

Milla Pulska

MAPA-MENETELMÄN PILOTOINTI MUISTISAIRAAN HOITOTYÖSSÄ

Menetelmän ja koulutuksen arviointi työntekijöiden näkökulmasta

**MAPA-MENETELMÄN PILOTOINTI MUISTISAIRAAN HOITOTYÖSSÄ
MENETELMÄN JA KOULUTUKSEN ARVIONTI TYÖNTEKIJÖIDEN NÄKÖKULMASTA**

Milla Pulska
Opinnäytetyö
Lukukausi (esim. Kevät) vuosi
Hoitotyön sv.
Oulun ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Oulun ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveystieteiden yksikkö
Hoitotyön sv.
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

Tekijä: Pulska, Milla

Opinnäytetyön nimi: MAPA-menetelmän pilotointi muistisairaana hoitotyössä –
Menetelmän ja koulutuksen arviointi työntekijän näkökulmasta

Työn ohjaajat: Kiviniemi, Liisa & Tölli, Sirpa

Työn valmistumislukukausi ja -vuosi:

Sivumäärä: 58

Liitteet: 2

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata työntekijän kokemuksia MAPA (Management of Actual or Potential Aggression) koulutuksesta ja koulutukseen sisältyvien menetelmien käyttöön otosta muistisairaidenhoitotyössä. Työn tavoitteena oli tuottaa yleistä tietoa MAPAsta, miten MAPA-menetelmiä voidaan hyödyntää ja missä tilanteissa työntekijät MAPA-menetelmää käyttivät muistisairaidenhoitotyössä. Tein opinnäytetyön hyödyntäen laadullisen tutkimuksen menetelmää. Työtä varten tehtiin kyselylomake, joka sisälsi avoimia kysymyksiä, sekä strukturoituja kysymyksiä. Kyselylomakkeet analysoin aineistolähtöistä sisällönanalyysiä käyttäen.

Opinnäytetyöni aihe tuli MAPA-koulutusta järjestävältä opettajalta Sirpa Tölliltä. Työ liittyi Sonectuksen hyvän ikääntymisen kehittämissympäristö hankeen koulutukseen, joka järjestettiin kahteen dementiayksikköön. Hoitohenkilökunnasta osa osallistui MAPA-koulutukseen, jossa teoriatunneilla käsiteltiin fyysiseen koskemattomuuteen puuttumista, lainsäädäntöä, eettistä näkökulmaa ja erityisesti muistisairaana ihmisen kanssa käytävää vuorovaikutusta. Käytännön harjoitteissa harjoitukset keskittyivät irtaantumistekniikoihin, matalan- ja keskitason riskin fyysisiin kiinnipito tekniikoihin. Opinnäytetyön tuloksien mukaan MAPA-koulutus lisää hoitohenkilökunnan valmiuksia kohdata haasteelliset tilanteet muistisairaiden ikäihmisten parissa.

Jatkotutkimushaasteena on menetelmän toteutus suuremmalla otoksella. Tutkimusta voidaan toteuttaa koulutusta harkitseville työpaikoille ja erilaisissa työympäristöissä esim. kotihoidossa. Tutkimusta voisi suunnata omaisille, tutkimalla minkälaisia haasteellisia tilanteita tulee muistisairaiden läheisten keskuudessa.

Asiasanat: Työturvallisuus, MAPA, Työväkivalta

ABSTRACT

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

Authors: Pulska, Milla

Title of Thesis: MAPA-method of piloting in the care of memory disorder patients- The method and evaluation of education from perspective of the employee

Supervisors: Kiviniemi, Liisa & Töllli, Sirpa

Term and year when the thesis was submitted:

Number of pages: 58

Number of appendices: 2

Purpose of this thesis was to describe experiences of employees during MAPA (Management of Actual or Potential Aggression) training and also collect experiences regarding implementation of training methods in dementia nursing. The aim of this thesis was to provide information about the MAPA-training, how the MAPA-methods can be utilized in daily nursing work. In which situations employees used MAPA-methods and how it can be further improved. Qualitative research methods were used during the thesis and data were collected using questionnaires. Questionnaires included open and restricted question and results were analyzed by using data oriented content analysis.

The topic of the thesis was focused to the Sonectus project called “good development environment for aging”. The project organized two MAPA-trainings in dementia service housing unit and the trainer was MAPA-trainer Sirpa Töllli from Oulu University of Applied Sciences. Some of the employees participate the training which were including theories related to physical integrity, legislation, ethical point of view and especially communication with memory disordered people. Employees had also practical training including disengagement techniques and low-risk and medium-level risk physical restraint techniques. Result of the thesis shows that training improves employee’s skills to handle challenging situations with demented people. As an opportunity for further research is the development of education assessment and implementation of training in a larger work community.

Keywords: MAPA, abuse at work, safety at work

SISÄLLYS

JOHDANTO	6
1. POTILAAN JA TYÖNTEKIJÄN KOHTAAMA HAASTEELLINEN KÄYTTÄYTYMINEN	9
1.1 Potilasturvallisuus.....	9
1.2 Ikääntyminen ja haasteellinen käyttäytyminen.....	11
1.3 Työturvallisuudesta	14
1.3.1 Hoitotyötä ohjaava lainsäädäntö.....	23
2. MAPA-MENETELMÄ	27
2.1 MAPA-koulutus	30
3. PILOTTI KOULUTUKSEN JA MENETELMÄN ESITTELY	32
3.1 Pilottikoulutus.....	32
4. TUTKIMUKSEN TARKOITUS	34
5. TUTKIMUSMENETELMÄT	35
5.1 Kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus soveltavan menetelmän muodossa.....	35
5.2 Tutkimuksen toteuttaminen	36
5.3 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys.....	37
6. TUTKIMUKSEN TULOKSET	40
6.1 Arviointi koulutuksesta	40
6.2 Hoitajien kohtaama haasteellinen käyttäytyminen	41
6.3 MAPA koulutuksen antamat valmiudet haasteellisiin tilanteisiin.....	43
6.4 MAPA-menetelmän hyödyntämistä rajoittavat tekijät	45
7. JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA	47
7.1 Mielenpitoet koulutuksesta.....	47
7.2 Hoitajien kohtaama haasteellinen käyttäytyminen	48
7.3 MAPA koulutuksen antamat valmiudet haasteellisiin tilanteisiin.....	48
7.4 MAPA-menetelmän hyödyntämistä rajoittavat tekijät	49
7.5 Jatkotutkimusmahdollisuudet	49
LÄHTEET	52
Liite 1	56

JOHDANTO

Työväkivallan kohtaamisen kannalta terveyden- ja sairaanhoitotyö, sekä sosiaalialan hoitotyö kuuluu riskiammatteihin. Tämä tarkoittaa, että näissä ammateissa työntekijöiden määrään nähden todennäköisyys kohdata väkivaltaa on suuri. On tutkittu, että tilastollisesti eniten työväkivaltaa kohdataan terveyden- ja sairaanhoitotyön ammateissa. Jokaisella on oikeus työskennellä ilman pelkoa. (Työvoimatutkimus 2009, haettu 13.4.15.)

Työn tarkoituksena on tutkia ja seurata MAPA-koulutuksesta saatua hyötyä. Tutkimuksessa arvioidaan MAPA-menetelmän hyödyntämistä muistisairaanhoitotyössä ja MAPA-menetelmän käyttöön ottamista työyksikköön työväkivallan kohtaamisen ja ennaltaehkäisemisen menetelmänä. Keskipaikeaa tai vaikeaa muistisairautta sairastavia oli Suomessa vuonna 2010 noin 89 000. Lievistä muistisairauksista tai lievistä kognitiivisentason heikkenemisestä kärsiviä vuonna 2010 oli noin 200 000. Pitkäaikaishoidossa olevista ikäihmisistä kahdella kolmesta on muistisairaus. Tämä luo oman haasteen hoitotyölle. Väestön ikääntyessä muistisairauden esiintymisen määrä tuskin on vähentymässä, joten on tarvetta koulutukselle, joka on suunnattu muistisairaiden hoitotyöhön. (Kan & Pohjala 2012, 195.)

Yksi keskeinen käsite on MAPA, joka sisältää haasteellisen käyttäytymisen hallintaa. MAPAssa hyödynnetään vuorovaikutusta. Menetelmä ei sisällä ainoastaan fyysisiä toimintamalleja väkivaltatilanteisiin, vaan siinä huomioidaan kokonaisvaltaisesti työntekijä ja asiakas. Tällä tarkoitetaan, että MAPA ei ole ainoastaan otteiden ja tekniikoiden hallintaa, vaan menetelmän otteet eivät yksistään auta työntekijää kohtaamaan väkivaltatilanteita ennaltaehkäisevästi tai täydellisen turvallisesti. Työntekijän tulisi olla perehtynyt eettisiin näkökulmiin, työväkivaltalakiin, kehittänyt vuorovaikutustaitojaan, sekä asiakkaan kohtaamista ja oman kehon käyttöä (sanatonta viestintää). Toinen tärkeä käsite on työväkivalta, joka on tapahtuma, jossa työntekijä kohtaa sanallisia loukkauksia, uhkauksia tai pahoinpitelyä työympäristössään, niin että työntekijän turvallisuus, hyvinvointi ja terveys vaarantuvat suorasti tai epäsuorasti. Työväkivalta voi olla laadultaan fyysistä tai henkistä. Tässä opinnäytetyössä käsitellään, mitä tulisi ottaa huomioon työväkivallasta puhuttaessa, mitkä asiat vaikuttavat

työväkivallan kohtaamiseen ja mitä työväkivalta on asiakkaan tai potilaan näkökulmasta. Keskeisimpiä käsitteitä käydään tarkemmin läpi työn teoriatietosuudessa ja nämä aiheet toistuvat lähes jokaisessa työni kappaleessa. Kaikista eniten työni keskittyy itse työturvallisuuteen ja MAPA-koulutukseen. (Työterveyslaitos 2015, haettu 15.4.2015; MAPA Finland ry 2012, haettu 24.4.2013.)

Tutkimus liittyi Sonectuksen järjestämään pilotointi koulutukseen, joka järjestettiin kahteen dementia yksikköön Pohjois-Pohjanmaan alueella. Kyseessä oli Sonectus-hanke, jonka MAPA-koulutukseen osallistui yhteensä noin 20 hoitohenkilökuntaan kuuluvaa työntekijää. Koulutustilaisuuteen osallistuin molemmissa paikoissa yhden kerran, jolloin esittäydyin ja kerroin opinnäytetyöni tarkoituksesta ja miten tutkimukseni eteni, sekä kyselylomakkeen tulemisesta jossain vaiheessa vuonna 2014 keväällä. Opinnäytetyöni suuntautui koulutuksen jälkeiseen aikaan. Koulutusta saaneissa paikoissa toteutetaan ikäihmisten hoitotyötä. Tutkimuksessa tehtiin noin vuoden mittainen seuranta, jossa tarkasteltiin koulutuksesta saatuja hyötyjä. Miten koulutus on muuttanut työskentelytapoja ja miten koulutus on vaikuttanut haasteellisten tilanteiden esiintymisen määrään. Tutkimusta ja seuranta toteutettiin kyselylomakkeen avulla, sekä tutustuin erikseen MAPAan liittyvään tutkittuun tietoon. Olen saanut tutkimukseen tukea ohjaavilta opettajiltani muuten olen tehnyt sen itsenäisesti.

Aiheen valintaan vaikutti oma osallistumiseni työväkivallan kurssille opiskelujeni aikana. Kyseessä oli vapaavalintainen kurssi, jossa käsiteltiin työväkivallan kohtaamista. Kurssilla opimme perusasioita liittyen MAPAan eli Management of Actual or Potential Aggression, tämä on Englannissa kehitetty koulutusmalli aggression hallintaan. Saimme paljon hyviä menettelytapoja työelämää ajatellen. Kiinnostuin MAPA-menetelmästä ja tutustuin asiaan tarkemmin. Aluksi ajattelin, että olisin järjestänyt itse koulutuksen yhdessä virallisen MAPA-kouluttajan kanssa ja vienyt MAPAa eteenpäin työelämään. Koulutus osoittautui kuitenkin hankalaksi järjestää ajan puutteenvuoksi. Lisäksi koulutuksen sisältöön en itse voinut vaikuttaa, koska minulla ei ole tarvittavaa valmiutta kouluttajana toimimiseen. Työni työstämisen aloitin 2013 keväällä. Omalle ammatilliselle kehitykselle opinnäytetyöprosessi toi valmiuksia kohdata haasteellisia tai väkivaltatilanteita hoitotyössä. Sain tietoa miten väkivaltatilanteissa toimitaan ja mitkä ovat potilaan tai asukkaan oikeudet, sekä mitkä ovat työnantajan ja työntekijän oikeudet sekä velvoitteet työturvallisuuden kannalta.

Mielestäni MAPA on hyvä työväkivallan kohtaamisen menetelmä, jota aion viedä konkreettisesti työpaikoille, joissa tulen hoitajana työskentelemään.

1. POTILAAN JA TYÖNTEKIJÄN KOHTAAMA HAASTEELLINEN KÄYTTÄYTYMINEN

1.1 Potilasturvallisuus

Hallittaessa haasteellista käyttäytymistä keskeisimpänä tekijänä ovat haasteellisen käytöksen eli väkivaltatilanteiden ennakointi ja niiden välttäminen vuorovaikutuksen ja toiminnallisuuden keinoin. Fyysiseen kiinnipitämiseen siirrytään vasta siinä vaiheessa, jos tilanteen rauhoittaminen muilla keinoilla ei onnistu. Fyysisessä kiinnipidossa huomioidaan luonnolliset liikeradat ja ne hallitaan kivuttomasti vuorovaikutusta unohtamatta. MAPAssa kiinnipitämisen taitojen periaatteet ovat turvallisia potilaille ja hoitohenkilökunnalle. Kiinnipidossa tekniikka ja asennon huomioiminen on tärkeämpää, kuin voima. Tärkeää on myös ennalta huomioida hoidon suunnittelu ja riskien arviointi. Fyysisessä kiinnipidossa edetään koskettamisesta kiinnipitämiseen. Haastavan käytöksen ja aggression hoidollinen hallinta on työskentelyä yhdessä potilaan kanssa ja potilaan hyväksi. (Työturvallisuus ja turvallinen hoitotyö moottorina 2013, haettu 8.5.2013.)

Turvallisuuden määritelmä muuntautuu tarkastelunäkökulmasta riippuen. Potilasturvallisuus määritellään yksiköiden ja organisaatioiden toiminnoiksi ja periaatteiksi, joilla on tarkoitus suojata ja turvata potilasta. Tämä tarkoittaa, että potilaalle tarjotaan oikeaa hoitoa, oikealla tavalla ja oikeaan aikaan. Näin potilaalle aiheutetaan mahdollisimman vähän, haittaa. Muistisairaille on oikeus saada tietoa sairaudestaan ja sairauden oireista. Heillä on oikeus asianmukaiseen lääketieteelliseen hoitoon ja olla ilman rauhoittavaa lääkitystä ja säilyttää toimintakykynsä mahdollisuuksien mukaan. Heillä on oikeus tulla kohdatuksi aikuisena, kokea, että otetaan vakavasti, sekä asua tutussa ja turvallisessa ympäristössä. Olla sellaisten ihmisten seurassa, jotka tuntevat heidän elämänsä ja tottumukset. Oikeus käydä säännöllisesti kodin tai hoitoyhteisön ulkopuolella, sekä oikeus kosketukseen, hellyyteen, toisen ihmisen läheisyyteen ja hoitoon, jota toteuttaa ammattitaitoinen ja muistisairauteen perehtynyt henkilökunta. (Helleuo ym. 2011, 13; Kan & Pohjola 2012, 227.)

Kiire lisää haasteellisten tilanteiden riskiä, sekä myös hoitajien määrän vähyys verraten potilaiden tai asukkaiden määrään. Työntekijän hyvinvoinnilla on vaikutusta haasteellisten tilanteiden kohtaamiseen. Vaarana haasteellisissa tilanteissa on aiheuttaa potilaalle tai työntekijälle henkisiä tai fyysisiä traumoja, siksi haasteellisissa tilanteissa kaikilla tulee olla selkeät ohjeet miten toimitaan. Tilanteesta tehdään aina tarkka raportti ja kiinnipitotilanteen jälkeen seurataan ja valvotaan tarkasti tilanteeseen osallistuneita. Kiinnipidon toteutuksessa on tärkeää huomioida, että liikkeet suoritetaan oikein, ettei aiheuteta fyysisiä vammoja. (Tilastokeskus 2009, haettu 28.4.15; Ennakoi työväkivaltaa 2015, haettu 28.4.15.)

Väkivallan uhkajaoston raportissa on havaittu, että alasta riippumatta riskejä on todettu lisäävän yksintyöskentely, työskentely ilta tai yöaikaan. Työskentelytiloissa, joihin on avoin pääsy, työskentely ulkona, työn suorittaminen riskialueilla esim. alueille joilla on väkivalta ja rikosprofiili korkea, päihtyneiden tai väkivaltaisten asiakkaiden, sekä omaisten vastaanottaminen, palvelujen antaminen ja muu toimiminen, rahan tai arvokkaan omaisuuden, sekä lääkkeiden käsittely tai vartiointi ja yksilön itsemääräämisoikeiden rajoittaminen. Hoitoalan väkivaltatutkimuksessa 1999 havaittiin samankaltaisia tuloksia. Silloin työkokemuksella todettiin olevan merkitystä väkivallan kohtaamisen määrään hoitotyössä. Vähemmän kokemusta omaavilla työntekijöillä oli suurempi riski kohdata väkivaltaa hoitotyössä kuin kokeneemmilla työtovereilla, myös työsuhteen määräaikaisuus nosti väkivaltariskiä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2014, 33; Lehestö ym. 2004, 103.)

