

Juuso Niiranen

MAPA
Väkivaltatilanteiden ennaltaehkäisyssä ja
turvallisessa hoidossa

Opinnäytetyö
Hoitotyön koulutusohjelma
Savonlinna


Kesäkuu 2012




MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU

Mikkeli University of Applied Sciences

KUVAILULEHTI

 MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU Mikkeli University of Applied Sciences	Opinnäytetyön päivämäärä 5.6.2012				
Tekijä(t) Niiranen, Juuso	Koulutusohjelma ja suuntautuminen Hoitotyö				
<p>MAPA Väkivaltatilanteiden ennaltaehkäisyssä ja turvallisessa hoidossa</p>					
<p>Tiivistelmä</p> <p>MAPA-menetelmän alkuperä on Englannissa, jossa se on kehitelty hoitotyössä tapahtuvien väkivaltatilanteiden ennaltaehkäisyyn ja tilanteissa toimimiseen. MAPA tulee englannin kielen sanoista management of actual or potential aggression, joka suomennettuna vastaa väkivaltatilanteiden ennaltaehkäisyä sekä turvallista hoitoa. MAPA:ssa korostuvat haastavan käytöksen ennakointi ja sen välttäminen sekä hoidollinen vuorovaikutus.</p> <p>Suomessa MAPA:n ensimmäisiä käyttäjiä oli Kellokosken sairaala, jossa vuonna 1999 aloitettiin käyttämään menetelmää hoitotyössä. Kellokosken sairaalassa alettiin tuolloin järjestää MAPA-koulutusta, josta menetelmän käyttö ja koulutus laajeni myös muualle Suomeen.</p> <p>Savonlinnassa, Itä-Savon sairaanhoitopiirin alueella, toimii nykyisin kaksi MAPA-kouluttajaa, jotka pitävät perus- sekä kertauskursseja hoitotyöntekijöille. Suurin osa kurssin käyneistä työskentelee psykiatrian, päivystyksen sekä neurologian osastoilla, joilla myös riski kohdata aggressiivisesti tai väkivaltaisesti käyttäytyvä potilas on suurempi kuin muilla osastoilla.</p> <p>Aihe opinnäytetyölleni tuli suoraan Itä-Savon sairaanhoitopiirin MAPA-kouluttajilta, jotka halusivat kokeilla videomateriaalin hyödyntämistä MAPA:n esittelyssä sekä opetuksen tukena. Kuvamateriaali koostuu MAPA:n perus- sekä kertauskursseista sekä yhdestä lavastetusta tilanteesta. Kokonaiskestoltaan video on kymmenen minuuttia.</p>					
<p>Asiasanat (avainsanat)</p> <p>väkivaltainen potilas, aggressiivinen potilas, väkivaltatilanteet hoitotyössä,</p>					
Sivumäärä 20 s.+2 s	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%;">Kieli</td> <td style="width: 33%;">URN</td> </tr> <tr> <td>suomi</td> <td></td> </tr> </table>	Kieli	URN	suomi	
Kieli	URN				
suomi					
<p>Huomautus (huomautukset liitteistä)</p> <p>Liite 1</p>					
Ohjaavan opettajan nimi Uosukainen, Leena	Opinnäytetyön toimeksiantaja ISSHP				

DESCRIPTION

 <p>MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU Mikkeli University of Applied Sciences</p>		Date of the bachelor's thesis 5.6.2012	
Author(s) Niiranen, Juuso		Degree programme and option Degree programme in nursing	
Name of the bachelor's thesis MAPA- management of actual or potential aggression			
Abstract <p>The origin of MAPA is in England, where it was developed for preventing violent behaviour among the patients and dealing in these situations. MAPA means management of actual or potential aggression, which basically means safe nursing and prevention of violent situations. The main characters in MAPA lies in violence prevention and in avoiding difficult situations to be fully develop.</p> <p>The very first MAPA user in Finland was the Kellokoski psychiatric hospital, where they started to use MAPA at work and teach the method forward in Finland as well.</p> <p>Today there are two MAPA instructors in Savonlinna, at the Itä-Savo hospital district where they are teaching the MAPA skills to all healthcare workers. Most of the nurses who have passed the courses, work at psychiatric wards, emergency room, and at neurological wards where the risk of dealing with violent patients is high.</p> <p>The idea for my thesis came directly from the MAPA-instructors. They were interested in trying how a video works when giving a presentation about MAPA or when teaching the actual method at the courses. The material at the video was filmed during the courses and from one created setting where the nurses played the roles. The final version of the video is ten minutes long.</p>			
Subject headings, (keywords)			
Pages 20 p.+2 p		Language Finnish	
URN			
Remarks, notes on appendices Appendice 1			
Tutor Uosukainen, Leena		Bachelor's thesis assigned by ISSHP	

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO	1
2	VÄKIVALTA JA AGGRESSIO	2
2.1	Aggressio	2
2.2	Aggression neuroanatomiaa.....	3
3	VÄKIVALTATILANTEET HOITOTYÖSSÄ	3
4	TURVALLINEN HOITOTYÖ TYÖNTEKIJÄN NÄKÖKULMASTA.....	6
4.1	Väkivaltatilanteiden ennakointi	7
4.2	Turvallisuuden huomiointi hoitotyössä	9
4.3	Vuorovaikutuksen merkitys väkivaltatilanteissa	9
4.4	Väkivaltatilanteissa toimiminen	11
4.5	Kouluttautuminen väkivaltatilanteiden varalta.....	11
5	MAPA-TOIMINTAMALLI	12
6	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS	13
7	VIDEO TUOTEKEHITYSPROSESSINA	14
7.1	Kehitystarpeen tunnistaminen	14
7.2	Ideavaihe.....	15
7.3	Luonnostelu	16
7.4	Opinnäytetyön lupaprosessi.....	16
7.5	Kehittäminen	17
7.6	Viimeistely.....	18
8	POHDINTA	18
	LÄHTEET	20

LIITTEET

1 Systemaattinen kirjallisuuskatsaus

1 JOHDANTO

Sairaanhoitajaopintojeni edetessä olen saanut tehdä paljon töitä psykiatrian vuodeosastoilla. Olen tehnyt eripituisia sijaisuuksia aina, kun se on ollut mahdollista. Yhteensä laskettuna työkokemukseni psykiatriasta alkaa olla kahden vuoden luokkaa. Työssäni akuuttipsykiatrian vastaanotto-osastolla olen varsin lyhyen työkokemukseni aikana ennättänyt kohtaamaan monenlaisia kokemuksia ja tilanteita. Jokainen työpäivä osastolla on erilainen, ja koskaan ei voi ennalta tietää, mitä tulee tapahtumaan. Olkoonkin, että osaston senhetkinen tilanne olisi äärimmäisen rauhallinen ja hiljainen, se voi muuttua hetkessä esimerkiksi uuden potilaan tullessa osastolle.

Työni kautta olen oppinut paremmin varautumaan sekä ennakoimaan mahdollisia väkivaltatilanteita ja niiden syntyä. Olen oppinut paremmin lukemaan ihmisten käyttäytymistä, seuraamaan kasvojen ilmeitä, tunnustelemaan ilmapiiriä ja huomioimaan kehon asentoja sekä liikehdintää. Uhka- ja väkivaltatilanteet ovat arkea hoitotyön parissa työskenteleville, ja erityisesti päivystysvastaanotot sekä psykiatrian osastot joutuvat useimmiten kohtaamaan näitä tilanteita. Hoitotyöntekijän on kuitenkin kyettävä selviytymään näistä tilanteista ammatillisesti. On hyvä muistaa, että hoitaja on vastuussa kaikesta tekemästään, ja kaikesta tekemättä jättämisestään. Väkivaltatilanteessa ei ole tarkoitus satuttaa aggressiivista potilasta, hoitajan ei tule olla karateka, joka soloillen ottaa ohjat käsiinsä, vaan hallita tilanne mahdollisimman järkevällä ja hoidollisella otteella alusta loppuun saakka yhdessä työryhmän kanssa.

MAPA eli management of actual or potential aggression on kehitelty vastaamaan näihin tarpeisiin ja olemaan toimivana työkaluna jokaisen hoitotyöntekijän mukana. MAPA-menetelmässä korostuvat hoidollisuus, tilanteiden ennakointi ja itse kiinnipitotilanteessa toimiminen siten, ettei potilaalle siitä koidu vahinkoa. Ennakoiva ote pitää sisällään mahdollisten riskien eli uhka- ja vaaratilanteiden arviointia. Suunnitelmallisuus on MAPA:n ydinalueita, ja hyvän peruskoulutuksen turvin hoitotyöntekijä kykenee johdonmukaiseen toimintaan mahdollisten väkivaltatilanteiden ilmetessä. On kuitenkin hyvä muistaa, että potilaan fyysinen rajoittaminen on aina se viimeinen puutumiskeino. Kiinnipitoon päädytään, kun se on välttämätön potilaan itsen tai muiden turvallisuuden vuoksi.

