

Saimaan ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveysala Lappeenranta
Hoitotyön koulutusohjelma

Jenna Asikainen, Timo Kouvo, Lauri Vihavainen, Tia-Maria Tella

VÄKIVALTAISEN AIKUISPOTILAAN KOHTAAMINEN

Opinnäytetyö 2012

TIIVISTELMÄ

Jenna Asikainen

Timo Kouvo

Lauri Vihavainen

Tia-Maria Tella

Väkivaltaisen aikuispotilaan kohtaaminen, 64 sivua, 7 liitettä.

Saimaan ammattikorkeakoulu, Lappeenranta

Sosiaali- ja terveysala, Hoitotyön koulutusohjelma

Ohjaaja: lehtori Vuokko Koiranen

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli edistää omaa ammattitaitoaamme keräämällä käyttökelpoista tietoa väkivaltaisen aikuispotilaan kohtaamisesta, väkivallan ennaltaehkäisystä ja väkivaltatilanteiden jälkipuinnista ja kehittää sairaanhoidon opiskelijoiden valmiuksia väkivaltaisen aikuispotilaan kohtaamiseen.

Opinnäytetyö toteutettiin toiminnallisena opinnäytetyönä jonka produktina toteutettiin koulutuspäivä ryhmälle Saimaan ammattikorkeakoulun hoitotyön opiskelijoita. Koulutuspäivä toteutettiin 9.2.2011 luento-opetuksena osana kyseisen ryhmän ammatillisiin opintoihin sisältyvää mielenterveyshoitotyön jaksoa. Koulutuspäivään sisällytetyt kokonaisuudet olivat väkivaltariskin arviointi, väkivallan ennaltaehkäisy, väkivaltaisen potilaan kohtaaminen ja väkivaltatilanteiden jälkipuinti. Koulutuspäivään sisältyi myös turvallisuusalan kouluttajan ohjaamia käytännön itsepuolustusharjoitteita.

Koulutuspäivän lopuksi toteutettiin palautekysely strukturoidulla palautelomakkeella. Palautekyselyyn vastasi 18 henkilöä ja vastausprosentti oli 100. Koulutuspäivän eri kokonaisuuksien koettua tarpeellisuutta kysyttiin erikseen. Kyselyn tulosten mukaan 100 % opiskelijoista koki väkivaltariskin arviointiin, väkivallan ennaltaehkäisyyn ja käytännön itsepuolustusharjoituksiin liittyvän opetuksen tarpeelliseksi. 94 % koki väkivaltaisen potilaan kohtaamiseen liittyvän opetuksen tarpeelliseksi. 72 % koki väkivaltatilanteiden jälkipuintiin liittyvän opetuksen tarpeelliseksi.

Opinnäytetyön teoriaosassa on käsitelty toiminnallisen opinnäytetyön lähtökohtia, väkivaltariskin arviointia, väkivallan ennaltaehkäisyä, väkivaltaisen potilaan kohtaamista ja väkivaltatilanteiden jälkipuintia. Teoriaosassa on myös kuvattu koulutuspäivään sisältyneet käytännön itsepuolustusharjoitteet, palautekyselyn tulokset sekä koulutuspäivän toteutus, kuvaus ja itsearviointi. Opinnäytetyön teoriaosa muodostaa koulutuspäivän luento-opetuksen sisällön.

Avainsanat: väkivalta, hoitotyö, väkivaltaisen potilaan kohtaaminen, ennaltaehkäisy, työturvallisuus

ABSTRACT

Jenna Asikainen

Timo Kouvo

Lauri Vihavainen

Tia-Maria Tella

Confronting a violent adult patient, 64 pages, 7 appendices.

Saimaa University of Applied Sciences, Lappeenranta

Faculty of Health Care and Social Services

Degree Program in Nursing

Instructor: Vuokko Koiranen, Senior Lecturer in Saimaa University of Applied Sciences

The purpose of this thesis is to gather useable information about confronting a violent adult patient and to convey this information to a group of nursing students studying at Saimaa University of Applied Sciences in order to develop their preparedness for these encounters.

This thesis was executed as a functional thesis: The product of the thesis was a training day for a group of nursing students studying at Saimaa University of Applied Sciences. The training day was executed 9.2.2011 as lectures that were part of a period of mental health nursing included in the group's professional studies. Items included in the training day were estimating the risk of violence, prevention of violence, confronting a violent patient and post-processing of violent events. The training day also included self-defence drills under the guidance of a security guard trainer. At the end of the training day, a structured questionnaire was filled by the participants.

The questionnaire was answered by 18 persons and the response rate was 100. A question about the necessity of each item included in the training day was presented. According to the results of the questionnaire, 100 % of the students felt the education relating to the items of evaluating the risk of violence, prevention of violence and the self-defence drills necessary. 94 % of the students felt that the item of confronting a violent patient was necessary. 72 % of the students felt that that the item about post-processing violent events was necessary.

The theory portion of the thesis deals with the basis of a functional thesis, evaluating the risk of violence, prevention of violence, encountering a violent patient and post-processing of violent events. The theory portion also describes the self-defence drills included in the training day, the results of the questionnaire and the execution, description and self-evaluation of the training day. The theory portion of this thesis forms the content of the training day.

Keywords: confronting a violent patient, nursing, occupational safety, prevention, violence

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	6
2 TOIMINNALLISEN OPINNÄYTETYÖN LÄHTÖKOHDAT	7
2.1 Keskeiset käsitteet	8
2.1.1 Väkiältä käsitteenä	9
2.1.2 Oppiminen käsitteenä	9
2.2 Toiminnallinen opinnäytetyö	9
3 VÄKIVALTARISKIN ARVIOINTI	10
3.1 Yksilön ominaisuuksia	11
3.1.1 Väkiältäahistoria	11
3.1.2 Uhkailu	12
3.1.3 Psykkinen sairaus	12
3.1.4 Päihtymystila	13
3.2 Uhrin ominaisuuksia	13
3.3 Provoosivia tekijöitä	14
4 VÄKIVALLAN ENNALTAEHKÄISY	14
4.1 Fyysiset tilat	15
4.1.1 Valvottavuus	16
4.1.2 Vihtyisyys	17
4.1.3 Kalustus	18
4.1.4 Poistumistiet	18
4.2 Säännöt ja käytännöt	19
4.3 Henkilöstö	20
4.4 Hälytysjärjestelmät	23
4.5 Turvalaitteisto	24
4.6 Työasu	25
4.7 Vuorovaikutus	26
5 VÄKIVALTAISEN POTILAAN KOHTAAMINEN	29
5.1 Työpaikkaväkiältä	30
5.2 Hoitajan stressireaktio	30
5.3 Väkiältätilanteen tunnusmerkkejä	31
5.4 Toiminta erimielisyysvaiheessa	33
5.5 Toiminta uhkatilanteessa	33
5.6 Puheella rauhoittaminen	33
5.7 Hoitajan käytös	35
5.8 Fyysiset hallintakeinot	36
5.9 Voimakeinojen käyttö väkiältätilanteissa	37
5.10 Hätävarjelu	38
6 VÄKIVALTATILANTEIDEN JÄLKIPUINTI	39
6.1 Kriisityö	39
6.2 Kriisi käsitteenä	40
6.3 Traumaattinen kriisi ja sen vaiheet	40
6.4 Kriisireaktion vaiheet	41
6.5 Psykkinen ensiapu	43
6.6 Debriefing	43
6.7 Defusing	45
6.8 Jälkipuintitasot	45
6.9 Uhka- ja vaaratapahtumien kirjaaminen	46

7 KÄYTÄNNÖN HARJOITUKSET	47
7.1 Alkulämmittely.....	48
7.2 Valmiusasento	50
7.3 Irtautuminen.....	51
7.4 Lyömiseltä suojautuminen	51
8 KOULUTUSPÄIVÄN TOTEUTTAMINEN.....	52
8.1 Kohderyhmä	52
8.2 Luentomateriaalin valmistelu	53
8.3 Opetusmenetelmät	54
8.3 Käytännön harjoitteiden suunnittelu.....	55
8.4 Palautelomake	56
9 KOULUTUSPÄIVÄN KUVAUS JA ARVIOINTI.....	57
9.1 Koulutuspäivän kuvaus.....	57
9.2 Koulutuspäivän itsearviointi	58
9.3 Palautekyselyn tulokset	58
10 POHDINTA JA YHTEENVETO	59

1 JOHDANTO

Opinnäytetyömme aiheena on väkivaltaisen aikuispotilaan kohtaaminen, Sairaanhoidajaopintojemme aikana aihe on noussut useasti puheeksi opiskelijoiden keskuudessa, ja osa opiskelijoista on kokenut Saimaan ammattikorkeakoulun antamat valmiudet väkivallan kohtaamiseen puutteellisiksi.

Tämä toiminnallinen opinnäytetyö käsittelee väkivaltaisen aikuispotilaan kohtaamista ja sen toiminnallisena osuutena Saimaan ammattikorkeakoulun sairaanhoidajaopiskelijaryhmälle järjestettiin kahdeksan tunnin pituinen koulutuspäivä. Tämä koulutuspäivä sisälsi teoriatietoa väkivaltariskin arvioinnista, väkivallan ennaltaehkäisystä, väkivaltaisen asiakkaan kohtaamisesta ja väkivaltatilanteiden jälkipuinnista. Koulutuspäivään sisältyi myös kahden oppitunnin pituinen itsepuolustusharjoitteita sisältävä osuus. Koulutuspäivän tuntisuunnitelma on opinnäytetyöraportin liitteenä (liite 1). Päivän päätteeksi osallistujilta kerättiin myös palaute strukturoidulla kyselylomakkeella (liite 2).

Opinnäytetyön on tarkoitus edistää omaa ammattitaitoamme antamalla meille jäseneltyä teoriatietoa väkivallan ennaltaehkäisystä ja kohtaamisesta sekä väkivaltatilanteiden käsittelystä työyhteisössä. Tavoitteena on myös tuottaa opinnäytetyön tuloksena tietoa, jota voidaan hyödyntää Saimaan ammattikorkeakoulussa väkivaltaisen aikuispotilaan kohtaamiseen liittyvän opetuksen kehittämisessä. Lisäksi tarkoituksena on edistää sairaanhoidajaopiskelijoiden psyykkisiä ja motorisia valmiuksia kohdata ja ennaltaehkäistä väkivaltatilanteita.

Opinnäytetyöraportti rakentuu tämän luvun lisäksi esittämämme toiminnallisen opinnäytetyön lähtökohtia käsittelevästä luvusta, luento-opetuksen teoriapohjasta, käytännön harjoitteiden kuvauksesta, koulutuspäivän toteutuksen kuvauksesta, koulutuspäivän arvioinnista ja pohdinnasta.

Opinnäytetyöstä on tavoitteena olla hyödyllinen Saimaan ammattikorkeakoululle ja muille alan opetusta tarjoaville tahoille sen tuottaessa opetuksen kehittämiseen hyödynnettävää tietoa. Koulutuspäivään osallistuvalla ryhmällä välitettävä tieto ja harjoitteet kehittävät osallistujien valmiuksia väkivaltatilanteisiin liittyen ja teoriatieto kulkeutuu mahdollisesti myös näiden osallistujien mukana työelämään.

2 TOIMINNALLISEN OPINNÄYTETYÖN LÄHTÖKOHDAT

Hoitajiin kohdistunut fyysinen ja psyykinen väkivalta on tutkimusten perusteella yleistä. SuPerin vuonna 2001 teettämän tutkimuksen mukaan kyselyyn vastanneista 83 % oli kokenut fyysistä väkivaltaa tai sen uhkaa viimeisen työssäolovuotensa aikana. (Majasalmi 2001, 8). Näin ollen väkivallan ja sen uhan voidaan sanoa olevan merkittävä riski hoitotyössä. Uskomme, että paras tapa pyrkiä hallitsemaan tätä riskiä on hankkia tietotaitoa sen ennaltaehkäisyyn sekä opetella ennalta toimintatavat väkivaltatilanteessa.

Ammattikorkeakoulujen tulisi lähtökohtaisesti tarjota opiskelijalle laaja-alaiset käytännölliset perustiedot ja -taidot sekä niiden teoreettiset perusteet asianomaisen alan asiantuntijatehtävissä toimimista varten (Asetus ammattikorkeakouluopinnoista 256/1995, 7 §). Koska terveydenhuollon ammatit ovat keskimääräistä riskialttiimpia väkivallan ja uhkatilanteiden suhteen, olisi uhkatilannekoulutuksen sisällyttäminen alan koulutusohjelmaan perusteltua (Lehestö ym. 2004, 125).

Sairaanhoitajan osaamisvaatimuksissa mainitaan keskeisenä sisältönä potilasturvallisuus ja työturvallisuus (Jääskeläinen 2006). Työturvallisuuslain (738/2002) mukaan *sellaisessa työssä, johon liittyy ilmeinen väkivallan uhka, on työ ja työolosuhteet järjestettävä niin, että väkivallan uhka ja väkivaltatilanteet mahdollisuuksien mukaan voidaan ehkäistä ennakolta*. Käytännön kokemuksen mukaan koemme, että Saimaan ammattikorkeakoulun sairaanhoitajakoulutuksen antamat valmiudet kohdata väkivaltatilanteet ja

ennaltaehkäistä niitä eivät ole riittävät vastaamaan olemassa oleviin potilasturvallisuus- ja työturvallisuusriskeihin.

Pyrimme työllämme vastaamaan tähän tarpeeseen selvittämällä keinoja väkivallan riskinarviointiin, ennaltaehkäisyyn, kohtaamiseen ja jälkikäsitteilyyn ja jakamalla keräämämme teoratiedon sairaanhoitajaopiskelijaryhmälle. Tämä toteutettiin luento-opetuksena. Luentomuotoinen opetusmuoto mahdollisti taloudellisesti ja ajankäytöllisesti tehokkaan tiedon jakamisen ryhmälle. Teoriatieto hankittiin kirjallisuuskatsauksella. Käytettävät lähteet valittiin aiheeseen liittyvissä opinnäytetöissä säännöllisesti esiintyvistä teoksista ja näitä täydennettiin lehtiartikkelein, päättötöin ja internet lähtein tarvittaessa.

Väkivallan ennaltaehkäisy ja hallinta-koulutus AVEKKI:n teettämän kyselyn mukaan koulutukseen osallistuneet kokivat demonstraatioiden, keskustelujen ja käytännön harjoittelun olevan olennaisia oppimisen edistämässä (Taattola 2007). Tämän vuoksi opinnäytetyöhön sisällytettiin turvallisuusalan asiantuntijan Teemu Aapavaaran ohjaamia ryhmätilanteessa toteutettuja itsepuolustusharjoitteita.

Työmme tavoitteita olivat mahdollistaa ammatillista kasvuamme väkivaltaisen aikuispotilaan kohtaamisessa, kehittää ohjausosaamistamme, kehittää kykyjämme tutkimukselliseen toimintaan ja sen raportointiin. Keräsimme opetustilaisuuden lopuksi palautteen yksinkertaisella palautelomakkeella (liite 2) selvittääksemme mainitun koulutuksen koettua tarvetta ja opetustilaisuutemme sisällön koettua hyödyllisyyttä. Tavoitteenamme on myös, että opinnäytetyömme tuloksia voidaan hyödyntää Saimaan ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveysalan opetuksessa, kun väkivaltaisen potilaan kohtaamiseen liittyvää opetusta kehitetään.

2.1 Keskeiset käsitteet

Tässä luvussa määrittelemme opinnäytetyön kannalta keskeisiä käsitteitä

2.1.1 Väkivalta käsitteenä

Maailman terveysjärjestö WHO määrittelee väkivallan seuraavasti: Tarkoituksellinen voiman tai vallan käyttö (uhkailu tai toteutettu) itseä, toista henkilöä, ryhmää tai yhteisöä vastaan, jonka seurauksena on todennäköisesti vamma, kuolema, psyykinen haitta, epäedullinen kehitys tai riisto (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi & Lorenzo 2002). Käytämme tässä opinnäytetyössä tätä yleisesti hyväksyttyä määritelmää. Keskitymme työssämme kuitenkin henkilöiden väliseen fyysiseen ja psyykkiseen väkivaltaan sen ollessa hoitotyön yhteydessä tapahtuvaa potilaan henkilökuntaan kohdistamaa väkivaltaa.

Psyykinen väkivalta on pitkään jatkuvaa, ja vakavanlaatuista kiusaamista, sortamista ja epäoikeudenmukaista kohtelua. Psyykinen väkivalta on epäeettistä käyttäytymistä toista ihmistä kohtaan. (Hirvelä & Hööpakka 2006, 8.)

Käytämme opinnäytetyössämme käsitettä ”psyykinen väkivalta” jolla tarkoitamme toistuvaa tarkoituksellista kielteistä vuorovaikutusta.

2.1.2 Oppiminen käsitteenä

Oppimisella tarkoitetaan yleisesti sellaisia käyttäytymisen muutoksia, jotka ovat pääsääntöisesti syntyneet yksilön ja ympäristön vuorovaikutuksesta (Hirsjärvi 1982). Lähestymme ihmisen oppimista konstruktivisesta näkökulmasta, jonka mukaan ihminen rakentaa tietoa kokemustensa kautta sekä tulkitsee, valikoi ja jäsentää sitä suhteessa aiempaan tietopohjaansa. Perusoletuksemme tämän työn kannalta on se, että mainittu oppimisen määritelmä on saavutettavissa tarjoamalla sairaanhoitajaopiskelijoille tietoa, jota he voivat soveltaa kliinisessä työssä suhteessa aiempaan tietopohjaansa.

2.2 Toiminnallinen opinnäytetyö

Opinnäytetyömme on toiminnallinen opinnäytetyö. Airaksisen (2009) mukaan

toiminnallinen opinnäytetyö koostuu tuotteesta eli produktista ja opinnäytetyöraportista. Toiminnallisen opinnäytetyön produkti voi olla esimerkiksi kirja, ohjeistus, tietopaketti, messu- tai esittelyosasto tai tapahtuma. Toiminnallinen opinnäytetyö syventää opiskelijan tietoja työn aiheesta ja kehittää opiskelijan valmiuksia toimia työelämässä. (Airaksinen 2009.)

Toiminnallinen opinnäytetyö lähtee usein toimeksiantajan tarpeista (Vilka & Airaksinen 2003). Tässä tapauksessa opinnäytetyömme nousi itse edustamamme ryhmän, Saimaan ammattikorkeakoulussa opiskelevien sairaanhoitajaopiskelijoiden, tarpeesta. Sosiaali- ja terveydenhuoltoala on väkivallan suhteen suuririskinen ala (Lehestö, Koivunen & Jaakkola 2004, 86). Majasalmi (2001) on selvityksessään todennut 83%:n kyselyyn vastanneista lähi- ja perushoitajista kokeneen fyysistä väkivaltaa tai sen uhkaa viimeisen työssööluvuotensa aikana. Opiskelujemme aikana huoli fyysisestä turvallisuudesta, erityisesti mielenterveyshoitotyön ammattitaitoa kehittävään harjoitteluun liittyen, on noussut esille keskusteluissa opiskelijatovereiden kanssa.

Toiminnallisen opinnäytetyön teoriaosan keskeinen tehtävä on linkittää alan teoriaa käytäntöön tavalla, joka perustelee tehtyjä valintoja. Teoriatiedon lähdekritiikki on myös erityisen tärkeää silloin, kun opinnäytetyön produkti on tämän opinnäytetyön tapaan ohjeistus tai opetustilaisuus. Tästä johtuen on keskeistä ilmaista selkeästi käytetyn tiedon lähteet ja perusteet niiden valintaan. Viittaamme käyttämiimme lähteisiin lähdemerkintöjen lisäksi luvussa kahdeksan, jossa kuvaamme opintopäivän toteuttamista.

3 VÄKIVALTARISKIN ARVIOINTI

Väkivaltariskin arvioiminen sisältää väkivaltaisuuteen liittyvien tekijöiden ja mahdollisten seuraamusten tunnistamista ja niiden todennäköisyyksien ennustamista. Väkivaltariskin arviointi voi koskea akuuttia tilannetta, jossa työntekijä on asiakkaan tai potilaan kanssa, tai arvio voidaan joutua tekemään

henkilön tulevasta käyttäytymisestä. (Weizmann-Henelius 1997, 77.)

Esitietoja potilaasta voidaan saada esimerkiksi vanhoista potilasdokumenteista, työtovereilta, omasta kokemuksesta tai viranomaistietona. Väkivaltaisuuden arviointiin voivat vaikuttaa myös erilaiset ennakkoluulot. Erityisesti alempiin yhteiskuntaluokkiin, alkoholisteihin sekä mielenterveydellisistä ongelmista kärsiviin henkilöihin voi kohdistua ennakkoluuloja. (Weizmann-Henelius 1997, 77; Lehestö ym. 2004, 91.)

