

Uhkatilanteiden hallinta psykiatrisella osastolla

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus

LAB-ammattikorkeakoulu

Sairaanhoitaja AMK

2022

Jenni Korpinen

Tiivistelmä

Tekijä(t) Korpinen, Jenni	Julkaisun laji Opinnäytetyö, AMK	Valmistumisaika 2022
	Sivumäärä 35	
Työn nimi Uhkatilanteiden hallinta psykiatrisella osastolla Kuvaileva kirjallisuuskatsaus		
Tutkinto ja koulutusala Sairaanhoidtaja AMK		
Toimeksiantajan nimi, titteli ja organisaatio (jos opinnäytetyöllä on toimeksiantaja)		
Tiivistelmä <p>Uhkatilanteita kokee työurallaan suurin osa hoitohenkilökunnasta. Etenkin psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa väkivallan uhka on arkipäivää. Fyysistä väkivaltaa, häirintää tai jommankumman uhkaa oli kokenut työurallaan 88 % psykiatrisista hoitajista. Henkistä väkivaltaa puolestaan on kohdannut työurallaan 85 % psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa työskentelevistä hoitajista. Hoitajien lisäksi väkivalta voi kohdistua potilaaseen itseensä, muihin potilaisiin, näiden saattajiin tai vierailijoihin tai ympäröiviin rakenteisiin ja esineisiin.</p> <p>Opinnäytetyön tarkoitus oli selvittää, millaisia uhkatilanteita psykiatrisilla osastoilla ilmenee, kuinka niitä pyritään ennaltaehkäisemään ja millaisia seurauksia niillä toteutuessaan on. Tavoitteena puolestaan oli lisätä tietoisuutta psykiatriselle osastolle tyypillisistä riskeistä ja toimenpiteistä, joilla niitä voidaan välttää sekä motivoida hoitajia ja psykiatrisesta osastotyöstä kiinnostuneita opiskelijoita huomioimaan turvallisuusrakenteita työskentelyssään.</p> <p>Opinnäytetyön tutkimusmenetelmänä käytettiin kuvailevaa kirjallisuuskatsausta. Aineiston analyysitapana oli laadullinen sisällönanalyysi ja aineisto analysoitiin induktiivisesti.</p> <p>Tulokset osoittavat, että fyysinen väkivalta käsitti useita eri väkivallan laatuja. Henkinen väkivalta oli useimmiten uhkailua tai haukkumista. Väkivallan tekijänä oli useimmiten potilas. Ennaltaehkäisyssä tärkeässä asemassa oli potilaan ja hoitajan välinen suhde ja potilaiden voinnin tarkkailu. Myös rakenteellisilla tekijöillä oli merkitystä. Fyysisten vammojen lisäksi hoitajat kokivat psyykkistä haittaa väkivallan kohtaamisesta. Tilanteiden jälkipuintia ja kollegoiden tukea pidettiin tärkeinä asioina konfliktitilannetta käsitellessä.</p> <p>Jatkotutkimusaiheena on selvittää kuinka työnjohto ja organisaatio voisivat tukea väkivaltaa kohdannutta paremmin ja kuinka suuri olisi paremman jälkihoidon merkitys työhyvinvoinnille.</p>		
Asiasanat aggressiivisuus, väkivalta, riskienhallinta, psykiatrisen osasto, hoitotyö		

Abstract

Author(s) Korpinen, Jenni	Type of Publication Thesis, UAS	Published 2022
	Number of Pages 35	
Title of Publication Emergency management in the psychiatric ward Descriptive literature review		
Degree and field of study Health Care and Social Services, Degree Programme in Nursing		
Name, title and organisation of the client (if the thesis work is commissioned by another party)		
Abstract <p>Most nurses experience threats in their careers. Especially in psychiatric health care a threat of violence is quite normal. 88 % of psychiatric nurses had experienced physical violence, harassment, or the threat of either. Mental violence, on the other hand, has been experienced by 85% of nurses working in psychiatric health care during their careers. Instead of nurses, violence may target the patient themselves, other patients, their attendants or visitors, or surrounding structures and objects.</p> <p>The purpose of the thesis was to find out what kind of threats occur in psychiatric wards, how they are intended to be prevented and what the consequences are if they occur. The aim was to raise awareness of the risks and measures that can be avoided in a psychiatric ward and to motivate nurses and students interested in working at psychiatric ward to consider safety aspects in their work.</p> <p>A descriptive literature review was used as the research method of the thesis. The method of data analysis was qualitative content analysis, and the material was analyzed inductively.</p> <p>The results show that physical violence contains several different types of violence. Mental violence is most often intimidation or name-calling. Violence was most often made by the patient. The relationship between the patient and the nurse and the monitoring of patients' well-being play an important role in prevention. Structural factors also play a role. In addition to physical injuries, nurses experienced mental harm from experiencing violence. Debriefing of the situation and the support of colleagues were considered important in dealing with the conflict situation.</p> <p>The topic of further research is to find out how the management and organization could better support the person who experienced workplace violence and how important the debriefing would be for well-being at work.</p>		
Keywords aggressiveness, violence, risk management, psychiatric ward, nursing		

Sisällys

1	Johdanto.....	1
1.1	Opinnäytetyön tausta.....	1
1.2	Tarkoitus ja tavoite.....	2
2	Psykiatrisen osastohoidon erityispiirteet	3
2.1	Psykiatrinen osastohoito.....	3
2.2	Hoidontarpeen arviointi.....	3
2.3	Tahdosta riippumaton ja vapaaehtoinen osastohoito	4
3	Riski ja uhka	6
4	Uhkatilanteet psykiatrisella osastolla.....	7
4.1	Aggressio ja väkivalta	7
4.2	Uhkatilanteiden ennaltaehkäisy	8
4.3	Uhkatilanteiden vaikutukset	9
5	Toteutus ja menetelmät	11
5.1	Kuvaileva kirjallisuuskatsaus menetelmänä	11
5.2	Aineiston keruu.....	11
5.3	Aineiston analysointi	13
6	Tulokset.....	15
6.1	Uhkatilanteet.....	15
6.2	Uhkatilanteiden syyt.....	16
6.3	Ennaltaehkäisy	18
6.4	Uhkatilanteiden seuraukset.....	19
7	Pohdinta	21
7.1	Tulosten arviointi ja johtopäätökset.....	21
7.2	Eettisyys, luotettavuus ja jatkotutkimusehdotukset.....	22
	Lähteet	24

Liitteet

Liite 1. Aineistoon valittu tutkimusmateriaali

1 Johdanto

1.1 Opinnäytetyön tausta

Hoitajien työssään kohtaama väkivalta on tänä päivänä yleistynyt ennestään sekä Mitä kuuluu? -työhyvinvointikyselyn että Sairaalahenkilöstön hyvinvointitutkimuksen mukaan (Kuntatyönantaja -lehti 2020). Väkivaltaa työssään kokeneista hoitajista 16 % ei ollut kertonut asiasta kenellekään. Kysyttäessä syytä tähän, yli kolmasosa oli vastannut tilanteiden kuuluvan osana normaaliin työhön. Työpaikkaväkivaltaa kokeneiden hoitajien määrä oli eittämättä suuri: kolmen viimeisen vuoden aikana työssään fyysistä väkivaltaa tai sen uhkaa raportoi kohdanneensa 58 % sosiaali- ja terveysalan työntekijöistä. Henkistä väkivaltaa sen sijaan oli kohdannut jopa 66 % henkilöstöstä kolmen vuoden sisään. Tarkasteltaessa psykiatrista hoitotyötä, mainitut prosentit ovat vieläkin suurempia. (Aula Research Oy 2021.) Tämä on selitettävissä ainakin jossain määrin psykiatrisen hoitotyön erityispiirteillä.

