



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU
Yhdessä enemmän

Opas aggressiivisen potilaan kohtaamisesta päiväsairaalan henkilökunnalle

Halttunen, Saara
Kakkonen, Emma

2015 Laurea Otaniemi

Laurea-ammattikorkeakoulu
Laurea Otaniemi

Opas aggressiivisen potilaan kohtaamisesta päiväsairaalan henkilökunnalle

Halttunen, Saara ja Kakkonen, Emma
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Tammikuu, 2015

Halttunen, Saara ja Kakkonen, Emma

Opas aggressiivisen potilaan kohtaamisesta päiväsairaalan henkilökunnalle

Vuosi 2015 Sivumäärä 37

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa opas aggressiivisen potilaan kohtaamisesta. Opas on tarkoitettu Muuralan päiväsairaalaan käyttöön. Tämän toiminnallisen opinnäytetyön tavoitteena on kehittää hoitohenkilökunnan valmiuksia kohdata aggressiivinen potilas. Oppaan tarkoituksena on jakaa tietoa päiväsairaalan henkilökunnalle aggressiivisen potilaan kohtaamisesta. Tavoitteena on, että valmiudet kohdata aggressiivisesti käyttäytyviä potilaita ja uhkaavia tilanteita kohenisivat oppaan avulla.

Toive opinnäytetyöstä sekä kirjallisesta opasmateriaalista tuli Espoon avosairaanhoidon yksiköstä ja päiväsairaalan henkilökunnalta. Työterveyslaitoksen mukaan hoitotyö lukeutuu työväkivallan osalta riskialtteimpiin ammatteihin. Päiväsairaalassa fyysisesti uhkaavat tilanteet ovat olleet harvinaisia, mutta työntekijät kohtaavat toisinaan työssään aggressiivisesti käyttäytyviä potilaita.

Opinnäytetyön teoreettisessa viitekehyksessä ja oppaassa käsitellään aggressiivisuuden ilmenemistä ja aggressiivisuuden taustalla olevia tekijöitä. Lisäksi opinnäytetyössä ja oppaassa esitellään tutkittuja keinoja toimia uhkaavissa tilanteissa unohtamatta uhkaavien tilanteiden ennaltaehkäisyä ja jälkikäsittelyä.

Opinnäytetyön työstäminen aloitettiin keväällä 2014 tiedonhauilla ja teoreettisen viitekehysten kokoamisella. Opas laadittiin syksyn aikana teoreettisen viitekehysten pohjalta. Oppaasta pyydettiin kehitysehdotuksia yhteistyötaholta ja opasta muokattiin muutosehdotusten mukaiseksi. Valmis työ esiteltiin tammikuussa 2015. Jatkotyöaiheina on laajentaa opas avosairaanhoidon muiden yksiköiden käyttöön sekä vuodeosastojen tarpeita vastaavaksi.

Halttunen, Saara and Kakkonen, Emma

A guide on how to meet an aggressive patient for the employees in a day hospital

Year

2015

Pages

37

The purpose of this thesis was to produce a guide on how to meet an aggressive patient for Muurala day hospital staff. The guide is meant to be used as educational material for the staff. The aim of this thesis is to develop nursing staff's awareness of facing aggressive patients. The purpose of the guide is to provide information to nursing staff about facing aggressive patients. The priority is also improving the skills of nursing staff and authors of this thesis.

The request of the thesis and the written guidance material came from the day hospital's staff and from the unit of non-institutional health care. According to the Finnish Institute of Occupational Health nursing is counted as one of the most risky careers based on the registered casualties in Finland. In the day hospital the threatening situations have been rare, but sometimes the employees meet patients who behave aggressively.

In the theoretical framework of the thesis and the guide the expression of aggression and the underlying factors behind aggression are described. In addition the thesis and the guide introduce well-examined ways how to act in aggressive situations not forgetting the prevention and after-treatment.

This thesis process started in spring 2014 by information retrieval and by compiling the theoretical framework. The guide is made on the basis of the theoretical framework. Improvement proposals were asked from the co-operation units and the guide was modified according to them. The Completed thesis was presented in January 2015. A future challenge is to expand the guide for the other units of non-institutional health care and for the inpatient wards.

Keywords: Aggression, behavior, threatening situation, prevention, after-treatment

Sisällys

1	Johdanto	6
2	Teoriatausta aggressiivisen potilaan kohtaamisesta	7
2.1	Aggressiivisuus	7
2.2	Aggressiivisuuden riskiä lisäävät tekijät	8
2.2.1	Muistihäiriöiset	9
2.2.2	Päihteiden käyttäjät	12
2.2.3	Psykyeongelmaiset potilaat	14
2.3	Uhkaavien tilanteiden ennaltaehkäisy	14
2.4	Miten toimia uhkatilanteessa	15
2.5	Tilanteen jälkikäsitteily	17
3	Muralan päiväsairaala	18
4	Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet	18
5	Opinnäytetyön toteutus	18
5.1	Toiminnallinen opinnäytetyö	18
5.2	Oppaan suunnittelu, tuottaminen ja arviointi	19
6	Pohdintaa	20
6.1	Opinnäytetyön eettiset kysymykset	20
6.2	Opinnäytetyön luotettavuus	22
6.3	Jatkotutkimusehdotukset	23
	Lähteet	24
	Liitteet	26

1 Johdanto

Aggressiivisuudella tarkoitetaan usein käytöstä, jolla pyritään vahingoittamaan toista ihmistä fyysisesti. Aggressiivisuus voi kuitenkin ilmetä myös toista ihmistä uhkaavina tai loukkaavina sanoina sekä tunteina (Weizmann-Henelius 1997, 11). Fyysisen väkivallan ilmenemismuotoja ovat muun muassa töniminen, kiinni pitäminen, lyöminen, potkiminen, pureminen, sylkeminen, raapiminen sekä ampuma- tai teräseen käyttö. Henkisiä väkivallan ilmenemismuotoja ovat puolestaan terveyteen ja henkeen kohdistuva uhkailu, seksuaalinen lähentely ja ahdistelu, läheisten uhkailu, julkinen nöyryyttäminen, nolaaminen, oikeustoimilla tai julkisuudella uhkailu (Soisalo 2011, 25).

Työterveyslaitoksen (2014) mukaan hoitotyö lukeutuu työväkivallan osalta riskialttiimpiin ammatteihin Suomessa rekisteröityjen tapaturmien perusteella. Muita riskialttiita ammatteja ovat muun muassa vartiointi- ja suojeluala, sosiaali- ja liikenneala sekä lasten päivähoitotyö.

Espoossa sijaitseva Muuralan päiväsairaala tarjoaa päivä kuntoutusta geriatrisille, neurologisille ja muistihäiriöisille kuntoutujille. Päiväsairaalaan on 12 paikkaa ja kuntoutujat tulevat päiväsairaalaan 1-2 kertaa viikossa riippuen ryhmästä. Potilaat tulevat päiväsairaalaan aamuisin ja lähtevät iltapäivällä kotiinsa kuntoutuspäivän päätteeksi. Päiväsairaalaan tullaan lääkärin läheteellä. Kuntoutusjakson pituus suunnitellaan yksilöllisesti kuntoutumissuunnitelman mukaisesti. Kuntoutusjakso toteutetaan moniammatillisen tiimin avulla. Kuntoutusjaksoon kuuluu tyypillisesti fysioterapiaa, toimintaterapiaa sekä terveydentilan seuranta. Lisäksi yksilöllisesti kuntoutusjaksolle voidaan suunnitella muun muassa puheterapiaa tai käynti jalkaterapeutille.

Toive opinnäytetyöstä sekä kirjallisesta opasmateriaalista tuli Espoon avosairaanhoidon yksiköstä ja päiväsairaalan henkilökunnalta. Päiväsairaalan kuntoutujista monella on taustalla aivoinfarkti tai muistisairaus, joka voi vaikuttaa fyysiseen ja psyykkiseen toimintakykyyn. Päiväsairaalaan fyysisesti uhkaavat tilanteet ovat olleet harvinaisia, mutta työntekijät kohtaavat toisinaan työssään aggressiivisesti käyttäytyviä potilaita. Päiväsairaalan työntekijöitä ovat lisäksi häirinneet talon ulkopuoliset henkilöt. Opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa opas aggressiivisen potilaan kohtaamisesta Muuralan päiväsairaalaan. Opinnäytetyön tavoitteena on kehittää henkilökunnan valmiuksia kohdata aggressiivinen potilas. Oppaan tarkoituksena on jakaa tietoa päiväsairaalan henkilökunnalle aggressiivisen potilaan kohtaamisesta.

Opinnäytetyömme kuuluu Laurean Ohjaus hoitotyössä- hankkeeseen, jonka tarkoituksena on tuottaa opinnäytetöitä potilasohjauksesta ja hoitotyön opiskelijoiden ohjauksesta eri hoitotyön alueilla. Tavoitteena on kehittää potilas- ja opiskelijaohjausta. (Laurea 2014).

2 Teoriatausta aggressiivisen potilaan kohtaamisesta

2.1 Aggressiivisuus

Kun puhutaan aggressiivisuudesta ja väkivaltaisuudesta, tarkoitetaan yleensä fyysistä väkivaltaa. Aggressiivisuudella tarkoitetaan käytöstä, jolla pyritään vahingoittamaan toista fyysisesti tai psyykkisesti. Aggressiivisuus voi kuitenkin ilmetä fyysisyyden lisäksi myös toista ihmistä uhkaavina tai loukkaavina sanoina sekä tunteina. Aggressiivisiksi tunteiksi mielletään usein viha ja pelko. (Weizmann-Henelius 1997, 11).

Ärtymyksen tunteet ovat normaaleja ja jokainen meistä tuntee niitä silloin tällöin. Aggressiivisuus on normaali reaktio sille, että ihminen joutuu ristiriitatilanteeseen. Ristiriitatilanteessa ihminen saattaa kokea turhautuneisuutta ja pyrkiä ratkaisemaan tilannetta aggressiivisuudella. Suuttuminen on siis normaali tapa ilmaista mielipahaa. Ihmisten välillä on kuitenkin eroja aggressiivisuuden voimakkuuden kokemisessa. Joillakin aggressiiviset tunteet voivat olla hyvin voimakkaita, toisilla aggressiiviset tunteet voivat puuttua lähes kokonaan, jolloin heidän on vaikea pitää omia puoliaan. (Weizmann-Henelius 1997, 11). Stressaava sekä tunteita herättävä tilanne, voimakas tunteiden viriäminen ja toisaalta matala kynnyks toimia voivat johtaa aggressiiviseen käyttäytymiseen (Kokko 2008, 163). Aggressiiviseen reagointiin vaikuttavat muun muassa henkilön temperamentti eli reaktiivisuus, selviytymiskeinot, kognitiivisten taitojen kypsyysaste sekä sosiaalisen havainnointikyvyyn tarkkuus. Tunnereaktioita on mahdollista oppia säätelemään kognitiivisesti. (Kokko 2008, 164).

Aggressiivisuus voi ilmetä suorasti tai epäsuorasti, jotka voidaan edelleen jakaa hyökkääväksi tai uhkailevaksi aggressioksi (Soisalo 2011, 26; Kokko 2008, 160-161). Hyökkääväksi epäsuoraksi aggressioksi luetaan esimerkiksi esineiden rikkominen tai selän takana pahan puhuminen. Uhkailevaksi epäsuoraksi aggressioksi luetaan puolestaan esimerkiksi läheisten uhkailu. Hyökkäävää suoraa aggressiota on muun muassa fyysinen toisen vahingoittaminen tai haukkuminen. Uhkailevaa suoraa aggressiota on puolestaan esimerkiksi lyömisellä uhkailu. Edelleen aggressiivinen käyttäytyminen voidaan jakaa emotionaaliseen käytökseen sekä instrumentaaliseen käytökseen. Aggressiivisuus voidaan jakaa myös reaktiiviseen ja proaktiiviseen aggressioon. Reaktiivisessa aggressiossa vaaditaan ärsyke, johon reagoidaan aggressiivisesti. Sen sijaan proaktiivisessa aggressiossa ei tarvita erillistä ärsykettä aggressiivisen toiminnan ilmenemiseen. Sosiaali- ja terveystalalla kohdataan erityisesti reaktiivista aggressiota. (Soisalo 2011, 26-28).

