



# **PÄIVYSTYSALUEEN HENKILÖSTÖN NÄKEMYKSIÄ VÄKIVALLAN HALLINTAKEINOISTA**

**Opinnäytetyö**

**Petri Parviainen  
Laura Ulmanen**

**Hoitotyön koulutusohjelma**

# SAVONIA- AMMATTIKORKEAKOULU

**Terveysala, Kuopio**

## OPINNÄYTETYÖ

### Tiivistelmä

Koulutusohjelma: Hoitotyön koulutusohjelma	
Suuntautumisvaihtoehto: Akuuttihoitotyö	
Työn tekijä(t): Petri Parviainen & Laura Ulmanen	
Työn nimi: Päivystysalueen henkilöstön näkemyksiä väkivallan hallintakeinoista	
Päiväys: 19.11.2010	Sivumäärä / liitteet: 52/2
Ohjaaja: Lehtori, FT Marja Silén-Lipponen	
Työyksikkö / projekti: Kuopion yliopistollinen sairaala, päivystysalue	
<p><b>Tiivistelmä:</b></p> <p>Väkivalta hoitotyössä on sekä kansallinen että kansainvälinen ilmiö. Suomessa noin puolet hoitajista on joutunut psyykkisen tai fyysisen väkivallan kohteeksi työssään. Erityisesti päivystysluontoiset yksiköt on koettu väkivaltariskiltään alttiiksi. Päivystysalueen työyksiköissä väkivaltaista käytöstä aiheuttavat monet tekijät, kuten pitkät odotusajat, ahdistuneisuus sairastumisen tuoman epävarmuuden takia, tyytymättömyys hoitoon tai potilaan päihtymys hoitotilanteessa. Väkivaltatapauksia on pyritty vähentämään esimerkiksi sairaalavartiointilla ja hoitajien kouluttamisella kohtaamaan väkivaltaisia potilaita.</p> <p>Tämän tutkimuksen tarkoitus oli edistää turvallisuutta hoitotyössä. Tutkimuksen tavoite oli tuottaa tietoa Kuopion yliopistollisen sairaalan (KYS) päivystysalueen (os. 3901, 3903 ja 4991) työturvallisuudesta ja auttaa arvioimaan käytössä olevien väkivallan ennaltaehkäisymenetelmien ja turvapalveluiden toimivuutta.</p> <p>Tutkimus oli määrällinen tutkimus, joka toteutettiin internetpohjaisella kyselyllä. Kyselylomake laadittiin aikaisemman kotimaisen ja kansainvälisen tutkimustiedon perusteella. Aineisto analysoitiin SPSS-ohjelmalla ja avoimet kysymykset sisällön analyysia käyttäen.</p> <p>Tuloksissa ilmeni, että työntekijät kohtaavat väkivaltaa usein. Väkivallan ilmenemismuodoista yleisin oli psyykinen väkivalta, jota koettiin jopa viikoittain. Väkivallasta huolimatta työntekijät kokivat työyksikkönsä turvalliseksi. Tärkeimmäksi väkivallan hallintakeinoksi päivystysalueella nimettiin sairaalavartiointi. Hälytinjaerjestelmän käyttö todettiin vähäiseksi eikä osa vastaajista ei myöskään tiennyt kuinka hälytinjaerjestelmää käytetään. AVEKKI-koulutusta todettiin olevan liian vähän ja esiin tuli myös tarve kehittää koulutusta päivystysalueelle suunnatummaksi. Tämän tutkimuksen tuloksia voidaan käyttää apuna kehitettäessä päivystysalueen väkivallan hallinta- ja ennaltaehkäisymenetelmiä esimerkiksi lisäämällä väkivallan ennaltaehkäisykoulutusta, tehostamalla sairaalavartiointia ja kouluttamalla hälytinjaerjestelmän käyttöön.</p>	
Avainsanat: (1-5) väkivalta, hoitotyö, AVEKKI-koulutus, sairaalavartiointi, päivystysyksikkö	
Julkinen <input checked="" type="checkbox"/>	Salainen <input type="checkbox"/>

# SAVONIA UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

## Health Professions Kuopio

### THESIS

#### Abstract

Degree Programme: Nursing	
Option: Acute nursing	
Authors: Petri Parviainen & Laura Ulmanen	
Title of Thesis: Views of personnel in emergency unit on ways to control violence	
Date: 19.11.2010	Pages / appendices: 52/2
Supervisor: Senior lecturer, PhD Marja Silén-Lipponen	
Project/partners: Kuopio University Hospital, emergency unit	
<p><b>Abstract</b></p> <p>Violence at healthcare is a national and international problem. In Finland approximately a half of nurses have met physical or psychological violence at workplace. Especially on-call units are the most high-risk places in health care. Long waiting time to doctor, anxiety about sickness, dissatisfaction to care or patient's effect of alcohol cause aggressive behaviour. Violent cases are tried to decrease in different ways like hospital guarding and organizing violence control training to nurses.</p> <p>The purpose of this thesis was to advance safety at healthcare. The aim of this thesis was to gain knowledge about working safety and to help at estimate violence prevention and control methods on emergency unit of Kuopio University Hospital.</p> <p>This thesis was a quantitative study. The thesis was carried out with a questionnaire in internet. The questionnaire was based on previous national and international studies. The data was analysed with using SPSS- statistical program and with content analysis method.</p> <p>The results showed that nursing staff have often met violence. The most general appearing mode of violence was psychological violence which was met weekly. Despite violence the workplace was felt safe. The most important violence prevention and control method was hospital guarding. Utilization of alarm system was low and some of answerers didn't know how to use the alarm system. AVEKKI-training was organized too little. The results also showed that improving of training was useful.</p> <p>The results of this thesis could be used help when improving violence prevention and control methods on emergency unit of Kuopio University Hospital. The improving could come about by increasing violent prevention training, optimizing guarding and training to use the alarm system.</p>	
Keywords: (1-5) violence, nursing, AVEKKI-training, hospital guarding, emergency unit	
Julkinen <u>X</u>	Salainen <u>___</u>

# SISÄLTÖ

1	JOHDANTO.....	6
2	VÄKIVALTA HOITOTYÖSSÄ.....	8
2.1	Väkivallan ilmeneminen.....	8
2.2	Väkivallan määrä hoitotyössä.....	9
2.3	Väkivallan taustatekijät.....	11
2.4	Väkivallan seuraukset.....	13
3	VÄKIVALLAN ENNALTAEHKÄISY PÄIVYSTYSALUEELLA.....	15
3.1	Päivystysalue työyksikkönä.....	15
3.2	AVEKKI-koulutus ja dialoginen vuorovaikutus.....	17
3.3	Sairaalavartiointi.....	19
3.4	Tilojen suunnittelu ja hälytinjärjestelmät.....	22
4	KUOPION YLIOPISTOLLISEN SAIRAALAN SISÄINEN VÄKIVALTATUTKIMUS.....	23
5	TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITE.....	25
6	TUTKIMUSMENETELMÄ.....	26
6.1	Tutkimuksen kohderyhmä.....	26
6.2	Kyselylomakkeen suunnittelu ja esitestaus.....	27
6.3	Tutkimusetiikka.....	29
7	TULOKSET.....	30
7.1	Fyysinen väkivalta.....	31
7.2	Psyykinen väkivalta.....	32
7.3	Väkivallan hallinta- ja ennaltaehkäisymenetelmät.....	33
7.3.1	AVEKKI-koulutus.....	34
7.3.2	Sairaalavartiointi.....	35
7.3.3	Hälytinjärjestelmä.....	36
7.4	Avoimet kysymykset.....	37
8	POHDINTA.....	38
8.1	Tutkimuksen luotettavuuden ja eettisyyden pohdinta.....	38
8.2	Tulosten tarkastelu.....	41
8.3	Suosituksien ja jatkotutkimukset.....	44
8.4	Omien oppimiskokemusten pohdinta ja ammatillinen kasvu.....	45
	LÄHTEET.....	48

## **LIITTEET**

Liite 1. Saatekirje.....	53
Liite 2. Kyselylomake.....	55

# 1 JOHDANTO

Väkivallalla tarkoitetaan WHO:n (2005, 21) mukaan ”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 hyvin todennäköisesti johtaa kuolemaan, fyysisen tai psyykkisen vamman syntymiseen, kehityksen häiriytymiseen tai perustarpeiden tyydyttymättä jäämiseen”. WHO:n määritelmään perustuu myös työpaikkaväkivallan määritelmä, jossa väkivallaksi mielletään edellä mainitut tapahtumat työn, työmatkan tai muuten työhön liitettävänä aikana (Rautjärvi 2004, 304).

Päivystysalueen toiminnan perustehtävänä on henkilön henkeä ja terveyttä uhkaavan, äkillisen epäkohdan torjuminen. Kiireelliseksi hoidoksi katsotaan sekä välitön, päivystyshoito, että 1–30 päivän sisällä tapahtuva hoito (STM 2010, 17). Päivystyspolikliininen työ perustuu kansanterveyslain 14. pykälän mukaiseen kansanterveystyöhön. Laki velvoittaa kuntia järjestämään asukkailleen sairaanhoidon ja sairaankuljetuksen sekä asuinpaikasta riippumatta kiireellisen avosairanhoidon kaikille hoitoa tarvitseville. (Kansanterveyslaki 1972/66.) Kunnat voivat myös yhdessä järjestää lain velvoittaman päivystystoiminnan (Keistinen 2010, 6–9; Koponen & Sillanpää 2005, 23–25; Mietola ym. 2003a, 305; Rasimus 2002, 76).

Terveydenhuollon yksiköissä väkivaltaa kohdataan paljon. Ilmiötä on tutkittu kansainvälisesti ja todistettu, että erityisesti päivystysluontoisissa yksiköissä väkivaltaa on runsaasti. Myös suomalaisessa tutkimuksissa on todettu päivystysalueen henkilöstön kohtaavan aggressiivisesti käyttäytyviä potilaita jopa viikoittain. (Rasimus 2005b, 13–14; Ryan & Maguire 2006, 107.)

Päivystysyksiköissä väkivallan riskiä lisää yksiköiden toiminnan luonne. Tullessaan päivystykseen potilas on usein jonkinasteisessa hätätilassa, sillä päivystykseen joudutaan usein ennalta arvaamatta. Työskentely hätäntyneen potilaan kanssa vaatii hoitohenkilökunnalta tarkkaavaisuutta ja herkkyyttä sekä potilaan hoidossa että muussa kanssakäymisessä. (Koponen & Sillanpää 2005, 23–25.) Päivystysyksiköissä potilaiden määrää ei voida ennalta määrittää. Mikäli potilaita on paljon, jonotusajat pitenevät, kiire hoitotoimenpiteissä lisääntyy ja tilat ruuhkautuvat. Tämä aiheuttaa helposti

tyytymättömyyttä, joka voi kärjistyessään johtaa väkivaltaiseen käytökseen. (Keistinen 2010, 7; Kinnunen 2002, 9; Malmström 2010, 5–6; Rajala 2006, 16; Rasimus 2005a, 65.) Myös erilaisten potilasryhmien, kuten sekavien tai päihtyneiden potilaiden, kanssa työskentelyn on todettu lisäävän väkivallan riskiä hoitotyössä (Jaakkonen & Rautiainen 2008, 43–45; Keistinen 2010, 9; Rasimus 2005a, 65–66; Rasimus 2005b, 14–16; Voipio-Pulkki 2005, 21).

Kuopion yliopistollisen sairaalan (KYS) päivystysalue (os. 3901, 3903 ja 4991) toimii sekä Kuopion yhteispäivystyksenä että yöaikaan tarjoaa päivystyshoitoa lähikuntien asukkaille. Päivystysalue on todettu KYS:n sisäisissä tutkimuksissa yhdeksi organisaation riskialtteimmista työyksiköistä (Pitkänen, Haatainen, Pietarinen-Lyytinen & Hoffren 2009, 18, liitteet 2 ja 3). Siksi turvallisuuden lisääminen ja väkivallan ennaltaehkäisy- ja hallintakeinojen kehittäminen erilaisin menetelmin on todettu tärkeäksi (Tolonen 2009). Päivystysalueella näitä menetelmiä ovat AVEKKI-koulutus, sairaalavartiointi ja hälytinja järjestelmä. Nykyisellään ei kuitenkaan ole tarpeeksi tietoa siitä, kuinka tehokkaita käytössä olevat menetelmät ovat ja kuinka hyvin henkilöstö niitä osaa käyttää.

Tämän tutkimuksen tarkoitus oli edistää turvallisuutta hoitotyössä. Tutkimuksen tavoite oli tuottaa tietoa Kuopion yliopistollisen sairaalan päivystysalueen (os. 3901, 3903 ja 4991) työturvallisuudesta ja auttaa arvioimaan käytössä olevien väkivallan ennaltaehkäisymenetelmien ja turvapalveluiden toimivuutta.

Mielenkiintoa tutkia opinnäytetyössämme väkivaltaa lähti molempien aiemmasta työstä, jossa väkivallan kohtaaminen oli yleistä. Halusimme selvittää opinnäytetyössämme, mitkä asiat vaikuttavat väkivallan ilmenemiseen ja kuinka väkivaltaa voidaan ennaltaehkäistä terveydenhuollossa. Henkilökohtainen tavoitteemme tutkimusta tehdessämme oli tuoda näkökulma väkivallan hallintaan ja sen kehittämiseen. Valitsimme tarkastelun kohteeksi KYS:n päivystysalueen, koska toinen tutkimuksen tekijöistä on ollut kyseisessä yksikössä töissä.

## 2 VÄKIVALTA HOITOTYÖSSÄ

Väkivalta on lisääntynyt 1980-luvulta lähtien suomalaisilla työpaikoilla, erityisesti palvelualoilla. Palvelualojen lisäksi esimerkiksi vartiointi- ja poliisiala sekä kuljetusala kuuluvat riskialoihin. Terveystieteissä päivystysluontoiset ja psykiatriset yksiköt on todettu riskialttiimmiksi väkivallalle. (Arola 2004, 334; Hämäläinen 2003, 37; Kauppila 2004, 292; Rasimus 2005b, 13–14; Rautjärvi 2004, 304–305; Ryan & Maguire 2006, 107.)

Euroopan komissio on määritellyt työpaikkaväkivallan tapahtumaksi, jossa henkilöön kohdistuu uhkauksia, loukkauksia tai pahoinpitelyä työn, työmatkan tai muuten työhön liitettävänä aikana. Työpaikkaväkivalta voi olla fyysistä loukkaamista tai sanallista solvaamista. Tämä toiminta vaarantaa työntekijän turvallisuutta, hyvinvointia tai terveyttä. (Rautjärvi 2004, 304; Saavalainen 2008, 15.) Suomessa työturvallisuuslaki (2002/738) velvoittaa työnantajan suunnitelmalliseen toimintaan, jonka tarkoituksena on parantaa työntekijöiden turvallisuutta ja työhyvinvointia vaikuttamalla työympäristöön ja työolosuhteisiin (Rasimus 2005b, 14; Työturvallisuuslaki 2002/738).

### 2.1 Väkivallan ilmeneminen

Väkivaltaa voi ilmetä monin eri tavoin ja eri muodoin. Väkivalta voidaan jakaa fyysiseen, psyykkiseen ja seksuaaliseen väkivaltaan. Väkivaltaa voidaan jaotella myös laadun ja vakavuuden mukaisesti.

Fyysinen väkivalta on toimintaa, jossa henkilön fyysistä koskemattomuutta loukataan. Kotimaisten tutkimusten mukaan fyysistä väkivaltaa on muun muassa potkiminen, raapiminen, lyöminen, kuristaminen, hiusten ja vaatteiden repiminen, sylkeminen, pureminen ja aseella uhkaaminen. (Fordell 2003, 10; Laaksonen 2000, 6.) Ulkomaiset tutkimukset nimeävät lisäksi fyysiseksi väkivallaksi eritteillä sotkemisen ja tuhoisan aggressiivisen käytöksen kuten puukottamisen ja ampumisen (Jackson, Clare & Mannix 2002, 15; Ryan & Maguire 2006, 109).



Psyykkinen väkivalta on ihmisen vahingoittamista ilman fyysistä kontaktia. Psyykkinen ja sanallinen väkivalta voidaan helposti mieltää kiusaamisen eri muodoiksi. Kiusaaminen ilmenee muun muassa nimittelynä, arvosteluna, uhkailuna, haukkumisena, juoruiluna, joukon ulkopuolelle sulkemisena, naurunalaiseksi saattamisena ja syntipukiksi tai sijaiskärsijäksi asettamisena. (Jackson ym. 2002,15; Miettinen ym. 2007, 2981; Sarén 2000a, 6.)

Seksuaalinen häirintä on oma väkivallan ilmenemismuotonsa, sillä se sisältää sekä fyysistä että psyykkistä väkivaltaa. Seksuaalista häirintää ovat fyysinen kontakti, lähentely, seksuaaliset kommentit, loukkaava seksuaalinen ehdottelu ja raiskaus. (Fordell 2003, 10; Jackson ym. 2002, 15–16; Miettinen ym. 2007, 2981; Ryan & Maguire 2006, 109.)

Fordellin (2003) mukaan väkivallan ilmeneminen voidaan luokitella väkivaltatapauksen laadun ja vakavuuden mukaisesti. Ensimmäiseen ryhmään kuuluvat vammoja aiheuttava vakava fyysinen väkivalta tai aseella uhkailu, jotka vaativat välitöntä puuttumista ja hoitotoimenpiteitä. Toiseen ryhmään sisältyy vakava fyysinen väkivalta, joka sisältää lyömisen, kuristamisen ja puremisen. Kolmannessa ryhmässä väkivalta on fyysistä aggressiivisuutta, joka pitää sisällään tönimisen, huitomisen ja seksuaalisen väkivallan. Neljäs ryhmä kuvataan kielellisenä aggressiivisuutena, joka sisältää solvaamisen, huutamisen, uhkaamisen ja metelöinnin. Viides ryhmä sisältää väkivaltaisen omaisuuden rikkomisen. (Fordell 2003, 10.)

