



SAVONIA

AVEKKI-toimintatapamalli tutuksi perheille

**Petri Ahonen
Hannu Hippi**

Opinnäytetyö

Koulutusala Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala	
Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma	
Työn tekijä(t) Ahonen Petri, Hippi Hannu	
Työn nimi AVEKKI-toimintatapamalli tutuksi perheille	
Päiväys 29.11.2012	Sivumäärä/Liitteet 46/2
Ohjaaja(t) Kainulainen Arja-Sisko, Jauhiainen Annikki	
Toimeksiantaja/Yhteistyökumppani(t) Kuopion yliopistollisen sairaalan lastenpsykiatrian kriisiosasto 2753	
Tiivistelmä <p>Toiminnallisen opinnäytetyön tarkoituksena oli suunnitella ja toteuttaa opaslehtinen AVEKKI-toimintatapamallista lasten huoltajille. Työn tilaava yksikkö oli havainnut tarpeen ohjausmateriaalille AVEKKI-toimintatapamallista. Tavoitteena oli opaslehtisen avulla selvittää lasten huoltajille ymmärrettävästi ja selkokielellä mitä AVEKKI-toimintatapamalli tarkoittaa ja pitää sisällään.</p> <p>Opaslehtisen tekeminen toteutettiin yhteistyössä Kuopion yliopistollisen sairaalan lastenpsykiatrian kriisiosaston kanssa. Opaslehtisen avulla pyritään lisäämään ohjausta AVEKKI-toimintatapamallista. Huoltajat saavat opaslehtisen hoidon alkuvaiheessa, kun hoitohenkilökunta antaa heille ohjausta lapsen hoidosta.</p> <p>Saimme paljon palautetta osastonhoitajalta sekä muulta osaston hoitohenkilökunnalta opaslehtisen tekemisen vaiheessa. Opaslehtistä muokattiin saadun palautteen mukaisesti. Toimeksiantaja oli tyytyväinen opaslehtiseen. Opaslehtinen otettiin heti käyttöön osaksi osaston ohjausmateriaaleja.</p> <p>Tuotoksena syntyneitä opaslehtistä voidaan hyödyntää myös muissa Kuopion yliopistollisen sairaalan lastenpsykiatrisissa yksiköissä. Jatkotutkimushaasteena voisi olla selvittää, onko opaslehtinen hyödyttänyt lasten huoltajia, sekä osaston hoitohenkilökuntaa. Tulevaisuudessa on hyvä miettiä opaslehtisen päivittämistä.</p>	
Avainsanat	
AVEKKI-toimintatapamalli, lastenpsykiatrinen hoitotyö, toiminnallinen opinnäytetyö, kirjallinen opaslehtinen	

Field of Study Social Services, Health and Sports			
Degree Programme Degree Programme of Nursing			
Author(s) Petri Ahonen, Hannu Hippi			
Title of Thesis AVEKKI-producere model familiar for families			
Date	29.11.2012	Pages/Appendices	46/2
Supervisor(s) Kainulainen Arja-Sisko, Jauhiainen Annikki			
Client Organisation/Partners Kuopio university hospital children's crisis ward 2753			
<p>Abstract</p> <p>The objective of this functional thesis was to design and implement an instruction leaflet on the AVEKKI-procedure for children's guardians whose children were in treatment. The unit ordering this work had seen a need for a guide on the AVEKKI-procedure. The aim was to explain to the children's guardians in an understandable and plain language with the help of the leaflet what the AVEKKI-procedure means and involves.</p> <p>The thesis was carried out in cooperation with Kuopio University hospital children's crisis ward. The leaflet is intended to increase guidance on the AVEKKI-procedure. The guardians get the leaflet at the start of the treatment when the nursing staff gives them guidance on the care of the child.</p> <p>We received a lot of feedback from the head nurse as well as the nursing staff of the ward when we were making the leaflet. The leaflet was modified based on the feedback. The assigner was pleased with the leaflet. The leaflet was immediately made part of the wards guide material.</p> <p>The resulting leaflet can also be used in other Kuopio university hospital child psychiatry units. A further research challenge is to determine have the children's guardians as well as the nursing staff benefitted from the leaflet. In the future it can be considered updating this leaflet.</p>			
Keywords			
Avekki-procedure, children's psychiatric nursing, functional thesis, written guide			

SISÄLTÖ

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1	JOHDANTO.....	7
2	LASTENPSYKIATRIA.....	8
2.1	Lastenpsykiatristen häiriöiden yleisyys.....	8
2.2	Käytöshäiriöt.....	9
2.3	Ahdistuneisuushäiriöt.....	9
2.4	Masennus.....	10
3	LASTEN PSYKIATRINEN HOITOTYÖ.....	11
3.1	Lasten psykiatrinen osastohoito.....	11
3.2	Kotona tehtävä hoitotyö.....	13
3.3	Kuopion yliopistollisen sairaalan lastenpsykiatrian kriisiosasto 2753.....	13
4	AGGRESSIO JA VIHA.....	15
4.1	Aggressiiviset lapset.....	15
4.2	Aggression synty lapsella.....	16
4.3	Aggression seuraukset.....	17
5	VÄKIVALLAN ENNALTAEHKÄISY.....	19
6	LAPSIPOTILAAN RAJOITTAMINEN, EETTINEN JA OIKEUDELLINEN NÄKÖKULMA	21
6.1	Hoitotyön eettisyys.....	21
6.2	Lapsipotilaan itsemääräämisoikeus.....	21
6.3	Lait ja säädökset.....	22
6.3.1	Perusoikeudet.....	22
6.3.2	Tahdosta riippumaton psykiatrinen hoito.....	23
6.3.3	Potilaan perusoikeuksien rajoittaminen tahdosta riippumattoman psykiatrisen hoidon ja tutkimuksen aikana.....	24
7	RAJOITTAMINEN LASTENPSYKIATRIASSA.....	26
7.1	Terapeuttinen kiinnipito.....	26
7.2	AVEKKI-toimintatapamalli.....	27
7.3	AVEKKI-toimintatapamalli lastenpsykiatrian kriisiosastolla 2753.....	29
7.4	Jälkiselvittely.....	30
8	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TEHTÄVÄT.....	32
9	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN.....	33
9.1	Toiminnallinen opinnäytetyö.....	33

9.2 Tiedonhaku	33
9.3 Hyvä opas	34
9.4 Opaslehtisen laatiminen.....	35
9.5 Opaslehtinen	38
10 POHDINTA.....	39
10.1 Toiminnallisen opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus	39
10.2 Opinnäytetyöprosessin ja ammatillisen kasvun arviointi	40
10.3 Jatkotutkimushaasteet.....	41
LÄHTEET	43

LIITTEET

Liite 1 Mitä AVEKKI on? – Tiedote huoltajille

Liite 2 Tutkimuslupahakemus

1 JOHDANTO

AVEKKI-projekti sai alkunsa 19. huhtikuuta 2004 Kuopion yliopistollisessa sairaalassa pidetyssä kokouksessa. Kokouksen päämääränä oli yhdistää terveydenhuollon organisaatiot sekä niissä toimivat henkilöt luomaan yhteinen toimintatapamalli tilanteisiin, joissa potilas käyttäytyy hoitajia kohtaan aggressiivisesti ja väkivaltaisesti tai on uhka aggressiivisväkivaltaisesta käytöksestä. AVEKKI-nimi tulee kuudesta sanasta, joiden merkitys liittyy olennaisesti aiheeseen. Sanat ovat Aggressio, Väki-valta, Ennaltaehkäisy/hallinta, Kehittäminen, Koulutus ja Integraatio. Lisäksi AVEKKI-ajatuksen sisältyy yksilöllisyyden ja yhdessä tekemisen teemat. (Hakkarainen ym. 2006, 5–7.)

Opinnäytetyön toimeksiantaja Kuopion yliopistollisen sairaalan lastenpsykiatrian kriisiosastolla 2753 oli tarve opaslehtiselle AVEKKI-toimintatapamallista, ohjausmateriaaliksi lasten huoltajille. Osasto hoitaa alle 15-vuotiaita akuuttia lastenpsykiatriasta kriisihoitoa tarvitsevia lapsia. Osasto on tiiviissä yhteistyössä lasten vanhempien ja huoltajien kanssa hoidon aikana. Aihe on tärkeä, koska lapsen hoidon aikana voi lapsen oirehdinnan ja käyttäytymisen vuoksi tulla rajoittamistilanteita, joissa toimitaan AVEKKI-toimintatapamallin mukaisesti. Rajoittamistilanteista ilmoitetaan aina lasten huoltajille. Lasten huoltajat ovat usein huolissaan ja ihmeissään rajoittamistilanteista, koska he eivät tiedä mistä on kyse. Siksi on tärkeä antaa tietoa ja ohjata lasten huoltajia AVEKKI-toimintatapamallista. (Lommi 2011; Paukkeri 2011.)

Kuopion yliopistollisen sairaalan lastenpsykiatrian kriisiosasto 2753 saa opaslehtisestä tukea ohjatessaan lasten vanhempia ja huoltajia. Huoltajat saavat tietoa kirjallisesti ja suullisesti AVEKKI-toimintatapamallista, lapsen hoidon alkuvaiheessa. Näin rajoittamistilanteet eivät tule yllättäen ja ilman pohjatietoa AVEKKI-toimintatapamallista.

Päädyimme aiheeseen, koska olemme valinneet vaihtoehtoisiksi opinnoiksi mielen-terveys- ja päihdehoitotyön. Toteutustavaksi otimme toiminnallisen opinnäytetyön, koska olemme molemmat käytännönläheisiä ja mielestämme sairaanhoitajan työssä painottuu käytännönläheisyys. Lisäksi saamme hyvää harjoitusta ohjausmateriaalin tuottamisesta.

2 LASTENPSYKIATRIA

Lastensairaalapsykiatrialla tarkoitetaan työtä, jota lastenpsykiatrian ammattilaiset toteuttavat (Piha 2004, 387). Lastenpsykiatria on lääketieteen erikoisala, jossa keskittään 6–12-vuotiaiden lasten mielenterveyshäiriöiden diagnosointiin, hoitoon ja ehkäisyyn. Lastenpsykiatrian erikoissairaanhoidon tehtävänä on tunnistaa ja hoitaa psykiatriset häiriöt, suunnitella hoito, toteuttaa se ja seurata sen vaikuttavuutta. (Sourander & Aronen 2007, 556–557.)

2.1 Lastenpsykiatristen häiriöiden yleisyys

Ahdistuneisuushäiriöt, aktiivisuuden ja tarkkaavaisuuden häiriöt, käytöshäiriöt ja mäännustilat ovat yleisimpiä lapsuusiässä ilmeneviä psykiatrisia sairauksia. Aggressiiviset ja käytöshäiriöiset 6–12-vuotiaat pojat muodostavat psykiatriseen hoitoon ohjautuneista lapsista enemmistön. Lapsilla usean eri kehityshäiriön tai psykiatrisen häiriön samanaikainen ilmeneminen on yleistä. (Brummer 2005, 201; Sourander & Aronen 2007, 561.)

Lasten ja nuorten impulsiivinen käytös, huostaanotot ja mielenterveysongelmat ovat lisääntyneet. Lapsilla on yhä enemmän vaikeuksia tulla toimeen ympäristönsä ja itsensä kanssa. Lapsilla ilmenee päivittäisiä fyysisiä ja psyykkisiä oireita, perushoidon laiminlyöntiä sekä ongelmia itsetunnon kanssa. Ongelmina ovat mielenterveysongelmat ja sosiaalisen kehityksen häiriöt. (Friis, Eirola & Mannonen 2004, 11–12.) Lasten sairaalahoidon tarve on lisääntynyt huomattavasti 1990-luvun lopusta aina 2000-luvulle tultaessa. Vuonna 1995 hoidettuja lapsia oli noin 500, kun taas vuonna 2004 heitä oli jo hieman yli 1 000. (Tuori, Sohlman, Ekqvist & Solantaus 2006, 3–4, 7.)

Tutkimusten mukaan 10 %:lla 1–15-vuotiaista lapsista on jokin mielenterveydenhäiriö (McDougall 2011, 48; Mental health foundation 2012). Arviot vaihtelevat, mutta tutkimuksen mukaan jopa 20 %:lla kaikista lapsista on mielenterveysongelma jossakin vaiheessa elämäänsä (Mental health foundation 2012). Yleisyydestään huolimatta ongelmat jäävät usein tunnistamatta ja täten hoitamatta. Ilmaantuvuuteen vaikuttaa ikä, sukupuoli, perhesuhteet ja sosiaalekonominen asema. Lapset, joilla on oppimisvaikeuksia tai fyysisiä rajoituksia sairastuvat todennäköisemmin kuin terveet lapset. (McDougall 2011, 50–51.)

2.2 Käytöshäiriöt

Käytöshäiriöt kuuluvat yleisimpiin lastenpsykiatriisiin häiriöihin. Pojilla ne ovat yleisempiä kuin tytöillä. Käytöshäiriöille tyypillistä on toistuva hyökkäävä, epäsosiaalinen ja uhmakas käyttäytyminen. Käytöshäiriö on diagnosoitavissa, kun se on jatkunut yhtäjaksoisesti kuusi kuukautta tai enemmän ja se on selvästi vakavampaa kuin tavanomainen uhmakkuus. Käytöshäiriöissä aggressiivinen käytös voi ilmetä suullisena uhkailuna tai fyysisenä väkivaltana muita kohtaan. (Moilanen 2004a, 265, 269.) Käytöshäiriöiden määrä kasvaa selvästi, kun lapset vanhenevat (Mental health foundation 2012). Käytöshäiriöön liittyy myös usein muita psyykkisiä häiriöitä, kuten masennusta, tarkkaavuushäiriötä ja lukihäiriötä (Moilanen 2004a, 268).

Käytöshäiriöistä voidaan erottaa neljä eri tyyppiä, ne ovat perheensisäisen käytöshäiriö, epäsosiaalinen käytöshäiriö, sosiaalinen käytöshäiriö ja uhmakkuushäiriö. Perheensisäisessä käytöshäiriössä epäsosiaalinen ja aggressiivinen käytös kohdistuu perheenjäseniin tai tapahtuu vain kotona. Lapsen käytös muualla on lähes normaalia. Epäsosiaalisessa käytöshäiriössä pysyvä epäsosiaalinen tai aggressiivinen käytös ilmenee suhteessa toisiin lapsiin. Sosiaalisessa käytöshäiriössä lapsi tulee hyvin toimeen tietyn ryhmän kanssa, esimerkiksi ikätovereidensa kanssa. Lapsen häiriökäyttäytyminen ilmenee suhteessa tietyn ryhmän ulkopuolisiin ihmisiin. Uhmakkuushäiriötä esiintyy yleensä alle 9–10-vuotiailla. Sille on ominaista poikkeava, provosoiva ja tottelematon käytös, joka on selvästi poikkeavaa. Uhmakkuus ilmenee yleensä suhteessa aikuisiin ja lapsen tuntemiin ikätovereihin. (Moilanen 2004a, 266–268.)

2.3 Ahdistuneisuushäiriöt

Ahdistuneisuushäiriöt ovat häiriöitä, joihin liittyy pelkoja ja pahanolontunnetta, ahdistusta ja usein somaattisia oireita, jotka ilmenevät erilaisina kipuina ja pahoinvointina (Sourander & Aronen 2007, 579). Ahdistuneisuushäiriöissä lapsi on niin pelokas tai ahdistunut, että se häiritsee hänen normaalia elämäänsä. Ahdistuneisuushäiriöissä on tyypillistä liiallinen ahdistus ja huoli, joka koskettaa monia eri elämän toimintoja sekä tapahtumia ja se on jatkunut useampana päivänä vähintään kuusi kuukautta. Ahdistus voi myös lapsella ilmentyä aggressiona itseään tai ympäristöään kohtaan. (Moilanen 2004b, 201–202.)