Opinnäytetyöni tarkoitus tehdä video MAPA-kouluttajien käyttöön. Videon on tarkoitus toimia yleisesittelynä MAPA:sta sekä mahdollisesti toimia yhtenä lisätyökaluna itse MAPA-koulutuksessa. Videosta voi olla myös hyötyä jo opittujen asioiden kertomisessa.

2 VÄKIVALTA JA AGGRESSIO

Väkivalta ja aggressio työpaikoilla määritellään toiminnaksi ja vaaratilanteiksi, jotka voivat fyysisesti tai henkisesti vahingoittaa toista henkilöä. Väkivalta- ja aggressiotilanteiden keskeinen osa on uhkatilanne, joissa työntekijät ja muut henkilöt ovat uhattuina tai uhkailun vaarassa tai tästä on seurannut mahdollinen hyökkäys ja fyysinen pahoinpitely. (WorkSafe Victoria 2009.)

Työpaikoissa väkivalta- ja aggressiotilanteisiin kuuluu verbaalinen, fyysinen tai henkinen väkivalta, raapiminen, pureminen, tarttuminen/takertuminen, töniminen, uhkailu tai pelottelu, hyökkääminen aseella, esineiden tai huonekalujen heittäminen, seksuaalinen häirintä tai pahoinpitely ja kaikenlainen fyysinen kontakti. (WorkSafe Victoria 2009.)

2.1 Aggressio

Aggressio on käyttäytymismalli, jonka juuret ulottuvat aina kolmen miljardin vuoden päähän evoluutiossamme sekä kehityshistoriassamme. Luonnonvalinta on vaikuttanut ja muokannut geeniperimäämme aikojen kuluessa ja vaikuttanut aggression syntymiseen käyttäytymismallina, jota on tarvittu selviytymiseen ja jälkikasvun tuottamiseen. Puhuttaessa aggressiosta olisi hyvä muistaakin sen olevan normaalia luonnonmukaista käyttäytymismallia, joka ilmenee eri tilanteissa. Aggressiota ja aggressiivista käyttäytymistä on kuitenkin vaikea muistaa tai ajatella luonnollisena ja ihmiselle kuuluvana toimintamallina, kun kohdataan aggressiivisesti ja uhkaavasti käyttäytyvää potilasta. (Kaplan & Sadock 2009, 2671.)

Aggressio ei kuitenkaan automaattisesti tarkoita samaa kuin väkivaltaisuus. Väkivalta on ennemminkin reaktio aggressiosta. Jos ihminen suuntaa aggressiota itseensä, tulee se esille masennuksena sekä itsetuhoisena käytöksenä. Aggression suuntautuessa ulospäin se voi tulla esille vihamielisenä ja väkivaltaisena käytöksenä muita kohtaan.

Ihmisen oma persoona ja geeniperimä vaikuttavat aggression ilmentymiseen, ja on siten sidonnainen henkilöön itseensä, kuinka tämä ilmaisee tunteuksiaan. (Kiviniemi ym. 2007.)

2.2 Aggression neuroanatomiaa

Keskushermoston eri osilla on tärkeä rooli aggression synnyssä. On suhteellisen helppoa tehdä lista aivojen eri alueista, jotka stimuloitessa tai vaurion sattuessa vaikuttavat suoraan aggression ilmaisemiseen. Vaikeaa on kuitenkin osoittaa tarkasti, mitä näissä kyseisissä alueissa ja aivojen osissa tapahtuu vuosia, kuukausia, tunteja ja sekunteja ennen kuin henkilö toimii aggression mukaisesti joko sopeutuvalla tai epäedullisella tavalla. Kehitys neuropatologiassa, neurofysiologiassa, neurokuvantamisessa ja molekyyli-genetiikassa ovat vieneet aggression tutkimusta vauhdilla eteenpäin. Aivorungolla, hypotalamuksella sekä käpylisäkkeellä on omat väistämättömät ja tärkeät roolinsa aggression synnyssä ja sen välittämisessä. (Kaplan & Sadock 2009, 2675.)

3 VÄKIVALTATILANTEET HOITOTYÖSSÄ

Väkivaltatilanteita tai sen uhkaa on aina ollut hoitoalalla. Tilanteisiin puuttuminen on ainut keino saada ne vähenemään. Väkivaltaa ei pidä hyväksyä, mutta hyväksymällä väkivallan riskin olemassaolo voidaan ennakoita sekä minimoida uhkatilanteet. (Juuti & Smedberg 2012.)

Viime aikoina terveyden- ja sairaanhoidossa terveydenhuollon ammattihenkilöille kohdistuneet väkivaltatilanteet ovat lisääntyneet esimerkiksi Turkissa huomattavasti. Sairaanhoidopalveluiden parissa työskentelevillä on merkittävästi enemmän väkivaltariskejä kuin muilla aloilla. Väkivaltatilanteiden raportoinnissa on tullut esille myös omaisten sekä läheisten olevan lähes yhtä väkivaltaisia kuin potilaat. Verbaalista väkivaltaa on ollut enemmän kuin fyysistä väkivaltaa. Väkivaltatilanteita ja väkivaltarikoksia on esiintynyt useimmiten päivystyspoliklinikalla ja ensiavussa sekä useimmiten psykiatrian klinikoilla. Tutkittua tietoa on myös siitä, ettei terveydenhuollon työntekijöille ole riittävää koulutusta käsittelemään ja hallitsemaan väkivaltaista käyttäytymistä. (Annagür, 2010; Piyal ym. 2006.)

Turkissa tehty systemaattinen kirjallisuuskatsaus, jossa tavoitteena oli tarkastella jo julkaistuja tutkimuksia väkivaltilanteista terveydenhuollon työntekijöille ajalta tammi-kuu 1999 – heinäkuu 2010. Kaikkiaan 41 kansallista ja kansainvälistä julkaisua on löydetty ja kriteerien mukaan näistä 29 julkaisua hyväksytty tutkimukseen. Kirjallisuuskatsauksesta tuli ilmi, että kaikenlaista väkivaltaa ilmeni usein osastoilla terveydenhuollon työntekijöitä kohtaan. (Özcan & Bilgin 2011.)

On tutkittu, että useimmiten potilaiden omaiset/läheiset käyttäytyivät väkivaltaisesti ja potilaat vain katselivat tilannetta vierestä. Verbaalisen väkivallan riskiryhmässä olivat naiset ja fyysisen väkivallan riskiryhmässä miehet. Ammattiryhmittäin tarkasteltuna eniten väkivaltaa kohdistui sairaanhoitajiin. Lisäksi on merkillepantavaa, että väkivallan syyt liittyivät lähinnä organisaatiotason ongelmiin ja että fyysisen väkivallan raportoinnin osuus oli suurempi kuin muun väkivallan. (Özcan & Bilgin 2011.)

Viime vuosina aggressiivisuus terveydenhuollon työntekijöitä kohtaan on yleistynyt myös Espanjassa, mutta tieteellisiä tutkimuksia tästä on tehty vähän. Espanjassa vuonna 2009 tehdyssä tutkimuksesta, johon osallistui 1826 terveydenhuollon työntekijää kolmesta eri sairaalasta ja 22 perusterveydenhuollon osastolta, selvisi, että 11 % terveydenhuollon työntekijöistä oli joutunut kohtaamaan fyysistä aggressiivisuutta ja 5 % näistä enemmän kuin kerran sekä että 64 % oli joutunut uhkaavan käytöksen, pelottelun tai sanallisten loukkausten kohteeksi.. Yleensä väkivallan ilmaantuvuus oli yleisempää suurissa sairaaloissa, päivystyspoliklinikalla sekä ensiavussa ja psykiatrian osastolla. (Gascon ym. 2009.)

Saksassa väkivalta ja aggressiivinen käyttäytyminen työpaikoilla on merkittävä ongelma, kuten myös muualla Euroopassa. Saksassa on tehty erilaisia tutkimuksia väkivaltaan ja aggressioon liittyen terveydenhuollossa. Vuonna 2010 tehdyn retrospektiivisen tutkimuksen tarkoituksena oli kartoittaa esiintymistäajuutta, aggressiivisen käyttäytymisen seurauksia sairaanhoitajia kohtaan ja sosiaalisen tuen vaikutuksia selviytymisessä väkivallan jälkeen. Tutkimukseen osallistui 123 työntekijää kahdesta hoitokodista ja psykiatriselta osastolta.

Viimeisen 12 kuukauden aikana 70 % vastaajista koki fyysistä ja 89 % verbaalista aggressiota. Fyysistä aggressiivisuutta esiintyi useammin hoitokodeissa, ja verbaalinen aggressiivisuus oli yleisempää psykiatrian osastoilla. (Franz ym. 2010.)

Euroopan työturvallisuus- ja työterveysviraston (European Agency for Safety and Health at Work) mukaan Euroopasta kerätty data osoittaa, että osa terveydenhuollon työntekijöistä pitää työtään vaarallisena, kun peilaavat sen kautta omaa terveyttään ja turvallisuuttaan. Tutkimukset osoittavat, että erityisesti terveydenhuollon ammattihenkilöt altistuvat eniten fyysiselle ja henkiselle väkivallalle. (European Agency for Safety and Health Care at Work 2003.)

