

Marjo Reunanen

TURVALLISUUSPOIKKEAMAT
PSYKOGERIATRISILLA OSASTOLLA

Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

2009



Satakunnan ammattikorkeakoulu

TURVALLISUUSPOIKKEAMAT PSYKOGERIATRISELLA OSASTOLLA

Reunanen, Marjo-Riitta
Satakunnan ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto
Toukokuu 2009
Henttonen, Tarja
YKL 59.562
Sivumäärä: 36

Asiasanat: Turvallisuus, turvallisuuspoikkeama, väkivalta, psykiatriininen potilas

Tämän opinnäytetyön aiheena oli selvittää, millaista väkivaltaa henkilökunta Pitkänien sairaalassa osasto PSG3:lla on turvallisuuspoikkeamakaavakkeiden mukaan kohdannut vuoden 2007 aikana. Tavoitteena oli saada työntekijät ja päättäjät kehittämään osaston resursseja, miettimään henkilökunnan riittävyyttä ja pyrkiä ennaltaehkäisemään väkivaltatilanteita. Tutkimusongelmina oli: 1) minkälaista väkivaltaa hoitajat olivat työssään turvallisuuspoikkeamakaavakkeiden mukaan kohdanneet, 2) mihin vuorokaudenaikaan väkivaltaa oli esiintynyt, 3) missä tiloissa väkivaltaa oli esiintynyt ja 4) mitä olivat muut tilanteeseen liittyneet taustatekijät. Muilla taustatekijöillä tarkoitettiin turvallisuuspoikkeamasta aiheutuneita vahinkoja, väkivallan kohteita, osallisten lukumäärää henkilökunnasta, tekijän sukupuolta, hälytystapaa ja sen selvittämistä, ketä paikalle kutsuttiin. Tässä työssä käytettiin aineistona osasto PSG3:n kopioimia turvallisuuspoikkeamakaavakkeita.

Opinnäytetyön teoreettisessa osuudessa käsitellään turvallisuutta hoitotyössä, väkivaltaisesti käyttäytyvää potilasta ja hänen kohtaamistaan, väkivallan ennaltaehkäisyä, turvallisuuspoikkeamailmoitusta ja AHHA-projektia sekä psykiatriasta potilasta.

Tulosten mukaan hoitajat ovat työssään eniten kohdanneet vakavaa ja kipua aiheuttanutta fyysistä väkivaltaa, mutta onneksi vain vähän sellaista väkivaltaa, joka on aiheuttanut pysyviä vammoja. Väkivaltatilanteita on sattunut eniten päivällä, ja melkein kaikki vuorokauden aikana sattuneet tilanteet ovat kestäneet alle viisi minuuttia. Turvallisuuspoikkeamia on sattunut kaikissa osaston tiloissa; tuloksista pystytään päättelemään, että eniten niitä on sattunut hoito- ja auttamistilanteissa. Useimmiten väkivallan kohteeksi on joutunut henkilökunta, mutta osallisina ovat voineet olla myös toiset potilaat tai ulkopuoliset ihmiset. Kiinteistö on myös voinut joutua vahingonteon kohteeksi. Henkilökunnasta on useimmin ollut mukana kaksi tai kolme henkilöä, mutta muutamassa tilanteessa myös kaikki osaston hoitajat. Joissain tilanteissa on voitu joutua kutsumaan lisäapua muilta osastoilta. Lisäapua tarvittaessa oli sitä päiväsaikaan useimmiten pyydetty huutamalla, kun taas yöllä oli käytetty hälytyslaitetta. Väkivaltaisesti käyttäytyvistä potilaista suurin osa oli miehiä.

Jatkotutkimuksena voitaisiin verrata eri sairaaloiden tai osastojen turvallisuuspoikkeamakaavakkeista saatuja tietoja keskenään. Toinen hyvä tapa olisi verrata keskenään yhteistyökumppanina toimivan osaston eri vuosina täyttämiä turvallisuuspoikkeamakaavakkeita. Tässä työssä ei käsitellä lainkaan tilanteiden jälkipuintia, joten siinäkin olisi hyvä jatkotutkimushaaste.

SECURITY DEVIATIONS IN THE PSYCHOGERIATRIC UNIT

Reunanen, Marjo-Riitta

Satakunta University of Applied Sciences (SAMK)

Degree Programme in Nursing and Health Care

Nursing

May 2009

Henttonen, Tarja

YKL 59.562

Number of pages: 36

Key words: Security, security deviation, violence, psychogeriatric patient

The subject of this thesis was to find out what kind of violence the staff of Pitkaniemi Hospital ward PSG3 had experienced in 2007 according to the security deviation forms. The purpose was to encourage both the employees and the decision makers to develop resources of the ward, to consider the sufficiency of the staff and to prevent acts of violence. Research problems of this study was: 1) what type of violence the nurses had experienced 2) what time of the day the violence had occurred, 3) in which places and facilities the violence had taken place and 4) what were other underlying factors connected to the situation. The other underlying factors meant damages caused by the security deviation, targets of the violence, number of individuals of the staff involved in the act, actor's gender, alerting procedure and finding out who were sent for help. The material of this thesis was based on the copied security deviation forms of the ward PSG3.

The theoretical part of the thesis deals with the security in the nursing work, violently acting patients and how to confront them. Preventing violence, security deviation notifications, AHHA project and the profile of a psychogeriatric patient are also discussed in this part.

According to the results, nurses have faced in most cases serious and painful physical violence, but luckily only few of the acts of violence have caused them permanent injuries. Most of the violent acts have occurred in the daytime, and almost all incidents of the twenty-four-hour period have lasted less than five minutes. Security deviations have occurred in all facilities of the ward; the results show that most of the deviations have happened in the nursing and helping situations. The target of the violent act has usually been a staff member, but in some cases also other patients or outsiders were involved. The property has sometimes been damaged as well. In most cases two or three staff members have been present during the violent act, but there are situations where all nurses of the ward were on the spot, and even people from other wards were asked for help. Extra help was asked by shouting in the daytime, whereas at night-time alarm device was used. The majority of patients acting violently were men.

Further research about the subject could be done by making a comparison between information of the security deviation forms of different hospitals or different wards. It would also be useful to compare the forms of the ward with those of a partner ward written in different years. As this thesis does not deal with the follow-up of the situations, it would be challenging to make a study of what happened after the incidents.

SISÄLLYS

1. JOHDANTO.....	5
2. TURVALLISUUS HOITOTYÖSSÄ.....	6
3. VÄKIVALTAISESTI KÄYTTÄYTYVÄ POTILAS.....	7
3.1 Väkivaltilanteita ennaltaehkäisevä toiminta.....	9
3.2 Väkivaltaisesti käyttäytyvän ihmisen kohtaaminen.....	10
3.3 Turvallisuuspoikkeamailmoitus.....	12
3.4 Aggression hoidollinen hallinta-projekti (AHHA).....	12
4. PSYKOGERIATRINEN POTILAS.....	14
5. TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET.....	18
6. TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN.....	19
6.1 Tutkimusmenetelmä.....	19
6.2 Tutkimusaineiston kerääminen.....	20
6.3 Tutkimusaineiston käsittely ja analysointi.....	20
7. TUTKIMUSTULOKSET.....	21
7.1 Hoitajien kohtaama väkivalta turvallisuuspoikkeamakaavakkeiden mukaan....	21
7.2 Väkivalta eri vuorokaudenaikoina.....	22
7.3 Väkivallan esiintyvyys eri tiloissa.....	24
7.4 Tilanteeseen liittyneet muut taustatekijät.....	25
8. TULOSTEN TARKASTELU JA POHDINTA.....	28
8.1 Tutkimustulosten tarkastelu.....	28
8.2 Tutkimuksen luotettavuus.....	31
8.3 Tutkimuksen eettisyys.....	33
8.4 Jatkotutkimushaasteet.....	34
LÄHTEET.....	36
LIITTEET	

1. JOHDANTO

Nykyisin väkivaltaisuutta ja sen uhkaa esiintyy suhteellisesti eniten sosiaali- ja terveysalalla ja tulevaisuudessa väkivallan uhka tulee varmasti lisääntymään. Uhkaavan ja riehuvan asiakkaan kohtaaminen asettaa työntekijän kestävyuden koetukselle. Väkivallan tai sen uhan kohteeksi joutuminen on aina traumaattinen kokemus, vaikka se katsottaisiin kyseisen ammatin haittapuoliin kuuluvaksi, kuten psykiatrisella alalla. (Weizmann-Henelius 1997, 7-8, 136.)

Kiinnostus opinnäytetyön aiheeseen syntyi ollessani työharjoittelussa mielenterveyskuntoutujien asuntolassa. Mielessäni kypsyi ajatus selvittää väkivaltatilanteita ja niistä koituvia haittoja henkilökunnalle ja potilaille. Työharjoittelupaikassani ei väkivaltaa esiintynyt, muutamaa poikkeusta lukuun ottamatta, mutta olin kuullut, että muualla väkivaltaa esiintyy enemmän. Tämän johdosta päätin ottaa yhteyttä Pitkaniemen ylihoitajaan ja keskustella hänen kanssaan olisiko heillä tarvetta tutkimukselle. Ylihoitaja kiinnostui aiheesta ja ehdotti PSG3:sta yhteistyökumppanikseni, koska siellä tapahtuu eniten uhkatilanteita.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää millaista väkivaltaa Pitkaniemen sairaalassa osasto PSG3 eli psykogeriatrisella osastolla toimivat hoitajat ovat työssään turvallisuuspoikkeamakaavakkeiden mukaan kohdanneet. Tutkimusaineiston muodosti osaston henkilökunnan turvallisuuspoikkeamasta tekemät kaavakkeet. Opinnäytetyön tavoitteena on saada päättäjät ja työntekijät kehittämään osaston resursseja, miettimään henkilökunnan riittävyyttä ja pyrkiä ennaltaehkäisemään väkivaltatilanteita.

Terveydenhuollon turvallisuuslähestymistavat ovat vielä melko tilannekohtaisia, yksilön päätöksentekoon ja siihen vaikuttaneisiin tekijöihin ja yksiköiden toimintaan keskittyviä. Riskejä analysoidaan yleensä tietyn potilastilanteen näkökulmasta eli melko pienestä aikavälistä käsin. Potilashoitoon liittyvistä haittatapahtumista jopa puolet voidaan ehkäistä analysoimalla riskejä, korjaamalla hoitoprosesseja ja toiminnan rakenteita tai ottamalla oppia virheistä. (Kinnunen & Peltomaa 2009, 33, 59.)

2. TURVALLISUUS HOITOTYÖSSÄ

Käsitettä turvallisuus voidaan katsella monesta eri näkökulmasta. Käsitellään ensin turvallisuutta tarpeena eli tarpeiden tyydyttämisenä, jolloin se ilmenee ensinnäkin suojautumisen ja puolustautumisen tarpeena ulkoisia vaaroja vastaan, toiseksi se ilmenee jatkuvuuden ja järjestyksen tarpeena ja kolmanneksi pyrkimyksenä sisäiseen, henkiseen tasapainoon. Toisaalta turvallisuus on myös keskeinen inhimillinen ja sosiaalinen arvo, jolloin se merkitsee varmuutta ja vaarattomuutta; erilaisten vaarojen, kuten onnettomuuksien, tapaturmien, väkivallan ja rikollisuuden minimointia. Kolmanneksi se on ihmisoikeus eli jokaisella ihmisellä on oikeus ihmisarvoiseen elämään. Yksilön kannalta perinteisessä turvallisuudessa on kyse siitä, ettei hänen fyysinen turvallisuutensa ja terveytensä ole uhattuna. (Niemelä 2000, 22, 26.)

Potilasturvallisuus tarkoittaa terveydenhuollon näkökulmasta sitä, että varmistetaan hoidon turvallisuus ja suojataan asiakasta vahingoittumiselta; potilaan näkökulmasta tämä tarkoittaa sitä, ettei hoidosta aiheudu haittaa. Sana potilasturvallisuus kattaa sekä hoidon turvallisuuden, lääkitysturvallisuuden että laiteturvallisuuden ja se on osa hoidon laatua. (Stakes ja Lääkehoidon kehittämiskeskus ROHTO 2006, 28.) Suomessa potilasturvallisuus on määritelty terveydenhuollossa toimivien yksilöiden ja organisaatioiden periaatteiksi ja toiminnoiksi. Käsite voidaan jakaa hoitomenetelmien turvallisuuteen ja toisaalta hoitamisen turvallisuuteen. Potilasturvallisuus rakentuu oikeasta toiminnasta, asenteista ja kulttuurista. (Kinnunen ym. 2009, 37–38, 182.)

Terveydenhuollossa turvallisuuskulttuuri on yksilöiden ja yhteisön yhteinen arvoihin perustuva tapa toimia siten, että potilaiden saaman hoidon turvallisuus on varmistettu. Tällöin jokainen työntekijä ottaa vastuun ja asennoituu arvioimaan tilanteita ja työtään potilaalle liittyvien riskien kannalta ja kehittämään toimintaa turvallisemmaksi. Henkilökunnan osaaminen ja ammattitaito on keskeinen edellytys potilasturvallisuuden takaamiselle. Koulutuksella ja perehdytyksellä tulee varmistaa, että henkilöstön osaaminen ja määrä vastaavat potilaiden sairauksien vaatimaa tasoa myös henkilökunnan vaihtuessa ja työtehtävien muuttuessa. Uusien ja tilapäisten työntekijöiden perehdytyksen tulee olla riittävä ja vastata heille asetettuja vastuita. Varmistamalla riittävä henkilöstö-

määrä ja työrupeamien kohtuullinen pituus, huolehditaan myös henkilöstön jaksamisesta. (Kinnunen ym. 2009, 182–184.)

Potilasturvallisuuden parantaminen on tavoitteena myös vaaratapahtumien raportoinnissa. Päämäärään päästään oppimalla läheltä piti-tilanteista ja haittatapahtumista. Raportoinnista saatavan tiedon avulla pyritään oppimaan tapahtuneista virheistä ja kehittämään toimintaa turvallisempaan suuntaan. Raportoinnilla tuotetaan tietoa organisaation heikoista kohdista ja saadaan apu vaaratilanteiden tunnistamiseen. Näiden tietojen avulla voidaan tehdä tavoitteellisia suunnitelmia organisaation ja työtapojen kehittämiseksi, että saataisiin vaaratapahtumien riskiä vähennettyä. (Kinnunen ym. 2009, 117.)

