

**Mielenterveyshoitotyön simulaatioiden suunnittelu ja toteutus  
onnettomuusharjoituspäivään**



Ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyö

Visamäki, hoitotyön koulutus

Syksy 2018

Lotta Suolahti, Emmi Toivonen & Ida Vainio

Hoitotyön koulutus  
Visamäki

---

<b>Tekijät</b>	Lotta Suolahti, Emmi Toivonen & Ida Vainio	<b>Vuosi</b> 2018
<b>Työn nimi</b>	Mielenterveyshoitotyön simulaatioiden suunnittelu ja toteutus onnettomuusharjoituspäivään	
<b>Työn ohjaajat</b>	Marika Ahonen ja Anne Suvitie	

---

## TIIVISTELMÄ

Opinnäytetyön tarkoituksena oli suunnitella ja toteuttaa valmistuville sairaanhoitajaopiskelijoille onnettomuusharjoituspäivään mielenterveyshoitotyön simulaatiotilanteet poikkeuksellisen kuormittavan työtehtävän purkukeskustelusta, puhelinauttamisesta ja haasteellisesti käyttäytyvän potilaan kohtaamisesta. Tavoitteena oli toteuttaa simulaatiot niin, että opiskelijat saavat niistä positiivisia oppimiskokemuksia, joita he pystyvät hyödyntämään tulevassa työssään sairaanhoitajana. Lisäksi tavoitteena oli, että opinnäytetyön tuottamaa tietoa voidaan hyödyntää hoitotyön koulutusohjelmassa olevan onnettomuusharjoituksen kehittämisessä.

Opinnäytetyössä käytettiin lähteinä monipuolisesti aiheeseen liittyviä verkkojulkaisuja sekä kirjoja. Simulaatiotilanteet muodostettiin tietoperustaan pohjaten. Simulaatioita ohjasi opinnäytetyön tekijöistä sekä opettajista muodostettu työpari. Onnettomuusharjoituspäivää varten laadittiin palautekysely, jonka päivään osallistujat täyttivät.

Kyselystä saatujen tulosten perusteella voidaan todeta, että työn tavoite täyttyi. Osallistujat oppivat simulaatioista taitoja, joita voivat hyödyntää tulevana sairaanhoitajina. Opinnäytetyön tekijät toteuttivat simulaatiot suunnitelman mukaisesti ja kokivat ammatillisen kasvunsa lisääntyneen. Kehittämisehdotuksena esitetään simulaatioiden lukumäärän vähentämistä, jolloin voidaan keskittyä vielä paremmin ja laadukkaammin toteutukseen ja ennen kaikkea jokaisen simulaatiotilanteen kunnolliseen läpikäymiseen.

**Avainsanat** Mielenterveyshoitotyö, simulaatio, puhelinauttaminen, kriisi, haastava potilas

**Sivut** 59 sivua, joista liitteitä 12 sivua

Degree Programme in Nursing  
Visamäki

---

<b>Authors</b>	Lotta Suolahti, Emmi Toivonen & Ida Vainio	<b>Year</b> 2018
<b>Subject</b>	Mental Health Care Work Simulations – Planning and Executing for Accident Rehearsal Day	
<b>Supervisors</b>	Marika Ahonen ja Anne Suvitie	

---

ABSTRACT

The purpose of the thesis was to plan and execute three simulations for the graduating nursing students in Häme University of Applied Sciences. The simulations were based on cases in mental health care work: 1) debriefing for exceptionally burdening work case, 2) telehealth and 3) encountering a challenging patient. The simulation cases were presented 3rd of May in 2018 in an accident rehearsal.

The aim of the thesis was to execute the simulations in a way that would benefit the students in their future career as nurses. The purpose was to offer positive learning experiences for the participating students. The authors of the thesis aimed to practice the planning and instructing of simulations as well as deepen their knowledge of the area based on the basis of studied facts. The aim was also to produce knowledge that could be used in the accident rehearsal included in the nursing program.

The thesis discusses the execution of the simulations. The simulations were based on studied knowledge and were put in to practice in small student groups lead by a work-ing pair formed with an author of the thesis and a lecturer. A feedback poll was made about the day for the participating students to fulfill.

The feedback poll demonstrates that the aim of the thesis was actualized. The participating students learned skills to benefit in the future as nurses. The authors of the thesis engineered and executed the simulations as planned and also experienced professional growth. To develop the simulations, it can be suggested to decrease the amount of the simulations. Then the focus would be in increasing the quality of the simulations and above all in the proper processing of the simulations.

**Keywords** Mental health care work, simulation, telehealth, crisis, challenging patient

**Pages** 59 pages including appendices 12 pages

# SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	1
2	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE .....	2
3	PSYKKISESTI KUORMITTAVIEN TILANTEIDEN KÄSITTELY .....	2
3.1	Defusing.....	2
3.2	Debriefing.....	3
3.3	Työnohjaus .....	4
4	PUHELINAUTTAMINEN .....	5
4.1	Auttavan puhelimen asiakkaat.....	5
4.2	Traumaattinen kriisi ja kriisityö.....	6
4.2.1	Shokkivaihe.....	7
4.2.2	Reaktiovaihe .....	8
4.2.3	Käsittelyvaihe.....	9
4.2.4	Uudelleen suuntautumisen vaihe .....	9
4.3	Itsemurha ja itsetuhoisuus.....	10
4.3.1	Itsetuhoisen käyttäytyminen .....	10
4.3.2	Itsetuhoisen avuntarpeen kartoitus.....	11
4.3.3	Itsemurhavaarassa olevan henkilön hoito .....	12
4.3.4	Itsetuhoisen asiakkaan kohtaaminen.....	12
4.4	Lähi- ja parisuhdeväkivalta .....	13
5	VÄKIVALTA HOITOTYÖSSÄ.....	15
5.1	Väkivallan esiintyvyys hoitotyössä .....	15
5.2	Väkivaltatilanteista raportointi .....	16
5.3	Väkivallan ennaltaehkäisy .....	16
5.4	Mapa-menetelmä.....	17
6	SIMULAATIO HOITOTYÖN OPPIMISYMPÄRISTÖNÄ .....	18
7	SIMULAATIOTILANTEIDEN SUUNNITTELU .....	20
7.1	Lähtötilanne .....	21
7.2	Defusing-purkukeskustelu auto-onnettomuudessa osallisina olleille .....	21
7.3	Kriisipuhelin.....	21
7.4	Haasteellisesti käyttäytyvän potilaan kohtaaminen .....	22
7.5	Palautekysely.....	22
8	OPINNÄYTETYÖN SWOT-ANALYYSI .....	23
8.1	Vahvuudet .....	24
8.2	Heikkoudet .....	25
8.3	Mahdollisuudet .....	25
8.4	Uhat.....	26

9	ONNETTOMUUSHARJOITUSPÄIVÄN TOTEUTUS .....	26
10	PALAUTEKYSELYN TULOKSET.....	27
10.1	Simulaatioista saadut oppimiskokemukset.....	27
10.2	Mitä mielenterveyshoitotyön simulaatioihin olisi kaivattu lisää? .....	28
10.3	Simulaatioissa harjoiteltujen taitojen hyödynnettävyys tulevaisuudessa.....	29
10.4	Ennakkomateriaalin hyödynnettävyys.....	29
10.5	Simulaatioiden oppimistavoite .....	30
10.6	Simulaatioiden kokonaisarvosana.....	30
10.7	Parannusehdotukset, kritiikki ja muu simulaatioista saatu palaute .....	30
11	TYÖN LUOTETTAVUUS.....	31
12	JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA .....	35
12.1	Puhelinauttaminen.....	37
12.2	Haasteellisesti käyttäytyvän potilaan kohtaaminen .....	38
12.3	Purkukeskustelu .....	39
	LÄHTEET.....	41

#### Liitteet

Liite 1	Simulaatioiden aikataulusuunnitelma
Liite 2	Tarvikelista
Liite 3	Opiskelijoiden ennakkotiedote
Liite 4	Soittajien taustatarinat
Liite 5	Kysymys ja tukilista työpareille
Liite 6	Mapa-casen lähtötiedot opiskelijoille
Liite 7	Mapa-ohjaajan ohjeet

## 1 JOHDANTO

Valmistuvat sairaanhoitajat kokevat usein osaamisensa ja kädentaitojensa olevan puutteelliset, mikä heijastuu ammatilliseen itsetuntoon uran alussa. Simulaatiot ovat yksi keino tukea sujuvampaa työelämään siirtymistä. Tämän lisäksi myös työpaikoilla käytetään simulaatioita työntekijöiden ammattitaidon ylläpitämiseen ja kehittämiseen. Aihe on ajankohtainen ja työelämälähtöinen.

Opinnäytetyön aiheena on mielenterveyshoitotyön simulaatioiden suunnittelu ja toteutus onnettomuusharjoituspäivään. Tarkoituksena on suunnitella ja toteuttaa kolme mielenterveyshoitotyön simulaatiotilannetta valmistuville sairaanhoitajaopiskelijoille. Tavoitteena on toteuttaa simulaatiot niin, että osallistujat voivat hyödyntää harjoiteltuja taitoja tulevassa työssään sairaanhoitajina. Lisäksi tavoitteena on, että opinnäytetyön tuottamaa tietoa voidaan hyödyntää hoitotyön koulutusohjelmassa olevan onnettomuusharjoituksen kehittämisessä.

Aihe valikoitui sen ajankohtaisuuden sekä tekijöiden oman ammatillisen kasvun edistämisen takia. Sairaanhoitajakoulutukseen kuuluu laajat teoriaopinnot, jotka mahdollistavat pohjan tuleville käytännön harjoituksille. Sairaanhoitajan työ on hyvin käytännön läheistä ja työnkuva voi olla laaja. Valmistuvat sairaanhoitajaopiskelijat ovat pian siirtymässä oikeaan työelämään, jossa kädentaitoja ja koulutuksen aikana opittuja työkaluja tarvitaan. Tämän opinnäytetyön toiminnallisen osuuden avulla valmistuvat opiskelijat saavat kerrata opittuja taitoja turvallisessa ympäristössä. Opinnäytetyö antaa myös tekijöilleen mahdollisuuden syventää ohjaamiseen sekä tiimityöhön liittyviä taitoja, jotka ovat isossa roolissa sairaanhoitajan työnkuvassa.

Opinnäytetyö on toiminnallinen ja jakaantuu kahteen osaan. Työn tietoperusta käsittelee simulaatioiden aiheita, ja sen perusteella muodostetaan työn toiminnallinen osa. Toiminnallinen osa sisältää onnettomuusharjoituspäivän suunnittelun, toteutuksen sekä arvioinnin. Tätä opinnäytetyötä sekä sen liitteitä voidaan hyödyntää jatkossa muiden simulaatiotilanteiden suunnittelussa ja toteutuksessa. Raportissa esitellään ensin tietoperusta, jonka jälkeen kerrotaan simulaatioiden suunnitteluvaiheesta. Tämän jälkeen on simulaatioiden toteutusvaihe sekä harjoituspäivästä kerätyn palautteen analysointi. Lopuksi pohditaan simulaatioiden onnistumista sekä tavoitteiden saavuttamista.

## 2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on suunnitella ja toteuttaa valmistuville sairaanhoitajaopiskelijoille onnettomuusharjoituspäivään mielenterveyshoito-työn simulaatiotilanteet poikkeuksellisen kuormittavan työtehtävän purkukeskustelusta, puhelinauttamisesta ja haasteellisesti käyttäytyvän potilaan kohtaamisesta.

Tavoitteena opinnäytetyössä on toteuttaa simulaatiot niin, että opiskelijat saavat niistä positiivisia oppimiskokemuksia, joita he pystyvät hyödyntämään tulevassa työssään sairaanhoitajana. Lisäksi tavoitteena on, että opinnäytetyön tuottamaa tietoa voidaan hyödyntää hoitotyön koulutusohjelmassa olevan onnettomuusharjoituksen kehittämisessä.

## 3 PSYKKISESTI KUORMITTAVIEN TILANTEIDEN KÄSITTELY

Erilaisten psyykkisesti kuormittavien tapahtumien jälkeen voidaan pitää purkukokous tai tilanteen jälkipuinti, joista käytetään myös englanninkielisiä termejä defusing ja debriefing. Hedreniuksen ja Johanssonin (2013, 44–45) mukaan jälkipuinnin käytöstä on kuitenkin viime vuosina esitetty ristiriitaista tutkimustietoa. Tässä luvussa kuvataan erilaisia ammattilaisille suunnattuja interventioita, joita voidaan käyttää psyykkisesti kuormittavien tapahtumien purkamiseen. Luvun lopuksi käsitellään työnohjausta ja sen hyötyjä.

### 3.1 Defusing

Purkukokous eli defusing on alun perin suunniteltu traumaattisten kokemusten purkuun ammattilaisille, kuten ensiavun työntekijöille, sairaankuljettajille, palomiehille sekä poliiseille. Purkukeskustelun tarkoituksena on, että auttajat pääsevät heti keskustelemaan tapahtuneesta ja purkamaan ajatuksiaan ohjatussa työryhmässä ennen lepojaksansa alkua. (Kuhanen, Oittinen, Kanerva, Seuri & Schubert, 2014, 241.) Jos työntekijöille ei tarjota mahdollisuutta traumaattisten kokemusten läpikäymiseen, voivat kokemukset haitata merkittävästi työntekijän henkilökohtaista elämää ja heikentää työkykyä ja työssäjaksamista. (Maloney 2012.)

Healyn & Tyrellin (2013) mukaan 84 % tutkimukseen vastanneista hoitohenkilökunnasta koki purkukeskustelut tärkeinä tai erittäin tärkeinä. Kuitenkin 62 % heistä oli sitä mieltä, että heille ei oltu koskaan tarjottu mahdollisuutta osallistua keskusteluun. Vastaajista 15 % koki, että heillä ei ollut tietoa työpaikallansa järjestettävästä purkukeskustelusta. (Healy & Tyrell 2013.)

Defusing-purkukeskustelu tulee suorittaa mahdollisimman pian traumaattisen tilanteen jälkeen. Sen tarkoituksena on palauttaa työkyky tähdäten tilanteen normalisointiin. Purkukeskustelun vetäjänä toimii mieluiten ulkopuolinen hen-

kilö, joka ei ole ollut tapahtumassa mukana. Hän voi olla esimerkiksi kriisityöntekijä tai organisaation sisältä tehtävään koulutuksen saanut työntekijä. (Kuhanen ym. 2014, 241.)

Defusing-purkukeskustelun sisältö koostuu tapahtuman läpikäynnistä, päällimmäisenä mielessä olevien tuntemusten jakamisesta sekä faktoihin perustuvasta informaatiosta, jossa kerrotaan esimerkiksi uhrien tilasta tai tapahtuman taustoista laajemmin. Keskustelun yhteydessä arvioidaan myös tarvetta mahdolliseen jälkipuintiin ja lopuksi annetaan jatko-ohjeita. Defusingin optimaalinen kesto on 20–45 minuuttia. (Kuhanen ym. 2014, 241.)

### 3.2 Debriefing

Jälkipuinti eli debriefing on ryhmäistunto, joka järjestetään järkyttävässä tapahtumassa osallisina olleille 2–3 vuorokautta tapahtuman jälkeen. Debriefing-istunnon tavoitteena on pyrkiä edistämään normaalin surutyön käynnistymistä, tukemaan sekä omien että toisten reaktioiden ymmärtämistä sekä vahvistamaan ryhmän keskinäistä sosiaalista tukea. Lisäksi pyritään estämään stressireaktioiden pitkittyminen ja siten ehkäisemään traumaperäisen stressihäiriön kehittymistä. (Lönqvist, Henriksson, Marttunen & Partonen 2017, 363.)

Istunnon järjestämisestä voidaan sopia jo heti tapahtuman jälkeen. Sopiva ryhmä koko debriefingissä on 5–15 henkilöä ja kesto 2–4 tuntia. Istunnon vetäjänä toimii sosiaali- ja terveydenhuoltohenkilöstöön kuuluva ammattilainen, jolla on kokemusta ryhmätilanteista ja erilaisista stressireaktioista. Mahdollisuuksien mukaan vetäjällä tulee olla 1–2 avustajaa tai varavetäjä. (Lönqvist ym. 2017, 364.)

Kuten defusing, myös debriefing-istunto noudattaa tiettyä vaiheittain etenevää kaavaa. Aloitusvaiheessa sovitaan vetäjän johdolla yhteiset pelisäännöt ja kerrotaan istunnon tarkoituksesta. Faktavaiheessa kerrataan mitä on tapahtunut sekä se, miten kukin liittyy tapahtumaan. Tämän jälkeen pohditaan, millaisia ajatuksia tapahtuma on herättänyt. Reaktiovaiheessa käydään tarkemmin läpi, miltä tuntui, mikä oli pahinta ja millaiset tuntemukset ovat tällä hetkellä. Normalisointivaiheessa todetaan, että reaktiot ovat asiaankuuluvia luonnollisia reaktioita. Vetäjä kertoo lisäksi erilaisista stressinhallinnan tekniikoista ja valmentaa tulevaisuuden kohtaamiseen. Osallistujia rohkaistaan tukeutumaan omaan tukiverkostoonsa. Palautumis- ja lopettamisvaiheessa tehdään yhteenveto istunnosta, sovitaan jatkotoimenpiteistä ja selvitetään muita tukimuotoja. (Pohjolan-Pirhonen, Poutiainen & Samulin 2007, 143–144.)

Lönqvistin ym. (2017, 364) mukaan debriefingiä ei ole tarkoitettu psyykkisten häiriöiden hoitoa varten, vaan normaalien järkyttävän tapahtuman aiheuttamien reaktioiden ja tunteiden läpikäymiseen. Tärkeää on debriefing-istunnon ajoittuminen oikeaan vaiheeseen. Istuntoa ei järjestetä heti ensimmäisten vuorokausien aikana, koska osalliset eivät tuolloin mahdolliselta shokkitilaltaan kykene hyötymään siitä. Liian myöhään pidettynä osallistujat voivat kokea, että



paranemassa olevia arpia revitään väkisin auki. Osallistumisen tulee aina tapahtua vapaaehtoisesti. (Lönngqvist ym. 2017, 364.)

### 3.3 Työnohjaus

Työnohjauksen tulisi olla säännöllinen osa sairaanhoitajan työtä, mutta usein työstä aiheutuvien paineiden ja kiireiden vuoksi tämä saatetaan jättää väliin (Bifarin & Stonehouse 2017). Kaikille työntekijöille tulee antaa mahdollisuus osallistua ohjaukseen ja se tulee sisällyttää osaksi työtä, ei ylimääräiseksi lisätaakaksi (Fowler 2013). Työntekijöitä tulee kannustaa osallistumaan ohjaukseen, jotta sen hyödyt huomataan. Parhaimmillaan työnohjaus vähentää työntekijän stressiä sekä lisää ammattiosaamista ja itsetuntoa. Ohjauksessa voidaan turvallisessa ympäristössä tutkia omaa työtä sekä arvioida ja kehittää sitä. Työnohjauksessa saavutetut hyödyt heijastuvat suoraan myös hoidon laadun parantumiseen. (Bifarin & Stonehouse 2017.)

Bifarin & Stonehousen (2017) mukaan työnohjaus voi olla yksilö- ryhmä- tai työyhteisötasoista. Se tapahtuu koulutetun työnohjaajan ohjauksessa ja siinä voidaan läpikäydä työssä eteen tulleita haastavia tai kuormittavia asioita ja tapahtumia sekä tulkita ja jäsentää niitä. Ohjaus on aina luottamuksellista ja siinä käsiteltävät aiheet nousevat työyhteisöstä. Työnohjaaja on objektiivinen auttaja, joka sallii sekä positiiviset että negatiiviset tunteet. Kysymyksillään ohjaaja ohjaa osallistujia kohti ratkaisuja ja kehitystä. (Bifarin & Stonehouse 2017.)

Onnistuessaan työnohjaus kohentaa sosiaalista vuorovaikutusta ja parantaa johtajuutta erityisesti oikeudenmukaisuudentunnun sekä henkilöstön huomiointamisen osalta. Työpaikan ilmapiiri koetaan innovatiivisempänä, kun työnohjaus on ollut toimivaa, ja se voimistaa työntekijän sitoutumista organisaatioon. (Haapala 2012.)

Työnohjausprosessin tulisi olla oppimissuuntautunutta ja vuorovaikutteista. Sen avulla voidaan opetella tutkivaa työtettä kokemuksellisen oppimisen kautta. Onnistuessaan työnohjaus mahdollistaa hoitajien työhyvinvoinnin edistämisen ja ylläpidon. Koivun, Saarisen & Hyrkaksen (2012) mukaan työnohjaus lisää henkilökunnan motivoituneisuutta ja sitoutumista organisaatioon. Työstä saatu palaute, omien vaikutusmahdollisuuksien lisääntyminen sekä ammatillisen itsetunnon kohoaminen ovat kaikki ilmentymiä työnohjauksen hyödyistä. Myös psyykkisen rasittuneisuuden todettiin vähenevän onnistuneen työnohjauksen myötä. (Koivu 2013.)

Sairaanhoidon laatu riippuu hoitajien työhyvinvoinnista, joka vaikuttaa myös hoitoalan vetovoimaisuuteen. Organisaation tuleekin antaa työntekijöille mahdollisuus sekä kehittää itseään, että tarjota korkealaatuisia palveluja. (Koivu 2013.) Hoitoalan työnohjauksen onnistuneisuus vaikuttaa olevan parempi operatiivisella kuin konservatiivisella tulosalueella. Työnohjauksella voidaan edesauttaa työntekijöiden kokemusta siitä, että työhön voi vaikuttaa, mutta puutteellinen työnohjaus saa työntekijät tuntemaan työn haasteelliseksi. Työnoh-

jaus myös kohentaa työntekijöiden kokemusta työn ennustettavuudesta. (Haapala 2012.)