Gabriella Deakin (2011) mukaan Unkarissa ei kiinnitetä huomiota väkivaltaisuuteen. Statistics of Uniform Crime Investigation and Prosecution – ENYÜBS-Hungaryn mukaan sairaaloissa ja klinikoilla tehtyjen väkivaltarikosten lukumäärä on 1149 vuonna 2009. Tämä luku ei ole kovinkaan merkittävä, koska luku osoittaa vain sellaiset tapaukset, joissa poliisin toiminta oli välttämätöntä. Deakin mukaan tapahtumien määrä voi olla jopa kymmenkertainen, mutta tilastotiedot puuttuvat. 1149 väkivaltarikoksesta 52 rikosta kohdistui ihmisiin, 1007 rikosta oli tehty omaisuutta vastaan ja muut rikokset olivat valtiota ja oikeushallintoa vastaan. (Deak 2011.)

Työpaikkaväkivalta on ilmiö, joka vaikuttaa jokaiseen maahan ja jokaiseen työhön. Väkivaltatilanteet Kreikassakin ovat samoja terveydenhuollon työntekijöille kuin muuallakin maailmassa. Ympäristöt, jossa hoitotyö toteutetaan, ovat erittäin alttiita hyökkäyksille. Väkivaltatilanteiden lisääntymisen syyt terveydenhuollossa ovat usein potilaiden ja omaisten lisääntynyt stressi, hoitoon pääsyn odottaminen, jonottaminen, rahan ja huumeiden helppo saatavuus ja rajoittamattomat vierailuajat. Stathopouloulin ja kumppaneiden mukaan väkivallan ehkäisyssä pitää keskittyä sairaalan organisointiin, fyysisen ympäristön valvontaan sekä henkilöstön koulutukseen. (Antiochou 2007.)

Sveitsissä on tehty tutkimus, jonka tarkoituksena oli tutkia terveydenhuollon henkilöstön kokemuksia potilaiden ja vierailijoiden tekemästä väkivallasta. Tutkimuksessa on käytetty poikkileikkausmenetelmää. Tutkimus on tehty vuonna 2007, ja tutkimukseen on osallistunut 2495 työntekijää erityyppisiltä osastoilta Sveitsin valtion sairaaloissa. Tutkimustulosten mukaan puolet henkilöstöstä oli kokenut potilaiden tai vierailijoiden

taholta väkivaltaa kuluneen vuoden aikana ja 11 % on kuluneen viikon aikana. Väki-
valtatilanteet olivat tapahtuneet lähinnä silloin, kun työntekijät olivat suorittamassa
työtehtäviä, joissa oli lähikontaktia. Vain 16 % henkilöstöstä on saanut koulutusta
väkivaltatilanteiden hallitsemiseen ja aggressiivisen potilaan kohtaamiseen. (Hahn
ym. 2012.)

Valtaosa nykyään hoitotyössä esiintyvistä väkivaltatilanteista tapahtuu päihteiden käy-
tön seurauksena. Väkivaltaisen käyttäytymisen taustalla ovat usein myös yhteiskun-
nallinen eriarvoisuus ja siitä seuraava syrjäytyminen. Väkivaltatilanteet ovat arkipäi-
vää sosiaali- ja terveydenhuollon aloilla, joten jo työskentely näillä aloilla lisää työn-
tekijöiden riskiä kohdata ja joutua väkivaltatilanteisiin. Väkivaltatilanteita esiintyy
yleisemmin psykiatrian yksiköissä, päivystysvastaanotoilla sekä ensihoidon ja sai-
raankuljetuksen piirissä. (Lehestö ym. 2004, 86.)

Hoitoalalla suurin riski joutua väkivaltatilanteisiin on psykiatrian osastoilla. Tämä ei
enää tarkoita vain suljettuja osastoja, vaan viime vuosina myös avohoidon piirissä
väkivaltatilanteet ovat lisääntyneet potilaiden ollessa yhä vaikeahoitaisempia. Suurin
osa väkivaltatilanteista, joita psykiatriset hoitajat työssään kohtaavat, on verbaalista
loukkaamista ja uhkaamista. Fyysisen väkivallan esiintyminen on kuitenkin yleistä
psykiatrisissa sairaaloissa. Monet väkivaltatilanteet johtuvat potilaan itsemääräämis-
oikeuden rajoittamisesta. Pakkotoimenpiteiden käyttö voi herkästi aktivoida potilaassa
aggressiivisen ja väkivaltaisen käyttäytymisen. (Pitkänen 2003, 1.)

Monet psykiatrian parissa työskentelevistä hoitajista hyväksyvät sen, että työssään
voivat joutua kohtaamaan väkivaltaa. Tämä osaltaan viestii väkivallan olevan yhä
enemmän arkea psykiatrisessa hoitotyössä. Arkipäiväistymisestä kuitenkin herkästi
seuraa taas se, että monet mahdolliset vaaratilanteet jäävät huomiotta. Tällaisia voivat
olla sanalliset uhkailut tai pieni töniminen. Tulisi kuitenkin ottaa huomioon, että sa-
nallinenkin uhkailu voi vaikuttaa haitallisesti hoitajan henkiseen tasapainoon sekä
työssä jaksamiseen ja työturvallisuuteen. (Pitkänen 2003, 7.)

4 TURVALLINEN HOITOTYÖ TYÖNTEKIJÄN NÄKÖKULMASTA

Vuodesta 2003 voimaan astunut uudistettu työturvallisuuslaki luo vankan perustan työturvallisuudelle. Työturvallisuuslain ydinsanoma on työtaturmien sekä erinäisten terveyshaittojen ennaltaehkäisyssä työpaikoilla. Aina kun työhön sisältyy turvallisuusriskejä, tulisi työntekijän olla välittömästi yhteydessä esimiestasoon ja kysyä neuvoja. Mikäli esim. ohjeistus väkivaltaisen potilaan kohtaamiseen on vähääkään epäselvän oloinen, tulee työntekijän vaatia asialliset ja selkeät toimintaohjeet kyseisiin tilanteisiin. Työntekijän ja esimiehen välillä tulisikin säännöllisesti ylläpitää keskustelua mahdollisten uhkatilanteiden ennaltaehkäisemiseksi sekä sopivien ratkaisumallien löytämiseksi. Hoitoalan työntekijän tulee oman turvallisuutensa lisäksi huolehtia myös muiden työtoveriensa sekä potilaiden turvallisuudesta. (Lehestö ym. 2004, 128–129.)

Turvallisen hoitotyön sekä potilasturvallisuuden kannalta olisi hyvä tarkastella potilaiden aiheuttamia vaaratilanteita, joista aiempi tutkimustieto on vielä vähäistä. Etenkin muihin potilaisiin kohdistettuun fyysiseen sekä psyykkiseen väkivaltaan tulisi suhtautua vakavasti, mikäli potilasturvallisuutta halutaan parantaa. Estämällä näiden tilanteiden synty voitaisiin väkivaltatilanteet torjua ja ehkäistä, mutta asia koetaan kuitenkin äärimmäisen haasteelliseksi ja vaikeaksi. Potilaiden tunne turvattomuudesta voi lisääntyä huomattavasti, jos lähellä on uhkaavalla tavalla käyttäytyviä potilaita. Hoitohenkilökunnan tulee kuitenkin huolehtia myös aggressiivisesti käyttäytyvän potilaan hoidosta sekä turvallisuudesta. Hoitohenkilökunta sekä potilaat ovat kokeneet päivystyspoliklinikoilla käytettävien vartijapalveluiden parantavan ja takaavan turvallisuutta konfliktitilanteissa. (Yli-Villamo 2008, 55 - 56.)

Potilasturvallisuus on ajankohtainen puheenaihe tämän päivän terveydenhuollossa. Erilaiset hankkeet Suomessa sekä ulkomailla pyrkivät saamaan aikaiseksi ja edistämään potilasturvallisempaa hoitotyötä. Potilasturvallisuuden kannalta tärkeässä roolissa on myös organisaation hallinto. Monen hoitajan mielestä potilasturvallisuudesta ei puhuta kuitenkaan yleisellä tasolla hallinto-organisaation ja johdon kanssa.

4.1 Väkivaltatilanteiden ennakointi

Potilaista hoitajiin kohdistuva väkivalta ei ole uusi asia psykiatriassa, vaan se on ollut jo kauan tiedostettu ja jopa mielletty psykiatriseen hoitotyöhön kuuluvana asiana. Tulisi kuitenkin muistaa, ettei väkivaltaa tai uhrina olemista hyväksytä psykiatriseen

hoitotyöhön kuuluvaksi osaksi. Kokonaisuuden kannalta on tärkeää, että väkivaltatilanteet huomioidaan jo organisaatiotasolla työntekijöiden ja työnantajan edustajien yhteistyöllä. Väkivaltatilanteiden ennaltaehkäisy on tehokkain tapa turvallisen työilmapiirin luomisessa. Terveystieteissä ennaltaehkäisyyn voidaan kiinnittää huomiota kahdesta eri näkökulmasta. Näitä ovat organisaatioon liittyvien väkivaltatariskien näkökulma sekä tiettyyn potilaaseen liittyvä väkivaltatariskin näkökulma. (Pitkänen 2003, 15.)

