



Satakunnan ammattikorkeakoulu

Sven Soldehed

AGGRESSION HOIDOLLINEN HALLINTA-KOULUTUKSEN
TOTEUTTAMINEN SATAKUNNAN SAIRAANHOITOPIIRISSÄ

Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto
2008

TIIVISTELMÄ

AGGRESSION HOIDOLLINEN HALLINTA-KOULUTUKSEN TOTEUTTAMINEN SATAKUNNAN SAIRAANHOITOPIIRISSÄ

Soldehed Sven

Satakunnan ammattikorkeakoulu

Sosiaali- ja terveystieteiden tiedekunta

Hoitotyön koulutusohjelma

Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

Huhtikuu 2008

Ohjaajat: Tuliniemi Eija, HTM, Kuusisto Minna, TtM

Sivumäärä, 32 Liitteitä, 4

YKL: 59.562

Avainsanat: Projektityö, kohtaaminen, väkivalta, turvallisuus, intranet

Tässä työssä laadittiin raportti siitä, miten Satakunnan sairaanhoitopiirin psykiatrian tulosalueen osastotyötä tekeväälle henkilökunnalle suunnattu Aggression hoidollinen hallinta-koulutus toteutettiin. Tämän työn toiminnallisen osion tuotos oli Satakunnan sairaanhoitopiirin Hiisinetiin tuotetut AHHA/TUHO-koulutusprojektin intranetsivut. Sivut sisältävät tietoa Aggression hoidollinen hallinta- ja Turvallinen hoitotyö-koulutuksista.

Aggression hoidollinen hallinta-koulutus perustuu Englannissa, Birminghamin Reaside klinikassa ja Keelen yliopistossa Staffordsherissa kehitettyyn MAPA-menetelmään. Management of Actual or Potential Aggression eli MAPA tarjoaa koulutusta väkivallan ennaltaehkäisyyn ja turvalliseen hoitoon hoitoalalla.

Tampereen yliopistollisen sairaalan psykiatrian tulosyksikkö on kehittänyt MAPA:sta Suomen hoitolaitoksiin sovelletun mallin, Aggression Hoidollinen Hallinta eli AHHA. Keskeistä menetelmässä on väkivaltatilanteiden ennakointi ja välttäminen hoidollisen vuorovaikutuksen ja toiminnallisuuden keinoin. Mikäli väkivaltaisuuden suuntaan kehittyvän käyttäytymisen rauhoittaminen ei muilla keinoin onnistu, turvaudutaan tarvittaessa viimeisenä keinona potilaan fyysiseen kiinnipitämiseen.

Koulutuksen kohderyhmänä ovat olleet Satakunnan sairaanhoitopiirin psykiatrian tulosalueen koko henkilökunta ja heistä valtaosa, yli 400 henkilöä, on koulutettu AHHA-mallin mukaan. Raporttiosiossa selvitettiin, miten koulutus suunniteltiin ja toteutettiin, myös Satakunnan sairaanhoitopiirin AHHA-kouluttajien suorittaman kyselyn tulokset esitettiin raportissa.

Opinnäytetyön toiminnallisessa osuudessa tuotin Satakunnan sairaanhoitopiirin Hiisinetiin AHHA-koulutuksista intranetsivut. Sivusto sisältää tietoa koulutuksien peruslähtökohdista ja sisällöstä. Intranetsivut toimivat tiedonlähteenä uusille koulutettaville ja muistin virkistykseenä henkilöille, jotka ovat jo koulutuksen käyneet.

ABSTRACT

THE REALISATION OF THE THERAPEUTIC MANAGEMENT OF AGGRESSION EDUCATION IN SATAKUNTA HEALTHCARE DISTRICT

Soldehed Sven

Satakunta Polytechnic

Unit of Social Services and Healthcare in Harjavalta

Healthcare Studies

Nursing programme

April 2008

Tutors: Tuliniemi Eija, MSN, Kuusisto Minna, MSHCA

Pages, 32 Appendices, 4

UDK: 59.562

Key words: Project, confrontation, violence, safety, intranet

In this thesis a report was made of how the therapeutic management of aggression education for healthcare staff, working on wards in Satakunta healthcare district's Psychiatric Division, was implemented. The functionary part of this thesis was an intranet page to Satakunta healthcare district's Hiisinet. The intranet page provides information about the Therapeutic management of aggression- and Safe nursing-education.

Therapeutic management of aggression education is based on MAPA. Management of Actual or Potential Aggression is developed in Birmingham's Reaside clinic and Keele University in Staffordshire, England. MAPA provides education for safe caring and preventing of violence in healthcare.

The psychiatric unit in Tampere University Hospital has developed an applied model of MAPA for Finnish healthcare; it's called "Therapeutic management of aggression". The prevention and anticipation of violence by the means of verbal and physical interaction is essential in this method. If violent behaviour can't be managed otherwise, nurses have to use physical restraining methods to manage the situation.

The target group for this education was the whole healthcare staff of Satakunta healthcare district's Psychiatric Division. The majority of them, over 400 people have already been trained in Therapeutic management of aggression. In the report section I reported how the education was planned and carried out. I also processed answers and results from an enquiry carried out by the Therapeutic management of aggression instructors.

In the functionary part I produced an intranet page to Satakunta healthcare district's Hiisinet. The intranet page includes information about the starting point and content of the education. The pages will function as a knowledge base for new trainees and as memory refreshment for those who already have participated the education.

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1 JOHDANTO	5
2 PROJEKTIN MÄÄRITELMÄ	6
3 PROJEKTIN RISKIT JA RESURSSIT	7
4 PROJEKTIN TEOREETTINEN VIITEKEHYS	9
4.1 Aggressio	9
4.2 Aggression hoidollinen hallinta-koulutuksen teoreettinen viitekehys	10
4.3 Aggressiivisuus ja väkivalta käsitteenä.....	11
4.4 Väkivallan ennakointia koulutuksella.....	12
5 PROJEKTIN TARKOITUS JA TAVOITE	13
6 PROJEKTIN TUOTOKSET	14
6.1 Koulutuksen kuvaus ja kohderyhmä	14
6.2 Koulutuksen sisältö ja filosofia.....	17
6.3 Koulutettaville tehdyn kyselyn tulokset ja pohdinta.....	18
6.4 Hiisinet-sivusto	25
7 POHDINTA JA ARVIOINTIA	26
7.1 Koulutusprojekti.....	27
7.2 Koulutusprojektin jatkuminen.....	27
7.3 Koulutusprojektin tulokset ja tarpeellisuus.....	28
7.4 Tulevaisuuden haasteita	29
8 YHTEENVETO	30
LÄHTEET	32
LIITTEET	

1 JOHDANTO

Työurani aikana olen monesti joutunut tekemisiin aggressiivisesti käyttäytyvien ihmisten kanssa. Aggression kohtaaminen herättää aina tunteita ja ajatuksia. Aggressio on hyvin monimuotoinen ilmiö, joka myös on hyvin alkukantainen ja sukupuolisidonnainen. Juuri tämä tekee aggressiosta ja sen hallinnasta haastavan ja mielenkiintoa herättävän aiheen. Aggressio on myös ilmiö, josta kaikilla on jonkinlainen mielikuva tai kokemus.

Työskentelen Satakunnan sairaanhoitopiirin Harjavallan sairaalan suljetulla psykiatrisella vastaanotto-osastolla. Työssäni olen kiinnittänyt paljon huomiota omaan, työtovereiden, ja potilaiden turvallisuuteen ja hyvinvointiin. Koska olen työssäni joutunut useasti pohtimaan omaa suhtautumistani ja käyttäytymistäni aggressiota kohdatessa, olen myös pystynyt kokemuksen karttuessa seuraamaan sivusta, miten työtoverit, potilaat tai omaiset käyttäytyvät ja suhtautuvat aggressioon. Kun nyt mietin, miten itse olen toiminut erilaisissa ongelma- tai uhkatilanteissa 1980-luvulla verrattuna 2000-lukuun, niin voin todeta, että kehitystä on tapahtunut niin henkilö- kuin yhteisökohtaisellakin tasolla. AHHA-koulutuksien palautteissa on useaan otteeseen todettu, että *”Tämä koulutus olisi pitänyt järjestää kaksikymmentä vuotta sitten”*. Olen asiasta samaa mieltä.

Työssäni olen ilman sen suurempaa tiedostamista tai suunnitelmallisuutta yrittänyt omalla toiminnallani vaikuttaa siihen, miten potilaita kohdataan ja miten erilaiset pakotoimet, kuten eristäminen tai pakkolääkitys, suoritetaan. Omalla toiminnallani olen ehkä pyrkinyt vaikuttamaan nuorempiin tai kokemattomampiin hoitajiin sen lisäksi, että olen yrittänyt toimia potilaan parhaan mukaan.

Tämän takia olin hyvin kiinnostunut, kun vuoden 2005 syksyllä Harjavallan sairaalassa alkoivat Aggression Hoidollinen Hallinta eli AHHA-koulutukset. Koulutuksen sisältö, niin teoria kuin käytäntökin, vastasi paljolti sitä, mitä itse olin ajatellut ja mihin olin pyrkinyt työssäni. Olin mukana ensimmäisessä AHHA-koulutuksessa ja pyrin sen jälkeen kouluttajaksi, johon minut hyväksyttiin. AHHA-kouluttajiksi valittiin aluksi

kolme hoitajaa, jotka kävivät kolmeviikkoisen peruskoulutuksen. Vuoden 2007 alussa valittiin yksi kouluttaja lisää.

Tehtäväksemme annettiin koko psykiatrian henkilökunnan kouluttaminen. Työhön ryhdyttiin suunnittelemalla koulutuksen sisältöä, tekemällä koulutusmateriaalia, määrittelemällä ensisijainen kohderyhmä ja luomalla aikataulu koulutukselle. Ensimmäinen koulutuksen kohderyhmä oli aikuisten ja nuorten vastaanotto-osastojen sekä vanhusosastojen henkilökunta. Koulutuksen alussa laadittiin kyselylomake, joka toimitettiin jokaiselle koulutettavalle ennen koulutuksen alkua. Kyselyn tarkoituksena oli kartoittaa hoitajien mielipiteitä, kokemuksia ja valmiuksia aggression hallintaan ja väkivallan kohtaamiseen.

Tämä projektityö sisältää raportin Satakunnan sairaanhoitopiirin psykiatrian tulosalueen osastotyötä tekeväälle henkilökunnalle suunnatun AHHA-koulutuksen toteutumisesta ja toiminnallisena osiona Satakunnan sairaanhoitopiirin intranetsivuille tuottamani AHHA/TUHO-koulutusprojektin intranetsivut.

2 PROJEKTIN MÄÄRITELMÄ

Projekti on kertaluonteinen ja ajallisesti rajattu hanke tai toimenpide, jolla on tietty organisaatio ja resurssit. Projektilla pyritään toteuttamaan tiettyä ennalta sovittua tehtävää, joka etenee erilaisten kehitysvaiheiden kautta. Suunnittelu, käynnistäminen, toimeenpano, ohjaus ja arviointi ovat projektin kehitysvaiheita. (Virtanen 2000, 35.) Projekteja on erilaisia. Tehtävästä ja tarpeesta riippuen käytetään esimerkiksi muutosprojekteja, kehitysprojekteja ja tuotannollisia projekteja. (Virtanen 2000, 45.)

Tämä opinnäytetyö kuvaa kehitysprojektia, jolla pyritään parantamaan olemassa olevan toiminnan tasoa. Projektin alkuvaiheessa analysoidaan projektin tarve; miksi projekti kannattaa toteuttaa, millainen on kohderyhmä, mitkä ovat resurssit ja mikä on projektin tavoite ja lopputulos. (Virtanen 2000, 73–75.) Toimeenpanovaiheessa tehdään projektin

varsinainen työ. Se on projektin näkyvin vaihe, johon kuuluu projektin ohjaus, kontrollointi, arviointi ja laadunvarmennus. Projektin aikana tuotetaan myös tietoa projektin edistymisestä ja tavoitteiden toteutumisesta. Päätösvaiheessa tehdään jälkikäteisarviointi, jossa arvioidaan ja raportoidaan projektin toteuttamista ja saavutettuja tuloksia. (Virtanen 2000, 75–77.)

3 PROJEKTIN RISKIT JA RESURSSIT

Opinnäytetyön tekemisessä olen saanut tukea ja mielipiteitä muilta AHHA-kouluttajilta. Opinnäytetyössäni käyttämäni teoriapohjaan liittyy tietty riski. AHHA-koulutuksien teoriapohja, johon viittaa työssäni, on vain osittain tutkittua tai julkaistua tietoa. Suurin osa siitä on käytännön työstä ja koulutuksien myötä hankittua kokemuspohjaista tietoa. Kun sisältö koostuu ennestään tutuista asioista ja ikään kuin itsestäänselvyyksistä, on vaarana, että tietopohjan laajentuessa liitetään mukaan tietoa, joka ei ole asianmukaista tai paikkansa pitävää.

AHHA-koulutus on ollut Satakunnan sairaanhoitopiirin psykiatrian tulosalueen suurimpia koulutushankkeita. Kahden vuoden aikana on koulutettu suurin osa henkilökunnasta. Kaikista ammattiryhmistä noin 400 työntekijää on osallistunut erimittaisiin peruskoulutuksiin. Vuosien 2006–2007 aikana on koulutustyöpäiviä kertynyt yhteensä noin 1720. Luvussa ei ole mukana vuotuisia kertauspäiviä. Koulutuskustannuksista ei ole olemassa laskelmia, mutta euromääräisesti kustannukset ovat huomattavat. Kustannuksia on tullut sijaisten palkkaamisesta niin kouluttajille kuin koulutukseen osallistujillekin. Kustannuksia on tullut myös AHHA-kouluttajien kouluttamisesta. Opinnäytetyössäni käsitelty koulutusjakso vastaa noin 75 % näistä kustannuksista. Varahenkilöstön käyttö on mahdollistanut koulutuksen nopean toteuttamisen.

Koulutuksen sisältöön ja koulutuksen käytännön toteuttamiseen liittyivät suurimmat riskit. Viiden päivän koulutusohjelma pyrittiin suunnittelemaan niin, että koulutettavat kokevat saavansa itselleen siitä jotain uutta ja hyödyllistä. Kiinnostuksen ylläpitäminen

aiheeseen ja koulutettavien haastaminen avoimeen keskusteluun on niin ikään ollut haastavaa. Kouluttajat ovat koulutuksista saatujen palautteiden perusteella onnistuneet tässä hyvin.

Koulutukseen osallistuvien työntekijöiden erilaiset työtehtävät ja työkokemukset asettavat kouluttajille sekä haasteita että rikastuttavat koulutuksen antia. Ongelmakohtia käsitellään monesta eri näkökulmasta. Hyvä suunnittelu, sopiva määrä huumoria sekä koulutettavien sitoutuminen ja kiinnostus koulutusaiheeseen ovat olleet tekijöitä, jotka ovat taanneet onnistuneen koulutusprojektin. Koulutustilana toiminut AHHA-center on ollut jatkuvasti käytettävissä; ilman tätä mahdollisuutta olisi koulutuksien järjestäminen ollut huomattavasti vaikeampaa.

Koulutuksen käytännön toteuttamisen suurin riski on liittynyt sijaisten ja varahenkilöiden käyttöön. Koulutus ei olisi ilman heitä toteutunut suunnitellussa aikataulussa. Osastojen henkilökunta on myös joutunut työvuorojärjestelyissä ja näin ollen omalta osaltaan mahdollistanut koulutusprojektin toteutumista. Koulutusprojektin kiireisin vaihe, vuosi 2006, toteutettiin kolmen kouluttajan voimin. Tämä olisi myös voinut vaarantaa koulutusprojektin aikataulua. Kolmen kouluttajan tiimi on hyvin haavoittuva, mikäli pitkiä poissaoloja olisi tullut.