## 4 PUHELINAUTTAMINEN

Hoitotyöhön kuuluu fyysisten potilaskontaktien lisäksi myös erilaiset puhelien tai muiden teknisten laitteiden välityksellä tehtävät hoidon tarpeen arvioinnit tai esimerkiksi kriisipuhelintyö. Seuraavissa kappaleissa käsittelemme erityisesti kriisipuhelimen välityksellä tehtävää puhelinauttamista.

Auttava puhelin on perustettu 1950-luvulla tukemaan ihmisiä kriisin eri vaiheissa (Spittal, Fedyszyn, Middleton, Bassilios, Gunn, Woodward & Pirkis 2014). Sen tavoitteena on ollut kehittää apua tarvitseville erilaisia selviytymisstrategioita ja ohjata tarvittaessa oikeiden palveluiden piiriin. Puhelinauttamistyötä tekevät ihmiset ovat koulutettu kohtaamaan haastavia tilanteita ja kohtaamaan moninaiset tilanteet kunnioittavasti ja tuomitsematta. Auttavia puhelimia on erilaisia, mutta suurimmassa osassa apua on saatavilla ympärivuorokautisesti ja yhteydenotot tapahtuvat nimettömästi. (Pirkis, Middleton, Bassilios, Harris, Spittal, Fedyszyn, Chondros & Gunn 2016.)

Suomeen perustettiin ensimmäinen kriisikeskus vuonna 1970, jolloin myös kriisipuhelin aloitti toimintansa. Samalla Helsingissä avattiin SOS-palvelu, itsemurhien ehkäisykeskus, jonka nimi vaihtui myöhemmin SOS-kriisikeskukseksi. Alussa kriisipuhelimet olivat paikallisia. Vuonna 1997 käynnistettiin valtakunnallinen kriisipuhelin, johon on liittynyt paikallisia kriisikeskuksia ja mielenterveysseuroja kaikkialta Suomesta. (Leemann & Hämäläinen 2015.)

### 4.1 Auttavan puhelimen asiakkaat

Kriisipuhelimeen soitetaan monissa erilaisissa kriisitilanteissa ja kriisin eri vaiheissa. Usein kriisipuhelimesta asiasta puhutaan ensimmäistä kertaa. Yleisimmät soiton aiheet ovat itsetuhoisuus, parisuhdeongelmat, lähisuhdeväkivalta sekä yksinäisyys. (Coveney, Pollock, Armstrong & Moore 2012.) Coveneyn (2012) mukaan kriisipuhelimeen soittaneista henkilöistä enemmistö koki tulleen autetuksi. He olivat saaneet neuvoja ja ratkaisuja ongelmiinsa ja kokivat puhelun jälkeen ajatuksensa vähemmän toivottomiksi ja masentuneeksi.

Koskenmäen (2015) mukaan vuonna 2014 Suomessa kriisipuhelimeen soitettiin lähes 50 000 kertaa. Soittajista naisia oli 60 % ja miehiä 40 %. Valtaosa heistä oli yli 50 -vuotiaita. Valtakunnalliseen kriisipuhelimeen soittaneista asiakasryhmistä isoimmat olivat yksin asuvat, hoitosuhteessa olevat, eläkeläiset sekä maaseudulla asuvat. Apua ja tukea tarjotaan myös internetin välityksellä. Syyt, joiden takia verkossa olevaan palveluun otettiin yhteyttä, olivat ahdistuneisuus, pari- ja perhesuhdeongelmat sekä masentuneisuus. Yhteydenottajista oli miehiä 14% ja naisia 86 %. ikäjakauma oli 15-40 vuoden välissä. (Koskenmäki 2015.)

Seuraavissa kappaleissa avaamme kriisiä ja kriisityötä käsitteenä sekä käymme läpi puhelinauttamissimulaatioissa olevien soittajatyyppeiden teoreettista viitekehystä.

#### 4.2 Traumaattinen kriisi ja kriisityö

Ihminen pyrkii pitämään yllä mielenterveytensä tasapainoa erilaisilla selviytymiskeinoilla, joita hän on omaksunut kehityksensä myötä. Psykkinen tasapainotila järkkyy, kun syntyy jokin odottamaton tilanne, jonka hallitsemiseksi tavanomaiset käytössä olevat selviytymiskeinot eivät riitä. (Lönngqvist ym. 2017, 359.) Ihmisen kulttuurinen tausta voi vaikuttaa vahvasti kriisin kokemiseen ja siitä selviytymiseen. Hoitotyön ammattilaiset ovat usein ensimmäisiä, jotka tunnistavat avun tarpeen sekä tarjoavat tukea ja hoitoa kriisin keskellä olevalle. Kriisityöhön tarvitaan koulutusta, jotta opitaan tunnistamaan kriisin keskellä olevat. (Chase 2013.)

Psykkinen kriisi kehittyy, kun aiemmin omaksutut ja toimiviksi todetut ratkaisukeinot eivät johdakaan tasapainon nopeaan palautumiseen. Kriisitilanteelle tunnusomaista on epävarmuus siitä, mitä on tapahtumassa ja mitä seuraavaksi tapahtuu sekä siitä, miten tilanteesta voi selvitä. Turvallisuudentunteen kokemisen kannalta olennainen asia, ennakoitavuus, häviää. (Lönngqvist ym. 2017, 359.) Kriisityö voidaan jakaa kahteen eri osaan: akuutti kriisityö ja pitkäkestoinen traumaattisten kokemusten läpikäynti sekä hoito. Akuutti kriisityö tarkoittaa nopean ja lyhytkestoisin, välittömän psykososiaalisen tuen antamista yksilöille ja yhteisöille äkillisen järkyttävän tapahtuman yhteydessä. Pitkäkestoisin traumaattisten kokemusten, kuten hyväksikäytön aiheuttamien psykkinen vaurioiden hoito pitää sisällään kehitys- ja elämäntilannekriiseihin liittyvää psykologista ohjausta tai hoitoa. (Saari & Hynninen 2010.)

Suomessa toteutettava akuutin vaiheen psykologinen kriisiapu eroaa muiden maiden kriisiavusta. Suomessa on ainutlaatuinen akuutin kriisityön toimintamalli onnettomuuksien ja muiden äkillisten järkyttävien tapahtumien varalle. Toimintamallissa psykososiaalista tukea ja palveluja tarjotaan traumaattisten kriisien uhreille välittömästi tapahtuman jälkeen koko maan kattavan kunnallisten kriisiryhmien verkoston kautta. Kriisiryhmien työ kohdistuu erityisesti arkielämän traumaattisiin tapahtumiin, mutta se kattaa myös suuronnettomuustilanteet. (Saari & Hynninen 2010.)

Ruotsalainen psykiatrian professori ja psykoanalyttikko Johan Cullberg on luonut 1970-luvulla kuuluisan teorian, jonka mukaan traumaattiseen kriisiin kuuluu neljä vaihetta. Nämä toisiinsa liukuvain rajoin limittyvät vaiheet ovat nimeltään shokkivaihe, reaktiovaihe, käsittelyvaihe ja uudelleen suuntautumisen vaihe. (Cullberg 1991.) Suomessa akuutin kriisiavun ajoitus, annostelu ja lähestymistavan valinta perustuvat näihin vaiheisiin. Välittömästi tarjottavan psykososiaalisen tuen ja palveluiden myötä pyritään seulomaan apua tarvitsevat ja ohjaamaan heidät tarvittavaan hoitoon. (Vainikkainen 2010.)

Äkillisten järkyttävien tapahtumien jälkeen on tavallista, että ihminen kokee erilaisia ahdistus- ja masennusoireita, vireystilan kohoamista ja univaikeuksia. Usein tapahtuman jälkeiset psyykkiset oireet lievenevät muutamassa päivässä ja menevät kokonaan ohitse muutaman viikon kuluessa. Välittömästi annettavan psykososiaalisen tuen ja palvelujen avulla tuetaan normaalia toipumista. (STM 2009.)

Järkyttävien traumaattisten kokemusten jälkeen voi kehittyä mielenterveyden häiriöitä, joita kutsutaan traumaperäisiksi stressireaktioiksi ja -häiriöiksi. On arvioitu, että vaikean kriisitapahtuman kokeneista 20–30 %:lle kehittyy traumaperäinen stressihäiriö. (Traumaperäinen stressihäiriö: Käypä hoito -suositus 2016.) Traumaperäisen stressireaktion ja muun psyykkisen oireilun ehkäiseminen on akuutin kriisityön yksi päätavoite (Vainikkainen 2010).

Traumaperäisessä stressireaktiossa ihminen kokee tapahtumia uudelleen esimerkiksi painajaisunissa ja pyrkii välttelemään kaikin keinoin tapahtumasta muistuttavia tilanteita. Oireet aiheuttavat ihmiselle merkittävää kärsimystä ja ovat kestäneet yli kuukauden. Tällöin ihminen tarvitsee rauhoittavan ja turvallisen kontaktin hoitohenkilöihin, apua arkielämän ongelmiin ja toimivan tukiverkoston. Hoitona on ensisijaisesti psykoterapia ja tarvittaessa lääkehoito. (Traumaperäinen stressihäiriö: Käypä hoito -suositus 2016.)

Oikea-aikaisella alkuvaiheen tuella ja lähestymistavan valinnalla voidaan ennaltaehkäistä varsinaisten psyykkisten häiriöiden kehittymistä. Varhainen psyykkisten ongelmien tunnistaminen ja hoito on keskeistä häiriöiden pitkittymisen ehkäisyssä. (STM 2009.)

Seuraavissa kappaleissa avataan tarkemmin kriisin eri vaiheita, niille tunnusomaisia piirteitä sekä lähestymistapoja kriisin eri vaiheissa olevien auttamiseksi.

#### 4.2.1 Shokkivaihe

Shokkivaihe alkaa heti kriisin laukaisseen tilanteen jälkeen ja vaiheen keston vaikuttaa tilanteen järkyttävyyssaste (Saari & Hynninen 2010). Shokkivaiheen aikana ihminen ei kykene vielä käsittämään kriisin aiheuttanutta tapahtumaa ja usein jopa kieltää sen. Osa ihmisistä lamaantuu shokkivaiheessa täydellisesti, osa taas käyttäytyy ikään kuin mekaanisesti ja tunteettomasti. Jotkut saattavat reagoida shokkivaiheessa voimakkaalla kiihtymystilalla. Lamaantuminen ja levottomuus saattavat myös vaihdella ja seurata toisiaan vuorotellen. Tyypillistä on myös epätodellinen olo ja tuntemus ulkopuolella olemisesta. (Kuhanen ym. 2014, 237.)

Lönnqvistin ym. (2017, 360) mukaan shokkivaiheen pelottaviltakin tuntuvilla reaktiolla on tärkeä psyykeä ja elämää suojaava merkitys, koska liian suurta järkytystä ei voi hahmottaa lyhyessä ajassa. Näin ollen shokkivaihe antaa aikaa kohdata, mitä on tapahtunut. Shokkivaiheessa oleva ihminen tarvitsee yleensä konkreettista turvaa ja kokemuksen siitä, että muut läsnä olevat hallitsevat tilanteen. (Lönnqvist ym. 2017, 360.)

Shokkivaihetta läpikäyvälle on tärkeää antaa tilaa ja olennaista on aktiivinen kuuntelu ja läsnäolo sekä käytettävissä oleminen (Saari & Hynninen 2010). Kyseistä vaihetta elävän kanssa kannattaa keskustella tapahtuneesta rauhallisesti. On hyvä ottaa huomioon, että kerrotut asiat eivät useinkaan jää shokissa olevan mieleen ja että puheen tulee olla rauhallista, selkeää ja yksinkertaista, koska shokissa olevan kyky vastaanottaa tietoa on heikko. (Lönqvist ym. 2017, 360.) Saaren & Hynnisen (2010) mukaan työntekijän tulee kestää autettavien voimakkaat tunteet ja ottaa ne vastaan säilyttäen oman levollisuutensa. Tällä luodaan turvallisuutta ahdistavaan tilanteeseen.

#### 4.2.2 Reaktiovaihe

Shokkivaihetta seuraa reaktiovaihe, joka alkaa, kun välitön uhka on ohitettu. Reaktiovaiheen aikana ihminen alkaa pala kerrallaan kohdata järkyttävän tapahtuman ja muodostaa käsitystä siitä ja sen merkityksestä. Reaktiovaiheen alussa monilla ihmisillä esiintyy oudoiksi ja hämmentäviksi koettuja tuntemuksia, kuten esimerkiksi, että menetetty ihminen olisi jossain lähellä tai että hänen äänensä kuuluisi jostakin. Ihmisen mieli yrittää vielä kieltää tapahtuneen ja oudot tuntemukset kuuluvat tähän prosessiin, joten näitä tuntemuksia ei ole syytä tulkita psykoottisiksi oireiksi. (Lönqvist ym. 2017, 361.)

Kuhasen ym. (2014, 237) mukaan osa potilaista yrittää reaktiovaiheessa siirtää ahdistusta ulkoihin kohteisiin. Potilaalle saattaa tulla voimakas tarve syyllisten etsimiseen, jolloin esimerkiksi vihan tunteet kohdistuvat johonkin ulkoiseen tahtoon. Tämän tarkoitus on suojata potilasta hänen omilta, vaikeilta tunteiltaan. Reaktiovaiheelle tyypillisiä ovat myös voimakkaat somaattiset reaktiot, kuten pahoinvointi, vapina, kuvotus, lihassäryt, huimaus sekä väsymys. (Kuhanen ym. 2014, 237.)

Reaktiovaiheessa oleva tarvitsee kuuntelijaa sekä konkreettisia ohjeita ja tukea arjesta selviytymiseen. Tässä kriisin vaiheessa tapahtuman käsittely on almassa ja ihminen tasapainoilee sietämättömältä kokemukselta suojautumisen ja sen käsittelyn aloittamisen välillä. (Lönqvist ym. 2017, 361; Saari 2003, 56.) Työntekijän on tärkeää havaita autettavan psyykkisen käsittelyn solmukohtat ja viedä asianosaisia niitä kohti (Saari & Hynninen 2010). Reaktiovaiheessa kriisin aiheuttanut tapahtuma palaa usein muistikuvina mieleen hereillä ollessa ja nukkuessa. Tapahtuma saattaa palautua yhtäkkiä elävästi mieleen esimerkiksi jonkun tuoksun tai äänen takia tai vaikkapa toisen kanssa keskustellessa. Tapahtuma saattaa ensiksi tulla uniin painajaisten muodossa, mutta myöhemmin unet usein monipuolistuvat. (Lönqvist ym. 2017, 361; Saari 2003, 56.)

Saaren & Hynnisen (2010) mukaan työntekijän tulee aktiivisesti auttaa asianosaisia tulemaan tietoisiksi järkyttävän kokemuksen tuottamista reaktioista ja tunteista. Työntekijän tehtävänä on myös tukea ja edistää istuntoon osallistuvien välistä vuorovaikutusta, tukea ja luottamusta. (Saari & Hynninen 2010.)

#### 4.2.3 Käsittelyvaihe

Työstämisen eli käsittelyvaihe kestää muutamista kuukausista noin vuoteen. Tänä aikana potilas alkaa ymmärtää ja hyväksyä kriisin aiheuttaneen tapahtuman. Tapahtumaa ei enää kielletä, vaan sen käsitetään olevan totta muutoksineen ja menetyksineen. Ihminen alkaa olla valmis kohtaamaan tapahtuman kaikki ulottuvuudet, osatekijät sekä oman muuttuneen tilanteensa. Käsittelyvaiheeseen voi liittyä muisti- ja keskittymisvaikeuksia, ärtyneisyyttä ja sosiaalisista suhteista vetäytymistä. (Kuhanen ym. 2014, 238; Lönnqvist ym. 2017, 361.)

Saaren (2003, 64) mukaan työstämisen ja käsittelyvaiheessa traumaattisen kokemuksen työstäminen kääntyy sisäänpäin. Tapahtuman käsittely tapahtuu omassa mielessä joko tietoisesti tai usein tiedostamatta. Henkilöstä saattaa tuntua, ettei hän ajattele kokemusta enää lainkaan, mutta siitä huolimatta mieli työstää kokemusta koko ajan. Saaren & Hynnisen (2010) mukaan tässä vaiheessa kriisityötä keskitytään järkyttävään tapahtumaan ja sen aiheuttamiin tunteuksiin. Usein apua tarvitsevilla on taipumus välttää psyykkistä kipua ja tästä syystä kartella järkyttävän tapahtuman käsittelyä.

Työstämisen vaatimat resurssit saattavat näkyä myös ihmissuhteissa. On hyvin tyypillistä, että mielen tavanomainen joustokyky vähenee tai häviää, mikä usein purkautuu epätyypillisinä raivokohtauksina, joissa raivo purkautuu täysin ulkopuolisiin henkilöihin. Traumaattisen kokemuksen työstämisen aiheuttama ärtyminen kuitenkin häviää ajan mittaan. (Saari 2003, 64.) Työntekijän tehtävänä on huolehtia tapahtuman aiheuttamien ajatusten, tunteiden ja ruumiillisten reaktioiden tiedostamisesta, kohtaamisesta ja käsittelystä riittävästi, mutta turvallisesti. (Saari & Hynninen 2010).

#### 4.2.4 Uudelleen suuntautumisen vaihe

Kriisin uudelleen suuntautumisen vaiheessa tapahtunut muuttuu hiljalleen osaksi elämää ja kokemukseksi omasta itsestä. Tapahtuneen kanssa voi elää, eikä se ole mielessä jatkuvasti. Aina välillä tuska voi kuitenkin nousta pintaan, mutta elämässä on myös iloa. Ihminen kykenee suuntautumaan tulevaisuuteen ja luottamus elämään palautuu. (Kuhanen ym. 2014, 238.)

Lönnqvist ym. (2017, 361) kirjoittavat, että uudelleen suuntautumisen vaiheessa tapahtumasta tulee osa omaa elämäntarinaa, mutta se ei hallitse tunne- eikä ajatusmaailmaa. Tapahtuma ei enää kuluta omaa mielenterveyttä, vaan on saattanut tuoda jopa lisää psyykkisiä voimavaroja. Kriisin kulku ei kuitenkaan ole suoraviivaista, vaan tapahtumasta muistuttavat asiat saattavat tuoda mielen raskaita tunteita ja tuottaa ahdistusta sekä muita oireita. Hoitohenkilökunnalta edellytetään pitkäjänteisyyttä, pessimistisen asenteen välttämistä sekä rauhallista ja rohkaisevaa suhtautumista. (Lönnqvist ym. 2017, 361.)

### 4.3 Itsemurha ja itsetuhoisuus

Itsetuhoisen käyttäytyminen ja itsemurhat ovat maailmanlaajuinen haaste. Ne kuormittavat terveydenhuoltoa monilla eri sektoreilla, minkä takia ennaltaehkäisyyn sekä varhaiseen riskinarviointiin tulee panostaa. (Giordano & Stichter 2009.) Itsemurhan tehneiden määrä on Suomessa pienentynyt vuodesta 1990 asti tähän vaikuttaa itsemurhien riskitekijöiden, kuten esimerkiksi masennuksen varhaisempi tunnistaminen ja hoitokeinojen kehittyminen. 787 ihmistä teki itsemurhan Suomessa vuonna 2016. Itsemurhayrityksiä on kymmenkertainen määrä itsemurhiin nähden. (Tilastokeskus 2017.) Suomen itsemurhakuolleisuus on noin puolitoistakertainen muihin EU-maihin verrattuna (STM 2016, 25).

Sukupuolijakaumien erot itsemurhatilastoissa ovat suuret. Miesten itsemurhat ovat huomattavasti yleisempiä kuin naisten. Naisten itsemurhissa korostuvat itsemurhat, jotka on tehty alle 25-vuotiaana. 15–24-vuotiaiden keskuudessa itsemurhat ovat suurin kuolemaa aiheuttava syy. (Tilastokeskus 2017.) Ohtosen (2014) mukaan naisilla on miehiä enemmän oireilua ja itsetuhoista käyttäytymistä, mutta miehet päätyvät useammin toteuttamaan itsemurhan.

#### 4.3.1 Itsetuhoisen käyttäytyminen

Itsetuhoisella käyttäytymisellä tarkoitetaan henkilön toimintaa tai pyrkimystä, johon liittyy henkeä uhkaava riskin ottaminen. Se voidaan jakaa suoraan ja epäsuoraan itsetuhoisuuteen. Suorassa itsetuhoisuudessa henkilö yrittää aktiivisesti vahingoittaa itseään. Itsemurhayritykset, itsemurhat ja itsetuhoiset ajatukset kuuluvat suoraan itsetuhoisuuteen. Epäsuorassa itsetuhoisuudessa henkilö pyrkii ottamaan hengenvaarallisia riskejä ilman tietoista kuoleman halua. Näitä voivat olla esimerkiksi erilaisten päihteiden käyttö ja liikenneturvallisuuden vaarantaminen. (Lönngqvist 2009.)

Suomisen & Valtosen (2013) mukaan itsemurhaa yrittäneistä yli 90 %:lla on taustalla mielenterveyden häiriöitä. Vakavan ja pitkäkestoisen masennuksen on todettu olevan yleisin itsemurhiin liittyvä mielenterveyshäiriö. Myös päihdeongelmaiset ja persoonallisuushäiriöiset kuuluvat riskiryhmään. Itsemurhiin ja itsemurhayrityksiin voidaan ajatella liittyvän riskitekijöitä ja suojaavia tekijöitä. Suurimpana riskitekijänä itsemurhille voidaan pitää henkilön aikaisempaa itsetuhoista käyttäytymistä, joka nostaa itsemurhariskin lähes 40-kertaiseksi. (Suominen & Valtonen 2013.)