Vaarallisuuden riskiä voidaan liioitella ja asenteet hoitohenkilökunnan keskuudessa voivat muodostua tarpeettoman koviksi ja saattavat provosoida aggressiiviseen käyttäytymiseen. Liiallinen voimannäyttö ja turvajärjestelyt voivat provosoida kohdattavaa henkilöä käyttäytymään aggressiivisesti. Riskitekijöitä voidaan toisaalta myös vähätellä tai jopa kieltää. (Weizmann-Henelius 1997, 77; Lehestö ym. 2004, 91-92.)

Väkivaltainen käytös voi olla monen eri tekijän yhteistulos. Täsmällisiä kriteerejä ei ole. Olemassa on kuitenkin kokemukseen perustuvia ennusmerkkejä. Väkivaltaisen käyttäytymisen ennusmerkkejä on löydetty yksilön ja uhrin ominaisuuksista, tilannetekijöistä ja aggressiivisista käyttäytymistä provosoivista tekijöistä. (Weizmann-Henelius 1997, 78.)

3.1 Yksilön ominaisuuksia

Tämä luku määrittelee erilaisia yksilön ominaisuuksia joita voidaan käyttää väkivaltariskin arvioimiseen yksittäisen potilaan kohdalla.

3.1.1 Väkivaltahistoria

Aikaisempi väkivaltaisuus on tärkein yksittäinen tekijä arvioitaessa yksilön mahdollista väkivaltaisuusriskiä. Mikäli väkivallan kohteena on aiemmin ollut tekijälle läheinen henkilö, on epätodennäköisempää, että väkivaltaisuus kohdistuisi tekijälle vieraaseen henkilöön. Jos väkivallan uhrina on ollut tekijälle vieras henkilö, todennäköisempää on, että aggressiivinen käyttäytyminen

kohdistuu kehen tahansa. Tällöin väkivaltaisuuden uusiutumisen riski on suuri. (Weizmann-Henelius 1997, 78.)

3.1.2 Uhkailu

Uhkailu lisää väkivaltariskin määrää. Vaikka uhkailut olisivat toistuvia, ilman että henkilö on aiemmin toteuttanut niitä, tämä ei tee niistä vähemmän vaarallisia. Uhkailu voidaan esittää leikkisästi tai vihjaillen, mutta se on aina merkki kasvaneesta väkivaltariskistä. Uhkailu itsessään on jo psyykkistä väkivaltaa. Jatkuvana uhkailun kohteena oleminen voi olla henkisesti raskaampaa kuin äkillinen fyysinen väkivalta. (Lehestö ym. 2004, 93-94.)

3.1.3 Psyykinen sairaus

Psykoottisen henkilön kyky havainnoida ympäröivää maailmaa on häiriintynyt, koska hänen impulssiensa ja käyttäytymisensä hallinta on alentunut. Henkilö on alttiimpi syyllistymään tekoihin, joita hän ei muuten tekisi. Tutkimukset ovat osoittaneet, että psyykkiset sairaudet lisäävät alttiutta syyllistyä rikoksiin ja väkivaltaiseen käyttäytymiseen. Vaarallisuuden arvioinnissa on kiinnitettävä huomiota sairauden laatuun ja vaarallisuusasteeseen. Kaikkia psyykkisistä sairauksista kärsiviä ei tulisi leimata väkivallantekijöiksi. Hoitohenkilökunnan tulisi osata erottaa tästä joukosta erityisen riskialttiit ryhmät. (Weizmann-Henelius 1997, 23; Lehestö ym. 2004, 96.)

Esimerkiksi skitsofrenia lisää väkivaltaisuusriskiä noin kymmenkertaisesti ja tietynlainen persoonallisuuden poikkeavuus yhdessä samanaikaisen alkoholismien kanssa kasvattavat riskiä noin 15-kertaiseksi - ja naisilla jopa 70-kertaiseksi. Suurin osa väkivaltaisista ja uhkaavista potilaista on sekavia, hajanaisia ja avoimesti psykoottisia. He ovat voineet lopettaa psyykenlääkkeiden käytön tai ovat olleet päihtymystilan alaisena. (Weizmann-Henelius 1997, 31; Lehestö ym. 2004, 96.)

3.1.4 Päihtymystila

Alkoholilla, huumeilla, lääkkeillä ja steroideilla on suuri väkivaltaiseen käyttäytymiseen laukaiseva vaikutus. Varsinkin aggressiivisuuteen taipuvaisilla ihmisillä etenkin alkoholi lisää väkivaltaisen käyttäytymisen riskiä. Suurin osa väkivallan tekijöistä on tekohetkellä jonkin päihdyttävän aineen vaikutuksen alaisena. (Weizmann-Henelius 1997, 19; Lehestö ym. 2004, 96.)

Päihteiden vaikutuksen alaisena olevia potilaita kohdataan päihdesairaanhoidon lisäksi varsinkin ensihoidon, ensiapupoliklinikoiden ja päivystysvastaanottojen työtehtävissä. Koska päihtymystila aiheuttaa huomattavan väkivaltariskin kasvun, on työ- ja potilasturvallisuuden kannalta tärkeää, että jokainen työntekijä suhtautuu tähän vakavasti ja pyrkii estämään päihdyttävien aineiden tuomisen sairaaloiden osastoille. Päihteiden vaikutuksen alaisena oleva potilas olisi pidettävä erillisissä tiloissa selviämässä päihtymystilastaan kasvaneen väkivaltaisuus- ja häiriökäyttäytymisriskin vuoksi. Päihtyneiden potilaiden ja varsinkin saattajien sekä ulkopuolisten henkilöiden määrää tulisi rajoittaa hoitoyksiköissä tarpeellisin keinoin väkivaltaisuus- ja häiriörisikin pienentämiseksi. (Lehestö ym. 2004, 97, 165.)

3.2 Uhrin ominaisuuksia

Weizmann-Heneliuksen (1997) mukaan aggressiivisen käyttäytymisen kohteeksi joutuva henkilö on tyypillisesti tekijää vanhempi ja pienempi. Sijaiset, jotka ovat kokemattomia ja epävarmoja tilanteessa, ovat suuremmassa riskissä joutua aggressiivisen käyttäytymisen kohteeksi. Työntekijä, joka on persoonaltaan jäykkä ja kykenemätön joustamaan tai tekemään kompromisseja, on alttiimpi provosoimaan suuttumusta. Henkilökunnan ennakkoluuloinen ja tuomitseva asenne herättää paheksuntaa apua hakevissa. Psykiatrisessa hoidossa olevat henkilöt kohdistavat aggressiivisuuden yleensä samaa sukupuolta olevaan hoitajaan. Yksintyöskentely tai henkilöstön riittämättömyys voi altistaa suuremmalle riskille kohdata väkivaltaa. (Weizmann-

Henelius 1997, 86.)

3.3 Provosoivia tekijöitä

Hoitohenkilökunnan tulisi tunnistaa mahdolliset provokaatiota aiheuttavat tekijät, koska se on yksi yleinen väkivaltariskiä aiheuttava tekijä. Työntekijä voi omalla käyttäytymisellään ja asenteellaan lisätä asiakkaassa tai potilaassa aggressiivista käyttäytymistä. On tärkeää, että työntekijä tuntee itsensä ja pystyy tiedostamaan omat tunteensa ja vaikuttimensa työtilanteessa. Tutkimuksissa on todettu, että ennakkokäsitykset ja pelko väkivaltaisuuden syntymisestä voivat provosoida potilasta käyttäytymään näiden odotusten mukaisesti. Rajojen asettaminen ja sanktioiden käyttäminen, varsinkin kun toiminta on epäjohtonmukaista, voi laukaista aggressiivisen reaktion potilaassa. Kaikki tilanteet jossa joudutaan estämään tai rajoittamaan potilaan toimintaa, ovat arkoja, koska potilaan frustraationsietokyky on yleensä heikko. (Weizmann-Henelius 1997, 86-91.)

4 VÄKIVALLAN ENNALTAEHKÄISY

Työturvallisuuslain mukaan työnantajan on tunnistettava työntekijöihin kohdistuvat haitta- ja vaaratekijät työssä, mukaan lukien väkivallan uhka. Myös työntekijällä on velvollisuus huolehtia ammattitaitonsa mukaisesti ja käytettävissään olevin keinoin paitsi omastaan, myös muiden työntekijöiden turvallisuudesta. (Työturvallisuuslaki 738/2002.)

Kun suunnitellaan toimenpiteitä väkivaltatilanteiden varalle, täytyy työyksikön turvallisuusriskien kartoittamiseksi tehdä riskianalyysi. Tämän analyysin pohjalta voidaan tehdä toimintasuunnitelma havaittujen riskien vähentämiseksi. Väkivaltariskisissä yksiköissä onkin pidettävä säännöllisesti kokouksia, joissa turvallisuusasioita käsitellään. Koska ennakoiva asenne ja ennalta suunnitellut ja harjoitellut toimintamallit ovat terveydenhuollon tärkein yksittäinen työturvallisuutta parantava tekijä, tulisi ennaltaehkäisy olla työsuojelullisen

koulutuksen painopisteenä. (Lehestö ym. 2004, 87, 99-100, 140-143.)

Työntekijän on ilmoitettava eteenpäin kaikki havaitsemansa riskitekijät. Kaikki työntekijöiden esittämät työturvallisuuteen liittyvät toivomukset on kirjattava ylös, jotta esitetyt parannusehdotukset eivät jää huomioimatta. Työyhteisön ilmapiiri tulee pyrkiä pitämään sellaisena, jossa jokainen yksittäinen työntekijä uskaltaa tuoda omat ajatuksensa esille. (Lehestö ym. 2004, 129, 138.)

Tulee kuitenkin muistaa, että vaikka sosiaali- ja terveydenhuoltoalan ammattilaisen tulee pyrkiä ennaltaehkäisemään väkivaltaa työpaikallaan ja kouluttautua väkivallan kohtaamiseen, on perustehtävä potilaiden hoitaminen. Yleisestä järjestyksestä ja turvallisuudesta huolehtiminen on pääasiassa poliisin tehtävä. Tästä johtuen terveydenhuoltoalalla on väkivaltaisuuteen varauduttaessa vältettävä mielikuvaa liiallisesta varustautumisesta. (Lehestö ym. 2004, 143.)

Turvallisuutta tehostavien toimenpiteiden suhteen on huomioitava myös kirjallisuudessa toistuvasti esiin nouseva vastakkainasettelu esimerkiksi hoidollisuuden, asiakaspalvelun ja taloudellisuuden suhteen. Turvallisuutta lisäävät toimenpiteet aiheuttavat usein kustannuksia, jotka vievät resursseja pois esimerkiksi hoitotyöhön käytettävästä työajasta tai henkilökuntamäärästä. Toisaalta myös eräät turvallisuutta lisäävät toimenpiteet, kuten turvatarkastukset tai henkilökunnan mukanaan kuljettamat turvavälineet, voivat olla hoidollisuuden ja asiakaspalvelun kannalta haitallisia. Kuitenkaan mitään näistä näkökulmista ei voida jättää hoitotyössä täysin huomiotta. Koska terveydenhuollon työyksiköt poikkeavat toisistaan suuresti, jokainen työyksikkö joutuu etsimään oman tasapainonsa näiden eri painopisteiden välillä. (Weizmann-Henelius 1997; Lehestö ym. 2004.)

4.1 Fyysiset tilat

Tilajärjestelyillä voidaan vaikuttaa työympäristön turvallisuuteen. Vanhojen tilojen restauroinnissa ja uudisrakentamisessa tulee muistaa turvallisuuslähtökohdat. Tilojen tulee olla helposti valvottavissa, tilojen tulee olla

viihtyisät ja turvallisuusnäkökulma tulee huomioida kalustuksessa. Nämä kolme näkökantaa eivät ole toisistaan riippumattomia, vaan vuorovaikutuksessa keskenään. Esimerkiksi kalustuksella voidaan vaikuttaa myös tilojen viihtyisyyteen. (Lehestö ym. 2004, 106, 108, 141.)

Laitosten ulkopuolella työskenneltäessä riskejä voidaan vähentää suunnittelemalla toimintaa etukäteen. Ennakkotiedot kohteesta tulee huomioida ja harkita ennalta perusteet viranomaisavun pyytämiseksi. Kynnys lisäavun pyytämiseksi tulee pitää epäselvissä tapauksissa matalana. Kohteessa toimittaessa on huomioitava työturvallisuustekijät, kuten ympäristön tarkkailu ja suunniteltu poistumisreitti. (Lehestö ym. 2004, 108,141.)

4.1.1 Valvottavuus

Tilojen tulee olla helposti valvottavissa, mutta tarjota silti riittävästi yksityisyyttä asiakkaille. Ympäristön puitteiden tulisi tarjota mahdollisuus yksityisyyteen, lepoon ja fyysiseen intimitettiin. Potilaiden turvallisuudentunne lisääntyy, mikäli he pystyvät näkemään kansliassa olevan henkilökunnan. (Weizmann-Henelius 1997, 75; Lehestö ym. 2004, 106, 108, 141.)

Vaikka tilojen viihtyisyys lisääkin sekä potilaiden että hoitohenkilökunnan tyytyväisyyttä ja vähentää aggressioiden ilmaantumista, on huomioitava, että liiallinen kodinomaisuus voi myös haitata työympäristön turvallisuutta. (Lehestö ym. 2004, 141.)

Tekninen valvonta, kuten kulunvalvonta, kameravalvonta ja ovipuhelimet mahdollistavat uhkaavien henkilöiden havaitsemisen ennen suojaamatonta kosketuksiin joutumista. Näin ollen ennalta arvaamattoman hyökkäyksen riski pienenee. Tekninen valvonta ei kuitenkaan korvaa työntekijän suorittamaa ympäristön tarkkailua. (Lehestö ym. 2004, 141.)

Kameroista ja muista teknisistä turvajärjestelmistä ilmoittavien tarrojen on todettu jo itsessään ehkäisevän uhka- ja väkivaltatilanteiden syntymistä (Liukkonen 2007). Tallentava kameravalvonta auttaa tapahtumien

jälkiselvittelyssä. Kameravalvonnan suunnittelussa ja käytössä on kuitenkin huomioitava laki yksityisyyden suojasta työelämässä joka asettaa rajoituksia kameroiden sallittujen käyttötarkoitusten ja sijoittelun suhteen (Laki yksityisyyden suojasta työelämässä 759/2004, 17 §).

Työyksikössä on voitava rajoittaa tarvittaessa ihmisten pääsyä odotus- ja hoitotiloihin. Sisään tulee päästää vain ne henkilöt, joiden läsnäolo itse hoito- tai odotustiloissa on hyödyllistä tai perusteltua. Potilaan tai häntä saattavien henkilöiden mielentilaa tulisi pyrkiä arvioimaan jo ennen sisätiloihin päästämistä väkivaltariskin arvioimiseksi. (Lehestö ym. 2004, 106, 108.)

4.1.2 Viihtyisyys

Ihminen on jatkuvasti ympäristönsä vaikutteiden alainen ja ahtauden ja yksityisyyden puutteen on todettu lisäävän potilaiden aggressiota. Potilaiden hoitoympäristöä tulisikin kehittää niin, että stressitekijät voidaan pitää mahdollisimman vähäisinä ja ympäristö tukisi hoitajien ja potilaiden vuorovaikutusta. Viihtyisyyteen tai sen puutteeseen vaikuttavina tekijöinä voidaan nähdä ainakin valaistus, tilojen ahtaus, tilojen lämpötila ja ylikuormitetut potilasosastot. Nämä tekijät lisäävät aggressioiden esiintymisriskiä. Puutteelliset istuintilat ja yksityisyyden puute aiheuttavat potilaissa stressireaktioita. Käytäntöinä opasteet ja lyhyet jonotusajat vähentävät väkivaltaisuutta. Viivytyksestä ärsyyntyvää ihmistä voidaan rauhoittaa viivytyksestä ja sen syistä tiedottamalla. (Weizmann-Henelius 1997, 74; Lehestö ym. 2004, 122; Ellonen 2007, 5.)

Tiloissa vallitsevat ääni- ja kuvaärsykkeet voivat aiheuttaa levottomuutta. Television, musiikkilaitteiden tai videopelien aiheuttama häly voivat luoda rauhattomuuden tunnetta potilaissa ja tämä voi ilmetä ongelmakäyttäytymisenä. Hoitohenkilökunnan tulisi puuttua mahdollisuuksiensa mukaan työyksikön tiloissa vallitsevaan äänimaailmaan pyrkien vähentämään turhaa hälyääntä. Myös potilaiden aiheuttama meteli saattaa vaatia henkilökunnan puuttumista, ennen kuin se aiheuttaa konflikteja potilaiden välille. (Lehestö ym. 2004, 108-109.)

4.1.3 Kalustus

Kalustuksen suunnittelussa on tärkeää toisaalta varmistaa työntekijälle turvallinen poistumisreitti ja toisaalta vaikeuttaa asiakkaan pääsyä käsiksi työntekijään. Huonekalut eivät saa estää nopeaa poistumista tilasta. Työntekijän taakse on aina varattava tarpeeksi tilaa taaksepäin poistumista varten. Tilan kalustus ei saa myöskään estää teknisten turvalaitteiden käyttöä. (Weizmann-Henelius 1997, 74; Lehestö ym. 2004, 122; Liukkonen 2007, 26-28.)

Esineitä, joita aggressiivinen asiakas voi käyttää aseena, ei tule pitää esillä. Esimerkiksi odotustilojen huonekalujen tulee olla niin raskaita tai kiinnitettyjä, ettei niitä voi käyttää lyömiseen tai heittämiseen. (Weizmann-Henelius 1997, 74; Lehestö ym. 2004, 122.)

Mikäli hoitaja havaitsee osastolla esineitä, jotka voivat aiheuttaa vaaratilanteita (esim. voidaan käyttää heittämiseen tai lyömiseen), tulee ne siirtää asiaankuuluvaan säilytyspaikkaan. Tällaisia esineitä ei myöskään tule säilyttää palvelutyöpisteen tiskillä tai pöydällä. Jokaisessa työyksikössä tulisi tehdä säännöllisiä tilojen tarkistuksia riskitekijöiden havaitsemiseksi. (Lehestö ym. 2004, 99-101; Liukkonen 2007, 26-28.)

On hyvä myös muistaa, että usein suoja voi saada välineestä, jonka alkuperäinen käyttötarkoitus ei ole hyökkäyksen torjuminen. Lähes mitä tahansa saatavilla olevaa esinettä voidaan käyttää lyönneiltä, potkuilta, tarttumiselta tai heitettäviltä esineiltä suojautumiseen. Tyynyjä, peittoja, infuusiotelineitä, tarvikelaukkuja ja yleisesti kalusteita voidaan käyttää itsepuolustukseen. (Lehestö ym. 2004, 115, 121.)

4.1.4 Poistumistiet

Väkivaltatilanteiden varalta tulee aina pitää huoli siitä, että tilasta on olemassa poistumisreitti. Tähän voi vaikuttaa sijoittamalla työntekijän työpisteen potilaan

ja poistumistien väliin. Ihannetilanteessa työpisteeseen tulisi olla ainakin kaksi kulkureittiä. (Lehestö ym. 2004; Liukkonen 2007, 26.)

Mukana kuljetettavien avaimien täytyy olla helposti käytettävissä jotta nopea poistuminen lukitusta tilasta on mahdollista. Avaimia kuljetetaan useimmiten joko irrallisena taskussa tai ketjuun tai nauhaan kiinnitettyinä. Avaimia ei tulisi kuljettaa kaulan ympärillä olevassa avainnauhassa, sillä hyökkääjä voi käyttää tätä apuna kuristamiseen. Avainnauha tulee kiinnittää mieluummin esimerkiksi vyölenkkiin tai vaatteeseen. Myös poistumisteiden ovien lukkojen kunto tulee tarkastaa säännöllisesti ja mahdollisten sähköisten lukitusmekanismien toimintaa tarkkailla. (Lehestö ym. 2004, 113-114.)

4.2 Säännöt ja käytännöt

Selkeät säännöt ja toimintakäytännöt luovat turvallisuutta. Sääntöjen puute aiheuttaa epävarmuutta ja levottomuutta, etenkin kriisitilanteessa olevalle potilaalle. Tämän vuoksi henkilökunnan yhteinen linja sääntöjen noudattamisessa on tärkeä. Omia ratkaisuja yhteisesti sovituista pelisäännöistä poikkeamiseen ei lähtökohtaisesti pidä tehdä kuin perustelluissa poikkeustapauksissa. (Lehestö ym. 2004, 137-138.)

