

Aggressiivisen asiakkaan kohtaaminen asumisyksikössä

Perehdytysvideo A-killan henkilökunnalle



Ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyö

Hoitotyön koulutus, sairaanhoitaja

2022

Koulutus	Sairaanhoitaja	Tiivistelmä
Kampus	Hämeenlinnan korkeakoulutuskeskus	
Tekijä	Krista Soikkeli	Vuosi 2022
Työn nimi	Aggressiivisen asiakkaan kohtaaminen asumisyksikössä- Perehdytysvideo A-killan henkilökunnalle	
Ohjaajat	Marika Ahonen	

TIIVISTELMÄ

Opinnäytetyö oli tehty yhteistyössä Tampereen A-killan kanssa tilaajan toiveesta.

Opinnäytetyön tarkoitus oli tuottaa perehdytysvideo A-killan henkilöstölle tuomaan yhteistä toimintamallia aggressiivisen asiakkaan kohtaamiseen toiminnallisen opinnäytetyön kautta.

Tavoitteena oli kohentaa työhyvinvointia ja työssä jaksamista. Työssä käsiteltiin aggression ja väkivallan taustekijöitä käyttäytymisen taustalla. Puheella rauhoittamisen menetelmillä pyrittiin luomaan ymmärrystä ja tietoa aggressiivisen asiakkaan kohtaamiseen tutkitun tiedon pohjalta.

Kaikkien puheella rauhoittamisen menetelmien taustalla oli ihmisen perustarve tulla kuulluksi ja nähdyksi. Puheella rauhoittamisen menetelmiä ovat esimerkiksi puhejudo ja safewards. Tätä kautta voimme laajentaa omaa ymmärrystämme asiakkaan kohtaamisessa. Tärkeää oli myös ymmärtää tiettyjen sairauksien ja päihteiden vaikutus tilanteissa. Tällä monipuolisella ymmärryksellä voimme tarjota itsellemme ja muille turvallisen työympäristön ja näin ollen parantaa työhyvinvointia. Työn pohjalta voimme päätellä aggressiivisuuden ja väkivallan olevan valitettavan yleinen ilmiö hoitoalalla. Pääosin kuitenkin väkivallan teot olivat verbaalisia niin Suomessa kuin muissakin maissa. Fyysistä väkivaltaa kuitenkin ilmenee ja se voi jättää sen kohtaajaan traumaattisia kokemuksia tai vammoja, pahimmillaan väkivallan teko voi päättyä kuolemaan. Tämä sanottamakin selvästi kuuluu hoitoalan kääntöpuoliin ja vaikuttaa suoranaisesti työhyvinvointiin ja työn laatuun. Työhyvinvointia tukemassa on debriefing ja defusing- toimintamallit, joista työntekijät saavat tukea haastavien tilanteiden purussa. Toimintamalleilla viitataan purkutilaisuuksiin, joita käytetään työhyvinvoinnin tukena haastavien tai traagisten tilanteiden jälkeen.

Avainsanat Aggressio, Väkivalta, Puhejudo, Safewards, Debriefing, Defusing

Sivut 28 sivua ja liitteitä 1 sivua

Name of Degree Programme Nursing

Abstract

Campus Hämeenlinna

Author Krista Soikkeli

Year 2022

Subject Encountering an aggressive customer in a housing unit

Supervisors Marika Ahonen

ABSTRACT

The purpose of this Bachelor's thesis was to explore violence and aggression as a phenomenon and find out what the effect of violently behaving customers is in mental health work. Thesis topic became as a request from Tampereen A-kilta housing units. Main focus in this topic is to build a onboarding video of encountering an aggressive customer in a housing unit. Based on the author's work experience the rates encountering of aggressive of violent customers have sadly come up. The goal is to enhance well-being of the employees at the workplace.

This thesis contains methods that will give the employees understanding and knowledge about appeasement by speech. It is also important to understand mental health diseases and intoxicant use behind aggression and violent behavior. This versatile knowledge and understanding has direct impact on well-being at work. Based on the data of this thesis the threat of violently behaving customers towards working staff is common all over the world. Psychological violence is more common than physical. Both types of violence can leave their mark on individuals and sometimes it can be a reason to quit working in nursing. Debriefing and defusing- methods are been emersed to support employees in time of crisis.

Keywords Aggression, violence, verbal judo, safewards.

Pages 28

Sisälllys

1	Johdanto	1
2	Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite	2
3	Teoreettiset lähtökohdat	2
3.1	Aggression taustatekijät.....	3
3.2	Väkivallan taustatekijät.....	5
4	Aggressiivisen asiakkaan kohtaaminen ja puheella rauhoittamisen keinot	6
4.1	Puheella rauhoittaminen	7
4.1.1	Safewards puheella rauhoittamisen keinona	7
4.1.2	MAPA haasteellisen käytöksen ennaltaehkäisyn välineenä	9
4.1.3	Puhejudo puheella rauhoittamisen työvälineenä.....	10
4.1.4	NVC vuorovaikutusmenetelmänä puheella rauhoittamisessa	11
4.2	Päihteiden vaikutus asiakkaan kohtaamisessa	12
4.3	Psykoottisen asiakkaan kohtaaminen.....	14
5	Aggressiivisen asiakkaan kohtaaminen työhyvinvoinnin näkökulmasta	16
5.1	Kriisin vaikutus työhyvinvointiin	18
5.2	Debriefing ja defusing työhyvinvointia tukemassa.....	19
6	Opinnäytetyön prosessi.....	20
6.1	Toiminnallinen opinnäytetyö.....	21
6.2	Perehdytysvideo oppimisen välineenä	22
7	Pohdinta	23
	Lähteet.....	24
	Liitteet.....	1

Liitteet

- Liite 1 Henkilökunnan alkukartoituskysely
- Liite 2 Puheella rauhoittamisen vinkit

1 Johdanto

Opinnäytetyön aiheena on aggressiivisen asiakkaan kohtaaminen asumisyksikössä. Tarkoitus on tuottaa perehdytysmateriaaliksi video A-killan asumisyksiköihin. Aihe tuli toiveena tilaajalta ja aihe on itselle myös kiinnostava sekä tärkeä. Oman työkokemukseni pohjalta olen havainnut, että asumisyksiköissä aggressiivisten asiakkaiden kohtaaminen on yleistynyt harmillisen paljon ja selkeä linjaus toimintatavoista puuttuu. Tämä on vaikuttanut asumisyksiköissä työyhteisön yhtenäisyyteen ja työssäjaksamiseen. Työn tarpeen kartoitusvaiheessa on käytetty tukena kyselyä, joka on jaettu henkilöstölle. Kyselyllä pyrittiin spesifioimaan työn linjausta.

A-killan asumisyksiköitä on kolme kappaletta Tampereella. Kaikki asumisyksiköt ovat päihteet sallivia yksiköitä, mikä lisää riskiä aggressiiviselle käytökselle. Palvelut asumisyksikössä on suunnattu täysi-ikäisille asiakkaille, joilla ilmenee tuen tarvetta asumisessa ja elämähallinnassa. Asiakkaiden haasteet usein liittyvät päihteiden käyttöön tai mielenterveydenhäiriöihin. Kaikissa asumisyksiköissä asiakkailla on tavoitteena siirtyä asumaan omaan asuntoon. Asiakkailla on mahdollisuus sairaanhoitajan palveluihin sekä mahdollisiin hoidollisiin toimenpiteisiin. Asiakkaaksi Tampereella voi hakeutua Tampereen kaupungin päihde- ja mielenterveyspalveluiden asiakasohjausyksikön kautta. Tilaajan yhteyshenkilönä toimii palveluesimies Arja Ruokonen. (Tampereen A-killat, n.d.)

Perehdytysmateriaalin välityksellä luodaan henkilökunnalle yhteinen toimintatapa, joka parantaa työturvallisuutta, työhyvinvointia sekä asiakasturvallisuutta. Työssä käsitellään tilanteen ennakkointia, eri toimintatapoja puheella rauhoittamiseen sekä purkutilaisuuksia. Omat edellytykset työn tekemiselle ovat kasvaneen oman työkokemuksen kautta asumisyksiköissä. Lisäksi omaa ammattitaitoa tukee työkokemus erikoissairaanhoidosta päihdepsykiatrisella akuuttiosastolla.

2 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite

Opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa perehdytysvideo sekä hakea tutkittuun tietoon ja näyttöön perustuvaa materiaalia ajankohtaisesta ja tärkeästä aiheesta. Työssä syvennyttään aggression ja väkivallan syntyyn sekä aggressiivisen käytöksen kohtaamisen seurauksiin työhyvinvoinnin näkökannalta. Työssä pyritään syventämään ja laajentamaan omaa ammattitaitoa sekä tuottamaan laadukas perehdytysmateriaali jokapäiväiseen käyttöön tilaajalle. Työn tavoite on parantaa asumisyksiköiden työturvallisuutta, työhyvinvointia sekä asiakasturvallisuutta.

Työ toteutetaan videon muodossa toiminnallisena opinnäytetyönä, jonka tekemisessä on mahdollista käyttää tilaajan median assistenttia apuna esimerkiksi editoinnissa. Kuvauspäivä on ennalta sovittu ajankohta, jossa on otettu huomioon henkilöstöresurssit. Kuvaaminen tapahtuu a-killan asumisyksiköissä Härmälässä Tampereella.

3 Teoreettiset lähtökohdat

Opinnäytetyön tukena ja esiintyvyyden kartoituksena käytettiin henkilökunnalle suunnattua verkkokyselyä Google Forms-pohjalla. Tarkoituksena oli kartoittaa, miten henkilökunta kokee aggressiivisen asiakkaan kohtaamisen ja väkivaltilanteet. Kysely suoritettiin anonyymisti.

Alkukartoituskyselyn perusteella aggressiivisen asiakkaan kohtaamisia on vähäisesti. Osa henkilökunnasta tiesi miten tilanteessa toimia, mutta osa koki tarvitsevansa lisää yhtenäisyyttä toimintatapoihin. Tämä tuli myös ilmi työnantajalle lähetetyissä toiveissa. Fyysisiä loukkaantumisia ei kohtaamistilanteissa kyselyn mukaan ole ollut. Lisäksi visuaalinen perehdytysmateriaali koettiin mieluisimmaksi vaihtoehdoksi. Täysin kaikki henkilökunnan jäsenet eivät kyselyyn vastanneet, joten otanta tästä on kapeahko.