Kyselykaavakkeen, jota käytettiin koulutuksien aikana vuonna 2006, laadin yhteistyönä toisen sairaanhoidonopiskelijan kanssa, koska alustavana suunnitelmana oli yhteinen opinnäytetyö. Tästä kuitenkin luovuttiin. AHHA-kouluttaja ja Harjavallan sairaalan osasto 43 osastosihteeri ovat tehneet kyselyn vastauksista taulukot ja kaaviot. Opinnäytetyöni taulukot ovat itse laatimiani.

Projektityöni toisena osiona tuotin Satakunnan sairaanhoitopiirin Hiisinetiin AHHA/TUHO-koulutusprojektin intranetsivut. Satakunnan sairaanhoitopiirin atk-tukihenkilö on antanut ohjausta ja tukea intranetsivujen tekoon. Olemme sähköpostitse ja puhelimen välityksellä selvittäneet työhön liittyviä asioita ja ongelmia. Koska kyse on intranetsivustosta, olen joutunut tekemään osan työstä työpaikkani tietokoneella. Sivuston ylläpito ja päivitys tulee jatkossa tapahtumaan AHHA-kouluttajien toimesta. Sivustoa päivitetään vähintään kaksi kertaa vuodessa, jolloin seuraavan koulutuskauden tiedot

tallennetaan sivustolle. Koulutuksiin liittyvien keskeisten asioiden esille tuomiseen ja valitsemiseen sivuston tekovaiheessa liittyi epäonnistumisen riski. Intranet-sivustolla tilaa on rajoitetusti ja asiat tulisivat olla esillä kiinnostavasti ja ymmärrettävästi eli niin, että mahdollinen sivuilla kävijä löytää sieltä kaipaamansa tiedon.

4 PROJEKTIN TEOREETTINEN VIITEKEHYS

”Aggressio on toisen yksilön tai ympäristön tahallista vahingoittamista tai häiritsemistä ja/tai tällaisen toimintaan sisällöllisesti liittyvä tunne” (Lagerspetz 1998a, 22).

4.1 Aggressio

Psykoanalyttisen viettiteorian mukaan ihmisellä on kaksi myötäsyttyistä perusviettiä. Näiden viettien ajatellaan muodostavan ihmisen psyykkisen voimanlähteen. Toista viettiä kutsutaan libidoksi ja sen päämääränä on itsesäilytys, joka pitää sisällään esimerkiksi ravinnon hankkimisen ja jälkeläisistä huolehtimisen. Toisen vietin päämääränä on psyykkisen rauhan tai tasapainon saavuttaminen sekä häiriötekijöiden ja jännityksen poistaminen. Tästä vietistä syntyy aggressio. Aggressio on eräänlaista energiaa, jota ihminen voi käyttää monenlaiseen toimintaan. Ihmisen psyykkinen kypsyys ja libidon tasapainottava ote määräävät, minkälaisen toiminnan hän valitsee, kun hän tavoittelee rauhaa ja tasapainoa itselleen. (Keltikangas-Järvinen 1978, 79–83.)

Aggressiolla on aina jokin tarkoitus. Se on ihmisen käyttövoimaa, jolla hän pyrkii saavuttamaan tai ylläpitämään henkistä tasapainoaan. Aggressio ei aina johda väkivaltaan, lopputulos on monista tekijöistä kiinni. Hyvällä vuorovaikutustaidolla ja potilaan persoonallisuudella on ratkaiseva vaikutus tilanteissa, joissa aggressioita kohdataan. (Weizmann-Helenius 1997, 58.)

Positiivinen aggressio voi palvella elämän vitalisuutta. Normaali aggressiivisuus palvelee yksilöitä tilanteissa, joissa tarvitaan itsepuolustusta tai aloitekykyä. (Syvänen 1998.) Aggressio on tärkeä ja välttämätön ominaisuus olemassaolon kamppailussa, kun hoidetaan jokapäiväisiä asioita ja pyritään vastusten voittamiseen (Schulman 2004, 150). Väkivalta, alistaminen, kosto ja itsetuhoisuus ovat negatiivisia aggressioita (Väestöliitto 2007).

Naisten aggressio on usein niin sanottua epäsuoraa aggressiota. Tällä tarkoitetaan, että aggression kohdetta vastaan hyökätään kiertoteitse, usein sosiaalisen manipulaation kautta niin, ettei häneen suoraan kohdisteta sanallista tai fyysistä hyökkäystä. Tekijä pyrkii pysyttelemään piilossa ja säästymään siten kohteen vastahyökkäyksiltä ja ympäristön paheksumiselta. Naiset käyttävät aggressiota voimakkaiden tunteiden ilmaisemiseen. Naisten aggression tarkoituksena on usein saada toinen ymmärtämään häntä tilanteessa, jossa muut keinot eivät auta. Tämän vuoksi naisen aggressio voi vaikuttaa tehotomalta hysterialta, joka ei johda mihinkään. Tappeluissa naiset käyttävät usein sääntöjen vastaisia aggression keinoja, kuten puremista, kirkumista, itkemistä ja esineiden heittelyä. Useimmiten aggressio ei merkitse naiselle ympäristön kontrolloimista, vaan se on osoitus oman kontrollin menettämisestä. (Lagerspetz 1998b.)

Miehen sukupuolirooli sisältää aggressiiviseen käyttäytymiseen rohkaisevia normeja. Aggressiota ja jopa väkivaltaisuutta on monissa yhteiskunnissa ollut tapana suosia ja suorastaan ihannoida, sen katsotaan kuuluvan maskuliinisuuteen. Aggression avulla mies saa muut noudattamaan tahtoaan. Hän kontrolloi ympäristöään ja pelkoa herättämällä voi pakottaa ympäristön tottelemaan ja kunnioittamaan itseään. Mies voi käyttää aggressiotaan taitavasti hyväkseen tarpeen niin vaatiessa. miehelle aggressio on siis taito, jota hän voi tietoisesti opetella. (Lagerspetz 1998b.)

4.2 Aggression hoidollinen hallinta-koulutuksen teoreettinen viitekehys

Aggression hoidollisen hallinnan teoreettisen viitekehysten tavoitteena on sallia asiakkaalle aggressiiviseen käyttäytymiseen johtaneiden tuntemuksiensa purkaminen ja mahdollistaa taustalla olevien ongelmien selville saaminen turvallisessa ja hallitussa ympä-

ristössä. Tarkoituksena on auttaa asiakasta tunnistamaan tuntemuksiaan ja oppimaan niiden ilmaisemista mielekkäällä ja rakentavalla tavalla. Asiakasta tuetaan vaihtoehtoisten selviytymiskeinojen löytämiseen aggressiivisuuden, itsetuhoisuuden ja väkivaltaisuuden sijaan.

4.3 Aggressiivisuus ja väkivalta käsitteenä

Aggressiivinen käytös on usein väkivaltaista ja sen vuoksi aggressio usein rinnastetaan väkivallan kanssa. Väkivaltaisella käyttäytymisellä tarkoitetaan fyysistä aggressiota, jolla on tai voi olla vakavat seuraukset. Väkivalta on aina aggressiota, mutta aggressio ei ole aina väkivaltaa. (Viemerö 2006, 18.) Laajempi määritelmä väkivallasta on, että se on aggressiivista käyttäytymistä, jonka tarkoitus on vahingoittaa tai tuottaa epämukavuutta väkivallan kohteeksi joutuneelle. Kohteeksi voi joutua tarkoituksellisesti tai sitten täysin sattumanvaraisesti. Väkivalta voidaan jakaa kolmeen luokkaan. Ne ovat väkivallan uhka, fyysinen väkivalta ja kiusaaminen. (Pitkänen 2003.)

Väkivaltainen käyttäytyminen on huolen aihe sekä potilaille että hoitohenkilökunnalle terveydenhoidon yhteisöissä. Hoitotyötä tekevät ihmiset kuuluvat korkean riskin ryhmään. Tampereen yliopiston turvallisuustekniikan laitoksen vuonna 2005 tekemä tutkimus osoittaa, että vuonna 2003 tilastoiduista väkivaltatyötapaturmista 44 % sattui sosi-aali- ja hoitotyötä tekeville. Lukumäärällisesti yksittäisistä ammattiryhmistä terveydenhuoltoalalla oli suurin lukumäärä tapahtumia, 350 väkivaltatyötapaturmaa. (Hintikka & Saarela 2005, 18–19.)

Englannissa tilastot ovat vielä synkempiä. Vuonna 2006–2007 raportoitiin englantilaisissa hoitoyhteisöissä yhteensä 55 709 fyysistä hyökkäystä hoitohenkilö-kuntaa vastaan 12 kuukauden jakson aikana. Näistä 869 johti rikosoikeudellisiin toimiin. (Vere-Jones 2007.)

4.4 Väkivallan ennakointia koulutuksella

Ongelman ollessa näin yleinen ja ilmeinen, voisi olettaa, että hoitajia olisi aktiivisesti koulutettu kohtaamaan tämä haastava ongelma. Väkivalta hoitotyössä on kuitenkin pitkään ollut hoitotyön keskusteluaiheena kielletty, sitä ei ole käsitelty oppilaitoksissa eikä työpaikoilla. Syytä väkivaltaan on haettu hoitajien ammattitaidottomuudesta ja potilasaineksen vaativuudesta. Mitään järjestelmällistä koulutusta tai ratkaisua ongelmiin ei ole ennen AHHA-koulutusta ollut tarjolla. Harjavallan sairaalan henkilökunnasta osa on saanut oppia itsepuolustukseen poliisin, vartijoiden ja eri taistelulajien osajilta, koulutuksista on kuitenkin luovuttu, koska ne perustuivat vastapuolen totaaliseen hallintaan ja kivun tuottamiseen. Mitään hoidollista tai ennaltaehkäisevää elementtiä näissä koulutuksissa ei ollut.

Koulutuspalautteissa oli tällainen kommentti ”*Olen ollut useaan otteeseen palokoulutuksissa, minä olen myös harjoitellut elvytystä säännöllisin aikavälein. En ole kuitenkaan koskaan ollut tulipalossa enkä ole koskaan elvyttänyt ketään mutta minä kohtaan uhkailua ja väkivaltaa säännöllisin aikavälein työssäni, siihen en ole saanut mitään koulutusta ennen tätä.*”

Aggression hoidollinen hallinta-koulutus perustuu Englannissa, Birminghamin Reaside klinikassa ja Keelen yliopistossa Staffordsherissa kehitettyyn MAPA-menetelmään. Management of Actual or Potential Aggression eli MAPA tarjoaa koulutusta väkivallan ennaltaehkäisyyn ja turvalliseen hoitoon hoitoalalla. Suomessa koulutusta saavat antaa vain koulutetut ja pedagogisia valmiuksia omaavat sosiaali- ja terveysalan ammattilaiset, jotka ovat suorittaneet MAPA-Finland kouluttajakoulutuksen hyväksytysti. Kansallista MAPA-Finland kouluttajakoulutusta, joka on laajuudeltaan 15 opintopistettä, järjestetään yhteistyössä Laurea ammattikorkeakoulun, englantilaisten kouluttajien ja MAPA-Finland ry:n kanssa. (Mapa-Finland ry.) Harjavallan sairaalan AHHA-kouluttajista yksi on käynyt myös MAPA-koulutuksen ja tavoitteena on, että kaikki neljä kouluttajaa saisivat myös AHHA-koulutuksen lisäksi MAPA-koulutuksen.

Englannissa tarve kehittää sairaanhoidolle oma toimiva lähestymistapa aggression kohtaamiseen syntyi 1990-luvulla. 1980-luvun alussa ryhdyttiin terveydenhuollon piirissä

kouluttamaan hoitajia Control & Restraint menetelmien käyttöön. Control & Restraint oli alkujaan kehitetty vankilalaitoksiin ja nyt sitä tuotiin terveydenhuollon piiriin. Aluksi sen käyttö rajoitettiin erikoissairaaloihin ja turvaosastoille, mutta vuosikymmenen lopulla ja 1990-luvun alussa henkilöstöä kaikilta terveydenhuoltopalvelujen alueilta ja yksityisistäkin yksiköistä koulutettiin Control & Restraint-tekniikoihin. (McHugh, Wain & West 1995.)

Hoitotyössä käytettynä Control & Restraint menetelmät toivat mukanaan ongelmia. Ne opettivat ihmisille hyvin tehokkaita tapoja käyttää fyysisiä rajoittamisen menetelmiä, mutta epäonnistuivat ennaltaehkäisyyn ja hoidollisuuden suhteen eli kuinka välttää väkivaltaisuutta alun alkaen. Tämä jätti aukkoja koulutukseen, ennaltaehkäisevät kysymykset eivät tulleet osoitetuiksi eivätkä täten kehittyneet taitoina kiinnipitämisen ja liikkumisen rajoittamistaitojen opettelemisen ohessa. Muita ongelmia olivat yhdenmukaisuuden puute ja standardien seurannan vaikeus. Kansallisia standardeja ei itse asiassa näytännyt olevan. Fyysiset taidot, joita kursseilla opetettiin, osoittautuivat usein sopimattomiksi hoitotyöhön. (McHugh ym. 1995.)

Väkivaltaiset tapahtumat päätettiin yleisimmin lääkitsemällä ja/tai eristämällä. Tämän menetelmän käyttäminen johti usein sekaannukseen ja vahingoittumisiin rajoittamisprosessin kuluessa. Potilas ja työntekijät jäivät haavoittuneeseen tilaan, tuntien vihaa tai kiukkua, turhautuneisuutta ja avuttomuutta. Näitä tuntemuksia esiintyi sekä rajoittamisen aikana että sen jälkeen. (McHugh ym. 1995.) Tästä syntyi tarve kehittää hoitotyöhön oma malli aggression hoidolliseen kohtaamiseen ja käsittelemiseen. Näin kehitettiin MAPA-menetelmä.

5 PROJEKTIN TARKOITUS JA TAVOITE

Projektin tarkoitus ja tavoite oli laatia raportti siitä, miten Satakunnan sairaanhoitopiirin psykiatrian tulosalueella osastotyötä tekevät hoitajat koulutettiin Aggression hoidollinen hallinta-menetelmien mukaisesti. Projektin toisessa osiossa oli tarkoitus tuottaa intranet-

sivut Satakunnan sairaanhoitopiirin Hiisinetiin. Tavoitteena oli tiedon jakaminen Satakunnan sairaanhoitopiirin sisällä AHHA/TUHO-koulutusprojektista.

6 PROJEKTIN TUOTOKSET

Opinnäytetyöni raportissa käsitellään Aggression hoidollinen hallinta-koulutusprojektia, jonka aikana koulutettiin Satakunnan sairaanhoitopiirin psykiatrian tulosalueella 218 henkilöä. Jokainen koulutettava kävi viisipäiväisen AHHA-koulutuksen. Raporttiosiossa käytetty tieto on kerätty koulutuksien suunnittelupäivien yhteydessä monista lähteistä, joista myös suurin osa koulutusaineistosta on koottu. Osa tiedoista on peräisin Pitkänien sairaalan AHHA-kouluttajilta, joilta tietoa on saatu niin suullisesti kuin sähköpostitse. Lisäksi tietoa on otettu ammattikorkeakoulu Laurean MAPA-koulutuksesta.

Opinnäytetyöni toiminnallisena tuotoksena julkaistiin Satakunnan sairaanhoitopiirin Hiisinetissä Aggression hoidollinen hallinta- ja Turvallinen hoitotyö-koulutuksista intranetsivut. Sivusto pitää sisällään tietoa koulutuksien peruslähtökohdista, koulutuksien nykytilasta ja turvallinen hoitotyö-koulutuksen koulutusohjelmasta.

