

Kirsi Haapaniemi & Sari Kivijärvi

MAPASTA ON MONEEN HAASTEELLISEN KÄYTTÄYTYMISEN HALLINNASSA
Potilasohjausmateriaalia MAPA -toimintamallista

MAPASTA ON MONEEN HAASTEELLISEN KÄYTTÄYTYMISEN HALLINNASSA

Potilasohjausmateriaalia MAPA -toimintamallista

Kirsi Haapaniemi & Sari Kivijärvi
Opinnäytetyö
Kevät 2014
Hoitotyön koulutusohjelma
Oulun ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Oulun ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveysalan Oulaisten yksikkö
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

Tekijät: Haapaniemi, Kirsi & Kivijärvi, Sari
Opinnäytetyön nimi: MAPAsta on moneen haasteellisen käyttäytymisen hallinnassa
Potilasohjausmateriaalia MAPA-toimintamallista
Työnohjaajat: Kiviniemi, Liisa & Tölli, Sirpa
Työn valmistuslukukausi ja -vuosi: Kevät 2014
Sivumäärä: 61
Liitteiden lukumäärä: 4

Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli lisätä tietoa MAPA (Management of Actual or Potential Aggression)-toimintamallista ja sen monipuolisesta käytettävyydestä sekä auttaa huomioimaan ikääntyneiden haasteellisen käyttäytymisen hallinnassa huomioitavia seikkoja. Opinnäytetyön tarkoituksena oli tehdä laaja-alaisesti hyödynnettävää suomenkielistä potilasohjausmateriaalia MAPA-toimintamallista. Tuotteet kehiteltiin selkeiksi, helppolukuisiksi ja olennaisen MAPA tiedon sisältäviksi, jotta materiaalia voidaan käyttää eri ikäryhmien ohjaamisessa. MAPA-opaslehtinen ja -juliste sekä hoitohenkilökunnalle tehty kirjallinen kooste ikääntyneiden hallinnassa huomioitavista seikoista toteutettiin tuotekehitysprojektina.

Opinnäytetyön tietoperustassa käsiteltiin ikääntymisen taustoja, ikääntyneiden haasteellisen käyttäytymisen syitä ja seurauksia sekä MAPA-toimintamallia ikääntyneiden hoidon tukena. Aihe on merkityksellinen, sillä tulevaisuudessa ikääntyneiden määrän kasvaessa ja väestön terveiden elinvuosien lisääntyessä kasvavat myös runsaasti hoitoa ja apua tarvitsevien määrä. Erityisesti etenevät muistisairaudet ovat lähivuosikymmeninä merkittävä kansanterveydellinen ja -taloudellinen haaste.

Kasvava väkivalta ja epäasiallinen kohtelu erityisesti sosiaali- ja terveydenhuollon aloilla herättää myös tarpeen pohtia hoitajan keinoja ehkäistä tai kohdata haasteellista käyttäytymistä. Hoitajan toimintaa säätelevät erilaiset suositukset, lait ja ammattikohtaiset käyttäytymisohjeet, jotka ohjaavat tehokkaasti myös haasteellisen käyttäytymisen kohtaamista. Tästä syystä henkilökunnan riittävät valmiudet ja taidot aggressiivisen tai väkivaltaisen käyttäytymisen kohtaamiseen ovatkin ensisijaisen tärkeitä potilaan auttamisessa ja molempien osapuolten turvallisuustekijöiden huomioimisessa. Haasteellisen käyttäytymisen ennaltaehkäisy ja turvallinen hallinta vaativat onnistuakseen koulutusta.

MAPA-toimintamallin yksilöllisyyttä huomioiva hoito antaa monipuolisia mahdollisuuksia eri ikäryhmien kanssa toimimiseen, sillä hoito suunnitellaan aina potilaslähtöisesti. MAPA-toimintamallin kokeilulla kahdessa dementiayksikössä onkin saatu erittäin hyviä kokemuksia ikääntyneiden haasteellisen käyttäytymisen turvalliseen hallintaan. MAPA menetelmällä hoitohenkilökunta koki voivansa helpottaa ja parantaa muistisairaiden hoidon sujuvuutta ja turvallisuutta kuin myös vanhuksen elämänlaatua. MAPA-toimintamallin koettiin myös lisäävän hoitajien työssäjaksamista.

Avainsanat: ikääntyneet, hoitotyö, haasteellisen käyttäytymisen kohtaaminen, MAPA

ABSTRACT

Oulu University of Applied Sciences
School of Health Care and Social Work
Degree Programme in Nursing
Bachelor's Degree in Nursing

Authors: Haapaniemi, Kirsi & Kivijärvi, Sari

Title of thesis: MAPA helps in many ways in controlling challenging behaviour
Patient guidance material of MAPA

Supervisors: Kiviniemi, Liisa & Tölli, Sirpa

Term and year when the thesis was submitted: Spring 2014

Number of pages: 61

Number of appendices: 4

The aim of this thesis was to increase MAPA (Management of Actual or Potential Aggression) course of action knowledge and the diversity of its usefulness, as well as to help notice things that are important to know controlling challenging behaviour of older people. The purpose of this thesis was to produce widely useful patient guidance material of MAPA in Finnish. The products were developed clear, easy to read and they contain the essential things to know MAPA, so that the materials can be used for guidance with different age groups. The MAPA guide and poster, as well as the compilation of noticeable things controlling challenging behaviour of older people were carried out as a product development project.

Thesis theoretical background handled the elderly's challenging behaviour causes and consequences of challenging behaviour by being based on the facts of getting old, as well as MAPA method in caring of the elderly. These things are important, because in the future increasing amount of older people leads also to increasing need of care and help. Especially the progressing memory disorders are in the near future a remarkable public-health and economic challenge.

In the field of social and health care, the increasing violence and inappropriate behaviour from patients awakes to think how to prevent or meet challenging behaviour. Nurse's activities are controlled by law, different kinds of recommendations and professional directions of behaviour, which also efficiently guide the nurse's means to meet challenging behaviour. For helping and securing both, patient and nurse, the personnel's readiness and knowledge to meet aggressive or violent behaviour is extremely important. Preventing challenging behaviour successfully, and controlling it safely demands training.

MAPA method gives multi-faceted opportunities for using it among people in different ages: the care is always based on patient's own needs. Piloting of MAPA course of actions in two dementia units has given very good experience for controlling safely the challenging behaviour among older people. With MAPA personnel felt that taking care of dementia patients was easier and safer as well as it improved the elderly's quality of life. Personnel also felt that MAPA improved well-being at work.

Keywords: the elderly, nursing, managing challenging behavior, MAPA

SISÄLTÖ

TIIVISTELMÄ.....	3
ABSTRACT	4
1 JOHDANTO	7
2 ELÄMÄNKAARESTA IKÄÄNTYMINEN.....	9
2.1 Ikääntymisen ajankohta	10
2.2 Ikääntymisen muutosprosessit	11
2.2.1 Biologiset muutokset	12
2.2.2 Psykologiset muutokset	12
2.2.3 Sosiaaliset muutokset.....	13
3 IKÄÄNTYNEIDEN HOITOTYÖ.....	15
3.1 Toimintakyvyn alentuminen.....	15
3.2 Ikääntyneen hoidon periaatteet	16
3.3 Ikääntyneiden hoitotyön erityisosaaminen	17
3.4 Ikääntyneiden palvelut.....	18
4 HAASTEELLINEN KÄYTTÄYTYMINEN.....	20
4.1 Väkivalta, väkivallan uhka ja aggressio	20
4.2 Työ- ja työpaikkaväkivalta	22
4.3 Väkivallan riskit ja muodot hoitoalalla	23
4.4 Haasteellisen käyttäytymisen syyt ja muodot ikääntyneellä	24
4.5 Haasteellisen käyttäytymisen vaikutukset hoidon laatuun	25
5 HAASTEELLISEN KÄYTTÄYTYMISEN HALLINTA TERVEYDENHUOLLOSSA.....	27
5.1 Rajoittaminen	27
5.2 Rajoittamisen eettiset ja oikeudelliset näkökohdat	29
5.3 Rajoittamisen turvallisuusnäkökohdat	30
5.4 Rajoittamisessa huomioitavia asioita.....	31
5.5 Rajoittaminen ja ikääntynyt	32
6 MAPA HAASTEELLISEN KÄYTTÄYTYMISEN HALLINNASSA.....	34
6.1 MAPA – toimintamalli	34
6.2 MAPA Suomessa.....	35
6.3 MAPA menetelmänä	36
6.3.1 Vuorovaikutus.....	37

6.3.2 Fyysinen väliintulo	37
6.4 MAPA ikääntyneiden hoidon tukena	38
7 MAPA-OPPAAN JA -JULISTEEN TOTEUTUS PROJEKTITYÖNÄ	40
7.1 Ideasta projektiksi	40
7.2 Projektin tarkoitus, tavoite ja kohderyhmä	41
7.3 Projektin riskien arviointi	43
7.4 Projektin työnjako ja tiedottaminen	44
7.5 Projektin eteneminen.....	45
8 PROJEKTIN ARVIOINTI	47
8.1 Lopputuotteiden arviointi.....	47
8.2 Prosessin arviointi.....	48
8.3 Tavoitteiden saavuttaminen	49
9 POHDINTA	50
LÄHTEET	53
LIITTEET.....	61

1 JOHDANTO

Opinnäytetyömme tarkoituksena on tuottaa MAPA-toimintamallista kertovaa potilasohjausmateriaalia, jota Suomessa ei ole aiemmin ollut saatavilla. Idea opinnäytetyöhön syntyi keväällä 2013 opintojemme valinnaisella Työväkivallan kohtaaminen–opintojaksolla, jossa kuulimme Hyvän ikääntymisen kehittämissympäristö Sonectus-pilottihankkeen myötä syntyneestä suomenkielisen MAPA potilasohjausmateriaalin tarpeesta.

MAPAssa pidämme hyvänä toimintamallin ideologiaa, jossa haasteelliset tilanteet pyritään ennakoimaan ja hoitamaan mahdollisimman pitkään hoidollisen vuorovaikutuksen keinoin. MAPA-toimintamallissa turvaututaan fyysiseen rajoittamiseen ainoastaan äärimmäisissä haastavan käyttäytymisen tilanteessa ja silloinkin pyritään kiinnipidon lyhytaikaisuuteen sekä kivuttomuuteen. MAPA-toimintamalli pohjautuu potilaan perusoikeuksien säilymiseen, yksilöllisyyteen, arvokkuuteen ja kunnioitukseen sekä turvallisuuteen kohtaamisessa.

MAPA-toimintamallin avulla koemme tulevana sairaanhoitajina parantavamme omaa työturvallisuuttamme sekä potilaan oikeuksia, sillä sosiaali- ja terveysalan ammattijärjestö Tehy luokittelee hoitoalan ammatit työpaikka- ja työväkivallan riskiammatteihin: raportin mukaan joka neljäs hoitaja joutuu työssään kokemaan väkivaltaa tai sen uhkaa (Tehy 2014, hakupäivä 2.1.2014). MAPA-koulutuksen käynyt hoitohenkilökunta osaa turvalliset kiinnipito- ja kuljetusotteet, tunnistaa haasteellista käyttäytymistä ennakoivat merkit ja hallitsee tilanteen laukaisemiseksi soveltuvat vuorovaikutukselliset sekä toiminnalliset keinot.

Yksilöllisyyttä huomioiva MAPA-toimintamalli antaa monipuolisia mahdollisuuksia niin eri-ikäisten kuin myös toimintakyvyltään erilaisten potilaiden kanssa toimimiseen. Lasten ja psyykkisesti sairaiden hoidossa hyväksi koetulla MAPA-toimintamallilla on kahdessa dementiayksikössä saatu erittäin hyviä kokemuksia myös ikääntyneiden haasteellisen käyttäytymisen turvalliseen hallintaan. MAPA-toimintamallin avulla on koettu voivan helpottaa muistisairaiden hoidon sujuvuutta, turvallisuutta sekä parantaa vanhuksen elämänlaatua.

Rakenteellisesti opinnäytetyömme jakaantuu teoria- ja projektin toteutumisen osioihin. Opinnäytetyömme teoreettinen osio käsittelee ikääntymisen taustoja, ikääntyneiden haasteellisen käyttäytymisen syitä ja seurauksia sekä MAPA-toimintamallia ikääntyneiden hoidon tukena. Käytämme työssämme pääasiallisesti termiä ikääntynyt, jolla tarkoitamme henkilöä, jonka psyykkisessä, fyysisessä tai kognitiivisessa toimintakyvyssä on havaittavissa heikentymistä.

Haasteellisella käyttäytymisellä tarkoitamme taas käyttäytymistä, joka koetaan yksilöä fyysisesti tai psyykkisesti uhkaavana toimintana: väkivaltana, väkivallan uhkana ja aggressiivisuutena. Mitään tarkkaa kronologista ikää emme työhömmme rajanneet, sillä haasteellinen käyttäytyminen ei ole ikäsidonnaista.

Projektin toteutumisosioissa kerromme projektityöskentelyyn liittyvistä olennaisista asioista, opinnäytetyömmme tuotoksen aikataulutuksesta sekä työn etenemisestä. Opinnäytetyömmme tarkoituksena on tehdä monipuolisesti hyödynnettävää suomenkielistä potilasohjausmateriaalia MAPA-toimintamallista. MAPA-opaslehtinen ja juliste sekä erillinen kooste ikääntyneiden haasteellisen käyttäytymisen hallinnassa huomioitavista seikoista toteutettiin tuotekehitysprojektina. (Liitteet 2–4.) Projektityömmme tuotoksista tulevat hyötymään MAPA-toimintamallia Suomessa valvova MAPA Finland ry, MAPA kouluttajat, MAPA menetelmän käyttöön koulutetut sekä MAPA tietoa haluavat henkilöt. Opinnäytetyömmme tavoitteena on lisätä tietoa MAPA-toimintamallista ja sen hyödynnettävyydestä eri ikäryhmissä sekä nostaa esiin koulutuksen tärkeyttä haasteellisen käyttäytymisen turvallisesti hallitsemiseksi. Lisäksi viimeisimpänä, muttei vähäisimpänä, tavoitteenamme oli oppia projektityöskentelystä.

2 ELÄMÄNKAARESTA IKÄÄNTYMINEN

Ihmisen elämässä vaihtelevat eri ikäkaudet: lapsuus, nuoruus, aikuisuus ja vanhuus. Ne lipuvat ohitse arjen hetkissä – lähes huomaamatta, mutta myöhemmin näitä läpi elettyjä jaksoja muistellaan: nuori lapsuuttaan, aikuinen nuoruuttaan ja ikääntynyt aikuisuuttaan. Elettyyn elämään pystytään kokemuksen kautta ottamaan kantaa ja kuvailemaan tapahtumia, tiedostamalla selvästi ajan vääjäämättömän kulumisen. Ikäkausista vanhuutta ei jää kuitenkaan kukaan muistelemaan, sillä sitä elävät eivät ole vielä asiantuntijoita: ajanjakson päätyminen ei johda muiden ikäkausien päättymisen lailla uusiin näkökulmiin, ymmärrykseen ja luopumiseen. (Airaksinen 2002, 9–10.)

Ikääntyminen mielletään useimmiten vanhenemiseksi. Siihen liitetään niin myönteisiä kuin kielteisiä ominaisuuksia, jotka muovaavat kokemusten ja saadun informaation kautta vanhuskuva (Ikäinstituutti, hakupäivä 28.3.2014). Ikääntyminen voidaan mieltää joko rapistumiseksi ja heikkenemiseksi tai sen voidaan ajatella olevan uudenlaisia mahdollisuuksia antava elämänvaihe, kokemuksen tuomaa osaamista ja viisautta. Elinvuosien pidentyessä ja ikääntyneiden ollessa entistä parempikuntoisempia käsitykset ja mielikuvat vanhuudesta ovat hiljalleen muuttumassa, enää ikääntynyttä ei nähdä pelkkänä yhteiskunnallisena menoeränä vaan myös yhteiskuntaa hyödyttävänä voimavarana. (Vilkko-Riihelä 1999, 265–266; Ikäinstituutti, hakupäivä 28.3.2014).

Vanhuskuvaan vaikuttavat merkittävästi myös kulttuuriin pohjautuvat ikääntymistä kuvaavat nimitykset, joiden merkitys vaihtelee eri lähteiden mukaan. Puheessa ja kirjoituksissa yleistyneillä käsitteillä ikääntyvä, ikäihminen tai seniori tarkoitetaan pääsääntöisesti yhteiskunnallisen vanhuusiän saavuttanutta henkilöä eli virallisen eläkeiän saavuttanutta henkilöä. Vanhusnimityksen koettiin paremminkin kuvastavan ajankohtaa, jolloin itsenäinen elämä ei enää onnistu. (Ikäinstituutti, hakupäivä 28.3.2014; Kostianen 2010, 9.) Vanhuspalvelulaissa ja laatusuosituksessa vastaavasti iäkkäällä henkilöllä tarkoitetaan henkilöä, jonka toimintakyky on alentunut korkean iän mukanaan tuomien ongelmien myötä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013, 10). Taloustutkimuksen teettämän kyselytutkimuksen mukaan suurin osa suomalaisista ei halua kutsua vanhaa ihmistä vanhaksi tai vanhukseksi, vaan parhaiksi koettiin nimitykset seniori ja ikäihminen (Raha-automaattiyhdistys, hakupäivä 28.3.2014).

2.1 Ikääntymisen ajankohta

Ikääntymisen rajan voisi sanoa nykyään olevan häilyvä, kuin veteen piirretty viiva. Ikääntymisen käsitettä ja sen ajankohtaa onkin merkittävästi muuttanut ihmisen eliniän pidentyminen ja terveyden parantuminen. Aiemmin elämänsä jakeantui selvemmin ikäsidonnoiksi vaiheisiin, lapsuuteen, opiskeluun, työelämään ja työnhäilyeseen aikaan. Nykyään elämän eri vaiheet eivät erotu niin selvästi toisistaan ja myös ikääntymisen voisi sanoa muuttuneen liukuvaksi erilaisten vaihtoehtojen myötä. Mutta paljolti ikääntymisen ajankohtaa määrittämään edelleen työelämän kautta. (Ikäinstituutti, hakupäivä 28.3.2014.)

Käsityksemme vanhuudesta ja vanhenemisestä pohjautuvat asuinpaikasta riippumatta vahvimmin kulttuuriin, jossa vanhana oleminen tai vanha perustuvat yhteiskunnan omien tapojen pohjalta muotoutuneisiin erilaisiin ikäkäsityksiin. Ihmisen ikää voidaan kuitenkin määrittää useista muistakin näkökulmista. Perinteisin lienee kronologinen ikä, jolla tarkoitetaan ihmisen tarkkaa kalenteri-ikä. Biologisella iällä viitataan fyysiseen toimintakykyyn ja sosiaalinen ikä puolestaan perustuu yhteisön asettamiin odotuksiin ikääntyneelle soveliaasta toiminnasta ja käyttäytymisestä. Henkilökohtaiset kokemukset puolestaan määrittävät subjektiivisen iän tai yksilöllä itsellään voi olla myös omia merkityksiä vanhuudelle, jolloin puhutaan persoonallisesta iästä. Ikääntymisen ajankohtana voidaan pitää myös tiettyjen kriteerien täyttymisenä eli ihminen voidaan määritellä vanhaksi silloin, jos hän ei tule enää itsenäisesti toimeen vaan tarvitsee apua. (Ikäinstituutti, hakupäivä 28.3.2014; Vilko-Riihelä 1999, 267.)

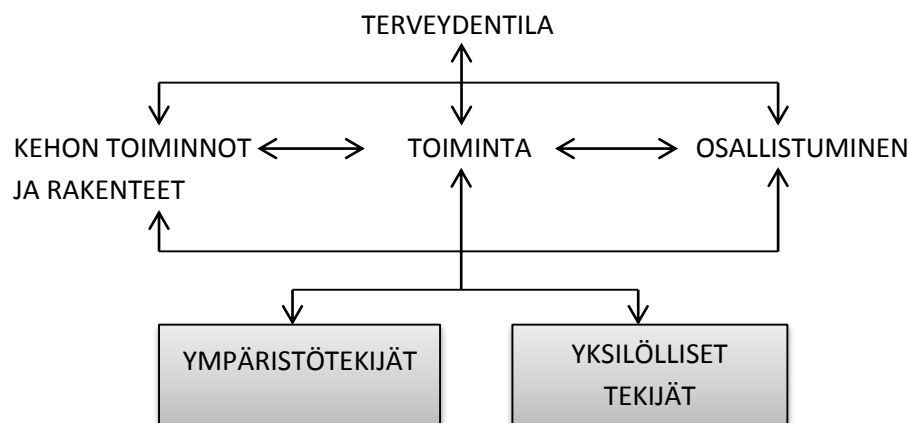
Ikääntyneeksi yksilön rajaa selvimmän kuitenkin tilastollinen ikääntymiskäsitys eli yhteiskunta lainsäädännön kautta, esimerkiksi yleisen eläkeiän määrittelemisen myötä (Nurmi, Ahonen, Lyytinen, Lyytinen, Pulkkinen & Ruoppila 2006, 206–207; Ikäinstituutti, hakupäivä 28.3.2014.): Suomessa ikääntyneiksi luokitellaan tällöin 65 vuotta täyttäneet henkilöt. Yksilön ikääntyminen voi perustua myös niin sanottuun toimintakyvyn ikääntymisen rajaan, jonka katsotaan alkavaksi vasta 75 vuoden iässä. (Vernerinet, hakupäivä 9.1.2014). Taloustutkimuksen teettämän Suomalaisen ikägallupin kyselyn perusteella vanhaksi ihmiseksi määriteltiin taas keskimäärin 72-vuotiaat (Raha-automaattiyhdistys, hakupäivä 28.3.2014).

Kehityopsykologisesti ikääntymisen ajankohtaa taas tarkastellen, ihmisen kehitys voidaan jakaa ikäkausien mukaan eri vaiheisiin: ensimmäinen ikävaihe sisältää lapsuuden ja nuoruuden, toinen aktiivisen työelämässä oloaikaan ja kolmas työelämästä poisjäännin jälkeisen ajan. Ihmisen eliniän pidentyessä nykyään puhutaan myös rajoiltaan häilyvämmästä neljännessä vaiheesta,

johon siirrytään yksilöllisesti toimintakyvyn heikentyessä ja avun tarpeen vahvistuessa. Gerontologinen tutkimus puolestaan katsoo vanhan ja vanhuuden alkavan 85 ikävuoden jälkeen, jolloin voitaisiin puhua varsinaisesta vanhuudesta eli neljännestä iästä. Gerontologiassa kolmatta ikää pidetään aktiivisena ja itsenäisenä aikana, kun taas neljäs ikä tarkoittaa rajoitteita, riippuvuutta ja hoivan tarvetta. (Nurmi ym. 2006, 208; Tulevaisuusvaliokunnan teknologiajaosto, 6. Hakupäivä 30.3.2014; Kostiainen 2010, 7.)

2.2 Ikääntymisen muutosprosessit

Ikääntyminen on prosessi, johon vaikuttavat hyvin monet tekijät ja erityisesti yksilön omat tuntemukset sekä terveys. Vanheneminen ei siis ole yksiselitteisesti ajatellen pelkästään vuosien kertymistä ja biologinen ilmiö – elimistön rappeutumista fyysisten ja fysiologisten merkkien ilmaantumisen myötä – vaan siihen liittyvät tiiviisti myös psykologiset ja sosiaaliset vanhenemistekijät, jotka kaikki vaikuttavat eri yksilöissä eri tavoin. (Nurmi ym. 2006, 206–207, 209.) Näiden tekijöiden välisellä tasapainolla on huomattu olevan ratkaiseva vaikutus ikääntyneen terveyteen ja hyvinvointiin sekä toimintakykyyn, jota tarkastellaan eri tutkimusaloilla joko toiminnanvajavuuksina tai jäljellä olevana toimintakykenä. Toimintakykyä arvioimaan on kehitelty erilaisia malleja, joista Maailman terveysjärjestön (WHO) kehittämää ICF-luokitusta (Kuvio 1) on laajuutensa vuoksi kutsuttu toimintakyvyn yleiseksi sateenvarjoksi. (Lyyra, Pikkarainen & Tiikkainen 2007, 21–24.)