Nykypäivänä aggressio käsitteenä on määritelty sanoilla hyökkääminen tai vihamielinen teko. Alkuperäisen merkityksen mukaan aggressio eli adgradior tarkoittaa lähestyä jotakuta tai kääntymistä jonkun puoleen. (Gustav, 1992) Nykykäsitteen mukaan kuitenkin aggressio on tunnetila, jonka taustalla voi olla vihaa, suuttumusta, mustasukkaisuutta, pelkoa tai

ahdistusta. Aggressio ei itsessään ole vielä teko. Aggressio herää erinäisissä tilanteissa ja eri ihmiset reagoivat eri tavoin. Aggression tunne voi aiheuttaa jopa kehollisia tuntemuksia, jotka voivat johtaa tekoihin. Tunteen muuttuessa teoksi puhutaan väkivallasta. Fyysisen väkivallan muotoja ovat esimerkiksi lyöminen, potkiminen tai raapiminen. Väkiältä voi olla myös psyykkistä tai sosiaalista. Psykkisen väkivallan tunnusmerkkejä voivat olla esimerkiksi haukkuminen, loukkaaminen tai mitätöinti. Sosiaalista väkiältää voivat olla esimerkiksi jättäminen ulkopuolelle tai juorujen levittäminen. Väkiälläksi katsotaan teot, jotka sisältävät alistusta tai toisen ihmisen hyväksi käyttämistä. (Mielenterveystalo, n.d.-a)

Maailman terveysjärjestön WHO:n määritelmän mukaan väkiältä on itseensä, muihin ihmisiin tai järjestöihin tai ihmisjoukkoihin kohdistuvaa fyysisen voiman tai vallan tarkoituksen mukaista väärinkäyttöä tai sillä uhkaamista. Terveysjärjestön määritelmän mukaan voi mitä todennäköisimmin johtaa kuolemaan, vakavan vamman aiheutumiseen fyysisesti tai henkisesti, kehityksen häiriintymiseen tai perustarpeiden tyydyttämättä jättämiseen. (Rikoksantorjunta, n.d.)

Väkiältäan liittyy läheisesti syrjäytyminen ja päihderiippuvuudet sekä sen liitännäissairaudet. Väkiältäan liittyy usein myös rikollisuus. Tutkimusten valossa väkivallan taakkaa kaatuu yhä enemmän sosiaali- ja terveysalan harteille. Somaattisen hoidon tarve, vieroitusoireet ja sekavuustilat tuovat esimerkiksi päivystyspoliklinikoille joukon ihmisiä, jotka tarvitsevat monialaista osaamista. Tällaisissa tilanteissa on huomattu väkivallalla uhkaamista ja sen käyttämistä tapahtuvan usein. Näissä usein henkilökunnan turvajärjestelyt ovat puutteelliset. Tämä omassa haastavuudessaan kuormittaa hoitohenkilökunnan henkistä ja fyysistä jaksamista. (Lauerma, 2005)

3.1 Aggression taustatekijät

Aggression taustatekijät voivat juontaa juurensa jo lapsuudesta tai nuoruudesta. Lapselle ja nuorelle räiskyvät tunteet ovat luonnollisia ja osa kehitystä. Tämä kehittää lapsen tai nuoren sosiaalisten taitojen ja itsehillinnän harjoittelua. (Cacciatore, 2007, ss. 17–20)

Psykoanalyttisessa objektsuhdeteoriassa korostetaan äidin ja lapsen

vuorovaikutussuhdetta ja aggression alkuperäistä merkitystä siinä. Tässä liitoksessa aggressiolla viitataan biologiseen voimaan lähestyä jotakuta. Psykoanalyttisen objektisuhdeteorian mukaan aggressio on psyykinen voima ja pohja hyvälle itsetunnolle. Aggressioon liittyvät tunteet esimerkiksi viha tai pelko ilmaantuvat lapsen mieleen psyykeen kehittyessä ja ovat näin ollen kaikille ihmisille luonnollisia tunteita. Lapselle annetaan aggressioon liittyvä tunnekokemusyhteys oman tunnereaktion kautta. Gustav kuvaa kirjoituksessaan tätä esimerkillä imettävästä äidistä. Esimerkissä ”vauva on äidin rintaa purressaan vihainen, paha, ilkeä, voimakas tai elämänhaluinen täysin sen mukaan, mikä on äidin oma kokemusviritys.” (Gustav, 1992)

Objektisuhdeteorian on kehittänyt Daniel Stern. Se käsittelee varhaisen vuorovaikutuksen kehittymistä. Pääajatus on, että ihminen on subjektiivinen yksilö. Näin ihminen kokee jo vauvasta lähtien elämyksiä. Vauva kokee esimerkiksi yhdessäolon ja yhteyden syntymisen elämyksen. Elämyksien täyttämä kokemusmaailma teorian mukaan rakentaa jo varhaisessa iässä vuorovaikutussuhdetta esimerkiksi äidin ja vauvan välille. (Lehtovuori, 2001)

Aggressiivisuus voidaan jakaa proaktiiviseen ja reaktiiviseen aggressiivisuuteen. Ne voidaan kuvata myös aggression perustyyppeinä, mitä ovat saalistamisaggressio ja puolustautumisaggressio. (Lauerma, 2011) Proaktiivisesti aggressiivisesti käyttäytyvää kuvataan suunnitelmallisesti aggressiiviseksi. Väkivaltaan johtava käytös voi olla laskelmoivaa, eikä siihen välttämättä liity voimakkaita vihan tunteita. (Cacciatore, 2007, ss. 17–20) Proaktiivista aggressiota voidaan kutsua myös PIP-aggressioksi tai saalistusaggressioksi. PIP-aggressio ja on antisosiaalisen persoonallisuuden ja psykopatian tyyppiä. Siihen ei ole hoitoa. (Hallikainen & Repo-Tiihonen, 2015) Reaktiivisesti aggressiivinen henkilö kuvautuu äkkipikaisesti käyttäytyvänä ja tunteiden hallinta voi olla kontrolloimatonta. (Cacciatore, 2007, ss. 17–20) Reaktiivista aggressiota voidaan kutsua myös nimillä RADI-aggressio tai puolustautumisaggressio. RADI-aggressiota esiintyy lähes kaikissa psyykkisissä häiriöissä ja sitä pystytään usein lievittämään lääkehoidolla. Kyseisissä tilanteissa aggressio johtuu psyykkisestä sairaudesta johtuvasta kyvyttömyydestä toimia sosiaalisessa vuorovaikutuksessa. (Hallikainen & Repo-Tiihonen, 2015)

Kehollista aggression tunnetta voi edesauttaa alentunut ravitsemustila, stimulanttien käyttö, väsymys, stressi, kovat fyysiset kivut, hormonivalmisteiden käyttö ja jotkin somaattiset sairaudet. (Hakkarainen ym, 2006, s. 11) Alhainen verensokeri eli hypoglykemia altistaa

aggressiivisuudelle, tämä on hyvä ottaa huomioon varsinkin diabeetikoiden kohdalla. (Lauerma, 2011) Aikuisella iällä jopa vuosikymmeniä sitten koetut tunteet voivat nousta pintaan, mikäli ihminen ei ole työstänyt kokemuksia osaksi omaa elämänsä historiaansa. Aggression noustessa pintaan tunnekokemus toistuu samantapaisena kuin traumoja aiheuttaneella hetkellä. (Cacciatore, 2007, ss. 30–31)

3.2 Väkivallan taustatekijät

Väkivallalle altistavia tekijöitä on monia. Sukupuolittain katsotaan miesten olevan alttiimpia väkivaltaiselle käytökselle kuin naiset. Jotta voimme pyrkiä vaikuttamaan väkivallan ennaltaehkäisyyn, pitää meidän tuntea sen taustatekijät. Taustatekijöiden listan kärjessä on alkoholi ja muut päihteet. Suomessa suurin osa henkirikoksista tehdään päihtyneenä. Taustalla voi olla myös esimerkiksi henkilön temperamentti tai sairaus. Esimerkiksi mielenterveydenhäiriöistä psykoosisairaudet voivat altistaa väkivallalle. Lapsuuden ajan väkivallan kokemukset altistavat myöhemmälle väkivaltaiselle käyttäytymiselle. Kyse voi olla myös iästä tai ryhmäpaineesta. Pitkäaikainen stressi tai väsymys nostavat ärsytyskynnystä. (Cacciatore, 2007, ss. 49–51) Epäsosiaalisen persoonallisuuden omaava on enemmän taipuvainen humalassa käytettyyn aggressioon ja väkivaltaan. (Lauerma, 2011) Lapsuudessa koetut väkivallan kokemukset aiemmin kerrotusti voivat altistaa myöhemmälle väkivaltaiselle käytökselle. Lapsiin suuntautunut väkivalta voi olla myös fyysistä, mutta sitä on kuvattu myös henkisenä etäisyytenä. Perheen äiti on voinut pitää lapselleen esimerkiksi mykkäkoulua, nimitellyt lasta tai kontrolloinut lasta äärimmäisellä tavalla liittyen esimerkiksi syömiseen tai pukeutumiseen. (Jegorow, 2012)

Naisten harjoittama väkivalta on vähän puhuttu aihe. Varsinkin naisen kohdistama väkivalta mieheen on katsottu tutkimuksien valossa olevan häpeällistä miessukupuolelle. Harva miehistä tekee väkivallan teoista rikosilmoitusta, joten naisten väkivallan teoista tiedetään hyvin vähän. Naisen väkivaltaisuus monialaista fyysisestä väkivallasta henkiseen. Kun ankarat sanat eivät riitä usein otetaan apuvälineeksi puukko, saksit tai jopa silitysrauta. (Jegorow, 2012) Väkivaltaisuus on psykologian kannalta katsottuna reaktio, kun avuttomuuden tai

passiivisuuden tunne tuntuu ylitsepääsemättömän pelottavalta. Väkivaltaisuuden teot tehdään yleensä tunnekuohussa paniikin ja epätoivon taistellessa sisäisesti. Väkivaltaisuuden taustalla usein voimakas häpeän ja avuttomuuden tunne, mitkä tuovat mukanaan hallitsematonta ahdistusta, milloin väkivalta tuntuu ainoalta keinolta taistella. Sama tunnetila on usein taustalla itsemurhayrityksissä -ja ajatuksissa. Tämän vuoksi väkivaltaisen asiakkaan kohtaaminen hoitotyössä vaatii asianmukaista rauhoittamista puheella ja myötätuntoista ymmärrystä. (Huttunen, 1992)

Ääritilanteessa asiakkaalla voi olla ampuma-ase. Jos tiedetään asiakkaalla olevan ampuma-ase, on tärkeää rajoittaa läheisyydessä oleva hoitohenkilökunta ja muiden asiakkaiden määrä minimiin. Henkilökunnan tulisi pysyä rauhallisena ja pyrkiä välttämään väittelyä.