Myös suvussa esiintyvä itsetuhoisuus on merkittävä ennakoiva tekijä itsetuhoiselle käyttäytymiselle. Itsenäisistä riskitekijöistä muun muassa toivottomuuden tunne, taloudelliset ongelmat, miessukupuoli, päihteiden käyttö, krooninen kipu sekä negatiiviset elämäntapahtumat voivat lisätä itsetuhoista käyttäytymistä. On myös tärkeää huomioida itsemurhariskiltä suojaavia tekijöitä. Näitä ovat muun muassa hyvät ja läheiset ihmissuhteet, hengellisyys, hyvä itsetunto ja hyvinvointi. (WHO 2014, 40-44.)

#### 4.3.2 Itsetuhoisen avuntarpeen kartoitus

Usein päivystyspoliklinikka tai erilaiset matalan kynnyksen palvelut, kuten kriisipuhelin ovat itsemurhavaarassa olevan ensimmäinen kontakti hoidon piiriin (Bethel 2013). Itsetuhoisen henkilön orientaatio ja sairaudentunto voivat olla hämärtyneitä ja aina itsetuhoisen henkilö ei koe itse olevansa avun tarpeessa, joten auttavaan tahon luo on voitu hakeutua läheisen tai viranomaisen toimesta. (Luukkonen 2014, 21-22.)

Betzin & Boudreauxin (2016) mukaan noin 8 %:lla päivystyspoliklinikan aikuisista asiakkaista on ollut itsemurha-ajatuksia, mutta he eivät ole kertoneet niistä, sillä ajatuksista ei ole kysytty. Heilän (2017) mukaan auttavan tahon tuleekin kysyä itsemurhasta matalalla kynnyksellä. Jos herää edes epäily henkilön itsetuhoisuudesta, tulisi kysyä suoraan onko hänellä itsemurha-ajatuksia tai suunnitelmaa itsemurhan toteuttamiseksi. Myös aikaisemmat itsemurhayritykset sekä mahdolliset suvussa tai lähipiirissä olleet itsemurhayritykset tulee selvittää. On tärkeä muistaa, että itsemurhasta kysyminen ei lisää itsemurhan riskiä. (Heilä 2017.)

Riskitekijöitä arvioitaessa jonkin yksittäisen tekijän puuttuminen tai löytyminen ei vielä toteuta tai sulje pois itsemurhan mahdollisuutta (Suominen & Valtonen 2013). Toivottomuuden tunne on yleistä itsetuhoisilla ja masennuksen mahdollisuutta tuleekin arvioida, sillä sen on todettu olevan suoraan yhteydessä itsetuhoisuuteen (Crawford 2010).

Heilän (2017) mukaan asiakkaan avuntarvetta tulee kartoittaa läpi koko keskustelun ja kokonaistilan selvitys on tärkeää. Puhelimen välityksellä tehtävässä arvioinnissa tulee selvittää muun muassa soittajan olinpaikkaa, impulsiivisuutta, onko soittaja päihteiden vaikutuksen alainen ja onko hänen uhkaaman itsemurhan toteuttamisen kynnyksen matala vai korkea. Avun tarpeen arvioinnissa ja soittajaa haastateltaessa tulee pyrkiä kiireettömyyteen ja selkeyteen. Apuna haastattelussa voidaan käyttää erilaisia riskimittareita. (Heilä 2017.)

Haastattelussa tukena voidaan käyttää sekä suljettuja, että avoimia kysymyksiä. Haastateltavan loogisuutta arvioidaan haastattelun aikana, ja huomiota tuleekin kiinnittää siihen, että hänen annetaan kertoa asioista vapaasti riittävän pitkään. Henkilölle tulee antaa aikaa kertoa tuntemuksistaan, sekä rohkaista häntä kuvailemaan mitä on tapahtunut. Tämän avulla haastattelijalla voi saada paremman käsityksen itsemurhavaarassa olevan ajatuksista ja toisaalta myös saada keinoja tukea sekä vahvistaa hänen todellisuudenkuvaansa. (Kuhanen 2014, 187.)

Välittömässä itsemurhavaarassa olevaa ei saa koskaan jättää yksin ja hänet tulisi yrittää ohjata turvalliseen paikkaan. Läheisten olemassa oloa on hyvä selvittää sekä sitä, pystyykö joku läheisistä tulemaan itsemurhavaarassa olevan tueksi. Akuutissa tilanteessa henkilö pitäisi saada mahdollisimman nopeasti kuljettua hoidon piiriin. (Crawford 2010.)



#### 4.3.3 Itsemurhavaarassa olevan henkilön hoito

Akuutit itsemurha-ajatukset voivat joissain tilanteissa kestää vain hetken. Kun hoidon piiriin tullutta kuunnellaan, ja hän kokee tulleen ymmärretyksi, voivat ajatukset muuttua ja henkilö pystyy ajattelemaan elämäänsä eteenpäin. Tunteiden jäsentely ja ääneen sanominen voi jo pelkästään rauhoittaa tunnepurkauksia. Turvallisuuden tunteen lisääntyminen ja elämänkiinnekohtien löytyminen vähentävät itsetuhoisia ajatuksia. Apua hakeneelle on tärkeää saada kokemus siitä, että apua voi saada. (Berg, Rørtveit & Aase 2017.)

Suomisen & Valtosen (2013) mukaan itsetuhoisen henkilön hoidon tulisi olla aktiivista ja tiivistä. Oikean hoidon ja hoitopaikan kartoittamiseksi on tärkeää selvittää henkilön itsemurha-ajatukset, suunnitelmat ja kuolemantoiveet. Guptill (2011) korostaa, että myös ympäristö, jossa itsetuhoista hoidetaan, tulee olla mahdollisimman turvallinen. Ympäristöä suunniteltaessa täytyy huomioida hyvin arkisetkin asiat, kuten esimerkiksi lasiesineet ja asusteet, joiden avulla itsensä vahingoittaminen olisi mahdollista. Suominen & Valtonen (2013) toteaa, että itsemurhasuunnitelman tehneillä on lähtökohtaisesti tarve ainakin lyhytkestoiseen laitoshoittoon. Tällöin täytyy olla selvitettyä, että henkilö ei pysty kontrolloimaan itsensä vahingoittamisen halua. Aktiivista psykiatrista avohoitoa tarvitsevat ne, joilla on itsemurhasuunnitelma, mutta he pystyvät kontrolloimaan vahingoittamisen haluaan. (Suominen & Valtonen 2013.)

Itsemurhavaarassa olevaa arvioitaessa on tärkeää selvittää mahdolliset mielen-terveyshäiriöt ja sairaudet, sekä niiden hoitotasapaino. Henkilö voidaan lähettää psykiatriseen arvioon kiireellisellä läheteellä, jos hänellä ilmenee satunnaisia kuolemantoiveita ilman itsemurhasuunnitelmaa. Päivystyksellinen psykiatrisen arviointi tulee tehdä asiakkaan tuodessa esiin jatkuvia itsetuhoisia ajatuksia sekä itsemurhasuunnitelmia. Asiakkaan ollessa päihteiden vaikutuksen alainen, hänelle ei voida tehdä luotettavasti itsetuhoisuuden arviointia. Tällöin hänet tulee ottaa seurantaan ja arviointi tehdä päihtymystilan hävittyä. (Suominen & Valtonen 2013.)

#### 4.3.4 Itsetuhoisen asiakkaan kohtaaminen

Luukkosen (2014, 29) mukaan asiakkaan psyykkisen avun tarpeen tunnistamiseen vaikuttavat hoitajien taidot ja tiedot kohdata mielen-terveyspotilaita. Asiakkaiden kohtaamiseen vaikuttavat hoitajien asenteet ja aikaisemmat kokemukset mielen-terveyshäiriöihin sairastuneista. Psyykkisesti sairaan ihmisen kohtaaminen tulisi olla kunnioittavaa ja hyväksyvää. Tärkeää on rauhoittaa tilanne ja ympäristö. Asiakasta kuunteleva ja keskustelevala työtapana sekä suorien kysymysten esittäminen koetaan hyödyllisenä. (Luukkonen 2014, 29.)

Bethelin (2013, 53) mukaan päivystyksessä itsemurhariskin arviointia ei aina tehdä tai sitä tehdään satunnaisesti. Itsetuhoiset asiakkaat koetaan usein haastavana henkilökunnalle, ja monet työntekijät ovat epävarmoja, miten heidät tulisi kohdata. Giordanon & Stichlerin (2009) mukaan itsemurhariskissä olevien asiakkaiden tunnistamistaidoissa mielen-terveys- hoitotyöhön erikoistuneiden

sekä muiden hoitajien välillä on selvä ero. Hoitajien tietotaito mahdollisten riskiasiakkaiden tunnistamiseen sekä riskitekijöiden kartoittamiseen koetaan puutteellisenä. Ammattilaisen tulee toimia eettisesti oikein ja tarkastella myös omaa käyttäytymistään, sillä omat mielipiteet eivät saa vaikuttaa arviointiin. Itsemurhavaarassa olevan hoidon tulisi käynnistyä matalalla kynnyksellä. (Bethel 2013, 53.)

THL:n (2018) mukaan 20–70 %:lla itsemurhiin kuolleista henkilöistä on ollut kontakti terveydenhuoltoon kuolemaa edeltävänä aikana. Yksi syy, miksi kuolemia ei ole pystytty estämään on ammattilaisten puutteelliset valmiudet kohdata itsetuhoisia asiakkaita. Marttusen (2017) mukaan itsemurhaan päätyneistä henkilöistä noin 60 % on kertonut itsetuhoisista ajatuksistaan ennen päätöstään.

Itsemurhavaarassa oleva tai itsemurhan tehnyt ihminen voi herättää ammattilaisessa monenlaisia tunteita. Mendesin (2018) mukaan viha, epäonnistumisen tunne, häpeä ja pelko ovat yleisiä pintaan nousseita tunteita. Ammattilaisen voi myös olla haastavaa hyväksyä asiakkaan päätöstä tehdä itsemurha. Bohanin & Doylen (2008) mukaan vihan ja turhautumisen tunne voi kohdistua ammattilaisen itsensä lisäksi myös itsemurhaa yrittäneeseen tai itsemurhan tehneeseen. Tunnetta siitä, että on yrittänyt auttaa henkilöä, mutta hän päätyykin sellaiseen ratkaisuun, voi olla vaikea käsittää.

Tulee muistaa, että asiakas tekee itse omat valintansa, eikä niihin aina voida vaikuttaa. Hyvä lisäkoulutus ja riittävät valmiudet kohdata psyykkisesti sairaas henkilö auttavat hoitohenkilökuntaa kohtaamaan asiakkaat rohkeasti ja ennakkoluulottomasti. Koulutuksen avulla voidaan vahvistaa ammattilaisen selviytymiskeinoja, sekä havaita asiakkaan avun tarve aiemmin. (Mendes 2018). Itsemurhayritys tai itsemurha voi myös olla auttavalle taholle traumaattinen, joten työnohjaus ja tilanteen jälkipuinti työyhteisössä on tärkeää (Bohan & Doyle 2008).

STM:n (2017) mukaan Suomeen tarvitaan uudistettu itsemurhien ehkäisyohjelma, sillä viimeisin Suomen kansallinen itsemurhien ehkäisystrategia ja toimintaohjelma on vuodelta 1991. Eduskunta onkin päättänyt myöntää määrärahaa vuodelle 2018 tämän ehkäisyohjelman päivitykseen. STM on myös myöntänyt erillismäärärahan ammattilaisille tehtävään Käypä Hoito -suositukseen itsemurhien ehkäisemiseksi. Yhtenäiset ja näyttöön perustuvat suositukset ja käytännöt antavat ammattilaisille uusia työkaluja kohdata itsemurhavaarassa olevia. (STM 2017.)

#### 4.4 Lähi- ja parisuhdeväkivalta

Lähisuhdeväkivalta on väkivaltaa, jossa tekijänä on nykyinen tai entinen kumppani, perheenjäsen tai muu läheinen ihminen. Kokijana on suurimassa osassa tapauksista nainen tai lapsi ja se voi ilmetä monin tavoin, kuten esimerkiksi fyysisenä tai henkisenä väkivaltana. Lähisuhdeväkivalta on kokemuksena muista

väkivallan tyypeistä poikkeava, eikä se aina tule viranomaisten tai ulkopuolisten tietoon siihen liittyvän häpeän, syyllisyyden ja vaikenemisen takia. (THL 2017.)

Parisuhdeväkivallassa, eli silloin kun henkilö kohdistaa seurustelukumppaniinsa tai puolisoonsa väkivaltaa, koetaan erityistä haavoittuvuutta. Parisuhdeväkivallan tapahtumapaikkana on intiimi ihmissuhde ja tekijältä odotetaan rakkautta, huolenpitoa ja turvaa väkivallan sijaan. (THL 2015.) Hoitotyössä voi olla vaikeaa tunnistaa avuntarvetta, jollei järjestelmällistä kyselyä suoriteta (Notko, Holma, Husso, Virkki, Laitila, Merikanto & Mäntysaari 2011). Parisuhdeväkivalta pitää usein otteessa, josta on vaikea irtautua ja sen luonteeseen kuuluu olla prosessinomaista ja raaistuvaa. Seksuaalinen väkivalta on yleistä niin lähisuhde-, kuin parisuhdeväkivallassakin. (THL 2015.)

Vuonna 2014 viranomaistietojen mukaan pari- ja lähisuhdeväkivaltarikosten uhreja oli 6 900. Perhe- ja lähisuhdeväkivaltatapauksissa naisten osuus uhreista oli 69,0 %. Törkeiden pahoinpitelyiden uhreista runsas puolikas oli miehiä. Naisista 22,6 % epäiltiin perhe- ja lähisuhdeväkivallantekijöiksi. Hieman vajaa neljännes oli alaikäisiä uhreja. (Tilastokeskus 2015.) Keski-Suomen keskussairaalan synnytysyksikössä, päivystysalueella sekä psykiatrisessa sairaalassa suoritettussa tutkimuksessa, johon osallistui 530 potilasta, todettiin potilaiden oman arvion mukaan kyselynaikaisen tai aiemman lähisuhdeväkivallan vaikuttaneen kielteisesti heidän hyvinvointiinsa ja elämänhallintaansa. Luvut olivat 10,5 %:lla synnytysyksikössä olleista, 31,7 %:lla psykiatrisen osaston ja 7,4 %:lla päivystysalueen potilaista. (Notko ym. 2011.)

Lähisuhdeväkivallan tutkimisessa olisi tarpeen keskittyä parisuhdeväkivallan lisäksi myös esimerkiksi vammaisiin ja ikääntyneisiin kohdistuneen lähisuhdeväkivallan tunnistamiseen. Sosiaalityöntekijät kertovat kohtaavansa suurimmaksi osaksi parisuhdeväkivaltaan liittyviä tapauksia ja se viittaa myös osaltaan siihen, että auttamisjärjestelmässä on puutteita tunnistuksen osalta. Miesten naisiin kohdistama väkivalta parisuhteessa osataan tunnistaa kohtuullisesti, mutta esimerkiksi muunlaista tai naisten harjoittamaa väkivaltaa voi olla vaikeaa tunnistaa. (Nurme 2007.)

Lähisuhdeväkivallan osallisten kokonaisvaltaiseen avuntarpeeseen ei kyetä vastaamaan, ja esimerkiksi väkivallan tekijöiden avun saanti on heikkoa. Lähisuhdeväkivallan tunnistamisen tehostamisen lisäksi tarvittavien palveluiden tulee järjestyä asiakkaalle tilanteen mukaisesti. (Nurme 2007.) Sairaanhoidon potilaista eniten lähisuhdeväkivaltaa ovat kokeneet psykiatristen osastojen asiakkaat. Lähisuhdeväkivaltaa kokeneiden tunnistaminen on kuitenkin sairaanhoidossakin puutteellista ja siihen pyritään löytämään lisää keinoja. (Notko ym. 2011.)

Psykososiaalinen auttamistyö on asiakkaan tukena esimerkiksi empaattisen kohtaamisen sekä kuuntelemisen muodossa. Kokonaisvaltaisen avuntarpeen arviointi tukee tilanteen hallintaa. (Nurme 2007.) Terveystieteiden alan työntekijät ovat keskeisessä roolissa lähisuhdeväkivaltaa käsiteltäessä, sillä uhrit, tekijät ja todistajat hakevat apua usein nimenomaan terveydenhuollosta. Kuitenkin

esimerkiksi 42 % päivystyksessä työskentelevistä terveydenhoitoalan ammattilaisista ei kysynyt parisuhdeväkivallasta edes satunnaisella tasolla siitäkään huolimatta, että kyseessä oli akuutisti lähisuhdeväkivaltaa kohdannut potilas. Vakavan vammautumisen tai kuolemaan johtavan väkivallan riski kasvaa aina kun pari- ja lähisuhdeväkivalta jää paljastumatta. (Notko ym. 2011.)

## 5 VÄKIVALTA HOITOTYÖSSÄ

Hoitajiin kohdistuva väkivalta voi näyttäytyä uhkaavana käytöksenä, ahdisteluna ja pelotteluna tai fyysisenä väkivaltana, kuten kiinnipitämisinä, huitomisena, lyömisenä tai esimerkiksi potkimisena. Väkivalta ja mahdolliset uhkatilanteet voivat vaikuttaa merkittävästi työntekijän hyvinvointiin ja jaksamiseen. Siitä löytyy suoria yhteyksiä muun muassa sairaseläkkeelle jäämiseen ja loppuun palamiseen. Väkivallan kohteeksi joutumisesta voi seurata fyysisiä ja henkisiä oireita, kuten pelkotiloja, väsymystä, unettomuutta ja työssä viihtymättömyyttä. Hoitajat voivat joutua väkivallan kohteeksi potilaiden, omaisten tai muiden työntekijöiden toimesta. (Valente & Fisher 2011.)

Työturvallisuuslain (738/2002) mukaan työnantajan tulee jo ennakolta varautua väkivaltatilanteisiin. Työnantaja suunnittelee ja mitoittaa tarvittavat toimenpiteet siten, että mahdollisten haitta- ja vaaratekijöiden syntyminen estetään ja jo olemassa olevat poistetaan. Mikäli väkivallan uhka työpaikalla on ilmeinen, tulee työnantajan tarjota asianmukaiset turvajärjestelyt tai turvalaitteet. Lisäksi laki vaatii, että työntekijät osaavat toimia väkivaltatilanteessa. Työnantajan vastuulla on jatkuva seuranta työolosuhteiden valvonnasta sekä työskentelytapojen turvallisuudesta. (Aluehallintovirasto 2013, 6.)

Väkivallan kohteeksi joutumisen riski kasvaa erityisesti päivystyksessä, toimenpidehuoneissa, kotihoidossa sekä mielenterveyshoitotyössä. Näissä tilanteissa toimitaan normaalia osastohoitoa useammin itsenäisesti sekä kohdataan päihitteiden vaikutuksen alaisena olevia tai muuten psyykkisesti sairaita henkilöitä. (Valente & Fisher 2011.)

### 5.1 Väkivallan esiintyvyys hoitotyössä

Vasaran, Pulkkinen & Anttilan (2012) tutkimukseen osallistuneista 15:sta suomalaisesta sairaanhoitopiiristä 11:ssä koetaan työntekijöihin kohdistuva väkivalta ongelmana. Alueelliset erot Suomessa ovat isot, ja varsinkin eteläosissa väkivallan kohteeksi joutuminen on yleisempää. Väkivallan tekijä on yleensä potilas, mutta myös potilaan läheiset ovat käyttäytyneet väkivaltaisesti, esimerkiksi uhkailemalla. Taustalla väkivaltaiseen käytökseen on usein erilaiset päihitteet tai sairaudet. Useimmiten väkivalta hoitajiin ilmenee kiinni tarttumisenä, vääntämisenä tai puristamisena. Tilanteet voivat olla myös erilaisia väkivaltaisista kontakteista, kuten lyömistä, potkuja, puremista ja riuhtomista. (Vasara ym. 2012.)

WHO:n (2018) mukaan fyysistä väkivaltaa joutuu kokemaan 8–38 % hoitotyön henkilökunnasta työuransa aikana. Väkivaltainen käyttäytyminen on 2000-luvulta asti ollut nousussa ja tilanteiden ilmeneminen on muuttanut muotoaan. Nykyään väkivaltatilanteet ovat aikaisempaan verrattuna haasteellisempia ennakoida ja tekoavat ovat mielivaltaisempia. Suomessa on todettu, että tilanteiden raportointi on monissa sairaanhoitopiireissä puutteellista. Kaikissa sairaanhoitopiireissä työntekijöitä on kuitenkin koulutettu kohtaamaan väkivaltatilanteita ja heille on annettu esimerkiksi mapa- ja avekki- sekä potilaan sanallinen rauhoittaminen -koulutuksia. Nämä koulutukset valmistavat työntekijöitä väkivaltatilanteiden ennaltaehkäisyyn ja hallintaan. (Vasara ym. 2012.)

## 5.2 Väkivaltatilanteista raportointi

Monissa väkivaltaisissa tai uhkaavissa tilanteissa hoitajat eivät raportoi tai tee ilmoitusta, sillä he ajattelevat niiden olevan osa heidän työtänsä (Valente & Fisher 2011.) Jokaisesta uhka- ja väkivaltatilanteesta on ilmoitettava työpaikan ohjeistuksen mukaan työpaikan turvallisuudesta vastaaville henkilöille sekä täyttää Haipro eli terveydenhuollon vaaratapahtumien raportointikaavake. (Aluehallintovirasto 2013, 15.)

Työnantajan tulee seurata väkivalta- ja uhkatilanteiden esiintymistä työpaikalla ja annettava ohjeet, mitkä sattuneista tilanteista ja mitä tietoja kirjataan. Seurannan avulla saadaan kokonaiskuva tilanteista ja voidaan kohdentaa tarvittaessa turvatoimia ja lisätä niitä. (Aluehallintovirasto 2013, 15.)