Fyysistä hyökkäystä voidaan pitää todennäköisenä silloin, kun tilanne alkaa muuttua toivottomaksi. Potilas voi kokea pelkoa, tyytymättömyyttä tai turhautuneisuutta, jotka voivat johtaa siihen, että aiemmin puhelias potilas muuttuukin puhumattomaksi. Hyökkäykseen valmistautuvan ihmisen kasvot saattavat muuttua kalpeiksi, verenkierto kiihtyy raajoissa ja kädet puristuvat nyrkkiin. Näitä verbaalisella sekä nonverbaalisella tasolla tapahtuvia muutoksia hoitajan tulee tarkkailla ja tehdä havaintoja. Hoitohenkilökunnan on siten mahdollista ennakoita mahdollisen väkivaltatilanteen synty ja fyysinen hyökkäys. (Holmberg 2008, 278.)

Potilaan esitietojen perusteella pystytään paremmin varautumaan mahdollisiin uhkaviin tai väkivaltaisiin tilanteisiin. Esitietoihin nojaten kyetään siten ehkäisemään mahdollisten väkivaltatilanteiden synty tai hoitamaan ne asiallisesti. Ennakoiva ote työpaikoilla sekä valmiit toimintamallit, joita on harjoiteltu säännöllisesti, ovat tärkeimpiä avaintekijöitä työturvallisuutta parannettaessa sosiaali- ja terveydenhuoltoalalla. Juuri väkivaltatilanteiden ennakointiin ja ennaltaehkäisyyn tulisi painottaa koulutuksessa sekä eri toimintamallien opettelussa. Heikoilla jäillä ollaan silloin, jos tilanne on jo kehittynyt väkivaltaiseksi. Ennakointia on hyvä toteuttaa joka päivä, aina työvuoron alussa. Työntekijän tulisi kartoittaa mahdolliset riskitekijät ja pohtia näitä riskejä, joita päivän edetessä voi ilmaantua. Hoitaja voi tehdä havaintoja esim. potilashuoneissa tai yleisissä tiloissa olevista esineistä, joita mahdollisesti voisi käyttää aseena tai jotka voisivat aiheuttaa vaaratilanteita. Tällaisia esineitä voivat olla esim. sakset tai neulat, tulentekovälineet tai haarukat ja ruokailuveitset. Nämä esineet tulisi pitää paikoissa, joihin ne kuuluvat ja jossa niistä ei ole haittaa tai riskejä. Säännöllisesti tehtävät tilojen tarkastukset lisäävät turvallisuutta osastoilla ja työpaikoilla. (Lehestö 2004, 98 - 99.)

4.2 Turvallisuuden huomiointi hoitotyössä

Terveysalan työyksiköt eroavat paljon toisistaan, ja joissain yksiköissä on mahdollista saavuttaa lähes väkivallaton ilmapiiri, kun taas toisilla yksiköillä väkivallan tuomia ongelmia esiintyy huomattavasti enemmän. Hankalassa tilanteessa yksittäisen hoitajan on vaikea selviytyä ehjänä henkisesti sekä fyysisesti, jos työyksikössä vallitsee kireä ja uhkaava ilmapiiri. Toisinaan voi jopa olla helpompaa olla puuttumatta asioihin ja siten siirtää ne muiden ongelmiksi. Väkivaltatilanteen eskaloituessa aina vain pahemmaksi työvuoroaan aloittelevat hoitajat joutuvat pulaan, mikäli tilanteeseen ei ole aiemmin puututtu kunnolla. Väkivaltatilanteiden syntyä on mahdollista vähentää hyvin organisoidulla ja välittömällä puuttumisella, ennen kuin tilanne muuttuu kaottisemmaksi. (Lehestö 2004, 100–101.)

Hoitohenkilökunnan sekä potilaiden tulisi saada toimia turvallisessa ympäristössä. Hoitajan tulee olla asennoitunut oikein mahdollisten vaaratilanteiden varalle ja olla valmis mihin tahansa. Potilas voi esim. kantaa asetta mukanaan, ja vaikka hyvin tämän perustelisikin, on silti muistettava, ettei mihinkään terveydenhuollon yksikköön tulla aseensa kanssa hakemaan tai saamaan hoitoa. Tällaisten tilanteiden varalle työyksikkö voi varautua hyödyntämällä oikeanlaista tekniikkaa, esim. metallinpaljastinta, jonka avulla mahdollinen aseistautunut henkilö voidaan havaita. Toisaalta, jos tiedossa on, että jonkin työyksikön käytössä on metallinpaljastin, minkälainen mielikuva tästä syntyy? Herää lisäkysymyksiä, ja asiaa tulisi pohtia monelta kannalta ennen varsinaista päätöksentekoa. (Lehestö 2004, 105.)

Turvallisuutta huomioitaessa tärkeimmässä asemassa ovat itse työntekijät. Henkilökuntaa valittaessa tulisi kiinnittää huomioita henkilön soveltuvuuteen työskennellä yksiköissä, joissa vaaditaan erityisen tarkkaa kykyä arvioida vaaratilanteita, sekä siihen, kykeneekö henkilö myös toimimaan näissä tilanteissa. (Lehestö 2004, 102–103.)

4.3 Vuorovaikutuksen merkitys väkivaltatilanteissa

Vuorovaikutuksen haasteellisuus ja merkitys korostuvat väkivaltatilanteissa, ja usein myös puutteellinen vuorovaikutussuhde osaltaan edesauttaa väkivaltatilanteiden syntyä. Tärkeitä vuorovaikutukseen vaikuttavia osatekijöitä terveydenhuollossa voidaan

selkeästi erottaa neljä, jotka ovat potilas itse, henkilökunta, ympäristötekijät sekä vuorovaikutus potilaiden ja henkilökunnan välillä. Kiireinen ilmapiiri työpaikalla vaikuttaa potilaiden ja henkilökunnan väliseen vuorovaikutukseen. Kiireen alaisena käyttäytyminen voi olla provosoivaa, ja henkilökunta tulee myös herkemmin antaneeksi katteettomia lupauksia, aivan kuin kiire oikeuttaisi henkilökunnan toimimaan potilasta huomioimatta. (Holmberg, 2008, 272 - 273.) Usein myös hoitajan omat asenteet esim. päihdeongelmaista kohtaan voivat olla töykeitä tai vähätteleviä.

Keskeisin rooli vuorovaikutustilanteessa on viestinnällä. Terveystilanteissa ollaan usein tilanteissa, joissa potilas vastaanottaa hyvinkin erilaista tietoa. Toisinaan tieto voi olla erittäin ikävää ja herättää potilaassa jopa aggressiivisuutta. (Holmberg 2008, 274.) Tärkeäksi korostuu se tapa, miten asiat potilaalle kerrotaan. Tärkeää on myös muistaa *henkilökohtaisen reviirin* rajat. Henkilökohtainen reviiri on jaettavissa kolmeen alueeseen. *Intiimietäisyys* on 30 - 50 senttimetriä, joka luontevimmin on tarkoitettu perheenjäsenille. *Persoonallinen etäisyys* on 0,5 - 1,5 metriä ja useimmiten tarkoitettu ystäville. Kolmantena on *sosiaalinen etäisyys*, 1,5 - 4 metriä, ja tämä useimmiten on se etäisyys, jonka ihminen haluaa pitää liikkuaan kodin ulkopuolella. (Holmberg 2008, 273.)

Viestintä jakautuu verbaaliseen ja nonverbaaliseen viestintään. Vuorovaikutustilanteissa tärkeämpi rooli on nonverbaalisella viestinnällä, sillä siinä korostuvat eleet, ilmeet, asennot sekä äänenpainot ja äänensävyt. Usein nonverbaalisella viestinnällä onkin ratkaiseva merkitys väkivaltatilanteessa erityisesti, kun kyseessä on kiihtynyt potilas. Sanoilla on enää vähäinen merkitys tässä vaiheessa. (Holmberg 2008, 274.) Verbaalisessa viestinnässä potilaan kanssa hoitajan tulee huomioida potilaan reaktioita keskustelun edetessä. Sairaanhoidajan puheen tulisi olla selkeää ja lyhyttä, sillä kiihtynyt tai häiriintynyt ihminen omaksuu tietoa vaikeammin. Hoitajan tulisi myös välttää liian ammattisanaston käyttöä vuorovaikutustilanteessa. (Holmberg 2008, 275.)

Nonverbaalista viestintää vuorovaikutustilanteessa käytettäessä tärkeitä tekijöitä osapuolien välillä ovat eleet, ilmeet, äänensävyt sekä äänenpainot. Nonverbaaliset reaktiot voivat usein olla tiedostamattomia, ja niihin tulisi kiinnittää huomiota omassa sekä toisen osapuolen käytöksessä. Katsekontakti potilaaseen tulee myös säilyttää, ja sen tulisi olla mahdollisimman luontevan oloista. (Holmberg 2008, 276.)