Aggressiivisuuden käyttäytymisen esiintymiseen vaikuttavat erilaiset tilannetekijät, joita ovat esimerkiksi provokaatio, turhautuminen, kipu, alhainen verensokeri, nälkä, sosiaalinen stressi, matala mieliala sekä lääkkeet ja huumeet. Lisäksi aggressiivisen käyttäytymisen esiintymi-

seen vaikuttavat persoonalliset tekijät ja ympäristö. (Soisalo 2011, 28-29). Ympäristötekijöiksi Soisalo (2011, 29) luettelee fyysisen ympäristön lisäksi kulttuurin, median, sosioekonomisen luokan, lähipiirin, asumismuodon sekä harrastukset. Vihamielinen käytös joukossa lisää helposti muiden aggressiivisuutta, mikä voi johtaa lisääntyvään aggressiiviseen käytökseen (Kokko 2008, 165). On hyvä muistaa, että aggressiivisen käytöksen taustalla voi olla myös muita tunteita, kuten pelkoa, häpeää tai syyllisyyttä (Soisalo 2011, 115).

Tutkimusten mukaan miesten ja naisten välinen ero aggressiivisuudessa on pieni, vaikka usein miehet mielletäänkin naisia aggressiivisemmiksi (Kokko 2008, 161). Aggressiivisuuden ilmenemisessä sen sijaan voidaan havaita eroja, joita tutkimustulokset eivät suoraan tue. Esimerkiksi usein leikki-ikäiset pojat ovat tyttöjä fyysisesti aggressiivisempia ja kouluikäiset tytöt puolestaan ovat poikia aggressiivisempia ihmissuhteissa ja käyttävät epäsuoraa aggressiivisuutta. (Kokko 2008, 162).

Sanaton viestintä on tehokas tapa tunteiden ja asenteiden ilmaisuun. Usein sanattoman viestinnän uskottavuus on parempi kuin sanallisen viestinnän. Oma sanatonta viestintää on hyvä tutkia, kehittää ja harjoitella. Ihmisten näkeminen ensikertaa on tilanne, jolloin sanattoman viestinnän merkitys korostuu. Uhkaavissa tilanteissa on tärkeää, että ele- ja liikekieli sekä ilmeet ovat hillittyjä ja neutraaleja. Tehokkainta on vilpittön hymy ja ystävällisyys, mutta on varottava, etteivät ne mene liiallisuuksiin. (Työturvallisuuskeskus 2009, 21-22).

Ärtymys ja aggressiivisuus (Weizmann-Henelius 1997, 11) sekä ahdistuneisuus ja levottomuus saavat aikaan fyysisiä reaktioita. Näitä ovat mm. verenpaineen nouseminen sekä hengitystihedeyden ja sydämen sykkeen kiihtyminen (Ritmala-Castrén 2005). Soisalon (2011, 114-115) mukaan muun muassa seuraavat käyttäytymistavat voivat viitata henkilön aggressiivisuuteen: puheen kiihtyminen, puheen muuttuminen joko muminaiseksi tai kovaääniseksi, äänen kiristyminen tai pettäminen, henkilön katse on pistävä, tuijottava tai pälyilevä, hengitys tihenee sekä sieraimet laajenevat, kasvojen punastuminen tai kalpeneminen, rauhaton liikehdintä, levottomuus sekä jännittyneisyys, käsien puristaminen nyrkkiin, hampaiden kiristely sekä irvistäminen, jääräpäisyys sekä haluttomuus kuunnella vastakkaista kantaa kuin omaansa, ylimielisyys sekä arvostelu, riidan haastaminen, loukkaaminen, kiroilu, tavaroiden heittäminen sekä ovien paiskominen, puhuminen muodollisemmin kuin aikaisemmin (teitittely) sekä kohti sylkeminen.

2.2 Aggressiivisuuden riskiä lisäävät tekijät

Työterveyslaitoksen (2014) mukaan työpaikkaväkivalta ilmenee sanallisina loukkauksina, väkivallalla uhkailuna tai jopa fyysisenä vahingoittamisena. Väkivalta voi olla joko suoraa tai epäsuoraa väkivaltaa sekä se voi kohdistua joko työntekijään itseensä tai hänen läheisiinsä. Väki-

vallan tekijä voi olla työyhteisön jäsen tai sen ulkopuolelta tuleva henkilö (Työterveyslaitos 2014), kuten potilas.

Riskiä joutua työväkivallan kohteeksi lisäävät seuraavat asiat: hoitopalvelu, asiakaspalvelu, rahan käsittely, työskentely yksin tai työpaikassa, jossa henkilöstömäärä on pieni, työskentely aikaisten aamulla tai myöhään illalla sekä työ, jossa ollaan tekemisissä lääkkeiden, alkoholin tai muiden haluttujen tai arvokkaiden tavaroiden kanssa (Työterveyslaitos 2014).

Esimerkiksi Louhela ja Saarinen (2006, 71) tutkivat pro gradu- tutkielmassaan terveydenhuollon työpaikoilla esiintyvää väkivaltaa ja uhkailua sekä tekijöitä, jotka edeltävät tällaisia tilanteita. Tutkimuksen mukaan väkivaltaa esiintyi kaikilla tutkimuksessa mukana olleilla terveydenhuollon työpaikoilla (Louhela & Saarinen 2006, 71). Yleisimmät sairaudet väkivaltaisen käytöksen taustalla tutkimuksen mukaan olivat dementia, mielenterveysongelmat sekä kehitysvammaisuus (Louhela & Saarinen 2006, 45). Louhelan ja Saarisin (2006, 46) tutkimuksessa yleisin väkivallan ilmenemismuoto oli huitominen. Muita väkivallan muotoja oli huutaminen, haukkuminen, nimittely ja lyöminen.

Louhelan ja Saarisin (2006, 82) tutkimuksen mukaan väkivaltaisten potilaiden taustalla on useimmiten päihdeongelmat, levottomuus, harhaisuus, sekavuus sekä kivuliaisuus. Työntekijöiden joutumista väkivallan kohteeksi voitaisiin ehkäistä tunnistamalla potilaan pelokkuus, sekavuus ja levottomuus sekä hoitamalla niitä asianmukaisin menetelmin. Mikäli uhkaavasti käyttäytyvään potilaaseen ei ole välttämätöntä kajota, kannattaa hoitotoimenpiteistä luopua. Ennakolta väkivaltaiseksi tiedetyn potilaan hoitotoimenpiteissä on hyvä olla useita hoitajia.

Työturvallisuuskeskuksen (2009, 3-4) mukaan eri syistä sekavien ja/tai päihtyneiden asiakkaiden vastentahtoinen hoitaminen, erimielisyydet hoidosta ja tarvittavista palveluista, etuukseen epäminen ja ei-toivotut päätökset lisäävät riskiä väkivaltaiseen käyttäytymiseen työntekijöitä kohtaan sosiaali- ja terveysalalla.

2.2.1 Muistihäiriöiset

Ihmisen vanhetessa elimistössä tapahtuu fyysisiä muutoksia. Myös aivojen rakenteissa tapahtuu fyysisiä muutoksia, jotka voivat vaikuttaa ihmisen käyttäytymiseen. Vanhenemisen vaikutuksesta tapahtuvat muutokset voivat aiheuttaa vanhusten aggressiivisuutta. (Weizmann-Henelius 1997, 11).

Dementia on oireyhtymä, jossa kognitiivisista kyvyistä etenkin muisti heikkenee. Kognitiivisten kykyjen heikkenemisestä seuraa sosiaalista tai ammatillista haittaa. Sairauteen kuuluu myös käytösmuutokset sekä psykologiset oireet. Joka kahdestoista yli 65 vuotta täyttäneistä

kärsii dementiasta. Jokaisen potilaan kohdalla on tärkeää saada diagnoosi, sillä on vaikutuksensa hoidon suunniteluun ja toteutukseen. Eri dementoivissa sairauksissa oireet voivat vaihdella ja myös hoito voi olla erilainen. Käyttöoireiden hoitaminen on hyvän hoidon yksi tärkeä osa. Oireet aiheuttavat myös potilaalle itselleen kärsimystä. (Eloniemi-Sulkava, Sulkava & Viramo. 1999).

Käyttöoireet osoittautuvat usein kognitiivisia puutosoireita haasteellisemmiksi. Käyttöoireet voivat vaihdella nopeasti ja niiden ennalta arvaamattomuus aiheuttaa etenkin omaisille ylimääräistä stressiä. Käyttöoireet turhan usein johtavan liiallisen rauhoittavan lääkityksen lisäämiseen, jolla puolestaan on potilaan ennustetta huonontava vaikutus. Depressioon ja aggressioon usein vaikuttavat yksilön ja ympäristön vuorovaikutuksen häiriöt. Huonoimmillaan dementoituneen henkilön ympäristö voi synnyttää käyttöoireita. Yleensä tutussa ympäristössä käyttöoireet ovat vähäisempiä. Potilaan muut sairaudet ja aistien heikentynyt toiminta ja kommunikaatiokyky mahdollistavat käyttöoireet. Käyttöoireita voivat olla mm. fyysinen aggressiivisuus, levottomuus ja kuljeskelu, estoton käyttäytyminen, huutelu, pakko-oireet, toisto-oireet ja tavaroiden keräily. (Eloniemi-Sulkava, Sulkava & Viramo. 1999).

Dementiaan liittyy käyttöoireita, joista tavallisimmat ovat masennus (20-90 %:lla dementiaa sairastavista), apatia (20-90 %), levottomuus (20-75 %), ahdistuneisuus (20-50 %), persoonallisuuden muuttuminen (50-90 %) sekä uni- ja valverytmin häiriöt (60-70 %). Niin lievästi kuin vaikeastikin dementoituneilla henkilöillä esiintyy käyttöoireita. Tutkimukset ovat osoittaneet, että käyttöoireiden merkitys on potilaiden, hoitajien ja yhteiskunnan kannalta suuri. (Vataja 2014).

Dementian ensimmäinen oire voi olla masennus. Havaitseminen voi olla vaikeaa, koska dementoituneet eivät kykene ilmaisemaan verbaalisesti tunteitaan kovinkaan hyvin. Muita dementiapotilaan masennukseen viittaavia tyypillisiä oireita ovat surullinen olemus, itkuisuus, ärtyneisyys, mielenkiinnon vähentyminen tai epämääräiset huolet ja valitukset. (Vataja 2014).

Ahdistuneisuus on erittäin tyypillinen dementiapotilaiden psykiatrinen häiriö. Ahdistuneisuus on usein jatkuvaa, levotonta, huolestunutta, kireää tai pelokasta oloa, joka voi esiintyä kohtauksittain tai yltyä paniikiksi. Levottomuudella puolestaan tarkoitetaan aggressiivista, motorista tai äänekkästä käyttäytymistä, jonka tyypillisiä oireita ovat lyöminen, tarttuminen, esi-neiden heittäminen, keräily, huutaminen tai vaeltaminen. (Vataja 2014).