## 5.3 Väkivallan ennaltaehkäisy

Ridenourin ym. (2013) mukaan väkivaltatilanteiden ennaltaehkäisy sekä riskien kartoittaminen on tärkeää. Naisiin kohdistuvia väkivaltatapauksia on todettu olevan enemmän, osassa työpaikoista tätä on selitetty sillä, että naisen asemaa ja olemusta pidetään alempana. Iltavuoroissa sekä viikonloppuisin on huomattavasti enemmän väkivaltatapauksia kuin päivä- tai yövuoroissa. (Ridenour ym. 2013.)

Vasaran ym. (2012) mukaan väkivaltatilanteisiin ja niiden ennaltaehkäisyyn sekä ennakointiin tarvitaan lisäkoulutusta ja toimintatapojen kertaamista. Turvallisuuteen ja ympäristötekijöihin on tärkeää kiinnittää huomiota. Hälytyslaitteiden, vartijoiden, sekä esimerkiksi hyvän valaistuksen ja kalusteiden järkevä sijoittamisen avulla voidaan osaltaan ennaltaehkäistä väkivaltatilanteita. Turvallisuuteen tulisi kiinnittää huomiota myös työvaatteiden valinnassa. Niiden on hyvä olla sellaiset, joissa pystyy liikkumaan nopeasti, eikä niissä saisi olla esimerkiksi huppua, joihin on helppo tarrautua. (Aluehallintovirasto 2013, 11.)

Anttilan, Pulkkinen & Kivistö-Rahnaston (2016) mukaan psykiatrisessa sairaanhoidossa väkivallan uhka on yleistä ja siihen osataan varautua paremmin kuin esimerkiksi päivystyksessä. Potilaiden kehonkieltä ja käyttäytymistä seurataan ja väkivaltaan puututaan matalalla kynnyksellä. Työyhteisöissä on selkeät toi-

mintamallit ja väkivaltatilanteissa toimitaan ennalta sovitusti. Yksiköissä harjoitellaan myös muita enemmän ohjeiden mukaista toimintaa käytännössä. Tilanteisiin, joissa on väkivallan uhka, mennään aina useamman henkilön voimin. (Anttila ym. 2016.)

Jos työpaikalla on ilmeinen väkivallan uhka, on väkivallan torjumiseen tai rajoittamiseen oltava asianmukaiset turvallisuusjärjestelyt tai -laitteet sekä mahdollisuus avun nopeaan hälyttämiseen. Hälytyslaitteet on valittava ja sijoitettava siten, että ne ovat helposti ja huomaamattomasti työntekijän käytettävissä vaaratilanteissa. Uhkaavia tilanteita varten tehdään selkeät ja yksiselitteiset kirjalliset ohjeet, joita työntekijän tulee noudattaa. (Aluehallintovirasto 2013, 12.)

#### 5.4 Mapa-menetelmä

Mapa- (Management of Actual or Potential Aggression) eli Haasteellisen käyttäytymisen ennaltaehkäisy ja hallinta -menetelmä on kehitetty Englannissa. Lähtökohtana menetelmälle on ollut levottomien ja aggressiivisten potilaiden hallinta mahdollisimman turvallisesti ja kivuttomasti hoitotyön arvot huomioiden. Mapa-menetelmä kehitettiin vastineeksi voimankäytön menetelmille, joissa sallitaan nivellukkojen ja ääriasentojen käyttö. Aluksi mapaa koulutettiin psykiatrian hoitohenkilökunnalle, mutta sittemmin sen käyttö on yleistynyt muun muassa erityisopetuksen, lasten psykiatrian ja lastensuojelun, vanhuspalveluiden sekä somaattisen hoitotyön aloilla. (Suomen mapakeskus 2018a.)

Haasteellisesti käyttäytyvän henkilön yläraajat ovat tärkeää saada hallintaan fyysisessä rajoittamisessa, sillä usein niiden avulla kohdistetaan lyönnejä tai muita vahingoittavia tekoja. On erittäin tärkeää kiinnittää huomiota siihen, että fyysisessä rajoittamisessa noudatetaan kehon normaaleja liikeratoja, jotta rajoitettavaan ei kohdistu kipua. (Hollins & Stubbs 2011.)

Timlinin ja Kynkään (2008) tekemän tutkimuksen mukaan hoitohenkilökunta kokee, että fyysistä rajoittamista käytetään vain äärimmäisenä keinona. Fyysisen voiman käyttö on aina minimoitava, ja käytettyjen tekniikoiden tulee perustua asiakkaan käyttäytymisestä tehtyyn riskinarvioon. Rajoitettavan mahdolliset liikkumista estävät vammat tai esimerkiksi ikääntyneillä lihasmassan heikentyminen ja luuston haurastuminen tulee ottaa huomioon fyysisessä rajoittamisessa. (Hollins & Stubbs 2011.) Timlinin ja Kynkään (2008) tutkimuksesta selvisi, että hoitohenkilökunnan enemmistön mielestä yleisin syy potilaan rajoittamiseen oli potilaan ruumiillinen aggressiivisuus. Toiseksi yleisimmäksi syyksi nousi muiden vaarantaminen ja viimeiseksi hoitokielteisyys (Timlin & Kyngäs 2008).

Fyysinen rajoittaminen on lopetettava heti, kun asiakkaan käyttäytyminen ei enää aiheuta turvallisuusriskiä. Fyysisen rajoittamisen tilanteissa hoitohenkilökuntaa tulee olla riittävästi paikalla sekä asiakkaan että hoitohenkilöstön turvallisuuden varmistamiseksi. (Stubbs & Dickens 2008.) Hoitohenkilökunta kertoo, että useissa tapauksissa heihin oli sattunut fyysisesti potilaan kiinnipidon aikana. Fyysisiä vahinkoja sattui myös fyysisen rajoittamisen tekniikoiden epäonnistuessa. (Timlin & Kyngäs 2008.) Gillamin (2014) mukaan hoitajien kouluttami-

nen käyttämään haasteellisen käyttäytymisen ennaltaehkäisy menetelmiä vähentää huomattavasti väkivaltatapauksia.

Kiinnipidon aikana asiakkaan hengitystä ja verenkiertoa on seurattava jatkuvasti. Etenkin vatsamakuulla tehtävien rajoittamistoimien aikana tulee kiinnittää erityistä huomiota rajoitettavan asentoon. Yläraajat tulee olla napakasti vartalon vieressä, kyynärpäät tuettuna koukussa, niin että olkapäät lepäävät käsivarsien päällä, jolloin rintakehän paine vähenee ja hengitys kulkee vapaasti. (Barnett, Hanson, Stirling & Pandyan 2016.)

Timlinin ja Kynkään (2008) tutkimuksen perusteella enemmistö aikuispsykiatrian hoitohenkilökunnasta oli sitä mieltä, että aggressiivista tai väkivaltaista potilasta huomioidaan fyysisen rajoittamisen aikana. Lastenpsykiatrian hoitohenkilökunnasta 100 % oli sitä mieltä, että potilasta huomioitiin fyysisen rajoittamisen aikana, kun vastaavasti aikuispsykiatrian hoitohenkilökunnasta 87 % oli tätä mieltä. (Timlin & Kyngäs 2008). Rajoitustoimien jälkeen sekä asiakkaalle että henkilökunnalle on tarjottava mahdollisuus purkukeskusteluun. (Suomen mapakeskus 2018b.) Enemmistö hoitohenkilökunnasta oli sitä mieltä, että aggressiivisen tai väkivaltaisen potilaan ja työryhmän kanssa käytävä keskustelu potilaan fyysisen rajoittamisen jälkeen toteutui (Timlin & Kyngäs 2008).

Reevesin (2011) mukaan selkeä ja tarkka kirjaaminen fyysisten rajoittamistilanteiden jälkeen on ensiarvoisen tärkeää. Hyvät ja yhdenmukaiset kirjaamiskäytännöt vahvistavat sekä hoitohenkilökunnan että potilaiden oikeusturvaa ja auttavat jatkossa kehittämään toimintaa. Kirjaukset tulee tehdä mahdollisimman pian tilanteen jälkeen, ja niiden tulee sisältää kattavat tiedot tapahtumasta, osallisista sekä käytetyistä menetelmistä. (Reeves 2011.)

## 6 SIMULAATIO HOITOTYÖN OPPIMISYMPÄRISTÖNÄ

Simulaation tarkoituksena on jäljitellä todellisuutta. Onnistuessaan simulaatio rakentaakin sillan abstraktin ja konkreettisen välille helpottaen näin oppimista. (Blomgren 2015.) Ryhmätoimintaa harjoiteltaessa simulaatiot ovat käytännössä tehokkain tyyli oppia (Hoppu, Niemi-Murola & Handolin 2014). Simulaatioiden tarkoituksena on myös parantaa aikanaan eteen tulevaa, todellista suoritusta. Simulaatiot ovat erinomainen tapa harjoitella hyvinkin epätodennäköisiä tilanteita ja näin ollen luoda valmiita toimintamalleja todellisia tilanteita varten. (Blomgren 2015.) Erityisesti esimerkiksi teho-osastotilanteiden ja traumatiimin toimivuuden harjoittaminen simulaatioiden avulla on todettu mielekkääksi ja tehokkaaksi tavaksi oppia (Hoppu ym. 2014).

Jotta simulaatiosta saadaan onnistunut, se ei välttämättä vaadi monimutkaisia rakenteita tai edistynyttä tekniikka, vaikka toisinaan niilläkin voi olla paikkansa. Yksinkertaiset perusmallit voivat ajaa halutun asian perille parhaiten. (Blomgren 2015.) Simulaatioiden yhteyteen lisätyt syventävät tietoisuudet ja osatehtäväharjoitukset voivat vahvistaa oppimiskokemusta (Hoppu ym. 2014).

Koska simulaatio ei ole päämäärä vaan väline, on se hyödyllinen vasta auttaessaan simuloijia oppimaan ja erityisesti lopulta parantaessaan potilaiden hoitoa. Simulaation tulee kuitenkin kaikessa yksinkertaisuudessaankin muistuttaa esikuvaansa siten, että opittu tieto kyetään soveltamaan automaattisesti käytännössä. Silloin kun simulaatio herättää tunteita, oppiminenkin tehostuu. Tunteistakin kuitenkin esimerkiksi itsensä voittaminen, onnistuminen ja positiivinen jännitys tukevat oppimista paremmin, kuin esimerkiksi häpeä tai pelko. Simulaation onnistuminen lisää itseluottamusta parantaen näin suoriutumista. (Blomgren 2015.)

Jotta simulaatiokokemus olisi kaikin puolin tarpeita vastaava, tulee sen sisältää niin tilanteen, kuin oppimistavoitteiden käsittely ennen harjoitusta sekä kaikkein tärkeimpänä palautteen antaminen ja oppimistilanteen läpikäyminen simulaation jälkeen, eli debriefing. (Blomgren 2015.) Keskitalon (2015) tutkimus painottaa niin yleisten kuin henkilökohtaisten oppimistavoitteiden arvioinnin ja reflektoinnin tärkeyttä osana oppimisprosessia. Simulaatioon osallistuvien tulee siis olla selvillä siitä, mitkä ovat simulaatioon liittyvät oppimistavoitteet. Myös Hoppu ym. (2014) toteavat koulutuksen tavoitteen tarkentamisen olevan simuloimisen perusta.

Tarkoituksena on saada jäsenneiltyä simulaatio, poistaa epätietoisuutta ja tarvittaessa tehdä siitä toisinto, jotta oikeat mallit jäävät simuloijan muistiin (Blomgren 2015). Simuloitujen harjoitusten avulla vaativienkin tilanteiden harjoittelu voidaan toteuttaa ilman potilaalle aiheutuvaa haittaa (Hoppu ym. 2014). Onnistunut simulaatio mahdollistaa oppimisen omista ja toisten virheistä ilman syyllisyyttä ja häpeää, jotka voivat liittyä esimerkiksi todellisiin potilavahinkoihin. (Blomgren 2015.) Yhtä tärkeää kuin käydä läpi se, mikä ei sujunut, on käyttää positiivista vahvistamista kertaamalla hyvin menneet asiat (Motola, Devine, Chung, Sullivan & Issenberg 2013).

Tarkkailijan roolissa oleva simulaatioon osallistumaton henkilö voi analysoida simulaation osallistuneiden toimintaa ja antaa mahdollisia parannusehdotuksia. (Blomgren 2015.) Debriefing tarjoaa mahdollisuuden tutkia osallistujien tietoa, taitoja sekä asenteita, jotka johtivat simulaatiossa havainnoituihin toimintatapoihin. Näin voidaan myös tarvittaessa määritellä, miksi tapahtumien kulku ei vastannut simuloijan itselleen asettamia odotuksia tai ajatuksia siitä, miten tulee simulaatiossa toimimaan. (Motola ym. 2013).

Simulaatio on oppimisympäristö, jonka toteuttamisen tulisi perustua huolellisuuteen sekä hyväksytyihin oppimisteorioihin. Simulaatio itsessään ei takaa tehokasta oppimista, vaan sen pohjalla tulee käyttää soveltuvia teorioita, malleja ja metodeja. (Keskitalo 2015). Simulaatiopohjainen lääketieteellinen opetus on suunniteltava tarkasti sekä harjoiteltava huomioon ottaen organisaatioon liittyvät kontekstit. (McGaghie, Issenberg, Petrusa & Scalese 2009). Kattavan suunnitelman teko ennen toteutusta säästää myös aikaa ja resursseja. Sen lisäksi, että ennen simulaatiota tulee olla määriteltynä oppimistavoitteet ja



päämäärät, täytyy myös opetusvälineiden olla laadukkaita sekä opetusmenetelmän soveltua välineiden käyttöön. (Motola ym. 2013).

Simulaatioiden tärkeimpiä kulmakiviä on helpottaa oppilaiden oppimista. Simulaatioiden perusteella tapahtuva oppiminen vaatii hyvin valmistautuneet ja perehtyneet avustajat. Opettajien pedagogisten taitojen tulee siis olla riittävät simulaation käyttämiseksi oppimismenetelmänä ja erilaiset oppimistyylit tulee huomioida toteutuksessa. (Keskitalo 2015). Simulaatioharjoitteita tulisi hyödyntää mahdollistajina potilastilanteiden kokemiseen ja sisällyttäminen opetussuunnitelmaan suunnitella perusteellisesti (Motola ym. 2013).

Pienten ryhmien todetaan olevan toimivampia simulaatioiden toteuttamisessa kuin suurten. Simulaatioita voidaan toteuttaa monilla eri tavoilla. Tärkeää onkin kehittää niiden luomia oppimisympäristöjä sekä perustana olevia teorioita ja pedagogiikkaa. (Keskitalo 2015.) Palautteen antaminen niin simulaation aikana kuin sen jälkeenkin tukee oppimista. Palaute voi tulla useammalta taholta, esimerkiksi kanssasimuloijilta tai simulaation vetäjältä. Palautteen antamisessa olennaista on kiinnittää huomiota palautteenantoprosessiin, sekä tavoiteltuun lopputulokseen. Näin määritellään päämääräksi parantaa suoritusta ja erotellaan syyt siihen miksi simuloija ei mahdollisesti saavuttanut tavoitetta. (Motola ym. 2013.)

Yeunin, Bangin, Ryoon ja Han (2014) tutkimuksen mukaan opiskelijat kokevat simulaatioiden jälkipuinnin auttavan antamalla mahdollisuuden tutkiskella heikkouksiaan itsereflektion avulla, kehittämään tilannetajua ja kriittistä ajattelua. Lisäksi opiskelijat mielsivät, että simulaatiopohjainen oppiminen on hauskempi ja kiinnostavampi tapa oppia verrattuna perinteiseen opetukseen. Tämä lisäsi opiskelijoiden motivaatiota. Opiskelijat olivat myös sitä mieltä, että simulaatiot kaventavat koulun ja työelämän välistä kuilua. (Yeun ym. 2014.) Hall (2017) toteaa simulaatioiden edistävän muun muassa kommunikaatiotaitoja, itsetuottamusta, psykomotorisia taitoja, empatiaa ja vähentävän ahdistusta. Myös Yeunin ym. (2014) mukaan opiskelijat kokevat ahdistuksensa ja jännityksensä vähenevän päästessään kokemaan tosielämää vastaavan ympäristön ennen työelämään siirtymistä.

## 7 SIMULAATIOTILANTEIDEN SUUNNITTELU

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli suunnitella ja toteuttaa Hämeen ammattikorkeakoulun valmistuville sairaanhoitajaopiskelijoille 3.5.2018 onnettomuusharjoituspäivään kolme mielenterveyshoitotyön simulaatiotilannetta. Tilanteiksi valikoituivat poikkeuksellisen kuormittavan työtehtävän purkukeskustelu, puhelinauttaminen sekä haasteellisesti käyttäytyvän potilaan kohtaaminen.

Tavoitteena opinnäytetyössä oli toteuttaa simulaatiot niin, että opiskelijat saavat niistä positiivisia oppimiskokemuksia, joita he pystyvät hyödyntämään tule-

vassa työssään sairaanhoitajana. Lisäksi opinnäytetyön tuottamaa tietoa voidaan hyödyntää hoitotyön koulutusohjelmassa olevan onnettomuusharjoituksen kehittämisessä.

Seuraavissa kappaleissa käsittelemme lyhyesti toiminnallisen osuuden suunnittelun taustaa ja lähtötilannetta. Lisäksi jokaisen simulaation sisältö sekä oppimistavoitteet on avattu.

### 7.1 Lähtötilanne

Valmistuville sairaanhoitajille pidettävä onnettomuusharjoituspäivä muodostuu somaattiseen sekä mielenterveyshoitotyön liittyvistä simulaatioista. Aloitimme mielenterveyshoitotyön simulaatioiden suunnittelun lehtoreilta saamamme alustavien aihepiirien mukaan. Aiheet olivat kriisipuhelin ja jälkihuolto, itsetuhoisen potilas sekä väkivallan kohtaaminen osastolla. Lähdimme keräämään teoriaviitekehystä saamistamme aiheista, ja teorian pohjalta suunnittelimme kolme potilastapausta.

Osallistuimme työn edetessä suunnittelukokouksiin, joissa työstimme somaattisen hoitotyön simulaatioiden tekijöiden sekä onnettomuusharjoituspäivään osallistuvien lehtorien kanssa päivän kulkua sekä aikataulua. Suunnittelimme simulaatioiden käsikirjoitukset ja laadimme aikataulun kullekin harjoitukselle (liite 1). Lisäksi teimme tarvikelistan (liite 2) simulaatiopäivään tarvittavista asioista. Laadimme opiskelijoille ennakkotiedotteen (liite 3), joka sisälsi harjoituspäivän teemoja tukevaa oppimateriaalia.

### 7.2 Defusing-purkukeskustelu auto-onnettomuudessa osallisina olleille

Somaattisen puolen simulaatiotilanteita työstäneet opiskelijat olivat suunnitelleet yhdeksi tilanteeksi auto-onnettomuuden, jossa on useita loukkaantuneita ja yksi vainaja. Koska tällainen tilanne on usein auttajillekin traumaattinen, se on hyvä purkaa defusing-purkukeskustelun avulla.

Purkukeskustelu suoritetaan heti auto-onnettomuusrastin jälkeen ja osallisilla on edelleen ”roolit päällä”. Purkukeskustelun strukturoitua kulkua on aiemmin kuvattu teoriaosuudessa kappaleessa 3.1. Simulaation oppimistavoitteena on harjoitella kuormittavan työtilanteen läpikäyntiä siten, että työntekijälle ei jää kokemusta yksin jäämisestä.

### 7.3 Kriisipuhelin

Toiseksi simulaatiotilanteeksi suunnittelimme puhelinauttamisharjoituksen kolmelle erilaiselle soittajatyypille. Nämä tyypit ovat itsetuhoisen, kriisissä oleva sekä parisuhteessa väkivaltaa kokenut. Jokaiselle soittajalle on laadittu kirjallinen taustatarina (liite 4), minkä pohjalta puhelu etenee.

Puhelinauttajana toimii työpari, mikä mahdollistaa keskustelun ja pohdinnan. Kaikille työpareille on tehty asiakastyypin soveltuva kysymys ja tukilista (liite 5). Simulaatioon on varattu yksi luokkatila, jossa on tarvittava määrä tietokoneita sekä kuulokkeita. Puhelinsimulaation oppimistavoitteena on oppia kohtaamaan asiakkaita puhelimen välityksellä sekä tarjota opiskelijoille valmiuksia kohdata kriisin eri vaiheissa olevia henkilöitä.

#### 7.4 Haasteellisesti käyttäytyvän potilaan kohtaaminen

Kolmannessa simulaatiossa harjoitellaan väkivaltaisen potilaan kohtaamista. Simulaation alussa opiskelijoille annetaan tilanteen lähtötiedot (liite 6), jonka jälkeen jaetaan roolit. Simulaatiossa haasteellisesti käyttäytyvän potilaan roolissa on koulun mielenterveyshoitotyön lehtori, joka voi omalla toiminnallaan ohjata tilannetta oppimistavoitteiden suuntaan.

Oppimistavoitteena simulaatiossa on harjoitella mapa-menetelmien käyttöä sekä hoitajan reagoitua väkivaltaisessa tilanteessa. Oppimistavoitteena on myös harjoitella lepositeiden käyttöä ja muistuttaa väkivaltatilanteiden jälkeisestä toiminnasta. Ennen simulaatiota ohjaaja käy tavoitteet läpi opiskelijoiden kanssa (liite 7).

#### 7.5 Palautekysely

Hyvä palautekysely koostuu useasta osasta. On muun muassa otettava huomioon vastaajien käytössä oleva aika sekä heidän halunsa ja taitonsa vastata kyselyyn. Huolellinen suunnittelu ja testaus sekä kyselyn onnistunut toteutus ovat ratkaisevia seikkoja hyvän palautekyselyn luomisessa. Kyselyn pituus tulee olla kohtuullinen ja ulkoasun houkutteleva sekä siisti. (Yhteiskuntatieteellinen arkisto 2010.)