KUVIO 1. Maailman terveysjärjestön ICF – malli Lyyra ym. (2007, 23) mukaellen

2.2.1 Biologiset muutokset

Tampereen yliopiston gerontologian dosentin Pertti Pohjolan mukaan ihmisen elimistön vanhenemismuutokset alkavat jo noin 20–30 ikävuoden jälkeen, mutta muutosten hitauden seurauksena ihminen alkaa havaita vanhenemisensa vasta 40–50 vuoden iässä. Merkittävimpiä vanhenemisen aiheuttamia biologisia muutoksia, fyysisiä ja fysiologisia, ovat ruumiin rakenteen ja koostumuksen muutokset, aistien huonontuminen, luuston heikkeneminen, lihasvoiman väheneminen, nopeuden väheneminen, asennonhallinnan heikentyminen ja kestävyuden väheneminen, joka on seurausta erityisesti sydän-, verenkierto- ja hengityselimistön muutoksista. (Ikäinstituutti, hakupäivä 9.1.2014.)

Vanhenemismuutoksien yksilöllisiin vaihteluihin on huomattu vaikuttavan merkittävästi yksilön omat elintavat mm. ravitsemus, liikkumisaktiivisuus, mahdolliset sairaudet ja lääkkeiden käyttö. Erityisesti fyysisen aktiivisuuden tasolla on tutkimusten mukaan todettu olevan merkitystä terveyteen ja elinikään: liikkumattomuus ennustaa kuolleisuutta sekä fyysisen toimintakyvyn vajeita, liikkuminen taas alhaista kuolleisuutta ja alentuneita terveysriskejä. Liikunnalla on huomattu olevan lisäksi myönteisiä vaikutuksia psyykkiseen hyvinvointiin, mielihyvään ja onnellisuuteen, jolloin se voi parantaa lievien mielialaongelmien ja stressitekijöiden käsittelyä. Ikääntyneen liikkumisen tärkeyttä ei siis tulisi aliarvioida, sillä fyysiset ja fysiologiset muutokset ovat vahvasti kytköksissä psykologisiin ja sosiaalisiin vanhenemismuutoksiin. (Nurmi ym. 2006, 206–207, 253.)

2.2.2 Psykologiset muutokset

Ikääntyminen heikentää psyykkistä toimintakykyä. Älyllisissä eli kognitiivisissa toiminnoissa tapahtuvat muutokset ovat kuitenkin hyvin yksilöllisiä, sillä niihin vaikuttavat muun muassa perimä, biologiset muutokset, sairaudet ja lääkitykset. Kognitiivisten toimintojen hidastuminen näkyy ikääntyneillä erityisesti monimutkaisia ja vähemmän tuttuja toimintoja tehtäessä: käytännössä psyykkisen toimintakyvyn huononeminen näkyy alkuun eritasoisina ongelmina päivittäisten toimintojen hoitamisessa, esimerkiksi vaikeuksina hoitaa raha-asioita, kotitöitä tai asioimista kodin ulkopuolella. Erityisesti muistin heikentyminen koettiin ikääntyneiden keskuudessa vaikeuttavan merkittävästi päivittäisistä toiminnoista selviämistä. (Nurmi ym. 2006, 210–248.)

Persoonallisuus on ihmiselle ominaisinta – osin perittyä, osin opittua –yksilöllistä tapaa tuntea ja käyttäytyä. Persoonallisuutta pidetään yleensä suhteellisen muuttumattomana kokonaisuutena, mutta siihen vaikuttavat erilaiset elämänvaiheet ja -tapahtumat tai sitä voidaan muokata jopa

tietoisesti. Persoonallisuutta voi hyvinkin nopeasti muuttaa esimerkiksi traumaattiset tapahtumat, pitkään jatkunut stressi, huolestuneisuus ja pelottavat elämäntilanteet. Myös pitkälle edenneet sairaudet voivat vaikuttaa persoonallisuuteen huomattavasti ja jopa kadottaa persoonallisuuden kokonaan. (Suomen Mielenterveysseura, hakupäivä 29.12.2013.)

Ihmisen psyykkiseen hyvinvointiin – mielenterveyteen - vaikuttavat ikään katsomatta vahvasti eri osa-alueet: biologiset ja psykologiset tekijät, ympäristö ja elämäkokemukset (Saarenheimo 2013, 373). Ikääntyneillä mielenterveyden ongelmat ovat varsin yleisiä, tutkimusten mukaan 16–30 % yli 65-vuotiaista ja 50–80 % laitoshoidossa olevista kärsii erilaisista mielenterveyden ongelmista (Ikääntyneet 2014, hakupäivä 3.4.2014). Ikääntyneiden mielialaongelmiin, useimmiten masennukseen, oletetaan vaikuttavan ikäkauteen liittyvät isot elämänmuutokset muun muassa sairastumiset ja läheisten kuolemat (Nurmi ym. 2006, 238–239). Ikääntyneen masennusta on usein vaikea tunnistaa ja se saattaa peittyä fyysisten oireiden alle, jolloin se hoitamattomana pahimmillaan heikentää ikääntyneen toimintakykyä sekä elämän laatua (E-mielenterveys 2014, hakupäivä 9.2.2014). Tästä syystä psyykkisen hyvinvoinnin turvaamiseksi tulisi nykyisen elämäntilanteen tuntemisen sijaan huomioida ihminen kokonaisvaltaisemmin (Ikäinstituutti, hakupäivä 9.1.2014).

2.2.3 Sosiaaliset muutokset

Sosiaalinen toimintakyky on sidoksissa ympäristöön, eikä sitä voi tarkastella pelkästään yksilön ominaisuutena vaan laajempaan kokonaisuuteen liittyvänä käsitteenä. Sosiaaliseen toimintakykyyn sisältyy yhteiskunnallinen, yhteisöllinen ja ihmisten välinen vuorovaikutus sekä yksilön omat sisäiset prosessit. Yksilötasolla ihminen tarvitsee sosiaalisia taitoja ihmissuhteiden solmimiseen ja ylläpitämiseen, vuorovaikutuksessa muihin ihmisiin tulee taas kyetä vastaanottamaan viestejä, tulkitsemaan niitä ja vastaamaan niihin. Sosiaalinen toimintakyky edellyttää keskusteluun ja kuunteluun liittyviä taitoja, tunteiden käsittelyä, ilmaisemista ja tulkintaa sekä päätöksentekoa. (Tiikkainen 2013, 284–286; Saarenheimo 2013, 373.)

Ikääntyneillä sosiaalisen toimintakyvyn tärkeys nousee selvemmin esiin erilaisissa elämänmuutoksissa, jotka voivat olla biologisia, kuten sairaudet, sosiaalisia, kuten läheisen menetys, eläkkeelle siirtyminen tai fyysikaalisia, kuten asuinpaikan muutto. Ikääntyessä nämä odotetut tai satunnaiset elämänmuutokset supistavat yksilön sosiaalista verkostoa vääjäämättä ja ne koetaankin yleensä elämän laatua alentaviksi riskitekijöiksi, joihin sopeutuminen riippuu paljolti ihmisen yksilöllisistä keinoista ja voimavaroista. Sosiaalista toimintakykyä heikentävät

elämänmuutokset ja ongelmat aiheuttavat ikääntyneillä usein yksinäisyyden tuntemuksia, vaikeuksina selvitä arkielämän tehtävistä ja rooleista sekä mielialaongelmina, jotka ikääntyneillä ilmenevät lähinnä masentuneisuutena ja tunteena elämän tarkoituksettomuudesta. (Tiikkainen 2013, 284–286; Nurmi ym. 2006, 245, 248–253, 256–257.)

3 IKÄÄNTYNEIDEN HOITOTYÖ

Tulevaisuudessa ikääntyneiden määrä ja ikääntyneiden hoidon sekä palvelujen tarve tulee kasvamaan merkittävästi, sillä Suomen väestöennusteiden mukaan yli 75-vuotiaiden määrä tulee vuoteen 2040 kaksinkertaistumaan nykytasosta (Vauramo 2013, 2). Tämä aiheuttaakin monenlaisia haasteita Suomen päättäjille sekä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmälle, sillä väestön terveiden elinvuosien lisääntyessä kasvavat myös runsaasti hoitoa ja apua tarvitsevien määrä. Ikääntyneiden hoidon tulevaisuuden ongelmaksi koetaan laadukkaan palvelutason säilyttämisen niukkenevien resurssien myötä. Terveydenhuollon kustannuspaineiden hillitsemiseksi tulisikin enenevässä määrin huolehtia ikääntyvän väestön sosiaalisesta, fyysisestä ja psyykkisestä toimintakyvystä sekä turvata mahdollisimman pitkään itsenäisen elämän mahdollistavat keinot. (Korkeasti koulutettujen työmarkkinajärjestö Akava 23.10.2013, hakupäivä 9.2.2014.) Väestön ikääntyminen asettaa myös hoitotyölle erityisvaatimuksia, erityisesti gerontologisen hoitotyön osaamisen tarve tulee korostumaan entisestään. (Sairaanhoitajaliitto 2014, hakupäivä 1.2.2014).

3.1 Toimintakyvyn alentuminen

Terveydellä tarkoitetaan sairauksien puutetta tai terveyttä tarkastellaan usein sairauksien kautta, jotka ovat seurausta jostakin muun muassa ihmisen ja ympäristön välisestä epätasapainosta. Vasta 1960-luvulla Maailman terveysjärjestö WHO määritteli paljon kritiikkiäkin saaneen terveyden käsitteen kokonaisvaltaisemmin ”täydelliseksi psyykkisen, fyysisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tilaksi”. Nykyisin terveyden ajatellaan olevan enemmänkin toiminnallisuutta ja voimavara: erityisesti ikääntyneen ihmisen terveyden ja hyvinvoinnin taustalla vaikuttaa vahvasti se, miten hän selviää arjessaan eli toimintakykyisenä. (Lyyra ym.2007, 16.)

lääkkäällä toimintakyvyn huomattavaa heikentymistä ei pidetä normaalina vanhenemisena, vaan se johtuu ensisijaisesti sairauksista. Ikäihmistä tutkittaessa lääkärin tulisikin erityisesti kiinnittää huomiota alkaviin toimintakyvyn häiriöihin (esim. liikkuminen, raha-asioiden hoito), sillä lievät vaikeudet ennakoivat ongelmien pahenemista: ikäluokassa 75–85 useimmilla on samanaikaisesti kaksi tai kolme toimintakykyä haittaavaa sairautta ja 85-vuotiailla yleensä myös toimintavajavuutta aiheuttava pitkäaikaissairaus. Toimintakyvyn alentumisen voisi sanoa aiheuttavan ketjureaktion: suorituskyvyn heikentyessä iäkkäälle kehittyy herkästi mielenterveysongelmia, useimmiten

masennusta, joka edelleen voimistaa toimintavajavuuden kokemusta, lisää avun tarpeen määrää ja nostaa laitoshiitoon siirtymisen todennäköisyyttä (Valvanne, hakupäivä 29.12.2013.)

Alle 85-vuotiailla vanhuksilla tavallisimpia toimintakykyä alentavia sairauksia ovat tuki- ja liikuntaelinsairaudet sekä sydänsairaudet, sitä iäkkäimmillä taas muistisairaudet. Myös aivohalvauksen jälkitilat, krooniset ahtauttavat keuhkosairaudet, Parkinsonin tauti ja silmänpohjarappeumat ovat eräitä iäkkäiden toimintakykyä huomattavasti rajoittavia sairauksia, mutta vähemmässä määrin aiemmin kerrottuihin sairauksiin verrattuna. (Valvanne, hakupäivä 29.12.2013)

3.2 Ikääntyneen hoidon periaatteet

Kysyttäessä iäkkäiltä ihmisiltä mitä terveys heille merkitsee, he painottivat terveyden kuvaamisessaan erityisesti arjen sujuvuutta, vapautta toteuttaa itseään, vaivattomuutta sairauksien osalta, sosiaalista yhteisyyttä ja mielen terveyttä. Ikääntyneet näkivät terveyden kokonaisuutena, yleisenä hyvinvointina ja tasapainona, johon he pyrkivät omien aktiivisten valintojensa avulla. (Lyyra ym. 2007, 17, 21.)

Ikääntyneellä, kuten muillakin ikäryhmillä, terveyttä tulee edistää niin omien valintojen kautta kuin myös ennaltaehkäisevin toimin ja kuntoutuksella. Riittäväällä fyysisellä aktiivisuudella, terveellisellä ravinnolla ja psyykkisen hyvinvoinnin ylläpitämisellä on erilaisten tutkimustulosten mukaan havaittu olevan sairauksia ja toiminnanvajavuuksia ehkäisevä sekä kuntoutumista tehostava vaikutus iästä riippumatta. (Terveyskirjasto 2005, hakupäivä 30.12.2013.)

Yhteiskunnan terveystalouden näkökulmasta ikäihmisen hoidon tavoitteena ei ole pidentää elinikää maksimaalisesti, vaan pitää yllä hyvää terveyttä ja turvata itsenäinen elämä mahdollisimman pitkään (Terveyskirjasto 2005, hakupäivä 30.12.2013.) Tämän mukaan toimien ikäihmisen hoidossa pyritään säilyttämään fyysinen, psyykinen, kognitiivinen ja sosiaalinen toimintakyky, jolla mahdollistetaan elämisen laadukkuus ja toisaalta säästetään niin yksilöä kuin yhteiskuntaa avun tarpeen kustannuksilta (Finne-Soveri, hakupäivä 29.12.2013).

Sairaanhoidollisesti perusterveellä ja toimintakyvyltään normaalilla vanhuksella tutkimukset sekä hoidot noudattavat samoja periaatteita kuin työikäisillä ja nuorilla eli ensisijaisesti pyritään parantamaan sairaus ja säilyttämään toimintakyky. Mutta sairauksien lisääntyessä, vaikeutuessa ja toimintakyvyn heikentyessä tutkimusten ja hoitojen suunnittelussa joudutaan valitsemaan yhä useammin monista huonoista vaihtoehdoista vähiten haitallisin: hoidon tavoitteena pidetään taudin

etenemisen ja toimintakyvyn alenemisen ehkäiseminen tai ainakin kärsimyksen lievittäminen. (Voutilainen, Vaarama, Backman, Paasivaara, Eloniemi-Sulkava & Finne-Soveri 2002, 65.)

3.3 Ikääntyneiden hoitotyön erityisosaaminen

Hoitotyössä ikääntynyt tulee nähdä ihmisenä, jolla on eri elämäntilanteissa erilainen määrä voimavaroja. Hoitotyö vaatii kykyä asettaa hoitotyön lähtökohdaksi ihmisen elämänhistorian ja siihen kytkeytyvät yksilölliset voimavarat. (Voutilainen ym. 2002, 70–71.) Ikääntyneellä on oikeus hyvään hoitoon ja keskeinen tekijä sen toteuttamisessa on ammattitaitoinen henkilöstö (Tarhonen 2013, 1).

Gerontologinen hoitotyön erityisosaamisen perustuu ikääntymisessä tapahtuvien vanhenemisprosessien ja elämänvaiheen ainutkertaisuuden ymmärrykseen (Voutilainen ym. 2002, 70–73). Hoitotyö itsessään rakentuu taas gerontologiselle (geron = vanhus, logos = oppi) tietoperustalle, joka on monitieteistä, useista eri näkökulmista tuotettua ja tutkittua tietoutta ikääntymisestä biologisena, psyykkisenä ja sosiaalisena ilmiönä (Tarhonen 2013, 3; Kostiainen 2010, 6). Osaamisella tarkoitetaan taas kykyä suoriutua työstä ja tehtävistä tietyissä toimintaympäristöissä (Sairaanhoitajaliitto 2014, hakupäivä 1.2.2014), jotka ikääntyneiden hoitotyössä tarkoittavat pääsääntöisesti ikääntyneen kotia, terveyskeskussairaalaa ja vanhainkotiä (Voutilainen ym. 2002, 70).

Yhteiskunnassa tapahtuvien muutosten myötä ja ikääntyneiden tarpeiden sekä ongelmien muuttuessa, muutoksia tapahtuu myös itse toimintaympäristöissä ja työmenetelmissä, joihin on pyritty vastaamaan laatimalla erityiset gerontologisen hoitotyön osaamisen osa-alueet: päätöksenteko, eettisyys, viestintä ja vuorovaikutus, yhteistyö, terveyden edistäminen, ohjaus- ja valmennus, kliiniset taidot, geriatriset taidot, kehittäminen ja vaikuttaminen. Gerontologinen hoitotyö on laaja-alaista ja vaativan tason osaamista, jolla pyritään ikääntyneen kokonaisvaltaiseen ja laadukkaaseen hoitoon yhteistyössä julkisen, yksityisen ja kolmannen sektorin organisaatioiden ja eri ammattiryhmien sekä ikääntyneen sosiaalisen verkoston kanssa. (Sairaanhoitajaliitto 2014, hakupäivä 1.2.2014.)

Moniammatillisista tahoista huolimatta gerontologisen hoitotyön perustana toimii edelleen hoitajan ja ikääntyneen kohtaaminen, jossa hoitajalta edellytetään niin sydäntä, kättä kuin päätä: ikääntyneen aito kohtaaminen tarkoittaa yksilön biologisten, psyykkisten ja sosiaalisten tekijöiden huomioimista (Voutilainen 2002, 73–74). Hoitotyön tavoitteena onkin tukea ikääntyneen

itsenäisyyttä, huolehtia yksilöllisyydestä ja säilyttää ikääntyneen arvokkuus. Ikääntyneen hoidossa korostuu erityisesti sairaanhoitajan vastuu, joka edellyttää itsenäistä päätöksentekoa, ongelmanratkaisukykyä, yhteistyötä, monitoimijuutta ja vahvaa ammattiosaamista. (Sairaanhoitajaliitto 2014, hakupäivä 1.2.2014.)

3.4 Ikääntyneiden palvelut

Väestön muutokset, joista merkittävimpinä ikääntyvän väestön määrän kasvu ja eliniän pidentyminen on johtanut ikäpolitiikan syntymiseen kansainvälisillä ja kansallisella tasolla. Suomen ikäpolitiikkaa ohjaa paljolti Euroopan Unionin (EU) ja Euroopan neuvoston (EN) linjaukset, jossa korostetaan ikääntyneiden mahdollisuutta toimia yhteiskunnan täysivaltaisina ja itsenäisinä jäseninä. Suomen ikäpolitiikan tavoitteena onkin edistää ikääntyneiden ihmisten hyvinvointia, mahdollisimman itsenäistä selviytymistä ja hyvää hoitoa. Yleisimpänä päämääränä on nykyaikaisen ja aktiivisen ikääntymiskäsityksen toteuttaminen, jossa painotetaan resursseja ja yksilöllisiä voimavaroja sairausnäkökulman sijaan. (Ikäinstituutti, hakupäivä 28.3.2014.)

Tähän sosiaali- ja terveysministeriö onkin pyrkinyt vastaamaan ikääntymispolitiikallaan, jonka tavoitteena on edistää ikääntyneen toimintakykyä, itsenäistä elämää ja osallistumista yhteiskuntaan strategialinjauksien, lainsäädännön, laatusuositusten, erilaisten ohjelmien ja hankkeiden kautta (Sosiaali- ja terveysministeriö, hakupäivä 19.1.2014). Esimerkiksi vuonna 2013 julkaistiin sosiaali- ja terveysministeriön sekä kuntaliiton yhteistyönä valmisteltu uusimpaan tutkimustietoon pohjautuen uudistettu laatusuositus, jolla pyritään turvaamaan hyvä ikääntyminen ja parantamaan palvelun laatua (Sosiaali- ja terveysministeriö, hakupäivä 1.1.2014). Laatusuosituksen rajaamat painopisteet löytyvät taas 1.7.2013 voimaan tulleesta ns. vanhuspalvelulaista (2012/980), jonka tavoitteena on edistää ikääntyneiden hyvinvointia ja kaventaa hyvinvointieroja, tukea ikääntyneiden osallisuutta ja voimavaroja, edistää ikääntyneiden itsenäistä suoriutumista puuttamalla ajoissa toimintakyvyn heikkenemiseen ja sen riskitekijöihin sekä turvata ikääntyneiden palvelutarpeen arviointiin pääsy sekä määrältään ja laadultaan riittävät palvelut hakupäivä.

Tulevaisuudessa ikääntyneiden palveluja on tarpeen kehittää enenevässä määrin avopalvelujen suuntaan ja asumista puolestaan niin, että ikääntynyt selviytyy mahdollisimman pitkään kotonaan asuen (Korkeasti koulutettujen työmarkkinajärjestö Akava 23.10.2013, hakupäivä 9.2.2014). Ikääntyneellä kotona asumista pyritäänkin tukemaan mahdollisimman pitkään erilaisin kunnan tarjoamin tukipalveluin ja ikääntyneen toimintakykyä ylläpitävillä palveluilla, muun muassa asunnon

muutostöillä, kotipalvelulla, kuljetuspalveluilla, omaishoitoa tukemalla, kuntoutuksella ja ikääntyneen terveyttä parantavilla ennaltaehkäisevillä toimilla muun muassa seniori-infojen, ikääntyneiden neuvolapalvelujen ja päiväkeskustoiminnan kautta. (Nettineuvo 2006, hakupäivä 20.1.2014.)

Viime vuosina ikääntyneille on kotona asumisen rinnalle kehitelty myös kodinomaisuutta jäljitteleviä asumismuotoja, joissa on otettu huomioon esteettömän ja turvallisen asumisen vaatimukset, toimintakyvyn heikkenemisen aiheuttamat haasteet ja palvelujen saatavuus, muun muassa palveluasuminen, yhteisöasuminen, senioritalot ja ryhmäkodit. Laitoshoidon tulee puolestaan ajankohtaiseksi toimintakyvyn alentuessa ikääntyneellä niin, ettei hänelle voida enää järjestää tarvitsemaansa ympärivuorokautista hoitoa kotona tai eri asumispalveluilla. Laitoshoidolla tarkoitetaan vanhainkodissa, palvelukeskuksissa, terveyskeskussairaalan vuodeosastoilla, erilaisissa hoito-, hoiva-, veljes- ja sairaskodeissa tai psykiatrisessa sairaalassa annettavaa osavuorokautista, lyhytaikaista tai pitkäaikaista hoitoa. (Nettineuvo 2006, hakupäivä 20.1.2014.)

4 HAASTEELLINEN KÄYTTÄYTYMINEN

Haasteellisen käyttäytymisen eri määritelmät poikkeavat toisistaan painottamalla käyttäytymisessä eri asioita. Haasteellista käyttäytymistä voidaan pitää viestinä, joka ei ole löytänyt sosiaalisesti hyväksyttävää muotoa. Sitä kuvaillaan jäävuorena, jossa käytösongelmat edustavat jäävuoren huippua ja ovat yritykset kertoa jotakin. Kun taas moninkertaisesti suuremmalla jäävuoren alaosalla kuvastetaan haasteelliseen käyttäytymiseen johtaneita erilaisia ja näkymättömiä syitä. Pääsääntöisesti sen ymmärretään olevan käyttäytymistä, joka uhkaa henkilön hyvinvointia tai toimintaa ja vähentää yhteisöön pääsyä. Ominaisinta haasteelliselle käyttäytymiselle on se, että ympäristö kokee sen häiritseväksi tai jopa vaaralliseksi. Se voi näkyä muun muassa sääntöjen rikkomisena, itsensä tai toisten vahingoittamisena, ahdistuneisuutena, aggressiivisuutena, levottomuutena, esineiden rikkomisena tai muunlaisena ympäristöä häiritsevänä tai loukkaavana käyttäytymisenä. (Kupari 2007, 11–12; POKEVA 2007–2009, 5. Hakupäivä 1.4.2014; Scope 2014, hakupäivä 29.4.2014.)

4.1 Väkivalta, väkivallan uhka ja aggressio

Suomen sivistyssanakirjan mukaan sana *aggressiivinen* tarkoittaa hyökkäävää, päälle käypää tai väkivaltaisesti käyttäytyvää ja sana *aggressio* tarkoittaa hyökkäävää, vihamielistä reaktiota tai patoumaa. *Väkivalta* tarkoittaa sivistyssanakirjan mukaan jonkin ruumiillista koskemattomuutta, oikeuksia tai etuja loukkaavaa tai jotakin vahingoittavaa voimakeinoja käyttäen, kun taas sana *väkivaltainen* tarkoittaa väkivaltaa käyttävä, helposti väkivaltaan turvautuvaa. (SuomiSanakirja.fi 2013, hakupäivä 6.2.2014)

Käsitteet väkivalta ja aggressio pitävät sisällään useita eri tasoja, mutta yksinkertaistettuna haasteellinen käyttäytyminen voidaan jakaa fyysiseen ja henkiseen väkivaltaan, joihin provosoidutaan yleensä persoonallisuuteen liittyvän piirteen, aggression, tuntemusten ja voimakkuuden seurauksena tai aggression uupussa väkivaltaiseen käytökseen johtaneet syyt voivat olla muut motiivit ja tilanteet. Väkivallan ja aggression koetaan kuitenkin olevan ihmisen normaaleja reaktioita vaikeissa ristiriitatilanteissa, joista poispääsemiseksi ei nähdä muita vaihtoehtoja. (Luoto & Rantanen 2009, 9–10.)