Lapsen oireilu on aina suhteutettava lapsen sen hetkiseen kehitysvaiheeseen. Ympäristö ja biologiset tekijät vaikuttavat lapsen ahdistuneisuusoireisiin. Ahdistuneis-

suushäiriöihin luetaan pelko-oireiset häiriöt, paniikkihäiriöt, yleistynyt ahdistuneisuushäiriö, eroahdistushäiriö, traumaperäiset häiriöt ja pakko-oireiset häiriöt. (Soulander & Aronen 2007, 579–582.)

2.4 Masennus

Masennuksen diagnosointiin käytettävät perusteet ovat kaikissa ikäluokissa samat. Masennuksen eri oireet vaihtelevat lapsen kehitysvaiheen mukaisesti ja liittyvät muun muassa lapsen kielen, ilmaisukyvyyn ja kehityksen tasoon. Vauva-ikäisillä (0–3-vuotta) masennus ilmenee normaalin kehityksen pysähtymänä tai taantumana. Masennus voi alkaa jo viikon ikäisellä vauvalla. Näillä lapsilla on todettavissa pysyvästi iloton ilme, itkeväisyyttä ja tyhjä katsekontakti. Lapset eivät myöskään syö eivätkä nauti sosiaalisesta kanssakäymisestä. Kiintymyssuhde on usein myös häiriintynyt. Vauvan masennus on todettavissa, jos vauva ei havainnoi ihmisten kasvoja tai silmiä vielä kahden kuukauden ikäisenä. (Räsänen 2004, 219–220.)

Kouluikäisellä lapsella (6–12-vuotta) masennus näkyy lapsen ilmeissä, eleissä ja leikeissä. Itsetuhoiset ajatukset ja kuolema ovat myös esillä, tässä iässä voi esiintyä jo itsemurhauhkauksia ja onnistuneita itsemurhia. Masentuneen lapsen leikissä on havaittavissa moitintaa, kritiikkiä ja hylkäämistä. Lapsen koulumenestys huononee, sosiaaliset suhteet ovat myös usein puutteelliset. Motorisesti lapsi on hidastunut tai kiihtynyt. Hänellä voi ilmetä myös erilaisia psykosomaattisia oireita (väsymys, pitkästyneisyys). Masentuneella lapsella voi ilmetä aggressiota, joka kytkeytyy lapsen heikkoon itsetuntoon ja huonoon pettymyksen sietokykyyn. (Räsänen 2004, 220–221.)

3 LASTEN PSYKIATRINEN HOITOTYÖ

Hoitotyön tavoitteena on hyvän hoidon antaminen lapselle. Hyvä hoito lähtee aina potilaan tarpeista, se on ennaltaehkäisevää, terveyttä palauttavaa ja potilasta kuntouttavaa. Lapsen psykiatrinen hoito voi toteutua joko osastohoitona tai kotona tehtävänä hoitona. (Friis ym. 2004, 150.)

3.1 Lasten psykiatrinen osastohoito

Osastolla toteutettavassa hoidossa on tarkoitus elää arjessa lapsen kanssa. Keskeisiä hoitotyön periaatteita ovat yksilöllisyys, turvallisuus, jatkuvuus ja yhteisöllisyys. Hoitotyössä korostuvat lapsen ja tämän perheen hyväksyminen, ymmärtäminen ja arvostaminen. Tavoitteena on saavuttaa tilanne, jossa lapsen oireilu on vähentynyt ja helpottunut sekä perhe selviytyy omasta arjestaan. Osastolla tapahtuvan hoitotyön tarkoituksena on, että lapsi tunnistaa ja löytää tunteilleen sanat sekä pystyy siten käsittelemään tunteitaan. Lasten psykiatrisessa hoitotyössä korostuu tärkeys tunnistaa lapsen kehitysvaiheet. Leikki on hyvä keino lapsella käsitellä erilaisia asioita hänelle luonnollisella tavalla. (Friis ym. 2004, 150–152.)

Osastohoito on psykiatrissa erikoissairaanhoidon hoitoa. Sen tavoitteena on edistää psyykkisestä kehityksen häiriöstä kärsivän lapsen terveyttä. (Heiskanen 2004, 7.) Osastohoito voi olla kriisihoitoa, joka kestää muutamasta päivästä viikkoihin, lyhytaikaista neljästä kuuteen viikkoa kestävää osastohoitoa, yli puoli vuotta kestävää pitkäaikaista osastohoitoa tai intervallihoidon (Sourander & Aronen 2007, 588–589). Osastolla tapahtuvan psykiatrisen tutkimuksen ja hoidon aiheita ovat itsetuhoisuus, vakava psyykinen kriisi, vaikea käytöshäiriö, invalidisoiva pakko-oireisuus, psykoottinen oireilu, sosiaalinen sulkeutuneisuus, joutuminen hyväksikäytön uhriksi, vaikea perhetilanne tai riittämätön avohoito (Piha 2004, 388; Sourander & Aronen 2007, 588).

Lastenpsykiatriseen osastohoitoon tulevilla lapsilla on ongelmia itsetunnon kanssa. Nämä ongelmat ovat yhteydessä sosiaalisiin taitoihin, kykyyn tulla toimeen toisten kanssa, sietää toisten erilaisuutta ja ymmärtää toisten ongelmia. Psykiatrinen osasto on lapselle terapeutinen yhteisö, jossa edistetään hänen psyykkistä kehitystään asettamalla lapselle turvalliset rajat ja tukemalla parempaan impulssien hallintaan. (Heiskanen 2004, 7–8, 44).

Osastohoidossa korostuu hoitotyön merkitys. Lasten psykiatrisessa hoitotyössä tärkeitä asioita ovat moniammatillisuus, kokonaisvaltaisuus, yksilöllisyys sekä lapsen ja hänen perheensä arvostaminen, ymmärtäminen ja hyväksyminen. Osastolla hoitaja on jatkuvasti tekemisissä lapsen kanssa. Osastohoidossa olevat lapset ovat usein moniongelmaisia ja kokeneet elämässään paljon vastoinkäymisiä. Tämän vuoksi lapselle on voinut kehittyä elämässään negatiivinen suunta, joka osastohoidossa pyritään katkaisemaan elämällä normaalia arkea lapsen kanssa. (Friis ym. 2004, 150–151.)

Osastohoidon tavoitteena on, että lapsi löytää ja tunnistaa vaikeuksien ja ongelmien taustalla oleville tunteilleen sanat ja osaa käsitellä niitä. Tavoitteena on saavuttaa tilanne, jossa lapsen oireilu vähenee niin, että lapsi voi palata kotiin ja hänen perhe selviytyy arjesta riittävän hyvin. Osastohoidossa mahdollistetaan lapsen iän ja kehitystason mukainen elämä. Hoitajan on tärkeää tunnistaa, mitä on normaali lapsen kehitys ja mitä kuuluu normaalin kehitysvaiheisiin sekä huomioida näissä yksilölliset vaihtelut (Friis ym. 2004, 151–152.)

Lapselle tarjotaan osastohoidon aikana mahdollisuus erilaisiin peleihin, harrastuksiin ja leikkeihin. Leikin kautta lapsi pystyy luontaisella tavalla käsittelemään erilaisia asioita. Arjessa tukeminen ja vastuutehtävien antaminen, esimerkiksi huoneen siisteydestä huolehtimisen antavat lapselle mahdollisuuden harjoitella erilaisia taitoja. (Friis ym. 2004, 152.)

Lapsen kannalta osastohoito on aina epänormaali tilanne. Lapsi voi joutua pitkäksi aikaa eroon huoltajistaan. Tämän takia perheen näkökulman huomiointi on tärkeää lasten psykiatrisessa hoitotyössä. Perheen huomiointi lapsen osastohoidon aikana tukee myös lapsen hoitoa. Perheellä on oltava mahdollisuus osallistua yhteistyössä henkilökunnan kanssa lapsen hoidon suunnitteluun. (Friis ym. 2004, 152–153.)

Osastohoidossa olevalle lapselle nimetään omahoitaja tai omahoitajapari, jolla on päävastuu lapsen hoitotyön toteuttamisesta. Omahoitajasuhteessa oleva hoitaja on tekemisissä osastohoidossa olevan lapsen ja tämän perheen kanssa. Omahoitajuudessa lasten psykiatrisessa hoitotyössä korostuu ajan antaminen lapselle, yhdessä tekeminen, kasvun tukeminen sekä mahdolliset hoitosopimukset. Omahoitaja on osastolla lasta varten, tämä antaa lapselle mahdollisuuden keskittyä itseensä. Hoitosuhteen luomisessa on tärkeää luottamuksen saaminen lapselta, koska heillä on

usein paljon negatiivisia kokemuksia ja vaikeuksia rakentaa merkityksellisiä ihmissuhteita. (Friis ym. 2004, 153–154.)

3.2 Kotona tehtävä hoitotyö

Kotona tehtävän lasten psykiatrisen kotihoidon tarkoituksena on auttaa ja tukea lasta ja tämän huoltajia arjen erilaisissa ongelma- ja pulmatilanteissa. Kotihoidossa lapsi on omassa tutussa ympäristössään. Huoltajat ja perheet kokevat kotihoidon luottamustaherättävänä, joustavana ja inhimillisenä. (Friis ym. 2004, 158–161.)

Kotona perheen ongelmat voivat tulla paremmin esille kuin osastolla. Lapsen ja perheen kotikäynnit antavat monipuolista tietoa arjessa selviytymisestä. Kotona käyminen antaa myös tietoa, jota on vaikea muulla tavalla hankkia. Kotihoidossa on mahdollista saada kokonaisvaltainen kuva perheestä. (Friis ym. 2004 158–161.)

Kotikäynti muodostuu erilaisista vaiheista. Käynti alkaa yleensä tulorepliikillä, jonka tarkoituksena on vaihtaa kuulumiset perheen kanssa. Tulorepliikin ja kuulumisien vaihtamisen jälkeen etsitään kotoa paikka, jossa voidaan istua ja keskustella. Tämän jälkeen aloitetaan keskusteluosuus, jossa käydään läpi perheen ja lapsen vointia ja tarkempia kuulumisia. Keskusteluosuuden jälkeen käydään läpi keskustelussa toistuneet teemat sekä esimerkiksi mahdolliset sovitut säännöt. Kotikäynnin päätteeksi voidaan sopia uusi kotikäyntiaika tai antaa tilaa lisäkysymyksille. (Friis ym. 2004, 160.)

3.3 Kuopion yliopistollisen sairaalan lastenpsykiatrian kriisiosasto 2753

Kuopion yliopistollisen sairaalan Alavan sairaalan lastenpsykiatrian kriisiosastolla hoidetaan alle 15-vuotiaita akuuttia lastenpsykiatrista kriisihoitoa tarvitsevia lapsia. Osastolla on kuusi potilaspaikkaa ja sen toiminta on ympärivuorokautista. Osastolle pääsyyn vaaditaan lääkärin lähete. Kriisiosaston tavoitteena on auttaa lasta ja tämän perhettä selviytymään kriisistä. Osaston työryhmään kuuluu hoitajien lisäksi lääkäreitä, psykologi ja sosiaalityöntekijä. Hoitajaksot kriisiosastolla ovat kestoaltaan yhdestä kolmeen viikkoon. (Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri 2011.)

Lastenpsykiatrisella kriisiosastolla hoidetaan kriisihoitoa tarvitsevia lapsia. Lapsista suurimmalla osalla on traumatausta, itsetuhoisuutta sekä hallitsematonta aggressiota. Potilailla on lähetediagnoseina eriasteista masennusta, käytöshäiriöitä, ahdistu-

neisuutta, psykoottisuutta ja syömishäiriöitä. (Tiihonen, Lommi & Pietarinen-Lyytinen 2010, 17.)

4 AGGRESSIO JA VIHA

Aggression tunne on reaktio. Aggressio on kaikkea sitä, mikä saa aikaan vihaa, hyökkäyshalua ja itsensä puoliensa pitämisen tunteen. Aggressio voi olla fyysistä, sanallista, suoraa tai epäsuoraa. (Brummer 2005, 200; Cacciatore 2007, 17, 28:). Aggressio voi ilmetä kahdella tavalla, joko progressiivisena (adaptiivinen) tai regressiivisenä (destruktiivinen). Progressiivinen aggressio on kehittävä ja eteenpäin vievä, ja tavoittelee yhteistä hyvää eli se on niin sanottua tervettä aggressiota. Aggression destruktiivinen muoto on vaikeasti hallittava ja aiheuttaa paljon kärsimystä ja tuhoa. Puhuttaessa yleensä aggressiosta viitataan sen destruktiiviseen muotoon. (Brummer 2005, 199–200.)

4.1 Aggressiiviset lapset

Jo alle vuoden ikäisellä lapsella on kyky tuntea aggressiota. Aggressio syntyy, jos lapsi tuntee kestämatöntä pahanolon tunnetta. Se voi myös syntyä, jos lapsi joutuu odottamaan liian pitkään, esimerkiksi huomion saamista huoltajiltaan. Liialliset mielihyvän kokemukset ja liian vähäiset mielihyvän kokemukset altistavat aggression synnylle. (Moilanen 2004a, 269.)

Pieni lapsi ei pysty erottamaan oikeaa ja väärää eikä neuvotellen selvittämään ristiriitojaan. Lapsi pyrkii ottamaan, mitä haluaa. Empatiakyky on kehittymätön. Lapsi kuitenkin oppii pian tunnistamaan ja nimeämään tunnetilojaan ja kehittämään neuvottelutaitojaan. Tunteiden osoittamisessa pieni lapsi on alussa täysin avoin ja avuton, hän tarvitsee tunteiden hallitsemiseen aikuisen apua. (Cacciatore 2007, 32–33.)

Aggression spontaani ilmentyminen kouluikäisellä on harvinaista. Yleensä aggressio alkaa ilmentyä lapsella 17 kuukauden ikäisenä, jolloin lapset ovat fyysisesti aggressiivisia huoltajiaan, sisarusiaan ja muita lapsia kohtaan. Suurin osa lapsista oppii hallitsemaan fyysistä aggressiotaan esikoulu vuosina. (Tremblay ym. 2004, 44.)

Fyysistä väkivaltaa (aggressiota) käyttävät lapset käyttäytyvät myös muita lapsia väkivaltaisemmin 17–42 kuukauden iässä. Tämä ennustaa usein lisääntyntä väkivaltaisuutta myöhemmässä iässä. Useimmat lapset ovat aloittaneet fyysisen väkivallan käytön jo varhaislapsuudessa ja useimmat oppivat käyttämään vaihtoehtoisia keinoja väkivallan sijaan tulevana vuosina. Ihmiset oppivat säätelemään fyysisen aggression käyttöä ennen esikouluikää. Niille, jotka eivät opi säätelemään aggressiotaan ky-

seessä olevana aikana on olemassa riski, että vakava väkivaltainen käyttäytyminen jatkuu murrosiässä ja aikuisiässä. (Tremblay ym. 2004, 47–48.)