Kyselyn rakenteessa on kannattavaa pyrkiä tiiviyyteen. Palautekysely tulee laatia siten, että vastaaja voi luottaa siihen, ettei hänen tietojaan väärinkäytetä. Kysymystenasettelussa panostetaan helppotajuisuuteen sekä yksinkertaisuuteen. Vastausohjeiden on oltava yksityiskohtaiset ja tarkat. Lomakkeen luonnissa tulee pyrkiä objektiivisuuteen ja eettisyyteen. (Yhteiskuntatieteellinen arkisto 2010.)

Laadimme palautelomakkeen teoriasta nousseiden hyvän palautelomakkeen ohjeiden mukaisesti. Halusimme saada kysymyksillä vastauksia opinnäytetyömme tavoitteisiin sekä palautetta simulaatioidemme onnistumisesta. Palautekysely toteutettiin Webropol-kyselynä. Palautekysely esitettiin opiskelijaryhmällä, jotta saisimme tietoa siitä, kuinka kysymykset vastaavat työmme tavoitteita. Alla on esimerkkejä esitestausr ryhmän palautteista.

”Kysymykset ovat oikein hyviä simulaatioiden palautteisiin. Pistävät ajattelemaan vielä kerran harjoituksen läpi.”

”Hyvä palautekysely.”

Esitestauksesta saatujen tulosten perusteella totesimme, että laaditut kysymykset olivat opiskelijoiden mielestä simulaatiotilanteisiin sopivia. Esitestauksessa tuli yksi kyselyn ulkonäköön liittyvä parannusehdotus.

”Numeraalisten kysymysten muotoilua voisi miettiä paremmaksi. Esimerkiksi ettei kysymys kuten 8. Kysymyksessä kysyttävä asia eli haasteellisesti käyttäytyvä olisi samalla rivillä kun vastausvaihtoehto. Muuten toimiva.”

Tarkastelimme saadun parannusehdotuksen avulla kyselymme ulkonäköä, mutta emme tehneet muutoksia kyselyyn, sillä totesimme esikatselun perusteella kyselyn olevan toimiva sellaisenaan.

## 8 OPINNÄYTETYÖN SWOT-ANALYYSI

SWOT-analyysi, eli nelikenttäanalyysi on suunniteltu vahvuuksien (strengths), heikkouksien (weaknesses), mahdollisuuksien (opportunities) ja uhkien (threats) käsittelyyn. Sen avulla voidaan ymmärtää, pohtia ja identifioida esimerkiksi projektien tai suunnitelmien rakennetta ja potentiaalia. SWOT-analyysi auttaa vahvistamaan suunnittelun onnistumista ja käsittelemään asioita moniulotteisesti. (Helms & Nixon 2010.)

Pohdimme SWOT-analyysin avulla opinnäytetyömme vahvuuksia, heikkouksia, mahdollisuuksia sekä uhkia. Tämä auttaa meitä löytämään jo olemassa olevia vahvuuksia, ja toisaalta myös kiinnittämään huomiota mahdollisiin heikkouksiin sekä uhkiin, mitä työhön liittyy. Heikkoihin kohtiin panostamalla saamme työstä entistä vahvemman ja pystymme minimoimaan mahdollisia uhkia. Olemme koonneet alla olevaan taulukkoon SWOT-analyysimme pääkohdat, jonka jälkeen avaamme jokaista osiota tarkemmin.

Kuvio 1. Swot-analyysi

<p><b>Vahvuudet:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- kaikki tekijät ovat valinneet profiloiviksi opinnoiksi mielen-terveys ja päihdehoitotyön</li> <li>- simulaatioiden sisältö pohjautuu teoria- ja tutkimustietoon</li> <li>- sisältö suunniteltu tarkasti</li> <li>- yhteistyö lehtorien ja muiden järjestäjien kanssa</li> <li>- työt jaettu tasapuolisesti</li> <li>- aihe kiinnostava ja haluamme panostaa simulaation toteutukseen niin, että ne ovat positiivisia oppimiskokemuksia opiskelijoille</li> <li>- olemme itse osallistuneet simulaatioihin, joten pystymme samaistumaan muiden opiskelijoiden rooliin</li> </ul>	<p><b>Heikkoudet:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ei ole aikaisempaa kokemusta simulaatioiden suunnittelusta</li> <li>- työ tehty suhteellisen lyhyessä ajassa</li> <li>- toiminnallisen osuuden toteutusaikataulu tiukka</li> <li>- yhteisen ajan löytyminen työn työstämiseen</li> <li>- vähän työkokemusta hoitotyön käytännön työstä</li> </ul>
<p><b>Mahdollisuudet:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- työmme antaa perusrungon mielenterveyshoitotyön simulaatioiden toteutukseen, jota muut voivat hyödyntää</li> <li>- opimme suunnittelemaan ja pitämään simulaatioita</li> <li>- osallistuvat opiskelijat oppivat simulaatioista työelämässä tarvittavia taitoja</li> </ul>	<p><b>Uhat:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- simulaatioiden aikataulu suunniteltu liian tiukaksi ja oppimistavoitteet jäävät saavuttamatta</li> <li>- simulaatioiden toteutustapa ei palvele osallistujia</li> <li>- osallistujat eivät koe oppineensa simulaatioista</li> </ul>

### 8.1 Vahvuudet

Olemme kaikki valinneet suuntaaviksi profiloiviksi opinnoiksi mielen-terveys- ja päihdehoitotyön, joten meillä on hyvä pohja valmistella simulaatioita. Vahvuutena näemme myös sen, että jokainen simulaatiomme pohjautuu tutkimus- ja teorian tietoon, joten suunnitellut tapaukset ovat ajankohtaisia, ja niiden kulku on suunniteltu huolellisesti.

Olemme suunnitelleet onnettomuusharjoituspäivää yhdessä toisen opiskelijaryhmän sekä päivässä mukana olevien lehtorien kanssa. Mielipiteiden vaihto ja yhteinen sisällön suunnittelu on auttanut meitä muun muassa aikatauluttamaan ja yhtenäistämään toteutustamme.

Vahvuutenamme pidämme myös sitä, että olemme jakaneet työtä tasaisesti jokaiselle tekijälle. Toimimme ryhmänä tehokkaasti sekä pidämme kiinni sovituks-

ta asioista ja aikatauluista. Olemme hyvin kiinnostuneita työmme aiheesta ja toteutustavasta.

Olemme itse osallistuneet erilaisiin simulaatioihin koulutuksemme aikana, joten pystymme samaistumaan hyvin muiden opiskelijoiden rooliin tulevissa simulaatioissamme. Pyrimmekin omissa simulaatioissamme antamaan positiivisia oppimiskokemuksia muun muassa riittävän selkeän tehtävänannon, oppimistavoitteiden esille tuomisen sekä kannustavan ilmapiirin avulla.

## 8.2 Heikkoudet

Heikkouksina voidaan pitää muun muassa aikaisemman kokemuksen puutetta simulaatioiden suunnittelusta sekä vähäistä kokemustamme hoitotyön työelämästä. Tämä voi tuoda haasteita toteutuksessa, sillä emme välttämättä osaa ohjata opiskelijoita eteenpäin, jos he eivät keksi, miten simulaatiotilannetta jatketaan tai miten heidän tulisi toimia. Toisaalta koemme tämän myös vahvuutena, sillä emme oleta mitään, vaan teoriapohjan avulla olemme perehtyneet aiheisiin ja pystymme perustelemaan toimintaamme lähteidemme kautta.

Vähäiset työelämän taidot voivat myös olla etu, sillä meillä ei ole mitään juurtuneita toimintatapoja, vaan pystymme ajattelemaan asiaa laajemmin ja sitä kautta ymmärtämään, että asiat voi tehdä monella eri tavalla, samaan lopputulokseen pääsemiseksi.

Olemme työstäneet työtämme lyhyessä ajassa, joten sitä kautta myös yhteisen ajan löytyminen työn tekemiseen on ollut ajoittain haastavaa. Toimivan aikataulun tekeminen sekä muiden järjestäjien kanssa ennalta sovitut tapaamiset ovat auttaneet meitä etenemään työssämme. Luottamuksen ja yhteisten tavoitteiden asettaminen ovat myös tärkeässä roolissa laadukkaan lopputuloksen saavuttamisessa.

## 8.3 Mahdollisuudet

Työtämme voi hyödyntää myöhemmin vastaavanlaisten simulaatioiden toteutuksessa. Se antaa kattavan kuvan koko prosessista, jonka pohjalta on mahdollista jatkaa suunnittelua.

Opimme työmme avulla suunnittelemaan sekä toteuttamaan simulaatiotilanteita. Niiden kautta myös muut opiskelijat pääsevät harjoittelemaan työelämässä tarvittavia taitoja turvallisessa ympäristössä. Usein simulaatiotilanteet saataan kokea jännittävinä ja huonosti ohjeistettuina, mikä estää simulaatioista oppimisen. Haluammekin omissa simulaatioissamme panostaa juuri tähän asiaan.

Tiedotamme etukäteen opiskelijoille, mihin lähteisiin heidän kannattaa etukäteen tutustua, jotta heillä olisi jo simulaatioon tullessa alustava käsitys aiheesta. Itse tilanteessa annamme ohjeistuksen siitä, mikä on lähtötilanne kyseisessä

tapauksessa. Lisäksi tuomme selkeästi esille oppimistavoitteet, joita harjoitellaan.

Simulaation jälkeen puramme roolit pois ja käymme yhteenvedon siitä, mitä tilanteessa tehtiin ja miltä se tuntui. Keräämme myös opiskelijoilta palautetta sähköisessä muodossa. Näiden asioiden avulla pyrimme tekemään simulaatioita opiskelijoille hyödyllisempiä, jotta ne palvelisivat entistä paremmin työelämässä tarvittavien taitojen oppimista. Palautteen avulla simulaatiosuunnittelua voi jatkaa entistä enemmän siihen suuntaan, mitä opiskelijat toivovat.

#### 8.4 Uhat

Mahdollisena uhkana pidämme sitä, että simulaatiotilanteiden aikataulu on suunniteltu liian tiukaksi, minkä takia oppimistavoitteet jäävät täyttymättä. Meidän simulaatiomme ovat vain osa isompaa onnettomuusharjoituspäivää, sillä kokonaisuuteen kuuluu myös somaattisen puolen simulaatiotilanteet. Aikataulu on laadittu yhteistyössä somaattisen puolen kanssa ja molemmille ryhmille on varattu saman verran aikaa. Aikataulusta on pidettävä kiinni, jotta päivä onnistuu kokonaisuudessaan.

Olemme varautuneet mahdolliseen uhkaan suunnittelemalla etukäteen huolellisesti simulaatiotilanteet, ja aikatauluttaneet omat tilanteemme tarkasti. Olemme itse läsnä kaikissa kolmessa tapauksessamme, ja valvomme myös tilanteessa, että pysymme aikataulussa.

Uhkana voidaan pitää myös sitä, että simulaatioiden toteutustapa ei palvele osallistujia tai tilanteiden oppimistavoitteet eivät ole opiskelijoiden mielestä sopivia. Aiheemme ja sisältömme nousevat teoretisestä, joten tiedämme, että sisältö sekä tavoitteet ovat tämän hetkiseen koulutustasoomme nähden sopivia ja ajankohtaisia. Opiskelijoiden omiin mielipiteisiin emme pysty ennalta vaikuttamaan, mutta keräämämme palautteen avulla voidaan tulevaisuudessa toteutustapoja kehittää.

## 9 ONNETTOMUUSHARJOITUSPÄIVÄN TOTEUTUS

Päivä alkoi aikataulun mukaisesti yhteisellä aloituksella, jossa opiskelijat jaettiin kuuteen ryhmään. Ryhmissä oli opiskelijoita eri suuntautumisaloilta (sisätautikirurginen, mielenterveys- ja päihdehoitotyö, lapset ja terveydenhoitajat). Opiskelijat ohjeistettiin päivän kulusta, minkä jälkeen jokainen ryhmä lähti suorittamaan ensimmäistä simulaatorastiaan.

Olimme etukäteen sopineet, että kukin meistä ohjaa yhden simulaation. Jokaisella simulaatorastilla oli vastuulehtori, jonka kanssa toimimme työparina. Purkukeskustelusimulaatio toteutettiin vain kaksi kertaa, sillä siihen liittyvää auto-onnettomuutta simuloitiin isommissa ryhmissä.

Päivä eteni ennalta laatimamme aikataulun mukaisesti. Kussakin ryhmässä oli nimetty ryhmänjohtaja, jonka tehtävänä oli huolehtia, että ryhmä oli oikeaan aikaan oikealla rastilla.

Simulaatiot toteutettiin luokkahuoneissa, jotka oli valmisteltu vastaamaan simuloitua tilannetta. Haastavasti käyttäytyvä potilas -simulaatiotilassa oli pöytä, jolla oli astioita, ruokailuvälineitä sekä muuta irtaimistoa. Lisäksi tilassa oli sänky, johon oli valmiiksi kiinnitetty lepositeet. Purkukeskustelusimulaatiota varten luokkatila oli järjestetty siten, että tuolit muodostivat kehän. Puhelinauttamissimulaatio toteutettiin tietokoneluokassa, ja keskustelut käytiin kuulokkeiden avulla.

Päivän loppuksi oli yhteinen päätös, jossa opiskelijat saivat suullisesti antaa palautetta päivän muodostamasta kokonaisuudesta. Tämän lisäksi jaoimme opiskelijoille iPadejä, joiden avulla he saivat täyttää laatimamme Webropol-palautekyselyn.

## 10 PALAUTEKYSelyn TULOKSET

Palautelomakkeen avasi 56 opiskelijaa, joista 41 vastasi kyselyyn. Palautekysely laadittiin mielenterveyshoitotyön simulaatioihin, mistä myös päivään osallistuneille opiskelijoille mainittiin etukäteen. Osa saaduista kysymyksien vastauksista koski toisen opinnäytetyöryhmän somaattisen puolen simulaatorasteja. Nämä vastaukset olivat kuitenkin selvästi tunnistettavissa koskemaan somaattisia rasteja, joten pystyimme tarkastelemaan vastauksia, jotka käsittelivät mielenterveyshoitotyön simulaatioita.

Taulukko 1. Seurantatilastot

	yhteensä	%
Vastattu kyselyyn: Julkinen nettilinkki	41	100
Kysely avattu vastaajien toimesta	56	136
Vastaaminen aloitettu	41	100

### 10.1 Simulaatioista saadut oppimiskokemukset

Tässä kappaleessa käsittelemme erikseen jokaisesta simulaatiosta saatuja vastauksia.



Purkukeskustelusimulaatio koettiin vastausten perusteella hyödyllisenä ja kuormittavan tilanteen läpikäynti tärkeänä.

”Että asioita on hyödyllistä käydä läpi, virheet ja tehdyt oikeat asiat jäsenyivät paremmin.”

”Rakennetta, mitä tunteita herätti.”

Vastauksista nousi esiin myös aikataulun asettamat haasteet sekä se, että auto-onnettomuussimulaation purkukeskustelu oli jo käyty, ja osallistujien piti uudelleen palata rooleihinsa.

”Erittäin hankala, kun välissä oli jo tilanteen purku ilman rooleja. Mutta hyödyllinen oli, ei ole töissä tullut tollasia, saisi tulla enemmän.”

”Se oli hyvä. Vähän kiire”

Haasteellisesti käyttäytyvä potilas -simulaatio ja mapa-otteiden kertaus koettiin erittäin hyödyllisenä. Hoitajan toiminnan rauhallisuus koettiin merkittävänä simulaation avulla. LePOSITEIDEN KÄYTTÖ TULI MONELLE UUTENA ASIANA.

”Hyvää mapakertausta, haasteellisia potilaita voi tulla vastaan missä vain eri työkentillä, niin näitä kohtaamistaitoja on hyvä kerrata ja ylläpitää.”

”Rauhallisuus, kommunikointi, ei provosoidu”

Kriisipuhelintyöskentely-simulaatio koettiin vastausten perusteella hyödylliseksi tavaksi harjoitella vuorovaikutusta asiakkaan kanssa puhelimitse. Simulaatio koettiin haastavana, mutta opettavaisena.

”Ei ole tällaisesta kokemista, joten oli todella opettavaista. Haastavaa koittaa lohduttaa vaikeista tilanteista kärsiviä asiakkaita puhelimitse.”

”Case tapaukset olivat sopivia, puhelussa huomasi esimerkiksi ilmeiden ja eleiden puuttumisen, joka on kuitenkin avainasemassa normaalissa kommunikointiossa.”

## 10.2 Mitä mielenterveyshoitotyön simulaatioihin olisi kaivattu lisää?

Vastauksista voitiin todeta, että simulaatiot olivat onnistuneita ja ne muodostivat eheän kokonaisuuden. Mielenterveyshoitotyön simulaatioissa harjoitellut asiat koettiin hyödyllisinä myös muilla hoitotyön suuntautumisaloilla.

”Ne olivat hyvä kokonaisuus”

”Itse olisin kaivannut enemmän akuuttihoitoa, kun siihen suuntautuin. Mutta tällä päivän suunnitelmalla oli juuri sopivasti kaikkea ja kun mt puolen juttuja tarvii joka paikassa ja voi hyvin soveltaa.”

### 10.3 Simulaatioissa harjoiteltujen taitojen hyödynnettävyys tulevaisuudessa

Vastauksista saatujen tulosten perusteella vastaajien prosentuaalinen enemmistö koki, että he voivat hyödyntää simulaatioissa harjoiteltuja taitoja tulevaisuudessa.

Taulukko 2. Simulaatioissa harjoiteltujen taitojen hyödyntäminen

	1	2	3	4	5		yh- teen- sä	kes- kiarvo	medi- aani
a) Purkukeskus- telu	2	1	10	13	15		41	3,9	4
	4,8 8%	2,4 4%	24,3 9%	31,7 1%	36,5 8%				
b) Haasteelli- sesti käyttäyty- vän potilaan kohtaaminen	0	1	5	14	20		40	4,3	4,5
	0%	2,5 %	12,5 %	35%	50%				
c) Kriisipuhelin- työskentely	0	3	7	16	14		40	4,0	4
	0%	7,5 %	17,5 %	40%	35%				

Haasteellisesti käyttäytyvä potilas -simulaatio koettiin vastausten perusteella eniten sellaiseksi, jota voi hyödyntää tulevassa sairaanhoitajan työssä. Kyselyssä 50 % vastaajista antoi simulaatiolle arvosanan 5.

Noin kolmasosa vastaajista oli sitä mieltä, että myös purkukeskustelusimulaatio sekä kriisipuhelintyöskentelysimulaatio ovat hyödynnettävissä tulevaisuudessa.

### 10.4 Ennakkomateriaalin hyödynnettävyys

Vastauksista saatujen tulosten perusteella ennakkomateriaali tuki kohtalaisesti osallistujien valmistautumista päivään.

Taulukko 3. Ennakkomateriaali

	1	2	3	4	5		yh- teensä	kes- kiarvo	medi- aani
Huo- nosti	0	8	17	9	7	Erit- tään hyvin	41	3,4	3
	0 %	19,5 1%	41,4 7%	21,9 5%	17,0 7%				
Yh- teensä	0	8	17	9	7		41	3,4	3

### 10.5 Simulaatioiden oppimistavoite

Vastauksista saatujen tulosten perusteella prosentuaalisen enemmistön mukaan oppimistavoite tuli ilmi osassa ennen ja osassa jälkeen simulaation.

Taulukko 4. Simulaatioiden oppimistavoite

	yhteensä	Prosentti
ennen simulaatioiden aloitusta	9	22,0%
simulaatioiden jälkeen	3	7,3%
osassa ennen ja osassa jälkeen	27	65,9%
ei ollenkaan	2	4,9%

### 10.6 Simulaatioiden kokonaisarvosana

Simulaatioon osallistujien antamista vastauksista saatiin simulaatioille seuraavat keskiarvot: purkukeskustelu: 3,8, haasteellisesti käyttäytyvän potilaan kohtaaminen: 4,4 sekä kriisipuhelintyöskentely: 3,8.

Taulukko 5. Simulaatioiden kokonaisarvosana

	1	2	3	4	5	yhteensä	keskiarvo	mediani
a) Purkukeskustelu	2	1	11	15	12	41	3,8	4
	4,8 8%	2,4 4%	26,8 3%	36,5 8%	29,2 7%			
b) Haasteellisesti käyttäytyvän potilaan kohtaaminen	0	0	5	15	21	41	4,4	5
	0%	0%	12,1 9%	36,5 9%	51,2 2%			
c) Kriisipuhelintyöskentely	2	3	8	16	12	41	3,8	4
	4,8 8%	7,3 2%	19,5 1%	39,0 2%	29,2 7%			
Yhteensä	4	4	24	46	45	123	4,0	4

### 10.7 Parannusehdotukset, kritiikki ja muu simulaatioista saatu palaute

Yleisesti päivä koettiin hyödyllisenä, opettavaisena ja hyvin järjestettynä. Osa vastaajista toivoi parempaa ennakkoinformaatiota valmistautumiseen.

”Kiitos avaavasta oppimiskokemuksesta!”

”Hyvin suunniteltu ja tarpeeseen tuleva. Koulun puolelta parempi valmistautuminen tilanteisiin”

## 11 TYÖN LUOTETTAVUUS

Opinnäytetyössä käytettiin lähteinä monipuolisesti aiheeseen liittyviä verkkojulkaisuja sekä kirjoja. Työn luotettavuutta lisää lähteinä käytetyt kotimaiset ja kansainväliset vertaisarvioidut, tieteelliset julkaisut sekä artikkelit. Lisäksi olemme käyttäneet esiymmärryksen ja perustiedon luomiseksi Mielenterveys-hoitotyön oppikirjaa.

Suurin osa lähdemateriaalista on kymmenen vuoden sisällä tuotettua, joten tieto on ajantasaista. Ohessa on hakutulostaulukko (taulukko 6), josta käy ilmi tietokannoista tekemämme haut. Lisäksi olemme käyttäneet manuaalisen haun avulla etsittyjä artikkeleita ja julkaisuja.

