

Väkivallan uhan tunnistaminen sairaankuljetuksessa  
- aggression hallintaa MAPA- menetelmällä



Luoto, Christina

Rantanen Pilvi- Marika

**Laurea- ammattikorkeakoulu**  
Laurea Hyvinkää

**Väkivallan uhan tunnistaminen sairaankuljetuksessa  
- Aggression hallintaa MAPA- menetelmällä**

Luoto Christina  
Rantanen Pilvi-Marika  
Sairaanhoitaja AMK  
Opinnäytetyö  
Huhtikuu 2009

Luoto Christina, Rantanen Pilvi-Marika

**Väkivallan uhan tunnistaminen sairaankuljetuksessa  
- Aggression hallintaa MAPA- menetelmällä**

Vuosi 2009

Sivumäärä 38

---

Lisääntynyt alkoholin ja päihteiden käyttö sekä mielenterveyspotilaiden avohoitoon ohjaaminen ovat lisänneet sairaankuljettajien riskiä joutua väkivallan kohteeksi. Sairaankuljetuksessa väkivaltaisesti käyttäytyvät potilaat sekä heidän omaiset ovat perinteisesti samoja häiriökäyttäytyjiä, joita muutkin palveluammateissa ja hoitoalalla työskentelevät kohtaavat.

Lähestymme väkivaltaa ja uhkatilanteita ennaltaehkäisevältä kannalta. Opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa koulutus Helsingin Ambulanssipalvelu Oy:n sairaankuljettajille MAPA (Management of actual or potential aggression) -menetelmää käyttäen. Keskeistä MAPA menetelmässä on väkivaltatilanteiden ennakointi ja välttäminen hoidollisen vuorovaikutuksen ja toiminnallisuuden keinoin. MAPA -koulutusta sovelletaan ensimmäistä kertaa sairaankuljetukseen Suomessa. Tarkoituksena on kerätä kokemuksia koulutukseen osallistuvilta. Työssä selvitetään millaista väkivaltaa he ovat työtehtävissään kohdanneet. Lisäksi haluamme selvittää kokevatko he saavansa konkreettista hyötyä koulutuksesta ja miten MAPA -menetelmä soveltuu sairaankuljettajan ammattiin.

Helsingin Ambulanssipalvelu Oy:n työntekijöille järjestettiin MAPA- menetelmää soveltava turvallisuuskoulutus 25.4.2008. Koulutus oli vapaaehtoinen, mutta suositeltava. Koulutukseen osallistui seitsemän työntekijää. Järjestimme ennen koulutusta, välittömästi koulutuksen jälkeen ja noin puoli vuotta koulutuksen jälkeen osallistujille kyselyn liittyen väkivaltaan ja turvallisuuskoulutuksen sisältöön.

MAPA- menetelmän mukainen koulutus vaikuttaisi sopivan erinomaisesti myös sairaankuljetukseen, mikä näin ollen lisää työturvallisuutta. Koulutus auttaa suhtautumaan uhkaaviin potilaisiin ymmärtäväisemmin ja lisää itsevarmuutta sekä vähentää ahdistusta ja pelkoa aggressiivisiä tilanteita kohtaan. Opinnäytetyömme antoi sairaankuljettajille opastusta MAPA- hoitomenetelmän käyttöön tilanteessa, jossa he kohtaavat uhkaavasti käyttäytyviä potilaita. Opinnäytetyöprosessi antoi sairaankuljettajille valmiuksia kohdata väkivaltaisesti käyttäytyviä potilaita.

Jatkossa MAPA- menetelmän mukaista koulutusta voitaisiin järjestää myös muille sairaankuljetusyritysten tai pelastuslaitosten työntekijöille. Mielestämme kokemukset koulutuksesta olivat niin hyviä, että MAPA- menetelmän mukaista koulutusta voisi harkita jopa pakolliseksi kaikille sairaankuljettajille tai alaa opiskeleville. Säännölliset kertausharjoitukset olisivat myös tarpeellisia, jotta opitut menetelmät pysyisivät muistissa ja hallinnassa. Koulutusta voisi pidentää esimerkiksi kaksipäiväiseksi, jotta asiaan perehtyminen olisi intensiivisempää. Toivomme, että opinnäytetyömme ansiosta väkivalta- ja uhkatilanteiden kohtaaminen helpottuisi ja lisäisi työturvallisuutta sairaankuljetuksessa.

Avainsanat: Väkivalta, aggressio, sairaankuljetus, MAPA

Luoto Christina, Rantanen Pilvi-Marika

**Recognizing threat of violence in ambulance officers  
- Manage of aggression by using MAPA- method**

Year 2009

Pages 38

---

Due to an increase in alcohol and substance misuse as well as community-based mental health care, ambulance officers are increasingly at risk of violence. Patients and relatives behaving aggressively during patient transport are usually the same type of behaviourally disturbed people that other service industry and health care workers also encounter.

We chose a preventive standpoint on our approach to violence and threatening situations. The purpose of this thesis was to produce a training course applying the MAPA method for the ambulance officers of Helsinki Ambulance Service. The anticipation and prevention of violent incidents by means of verbal interaction and physical intervention were essential in the MAPA method. This was the first time that MAPA- training course was implemented for patient transport service in Finland. We intended to gather information from training course participants about their experiences: what kind of incidents of aggressive behaviour they had experienced at work and if they felt that they had gained actual benefits from the training course and how well MAPA method suited to the work of an ambulance officer.

A safety training course applying the MAPA- method was organised for the staff of Helsinki Ambulance Service on 25 april 2008. The participation in the training course was voluntary, nevertheless, it was highly recommended. Seven employees attended the training course. We organised an inquiry concerning the content of the safety training course as well as incidents of aggressive behaviour before the start of the course, immediately after the course and about six months from the end of the course.

The training in applying the MAPA- method seemed to suit outstandingly for the specific needs of patient transport service and therefore it also increased personal safety at work. The training helped the staff to understand threatening patients better and improved staff`s confidence, reducing anxiety and fear of aggressive situations. The functionary part of the thesis provided guidance to the ambulance officers in the use of the MAPA- method when encountering aggressive patients. Through the thesis process the ambulance officers the authors became better equipped to manage aggressive patients.

In future, training applying the MAPA method could be provided to the staff from other patient transport services or rescue departments. In our opinion, the positive experiences of the effects of the training could even justify making the MAPA- based training courses mandatory to all ambulance officers or student ambulance officers. It would also be essential for the MAPA trained staff to attend regular refresher courses in order to update and consolidate their knowledge and skills in the techniques. Training could be extended for example into two days to allow more intensive familiarization with the subject matter.

Keywords: Violence, aggression, ambulance officer, MAPA

## Sisällys

1. JOHDANTO .....	6
2. TYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET .....	7
3. AGRESSIIVISUUS JA VÄKIVALTA .....	9
3.1 Aggressiivisuus .....	9
3.2 Väki­valta .....	10
3.3. Väki­val­tau­suu­den syyt.....	10
3.3. Väki­val­lan muotoja .....	11
4. AGGRESSION KOHTAAMINEN .....	12
4.1 Aggressiivisuudesta enteileviä merkkejä.....	12
4.2 Väki­val­ta­tilanteen elinkaari .....	13
4.3 Kommunikointi väki­val­tau­sen potilaan kanssa.....	13
4.4 Puolustautuminen .....	14
4.5 Aggressiivisen potilaan rauhoittaminen .....	15
5. DEFUSING, DEBRIEFING .....	16
6. VÄKIVALTA TERVEYDEN HUOLTOALALLA.....	17
6.1 Väki­val­tau­nen potilas .....	17
6.2. Aggressio ja päihteet .....	17
6.3. Psykiatrinen potilas .....	18
7. VÄKIVALTA ENNALTÄ EHKÄISEVÄ KOULUTUS .....	19
7.1 Mikä on MAPA? .....	19
7.2 MAPA: n historiaa.....	20
7.3 MAPA menetelmänä.....	20
7.4 Eettisyys .....	21
8. OPINNÄYTETYÖN PROSESSI.....	22
8.1 Ajatuksesta toimintaan.....	22
8.2 Toteutus .....	22
8.3 Koulutuksen arviointi .....	23
9. KOKEMUKSIA JA MIELIPITEITÄ, KYSELYN TULOKSIA SEKÄ JOHTOPÄÄTÖKSIÄ .....	23
9.1 Alkukysely koulutukseen osallistuneille .....	24
9.2 Välittömän palautekyselyn ja jatkokyselyn tulokset.....	25
10. POHDINTA.....	26
10.1 Prosessin arviointi .....	26
10.2 Johtopäätökset.....	27
LÄHTEET .....	29
LIITTEET .....	32

## 1. JOHDANTO

Helsingin Ambulanssipalvelu Oy kuuluu yhtenä osana Korsisaaren ambulanssipalveluihin. Korsisaari-yhtiön ambulanssipalvelut tuottaa ensihoito- ja sairaankuljetus-palveluita Helsingissä, Espoossa, Lohjalla ja Tuusulassa. Yhtiöllä on tällä hetkellä yhteensä kymmenen ambulanssia, näistä neljä liikennöi Helsingissä.

Helsingin Ambulanssipalvelu Oy on perustettu vuonna 2002. Sairaankuljetustoiminta aloitettiin 4.3.2002. Nykyään Helsingissä liikennöi neljä perustason ambulanssia ja henkilökuntaa on noin 40-50 (vakituiset- ja keikkatyöntekijät yhteensä). Henkilökunta on pääsääntöisesti terveydenhuoltoalan ammattilaisia. Ammattinimikkeitä ovat mm. lähihoitaja, sairaanhoitaja sekä ensihoitaja. Henkilökuntaan kuuluu lisäksi muutama palomies sekä lääketieteen opiskelija. Vuosittain sairaankuljetustehtäviä on n. 9000 kpl, joista valtaosa kiireettömiä. Henkilökuntaa ja työtehtävien määrään suhteutettuna Helsingin Ambulanssipalvelu Oy on Korsisaaren ambulanssipalveluiden suurin yksittäinen palveluntuottaja. ( Jalkanen, 2007.)

Vuonna 2005- 2006 järjestettiin Korsisaaren ambulanssipalveluiden työsuojeluhenkilöstön toimesta pienimuotoinen seuranta väkivalta- ja uhkatilanteista. Seurantaan osallistui kaksi yritystä Korsisaaren ambulanssipalveluista: Helsingin Ambulanssipalvelu Oy sekä Leppävaaran Ambulanssi Oy. Seuranta toteutettiin ns. tukkimiehenkirjanpidolla ja se kesti yhden vuoden. Työntekijät merkitsivät asemapaikalla olleeseen listaan viivan, aina kun heihin oli kohdistunut uhka- tai väkivaltatilanteita. Seurannan mukaan vuodenaikana oli yhteensä lähes 400 edellä mainittua tilannetta. ( Aarnio, 2007.) Seuranta ei mielestämme ole täysin luotettava sillä on hyvin todennäköistä, että kaikkia uhkatilanteita ei ole merkitty ylös. Merkitseminen on saatanut unohtua tai sitä ei yksinkertaisesti ole viitsitty tehdä. Edellä mainittu osoittaa, että vaaratilanteita on usein ja koulutuksen tarve on ilmeinen. Korsisaaren ambulanssipalvelun yksikön päällikkö Mikko Jalkanen lähestyi meitä asian tiimoilta. Jalkanen toivoi henkilökunnalle koulutusta, joka auttaisi työntekijöitä kohtaamaan väkivaltaisesti tai uhkaavasti käyttäytyvän potilaan lisäksi Jalkanen toivoi, että koulutuksen myötä henkilökunta voisi välttyä mahdollisilta tapaturmilta tai haavoittumisilta, tai ainakin riskit siihen voitaisiin minimoida.

Työterveyslaitoksen Kunta 10-tutkimuksessa (Helsingin sanomat 10.4.2007) todettiin, että vaarallisin kunta-alan ammatti on palomies-sairaankuljettajalla. Tutkimukseen vastasi 34000 kuntatyöntekijää. Tutkimuksen mukaan peräti kahdeksaa prosenttia sairaankuljettajista uhattiin aseella vuonna 2006. Samana vuonna ruumiillista väkivaltaa koki 15 % ja henkistä väkivaltaa lähes puolet vastaajista.

Lisääntynyt alkoholin ja päihteiden käyttö sekä mielenterveyspotilaiden avohoitoon ohjaaminen ovat lisänneet sairaankuljettajien riskiä joutua väkivallan kohteeksi. Sairaankuljetuksessa väkivaltaisesti käyttäytyvät potilaat ja heidän omaiset ovat perinteisesti samoja häiriökäyttäytyjiä, joita muutkin palveluammateissa ja hoitoalalla työskentelevät kohtaavat (Hakala, 2004, 18). Sairaankuljetuksen ongelma työturvallisuuden kannalta on mielestämme se, että sairaankuljettajat ovat usein paikalla ennen poliisia ja näin ollen heidän olisi tarvittaessa kyettävä selviytymään uhkatilanteista itseään tai muita vahingoittamatta.