Useimmilla lapsilla fyysinen aggressio alkaa ilmentyä ensimmäistä kertaa toisen ikävuoden loppuun mennessä ja useimmat oppivat säätelemään aggressiotaan ja ehkäisemään fyysisen aggression syntymistä ennen kouluikää. Jos lapsi oppii turvautumaan fyysiseen aggressioon, tapahtuu tämä yleensä ensimmäisen kahden vuoden aikana elämässä. Arviolta noin kolmesta viiteen prosenttia ihmisistä säilyttää taipumuksen fyysiseen aggressioon esikouluikästä nuoruuteen. Toisen ikävuoden jälkeen lapsen kasvatus ja erilaiset mallit määrittelevät paljonko lapsi oppii vaihtoehtoisia keinoja ilmaista aggressiotaan. (Cacciatore 2007, 33–34, 45–47.)

Vihan taustalla on usein monia eri tunnetiloja, kuten tuskaa, pelkoa, turvattomuutta ja häpeää, joita suuttunut lapsi ei osaa tai ei pysty ilmaisemaan. Viha on opittu tapa osoittaa negatiivista mielentilaa. Viha voi ilmentyä lapsella väkivaltana tai itsensä vahingoittamisena. Yleensä se ilmenee kuitenkin verbaalisena ja fyysisenä aggressiona. Aggression ilmentyminen liittyy lapsen kehityksikään. Varhaisessa lapsuudessa aggression ilmentyminen lievissä muodoissa on yleistä. Aggressiivisesta käyttäytymisestä tulee ongelma, kun sitä tapahtuu usein, se on erittäin voimakasta ja väkivaltaista ja aggressiivinen käyttäytymien aiheuttaa vahinkoa muille. Lapsilla tämän tyyppinen aggressio on yleisin nähtävissä psykiatrissa sairaaloissa, laitoshoidossa sekä avohoidossa. (Blake & Hamrin 2007, 210; Cacciatore 2007, 29–30.)

4.2 Aggression synty lapsella

Lapsen tunteiden säätely tapahtuu aluksi lapsen ja huoltajan välillä. Vauvalla on olemassa jo omat keinot säädellä tunnetiloja, esimerkiksi itsestimulaatio ja itsetyyntely. Nämä keinot ovat aina riittämättömiä ja vauva tarvitsee aina hänestä huolehtivan aikuisen apua tunnetilojen säätelyssä. Lapsi oppii kehityksensä aikana tunteiden säätelymallit, joita hän on kokenut huoltajiensa kanssa ja tätä kautta lapselle muodostuu lopulta kyky käsitellä omia tunteitaan itsenäisesti. (Mäntymaa, Luoma, Puura & Tamminen 2003, 461.)

Hallitsemattomina monet haasteelliset tunteet johtavat aggressiiviseen käyttäytymiseen. Ilmaisemattomat tunteet voivat myös aiheuttaa erilaista psyykkistä ja psykosomaattista oireilua. Aggressiivisesti käyttäytyvä lapsi voi kokeilla omien tunteidensa hallintaa kasvattamalla ja korostamalla uhoaan. Lapsi on kuitenkin vielä kykene-

mätön tietämään, missä vaiheessa tulisi rauhoittua tai säädellä omaa aggressiotaan. (Cacciatore 2007, 23–26.)

Aggressiivinen käytös on synnynnäinen ja normaali tapa reagoida konflikteihin (Cacciatore 2007, 46). Aggression ja vihan syntyyn lapsella vaikuttavat monet tekijät. Biologiset tekijät, kuten vaikea tai estoton luonne, vaikuttavat lapsen omaan kykyyn säädellä ja vaikuttaa käyttäytymiseensä. Lapsilla, joilla ilmenee paljon aggressiota, on ongelmia sosiaalisessa tiedonkäsittelyssä. Sosiaalinen tietojenkäsittely käsittää seuraavat vaiheet: kognitiivinen havaitseminen ja arviointi, muotoilu ja valinta tavoitteiden, vastausten ja käyttäytymisen säätämistä. Lapset tulkitsevat neutraalit viestit ympäristöön vihamielisiksi ja aggressiivisiksi ja käyttäytyvät siksi aggressiivisesti. Aggressiivinen ja väkivaltainen lapsi ei siis hahmota todellisuuden ilmiöitä. Lapsella on myös usein huono itsetunto ja kuva siitä, ettei hänestä välitetä. Huoltajien kasvatustenetelmät voivat myös olla osavaikuttajana aggression syntyyn, kun lapset oppivat huoltajiltaan tiettyjä käytösmalleja. Muita riskitekijöitä ovat muun muassa huoltajien hylkäävä käytös, huono sosioekonominen asema, perheen tausta, kouluympäristö, huonot kaverisuhteet, sosiaalikulttuuriset erot ja yhteisön väkivaltaisuus. (Blake & Hamrin 2007, 210–211; Brummer 2005, 205.)

Aggressiivisimmin käyttäytyvät ne lapset, joilla on diagnosoitu jokin häiriökäyttäytyminen (käytöshäiriöt, uhmakkuus). Fyysisen pahoinpitelyn kokeminen lisää aggressiivista käyttäytymistä. (Crocker, Stargatt & Denton 2010, 444.) Häiriökäyttäytymisen diagnoosina saaneilla lapsilla esiintyy vihan tunteita ja vakavaa aggressiota eniten (Blake & Hamrin 2007, 209–210; Crocker ym. 2010, 447; Dignam, Brock, Hein & McEvoy 2010).

4.3 Aggression seuraukset

Aggressiivisesti käyttäytyvät lapset kärsivät henkistä vahinkoa ja kärsimystä väkivallan teoistaan. Paitsi, että aggressiivisesti käyttäytyvä lapsi kokee yleensä oman aggressiivisen käytöksensä ongelmana, on siitä myös seurauksia ympäristölle. Lapsen aggressio voi aiheuttaa vahinkoa, pelkoa ja turvattomuutta ympäristölleen. (Cacciatore 2007, 25.) Aggressiivisella käytöksellä lapsuudessa on myös vaikutuksia myöhemmälle kehitykselle, jos siihen ei puututa. Lapset ja nuoret kehittävät huonoja ihmissuhteita ikätovereidensa, huoltajiensa ja opettajien kanssa. (Blake & Hamrin 2007, 211.)

Aggressiivisesti käyttäytyvät lapset joutuvat helposti ikätovereidensa torjumaksi. Näillä lapsilla on usein myös kypsymättömät sosiaaliset taidot. Tämä johtaa puolestaan siihen, että lapset eivät pysy enää mukana normaalissa kehityksessä ja aggressiivisuus jatkuu. Lapsen minäkuva on kehittynyt yleensä kielteiseksi, mikä ylläpitää aggressiivista käytöstä. Psykkisesti terve ihminen kykenee käsittelemään omaa aggressiotaan. Lapsi tarvitsee tuekseen riittävän hyvän ympäristön, missä hän pystyy käsittelemään tunteitaan ja ottamaan vastuuta omasta käytöksestään. (Heiskanen 2004, 7.) Kouluiässä olevat lapset, jotka käyttäytyvät aggressiivisesti, käyttäytyvät todennäköisemmin myös murrosiässä aggressiivisesti. Aggressiivisesti käyttäytyvillä lapsilla on itsellään korkeampi riski alkoholin ja huumeiden käyttöön, tapaturmiin, väkivaltarikoksiin, masennukseen, itsemurhayrityksiin ja perheväkivaltaan myöhemmällä iällä. (Tremblay ym. 2004, 43–44.)

5 VÄKIVALLAN ENNALTAEHKÄISY

Aggressiivisuuteen johtavat tekijät pitää pyrkiä aina tunnistamaan ja ehkäisemään (Kiviniemi ym. 2007, 125). Väkivaltaisuutta voidaan arvioida jossakin määrin ennalta. Aikaisempi väkivaltainen käyttäytyminen on tärkein riskitekijä. Kehityshäiriöt, kehitysvammaisuus, käytöshäiriöt ja oppimishäiriöt sekä nuori-ikä, miessukupuoli ja lainlyönnin kokeminen ovat muita riskitekijöitä aggression ilmentymiselle lapsipotilailla. Nämä ennakkotiedot ja riskitekijät on hyvä tiedostaa. Liiallinen ennakkotietojen ja riskien painottaminen voi kuitenkin johtaa potilaan epäoikeudenmukaiseen ja syrjivään kohteluun. Mahdolliseen väkivaltaan tulee kuitenkin aina varautua, kuitenkin niin, että turhaa pelokkuutta ja potilaan vähättelyä vältetään. Riskinä on potilaan kohtelu omien väärin ennakoasenteiden mukaan, esimerkiksi vältellen, kiukkuisesti tai liian pelokkaasti. (Dean ym. 2008, 537, 542; Lehestö, Koivunen & Jaakkola 2004, 91–92.)

Väkivaltaisesti käyttäytynyt lapsi ei aina käyttäydy väkivaltaisesti, vaikka hän olisi joskus käyttäytynyt väkivaltaa. Mahdolliseen väkivaltaan ja aggressioon on kuitenkin hyvä varautua riskitekijät täyttävien potilaiden kohdalla. Omien tunteiden läpikäynti ja valmistautuminen potilaan kohtaamiseen ovat tärkeitä. Liiallinen voimannäyttö ja erilaiset järjestelyt voivat herättää potilaassa myös pelon ja aggression tunteita. Lapset jotka ovat tottuneet reagoimaan ulkoisiin ärsykkeisiin aggressiolla reagoivat tilanteissa yleensä aggressiolla. (Lehestö ym. 2004, 92.)

Ennakoiva asenne väkivaltaa kohtaan työyksikössä ja yksittäisillä työntekijöillä on kaikista tärkein yksittäin tekijä ehkäisemään väkivaltaa. Painoalueen tulisi olla ennakkoinnissa ja ennaltaehkäisyssä. Riskitekijöiden arviointi ja niiden tiedostaminen on jokaisen työntekijän tehtävä. (Lehestö ym. 2004, 98–100.)

Aggressiivisen henkilön nonverbaalisen viestinnän havainnointi on ensiarvoisen tärkeää. Henkilö, joka osaa tulkita sanatonta viestintää pystyy ennakoimaan mahdollisen aggression ja aggressiota käyttävän henkilön mielialan. Hän pystyy myös itse rauhoittamaan omalla olemuksellaan aggressiivisesti käyttäytyvää henkilöä. (Hakkarainen ym. 2006, 14–15.)

Väkivalta voi olla usein ennalta-arvaamatonta, kuitenkin tärkein osa ennaltaehkäisevää väkivaltaa on riskien hallinta (Hakkarainen ym. 2006, 35). Työturvallisuuslaissa (738/2002) on määritelty, että työnantaja on velvoitettu huolehtimaan työntekijöiden

terveydestä ja turvallisuudesta työtehtävässä. Työnantajan on otettava huomioon työympäristöön, työntekijän henkilökohtaisiin edellytyksiin ja muuhun työolosuhteisiin vaikuttavat seikat. (Työturvallisuuslaki L 2002/738.) Työterveyslaki (1383/2001) velvoittaa työnantajan turvaamaan työntekijälle väkivallattoman työympäristön (Työterveyshuoltolaki L 2001/1383).

6 LAPSIPOTILAAN RAJOITTAMINEN, EETTINEN JA OIKEUDELLINEN NÄKÖKULMA

Aggressiivisesti käyttäytyvää alaikäistä potilasta hoidettaessa tulee ottaa huomioon monet eri säädökset, lait, asetukset sekä sopimukset. Edellä mainittujen asioiden taustalla ovat Yhdistyneiden Kansakuntien ihmisoikeussopimukset sekä Euroopan neuvoston ihmisoikeussopimukset. Suomessa ihmisoikeustilannetta kehittää ja valvoo vuonna 1979 perustettu Ihmisoikeusliitto ry, joka on poliittisesti ja uskonnollisesti sitoutumaton. (Hakkarainen ym. 2006, 16.)

6.1 Hoitotyön eettisyys

Hoitotyötä ohjaavat sairaanhoitajan eettiset ohjeet, jotka hyväksyttiin sairaanhoitajaliiton liittokokouksessa 28.9.1996 (Sairaanhoitajaliitto 2012). Etiikka eli moraalifilosofia kuuluu filosofian osa-alueisiin. Etiikan tarkoitus on selvittää, mitä moraalii on ja miten moraalisia ongelmia kyetään ratkaisemaan. Etiikassa pyritään filosofisen tutkimusten keinoin selvittää, esimerkiksi mitä puhe oikeudesta ja vääryydestä, hyvydestä ja pahuudesta sisältää ja miten moraalisia kysymyksiä tulisi lähestyä. (Leino-Kilpi & Välimäki 2009, 37.)

Etiikka on oppia, ”mitä pitäisi olla”. Etiikka on alue, joka tutkii sekä pohtii moraalii, muodostaen siitä teorioita. Eettiselle kysymykselle on luonteenomaista, ettei siihen ole olemassa yksiselitteistä ratkaisua, vaan ongelmien ratkaisu on usein tilannekohtaista. (Hakkarainen ym. 2006, 16.) Peruskysymys eettisessä ongelmassa on, mikä on hyvää tai pahaa, oikein tai väärin tietyssä tilanteessa tai tietyn inhimillisen toiminnan alueella. Ongelma voi olla myös, miten jokin tietty arvo toiminnassa konkretisoi-tuu. Eettiseen ongelmaan ei ole yhtä ainoaa tiettyä oikeaa ratkaisua, vaan useita tois-tensa kanssa kilpailevia vaihtoehtoja. Mikään ratkaisuvaihtoehto ei ole luonteeltaan täydellinen, koska se ei tule poistamaan kokonaan kyseessä olevaa ongelmaa. (Lei-no-Kilpi & Välimäki 2009, 61.)

6.2 Lapsipotilaan itsemääräämisoikeus

Jokaisella lapsipotilaalla on itsemääräämisoikeus. Sitä rajoitettaessa joudutaan tilan-teeseen, jossa eri arvot ovat ristiriidassa. Joudutaan eettisen arvovalinnan eteen. Keskeisinä kriteereinä näitä valintoja tehdessä tulisi olla yksilöllisyys, vapauden ja itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen, luottamus, arvojen yhteensovittaminen ja hoitajan ja lapsipotilaan väliset sopimukset. (Hakkarainen ym. 2006, 16.)

Lapsipotilaan itsemääräämisoikeuteen voidaan, ja tuleeekin, joskus puuttua, lain säännöksien puitteissa. Hallitsematon pelko voi johtaa väkivaltaan, joka johtaa hoitotoimenpiteisiin, jotka saattavat rajoittaa lapsipotilaan vapautta sekä itsemääräämisoikeutta ja joihin lapsipotilas ei voi suostua tai halua. Siksi on ensiarvoisen tärkeää, että näitä hoitotoimenpiteitä seurataan ja myös niiden laatua kehitetään ja varmistetaan. Rajoittavat hoitotoimenpiteet ovat vastentahtoisia, mutta niiden tulisi olla terapeuttisia sekä tukea lapsipotilaan toipumista. (Hakkarainen ym. 2006, 16.)

6.3 Lait ja säädökset

Jokaisen työntekijän, joka on rajoittamisen kanssa tekemisissä, on syytä olla tietoinen keskeisistä työtä ohjaavista säädöksistä sekä niiden rajoittamista koskevista osioista (Hakkarainen ym. 2006, 17). Jokainen terveydenhuollossa työskentelevä henkilö on myös velvoitettu perehtymään ammattitoimintaansa koskeviin säännöksiin ja määräyksiin (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä L 1994/559). Keskeiset ohjaavat säädökset:

- *Suomen perustuslaki L 1999/731.*
- *Laki potilaan asemasta ja oikeuksista L 1992/785.*
- *Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä L 1994/559.*
- *Työturvallisuuslaki L 2002/738.*
- *Rikoslaki L 1889/39.*
- *Lastensuojelulaki L 2007/417.*

Säädökset, jotka mahdollistava fyysisen pakon:

- *Mielenterveyslaki L 1990/1116.*
- *Päihdehuoltolaki L 1986/41.*
- *Laki kehitysvammaisten erityishuollosta L 1977/519.*
- *Tartuntatautilaki L 1986/583.* (Hakkarainen ym. 2006, 17.)