3. VÄKIVALTAISESTI KÄYTTÄYTYVÄ POTILAS

WHO:n eli maailman terveysjärjestön käyttämän määritelmän mukaan väkivalta on fyysisen voiman tai vallan tahallista käyttöä tai sillä uhkaamista, joka kohdistuu ihmiseen itseensä, toiseen ihmiseen tai ihmisryhmään tai yhteisöön ja joka johtaa tai joka voi todennäköisesti johtaa kuoleman, psyykkisen tai fyysisen vamman syntymiseen, kehityksen häiriytymiseen tai perustarpeiden tyydyttymättä jäämiseen (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi & Lozano 2005, 21).

Euroopan Unionin määritelmän mukaan työpaikkaväkivaltaa ovat tilanteet, joissa ihmistä on pahoinpidelty tai uhkailtu työtehtävissä niin, että hänen turvallisuutensa, terveytensä tai hyvinvointinsa on vaarantunut joko suorasti tai epäsuorasti. Työpaikkaväkivaltaan kuuluu työpaikan sisäinen henkilökunnan toisiinsa kohdistama väkivalta ja työpaikkakiusaaminen sekä työyhteisöön ulkoapäin tullut väkivalta potilaiden tai asiakkaiden kautta. Turvallisuus, koskemattomuus, henkilökohtainen vapaus ja yksityiselämän suoja kuuluvat ihmisen perusoikeuksiin. Terveystieteiden ammattihenkilön joutuessa työssään potilaiden, heidän saattajiensa tai vieraidensa uhkailun tai fyysisen väkivallan kohteeksi, on hänellä oikeus samanlaiseen oikeussuojaan kuin muillakin rikoksen uhreiksi joutuneilla. (Markkanen 2000, 3.) Tarkasteltaessa työpaikkaväkivaltaa terveyden-

huollossa, nousee yksi ammattikunta ylitse muiden, mielenterveyshoitajista lähes puolet kokee vuosittain uhka- tai väkivaltatilanteen. Terveysthuollossa eri syistä sekavat tai psyykkisesti sairaat potilaat aiheuttavat huolta, koska he voivat käyttäytyä arvaamattomasti. (Työturvallisuuskeskus 2004, 96–97.)

Aggressiivisuutta ei esiinny vain kiehuvana raivona ja väkivaltana vaan se voi olla myös sulkeutuneisuutta, kyräilyä tai muuta vastaavaa. Yleensä aggressiivisuus on hyödytön, vahingollinen tunne, joka olisi saatava muuttumaan hyödylliseksi ja rakentavaksi. Ihminen käyttäytyy uhkaavasti ja väkivaltaisesti silloin, kun hän on turhautunut eikä pääse muuten tavoitteeseensa. (Punkanen 2001, 136–137.)

Ennen varsinaista väkivaltatilannetta on usein havaittavissa tiettyjä käyttäytymispiirteitä, joita voidaan kutsua myös ennusmerkeiksi. Verbaalisiin ennusmerkkeihin kuuluu solvaava kielenkäyttö, uhkailu ja syyttely, kiroilu sekä epäluuloinen puhe. Tunnetilaan liittyviin ennusmerkkeihin kuuluu kireys, kiihtyneisyys ja ärtyneisyys sekä ahdistus. Fyysisiin ennusmerkkeihin kuuluu motorinen levottomuus, tuijottaminen ja puhumattomuus sekä muuttuminen vetäytyväksi ja takertuvaksi. Käytöksen ennusmerkkeihin kuuluu ovien paukuttelu, äänen korottaminen sekä riidan haastaminen. Muut ennusmerkit ovat lääkkeistä kieltäytyminen, potilaiden klikkiytyminen ja osaston levoton ilmapiiri. Kaikkia lueteltuja ennusmerkkejä ei välttämättä esiinny jokaisessa väkivaltatapausten kanssa tekemisissä olevissa terveydenhuollon yksiköissä. (Lehestö, Koivunen & Jaakkola 2004, 131–132.) Väkivaltaisesti käyttäytyvistä henkilöistä voidaan löytää keskeisiä piirteitä, mutta he eivät muodosta persoonallisuuden piirteiltään yhtenäistä ryhmää. Voidaan kuitenkin huomata, että heillä on yhteisiä luonteenpiirteitä, jotka ilmenevät eri tavalla eri henkilöillä. Tällaisia piirteitä ovat heikko itsetunto, itsekeskeisyys, kyvyttömyys sietää masentavia tunteita, empatiakyvyn puute, lyhytjännitteisyys, kateus, syyllisyydentunteiden puuttuminen, virheellinen minäkuva ja kielteinen asennoituminen. Jokapäiväisissä tilanteissa väkivaltaisuuteen syyllistyneet käyttäytyvät kuitenkin melko asiallisesti. Luonnehäiriö tulee esiin, kun ympäristön kanssa syntyy riitatilanne tai asianomaisessa itsessään tapahtuu sisäinen ristiriita, joka laukaisee epäasiallisen tai väkivaltaisen käyttäytymisen. Väkivaltaisen käyttäytymisen voivat laukaista kaikki ne tilanteet, joissa ihminen kokee tulevansa torjutuksi tai joissa hän joutuu kohtaamaan avuttomuuden tai masentuneisuuden tunteita. (Weizmann-Henelius 1997, 36–51.)

3.1. Väki­valtatilanteita ennaltaehkäisevä toiminta

Väki­valtais­ia tilanteita ennaltaehkäisevä toiminta on ensisijaisen tärkeää. Tämä käsittää niiden tekijöiden arvioimista ja muuttamista, joihin voidaan vaikuttaa. Väki­valtaiseen käyttäytymiseen voidaan varautua tekemällä ympäristö turvallisiksi ja keskustelemalla työntekijöiden käyttäytymisestä sekä parantamalla heidän vuorovaikutustaitojaan. (Weizmann-Henelius 1997, 53.) Ennaltaehkäisyn kannalta olisi tärkeää, että jokaisella työpaikalla olisi työpaikkakohtainen väki­valta- ja uhkatilanteiden raportointijärjestelmä, koska näin saadaan hyödyllistä ja tarpeellista tietoa ehkäisytoimien suunnitteluun ja samalla voidaan seurata turvallisuuden kehittymistä (Työturvallisuuskeskus 2004, 99).

Yksi olennaisin ennaltaehkäisyn osa on työntekijöiden koulutus. Koulutuksen tulisi sisältää tietoa aggressiivisuudesta sekä väki­valtaiseen käyttäytymiseen taipuvaisten henkilöiden persoonallisuudesta ja opettaa itsepuolustustaitoja. Olennaista on myös tieto väki­valtaisuutta ennustavista merkeistä ja vuorovaikutuksessa ilmenevistä vaaratilanteista sekä vuorovaikutukseen vaikuttavista tekijöistä. Työntekijän tulee myös tuntea itsensä ja työskentelytapansa. (Weizmann-Henelius 1997, 53.)

Terveysturvallisuuden tärkein yksittäinen työturvallisuutta parantava tekijä on ennakoiva asenne sekä työyksiköissä ja yksilötaholla tehdyt ennalta suunnitellut ja harjoitellut toimintamallit (Lehestö ym. 2004, 99). Tärkeitä ovat myös riittävät henkilöresurssit ja hyvä työilmapiiri, joka auttaa käsittelemään vaikeita asioita (Työturvallisuuskeskus 2004, 99). Työpaikoille tulisi myös luoda hälytys- ja pakenemissuunnitelma, joissa huomioidaan osaston turvaohjeet ja toiminta uhkatilanteessa sekä tieto väki­valtatapausten jälkihoitojärjestelyistä (Roti & Ihanus 1997, 79–80).

Tila- ja ympäristöjärjestelyillä voidaan vaikuttaa turvallisuuteen, ahtauteen ja sokkeloisuuteen, jotka ovat tässä asiassa riskitekijöitä. Kalustus tulisi suunnitella niin, että välitön työntekijään käsiksi käyminen ei onnistu ja asiakasta ei sijoiteta oven eteen. Tavoitteena olisi, että hoitajalla on poistumismahdollisuus huoneesta asiakasta ohittamatta. Pöydiltä olisi siirrettävä pois kaikki raskaat, lyömäaseiksi sopivat esineet sekä paperiveitset ja maljakot. (Roti ym. 1997, 79–80.)

Reagoimalla väkivaltaan kokonaisvaltaisesti suojellaan ja tuetaan sen uhreja sekä edistetään väkivallattomuutta, vähennetään väkivallan läsnäoloa yhteiskunnassa ja muutetaan niitä asioita, jotka synnyttävät väkivaltaa (Krug ym. 2005, 35).

3.2. Väkivaltaisesti käyttäytyvän ihmisen kohtaaminen

Väkivallan vaaran selvin merkki on se, että asiakas uhkaa väkivallalla tai on muuten hyökkäävä, josta kertovat äänensävy, painotus ja puhenopeus. Väkivallasta varoittavat myös pistävä, katkeamaton katsekontakti tai se, että potilas tulee normaalia lähemmäksi, tekee nopeita kädenliikkeitä tai puree hampaita yhteen tai puristelee käsiään yhteen. (Punkanen 2001, 136.) Hankalan asiakkaan alkaessa syytellä, nimitellä, uhkailla tai käyttäessä muuten törkeää kielenkäyttöä, tulee henkilökunnan hälyttää lisääpua. Hoitajan ollessa tilanteessa yksin hän voi pyrkiä poistumaan tilasta jonkun tekosyyin varjolla; jos paikalla on useita hoitajia, mutta ei riittävästi voi yksi heistä pyrkiä poistumaan paikalta lisäävun hälyttämistä varten. (Lehestö ym. 2004, 132.) Lisäävun hälyttämällä pyritään kiinnittämään asiakkaan huomio siihen, että ympäristössä on liikettä ja muita ihmisiä (Roti ym. 1997, 79).

Uhkaavassa väkivaltatilanteessa henkilökunnan tulee pyrkiä olemaan rauhallinen ja käyttää mahdollisimman neutraaleja ilmaisuja. Tilannetta rauhoittaa henkilökunnan ystävällinen, selkeä ja määrätietoinen käytös. (Lehestö ym. 2004, 133.) Liian pitkäksi aikaa ei pidä vaieta. Myöskään omia tai uhkaajan voimavaroja ei tule arvioida väärin. (Punkanen 2001, 136.) Aggressiivisesti käyttäytyvälle henkilölle kannattaa myös todeta hänen olevan vihainen. Tällainen toteamus voi saada hänet pysähtymään ja huomaamaan mitä on tapahtumassa, jolloin hän voi pystyä hillitsemään itsensä. (Weizmann-Henelius 1997, 131.)

Monissa työpaikoissa fyysinen väkivalta ilmenee tönimisenä, lyömisenä, potkimisena ja kuristamisena. Tällöin asiakkaan aggressiivisuus tulee saada hallintaan mahdollisimman nopeasti ja hänelle tulee asettaa selkeät rajat. Asiakkaalle on osoitettava, että uhkauksia tai väkivaltaista käytöstä ei tulla hyväksymään. Ihmisen kokiessa, että hänet pakotetaan johonkin tai hänet on ajettu nurkkaan, tilanne voi kärjistyä ja hän voi helpommin reagoida väkivaltaisesti. Siksi hänelle tulisi antaa vaihtoehtoja, joista hän voi valita tietäen

toimintansa seuraukset. Mikäli näistä ei ole apua, tulisi aggressiivinen ihminen saada istumaan mieluiten pehmeään tuoliin, koska istuminen rauhoittaa ja asennosta on vaikea hyökätä. Vihaiseen ihmiseen ei kannata koskea, ellei ole aivan pakko. Myös äkkinäisiä liikkeitä kannattaa välttää, koska silloin ihminen voi kokea olonsa uhatuksi ja hyökätä. (Weizmann-Henelius 1997, 54 & 130–132.)

Tavoitteena on, että vihainen ihminen saadaan valitsemaan rauhallinen tapa hoitaa asiansa, niin ettei häntä jouduta pakottamaan siihen. Yleensä tämä onnistuu ja uhkaava tilanne voidaan ohittaa. Tämän epäonnistuessa, on työntekijän turvallisuus ensisijainen asia. Tästä eteenpäin eteneminen riippuu työpaikasta, sen toiminnasta ja työntekijöiden toimenkuvasta. (Weizmann-Henelius 1997, 133.)

Oltaessa laitoshoidossa tarvitaan monia sääntöjä, että kaikki toimii. Negatiivisesti käyttäytymiseen voi vaikuttaa se, että sääntöjen noudattaminen on joillekin potilaille todella ahdistavaa. (Punkanen 2001, 137.) Henkilökunnan tulee psykiatrisilla osastoilla puuttua tilanteisiin, joissa potilas käyttäytyy väkivaltaisesti itseään, muita potilaita tai henkilökuntaa kohtaan (Weizmann-Henelius 1997, 133). Hoitohenkilökunnan pitäisi pystyä arvioimaan, mihin potilaan voimavarat ja kyvyt riittävät, jotta hänelle annetut vastuut ja tehtävät ovat saavutettavissa. Aggressiivisuuden saattaa laukaista se, että potilas epäonnistuu. Väkivaltaisuutta voi olla aiheuttamassa myös fysiologiset tekijät, kuten esimerkiksi nälkä, jano, erilaiset kivut ja säröt, joidenkin lääkeaineiden aiheuttamat sivuvaikutukset tai unettomuus. Henkilökunnan tulee myös tarkkailla omaa käyttäytymistään ja sen lähettämiä signaaleja. Mikäli tilanne ehtii niin pitkälle, että potilas saa käytyä hoitajaa ranteista kiinni, ne saa usein vapautettua kiertämällä niitä potilaan peukaloita vasten. Hiuksien repimistä voi vaimentaa tarttumalla potilasta ranteista. Potilaan käydessä hoitajaa kuristusotteella kiinni, otetta saa vaimennettua painamalla leukaa voimakkaasti omaa rintaansa vasten. Hyökkäyksen tullessa takaapäin, leuan painaminen rintaan ja nopea kääntyminen auttavat usein kuristusotteesta irrottautumisessa. Päälle kävijän purressa, riuhtominen ei auta, vaan kannattaa painaa puremakohtaa syvemmälle purijan suuhun ja yrittää sulkea hänen sieraimensa hengitykseltä. (Punkanen 2001, 137–138.) Jouduttaessa tarttumaan kiinni väkivaltaiseen potilaaseen on toimittava päättäväisesti, eikä pidä empiä. Potilaalle kerrotaan mitä aiotaan tehdä. Mikäli mahdollista, tilanne käsitellään väkivaltaisesti tai uhkaavasti käyttäytyneen asiakkaan kanssa välittömästi

hänen rauhoituttuaan. Väkivaltainen tilanne tulee käsitellä myös henkilökunnan kesken tilanteen rauhoituttua. (Weizmann-Henelius 1997, 133–134.)