Jokaisen työntekijän ja opiskelijan tulee saada perehdytys väkivaltatilanteissa toimimiseen. On eduksi, mikäli uudelle työntekijälle nimetään henkilöt, jotka voivat toimia perehdyttäjinä ja ohjaajina. Perehdytyksen on parempi olla liian yksityiskohtaista kuin liian ylimalkaista, ja sen omaksumista tulee arvioida säännöllisesti. Työntekijän ei tulisi tyytyä epäselvään tai vaillinaiseen ohjeistukseen väkivaltatilanteisiin liittyen. Uuden työntekijän ensimmäisissä työvuoroissa olisi hyvä olla paikalla enemmän henkilökuntaa, jolloin vastuu mahdollisten väkivaltatilanteiden hoidosta on aluksi pienempi. (Lehestö ym. 2004, 105, 129.)

Perehdytyksen apuna voidaan käyttää listaa, johon on kirjattu perehdytettävät asiat. Tällaisesta listasta on liitteenä (liite 3) yksi mahdollinen malli, jota on käytetty psykiatrian yksikössä. Arviointi- ja kertauskeskusteluista on hyvä pitää

myös kirjaa. (Lehestö ym. 2004, 106-107, 129.)

Henkilökunnan väliset tiedonvälityskäytännöt ovat merkittävä tekijä väkivaltatilanteisiin varauduttaessa. Jatkuva tiedonvälitys pitää työntekijät tietoisina uhkatilanteista ja olosuhteista. Omat havainnot ja aavistukset on hyödyllistä välittää eteenpäin työryhmälle, vaikka niiden merkitys olisikin vielä vähäinen tai epäselvä. On myös tärkeää pitää työtoverit tietoisina siitä, minne on menossa ja mitä tekemässä. (Lehestö ym. 2004, 142.)

Erityisesti psykiatrian osastoilla on huomattu mielekkäiden ohjattujen toimintojen, kuten taideryhmien, vähentävän häiriökäyttäytymistä. Määrittelemättömän ajan jäädessä vähäisemmäksi aggressiivinen käyttäytyminen vähenee. Ohjatut toiminnot eivät kuitenkaan saa olla itsetarkoituksellisia, jotteivät ne päinvastoin aiheuta aggressiota. (Lehestö ym. 2004, 108.)

Tahdonvastaiset hoitotoimenpiteet

Vastentahtoisesti tehdyt hoitotoimenpiteet on aina voitava perustella hyvin. Yksittäisen hoitajan on aiheellista selvittää omassa työssään esiintyvien vastentahtoisten toimenpiteiden oikeutus esimieheltään. Näin voidaan välttää tilanteita, joissa terveyden tai turvallisuuden kannalta tärkeät hoitotoimenpiteet jäävät tekemättä epätietoisuuden tai pelon vuoksi. Menettelytapojen selvittäminen etukäteen vähentää myös liiallista pakon käyttöä ja ylilyöntejä. Yhteiset häiriötapausten rajoituskäytännöt selkeyttävät toimintaa ja vähentävät uhkatilanteita. Näihin tilanteisiin puuttumisen tulee olla välitöntä ja hyvin organisoitua. (Lehestö ym. 2004, 89-90, 101.)

Lait, jotka antavat hoitajalle erityisiä oikeuksia tahdonvastaisiin hoitotoimenpiteisiin, tyypillisesti lääkärin päätöksellä, ovat tämän opinnäytetyön valmistumishetkellä Mielenterveyslaki ja Tartuntatautilaki.

4.3 Henkilöstö

Työpaikoilla, joissa väkivaltatilanteiden synty on todennäköistä, tulee henkilövalinnoissa kiinnittää huomiota henkilön sopivuuteen kyseiseen työhön.

Väkivaltariskialttiin työyksikön työntekijän tulisi olla tasapainoinen, realistinen, asiallinen ja luotettava vaikeissakin tilanteissa. Yhteistyökyky, tilanteiden ennakoitukyky, ilmapiirin aistimiskyky ja valmius nopeisiin ratkaisuihin ovat tärkeitä ominaisuuksia. Nämä kyvyt usein kehittyvät kokemuksen myötä. Kokenut ja koulutettu henkilökunta joutuu harvemmin väkivallan kohteeksi ja myös selviää uhkatilanteista paremmin. (Lehestö ym. 2004, 103-104, 134.)

Turvallisuustekijät on huomioitava myös henkilökunnan määrässä ja pätevyydessä. Rutiineista poikkeaviin tapahtumiin ja niistä johtuvaan lisähenkilökunnan tarpeeseen on varauduttava etukäteen. Henkilökunnan määrässä ja vuorojen miehityksessä on huomioitava se, että riskialttiissa työpisteessä ei pitäisi joutua työskentelemään yksin. Henkilökunnan pysyvyys luo turvallisuutta pitempiaikaisiin potilaisiin ja heidän omaisiinsa. Taloudellinen panostaminen työturvallisuuteen henkilöstömäärässä lisää myös potilaiden saaman hoidon tasoa. (Lehestö ym. 2004, 134-136.)

Henkilökunnan fyysisen ja psyykkisen kunnon tulisi olla normaali tai sitä parempi. Hyvä peruskunto on tärkeä uhka- ja väkivaltatilanteista selviytymisessä. Hyväkuntoinen ihminen jaksaa toimia paremmin, valikoituu harvemmin uhriksi ja luo myös turvallisuutta työyhteisöön. Fyysinen kunto, voima ja massa ovat merkittäviä asioita itsepuolustuksessa. Isokokoista riehujaa on usein vaikea taltuttaa ilman apuvälineitä tai riittävää ylivoimaa. Näissä tilanteissa isokokoinen ja voimakas työntekijä on turvallisempi kuin pienikokoinen ja heiveröinen. (Lehestö ym. 2004, 103-125.)

Jos työyksikössä on suurentunut väkivaltariski, voidaan henkilöstöä valittaessa ottaa huomioon myös hoitajan sukupuoli. Vaikka koko ei ole yksiselitteinen turvallisuuden tae, isokokoiset ja voimakkaan oloiset miestyöntekijät voidaan nähdä etuna. Toisaalta henkilökunnan sukupuolijakaumaa mietittäessä on huomioitava Terhi Frimanin ja Annika Rauhalan artikkelissaan julki tuoma näkökulma, jonka mukaan tiettyjen työtehtävien kuten väkivaltatilanteiden hoitamisen jakautuminen sukupuolen mukaan tuo mukanaan myös potentiaalisia ongelmia. Se asettaa sukupuolet eriarvoiseen asemaan työtehtävien ja joissain tapauksissa myös työvuorojen suhteen. Tällainen

menettelytapa voi haitata naispuolisten työntekijöiden ammatillista kasvua, mikäli hankalat asiakkaat keskittyvät miesten hoidettavaksi. Olisikin aiheellista miettiä, onko väkivaltilanteissa toimimisen valmiuksia määritettäessä käytettävissä jotain totuuden- ja oikeudenmukaisempaa kriteeriä kuin työntekijän sukupuoli. (Lehestö ym 2004, 104; Friman & Rauhala 2010.)

Koulutus

Terveydenhuollon ammattihenkilöllä on täydennyskoulutusvelvollisuus. Laki sanoo seuraavaa: *Terveydenhuollon ammattihenkilö on velvollinen ylläpitämään ja kehittämään ammattitoiminnan edellyttämää ammattitaitoa sekä perehtymään ammattitoimintaansa koskeviin säännöksiin ja määräyksiin. Terveydenhuollon ammattihenkilön työnantajan tulee luoda edellytykset sille, että ammattihenkilö voi osallistua tarvittavaan ammatilliseen täydennyskoulutukseen.* (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 1994/559, 18 §.)

Koulutettu työntekijä joutuu harvemmin väkivallan kohteeksi, ja itsepuolustusvalmius suojaa myös väkivallan vakavilta seurauksilta. Väkivaltaisen asiakkaan kohtaamiseen voi varustautua hankkimalla tietoa aggressiivisesta käyttäytymisestä. Kouluttautuminen uhkatilanteiden varalle on nähtävissä niin tärkeänä, että ainakin riskialttiimpiin työpaikkoihin hakeutuville henkilöille sen tulisi olla pakollista. Koulutus tulee suhteuttaa aina kyseisen työyksikön tarpeisiin eli ”kenttälähtöisesti”. (Weizmann-Henelius 1997, 68-69; Lehestö ym. 2004, 123-130; Ellonen 2007, 7.)

Koulutuksen tarjoamat keinot tilanteista selviytymiseen lisäävät työntekijän turvallisuudentunnetta. Mikäli työntekijä kokee hallitsevansa tilanteen ja omaavansa vaihtoehtoisia toimintatapoja, väkivaltilanteet eivät tunnu yhtä pelottavilta. Lyhyetkin itsepuolustuskurssit ovat hyödyksi, mikäli niillä voidaan antaa tuntumaa väkivaltilanteessa olemisesta. Uhkatilanne voi saada aikaan ihmisessä luonnollisen stressireaktion, jonka ongelmallinen vaikutus voi olla järjetön ja paniikinomainen käyttäytyminen. Tämä voi johtaa esimerkiksi ylimitoitettuun voimankäyttöön tai toimintakyvyttömyyteen. Stressireaktioiden

tunnistamista ja niistä selviytymistä pitäisikin harjoitella työpaikoilla, joissa ilmenee väkivaltatilanteita. (Weizmann-Henelius 1997, 69; Lehestö ym. 2004, 124, 133.)

Asianmukaisen koulutuksen tulisi sisältää teoretietoa aggressiivisuudesta, itsepuolustusta ja voimankäyttöä, kommunikointitaitoja sekä asiaan liittyvää lakitietoutta. Käsiteltäviä aiheita tulee olla myös työtilojen kalustaminen, tekninen valvonta ja suojavälineiden hyödyt ja haitat. Koulutuksen tulee olla säännöllistä ja sen sopivuutta työyksikköön tulee jatkuvasti arvioida. (Lehestö ym. 2004, 123-124.)

Uhkaaviin tilanteisiin voidaan varautua myös mielikuvaoppimisen avulla. Tarkoituksena on kuvitella mielikuvina erilaisia mahdollisia uhkatilanteita ja niistä selviytymistä. Mielikuvaharjoittelussa keskeistä on nähdä itsensä onnistuneena suorittajana. Ennalta varautuminen voi myös vähentää pelkoa todellisessa tilanteessa ja siten lievittää stressireaktion näkyviä oireita. (Työturvallisuuskeskus 2009, 18.)

4.4 Hälytysjärjestelmät

Väkivaltatilanteessa on tärkeää saada nopeasti lisä apua paikalle. Hälytysjärjestelmän hankintaa mietittäessä täytyy määritellä, mistä apua saadaan ja millaista apua tarvitaan. Työyksikössä on määriteltävä, keskittykö hoitohenkilökunta vain hoitamiseen vai liittyykö työnkuvaan myös väkivallan hallintaa. Itse hälytysjärjestelmän tulee olla helppokäyttöinen ja kestävä. (Lehestö ym. 2004, 117-119.)

Hälytysjärjestelmäksi voidaan lukea myös puhelimet. Puhelimen käyttöön hälytysjärjestelmänä liittyy tiettyjä ongelmia. Näitä ovat käytön hitaus, linja voi olla varattuna ja puhelimella on mahdollista soittaa vain yhteen numeroon kerrallaan. Äkillisissä päällekkäustilanteissa puhelinkeskustelulle ei välttämättä ole aikaa. Puhelimen selkeänä etuna on kuitenkin mahdollisuus antaa esitietoja tilanteesta avunpyynnön yhteydessä. Mikäli puhelinta käytetään pääasiallisena hälytysjärjestelmänä, tulee käytettävien puhelinnumeroiden olla

selkeästi puhelimen yhteydessä näkyvillä, ja numerot on lisäksi aiheellista opetella ulkoa. Joissain yksiköissä on käytössä niin sanottu pikapuhelinjärjestelmä, jonka avulla voidaan muutamaa numeroa painamalla saada yhteys esimerkiksi toisen osaston henkilökuntaan. Järjestelmä parantaa turvallisuutta ja on normaaliin puhelimen käyttöön verrattuna hieman nopeampi. (Lehestö ym. 2004, 117-119, 142.)

Niin sanotun päällekkäushälyttimen avulla voidaan hälytys tehdä nappia painamalla. Mukana kannettavan hälytyslaitteen tulee olla kevyt ja pienikokoinen sekä asianmukaisella kiinnitysmekanismissa varustettu. (Lehestö ym. 2004, 118.)

Yksi mahdollisuus on radiopuhelimien käyttö hälytysjärjestelmänä. Ensihoitoyksiköt on usein varustettu radiolaitteella ja mukana kannettavalla käsiradiolla, joilla saadaan yhteys hätäkeskukseen, toisiin pelastusyksiköihin ja tarvittaessa poliisiin. Terveystieteiden yksiköissä, joissa avunpyyntöjä joudutaan tekemään usein, radiopuhelinten käyttö voisi olla yksi mahdollinen turvallisuutta lisäävä ratkaisu. Radiopuhelimen etu verrattuna esimerkiksi pikapuhelimeen on sen kannettavuus ja käytön nopeus. (Lehestö ym. 2004, 120.)

Hälytysjärjestelmät ovat kuitenkin hyödyttömiä, jos henkilökunta ei käytä niitä oikein tai kuljeta niitä mukanaan. Jokaisen työntekijän tulee osata käyttää hälytysjärjestelmää oikein, kuljettaa mahdollista päällekkäushälytintä tai muuta vastaava hälytintä mukanaan ja huolehtia sen toimintakunnosta. (Lehestö ym. 2004, 118-119.)

4.5 Turvalaitteisto

Mikäli työhön liittyy ilmeinen väkivallan uhka, velvoittaa laki työnantajaa hankkimaan työpaikalle tarvittavat turvallisuuslaitteet ja valvomaan niiden toimivuutta. Työpaikoilla, joissa väkivaltariski on suuri, tulee olla asianmukaiset turvalaitteistot ja turvajärjestelyt. Asianmukaisuuden määrittely pohjautuu henkilökunnan ja työnantajan arvioihin tilanteesta. (Lehestö ym. 2004, 129;

Työturvallisuuslaki 738/2002, 27 §.)

Väkivaltaista hyökkäystä vastaan voidaan käyttää kamppailulta suojaavia välineitä, kuten patukoita ja sumuttimia, tai välineitä, joita ei heti mielletä voitavan käyttää itsepuolustukseen. Sumuttimet ja patukat ovat erityislupaa edellyttäviä turvavälineitä, joihin liittyy ongelmallisia näkökohtia. Niiden käyttö edellyttää koulutusta, ja ne voivat varustuksena vaikuttaa henkilökunnan työnkuvaan. Lisäksi ne voivat jopa provosoida tai raaistaa väkivaltatilanteita hoitajien ollessa aseistautuneita. (Lehestö ym. 2004, 115.)

Suojakäsineet ja -vaatteet suojaavat kamppailutilanteissa mahdollisilta eriteroiskeilta. Viiltosuojasormikkaat ja vastaavat käsineet suojaavat myös hieman teräviltä esineiltä kuten veitsiltä ja neuloilta. Käsineiden avulla voidaan saada henkilöstä pitävämpi ote kuin paljain käsin, etenkin kamppailutilanteessa tapahtuvan hikoilun takia. Haittapuolina käsineissä voi olla niiden jäykkyys. Käsineet myös usein haittaavat käsien ja sormien koordinaatiota. Käsineiden käytön tarpeellisuus on riippuvainen aina tilanteesta, mutta yleisohjeena voidaan sanoa, että mikäli suojautumiseen on mahdollisuus, on parempi olla suojautunut kuin suojaamaton. (Lehestö ym. 2004, 120-121.)

4.6 Työasu

Työturvallisuuslaki (738/2002, 20 §) velvoittaa työntekijän käyttämään työssään sellaista vaatetusta joka ei aiheuta tapaturman vaaraa. Työasun tulisi olla neutraali, kantaa ottamaton ja sopivasta materiaalista valmistettu, eikä se saa hankaloittaa liikkumista. Itsepuolustustilanteiden kannalta on myös huomioitava, että erilaiset kellot, lävistykset, pitkät kynnet ja sormukset voivat aiheuttaa verta vuotavia haavoja kamppailun osapuolille. Kumman tahansa osapuolen haava kamppailutilanteessa on riski tartuntatautien johdosta. (Lehestö ym. 2004, 109-111.)

Yksinomaan turvallisuusnäkökulmasta katsoen henkilökunnan yhtenäinen pukeutuminen on usein parempi ratkaisu kuin siviilivaatteiden käyttö. Henkilökunnan yhtenäinen työasu viestii ammatillisuudesta ja luo turvallisuuden tunnetta potilaille. Yhtenäinen työasu mahdollistaa henkilökuntaan kuuluvien

nopean erottamisen potilaista sekä tekee henkilökunnan läsnäolosta yksikössä näkyvämpää. Tämä on erityisen tärkeää suurissa työyhteisöissä sekä työyhteisöissä, joissa henkilökunnan vaihtuvuus on suurta. Joka tapauksessa henkilökunnalla täytyy olla jonkinlainen tunniste, esimerkiksi nimineula, josta selviää nimi ja ammattiarvo. (Lehestö ym. 2004, 109, 111.)

Joissain hoitoalan työyksiköissä on käytäntönä siviilivaatteissa työskenteleminen. Tämän käytännön taustalla on usein kodinomaisuuden tavoittelu sekä erilaiset terapeuttiset merkitykset. Turvallisuusnäkökulmasta on kuitenkin huomioitava, että tähän voi liittyä riskejä. Siviilivaatteita käytettäessä on henkilökunnan helpompi tahattomasti provosoida potilasta pukeutumisellaan. Siviiliasusteiden käyttö voi olla perusteltua joissain yksiköissä, mutta henkilökunnan on osattava erottaa asiallinen ja epäasiallinen pukeutuminen toisistaan. Henkilökunnan on osattava harkita oma pukeutumisensa turvallisuusnäkökulmasta, ja myös työssä käytettävien jalkineiden suhteen kannattaa muistaa turvallisuustekijät. Jalkineiden tulisi mahdollistaa nopea liikkuminen väkivaltatilanteen varalta. (Lehestö ym. 2004, 109-112.)

4.7 Vuorovaikutus

Asiakkaita kohtaava henkilö vaikuttaa aina omalla käyttäytymisellään asiakkaiden käyttäytymiseen (Ellonen 2007, 3). Koska kaikki väkivaltatilanteiden välttämiseen tähtäävät periaatteet ovat tärkeitä, myös asiakkaiden ja potilaiden ammattitaitoinen kohtelu on merkittävä seikka väkivallan ehkäisyn näkökulmasta. Vuorovaikutuksessa saadaan tietoa toisesta henkilöstä sekä hänen tunnetilastaan ja pyrkimyksistään, jotta ne voitaisiin ottaa huomioon. Vuorovaikutussuhteessa henkilöt vaikuttavat toisiinsa ja työntekijällä on mahdollisuus pyrkiä vastaamaan asiakkaan tarpeisiin tavalla, jolla vältetään aggression syntyminen. Työntekijöiden vuorovaikutustaitoihin tuleekin pyrkiä vaikuttamaan. Kohteliaisuus, ystävällisyys ja asiakkaan sanomaan syventyminen luovat hyvän ja turvallisen asiakaspalvelun perustan. (Weizmann-Henelius 1997, 61-73; Lehestö ym. 2004, 121-123; Ellonen 2007, 6.)

Asiakkaan ja potilaan väkivaltaiseen käyttäytymiseen voi vaikuttaa moni tekijä,

kuten tilannekohtaiset seikat tai sairaus. Itse tilanteessa vuorovaikutuksessa esiintyvät ongelmat voivat kuitenkin olla ratkaisevia. Vuorovaikutuksen osapuolet olettavat usein oman kokemuksensa pohjalta tietävänsä, mitä toinen henkilö kokee, ajattelee, tuntee ja reagoi. Käsiteltävä asia voi kuitenkin olla osapuolille hyvin erilainen. Työntekijän kannalta kyseessä voi olla pelkkä rutiini, kun taas asiakkaalle kyseessä voi olla koko elämään vaikuttava asia. Molemmilla osapuolilla on tilanteessa omat tarpeensa, toiveensa ja odotuksensa, jotka motivoivat heitä. Työntekijöiden ja väkivaltaisesti käyttäytyvien asiakkaiden havainnot ja käsitykset väkivaltatilanteista poikkeavat usein toisistaan. Työntekijä voi kertoa, ettei havainnut minkäänlaista syytä väkivallan syntymiseen. Väkivaltaisesti käyttäytynyt henkilö voi kertoa tulleensa samassa tilanteessa loukatuksi, kiusatuksi tai huomiotta jätetyksi. Usein väkivaltaisesti käyttäytynyt henkilö kertoo, ettei tullut kuulluksi tai ymmärretyksi. Hänen tarpeisiinsa ei vastattu. (Weizmann-Henelius 1997, 58, 62-63, 68; Ellonen 2007, 6.)