Karvisen ja Ketosen (2012, 7–8) mukaan aggression voimakkuuteen vaikuttavat useat eri tekijät, joista persoonallisuuden piirteiden voisi sanoa olevan yksi vahvimmin ihmisen yksilölliseen reagoitintapaan vaikuttava piirre: mitä voimakkaampana se yksilössä esiintyy, sitä aggressiivisempi hän on. Aggressiota käytetään nimityksenä monille vaikeille ja haastaville tuntemuksille esimerkiksi pettymykselle, kateudelle, raivolle, kostonhimolle ja mustasukkaisuudelle, kuin myös surulle, katumukselle ja syyllisyyden tunteille. Aggressio näkyy ulospäin usein sisuuntumisena ja vihana. (Väestöliitto 2014, hakupäivä 9.2.2014.) Aggressiota ei kuitenkaan pidetä itse väkivallan tekemisenä, vaan se on enemmänkin vahingoittamiseen eli väkivaltaan liittyvä tunnetila sekä erilaisia fysiologisia muutoksia elimistössä. (Luoto & Rantanen 2009, 9–10.)

Itse fyysinen tai henkinen väkivalta kuvastaa taas ihmisen ulkoista käyttäytymistä, johon tarvitaan tietynlaista tunnetilaa, aggressiota (Vahtera 2010–2011, 2.). Väkivalta ymmärretään olevan voiman tai vallan tahallista ja tarkoituksellista käyttöä tai sillä uhkaamista, joka voi kohdistua joko yksittäiseen ihmiseen tai johonkin yhteisöön ja jonka tarkoituksena on aina tuottaa fyysistä ja /tai psyykkistä vahinkoa itselle, muille ihmisille, omaisuudella tai asioille. Näin väkivalta voidaan erottaa tahattomasta toisen vahingoittamisesta, joka määritellään tällä erotuksella tapaturmaksiksi. Väkivallan kohteet voivat olla tarkoituksella valittuja tai täysin sattumalta paikalle osuneita. (Pitkänen 2003, 3.)

Väkivalta voidaan jakaa fyysiseen väkivaltaan, väkivallan uhkaan ja kiusaamiseen. Fyysinen väkivalta voi vaihdella läimäytyksestä erilaisten aseiden käyttämiseen, jolloin psyykkisen vamman lisäksi seurauksena voi olla jonkinasteinen fyysinen vamma. Väkivallan uhkalla taas sananmukaisesti tarkoitetaan väkivallalla uhkaamista, joka voi ilmetä muun muassa sanallisesti, eleillä, ilmeillä, kirjeinä ja telehäirintänä. Kiusaaminen on puolestaan vihamielistä toimintaa, joka esimerkiksi ilmenee kohteen sanallisella loukkaamisella, nöyryyttämällä tai fyysisiä vammoja tuottamattomana fyysisenä kontaktina. (Pitkänen 2003, 3–4; Vahtera 2010–2011, 2.)

Väkivaltaa voidaan tarkastella myös suppean ja laajan määrittelyn näkökulmista. Suppea väkivalta ymmärretään pelkästään fyysiseksi toiminnaksi, joka aiheuttaa vammoja ja pahimmillaan kuoleman. Laajassa väkivallassa fyysisen väkivallan yhteyteen liitetään henkinen väkivalta, jota joissakin yhteyksissä ei pidetä väkivaltana vaan aggressiivisuutena. Henkinen väkivalta, muun muassa kiusaaminen tai väkivallan uhka, voivat olla kuitenkin seurauksiltaan yhtä vahingollisia kuin fyysinen väkivalta. Psyykkistä tasapainoa voivat horjuttaa kaikki ulkoiset tapahtumat, jotka koetaan uhkaksi olemassaololle, identiteetille ja turvallisuudelle. (Pitkänen 2003, 3, 7.)

4.2 Työ- ja työpaikkaväkivalta

1990-luvulta lähtien työssä koetun väkivallan on huomattu lisääntyneen yhteiskunnassa esiintyvää muuta väkivaltaisuutta enemmän (Louhela & Saarinen 2006, 7). Vahteran (2010–2011, 1) mukaan Suomessa joutuu vuosittain arviolta 80 000 henkilöä väkivaltaisen käytöksen tai sen uhan kohteeksi työpaikallaan. Erityisesti naisiin kohdistuva väkivalta töissä on lisääntynyt ja on määrällisesti lähes kaksinkertainen miesten työssä kokemaan väkivaltaan verrattuna. (Louhela & Saarinen 2006, 7). Pääsääntöisesti työssä kohdatusta tai siihen liittyvistä väkivallanmuodoista käytetään käsitteitä työpaikkaväkivalta tai työväkivalta, joiden välinen eroavaisuus vaikuttaa kuitenkin olevan hyvinkin epäselvää määritelmien vaihdellessa eri lähteiden mukaan. (Sosiaaliportti, hakupäivä 29.3.2014; Oikeusministeriö, hakupäivä 9.2.2014.)

Työpaikkaväkivallan koetaan selvemmin tarkoittavan työyhteisön sisällä tapahtuvaa väkivaltaa, jonka tekijä on työyhteisön sisältä tai ulkopuolelta. Koettu väkivalta voi olla fyysistä, psyykkistä tai seksuaalista ja siihen voi lisäksi kuulua uhkailua ja pelottelua. Toisaalta joissakin lähteissä työpaikkaväkivallan ymmärretään olevan selkeyden vuoksi pelkästään fyysistä väkivaltaa tai sen uhkaa. (Louhela & Saarinen 2006, 10; Työturvallisuuskeskus 2010, 4. Hakupäivä 29.3.2014.) Euroopan komission määritelmän mukaan *”työpaikkaväkivallalla tarkoitetaan tapahtumia, joissa henkilöitä loukataan sanallisesti, uhataan tai pahoinpidellään heidän työhönsä liittyvissä oloissa ja jotka suoraan tai epäsuorasti vaarantavat heidän turvallisuutensa, hyvinvointinsa tai terveytensä”* (Oikeusministeriö, hakupäivä 9.2.2014).

Työväkivalta taas koetaan käsitteenä olevan joidenkin lähteiden mukaan laajempi kuin työpaikkaväkivalta. Sillä tarkoitetaan joko työyhteisöön ulkoapäin kohdistuvaa väkivaltaa, mutta toisaalla sen koetaan olevan taas työpaikan ulkopuolella koettua uhkaavaa tai loukkaavaa käyttäytymistä, jonka katsotaan selvästi olevan sidoksissa työntekijän työhön tai ammattiasemaan. (Louhela & Saarinen 2006, 10; Työturvallisuuskeskus, 4. Hakupäivä 29.3.2014.) Työväkivallan tunnusmerkkien täyttävän käyttäytymisen lisäksi sitä voidaan määritellä myös väkivallan tai sen uhan aiheuttajan kautta, jossa kuten työpaikkaväkivallassa tekijä voi olla joko työyhteisön sisältä tai ulkopuolelta. (Sosiaaliportti.fi, hakupäivä 29.3.2014).

Kaiken kaikkiaan työssäkäyvien väkivallan kohtaamisten määrää on vaikeaa arvioida tai kohdistaa toimialoittain, sillä Korhosen & Sinisalon (2011) mukaan Euroopan Unionin jäsenmaissa tehdyn selvityksen mukaan tiedot työväkivallasta ovat joko puutteellisia tai painottuvat ainoastaan vakavampiin tapauksiin. Lisäksi ongelmaksi koettiin joka maassa väkivaltatilanteiden

raportoimattomuus tai eri maiden raportointijärjestelmien yhteensopimattomuus tai väkivallan luokittelussa ilmeni vaihtelevuutta. Myös pohjoismaissa ilmeni suuria eroja: esimerkiksi Suomella ei ole yhtenäistä käytäntöä väkivaltatilastoinnille ja Ruotsissa väkivaltatilanteet kirjataan työtapaturmiksi. (Korhonen & Sinisalo 2011, 12; Rippon 2000, 454.) Väkivallan arkipäiväistyminen, vähäisempien väkivallan tekojen huomiotta jättäminen ja jopa väkivallan hyväksyminen osaksi työtä tuntuukin erityisen vaaralliselta, sillä silloin ei synny myöskään syvällistä tarvetta pohtia väkivaltaisuutta, sen syitä ja seurauksia (Pitkänen 2003, 7.)

4.3 Väkivallan riskit ja muodot hoitoalalla

Väkivallan uhkaa ja riskiä esiintyy usein paikoissa joissa joutuu työskentelemään yksin, iltaisin ja yöaikaan sekä viikonloppuisin. Myös työpaikan sijainnin katsotaan olevan merkityksellinen väkivallan uhkaa arvioitaessa: esimerkiksi väkivallan uhkan riskiä lisäsi työskentely alueilla, joissa rikos- ja väkivaltatilastot ovat korkeat. (Savonia Ammattikorkeakoulu, hakupäivä 22.1.2014.) Vartiointi- ja suojelualan jälkeen erityisesti terveydenhuollossa esiintyy muihin aloihin verrattuna väkivaltaa sekä sen uhkaa eniten. Lisäksi hoitoalalla väkivallan on todettu olevan keskimääräistä työssä koettua väkivaltaa vakavampaa ja väkivaltaan liittyvien tapaturmien hyvin yleisiä. (Louhela & Saarinen 2006, 7,11; Rippon 2000, 453.) Sosiaali- ja terveysalan ammattijärjestön Tehy luokittelee hoitoalan ammatit työpaikkaväkivallan riskiammatteihin, sillä joka neljäs hoitaja joutuu työssään kokemaan potilaiden ja heidän omaistensa taholta kohdistuvaa väkivaltaa (Tehy 2014, hakupäivä 2.1.2014).

Vaikka väkivaltatilanteita on todettu sukupuolesta riippumatta esiintyvän kaiken tyyppisissä terveydenhuollon työpaikoissa, väkivallan esiintymisen määrän on kuitenkin huomattu Louhelan ja Saarisen (2006, 12–14) tutkimusten mukaan vaihtelevan terveydenhuollon eri alueilla ja sen vakavuuden olevan suhteessa asiakkaiden terveydentilaan. Eniten väkivaltaista käyttäytymistä on todettu esiintyvän psykiatrisella toimialueella, sekä enenevässä määrin päivystyspoliklinikoilla että pitkäaikaishoidossa. Esimerkiksi ruotsalaisen tutkimuksen tuloksissa ilmeni vanhusten huollossa työskentelevien terveydenhuollon ammattilaisten kokeman uhkailujen ja fyysisen väkivallan määrän olevan huomattavaa (Josefsson & Ryhammar 2009, 110, 112).

Sosiaali- ja terveydenhuoltoalalla riski joutua kokemaan väkivaltaa, johtuu usein potilaiden erilaisista sairauksista, tapaturmista tai hoitotoimenpiteistä johtuvista sekavuustiloista. Myös sairauden tuoma suru ja pelko, stressi, kipu, hoitoon pääsyn odottelu, ympäristön meluisuus ja levottomuus, lisääntynyt päihteiden käyttö, vastentahtoisten hoitojen suorittaminen potilaalle,

erimielisyydet hoitolinjoista, lääkkeiden, rahan tai arvoesineiden käsittely sekä asiakkaan etuisuuksien tai oikeuksien valmistelu, käsittely ja päätöksen teko lisäävät väkivallan uhkaa hoitoalan työpaikoilla. Useimmiten väkivaltaan johtaneisiin tilanteisiin katsottiin vaikuttaneen erityisesti potilaan ja hoitajan näkemuserot, ristiriidat ja erimielisyydet sekä yksilön itsemääräämisoikeuteen kohdistetut rajoitukset ja kiellot. (Savonia ammattikorkeakoulu, hakupäivä 22.1.2014; Louhela & Saarinen 2006, 15–17; Gates 2004, hakupäivä 29.4.2014.)

Hoitotyössä koettu väkivalta on niin työ- kuin työpaikkaväkivaltaa, jossa väkivallan tekijänä voi olla työyhteisön jäsen, potilas, omainen, saattaja tai täysin ulkopuolinen henkilö. Väkivalta ja uhkailu hoitajaa kohtaan voi olla hyvinkin näkyvää, suoraa väkivaltaa (fyysinen) tai vaikeasti todistettavaa, epäsuoraa väkivaltaa (psykkinen). Yleisimmin hoitotyössä koettua väkivaltaa tapahtuu hoitotoimenpiteissä, jossa potilas huitoo, lyö, potkii, tarraa hiuksiin kiinni, sylkee, puree tai raapii. Niin potilaiden kuin omaisten taholta koetaan usein myös henkeen ja terveyteen kohdistuvaa uhkailua, julkista nöyryyttämistä, nolaamista sekä oikeustoimilla tai julkisuudella uhkailua. Väkivalta voi ilmetä myös seksuaalisena lähentelynä ja ahdisteluna tai laajeta jopa kotirauhan rikkomiseen ja hoitajan läheisten uhkailemiseen. Pahimmillaan hoitajaan kohdistuva väkivalta voi johtaa kiinnipitämiseen, tönimiseen, päälle karkaamiseen, kuristamiseen tai ampuma-, terä-, tai lyömäaseen käyttöön. Lisäksi tutkimusten mukaan erityisesti naisvaltaisilla aloilla ilmenevä psykkinen väkivalta niin potilaan kuin työyhteisön taholta koettiin heikentävän toimintakykyä. Esimerkiksi potilaan taholta jatkuva syytely, henkilökunnan nimittely, törkeä kielenkäyttö sekä työyhteisön sisällä koettu psykkinen stressi aiheuttivat pitkään jatkuessaan työntekijöille erilaisia psykkinisiä tai fyysisiä oireita. (Tehy 2014, hakupäivä 2.1.2014; Hyvärinen & Piikkilä 2013, 12–13; Rippon 2000, 453; Gates 2004, hakupäivä 29.4.2014.)

4.4 Haasteellisen käyttäytymisen syyt ja muodot ikääntyneellä

Ikääntyneiden fyysisessä ja psykkinisessä toimintakyvyssä tapahtuneita muutoksia pidetään merkittävänä liikkumista ja käyttäytymistä huonontavina tekijöinä. Käyttäytymisessä tapahtuvien muutosten valossa psykkinen toimintakyvyn katsotaan kuitenkin vaikuttavan fyysisiä haitallisemmin, sillä ihmisen käyttäytyminen riippuu hänen kyvystään saada ja arvioida informaatiota ympäristöstä, aiemmista kokemuksista sekä persoonallisuudesta (Eloniemi-Sulkava & Sulkava 2008, 118–120; Siljamo 2003, 9–10).

Ikääntyneen muuttuneen käyttäytymisen taustalla vaikuttavista syistä yleisimpänä voidaan pitää dementoivaa sairautta sen vaikeusastetta ja siitä aiheutuneita kognitiivisia muutoksia, muistin

huononemista ja informaation ymmärtämisen vaikeutumista. Dementiaa sairastavalla henkilöllä haasteellinen käyttäytyminen on yleistä, koska aivojen rappeutuminen vaurioittaa myös tunnetiloja ja käyttäytymistä sääteleviä järjestelmiä. (Siljamo 2003, 9–10.) Dementialle tyypillisimpiä käyttäytymiseen vaikuttavia piirteitä ovat muun muassa aggressio, ahdistuneisuus, apatia, depressio, harha-aistimukset, harhaluulot, itsensä vahingoittaminen, kuljeskelu, ärtyneisyys, poikkeava motorinen käytös ja karkailu, tarkoitukseton pukeutuminen ja riisuminen sekä tavaroiden keräily ja kätkeminen (Käypä hoito 13.8.2010, hakupäivä 10.4.2014). Etenevät muistisairaudet ovatkin merkittävä kansanterveydellinen ja -taloudellinen haaste, niihin sairastuu vuosittain noin 13 000 ihmistä, ja sairastuneiden määrä kasvaa nopeasti väestön ikääntyessä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012, hakupäivä 5.4.2014).

Muistisairauksien lisäksi ikääntyneen haasteellista käyttäytymistä voivat aiheuttaa lääkitys ja lääkityksen sivuvaikutukset, aistien heikentynyt toiminta ja kommunikaatio kyky sekä muut sairaudet. Ympäristön tunnelmalla ja kansa ihmisten asenteilla on merkitystä, jossa esimerkiksi hoitajan epäarvostava kohtelu tai dementoituneen pakottaminen vasten hänen tahtoaan, hoitohenkilökunnan kiire ja ihmissuhdeongelmat, vuorokauden aika sekä ympäristön meluisuus ja rauhattomuus lisäävät dementoituneen käytösoireita. Alkoholilla ja muilla päihteiden käytöllä on myös vaikutusta ikääntyvän haastavan tilanteen syntymiseen. (Eloniemi-Sulkava & Sulkava 2008, 118–120, 268–275.)

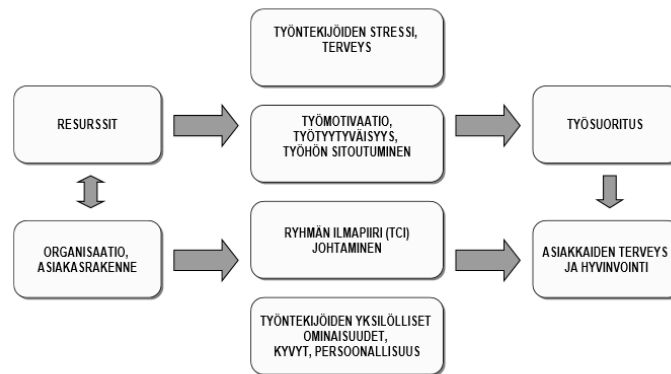
4.5 Haasteellisen käyttäytymisen vaikutukset hoidon laatuun

Haasteellinen käyttäytyminen, erityisesti potilaiden ja omaisten väkivaltaisuus on merkittävä riski hoitoalalla. Hoitohenkilökunnalla tulee olla riittävä koulutus ja valmiudet haastavien tilanteiden hallintaan sekä erityisesti dementia yksiköissä riittävä geriatrinen asiantuntemus ikääntyvien hoidossa. (Suomen Lääkärilehti 10/2008, 9. Hakupäivä 13.4.2014.) Haasteellisesti käyttäytyvä potilas asettaa haasteita omalla tavallaan myös hoitohenkilökunnalle, koska hoitajan täytyy miettiä eettisten periaatteiden toteutumista, etenkin ihmisarvon ja itsemääräämisoikeuden kunnioittamista (Sairaanhoitajaliitto 2014, hakupäivä 13.4.2014).

Haasteellisesti käyttäytyvä henkilö synnyttää hoitajalla toisinaan epävarmuutta ja kyvyttömyyttä tulkita käyttäytymistä, varsinkin jos työntekijä on vastavalmistunut, sijainen tai opiskelija. Siihen miten hoitohenkilökunta suhtautuu kohdatessaan haastavasti käyttäytyvän potilaan, riippuu hoitajan aiemmista kokemuksista, koulutustasosta, hoitajan omista eettisistä ja filosofisista käsityksistä. Vuorovaikutustaidot, ympäristötekijät ja potilaan sairauden tila vaikuttavat haastavan

tilanteen syntymiseen. Potilaan haasteellinen käyttäytyminen voi johtaa hoitohenkilökunnan henkiseen väsymiseen, ahdistukseen ja erilaisiin stressitiloihin. Hoitajaan kohdistuva fyysinen ja psyykkinen väkivalta voi johtaa jopa pitkäaikaisiin sairauksiin ja sairauslomiin sekä pahimmillaan haluttomuuteen jatkaa ammatinharjoittamista. (Keiski 2008, 1–3. Hakupäivä 3.2.2014.)

Erityisen huolestuttavaksi koetaan vanhainkotien ja terveyskeskusten vuodeosastojen kehitys, jossa henkilöstön hyvinvointi on useiden tutkimusten mukaan viime vuosina entisestään heikentynyt ja vanhusten saamaa hoidon laatua kritisoitu voimakkaasti. Hoitosektoreista työtä vanhusten pitkäaikaishoidossa pidetään niin ruumiillisesti kuin henkisesti raskaana, ja sen kuormittavuutta ovat edelleen lisänneet erilaiset toiminnan muutokset, henkilöstön vähyys ja asiakasrakenteen muuttuminen entistä raskashoitaisemmaksi. Vaikkakin vaativien asiakkaiden hoitaminen saattoi osaltaan olla motivoivaa, sen katsottiin olevan eräissä tapauksissa työyhteisöä myös merkittävästi kuormittava tekijä, muun muassa dementiapotilaiden häiritsevää käyttäytyminen, aggressiivisuus ja passiivisuus koettiin pääsääntöisesti hankaliksi hallita. Tutkimusten mukaan hoitotilanteita kuormittavilla tekijöillä on huomattu olevan selvä yhteys hoidon tasoon (Kuvio 2), sillä työsuoritusta ja hoidon laatua on todettu heikentävän työntekijöiden kokema stressi ja uupuminen. (Pekkarinen ym. 2004, 7, 10–11. Hakupäivä 13.4.2014; Gates 2004, hakupäivä 29.4.2014.)



KUVIO 2. Työhön ja työyhteisöön liittyvät tekijät ja henkilöstön hyvinvointi ja hoidon laatu. (Pekkarinen, Sinervo, Elovainio, Noro, Finne-Soveri & Laine 2004, 13. Hakupäivä 13.4.2014).

5 HAASTEELLISEN KÄYTTÄYTYMISEN HALLINTA TERVEYDENHUOLLOSSA

Kasvava väkivalta ja epäasiallinen kohtelu erityisesti sosiaali- ja terveydenhuollon aloilla herättää tarpeen pohtia hoitajan keinoja ehkäistä tai kohdata haasteellista käyttäytymistä. Sillä haasteellinen käyttäytyminen koetaan kuitenkin olevan toimintaa, joka vaatii henkilön sosiaaliselta ympäristöltä jonkinlaista reagointia siihen. Puhutaan haasteellisista tilanteista, joihin johtaa yksilön ominaisuuksien lisäksi myös monet ympäristöstä johtuvat syyt. (Kupari 2007, 11–12, 14–15; POKEVA 2007–2009, 5. Hakupäivä 1.4.2014.) Haasteellisen käyttäytymisen kohtaamisessa hoitajan toimintaa kuitenkin rajaa, valvoo ja säätelee erilaiset suositukset, lait sekä ammattikohtaiset käyttäytymisohjeet. Terveydenhuollon väkivaltatilanteiden toimintamallitkaan eivät välttämättä ole toimivia, jos haasteellisen käyttäytymisen riskitekijöitä ei tunnisteta tai niihin ei suhtauduta tarvittavalla vakavuudella. Paljolti hoitajan vaikuttamisen keinoina haasteellisissa tilanteissa katsotaan olevan vuorovaikutus muun muassa keskustelun ja rauhoittelun keinoin, avun hälyttäminen tai poistuminen tilanteen kärjistyessä fyysiseen hyökkäykseen. Ainoastaan päällekkäustilanteessa hoitaja voi hätävarjelun nimissä harkita voimankäyttöä tai apuvälineitä. (Kaarne & Miettinen 2008, 271–272, 279.)

5.1 Rajoittaminen

Suomen perustuslain (1999/731) mukaan potilaan henkilökohtaista vapautta voi rajoittaa ainoastaan silloin, kun rajoittaminen perustuu lakiin eikä se ole mielivaltaista. Potilaan rajoittaminen tulee olla aina tarkkaan harkittua ja viimeinen keino selvittää haastavasta tilanteesta. Useiden tutkimusten mukaan, hoitohenkilökunta pyrki potilaan rajoittamisella turvallisuuden lisäämiseen, ympäristön turvaamiseen sekä erilaisiin hoitotoimenpiteisiin mahdollistamiseen erilaisilla rajoittamistoimenpiteillä. (Saarnio 2009, 15–16; Pilli 2009, 122–126.)