3.3. Turvallisuuspoikkeamailmoitus

Raportointijärjestelmien avulla voidaan tukea virheiden kääntämistä positiiviseksi asiaksi. Järjestelmät poikkeavat paljon toisistaan; ilmoituksia voidaan antaa joko strukturoiduilla lomakkeilla tai lomakkeilla, joissa on myös avoimia kohtia. (Kinnunen ym. 2009, 119.)

Poikkeamailmoitus käynnistää vahingon analysoinnin ja pohdinnan siitä, miten vastaavat vahingot voidaan estää. Potilashoidon turvallisuuden kannalta on tärkeää, että myös läheltä piti-tilanteista tehdään poikkeamailmoitus. Turvallisuuspoikkeamailmoitukseen kuuluu tapahtuman kuvaus, jossa: kuvataan miten tapahtuma eteni, kuka teki tai ei tehnyt, mitä teki tai jätti tekemättä, käytetään henkilöiden ammattinimikkeitä, ei etu- ja sukunimiä, kerrotaan mitä seurauksia tapahtumasta oli potilaalle ja miten tilanne hallittiin sekä kerrotaan mitä seurauksia tapahtumasta koitui hoitavalle yksikölle. Tietosuojasyistä potilaan nimeä tai henkilötunnusta ei kerrota, mutta tapahtuman myöhempiä tunnistamista kuitenkin auttaa, jos potilasta kuvaillaan sopivalla tavalla. Tapahtumatietojen lisäksi voidaan kertoa tapahtumahetken olosuhteista ja muista tekijöistä. Kuvauksessa kerrotaan vain faktatiedot eli ne asiat, jotka havaittiin tai tiedetään. (Kinnunen ym. 2009, 141–142.)

3.4. Aggression hoidollinen hallinta-projekti (AHHA)

Projekti on aloitettu Tampereen yliopistollisen sairaalan psykiatrian toimialueella vuoden 2002 alussa (Uusitalo, T. 2005). Se oli kolmevuotinen. Tavoitteena oli lisätä koulutuksen myötä osastojen henkilökunnan valmiutta kohdata ja hallita potilaan aggressiivisuus hoidollisin keinoin. (Pilli, M. 2002.) Projektilla pyrittiin hakemaan vastausta hoitajien kokeman väkivallan uhan hallitsemiseksi. Kaksi mies sairaanhoitajaa kävi kymmenpäiväisen Management of Actual or Potential Aggression (MAPA)-kurssin. Ensimmäinen viisipäiväinen AHHA-kurssi järjestettiin huhtikuussa 2002 TAYSin Pitkä-

niemen psykiatrisessa yksikössä. Kurssi sisälsi teoriaosuuden, fyysisen väliintulon taitoja ja irtautumistaitoja tilanteisiin, joissa hoitaja on kaksin potilaan kanssa. Teoriaosuuksessa pohdittiin väkivaltaisen tai uhkaavan käyttäytymisen syntyä ja ennaltaehkäisyä, luotiin katsaus työhön kehykset antavaan lainsäädäntöön ja eettisiin ohjeisiin. (Uusitalo, T. 2005.)

Väliintulon otteet on kehitetty potilaiden hoitamista varten. Huomioon on otettu raajojen luonnolliset liikeradat ja turvalliset kiinnipitoasennot. Jokaisella hoitajalla on kiinnipidossa oma tehtävänsä. Ihanne on, jos tilanteessa olisi läsnä kolme hoitajaa. Yksi heistä on johtaja, joka keskustelee potilaan kanssa ja arvioi kiinnipitoa. Sama hoitaja myös seuraa potilaan vointia ja elintoimintoja tilanteen ajan. Kiinnipito aloitetaan yksikössä ennalta sovitun merkin mukaan. Kaksi hoitajaa ottaa potilaasta kiinni, toinen hänen oikeasta kädestä ja toinen vasemmasta. Potilaan ei pitäisi tuntea kipua missään kiinnipidon vaiheessa, jos kipua tuntuu, on jotain tehty väärin. Irtautumistaidoissa keskitytään tilanteisiin, joissa hoitaja on kaksin potilaan kanssa ja potilas on tarttunut häneen kiinni. Potilas saattaa ottaa kiinni käsistä, vaatteista tai hiuksista tai hän voi kuristaa hoitajaa. AHHA-kurssilla opetellaan tapoja päästä irti otteista ja pakenemaan sekä hälyttämään apua. (Uusitalo, T. 2005.)

Koulutusta annettiin koko henkilökunnalle, koska se antaa mahdollisuuden puuttua tilanteeseen heti, ennen kuin potilas ehtii vahingoittamaan itseään tai muita paikallaolijoita tai muuten vaikeuttaa tilannettaan. Kurssin runko oli samankaltainen jokaisessa yksikössä, koska perusasiat on hyvä opettaa joka yksikössä. Yksiköiden erityispiirteet voitiin kuitenkin ottaa huomioon jo kurssia suunniteltaessa. Aikaisemmat itsepuolustuskurssit ovat tarjonneet taitoja ja tietoja, joilla hoitajat ovat pystyneet suojelemaan itseään potilaiden hyökkäyksiltä, mutta ne eivät ole ottaneet huomioon potilaita. Hoitajien perustehtävänä on hoitaa potilaita ja kivun tuottaminen erilaisia lukkoja käyttäen ei ole hyvää hoitamista, varsinkin jos vaihtoehtona on kivuton ja turvallinen tapa asioiden hoitamiseen. Luultavasti potilas lopettaa väkivaltaisen käyttäytymisen, kun kipu loppoon väännetyssä ranteessa käy tarpeeksi voimakkaaksi. Mutta väkivaltainen käytös ei lopu sen takia, että potilas on rauhoittunut, vaan sen takia, koska hänet on nujerrettu, eikä hän voi tehdä enää muuta kuin luovuttaa. (Uusitalo, T. 2005.)

Hoitajista suuri osa on ottanut koulutuksen ja uuden tavan vastaan tyytyväisenä. Kiinnipitohoidossa pidetään potilasta kiinni turvallisesti, annetaan pahimman tunteenpurkauksen mennä ohi ja pyritään sen jälkeen selvittämään tilanne, edelleen potilaasta kiinni pitäen. Potilaan sallitaan liikkuvan sen verran kuin turvallisesti katsotaan. Hänen ei myöskään tarvitse olla täysin rauhoittunut ennen kuin hänestä voi päästää irti, vaan hoitajien käytös voi toimia potilasta rohkaisevana. Muutettaessa kiinnipito-otetta vähemmän rajoittavaksi, potilas saa viestin tilanteen rauhoittumisesta ja se saa hänen käyttöksensä luultavasti muuttumaan rauhallisemmaksi. (Uusitalo, T. 2005.)

4. PSYKOGERIATRINEN POTILAS

Yhteistyökumppanina toimivalla osastolla hoidetaan psykogeriatrisia potilaita, seuraavaksi kerrotaan, mitä psykogeriatrinen potilas tarkoittaa. Suurin osa osaston potilaista on dementoituneita ikäihmisiä.

Psykogeriatrisella potilaalla tarkoitetaan yli 65-vuotiasta, yleensä eläkkeellä olevaa henkilöä, jolla on sellainen mielenterveyden häiriö, joka haittaa selvästi henkilöä itseään tai hänen ympäristöään. Häiriöt aiheuttavat toimintakyvyn laskua ja liittyvät yleensä aivojen vanhenemiseen, rappeutumiseen ja dementoiviin sairauksiin. Harhaluulot, ahdistuneisuushäiriöt, masennus, skitsofrenia ja dementiapotilaan käytösoireet ovat henkilöiden tavallisimpia häiriöitä. Potilailla on usein monia häiriöitä samanaikaisesti. Arviolta jopa kymmenen prosenttia vanhusväestöstä kärsii masennuksesta. (Nikunen J. 2004.)

Tutkimukset ovat osoittaneet, että psyykkiset sairaudet lisäävät molempien sukupuolien alttiutta syyllistyä väkivaltaiseen käyttäytymiseen ja että päihteiden käyttö lisää tätä alttiutta. Arvioitaessa psyykkisesti sairaiden vaarallisuutta, on kiinnitettävä huomiota sairauden laatuun ja vaikeusasteeseen. (Weizmann-Henelius 1997, 23–24.) Dementiapotilaat, joiden oma käyttäytymisen hallinta on heidän sairautensa vuoksi hallitsema-

tonta, ovat jatkuvasti laajeneva ja väkivallan ennakoinnin kannalta erityishuomiota vaativa ryhmä (Työturvallisuuskeskus 2004, 97).

Dementiassa on kyse oireyhtymästä, ei erillisestä sairaudesta. Siihen liittyy muistihäiriön lisäksi henkisen toiminnan ja muiden aivotoimintojen heikkeneminen henkilön aiempaan tasoon verrattuna. Se voi olla ohimenevä, etenevä tai pysyvä tila. Dementian varhaisvaiheen erottaminen normaalissa vanhenemisessä esiintyvistä heikkenemisestä vaatii yleensä laajaa neuropsykologista tutkimusta. Muistin testaus on keskeisintä, mutta myös kielellisten ja visuaalisten toimintojen arviointi on tärkeää. Dementiapotilaat eivät useinkaan myönnä itsenäisen selviytymisen ongelmia ja avun tarvetta. Läheiset ihmiset huomaavat helpommin sovittujen tekemisten unohtamiset ja samojen asioiden toistuvasti uudelleen kertomisen. He myös pystyvät luotettavammin kertomaan onko kyse nopeasti alkaneesta vai vähitellen pitkän ajan kuluessa kehittyneestä tilanteesta. (Erkinjuntti, Alhainen, Rinne & Soininen 2006, 86–87, 94.)

Dementian oireiden jaottelu kognitiivisiin, emotionaalisiin, sosiaalisiin ja käytösoireisiin on hankalaa, koska oireet kietoutuvat monin tavoin toisiinsa (Saarenheimo 2003, 76). Dementiaan liittyy muistihäiriöiden lisäksi yleensä haitallisia psyykkisten toimintojen ja käyttäytymisen muutoksia. Näitä muutoksia voidaan kutsua käytösoireiksi. Nämä oireet altistavat dementiapotilaita muille sairauksille, kuten loukkaantumisille tai oireiden hoitoon käytettävien lääkkeiden sivuvaikutuksille. Kuitenkin käytösoireita oikein hoitamalla voidaan merkittävästi auttaa suurinta osaa potilaista ja heidän omaisistaan. Yleisimpiä käytösoireita ovat apatia, levottomuus, ahdistuneisuus, uni-valverytmin häiriöt, psykoottiset oireet ja persoonallisuuden muutokset. Apatialla tarkoitetaan tunne-elämän latistumista, välinpitämättömyyttä ja motivaation sekä mielenkiinnon menettämistä. Levottomuus taas on epätarkoituksenmukaista aggressiivista, motorista tai äänen käyttöön liittyvää käyttäytymistä, mutta sen taustalla on yleensä potilaan kannalta jokin mielekäs syy, kuten kipu, huono olo, suru tai masennus. Hoitajien voi olla vaikea tunnistaa näitä ja potilas ei aina pysty niitä kielellisesti ilmaisemaan. Ahdistuneisuus ei useinkaan liity mihinkään erityiseen tilanteeseen vaan se on jatkuvaa levotonta, huolestunutta, jännittyntä tai kireää oloa. Uni-valverytmin häiriöt esiintyvät usein vuorokausirytmien muuttumisena. Psykoottiset oireet taas ilmenevät näkö- ja kuuloharhoina, sekä harhaluuloina. Näitä oireita on keskivaikeasti ja vaikeasti dementoituneilla potilailla, mutta taudin edetessä täytyy muistaa, että vaikeasti rappeutuneet aivot eivät enää pysty

tuottamaan psykoottisia oireita. Persoonallisuuden muutokset johtuvat arvostelukyvyn heikentymisestä, joka voi näkyä sosiaalisten normien rikkomisena, estottomuutena, epäsiisteytenä, rivona käyttäytymisenä tai vaikkapa rattijuoppoutena. (Erkinjuntti ym. 2006, 98–102.) Näitä oireita voidaan lievittää lisäämällä mielihyvän ja onnistumisen kokemuksia, kuntouttavalla työotteella, vahvistamalla toivottua käytöstä palkitsemalla, järjestämällä elinympäristö selkeäksi ja turvalliseksi, olemalla aidosti kiinnostunut ja sitoutunut työhön, keskustelemalla rauhallisesti, kosketuksella, kiinnittämällä huomio johonkin muualle, hienotunteisuudella ja eläytymisellä sekä järjestämällä virikkeitä (Saarenheimo 2003, 79). Laitoshoidossa kärsimätön tai levoton ilmapiiri, levottomat potilastoverit tai rauhaton hoitopaikka lisäävät selvästi käytösoireita, mutta myös hoitajien ja lääkäreiden työuupumus voi näkyä potilaiden oireiden lisääntymisenä. (Erkinjuntti ym. 2006, 103.)

Käytännön hoitotyön näkökulmasta dementiassa keskeisintä ei ole ongelmien esiintymistä kuvaavat prosentit, vaan se, kuinka psykiatrisia ongelmia voidaan lievittää ja kuinka arjen kanssakäyminen niistä kärsivien kanssa onnistuu. Psykiatrisen tietämyksen lisäksi hoitohenkilökunnalta vaaditaan huomattava määrä tilannekohtaista luovuutta ja ongelmanratkaisutaitoja. Suomessa 1990-luvulla tehdyn tutkimuksen mukaan hoitajat kokivat hankalimmin kohdattavana ihmisen, joka on fyysisesti tai kielellisesti aggressiivinen, huutelee tai on levoton. Mielenterveysongelmaisten vanhusten tilanne on erittäin kirjava. Eri kunnissa resurssit ovat erilaiset ja suurimmassa osassa kunnista ne ovat huonot. Yksi vanhustyön ja mielenterveysongelmaisten vanhusten hoidon haasteista on moniammatillinen yhteistyö, jossa usean alan asiantuntijat ja ammattilaiset pyrkivät yhteistoiminnalla yhdessä määriteltyihin tavoitteisiin. (Saarenheimo 2003, 75–77, 126.)