Kiinnipidon aikana turvataan ja tarkkaillaan elintoimintoja, sekä asennon aiheuttamaa vaaraa esim. naarmut, nyrjähdykset, murtumat, asento asphyxia (valekuolema) eli hengityksen lamaantuminen, ylipaino, raskaus, päihtymys, perussairaudet (epilepsia, diabetes, astma, sydän- ja verisuonisairaudet, keuhkohtaumatauti yms.), tarttuvat veritaudit ja lääkitys. Kiinnipidossa vaaroja ovat fyysiset vammat (naarmut, nyrjähdykset, murtumat), sekä sydämen pysähdyksen mahdollisuus, hengityksen lamaantuminen, tukehtuminen oksennukseen, emboliat, katekoloamiinimyrkytys (rasitus sydämelle, taistelu kuolemaan saakka) ja esineet taskussa. (Ennakoi väkivaltaa 2015, haettu 15.4.2015.)

1.2 Ikääntyminen ja haasteellinen käyttäytyminen

Normaali ikääntyminen aiheuttaa muutoksia uusien asioiden käsittelyn nopeuteen, tehokkuuteen ja muistin kuormituskykyyn. Kuitenkin elämäkokemuksen ja aiempien tietojen ja taitojen hyödyntäminen säilyy. Arkielämää haittaava muistin heikentyminen ei ole normaalia ikääntymistä. Yleisimpiä sairauksia, jotka arkielämää haittaavia muistioireita aiheuttavat ovat Alzheimerin tauti, verisuoniperäinen dementia sekä Lewyn kappale- tauti. Eri muistisairaudet aiheuttavat erilaisia oireita, se myös luo omia haasteita vuorovaikutukseen, käytökseen ja sitä kautta yleisesti hoidon toteutukseen. (Kan & Pohjala 2012, 195.)

Muistisairaana kanssa käytävässä vuorovaikutuksessa tärkeää on oikeanlainen kohtaaminen ja kyky nähdä sairauden taakse. Heidät tulisi kohdata aikuisena huomioiden yksilöllisyys ja persoona. Vuorovaikutustilanteiden onnistumisen kannalta on hyvä jos hoitohenkilökunnalla on tietoa muistisairauden vaikutuksista ajatteluun, kielen ja puheen tuottamiseen. Sairauden edetessä ihminen elää tunteiden ja tunnelmien varassa. Paikan, ajan ja tilanteiden merkitys ei ole realiteeteissa (tosiasiassa). Tällöin hoitajalta tarvitaan tunneälyä. Hoitaja pyrkii omalla toiminnallaan luomaan mukavan tunnelman. Sairaus muuttaa usein käytöstä. Ihminen käyttäytyy hänelle ominaisella tavalla, opittujen normien sijaan. Osa saattaa vetäytyä, osalla taas esiintyy herkästi haasteellista käyttäytymistä (levottomuutta, aggressiivisuutta) ja masentuneisuutta. Aina ei ole kyse sairauden aiheuttamista oireista vaan kyseessä voi olla reaktio negatiiviseksi koettuun tilanteeseen. (Kan & Pohjala 2012, 200- 201.)

Tunnusmerkkejä, joita olisi hyvä huomioida ennakoitaessa haasteellisia tilanteita, ovat sanalliset, sanattomat ja tunnetilan antamat merkit. Sanallisia merkkejä ovat solvaava, herjaava kielenkäyttö, kiroilu, väittely, uhkailu ja riidan haastaminen, epäluuloinen puhe, puheen sekavuus tai erittäin väkivaltainen puheen sisältö. Ääni voi kohota tai kovenee, se voi myös pettää tai olla katkonaista, ihminen voi myös puhua hampaidensa välistä tai ihminen ei puhu lainkaan. Sanattomia merkkejä ovat jännittyneisyys, levottomuus, arvaamattomuus, tuijotus, katseella mittailu, hampaiden kiristely, käsien nyrkkiin laittaminen tai käsien piilottaminen, sekä sormien heristely. Eleitä voidaan yrittää peitellä. Kasvot voivat olla kalpeat, punoittavat, sekä värissä voi esiintyä vaihtelua. Kasvojen lihakset kiristyvät tai nykivät, ohimo- ja kaulasuonet voivat olla

pullistuneina. Katse on tuijottava, lasittunut tai pistävä. Hengitys kiihtyy ja on katkonaista. Ihminen saattaa siristellä silmiään. Liikkuminen näyttää hermostuneelta ja ihminen voi liikkua edestakaisin, jos tuntee henkilön entuudestaan, tulee kiinnittää huomiota epätavalliseen käytökseen. Tunnetiloista huomioidaan viha, raivo, pelko, ahdistus, ärtyneisyys, kiihtyneisyys, syyllisyys, häpeä, masentavat tunteet, impulsiivisuus ja hermostuneisuus. (Isotalus & Saarela 2007, 37- 38.) (Ennakoi väkivalta 2015, haettu 15.4.15.)

Käyttöoireina haastavia ovat levottomuus, aggressiivinen käytös, toisto-oireet, estottomuus, sundowing eli iltaa kohden lisääntyvä levottomuus, syömisenhäiriöt, aistiharhat ja harhaluulot, uni- ja valverytminhäiriöt, pakko-oireet ja huutelu. Psykologisia oireita voi olla masennus, ahdistuneisuus ja virhetulkinnat. Delirium eli äkillinen sekavuus tila on myös yleinen muistisairailta. Äkillisen sekavuustilan taustalla voi olla elimelliset syyt esim. infektio. Tämä on tärkeää osata erottaa käyttöoireista. Käyttöoireiden syntyyn voi vaikuttaa fyysiset vaivat, muut sairaudet, kipu, ympäristön vaikutukset tai lääkitys. Siksi tulee aina selvittää syy käytökseen. (Kan & Pohjola 2012, 2019- 2020.)

Väkivaltaan ja väkivaltaiseen käytökseen liittyy aggressiivisuus ja aggressio. Se voi olla fyysistä tai verbaalista sekä molempien sekamuoto. Molemmat sisältävät tunteet, ajatuksen sekä toiminnan. Aggressio voi ilmetä suorana tai epäsuorana ilmaisuna. Väkivaltaisella käyttäytymisellä tarkoitetaan fyysistä toimintaa, aggressiota jolla on seurauksia. Väkivalta on aggressiota mutta kaikki aggressio ei ole väkivaltaa, sillä aggressio on toiseen yksilöön tai ympäristöön kohdistuvaa häiritsevää, tahallista tai vahingoittavaa käyttäytymistä. Väkivalta on yksi aggressiivisuuden muoto, jolla ihminen pyrkii poistamaan uhkaavat häiriötekijät. Fyysinen väkivalta on yksilöön kohdistuvaa ruumiillista vahingoittamista tai pakottamista johonkin vastoin yksilön omaa tahtoa. (Hentinen ym. 2009, 123.)

Aggressiivisen tai väkivaltaisen käyttäytymisen kohtaaminen on käytännön vuorovaikutustilanteissa yleistä. Valmiuksien ja taitojen kartoittaminen on keskeinen haaste käytännön työympäristössä. On yleisempää kohdata henkistä väkivaltaa kuten sanallista loukkaavaa kielenkäyttöä tai uhkaavaa käyttäytymistä, kuin fyysistä väkivaltaisuutta. Yleensä työturvallisuuskoulutukset Suomessa ovat keskittyneet

työntekijän turvallisuuden näkökulmaan. Työntekijöille opetetaan itsepuolustusta unohtaen potilaan näkökulma ongelmien ratkaisussa. Yleensä kouluttajat ovat olleet järjestyksenpidon ja turvallisuusalan asiantuntijoita. Ratkaisumalli ongelmiin on perustunut reaktiiviseen ratkaisuun, jossa potilas on toimenpiteiden kohde. Ratkaisukeinona ongelmiin on käytetty lepositeitä tai eristämistä huoneeseen. Yleisin syy ratkaisuihin päätymiseen on ollut potilaan kiihtyminen, desorientaatio. Pakkokäytäntöjä perustellaan potilaan hoitamisella ja suojelemisella, sekä kontrollin tarpeella. Nykyisin suositaan vähemmän pakottavia käytäntöjä. Vaihtoehtoisesti toimitaan potilaan itsemääräämisoikeutta kunnioittavalla tavalla. (Hentinen ym. 2009, 122- 123.)

Muistisairaiden parissa työskennellessä yleisimpiä työväkivallan muotoja ovat tukistaminen ja hiuksiin tarttuminen. Muistisairauden on todettu ennustavan väkivaltaista käyttäytymistä eritoten sellaisilla ihmisillä, joilla ei ole aikaisempaa haasteellista käyttäytymistä tai tiedossa olevia mielenterveyshäiriöitä. Haasteellisen käyttäytymisen taustalla on sairauden aiheuttamat käytöshäiriöt, levottomuus tai harhaluulot. Aggression takana on useimmiten pelko. Hoitotoimenpiteet saattavat nostaa esille muistoja menneisyydessä tapahtuneesta kaltoin kohtelusta. Pelko voi saada potilaan sylkemään, raapimaan, lyömään, potkimaan tai tarttumaan vaatteisiin, ovenkahvoihin, ja vastustamaan kaikin tavoin hoitotoimenpiteitä. Silti muistisairasta on hoidettava ja välttämättömät hoitotoimenpiteet tehtävä. Tulisi aina muistaa, että kuvitellun vaaran uhatessa ihminen pystyy vaikka mihin. (Tehy 2014, haettu 24.3.2015; Louhela & Saarine 2006, 13.)

Aggression syitä ja hoitokeinoja	Levottomuuden, vaeltelun syitä ja hoitokeinoja
<p>Reviirin puolustaminen, tilanteissa muistisairas kokee olonsa alistetuksi, pakotetuksi tai nolatuksi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kysyvä, kunnioittava puhetapa • Kykyihin tukeutuva ja arvostava puhetyyli • Hienovaraisuus, huumorin käyttäminen <p>Ymmärretyksi tulemisen vaikeuden aiheuttama turhautuminen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Selkeä puhe • Kiinnostus ja ymmärrys • Tunteiden tasolla kohtaaminen <p>Liian vaativaan tilanteeseen joutuminen ja siitä syntyvä ahdistus</p> <ul style="list-style-type: none"> • Huumorin käyttö oman arvion mukaan • Auttaminen ja vastaan tuleminen <p>Pelko tilanteissa, joissa muistisairas ei ymmärrä mitä tapahtuu ja mitä häneltä odotetaan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sanaton viestintä • Selkeät ohjeet ja selkeä puhe <p>Kipu, matala verenpaine, ravitsemus, fyysinen huonovointisuus</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ympäristö 	<p>Turvattomuus ja kaaos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Turvallinen ja rauhallinen ympäristö • Arkielämän rutiinit, yksilöllisyys huomioiden • Välittävä kanssakäyminen <p>Stressi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Liikkumisen ja puuhastelun salliminen turvallisuuden rajoissa <p>Elämän virikkeettömyys</p> <ul style="list-style-type: none"> • Arkeen osallistuminen • Oman toiminnan salliminen <p>Ympäristön hahmottaminen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Riittävä valaistus • Ympäristön selkeys, kodikkuus <p>Sairauteen sopeutumisen vaikeus</p> <ul style="list-style-type: none"> • Puhuminen sairaudesta, kun asia tulee esille <p>Ahdistus</p> <ul style="list-style-type: none"> • Turvallisuuden tunteen vahvistus (tutut vaatteet, tottumukset) • Rauhallisuus, kuunteleminen • Aktiivinen läsnäolo <p>Kipu, matala verenpaine, ravitsemus, fyysinen huonovointisuus</p> <ul style="list-style-type: none"> • syyn selvitys ja sen mukainen hoito

TAULUKKO 1 Kan & Pohjola 2012, 224.

1.3 Työturvallisuudesta

Työturvallisuuslain tarkoituksena on työntekijöiden työkyvyn turvaaminen, sekä kehittäminen parantamalla työympäristöä ja työolosuhteita, ennaltaehkäistä ja torjua tapaturmia, ammattitauteja ja muita työstä johtuvia terveystahaittoja. Väkivaltaa työssä pyritään estämään ennalta. Tavoitteena on saada työntekijät miettimään, miten he itse voivat vaikuttaa omaan ja muiden työturvallisuuden lisääntymiseen, huomioimalla omaa työympäristöään ja omaa käytöstään. Varsinkin tilanteissa, jolloin uhka on jo olemassa. Heidän tulisi miettiä tilanteen turvaamista ja ylläpitämistä, sekä miten ennaltaehkäistä ja torjua työtapaturmia, ammattitauteja ja muita työstä ja

työympäristöstä johtuvia työntekijöiden fyysisen ja henkisen terveyden terveyshaittoja. Tavallisimpia syitä haasteellisiin tilanteisiin päätymiseen on näkemuserot, ristiriidat ja erimielisyydet, sekä potilaalle asetetut rajoitukset ja kiellot. Toki tilanteen kehittymiseen vaikuttaa aina molempien yksilölliset ominaisuudet (asenteet, persoonallisuus), ammattitaitoisuus, koulutus, aikaisemmat kokemukset ja käyttäytyminen, sekä ulkoiset ja tilannekohtaiset tekijät. (Hentinen ym. 2009, 123; Ennakoi väkivaltaa 2015, haettu 15.4.15; Työturvallisuuskeskus 2010, 5-6; Työturvallisuuslaki. 738/2002.)

Työturvallisuuslaissa turvallisuus toteutetaan seuraavilla edellytyksillä. Työsuojelutoiminta ohjelma tulee olla tehtynä, siinä määritellään työpaikan, työolojen ja työntekijöiden työkykyä ylläpitävät toiminnan kehittämistavoitteet ja miten ne toteutetaan. Haitta- ja vaaratekijät tulee olla tunnistettuna ja riskien arvioinnissa havaitut vaarat tulee poistaa tai vaaraa vähentää, siten ettei työntekijän turvallisuus vaarannu. Työntekijöille tulee antaa riittävää koulutusta opetusta ja ohjausta, työssä sattuvien tapaturmien, sekä työn aiheuttamien sairastumisien välttämiseksi. Työhyvinvointia ylläpidetään työnantajan järjestämällä työterveyshuollolla. Työterveyshuollon on tarkoitus torjua työstä ja työoloista johtuvat terveysvaarat ja ehkäistä haitat, sekä suojella ja edistää työntekijöiden turvallisuutta, työkykyä ja terveyttä. Työterveyshuollolla on merkitystä työhyvinvointiin. Laki velvoittaa työnantajan kustantamaan työntekijöilleen lakisääteiset työterveyshuollonpalvelut. Työnantajalla, työpaikan työsuojelutoimikunnalla ja työsuojeluvaltuutetulla on oikeus tietoihin, joilla on merkitystä työntekijän terveyden, sekä terveellisten työolojen kehittämiseksi, mutta yksittäisen työntekijän terveydentilaa koskevissa asioissa terveydenhuollon ammattihenkilöllä on salassapitovelvollisuus. Työterveyshuolto järjestää työpaikka selvityksen, jonka tarkoituksena on kartoittaa työn terveysvaarat esim. fyysinen ja psyykkinen kuormittavuus. Työntekijöiden ilmoitukset ja palautteet tulee ottaa huomioon kehitettäessä työturvallisuutta. Työnantaja voi jakaa toki vastuutaan työturvallisuuteen liittyvissä tehtävissä, kun henkilöillä on riittävä pätevyys (vastuuhenkilöt). Työsuojelu vastuun voi jakaa esimerkiksi seuraavalla tavalla: Ylijohto, huolehtii toimintatavoista, joilla työsuojelua toteutetaan ja kehitetään, turvallisuuden varmistaminen koneiden ja laitteiden, tilojen suunnittelussa ja hankintapäätösten yhteydessä, pätevien alaisten valinta ja tehtävienjako. Keskijohto huolehtii: työturvallisuusohjeiden laatimisen, koneiden ja laitteiden hankinnan,

työympäristön ja työyhteisön sosiaalisten suhteiden seurannan ja valvonnan. Työnjohto huolehtii, lähiesimiehien: koneiden ja laitteiden kunnan valvonnan, työhön opastuksen, turvallisten työtapojen, sekä annettujen ohjeiden noudattamisen valvonnan. (Työturvallisuuskeskus 2010, 5-6, 8, 16- 17.)