Monet Alzheimerin tautia sairastavista kärsivät erityyppisistä unihäiriöistä. Kyse voi olla yöllisestä levottomuudesta tai valvomisesta. Unihäiriöiden taustalla voi olla kivut, ahdistuneisuus, levottomuusoireisto tai somaattiset sairaudet. Dementiapotilailla esiintyvät unihäiriöt ovat

psykoottisten ja levottomuusoireiden ohella tärkeimpiä syitä laitoshoidolle. Dementiapotilaille on tyypillistä käytösoireiden lisääntyminen iltaa ja yötä kohden. Syyinä voi olla dementian seurauksena "sisäisen kellon" vaurioituminen, mutta myös valon väheneminen sekä hoitoympäristön hiljeneminen. (Vataja 2014).

Käytösoireisiin vaikuttavat neurokemiallisten ja -patologisten muutosten lisäksi myös dementoituneen henkilön persoonallisuus ja hänen elinympäristönsä. Tärkeimmät käytöstä selittävät oireet ovat dementoiva sairaus, sairauden vaikeusaste ja siitä aiheutuneet kognitiiviset muutokset. Selvitettäessä käytösoireiden syytä tulisi pyrkiä esimerkiksi aggressiivista käytöstä laukaisevat tekijät. Selvittämisessä voidaan käyttää apuna potilaan ja omaisten haastattelua. Myös havainnointi on keskeinen työväline. Monipuolinen näkemys tuottaa parhaimman lopputuloksen. (Eloniemi-Sulkavan ym. 1999).

Käytösoireiden hoitamisen kannalta on tärkeää ymmärtää oireen syy. Käytösoireiden taustalla voi olla esimerkiksi kipu, tulehdus tai jokin muu fyysinen syy. Mahdollisen taustalla olevan oireen hoitaminen poistaa myös käytösoireen. Myös hoitoympäristön levottomuus voi heijastua potilaan käyttäytymiseen. Lievissä tapauksissa oireiston tunnistaminen ja mieltäminen sekä asianmukaisen tiedon jakaminen potilaan, omaisten ja hoitavan henkilökunnan välille voi riittää hoidoksi. Joskus vaikuttamalla ympäristöön esimerkiksi lisäämällä tai vähentämällä virikkeitä voidaan saavuttaa toivottua vaikutusta. Monissa tapauksissa joudutaan turvautumaan lääkehoitoon. (Vataja 2014).

Myös dementoituvien kohdalla aggressio voi johtaa ongelmallisiin muotoihin tilanteissa, joissa potilas ei kykene ilmaisemaan tunteitaan eikä kontrolloimaan omaa käyttäytymistään. Aggressiot voivat olla joko fyysisiä tai sanallisia. Aggressio voi esiintyä tietyissä tilanteissa kuten peseytyminen tai jatkuvana vihamielisyytenä. Usein kohteena ovat joko omaiset tai hoitajat, harvoin toiset potilaat. Hoidon pääsääntönä on laukaisevien tekijöiden selvitys ja pyrkimys löytää kyseisiin tekijöihin oma hoitonsa. Aggressiiviseen käyttäytymiseen johtaa usein seuraavanlaiset tilanteet: kun potilas kokee tulevansa alistetuksi, pakotetuksi tai nolatuksi, ahdistus liian vaativaan tilanteeseen joutumisesta, turhautuminen ymmärtämättömyydestä, suuttumus peseytymis- tai pukeutumistilanteessa (palelu, hahmottamisen häiriö tai muistojen sekoittuminen nykytilanteeseen). Tilanteeseen liittymätön aggression aiheuttaja voi olla kipu, matala verenpaine, huonovointisuus, kontaktin tai huomion tarve, sairauteen sopeutumattomuuden aiheuttama ahdistus, vaikeasti hahmotettava ympäristö ja ympäristön epäarvostava ilmapiiri ja negatiiviset palautteet. (Eloniemi-Sulkava ym. 1999).

Potilas voi nähdä myös aistiharhoja eli hallusinaatioita. Potilas siis näkee ja kuulee asioita, joita ei ole olemassa. Aistiharhat huonontavat potilaan kykyä hallita elämäänsä ja heikentävät elämänlaatua ja lisäävät avuntarvetta. Harhaluulot eli deluusiot ovat myös tyypillisiä oi-

reita Alzheimer potilailla ja vaskulaarista dementiaa sairastavilla. Harhaluulot vaikuttavat potilaan ennusteeseen ja lisäävät laitostumisen riskiä. On hyvä myös muistaa akuutin sekavuustilan eli deliriumin mahdollisuus. Delirium on periaatteessa aivojen ohimenevä vajaatoimintatila, joka voi alkaa nopeasti. Hoitamattomana se voi aiheuttaa pysyviä aivojen vaurioita tai johtaa jopa kuolemaan. Tavallisia laukaisevia tekijöitä ovat infektiot (esimerkiksi virtsatieinfektio), aivoverenkierron häiriöt, lääkkeet ja alkoholi. Deliriumille tyypillisiä oireita ovat desorientaatio, muistihäiriöt, aistiharhat, hajanainen puhe, uni-valve-rytmin häiriöt, lisääntynyt tai vähentynyt psykomotorinen aktiivisuus, hikoilu, verenpaineen nousu ja takykardia (sydämen tiheälyöntisyys). (Eloniemi-Sulkava ym. 1999). Joidenkin tutkimusten mukaan hallusinaatiot tai harhaluulot, miessukupuoli, keskivaikea tai vaikea masennus, unihäiriöt sekä rajoitettu liikkumistila ovat yhteydessä muistisairaiden aggressiiviseen käytökseen (Müller-Spahn 2003, 54).

Laitoksissa asuvien dementoituneiden vanhusten aggressiivinen käyttäytyminen saattaa vaikuttaa negatiivisesti työntekijöihin. Työntekijät saattavat kokea esimerkiksi vihan tunteita ja avuttomuutta, työmotivaation laskua tai jopa väsyä työhönsä. (Lachs ym. 2012, 660-661).

2.2.2 Päihteiden käyttäjät

Väkivaltilanteissa monet tekijät ovat jonkin päihdyttävän aineen vaikutuksen alaisena. Tilannetta on pahentanut entisestään viime vuosina lisääntynyt huumeiden käyttö. Päihteillä on kontrollikykyä heikentävä vaikutus ja ne saattavat laukaista väkivaltaisen käytöksen. Etenkin jo entuudestaan aggressiiviseen käyttäytymiseen taipuvaisilla ihmisillä alkoholi usein lisää väkivaltaisuuden riskiä. Vahvasti aineenhimoinen tai vieroitusoireista kärsivä huumeiden käyttäjä voi hyvinkin nopeasti muuttua iloisesta ja vauhdikkaasta erittäin kireäksi ja impulsiivisen aggressiiviseksi. Päihteiden käyttäjät, omaiset tai saattajat eivät ole vieras näky muissakaan terveydenhuollon toimintayksiköissä, vaikka useimmiten heitä kohdataan päihdesairaanhoidon lisäksi ensihoidon ja päivystysvastaanotoilla. (Lehestö, Koivunen & Jaakkola 2004, 96-97).

On selvää, että potilaat tulevat hoidattamaan vammojaan tai sairauttaan päihtyneinä. Täydellistä päihteettömyyttä ei voida odottaakaan. Kuitenkaan missään tapauksessa väkivaltaista ja tuhoavaa häiriökäyttäytymistä ei tule suvaita. Valitettava tosiasia on, että päihtyneisyys on hyvinkin yleistä, mikä luo hoitamiselle suuria haasteita. Päihtynyttä potilasta on aina pidettävä suuremman väkivaltariskin uhkana. Lähestulkoon jokainen päihtynyt herättää osaltaan levottomuutta, vaikei suoranaisesti vaarantaisikaan itsensä tai muiden turvallisuutta. Jokaiselle psykiatrisella osastolla työskentelevälle on tuttua levottomuuden lisääntyminen ja tarttuminen muihin potilaisiin. Päihtynyt olisi aina hyvä saada erilleen muista. Odotus- tai hoitotiloissa tilanne voi käydä sietämättömäksi, mikäli paikalla on useita päihtyneitä. On selvää,

että ryhmäkoon kasvaessa tilanteen hallitseminen käy vaikeammaksi ja yhteistyö heidän kanssaan hankalammaksi. (Lehestö ym. 2004, 96-98).

Potilas pyrkii usein salaamaan päihteiden käytön, mikä hankaloittaa usein potilaan kohtaamista ja tutkimuksia. Luonnollisesti löytyy myös se potilasryhmä, joka kertovat avoimesti kaiken, pelkäämättä ilmitulon aiheuttamia kielteisiä seuraamuksia. Jotta potilaan kohtaaminen olisi asiallista ja turvallista, on tärkeää ulkopuolisten rajaaminen vastaanottotilanteista. Tulee muistaa, että päihteiden käyttäjän käytös on usein tarkoituksenhakuista, oli vastaanotolle saapumisen syy mikä tahansa. Haluttuun päämäärään pyritään usein uhkaamalla ja vaatimusten esittämisellä. Käytös voi myös olla vetoavaa ja omasta elämästä saatetaan kertoa hyvin vakuuttavaa tarinaa. Samalla potilaan käytöksessä on selkeästi havaittavissa hänen levottomuus, malttamattomuus ja tarve saada asiat nopeasti kuntoon. (Lehestö ym. 2004).

Potilaat harvoin ovat valmiita keskustelemaan asioista, saati sopimaan kompromisseja. Tilanteen jäähdyttyä, asioiden etenemättömyys hänelle toivotulla tavalla saa potilaan hermostumaan ja usein syyllistämään henkilökuntaa. Itsemurha- ja yliannostusuhkauksista tai hoitohenkilökunnan haluttomuudesta auttaa, kuuleminen tällaisissa tilanteissa ei ole harvinaista. Potilaille on usein hankaluuksia toimia sosiaalisissa tilanteissa yhteiskunnan normien mukaisesti. Pitkään huumemaailmassa elänyt ihminen on omaksunut kyseisen maailman normit ja arvot. Työntekijän ja päihteiden käyttäjän vuorovaikutustilanteessa tulee työntekijän toimia johdonmukaisesti. Keskustelu ja mahdollinen toiminta sen ympärillä on pyrittävä rajaamaan. Päihteiden käyttäjille on usein tyypillistä se, että he testaavat kuinka pitkälle rajaa on mahdollista venyttää ja kuinka työntekijät pystyvät pitämään linjansa. Hoitajana on taitoa pystyä ilmaisemaan rehellisesti ja suoraan se, mitä on aikonut sanoa. Se lisää luottamusta. Johdonmukaisuus osoittaa henkilökunnan olevan luotettavaa ja asiansa osaavaa. Päihteiden käyttäjiä tulee kuunnella ja heille tulee antaa mahdollisuus omien mielipiteiden ilmaisuun. Rauhallinen, selkeä ja asiallinen toiminta vuorovaikutustilanteissa auttaa usein rauhoittamaan ristiriitatilanteet. (Lehestö ym.2004, 150-152).

Aggressiivinen ja väkivaltainen käyttäytyminen liitetään vahvasti alkoholiin. Selviä muutoksia käyttäytymisessä voidaan havaita jo humalan ensivaiheissa. Yhteiskuntamme vakavimpia ongelmia ovat alkoholi ja aggressiivinen käyttäytyminen. On todistettu, että alkoholin käytön yhteydessä väkivaltarikollisuus, sanallinen ja fyysinen aggressio sekä aggressiiviset mielikuvat lisääntyvät. Kuitenkaan kaikkia alkoholia nauttivia henkilöitä ei voi leimata aggressiiviseksi. Monet kokevat tai ovat kokeneet stressiä. Stressin kokeminen on yksilöllistä ja alkoholia saatetaan käyttää lievittämään stressiä. Stressi ja sen lieventäminen ovat tärkeässä merkityksessä alkoholin nauttimisen aloittamisessa sekä jatkamisessa. (Von der Pahlen & Eriksson, 2003).