Mielenterveysongelmista kärsivien ikääntyneiden hoito voidaan toteuttaa erityisissä vanhuspsykiatrian yksiköissä, perusterveydenhuollossa, mielenterveyden avopalveluissa, vanhustenhuollon laitoksissa tai kotipalvelun turvin. Vaikeimmat psyykkiset ongelmat pyritään mahdollisuuksien mukaan hoitamaan vanhuspsykiatrian yksiköissä, joissa toimii yleensä sekä poliklinikka että psykogeriatrinen osasto. (Saarenheimo 2003, 123.) Dementiayksiköissä tulee kiinnittää erityistä huomiota hyvään valaistukseen, ympäristön hahmottamisen helppouteen ja turvalliseen liikkumiseen. Hoitoympäristön tulee olla avara, selkeä ja väreiltään tarkoituksenmukainen. Aukkaat tarvitsevat ahdistusherkkyytensä takia rauhallisuutta ja levollisuutta. (Ervasti, Hanhela, Kauppi, Rontti, Tolonen,

Äijälä, Perttula & Vuokila-Oikonen 2008, 16–19.) Psykiatrisissa sairaaloissa hoidetaan ikäihmisiä, joilla on vakava mielialahäiriö, akuutti sekavuustila, vaikea harhaluuloisuushäiriö tai dementiaan liittyviä mieliala- tai käytöshäiriöitä. Ikääntyneiden ihmisten psykiatrisessa tutkimuksessa ja hoidossa tulee kiinnittää huomiota samanaikaisiin somaattisiin sairauksiin ja niiden lääkehoitoon sekä siihen, että psyykkinen oirehtiminen voi johtua somaattisista syistä. (Punkanen 2001, 164.) Ikääntyneiden parissa kliinistä työtä tekeviä psykologeja ei ole kovin paljon ja vanhuspsykiatrisissa hoitoyksiköissäkin psykologi on harvoin kokopäiväinen. Tulevaisuudessa on kuitenkin ilmeisesti toteutuksessa psykologien osaamisen nykyistä laaja-alaisempi hyödyntäminen mielenterveydellisten ongelmien hoidossa vanhuspsykiatrisissa hoitoyksiköissä. Tämä kuitenkin edellyttää psykologeilta täydennyskoulutusta. He tarvitsevat tietoa ikääntyneiden psyykkisten ongelmien luonteesta ja erityispiirteistä ja ammatillisia valmiuksia niiden kohtaamiseen ja hoitamiseen. (Pajunen 2004, 325–326.) Helsingissä on esitetty mielenterveysongelmaisia pitkäaikaisasukkaita hoitavien osastojen ja yksiköiden henkilökunnan määrän mitoitussuosituksiksi vanhainkodeissa 0.60–0.80 ja terveystieteiden keskuksissa 0.70–0.90 henkilökunnan jäsentä hoidettavaa kohti (Saarenheimo 2003, 124).

5. TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää millaista väkivaltaa hoitajat Pitkänien sairaalassa osasto PSG3 ovat turvallisuuspoikkeamakaavakkeiden (Liite 1) mukaan kohdanneet. Tavoitteena on saada työntekijät ja päättäjät kehittämään osaston resursseja, miettimään henkilökunnan riittävyyttä ja pyrkiä ennaltaehkäisemään väkivaltatilanteita.

Tutkimusongelmat ovat:

1. Minkälaista väkivaltaa hoitajat ovat kohdanneet turvallisuuspoikkeamakaavakkeiden mukaan?
2. Mihin vuorokaudenaikaan väkivaltaa on esiintynyt?
3. Missä tiloissa väkivaltaa on esiintynyt?
4. Mitä muita taustatekijöitä tilanteeseen on liittynyt?

6. TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

6.1. Tutkimusmenetelmä

Opinnäytetyössä käytetään sekä kvantitatiivista että kvalitatiivista lähestymistapaa. Kvantitatiivinen se on, koska turvallisuuspoikkeamakaavakkeissa suurin osa kysymyksistä on strukturoituja kysymyksiä, joihin on valmiit vastausvaihtoehdot, joten nämä vastaukset käsiteltiin tilastollisella menetelmällä. Kvalitatiivinen työ on siksi, että yksi kysymyksistä on avoin kysymys, johon hoitajat kertovat omin sanoin enemmän tapahtuneesta ja nämä vastaukset analysoitiin sisällön analyysia apuna käyttäen.

Kvantitatiivinen ja kvalitatiivinen tutkimus ovat lähestymistapoja, joita on vaikea tarkkarajaisesti erottaa toisistaan. Ne tulisi nähdä tutkimuksen toisiaan täydentäviksi lähestymistavoiksi. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2004, 127.)

Kvantitatiivista eli määrällistä tutkimusta käytetään aika paljon sosiaali- ja yhteiskuntatieteissä. Siinä korostetaan syyn ja seurauksen suhteita. Perusajatuksena on, että kaikki tieto on peräisin suorasta aistihavainnosta ja loogisesta päättelystä, joka perustuu näihin havaintoihin. (Hirsjärvi ym. 2004, 130.) Kvantitatiivista tutkimusta voidaan myös nimittää tilastolliseksi tutkimukseksi. Sen avulla selvitetään prosenttiosuuksiin ja lukumääriin liittyviä kysymyksiä sekä eri asioiden välisiä riippuvuuksia tai tutkittavassa asiassa tapahtuneita muutoksia. Tämä edellyttää riittävän suurta ja edustavaa otosta. Asioita kuvataan yleensä numeeristen suureiden avulla ja tuloksia voidaan havainnollistaa taulukoin tai kuvioin. Näin saadaan yleensä kartoitettua olemassa oleva tilanne, mutta ei pystytä riittävästi selvittämään asioiden syitä. (Heikkilä 2004, 16.)

Kvalitatiivisen eli laadullisen tutkimuksen lähtökohtana on todellisen elämän kuvaaminen. Siinä pyritään tutkimaan kohdetta mahdollisimman kokonaisvaltaisesti ja löytämään tai paljastamaan tosiasioita eikä vain todentamaan jo olemassa olevia totuuksia. (Hirsjärvi ym. 2004, 152.) Kvalitatiivinen tutkimus auttaa ymmärtämään tutkimuskohdetta ja selittämään sen käyttäytymistä ja päätöksen syitä. Siinä pyritään yleensä selvittämään kohderyhmän arvot, asenteet, tarpeet ja odotukset, mutta se sopii hyvin myös

toiminnan kehittämiseen, vaihtoehtojen etsimiseen ja sosiaalisten ongelmien tutkimiseen. (Heikkilä 2004, 16.)

6.2. Tutkimusaineiston kerääminen

Tutkimusaineistona toimii PSG3:lla tehdyt turvallisuuspoikkeamakaavakkeet. Vuonna 2007 kyseisellä osastolla tehtiin poikkeamailmoituksia 1110, mutta näistä vain 363:sta oli otettu kopio ja näistä muodostui opinnäytetyön analysoitava aineisto.

Aineisto saatiin, kun osaston hoitohenkilökunta kirjoitti koneelle turvallisuuspoikkeaman, jonka hän lähetti eteenpäin sähköisesti, mutta tulosti sen sitä ennen oman yksikkönsä osastonhoitajalle tiedoksi tapahtuneesta. Osastonhoitaja on luovuttanut opinnäytetyöntekijälle nämä tulosteet, jotka opinnäytetyöntekijä palautti osastonhoitajalle, kun ei niitä enää tarvitse.

6.3. Tutkimusaineiston käsittely ja analysointi

Ensimmäisenä vaiheena saadun tutkimusaineiston järjestämisessä on tietojen tarkistus. Tutkimusaineistosta tarkistettiin, sisältyykö siihen selviä virheellisyyksiä tai puuttuuko tietoja. Jos vastaaja oli muuten täyttänyt kaavakkeen hyvin, mutta jättänyt vastaamatta yhteen kohtaan oli tuhlausta hylätä tällainen lomake. (Hirsjärvi ym. 2004, 209–210.) Osassa kaavakkeista oli paremmin tietoa ja toisissa hieman huonommin, yleisesti voi sanoa, että hoitohenkilökunta oli pyrkinyt kirjoittamaan pääasiat tapahtuneesta.

Ensimmäisenä turvallisuuspoikkeamakaavakkeet saatuaan opinnäytetyöntekijä numeroini ne, koska se helpotti työskentelyä huomattavasti ja pystyin numeron perusteella palaamaan lomakkeeseen, jos kaipasin lisää tietoa. Numeroinnin jälkeen opinnäytetyöntekijä tallensi kaavakkeet Microsoft Excel-taulukkoon ja analysoi vastaukset Tixel-aineistokäsittelyohjelmalla. Avoimen kysymyksen kohdalla opinnäytetyöntekijä käytti sisällönanalyysia.

Sisällönanalyysia voidaan pitää laadullisen, aineistolähtöisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessina. Se on menetelmä, jolla voidaan analysoida kirjoitettua ja sanallista kommunikaatiota ja jonka avulla voidaan tarkastella asioiden ja tapahtumien merkityksiä, seurauksia ja yhteyksiä. Menetelmällä analysoitava informaatio voi olla kvalitatiivista, kuten esimerkiksi kertomuksia tai se voi olla kvantitatiivisesti mitattavia muuttujia. (Janhonen & Nikkonen 2001, 21, 23.)

Opinnäytetyöntekijä sai 1110 poikkeamailmoituksesta käyttöönsä 363 kaavaketta työn aineistoksi. Näin ollen prosenttiluvuksi tuli n. 33 %. Opinnäytetyöntekijä esitti tutkimustulokset prosentuaalisesti ja numeerisesti sekä käyttäen apuna kuvioita ja taulukkoja. Avoimen kysymyksen vastauksista nostettiin esiin tutkimusongelmien kannalta oleelliset. Nämä, parhaiten asiaa kuvaavat vastaukset lainattiin suoraan tutkimustuloksiin. Lainauksen jälkeen laitettiin viittaus kaavakkeen numeroon.

7. TUTKIMUSTULOKSET

Tutkimustulokset esitetään vastaten yhteen tutkimusongelmaan kerrallaan. Tulokset raportoidaan prosentteina ja havainnollistetaan taulukoin ja kuvioin sekä kaavakkeista koottujen suorien lainausten avulla.

7.1. Hoitajien kohtaama väkivalta turvallisuuspoikkeamakaavakkeiden mukaan

Turvallisuuspoikkeamakaavakkeissa oleva avoin kysymys, johon hoitajat kertovat tapahtuneesta vastaa tähän kysymykseen. Hoitajat kirjoittavat ja lähettävät sen sähköisesti eteenpäin ja loppuvuodesta osasto saa paperin, jossa on poikkeamaluokat, joihin kaikki väkivaltilanteet sisältyvät. Henkilökunta on työssään kohdannut niin häirintää kuin vammoja aiheuttanutta väkivaltaakin ja kaikkea siltä väliltä (Taulukko 1). Turvallisuuspoikkeama luokitus on otettu suoraan Pitkäniemen sairaalan omista lomakkeista (Liite 2).

Taulukko 1. Hoitajien kokema väkivalta vuoden 2007 aikana

Turvallisuuspoikkeama luokitus	Lukumäärä
Järjestyshäiriö, häirintä	16
Kielellinen tai henkinen väkivalta	10
Lievä fyysinen väkivalta	70
Kipua aiheuttanut tai muuten vakava väkivalta	190
Vammoja aiheuttanut fyysinen väkivalta	3
Yhteensä	289

Taulukosta käy ilmi, että henkilökunta on työssään kohdannut eniten kipua aiheuttanutta tai muuten vakavaa väkivaltaa sekä lievää fyysistä väkivaltaa. Näitä kipua aiheuttaneita tai muuten vakavaa väkivaltaa ovat esimerkiksi tilanteet, joissa potilas on raapinut, potkinut, lyönyt tai purrut hoitajaa. Taulukossa ei ole kaikkia turvallisuuspoikkeamaluokkia mainittu, koska osa niistä ei liity väkivaltaan. Seuraavaksi muutaman hoitajan kuvaus väkivaltilanteista.

Miespotilas puristeli hoitajia käsistä ja yritti tyrkkiä heitä seinää päin, kun häntä autettiin vessaan.(222)

Potilasta laitettaessa mg-vyöhön tarttui hoitajan käteen kiinni ja väänsi voimakkaasti ja potki.(252)

7.2. Väkivalta eri vuorokaudenaikoina

Yhdessä turvallisuuspoikkeamakaavakkeen kysymyksessä hoitajien tuli laittaa ylös, kuinka kauan turvallisuuspoikkeama on kestänyt. Opinnäytetyöntekijä on ymmärtämisen helpottamiseksi jaotellut ajat kolmeen eri aikaväliin. Ensimmäinen aikaväli on aamu seitsemästä iltapäivä kolmeen, toinen aikaväli on iltapäivä kolmesta ilta kymmeneen ja kolmas aikaväli on ilta kymmenestä aamu seitsemään.

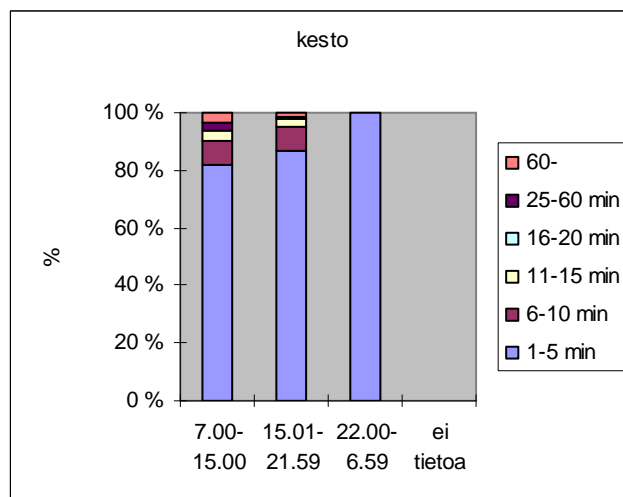
Opinnäytetyöntekijä on ensin vertaillut aikoja ja näin selvittänyt, milloin poikkeamia on eniten ollut ja tämän jälkeen vertaillut aikavälejä ja poikkeamien kestoja toisiinsa (Taulukko 2 ja Kuvio 1).