Peruseriaatteena on selvittää mitkä asiakkaan tarpeet ovat ja pyrkiä vastaamaan niihin. Ei tule kuitenkaan luvata sellaista mitkä ei ole mahdollista toteuttaa, tämä tulisi ilmaista myös mahdollisimman rauhallisesti. (Huttunen, 1992) Joissakin tilanteissa taustalla voi olla hormonit esimerkiksi testosteroni ja anaboliset steroidit. Liiallinen hormonien käyttö voi lisätä riskinottoa ja seksuaalista halukkuutta, myös lisäten yleistä aktiivisuutta. Kuitenkin testosteroni kohtuullisilla annoksilla psyykkisesti tasapainoisella ihmisellä ei pitäisi merkittävästi lisätä väkivaltaisuutta. Naisilla taasen alkoholi nostaa ohimenevästi estrogeeni- ja testosteronitasoja, mikä selittää lisääntyneen aggressiivisuuden naisilla päihtyneenä. (Lauerma, 2011)

4 Aggressiivisen asiakkaan kohtaaminen ja puheella rauhoittamisen keinot

Aggressiivisen käytöksen taustalla on usein monen stressitekijän summa. Käytökseen vaikuttavat myös elämäntilanteet ja henkilökohtaiset luonteenpiirteet sekä yhteiskunnalliset taustatekijät. Yhteiskunnallisiin taustatekijöihin katsotaan kuuluvat mm. työttömyys, syrjäytyminen, taloudelliset haasteet ja mielenterveydelliset häiriöt. Ongelmien syntyminen vuorovaikutustilanteessa yleensä johtuvat työntekijän tilannetulkinnasta, eri persoonien kohtaamisesta, vaarallisista asiakastilanteista sekä asiakkaan ominaisuuksiin perustuvista syistä. Kulttuurien välisessä kanssakäymisessä tulee ottaa huomioon erinäisiä seikkoja, jotta pystymme luomaan turvallisen vuorovaikutussuhteen. Joissakin kulttuureissa esimerkiksi koskettaminen tai katsekontaktin luominen voi viestittää eri asioita. Silmiin katsominen voi

toisessa kulttuurissa tarkoittaa avoimuutta ja toisessa katsekontaktin välttely voi olla merkki kunnioituksesta. (Kivinummi & Alatupa, 2016, ss. 8–27)

4.1 Puheella rauhoittaminen

Työtilanteet jaetaan kolmeen vaiheeseen: valmistautuminen ja ennakointi, työsuoritus ja jälkitoimet. Tässä osiossa keskitytään ennakointiin ja valmistautumiseen. Aggressiivisen asiakkaan kohtaamisen haaste lienee monesti tilanteen yllätyksellisyys. Se ei silti poista tarvetta hyvältä ennakkoinnilta ja valmistautumiselta. Ennakoinnilla voidaan estää tai minimoida vahingolliset seuraukset. Asiakkaan ollessa tuttu entuudestaan, voidaan tilanteeseen valmistautua monella eri tapaa. Voidaan varmistaa, että ympäristö on turvallinen ja rajattu. Voidaan myös valmistautua asiakkaan mahdolliseen pettymykseen ja mahdollisen aggressiivisen käytöksen tapahtuessa varmistaa, että saadaan apua nopeasti. Tärkeintä lienee kuitenkin vuorovaikutuksen pitäminen avoinna ja antaa puheella tilanteen rauhoittamiselle mahdollisuus. (Rantaeskola ym, 2015, ss. 51–52)

4.1.1 Safewards puheella rauhoittamisen keinona

Safewards-menetelmän on kehittänyt Len Bowers, menetelmässä on tarkoitus rauhoittaa puheella ja näin ollen välttää konfliktia. Safewards-menetelmän tavoitteena kasvattaa turvallisuutta, lisätä turvallisuutta ja kehittää vuorovaikutusta. Safewards-menetelmä on alun perin rakennettu psykiatrisien sairaaloihin luomaan turvaa sekä potilaille, että henkilökunnalle sekä vähentämään rajoitustoimenpiteitä, mutta menetelmää voi soveltaa myös sosiaalialalla. Malli perustuu kuusikohtaiseen taustatekijämalliin. Jokaiselle taustatekijälle on katsottu kärjistymistekijä sekä henkilökunnan vaikutin, eli tekijät jotka yleisimmin aiheuttavat konfliktin synnyn ja vastakkaisasettelun. Kun kaikki tekijät on otettu huomioon, pyritään tilanteet ratkaisemaan kymmenen eri intervention kautta. Näin edistetään yhteistyön toimivuutta. Potilasyhteisö, potilaan ominaispiirteet, säätelykehys, henkilökunta, fyysinen ympäristö ja yksikön ulkopuolinen ympäristö ovat kuusi konfliktien määrään vaikuttavaa taustatekijää. (Safewards, n.d.)

Kymmenestä interventiosta ensimmäisenä on yhteiset odotukset eli miten toimitaan ja käyttäytyään, jotta yhteistyö on toimivaa molemmin puolin. Seuraavana interventiona ovat ystävälliset sanat, tässäkin toimintamallissa painostetaan vastapuolen kunnioitusta ja tasavertaisuutta. Kolmantena tulee puheella rauhoittamisen de-eskalaatiomalli, millä pyritään siihen, ettei tilanne kärjisty. De-eskalaatiomalli on kolmeportainen: rajaa, selvennä ja ratkaise. Seuraava interventiokohta on positiiviset sanat, tunnistetaan vahvuuksia ja positiivisia ominaisuuksia. Viides kohta on huonojen uutisten kertominen: valmistaudutaan tilanteeseen ja tuetaan jälkeensä suunnitelmien mukaan. Kuudentena kohtana on tullaan tutuiksi-kansio, jossa henkilökunta esittäytyy ja näin ollen henkilökunnasta saadaan helpommin lähestyttävä. Seuraava on avun antaminen: yhteisössä voi järjestää päivittäin tai viikoittain yhteisöpalavereja. Niissä yhteisö saa tuoda esille mieltä painavia yhteisön yleisiä asioita ja kehitysehdotuksia. Kahdeksantena on rauhoittumiskeinot: voidaan tarjota keinoja tai tiloja ahdistuksen hallintaan. Tämä hieman hankalampi toteuttaa asumisyksikössä, missä asiakkaat asuvat omissa asunnoissaan. Kaksi viimeistä interventiomahdollisuutta ovat turvallisuuden ylläpitäminen ja kotiutumispuu. Turvallisuuden ylläpitämisestä panostetaan aitoon läsnäoloon ja keskustellaan ahdistusta aiheuttavista aiheista. Kotiutumispuuhun voi sairaalaympäristössä jättää esimerkiksi kannustavan viestin osastolta lähtiessään. (Safewards, n.d.) Suurin osa interventiosta on mahdollista soveltaa myös sosiaalialalle ja asumisyksikköihin. Tärkeimpänä elementtinä koen kuitenkin puheella rauhoittamisen taidon ja aidon läsnäolon. Puheella rauhoittamisen vinkkejä Safewards-menetelmää käyttäen löytyy liitteestä 2.

4.1.2 MAPA haasteellisen käytöksen ennaltaehkäisyn välineenä

MAPA eli (Management of Actual or Potential Aggression) haasteellisen käytöksen ennaltaehkäisy ja hallinta. Toimintamalli on kehitetty Englannissa 40 vuotta sitten, ja se luo tapoja haasteellisen ja aggressiivisesti käyttäytyvän henkilön hallintaan ja ennakkointiin. (Suomen Mapa-keskus, n.d.)

Suomessa käytetään myös samaan menetelmään perustuvaa AHHA-toimintamallia eli aggression hoidollista hallintamenetelmää. Aggression hoidollisen hallinnan menetelmä on suunnattu ja sovellettu hoitoalalle Tampereen yliopistollisen sairaalan toimesta. (Soldehed, 2008, s. 1) Kati Jäppinen kertoo Pirkanmaan sairaanhoitopiirin AHHA-kertauspäivillä, että AHHA on kehitetty uhka- ja väkivaltatilanteiden ennaltaehkäisemiseksi sekä lisäämään tasavertaista vuorovaikutussuhdetta. AHHA ei ole voiman käyttöä eikä itsepuolustusta, siinä on etusijalla sairaalaolosuhteissa potilaan turvallisuus. Tällä lisätään myös työturvallisuutta henkilökunnalle väkivaltatilanteissa. Safewards-interventiot tukevat toisiaan AHHA-menetelmän kanssa. (K.Jäppinen, henkilökohtainen tiedoksianto, 7.5.2021)

Aggressiotilannetta on mahdollista ennakoida. Ennakkomerkkejä voivat olla selkeästi lisääntyvä levottomuus ja ahdistuneisuus. Myös yhtäkkinen vetäytyminen tai tuijottelu voi olla varomerkkejä. Menetelmän mukaan henkilöä olisi hyvä lähestyä tuomitsemattomasti ja empaattisesti. Muita ennakkomerkkejä voivat olla karkäs puolustautuminen, riskikäytös tai jännitteen purkautuminen. Puolustautuvalla henkilöllä usein katoaa johdonmukaisuus vuorovaikutuksessa ja henkilö voi kokea itsensä niin sanotusti ”ajetuksi ahtaalle”. Tässä toimii hyvin selkeä puhe ja lyhyet lauseet. Riskikäytös voi kohdistua itseensä, muihin tai irtaimistoon. Sairaala olosuhteissa tässä voidaan käyttää hoidollista kiinnipitämistä potilaan turvaamiseksi. Asumisyksikössä irtaimistoa ei ole syytä jäädä suojelemaan oman turvallisuuden uhalla. Jännitteen purkautumistilanteessa on tärkeää palauttaa puheyhteys ja näin rauhoitettua tilannetta. Kehonkieli ja äänenkäyttö ovat aggressiivista asiakasta kohdatessa tärkeää. AHHA-toimintamallin menetelmän mukaisesti on hyvä kiinnittää huomiota esimerkiksi seisomisasentoon ja miten olet asemoitunut puhuteltavaan henkilöön nähden. Esimerkkinä kädet tiukasti puuskassa verraten taas kädet rennosti sivuilla kämmenet auki. Kädet puuskassa seisoen voi antaa vastapuolelle hyökkäävän kuvan.

Asemoinnissa voi miettiä olisiko henkilöön nähden sivuttainen asento enemmän turvaa antava kuin esimerkiksi seisominen suoraan edessä. Etäisyys kohteeseen on hyvä olla sopiva miettien esimerkiksi lyöntietäisyyttä sekä äänenpainolla on suuri merkitys vuorovaikutuksessa. (K.Jäppinen, henkilökohtainen tiedoksianto, 7.5.2021)

4.1.3 Puhejudo puheella rahoittamisen työvälineenä

Puhejudon on kehittänyt George J. Thomson vuonna 1993. Thomson oli lääkäri, taistelulajien mestari ja poliisi. *Verbal judo* eli Puhejudo oli alun perin kehitetty poliisien työvälineeksi haastaviin tilanteisiin. Puhejudon tarkoituksena on välttää konflikteja kenenkään loukkaantumatta fyysisesti. Pähkinän kuoressa puhejudon päämäärä on, että itseän kohdistuva loukkaus ei johda vasta reaktioon tai vasta loukkaukseen. Toimintamallissa kehoitetaan pysymään rauhallisena ja miettimään mitä sanoja käyttää. Oman kiihtymyksen huomattaessa voi ottaa pienen tauon ja antaa kiihtymyksen laskea ja vastata vasta sitten. (Thompson & Jenkins, 1993, ss. 32–33)

Tärkeä näkökanta toimintamallissa on empatian osoittaminen henkilöä ja kohderyhmässämme asiakasta kohtaan. Empaattinen lähestyminen ei kuitenkaan vaadi sitä, että asiakasta pitäisi sympatisoida. Thompson & Jenkins kertovat, ettei vastapuolesta tarvitse välttämättä edes pitää. Empaattisen lähestymisen perustana on nähdä asia toisen näkökannalta. Eli tärkeää on saada vastapuoli huomaamaan, että häntä kuunnellaan ja asiaa pystytään näkemään myös hänen kannaltaan. (Thompson & Jenkins, 1993, ss. 64–67)