Hoitotyössä potilaan rajoittamista on useanlaista, se voi olla esimerkiksi psyykkistä, mekaanista, teknologista, kemiallista ja fyysistä rajoittamista. Psyykkisiä rajoitteita ovat muun muassa, kun hoitaja sanelee, mitä saa tehdä ja mitä ei, mekaanisia rajoitteita ovat liikkumista estävät laitteet esimerkiksi sängynlaidat, vyöt ja pöytälevyt, teknologisia rajoitteita ovat esimerkiksi valvontalaitteet ja kulun valvonta, kemiallisia rajoitteita ovat esimerkiksi potilaan lääkitseminen tarvittavilla lääkkeillä, joilla pyritään muuttamaan hänen käytöstään. Fyysisiä rajoitteita voivat olla toisen ihmisen liikkumisen estäminen tai pakottaminen hänet liikkumaan toiseen paikkaan. Ympäristöön

liittyvä rajoite tarkoittaa ympäristön suunnittelusta johtuvaa rajoittamista. Se estää henkilön vapaan liikkumisen esimerkiksi ovien automaattiset lukitukset. Lääketieteellinen rajoittaminen tarkoittaa esimerkiksi virtsakatetrin paikallaan pysymisen takia johtuvan potilaan toiminnan estämistä. (Savonia Ammattikorkeakoulu, hakupäivä 22.1.2014.)

Ikääntyneen laadukkaan hoidon tavoitteena on asiakaslähtöisyys, toimintakyky ja kuntoutumista edistävä toiminta, joka pohjautuu hoito- ja palvelusuunnitelmaan. Haasteellinen käyttäytyminen luo haasteita hoitohenkilökunnalle fyysisten rajoitteiden käytöstä varsinkin dementoituneiden henkilöiden hoidossa. Ikääntyneiden hoidossa, somaattisella puolella ei ole erityisesti lakiin säädettyä ohjetta fyysisten rajoitteiden käytöstä, toisin kuin esimerkiksi kehitysvamma- ja mielenterveyspotilaiden kohdalla. Sosiaali- ja terveysministeriössä valmistellaan parhaillaan uutta lakia itsemääräämisoikeudesta ja rajoitustoimenpiteiden käytöstä sosiaali- ja terveydenhuollossa. Lain tavoitteena on edistää itsemääräämisoikeutta sekä ehkäistä ennalta ja vähentää rajoitustoimenpiteiden käyttöä sosiaali- ja terveydenhuollossa. Lakiluonnoksessa painotetaan ennakollisia toimia kuten tilaratkaisut, henkilöstön perehdyttäminen ja täydennyskouluttaminen sekä itsemääräämistä tukevat työmenetelmät. Lain tavoitteena on luoda toimintatapa, jolloin itsemääräämisoikeutta rajoittavia toimenpiteitä tarvitsisi käyttää harvoin, ja niiden tulisi olla viimeinen keino hallita haastavaa käyttäytymistä sekä rajoittamistoimille pyritään luomaan yksityiskohtaiset laissa määritellyt edellytykset. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2014, hakupäivä 29.4.2014)

Tällä hetkellä löytyy kuitenkin julkaistuna erilaisia valtakunnallisia suosituksia muun muassa Terveydenhuollon oikeusturvakeskukselta (TEO) ja Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirastolta (VALVIRA). Näissä suosituksissa korostuvat jokaisen rajoittamistilanteen yksilöllinen arviointi, rajoitetun /omaisen kuuleminen, haittojen ja hyötyjen puntarointi, lääkäri päätöksentekijänä, asianmukaisten välineiden ja niiden käyttöohjeiden noudattaminen, hyvä dokumentointi potilasasiakirjoihin ja hoitajan toiminnan ohjaus. (Saarnio 2009, 16.) Fyysisen rajoittamisen jälkeen olisi hyvä käydä hoitohenkilökunnan ja asiakkaan/ potilaan kanssa yhdessä tapahtunut läpi ja purkamalla tilanne kunnolla keskustelemalla. Tässä käydään yhdessä läpi tapahtuma, kuunnellaan potilaan tuntemuksia, mietitään mikä meni hyvin ja mikä huonosti kiinnipitotilanteessa sekä tulevaisuutta ajatellen keskustellaan yhdessä, miten ehkä seuraavalla kerralla voisi aggression purkamisen kanavoidsa johonkin muuhun asiaan. Hyvä ja yksityiskohtainen kirjaus edistää potilaan hoidon suunnitelmallisuutta ja lisää hoidon vaikuttavuutta sekä edistää hoitohenkilökunnan oikeusturvaa. (Pilli 2009, 128.)

5.2 Rajoittamisen eettiset ja oikeudelliset näkökohdat

Jokaiselle Suomen kansalaiselle turvataan perustuslaissa (1999/731) perusoikeudet, johon kuuluu muun muassa yhdenvertaisuus, oikeus elämään, henkilökohtaiseen vapauteen ja koskemattomuuteen, liikkumisvapaus, yksityiselämän suoja, uskonnon- ja omantunnonvapaus, omaisuudensuoja, oikeus sosiaaliturvaan ja oikeusturvaan. Itsemääräämisoikeus on turvattua oikeutta henkilökohtaiseen vapauteen ja koskemattomuuteen. Joskus potilaan itsemääräämisoikeutta joudutaan kuitenkin rajoittamaan, tällöin rajoittamisen perusteina voivat olla muun muassa lääkärin määräys tai potilaan ymmärtämättömyys toimintansa seuraamuksista ja on täten vaaraksi itselleen, muille henkilöille tai ympäristölleen.

Sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädäntö on rajoitustoimenpiteiden käytön osalta osittain vanhentunutta. Esimerkiksi säännökset muistisairaiden hoitoon sekä somaattisen hoidon akuutti- ja päivystystilanteisiin liittyvistä rajoitustoimenpiteistä puuttuvat kokonaan. Potilaan rajoittamista somaattisessa hoidossa voidaan toteuttaa vain päihdehuoltolain (1986/41), tartuntatautilain (1986/583) ja kehitysvammaisten erityishuollosta (1977/519) annetun lain nojalla. Nämä lait soveltuvat vain joissakin tapauksissa somaattisessa hoidossa olevien potilaiden fyysiseen rajoittamiseen. Jos potilaan rajoittaminen ei perustu aiemmin mainittuihin lakeihin, potilaan fyysinen rajoittaminen on lainvastaista, perustuen perustuslakiin (1999/731) ja potilaan asemaa ja oikeuksia säätelevään lakiin (1992/785). (Sosiaali- ja terveysministeriö 2014, hakupäivä 29.4.2014.)

Mielenterveyslaki (1990/1116) säätelee mielenterveyspalveluissa käytettävästä tahdosta riippumattomasta hoidosta. Lastensuojelulaissa (2007/417) on määritelty tarkat pykälät lastensuojelulaitoksissa olevien lasten oikeuksien rajoittamisesta. Yhdistyneiden kansakuntien kansalaisoikeuksia ja poliittisiin oikeuksiin koskeva kansainvälinen yleissopimus (8/1976) sekä Euroopan ihmisoikeussopimus (63/1999) takaavat yksilölle oikeuden vapauteen, jos lakiin perustuvia syitä fyysiseen rajoittamiseen ei ole. Näiden edellä mainittujen lakien ja normien mukaan hoitohenkilökunnalla ei ole oikeutta rajoittaa fyysisesti potilasta, jos rajoittaminen ei perustu hoitotyössä perustuviin lakeihin. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2014, hakupäivä 29.4.2014.)

5.3 Rajoittamisen turvallisuusnäkökohdat

Fyysinen rajoittaminen pitää aina sisällään riskejä, jossa vaarantuu potilas turvallisuus. Siksi työyksikössä tulee olla selkeät ohjeet rajoittamiselle ja henkilökunnan tulee hallita elvytystaidot. Rajoittamisen jälkeen kirjataan tapahtunut potilasasiakirjoihin ja raportoidaan tapahtumisesta muille asiaan kuuluville henkilöille sekä tilanne käydään läpi yhdessä potilaan kanssa keskustelemalla. Fyysisen kiinnipidon jälkeen tulee potilasta seurata ja valvoa tiiviisti, jotta mahdolliset potilaalle tulleet haittavaikutukset tulisi hoitohenkilökunnan tietoon mahdollisimman pian. (Savonia ammattikorkeakoulu. Hakupäivä 22.1.2014; Pilli 2009, 126–129; Saarnio 2009. 15–16.)

Hoitohenkilökunnan tulee ottaa huomioon potilasturvallisuus kaikissa haasteellisten tilanteiden hallinnassa, erityisesti jos joudutaan käyttämään erilaisia rajoittamistoimenpiteitä. Potilasturvallisuus tarkoittaa yksilöiden ja organisaation periaatteita ja toimintoja, joiden tarkoituksena on varmistaa hoidon turvallisuus ja estää potilasta vahingoittumasta. Potilaan näkökulmasta potilasturvallisuus tarkoittaa potilaan hoitoa oikeaan aikaan, oikeassa paikassa, oikealla tavalla ja hoidosta aiheutuu potilaalle mahdollisimman vähän haittaa. Potilasturvallisuuteen kuuluu hoidon turvallisuus, johon kuuluvat esimerkiksi hoitomenetelmien ja hoitamisen turvallisuus, lääkehoidon turvallisuus esimerkiksi lääkkeiden ja lääkityksen turvallisuus sekä lääkinnällisten laitteiden turvallisuus esimerkiksi laitteiden turvallisuus ja niiden käytön turvallisuus. (Terveys- ja hyvinvoinninlaitos 2014, hakupäivä 6.2.2014.)

Potilasturvallisuuden takaamiseksi, työpaikalla työnantajan velvollisuuksiin kuuluu työturvallisuuslain (2002/738) mukaan henkilökunnan kouluttaminen ja työtehtäviin perehdyttäminen, vaaratilanteisiin ennakoidulla täytyy laatia ohjeet vaaratilanteita varten sekä valvoa niiden toimivuutta työyhteisössä. Myös työympäristön järjestäminen turvalliseksi kuuluu työnantajan velvollisuuksiin esimerkiksi poistumisteiden, hälytysjärjestelmien ja tilajärjestyksen avulla. Saarnion (2009, 291 -292) mukaan työnantajan huolehtiessa työturvallisuudesta ja henkilökunnan noudattaessa ohjeita, potilasturvallisuus, hoitoyhteisön työilmapiiri ja potilaalle annettavan hoidon laatu paranee. Turvallisessa ympäristössä työskennellessä organisaation kustannukset pienevät, organisaation ja yhteiskunnan tuottavuus nousee sekä hoitotyöntekijän työhyvinvointi paranee, jolloin hoitohenkilökunta on sitoutuneempi työhönsä.

Työsuojelu on myös lakisääteistä ja sen perustehtäviin kuuluu työntekijöiden turvallisuuden ylläpitäminen ja edistäminen. Työsuojelu on työpaikalla jokapäiväistä toimintaa, johtamista,

esimiestyötä, työsuorituksia ja suunnittelua. Pääperiaatteita ovat ennaltaehkäisy, kokonaisvaltaisuus, yhteistoiminta ja ongelmien hoito niiden syntypaikassa eli työpaikoilla, työympäristöissä. (Antikainen-Juntunen 2007, 12.)

5.4 Rajoittamisessa huomioitavia asioita

Haasteellisen käyttäytymisen hallinnassa on tarpeen tunnistaa ja tietää seikkoja, jotka ovat erittäin tärkeitä niin kiinnipidettävän kuin kiinnipitäjän turvallisuuden kannalta. Rajoittamisessa tulisi aina muistaa huomioida potilaan kokonaisvaltainen fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen hyvinvointi. (Savonia ammattikorkeakoulu, hakupäivä 22.1.2014.)

Kiinnipidon aikana tulee turvata ja tarkkailla potilaan elintoimintoja, joista näkyvimpiä ovat muun muassa hengitystiheys ja hikoilu tai tunnustelemalla saatavaa tietoutta potilaan voinnista esimerkiksi syke ja verenpaine. Kiinnipito-otteet ja -asennot tulee huomioida niin, ettei verenkierto esty raajoihin. Verenkierron tilaa voidaan arvioida muun muassa ihon kuntoa, väriä ja turvotuksia seuraamalla tai turvaamalla sitä esimerkiksi potilaan liikkumisen sallivilla otteilla. Hengityksen kannalta potilaan rintakehän ja selän alueelle ei tule missään tapauksessa tuottaa painetta. Turvallisimmin kiinnipittäminen sujuu istuallaan, jossa edellä mainitut seikat tulevat parhaiten huomioituksi. (Savonia ammattikorkeakoulu, hakupäivä 22.1.2014.)

Haasteellisten tilanteiden hallinnassa tulee varautua myös erilaisiin potilaan terveydentilasta tai kiinnipidosta johtuviin vammoihin tai jopa menehtymisiin. Väkivaltaisen käyttäytymisen voimakkuudesta ja laajuudesta riippuen, kiinnipitotilanteissa voi seurata fyysisiä vammoja muun muassa naarmuja, mustelmia, nyrjähdyksiä ja murtumia. Tai haasteellinen käyttäytyminen on kehittynyt niin pitkälle, että ihmisen luontaiset vietit ottavat vallan ja katekoloamiinimyrskyn (rasitus sydämelle) seurauksena ”taistellaan” kuolemaan asti. Potilaan terveydentilasta tai lääkityksistä voi seurata sydänpysähdys tai embolioita, kiinnipitoasento voi lamata hengitystä ja johtaa asphyxiaan tai edesauttaa muun muassa tukehtumista oksennukseen. Kiinnipidon turvallisuuteen vaikuttavat myös taskuissa olevat esineet. (Savonia ammattikorkeakoulu, hakupäivä 22.1.2014.)

Fyysisen rajoittamisen haasteellisuutta lisäävät erilaiset potilaan fysiikkaan ja terveydentilaan liittyvät tekijät. Päihtymys ja huumeiden käyttö aiheuttavat usein vaikeasti ennaltaehkäistäviä ja ympäristön turvallisuutta uhkaavia, vaarallisiakin tilanteita. Potilaan perussairaudet voivat usein olla haasteellisen käyttäytymisen laukaisijoina muun muassa verensokerin heilahtelut muuttavat niin mielialaa kuin käyttäytymistä tai johtavat kiinnipitotilanteissa arvaamattomiin seurauksiin

esimerkiksi astma-, epilepsia- ja sydänkohtaukseen. Tarttuvat veritaudit aiheuttavat myös omat ongelmansa haasteellisen tilanteen rauhoittamiseksi ja turvalliseen kiinnipitoon. Potilaan lääkitys tulisi huomioida haasteellista käyttäytymistä aiheuttavana tekijänä ja sen vaikutuksia kiinnipidon kannalta, esimerkiksi Marevan lääkitys lisää verenvuodon riskiä. Kiinnipito-otteiden turvallisuus korostuvat myös potilaan ollessa ikääntynyt, ylipainoinen tai raskaana. Erilaiset leikkausten tai sairauksien seurauksena syntyneet liikeratojen rajoittumat on tärkeitä huomioida potilaan fyysisten vammojen syntymisen ehkäisemiseksi kiinnipitotilanteissa. (Savonia ammattikorkeakoulu, hakupäivä 22.1.2014.)

5.5 Rajoittaminen ja ikääntynyt

Ikääntyneiden liikkumisen rajoittamisessa tulee muistaa, että sillä rajoitetaan yksilön henkilökohtaista vapautta ja koskemattomuutta. Somaattisesta sairaudesta kärsivän ikääntyneen vapauden rajoittamisesta ei ole tällä hetkellä laissa määriteltyjä tarkkoja säännöksiä. Suomen perustuslain mukaan yksilön henkilökohtaista vapautta saa rajoittaa vain, jos rajoittaminen perustuu lakiin eikä ole mielivaltaista. Sitomiseen ja rajoittamiseen liittyy aina vakaviakin terveysriskejä, jopa kuolleisuutta. Henkilökunnan tulee välttää ikääntyneen vapauden rajoittamista, ellei se ole täysin välttämätöntä. (ETENE 2008, 16.)

Joskus vapauden rajoittaminen voi olla tarpeen, esimerkiksi kun ikääntyneen oma turvallisuus vaarantuu vakavasti. Vapautta ei saa kuitenkaan rajoittaa, ennen kuin muut keinot on käytetty ja arvioitu riittämättömiksi. Päätöksen tulee olla aina perusteltua, potilaan tilan tarkkaan ja yksilölliseen arvioon pohjautuen. Päätöksen kuuluu tehdä potilasta hoitava lääkäri ja päätöksessä tulee tarkkaan punnita ikääntyneelle koituvat haitat ja hyödyt. Perusteltu päätös on myös kirjattava potilasasiakirjoihin selkeästi. Ikääntynyttä on valvottava rajoittamisen aikana riittävästi sekä rajoittaminen on lopetettava heti kun siihen ei enää ole aiheutta. (ETENE 2008, 16.)

Ikääntyneiden fyysisen rajoittamisen haittoina ovat olleet muun muassa toiminta- ja kävelykyvyn rapistuminen sekä agitaatio käyttäytyminen tai sen lisääntyminen. Jo kymmenen päivän vuodelepo aiheuttaa lihaskunnan rapistumista. Pitkittynyt rajoitteiden käyttö ikääntyneillä altistaa painehaavoille, kaatumisille, infektioille, inkontinenssille ja laskimoveritulpile. Se saattaa lisätä myös pitkittynyttä sairaalassa olo aikaa, pysyvään laitoshoitoon joutumiselle tai ennenaikaiselle kuolemalle. Sidotun potilaan valvomatta jättäminen saattaa altistaa ikääntyneen myös fyysisille tai psyykkisille vammoille. Liikkumisen rajoittaminen vähentää sosiaalista kanssa käymistä

ikäntyneen elämässä tai ikääntynyt joutua toisten ihmisten aggression kohteeksi. (Pitkänen 2010, 6–7.)

Ikääntyneen kiinnipitotilanteissa kommunikointia voi vaikeuttaa ja vääristää aistitoiminnoissa tapahtuneet muutokset, muun muassa kuulon ja näön heikentyminen. Tasapaino ikääntyneellä on usein heikentynyt sisäkorvan rappeutumisen ja lihassmassan vähenemisen myötä, jolloin näköaisti koetaan entistä tärkeämmäksi tasapainon säätelyssä. Tämä olisi hyvä huomioida myös haasteellisten tilanteiden turvallisessa hallinnassa, jotta välttyttäisiin muun muassa ikääntyneille kaatumisten seurauksena tyypillisiltä lonkkamurtumilta ja muilta vammoilta. (Tilvis 2010, 19–59, 301–306, 330.)

Luissa ja nivelissä tapahtuvat muutokset altistavat ikääntyneen niin ikään herkemmin erilaisille vammoille tai kivulle. Ikääntymiseen liittyvä osteoporoosi eli luiden haurastuminen sekä nivelten liikkuvuuden väheneminen on tärkeää huomioida kiinnipitotilanteissa. Tavallisimpia osteoporoottisia luunmurtumia ovat selkänikamien luhistumat, kylkiluiden ja ranteiden murtumat sekä reisiluun yläosan murtumat. Nivelvaivoissa ikääntyneellä voi ilmetä taas liikkumista vaikeuttavia haittoja esimerkiksi olka-, polvi- ja lonkkanivelessä. (Leirisalo-Repo 2010, 287–295; Tilvis 2010, 301–306.)

Ikääntymismuutokset vaikuttavat myös verenkiertoon ja hengitykseen. Sydämen toimintakyvyn heikentymisen myötä, alenevat myös ikääntyneen fyysinen suorituskyky ja stressin sietokyky. Hapenottokyvyn heikentymisen myötä kiinnipitotilanteissa voi esiintyä herkemmin hengenahdistusta tai rintakipua. Sydämen pumppaustehon alenemiseen liittyvä korkea verenpaine vaikuttaa niin ikääntyneen tasapainon hallintaan kuin sairauskohtausriskin nousuun. Hengityslihaksistossa ja keuhkoissa tapahtuvat muutokset puolestaan vaikuttavat ikääntyneen keuhkojen kapasiteettiin ja hengityksen riittävään tehoon. Tästä syystä kiinnipitotilanteissa on erityisen tärkeää huolehtia ikääntyneen hengityksestä. (Tilvis 2010, 34–37.)

Näkyvimmin ikääntymiseen liittyvät muutokset näkyvät ihossa: ihon kuivumisena, ohentumisena, ryppyinä, juonteina, pigmenttimuutoksina ja hiusten harmaantumisena. Ihossa tapahtuvien muutosten myötä ikääntyneen lämmönsäätely ja hieneritys heikentyy sekä ihon uusiutuminen hidastuu aineenvaihdunnan huonontumisen seurauksena, joka näkyy muun muassa haavojen parantuminen hidastumisena. Myös ikääntyneen lääkitys voi herkistää iholle syntyvien vaurioiden syntymistä, esimerkiksi Marevan-hoito lisää mustelmaherkkyyttä. (Kortekangas-Savolainen & Helander 2010, 277; Lääketietokeskus 2012, hakupäivä 28.4.2014.)

6 MAPA HAASTEELLISEN KÄYTTÄYTYMISEN HALLINNASSA

Väkivaltatilanteiden ratkaisumallit perustuivat alun perin reaktiiviseen toimintaan, jossa potilaan haasteellinen käyttäytyminen hoidettiin pelkästään työntekijän turvallisuuskohdista kumpuavien fyysisen rajoittamisen tai ympäristöstä eristämisen keinoin. Hoitokäytäntöjen ja kulttuurin muutostarpeiden myötä sekä erityisesti fyysisen rajoittamisen yhteydessä tapahtuneiden potilaiden menehtymisten vuoksi haasteellisen käyttäytymisen hallintaan haluttiin fyysisen rajoittamisen sijaan vaihtoehtoisia ja enemmän potilaan itsemääräämistä kunnioittavia hoidollisia keinoja. (Pilli 2009, 122–124.)

Nykyään haasteellista käyttäytymistä ei pidetä pelkästään potilaan persoonaan liittyvänä, vaan sen ymmärretään olevan monen tekijän summa. Näiden tekijöiden tunnistamisen kautta, haasteellista käyttäytymistä voidaan paremmin hallita ja jopa ennaltaehkäistä. Tästä syystä henkilökunnan riittävät valmiudet ja taidot aggressiivisen tai väkivaltaisen käyttäytymisen kohtaamiseen ovatkin ensisijaisen tärkeitä potilaan auttamisessa sekä molempien osapuolten turvallisuustekijöiden huomioimisessa. Väkivallan ennaltaehkäisy vaatii koulutusta. (Pilli 2009, 122, 125; Kaarne & Miettinen 2008, 281.)

6.1 MAPA – toimintamalli

MAPA tulee sanoista Management of Actual or Potential Aggression, joka suomennettuna tarkoittaa väkivaltatilanteiden ennaltaehkäisyä ja turvallista hoitoa. Sosiaali- ja terveystalalle kehitetty toiminta- ja koulutusmalli on lähtöisin Englannista, jossa sitä kehiteltiin yhteistyössä Keelen ja Wolverhamptonin yliopistojen sekä Cheddeltonin St Edwardin sairaalan ja Reasiden oikeuspsykiatrian klinikan kesken. (Pilli 2009, 125; Stirling & McHugh 1998, 503.)

MAPA-toimintamallilla haetaan ratkaisua väkivallan ennaltaehkäisyyn potilaan käyttäytymiseen vaikuttavin taidoin, johon muissa toimintamalleissa ei ole fyysisten rajoittamisen tekniikoiden kehittämisen myötä kiinnitetty tarvittavaa huomiota. MAPA-toimintamallin johtolankana pidetään potilaan näkökulman huomioimista keskeisimpänä tekijänä aggressiivikäyttäytymisen ratkaisemisessa. Potilaskeskeinen lähestymistapa kumpuaa paljolti MAPA-toimintamallin arvoperustasta, johon kuuluvat potilaan perusoikeuksien säilyminen, arvokkuus ja kunnioitus kohtaamisessa, yksilöllisyys, hyvän tekeminen, haittojen ja vaaran välttäminen, valinnanvapaus ja

vaikutusmahdollisuus, samanarvoisuus sekä alentavan ja epäinhimillisen kohtelun välttäminen. (Pilli 2009, 125; Stirling & McHugh 1998, 504–505.)