Työväkivaltaa tapahtuu tilanteessa, jossa henkilö kohtaa sannallisia loukkauksia, uhkaamista, pahoinpitelyä työpaikalla, työmatkalla tai muissa työoloissa. Tämä vaarantaa henkilön turvallisuuden, hyvinvoinnin ja terveyden suoraan tai epäsuorasti. Suoran ja epäsuoran erona on väkivallan kohde. Suorassa väkivallassa kohde on työntekijä itse ja epäsuorassa työntekijän perhe tai ystävät. Tilanteet voivat olla hyvinkin erilaisia väkivalta- ja uhkatilanteita esim. tavaroiden heittäilyä, solvaamista tai huutamista. Työpaikkaväkivalta on hallittavissa, kun sen uhka tiedostetaan ja ennakoidaan, sekä sisäistetään työsuojeluvastuuseen kuuluvaksi. Perinteiset itsepuolustusmallit sopivat huonosti hoitotyöhön ollen ristiriidassa hoitotyön eettistenperiaatteiden kanssa. Hoitotoimenpiteen tavoitteena on katkaista väkivaltatilanne, auttaa potilasta rauhoittumaan ja toimimaan yhteistyössä, sekä lopulta itse kontrolloimaan käytöstään. MAPA-malli perustuu potilaan kohtaamiseen kokonaisvaltaisena yksilönä ja hoidollisen suhteen säilyttämiseen hoitotyöntekijän ja potilaan välillä. (Laurean ammattikorkeakoulu 2013, haettu 8.5.2013; Isotalus & Saarela 2007, 6; Työturvallisuus ja turvallinen hoitotyö moottorina 2015, haettu 8.5.2013)

Työnantajalle on määrätty laissa tietyt velvollisuudet koskien työturvallisuutta. Työnantajan tulee huolehtia työntekijöiden turvallisuudesta ja terveydestä työssä. Heillä on velvollisuus selvittää, tunnistaa ja arvioida työntekijöiden turvallisuudelle ja terveydelle aiheutuvat haitat ja vaarat, sekä velvollisuus perehdyttää ja kouluttaa. Työolosuhteet on järjestettävä siten, että väkivallan uhka ja väkivaltatilanteet ennaltaehkäistään mahdollisuuksien mukaan. Etukäteen olisi hyvä pohtia ja selvittää, millaisia väkivaltariskejä omalla työpaikalla on. Kuinka suuri on väkivallan riski. Kuinka omassa työpaikassa voisi parantaa omaa ja mahdollisesti asiakkaiden turvallisuudentasoa. Onko työpaikalla tarpeen ottaa käyttöön erityisiä keinoja väkivallan uhan pienentämiseksi. (Isotalus & Saarela 2007, 7; Työturvallisuuslaki 2002, haettu 8.5.2013.)

Työntekijän velvollisuudet ovat laissa määriteltyjä. Työntekijän tulee olla aktiivisesti osana työturvallisuuden ja työterveyden kehittämistä, sekä sen toteuttamista. Työntekijän velvollisuuksia toteutetaan yhteistoimintamenettelyllä. Tämän tarkoituksena on, että työntekijät saavat suoraan tai edustajien kautta tietoa työpaikan turvallisuudesta, sekä terveellisyydestä ja voivat neuvotella näistä työnantajien kanssa. Työntekijällä on yksilökohtaisia velvollisuuksia mm. työnantajan ohjeiden ja määräysten noudattaminen, omasta ja työtovereiden, sekä asiakkaiden turvallisuudesta huolehtiminen, työtovereihin kohdistuvan häirinnän ja epäasiallisen käytöksen välttäminen, puutteista tai turvallisuutta haittaavien tekijöiden ilmoittaminen ja niiden poistaminen, koneiden ja työvälineiden turvallinen käyttö, sekä henkilösuojainten ja turvalaitteiden asianmukainen käyttö. Työntekijällä on oikeus pidättäytyä työstä, jos se uhkaa työntekijän tai muiden työntekijöiden henkeä ja terveyttä. Tämä toimenpide tulee kysymykseen vain silloin, kun vaara ei ole vältettävissä muilla toimilla. (Työturvallisuuskeskus 2010, 7-8.)

Ennaltaehkäisyyn ensimmäisenä portaana olisi toimintaperiaatteiden laadinta. Niiden tulisi olla kaikkien tiedossa ja niitä tulisi noudattaa. Ne tulee olla suunniteltu juuri kyseistä työpaikkaa varten. Toimintaperiaatteissa pitäisi ottaa huomioon väkivaltatilanteiden syntymisen estäminen. Niissä kiinnitetään huomioita työpaikan suunniteluun (ympäristö), tekniset keinot (käytössä olevat laitteet), toimintatapoihin (suunnitelma), ohjeisiin ja koulutukseen ja tilanteiden harjoitteluun. Toiminta suunnitelmaa tulisi kehittää tietyin aikavälein ja aina jos työyhteisössä tapahtuu muutoksia. Jos työyhteisössä tapahtuu työväkivaltaa, tilanne tulisi ottaa huomioon. On hyvä miettiä miten tapahtuneesta voidaan ottaa opiksi ja miten vastaavat tilanteet voitaisiin ehkäistä jatkossa. Ovatko väkivaltatilanteet yleistyneet tai muuttuneet erilaisiksi ja kuinka jälkihoito järjestetään. Raportointi on tärkeää, koska niiden avulla voidaan miettiä kehitysmenetelmiä ja huomata puutteet, sekä hyvät puolet. Jo pienillä teoilla vaikutetaan turvallisuuteen, esim. vastuuhenkilöt ovat kaikilla tiedossa, henkilöstöresurssit ovat riittävät, sekä hyvällä työilmapiirillä on vaikutusta turvallisuuteen. Tärkeää on, että työpaikalla tilanteet käsitellään ja tilanteissa kaikki saavat tukea muilta työntekijöiltä, sekä esimiehiltä. (Isotalus & Saarela 2007, 8-10, 56-59.)

Työntekijän toiminta aggressiivisessa tilanteessa voi olla ratkaisevaa väkivaltatilanteen kehityksessä. Vuorovaikutustaidot ovat avain asemassa ja aggressiivisuutta voidaan hallita inhimillisillä taidoilla, jonka voi omaksua vain toiselta, siihen tasapainoisesti kykenevältä ihmiseltä. Kommunikointiin hoitoympäristössä kuuluu luottamuksellisuus, yksityisyyden kunnioittaminen, rajojen kunnioittaminen, aktiivinen kuunteleminen, fyysinen kosketus ja havainnointitaidot. Kaikilla on mahdollisuus vaikuttaa muiden toimintaan omalla toiminnallaan. Tärkeää olisi pitäytyä omassa roolissa, välttää väärinkäsitysten ja epäselvyyksien oikomista, puhua sekä toimia rauhallisesti, selkeästi, jämäkästi ja määrätietoisesti. Pelko on normaali reaktio uhkaaviin tilanteisiin, mutta sitä voidaan myös oppia hallitsemaan ja vähentämään. Pelko ei ole esteenä järkevälle toimintatavalle, jos käyttäydytään asiallisesti ja pidetään tunteet kurissa. Kädet olisi hyvä pitää esillä ja olemus rauhallisena. Jos hermostus ja suuttumus yrittää saada yliotteen, voi laskea kymmeneen ja rauhoitella itseään. (Isotalus & Saarela 2007, 42-45; Hentinen ym. 2009, 123.)

Hyvä on muistaa sanaton viestintä. On hyvä tarkkailla omaa ja toisen henkilön sanatonta viestiä (ilmeet, eleet ja vartalon asento). Ristiriita sanallisen ja sanattoman viestin välillä voi aiheuttaa aggressiivisen tilanteen. Sanaton viesti on vahvempi kuin sanallinen. Sanattoman viestimisen hallinta vaatii harjoitusta, koska se on yleensä tahdosta riippumatonta ja osittain tiedostamatonta. Myötäily ja ymmärryksen osoitus rauhoittaa tilannetta. Katseen voi luoda uhkaajan silmiin ja rinnan alueelle. Antaa uhkaajan purkaa paineita ottamatta heti kantaa uhkauksiin. Puhuva ihminen ei lyö, hyvä muistaa rauhallisuus ja matalalla, pehmeällä äänellä puhuminen ja tyynnyttely. Vältetään loukkaamista tai nolaamista toista tai asioiden ottamista henkilökohtaisesti. Ei mieluusti vähätellä ihmistä tai hänen asiaansa. Myönnetään tarvittaessa virheet ja otetaan uhkaukset todesta. Pyritään kuuntelemaan, joskus voi etenevän asian sivuuttaa ja jatkaa muihin tehtäviin. (Isotalus & Saarela 2007, 42- 45.)

Toista ei saisi ahdistaa nurkkaan. Usein nurkkaan ajettu kokee tilanteen turvattomaksi. Voit antaa toimintavaihtoehtoja, joiden seuraukset uhkaaja tietää. Kun vaihtoehtoja annetaan voi uhkaaja itse vaikuttaa asioiden kehittymiseen ja kulkuun. Liiku turvalliseen paikkaan, oma tila tulee valita huolellisesti. Etäisyys, seiso mieluummin hieman sivuttain kuin suoraan vastakkain ollessa vältetään äkinäisiä liikkeitä. Tilanteen edetessä valitaan paikka, jossa kohteen ja uhkaajan väliin jää jokin kaluste ja

kohde on lähempänä ulospääsyreittiä, kuin uhkaaja. Tilanteessa pyritään rauhoittamaan tilannetta esim. pyytämällä uhkaajaa istumaan, jos tilanne sen sallii. Jos uhkaaja nousee seisomaan, kohdekin nousee, jos hän istuu, istuudutaan mahdollisuuksien mukaan hyvin sijoittuen. Tämä luo rauhallisuutta. Omasta turvallisuudesta huolehditaan ja pyydetään tarvittaessa apua. Koskettamista vältetään. Pyritään käyttämään selkeitä käskyjä hyökkäystilanteissa kuten ”SEIS” tai ”ÄLÄ”. (Isotalus & Saarela 2007, 42- 45.)

HAASTEELLISEN TILANTEEN KOHTAAMINEN

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Puhe ja kehonkieli voi provosoida • Fyysinen toiminta ei ole välttämättä vihamielisyyttä • Kuuntele potilaan puhetta, älä keskeytä, seuraa sanatonta viestintää • Mietitään miten esitetään asia ja miten asiat sanotaan • Konflikti syntyy kun aggressioon vastataan • Ehdotetaan tilanteesta pois pääsyä, puhu selkeästi, pidä katsekontakti • Ympäristö (vaaralliset esineet, pakoreitti, onko muita työntekijöitä lähellä, kohtaamispaikka, hidasteet esim. tuoli) • Jos tilanne etenee kiinnipitoon: yksi työntekijä johtaa tilannetta, tavoitteenaan puheysteys kiinnipidettävän kanssa, hän päättää kiinnipitotilanteen lopettamisesta ja jatkamisesta, sekä jakaa tehtävät muille työryhmän jäsenille. Työryhmässä muut toimivat ohjeiden mukaan ja välttävät puhumista. |
|---|

TAULUKKO 2. Tehy. Terhi, Mäkinen. 2014. Väistä! Minä menen Kirkolle.

Työnjaolla ja aukioloajoilla on vaikutusta riskien määrään, avoimia ovia ja yksintyöskentelyä tulisi välttää, sekä kokemattomien työntekijöiden työskentelyä ilta ja yö aikaan. Turvallinen poistuminen työpaikalta tapahtuu yhtä aikaa toisen työntekijän kanssa. Poistuttaessa työpaikalta on hyvä huomioida, että ovet ja ikkunat ovat suljettuna, ja poistuminen tapahtuu avoimen näkyvyyden omaavan paikan kautta. Avaimista olisi tärkeää olla löydettävissä tieto kenellä on oikeus pitää avaimia, ja että avaimet palautuvat työsuhteen loputtua takaisin työpaikalle. Avaimet tulisi sarjoittaa, jotta vain kulkuoikeuden omaavalla henkilöllä on mahdollisuus päästä tiloihin. Pehdytyksellä on merkitystä, kaikkien tulisi saada pehdytys työsuhteen pituudesta riippumatta. Tiedonkulku turvallisuuteen ja väkivaltaan liittyvistä asioista käsitellään yhdessä ja säännöllisin väliajoin. Vartijoiden hälyttämisen mahdollisuus lisää turvallisuutta. Usein vartija rauhoittaa väkivaltatilanteita jo läsnäolollaan. (Isotalus & Saarela 2007, 14- 16.)

Suunnitelmallisen ja tulosta tuottavan työsuojelun edellytyksenä on työn, työympäristön ja työolojen haitta- ja vaaratekijöiden tunnistamisen, riskien arviointi, sekä riskien poistaminen ja hallitseminen. Työväkivallan tapahtumia hallittaessa, tulee olla työpaikan riskit selvillä. (Isotalus & Saarela 2007, 14- 16; Työturvallisuuskeskus 2010, 21.)

Riskien hallintaa varten tietoa kerätään aiempien riskien arvioinneista, turvallisuus selvityksistä, työterveyshuollon työpaikkaselvityksistä, työilmapiirikyselyistä, tapaturma- ja poikkeamaraporteista, sekä työnkulkujen prosessikuvauksista. Arvioinnissa voidaan käyttää tarkistuslistaa, havainnointi ja haastattelu menetelmiä. Arviointia helpottaa työpaikan jakaminen eri arviointikohteisiin. esim. osastoihin, työpisteisiin, tiimeihin ja työtehtävien mukaan. Kohteiden laatimisessa apuna voidaan käyttää organisaationkaaviota, josta selviää vastuu- ja toimialueet. Riskien arviointia toteuttaa siihen nimetty vastuhenkilö. Lisäksi mukana on työsuojelua tunteva henkilö esim. työsuojeluvaltuutettu. Arviointiin osallistuu ne jotka tuntevat työn, työterveys- ja työterveyshuollon vaatimukset ja he jotka voivat tehdä päätöksiä tarvittavista toimenpiteistä. Tarvittaessa toteutetaan riskien suuruuden määrittäminen paitsi, jos riski tarvitsee välitöntä puuttumista. Tällainen riski on esim. laissa määriteltyjen säädösten laiminlyönti. Riskien suuruus määritellään arvioimalla todennäköisyyttä ja seurauksia. Tärkeää on saada määriteltyä riskeille vertailukelpoiset arvot, jotta niitä, sekä tarvittavia korjaustoimenpiteitä ja niiden kiireellisyyttä voidaan verrata keskenään. Riskejä arvioitaessa niihin vaikuttaa: riskiin altistuvien määrä, heidän tietoisuus riskistä, työtavat, havaittavuus, virheet ja poikkeamat suunnitellusta toiminnasta. (Isotalus & Saarela 2007, 14- 16.)

Väkivaltatilanteiden jälkeen toimintamalli voi olla erilainen työpaikasta riippuen, mutta toimintamalli tulee olla määritelty toimintasuunnitelmassa. Väkivalta tai sen uhka vaikuttaa eritavalla jokaiseen mm. aiheuttaen fyysisiä vammoja ja henkisesti erittäin haastavan ja vaikean kokemuksen. Se on aina traumaattinen kokemus, joka loukkaa ihmisen koskemattomuutta ja itsetuntoa. Aluksi ihminen voi torjua tilanteen vaikutukset. Jo pelkkä uhka väkivallan mahdollisuudesta, voi aiheuttaa pelkoa, ahdistusta ja psyykkisiä sekä somaattisia oireita, joka voi johtaa sairaspöissaoloihin. Se vaikuttaa myös asiakkaisiin. Tapahtumasta selviää aina paremmin jos saa nopeasti

henkistä jälkihoitoa. Jälkihoidossa on tärkeää kuunnella ja kysellä uhrilta tapahtuneesta. Hänelle annetaan myös tietoa millaisia henkisiä oireita hän saattaa kokea tapahtuman jälkeen. Koska oireet ovat luonnollinen reaktio tilanteeseen, ei niitä tule hävetä, vaan tunnistaa ne ja hyväksyä osaksi tapahtumaa. Näin voi auttaa itseään paranemisessa ja tilanteen läpikäynnissä. (Isotalus & Saarela 2007, 52- 55; Työterveyslaitos 2013, haettu 13.4.15.)

Toipumisen kannalta on hyvä huomioida paranemiseen liittyvät vaiheet. 1. vaihe on sokki. Ihminen toimii vaistonvaraisesti ja automaattisesti. Osa meistä pystyy säilyttämään toimintakykynsä sokkivaiheessa ja toiset menevät paniikkiin tai vaipuvat ahdistukseen. 2. vaihe on reaktio. Sokki laukeaa tässä vaiheessa. Mieleen nousee voimakkaita tunteita, esim. vihaa, pelkoa, syyllisyyttä tai surua. Yksinolo voidaan kokea vaikeaksi. Sokki- ja reaktiovaihe on noin 1–4 vuorokauden mittainen. Tällöin ihminen ei ole täysin toimintakykyinen. Yleensä ei kuitenkaan suositella pitkiä sairauslomia, koska pelkotila saattaa voimistua liikaa ja estää työnteon. Aluksi työhön palatessa suositellaan lyhyempiä vuoroja, ja voi olla vähemmän asiakaskontaktissa tai tehdä vähemmän kuormittavaa työtä. Pehmeällä töihin paluulla pyritään lieventämään työpaikassa tuntuja mahdollisia pelkoja. 3. Traumaattisen kokemuksen käsittely alkaa. Tapahtumat palaavat mieleen ja herättävät kysymyksiä. Kyseessä on traumaperäinen stressireaktio, joka ilmenee vasta kun tapahtumasta on kulunut aikaa. Oireina on yleensä jännittyneisyys, masennusoireet, pelko, kireys, hämmennys, viha, kauhu, sekä unihäiriöt ja painajaiset, jos oireisiin ei puututa ne voivat kroonistua. 4. Uudelleen suuntautuminen, ihminen alkaa saada etäisyyttä tapahtumiin ja ikävä asia alkaa kadota, sekä itseluottamus alkaa pikkuhiljaa palata takaisin. (Isotalus & Saarela 2007, 52- 55)

Stressi-oireiden ilmeneminen väkivaltatilanteen jälkeen:
<ul style="list-style-type: none"> • Painajaisunet, unien katkonaisuus
<ul style="list-style-type: none"> • Oma levottomuus, jota et normaalisti tunnista omaksi tavaksesi olla ja toimia
<ul style="list-style-type: none"> • Tunnet itsesi kiihtyneeksi, jota et normaalisti tunnista omaksi tavaksesi olla
<ul style="list-style-type: none"> • Et jaksakaan enää olla sosiaalinen esim. työkaverien tai läheistesi kanssa
<ul style="list-style-type: none"> • Et ole mielestäsi "oma itsesi"
<ul style="list-style-type: none"> • Tunnet epätavallista ärtymystä
<ul style="list-style-type: none"> • Sinulle tulee väkisin mieleen muistikuvia tapahtumasta.