4.4 Väkivaltatilanteissa toimiminen

Väkivaltatilanteessa vuorovaikutuksen keinot muuttuvat rajallisiksi. Kärjistyneessä tilanteessa sairaanhoitajan tulee ennen kaikkea keskittyä potilaan rauhoittamiseen. Uhkaavaa tilannetta saattavat rauhoittaa selkeät sanat, rauhalliset äänensävyt sekä myötäilevät käsien liikkeet. Tilanteesta hankalan tekevät myös sairaanhoitajan omat reaktiot, jotka voivat ilmetä kiihtyneenä sydämen sykkeenä, hikoiluna sekä epävarmana puheena. Pahimmassa tapauksessa tilanne lamaa täysin sairaanhoitajan, jolloin haastavat vuorovaikutustilanteet eivät hoitajan toimintakyvyn laskiessa enää onnistu. (Holmberg 2008, 279.)

Aggressiivisesti käyttäytyvälle henkilölle voi olla hyväksi todeta ja myöntää hänen olevan vihainen. Toisinaan tämän toteaminen voi saada henkilön pysähtymään ja tajuamaan, mitä on meneillään ja kuinka on käyttäytynyt. Henkilö saattaa kyetä hillitsemään siten itsensä. Tilanteen rauhoittamiseksi potilaan olisi hyvä päästä istumaan. Paras tuoli on pehmeä ja sellainen, josta on hankala päästä nopeasti ylös tai lyömään. Hoitajalla taas tulisi olla tuoli, josta pääsee tarvittaessa nopeasti ylös ja karkuun. Vihainen ihminen voi kokea kosketuksen uhkaavana tai loukkaavana ja säälinä. Työntekijän oman turvallisuudenkin takia on hyvä pitää aggressiiviseen henkilöön välimatkaa. Nopeat liikkeet voivat myös antaa aggressiiviselle henkilölle aiheen hyökätä työntekijää kohtaan. Selän kääntäminen potilaalle ei myöskään ole hyvä; tämä voi luoda potilaalle mahdollisuuden hyökkäykseen (Weizmann-Henelius 1997, 131 - 132).

Mikäli tilanne kuitenkin muuttuu uhkaavammaksi ja väkivaltaisempaan suuntaan, on hoitajan pyydettävä ulkopuolista apua tilanteeseen. Ulkopuolista apua tilanteeseen voi tuoda esim. poliisi. Väkivaltaista potilasta fyysisesti rajoitettaessa on toiminnan oltava määrätietoista. Puheella on yhä tärkeä merkitys tässä tilanteessa. Puheen ei tule olla ala-arvoista potilasta kohtaan, vaan potilaalle tehdään selväksi, mitä ollaan tekemässä. Jos esim. potilas ollaan aikeissa eristää, tämä kerrotaan hänelle selkeästi. Selkeällä puheella on tarkoitus. (Weizmann-Henelius 1997, 129 - 131, 133.)

4.5 Kouluttautuminen väkivaltatilanteiden varalta

MAPA:n kaksipäiväinen peruskoulutus rakentuu teoriaosuudesta sekä käytännön harjoituksista. Koulutus on kestoltaan 8 - 16 tuntia, ja tästä vähintään 4 tuntia on oltava teoriaa. Irtaantumiseen ja fyysiseen väliintuloon liittyviä harjoituksia on oltava 4 - 12 tuntia. Teoriaosuudessa käydään läpi aggressiivista käyttäytymistä sekä väkivallan määritteitä. Tärkeitä asioita ovat myös lakiin ja hoitajan ammattietiikkaan liittyvät kysymykset ja asiat. MAPA-menetelmässä korostuvaa ennakoivaa otetta käsitellään de-eskalaation käsitteenä sekä mallina. Teoriaosuudessa käydään myös läpi fyysiseen väliintuloon sekä kiinnipitoon liittyviä riskitekijöitä. (MAPA Finland 2007.)

Käytännön harjoitukset keskittyvät fyysiseen väliintuloon ja kiinnipitämiseen sekä myös irtautumisharjoituksiin. Kohderyhmän tarpeet huomioidaan koulutuksessa, mutta edellä mainitut harjoitukset tulee käydä läpi. Harjoitteiden sisällön tulee noudattaa MAPA-menetelmän päälinjoja, ja mikäli sisältöön lisätään esim. joitain muiden erityisalojen tai itsepuolustusjärjestelmien keinoja, ei MAPA-nimikettä saa enää käyttää koulutuksen yhteydessä. (MAPA Finland 2007.)

Käytännön harjoitteet voivat pitää sisällään esim. istuvan/seisovan henkilön lähestymistä, kävelevän henkilön saattamista, henkilön viemistä sekä hoitamista päin- tai selinmakuulle sekä henkilön avustamista jalkeille päin- tai selinmakuulta. Harjoitteissa käydään lisäksi läpi henkilön kääntäminen päinmakuulta selinmakuulle sekä käänteisessä järjestyksessä. Tärkeää on myös harjoitella, kuinka kiinnipitäjää voidaan vaihtaa eri asennoissa. Niiden mahdollisten tilanteiden varalle, jolloin hoitaja on yksin väkivaltaisen päällekkarkkaamisen kohteena, harjoitellaan irtaantumisia. Nämä harjoitteet pitävät sisällään irtaantumisia käsiotteista, kuristusotteista, tukistusotteista, vaateotteista sekä päällekkarkkaan irrottamista toisesta henkilöstä. (MAPA Finland 2007.)

5 MAPA-TOIMINTAMALLI

MAPA tulee sanoista Management of actual or potential aggression, joka suomennettuna vastaa väkivaltatilanteiden ennaltaehkäisyä ja turvallista hoitoa. MAPA-menetelmän juuret ovat Englannissa, Keelen ja Wolverhamptonin yliopistoissa, joissa se on kehitetty yhteistyössä Cheddertonin St Edwardsin sairaalan sekä Birminghamin Reasiden oikeuspsykiatrian klinikan kanssa. (MAPA Finland 2007.)

Menetelmänä MAPA pyrkii ennakoimaan väkivaltilanteita sosiaali- ja terveysaloilla ja estämään niiden syntymistä. Mikäli tilanne kuitenkin kehittyy väkivaltaisempaan suuntaan, johtaa tämä potilaan fyysiseen kiinnipitämiseen, jossa lähtökohtana ovat potilaan luonnollisten liikeratojen hallittu sekä kivuton rajaaminen ja hoidollinen vuorovaikutus. (MAPA Finland 2007.)

MAPA-menetelmässä tärkeitä ovat työntekijän vuorovaikutustaidot. On tärkeää, että työntekijä kykenee tunnistamaan mahdollisen väkivaltilanteen syntymekanismit ja puuttumaan näihin ajoissa. Potilaille tulee antaa mahdollisuus tulla kuulluksi ja potilaan itsemääräämisoikeus huomioiden antaa hänen vaikuttaa tilanteen kulkuun. Mikäli fyysiseen kiinnipitoon päädytään, tulee sen tapahtua hoidollisella, hallitulla ja kommunikoivalla väliintulolla. (MAPA Finland 2007.)

Suomessa ensimmäisiä MAPA-menetelmän käyttäjiä oli Kellokosken sairaala, jossa henkilökunnan kouluttaminen aloitettiin 1999. Tuolloin ei puhuttu MAPA:sta vaan VETH:sta, Väkivallan ehkäisy ja turvallinen hoito -toimintamallista. Kouluttajat olivat saaneet oppinsa Englannissa vuosina 1999 ja 2000. Muutamassa vuodessa toimintamallin ja koulutuksen rantauduttua Kellokosken sairaalaan koko henkilökunta oli koulutettu toimimaan turvallisesti väkivaltilanteissa. Vähitellen myös muut sairaalat alkoivat kiinnostua kyseisestä menetelmästä, ja vuodesta 2001 alkaen Kellokosken sairaalan kouluttajat alkoivat viedä VETH-menetelmän koulutusta Suomen muihin sairaaloihin sekä ammattikorkeakouluihin. (MAPA Finland 2007.)

6 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on tehdä MAPA-menetelmästä ja koulutuksesta esittelyvideo MAPA-kouluttajien käyttöön. Ensisijaisesti video toimii yleisenä esittelynä MAPA:sta, mutta sitä voidaan myös hyödyntää itse koulutuksessa havainnollistavana esimerkkinä eri tilanteista ja toimintamalleista. Videosta voi olla myös hyötyä asioita kerratessa. Monet MAPA-kurssin käyneet ovat kokeneet, että taidot ja opitut asiat unohtuvat ajan kuluessa, joten video voi olla myös hyvä palauttamaan ainakin osan jo opituista asioista takaisin mieleen.

7 VIDEO TUOTEKEHITYSPROSESSINA

Audiovisuaalisena kokonaisuutena video on tehokas opetusmenetelmä. Opetusvideoon on mahdollista sisällyttää koko opetettava materiaali tai vain osia siitä. (Aaltonen 2002, 16 - 18.)