Myöhäisvanhuudessa koetut stressaavat tilanteet esimerkiksi leskeytyminen, läheisten kuolemat, sairaudet, haurastuminen, yksinäisyys ja elämänhalun menetys voivat olla yhteydessä juomisongelmiin. Myös aiemmalla juomishistorialla voi olla merkitystä kohdattaessa negatiivisia elämän muutoksia. Terveydelliset haitat ovat kasvaneet kokonaiskulutuksen myötä. On löydetty myös viitteitä siitä, että esimerkiksi osa lonkkamurtumista on seurausta alkoholin käytöstä. Yllättäviä haittavaikutuksia voi syntyä jo vähäisestäkin alkoholin käytöstä. Viime vuosina etenkin kotipalvelun työntekijät ovat raportoineet väkivaltaisen käyttäytymisen lisääntymisestä. Vaikka määrät toistaiseksi ovat olleet pieniä, ovat ne kuitenkin hälyttäviä työntekijöiden turvallisuuden kannalta. Vuosia kestänyt, raju alkoholin käyttö altistaa myös varhaisille dementian muodoille, jotka vaativat tänä päivänä enemmän huomiota sekä kuntoutuksen muotojen kehittämistä tälle ryhmälle. (Finne-Soveri, Laitalainen, Sulander & Vilko, 2012).

2.2.3 Psykeongelmaiset potilaat

Psykeongelmaisten ja väkivaltariskin välillä on selkeä yhteys. Psykkesairauksia on monenlaisia. On huomattu, että toisissa sairauksissa on herkemmin havaittavissa väkivaltariskin kasvua kuin toisissa. Selvää on, että psykeongelmaisilla on oman käyttäytymisen hallinta ja impulssikontrolli puutteellista. Muita tyypillisiä puutteita väkivaltaisuuden taipuvilla on ahdistussieto- ja myötälämiskyky. On kuitenkin muistettava, ettei kaikkia psyykkisesti sairaita ihmisiä tule leimata väkivallantekijöiksi. (Lehestö ym 2004, 95-96).

Psykoottisista tiloista kärsiviä väkivaltaisia potilaita on usein melko vaikea tai jopa mahdotonta rauhoitella pelkästään puheen ja keskustelun avulla. Tällaiset potilaat kärsivät joko skitsofreniasta, paranoidisista psykooseista tai maniasta. Usein joudutaan turvautumaan neuroleptiseen lääkitykseen potilaan rauhoittamiseksi. Psykoottinen potilas voidaan myös joutua eristämään tai laittamaan lepoeristeisiin. Joskus väkivaltainen käyttäytyminen saattaa olla täysin yllättävää. (Huttunen, 1992).

Uhkailevat potilaat kärsivät usein persoonallisuushäiriöistä ja väkivaltaiset potilaat ovat melko usein rauhoitettavissa verbaalisin keinoin. Toisinaan tulee eteen tilanteita, jolloin potilas on pakko sitoa esimerkiksi pyörätuoliin. On kuitenkin muistettava, ettei keskustelun ehtona saa olla siteistä vapautuminen. Potilaalle voi myös yrittää selittää sitä, miksi hänet on sidottu. (Huttunen, 1992).

2.3 Uhkaavien tilanteiden ennaltaehkäisy

Työturvallisuuslaki (738/2002) määrittää, että työnantaja on vastuussa työntekijöiden turvallisuudesta ja terveydestä työssä. Työnantajan vastuulla on huolehtia siitä, että työn terveys-

ja turvallisuusvaaroja arvioidaan, ehkäistään ja kehitetään työpaikalla. Mikäli työpaikalla on selkeä väkivallan uhka, tulee työolot järjestää niin, että väkivaltilanteet ennaltaehkäistään mahdollisuuksien mukaan. Työpaikalta on myös löydettävä menettelytapaohjeet, jotka sisältävät ennaltaehkäisyyn tähtäävät toimenpiteet sekä ohjeet väkivaltilanteen kohtaamisen hallitsemiseen. Työturvallisuuslaki velvoittaa myös työntekijää. Työntekijän on noudatettava ennalta määrättyjä määräyksiä ja ohjeita, toimittava huolellisesti ja varovaisuutta noudattaen sekä ilmoitettava työnantajalle ja työsuojeluvaltuutetulle havaitsemistaan epäkohdista ja vaaroista. Laki määrää, että työntekijän oman turvallisuuden lisäksi hänen on huomioitava myös muiden turvallisuus (Työturvallisuuskeskus 2009, 5).

Louhelan ja Saarisen (2006, 58) tutkimuksesta kävi ilmi, että epäonnistunut vuorovaikutustilanne saattoi johtaa uhka- tai väkivaltilanteeseen. Lisäksi potilaan sairaudet sekä fyysinen ja psykososiaalinen ympäristö saattoivat vaikuttaa tilanteeseen. Vuorovaikutustilanne saattaa muuttua uhkaavaksi henkilön kokiessa tullessa huonosti kohdelluksi (Soisalo 2011, 113). Kokemuksen huonosta kohtelusta voi aiheuttaa esimerkiksi liian hidas tai epäoikeudenmukainen palvelu. Ottamalla henkilö vakavasti ja antamalla hänen ilmaista mielipahaansa voidaan mahdollisesti estää tilanteen kärjistyminen. (Soisalo 2011, 113).

Vaaratilanteita voidaan ehkäistä myös hyvällä työvuorojen suunnittelulla, riittävän ja osaavan henkilökunnan takaamisella, potilaiden sijainnin ja siirtojen suunnittelemisella sekä rajoittamalla ulkopuolisten pääsyä hoitotiloihin. Myös väkivaltaa ehkäisevien suunnitelmien puuttuminen on riski. (Soisalo 2011, 45).

Väkivaltilanteiden kirjaaminen ylös ja seuranta auttavat vaaratilanteiden ehkäisyssä (Soisalo 2011, 98). Kirjaamisen avulla voidaan havaita esimerkiksi, millaisissa tilanteissa vaara syntyy ja millaiset potilaat aiheuttavat niitä (Soisalo 2011, 45). Tämän avulla puolestaan voidaan puuttua vaaratekijöihin ja parantaa työntekijöiden turvallisuutta.

2.4 Miten toimia uhkatilanteessa

Aggressiivisen potilaan hoidossa pyritään varmistamaan, ettei henkilö pääse vahingoittamaan henkilökunnan ja muiden potilaiden lisäksi myöskään itseään (Ritmala-Castrén 2005). Aggressiivista potilasta voidaan rauhoitella tekemällä hänen olonsa mukavaksi. Eräs uhkatilanteissa käytetty toimintakeino on rauhoittelu ja tarpeisiin vastaaminen, esimerkiksi nukkumapaikan ja ruoan tarjoaminen (Louhela & Saarinen 2006, 52; Ritmala-Castrén 2005) sekä huolehtimalla riittävästä kivun hoidosta (Ritmala-Castrén 2005). Monesti myös läheisten tai tuttavien läsnäolo rauhoittaa potilasta. Myös hoitohenkilökunnan tavalla kohdata potilas on merkitystä. Asiallisesti, rauhallisesti ja ammattimaisesti toimiva henkilökunta saattaa saada potilaan rau-

hoittumaan. Tärkeää on pysyä sekä jämmäkkänä että rauhallisena kohtaamistilanteessa. (Rit-mala-Castrén 2005). Myös muu henkilökunta nähtiin tehokkaana tapana ehkäistä uhkailua ja väkivaltaa, koska yksin olevaa työntekijää on helpompi uhkailla (Louhela & Saarinen 2006, 52).

Myös Louhelan ja Saarisen (2006, 71) työstä käy ilmi, että uhkaavissa tilanteissa pyritään ensiksi lieventämään ja rajoittamaan aggressiivisia purkauksia, esimerkiksi luomalla luottamuk-sellinen kontakti potilaaseen. Myös lisäapujen paikalle kutsuminen tai tekijän poistaminen tiloista nähdään tehokkaina toimintakeinoina.

Aggressiivista henkilöä lähestyessä on hyvä säilyttää turvaväli. Uhkaavissa tilanteissa sopiva etäisyys on noin 1,5-2 metriä, mikäli välissä ei ole rakenteellisia esteitä (Työturvallisuuskes-kus 2009, 21-22). On tärkeää asettua esimerkiksi huoneessa siten, että pääsee poistumaan tilanteesta. Omalla rauhallisella kehonkielellä voi vaikuttaa aggressiiviseen henkilöön. (Soisa-lo 2011, 159). Seistessä on hyvä muistaa rento perusasento, jossa kädet vapaina sivuilla. Tä-mä viestii rauhallisuudesta ja tilanteen hallinnasta. Hyvä ryhti viestittää itsevarmuutta. (Työ-turvallisuuskeskus 2009, 21-22). Äkkinäisiä liikkeitä sekä koskettamista on hyvä välttää (Soisa-lo 2011, 159). Katsekontakti viestii usein luottamuksesta, mutta uhkaavissa tilanteissa on muistettava ettei vastaanottaja koe sitä tuijottamisena (Työturvallisuuskeskus 2009, 21-22). Mikäli mahdollista, kannattaa asettua hieman sivuun aggressiiviseen henkilöön nähden sekä samalle tasolle hänen kanssaan (Soisalo 2011, 159).

Aggressiivisen henkilön kanssa puhuttaessa on hyvä säilyttää oma rauhallisuutensa tilanteessa. Keskustelussa tulisi säilyttää toista henkilöä kunnioittava ja kohtelias sävy, vaikka toinen saattaisi olla vihamielinen. Itsensä esittely ja keskustelukumppanin puhuttelemisen nimeltä ovat kohteliaita tapoja. Lisäksi on hyvä antaa toisen puhua keskeyttämättä häntä. Vihaisen henkilön kanssa keskusteltaessa on hyvä pysyä itse rauhallisena ja avoimena sekä keskustella itsevarmasti ja hillitysti. Vihaisen henkilön suuttumisen ehkäisemiseksi tulisi pysyä rehellise-nä, tarvittaessa pyytää anteeksi ja pyrkiä olemaan ymmärtäväinen. Aggressiivisen henkilön kanssa keskustellessa ei kannata sanoa tai tehdä mitään sellaista, mikä johtaisi vastapuolen nolaamiseen. Hiljaisuus saattaa rauhoittaa aggressiivista henkilöä. Jos tilanteen edetessä kui-tenkin alkaa nousta uhka väkivallasta, voi ilmoittaa rauhallisesti, ettei hyväksy väkivaltaa ja lopettaa tapaaminen (Soisalo 2011, 160).

Jos tilanne uhkaa riistäytyä käsistä, voi ainoana keinona hillitä tilannetta olla aggressiivisesti käyttäytyvän fyysinen rajoittaminen. Fyysisessä rajoittamisessa pyritään rajoittamaan henki-lön liikeratoja siten, ettei kuitenkaan aiheuteta kipua kiinni pidettävälle. Fyysinen rajoitta-minen vaatii oikean tekniikan käyttöä (Soisalo 2011, 163), jotka olisi hyvä opettaa henkilö-kunnalle

2.5 Tilanteen jälkikäsitteleminen

Tapaamisen lopettamisessa tulee toimia rauhallisesti kuten itse vuorovaikutustilanteessakin. Vastapuolelle voi kohteliaasti ilmoittaa, että keskustelu on päättynyt. Vihamielisesti käyttäytyvää henkilöä voi pyytää kohteliaasti poistumaan tai poistua itse paikalta. Jos uhkaavasti käyttäytyvä henkilö ei suostu yhteistyöhön, tulee tilanteesta ilmoittaa muulle työyhteisölle, vartijoille ja tarvittaessa poliisille. Tilanteen jälkeen siitä on tärkeää tehdä raportti. (Soisalo 2011, 160).