Asiakastilanteessa ennakkokäsitykset ja ensivaikutelma luovat odotuksen, joka pyrkii toteutumaan. Myös ympäristön odotukset sekä omat kokemustaustat ja arvot vaikuttavat vuorovaikutustilanteeseen. Mikäli potilasta pidetään ennakkotietojen mukaan vaarallisena, työntekijä asennoituu häneen toisin kuin jos hänen odotetaan olevan avuton ja arka ihminen. Työntekijän olisikin tärkeää olla perillä omista vaikuttimistaan ja tunteistaan, jotka vaikuttavat tilanteeseen myös silloin, kun niistä ei ole tietoinen. Myös tunteet, joita työntekijä koettaa peitellä, voivat näkyä eleissä ja äänensävyissä. Asiakkaalla tulisi olla oikeus esittää myös kielteiset tunteensa ilman, että työntekijä kokee siinä mitään henkilökohtaista. Omien tunteiden käsittely, ja joskus myös mahdollinen hetken valmistautuminen ennen potilaan kohtaamista, ovat tärkeitä. Asiakaspalvelutyötä ei voi tehdä kohtaamatta ajoittain kielteisiä reaktioita tai kielteisiä tunteita. (Weizmann-Henelius 1997, 58-67 Lehestö ym. 2004, 92, Ellonen 2007, 6-7.)

Vuorovaikutus sisältää sekä sanallisen että sanattoman viestinnän. Ihmisen ilmeet, äänenpainot, asennot ja eleet antavat paljon tietoa tunnetilasta ja ajatuksista. Ilo, suru, pelko ja hämmästys välittyvät luonnostaan ilmeinä. Vaikka

puhe ja sanat ovat useimmiten tahdonalaisia viestejä, sanat ja kehon viestit eivät aina vastaa toisiaan. Ihminen voi tarkoituksellisesti tai tahattomasti osoittaa sanattomalla viestinnällään, ettei hän tarkoita mitä sanoo. Työntekijän tulee havaitsemistaan vihjeistä arvioida tilanne ja pyrkiä päättelemään, mitä asiakas haluaa, mitä hän tarkoittaa ja miltä hänestä tuntuu. Tämä mahdollistaa tarkoituksenmukaisen toiminnan tilanteessa. Usein uhkatilanteet saavatkin alkunsa siten, että potilaan pyrkimyksiä ei ymmärretä tai niitä rajoitetaan jotenkin. Hoito- ja hoiva-alalla työskenteleminen edellyttää kykyä ja halua ymmärtää toista henkilöä ja kohdata tämän tunteita ja tarpeita. (Weizmann-Henelius 1997, 61-67; Lehestö ym. 2004, 121.)

Asiakaspalvelutilanne on hyvä aloittaa yleensä tervehdyksellä ja lyhyellä keskustella, jolla varmistetaan, että viestintä toimii. Näin saadaan nopea ensivaikutelma asiakkaasta ja tämän mielialasta. Mikäli puhutaan suuremmalle joukolla, puhe kannattaa osoittaa yhdelle henkilölle. Mikäli joukosta on havaittavissa jonkinlainen johtaja, puhe kannattaa osoittaa hänelle. Tilanteessa, jossa yhtä joukon jäsenistä yllytetään häiriökäyttäytymiseen, tulisi varoittava tai rauhoittava puhe suunnata yllytyksen kohteelle. (Ellonen 2007, 6, 15.)

Uskomus, jonka mukaan väkivaltaiselta henkilöltä pitää ottaa heti luulot pois, on vaarallinen. Kyseisen periaatteen mukaan toimiminen voi johtaa nopeaan väkivallan purkautumiseen. Aggression kierteeseen joutunut voi kokea menettävänsä jotain niin tärkeää, ettei enää pysty luopumaan yrityksestään saada toinen alistetuksi. Riski tähän kasvaa, mikäli työntekijä on itse kiihtynyt tai ei kiireen takia kiinnitä oman turvallisuutensa varmistamiseen riittävää huomiota. Usein tilanteen selvittämiseen riittää rauhallinen kuunteleminen, oikean tiedon välittäminen ja väärinkäsitysten oikaiseminen. Halu ongelman selvittämiseen on ensisijainen keino tyytymättömän asiakkaan rauhoittamiseen. (Ellonen 2007, 3, 9.)

Vaikka henkilökunnan aiheuttamia provosoivia tekijöitä on varmasti lähes aina löydettävissä väkivaltatilanteista, on muistettava, että tilanteet ovat usein hankalia ja henkilöstä johtuvien provosoivien tekijöiden ilmaantuminen on inhimillistä. Ensisijainen vastuu väkivaltatilanteesta on joka tapauksessa

väkivaltaisesti käyttäytyvällä henkilöllä, eikä henkilökunnan syyllistäminen ole rakentavaa. (Lehestö ym. 2004, 121.)

5 VÄKIVALTAISEN POTILAAN KOHTAAMINEN

Asiakastilanne on aina vuorovaikutustilanne, myös silloin kun siihen liittyy henkistä tai fyysistä väkivaltaa. Asiakastilanteessa toimitaan asiakaspalvelijan ja asiakkaan rooleissa, ja näiden roolien mukainen käytös pyritään säilyttämään myös hankalissa asiakastilanteissa. Työntekijä voi vaikuttaa tilanteen kehittymiseen omalla toiminnallaan, jonka myötä uhkaava tilanne voi poistua tai vastaavasti muuttua pahemmaksi. (Isotalus & Saarela 2001, 25.)

Tehy korostaa, että väkivaltaisesti käyttäytyviä potilaita ei voi jättää hoitamatta, sillä he ovat usein eniten avun tarpeessa. Turvallinen hoitosuhde on myös hoitavan osapuolen oikeus. (Tehyn eettinen toimikunta 2007.)

Väkivaltaisen käyttäytymisen laukaisee yleensä tilanne, jossa henkilö kokee itsensä avuttomaksi eikä näe muuta keinoa selviytyä tilanteesta. Toisaalta opittuna käyttäytymismallina väkivalta voi olla henkilön hyväksi havaitsema keino saada haluamansa. (Työturvallisuuskeskus 2009, 17.)

Väkivaltaista käyttäytymistä laukaisevia tekijöitä ovat esimerkiksi

- erimielisyys tai ei-toivottu päätös palvelusta tai hoidosta
- väärinymmärrys, kielitaidon puutteet, kulttuurierot tai liiallinen ammattikielen käyttäminen
- kiire, huono asiakaspalvelu tai tönkyä kohtelu
- pitkät odotusajat
- puutteellinen tiedonsaanti
- epäviihtyisät tilat ja niistä aiheutuvat tekijät kuten kuumuus, meluisuus, tai yksityisyyden puute
- traumaattinen tilanne, kuten oma tai läheisen sairastuminen tai vammautuminen

- somaattiset sairaudet, kuten voimakas kipu tai verensokerin vaihtelut
- psyykkiset sairaudet, kuten persoonallisuushäiriöt tai psykoosit
- oman toiminnan hallintaa heikentävät sairaudet, kuten dementia
- päihtymys tai päihteiden vaikutuksen alaisena olevat seuralaiset
- negatiivinen ennakoasenne johtuen aiemmista kokemuksista tai muiden kokemuksista
- yleinen vihamielinen asenne viranomaistahoja tai vastaavia ammattihenkilöitä kohtaan
- oikeudeton etuuden hankinta, kuten varkaus, ryöstö tai seksuaalirikokset (Työturvallisuuskeskus 2009, 17.)

5.1 Työpaikkaväkivalta

Työpaikkaväkivallalla tarkoitetaan tapahtumaa, jossa henkilöä loukataan sanallisesti, uhataan tai pahoinpidellään työhön liittyvissä olosuhteissa. Tapahtuma vaarantaa joko suoraan tai epäsuorasti työntekijän turvallisuuden, hyvinvoinnin ja terveyden. Fyysisiä väkivalta- ja uhkatilanteita ovat esimerkiksi tavaroiden heitteleminen, töniminen, potkiminen, pureminen, raapiminen ja liikkumisen estäminen. (Weizmann-Henelius 1997; Lehestö ym. 2004.)

Varkaustilanteet voivat kehittyä väkivaltatilanteeksi. Vakavimpia tilanteita ovat ryöstöt, ryöstön yritykset ja uhkaileminen aseella. Väkivalta ei aina välttämättä aiheuta fyysisiä vammoja, mutta jo vakava uhkatilanne voi johtaa työstä poissaoloihin ja jopa pysyvään työkyvyttömyyteen. Vaikka yli 90 prosenttia työväkivallasta on fyysisesti lievää, uhkaava kokemus voi jättää uhuriin pysyvät henkiset jäljet. (Pohjola 2002.)

5.2 Hoitajan stressireaktio

Pelottavassa tai äkillisessä tilanteessa ihmisen kehossa tapahtuu muutoksia, jotka auttavat ihmistä valmistautumaan tulevaan. Muutokset näkyvät erilaisina oireina, joista tavallisimpia ovat

- käsien ja koko kehon vapina

- sydämentykytys, hikoilu
- tajunnanmenetys
- kalpeneminen tai punastuminen
- hienomotoriikan heikentyminen
- havaitsemiskyvyn häiriöt, kuten putkinäkö, ajan tajun katoaminen ja "valikoiva kuulo"
- loogisen ajattelukyvyn häiriöt, muistihäiriöt
- pidätyskyvyn menettäminen
- tilanteeseen sopimaton käyttäytyminen, kuten nauraminen, itkeminen tai hallitsematon paniikkireaktio (Työturvallisuuskeskus 2009, 18.)

Pelon oireita ei voi poistaa, mutta oireita ja stressireaktioita voidaan opetella hallitsemaan niin, että ne palvelevat tilanteesta selviämistä. On myös hyvä muistaa, että uhkaaja kärsii usein samoista oireista, eikä hänenkään toimintakykynsä tilanteessa ole paras mahdollinen. Uhkaavissa tilanteissa on luonnollista pelätä. Pelon hallinta alkaa omien pelkojen ja reaktioiden tunnistamisesta. Muistelemalla omia pelottavia kokemuksiaan voi saada viitteitä kehonsa ja mielensä toiminnasta uhkatilanteessa. Pelosta huolimatta voi toimia järkevästi ja pelkoa voi vähentää sillä, että tietää mitä tulee tehdä. (Isotalus & Saarela 2001, 25; Työturvallisuuskeskus 2009, 18.)

Hyvä fyysinen kunto ja kehon koordinaatio auttavat stressireaktioiden hallinnassa. Kun hallitsee oman kehonsa, voi hallita myös pelkoa aiheuttavan tilanteen. Kyky rentouttaa itsensä on erinomainen keino pelon hallinnassa, sillä ihminen ei voi olla yhtä aikaa rentoutunut ja pelosta kankea. (Työturvallisuuskeskus 2009, 19.)

5.3 Väkivaltatilanteen tunnusmerkkejä

Yleisiä, lähinnä uhkaajan käytökseen liittyviä tunnusmerkkejä, jotka yleensä ennustavat väkivaltaista käyttäytymistä, ovat seuraavat.

- kielteinen käytös, kiroilu, haukkuminen, solvaaminen, uhkailu

- tuijotus, pälyily, katseella mittailu
- irvistely, hampaiden näyttäminen
- kiihtynyt hengitys, lisääntynyt syljeneritys
- kasvojen kalpeneminen, kasvojen verisuonten pullottaminen
- lähietäisyydelle pyrkiminen
- puheen lakkaaminen
- henkilö on käyttäytynyt aiemmin väkivaltaisesti
- sopimaton tai sääntöjä rikkova käytös (esim. aineelliseen omaisuuteen kohdistuva ilkivalta)
- outo tai epäilyttävä käytös (esim. piileskely, väittely, toistuvat käynnit ilman selkeää syytä) (Työturvallisuuskeskus 2009, 19.)

On hyvä muistaa, että pelkän ulkoisen olemuksen ja muunlaisen kuin väkivaltaisen käyttäytymisen perusteella ei ketään tule leimata väkivaltaiseksi. On kuitenkin tärkeää kiinnittää huomiota ja reagoida siihen, mitä toinen henkilö meille viestittää olemuksellaan ja toiminnallaan tahtoen tai huomaamattaan. Seuraavassa on lueteltu joitakin yleisiä merkkejä kiihtyneestä tai muuten poikkeavasta mielialasta

- Olemus on jännittynyt ja hermostunut.
- Kasvot ovat kalpeat tai punaiset.
- Hengitys on kiihkeä tai katkonainen.
- Henkilö tuijottaa tai hänen katseensa on pistävä, hän siristää silmiään tai hänen katseensa on lasittunut lääkkeiden tai huumausaineiden käytön johdosta.
- Henkilön ääni on kohonnut tai kovenee. Henkilö voi olla myös puhumaton. Myös hampaiden välistä puhuminen tai äänen peittäminen voivat olla merkkejä kiihtymyksestä.
- Käsien puristelu nyrkkiin ja sormen heristäminen ovat aggressiivisia eleitä.
- Eleiden peittäminen tai käsien piilottelu voi olla merkki aseiden tai aseena käytettävän esineen piilottelusta.
- Hermostunut edestakainen liikehdintä ja toisen ihmisen intiimialueelle

tunkeutuminen ovat aggressiivista käyttäytymistä ennakoivia merkkejä. (Isotalus & Saarela 2001, 26.)

5.4 Toiminta erimielisyysvaiheessa

Vihainen ihminen ei pidä tunnettaan järjettömänä, vaan kokee, että siihen on jokin syy. Työntekijän on tilanteessa selvitettävä, mitä on tapahtunut. On tärkeää osoittaa kunnioitusta, kiinnostusta ja auttamisen halua. Tunnetilan syihin on pyrittävä vaikuttamaan. Työntekijän tulee tehdä päätös olla kiihtymättä tai provosoitumatta. (Turvanix 2007.)

5.5 Toiminta uhkatilanteessa

Joskus fyysinen väkivaltainen kontakti syntyy täysin yllättäen ilman ennakoivia vaiheita. Yleensä tällöin on kysymys päihdyttävien aineiden vaikutuksen alaisesta henkilöstä, jolla on tavallista korkeampi kipukynnys ja tavallista heikompi käyttäytymisen kontrolli. On tärkeää ymmärtää, että kiihtyneen henkilön tunnetila on todellinen, vaikka sen syy saattaa vaikuttaa työntekijästä merkityksettömältä. (Työturvallisuuskeskus 2009, 19-20.)

5.6 Puheella rauhoittaminen

Puheella rauhoittaminen on taitolaji, jonka jokainen voi opetella. Lähtökohtaisesti ihminen, joka ei itse pysty hillitsemään itseään, ei voi odottaa tätä toiseltaan. Tavoitteena on saada kiihtynyt henkilö rauhoittumaan. Jokainen tilanne on erilainen, ja tehokkaat rauhoittelukeinot voivat vaihdella. Usein pelkkä kuuntelu jo auttaa.

Asioita voidaan käsitellä vasta, kun asiakas kykenee keskustelemaan. Työntekijällä on vastuu tilanteen kehittymisestä. Puheen tulisi olla tarpeeksi hidasta ja yksiselitteistä ja äänensävyyn tulisi olla rauhallinen ja neutraali. Luottamusta herättävä ääni on selkeä, voimakas, vaihteleva ja melko matala. Liian hitaan puheen vastaanottaja kokee usein nöyryyttävänä. Vilpitön hymy ja luonteva ystävällisyys yleensä tehoavat, mutta on varottava, että ne eivät mene liiallisuuksiin ja ilmennä halveksuntaa. (Turvanix 2007; Työturvallisuuskeskus

2009, 22.)

Asiakas tulisi saada puhumaan, sillä on vaikea lyödä puhuessaan. Aggressiiviselta asiakkaalta tulee kysyä asioita, joihin asiakas voi antaa myöntävän vastauksen. Samaa mieltä oleminen, vaikka pienistäkin asioista, vähentää aggression tunnetta. Jos asiakkaalla on pelkoja tai epäilyjä, tulee hänet tynnyttää korjaamalla väärinkäsitykset ja antamalla oikeaa tietoa. Jos asiakkaalla on kohtuullinen pyyntö, johon voi suostua, on tämä aiheellista toteuttaa tai perustella tarkoin kielteinen kanta ja etsiä vaihtoehtoja. On viestitettävä, että työntekijä on asiakkaan puolella ja ratkaisemassa ongelmaa hänen kanssaan. Uhkaajaa tulee katsoa rauhallisesti silmiin ja rinnan alueelle. (Turvanix 2007.)

Arvovaltakiista voi johtaa tilanteeseen, jossa kummallakaan ei ole kunniallista perääntymismahdollisuutta. Tällaista tilannetta tulee välttää. Puhe tulee välillä suunnata asioihin, joista työntekijä ja asiakas ovat samaa mieltä. Mikäli työntekijä huomaa itse kiihtyvänsä, tulee tilanteeseen ottaa etäisyyttä. Asiakkaan kasvoja tulee säästää mahdollisuuksien mukaan positiivisella palautteella. Jos tilanne ei laukea, on kutsuttava työtoveri avuksi. Tavoitteena on saavuttaa potilaan luottamus. Tähän päästään pyrkimällä ehdottomaan rehellisyyteen. Annetut lupaukset on pidettävä, ja asioita joihin ei voi vaikuttaa, ei tule luvata. Tilanteessa valehtelemisellä ei saavuteta mitään. (Turvanix 2007.)

Kun syntynyt tilannetta arvioidaan, tulee kiinnittää huomioita sekä omaan että toisen henkilön sanattomaan viestintään (mm. eleet, ilmeet, vartalon asento). Sanallinen ja sanaton viestintä tukevat toisiaan, jos ne ovat samansuuntaisia. Niiden ollessa ristiriidassa sanaton viesti on usein vahvempi. Sanaton viestintä on yleensä tahdosta riippumatonta ja osittain tiedostamatonta. Näin se on viestijän vaikeasti kontrolloitavissa. (Isotalus & Saarela 2001, 28.)

Elimellisistä aivotoiminnan häiriöistä kärsivät potilaat eivät yleensä ole rauhoitettavissa puheen ja keskustelun turvin. Nämä potilaat kärsivät yleensä erilaisista delirioottisista tai myrkytystiloista. Erilaisista delirioottisista tiloista kärsivät potilaat joudutaan ensi sijassa sitomaan lepositein, kunnes potilaan

tilan aiheuttava syy on selvitetty. Lääkehoito on näissä tilanteissa joskus välttämätön. Lääkehoitoon on kuitenkin ennen diagnoosia turvauduttava vain välttämättömissä tilanteissa, koska lääkitys voi haitata oikean diagnoosin löytämistä. (Huttunen 1992; Weizmann-Henelius 1997; Lehestö ym. 2004.)

Myös psykoottisista tiloista kärsiviä väkivaltaisista potilaita on useimmiten vaikea tai mahdotonta rauhoittaa pelkästään puheen ja keskustelun avulla. Nämä potilaat kärsivät joko skitsofreniasta, paranoidisista psykooseista tai maniasta. Neuroleptilääkitys on usein välttämätön potilaan rauhoittamiseksi. Psykoottinen väkivaltainen potilas joudutaan monesti myös eristämään tai sitomaan lepositein, kunnes hän on lääkehoidon ja keskustelun turvin rauhoittunut. Sulkeutunut ja voimakkaan psykoottinen potilas saattaa joskus täysin yllättäen lyödä saattajaansa tai liian lähelle tullutta haastattelijaansa. (mt.)

Persoonallisuushäiriöistä kärsivät uhkailevat ja väkivaltaiset potilaat ovat usein rauhoitettavissa pelkästään verbaalisin keinoin. Potilaalle voidaan tarjota lääkitystä, mutta tahdonvastainen lääkitys ei näille potilaille ole paikallaan. Erityisesti alkoholin vaikutuksen alaisina nämä potilaat saattavat kuitenkin olla väkivaltaisia ja uhkaavia. (mt.)