## 2.2 Väkivallan määrä hoitotyössä

Väkivallan esiintymistä esimerkiksi ilmenemiskertoina ja ilmenemismuotoina on tutkittu maailmalla. Suomessa hoitohenkilökunnasta noin joka kuudes kohtaa väkivaltaa työssään, mikä on Euroopan alueella eniten. Esimerkiksi Portugalissa ja Italiassa hoitotyöntekijöistä 4 % ja Suomessa 15 % oli kohdannut väkivaltaa. (Merecz, Rymaszewska, Mościcka, Kiejna & Jarosz-Nowak 2006, 442.) Öztunç'n (2006, 361) mukaan Turkissa jopa 80 % hoitajista oli joutunut psyykkisen, erityisesti sanallisen, väkivallan kohteeksi tutkimuksen aikana. Landyn (2005, 13) tutkimuksessa ilmeni, että lähes 90 % englantilaisten sairaalojen henkilökunnasta oli kokenut sanallista väkivaltaa

ja yli 50 % fyysistä väkivaltaa työssään. Erityisesti päivystyksiköt oli todettu tutkimuksessa korkeariskisiksi väkivallan suhteen.

Suomessa rekisteröidään vuosittain työtaturmiksi noin 500 väkivaltatilannetta. Yleisesti terveydenhuoltoalalla väkivaltaan liittyviä työtaturmia on enemmän kuin muilla aloilla. Vuonna 2003 tehdyn Työ ja terveys Suomessa -tutkimuksen mukaan vajaa 5 % naisista ja vajaa 3 % miehistä oli kokenut tai joutunut uhatuksi väkivallalla. (Arola 2004, 334; Miettinen ym. 2007, 2981.) Väkivaltaa kohdataan yleisesti naisvaltaisilla aloilla, joita ovat hoitoalan lisäksi esimerkiksi hotelli- ja ravintola-ala ja sosiaaliala (Arola 2004, 334; Fordell 2003, 10; Öztunç 2006, 360).

Suomalaisessa hoitotyössä väkivalta on erittäin yleistä. Sairaanhoidajaliiton teettämän kyselyn mukaan vastaajista lähes puolet oli kokenut työssään fyysistä väkivaltaa, puolet väkivallalla uhkailua, kolmasosa henkistä väkivaltaa ja reilu kolmasosa työkavereilta kohdistunutta henkistä väkivaltaa (Laaksonen 2000, 6). Edelleen Sarén (2000a) ja Miettinen ym. (2007) ovat todenneet joka kolmannen hoitajan kokevan väkivaltaa työssään. Puumi ja Kuusela-Louhivuori (2006, 24) puolestaan kuvaavat jopa yli puolen hoitohenkilökunnasta kohdanneen fyysistä väkivaltaa tai sen uhkaa ja lähes jokaisen hoitohenkilökunnasta kohdanneen psyykkistä väkivaltaa työssään.

Rasimuksen (2002, 118–120) tutkimuksessa suomalaisten sairaaloiden päivystyspoliklinikoilta tuli ilmi selkeästi, että väkivalta oli osa päivystysalueiden työn riskejä. Tutkimuksessa todettiin, että yli puolet vastaajista oli joutunut fyysisen väkivallan uhriksi työssään. Psyykkistä väkivaltaa, kuten uhkailua ja nimittelyä, oli tutkimuksen mukaan kohdannut päivittäin tai viikoittain lähes puolet vastaajista. Ammattiryhmittäin tarkasteltuna lääkintävahtimestarit ja perushoitajat olivat kokeneet väkivaltaa eniten. Tutkimuksen mukaan yli puolet kohtasi viikoittain ja jopa päivittäin aggressiivisiä potilaita. Ammattiryhmittäin Rasimuksen mukaan lääkintävahtimestarit ja perushoitajat sekä sairaanhoitajat kokivat psyykkistä väkivaltaa eniten. Lähes kaksi kolmasosaa sairaanhoitajista ja reilu neljäsosa lääkintävahtimestareista ja perushoitajista oli sitä mieltä, että sanallinen uhkailu oli lisääntynyt 1990-luvun lopulta lähtien. Fyysisen uhkailu oli lisääntynyt sairaanhoitajien mielestä yli puolella ja lääkintävahtimestareiden ja perushoitajien mielestä neljäsosalla.

### 2.3 Väkivallan taustatekijät

Väkivallan riskitekijöitä on arvioitava laajasti, jotta väkivaltaista käytöstä kyettäisiin ennaltaehkäisemään. Väkivaltaa aiheuttavat usein potilas, omainen tai saattaja, työtoveri tai ulkopuolinen henkilö. (Fordell 2003, 10; Kinnunen 2002, 9; Miettinen ym. 2007, 2981; Sarén 2000a, 6.) Esimerkiksi Turkissa tehdyn tutkimuksen mukaan yksi kolmasosa sanallisesta väkivallasta oli potilaiden ja yli puolet potilaiden omaisten aiheuttamaa (Öztunç 2006, 362).

Väkivallan aiheuttajat päivystysalueella voidaan ryhmitellä esimerkiksi yksilön elämään liittyviin tekijöihin, potilaan hoitoon liittyviin tekijöihin ja päivystysympäristön luonteeseen liittyviin tekijöihin. Väkivaltaisesti käyttäytyvän henkilön toiminnan taustalla voi olla muun muassa päihteiden vaikutus ja väärinkäyttö, mustasukkaisuus, mielenterveysongelma ja somaattinen tai muistisairaus. (Fordell 2003, 10–11; Hämäläinen 2003, 37.) Myös muut laaja-alaiset elämän ongelmat, kuten avioero ja työpaikan tai kodin menetys, voivat aiheuttaa kärjistyessään väkivaltaista käytöstä. Taustalla voi olla myös jengiytymistä tai rikollisuutta. (Kauppila 2004, 293.)

Päihtynyt henkilö hakeutuu päivystykseen esimerkiksi silloin, kun hän on lopettanut päihteiden käytön ja kärsii vieroitusoireista. Syynä voi olla myös se, että hän on joutunut onnettomuuteen tai muuten satuttanut itseään ja tarvitsee somaattista hoitoa tai kun hän tarvitsee lisää päihteiksi kelpaavia aineita. Päihtyneet henkilöt ovat usein sekavia, uhkaavia ja levottomia. He voivat provosoitua helposti ja toimia aggressiivisesti tai muuten ennalta arvaamattomasti. (Fordell 2003, 10; Jaakkonen & Rautiainen, 2008, 45; Kinnunen 2002, 9; Puumi & Kuusela-Louhivuori 2006, 24; Rasimus 2002, 120; Sarén 2000a, 6.)

Kuopion yliopistollisessa sairaalassa päivystysalueella tehtiin vuonna 2007 tutkimus potilaiden päihtymystilasta. Tutkimuksessa todettiin, että joka kahdeskymmenes potilas oli päihteiden vaikutuksen alaisena tullessaan hoitoon. Tutkimuksen mukaan suurin osa päihtyneistä oli alkoholin vaikutuksen alaisena ja vain yksittäiset henkilöt olivat huumausaineiden vaikutuksen alaisena. Suurin osa päihtyneistä ei aiheuttanut minkäänlaista häiriötä päivystyksessä. Noin joka kymmenes kävijöistä aiheutti vaikeaa tai keskivaikeaa häiriötä. (Jaakkonen & Rautiainen 2008, 43–45.)

Mielenterveyspotilaat voivat myös aiheuttaa väkivaltaa päivystyksessä. Esimerkiksi psykoottisen tai deliriumissa olevan potilaan tilannetta on hyvin vaikea ymmärtää ja selvittää, mikäli potilas ei kykene sitä itse kertomaan. Turhautuessaan tai pelätessään potilas voi käyttäytyä aggressiivisesti tarkoittamatta kuitenkaan satuttaa ketään. Arvaamatonta käytöstä voivat aiheuttaa myös somaattiset sairaudet ja oireet, kuten kiputilat, hapen puute tai matala verensokeri. Lisäksi muistisairauksista kärsivät henkilöt voivat olla väkivaltaisia esimerkiksi ymmärtämättömyyden tai muistamattomuuden vuoksi. (Fordell 2003, 10; Kinnunen 2002, 9; Lauerma 2001, 1019–1021; Puumi & Kuusela-Louhivuori 2006, 24; Sarén 2000a, 6.)

Hoitoon liittyvinä tekijöinä väkivaltilanteisiin vaikuttavat hoitoon tyytymättömyys, sairauden huono ennuste sekä potilaan pelot ja tiedon vähäisyys. Henkilö, jolla on hätä joko itsestään tai omaisestaan, tahtoo mahdollisimman paljon tietoa. Jos tietoa ei saa tarpeeksi, nousevat pelot voimakkaasti esille. Tämä voi johtaa potilaan tai omaisen väkivaltaiseen käyttäytymiseen. (Kinnunen 2002, 9; Luck, Jackson & Usher 2007, 12; Puumi & Kuusela-Louhivuori 2006, 24; Sarén 2000a, 6; Sorola 2000, 11.)

Päivystysalueen luonteella on merkitystä väkivaltilanteiden syntyyn. Päivystysalueen kiireinen ja kaoottinen ympäristö, tilojen ahtaus sekä pitkät odotusajat lisäävät helposti potilaiden kärsimättömyyttä. Lisäksi hoitajan saaminen luokse isojen tilojen ja ruuhkautuneen tilanteen vuoksi voi olla hankalaa. (Kinnunen 2002, 9; Puumi & Kuusela-Louhivuori 2006, 24; Sarén 2000a, 6). Päivystysalueella työntekijöiden vähyys yhdessä työyksikössä ja/tai yksin työskentely kasvattavat työntekijän riskiä joutua väkivallan kohteeksi (Rasimus 2005b, 14–15). Myös lisäävun saaminen väkivaltilanteeseen on vaikeaa. Yksin työskenneltäessä myös mahdolliset valitukset kohdistuvat vain yhteen henkilöön. Puutteelliset hälytínjärjestelmät sekä vartijoiden puuttuminen ja saapumisviive heikentävät avun saamista entisestään väkivaltilanteissa. (Karpela 2007, 22–23; Rasimus 2002, 120; Rasimus 2005b, 14–15; Rautjärvi 2004, 306–307.)

Toisena erityisenä väkivallan riskinä on tutkimuksissa tuotu esiin informoinnin vähyys. Kun potilas ja tämän saattajat tulevat päivystykseen, he tahtovat tietää nopeasti, miten asia etenee. Erityisesti pelko omaisen tai omasta terveydestä on tekijä, joka lisää stres-

siä. (Kinnunen 2002, 9; Miettinen ym. 2007, 2981; Puumi & Kuusela-Louhivuori 2006, 24; Sarén 2000a, 6.)

Väkivaltaa lisäävä tekijä hoitotilanteissa on myös hoitohenkilöstön käytös. On todettu, että henkilökunnan käyttäytyminen voi provosoida potilaan aggressiiviseen käyttäytymiseen. Rasimuksen (2002) tutkimuksen mukaan lähes puolet potilaiden aggressiivisesta käyttäytymisestä oli seurausta henkilökunnan provosoivasta käyttäytymisestä. Tutkimuksessa todettiin myös, että yli puolet saattajista provosoi potilaita käyttäytymään aggressiivisesti. (Rasimus 2002, 121.)

#### 2.4 Väkivallan seuraukset

Väkivallan kohtaaminen tai väkivaltaisen käytöksen uhriksi joutuminen ovat aina traumaattisia kokemuksia. Mitä vähemmän väkivaltatilanteeseen on valmistautunut etukäteen, sitä enemmän sen on todettu järkyttävän ja aiheuttavan seurauksia yksilöille. Parhaiten tilanteisiin voi valmistautua arvioimalla riskejä, ennakoimalla tilanteita ja tutustumalla aiemmin sattuneisiin tilanteisiin. Ennaltaehkäisy on tärkeä työnantajan tehtävä, jota toteutetaan esimerkiksi laatimalla turvaohjeita ja järjestämällä koulutusta. (Kauppila 2004, 292; Rautjärvi 2004, 307–308.)

Koska hoitotyöntekijät kohtaavat tutkimusten mukaan usein väkivaltaa, myös väkivallan aiheuttamat seuraukset ovat alalla yleisiä. Seuraukset ilmenevät muun muassa tunnereaktioina, kuten pelkona, ja fyysisinä reaktioina, kuten unihäiriöinä. Lisäksi väkivaltaiset työyksiköt koetaan pelottavina ja työntekeo saattaa kärsiä. (Fordell 2003, 11; Jackson ym. 2002, 14; Pitkänen, Välimäki & Laijärvi 2005, 240; Rautjärvi 2004, 306; Öztunç 2006, 360.)

Sanallinen väkivalta on yleisin hoitotyössä kohdattu väkivallan muoto, ja se voi aiheuttaa vakavia psyykkisiä vammoja. Sanallisen väkivallan seurauksena hoitajien on todettu kokevan muun muassa vihaa, ahdistusta, häpeää, pelkoja, heikkouden tunnetta ja masentuneisuutta. (Arola 2004, 334–335; Öztunç 2006, 361–362.) Fyysinen väkivalta, muun muassa potkiminen, lyöminen ja pureminen, aiheuttavat yleensä näkyviä vammoja. Yhteistä niille on se, että fyysisen väkivallan seuraukset ovat yleensä

helpommin havaittavissa ja tarvittaessa myös hoidettavissa kuin psyykkiset vammat. On kuitenkin hyvä muistaa, että fyysinen väkivalta voi aiheuttaa fyysisen vamman lisäksi myös psyykkisiä vammoja. (Sarén 2000a, 6; Öztunç 2006, 360.)

Väkivaltatilanteet voidaan kokea eri tavoin. Psykiatrien hoitajien kohtaamasta väkivallasta tehdyssä tutkimuksessa todettiin, että väkivaltatilanteen osuessa kohdalle uhrin kokivat fyysisinä oireina esimerkiksi hikoilua, tärinää, sydämen nopealyöntisyyttä ja voimattomuutta. Psyykkisiä tunteita olivat muun muassa pelko, viha ja suuttumus. Näiden lisäksi tutkimuksessa kuvattiin myös lamaantumisen, hämmentymisen ja avuttomuuden tunteita. (Pitkänen ym. 2005, 244.)

Väkivaltatilanteessa koettujen tunteiden lisäksi väkivallan kokeminen voi aiheuttaa myös pitkäaikaista henkistä pahoinvointia sekä yksilössä että työyhteisössä. Henkinen pahoinvointi voi olla esimerkiksi masentuneisuutta, häpeää, ahdistusta ja loppuun palamisen tunnetta. Se voi aiheuttaa myös somaattisia oireita kuten laihtumista, päänsärkyä, unettomuutta ja pahoinvointia. On todettu myös, että henkisesti pahoinvoivan henkilön lääkkeiden ja alkoholin väärinkäytön riski kasvaa. Yhteisöllisesti ajateltuna väkivalta vaikuttaa koko työyhteisöön. Työyhteisön yhteishenki kärsii, työssä viihtyminen vähenee, työntekijöiden vaihtuvuus lisääntyy ja uusien työntekijöiden palkkaaminen voi vaikeutua. Työyhteisöä ei koeta turvallisenä työympäristönä, sillä työyhteisön jäsenet joutuvat olemaan koko ajan varuillaan väkivallan vuoksi. (Fordell 2003, 11; Jackson ym. 2002, 14–17; Pitkänen ym. 2005, 240–245; Rautjärvi 2004, 306.)

Väkivallalla on myös taloudellisia seurauksia. Tutkimusten mukaan työpaikalla kiusatuksi tai väkivallan kohteeksi joutuneilla henkilöillä on lähes puolet useammin sairastumisia ja sairauspoissaoloja kuin henkilöillä, jotka eivät ole joutuneet väkivallan tai kiusauksen uhreiksi. (Kivimäki, Elovainio & Vahtera 2000, 658; Merecz ym. 2006, 449; Vartia 2006, 20.) Tämän lisäksi Suomessa on rekisteröity vuosittain työtapaturmiksi noin 500 väkivaltatapausta, joista kaksi on ollut kuolemantapauksia. Nämä nostavat esimerkiksi työpaikkojen sairauslomista ja vakuutusmaksuista aiheutuvia kuluja. (Arola 2004, 334; Kinnunen 2002, 9; Pitkänen ym. 2005, 240; Rautjärvi 2004, 306.)

### 3 VÄKIVALLAN ENNALTAEHKÄISY PÄIVYSTYSALUEELLA

Koska ihmiset tulevat päivystykseen henkisesti raskaissa tilanteissa äkillisen sairastumisen tai vammautumisen seurauksena, he toivovat saavansa avun ongelmaansa mahdollisimman nopeasti. Mikäli pahaa oloa kokevan henkilön kanssa ei kyetä toimimaan tilanteeseen sopivasti, voi tämä johtaa väkivaltatilanteisiin. (Koukari 2004, 3180–3181; Puumi & Kuusela-Louhivuori 2006, 24; Saavalainen 2008, 15–16.) Päivystysyksikössä tulee työturvallisuuslain mukaisesti varautua mahdollisiin turvallisuutta heikentäviin väkivaltatilanteisiin (Karpela 2007, 22–23; Puumi & Kuusela-Louhivuori 2006, 25; Sorola 2000, 11–12; Sorola 2001, 20; Työturvallisuuslaki 2002/738).

Ensisijaisena väkivallan ennaltaehkäisykeinona hoitoalalla on koulutus, jonka avulla hoitohenkilökunta harjoittelee arvioimaan, tunnistamaan ja ennakoimaan väkivaltatilanteita. Esimerkiksi AVEKKI-koulutuksella voidaan perus- ja täydennyskouluttaa hoitajia turvalliseen rajoittamiseen, itsensä suojaamiseen ja dialogiseen vuorovaikutukseen. Muita väkivallan ennaltaehkäisykeinoja ovat vartijan läsnäolo sairaalan tiloissa ja tekniset ratkaisut, kuten hälytinjärjestelmät ja tilojen turvallisuutta edistävä suunnittelu. (Landy 2005, 15; Miettinen ym. 2007, 2982; Sorola 2001, 20–21; Turpeinen, Kontio, Välimäki, Mikkonen & Suominen 2008, 17–19.)