TAULUKKO 3. Työterveyslaitos 2013, haettu 13.4.15.

Työtoveri voi auttaa toista työntekijää selviämään väkivaltatilanteesta. Toimimalla heti uhkatilanteen jälkeen työntekijä voi tarkistaa työtoverin fyysisen kunnon ja antaa ensiapua, sekä kutsua paikalle lisäapua. Olisi hyvä huomioida, että vaikka fyysisiä vammoja ei ole, ei uhria tulisi jättää yksin. Olisi hyvä olla uhrin lähellä ja ottaa kontakti, uhrin ei ole hyvä harhailla ympäriinsä, vaan hänet olisi hyvä saattaa vaikka istumaan. On hyvä kuunnella uhria, antaa tilaa hänen tunteilleen, osoittaa ymmärrystä ja huomioida hänen tunteensa ja tarpeensa. Voi kysyä haluaako hän juoda tai syödä, haluaako hän levätä. Uhrin päästessä kotiin, tulisi varmistaa, että kotona on joku häntä vastassa. Autonrattiin uhria ei voi päästää sokkitilan vuoksi. Tilanteissa tulisi ottaa yhteyttä työterveyshuoltoon tai kriisipalveluun. Ilmoitus ja raportointi tilanteesta tulisi tehdä esimiehelle, työsuojeluhenkilöstölle ja työterveyshuoltoon. Työtapaturmasta tehdään myös ilmoitus vakuutuslaitokselle. Tapahtuman johtaessa vakavaan tapaturmaan tai kuolemaan tulee ilmoittaa poliisille ja työsuojelupiiriin. (Isotalus & Saarela. 2007, 56- 59.)

Jälkihoidon toteutuksessa huomioidaan yksilöllisyys ja tilanne kokonaisuudessaan. Jälkihoidossa voidaan käyttää rauhoittamiskeskustelua eli defusingia. Tässä koulutettu vertaistukihenkilö tai esimies johtaa keskustelua, jossa käydään läpi tilanne ja kaikki osallistuvat kertomalla tilanteen etenemisestä ja siinä kokemistaan tunteista. Keskustelu käydään luottamuksellisesti. Jälkipuinti eli debriefing on kestoaltaan 2–4 tuntia. Istunto on yhtäjaksoinen, ja siihen kerätään kaikki tilanteeseen osallistuneet, mutta puhua ei ole pakko. Tapaaminen olisi hyvä järjestää 1–3 vuorokauden kuluttua tapahtumasta. Ryhmä tapaamisessa on tarkoituksena käydä tapahtuman kulku läpi ja sen aiheuttamat tuntemukset ja fyysiset oireet. Tässä tapaamisessa voidaan tunnistaa myös lisäapua tarvitsevat ja ohjata heidät jatkohoitoon. Keskustelu käydään luottamuksellisesti. Mahdollista on käydä myös kahden kesken luottamuksellista keskustelua tilanteesta ja siinä olleista tunteista terveydenhuollon ammattilaisen kanssa, jälkihoidossa käytetään myös työkavereilta saatavaa sosiaalista tukea. Tilanteen jälkipuinti jatkuu pitkään viranomaisten, työtovereiden ja ammattihenkilöiden kanssa. (Työterveyslaitos 2013, haettu 13.4.15.)

1.3.1 Hoitotyötä ohjaava lainsäädäntö

Hoitotyötä ohjaavia lakeja on mm. Suomen perustuslaki 731/1999, kuntalaki 365/1995, kotikuntalaki 201/1994, erikoissairaanhoidolaki 1062/1989, kansanterveyslaki 66/1972,

laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992, laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta 812/2000, laki sosiaalihuollon ammattilaisen henkilöstön kelpoisuusvaatimuksista 272/2005, laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994, sosiaalihuoltolaki 710/1982 ja henkilöstölaki 523/1999. (Kan & Pohjola 2012, 302.)

Hoitotyötä ohjaavia lakeja on useita, joista muutamaa käyn läpi hieman tarkemmin. Olen aiemmin käsitellyt opinnäytetyössä lakeja, jotka liittyvät työturvallisuuteen. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä, jonka tarkoituksena on edistää potilasturvallisuutta, sekä terveydenhuollon palvelujen laatua. Valvoa, että terveydenhuollon ammattihenkilöllä on ammattitoiminnan edellyttämä koulutus, riittävä pätevyys ja ammattitoiminnan edellyttämät valmiudet. Lain mukaan terveydenhuollon ammattihenkilön ammattitoiminnan päämäärä on terveyden ylläpitäminen ja edistäminen, sairauksien ehkäiseminen, sekä sairaiden parantaminen ja kärsimysten lievittäminen. Kohdella kaikkia tasapuolisesti, huomioida ammattitoiminnasta potilaalle koituva hyöty ja mahdolliset haitat. Velvollisuus ottaa huomioon potilaan oikeudet. Terveydenhuollon ammattihenkilön tulee antaa aina apua kiireellistä hoitoa tarvitseville. (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstä. 28.6.1994/559.)

Potilaan asemaa ja oikeuksia käsittelevän lain mukaan, jokaisella Suomessa pysyvästi asuvalla on oikeus terveydentilan edellyttämään terveyden- ja sairaanhoitoon ilman syrjintää, sekä hoidon toteuttamiseen niiden voimavarojen rajoissa, jotka terveydenhuollolla on käytettävissä. Hoito on järjestettävä ihmisen vakaumusta, ihmisarvoa ja yksityisyyttä kunnioittaen. Hoito on toteutettava yhteisymmärryksessä potilaan kanssa, jos potilas kieltäytyy hoidosta, toteutetaan hoito mahdollisuuksien mukaan ja lääketieteellisesti hyväksytyllä tavalla. Perustuslaki antaa turvaa ihmisarvon loukkaamattomuuden ja yksilön vapautteen, sekä oikeuden edistää oikeudenmukaisuutta yhteiskunnassa. Lain edessä kaikki on yhdenvertaisia. Ketään ei saa laittaa eri asemaan sukupuolen, iän, alkuperän, kielen, uskonnon, vakaumuksen, mielipiteen, terveydentilan, vammaisuuden tai muun henkilöön liittyvän syyn perusteella. Henkilökohtaiseen koskemattomuuteen ei saa puuttua, eikä vapautta riistää mielivaltaisesti, eikä ilman laissa säädettyä perustetta. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 17.8.1992/785.) (Perustuslaki. 11.6.1999/731.)

Uuden itsemääräämisoikeus lain kohderyhmään arvioidaan kuuluvan noin 25 000 muistisairasta vanhusta. Uuden lain myötä kirjauksen merkitys nousee, kaikki rajoittamistilanteet kirjataan ja tilastoidaan. Suunniteltuun itsemääräämisoikeuslakiin tulevat säännökset asiakkaan itsemääräämiskyvyn arvioinnista, sekä yksilöllisestä itsemääräämisoikeuden suunnittelusta. Asiakkaalle olisi laadittava yksilökohtainen suunnitelma sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista annetun lain tai potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain mukainen suunnitelma huomioiden. Rajoittamistilanteet pitäisi perustua yksilölliseen hoitosuunnitelmaan, sekä päätökseen, joka omaisilla on mahdollisuus riitauttaa. Uuden itsemääräämisoikeuslain säännösten avulla pyritään vahvistamaan ja lisäämään turvallisuutta sosiaali- ja terveydenhuollossa, sekä sosiaalihuoltoon tai terveyden- ja sairaudenhoitoon liittyvien rajoitustoimien käytön edellytyksiin, rajoitustoimenpiteiden valvontaan ja oikeusturvakeinoihin. Tavoitteena on edistää itsemääräämisoikeutta ja vähentää rajoitustoimenpiteiden käyttöä. Rajoitustoimia voitaisiin kohdentaa henkilöihin, joilla itsemääräämiskyky on alentunut laissa säädetyllä tavalla esim. lain soveltaminen muistisairaiden parissa. Lain muutoksen myötä joihinkin rajoitustoimenpiteisiin tulee aikarajoja, osa taas kielletään kokonaan kuten hygienihaalareiden käyttäminen. Muistisairaiden parissa eniten käytetty rajoituskeino on lyhytaikainen sitominen ja ulko-ovien lukitseminen. Rajoittaminen ei saisi olla rutiini vaan se tulee tarkkaan harkita. Aina rajoittaminen tulee olla viimeinen keino. (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2014, 23; Rusila 2014, haettu 11.5.2015.)

Hoitotyössä rajoittamista voidaan, toteuttaa monella eritavalla on psyykkistä, mekaanista teknologista, kemiallista ja fyysistä rajoittamista. Psyykkistä rajoittamista on esimerkiksi verbaalinen rajoittaminen eli kerrotaan mitä saa tehdä ja mitä ei, myös tarpeellisten apuvälineiden pois ottaminen on rajoittamista. Mekaanista rajoittamista on esimerkiksi liikkumista estävät välineet ja laitteet (vyöt, sängynlaidat, pöytälevyt). Teknisiä rajoitteita ovat esimerkiksi valvontalaitteet ja kemiallisia on tarvittaessa annettavaksi määrätty rauhoittavat lääkkeet, joilla pyritään muuttamaan käytöstä. Fyysistä rajoittamista on esimerkiksi kiinnipidon toteuttaminen, ympäristön rajoittamista on esimerkiksi automaattisesti lukkiutuvat ovet. Lääketieteellistä rajoittamista on virtsakatetrin paikallaan pysymisen takia tapahtuva toiminnan rajoittuminen. Potilaan rajoittamiseen liittyvässä lainsäädännössä ruumiillisen ja kehollisen terveyden ja sairauden hoidon puoli on ”harmaata aluetta”. Kuitenkin

mielenterveyslaissa on tarkasti määritelty, mitä saa tehdä ja millä tavalla. Terveyskeskuksissa, sairaaloissa ja palvelutaloissa hyödynnetään ja sovelletaan rikoslain hätävarjelua ja pakkotilaa koskevia säädöksiä. Laissa ei oteta kantaa millaisilla menetelmillä potilasta voidaan rajoittaa. Suomessa pakkotoimina käsitetään tahdosta riippumaton hoito, tahdon vastainen lääkitys, eristäminen, sitominen, kiinnipitäminen, liikkumisen vapauden rajoittaminen, omaisuuden haltuunottomainen ja tarkistaminen, henkilötarkastukset ja yhteydenpidon rajoittaminen. Toimintaan vaikuttaa vahvasti laki potilaan asemasta ja oikeuksista, sekä potilaan itsemääräämisoikeutta koskeva asetus. Jokaisella ihmisellä on perustuslain mukaan oikeus yhdenvertaisuuteen, oikeus elämään sekä henkilökohtaiseen vapauteen ja koskemattomuuteen, liikkumisvapaus, yksityiselämän suoja, omaisuuden suoja, oikeussosiaaliturvaan ja välttämättömään huolenpitoon, oikeusturva ja perusoikeuksien turvaaminen. Ihmisellä on itsemääräämisoikeus itseään koskevista asioista. Kuten laissa on määritelty tilanteet, joissa itsemääräämisoikeutta ei ole, ovat tilanteet joissa henkilö on kykenemätön päätöksentekoon. Tällöin päätöksiin osallistuu lähiomainen, muu läheinen tai laillinen edustaja. Tällöin henkilö on valtuutettu edunvalvontavaltuuksilla tai oikeus on määrännyt edunvalvojan. Päätös tehdään yhteisymmärryksessä henkilön kanssa, jota edunvalvonta koskee, aina otettaan huomioon henkilön oma näkemys. Mikäli henkilön omaa tahtoa tai näkemystä ei saada selville, toimitaan henkilön edun mukaisesti. (Tehy 2014, haettu 24.3.2015; Mielenterveyslaki 1116/1990 4a; Ennakoi väkivaltaa 2015, haettu 15.4.2015.)

Muistisairauden edetessä nousee esiin kysymys, ihmisen kyvystä tehdä itseään koskevia päätöksiä. Päätöksentekokykyä arvioitaessa tulee ottaa huomioon, pystyykö muistisairas tekemään itselleen turvallisia päätöksiä. Arvioidessa päätöksentekokykyä selvitetään tarkkaavaisuus ja sen vaihtelut, muisti (muistitestit apuna), orientaatio, ilmaisukyvyt, tiedon vastaanottaminen, päätösten ja seurausten tunnistaminen, omien rajoitusten tunnistaminen, todellisuudentaju, sosiaalisen ympäristön huomioiminen ja kyky selviytyä päivittäisistä toiminnoista. Jos muistisairas ymmärtää päätöksensä merkityksen, hän on kykenevä päättämään omista asioistaan. Muistisairas voi myös turvata omien oikeuksien toteuttamisen elämänlaatutestamentilla tai hoitotestamentilla. Potilaan tahdon vastaisia hoitotoimenpiteitä joudutaan tekemään, silloin jos potilas ei sairauden, vamman tai kehitystason perusteella kykene päättämään itse hoidostaan. Yleisohjeena kuitenkin on hoitaa potilasta hänen henkilökohtaisen edun mukaisesti ja

pyritään hoitamaan potilasta yhteisymmärryksessä potilaan ja hänen omaisten kanssa. (Kan. & Pohjola 2012, 226- 227; Lehestö ym. 2004, 89.)

Hätävarjelulla tarkoitetaan uhkaavan tilanteen ja oikeudettoman hyökkäyksen torjuntaa, käyttäen voimakeinoja. Hätävarjelua käsitellään rikoslain luvussa 4. Voimankäyttö tällaisissa tilanteissa on sallittua, kun puolustautuessa ei käytetä liiallista voimaa. Tällöin tilanne kääntyy hätävarjelun liioitteluksi. Tilanteissa huomioidaan aina kokonaiskuva, sekä hyökkäyksen voimakkuus ja laatu, hyökkääjä ja puolustaja henkilönä ja muut tilanteeseen vaikuttaneet tekijät. (Hakkarainen ym. 2006, 19.)

2. MAPA-MENETELMÄ

MAPA eli Management of Actual or Potential Aggression on Birminghamissa Englannissa vuonna 1987 kehitetty menetelmä, jonka avulla pyritään ennalta ehkäisemään ja hallitsemaan väkivaltatilanteita. Menetelmää voidaan soveltaa kaikissa sosiaali-palvelu ja terveystalon työpaikoilla. Tarkoituksena on säilyttää potilaan perusoikeudet, arvokkuus, kunnioitus kohtaamisessa, yksilöllisyys, hyvän tekeminen, haittojen ja vaaran välttäminen, valinnan vapaus ja vaikutusmahdollisuus, samanarvoisuus, sekä alentavan ja epäinhimillisen kohtelun välttäminen. Potilaan omaa aggression hallintaa tuetaan keskustelun, ympäristön rauhoittamisen ja tilan antamisen keinoin. Varhainen puuttuminen ja ennaltaehkäisy ovat avain asemassa ja huomioidaan potilaan näkökulma väkivaltatilanteissa. MAPA-menetelmän tavoitteena on opettaa ja antaa keinoja haastavankäytöksen ennakointiin ja välttämiseen hoidollisen vuorovaikutuksen ja toiminnallisuuden keinoin. MAPA-menetelmässä on fyysisen kiinnipitämisen keinoja, mutta niitä käytetään vasta haastavankäytöksen suunnan kehittyessä niin, ettei käyttäytymisen rauhoittaminen muilla keinoin onnistu. MAPAssa hoitotilanteisiin ei lähdetä hetken mielijohteesta, vaan tilanteita suunnitellaan. Kaikkia ei voida kohdata ja kohdella samalla tavalla vaan tulee huomioida yksilöllisyys. Jos odotettavissa on tilanne, joka saattaa vaikeutua ennakoituaan ottamalla enemmän hoitajia tilanteeseen, näin vähennetään voiman käyttöä. Lähtökohtana aina on väkivaltatilanteiden ehkäiseminen puhumalla ja muilla vuorovaikutuksen keinoilla. MAPAssa riskit jaetaan kolmeen tasoon, jotka ovat matala, kohtalainen ja korkea. Toiminta suunnitellaan riskiluokituksen mukaan. Koko tulee huomioida toimintaa suunniteltaessa. Pienikokoinen hoitaja voi pärjätä, mutta rajat tulee silti tuntea, myös omat heikkoudet ja vahvuudet tulee tunnistaa, jokaiselle löytyy omat tehtävänsä. Kun omat rajat tulevat vastaan, tulee poistua paikalta ja on kutsuttava lisää henkilökuntaa paikalle, sekä vartija. Turhia riskejä ei kannata ottaa. (Työturvallisuus ja turvallinen hoitotyö moottorina, haettu 8.5.2013; Hentinen ym. 2009, 125-126; Tehy 2014, haettu 24.3.2015.)

Kiinnipitäminen perustuu potilaan luonnollisten liikeratojen hallittuun ja kivuttomaan rajaamiseen, sekä samanaikaiseen hoidolliseen vuorovaikutukseen. MAPAssa käytetään turvallisia aggression hallinnan otteita, sillä siinä juuri noudatetaan luonnollisia liikeratoja, henkilökunnan vuorovaikutustaitoja, omia käsivoimia ja ruumiinpainoa.