5.7 Hoitajan käytös

Vaikean tilanteen hallinnassa ei tule sortua samaan kuin potilas. Tilanteessa tulee pysyä asiallisena ja jämäkkänä, eikä tilanteen synnyttämiä tunteita tule päästää valloilleen. Kädet on syytä pitää esillä ja kokonaisolemus rauhallisena. Mikäli mahdollista, uhkaavaa henkilöä on hyvä pyytää istumaan. Hoitajan tulisi seisoa uhkaavan henkilön seistessä ja tämän istuessa istuutua myös itse, mikäli tämä on mahdollista ja turvallista. Pakoreitti tulee kuitenkin aina varmistaa, ja mikäli mahdollista, pyrkiä siirtymään niin, että jokin kaluste tai vastaava esine muodostaa esteen uhkaajan ja hoitajan välille. Asettautumisessa on huomioitava riittävän etäisyyden säilyttäminen. Ilman uhkaajan ja hoitajan välissä olevia esteitä sopiva uhkatilanteessa pidettävä puhe-etäisyys on noin puolestatoista kahteen metriä. Mikäli uhkaaja peräännyy tältä etäisyydeltä, on tämä viestinä siitä, että hoitaja on ylittänyt hänen intiimietäisyytensä rajat.

(Työturvallisuuskeskus 2009)

Mahdollisen hyökkäyksen varalta on huomioitava, että hieman sivuttain seisominen uhkaajaan nähden tekee väistämisen ja pakenemisen helpommaksi. Missään tapauksessa uhkaajalle ei tule kääntää selkää, eikä myöskään tehdä äkkinäisiä uhkaavaksi tulkittavia liikkeitä. (Isotalus & Saarela 2001.)

Mikäli hyökkäys näyttää todennäköiseltä, tulee käyttää selkeitä käskyjä kuten ”Seis!” tai ”Älä!”. Mikäli uhkaajalla on ase, tätä ei tule yrittää ottaa pois. Aseella uhattaessa tulee toimia uhkaajan vaatimusten mukaan. Hyökkäyksen kohteeksi jouduttaessa tulee ensisijaisesti pyrkiä pakenemaan tilanteesta ja kutsumaan apua. Mikäli tämä ei ole mahdollista, tulee käyttää itsesuojelutaitoja hyökkäykseltä suojautumiseen. Fyysisiä itsepuolustustaitoja kannattaa hankkia ammattitaitoisesti järjestetyillä itsepuolustuskursseilla, ja näitä taitoja on myös kerrattava riittävän usein niiden ylläpitämiseksi. (Isotalus & Saarela 2001, 28.)

Uhkaajan puhuttamisessa voidaan soveltaa myös poliisien käyttämää kolmioperiaatetta, jossa kaksi työntekijää asettuu uhkaajaan nähden siten, että uhkaaja jää kolmion kärjeksi. Toinen työntekijöistä puhuttaa uhkaajaa ja toinen tarkkailee tilannetta. Tarvittaessa puhuttajaa voidaan vaihtaa, jos vuorovaikutus tuntuu lukkiutuvan. Asetelman tarkoituksena on osoittaa uhkaajalle fyysistä ylivoimaa ja antaa työntekijöille turvaa toisistaan. Jos paikalle tulee vielä lisää työntekijöitä, tulee heidän jäädä sivustalle tarkkailemaan tilannetta. Mikäli tilanne kehittyy fyysiseksi kontaktiksi, kaikki paikalla olevat työntekijät voivat tarvittaessa osallistua uhkaajan taltuttamiseen pienintä tarpeellista voimaa käyttäen. (Työturvallisuuskeskus 2009, 23).

5.8 Fyysiset hallintakeinot

Janita Vainiomäki (2011) kirjoittaa opinnäytetyössään, että fyysistä väliintuloa ei tehdä ennen kuin muita mahdollisia lähestymistapoja on yritetty. Tarvittaessa turvaudutaan viimeisenä keinona fyysiseen kiinnipitämiseen, kun yksilön käyttäytyminen vaikuttaa todennäköisesti johtavan vahingoittavaan käyttäytymiseen tai kun väkivaltaisuus on välittömän uhkaavaa. Hoidollisena

toimenpiteenä tapahtuva fyysinen kiinnipitäminen ei saa muodostaa uhkaa tai aiheuttaa kipua, vaan kiinnipitäminen perustuu potilaan luonnollisten liikeratojen hallittuun ja kivuttomaan rajaamiseen yhdessä samanaikaisen hoidollisen vuorovaikutuksen kanssa. Fyysisen väliintulon on oltava aina tilanteeseen suhteutettua.

Avoimen väkivaltaisen, riehuvan ja mahdollisesti delirioittisen potilaan taltuttaminen onnistuu aina turvallisimmin riittävän henkilökunnan turvin. Riehuva potilas on omien pelkojensa johdosta usein yhtä vaarallinen kuin haavoittunut eläin, jonka voimaa ei ole syytä koskaan aliarvioida. Usein pelkästään fyysisesti ylivoimaisen henkilömäärän läsnäolo riittää kuitenkin rauhoittamaan riehuvan potilaan. (Huttunen 1992; Weizmann-Henelius 1997; Lehestö ym. 2004.)

Huttunen kirjoittaa Duodecim-lehdessä julkaisussa artikkelissaan myös, että puolustautuessaan väkivaltaista potilasta vastaan tulee pyrkiä suojaamaan haavoittuvat ja herkät ruumiinosansa, etenkin kasvot, pää ja kaula. Potilaan iskujen voimaa voi olennaisesti heikentää käsien puolustusliikkeillä, potkujen vastaavasti jalkojen avulla. Mikäli potilas onnistuu tarttumaan työntekijää ranteista, ne voi usein vapauttaa kiertämällä niitä voimakkaasti potilaan peukaloita vastaan. Kuristusotteen voimaa ja tehoa vähentää olennaisesti leuan painaminen voimakkaasti rintaa vastaan. Hiuksia repivän otteen tehoa heikentää tarttuminen potilaan ranteisiin. Jos potilas onnistuu tarttumaan takaapäin, leuan painaminen rintaa vastaan ja nopea kääntyminen on usein tehokas tapa irtautua puristusotteesta. Potilaan yrittäessä purra työntekijän ei kannata yrittää riuhtaista käsivarttaan irti, vaan päinvastoin hänen kannattaa painaa käsivartensa syvemmälle potilaan suuhun ja yrittää samalla sulkea vapaalla kädellään tämän sieraimet hengitykseltä.

5.9 Voimakeinojen käyttö väkivaltatilanteissa

Lainsäädäntö antaa jokaiselle henkilölle oikeuden tietyissä tilanteissa puolustaa itseään, toisia ja omaisuutta tarvittaessa jopa voimakeinoin. Vaikka lainsäädäntö antaa tähän oikeuden, tapauskohtaisesti on syytä harkita

tarkkaan, kannattaako voimankäyttöoikeutta käyttää vai onko turvallisempi vaihtoehto kutsua paikalle ammattiapua, kuten vartija tai poliisi. Joskus voimakeinojen käyttöä ei voi välttää. Tällöin pyritään valitsemaan keinot, jolla aiheutetaan mahdollisimman pientä haittaa hyökkääjälle, mutta joilla hyökkäys saadaan tehokkaasti estetyksi tai torjutuksi. (Työturvallisuuskeskus 2009, 24.)

5.10 Hätävarjelu

Rikoslaki 19.12.1889/39, 4. luku 4, §: Hätävarjelu:

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

Jouni Heikniemen (2004) mukaan hätävarjelu tarkoittaa vääryyden torjuntaa mahdollisesti rikostunnusmerkit täyttävin keinoin. Hätävarjelun idea on kuitenkin siinä, että asianmukaisesta puolustautumisesta ei rangaista. Olennainen ongelma onkin rajanveto asianmukaisen puolustautumisen ja asiattoman puolustautumisen välille.

Mikäli kyseessä on mainitun rikoslain kuvauksen mukainen teko, kyseessä on hätävarjelu. Mikäli puolustuksessa sen sijaan syyllistytään sallitun puolustautumisen ylittämiseen, on teko rangaistava, niin kutsuttu hätävarjelun liioittelu. Kuitenkin, edellisestä poiketen, tekijä on hätävarjelun liioittelunkin ollessa kyseessä rangaistusvastuusta vapaa, mikäli olosuhteet olivat sellaiset, ettei tekijältä kohtuudella olisi voinut vaatia muunlaista suhtautumista. Tässä on otettava huomioon hyökkäyksen vaarallisuus ja yllätyksellisyys sekä tilanne kokonaisuutena, kuten suojattavan oikeushyvä ja muut suojautumiskeinot. (Laki24.fi.)

Tärkeä tekijä on myös puolustautumisen ajankohta. Liian aikainen tai myöhäinen puolustautuminen ei ole hyväksyttyä hätävarjelua. Puolustautumisen täytyy ajoittua siten, että sen todellinen merkitys on

hyökkäyksen torjuminen. Etukäteen aloitettu puolustus on aloitteentekoa ja siten liiallista voimankäyttöä. Ensimmäistä iskuja ei toisaalta tarvitse kuitenkaan odottaa. Toisaalta jälkikäteinen - ja tyyppillisesti liian pitkään jatkettu - puolustautuminen on kostoja. (Heikniemi 2004.)

Pakkokeinolaki antaa jokaiselle oikeuden ottaa kiinni pakenemasta tavattu rikoksentekijä tilanteissa, joissa rikoksesta saattaa seurata vankeutta tai rikos on lievä pahoinpitely, näpistys, lievä kavallus, lievä luvaton käyttö, lievä moottorikulkuneuvon käyttövarkaus, lievä vahingonteko tai lievä petos. Henkilön voi ottaa kiinni myös, mikäli viranomaistaho on antanut hänestä etsintäkuulutuksen, joka tähän oikeuttaa. Mikäli kiinniotettava tekee vastarintaa, on tarpeellisten, muttei kohtuuttomana pidettävien voimakeinojen käyttö sallittu. Kaikissa kiinniototapauksissa kiinniotettava on luovutettava mahdollisimman pian poliisille. (Pakkokeinolaki 30.4.1987/450.)

6 VÄKIVALTATILANTEIDEN JÄLKIPUINTI

6.1 Kriisityö

Kriisityön oletetaan olevan alkujaan peräisin Norjasta ja Yhdysvalloista. Suomessa kriisityö tehdään tällä hetkellä useissa Suomen yliopistoissa. Kriisityö on yhdistänyt ammattihenkilöt ja vapaaehtoiset. Mukana kriisityössä ovat siis terveydenhuollon ammattilaiset, järjestöt, poliisi, palo- ja pelastushenkilökunta sekä kirkon edustajat. (Saari 2000; Traumaterapiakeskus.)

Traumaattisten tapahtumien jälkeen käytettävän yhteisöllisen kriisityön tarkoituksena on hallita kriisin aiheuttamia reaktioita. Tieto tapahtuneesta ja sen käsittely auttaa rauhoittumaan ja käsittelemään tunteita oikealla tavalla. Kriisityön tarkoituksena on ennaltaehkäistä terveydellisten haittojen syntymistä. Tämän takia moniammatillisuuden merkitys on todella suuri. Viranomaiset ja vapaaehtoiset joutuvat tekemään yhteistyötä ja tarvittaessa ottamaan

somaattisen hoitojärjestelmän mukaan avunantoon. (Heikkinen 2002; Saari 2000.)

6.2 Kriisi käsitteenä

Kriisi sanana on peräisin kreikan sanasta krisis, joka tarkoittaa äkillistä muutosta tai ratkaisevaa käännettä. Kriisit ovat osa jokaisen ihmisen elämää ja ne koostuvat selkeästä alusta ja lopusta. Kriisi käsitteenä liitetään nykyään yhä useammin psykologiseen reaktiomalliin. (Heikkinen 2002.)

Kriisit voivat olla ihmiselle ulkoisia, käytännöllisiä tai sisäisiä elämänmuutoksia. Kriisit omalla tavallaan antavat ja opettavat. Kriisit ovat vaikutuksiltaan erilaisia, riippuen kriisin kestosta. Kriisi voi olla lyhytaikainen tai pitkään jatkuva. Yksilön vuorovaikutustavat tai persoonallisuus eivät aina muutu yhtä voimakkaasti ja pysyvästi lyhyessä kuin pitkään jatkuvassa kriisissä. Kriisin kesto vaikuttaa voimakkaasti tilanteen vaatimien sopeutumiskeinojen muuttumiseen pysyviksi tavoiksi ja asenteiksi. (mt.)

Käsittelemätön kriisi voi aiheuttaa ihmisessä välttämiskäyttäytymistä, minkä takia ihmisen jaksaminen voi olla normaalia heikompaa. Pelko, viha, häpeä ja muut samantyylliset tunteet ovat kriisin alkuvaiheessa voimakkaita. Kriisin aiheuttamia psyykkisiä reaktioita voi ilmetä jälkikäteen, ja siksi selviytymiskeinot ovat tärkeässä osassa kriisin kokeneen elämässä. (mt.)

Kriisitilanne tunnetasolla koostuu siitä, että ihminen joutuu tilanteeseen, jossa tunteiden voimakkuus on niin suuri, ettei hän osaa käsitellä niitä hallitusti persoonallisuudelleen tyypillisellä tavalla. (mt.)

6.3 Traumaattinen kriisi ja sen vaiheet

Traumaattisen tapahtuman aiheuttamaa psyykkistä prosessia kutsutaan traumatyöksi. Traumatyössä on useita eri vaiheita. Traumatyö perustuu amerikkalaisen psykiatrin Mardi J. Horowitzin kehittämään teoriaan, jossa trauman tärkeimmät läpikäynnin piirteet tulevat selkeästi esille. (Saari 2000;

Heikkinen 2002; Hammarlund 2010.)

Traumaattiset kriisit syntyvät yleensä nopeasti ja ilman mitään varoitusta. Traumaattisista kriiseistä puhutaan silloin, kun jokin ulkoinen äkillinen koettelemus kohtaa ihmisen. Tällaiset tapahtumat uhkaavat ihmisen fyysistä vointia, turvallisuutta, sosiaalista identiteettiä ja elämän tyytyväisyyttä. (mt.)

Traumaattiset tapahtumat koettelevat ja saattavat muuttaa elämänarvoja. Traumaattisia kokemuksia kokenut ihminen tulee tietoiseksi omasta haavoittuvuudestaan ja elämänkatsomus ja arvot saavat uudet mittasuhteet. Ihmisen voimavarat ovat ääri rajoilla traumaattisten tilanteiden sattuessa ja sen jälkeen. (mt.)

Traumaattiseen kriisiin liittyy yhtenä osana myös surutyö. Surutyöksi kutsutaan kaikkia henkisiä projekteja, joissa ihminen joutuu työstämään henkistä puoltaan. Näitä voivat olla esimerkiksi arvojen ja asenteiden muuttuminen, avioero, työpaikan menetys, työpaikkauhkailu ja muut vastaavat tapahtumat. (mt.)

Vaikka trauma- ja surutyössä on paljon yhtäläisyyksiä, ne ovat kuitenkin kaksi eri hoitomenetelmää. Kaikki traumaattiset tapahtumat aiheuttavat surun tunteita. Surutyössä keskitytään menetetyn muistelemiseen ja itse menetykseen. Traumatyössä taas vältetään traumasta muistuttavia muistoja. Surutyössä uniin tulevat asiat ovat yleensä lohduttavia, vaikkakin masennus on yleistä. Traumatyössä taas uniin tulevat painajaiset tapahtuneesta ja näin ollen masennus ja ahdistus lisääntyvät. (mt.)

Sokki, kieltäminen ja epäusko ovat yleisiä traumaattisen kriisin alkuvaiheessa. Tämän jälkeen alkavat tulla sopeutumisreaktiot, joista voidaan siirtyä uudenlaiseen suhtautumistapaan. Sokki on aina ensimmäinen vaihe traumaattisen kokemuksen jälkeen, ja tämän vuoksi todellisuuden hahmottaminen alkaa vasta sokkivaiheen jälkeen. Tätä hiljattaista todellisuuteen sopeutumista kutsutaan reaktiovaiheeksi. (mt.)

6.4 Kriisireaktion vaiheet

Cullbergin kriisiteorian mukaan traumaattisen kriisin vaiheet jaetaan neljään eri osaan. Näitä ovat sokki-, reaktio- ja käsittelyvaihe sekä uudelleensuuntautumisen vaihe, joka merkitsee täydellistä toipumista. Jokaisella vaiheella on oma sisältönsä ja terapeuttiset ongelmansa. Joissain tapauksissa, joku vaiheistaa saattaa jäädä pois tai kaksi vaihetta saatetaan yhdistää. (Saari 2000; Heikkinen 2002; Hammarlund 2010.)

Välittömästi trauman jälkeen tulee sokkivaihe, joka voi kestää lyhyestä ajasta jopa muutamaan vuorokauteen. Kriisissä oleva ihminen torjuu todellisuuden, tilanteen ja tapahtuman ja myös ajantaju hämärtyy. Sokkivaiheessa psyykkiset voimavarat heikkenevät. Sokkivaiheesta siirrytään hiljalleen reaktiovaiheeseen. (mt.)

Reaktiovaiheeseen siirryttäessä vaara ja uhka ovat ohi, mutta samalla ihmisen tarvitsee kokea olevansa turvassa. Yleensä reaktiovaiheeseen siirrytään vasta kotioloissa, koska täällä ihminen yleensä kokee olevansa turvassa. Tässä vaiheessa tunteiden pintaan nousu on tavallista. Ihminen alkaa ymmärtää tapahtunutta ja negatiiviset tunteet saavat vallan. Näin ollen kriisin akuutti vaihe koostuu sokki- ja reaktiovaiheesta, ja nämä vaiheet kestävät korkeintaan neljästä kuuteen viikkoon. Tällä aikavälillä kriisiä voidaan kutsua akuutiksi kriisiksi. (mt.)

Akuutti kriisi voi laukaista aikaisempia kriisejä, joita ei esimerkiksi ole aikaisemmin käsitelty tai asia on torjuttu. Mitä enemmän kriisit muistuttavat toisiaan, sitä todennäköisemmin aikaisemmat kriisit aktivoituvat. Akuutin kriisin vaiheessa tulee esiin eri puolustuskeinoja, joita ovat esimerkiksi taantumisen, kieltäminen, tunteiden eristäminen ja torjuttujen muistojen mieleen painaminen. (mt.)

Kun akuuttivaihe on päättynyt, alkaa käsittelyvaihe. Tässä vaiheessa ihminen alkaa tottua tilanteeseen ja keskittyminen arkielämään alkaa palautua. Tästä siirrytään uudelleen suuntautumisen vaiheeseen, jossa kriisistä on päästy yli. Ihminen muistaa tapahtuneen, mutta pystyy jatkamaan elämäänsä. (Traumaterapiakeskus.)

6.5 Psyykkinen ensiapu

Psyykkisen sokin psykososiaalista tukimuotoa kutsutaan psyykkiseksi ensiavuksi. Psyykkisellä ensiavulla tarkoitetaan välitöntä henkistä tukea, ja ensiapu keskittyy kriisin alkuvaiheen hoitoon. Psyykkisen ensiavun tarkoituksena on rauhoittaa henkilöä ja auttaa selvittämään tapaukseen liittyviä asioita. Tarkoituksena on saada henkilö kokemaan taas turvallisuuden tunne. Läsnäolo ja kuuntelu ovat psyykkisen ensiavun kannalta tärkeimmässä osassa. (Saari 2000; Heikkinen 2002.)

Kriisityössä tärkeimpänä osana on henkinen tuki, jota antaa monta osapuolta. Ammattilaiset, vapaaehtoiset, uhrin omat läheiset sekä muu sosiaalinen verkosto osallistuvat henkisen tuen antamiseen. Henkisen tuen eri keinoja ovat psyykkinen ensiapu, defusing, debriefing ja läheisten antama henkinen tuki. Myöhemmässä vaiheessa myös terapialla on suuri merkitys hoitokeinona. (mt.)

Auttaminen on yleensä kuuntelemista, lähellä olemista ja unen turvaamista. Kriisin kokenutta henkilöä autetaan purkamaan tunteitaan ja kertomaan tapahtuneesta esittämällä hänelle kysymyksiä. Henkisen tuen saatavuus varmistetaan myös tapahtuneen jälkeen ja läheisten tuki nousee merkittävään asemaan. Psyykkisen ensiavun menetelmänä on välittömästi tapahtuneen jälkeen tapahtuva jälkipuinti. Se voidaan järjestää heti tapahtuneen jälkeen 30 – 45 minuutin pituisena ryhmäkeskusteluna (defusing) tai 1-3 päivän kuluttua syvemmälle tunne-elämään menevällä istunnolla (debriefing). (mt.)

6.6 Debriefing

Debriefingillä tarkoitetaan ryhmäkokoontumista, jossa käsitellään tarkasti traumaattisessa tilanteessa koettuja reaktioita ja kokemuksia. Tavoitteena on surutyön käynnistäminen ja ryhmän keskinäisen tuen vahvistaminen. Debriefing-menetelmän on kehittänyt yhdysvaltalainen psykologi Jeffrey T. Mitchell 1980-luvun lopussa. Ensimmäisenä tätä menetelmää on käytetty vaarallisia työtehtäviä sisältävissä organisaatioissa. Suomeen menetelmä on

tullut myöhemmin ja sen käyttöala on laajentunut. (Saari 2000, 154-250; Heikkinen 2002.)