Henkilökunnan kesken tilanteen käsittelyn lisäksi on tärkeää huolehtia myös potilaan jatkohoidosta (Ritmala-Castrén 2005). On tärkeää selvittää syy potilaan ahdistukseen ja aggressiivisuuteen sekä lievittää niitä. Syitä aggressiiviseen käytökseen voivat olla esimerkiksi alkoholi tai alkoholin käytön tauottamisesta johtuva sekavuustila. Lisäksi jotkut somaattiset ja psyykkiset sairaudet saattavat aiheuttaa aggressiivisuutta. Esimerkiksi myrkytykset, häiriöt elektrolyyttitasapainossa sekä infektiot voivat saada potilaan aggressiiviseksi. Aggressiivisesti käyttäytynyt potilas voidaan esimerkiksi ohjata jatkotutkimuksiin lääkärille tai tarvittaessa päihdehuollon piiriin. (Ritmala-Castrén 2005).

Esimiehen, työsuojeluhenkilöstön, työterveyshuollon sekä turvallisuudesta vastaavien tulee saada heti tieto jokaisesta uhka- ja väkivaltatilanteesta. Useilla työpaikoilla on tähän tarkoitukseen täytettävä oma lomake. Uhka- ja väkivaltatilanne on aina työtapaturma, jonka vuoksi siitä on ilmoitettava myös työnantajan tapaturmavakuutus yhtiölle. (Työturvallisuuskeskus 2009, 33).

Kohteen kannalta uhka- tai väkivaltatilanne on aina järkyttävä, pelottava ja ahdistusta herättävä kokemus. Jo pelkästään uhka voi aiheuttaa pitkäaikaisia pelko- ja ahdistustiloja ja vaikuttaa uhrin työkyvyttömyyteen, työmotivaatioon, työsuoritukseen ja työssä jaksamiseen. On myös mahdollista, että vapaa ajan hyvinvointi on uhattuna. Mahdollisten fyysisten vammojen lisäksi psyykkiset vauriot voivat vaatia pitkää hoitoa. Vammasta ja sen syntytavasta riippuen hoito voi olla todella pitkäaikaista tai aiheuttaa jopa pysyvää työkyvyttömyyttä. (Työturvallisuuskeskus 2009, 3-4).

Ryhmäterapeuttinen istunto on yleistynyt järkyttävien tapahtumien jälkihoidoksi. Täydellinen nimitys englannin kielellä on critical incident psychological stress debriefing, eli lyhyesti debriefing. Keskeistä on stressioireiden ja kehittymässä olevien stressihäiriöiden ehkäisy- sekä stressineuvonta. Kyseessä yleensä kertaluontoinen tilaisuus, joka järjestetään 1-3 vrk:n kuluessa järkyttävästä tapahtumasta. Tärkeää on, ettei toisia kohtaan esitetä kritiikkiä. (Ponteva 1996).

3 Muuralan päiväsairaala

Muuralan päiväsairaala sijaitsee Espoon keskustassa ja kuuluu Espoon avosairaanhoidon yksikköön. Päiväsairaala tarjoaa kuntoutusta geriatrisille potilaille. Potilaat tulevat päiväsairaala-jaksolle jatkokuntoutukseen tai toimintakyvyn kohenemiseksi lääkärin läheteellä. Potilaat ovat kotonaan yksin, omaisten tai kotihoidon turvin asuvia espoolaisia. Päiväsairaalan potilaat jaetaan kolmeen kuntoutusryhmään. Geriatriset potilaat käyvät päiväsairaalassa maanantaisin ja torstaisin, neurologisista sairauksista kärsivät tiistaisin ja perjantaisin sekä muistiongelmaiset keskiviikkoisin. Potilaan aloittaessa päiväsairaalassa aloituspalaverissa tutkitaan potilas, kartoitetaan lähtötilanne ja suunnitellaan kuntoutusjakson pituus. Keskimääräinen kuntoutusjakson pituus on n. 10 käyntikertaa. Kuntoutuksen tavoite suunnitellaan ja sovitaan jokaisen potilaan kanssa yhdessä. Tavanomaisimmat tavoitteet ovat liikuntakyvyn koheneminen sekä kotona selviytymisen tukeminen. Päiväsairaalassa hoitoa toteuttaa moniammatillinen tiimi, johon kuuluvat lääkäri, kaksi sairaanhoitajaa, fysioterapeutti, kuntohoitaja, toimintaterapeutti, sosiaalityöntekijä, puheterapeutti, jalkaterapeutti sekä tarvittaessa ravitsemusterapeutti. Lisäksi päiväsairaala tekee tiivistä yhteistyötä kotihoidon sekä omaisten kanssa.

Päiväsairaalassa uhkaavat tilanteet ovat olleet harvinaisia ja ne ovat sisältäneet lähinnä sanallista uhkailua. Henkilökunnan mukaan uhkaavat tilanteet ovat harvinaisia, mutta mahdollisia. Uhkaavista tilanteista on pyritty selviytymään ennakoimalla tilanteita siten, etteivät ne ole päässeet kärjistymään. Lisäksi henkilökunta on kokenut, että päiväsairaalan lähetyillä sijaitseva vieroitushoitoa huumeiden käyttäjille tarjoava Vinkki aiheuttaa lievää uhkaa.

4 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet

Opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa opas aggressiivisen potilaan kohtaamisesta Muuralan päiväsairaalaan. Opinnäytetyön tavoitteena on kehittää henkilökunnan valmiuksia kohdata aggressiivinen potilas. Oppaan tarkoituksena on jakaa tietoa päiväsairaalan henkilökunnalle aggressiivisen potilaan kohtaamisesta.

5 Opinnäytetyön toteutus

5.1 Toiminnallinen opinnäytetyö

Toiminnallisen opinnäytetyön tekeminen opettaa tekijälleen projektinhallintaa, johon sisältyy toimivan suunnitelman tekeminen, saavutettavien tavoitteiden laatiminen, työn aikataulutus sekä ryhmässä työskentely (Vilkkä & Airaksinen 2003, 17). Lisäksi toiminnallinen opinnäytetyö opettaa ottamaan vastuuta työskentelystään. Toiminnallista opinnäytetyötä tehdessä pääsee myös ottamaan käyttöön ne tiedot ja taidot, joita on oppinut koulutuksen aikana. Työelämäs-

tä tulleen opinnäytteen aiheen avulla pääsee ratkaisemaan käytännönläheistä ongelmaa. Lisäksi opinnäytetyö voi toimia näyttöinä työelämään osaamisesta, jolloin opinnäytetyö voi vaikuttaa jopa työpaikan saantiin. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 16-17).

Opinnäytetyön aihetta valitessa on tärkeää miettiä, mikä aihe kiinnostaa itseään ja mahdollista toimeksiantajaa (Vilkkä & Airaksinen 2003, 23). Aiheen on tärkeää olla motivoiva, koska tällöin siihen syventyminen on helpompaa. Aihetta kannattaa myös itse ehdottaa toimeksiantajalle (Vilkkä & Airaksinen 2003, 17). Opinnäytetyön aihe tuli toimeksiantajalta eli Espoon avosairaanhoidon yksiköstä. Toiveena oli, että laadimme oppaan aggressiivisen potilaan kohtaamisesta Muuralan Päiväsairaalan käyttöön. Opinnäytetyön tekijät kiinnostuivat aiheesta, koska tietämys aggressiivisen henkilön kohtaamisesta oli varsin vähäistä sekä tiedoista aggressiivisen henkilön kohtaamisesta on hyötyä tulevaisuudessa. Opinnäytetyössä tekijät saivat yhdistellä teoretietoa ja käytännöllisiä asioita. Oppaan suunnittelu on hyödyllinen taito ja tukee ammatillista kasvua.

5.2 Oppaan suunnittelu, tuottaminen ja arviointi

Ryhdyttäessä suunnittelemaan aineistoa on tärkeää selvittää, millaiselle aineistolle on tarvetta. Lisäksi on hyvä pitää mielessä, kenelle aineisto on suunnattu. (Parkkunen, Vertio & Koskinen-Ollonqist 2001, 7-9). Aiheen tarpeellisuutta ja kohderyhmää sekä lähdekirjallisuutta on hyvä kartoittaa ennen kirjoitusprosessia (Vilkkä & Airaksinen 2003, 26-27). Suunniteltaessa aineistoa täytyy myös päättää viestintäkanava, joita ovat audiovisuaaliset tuotteet sekä painotuotteet, joita ovat esimerkiksi lehtiset, oppaat ja esitteet. Painotuotteet soveltuvat hyvin tarkoitukseen, jossa aineiston on tarkoitus välittää tietoa. Painotuotteet soveltuvat lisäksi tiedon esittämiseen tiivistetysti. (Parkkunen, Vertio & Koskinen-Ollonqist 2001, 7-9). Oppaan tarve oli lähtöisin Espoon avosairaanhoidon yksikköön kuuluvalla päiväsairaallalta. Päiväsaaralasta tuli toive kirjallisesta opasmateriaalista, jota voitaisiin hyödyntää työntekijöiden perehdytyksessä. Toiveena oli, että oppaasta voitaisiin tehdä osa perehdytyskansiota. Opinnäytetyön sopimuksen synnyttyä tarkasteltiin jo olemassa olevia ohjeistuksia aiheesta.

Tiedon haku aloitettiin kesällä 2014 heti opinnäytetyön aiheen varmistuttua. Tietoa haettiin Nelli-tiedonhakuportaalin kautta. Tiedonhaussa käytettiin aineistotietokantoina muun muassa Melindaa ja Duodecimia. Lisäksi tiedonhaussa käytettiin manuaalista hakuja. Opinnäytetyön suunnitelmassa lähteiksi valittiin kirjoja ja artikkeleita. Näiden valinnassa pyrittiin kiinnittämään huomiota, että ne olisivat mahdollisimman uusia. Lähteinä opinnäytetyössä pyrittiin käyttämään sekä kansallisia että kansainvälisiä artikkeleita. Kirjojen ja artikkeleiden lisäksi työssä käytettiin myös internet-lähteitä.

Terveystiedon edistämisen keskuksen mukaan hyviä laatuksiteereitä hyvälle terveystiedolle ovat mm. oikea ja virheetön tieto, helppolukuisuus, selkeä esitystapa, sopivasti rajattu tietomäärä, tekstin sisältöä tukevat kuvat sekä kohderyhmän määrittely. Hyvän terveystiedon suunnittelussa tulee kiinnittää huomiota ja arvioida sisältöä, kieliasua, ulkoasua sekä kokonaisuutta. Sisältöä arvioitaessa on kiinnitettävä huomiota mm. tiedon virheettömyyteen sekä sen sopivaan määrään. Kieliasua tarkasteltaessa voidaan arvioida käsitteiden käyttöä sekä selkokielisyyttä. Ulkoasua arvioitaessa on tärkeää kiinnittää mm. huomiota sisällön selkeään esitystapaan, tekstin sijoitteluun sekä kuvien rooliin tekstin tukijana. Kokonaisuutta arvioitaessa on huomioitava esimerkiksi kohderyhmän selkeä määrittely sekä huomion herättäminen. (Parkkinen, Vertio & Koskinen-Ollonqist 2001, 7-9).