6.3.1 Perusoikeudet

Lapsia on kohdeltava tasa-arvoisesti yksilöinä, ja lasten tulee saada itse vaikuttaa itseään koskeviin asioihin, omaa kehitystään vastaavasti. Jokaisella ihmisellä on oikeus elämään, henkilökohtaiseen vapauteen, koskemattomuuteen sekä turvallisuuteen. Ketään ei saa kiduttaa tai kohdella ihmisarvoa loukaten. Kenenkään koskemattomuuteen ei saa puuttua tai vapautta riistää, ilman laissa määriteltyä perustetta. Vapautensa menettäneen ihmisen oikeuksista turvataan lailla. (Suomen perustuslaki L 1999/731.)

Lisäksi on säädetty lastensuojelulaki, jonka tarkoituksena on turvata jokaisen lapsen oikeus turvalliseen kasvuympäristöön sekä tasapainoiseen ja monipuoliseen kehitykseen ja erityiseen suojeluun. Lastensuojelua toteutettaessa selvitetään aina lapsen toivomukset ja mielipide sekä otettava ne huomioon lapsen kehityksen ja iän edellyttämällä tavalla. Kaksitoista vuotta täyttäneelle lapselle on varattava tilaisuus tulla kuulluksi häntä itseään koskevassa lastensuojeluasiassa. Lapsen mielipide voidaan jättää selvittämättä vain, jos selvittäminen vaarantaisi lapsen kehitystä tai terveyttä tai jos se on muutoin selvästi tarpeetonta. (Lastensuojelulaki L 2007/417.)

Alaikäisen mielipide ja tahto hoitotoimenpiteestä on selvitettävä, kun se on ikään ja kehitystasoon verrattuna mahdollista. Alaikäistä on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan, jos alaikäinen kykenee ikänsä ja kehitystasonsa perusteella päättämään hoidostaan. Jos alaikäinen ei ole kykenevä päättämään hoidostaan, häntä tulee hoitaa yhteisymmärryksessä huoltajan tai muun laillisen edustajan kanssa. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista L 1992/785.)

6.3.2 Tahdosta riippumaton psykiatrinen hoito

Henkilö voidaan määrätä tahdostaan riippumatta psykiatriseen sairaalahoitoon vain:

- 1) jos hänen todetaan olevan mielisairas;*
- 2) jos hän mielisairautensa vuoksi on hoidon tarpeessa siten, että hoitoon toimittamatta jättäminen olennaisesti pahentaisi hänen mielisairauttaan tai vakavasti vaarantaisi hänen terveyttään tai turvallisuuttaan taikka muiden henkilöiden terveyttä tai turvallisuutta; ja*
- 3) jos mitkään muut mielenterveyspalvelut eivät sovellu käytettäväksi tai ovat riittämättömiä. (Mielenterveyslaki L 1990/1116.)*

Alaikäinen voidaan määrätä tahdosta riippumattomaan psykiatriseen sairaalahoitoon myös, jos alaikäinen on vakavan mielenterveyshäiriön vuoksi hoidon tarpeessa siten, että hoitoon toimittamatta jättäminen pahentaisi olennaisesti hänen sairauttaan tai vaarantaisi vakavasti hänen terveyttään tai turvallisuuttaan, tai muiden ihmisten terveyttä tai turvallisuutta ja jos mitkään muut mielenterveyspalvelut eivät sovellu hänen käytettäväksi. Alaikäisen on järjestettävä yksikössä, jossa on oltava edellytykset sekä valmiudet hoitaa häntä. Alaikäistä tulee hoitaa erillään aikuispotilaista, ellei katsota olevan alaikäisen edun mukaista menetellä toisella tavalla. (Mielenterveyslaki L 1990/1116.)

Hoitoon määräämistä ennen on selvitettävä tarkkailuun otetun oma mielipide. Tarkkailuun otetun alaikäisen potilaan vanhemmille, huoltajille sekä henkilöille, jonka hoi-

dossa ja kasvatuksessa alaikäinen on ollut välittömästi ennen tarkkailun aloittamista, tulee mahdollisuuksien mukaan varata tilaisuus tulla joko suullisesti tai kirjallisesti kuulluksi. Alaikäisen potilaan kohdalla hoitoon määräämispäätös on alistettava heti hallinto-oikeuden vahvistettavaksi. (Mielenterveyslaki L 1990/1116.)

6.3.3 Potilaan perusoikeuksien rajoittaminen tahdosta riippumattoman psykiatrisen hoidon ja tutkimuksen aikana

Potilaan itsemääräämisoikeutta ja perusoikeuksia saa rajoittaa vaan siinä määrin, kuin sairauden hoito, potilaan turvallisuuden tai toisen henkilön turvallisuuden turvaaminen välttämättä vaatii. Toimenpiteet on suoritettava mahdollisimman turvallisesti ja potilaan ihmisarvoa kunnioittavasti. Jos potilaan itsemääräämisoikeutta rajoitetaan, tulee valita ja mitoittaa se rajoite, erityistä huomiota kiinnittäen perusteisiin, miksi potilas on sairaalassa. (Mielenterveyslaki L 1990/1116.)

Hoitava lääkäri päättää potilaan tahdosta riippumatta suoritettavista hoito- sekä tutkimustoimenpiteistä. Myös potilaan kiinnipitämisestä tai sitomisesta hoitotoimenpiteen ajaksi, taikka muusta rinnastettavasta hoidon suorittamisesta päättää hoitava lääkäri. Potilaan liikkumisenvapautta voidaan rajoittaa tahdonvastaisen psykiatrisen hoidon aikana. Jos potilas poistuu luvatta sairaalasta tai sovitulta alueelta, voidaan potilas noutaa takaisin sairaalaan. Toimintayksikön hoitohenkilökunta voi potilaan estämiseksi tai siirtämiseksi käyttää sellaisia tarpeellisia voimakeinoja, joita voidaan pitää puolustettavina. Hoitava lääkäri päättää potilaan liikkumisvapauden rajoittamisesta. (Mielenterveyslaki L 1990/1116.)

Potilas saadaan eristää vastoin tahtoaan muista potilaista; jos hän käyttäytymisensä tai uhkauksensa perusteella todennäköisesti vahingoittaisi itseään tai muita, jos hän käyttäytymisellään vakavasti vaikeuttaa muiden potilaiden hoitoa tai vakavasti vaarantaa omaa turvallisuuttaan tai todennäköisesti vahingoittaa omaisuutta merkittävästi, taikka jos potilaan eristäminen on välttämätöntä muusta erittäin painavasta hoidollisesta syystä. Hoitohenkilökuntaan kuuluva saa käyttää potilaan kiinnipitämiseen tai eristämiseksi välttämättömiä voimakeinoja. Asiasta tulee ilmoittaa välittömästi potilasta hoitavalle lääkärille. Potilasta voidaan pitää kiinni, muissakin kuin edellä mainituissa tilanteissa, jos se hoidollisista syistä on välttämätöntä. Potilas saadaan sitoa myös vyöllä tai muulla vastaavalla tavalla, jolleivät muut toimenpiteet ole riittäviä. Potilaan sitomisesta ja eristämisestä päättää potilasta hoitava lääkäri. Kiireellisissä tapauksis-

sa hoitohenkilökuntaan kuuluva saa väliaikaisesti sitoa tai eristää potilaan, minkä jälkeen asiasta tulee välittömästi ilmoittaa lääkärille. (Mielenterveyslaki L 1990/1116.)

Potilaan kiinnipitäminen, eristäminen tai sidottuna pitäminen tulee lopettaa heti, kun se ei ole enää välttämätöntä. Hoitavan lääkärin on arvioitava eristetyn tai sidotun potilaan tilaa niin usein, kuin potilaan terveydentila edellyttää. Hoitava lääkäri tekee arvi-
on toimenpiteen jatkamisesta tai lopettamisesta. (Mielenterveyslaki L 1990/1116.)

Jos potilas on määrätty sidottavaksi tai eristettäväksi, on hänelle määrättävä vastuuhoitaja, jonka tulee huolehtia siitä, että potilas saa riittävän hoidon, huolenpidon ja mahdollisuuden keskustella hoitohenkilökunnan kanssa. Sidotun potilaan tilaa on jatkuvasti seurattava siten, että hoitohenkilökunta on näkö- ja kuuloyhteydessä potilaaseen. Alaikäisen potilaan kohdalla myös eristettäessä on oltava jatkuva näkö- ja kuuloyhteys potilaaseen. (Mielenterveyslaki L 1990/1116.)

Jo 12 vuotta täyttänyt alaikäinen itse, hänen vanhempansa ja huoltajansa sekä henkilö, jonka hoidossa ja kasvatuksessa alaikäinen on välittömästi ennen hoitoon määräämistä ollut, voi hakea muutosta hoitoon määräämistä tai hoidon jatkamista tarkoitettuun päätökseen valittamalla hallinto-oikeudelta. Jo 12 vuotta täyttänyt alaikäinen itse sekä hänen huoltajansa, edunvalvojansa tai muu laillinen edustaja tai muu asianomainen, jonka yhteydenpitoa rajoitus koskee, saa hakea muutosta yhteydenpidon rajoittamista koskevaan päätökseen. (Mielenterveyslaki L 1990/1116.)

7 RAJOITTAMINEN LASTENPSYKIATRIASSA

Rajoittaminen tarkoittaa potilaan vapaan liikkumisen estämistä. Rajoittaminen voidaan toteuttaa erilaisin menetelmin. Se voidaan toteuttaa laitteita apuna käyttäen (mekaaninen rajoittaminen), käyttämällä kiinnipitoa (fyysinen rajoittaminen) tai annostelemalla rauhoittavia lääkkeitä (kemiallinen rajoittaminen). Kaikkien näiden rajoittamiskeinojen tavoitteena on potilaan aggressiivisen ja uhkaavan käyttäytymisen rajoittaminen. (Crocker ym. 2010, 443–444.)

Laitteet, joita voidaan käyttää rajoitustilanteessa, ovat esimerkiksi erilaiset lakanat, remmit tai tuolit, jotka rajoittavat liikkumista. Kemiallista tai mekaanista rajoittamista käytetään lasten psykiatrisessa hoitotyössä harvoin. Kiinnipito on lasten mielenterveyshoitotyössä yleisin rajoittamismenetelmä. Kiinnipidossa hoitaja rajoittaa lapsen liikkumista käyttämällä mahdollisimman vähän voimaa. Kiinnipito on hyvä rajoittamaan yhtä aggressiivista tapahtumaa, mutta se on yksistään riittämätön vähentämään aggression ilmentymistä. (Crocker ym. 2010, 444, 448.)

7.1 Terapeuttinen kiinnipito

Terapeuttinen kiinnipito voidaan määritellä fyysiseksi hillitsemiseksi, vuorovaikutustilanteeksi, hoidolliseksi huolenpidoksi ja keinoksi parantaa läheisiä ihmissuhteita. Hoitotyön toimintona se vaatii erityistä eettistä herkkyyttä. Ennen kaikkea kiinnipito on hoitomenetelmä, jota käytetään yleisesti lasten psykiatriassa, jossa rajoitetaan potilaan väkivaltaista käyttäytymistä. Kiinnipidon tarpeiden tulee aina lähteä lasten tarpeista, sen käyttö on perusteltua tilanteessa, jossa on väkivallan uhkaa ja muut keinot ovat riittämättömiä rauhoittamaan tilannetta. Kiinnipitotilanne auttaa lasta purkamaan omaa aggressiotaan turvallisesti ja asettaa lapselle rajoja, täten auttaa lasta kehittämään omaa persoonaansa turvallisessa ympäristössä. (Heiskanen 2004, 55–56.)

Lasten psykiatrisessa hoitotyössä hoitajat käyttävät kiinnipitoa, koska se on ainoa tehokas ratkaisu yllättävään ja nopeaan aggression. Kiinnipito on välitön hoitotyön toiminto, joka asettaa rajat aggressiivisesti ja hallitsemattomasti käyttäytyvälle lapselle. Vaikka joissain tilanteissa on välttämätöntä käyttää rajoittamista, tulisi se olla aina viimeinen keino toimia eli sitä tulisi käyttää vasta kun kaikki muut keinot on jo kokeiltu. (Crocker ym. 2010, 444; Heiskanen 2004, 15–18.)

Kiinnipitoon pitää olla aina hoidolliset perusteet ja tavoitteet. Kiinnipito on yksi hoitotoiminto lasten psykiatrisella osastolla, jota käytetään aggressiivisten lasten hoidossa. Hoidollisena tavoitteena on tukea lapsen rajojen oppimista ja tunteiden hallitsemista tilanteissa, joissa lapsi ei pysty vielä itse hallitsemaan tunteitaan. Lapsella on kiinnipitotilanteessa mahdollisuus purkaa omia aggressioitaan turvallisesti. (Heiskanen 2004, 18; 30–32.)

Lapset saavat kiinnipidossa tukea kielteisten tunteiden synnyttämään ristiriitaan. Kiinnipidon ilmapiiri on turvallinen ja hoitajat pystyvät eläytymään lapsen sen hetkiseen tilanteeseen. Hoitajan kyky kuunnella ja vastaanottaa lapsen tunteita herättää lapsissa kiinnipitotilanteissa turvallisuuden tunteita. Lapselle on tärkeää hoitajan antama palaute ja sanallinen rauhoittaminen kiinnipitotilanteessa. Lapset rauhoittuvat myös nopeammin, jos kiinnipito ei aiheuta fyysistä kipua. Hoitajien kyky hallita omaa aggressiota ja kielteisiä tunteitaan on tärkeää onnistuneessa kiinnipidossa. (Heiskanen 2004, 48–49; 51.)

Psykiatrisella osastolla lapsen kiinnipito on hoitajan ja lapsen välinen vuorovaikutustilanne, jossa lasta voidaan tukea käsittelemään ristiriitaisia tunteitaan ja löytämään vihalleen sanat. Kiinnipito toteutetaan niin, että hoitaja tai kaksi hoitajaa ottavat lapsen ja vievät hänet huoneeseensa. Lapsi laitetaan tämän jälkeen sängylle vatsalleen ja hoitajat ottavat lasta kiinni käsistä ja jaloista. Pienen lapsen kiinnipito voidaan toteuttaa myös pitämällä lasta sylissä. Lasta estetään satuttamasta hoitajia, muita lapsia tai itseään. Kiinnipitotilanteessa lapsella on mahdollisuus ilmaista kielteisiä ja aggressiivisia tunteitaan ilman, että siitä olisi vahinkoa lapselle itselleen tai muille. Tärkeää on, ettei lapsi koe kiinnipitoa rangaistuksena ja ettei kiinnipito ole hoitajien vallan käytön tapa. Hoidollisen kiinnipidon toteuttaminen vaatii hoitajalta vahvaa ammattitaitoa. Kiinnipito jatkuu niin kauan, kunnes lapsi on rauhoittunut. (Heiskanen 2004, 8, 24–27.)

7.2 AVEKKI-toimintatapamalli

AVEKKI on toimintatapamalli väkivaltatilanteiden hallintaan. Yhteisen toimintatapamallin kehittämisen tarve on tullut suomalaisen terveydenhuoltoon lisääntyvien väkivaltatapausten myötä. AVEKKI-toimintatapamalli on kehitetty yhteistyössä eri asiantuntijoiden ja yhteistyötahojen kanssa. AVEKKI-toimintatapamallia kehittäessä on otettu huomioon yksilön oikeuksien kunnioittaminen, kivuttomat työskentelytavat ja työturvallisuus. (Savonia-ammattikorkeakoulu 2005.)