#### 3.1 Päivystysalue työyksikkönä

Päivystysyksiköt ovat kiireellisen hoidon yksiköitä, joissa on jatkuva valmius vastata potilaiden äkilliseen avun tarpeeseen riippumatta vaivan laadusta tai aiheuttajasta (Nummelin 2009, 7). Yleisesti päivystyspoliklinikat tarjoavat palvelua vuorokaudenajasta riippumatta. Mikäli näin ei ole, on kunnassa lain velvoittama päivystystoiminta järjestetty esimerkiksi toisten kuntien kanssa yhteisesti. (Keistinen 2010, 6–9; Koponen & Sillanpää 2005, 23–25; Mietola ym. 2003a, 305; Rasimus 2002, 76.) Ympäri vuorokautinen toiminta lisää väkivallan ilmenemisen riskiä, sillä jopa viidesosa väkivallan tapahtumista on todettu tapahtuvan öisin (Karvinen 2010, 14).

Sosiaali- ja terveysministeriö on laatinut hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arviointiin ”Yhteiset päivystyshoidon perusteet”, jotta päivystysyksiköiden toimintaa voitaisiin kehittää ja resursseja tarvittaessa lisätä koko maassa samansuuntaisiksi (Malmström 2010, 6; Mietola ym. 2003a, 305–307; Mietola ym. 2003b, 540–541; STM 2010). Hoidon kiireellisyyttä arvioidaan useissa päivystysyksiköissä jo ilmoittautumisen yhteydessä, jolloin hoitoon pääsemisajat vaihtelevat vamman tai sairauden vaatiman hoidon mukaisesti. Pitkät odotusajat ovat tyypillisiä päivystysyksiköissä, koska potilaiden hoitoon pääsyyn vaikuttaa hoidon kiireellisyyden lisäksi myös potilasmäärät. Potilasmäärän kasvaessa päivystysyksiköt ruuhkautuvat, jolloin päivystysyksiköiden resurssit eivät riitä vastamaan kysyntään. Myös hoidon tukipalvelut, kuten röntgenosastot, ruuhkautuvat ja potilaat joutuvat odottamaan lääkärille pääsyn lisäksi tutkimuksia. Pitkät odotusajat ovat yleisesti tyytymättömyyden kohteina ja aiheuttavat konflikteja hoitotyössä. (Kinnunen 2002, 9; Mattila ym. 2008, 523–524; Mietola ym. 2003a, 306–307; Mietola ym. 2003b, 540–541.)

Päivystysympäristö tuo potilaan hoitoon omat piirteensä. Tilat ovat usein kooltaan suuria, mutta toimintaympäristönä ahtaita ja samassa huoneessa hoidetaan useita potilaita samanaikaisesti. Potilaspaikat ovat erotettu toisistaan esimerkiksi verhoilla tai liikuteltavilla sermeillä, jolloin potilaat kuulevat toistensa asioita ja mahdollisesti myös näkevät hoitotilanteita. Tällöin intimiteettisuoja kärsii. Tietosuojan vuoksi myös omaisten läsnäoloa potilaspaikkojen läheisyydessä pyritään rajoittamaan päivystysalueilla. (Puumi & Kuusela-Louhivuori 2006, 24.) Päivystysympäristön luonne on yksi riskitekijä väkivallan syntyyn. Muun muassa ahtaat ja rauhattomat tilat, hoitajien kiire, suuret potilasmäärät, nopeasti vaihtuvat tilanteet ja pitkät jonotusajat lääkärille voivat altistaa väkivaltatilanteiden syntymiseen. (Keistinen 2010, 7–8; Kinnunen 2002, 9; Malmström 2010, 5–6; Rajala 2006, 16; Rasimus 2005a, 65.)

Erityispiirteitä päivystysyksiköihin tuovat asiakkaan yksilöllisten ongelmien lisäksi yhteiskunnalliset ongelmat. Esimerkiksi päihteiden käyttö ja mielenterveyspalvelujen huono saatavuus näkyvät päivystysyksiköiden arjessa. Mikäli erillistä selviämisasemaa tai päivystävää mielenterveysyksikköä ei ole, hoitopaikkana apua tarvitseville on yleinen päivystysyksikkö. Akuutisti psykiatrisesti sairast tai päihtyneet potilaat lisäävät ennakoimattomalla tai sekavalla käytöksellään väkivallan riskiä. (Jaakkonen & Rautiainen 2008, 43–45; Keistinen 2010, 9; Rasimus 2005a, 65–66; Rasimus 2005b, 14–



16; Voipio-Pulkki 2005, 21.) Akuuttihoitoa vaativien potilaiden lisäksi päivystyksyksiköissä joudutaan hoitamaan esimerkiksi yleistilaltaan heikentyneitä vanhuksia, joille ei ole kyetty järjestämään jatkohoitopaikkaa muualta paikkapulan vuoksi. Perusterveydenhuollossa normaalisti hoidettavat, nyt paikkapulan vuoksi erikoissairaanhoidon siirretyt vanhukset tai muut kotona pärjäämättömät henkilöt kuormittavat näin ollen tahtomattaan erikoissairaanhoidon ja myös päivystyksyksiköitä. (Kestinen 2010, 6-9; Kinnunen 2002, 9.)

### 3.2 AVEKKI-koulutus ja dialoginen vuorovaikutus

Väkivallan ennaltaehkäisyyn, tunnistamiseen ja väkivaltatilanteissa toimimiseen voidaan järjestää AVEKKI-koulutusta. AVEKKI muodostuu sanoista aggressio, väkivalta, ennaltaehkäisy, kehittäminen, koulutus ja integraatio. Koulutuksen tarkoitus on antaa työyksiköille turvallinen ja yhtenäinen malli toimia väkivaltatilanteissa. (Hakkarainen ym. 2007, 4; Iivanainen & Syväoja 2009, 275; Kuusisto 2009a, 18; Latsa 2010.)

Alkujaan AVEKKI-koulutus on Savonia-ammattikorkeakoulun projektin tuotoksena kehitetty koulutus väkivallan ehkäisyyn. AVEKKI-koulutuksen tarkoituksena oli valmistaa hoitohenkilökuntaa kohtaamaan väkivaltaa sekä auttaa ehkäisemään ja tunnistamaan väkivaltatilanteet. Erityisesti tarkoitus oli luoda malli, joka soveltuu terveydenhuollon käytettäväksi. Jo olemassa olevien mallien oli todettu olevan terveydenhuollon käyttöön liian voimakkaita, sillä ne tuottivat potilaille kivun lisäksi fyysisiä vammoja. (Hakkarainen ym. 2007, 4; Iivanainen & Syväoja 2009, 275; Kuusisto 2009a, 18; Latsa 2010.)

AVEKKI-koulutus toteutetaan 12 tai 24 tunnin mittaisena kurssina. Koulutukseen sisältyy teoriaopintojen lisäksi käytännön harjoittelua, jossa opetellaan erilaisia lähestymistapoja, rauhoittelua, irtautumisia sekä potilaan haltuunottoa kivuttomin menetelmin. Menetelmät on laadittu erityisesti tilanteisiin, joissa potilaita joudutaan kuljettamaan tai siirtämään paikasta toiseen, rajoittamaan fyysistä liikkumista ja hallitsemaan istuvaa henkilöä. Koulutuksessa on kiinnitetty huomio myös kivuttomuuteen. Terveydenhuollossa potilaan rajoittaminen kipua käyttäen ei ole

suotavaa eikä siitä ole tutkimuksissa huomattu olevan hyötyä. Esimerkiksi huumausaineiden vaikutuksen alainen tai psykoottinen potilas voi kestää kipua äärimmäisen paljon, jolloin kipua lisäävien menetelmien käyttö ei edistä rauhoittamista. (Hakkarainen ym. 2007, 4; Iivanainen & Syväoja 2009, 275; Kuusisto 2009a, 19; Latsa 2010.)

AVEKKI-koulutuksessa väkivaltatilanteet luokitellaan kolmeen luokkaan väkivallan vakavuuden mukaisesti. Luokkia ovat väkivallan uhka, psyykkinen väkivalta ja fyysinen väkivalta. (Hakkarainen ym. 2007, 4; Iivanainen & Syväoja 2009, 275; Latsa 2010.) AVEKKI luokittelee väkivaltatilanteet värikoodein: punainen (fyysinen väkivalta), keltainen (psyykkinen väkivalta) ja vihreä (väkivallan uhka). Punaiseen luokkaan kuuluvat äärimmäisen vaativat tilanteet, jotka sisältävät esimerkiksi potkimisen, lyömisen ja välittömän yrityksen vahingoittaa toista. Keltaiseen luokkaan kuuluvat esimerkiksi lievä uhkailu ja uhkaava käytös. Vihreä luokka kuvaa väkivallan uhkaa, joissa ei vielä ole väkivaltaa, mutta väkivallan mahdollisuus on suuri muun muassa henkilön käytöksen perusteella. (Hakkarainen ym. 2007, 8.)

Dialogisella vuorovaikutuksella on todettu olevan suuri vaikutus sekä väkivallan ennaltaehkäisyssä että väkivaltatilanteiden rauhoittamisessa. Sillä tarkoitetaan puheella tapahtuvaa vuorovaikutusta, jonka tarkoituksena on erityisesti rauhoitella agitoitunutta tai jo aggressiiviseksi muuttunutta henkilöä. Dialogisen vuorovaikutuksen tavoite on rauhoittaa henkilö ilman fyysisiä kontakteja. Dialogista vuorovaikutusta opetetaan esimerkiksi ”puhe-judo”-kursseilla tai AVEKKI-koulutuksessa. (Kantanen 2009, 22; Karpela 2002, 13; Kuusisto 2009a, 20.) Väkivalta- tai uhkatilanteissa dialogisen vuorovaikutuksen onnistuessa fyysinen kontakti jää puuttumaan. Tämä puolestaan vähentää fyysisen väkivallan tuomia riskejä, kuten loukkaantumisia. (Mäki 2008, 38–39.)

Dialogisen vuorovaikutuksen peruslähtökohtina on pysyä vuorovaikutustilanteissa rauhallisena, huomioida asiakkaan mielipiteet ja kuunnella asiakasta. Myös anteeksi pyytäminen, tunteista puhuminen, kuten tyytymättömyyden tunteen julkituonti, ja asiakkaan hyvien puolien kehuminen kuuluvat menetelmän lähtökohtiin. Erityisesti dialogisessa vuorovaikutuksessa kiinnitetään huomio aggressiivisen henkilön näkemyksiin asioista. Ajatus ”asiakas on aina oikeassa” pätee myös tässä. Asiakas voi

muuttua aggressiiviseksi monestakin eri syystä, ja se on luonnollinen osa käyttäytymistä. Aggressiivisuuteen vaikuttavat muun muassa opittu tapa toimia. Mikäli ihmisellä on näkemys aggression avusta ”umpikuja”-tilanteissa, hän toimii niin. Aggression takaa löytyy yleensä syy, jonka ihminen kokee hankalaksi käsitellä ja selvittää muuten. (Kinnunen 2002, 10; Puumi & Kuusela-Louhivuori 2006, 24; Saavalainen 2008, 16.)

Dialoginen vuorovaikutus etenee selkeästi tiettyä tavoitetta, asiakkaan rauhoittumista, kohden. Asiantuntijoiden mukaan ihminen rauhoittuu, jos hän saa purettua mieltänsä painavat asiat. Vaikka tunteet kävisivät kuumina, tulisi kuuntelijan roolissa olijan pysyä rauhallisena ja olla provosoitumatta. Kuunteleminen vaatii kuitenkin taitoa. Asiakas huomaa helposti, milloin häntä ei kuunnella. Kuunteleminen keskeyttämättä, myötäillen esimerkiksi nyökytellen, saa kuuntelun näyttämään tehokkaalta ja puhujan tuntemaan olonsa kuunnelluksi. Kun ihminen on saanut kerrottua huolensa, on kuuntelijan vuoro puhua. Vasta tässä vaiheessa lähdetään selvittämään syitä aggressiivisuudelle. Kuuntelijan huomauttaessa huomanneensa ihmisen tyytymättömyyden, ihmisen asiaton käytös yleensä vähenee. (Karpela 2002, 13; Puumi & Kuusela-Louhivuori 2006, 25; Saavalainen 2008, 16.)

Kuuntelijan roolissa olijalta, kuten hoitohenkilökunnan jäseneltä, dialoginen vuorovaikutus vaatii paljon. Koska paras rauhoittamiskeino on pysyä itse rauhallisena, dialogisen vuorovaikutuksen opettelu onkin hyvin tärkeää. Tietty jämäkyys ja perustellut päätökset ovat sallittuja. Esimerkiksi asiattomasta kielenkäytöstä huomauttaminen on sallittua. Myös yhteisön, kuten sairaalan, linja tulee tuoda esiin. Mikäli sairaalassa on esimerkiksi ”nollatoleranssi” väkivallan suhteen, on tällä hyvä perustella kehotusta käytöksen muuttamiselle. (Kantanen 2009, 22–23; Karpela 2002, 13.) Asiakkaalle jätetään tuolloin Saavalaisen (2008, 16) mukaan mahdollisuus ”kunnialliseen poistumistiehen kärjistyneestä tilanteesta”.

### 3.3 Sairaalamartiointi

Terveystenhoito on turvallisuudeltaan osittain ennakoimaton työympäristö ja sen henkilöstö altistuu usein väkivallalle vaihtuvan potilasaineksen vuoksi. Vaikka

väkivaltaan johtaneita tapahtumia käsiteltäisiin niin, että niihin johtaneihin syihin puututtaisiin ja niitä ennakoitaisiin, vaihtuvat potilasaineokset tekevät uhasta kuitenkin osittain ennakoimattoman. Työympäristön turvallisuuden lisäämiseksi ja asiakkaiden väkivaltaisuuden vähentämiseksi työyksiköihin ja sairaaloihin on järjestetty turvallisuusalan palveluja, sairaalavartijoita. Sairaalavartijan tehtävä on ensisijaisesti turvata turvallinen ympäristö hoitohenkilökunnalle työskennellä ja potilaille olla hoidettavana. Vartijat voivat esimerkiksi valvoa hoitotoimenpiteitä ja sairaala-alueen yleistä järjestystä sekä osallistua mahdollisiin hälytystehtäviin avustaen virkavaltaa. Lisäksi heille on suunniteltu tehtäviä suuronnettomuustilanteisiin esimerkiksi potilaiden yksityisyyden ja hoitohenkilökunnan työrauhan turvaamiseksi. (Kajantie & Vänskä 2006, 1125; Kinnunen 2002, 9; Koskivirta 2010, 35–37; Tolonen 2009; Saavalainen 2008, 16; Sarén 2000b, 20–21; Securitas 2010; Sorola 2001, 20.)

Sairaalavartijana voi pääasiallisesti toimia henkilö, jolla on vartijan pätevyys. Lisäksi työssä katsotaan eduksi sairaalavartijan lisäkoulutus. Vartijan peruskoulutus kestää 100 tuntia. Pätevyyden lisäksi vartijoita kertaus- ja täydennyskoulutetaan vuosittain. Esimerkiksi KYS:ssä on täydennyskoulutettu vartijoita mielenterveyspotilaiden käsittelemisestä, levottomien potilaiden leposide-eristyksistä, huumeapotilaiden erityispiirteistä ja pelastustoiminnan osalta. Vartiointiliikkeet puolestaan kertauskouluttavat työntekijöitään voimankäyttöön. Tämä velvoite tulee laista. Vartijoiden työtä ohjaavat sekä Laki yksityisistä turvallisuuspalveluista että sairaalassa työskennellessään sosiaali- ja terveysalan lainsäädäntö. (Koskivirta 2010, 35; Laki yksityisistä turvallisuuspalveluista 2002/282; Tolonen 2009; Sarén 2000b, 21; Securitas 2010.)

Kyetäkseen toimimaan hoitajan täysivertaisena parina, turvallisuudesta vastaajana, vartijan on tunnettava sekä omat että hoitohenkilökunnan ja potilaan oikeudet. Perustuslain mukaan henkilöllä on oikeus koskemattomuuteen ja työturvallisuuslain perusteella turvalliseen työympäristöön. Potilaalla on puolestaan oikeus hoitoon. Tästä syystä aggressiivisestikaan käyttäytyvää henkilöä ei voida poistaa sairaala-alueelta, mikäli tämä on hoidon tarpeessa. (Koskivirta 2010, 34, 36; Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785; Suhonen 2008, 12; Suomen perustuslaki 1999/731; Työturvallisuuslaki 2002/738.)

Työskentely sairaalassa luo vartijalle haasteita, ja siksi vartijan on tiedettävä, kuinka sairaala toimii. Sairaalamartijalla on muun muassa salassapitovelvollisuus. Lisäksi vartijoiden tulee ymmärtää normaalin hoitoprosessin kulku, jotta väkivaltatilanteiden ennakointi ja ennaltaehkäisy onnistuisi. Tiedostaessaan vaarakohtia, esimerkiksi potilaan siirrossa tutkimuksiin, vartija voi tarvittaessa hälyttää lisäapua. Vaikka lainsäädännöllisesti vartija ei saisi olla mukana hoitotilanteissa ja toimenpiteissä, näin ei kuitenkaan ole. Mikäli henkilökunnan turvallisuus vaatii, voi vartijan kutsua hoituhuoneeseen mukaan turvaamaan tilannetta. Vartija ei siis itsenäisesti päättä tilanteeseen tulemisesta, vaan vastuu vartijan kutsumisesta on hoitohenkilökunnalla. (Koskivirta 2010, 34–37; Sarén 2000b, 21; Tolonen 2009.) Ennalta tiedettäviin tilanteisiin voi hälyttää vartijan tai jopa poliisin jo ennen tilanteen kärjistymistä (Karpela 2007, 22–23; Sorola 2000, 11–12; Sorola 2001, 20).