6.1 Koulutuksen kuvaus ja kohderyhmä

Tampereen yliopistollisen sairaalan psykiatrian tulosityksikkö on kehittänyt MAPA:sta Suomen hoitolaitoksiin sovelletun mallin, AHHA:n. Harjavallan sairaalaan sen ovat tuoneet kaksi Pitkänien sairaalassa työskentelevää sairaanhoitajaa syksyllä 2005. Suomessa koulutetaan monessa sairaanhoitopiirissä henkilökuntaa MAPA:an perustuviin koulutusohjelmien mukaan. Koulutuksia tarjotaan eri nimillä, AHHA:n lisäksi on tarjolla esimerkiksi HFR eli Hallittu Fyysinen Rajoittaminen, VETH eli Väkivaltatilanteiden Ehkäisy ja Turvallinen Hoito sekä Avekki.

Menetelmissä on keskeistä väkivaltatilanteiden ennakointi ja välttäminen hoidollisen vuorovaikutuksen ja toiminnallisuuden keinoin. Ellei väkivaltaisuuden suuntaan kehittyvän käyttäytymisen rauhoittaminen onnistu muilla keinoin, turvaudutaan tarvittaessa viimeisenä keinona potilaan fyysiseen kiinnipitämiseen. Kiinnipitäminen perustuu potilaan luonnollisten liikeratojen hallittuun ja kivuttomaan rajaamiseen sekä samanaikaiseen hoidolliseen vuorovaikutukseen.

Fyysisen kiinnipitämisen taitojen periaatteet on suunniteltu turvallisiksi niin potilaille kuin hoitotyöntekijöille ja ne täydentävät olemassa olevaa hoitoa ja vuorovaikutustaitoja. Fyysinen kiinnipito perustuu enemmän tekniikkaan ja asennon huomioimiseen kuin voimaan. Lisäksi siihen sisältyy hoidollinen suunnittelu ja riskien arviointi. Fyysisen kiinnipitämisen taidot ovat hoidollisen väliintulon menetelmiä koskettamisesta kiinnipitämiseen. Aggression hoidollinen hallinta on työskentelyä yhdessä ja työskentelyä potilaan hyväksi ja potilaan kanssa.

Kohderyhmänä on ollut Satakunnan sairaanhoitopiirin psykiatrian tulosalueen koko henkilökunta. Tässä raportissa käsittelen ainoastaan vuodeosastoilla hoitotyötä tekeville suunnattua AHHA-koulutusta. Viikon kestävässä koulutuksessa ovat käyneet kaikki vuodeosastoilla hoitotyötä tekevät vakituiset työntekijät, pitkäaikaiset sijaiset, varahenkilöt, osastonhoitajat ja yötyötä tekevät osastonhoitajat. Vuodeosastoilla hoitotyötä tekevät ovat työnantajan taholta velvollisia osallistumaan koulutukseen.

Muiden ammattiryhmien ja toimipisteiden työntekijöistä valtaosa on osallistunut erimittaisiin koulutuksiin. Nämä koulutukset pohjautuvat AHHA:an, mutta eivät ole sitä. AHHA-koulutuksen EU-sertifikaatin minimivaatimus on, että koulutuksen pituus on vähintään 40 tuntia. Lyhyemmät koulutukset ovat nimeltään Turvallinen hoitotyökoulutuksia eli TUHO-koulutuksia. TUHO-koulutuksissa on koulutettu avohoidon henkilökunta, psykologit, laitoshuoltajat, toimistotyöntekijät, kuljetushuolto, lääkärit, sosiaalityöntekijät sekä toiminnallisen terapian ja kanttiinin työntekijät. Noin 400 henkilöä on koulutettu vuosien 2006 ja 2007 aikana. Näistä noin 260 henkilöä on käynyt koko viikon kestävän koulutuksen; he ovat myös vuoden 2007 loppuun mennessä osallistuneet vähintään yhteen kertauspäivään.

Satakunnan sairaanhoitopiirin psykiatrian tulosalueella koulutuksien hallinnollinen vastuu on johtavalla ylihoitajalla. Tammikuussa 2006 koulutusvastuu siirtyi Harjavallan sairaalan omille AHHA-kouluttajille. He vastasivat koulutussisällöstä, aikataulujen suunnittelusta ja toteutumisesta. Tärkeäksi tavoitteeksi asetettiin mahdollisimman nopealla aikataululla tapahtuva kohdennettu koulutus suurelle joukolle. AHHA-menetelmät edellyttävät toimiakseen, että koko henkilökunta on koulutettu käyttämään AHHA-menetelmiä. Yksikkötasolla yhdenmukaisuuden tarve korostuu. Tämä puoltaa mahdollisimman nopeaa ja laajaa koulutusjärjestelyä ja koulutuksen toteutusta. Ensimmäiseksi kohderyhmäksi valittiin Harjavallan sairaalan aikuisten ja nuorten vastaanotto-osastojen sekä vanhusosastojen henkilökunta. Valinta tehtiin muualla saatujen kokemusten ja oman käytännön kokemuksen perusteella. Vanhusten ja nuorten kanssa työskentelevät ovat esimerkiksi Pitkäniemen sairaalassa käyttäneet eniten AHHA-menetelmiä.

Koulutuksia järjestettiin ympäri vuoden; yksi koulutusviikko jokaista kolmen viikon työvuorajaksoa kohden, paitsi kesäkuukausina. Ryhmien keskikoko oli 16 henkilöä. Vuoden 2006 loppuun mennessä koulutettiin psykiatrian tulosalueen kaikki osastotyötä tekevät hoitajat, varahenkilöt, pitkä aikaiset sijaiset ja yötyötä tekevät osastonhoitajat. Toteutuneet 1090 koulutustyöpäivää koostuvat 218 koulutetusta henkilöstä ja 70 koulutuspäivästä (Liite 1).

Kaikki Satakunnan sairaanhoitopiirin AHHA-koulutukset on pidetty Harjavallan sairaalassa. Käytössä on ollut tyhjä osasto, johon on rakennettu hyvät koulutustilat. Koulutustila eli AHHA-center sijaitsee Harjavallan sairaalan rakennuksessa numero neljä. Koulutustilassa on käytössä potilashuoneita, kanslia, työhuone, eristys huone, keittiö, päiväsal, käytävä ja huuhtelu huone. Kaikki nämä tilat on sisustettu koulutuksia ajatellen. Koulutustilaan on hankittu jumppamattoja käytännön harjoituksiin. Kannettava tietokone ja videotykki ovat olleet käytettävissä teoriaosuuksissa. Teoriaosuuteen kuuluu diasarja ja videoleike. Kouluttajien omiin tarpeisiin on hankittu koulutustilaan tietokone ja tulostin.

6.2 Koulutuksen sisältö ja filosofia

Aggression hoidollinen hallinta-koulutus tarjoaa mahdollisuuden oppia ennaltaehkäiseviä menetelmiä ja ammatillista väliintuloa niin, että hoidollinen ilmapiiri palautuu mahdollisimman nopeasti. Koulutusviikko koostuu sekä teoriaosuudesta että fyysisten taitojen oppimisesta.

AHHA-koulutuksen sisältö Harjavallan sairaalassa on 40 tuntia ja se on toteutettu yhtenä koko viikon koulutuksena. Siihen kuuluu 8 tuntia teoriaopetusta ja 32 tuntia käytännön harjoituksia. Teoriaosuus pitää sisällään AHHA-koulutusajatuksen esittelyn, potilaan aggressiivisen käyttäytymisen syntymiseen vaikuttavien tekijöiden tarkastelun, väkivaltaisuuden ennaltaehkäisemisen, haastavan tilanteen purkamisen deeskalaatiomallin, fyysisen rajoittamisen tunnistetut riskitekijät ja jälkipurku väkivaltatilanteen jälkeen. Käytännön koulutus pitää sisällään 27 tuntia fyysisen väliintulon taitoja ja kolme tuntia irtautumis- ja itsepuolustustaitoja (Liite 2).

Harjavallan sairaalan AHHA-koulutuksessa on myös ensihoitoon liittyvä kahden tunnin osio. Tähän osioon kuuluu potilaan peruselvytyksen kertaaminen Anne nukella ja tajutoman potilaan käsittely. Kouluttajana toimi ensimmäisen vuoden aikana Satakunnan keskussairaalan ensihoidon osastonhoitaja. Myöhemmin AHHA-kouluttajat ottivat vastuulleen tämänkin koulutusosion. Koulutuksessa jaettiin myös pieniä ensiapuoppaita ja työnantajan kustantamat avaimenperämalliset elvytysuojat. Aloite elvytysuojien hankkimiseen tuli koulutuksen palautekeskustelujen aikana. Elvytysuojien hankinta toteutettiin AHHA-kouluttajien toimesta.

AHHA-koulutukseen kuuluu myös jatkuva kertaaminen. Jokaisen joka on osallistunut viikon koulutukseen, tulee osallistua vuosittain yhteen kokopäiväiseen kertauspäivään. Kertauspäiviin kutsutaan sama ryhmä, joka on ollut yhdessä koko viikon koulutuksessa. Näin on pyritty luomaan ryhmähenkeä ja jatkuvuutta koulutuksiin. Kun tutustumisvaihe jää pois koulutuksen alussa, tehokasta aikaa on enemmän ja kokemusten sekä tunteiden jakaminen on helpompaa, tutussa ryhmässä. Kertauspäivien sisältö on vaihteleva. Niissä kerrataan vanhoja oppeja ja tuodaan esille uutta teoriaa sekä käytännön tietoa. Keskustelu ja kokemusten jakaminen on olennainen osa koulutusta.

Koulutuksen filosofiana on antaa osallistujille mahdollisuus lisätä itsetuntemustaan aggression kohtaamiseen suhteessa itseensä ja myös muihin osallistujiin sekä heidän käyttäytymiseensä. Lisäksi koulutuksessa painotetaan varhaista väliintuloa eli tilanteiden ennakkointia. Fyysisen väliintulon on oltava tilanteeseen sopivaa. Tavoitteena on positiivinen ja hienotunteinen lähestymistapa vaikeisiin ja haastaviin hoitotilanteisiin.

Turvallisuus on ensisijaisesti tärkein seikka, jota ajatellaan kaikissa tilanteissa. Jokaisen turvallisuus on yhtä tärkeää. Tässä koulutusmallissa hoitajan turvallisuus on yhtä tärkeä kuin potilaan.

Itsepuolustustaitoja käytetään, kun hoitotyöntekijä on tilanteessa yksin uhattuna tai suoranaisen hyökkäyksen kohteena. Ei ole järkevää yrittää yksin fyysisesti rajoittaa toista henkilöä. Taito, nopeus, yllättävyys ja pako ovat periaatteita, jotka tekevät irtaantumistechnikasta tehokkaan äkillisesti eteen tulevassa tilanteessa. Tarkoituksena on käyttää mahdollisimman vähän voimaa, saavuttaa paras mahdollinen hyöty ja aiheuttaa mahdollisimman vähän vahinkoa.

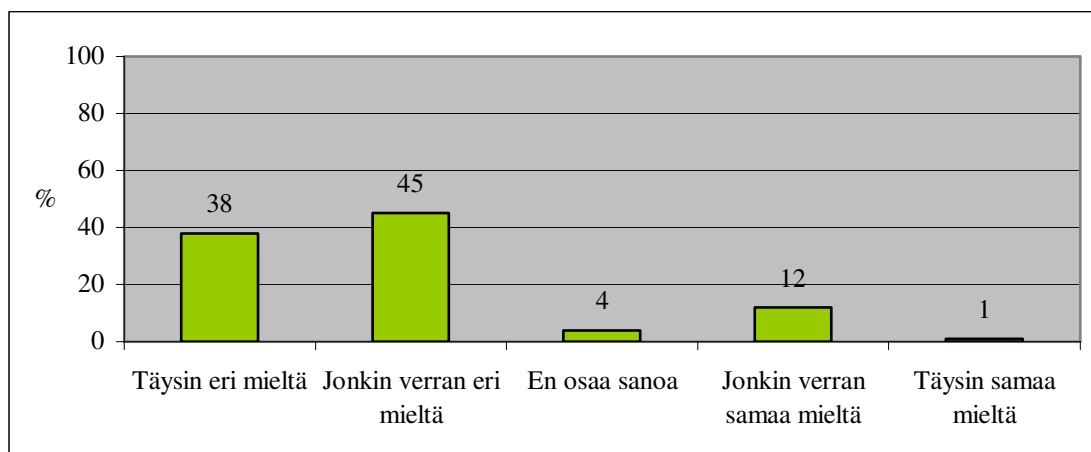
6.3 Koulutettaville tehdyn kyselyn tulokset ja pohdinta

Satakunnan sairaanhoitopiirin AHHA-kouluttajien ryhmä oli koulutettu vuoden 2006 alkuun mennessä ja tällöin alettiin suunnitella myös ensimmäisiä omia koulutuksia. Koulutukseen liittyen päätettiin suorittaa kysely. Kyselylomake pohjautui Pitkänien sairaalassa tehtyyn vastaavaan kyselyyn. Tarkoituksena oli kartoittaa hoitajien mielipiteitä, kokemuksia ja valmiuksia aggression hallintaan ja väkivallan kohtaamiseen ennen AHHA-koulutusta (Liite 3). Kyselylomake toimitettiin jokaiselle koulutettavalle noin 2 viikkoa ennen heidän varsinaista AHHA-koulutusviikkoa. Kyselykaavakkeita jaettiin 173 kpl, niihin vastasi 144 hoitajaa. Vastaajista 99 oli naisia ja 45 miehiä. Kyselyjen ajoittaminen lähelle koulutettavien omaa AHHA-koulutusviikkoa ja mahdollisuus kyselyn palauttamiseen ja siitä muistuttamiseen koulutuksen alussa vaikuttivat todennäköisesti siihen, että vastausprosentti oli 83 %. Koulutettavia oli kaikkiaan 218 hoitajaa. Kolme ensimmäistä koulutusviikkoa, johon osallistui 45 hoitajaa, jäi kyselyn ulkopuolelle, koska kyseiset viikot olivat samalla AHHA-kouluttajaksi aikovien omia koulutusviikkoja.

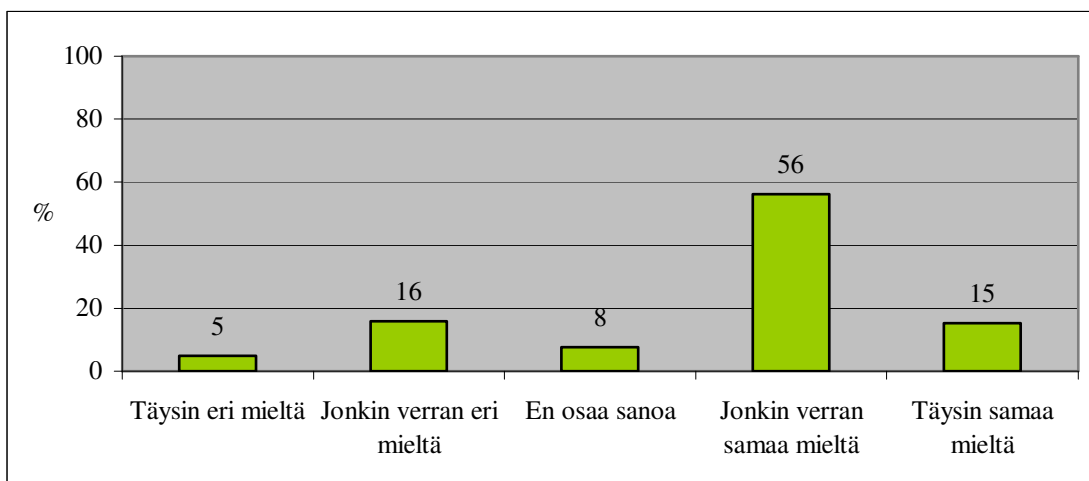
Kyselyn alussa kartoitettiin vastaajan sukupuolta, ammatillista koulutusta ja aggression sekä väkivallan hallintaan liittyviä aikaisempia koulutuksia. Neljällä kysymyksellä kartoitettiin henkilökohtaisia kokemuksia fyysisen väkivallan, fyysisellä väkivallalla uhkailun tai sanallisen ahdistelun ja painostuksen kohteeksi joutumisesta sekä mahdollisesta seksuaalisesta ahdistelusta työelämässä. Kysely sisälsi myös 18 väittämää liittyen aggression ja väkivallan kohtaamisen ennaltaehkäisemiseen ja hallitsemiseen hoitotyössä.