AVEKKI-toimintatapamallin tavoitteena on turvata henkilölle riittävät kyvyt väkivaltaisen potilaan turvalliseen ja ammatilliseen kohtaamiseen. Hoitajan sekä potilaan turvallisuuden turvaaminen korostuu AVEKKI-toimintatapamallissa. AVEKKI-toimintatapamallissa on tärkeää väkivallan turvallinen hallinta ja ennaltaehkäisy, käyttäen mahdollisimman vähän fyysistä rajoittamista ja voiman käyttöä. Fyysinen rajoittaminen on aina viimeinen vaihtoehto, kun kaikki muut keinot ovat riittämättömiä. (Savonia-ammattikorkeakoulu 2005.)

AVEKKI-toimintatapamalli voidaan jakaa neljään eri osa-alueeseen, ennaltaehkäisyyn, menetelmiin, jälkipuintiin ja taustatekijöihin. Ennaltaehkäisy käsittää kaikki ne toimet, millä voidaan ehkäistä väkivallan syntyminen, esimerkiksi tilat ja henkilöstön koulutus. Menetelmät ovat keinoja, miten kohdataan väkivaltainen potilas. Jälkipuinnissa on tavoitteena mahdollisen syntyneen tilanteen läpikäynti ja siitä oppiminen. Taustatekijöistä selvitetään esimerkiksi aggression syyt potilaalla. (Savonia-ammattikorkeakoulu 2005.)

Toimintatapamallin tavoitteena on jatkuva pyrkimys hoidollisuuteen, ammatillisuuteen, kivuttomuuteen ja työturvallisuuteen. AVEKKI-toimintatapamallissa on myös tavoitteena pyrkimys parempaan väkivaltaisen ja aggressiivisen käytöksen ymmärtämiseen ja käsittelyyn vuorovaikutuksen avulla. Lisäksi toimintatapamalli pyrkii fyysisen aggression riskin arviointiin, vastaanottamiseen ja sen hallitsemiseen. (Savonia-ammattikorkeakoulu 2005.)

AVEKKI-toimintatapamallissa potilas kohdataan aina arvostavasti, kunnioittavasti ja ammatillisesti riippumatta siitä, miten potilas käyttäytyy tai ilmaisee itseään hoitotilanteissa. Organisaation johdon ja yksittäisen työntekijän on sitouduttava AVEKKI-toimintatapamallin yhtenäisiin arvoihin ja asenteisiin väkivallan kohtaamisessa ja sen hallitsemisessa. (Hakkarainen ym. 2006, 22.)

AVEKKI-toimintatapamallissa korostuu ennakoiva puuttuminen, aikainen havaitseminen ja nopea tilanteenmukainen toimiminen väkivaltatilanteessa tai väkivallan uhan ollessa ilmeinen. Potilaan itsemääräämisoikeutta tulee kunnioittaa aina tilanteissa, potilaslähtöisyys tulee ottaa huomioon jo väkivaltasuunnitelmia tai ennakoivia väkivaltasuunnitelmia tehtäessä. Väkivaltatilanteiden ja niiden uhan vaikuttavuuden tiedostaminen on työyhteisössä tärkeää. Väkivaltaista potilasta rajoittaessa tulee potilasta rajoittaa niin, että rajoittaminen tapahtuu kivuttomasti. Syntyneistä väkivaltatilanteista

on läpikäytävä jälkipuinti, jossa analysoidaan tapahtumia ja kehitetään uusia aiempia toimivampia toimintamalleja väkivaltatilanteiden ennaltaehkäisyyn. (Hakkarainen ym. 2006, 22.)

Sillman ja Vanhatalo (2009) tutkivat opinnäytetyössään kiinnipitoa lastenpsykiatriassa työntekijöiden ja toiminnan kehittämisen näkökulmasta. Tutkimus tehtiin Helsingin ja uudenmaan sairaanhoitopiirin lasten ja nuorten sairaalan lastenpsykiatrisen osaston A20 henkilökunnalle. Tarkoituksena oli selvittää henkilökunnan koulutuksen ja toiminnan kehittämisen tarpeita kiinnipidosta. Osastolla on käytössä AVEKKI-toimintatapamalli. (Sillman & Vanhatalo 2009, 2, 48–49.)

Tutkimuksessa todettiin, että hoitajat tiesivät kiinnipidon aloittamisen kriteerit ja edellytykset kohdatessaan aggressiivisesti itseään, muita tai ympäristöään kohtaan käyttäytyvän lapsen. Tutkimuksessa kävi ilmi, että osa hoitajista lähti kiinnipitoon herkemmin kuin toiset. Ero tuli esiin lasten kohdalla, joihin ei saatu kontaktia, eivätkä he olleet enää sanallisesti ohjattavissa. Osa käytti kiinnipitoa viimeisenä rajoitusvaihtoehtona, osa turvautui kiinnipitoon huomattaessaan, ettei aikuisen puhe tai läsnäolo auta. Tutkimukseen vastanneiden hoitajien mielestä kiinnipito oli tilanteen selvittämistä hallitusti ja aikuisjohtoisesti sekä oikeaoppisten kiinnipitomenetelmien käyttämistä. Kiinnipito nähtiin myös lapsen hoidollisuuden tarpeista lähteväksi, negatiivisia tunteita vastaanottavaksi, turvan ja lohdun antamisena sekä sanojen löytämisenä tunteille. (Sillman & Vanhatalo 2009, 49–51.)

7.3 AVEKKI-toimintatapamalli lastenpsykiatrian kriisiosastolla 2753

Lastenpsykiatriassa käytettiin 1990-luvun alkuun asti väkivaltatilanteissa holding terapiaa, mattohoitoa ja eristystä. Aggressiivisten lasten hoidossa nämä menetelmät koettiin kuitenkin riittämättömäksi ja tuloksettomiksi. Kuopion yliopistollisen sairaalan lastenpsykiatrian klinikan henkilökunta koulutettiin Englannissa HTFR:än eli hallitun terapeuttisen ja fyysisen rajoittamisen mukaan. Tätä toimintaa haluttiin edelleen kehittää ja viedä eteenpäin AVEKKI-toimintatapamallissa. (Tiuhonen ym. 2010, 16.)

AVEKKI on erilaisten ammatillisten toimintojen sarja, joka alkaa aina ennakoinnista hallintaan, jälkiselvittelyyn ja tilanteesta oppimiseen. Lastenpsykiatrian kriisiosastolla se tarkoittaa käytännössä hyvää ennakointikykyä työympäristön, työyhteisön ja yksittäisen työntekijät toimesta. AVEKKI-toimintatapamallin kautta pyritään kehittämään työntekijän ammatillista valmiutta ongelmatilanteissa. Henkilökunnalta vaaditaan tie-

toa ja kykyä ymmärtää niitä tekijöitä, jotka aiheuttavat aggressiota lapsipotilaissa. (Tiihonen ym. 2010, 17–18.)

AVEKKI-toimintatapamalli on ollut käytössä Alavan sairaalan lastenpsykiatrian kriisi-osastolla vuodesta 2005 alkaen. AVEKKI-toimintatapamallin tavoitteena on saavuttaa yhteiset toimintaohjeet ja käytännöt koko osaston henkilökunnalle silloin, kun lapsi käyttäytyy aggressiivisesti. AVEKKI-toimintatapamallin toteuttaminen vaatii työyhteisöltä arjen selkää suunnittelua sekä yhteisten sääntöjen luomista ja noudattamista. Lastenpsykiatrian kriisi-osastolle on tehty yhteiset säännöt, joita ovat olleet tekemässä potilaat ja henkilökunta. Yhteiset toimintamallit ja säännöt edistävät hoitoyhteistyötä perheiden, potilaan ja henkilökunnan välillä. (Tiihonen ym. 2010, 16–17.)

AVEKKI-toimintatapamalli edellyttää yhteisöllisyyttä ja perhekeskeistä työskentelyä. Yhteisöllisyys näkyy kriisi-osastolla henkilökunnan ja potilaiden jatkuvana vuorovaikutuksena. Osastolla on käytössä yhteisökokous, henkilöstöryhmä sekä yhteinen sääntökirja, joka on kaikkien luettavissa. Säännöt tarvitaan, jotta yhteisö pysyy toimivana kokonaisuutena. Sääntökirja tukee sujuvaa ja strukturoitua arkea, mitä useimmat kriisi-osastolla hoidettavista tarvitsevat. (Tiihonen ym. 2010, 18.)

AVEKKI-toimintatapamallin käyttöönotto on näkynyt käytännössä osastolla vähentyneitä väkivaltatapahtumina. Sen ansiosta työyhteisön työntekijät osaavat ennakoida paremmin mahdollisia väkivaltatilanteita ja näin estää itseään joutumasta niihin. AVEKKI-toimintatapamallin ansiosta esimerkiksi vuosina 2007–2008 väkivaltatapahtumat vähenivät neljällätoista tapauksella lastenpsykiatrian kriisi-osastolla. (Tiihonen ym. 2010, 18.)

7.4 Jälkiselvittely

Tapahtuneen väkivaltatilanteen jälkeen on syytä selvittää tilannetta itselleen. Jälkiselvittelyssä tilanne käydään läpi pohtimalla ja keskustelemalla potilaan kanssa tilanteesta. Tilanne on myös tärkeä käydä läpi työtovereiden kanssa. Näillä keinoilla on koettu olevan myönteisiä vaikutuksia henkilökunnan työssä jaksamisen, potilaan hoidollisuuden ja työyhteisön ilmapiirin kannalta. (Hakkarainen ym. 2006, 64.)

Potilaan kanssa tapahtuva jälkiselvittely tilanteesta ja siihen johtaneista syistä on tärkeää ja opettavaista. Se kuuluu osaksi potilaan kokonaisvaltaista hoitoa. Myös ympäristö tulee ottaa huomioon jälkiselvittelyssä, koska väkivaltatilanteet voivat olla

traumaattisia myös ympäristölle. Väkivaltatilanteen näkeminen ja kuuleminen voi herättää mieleen aikaisemmin koettuja tapahtumia ja pelkotiloja. Tilanteesta voi jäädä mieleen myös väärä mielikuva, jos tilanne jätetään käsittelemättä. Tapahtuman jälkeen, tilanteesta tulisi keskustella mahdollisimman pian, kun tilanne on rauhoittunut. Yhteisön eri foorumit, kannattaa ottaa keskusteluun käyttöön. (Hakkarainen ym. 2006, 64–65.)

Väkivallan uhka ja sen kohtaaminen on stressitilanne aina henkilökunnalle. Stressitilanne voi johtaa stressireaktioon. Hoitajat kokevat usein väkivallan traumaattisena. Fyysinen aggressiivisuus aiheuttaa eriasteisia ruumiillisia vammoja. Joissain tapauksissa on sanallisen aggression katsottu tuottavan hoitajille korkeampaa stressitasoa nousua sekä ahdistuneisuutta kuin fyysisen väkivallan. (Hakkarainen ym. 2006, 66.)

Hoitajille on taattava mahdollisuus väkivaltatilanteen käsittelyyn. Väkivaltatilanteet tulee käsitellä työryhmässä ja osastoyhteisössä. Esimies vastaa väkivaltatilanteen jälkeisen keskustelun järjestämisestä. Henkilökunta voi arvioida ja oppia väkivaltatilanteesta jälkiselvittelyssä. Työyhteisön avun tulee huomioida yksilön omat toiveet ja ehdot. Uhria ei tule kuitenkaan jättää pohtimaan yksin tapahtunutta. Ylihuolehtivaisuus, uhrin syyllistäminen sekä liika uteliaisuus eivät kuulu hyvään jälkiselvittelyyn. Periaatteena on uhrin ehdoilla kulkeva avoin keskustelu. (Hakkarainen ym. 2006, 66–67.)

Niskanen ja Utela (2009) tutkivat laadullisessa opinnäytetyössään hoitajien kokemuksia alle 13-vuotiaiden lasten kiinnipidoista sekä hoitajien mahdollisuuksia ja keinoja purkaa kiinnipitotilanteista syntyneitä tunteitaan. Tutkimuksessa kävi ilmi, että hoitajat kokivat lapsen kiinnipidon haasteellisena toimintana, joka sai aikaan monenlaisia tunteita. Haastavaksi kiinnipidon teki fyysisen ja sanallisen väkivallan uhka. Haastavaksi hoitajat kokivat myös omien ja lapsen tunteiden käsittelemisen monimuotoisuuden. Väkivaltatilanteiden jälkipuinnissa tärkeimmiksi asioiksi nousivat vertaistuki. Vertaistukeen kuuluivat lapsi, yhteisö sekä oma työryhmä. Työnohjaus koettiin tärkeänä osana hoitotyötä, vaikka ulkopuolisten tekijöiden koettiin vaikuttavan sen saamiseen. (Niskala & Utela 2009, 2.)

8 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TEHTÄVÄT

Opinnäytetyön tarkoituksena oli suunnitella ja toteuttaa lasten huoltajille opaslehtinen AVEKKI-toimintatapamallista. Opinnäytetyön tavoitteena oli opaslehtisen avulla selvittää lasten huoltajille ymmärrettävästi ja selkokielellä mitä AVEKKI-toimintatapamalli tarkoittaa ja pitää sisällään.

Opinnäytetyön tehtävät:

- 1) Selvittää kirjallisuuteen perustuen mikä AVEKKI-toimintatapamalli on ja mihin sitä käytetään.
- 2) Tuottaa opaslehtinen AVEKKI-toimintatapamallista lastenpsykiatrisessa hoidossa olevien lasten huoltajille.

Lapsen psykiatrisen osastohoidon yhteydessä huoltajille tulee todella paljon uutta tietoa, joten kirjallinen materiaali helpottaa tiedon sisältämistä ja on hyvä tuki perehdyttämisessä.

9 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

9.1 Toiminnallinen opinnäytetyö

Toteutimme työmme toiminnallisena opinnäytetyönä. Toiminnallisen opinnäytetyön tulee sisältää sekä teoreettista että käytännöllistä tietoa. Toiminnallinen opinnäytetyö vastaa siis sekä käytännön että teorian tarpeisiin. Työn tulee olla työelämälähtöinen, käytännönläheinen sekä tutkimuksellisella työotteella toteutettu. Se toimii työelämän kehittämistyönä, jonka tavoitteena on kehittää käytännön toimintaa ja antaa käytännön ohjeita. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 7–10.) Työmme sisältää toiminnallisen osuuden eli AVEKKI-opaslehtisen sekä opinnäytetyöprosessin kuvauksen.

Toiminnallisessa opinnäytetyössä on yleensä työelämän toimeksiantaja (Vilkkä & Airaksinen 2003, 17). Opinnäytetyömme toimeksiantajana toimi Kuopion yliopistollisen sairaalan lastenpsykiatrian kriisiosasto 2753 ja yhteyshenkilönä vs. osastonhoitaja Jari Räisänen. Alun perin yhteyshenkilömme oli osastonhoitaja Arja Paukkeri, mutta hän jäi vuorotteluvapaalle ja yhteyshenkilö vaihtui opinnäytetyöprosessimme aikana. Toiminnallisen suunnitelman tekeminen vaati meiltä projektinhallintataitoja, koska jouduimme konsultoimaan osastonhoitajaa työprosessin aikana. Työelämän tarpeista lähtevä opinnäytetyö tuki ammatillista kasvuamme sairaanhoitajiksi, koska opinnäytetyömme toteutettiin toimeksiantajan toimesta.