Tämä jälkipuintimenetelmä järjestetään yleensä muutaman vuorokauden kuluttua tapahtuneesta ja ryhmän koko voi vaihdella muutamasta henkilöstä noin viiteentoista henkilöön. Ryhmän jäsenillä on hyvä olla jokin yhteinen nimittäjä, kuten vaikka työpaikka. Jälkipuintitilanteen kesto voi olla useita tunteja ilman taukoa, ja tämän takia tilaisuus onkin hyvä järjestää rauhallisessa paikassa. Ryhmän vetäjän tulisi olla ammattihenkilö, jolla voi olla tilanteessa avustajia tai varavetäjä. (mt.)

Jälkipuinti jakautuu eri osiin. Ensimmäisenä osana on johdantovaihe, jonka sisältöön kuuluvat säännöt ja se, että vetäjät kertovat tunnereaktioiden olevan normaaleita. Kaikkia osallistujia koetetaan kannustaa keskusteluun, mutta korostetaan sen olevan täysin vapaaehtoista. Tällaisissa jälkipuintitilanteissa ei tehdä muistiinpanoja, jolloin korostuu tilaisuuden luottamuksellisuus. Johdantovaiheessa kerrotaan siitä, että kenenkään kertomaa ei saa arvostella tai kyseenalaistaa. Kaikki voivat reagoida omalla tavallaan tilanteissa ja tämän takia asiaa korostetaan useaan otteeseen. (Saari 2000, 154-250; Hammarlund 2004, 119.)

Johdantovaiheesta siirrytään aina faktavaiheeseen, jossa jokainen osallistuja esittelee itsensä. Jokainen kertoo myös sen, millä tavalla käsiteltävään tilanteeseen liittyy. Osallistujat kertovat oman näkemyksensä ja ajatuksensa käsiteltävistä asioista. Tässä vaiheessa käsitellään se, mitä todellisuudessa tapahtui. (mts.)

Faktavaiheesta siirrytään ajatusvaiheeseen, jossa käsitellään jokaisen omaa kokemusta tapahtuneesta. Näitä asioita miettiessä jokainen alkaa hahmottaa ja käsittää tapahtunutta sekä omia tunteitaan. (mts.)

Tunnevaihe on jälkipuinnin neljäs vaihe, jossa paneudutaan vielä enemmän tilanteen herättämiin tunnekokemuksiin ja nimenomaan pahimpiin kokemuksiin. Tässä vaiheessa vetäjä aina korostaa tunnereaktioiden olevan normaaleja.

Ympäristö huomioidaan tunnevaiheessa. (mts.)

Tunnevaiheesta siirrytään reaktio- ja oirevaiheeseen. Tässä vaiheessa selvitetään, millaisia oireita tapahtunut on aiheuttanut, ja sen takia tämä vaihe on jälkipuinnin tärkein osio. Tässä vaiheessa vetäjien aktiivisuus korostuu, ja he koettavat saada keskustelua kielteisistä oireista. (mts.)

Tunnevaiheesta siirrytään normalisointivaiheeseen, jossa keskeisessä roolissa ovat enemmän vetäjät kuin osallistujat. Tässä vaiheessa kerrotaan, mitä tulevaisuus voi tuoda tullessaan ja millaisia reaktioita saattaa herätä. Tämä vaihe keskittyy nimenomaan siihen, miltä tapahtuneen jälkeen tuntuu. Osallistujia ohjeistetaan myös asian kertomisesta muille läheisille. Vetäjät korostavat myös tuen merkitystä. (Hammarlund 2004, 120.)

Viimeisenä jälkipuintitilanteessa on lopetusvaihe, jossa tehdään yhteenveto. Tässä vaiheessa keskustellaan jälkipuintikokouksesta. Lopetusvaiheessa annetaan myös ohjeita siitä, milloin tulisi ottaa yhteyttä ammattiauttajiin. Lopuksi jokainen saa esittää mieleen tulleita ajatuksia ja kysymyksiä. (mts.)

6.7 Defusing

Defusing on sokkivaiheen ryhmämuotoinen psykologinen purkukokous. Defusing on tarkoitettu erityisesti pelastushenkilöstöä varten ja kokoukset ovat kestoltaan jälkipuintikokouksia lyhyempiä. Defusing kestää enintään tunnin. Purkukokous pidetään heti tilanteen päättymisen jälkeen tai heti, kun se on mahdollista. Defusing ja debriefing eroavat toisistaan siten, että defusingissa asiat käydään melko pinnallisesti ajatusten tasolla, koska sokkivaiheen takia tunteet pysyvät vielä poissa. Tämän jälkeen tulee debriefing, jossa keskitytään enemmän tunteisiin. (Heikkinen 2002.)

6.8 Jälkipuintitasot

Jälkipuintitilaisuus suunnitellaan aina tapahtuneen tilanteen vakavuuden mukaisesti. Suunnittelu tapahtuu jakamalla prosessi kolmeen eri tasoon. (Saari

2000, 206-250; Hammarlund 2004.)

Ensimmäinen jälkipuintitaso keskittyy vertaistukeen, jossa pyritään ryhmässä tapahtuvaan helpottavaan keskusteluun. Oman työyhteisön jäsen hoitaa yleensä vetäjän roolin tällaisessa tilanteessa. Tämän tason jälkipuinti pyritään järjestämään mahdollisimman pian tapahtuneen jälkeen. Tämän tason jälkipuinti tapahtuu yleensä silloin, kun tapahtuma ei ole vakava, mutta kuitenkin poikkeava. (Saari 2000, 206-250; Hammarlund 2004, 120.)

Toinen jälkipuintitaso tapahtuu myös ryhmäkeskusteluna, mutta poikkeaa ensimmäisestä tasosta jälkipuinnin vetäjän erilaisuudella. Toisen tason jälkipuintitilaisuutta vetää aina erityisen koulutuksen saanut henkilö, joka ei ole liittynyt käsiteltävään tapahtumaan. Tällaisessa tilaisuudessa edetään tiettyjä suuntaviivoja noudattaen. (Saari 2000, 206-250; Hammarlund 2004, 120-121.)

Taso kolme on virallinen jälkipuinti. Tällaisella tasolla yleensä tarvitaan aina seuranta. Tämän tason tilaisuutta vetää erityisasiantuntija, jolla on pätevyyttä ja kokemusta kyseisen tyyppisistä tilanteista. (mts.)

Jälkipuintitasoja käyttäen voidaan selvittää tilanteen vaatima avun tarve. Jälkipuinti voidaan aloittaa alhaisemmalta tasolta ja jos tämä todetaan riittämättömäksi, voidaan järjestää uusi tapaaminen korkeammalla tasolla. Tällöin on kuitenkin hyvä käyttää eri vetäjää kuin aikaisemmassa tilaisuudessa. (Saari 2000, 206-250; Hammarlund 2004, 212.)

6.9 Uhka- ja vaaratapahtumien kirjaaminen

Väkivalta- ja uhkatilanteiden raportointijärjestelmän tulisi olla käytettävissä jokaisessa työpisteessä. Tällaisten tapahtumien kirjaaminen, samoin kuin itse tapahtuma, ovat oppimistilanteita. Uhka- ja vaaratapahtumien rekisteröinti on tärkeää ehkäisytoimien suunnittelun ja seuraamisen mahdollistamiseksi. Tällä tavoin voidaan kehittää työpaikan turvallisuutta. Uhkatilannetilastoja seuraamalla saadaan pidemmältä ajalta käsitys työpaikan väkivaltariskeistä. Työntekijöiden kouluttaminen seurantajärjestelmien käyttöön ja lomakkeiden

täyttöön on tärkeää. (Lehestö ym. 2004.)

Jokaisesta uhka- ja väkivaltatilanteesta on ilmoitettava esimiehelle ja mahdollisesti myös työsuojeluhenkilöstölle sekä työterveyshuoltoon. Uhka- ja väkivaltatilanne ovat aina työtapaturma, joten siitä on tehtävä ilmoitus myös työnantajan tapaturmavakuutusyhtiölle. (mt.)

HaiPro

HaiPro on tietoteknillinen raportointimenetelmä potilasturvallisuutta vaarantavien tapahtumien kirjaamiseen. Tämä kirjausmenetelmä on käytössä yli 70 sosiaali- ja terveydenhuollon yksikössä kautta maan. HaiPron avulla pyritään kehittämään toimintaa eri työyksiköissä. (HaiPro.)

Tämän raportointimenettelyn avulla käyttäjät voivat hyödyntää vaaratapahtumista saatavat opit ja terveydenhuollon johto saa tietoa varautumisen riittämättömyydestä ja toimenpiteiden vaikutuksista. Raportointi perustuu vapaaehtoisuuteen, luottamuksellisuuteen ja syyttelemättömään vaaratapahtumien ilmoittamiseen ja käsittelyyn. (HaiPro.)

7 KÄYTÄNNÖN HARJOITUKSET

Koulutuspäivään sisältyvät käytännön harjoitukset suunniteltiin yhteistyössä työelämän ohjaajamme Teemu Aapavaaran kanssa, joka myös toteutti harjoitteiden ohjaamisen oikeanlaisen tekniikan varmistamiseksi. Todennäköisimmiksi fyysisen hyökkäyksen muodoiksi hoitotyössä arvioitiin töniminen, päähän kohdistuva lyöminen ja kiinni tarttuminen.

Näiden pohjalta suunniteltiin käytännön harjoituksissa läpikäytävät liikkeet. Liikkeet ja käytännön harjoitusten rakenne on eritelty seuraavassa tekstissä ja kuvasarjoin liitteessä.

7.1 Alkulämmittely

Loukkaantumisvaaran pienentämiseksi ennen varsinaisia puolustautumisharjoitteita suoritettiin lihaksia aktivoiva alkulämmittely. Tämä toteutettiin liikkeellä, jossa kyykistytään hieman hartioita leveämmästä haara-asennosta niin, että kämmenet ylettävät koskettamaan lattiaa ja tämän jälkeen nousemalla takaisin alkuasentoon kuvan 7.1 mukaisesti:



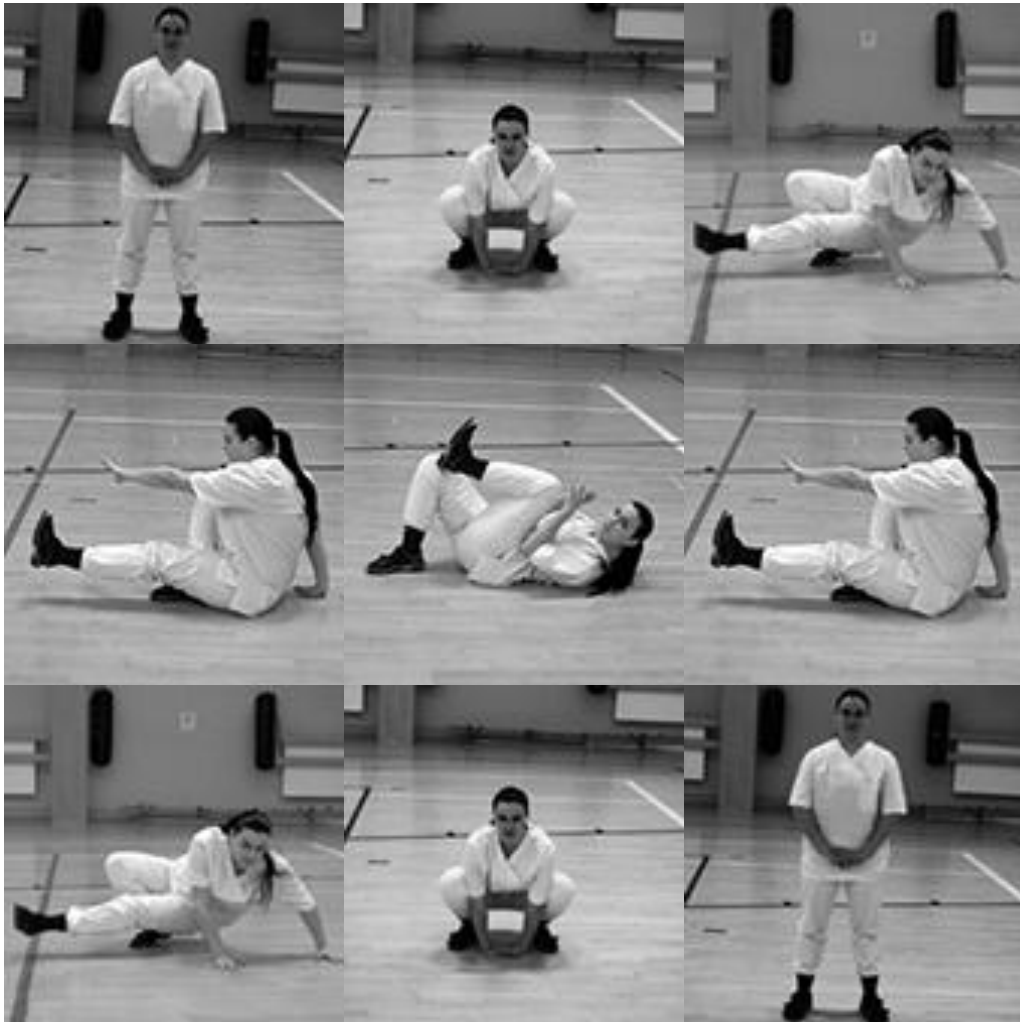
Kuva 7.1. Alkulämmittelyn ensimmäinen vaihe

Tämän jälkeen liikesarjaa laajennettiin ojentamalla kyykkyasennossa jalka vastakkaisen puolen käden ja jalan välistä suoraksi kuvan 7.2 osoittamalla tavalla:

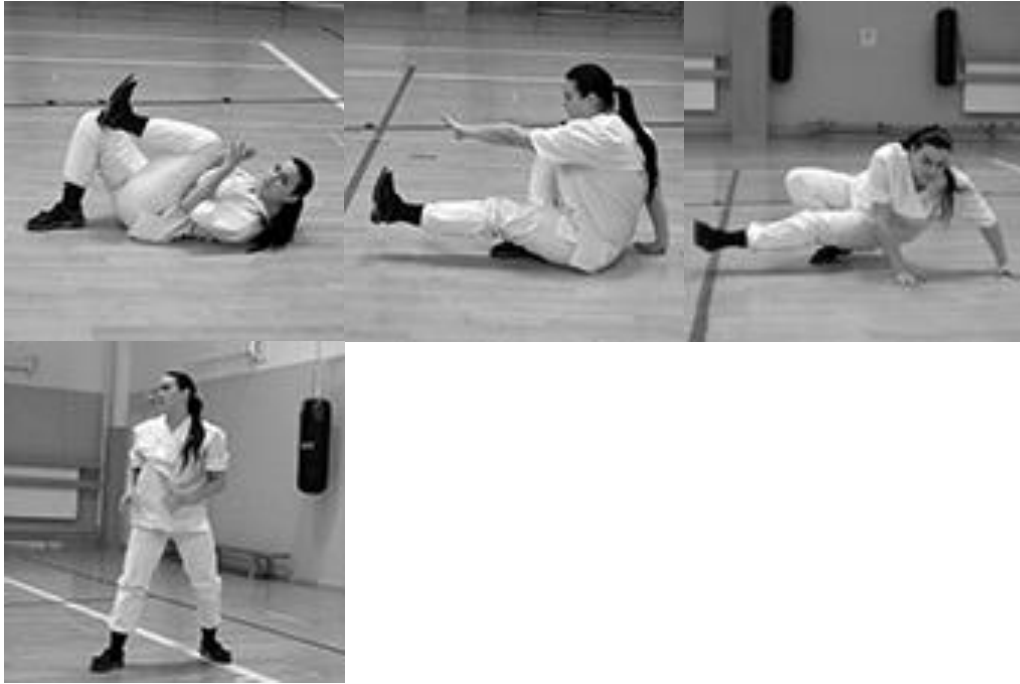


Kuva 7.2. Alkulämmittelyn toinen vaihe

Lopuksi liike toteutettiin laskeutumalla liikkeen ala-asennosta selinmakuulle suojaten samalla käsillä ja toisella jalalla ylävartaloa. Selinmakuulle laskeuduttaessa leukaa painettiin rintaa kohden tarkoituksena välttää pään osuminen lattiaan. Kädet ja toinen jalka pidettiin ylhäällä suojaamassa ylävartaloa. Asennon tarkoituksena lihasten oli lämmittelyn lisäksi tarjota mahdollisimman tehokas suojaus väkivaltatilanteessa, jossa hoitaja kaadetaan maahan. Ylösouseminen toteutettiin suorittamalla sama liikesarja päinvastaisessa järjestyksessä. Liikesarja on esitetty kuvassa 7.3. Väkivaltatilanteessa kyseinen liikesarja tarjoaa myös suhteellisen turvallisen tavan maasta nousemiseen (kuva 7.4), sillä se mahdollistaa katsekontaktin hyökkääjään ja tarvittaessa myös käsien käytön ylävartalon suojaamiseen.



Kuva 7.3. Alkulämmittelyn kolmas vaihe



Kuva 7.4. Maasta nousu

7.2 Valmiusasento

Tarkoituksenmukaisena asentona väkivallan uhkan ilmetessä esitimme asennon, jossa jalat ovat noin hartianleveyisessä haara-asennossa, toinen jalka edessä ja toinen takana (kuva 7.5). Asento mahdollistaa paitsi liikkuvuuden joka suuntaan, tarjoaa myös hyvän tasapainon hallinnan. Valmiusasentoon kuuluu myös käsien pitäminen itsensä ja uhkaajan välissä, jolloin ne on nopea nostaa suojaamaan päätä iskulta.



Kuva 7.5. Valmiusasento

Tämä harjoite toteutettiin aluksi yksilö- ja sitten pariharjoitteena niin, että parin toinen osapuoli toimi hyökkääjänä.

7.3 Irtautuminen

Irtautumistekniikkana opetettiin liikesarja, jossa puolustautuja heilauttaa kyynärpäähensä kaarella tarttujan käden yli (kuva 7.6). Tekniikka toimii useimpiin ylävartalon alueelle kohdistuviin tarttumisiin. Tämän liikkeen harjoitteet toteutettiin pariharjoitteina toisen parista ollessa hyökkääjä ja toisen puolustautuja. Samaa tekniikkaa käytettiin sekä ranne- että vaateotteesta irtautumiseen (kuva 7.7).



Kuva 7.6. Ranneotteesta irtautuminen



Kuva 7.7. Vaatteisiin tartunnasta irtautuminen

7.4 Lyömiseltä suojautuminen

Lyöminen on eräs yleisimmistä hoitoalan työntekijään kohdistuvista fyysisistä hyökkäyksistä (Hellsten & Nahkuri 2009). Lyömiseltä suojautumiseen käytettiin nyrkkeilijöiden käyttämää suojausta. Lyönnin alkaessa kädet liikutetaan

suojaamaan päätä ja kasvoja. Leukaa suojataan painamalla sitä rintaa kohden. Suojautuminen on esitetty kuvassa 7.8. Ranteet painetaan päätä vasten, tarkoituksena suojata haavoittuvia valtimoita. Tämä toteutettiin aluksi yksilöharjoitteena liikkeen omaksumiseksi ja tämän jälkeen pariharjoitteena, Pariharjoitteessa toinen parista varustettiin nyrkkeilyhansikkailla ja suuntasi iskuja puolustautujan päätä kohden. Puolustautuja pyrki suojaamaan päätään aina havaitessaan lyönnin tulevan.



Kuva 7.8. Lyömiseltä suojautuminen

8 KOULUTUSPÄIVÄN TOTEUTTAMINEN

8.1 Kohderyhmä

Opinnäytetyömme kohderyhmäksi valittiin yhdessä Saimaan ammattikorkeakoulun opettajien kanssa hoitotyön koulutusohjelmassa sairaanhoitajan tutkintoa opiskeleva ryhmä, ryhmätunnukseltaan H30. Ryhmä oli koulutuspäivän tapahtumahetkellä opiskelemassa opintojensa toista vuotta. Ajankohta määriteltiin tapahtuvaksi ennen kyseisen ryhmän mielenterveyshoitotyön opintoihin sisältyvää ammattitaitoa edistävää harjoittelua.

Opinnäytetyön tekijät kävivät esittäytymässä ryhmälle viikkoa ennen koulutuspäivää. Tämän esittäytymisen tarkoitus oli orientoida ryhmää

koulutuspäivään sekä antaa etukäteistietoa koulutuspäivästä ja sen käytännön valmistautumisesta. Ryhmää ohjeistettiin myös varustautumaan sisäliikuntavaatteilla käytännön harjoitteita varten.