Fyysinen väliintulo tehdään, kun muita vaihtoehtoisia keinoja on kokeiltu tuloksetta ja potilaan käytös näyttää johtavan itsensä tai muiden vahingoittumiseen. On tärkeää tuntea potilas ja hänen käyttäytymisen historia aggressiivisuuden osalta, sekä itsensä tunnistaminen, varomerkkien ja hallintakeinojen kartoittaminen. MAPA-koulutuksen kiinnipitomenetelmät perustuvat lapsissa käytettyyn holding menetelmään, sekä tästä kehittyneempään de-eskalaatiomalliin. De-eskalitaatio on tietoisesti käytettyjen verbaalisten sanojen ja nonverbaalisten vuorovaikutustaitojen yhdistelmä, jolla pyritään saamaan potilaan kiihtymys tyyntyvään suuntaan. Tähän kuuluu neuvottelemisen, ongelmanratkaisu, merkityksen hakeminen potilasta kuunnellen. Tavoitteena on rajoittaa potilasta mahdollisimman vähän kunnioittaen hänen itsemääräämisoikeuttaan. Viimeisenä vaihtoehtona on yhden hoitajan tai kahden hoitajan tekemä suunnitelmallinen, hallittu väliintulo. Tämä voi olla pelkkä koskettaminen ja siitä edetä liikkumisen rajoittamiseen tai liikkumisen hallitsemiseen kehon ja raajojen luonnollisia liikeratoja hyödyntäen fyysisin ottein. (MAPA Finland ry 2012, haettu 24.4.2013; Hentinen ym. 2009, 125- 126.)

Väliintulon tarkoituksena on estää potilasta tai asukasta satuttamasta itseään tai muita. Vuorovaikutuksen tarkoitus on kommunikointiyhteyden saaminen ja vahvistaminen kiinnipidettävän potilaan ja kiinnipitävän hoitajan välille. Tavoitteet tulee olla selkeitä, jotta väkivaltaisuus olisi hallittavissa. Yleensä tarkoituksena kiinnipidossa on saada vahvistettua vuorovaikutusta potilaan kanssa ja sallia hänen purkaa aggressiostaan aiheuttaneita tunteita ja saada selville mikä aiheuttaa kiihtymyksen turvallisesti ja hallitusti. Hoitajan tulee kuunnella ja vastata potilaalle, sekä välittää lämpö, välittäminen, turva ja tuki kosketuksen avulla. (MAPA Finland ry 2012, haettu 24.4.2013; Hentinen ym. 2009, 125-126.)

Kiinnipidon turvalliseen toteuttamiseen tarvitaan kahden, pääsääntöisesti kolmen hoitajan suunniteltua yhteistyötä. Yksi hoitajista on johtaja, joka myös kommunikoi potilaan kanssa. Johtaja voi olla irti potilaasta. Tarvittaessa hän ottaa vastuun potilaan päästä ja hillitsee potilaan pään liikettä, ettei potilas kolhi itseään. Johtaja myös havainnoi potilaan hyvinvointia. Hän tarkkailee hengitystä muut hoitajat pitävät kiinni potilaan käsistä, käsivarsista kiinnipitävät hoitajat eivät sanallisesti kommunikoi potilaan kanssa, vaan he kommunikoiivat kosketuksella. Johtava hoitaja ohjeistaa kaikkia asentojen muuttamisen ja otteiden vaihdon suhteen. Potilaalle on tärkeää sallia

liikkuminen siten, että kiinnipitäjien ja kiinnipidettävän turvallisuus säilyisi. Liikkumisen salliminen säästää myös kiinnipitäjien voimavaroja. Makuuasennossa on yksi hoitaja tarvittaessa pitämässä kiinnipidettävän jalkoja, turvattomassa tilanteessa jaloista huolehtii kaksi hoitajaa. Johtajan tavoitteisiin kuuluu saada aggressiivisesti käyttäytyvän henkilön huomio käyttäytymiseen, tunteisiin ja ihmissuhteisiin. Hänen tulisi tunnistaa käyttäytymisen ja tunteiden ilmaisu mielekkäällä ja rakentavalla tavalla. Tarkoitus on myös ohjata häntä vaihtoehtoisten toimintakeinojen löytämiseen aggressiivisuuden ja väkivallan sijaan. Yhteisenä ja keskeisenä tavoitteena on, ettei aggressiiviseen käytökseen vastata aggressiolla. Tarkoituksena ei ole voittaa tilannetta, vaan tukea antavan vuorovaikutuksen välittyminen. Kiinnipitäjät toimivat kipua aiheuttamatta ja antavat mahdollisuuden potilaan itsehillinnälle. Johtajan tulisi osata ohjata missä tilassa tahansa ja löytää turvallinen ratkaisu toimia. Kiinnipito on mahdollista suorittaa istuma-, makuu- ja seisoma-asennossa. Mikäli on tarpeellista ja käyttäytymisen kannalta mahdollista voidaan kiinnipito otteessa siirtyä vähemmän ylykkeitä tarjoavaan tilaan. (Hentinen ym. 2009, 127.)

MAPAssa on tärkeää huomioida tilanteiden ennakointi. Henkilökunta oppii havainnoimaan ja tunnistamaan väkivaltatilanteiden ennusmerkkejä ja he saavat yhtenäisen toimintamallin. Tämä tuo varmuutta ja turvallisuutta henkilökunnalle ja potilaille. Fyysisestä kiinnipitämisestä on monta eri kantaa ja se on pakko toimi. Tosin sitä on aina käytetty lasten ja nuorten parissa, holding tapaa pidetään terapeuttisena kiinnipitona. Kiinnipitoa usein perustellaan sillä, että suojellaan henkilöä satuttamasta itseään tai muita, jos hän on sekava tai rauhaton. Sitä käytetään, jos se koetaan välttämättömäksi henkilön hengen tai toisen ihmisen hengen, terveyden tai turvallisuuden välittömän vaarantumisen vuoksi tai omaisuuden merkittävän vahingoittumisen vuoksi. Kiinnipito pitäisi lopettaa heti kun se ei ole enää välttämätöntä. (MAPA 2013, haettu 8.5.2013; Hentinen ym. 2009, 123- 124.)

2.1 MAPA-koulutus

MAPA-koulutusta voivat antaa Suomessa vain koulutuksen ja pedagogiset valmiudet saanut sosiaali- ja terveystieteiden ammattilaiset, jotka ovat hyväksytyksi suorittanut MAPA-kouluttaja koulutuksen. Koulutuksen rakenne perustuu englantilaiseen MAPA-koulutusohjelman runkoon, sekä Englantilaiseen koulutusmalliin. Koulutuksen

rakenteessa ja sisällössä huomioidaan työympäristö, potilasaineisto, hoitohenkilökunnan määrä ja osaamistarpeet. Työympäristössä tulisi myös määrittää uhka- ja väkivaltatilanteiden esiintymisen todennäköisyys ja niistä syntyvät riskitekijät. Koulutuksia järjestetään eri laajuudella työpaikan tarpeiden mukaan. Teoriaosuudessa on huomioitu suomalaisen ja englantilaisen lainsäädännön ja hoitokulttuurin eroihin liittyvät eroavaisuudet, koska alkuperäinen aineisto on Englannissa kehitetty, on teoriaosuus saatu muokattua suomalaiseen hoitotyöhön sopivaksi. Koulutukset koostuvat teoreettisesta opiskelusta, sekä käytännön harjoituksista. Koulutuksen tavoitteena on tarjota toimintaympäristön tarpeita vastaava koulutuskokonaisuus. Samalla kehittää työntekijöiden valmiuksia kohdata haastavaa käyttäytymistä ja hallita tilanteita mihin voi liittyä potilaan väkivaltaista käyttäytymistä, samalla lisätä työturvallisuutta ja hoidollisuuden säilymistä. (MAPA Finland ry 2012, haettu 24.4.2013.)

Teoriaosuudessa sisältyy de-eskalaatio-malli, joka korostaa työntekijöiden psykososiaalisia, verbaalisia ja non-verbaalisia vuorovaikutustaitoja. Taitoihin kuuluu, että työntekijä hallitsee neuvottelemisen, ongelmaratkaisukyvyyn, osaa etsiä syyn potilaan kiihtymykselle ja haastavalle käyttäytymiselle ja kuuntelee potilasta. Teoriaan sisältyy myös aggression ja väkivalta ilmiönä, aggression esiintymiseen liittyviä tekijöitä, keskeiset eettiset näkökulmat ammatillisessa toiminnassa yksilön itsemääräämisoikeutta rajoittaessa ja fyysiseen koskemattomuuteen puuttuessa, lainsäädännön asettamat velvoitteet ja oikeudet, ammatillinen vuorovaikutus haastavissa tilanteissa MAPAn filosofiaan ja ideologiaan perustuen, jossa korostuu kunnioittava kohtaaminen. Tarkoituksena kunnioittaa itsemääräämisoikeutta ja antaa potilaalle mahdollisuus valita turvallinen vaihtoehto kiihtymyksensä hallitsemiseksi. Potilaan toimintaa pyritään rajoittamaan mahdollisimman vähän ja mahdollisimman vähän rajoittavassa ympäristössä. Tilannetta on mahdollista rauhoittaa suuntaamalla toiminta kiihtymystä vähentävään toimintaan ja ottamalla keskusteluun mukaan muita työntekijöitä. Viimeisenä vaihtoehtona on fyysinen mutta kommunikointi yhteyden ylläpitävä, hoidollinen ja hallittu väliintulo. (MAPA Finland ry 2012, haettu 24.4.2013.)

Harjoituksissa harjoitellaan fyysisiä tekniikoita, joissa opitaan mm. irtaantumista toisen henkilön otteista, avustaa työtoveria hätätilanteissa tai tarvittaessa tehdä hallittu fyysinen väliintulo ja rajoittaa henkilöä fyysisesti kiinnipitämisen. Väliintulojen ja

kiinnipitojen harjoitteluun sisältyy aina niihin liittyvien riskitekijöiden huomioiminen ja minimoiminen, sekä tilanteen jälkipurku. Fyysiset kiinnipidon tekniikat ovat potilaille ja työntekijöille kivuttomia ja turvallisia. Työntekijät koulutetaan vastaamaan väkivaltatilanteisiin tai uhkaavan käyttäytymiseen vähemmän puuttumisen periaatetta noudattaen eli fyysistä voimaa käytetään mahdollisimman vähän. Harjoituksiin käytettävä aika mukautuu toiminta ympäristö vaatimusten mukaan, mutta kiinnipitoihin tarvitaan 2-5 työntekijää väkivaltariskistä riippuen. (MAPA Finland ry 2012, haettu 24.4.2013; Koulutus 2012, haettu 8.5.2013.)

Koulutuksen jälkeen koulutettavilla pitäisi tavoitteiden mukaan olla itseluottamusta toimia uhkaavissa tilanteissa, olla perustietoa aggressiosta ja ymmärrystä aggression mahdollisiin syihin, ymmärtää varhaisen puuttumisen ja ennakoinnin merkitys, valmiudet toimia tarvittaessa rajoittamalla potilasta kiinni pitämällä, turvallisilla otteilla ja valmiudet puolustautua lyöntejä ja potkuja vastaan, sekä irtaantua uhkaavan henkilön otteesta. (Koulutus 2012, haettu 8.5.2013.)

Suomessa toimii MAPA-Finland Ry, joka on vuonna 2007 perustettu yhdistys. Yhdistyksen tarkoituksen on tehdä tunnetuksi MAPA-ideologiaa, valvoa MAPA-Finland kouluttajanimikkeen käyttöä ja koulutuksien sisältöä, sekä koota yhteen kaikki MAPA-kouluttajat ja parantaa kouluttamisen edellytyksiä mm. jakamalla tietoa ja järjestämällä koulutustilaisuuksia. (MAPA Finland ry. 2012, haettu 24.4.2013.)

3. PILOTTI KOULUTUKSEN JA MENETELMÄN ESITTELY

3.1 Pilottikoulutus

Tutkimukseni liittyy Sonectuksen-Ikääntyvien palvelujen kehittäminen Oulun Eteläisellä alueella liittyvään hankkeeseen. Sonectuksella on tarkoituksena muodostaa Oulun Eteläiselle alueelle ikääntyneiden palvelujen kehittämissyksikkö tai ympäristö, jossa ikääntyvien, työelämän ja koulutuksen yhteistyönä syntyy uudenlaista toimintakulttuuria ja osaamista hyvinvoinnin palvelujärjestelmiä. Lähtökohtana olisi alueen yhteistyötahojen tarpeen huomiointi, ikääntyvien voimavarojen esille tuominen ja edistää vanhustyön ammatillista osaamista. Hankeen rahoittajana toimii Pohjois-Pohjanmaan elinkeino-, liikenne- ja ympäristökeskuksen kumppanuushanke. Hallinnoimassa on Oulun ammattikorkeakoulun terveysalan Oulaisten alueyksikkö. Osatoteuttajia on Centria ammattikorkeakoulu Ylivieskan yksikkö, Jokilaaksojen koulutuskuntayhtymä Oulaisten ja Ylivieskan ammattiopistot, Oulaisten kaupunki, Kalajoen Sote-yhteistoiminta-alue, peruspalvelukuntayhtymä Kallio, peruspalvelukuntayhtymä Selänne sekä Sosiaali- ja terveystieteiden keskuslaitos Helmi. Hankeen taustalla on alueella 2008- 2011 aiemmin toiminut Sonectus hanke, jossa myös kehitettiin ikääntyvien palveluita. (Sonectus 2013, haettu 8.5.2013.)

Osana palveluiden kehittämistä tarjoutui hankkeen tiimoilta täydennyskoulutusta haasteellisesti käyttäytyvän asiakkaan kohtaamiseen pilotoimalla MAPA-menetelmä kahteen muistisairaiden parissa työskentelevien yksikköön. Hankkeessa tarjottiin yksiköihin pilotti koulutusta, joka sisälsi 8 tuntia teoriaa ja 18 tuntia käytännönharjoituksia. Koulutukseen osallistui kahdesta palveluyksiköstä yhteensä noin kaksikymmentä työntekijää. Koulutuksen vetäjänä toimi Oulun ammattikorkeakoulun, Oulaisten terveysalan alueyksikön opettaja ja MAPA-kouluttaja Sirpa Tölli. Kouluttajan ohjeistuksella työntekijät pääsivät teoria tunneilla tutustumaan fyysisen koskemattomuuteen puuttumiseen ja sitä koskevaan lainsäädäntöön. Teoriatunneilla huomioitiin eettinen näkökulma ja erityisesti muistisairaiden kanssa käytävän vuorovaikutuksen erityispiirteet. Käytännön harjoituksissa työntekijät pääsivät harjoittelemaan MAPA-menetelmän mukaisia irtaantumistekniikoita, sekä matalan ja

keskitason riskin fyysisen kiinnipidon tekniikoita. Haasteellisia tilanteita harjoiteltiin eritiloissa mm. yksikön vesassa. (Tehy 2014, haettu. 24.3.2015.)

4. TUTKIMUKSEN TARKOITUS

Tarkoituksena on selvittää MAPA-koulutukseen osallistuneiden arviointia koulutuksesta ja sen hyödyntämisestä muistisairaahan hoitotyössä. Tutkimustehtävinäni oli selvittää, mitä hyötyä MAPA-koulutuksesta on muistisairaidenhoitotyössä? Miten MAPA-menetelmiä voi hyödyntää hoitotyössä? Missä tilanteissa MAPAa voi hyödyntää? Miten tilanteet, joissa MAPA-menetelmää on hyödynnetty, ovat edenneet?

Tavoitteenani on selvittää, miten työntekijät ovat MAPA-koulutusta hyödyntäneet omassa työssään, missä tilanteissa MAPA-menetelmiä on käytetty. Opinnäytetyö on merkittävä koulutuksen järjestäjille ajatellen koulutuksen suunnittelua, toteuttamista, josta hyödyn saavat koulutuskohteiden työntekijät ja heidän esimiehensä. He voivat hyötyä tutkimusten tuloksista omassa työssään ja tarvittaessa päivittää tietojaan MAPAan liittyen. Työtä voidaan hyödyntää paikoissa, joissa harkitaan MAPA-koulutuksen hankkimista. Työelämään työni on yhteydessä, koska se on suunnattu kahteen koulutus paikkaan ja paikkojen työntekijöille. Itselleni työ antaa valmiuksia työväkivallan ja asiakkaan kohtaamisessa.

Tulevana sairaanhoitajana haluan viedä työpaikoille tietoa haasteellisten tilanteiden kohtaamiseen. Hoitotyöntekijänä on hyvä olla tietoa omista ja potilaan oikeuksista liittyen väkivaltatilanteisiin. Itse olen jo opiskeluaikana ja lähihoitajana aiemmin työskennelleenä kohdannut haasteellisia tilanteita ja nyt halusinkin opinnäytetyön kautta selvittää miten haasteellisissa tilanteissa huomioidaan asiakas ja oma turvallisuus.

5. TUTKIMUSMENETELMÄT

5.1 Kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus soveltavan menetelmän muodossa

Tutkimuksessani hyödynnetään laadullisen tutkimuksen metodeja. Laadullinen tutkimus vastaa kysymyksiin miksi, millainen ja miten. Tavoite on ymmärtää asioita ihmisten, kuluttajien ja asiakkaiden näkökulmasta. Laadullisen tutkimuksen tarpeellisuutta kuvaa, kun tietoa tarvitaan asioista, joita ei tunneta tai tiedetä erityisen hyvin tai kyse on monimutkaisesta prosessista. Sen tarkoitus on myös saada kohderyhmän näkökulma muiden tietoisuuteen, jotta he voivat hakea siitä inspiraatiota omaan ajatteluun ja kehitystyöhön. Käytän laadullisessa tutkimuksessani apuna kyselylomaketta, joka tulee sisältämään avoimia kysymyksiä, joissa on teema, sekä hyödynnetään joitain rajattuja kysymyksiä.

