tiedote ja suostumus
 Laboratoriokeskuksen lomakkeet, lkm _____
 Viranomaisluvut, lkm _____
 Tietoturva- ja tietosuojasitoutumus
 Henkilökuntaan kuulumattomien tutkijoiden rekisteröintilomake
 Potilastietojen luovutus- ja käyttöluvhakemus
 Lista tutkittavista (lähetettävä maapostilla)
 Muut liitteet: (esim. potilaalle menevä kirjallinen materiaali)

OPINNÄYTETYÖN TOIMEKSIANTOSOPIMUS (TKI opintopisteet)

TOIMEKSIANTAJA	
Toimeksiantaja	Päijät-Hämeen keskussairaala, PHSOTEY
Toimeksiantajan yhteyshenkilö	Eeva Virkkunen
Lähiosoite	Keskussairaalankatu 7
Postinumero ja -toimipaikka	15850 Lahti
Y-tunnus	
Toimipisteen kotikunta	Lahti
Puhelin	03-81911 (vaihde)
Sähköposti	eeva.virkkunen@phsotey.fi
OPINNÄYTETYÖN TEKIJÄ/T	
Nimi/nimet ja tunnukset/tunnukset	Janica Ruohonen, Heidi Silen, Teemu Leisilä
Ryhmätunnus/-tunnukset	08SH14S
Koulutusala ja koulutus tai pääaine	Sosiaali- ja terveysala, sairaanhoiteja
Puhelin/puhelimet	0405722818 Tämä yhteystietopuhelin
Sähköposti/postit	janica.ruohonen@student.lamk.fi
OHJAAJA	
Ohjaava opettaja	Tarja Korpela
Puhelin	0504032449
Sähköposti	tarja.korpela@lamk.fi
Koulutusala	Hoitotyö
OPINNÄYTETYÖ	
Opinnäytetyön nimi	Aggressiivisen potilaan kohtaaminen hoitotyössä- video
Opinnäytetyön tavoite	Opinnäytetyön tavoite on tuottaa Lahden ammattikorkeakoululle aggressiivisen potilaan kohtaamisesta video- materiaalia, jota voidaan hyödyntää erilaisissa moduuleissa. Kohdemoduuleita voivat olla mm. päihde- ja mielenterveystyö.

SOPIMUS TOIMEKSIANNOSTA	
<input type="checkbox"/> Työelämä maksaa opinnäytetyön tekemisestä opiskelijalle tai ammattikorkeakoululle <input type="checkbox"/> Työelämän edustajat ohjaavat aktiivisesti opinnäytetyön tekemistä <input checked="" type="checkbox"/> Työyhteisö hyödyntää tuloksia toiminnassaan <input checked="" type="checkbox"/> Opinnäytetyöt ovat julkisia asiakirjoja; salassa pidettävä materiaali poistetaan toimeksiantajan pyynnöstä ennen julkaisua <input checked="" type="checkbox"/> Opiskelija toimittaa toimeksiantajalle erillisen raportin opinnäytetyöstä	
Muut selvitykset opinnäytetyön kustannuksista, tekijänoikeuksista, aikataulusta ja muista erikseen sovitusta yksityiskohdista voidaan liittää tämän sopimuksen liitteeksi.	
Liitteitä yhteensä <u>Videon tekijänoikeudet ovat tekijöillä, PHSOTEY:llä ja Lamk:illa on käyttöoikeus sivua.</u>	
<input type="checkbox"/> Toimeksiantajan tietoja ei saa tallentaa ammattikorkeakoulun yritysrekisteriin.	
Tällä sopimuksella toimeksiantaja ja opiskelija sopivat, että opiskelija suorittaa <i>opinnäytetyöksi määntellyn tutkimuksen tai kehittämistyön toimeksiantajalle.</i>	
Toimeksiantaja sitoutuu antamaan opiskelijan käyttöön opinnäytetyön tekemiseen tarpeelliset tiedot ja antamaan tarvittavaa asiantuntijaohjausta.	
ALLEKIRJOITUKSET	
OPISKELIJA	JANICA RUOHONEN Heidi Siren
Paikka ja päiväys	26_17_2016 OIHT 27.7.2016
Allekirjoitus ja nimenselvitys	Janica Ruohonen Heidi Siren JANICA RUOHONEN
OPISKELIJA	Teemu Leisilä
Paikka ja päiväys	27.7. 1 2016
Allekirjoitus ja nimenselvitys	Teemu Leisilä
OHJAAJA	Tarja Korpela
Paikka ja päiväys	Lahdessa 15/7 2016
Allekirjoitus ja nimenselvitys	Tarja Korpela
TOIMEKSIANTAJA	
Paikka ja päiväys	2 19 2016
Allekirjoitus ja nimenselvitys	Eeva Virekunen EEVA VIREKUNEN