Työpaikkaväkivalta voi ilmetä monin eri tavoin. Se voi olla uhkaavaa käytöstä, häiriköintiä erilaisten sähköisten kanavien kautta, ahdistelua ja pelottelua tai fyysistä väkivaltaa. Työpaikkaväkivallan seuraukset voivat olla sekä fyysisiä että henkisiä ja vaikutukset kohdistuvat usein väkivallan kohteeksi joutuneen työntekijän lisäksi myös muuhun työyhteisöön. Työnantajan näkökulmasta ongelmallista on myös se, että väkivaltatilanteet voivat vaikeuttaa rekrytointia ja lisätä työntekijöiden vaihtuvuutta. (Työturvallisuuskeskus 2020, 6–8.) Huolestuttavaa on myös se, että sosiaali- ja terveysalalla suurin osa sekä fyysisestä että henkisestä väkivallasta kohdistuu nuoriin, alle 35-vuotiaisiin työntekijöihin (Aula Research Oy 2021). Tämä laittaa miettimään nuorten hoitajien työssä jaksamista ja viihtymistä sekä alan houkuttelevuutta tulevaisuuden työntekijöiden silmissä.

Kevan tutkimus julkisen alan työhyvinvoinnista vuonna 2018 paljastaa lähes joka kolmannen terveysalan työntekijän kokeneen työssään väkivaltaa useammin kuin kerran edeltävän 12 kuukauden aikana. Lisäksi 16 % työntekijöistä kertoi kohdanneensa väkivaltaa työhönsä liittyvissä olosuhteissa kerran viimeisen vuoden aikana. Nämä lukemat ovat lähes yhtä suuret kuin perinteisesti riskialttiimpina pidetyissä ammateissa poliisina ja vankeinhoidossa. (Pekkarinen 2018, 52–53.)

Tehy ry teetti vuonna 2021 Aula Research Oy:lla laajan tutkimuksen sosiaali- ja terveysalan työntekijöiden kohtaamasta väkivallasta työssä. Kyselytutkimuksessa huomioitiin sekä fyysinen että henkinen väkivalta. Kyselyn vastaukset paljastivat väkivallan yleisyyden lisäksi sen, että väkivallan tekijä oli useimmiten asiakas, potilas tai tämän omainen. Samassa tutkimuksessa perehdyttiin myös väkivaltatilanteiden raportointiin ja jälkitoimiin. Tapahtuneen

omana tietonaan piti jopa 25 % vastanneista ja lähes 40 % ilmoitti, ettei tapahtuman eteenpäin raportoinnista seurannut minkäänlaisia toimenpiteitä. (Tehy 2021.)

Vuosien 2022–2023 aikana Turun yliopiston hoitotieteellinen laitos koordinoi hanketta, jonka tarkoituksena on sisällyttää riskienhallintamenetelmä potilastietojärjestelmään. Alun perin malli on kehitetty Australiassa. Tämä eDASA APP voi tutkimusten mukaan vähentää väkivaltaa ja potilaisiin kohdistuvia rajoitustoimia jopa 40 %. (Turun yliopisto 2021.)

1.2 Tarkoitus ja tavoite

Opinnäytetyön tarkoitus on selvittää olemassa olevien tutkimusten avulla, millaisia uhkatilanteita psykiatrisilla osastoilla ilmenee, kuinka niihin on varauduttu ja millaisia seurauksia niillä on.

Opinnäytetyön tavoite on lisätä psykiatristen osastojen henkilökunnan sekä psykiatrisesta osastohoitotyöstä kiinnostuneiden hoitoalan opiskelijoiden tietoa uhkatilanteiden hallinnasta heidän työympäristössään sekä kasvattaa heidän motivaatiotaan turvallisuusnäkökohtien huomioimiseen työskentelyssään.

Tutkimuskysymykset:

1. Millaisia uhkatilanteita psykiatrisella osastolla ilmenee?
2. Kuinka uhkatilanteisiin on varauduttu psykiatrisella osastolla?
3. Millaisia seurauksia uhkatilanteiden toteutumisella on psykiatrisella osastolla?

2 Psykiatrisen osastohoidon erityispiirteet

2.1 Psykiatrisen osastohoito

Hyvään mielenterveyteen kuuluu useita eri osa-alueita. Näitä ovat muun muassa tyytyväisyys omaan elämään ja sen kokeminen merkityksellisenä sekä omien vahvuuksien tunteminen. Sosiaalisten suhteiden onnistunut ylläpitäminen ja verkostoissa toimimisen mahdollisuus ovat myös osa hyvää mielenterveyttä. Mielenterveyttä kuormittavat tilanteet, kuten pettymykset ja menetykset, ovat osa normaalia elämää. Se, kuinka näistä tilanteista selviytyy, kuvaa osaltaan henkilön mielenterveyden sen hetkistä tilaa. Henkilö, jonka elämänrytmit ovat säännölliset, sosiaaliset suhteet hyvät ja jolla on arjessaan mielekästä tekemistä, pystyy usein sopeutumaan hyvin muuttuviin elämäntilanteisiin. (Mieli ry 2019.)

Mielenterveyden häiriöllä tarkoitetaan tilaa, jolloin henkilön mieliala, tunteet, ajatukset tai käytös vaikuttavat negatiivisesti henkilön toimintakykyyn tai sosiaalisiin suhteisiin tai aiheuttavat tälle kärsimystä. Häiriölle tai sairaudelle ominaista on oireiden pitkäkestoisuus tai se, että ne vaikuttavat selvästi henkilön elämään. Eri asteisista mielenterveyden häiriöistä kärsii noin 20 % suomalaisista. Näihin häiriöihin liittyy usein tunne-elämän, käytöksen ja ajatus-toiminnan häiriötekijöitä. Nämä ovat seurausta liian kauan jatkuneista tunnetiloista, joita psyyken on haastavaa käsitellä, kuten pelosta, vihasta tai häpeästä. (Huttunen 2017.) Toisinaan nämä sairaudet ja häiriöt vaativat psykiatrista osastohoitoa.

2.2 Hoidontarpeen arviointi

Potilaan hoidon tarvetta arvioidaan yksilöllisesti. Hoidontarpeen arvioinnin avulla selvitetään muun muassa se, tarvitseeko potilas osastohoitoa. Potilasta hoidetaan suunnitellun porrastuksen perusteella. Ensisijaisesti potilas ohjautuu perusterveydenhoitoon, terveyskeskukseen. Perusterveydenhuollon keskeisenä tehtävänä psykiatristen haasteiden kohdalla on nopea tilannearvio ja tarvittavan psykososiaalisen tuen tarjoaminen sekä tutkittavalle, että tämän lähipiirille. Karkeasti jaettuna, perusterveydenhuollossa keskitytään hyvän mielenterveyden ylläpitoon ja erikoissairaanhoidossa hoidetaan diagnosoitavat mielenterveyden haasteet. Jos potilaan tilanne vaatii, hänet ohjataan erikoissairaanhoidon piiriin. Ominaista psykiatriselle hoitotyölle onkin työn päivystyksellinen luonne tai melko nopean konsultaation tarve. (Iivanainen ym. 2006, 27; Pirkola ym. 2018.) Esimerkkinä palvelujärjestelmästä toimii tässä opinnäytetyössä Etelä-Karjalan sairaanhoitopiiri (myöhemmin Eksote), jonka alueella toimii Etelä-Karjalan keskussairaalan yhteydessä ympärivuorokautinen mielenterveys- ja päihdepäivystys, johon hakeutuakseen ei tarvitse lähetettä (Eksote a.).