AHHA-kouluttajien suorittamassa kyselyssä oli 25 erillistä kysymystä tai väitettä. Tähän tarkasteltavaksi on otettu niistä seitsemän. Valinta perustuu vastauksien merkityksellisyteen projektityön kannalta ja vastauksien yhteyksistä toisiinsa. Vastauksien merkitys AHHA-koulutuksien tarpeen arvioinnissa vaikutti myös valintaan. Vastaajia oli yhteensä $n=144$, joista naisia $n=99$ ja miehiä $n=45$.

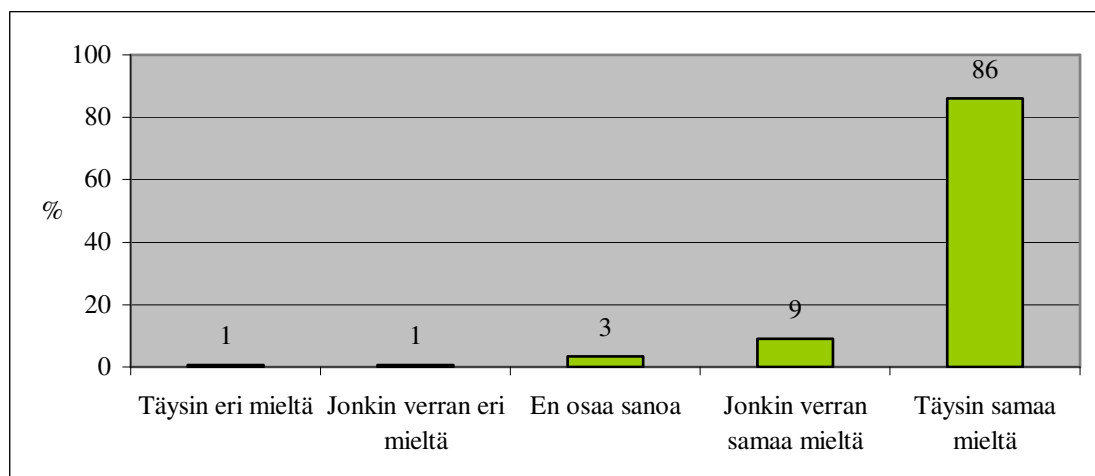
Kuvioissa 1, 2 ja 3 on kuvattu henkilökunnan omia arvioita heidän **valmiuksistaan aggressiivisuuden hoidolliseen kohtaamiseen työssään**. Kuviot on tehty AHHA-kyselykaavakkeen väittämistä 16, 17 ja 18. Väitteet liittyvät toisiinsa hoidollisen kohtaamisen taitojen olemassa olevista valmiuksista ja hoitajien kokemista tarpeista kehittää näitä taitoja.



Kuvio 1. Hoitajan peruskoulutukseni antoi minulle valmiudet potilaan aggressiivisuuden hoidolliseen kohtaamiseen. $n=144$



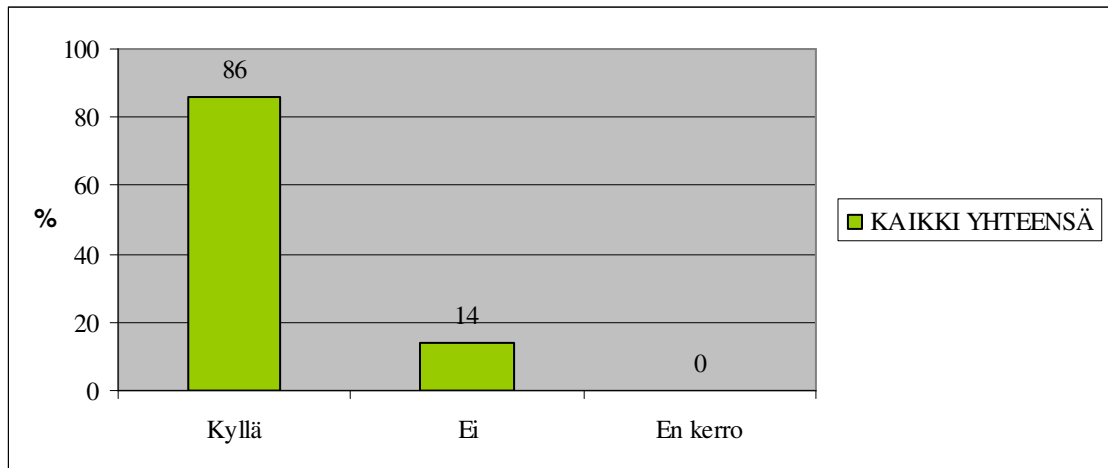
Kuvio 2. Työkokemukseni on antanut minulle valmiudet potilaan aggressiivisuuden hoidolliseen kohtaamiseen. n=144



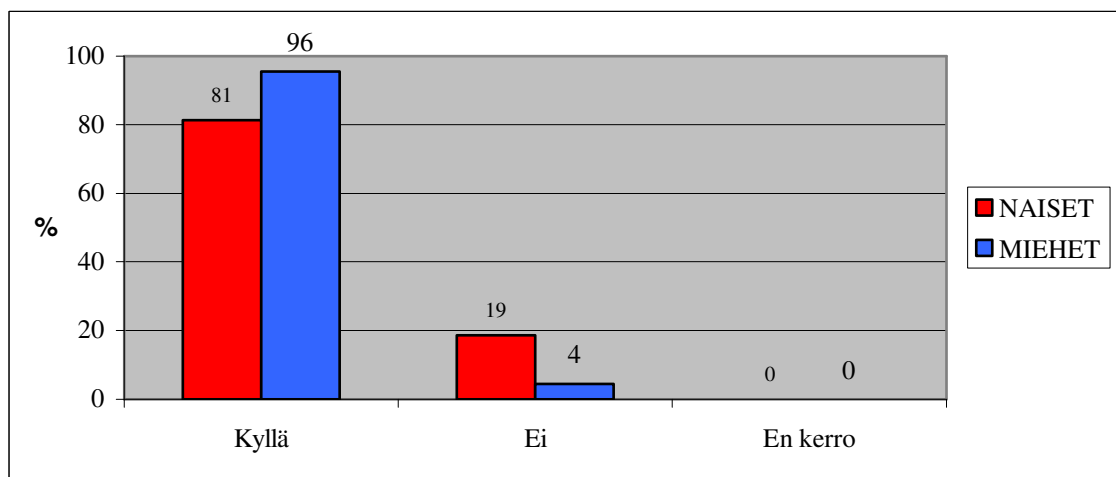
Kuvio 3. Aggression hoidollinen hallinta -koulutus on tarpeellinen työni kannalta. n=144

Vastaajista 13 % oli sitä mieltä, että heidän **ammattikoulutuksensa** oli antanut heille **valmiuksia aggression hoidolliseen kohtaamiseen**. **Työkokemuksen kautta valmiuksia aggression kohtaamiseen** oli 71 % vastaajista saanut. Täysin tai jonkin verran samaa mieltä **Aggression hoidollinen hallinta-koulutuksien tarpeellisuudesta** oli 95 % kaikista hoitajista.

Kuvioissa 4-8 on kuvattu kyselytuloksia uhatuksi tulemisesta, väkivallan uhriksi joutumisesta ja irtaantumistaidoista. Kuviot 4-7 ovat kyselylomakkeen kartoittavan osion kohdasta 5, henkilökohtaiset kokemukset työelämästä. Kuviot 8 ja 9 ovat tuloksia kyselykaavakkeen väittämästä 13.

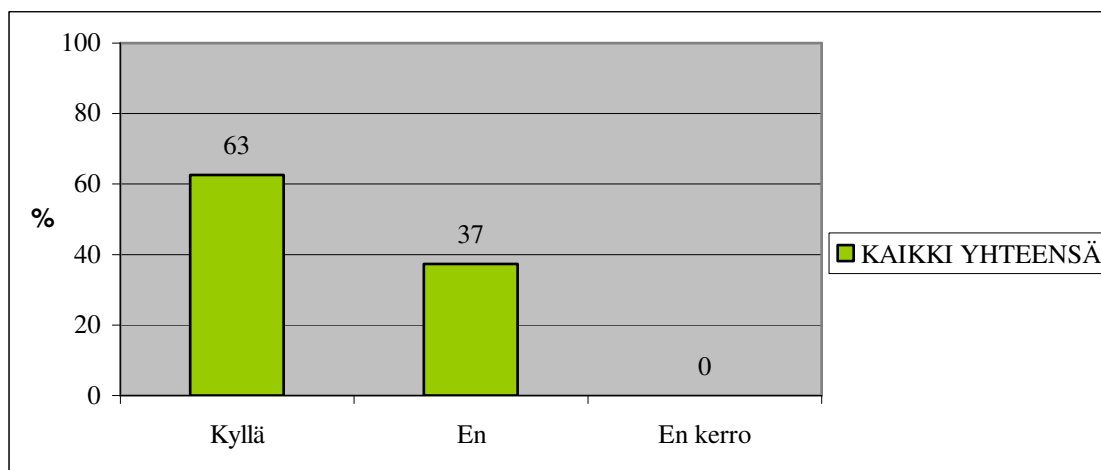


Kuvio 4. Onko sinua uhattu fyysisellä väkivallalla? n=144



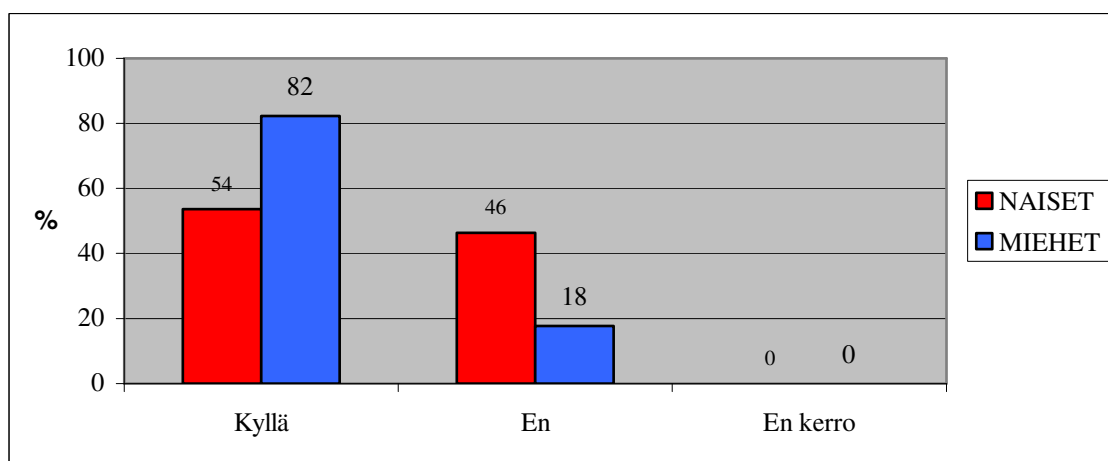
Kuvio 5. Onko sinua uhattu fyysisellä väkivallalla? Naiset n=99, Miehet n=45

Kyselyn mukaan 86 % vastaajista on joutunut **fyysisen väkivallan uhan kohteeksi** vähintään kerran työuransa aikana (kuvio 4). Miesten ja naisten välinen ero väkivallalla uhatuksi tulemisen kohdalla on 15 % (kuvio 5). Tässä kohtaa ero ei ole niin huomattava kun väkivallan kohteeksi joutumisen kohdalla.



Kuvio 6. Oletko joutunut fyysisen väkivallan kohteeksi? n=144

Kuvio 6 osoittaa, että 63 % kaikista kyselyyn vastanneista hoitajista oli joutunut **fyysisen väkivallan kohteeksi**. Koulutuspalautteena on annettu tällainen kommentti: ”Jos pankeissa työskentelevät olisivat joutuneet fyysisen väkivallan kohteeksi yhtä usein kuin hoitajat, niin jokaisessa pankissa olisi oma turvamies”.

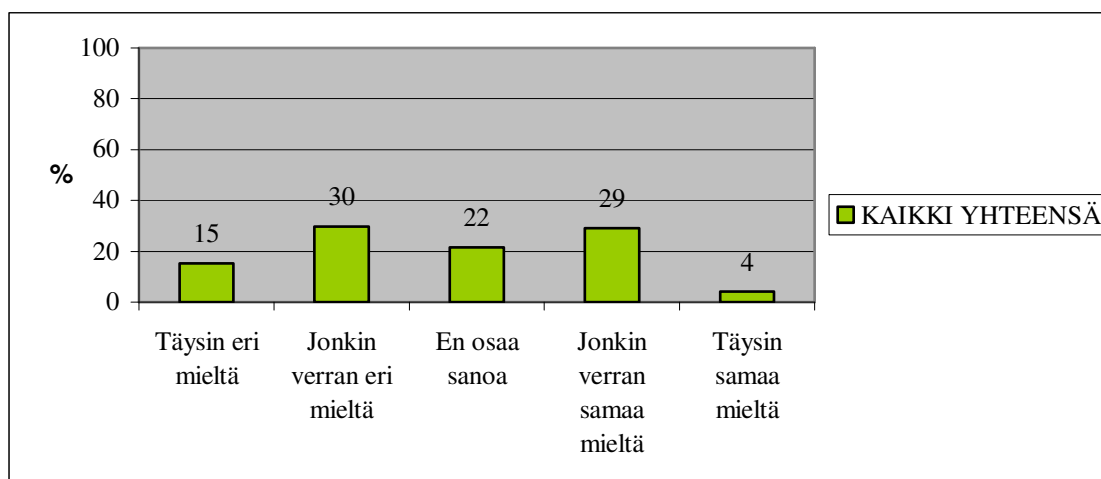


Kuvio 7. Oletko joutunut fyysisen väkivallan kohteeksi? Naiset n=99, Miehet n=45

Kuviossa 7 esitetään naisten ja miesten vastauksissa esiintyneet eroavaisuudet fyysisen väkivallan kohteeksi joutumisessa. Perusteluna erittelylle on kokemuspohjainen tuntu- ma siitä, että mieshoitajat joutuvat useammin väkivallan kohteeksi kun naishoitajat. Miehistä 82 % oli joutunut väkivallan kohteeksi työssään, kun taas naisista 54 % oli joutunut samaan tilanteeseen. Sukupuolten välillä oleva 28 % ero voi olla johtua pakko- toimenpiteisiin liittyvillä toimintatavoilla. Kun potilaisiin kohdistetaan pakkotoimia,

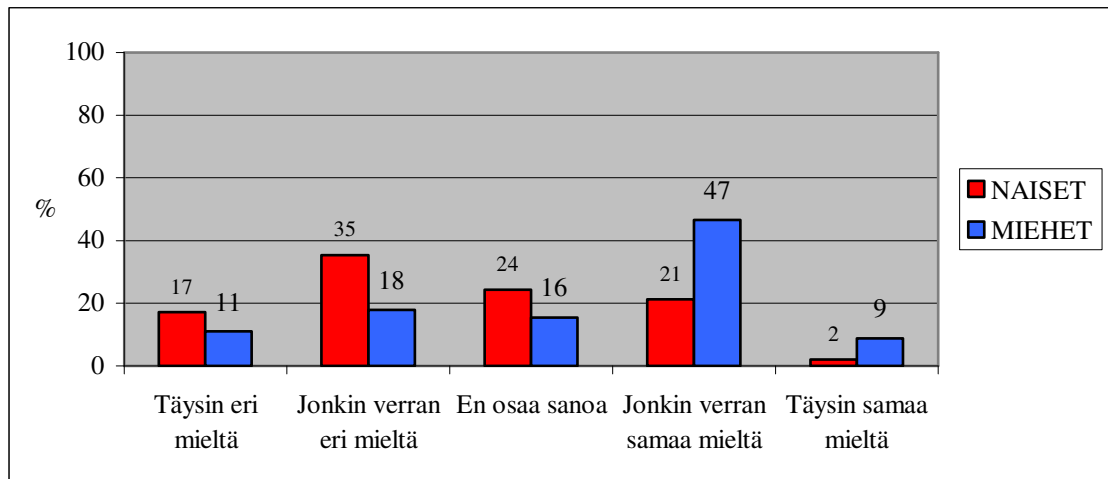
kuten eristämistä, pakkolääkitystä, rajoittamista tai lepositeisiin laittoa, ovat mieshoitajat usein suorittamassa toimenpidettä. Tulevaisuudessa sukupuolierot voivat kaventua AHHA- tai muiden koulutuksien sekä kasvavan mieshoitajapulan seurauksina.