Tätä sopimusta on tehty kaksi (2) samansisältöistä kappaletta, joista yksi toimitetaan ammattikorkeakoulun opintotoimistoon tilastointia ja arkistointia varten ja yksi jää toimeksiantajalle.

Kopio sopimuksesta toimitetaan ohjaavalle opettajalle ja jokaiselle opinnäytetyön tekijälle. Sopimuksen kopioista vastaavat opinnäytetyön tekijä/tekijät.

Päivitetty 21.4.2015

LIITE 8 Kuvauslupalomake

LAMK Lahden Lahti University ammattikorkeakoulu of Applied Sciences Suostumus

Valokuva- ja videoaineiston käyttöoikeus

Lahden ammattikorkeakoulun viestinnässä tarvitaan kuvamateriaalia eri yksiköiden toiminnasta ja opiskelijoista monenlaisiin viestinnän ja markkinoinnin materiaaleihin. Pyydämme, että annat alla olevan lomakkeen allekirjoittamalla suostumuksen sinusta otettujen kuvien tai videoaineiston käyttöön viestinnässämme.

Hyväksyn minusta otetun kuvamateriaalin käyttämisen Lahden ammattikorkeakoulun.



Päiväys

Allekirjoitus

Alle 18-vuotiaalta huoltajan allekirjoitus

Nimi

Katuosoite

Postinumero ja -toimipaikka

puh.

Sähköposti

LAMK Lahden Lahti University ammattikorkeakoulu of Applied Sciences

Suostumus



LIITE 9 Sähköinen arviointilomake

Aggressiivisen potilaan kohtaaminen hoitotyössä - video

Vastaa kysymyksiin valitsemalla sopivin vaihtoehto.

*Pakollinen

Videota voidaan hyödyntää opiskelijoiden tarpeisiin *

- Täysin samaa mieltä
- Samaa mieltä
- En osaa sanoa
- Eri mieltä
- Täysin eri mieltä

Videota voidaan hyödyntää työntekijöiden tarpeisiin *

- Täysin samaa mieltä
- Samaa mieltä
- En osaa sanoa
- Eri mieltä
- Täysin eri mieltä

Videota voidaan hyödyntää uusien työntekijöiden
perehdyttämiseen *

- Täysin samaa mieltä
- Samaa mieltä

En osaa sanoa

Eri mieltä

Täysin eri mieltä

Video on selkeä *

Täysin samaa mieltä

Samaa mieltä

En osaa sanoa

Eri mieltä

Täysin eri mieltä

Video on laadukas *

Täysin samaa mieltä

Samaa mieltä

En osaa sanoa

Eri mieltä

Täysin eri mieltä

Videolla esitetyt asiat perustuvat faktoihin *

Täysin samaa mieltä

Samaa mieltä

-

En osaa sanoa

Eri mieltä

Täysin eri mieltä

Tähän voit kirjoittaa vapaamuotoisen palautteen.

Oma vastauksesi

LATAA

Älä koskaan lähetä salasanaa Google Formsin kautta.

Google ei ole luonut tai hyväksynyt tätä sisältöä. Ilmoita väärinkäytöstä - Palveluehdot - Lisäehdot

Google Forms