Taulukko 2. Turvallisuuspoikkeamat aikaväleittäin

Aika	Lukumäärä	%
7.00–15.00	189	53
15.01–21.59	164	44
22.00–6.59	8	2
ei tietoa	2	1
Yhteensä	363	100

Taulukosta käy selville, että eniten turvallisuuspoikkeamia on sattunut ensimmäisen aikavälin aikana, mutta ei kovin paljon enempää kuin toisen aikavälin aikana. Kolmannessa aikavälissä turvallisuuspoikkeamia on sattunut vain muutama, mikä kertoo siitä, että turvallisuuspoikkeamia on enemmän päivällä, kuin yöllä.

Seuraavassa kuviossa käsitellään, kauanko turvallisuuspoikkeamat ovat kestäneet eri vuorojen aikana.



Kuvio 1. Turvallisuuspoikkeamien kesto aikaväleittäin

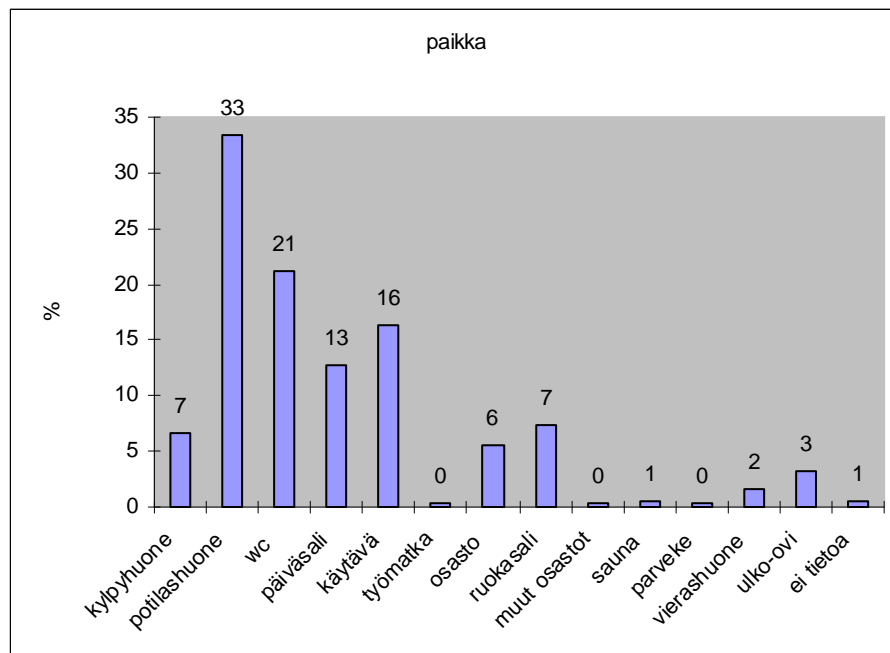
Suurin osa turvallisuuspoikkeamista on kestänyt alle viisi minuuttia, öisin tapahtuneet kuuluvat kaikki tähän kategoriaan. Muutenkin yli kymmenen minuutin poikkeamia on ollut vähän, mikä kertoo, että tapahtuneet ovat olleet melkein kaikki lyhytkestoisia. Tähän kuvioon on merkitty turvallisuuspoikkeamiksi myös vahingonteot, teknisten järjestelmien toimintahäiriöt, yllirasittuminen, muut tapaturmat sekä muut turvallisuuden poikkeamat. Seuraavaksi esimerkkejä erityistilanteista, joita hoitajille on sattunut.

Matkalla yövuoroon osuin autolla keskellä ajotietä olleeseen isoon osaan, ilmeisesti rekan kardaaniakseli tms.(40)

*3 hoitajaa työvuorossa, yhden hoitajan vajuus. Turvallisuuden alentumaa tämän vuoksi. Potilas, jota arvaamattomuuden vuoksi yleensä hoidettu 4 hoitajan avustamana nyt 3 hoitajan avustamana. Potilaita, joiden hoito-
toimissa yleensä 2 hoitajaa, hoidettu yhden avustamana. Em. tilanteissa kaksi miespotilasta ollut kireitä, yritystä huitoa hoitajia.(47)*

7.3. Väkivallan esiintyvyys eri tiloissa

Seuraavaksi turvallisuuspoikkeamakaavakkeissa on kysymys paikasta, jossa väkivaltaa tai sen uhkaa on esiintynyt. Hoitajat kirjoittavat tähän, että missä ympäristössä turvallisuuspoikkeama on tapahtunut. Opinnäytetyöntekijä on ensin analysoinut esiintyvyyttä paikkakohtaisesti (Kuvio 2) ja sitten vielä eri vuorokaudenaikoina (Kuvio 3).



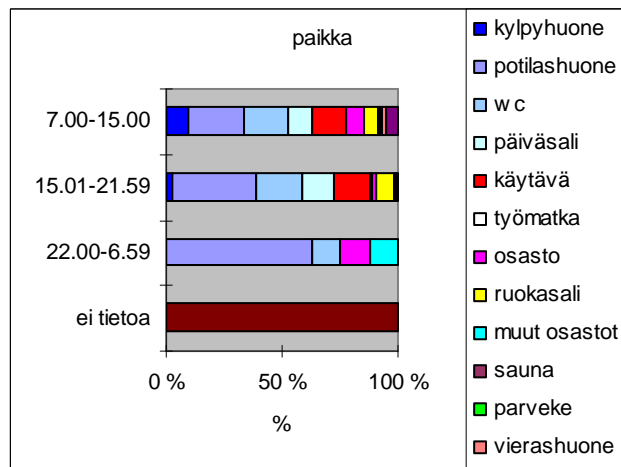
Kuvio 2. Väkivallan esiintyvyys ympäristökohtaisesti

Eniten turvallisuuspoikkeamia tapahtuu potilashuoneissa ja vessassa. Tästä pystyy päättelemään, että väkivaltaa tai sen uhkaa koetaan eniten silloin, kun ollaan avustamassa potilaita vaatteiden pukemisessa tai autettaessa heitä WC-tiloissa.

Autettaessa potilasta wc:ssä tämä yritti purra ja löi hoitajia.(43)

Miespotilas yritti lyödä hoitajaa nyrkillä vatsaan kun häntä autettiin wc:ssä.(231)

Seuraavassa kuviossa vielä turvallisuuspoikkeamien esiintyvyys eri paikoissa eri aikoi-
na..



Kuvio 3. Turvallisuuspoikkeamien esiintyvyys eri paikoissa eri aikaväleinä

Kuviosta huomaa, että jokaisena vuorokaudenaikana turvallisuuspoikkeamia tapahtuu eniten potilashuoneissa ja seuraavaksi eniten vessoissa. Vain muutama tapaus on sattunut vierashuoneessa tai vaikka parvekkeella. Yöajasta voisi mainita sen, että silloin henkilökuntaa on osastolla vähemmän, mikä ilmenee kuviossa niin, että on käyty auttamassa myös muiden osastojen henkilökuntaa enemmän kuin päivällä.

Miespotilasta vuoteeseen laitettaessa potkaisi hoitajaa ensin käteen, vähän myöhemmin vatsaan.(125)

Naispotilas halusi nähdä oman kaappinsa ja sitä näytettäessä kävi kiinni hoitajaa niskasta ja käsivarresta työntäen voimakkaasti hoitajan kaapin ovea vasten.(285)

7.4. Tilanteeseen liittyneet muut taustatekijät

Tässä luvussa käsitellään muut turvallisuuspoikkeamassa ilmi käyvät asiat eli vahingot (Taulukko 3), väkivallan kohteet, henkilökunnasta osallisten lukumäärä, tekijän sukupuoli ja hälytystapa sekä ketä paikalle on kutsuttu. Osa näistä tiedoista on vapaaehtoisia täytettäviä ja siksi asioista ei välttämättä ole kaikissa turvallisuuspoikkeamakaavakkeissa tietoja. Sitten, kun nämä asiat on selvitetty, niin vertaillaan niitä hieman toisiinsa.

Taulukko 3. Turvallisuuspoikkeamakaavakkeiden mukaan tapahtuneet vahingot

Vahingot	Lukumäärä	%
Henkilövahinko	57	16
Omaisuuksivahinko	2	1
Ei vahinkoa	303	83
Ei tietoa	2	1
Yhteensä	364	101

Kuten oheisesta taulukosta selviää, suurimmasta osasta turvallisuuspoikkeamista on selvitty vahingoitta. Henkilövahingoilla tässä tarkoitetaan esimerkiksi verisiä raapimajälkiä henkilökunnan käsivarsissa tai jotain sen pahempaa.

Naispotilasta suihkutettaessa hän raapi, potki, löi ja yritti purra hoitajia. Vahingoista: Hoitajan oikeassa ranteessa verta vuotavia raapimisjälkiä.(7)

Miespotilasta vessatettaessa, tämä käyttäytyi aggressiivisesti. Väänsi ja puristi hoitajien käsiä suurella voimalla. Vahingoista: Kipeytynyt ranne.(150)

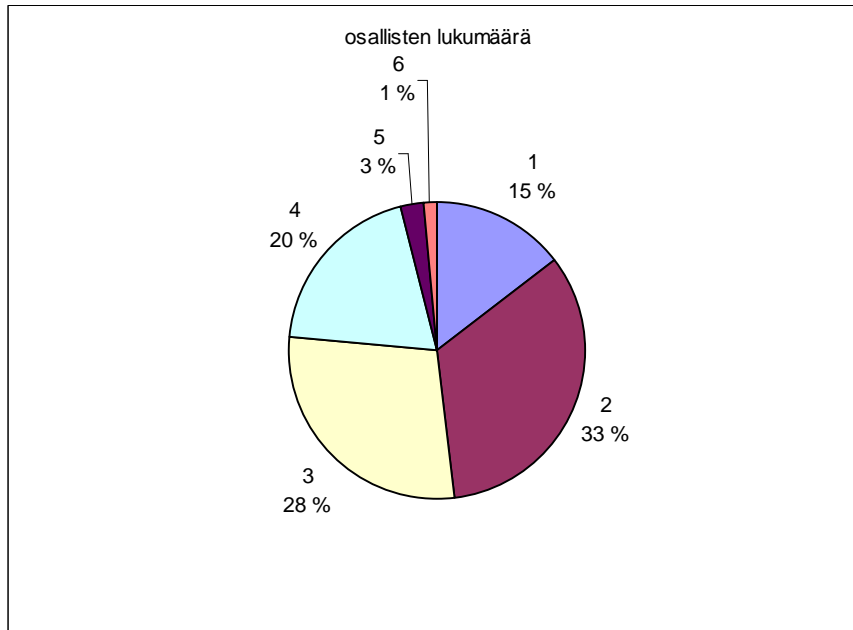
Seuraavaksi lisää väkivallan kohteista. Väkivallan kohteena ovat voineet olla henkilökunta, toinen potilas tai joku ulkopuolinen henkilö. Potilas on voinut samalla kertaa käydä useamman kuin yhden ihmisen kimppuun, joten kohteena ovat voineet olla sekä potilas että hoitaja. Henkilökunnasta väkivallan kohteeksi on joutunut 85 prosenttia, potilaista kohteeksi on joutunut 18 prosenttia ja ulkopuolisista henkilöistä 1 prosentti. Turvallisuuspoikkeamakaavakkeiden mukaan hoitajat joutuvat useimmin väkivallan kohteeksi hoitotilanteissa.

Miespotilas koski toisen miespotilaan käteen, jolloin tämä löi häntä silmään. Silmäkulmaan tuli rikkeymä.(32)

Iltatoimia tehdessä potilas raapi hoitajan oikean käden ranteeseen verinaarmut.(2)

Naispotilaan iltatoimien yhteydessä potilas äityi aggressiiviseksi. Raapi, puri, potki ja repi hoitajia. Uhkasi tappaa, muutenkin sanallisesti uhkaava. Tilanne vaatinut 3 hoitajaa osaston neljästä hoitajasta.(64)

Sitten käsitellään, montako hoitajaa tilanteissa on ollut mukana (Kuvio 4). Taustatietona kerrotaan, että osastolla on aamuvuorossa neljä hoitajaa, iltavuorossa myös neljä hoitajaa ja yövuorossa kaksi hoitajaa.



Kuvio 4. Turvallisuuspoikkeamissa mukana olleiden hoitajien lukumäärä

Kuviosta ilmenee, että useimmiten hoitajia on ollut tilanteissa mukana kaksi henkilöä, mutta välillä myös koko osaston hoitohenkilökunta on ollut tilanteessa mukana, jolloin koko muu osasto on jäänyt omilleen siksi aikaa. Muutamassa tapauksessa on jouduttu kutsumaan apua myös muilta osastoilta.

Potilaan tiedetään olevan aggressiivinen hoitotoimissa, kutsuttu siis mieshoitaja APS9:ltä ja toinen PSG1:ltä avuksi potilaan suihkuun vientiin. Mieshoitajat pitäneet ahha-ottein potilaan käsistä ja kaksi oman osaston hoitajaa tehneet hoitotoimet. Potilas vastahakoinen, aggressiivinen, yrittää lyödä, potkia ja purra.(34)

Miespotilas ohjattaessa aamupesuille käyttäytyi hoitajaa kohtaan aggressiivisesti; tarttui hoitajaa oikeasta kädestä ja veti. Hoitoapua pyydettiin osasto 9:ltä, yritti polkea os9:n mieshoitajia varpaille ja potkaisi naishoitajaa.(196)

Turvallisuuspoikkeamakaavakkeissa tekijän sukupuolen kertominen on vapaaehtoista, joten tämä tieto useasta kaavakkeesta puuttui. Lomakkeista saatiin kuitenkin se tieto, että miehiä tekijöistä oli suurin osa eli 47 prosenttia, mutta naisiakin yllättävän paljon eli 16 prosenttia. Kaavakkeista 37 prosentista puuttui tekijän sukupuoli kokonaan.