Ajatusmalli ei rajaudu vaan työelämään vaan kaikkeen ihmisten väliseen vuorovaikutukseen. Puhejudon mallissa pyritään sisäistämään, että loukkauksia tulee ja tulee tulemaan jatkossakin. Loukkaus on juuri niin suuri kuinka suuren reaktion sille antaa. Loukkaukseen reagoimalla esimerkiksi suuttumuksella yleensä antaa vastapuolelle onnistumisen tunteen ja reagoimattomuudella vastapuolen tarkoituksensa kumoutuu. (Thompson & Jenkins, 1993, ss. 72–73)

Verbaalinen viestintä tuo meille mahdollisuuksia selvittää haastavistakin tilanteista suotuisammin. Jo kärjistynytkin tilanne voidaan saada laantumaan oikealle raiteille kielellisen viestinnän avulla. Niin kuin me kaikki varmasti tiedämme lauseen voi esittää monella eri tavoin. Kaikki kielteinen verbaliikka luo ymmärrettävästi vastapuolella

passiivisuutta, vastarintaa ja sulkee mahdollisuuksia. Aktivoivampi ja mahdollisuuksia avaavampi lause, motivoi taas vastapuolta positiivisessa mielessä. (Kivinummi & Alatupa, 2016, ss. 237–239)

Suomeen puhejudon on tuonut Totti Karpela. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin työntekijöille tuottamalla luennollaan puhejudosta Korpela tuo esille, kuinka on tehnyt työtä poliisina ja nykyään kouluttaa puhejudon oppeihin asiakaspalvelutyössä toimiville sekä hoitajille. Korpela kuvaa puheella rauhoittamista neljällä perustekniikalla. Ensimmäisenä pitää saada kiihtyneen asiakkaan tunteet huomioitua, joten niiden tunteiden korostamiselle ei ole enää tarvetta. Toisella osuudella on voimakas painoarvo eli kuuntelu. Kuulluksi tuleminen on ihmisen perustarve. Kolmantena tulee positiivinen palaute. Neljäntenä tulee ratkaisuehdotuksen esittäminen. Merkittävä osuus ihmisen kohtaamisessa on oma äänenpaino viestinnässä sekä rauhallisuus. Myös tällä luennolla korostettiin ihmisen perustarvetta tulla kuulluksi ja nähdyksi tasavertaisena yksilönä. Karpela toi esille myös kohtaaman henkilön tunteiden validoinnin tärkeyden. Lopuksi on tärkeää pyrkiä yhteiseen ratkaisuehdotukseen. Ratkaisuehdotuksessa painottuu rehellisyys, on tärkeää, että henkilölle ei luvata asioita mitkä eivät ole mahdollisia toteuttaa. (T. Karpela, henkilökohtainen tiedoksianto, 4.2.2022)

4.1.4 NVC vuorovaikutusmenetelmänä puheella rauhoittamisessa

NVC (*Nonviolent Communication*) on kehitetty Yhdysvalloissa amerikkalaisen tohtori M. B. Rosenbergin toimesta. Vuorovaikutusmenetelmä perustuu humanistiseen psykologiaan. Prosessin filosofia perustuu pääasiassa haluun ja kykyyn elää myötä ja olla empaattinen luontaisesti ihmisiä kohtaan. Nämä kaikki löytyvät meistä itsestämme ja tarkoitus on harjoittaa näitä taitoja sekä näin ollen luoda yhteys myötätuntoiseen itseemme. Tarkoituksena on harjoittaa myötätunnon taitoa sekä itseemme, että muihin. Kaikilla meillä ihmisillä on perustarpeet ja lisäksi tietyissä tilanteissa esiintyy lisäksi vielä lisätarpeita. Konflikteja usein esiintyy, kun ymmärrys toisen tarpeita kohtaan mutkistuu. Tarpeiden tyydyttämiseen ihmisillä on eri tapoja, joskus tarpeiden tyydyttämiseen voi käyttää itseään vahingollista keinoa. Näitä voivat esimerkiksi olla alkoholinkäyttö tai päihteet. Nämä voivat tuoda rentoutumisen ja nautinnon tunnetta, esimerkiksi lohdun tarpeen tyydyttämiseksi. Omien tarpeiden tunnistaminen voi olla ajoittain hankalaa ja tästä johtuen niiden

ilmaiseminen epäloogisella tavalla voi aiheuttaa ristiriitatilanteita. Näissä tilanteissa empaattisen kuuntelemisen taito edesauttaa yhteyden eheytyä. Tilanne saattaa ratketa äkkiäkin, kun toinen ihminen kokee tullessa kuulluksi. NCV-filosofia luo ajatusta, että pyritään selvittämään kaikkien osapuolten tarpeet ja miettiä kaikkien tarpeita kunnioittava toimintatapa. (Rosenberg, 2015, ss. 6–8, 52–60) Tutkimustietoa NVC:n vaikuttavuudesta hoitotyössä oli vähäistä, ellei olematonta, mikä olisi vahvistanut asiantuntijuutta asiasta vielä enemmän. Rosenberg on kirjoittanut useita kirjoja rakentavasta vuorovaikutuksesta, ja tätä on hyödynnetty opetustyössä myös Suomessa.

Suomessa käytetään myös lyhennettä RMV. Lyhenne koostuu sanoista rakentava ja myötäelävä vuorovaikutus. Itse käytän lyhennettä NVC tässä tekstissä. Toimintamalli jaetaan neljään eri elementtiin. Näiden kautta syvennetään itsetutkiskelun taitoa ja ymmärtämisen taitoa. Nämä neljä elementtiä ovat havainnot, tunteet, tarpeet ja pyynnöt. Voimme tehdä havaintoja tuntoaistiemme avulla ja usein teemme näiden pohjalta tulkintoja. Tulkinnat kuitenkin ovat jokaisen ihmisen ajatuksenjuoksua ja on irrallaan syvemmästä havaintojen tekemisestä. Tunteiden aistiminen taasen on erityinen taito ja tähän NVC kannustaa syventymään. Oman hyvinvointimme edistämiseksi esitämme usein pyyntöjä. NVC:ssä avarretaan tietämystä pyynnön ja vaatimuksen eroavaisuudesta. Perustarpeet taasen kaikilla ihmisillä ovat samat ja tarpeet yleisesti kertovat meille, mikä meille on tärkeää. Kaikki nämä elementit ovat kuitenkin meille vain välineitä ja NVC:ssä syvennytään taitoon, millä saamme tämän välineen toimivaksi. (Suomen moniääniset ry, n.d.) Suomessa NVC-toimintamalliin voi kouluttautua RVO-koulutuksessa. RVO on lyhenne rakentavan vuorovaikutuksen ohjaajasta. Koulutuksen tarkoituksena on parantaa ymmärrystä itseään ja muita kohtaan sekä oppia kuuntelemaan toista ja ilmaisemaan itseään rakentavasti. (Savanna Connexions, n.d.)

4.2 Päihteiden vaikutus asiakkaan kohtaamisessa

Alkoholin ja muiden päihteiden käyttö lisää aggressiivisen käyttäytymisen riskiä. Käyttäytymisen kontrolli heikkenee, kun henkilö nauttii alkoholia. Yleistä päihteiden käyttäjien keskuudessa on keskushermostoon vaikuttavien aineiden käyttö. Alkoholiriippuvuus tällä hetkellä Suomen johtava riippuvuusmuoto, huumeaineiden käyttö

on myös noussut viime vuosien aikana. (Rantaeskola ym. 2015, ss. 8, 127–131) Alkoholi madaltaa kynnystä riskinotolle ja heikentää taitoja ratkaista ongelmia. Alkoholi lisää myös impulsiivisuutta ja näin ollen lisää aggression purkautumista väkivallaksi. (Lauerma, 2011) Iso osa Suomen henkilörikoksista tekijä ja uhri ovat alkoholin vaikutuksen alaisena. (Päihdelinkki, 2020)

Joissakin päihteissä päihteiden suora vaikutus voi lisätä aggressiivisuutta, mutta myös päihteistä vieroittumisen aikajakso voi sitä lisätä. Varsinkin stimulanttien käytössä tyypillistä voi olla syömättömyys ja tästä johtuva alhainen verensokeri lisää myös aggressiivisuutta. Jo ennalta todetusti tilanteisiin vaikuttaa vahvasti myös persoonallisuustekijät ja sen sairaudet. Yleisimmät aggressiivisuuteen yhdistetyt päihteet alkoholin lisäksi ovat amfetamiinit. Amfetamiini keskushermostoa stimuloivana huumausaineena vaikuttaa reaktiiviseen aggressiivisuuteen ja saa näin henkilön toimimaan tavallista suoraviivaisemmin. Stimulantit kiihdyttävät dopamiini- ja noradrenaliinivälittäjäainejärjestelmien toimintaa. Tämä yhteys tavattu myös jossain määrin kokaiinin käytön yhteydessä. Riskinoton kynnyksensä sekä itsevarmuus kasvavat ja henkilö voi päätyä yllättäviin tilanteisiin. Stimulanttien pitkittyneessä käytössä on suuri altistus paranoidiseen ajatteluun ja päihdepsykoosin syntyyn. (Päihdelinkki, 2020)

Kannabiksella poikkeuksellisesti on pääasiassa aggressiivisuutta vähentävä vaikutus. Mutta esimerkiksi skitsofreenikolla voi lisätä paranoidisuutta ja näin ollen lisätä väkivallan tekoja. Opioideihin liittyvä aggressiivisuus usein liittyy vieroitusoireisiin. Hallusinogeenien ryhmässä NBOM ja DOM sukuiset aineet voivat vaikuttaa käyttäjässä yllättävästi. Kyseiset yhdisteet tehostavat serotoniinijärjestelmää voimakkaammin, kuin esimerkiksi LSD. NBOM-yhdisteillä puuttuu kyvykyys serotoniinijärjestelmän yliaktivoitumisen hillitsemiseen. Tämän vuoksi henkilö voi käyttäessään psykedeelisiä tai muuntohuumeita muuttua hyvinkin kiihtyneeksi sekä aggressiiviseksi ja henkilön on hankala rauhoittua, oireena voi olla myös ruumiinlämmön nousu ja dissosiativinen vaikutus. (Päihdelinkki, 2020)

Yleisiä ohjeita päihteitä käyttävän kohtaamiseen hankaloittaa päihteiden eri vaikutus ja arvaamattomuus. Vaikutuksia kuitenkin saattaa olla esimerkiksi estottomuus, riidanhaluisuus, heikkeneminen arviointikyvyssä ja havainnointikyvyssä sekä aggressiivisuus. Tärkeää kohtaamisessa kuitenkin on pitää tietty etäisyys ja välttää koskettamista. Omassa

työskentelyssä kannattaa pitää oma tyyneys ja rentous. Muita yleisiä ohjelinjoja ovat käsien esillä pitäminen, selkää ei tule kääntää päihtyneellä henkilölle sekä viestittää asiakkaalle rajoista ja mahdollisuuksista. (Rantaeskola ym, 2015, ss. 127–131)

Huumausaineita käyttävällä on mahdollisesti mukanaan käyttövälineitä tai teräaseita. Tämän vuoksi on hyvä seurata asiakkaan käsiä ja pyytää paljastamaan kätensä, mikäli ne ovat piilotettuna. Varautumisastetta on syytä nostaa, jos asiakas kieltäytyy paljastamasta käsiään. Tässä tilanteessa hyvä hälyttää apua ja varmistaa poistumisreitti.