Ensisijaisesti potilaalle pyritään tarjoamaan tilanteeseen nähden riittävät avohoitopalvelut (Iivanainen ym. 2006, 28). Eksoten mielenterveys- ja päihdetyön avohoitopalveluihin kuuluvat terveysasemilla tehtävä mielenterveys- ja päihdetyö, mielenterveyskuntoutuksen palvelut sisältäen päivätoimintaa, tuettua asumista ja erilaisia ryhmätoimintoja, kotiin suuntautuva työ, kuntouttavat yhteisöhoidot ja päihdehoito käsittäen myös katkaisuhoidon, tilapäismajoituksen ja neulojen vaihdon (Eksote b). Lisäksi lääkehoitoyksikkö Kohtaamo keskittyy lääkehoidollisiin palveluihin. Näihin kuuluvat opioidikorvaushoidon toteuttaminen ja polikliininen psykelääkeinjektioiden anto sekä polikliininen tablettilääkkeiden jako. Käyntien yhteydessä arvioidaan myös asiakkaan psyykkistä vointia ja hänet ohjataan tarvittaessa tiiviimmän avohoitokontaktin piiriin tai osastohoidon tarpeen arvioon. (Eksote c.) Psykiatrisia osastoja Eksoten alueella on kaksi aikuispsykiatrian osastoa ja yksi nuorisopsykiatrian viikko-osasto. Aikuisten osastot ovat 14-paikkainen vastaanotto-osasto PS1 ja 13-paikkainen suljettu osasto PS3. Osastohoitoon ei tarvitse lähetettä saavuttaessa mielenterveys- ja päihdepäivystyksen kautta. (Eksote d.)

2.3 Tahdosta riippumaton ja vapaaehtoinen osastohoito

Psykiatrisen osastohoito voi olla joko vapaaehtoisuuteen perustuvaa tai tahdosta riippumatonta. Tahdosta riippumattoman hoidon kriteerit on määritelty mielenterveyslaissa seuraavasti:

Henkilö voidaan määrätä tahdostaan riippumatta psykiatriseen sairaalahoitoon vain:

1) jos hänen todetaan olevan mielisairas;

2) jos hän mielisairautensa vuoksi on hoidon tarpeessa siten, että hoitoon toimittamatta jättäminen olennaisesti pahentaisi hänen mielisairauttaan tai vakavasti vaarantaisi hänen terveyttään tai turvallisuuttaan taikka muiden henkilöiden terveyttä tai turvallisuutta; ja

3) jos mitkään muut mielenterveyspalvelut eivät sovellu käytettäväksi tai ovat riittämättömiä. (Mielenterveyslaki 1116/1990.)

Kaikkien näiden kriteerien täytyy vallita yhtäaikaaisesti. Päätös tahdosta riippumattomasta hoidosta tehdään tarkkailumenettelyn jälkeen ja se voi olla voimassa kerralla enintään

kolme kuukautta. Jos tahdosta riippumattoman hoidon kriteerit täyttyvät yhä päätöksen ollessa loppumassa, voidaan sitä jatkaa uuden tarkkailun jälkeen enintään kuusi kuukautta. (Mielenterveyslaki 1116/1990.)

Tahdosta riippumattomaan hoitoon määrätyn potilaan itsemääräämisoikeutta ja muita perusoikeuksia joudutaan toisinaan hoidon aikana rajoittamaan. Näistä on säädetty mielen-terveyslaissa. Rajoittaminen on mahdollista vain, jos sairauden hoito, potilaan tai muiden turvallisuus tai muuten laissa määritelty tekijä sitä vaatii. Rajoittamisen keinoja ovat liikkumisvapauden rajoittaminen, eristäminen tai sitominen, omaisuuden haltuunotto, omaisuuden ja lähetysten tarkastaminen, henkilöntarkastus ja –katsastus sekä yhteydenpidon rajoittaminen. Rajoituksista päättää aina lääkäri ja ne dokumentoidaan tarkoin. Eristämiset ja sitomis- et tulee ilmoittaa aluehallintovirastolle kahden viikon välein. (Mielenterveyslaki 1116/1990.) Paterson ym. (2003) on todennut väkivaltatilanteiden sairaaloissa liittyvän usein potilaan rajoittamiseen (Repo-Tiihonen ym. 2012).

Psykiatrisilla osastoilla hoidetaan myös vapaaehtoisesti hoidossa olevia potilaita. Huolimatta siitä, että osastot ovat useimmiten tänä päivänä suljettuja, potilailla on mahdollisuus käydä hoitamassa asioitaan tai ulkoilemassa osaston ulkopuolella, ellei heille ole tehty liikkumisvapauden rajoituksen päätöstä. Psykiatrisen osastohoidon tavoite on arvioida potilaan psyykkistä vointia ja tehdä tarvittava, että potilas saadaan palautettua kotikuntoiseksi. Tällä tarkoitetaan sitä, että hän pärjää kotona joko itsenäisesti tai avohoidon turvin. Hoidon keinoina ovat lääkehoito ja keskustelut lääkärin ja muun hoitohenkilökunnan kanssa. Myös moniammatillinen työryhmä on tarvittaessa potilaan apuna. Esimerkiksi sosiaalityöntekijällä on usein oma roolinsa potilaan hoidossa. Potilaan lisäksi voidaan keskustella hänen suostumuksellaan hänen läheistensä kanssa paremman kokonaiskuvan muodostamiseksi ja jatkohoidon suunnittelemiseksi. (Mielenterveystalo b.)

3 Riski ja uhka

Riskianalyysin osia ovat uhkien, vaarojen ja ei-toivottujen tapahtumien tunnistaminen, näiden tapahtumisen todennäköisyyden arviointi sekä tapahtuman seurausten vakavuuden arviointi ja riskin suuruuden ja merkittävyyden määrittäminen. Analyysi on tärkeä, koska riskiä ei voida hallita, ellei sitä tunnisteta ja ymmärretä oikein. Analyysin onnistumiseksi on tarpeen ymmärtää turvallisuuteen liittyviä peruskäsitteitä. Uhkaan liittyy tärkeänä osana vaaran tunnistaminen. Se on abstrakti käsite, joka kuvaa sitä, että vahinkoa aiheuttava vaara ei ole vielä varsinaisesti olemassa, mutta sen ilmaantuminen on mahdollinen. Uhka voi syntyä esimerkiksi yksilön käyttäytymisestä. Vaara on uhkaa konkreettisempi tilanne, jossa on henkilövahingon, terveyden heikentymisen, omaisuusvahingon, ympäristövahingon tai useamman näistä mahdollisuus. Vaaratekijöitä ovat tekijät, jotka voivat aiheuttaa tapaturman, onnettomuuden tai vahingon, vaaratilanteita taas odottamattomat tapahtumat, jotka voivat johtaa onnettomuuteen. (Tikkanen ym. 2007, 16–23.)

Riskienhallintakeinoilla tavoitellaan riskin pienentämistä tai sen poistamista. Tämä onnistuu vaikuttamalla sen osatekijöihin. Riskin merkittävyyden pienentämiseksi pyritään aktiivisesti vähentämään sen toteutumismahdollisuutta ja rajoittamaan seurauksia, joita riskistä toteutuessaan aiheutuu. (Tikkanen ym. 2007, 21.) Esimerkiksi teräaseellisen päälle karkauksen riskiä ja sen merkittävyyttä osasto-olosuhteissa voidaan pienentää tarkistamalla potilaan tavarat vaarallisten esineiden varalta yhteistyössä tämän kanssa sekä ottamalla mahdollisesti löytyneet teräaseet tai neulat pois sekä pitämällä osaston omat saksat, neulat ym. potilaiden saamattomissa. Riskin seurauksia voidaan pienentää henkilökunnan ensiaputai-tojen ylläpidolla sekä ensiapuvälineiden esteettömällä saatavuudella ja toimivalla avun hälytysjärjestelmällä.