Tietojen mukaan paikalle kutsuttiin yleensä omaa henkilökuntaa: 42 prosentissa tapauksista, mutta myös toisesta yksiköstä jouduttiin kutsumaan apua seitsemän prosentin ver-

ran. Poliisi ja lääkäri jouduttiin kutsumaan prosentuaalisesti yhtä usein paikalle eli yhden prosentin verran. Kaavakkeita, joissa ei ollut paikalle kutsuttujen lukumäärää oli eniten eli 53 prosenttia. Prosentit yhteen laskien tulos ei ole 100 %:a, koska tilanteisiin on voitu kutsua paikalla esimerkiksi omaa sekä toisen yksikön henkilökuntaa. Tilannepaikalle kutsuttaessa lisää henkilökuntaa käytettiin huutoa apuna 65 tapauksessa, hälytyslaitetta kahdeksassa tapauksessa ja lisäapua ei tarvittu 268 tapauksessa. Niitä kaavakkeita, joissa ei ollut tätä tietoa oli 22.

Vertailtaessa aikavälejä ja lisäavun hälyttämistä huomataan, että päivällä käytettiin huutoa eniten apuna lisäavun hälyttämiseen (37 %) kun taas yöllä huutoa ei käytetty apuna kertaakaan, vaan yöllä apua hälytettiin eniten hälytyslaitetta käyttäen (13 %). Useimmissa tilanteissa lisäapua ei tarvittu ollenkaan (50 %).

8. TULOSTEN TARKASTELU JA POHDINTA

8.1. Tutkimustulosten tarkastelu

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää millaista väkivaltaa hoitajat Pitkänien sairaalassa osasto PSG3 ovat turvallisuuspoikkeamakaavakkeiden mukaan kokeneet. Tutkimuksen tavoitteena oli saada työntekijät ja päättäjät kehittämään osaston resursseja, miettimään henkilökunnan riittävyttä ja pyrkiä ennaltaehkäisemään väkivaltatilanteita tutkimustulosten pohjalta.

Ensimmäisenä tutkimusongelmana oli selvittää, minkälaista väkivaltaa hoitajat ovat kohdanneet turvallisuuspoikkeamakaavakkeiden mukaan. Tulosten mukaan henkilökunta on eniten joutunut kipua aiheuttaneen tai lievän väkivallan uhriksi, mutta huolestuttavaa on se, että suurin prosenttiluku löytyy kipua aiheuttaneen tai muutoin fyysisen väkivallan kohdalta. Hyvä asia on se, että vammoja aiheuttaneita väkivaltatilanteita on ollut vähän, mutta tämä luku tulisi ehdottomasti saada nolleen. Häirintää tai kielellistä sekä henkistä väkivaltaa henkilökunnasta on kokenut vain muutama prosenti tai sitten näitä

tapahtumia ei pidetä turvallisuuspoikkeamina henkilökunnan keskuudessa. Anneli Pitkänen on selvittänyt tekemässään pro gradu-tutkielmassa (2003), että hoitajat eivät ota suullisia uhkauksia väkivaltana tai sen uhkana, muutamaa poikkeusta lukuun ottamatta. Hänen mukaansa väkivallan määrittely oli henkilökohtaista eli henkilökunnasta toiset määrittelivät väkivallan tarkoittavan vain fyysistä väkivaltaa kun taas toiset laskivat myös suullisen uhkailun tai häirinnän väkivallaksi. Tämän opinnäytetyön tulokset tukevat Pitkäsen selvitystä asiasta, koska myös tätä työtä tehdessä sain sen käsityksen, että osaston hoitajat eivät määrittele suullista uhkailua väkivallaksi.

Toisena tutkimusongelmana oli selvittää, mihin vuorokaudenaikaan väkivaltaa on esiintynyt. Tulosten mukaan väkivaltatilanteita on eniten aamuvuoron aikana ja toiseksi eniten iltavuoron aikana. Vain muutama prosentti väkivaltatilanteista on tapahtunut yön aikana. Samassa yhteydessä selvitettiin turvallisuuspoikkeamatilanteiden kestoja vuoroittain. Tilanteista melkein kaikki ovat olleet alle viiden minuutin pituisia tai sitten alle kymmenen minuutin pituisia, vain muutama on ollut pidempikestoinen. Tästä voidaan vetää sellainen johtopäätös, että väkivaltatilanteet alkavat nopeasti, mutta saadaan nopeasti myös hallintaan. Kuvio 1:stä käy ilmi, että kaikki yöllä tapahtuneet turvallisuuspoikkeamat ovat olleet alle viiden minuutin pituisia.

Kolmantena tutkimusongelmana oli selvittää, missä tiloissa turvallisuuspoikkeamat ovat tapahtuneet. Tähän kysymykseen tuli eniten niin sanottua hajontaa eli tapahtumapaikkoina olivat melkein kaikki osaston tilat. Tulosten mukaan kaikkein eniten väkivaltatilanteita sattui kuitenkin potilashuoneissa, vessoissa tai käytävällä. Potilashuoneissa tai vessoissa tapahtuneet väkivaltatilanteet olivat yleisesti tilanteita, joissa potilasta oli avustettu ja he olivat tästä hermostuneet. Näissä tilanteissa tulisi selkeästi ja rauhallisesti kertoa potilaalle, mitä tehdään ja jutella hänen kanssaan koko tapahtuman ajan. Myös kosketuksella on suuri merkitys psykogeriatrisille potilaille, jotka eivät välttämättä enää ymmärrä puhetta, jolloin tapa millä heitä kosketaan kertoo paljon. Käytävällä tapahtuneet turvallisuuspoikkeamat taas olivat yleisesti tilanteita, joissa potilas kävi toiseen potilaaseen käsiksi hermostuttuaan toisen käytökseen. Näitä tilanteita on vaikea ennaltaehkäistä, mutta jos potilas vaikuttaa rauhattomalta, ahdistuneelta tai aggressiiviselta, hänen luokseen kannattaisi mennä keskustelemaan. Kuviosta 3 huomaa, että päiväaikaan osastoilla on enemmän henkilökuntaa kuin yöllä. Tämä käy ilmi siitä, että päivisin kyseiseltä osastolta ei ole käyty auttamassa muita osastoja, mutta öisin on.

Neljäntenä tutkimusongelmana oli selvittää muut taustatekijät väkivaltatilanteisiin liittyen. Tässä opinnäytetyössä muina taustatekijöinä selvitettiin turvallisuuspoikkeamasta aiheutuneet vahingot, väkivallan kohteet, osallisten määrä henkilökunnasta, tekijän sukupuoli, hälytystapa ja se, ketä paikalle kutsuttiin.

Tulosten mukaan suurin osa väkivaltatilanteista on sellaisia, joista ei ole aiheutunut minkäänlaista vahinkoa. Henkilövahinkoja on sattunut prosentuaalisesti pieni määrä, mutta samoin kuin omaisuusvahingot myös henkilövahingot tulisi pyrkiä karsimaan minimiin. Anneli Pitkänen (2003) kertoo pro gradu työssään, että vahinkoja tuskin koskaan saadaan täysin karsittua, mutta tähän tulisi silti pyrkiä.

Opinnäytetyön tulosten mukaan väkivallan kohteeksi on useimmiten joutunut henkilökunta, mutta potilas on voinut käydä myös toisten potilaiden, ulkopuolisten ihmisten tai kiinteistön kimppuun. Tilanne on myös voinut alkaa niin, että potilas on ensin käynyt toisen potilaan kimppuun ja henkilökunnan mennessä väliin hän on käynyt hoitajien kimppuun tai käydessään hoitajan kimppuun samalla tarvelevät kiinteistöä. Turvallisuuspoikkeamakaavakkeiden mukaan se, että väkivalta kohdistuu useimmin hoitohenkilökuntaan selittyy sillä, että pakollisten hoitotoimien yhteydessä potilaat hermostuvat, kun eivät tiedosta tapahtumia ja käyttäytyvät tämän seurauksena väkivaltaisesti.

Tulosten mukaan väkivaltatilanteissa on useimmin henkilökunnasta ollut mukana kaksi tai kolme henkilöä. Pyrkimyksenä olisi, että tilanteista selviydyttäisiin kahden hoitajan avulla, koska muuten loppuosaston turvallisuus vaarantuu. Muutamassa tilanteessa on apuun kutsuttu muilta osastoilta henkilökuntaa. Näitä tilanteita ovat esimerkiksi, kun iso miespotilas alkaa käyttäytyä aggressiivisesti, niin hälytetään heti muilta osastoilta mieshoitajia paikalle tai tiedettäessä etukäteen potilaan olevan hankala pesutilanteissa, pyydetään muilta osastoilta mieshoitajia jo varmuudeksi tilanteeseen.

Tulosten mukaan suurin osa väkivaltaisesti käyttäytyvistä potilaista on miehiä, mutta naispotilaitakin joukkoon mahtuu. Koska tämä tieto on kaavakkeissa vapaaehtoinen, se puuttui kokonaan 36 prosentista kaavakkeista.

Tulosten mukaan hälytettäessä lisäapua paikalle käytettiin huutoa useimmin hyödyksi. Suurimassa osassa tapauksista lisäapua ei onneksi tarvittu ollenkaan ja hälytyslaitetta jouduttiin käyttämään vain muutaman kerran. Vertailtaessa yö- ja päiväaikaa, huomataan näiden välillä se ero, että öisin lisäavun hälyttämiseen käytettiin aina apuna hälytyslaitetta kun taas päivisin yleensä huudettiin apua. Tämä selittyy sillä, että päivällä paikalla on enemmän ihmisiä/henkilökuntaa kuin yöaikana.

Väkivaltatilanteisiin kutsuttiin tulosten mukaan yleensä avuksi omaa henkilökuntaa, muutamassa tilanteessa jouduttiin kutsumaan apua toiselta osastolta ja vain todella harvassa eli vain kahdessa tilanteessa jouduttiin kutsumaan lääkäri tai poliisi paikalle. Tämäkin tieto oli kaavakkeissa vapaaehtoinen, mikä aiheutti sen, että tätä tietoa ei ollut suurimmassa osassa papereista.

Tämän tutkimuksen tulokset ovat samankaltaiset kuin aikaisemmin aiheesta opinnäytetyönsä tehneiden, kuten Juha Lehtosen (2002) Piia Marttisen (2006) ja Sani Gustafssonin (2003). Aikaisemmat opinnäytetyöt on tehty eri sairaaloissa kuin tämä kyseinen, mutta yhtäläisyyksiä löytyi siitä huolimatta paljon. Kaikissa näissä aikaisemmissa opinnäytetöissä henkilökunta on kokenut niin, että väkivalta on osa hoitotyötä, varsinkin psykiatrissa. Toisaalta näistä asenteista tulisi hoitohenkilökunnan keskuudessa päästä eroon.

Tämän tutkimuksen turvallisuuspoikkeamakaavakkeiden perusteella melkein kaikki kyseisen osaston henkilökunnasta ovat kokeneet jonkinasteista väkivaltaa. Tämäkin tulos on yhtäläisyydessä aikaisemmin tehtyihin opinnäytetöihin, koska niillä osastoilla, joille aikaisempien töiden tekijät ovat työnsä tehneet, ovat melkein kaikki hoitajat kokeneet jonkinlaista väkivaltaa.

8.2. Tutkimuksen luotettavuus

Kaikissa tutkimuksissa pyritään välttämään virheiden syntymistä, mutta silti tulosten luotettavuus ja pätevyys vaihtelevat. Tutkimuksissa pyritään arvioimaan tutkimuksen luotettavuutta. Tutkimuksen reliiäbelius tarkoittaa mittaustulosten toistettavuutta eli sen kykyä antaa ei sattumanvaraisia tuloksia. Validius on toinen tutkimuksen arviointiin

liittyvä käsite. Se tarkoittaa mittarin kykyä mitata juuri sitä, mitä sen on tarkoituskin mitata. Tutkimuksen pätevyyttä ja luotettavuutta tulee aina arvioida, vaikka mainittuja termejä ei haluttaisikaan käyttää. (Hirsjärvi, ym. 2004, 216–217.)

Tässä opinnäytetyössä pätevyyttä ja luotettavuutta lisäsi se, että kaavakkeita ei ole tehty pelkästään tätä tutkimusta varten vaan myös henkilökunnan omaan käyttöön. Myös se, että kaavakkeet on kirjoittanut sellainen henkilö, joka on itse ollut väkivaltilanteessa mukana lisää tutkimuksen luotettavuutta. Avoin kysymys lisäsi tutkimuksen pätevyyttä, koska siihen henkilökunta sai kirjoittaa mitä turvallisuuspoikkeamassa on tapahtunut. Luotettavuutta lisää myös lomakkeissa olevat tarkat ja samanlaiset kysymykset sekä niiden yksiselitteisyys.

Tutkimuksen heikkoutena voidaan pitää sitä, että opinnäytetyöntekijällä ei ollut kaikista vuoden 2007 aikana sattuneista turvallisuuspoikkeamista mahdollista saada kaavaketta. Näin ollen tutkimuksen luotettavuus kärsii sen osalta, että olisivatko tutkimustulokset muuttuneet johonkin suuntaan, jos kaikista kaavakkeista olisi ollut kopio vai olivatko tilanteet samankaltaisia, kuin niissä kaavakkeissa, jotka on tässä työssä analysoitu. Toisaalta myös se on heikkous, että osa henkilökunnasta ei ollut vastannut kaavakkeen kaikkiin kohtiin, mutta ydinkohdat ja tärkeimmät tiedot kaavakkeista löytyi kaikista.

Tutkimuksen luotettavuuden kannalta on tärkeää, että tutkimuksen otos on edustava ja tarpeeksi suuri. Tutkimuksen vastausprosentin tulisi olla korkea ja kysymysten mitattava oikeita asioita kattaen koko tutkimusongelmaa. (Heikkilä, 2004, 188.) Tähän opinnäytetyöhön on vaikea hakea kirjallisuudesta tietoa kyseisiin kohtiin, koska periaatteessa tutkimus on tehty jo aikaisemmin ja opinnäytetyöntekijä vain analysoi kaavakkeissa olevat tiedot. Opinnäytetyöntekijä ei ole voinut vaikuttaa otokseen, sen kattavuuteen eikä vastausprosenttiin.