## 2. TYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Opinnäytetyömme on toiminnallinen ja käsittelee väkivaltaista potilasta sairaankuljetuksessa. Lähestymme väkivaltaa ja uhkatilanteita ennaltaehkäisevältä kannalta. Tarkoituksena on neuvoa henkilökunnan työntekijöitä tunnistamaan aggressiivisuuteen viittaavat merkit ja ohjeistaa heitä kommunikoimaan uhkaavasti tai aggressiivisesti käyttäytyvän potilaan tai omaisen kanssa. Sairaankuljettaja joutuu työssään menemään erilaisiin paikkoihin ja erilaisten ihmisten luo. Tilanteet voivat muuttua nopeasti. Sairaankuljettajalla ei ole turvanaan kuin oma työparinsa. On siis tärkeää, että tilanteet eivät kärjistyisi siihen pisteeseen, että esim. potilas päättääkin hyökätä, sillä lisäavun saaminen todennäköisesti kestää, ja kaksistaan sairaankuljettajat voivat joutua helposti altavastajaan asemaan. Väkivaltaisen ihmisen taltuttamiseen tarvitaan usein enemmän kuin kaksi henkilöä.

Toteutamme opinnäytetyön toiminnallisena projektina. Vilkan ja Airaksisen (2003, 9, 26 - 48) mukaan toimintakeskeinen työ on vaihtoehto tutkimuskeskeiselle työlle. Toiminnallinen opinnäytetyö ei sisällä tutkimuskysymyksiä eikä tutkimusongelmaa. Se muodostuu tiedosta ja teoreettisesta viitekehystä.

Työn tarkoituksena on tuottaa ja toteuttaa koulutus käyttäen Englannissa perustetun väkivaltatilanteiden ehkäisyn ja turvallisen hoitomallin koulutusohjelmaa eli MAPA (Management of actual or potential aggression) -menetelmää sekä kerätä kokemuksia koulutukseen osallistuvilta. Kyselyssämme selvitämme sitä, minkälaista väkivaltaa he ovat työtehtävissään kohdanneet, sekä sitä kokevatko he saavansa konkreettista hyötyä koulutuksesta. Sairaankuljettaja kohtaa työssään mielenterveyspotilaita sekä potilaita, jotka ovat usein päihteiden vaikutuksen alaisena. Edellä mainitut potilasryhmät kuuluvat niin sanotusti riskiryhmiin, joissa taipumus aggressiiviseen käyttäytymiseen on suurempi (Väkivaltaisen ihmisen kohtaaminen, 2009). Työelämää palveleva opinnäytetyö on yksi keskeisistä tavoitteistamme. Opinnäytetyömme kautta haluamme auttaa sairaankuljetuksen kehittämisessä sekä työturvallisuuden luomisessa.

Lisäksi toivomme, että opinnäytetyöstämme olisi hyötyä sairaankuljettajille, jotka mahdollisesti työssään joutuvat kohtaamaan erilaisia väkivalta- ja uhkatilanteita.

MAPA - koulutusta sovelletaan ensimmäistä kertaa sairaankuljetukseen Suomessa. Aikaisemmin vastaavantapaiset koulutukset on suoritettu poliisin toimesta. Poliisin antama koulutus ei perustu niinkään ennaltaehkäisevään toimintaan vaan, pääpaino on itsepuolustustekniikoilla ja voiman käytöllä. Voiman käyttö on ennalta opittua fyysistä toimintaa, joko apuvälineillä tai ilman, väkivaltaisen henkilön rauhoittamiseksi (Hämäläinen 2003, 38). MAPA- menetelmässä puolestaan on keskeistä väkivaltatilanteiden välttäminen ja ennakointi hoidollisen vuorovaiikutuksen ja toiminnallisuuden keinoin. Mahdollinen kiinnipitäminen perustuu luonnollisten liikeratojen kivuttomaan ja hallittuun rajaamiseen sekä samanaikaisesti hoidolliseen vuorovaiikutukseen. (Mapafinland 2008.) MAPA- menetelmässä toteutuvat hoitotyön eettiset normit.

Tavoitteenamme on, että Helsingin Ambulanssipalvelu Oy:n työntekijät saisivat tietoa sekä valmiutta kohdata uhkaavasti käyttäytyvä potilas. Koulutuksen tarkoituksena on, että sairaankuljettaja kykenisi havaitsemaan väkivaltaan viittaavat merkit ja kykenisi rauhoittamaan potilasta mahdollisuuksien mukaan sekä tarpeentulleen irtautumaan kiinni käyneestä potilaasta ilman fyysistä väkivaltaa, MAPA- koulutuksessa opittujen menetelmiä soveltaen.

### 3. AGRESSIIVISUUS JA VÄKIVALTA

#### 3.1 Aggressiivisuus

Aggressiivisuudella tarkoitetaan hyökkäävyyttä, vihamielisyyttä sekä vahingoittavaa tai uhkaavaa käytöstä. Aggressiivisuus voi suuntautua ympäristöön tai muihin ihmisiin ja voi silloin ilmetä toisten syyttelynä, ilkivaltana tai väkivaltaisena käyttäytymisenä. Aggressiivisella käytöksellä pyritään vahingoittamaan fyysisesti tai psyykkisesti. Aggressio ei ilmene pelkästään toimintana, vaan siihen liittyy myös vihamielisiä ajatuksia ja tunteita. Aggressiivisuuden tunnetiloja ovat suuttumus, vihamielisyys ja raivo. (Weizmann-Henelius 1997,11.) Pillin (2009) mukaan fyysistä väkivaltaisuutta yleisempää on sanallinen loukkaava kielenkäyttö tai uhkaava käyttäytyminen.

Pettymyksen tapahtuessa tai pettymyksen uhatessa reaktiona voi olla aggressio. Väkivaltaisuus kohdistuu siihen, joka nähdään pettymyksen aiheuttajaksi. Aggressiivisella toiminnalla haetaan tyydytyksen tunnetta. Aggressiiviselle käyttäytymiselle olennaista on, että se vahingoittaa toista ihmistä. Aggressiotila aiheuttaa ihmisessä psykologisia ja fysiologisia muutoksia. Fysiologisia muutoksia ovat esimerkiksi hengitystiheyden, verenpaineen ja sykkeen nousu. (Jaakkola, Koivunen & Lehestö 2004,88.)

Naisten aggressio on usein epäsuoraa aggressiota eli aggression kohdetta vastaan hyökätään kiertoteitse, usein sosiaalisen manipulaation kautta niin, ettei häneen kohdisteta suoraan fyysistä tai sanallista hyökkäystä. Naiset käyttävät aggressiota usein voimakkaiden tunteiden julkittuomiseen. Aggression tarkoituksena on usein saada toinen ymmärtämään häntä tilanteissa, joissa muut keinot eivät enää auta. Tämän takia naisten aggressio saattaa vaikuttaa tehottomalta hysterialta, joka ei johda mihinkään. Tappeluissa naiset usein käyttävät sääntöjen vastaisia aggression keinoja, kuten kirkumista, puremista, itkemistä sekä esineiden heittäilyä. Useimmiten naiselle aggressio ei merkitse ympäristön kontrolloimista vaan on osoitus oman kontrollin menettämisestä. (Soldehed 2008, 10.)

Miehen rooli sisältää aggressiivisen käyttäytymisen rohkaisevia normeja. Väkivaltaisuutta ja aggressiota on monissa yhteiskunnissa ollut tapana suosia ja ihannoida, sen katsotaan kuuluvan maskuliinisuuteen. Aggression avulla mies kokee saavansa muut noudattamaan tahtoaan. Mies kontrolloi ympäristöään ja pelkoa herättämällä mies pyrkii pakottamaan ympäristön kunnioittamaan ja tottelemaan itseään. Mies voi käyttää aggressiotaan hyväkseen tarpeen vaatiessa, ja tämä on taito, jota hän voi tietoisesti opetella. (Soldehed 2008, 10.)

### 3.2 Väki­valta

Aggressiivisuus on ihmisen tunnetilaa ja motivoitua toimintaa kuvaavaa käsite. Väki­valta- sanalla taas kuvataan ulkoisia tapahtumia ja väki­valtaisuudella tarkoitetaan ihmisen ulkoista käyttäytymistä. (Leppänen 2004, 13.) Väki­valta on yksi aggression muodoista. Psykologiassa aggressiolla tarkoitettiin tahallista, vahingoittavaa tai häiritsevää käyttäytymistä, joka kohdistuu toisiin yksilöihin tai ympäristöön. Väki­valtaisella käyttäytymisellä puolestaan tarkoitetaan fyysistä aggressiota, jolla on vakavat seuraukset. Väki­valta on siis aggressiota, mutta aggression ei tarvitse olla väki­valtaa. (Viemerö 2006, 1.) Väki­valta loukkaa yksilön arvo­vokkaana ja ainutkertaisena fyysisenä ja psyykkisenä kokonaisuutena. Väki­valtaa käyttäneen on vaikea tulla tietoiseksi oman käyttäytymisen järjenvastaisuudesta toisen silmissä ja nähdä väki­valta pelottavana tuhoavuutena. (Jolkkonen & Varjonen 2002, 13-14.)

Weizmann-Heneliuksen (1997, 11-12) mukaan ihmisen ollessa turhautunut, esimerkiksi ristiriitatilanteessa, aggressiivinen tunne on normaali reaktio. Ihminen pyrkii aggressiivisuudellaan ratkaisemaan tilanteen. Väki­valtainen käytös puolestaan on useimmiten reaktio tilanteeseen, jossa ihminen kokee avuttomuuden tunnetta, ja tällaisesta vaikeasta tilanteesta selviytymiseen hänellä ei ole muita keinoja. Väki­valtaisesti käyttäytyvän ihmisen persoonallisuus on puutteellisesti kehittynyt, psyykkinen kehitys on häiriintynyt ja hänen kykynsä hallita omaa käyttäytymistään on jäänyt vajavaiseksi.

Väki­valta on helppo tunnistaa, mutta vaikea määritellä. Siitä, mitä on väki­valta, on jokaisella oma käsityksensä. Tämä ei silti tarkoita, että kaikkien käsitykset olisivat yhteneviä: se mikä yhdelle on väki­valtaa, ei ole sitä toiselle. Yleisesti väki­vallalla tarkoitetaan vallan käyttöä siten, että se tuottaa vahinkoa, kipua tai mielipahaa ihmisille tai eläimille. (Höök & Huttunen 2007, 14.) Maailman terveysjärjestö WHO määrittelee väki­vallan seuraavasti: ”Väki­valta on tarkoituksellinen fyysisen voiman tai vallan käyttö (uhkailu tai toteutettu) itseä, toista henkilöä, ryhmää tai yhteisöä vastaan, jonka seurauksena on todennäköisesti vamma, kuolema, psyykkinen haitta, epäedullinen kehitys tai riisto”. (WHO 2005, 21.)

### 3.3. Väki­valtaisuuden syyt

Syitä aggressiiviseen tai väki­valtaiseen käyttäytymiseen on haettu erilaisista tekijöistä. Leppänen (2002, 13-14) mukaan väki­valta liittyy aggression tunteisiin ja väki­valtaisuus yhdistyy ihmisen persoonallisuuden kehityksen kokonaisuuteen. Itsekeskeisyys, heikko itsetunto, kyvyttömyys kestää masennusta, virheellinen minäkuva, kateus, heikosti kehittynyt tunne-elämä, huonot ihmissuhteet, myötäelämisen puute ja syyllisyyden puuttuminen ovat ominaisuuksia, jotka liitetään väki­valtaiseen käyttäytymiseen. Biologiset syyt kuten perinnöllisyys, aineenvaihdunta ja hormonitasapainon vaihtelut ovat myös olleet tutkimuksen kohteina. Näillä on

todettu olevan vaikutusta, mutta yksiselitteistä vastausta ei ole saatu. Viime aikoina tutkijat ovat esittäneet myös näkemyksen, jossa aggressiivista käyttäytymistä on selitetty orgaanisella aivovauriolla. Tämä tarkoittaa, ihminen on vakavan fyysisen pahoinpitelyn seurauksena saanut neurologisen vaurion, joka altistaa aggressiiviselle käyttäytymiselle. (Weizmann-Henelius 1997,16-19.)