Sairaalamartijan yksi tärkeimmistä tehtävistä on luoda turvallisuutta läsnäolollaan. Sairaalamartijaa kiertävä vartija viestittää ympäristölleen, että sairaala-alue on turvallinen, vartioitu paikka. Läsnäolollaan vartija myös vähentää aggressiota ja ihmiset kykenevät toimimaan hillitymmin tietäessään vartijan olevan lähettyvillä. Lisäksi aggressiivisen potilaan läheisyydessä olevat ihmiset, kuten muut potilaat, voisivat kokea olonsa uhatuksi ollessaan sairaalahoidossa, mikäli vartijaa ei olisi paikalla. (Koskivirta 2010, 35; Saavalainen 2008, 16; Sarén 2000b, 20–21.)

Potilaiden väkivaltaisen käyttäytymisen taustalla voi olla erilaisia asioita, joihin vartijoiden tavalliset käytännöt, kuten paikalta poistaminen tai rajoittaminen, eivät sovellu. Koska aggressiivinen potilas tarvitsee hoitoa, tulee vartijan toimien olla hoidollisia, ei kipua tuottavia. Aina hoito- ja turvallisuustoimenpiteitä ei voida erottaa toisistaan selvästi, vaan kyse on yhteistyöstä eri toimijoiden välillä. (Kinnunen 2002, 9; Koskivirta 2010, 34–35; Kuusisto 2009b, 20; Lauerma 2001, 1020; Puumi & Kuusela-Louhivuori 2006, 24; Sarén 2000b, 21.)

Sairaalamartijan työnkuva on muuttuva ja se edellyttää sosiaalisia ja psyykkisiä taitoja fyysisten ominaisuuksien lisäksi. Tulevaisuudessa sairaalamartiointia kehitetään yhä enemmän sellaiseksi, että eri yksiköihin löydetään yksikölle toimivat toimintatavat. Esimerkiksi kielitaitovaatimukset voivat olla työyksiköissä erilaisia ja vaatia vartijoilta ammattitaitonsa lisäksi yleistä osaamista. Vartijoiden tulisi myös tuntea eri kulttuureita

ja uskontoja, jotta he kykenevät ymmärtämään erilaisten ihmisten tapoja toimia. (Koskivirta 2010, 34–37.)

#### 3.4 Tilojen suunnittelu ja hälytínjärjestelmät

Työyksiköiden turvallisuutta voidaan lisätä jo tilojen rakennusvaiheessa suunnittelemalla esimerkiksi poistumisteitä ja asentamalla hälytínlaitteita. Myös kalustukseen on tärkeää kiinnittää huomiota esimerkiksi vähentämällä irtotavaroiden määrää odotustiloissa ja suosimalla vaikeasti liikuteltavia huonekaluja, kuten sohvia. Sisätilojen lisäksi välitön ympäristö ulkona, kuten pihat, olisi hyvä suunnitella turvallisiksi esimerkiksi valaistuksen avulla. Tärkeää on myös huomioida ovien lukitukset ilta- ja yöaikoina. (Fordell 2003, 10–11; Karpela 2002, 13; Karpela 2007, 22.)

Päivystysyksiköissä on tärkeää kiinnittää huomio työympäristöön, sillä yksiköt ovat auki ympäri vuorokauden. Odotustilojen tulee olla rauhallisia ja turvallisia. Sisutuksen tulee kuitenkin olla sellainen, jossa asiakas viihtyy ja jaksaa odottaa hoitoon pääsyä. Huonekalut tulee sijoittaa niin, että poistumistiet jäävät auki. Myös opastusten asiallinen käyttö vähentää asiakkaiden tyytymättömyyttä. (Karpela 2002, 13; Puumi & Kuusela-Louhivuori 2006, 24–25; Saavalainen 2008, 15.)

Moniin työyksiköihin on hankittu hälytínjärjestelmiä tai hätäkutsuja, joita käyttämällä voi nopeasti hälyttää lisäapua. Äänihälyttimen on todettu auttavan uhkaajaa huomaamaan, että lisäapua on tulossa. Toisaalta äänihälytín voi myös saada uhkaajan tekemään äkillisiä, harkitsemattomia tekoja. (Fordell 2003, 11; Puumi & Kuusela-Louhivuori 2006, 25; Saavalainen 2008, 15; Sorola 2001, 20.)

Hälytínjärjestelmä itsessään ei riitä, vaan henkilökunta tulee myös kouluttaa sen käyttöön. Henkilökunnan on hyvä tiedostaa, milloin ”oma apu” ei riitä ja paikalle tarvitaan esimerkiksi vartijaa tai poliisia. Tämän vuoksi osassa organisaatioista hälytínjärjestelmän hälytys menee suoraan myös vartijalle, joka tulee tarkastamaan tilanteen. Perusteellinen perehdytys hälyttimien toimintaan, järjestelmän aktiivinen käyttö ja tieto-taito hälytyksen sattuessa takaavat turvallisuuden. Tämän lisäksi

hälyttimen ajoittainen testaaminen varmistaa, että tarpeen tullen hälytin on toimintakuntoinen. (Karpela 2002, 13; Karpela 2007, 22; Kinnunen 2002, 10; Saavalainen 2008, 15; Suhonen 2008, 14.)

Väkivallan ilmenemiseen vaikuttavat monet tekijät yhdessä. Yksittäiset riskitekijät, esimerkiksi potilaan päihtymys, työyksikön turvajärjestelmien puute tai kiireinen työtahti, eivät välttämättä väkivaltaa aiheuta, mutta ovat yhteydessä väkivaltaisen käytöksen syntyyn. Väkivallan torjumiseksi ja työturvallisuuden parantamiseksi tulee tuntea väkivaltaan vaikuttavia tekijöitä, joita vähentämällä myös väkivallan ilmenemistä voidaan vähentää.

#### **4 KUOPION YLIOPISTOLLISEN SAIRAALAN SISÄINEN VÄKIVALTATUTKIMUS**

Kuopion yliopistollisessa sairaalassa on käytössä erilaisia keinoja väkivallan hallintaan. KYS:ssa tuli vuonna 2007 voimaan nollatoleranssiraja väkivallan suhteen. Nollatoleranssilla kielletään väkivalta yksikön alueella. Sen tarkoituksena on turvata asiakkaan ja henkilökunnan koskemattomuus sekä turvallisuus. Väkivaltaa ei hyväksytä missään tilanteissa eikä missään muodossa. (Jackson ym. 2002, 17; Pitkänen ym. 2009, 5; Puumi & Kuusela-Louhivuori 2006, 26; Ryan & Maguire 2006, 107.) Tämän lisäksi KYS:ssa on koulutettu henkilökuntaa väkivallan ennakointiin ja hallintaan. Vuodesta 2005 lähtien on henkilökunnalle tarjottu AVEKKI-koulutusta. Koulutuksen tarkoituksena on ollut taata sairaalan henkilökunnalle samanlaiset valmiudet ja toimintatavat väkivaltatilanteisiin. Koulutusta on muokattu yksikkökohtaisten tarpeiden perusteella painottumaan juuri työyksiköiden ongelmakohtiin. KYS:ssa työskentelee 15 AVEKKI-kouluttajaa, joista yksi on kokopäiväinen koulutuskoordinaattori ja toiset tekevät koulutustyötä toimensa ohella. Peruskoulutuksen lisäksi AVEKKI-koulutus tarjoaa ylläpitokoulutusta jo peruskoulutuksen käyneille. Ennen AVEKKI-koulutusta KYS:ssa on ollut käytössä Hallitun terapeutin fyysisen rajoittamisen menetelmä. (Pitkänen ym. 2009, 6–7.)

KYS:ssa tutkittiin vuosien 2003 ja 2008 väkivaltatapahtumia. Tutkimuksien aineistona oli KYS:n henkilökunta (vuonna 2003 n=3514, vuonna 2008 n=4199). Tutkimus oli seurantatutkimus, jossa vuoden 2003 tuloksia verrattiin vuoden 2008 tuloksiin. Tutkimuksessa kiinnitettiin erityisesti huomiota fyysisen väkivallan ja epäasiallisen käytöksen esiintymiseen. Tutkimuskertojen välissä pyrittiin puuttumaan väkivaltatapahtumiin eri keinoin, kuten koulutuksin ja nollatoleranssilla. (Pitkänen ym. 2009.)

Tutkimuksen mukaan neljäsosa hoitohenkilöstöstä koki joutuneensa fyysisen väkivallan kohteeksi. Fyysisten väkivaltatapausten määrä oli kasvanut vuodesta 2003 vuoteen 2008 18 % tarkasteltaessa kaikkia väkivaltatapauksia. Vuonna 2008 päivittäistä väkivallan kokemista hoitohenkilökunnan keskuudessa ei esiintynyt ja myös viikoittain väkivaltaa kokeneiden määrä oli vähentynyt. Harvemmin kuin kuukausittain koetun väkivallan määrä oli puolestaan lisääntynyt. Väkivaltatapausten muotoja tarkasteltaessa vuonna 2008 potilaiden ja omaisten/saattajien aiheuttama väkivalta muuttui vakavammaksi verrattuna aiempaan tarkasteluvuoteen. (Pitkänen ym. 2009, 13–15, 21–22.)

Epäasiallinen kohtelu oli seurantatutkimuksessa lisääntynyt kolmasosan vuosien 2003 ja 2008 välillä. Epäasiallista kohtelua vuonna 2008 kohtasi noin joka viides vastaaja kuukausittain tai useammin. Harvemmin kuin kuukausittain epäasiallisen kohtelun kohteeksi joutuminen oli lisääntynyt merkittävästi. Merkille pantavaa oli, että työtovereiden aiheuttama epäasiallinen kohtelu oli kaksinkertaistunut edelliseen seurantavuoteen verrattuna. Epäasiallista kohtelua esiintyi vuonna 2008 kaikilla muilla paitsi psykiatrian tulosalueilla vuotta 2003 enemmän. (Pitkänen ym. 2009, 16–17.)

Tutkimuksessa todettiin, että miehet kokivat naisia enemmän fyysistä väkivaltaa. Naiset puolestaan joutuivat epäasiallisen kohtelun kohteiksi miehiä useammin. Eroa oli myös ammattiryhmittäin. Väkivaltaa kokivat mieshoitajat, kun taas epäasiallista kohtelua huolto-, toimisto- ja hallintohenkilöstön naiset. Vuoden 2003 tutkimuksessa eroa sukupuolten välillä ei todettu. Tutkimusten mukaan myös iällä oli merkitystä siten, että alle 45-vuotiaat olivat useammin fyysisen väkivallan ja 45-vuotiaat ja sitä vanhemmat kohtasivat epäasiallista kohtelua. (Pitkänen ym. 2009, 20.)



Seurantatutkimuksessa ilmeni myös työyksikkökohtaisia eroja. Päivystyspoliklinikka (os. 3901) oli kolmanneksi väkivaltaisimmin vertailtaessa fyysisen väkivallan useutta eri työyksikköjen välillä. Väkivaltaisimmat työyksiköt olivat työvoimapalvelut ja tehostetun hoidon osasto. Tutkimuksessa eriteltiin väkivallan määrää työyksikköjen välillä. Tarkemmat tulokset päivystysalueen väkivallan määrästä on esitetty taulukossa 1. (Pitkänen ym. 2009, 18, liitteet 2 ja 3.)

Taulukko 1. Päivystysalueella koettu väkivalta vuonna 2008

	Fyysinen väkivalta	Epäasiallinen kohtelu
Päivittäin	-	1
Viikoittain	4	17
Kuukausittain	8	13
Harvemmin kuin kerran kuukaudessa	26	16
Ei koskaan	20	7
Yhteensä (n)	58	56

## 5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITE

Tämän tutkimuksen tarkoitus oli edistää turvallisuutta hoitotyössä. Tutkimuksen tavoite oli tuottaa tietoa Kuopion yliopistollisen sairaalan päivystysalueen (os. 3901, 3903 ja 4991) työturvallisuudesta ja auttaa arvioimaan käytössä olevien väkivallan ennaltaehkäisymenetelmien ja turvapalveluiden toimivuutta.

Tutkimuskysymykset olivat:

1. Kuinka usein henkilökunta kohtaa väkivaltaa päivystysalueella?
2. Miten päivystysalueen henkilöstön kohtaama väkivalta ilmenee?

3. Millaisia väkivallan ennaltaehkäisykeinoja ja turvapalveluita päivystysalueella on käytössä?
4. Millaisiksi henkilökunta kokee päivystysalueella käytettävät väkivallan hallinta- ja ennaltaehkäisykeinot?

Ensimmäisen tutkimuskysymyksen oli tarkoitus tuottaa tietoa siitä, kuinka paljon päivystysalueella koetaan väkivaltaa määrällisesti. Toisen kysymyksen avulla haettiin tietoa siitä, millaista fyysistä ja psyykkistä väkivaltaa päivystysalueella esiintyy. Kolmannen ja neljännen tutkimuskysymyksen tarkoituksena oli selvittää, kuinka työntekijät kokivat AVEKKI-koulutuksen, sairaalavartioinnin ja vartijanhälytysjärjestelmän toimineen ja olivatko väkivaltilanteet vähentyneet henkilöstön mielestä edellä mainituilla keinoilla.

## **6 TUTKIMUSMENETELMÄ**

Tutkimusmenetelmiä käytetään apuna tutkimuksen toteuttamisessa. Tutkimusmenetelmiin sisältyy muun muassa tutkimuksen aineiston tarkastelu, tutkimuksen toteuttamisen ja muodon kuvaus sekä tutkimuksen eettisyyden tarkastelu. Määrällisellä tutkimuksella tarkoitetaan tutkimusta, jossa asiaa mitataan numeraalisessa muodossa. Se tarkastelee tutkittavaa kohdetta muuttujien eli mitattavien ominaisuuksien välisten suhteiden ja erojen kautta. (Vilka 2007, 13.)

### **6.1 Tutkimuksen kohderyhmä**

Tutkimus toteutettiin KYS:n päivystysalueen osastoilla. Osastot sisältävät yleislääketieteen päivistyksen ja erikoissairaanhoidon päivistyksen sekä päivystysosaston. Osastot sijaitsivat fyysisesti samoissa tai vierekkäisissä tiloissa.

Tutkimus oli kokonaistutkimus. Tutkimuksen kohderyhmänä oli päivystysalueen osastoilla (3901, 3903 ja 4991) työskentelevä hoitohenkilöstö (osastonhoitajat, sairaanhoitajat, lähihoitajat, perushoitajat ja lääkintävahtimestarit) ja osastonsihteerit (N=101). Rajasimme tutkimuksestamme pois päivystysalueella työskentelevät lääkärit, sillä heidän työyksikkönsä ei ole pääsääntöisesti päivystysalue. Rajasimme pois myös laitos- ja välinehuoltajat ja tekstinkäsittelijät, sillä he eivät ole välittömässä potilastyössä.

Tutkimuksen aineiston keräsimme KYS:n päivystysalueen osastoilta touko-kesäkuun 2010 aikana kolmella kyselykerralla vastausprosentin pienuuden vuoksi. Kokonaisvastausprosentti tutkimuksessa oli 57 % uusintakyselyjen jälkeen. Keräsimme tutkimuksemme aineiston internetissä täytettävällä kyselylomakkeella, jonka laadimme ja esitestasimme tätä käyttötarkoitusta varten. Tutkimus toteutettiin toimittamalla jokaiselle vastaajalle tutkimuksen saatekirje sähköpostiin sekä linkitetty osoite internetsivustolle, jossa kyselyyn vastattiin (liite 1). Lisäksi kävimme työyksikössä esittelemässä tutkimustamme erikseen sovittuina ajankohtana toukokuussa 2010.

## 6.2 Kyselylomakkeen suunnittelu ja esitestaus

Kyselylomake on määrällisessä tutkimuksessa yleisesti käytettävä menetelmä tiedon keräämiseen. Kyselylomakkeen avulla aineiston kerääminen tapahtuu neutraalisti ja kysymykset ovat kaikille vastaajille samassa muodossa. Myös ajankäytöllisesti kyselylomake on hyvä, sillä kyselylomakkeen voi täyttää itselleen sopivana ajankohtana. (Vilkkä 2005, 73–74; Vilkkä 2007, 28.)

Tutkimuksemme kyselylomake oli jaettu viiteen osioon (liite 2). Kyselylomakkeen kolmessa ensimmäisessä osiossa oli suljettuja kysymyksiä, joiden vastausvaihtoehdot olimme koodanneet valmiiksi. Koodaamisella tarkoitamme annetun vastausvaihtoehdon nimeämistä ja numeroimista tulevaa analysointia varten (Vilkkä 2007, 68). Avointa vastausosiota käytimme kysyttäessä vastaajan ikää ja työhistorian kestoa tutkimuksen esitieto-osiossa. Neljäs osio toteutettiin viisiportaista Likert-asteikkoa käyttäen. Määrällisen aineiston analysoimme SPSS-ohjelmaa käyttäen. Lopuksi pyysimme

vastaajia tuomaan esiin omia näkemyksiään käytössä olevista väkivallan hallinta- ja ennaltaehkäisykeinoista ja ehdotuksia turvallisuuden parantamiseksi työyksikössä. Tämän osuuden sisällön analysoimme laadullisella sisällön analyysillä.

Ensimmäisessä osiossa kartoitimme kyselyyn vastaajan taustatietoja. Kerättyjä taustatietoja olivat vastaajan ikä, sukupuoli, ammattiryhmä, työsuhteen kesto kyseisessä työyksikössä vuosina ja työkokemus hoitoalalta. Lisäksi kysymme, onko vastaaja käynyt AVEKKI-koulutuksen.

Toisessa osiossa käsitelimme fyysistä väkivaltaa. Kysymysten kautta haimme tietoa siitä, kuinka usein väkivaltaa kohdataan päivystysalueella ja millaista ilmenemismuodoltaan fyysinen väkivalta yleisimmin on. Ilmenemismuotoina annoimme vaihtoehdot ”potkiminen ja lyöminen”, ”raapiminen, pureminen ja kuristaminen”, ”aseella uhkaaminen” ja ”seksuaalinen häirintä ja väkivalta”. Tarkastelimme myös väkivallan aiheuttajan profiilia sukupuolen ja aseman (potilas, omainen, ulkopuolinen, työtoveri) kautta. Vastausvaihtoehtoina kysymyksiin olivat ”päivittäin”, ”viikoittain”, ”kuukausittain”, ”harvemmin” ja ”ei koskaan”. Kysyimme näiden lisäksi, oliko vastaaja ollut sairauslomalla fyysisen väkivallan seurauksena.