Jos saman työn tekisi joku toinen, niin uskon, että tulokset olisivat samankaltaisia, ellei toisen työn tekijä arvioisi turvallisuuspoikkeamakaavakkeista saatuja tietoja eri turvallisuuspoikkeamaluokkaan.

8.3. Tutkimuksen eettisyys

Sellaisissa tutkimuksissa, joissa tutkimus kohdistuu ihmisen henkilökohtaisiin kokemuksiin, korostuu tutkijan eettinen vastuu (Janhonen, ym. 2001, 256). Tässä opinnäytetyössä henkilökunta kirjoitti turvallisuuspoikkeamakaavakkeen neutraalisti, pysyen faktoissa, syrjäyttäen omat tunteensa kirjoituksesta. Opinnäytetyöntekijä on tehnyt itse samoin pohtiessaan turvallisuuspoikkeamakaavakkeisiin kirjoitettuja asioita.

Hoitotieteellisissä tutkimuksissa täytyy sopia tutkimusorganisaation johdon, esimerkiksi hoitotyön johtajien kanssa lupien saamisesta tutkimusta varten. Tutkijan tulee selvittää kunkin organisaation lupakäytäntö ja varata riittävästi aikaa lupien saamiseen. Usein tutkija liittää saamansa lupalomakkeet raporttinsa liitteeksi. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 28.) Tutkimusluvan saaminen edellyttää tavallisesti eettisen toimikunnan käsittelyä ja jokaisella organisaatiolla on luvan hakemista varten erilaisia ohjeita (Leino-Kilpi & Välimäki 2004, 291). Tätä opinnäytetyötä varten lähetettiin kirjallinen tutkimuslupa-anomus TAYSin opetusylihoitajalle (Liite 3), joka tutkimusluvan myönsi (Liite 4).

Tässä opinnäytetyössä potilaiden henkilöllisyys on turvattu, koska se ei käy ilmi turvallisuuspoikkeamakaavakkeista. Kaavakkeista käy ilmi niiden henkilöiden nimet, jotka ovat henkilökunnasta olleet väkivaltatilanteessa mukana, mutta heidänkään nimet eivät tule ilmi tässä työssä ja turvallisuuspoikkeamakaavakkeet ovat olleet vain opinnäytetyön tekijän käytössä, joten niistä ei ole salassa pidettävää tietoa kulkeutunut eteenpäin. Tästä opinnäytetyöstä käy henkilökunnan osalta ilmi vain se, montako heistä on tilanteeseen kerrallaan tarvittu.

Eettisesti tärkeää on, että tutkimuksen analyysi tehdään tieteellisesti luotettavasti hyödyntäen koko kerättyä aineistoa. Ei ole esimerkiksi hyväksyttävää, että tutkimuksessa jätetään analysoimatta jokin tietty kysymys, jos henkilökunta on siihen vastannut. (Leino-Kilpi, ym. 2004, 292.) Tässä opinnäytetyössä analysoitiin kaikki tieto mikä turvallisuuspoikkeamakaavakkeista oli saatavilla ja kaikki turvallisuuspoikkeamakaavakkeet analysoitiin samalla tavalla sekä kokonaisuudessaan.

Säilytin kaavakkeita lukollisessa kaapissa, jonne ei ollut avainta kuin opinnäytetyön tekijällä. Turvallisuuspoikkeamakaavakkeiden käsittelyssä auttoi niiden numerointi ja käsiteltäessä ne olivat koko ajan samassa kansiossa missä opinnäytetyöntekijä ne sai. Opinnäytetyön tehtyään opinnäytetyöntekijä palautti lomakkeet osastonhoitajalle samassa kansiossa, kuin missä oli ne saanutkin.

8.4. Jatkotutkimushaasteet

Jatkossa asiaa voitaisiin tutkia vertaillen eri sairaaloiden tai osastojen turvallisuuspoikkeamia keskenään, jolloin saataisiin selville, kuinka erilaisia poikkeamat voivat olla. Mielenkiintoista olisi myös tietää onko yhteistyökumppanina toimivalla osastolla turvallisuuspoikkeamat muuttuneet jotenkin eri vuosina ja ovatko ne lisääntyneet tai vähentyneet.

Suomessa on hyvin vähän tutkittu psykiatristen potilaiden hoitajiin kohdistamaa väkivaltaa ja sen uhkaa. Asiaa tulisi tutkia lisää, koska tällä hetkellä on vähän tietoa siitä, miten hoitajat tilanteisiin ja tilanteissa reagoivat sekä millaisia tuntemuksia tilanteet hoitajissa synnyttävät.

Tutkimalla väkivaltatilanteita ja hoitajien kokemuksia väkivallasta voidaan saada tietoa työyksiköiden väkivaltatilanteiden ennaltaehkäisyyn liittyviä suunnitelmia ja toimenpiteitä varten. Ennaltaehkäisevät toimet eivät todennäköisesti tule kokonaan poistamaan potilaiden hoitajiin kohdistamaa väkivaltaa, mutta hoitajien ei tule joutua työssään pelkäämään väkivaltaisia potilaita.

Tässä opinnäytetyössä ei käsitelty ollenkaan tilanteiden jälkipuintia, mutta jatkossa olisi hyvä käydä läpi, miten henkilökunta on käsitellyt väkivaltatilanteita jälkikäteen; ovatko he keskustelleet keskenään, että väkivaltaisesti käyttäytyneen henkilön itsensä kanssa ja miten he ovat tilanteesta selvinneet.

Väkivaltaa ja sen uhkaa tulisi oppia hallitsemaan, ettei enää koskaan tapahtuisi seuraavaa.

Sairaalahuoltajat tuli osastolle ja sairaanhoitaja meni avaamaan ulkovea heille. Pylvään takaa tuli syöksynä potilas, joka pyrki ovesta ulos ja hyökkäsi hoitajan kimppuun. Repi häntä hiuksista ja löi useita kertoja päätä seinään ja lasiovea vasten. Toinen sairaalahuoltaja lähti hakemaan apua. Hoitajien mennessä paikalle, potilas oli sairaanhoitajan hiuksissa kiinni molemmin käsin.(61)

Näitä synkkiä esimerkkejä on onneksi vain muutama eivätkä tällaiset tilanteet ole psykiatrisessa hoitotyössä jokapäiväisiä. Tilanteita pyritään ehkäisemään jatkuvilla koulu- tuksilla ja kehittämällä osastojen henkilökunnan tietoja ja taitoja.

LÄHTEET

- Erkinjuntti, T., Alhainen, K., Rinne, J. & Soininen, H. 2006. Muistihäiriöt ja dementia. Hämeenlinna. Kustannus Oy Duodecim.
- Ervasti, L., Hanhela, A., Kauppi, R., Rontti, M., Tolonen, T., Äijälä, R., Perttula, S. & Vuokila-Oikkonen, P. Haasteellisesti käyttäytyvän dementoituneen hoitoympäristö. Sairaanhoidaja Nro 1, 2008. s.16–19.
- Gustafsson, S. 2003. Väkiältä hoitotyössä. Opinnäytetyö. Satakunnan ammattikorkeakoulu, sosiaali- ja terveysala Rauma.
- Heikkilä, T. 2004. Tilastollinen tutkimus. Helsinki. Edita Oy.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2004. Tutki ja kirjoita. Helsinki. Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Janhonen, S. & Nikkonen, M. 2001. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki. Werner Söderström Oy.
- Kinnunen, M. & Peltomaa, K. 2009. Potilasturvallisuus ensin. Helsinki. Suomen sairaanhoitajaliitto ry.
- Krug, E., Dahlberg, L., Mercy, J., Zwi, A. & Lozano, R. 2005. Väkiältä ja terveys maailmassa. WHO:n raportti. Jyväskylä. Gummerus Kirjapaino Oy.
- Lehestö, M., Koivunen, O. & Jaakkola, H. 2004. Hoitajan turva. Helsinki. Edita Prima Oy.
- Lehtonen, J. 2002. Väkiältä ja sen uhka hoitotyössä. Opinnäytetyö. Satakunnan ammattikorkeakoulu, sosiaali- ja terveysala Rauma.
- Leino-Kilpi, H. & Välimäki M. 2004. Etiikka hoitotyössä. Juva. WS Bookwell Oy.
- Markkanen, K. 2000. Nimittely, uhkailu, potkiminen - hoitajan työarkea. Selvitys hoitohenkilökunnan työpaikallaan kokemasta väkivallasta ja sen uhasta. Tehy ry. Julkaisusarja B. Selvityksiä 4/2000. Helsinki. Tehy ry.
- Marttinen, P. 2006. Hoitajien kokema väkiältä psykiatrisessa hoitotyössä. Opinnäytetyö. Satakunnan ammattikorkeakoulu, sosiaali- ja terveysala Rauma.
- Niemelä, P. 2000. Turvallisuuden käsite ja tarkastelukehikko. Teoksessa: Niemelä, P. & Lahikainen, A. (toim.) Inhimillinen turvallisuus. Tampere. Osuuskunta Vastapaino, s. 21–37.
- Nikunen, J. 2004. Kellokoskella kehitetään vanhuspotilaan hoitopolkua. Verkko-Husari [verkkolehti], N:o 8 [viitattu 19.1.2009]. Saatavissa: <http://www.hus.fi/default.asp?path=1;46;14828;14829;7967;7497;7498;7579>

- Pajunen, H. 2004. Vanhusten mielenterveydellisten ongelmien hoito. Teoksessa: Raitanen, T., Hänninen, T., Pajunen, H. & Suutama, T. (toim.) Geropsykologia. Porvoo. Werner Söderström Oy, s. 325-353.
- Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 1997. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Helsinki. WSOY.
- Pilli, M. 2002. Aggression hoidollinen hallinta. Mielekäs [verkkolehti], N:o 4 [viitattu 9.3.2009]. Saatavissa: http://www.mielenterveys-taimi.fi/mielekas/2002_4/33.htm
- Pitkänen, A. 2003. Potilaiden hoitajiin kohdistama väkivalta psykiatrisessa hoitotyössä. Pro gradu-työ. Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos.
- Punkanen, T. 2001. Mielenterveystyö ammattina. Tampere. Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Roti, O. & Ihanus, J. 1997. Terveys ja psykologia. Tampere. Kirjayhtymä Oy.
- Saarenheimo, M. 2003. Vanhuus ja mielenterveys. Vantaa. Werner Söderström Oy.
- Stakes ja Lääkehoidon kehittämiskeskus ROHTO 2006. Potilasturvallisuussanasto. Sairaanhoidaja 4.8.2006 (nro 8), 28–33.
- Työturvallisuuskeskus. 2004. Terveystuotopalvelujen työsuojelu- ja kehittämisopas. Helsinki. Yliopistopaino.
- Uusitalo, T. 2005. Hallittua kiinnipitoa. Sairaanhoidaja-lehti [verkkolehti], N:o 6-7 [viitattu 1.3.2009]. Saatavissa: http://www.sairaanhoidajaliitto.fi/amatilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoidaja-lehti/6-7_2005/muut_artikkelit/hallittua_kiinnipitoa/
- Weizmann-Henelius, G. 1997. Väkivaltaisen ihmisen kohtaaminen. Helsinki. Kirjayhtymä Oy.

TURVALLISUUDEN VAARANTUMISILMOITUKSEN tuloste

tapahtuman kiinteistö:

tapahtuma alkoi:

tapahtuma paikka:

tapahtuman luonne:

tapahtuma(t) :

lyhyt selvitys:

osalliset tekijä:

osalliset kohde:

tekijän tila:

paikalle kutsutut:

halytystapa:

aiheutuneet vahingot:

ilmoituksen antaja:

osallisen/osalliset:

tapahtuman vastuuyksikön

nro:

4.3.2002

TURVALLISUUDEN POIKKEAMAILMOITUKSEN LUOKITUS

Luokituksen tarkoitus on tuottaa yhteismitallista vertailukelpoista tietoa eri aikajaksojen tapahtumista sosiaali- ja terveydenhuollon laitoksen omaan käyttöön ja laitosten väliseen vertailuun. Luokitukseen perustuen voidaan sopia ketä mistäkin turvallisuuden poikkeamatapauksesta informoidaan kiireellisesti. Poikkeamailmoituksen luokittaa laitoksen kyseisestä asiasta vastuussa oleva henkilö asianosaisen tai hänen esimiehensä ilmoituksen ja mahdollisen tarkentavan keskustelun perusteella. Poikkeamailmoitus ei korvaa viranomaisen (poliisi, työsuojelu) edellyttämää eriteltyä ilmoitusta.

1 Häirintä

1.1 Tulo asiattomalle alueelle

Henkilö/henkilöt tulevat alueelle, jossa oleskelua on merkinnöin rajoitettu (Esim. apteekki, teho-osasto, sydänvalvonta)

1.2 Järjestyshäiriö, häirintä

Joku meluamalla tai muulla toimintaa häiritsevällä tavalla aiheuttaa häiriötä joko henkilökunnalle tai potilaille/asiakkaille

2 Väkivalta

2.1 Kielellinen tai henkinen väkivalta

Henkilö nimittelee, solvaa tai uhkaa henkilöä ilman, että suorittaa mitään fyysisiä toimenpiteitä.

2.2 Lievä fyysinen väkivalta

Kulun estäminen, töniminen tai huitominen siten, että toisella on perusteltu syy olettaa että toinen saattaa toimia vahingoittamistarkoituksessa.

2.3 Kipua aiheuttanut tai muutoin vakava väkivalta

Kiinnipitäminen irrottautumisyrityksestä huolimatta, potkiminen, lyöminen, kuristaminen, raapiminen, hiuksista tai vaatteista repiminen, aseella (luotiase, veitsi, kaasusumutin, lyöntiväline) tai humeruiskulla uhkaaminen

2.4 Vammoja aiheuttanut fyysinen väkivalta

Pureminen, raapiminen tai muu haavoja tai ruhjeita aiheuttanut väkivaltainen toimenpide, jonka takia tarvitaan päivystysluonteisia hoitotoimenpiteitä

3 Näpistys, varkaus, ryöstö

3.1 Näpistys tai varkaus

Joku anastaa toisen hallusta irtainta omaisuutta. Omaisuus voi olla sairaalan, henkilökunnan, potilaan tai omaisen. Jos anastetaan sairaalan hoidoissa käyttämä kriittinen kone, saattaa kyseeseen tulla törkeä varkaus. Varkauden yritys on rangaistava.