MAPA on tarkasti kontrolloitu ja sitä saa kouluttaa ainoastaan MAPA kouluttaja-koulutuksen hyväksytysti suorittanut henkilö, jolle MAPA-toimintamallia markkinoiva ja hallinnoiva maailmanlaajuinen CPI (Crisis Prevention Institute) organisaatio myöntää kouluttajalisenssin vuodeksi kerrallaan. Systemaattisesti ja hallitusti toteutettavalla koulutuksella tavoitellaan väkivaltatilanteiden toimintamallien yhtenäistämistä sekä haasteellisissa tilanteissa eettisten ja juridisten periaatteiden mukaisesti toimimisen niin hoitajan kuin potilaan kannalta. Kouluttajien MAPA taitoja ylläpidetään myös täydennys- ja päivityskoulutuksen avulla. (MAPA-Finland ry 2012, hakupäivä 15.1.2014; Pilli 2009, 125; CPI 2014, hakupäivä 29.4.2014.)

Fyysisen rajoittamisen malleja arvioiva British Institute of Learning Disabilities (BILD) -instituutti on lisäksi myöntänyt MAPA toimintamallille Physical Interventions Accreditation Scheme -kriteerien mukaisen tavoitellun tunnustuksen, joka varmistaa käytettyjen fyysisten rajoittamismenetelmien sekä koulutuksen laadun. Tarkasti arvioituna MAPA katsotaan täten olevan turvallinen ja eettisesti hyväksyttävä toimintamalli myös suomalaiseen terveydenhuoltoon. (Tölli, S., Marjala, M., Soldehed, S., Mäkelä, M. & Miettinen, P. 2014, hakupäivä 27.4.2014; British Institute of Learning Disabilities 2010, hakupäivä 29.4.2014.)

6.2 MAPA Suomessa

Suomessa käytössä olevat toimintatapamallit väkivaltatilanteiden varalle pohjautuvat pääsääntöisesti englantilaisten kehittämään MAPAan. Ensimmäinen hoitohenkilökuntaa väkivaltatilanteissa organisoidusti ja turvallisesti toimimaan kouluttava toimintamalli oli vuonna 1994 Kellokosken sairaalassa yhdessä Reaside klinikan kanssa kehitetty VETH, joka tarkoittaa väkivallan ehkäisyä ja turvallista hoitoa. Englannissakin vuonna 1999 kouluttautumassa käyneet sairaalan kouluttajat alkoivat kysynnän kasvaessa viedä VETH-toimintamallin koulutusta vuodesta 2001 lähtien myös muihin Suomen sairaaloihin sekä ammattikorkeakouluihin. Muita MAPA-toimintamalliin pohjautuvia menetelmiä ja koulutuksia ovat aggression hoidollinen hallinta (AHHA), hallittu terapeuttinen fyysinen rajoittaminen (HTFR) sekä hallittu fyysinen rajoittaminen (HFR). (Niiranen, J. 2012, 13; Luoto & Rantanen 2009, 19; Pilli 2009, 128–129.)

VETH-toimintamallin kouluttajien tavoitteena oli alusta pitäen yhtenäistää Suomen sosiaali- ja terveysalan väkivallan hallintakoulutukset sekä aikaansaada Suomeen ensimmäinen kansallinen

MAPA Finland-kouluttajakoulutus, joka toteutui vuonna 2005 Laurean ammattikorkeakoulussa yhteistyössä MAPAa hallinnoiman CPI:n englantilaisten kouluttajien kanssa. Vuonna 2008 Suomen eri sairaanhoitopiireissä toimi kouluttajakoulutuksen aloittamisesta yhteensä jo 35 MAPA-kouluttajaa. (Luoto & Rantanen 2009, 20; Pilli 2009, 129; Laurea-ammattikorkeakoulu 2013, hakupäivä 6.5.2014.)

MAPA – toimintamallin tehostetumpaa eteenpäin viemistä sekä sosiaali- ja terveystieteiden koulutusta ja toiminnan tarpeita vastaamaan perustettiin vuonna 2007 MAPA – Finland ry, jonka tarkoituksena on tehdä tunnetuksi MAPA – ideologiaa Suomessa, pitää yllä jäsen ja kannattajajäsen rekisteriä, valvoa MAPA – Finland kouluttajanimikkeen käyttöä ja koulutuksen sisältöä, sekä ylläpitää MAPA – kouluttaja rekisteriä ja parantaa kouluttamisen edellytyksiä muun muassa koulutustilaisuuksia järjestämällä sekä tiedottamisella. (Luoto & Rantanen 2009, 20; MAPA Finland ry 2012, hakupäivä 15.1.2014.)

6.3 MAPA menetelmänä

Toimintamallilla pyritään hoidon terapeuttisuuden ja turvatoimien tasapainoon, jota tuetaan muun muassa arvioimalla potilaan aggressiivisen tai väkivaltaisuuden riskiä: aggressiivisen käyttäytymisen historian ja siitä varoittavien merkkien sekä sopivien hallintakeinojen kartoittaminen tapahtuu yhteistyössä niin potilaan kuin hänen läheistensä kanssa. Yksilöllisen MAPA-hoitosuunnitelman avulla yhdenmukaistetaan tiedonsaantia potilaan hallintakeinojen kuin myös varomerkkien suhteen. MAPAssa painotetaan myös yksityiskohtaista potilaan hoidon kirjaamista, jonka tarkoituksena on edesauttaa niin hoidon suunnitelmallisuuden kuin myös vaikuttavuuden seuraamista ja huolehtia sekä potilaan että työntekijän oikeusturvasta. (Pilli 2009, 125, 128.)

Toimintamallin tavoitteena on potilaan aggressiivikäyttäytymisen ennaltaehkäiseminen ensisijaisesti hoidollisen kohtaamisen keinoin, jossa korostuvat erityisesti henkilökunnan tiedot, taidot, asenteet sekä ympäristön hoidollisuus. Hoidollisuudella tarkoitetaan potilaan omaehtoista aggression hallinnan tukemista keskustelun, ympäristön rauhoittamisen ja tilan antamisen kautta. MAPAssa fyysistä väliintuloa pidetään äärimmäisenä haasteellisen käyttäytymisen hallintamuotona, johon tulee turvautua ainoastaan vaihtoehtoisten keinojen ollessa riittämättömiä tai potilaan käyttäytyminen vaikuttaa kohdentuvan vahingollisesti itseen tai muihin. (Pilli 2009, 125.)

6.3.1 Vuorovaikutus

MAPA-koulutuksen kiinnittämisen toimintatavat pohjautuvat lasten hoitoyksiköissä kehitettyyn terapeuttiseen kiinnipitoon (holding) ja tästä edelleen kehitettyyn de-eskalaatiomalliin. De-eskalaatiolla tarkoitetaan tietoisesti käytettyjä verbaalisia ja non-verbaalisia vuorovaikutustaitoja, joilla pyritään ennakoivasti hillitsemään potilaan haasteelliseksi kehkeytyvää käyttäytymistä. Näitä taitoja ovat neuvottelemineen, ongelmanratkaisun ja merkityksen hakeminen potilasta kuunnellen sekä potilaan itsemääräämisoikeuden huomioimisen kautta annettava kaikkia osapuolia turvaava ratkaisuvaihtoehto. (Pilli 2009, 126.)

De-eskalaatiomallin tavoitteena on hoitaa potilasta aggressiivisen käyttäytymisen tilanteessa vähiten rajoittavalla tavalla ja vähiten rajoittavassa ympäristössä, suunnata huomio vuorovaikutuksen keinoin kiihtymystä vähentävään toimintaan sekä auttaa potilasta kiihtymystä aiheuttavasta olotilasta itsensä hallintaan. (Pilli 2009, 126.) Tämä vaatii erityistä ammattitaitoa henkilökunnan taholta, sillä ongelmallinen vuorovaikutussuhde tai vuorovaikutuksen puutteellisuus ovat keskeisimpiä aggression tai väkivaltaisen käyttäytymisen syntymiseen vaikuttavia tekijöitä. (Kaarne & Miettinen 2008, 272–273).

MAPA-toimintamallissa koulutetaan tunnistamaan potilaan olotilan ymmärtämiseksi tai itse hoitotilanteessa tiettyjä vuorovaikutuksen lainalaisuuksia, joiden tietämys auttavat ennaltaehkäisemään haasteellisen tilanteen syntymistä tai pahenemista. Näihin kuuluvat muun muassa henkilökohtaisen reviirin eli etäisyyden huomioiminen toiseen ihmiseen sekä verbaalinen ja non-verbaalinen viestintä. Erityisesti jälkimmäisen viestintämuodon tietoinen hallitseminen haasteellisen käyttäytymisen tilanteissa tärkeää, koska eleillä, ilmeillä, asennoilla sekä äänenpainoilla ja -sävyillä on ratkaisevampi merkitys kuin sanoilla kiihtyneen potilaan kohtaamisessa kuin myös väkivaltaisen käytöksen ennakoimisessa. (Kaarne & Miettinen 2008, 273–278.)

6.3.2 Fyysinen väliintulo

Vuorovaikutuksellisten keinojen ollessa riittämättömät haasteellisen käyttäytymisen hallitsemiseksi, de-eskalaatiomallin viimeisenä vaihtoehtona pidetään vähintään kahden hoitajan tekemää suunnitelmallista ja mahdollisimman hallittua fyysistä väliintuloa. Vähimmillään se on pelkästään koskettamista, jatkuessaan potilaan liikkumisen rajoittamista tai liikkumisen hallitsemista kehon luonnollisia liikeratoja hyödyntävien fyysisin, kipua tuottamattomin ottein.

Menettelyn ensisijaisena tavoitteena on estää potilasta vahingoittamasta itseään tai muita sekä säilyttää vastavuoroinen potilas-työntekijä vuorovaikutussuhde. (Pilli 2009, 126.)

MAPAssa hoidollisella rajoittamisella ei pyritä vastaamaan potilaan aggressiiviseen käyttäytymiseen, vaan tavoitteena on tukea antava vuorovaikutus potilaan kanssa. Fyysisen rajoittamisen tilanteessa potilaasta kiinnipitävät eivät kommunikoi muulla tavoin kuin kosketuksellaan, tilannetta johtava puolestaan ohjaa tilannetta potilaan kanssa kommunikoiden ja toisia tarvittaessa avustaan. Näin toimien sallitaan potilaalle tuntemuksiensa purkamisen ja mahdollistaa kiihtymyksen taustalla olevien tekijöiden selvittämisen turvallisella ja hallitulla tavalla. MAPAssa hoidollinen kiinnipito sekä vastavuoroinen kommunikointi on keino ilmaista potilaalle välittämistä, turvaa ja tukea. (Pilli 2009, 126–127.)

Fyysinen rajoittaminen päätetään osapuolten välisessä yhteisymmärryksessä potilaan kyetessä hallitsemaan käyttäytymistään niin, ettei se ole vahingollista hänelle itselleen tai muille. MAPAssa haasteellisten tilanteiden päätyttyä, niiden läpikäynti yhdessä potilaan ja henkilökunnan kesken on olennainen haasteellisen käyttäytymisen käsittelyä ja hallintaa tukeva keino. Tilanteiden purkamisen kautta autetaan potilasta omien tuntemusten läpikäymisessä sekä tuetaan löytämään vaihtoehtoisia keinoja käsitellä sekä hallita jatkossa haasteellista käyttäytymistään, henkilökunnalle tilanteiden läpikäynti puolestaan varmentaa potilaan yksilöllisen hoitosuunnitelman linjauksia vahvistaen ammatillisuutta sekä tukee työssä jaksamista. (Pilli 2009, 128.)

6.4 MAPA ikääntyneiden hoidon tukena

Hyvän ikääntymisen kehittämissympäristö Sonectus-hanke on 31.5.2014 asti kestävä Oulun Eteläisen alueen ikääntyneiden palveluita kehittävä hanke, joka on suunnattu ikäihmisille palveluita tuottavien kuntien ja kuntayhtymien sosiaali- ja terveydenhuollon sekä liikunta- ja kulttuuripalvelujen työyhteisöille. Hankkeen tarkoituksena on tuottaa ja soveltaa hyviksi koettuja käytäntöjä ja toimintamalleja ikääntyneiden palveluihin aluekohtaisten kehittämiskohteiden sekä vahvistaa osaamista työelämän kehittämistarpeiden kautta. Sonectus-hankkeen aikana onkin runsaasti järjestetty erilaisia koulutuksia ikäihmisten parissa työskenteleville, erityisesti muistisairaiden asiakkaiden hoitoon on toivottu täydennyskoulutusta ja työn kehittämistä. (Sonectus 2009, hakupäivä 15.1.2014)

Osana palveluiden kehittämistä Sonectus-hankkeessa tarjottiin täydennyskoulutusta haasteellisesti käyttäytyvän asiakkaan kohtaamiseen pilotoimalla MAPA-toimintamallia kahteen

dementiayksikköön Pyhääntään ja Sieviin. Ikääntyneiden muistisairaiden haasteellisen käyttäytymisen hallintaan kokeiltavan MAPA-toimintamallin koulutuksen tavoitteena oli antaa muistisairaiden parissa työskenteleville käytännössä tarvittavia valmiuksia ja taitoja, joiden avulla voidaan muun muassa helpottaa työn sujuvuutta sekä parantaa vanhuksen elämänlaatua huomioimalla niin potilas-, työ- kuin ympäristön turvallisuus. Pilottikoulutuksen vetäjänä yksiköissä on toiminut Oulun ammattikorkeakoulun Oulaisten yksikön terveystieteiden maisteri Sirpa Tölli, joka on yksi Suomen MAPA-toimintamallin kouluttajista ja MAPA Finland ry hallituksen jäsen. (Sonectus 2009, hakupäivä 15.1.2014; MAPA-Finland ry, hakupäivä 15.1.2013.)

Koulutuksen päättyessä työntekijät vastasivat kyselylomakkeeseen, jossa kartoitettiin lisäkoulutuksen tarve haasteellisen käyttäytymisen kohtaamiseen sekä pyydettiin arvioimaan toteutuneen koulutuksen sisältöä ja hyödynnettävyyttä omassa työssä. Saaduissa vastauksissa MAPA koettiin turvalliseksi ja potilasta vahingoittamattomaksi menetelmäksi, koska se ei perustu voimankäyttöön. Työntekijät kokivat erityisen hyödyllisiksi irtaantumistekniikoiden lisäksi potilaan kuljettamisesta helpottavat tekniikat. Lisäksi MAPA tarjosi mahdollisuuden levottoman ja vaeltelevan potilaan lääkkeettömään rauhoittamiseen. Kaikki vastaajat arvioivat myös jatkossa hyödyntävänsä MAPA-tekniikoita työssään muistisairaiden kanssa. Saadun palautteen valossa MAPA-toimintamalli koettiin myönteisenä keinona kohdata muistisairaana haasteellista käyttäytymistä, sillä koulutuksen koettiin lisäävän varmuutta haasteellisten tilanteiden turvalliseen hallintaan ja paransi työssä jaksamista. (Sonectus hanketiedote 6/2013, hakupäivä 31.3.2014; Marjala & Tölli 2013, 38.)

7 MAPA-OPPAAN JA -JULISTEEN TOTEUTUS PROJEKTITYÖNÄ

Sana projekti (englanniksi project, saksaksi Projekt) on lähtöisin latinan sanasta projectum, joka tarkoittaa ”esiin heitetty”. Tällä voidaan tarkoittaa jotain edessämme olevaa, kehitysideoita ajatuksiin nostattavaa ja ratkaisun hakemista niihin (Koskela 2006, 6. Hakupäivä 16.3.2014). Sivistyssanakirjan mukaan projekti tarkoittaa hanketta, työtä, suunnitelmaa tai asiaa työstävää liittoutumaa (Suomisanakirja. fi, hakupäivä 16.3.2014). Ruuskan (2012, 19) määritelmän mukaan ”projekti on joukko ihmisiä ja muita resursseja, jotka on tilapäisesti koottu yhteen suorittamaan tiettyä tehtävää”.

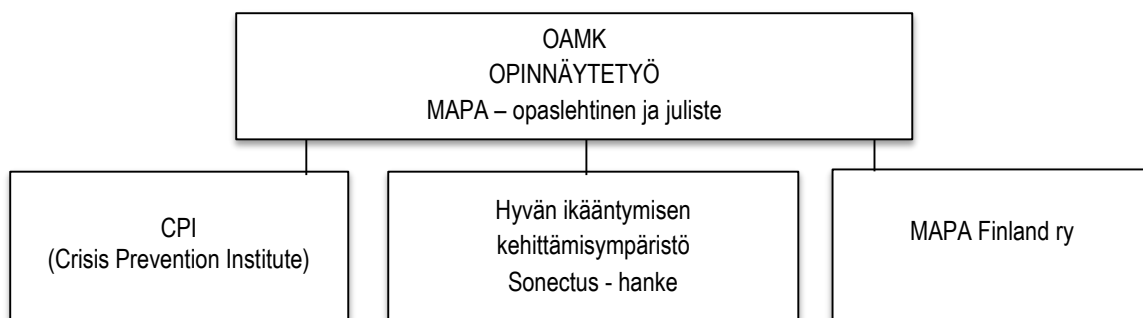
7.1 Ideasta projektiksi

Projekti on siis kertaluonteinen työ, jonka tavoitteena on saada aikaan ainutkertainen tuote, palvelu tai tulos (Projekti-Instituutti, hakupäivä 16.3.2014). Projektityöskentely soveltuu erityisesti suunniteltaessa jotain ennen tekemätöntä, haasteellista tai yli tiettyjen toimintarajojen ulottavaa toimintaa, sillä projektin tarkoituksena on yleensä luoda uutta ja hakea muutosta (Viirkorpi 2000, 7–9). Projektin toteuttamisessa tärkeää on myös huomioida hankkeeseen osallistuvien ja tulosten kohteena olevien sidosryhmien osallisuuden vahvistaminen projektin suunnittelun ja päätöksenteon kautta jo hankevalmistelun alusta lähtien. (Silfverberg 2007, 5).

Projekti on myös tilaustyö, jonka lopputulos palvelee asiakasta. Projektin asiakaslähtöinen suunnittelu tarkoittaa projektin osallisten kartoittamista, joka voidaan toteuttaa esimerkiksi koostamalla niin sanottuun osalliskarttaan keskeisimmät projektiin liittyvät tahot. Tämä auttaa tarkentamaan keille projektin tuotokset varsinaisesti kohdennetaan, sekä projektin eri tahojen priorisointia eli tärkeysjärjestystä. Priorisointi on välttämätöntä, sillä sen ansiosta projekti rajautuu ja tehostuu. (Ruuska 2012, 162 - 163; Viirkorpi 2000, 19.)

Idea opinnäytetyöhöemme syntyi keväällä 2013 opintojemme valinnaisella Työväkivallan kohtaaminen-opintojaksolla, jossa kuulumme Hyvän ikääntymisen kehittämissympäristö Sonectus-pilottihankkeen myötä syntyneestä MAPA-toimintamallin suomenkielisen potilasohjausmateriaalin tarpeesta. Sovimme opinnäytetyön aiheen ohjaavien opettajien kanssa alustavasti keväällä 2013 ja solmimme syyskuussa 2013 CPI Europe edustajien kanssa yhteistyösopimuksen organisaation MAPA-opaslehtisen ja -julisteen kehittämisestä suomalaisen hoitotyöhön soveltuvaksi

potilasohjausmateriaaliksi. Tuotteiden kehittämisessä oli mahdollista hyödyntää myös MAPA-Finland ry:n asiantuntemusta. (Kuvio 3.)



KUVIO 3. Projektityöhömmme liittyviä tahoja

Koska tarkoituksenamme on kehittää englantilaisen CPI organisaation MAPA-potilasohjausmateriaalista suomalaiseen hoitotyön tarpeisiin soveltuva uusi tuote, päädyimme toteuttamaan prosessin tuotekehitysprojektina. Projektin tuotoksien kehittelyn tärkein lähtökohta oli dementiayksiköiden suomenkielisen MAPA-potilasohjausmateriaalin tarve, mutta yhtä tärkeä oli myös ajatus materiaalin hyödynnettävyydestä muissa yhteyksissä.

7.2 Projektin tarkoitus, tavoite ja kohderyhmä

Opinnäytetyön tarkoituksena on tehdä suomenkielistä MAPA-potilasohjausmateriaalia: MAPA-opaslehtinen ja -juliste. Opinnäytetyöstämme tulevat hyötymään MAPA-toimintamallia Suomessa hallinnoiva MAPA-Finland ry, MAPA kouluttajat, MAPAn käyttöön koulutetut sekä MAPAsta tietoa haluavat henkilöt. Opinnäytetyömme tavoitteena on lisätä ja jakaa MAPA tietoutta ja ikääntyneiden haasteellisen käyttäytymisen hallinnassa huomioitavia seikkoja, josta jälkimmäisestä olemme lisäksi koostaneet erillisen hoitohenkilökunnan käyttöön tulevan ikääntyneiden rajoittamisessa huomioitavista asioista sisältävän koosteen. Tavoitteenamme oli myös nostaa esiin koulutuksen tärkeyttä haasteellisen käyttäytymisen turvallisesti hallitsemiseksi ja MAPA-toimintamallin monipuolista hyödynnettävyyttä eri ikäryhmissä. Viimeisimpänä, mutta ei suinkaan vähäisimpänä, asetimme lisäksi tavoitteeksemme oppimisen projektityöskentelystä.

Projektin aloittamisen taustalla on usein ympäristöstä kumpuava tarve, jota projektityöskentelyn kautta pyritään ratkaisemaan kehittämällä entistä tai keksimällä uutta (Viirkorpi 2000, 6). Puhutaan niin sanotusta projektin tarvelähtöisyydestä, jossa työn aloittamisen lähtökohdaksi otetaan

esimerkiksi tietyn ryhmän itsensä kokemat ja priorisoimat uudet mahdollisuudet tai ongelmat. Mikäli kehitystarpeille todetaan selkeä tarve ja kannattavuus, voidaan niiden pohjalta asettaa projekti. (Silfverberg 2007, 5.) Sonectus-hankkeen kehityskohteina olleiden kahden dementiayksikön MAPA-toimintamallin pilotoinnin yhteydessä esiin nousi tarve suomenkieliselle MAPA-potilasohjausmateriaalille, jota ei ollut lainkaan saatavilla. Tähän tarpeeseen pyrimme projektityöllämme vastaamaan, sillä kehittelemämme tuotteet tulevat helpottamaan sosiaali- ja terveydenhuollon aloilla MAPA-toimintamallin ohjaamista sekä MAPA tietouden välittämistä ja levittämistä.

Työskentelyn tavoitteellisuuden saavuttamiseksi projektin johtoajatus on tärkeä, sillä se ohjaa koko prosessin etenemistä: lähteiden etsintää, teorian valintaa, aineiston hankintaa ja lopputuloksen arviointia. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 66–70.) Vaikka opinnäytetyön kohderyhmäksi muotoutuikin Sonectukseen liittyen haasteellisesti käyttäytyvät muistisairaat ikääntyneet sekä dementiayksiköiden henkilökunta, tavoitteenamme oli työssämme osoittaa myös MAPA-toimintamallin monipuolista hyödynnettävyyttä sekä hoitohenkilökunnan koulutuksen tärkeyttä haasteellisen käyttäytymisen hallinnassa. Olemme koostaneet opinnäytetyön teoreettisen viitekehyksen tutkimalla perusteellisesti ikääntymiseen liittyviä asioita, haasteellista käyttäytymistä ja ikääntyneiden haasteellisen käyttäytymisen liittyviä syitä ja muotoja, sekä haasteellisen käyttäytymisen kohtaamista hoitajan näkökulmasta, että dementiayksiköiden työntekijöiden kokemuksia MAPA:sta.

Laajan pohjatietouden kautta koemme voivamme teoreettiseen tietoon ja tutkimustuloksiin viitata täten perustellusti osoittaa haasteellisen käyttäytymisen hallinnassa huomioitavien asioiden laajuuden ja koulutuksen tärkeyttä niin työ- kuin potilasturvallisuutta ajatellen. Lasten sekä psyykkisesti sairaiden hoidossa ja nyt Sonectus-hankkeen myötä dementiayksiköissä pilotoidun MAPA-toimintamallin yksilöllisyyttä, vuorovaikutuksellisuutta ja turvallisuutta korostavaa hoitoa voidaan hoitohenkilöstön käyttökokemuksiin viitata hyödyntää monille eri toimialoille kuin myös eri ikäryhmille. Projektia voidaan siis pitää eräänlaisena tuotantoprosessina, jonka onnistunut lopputulos on riippuvainen pohjatyön perusteellisyydestä: kohderyhmän tarpeita ja taustoja tutkimalla projektityöllä saavutetaan tehokasta ja oikeanlaista toimintaa tuottamaan toivottuja tuloksia (Viirkorpi 2000, 11).