4 Uhkatilanteet psykiatrisella osastolla

Hintikan & Saarelan (2003) tilaston mukaan vuonna 2003 on terveyden- / sairaanhoitotyössä väkivaltatyötaturmien esiintyvyys ollut 2,25 tapahtumaa tuhatta työntekijää kohti (Sisäasiainministeriön turvallisuusalan neuvottelukunta 2007, 9). Tämä luku on selvästi kyseisen vuoden keskiarvoa, 0,71/1000, korkeampi. Tehy ry:n tuore tutkimus (2021) osoittaa, että väkivallan riski hoitotyössä on edelleen ajankohtainen. Työuransa aikana vastanneista hoitajista fyysistä väkivaltaa, häirintää tai niiden uhkaa oli kokenut 69 % ja henkistä väkivaltaa oli tehty 71 % vastaajista kohtaan. Psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa vastaavat luvut olivat fyysisen väkivallan osalta 88 % ja henkisen väkivallan 85 %. Tarkasteltaessa kolmen edellisen vuoden kokemuksia psykiatrisista hoitajista fyysistä väkivaltaa tai sen uhkaa oli kokenut 67 % ja henkistä väkivaltaa tai sen uhkaa 73 %. (Aula Research Oy 2021.) Myös maailmanlaajuisesti erilaisissa sairaan- ja terveydenhoidon työtehtävissä riski työväkivallalle on merkittävä: 8–38 % näiden ammattiryhmien edustajista kokee fyysistä väkivaltaa työssään jossain vaiheessa uraansa (WHO). Tiihonen (2004) ja Spector ym. (2014) mainitsevat teoksissaan potilaiden väkivaltaisen käytöksen hoitajia kohtaan olevan yleistä psykiatrisessa hoitotyössä (Puntalo ym. 2019, 11).

On olemassa työn erityispiirteitä, jotka lisäävät väkivallan uhkaa. Näistä erityispiirteistä useita vallitsee psykiatrisessa osastohoitotyössä. Osastolla työskennellään ympäri vuorokauden, eli myös ilta- ja yöaikaan, joka nimetään yhdeksi riskitekijäksi. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2020.) Terveydenhuoltoalan vuorotyöläisistä väkivaltaa oli kohdannut edeltäneen vuoden aikana 58,3 % kun päivätyötä tekevissä vastaava luku oli ollut 25,2 % Aurosen (2018) tutkimuksen mukaan. Työssä tavataan päihtyneitä tai väkivaltaisia asiakkaita ja heidän saattajiaan sekä heitä joudutaan toisinaan rajoittamaan fyysisesti. Väkivallan uhkaa lisää myös lääkkeiden käsittely, joka kuuluu olennaisena osana työhön. Yksilön itsemääräämisoikeuden rajoittaminen ja potilaan oikeuksia koskeva valmistelu ja päätöksenteko on myös nimetty riskitekijäksi. Lisäksi terveydenhuoltoalan potilastyö jo itsessään luokitellaan riskiksi. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2020.) Tämän lisäksi potilaiden sairaudet ovat omiaan kasvattamaan riskiä. Väkivallan riskin voidaan katsoa korostuvan ainakin persoonallisuushäiriöisiä potilaita, skitsofreenikkoja ja päihdetaustaisia potilaita hoidettaessa. (Pitkänen 2003.)

4.1 Aggressio ja väkivalta

Aggressio on kehityksen myötä osa ihmislajia. Sen tarkoitus on suojata sekä yksilöä että lajia. Kuitenkin aggression äärimuoto, fyysinen väkivalta, on haitallista sekä yksilö- että yhteisötasolla. Aggressio voidaan jakaa kahteen muotoon, RADI- ja PIP-aggressioon. Näistä

ensimmäinen, RADI, saa nimityksensä sanoista reactive, affektive, defensive ja impulsive. Tämä muoto esiintyy usein psyykkisissä häiriöissä ja lievittyy usein kyseisen häiriön hoidolla. PIP puolestaan tulee sanoista planned, instrumental ja predatory ja viittaa kylmäveriseen saalistusaggressioon, johon ei ole hoitoa. Tämä aggression muoto liitetään tyypillisesti antisosiaaliseen persoonallisuushäiriöön ja erityisesti psykopatiaan. (Hallikainen & Repo-Tiihonen 2015.)

Väkivallan määritelmiä on useita. Niistä yksi on maailman terveysjärjestö WHO:n määritelmä, jonka mukaan väkivalta käsittää sekä fyysisen voiman käytön että sillä uhkaamisen ja voi kohdistua henkilöön itseensä tai toiseen ihmiseen tai yhteisöön. Määritelmän mukaan väkivallan todennäköinen seuraus on kuolema, fyysinen tai psyykkinen vamma, kehityksen häiriintyminen tai perustarpeiden tyydyttämättä jääminen. (Krug ym. 2002, 5.) Väkivaltaa arvioitaessa tulee huomioida, että se voi olla fyysisen lisäksi myös henkistä. Henkistä väkivaltaa on muun muassa nöyryyttävä kohtelu, kuten haukkuminen tai syyttely, hallintaan pyrkiminen esimerkiksi kiristämällä ja tarkkailu ja toiminnan rajoittaminen (Mieli ry 2021).

4.2 Uhkatilanteiden ennaltaehkäisy

Työturvallisuuslaki velvoittaa työnantajaa ennalta ehkäisemään työntekijän terveyteen kohdistuvia työstä aiheutuvia haittoja. Terveydellä käsitetään sekä sen fyysinen että psyykkinen puoli. Huolehtimisvelvoitteen mukaisesti työnantajan on huolehdittava työntekijän turvallisuudesta ja terveydestä työssä. Tämä vaatii työympäristön, työyhteisön tilan ja työtapojen turvallisuuden seuranta. Työntekijän velvollisuuksiin sen sijaan kuuluu noudattaa saamia ohjeita ja pyrittävä huolehtimaan sekä omasta että työtovereidensa turvallisuudesta ja terveydestä. Työssä, jossa on väkivallan uhkaa, tämä tulee huomioida etukäteen asianmukaisen turvajärjestelmin ja -laittein sekä huolehtimalla avun hälyttämisen mahdollisuudesta. Työpaikalta tulee löytyä myös menettelyohjeet uhkatilanteiden varalta. (Työturvallisuuslaki 2002/738, 1 §, 8 §, 18 § & 27 §.)

Psykoottisuus lisää tutkimusten mukaan valtaväestöön verrattuna väkivaltatekojen riskiä, etenkin jos psykoottinen henkilö käyttää päihteitä, on aiemmin ollut väkivaltainen, on sairautentunnoton tai on aiemmin yrittänyt itsemurhaa. Ennaltaehkäisyllä on tässä tärkeä rooli: tavoitteena on potilaan mahdollisimman oireeton tila ja relapsien tehokas estohoito ensipsykoosista lähtien. Tämän onnistumiseksi on tärkeää saada potilas sitoutumaan psykoosilääkityksen säännölliseen käyttöön. Toisinaan tämä on helpoin toteuttaa pitkäaikaisella injektio- ja lääkekäsittelyllä. Akuuttitilanteessa kuitenkin lääkehoidon pohtimisen sijaan on tärkeää tarkkailla potilaan tilaa ja muistaa se, että potilas voi olla täysin sairautentunnoton ja todella pelokas. Psykoottisen potilaan kanssa kommunikoidessa pyritään välittämään omaa

auttamisen halua sekä löytämään yhdessä potilaan kanssa ratkaisut, joihin tämä voi suostua. Akuuttitilanteen lääkitys on potilasta rauhoittavaa, mutta sen vaikutus ei ole välitön. (Hallikainen & Repo-Tiihonen 2015.)

Jos potilaan on havaittu olevan räjähdysherkkä, häntä ei tulisi tavata yksin (Hallikainen & Repo-Tiihonen 2015; Työturvallisuuskeskus 2020, 13). Tilanteen eskaloituessa tilannetta ei myöskään kannata jäädä selvittämään itsekseen, vaan paeta tilanteesta ja rauhoittaa se yhteistyössä kollegoiden ja tarvittaessa vartijan kanssa. Avun oikea-aikaisuuteen auttaa toimiva ja luotettava hälytysjärjestelmä. (Hallikainen & Repo-Tiihonen 2015.) Tämän turvaamiseksi hälytysjärjestelmän toimivuutta tulee myös testata säännöllisin väliajoin (Työturvallisuuskeskus 2020, 12). Toisinaan kiire aiheuttaa sen, että haastavia potilaita joudutaan hoitamaan yksin. Tämä voi lisätä kohdatun väkivallan riskiä. Tällaisessa tilanteessa voidaan kuitenkin sopia toisen hoitajan käyvän huoneessa kesken hoitotilanteen. (Piispa & Hulkko 2009; Työturvallisuuskeskus 2020, 13.)