Kolmannessa osiossa tarkastelimme psyykkistä väkivaltaa. Kysymysrakenteet olivat täysin samat tekijäprofiilin, useuden ja sairausloman suhteen kuin fyysisen väkivallan kohdalla, vain väkivallan ilmenemismuodot olivat erilaisia. Ilmenemismuodoiksi nimesimme ”haukkumisen ja halventamisen” sekä ”uhkailun”. Sekä fyysisen väkivallan että psyykkisen väkivallan kysymysten sisältö perustui aikaisemmista tutkimuksista saatuihin tietoihin.

Neljännessä osiossa keräsimme tietoa päivystysalueella käytössä olevien väkivallan hallinta- ja ennaltaehkäisykeinojen toimivuudesta, asianmukaisuudesta ja käyttöasteestaöntekijöiden näkökulmasta. Lisäksi haimme tietoa vastaajan kokemuksista työyksikkönsä turvallisuudesta ja turvallisuuden parantamisesta viime vuosina. Väkivallan hallinta- ja ennaltaehkäisykeinoina nimesimme AVEKKI-koulutuksen, sairaalavartioinnin ja vartijanhälytinja järjestelmän. AVEKKI-koulutuksen osalta tarkastelimme muun muassa koulutuksen hyötyä työssä, koulutuksen järjestämistä, koulutusmateriaalin saatavuutta ja koulutuksen vaikuttavuutta väkivallan

vähentymiseen. Sairaalavartioinnin osalta tarkastelimme vartioinnin tarpeellisuutta, vartijan asiantuntijuutta ja työskentelyn luontevuutta, vartijan hälytettävyyttä ja vartijan läsnäolon vaikutusta väkivallan ilmenemiseen. Hälytintjärjestelmässä käsitelimme hälytintjärjestelmän käytettävyyttä sekä käyttöasteen että järjestelmän toimivuuden kannalta.

Kyselyn esitestauksen tarkoituksena on arvioida kyselylomakkeen käytettävyyttä ja luotettavuutta teettämällä kysely erilisillä koehenkilöillä ennen varsinaista tutkimusta. Testaajien tehtävänä on arvioida mittarin käytettävyyttä vastaajan näkökulmasta. Esitestauksesta saatujen vastausten perusteella tutkijat voivat puolestaan arvioida mittarin toimivuutta, käytettävyyttä ja kykyä mitata tutkittavia muuttujia. (Vilka 2007, 78–79.) Kyselylomakkeen esitetasimme luokkakavereillamme lähettämällä saatekirjeen ja linkin kyselyyn sähköpostitse, kuten virallinenkin kysely toteutettiin. Esitestauksessa esille nousi, että kyselylomake oli loogisesti rakennettu ja helppo vastata. Toisiansa poissulkevia vastausvaihtoehtoja ei noussut esille. Esitestauksessa puututtiin kuitenkin ”samantyyliisiin” kysymyksiin lomakkeen eri kohdissa. Näitä kysymyksiä käytämme tietoisesti kontrollikysymyksinä, jolloin voimme tarkastella samoja asioita kyselyn eri kohdissa (Vilka 2007, 117). Aineistoa analysoidessamme voimme vertailla kysymysten tulosten yhteneväisyyttä. Keskimäärin esitestaajilla oli mennyt noin 10–15 minuuttia kyselyyn vastatessa. Tätä tietoa käytimme apuna virallista saatekirjettä laatiessamme. Tutkimuksen luotettavuutta käsittelemme pohdinnassa.

### 6.3 Tutkimusetiikka

Tutkimuseettinen neuvottelukunta (Tenk) on määrittänyt hyvän tieteellisen käytännön, johon hyvän tutkimusetiikan tulee pohjautua. Hyvän tieteellisen käytännön mukaan tutkijoiden tulee noudattaa tiedeyhteisössä hyväksytyjä toimintatapoja, kuten rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta tehdessään tutkimusta ja arvioidessaan tuloksia. Lisäksi tutkijan tulee kunnioittaa toisten tutkijoiden työtä käyttäessään heidän tutkimuksiaan lähdeaineistonaan. Tutkimustulosten esittämisessä arvostetaan avoimuutta ja kontrolloitavuutta, jolloin tutkimus voidaan tarvittaessa toistaa. (Leino-Kilpi 2009, 364; Pietarinen 2002, 66; Tenk 2002, 3; Vilka 2007, 89–92.)

Tutkimuksen tekemiseen vaadittava tutkimuslupa saatiin KYS:lta 15.3.2010. Tutkimuksemme perustui vapaaehtoiseen osallistumiseen. Vastaajat saivat itse päättää haluavatko osallistua tutkimukseen ja käyttää aikaansa kyselylomakkeen täyttämiseen. Kysely toteutettiin nimettömänä eikä vastaajien henkilöllisyys tullut esiin missään vaiheessa kyselyn tai aineiston analysoinnin aikana. Kysely lähetettiin sähköisesti postituslistan avulla työnantajan tarjoamaan sähköpostiin. Myös uusintakyselyt lähetettiin postituslistan kautta kaikille.

Tutkimusmateriaalia, kuten SPSS-ohjelmaan koodattua aineistoa, käsitelimme luottamuksellisesti ja analysoimaton tutkimusaineisto pidettiin salassa. Tutkimuksen tulokset julkaistaan tässä opinnäytetyössä ja paperinen aineisto, kuten SPSS:n analysointitaulukot, hävitettiin työn valmistumisen jälkeen polttamalla.

## **7 TULOKSET**

Tutkimuksemme käsittelee KYS:n päivystysalueen henkilöstön kokemuksia väkivallan määrästä ja päivystysalueella käytettävien väkivallan hallinta- ja ennaltaehkäisymenetelmien toimivuutta ja käytettävyyttä. Tutkimustulokset esitellään tuoden esiin ensisijaisesti väkivallan hallinta- ja ennaltaehkäisymenetelmiä, koska KYS:ssa on tutkittu väkivallan määrää ja muotoja sisäisillä tutkimuksilla.

Tutkimuksen tulokset on esitetty tarkasteltuna koko aineistoa, mikäli taustatiedot, kuten ikä, sukupuoli, ammattiryhmä tai AVEKKI-koulutuksen käynti, eivät ole aiheuttaneet eroja tuloksiin. Mikäli taustatiedolla on ollut merkitystä tuloksiin, on vastaukset esitelty taustatietojen mukaan eriteltyinä. Taustatiedot on esitetty taulukossa 2.

Taulukko 2. Tutkimuksen taustatiedot (n=58)

Taustatieto		Lukumäärä (n)
Sukupuoli	Mies	14
	Nainen	44
Ammattiryhmä	Hoitohenkilöstö	51
	Osastonsihteeri	7
Ikä	alle 30-vuotiaat	18
	30–40-vuotiaat	16
	41–50-vuotiaat	13
	yli 50-vuotiaat	11
Työskentelyaika työyksikössä	alle 5 vuotta	27
	5–10 vuotta	11
	11–15 vuotta	4
	16–20 vuotta	8
	yli 20 vuotta	8
Työskentelyaika hoitoalalla	alle 5 vuotta	18
	5–10 vuotta	7
	11–15 vuotta	11
	16–20 vuotta	7
	yli 20 vuotta	15
AVEKKI- koulutus	Käynyt	37
	Ei käynyt	21

### 7.1 Fyysinen väkivalta

Fyysistä väkivaltaa koettiin päivystysalueella pääsääntöisesti harvoin. Yksi neljäsosa vastanneista kertoi kokeneensa fyysistä väkivaltaa viikoittain tai päivittäin. Osastonsihteereistä pääosin jokainen (85 %) koki fyysistä väkivaltaa harvemmin kuin kerran kuukaudessa. Fyysisen väkivallan ilmeneminen kaikkien vastaajien kesken on esitetty taulukossa 3. Tuloksista ilmenee, että fyysisen väkivallan tekijän sukupuolella ei ole suurta merkitystä väkivallan useuden suhteen. Noin puolet vastaajista koki sekä

miehiltä että naisilta fyysistä väkivaltaa kuukausittain tai useammin. Väkivallan tekijöinä potilaat olivat yleisimmin väkivallan aiheuttajaryhmä. Potilailta väkivaltaa kohtasi 9 vastaajaa viikoittain ja 17 vastaajaa kuukausittain, kun puolestaan omaisten, työtovereiden tai ulkopuolisten taholta väkivaltaa kohdattiin aina harvemmin kuin kerran kuukaudessa. Sairauslomalla fyysisen väkivallan vuoksi oli ollut 3 vastaajaa.

Taulukko 3. Fyysisen väkivallan ilmeneminen

	Ei koskaan	Harvemmin kuin kerran kuukaudessa	Kuukausittain	Viikoittain	Päivittäin	Yhteensä (n)
Potkiminen ja lyöminen	5	32	17	4	-	58
Raapiminen, pureminen ja kuristaminen	7	33	11	6	1	58
Aseella uhkaaminen	49	9	-	-	-	58
Seksuaalinen häirintä ja väkivalta	26	29	2	1	-	58

## 7.2 Psykkinen väkivalta

Jokainen vastanneista päivystysalueen työntekijöistä oli kokenut psyykkistä väkivaltaa. Psyykkistä väkivaltaa koettiin päivystysalueella eniten viikoittain ja kuukausittain. Osastonsihteereistä yli puolet koki psyykkistä väkivaltaa viikoittain. Psyykkisen väkivallan muotojen ilmeneminen kaikkien vastanneiden kesken on esitetty taulukossa 4.



Taulukko 4. Psykkisen väkivallan ilmeneminen

	Ei koskaan	Harvemmin kuin kerran kuukaudessa	Kuukausittain	Viikoittain	Päivittäin	Yhteensä (n)
Haukkuminen ja halventaminen	1	11	22	22	2	58
Uhkailu	4	21	20	13	-	58

Tarkasteltaessa väkivallan ilmenemistä tekijän sukupuolella ei ollut merkitystä. Tekijäryhmistä puolestaan sekä potilaat että omaiset nousivat esille. Taulukossa 5 esittelemme tarkemmin tekijäryhmittäiset lukumäärät. Psykkisen väkivallan vuoksi kukaan vastaajista ei ollut ollut sairauslomalla.

Taulukko 5. Psykkisen väkivallan kokeminen tekijäryhmittäin

	Ei koskaan	Harvemmin kuin kerran kuukaudessa	Kuukausittain	Viikoittain	Päivittäin	Yhteensä (n)
Potilas	-	13	21	22	2	58
Omainen	4	22	23	9	-	58
Ulkopuolinen	28	27	3	-	-	58
Työtoveri	39	18	1	-	-	58

### 7.3 Väkivallan hallinta- ja ennaltaehkäisymenetelmät

Tutkimuksessamme ilmeni, että kolme neljäsosaa vastaajista koki työyksikkönsä turvalliseksi. Vastaajista viisi oli vastannut tuntevansa työyksikkönsä turvattomaksi. Suurin osa vastaajista koki työyksikön turvallisuutta parannetun viime vuosien aikana. Kysyttäessä yleisesti väkivallan hallinta- ja ennaltaehkäisymenetelmien tarpeellisuutta, sairaalavartiointi nousi merkittävimmäksi turvallisuutta ylläpitäväksi menetelmäksi.

Jokainen vastaajista koki vartioinnin lähes tai täysin tarpeellisena. Myös hälytinja järjestelmä koettiin tarpeellisena.

AVEKKI-koulutuksen tarpeellisuus jakoi vastaajien mielipiteitä. Valtaosa vastaajista (48) oli kokenut AVEKKI-koulutuksen tarpeelliseksi päivystysalueella. Tarkastellessamme tuloksia tuli esiin, miten ei-koulutuksen käyneetkin kokivat koulutuksen tarpeelliseksi. Sen sijaan koulutuksen käyneiden joukosta löytyi vastaajia, jotka eivät kokeneet AVEKKI-koulutusta tarpeelliseksi.

### 7.3.1 AVEKKI-koulutus

Tarkastelemme tässä luvussa AVEKKI-koulutukseen liittyviä kokemuksia koulutuksen käyneiden (n=37) ja käymättömien (n=21) kokemuksia erikseen tarkastellen. AVEKKI-koulutuksen käyneistä 13 koki koulutusta olevan riittävästi ja 18 liian vähän. Koulutuksen käymättömistä 9 koki koulutusta olevan liian vähän. Koulutusmateriaalia oli käytettävissä ja saatavilla kolmasosan mielestä riittävästi ja kolmasosan mielestä liian vähän koulutuksen käyneiden vastaajien keskuudessa. Koulutuksen käymättömistä vastaajista riittäväksi materiaalin määrän ja saatavuuden koki viisi vastaajaa.

Tuloksista ilmeni, että lähes jokaisella vastaajalla, riippumatta AVEKKI-koulutuksen käymisestä, oli tietoa sekä oman sanallisen että sanattoman viestinnän vaikutuksesta väkivaltilanteen syntymiseen. Kuusi kymmenestä koulutuksen käyneestä vastaajasta totesi kuitenkin AVEKKI-koulutuksen vaikuttaneen oman sanallisen ja sanattoman viestinnän huomiointiin aiempaa enemmän. Puolet koulutukseen osallistuneista koki, että AVEKKI-koulutus on ohjannut heidän työskentelyään koulutuksen jälkeen väkivaltaa hallitsevaan ja ennaltaehkäisevään suuntaan.

Viimeisinä AVEKKI-koulutukseen liittyvinä kysymyksinä tarkastelimme AVEKKI-koulutuksen vaikutuksia työyksikön väkivallan ilmenemiseen. Yksi kolmasosa vastaajista ei ollut kokenut AVEKKI-koulutuksen vähentäneen työyksikön fyysisen ja psyykkisen väkivallan ilmenemistä. Joka kymmenes sen sijaan totesi koulutuksen vähentäneen yleistä väkivallan uhkaa. Tulokset esitetään taulukossa 6 koulutuksen käyneiden ja käymättömien vastauksia tarkastellen.

Taulukko 6. AVEKKI-koulutuksen vaikutus väkivallan vähentymiseen

		Samaa mieltä	Neutraali	Eri mieltä	Yhteensä (n)
AVEKKI-koulutuksen käyneet	Fyysisen väkivallan ilmeneminen	3	18	16	37
	Psyykkisen väkivallan ilmeneminen	2	18	17	37
	Väkivallan uhka	2	20	15	37
Ei AVEKKI-koulutusta	Fyysisen väkivallan ilmeneminen	2	17	2	21
	Psyykkisen väkivallan ilmeneminen	3	16	2	21
	Väkivallan uhka	3	16	2	21

### 7.3.2 Sairaalavartiointi

Ympäri vuorokautisen sairaalavartioinnin koki tarpeelliseksi jokainen vastanneista. Lähes kaikki kokivat sairaalavartijan olevan asiantuntija väkivallan hallinnassa ja ennaltaehkäisyssä. Sairaalavartijan kanssa työskentely koettiin luontevana ja helppona ja jokainen tiesi, kuinka sairaalavartijan saa hälytettyä avuksi. Taulukossa 7 kuvaamme menetelmiä, kuinka vartija kutsutaan apuun.

Taulukko 7. Vartijan kutsumismenetelmät

	Samaa mieltä	Neutraali	Eri mieltä	Yhteensä (n)
Hakemalla vartijan paikalle	50	-	8	58
Puhelimitse	56	-	2	58
Hälytinjärjestelmää käyttäen	42	4	12	58

Jokainen vastaajista kutsui vartijan apuun aina, kun tilanne vaikutti uhkaavalta tai henkilö käyttäytyi väkivaltaisesti. Yleisesti vartija oli vähentänyt päivystysalueen väkivaltaisuutta ja väkivallan uhkaa (taulukko 8).

Taulukko 8. Vartijan vaikutus väkivallan ilmenemisen vähentymiseen

	Samaa mieltä	Neutraali	Eri mieltä	Yhteensä (n)
Fyysinen väkivalta	51	4	3	58
Psyykkinen väkivalta	41	9	8	58
Väkivallan uhka	53	4	1	58

### 7.3.3 Hälytinjärjestelmä

Vastaajista yhtä lukuun ottamatta tiedettiin, että työyksikössä oli käytössä hälytinjärjestelmä. Kymmenesosa vastaajista ei kuitenkaan tiennyt kuinka hälytinjärjestelmää käytetään. Lähes jokainen vastaajista tiesi, mikä hälytinjärjestelmän tarkoitus on ja piti hälytinjärjestelmää helppona tapana pyytää lisäapua. Kuitenkin vain neljäsosa kertoi käyttävänsä hälytinjärjestelmää säännöllisesti.

#### 7.4 Avoimet kysymykset

Avointen kysymysten osuudessa vastaajia pyydettiin antamaan ehdotuksia työturvallisuuden parantamiseksi ja kuvaamaan muita väkivallan hallintaan ja ennaltaehkäisyyn liittyviä huomioita. Työturvallisuuden parantamiseksi nousi esiin vastauksia kolmelta aihealueelta. Vastaukset liittyivät väkivallan hallinta- ja ennaltaehkäisykoulutukseen, työtiloihin ja – järjestelyihin sekä turvallisuuden järjestämiseen.

Koulutus nähtiin tärkeänä osana väkivallan hallintaa ja ennaltaehkäisyä. Koulutusta ja mahdollisuutta myös uusien työntekijöiden kouluttamiseen haluttiin lisätä. Koulutusmateriaalin saatavuus koettiin ongelmalliseksi. Vastaajat toivoivat aikaisempaa selkeämmin saatavilla olevaa koulutusmateriaalia, joka mahdollistaa itsenäisen kertaamisen.