Opas koottiin opinnäytetyön teoriaosuuden pohjalta sen ollessa valmis. Tavoitteena oli, että oppaan runko vastasi opinnäytetyön sisällysluetteloa. Lisäksi valmiiseen oppaaseen liitettiin yhteystietoja, joista työntekijät saavat apua uhkaavan tilanteen sattuessa. Jotta aineistosta tulisi parhaiten tarkoitustaan palveleva, on siitä hyvä pyytää arviota kohderyhmältä (Parkkinen, Vertio & Koskinen-Ollonqist 2001, 7-9). Oppaan rakentuessa pyydettiin palautetta rakenteesta ja sisällöstä päiväsaalan työntekijöiltä sekä avosairaanhoidon osastonhoitajalta. Oppaan arvioinnissa pyydettiin kiinnittämään huomiota sisältöön, kieliasuun sekä ulkoasuun. Palautteen kysymiseen ei käytetty erillistä kyselykaavaketta, vaan palautetta sai antaa vapaasti. Palautteen perusteella palautteen antajat olivat tyytyväisiä sisältöön ja rakenteeseen. Erityisesti aiheajaukset ja oppaan tiivis sisältö saivat positiivista palautetta. Muutosehdotukset huomioitiin ja oppaaseen tehtiin muutoksia saadun palautteen ja toiveiden perusteella. Muutosehdotusten perusteella oppaan sisältöä hieman muokattiin tekemällä tarkennuksia ja lisäämällä tekstiä pyydettyihin kohtiin. Lisäksi oppaaseen kaivattiin tietoa ryhmäterapeuttisesta istunnosta, josta lisättiin tietoa sekä oppaaseen että opinnäytetyöhön. Valmiin oppaan arvioivat avosairaanhoidon osastonhoitaja sekä päiväsaalan työntekijät oppaan esittelyn yhteydessä. Arvioijat saivat antaa vapaasti palautetta. Lisäksi opinnäytetyöhön sekä oppaaseen tehtiin muutoksia ohjaajien palautteen perusteella.

6 Pohdintaa

6.1 Opinnäytetyön eettiset kysymykset

Tutkimuksella tarkoitetaan inhimillistä ja arvoperusteista toimintaa. Tutkimusten pyrkimyksenä on löytää totuus tieteellisesti hyväksytyjä menetelmiä käyttäen. Puhuttaessa tutkimuseetiikasta tarkoitetaan eettisesti hyvää ja luotettavasti tehtyä tutkimusta. Useat kannanotot ja normit ohjaavat tutkimusten luotettavuuden taattavuutta. Näiden kantaäiteinä voidaan pitää

Nürnbergin säännöstöä sekä kansainvälistä ihmisoikeuksien julistusta. (Leino-Kilpi & Välimäki 2004, 285-286).

Hyvällä tieteellisellä käytännöllä tarkoitetaan tieteellisten toimintatapojen noudattamista: rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta. Työssä käytetään eettisesti ja tieteellisesti kestäviä tiedonhankinta-, tutkimus-, raportointi- ja arviointimenetelmiä. Tuloksia julkaistaessa muistetaan avoimuuden noudattaminen. Muiden tutkijoiden töiden huomioon ottaminen ja kuuluvan arvon antaminen sekä tutkijoiden aseman, oikeuksien, vastuiden ja tulosten omistajuutta koskevien kysymysten määrittely ovat myös osa hyvää tieteellisiä käytäntöjä. (Leino-Kilpi ym. 2004, 288). Työ pyrittiin tekemään mahdollisimman luotettavasti. Työssä käytetty tieto perustuu alan kirjallisuuteen ja työ on pyritty kirjoittamaan hyviä tieteellisiä käytäntöjä noudattaen. Työssä on käytetty pääosin 2000-luvulla tehtyjä tutkimuksia ja aineistoa.

Kohdennettaessa tutkimusongelmaa, aiheen valintaa ja tutkimusongelmien määrittelyä tulee lähtökohtana olla se, että tutkittava asia on tieteellisesti mielekäs ja perusteltu. Määrittely ei saa olla loukkaavaa eikä sen tule luoda väheksyviä oletuksia mitään potilas- tai ihmisryhmiä kohtaan. Hoitotyöntekijän tulee olla selvillä siitä, mihin hänen tutkimustaan tarvitaan ja mikä on tutkimuskysymys. Tämän tehtyään tulee tekijän arvioida sitä, vastaako tutkimus kohteeltaan ja ongelmaltaan hänen tarkoitustaan. Tällä varmistetaan se, että tutkimuksesta on hyötyä käytännössä ja se, että tutkimuskysymys on eettisesti perusteltu. (Leino-Kilpi ym. 2004, 286-287). Aihe oli mielekäs sekä perusteltu. Aihe tuli toimeksiantajalta, mikä lisäsi oppaan tuottamisen mielekkyyttä. Työn tarkoitus ja tavoitteet olivat selkeästi määritelty työn alusta saakka. Työ pyrittiin toteuttamaan hyviä eettisiä tapoja noudattaen tarkasti ja huolellisesti tekijöiden oma osaaminen huomioiden.

Tutkimuksissa käytettävät lähteet tulee valita sen mukaan, mihin ongelmaan halutaan saada vastaus. Yleisen ja eettisen luotettavuuden kannalta tietolähteiden valinta on ratkaisevaa. Tutkimusprosessin aikana tulee arvioida lähteiden määrää ja laatua asetettujen tutkimuskysymysten näkökulmasta. Mietittäessä aineistonkeruumenetelmiä ja aineistonkeruun toteutus-ta tulee huomio kiinnittää siihen, että lähtökohtaisesti ihmisiä kohdellaan rehellisesti ja kunnioittavasti. Kunnioittamisella tarkoitetaan sitä, että tutkittavilta pyydetään suostumus tutkimukseen osallistumisesta. Suostuminen puolestaan vaatii sen, että tutkittavia on etukäteen informoitu tutkimuksesta mahdollisimman monipuolisesti ja heidän oikeuksiaan ja velvollisuuksiaan kuvataan mahdollisimman totuudenmukaisesti. Tässä kohtaa on muistettava se, että myös hoitotyöntekijöihin kohdistuu paljon hoitotieteellistä tutkimusta. Kohteena ollessaan myös heillä on samat oikeudet kuin potilaillakin. (Leino-Kilpi ym. 2004, 291-292). Eettisesti ohjeistuksen tekeminen oppaan muodossa oli aiheena helpompi kuin esimerkiksi aihe, jossa tehtäisiin tutkimusta potilaista. Potilaita tutkittaessa esimerkiksi aineistonkeruuseen olisi täytynyt kysyä lupa ja aineiston esitystapaan olisi pitänyt kiinnittää huomiota siten, että poti-

laiden oikeudet olisi tullut otettua huomioon. Toisaalta eettisenä haasteena oli antaa luotettavaa ohjeistusta aggressiivisen potilaan kohtaamisesta.

Oppasta tehtäessä ja siitä arviota pyytäessä koettiin parhaaksi pyytää vapaata mielipidettä oppaasta kyselylomakkeen sijasta. Oppaan sisällöstä ja rakenteesta saatiin palautetta, jota pystyttiin hyödyntämään oppaan muokkaamisessa. Toisaalta kyselylomaketta käyttämällä olisi työstä voitu saada monipuolisemmin palautetta useammalta henkilöltä.

6.2 Opinnäytetyön luotettavuus

Tutkimuksessa pyrkimyksenä on tuottaa mahdollisimman luotettavaa tietoa tutkittavasta ilmiöstä. Luotettavuutta arvioitaessa selvitetään, kuinka luotettavaa tietoa on kyetty tuottamaan tutkimuksen avulla. Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta (trustworthiness) arvioidaan seuraavin kriteerein: uskottavuus, vahvistettavuus, refleksiivisyys ja siirrettävyys. (Kylmä ym. 2007, 127). Opinnäytetyön luotettavuutta lisäsi luotettavien lähteiden käyttö. Tiedon paikkaansa pitävyys varmistettiin vertailemalla eri lähteiden tietoja keskenään. Useissa lähteissä tieto oli yhteneväinen, mikä lisäsi luotettavuutta ja tiedon siirrettävyyttä. Lisäksi lähteitä etsittäessä huomattiin, että aihetta on tutkittu varsin runsaasti sekä monenlaisia ohjeistuksia on jo tehty. Aggressiivisuuden riskiä lisääviä tekijöitä käsiteltäessä päädyttiin tekemään rajaus muistisairaisiin, mielenterveyspotilaisiin sekä päihdepotilaisiin päiväsairaalan pyynnöstä. Muistiongelmia- ja sairautta esiintyy päiväsairaalan potilailla. Lisäksi potilailla voi toisinaan olla taustalla mielenterveysongelmia. Päiväsairaala ei hoideta päihdeongelmia, mutta päiväsairaalan lähetyillä sijaitseva päihdepotilaille apua tarjoavan Vinkin vaikutuksesta ympäristö saattaa välillä olla levoton.

Uskottavuudella (credibility) tarkoitetaan tutkimuksen että sen tulosten uskottavuutta sekä sen osoittamista tutkimuksessa. Tutkimukseen osallistuneiden henkilöiden käsitysten tulee vastata tutkimustuloksia. Uskottavuutta vahvistetaan jatkuvilla keskusteluilla tuloksista tutkimuksen eri vaiheissa. Tulosten paikanpitävyyttä on hyvä arvioida säännöllisesti. Toinen mahdollisuus on keskustella samaa aihetta työstävien henkilöiden kanssa. Myös riittävän pitkä aika tutkittavan ilmiön kanssa vahvistaa uskottavuutta. (Kylmä ym. 2007, 128).

Oppaasta pyydettiin tuottamisvaiheessa palautetta. Palautteen antajat olivat tyytyväisiä oppaan sisältöön ja rakenteeseen. Muutosehdotuksia oppaaseen saatiin vain kahdelta henkilöltä, mikä vähentää luotettavuutta. Muutosehdotusten pohjalta oppasta muokattiin enemmän päiväsairaalan tarpeita vastaavaksi. Opas sai kiitosta sen tiiviistä muodosta. Arvioijan mukaan oppaan sanoma jäi helposti mieleen, koska tekstiä oli sopivasti. Toisaalta oppaan tekijöiden arvioon mukaan oppaan sanomaa olisi voitu havainnollistaa myös kuvien sekä taulukoiden avulla.

Kuvat jäävät monesti helposti mieleen, joten ohjeistuksesta olisi voitu saada mieleenpainuvampaa kuvien avulla.

Vahvistettavuus (dependability, audibility) on osa koko tutkimusprosessia ja edellyttää tutkimusprosessin kirjaamista. Reflektiivisyydellä puolestaan tarkoitetaan sitä, että tutkimuksen tekijä on tietoinen omista lähtökohdistaan tutkimuksen tekijänä. Tekijän on arvioitava sitä, millä tavoin hän vaikuttaa aineistoonsa, tutkimusprosessiinsa sekä kuvattava lähtökohdat tutkimusraportissaan. (Kylmä ym. 2007, 129). Opinnäytetyön luotettavuutta heikensi tekijöiden kokemattomuus tieteellisen tekstin ja oppaan tekemiseen. Suunnitelman esittelyvaiheessa opinnäytetyö opponoitiin. Opponoijat eivät kuitenkaan olleet aiheen asiantuntijoita, mikä rajoitti heidän mahdollisuuksia opponoida asiantuntevasti työtä.

Opinnäytetyön tavoitteiden saavuttamista on haastavaa arvioida opinnäytetyön sekä oppaan juuri valmistuttua. Oppaan tekijöinä näemme tavoitteidemme toteutuneen, koska oma tietämyksemme aiheesta sekä valmiudet kohdata uhkaavasti käyttäytyvä henkilö ovat kasvaneet. Opinnäytetyön työstäminen sujui suunnitellun aikataulun mukaisesti, koska tietoa aiheesta löytyi varsin runsaasti. Opinnäytetyön tekeminen parin kanssa opetti tekijöilleen tiimityöskentelyä sekä aikataulujen yhteensovittamista. Lisäksi työn tekeminen opetti sitoutumista ja järjestelykykyä.

Opas esiteltiin Muuralan päiväsairaalan henkilökunnalle. Opas sai kaiken kaikkiaan positiivista palautetta, etenkin hyvin onnistuneista aiheiden rajauksista. Oppaan esittelyssä heräsi keskustelua työntekijöiden kokemuksista aggressiivisten potilaiden kohtaamisessa. Omakohtaiset kokemukset ja oppaan teorian tiedon hyödyntäminen edesauttavat asioiden mieleen painumista.