Viitekehyksessä kuvataan työn keskeisiä käsitteitä ja niiden merkitystä. Laadullisessa tutkimuksessa ei pyritä tilastollisiin yleistyksiin vaan kuvaamaan jotain ilmiötä tai tapahtumaa, ymmärtämään tiettyä toimintaa, antamaan teoreettisesti mielekäs tulkinta jollekin ilmiölle. Se kertoo ja selittää tutkittavan aiheen, tietoa ei hankita tilastoimalla vaan hyödyntäen sisällönanalyysia. Laadullisessa tutkimuksessa suositaan ihmistä tiedonkeruu lähteenä ja kohdejoukko on valittu tarkoituksenmukaisesti. Laadullisessa tutkimuksessa pyritään ymmärtämään tutkittavaa ilmiötä tai tapahtumaa. Tällä tarkoitetaan merkityksen tai tarkoituksen selvittämistä. Käytännössä tämä tarkoittaa usein tilan antamista tutkittavien henkilöiden näkökulmille ja kokemuksille, sekä perehtymistä tutkittavaan asiaan. Laadullinen tutkimus voidaan toteuttaa monella eri tavalla ja sen toteuttamismalli voi muuttua tutkimuksen aikana. Tutkijalla ei ole määriteltyjä ajatuksia tai toteamuksia tutkittavasta ilmiöstä tai tapahtumasta, eikä tutkimuksen tuloksista, vaan ne määräytyvät kerätyn aineiston mukaan. Aineiston avulla tutkijan tulisi keksiä hypoteesi (oletus, ehdotus tai oletamus). (Tuomi & Sarajärvi 2009, 71- 84.)

Kyselylomakkeessani on käytetty avoimia kysymyksiä ja niiden apuna strukturoituja kysymyksiä. Kyseessä on kysymykset, jossa on annettu valmiiksi vaihtoehdot ja kysymyksiin vastataan haastattelijan antamassa järjestyksessä. Tämän avulla voidaan

haastatellut henkilöt jakaa laadullisiin luokkiin esim. iän mukaan. Eniten käytän lomakkeessa avoimia kysymyksiä. Avoimissa kysymyksissä voidaan määrittää haluttu tema. Vastauksiin vaikuttaa ihmisten tulkinnat ja heidän asioille antamat merkitykset, sekä miten merkitykset syntyvät. Avoimissa kysymyksissä mahdollistetaan vastaajan vapaamuotoinen ilmaisu. Kysymykset eivät johdattele. Vastauksissa saadaan myös tunneilmaisu paremmin esille. Kysymyksien vastaamiseen käytetään enemmän aikaa ja ajatusta. (Tuomi & Sarajärvi 2009,71- 84; Hirsjärvi ym. 2000, 188.)

Tutustuin koulutuspaikkoihin, sekä osallistuin yhteen koulutuspäivään. Toimin aktiivisesti mukana tiedonantajien kanssa. Tutustuin aiheeseen katsomalla tv:stä ja lehdestä uutisia liittyen opinnäytetyöni koulutuspaikkojen saamaan MAPA-koulutukseen, sekä yleisesti MAPAan. Valitsin kvalitatiivisen lähestymistavan, sillä halusin työntekijöiden kuvaavan omin sanoin kokemuksiaan MAPA-toimintamallista, hoitotyössä kohtaamastaan haasteellisesta käyttäytymisestä muistisairaiden hoitotyössä.

5.2 Tutkimuksen toteuttaminen

Koulutusta tarjottiin kahteen eri yksikköön. Koulutuksen järjestäjänä on toiminut ammattikorkeakoulun opettajana toimiva MAPA-kouluttaja Sirpa Töllä. Olen osallistunut molemmissa yksiköissä yhteen koulutustilaisuuteen, jolloin olen tutustunut koulutuskohteisiin ja esitellyt itseni paikan työntekijöille. Opinnäytetyötäni varten teen yhteistyösopimukset koulutusta saavien palveluasumisyksiköiden kanssa.

Sisällönanalyysin avulla analysoidaan haastattelua, kirjoitettua tai esitettyä tietoa, sillä voidaan tutkia raporttien ja artikkeleiden ja muiden kirjallisten aineistojen tieteellistä sisältöä ja kuvata sitä sanallisesti. (Tanskanen 2011, haettu 11.5.2015.)

Laadullisen tutkimuksen perinteisimmät aineiston keruu menetelmät ovat haastattelu, kysely ja erilaisiin dokumentteihin perustuva tieto. Niitä voi joko yhdistellä tai käyttää eriteltynä. Omassa opinnäytetyössäni käytän kyselyä. Toteutan kyselyn koulutuskohteisiin, jotka ovat edellä mainittu. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 71- 84.)

Kyselylomakkeessa halutaan saada selville työntekijöiden koulutuksesta saatu hyöty ja onko koulutuksen menetelmät ja tiedot otettu käytännön työn työvälineeksi. Keräsin kirjallista tietoa eli dokumentoitua tietoa opinnäytetyöhöni liittyen. Paljon jouduin

käyttämään Internet lähteitä, koska Suomessa MAPA itsessään on uusi asia. Suurin osa MAPA kirjallisuudesta on englanninkielistä ja vaikeasti saatavilla. Olen hyödyntänyt kirjallisuutta työväkivallasta ja entisiä ammattikorkeakoulun opinnäytetöitä. Analyysissä käytin apuna sisällönanalyysiä Aluksi luin kaikki vastaukset läpi. Tein vastauksista koosteen, josta lähdin vastauksia enemmän ryhmittelemään ja analysoimaan. Aloin poimia yhtäläisyyksiä ja eroavaisuuksia. Vastausten analyysin pohjalta muodostui tulokset ja niistä kokosin yhteenvedon. Käytin tulosten esittelyssä apuna vastauksista poimittuja suoria lainauksia. Kyselyn tulosten pohjalta muodostui omat johtopäätökset ja pohdinta. Lainaus sisällönanalyysistä. Ensin esittelen saadun tuloksen, jonka jälkeen liitän kyselylomakkeista suoraan lainatun tiedon. Esim. Eniten käytettiin irtaantumisen tekniikoita. MAPA-menetelmän tekniikat koettiin turvallisiksi käyttää muistisairaiden parissa.

“Irtautumista joutuu käyttämään päivittäin, esim. muistisairaavat vuodepotilaat takertuvat kiinni”.

5.3 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Luotettavuuden arviointi on keskeinen osa tieteellistä tutkimusta, sillä tutkimukselle on asetettu tiettyjä normeja ja arvoja, joihin sen tulisi pyrkiä. Luotettavuuskysymyksissä keskeisiä käsitteitä ovat perinteisesti olleet reliabiliteetti ja valideetti arvioitaessa kvantitatiivisen tutkimuksen mittauksen luotettavuutta. Mittausvirheetömyyden eli reliabiliteetti tarkoittaa käytetyn tutkimusmenetelmän tai mittauksen kykyä antaa ei sattumanvaraisia tuloksia. Luotettavuudesta kertoo voidaanko tuloksia toistaa tai saada samoja tuloksia. Pätevyys eli valideetti tarkoittaa käytetyn menetelmän tai mittauksen kykyä mitata juuri sitä, mitä on tarkoituskin mitata eli tutkimuksessa on tutkittu luvattua asiaa. Tutkimusetiikka on tutkijan ammattietiikka, jonka tarkoituksena on pitää tutkimus laadukkaana, luotettavana, avoimena ja rehellisenä sekä se, että tutkimus on todennettu ja että tutkimus on toistettavissa. Lisäksi tutkimuksen kaikissa vaiheissa tutkimuksen suorittajaan kohdistuvat lainsäädännön asettamat velvoitteet, mm. tekijänoikeuksien kunnioittaminen, yksityisyyden suojaaminen sekä vaitiolo- ja salassapitovelvollisuus. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 126.)

Tutkimuksen luotettavuudessa tulee ottaa huomioon: Uskottavuus eli on tarkastettava, vastaavatko tutkijan käsitteet tutkimuksen aineistoista totuutta. Voidaan varmistaa tutkittavilta tulkintojen oikeellisuus. Onko tutkimustulokset siirrettävissä, voidaanko niitä verrata tilanteesta toiseen, vastaavaan tilanteeseen. Varmuus eli minkälaisia ennakkokäsityksiä tutkijalla oli. Vahvistettavuus eli tutkimuksesta tehdyt tulkinnat saavat tukea toisista vastaavista tutkimuksista. Seuraavat asiat myös vaikuttaa mitä tutkitaan eli miten tutkimusaiheet valitaan, millaisia tutkimustuloksia tutkija tavoittelee ja millaisia keinoja tutkija käyttää. Luotettavuuteen vaikuttaa totuuden mukaisuus. Itse olen valinnut vain luotettavaksi katsottuja lähteitä, lähteet olen hyväksyttänyt ohjaajillani. Tiedän valitsemani Internet lähteet luotettaviksi, koska esim. MAPA-järjestön sivuilla on hyvin selkeästi kirjoittajat ja oikeudet myönnetty MAPA Finlandille. Kirjallisista lähteistä kaikki ovat luotettavia ja helposti saatavilla tarkistusta varten. Laadullisen tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttaa tutkijan tarkka selostus tutkimuksen toteutuksesta ja sen vaiheista. Luotettavuutta lisää eri metodien hyödyntäminen ja eri tutkimismenetelmien käyttäminen. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 126.)

Tutkimukseni luotettavuutta lisää, että se on osa toista koulutusta ja isompaa hanketta. Työni tuloksia voidaan hyödyntää hankkeessa ja seuraavia koulutuksia suunniteltaessa. Lisäksi sitä lisää työn kohdistuminen kahteen eri paikkaan, sekä siinä näkyvät työntekijöiden näkökulmat. Luotettavuutta vähentää vähäinen vastaajien määrä. Luotettavuuteen vaikuttaa kyselyjen vastausten käsittely menetelmät.

Tutkimuksen eettisyys on hyväksyttävä ja luotettava ja tulokset uskottavissa, kun tutkimus on suoritettu tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla. Hyvän tieteellisen käytännön näkökulmasta tutkimusetiikan lähtökohtina ovat seuraavat asiat. Tutkimuksessa noudatetaan rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta. Tutkimukseen sovelletaan tutkimuksen kriteerien mukaista tiedonhankintaa, tutkimus ja arvomenetelmiä. Tutkimus toteutetaan tiedon luonteeseen kuuluvaa avoimuutta ja vastuullisuutta noudattaen tuloksia julkaistaessa. Tutkijat huomioivat muiden tutkijoiden saavutukset asianmukaisella tavalla ja viittaukset muihin julkaisuihin on asiallisia, sekä tarvittavat tutkimusluvut on hankittu. Näitä edellä mainittuja eettisiä periaatteita olen noudattanut opinnäytetyössäni. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2014, haettu 13.4.15.)

Opinnäytetyössäni suojellaan koulutukseen osallistuneiden henkilöiden yksityisyyttä. Kyselylomakkeen kysymyksiin vastattiin essee muotoisesti. Vastaukset ovat luotettavia, koska vastatessa joutuu pohtimaan kysyttävää aihetta. Kyselylomake toteutettiin vapaaehtoisena ja nimettömänä. Nimettömänä toimiminen lisää luotettavuutta, koska vastaaja voi rohkeasti ilmaista mielipiteensä, eikä epäile omia vastauksiaan. Ennen opinnäytetyöni aloittamista eettisiä näkökulmia opinnäytetyöni kannalta käsittelin tutkimuksen ohjaavien opettajien kanssa. Tutkimusta varten tehtiin yhteistyösopimukset. Tutkimus on luotettava mutta ei yleistettävissä oleva.

6. TUTKIMUKSEN TULOKSET

Tutkimukseni toteutettiin kyselylomakkeen avulla, josta sain kerättyä tuloksia opinnäytetyötäni varten. Kysely tehtiin noin puolivuotta MAPA-kurssin jälkeen, jotta henkilökunta ehti ottaa MAPA-menetelmän malleja käyttöön ja hyödyntää mallin menetelmiä mahdollisimman paljon hoitotyössä. Kyselylomakkeella haettiin vastauksia seuraaviin kysymyksiin. MAPA-koulutuksesta saadut hyödyt? Miten MAPA-menetelmää on hyödynnetty hoitotyössä? Missä tilanteissa MAPA-menetelmän malleja on käytetty? Miten tilanteet joissa MAPA-mallia on käytetty, ovat edenneet? Kyselylomakkeessa oli yksitoista kysymystä, joissa osassa työntekijät pystyivät kertomaan omista kokemuksistaan. Analysoitavina minulla on kymmenen kyselylomaketta. Kysymyksissä selviteltiin työntekijöiden ammatti ja haasteellisen käyttäytymisen kohtaamisen määrä. Tutkimukseen osallistui lähihoitajia, sairaanhoitajia. Lähihoitajat ovat yleensä enemmän vuorovaikutuksessa asiakkaiden tai potilaiden kanssa, koska sairaanhoitajien työajasta menee osa lääkehoitoon ja muihin yksilöllisempiin työtehtäviin. Lisäksi tutkimukseen osallistui kodinhoitajia ja muuta henkilökuntaa. Koko palvelukodinhenkilökunta osallistuu ja on vuorovaikutuksessa potilaan tai asiakkaan kanssa. Kaikilla on siis mahdollista kohdata tilanteita missä on väkivallanriski, tällöin he voivat hyödyntää MAPAA.

6.1 Arviointi koulutuksesta

Palaute koulutuksesta oli positiivista. MAPA-menetelmä koettiin toimivana ja hyvänä, mikä luo muistisairaille asukkaille turvallisuutta. Tutkimustuloksista vahvasti nousi esiin tarve kouluttaa koko henkilökunta, jotta menetelmää voitaisiin ottaa paremmin käyttöön. Tämä takaisi samanlaisen kohtelun kaikille muistisairaille kaikilta työntekijöiltä. Työntekijät saivat varmuutta toimia haasteellisissa tilanteissa, kun heille oli annettu keinot ja mallit miten haasteellisissa tilanteissa toimitaan, huomioiden muistisairaana asiakkaan ja työntekijän turvallisuus. Työntekijät toimivat esimerkkinä muille työntekijöille, jotka eivät osallistuneet MAPA-koulutukseen ja sitä kautta tuovat menetelmää koko työyhteisön käytettäväksi.

“Toimii ja pitäisi kouluttaa koko työyhteisö.”

“Työyhteisössämme on nyt rauhallinen jakso, mutta koulutuksella ja sen antamalla valmiuksilla on merkitystä/käyttöä kohdatessamme haasteellisia asiakkaita.”

“Omalla opitulla mallilla auttaa toisia työntekijöitä toimimaan asianmukaisesti.”

Riskien tiedostaminen, tunnistamalla haasteelliseen tilanteeseen johtavat syyt, ennakoimalla ja hallitsemalla hallintataidot työntekijä pystyy toimimaan haasteellisissa tilanteissa. Ennakointi on hyvä osa haasteellisten tilanteiden hallintaa. Kun työntekijöillä on hyvät menetelmät opittuna, he muistavat ne ja haasteellisen tilanteen tullessa eteen osataan toimia työntekijän ja asiakkaan turvallisuus huomioiden. Toimitaan opittujen mallien mukaisesti. (Työväkivallan ennakointi 2015, haettu 28.4.2015.)

6.2 Hoitajien kohtaama haasteellinen käyttäytyminen

Haasteellisen käyttäytymisen kohtaamisessa ei löytynyt yleisintä aikaväliä. Kuitenkin koettiin, että haasteellisesti käyttäytyvän potilaan tai asukkaan joutuu kohtaamaan lähes päivittäin. Haasteellisen käyttäytymisen kohtaamisen määrä ei ollut muuttunut MAPA-koulutuksen jälkeen. Kukaan ei kokenut, että MAPA-menetelmän käyttö olisi lisännyt haasteellista käyttäytymistä. Muutama koki tilanteiden vähentyneen. Työntekijät kohtasivat fyysistä ja henkistä haasteellista käyttäytymistä, joka kohdistui hoitotyöntekijöihin, sekä muihin asukkaisiin. Työntekijät kohtasivat lyömistä, tarttumista, haukkumista, uhkauksia, takertumista esim. vaatteisiin, potkuja, levotonta käytöstä, vetämistä ja puremista. Haasteellisissa tilanteissa tuli vastaan tilanteita, joissa haasteellisesti käyttäytyvä käytti esineitä tilanteissa mm. Rollaattoria, jolla hän pyrki lyömään tai tallomaan jalkoja. Tulosten mukaan eniten kohdataan takertumista, joissa hienosti osattiin käyttää irtaantumistekniikoita MAPA-mallin mukaan. Toisiin asukkaisiin kohdistuvaa haasteellista käyttäytymistä tulosten mukaan olivat tilanteet, missä toinen asukas lyö toista asukasta. Yhteenvetona voidaan todeta, että muistisairaiden käyttäytyminen on pysynyt samana koulutuksen jälkeen. Tarkastelujakso on ollut kuitenkin hyvin lyhyt, joten vaikea sanoa tulisiko muutoksia parempaan suuntaan pitemmällä aikavälillä.

“Rauhaton dementikko pyrkii ulos, hakkaa ovia ja kaikkia, jotka lähellä on.”

“Asiakas tarrasi käsistä kiinni ja veti sänkyyn päin. Sain kädet irti MAPA-irrottautumisella.”