Väkivaltaiseen käyttäytymiseen vaikuttaa myös moni ympäristö- ja tilannetekijä. Väkivaltaisuutta saattavat edeltää turhautuminen ja pitkäaikainen stressi. Työttömyys, rahapula, ihmisten väliset ristiriidat, huumeet, alkoholin liikakäyttö ja elämän yleinen epävarmuus voivat johtaa kriiseihin ja näin ollen toimia laukaisevana tekijänä. On myös olemassa tilannetekijöitä, joilla on vaikutusta ihmisen käyttäytymiselle. Näitä ovat mm. joutuminen alttiiksi koville äänille, pitkäkestoinen kuumuudessa oleskelu, ahtaus sekä osallistuminen kilpailuihin. Edellä mainitut asiat voivat siis lisätä väkivaltaisen käyttäytymisen todennäköisyyttä. (Weizmann-Henelius 1997,16-19.)

### 3.3. Väkivallan muotoja

Väkivallan käsitteellä viitataan yleisemmin fyysiseen väkivaltaan tai sen uhkaan. Se voi sisältää esimerkiksi potkimista, lyömistä ja kuristamista sekä näiden ohella erilaisia pakkokeinoja ja vapaudenriistoa. Fyysinen väkivalta on helpoimmin tunnistettavissa, kuitenkin henkinen väkivalta lienee yleisin väkivallan muoto. Se voi olla sanallista tai sanatonta. Nöyryyttäminen, pelottelu, syyttely, kiroilu, pilkkaaminen ja huutaminen ovat sen eräitä ilmenemismuotoja. Henkinen väkivalta on verkko, jossa fyysinen kipu, emotionaalinen ahdistus ja henkinen kärsimys kietoutuvat toisiinsa. (Lehtonen & Perttu 1999,37- 39.) Muita väkivallan muotoja ovat seksuaalinen väkivalta ja hyväksikäyttö, laiminlyöminen ja kaltoin kohtelu, hengellinen väkivalta sekä kemiallinen, taloudellinen ja rakenteellinen väkivalta. (Perheväkivallan muodot, 2009.) Maailman terveysjärjestö (WHO) jakaa väkivallan muodot kolmeen päätyyppiin. Nämä ovat ihmisten välinen väkivalta, ihmisen itseensä kohdistama väkivalta ja kollektiivinen eli yhteisöllinen väkivalta. (Koko perhe kierteessä 2007, 16.) Vuonna 2004 tehdyn tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää Niuvanniemen oikeuspsykiatrisen sairaalan henkilökunnan kokemuksia sairaalassa esiintyvistä väkivallasta. Tutkimuksen mukaan väkivallan esiintymismuodoista henkinen väkivalta on yleisempää kuin fyysinen väkivalta tai uhkailu. Tutkimuksen mukaan jopa 79 % henkilökunnasta oli kokenut henkistä väkivaltaa. Uhkailua oli kokenut 58 % ja fyysistä väkivaltaa 54 %. (Nikkonen, Tiihonen, Vehviläinen-Julkunen & Vuorio 2009, 4, 6-4.)

Sairaankuljettajiin kohdistuva väkivalta on valtaosaltaan henkistä väkivaltaa kuten sanallista solvaamista, sanallista uhkailua ja huutamista. Henkinen väkivalta voi olla hyvinkin aggressiivista kuten uhkaukset tappaa tai uhkaukset tulla kostokäynneille kotiin. Fyysinenkään väkivalta työtehtävissä ei ole harvinaisia. Yleisimpiä fyysisiä hyökkäyksiä ovat erilaiset kiinnikäymi-

set, estämiset, huitaisut tai lyömiset. Hoitotilanteissa sairaankuljettajia on yritetty purra tai heitä on jopa purtu ja heitä kohti on syljetty. Äärimmäisiä väkivallan muotoja ovat esimerkiksi puukolla, ampuma-aseella tai koiralla uhkaaminen ensihoitotehtävän aikana. (Huttunen & Höök 2007,37.)

#### 4. AGGRESSION KOHTAAMINEN

##### 4.1 Aggressiivisuudesta enteileviä merkkejä

Oman turvallisuuden kannalta olisi hyvä oppia havaitsemaan väkivaltaiseen käyttäytymiseen tai sen mahdollisuuteen viittaavia asioita. Kun opimme havaitsemaan nämä merkit, meillä on paremmat mahdollisuudet rauhoittaa tilanne ja / tai perääntyä riittävän ajoissa. Toisaalta meillä on erilaiset tavat nähdä ja kokea asioita, siksi on hyvin mahdollista, että siinä missä toinen pitää potilaan käyttäytymistä aggressiivisena, toinen ei ole huomannut vielä yhtään mitään. Ennakoimalla ja opettelemalla tunnistamaan tilanteessa piilevät mahdolliset uhkatekijät väkivaltaan on mahdollista varautua ennakolta. On hyvä opetella kiinnittämään huomiota siihen, mitä toinen viestittää toiminnallaan ja olemuksellaan tahtoen tai tahtomattaan. On myös tärkeää muistaa, että taipumus väkivaltaisuuteen ei näy päällepäin. (Isotalus & Saarela 2007,37.)

Hermostuneen, vihaisen ihmisen puhe on äänekästä, ja hän voi uhkailla sekä haistatella. Äkinäinen tunteenpurkaus kertoo usein väkivallan uhasta. Muitakin merkkejä on. Potilaan kävely on hermostunut, olemus on jännittynyt ja kiihtynyt, kädet ovat puristettuna nyrkkiin, huulet on puristettu yhteen ja monet myös purevat hampaitaan yhteen. Tunnusmerkkejä ovat myös kasvojen äkillinen kalpeus ja puhumattomuus, etenkin, jos potilas on juuri keskustellut vuolaasti. Kun potilas valmistautuu fyysiseen voimankäyttöön, raajojen verenkierto alkaa kiihtyä, hengitys on nopeaa, potilas voi hikoilla ja kasvojen lihakset saattavat nykiä. Potilaan katse voi olla tuijottavaa tai hän välttelee katsekontaktia, toisaalta hyökkäykseen valmistautuva voi pyrkiä tulemaan kasvojen kohteensa kanssa. Huomionarvoisena seikkana on pidettävä myös sitä, jos potilaan äänensävy muuttuu epätavallisen ystävälliseksi. Potilaalla voi olla kädessään tai lähellään jotain ”kättä pidempää”. Potilaisiin joilla on jo ennestään tiedossa oleva väkivaltahistoria, on syytä suhtautua varauksella etenkin, jos he ovat päihteiden vaikutuksen alaisena. (Weizmann-Henelius 1997 80-81 ja 114-115 ; Uudenmaan ensihoito hoitotalsolle 2002.; Kaarne, Miettinen 2009,278.)

#### 4.2 Väkivaltatilanteen elinkaari

Joutuessaan väkivallan kohteeksi ihminen käyttää jalkoja paetakseen ja käsiä torjuakseen. Ihminen toimii samalla tavoin kuin eläimet, jos ei ole mahdollisuutta perääntyä: on joko taisteltava tai paettava. Puhutaan ” taistele tai pakene ” - reaktiosta. Toinen vaihtoehto on, että ihminen alistuu ja jähmettyy suojautuakseen. Kolmas vaihtoehto on mitään tekemättömyys ja liikkumattomuus. Näiden fysiologisten ja psyykkisten äärireaktioiden tarkoituksena on parantaa ihmisen selviytymismahdollisuuksia poikkeuksellisissa tilanteissa. Niin eläimillä kuin ihmisillä nämä kolme toimintatapaa ovat edelleen käytössä. (Nurmi 2006,65.)

Väkivaltatilanteen kulun voi jakaa seitsemään eri vaiheeseen. Esivaiheessa henkinen paine alkaa kohota. Tehtävän esitietoina on esimerkiksi väkivaltatilanne, päihteet tai levoton mielenterveyspotilas. Varoitusvaihe alkaa saavuttaessa tehtäväpaikalle, kun odotetaan kontaktia tai se on jo syntynyt kohdehenkilöön tai henkilöihin. Kolmas vaihe käynnistyy, kun tilanne uhkaa ryöstäytyä käsistä ja fyysinen koskemattomuus on uhattuna, tällöin puhutaan kiristymisvaiheesta. Purkausvaiheessa puolustautuminen on käytössä. Tällaisessa tilanteessa on mahdollinen hengenvaara. Jälkivaihe alkaa, kun välitön uhka on torjuttu. Tointumisvaihe puolestaan tarkoittaa, että tilanne on ohi ja uhka on väistynyt. Vakautumisvaihe on tilanteen viimeisin. Se saattaa kestää tilanteen mukaan jopa useita kuukausia. Tässä vaiheessa aletaan sisäisesti työstää tapahtunutta pyrkien ymmärtämisen ja hyväksymisen kautta tasapainottamaan henkinen paine, joka heittelee ylös ja alas tasaantuen pikkuhiljaa ajan myötä. (Huttunen & Höök 2007,17-18.)

#### 4.3 Kommunikointi väkivaltaisen potilaan kanssa

Vuorovaikutussuhteen syntymisessä luottamus on keskeinen tekijä. Hoitosuhde on tavoitteellinen, tietoinen ja sillä on aina hoidolliset päämäärät. Potilaan autetuksi tuleminen on keskeinen päämäärä, potilas ja hoitaja ovat hoitosuhteessa vastuussa hoidolliseen päämäärään pääsemisestä. Aito kiinnostus toista henkilöä ja hänen ongelmiaan kohtaan ovat perusta hyvälle hoitosuhteelle. Hoitajalta edellytetään itsetuntemusta, jotta hän kykenee keskustelemaan ja toimimaan tilanteen vaatimalla tasolla sekä asettumaan potilaan asemaan. Potilaan itsearvostuksen tukeminen on yksi hoitotyön tärkeimmistä tavoitteista. (Koskelin, Mäntypuro, Piippo, Tuononen & Åström 2002, 12.)

Vuorovaikutustilanteissa viesti kulkee sanallisesti ja ei- sanallisesti ihmiseltä toiselle. Sanattoman viestinnän nimitys kuvastaa sitä, mihin alueelle kiinnitetään erityinen huomio. Ilmeet, eleet, kehon kieli, katse sekä silmien liikkeet ovat esimerkkejä sanattomasta viestinnästä. Sanallinen ja sanaton viestintä kulkevat käsi kädessä, ja jos viestit ovat sopuoinnussa keskenään, ne vahvistavat toisiaan. (Työministeriön julkaisu 1994, 17-18.) Ongelmallinen vuorovai-

kutussuhde tai sen puutteellisuus ovat keskeisempiä tekijöitä aggression tai väkivaltaisen käyttäytymisen syntymisessä. Sairaankuljettaja vaikuttaa aina omalla toimintatavallaan ja asenteellaan potilaan käyttäytymiseen. Esimerkiksi päihtyneeseen potilaaseen saatetaan suhtautua usein vähätellen tai töykeästi. (Kaarne, Miettinen 2009, 272-273.)

Tarkasteltaessa vuorovaikutustilannetta keskeisin tekijä on viestintä. Viestintä voidaan jakaa verbaaliseen ja nonverbaaliseen viestintään. Vuorovaikutustilanteessa nonverbaalisella viestinnällä on verbaalista viestintää tärkeämpi merkitys. Eleillä, ilmeillä, asennoilla sekä äänenpainolla ja sävyllä on ratkaiseva vaikutus etenkin silloin, kun potilas on kiihtynyt. Potilaan ollessa kiihtynyt sanoilla (verbaalinen viestintä) on tällöin hyvin pieni merkitys. (Kaarne, Miettinen 2009, 274.) Ylikonstaapeli Jussi Komokallio painottaa niin ikään kehonkielen merkitystä väkivaltaisen potilaan kohtaamisessa. (Luento 2004.) Komokallion mukaan oman asennon tulisi olla mahdollisimman avoin esim. kädet vartalon vierellä kämmenet eteenpäin. Käsien ”puuskaan” laittaminen voi antaa vihamielisen vaikutelman. Hän kehottaa myös pitämään potilaaseen, jos mahdollista, niin sanotun L-asennon. Asennossa hoitaja on kylki potilaaseen päin.

Kiihtyneen ihmisen on vaikea omaksua tietoa, joten lauseiden pitäminen lyhyinä ja selkeinä on tärkeää. (Kaarne, Miettinen 2009, 275). Uhkaavasti, vihamielisesti tai aggressiivisesti käyttäytyvän potilaan kanssa tulisi toimia rauhallisesti. On myös tärkeää välttää monien eri ihmisten samanaikainen puuttuminen tilanteeseen. Jos mahdollista, tilanteen turvallisuus ja riskitekijät tulisi pyrkiä arvioimaan etukäteen. Vihamielisesti käyttäytyvän potilaan kanssa on kommunikoidava selkeästi ja ymmärrettävästi, häneen on pidettävä katsekontakti ja häntä on puhuteltava omalla nimellä. (Arvela, Havio, Inkinen, Mattila, Partanen, Sinnemäki, Strömberg, Sutinen & Syysmeri 2000, 193- 194.)