Video-ohjeistuksen tavoitteet voivat olla tiedollisia, jolloin on mahdollista vaikuttaa ihmisen asenteisiin sekä käyttäytymiseen. Opetusvideolla voi olla myös muita tavoitteita. Selkein tavoite ja tapa on varmasti tietojen välittäminen. Asennemuutosten aikaan saaminen on huomattavasti haastavampaa. Kaikkein haastavinta kuitenkin näistä on ihmisten käyttäytymiseen vaikuttaminen. Video-ohjeistukseen on syytä tehdä selkeä rajaus, ja sillä on oltava selkeät tavoitteet. Videosta voi kokonaisuutena tulla liian hajanainen, mikäli tavoitteita on liikaa ja aiheiden rajaus ei toimi. Hajanainen ja vaikeasti ymmärrettävä video ei palvele ketään. Kokonaisuuden kannalta parhaaseen lopputulokseen päästään varmimmin, mikäli videon kohderyhmä on rajattu ja määritelty hyvin. Kohderyhmän määrittely on hyvä tehdä heti videoprosessin alussa. (Aaltonen 2002, 17 - 18.)

7.1 Kehitystarpeen tunnistaminen

Opinnäytetyöni sai alkunsa toukokuussa 2011 keskustellessani MAPA-kouluttajina toimivien työtoverieni kanssa. Alkuperäinen ajatus MAPA:an liittyen oli tehdä tutkimus MAPA-koulutuksen saaneista ja keskittyä esim. heidän osaamiseensa koulutuksen jälkeen. Tämänkaltaisesta ajatuksesta olin puhunut myös kouluttajien kanssa. Kuitenkin, muutoksen ollessa pysyvä asia elämässä, opinnäytetyöni teki suunnanmuutoksen. Aloimme puhua, kuinka MAPA voisi saada lisää näkyvyyttä ja kuinka ehkä koulutustakin voisi kehittää. Kouluttajilta tuli ehdotus videosta. Aloimme pohtia sen toteutuskelpoisuutta ja mahdollisuuksia. Päädyimme yhteisymmärrykseen eräänlaisesta esittelyvideon tekemisestä. Vastaavaa ei ole aiemmin Suomessa tehty.

Sosiaali- ja terveysalan palveluiden kehittämiseen on olemassa erilaisia menetelmiä, kuten arviointitiedon keräämistä palveluista. Tämä yleensä tarkoittaa arviointitiedon keräämistä potilas- tai asiakaskyselyn muodossa. Tuotteistaminen alkaa usein ongel-

mien tai kehittämistarpeiden tunnistamisella, jolloin tavoitteena useimmiten on senhetkisen palvelumuodon parantaminen tai tuotteen kehittäminen. (Jämsä ym. 2000, 29.)

Opinnäytetyössäni arviointitiedon keräämistä ei ole toteutettu, vaan ajatustuotteistamiseen eli MAPA-videon tekemiseen tuli suoraan kouluttajilta. Kouluttajat kokivat, että videosta voisi olla apua ja hyötyä mm. luennoilla MAPA:sta, kun sitä menetelmänä esitellään yleisölle. Videota voisi myös hyödyntää MAPA-kursseilla havainnollistavana lähteenä sekä myös kertausmielessä palauttamaan jo opittuja asioita.

7.2 Ideavaihe

Kun kehitystarve on selvillä, alkaa ideavaihe, jossa aletaan kartoittaa läpi eri vaihtoehtoja ratkaisukeinoiksi. Ideointivaihe voi olla myös melko lyhyt, mikäli on tarkoitus uudistaa jo olemassa olevaa tuotetta vastaamaan paremmin käyttötarkoitustaan. (Jämsä & Manninen 2000, 35.)

Kun opinnäytetyöni aihe oli selvillä, otin yhteyttä ohjaavaan opettajaani ja kävimme keskustelua opinnäytetyöstäni. Käsitelimme aihetta ja pohdimme ideapaperia, josta tuli ilmi työni alustava nimi ja valmiin tuotteen eli videon pääpiirteiset tavoitteet. Pohdimme myös, kuinka alkaa rakentaa alustavasti opinnäytetyöni kirjallisen raporttiosuuden sisällysluettelo, mitä kaikkea siihen olisi hyvä sisällyttää. Vähitellen sisältö alkoi selkiintyä ja hahmottua toimivaksi, ja saatoinkin aloittaa lähdemateriaalin keräämisen työhöni liittyen. Videon tiimoilta olin suoraan yhteydessä MAPA-kouluttajiin, joiden kanssa tulisin tekemään tiivistä yhteistyötä. Pidimme muutamia istuntoja kesän aikana, joissa suunnittelimme, kuinka video olisi hyvä rakentaa, missä ja milloin materiaalia voisi alkaa kuvata. Kouluttajien kanssa kävimme läpi mahdollisia kuvauspaikkoja, ja lopulta selkeimmäksi vaihtoehdoksi ajankohdan ja paikan suhteen muodostui syyskuussa 2011 pidettävä MAPA-peruskurssi, joka tapahtuisi Savonlinnan keskussairaalan koulutussalissa. Tulisin kuvaamaan mahdollisimman paljon materiaalia kurssin aikana, ja samalla saisin myös itse tuntumaa ja oppia MAPA:an.

7.3 Luonnostelu

Ideavaiheen jälkeen on luonnosteluvaiheen aika. Tässä vaiheessa on jo selvillä, min-kälaisesta tuotteesta on kyse ja kuinka se tullaan toteuttamaan. Luonnosteluvaiheessa on tärkeää analysoida eri näkökulmia, jotka kokonaisuutena vaikuttavat suunnitella olevan tuotteen valmistamiseen. Tällaisia näkökulmia ovat esim. *asiakasprofiili*, *tuotteen asiiasältö* sekä *toimintaympäristö*. Asiantuntemus sekä osaaminen tuotetta suunniteltaessa ovat tärkeä tekijöitä kokonaisuuden kannalta. Perehtyminen aiheeseen liittyvään kirjallisuuteen auttaa myös laadukkaan lopputuloksen saavuttamisessa. (Jämsä & Manninen 2000, 43, 50.)

Luonnosteluvaiheen alussa keskityin vielä melko vähän teoreettisen viitekehyksen sisältöön. Suunnittelin enemmän itse videon tekemistä ja kävin läpi eri toteutusvaihtoehtoja. Olin hyvissä ajoin liikkeellä, sillä itse kuvausajankohta oli vielä n. kuukauden päässä. Minulla on aiempaa osaamista ja työkokemusta media-alalta, kuvaus- sekä äänitystehtävistä. Olen aiemmin ollut mukana muutaman ison dokumentin teossa sekä lisäksi toteuttamassa pienempiä projekteja. Alaa en ole opiskellut, vaan osaamiseni pohjautuu työkokemukseeni. Minun oli suhteellisen luontevaa aloittaa kuvakäsikirjoituksen suunnittelua. Yhdessä MAPA-kouluttajien kanssa kävimme läpi ajatuksia ja vertailimme erinäisiä vaihtoehtoja, jotka voisivat toimia videolla. MAPA-kouluttajien asiantuntemus muodostui myös luonnosteluvaiheessa erittäin tärkeäksi tekijäksi. Yhteistyömme MAPA-kouluttajien kanssa toimi saumattomasti, ja nopealla aikataululla saavutimme yhteisymmärryksen, millainen toimivan videon tulisi olla.

7.4 Opinnäytetyön lupaprosessi

Opinnäytetyöprosessi opetti paljon tiedonhankintaan liittyvistä menetelmistä, sekä myös ajankäytön hallintaa ja organisointikykyä. Lupaprosessi opetti myös kuinka tärkeää on ajoissa hoitaa kaikki kuntoon lupiin liittyvät seikat kuntoon, etteivät asiat jäisi aivan viime hetkeen. Hain hieman myöhäisessä vaiheessa lupaa opinnäytetyöni tekemiseen, ja lupaprosessin aikana selvisi myös että tarvitsen myös jokaiselta videossa olleelta kirjallisen suostumuksen suullisen lisäksi. Suullinen lupa minulla jo oli ennen videoinnin aloittamista MAPA:n peruskurssin yhteydessä, ja jälkeenpäin sitten hankin jokaisen allekirjoituksen erikseen. Tämä tapahtui vasta kevään 2012 aikana. Loppujen lopuksi asiat järjestyivät, ja sain työlleni luvan. Kiire tuli kuitenkin, ja allekirjoitusten

hankkimisessa oli oma työnsä, sillä kurssilaiset työskentelevät eri osastoilla. Suostumuslomakkeen allekirjoituksineen toimitin sitten jälkeinpäin hallintoylihoitajalle.

7.5 Kehittely

Luonnosteluvaiheessa valikoituneiden ratkaisuvaihtoehtojen sekä periaatteiden perusteella jatketaan tuotteen työstämistä kehittelyvaiheessa. Usein niin sanottujen työpiirustusten tekeminen on tuotteen valmistamisessa ensimmäinen vaihe. Sosiaali- ja terveysalan tuotteet tehdään hyvin usein informaation välittämiseen asiakkaille, organisaation henkilöstölle tai eri yhteistyötahoille. Keskeisin sisältö muodostuu faktoista, ja sisällön tulisi olla mahdollisimman ymmärrettävää sekä selkeää. (Jämsä & Manninen 2000, 54 - 55.)