Muistisairaiden parissa työskennellessä yleisimpiä työväkivallan muotoja ovat tukistaminen ja hiuksiin tarttuminen. Aggression takana on useimmiten pelko. Potilas ei enää hahmota aikaa tai paikkaa. Ihminen kantaa muistoja kehossaan. Hoitotoimenpiteet saattavat nostaa esille muistoja menneisyydessä tapahtuneesta kaltoin kohtelusta. Aggressiivisuuteen johtavan käytöksen taustalla onkin usein kokemus ja elämäntilanne. Aina tulee huomioida myös erilaiset tilannetekijät, persoonallisuuden vaikutukset, ympäristötekijät, biologiset tekijät, sekä näiden yhdistelmät. Tavallisimpia haasteellisten tilanteiden kehittymiseen vaikuttavia tekijöitä ovat osapuolien ominaisuudet, aiemmat kokemukset, sekä ulkoiset ja tilannekohtaiset tekijät. Syitä tilanteiden kehitykseen ovat näkemuserot, ristiriidat ja erimielisyydet, sekä rajoitukset ja kiellot. (Tehy 2014, haettu 24.3.2015; Työväkivallan ennakointi 2015, haettu 28.4.2015.)

”Tällä hetkellä meillä se haasteellinen käyttäytyminen on vähäistä, lähinnä sitä että asukas ei suostu istumaan pytylle ja tämä päivittäistä”

”Sekä hoitajiin, että toisiin asukkaisiin kohdistuvaa fyysisen väkivallan uhkaa. (lyömistä, puremista, takertumista yms.)

Yllä on työntekijöiden esimerkkejä, kun haasteellista käyttäytymistä koettiin päivittäin. Jokaisen työntekijän olisi hyvä ennen työvuoron aloittamista miettiä mahdollisia työturvallisuusriskejä mitä työvuorossa voi kohdata. Työyksiköissä olisi hyvä suorittaa säännöllisesti ja ongelmia huomatessa tilojen tarkastus, jotta puutteet tai riskitekijät havaitaan. Riskitekijöiden tiedostaminen on alku luotaessa turvallista työympäristöä. Osa riskeistä on pysyviä, mutta usein tilanne vaikuttaa riskiin joko lisääntyvästi tai vähentävästi. (Lehestö ym. 2004, 99.)

6.3 MAPA koulutuksen antamat valmiudet haasteellisiin tilanteisiin

Henkilökunta sai MAPA-koulutuksesta valmiuksia haasteellisten tilanteiden kohtaamiseen. Koulutus antoi neuvoja tilanteiden ennakointiin ja hallittuun kohtaamiseen. Henkilökunta sai tietoisuutta siitä, että heillä on käytössään menetelmiä joiden mukaan toimia haasteellisissa tilanteissa ja rauhoittaa tilanteita ennalta. Kaikkia koulutuksessa läpi käytyjä MAPA-tekniikoita oli hyödynnetty työelämässä. Koulutuksessa läpikäytyjä tekniikoita ovat vuorovaikutus ja ennakointi, irtaantuminen ja fyysisen kiinnipidon tekniikat (esim. Potilaan rauhoittaminen ja kuljettaminen). Eniten käytettiin irtaantumisen tekniikoita. MAPA-menetelmän tekniikat koettiin turvallisiksi käyttää muistisairaiden parissa.

“Irtautumista joutuu käyttämään päivittäin, esim. muistisairaat vuodepotilaat takertuvat kiinni”.

“Olen kuljettanut asiakasta MAPA- otteessa. Se on turvallinen ote”.

Henkilökunta osasi ennakoida haasteellisen tilanteen ja rauhoittaa sen ennen kuin tilanne eteni fyysiseen väkivaltaan, käyttäen MAPAssa opittua vuorovaikutuksen ja ennakoinnin malleja. Henkilökunta sai valmiuksia havainnointiin ja ennakoimaan esim. levottomuuden merkkejä. Muistisairaana kanssa vuorovaikutuksella on suuri merkitys haasteellisten tilanteiden etenemiseen. Epäonnistumisen tunne saattaa aiheuttaa muistisairaalla vetäytymisen tai haasteellisen käyttäytymisen. Haasteellinen käytös voi nousta pintaan jos asiakas kokee, että toiminta on määräävää tai epäkunnioittavaa. Haasteellisesti käyttäytyvä muistisairas pyrkii yleensä suojaamaan omaa reviiriään tai ilmentämään omaa tahtoaan, aikuisuuttaan ja mahtiaan. Levollinen ja kiireetön lähestyminen vähentää tilanteen pelottavuutta. Kokemus siitä, että hoitaja on läsnä ja välittää luo turvallisuutta. Arvostava ja mielipidettä kysyvä asennoituminen tukee omanarvontunnetta ja siten voi ehkäistä haasteellista käyttäytymistä. (Kan & Pohjola 2012, 204- 205.)

“Asiakkaan levottomuuteen joka ilmenee kävelynä levottomasti, kiihtyen siitä toisia kohtaan aggressiiviseksi, jopa lyömiseksi, huutamiseksi. Avuksi rauhoittelu/ vierellä oleminen kiinnipito-otteet”.

MAPA-menetelmän koettiin tuovan varmuutta, mm. kuljettamiseen saatiin helpompi tapa toimia MAPA-mallin myötä. Asiakkaan kohtaamiseen saatiin koulutuksesta uutta näkökulmaa, mm. levottoman asukkaan lähestyminen MAPA-mallin mukaisesti turvaten oma ja muiden henkilöiden turvallisuus. Käytettiin myös TunteVa-menetelmää. TunteVa-menetelmä ohjaa vuorovaikutukseen, joka tukee ja vahvistaa muistisairasta. Ihmistä kuunnellen, jolloin hän saa tukea omalle olemassa ololleen. Menetelmässä käsitellään ihmisen menneisyyden tapahtumia uudelleen mielikuvien avulla. Huomioidaan, että mielikuvat joissa muistisairas elää ovat hänelle todellisuutta. Selkeä ja tilanteessa hallinnassa oleva toiminta voi rauhoittaa levotonta muistisairasta. (Kan& Pohjola 2012, 211.)

“Kun kiihkeä levottomuus alkaa tulla “päälle” koettaa rauhallisesti jutella ja voi käyttää (ja kannattaa) tunteva menetelmää, joskus auttaa hyvin, joskus joutuu istumaan viereen ja pitämään kiinni”.

“Levottomasti huitova asiakas > turvallinen lähestyminen, rauhoittaminen”.

MAPA-koulutus on muuttanut työskentelytapoja. Opittiin ennakoimaan tilanteita paremmin. Käyttämään otteita, jotka eivät vahingoita, sekä rohkeutta uskallusta kokeilla ja rauhoittaa tilanteet. Luottamusta, että kun toimii MAPA-menetelmän mukaan, toimii oikein. Varmuutta, että haasteellisista tilanteista voi selvitä yksin.

“Auttaa ja on todella huomannut, että vähemmän on konflikteja, jotka ei laukea ilman useampaa hoitajaa, nyt pärjää yksinkin, itsellä varmempi olo”.

“Osaan paremmin ennakoida ja ehkäistä haastavia tilanteita. Lisäksi olen oppinut käyttämään otteita, jotka eivät vahingossakaan satuta asiakasta”.

Keskeistä on haastavan käytöksen ja väkivaltatilanteiden ennakointi ja välttäminen hoidollisen vuorovaikutuksen ja toiminnallisuuden keinoin. Ellei haastavaan tai

aggressiiviseen suuntaan kehittyvän käyttäytymisen rauhoittaminen onnistu muilla keinoin, turvaututaan tarvittaessa viimeisenä keinona potilaan fyysiseen kiinnipitämiseen. Kiinnipitäminen perustuu potilaan luonnollisten liikeratojen hallittuun ja kivuttomaan rajaamiseen, sekä samanaikaiseen hoidolliseen vuorovaikutukseen. (Työturvallisuus ja turvallinen hoitotyö moottorina 2013, haettu 8.5.2013.)

Koulutuksen jälkeen koulutettavilla pitäisi tavoitteiden mukaan olla itseluottamusta toimia uhkaavissa tilanteissa, olla perustietoa aggressiosta ja ymmärrystä aggression mahdollisiin syihin, ymmärtää varhaisen puutumisen ja ennakoinnin merkitys, valmiudet toimia tarvittaessa rajoittamalla potilasta kiinni pitämällä, turvallisilla otteilla ja valmiudet puolustautua lyöntejä ja potkuja vastaan, sekä irtaantua uhkaavan henkilön otteesta. (Koulutus 2012, haettu 8.5.2013.)

6.4 MAPA-menetelmän hyödyntämistä rajoittavat tekijät

Rajoittavana tekijänä oli, ettei kaikki ole saanut koulutusta. Työpari saattoi olla henkilö, joka ei ole ollut mukana koulutuksessa. Koulutuksesta pois jääneiden epävarmuus, vähättely, ei haluta ottaa uutta mallia käyttöön, eikä kuunnella koulutuksen saaneiden perusteluja mallin käyttämisestä. Omaisten reaktiot, osa säikähtää. Useat yövuorot koettiin rajoittavana tekijänä.

“Se rajoittaa kun vain pieni osa henkilöistä on päässyt oppimaan ko. MAPA tekniikkaa. Harvoin sattuu työvuorot niiden kanssa, jotka olivat koulutuksessa”.

“Kaikki henkilökunnasta eivät opissa, toiset voivat vähätellä: että turhaa”.

“Ei ole uskallusta, esimies “ei ymmärrä”. Jos on joku tilanne ja esim. Kiinni pitää, voit toisen mielestä olla väärin”.

“Tietämättömän puuttuminen asiaan, ei haluta kuulla perusteluja”.

Väkivalta tai haasteellisten tilanteiden ennaltaehkäisyyn liittyy olennaisesti työntekijöiden ja alan opiskelijoiden kouluttaminen tilanteiden kohtaamisen varalle. Tutkimuksien mukaan väkivallan kohtaamisen valmistautumaton ja kouluttamaton

työntekijä joutuu väkivallan kohteeksi useammin kuin koulutettu työntekijä. Koulutuksen avulla saadaan riittävät valmiudet haasteellisten tilanteiden kohtaamiseen hoitotyössä. Koska terveydenhoitoalalla yksiköt ovat hyvin erilaisia, tulee koulutus sopeuttaa, lähtemällä liikkeelle yksikön tarpeista, kuitenkin huomioiden samansuuntainen peruskoulutus. Koulutuksen on hyvä sisältää teoretietoa aggressiivisuudesta, itsepuolustuksesta tai voimankäytöstä, verbaalisesta kommunikaatiosta, sekä näihin liittyvistä laeista. Koulutuksen tulisi olla säännöllistä ja sitä olisi hyvä myös arvioida säännöllisesti. Työntekijän velvollisuutena olisi saada osallistua koulutukseen ja se tulisi nähdä mahdollisuutena eikä välttämättömyytenä. Koulutuksen voi kokea onnistuneen, kun työntekijät oivaltavat koulutuksen haasteellisten tilanteiden ehkäisevänä tekijänä ja koulutus herättäisi ajatuksia, sekä asenteiden ja tunteiden tarkastelua, joka lisää tarvetta paneutua aiheeseen tarkemmin. (Lehestö ym. 2004, 123 – 124.)

Tehyn artikkelissa Soili Poijulan mukaan asiakas on aina vastuussa teoistaan ja väkivaltatilanteet pitäisi aina käsitellä potilaan kanssa. Muistisaira kanssa ei välttämättä voi keskustella, mutta hoitajat voivat keskenään käydä läpi asiaa ja yrittää ennakoita tilannetta. Kokemuksen jakamisella on suuri merkitys työyhteisössä. Työyhteisössä pitäisi voida jakaa ja käydä yhdessä läpi toimintamalleja haasteellisiin tilanteisiin. (Oksanen 2015, 33.)

7. JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

Hoitajien kohtaama väkivalta on lisääntynyt ja kynnyksensä tarttua toiseen kiinni on nykyään madaltunut. Auktoriteetin kunnioitus on laskenut, muiden auttaja ei ole enää koskematon. Yhteiskunnan vauhti on kiihtynyt monella tavalla. Erityispiirteitä, jotka hoitoalalla väkivallalle altistaa on mm. sairauden aiheuttamat muutokset ihmisen persoonaan, esim. muistisairaus voi tehdä ihmisestä aggressiivisen ja ilkeän vaikka hän ei sellainen olisi ennen ollut. Kiire myös lisää riskiä, koska ei ehditä kertomaan asiakkaalle hoitotoimenpiteestä etukäteen. Minna Vitikainen kertoo Superin artikkelissa, että ” Hoitajat menevät työssään ihmisen lähelle, hänen reiviirilleen. Jo pelkästään se saa monet puolustuskannalle” (Kujala 2015, 48- 49). Hoitajat kyllä tiedostavat väkivallan riskin olemassa olon ja he töihin tullessa vetävät ammattiroolin työvaatteiden päälle pukemisen yhteydessä. Ammattimainen asenne on tärkeä väkivallan ennakoinnissa. Ihmiset kuitenkin reagoivat yksilöllisesti väkivalta- ja uhkaustilanteisiin, se mikä on toiselle aidosti ahdistavaa, voi olla toiselle vain huvittavaa. Väkivallasta aiheutuu haittaa yksilölle ja yhteiskunnalle, niin terveydellisiä, sosiaalisia, kuin taloudellisiakin haittoja. On arvioitu, että kustannukset olisivat Suomessa noin 850 miljoonaa euroa vuodessa. Kustannuksia syntyy tuotannon menetyksistä, sekä uhrin kokemien haittojen ja vammojen hoidosta. Näin ollen väkivallan ehkäiseminen on kannattavaa myös taloudellisesti. (Rikoksenteorjuntaneuvosto 2009, 3; Kujala 2015, 48- 49.)

7.1 Mieliapiteet koulutuksesta

MAPA-koulutus on työntekijöiden mukaan toimiva ja hyvä. MAPA-koulutus lisää hoitohenkilökunnan tietoutta siitä, miten toimitaan väkivaltatilanteissa. Se lisää työskentelyn varmuutta ja antaa hyvän menetelmän jonka mukaan toimia haasteellisissa tilanteissa. MAPA-koulutus koetaan hyödylliseksi ja menetelmää voidaan hyödyntää kohdattaessa haasteellisia tilanteita muistisairaiden parissa. Koulutuksen työstäminen ja soveltaminen käytäntöön jatkuu tutkimuksen päättymisen jälkeenkin. Koulutuksen menetelmät on sisäistetty hyvin. Vaikka työyhteisössä olisi rauhallisempi jakso haasteellisten tilanteiden osalta, on MAPA-menetelmän opit vielä muistissa ja koulutuksen antamat valmiudet tuovat turvaa ja rohkeutta kohdata mahdolliset tulevat

tilanteet. MAPA-kurssilla opetetaan turvalliset kiinnipito – ja irtaantumisleikkeet, sekä miten toimitaan väkivaltilanteissa.

Esille nousi vahvasti koko henkilökunnan kouluttamisen tärkeys. Ilmeni, että jos koko henkilökunta ei pääse osallistumaan koulutukseen haittaa se menetelmän siirtämistä käytäntöön. Jos taas koko henkilökunta pääsee koulutukseen MAPA-menetelmän toimintamallista, tulee yhteinen tapa toimia, menetelmää on helpompi käyttää, kun tietää että työparikin osaa toimia samalla tavalla. Menetelmän käyttöön ottamisesta jää yksi vaihe pois, nimittäin koulutukseen osallistuneen henkilökunnan tiedon siirto muulle henkilökunnalle. Menetelmän opit siirtyvät muuttumattomana koko henkilöstölle, sekä menetelmän toimintatavat sisäistetään paremmin.

7.2 Hoitajien kohtaama haasteellinen käyttäytyminen

Haasteellisia tilanteita kohtaa muistisairaiden parissa lähes päivittäin. MAPA-menetelmän käyttöön otto ei lisännyt haasteellisten tilanteiden määrää. Ne jopa vähentyivät MAPA-koulutuksen jälkeen. Hoitohenkilökunta kohtaa henkistä ja fyysistä haasteellista käyttäytymistä. Haasteellinen käytös ei aina kohdistunut vain hoitajaan vaan se kohdistui myös muihin asukkaisiin. Tarttuminen ja takertuminen olivat yleisiä fyysisen haasteellisen käytöksen ilmenemisen muotoja. Hoitohenkilökunta on hyvin ottanut käyttöön irtaantumistekniikan, joka on auttanut takertumis- ja tarttumistilanteissa. Koulutusta suunnatessa muistisairaiden parissa työskenteleville on hyvä kiinnittää erityistä huomioita irtaantumistekniikoiden ja kuljettamisen tekniikoiden läpikäyntiin. Nämä ovat sellaisia tekniikoita, joita tulosten mukaan käytettiin lähes päivittäin. Myös ennakoinnilla ja vuorovaikutuksen malleilla saatiin haasteellisten tilanteiden määrään vaikutettua ja tilanteet pystyi ratkaisemaan ilman, että tarvitsi välttämättä edetä kiinnipitoon.

7.3 MAPA koulutuksen antamat valmiudet haasteellisiin tilanteisiin

Tulosten mukaan koulutus antaa hyvät valmiudet haasteellisten tilanteiden ennaltaehkäisemiseen ja koulutuksesta saa hyvää teoretietoa. Ennaltaehkäisyn tärkeys nousi esille, esim. potilasta tai asiakasta rauhoiteltiin ja näin vältetään kiinnipitoon

johtava tilanne. Tilanteita opittiin hahmottamaan ennalta, mikä myös lisäsi tilanteiden ennaltaehkäisyn toteutumista.