Kun potilas osoittaa aggressiivisuuden merkkejä, on tärkeää pysyä itse rauhallisena. Potilaalle on pyrittävä myös puhumaan rauhallisesti ja asiallisesti. Hänelle olisi osoitettava, että häntä kuunnellaan ja hänen asiansa otetaan tosissaan. Uhkaavassa tilanteessa ei saa ryhtyä väittelemään, niin ikään potilasta ja hänen käytöstään olisi vältettävä arvostelemasta. Potilasta ei saa siis nolata, väheksyä, syyttää tai uhkailla. Häntä tai hänen käytöstään ei saa myöskään paheksua. Arvostelu voi provosoida potilasta. Potilaaseen olisi pidettävä riittävä etäisyys, koska potilas voi, ainakin aluksi, kokea lähelle tulon uhkaavana. (Uudenmaan ensihoito hoitotasolle, 2002.)

#### 4.4 Puolustautuminen

Ennakointi voi koitua pelastukseksi. Turhia riskejä ei siis kannata ottaa koskaan. Aggressiivisen tai aggressiiviseksi tiedetyn potilaan luokse ei pidä mennä yksin. Pakoreittiä kannattaa miettiä jo valmiiksi ja huoneessa ollessaan on pysyttävä aina oven puolella. Uhkaavasti käyttäytyvälle potilaalle ei saa kääntää selkää. Kun uhka on ilmeinen, turvallisinta on perääntyä

ja, jos potilas hyökkää, on juostava karkuun, jos se suinkin on mahdollista. Kiinni jouduttaessa sidonnasta tai purennasta on yritettävä irrottautua. Irrottauduttuaan otteesta sairaankuljettajan on juostava pakoon ja hälytettävä apua. Työtehtävissä lisäavun saaminen voi kuitenkin kestää, joten ainoa avun antaja on paikalla oleva työpari. (Uudenmaan ensihoito hoitotasolle, 2002.) Jos irtaantuminen ei onnistu, voi hätävarjelun nimissä käyttää irrottautumiseen väkivaltaisiakin otteita tai apuvälineitä (Kaarne, Miettinen 2009, 279). Hyökätessään potilas on varma voitostaan, hän uskoo voittavansa minkälaisen vastarinnan tahansa. Raivostuneen potilaan taltuttamiseksi tarvitaan yleensä enemmän kuin kaksi henkilöä. Ensisijaisesti potilaan taltuttaminen on poliisin tehtävä ja poliisit on siihen myös koulutettu. (HUS 4, 2002.) Jos kuitenkin hoitaja joutuu itse tarttumaan väkivaltaiseen potilaaseen, on toimittava päättäväisesti, empiä ei saa (Weizmann- Henelius 1997,133). Voimankäyttö ja sen yhteydessä mahdollisesti syntyneet vammat on jälkikäteen dokumentoitava (Uudenmaan ensihoito hoitotasolle, 2002).

#### 4.5 Aggressiivisen potilaan rauhoittaminen

Huutavan ja uhkaavasti käyttäytyvän henkilön käyttäytymiseen tulee puuttua. Kommunikointi voi olla vaikeaa, etenkin jos potilas on päihteiden vaikutuksen alaisena. Potilaalle on osoitettava, ettei hänen käytöstään hyväksytä, ja että tilanteeseen tullaan puuttumaan, jos hän jatkaa samalla tavalla. Tiukka ja selkeä ote auttaa usein potilasta hillitsemään itseään. Aggressiivinen potilas tulisi saada istumaan. Istuminen rauhoittaa, istuma- asennosta on vaikea lyödä ja nouseminen vie aikaa, mikä tekee tilanteen turvallisemmaksi. Myös sivullisten poistaminen kannattaa; kun ”yleisöä” ei ole, ei ole myöskään ketään, joiden silmissä tulee voittaa tai joiden silmissä ei saa hävitä. (Weizman- Henelius 1997, 129-133.)

Potilaalle voi esittää vaihtoehtoja, joista hän voi valita tietäen toimintansa seuraukset, näin hän ei ehkä niin herkästi koe, että hänet pakotetaan johonkin (Weizman- Henelius 1997, 129-133). Edellä mainittu potilaan itsemääräämisen huomioiminen, esimerkiksi antamalla hänelle mahdollisuus valita tilanteen vaatima ratkaisu, kuuluu de-eskalaatiotaitoihin. De-eskalaatiolla tarkoitetaan tietoisesti käytettyjä verbaalisia ja nonverbaalisia vuorovaikutustaitoja, joiden tarkoituksena on pyrkiä muuttamaan potilaan kiihtymys tyyntyvään suuntaan. Suuntaamalla potilaan huomio kiihtymystä vähentävään toimintaan, pystytään potilasta auttamaan takaisin kohti oman itsensä hallintaa. De-eskalaation tavoitteena on aggressiivisen potilaan hoitaminen vähiten rajoittavalla tavalla ja vähiten rajoittavassa ympäristössä. (Pilli 2009,6-7.)

Toisinaan käy niin, ettei ”rauhallinen” rauhoittaminen auta, ja tällöin on siirryttävä pakko-toimenpiteisiin. Kun kaikki muut mahdolliset keinot on käytetty tai ne ovat epäonnistuneet ja väkivallan uhka on ilmeinen, on fyysinen rajoittaminen viimeisin keino. Fyysinen rajoittami-

nen alkaa kiinnipitämisellä. Pyrkimys on mahdollisimman kivuttomaan rajoittamiseen. Otteet ja kiinnipitokeinot ovat turvallisia, ja niissä pyritään huomioimaan kehon luonnolliset liikera-dat. Ensisijaisena tarkoituksena on hallita vaarallinen tilanne. (Leppänen 2004, 23-24.) Jos edellä mainittukaan ei auta, potilas voidaan sitoa ns. lepovyöllä tai hänet voidaan eristää, jos toimipaikasta löytyy siihen turvallinen huone. Ns. tahdosta riippumaton hoito perustuu mie-lenterveyslakiin. Tarkoituksena on estää potilaan itseensä tai muihin kohdistuva vahingollinen käyttäytyminen ja turvata tarvittavan hoitotoimen suorittaminen. Lääkkeelliseen rauhoittami-seen, mikä on myös mahdollista, tarvitaan lääkärin ohjeistus. Fyysiseen rajoittamiseen johta-nut tilanne, kiinnipitotapahtuma ja sen vaikutus potilaaseen tulee kirjata mahdollisimman tarkasti, koska kirjaaminen vahvistaa myös työntekijän oikeusturvaa. (Pilli 2009,5,8,10; Weizman- Henelius1997 129-133.)

## 5. DEFUSING, DEBRIEFING

Väkivaltatilanteet ovat pelottavia tilanteita myös terveydenhuollon ammattilaisille. Ne voivat aiheuttaa psyykkisiä reaktioita, joihin voi liittyä ahdistuneisuutta, itesyytöksiä ja pelkoa. Jos työntekijä on joutunut väkivallan uhan tai väkivallan kohteeksi, tapahtumasta puhuminen ja sen purkaminen jälkeenpäin lievittävät tilannetta ja auttavat varautumaan tuleviin tilantei-siin. (Isohanni, Larivaara, & Winblad 1996, 28.)

Purkukeskustelu eli defusing pitäisi tapahtua heti traumaattisen tapahtuman jälkeen. Tarkoi-tus on purkaa kokemuksia ja tunteita, ikään kuin ”tuulettaa ajatukset” jotta päästäisiin pa-laamaan takaisin normaaliin tilanteeseen ja suunnittelemaan tulevaa. Purkukeskustelu on eri-tyisen tarpeellinen ammattiauttajille, jotka joutuvat usein alttiiksi stressille pelastustoimin-nassa. Keskustelun tavoitteena on palauttaa työkyky nopeasti. Keskusteluissa on ulkopuolinen vetäjä, joka on saanut koulutuksen purkukeskustelun vetämiseen.

Jälkipuinti eli debriefing pidetään, kun traumaattisesta tapahtumasta on kulunut yhdestä kolmeen vuorokautta. Se on suunniteltu määrämuotoinen istunto. Istunnossa käsitellään kaik-ki traumaattisen tapahtuman tiedot ja tosiasiat. Traumaattisen tapahtuman herättämät oi-reet ja tunteet käydään läpi. Jälkipuinnin tarkoituksena on antaa myös ohjausta stressin hal-lintaan sekä vahvistaa selviytymiskeinoja. Sekä purkukeskustelun että jälkipuinnin tarkoituk-sena on lievittää ja ennaltaehkäistä traumaattisen tapahtuman jälkivaikutuksia. Keskusteluis-sa ei ole kysymys hoidosta tai terapiasta. Jälkipuinnin vetäjinä toimivat yleensä kriisiryhmien tai seurakuntien työntekijät, mielenterveystyön ammattilaiset tai SPR:n työntekijät. (Kiilto-mäki & Muma 2007, 25- 26.) Jälkipuinti on työyhteisössä tehokas työympäristöä kohentava psykososiaalinen toimenpide. Tämä tarkoittaa lähinnä sitä, että organisaatio ja sen jäsenet

saavat opetusta ja tietämystä yksilön ja ryhmän psykologisista valmiuksista. Tällä luodaan myös uusia myönteisiä asenteita. Tämän myötä syntyy ilmapiiri, joka kannustaa käsittelemään voimakkaitakin kokemuksia. (Hammarlund 2004.109.)

## 6. VÄKIVALTA TERVEYDEN HUOLTOALALLA

### 6.1 Väkivaltainen potilas

Terveydenhuoltoalalla työskentelevät joutuvat varmasti enemmän tai myöhemmin kohtaamaan aggressiivisesti käyttäytyvän potilaan. Aggressio voi kohdistua hoitohenkilökuntaan, muihin paikalla oleviin ihmisiin (muut potilaat, omaiset), esineisiin tai myös potilaaseen itseensä. Aggressiivisuus voi esiintyä niin fyysisenä vahingoittamisyrityksenä kuin myös henkisenä väkivaltana, esimerkiksi haistatteluna tai uhkailuna. (Tohtori.fi 2006.) Potilaan väkivaltainen käyttäytyminen voi johtua monista eri syistä. Taustalla voivat olla esimerkiksi päihtymys, huumausaineet, delirium ja monet somaattiset sairaudet sekä psykoottisuus tai esimerkiksi persoonallisuushäiriöt. (Alaspää, Kuisma, Rekola & Sillanpää 2003, 448.)

Miehet syyllistyvät huomattavasti naisia useammin väkivaltaisiin tekoihin. Suomessa ikäryhmittäin eniten häiriökäyttäytyvät 15 - 30 -vuotiaat miehet, kun taas henkirikoksia tekevät eniten keski-ikäiset miehet. Väkivaltaan liittyy usein päihteiden käyttö. Tyypillisesti väkivaltaisuuden syyllistyvä mies on alkoholin käyttäjä. Hän on eronnut tai naimaton sekä impulsiivinen ja antisosiaalinen. Aggressiivinen käytös voi saada kimmokkeen tilanteessa, jossa potilaalta joudutaan epäämään jotain tai rajoittamaan hänen toimintaansa: jos potilas ei saa esimerkiksi sairaalomaata tai hän ei saa haluamaansa hoitoa, kuten tiettyjä lääkkeitä. Aggressiivisuuteen voi johtaa myös tilanne, jossa joudutaan toimimaan potilaan tahdonvastaisesti, ottamalla hänet esimerkiksi pakkohoitoon. Viranomaisia ja auttajia uhataan yhä useammin ja itsekkyyks lisääntyy. (Weizmann- Henelius 1997,81-84 ; Huttunen, Höök 2007, 13-14.)