4.3 Uhkatilanteiden vaikutukset

Työväkivalta terminä käsittää sekä henkisen että fyysisen väkivallan tai jommankumman uhan sen kohdistuessa työnantajaan tai työntekijään työssään. Työväkivalta voi tapahtua myös vapaa-ajalla, jos tapahtumien katsotaan olevan kiinteissä kytköksissä henkilön tekemään työhön. Työväkivalta voi vaarantaa työntekijän turvallisuuden, terveyden tai hyvinvoinnin joko välittömästi tapahtumahetkellä tai välillisesti. Useimmiten kyseessä on sanallinen uhkailu, vaikka fyysisen koskemattomuuden rikkominen mielletään herkemmin väkivalaksi. Myös fyysinen väkivalta työssä on lisääntynyt viime vuosina. Fyysisten vammojen lisäksi työväkivallan seuraukset voivat olla psyykkisiä: pelkoa, ahdistusta ja stressiä. Työväkivallan seuraukset eivät liity vain väkivallan uhan tai väkivallan kohdanneeseen työntekijään, vaan myös muihin läsnäolleisiin. Seurauksia voi tulla koko työyhteisölle, työnantajalle ja asiakkaille tai potilaille. (Työturvallisuuskeskus 2020, 6–8.) Useimmiten väkivaltatilanteiden kohdalla on potilas (Auronen 2018). Koska uhka- ja väkivaltatilanteiden hallintaan osallistuu usein psykiatrisessa hoitotyössä työryhmä, tulee jälkihoidossa huomioida myös muut läsnäolleet kuin varsinaisesti teon kohteeksi joutunut hoitaja. Tilanteeseen osallistuneet hoitajat voivat pohtia esimerkiksi sitä, miksi tilannetta ei onnistuttu ennaltaehkäisemään tai että tilanne olisi voinut osua heidän omalle kohdalleen. Työväkivalta on äkillinen, traumaattinen kokemus, jossa suurin osa ihmisistä toimii vaistoimensa varassa oppimiensa käyttäytymismallien mukaan. Tilanteen jälkeen tunteet nousevat usein voimakkaina pintaan. Posttraumaattiset stressioireet voivat ilmetä pidemmällä aikavälillä vaikuttaen haitallisesti työntekijän psyykkiseen hyvinvointiin sekä työkykyyn ja työssä viihtymiseen. (Pitkänen 2003.) Väkivallan uhrin ja työryhmän lisäksi työpaikkaväkivallan seuraukset voivat olla ongelmallisia

koko organisaatiolle. Työn teon mielekkyys laskee ja irtisanoutumis- sekä mahdollisesti uudelleen kouluttautumishalu nousevat. Tämä voi aiheuttaa haasteita osaavan työvoiman löytymiseksi tulevaisuudessa. (Auronen 2018.)

Puntalon ym. (2019, 10–18) tutkimuksen mukaan oikeuspsykiatrisen osaston hoitajiin kohdistuneen työväkivallan seuraukset ovat moninaiset. Työväkivalta kuormittaa fyysisesti ja henkisesti sekä vaikuttaa työmotivaatioon ja aiheuttaa pelkoa ja turtumista työtä kohtaan. Hoitosuhteen pitäminen hoidollisena vuorovaikutussuhteena vaikeutuu ja väkivalta aiheuttaa potilaan välttelyä ja varautuneisuutta tätä kohtaan. Kohdattuun väkivaltaan suhtautuminen on kuitenkin ammatillista ja hoitajan käsiteltävä asian potilaan kanssa hoitosuhteen jatkaminen on mahdollista. Myös omaa ammatinvalintaa kyseenalaistetaan työväkivallan kokemisen takia. Työn lisäksi vaikutusten koetaan leviävän myös siviilielämään ja jopa muuttavan työntekijän persoonallisuutta neutraalimpaan suuntaan.

Voimavaroina työväkivaltatilanteessa pidetään työyhteisön tukea, joskin organisaatiolta toivotaan suurempaa panostusta tilanteiden hoidossa. Myös oman fyysisen ja psyykkisen toimintakyvyn ylläpidon merkitystä pidetään suurena tekijänä oikeuspsykiatrisella osastolla työskennellessä. Ennakointi on myös tärkeä osa työtä ja sen turvallisuutta: kokemuksen kautta väkivaltatilanteiden kehittymiseen liittyviä tekijöitä opitaan näkemään ja tilanteiden eskaloitumista voidaan ennaltaehkäistä ja työturvallisuutta parantaa. (Puntalo ym. 2019, 10–18.)

5 Toteutus ja menetelmät

5.1 Kuvaileva kirjallisuuskatsaus menetelmänä

Opinnäytetyön tutkimusmenetelmäksi valittiin kuvaileva kirjallisuuskatsaus. Tämä on yksi käytetyimmistä kirjallisuuskatsauksen tyypeistä. Kyseessä on väljärajainen yleiskatsaus, jossa aineistot ovat laajoja ja tutkimuskysymykset muita kirjallisuuskatsauksen tyyppisiä väljempinä. Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen tavoitteena on tiivistää aiemmin tehtyjä tutkimuksia ja päätyä helppolukaiseen lopputuotokseen. (Salminen 2011.) Menetelmän vaiheet ovat tutkimuskysymyksen muodostaminen, aineiston valitseminen, kuvailun rakentaminen ja tuotetun tuloksen tarkastaminen. Nämä vaiheet eivät etene yksi toisensa jälkeen lineaarisesti, vaan limittyvät jonkin verran päällekkäin. Koko prosessia ohjaa tutkimuskysymys, joka liitetään aluksi osaksi teoreettista tai käsitteellistä viitekehystä. (Kangasniemi ym. 2013, 292–294.)

5.2 Aineiston keruu

Aineistoa haettiin LAB Primo-tiedekirjaston lisäksi Arto-, Medic-, Melinda-, Ebsco-Cinahl- ja PubMed-tietokannoista. Aineisto rajattiin korkeintaan kymmenen vuotta vanhaan aineistoon, jonka kokoteksti on saatavilla ilmaiseksi. Kyseessä tuli olla tieteellinen julkaisu. Julkaisun kieleksi rajattiin suomi tai englanti. Aineiston sisäänotto- ja poissulkukriteerit on esitetty taulukossa 1.

Sisäänottokriteerit	Poissulkukriteerit
Julkaisuvuosi 2012–2022	Julkaisuvuosi 2011 tai aiempi
Ilmainen kokoteksti	Maksullinen artikkeli
Tieteellinen julkaisu	Mielipidekirjoitus, opinnäytetyö
Suomen- tai englanninkielinen julkaisu	Julkaisukieli muu kuin suomi tai englanti
Otsikon ja tiivistelmän mukaan valittu	Tiivistelmän perusteella poissuljettu

Taulukko 1. Sisäänotto- ja poissulkukriteerit

Aineiston hakuprosessi tehtiin systemaattisesti, samoilla hakutermeillä eri tietokannoista hakien. Tämän tarkoituksena oli saada katsauksesta luotettava. Koko hakuprosessin ajan hakujen tuloksia peilattiin tutkimuskysymyksiin ja valitun aineiston tuli vastata johonkin

niistä. Sekä aineiston hakuprosessi (taulukko 2) että valittu aineisto (liite 1) dokumentoitiin tarkasti.