9.2 Tiedonhaku

Tiedonhakua teimme CINAHL- ja MEDIC-tietokannoista, lisäksi haimme tietolähteitä Savonia-ammattikorkeakoulun Iisalmen kampuksen kirjastosta. Sähköisissä tietolähteissä (CINAHL, MEDIC) käytimme hakusanoja: ”Aggression”, ”Violence”, ”Prevention”, ”Child psychiatric”, ”Restriction”, ”Lasten psykiatria”, ”Lasten psykiatrinen hoitotyö”, ”Rajoittaminen”, ”AVEKKI”, ”Opas”, ”Potilasohje”, ”Jälkipuinti” ja ”Toiminnallinen opinnäytetyö”. Rajasimme hakua vain lasten hoitotyöhön, julkaisuajankohdaksi valitsimme vuodesta 2003 eteenpäin julkaissut artikkelit. Valitsimme löytyneistä aineistoista työhömme meille sopivimmat artikkelit. Etsimme tarvittavat lait työhömme Finlex-sivuston ajantaisesta lainsäädännöstä. Savonia-ammattikorkeakoulun kirjastosta etsimme teoksia, joissa oli tietoa lasten psykiatriasta, aggressiosta, kiinnipidosta, jälkiselvittelystä, väkivallan ennaltaehkäisystä, AVEKKI-toimintatapamallista, lasten psykiatrisesta hoitotyöstä, oppaan tekemisestä/laatimisesta, tutkimusetiikasta sekä toiminnallisesta opinnäytetyöprosessista.

Löysimme myös THESEUS-tietokannasta tiedonhaussa useita ammattikorkeakoulun opinnäytetöitä, joissa oli aiemmin tutkittu AVEKKI-toimintatapamallia. Työt olivat sosiaalialan tai hoitotyön koulutusohjelman valinneiden opiskelijoiden tekemiä. Halusimme käydä läpi vain hoitotyön koulutusohjelman käyneiden AVEKKI-pohjaisia opinnäytetöitä. Löysimme, että AVEKKI-toimintatapamallia oli aiemmin käytetty hoitotyön koulutusohjelman opinnäytetöiden aiheena kuusi kertaa. Neljä opinnäytetyötä oli tehty Savonia-ammattikorkeakoulussa, yksi Laurea-ammattikorkeakoulussa ja yksi Mikkelin ammattikorkeakoulussa. AVEKKI oli useaan otteeseen mainittu useammassa muussakin opinnäytetyössä, mutta sitä ei ollut käsitelty pääaiheena. Päätimme hyödyntää yhtä opinnäytetyötä AVEKKI-toimintatapamallista, koska opinnäytetyön sisältö käsitteli rajoittamista ja AVEKKI-toimintatapamallin käyttöä lastenpsykiatriassa hoitotyössä. Muita opinnäytetöitä emme AVEKKI-toimintatapamallista hyödyntäneet, koska opinnäytetöiden sisältö ei mielestämme hyödyttänyt meidän työtämme ja työt käsittelivät pääasiallisesti vain aikuisten hoitotyötä. Lisäksi hyödynsimme yhtä opinnäytetyötä jälkipuinnista.

9.3 Hyvä opas

Ennen kuin aloimme tehdä opaslehtistä, perehdyimme aiheeseen hyvä opas. Hyvän oppaan lähtökohdانا ovat toimeksiantajan (laitoksen/sairaalan) tarpeet sekä potilaan tai läheisten tarpeet saada oleellinen tieto. Hyvä opas puhuttelee lukijaa, opaslehtisen lukijan tulee heti ymmärtää, että opaslehtinen on kirjoitettu häntä varten. Meidän tapauksessa opaslehtinen on kirjoitettu hoidossa olevien lasten huoltajille. Oppaan sisältöä kuvaavaan otsikon lisäksi opas on hyvä aloittaa, niin että heti ensimmäisessä virkkeessä lukijalle käy selväksi mistä on kyse. (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 35–37.)

Opasta tehtäessä tulee ottaa huomioon, millaisia sanamuotoja käyttää. Puhutteluvaksi voi valita joko teittelyn, sinuttelun tai passiivin. Suoraa puhuttelua käyttäessä tulee huomioida, ettei se ole sävyllään epäkohteliasta käskytystä. Suoria määräyksiä voidaan joutua käyttämään varmistaakseen tiedon perillemeno. Mahdolliset suorat määräykset tulisi perustella, jotta oppaan lukijalla olisi mahdollisuus toteuttaa itsemääräämisoikeuttaan ja ettei oppaasta tule liian käskävä. (Torkkola ym. 2002, 37–38.)

Oppaassa tärkein tieto tulee ensimmäisenä, jotta vain alunkin lukenut saa kaikkein olennaisimman tiedon. Oppaan tärkeimmät osat ovat sen luettavuuden ja selkeyden kannalta otsikot ja väliotsikot. Otsikoiden käyttäminen selkeyttää ja keventää opasta. Pääotsikko kertoo tärkeimmän asian, yksinkertaisimmillaan mistä on kyse. Väliotsikot auttavat havainnollistamaan, mistä asiasta teksti koostuu. Yhteen kappaleeseen tulee valita vain yhteen kuuluvat asiat. Ymmärrettävyyden vuoksi virkkeen pituus saisi olla enimmillään viisitoista sanaa. (Hyvärinen 2005, 1770–1771; Torkkola ym. 2002, 39.)

Ohjeen ymmärrettävyyteen vaikuttaa asioiden esittämisjärjestys. Asiat tulee esittää niin, että lukijan on niitä helppo seurata. Asiat on mahdollista esittää aikajärjestyksessä, aihepiireittäin tai tärkeysjärjestyksessä. Yleensä oppaassa tärkeysjärjestys on toimivin. Tärkeysjärjestyksessä kertominen aloitetaan merkityksellisimmästä asiasta ja edetään vähemmän merkityksellisiin asioihin. (Hyvärinen 2005, 1769–1770.) Päädyimme kuitenkin itse käyttämään oppaassamme aikajärjestyttä, koska se oli loogisin vaihtoehto. Aloitimme opaslehtisen kertomalla ensin AVEKKI-toimintatapamallista ja siitä etenimme AVEKKI-prosessin mukaan.

Kielellisesti suositeltavinta on käyttää yleiskielisiä sanoja. Termien ja termimäisten lyhenteiden käyttäminen vaikeuttaa tekstin tulkitsemista ja voi muuttaa tututkin asiat vieraiksi. Jos termejä tai niiden lyhenteitä joudutaan käyttämään, tulee ne aina selittää. Oikeinkirjoitus on tärkeää, kirjoitusvirheet häiritsevät lukemista ja aiheuttavat usein myös lukijassa ärtymystä. (Hyvärinen 2005, 1771–1772.)

Sairaalaslangia ja monimutkaisten virkkeiden ja lauserakenteiden käyttöä vältimme, jotta opaslehtinen olisi mahdollisimman helppolukuinen. Oppaassa tulee pyrkiä kertomaan asiat mahdollisimman tiiviisti, lyhyempi teksti on helpommin ymmärrettävää (Hyvärinen 2005, 1772; Torkkola ym. 2002, 40, 42–44). Mahdollisia lisätietoja aiheesta kannattaa tarjota, esimerkiksi otsikkojen alla tai neuvoa, mistä lisätietoa aiheesta voi hakea. Oppaaseen viimeisenä tulevat yhteystiedot. (Hyvärinen 2005, 1772.)

9.4 Opaslehtisen laatiminen

Potilasopas on tuotteistettu tuote, joten käytimme hyväksemme oppaan rakentamisessa Jämsän ja Mannisen (2000, 28) kuvaamaa tuotteistamisprosessia. Tuotteistamisprosessi voidaan jakaa neljään eri vaiheeseen. Nämä ovat ongelman tai kehittämistarpeen tunnistaminen, ideointivaihe ratkaisujen löytämiseksi ongelmaan tai kehittämistarpeeseen, oppaan luonnostelu vaihe, kehittälyvaihe sekä viimeisenä oppaan viimeistely vaihe. (Jämsä & Manninen 2000, 28.)

Ongelmien tai kehittämistarpeen tunnistamisvaiheessa pohditaan onko olemassa ongelma tai kehittämistarve, jonka ratkaisussa auttaa tuotekehitys. Ideointivaiheessa käytetään hyväksi eri tahoilta, esimerkiksi toimeksiantajalta saatua tietoa. Tämän jälkeen valitaan sellainen ratkaisu, joka vastaa tarvetta ja laaditaan tuotekonsepti. Tuotteen luonnosteluvaiheessa tehdään tuotekuvaus, joka sisältää tiedon hankintaa tuotteen aihealueeseen liittyen. Tuotteen kehittelyvaihe on varsinainen tekemisvaihe, joka etenee luonnosteluvaiheessa valittujen linjojen mukaisesti. Kehittelyvaiheessa tuotteesta tehdään mallikappale, jota ennen tehdään esitestausta. Tuotteen viimeistely sisältää tuotteen yksityiskohtien hiomisen ja mahdolliset korjaustoimenpiteet, tämän jälkeen saadaan käyttöön valmis tuote. (Jämsä & Manninen 2000, 85.)

Tarvitsimme työmme toteutusta varten koulun hyväksymän työsuunnitelman lisäksi myös Kuopion yliopistollisen sairaalan tutkimusluvan. Olimme yhteydessä sähköpostin välityksellä klinisen hoitotyön opettaja Antti Sairaseen. Häneltä saimme sähköpostitse Kuopion yliopistollisen sairaalan tutkimuslupakaavakkeen sekä ylihoitajan yhteystiedot, jolta tutkimuslupaa haimme.

Haimme tutkimuslupaa oppaan tekemiselle Kuopion yliopistollisen sairaalan lastenpsykiatrian palveluryhmän ylihoitaja Anne Kantaselta. Olimme häneen sähköpostitse yhteydessä ja lähetimme tutkimuslupahakemuksemme sinetöidyssä kirjekuoressa postitse, mukana oli myös hyväksytty työsuunnitelmamme sekä palautuskuori. Saimme ylihoitajalta työmme tutkimusluvan hyväksyttynä takaisin postissa 5.9.2012. (Liite 1.)

Ensimmäisen version opaslehtisestä teimme valmiiksi tutkimusluvan saatuamme. Alustavan version kanssa menimme tapamaan lasten psykiatrian kriisiosaston vs. osastonhoitaja Jari Räisästä. Tapasimme hänet 10.9.2012. Hän kertoi osaston toiveista oppaan laatimisen suhteen. Saimme paljon kehitettävää ja muokattavaa alustavaan oppaaseemme. (Räisänen 2012.)

Alustavasti ajattelimme, että tarvitsisimme myös apua oppaan ulkoasun muotoilussa, mutta sen teimme itsenäisesti. Opaslehtisen sisällön jäsentämisessä osaston henkilökunta antoi meille ohjeita. Kansilehteen käytimme kuvaa, jonka löysimme tiedostokannasta, joka jakaa vapaita kuvia. Muita kuvia emme oppaaseemme laittaneet osaston toiveiden mukaisesti.

Kysyimme osastonhoitajan mielipidettä opaslehtisen sisällöstä. Osastolla haluttiin, että opaslehtinen sisältäisi vain tietoa siitä, mitä AVEKKI on ja miten sitä käytetään osastolla yhtenä hoitomuotona. Alustavasti olimme miettineet, että pitäisikö opaslehtiseen sisällyttää käytännön ohjeita, miten AVEKKI-toimintatapamallia voisi käyttää kotiloissa. Osastolta saatujen palautteiden perusteella pelkän tiedon antaminen AVEKKI-toimintatapamallista oli riittävää. Ensimmäinen versiomme opaslehtisestä oli kirjoitettu passiivimuotoon. Opaslehtisen kirjallinen ilmaisumuoto tulisi olla kirjoitettu suoraan huoltajille. Päädyimme siksi valitsemaan selkeyden vuoksi persoonamuodon me, kun kirjoitimme toista versiota opaslehtisestä.

Tapaamisessa osastonhoitajan kanssa selvisi myös, että opaslehtinen tulisi kahden osaston käyttöön, joten työmme laajeni. Jouduimme miettimään, miten kirjoitamme opaslehtisen, niin että molemmat osastot voivat hyödyntää sitä. Opaslehtisemme tulisi käyttöön sekä lastenpsykiatrian kriisiosastolle että toiselle lastenpsykiatrian osastolla jossa AVEKKI-toimintatapamallia käytetään. (Räisänen 2012.)

Voidaksemme varmistua opaslehtisen hyvästä laadusta oli tärkeää tehdä arviointia koko opaslehtisen tuottamisen ajan. Arvioinnin tulee olla suunniteltua laadun varmistamiseksi. (Jämsä & Manninen 2000, 80.) Opaslehtisen kehittelyn eri vaiheissa tarvitimme palautetta ja arviointia. Pyysimme opaslehtisen eri kehittämissvaiheissa arviointia lasten psykiatrian kriisiosaston osastonhoitajan välityksellä osaston henkilökunnalta opaslehtisestä ja muutimme sitä heidän kommenttiensa perusteella vastaamaan paremmin osaston tarpeita. Lähetimme osastonhoitajalle sähköisen version opaslehtisestä, jota osaston henkilökunta arvioi ja antoi korjausehdotuksia prosessin eri vaiheissa. Otimme tämän jälkeen vastaan parannusehdotuksia ja muokkasimme opaslehtistä tarpeen mukaisesti osaston toiveiden ja ehdotusten pohjalta osastolle paremmin sopivampaan muotoon.

Opaslehtisen kohderyhmä koostuu hoidossa olevien lasten huoltajilta. Ajattelimme alustavasti, että keräisimme myös palautetta huoltajilta opaslehtisestä. Ajan puutteen ja osaston toiveiden mukaisesti, emme kuitenkaan käyttäneet huoltajilta saatua palautetta. Mielestämme opaslehtisestä olisi voinut tulla paremmin huoltajille sopiva, jos olisimme voineet hyödyntää palautetta myös vanhemmilta. Nyt opastamme arvioivat vain terveysalanammattilaiset.

9.5 Opaslehtinen

Valmis opaslehtinen tehtiin A5-kokoiseen vihkomuotoon. Opaslehtisessä on yhteensä neljä A5-sivua, joista kahdella annetaan tietoa AVEKKI-toimintatapamallista. Opaslehtinen tehtiin toimeksiantajan toiveiden mukaisesti pituuden ja koon suhteen.

Opaslehtinen koostuu kansilehdestä, jossa on opaslehtisen otsikko, kuva, Kuopion yliopistollisen sairaalan logo ja lastenpsykiatrian osasto. Opaslehtisen sisältöosuus koostuu neljästä pääotsikosta. Opaslehtisen kirjallinen osuus etenee AVEKKI-toimintatapamallin prosessin mukaisesti. Ensimmäinen kerrotaan lyhyesti mitä AVEKKI on, seuraavaksi väkivallan ennaltaehkäisystä, sitten miten AVEKKI-toimintatapamalla käytännössä osastolla toteutuu ja viimeisenä kappaleena on jälkiselvittely ja tilanteista oppiminen. Viimeisellä sivulla opaslehtisessä on Savonian logo ja opinnäytetyön tekijöiden nimet.