Emme tehneet kouluttajien kanssa tarkkaa kuvakäsikirjoitusta, koska ymmärsimme, ettei kuvakäsikirjoitus toimisi kuvattaessa peruskurssia. Suunnittelimme kylläkin pääpiirteittäin, mitä videolla olisi hyvä olla, sekä pohdimme alustavasti kuvakulmia. Joi-tain näistä suunnitelmista ja visioista luonnostelimme paperille, jotta asia konkretisoitui jokaiselle meistä. Kouluttajien ajatukset ja mielipiteet olivat tärkeässä roolissa ai-vorihtä pidettäessä.

Työn makuun pääsin kunnolla peruskurssin alkaessa. Heti käytännön harjoitteiden alussa otin kameran esiin ja aloin kuvata. Annoin kameran käydä ja liukuin paljon, vaihdoin kuvakulmia ja hain oikeanlaista valaistusta. Kokemuksesta tiesin, että materiaalia, tässä tapauksessa videokuvaa, tarvitaan useita tunteja, vaikka valmis tuote tulee olemaan kestoltaan maksimissaan kymmenen minuuttia. Tarvitaan paljon raaka-materiaalia, että videosta saadaan leikattua toimiva kokonaisuus. Löytäessäni hyvän kuvakulman jätin kameran paikoilleen ja pääsin myös itse harjoittelemaan liikkeitä. Toisinaan myös jompikumpi kouluttajista asettui ystävällisesti kameran taakse kuvaamaan. Osa kurssilaisista vierasti kameraa alkuun, mutta pian unohtivat koko kuvaamisprosessin olemassaolon ja tekivät käytännön harjoituksia hyvin luontevasti. Kuvasin videomateriaalia myös kurssin teoriaosuuksista, jotka sisälsivät mm. lakiin liittyviä tietoja sekä de-eskalaatiomallia.

7.6 Viimeistely

Tuotteen lopulta valmistuessa, on aika viimeistellä se. Tässä vaiheessa tuotetta on jo testattu ja siitä saadun palautteen perusteella voidaan valmis tuote hioa kuntoon kaikkia yksityiskohtia myöten. (Jämsä & Manninen 2000, 81.)

Video valmistui juuri ennen esitysseminaariani kesäkuussa 2012. Ainoastaan loppukäsitteet puuttuivat videosta, ja harkintaan jäi myös pienimuotoisen ”spiikin”, eli kertojan ääniraidan lisääminen joihinkin kohtiin, missä se voisi vielä paremmin avata sen hetkistä tilannetta ja kohtausta.

8 POHDINTA

Väkivaltatilanteita on aina ollut hoitotyössä, ja niitä tulee olemaan tulevaisuudessakin. Kehitys on ollut huonompaan suuntaan siinä mielessä, että riski joutua väkivaltaisen potilaan kanssa tekemisiin on kasvanut vuosikymmenten saatossa. Sairaanhoidon historiasta löytyy mainintoja väkivaltaisesti käyttäytyvistä potilaista, mutta niissä on enimmäkseen ollut kysymys sokkitilassa olleen potilaan hoidosta. Mainintoja on myös neurologisten potilaiden aiheuttamista uhkatilanteista. Aiemmin tällaiset tilanteet on mielletty kuuluvaksi hoitotyöhön, ja hoitotyöntekijöiden keskuudessa oli kauan valloilla ajatusmaailma, että väkivaltainen käyttäytyminen pitää vain hyväksyä, eikä siihen aiemmin erityisemmin puututtu.

Tänä päivänä päihteiden käyttö ja erilaiset mielenterveyden ongelmat heijastuvat hoitotyön arkeen, ja useat vaara- sekä uhkatilanteet ovatkin suoraa seurausta päihteiden käytöstä. Tilastot näyttävät samaa karua todellisuutta eri puolilla Eurooppaa sekä myös muualla maailmassa. Nytemmin hoitotyöntekijät ovat alkaneet puuttua tähän asiaan, joka viime vuosina onkin ollut paljon otsikoissa. Erilaisia menetelmiä on kehitelty, ja virheitäkin matkan varrella on sattunut. Virheistä on opittu muokkaamaan entistä parempia ja inhimillisempiä menetelmiä väkivaltaisen potilaan kohtaamiseen ja hoitamiseen.

Pohdittaessa opinnäytetyön luotettavuutta ja eettisyyttä on arvioitava MAPA-menetelmää ja sen toimivuutta. MAPA on muokkautunut nykyiseen muotoonsa useiden vaiheiden kautta, ja se on yksi toimivimpia malleja väkivaltatilanteiden ennakointiin sekä väkivaltaisen potilaan hoidolliseen kohtaamiseen. MAPA:ssa ei ole tarkoitus tuottaa potilaalle kipua missään vaiheessa, ja kun fyysiseen kiinnipitoon sitten lopulta päädytään, toimitaan tilanteessa potilaan luonnollisia liikeratoja myötäillen. Englannissa mallia on käytetty jo liki kaksikymmentä vuotta ja todettu se toimivaksi. Suomessa MAPA on ollut reilun kymmenen vuotta käytössä, ja tulokset sekä kokemukset MAPA:n käytöstä ovat olleet positiivisia. MAPA:n on jopa toisinaan huomattu vähentävän tarvetta eristyshoitoon. Englannissa psykiatrian osastoilla ei esimerkiksi käytetä eristyshoitoa vaan toimitaan MAPA:n turvin. Ehkä jonain päivänä Suomessa päästään samaan.

Opinnäytetyöprosessi opetti paljon tiedonhankintaan liittyvistä menetelmistä, sekä myös ajankäytön hallintaa ja organisointikykyä. Lupaprosessi opetti myös kuinka tärkeää on ajoissa hoitaa kaikki kuntoon, etteivät asiat jäisi sitten aivan viime hetkeen. Hain hieman myöhäisessä vaiheessa lupaa opinnäytetyöni tekemiseen, ja lupaprosessin aikana selvisi myös että tarvitsen myös jokaiselta videossa olleelta kirjallisen suostumuksen suullisen lisäksi. Suullinen lupa minulla jo oli ennen videoinnin aloittamista MAPA:n peruskurssin yhteydessä, ja jälkeenpäin sitten hankin jokaisen allekirjoituksen erikseen. Tämä tapahtui vasta kevään 2012 aikana. Loppujen lopuksi asiat järjestyivät, ja sain työlleni luvan.

Opinnäytetyöni tarkoitus oli tehdä esittelyvideo MAPA:sta kouluttajien käyttöön. Multimedia ja video ovat tehokkaita työvälineitä oppimiseen ja asioiden hahmottamiseen. Aihe tuli suoraan MAPA-kouluttajilta, jotka kertoivat jo aiemmin miettineensä videon toteuttamista. Nyt siihen tarjoutui oiva tilaisuus, ja pääsin hyödyntämään aikaisempaa työkokemustani sekä osaamista videon teossa. Kaikki lähti alulle oikeastaan vuosi sitten, toukokuussa 2011, jolloin aloimme suunnitella videon tekoa. Heti aiheen saatuani esitin idean ohjaavalle opettajalleni, joka hyväksyi aiheen. Kesän alussa 2011 aloin jo kerätä lähdemateriaalia teoriaosuutta varten. Melko nopeasti huomasin, että juuri MAPA:a käsittelevää kirjallisuutta tai tutkimuksia oli tarjolla niukanlaisesti. Piti laajentaa hakua käsittelemään enemmän väkivaltatilanteita hoitotyössä, aggressiivisen potilaan kohtaamista ja väkivalta- sekä uhkatilanteita, mistä löytyi myös tutkimustietoa. Tämän katson lisäävän opinnäytetyöni luotettavuutta. Muutamia opinnäytetöitä

MAPA:an liittyen kuitenkin löysin, ja pian huomasin myös niiden lähteiden olevan melko rajalliset ja samalla tavoin teoriaosuuden käsittelevän laajemmin väkivaltatilanteita.

Kesällä 2011 täydensin teoriatietoa. Opinnäytetyöni sai varsinaisen aloituksen syyskuussa 2011, kun osallistuin MAPA:n peruskurssille sairaanhoitopiirissämme. Kuvasin videomateriaalia tuon kurssin aikana sekä lokakuussa 2011 olleella MAPA:n kertauskurssilla. Materiaalia kertyi yhteensä noin kuusi tuntia, josta oli tarkoitus leikata maksimissaan kymmenen minuutin mittainen video. Toimivan videon kannalta kesto on tärkeä, että videon tarina kulkee luontevasti ja katsojan mielenkiinto säilyy alusta loppuun saakka. Videon editoimiseen pyysin apua ammattilaiselta. Osan leikkaustyöstä suoritin kotoa käsin, tein niin sanottua raakaleikkausta. Lopulliseen muotoonsa video hioutui vähitellen kuluneen talven 2012 aikana. Valmis tuote on kestoltaan kymmenen minuuttia, ja koostuu introsta sekä perus- ja kertauskurseilla kuvatusta materiaalista, josta tulee esille muutamia keskeisiä MAPA:n liikkeitä ja hoidollista potilaan hallintaa. Videolla käsitellään istuvan henkilön kiinnipitoa, kävelevän henkilön saatamista, henkilön viemistä päinmakuulle ja selinmakuulle sekä henkilön hoitamista näissä asennoissa. Videolla on myös käyty läpi eri otteista irtaantumisia. Uskon videosta olevan hyötyä MAPA:a esiteltäessä ja myös koulutuksessa sekä jo opittujen asioiden kertaamisessa. Video tulee jäämään Itä-Savon sairaanhoitopiirin MAPA-kouluttajien käyttöön, ja videolla oleva materiaali säilyy ajantasaisena kahdesta kolmeen vuotta, sillä liikkeet ja tekniikat muuttuvat.