### 6.2. Aggressio ja päihteet

Alkoholilla, huumeilla ja lääkkeillä on suuri vaikutus ihmiseen aineina, jotka laukaisevat aggressiivisuuden. Useimmat väkivaltarikokset tehdään päihteiden vaikutuksen alaisina, valtaosa alkoholin vaikutuksen alaisena. Päihtymys yksistään ei johda aggressiivisuuteen kaikissa ihmisissä tai tilanteissa. Päihtymys kuitenkin saattaa lisätä väkivalta- alttiutta. Alkoholin yhtenä psykofysiologisia vaikutuksia välittävänä tekijänä ovat henkilön yksilölliset persoonallisuuden piirteet. Aggressiivisuuteen ja impulssivisuuteen taipuvaiset ihmiset saattavat käyttäytyä väkivaltaisesti myös tilanteissa, joihin ei liity alkoholin käyttöä. Tutkimusten mukaan alkoholi-

liannosten lisääntyessä myös aggressiivisuus lisääntyy. Epäsosiaalinen persoonallisuushäiriö sekä heikko sosiaalinen sitoutuminen saattaa lisätä samanaikaisesti taipumusta aggressiivisuuteen sekä runsaaseen alkoholin käyttöön. Aggressiivisuuden lisääntymiseen vaikuttaa ilmeisesti myös itse aineen ominaisuudet ja sosiaaliset odotukset tai näiden yhteisvaikutus. Sosiaalisten odotusten myötä, ihminen on oppinut, että humalassa voi tehdä asioita, joita ei voi tehdä selvin päin. Persoonallisuuden piirteiden ilmenemistapaan vaikuttaa käyttäytymismallit ja asenteet. (Koko perhe kierteessä 2007, 46; Weizmann-Henelius 1997, 19-23.)

Rauhoittavien lääkkeiden käyttäjät voivat yllättäen, ilman näkyvää syytä, käyttäytyä aggressiivisesti. Tähän ryhmään kuuluvien lääkkeiden onkin todettu vaikuttavan väkivaltaisuutta lisäävästi melkein yhtä paljon kuin alkoholin. Huumausaineista amfetamiinin, kokaiinin, kannabiksen, hasiksen ja marihuanan tiedetään aiheuttavan ärtymystä ja vihamielisyyttä. Amfetamiinin suonensisäisen käytön tiedetään johtaneen väkivaltaiseen käytökseen ja kokaiinin ja hasiksen käyttö lisää myös epäluuloisuutta, mikä puolestaan voi johtaa väkivaltaisiin tekoihin. Aggressioita lisäävä vaikutus on sitä suurempi, mitä voimakkaammasta ja nopeavaikutteisemmasta aineesta on kyse. Suurimpaan väkivaltariskiä johtaa eri aineiden sekakäyttö. (Weizmann-Henelius 1997, 19-23.)

### 6.3. Psykiatrinen potilas

Weizmann-Heneliuksen (1997,24) mukaan useissa tutkimuksissa on osoitettu, että psyykkisesti sairaat henkilöt syyllistyvät useammin väkivaltaisiin tekoihin. Psykkisten sairauksien on todettu lisäävän niin miehillä kuin naisilla rikollista käyttäytymistä, joka johtaa aggression ilmentymiseen. Näillä ihmisillä on myös taipumusta erilaisten päihteiden käyttämiseen. Hirschovitsin, Holmbergin & Kylmäsen (2008,13) mukaan hoitotyössä puhutaan mielenterveys- ja päihdehäiriöiden tai ongelmien yhteisesiintyvyydestä. Tämä termi kuvaa potilaan tilannetta yhteiskunnallisessa ja hoidollisessa kontekstissa paremmin, potilaan voimavarojen ja ongelmien nähdään muodostuvan moniulotteisista ja limittäin esiintyvistä kokonaisuuksista. Jos potilaalla on päihdehäiriön lisäksi vähintään yksi mielenterveydenhäiriö, puhutaan kaksoisdiagnoosista, joka on monihäiriöisyyteen viittaava tila. (Lääkärin tietokannat, 2009). Aggressiivisuuden ilmentymien riippuu pitkälti siitä millä tavalla ihminen on psyykkisesti sairas. Väkivaltaista kiihtyneisyyttä liittyy erityisesti maanisiin tiloihin. Niin ikään ihmiset, jotka sairastavat skitsofreniaa ja jolla ilmenee paranoidisuutta, ovat alttiimpia uhkaavalle käytökselle ja väkivaltaisille teoille. (Reinikainen & Viirtala 2008,13-14.)

Psyykkisiä sairauksia on monia eri muotoja, mutta väkivaltariskin ja psyykkisen sairauden välillä on selvä yhteys. On olemassa selviä tutkimustuloksia, jotka kiistatta todistavat riskin kasvun väkivaltaiseen käyttäytymiseen psyykkisesti sairailta ihmisillä. Psyykkisesti sairailta ihmisillä on usein puutteellinen oman käyttäytymisen hallinta ja impulssikontrolli. Niin ikään puut-

teellinen ahdistuksensietokyky ja myötäelämisenkyky ovat piirteitä henkilölle joka on taipuvainen väkivaltaisuuteen. (Jaakkola ym. 2004, 95-96.)

Psykooseihin liittyy moninkertaisesti suurentunut väkivaltaisen käyttäytymisen riski, jota samanaikainen päihdeongelma kasvattaa vielä huomattavasti. Psykoosilla tarkoitetaan tilaa, jossa potilaan todellisuudentaju on häiriintynyt. Psykoosiin liittyy usein outoa käytöstä, aistiharhoja ja harhaluuloja. Psykoottinen potilas voi hahmottaa oman tilansa täysin päinvastaisesti kuin hoitavat henkilöt. Hän ei ymmärrä tarvitsevansa hoitoa ja voi kokea olonsa täysin normaaliksi. (Koponen & Sillanpää 2005,396.)

## 7. VÄKIVALTA ENNALTAEHKÄISEVÄ KOULUTUS

### 7.1 Mikä on MAPA?

MAPA (Management of actual or potential aggression) tarkoittaa suomenkielellä väkivaltilanteiden ehkäisyä ja turvallisen hoidon koulutusohjelmaa. Aggression hoidollinen hallinta (AHHA), väkivaltilanteiden ehkäisy ja turvallinen hoitomalli (VETH), hallittu terapeutti fyysinen rajoittaminen (HTFR) ja hallittu fyysinen rajoittaminen (HFR) ovat eri nimityksiä samalle koulutukselle ja menetelmälle. MAPA on edellä mainituille yhdistävä termi ja tässä opinnäytetyössä käytämme MAPA nimeä.

MAPA on perustettu Englannissa. MAPA- menetelmää saavat opettaa koulutuksen periaatteiden mukaan koulutetut ja pedagogisia valmiuksia omaavat terveydenhuollon ammattilaiset. (Mapa kouluttaja- koulutus, 2007.) Suomessa MAPA- koulutusta saavat antaa koulutetut sosiaali- ja terveysalan ammattilaiset, jotka ovat suorittaneet kouluttajakoulutuksen hyväksyttyä. MAPA- kouluttajakoulutusta järjestetään yhteistyössä Laurea ammattikorkeakoulun, Englantilaisien kouluttajien (Positive Option´s) ja MAPA- Finland ry:n kanssa. (Mapa-Finland 2008.)

MAPA- Finland toimintamallin koulutus perustuu Englannissa Reaside`n oikeuspsykiatrian klinikalla suunniteltuun menetelmään. Menetelmässä on keskeistä väkivaltilanteiden välttäminen ja ennakointi hoidollisen vuorovaikutuksen ja toiminnallisuuden keinoin. Jollei väkivaltaisuuden suuntaan kehittyvän käyttäytymisen rauhoittaminen muuten onnistu, turvaudutaan tarvittaessa potilaan fyysiseen kiinnipitämiseen. Kiinnipitäminen perustuu luonnollisten liikeratojen kivuttomaan ja hallittuun rajaamiseen sekä samanaikaisesti hoidolliseen vuorovaikutukseen. (Mapafinland 2008.)

## 7.2 MAPA: n historiaa

Suomessa hoitohenkilökunnan kouluttaminen toimimaan väkivaltatilanteissa organisoidusti ja turvallisesti aloitettiin ensimmäisen kerran vuonna 1994 Kellokosken sairaalassa. VETH -metodi onkin alkujaan kehitetty edellä mainitussa sairaalassa. Vuonna 1999 aloitettiin henkilöstön systemaattinen väkivallan hallintakoulutus Kellokosken sairaalan nuorisopsykiatrian yksikössä. Koulutuksen organisoivat ja toteuttivat sairaalan omat kouluttajat, jotka olivat itse kouluttautuneet Englannissa syksyllä 1999 ja 2000. Koulutus levisi muutamien vuosien aikana kattamaan koko sairaalan henkilöstön ja kaikki ammattiryhmät. (Defconsys 2008.)

Lisääntyneen kysynnän vuoksi Kellokosken sairaalan kouluttajat alkoivat vuonna 2001 viedä VETH- toimintamallin koulutusta muihin sairaaloihin ja ammattikorkeakouluihin ympäri Suomea. VETH- toimintamallin kouluttajat työskentelivät edelleen päätoimisesti hoitoalalla ja heillä oli vankka kokemus toimintamallin koulutuksen organisoinnista, suunnittelusta ja toteuttamisesta Kellokosken sairaalan ajoilta. (Defconsys 2008.)

Kouluttajien tavoitteena Jo alussa kouluttajien tavoitteena oli yhtenäistää väkivallan hallintakoulutukset sosiaali- terveysalalla Suomessa. Tavoitteena oli aikaansaada Suomeen ensimmäinen kansallinen kouluttajakoulutus. Ensimmäinen kansallinen MAPA- Finland kouluttajakoulutus toteutui vuonna 2005 Laurea- ammattikorkeakoulussa. Tavoitteena on kehittää toimintamallia edelleen vastaamaan vieläkin paremmin koko sosiaali- ja terveysalan toimintakentän tarpeita Suomessa. Vuonna 2007 perustettu MAPA- Finland ry yhdistys organisoii täydennyskoulutusta ja pitää yllä kouluttajarekisteriä. (Defconsys 2008.)

## 7.3 MAPA menetelmänä

Keskeistä MAPA menetelmässä on väkivaltatilanteiden ennakointi ja välttäminen hoidollisen vuorovaikutuksen ja toiminnallisuuden keinoin. MAPA on ”turvallisia aggression hallinnan otteita” potilaan voimat ja turvallisuus huomioon ottaen. MAPA- menetelmässä tarkoitus on opettaa kokonaisvaltaista väkivaltatilanteiden hallintaa, ennusmerkkien tunnistamista ja selkeän yhteisen mallin käyttämistä väkivaltatilanteissa. Tarkoitus on tuoda varmuutta ja turvallisuutta molemmille osapuolille. (MAPA kouluttaja- koulutus 2007.)

MAPA ei ole pelkästään hoidollisen fyysisen rajoittamisen menetelmä vaan yhtenäinen toimintamalli kontrolloida, ehkäistä ja ennakoida väkivaltaista käyttäytymistä sosiaali- ja terveysalan yksiköissä. MAPA eroaa muista fyysisen rajoittamisen menetelmistä siten, että interventiot nähdään teknisen osaamisen ja toiminnan lisäksi nähdään interventiot osana laajempaa kokonaisuutta: turvallisuuskulttuuri osana turvallisempaa työkuulttuuria ja pyrkimys vuorovai-

kutukseen hoidettavan henkilön kanssa. Rajoittavia kivuliaita lukko- otteita ei käytetä ja rajoitettavaa henkilöä suojellaan vahingolta. (Defconsys 2008.)

MAPA- toimintamallissa toimitaan aina pari- tai ryhmätyössä rajoittamistilanteissa. Uhkatilanteita pyritään välttämään sekä tarvittaessa puolustaudutaan tai irtaudutaan. Lailliset, eettiset ja ammatilliset perusteet itsensä puolustamiselle sekä hoidettavan potilaan fyysisille rajoittamisille ovat niin ikään MAPA toimintamallissa huomionarvoisessa asemassa. Hoitomallissa huomioidaan myös yksilöllisten interventiomien kehittämisen, riskinhallinta, työturvallisuus, henkilö - ja potilasturvallisuus, sekä tilanteen ja prosessin hallinta rajoittamistilanteissa. (Defconsys 2008.)

#### 7.4 Eettisyys

Sairaanhoitajan eettisten ohjeiden mukaan sairaanhoitaja suojelee ihmiselämää ja edistää yksilöllistä hyvää oloa, kunnioittaen potilaan itsemääräämisoikeutta. Sairaanhoitaja kohtaa potilaan arvokkaana ihmisenä ja luo hoitokulttuurin, jossa otetaan huomioon yksilön arvot, vakaumus ja tavat. Sairaanhoitaja toimii tehtävässään oikeudenmukaisesti. Hän hoitaa jokaista potilasta yhtä hyvin ja kunkin yksilöllisen hoitotarpeen mukaan, riippumatta potilaan terveysongelmasta, kulttuurista, uskonnosta, rodusta, ihon väristä, tai yhteiskunnallisesta asemasta. (Kalkas, Sarvimäki 1996, 205.)