Luennot sisältyivät kyseisen ryhmän opinto-ohjelman mukaisiin opintoihin. Koulutuspäivä oli sisällytetty ryhmän Yksilöllisen ja yhteisöllisen psykiatrisen hoitotyön opintojaksoon. Luennoille osallistuivat ryhmän kyseisestä opintojaksosta vastaava opettaja ja opinnäytetyön ohjaava opettaja opetuksen laadun varmistamiseksi.

Opinnäytetyötämme varten haimme tutkimusluvan Saimaan ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveystieteiden koulutusjohtaja Päivi Vehmasvaaralta (liite 6)

8.2 Luentomateriaalin valmistelu

Luentomateriaalin valmistelu aloitettiin määrittämällä keskeiset teokset, joiden perusteella teoriaperusta rakennettiin (liite 7). Teoksien valintakriteereinä oli niiden yleinen esiintyvyys alan tutkimusten ja opinnäytetöiden lähdeaineistossa. Teoriaperusta jaettiin neljään osaan tuntisuunnitelmaan määriteltyjen kokonaisuuksien mukaan ja jokaiselle kokonaisuudelle määriteltiin oma vastuuhenkilö, joka keräsi teoriatiedon, ja toimi kyseisen kokonaisuuden tuntiopetuksen pääasiallisena vetäjänä.

Ennen koulutuspäivää kaikki esitykset tarkastutettiin opinnäytetyön ohjaavalla opettajalla ja työelämänohjaajalla sisällön oikeellisuuden varmistamiseksi. Sisältö käytiin myös yhdessä tekijöiden ja työelämänohjaajan kesken läpi diaesityksen kanssa. Tässä läpikäynnissä esityksen muotoa ja ajankäyttöä muokattiin vielä ja opetuksen sisällöstä karsittiin epäolennaisuuksia pois. Diaesityksen rakennetta muutettiin siirtämällä mahdollisesti poisjätettävät aiheet esityksien viimeisiin dioihin. Tämän tarkoitus oli varmistaa tärkeimpien asioiden pysyminen mukana sen varalta, että luentoön varattu aika osoittautuu riittämättömäksi kaikkien diojen esittämiseen. Mahdollisesti poisjätettävien diojen kriteereinä pidettiin päällekkäisyyttä joko Saimaan ammattikorkeakoulun

muun opetuksen tai tämän opinnäytetyön jonkin toisen aihekokonaisuuden kanssa.

Väkivaltatilanteen kohtaamiseen liittyvässä osiossa käytettiin apuna myös videomateriaalia YouTube – internetpalvelusta. Videoiden avulla pyrittiin visuaalisesti havainnollistamaan todellisia väkivaltatilanteita ja havainnoimaan väkivallan ennusmerkkejä ja ihmisen käyttäytymistä väkivaltatilanteissa

8.3 Opetusmenetelmät

Teoriatiedon opetusmenetelmäksi valittiin luento-opetus. Luento-opetus kuuluu niin sanottuun esittävään opetukseen. Knuutilan ja Virtasen (2001) mukaan esittävä opetus soveltuu sekä suurelle että pienelle opetusryhmälle erityisesti silloin, kun opiskelijoille opetetaan uutta teoriatietoa. Knuutilan ja Virtasen mukaan esittävän opetuksen keskeisenä haasteena on opiskelijoiden motivointi ja opettajan suuri rooli tiedon rakentajana ja välittäjänä. Tämän vuoksi opettajan tulee jatkuvasti huomioida opiskelijoiden mukana pysymistä. Keskeiseksi Knuutila ja Virtanen nostavat esityksen johdonmukaisuuden ja rytmittämisen. Tässä opinnäytetyössä esityksen rakennetta tuettiin jakamalla esitys eri aihepiireihin, joiden esittämisen suoritti eri ihminen.

Sen lisäksi, että opiskelijat seuraavat opetusta, heillä tulee olla materiaalia, johon he voivat perehtyä (Knuutila & Virtanen 2001). Luennon tueksi käytimme Microsoft PowerPoint-ohjelmistoa, jolla valmistelimme erilliset diaesitykset jokaisesta tuntisuunnitelmassa eritellystä (liite 1) aihekokonaisuudesta. Diaesitysten visuaalinen ilme muotoiltiin yhdenmukaiseksi kaikissa esityksissä, kuitenkin niin, että yhden kuvaelementin väri määritettiin jokaisessa kokonaisuudessa erilaiseksi. Tällä pyrittiin toisaalta säilyttämään esityksen visuaalinen yhtenäisyys ja toisaalta myös tuottamaan visuaalista erottuvuutta eri aihepiireille.

Kuvassa 8.1 on esitetty esimerkki diaesityksen ulkoasun havainnollistamiseksi. Värikoodattu elementti on dian oikean alalaidan vinoviivitus, joka on esimerkki-diassa punainen.

Väkivaltariskin arviointi

- Arvio voi koskea välitöntä tilannetta tai arvio joudutaan tekemään henkilön tulevasta käyttäytymisestä
- Arvio sisältää väkivaltaisuuteen liittyvien tekijöiden ja mahdollisten seuraamusten tunnistamista

Kuva 8.1. Esimerkkidia

Opiskelijoiden motivoimiseksi pyrimme aktivoimaan heitä esittämällä avoimia kysymyksiä ryhmän omista kokemuksista aiheeseen liittyen ja toisaalta myös linkittämään teoriaa käytäntöön käyttämällä itse kokiamme esimerkkitapauksia. Opiskelijoille jaettiin esityksen runkona toimivat diat myös paperitulosteina opetuksen seuraamisen helpottamiseksi.

8.3 Käytännön harjoitteiden suunnittelu

Käytännön harjoitteet suunniteltiin yhteistyössä työelämän ohjaajan kanssa. Tavoitteena oli pitää opettavien liikkeiden määrä suhteellisen pienenä, jotta aikaa yhden liikkeen omaksumiseen on tarpeeksi. Harjoitteiden suunnittelussa lähdettiin liikkeelle määrittämällä tyypillisiä hoitohenkilökuntaan kohdistuvia hyökkäyksen muotoja pohjautuen opinnäytetyön tekijöiden kokemukseen. Tässä hyödynnettiin myös teoriaosuuden mukaisia kirjallisuudessa esiintyviä tietoja. Näiksi tyypillisiksi hyökkäysmuodoiksi määritettiin lyöminen, töniminen ja vaatteisiin tai käsiin tarttuminen.

Määritettyjen hyökkäysmuotojen pohjalta työelämän ohjaaja suunnitteli kyseisiin tilanteisiin toimivat, mahdollisimman yksinkertaiset suojautumistekniikat.

Käytettyjen tekniikoiden kriteereinä olivat niiden yksinkertaisuus ja monikäyttöisyys. Tekniikoiden ei myöskään tahdottu sisältävän hienomotoriikkaa vaativia liikkeitä, sillä väkivaltilanteessa esiintyvä stressireaktio paitsi heikentää kognitiivisia kykyjä vaikeuttaen monimutkaisten liikesarjojen muistamista myös heikentää hienomotoriikan koordinaatiota. (Työturvallisuuskeskus 2009.)

Käytettävät tekniikat ja niiden opetus testattiin työelämänohjaajan opinnäytetyön tekijöille vetämällä harjoitustunnilla. Tekniikat todettiin tämän perusteella helposti omaksuttaviksi.

8.4 Palautelomake

Opetustilanteesta kerättiin palaute strukturoidulla palautelomakkeella (liite 2). Palautelomake koostui yhdestätoista monivalintakysymyksestä, joiden tarkoituksena oli selvittää jokaisen aihekokonaisuuden tarpeellisuus ja sisällön hyödyllisyys opiskelijoiden kokemana ja myös opiskelijoiden arvio opetuksen onnistumisesta kokonaisuutena.

Kysymykset opetuksen tarpeellisuuteen ja sisällön hyödyllisyyteen liittyen (liite 2, kysymykset 1-10) sisälsivät vastausvaihtoehdot ”kyllä”, ”ei” ja ”en osaa sanoa”. Kysymys opetuspäivän kokonaisuudesta (liite 2, kysymys 11) sisälsi vaihtoehdot ”huono”, ”välttävä”, ”tydyttävä”, ”hyvä” ja ”erinomainen”. Nämä vastausvaihtoehdot valittiin, sillä niiden koettiin riittävän suuntaa-antavan aineiston keräämiseen, eikä tarkemman tai laadullisen palautteen analyysiin tai keräämiseen ollut käytettävissä olevien resurssien rajoissa mahdollisuuksia. Palautelomakkeen täyttämiseen osoitettiin viisitoista minuuttia käytännön harjoitusten jälkeen opetuspäivän päätteeksi.

Palautelomakkeen täyttäminen määritettiin vapaaehtoiseksi ja lomakkeet täytettiin nimettöminä. Lomakkeiden palautus tapahtui lomakkeen tyhjä puoli ylöspäin opinnäytetyötä ohjaavalle opettajalle opetustilaisuuden päätteeksi.

9 KOULUTUSPÄIVÄN KUVAUS JA ARVIOINTI

9.1 Koulutuspäivän kuvaus

Koulutuspäiväksi valittiin yhdessä opinnäytetyön ohjaavan opettajan ja valitulle kohderyhmälle psykiatrisen hoitotyön opintoja opettavan opettajan kanssa 9.2.2011. Tämä vahvistettiin hakemalla kirjallinen tutkimuslupa koulutuslajohtaja Päivi Vehmasvaaralta. Tarkoituksena oli ajoittaa koulutuspäivä ennen kyseisen ryhmän psykiatrisen hoitotyön ammattitaitoa edistävää harjoittelua.

Luentopäivä aloitettiin tuntisuunnitelman mukaisesti kello 8.15 tekijöiden ja opinnäytetyön sekä tuntisuunnitelman esittelyllä. Tämän jälkeen jatkettiin PowerPoint dioin tuettuun luentoan aiheesta ”Väkivaltariskin arvioimisen keinot hoitajan näkökulmasta”. Luennon jälkeen pidimme viidentoista minuutin tauon opiskelijoiden keskittymisen ylläpitämiseksi.

Seuraavana aiheena esitimme samoin menetelmin ”Väkivaltatilanteiden ennaltaehkäisyn keinot” aihekokonaisuuden, jonka jälkeen pidimme tunnin pituisen ruokatauon.

Tämän jälkeen koulutuspäivää jatkettiin aiheilla ”Väkivaltaisen aikuispotilaan kohtaaminen” ja ”Väkivaltatilanteiden jälkikäsittely työyhteisössä”. Näiden aihekokonaisuuksien jälkeen pidimme viidentoista minuutin tauon keskittymisen ylläpitämiseksi ja käytännön harjoitteisiin varattuun liikuntasaliin siirtymiseksi.

Liikuntasalissa opinnäytetyön työelämänohjaaja Teemu Aapavaara ohjasi opiskelijoille käytännön itsepuolustusharjoitukset opinnäytetyön tekijöiden toimiessa apuohjaajina. Tämän jälkeen oli varattu viisitoista minuuttia vapaaehtoiseen palautekyselylomakkeen täyttämiseen.

9.2 Koulutuspäivän itsearviointi

Tekijöiden itsearvioinnin mukaan koulutuspäivä onnistui kokonaisuudessaan hyvin. Opiskelijoiden osallistuminen keskusteluun vaihteli eri aihekokonaisuuksien kesken. Väkivaltatilanteiden jälkikäsittelyn aihekokonaisuudessa opiskelijoiden osallistuminen oli selvästi vähäisempää kuin muissa osioissa. Mahdollisia syitä tähän oli aihekokonaisuuden ajallinen sijoittuminen teorialuentojen viimeiseksi aihekokonaisuudeksi ja toisaalta myös aiheen mahdollinen vieraus opiskelijoille. Kysyttäessä opiskelijoiden omia kokemuksia väkivaltatilanteiden jälkikäsittelystä yksikään opiskelija ei kertonut olleensa aiheen kanssa tekemisissä.

Osa aihekokonaisuuksista herätti keskustelua siinä määrin, että aiheen valmistellusta sisällöstä jouduttiin jättämään osa pois luentoan varatun ajan loppuessa kesken. Videomateriaalin käyttö väkivaltaisen potilaan kohtaamisessa osoittautui hyödylliseksi, sillä se nostatti runsaasti keskustelua tilanteen ennakkomerkeistä ja mahdollisista ennaltaehkäisyn keinoista.

Palautekyselylomakkeen täyttivät kaikki koulutuspäivään osallistuneet. Tämän voidaan olettaa johtuvan siitä, että lomakkeen yksinkertaisuus ja täyttämisen ajankohta välittömästi koulutuspäivän jälkeen samassa tilassa tekivät palautteen antamisen suhteellisen vaivattomaksi.

9.3 Palautekyselyn tulokset

Palautekyselyyn vastasivat kaikki kahdeksantoista koulutuspäivään osallistunutta sairaanhoitajaopiskelijaa. Väkivaltariskin arvioinnin aihekokonaisuuden koki tarpeelliseksi jokainen kyselyyn vastanneista. Samoin kaikki kyselyyn vastanneet kokivat tämän aihekokonaisuuden sisällön itselleen hyödylliseksi.

Väkivallan ennaltaehkäisyn keinoja koskevan aihekokonaisuuden kokivat myös kaikki kyselyyn vastanneet tarpeelliseksi ja kokonaisuuden sisällön itseään hyödyttäväksi.

Väkivaltaisen potilaan kohtaamiseen keskittyneen aihekokonaisuuden koki tarpeelliseksi 17 vastaajaa (94% vastanneista). Yksi vastaaja (6% vastanneista) valitsi vastausvaihtoehdon ”en osaa sanoa”. Aihekokonaisuuden sisällön koki hyödylliseksi 17 vastaajaa (94% vastanneista) ja 1 vastaaja (6% vastanneista) oli valinnut vastausvaihtoehdon ”en osaa sanoa”.

Väkivaltatilanteiden jälkipuintiin työyhteisössä keskittyneen aihekokonaisuuden koki tarpeelliseksi 13 vastaajaa (72% vastanneista), yksi vastaaja (6% vastanneista) ei kokenut aihekokonaisuutta tarpeelliseksi ja neljä vastaajaa (22% vastanneista) valitsi vastausvaihtoehdon ”en osaa sanoa”. Aihekokonaisuuden sisällön koki hyödylliseksi 13 vastaajaa (72% vastanneista) ja viisi vastaajaa (28% vastanneista) oli valinnut vastausvaihtoehdon ”en osaa sanoa”.

Käytännön harjoitteet koki tarpeelliseksi 18 vastaajaa (100% vastanneista) ja niiden sisällön koki hyödylliseksi 18 vastaajaa (100% vastanneista).

Kokonaisarvioksi päivän opetuksesta 10 vastaajaa (55% vastanneista) merkitsi vaihtoehdon ”erinomainen”, vaihtoehdon ”hyvä” seitsemän vastaajaa (39% vastanneista) ja vaihtoehdon ”tydyttävä” yksi vastaaja (6% vastanneista).

Palautekyselyn tulokset ovat nähtävissä numeroina liitteessä 4 ja graafisena kuvaajana liitteessä 5.

10 POHDINTA JA YHTEENVETO

Opinnäytetyömme aiheena oli väkivaltaisen aikuispotilaan kohtaaminen. Työmme alkuvaiheessa huomasimme, että aiheesta oli saatavilla runsaasti kirjallista tietoa. Sen sijaan ajantasaista koko hoitotyön kenttää koskevaa tutkittua tietoa väkivallan yleisyydestä ja laadusta oli saatavilla vain vähän. Työn teoriaosuuden sisältö jaettiin neljään eri kokonaisuuteen, ja näistä haimme teoriatietoa alan kirjallisuudesta. Kerätty teoriatieto välitettiin luentomuotoisella

opetuksella sairaanhoitajaopiskelijoista koostuneelle ryhmälle. Teoriatiedon lisäksi opinnäytetyön toiminnallinen osuus sisälsi käytännön itsepuolustusharjoitteita, jotka ohjasi työelämänohjaajamme. Opetuksen lopuksi keräsimme palautteen strukturoidulla monivalintakysymyksistä koostuvalla kyselylomakkeella.

Opetuksen kehittämismahdollisuuksia ilmeni ajankäytön ja sisällön suhteessa toisiinsa. Opinnäytetyömme sisältö ei valituilla opetusmenetelmillä kokonaisuudessaan mahtunut sille varatun aikataulun sisään. Osa teoriaosion materiaalista jouduttiin jättämään läpikäymättä oppituntien aikana keskustelun mahdollistamiseksi ja keskeisimpien asioiden säilyttämiseksi jokaisesta aihepiiristä. Tämänkaltaisessa opinnäytetyössä tulisikin kokemuksemme mukaan harkita joko käytettäväksi enemmän aikaa opinnäytetyön toiminnalliseen osuuteen tai vaihtoehtoisesti sisällön karsimista. Arvioimme tämän opinnäytetyön materiaalin opetuksen onnistuvan paremmin, mikäli siihen varataan kaksi kahdeksan tunnin opetuspäivää. Tämä mahdollistaisi myös käytännön harjoitusten toteuttamisen kahdessa eri pienryhmässä. Kokemuksemme pohjalta uskomme pienemmän ryhmän kykenevän paremmin vastaanottamaan ja omaksumaan ohjatut harjoitteet.

Kehittämismahdollisuutena näemme myös palautteen keräämisen laadullisena. Tämä antaisi opetuksen kehittämisen kannalta paremmin hyödynnettävää tietoa. Laadullinen palaute osoittaisi tarkemmin opiskelijoiden kokemat puutteet ja toisaalta myös erityisesti hyödyllisiksi koetut asiat. Laadullisen palautteen kerääminen ja analysointi olisi kuitenkin vaatinut aikaa, jota tämän opinnäytetyön tekijöillä ei ollut käytettävissä.

Palautekyselyn tuloksista ilmenee, että opiskelijoiden kokemaa tarvetta väkivaltaisen aikuispotilaan kohtaamiseen liittyvään koulutukseen on. Selkeä valtaosa opiskelijoista koki kaikki opinnäytetyömme aihealueet tarpeellisiksi ja sisällöllisesti hyödyllisiksi. Tämän johdosta tulisi harkita, onko Saimaan ammattikorkeakoulun väkivaltatilanteisiin liittyvä opetus nykyisellään riittävää vai olisiko sitä tarpeen lisätä tai sen sisältöä ja opetusmuotoja harkita uudestaan. Käytännön itsepuolustusharjoitteiden näemme olevan tärkeitä paitsi

motoristen kykyjen hankkimiseksi, myös väkivaltatilanteisiin liittyvään stressireaktioon valmistautumiseksi. Palautelomakkeen perusteella valtaosa opiskelijoista (55%) koki opetuspäivän kokonaisuudessaan erinomaiseksi. Opetuksen sisällön koki itselleen hyödylliseksi aihekokonaisuudesta riippuen 72-100%, jolloin voidaan nähdä koulutuspäivän olleen hyödyksi osallistujilleen.

Tämän opinnäytetyön toteuttaminen syvensi tietojamme väkivaltatilanteiden ennaltaehkäisystä ja niiden kohtaamisesta hoitotyössä. Opinnäytetyön toteuttaminen toiminnallisena koulutuspäivänä kehitti valmiuksiamme jakaa hankkimaamme tietoa eteenpäin työyhteisön käyttöön. Koulutuspäivän järjestämisellä varmistettiin myös hankkimamme tiedon välittyminen tilaisuuteen osallistujille opiskelijoille ja heidän mukanaan työelämään. Palautekyselyiden tuloksia voidaan käyttää väkivaltatilanteisiin liittyvän koulutuksen tarpeellisuutta ja sisältöä harkittaessa.