Tieto- kanta	Hakusana tai - lause	Ra- jaukset	Haku- tulok- set	Otsikon mukaan valittu	Abstraktin mukaan va- littu	Hyväk- sytty ai- neistoon
Arto	vaara* AND psyk* osasto*	2012– 2022	2	0	0	0
	väkivalta* AND psyk* osasto*	2012– 2022-	2	0	0	0
Medic	vaara* AND psyk* osasto*	2012– 2022	270	14	3	2
	väkivalta* AND psyk* osasto*	2012– 2022	72	4	2	1
	riski* AND psyk* osasto*	2012– 2022	354	4	0	0
	aggre* AND psyk* osasto*	2012– 2022	45	2	0	0
	uhka* AND psyk* hoitot*	2012– 2022	44	2	0	0
	haipro* AND psyk* osasto*	2012– 2022	4	2	0	0
Melinda	vaara? AND psyk? osasto?	2012– 2022	1	0	0	0
	väkivalta? AND psyk? osasto?	2012– 2022	3	2	0	0
LAB Primo	vaara* AND psyk* osasto*	2012– 2022	24	2	1	1
	väkivalta* AND psyk* osasto	2012– 2022	10	2	0	0
Ebsco- Cinahl	violence AND psychiatric ward	2012– 2022	19	8	5	2
PubMed	violence AND psychiatric ward	2012– 2022	114	15	7	6
Yh- teensä			964	57	18	12

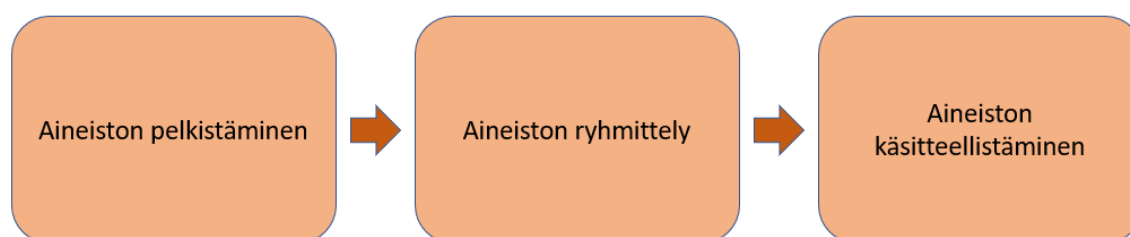
Taulukko 2. Aineiston haku- ja valintaprosessi

Aineistoa karsittiin ensin otsikon ja tämän jälkeen tiivistelmän perusteella. Aineiston analyysi tehtiin osin limittäin aineiston haun kanssa. Tämän perusteella aineistoon valittiin 12 tieteellistä tutkimusta (liite 1), joita luettiin huolellisesti. Ennen aineiston syvempää lukemista, valittuja tutkimuksia oli 18. Näin ollen kuusi tiivistelmän perusteella sopivaa artikkelia valikoitui pois aineistosta peilatessa koko tekstiä tutkimuskysymyksiin. Artikkeleista kolme löydettiin Medic-tietokannasta, yksi LAB Primosta, kaksi Ebsco-Cinahlista ja kuusi PubMedista. Tutkimusartikkeleista viisi on suomalaisia ja loput ovat kansainvälisiä tutkimuksia.

5.3 Aineiston analysointi

Opinnäytetyön aineisto analysoitiin sisällönanalyysia käyttäen. Tämä on yleisesti hoitotieteessä käytössä oleva analyysimenetelmä, joka mahdollistaa analysoitavan aineiston systemaattisen ja objektiivisen käsittelyn. Menetelmässä tutkittava ilmiö esitetään tiivistetyssä muodossa ja sitä käsitteellistetään. Analyysi voi olla induktiivista, eli aineistolähtöistä tai deduktiivista, eli perustua aikaisempaan tietoon perustuvaan luokittelurunkoon. Tämän opinnäytetyön sisällönanalyysi on induktiivista. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 3–12.)

Induktiivisen analyysin pääpaino on aineistossa ja sitä tehdään etenemällä yksityiskohdista kohti yleisempiä väitteitä. Aineistoa pelkistetään, ryhmitellään ja muodostetaan yleiskäsitteiden avulla kuvaus tutkittavasta asiasta (kuvio 1). Aineistolähtöisyydessä tärkeää on pysytellä aineistossa, pystyä unohtamaan ennakkokäsitykset sekä pitäytyä järjestelmällisessä työskentelyssä. Induktiiviseen sisällönanalyysiin kuuluu myös tutkijan omien toimien reflektointi, sekä tutkimuksen luotettavuuden arviointi niin, että lukija on tietoinen sekä tutkimuksen taustoista että sen aikana tehdyistä valinnoista. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 3–12; Saarinen-Kauppinen & Puusniekka 2006.)



Kuvio 1. Induktiivisen sisällönanalyysin vaiheet (Kyngäs & Vanhanen 1999, 3–12 mukaan)

Aineiston pelkistäminen aloitettiin keräämällä aineistosta tutkimuskysymyksiin vastaavat kohdat erilliseen Word-asiakirjaan. Mukaan otettiin vain tutkimuksen kannalta olennainen

tieto, joka säilytettiin sisällöltään alkuperäisenä. Seuraavaksi tekstit pelkistettiin ja pelkistetyt ilmaukset ryhmiteltiin. Ryhmittelyssä keskityttiin aineiston samankaltaisuuksiin ja eroavaisuuksiin sekä muodostettiin kokonaisuuksia, luokkia. Tätä kautta aineisto tiivistyi ja sitä pystyttiin nimeämään sisältölähtöisesti. Alakategorioille nimettiin yläkategorioita (taulukko 3). Käsitteellistämistä jatketaan, kunnes se ei ole enää sisällön kannalta järkevää (Kyngäs & Vanhanen 1999, 3–12).

Pelkistetyt alkuperäisilmaukset	Alakategoria	Yläkategoria
Hoitajia oli purtu Hoitajia oli lyöty Hoitajia oli potkittu Hoitajia oli poltettu savukkeella Hoitajia kohti oli syljetty Hoitajia oli raavittu	Fyysinen väkivalta	Hoitajiin kohdistuva väkivalta
Hoitajia oli uhkailtu Hoitajia oli haukuttu	Henkinen väkivalta	
Hoitajia oli pyritty kosketteluun seksuaalisesti Hoitajille oli puhuttu seksuaalissävyytteisesti Hoitajia oli yritetty raiskata	Seksuaalinen väkivalta	

Taulukko 3. Esimerkki aineiston analyysistä

Kun aineisto oli tiivistetty ja kategorisoitu, aloitettiin tulosten purkaminen alakategorioiden ja pelkistettyjen ilmausten avulla. Tarkoituksena oli päätyä tutkittavaa ilmiötä kuvaavaan, helppolukaiseen lopputulokseen kuvailevalle kirjallisuuskatsaukselle ominaiseen tapaan.

6 Tulokset

6.1 Uhkatilanteet

Psykiatrisella osastolla tapahtuu useaan eri kohteeseen kohdistuvaa väkivaltaa: se voi kohdistua henkilökuntaan, muihin potilaisiin, potilaiden omaisiin, materiaan tai olla tekijään itseensä kohdistuvaa (Leskinen 2016; Pelto-Piri ym. 2020; Weltens ym. 2021). Hoitajiin kohdistuvasta väkivallasta puhutaan työpaikkaväkivaltana. Tämä käsite sisältää minkä tahansa fyysisen tai henkisen väkivallan, jota henkilö kohtaa työhönsä liittyvissä olosuhteissa. Hoitajista suurempi osa oli kokenut sanallista väkivaltaa (62,3 %) kuin fyysistä väkivaltaa (60,4 %). Seksuaalista väkivaltaa oli kokenut pieni vähemmistö (2,6 %) hoitajista. (Kobayashi ym. 2020.) Sanallisen väkivallan vaikutukset olivat hyvin samanlaisia kuin fyysisen (Nguluwe ym. 2014).