Kuvioissa 8 ja 9 näkyvät tulokset kyselykaavakkeen väittämään 13. ”**Tiedän kuinka irtautua potilaan väkivaltaisesta otteesta**”. Tätä väittämää tarkastellessa on myös eroteltu naisten ja miesten vastaukset. Tuloksissa olevat eroavaisuudet sukupuolien välillä johtuvat todennäköisesti samoista syistä kuin edellisessä kuviossa eli miehet joutuvat useammin tilanteisiin, joissa näitä taitoja tarvitaan. Tämän vuoksi miehet ehkä ovat hakeutuneet koulutuksiin ja harrastuksiin, joissa näitä taitoja harjoitellaan. Vastaukset vahvistavat ajatuksen siitä, että AHHA-koulutus vastaa todellista tarvetta. Koulutuksissa opitut taidot tulevat tulevaisuudessa lisäämään hoitotyöntekijöiden ja potilaiden turvallisuutta.



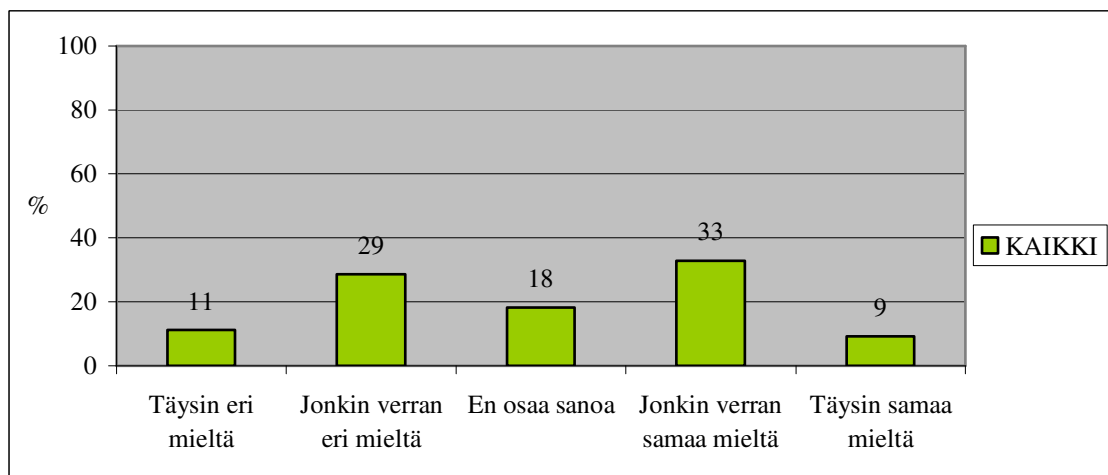
Kuvio 8. Tiedän kuinka irtautua potilaan väkivaltaisesta otteesta. n=144

Kuviossa 8 näkyy, että kaikista vastaajista 67 % oli täysin eri mieltä, jonkin verran eri mieltä tai ei osannut sanoa, osaavatko he irtautua potilaan väkivaltaisesta otteesta. Näitä taitoja harjoitellaan AHHA-koulutuksissa.



Kuvio 9. Tiedän kuinka irtautua potilaan väkivaltaisesta otteesta. Naiset n=99, Miehet n=45

Kun tarkastelee väitettä naisten ja miesten kohdalla erikseen, esiin tulee suuria eroja valmiuksissa irtautua potilaan väkivaltaisesta otteesta. Kuviosta 9 käy ilmi, että naisista n=99 76 % oli täysin eri mieltä, jonkin verran eri mieltä tai ei osannut sanoa, pystyisivätkö irtautumaan potilaan väkivaltaisesta otteesta. Miehistä n=45 vastaavasti 56 % koki, että jollain tavalla tai täysin hallitsee irtautumisen potilaan väkivaltaisesta otteesta.



Kuvio 10. Tiedän mitkä otteet aiheuttavat vahingoittumisen riskin potilaalle, josta pidetään kiinni. n=144

Kuviossa 10 on kuvattu vastaukset kyselyn väittämään numero 8, ”**Tiedän mitkä otteet aiheuttavat vahingoittumisen riskin potilaalle**”. Potilaan turvallisuus on hoitotyössä yhtä tärkeä kuin hoitotyötä tekevien. Mikäli hoitotyötä tekevät joutuvat turvautumaan fyysiseen kiinnipitoon, heidän tulisi tietää, miten potilaan fyysistä hyvinvointia seurataan ja mitkä otteet mahdollisesti aiheuttavat potilaalle vaaraa tai kipua. Kuvio 10 tulos

osoittaa, että ainoastaan 42 % vastaajista kokee tietävänsä, mitkä otteet aiheuttavat potilaalle vahingoittumisen riskiä. AHHA- koulutuksessa käydään läpi fyysiseen kiinnipitämiseen liittyvät riskitekijät ja niistä muistutetaan useaan otteeseen koulutuksen aikana.

6.4 Hiisinet-sivusto

Olen tuottanut Satakunnan sairaanhoitopiiriin Hiisinetiin AHHA/TUHO-koulutuksista intranetsivut. Sivusto pitää sisällään tietoa koulutuksen peruslähtökohdista, koulutuksen nykytilasta ja Turvallinen hoitotyö-koulutuksen koulutusohjelmasta. Tarjolla on myös teorialtetta potilaan kohtaamisesta, de-eskalaatiosta ja itsepuolustuksesta. Käytännön osiossa on valokuvia koulutustilanteista ja erilaisista potilaan hoidollisessa hallinnassa käytettävistä otteista. Valokuvat on otettu AHHA- koulutuksien yhteydessä. Valokuvien käyttöön Hiisinet-sivustoilla ja opinnäytetyössäni valokuvissa esiintyneiltä henkilöiltä on pyydetty ja saatu lupa valokuvien käyttöön. Valokuvien ottajalta olen myös saanut luvan niiden käyttöön.

Sivuston linkkiosuudessa on hyödyllisiä linkkejä muun muassa lakiasioihin, toimintamalleihin, työturvallisuuteen ja mielenterveyteen liittyen. Intranetsivut toimivat tiedonlähteenä uusille koulutettaville ja muistin virkistykseenä henkilöille, jotka ovat jo koulutuksen käyneet. AHHA/TUHO-koulutusprojektin intranetsivusto julkaistiin Hiisinetissä 4.2.2008 (Liite 4).

Lupaa intranetsivujen laatimiseen ja julkaisemiseen Hiisinetissä anoin Harjavallan sairaalan johtavalta ylihoitajalta. Anoin ja sain luvan liittää laaditun intranetsivuston aineiston opinnäytetyöhöni. Opinnäytetyöni on kaikilta osin Satakunnan sairaanhoitopiiriin käytössä.

Intranet on lähiverkko, joka on eristetty tietyn ryhmän käyttöön. Tavallisesti intranetillä tarkoitetaan organisaation lähiverkkoa, jota käytetään yrityksen tai yhteisön sisäiseen viestintään ja tietojenkäsittelytoimiin. Intranetiksi nimitetään usein myös pelkästään organisaation henkilöstön käyttöön rajattua sisäistä verkkopalvelua. (Korpela & Linjama 2003, 5, 50.) Tässä tapauksessa intranetti on rajattu Satakunnan sairaanhoitopiiriin henkilökunnan käytettäväksi. Sivustolle pääsee vain sairaanhoitopiiriin tietokoneilta.

Tarve sivuston tuottamiseen syntyi, kun suunnittelu Satakunnan keskussairaalan henkilökunnan tulevasta Turvallisen hoitotyön -koulutuksesta alkoi. Keskussairaala on fyysisesti ja henkilökuntamääriltään niin iso kokonaisuus, että tiedottaminen koulutuksesta yksikkö- ja yksilökohtaisesti on miltei mahdotonta. Syntyi ajatus tuottaa intranetsivusto, joka tarjoaisi perustietoa koulutuksesta. Tavoitteena sivuston suunnitteluvaiheessa oli myös, että samalla tarjotaan koulutuksessa jo käyneille mahdollisuus virkistää muistiaan katsomalla valokuvia koulutuksista ja lukemalla teoriaosuutta. Sivuston kuvista näkee esimerkiksi käsiotteesta, miten kädet on sijoitettu ja kyynärpää on hallinnassa. Hiisinet-sivuston käyttäjänä on Satakunnan sairaanhoitopiirin henkilökunta. Sivuston ylläpito ja päivitys ovat jatkossa AHHA-kouluttajien vastuulla. Sivustoa päivitetään tarpeen mukaan.

Helmikuussa vuonna 2008 alkavat Satakunnan keskussairaalan henkilökunnalle suunnatut Turvallinen hoitotyö-koulutukset. Kevään aikana järjestetään viisi kolmipäiväistä koulutusta. Koulutukset jatkuvat syksyllä. Tarkoituksena on, että jokaisen koulutukseen osallistuvan koulutuskutsussa viitataan intranetsivuihin; sieltä löytyy tietoa koulutuksesta, koulutuspaikasta, koulutusohjelmasta ja kouluttajista. Intranetsivuston käyttö voi myös vaikuttaa hoitajien mahdollisiin ennakkoluuloihin ja laskea Satakunnan keskussairaalan hoitajien kynnystä osallistua järjestämiimme koulutuksiin. Monelle koulutuspaikkana toimiva Harjavallan sairaala voi olla hyvin erilainen ja jopa pelottavakin ympäristö.

7 POHDINTA JA ARVIOINTIA

Opinnäytetyöni on raportti Aggression hoidollinen hallinta-koulutuksen toteuttamisesta Satakunnan sairaanhoitopiirin psykiatrian tulosalueen osastotyössä oleville hoitajille ja intranetsivujen tuottaminen Satakunnan sairaanhoitopiirin Hiisinetiin.

7.1 Koulutusprojekti

AHHA-koulutukset toteutuivat oman varsinaisen työni ohella. Muutamaa suunnittelu-päivää lukuun ottamatta kaikki työ, paitsi varsinainen kouluttaminen, on tehty varsinaisen työn ohessa tai vapaa-aikana. Koulutusprojektiin kuului suunnittelu-, toteutus-, seuranta- ja arviointivaiheet. AHHA-koulutuksien toteuttaminen on ollut haastavaa ja työlästä. Kouluttajatiimi on alusta alkaen toiminut aktiivisesti ja määrätietoisesti aikaa sekä vaivaa säästämättä. Selkeä työnjako, vastuualueiden jakaminen, hyvä ja realistinen suunnittelu ja vahva usko omiin tietoihin ja taitoihin on tehnyt tavoitteiden saavuttamisen mahdolliseksi. Pää tavoitteeksi asennettiin mahdollisimman nopea, aluksi kohdennettu ja myöhemmin laajalla rintamalla tapahtuva kouluttaminen. Koulutusvastuu siirtyi Harjavallan sairaalan omille AHHA-kouluttajille tammikuussa 2006. Loppuvuoteen mennessä 218 osastotyötä tekevää hoitajaa oli käynyt kokonaisen AHHA-koulutusviikon. Koulutuksen varsinainen pääprojekti päättyi siihen, kun tavoite oli saavutettu. Projekti kuitenkin jatkuu koulutuksen ylläpidolla. Uusia hoitajia koulutetaan kokonaisella AHHA-viikolla noin 2 kertaa vuodessa ja kertauspäiviä on yhteensä 30/vuosi.

Koulutuksiin kutsuttiin tietty määrä työntekijöitä osastoilta, seuraten tarkkaan, että jokaisen osaston koko henkilökunta osallistui koulutuksiin. Työnantaja velvoitti kaikki osastotyötä tekevät hoitajat osallistumaan koulutuksiin. Osastonhoitajille ilmoitettiin koulutuksiin pääsevien lukumäärä. Saatuaamme osallistujien nimet tietoomme, heille lähetettiin henkilökohtainen kutsu koulutukseen. Projektin edistymistä seurasi johtava ylihoitaja, jolla oli hallinnollinen vastuu projektin toteutumisesta. Raportointia projektin etenemisestä annettiin suunnittelupäivien yhteydessä ja tilastoja toteutuneista sekä suunnitelluista koulutuksista lähetettiin sähköpostitse. Psykiatrian tulosalueen johtoryhmälle raportoitiin myös koulutuksen sisällöstä ja suunnitelmista.

7.2 Koulutusprojektin jatkuminen

Koulutukset jatkuivat ja kohderyhmäksi otettiin avohoidon henkilökunta. Vuoden 2007 aikana valtaosa avohoidon työntekijöistä sai kolmepäiväisen Turvallinen hoitotyö-koulutuksen ja kaikki kokonaiseen AHHA-viikkoon osallistuneet työntekijät osallistui-

vat vähintään yhteen kertauspäivään. Vuoden 2008 helmikuussa alkavat koulutukset Satakunnan keskussairaalassa. Tämä tuo mukanaan uusia haasteita ja tarvetta suunnitella koulutusohjelman teoria ja käytännön sisältöä uusiksi. Huomioitavia asioita ovat lainsäädäntö, henkilökuntarakenne, työympäristö, potilasaines, apuvälineet, virka-avun saanti ja potilaiden psyykkinen sekä somaattinen tila.

7.3 Koulutusprojektin tulokset ja tarpeellisuus

Projektin tuloksellisuutta on vaikea arvioida. Mittareina voisivat toimia väkivaltatyötapaturmien väheneminen, pakkotoimien määrän lasku, potilastyytyväisyyden lisääntyminen tai potilaiden tekemien hoidon sisältöön liittyvien valitusten väheneminen. Mielestäni realistinen aikaväli hoitajien asenteiden ja hoitokäytäntöjen muuttumiseksi suuntaan, johon AHHA-koulutuksilla pyritään, olisi 5-10 vuotta. Lyhyemmälläkin aikavälillä voidaan jo havaita muutosprosessiin liittyviä muutoksia, niin asenteissa kuin työta-voissakin.

Osastoilta saadut palautteet kertovat, että koulutus on antanut yhdenmukaisuutta tilanteisiin, joihin on liittynyt uhkaa tai pakkotoimenpiteitä. Eristys- ja pakkolääkitystilanteissa, kun joudutaan lattiatasolle, ei enää ”hypitä päällä”. Potilaan keskivartalo pyritään jättämään vapaaksi. Injektion annot sujuvat paremmin ja turvallisemmin. Puhumisen ja riittävän varhaisen ennakkoinnin merkitys on korostunut. Osastoilla hälyttimien käyttö on lisääntynyt ja hälytyskynnys on madaltunut hivenen, mikä on todettu hyväksi. Hoitajilla on myös naapuriapuun mennessä ollut varmempi olo.