Työntekijöille on annettava opetusta ja ohjausta työn haittojen ja riskien estämiseksi, sekä työn aiheuttamien riskien välttämiseksi. Opetusta ja ohjausta on täydennettävä tarpeen mukaan. Perehdyttäminen on osa väkivallan uhan hallintaa, menettelytapojen ja ohjeiden, työpaikan turvallisuus järjestelmien ja turvallisuus- ja hälytyslaitteiden sekä työntekijän oikeuksien läpi käymisen muodossa. Näin työntekijä voi varmistaa oman turvallisuutensa väkivaltatilanteessa tai väkivaltatilanteen uhatessa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2014, 14.)

7.4 MAPA-menetelmän hyödyntämistä rajoittavat tekijät

Rajoittava tekijä on tiedon siirtyminen koko henkilökunnalle. Koulutukseen osallistumattomat tuntevat epävarmuutta uutta menetelmää kohtaan. Osa koulutuksen saaneista ei hyödynnä MAPA-menetelmää, jos työpari ei ollut käynyt koulutusta. Koettiin, että menetelmää on työn ohessa vaikea saada ohjeistettua koulutuksesta poisjääneelle työparille. Omaiset ovat myös epävarmoja, koska heillä ei ole tietoa MAPAsta. Yövuoro on rajoittava tekijä, mutta tarkempaa syytä miksi yövuorot koettiin rajoittavaksi, ei noussut esille. Koulutus tulisi järjestää mahdollisimman monella mieluiten koko henkilökunnalle. Omaiset olisi hyvä huomioida uutta toimintamallia tuotaessa työympäristöön esim. informoimalla heitä ohjekirjan muodossa.

7.5 Jatkotutkimusmahdollisuudet

Opinnäytetyön tulokset eivät ole yleistettävissä, koska tutkimusaineisto oli suppea, mutta tulokset ovat suuntaa antavia. Tutkimuksesta saatuja tuloksia ei ole mahdollista peilata aiempaan saatuun tietoon, koska vastaavaan laiseen tutkimuskohteeseen tehtävää tutkimusta ei ole tehty. Tutkimuksista saadut tulokset antavat kuvan koulutuksen antamista valmiuksista ja hyödyistä muistisairaanhoidotyössä, vastaten asettamiin tutkimuskysymyksiin. Tutkimus menetelmän toteuttaminen oli haasteellinen, koska vastaavanlaista tutkimusta en ole ennen tehnyt. Tutustuttuani laadullisen tutkimuksen teoriaan ja opettajilta saamaani tuen avulla kuitenkin tutkimuksen toteutus alkoi helpottua. Tutkimuksen kannalta harmillisena koen sen, että analysoitavien vastauslomakkeiden määrä jäi arviota pienemmäksi. Kuitenkin olen saanut tutkimusta

tehdessäni paljon uutta tietoa ja tuloksia aikaan. Tutkimuksen tulosten analysointiin haastetta lisäsi lyhyt vertailu aika, sekä tiedon puuttuminen siitä minkälainen tilanne oli ennen koulutusta haasteellisten käyttäytymisen osalta. Tutkimus voitaisiin suorittaa kahdessa vaiheessa ennen koulutusta tilanteen kartoittaminen ja koulutuksen jälkeen. Näin muutokset näkyvät tuloksissa selvemmin.

Päädyin tulokseen, että MAPA-menetelmää voidaan hyödyntää ja soveltaa muistisairaiden hoitotyöhön. MAPA-menetelmää voidaan käyttää apuna kohdatessa haasteellisia tilanteita muistisairaahan hoitotyössä. Koulutus koettiin onnistuneena ja siitä saatiin apua haasteellisiin tilanteisiin. Haasteena on MAPA-menetelmän mallin vieminen työntekijöille, jotka eivät osallistuneet koulutukseen.

Koulutusten toteuttamisen osalta eri työpaikoilla väkivaltaan liittyvää koulutusta on vaihtelevasti. Osa kouluttaa työntekijöitä jatkuvasti väkivallan uhan varalta, minkä on todettu parantavan työntekijöiden valmiuksia kohdata väkivaltatilanteet työelämässä. Koulutukset tuovat myös esille työväkivallan näkymistä työpaikoilla. Se taas lisää tietoisuutta ja mahdollisuuksia valmistautua käytännön tilanteisiin. Osaltaan se voi lisätä pelkoa väkivaltatilanteiden toteutumisesta, vaikka se ei aina ole todennäköistä. Sosiaali- ja terveys ministeriön väkivallan uhan raportissa kerrottiin hoitolaitoksissa lisääntyneen potilaiden ja työntekijöiden välistä väkivaltaista käyttäytymistä. Käytännöt riskienhallinnassa vaihtelevat laitoksissa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2014, 35- 36.)

Jatkotutkimus ehdotuksina opinnäytetyöntekijät voisivat pohtia MAPA-koulutuksen hyödyntämisen tutkimista eri toimipaikoissa ja erilaisille potilas tai asiakas ryhmille. MAPA-malli koettiin toimivaksi muistisairaiden parissa, joten sitä voidaan jalkauttaa myös esim. kotihoidon ympäristöön, jossa on niin muistisairaita ja muita ikääntyneiden ryhmiä jossa on haasteellista käyttäytymistä esim. ikääntyneiden päihteidenkäyttöä. Kotihoidon kentälle myös on suurta kysyntää haasteellisen käytöksen kohtaamiseen. Miksi ei myös kehitysvammatyöhön, missä on paljon muistisairaiden haasteellisen käytöksen kaltaista käytöstä. Työn voisi toteuttaa tutkimuksen suuremmalle kohderyhmälle, jotta tulokset saisivat lisää luotettavuutta ja niitä voitaisiin täsmentää. Isommasta kohderyhmästä saataisiin enemmän vertailukohtaa, mikä myös lisää tuloksien luotettavuutta. Tuloksia voitaisiin myös hyödyntää MAPA-koulutuksen suunnittelussa ja MAPAsta tehtävään esitteeseen esim. omaisille ja työntekijöille kurssi

esitteen muodossa, johon he voisivat palata kertaamaan opittuja asioita. Tämä myös auttaisi työntekijöitä jalkauttamaan mallia koulutuksesta ulkopuolelle jääneille työntekijöille. Siitä koulutuksen saaneet työntekijät saavat tukea perusteluilleen ja toiminnalleen. Omaiset taas saisivat tietoa MAPAsta, mikä taas vähentäisi epävarmuutta niin koulutuksen ulkopuolelle jääneiden ja omaisten keskuudessa. Tutkimuksen toteuttaminen työyhteisöön, jossa kaikki saavat koulutuksen. Miten se lisää MAPA-menetelmä käyttöön ottoa? Näkyvätkö MAPA-menetelmän hyödyt paremmin? Tämän jälkeen voisi myös järjestää tietotestin MAPAaan liittyen henkilökunnalle, jotta saadaan arvioitua henkilökunnan MAPA osaaminen. Tämä voitaisiin myös toteuttaa tekemällä tutkimus vieläkin pidemmällä aikavälillä, jotta nähtäisiin, miten työntekijät ylläpitävät mallia, miten asiaan palaaminen onnistuu pitkällä aikavälillä. Mahdollisten jatkokoulutusten järjestämisellä saadaan, tuettua mallin käytäntöön vientiä saataisiin mahdollisuus palata menetelmän tekniikoihin ja palautella asiaa mieleen vielä paremmin. MAPA-menetelmän tuominen oppilaitoksiin ammattitaito osaamiseen vähentäisi varmasti väkivallan esiintymistä hoitoalalla. Itse näkisin tärkeänä, että ammattiin valmistautumisvaiheessa jo paneuduttaisiin haasteellisen käytöksen kohtaamiseen. Useista tutkimuksista ilmeni, että kokemus vaikuttaa väkivallan kohtaamisen riskiin suurenevasti. Tämä voi olla merkkiä siitä että koulutus vaiheessa tarvittaisiin oppeja väkivallan kohtaamisen riskeistä ja malleja miten niissä toimitaan.

Itse olen tämän työn ja koulutusvaiheessa käymäni MAPA vapaavalintaisen kurssin myötä saanut paljon uutta tietoa ja hyvän mallin, miten haasteellisissa tilanteissa toimitaan ja suosittelen MAPA-kurssin käymistä kaikille. Kysyntää haasteellisen käyttäytymisen kohtaamiseen olen kohdannut niin itse työpaikoilla mm. harjoittelun kautta, sekä keskustelua koulutuksen tarpeesta on noussut esiin sosiaali- ja terveysalan opiskelijoilta, ja työntekijöiltä.

LÄHTEET

Ennakoi väkivaltaa. Haettu 15.4.2015.

<http://ennakoivakivaltaa.savonia.fi/hallinta/index.html>

Hanke, Sonectus. 2013. Haettu 8.5.2013. <http://www.sonectus.fi/>

Hakkarainen, K., Heikkinen, A., Hietanen, A., Jokiniemi, K., Lommi, R. & Taattola, S. 2006 Avekki-tomintatapamalli tietoa ja taitoa kouluttajalle. 1. Painos. Kuopio: Savonia-ammattikorkeakoulu, terveysala.

Helovuori, Arto, Kinnunen, Marina, Peltomaa, Karoliina & Pennanen, Pirjo . 2011. Potilasturvallisuus. Helsinki: Fioca Oy.

Hentinen, K., Ilja, A. & Mattila, E. 2009. Kuuntele minua: mielenterveystyön käytännön menetelmiä. painos. Helsinki: Tammi.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2000. Tutki ja kirjoita. 6-7. painos. Helsinki: Tammi.

Isotalus, N. & Saarela, L. 2007. Vältä työväkivaltaa. Helsinki: Työterveyslaitos.

Kan, S. & Pohjala, L.2012. Erikoistu vanhustyöhön. 3. Uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Koivukangas, P. & Vesa, M. 2004. Turvallisuus toimintatavaksi – selvitys Oys:n yhteispäivystyksessä ja kirurgian vuodeosastoilla esiintyneistä työväkivalta- ja sen uhkatilanteista. Opinnäytetyö. Oulun seudun ammattikorkeakoulu, Liiketalouden koulutusohjelma.

Kujala, E. 2015. Lyönti ei ole hoitajan palkanlisä. Super. 2015 (5), 48-49

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 17.8.1992/ 785

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstä. 28.6.1994/559

Laurean ammattikorkeakoulu. 2013. Haettu 8.5.2013. <https://www.laurea.fi>

Lehestö, M. Koivunen, O. Jaakola, H. 2004. Hoitajan turva. Helsinki. Edita Prima Oy.

Louhela, S. & Saarinen, S. Väkiältä terveyden huollon eri toimialoilla. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. 2006. Hoitotieteen laitos Pro gradu tutkielma.

MAPA Finland ry. 2012. Haettu 24.04.2013, www.mapafinland.fi.

MAPA-toiminta, Laurean ammattikorkeakoulu. 2013. Haettu 8.5.2013, <http://mapa.laurea.fi/mitaonmapa.htm>

MAPA-tavoitteet, Mapa-kouluttaja. 2013. Haettu 8.5.2013, <http://www.kukasranta.fi/mapa/index.php?s=1>

Mielenterveyslaki 1116/1990. Annettu Helsingissä 14.12.1990.

Oksanen, E. 2015. Väkivallan jälkeen. Tehy 2015 (3). 30-33.

Perustuslaki. 11.6.1999/ 731.

Rikksentorjuntaneuvosto. Ota väkiältä huomioon turvallisuus suunnittelussa. 2009. Kirjapaino Uusimaa. Porvoo.

Rusila, H. 2014. Tesso. Uusi itsemääräämislaki. Haettu 11.5.2015. <http://tesso.fi/artikkeli/uusi-itsem-r-mislaki-v-hemm-n-rajoittamista-enemm-n-ennakointia>.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2014. Väkiällän uhka työelämässä – Työturvallisuussäännöksiä valmisteleva neuvottelukunta. Väkiällän uhka- jaoston raportti. Sosiaali- ja terveysministeriö.

Tanskanen, A. Tuumasta tekstiksi. Perusopas seminaari- ja opinnäytetyön tekijälle. Tampereen yliopisto hoitotieteenlaitos. Haettu 11.5.2015. <http://www.uta.fi/laitokset/hoito/wwwoppimateriaali/luku5e.html> 2.5.2011

Tehy. Terhi, Mäkinen. 2014. Väistä! Minä menen Kirkolle. Haettu. 24.3.2015. <http://www.tehy.fi/tehy-lehti/2014/3-2014/vaista-mina-menen-kirkolle/>)

Tilastokeskus, Hyvinvointikatsaus. 2009. Haettu 28.4.2015, http://www.stat.fi/artikkelit/2009/art_2009-09-30_002.html?s=0

Tuomi, J. Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2014. Haettu. 13.4.2015. <http://www.tenk.fi/fi/htk-ohje/hyva-tieteellinen-kaytanto>

Työvoimatutkimus. Tilastokeskus. 2009. Haettu. 13.4.2015. <http://www.stat.fi/>

Työturvallisuus ja turvallinen hoitotyö moottorina. 2013. Haettu 8.5.2013, <http://mapa.nettisivu.org/etusivu/>

Työturvallisuuslaki, FINLEX. 2014. Haettu 29.1.2014, <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2002/20020738>

Työterveyslaitos. 2015. Haettu 15.4.2015, http://www.ttl.fi/fi/tyoturvaluus_ja_riskien_hallinta/tyovakivalta/Sivut/default.aspx

Työturvallisuuskeskus. 2010. Työturvallisuus ja työterveys työpaikalla. 1.painos. Painojussit Oy.

Työväkivallan ennakointi. Haettu. 28.4.2015, http://ennakoivakivaltaa.savonia.fi/tiedostot/Ennakoi_vakivaltaa.pdf

Ukonmaanaho, U. 2006. Hallittu hoidollinen rajoittaminen hoitotyössä. Pro gradu -
tutkielma. Oulun yliopisto, hoitotieteen ja terveyshallinnan laitos.

Liite 1



OULUN SEUDUN
AMMATTIKORKEAKOULU



TERVEYSALAN OULAISTEN YKSIKKÖ
KUNTOTIE 2 (PL 12), 86301 OULAINEN
www.oamk.fi



MAPA MENETELMÄN HYÖDYNTÄMINEN

1. Oletko ammatiltasi

- lähihoitaja
- sairaanhoitaja
- muu, mikä _____

3. Kuinka usein kohtaat työssäsi haasteellista käyttäytymistä

- päivittäin
- viikoittain
- kuukausittain
- harvemmin

(Seuraavien kysymyksiin vastauksiin toivotaan esimerkkejä tilanteista ja voit kertoa kokemuksistasi, sekä ajatuksistasi)

4. Mitä haasteellista käyttäytymistä olet kohdannut työyksikössäsi Mapakoulutuksen ja tämän kyselyn välisenä aikana?

5. Onko haasteellinen käyttäytymisen määrä työyksikössäsi muuttunut MAPA koulutuksen jälkeen?

- Vähentynyt
- Pysynyt samana
- Lisääntynyt



OULUN SEUDUN
AMMATTIKORKEAKOULU



TERVEYSALAN OULAISTEN YKSIKKÖ
KUNTOTIE 2 (PL 12), 86301 OULAINEN
www.oamk.fi

Vipuvoimaa
EU:lta
2007-2013



6. Mitä valmiuksia sait Mapa-koulutuksesta haasteellisen käyttäytymisen kohtaamiseen?

7. Kuvaa tilanteita joissa olet hyödyntänyt MAPA- mallia?

8. Mitä Mapa-mallin sisältöä olet hyödyntänyt muistisairaiden hoitotyössä? Kerro miten tilanteet ovat edenneet?

- Vuorovaikutus ja ennakointi
- Irtaantumistekniikat
- Fyysisen kiinnipidon tekniikat (esimerkiksi potilaan rauhoittaminen tai kuljettaminen)

9. Onko Mapa on muuttanut työskentelytapojasi?

- on
- ei
- en osaa sanoa
- Jos se on muuttanut työskentelytapojasi, niin miten?
-

10. Mitkä tekijät rajoittavat Mapa-mallin hyödyntämistä hoitotyössä?

11. Miten arvioit Mapa-mallin koulutuksen ja käyttöönoton merkitystä työyhteisön toimivuuteen?

Kiitos vastauksestasi!





Kyselylomakkeen saatekirje
6.1.2014

Milla Pulska
Oulun seudun ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveysalan Oulaisten yksikkö

Hyvä palvelukodin henkilökunta,
olen sairaanhoitajaopiskelija ja teen opinnäytetyötä Mapa-menetelmän hyödyntämisestä muistisairaanhoidotyössä. Lähestyn teitä kyselylomakkeella, jonka tarkoituksena on toimia tietolähteenäni opinnäytetyössä. Opinnäytetyöni ohjaajana toimii Mapa-kouluttaja Sirpa Tölli.

Kyselylomakkeen vastausten avulla on tarkoitus saada tietoa Mapa-menetelmän hyödynnettävyydestä muistisairaanhoidotyössä käyttäytymisen kohtaamisessa. Toivon saavani kaikilta Mapa-koulutukseen osallistuneilta täytetyn kyselylomakkeen, koska silloin pystyn arvioimaan Mapa-menetelmän hyödynnettävyyttä luotettavasti.

Vastaajien henkilöllisyys ei paljastu missään vaiheessa tutkimuksessa.

Kyselylomakkeen palautus viimeistään 10. helmikuuta. Kyselylomake suljetaan pieneen kirjekuoreen ja kerätään isoon kirjekuoreen.

Kiitos osallistumisestanne!