Fyysisen väkivallan tyypit olivat moninaiset. Hoitajat olivat kokeneet työssään lyömistä, potkimista, puremista, tönimistä, raapimista ja sylkemistä. Lisäksi hoitajia oli poltettu savukkeella. (Nguluwe ym. 2014; Lantta ym. 2016.) Vakavimmat väkivallan teot kohdistuvat kasvoihin, päähän tai kaulan alueelle tai ovat runsasta väkivaltaa torson alueelle. Näille teoille yhteistä on usein yllätyksellisyys. Yllättävien tilanteiden lisäksi vakavia väkivallan tekoja oli tapahtunut jonkin verran myös injektion antamisen tai kiinnipidon yhteydessä. Toisinaan väkivaltaan on liittynyt myös erilaisten astaloiden käyttö, joka on tehnyt tilanteista erityisen vaarallisia. Astaloita ovat olleet muun muassa ruokailutilanteissa käytetyt veitset sekä mitkä vain löytyneet lasiset tai terävät esineet. (Pelto-Piri ym. 2020.)

Sanallinen väkivalta oli tyypillisesti uhkailua tai haukkumista. Hoitajat kokivat myös tappouhkauksia, jotka kohdistuivat joko hoitajaan itseensä tai tämän läheisiin tai jopa lemmikkieläimiin. (Lantta ym. 2016; Pelto-Piri ym. 2020.) Seksuaalinen väkivalta oli sekä sanallista että fyysistä aina raiskausyhteyksiin saakka (Nguluwe ym. 2014).

Työpaikkaväkivallan tekijänä oli useimmiten potilas (84,2 %). Myös potilaiden omaisten kuvattiin syyllistyneen väkivaltaan (4,2 %). Kollegoiden (13,2 %) tai esimiehen (12,5 %) osuus työpaikkaväkivallan tekijöinä esitettiin myös yhdessä tutkimuksessa. (Kobayashi ym. 2020.)

Väkivallan kohdistuessa potilaaseen, se oli useimmiten (62,9 %) toisen potilaan aiheuttama ja sen fyysiset seuraukset olivat yleensä lieviä tai niitä ei ollut ollenkaan (yhteensä 87,8 %). Väkivallan seurauksena olo oli kuitenkin jossakin tapauksissa uhattu ja pelokas. Yleisin potilaiden välinen väkivaltatapahtuma oli lyöminen, joka tapahtui osaston yleisissä tiloissa kuten päiväsalissa tai osaston käytävällä. Muita väkivallan muotoja olivat töniminen, esi-neellä heittäminen tai lyöminen, potkiminen, raapiminen, repiminen, toisen potilaan päälle ajaminen rollaattorilla, kuristaminen, seksuaalinen häirintä ja pureminen. Myös tappeluita ja

tapon yrityksiä oli raportoitu. Sanallinen uhkailu johtui usein esimerkiksi potilaiden välisen kaupankäynnin seurauksena syntyneistä veloista. (Lantta ym. 2016; Leskinen 2016.) Pelto-Piri ym. (2020) tuo tutkimuksessaan ilmi myös potilaiden omaisiin kohdistunutta väkivaltaa.

Potilaisiin kohdistuvasta väkivallasta 32,9 % on potilaan itsensä tekemää joko itsensä vahingoittamistarkoituksessa tai itsetuhoisista syistä. Tällöin fyysinen haitta oli vakava tai kohtalainen lähes 20 % tapauksista. Yleisin itsensä vahingoittamistapa oli pään hakkaaminen seinään ja tapahtumapaikka potilashuone. Vakavimman haitan aiheutti sen sijaan viiltely. Muita tapoja, joilla potilaat vahingoittivat itseään, oli tavaroiden tai esineiden hakkaaminen, repiminen, raapiminen, vaarallisten esineiden tai aineiden nauttiminen, sanallinen uhkaaminen, kuristaminen, hirttäytyminen, esineellä heittäminen tai lyöminen, pureminen, itsensä lyöminen, potkiminen, hukuttautuminen ja polttaminen. (Leskinen 2016.) Aktiivisen väkivallan lisäksi potilas voi pyrkiä vahingoittamaan itseään myös syömästä tai juomasta kieltäytymällä (Bowers ym. 2016).

Psykiatrisilla osastoilla tapahtui myös osaston rakenteisiin ja muuhun materiaan kohdistuvaa väkivaltaa. Tästä esimerkkeinä ovat ikkunoiden rikkominen, ovien tai kokonaisten huoneiden tuhoaminen, kukkaruukkujen heittäminen ja tv:n hajottaminen. (Lantta ym. 2016; Pelto-Piri ym. 2020; Weltens ym. 2021.)

6.2 Uhkatilanteiden syyt

Kysyttäessä, mistä uhkatilanteet johtuvat, hoitajien ja potilaiden näkemykset erosivat toisistaan huomattavasti. Hoitajien käsityksen mukaan väkivaltaan johtivat useimmiten akuutit psyykkiset ongelmat. Potilaat puolestaan kuvasivat ihmisten välisten ongelmien ajavan heitä väkivaltatilanteisiin. (Lantta ym. 2016) Potilaiden mukaan aggressiivisuuteen vaikuttivat lisäksi useat ulkoiset tekijät kuten tilojen epähygieenisuus, korkea melutaso tai ruuan huono laatu tai liian niukka määrä. Yksityisyyden puute, ahtaus ja luottamuksellisten tietojen käsittelyyn liittyvät epäilykset lisäsivät myös potilaiden mielestä väkivallan uhkaa. Rajojen asettaminen saatettiin myös kokea epäreiluksi ja niistä viestiminen puutteelliseksi, joka aiheutti vihamielisyyttä. (Weltens ym. 2021.)

Useat väkivallalle altistavat tekijät liittyivät potilaaseen ja tämän sairauteen. Vakava, akuutti mielenterveyden häiriö, etenkin jos potilas oli sairautentunnoton, oli väkivallalle altistava tekijä. Psykoottisuus, kaksisuuntainen mielialahäiriö, vakava ahdistuneisuus, kehitysvammainen ja persoonallisuushäiriö tulivat ilmi tiloina, jotka saattoivat osaltaan liittyä väkivaltaiseen käytökseen. Psyykkiseen sairauteen liittyvät itsetuhoiset ajatukset, seuraamisen kokemus ja erilaiset harhaluulot lisäsivät myös aggressiivisuuden todennäköisyyttä. (Pelto-

Piri ym. 2020; Weltens ym. 2021.) Myös päihteidenkäytön yleensä sekä ajantasaisen päihetyksen ja aiemman aggressiivisen käytöksen katsottiin kasvattavan väkivallan mahdollisuutta (Leskinen 2016; Pelto-Piri ym. 2020; Weltens ym. 2021). Vihainen, surullinen tai levoton potilas oli muita todennäköisemmin aggressiivinen (Weltens ym. 2021).

Väkivalta oli yleisempää hoidon alussa. Aggressiivisilla potilailla antipsykoottisen lääkityksen määrä oli usein vähäinen hoitoon tullessa. Myös ensimmäisten osastolla vietettyjen öiden unen määrän todettiin korreloivan aggressiivisuuden kanssa. Vähäinen uni kasvatti aggressiivisuuden riskiä. Muita riskitekijöitä olivat vastentahtoisessa hoidossa oleminen ja potilaan elämässä olevat ulkoiset stressitekijät kuten taloushuolet. (Weltens ym. 2021). Yhteisen kielen puute ja muun maan kansalaisen taustaan liittyvät tekijät lisäsivät sekä väärinymmärryksen että aggression riskiä (Pelto-Piri ym. 2020).