6.3 Jatkotutkimusehdotukset

Jatkossa olisi mielenkiintoista tietää, kuinka päiväsairaalan henkilökunta on hyötynyt oppaasta ja onko sitä käytetty uusien työntekijöiden perehdytykseen. Olisi mielenkiintoista tietää, onko oppaan tiedoista ollut hyötyä mahdollisissa vaaratilanteissa. Jatkotutkimusaiheeksi oppaan tekijät ehdottavat oppaan laajentamista koko avosairaanhoidon yksikön sekä kotihoidon käyttöön. Avosairaanhoidon yksikköön kuuluu päiväsairaalan lisäksi kotisairaala ja kotiutustietämyksi, joissa molemmissa tehdään hoitotyötä potilaan kotona. Koti työympäristönä asettaa omat haasteet uhkaavasti käyttäytyvien potilaiden kanssa. Lisäksi opasta voitaisiin muokata vuodeosastojen tarpeita vastaavaksi, jolloin sitä voitaisiin hyödyntää koulutusmateriaalina laajemmin.

Lähteet

Finne-Soveri, H., Laitalainen, E., Sulandet, T. & Vilkkö, A. 2012. Miten iäkkäät juovat? Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos. Viitattu 16.1.2015. <http://www.thl.fi/fi/web/alkoholi-tupakka-ja-riippuvuudet/alkoholi/alkoholitutkimus/suomi-juo/ika-ja-juominen/miten-iakkaat-juovat>

Eloniemi-Sulkava, U., Sulkava, R. & Viramo, P. 1999. Dementoiviin sairauksiin liittyvät käytösoireet. Janssen-Cilag Oy: Espoo. Viitattu 20.8.2014.

<http://kouvolanseudunmuisti.fi/linkkisivut/Dementoiviin%20sairauksiin%20liittyvat%20kaytosoireet%20opas.pdf>

Huttunen, M. 1992. Väkivaltainen potilas. Aikakausikirja Duodecim. Viitattu 16.10.2014. http://duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&viewType=viewArticle&tunnus=duo20054&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_p_auth=

Kokko, K. 2008. Aggressiivisuus persoonallisuuteen liittyvänä toimintatapana. Teoksessa Meitä on moneksi, Persoonallisuuden psykologiset piirteet. Toim. Metsäpelto, R-L. & Feldt, T. PS-Kustannus.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Edita: Helsinki.

Lachs, M., Rosen, T., Teresi, J.A., Eimicke, J.P., Ramirez, M., Silver, S. & Pillemer, K. 2012. Verbal and physical aggression directed at nursing home staff by residents. Journal of general internal medicine. 28(5): 660-667.

Laurea. 2014. ONT-torit. <https://live.laurea.fi/fi/opiskelijalle/opinnaytetyo/otaniemi/ont-tori/Sivut/default.aspx>

Lehestö, M., Koivunen, O. & Jaakkola, H. 2004. Hoitajan turva. Edita Prima Oy: Helsinki.

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2004. Etiikka Hoitotyössä. WS Bookwell Oy: Juva.

Louhela, S. & Saarinen, S. 2006. Väkivalta terveydenhuollon eri toimialoilla. Pro gradu-tutkielma. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Müller-Spahn, F. 2003. Behavioral disturbances in dementia. Dialogues in clinical neuroscience. 5(1): 49-59.

Parkkunen, N., Vertio, H. & Koskinen-Ollonqist, P. 2001. Terveysaineiston suunnittelun ja arvioinnin opas. Terveyden edistämisen keskuksen julkaisuja -sarja 7/2001.

Ponteva, M. 1996. Mitä on debriefing suomeksi? Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim. 112(11): 1024.

Ritmala-Castrén, M. 2005. Miten rauhoittaa aggressiivista potilasta? Sairaanhoidaja-lehti. 6-7/2005. Viitattu 2.8.2014.
http://www.sairaanhoidajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoidaja-lehti/6-7_2005/laakehoito/miten_rauhoittaa_aggressiivista/

Soisalo, R. 2011. Väkivallan preventio sosiaali- ja terveysalalla. Suomen Psykologinen Instituuttiyhdistys ry.

Työterveyslaitos. 2014. Työväkivalta. Viitattu 16.08.2014.
http://www.ttl.fi/fi/tyoturvallisuus_ja_riskien_hallinta/tyovakivalta/Sivut/default.aspx

Työturvallisuuskeskus. 2009. Väkivalta pois palvelutyöstä. Helsinki.

Vataja, R. 2014. Dementiaan liittyvät käytösoireet. Helsinki: Muistikeskus. Viitattu 10.1.2014:
<http://www.muisti.com/download.php?file=/tietopankki/39/kaytosoireet140403.pdf>

Vilka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Kustannusosakeyhtiö Tammi: Jyväskylä.

Von der Pahlen, B. & Eriksson, C. J. 2003. Alkoholi ja aggressiivinen käyttäytyminen. Viitattu 16.1.2015: <http://www.ebm-guidelines.com/xmedia/duo/duo93991.pdf>

Weizmann-Henelius, G. 1997. Väkivaltaisen ihmisen kohtaaminen. Kirjayhtymä Oy: Helsinki.

Liitteet

Liite 1 Opas aggressiivisen potilaan kohtaamisesta päiväsairaalan henkilökunnalle.....	27
--	----

Opas aggressiivisen potilaan kohtaamisesta päiväsairaalan henkilökunnalle

Opas aggressiivisen potilaan kohtaamisesta päiväsairaalan henkilökunnalle

Kakkonen, Emma
Halttunen, Saara
2015

Lukijalle

Tässä oppaassa pyritään selventämään, kuinka toimia, kun potilas aiheuttaa aggressiivisuudellaan uhkaavan tilanteen. Oppaassa käsitellään, mitä tarkoitetaan aggressiivisuudella. Lisäksi aiheena ovat aggressiivisuusriskiä uhkaavat tekijät, uhkaavien tilanteiden ennaltaehkäisy sekä uhkaavissa tilanteissa toimiminen. Lisäksi oppaassa käsitellään lyhyesti, kuinka toimia uhkaavan tilanteen jälkeen.

Työterveyslaitoksen (2014) mukaan hoitotyö lukeutuu työväkivallan suhteen riskialttiimpiin ammatteihin Suomessa rekisteröityjen tapaturmien perusteella. Muita riskialttiita ammatteja ovat muun muassa vartiointi- ja suojeluala, sosiaali- ja liikenneala sekä lasten päivähoitotyö.

Opas on tuotettu opinnäytetyömme pohjalta Muuralan päiväsairaalan työntekijöille. Oppaan tarkoituksena on jakaa tietoa päiväsairaalan henkilökunnalle aggressiivisen potilaan kohtaamisesta. Lisäksi opasta voidaan käyttää osana työntekijöiden perehdytystä.

Mitä on aggressiivisuus?

Aggressiivisuudella tarkoitetaan käytöstä, jolla pyritään vahingoittamaan toista fyysisesti ja psyykkisesti. Aggressiivisuus voi ilmetä myös fyysisyyden lisäksi myös toista uhkaavina tai loukkaavina sanoina sekä tunteina. Väkivalta voi kohdistua joko työntekijään itseensä tai hänen läheisiinsä.

Henkilön temperamentti eli reaktiivisuus, selviytymiskeinot, kognitiivisten taitojen kypsyysaste sekä sosiaalisen havainnointikyvyn tarkkuus vaikuttavat aggressiiviseen reagointiin.

Aggressiivisuuden ilmenemismuodot:

suora tai epäsuora, jotka voidaan jakaa edelleen hyökkääväksi tai uhkailevaksi aggressioksi

Aggressiiviseen käyttäytymiseen vaikuttavat erilaiset tilannetekijät:

- provokaatio
- turhautuminen
- kipu
- alhainen verensokeri
- nälkä
- sosiaalinen stressi
- matala mieliala
- lääkkeet ja huumeet
- persoonalliset tekijät ja
- ympäristö (esimerkiksi rauhaton ympäristö)

Tehokas tapa tunteiden ja asenteiden ilmaisuun on käyttää sanatonta viestintää, usein se on uskottavampaa kuin sanallinen viestintä. On kuitenkin muistettava, että uhkaavissa tilanteissa on erittäin tärkeää, että ele- ja liikekieli sekä ilmeet ovat hillittyjä ja neutraaleja. Vilpittömän hymy ja ystävällisyys ovat tehokas tapa, kunhan ne eivät mene liiallisuuksiin.

Fyysisiä reaktioita aiheuttavat ärtymys, aggressiivisuus, ahdistuneisuus ja levottomuus. Fyysisiä reaktioita ovat muun muassa:

- verenpaineen nouseminen
- hengitystiheyden ja sydämen sykkeen kiihtyminen

Tietyt käyttäytymistavat voivat olla myös merkki henkilön aggressiivisuudesta:

- puheen kiihtyminen, puheen muuttuminen
- äänen kiristyminen tai pettäminen
- henkilön katse on pistävä, tuijottava tai pälyilevä
- punastuminen tai kalpeneminen
- rauhaton liikehdintä
- levottomuus ja jännittyneisyys
- irvistely, hampaiden kiristely tai käsien nyrkkiin laittaminen
- haluttomuus kuunnella vastakkaista kantaa
- ylimielisyys sekä arvostelu
- riidan haastaminen ja loukkaaminen, kiroilu
- tavaroiden heittäminen ja ovien paiskominen
- sylkeminen kohti

Esimerkkejä aggressiivisuusriskiä lisäävistä tekijöistä

Yleisimmät sairaudet väkivaltaisen käytöksen taustalla olivat dementia, mielenterveysongelmat sekä kehitysvammaisuus. Väkivallan muotoina huitominen oli yleisin ilmenemismuoto. Muita väkivallan muotoja oli huutaminen, uhkailu, haukkuminen, nimittely ja lyöminen.

Useimmiten väkivaltaisten potilaiden taustalla ovat päihdeongelmat, levottomuus, harhaisuus, sekavuus sekä kivuliaisuus. Asian mukaisin hoitomenetelmin ja tunnistamalla esimerkiksi potilaan pelokkuus voitaisiin vähentää työntekijöiden joutumista väkivallan kohteeksi.

Erilaiset muistihäiriöt ja muistamattomuus lisäävät riskiä väkivaltaiselle käyttäytymiselle. Ihmisen vanhetessa elimistössä tapahtuu fyysisiä muutoksia, myös aivoissa, joka vaikuttaa ihmisen käyttäytymiseen.

Dementiassa kognitiiviset kyvyt heikkenevät, etenkin muisti, josta seuraa sosiaalista tai ammatillista haittaa. Sairauteen kuuluu myös käytös muutokset sekä psykologiset oireet. Käyttöoireiden hoitaminen on hyvän hoidon yksi tärkein osa! On muistettava, että oireet aiheuttavat myös potilaalle itselleen kärsimystä. Käyttöoireet voivat vaihdella nopeasti ja niitä on vaikeaa arvata ennalta. Käyttöoireet voivat olla fyysinen aggressiivisuus, levottomuus, kuljeskelu, estoton käyttäytyminen, huutelu, pakko-oireet, toisto-oireet, tavaroiden keräily ja katastrofireaktiot. Käyttöoireiden syitä selvittäessä tulisi selvittää aggressiivista käyttäytymistä laukaisevat tekijät esimerkiksi haastatteleamalla potilasta tai omaisia. Tilanne voi olla ongelmallinen silloin, kun potilas ei kykene ilmaisemaan tunteitaan eikä kontrolloimaan omaa käyttäytymistään. On myös hyvä muistaa, että potilas voi nähdä aistiharhoja eli hallusinaatioita. Myös akuutin sekavuustilan eli deliriumin mahdollisuus on olemassa.