Pelon tunnetta ei kannatta näyttää eikä päihtyneen asiakkaan kanssa kannata alkaa väitellä. Päihteitä käyttänyt asiakas ei välttämättä halua kertoa mitä päihteitä on käyttänyt ja minkä verran. Tämä tieto voi kuitenkin olla avuksi ohjaajalle tilan arvioinnissa. Arvioinnissa on hyvä ottaa huomioon myös mahdolliset vieroitusoireet. Hankalissa vieroitusoireissa asiakas voi käyttäytyä aggressiivisesti. (Rantaeskola ym, 2015, ss. 127–131) Vieroitusoireiden lääkehoitoon usein käytetään bentsodiatsepiinejä, joilla yleensä on väsyttävä tai rauhoittava vaikutus. Alkoholien kanssa yhdessä käytettäessä voi syntyä paradoksinen reaktio ja vaikutus voi näkyä aivan toisin. Myös bentsodiatsepiinien pitkäaikaisessa käytössä henkilön toleranssi nousee ja lääkeaine ei vaikuta enää samalla tavalla. (Päihdelinkki, 2020)

4.3 Psykoottisen asiakkaan kohtaaminen

Sairastetuin psykoosisairaus on skitsofrenia. Kyseiselle psykoosin muodolle on oirekuvaltaan tyypillistä vääristymät ajattelussa sekä havaintokyvyssä. Nämä voivat näkyä ääniharhoina, harhaluuloina tai näköharhoina. Harhaluulolla tarkoitetaan poikkeavaa ajatusmaailmaa tai todellisuutta. Esimerkiksi skitsofreniaa sairastava henkilö saattaa kokea hallitsevansa maailmaa tai yliluonnollisten voimien ohjaavan toimintaansa. Kuuloharhat ovat tyypillisiä ja yleisiä psykoosin aikana. Äänet voivat ohjailla henkilön toimintaa ja ajatuksia. Kuuloharhat voivat olla negatiivissävytteisiä ja ohjata henkilöä esimerkiksi vahingoittamaan itseään tai muita. Aistien vääristymää voi ilmetä myös hajuharhoina. (Rantaeskola ym, 2015, ss. 112–115)

Parhaiten saatavilla olevaa tutkimustietoa laajalta aikaväliltä psykoosisairauksien ja väkivallan yhteydestä on juuri skitsofreniasta. Suomen suurimmassa oikeuspsykiatriassa

sairaalassa Kuopion Niuvanniemessä noin 90 % vaikea hoitoisista väkivalta potilaista on skitsofreniaa sairastavia. Skitsofreniaa sairastavat syyllistyvät väkivallan tekoihin yleensä päihtyneenä tai psykoottisina. Uhreina ovat tavallisimmin omaiset tai viranomaiset. Lääkehoidon laiminlyönti, päihteet ja sairaudentunnottomuus yleensä lisäävät potilaan väkivallan riskiä. (Hallikainen & Repo-Tiihonen, 2015) Adamsin ja Yanosin tuottamassa meta-analyysissä tulee ilmi, että ensipsykoosia sairastavilla potilailla on suurentunut riski käyttää väkivaltaa johtuen harhaluuloista tai -aistimuksista ja 34,5 % päätyvät sitä käyttämään. 16,6 % potilaista syyllistyy vakavampaan väkivallan tekoon, millä pysyvämpiä vaikutuksia väkivallan kohteen elämään ja 0,6 % päätyy vakavan vamman tuottoon tai henkirikokseen. (Adams & Yanos, 2020)

Psykoosista aiheutuva aggressiivisuus yleensä lievittyy psykoosin hoidossa käytetyillä lääkkeillä. Pelkän aggression hoitoon ei ole tästä lääkettä. Joitakin tutkimustuloksia puoltamaan aggressiivisuuden lieventymistä on löydetty klotsapiinista ja olantsapiinista. (Hallikainen & Repo-tiihonen, 2015) Klotsapiinia käytetään yleensä skitsofrenian hoidossa, mikäli mikään muu antipsykoottinen lääkevalmiste ei ole toimiakseen. Klotsapiini tunnetaan yleisimmin kauppanimellä Leponex. Se on otettu käyttöön Suomessa jo vuonna 1975. Klotsapiini on alkuvuosinaan kiistelty lääke, koska se aiheutti Suomessa kahdeksan potilaan kuoleman tullessaan markkinoille. Myyntiluvan lääke sai uudelleen vuonna 1990. (Pehkonen & Mattinen, 2020) Klotsapiinin vakavin haittavaikutus on arganulosityoosi. Arganulosityoosi eli jyväsolumukato voi näkyä normaaleina flunssan oireina ihmisessä, mutta voi olla hengenvaarallinen. Klotsapiiniä käyttäessä potilaan pitää käydä säännöllisesti verikokeissa missä seurataan kehon neutrofiilejä. (Huttunen, 2013) Olantsapiini on taasen uuden polven psykoosilääke. Sitä käytetään myös skitsofrenian hoidossa, mutta myös kaksisuuntaisen mielialahäiriön hoidossa. Sen sanotaan kohentavan mielialaa skitsofrenian hoidossa sekä lievittää sairauden oireita. (Terveyskirjasto, 2019)

Asumisyksikössä kohdatessa psykoottisesti aggressiivinen potilas on suositeltavaa soittaa aina hätäkeskukseen ja näin ollen saattaa asiakas M1-arvioon sairaalaan. Sairaalassa ja varsinkin psykiatrisella osastolla voi käyttää mielenterveyslain alaisia rajoitustoimenpiteitä esimerkiksi eristämistä tai tahdon vastaisia lääkityksiä lievittämään psykoottista oireilua. Näitä toimenpiteitä saa käyttää vain potilaille, jotka ovat tarkkailussa sairaalassa tai

tahdonvastaisessa hoidossa. (Hallikainen & Repo-Tiihonen, 2015) M1 eli tarkkailulähete kirjoitetaan silloin, kun ollaan lähettämässä potilasta psykiatriseen erikoissairaanhoidon sairaalaan. Lähetteen edellytyksenä on, että tietyt kriteerit täyttyvät samanaikaisesti. Potilaan tulee olla psykoottinen tai mielisairas, toiseksi potilas vaarantaisi itsensä tai muita oman sairautensa vuoksi ja mitkään muut mielenterveyspalvelut eivät ole vallitsevassa tilanteessa mahdollisia. Potilaan saapuessa sairaalaan vastaanottava lääkäri päättää tarkkailuun ottamisesta. Tarkkailuaika kestää 4 päivää. Tämän jälkeen kirjataan tarkkailuajasta M2-tarkkailulausunto ja tarkkailupäätös eli M3. Jos mielenterveyslain alaiset tahdosta riippumattoman hoidon kriteerit täyttyvät edelleen tarkkailuajan päätyttyä, tehdään potilaasta tahdosta riippumattoman hoidon pidättävä päätös. Mikäli kriteerit eivät täyty tulee potilas päästää sairaalasta heti pois. M3-päätöksen tekee sairaalan ylilääkäri. Tahdosta riippumaton hoito voi jatkua yhtäjaksoisesti 3 kuukautta, tämän jälkeen potilaalla oikeus ulkopuolisen lääkärin arvioon. Kuitenkin tämän 3 kuukauden aikana psyykkistä vointia tulee tarkkailla ja arvioida jatkuvasti. (Terveyskirjasto, 2018)

Tärkeää psykoottisen henkilön kohtaamisessa on ymmärtää, että aistiharhat ja harhaluulot ovat heille todellisia. Heidän kokemuksiinsa tulee suhtautua asiallisesti, neutraalisti ja kunnioittaen. On katsottu, että psykoosi itsessään ei ole aggressiivisuutta lisäävä elementti. Harhojen ohjailemana asiakas saattaa kuitenkin kohdistaa aggressiota ohjaajaan. Tämän vuoksi olisi mahdollisuuksien rajoissa saada tietoa harhojen sisällöstä. Haasteen kohtaamisessa luo puhekontaktin saaminen ja sen ylläpitäminen. Psykoottista henkilöä ei suositella lähestyttävän yllättäen tai takaapäin sekä välttää suorien kehotusten antamista. Mikäli henkilö on ohjaajalle tuttu, suositellaan puhuttelua etunimellä. Tärkeää on luoda rauhallinen ja kiireetön ympäristö sekä vakuuttaa asiakkaalle, että hän on turvallisessa ympäristössä. (Rantaeskola ym, 2015, ss. 112–115)

5 Aggressiivisen asiakkaan kohtaaminen työhyvinvoinnin näkökulmasta

Työyhteisö rakentuu työntekijöistä ja heidän esimiehistään. Työyhteisön sosiaalinen rakenne ja sen toimivuus perustuvat työntekijöiden vuorovaikutukseen eli puhumiseen ja kuulemiseen. Työyhteisön yhtenäisyys ilmentyy sisäisen vuorovaikutuksen tilasta. Tämä ilmentymä tulee esille yleensä epävirallisissa ja arkisessa vuorovaikutuksessa. Positiivinen yhteisöllisyys usein liitetään nopeaan ja tehokkaaseen tavoitteiden saavuttamiseen.

Yksilötasolla positiivisen yhteisöllisyyden on katsottu kannustavan työntekijöitä olemaan luontevasti oma itsensä ja vahvistavan yhteenkuuluvuuden tunnetta. Negatiiviseen yhteisöllisyyteen liitetään käsitteet; hierarkkisuus, kontrolli ja henkinen väkivalta. Positiivisen yhteisöllisyyden saavuttamiseen tarvitaan negatiivisen yhteisöllisyyden tiedostamista. (Perkka-Jortikka, 2007, s. 11)

Sosiaali- ja terveysalalla riski väkivallan esiintymiselle työpaikalla on lähtökohtaisesti suurentunut useisiin muihin aloihin verrattuna. Työpaikkaväkivallaksi mielletään esimerkiksi fyysiseen väkivaltaan äitynyt tilanne. Suurimmassa osassa työpaikkaväkivaltatilanteita on katsottu liittyvän asiakkaisiin. Fyysistä väkivaltaa useammin esiintyy psykologista työpaikkaväkivaltaa, siihen liitetään uhkailu, huutaminen, nimittely ja nöyryyttäminen. (Haapasalo, 2017) Hande Yesilbasin ja Ulku Baykalin kvantitatiivinen tutkimus kohdistuu työpaikkaväkivallan esiintymiseen hoitajia kohtaan potilaiden ja heidän sukulaistensa kautta. Tutkimuksessa on tuotu esille eri maiden eroja väkivallan esiintymisessä. Vertaillen eri maiden fyysistä altistumista Iran nousi kärkitekijöihin 12,6%:lla ja verbaaliselle väkivallalle altistuminen oli kaikissa tutkituissa maissa yli 40 %, korkeimmillaan 79,6 % Turkissa. Hoitoalalla työskentelevillä työpaikkaväkivallasta voi aiheutua psyykkisiä traumoja, stressiperäisiä häiriöitä sekä sosiaalisen elämän vaikeuksia. Mahdollisuus myös fyysisten vammojen syntymiselle on suurentunut, näiden johdosta hoitohenkilökunnan työpanos sekä työhyvinvointi voi heikentyä. Tutkimuksen mukaan näillä häiritseväillä on suora vaikutus työntekijöiden työn laatuun sekä hoidon tasoon ja isommassa kuvassa koko työorganisaation työn tulokseen. Joissakin tapauksissa työntekijät ovat myös halunneet vaihtaa työpaikkaa joko loppuun palamisen johdosta tai huonon työhyvinvoinnin johdosta. (Hande Yesilbas & Ulku Baykal, 2021)

Työturvallisuuslain tarkoitus on edistää työolosuhteita ja parantaa työympäristöä. Tarkoitus on turvata työntekijän työkykyä, ylläpitää terveyttä ja ennaltaehkäistä sekä torjua työtapaturmia. Huomioon on otettu työntekijän fyysinen ja henkinen terveys. Lakia sovelletaan työsopimuksen, virkasuhteen tai palvelussuhteen perusteella. (Työturvallisuuslaki 23.8.2002/738) Työnantaja työturvallisuuslakiin perustuen on veloitettu takaamaan työntekijöiden turvallisuuden ja huolehtimaan terveydestä työssä. Tässä työnantajan kuuluu ottaa huomioon seikat, jotka liittyvät työolosuhteisiin, työhön ja henkilökohtaisiin edellytyksiin. Työn suojeluvastuu on voimassa työpaikalla ja työaikana.