Tilojen ja työjärjestelyjen osalta tärkeänä koettiin mahdollisuus rajoittaa ulkopuolisten henkilöiden pääsyä hoitotiloihin. Ulkopuolisina henkilöinä vastaajat nimesivät kaikki päivystysalueelle kuulumattomat henkilöt, myös saattajat ja omaiset. Tilojen kunnostaminen niin, että liikkumiseen tarvittaisiin kulkukortti, tuotiin esiin. Myös yksintyöskentelyä toivottiin aikaisempaa vähemmäksi tilaratkaisuilla. Ilmoittautumispiste koettiin turvattomana ja ilmoittautumispisteeseen toivottiin turvalasia. Myös turvasäilön poistamista päivystysalueelta ehdotettiin.

Kolmantena ryhmänä vastauksissa nousi esille turvallisuuden järjestäminen. Vartijan läsnäoloa pidettiin hyvänä, mutta nykyistä useampia vartijoita toivottiin työvuoroihin. Myös vartijan jatkuva läsnäolo sisääntuloaulassa tai ulko-ovella koettiin tarpeellisena. Vartijan kanssa työskentelyssä huomiota toivottiin kiinnitettävän erityisesti vartijan informointiin jo väkivallan uhan aikana, jolloin vartija kykenisi huomioimaan ennakoivasti mahdollisia epäkohtia. Turvallisuuden lisäämiseksi toivottiin hoitohenkilökunnalle lupaa tarvittaessa lääkittä potilasta rauhoittavasti sekä hoitohenkilöstölle että vartijalle lupaa käyttää lepositeitä potilaan rajoittamiseksi. Turvallisuutta arveltiin parantavan myös humaltuneiden asiakkaiden poistaminen päivystyksestä. Lisäksi hoitohenkilökunnan aseman muuttamista laissa nähtiin

tärkeänä, jotta väkivaltatilanteessa voitaisiin puhua ”virkamiehen väkivaltaisesta vastustamisesta”.

Kameravalvonnan lisäämisestä ja hälytinjaestelmän lisäkoulutuksesta ilmeni tarvetta. Muita huomioita päivystysalueen väkivallan hallinnasta ja ennaltaehkäisystä olivat nollatoleranssista lipsuminen. Siksi esitettiin nollatoleranssin tuomista enemmän esille esimerkiksi työyksikön seinillä julisteiden muodossa. Lisäksi toivottiin hoitohenkilökuntaa ja lääkäreitä lisää, jotta jonotusajat lyhenisivät. Päivystysalueelle toivottiin vakinaisia lääkäreitä nykyisen kiertävän järjestelmän sijaan.

## 8 POHDINTA

Tässä tutkimuksessa ilmeni, että päivystysalueen henkilöstö kohtaa työssään usein väkivaltaa. Väkivaltaan vaikuttavat monet tekijät, joihin väkivallan hallinta- ja ennaltaehkäisykeinoilla on pyritty puuttumaan. Keinot eivät kuitenkaan kaikilta osin ole sellaisenaan riittäviä, joten niitä tulisi muokata työyksikköön paremmin sopiviksi. Tarkastelemme seuraavissa luvuissa väkivallan ilmenemistä ja ilmenemismuotoja sekä väkivallan hallintakeinoja KYS:n päivystysalueella. Lisäksi tarkastelemme tutkimuksemme luotettavuutta ja eettisyyttä, omaa oppimistamme sekä nimeämme muutamia jatkotutkimusaiheita ja suosituksia tulosten perusteella.

### 8.1 Tutkimuksen luotettavuuden ja eettisyyden pohdinta

Tutkimuksemme aihe syntyi omasta mielenkiinnostamme kehittää hoitotyön turvallisuutta. Olimme huomanneet aiemmassa työssämme, että väkivaltaisten potilaiden osuus oli lisääntynyt ja keinot väkivaltaan puuttumiseen olivat riittämättömät. Tutkimuksen toteutuspaikaksi valikoitui päivystysalue KYS:ssa, jonka kanssa yhteistyönä suunnittelimme tutkimuksen. Laadimme itse tutkimuksessa käytetyn

kyselylomakkeen, joka perustui aikaisempiin tutkimuksiin. Tavoitteena oli tuottaa tietoa päivystysalueen väkivallan hallintamuodoista.

Määrällisen tutkimuksen luotettavuutta tarkastellaan kahdesta eri näkökulmasta. Tutkimuksen ja tutkimuksessa käytetyn mittarin tulee olla sekä validi että reliabeili. Mittari on validi silloin, kun se mittaa juuri sitä, mitä piti mitata. Validiutta voidaan tarkastella esimerkiksi kysymysten laadinnan yhteydessä. Validissa mittarissa kysymykset on laadittu yksiselitteisiksi, jolloin systemaattisten virheiden mahdollisuus pienenee. Reliabeili mittari puolestaan tarkastelee mittarin tarkkuutta antaessaan tuloksia. Reliabeili mittari antaa tutkimusta toistettaessa aina samansuuntaisia tuloksia tutkijasta riippumatta. (Vehkalahti 2008, 40–42; Vilka 2007, 149–152.)

Tutkimuksessamme validiteetin tarkastelu alkoi kyselylomakkeen laatimisesta. Määritimme vastausvaihtoehdot valmiiksi ja määrittelimme tarkoin aikaisempien tutkimusten perusteella, mitä fyysisellä ja psyykkisellä väkivallalla tarkoitetaan. Kyselylomakkeen laatimisen jälkeen esitetasimme lomakkeen. Esitetaus mahdollisti vastausten tarkastelun ennen varsinaista kyselyä. Esitetauksella pystyimme varmistamaan kysymysten antavan vastauksia juuri siihen, mitä tahdoimme tarkastella. Esitetaajat antoivat palautetta, että kyselyymme oli helppo vastata, eikä kysymyksenasetteluissa ollut epäselvyyksiä. Esitetauksessa puututtiin kuitenkin samantyyliisiin kysymyksiin, joita olimme laatineet työhömmme kontrollikysymyksiksi. Kontrollikysymysten tarkoituksena oli kysyä samaa asiaa eri tavoin, jolloin pystyimme tarkastelemaan yhden vastaajan yhdenmukaisuutta kysymyksiin vastatessa. Tutkimuksen reliabiliteettia lisäsi kyselylomakkeen kirjallinen muoto, jolloin jokainen vastaaja sai vastata täysin samalla tavalla esitettyihin kysymyksiin. Tutkimuksemme on myös tarvittaessa toistettavissa samanmuotoisena toisten tutkijoiden toimesta.

Tutkimuksen luotettavuutta nosti internet-muodossa toteutettu kysely, jolloin aineiston sähköinen käsittely oli mahdollista. Käyttämämme Typala-kyselytietokanta mahdollisti vastausten siirtämisen suoraan Excel-muotoon, josta saimme kopioitua vastaukset suoraan SPSS-ohjelmaan. Olimme myös koodanneet kysymykset valmiiksi ennen tutkimuksen toteutusta, jolloin toteutuksen jälkeen meillä oli valmiina käytössämme koodattu aineisto. Tällöin aineiston käsittelystä, esimerkiksi aineiston syöttämisessä ja tallentamisesta SPSS-ohjelmaan sekä koodaamisesta, johtuvat virheet jäivät pois

(Vilka 2007, 114). Vaikka tutkimuksemme aineiston käsittely tapahtui sähköisesti, teimme silti pistokokeina tarkistuksia varmistamalla yksittäisten, sattumanvaraisesti valittujen, vastaajien vastausten yhteneväisyyden havaintomatriisiin siirrettyjen kyseisen vastaajan vastausten kanssa. Tällä tavoin emme löytäneet virheitä. Sähköisessä muodossa toteutettuun kyselyyn voidaan määrittää, täytyykö jokaiseen kysymykseen vastata päästäkseen eteenpäin. Määritimme kysymykset pakollisiksi lopun avoimia kysymyksiä lukuun ottamatta. Tällä tavoin saimme suljettua pois mahdollisesti puuttuvat havainnot jo ennen tutkimuksen toteutusta (Vilka 2007, 108). Tämä helpotti aineiston tarkastelua ennen analysointia ja toisaalta piti yllä tutkimuksen luotettavuutta. Otantavirheen saimme suljettua pois määrittäessämme tutkimuksen kokonaistutkimukseksi, samalla perustelimme helposti tutkimuksen perusjoukon.

Tutkimus eteni aikataulusuunnitelman mukaisesti. Tutkimusta hidastavana tekijänä oli kyselyyn vastaamattomuus ja tästä johtuva uusintakyselyjen toteutus. Tästä syystä pääsimme analysoimaan aineistoa vasta elokuussa 2010 suunnittelemamme kesäkuun sijaan. Otimme aikataulun kuitenkin kiinni syksyn aikana tehostamalla muuta työskentelyä. Kyselyn ajankohdaksi valikoitui toukokuu, jolloin työyksikössä alkoi kesälomakausi. Vastausprosenttia olisi saattanut parantaa tutkimuksen toteutus esimerkiksi kuukautta aiemmin (Vilka 2007, 28).

Tutkimusaineistosta tehty analyysi rajoittui aineiston kuvaamiseen frekvenssein. Vastausprosentin pienuuden ja aineiston rajallisuuden vuoksi ristiintaulukointi ei ollut mahdollista. Kokeiltaessa ristiintaulukointia taulukkoon jäi liikaa tyhjiä soluja, jolloin tulokset eivät olleet luotettavia. Yritimme supistaa vastausvaihtoehtoja ryhmittelemällä vaihtoehtoja uudestaan. Esimerkiksi vaihtoehdot ”täysin samaa mieltä” ja ”lähes samaa mieltä” tiivistettiin yhdeksi ”samaa mieltä” – vaihtoehdoksi kuten myös vastaavasti teimme ”eri mieltä” -vaihtoehdon. Vastausvaihtoehdon ”neutraali” jätimme omaksi ryhmäkseen saaden näin kolme vaihtoehtoa. Tiivistämisen jälkeenkään tulosten yhdenmukaisuuden vuoksi ristiintaulukointi ei onnistunut luotettavasti.

Tutkimuksen aikana vastaajat pysyivät anonyymeinä. Tämä mahdollistettiin laatimalla kysely internet-pohjaiseksi ja lähettämällä kyselyn vastausosoite työnantajan tarjoamaan sähköpostiin. Analysoidessamme vastauksia vältimme tietoisesti tulosten kohdistamista ikään ja sukupuoleen. Tällöin pienehkössä kokonaisotannassa vastaajat säilyttivät



anonymiteettinsä, kuten hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu. Toisaalta pienessä kokonaisotannassa ongelmana on se, että tulosten sellainen analysointi, joka erottelee aineistosta vähemmistön, esimerkiksi tässä tutkimuksessa yli 55-vuotiaat mieshoitajat, ei ole mahdollista. (Leino-Kilpi 2009, 367–368; Vilka 2007, 95–97.)

## 8.2 Tulosten tarkastelu

Tämän tutkimusten tulosten mukaan väkivaltaa päivystysalueella ilmeni sekä fyysisenä että psyykkisenä. Fyysistä väkivaltaa koki viikoittain tai kuukausittain joka neljäs vastaaja. Tutkimuksemme tulokset ovat samansuuntaisia kuin aikaisempien väkivaltaa tarkastelevien tutkimuksien tulokset. Suomalaisessa Sairaanhoidajaliiton tekemässä tutkimuksessa vajaa puolet vastaajista oli kohdannut fyysistä väkivaltaa ja sillä uhkailua työyksikössään (Laaksonen 2000, 6). KYS:ssa vuonna 2008 tehdyssä tutkimuksessa 5 % henkilöstöstä koki fyysistä väkivaltaa viikoittain tai kuukausittain (Pitkänen ym. 2009, 13). Tutkimuksessa ilmeni myös, että päivystysalueen vastaajista viidesosa koki väkivaltaa viikoittain tai kuukausittain. KYS:n tutkimuksessa todettiin päivystysalueen olevan yksi fyysisen väkivallan suhteen riskialttiimpia yksiköitä. (Pitkänen ym. 2009, 18, liitteet 2 ja 3.)

Tutkimuksemme mukaan päivystysalueella kaksi kolmesta vastaajasta koki psyykkistä väkivaltaa kuukausittain tai useammin. Psyykkistä väkivaltaa todettiin sairaanhoidajaliiton tekemässä tutkimuksessa kohdistuvan joka kolmanteen hoitohenkilökunnan jäsenen potilaiden osalta ja vajaaseen puoleen henkilöstöstä työtoverin taholta (Laaksonen 2000, 6). KYS:n sisäisessä tutkimuksessa epäasiallista kohtelua, kuten haukkumista ja nimittelyä, kohtasi joka viides vastanneista kuukausittain tai useammin (Pitkänen ym. 2009, 16).

Psyykkistä väkivaltaa kohdattiin päivystysalueella useammin kuin fyysistä väkivaltaa. Koska psyykinen väkivalta ei jätä näkyviä jälkiä, väkivallasta aiheutuvat vammat ovat vaikeasti huomattavissa ja käsiteltävissä. Väkivallan jatkuessa pitkään, se voi aiheuttaa uhrilleen henkisiä vammoja ja poissaoloja töistä (Merecz ym. 2006, 448–449). Tämän vuoksi psyykinen väkivalta tulisi nostaa enemmän esille jokapäiväisessä hoitotyössä. Muun muassa nollatoleranssin merkityksen korostaminen työyksiköissä tuo sekä

potilaille että hoitohenkilökunnalle tietoa siitä, että väkivalta ei ole sallittua ja että siihen tulee puuttua.

Päivystysalueella yleisimmiksi fyysisen väkivallan muodoiksi nousivat potkiminen ja lyöminen sekä raapiminen, kuristaminen ja pureminen. Psykkisen väkivallan muodoista haukkuminen ja halventaminen oli yleisintä. Seksuaalista väkivaltaa ja aseella uhkaamista koettiin hyvin harvoin. Myös Sarénin (2000, 7) mukaan hoitotyön väkivalta ilmenee useimmiten sanallisena uhkailuna ja nimittelynä sekä lyömisenä ja potkimisena.

Fyysisen väkivallan aiheuttajan päivystysalueella oli yleisimmin potilas. Psykkistä väkivaltaa aiheuttivat sen sijaan sekä potilaat että omaiset. Omaisten osuuden suuruus voi olla selitettävissä päivystyksiköiden luonteeseen liittyvien tekijöiden kautta. Esimerkiksi pitkät odotusajat ja tiedonvähäisyys hoidon suhteen aiheuttavat huolestuneisuutta, joka voi johtaa tunteiden purkaukseen ja sanalliseen konfliktiin. Toisin kuin sairaanhoitajaliiton tutkimuksessa tässä tutkimuksessa päivystysalueella kohdattiin harvoin psykkistä väkivaltaa työtoverin osalta (vrt. Laaksonen 2000, 6). Tämä muutos vuoden 2000 tilanteesta on myönteinen asia, joka osoittaa, että päivystysalueella työtoverin aiheuttaman väkivallan osuus on pieni muuhun väkivaltaan verrattaessa.

Päivystysalueen työntekijät kokivat työyksikkönsä turvalliseksi, vaikka väkivallan kokeminen oli yleistä. Käytössä olevat väkivallan ennaltaehkäisy- ja hallintakeinot koettiin tarpeellisiksi. Yksi viidesosa vastaajista ei kuitenkaan ollut kokenut työyksikön turvallisuutta parannetun viimeisten vuosien aikana, jolloin esimerkiksi AVEKKI-koulutusta oli alettu organisaatiossa järjestämään.

Väkivallan hallintakeinoista sairaalavartiointi koettiin erittäin tarpeelliseksi. Vartijan asiantuntemusta hyödynnettiin väkivaltatilanteissa lähes poikkeuksetta. Omakohtainen kokemuksemme on, että hoitotyön koulutuksessa käsitellään väkivaltaisen potilaan kohtaamista vähän. Tästä syystä on ymmärrettävää, että vartija hälytetään herkästi turvaamaan tilannetta. Toisaalta voidaan ajatella, että hoitajat ymmärtävät, ettei väkivaltatilanteissa kannata olla liian urhea, vaan pyytää apua (Karpela 2007, 22).

KYS:ssa toimivien sairaalavartijoiden ammattitaito koettiin hyväksi ja työskentelyheidän kanssaan helpoksi.

Väkivallan koettiin vähentyneen vartijan läsnäolon myötä. Vartijan läsnäolo itsessään luo turvallisuutta ja rauhoittaa tilannetta, eikä vartijan kutsuminen apuun ole koskaan turhaa (Koskivirta 2010, 34–35; Saavalainen 2008, 16). Vartija pystyy myös ohjaamaan ja neuvomaan potilaita sairaala-alueella liikkumiseen vartiointitehtävänsä ohessa. Tällöin esimerkiksi informaation vähyydestä johtuvat ristiriidat voivat vähentyä.

Hälytinjaerjestelmän olemassa olo tiedettiin hyvin ja hälytinjaerjestelmällä oli helppo pyytää lisäapua tarvittaessa. Kuitenkin osa vastaajista koki tarvitsevansa lisätietoa hälytinjaerjestelmän käytöstä. Tämä käy ilmi myös avointen kysymysten vastauksista, joissa toivottiin lisäkoulutusta asian suhteen. Myös Saavalainen (2008, 15) on todennut hyvänkin hälytysjärjestelmän olevan hyödytön, ellei sitä osata käyttää. Tästä syystä lisäkoulutus olisi tarpeellista.

Vartija kutsuttiin yleisimmin apuun puhelinta käyttäen. Päivystysalueella oli mahdollista kutsua vartija myös hälytinjaerjestelmää käyttäen. Yksiselitteistä hälytinjaerjestelmän käyttöastetta ei voida tulosten perusteella arvioida, mutta vaikuttaa siltä, että hälytinjaerjestelmää käytettiin päivystyksessä vaihtelevasti. Kaksi kolmesta vastaajasta kertoi hälyttävänsä vartijan apuun hälytinjaerjestelmää käyttäen. Kuitenkin vain neljäsosa vastaajista kertoi käyttävänsä hälytinjaerjestelmää säännöllisesti.