Taulukko 6. Hakutulostaulukko

Tietokanta	Hakusanat	Rajaukset	Tulokset	Valitut
Cinahl	management of actual and potential aggression	2008 – 2018 peer reviewed otsikoiden perusteella	3	1
Cinahl	assessment of suicidal intent	2008-2018 peer reviewed otsikoiden perusteella	6	1
Cinahl	workplace AND violence AND nursing	2008-2018 peer reviewed full text references available abstract available otsikoiden perusteella	479	2

Cinahl	critical incident stress debriefing	2008-2018 peer reviewed full text references available academic journals	39	2
Cinahl	crisis intervention	2008-2018 peer reviewed full text references available academic journals	220	1
Cinahl	a suicidal patient	2008-2018 peer reviewed full text otsikoiden perusteella	6	4
Cinahl	management of aggression	2008-2018 peer reviewed full text references available abstract available academic journals otsikoiden perusteella	34	2
Cinahl	crisis AND theory	2008-2018 peer reviewed full text otsikoiden perusteella	24	0
Cinahl	the shoulder: taking the strain during restraint	2008-2018 peer reviewed	1	1
Cinahl	nonviolent crisis intervention	2008-2018 peer reviewed	11	1

Cinahl	clinical supervision: from staff nurse to nurse consultant	2008-2018 peer reviewed	1	1
Cinahl	clinical supervision from staff nurse	2008-2018 peer reviewed	10	1
Cinahl	benefits of clinical supervision	2008-2018 peer reviewed	29	1
HAMK Finna, kansainväliset e-aineistot	improving suicide risk assessment in the emergency department	koko teksti saatavissa vertaisarvioitu 2009-2018	693	1
HAMK Finna, kansainväliset e-aineistot	simulation based learning in nursing	2008-2018 koko teksti saatavissa vertaisarvioitu otsikoiden ja tiivistelmien perusteella	4686	2
HAMK Finna, kansainväliset e-aineistot	Assessing and managing suicidal patients in the emergency department	2009-2018 vertaisarvioitu	162	1
Melinda	hallittu hoidollinen rajoittaminen psykiatrisessa hoitotyössä	2008-2018	2	1
PubMed	the physiological impact of upper limb position in prone restraint	2008-2018	1	1
PudMed	crisis helplines	2014-2016 peer reviewed otsikoiden perusteella	10	2

PubMed	suicide prevention helpline	free full text 2008-2018	8	1
PubMed	Suicidal patients' experiences regarding their safety	2008-2018 otsikoiden ja tiivistelmien perusteella	1000	1
Terveysportti	lähisuhdeväkivalta		4	1
Terveysportti, Evidence-Based Medicine Guidelines	a patient at risk of suicide	2008-2018 otsikoiden perusteella	20	2
Terveysportti	simulaatio		13	2
Valtioneuvoston julkaisuarkisto	mielenterveys	asiasanan mukaan	6	1
				valitut yhteensä: 34

## 12 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli suunnitella ja toteuttaa Hämeen ammattikorkeakoulun valmistuville sairaanhoitajaopiskelijoille 3.5.2018 onnettomuusharjoituspäivään kolme mielenterveyshoitotyön simulaatiotilannetta.

Tavoitteena opinnäytetyössä oli toteuttaa simulaatiot niin, että opiskelijat saavat niistä positiivisia oppimiskokemuksia, joita he pystyvät hyödyntämään tulevassa työssään sairaanhoitajana. Lisäksi tavoitteena oli, että opinnäytetyön tuottamaa tietoa voidaan hyödyntää hoitotyön koulutusohjelmassa olevan onnettomuusharjoituksen kehittämisessä.

Mielestämme opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite toteutuivat. Opiskelijoilta saadun palautteen perusteella voidaan todeta, että opiskelijat oppivat kaikista simulaatioista oppimistavoitteidemme mukaisia asioita sekä voivat hyödyntää opeteltuja asioita tulevassa työssään. Keskitalon (2015) mukaan simulaatiotilanteiden tulee perustua teorian tietoon ja niiden keskeinen tarkoitus on helpottaa oppimista. Blomgren (2015) korostaa oppimiskokemusta ilman häpeää ja syyllisyyttä. Mielestämme saamamme palautteen ja oman näkemyksemme mukaan työmme tuotokset ja tavoite vastaa teoreettisen viitekehyksen muodostamaa kuvaa onnistuneista simulaatiotilanteista.

Opinnäytetyön tuottaman tiedon avulla voidaan todeta, että onnettomuusharjoituspäivän aikataulu ja simulaatioiden sisältö sekä toteutus olivat toimivia. Tuottamamme tiedon perusteella voidaan myös jatkossa miettiä voisiko mielenterveyshoitotyön ja somaattisen hoitotyön simulaatiotilanteita yhdistää yhdeksi selkeämmäksi kokonaisuudeksi, jolloin opiskelijoille muodostuisi yhtenäisempi oppimiskokemus. Tuotostamme voidaan käyttää apuna vastaavanlaisten onnettomuusharjoituspäivien suunnittelussa, toteutuksessa ja kehittämisessä.

Opinnäytetyön tekijöinä suunnittelimme ja toteutimme simulaatiot ja ohjasimme jokainen yhden simulaatorastin työparina lehtorin kanssa. Omana oppimistavoitteenamme oli harjoitella simulaatioiden suunnittelua ja niissä ohjaajana toimimista sekä syventää tietämystämme aihealueista opinnäytetyön tietoperustan avulla. Mielestämme pääsimme tavoitteeseemme. Yhteistyö lehtorien kanssa lisäsi omaa ammatillista kasvuamme, sillä lehtorin kanssa ohjaajaparina työskentelyssä pääsimme hyödyntämään heidän laajaa kokemuspohjaa ja oppimaan heidän kauttaan lisää aiheesta. Lisäksi pääsimme tuomaan simulaatioiden toteutukseen omaa näkemystämme tulevina hoitotyön ammattilaisina. Huolellisen ja laajan teoreettisen tietoperustan kokoamisen avulla syvensimme omaa tietämystämme aihealueista.

Kokonaisuutena päivä oli omalta osaltamme onnistunut ja aikataulu sujuva. SWOT-analyysissä (kuviot 1.) suurimmaksi uhaksi nostimme tiukan aikataulun. Huolellisen suunnittelun ja kokonaiskuvan hahmottamisen myötä pysyimme kuitenkin koko päivän ajan aikataulussa. Päivästä jäi positiivinen tunnelma ja kokemus onnistumisesta. Oppimiskokemuksena simulaatioiden toteuttaminen



oli avartava. Koimme, että vetovastuu päivästä siirtyi suurimmalta osin meille. Vastasimme päivän aloituksesta ja lopetuksesta, jaoimme opiskelijat ryhmiin sekä pidimme kiinni laatimastamme aikataulusta. Vastuunjakoa ei oltu mietitty etukäteen, mutta mielestämme suoriuduimme tehtävästä hyvin. Vaikka päivän suunnitteluun osallistui meidän lisäksi toinen opinnäytetyöryhmä, miellämme, että olimme paremmin valmistautuneita ja siten pystyimme ottamaan enemmän vastuuta.

Palautekysely toimi mielestämme hyvin ja saimme valitsemiemme kysymysten kautta vastauksia opinnäytetyömme tavoitteisiin. Palautekyselyn toteuttamien sähköisessä muodossa oli hyödyllinen tapa kerätä vastauksia. Saimme samalla harjoitella meille uuden sähköisen työkalun käyttöä ja sähköisessä muodossa olevat vastaukset sujuvoittivat ja paransivat saatujen tulosten luotettavuutta. Osa saamistamme vastuksista käsitteli somaattisen puolen simulaatioita. Jatkossa voisi kiinnittää vielä enemmän huomiota siihen, että palautteen kerääminen kaikista simulaatiosta toteutetaan samalla tavoin, jotta vastaajan on helppompaa tietää mihin antaa palautetta. Jos palaute kuitenkin päätetään kerätä eri simulaatioista eri tavoin, on opiskelijoita hyvä tiedottaa ja muistuttaa tästä nykyistä useammin ja selkeämmin.

Kehittämissuunnitelmana näkisimme muun muassa ennakotehtävien aiemman antamisen opiskelijoille ja niiden antotavan ja -kanavan selkeyttämisen, jotta kaikki opiskelijat pääsevät helposti ja nopeasti sekä riittävän ajoissa käsiksi tehtäviin. Tämä tuli esiin myös taulukossa 3. Niin oman kuin toisten paikkakuntien toimipisteiden sekä muiden yksittäisten opiskelijoiden huomioiminen tulisi olla kattavampaa ja varmistaa, että he saavat riittävästi informaatiota niin päivän sisällöstä, kuin ennakotehtävistä väärinkäsitysten välttämiseksi. Simulaatioissa huomasi, milloin osallistuva opiskelija oli tutustunut annettuun ennakkomateriaaliin etukäteen. Ohjaamista vaikeutti ajoittain opiskelijoiden keskitymisvaikeudet: ohjeita ei aina maltettu kuunnella kunnolla.

Pohdimme myös, että olisi ollut järkevää pyytää oppilaita laittamaan nimikyltit, jotka jokainen on opintojen aikana ollut velvoitettu hankkimaan. Näin olisi helpotettu ryhmäytymistä sekä simulaatioidenaikaista työskentelyä, sillä ryhmäjäko oli tehty sekoittaen eri suuntautumisalojen opiskelijoita keskenään eivätkä kaikki tunteneet toisiaan entuudestaan.

Opinnäytetyöprosessi on ollut haastava, mutta opettavainen sekä erittäin hyödyllinen tulevassa työssämme sairaanhoitajana. Olemme oppineet etsimään ja soveltamaan tutkittua tietona osana kirjoitusprosessia. Sairaanhoitajan työnkuva tulee muuttumaan jatkossa yhä moniammatillisemmaksi sekä itsenäisemmäksi, joten tämän työn avulla olemme saaneet harjoitella niin tiimityötä, kuin yksilöllistä toimintatapaa, yhteistyötä erilaisten ihmisten kanssa sekä ottamaan vastuuta päätöksistämme. Lisäksi olemme päässeet soveltamaan sairaanhoitajakoulutuksen aikana opittuja asioita käytännössä, kuten esimerkiksi ryhmän ohjausta. Seuraavissa kappaleissa pohdimme tarkemmin jokaisen kolmen simulaation onnistumista.

## 12.1 Puhelinauttaminen

Case-työskentely suoritettiin Skype for Business -sovelluksen avulla ja työskentely olisi sujunut jouhevammin, mikäli Skype-kokoukset olisi luotu etukäteen valmiiksi jaettujen ryhmien mukaan simulaation suunnittelijoiden kesken. Työskenneltäessä teknologisten ratkaisujen parissa, huomasimme kuitenkin, että hyvälläkään etukäteisvalmistautumisella ei pysty vaikuttamaan kaikkeen, ja simulaatioissa ilmenikin muutamia kaikista osallistujista riippumattomia teknisiä ongelmia. Myös simulaatioon osallistuneet opiskelijat totesivat antamassaan palautteessa, että tekniikan toimimattomuus söi aikaa case-työskentelyltä.

Alkuperäinen ajatuksemme simulaation kulusta oli toteutus ilman teknisiä apuvälineitä. Osittain toteutuksen jouhevaan onnistumiseen vaikutti simulaatiota edeltävänä iltana koulun puolelta tullut päätös muuttaa case-työskentely Skype-sovelluksen avulla tapahtuvaksi, mutta mielestämme onnistuimme toteutuksessa olosuhteisiin nähden hyvin, huolimatta lyhyestä valmistautumisajasta. Tämä muutos kuitenkin vaikutti selkeästi simulaation onnistumiseen ja opiskelijoilta saadussa palautteessa ainoaksi kehitettäväksi asiaksi muodostuikin juuri teknisten apuvälineiden käyttö ja niiden toimimattomuus, joka vaikutti oppimiskokemukseen negatiivisesti.

Puhelinauttamissimulaatioita voisikin kehittää myös siten, että simulaatiossa käytettävät välineet olisi testattu hyvissä ajoin etukäteen ja päivän ajaksi simulaatiota varten varattuna olisi it-tukihenkilö avustamaan mahdollisten ongelmatilanteiden sattuessa. Koska simulaation case-työskentely toteutettiin pienryhmissä, voisi nämä ryhmät jakaa etukäteen valmiiksi ja simulaatiossa tarvittavat työpisteet ja välineet laittaa valmiiksi ryhmittäin. Suullisesti saamassamme palautteessa todettiin simulaatiossa käytettyjen apulappujen olleen hyödyllisiä. Osa totesi rungon olleen juuri sopiva sisältäen riittävän määrän informaatiota puheluun vastaamista varten, osa sanoi siinä olleen liikaa tekstiä, jolloin sen seuraaminen puhelun aikana oli vaikeaa.

Sairaanhoitajakoulutuksen aikana puhelinauttamista on harjoiteltu vain vähän, minkä vuoksi kyseinen simulaatio oli hyvä tilaisuus harjoitella kohtaamaan haastavia tilanteita ammattimaisesti ja kunnioittavasti, kuten kappaleessa 4 on todettu. Sekä Coveney ym. (2012), että Koskenmäki (2015) listaavat yleisimmiksi soiton aiheiksi itsetuhoisuuden, pari- ja perhesuhdeongelmat, lähisuhdeväkivallan, yksinäisyyden, ahdistuneisuuden sekä masentuneisuuden. Valitsimme tähän teoriapohjaan nojaten kolme erityyppistä soittajaa, joiden ongelmat pohjautuivat teoriasta nousseisiin ilmiöihin.

Kuten Chase (2013) toteaa, ihmisen kulttuurinen tausta voi vaikuttaa vahvasti kriisin kokemiseen sekä siitä selviytymiseen. Puhelinauttamissimulaatiota voitaisiin kehittää myös tältä osin, tarjoamalla monikulttuurisempia kohtaamisia, sekä erilaisia taustoja, joiden myötä hoitajien ammatillisuus kehittyisi laajalaisemmaksi. Teoriapohjasta nousi useasti esiin myös ammattilaisten kyky havaita ja kohdata avun tarpeessa oleva henkilö. Mielestämme tätäkin ominaisuutta voitaisiin harjoittaa simulaatioiden avulla antamalla opiskelijoiden har-

joittaa vuorovaikutustaitojaan esimerkiksi kriisin eri vaiheissa olevien potilasta-pausten kanssa. Avun tarjoamista muun muassa ruotsiksi tai englanniksi voitai-siin vahvistaa erityisen hyvin puhelinauttamissimulaatioiden avulla.

Mielestämme puhelinauttamissimulaatio onnistui teknisistä ongelmista huoli-matta hyvin ja simulaatiota varten asetetut oppimistavoitteet toteutuivat. Miel-lämme, että kappaleessa 4.3.4 esiin nousevat potilaan ja asiakkaan kunnioittava ja hyväksyvä kohtaaminen sekä kuunteleminen toteutuivat jokaisessa harjoi-tuksessa. Jokaisen soittajatyypin kohdalla avun tarpeen tunnistaminen onnistui ja koemme että opiskelijat saivat simulaatiosta välineitä tunnistaa ja puuttua helpommin tilanteisiin, joissa tukea tarvitaan. Kun opiskelija onnistui simulaati-ossa auttamaan asiakasta, suullisen palautteen perusteella he kokivat itseluot-tamuksensa ja rohkeutensa lisääntyneen työelämän potilas- ja asiakaskohtaa-misia varten.

## 12.2 Haasteellisesti käyttäytyvän potilaan kohtaaminen

Haasteellisesti käyttäytyvä potilas -simulaatio toteutui mielestämme hyvin. Mielenterveyshoitotyön lehtori toimi haastavasti käyttäytyvän potilaan roolis-sa, joten hän ohjasi toiminnallaan opiskelijoita simulaatiolle laadittuja oppimis-tavoitteita kohti. Opiskelijoiden keskuudesta valittiin ahdistuneen potilaan roo-liin yksi henkilö ja loput ryhmäläisistä olivat sairaanhoitajan roolissa. Saamas-samme palautteessa simulaatiota kuvattiin hyödyllisenä. Erityisesti mapa-otteiden ja lepositeiden harjoittelu sekä hoitajan toiminta haastavassa tilan-teessa tuli esiin useissa palautteissa.

Olimme laatineet etukäteen aikataulusuunnitelman (Liite 1), jossa simulaatioti-lanteelle oli varattu 25 minuuttia. Huomasimme simulaatiota toteuttaessa, että varsinainen simulaatio-osuus ei kestä niin kauaa. Käytimme jäljelle jääneen ajan ryhmien huolelliseen alustukseen sekä yhteiseen pohdintaosioon. Tämä osoit-tautui hyväksi asiaksi, sillä pystyimme purkamaan simulaatiotilanteen rauhassa jokaisen ryhmän kanssa. Etukäteen suunniteltu aikataulu ja sisällön kuvaus aut-toivat pysymään aikataulussa ja huolehtimaan, että kaikki oleelliset asiat käy-dään läpi.

Tilanne simulaatiossa tuntui turvalliselta, sillä lehtoria pystyi konsultoimaan vä-littömästi ja tunnelma oli hyväksyvä sekä innostava. Olimme myös sopineet jo-kaisen ryhmän kanssa ennen simulaation aloitusta, että seis-sanan sanomalla ti-lanne voidaan pysäyttää ja pohtia yhdessä ratkaisua, jonka jälkeen tilannetta voidaan jatkaa. Simulaatioiden aikana tätä mahdollisuutta käytettiin vain ker-ran, mutta uskomme, että jo pelkästään tieto siitä, että tilanne on mahdollista pysäyttää ja apua on saatavilla, vaikutti opiskelijoihin turvallisuutta ja positiivi-suutta lisäävänä tekijänä.

Haasteellisesti käyttäytyvä potilas -simulaatioita voisi kehittää jatkamalla simu-laatiota pidemmälle, jolloin simuloitaisiin tilanteen läpi käyminen leposide-eristykseen laitetun potilaan, tilanteessa olleiden muiden potilaiden ja myös työryhmän kesken. Onnettomuusharjoituspäivässä simulaatio päätettiin siihen,

kun haasteellisesti käyttäytyvä potilas oli leposide-eristetty, ja hoitaja jäi leposidevahdiksi. Kehittämisehdotuksen avulla opiskelijat saivat valmiuksia siihen, miten väkivaltilanteiden jälkeen tulisi toimia.

Mapa-menetelmien käytön hallinta on tärkeää, jotta potilaiden ja hoitajien turvallisuus voitaisiin taata mahdollisimman hyvin, kuten kappaleessa 5.4 on kuvattu. Työyhteisön kesken on tärkeää harjoitella ja ennaltaehkäisevästi valmistautua väkivallan uhkiin, jotta itse tilanteessa osataan toimia. Gillamin (2014) mukaan hoitohenkilökunnan kouluttamisessa ja opittujen taitojen ylläpidossa avainasemassa on säännöllisesti noin kuuden kuukauden välein tapahtuva menetelmien kertaaminen. Tällöin voidaan merkittävästi vähentää väkivallan uhan muuttumista väkivaltaiseksi käyttäytymiseksi.

Stubbs & Dickens (2008) korostaa, että väkivallanuhka tilanteissa on tärkeää olla riittävä miehitys, jotta osa henkilökunnasta pystyy tarkkailemaan tilanteessa ammattimaisuuden säilymistä ja rajoitettavan olotilaa. Myös Barnett ym. (2016) ja Hollins & Stubbs (2011) tuovat esiin sen, että rajoitettavan luonnollisten liikeratojen ja kiinnipidoissa vakaan sekä tuetun asennon säilyttäminen ehkäisee mahdollista kipua tai hengitys- ja verenkiertoelimistön ongelmia. Simulaatioissamme opiskelijat kokivat, että tilanteessa oli hyvä olla usean hoitajan voimin ja oman tekemisen sanoittamisen avulla voitiin varmistaa rajoitettavan hyvinvointi. Tämän opinnäytetyön tuotos kyseisen simulaation osalta vastaa teoreettisen viitekehyksen esiin nostamia asioita.

Haasteellisesti käyttäytyvä potilas -aihe simulaatioissa on hyödyllinen, sillä opiskelijat voivat harjoitella turvallisessa ympäristössä väkivaltaisissa tilanteissa toimimista. Mapa-menetelmien käyttö ei rajoitu vain mielenterveyshoitotyöhön, vaan väkivallan uhka voi olla läsnä myös muissa sairaanhoitajan suuntautumsvaihtoehdoissa, joten simulaatiossa harjoiteltuja taitoja voi hyödyntää laaja-alaisesti. Gillam (2014) nostaakin esiin moniammatillisen työryhmän hyödyntämisen osana turvallista rajoittamista. Muun muassa fysioterapeuttien laaja-alainen osaaminen anatomiasta voi edesauttaa sairaanhoitajia löytämään entistä ergonomisempia kiinnipito-otteita.

### 12.3 Purkukeskustelu

Purkukeskustelu-simulaatio toteutettiin päivän aikana kahdesti ja se liittyi kiinteästi auto-onnettomuusrastiin. Rasti oli suunniteltu toteutettavaksi siten, että purkukeskustelu alkaa välittömästi osallistujien tullessa auto-onnettomuusrastilta, edelleen ”roolit päällä”. Tilanne kuitenkin muotoutui päivän aikana siten, että auto-onnettomuusrasti purettiin ensiksi opettajajohtoisesti normaalina case-purkuna. Tämä osoittautui järkeväksi, koska auto-onnettomuusrasti herätti osallistujissa sen verran tunteita, että olisi ollut vaikeaa pysyä roolissa vielä purkukeskustelun ajan.