Seuraavanlaiset tilanteet ovat esimerkkejä tilanteista, jotka voivat johtaa aggressiiviseen käyttäytymiseen:

- potilas kokee tulleensa ahdistetuksi, pakotetuksi tai nolatuksi
- ahdistus liian vaativaan tilanteeseen joutumisesta
- turhautuminen ymmärtämättömyydestä
- suuttumus peseytymis- tai pukeutumistilanteessa

Väkivaltaisesti käyttäytyvät henkilöt voivat olla myös jonkin **päihdyttävän aineen vaikutuksen alaisena**. Päihteillä on kontrollikykyä heikentävä vaikutus ja ne saattavat laukaista väkivaltaisen käytöksen. Erityisesti vahvasti aineenhimoinen tai vieroitusoireista kärsivä huumeiden käyttäjä voi hyvinkin nopeasti muuttua iloisesta ja vauhdikkaasta erittäin kireäksi ja impulsiivisen aggressiiviseksi. **Päihtynyttä potilasta on AINA pidettävä suurena väkivalta**

riskin uhkana. Lähestulkoon jokainen päihtynyt herättää osaltaan levottomuutta.

Päihtyneen käytös on usein tarkoitushakuista oli saapumisen syy mikä tahansa. Haluttuun päämäärään pyritään usein uhkaamalla ja vaatimusten esittämisellä. Käytös voi olla vetoavaa ja omasta elämästä voidaan kertoa hyvinkin vakuuttavaa tarinaa. Samalla on selkeästi havaittavissa potilaan levottomuus, malttamattomuus ja tarve saada asiat nopeasti kuntoon.

Päihtyneelle on tyypillistä rajojen testaaminen ja se, kuinka pitkään hoitajat pystyvät pitämään linjansa. Rauhallinen, selkeä ja asiallinen toiminta vuorovaikutustilanteissa auttaa usein rauhoittamaan ristiriitatilanteet.

Väkivaltaisen käyttäytymisen ja **psyyykeongelmaisten** välillä on selkeä yhteys. Psyyyken sairauksia on monenlaisia, toisissa sairauksissa on selkeästi huomattavissa väkivaltariskin kasvua. Selvää on, että oman käyttäytymisen ja impulssikontrollin hallinta on psyykkisesti sairailta ongelmallista. **Kaikkia psyykkisesti sairaita ihmisiä ei kuitenkaan tule leimata väkivallan tekijöiksi.**

Psykoottisessa tilassa olevaa väkivaltaista potilasta on usein melko vaikeaa tai jopa mahdotonta rauhoitella pelkästään puheilla tai keskusteluilla. Tällaiset potilaat sairastavat usein skitsofreniaa, paranoidista psykoosia tai maniaa. Usein turvaudutaan neuroleptiseen lääkitykseen. Uhkailevien potilaiden diagnooseina voi olla esimerkiksi jokin persoonallisuushäiriö. Tällöin rauhoittelu onnistuu usein verbaalisin keinoin.

Kuinka ennaltaehkäistä uhkaavia tilanteita?

Työturvallisuuslaki (738/2002) määrittää, että työnantaja on vastuussa työntekijöiden turvallisuudesta ja terveydestä työssä. Työnantajan vastuulla on huolehtia siitä, että työn terveys- ja turvallisuusvaaroja arvioidaan, ehkäistään ja kehitetään työpaikalla. Työpaikalta tulee myös löytyä menettelytapaohjeet, jotka sisältävät ennaltaehkäisyyn tähtäävät toimenpiteet sekä ohjeet väkivaltatilanteen kohtaamisen hallitsemiseen.

Työntekijän on noudatettava ennalta määrättyjä määräyksiä ja ohjeita, toimittava huolellisesti ja varovaisuutta noudattaen sekä ilmoitettava työnantajalle ja työsuojeluvaltuutetulle havaitsemistaan epäkohdista ja vaaroista. Laki velvoittaa, että oman turvallisuuden lisäksi myös muiden turvallisuus on huomioitava!

Epäonnistunut vuorovaikutus, potilaan sairaudet sekä fyysinen ja psykososiaalinen ympäristö saattavat vaikuttaa väkivaltaisen tilanteen syntyyn. Ottamalla henkilö vakavasti ja antamalla hänelle mahdollisuus oman mielipahansa ilmaisemiseen voidaan mahdollisesti estää tilanteen kärjistyminen.

Vaaratilanteita voidaan ennaltaehkäistä kiinnittämällä huomiota seuraaviin asioihin:

- hyvä työvuorojen suunnittelu
- riittävä määrä osaavaa henkilökuntaa
- potilaiden sijainnin ja siirtojen suunnitelmallisuus
- ulkopuolisten rajoittaminen hoitotilojen ulkopuolelle
- myös väkivaltaa ehkäisevien suunnitelmien puuttuminen on riski

Vaaratilanteisiin ei ole hyvä mennä yksin. Potilasta tavattaessa kahden kesken huoneessa on hyvä kiinnittää huomiota poistumisreitteihin (henkilökunta ei mene perällä -> uhkaavan tilanteen sattuessa henkilökuntaa ei voida ahdistaa nurkkaan). Huoneiden sisustus on hyvä suunnitella niin, että hoitajat eivät ole selkä ovea kohti. Toisissa paikoissa on myös käytössä hälytinjärjestelmät ja vartijat, joihin kannattaa turvautua tarpeen tullen.

Väkivalta tilanteet tulee kirjata ylös ja jatkuva seuranta auttaa uusien tilanteiden ehkäisemisessä. Kirjaaminen voi havainnollistaa esimerkiksi sitä, millaisissa tilanteissa vaara syntyy ja millaiset potilaat niitä aiheuttavat. Tämä puolestaan auttaa puuttumaan vaaratekijöihin, mikä puolestaan parantaa työntekijöiden turvallisuutta.

Uhkatilanteissa toimiminen

Uhkaavassa tilanteessa voi aggressiivisen henkilön rauhoittamiseksi pyrkiä tekemään tämän olon mukavaksi. Joskus tarpeisiin vastaaminen (uni, nälkä) voi rauhoittaa henkilöä. Uhkaavassa tilanteessa on tärkeää tunnistaa vaara.

Tilanteessa on tärkeää olla

- rauhallinen
- jämässä
- asiallinen
- ammattimainen
- itsevarma

Tilanteessa varmista

- riittävä turvaväli (1,5-2 m)
- oma sijoittuminen huoneessa siten, että poistuminen mahdollista
- oma sijoittuminen samalle tasolle sekä hieman sivuun aggressiiviseen henkilöön nähden
- rauhallinen kehonkieli (rento asento, kädet sivuilla, hyvä ryhti)
- katsekontakti tuijottamista välttäen

Keskustellessa aggressiivisen henkilön kanssa on hyvä muistaa

- toista kunnioittava ja kohtelias sävy
- anna toisen puhua keskeyttämättä
- tarvittaessa pyydettävä anteeksi
- pyri olemaan ymmärtäväinen
- pysy itsevarmana ja hillittynä
- vältä toisen nolaamista

Jos tilanne uhkaa kärjistyä, voi ilmoittaa rauhalliseen sävyyn, ettei hyväksy väkivaltaa ja lopettaa tapaamisen.

Lisäksi on tärkeää, ettei aggressiivinen henkilö pääse vahingoittamaan itseään. Tarvittaessa henkilöä voidaan rajoittaa fyysisesti. Jos henkilöllä on kipuja, pyritään niitä lievittämään. Aggressiivisen henkilön läheisten tai tuttavien sekä muiden työntekijöiden läsnäolo saattaa rauhoittaa. Tärkeää on pyrkiä rauhoittamaan havaittu vaaratilanne.

Jälkikäsitteily uhkaavan kohtaamisen jälkeen

Tapaamisen lopettamisessa tulee toimia rauhallisesti

- voi pyytää henkilöä poistumaan paikalta tai poistua itse
- tarvittaessa ilmoitettava muulle työyhteisölle, vartijoille tai poliisille

Tilanteesta on tehtävä raportti esimiehelle, työsuojeluhenkilöstölle, turvallisuudesta vastaaville sekä työterveyshuollolle. Esimiehelle tulee ilmoittaa tapahtuneesta heti.

Uhka- ja väkivaltatilanteet järkyttävät aina. Ne voivat aiheuttaa pitkäaikaisiakin pelko- ja ahdistusiloja, lisäksi ne voivat vaikuttaa työssä jaksamiseen, motivaatioon sekä suorituksiin töissä. Lisäksi ne voivat vaikuttaa hyvinvointiin työajan ulkopuolella. Pahimmassa tapauksessa voi esiintyä työkyvyttömyyttä.

Ryhmäterapeuttinen istunto on yleistynyt järkyttävien tapahtumien jälkihoidoksi. Täydellinen nimitys englannin kielellä on critical incident psychological stress debriefing, eli lyhyesti debriefing. Keskeistä on stressioireiden ja kehittymässä olevien stressihäiriöiden ehkäisy- ja stressineuvonta. Kyseessä on yleensä kertaluontoinen tilaisuus, joka järjestetään 1-3 vuorokauden kuluessa järkyttävästä tapahtumasta. Tärkeää on, ettei toisia kohtaan esitetä kritiikkiä (Ponteva 1996). Istunnon tavoitteena on tukea työntekijöitä toipumaan traumaattisesta tilanteesta sekä säilyttämään työkykynsä.

Lähteet

Eloniemi-Sulkava, U., Sulkava, R. & Viramo, P. 1999. Dementoiviin sairauksiin liittyvät käytösoireet. Janssen-Cilag Oy: Espoo. Viitattu 20.8.2014.

<http://kouvolanseudunmuisti.fi/linkkisivut/Dementoiviin%20sairauksiin%20liittyvat%20kaytosoireet%20-opas.pdf>

Huttunen, M. 1992. Väkivaltainen potilas. Aikakausikirja Duodecim. Viitattu 16.10.2014.

http://duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&viewType=viewArticle&tunnus=duo20054&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_p_auth=

Kokko, K. 2008. Aggressiivisuus persoonallisuuteen liittyvänä toimintatapana. Kirjassa Meitä on moneksi, Persoonallisuuden psykologiset piirteet. Toim. Metsäpelto, R-L. & Feldt, T. PS-Kustannus.

Lachs, M., Rosen, T., Teresi, J.A., Eimicke, J.P., Ramirez, M., Silver, S. & Pillemer, K. 2012. Verbal and physical aggression directed at nursing home staff by residents. Journal of general internal medicine. 28(5): 660-667.

Lehestö, M., Koivunen, O. & Jaakkola, H. 2004. Hoitajan turva. Edita Prima Oy: Helsinki.

Louhela, S. & Saarinen, S. 2006. Väkivalta terveydenhuollon eri toimialoilla. Pro gradu-tutkielma. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Müller-Spahn, F. 2003. Behavioral disturbances in dementia. Dialogues in clinical neuroscience. 5(1): 49-59.

Ponteva, M. 1996. Mitä on debriefing suomeksi? Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim. 112(11): 1024.

Ritmala-Castrén, M. 2005. Miten rauhoittaa aggressiivista potilasta? Sairaanhoidaja-lehti. 6-7/2005. Viitattu 2.8.2014.

http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/amatilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitaja-lehti/6-7_2005/laakehoito/miten_rauhoittaa_aggressiivista/

Soisalo, R. 2011. Väkivallan preventio sosiaali- ja terveysalalla. Suomen Psykologinen Instituut-tiyhdistys ry.

Työturvallisuuskeskus. 2009. Väkivalta pois palvelutyöstä. Helsinki.

Työterveyslaitos. 2014. Työväkivalta. Viitattu 16.08.2014.

http://www.ttl.fi/fi/tyoturvallisuus_ja_riskien_hallinta/tyovakivalta/Sivut/default.aspx

Weizmann-Henelius, G. 1997. Väkivaltaisen ihmisen kohtaaminen. Kirjayhtymä Oy: Helsinki.