Kuopion yliopistollisessa sairaalassa koulutetaan henkilöstöä hallitsemaan väkivaltaa AVEKKI-koulutuksen myötä. Päivystysalueen henkilöstöstä osa on käynyt AVEKKI-koulutuksen ja toivoo edelleen lisää koulutusta, esimerkiksi käytännön harjoituksia. Tutkimuksessa myös AVEKKI-koulutuksen käymättömät henkilöt ilmaisivat halukkuutensa päästä koulutukseen.

Tietoa sanallisen ja sanattoman viestinnän vaikutuksesta väkivaltilanteen syntymiseen oli sekä koulutuksen käyneillä että käymättömillä. AVEKKI-koulutuksen koettiin kuitenkin lisänneen tietoa viestinnästä ja vaikuttaneen oman viestinnän kehittämiseen väkivaltaa ehkäiseväksi. Esimerkiksi Karpela (2002, 13–14) korostaa vaikeiden

vuorovaikutustilanteiden harjoittamisen tärkeyttä, jotta todellisissa tilanteissa osattaisiin toimia oikein.

AVEKKI-koulutuksen kautta työyksiköihin luodaan yhtenäisiä toimintatapoja muun muassa potilaan rajoittamiseen. Väkivaltatilanteiden ennaltaehkäisy on koulutuksessa lähinnä väkivaltaisen potilaan tunnistamista ja sanallista rauhoittamista oman viestinnän huomioimisen lisäksi. (Kuusisto 2009a, 18–20.) Pääsääntöisesti AVEKKI-koulutus koettiin hyvänä keinona väkivallan hallintaan ja ennaltaehkäisyyn. Tuloksissa käy kuitenkin ilmi, että AVEKKI-koulutuksen käyneistä lähes puolet oli sitä mieltä, että AVEKKI-koulutus ei ole vähentänyt väkivallan ilmenemistä. Tästä voidaan päätellä, että tarjolla oleva AVEKKI-koulutus ei joko vastaa sisällöltään päivystysalueen tarpeita tai siitä saatuja oppeja ei ole kyetty yhdistämään käytäntöön, jolloin koulutuksen peruslähtökohta, väkivaltatilanteiden ennaltaehkäisy ja hallinta, ei toteudu (Hakkarainen ym. 2007, 4; Iivanainen & Syväoja 2009, 275; Kuusisto 2009a, 18; Latsa 2010).

### 8.3 Suositukset ja jatkotutkimukset

Tämä opinnäytetyön tulokset tulevat KYS:n käyttöön. Luovutamme samalla tutkimuslomakkeen käyttöoikeuden KYS:lle, jotta he voivat myös jatkossa käyttää heille laadittua kyselylomaketta ja tarvittaessa myös kehittää sitä. Tutkimusta tehdessä nousi esille muutamia kehittämiskohteita ja jatkotutkimusaiheita.

- Kolme neljästä vastaajasta koki työyksikkönsä turvalliseksi. Työyksikön turvallisuutta tulisi tutkia myös potilaiden näkökulmasta, jolloin väkivallan uhkaa aiheuttaviin epäkohtiin kyettäisiin entistä monipuolisemmin puuttumaan.
- AVEKKI-koulutuksen käyneistä lähes puolet ei kokenut koulutuksen vähentäneen väkivallan ilmenemistä päivystysalueella. Koska AVEKKI-koulutuksen yksi lähtökohta on väkivallan ennaltaehkäisy, se ei ole toteutunut päivystysalueella toivotusti. Koulutuksen kohdentaminen päivystysaluetta palvelevaksi voisi vähentää väkivallan ilmenemistä ja uhkaa, sillä hoitohenkilökunnalla olisi enemmän näkemystä väkivaltatilanteita ennakoivista tapahtumista. Jatkossa olisi hyvä

tarkastella AVEKKI-koulutuksen käytettävyyttä päivystysalueella esimerkiksi tekemällä tutkimus AVEKKI-koulutuksen sisällöstä ja käytettävyydestä.

- Sairaalavartiointi koettiin hyväksi väkivallan hallinnan ja ennaltaehkäisyn keinoksi. Myös vartijan kanssa työskentely koettiin luontevana. Jotta toiminta pysyisi laadukkaana, tulisi vartijan ja hoitohenkilökunnan toimia samalla tavoin väkivaltatilanteissa. Hoitohenkilökunnan tulisi saada tietoa siitä, kuinka vartijat toimivat väkivaltatilanteissa oman koulutuksensa näkökulmasta, ja vartijoiden tulisi käydä AVEKKI-koulutus, jotta heillä olisi käytössään samoja rajoittamismenetelmiä kuin hoitohenkilöstöllä.
- Kymmenesosa vastaajista ei tiennyt, kuinka työyksikön hälytinjärjestelmää käytetään. Jotta hälytinjärjestelmästä olisi hyötyä, tulisi jokainen hoitohenkilökunnan jäsen kouluttaa käyttämään hälytinjärjestelmää. Tämä auttaisi hoitohenkilöstöä toimimaan oikein hälytystilanteissa.
- Avointen kysymysten vastauksissa tuli esille nollatoleranssi KYS:n yksiköissä. Nollatoleranssia tulisi tuoda yhä enemmän esille päivystysalueella esimerkiksi seinälle laitettavien ”julisteiden” muodossa. Tuolloin päivystysalueella asioivat näkevät päivystyksen, ja koko organisaation, väkivallattoman toimintaperiaatteen. Tällöin henkilökunnan on puolestaan aikaisempaa helpompi vedota esimerkiksi psyykkisissä väkivaltatilanteissa nollatoleranssiin ja pyytää väkivallan aiheuttajaa lopettamaan.

#### 8.4 Omien oppimiskokemusten pohdinta ja ammatillinen kasvu

Opinnäytetyön tekeminen on prosessi, jossa opiskelija syventää ammatillista osaamistaan. Sen tarkoituksena on mahdollistaa opiskelijalle valitun aihealueen osaamisen syventäminen ja kehittäminen tutkimuksen tai toiminnallisen työn muodoissa. Opinnäytetyötä tehdessä opiskelija reflektoi hankkimaansa lähdetietoutta, tuottaa lähteidensä ja tutkimuksensa pohjalta uutta tietoa ja esittelee tuloksensa tutkimusmenetelmiä hyväksikäyttäen noudattaen hyvää tutkimusetiikkaa. Opinnäytetyö valmistaa opiskelijaa toimimaan tulevan ammattinsa asiantuntijana. (Valtioneuvoston

asetus ammattikorkeakouluista 2003.) Oma oppimisemme syventyi tutustumalla päivystyspolikliiniseen työhön ja työtä määrittäviin asetuksiin. Työtä tehdessä tarkastelimme myös päivystyspolikliinisen työn erityispiirteitä, etenkin väkivallan kannalta. Väkivalta ilmiönä tarkentui tutkimusta tehdessä ja erityisesti tieto hallinta- ja ennaltaehkäisykeinoista täsmentyi uutena asiakokonaisuutena.

Opinnäytetyön tekeminen on prosessi, jossa tulee ottaa huomioon monia tutkimusmenetelmällisiä ja -eettisiä näkökulmia. Esimerkiksi tutkimuksen tekeminen sairaalassa ilman tutkimuslupaa on vastoin hyvää tutkimusetiikkaa. Valitsimme tutkimuksen menetelmäksi määrällisen tutkimuksen, joka mahdollisti parhaiten kyselytutkimuksen toteuttamisen. Opinnäytetyön tekeminen harjaannutti meitä opiskelijoina tekemään tutkimusta tutkimuksen eri vaiheiden, tutkimussuunnitelman kirjoittamisen, mittarin luomisen ja tulosten analysoinnin ja pohdinnan, kautta.

Tutkimuksen lähdeaineiston keräsimme sekä suomalaisista että kansainvälisistä tieteellisistä lehdistä. Käytimme lähteinäme myös väitöskirja- ja Pro Gradu - tutkimuksia että KYS:n sisäistä tutkimusta väkivallasta. Aineiston keruun koimme helpoksi, sillä artikkeleita väkivallasta hoitotyössä löytyi paljon. Sen sijaan tutkimuksia väkivallasta päivystysyksiköissä ei ollut paljon. Aineistohakua teimme enimmäkseen Medicissa ja Cinahlissa. Hakusanoina käytimme muun muassa termejä väkivalta, työyksikkö, työturvallisuus, hoitotyö, työpaikkaväkivalta ja päivystysyksikkö.

Tutkimuksessamme haasteellisena koimme kyselylomakkeen laatimisen. Laadultaan hyvä kyselylomake antaa yksiselitteisiä vastauksia tutkimuksen kohteena oleviin asioihin (Vilka 2007, 63–65). Käytimme kyselylomakkeen laatimiseen paljon aikaa. Aloitimme lomakkeen laatimisen luonnostelemalla mahdollisimman paljon erilaisia kysymyksiä, joita muokkasimme ja karsimme työskentelyn edetessä. Laadimme myös kyselylomakkeeseen yksittäisiä kontrollikysymyksiä, joiden avulla pystyimme tarkastelemaan vastaajien rehellisyyttä eli olivatko he vastanneet samoin samaa asiaa kysyviin kysymyksiin (Vilka 2007, 117).

Tutkimusta tehdessämme harjoitimme yhteistyötaitoja sekä opinnäytetyöparin että työn tilaajan ja ohjaavan opettajan kanssa. Työskentely erilaisten ihmisten kanssa opetti meitä tarkastelemaan asioita myös toisen henkilön näkökulmasta. Erityisesti haastetta

loi opiskelijoiden aikataulujen yhteensovittaminen, sillä opiskelemme eri vuositasoilla sairaanhoitajiksi. Kirjoitimme teoriaosuuksia paljon itsenäisesti, jonka jälkeen kokosimme tekstiä yhteen. Tutkimusaineiston analysoinnin, tulosten kirjoittamisen ja pohdinnan kirjoitimme yhdessä. Opettajan sekä työn tilaajan kanssa aikataulujen yhteensovittaminen sekä yhteydenpito onnistui hyvin. Käytimme apunamme sähköpostia.

Valmistuttuamme voimme hyödyntää opinnäytetyötämme toimimalla esimerkiksi turvallisuusvastaavana tulevissa työyksiköissämme hyödyntämällä tietämystämme väkivaltaan vaikuttavista tekijöistä ja väkivallan hallintakeinoista. Meidän on myös mahdollista jatkaa väkivallattoman työyhteisön kehittämistä ottamalla käyttöön opinnäytetyössämme ilmenneitä myönteisiä asioita, kuten työntekijöiden näkemyksiä eri väkivallan hallintakeinojen käytettävyydestä.

## LÄHTEET

- Arola, H.** 2004. Mitä uusi sininen kirja sanoo väkivallan uhasta työpaikalla? Työterveyslääkäri 23 (3), 334–336.
- Fordell, M.** 2003. Väkivaltaisen potilaan kohtaaminen on jälkihoitoa vaativa traumaattinen kokemus. Pinsetti 15 (3), 10–11.
- Hakkarainen, K., Hietanen, A., Heikkinen, A., Jokiniemi, K., Lommi, R. & Taattola, S.** 2007. AVEKKI-toimintatapamalli: väkivallan ennaltaehkäisy ja hallinta. Oppilaan käsikirja. Kuopio: Savonia-ammattikorkeakoulu.
- Hämäläinen, H.** 2003. Realismi sanelee säännöt – jokainen saa puolustaa itseään. Hoitohenkilökunnan voimankäyttö väkivallan uhatessa tai toteutuessa. Systole 5, 37–41.
- Iivanainen, A. & Syväoja, P.** 2009. Uhkaavan käyttäytymisen hallinta. Teoksessa A. Iivanainen & P. Syväoja (toim.) Hoida ja kirjaa. Helsinki: Tammi, 275.
- Jaakkonen, P. & Rautiainen, S.** 2008. Päihtyneistä potilaista suurin osa työikäisiä miehiä. Sairaanhoitaja 81 (9), 43–45.
- Jackson, D., Clare, J. & Mannix, J.** 2002. Who would want to be a nurse? Violence in the workplace – a factor in recruitment and retention. Journal of Nursing Management 10, 13–20.
- Kajantie, M. & Vänskä, J.** 2006. Työpaikkaväkivalta kohdistuu nuoriin lääkäreihin. Suomen Lääkärilehti 61 (10), 1121–1125.
- Kansanterveyslaki.** 1972/66. Valtion säädöstietopankin internetsivu. Viitattu 27.10.2009. [www.finlex.fi](http://www.finlex.fi)
- Kantanen, A.-M.** 2009. Rauhoittelua sanoilla vai sanoitta? Nuori lääkäri 49, 22–23.
- Karpela, T.** 2002. Sanan säilällä väkivaltaa vastaan. Poliklinikka 2, 13–14.
- Karpela, T.** 2007. Kun auttajaa uhataan. Systole 1, 21–24.
- Karvinen, M.** 2010. Väkivalta tunkee sairaalaan. Sairaanhoitaja 83 (3), 12–17.
- Kauppila, J.** 2004. Kun nyrkki nousee... Asiakastyössä kohdattu väkivalta. Työterveyslääkäri 22 (3), 290–293.
- Keistinen, T.** 2010. Päivystys on kriittinen risteusasema. Premissi 5 (2), 6–9.
- Kinnunen, A.** 2002. Väkivalta ja huumeet terveydenhuollossa. Poliklinikka 2, 9–11.



- Kivimäki, M., Elovainio, M. & Vahtera, J.** 2000. Workplace bullying and sickness absence in hospital staff. *Occupational and Environmental Medicine* 75 (10), 656–660.
- Koponen, L. & Sillanpää, K.** 2005. Päivystyspoliklinikka potilaan, omaisen ja hoitotyöntekijän näkökulmasta. Teoksessa L. Koponen & K. Sillanpää (toim.) *Potilaan hoito päivystyksessä*. Helsinki: Tammi, 23–31.
- Koskivirta, P.** 2010. STOP-hanke edistää sairaalan turvallisuutta. *Turvallisuus* 26 (2), 34–37.
- Koukari, E.** 2004. Varustautuminen asiakkaan kohtaamiseen. *Suomen Lääkärilehti* 55 (35), 3180–3181.
- Kuusisto, J.** 2009a. Avekki-mallissa kaikki toimivat yhdenmukaisesti. *Turvallisuus* 25 (4), 18–20.
- Kuusisto, J.** 2009b. Sairaalamartija Aki Airaksinen: ”Avekki opetti turvallista ja kivutonta rajoittamista”. *Turvallisuus* 25 (4), 20.
- Laaksonen, K.** 2000. Mitä kaikkea sairaanhoitajat jaksavat? *Sairaanhoitaja* 73 (3), 6–7.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista.** 1992/785. Valtion säädöstietopankin internetsivu. Viitattu 17.11.2009.  
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=potilaan%20asema%20ja%20oikeus>
- Laki yksityisistä turvallisuuspalveluista.** 2002/282. Valtion säädöstietopankin internetsivut. Viitattu 10.1.2010.  
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2002/20020282?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=Laki%20yksityisist%C3%A4%20turvalli%2A>
- Landy, H.** 2005. Violence and aggression: How nurses perceive their own and colleagues' risk. *Emergency nurse* 13 (7), 12–15.
- Latsa, T.** 2010. AVEKKI. Viitattu 03.01.2010. <http://www.latsa.fi/fi/AVEKKI.html>
- Lauerma, H.** 2001. Aggressiivisen potilaan kohtaaminen. *Suomen Lääkärilehti* 56 (9), 1019–1021.
- Leino-Kilpi, H.** 2009. Hoitotyöntekijä ja tutkimusetiikka. Teoksessa H. Leino-Kilpi & M. Välimäki (toim.) *Etiikka hoitotyössä*. Helsinki: WSOY. 360–377.
- Luck, L., Jackson, D. & Usher, K.** 2007. STAMP: components of observable behaviour that indicate potential for patient violence in emergency departments. *Journal of Advanced Nursing* 59 (1), 11–19.

- Malmström, R.** 2010. Päivystyshoidon perusteiden valtakunnalliset kriteerit. Poliklinikka 1, 5–6.
- Mattila, J., Granfelt, T., Harjola, V.-P., Holmlund, L., Koskinen, A., Mustonen, E., Paloheimo, M. & Pohjola-Sintonen, S.** 2008. Päivystysprosessin tarkastelu tuo apua päivystyspoliklinikan ruuhkiin. Suomen lääkirilehti 63 (6), 523–528.
- Merecz, D., Rymaszewska, J., Mościcka, A., Kiejna, A. & Jarosz-Nowak, J.** 2006. Violence at the workplace – a questionnaire survey of nurses. European Psychiatry 21, 442–450.
- Mietola, J., Halinen, M., Lipponen, P., Hietakorpi, S., Kaukonen, M & Kumpusalo, E.** 2003a. Kuopion yhteispäivystystutkimus. Yleislääkäripäivystyksen toimivuus ja odotusajat kiireellisyyssluokittain. Suomen lääkirilehti 58 (3), 305–308.
- Mietola, J., Halinen, M., Lipponen, P., Hietakorpi, S., Kaukonen, M & Kumpusalo, E.** 2003b. Kuopion yhteispäivystystutkimus. Onko yhteispäivystyksessä turhia käyntejä? Suomen lääkirilehti 58 (5), 539–541.
- Miettinen, S., Taattola, S., Lappalainen, M., Pietarinen-Lyytinen, R., Haatainen, K., Jokiniemi, K. & Lehtonen, J.** 2007. Uusia keinoja väkivallan ehkäisyyn ja hallintaan terveydenhuollossa. Suomen Lääkirilehti 62 (34), 2981–2983.
- Mäki, E.** 2008. Puhejudokouluttaja Totti Karpela opettaa työrauhaa ja turvallisuutta puheen avulla. Turvallisuus 2, 38–39.
- Nummelin, M.** 2009. Päivystyspoliklinikalla aloittavan sairaanhoitajan tiedon tarve. Turun yliopisto. Hoitotieteenlaitos. Pro Gradu –tutkielma.
- Pietarinen, J.** 2002. Eettiset perusvaatimukset tutkimustyössä. Teoksessa S. Karjalainen, V. Launis, R. Pelkonen & J. Pietarinen (toim.) Tutkijan eettiset valinnat. Helsinki: Gaudeamus. 58–69.
- Pitkänen, A., Välimäki, M. & Laijärvi, H.** 2005. Potilaiden hoitajiin kohdistama väkivalta psykiatrisessa hoitotyössä. Hoitotiede 17 (4), 239–248.
- Pitkänen, M., Haatainen, K., Pietarinen-Lyytinen, R. & Hoffren, H.** 2009. Fyysisen väkivallan ja epäasiallisen kohtelun esiintyminen Kuopion yliopistollisessa sairaalassa vuosina 2003 ja 2008. Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin julkaisuja. No 72/2009. Kuopio.
- Puumi, S. & Kuusela-Louhivuori, P.** 2006. Työpaikkaväkivallan ehkäisytöimenpiteet. Poliklinikka 2, 24–26.