7.3 Projektin riskien arviointi

Projektityöskentelyssä ilmenevät ongelmat liittyvät harvemmin tekniikkaan, työvälineisiin tai lopputuotteeseen, vaan ne ovat pääsääntöisesti seurausta projektin huonosta hallinnasta. Ongelmia aiheuttavat muun muassa projektin puutteellinen alkuvalmistelu ja suunnittelu, jossa projektin onnistumisen kannalta olennaisia esiselvityksiä ei ole punnittu tarvittavalla vakavuudella. Erityisen merkityksellistä projektin läpiviemisessä on selkeä tavoitteiden sekä vastuualueiden rajausta, kustannusten hallinta, aikataulun pitävyys, kokemus projektityöskentelystä sekä viestinnän tehokkuus. (Ruuska 2012, 41–53.)

Projektin suunnitteluvaiheessa arvelimme ongelmia esiintyvän projektityöskentelyn aiemman kokemuksen puutteesta sekä tuotteiden kehittelyn suhteen, jotka vaikuttivat selvemmin juuri projektin läpiviemisen rajauksiin. Pyrimme ennakoimaan näitä riskejä väljähköllä aikataulutuksella ja välitavoitteiden asettamisilla. Arvioidessamme projektista aiheutuvia kustannuksia päädyimme projektityösopimuksessamme luovuttamaan taloudelliset tekijänoikeudet kokonaan opinnäytetyön toimeksiantajalle CPI:lle, jonka tuotteiden pohjalta kehitämme suomenkielistä potilasohjausmateriaalia. Vastavuoroisesti saimme hyödyntää kustannuksitta yhteistyötahoamme, CPI:n asiantuntemusta ja suunnitteluapua tuotteen kehittämissä vaiheissa sekä itse tuotteen valmistuksessa. Projektityöskentelyssämme olemme myös pyrkineet huomioimaan kustannusten lisäksi ekologisiksi näkökohtia hyödyntämällä sähköistä viestintää ja dokumentointia mahdollisuuksien rajoissa.

Kaikesta suunnittelusta huolimatta merkittävimmin projektin läpiviemisessä on näkynyt kokemattomuus projektityöskentelystä, joka ilmeni selkeiden vastuualueiden ja aiheen rajausten häilyväisyytenä: muun muassa prosessin kirjallisen osuuden valmistelu eteni suunniteltua epätasaisemmin ja pääprojektin ohessa tapahtui pienempien lisätöiden valmistelua. Myös aikataulujen yhteensovittaminen sekä välimatkat tuottivat toisinaan ongelmia, jolloin ainoa järkevä, muttei aina kattavin viestintämuoto on ollut sähköposti muun muassa projektin ohjauksen suhteen. Projektin etenemiseen ovat lisäksi vaikuttaneet töiden päällekkäisyydet, alkuperäiseen suunnitelmaan kuulumattomat, ennakoimattomat ongelmat ja niistä kertautuneet aikataulliset sekä työnjaolliset ongelmat.

7.4 Projektin työnjako ja tiedottaminen

Projektilla pitää aina olla organisaatio, jossa osapuolten roolit ja vastuu on selvästi määritelty (Silfverberg 2007, 48–49). Projektioorganisaation koko on riippuvainen toimeksiannon laajuudesta ja luonteesta sekä myös projektin ja perusorganisaation suhteesta, pääsääntöisesti organisaatio olisi hallittavuuden kannalta hyvä pitää matalana. (Ruuska 2012, 126–129.) Projektissa ei ole kuitenkaan perinteisessä mielessä esimiehiä eikä alaisia - vain joukko tehtäviä, joita hoitavat kunkin erityisalueen asiantuntijat: projektipäälliköllä on yleensä vastuu projektin toiminnasta ja tavoitteiden saavuttamisesta, mutta itse projektiryhmän toiminta on kuitenkin itsenäistä päätöksentekoa ja asiantuntijoiden välistä kiinteää yhteistyötä. Projektipäällikkö raportoi säännöllisesti perusorganisaation perustamalle johtoryhmälle, jota usein kutsutaan myös ohjausryhmäksi tai valvontaryhmäksi. Johtoryhmän tehtävänä on seurata projektin etenemistä, aikataulua, kustannuksia ja voimavarojen käyttöä sekä tehdä tarvittaessa niihin liittyä päätöksiä. (Ruuska 2012, 126–129, 144; Viirkorpi 2000, 31–30.)

Projektioorganisaatiomme pidettiin kevyehkönä koostuen tekijöistä, ohjaavista opettajista ja toimeksiantajasta. Projektityön alussa emme työnjaollisesti sopineet mitään selkeitä rajauksia, vaan opinnäytetyötä oli tarkoitus työstää sekä itsenäisesti että yhdessä. Projektin edetessä oli kuitenkin selvempää keskittää tiettyjä osa-alueita muun muassa dokumentointia, jotta työskentely pysyisi mahdollisimman tehokkaana ja kokonaisuus hallittavana. Prosessin etenemisen kannalta koimme erityisen arvokkaaksi projektia valvovien ja työskentelyä ohjaavien opettajien antaman tuen, joka motivoi saavuttamaan projektille asetetut tavoitteet.

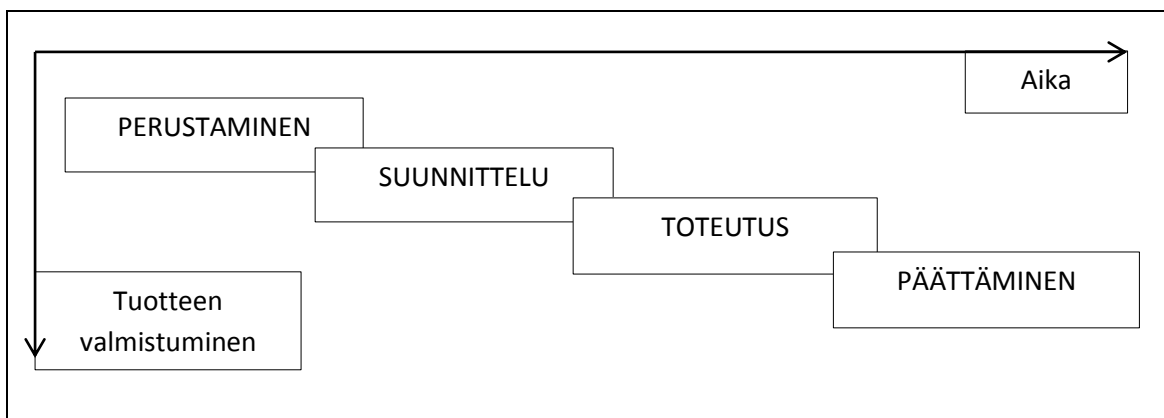
Projektityöskentelyn elinehtona pidetään myös hyvää vuorovaikutusta eri tahojen ja toimijoiden kanssa. (Viirkorpi 2000, 20). Toimiakseen projekti tarvitsee tehokkaan viestintäjärjestelmän, sillä viestintä on projektia johtava tekijä, joka liittää ulkoisen ja sisäisen viestinnän keinoin projektin palaset toisiinsa ja koko projektin toimintaympäristöönsä. Viestinnän tavoitteena on tukea toimintaa, informoida, perehdyttää ja olla vuorovaikutuksessa. (Ruuska 2012, 83, 85–86.) Viestinnän kieli, keinot ja kanavat vaihtelevat viestin kohteen sekä annettavan tiedon laadun mukaan. Tästä syystä projektille tulisi alussa laatia selkeä raportointi- ja tiedotussuunnitelma, jossa määritellään tärkeimmät tiedotettavat tahot, tiedotettavat asiat, menettelytavat, aikataulu sekä vastuuhenkilöt. (Silfverberg 2007, 53–54.)

Opinnäytetyön etenemisen tiedottaminen ja arviointi tapahtuivat etukäteen sovituissa työpajoissa sekä välimatkojen että aikataulullisten syiden vuoksi myös sähköpostitse. Kiireellisissä asioissa

viestintä tapahtui mahdollisuuksien mukaan joko henkilökohtaisella tapaamisella tai puhelimitse. Tiedottamisessa huomioitiin erityisesti yhteistyötahojen vastuuhenkilöt sekä riittävä tietomäärä, jotta viestinnällä vältyttäisiin tietokatkoksilta tai epäselvyyksiltä ja näin turvattaisiin tehokas projektin eteenpäin vieminen.

7.5 Projektin eteneminen

Projekti määritellään aikataulutetuksi, ajassa eteneväksi prosessiksi, jolla tulee olla selkeä päätepiste. (Viirkorpi 2000, 11; Silfverberg 2007, 6; Ruuska 2012, 40). Onnistuneen projektin taustalla on hyvä työsuunnitelma, jossa on määriteltynä projektikohtaiset tavoitteet, toteutusorganisaatio, aikataulu ja toteutuksen resurssit. Näin toimien projektille muodostuu runko, jonka mukaan voidaan järjestelmällisesti toimia ja jonka avulla kokonaisuus jäsenyy hallittavammaksi. Suunnittelulle tulisi aina varata riittävästi aikaa, sillä ilman selkeää ja jatkuvaa suunnittelua, raportointia ja kirjanpitoa ei projektin hallinta onnistu. (Silfverberg 2007, 6, 15, 52; Viirkorpi 2000, 14.) Projektin tulisi aina olla myös oppiva prosessi, sillä suunnitelman orjallinen noudattaminen ei ole hyvää projektitoimintaa: suunnitelmia tulee muuttaa tarvittaessa, elleivät ne johda projektin tavoitteiden kestävään toteutukseen (Silfverberg 2007, 11). Projektikohtaisista eroavaisuuksista huolimatta, työskentelyssä voidaan havaita tietynlaisia vaiheita (Kuvio 4), jotka ovat tyypillisiä projektin etenemisen kannalta (Viirkorpi 2000, 11).



KUVIO 4. Projektin vaiheet (Ruuska 2012, 23).

Aikataulullisesti projektimme alkoi keväällä 2013 opintojemme valinnaisella Työväkivallan kohtaaminen-opintojaksolla, jossa kuulumme Hyvän ikääntymisen kehittämissympäristö Sonectus-pilottihankkeen myötä syntyneestä suomenkielisen MAPA-potilasohjausmateriaalin tarpeesta. Sovimme opinnäytetyön aiheen myöhemmin keväällä 2013 ja solmimme CPI Europe edustajien kanssa syyskuussa 2013 sopimuksen MAPA-opaslehtisen ja -julisteen suomenkielisen version kehittämisestä yhteistyössä.

Koska kyseessä oli uuden tuotteen kehittäminen, päädyimme toteuttamaan opinnäytteenme projektityönä. Aloitimme projektin toimintasuunnitelman laadinnan heti syyskuussa 2013, joka kuitenkin valmistui vasta helmikuussa 2014. Toimintasuunnitelman teon ohessa aloitimme lokakuussa 2013 CPI:n toimittaman MAPA-opaslehtisen ja -julisteen suomenkielisen ohjausmateriaalin kehittelytyön sekä opinnäytetyömme teoreettisen osion rajaamisen.

Vaikka projektityöskentelyä varten laatimamme aikataulu muotoutui joustavasti henkilökohtaisten ohjauskeskustelujen ja ohjausmateriaalien muutosversioiden saannin mukaan, projektin toteutusvaihetta leimasi useiden projektin osa-alueiden limittyminen päällekkäin. Töiden organisoinnilla olemme kuitenkin edenneet suunnitellun aikataulun mukaisesti ja projekti saadaan päätökseen loppukevällä 2014.

8 PROJEKTIN ARVIOINTI

Hyvään projektisuunnitelmaan katsotaan kuuluvan projektin arviointimenettelyn kuvaaminen (Silfverberg 2007, 49). Arviointi on prosessi, jossa tehdään tiettyjen kriteerien tai projektitulosten pohjalta päätelmiä projektin arvosta. Prosessi puolestaan tarkoittaa arvioinnin tekemistä läpi koko projektin eikä vain lopussa. Arviointi tähtää oppimiseen, sillä projekti kehittää omaa toimintaa ja antaa arvokasta kokemusta muuhun toimintaan. Arviointia tulisi aina toteuttaa projektin toiminnan yhteydessä, sillä niiden pohjalta tulevaa toimintaa suunnitellaan ja tehdään tarvittavia ohjauspäätöksiä. Arvioinnin projektille tuomista hyödyistä huolimatta, se hoidetaan käytännössä heikosti. (Viirakorpi 2000, 39–40.)

Projektin onnistumisen määrittelyä ja arviointia voi vaikeuttaa projektiin liittyvien tahojen erilaiset odotukset ja painotukset projektin tavoitteista. Projektin onnistumisen arviointia voidaan suorittaa yksipuolisesti vaikkapa projektisuunnitelmaan vertaillen tai yksittäisistä näkökulmista tarkastellen, muun muassa toteutuksen sujuvuuden ja lopputuloksen tuottamasta hyödyn kautta. Kaikkein realistisemmän kuvan projektin onnistumisesta antaa kuitenkin projektin arviointi sekä lopputuotteen että tuotantoprosessin näkökulmasta. (Ruuska 2012, 271, 274–276.)

8.1 Lopputuotteiden arviointi

Projektityönä valmistuvia suomenkielisiä MAPA-potilasohjausmateriaaleja halusimme alun pitäen suunnitella niin, että niitä voitaisiin hyödyntää mahdollisimman laaja-alaisesti niin lasten, aikuisten kuin ikääntyneiden keskuudessa, jopa toimialasta riippumatta. Tuotteet noudattelevat ulkonäöllisesti paljolti toimeksiantajamme CPI:n potilasohjausmateriaaleja, mutta niin ulkoasua kuin sisältöä on määrätietoisesti kehitetty selkeäksi ja selkokieleiseksi juuri tavoittelemaamme monipuolista käyttöä silmälläpitäen.

Vaikka projektityön etenemistä on jonkin verran hidastanut tuotteiden suunnitteluversioissa olleet muutostarpeet ja pienet näkemykselliset erotkin, olemme kokeneet työskentelyn yhteistyötahojemme ja erityisesti toimeksiantajamme CPI:n kanssa olleen tehokasta sekä antoisaa. Tuotekehittelyämme on ohjannut väliarvioinneista ja yhteistyötahoilta saamamme palaute, jonka perusteella tarvittavat muutokset on paljolti suoritettu. Tuotteiden käyttökelpoisuutta on arvioitettu myös kohderyhmillä, joista saamamme positiivinen palaute antoi luottamusta kehittelytyön

onnistuneesta suunnasta. (Liite 1.) Palautteen saaminen ja pyytäminen onkin ollut mielestämme erittäin tärkeää, sillä tuotteiden kehittäminen vaatii monia eri tahoja, jotta valmistuvat tuotteet vastaisivat mahdollisimman hyvin käyttötarkoitustaan.

Nyt tuotekehittelytyönä valmistuneet MAPA-opas ja -julistet soveltuvat mielestämme hyvin eri ikäryhmien ohjaamiseen, sillä niin ulkoasu kuin sisältö on saatu riittävän neutraaleiksi ja helppolukuisiksi. Tuotteiden selkeällä suunnittelulla koemme edistäneemme myös niiden pitkäaikaista hyödynnettävyyttä ja ajattomuutta.

8.2 Prosessin arviointi

Opinnäytetyön tekeminen on vaiheittainen ja välillä hyvinkin epätasaisesti etenevä prosessi, joka vaatii runsaasti aikaa, teoretietouden hakua sekä eri tahojen kanssa toimimista. Työskentely puolestaan vaatii kovaa itsekuria, organisointia ja välitavoitteiden asettamista, jotta eteneminen tapahtuisi tehokkaasti. Erityisesti aiheen rajaaminen tulisi alkuun suunnitella tarkkaan, jotta vältyttäisiin ajan tuhlaamisesta ja turhalta työltä. Opinnäytetyössämme tiedon rajaaminen osoittautui todella haasteelliseksi ja "pullataikina"-efekti oli moneen otteeseen käsillä, sillä mitä syvemmin aiheeseen perehtyi, sitä laajemmalle aihepiiri venyi. Tästä syystä jouduimme arvioimaan työmme etenemistä useampaan otteeseen, ennen kuin sisältö muotoutui vihdoin lopulliseen kokoonpanoonsa.

Aikataulua opinnäytetyölle suunniteltaessa on hyvä huomioida riittävä ajallinen joustonvara, sillä asiat eivät aina etene toivotulla nopeudella ja monien tahojen kanssa työskennellessä tapaamisten yhteensovittaminen on taitolaji. Usein työtehtävät kasaantuvat myös päällekkäin, mikä taas vaatii niin organisointikykyä niiden kiireellisyyden suhteen kuin myös tiiviitä työskentelyrupeamia. Koemme itse onnistuneemme kohtalaisesti opinnäytetyömme etenemisen suhteen, sillä väljätkösti suunniteltu aikataulumme mahdollisti projektin etenemisen myötä syntyneiden lisätehtävien teon kuin myös opintojen aiheuttamat katkokset. Toisaalta aikataulut oli voinut olla vieläkin suurpiirteisempi, sillä etukäteen työn etenemistä uhkaavia riskitekijöitä oli ajallisesti vaikea ennakoita ja omasta jaksamisestakin olisi aina hyvä muistaa huolehtia.

Opinnäytetyötä aloitettaessa on myös tärkeää selvittää tarkkaan vastuualueet ja tehtäväjaot, jolloin jokainen vastaa omalta osaltaan projektin etenemisestä. Projektin onnistunut läpivienti edellyttää tekijöiltä yhteistyökykyä, vuorovaikutustaitoja ja vastuullisuutta. Hyvä työnjako puolestaan motivoi tehokkaaseen työskentelyyn ja päämäärän saavuttamiseen. Erityisen tärkeää tiimityöskentelyssä

on muistaa sovittujen asioiden hoito sekä viestinnän tärkeys, jotta projektin eteneminen tapahtuu hyvässä yhteisymmärryksessä ja yhteistyötahoja huomioiden. Ajallisesti pitkään jatkuva opinnäytetyön työstäminen on myös hyvin opettavainen kokemus ja auttanut huomaamaan tiimityöskentelyssä oman osuuden vastuullisuuden, sillä siinä ilmenevät ongelmat vaikuttavat puuttuvan palapelin osan lailla yhteistyön sujuvuuteen sekä koko projektin toteutumiseen aikataulun rajoissa. Tämä on ollut myös erittäin huomionarvoista tulevan ammatin kannalta, sillä sairaanhoitajana työskentely tapahtuu paljolti tiimeissä sekä moniammatillisesti yhteistyössä toimien.

8.3 Tavoitteiden saavuttaminen

Koemme saavuttaneemme projektille asetetun päätavoitteen suomenkielisen MAPA-potilasohjausmateriaalien kehittämistyön sekä MAPA-tuotteiden valmistumisen myötä, joiden uskomme vastaavan hyvin terveydenhuollon ammattilaisten sekä muiden asiasta kiinnostuneiden tarpeeseen joko kertoa, välittää tai saada tietoa MAPA-toimintamallista. Potilasohjausmateriaalin saatavuus tulee helpottamaan hoitohenkilökunnan työskentelyä sekä parantamaan MAPA tietouden leviämistä myös laajemmalle taholle.

Opinnäytetyössämme olemme käsitelleet kattavasti haasteelliseen käyttäytymiseen johtavia tekijöitä ja pyrkinet näin perustellusti korostamaan koulutuksen tärkeyttä sekä tarpeellisuutta, jotta väkivaltaa tai sen uhkaa voitaisiin turvallisesti hallita ja parhaimmillaan ennaltaehkäistä. MAPA-toimintamallin ottaminen esimerkiksi osaksi ammatillista koulutusta puoltaa mielestämme sen monipuoliset ja yksilöllisyyttä huomioivat menetelmät, joilla huomioidaan eri-ikäisten ja toimintakyvyltään erilaisten ihmisten tarpeet sekä turvataan tilanteen kaikki osapuolet.

Myös projektityöskentelystä oppimisen tavoitteen voi sanoa täyttyneen, vaikkakin ensi askeleemme projektityöskentelyn maailmaan olivat aiempaa kokemusta vailla hyvinkin hapuilevia ja monia asioita jouduttiin tekemään niin sanotusti kantapään kautta. Tämän kokemuksen myötä koemme kuitenkin oppineemme projektin teon eri vaiheista ja erityisesti siihen liittyvän pohjatyön tärkeydestä, jotta asetetut tavoitteet saavutettaisiin. Koemme prosessista saadun opin olevan arvokasta, sillä projektityöskentelyn metodit ovat mielestämme hyvin käyttökelpoisia hyödynnettäviksi monilla eri elämän osa-alueilla, niin työelämässä kuin normaalissa arjessa.

9 POHDINTA

Projekti on aina oppimisprosessi. Kahta samanlaista projektia ei ole, siksi jokaisesta hankkeesta saadut kokemukset ovat arvokkaita. Projektiin osallistuneiden henkilöiden asiantuntemuksen vahvistumisen ja projektityökokemuksen karttumisen lisäksi, projektin aikana kertynyttä tietoa tulee mahdollisimman tehokkaasti välittää koko organisaation käyttöön. Henkilöiden oppimisen ohella myös organisaation pitää oppia. (Ruuska 2012, 271.)

Opinnäytetyön aihe oli aidosti kiinnostava ja tunne kertautui, mitä enemmän perehdyimme asiaan. Koemme opinnäytetyömme erityisen merkitykselliseksi juuri sen ajankohtaisuuden ja tulevaisuuden näkymien suhteen: ikääntyneiden määrä kuin myös työpaikoilla kohdattava haasteellinen käyttäytyminen ovat yhteiskunnallisesti kasvavia ilmiöitä, jotka vaativat uusien toimintatapojen kehittämistä ja joihin tulisi myös reagoida tarvittavalla vakavuudella. Molemmat koskettavat niin yhdessä kuin erikseen erityisesti sosiaali- ja terveydenhuollon aloja, jossa ikääntyneiden määrän kasvu korreloi hoivapalvelujen tarvetta ja erityisosaamista, haasteellinen käyttäytyminen puolestaan väkivallan ja väkivallan uhan yleistymistä hoitotilanteissa.

Väkivallan arkipäiväistyminen, vähäisempien väkivallan tekojen huomiotta jättäminen ja jopa väkivallan hyväksyminen osaksi työtä tuntuu erityisen vaaralliselta, sillä silloin ei synny myöskään syvällistä tarvetta pohtia väkivaltaisuutta, sen syitä ja seurauksia (Pitkänen 2003, 7.) Haasteellisen käyttäytymisen seuraukset ovat niin tekijälle kuin sen kohteelle usein vahingollisia tavalla taikka toisella ja vaikutukset yhteiskunnan näkökohdista ajatellen laaja-alaisia. Muun muassa väkivaltaisen käyttäytymismallin kierteenomaisen jatkuminen, omaisuuden vahingoittuminen, väkivallasta aiheutuneet vammautumiset ja jopa menehtymiset, sairauspoissaolot, pelosta johtuva hoidon laadun huononeminen ja väkivallan yleisyyden takia niin sanottuihin riskiammatteihin hakeutumattomuus eivät tuntuisi olevan kenenkään etu.

Olisiko siis tarpeen jo pysähtyä ja miettiä vaihtoehtoja haasteellisen käyttäytymisen suhteen, haluammeko olla tekemättä asialle mitään vai haluammeko tehdä asialle jotain? Ratkaisu voi olla peiliin katsomisessa, sillä olisihan kaikkien osapuolten kannalta ihanteellisinta tunnistaa oma osuus haasteellisen tilanteen syntyyn. Sillä tosiasia on, että haasteellista käyttäytymistä esiintyy kaikissa ikäryhmissä ja siihen vaikuttavat useimmiten hyvin monet tekijät, joiden kasaantumisen yhteisummana näkyvimpänä oireena toimii yleensä käytöksessä tapahtuvat muutokset. Haasteellisen käyttäytymisen voisi ajatella siis olevan kuin domino efekti, jonka syntymekanismien

tunnistamisella ja ymmärtämisellä voitaisiin parhaimmillaan estää tilanteiden etenemisen hallitsemattomaksi.

"Ole se muutos, jonka haluat maailmassa nähdä."