Eettisten ohjeiden mukaisesti MAPA- menetelmän arvoperustaan kuuluvat potilaan perusoikeuksien säilyttäminen sekä epäinhimillisen ja alentavan kohtelun välttäminen. Potilas kohdetaan yksilönä, samanarvoisena, arvokkaasti ja kunnioittaen. Potilaalla on valinnanvapaus ja vaikutusmahdollisuus. MAPA- menetelmän mukaan, tavoitteena on vaarojen ja haittojen ennaltaehkäisy ja välttäminen. Avainasemaan nousevat hoitajan tiedot, taidot sekä asenne. Fyysinen väliintulo tehdään vasta kun muut vaihtoehtoiset keinot eivät onnistu tai potilaan käyttäytyminen näyttää johtavan vahingolliseen käyttäytymiseen muita tai häntä itseään kohtaan. Fyysisessä väliintulossa tarkoituksena on estää potilasta vahingoittamasta itseään tai muita sekä saada kommunikointiyhteys potilaan ja hoitajan välille. Hoitaja pyrkii tukea antavaan vuorovaikutukseen potilaan kanssa. Aggressiiviseen käyttäytymiseen ei vastata aggressiivisella käytöksellä. Edellä mainittu mahdollistaa potilaan luottamuksen ansaitsemisen. (Pilli 2009, 5-8.)

## 8. OPINNÄYTETYÖN PROSESSI

### 8.1 Ajatuksesta toimintaan

2.12.2006 järjestettiin Helsingin Ambulanssipalvelu Oy:n ja Leppävaaran Ambulanssi Oy:n työntekijöille koulutus, jossa aiheena oli henkilöstöturvallisuus. Koulutus koettiin henkilökunnan puolesta tarpeelliseksi ja sille toivottiin jatkumoa. (Aarnio, 2007.) Edellä mainittu koulutus ei tavoittanut toivottua kohderyhmää johtuen mitä ilmeisimmin koulutuksen vapaaehtoisuudesta. Helsingin Ambulanssipalvelu Oy:stä koulutukseen osallistui vain neljä työntekijää. Opinnäytetyömme aihe on tämän vuoksi tarkoitus suunnata Helsingin Ambulanssipalvelu Oy:n työyhteisöön. Korsisaaren ambulanssipalvelun yksikön päällikkö Mikko Jalkanen sekä Helsingin Ambulanssipalvelu Oy:n sairaankuljetusesimies Helena Öini ovat vahvasti sitä mieltä, että tarvetta koulutukseen on. Koulutusta varten on myös luvattu mahdollisesti tarvittava rahoitus.

Opinnäytetyömme tulee olemaan sidoksissa MAPA koulutusohjelman kehittämiseen Laureassa. Hankekumppanina toimii Defconsys, joka toteuttaa koulutuksen. MAPA- koulutusta ei ole koskaan pidetty sairaankuljettajille, joten koulutus ja siitä saadut kokemukset ovat ensiarvoisen hyödyllisiä suunniteltaessa mahdollisia tulevia koulutuksia. Tarkoituksenamme on, että Helsingin ambulanssipalvelun työntekijöille järjestettävän koulutuksen tulevat pitämään MAPA-kouluttajat. Näin työntekijät saavat asiantuntevaa opastusta ja ohjausta väkivaltaisen ihmisen kohtaamiseen.

### 8.2 Toteutus

Työstämme aiheesta teoreettisen viitekehyksen ja olemme mukana suunnittelemassa yhdessä koulutuksen pitäjän kanssa koulutuksen sisältöä ja toteuttamassa koulutustilaisuutta Helsingin ambulanssipalvelun työntekijöille. Koulutuksen tarkoituksena on, että työntekijät oppisivat tunnistamaan mahdolliseen väkivaltaan viittaavat merkit ja oppisivat kommunikoimaan heidän kanssaan. (Liite 1)

MAPA- Finland toimintamalliin perustuva koulutuksen teoriaosio kostuu seuraavista aihealueista: Aggressiivisen henkilön käyttäytyminen, aggression ja väkivallan määrittäminen hoitotilanteissa sekä väkivaltaisesti tai aggressiivisesti käyttäytyvään potilaaseen liittyvien keskeisten ammattieettisten ja lainopillisten kysymysten tarkasteleminen.

Koulutuksessa opetetaan myös irtautumistaitoja ja tekniikoita niitä tilanteita varten, joissa hoitaja on yksin väkivaltaisen päälle karkaamisen kohteena tai avuksi tulijana tällaisessa tilanteessa. Koulutuksessa koulutetaan käsi ja kuristusotteista irtautumista, tukistus- ja vaate-

otteista irtautumista sekä päälle karkaajan irrottamista toisesta henkilöstä. (Mapafinland 2008.)

Helsingin Ambulanssipalvelu Oy:n työntekijöille järjestettiin MAPA- menetelmää soveltava turvallisuuskoulutus 25.4.2008 (Liite 1.) Koulutus oli vapaaehtoinen, mutta suotava. Koulutukseen osallistui seitsemän työntekijää. Järjestimme ennen koulutusta, välittömästi koulutuksen jälkeen ja noin kuusi kuukautta koulutuksen jälkeen osallistujille kyselyn liittyen väkivaltaan ja turvallisuuskoulutuksen sisältöön. (Liitteet 2- 4.) Osallistujamäärä oli hienoinen pettymys meille opinnäytetyöntekijöille, sillä olisimme toivoneet saavamme opinnäytetyötämme varten enemmän materiaalia koulutuksesta ja sen soveltuvuudesta sairaankuljettajan ammattiin.

### 8.3 Koulutuksen arviointi

Ennen koulutuksen alkua osallistujat vastasivat lyhyesti viiteen kysymykseen. (Liite 2-3.) Tarkoituksena oli kartoittaa osallistujien kokemuksia ja tunteita heidän kohdatessaan välivaltaisesti käyttäytyvä potilas. Halusimme myös tietää mitä tulevalta koulutukselta odotettiin tai toivottiin. Välittömästi koulutuksen jälkeen annoimme osallistujille täytettäväksi toisen kyselykaavakkeen. Tämän kyselyn tarkoituksena oli selvittää osallistujien mielipiteitä itse koulutuksesta. Kysyimme mm. sitä, mitä osallistujat mielestään oppivat, mikä oli hyvää ja oliko joku mahdollisesti huonoa. Tarkoituksena oli myös selvittää, että saiko koulutus muuttamaan suhtautumista väkivaltatilanteisiin. (Liite 4.) Kolmas ja viimeinen kysely lähetettiin osallistujille noin puolen vuoden kuluttua koulutuksesta. Kyselyn myötä halusimme tietää olivatko osallistujat saaneet konkreettista hyötyä koulutuksesta eli oliko se näkynyt jollakin tavalla heidän työtehtävissään. (Liite 5.)

## 9. KOKEMUKSIA JA MIELIPITEITÄ, KYSELYN TULOKSIA SEKÄ JOHTOPÄÄTÖKSIÄ

Keräsimme kokemuksia ja mielipiteitä koulutuksesta kyselyn avulla. Kyselyitä oli kaiken kaikkiaan kolme ja kysymykset oli muotoiltu avoimiksi. Avoimissa kysymyksissä esitetään vain kysymys ja jätetään tyhjä tila vastausta varten. Kyselylomaketta käytettäessä asia kysytään kaikilta vastaajilta täsmälleen samalla tavalla. Saadun aineiston avulla pyritään vertailemaan, kuvailemaan ja selittämään ilmiötä. Kyselyn haittana on kuitenkin mm. se, että ei voida olla varmoja, ovatko osallistujat vastanneet huolellisesti ja rehellisesti, ja myös kato voi nousta suureksi. (Hirsijärvi, Remes & Sajavaara 1997, 122,180,182,185.)

Käsittelimme saamamme vastaukset sisällön erittelyn tavoin. Sisällön erittelyä voidaan pitää yhtenä tapana tehdä sisällön analyysiä. Tavoitteena on löytää aineistosta toimintatapoja, samanlaisuuksia tai eroja. Luimme palautetut kysymyslomakkeet useita kertoja läpi ja sen jälkeen laskimme, montako kertaa esimerkiksi sama ajatuskokonaisuus toistui vastauksista. (Tuomi & Sarajärvi 2003,109- 110.)

### 9.1 Alkukysely koulutukseen osallistuneille

Jokaisella koulutukseen osallistuneella oli jonkinlaisia kokemuksia väkivallasta työssään. Kaikki (7) olivat kokeneet työtehtävissään uhkaavaa käyttäytymistä, uhittelua, haistattelua ja kiinni käymistä. 3(7) oli kokenut potkimista ja lyömistä. 2(7) oli ”paininut” potilaan kanssa ja kokenut myös puukolla uhkausta. Yksi vastaajista kertoi saaneensa tappouhkauksen. Vastauksista ei käynyt ilmi, oliko osa väkivaltatilanteista mahdollisesti omaisten tai muiden paikalla olijoiden aiheuttamia.

Väkivaltaisen potilaan kohtaaminen herätti vastaajissa erilaisia tuntemuksia. Vastaajat kokivat mm. jännitystä, pelkoa ja turhautumista. Vasta-aggression esiintymisen mainitsi kaksi (7) vastaajista. Myös epä tietoisuus ja neuvottomuus olivat monella (4/7) päällimmäisenä tunteena. Ei tiedetty miten toimia ja mitä oikeuksia työntekijällä on väkivaltatilanteessa. Yleisesti oltiin sitä mieltä, että ” ei jaksata tapella” ja poliisien paikalla olo olisi tärkeää.

KOKEMUKSET VÄKIVALLASTA	TUNTEMUKSET VÄKIVALTATILANTEESSA
<ul style="list-style-type: none"> <li>• uhkaavaa käytöstä</li> <li>• kiinni tarttumista</li> <li>• lyömistä</li> <li>• potkimista</li> <li>• ”painia”</li> <li>• puukolla uhkailua</li> <li>• sanallista aggressiivisuutta</li> <li>• nimittelyä</li> <li>• uhittelua</li> <li>• haistattelua</li> <li>• tappouhkaus</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• jännittämistä</li> <li>• turhautumista</li> <li>• neuvottomuutta</li> <li>• vasta-aggressiota</li> <li>• pelkoa</li> <li>• epätietous omista oikeuksista</li> <li>• turvattomuutta</li> </ul>

Kuva 1: Kokemukset ja tuntemukset väkivaltatilanteissa

Jokainen vastaaja toivoi saavansa koulutuksen myötä uutta tietoa ja taitoa väkivaltatilanteiden varalle, ”hyviä eväitä käytännön työhön”

Poliisin antamaa koulutusta oli saanut 4 (7) vastaajista, 2 (7) oli saanut koulutusta opiskellessaan alalle ja yksi vastaaja ilmoitti, ettei ollut saanut minkäänlaista koulutusta väkivaltatilanteisiin liittyen.

Vastaajista 6(7) kykeni kertomaan väkivaltaan liittyviä ennakoivia merkkejä. Vastaajat mainitsivat ennakoiviksi merkeiksi mm. nyrkkien puristelun sekä potilaan hermostuneen ja levottoman olon. Pälyilyä ja verbaalista uhkailua pidettiin myös ennakoivina merkkeinä. Yleensä ottaen potilaan puhetapaa ja käyttäytymistä havainnoimalla vastaajat arvelivat kykenevänsä ennakoimaan mahdollisen väkivaltatilanteen.

Yhteenvedon voidaan todeta, että väkivaltatilanteet ja niihin joutuminen on yleistä sairaankuljettajan työtehtävissä. Enemmän tai myöhemmin sairaankuljettaja joutuu tilanteeseen missä potilas (myös omainen tai muu henkilö) osoittaa aggression merkkejä. Oma työturvallisuus on tällöin aina uhattuna.

## 9.2 Välittömän palautekyselyn ja jatkokyselyn tulokset

Jokainen vastaaja oli koulutuksen antiin tyytyväinen. Odotukset olivat olleet korkealla ja pettymystä koulutusta kohtaan ei ilmennyt. Vastaajat 6(7) kokivat oppineensa turvallisia irtaantumistekniikoita, kiinnipitotaitoja ja tilanteen hallintaa potilasta vahingoittamatta. Teoriaosuuteen oltiin niin ikään tyytyväisiä, ”hyvää teorian tietoa aggressioiden synnystä ja käytösmalleista”.

5(7) vastaajaa mainitsi erityisesti vastauksissaan pystyvänsä hyödyntämään saamaansa koulutusta työtehtävissään. Etenkin irtaantumistaitojen osaamiseen uskottiin 4 (7) vahvasti. Vastaajista 2(7) oli sitä mieltä, että koulutus lisäisi työturvallisuutta ja ymmärrys sekä ennakointi väkivaltaista potilasta kohtaan lisääntyisivät. Myös pelon väheneminen oli yhden vastaajan mielestä koulutuksesta saatu hyöty, toisaalta yksi vastaaja(7) oli sitä mieltä, että oma käytös ei tule muuttumaan mitenkään. Pettymystä koulutukseen ilmaistiin koulutuspäivän lyhyttä kohtaan 3(7) ja osallistujamäärän vähyyttä harmiteltiin 2(7).