- Rajala, K.-R.** 2006. Päivystävänä sairaanhoitajana terveyskeskuksessa tai yhteispäivystyksessä – lisääntynyt ammattitaito, kasvava vastuu. Poliklinikka 2, 16–17.
- Rasimus, M.** 2002. Turvattomuus työoverina. Turvattomuus ja väkivalta sairaalan päivystyspoliklinikalla. Kuopion yliopiston julkaisusarja E. Yhteiskuntatieteet 98. Kuopion yliopisto. Väitöskirja.
- Rasimus, M.** 2005a. Väkivalta ja työturvallisuus. Teoksessa L. Koponen & K. Sillanpää (toim.) Potilaan hoito päivystyksessä. Helsinki: Tammi, 61–68.
- Rasimus, M.** 2005b. Turvattomuus päivystyksyksiköissä. Sairaanhoitaja 78 (6–7), 13–16.
- Rautjärvi, L.** 2004. Työväkivallan tunnistaminen ja hallinta työpaikalla. Työterveyslääkäri 22 (3), 304–308.
- Ryan, D. & Maguire, J.** 2006. Aggression and violence – a problem in Irish Accident and Emergency departments? Journal of Nursing Management 14, 106–111.
- Saavalainen, J.** 2008. Väkivaltainen potilas – miten toimia? Poliklinikka 2, 15–16.
- Sarén, S.** 2000a. Nimittely, uhkailu, potkiminen hoitajan työarkea. Sairaala 62 (10), 6–8.
- Sarén, S.** 2000b. Sairaaloitten vartijoille erityiskoulutusta. Sairaala 62 (10), 20–21.
- Securitas.** 2010. Sairaalavartija. Securitas Oy internetsivut. Viitattu 10.1.2010.  
<http://www.securitas.com/fi/fi/Services/Sairaalavartija/>
- Sorola, K.** 2000. Uhkatilanteisiin kaivataan toimintaohjeita. Sairaala 62 (10), 10–12.
- Sorola, K.** 2001. Huomio henkilöturvallisuuteen. Silmähoitaja 1, 20–21.
- STM.** 2010. Yhtenäiset päivystyshoidon perusteet. Työryhmän raportti. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010:4. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Suhonen, I.** 2008. Laillisuusvalvojan näkökulmia terveydenhuollon väkivaltatilanteisiin. Poliklinikka 2, 12–14.
- Suomen perustuslaki.** 1999/731. Valtion säädöstietopankin internetsivut. Viitattu 24.8.2010.  
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=perustuslaki>
- Tenk.** 2002. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausten käsitteleminen. Helsinki: Tutkimuseettinen neuvottelukunta.
- Tolonen, K.** 2009. Sairaalavartija. Haastattelu 31.12.2009. Viitattu 10.1.2010.

**Turpeinen, S., Kontio, R., Välimäki, M., Nikkonen, M. & Suominen, T.** 2008.

Sairaanhoitajat tarvitsevat koulutusta ja tukea väkivaltatilanteisiin. *Sairaanhoitaja* 81 (8), 17–19.

**Työturvallisuuslaki.** 2002/738. Valtion säädöstietopankin internetsivut. Viitattu 24.8.2010.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2002/20020738?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=ty%C3%B6turvallisuuslaki>

**Valtioneuvoston asetus ammattikorkeakouluista.** 2003/358. Valtion säädöstietopankin internetsivut. Viitattu 29.10.2010.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2003/20030352>

**Vartia, M.** 2006. Kiusaaminen ja epäasiallinen kohtelu työpaikalla. *Poliklinikka* 1, 20–21.

**Vehkalahti, K.** 2008. Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Helsinki: Tammi.

**Vilkka, H.** 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki: Tammi.

**Vilkka, H.** 2007. Tutki ja mittaa. Helsinki: Tammi.

**Voipio-Pulkki, L.-M.** 2005. Oikeus kiireelliseen hoitoon päivystyksessä. Teoksessa L. Koponen & K. Sillanpää (toim.) *Potilaan hoito päivystyksessä*. Helsinki: Tammi, 18–22.

**WHO.** 2005. Väkivalta ja terveys maailmassa. WHO:n raportti. Toimittaneet E. G.

Krug, L. L. Dahlberg, J. A. Mercy, A. B. Zwi ja R. Lozano. Suomessa Lääkäriin sosiaalinen vastuu ry ja Terveiden edistämisen keskus ry. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

[http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/world\\_report/full\\_fi.pdf](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/full_fi.pdf)

**Öztunç, G.** 2006. Examination of Incidents of Workplace Verbal Abuse Against Nurses. *Journal of Nursing Care Quality* 21 (4), 360–365.

## Liite 1. Saatekirje

Hyvä tutkimukseen osallistuja,

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on selvittää päivystysalueen työntekijöiden näkemyksiä väkivallan hallintakeinoista. Tutkimuksen tarkoituksena on tuoda esille päivystysalueella tapahtuvien väkivaltatapausten luonnetta sekä arvioida käytössä olevia väkivallan hallinta- ja ennaltaehkäisykeinoja työntekijöiden näkökulmasta. Tutkimuksen tavoitteena on parantaa työyksikön työturvallisuutta.

Päivystysalueen koko hoitohenkilöstön toivotaan osallistuvan tutkimukseen.

Tutkimus on kokonaistutkimus, johon vastaajiksi on valittu kaikki osastoilla 3901, 3903 ja 4991 työskentelevät hoitohenkilökunnan jäsenet sekä osastonsihteerit. Tutkimus toteutetaan internet-kyselynä. Kyselyyn voitte vastata itse valitsemananne ajankohtana 1-20.5.2010 välisenä aikana. Kyselyyn vastaaminen vie aikaa n. 15 minuuttia.

Kyselyyn vastataan nimettömänä. Vastaukset käsitellään luottamuksella eikä niistä käy ilmi vastaajan henkilöllisyys missään tutkimuksen vaiheessa. Aineisto hävitetään tutkimuksen jälkeen. Tutkimuksen tulokset esitellään opinnäytetyön julkistamisvaiheessa syyslukukaudella 2010 ja kootaan yhteen opinnäytetyön raporttiin. Tutkimustulokset on käytettävissä työyksikössänne joulukuussa 2010.

Kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista.

Kyselyyn pääsette vastaamaan käyttäen alla olevaa linkkiä tai kopioimalla ko. osoitteen internetselaimen osoiteriville ja siirtymällä kyselyyn painamalla enter-painiketta.

[http://typala.ncp.fi:80/savonia\\_typala/p.do?id=HstsL7ieo](http://typala.ncp.fi:80/savonia_typala/p.do?id=HstsL7ieo)

Tutkimus on osa Savonia-ammattikorkeakoulussa tehtävää opinnäytetyötä. Infotilaisuus opinnäytetyöhön ja kyselyyn liittyen pidetään 6.5.2010 klo 13.30-14.00 päivystysalueen neuvotteluhuoneessa.

Lisätietoja tutkimuksesta teille antaa

Laura Ulmanen, sairaanhoitajaopiskelija

Laura.Ulmanen@student.savonia.fi

Petri Parviainen, sairaanhoitajaopiskelija

Petri.K.Parviainen@student.savonia.fi

## Liite 2. Kyselylomake

**Esitiedot**

Ikäni on \_\_\_\_\_ vuotta

Olen  
1 Mies  
2 Nainen

Kuulun ammattiryhmässäni  
1 Hoitohenkilöstöön  
2 Osastonsihteeihin

Olen työskennellyt hoitoalalla \_\_\_\_\_ vuotta

Olen työskennellyt työyksikössäni \_\_\_\_\_ vuotta

Oletteko käyneet AVEKKI-koulutuksen  
1) Kyllä  
2) Ei

**Väkivallan esiintyminen****Fyysinen väkivalta****Kuinka usein kohtaatte työssänne fyysistä väkivaltaa?**

- 1) En koskaan
- 2) Harvemmin kuin kerran kuukaudessa
- 3) Kuukausittain
- 4) Viikoittain
- 5) Päivittäin

**Kuinka usein kohtaatte työssänne alla mainittuja fyysisen väkivallan muotoja**

Potkiminen ja lyöminen

- 1) En koskaan
- 2) Harvemmin kuin kerran kuukaudessa
- 3) Kuukausittain
- 4) Viikoittain
- 5) Päivittäin

Raapiminen, pureminen ja kuristaminen

- 1) En koskaan
- 2) Harvemmin kuin kerran kuukaudessa
- 3) Kuukausittain
- 4) Viikoittain
- 5) Päivittäin

Aseella uhkaaminen

- 1) En koskaan
- 2) Harvemmin kuin kerran kuukaudessa
- 3) Kuukausittain
- 4) Viikoittain
- 5) Päivittäin

Seksuaalinen häirintä ja väkivalta

- 1) En koskaan
- 2) Harvemmin kuin kerran kuukaudessa
- 3) Kuukausittain
- 4) Viikoittain
- 5) Päivittäin

**Oletteko ollut sairauslomalla fyysisen väkivallan seurauksena? 1) Kyllä**

2) Ei



**Kuinka usein kohtaatte työssänne fyysistä väkivaltaa**

Miehiltä

- 1) En koskaan
- 2) Harvemmin kuin kerran kuukaudessa
- 3) Kuukausittain
- 4) Viikoittain
- 5) Päivittäin

Naisilta

- 1) En koskaan
- 2) Harvemmin kuin kerran kuukaudessa
- 3) Kuukausittain
- 4) Viikoittain
- 5) Päivittäin

**Kuinka usein kohtaatte työssänne fyysistä väkivaltaa alla mainituilta ryhmiltä?**

Potilaat

- 1) En koskaan
- 2) Harvemmin kuin kerran kuukaudessa
- 3) Kuukausittain
- 4) Viikoittain
- 5) Päivittäin

Omaiset

- 1) En koskaan
- 2) Harvemmin kuin kerran kuukaudessa
- 3) Kuukausittain
- 4) Viikoittain
- 5) Päivittäin

Ulkopuoliset

- 1) En koskaan
- 2) Harvemmin kuin kerran kuukaudessa
- 3) Kuukausittain
- 4) Viikoittain
- 5) Päivittäin

Työtoverit

- 1) En koskaan
- 2) Harvemmin kuin kerran kuukaudessa
- 3) Kuukausittain
- 4) Viikoittain
- 5) Päivittäin

### **Psyykkinen väkivalta**

**Kuinka usein kohtaatte työssänne psyykkistä väkivaltaa**

- 1) En koskaan
- 2) Harvemmin kuin kerran kuukaudessa
- 3) Kuukausittain
- 4) Viikoittain
- 5) Päivittäin

**Kuinka usein kohtaatte työssänne alla olevia psyykkisen väkivallan muotoja**

Haukkuminen ja halventaminen

- 1) En koskaan
- 2) Harvemmin kuin kerran kuukaudessa
- 3) Kuukausittain
- 4) Viikoittain
- 5) Päivittäin

Uhkailu

- 1) En koskaan
- 2) Harvemmin kuin kerran kuukaudessa
- 3) Kuukausittain
- 4) Viikoittain
- 5) Päivittäin

**Oletteko ollut sairauslomalla psyykkisen väkivallan seurauksena?**

- 1) Kyllä
- 2) Ei

**Kuinka usein kohtaatte työssänne psyykkistä väkivaltaa**

- Miehiltä
- 1) En koskaan
  - 2) Harvemmin kuin kerran kuukaudessa
  - 3) Kuukausittain
  - 4) Viikoittain
  - 5) Päivittäin

- Naisilta
- 1) En koskaan
  - 2) Harvemmin kuin kerran kuukaudessa
  - 3) Kuukausittain
  - 4) Viikoittain
  - 5) Päivittäin

**Kuinka usein kohtaatte työssänne psyykkistä väkivaltaa alla mainituilta ryhmiltä**

- Potilaat
- 1) En koskaan
  - 2) Harvemmin kuin kerran kuukaudessa
  - 3) Kuukausittain
  - 4) Viikoittain
  - 5) Päivittäin

- Omaiset
- 1) En koskaan
  - 2) Harvemmin kuin kerran kuukaudessa
  - 3) Kuukausittain
  - 4) Viikoittain
  - 5) Päivittäin

- Ulkopuoliset
- 1) En koskaan
  - 2) Harvemmin kuin kerran kuukaudessa
  - 3) Kuukausittain
  - 4) Viikoittain
  - 5) Päivittäin

Työkaverit

- 1) En koskaan
- 2) Harvemmin kuin kerran kuukaudessa
- 3) Kuukausittain
- 4) Viikoittain
- 5) Päivittäin

## **Väkivallan hallinta- ja ennaltaehkäisy**

Koen seuraavat väkivallan hallinta ja ennaltaehkäisykeinot tarpeellisiksi työympäristössäni

- vartijan läsnäolo Täysin samaa mieltä 1 2 3 4 5 Täysin eri mieltä
- hälytínjärjestelmä Täysin samaa mieltä 1 2 3 4 5 Täysin eri mieltä
- AVEKKI- koulutus Täysin samaa mieltä 1 2 3 4 5 Täysin eri mieltä

Koen, että työyhteisöni turvallisuutta on parannettu viime vuosina

Täysin samaa mieltä 1 2 3 4 5 Täysin eri mieltä

Koen työyksikköni turvalliseksi

Täysin samaa mieltä 1 2 3 4 5 Täysin eri mieltä

### **AVEKKI-koulutus**

AVEKKI-koulutuksesta on hyötyä työssäni

Täysin samaa mieltä 1 2 3 4 5 Täysin eri mieltä

AVEKKI-koulutusta on järjestetty työyksikössäni riittävästi

Täysin samaa mieltä 1 2 3 4 5 Täysin eri mieltä

AVEKKI-koulutusmateriaali on kaikién saatavilla ja käytettävissä työyksikössäni

Täysin samaa mieltä 1 2 3 4 5 Täysin eri mieltä

AVEKKI-koulutus on ohjannut työskentelyäni väkivaltaa hallitsevaan ja ennaltaehkäisevään suuntaan

Täysin samaa mieltä 1 2 3 4 5 Täysin eri mieltä

Sanallisella viestinnälläni on vaikutusta väkivaltilanteen syntymiseen

Täysin samaa mieltä 1 2 3 4 5 Täysin eri mieltä

Sanattomalla viestinnälläni on vaikutusta väkivaltilanteen syntymiseen

Täysin samaa mieltä 1 2 3 4 5 Täysin eri mieltä

Kiinnitän sanalliseen viestintääni huomiota aiempaa enemmän käytyäni AVEKKI-koulutuksen

Täysin samaa mieltä 1 2 3 4 5 Täysin eri mieltä

Kiinnitän sanattomaan viestintääni huomiota aiempaa enemmän käytyäni AVEKKI-koulutuksen

Täysin samaa mieltä 1 2 3 4 5 Täysin eri mieltä

AVEKKI-koulutus on vähentänyt työyksikössäni fyysisen väkivallan ilmenemistä

Täysin samaa mieltä 1 2 3 4 5 Täysin eri mieltä

AVEKKI-koulutus on vähentänyt työyksikössäni psyykkisen väkivallan ilmenemistä

Täysin samaa mieltä 1 2 3 4 5 Täysin eri mieltä

AVEKKI-koulutus on vähentänyt työyksikössäni yleistä väkivallan uhkaa

Täysin samaa mieltä 1 2 3 4 5 Täysin eri mieltä

### **Sairaalavartiointi**

Ympäri vuorokautinen sairaalavartiointi on työyksikössäni tarpeellinen

Täysin samaa mieltä 1 2 3 4 5 Täysin eri mieltä

Sairaalavartija toimii työyksikössä asiantuntijana väkivallan hallinnassa ja ennaltaehkäisyssä

Täysin samaa mieltä 1 2 3 4 5 Täysin eri mieltä

Vartijan kanssa työskentely on helppoa ja luontevaa

Täysin samaa mieltä 1 2 3 4 5 Täysin eri mieltä

Tiedän, kuinka vartijan saa hälytettyä apuun tarvittaessa

Täysin samaa mieltä 1 2 3 4 5 Täysin eri mieltä

Kutsun vartijan apuun etsimällä vartijan tai pyytämällä työtoveria etsimään vartijan

Täysin samaa mieltä 1 2 3 4 5 Täysin eri mieltä

Kutsun vartijan apuun puhelimitse

Täysin samaa mieltä 1 2 3 4 5 Täysin eri mieltä

Kutsun vartijan apuun hälytínjärjestelmää käyttäen

Täysin samaa mieltä 1 2 3 4 5 Täysin eri mieltä

Kutsun vartijan avuksi aina, kun potilastilanne vaikuttaa minusta uhkaavalta

Täysin samaa mieltä 1 2 3 4 5 Täysin eri mieltä

Kutsun vartijan avuksi aina, kun potilas käyttäytyy väkivaltaisesti

Täysin samaa mieltä 1 2 3 4 5 Täysin eri mieltä

Vartijan läsnäolo on vähentänyt työyksikössäni fyysisen väkivallan ilmenemistä

Täysin samaa mieltä 1 2 3 4 5 Täysin eri mieltä

Vartijan läsnäolo on vähentänyt työyksikössäni psyykkisen väkivallan ilmenemistä

Täysin samaa mieltä 1 2 3 4 5 Täysin eri mieltä

Vartijan läsnäolo on vähentänyt työyksikössäni yleistä väkivallan uhkaa

Täysin samaa mieltä 1 2 3 4 5 Täysin eri mieltä