Velvollisuuden ulkopuolelle rajautuvat yllättävät tilanteet mihin työnantaja ei ole voinut varautua ja varotoimista huolimatta ei olisi voinut välttää. Työntekijän velvollisuuden astuvat voimaan työsopimuksen myötä, näin ollen työntekijä henkilökohtaisesti sitoutuu toimimaan yrityksen valvonnan alla. Työntekijän tulee sitoutua noudattamaan työn edellyttämää järjestystä, huolellisuutta ja varovaisuutta. (Rantaeskola ym, 2015, ss. 39,47)

5.1 Kriisin vaikutus työhyvinvointiin

Ihmismieltä järkyttävän tapahtuman kohdatessa voidaan puhua kriisistä. Kriisi jakautuu käsittelyvaiheisiin. Shokkivaihe on ensimmäinen reaktiomainen vaihe, ajatukset tilanteesta voivat olla epätodellisia ja tapahtunutta voi olla vaikea ymmärtää. Ihmisen reagointi on kuitenkin yksilöllistä shokkivaiheessa elävälle. Tyypillisiä shokkivaiheen reaktioita voi olla täysi lamaantumisen ja tunteiden kieltäminen tai voimakas kiihtymystila. Epätodellisuuden ja ulkopuolisuuden tunne on myös mahdollisia. Shokkivaiheella on kuitenkin tärkeä suojaava tehtävä psyykellemme, se antaa myös aikaa mielelle käsitellä tapahtunutta.

(Mielenterveystalo, n.d.-b)

Kun ihminen alkaa käsitellä ja kohdata tapahtunutta, siirtyään reaktiovaiheeseen. Reaktiovaiheen tunnetilat voivat olla voimakasta ahdistusta ja tuskaisuutta, myös voimakkaat mielialan vaihtelut ovat tyyppiesimerkillisiä. Kriisin keskellä henkilö voi syyttää tapahtuneesta itseään tai muita. Usein tuntemukset voivat olla kehollisia myös, joillakin voi olla kokemuksia esimerkiksi edesmenneen henkilön läsnäolosta tai äänestä. (Terveyskylä, 2021) Tapahtumien ymmärtäminen alkaa käsittelyvaiheessa. Tapahtuman kieltäminen muuttuu ymmärrykseksi tapahtuneesta. Ihmisellä on suuremmat valmiudet kohdata omalta kannalta muuttunut tilanne. Tapahtuneen tarkastelu sekä läheisten ja ystävien kanssa keskustelu on hyödyllistä. Tämä kuitenkin niissä rajoissa minkä jokainen henkilö kokee toimivammaksi. Tavallista on, että kyseiseen vaiheeseen liittyy muistiongelmia, ärtyneisyyttä ja vetäytyneisyyttä. Viimeisessä uudelleen suuntautumisen vaiheessa tapahtuma alkaa muuttua osaksi elämää. Elämää järkyttäneet tapahtumat jättävät elämään jälkensä, mutta niiden kanssa opitaan elämään. (Terveyskylä, 2021)

5.2 Debriefing ja defusing työhyvinvointia tukemassa

Jokaisessa työyhteisössä tulisi olla valmiiksi suunniteltu toimintapa, miten käsitellään haastavia tilanteita jälkeenpäin. Tapahtumia on luonnollisesti eri tasoisia ja myös työyhteisössä työntekijöiden kesken tarve jälkipuinnille on erilainen. Siitä huolimatta jälkipuinti tulisi on kaikille tasapuolinen mahdollisuus ehkäistä asiakastilanteista syntyviä stressitilanteita. Vaikeista tilanteista jälkeenpäin esiintyvät tunnetilat voivat olla syyllisyyttä, turhautumista, pelkoa tai häpeää. Tämän vuoksi työntekijän työssäjaksaminen tai -viihtyminen voi olla koetuksella. Jälkipurku voidaan järjestää yksilöllisesti tai ryhmänä työyhteisön kesken. Jälkipurkua yleensä organisoii ulkopuolinen taho esimerkiksi työterveys. (Rantaeskola ym, 2015, s. 165)

Jälkipuinti on ryhmäterapeuttinen istunto, joka järjestetään henkistä hyvinvointia järkyttäneen tapahtuman jälkeen. Debriefing on lyhenne englannin kielestä critical incident psychological stress debriefing eli kriittisesen tapahtuman aiheuttaman stressin purku. Syventyessä tarkemmin samaan debriefing, voidaan sana jakaa kahteen osaan. Verbi debrief tarkoittaa selvityksen pyytämistä ja sana brief verbin muodossa tarkoittaa ohjeiden antamista ja opastamista. Jälkipuintitilaisuudessa on tavoitteena käsitellä järkyttävän tapahtuman stressioireita- ja tuntemuksia. Tilaisuus yleensä järjestetään 1–3 vuorokauden päästä tapahtumasta ja se järjestetään yleensä yhden kerran. Tilaisuudessa on tärkeää hienotunteisuus ja siitä ei kritisoida toisten tuntemuksia. (Ponteva, 1996)

Debriefingiin voi hakeutua myös yksilötapaamisen merkeissä. Tapaamista suositellaan vaarallisten tai henkeä uhkaavan tilanteiden jälkeen. Kun tilaisuus järjestetään pikaisesti traumaattisen tapahtuman jälkeen ajatukset ja tilanteeseen yhdistyvät tunteet eivät kerkeä sekoittumaan ja hidastamaan toipumista. Tapaamisella edistetään tilannetta, ettei henkilö jää traumaan jumiin. (Mehiläinen, n.d.) Saman käsitteen alle on tuotu myös käsite defusing. Defuse alkuperäiskäsitteenä tarkoittaa verbiä purkaa tai tehdä vaarattomaksi. Defusingilla tarkoitetaan stressinpurkutilaisuutta jo samana päivänä, kun tapahtuma on käynyt. Purkukeskustelu on lyhyempi, nopeampi ja vähemmän muodollinen se voidaan käynnistää omassa työyhteisössä jo ensiapu- tai hoitotoimien ollessa vielä käynnissä. (Ponteva, 1996) Vaikka kyseisen lähdetiedon tieto tulee vuosien takaa, on tieto edelleen paikkaansa pitävä ja ajankohtainen.

Defusingin erottaa debriefingistä se, että debriefing on jälkipuintitilaisuus ja defusing on purkukeskustelu noin kahdeksan tunnin sisällä tapahtuneesta. Tarkoituksena on purkaa asioita ennen, kun traumasta aiheutuva stressireaktio ehtii tulla. Se voidaan järjestää heti tapahtuman jälkeen tai viimeisimmillään työvuoron päätyttyä. Purkukeskustelu mahdollistaa vertaistuen avulla käsitellä tapahtunutta ja auttaa palaamaan työntekijöitä nopeasti arkeen ja työntekoon. Tällä pyritään myös välttämään sosiaalista eristäytymistä, mikä voi traumaattisessa kokemuksessa olla osana. (Sairaanhoitajat.fi, n.d.-b)

6 Opinnäytetyön prosessi

Opinnäytetyölle on suunniteltu aikataulurunko, minkä mukaan työtä on lähdetty rakentamaan. Työn suunnittelu on toteutettu A-killan toiminnanjohtajan ja yksiköiden esimiehen kanssa yhteisissä palaverissa. Videon käsikirjoitusrunko tehtiin kirjallisesti tutkittuun tietoon perustuen ja ajatuksena täydentää sitä kuvattaessa. Alkukartoitukseen on suunniteltu Google Forms-kysely opinnäytetyön tueksi. Työ on aloitettu kesäkuussa 2021 aikataulun mukaisesti tiedon haulla ammattikirjallisuudesta ensiksi, sittemmin laajennettu tietokantoihin sekä tuettu hakuja hakukoneilla. Työtä syvennetty vuoden 2021 tutkitun tiedon pohjalta. Perehdytysvideon teko aloitettu yhteisellä suunnittelupalaverilla syyskuussa 2021 ja video saatiin valmiiksi loppuvuodesta 2021. Väliseminaariin opponoijan löytäminen koitui haastavaksi ja näin ollen työn aikataulu viivästy. Väliseminaari pidettiin helmikuussa 2022. Loppuseminaari toteutui maaliskuussa 2022 tilaajan tiloissa Tampereella. Kirjallinen osuus perustuu tiedonhakuun tietokannoista ja kirjallisuudesta. Hakusanoina on käytetty sanoja aggressio, väkivalta, ennakointi, jälkipurku, aggression, violence, violent patient, työhyvinvointi, työturvallisuus, väkivalta työssä, haastavan asiakkaan kohtaaminen, debriefing ja defusing. Haussa käytetty tietokantoja sekä hakukoneita mm. Medic, Finna, Cinahl, Google Scholar, ammattikirjallisuutta sekä verkkosivustoja. Vuosiluku rajaus ollut 2015–2021, mutta joissakin tilanteissa on jouduttu käyttämään myös vanhempaa lähdemateriaalia tuomaan tukea työlle. Esimerkiksi hakusanalla aggressio löytyy Finnasta 3288 hakutulosta ilman vuosilukurajauksia, vuosilukurajauksen jälkeen julkaisuja löytyi 637, näistä lehtiä ja artikkeleita 79. Samoilla sisäänottokriteereillä puhejudosta löytyi 1 julkaisu artikkelin muodossa.