Puoli vuotta koulutuksen jälkeen suhtautuminen uhkaavaan tilanteeseen oli kahden (3) vastaajan mielestä muuttunut itsevarmempaan suuntaan. He kokivat käyttäytyvänsä itse uhkatileteissa rauhallisemmin. Yksi vastaaja koki, ettei oma suhtautuminen ollut muuttunut mi-

tenkään. Kahden vastaajaan ei ollut tarvinnut hyödyntää koulutuksessa opittuja taitoja mitenkään, sen sijaan yksi vastaaja vastasi hyödyntäneensä irtaantumistaitoa kaksi kertaa. Toinen niistä vastaajista, joka ei ollut taitoja tarvinnut, koki kuitenkin, että teoretieto toimii taustalla ja olo tuntuu turvallisemmalta. Jokainen vastaaja toivoi uutta koulutusta, sillä opitut asiat olivat enemmän tai vähemmän unohtuneet; ”mapa- tekniikoita pitäisi ehdottomasti kerrata, jotta ne olisivat selkärangassa”.

Yhteenvetona voidaan todeta, että MAPA- menetelmän mukainen koulutus vaikuttaisi sopivan erinomaisesti myös sairaankuljetukseen mikä näin ollen lisää työturvallisuutta. Koulutus auttaa suhtautumaan uhkaaviin potilaisiin ymmärtäväisemmin ja lisää itsevarmuutta sekä vähentää ahdistusta ja pelkoa aggressiivisia tilanteita kohtaan. Kertauskoulutusta olisi kuitenkin järjestettävä mahdollisimman nopeasti ennen kuin viimeisetkin opitut asiat ovat unohtuneet mielestä kokonaan.

## 10. POHDINTA

### 10.1 Prosessin arviointi

Prosessi alkoi vuonna 2007. Korsisaaren ambulanssipalvelun eri toimipisteiden sairaankuljettajat olivat kokeneet useita uhka- ja väkivaltatilanteita työssään. Työntekijöille oli järjestetty aikaisemmin koulutus uhka- ja väkivaltatilanteiden kohtaamisesta, mutta osallistujia määrä oli ollut hyvin pieni. Henkilökunta ja esimiehet olivat vahvasti sitä mieltä, että lisäkoulutukselle olisi tarvetta. Tästä syystä saimme ajatuksen päättötyöhömme.

Prosessi käynnistyi hankekumppanin Defconsyksen kanssa, joka on väkivallan hallinta koulutuksia tarjoava yritys. Otimme yhteyttä Defconsyksen kouluttajaan Tommi Kääriäiseen talvella 2008. Hän innostui aiheestamme, koska MAPA- koulutusta ei oltu aikaisemmin järjestetty sairaankuljettajille Suomessa. Tämä kasvatti kovasti mielenkiintoa työtä kohtaan ja loi haastavuutta prosessin etenemistä kohtaan. Kokoonnuimme talvella 2008 Defconsyksen edustajan Tommi Kääriäisen ja Helsingin Ambulanssipalvelu Oy:n sairaankuljetusesimies Helena Öinin kanssa. Pohdimme pidettävän koulutuksen sisältöä ja sen pituutta. Olimme jo hieman suunnitelleet koulutuksen runkoa etukäteen, mutta Öini sai tuoda esille omat toiveensa koulutuksen suhteen. Koulutusrunko muokkautui varsin nopeasti.

Koulutustilaisuus järjestettiin Helsingissä 25.4.2008. Koulutus oli kestoaltaan 8h, johon sisältyi teoriaosuus ja käytännön harjoituksia. (Liite 1) Lisäksi järjestimme koulutukseen osallistujille kyselyt liittyen väkivaltatilanteiden kokemiseen, koulutuksen mielekkyyteen ja tarpeeseen.

Kyselylomakkeita oli kaiken kaikkiaan kolme. Ensimmäinen annettiin ennen koulutusta ja toinen välittömästi koulutuksen jälkeen. Kolmas ja viimeinen kysely lähetettiin postitse osallistujille puolen vuoden kuluttua koulutuksesta. Osallistuimme käytännön harjoituksiin ja teoriaan aktiivisesti myös itse.

Prosessin aikana opimme tiedonrajaamista sekä käsittelyä. Työn rajaaminen oli haasteellista, koska aiheeseen liittyvää tietoa oli paljon ja tiedon laadun punnitseminen haastavaa. Mielestämme aiheen ja tiedon rajaaminen onnistui, ja saimme työhömmme koottua tietoa, josta uskomme sairaankuljettajan hyötyvän. Koko opinnäytetyöprosessin ajan koimme itse oppivamme uutta. MAPA- menetelmiin tutustuminen toi kokonaan uuden käsityksen siitä. Kuinka mahdollisia väkivalta- tai uhkatilanteita pystytään hallitsemaan. Ajattelutapamme sekä käsityksemme muuttuivat edellä mainittuja tilanteita kohtaan, työ eli mukana ja muuttui oman oppimisemme myötä.

Sopivien lähteiden valinta tuotti ajoittain haastetta. Aiheesta löytyi paljon tietoa, mutta varsinaista luotettavaa tutkimustietoa oli vaikea löytää. Tämän vuoksi käytimme myös ammattikorkeakoulujen opinnäytetöitä, joista saimme aiheeseemme liittyvää tutkittua tietoa. Emme pystyneet näissä aikarajoissa luotettavasti tutkimaan, arvioimaan laatua ja kääntämään englanninkielistä materiaalia, jota tarjoutui meille tuhansia sivuja MAPA:n liittyen. Opinnäytetyötämme halusimme tehdä mahdollisimman ytimekkään työn, joka palvelisi jatkossakin sairaankuljettajia. Tarkoituksenamme on saada mahdollisesti jatkumoa työllemme. Mielestämme olisi erityisen tärkeää, että MAPA- menetelmää sovellettaisiin jatkossa sairaankuljettajien koulutukseen. MAPA- menetelmä on myös eettisesti sopiva menetelmä ajatellen sekä sairaankuljettajaa että potilasta.

## 10.2 Johtopäätökset

Aggressiivinen potilas haastaa työntekijän ja työyhteisön ammattitaidon. Uhkaava tilanne provosoi ja herättää vastatunteita kuten aggressiota, ahdistusta ja pelkoa. Työntekijän oma tunnetila ja sanaton viestintä säätelevät paljon tilanteen etenemistä. Tilanteen hyvä hallinta vaatii ammattitaitoa, kokemusta ja tiimityötä sekä kykyä etäännyä ja rohkeutta tehdä päätöksiä. Näiden eri osa-alueiden hallintaa pystytään edesauttamaan. (Huttunen, Höök 2007,78.)

Koulutustilaisuuteen osallistui seitsemän työntekijää. Nämä henkilöt vastasivat kahteen ensimmäiseen kyselylomakkeeseen. Kolmannen kyselyn vastaajamäärä jäi vähäiseksi, kyselyn palautti ainoastaan kolme osallistujaa. Kohderyhmän pienentymiseen uskomme osasyynä olevan sen, että kyselylomakkeiden lähettäminen viivästyi. Alukeperäisen suunnitelman mukaan kysely oli tarkoitus lähettää jo kolmen kuukauden kuluttua koulutuksesta. Pohdimme myös,

sitä, oliko alkuperäinen koulutustilaisuuden osallistujamäärä kuitenkin liian pieni. Suuremmalla osallistujamäärällä olisimme saaneet enemmän aineistoa selvittäessämme MAPA- menetelmän soveltumisesta sairaankuljetukseen. Kyselyihin vastattiin hyvin suppeasti. Vähäisistä ja niukoista vastauksista pyrimme kuitenkin ottamaan kaiken mahdollisen irti. Toisenlaisella kyselykaavakkeella tai tarkemmalla ohjeistuksella ei välttämättä olisi päästy sen parempaan tulokseen. Ja vaikka otos oli nyt pienehkö, emme myöskään usko, että sairaankuljettajien kokemukset tai ajatukset olisivat olleet kovin eriäviä verrattuna nyt saatuihin tuloksiin.

Koulutus kesti yhden päivän. Normaalisti MAPA- koulutus kestää viisi päivää. Tämä oli mielestämme koulutuksen haittapuoli. Nyt lyhyeen päivään oli pyritty saamaan oleellinen tieto ja taito. Lyhyen päivän etuna oli mielestämme kuitenkin se, että näin työntekijät jaksoivat paremmin keskittyä ja olla aktiivisesti mukana. Koulutukseen osallistuja olivat aktiivisia ja tarkkaavaisia. He esittivät kysymyksiä koulutuksen ohjaajalle ja havainnoivat esimerkki tapauksia käytännön tilanteista joissa olivat olleet pyytäneen vastaaviin tilanteisiin ohjeita MAPA- menetelmistä.

Tiivis perustietopaketti toimi taktisesti oikein: osallistujien vastausten perusteella perustieto- us auttaa lisäämään työturvallisuutta sairaankuljetustehtävissä ja niihin liittyvissä väkivaltilanteissa. Ennaltaehkäisy on osa työturvallisuutta. On mahdollista, että jos koulutuspäiviä olisi ollut enemmän, osallistujamäärä olisi ollut vieläkin pienempi. Koulutustilaisuus sai paljon myönteistä palautetta ja osallistujat olivat aktiivisesti mukana teoriaosuuden käsittelyssä sekä käytännön harjoituksissa. Osallistuimme myös itse koulutukseen, esitimme mieleen tulevia kysymyksiä ja opettelimme käytännön harjoituksia muun ryhmän kanssa.

Opinnäytetyömme antoi sairaankuljettajille opastuksen MAPA- hoitomallin käyttöön heidän kohdatessa uhkaavasti käyttäytyviä potilaita. Opinnäytetyömme antoi paitsi sairaankuljettajille myös meille tekijöille valmiuksia kohdata väkivaltaisesti käyttäytyviä potilaita. MAPA- menetelmä soveltuu mielestämme kaikin puolin sairaankuljettajan työhön. Koulutustilaisuus oli myönteinen kokemus kaikille osapuolille. Henkilökunta itse kokee tarvitsevansa aiheeseen liittyvää säännöllistä koulutusta. On siis mielestämme selvää, että koulutuksen tarve myös jatkossa on ilmeinen. Saatujen kokemusten perusteella sairaankuljettajat kokevat uhka- ja vaaratilanteita joissa työturvallisuus on uhattuna. Kaikilla ammattiryhmillä tulisi olla turvallinen työympäristö. Sairaankuljettaja ei pysty määrittelemään työympäristöään etukäteen. Työnantajan olisi hyvä tiedostaa, kuinka tärkeää on, että työntekijällä olisi valmiuksia kohdata uhkaavasti tai väkivaltaisesti käyttäytyvä potilas. Myös työntekijän oman jaksamisen kannalta edellä mainittu on mielestämme erittäin tärkeää. Ennakoimalla uhkatilanteet monilta vaaratilanteilta voidaan todennäköisesti välttyä ja koulutuksen myötä sairaankuljettajan ahdistusta ja pelkoa voitaisiin näin ollen vähentää.

Jatkossa MAPA- menetelmän mukaista koulutusta voitaisiin järjestää myös muille sairaankuljetusyritysten tai pelastuslaitosten työntekijöille. Mielestämme kokemukset koulutuksesta olivat niin hyviä, että MAMA- menetelmän mukaista koulutusta voisi harkita jopa pakolliseksi kaikille sairaankuljettajille tai alaa opiskeleville. Säännölliset kertausharjoitukset olisivat myös tarpeellisia, jotta opitut menetelmät pysyisivät muistissa ja hallinnassa. Koulutusta voisi pidentää esimerkiksi kaksipäiväiseksi, jotta asiaan perehtyminen olisi intensiivisempää. Toivomme, että opinnäytetyömme ansiosta väkivalta- ja uhkatilanteiden kohtaaminen helpottuisi ja lisäisi työturvallisuutta sairaankuljetuksessa.