Otsikoksi valitsimme ”Mitä AVEKKI on? – Tiedote huoltajille”. Päädyimme käyttämään opaslehtisen kannessa tiedote sanaa, koska osasto toivoi niin. Kanteen valitsimme kuvan, jossa kuuden ja kahdeksan vuoden ikäiset lapset pitävät toisiaan kädestä kiinni. Kuva on otettu internetin tietokannasta, joka jakaa kuvia vapaaseen käyttöön rajoitetuin tekijänoikeuksin. Kuva oli alun perin värillinen, mutta muokkasimme sen mustavalkoiseksi. Kuopion yliopistollisen sairaalan lastenpsykiatriasalla osastoilla hoidetaan 6–12-vuotiaita lapsia, joten kuva oli kansilehteen mielestämme sopiva. (Liite 2.)

Toimme opaslehtisessä esille oleellisen tiedon AVEKKI-toimintatapamallista ja sen käytöstä osastolla mielestämme selkeästi ja tiiviisti. Käytimme selkeitä otsikoita, jotka ilmaisivat, mitä kukin luku käsittelee. Virkkeiden pituus oli kaikissa virkkeissä 15 tai alle 15 sanaa, mikä helpotti lukemisen ymmärtämistä. Käytimme opaslehtisessä yleiskielen ilmaisuja ja vältimme ammattimaisten termien käyttöä.

10 POHDINTA

Opinnäytetyöprosessi oli kokonaisuudessaan haastava sekä pitkäkestoinen. Aikaa opinnäytetyön tekemiseen kului enemmän kuin olimme itse arvioineet. Lasten huoltajille suunnattua opaslehtistä ei ollut helppo tehdä. Valmista pohjaa opaslehtiselle ei ollut, joten teimme sen alusta alkaen itse. Ennen opaslehtisen tekemistä perehdyimme miten hyvä potilasohje tehdään sekä tutustuimme lastenpsykiatrian osaston käytäntöihin. Opaslehtistä kirjoittaessamme jouduimme pohtimaan, miten asiat opaslehtisessä ilmaistaan, että se palvelisi mahdollisimman hyvin kohderyhmäämme. Haastavana koimme tarvittavan tiedon antamisen AVEKKI-toimintatapamallista lyhyesti, mutta ymmärrettävästi.

Prosessin aikana kehityimme ammatillisesti ja pääsimme mielestämme tavoitteisiimme. Lastenpsykiatria oli meille ennen opinnäytetyötä suhteellisen vieras aihe, mutta teoriaa kootessamme opimme aiheesta todella paljon. Tietomme syventyi AVEKKI-toimintatapamallista ja rajoittamisesta lastenpsykiatriassa. Saimme kirjallisen opaslehtisen valmiiksi ja olemme siihen tyytyväisiä. Opaslehtinen vastasi myös toimeksiantajan odotuksia ja tuli heidän käyttöönsä. AVEKKI-toimintatapamallista ei ollut aikaisemmin olemassa opaslehtistä lastenpsykiatrian osastolle, joten työmme on tärkeä lisä lastenpsykiatrian osastojen ohjausmateriaaleihin.

10.1 Toiminnallisen opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Opinnäytetyötä kirjoittaessamme pyrimme lähdekriittisyyteen. Lähdekriittisyys perustuu lähteen, riippumattomuuden, alkuperäisyyden, puolueettomuuden, kirjoittajan arvostettavuuden ja tunnettavuuden, kirjoittajan lähteiden, lähteen organisaation luotettavuuden, viitteiden oikeellisuuden, julkaisijan arvostuksen ja ajankohtaisuuden arviointiin (Mäkinen 2005, 85–86). Olemme pyrkineet käyttämään aina, kun mahdollista, primaarilähteitä. Pyrimme käyttämään mahdollisimman luotettavia lähteitä, kuten terveydenhoitoalan kirjallisuutta, tieteellisiä julkaisuja sekä tutkimuksia.

Pyrimme käyttämään mahdollisimman tuoreita lähteitä. Rajaksi asetimme 2000-luvun, emme siis käyttäneet ennen 2000-lukua tehtyjä lähteitä pois lukien lait. Viitekehystä luodessamme käytimme myös kansainvälisiä lähteitä. Plagioinnin estämisen varmistimme lähdeviittausten ja lähdeluettelon oikeaoppisella merkitsemisellä.

Opinnäytetyön raporttiosuuden lisäksi meidän tuli varmistaa opaslehtisen luotettavuus. Tiivis yhteistyö osaston hoitohenkilökunnan kanssa ja huolellinen raportointi oppaan rakentumisen vaiheista lisäävät oppaan luotettavuutta. Opaslehtisen luotettavuutta lisää se, ettei opaslehtisen sisältö perustu vain osaston hoitohenkilökunnan toiveisiin, vaan opaslehtisen taustalla on myös teoreettinen viitekehys raportointiosuudessamme.

Tähtäsimme työssämme tiedon sovellettavuuteen, että tuottamamme tieto on mahdollisimman hyvin sovellettavissa työelämän tarpeisiin. Emme tehneet opinnäytetyössä suoraa potilastutkimusta, joten siltä osalta tutkimuksen eettiset kysymykset eivät nousseet esille. Eettinen toiminta näkyi työmme alkuvaiheista aina työn loppuvaiheisiin saakka. Eettinen toiminta on mielestämme ammatillisen pätevyuden saamisen ehto. Laadun varmistaminen on myös eettinen asia.

Opaslehtistä tehdessämme meidän piti ottaa eettiset asiat huomioon. Opaslehtistä tehdessämme otimme huomioon, ettei se loukkaa ketään. Oppaan sisällön oikeellisuutta varmistettiin lähettämällä opaslehtinen tekovaiheessa useaan kertaan yhteishenkilöllemme vs. osastonhoitaja Jari Räisäselle, joka kävi opaslehtistä läpi hoitajapalaverin yhteydessä. Oppaan tarkoitus on kuvata AVEKKI-toimintatapamallia, opaslehtinen ei saa olla siis ristiriidassa todellisuuden kanssa. Väärä tieto voi aiheuttaa huoltajissa epäluottamusta sekä tyytymättömyyttä hoitoa kohtaan.

10.2 Opinnäytetyöprosessin ja ammatillisen kasvun arviointi

Opinnäytetyöprosessimme eteni suunnitelmallisesti ja joustavasti. Työn aloitus venyi välillä, sekä suunnitelmat varsinkin opaslehtistä kohtaan hahmottuivat vasta prosessin aikana. Teimme opinnäytetyötä joustavalla asenteella. Työn aloittamisen jälkeen työn tekeminen sujui mallikkaasti. Pyrimme pitäytymään aikataulussa, jonka olimme itsellemme luoneet heti työn alkuvaiheessa. Tärkein tavoite oli saada opinnäytetyö valmiiksi vuoden 2012 loppuun mennessä.

Opinnäytetyön suunnitteluvaiheessa pohdimme SWOT-analyysillä vahvuuksia ja heikkouksiamme opinnäytetyön tekemiseen liittyen (Opetushallitus 2011). Koimme jo suunnitteluvaiheessa vahvuudeksemme kokemuksen kirjallisten tehtävien tuottamisesta koulutuksen aikana sekä sen, että teimme opinnäytetyön yhdessä. Vastuualueiden jakaminen oli helppoa, koska molemmilla oli omat mielenkiinnot kohteet, joihin opinnäytetyössä keskittyä. Heikkoudeksi hahmottui aikaisemman kokemuksen puute

opinnäytetyön toteuttamisesta. Tämä näkyi työn aikana lähinnä vaikeutena hahmottaa työn laajuutta. Aihevalinta osui mielestämme kohdalleen, koska mielenkiintoinen aihe auttoi meitä jaksamaan prosessin aikana.

Opinnäytetyön aikana teimme usean tahon kanssa yhteistyötä, mikä opetti meille paljon vuorovaikutus- sekä yhteistyötaitoja. Pääsimme mielestämme hyvin omiin tavoitteisiimme ammatillisen kehityksen näkökulmasta. Teoriatietoa kootessamme opimme paljon lastenpsykiatrisesta hoitotyöstä sekä rajoittamisesta lastenpsykiatriassa hoitotyössä. Saimme opinnäytetyön toteuttamisesta hyviä valmiuksia ohjausmateriaalin tuottamiseen. Ohjausmateriaalia tuottaessamme opimme, mitä kaikkea tulee ottaa huomioon ja kuinka ohjausmateriaali käytännössä toteutetaan. Tulevassa ammatissa voimme käyttää edellä mainittuja asioita hyväksi.

Yhteistyö kaikkien eri yhteistyökumppanien kanssa onnistui hyvin opinnäytetyöprosessin aikana. Yhteistyö ulkopuolisten ja ennalta tuntemattomien organisaation kanssa oli molemmille suhteellisen uusi asia, ja opimme paljon opaslehtisen tekemisestä virallisen organisaation kanssa. Opinnäytetyön aikana yhteishenkilömme tilaavan yksikön kanssa vaihtui, joka loi haasteita, joista selvisimme kuitenkin hyvin.

Opinnäytetyöprosessi opetti meille prosessimaista eli vaiheittain etenevää työskentelyä sekä kriittistä tiedon hankintaa, arviointia ja käsittelyä. Kirjallinen ilmaisutaitomme kehittyi työn aikana. Koko prosessi kehitti meitä tulevaa ammattiamme varten. Tulevaisuudessa voimme hyödyntää opinnäytetyöstä saamaamme tietoa.

10.3 Jatkotutkimushaasteet

Tulevaisuudessa voisi olla hyvä selvittää, onko opaslehtinen vastannut toimeksiantajan odotuksia käyttöönoton jälkeen. Olisi hyvä selvittää, miten opaslehtinen on hyödyttänyt osaston hoitohenkilökunnan käytännön työtä ja onko se ollut hyvä tuki ohjauksen antamisessa lasten huoltajille. Onko opaslehtinen lisännyt vanhempien kiinnostusta AVEKKI-toimintatapamallia kohtaan ja onko heillä ollut tarvittavaa pohjatietoa AVEKKI-toimintatapamallista, kun hoitohenkilökunta on keskustellut huoltajien kanssa esimerkiksi rajoitustilanteen jälkeen.

Opaslehtistä voisi myös päivittää ja kehittää edelleen tulevaisuudessa. Tärkeää olisi myös selvittää, onko opaslehtinen hyödyttänyt kohderyhmää, eli lasten huoltajia. Saavatko vanhemmat riittävästi tietoa AVEKKI-toimintatapamallista ja hyödyttääkö

opaslehtisen tieto heitä. Emme ehtineet saada arviota oppaasta kohderyhmältä, koska se ei olisi ollut mahdollista opinnäytetyömme aikataulun ja resurssien puitteissa.

LÄHTEET

- Blake, C. & Hamrin, V. 2007. *Current approaches to the assesment and management of anger and aggression in youth: a review*. Journal of child & adolescent psychiatric nursing, vol 20, nro 4, 209–221.
- Brummer, M. 2005. Aggressiiviset ja käytöshäiriöiset lapset ja nuoret. Teoksessa Brummer, M. & Enckell, H. (toim.) *Lasten ja nuorten psykoterapia*. Helsinki: WS Bookwell Oy, 198–207.
- Cacciatore, R. 2007. *Aggression portaat – Opetusmateriaali kouluille*. Helsinki: Opetushallitus.
- Crocker, J., Stargatt, R. & Denton, C. 2010. *Predection of aggression and restraint in child inpatient units*. Australian & New Zealand Journal of psychiatry, May 44 (5), 443–449.
- Dignam, P., Brock, P., Hein, S. & McEvoy, P. 2010. *Aggression and restraint in child inpatients units*. Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, Sep 44 (9), 866.
- Dean, A., Duke, S., Scott, J., Bor, W., George, M. & McDermott. 2008. *Physical aggression during admission to a child and adolescent inpatient unit: predictors and impact on clinical outcomes*. Australian & New Zealand journal of psychiatry. Jun 42 (6), 536–543.
- Friis, L., Eirola, R. & Mannonen, M. 2004. *Lasten ja nuorten mielenterveystyö*. Helsinki: Werner Söderström Osakeyhtiö.
- Hakkarainen, K., Heikkinen, A., Hietanen, A., Jokiniemi, K., Lommi, R. & Taattola, S. 2006. *AVEKKI-toimintatapamalli. Tietoa ja taitoa kouluttajalle*. Kuopio: Savonia-ammattikorkeakoulu, Terveysala.
- Heiskanen, P. 2004. *Kiinnipito lastenpsykiatriassa*. Jyväskylä: Media Doc Oy.
- Hyvärinen, R. 2005. *Millainen on toimiva potilasohje?* Lääketieteellinen Aikakausikirja Duodecim 2005; 121(16): 1769–1773.
- Jämsä, K. & Manninen, E. 2000. *Osaamisen tuotteistaminen sosiaali- ja terveysalalla*. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Kiviniemi, L., Läksy, M-L., Matinlauri, T., Nevalainen, K., Ruotsalainen, K., Seppänen, U-M. & Vuokila-Oikkonen, P. 2007. *Minä mielenterveystyön tekijänä*. Helsinki: Edita prima oy.
- Laki kehitysvammaisten erityishuollosta* L 1977/519. Finlex. Ajantasainen lainsäädäntö. [viitattu 6.8.2012]. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1977/19770519>
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista* L 1992/785. Finlex. Ajantasainen lainsäädäntö [viitattu 1.2.2012]. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>
- Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä* L 1992/785. Finlex. Ajantasainen lainsäädäntö [viitattu 31.1.2012]. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>

Lastensuojelulaki L 2007/417. Finlex. Ajantasainen lainsäädäntö [viitattu 6.8.2012]. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070417>

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

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2009. *Etiikka hoitotyössä*. Porvoo: WSOY.

Lommi, R. 2011. Aveckiasiantuntija, Tertta, Savonia-ammattikorkeakoulu. Kuopio 21.12.2011. Suullinen tiedonanto.

McDougall, T. 2011. *Mental health problems in childhood and adolescence*. Nursing Standard, vol 26, nro 14, 48–56.

Mental health foundation. 2012. *Mental health statistics: children & young people*. [verkkajulkaisu] [viitattu 7.2.2012]. Saatavissa: <http://www.mentalhealth.org.uk/help-information/mental-health-statistics/children-young-people/>

Mielenterveyslaki L 1990/1116. Finlex. Ajantasainen lainsäädäntö [viitattu 1.2.2012]. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>

Moilanen, I. 2004a. Käyttäytymisen häiriöt. Teoksessa Moilanen, I., Räsänen, E., Tamminen, T., Almqvist, F., Piha, J. & Kumpulainen K. (toim.). *Lasten- ja nuorisopsykiatria*. Helsinki: Duodecim, 265–288.

Moilanen, I. 2004b. Tunne-elämän häiriöt. Teoksessa Moilanen, I., Räsänen, E., Tamminen, T., Almqvist, F., Piha, J. & Kumpulainen K. (toim.). *Lasten- ja nuorisopsykiatria*. Helsinki: Duodecim, 201–217.

Mäkinen, O. 2005. *Tieteellisen kirjoittamisen ABC*. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Mäntymaa, M., Luoma, I., Puura, K. & Tamminen, T. 2003. *Tunteet, varhainen vuorovaikutus ja aivojen toiminnallinen kehitys*. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 2003;119(6):459–465. [viitattu 7.2.2012]. Saatavissa: <http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo93467.pdf>

Niskanen, J. & Utela, P. 2009. *Kiinnipito osana hoitoa: Hoitajien kokemuksia alle 13-vuotiaiden lasten kiinnipitotilanteista*. Lahti: Lahden ammattikorkeakoulu. Opinnäyte-työ [viitattu 8.11.2012]. Saatavissa: https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/2822/Niskanen_Utela.pdf.pdf

Opetushallitus. 2011. *SWOT-analyysi* [verkkajulkaisu] Opetushallitus [viitattu 1.2.2012]. Saatavissa: http://www.oph.fi/saadokset_ ja_ohjeet/laadunhallinnan_tuki/wbl-toi/menetelmia_ ja_tyovalineita/swot-analyysi

Paukkeri, A. 2011. Lastenpsykiatrian kriisiosaston osastonhoitaja, KYS. Kuopio 26.10.2011. Suullinen tiedonanto.