Purkukeskustelu-simulaatioon osallistuivat auttajina auto-onnettomuusrastilla toimineet opiskelijat. Potilaina ja tarkkailijoina olleet seurasivat keskustelua sivusta. Keskustelun aluksi vetäjä pyysi jokaista kertomaan nimensä sekä sen,

missä asemassa oli auto-onnettomuudessa toiminut. Tämän jälkeen käytiin kierros siitä, mikä oli kunkin ensimmäinen ajatus onnettomuuspaikalle saavuttaessa ja osallistujat saivat halutessaan kertoa tapahtuman herättämistä tunteista. Maloneyn (2012) mukaan on tärkeää tarjota työntekijöille mahdollisuus traumaattisten kokemusten läpikäyntiin, sillä se lisää merkittävästi työntekijän henkistä hyvinvointia ja työssäjaksamista.

Seuraavaksi keskustelun vetäjä kertoi traumaattisen tilanteen aiheuttamista fyysisistä reaktioista ja antoi ohjeita jatkoon. Äkilliset järkyttävät tapahtumat saattavat ilmetä erilaisina ahdistus- ja masennusoireina sekä aiheuttaa vireystilan kohoamista ja univaikeuksia. Nämä kuitenkin yleensä lievenevät muutamassa päivässä ja menevät kokonaan ohitse muutaman viikon kuluessa. (STM 2009.) Tämän jälkeen keskustelu päätettiin ja rasti purettiin vielä normaalina case-purkuna.

Osallistujat olivat pääosin hyvin mukana rastilla ja heittäytyivät tilanteeseen toivomallamme tavalla. Iltapäivän ryhmän kanssa kuitenkin huomasimme, että pitkä päivä alkoi näkyä joidenkin opiskelijoiden motivaatiossa ja keskittymiskyvyssä. Lisäksi rastille aiheutti oman haasteensa ryhmien verrattain suuri koko ja rastin pitäminen tiiviinä ja napakkana. Mielestämme kuitenkin onnistuimme tavoitteessamme tuottaa opiskelijoille käsitys siitä, mikä purkukeskustelu on, milloin ja miten sitä käytetään ja mitä hyötyjä siitä voi olla.

Onnistumisen kannalta suuri merkitys oli sillä, että purkukeskustelun vetäjänä toimi Hämeen ammattikorkeakoulun hoitotyön lehtori, jolla on vankka kokemus ja osaaminen kriisityön alalta. Kuten Kuhanen ym. (2014, 241) toteavat, purkukeskustelun vetäjänä toimii mieluiten ulkopuolinen, tehtävään koulutuksen saanut henkilö, joka ei ole ollut tapahtumassa mukana.

Vetäjä vei tilannetta eteenpäin noudattaen purkukeskustelun strukturoitua rakennetta, joka on kuvattu luvussa 3.1. Purkukeskustelun vetäjän ammattitaidolla on suuri merkitys, koska osallistujat eivät aina oma-aloitteisesti lähde purkamaan tuntemuksiaan. Silloin on tärkeää osata tietyillä kysymyksillä johdatella heitä puhumaan ja antaa aikaa sanoittaa ajatuksiaan.

## LÄHTEET

Aluehallintovirasto. (2013). Väkivallan uhka työssä. Työsuojeluoppaita ja -ohjeita 46. Haettu 15.3.2018 osoitteesta <http://www.tyosuojelu.fi/documents/14660/2426906/V%C3%A4kivallan+uhka+ty%C3%B6ss%C3%A4+2016/cba409ad-5766-44b9-b813-d5652a22a300>

Anttila, S. Pulkkinen, J. & Kivistö-Rahnasto, J. (2016). Työväkivaltariskien torjuntatoimenpiteiden soveltuvuus ensiapu- ja päivystysyksiköissä. Tampereen teknillinen yliopisto. Teollisuustalouden laitos, Turvallisuuden johtaminen ja suunnittelu. Haettu 13.3.2018 osoitteesta [https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/172863/114112\\_loppuraportti%20PDF%20A.pdf?sequence=1](https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/172863/114112_loppuraportti%20PDF%20A.pdf?sequence=1)

Anttila, S. Pulkkinen, J. & Kivistö-Rahnasto, J. (2013). Työväkivallan hallinta turvallisuusjohtamisen osana terveydenhuollossa. Tampereen teknillinen yliopisto. Haettu 12.3.2018 osoitteesta [https://tutcris.tut.fi/portal/files/2144477/vasara\\_tyovakivallan\\_hallinta\\_turvallisuusjohtamisen\\_osana\\_terveydenhuollossa.pdf](https://tutcris.tut.fi/portal/files/2144477/vasara_tyovakivallan_hallinta_turvallisuusjohtamisen_osana_terveydenhuollossa.pdf)

Barnett, R., Hanson, P., Stirling, C. & Pandyan, A. (2016). *The physiological impact of upper limb position in prone restraint*. Medicine, Science and the Law, vol 53, no 3. Haettu 12.10.2018 PubMed-tietokanta.

Berg, S., Rørtveit, K. & Aase, K. (2017). Suicidal patients' experiences regarding their safety during psychiatric in-patient care: a systematic review of qualitative studies. BMC Health Services Research. Haettu 27.10.2018 PubMed-tietokanta.

Bethel, J. (2013). *Assessment of suicidal intent in emergency care*. Nursing Standard. September 25, vol 26 no 4. Haettu 4.5.2018 Cinahl-tietokanta.

Betz, M. & Boudreaux, E. (2016). *Managing Suicidal Patients in the Emergency Department*. Annals of Emergency Medicine, vol 62, no 2. Haettu 27.10.2018 Hamk Finna, kansainväliset e-aineistot.

Bifarin, O. & Stonehouse, D. (2017). *Clinical supervision: an important part of every nurse's practice*. British Journal of Nursing, vol 26, no 6. Haettu 19.10.2018 Cinahl-tietokanta.

Blomgren, K. (2015). Duodecim: Simulaatiot – melkein leikkiä, melkein totta. Haettu 15.3.2018 osoitteesta <http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo12860.pdf>

Bohan, F. & Doyle, L. (2008). *Nurse's experiences of patient suicide and suicide attempts in an acute unit*. Mental health practice, vol 11, no 5. Haettu 8.5.2018 Cinahl-tietokanta.

Chase, E. (2013). *Crisis Intervention For Nurses*. Clinical Journal of Oncology Nursing, vol 17, no 3. Haettu 28.9.2018 Chinahl-tietokanta.

Crawford, M. (2010). *DCs on the Front Line: Identifying and Helping the Suicidal Patient*. Journal of the American Chiropractic Association. Haettu 27.4.2018 Cinahl-tietokanta.

Coveney, C., Pollock, K., Armstrong, S. & Moore J. (2012). *Callers' Experiences of Contacting a National Suicide Prevention Helpline. Report of an Online Survey*. Journal of Mental Health, 8, 547–550. Haettu 15.4.2018 PudMed-tietokanta.

Cullberg, J. (1991). *Tasapainon järkkyyessä*. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Otava.

Fowler, J. (2013). Clinical supervision: from staff nurse to nurse consultant. Part 10: prioritising and making time. British Journal of Nursing, vol 22, no 22. Haettu 19.10.2018 Cinahl-tietokanta.

Gillam, S. (2014). *Nonviolent Crisis Intervention Training and the Incidence of Violent Events in a Large Hospital Emergency Department*. Advanced Emergency Nursing Journal, vol 36, no 2. Haettu 12.10.2018 Cinahl-tietokanta.

Giordano R. & Stichler, J.F. (2009). *Improving suicide risk assessment in the emergency department*. Journal of Emergency Nursing, vol 35, no.1. Haettu 16.9.2018 HAMK Finna kansainväliset e-aineistot.

Guptill, J. (2011). *After an Attempt: Caring for the Suicidal Patient on the Medical-Surgical Unit*. MEDSURG Nursing, vol 20, no 4. Haettu 27.10.2018 Cinahl-tietokanta.

Haapala, J. (2012). Työnohjaus ja työhyvinvointi – kyselytutkimus sairaanhoitajille. Haettu 13.4.2018 osoitteesta [http://epublications.uef.fi/pub/urn\\_nbn:fi:uef-20120591/urn\\_nbn:fi:uef-20120591.pdf](http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn:fi:uef-20120591/urn_nbn:fi:uef-20120591.pdf)

Hall, K. (2017). *Simulation-Based Learning in Australian Undergraduate Mental Health Nursing Curricula: A Literature Review*. Clinical Simulation in Nursing, vol. 13, no. 8. Haettu 21.9.2018 Hamkin Finnan kansainväliset e-aineistot.

Hedrenius, S. & Johansson, S. (2013). *Kriisituki*. Helsinki: Tietosanoma.

Healy, S. & Tyrell, M. *Importance of debriefing following critical incidents*. Emergency Nurse, vol 20, no 10. Haettu 29.9.2018 Chinahl-tietokanta.

Heilä, H. (2017). *A patient at risk of suicide*. Evidence-Based Medicine Guidelines. Terveysportti. Haettu 10.9.2018 osoitteesta <http://www.terveysportti.fi.ezproxy.hamk.fi/dtk/ebmg/koti>

Helms, M & Nixon J. (2010). Exploring SWOT analysis – where are we now? A review of academic research from the last decade. *Journal of Strategy and Management*, Vol. 3 Issue: 3, 215-251. Haettu 4.5.2018 osoitteesta <https://www.emeraldinsight.com/doi/full/10.1108/17554251011064837>.

Hollins, L.P., Stubbs, B. (2011). *The shoulder: taking the strain during restraint*. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2011, vol 18, no 2. Haettu 12.10.2018 Cinahl-tietokanta.

Hoppu, S., Niemi-Murola, L. & Handolin, L. (2014). Simulaatiokoulutus potilasturvallisuuden parantajana - oppia tiimityöstä. Haettu 13.4.2018 osoitteesta <http://duodecimlehti.fi/duo11821>

Keskitalo, T. (2015). Developing a pedagogical model for simulation-based healthcare education. Haettu 24.3.2018 osoitteesta [http://lauda.ulapland.fi/bitstream/handle/10024/61885/Keskitalo\\_Tuulikki\\_ActaE167\\_pdfA.pdf?sequence=2&isAllowed=y](http://lauda.ulapland.fi/bitstream/handle/10024/61885/Keskitalo_Tuulikki_ActaE167_pdfA.pdf?sequence=2&isAllowed=y)

Koivu, A. (2013). Clinical supervision and well-being at work: A four-year follow-up study on female hospital nurses. Haettu 24.3.2018 osoitteesta [http://epublications.uef.fi/pub/urn\\_isbn\\_978-952-61-1148-3/urn\\_isbn\\_978-952-61-1148-3.pdf](http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-1148-3/urn_isbn_978-952-61-1148-3.pdf)

Koivu, A., Saarinen, P. & Hyrkas, K. (2012). Who benefits from clinical supervision and how? The association between clinical supervision and the work-related well-being of female hospital nurses. *Journal of Clinical Nursing*, vol 21. Haettu 19.10.2018 Cinahl-tietokanta.

Koskenmäki, T. (2015). *Kriisikeskusten asiakkaat, tehtävät ja hyvät käytännöt*. Kriisikeskuskyselyraportti joulukuu 2015. Suomen mielenterveysseura. [https://www.mielenterveysseura.fi/sites/default/files/materials\\_files/kriisikeskuskyselyraportti\\_2015\\_kriisikeskusten\\_asiakkaat.pdf](https://www.mielenterveysseura.fi/sites/default/files/materials_files/kriisikeskuskyselyraportti_2015_kriisikeskusten_asiakkaat.pdf)

Kuhanen, C., Oittinen, P., Kanerva, A., Seuri, T. & Schubert, C. (2014). *Mielenterveyshoitotyö*. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Leemann, L. & Hämäläinen, L.-M. (2015). *Matalan kynnyksen palvelut*. Sosiaalisen osallisuuden edistämisen koordinaatiohanke (Sokra). Terveystieteiden tutkimuslaitos. Haettu 19.10.2018 osoitteesta [https://thl.fi/documents/966696/3775621/Tietopaketti\\_Matalan\\_Kynnyksen\\_Palvelut.pdf/97b1aef8-b8ca-4ec3-ac4c-b80d3e754cec](https://thl.fi/documents/966696/3775621/Tietopaketti_Matalan_Kynnyksen_Palvelut.pdf/97b1aef8-b8ca-4ec3-ac4c-b80d3e754cec)

Luukkonen, N. (2014). Potilaan psyykkisen avuntarpeen tunnistaminen päivystyspoliklinikalla sairaanhoitajien näkökulmasta. Pro gradu –tutkielma. Terveystieteiden opettajakoulutus. Itä-Suomen yliopisto. Haettu 9.1.2018 osoitteesta <http://urn.fi/urn:nbn:fi:uef-20150030>



Lönnqvist, J. (2009). Itsemurhat. Sairaanhoitajan tietokannat. Haettu 2.1.2018 osoitteesta

[http://www.terveysportti.fi.ezproxy.hamk.fi/dtk/shk/koti?p\\_haku=itsetuhoisuus](http://www.terveysportti.fi.ezproxy.hamk.fi/dtk/shk/koti?p_haku=itsetuhoisuus)

Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (2017). *Psykiatria*. 12., uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Maloney, C. (2012). Critical Incident Stress Debriefing and Pediatric Nurses: An Approach to Support The Work Environment and Mitigate Negative Consequences. *Pediatric Nursing*. Vol 38, no 2. Haettu 28.9.2018 Chinahl-tietokanta.

Marttunen, M. (2017). Risk of suicide in adolescence. Evidence-Based Medicine Guidelines. *Terveysportti*. Haettu 10.9.2018 osoitteesta

<http://www.terveysportti.fi.ezproxy.hamk.fi/dtk/ebmg/koti>

McGaghie, W., Issenberg, S., Petrusa, E. & Scalese, R. (2009). A critical review of simulation-based medical education research: 2003–2009. Haettu 13.4.2018 osoitteesta

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1365-2923.2009.03547.x>

Mendes, A. (2018). *Supporting community nurses to cope with patient suicide*. *British Journal of Community Nursing*, vol 23, no 4. Haettu 8.5.2018 Cinahl-tietokanta

Motola, I., Devine, L., Chung, H., Sullivan, J. & Issenberg, S. (2013). Simulation in healthcare education: A best evidence practical guide. *AMEE Guide No. 82*. Haettu 13.4.2018 osoitteesta

<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/0142159X.2013.818632>

Notko, M., Holma, J., Husso, M., Virkki, T., Laitila, A., Merikanto, J. & Mäntysaari, M. (2011). Lähisuhdeväkivallan tunnistaminen erikoissairaanhoidossa. Haettu 13.4.2018 osoitteesta <http://duodecimlehti.fi/duo99682>

Nurme, K. (2007). Lähisuhdeväkivalta ydinkysymyksenä - Tutkimus perussosiaalilyöissä kohdattavasta lähisuhdeväkivallasta. Haettu 9.4.2018 osoitteesta

[https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/11538/URN\\_NBN\\_fi\\_jyu-2007397.pdf?sequence=1](https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/11538/URN_NBN_fi_jyu-2007397.pdf?sequence=1)

Ohtonen, J. (2014). *Émile Durkheim oppaana itsemurhien ja väkivallan analysoinnissa*. Kohtaamisen taidot –hanke. Haettu 27.10.2018 osoitteesta

<http://www.koordinaatti.fi/sites/default/files/JukkaOhtonen-EmileDurkheim-oppaana-taman-paivan-itsemurhien-ja-vakivallan-analysointiin.pdf>

Pirkis, J., Middleton, A., Bassilios, B., Harris, M., Spittal, M., Fedyszyn, I., Chondros, P & Gunn, J. (2016). *Frequent callers to telephone helplines: new evidence and a new service model*. *International Journal of Mental Health Systems*. Haettu 10.9.2018 PubMed-tietokanta.

Pohjolan-Pirhonen, C., Poutiainen, K. & Samulin, H. (2007). *Kriisityön käsikirja*. Helsinki: Kirjapaja.

Reeves, J. (2011). *Guidelines for recording the use of physical restraint*. Mental health practice. Volume 15. Number 1. Haettu 9.4.2018 Cinahl-tietokanta.

Ridenour, M., Lanzab, M., Hendricks, S., Hartley, D., Rierdanc, J., Zeissd, R. & Amandus, H. (2013). *Incidence and risk factors of workplace violence on psychiatric staff*. Haettu 11.4.2018 Cinahl-tietokanta.

Saari, S. & Hynninen, T. (2010). Kuvaus Suomessa tehtävästä psykologisesta auttamisesta akuuteissa kriiseissä ja traumaattisissa tilanteissa. Psykologinen työ akuuteissa kriiseissä – suositus hyvistä käytännöistä. Suomen Psykologiliiton ja Suomen Psykologisen seuran tieteellinen neuvottelukunta. Psykologia, vol 45, no 1. Haettu 21.10.2018 osoitteesta [http://www.psyli.fi/files/1015/Kriisityo\\_suositus\\_2010.pdf](http://www.psyli.fi/files/1015/Kriisityo_suositus_2010.pdf)

Saari, S. (2003). *Kuin salama kirkaalta taivaalta*. Kolmas uudistettu laitos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Otava.

Spittal, M., Fedyszyn, I., Middleton, A., Bassilios B., Gunn, J., Woodward, A. & Pirkis, J. (2014). *Frequent callers to crisis helplines: Who are they and why do they call?*. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry. Haettu 10.9.2018 PubMed-tietokanta.

STM. (2017). STM rahoittaa Käypä Hoito -suositusta itsemurhien ehkäisyyn. Suomen sosiaali- ja terveysministeriö. Haettu 14.4.2018 osoitteesta [http://stm.fi/artikkeli/-/asset\\_publisher/stm-rahoittaa-kaypa-hoito-suositusta-itsemurhien-ehkaisyyn](http://stm.fi/artikkeli/-/asset_publisher/stm-rahoittaa-kaypa-hoito-suositusta-itsemurhien-ehkaisyyn)

STM. (2016). *Mielenterveys- ja päihdesuunnitelman toimeenpanon ohjausryhmä 2009–2015*. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2016:3. Haettu 9.1.2018 osoitteesta <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3694-2>

STM. (2009). *Traumaattisten tilanteiden psykososiaalinen tuki ja palvelut*. Opas kunnille ja kuntayhtymille. sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:16. Haettu 21.10.2018 osoitteesta <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-2910-4>

Stubbs, B. & Dickens, G. (2008). *Prevention and management of aggression in mental health: An interdisciplinary discussion*. International Journal of Therapy and Rehabilitation, vol, 15, no. 8. Haettu 4.9.2018 Cinahl-tietokanta.

Suomen mapakeskus. (2018a). MAPA-koulutusta haastavien ja aggressiivisten henkilöiden kohtaamiseen. Haettu 1.2.2018 osoitteesta <http://suomenmapakeskus.fi/index.php/sample-page/mita-on-mapa/>

Suomen mapakeskus. (2018b). MAPA on laadunvarmistettu menetelmä. Haettu 1.2.2018 osoitteesta

<http://suomenmapakeskus.fi/index.php/sample-page/bild-menetelma/>

Suominen, K. & Valtonen, H. (2013). Itsetuhoisen potilaan arviointi. Duodecim-lehti 8. Verkkajulkaisu. Haettu 2.1.2018 osoitteesta

<http://www.duodecimlehti.fi/api/pdf/duo10929>

THL. (2018). Itsemurhien ehkäisytaitoja lisäävät koulutukset. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Haettu 14.4.2018 osoitteesta

<https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyden-edistaminen/itsemurhien-ehkaisy/itsemurhien-ehkaisytaitoja-lisaavat-koulutukset>

THL. (2017). Lähisuhdeväkivalta. Haettu 9.4.2018 osoitteesta

<https://thl.fi/fi/web/sukupuolten-tasa-arvo/hyvinvointi/sukupuolistunut-vakivalta/sukupuolistuneen-vakivallan-muotoja/lahisuhdevakivalta>

THL. (2015). Parisuhdeväkivalta. Haettu 9.4.2018 osoitteesta

<https://thl.fi/fi/web/lapset-nuoret-ja-perheet/tyon-tueksi/lahisuhde-perhevakivallan-ehkaisytyo/lahisuhde/parisuhdevakivalta>

Tilastokeskus. (2017). Itsemurhien määrässä lievää kasvua edellisvuodesta. Haettu 14.3.2018 osoitteesta

[http://www.stat.fi/til/ksyyt/2016/ksyyt\\_2016\\_2017-12-29\\_kat\\_006\\_fi.html](http://www.stat.fi/til/ksyyt/2016/ksyyt_2016_2017-12-29_kat_006_fi.html)

Tilastokeskus. (2015). Perhe- ja lähisuhdeväkivallasta noin neljännes kohdistuu lapsiin. Haettu 9.4.2018 osoitteesta

[https://tilastokeskus.fi/til/rpk/2014/15/rpk\\_2014\\_15\\_2015-05-28\\_tie\\_001\\_fi.html](https://tilastokeskus.fi/til/rpk/2014/15/rpk_2014_15_2015-05-28_tie_001_fi.html)

Timlin U. & Kyngäs H. (2008). Hallittu hoidollinen rajoittaminen psykiatrisessa hoitotyössä. Hoitotiede, vol. 20, no 4/-08, 182–191.

Traumaperäinen stressihäiriö: Käypä hoito -suositus (2016). Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Haettu 21.10.2018 osoitteesta

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksat/suositus?id=hoi17010>

Työturvallisuuslaki 2002/738. Haettu 1.4.2018 osoitteesta

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

Vainikkainen, M-P. (2010). Akuutin kriisityön vaikuttavuus tutkimusnäytön valossa. Psykologinen työ akuuteissa kriiseissä – suositus hyvistä käytännöistä. Suomen Psykologiliiton ja Suomen Psykologisen seuran tieteellinen neuvottelukunta. *Psykologia*, vol 45, no 1. Haettu 21.10.2018 osoitteesta [http://www.psyli.fi/files/1015/Kriisityo\\_suositus\\_2010.pdf](http://www.psyli.fi/files/1015/Kriisityo_suositus_2010.pdf)

Valente, S. & Fisher, D. (2011). *Violence in the Workplace*. Lack of Adherence to Breast Cancer Screening Guidelines. Haettu 11.4.2018 Cinahl-tietokanta.