Työssä on otettu huomioon sairaanhoitajan eettiset ohjeet. Terveyttä edistetään ja ylläpidetään kun asumisyksiköissä pystytään ennakoimaan paremmin ja laadukkaammin vaaratilanteita. Puheella rauhoittamisen menetelmillä pyritään myös kunnioittamaan ihmisarvoa ja ottamaan huomioon asiakkaat yksilöinä. Uhkaavissa tilanteissa on tärkeää toimia oikeudenmukaisesti ja yhdenvertaisesti ottaen huomioon asiakkaan yksilöllisen tilanteen. Videolla myös ylläpidetään ja kehitetään henkilökunnan ammattitaitoa. Koen myös, että yhteinen toimintamalli aggressiivisen asiakkaan kohtaamisessa edistää yhteisöllistä ilmapiiriä sekä työturvallisuutta. (Sairaanhoitajat.fi, n.d.-a)

Kyseinen toiminnallinen opinnäytetyö on toteutettu luotettavasti sekä sen lähteisiin suhtauduttu kriittisesti. Kaikilta perehdytysvideoon osallistuvilta on kerätty kirjallinen lupa. Perehdytysmateriaali tulee A-killan yksityiseen käyttöön ja videolla toimii A-killan oma henkilökunta. Videon kuvaamiselle lupa on käsitelty ja myönnetty työsuojelulautakunnan Tampereen A-killan kokouksessa. Työ on toteutettu asiakkaiden anonymiteettiä sekä a-killan tietosuojaa kunnioittaen. Toiminnallinen opinnäytetyö on toteutettu yhteistyössä Tampereen A-killan henkilökunnan kanssa. Kuvaamisen ja leikkauksen on suorittanut A-killan media-assistentti. Kuvauspaikkoina toimii Tampereen A-killan asumisyksiköt. Opinnäytetyön alkukartoituksena on käytetty henkilökunnalle jaettua kyselyä väkivaltilanteiden esiintyvyydestä asumisyksiköissä.

6.1 Toiminnallinen opinnäytetyö

Toiminnallisessa opinnäytetyössä tavoitellaan rationalisointia ohjauksen, opastamisen ja toiminnan kautta. Näitä voivat olla esimerkiksi ohje, perehdytysopas, turvallisuusohjeistus tai opasvideo riippuen alasta. Toiminnallisen opinnäytetyön tuotos ei yksinään riitä opinnäytetyöksi. Opinnäytetyön ajatuksena on osoittaa ammatillinen teoreettinen ja käytännön tieto. Toiminnallisen opinnäytetyön teoreettisen viitekehyksen rajauksessa suositellaan keskittyä keskeisten käsitteiden avaamiseen. Keskeiset käsitteet toimivat hyvänä apuvälineenä teoreettisen viitekehyksen rakentamisessa. (Vilkkä & Airaksinen, 2003, ss. 9, 43)

Opinnäytetyöraportti on kokonaisuus, mikä täyttää tutkimusviestinnän vaatimukset. Raportti sisältää mitä, miksi ja milloin olet tehnyt ja millaisia menetelmiä olet tuotoksessasi käyttänyt. Raportissa arvioidaan omaa oppimista ja millainen prosessi on ollut. Tutkimusviestinnän kulmakivet ovat lähteiden käyttö ja merkintä. Lähteiden tarjonta on nykypäivänä moninaista ja siihen on syytä suhtautua kriittisesti. Luotettavan lähteen tunnusmerkkejä ovat tunnetun ja tunnustetun alan asiantuntijan ajantasainen tuotos. Plagioinnilla tarkoitetaan toisen tutkijan ideoiden tai ajatusten anastamista. Tämän vuoksi lähdeviitteet on merkittävä tarkasti. Syventyminen omaan aiheeseen ja omaan tutkimukseen syventää omaa asiantuntijuutta. Plagioinnin välttämiseksi, voi kysyä esimerkiksi ohjaajalta neuvoa epäselvissä tilanteissa. (Vilka & Airaksinen, 2003, ss. 65, 72, 78)

6.2 Perehdytysvideo oppimisen välineenä

Toiminnallisen opinnäytetyön aiheeni työelämälähtöinen ja toteutetaan projektimuotoisena perehdytysvideona. Hyvän perehdytysvideon perusta ovat hyvä aikataulutus, käsikirjoitus videon tekemiseen, osallistujien perehdytys, tarvittavan laitteiston hankkiminen sekä videon kokonaisuuden rakentaminen. Video valmistetaan asiakkaalle käyttöön työelämään, näin ollen viestinnällinen ja visuaalinen kokonaisuus on tärkeä (Vilka & Airaksinen, 2003, ss. 49–51).

Audiovisuaalisella ohjauksella tuodaan katsojalle tietoa video otoksen välityksellä. Videon välityksellä esitetään usein uudelleen näyteltyitä tilanteita, uusia ohjeistuksia ja esimerkiksi tiloja. Henkilöille, joille lukemalla oppiminen on hankalaa, on video oiva tapa saada informaatiota ja tukea oppimiseen. Audiovisuaalinen oppiminen perustuu näköaistin käyttämiseen. Esittäminen havainnollistamalla tukee motorisia taitoja ja käytänteiden opettelua. (Kyngäs & Hirvonen, 2007) Videokuva oppimisen välineenä on usealle näkemällä ja kuulemalla oppijalle perusteltu tapa. Suunnitelmallisesti toteutettu yhdistelmä liikkuvaa kuvaa ja ääntä antaa vaihtoehtoisen tavan opetella miten jokin asia tai toiminta suoritetaan. Videon välityksellä annettavassa informaatiossa pyritään neljään tavoitteeseen: tiedon välittämiseen, havainnointiin ja käsittelyyn sekä vuorovaikutukseen. Perinteisemmin ja yksinkertaistetusti ajatellen videossa välitetään informaatiota videon tekijältä sen vastaanottajalle. Tekovaiheessa tärkeää huomioida videon selkeys oppimisen puolesta.

Opiskelijan näkökulmasta opiskelijan oma oppimismahdollisuus on myös hyvä ottaa huomioon. Ihminen oppii yleensä paremmin, kun tuottaa itse materiaalia ja analysoi sitä. (Pienisaari, 2016, ss. 17–18)

7 Pohdinta

Omassa työssäni akuuttipäihdepsykiatrian osastolla erikoissairaanhoidossa tarvitsemme puheella rauhoittamisen taitoja päivittäin. Työskennellessäni asumisyksiköissä törmäsin myös usein tilanteisiin, missä esimerkiksi puhe judomenetelmällä tilanteen olisi saanut rauhoitettua nopeammin ja saatu parempi lopputulos. Oma kokemus on, että ihmisen perustarve on yksinkertaisimmillaan kuulluksi ja nähdyksi tuleminen. Vaikka olisimmekin eri mieltä potilaan tai asiakkaan kanssa, voimme tarjota tilanteen, missä potilaan kokee tulleen kuulluksi ja nähdyksi. Aggressiivisen henkilön kohtaaminen voi tapahtua yllättäen ja niihin ei aina pysty varautumaan. Näissä tilanteissa voi turvautua työhyvinvointia edistäviin menetelmiin esimerkiksi defusing tai debriefing.

Aggressiivinen käytös ja väkivalta terveys- ja sosiaalialalla yleistyy vuosi vuodelta ja se on todellinen uhka. Tämän vuoksi yhteinen toimintamalli työyhteisössä lisää työturvallisuutta ja potilasturvallisuutta. Henkilökunnan alkukartoituskyselyssä tuli ilmi, miten työyhteisössä koetaan aggressiivisen asiakkaan kohtaaminen sekä väkivallan uhka työpaikalla. Koska olemme työntekijöinä inhimillisiä, koemme tilanteet eri tavoin. Jotkut kokevat uhkaavan tilanteen pelottavana ja jopa traumatisoivana.

Opinnäytetyötä tehtäessä heräsi ajatuksia jatkotutkimusehdotuksista.

Jatkotutkimusehdotuksena olisi mielenkiintoista pohtia, onko kyseinen materiaali laajentanut työntekijöiden osaamista ja yhdistänyt henkilökunnan toimintamallia toivottuun suuntaan. Pidemmällä aikavälillä voisi tutkia, onko aggressiivisen asiakkaan kohtaamisessa välttytty väkivaltatilanteilta esimerkiksi puheella rauhoittamisen menetelmiä käyttäen.

Lähteet

Adams, S & Yanos, P. (2020). Pathways to aggression and violence in psychosis without longstanding antisocial behavior: A review and proposed psychosocial model for integrative clinical interventions. *Psychiatry research* 11/2020. <https://doi-org.ezproxy.hamk.fi/10.1016/j.psychres.2020.113427>

Cacciattore, R. (2007). *Aggression portaat*. Opetushallitus.

Gustav, A. (1992). Aggressio ja psyykinen kasvu. *Lääketieteellinen Aikakausikirja Duodecim* 108 (3) 240-. Haettu 29.12.21 osoitteesta <https://www.duodecimlehti.fi/duo20051#s1>

Haapasalo, J. (2017). *Kriminaalipsykologia*. PS-kustannus.

Hakkarainen, K., Heikkinen, A., Hietanen, A., Jokiniemi, K., Lommi, R. & Taattola, S. (2006). *AVEKKI-toimintamalli. Oppilaan käsikirja. Väkivallan ennaltaehkäisy ja hallinta: Savonia-ammattikorkeakoulu*.

Hallikainen, T. & Repo-Tiihonen, E. (2015). Psykoottisen potilaan aggressio- ehkäisy ja hoito. *Lääketieteellinen Aikakausikirja Duodecim* 131 (15), 1361-6. <https://www.duodecimlehti.fi/duo12375>

Huttunen, M. (1992). Väkivaltainen potilas. *Lääketieteellinen Aikakausikirja Duodecim* 108 (3), 240-. Haettu 30.12.21 osoitteesta <https://www.duodecimlehti.fi/duo20054>

Huttunen, M. (2013). *Klotsapiinin vakavat haittavaikutukset*. Haettu 8.2.22 osoitteesta https://terveysportti.mobi/terveysportti/uutismaailma.duodecimapi.uutisarkisto?p_arkisto=0&p_palsta=25&p_artikkeli=uux16384

Jegorow, S. (2018). *Naiseuden pimeä puoli*. Elävä arkisto, Yle. Haettu 30.12.21 osoitteesta <https://yle.fi/aihe/artikkeli/2012/02/24/naiseuden-pimea-puoli>

Kivinummi, J. & Alatupa, S. (2016). *Kun ei suju-selviytymisopas haastaviin asiakastilanteisiin*. Bookwell Oy.

Kyngäs, H. & Hirvonen, E. (2007). *Ohjaaminen hoitotyössä*. WSOY Oppimateriaalit.

Lauerma, H. (2005). Miten ehkäistä väkivaltaa? *Lääkärilehti* 45/2005. Haettu 30.12.21 osoitteesta <https://www.laakarilehti.fi/ajassa/paakirjoitukset/miten-ehkaista-vakivaltaa/>

Lauerma, H. (2011). *Väkivallan taustatekijät ja sen ehkäisemisen mahdollisuudet*. Avoin luento 8.6.2011. Haettu 30.12.21 osoitteesta <https://slideplayer.fi/slide/2623571/>

Lehtovuori, P. (2001). Objektisuhteiden rakentuminen inhimillisessä vuorovaikutuksessa. *Psykoterapia-lehti* 20(2), 88-107. Haettu 29.12.21 osoitteesta <https://www.psykoterapia-lehti.fi/tekstit/lehtovuori201.htm>

Mehiläinen. (n.d.). *Debriefing*. Haettu 8.2.22 osoitteesta <https://www.mehilainen.fi/debriefing>

Mielenterveystalo. (n.d.-a). *Mitä on aggressio?* Haettu osoitteesta 6.7.22 https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/itsehoito-ja-oppaat/itsehoito/aggression_tunteen_omahoito/Pages/mita_on_aggressio.aspx

Mielenterveystalo. (n.d.-b). *Kriisistä selviytymisen oma-apuohjelma nuorille*. Haettu 6.1.22 https://www.mielenterveystalo.fi/nuoret/itsearviointi_omaapu/omaapu/toivo/Pages/osio_1_lue_lisaa.aspx

Pehkonen, K & Mattinen, J. (2020). *Suomalainen epidemia*. Yle. Haettu 8.2.22 osoitteesta <https://yle.fi/aihe/artikkeli/2020/10/05/ihmelaake-aiheutti-kahdeksan-suomalaispotilaan-kuoleman-ja-se-vedettiin>

Perkka-Jortikka, K. (2007). *Hankalan ihmisen kohtaaminen*. Edita.