3.2 Ryöstö

Joku käyttämällä henkilöön kohdistuvaa väkivaltaa tai uhkaamalla välittömästi käyttää sellaista väkivaltaa toisen hallusta anastaa irtainta omaisuutta. Ryöstön yritys on rangaistava.

4 Ilkivalta, vahingonteko, murto, tuhotyö

4.1 Ilkivalta

Joku metelöimällä, esineitä heittelemällä, sotkemalla tai muulla sellaisella tavalla aiheuttaa häiriötä. Aiheuttaa häiriötä soittamalla turhia puheluita kohteeseen.

4.2 Vahingonteko

Joku hävittää, rikkoo tai vahingoittaa toisen omaisuutta tahallisesti.

4.3 Luvaton tunkeutuminen

Joku rakenteita, lukituksia tai ikkunoita rikkoen tunkeutuu luvattomasti tiloihin.

4.4 Murto

Joku rakenteita, lukituksia tai ikkunoita rikkoen murtautuu tiloihin ja anastaa sieltä toiselle kuuluvaa irtainta omaisuutta.

4.5 Pommiuhkaus

Joku uhkaa sillä, että tiloissa tai niiden välittömässä läheisyydessä on pommi, tiloihin tuodaan pommi tai tiloissa räjähtää pommi. Uhkaus voi tulla puhelimitse, kirjeen välityksellä, viestintuojan välityksellä tai joku henkilökohtaisesti kertoo näin olevan.

4.6 Tuhotyö

Joku sytyttää tulipalon, räjäyttää jotain, saa aikaan vedentulvan tai muulla edellä mainittuun verrattavalla tavalla vaarantaa hengen tai terveyden tai aiheuttaa huomattavan taloudellisen vahingon vaaran.

Joku omaisuutta vahingoittamalla tai tuhoamalla taikka tuotanto-, jakelu- tai tietojärjestelmän toimintaan oikeudettomasti puuttamalla aiheuttaa vakavan vaaran energiahuollolle tai yleiselle terveydenhuollolle.

5. Teknisen järjestelmän toimintakatkos

Tapahtumailmoitus turvallisuuden poikkeamasta tehdään sellaisesta teknisen järjestelmän toimintakatkoksesta tai -häiriöstä, josta on aiheutunut laitoksen perustoimintaa vaikeuttava tilanne tai sen vakava uhka taikka muun palvelutoiminnan lamaantuminen.

Tapahtumailmoituslomake ei ole tarkoitettu käytettäväksi vikailmoitukseen tai muuhun huoltopalvelupyyntöön. Lääkintätekniikkaa koskeva

vaaratilanneilmoitus tehdään lääkelaitoksen lomakkeelle ja ohjeiden mukaisesti.

5.1 Vesikatkos

Käyttövesi, jäähdytysvesi, viemärointi

5.2 Sähkökatkos

Normaalienergia, varavoima, varavalaistus, katkeamaton jännite (UPS, akusto)

5.3 Henkilöturvajärjestelmän toimintahäiriö

Hälytys- tai avunpyyntöjärjestelmä

5.4 Tietoliikennejärjestelmän toimintahäiriö

Tietoliikenneverkko, langaton tiedonsiirtoyhteys

5.5 Puheviestintäjärjestelmän toimintahäiriö

Puhelin, pikapuhelin, keskusradio, potilas-hoitajakutsujärjestelmä

5.6 Lämmitys-, jäähdytys- ja ilmastointijärjestelmän toimintahäiriö

5.7 Muun teknisen järjestelmän toimintahäiriö

Verkostokaasu, puhdasvesi, kulunvalvonta, kameravalvonta, rikosilmoitin, keskuslukitus, yleisavain, hissi, kylmätila

6. Tulipalo

6.1 Virhe- ja vikahälytys

Virrehälytys on paloilmottimen tai sammutuslaitoksen "aiheellinen" hälytys, jossa laitteisto toimii olosuhteissa, joihin laite on tarkoitettukin, vaikka syynä ei ollut tulipalo. Tällaisia ovat esimerkiksi tupakointi, kynttilät, hitsaus eli tulityöt, ruuankäry tai muu lämpöä tai savua aiheuttava tavanomainen toiminta.

Vikahälytys on tapahtuma, jonka perustana useimmiten on tekninen vika. Paloilmottimen- tai sammutusjärjestelmän laukeaminen tapahtuu ilman ulkoista lämpö- tai savuimpulssia.

6.2 Syttymä

Alkavan palon vaihe, jossa on havaittavissa lämpötilan nousua, pientä savunmuodostusta, kipinöintiä tai hiillostumaa.

Tavanomaisia tilanteita ovat mm. päälle unohtunut liesi tai muu kuumentuva sähkölaite, loistevalaisimen sytyttimen/kuristimen käryäminen, roskakorissa kytevä savuke tms. ja joka uhka on poistettavissa ilman alkusammutusvälineillä tapahtuvia toimenpiteitä. (esim. irrottamalla laite jännitteisestä verkosta),

Tilanteesta ei synny mahdollisen tuuletustarpeen lisäksi muita korjattavia rakenteellisia vahinkoja.

6.3 Alkusammutus

Alkavan/kehittyvän palon vaihe, jonka aiheuttaman uhan torjumiseen tarvitaan alkusammutustoimenpiteitä. Tällaisia ovat mm. käsisammuttimien tai sammutuspeitteen käyttö, palavan

esineen siirtäminen ulos tai vastaavaan paikkaan,

Tilassa syntyy vain vähäisiä korjaustarvetta edellyttäviä savu- tms. vahinkoja.

6.4 Huonepalo

Sammutettu käsisammuttimilla, ovet ja ikkunat sulkemalla tai palokunnan toimenpitein, mutta vaikutukset eivät pääsääntöisesti ulotu ko. tilan (huoneen) ulkopuolelle.

Tilan "kaikki" pinnat ovat osallistuneet paloon. Koko huone vaatii erityisiä saneeraustoimenpiteitä

6.5 Useampi huone

Yhdestä huoneesta käytävälle, toiseen huoneeseen, ullakolle tai esimerkiksi hormistoon levinnyt palo.

Alkusammutustoimenpiteillä ei ole ollut oleellista merkitystä palon rajoittamiseen.

6.6 Palo ulkopuolella

Roskalaatikko, maasto, ilotulite, ajoneuvo, naapurirakennuksen palo tms. Vaikutus rakennukselle ja toiminnoille (savu, lämpö, laitteiden tai automatiikan reagointi)

7 Tietoturvaloukkaus

Tietoturvaloukkauksella tarkoitetaan tapahtumaa, jossa joku oikeudettomasti lukee, kopioi, muuttaa tai tuhoaa laitoksen omistamaa tai käyttöön luovutettua tietoa tai häiritsee sen välittämistä tai säilyttämistä.

7.1 Asiakirjavarkaus

7.2 Elektroninen "virus, saasteposti", yms.

7.3 Elektroninen tietovarkaus

8 Tapaturma

8.1 Liukastuminen, kaatuminen

josta seurauksena murtuma, sijoiltaan meno, ruhje, nyrjähdys, venähdys.

Kaatuminen, liukastuminen tai kompastuminen samalle tasolle taakan noston tai siirron yhteydessä tai ilman taakkaa.

8.2 Putoaminen

josta seurauksena murtuma, sijoiltaan meno, ruhje.

Putoaminen alemmalle tasolle taakan noston tai siirron yhteydessä tai ilman taakkaa.

8.3 Ylirasittumien tai äkillinen liike

josta seurauksena rasisvamma, venähdys, nyrjähdys.

Äkillinen liike tai ylirasitus taakkaa nostettaessa tai siirrettäessä. Samankaltaisten pitkään toistuneiden liikkeiden tai

epätarkoituksenmukaisten työasentojen aiheuttama kipeytyminen.

8.4 Esineisiin satuttaminen tai esineiden päälle astuminen

josta seurauksena pintavamma, haava, tulehdus, ruhje, musertuma, nyrjähdys.

Satuttaminen erilaisiin esineisiin oman työliikkeen seurauksena tai vahingoittuminen työympäristön esineiden liikkumisen vuoksi.

8.5 Sähkötapaturmat, korkea tai alhainen lämpötila

josta seurauksena sähköisku, palovamma, vilustuminen.

Kosketus jännitteeseen, kojeeseen, vialliseen pistotulppaan tai rasiaan tai kosketukseen joutuminen kuuman/kylmän aineen kanssa.

8.6 Vahingollinen aine tai säteily tai biologisista tekijöistä johtuvat taudit

josta seurauksena erilaiset ihottumat, syöpymiset, äkilliset myrkytykset, tukehtuminen, tuberkuloosi, ruusu, silsa.

Käsittää yleensä ihon pintakudokseen kohdistuneet vammat (ei hiertymiä tai haavojen jälkitulehduksia). Aine voi olla pölyn tai kaasun muodossa.

Tähän ryhmään tulevat myös kaikki tulehduksina ilmenevät haavojen jälkitilat silloin kun haavan syntymistavasta ei ole tarkempaa selostusta sekä bakteeritartunnasta johtuvat tapaturmat.

8.7 Työmatkatapaturma

Tapaturma työmatkalla. Matkalla työhön tai työstä kotiin.

8.8 Muut tapaturmat

Tähän ryhmään tulevat ne tapaturmat, joita ei voida sijoittaa edellisiin tapaturmatyyppien mukaisiin ryhmiin tai tapahtumat joista ei ole käytettävissä riittävästi tietoa.

9. Muu turvallisuuden poikkeama

Tähän turvallisuuden poikkeamaluokkaan sijoitetaan kaikki muut tapahtumat/ tapahtumatyyppit, jotka eivät kuulu edellä esitettyyn luokitukseen.

Päivitetty 10.4.2002

Takaisin



PIRKANMAAN
SAIRAANHOITOPIIRI
Yhdessä terveyttä

HAKEMUS / LUPA

Ylihoitajan myöntämä lupa opinnäytetyölle /
hoitotieteelliselle tutkimukselle

Opiskelijan/opiskelijoiden nimet Marjo Reunanen	Osoite [REDACTED]	Sähköposti [REDACTED]	Puhelin [REDACTED]
Oppilaitos Satakunnan Ammattikorkeakoulu	Koulutusohjelma/suuntautumisvaihtoehto Hoitotyön koulutusohjelma/hoitotyön suuntautumisvaihtoehto		
Opinnäytetyön / tutkimuksen nimi Pitkäniemen sairaalan osaston PSG3 turvallisuuspoikkeamakaavakkeiden sisällön analyysi			
Mihin vastuualueen/yksikön kehittämishankkeeseen opinnäytetyö / tutkimus liittyy Aikuispsykiatrian vastuualue			
Opinnäytetyön / tutkimuksen tavoitteet ja lyhyt kuvaus toteutuksesta Opinnäytetyön tavoitteena on pyrkiä ennaltaehkäisemään väkivaltilanteita osastoilla. Toteutus tapahtuu niin, että saan osasto PSG3:n osastonhoitajalta turvallisuuspoikkeamakaavakkeet, jotka analysoin käyttämällä apunani Tixel-aineistonkäsittelyohjelmaa ja sisällön analyysillä.			
Opinnäytetyön / tutkimuksen aikataulu Opinnäytetyöni on alkanut keskustelusta ylihoitaja Anneli Pitkäsen kanssa elokuussa 2007 ja työn tulisi olla valmis huhtikuussa 2008.			
Opinnäytetyön tekijällä on opinnäytetyöhönsä tekijänoikeus. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri saa opinnäytetyöhön käyttöoikeuden omassa toiminnassaan. Käyttöoikeudesta ei suoriteta palkkiota.			
Kustannuksista vastaa _____ (pvm ja nimi)			
<input checked="" type="checkbox"/> opiskelija / tutkija <input type="checkbox"/> PSHP:n vastuuyksikkö, josta sovittu _____ kanssa			
Opinnäytetyön / tutkimuksen raportointi <input checked="" type="checkbox"/> Raportti toimitetaan ylihoitajalle <input checked="" type="checkbox"/> Raportista pidetään osastokokous <input type="checkbox"/> Jokin muu tapa, mikä _____			Raportoinnin ajankohta Keväällä 2008
Työryhmä			
Oppilaitos SAMK	Ohjaajan allekirjoitus ja nimenselvennys <i>Tarja Heikkilä Tarja Heikkilä</i>	Puhelin [REDACTED]	
Sairaala/ osasto	Ohjaajan allekirjoitus ja nimenselvennys <i>Kirsti Suontaka-Järvelin</i>	Puhelin [REDACTED]	
	Osastonhoitajan allekirjoitus ja nimenselvennys <i>Kirsti Suontaka-Järvelin / Suontaka-Järvelin</i>	Puhelin [REDACTED]	
Pvm ja allekirjoitus (hakijan tai ryhmästä yhden henkilön) 31.3.2008 <i>Marjo Reunanen</i>			

YLIHOITAJAN PÄÄTÖS

Lupa opinnäytetyöhön / tutkimukseen myönnetään

- hakemuksen mukaisesti
 seuraavin edellytyksin

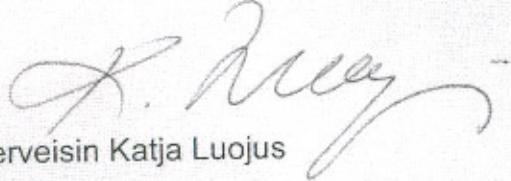
Hakemus palautetaan korjattavaksi seuraavin muutoksin

Hakemus hylätään, miksi _____

Opiskelija / tutkija täyttää ja vastaa allekirjoitusten hankkimisesta

Hei,

Opinnäytetyötäsi koskeva hakemus on käsitelty ja lupa siihen on myönnetty hakemuksen mukaisesti.


Yhteistyöterveisin Katja Luojus

LIITE 4

vm ja allekirjoitus

Tre 10/4-2008 K. Luojus

Katja Luojus
Opetusylhoitaja

Kopio myönnetystä luvasta liitteineen lähetetään vastuuyksikön osastonhoitajalle ja opetuskoordinaattorille, os.
TAYS / Tutkimusyksikkö, F-M 3, 2.kerros