Mahatma Gandhi 1869 - 1948 (Filosivut 2014, hakupäivä 11.4.2014)

Väkivalta on sosiaalisesti hyväksymätön tapa ilmaista tunteita, oire jostain. Haasteellinen käyttäytyminen koetaan olevan toimintaa, joka vaatii henkilön sosiaaliselta ympäristöltä jonkinlaista reagointia siihen. Voisiko sen ajatella siis olevan myös eräänlainen avunhuuto? Vaikka työ- ja työpaikkaväkivallan kasvu sosiaali- ja terveydenhuollon aloilla on ollut jo pitempään nähtävillä, sitä ei edelleenkään oteta tarpeeksi huomioon ammatillisessa koulutuksessa. Kuitenkin väkivalta- ja uhkatilanteiden ennaltaehkäisemisen sekä hallinnan onnistumiselle on ensisijaista tietämys ja valmius toimia oikein, sillä potilaiden käyttäytymiseen vaikuttavat suuresti hoitohenkilökunnan omat toimintatavat. Ammatillisessa koulutuksessa tulisikin enenevässä määrin tehdä yhteistyötä työelämän kanssa ja huomioida sieltä esiinnoitettuja koulutuksen kehitystarpeita, sillä esimerkiksi valtaosalla hoitoalan henkilöstöstä ei ole tarvittavia valmiuksia haasteellisen käyttäytymisen hallintaan.

Niin työelämässä kuin muissakin tilanteissa voimme kuitenkin pienin keinoin vaikuttaa väkivallan määrään ja kohtaamisen tapoihin tarjoamalla väkivaltaan sekä sen uhkaan oikeita menetelmiä toimia. MAPA-toimintamallin hienous piilee mielestämme juuri sen arvomaailmassa ja menetelmissä, jossa haasteellisissa tilanteissa osapuolille annetaan vaihtoehtoja tarjoava aktiivinen rooli vaikuttaa hallinnallisten keinojen laatuun: väkivaltaan ei haluta vastata voimakeinoin, vaan sen hallinnassa luotetaan ensisijaisesti vuorovaikutuksen voimaan. Toimintamallin yksilöllisyyttä, turvallisuutta ja hoidollisuutta painottavat menetelmät ovat myös avain henkilöstön hyvinvointiin ja asiakkaan saaman hoidon laatuun. Ammatillisen inhimillisyyden ei tule siis hyväksyä väkivaltaa, mutta ei myöskään syyllistää ketään – on olemassa vain apua tarjoavia ja apua saavia.

MAPA-toimintamallista saadut positiiviset kokemukset dementoituneiden vanhusten hoidossa niin henkilökunnan ja potilaiden näkökulmista toimivat hyvänä sekä kannustavana esimerkkinä pienten toimintatapojen muutosten voimasta, jolla on kuitenkin merkittävät seuraukset. Vanhainkodeissa ja terveyskeskusten vuodeosastoilla työskentely on usein haasteellista ikääntyneiden sairauksien ja toimintakyvyn alentumisen vuoksi, sillä noin 90 %:lla pitkäaikaishoidossa olevalla asiakkaalla on jonkin tason kognition alentumaa ja noin 50 %:lla on diagnosoitu dementoiva sairaus. Työn fyysisen

ja henkisen kuormittavuuden seurauksena hoitohenkilöstön sairauspoissaoloja esiintyykin näissä yksiköissä runsaasti. (Saarnio 2009, 16 -17.) Tässä valossa jatkossa olisi hyödyllistä selvittää MAPA – toimintamallista saatuja käyttökokemuksia ikääntyneiden hoidossa myös laajemmalla kohderyhmältä sekä sen vaikutuksia hoitohenkilökunnan työhyvinvointiin sekä annetun hoidon laatuun.

”Onnellisuus on se, kun ajatuksesi, sanasi ja tekosi ovat sopusoinnussa.”

Mahatma Gandhi 1869 - 1948 (Filosivut 2014, hakupäivä 11.4.2014)

Toivommekin, opinnäytetyönämme valmistuneiden suomenkielisten MAPA-potilasohjausmateriaalien lisäävän tietoisuutta tämän hienon toimintamallin monista positiivisista vaikutuksista eri tahoihin, edistävän menetelmän laajempaa käyttöönottoa kuin myös ymmärrystä koulutuksen tärkeydestä haasteellisen käyttäytymisen turvallisessa hallinnassa. Harkitusti viimeistellyillä MAPA-oppaalla ja -julistella tulemme mielestämme myös onnistumaan edellä mainituissa asioissa, sillä potilasohjausmateriaalit ovat neutraaliudessaan hyvin käyttökelpoisia erilaisiin toimintaympäristöihin, kuin myös eri ikäryhmien ja toimintakyvyltään eritasoisten asiakkaiden ohjaamiseen. Onnistunut tuotteiden kehittelytyö pohjautuikin läpi projektin hallinneeseen ajatukseen tuotteiden laaja-alaisesta hyödynnettävyydestä hoitoalan lisäksi myös muilla aloilla, sillä mielestämme MAPA-toimintamallista on moneen haasteellisen käyttäytymisen hallinnassa!

LÄHTEET

Airaksinen, T. 2002. Vanhuuden ylistys. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Antikainen – Juntunen, E. 2007. Työväkivallan uhka, työväkivalta ja niiden hallinta sosiaaalialalla. Työturvallisuus sosiaaalialalla – hankkeen loppuraportti. Sosiaalitalo Oy. Hakupäivä 6.5.2014. http://www.sosiaalitalo.fi/ep/tiedostot/Tyoturvallisuus_sosiaaalialalla_raportti.pdf

Asetus kansalaisoikeuksia ja poliittisia oikeuksia koskevan kansainvälisen yleissopimuksen sekä siihen liittyvän valinnaisen pöytäkirjan voimaansaatamisesta. 8/1976. Hakupäivä 10.4.2014. <http://www.finlex.fi/fi/sopimukset/sopsteksti/1976/19760008>

British Institute of Learning Disabilities (BILD). 2010. Key considerations in physical interventions. PDF. Hakupäivä 29.4.2014.

CPI. 2014. Management of Actual or Potential Aggression (MAPA®). Hakupäivä 29.4.2014. <http://www.crisisprevention.com/en-uk/Specialties/MAPA-Management-of-Actual-or-Potential-Aggressio>

Eloniemi – Sulkava, U. & Sulkava, R. 2008. Muistisairaiden ihmisten käytösoireet: hoidon haaste. Teoksessa S. Hartikainen & E. Lönnroos (toim.) Geriatria arvioinnista kuntoutukseen. Helsinki: Edita Publishing Oy, 118 – 120, 268 – 275.

E-mielenterveys.fi. 2014. Vanhuusiän masennus. Hakupäivä 9.2.2014. <https://www.e-mielenterveys.fi/ikaantyneet/vanhuusian-masennus/>

ETENE, valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta. 2008. Vanhuus ja hoidon etiikka. Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan (ETENE) raportti. 2. painos. Vantaa, Kirjapaino Keili Oy. Hakupäivä 28.4.2014. http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=17135&name=DLFE-525.pdf

Euroopan ihmisoikeussopimus. 63/1999. Hakupäivä 10.4.2014. <http://www.finlex.fi/fi/sopimukset/sopsteksti/1999/19990063>

Filosivut.2014. Mahatma Gandhin filosofia. Hakupäivä 11.4.2014. <http://filosivut.wikispaces.com/Mahatma+Gandhin+filosofia>

Finne – Soveri, H. Diagnostiset ja hoidolliset ongelmat. TherapicaFennica.fi. Vanhus potilaana. M. Mäyränpää (toim.). Kandidaattikustannus Oy. Hakupäivä 29.12.2013. http://therapicafennica.fi/wiki/index.php?title=Vanhus_potilaana

Gates, D.M. 2004. The epidemic of violence against healthcare workers. College of Nursing, University of Cincinnati Medical Center. Occup Environ Med 2004;61:649-650 doi:10.1136/oem.2004.014548. Hakupäivä 29.4.2014. <http://oem.bmj.com/content/61/8/649.1.full>

Hartikainen, S. & Lönnroos, E. (toim.). 2008. Geriatria. 1. – 2. painos. Helsinki: Edita Publishing Oy.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara P. 2007. Tutki ja kirjoita. 13. osin uudistettu painos. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Hyvärinen, O. & Piikkilä, J. 2013. Hoitajien kokema väkivalta ja sen uhka terveyskeskuksen vuodeosastolla. Seinäjoen ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö. Hakupäivä 26.1.2014.

https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/63540/Piikkila_Jenni.pdf?sequence=1

Ikäinstituutti. Fysiologinen vanheneminen. Hakupäivä 9.1.2014.

<http://www.vapaaehtoiseksiseniorina.fi/binary/file/-/id/1/fid/58>

Ikäinstituutti. Mitä tiedämme ikääntyvästä väestöstä? Hakupäivä 28.3.2014.

<http://www.vapaaehtoiseksiseniorina.fi/ikatietoa/ikaantyyva+vaesto/>

Ikääntyneet. 2014. Ikääntyneiden mielenterveys. Hakupäivä 3.4.2014.

<http://ikaantyneet.wikispaces.com/Ik%C3%A4%C3%A4ntyneiden+mielenterveys>

Josefsson, K. & Ryhammar, L. 2009. Threats and violence in Swedish community elderly care. Archives of Gerontology and Geriatrics 50 issue 1(2010) ISSN 0167 - 4943, 110, 112.

Kaarne, M. & Miettinen, P. 2008. Väkivallaton vuorovaikutus. Teoksessa J. Holmberg, T. Hirschovits, P. Kylmänen & E. Agge (toim.) Tämä potilas kuuluu meille. Helsinki: Sairaanhoidajaliitto, 271 -282.

Karvinen, M. & Ketonen, N. 2012. Hoitotyön opiskelijoiden kokemuksia hoidollisesta rajoittamisesta ja MAPA – toimintatapamallista. Hämeenlinnan ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö. Hakupäivä 26.1.2014.

http://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/40109/hoitotyön_opiskelijoiden_kokemuksia_hoidollisesta_rajoittamisesta_ja_mapatoimintatapamallista.pdf?sequence=1

Keiski, P. 2008. Potilaan kokemus omasta aggressiivisuudestaan psykiatrisessa osastohoidossa. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Pro gradu – tutkielma. Hakupäivä 3.2.2014.

<http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/78967/gradu02518.pdf?sequence=1>

Korhonen, T. & Sinisalo, P. 2011. Sairaanhoidajien kokema väkivalta Etelä-Karjalan keskussairaalan vuodeosastoilla. Saimaan ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö. Hakupäivä 26.1.2014.

http://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/29996/Korhonen_Tiina_Sinisalo_Pia.pdf?sequence=1

Korkeasti koulutettujen työmarkkinajärjestö (Akava). 23.10.2013. Kohti kestävästä terveydenhuollosta. Akavan terveystalouden ohjelma. Hakupäivä 9.2.2014.

http://www.akava.fi/akava/tavoiteohjelmat/terveyspoliittinen_ohjelma

Kortekangas – Savolainen, O. & Helander, I. 2010. . 2010. Vanhenemiseen liittyvät muutokset elinikässä. Teoksessa Tilvis, R., Pitkälä, K., Strandberg, T., Sulkava, R. & Viitanen, M.(toim.) Geriatria. 2. uudistettu painos. Kustannus Oy Duodecim, 277.

Koskela, M. 2006. Hankkeen elinkaari. Case: kuntouttava työote – hanke. Tampereen ammattikorkeakoulu. Suuntautumisvaihtoehto projektinhallinta. Viestinnän koulutusohjelman tutkintotyö. Hakupäivä 1.4.2014.

<http://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/10584/TMP.objres.916.pdf?sequence=2>

- Kostiainen, A. 2010. "Olis niin hauskaa olla joukon mukana" – Kotona omatoimisesti asuva ikääntyvä gerontologisen sosiaalityön määrittäjänä. Tampereen yliopisto. Sosiaalityöiden ala. Sosiaalityön erikoistumiskoulutuksen lisensiaatintutkimus. Hakupäivä 30.3.2014.
<http://www.sosnet.fi/loader.aspx?id=1b8e11ed-4590-4ce3-ad0d-170ccf1fe05f>
- Kupari, K. 2007. Diskurssianalyttinen tutkimus kehitysvammaisten henkilöiden haastavaa käyttäytymistä koskevista lehtiartikkeleista.. Jyväskylän yliopisto. Erityispedagogiikan laitos. Pro gradu – tutkielma. Hakupäivä 28.3.2014.
https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/18347/URN_NBN_fi_jyu-200801201071.pdf?sequence=1
- Käypä hoito. 13.8.2010. Muistisairaudet. Hakupäivä 10.4.2014.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli.../hoi50044>
- Laki kehitysvammaisten erityishuollosta. 23.6.1977/519. Hakupäivä 10.4.2014.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1977/19770519>
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 17.8.1992/785. Hakupäivä 10.4.2014.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>
- Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista. 28.12.2012/980. Hakupäivä 1.1.2014.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980>
- Lastensuojelulaki. 13.4.2007/417. Hakupäivä 10.4.2014.
<http://www.finlex.net/fi/laki/ajantasa/2007/20070417>
- Laurea - ammattikorkeakoulu. 2013. MAPA -Finland - Kouluttajan koulutus 2013 – 2014. Kouluttajaksi väkivaltatilanteiden ehkäisyyn ja turvalliseen hoitoon. Hakupäivä 6.5.2014.
<http://www.laurea.fi/fi/hyvinkaa/koulutus/taydennyskoulutus/mapa/Sivut/default.aspx>
- Leirisalo – Repo, M. 2010. Vanhenemiseen liittyvät muutokset elimistössä. Teoksessa Tilvis, R., Pitkälä, K., Strandberg, T., Sulkava, R. & Viitanen, M.(toim.) Geriatria. 2. uudistettu painos. Kustannus Oy Duodecim, 287 – 295.
- Louhela, S. & Saarinen, S. 2006. Väkivalta terveydenhuollon eri toimialoilla. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu – tutkielma. Hakupäivä 9.2.2014.
<http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/93623/gradu01194.pdf?sequence=1>
- Luoto, C. & Rantanen P-M. 2009. Väkivallan uhan tunnistaminen sairaankuljetuksessa – aggression hallintaa MAPA – menetelmällä. Laurea – ammattikorkeakoulu. Akuutti hoitotyö. Opinnäytetyö. Hakupäivä 1.4.2014.
http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/3297/Luoto_Christina%20ja%20Rantanen_Pilvi-marika.pdf?sequence=1
- Lyyra, T-M., Pikkarainen, A. & Tiikkainen, P. 2007. Vanheneminen ja terveys. Tampere: Tammer – Paino Oy.
- Lääketietokeskus. 2012. Marevan. Hakupäivä 28.4.2014.
http://www.laakeinfo.fi/Medicine.aspx?m=1843&i=ORION+PHARMA_MAREVAN%2C+MAREVAN+FORTE
- MAPA – Finland ry. 2012. Koulutusta sosiaali- ja terveysalalle. Hakupäivä 15.1.2014.
<http://www.mapafinland.fi/>

Marjala, M. & Töllli, S. 2013. ”Tehemä pois” Osaaminen ja asiantuntijuus hoitotyössä. IV Pohjois-Suomen Hoitotiedepäivät 26. -27.9.2013 Rovaniemi. Tiivistelmät. Toim. Törmänen, O. Rovaniemen ammattikorkeakoulun julkaisusarja D nro 10. Rovaniemi.

Mielenterveyslaki. 14.2.1990/1116. Hakupäivä 10.4.2014.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>

Nettineuvo. 2006. Ikäihmiset. Hakupäivä 20.1.2014. <http://www.nettineuvo.fi/index.asp>

Niiranen, J. 2012. MAPA Väkivaltatilanteiden ennaltaehkäisyssä ja turvallisessa hoidossa. Mikkelin ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö. Hakupäivä 1.4.2014.
<http://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/47404/Opinnaytetyojn.pdf?sequence=1>

Nurmi, J-E., Ahonen, T., Lyytinen, H., Lyytinen, P., Pulkkinen, L. & Ruoppila, I. 2006. Ihmisen psykologinen kehitys. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Oikeusministeriö, rikosentorjuntaneuvosto. 2013. Väkivallan vähentäminen. Hakupäivä 9.2.2014.
<http://www.vakivalta.rikosentorjunta.fi/fi/index/vakivallanmuotoja/tyopaikkavakivalta.html>

Pekkarinen, L., Sinervo, T. Elovainio, M. Noro, A. Finne – Soveri, H. & Laine, J. 2004. Asiakkaiden toimintakyky, työn organisointi ja henkilöstön hyvinvointi vanhusten pitkäaikaisessa laitoshoidossa. Hakupäivä 13.4.2014.
<https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/75702/Aiheita11-2004.pdf?sequence=1>

Pilli, M. 2009. Väkivallan ennaltaehkäisy ja turvallinen hoito – perusteet. Teoksessa K. Hentinen, A. Iija & E. Mattila. Kuuntele minua – mielenterveystyön käytännön menetelmiä. Tammi.

Pitkänen, A. 2003. Potilaiden hoitajiin kohdistama väkivalta psykiatrisessa hoitotyössä. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu – tutkielma. Hakupäivä 31.3.2014.
<https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/90604/gradu00243.pdf?sequence=1>

Pitkänen, M. 2010. Fyysinen liikkumisen rajoittaminen vanhuspotilaan hoitotyössä vuodeosastolla hoitajien kuvaamana. Laurea ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö. Hakupäivä 28.4.2014 http://elsilehto.files.wordpress.com/2013/11/martina_pitkanen-2010_fyysinen-liikkumisen-rajoittaminen.pdf

POKEVA 2007 - 2009. Keski-Suomen ja Pohjanmaan maakuntien verkostoitunut vammaistyön kehittämisyksikkö – hanke. Haastavien tilanteiden kohtaaminen erityistä tukea tarvitsevien palveluissa. Työntekijän käsikirja. Hakupäivä 1.4.2014.
<http://www.eskoo.fi/documents/Haastavat%20tilanteet%20-k%C3%A4sikirja.pdf>

Projekti – instituutti. Projektijohtamisen sanastoa. Hakupäivä 16.3.2014. http://www.projekti-instituutti.fi/osaamisen_kehittaminen/projektijohtamisen_sanastoa

Päihdehuoltolaki. 17.1.1986/41. Hakupäivä 10.4.2014.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1986/19860041>

Raha – automaattiyhdistys (RAY).2014. Eloisa ikä – avustusohjelma. Suomalainen ikägallup: Vanhuuden ikäraja on nyt määritelty – 72 vuotta. Hakupäivä 28.3.2014.
<http://www.eloisaika.fi/ajankohtaista/uutiset/?x25663=70980>

- Rippon, T.J. 2000. Aggression and violence in health care professions. University of Victoria, Victoria, British Columbia, Canada. Journal of Advanced Nursing 31(2), 452 – 460. Hakupäivä 29.4.2014. http://www.psychiatry.unimelb.edu.au/centres-units/mnc/admin/ehs_docs/Aggression_and_Violence_in_Health_Care_Professions.pdf
- Ruuska, K. 2012. Pidä projekti hallinnassa. Suunnittelu, menetelmät, vuorovaikutus. 7. painos. Vantaa: Hansaprint Oy.
- Saarenheimo, M. 2013. Mielenterveys. Teoksessa E. Heikkinen, J. Jyrkämä & T. Rantanen (toim.) Gerontologia. 3. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, Saarijärven Offset Oy, 373.
- Saarnio, R. 2009. Fyysisten rajoitteiden käyttö vanhusten laitoshoidossa. Oulun yliopisto, Lääketieteellinen tiedekunta, Terveystieteiden laitos, Hoitotiede. Tutkimus. Hakupäivä 6.4.2014. <http://herkules oulu.fi/isbn9789514292088/isbn9789514292088.pdf>
- Sairaanhoitajaliitto. 2014. Gerontologisen hoitotyön osaaminen. Hakupäivä 1.2.2014. http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/amatilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitaja-lehti/9_2009/teema_gerontologinen_hoitotyogerontologisen_hoitotyön_osaamin/
- Sairaanhoitajaliitto. 2014. Sairaanhoitajan eettiset ohjeet 28.9.1996. Hakupäivä 13.4.2014. https://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_työ_ja_hoitotyön/sairaanhoitajan_eettiset_ohjeet/
- Savonia ammattikorkeakoulu, Itä – Suomi aluehallintavirasto & Sosiaali- ja terveysministeriö. Tietoa sosiaali- ja terveysalalle. Ennakoi väkivaltaa. Hakupäivä 22.1.2014. http://ennakoivakivaltaa.savonia.fi/tiedostot/Ennakoi_vakivaltaa.pdf
- Scope. 2014. Challenging behaviour. Hakupäivä 29.4.2014. <http://www.scope.org.uk/support/families/diagnosis/behaviour>
- Silfverberg, P. Ideasta projektiksi. Projektinvetäjän käsikirja. Hakupäivä 16.3.2014. http://www.helsinki.fi/urapalvelut/materiaalit/liitetiedostot/ideasta_projektiksi.pdf
- Siljamo, A. 2003. Dementiaa sairastavien haasteellinen käyttäytyminen hoitajien näkökulmasta. Diakonia-ammattikorkeakoulu, Helsinki. Diakoninen sosiaali-, terveys- ja kasvatusalan koulutusohjelma. Opinnäytetyö. Hakupäivä 6.2.2014. http://kirjastot.diak.fi/files/diak_lib/Helsinki2003/siljamo2994.pdf
- Sonectus. 2009. Sonectus – hanke. Hakupäivä 15.1.2014. <http://www.sonectus.fi/index.php?nid=Sonectus-hanke&pid=20&panel=5d1c812f6944d8eb4073c62e49e7083c>
- Sonectus hanketiedote 6/2013. Hakupäivä 31.3.2014. <http://www.sonectus.fi/file/file/Sonectus%20tiedote6.pdf>
- Sosiaalihuoltolaki. 17.9.1982/710. Hakupäivä 20.1.2014. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1982/19820710>
- Sosiaali- ja terveysministeriö (STM). 2012. Kansallisella muistiohjelmalla varaudutaan muistisairaiden määrään kasvuun. Hakupäivä 5.4.2014. <http://www.stm.fi/tiedotteet/tiedote/-/view/1800809>

Sosiaali- ja terveysministeriö (STM). 2013. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. Hakupäivä 1.1.2014.

http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/ikaihmiset/palvelujen_laatu/laatusuositus

Sosiaali- ja terveysministeriö (STM). 2013. Ikäihmiset. Hakupäivä 19.1.2014.

http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/ikaihmiset

Sosiaali- ja terveysministeriö (STM). 2014. Sote – uudistus osana kuntauudistusta. Hakupäivä 20.1.2014. http://www.stm.fi/vireilla/kehittamisohjelmat_ja_hankkeet/palvelurakennemuutos

Sosiaali- ja terveysministeriö (STM). 2014. Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaan itsemääräämisoikeus. Työryhmän loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2014:4. Hakupäivä 29.4.2014.

http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=9882185&name=DLFE-29816.pdf

Sosiaaliportti.fi. 2012. Väkivalta työturvallisuusriskinä. Hakupäivä 29.3.2014.

<http://www.sosiaaliportti.fi/fi-FI/lastensuojelunkasikirja/tyontuki/vakivaltatyoturvallisuusriskina/>

Stirling, C. & McHugh, A. 1998. Developing a non-aversive intervention strategy in the management of aggression and violence for people with learning disabilities using natural therapeutic holding. *Journal of Advanced Nursing*, 1998, 27, 503 – 509.

Sulkava R., Viramo P. & Eloniemi-Sulkava, U. 1999. Dementoiviin sairauksiin liittyvät käytösoireet. Suomen Dementiahoito yhdistys. Opas, sarjassa Dementiapotilaiden hoidon kehittäminen. N:o 3/1999, 7. kokonaan päivitetty versio. Hakupäivä 21.1.2014. http://secure-ic.be.jnj.com/content/literature/janssen-cilag.fi_fin/jc-060613_021_020_dementoiviin_sairauksiin_liittyvat_kaytosoireet_opas.pdf

Suomen Lääkärilehti. 2008. Hyvät hoitokäytännöt etenevien muistisairauksien kaikissa vaiheissa. *Läketieteen katsausartikkeli*. 10/2008 vsk 63. Hakupäivä 13.4.2014.

http://www.kotonaparas.fi/@Bin/141176/sll_muistisairaussuositus.pdf

Suomen Mielenterveysseura. Persoonallisuus on tapa tuntea ja käyttäytyä. Hakupäivä 29.12.2013. <http://www.vahvistamo.fi/vahvistamo/mina/persoonallisuus>

Suomen perustuslaki. 11.6.1999/731. Hakupäivä 26.1.2014.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731>

SuomiSanakirja.fi. 2013. Aggressiivinen. Hakupäivä 6.2.2014.