Vasara, J., Pulkkinen, J. & Anttila, S. (2012). Työväkivallan hallinta turvallisuusjohtamisen osana terveydenhuollossa. Tampereen teknillinen yliopisto. Loppuraportti. Haettu 21.9.2018 osoitteesta <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-15-2766-1>

WHO (2014). Preventig suicide – A global imperative. Haettu 9.1.2018 osoitteesta [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779_eng.pdf)

WHO. (2018). Violence against health workers. *Violence and Injury Prevention*. World Health Organization. Haettu 11.4.2018 osoitteesta [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/workplace/en/](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/workplace/en/)

Yeun, E., Bang, H., Ryoo, E. & Ha, E. (2014). *Attitudes toward simulation-based learning in nursing students: An application of Q methodology*. *Nurse Education Today* 34 (2014) 1062–1068. Haettu 21.9.2018. Hamkin Finnan kansainväliset e-aineistot.

Yhteiskuntatieteellinen arkisto. (2010). Menetelmäopetuksen tietovaranto: kyselylomakkeen laatiminen. Haettu 4.5.2018 osoitteesta <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kyselylomake/laatiminen.html>

## Simulaatioiden aikataulusuunnitelma

## Defusing

Aika-arvio	Sisällön kuvaus	Tavoite
10 min	Opiskelijat saapuvat simulaatioon auto-onnettomuusrastiryhmissä. Ennen simulaation aloitusta opiskelijoille kerrotaan, mitä rastilla on tarkoitus tehdä, käydään läpi oppimistavoite sekä ohjeistetaan pysymään edelleen samassa roolissa kuin auto-onnettomuusrastilla. Lisäksi opiskelijoille kerrotaan, että rastin vetäjänä toimii Hamkin hoitotyön lehtori, joka on kriisityöntekijän roolissa.	Tavoitteena on, että ryhmän jäsenet ymmärtävät, mitä simulaatiossa harjoitellaan ja he saavat tietää simulaation oppimistavoitteet ennen simulaation aloitusta.
25 min	Simulaatiotilanne, jossa harjoitellaan psyykkisesti erityisen kuormittavan työtilanteen läpikäyntiä.	Tavoitteena on antaa opiskelijoille käsitys purkukustelun rakenteesta, kuluista käytännössä sekä mahdollisista tilanteista, joissa sitä voidaan käyttää työkaluna.
10 min	Simulaation jälkeen opiskelijat purkavat roolinsa pois ja yhdessä ryhmän kanssa pohditaan miltä tilanne tuntui, mikä meni hyvin, mitä olisi mahdollisesti tehnyt toisin ja mitä tilanteesta oppi.	Tavoitteena on, että simulaation jälkeen kaikki ryhmän jäsenet pääsevät kertomaan omia ajatuksiaan ja tilanne puretaan yhdessä.

## Puhelinauttaminen

Aika-arvio	Sisällön kuvaus	Tavoite
10 min	Ennen simulaation aloittamista ryhmä jaetaan 2-3 hengen pienryhmiin. Jokaiselle pienryhmälle annetaan simuloitavaan puheluun liittyvät ohjeet, yhdelle kuvaus soittajasta ja ryhmän koosta riippuen 1-2:lle ohjeet soittoon vastaamiseen. Simulaatiota ohjaa opettaja ja häntä avustaa simulaation suunnitteluun osallistunut opinnäytetyön tekijä. Avustaja kertoo ryhmälle simulaatioon suunnitellut oppimistavoitteet ja sen, että simulaation aikana opiskelijat voivat konsultoida sekä simulaatiota ohjaavaa opettajaa, että toisiaan.	Tavoitteena on, että ryhmän jäsenet ymmärtävät, mitä simulaatiossa harjoitellaan ja he saavat tietää simulaation oppimistavoitteet ennen simulaation aloitusta.
25 min	Simulaatiotilanne, jossa harjoitellaan puhelinauttamista sekä potilaan kohtaamista puhelimitse.	Puhelinsimulaation oppimistavoitteena on oppia kohtaamaan asiakkaita puhelimen välityksellä sekä tarjota opiskelijoille valmiuksia kohdata kriisin eri vaiheissa olevia henkilöitä. Tavoitteena on myös tehdä simulaatiosta miellyttävä oppimiskokemus.
10min	Simulaation jälkeen opiskelijat purkavat roolinsa pois ja yhdessä ryhmän kanssa pohditaan miltä tilanne tuntui, mikä meni hyvin, mitä olisi mahdollisesti tehnyt toisin ja mitä tilanteesta oppi.	Tavoitteena on, että simulaation jälkeen kaikki ryhmän jäsenet pääsevät kertomaan omia ajatuksiaan ja tilanne puretaan yhdessä.

## Haastavan potilaan kohtaaminen

Aika-arvio	Sisällön kuvaus	Tavoite
10 min	Ryhmälle annetaan simulaatioon liittyvä taustatarina, johon he voivat perehtyä ennen simulaation aloitusta. Ryhmän vetäjä kertoo simulaatiolle suunnitellut oppimistavoitteet, sekä turvasanan ”seis”. Kuka tahansa simulaatiotilanteessa oleva, voi sanoa ”seis”, jonka jälkeen simulaatio pysäytetään ja mietitään yhdessä sopivia ratkaisumalleja. Tämän jälkeen simulaatiota jatketaan siitä tilanteesta, mihin jäättiin.	Tavoitteena on, että ryhmän jäsenet ymmärtävät, mitä simulaatiossa harjoitellaan ja he saavat tietää simulaation oppimistavoitteet ennen simulaation aloitusta.
25 min	Simulaatiotilanne, jossa harjoitellaan haastavasti käyttäytyvän potilaan kohtaamista.	Tavoitteena on harjoitella mapa-menetelmien käyttöä sekä hoitajan reagointia väkivaltaisessa tilanteessa. Oppimistavoitteena on myös harjoitella lepositeiden käyttöä ja muistuttaa väkivaltatilanteiden jälkeisestä toiminnasta.
10 min	Simulaation jälkeen opiskelijat purkavat roolinsa pois ja yhdessä ryhmän kanssa pohditaan miltä tilanne tuntui, mikä meni hyvin, mitä olisi mahdollisesti tehnyt toisin ja mitä tilanteesta oppi.	Tavoitteena on, että simulaation jälkeen kaikki ryhmän jäsenet saavat kertoa omia ajatuksiaan ja tilanne puretaan yhdessä.

## Tarvikelista

### Yleisesti:

- ryhmäjakomerkit, esim. eriväriset laput
- kartat opiskelijoille, jotta tietävät minne mennä seuraavaksi
- ennakkotehtävä opiskelijoille sekä tiedote
- Yammer-tiedote tapahtumasta

### Case 1: Defusing

Caseen tarvitaan luokkatila, jossa on:

- Tuoleja
- iPadit kyselyn täyttöö varten

### Case 2: Kriisipuhelin

Caseen tarvitaan luokkatila, jossa on:

- Tuoleja
- iPadit kyselyn täyttöö varten
- Siirreltävät sermit
- ATK-luokka

### Case 3: Työntekijään kohdistunut väkivalta

Caseen tarvitaan luokkatila, jossa on:

- Lääkelasit (ja "lääkkeet")
- Muoviastioita
- Lepositeet
- 2 sänkyä
- Hedelmiä
- Kukkasia/vaasi
- iPadit kyselyn täyttöö varten





Hei, kaikki onnettomuusharjoituspäivään  
3.5.2018 osallistuvat!

Päivä koostuu erilaisista hoitotyön simulaatiotilanteista, joiden avulla voitte saada uusia työkaluja ja positiivisia oppimiskokemuksia tulevaan työhönne sairaanhoitajana!

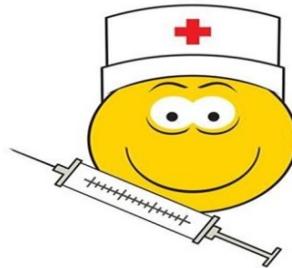
- Päivä alkaa klo 8:30 luokassa 301
- Pyydämme, että olet ajoissa paikalla, sillä päivä on toimintaa täynnä ja aikatulusta kiinnipitäminen on edellytys onnistuneille harjoituksille
- Käythän tutustumassa ennakkoon seuraaviin teemoihin, sivustoihin sekä ohessa olevaan materiaaliin:
  - Palauta mieleesi Mapa- tunneilla käytyjä asioita ja hyödynnä osallistujan työkirjaa
  - Selvitä itsellesi käsitteet defusing ja debriefing, löytyy esim. Mielenterveyshoitotyö-kirjan (Kuhanen, Oittinen, Kanerva, Seuri & Schubert 2014) sivuilta 240-241
  - Lue ennakkoon ohessa olevasta liitteestä kriisipuhelun kulku
  - Kertaa perusensiapu, sidonnat ja elvytysohjeet <https://www.punainenristi.fi/ensiapuohjeet>
  - Katso esimerkkejä hoitolaitospaloista, mukana myös linkki videoon oikeasta tilanteesta <https://thl.fi/documents/10531/696233/STEP-koulutusaineisto+Osa+3+Onnettomuuksista+oppiminen+ja+tapausesimerkkej%C3%A4+2015.pdf/1ea082ab-38c2-4790-83c7-3bd5a9e676ba>
  - Tutustu Kukkamaaria Arangan graduun Traumapotilaan tutkiminen (2011). Tampereen yliopisto, lääketieteen lai-

tos. <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/76671/gradu05161.pdf>

Vietetään yhdessä mielenkiintoinen ja opettavainen simulaatiopäivä!

Simulaatiot toteutetaan sekä ulko- että sisätiloissa. Varaudu sään mukaisilla varusteilla.

Nähdään pian!



**Kriisissä olevan soittajan kuvaus, ahdistunut soittaja:**

- 37-vuotias mies/nainen
- sinkku
- kiinteistövälittäjänä pienehkössä firmassa -> nyt ollut univaikeuksien ja ahdistuksen vuoksi sairauslomalla viikon verran
- 2 viikkoa sitten oli palaamassa kävellen kotiinsa oltuaan viettämässä iltaa ystävien kanssa ja kotimatalla joutui kahden nuoren miehen ryöstämäksi -> puukolla uhaten viety käsilaukku/lompakko sekä kännykkä. Lisäksi toinen tekijä löi nyrkillä kerran kasvoihin.
- meni töihin tapahtuman jälkeen seuraavana maanantaina, mutta pian alkoi nukkua levottomasti ja heräillä painajaisiin. Saa tapahtuneesta ns. flashbackeja ja luullut monesti nähneensä ryöstäjät.
- jossittelee: jos olisin lähtenyt ravintolasta aiemmin, jos olisin ottanut taksin jne.
- kävi työterveyslääkärillä ja sai rauhoittavaa sekä nukahtamislääkettä
- nyt ahdistus pahentunut, kokee, ettei uskalla poistua lainkaan asunnostaan etenkin pimeään aikaan, kuitenkin myös kotonaolo ahdistaa, mieli on maassa

**Kriisissä olevan soittajan kuvaus, itsetuhoinen soittaja:**

- 24-vuotias työtön mies/nainen, uhkaa tappaa itsensä leipäveitsellä
- Juuri eronnut pitkäaikaisesta seurustelukumppanistaan
- nauttinut runsaasti alkoholia
- Muutamia vuosia sitten viillellyt itseään, masennustaustaa
- Soittajan hyvä ystävä kertonut tulevansa illalla käymään soittajan luona

**Kriisissä olevan soittajan kuvaus, parisuhdeväkivaltaa kokenut soittaja:**

- 28-vuotias mies/nainen
- Pelokas ja epävarma
- Väkivallasta vaikea kertoa -> syyllisyyden tunne, häpeä, ahdistus
- Päihtyneenä puoliso käyttäytyy uhkaavasti
- Perheessä kaksi alle 7-vuotiasta lasta sekä vastasyntynyt

**Vastaajan ohjeet, ahdistunut soittaja:**

- on tärkeää, että soittaja kokee tulleen kuulluksi
- keskustelun aluksi on päästävä selville tilanteesta -> arvioitava kriisin vakavuus ja avun tarve
- ole rauhallinen ja turvallinen, kuuntele aktiivisesti ja empaattisesti
- kriisissä olevalla on tarve puhua tapahtumasta yhä uudelleen ja uudelleen
- käy läpi mahdollisimman yksityiskohtaisesti, mitä on tapahtunut
- tee tarkentavia kysymyksiä ja yhteenvetoja siitä, mitä soittaja on sanonut
- käy läpi soittajan reaktiot järkyttävään tapahtumaan: ajatukset, tunteet, aistihavainnot, mielikuvat, fyysiset tuntemukset
- kartoita perusasioita: syöminen, nukkuminen, turvallisuus, läheiset, hygienia ja tue näistä huolehtimista
- kerro, että reagointi kuuluu asiaan ja on aivan normaalia
- tarkista myös, miten sujuvat: ihmissuhteet, kotityöt, työ/opiskelu, vapaa-ajan vietto ja onko päihteiden käyttöä -> perhe/ystävät tärkeä tukiverkosto, yksinäinen ihminen erityisen haavoittuva
- luo toivoa, vahvista jaksamista, turvallisuutta ja selviytymistä
- mahdollisuuksien mukaan vältä fraasien käyttöä
- soittajaa voi ohjata hakemaan apua oman paikkakuntansa kriisipäivystyksestä tai terveyskeskuksesta
- voimaannuttavia asioita voivat olla normirutiineista kiinnipitäminen, vertaistuki, konkreettinen toiminta (kirjoittaminen, maalaaminen, musiikki, luonto, liikuminen)

Lähde: Suomen mielenterveysseura 2017.

**Vastaajan ohjeet, itsetuhoinen soittaja:**

Kysy itsemurhasta matalalla kynnyksellä!

Jos soittaja puhuu edes ohimennen/vihjailevasti kuolemasta tai itsemurhasta -> kysy seuraavat kysymykset:

1. Onko sinulla itsemurha-ajatuksia?
2. Onko sinulla valmis suunnitelma (mikä on ajankohta ja tekotapa?)
3. Onko sinulla aikaisempia itsemurhayrityksiä?
4. Onko suvussasi/lähipiirissäsi tehty itsemurhia?
  - Ota soittaja todesta, älä mitätöi tunteita tai ajatuksia

- Akuutit itsemurha-ajatukset saattavat kestää vain pienen hetken: Kun soittaja jäsentää ja sanoittaa tunteitaan, voi mielen kuohunta tasoittua ja soittajalle syntyy tunne siitä, että kaaoksen keskelläkin voi löytyä kiinnekohtia, jotka auttavat eteenpäin
- Pysy rauhallisena ja jämäkkänä
- Ole aktiivinen, anna soittajalle aikaa
- Ole turvallinen, osoita ystävällisyyttä ja auttamishalua
- Auta soittajaa puhumaan vaikeista tunteista (myös viha/syällisyys)
- Kestä soittajan tunteet
- Kysy onko soittaja pystynyt nukkumaan ja syömään
- Onko soittaja puhunut ajatuksistaan kenellekään? Onko soittajalla hoitosuhde johonkin tahoon?
- Puhu itsemurhasta ja sen vaikutuksista esim. läheisiin
- Kerro, että soittaja voi ottaa yhteyttä uudelleen
- Tärkeää, ettei soittaja jää yksin -> Kysy ovatko läheiset tietoisia tilanteesta? Voiko joku heistä tulla hänen luokseen? Puhelua tärkeää jatkaa läheisen paikalle tulon asti, jos mahdollista. Jos soittajalla on jo joku hoitotaho -> voiko hän ottaa yhteyttä sinne?

Jos tilanne on akuutti ja soittaja tarvitsee ambulanssin, selvitä, voiko soittaja itse soittaa hätänumeroon. Jos jää epäily, ettei soittaja soita hätänumeroon:

- Pyydä/tarvittaessa vaadi soittajaa kertomaan nimensä ja yhteystietonsa
- Kerro soittavasi heti takaisin ja tarkistavasi, että numero toimii
- Soita hätänumeroon ja tilastoi hätänumeroon soittaminen

Lähde: Suomen mielenterveysseura 2017.

### **Vastaajan ohjeet, parisuhdeväkivaltaa kokenut soittaja:**

Ota väkivallasta kertova soittaja vakavasti!

- Selvitä, onko suhteessa väkivaltaa tai sen uhkaa
- Selvitä keihin väkivalta tai sen uhka kohdistuu (mieti onko tarvetta lastensuojeluilmoituksen tekemiseen)

Käytä sanaa väkivalta, ei esimerkiksi perheriita tms.

Kerro että väkivalta on rikos, kannusta rikosilmoituksen tekemiseen

Väkivallasta ja erityisesti lähisuhdeväkivallasta usein vaikea puhua, ole kärsivällinen

Kehu ja kannusta soittajaa, että on ottanut väkivallan puheeksi ja kerro että uskot häntä

- Jatkuvaa lähisuhdeväkivaltaa kokenut on ohjattava avun piiriin (rikosilmoituksen tekeminen, <http://riku.fi>, [www.turvakoti.net](http://www.turvakoti.net))

Väkivaltaa kokeneelle kannattaa kertoa, että väkivalta usein pahenee kerta kerralta ja loppuu harvoin itsestään

Rohkaise ulkopuolisen avun vastaanottamiseen

Laatikkaa turvasuunnitelma, mikäli väkivallan uhka on edelleen olemassa:

- keskustelu siitä, mitä soittaja tekee turvatakseen oman ja läheistensä turvallisuuden
- miten ja mistä voisi tunnistaa, että tilanne on muuttumassa uhkaavaksi (esim. hengityksen tiheneminen, ilmeet ja eleet, sormien puristuminen nyrkkiin...)
- pitää puhelin lähettyvillä
- keksiä valmiiksi selitys, minkä turvin pääsee ulos, esim. joku rutiinitoimi kuten roskien vieminen, koiran ulkoilutus
- minne soittaja pääsee turvaan: esim. naapuri, sukulainen, muu läheinen
- kerrottava myös perheen lapsille mitä tehdä, jos tilanne kärjistyy, esim. opettaa soittamaan 112
- lähdön hetkellä ensisijaisesti otettava lapset mukaan, mutta jos se ei ole mahdollista, kertoa heille, että tulee hakemaan myöhemmin
- soittajan voi ohjata esimerkiksi lähimpään turvakotiin

Lähde: Suomen mielenterveysseura 2017.

### Työntekijään kohdistuva väkivalta

Tilanteessa kaksi potilasta on päiväsalissa odottamassa ruokailun aloitusta. Hoitajat ovat antamassa päivälääkkeitä potilaille. Potilas Mäkinen kieltäytyy ottamasta lääkkeitään, koska ne eivät ole potilaan mielestä hänen lääkkeensä.

Hoitaja kertoo potilaalle, että lääke on sama, mutta valmiste on eri valmistajan, joten lääkkeen ulkomuoto on muuttunut. Potilas hermostuu ja kieltäytyy edelleen ottamasta lääkkeitä.

Pian käytös muuttuu aggressiiviseksi eikä potilasta pystytä rauhoittamaan sanallisin keinoin. Tilanteessa läsnä oleva toinen potilas ahdistuu aggressiivisen potilaan käytöksestä.

## Työntekijään kohdistuva väkivalta

Tilanteessa kaksi potilasta on päiväsalissa odottamassa ruokailun aloitusta. Hoitajat ovat antamassa päivälääkkeitä potilaille. Potilas Mäkinen kieltäytyy ottamasta lääkkeitään, koska ne eivät ole potilaan mielestä hänen lääkkeensä. Hoitaja kertoo potilaalle, että lääke on sama, mutta valmiste on eri valmistajan, joten lääkkeen ulkomuoto on muuttunut. Potilas hermostuu ja kieltäytyy edelleen ottamasta lääkkeitä. Pian käytös muuttuu aggressiiviseksi eikä potilasta pystytä rauhoittamaan sanallisin keinoin. Tilanteessa läsnä oleva toinen potilas ahdistuu aggressiivisen potilaan käytöksestä.

- 1 opisk. ahdistuneena potilaana
- 2 hoitajaa alkutilanteessa
- 2-4 hoitajaa lisää hälystä
- 2 hoitajaa lisää, kun aletaan pot. laittamaan lepositeisiin

Sovi ryhmän kanssa, että voi huutaa ”seis” jos tilanne kaoottinen/ei osata edetä -> voidaan yhdessä keskustella, miten tilanteessa jatketaan, apua voi kysyä myös opettajalta Oppimistavoitteena (sano nämä opiskelijoille ennen simulaation alkua)

- on harjoitella Mapa-menetelmien käyttöä
- hoitajan reagointia väkivaltaisessa tilanteessa
- harjoitella lepositeiden käyttöä
- muistuttaa väkivaltatilanteiden jälkeisestä toiminnasta

Tavoitteena että (nämä voi käydä läpi simulaation jälkeen)

- opiskelijat rauhoittavat aggressiivista potilasta
- huolehtivat tilanteessa olevan ahdistuneen potilaan turvalliseen paikkaan
- siirtävät mahdolliset ruokailuvälineet tai muut tavarat, joilla aggressiivisesti käyttäytyvä potilas voisi vahingoittaa itseään tai muita.
- vievät aggressiivisesti käyttäytyneen potilaan leposide-eristykseen
- huolehtivat, että tilanteesta on tehty HaiPro-ilmoitus
- Kerro, että hoitajat voivat tehdä päätöksen potilaan eristämisestä, mutta asiaa ilmoitettava välit. tilanteen salliessa lääkärille
- Leposide-eristettyä potilasta ei saa jättää yksin -> välit. tuoli pot. viereen
- Keskustele: tilanteen jälkipurku potilaiden ja työryhmän kesken
- Muistuta opiskelijoita siitä, että hoitaja voi tehdä väkivaltatilanteessa päätöksen potilaan eristyksestä, mutta välittömästi tilanteen jälkeen tulee ottaa yhteys lääkäriin