Nuorten psykiatrinen osasto (NUPO) on ottanut aggression hoidollisen hallinnan painopistealueekseen ja perustanut työryhmän tätä varten. Lastenpsykiatrisilla osastoilla on siirrytty kiinnipidoissa AHHA-tekniikoihin. Niitä käytetään kiinnipitohuoneissa 10 min-30 minuutin ajan, kunnes lapsi on rauhoittunut. Näillä otteilla on myös poistettu teräviä esineitä, jotka ovat olleet piilossa potilaan kädessä.

Psykogeriatrisilla osastoilla käytännön otteilla on ollut ehkä eniten käyttöä. Niitä käytetään esimerkiksi nostettaessa kaatunut vanhus turvallisesti lattialta ylös, potilaan kuljet-

tamisessa tai lyömisiltä ja repimisiltä suojautumisessa päivittäisten toimintojen yhteydessä.

7.4 Tulevaisuuden haasteita

Koulutuksien suhteen haasteita on riittävästi. Kertauspäivien järjestäminen psykiatrian henkilökunnalle ja Satakunnan keskussairaalan alkavat koulutukset vievät paljon aikaa ja vaativat koko ajan uusien suunnitelmien ja koulutussisältöjen luomista. Tämä kaikki täytyy sovittaa kouluttajien omaan varsinaiseen työhön. Poissaolo omalta työpaikalta aiheuttaa myös sijaisen tarvetta ja vaikeuttaa pitkäjänteisemmän hoitotyön suunnittelua.

Oman tieto-, taito- ja kouluttamistason kehittämiseksi ja turvaamiseksi olen hakenut seuraavaan MAPA-kouluttaja -koulutukseen, joka alkaa syksyllä 2008. Tavoitteena on, että Satakunnan sairaanhoitopiirin kaikki AHHA-kouluttajat suorittaisivat MAPA-kouluttaja -koulutuksen.

Tutkimushaasteena olisi mielenkiintoista suorittaa kysely, jossa tutkittaisiin AHHA-koulutuksen vaikuttavuutta väkivaltatyötapaturmien ja pakkotoimien määrään sekä potilastyytyväisyyden tasoon tai potilaiden hoidon sisältöön liittyvien valituksien määrään. AHHA-koulutuksien vaikutus henkilökunnan turvallisuuden tunteeseen, työkykyyn, työmotivaation ja osastoyhteisössä tapahtuvaan muutokseen voisi myös toimia tuloksellisuuden mittarina pitkällä aikavälillä.

7.5 Hiisinet

Intranetsivujen teossa ei ollut ongelmia, kaikki tarvittava teorial tieto ja valokuvat olivat valmiiksi koottuina AHHA-kouluttajien koulutusmateriaalissa. Satakunnan sairaanhoitopiirin atk-tukihenkilön kanssa yhteistyö sujui hyvin ja itselläni on niin ikään riittävä atk-tuntemus sivuston tuottamiseksi.

Olen sähköpostitse vahvistanut koulutuksiin tulevien hoitajien ilmoittautumiset, samalla olen myös viitannut AHHA/TUHO-koulutusprojektin sivustolle lisätiedon saamiseksi.

Intranetsivusto mainitaan myös Satakunnan sairaanhoitopiirin Kesti-tiedotteessa julkais-
tavissa koulutustiedotteissa. Käyttäjäkokemuksia ei ole vielä koottu, mutta koulutuksien
yhteydessä valtaosa koulutettavista on vastannut myönteisesti sivujen käytöstä kysyttä-
essä. Intranetsivu antaa tietoa koulutuksien sisällöistä ja tavoitteista. Koulutettavat, jotka
ovat ennakkoon käyneet intranetsivuilla, tietävät, mihin koulutuksella pyritään ja näin
ollen ovat motivoituneempia koulutukseen.

8 YHTEENVETO

Hiisinetin AHHA/TUHO-koulutusprojektiivien tuottamisen ajatus syntyi todellisesta
tarpeesta. Sivusto on nyt AHHA-kouluttajien käyttämä työväline, jonka avulla jaetaan
tietoa koulutuksista. Sivustoa päivitetään vähintään kahdesti vuodessa AHHA-
kouluttajien toimesta. Kahden kuukauden käyttökokemuksella olen tyytyväinen in-
tranetsivuston ulkonäköön, sisältöön ja toimivuuteen. Suullisesti saatu palaute sivuston
käyttäjiltä on ollut positiivista. Myös AHHA-kouluttajilta saatu palaute on ollut myön-
teistä ja rakentavaa koko tuottamisprosessin aikana.

AHHA-koulutukset ovat mielestäni tarjonneet Satakunnan sairaanhoitopiirin psykiatrian
tulosalueen henkilökunnalle käytännönläheisiä tietojen ja taitojen kehittämismahdolli-
suuksia liittyen ihmisten kohtaamiseen hoitotyössä. Hoitajien asenteisiin ja osastojen
hoitokäytäntöihin on pyritty vaikuttamaan antamalla lisätietoa aggression hoidolliseen
hallintaan liittyvistä ja huomioitavista seikoista. AHHA on yhtä paljon työturvallisuus-
työssäjaksamis- ja hoitotyökoulutusta. Ensiapuosion liittäminen koulutukseen on osoit-
tautunut hyväksi ratkaisuksi; koulutettavat ovat kokeneet sen tarpeelliseksi ja samalla on
myös pohdittu elvytykseen liittyviä käytännön ongelmia sairaalassa, kuten esimerkiksi
oikeaoppisen hälytyksen tekemistä, osastojen elvytysvarusteiden tasoa ja kuntoa.

Kouluttajana oleminen on vaatinut sitoutumista, uskoa koulutuksen tarpeellisuuteen ja
uskoa omiin tietoihin ja taitoihin. Omien työkavereiden kouluttaminen ja vanhojen käy-
täntöjen ja työtapojen kyseenalaistaminen ei ole ollut helppoa. Koulutukseen on kuiten-

kin suhtauduttu erittäin myönteisesti ja tarvetta tällaiselle koulutukselle on ollutkin jo kauan. Henkilökunta kokee saavansa yhtenäisen koulutuksen, joka yhdenmukaistaa henkilökunnan toimia hankalissa tilanteissa. Koulutus antaa lisäarvoa myös kahdenkeskisiin kohtaamisiin potilaiden kanssa ja tilanteisiin, joissa ei ole aggression tai uhan tunnetta. Henkilökunnan ollessa luottavaisella mielellä ja yhteistyön toimiessa, on paljon helpompaa tehdä tätä raskasta perustyötä.

LÄHTEET

Hintikka, N. & Saarela, K-L. 2005. Väki­val­ta­työ­ta­pa­tur­mat vuonna 2003. [verkkodokumentti]. Turvalli­suus­tek­niikan laitos. Tam­per­een tek­ni­linen yliopisto. [viitattu 3.1.2008]. Saatavissa: <http://turva.me.tut.fi/julkaisut/Raportti92.pdf>

Keltikangas-Järvinen, L. 1978. Väki­val­ta ja itsetuho. Keuruu: Kustannusosa­keyhtiö Otavan painolaitokset.

Korpela, J. & Linjama, T. 2003. Web-suunnittelu. Porvoo: WS Bookwell Oy.

Lagerspetz, K. 1998a. Naisten aggressio. Hämeenlinna: Karisto Oy:n kirjapaino.

Lagerspetz, K. 1998b. Naisten aggressio. Tieteessä tapahtuu 7/1998. [verkkolehti]. [Viitattu 15.12.2007]. Saatavissa: <http://www.tsv.fi/ttapaht/987/lagers.htm>

MAPA-Finland ry. [verkkodokumentti]. Akromedia. [viitattu 12.1.2008]. Saatavissa: <http://www.mapafinland.fi/toiminta2.htm>

McHugh, A., Wain, I. & West, M. 1995. Handle with care. Nursing times. vol.91. no6. Artikkelin suomennos Mikko Pilli 2001.

Pitkänen, A. 2003. Potilaiden hoitajiin kohdistama väki­val­ta psykiatrisessa hoitotyössä. Pro Gradu-tutkielma. Tam­per­een yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Schulman, G. 2004. Väki­val­ta ja sietämättömien tunteiden kierrätys. Suomen lääkäri­lehti 3/2004. [verkkolehti]. Helsinki: Suomen lääkäri­liitto. [Viitattu 4.1.2008]. Saatavissa: <http://www.laakarilehti.fi/sisallys/index.html?terms=schulman>

Syvänen, K. 1998. Aggressiivinen musiikki ja sen psyykkiset taustat kuuden musiikkite­ra­piapotilaan tapauksessa. Pro Gradu. Jyväskylän yliopiston musiikkitieteen laitos.

Vere-Jones, E. 2007. Attacks on NHS staff fall. Nursing Times. [verkkolehti]. [Viitattu 4.1.2008]. [Julkaistu 8.11.2007]. Saatavilla: http://www.nursingtimes.net/students/breakingnews/attacks_on_nhs_staff_fall.html

Viemerö, V. 2006. Aggressio ja aggressiivisuus. Tieteessä tapahtuu 3/2006. [verkkolehti]. [Viitattu 4.1.2008]. Saatavissa: <http://www.tieteessatapahtuu.fi/0306/viemero0306.pdf>

Virtanen, P. 2000. Projektityö. Porvoo: WS Bookwell Oy.

Väestöliitto. 2007. Nuorten nettipalvelu. [verkkodokumentti]. Helsinki. [Viitattu 4.1.2008]. Saatavilla: http://www.vaestoliitto.fi/seksuaaliterveys/seksuaaliterveysklinikan_nettipa/nuoret/tietopankit/ihmissuhteet/seurustelu/pettymys/

Weizmann-Helenius, G. 1997. Väki­val­taisen ihmisen kohtaaminen. Tampere: Kustannus oy Tamara Press.

**AHHA-koulutuksien suunnitelma kevät 06 ja
syksyn -05 toteutuneet**

tot. 05-06	Osasto / henk.	Vko. 9	Vko.12	Vko.13	Vko.17	Vko.19	Syksyyn
15	21 16	2	2	2	2	1	1
14	22 18	2	2	1	1	2	4
12	23 18	2	1	1	1	2	6
13	24 13	2	2	1	2	2	0
7	25 15	1	1	1	1	1	8
8	42 11	1	1	0	1	1	3
5	43 10	1	0	1	1	0	5
14	61 14	1	2	2	2	2	0
12	62 15	2	1	2	1	2	3
6	71 9	1	1	1	0	1	3
7	72 9	1	1	1	1	1	2
3	Mo:lla 14	0	0	1	1	1	11
2	Nupo 13	0	0	0	1	1	11
118	yhteensä / vko	16	14	14	15	17	

Olemme suunnitelleet syksyn AHHA- koulutuksia seuraavasti:

Toteutuneet 05-06 sarakkeessa näkyy kuinka moni kyseiseltä osastolta on käynyt AHHA-koulutuksen. Syksyn koulutuksiin otetaan mukaan M0, Nupo, os.5, L2B ja L2A1. Ja lisäksi pidetään viikolla 42, kolmen päivän koulutus Harjavallan sairaalan toiminnallisten terapioiden ohjaajille. Keväällä 2007 pääse koulutukseen avopuolen henkilökunta ym. paitsi jääneet.

tot. 05-06	Osasto / henk.	v.34	v.37	v.40	v.44	v.46	v.50
15	21 16	1	0	0	0	0	0
14	22 17	1	0	1	0	1	0
12	23 17	1	1	1	1	1	0
13	24 13	0	0	0	0	0	0
7	25 15	2	1	2	1	1	1
8	42 11	0	1	0	1	0	1
5	43 10	1	1	0	1	1	1
14	61 14	0	0	0	0	0	0
12	62 15	0	1	0	1	0	1
6	71 9	0	1	0	1	0	1
7	72 9	0	0	1	0	1	0
0	varahenk. 6	1	1	1	1	1	1
0	yliyököt 2	0	0	1	0	1	0

3	MO:lla 14	2	2	2	2	1	2
2	Nupo 13	2	2	2	2	2	1
0	5 16	3	3	2	2	3	3
0	L2B 11	1	2	2	2	2	2
0	L2A1 10	2	1	2	1	2	2
118	Yhteensä 218	17	17	17	16	17	16

AHHA-LUKUJÄRJESTYS

LIITE 2

Klo	maanantai	tiistai	keskiviikko	torstai	perjantai
8.00	Esittäytymiset Johdanto aiheeseen Ryhmäläiset asettavat tavoitteita kurssiviikolle	Aamuverryttely Edellisen päivän kertaamista pienryhmissä	Aamuverryttely Edellisen päivän kertaamista pienryhmissä	Aamuverryttely Edellisen päivän kertaamista pienryhmissä	Aamuverryttely Edellisen päivän kertaamista pienryhmissä
9.00 – 9.15	Kahvitauko	Kahvitauko	Kahvitauko	Kahvitauko	Kahvitauko
9.15 – 10.30	Eettisyys ja lainsäädäntö aggression hoidollisessa hallinnassa Keskustelua, kysymyksiä	Fyysisen rajoittamisen riskitekijät Aggression ja väkivallan syitä ja ennaltaehkäisyä sairaala olosuhteissa	Seisovan potilaan vieminen päinmakuulle ja potilaan nostaminen seiso- maan	Aggressiivisesti käyttäytyvän ja seisovan potilaan lähestyminen ja kiinnipitämiseen pääseminen	Draama 1
10.30 – 11.15	Fyysiset kiinnipito-otteet -filosofia Käsiotteet istuvan henkilön rajoittamisessa	Hoitajien tehtäväjako fyysisessä kiinnipidossa	Potilaan kääntäminen päinmakuulta selinmakuulle ja selinmakuulta ylös	Kokonaisuuksien harjoittelua	Draama2
11.15	Lounas	Lounas	Lounas	Lounas	Lounas
12.00	Aiheen jatkaminen mukana teoriaa	Seisovan ja kävelevän henkilön fyysinen rajoittaminen	Aiheen jatkaminen	Aiheen jatkaminen	Loppukommentointi
13.30 – 13.45	Kahvitauko	Kahvitauko	Kahvitauko	Kahvitauko	Kahvitauko
13.45 – 14.45	Jalat, kädet ja pää rajoittaminen → riskit ja hyödyt	De-eskalaatio-malli	Hoitajan vaihtaminen fyysisestä kiinnipito-otteesta	Irtautumisia erilaisista otteista ja itsepuolustus	Ensiaputaitojen päivittäminen /Ensihoito klo 13.00
14.45 – 16.00	Ryhmäläisten kommentointia ja päivän päätös	Ryhmäläisten kommentointia ja päivän päätös	Ryhmäläisten kommentointia ja päivän päätös	Ryhmäläisten kommentointia ja päivän päätös	Todistusten jako

Suositeltava pukeutuminen: rento ja joustava asu sekä sisälenkkarit

KOONTI AHHA -KYSELYIDEN VASTAUKSISTA

Kyselyn kartoittava osio:

1. Sukupuoli

	lkm	%
Nainen	99	69
Mies	45	31
Yhteensä	144	100

2. Ammatillinen koulutus

	lkm	%
Sairaanhoitaja	90	63
Mielenterveyshoitaja	33	23
Lähihoitaja	6	4
Muu	15	10
Yhteensä	144	100

3. Aiempi koulutus aggression- ja/tai väkivaltaisuuden hallintaan liittyen.

	lkm	%
Kyllä	74	51
Ei	70	49
Yhteensä	144	100

4. Työkokemus

	lkm	%
Alle 5 vuotta	28	19
6 - 10 vuotta	36	25
Yli 10 vuotta	80	56
Yhteensä	144	100