## LÄHTEET

- Aarnio, T 2007. Työsuojelu sairaankuljetuksessa. Opinnäytetyö. Arcada AMK.
- Airaksinen, T. & Vilkkä, H. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.
- Alaspää A. & Kuisma M. & Rekola L. & Sillanpää K.2003. Ensihoidon käsikirja. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.
- Anttonen, S.2007. Joka sadatta kuntatyöntekijää uhattiin aseella viimevuoden aikana. Artikkel. 10.4.2007, A4 Helsingin sanomat.
- Arvela, M. & Havio, M. & Inkinen, M. & Mattila, R. & Partanen, A. & Sinnemäki, T. & Strömberg, A-M. & Sutinen, T. & Syysmeri, L. Päihdehoitotyö. 2006. 1-4. painos. Tampere: Tammer-paino Oy.
- Defconsys 2008.[www-dokumentti].  
<[http://www.defconsys.fi/index.php?option=com\\_content&task=view&id=10&Itemid=13](http://www.defconsys.fi/index.php?option=com_content&task=view&id=10&Itemid=13)> (luettu 24.7.2008)
- Hakala, K. 2004. Aggressiivisesti käyttäytyvät asiakkaat sairaankuljetuksessa. Porin palveluopisto.
- Hammarlund, C- O.2001. Kriisikeskustelu. Kriisituki, jälkipuinti, stressin ja konfliktien käsittely. Pieksämäki:RT- Print Oy.
- Heiskanen, T. & Salonen, K, & Sassi, P. 2006. Mielenterveyden ensiapukirja. Helsinki: SMS-Tuotanto Oy.
- Hirsijärvi, S. & Remes, P. & Sajavaara, P. 1997. Tutki ja Kirjoita. 6-9. painos.2003. Vantaa:Dark Oy.
- Huttunen, H. & Höök, J. 2007. Uhka- ja väkivaltatilanteiden huomioiminen osana pelastusalan työturvallisuutta. Työturvahanke 07. Pelastusopiston julkaisu. Kuopio
- Hämäläinen, H.2003. Hoitohenkilökunnan voimankäyttö väkivallan uhatessa tai toteutuessa. Systole 5/2003. Kustantaja: Suomen Ensihoidon Tiedotus Oy. Forssa.
- Isohanni, M. & Larivaara, P. & Winblad, I. (toim.) 1996. Perusterveydenhuollon psykiatria. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.
- Isotalus, N. & Saarela, K. 2007. Vältä työväkivalta. Työterveyslaitos. Vammalan kirjapaino.
- Jaakkola, H & Koivunen, O & Lehestö, M. 2004. Hoitajan turva. Helsinki:Edita Prima Oy.
- Jalkanen, M. 2007. Korsisaari ambulanssipalveluiden yksikön päällikkö. Henkilökohtainen tiedonanto.
- Jolkkonen, P. & Varjonen, P. 2002. Väkivalta tunteita, toimintaa ja vastatunteita. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Kaarne, M. & Miettinen, P. 2009. Väkivallaton vuorovaikutus. Artikkelikirjasta (Agge, E. toim.) Tämä potilas kuuluu meille. Sairaanhoidajaliitto.
- Kalkas, H. Sarvimäki, A. 1996. Hoitotyön etiikan perusteet. Juva: WSOY.
- Perheväkivallan muodot 2009. Kersanet. [www-dokumentti].<<http://www.kersanet.fi/Default.aspx?id=602715>> (luettu 20.1.2009.).

Kiiltomäki, A. & Muma, P. 2007. Tässä ja nyt. Sairaanhoidajaliitto ry. Gummerus kirjapaino Oy.

Koko perhe kierteessä; Lähisuhdeväkivalta ja alkoholi 2007. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu. Helsinki:Yliopistopaino.

Koponen, H. & Lepola, U. 2005. Psykiatria. Helsinki: WSOY.

Koponen, L. & Sillanpää, K.(toim.) 2005. Potilaan hoito päivystyksessä. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Koskelin, S. & Mäntypuro, H. & Piippo, A-M. & Tuononen, M. & Åström, K. 2002. Hoitajiin kohdistuva väkivalta potilaiden taholta, päivystyspoliklinikoilla ja psykiatrisilla vastaanotto-osastoilla. Opinnäytetyö Hyvinkää- Laurea.

Lehtonen, A. & Perttu, S.1999. Naisiin kohdistuva väkivalta. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Leppänen, M. 2002. Hallittu terapeutti fyysinen rajoittaminen - toimintamalli väkivaltatilanteiden kohtaamiseen. Pro gradu- tutkielma. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Terveystieteiden ja - talouden laitos.

Lääkäriin tietokannat 2009.Terveysportti.[www-dokumentti].  
<[http://www.terveysportti.fi/ltk/ltk.koti?p\\_haku=kaksoisdiagnoosi](http://www.terveysportti.fi/ltk/ltk.koti?p_haku=kaksoisdiagnoosi)>. (luettu 26.3.2009.)

Lönnqvist, J. & Heikkinen, M. & Henriksson, M. & Marttunen. & Partonen, T. (toim.) 1999. Psykiatria. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Mapafinland 2008. [www-dokumentti]. <[http://www.mapafinland.fi/toiminta\\_2.html](http://www.mapafinland.fi/toiminta_2.html)> (Luettu 20.7.2008.)

Mapa kouluttaja- koulutus 2007. Laurea AMK. Hyvinkään instituutti. Optima, sähköinen oppimisympäristö.

Väkivaltaisen ihmisen kohtaaminen 2009. Mielenterveyslinkkejä. (päivitetty 14.5.2001) [www-dokumentti] < <http://www.kolumbus.fi/jyrki.vartiainen/vakivaltainen.htm>>. (luettu 30.1.2009.)

Nikkonen, Tiihonen, Vehviläinen-Julkunen & Vuorio 2009. Väkivallan esiintyminen ja vaikutukset oikeuspsykiatrisessa työssä. Suomen sairaanhoidajaliitto ry: n julkaisu, Tutkiva hoitotyö. 1/2009. Kouvola: ScanWeb Oy

Nurmi, L. 2006. Kriisi, pelko, pakokauhu. Helsinki: Edita Prima Oy

Pilli, M. 2009. Väkivallan ennaltaehkäisy ja turvallinen hoito. Artikkelikirjasta, Hentinen, K. & Iija, A. & Mattila, E.(Toim) 2009. Kuuntele minua - mielenterveyden käytännön menetelmiä. Helsinki: Tammi.

Päihde 2006.Wikipedia. [ www-dokumentti].< <http://fi.wikipedia.org/wiki/P%C3%A4ihde>> .(luettu 28.12.2006).

Reinikainen, J. & Viirtala, J. Väkivallan ilmenemismuodot ja syntyyn vaikuttavat tekijät. 2008. Opinnäytetyö. Helsingin ammattikorkeakoulu.

Soldehed, S. 2008. Aggression hoidollinen hallinta- koulutuksen toteuttaminen satakunnan sairaanhoitopiirissä. Sven. Hoitotyön koulutusohjelma. Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto. Satakunnan ammattikorkeakoulu.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2003. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Tohtori.fi 2006. Terveysmedia. [www-dokumentti].  
<<http://www.tohtori.fi/?page=6625671&search=aggressiivisuus>> . (luettu 29.12.2006).

Työpaikkaväkivallan ehkäisy. 1994. Työministeriön julkaisu. Tampere: Pirkan painotuote Ky.

Uudenmaan ensihoito hoitotasolle. 2002 Luentomateriaali. HUS Kurssi 4. Helsinki: Arcada ammattikorkeakoulu.

Valtion säädös tietopankki. [www-dokumentti].  
<<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1986/19860041>>. ( luettu 29.12.2006).

Weizmann-Hanelius, G. 1997. Väkivaltaisen ihmisen kohtaaminen. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Viemerö, V. Aggressio ja aggressiivisuus. Tieteessä tapahtuu 3/2006. [www-dokumentti]  
<<http://www.tieteessatapahtuu.fi/0306/viemero0306.pdf>> (luettu 30.3.2008)

Väkivalta ja terveys maailmassa - WHO:n raportti. 2005. Lääkärien sosiaalinen vastuu ry ja Terveyden edistämisen keskus. Geneve. Sveitsi.

## LIITTEET

LIITE 1 Koulutusohjelma .....	34
-------------------------------	----

LIITE 2 Saatekirje .....	35
LIITE 3 Alkukyselykaavake .....	36
LIITE 4 Palautekyselykaavake .....	37
LIITE 5 Jatkokyselykaavake .....	38

## LIITE 1 Koulutusohjelma



© Defconsys Oy / www.defconsys.fi

”Väkivallan kohtaaminen ja henkilöturvallisuus sairaankuljetuksessa” -koulutus Helsingin Ambulanssipalvelu Oy:n henkilökunnalle 25.4.2008 klo 08.15 - 15.45

Koulutus liittyy osana Christina Luodon ja Pilvi Rantasen ”Väkivallan uhka sairaankuljetuksessa” opinnäytetyöhön.

klo 08.15 - 09.45

- Instruktio
- Henkilöturvallisuus
  - aggression ja väkivallan hallinta organisaatiossa
- Kohtuullinen voimankäyttö
  - käsitteet; lait: hätävarjelu ja voimankäyttö; toimintasuosituksia

klo 10.00 - 11.30

- Syitä aggression ja väkivallan esiintymiselle
- Aggressiivisen tapahtuman malli
- Stressireaktiot
  - mahdolliset reaktiot uhkaavassa tilanteessa ja niiden ehkäisy

Ruokatunti klo 11.30 - 12.30

klo 12.30 - 14.00

- Irtautumistaitojen harjoittelua
  - toiminta jouduttaessa fyysisen uhkan tai hyökkäyksen kohteeksi

klo 14.15 - 15.45

- Kiinnipitotaitojen harjoittelua
  - väkivaltaisesti käyttäytyvän asiakkaan hallinta parityöskentelynä

Lisätietoja koulutuksesta ja koulutuksen sisällöstä antaa Tommi Kääriäinen p. 0443522714

## LIITE 2 Saatekirje

Tervetuloa koulutukseen!

Olemme kaksi sairaanhoidon opiskelijaa Hyvinkään Laurean ammattikorkeakoulusta. Tämä koulutus liittyy yhtenä osana opinnäytetyöhömmme. Opinnäytetyömme käsittelee väkivaltaa ja sen uhkaa sairaankuljetuksessa.

Pyydämme ystävällisesti teitä vastaamaan oheiseen kyselylomakkeeseen. Voitte vastata nimettömänä, ja käsittelemme vastaukset luottamuksellisesti.

Kyselyitä on kaiken kaikkiaan kolme. Yksi ennen koulutusta, yksi välittömästi koulutuksen jälkeen, ja lisäksi tulemme lähettämään teille kolmannen kyselyn noin kolmen kuukauden kulu-  
tua.

Kysymyksiin voit vastata lyhyesti.

Kiitos osallistumisestasi.

Terveisin  
Pilvi Rantanen ja  
Christina Luoto

LIITE 3 Alkukyselykaavake

HAP turvallisuuskoulutus 25.4.08 alkukysely

Vastaa lyhyesti seuraaviin kysymyksiin,

1. Millaisia kokemuksia sinulla on väkivallasta hoitotyössä?
2. Millaisia tunteita (ajatuksia/ Pelkoja?/Muuta?) väkivaltaisen potilaan kohtaaminen herättää sinussa?
3. Mitä odotat tältä koulutukselta?
4. Minkälaista koulutusta olet aikaisemmin saanut väkivaltilanteisiin liittyen?
5. Mistä asioista päättelet, että potilas/omainen voi ryhtyä väkivaltaiseksi?

#### LIITE 4 Palautekyselykaavake

HAP turvallisuuskoulutus 25.4.08 palautekysely  
Vastaa lyhyesti seuraaviin kysymyksiin

1. Mitä mieltä olit koulutuksen sisällöstä ja riittävydestä? Vastasiko odotuksia?
2. Mitä asioita opit koulutuksen myötä?
3. Miten uskot pystyväsi hyödyntämään saamaasi koulutusta työtehtävissäsi?
4. Miten uskot jatkossa suhtautuvasi väkivaltatilanteisiin jatkossa töissäsi?
5. Mitä asioita jäit kaipaamaan? Mitä mielestäsi koulutuksesta jäi puuttumaan tai mitä olisit halunnut lisää?

## LIITE 5 Jatkokyselykaavake

HAP turvallisuuskoulutus 25.10.08 jatkokysely.  
Vastaa lyhyesti seuraaviin kysymyksiin

1. Miten suhtautumisesi väkivalta- / uhka tilanteisiin on muuttunut koulutuksen jälkeen? Miten nykyään suhtaudut väkivalta/ uhka tilanteisiin?

2. Minkälaista hyötyä/haittaa koulutuksesta on sinulle ollut?

3. Miten olet pystynyt hyödyntämään koulutuksessa opittuja asioita käytännön työssäsi? Oletko tarvinnut työssäsi koulutuksessa opittuja asioita?

4. Koetko tarvitsevasi / haluavasi lisäkoulutusta väkivaltatilanteiden kohtaamiseen? Minkälaista lisäkoulutusta koet tarvitsevasi/haluavasi?