Piha, J. 2004. Palvelujärjestelmä. Teoksessa Moilanen, I., Räsänen, E., Tamminen, T., Almqvist, F., Piha, J. & Kumpulainen K. (toim.). *Lasten- ja nuorisopsykiatria*. Helsinki: Duodecim, 378–379.

Päihdehuoltolaki L 1986/41. Finlex. Ajantasainen lainsäädäntö [viitattu 6.8.2012]. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1986/19860041>

Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri. 2011. Lastenpsykiatrian kriisiosasto 2753. [verkkosivu] [viitattu 8.5.2012]. Saatavissa: <http://www.pssh.fi/default.asp?link=5634.5>

Rikoslaki L 1889/39. Finlex. Ajantasainen lainsäädäntö [viitattu 6.8.2012]. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1889/18890039001>

Räsänen, J. 2012. Lastenpsykiatrian kriisiosaston vs. osastonhoitaja, KYS. Kuopio 10.9.2012. Suullinen tiedonanto.

Räsänen, E. 2004. Mielialahäiriöt ja itsetuhokäyttäytyminen. Teoksessa Moilanen, I., Räsänen, E., Tamminen, T., Almqvist, F., Piha, J. & Kumpulainen K. (toim.). *Lasten ja nuorisopsykiatria*. Helsinki: Duodecim, 218–232.

Sairaanhoitajaliitto. 2012. *Sairaanhoitajan eettiset ohjeet* [verkkojulkaisu] [viitattu 31.1.2012]. Saatavissa: http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_tyo_ja_hoitotyon/sairaanhoitajan_tyo/sairaanhoitajan_eettiset_ohjeet/

Savonia-ammattikorkeakoulu. 2005. AVEKKI-koulutus- ja toimintatapamalli väkivaltatilanteiden ehkäisyyn ja hallintaan [viitattu 15.8.2012]. Saatavissa: <http://webd.savonia-amk.fi/projektit/markkinointi/avekki/default.aspx?link=ETUSIVU>

Sillman, L. & Vanhatalo, L. 2009. *Hoidollinen kiinnipito Lasten ja nuorten sairaalan osaston A20 työntekijöiden näkökulmasta*. Porvoo: Laurea-ammattikorkeakoulu. Opin näytetyö [viitattu 8.11.2012]. Saatavissa: http://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/5159/Sillman_Vanhatalo.pdf?sequence=1

Sourander, A. & Aronen, E. 2007. Lastenpsykiatria. Teoksessa Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.). *Psykiatria*. Helsinki: Duodecim, 556–590.

Suomen perustuslaki L 1999/731. Finlex. Ajantasainen lainsäädäntö [viitattu 1.2.2012]. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731>

Tartuntatautilaki L 1986/583. Finlex. Ajantasainen lainsäädäntö [viitattu 6.8.2012]. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1986/19860583>

Tiihonen, K., Lommi, R. & Pietarinen–Lyytinen, R. *AVEKKI-malli lastenpsykiatrisen kriisiosaston arjessa*. Sairaanhoitaja 2/2010, 16-18.

Tremblay, R., Nagin, D., Seaguin, J., Zoccolillo, M., Zelazo, P., Boivin, M., Perusse, D. & Japel, C. 2004. *Physical aggression during early childhood: trajectories and predictors*. Pediatrics, vol 114, nro 1, 43–50.

Torkkola, S. Heikkinen, H. & Tiainen, S. 2002. *Potilasohjeet ymmärrettäväksi. Opas potilasohjeiden tekijöille*. Helsinki: Tammi.

Tuori, T., Sohlman, B., Ekqvist, M. & Solantaus, T. 2006. *Alaikäisten psykiatrisen sairaalahoidon Suomessa 1995–2004*. [verkkojulkaisu] Stakesin raportteja 13/2006 [viitattu 31.1.2012]. Saatavissa: <http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/raportit/R13-2006-VERKKO.pdf>

Työterveyshuoltolaki L 2001/1383. Finlex Ajantasainen lainsäädäntö [viitattu 2.2.2012]. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2001/20011383>

Työturvallisuuslaki L 2002/738. Finlex. Ajantasainen lainsäädäntö [viitattu 2.2.2012]. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2002/20020738>

Vilkkä, H. & Airaksinen, T. 2003. *Toiminnallinen opinnäytetyö*. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.



Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri
KUOPION YLIOPISTOLLINEN SAIRAALA

HOITOTIETEEN JA MUIDEN TERVEYS-
TIETEIDEN TUTKIMUSLUPAHAKEMUS

Nro ____ / 20 ____

Hakemuksen käsittely on kuvattu hallinnollisessa ohjeessa "Hoitotieteen ja muiden terveystieteiden tutkimuksen ohjeet Kuopion yliopistollisessa sairaalassa". Hakemukseen liitetään tutkimussuunnitelma aineiston keruulomakkeineen ja saatteineen, rahoitussuunnitelma.

HAKIJA

Vastuullinen tutkija

Hennu Hippi

Nimi

Muut tutkijat

Petri Ahonen

Satamakatu 4 A 2, 74100 IISALMI, 0409349040,
hannu.s.hippi@edu.savonia.fi

Osoite, puh, s-posti

Makkarakalanderkatu 13 D 29, 74120 IISALMI, 0407006388,
petri.m.ahonen@edu.savonia.fi

Työ- tai opiskelupaikka

Savonia AMK, Iisalmen kampus

Virka/toimi (ei koske opiskelijolta)

Opiskelupaikka

AMK mikä

Savonia, Iisalmi

yliopisto mikä

muu mikä

Suoritettava tutkinto

Sairaanhoitaja, hoitotyön ko

TUTKIMUS

Tutkimuksen nimi

Avekki-toimintatapamalli tutuksi perheille

Tutkimuksen lyhyt kuvaus (mm. tutkimuksen tarkoitus, kohderyhmä ja tutkimusmenetelmät) sekä julkaisusuunnitelma (maksimissaan 300 sanaa)

Opinnäytetyömme tarkoituksena on tuottaa lasten vanhemmille perehdytysmateriaaliksi opaslehtinen. Työmme toimeksiantajana on lastenpsykiatrian kriisiosasto 2753, jonka käyttöön opaslehtinen tulee. Oppaan nimeksi tulee "Avekki-toimintatapamalli tutuksi perheille" ja se tulee käyttöön osaksi osaston perehdytysmateriaalia. Opinnäytetyö toteutetaan toiminnallisena opinnäytetyönä.

Opinnäytetyön tavoitteena on opaslehtisen avulla selvittää lasten vanhemmille ymmärrettävästi ja selkokielellä, mitä AVEKKI-toimintatapamalli tarkoittaa ja pitää sisällään. Sekä miten sitä mahdollisesti käytetään tai voidaan tarvittaessa käyttää osastohoidon aikana. Opinnäytetyön tavoitteena on hyödyttää lasten vanhempien lisäksi kriisiosaston henkilökuntaa. Lapsen psykiatrisen osastohoidon yhteydessä vanhemmille tulee todella paljon uutta tietoa, joten kirjallinen materiaali helpottaa tiedon sisäistämistä ja on hyvä tuki perehdyttämisessä.

Tutkimus on

amk-tutkinto

ylempi amk-tutkinto

pro gradu

lisensiaattityö

väitöskirja

muu, mikä

Monikeskustutkimus

ei

kyllä

kansallinen

kansainvälinen

Tutkimuksen kokonaisaikataulu
10/2011-12/2012

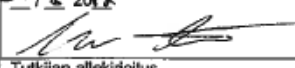
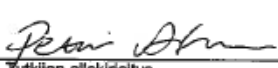
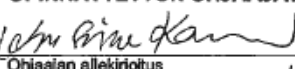

Aikataulu KYSissä

Kustannukset

Arvio KYSille koituvista kustannuksista

€

Tarkempi kustannuserittely esitettävä erillisellä liitteellä.

<input checked="" type="checkbox"/> Ei aiheuta kustannuksia KYSille	
Tutkimuseettisen toimikunnan lausunto	
<input type="checkbox"/> annettu <input type="checkbox"/> käsittelyssä <input checked="" type="checkbox"/> ei ole haettu	
Toimikunta _____	Lausunto nro _____ pvm _____
Johtajayliääkärin lupa rekisteritutkimuksia varten	
<input type="checkbox"/> annettu <input type="checkbox"/> käsittelyssä <input checked="" type="checkbox"/> ei ole haettu	
	pvm _____
STM:n lupa rekisteritutkimuksia varten	
<input type="checkbox"/> annettu <input type="checkbox"/> käsittelyssä <input checked="" type="checkbox"/> ei ole haettu	
	pvm _____
Henkilöstöpäällikön lupa henkilökuntaa koskevia tutkimuksia varten	
<input type="checkbox"/> annettu <input type="checkbox"/> käsittelyssä <input checked="" type="checkbox"/> ei ole haettu	
	pvm _____
Muu lupa (mikä)	
<input type="checkbox"/> annettu <input type="checkbox"/> käsittelyssä	
Opinnäytetyön tuotoksen käyttöoikeus luovutetaan KYSille	
<input checked="" type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei	
ALLEKIRJOITUS JA SITOUMUS	
Allekirjoittaneet tutkijat sitoutuvat noudattamaan tulosyksikön esimiesten antamia ohjeita, sairaalan yleisiä sääntöjä sekä salassapito- ja vaitiolovelvollisuutta ja lähettämään tutkimusraportin yksikköön jossa tutkimus on tehty sekä luvan myöntäjälle.	
31.8.2012	
	
Tutkijan allekirjoitus	Tutkijan allekirjoitus
HANNU HIPPI	Petri Ahonen
Nimen selvennys	Nimen selvennys
Tutkijan allekirjoitus	Tutkijan allekirjoitus
Nimen selvennys	Nimen selvennys
OPINNÄYTETYÖN OHJAAJAT	
	
Ohjaajan allekirjoitus	Ohjaajan allekirjoitus
Anniikka Jauhainen	ANNIKKA JAUHAINEN
Nimen selvennys	Nimen selvennys
Osoite, puhelin, s-posti	Osoite, puhelin, s-posti
Savonia amm., 044 7856698	SAVONIA-AMK 044-7856610
anniikka.jauhainen@savonia.fi	anniikka.jauhainen@savonia.fi
PUOLTO Potilastutkimuksissa puolto tarvitaan joko tulosyksikön ylläkäriä (yksi tulosyksikkö), tulosaluejohtajalta (useita tulosyksiköitä) tai johtajayliääkäriltä (useita tulosalueita).	
<input type="checkbox"/> Puollan hakemusta	
<input type="checkbox"/> En puolla, perustelut	
_ / _ 20__	
Allekirjoitus	

Nimen selvennys, virka-asema	
PAATOS	
<input checked="" type="checkbox"/>	Myöntäen tutkimusluvan
<input type="checkbox"/>	Myöntäen tutkimusluvan, mutta ennen tutkimuksen aloittamista tutkimukselle tulee hakea tutkimuseettisen toimikunnan lausunto / johtajaylilääkärin lupa rekisteritutkimuksia varten / STM:n lupa rekisteritutkimuksia varten / KYS:n henkilöstöpäällikön lupa henkilökuntaa koskevia tutkimuksia varten / muu lupa, mikä
<input checked="" type="checkbox"/>	Tulosyksikön / -alueen yllähoitajan / hallintoyllähoitajan päätös nro <u>26 / 2012</u>
<u>3,9</u>	<u>20</u> / <u>12</u>
	<i>Anne Kantanen</i>
	Allekirjoitus
	ANNE KANTANEN
	Nimen selvennys
YHTEYSHENKILO KYSISSÄ (Tulosyksikön /-alueen yllähoitaja tai hallintoyllähoitaja nimeää)	
<i>Jari Raisanen, vsoh</i>	<i>op. 2753</i>
Nimi	Työyksikkö
<i>Jari.Raisanen@kuh.fi</i>	<i>017-175481</i>
S-posti	Puhelin

LIITTEET

- | | | | |
|-------------------------------------|---------------------|-----------|-------|
| <input type="checkbox"/> | Tutkimussuunnitelma | _____ | sivua |
| <input type="checkbox"/> | Rahoitussuunnitelma | _____ | sivua |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Muita liitteitä | <u>47</u> | sivua |

*Opinäketyin
työsuunnitelma*

MITÄ AVEKKI ON?

- Tiedote huoltajille



Lastenpsykiatrian osasto

AVEKKI

AVEKKI on yksi osastollamme käytössä olevista hoitomuodoista.

AVEKKI on tarkoitettu tilanteisiin, joissa lapsi käyttäytyy aggressiivisesti.

AVEKKI tulee sanoista: **A**ggressio, **V**äkivalta, **E**nnaltaehkäisy/hallinta, **K**ehittäminen, **K**oulutus ja **I**ntegraatio.

VÄKIVALLAN ENNALTAEHKÄISY

Väkivaltaiseen käytökseen johtavat tekijät pyrimme aina tunnistamaan.

Aikaisempi väkivaltainen käyttäytyminen on tärkein yksittäinen riskitekijä väkivaltaiselle käytökselle.

Sanattoman viestinnän (eleet, ilmeet, käytös) havainnointi on ensiarvoisen tärkeää väkivallan ennaltaehkäisyssä.

Sanatonta viestintää tulkitsemalla pystymme ennakoimaan mahdollisen väkivaltaisen käytöksen ennen kuin se tapahtuu.

Oma rauhallinen käyttäytyminen ja olemus rauhoittavat aggressiivisesti käyttäytyvää lasta.

AVEKKI KÄYTÄNNÖSSÄ

Osastollamme on käytössä yhteiset toimintaohjeet ja käytännöt koko osaston henkilökunnalle silloin, kun lapsi käyttäytyy aggressiivisesti.

AVEKKI:ssa otetaan aina huomioon lapsen ja työntekijän turvallisuuden turvaaminen ja kivuttomat työskentelytavat.

AVEKKI toimintatapamallissa on tärkeää väkivallan turvallinen hallinta ja ennaltaehkäisy.

Käytämme lapsen fyysistä rajoittamista aina viimeisenä vaihtoehtona, kun muut keinot ovat riittämättömiä.

JÄLKISELVITTELY JA TILANTEISTA OPPIMINEN

Väkivaltatilanteen jälkeen keskustelemme tapahtuneesta mahdollisimman pian tilanteen rauhoituttua.

Osastolla tapahtuneet väkivaltatilanteet käymme aina yhdessä läpi lapsen kanssa. Lasta ei jätetä yksin pohtimaan tapahtunutta.

Tapahtuneista väkivaltatilanteista osastolla ilmoitamme aina hoidossa olevan lapsen huoltajalle. Tilanteet käydään aina läpi yhdessä huoltajan kanssa.

Jälkiselvittely lapsen kanssa tilanteesta ja siihen johtaneista syistä on tärkeää. Tapahtuneesta tilanteesta voi jäädä väärä mielikuva, jos se jätetään käsittelemättä.

Tarkempia tietoja AVEKKIsta antaa osaston henkilökunta.



Ohje on tehty opinnäytetyönä syksyllä 2012
Kannen kuva: copyright CC Elizabeth Ann Colette
Tekijät: Petri Ahonen ja Hannu Hippi
Savonia-AMK, Hoitotyö, Iisalmi