5. Henkilökohtaiset kokemukset työelämässä.

a. Oletko joutunut fyysisen väkivallan kohteeksi?

	lkm	%
Kyllä	89	63
Ei	53	37
En kerro	0	0
Vastaamatta	2	1
Yhteensä	142	100

b. Onko sinua uhattu fyysisellä väkivallalla?

	lkm	%
Kyllä	122	85
Ei	20	14
En kerro	0	0
Vastaamatta	2	1
Yhteensä	144	100

c. Onko sinua ahdisteltu / painostettu sanallisesta?

	lkm	%
Kyllä	124	86
Ei	17	12
En kerro	0	0
Vastaamatta	3	2
Yhteensä	144	100

d. Onko sinua häiritty seksuaalisesti työssäsi?

	lkm	%
Kyllä	35	24
Ei	103	72
En kerro	2	1
Vastaamatta	4	3
Yhteensä	144	100

Vastaukset väittämiin 1-18:

1. Minulla on valmiudet potilaan aggressiivisen käyttäytymisen tunnistamiseen.

	lkm	%
Täysin eri mieltä	3	2
Jonkin verran eri mieltä	3	2
En osaa sanoa	4	3
Jonkin verran samaa mieltä	88	61
Täysin samaa mieltä	43	30
Vastaamatta	3	2
Yhteensä	144	100

2. Minulla on valmiudet lähestyä aggressiivista potilasta.

	lkm	%
Täysin eri mieltä	5	3
Jonkin verran eri mieltä	24	17
En osaa sanoa	23	16
Jonkin verran samaa mieltä	77	53
Täysin samaa mieltä	13	9
Vastaamatta	2	1
Yhteensä	144	100

3. Minulla on valmiudet pyrkiä aggressiivisuutta vähentävään keskusteluyhteyteen aggressiivisen potilaan kanssa.

	lkm	%
Täysin eri mieltä	2	1
Jonkin verran eri mieltä	11	8
En osaa sanoa	20	14
Jonkin verran samaa mieltä	77	53
Täysin samaa mieltä	33	23
Vastaamatta	1	1
Yhteensä	144	100

4. Minulla on valmiudet toimia tilannetta johtavana hoitajana kun pyritään aggressiivisen potilaan rauhoittamiseen puhumalla.

	lkm	%
Täysin eri mieltä	14	10
Jonkin verran eri mieltä	30	21
En osaa sanoa	45	31
Jonkin verran samaa mieltä	40	28
Täysin samaa mieltä	14	10
Vastaamatta	1	1
Yhteensä	144	100

5. Minulla on valmiudet osallistua aggressiivisen potilaan rauhoittamiseen kiinni pitämällä.

	lkm	%
Täysin eri mieltä	13	9
Jonkin verran eri mieltä	27	19
En osaa sanoa	18	13
Jonkin verran samaa mieltä	62	43
Täysin samaa mieltä	22	15
Vastaamatta	2	1
Yhteensä	144	100

6. Minulla on valmiudet toimia tilannetta johtavana hoitajana kun pyritään aggressiivisen potilaan rauhoittamiseen kiinni pitämällä.

	lkm	%
Täysin eri mieltä	30	21
Jonkin verran eri mieltä	34	24
En osaa sanoa	36	25
Jonkin verran samaa mieltä	30	21
Täysin samaa mieltä	13	9
Vastaamatta	1	1
Yhteensä	144	100

7. Minulla on valmiudet huolehtia potilaan fyysisestä hyvinvoinnista rauhoittaessani häntä kiinni pitämällä.

	lkm	%
Täysin eri mieltä	7	5
Jonkin verran eri mieltä	31	22
En osaa sanoa	32	22
Jonkin verran samaa mieltä	58	40
Täysin samaa mieltä	16	11
Vastaamatta	0	0
Yhteensä	144	100

8. Tiedän mitkä otteet aiheuttavat vahingoittumisen riskin potilaalle, josta pidetään kiinni

	lkm	%
Täysin eri mieltä	16	11
Jonkin verran eri mieltä	41	28
En osaa sanoa	26	18
Jonkin verran samaa mieltä	47	33
Täysin samaa mieltä	13	9
Vastaamatta	1	1
Yhteensä	144	100

9. Minulla on valmiudet käynnistää tilanteen purkava keskustelu työryhmässä väkivaltatilanteen jälkeen.

	lkm	%
Täysin eri mieltä	9	6
Jonkin verran eri mieltä	21	15
En osaa sanoa	31	22
Jonkin verran samaa mieltä	58	40
Täysin samaa mieltä	23	16
Vastaamatta	2	1
Yhteensä	144	100

10. Työryhmän toiminta tukee minua aggressiivisen potilaan kohtaamisessa.

	lkm	%
Täysin eri mieltä	4	3
Jonkin verran eri mieltä	13	9
En osaa sanoa	27	19
Jonkin verran samaa mieltä	59	41
Täysin samaa mieltä	40	28
Vastaamatta	1	1
Yhteensä	144	100

11. Minulla on valmiudet keskustella potilaan kanssa siitä miksi hänestä pidettiin kiinni.

	lkm	%
Täysin eri mieltä	2	1
Jonkin verran eri mieltä	7	5
En osaa sanoa	7	5
Jonkin verran samaa mieltä	59	41
Täysin samaa mieltä	69	48
Vastaamatta	0	0
Yhteensä	144	100

12. Työyhteisön toiminnasta aggressiivisen potilaan kohtaamisessa puhutaan osastollamme.

	lkm	%
Täysin eri mieltä	10	7
Jonkin verran eri mieltä	36	25
En osaa sanoa	10	7
Jonkin verran samaa mieltä	53	37
Täysin samaa mieltä	33	23
Vastaamatta	2	1
Yhteensä	144	100

13. Tiedän kuinka irtautua potilaan väkivaltaisesta otteesta.

	lkm	%
Täysin eri mieltä	22	15
Jonkin verran eri mieltä	43	30
En osaa sanoa	31	22
Jonkin verran samaa mieltä	42	29
Täysin samaa mieltä	6	4
Vastaamatta	0	0
Yhteensä	144	100

14. Sanalliset ja ei -sanalliset vuorovaikutustaidot ovat mielestäni oleellisin osa aggressiivisesti käyttäytyvän potilaan rauhoittamisessa.

	lkm	%
Täysin eri mieltä	3	2
Jonkin verran eri mieltä	4	3
En osaa sanoa	7	5
Jonkin verran samaa mieltä	46	32
Täysin samaa mieltä	83	58
Vastaamatta	1	1
Yhteensä	144	100

15. Aggressiivisen potilaan rauhoittaminen kiinni pitämällä on hoitotyötä, johon minulla tulee olla valmiudet.

	lkm	%
Täysin eri mieltä	1	1
Jonkin verran eri mieltä	5	3
En osaa sanoa	3	2
Jonkin verran samaa mieltä	22	15
Täysin samaa mieltä	113	78
Vastaamatta	0	0
Yhteensä	144	100

16. Hoitajan peruskoulutukseni antoi minulle valmiudet potilaan aggressiivisuuden hoidolliseen kohtaamiseen.

	lkm	%
Täysin eri mieltä	54	38
Jonkin verran eri mieltä	64	44
En osaa sanoa	6	4
Jonkin verran samaa mieltä	17	12
Täysin samaa mieltä	2	1
Vastaamatta	1	1
Yhteensä	144	100

17. Työkokemukseni on antanut minulle valmiudet potilaan aggressiivisuuden hoidolliseen kohtaamiseen.

	lkm	%
Täysin eri mieltä	7	5
Jonkin verran eri mieltä	23	16
En osaa sanoa	11	8
Jonkin verran samaa mieltä	81	56
Täysin samaa mieltä	22	15
Vastaamatta	0	0
Yhteensä	144	100

18. Aggression hoidollinen hallinta -koulutus on tarpeellinen
työni kannalta.

	lkm	%
Täysin eri mieltä	1	1
Jonkin verran eri mieltä	1	1
En osaa sanoa	5	3
Jonkin verran samaa mieltä	13	9
Täysin samaa mieltä	123	85
Vastaamatta	1	1
Yhteensä	144	100



HIISINET - HENKILÖSTÖ INFO

	AHHA/TUHO -koulutusprojekti
Hallinto ja organisaatio	Taustatietoa koulutuksesta
Henkilöstö	Turvallinen hoitotyö-koulutus
Lomakkeet	Turvallinen hoitotyö-koulutuksen runko
Ohjeet	Teoria
Tiedotteet	Käytäntö
Käyttösuunnitelmat	Itsepuolustus
Tilastot ja raportit	Tulevat koulutukset
Muuta	Linkit
Linkit	Yhteystiedot ja kartta
Sivukartta	Paluu
Kirjaudu sisään	

TAUSTATIETOA KOULUTUKSESTA

Suomalaisessa terveydenhuollossa väkivaltaisuus ja uhkaavat tilanteet ovat lisääntyneet niin, että useimmat hoitotyöntekijät kohtaavat niitä työssään väistämättä. Väkivaltaisuutta esiintyy sanallisen aggression muodossa, uhkaavana käyttäytymisenä sekä suoranaista väkivaltana. Suuren riskiryhmän muodostavat eri syistä sekavat tai psyykkisesti sairaat potilaat, jotka saattavat käyttäytyä arvaamattomasti. Myös alkoholin ja huumaavien aineiden käyttö on lisännyt tätä riskiä.

Työturvallisuuslain muutoksen (2002) jälkeen terveydenhuoltoala on lisännyt huomattavasti asiakasväkivallan hallinnan koulutuksia. Eri puolella maata pyörii parasta aikaa useita suuria kokonaisuuksia käsittäviä koulutusprojekteja. Satakunnan sairaanhoitopiirin psykiatrian tulosalue hankki vuonna 2005 Pitkänien sairaalassa ja Tampereen Yliopistollisessa sairaalassa kehitetyn ja käytössä olevan AHHA-koulutusmallin (Aggression Hoidollinen Hallinta). Alun perin malli tulee Englannista, Birminghamin Reaside klinikalta ja St Edwardin sairaalasta ja pohjautuu laajaan MAPA-metodiin (Management of Actual or Potential Aggression). AHHA-koulutus on tarjonnut mahdollisuuden oppia ennaltaehkäiseviä menetelmiä ja ammatillista väliintuloa niin että hoidollinen ilmapiiri palautuisi mahdollisimman nopeasti uhkaavan tilanteen jälkeen.

Satakunnan sairaanhoitopiirin psykiatrian alueella on koulutettu yhteensä lähes 400 työntekijää tämän AHHA-mallin mukaisilla koulutuksilla. Osastojen hoitotyöntekijät ovat käyneet 5 päiväisen AHHA-peruskurssin, avohoidon työntekijät 3 päiväisen Turvallinen hoitotyö-koulutuksen sekä laitoshuoltajat ja toimistotyöntekijät 2 päiväisen Turvallinen hoitotyö-koulutuksen. Käytännön kiinnipito- ja irtaantumistaitoja päivitetään säännöllisesti kerran vuodessa ns. kertauspäivillä. Kouluttajina ovat toimineet psykiatrian alueen omat AHHA- ja MAPA-kouluttajat. Koulutuksia varten on Harjavallan Sairaalassa oma koulutustila, AHHA-center. Palautteiden mukaan koulutus on antanut yhdenmukaisuutta uhkaaviin tilanteisiin, koulutus on myös lisännyt työturvallisuutta, tilanteiden ennakointia ja ennaltaehkäisyä. Koulutusmallin kiinnipito- ja hallintaan tähtäävät otteet ovat laajemmin käytössä mm. geriatriassa ja lastenpsykiatriassa.

TURVALLINEN HOITOTYÖ-KOULUTUS SATAKUNNAN KESKUSSAIRAALAN YKSIKÖILLE

Satakunnan Keskussairaalassa on ilmennyt kiinnostusta psykiatriassa käytettyä mallia kohtaan ja tällä koulutus-informaatiolla pyrimme antamaan tietoa tarjoamastamme ja somaattiseen sairaalaan suunnittelemastamme koulutuksesta. Koulutus koostuu sekä teoria- että käytännön osiosta. Koulutusfilosofiana olisi antaa koulutettaville mahdollisuus lisätä itsetuntemustaan aggression kohtaamisessa. Lisäksi koulutuksessa painotetaan varhaista väliintuloa eli tilanteiden ennakkointia. Fyysisen väliintulon on oltava tilanteeseen sopivaa. Tavoitteena on positiivinen ja hienotunteinen lähestymistapa vaikeisiin ja haastaviin hoitotilanteisiin.

Fyysisen kiinnipitämisen taitojen periaatteet on suunniteltu turvallisiksi niin potilaille kuin henkilökunnallekin ja ne täydentävät jo olemassa olevia hoitoja ja vuorovaikutustaitoja. Fyysinen kiinnipito perustuu enemmänkin tekniikkaan ja oman asennon huomioimiseen kuin voimaan. Lisäksi siihen liittyy hoidollinen suunnittelu ja riskin arviointi. Fyysisen kiinnipitämisen taidot ovat väliintulon menetelmiä koskettamisesta kiinnipitämiseen. AHHA on työskentelyä potilaan hyväksi ja potilaan kanssa. Opittuja työtapoja ja otteita voi käyttää jokapäiväisessä työssä esim. potilassiirroissa ja potilaan auttamisessa erilaisissa hoitotilanteissa, näin turvataan kaikkien osapuolien henkilökohtainen turvallisuus. Otteet on suunniteltu niin, etteivät ne tuota potilaalle kipua tai uhatuksi tulemisen tunnetta.

Irtaantumistaitoja käytetään, kun hoitotyöntekijä on tilanteessa yksin uhattuna tai suoranaisen hyökkäyksen kohteena. Yksin ei ole järkevää rajoittaa aggressiivista asiakasta. Taito, nopeus, yllättävyys ja pako ovat periaatteita, jotka tekevät tekniikoista tehokkaita. Tarkoituksena on käyttää mahdollisimman vähän voimaa, saavuttaa paras mahdollinen hyöty ja aiheuttaa mahdollisimman vähän vahinkoa.

Turvallisuus on tärkeintä ja sitä ajatellaan kaikissa tilanteissa. Jokaisen turvallisuus on tärkeää, niin asiakkaan kuin työntekijänkin. AHHA on paitsi potilas - ja työyhteisölähtöinen, myös työturvallisuuslähtöinen koulutusmalli.

TURVALLINEN HOITOTYÖ-KOULUTUKSEN RUNKO 24 H

1. päivä

Teoriaosuus

- koulutusmallin taustat
- vihan ja aggression tarkastelua
- eettisyys ja ammatillinen vastuu
- ennaltaehkäisevä toiminta
- lainsäädännölliset näkökohdat

Käytännön osuus

- istuvan henkilön lähestyminen ja kiinnipito, riskit ja hyödyt
- seisovan henkilön lähestyminen ja kiinnipito, riskit ja hyödyt
- kävelevän henkilön saattaminen ja mm. ovista kulkeminen
- seisovan kiihtyneen henkilön lähestyminen ja kiinnipitoon pääseminen

2. päivä

Teoriaosuus

- vaarallisuuden arviointia
- uhkaavan henkilön kohtaaminen, oman toiminnan ja käytöksen merkitys
- verbaaliset ja non-verbaaliset taidot, de-eskalaatio
- tilan, paikan ja etäisyyden arviointi
- työhuonejärjestelyt, hälytysjärjestelmät

Käytännön osuus

- henkilön turvallinen vieminen päinmakuulle ja nostaminen ylös
- henkilön hoitaminen päinmakuulla
- henkilön vieminen selinmakuulle ja hoitaminen selinmakuulla
- henkilön nostaminen selinmakuulta
- henkilön kääntäminen päinmakuulta selin makuulle tai selin makuulta päinmakuulle

3. päivä

Käytännön harjoituksia

- vuoteeseen vieminen ja kiinnipito vuoteessa
- hoitajien vaihtaminen kiinnipidossa
- Irtaantumispaketti
- erilaisista otteista irtaantuminen (käsiotteet, hiuksista ja vaatteista kiinnipitäminen, kuristaminen)
- lyöntien ja potkujen torjuminen
- työtoverin tai muun henkilön auttaminen hyökkääjän otteesta

Koulutuspäivät alkavat klo 8.00 ja päättyvät n. klo 16.00. Ruokailu järjestyy Harjavallan sairaalan ruokasalilla. Koulutustilana toimii AHHA-center Harjavallan sairaalassa. (katso kartta)
Varusteeksi sopii joustava asuste ja hyvät sisäkengät, esim. verkkarit ja lenkkarit.