Pienisaari, H. (2016). *Opi näkemällä*. [opinnäytetyö. Metropolia Ammattikorkeakoulu.] <https://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2016111916531>

Ponteva, M. (1996). Mitä on debriefing suomeksi?. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 112(11),1024-. Haettu 6.1.22 osoitteesta <https://www.duodecimlehti.fi/duo60227>

Päihdelinkki. (2020). *Päihteet ja aggressiivisuus*. Haettu 2.1.22 osoitteesta <https://paihdelinkki.fi/fi/tietopankki/tietoiskut/aggressiivisuus-ja-vakivalta/paihteet-ja-aggressiivisuus>

Rantaeskola, S., Hyyti, J., Kauppila, J. & Koskelainen, M. (2015). *Haastavat asiakastilanteet-väkivaltatyössä*. Talentum media Oy.

Rikoksantorjunta. (n.d.). *Väkivalta*. Rikoksantorjuntaneuvosto. Haettu 30.12.21 osoitteesta <https://rikoksantorjunta.fi/vakivalta>

Rosenberg, M. B. (2015). *Nonviolent communication: A language of life* (3rd edition.). PuddleDancer Press.

Safewards. (n.d.). *Ammattilaisille*. Section of Mental Health Nursing. Haettu osoitteesta 6.7.2021 <https://www.safewards.net/fi/malli/ammattilaisille>

Sairaanhoitajat. (n.d.-a). *Ammattietiikka ja kollegiaalisuus*. Suomen sairaanhoitajat. Haettu 13.12.2021 osoitteesta <https://sairaanhoitajat.fi/ammatti-ja-osaaminen/kollegiaalisuus-ja-ammattietiikka/>

Sairaanhoitajat.fi. (n.d.-b). *Psykososiaalisen jaksamisen tukeminen*. Haettu 8.2.22 osoitteesta [Psykososiaalisen jaksamisen tukeminen | Sairaanhoitajat](https://sairaanhoitajat.fi/psykososiaalisen-jaksamisen-tukeminen)

Salina, L., Ruffinengo, C., Garrino, L., Massariello, P., Charrier, L., Martin, B., Favale, M. S. & Dimonte, V. (2012). Effectiveness of an educational video as an instrument to refresh and reinforce the learning of a nursing technique: a randomized controlled trial. *Perspect Med Educ* 1(2): 67-75. [10.1007/s40037-012-0013-4](https://doi.org/10.1007/s40037-012-0013-4)

Savanna Connexions. (n.d.). *Mitä on NVC?* Haettu 5.11.21 osoitteesta <https://savannaconnexions.fi/mita-on-nvc/>

Soldehed, S. (2008). *Aggression hoidollisen hallinnankoulutuksen toteuttaminen satakunnan sairaanhoitopiirissä*. [opinnäytetyö. Satakunnan ammattikorkeakoulu]. Haettu 7.7.2021 osoitteesta <https://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-200810163586>

Suomen MAPA keskus. (n.d.). *Mitä on MAPA?* Haettu 7.7.2021 osoitteesta <https://suomenmapakeskus.fi/mapa/>

Suomen moniääniset ry. (n.d.). *Tietoa NVC:stä*. Haettu 5.11.21 osoitteesta <https://www.moniaaniset.fi/rvmt-hanke/tietoa-nvc-sta/>

Thompson, G.J & Jenkins, J.B. (1993). *Verbal Judo*. HarperCollins e-books.

Terveyskylä. (2021). Kriisin vaiheet. *Aivotalo*. Haettu 6.1.22 osoitteesta <https://www.terveyskyla.fi/aivotalo/apua-kriisiin/kriisin-vaiheet>

Huttunen, M. (30.11.2018). Tahdosta riippumaton psykiatrinen sairaalahoito. *Lääkärikirja Duodecim*. Kustannus Oy Duodecim. Haettu 30.12.21 osoitteesta <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00512>

Lääketietokeskus. (7.2.2019). Olanzapin ratiopharm. *Lääkeopas Terveyskirjasto*. Haettu 8.2.22 osoitteesta <https://www.terveyskirjasto.fi/far02499>

Työturvallisuuslaki 23.8.2002/738. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2002/20020738>

Vilkka, H. & Airaksinen, T. (2003). *Toiminnallinen opinnäytetyö*. Tammi.

Yesilbas, H & Baykal, U. (2021). Causes of workplace violence against nurses from patients and their relatives: A qualitative study. *Applied Nursing Research* 62(11), 1–8. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2021.151490>

Liitteet

Liite 1: Alkukartoituskysely työntekijöille

Aggressiivisen asiakkaan kohtaaminen

Opinnäytetyö

Pakollinen

1. Kuinka usein kohtaat työssäsi aggressiivisesti käyttäytyvän asiakkaan?

- Päivittäin
- Viikoittain
- Kuukausittain
- Todella harvoin/ En koskaan

2. Tiedätkö miten silloin pitäisi toimia?

- Ei
- Kyllä
- Osittain

3. Kaipaako perehdytystä/koulutusta aggressiivisen asiakkaan kohtaamiseen?

- Kyllä
- Ei

4. Oletko kokenut pelkoa työpaikallasi?

- Ei
- Kyllä

5. Vaikuttaako haastavat tilanteet työhyvinvointiisi?

- Ei
- Kyllä

6. Oletko saanut työnantajalta tarpeeksi tukea tilanteiden läpikäynnissä?

- Ei
- Kyllä
- Joskus

7.Millaista tukea toivot työnantajalta jatkossa?

8.Miten mielestäsi näitä tilanteita voisi ennaltaehkäistä?

9.Osaatko ennakoida haastavan tilanteen?

- Kyllä
- Ei
- Joskus

10.Oletko fyysisesti loukannut itseäsi näissä tilanteissa?

- Kyllä
- Ei

11.Millaista perehdytysmateriaalia toivot aiheesta?

- Video
- Kuva
- Kirjallinen materiaali

PUHUMALLA RAUHOITTAMISEN VINKIT

OHJAA ITSEÄSI

Toimi rauhallisesti, varmasti. Älä näytä pelkoa tai alistumista.	Rentouta vartalosi, älä pidä käsiä lanteilla tai taskussa. Älä osoittele sormilla.	Älä puolustele toimintaasi.
Laske kätesi alas, älä risti käsivarsiasi ja avaa kämmenesi.	Pidä liikkeesi hitaina ja rauhallisina	Älä reagoi sinuun kohdistuviin solvauksiin ja loukkauksiin. Älä välitä niistä tai osittain hyväksy ne.
Rentouta kasvosi, älä kurtista otsaasi tai nutrista huuliasi.	Älä ahdistu potilasta nurkkaan, uhkaile tai anna katteettomia lupauksia.	Valmistaudu etukäteen, miten vastaat tyyppisiin loukkauksiin (älä provosoidu!)
Älä puhu hätäillen tai epävarmasti, pyri puhumaan rauhallisesti ja selkeästi.	Älä tuomitse, kritisoi tai kosta. Älä näytä ärtymystä, turhautumista tai vihaa. Tämä ei ole henkilökohtaista eikä kyse ole sinusta.	Anna potilaan säilyttää kasvonsa.
Hengitä syvään ja keskity tilanteeseen, ole läsnä.	Älä väittele tai sano, että potilas on väärässä ja sinä olet oikeassa.	Anna potilaan sanoa viimeinen sana niin kauan kuin hän on yhteistyössä.

RAJAA

Toimi johdonmukaisesti (tilannejohtajuus). Varmista läsnäolevien henkilöiden turvallisuus. Ohjaa sivulliset pois tilanteesta.
Varmista apu ja selusta.
Siirry rauhalliseen paikkaan potilaan kanssa.
Kehota potilasta istumaan.
Pidä turvallinen etäisyys.



SELVENNÄ

Kysy mitä on tapahtunut, käytä avoimia kysymyksiä.
Selvitä mahdolliset väärinymmärrykset.
Puhuttele potilasta hänen nimellään.
Orientoi potilas aikaan, paikkaan ja henkilöihin.
Puhu selvästi, kerro kuka olet, muistuta olemassa olevasta suhteestanne ja tarjoa apuasi.
Ole kärsivällinen, anna potilaan tuoda julki myös eriävä mielipide asiaan.
Toista omin sanoin potilaan kertoma ja tarkista ymmärsitkö sen oikein.



RATKAISE

Esitä pyynnöt ja kysymykset kohteliaasti, älä käske tai "ole auktoriteetti".
Muistuta säännöistä ja perustelee ne. Ole rehellinen, ilmaise erehtyvyytesi ja ole valmis myöntämään asioiden epärealisuus tilanteessa.
Anna potilaalle mahdollisuus säilyttää itsemääräämisoikeuttaan.
Vetoo henkilökohtaisesti, muistuta potilasta aiemmin sovitusta toimintamallista.
Huomioi potilaan esittämä kritiikki, pahoittele, tee muutos.
Korosta eri valintojen ja toimintatapojen seurauksia.
Tarjoa vaihtoehtoja. Jätä potilaalle päätäntävaltaa.
Ole joustava, neuvottele, vältä valtataistelua, tee kompromisseja.
Kysy voitaisiinko jotain vielä tehdä millä yhteistyötä voitaisiin lujittaa ja saavuttaa positiivinen lopputulos.

KUNNIOITUS JA EMPATIA

Näytä kiinnostuksesi ja välittäminen sekä huolehdi, että sanat ovat yhteneväisiä tunneilmaisun kanssa	Ota katsekontakti, älä tuijota äläkä ole hyökkäävä	Älä anna käskiviä neuvoja, älä aloita "jos olisin sinä, niin..."
Huomioi äänenpainosi	Yritä nähdä tilanne potilaan näkökulmasta	Älä pilkkaa äläkä kiusaa potilasta tai kohtele häntä kuin lasta
Kuuntele, huomioi tunteet ja tarpeet, ole empaattinen	Osoita vilpittömyyttä, luotettavuutta ja aitoutta	Älä hymyile liikaa, se voidaan nähdä ylimielisyytenä
Ota aikaa kuunnellaksesi potilasta, ole kärsivällinen, älä hoputa	Älä sano potilaalle mitä hänen tulisi tai ei tulisi tuntea	Vastaa kaikkiin sanallisiin pyyntöihin
Älä puhu potilaan päälle tai huuda	Älä vähättele tai mitätöi potilaan tunteita	Eläydy empaattisesti, älä vasta-aggressiolla ("Ymmärrän, että olet vihainen, mutta silti ei ole oikein lyödä jne.")