LÄHTEET

Aaltonen, J. 2002. Käsikirjoittajan työkalut – Audiovisuaalisen käsikirjoituksen tekijän opas. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Annagür, Bilge 2010. Violence towards health care staff: Risk factors, after effects, evaluation and prevention. Current approaches in psychiatry. WWW-dokumentti. www.cappsy.org/archives/vol2/no2/a_cap_02_09.html. Julkaistu 1.2.2010. Luettu 1.6.2012.

Antiochou, Yiannis 2007. Violence and aggression towards health care professionals. Health science journal 2/2007, pages 1-6. WWW-dokumentti. www.hsj.gr/volume1/issue2/issue02_rev03.pdf. Julkaistu 18.6.2007. Luettu 1.6.2012.

Deák, Gabriella 2011. Hospital security-preventing and managing workplace violence in health care sector. Academic and applied research in military science. WWW-dokumentti. www.zmne.hu/aarms/docs/Volume10/Issue1/pdf/13.pdf. Julkaistu 15.6.2011. Luettu 1.6.2012.

European agency for safety and health at work, 2003. Facts – 43: Including gender issues in risk assessment. WWW-dokumentti. os-ha.europa.eu/en/publications/factsheets/43. Julkaistu 10.9.2003. Luettu 2.6.2012.

Franz, Simone, Zeh, Annett, Schablon, Anja, Kuhnert, Saskia & Nienhaus, Albert 2010. Aggression and violence against health care workers in Germany - a cross sectional retrospective survey. BMC Health services research. WWW-dokumentti. www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6963-10-51.pdf. Julkaistu 11.3.2010. Luettu 1.6.2012.

Gascón, Santiago, Martínez-Jarreta, Begoña, González-Andrade, Fabricio, Santed, Ángel, Casalod, Yolanda & Rueda, Ángeles 2008. Aggression towards health care workers in Spain: A multi-facility study to evaluate the distribution of a growing violence among professionals, health facilities and departments. WWW-dokumentti. www.medisinatrabajo.es/wp-content/uploads/2009/05/ijoeh_jan09_.pdf. Julkaistu 2.12.2008. Luettu 1.6.2012.

Hahn, Sabine, Hantikainen, Virpi, Needham, Ian, Kok, Gerjo, Dassen Theo & Halfens, J.G. 2012. Patient and visitor violence in the general hospital, occurrence, staff interventions and consequences: A cross-sectional survey. Journal of Advanced Nursing 3/2012, abstract. WWW-dokumentti. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22381080. Julkaistu 1.3.2012. Luettu 1.6.2012.

Helovuuo, Arto, Kinnunen, Marina, Peltomaa, Karolina & Pennanen, Pirjo 2011. Potilasturvallisuus. Helsinki: Edita Prima Oy.

Holmberg, Jan 2008. Tämä potilas kuuluu meille. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto.

Juuti, Mikko & Smedberg, Jari 2012. Haastattelu 1.2.2012. MAPA-kouluttajat. Itä-Savon sairaanhoitopiiri.

Jämsä, Kaisa & Manninen, Elsa 2000. Osaamisen tuotteistaminen sosiaali- ja terveystalalla. Vantaa: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Keser Özcan, Neslihan & Bilgin, Hülya 2011. Violence towards healthcare workers in Turkey: A systematic review. Journal of medical science 6/2011, pages 1442-1455.

WWW-dokumentti. tipbilimleri.turkiyeklinikleri.com/abstract_61363.html#print.

Julkaistu 4.11.2011. Luettu 2.6.2012.

Kinnunen, Marina & Peltomaa, Karolina (toim.) 2009. Potilasturvallisuus ensin. Suomen sairaanhoitajaliitto ry.

Kiviniemi, Liisa, Läksy, Marja-Liisa, Matinlauri, Timo, ym. 2007. Minä mielenterveysohjentäjänä. Helsinki: Edita Prima Oy.

Lehestö, Mika, Koivunen Olli & Jaakkola, Heikki 2004. Hoitajan turva. Helsinki: Edita Oy.

MAPA-Finland ry. MAPA:n kotisivut. WWW-dokumentti. <http://mapafinland.fi/>. Luettu 1.5.2012.

Pitkänen, Anneli 2003. Potilaiden hoitajiin kohdistama väkivalta psykiatrisessa hoitotyössä. Tampereen yliopisto. Hoitotiede. Pro gradu -tutkielma.

Piyal, Birgül, Kaya, Murat & Çelen, Ümit 2006. Occupational correlates of fear of violence, harassment and threats among 112 emergency aid health workers (Ankara, Turkey). The anatolian journal of clinical investigation 1/2006, pages 1-6. WWW-dokumentti. www.ajcionline.org/index.php/ajci/rticle/viewFile/11/1.

Julkaistu 13.11.2006. Luettu 26.2012.

Sadock, Benjamin James, Sadock, Virginia Alcott & Ruiz, Pedro 2009. Comprehensive textbook of psychiatry. USA: Lippincott Williams & Wilkins.

Weizmann-Henelius, Ghitta, 1997. Väkivaltaisen ihmisen kohtaaminen. Tampere: Tammer-Paino Oy.

WorkSafe Victoria, 2009. Working across borders. A handbook for work places - Prevention and management of aggression in health services. WWW-dokumentti. www.commerce.wa.gov.au/worksafe/pdf/gudies/aggression_in_health_web.pdf. Julkaistu 3.12.2009.. Luettu 1.6.2012.

Yli-Villamo, Rami 2008. Potilasturvallisuus päivystyspoliklinikalla sairaanhoitajien kokemana. Tampereen yliopisto. Hoitotiede. Pro gradu -tutkielma.

Kirjallisuuskatsaus

Tutkimuksen tiedot	Tutkimuskohde	Otoskoko, menetelmä	Keskeiset tulokset
1.Pitkänen Anneli. 2003. Potilaiden hoitajiin kohdistama väkivalta psykiatrisessa hoitotyössä. Pro gradu – tutkielma.	Akuuttipsykiatrisessa avo- ja sairaalahoidossa työskentelevät hoitajat (n=17), jotka ovat työssään kokeneet väkivaltaa potilaan taholta. Tarkoituksena oli kartoittaa hoitajien kokemuksia väkivaltatilanteista ja niiden jälkikäsitteystä sekä ennaltaehkäisystä.	17 hoitajan teema-haastattelu. Teema-haastattelu analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä.	Väkivaltaista käyttäytyminen hoitajia kohtaan ilmenee useimmiten verbalisena väkivaltana, aseella uhkaamisena, fyysisenä väkivaltana tai paikkojen rikkomisena. Usein väkivaltatilanteen laukaiseva tekijä on potilaan itsemääräämisoikeuden rajoittaminen.

Tutkimuksen tiedot	Tutkimuskohde	Otoskoko, menetelmä	Keskeiset tulokset
2.Yli-Villamo Rami. 2008. Potilasturvallisuus päivystyspoliklinikalla sairaanhoitajien kokemana. Pro gradu-tutkielma.	Päivystyspoliklinikalla työskentelevien sairaanhoitajien (N=15) kokemuksia potilasturvallisuuden toteutumisesta. Tutkimuksen tarkoituksena oli myös kuvata päivystyspotilaisiin kohdis-	15 hoitajan teema-haastattelu. Tutkimusaineiston analysoinnissa käytettiin sisällönanalyysia.	Potilaisiin kohdistuneet vaaratapahtumat johtuivat hoitohenkilökunnan ja potilaiden aiheuttamista vaaratapahtumista, tapaturmista, riittämättömistä hoitohenkilökunta-

Kirjallisuuskatsaus

	tuneita vaaratapahtumia sekä niiden ennaltaehkäisyä.		resursseista sekä hoitoympäristön turvattomuudesta. Vaaratapahtumia voitaisiin ennaltaehkäistä koulutusta lisäämällä, systemaattisella perehdyttämällä, avoimella keskustelulla sekä siihen liittyvällä reflektiolla. Potilasturvallisuuden kannalta tärkeässä roolissa ovat koulutuksen taso, organisaation ja terveydenhuoltojärjestelmän toimintatavat, ja hallinnon rooli.
--	--	--	--

LIITE 1(3).

Kirjallisuuskatsaus