<http://www.suomisanakirja.fi/aggressiivinen>

SuomiSanakirja.fi. 2013. Aggressio. Hakupäivä 6.2.2014. <http://www.suomisanakirja.fi/aggressio>

SuomiSanakirja.fi. 2013. Projekti. Hakupäivä 16.3.2014. <http://www.suomisanakirja.fi/projekti>

SuomiSanakirja.fi. 2013. Väkivalta. Hakupäivä 6.2.2014.

<http://www.suomisanakirja.fi/v%C3%A4kivalta>

SuomiSanakirja.fi. 2013. Väkivaltainen. Hakupäivä 6.2.2014.

<http://www.suomisanakirja.fi/v%C3%A4kivaltainen>

- Tarhonen, T. 2013. Gerontologinen osaaminen hoitotyössä. Itä –Suomen yliopisto. Terveystieteiden tiedekunta. Hoitotiede. Pro gradu – tutkielma. Hakupäivä 9.2.2014. http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20130427/urn_nbn_fi_uef-20130427.pdf
- Tartuntatautilaki. 25.7.1986/583. Hakupäivä 19.4.2014. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1986/19860786>
- Tehy. 2014. Älä riko hoitajaasi. Hakupäivä 2.1.2014. <http://www.tehy.fi/medialle/esitteet-ja-kampanjat/ala-riko-hoitajaasi/>
- Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos (THL). 2014. Mitä on potilasturvallisuus? Hakupäivä 6.2.2014. http://www.thl.fi/fi_FI/web/potilasturvallisuus-fi/mita-on-potilasturvallisuus
- Terveyskirjasto. 18.7.2005. Iäkkäiden ihmisten terveys ja toimintakyky. Hakupäivä 30.12.2013. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00049
- Terveyskirjasto. 19.1.2009. Dementia. Hakupäivä 21.1.2014. http://www.terveyskirjasto.fi/terveysportti/tk.koti?p_artikkeli=seh00054
- Tiikkainen, P. 2013. Sosiaalinen toimintakyky. Teoksessa Heikkinen, Eino. Jyrkämä, Jyrki. Rantanen Taina. (toim.) Gerontologia. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki. Saarijärven Offiset Oy. 3.uudistettu painos.
- Tilastokeskus. 2009. Työväkivalta on yleistä terveys- ja sosiaalialan ammattiteissa. Hakupäivä 5.1.2014. http://www.stat.fi/artikkelit/2009/art_2009-09-30_002.html?s=0
- Tilvis, R. 2010. Vanhenemiseen liittyvät muutokset elimistössä. Teoksessa Tilvis, R., Pitkälä, K., Strandberg, T., Sulkava, R. & Viitanen, M.(toim.) Geriatria. 2. uudistettu painos. Kustannus Oy Duodecim, 19 – 59, 301 – 305, 330.
- Tulevaisuusvaliokunnan teknologiajaosto. Kaakinen, J. & Törmä, S. Esiselvitys geronteknologiasta. Ikääntyvä väestö ja teknologian mahdollisuudet. Teknologian arviointeja 5. Hakupäivä 30.3.2014. <http://www.eduskunta.fi/fakta/vk/tuv/tekjaosto/geron.pdf>
- Työturvallisuuskeskus (TTK). 2010. Työväkivallan riskiammatit. Työturvallisuuskeskuksen raporttisarja 1/2010. Hakupäivä 29.3.2014. http://www.ttk.fi/files/1660/Tyovakivallan_riskiammatit.pdf
- Työturvallisuuslaki. 23.8.2002/738. Hakupäivä 13.4.2014. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2002/20020738>
- Tölli, S., Marjala, M., Soldehed, S., Mäkelä, M. & Miettinen, P. 2014. MAPA: työkaluja haasteellisen käyttäytymisen kohtaamiseen. . Sairaanhoitajaliitto & Sairaanhoitajaliiton koulutus- ja kustannusyhtiö (Fioca). Sairaanhoitajapäivät 2014. Luento. http://issuu.com/messukeskus/docs/sairaanhoitajapivat14_messuopas_we?e=9400446/677322
2
- Vahtera, S. 2010-2011. Väkivalta- ja uhkatilanteet hoitotyössä. Hämeen ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö. Hakupäivä 9.2.2014. <https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/26255/VahteraSatu.pdf?sequence=2>
- Valvanne, J. Toimintakyvyn heikkeneminen. TherapicaFennica.fi. Vanhus potilaana. M. Mäyränpää (toim.). Kandidaattikustannus Oy. Hakupäivä 29.12.2013. http://therapicafennica.fi/wiki/index.php?title=Vanhus_potilaana

Vauramo, E. 2013. Miten Suomi selviää ikääntymisestä nykyisellä työvoimalla? Hoivafoorumi. Suomen itsenäisyyden juhlarahasto (Sitra). Hakupäivä 20.1.2014.
http://www.sitra.fi/sites/default/files/u489/erkki-vauramo_2013-2-5_1.pdf

Vernerinet. Kehitysvammaliitto. Ikääntymisen määrittely. Hakupäivä 9.1.2014
<http://verneri.net/yleis/ik%C3%A4%C3%A4ntymisen-m%C3%A4%C3%A4rittely>

Viirkorpi, P. 2000. Onnistunut projekti – opas kunta – alan projektityöskentelyyn. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.

Vilkko – Riihelä, A. 1999. Psyhyke, psykologian käsikirja. 1. painos. Porvoo, Werner Söderström Osakeyhtiö (WSOY).

Voutilainen, P., Vaarama, M., Backman, K., Paasivaara, L., Eloniemi-Sulkava, U. & Finne-Soveri, U. H. 2002. Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus (STAKES). Opas laatuun. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy.

Väestöliitto. 2014. Mitä aggressio on? Hakupäivä 9.2.2014.
http://www.vaestoliitto.fi/nuoret/aggressio/mita_aggressio_on/

LIITTEET

LIITE 1 Arviointilomake

LIITE 2 MAPA- ohjelehtinen

LIITE 3 MAPA- juliste

LIITE 4 Henkilökunnan opaslehtinen

LIITE 1

Hei,

olemme OAMK Terveydenhoitoalan Oulaisten yksikön toisen vuoden sairaanhoitaja - opiskelijoita ja teemme opinnäytteenämme projektityönä toteutettavaa MAPA – opaslehtistä ja julistetta. Tarkoituksena on tuottaa potilasohjausmateriaalia hoitotyöhön.

Jotta opinnäytetyömme vastaisi mahdollisimman hyvin tarkoitustaan, pyytäisimme arviointejanne tuotteiden sisällöstä ja ulkoasusta. Palautteenne ovat erittäin arvokkaita tuotteiden edelleen jatkuvan kehittelyn suhteen!

MAPA – OPASLEHTISEN JA JULISTEEN

	HYVÄ	TYDYTTÄVÄ	EI OSAA SANOA	VÄLTTÄVÄ	HUONO
SISÄLTÖ					
LUETTAVUUS					
KÄYTETTÄVYYS					
ULKOASU					
MUUTA PALAUTETTA:					

Kiitos palautteestanne!



Pidä minut turvassa, kohteile minua kunnioittavasti.

Haasteellisen
käyttäytymisen
hallintaa
MAPAn keinoin



JOHDANTO

MAPA tulee sanoista Management of Actual or Potential Aggression, joka tarkoittaa väkivaltatilanteiden ja aggressiivisen käyttäytymisen ennaltaehkäisyä ja turvallista hoitoa. Sosiaali- ja terveystieteille kehitetty toiminta - ja koulutusmalli on lähtöisin Englannista.

MAPA:lle on myönnetty British Institute of Learning Disabilities (BILD) – instituutin “Physical Interventions Accreditation Scheme” - kriteerien mukainen tunnustus. Se varmistaa käytettyjen fyysisten rajoittamismenetelmien mahdollisimman hyvän potilasturvallisuuden sekä koulutuksen laadun. MAPA – toimintamallia aktiivisesti kehittää, markkinoi ja hallinnoi CPI (Crisis Prevention Institute).

MAPA – toimintamalli perustuu potilaan/asiakkaan perusoikeuksien säilymiseen, sekä arvokkuuteen ja kunnioitukseen kohtaamisessa. MAPA tekniikoita saa käyttää ainoastaan MAPA koulutettu henkilökunta.





MAPA – TOIMINTAMALLI



Tämän oppaan
tarkoituksena
on antaa tietoa
MAPasta



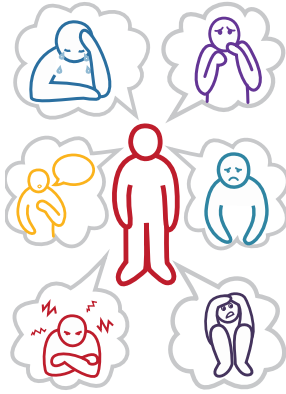
Sinulla on oikeus
kertoa mielipiteesi
MAPasta antamalla
palautetta.



Henkilökunnalle
ajatuksesi ja
tuntemuksesi
ovat tärkeitä!



MAPA JA HAASTEELLINEN KÄYTTÄYTYMINEN



Ilmaisemme itseämme niin ilmein, elein kuin sanoin. Aggressiivista tai väkivaltaista käytöstä ilmenee ollessamme peloissamme, turhautuneita, poissa tolaltamme, vihaisia tai menettäessämme itsehillintämme.



Aggressiivinen tai väkivaltainen käytös voi johtaa

- itsensä vahingoittamiseen
- muiden vahingoittamiseen
- aineellisiin vahinkoihin



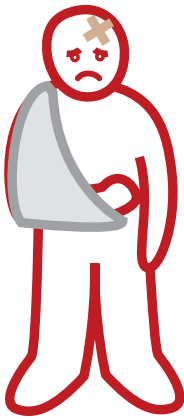
MAPA- toimintamalli tarjoaa keinoja aggressiivisen tai haasteellisen käyttäytymisen hallintaan ja ennakointiin.



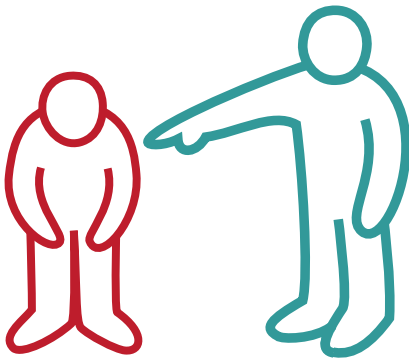
MAPAN TARKOITUS EI OLE



Käyttää voimakeinoja.



Aiheuttaa kipua tai
vammaa.



Toimia
vallankäyttökeinona.



MAPA ON SUUNNITELTUA TOIMINTAA



Henkilökunta ja asiakas laativat yhteistyössä henkilökohtaisen hoito- ja palvelusuunnitelman.



Suunnitelma ohjaa henkilökuntaa yksilöllisiin toimintatapoihin haasteellisen käyttäytymisen hallinnassa.



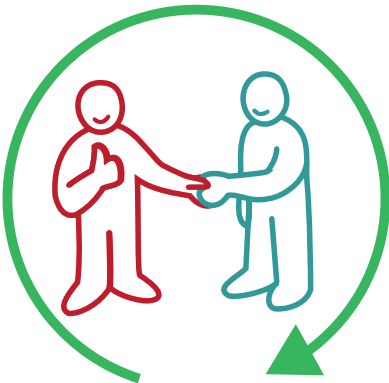
MAPAa KÄYTETÄÄN



Turvallisen olon luomiseen silloin, kun tarvitaan apua tai tukea.



Tilanteissa, joissa ihmiset ovat vaarassa loukkaantua hallitsemattoman käyttäytymisen seurauksena.



Vaikeissakin tilanteissa arvokas ja kunnioittava kohtelu on tärkeää!



MAPAN TAVOITE



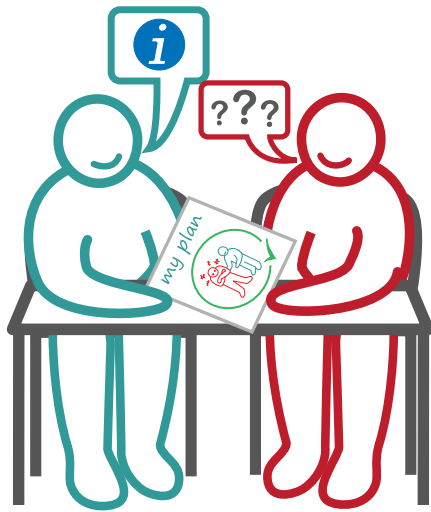
Henkilökunnan kouluttautuminen ja lakien mukaan toimiminen turvaa kaikkien osapuolten oikeuksien toteutumisen.



MAPA-koulutettu henkilökunta hallitsee otteet, jotka

- sallivat turvallisen liikkumisen
- ovat mahdollisimman lyhytkestoisia
- eivät vahingoita

? TILANTEEN JÄLKISELVITTELY



Osapuolet keskustelevat

- syistä, jotka johtivat MAPAn käyttöön.
- mistä oli apua, mistä ei
- keinoista ehkäistä MAPAn käyttöön johtavat tilanteet tulevaisuudessa



Yksilölliseen hoitosuunnitelmaan kirjataan

- mitä on tapahtunut
- miksi on tapahtunut
- miten tilanne ehkäistään jatkossa



LISÄTIETOJA SAAT



Henkilökunnalta



TAI WWW - SIVUILTA



MAPA - Finland

MAPA Finland ry
www.mapafinland.fi



CPI
crisisprevention.com



This information booklet has been produced by Kirsi Haapaniemi & Sari Kivijärvi in partnership with Crisis Prevention Institute and the other above named organisations.

Contact us by:



0161 929 9777



enquiries@crisisprevention.com



crisisprevention.com



Physical
Interventions
Accreditation
Scheme



© 2011 CPI (reprinted 2014). All rights reserved.

BROC0083
14-EUR-BRO-001 06/14

PIDÄ MINUT TURVASSA, KOHTELE MINUA KUNNIOITTAVASTI

Haasteellisen käyttäytymisen hallintaa MAPAn keinoin

1


MAPA


MAPA = Management of Actual or Potential Aggression tarkoittaa väkivaltatilanteiden ennaltaehkäisyä ja turvallista hoitoa.

2


MAPA-TOIMINTAMALLI


Aggressiivinen tai väkivaltainen käytös voi johtaa

- itsensä vahingoittamiseen
- muiden vahingoittamiseen
- aineellisiin vahinkoihin



MAPA- toimintamalli tarjoaa keinoja aggressiivisen tai haasteellisen käyttäytymisen hallintaan ja ennakointiin.

3


MAPAN TARKOITUS EI OLE


Käyttää voimakeinoja.

Aiheuttaa kipua tai vammaa.

Toimia vallankäyttökeinoina.

4


MAPA ON SUUNNITELTUA TOIMINTAA


Henkilökunta ja asiakas laativat yhteistyössä henkilökohtaisen hoito- ja palvelusuunnitelman.



Suunnitelma ohjaa henkilökuntaa yksilöllisiin toimintatapoihin haasteellisen käyttäytymisen hallinnassa.

5


MAPAa KÄYTETÄÄN


Turvallisen olon luomiseen silloin, kun tarvitaan apua tai tukea.



Tilanteissa, joissa ihmiset ovat vaarassa loukkaantua hallitsemattoman käyttäytymisen seurauksena.



Vaikkeissakin tilanteissa arvokas ja kunnioittava kohtelu on tärkeää!

6


MAPAN TAVOITE


Henkilökunnan kouluttautuminen ja lakien mukaan toimiminen turvaa kaikkien osapuolten oikeuksien toteutumisen.



MAPA -koulutettu henkilökunta hallitsee otteet, jotka

- sallivat turvallisen liikkumisen
- ovat mahdollisimman lyhytkestoisia
- eivät vahingoita

7


TILANTEEN JÄLKISELVIITTELY


Osapuolet keskustelevalt

- syistä, jotka johtivat MAPAn käyttöön
- mistä oli apua, mistä ei
- keinoista ehkäistä MAPAn käyttöön johtavat tilanteet tulevaisuudessa



Yksilölliseen hoitosuunnitelmaan kirjataan

- mitä on tapahtunut
- miksi on tapahtunut
- miten tilanne ehkäistään jatkossa

8


LISÄTIETOJA SAAT


Henkilökunnalta



TAI WWW-SIVUILTA



MAPA - Finland ry
<http://www.mapafinland.fi/>



CPI
 crisisprevention.com



IKÄÄNTYNEEN FYYSISESSÄ RAJOITTAMISESSA HUOMIOITAVIA TEKIJÖITÄ



Kirsi Haapaniemi & Sari Kivijärvi

Kevät 2014

MAPA-mallilla pyritään potilaan luonnollisten liikeratojen hallittuun, kivuttomaan rajoittamiseen ja samanaikaiseen hoidolliseen vuorovaikutukseen. Kesto rajataan mahdollisimman lyhyeksi aikaa, samalla huolehditaan potilaan hyvinvoinnista ja turvallisuudesta.

Fyysinen rajoittaminen on viimeinen ja äärimmäisin keino rauhoittaa potilasta, koska se pitää sisällään riskejä, joissa voi vaarantua potilasturvallisuus. Siksi työyksikössä tulee olla selkeät ohjeet rajoittamiseen ja henkilökunnan käytynä MAPA-koulutus, jotta oikeat ja turvalliset MAPA-otteet hallitaan. Henkilökunnan on myös osattava elvytystaidot. Rajoittamisen jälkeen kirjataan tapahtunut potilasasiakirjoihin, raportoidaan tapahtumisesta, seurataan potilaan vointia sekä keskustellaan asiat läpi potilaan ja hoitohenkilökunnan kanssa.

Fyysisen kiinnipitämisen aikana huomioidaan

- Elintoiminnot: Hengitys, verenkierto, tajunnantaso
- Ihon kunto, turvotukset, erittämiset ja painaumat iholla
- Rintakehän ja selän alueelle ei saa tuottaa painetta
- Kiinnipitäminen istuallaan turvallisinta
- Esineet taskuissa

Muita huomioitavia tekijöitä

- Päihtymys ja huumausaineiden vaikutus
- Perussairaudet: mm. epilepsia, diabetes, astma, sydän- ja verisuonisairaudet, osteoporoosi
- Lääkitys: Marevan, antikolinergiset ja rauhoittavat lääkkeet, Litium
- Ylipaino
- Tarttuvat taudit
- Aistiyliherkkyydet tai aistien alenemiset: näkö, kuulo, tunto
- Nivelten rajoittuneet liikeradat
- Psykologiset tekijät: sota-ajan traumat, kaltoinkohtelu, stressi
- Ikä ja sen tuomat muutokset kehossa: tasapainoaisti, ihon hauraus

Hermosto

Autonominen hermosto säätelee sisäelinten toimintoja, pitää yllä kudosten tasapainotilaa ja auttaa elimistöä sopeutumaan stressitilanteisiin. Ikääntynyt kestää nuorta huonommin kuumuutta, kylmyyttä, fyysistä rajoitusta, hapenpuutetta, sairauksia ja vaikeita traumoja. Myös stressin jälkeen palautuminen on hitaampaa. Ikääntyneellä autonomisen hermoston toiminta vaimenee ja heikentää elimistön toimintoja.

Näkö, kuulo ja sisäkorvan tasapainoelin

Näön tarkkuus heikkenee ikääntyessä, mikä johtuu näköaistinsolujen vähenemisestä. Kuulon heikkeneminen johtuu sisäkorvan kuuloelimen ja aivoihin menevien hermoratojen rappeutumisesta. Nämä vaikeuttavat omalta osaltaan kommunikointia muiden ihmisten kanssa. Kahden korvan yhteistoiminnan huononeminen voi olla osaselitys sille, että vanhat ihmiset kuulevat huonosti meluisissa olosuhteissa. Usein rappeutuu myös sisäkorvan tasapainoelin, joka vaikuttaa ikääntyvän tasapainon säätelyyn. Tasapainoelimen lisäksi tasapainon säätelyyn osallistuvat muun muassa näköaisti ja lihasten ja jalkapohjien tuntoaistit. Ikääntyneellä tasapainon säätelyn muuttuessa näköaisti tulee entistä tärkeämmäksi.

Luusto

Luunmineraalikato alkaa noin 40 ikävuoden jälkeen. Varsinkin naisilla hormonaalisten syiden takia osteoporoosin eli luiden haurastumisen riski on suurentunut erityisesti hohkaluussa ja murtumariski kasvaa. Tupakointi ja liikunnan puute lisäävät osteoporoosin riskiä. Ikääntymiseen liittyvään luukatoon ovat syinä hormonitoiminnassa tapahtuvat muutokset, ravintotekijät, vähäinen liikunta, tupakointi ja runsas alkoholin käyttö.

Nivelet

Ikääntyneellä nivelten liikkuvuus vähenee, koska nivelnesteiden määrä vähenee ja sidekudoksen määrä nivelissä lisääntyy. Nivelten liikkuvuudella on tärkeä merkitys myös kiinnipitotilanteissa, koska ikääntyneellä on usein nivelissä liikerajoituksia. Ikääntyneen nivelten rustokudos kuluu, ja tällöin haittoja voi ilmentyä esimerkiksi lonkka-, polvi- ja olkanivelessä. Nivelkuluman syitä voivat olla esimerkiksi liikaraskaus, virhekuormitus, jatkuva tärinä ja kuormitus niveleeseen sekä täydellinen liikkumattomuus.

Sydän ja verenkierto

Sydämessä ja verenkiertoelimistössä tapahtuvissa ikääntymismuutoksissa heikentyvät sydämen toimintakyky, fyysinen suorituskyky ja stressin sietokyky. Ikääntyessä sydämen maksimaalinen suorituskyky heikkenee, tällöin maksimaalinen hapenottokyky huononee, minuuttivolyyymi pienenee ja sydämen läpät ja verisuoniston seinämät kalkkeutuvat eivätkä jousta entiseen tapaan. Verenpaine nousee, koska sydämen pumppausteho ei riitä ääreisverenkierron ylläpitämiseen. Verenpaineen laskeminen lääkityksellä voi aiheuttaa ortostaattista hypotoniaa.

Hengityselimet

Ikääntyneellä hengityselinistöön ja keuhkoihin tulee muutoksia. Hengityselinistön voima heikkenee, keuhkojen pinta-ala pienenee, niiden kimmoisuus häviää ja rintakehä jäykistyy, ja tällöin keuhkojen vitaalikapasiteetti ja maksimaalinen uloshengityksen huippuvirtaus pienenevät. Erityisen tärkeää on huolehtia ikääntyneen hengityksestä kiinnipitotilanteissa.

Iho

Ikääntyneen iho uusiutuu hitaasti, koska ihon pintakerroksen aineenvaihdunta huonontuu verenkierron heikkenemisen takia. Iho haurastuu ja menettää kimmoisuuttaan, ihonalainen rasvakerros ohenee, iho muuttuu kalpeaksi, lämmönsäätely ja hieneritys heikentyvät ja haavat iholla paranevat hitaasti. Iho kuivuu ja muuttuu paperimaisemmaksi ja ryppyiseksi, koska talirauhaset vähenevät iholta. Ikääntyneen lääkitys vaikuttaa ihon kuntoon, esimerkiksi Marevan -hoito, sillä lääkityksen vuoksi mustelmia tulee herkemmin iholle.

LÄHTEET

Lara, M. 2012. Hämeen ammattikorkeakoulu, opinnäytetyö. Hoitotyönkoulutus ohjelma. Haastavasti käyttäytyvän kehitysvammaisen hoidollinen kohtaaminen. Tietopaketti MAPA-Finland – kouluttajille. Hakupäivä 22.2.2014
https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/49133/Lara_Matias.pdf?sequence=1

Pohjolainen, P. Ikäinstituutti, Helsinki. Tampereen yliopisto. Fysiologinen vanheneminen. Hakupäivä 9.1.2014.
<http://www.vapaaehtoiseksiseniorina.fi/binary/file/-/id/1/fid/58>

Savonia ammattikorkeakoulu, Itä – Suomi aluehallintavirasto & Sosiaali- ja terveysministeriö. Tietoa sosiaali- ja terveysalalle. Ennakoi väkivaltaa. Hakupäivä 22.1.2014.
http://ennakoivakivaltaa.savonia.fi/tiedostot/Ennakoi_vakivaltaa.pdf

Tilvis, R., Hervonen, A., Jäntti, P., Lehtonen, A. & Sulkava R. (toim.) 2001. Geriatria. Kustannus Oy Duodecim. Helsinki. 1. painos.