TEORIA

Kohtaaminen

- Kuuntele potilasta, älä heti keskeytä. Puhu rauhallisesti sekä selkeästi.
- Varmista ympäristö, onko vaarallisia esineitä, pakoreitti, taustatuki, valitse kohtaamispaikka jos mahdollista, katso valmiiksi hidasteita esim. tuoli, pöytä, roskakori, mappi. Älä tapaa potilasta yksin, jos on tullut epävarma olo potilaan tai hänen omaisen tapaamisesta.
- Opi kunnioittamaan omia tuntemuksiasi ja vaistoja. Toimi niiden mukaan.
- Tarkkaile käsiä ja katsetta. Kädet nyrkissä ja välttelevä katse ovat usein varomerkkejä kuten myös puhumattomuus, puhuva ei yleensä lyö.
- Hälyttimet käytössä, virka-apu, sumute, kunnon jalkineet, onko tarttuvia tauteja?
- Yleensä ihmiset eivät suutu siitä mitä heille sanotaan, vaan siitä miten asiat sanotaan.
- Konflikti syntyy yleensä vasta silloin, kun joku vastaa aggressioon ”samalla mitalla”.
- Muista että ihminen reagoi yllättävässä tilanteessa erittämällä stressihormonia joka vaikuttaa ihmisen fyysiseen suoriutskykyyn, aistihavaintojen tekemiseen (kuulo, näkö, kipu ym.), ajatustoiminnan sujuvuuteen ja se voi vääristää muistikuvat tapahtuneesta. Tämä koskee niin potilasta kun häntä kohtaavaa työntekijää. Tapahtuneen uhkaavan tai väkivaltaisen tilanteen jälkeen on syytä kirjata ylös tapahtumien kulku, ketkä olivat paikalla, kellonajat, mahdolliset vammat ym. vaikka yhteistyönä, näin tapahtumat tulevat käytyä läpi tuoreeltaan ja mahdollista oikeudenkäyntiä tai asian paikallista käsittelyä varten on jotain dokumentoitu. Hoitajan oikeusturvaan ja mahdollisen rikosilmoitukseen liittyen, katso ”Asiakasväkivallan hallinnan toimintamalli”.



Hoitajakolmio potilaan kohtaamisessa

De-eskalaatio ja tilanteen purku

Henkilökunnan on tehtävä kaikkensa saadakseen uhkaava tilanne de-eskaloitumaan ja/tai purkautumaan ennen kuin voidaan ryhtyä minkäänlaisiin fyysisiin kiinnipito-otteisiin.

De-eskalaatio voi sisältää seuraavanlaisia toimintatapoja:

- Esittäydy ”vastapuolelle” jos ette tunne toisianne ennestään, se luo turvallisuutta.
- Ohjaa potilas pois tilanteesta joka laukaisee aggression tai levottomuuden.
- Kuuntele potilasta, aidosti ja aktiivisesti.
- Selvitä ongelma ja ehdota ratkaisua ongelmaan tai ulospääsyä tilanteesta.
- Tee tarvittavia muutoksia ympäristöön.
- Pysy rauhallisena, asiallisena ja ole kiinnostunut asiasta. Ammatillisuus!
- On vaikeaa olla vihainen ihmiselle joka on kohtelias ja ystävällinen.
- Tarjoa lääkitystä jos se on tarkoituksen mukaista.
- Poistu paikalta ja odota apua, jos väkivallan uhka kasvaa.
- Onko tärkeämpää olla oikeassa, kuin löytää turvallinen ratkaisu?

Henkilökunnan on vältettävä kaikkia toimia jotka saattavat provosoida tilannetta.

”Ongelmatilanteisiin ei ole olemassa yhtä ainoaa oikeaa ratkaisua, mutta paras neuvo niille, jotka joutuvat olemaan tekemisissä aggressiivisesti käyttäytyvien ihmisten kanssa, olivatpa nämä sitten psykiatrisia potilaita tai eivät, on kohtelias ja ystävällinen käytös”.

D.J.West



KÄYTÄNTÖ

Fyysisen kiinnipitämisen taitojen periaatteet on suunniteltu turvallisiksi niin potilaille kuin hoitotyöntekijöille ja ne täydentävät olemassa olevaa hoitoa ja vuorovaikutustaitoja. Fyysinen kiinnipito perustuu enemmän tekniikkaan ja asennon huomioimiseen kuin voimaan. Lisäksi siihen sisältyy hoidollinen suunnittelu ja riskien arviointi. Fyysisen kiinnipitämisen taidot ovat hoidollisen väliintulon menetelmiä koskettamisesta kiinnipitämiseen. Opittuja työtapoja ja otteita voi käyttää jokapäiväisessä työssä esim. potilassiirroissa ja potilaan auttamisessa erilaisissa hoitotilanteissa, näin turvataan kaikkien osapuolien henkilökohtainen turvallisuus. Otteet ovat suunniteltu niin, etteivät ne tuota potilaalle kipua tai uhatuksi tulemisen tunnetta.

Fyysinen väliintulo tapahtuu kolmella eri tasolla. Käytössä on ykköstason ote, joka on lähinnä koskettamista, kakkostason ote jolla potilaan liikkeet hallitaan ja kolmostason ote jolla potilaan liikettä rajoitetaan. Kiinnipito voi tapahtua istualtaan, polvillaan, päinmakuulla, selinmakuulla ja pystyasennossa. Tärkeitä yksityiskohtia ovat kyynärpään hallinta, yhtäaikaisuus, suunnitelmallisuus, tukeva asento ja kaikkien osapuolten turvallisuuden huomioiminen.

Kakkostason käsiote kuljetuksessa
” Liike on sallittua kun se on hallittua”



Kuvat: Pekka Teini

Kolmostason käsiote kuljetuksessa
Liikkeen rajoittamista



Kolmostason ote potilaan hallitsemiseksi polviasennossa



Potilaan turvallinen kääntäminen



Käsiotteita päänmakuulla



Päinmakuulla otteita



Kakkostason käsiote



Kuvat: Pekka Teini

ITSEPUOLUSTUS

Jokaisella on oikeus puolustaa itseään tai toista, uhriksi joutunutta henkilöä. Itsepuolustuksesta eli hätävarjelusta on säädetty rikoslaissa seuraavanlaisesti; Hätävarjelussa käytetty voima ja keino tulee olla suhteutettu hyökkäyksen laatuun, voimakkuuteen, puolustautujaan ja hyökkääjän henkilöön sekä muihin olosuhteisiin. Voimankäyttö itsepuolustuksena edellyttää välitöntä uhkaa, että joku toimija aikoo tappaa tai vahingoittaa vakavasti toista henkilöä.

Jos itsepuolustuksessa on ylitetty hätävarjelun rajat (hätävarjelun liioittelu), tekijä on kuitenkin rangaistusvastuusta vapaa, jos olosuhteet olivat sellaiset, ettei tekijältä kohtuudella olisi voinut vaatia muunlaista suhtautumista, kun otetaan huomioon hyökkäyksen vaarallisuus ja yllätyksellisyys sekä tilanne muutenkin. (Rikoslaki 4 luku 4 § Hätävarjelu)

Itsepuolustuksen ATP

A = Asento, tukeva asento joka myös suojaa iskuilta

T = Toiminta, irtaantuminen hyökkääjän otteista

P = Pako, siirtyminen turvalliseen paikkaan

ATP



AHHA ja TUHO koulutukset kevät 2008:

Päivämäärä	Koulutus
21.1 – 25.1	5 pv AHHA (psykiatria)
28.1	AHHA- kertauspäivä (psykiatria)
29.1	AHHA- kertauspäivä (psykiatria)
30.1 – 1.2	Turvallinen Hoitotyö (psykiatria avo)
4.2	AHHA- kertauspäivä (psykiatria)
5.2	AHHA- kertauspäivä (psykiatria)
6.2	AHHA- kertauspäivä (psykiatria)
7.- 8.2	Turvallinen Hoitotyö (psyk.laitoshuoltajat)
25.2	AHHA- kertauspäivä(psykiatria)
26.2	AHHA- kertauspäivä(psykiatria)
27.-29.2	Turvallinen Hoitotyö (SatKs)
26.-28.3	Turvallinen Hoitotyö (Satks)
14.4	AHHA- kertauspäivä (psykiatria)
15.4	AHHA- kertauspäivä (psykiatria)
16.-18.4	Turvallinen Hoitotyö (SatKs)
21.4	AHHA- kertauspäivä (psykiatria)
22.4	AHHA- kertauspäivä (psykiatria)
23.-25.4	Turvallinen Hoitotyö (psykiatria, avo)
5.5	AHHA- kertauspäivä (psykiatria)
6.5	AHHA- kertauspäivä (psykiatria)
7.-9.5	Turvallinen Hoitotyö (SatKs)
28.-30.5	Turvallinen Hoitotyö (SatKs)

LINKKEJÄ

- ❖ Satakunnan sairaanhoitopiiri. Asiakasväkivallan hallinnan toimintamalli.

<http://www.satshp.fi/pls/wportal/docs/PAGE/TIETOPANKKI/TYOSUOJELU/ASIAKAS.PDF>

- ❖ Satakunnan sairaanhoitopiiri. Häirinnän ja epäasiallisen kohtelun hallinnan toimintamalli.

<http://www.satshp.fi/pls/wportal/docs/PAGE/TIETOPANKKI/TYOSUOJELU/HAIRINTA.PDF>

- ❖ Työturvallisuuslaki

<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2002/20020738>

- ❖ Rikoslaki 4 luku 4§. Hätävarjelu

<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2003/20030515?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=h%C3%A4t%C3%A4varjelu>

- ❖ Työsuojelupiirit. Työpaikan väkivallan uhat ja niiden hallinta.

http://www.tyosuojelu.fi/fi/tutsp_linkitettavat/356

- ❖ Mirja Rasimus. Turvattomuus työtoverina. Turvattomuus ja väkivalta sairaalan päivystyspoliklinikalla.

<http://www.uku.fi/vaitokset/2002/isbn951-781-937-4.pdf>

- ❖ Mielenterveys linkkejä, laaja sivusto joka myös sisältää yleistietoa.

<http://www.kolumbus.fi/jyrki.vartiainen/index.htm>

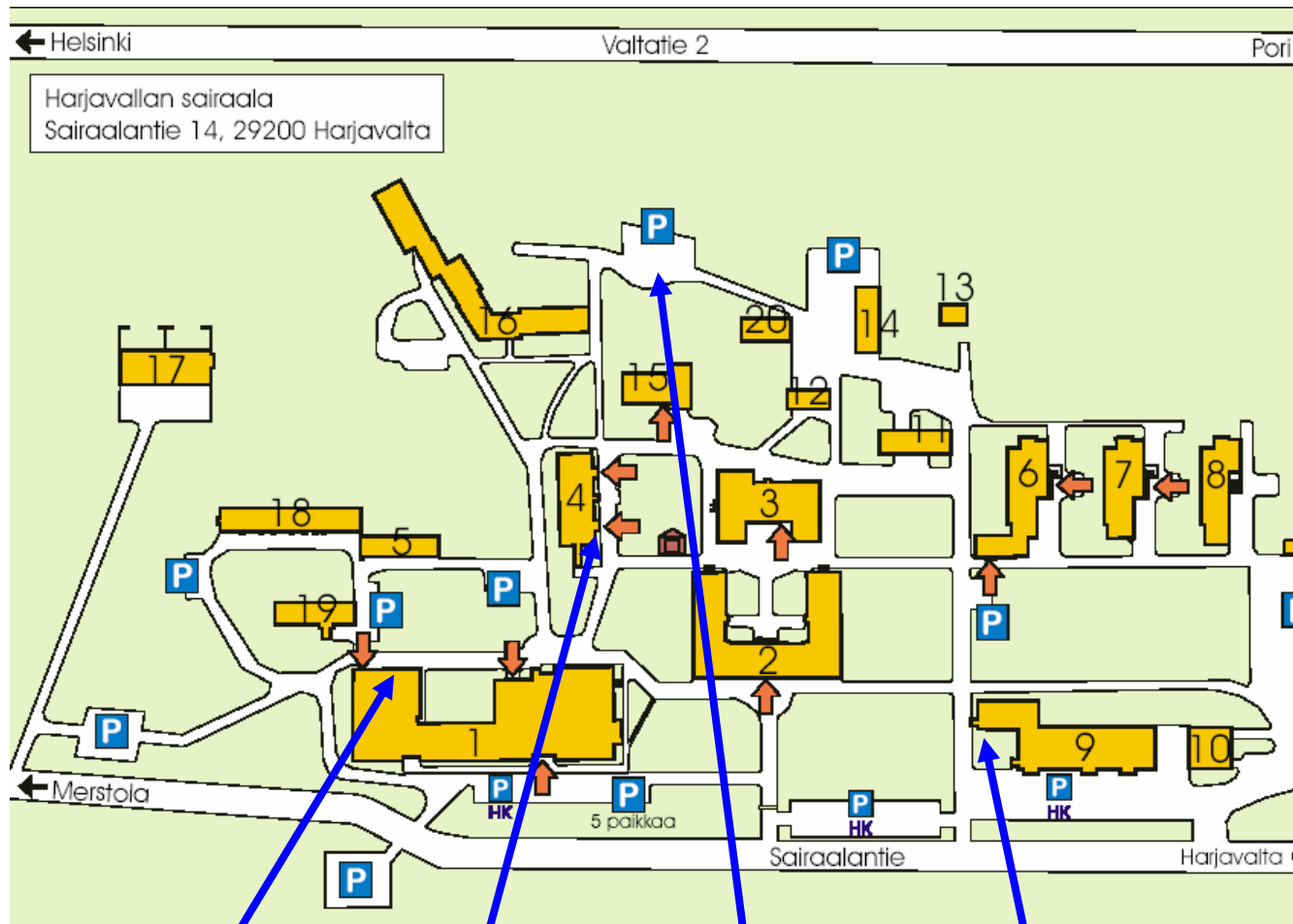
- ❖ Artikkelit työpaikkaväkivallasta.

<http://www.laakariliitto.fi/tilastot/tutkimuksia/tyopaikkavakivalta.html>

- ❖ Selvitys työpaikkaväkivallasta sosiaali- ja terveydenhuollossa.

http://www.superliitto.fi/datafiles/tiedosto_ja_teksti_fi/11_super_vakivalta_selvitys.pdf

Yhteystiedot



Kanttiini

AHHA-center
1. kerros

Parkkipaikka,
jossa tilaa

Ruokasali

Yhteystiedot

Sven mth
AHHA-kouluttaja
työpuh.
matkapuh.

Pekka mth
AHHA/MAPA-kouluttaja
työpuh.
matkapuh.

Anne sh
AHHA-kouluttaja
työpuh.

Jaana sh
AHHA-kouluttaja
työpuh.

Sähköpostiosoitteet muotoa etunimi.sukunimi@satshp.fi