LÄHTEET

- Airaksinen, T. 2009. Toiminnallisen opinnäytetyön kirjoittaminen – Toiminnallinen opinnäytetyö tekstinä.
<http://www.slideshare.net/TiinaMarjatta/toiminnallinen-opinnytety-tekstin> (Luettu 3.11.2010)
- Asetus ammattikorkeakouluopinnoista 256/1995
- Ellonen, E. 2007. Konfliktien kohtaaminen ja rauhoittaminen. Vantaa: Nykypaino Oy
- Friman, T & Rauhala, A. 2010. Työpaikan ainoa mies. Tehy 16, 25
- HaiPro. Terveystieteiden vaaratapahtumien raportointijärjestelmä.
<http://www.haipro.fi/fin/default.aspx>. (Luettu 7.1.2011).
- Hammarlund, C. 2010. Kriisikeskustelu. Tietosanoma.
- Heikkinen, A. 2002. Kriisityö. Kajaanin ammattikorkeakoulu. Mielenterveyden vaihtoehtoiset ammattiopinnot. Kehittämistehtävä.
<http://gallia.kajak.fi/opmateriaalit/yleinen/ahorai/mielentervehto/kriisityo.htm> (Luettu 19.4.2011).
- Hirvelä, T & Hööpakka, J. 2006. Hoitohenkilökuntaan kohdistuva väkivalta vuodeosastolla. Diakonia-ammattikorkeakoulu. Porin yksikkö, hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö.
- Heikniemi, J. 2004. Häätävarjelu.
<http://www.heikniemi.fi/kirj/jur/rikos/hatavarjelu.html>. (Luettu 14.5.2011).
- Hellsten, S & Nahkuri, E. 2009. Hoitajiin kohdistuva uhkailu ja väkivalta Kuusankosken aluesairaalan ensiapuklinikalla. Kymenlaakson ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö.
- Hirsjärvi, S. 1982. Kasvatustieteen käsitteistö. Otava.
- Huttunen, M. 1992. Väkivaltainen Potilas. Duodecim 1992;108(3):261
- Isotalus, N & Saarela, KL. 2001. KAURIS menetelmä työväkivaltariskien kartoitukseen ja hallintaan, Työterveyslaitos & työturvallisuuskeskus julkaisu.
- Jääskeläinen, T. 2006. Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon - Koulutuksesta valmistuvien ammatillinen osaaminen, keskeiset opinnot ja vähimmäisopinnot. Opetusministeriön työryhmämuistiota ja selvityksiä 2006:24.
- Knuuttila, M & Virtanen, A. 2001. Opettajan opas onnistuneeseen opettamiseen. TKK:n Opetuksen ja opiskelun tuen julkaisuja, nro 1. Helsinki:

Teknillinen korkeakoulu.

Krug, E, Dahlberg, L, Mercy, J, Zwi, A, Lorenzo, R. 2002. World report on violence and health. World Health Organization.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559

Laki yksityisyyden suojasta työelämässä 13.8.2004/759

Laki24.fi. Hätävarjelu. http://www.laki24.fi/riri-rikosriitaasiat-vastuuvapausperusteet_rikosasiassa_hatavarjelu_hatavarjelen_liioittelu.html. (Luettu 23.1.2011).

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

Liukkonen, J. 2007. Palvelupisteiden turvallisuussuunnitteluopas. Sisäasiainministeriön julkaisuja 47/2007

Majasalmi, P. 2002. Selvitys työpaikkaväkivallasta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Suomen lähi- ja perushoitajaliitto SuPer Ry Kehittämisyksikkö.

Pakkokeinolaki 30.4.1987/450

Pohjola. 2002. Kriisitilanteiden hallinta – osa työturvallisuutta ja tapaturmavakuutusta. Vahinkovakuutusyhtiö Pohjola: Helsinki.

Rikoslaki 19.12.1889/39

Saari, S. 2000. Kuin salama kirkaalta taivaalta. Kustannusosakeyhtiö Otava.

Saarela, KL., Isotalus N. 2000. Väkivaltatilanteet ja niihin varautuminen terveydenhuollossa. Suomen lääkärilehti 34, 3323-3326.

Taattola, S. 2007. Väkivallan ennaltaehkäisy ja hallinta – sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön arvioita AVEKKI kouluttajakoulutuksesta. Kuopion yliopisto, Pro gradu – tutkielma.

Tehyn eettinen toimikunta 2007. Hoidon turvallisuuden kahdet kasvot – Turvallisuus on hoitajan ja hoidettavan oikeus. Tehy 9, 27-28.

Traumaterapiakeskus. Historia. <http://www.traumaterapiakeskus.com/24> (Luettu 19.4.2011).

Turvanix. 2007. Aggressiivinen asiakas. <http://www.turvanix.fi/aggressiivinen%20asiakas.pdf>. (Luettu 19.4.2011).

Työturvallisuuskeskus 2009. Väkivalta pois palvelutyöstä. 2. painos. Työturvallisuuskeskus TTK, kuntaryhmä ja palveluryhmä: Painojussit Oy.

Työturvallisuuslaki 23.8.2002/738

Vainiomäki, J. 2011. Hoitohenkilökunnan valmiudet kohdata aggressiivinen potilas psykiatrisessa sairaalassa suljetulla vastaanotto-osastolla. Satakunnan ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö.

Vilka, H & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Weizmann-Henelius G. 1997. Väkivaltaisen ihmisen kohtaaminen 5.painos. Tampere: Tammer-Paino Oy

TUNTISUUNNITELMA

(9.2.2011 klo 08.15-15.45)

Aika	Sisältö
08.15-08.45 08.45-09.45	Työn, tuntisuunnitelman ja tekijöiden esittely Luento: Väkivaltariskin arvioimisen keinot hoitajan näkökulmasta. <i>Lauri Vihavainen / Luokka B604</i>
09.45-10.00	<i>Tauko</i>
10.00-11.00	Luento: Väkivaltatilanteiden ennaltaehkäisyn keinot. <i>Timo Kouvo / Luokka B604</i>
11.00-12.00	<i>Ruokailu</i>
12.00-13.00	Luento: Väkivaltaisen aikuispotilaan kohtaaminen. <i>Tia-Maria Tella / Luokka B604</i>
13.00-13.45	Luento: Väkivaltatilanteen jälkikäsittely työyhteisössä. <i>Jenna Asikainen / Luokka B604</i>
13.45-14.00	<i>Tauko</i>
14.00-15.30 15.30-15.45	Käytännön harjoitteita: Irtautumis- ja puolustautumistekniikoita. <i>Teemu Aapavaara / Liikuntasali</i> Palautekyselyn täyttäminen.

PALAUTELOMAKE

Tahdomme kerätä opetustilaisuuteen osallistuneilta palautetta opetustilanteen onnistumisen arvioimiseksi. Palautteen antaminen on vapaaehtoista ja se annetaan nimettömänä. Kiitoksia osallistumisestasi!

Pyydämme vastaamaan seuraaviin kysymyksiin jokaisesta opetuksen aihealueesta:

	Kyllä	Ei	En osaa sanoa
<u>Väkivaltariskin arviointi</u>			
Koitko aiheen käsittelyn tarpeelliseksi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oliko opetuksemme sisältö sinulle hyödyllistä?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Väkivallan ennaltaehkäisyn keinot</u>			
Koitko aiheen käsittelyn tarpeelliseksi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oliko opetuksemme sisältö sinulle hyödyllistä?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Väkivaltaisen potilaan kohtaaminen</u>			
Koitko aiheen käsittelyn tarpeelliseksi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oliko opetuksemme sisältö sinulle hyödyllistä?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Väkivaltatilanteiden jälkipuinti työyhteisössä</u>			
Koitko aiheen käsittelyn tarpeelliseksi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oliko opetuksemme sisältö sinulle hyödyllistä?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Käytännön harjoittelu</u>			
Koitko käytännön tekniikoiden harjoittelun tarpeelliseksi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oliko harjoittelusta sinulle hyötyä?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Millainen on kokonaisarviosi päivän opetuksesta			
	<input type="checkbox"/>	erinomainen	
	<input type="checkbox"/>	hyvä	
	<input type="checkbox"/>	tyydyttävä	
	<input type="checkbox"/>	välttävä	
	<input type="checkbox"/>	huono	

Turvallisuusperehdytyslista (Lähde: Lehestö ym. – Hoitajan turva, sivu 107)

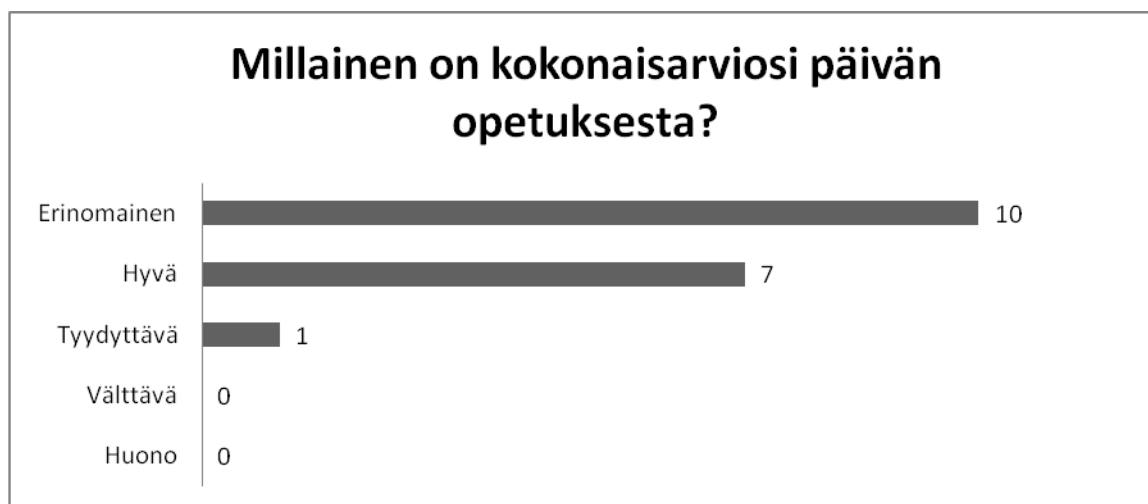
1. Osaston fyysiset tilat, sairaalan tilat, osastojen sijainti ja luonne.
2. Jalkineet, suojavaatteet, nimineulat ja muu pukeutuminen.
3. Yksikön ja potilaiden erityispiirteet ja keskeiset turvallisuusuhat. Uhkailuihin ja väkivaltaan suhtautuminen. Säännöt ja periaatteet. Ennakoinnin merkitys!
4. Osaston ja sairaalan perusmiehitys eri vuoroissa. Eri työvuorojen erityispiirteet. Osaston tilanteen jatkuva valvonta ja arviointi.
5. Hoitajan oikeudet ja velvollisuudet Osaston fyysiset tilat, sairaalan tilat, osastojen sijainti ja luonne.
6. Jalkineet, suojavaatteet, nimineulat ja muu pukeutuminen.
7. Yksikön ja potilaiden erityispiirteet ja keskeiset turvallisuusuhat. Uhkailuihin ja väkivaltaan suhtautuminen. Säännöt ja periaatteet. Ennakoinnin merkitys!
8. Osaston ja sairaalan perusmiehitys eri vuoroissa. Eri työvuorojen erityispiirteet. Osaston tilanteen jatkuva valvonta ja arviointi.
9. Hoitajan oikeudet ja velvollisuudet eri tilanteissa. Raportointi ja tiedonvälitys.
10. Tietojen luovutus. Henkilökunnan puhelinnumerot. Puhelinkäyttäytyminen.
11. Vapaaehtoinen hoito ja pakkohoito, niiden erot.
12. Mistä ja miten apua?
13. Paloturvallisuus. Tulentekovälineet. toiminta palohälytyksessä. Alkuserä- ja ensiavustuskäytännöt.
14. Avaimet, ovet, sakset, partaterät, lasipullot, ruokailuvälineet yms. materiaali.
15. Viestintäjärjestelmät, lankapuhelin, matkapuhelin, sisäpuhelin, valvontakamerat. Toiminta ulko-ovilla, vierailijat.
16. Hälytysjärjestelmä. Miten? Milloin? Moduulit, testaukset.
17. Muut turvavälineet, koulutus.
18. Uuden potilaan vastaanottotilanne ja tarkastus. Päivystyspotilaat.
19. Valvontatilanteet: huumeeseulat ja lääkkeenannot.
20. Aggressiotilanteiden ennakointi: tarvittava lääkitys, lisäavun tarve, keskustelu, tilanteen haltuunotto.
21. Aggressio- ja väkivaltatilanteet: päihdeyksikön tiloissa, muilla osastoilla ja sairaalan muissa tiloissa. Ulkona tapahtuvat ongelmatilanteet.
22. Potilaan eristäminen: periaatteet, menetelmät, työnjako ja valvonta.
23. Väkivaltatilanteiden, pakkotoimien ja muille osastoille annettuna avun kirjaus.
24. Väkivaltatilanteiden jälkihoito.
25. Eristys ja lepositeet.
26. Vastentahtoinen lääkitys
27. Vartijan rooli.
28. Poliisin rooli.
29. Tartuntataudit.
30. Lakiasiat.

PALAUTEKYSELYN TULOKSET

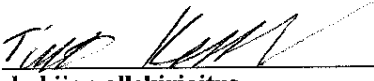
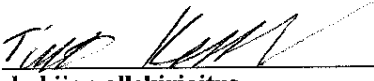
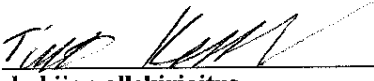
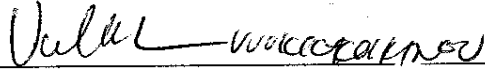
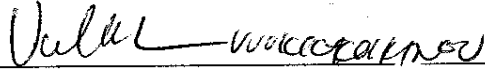
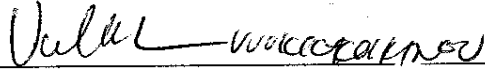
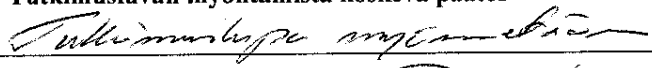
Palautelomakkeita oli täytetty yhteensä 18 kappaletta.


	Kyllä	Ei	En osaa sanoa
<u>Väkivaltariskin arviointi</u>			
Koitko aiheen käsittelyn tarpeelliseksi?	18	0	0
Oliko opetuksemme sisältö sinulle hyödyllistä?	18	0	0
<u>Väkivallan ennaltaehkäisyn keinot</u>			
Koitko aiheen käsittelyn tarpeelliseksi?	18	0	0
Oliko opetuksemme sisältö sinulle hyödyllistä?	18	0	0
<u>Väkivaltaisen potilaan kohtaaminen</u>			
Koitko aiheen käsittelyn tarpeelliseksi?	17	0	1
Oliko opetuksemme sisältö sinulle hyödyllistä?	17	0	1
<u>Väkivaltatilanteiden jälkipuinti työyhteisössä</u>			
Koitko aiheen käsittelyn tarpeelliseksi?	13	1	4
Oliko opetuksemme sisältö sinulle hyödyllistä?	13	0	5
<u>Käytännön harjoittelu</u>			
Koitko käytännön teknikoiden harjoittelun tarpeelliseksi?	18	0	0
Oliko harjoittelusta sinulle hyötyä?	18	0	0
Millainen on kokonaisarviosi päivän opetuksesta			
	10	erinomainen	
	7	hyvä	
	1	tyytyttävä	
	0	välttävä	
	0	huono	

PALAUTEKYSELYN TULOKSET GRAAFISENA ESITYKSENÄ



TUTKIMUSLUPAHAKEMUS/OPINNÄYTETYÖ	
1	Opinnäytetyön suorituspaikka (organisaatio ja osoite) Saimaan ammattikorkeakoulu Sosiaali- ja terveysala Valto Käkelän katu 3, 53130 Lappeenranta
2	Opinnäytetyön nimi Väkivaltaisen aikuispotilaan kohtaaminen
3	Opinnäytetyön suorittajat H27 Jenna Asikainen, Timo Kouvo, Tia-Maria Tella ja Lauri Vihavainen
4	Opinnäytetyön ohjaaja /ohjaajat Lehtori Vuokko Koiranen ja Teemu Aapavaara työelämäohjaajana
5	Opinnäytetyösuunnitelma tiivistelmä Toiminallinen opinnäytetyö, jonka tuotos on sairaanhoitajaryhmälle H30 toteuttettava Väkivaltaisen aikuispotilaan kohtaaminen -opetustilanne (8h). Opetustilanne koostuu sekä teoria- että harjoitusosioista. Opetustilanne kuuluu osana H30-ryhmän Yksilöllinen ja yhteisöllinen psykiatrinen hoitotyö- opintojaksoon keväällä 2011.
6	Menetelmien kuvaus Toiminallinen opinnäytetyömme toteutuu opinnäytetyösuunnitelman liitteenä olevan tuntisuunnitelman mukaan (Liite 1). Tuntisuunnitelman ja harjoitusosion ovat hyväksyneet sekä ohjaava opettaja Vuokko Koiranen että työelämäohjaaja Teemu Aapavaara. Opetustilanteen jälkeen opiskelijoilta pyydetään vapaaehtoinen kirjallinen palaute (Liite 2).
7	Opinnäytetyössä käytettäväksi pyydetty aineisto Pyydämme lupaa toteuttaa opinnäytetyömme toiminallinen osio Saimaan ammattikorkeakoulussa H30-ryhmän em. opintojaksoon liittyen. Opetustilanteeseen osallistuminen ja palautteen antaminen on opiskelijoille vapaaehtoista.
8	Muut opinnäytetyössä käytettävät tiedot Tuntisuunnitelma perustuu luotettavaan teoretietoon. Keskeiset lähteet olemme koonneet liitteeseen 3.
9	Opinnäytetyön aikataulu Opetustilanne suunniteltu toteutuvaksi 9.2.2011 (B604 klo 8.15-14 ja liikuntasali 14-15.45). Ohjaava opettaja Vuokko Koiranen ja työelämäohjaaja Teemu Aapavaara ovat koko ajan mukana opetustilanteessa. Opinnäytetyö valmistuu keväällä 2011.
10	Opinnäytetyön hyödyntäminen Toiminallisen opinnäytetyön toteuttaminen mahdollistaa ammatillisen kasvumme ko aihepiiri liittyen, ohjausosaamisemme kehittyä, samoin kykymme tutkimukselliseen toimintaan ja sen raportointiin. Opinnäytetyömme tuloksia voidaan hyödyntää Saimaan ammattikorkeakoulussa, kun väkivaltaisen potilaan opetusta kehitetään.

11	Sitoumukset Noudatamme opinnäytetyömme kaikissa vaiheissa tutkimuseettisiä ohjeita. Opinnäytetyöhömmme osallistuminen on opiskelijoille vapaaehtoista. Palautelomakkeet hävitetään raportin valmistumisen jälkeen.						
12	Liitteet Opinnäytetyösuunnitelma liitteineen						
13	<table border="0"><tr><td><u>25.1.2011</u></td><td></td><td><u>Opinnäytetyöryhmän puolesta</u></td></tr><tr><td>Päiväys</td><td>hakijan allekirjoitus</td><td>osoite</td></tr></table>	<u>25.1.2011</u>		<u>Opinnäytetyöryhmän puolesta</u>	Päiväys	hakijan allekirjoitus	osoite
<u>25.1.2011</u>		<u>Opinnäytetyöryhmän puolesta</u>					
Päiväys	hakijan allekirjoitus	osoite					
14	<table border="0"><tr><td><u>25.1.2011</u></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Päiväys</td><td>vastaavan ohjaajan allekirjoitus</td><td></td></tr></table>	<u>25.1.2011</u>			Päiväys	vastaavan ohjaajan allekirjoitus	
<u>25.1.2011</u>							
Päiväys	vastaavan ohjaajan allekirjoitus						
15	Tutkimusluvan myöntämistä koskeva päätös 						

26.1.2011 

Keskeisimpien kirjallisuuslähteiden erittely:

Claes-Otto Hammarlund: Kriisikeskustelu (Tietosanoma 2010)

Kirja käsittelee erilaisia kriisituen ja konfliktinkäsittelyn keinoja. Kirjaa käytetty kirjaa pääasiallisena lähteenä väkivaltatilanteen jälkikäsittelyn teoriaosuudessa.

Mika Lehestö: Hoitajan Turva (Edita Prima Oy 2004)

Kirja on hoitoalan ammattilaisille suunnattu, käsikirjan omainen teos. Käsittelee hoitohenkilökunnan päivittäisessä työssä huomioon otettavia turvallisuuteen liittyviä asioita. Pääpaino on hoitohenkilökunnan selviytymisessä ja turvallisuudessa, tilanteiden tunnistamisessa ja ennaltaehkäisyssä.

Salli Saari: Kuin Salama Kirkkaalta Taivaalta (Kustannusosakeyhtiö Otava 2000)

SPR:n kriisiryhmän vetäjän, psykologian dosentti Salli Saaren kirjoittama kirja käsittelee kriisitilanteissa saatavilla olevaa apua ja traumaattisten tapahtumien tunnusmerkkejä ja niiden herättämiä reaktiota.

Ghitta Weizmann-Henelius: Väkivaltaisen Ihmisen Kohtaaminen (Tammer-Paino Oy 1997)

Kirja on väkivaltatilanteisiin liittyvissä tutkimuksissa ja kirjallisuudessa erittäin yleisesti käytetty lähde. Käsittelee väkivallan ja aggression ilmenemisen teoriaa ja käytäntöä.