Väkivallan uhkaa lisäsivät potilaisiin liittyvien tekijöiden lisäksi myös henkilöstöseikat. Nuoremmat hoitajat kohtasivat aggressiota vanhempia kollegoitaan useammin. Myös tilapäinen, huonosti perehdytetty ja kouluttamaton henkilökunta oli verraten usein uhan kohteena. Usein väkivaltatilanteeseen joutunut hoitaja oli miessukupuolinen. (Pekurinen 2018; Weltens ym. 2021.)

Vuorovaikutuksen laadulla potilaiden ja hoitajien välillä on merkitystä uhkatilanteiden synnyssä. Huono vuorovaikutus, kommunikoinnin ongelmat, empatian ja kunnioituksen puute sekä yhteisen päätöksenteon puute johtivat aggressioon. (Leskinen 2016; Weltens ym. 2021.) Näiden lisäksi uhkatilanteille altistivat myös riittämätön henkilöstömäärä, ylityö, väsymys, tyytymättömyys työhön, hoitajien yhteistyön haasteet ja tyytymättömyys työhön (Weltens ym. 2021).

Osaston tyyppi vaikutti väkivaltatilanteiden määrään. Akuuteilla ja suljetuilla osastoilla uhkatilanteita oli enemmän kuin kuntoutusosastoilla. (Leskinen 2016; Itzhaki ym. 2018; Dickens ym. 2020; Kobayashi ym. 2020; Weltens ym. 2021.) Riskitekijöitä olivat myös ylitäytetyt osastot, kiire, struktuurien puute, yksityisyyden puute ja suuret osastot (Lantta ym. 2016; Dickens ym. 2020; Weltens ym. 2021). Suurin osa tapauksista tapahtui käytävillä tai muualla yleisissä tiloissa (Leskinen 2016; Weltens ym. 2021). Kriittisimpiä hetkiä olivat vuorovaihdot ja kiireiset hetket (Pelto-Piri ym. 2020).

Aggressioon johtaneita tapahtumia olivat esimerkiksi rajoittaminen, kuten liikkumisvapauden tai yhteydenpidon rajoitus. Etenkin rajoitusten epäjohtonmukaisuus ja lupauksen toteuttamatta jättäminen lisäsi uhkatilanteiden riskiä. Myös tylsistyminen, huonot uutiset, ja ei-toivotut päätökset saattoivat johtaa väkivaltatilanteeseen. (Lantta 2016; Lantta ym. 2016; Pelto-Piri ym. 2020; Weltens ym. 2021.)

6.3 Ennaltaehkäisy

Väkivaltatilanteiden ennaltaehkäisyn onnistuessa vammat vähenevät, potilaiden kokemus hoidosta paranee ja hoitajien työaika vapautuu positiivisempaan ja hoidollisempaan toimintaan. Tästä puolestaan seuraa hoitosuhteiden paranemista. Myös pakkotoimien määrä laskee konfliktien vähetessä. (Bowers ym. 2016.) Konfliktien ennaltaehkäisyn kannalta yksi tärkeä tekijä oli hoitajien usko siihen, että niiden määrään voidaan vaikuttaa. Hoitajat, jotka uskovat väkivaltatilanteiden olevan ennaltaehkäistävissä, joutuivat niihin muita harvemmin. (Weltens ym. 2021.)

Avainasemassa uhkatilanteiden ennaltaehkäisyssä oli hoitajien ja potilaiden välinen suhde. Potilaiden hyvä tunteminen ja voinnin aktiivinen seuranta sekä potilaan lääkityksen arviointi auttoi tunnistamaan aggressiivisuuden ennusmerkkejä. Henkilökunnan kokemus helpotti tehtävää. (Leskinen 2016; Puntalo ym. 2019.) Varoitusmerkkejä olivat muun muassa huutaminen, äänensävy, eleet, liian lähelle tuleminen, levottomuus ja ilme (Lantta 2016; Lantta ym. 2016). Lantta ym. (2016) kuvasivat potilaan aggression uhkaa vähentävän myös suoraan väkivaltaisista ajatuksista kysymisen potilaalta ja mahdollisen väkivallan seurauksista keskustelun hänen kanssaan. Psykoedukaatio ja terapeuttinen keskustelu koettiin myös hyödylliseksi (Leskinen 2016). Valmiiksi aggressiivisen potilaan ärsyttämistä välttämällä oli mahdollista selvittää tilanteesta ilman varsinaista konfliktia (Pelto-Piri ym. 2020). Vuorovaikutuksen laadulla sekä potilaiden ja henkilökunnan että lääkärin ja hoitajien välillä ja hoitajien läsnäololla potilaiden saatavilla oli oma merkityksensä tilanteiden ennaltaehkäisyssä (Lantta 2016; Lantta ym. 2016; Leskinen 2016).

Osa suojaavista tekijöistä liittyi kiinteästi henkilökuntaan ja organisaatiotekijöihin. Tiimin hyvä toiminta ja ryhmätyöskentely sekä tiedonkulun toimivuus auttoivat uhkatilanteiden hallinnassa. Myös koulutuksen ja hyvän johtamisen merkitys oli mainittava. (Lantta 2016; Lantta ym. 2016; Pelto-Piri ym. 2020; Weltens ym. 2021.)

Vaaranpaikkoja tunnistamalla voidaan välttää uhkien toteutuminen. Esimerkiksi potilaaseen kohdistuvat rajoitustoimet voivat provosoida väkivaltaa, toisaalta ne toimivat ennaltaehkäisyinä oikein ajoitettuina (Lantta 2016; Leskinen 2016). Tarvittavan lääkityksen oikealla käytöllä voidaan hillitä väkivaltaa (Bowers ym. 2016). Osaston rakenteisiin liitettiin vaaratekijöitä. Katvepaikat koettiin riskinä. Ylipaikoille täytetty osasto oli riskitekijä uhkatilanteille. Huonejärjestelyissä yhden hengen huoneiden suosiminen ja tarvittaessa potilashuoneiden uudelleen järjestelyt potilaiden välisten kahausten vuoksi sekä osastosiirrot tilanteen vaatiessa olivat käyttökelpoisia keinoja konfliktien välttämiseksi. Osastolle saapuvien potilaiden ja heidän vieraidensa tavaroiden tarkistaminen todettiin hyödylliseksi vakavien uhkien ennaltaehkäisyssä. (Lantta ym. 2016; Leskinen 2016.)

Osastotyön turvallisuuden lisäämiseksi on kehitetty erilaisia työkaluja, jotka voivat perustua esimerkiksi potilaiden aggressiivisuuden tai voimien arviointiin, lyhyen aikavälin riskien arviointiin ja hyvään tiedonkulkuun (Bowers ym. 2016; Lantta ym. 2016). Yksi esimerkki mallista, josta on tutkittu olevan hyötyä uhkien ennaltaehkäisyssä, on Safewards. Tämä malli käsittää kymmenen eri interventiota sisältäen muun muassa puheella rauhoittamista, yhteisten odotusten tuntemista ja erilaisia rauhoittumismenetelmiä. (Bowers ym. 2016; Dickens ym. 2020.) Eräs malli, jolla voidaan pyrkiä tunnistamaan väkivaltainen potilas ja sitä kautta ennaltaehkäisemään uhkaa, on Dynamic Appraisal of Situational Aggression, DASA. DASA perustuu potilaiden väkivaltariskin arviointiin vuorokohtaisesti tai päivittäin edellisen 24 tunnin ajalta tätä varten suunniteltua lomaketta käyttäen. Tällöin potilaiden käytöstä tarkkailtiin ja arvioitiin yksityiskohtaisesti ja kommunikaatio aiheesta potilaiden kanssa kasvoi. Myös kirjaaminen ja tätä kautta tiedonkulku parani tämän ansiosta. (Lantta 2016.)

6.4 Uhkatilanteiden seuraukset

Väkivaltatilanteen seurauksena potilas saatetaan joutua eristämään. Tämä lisää työmäärää osastolla aiheuttaen stressaavaa ilmapiiriä. Väkivaltaisen potilaan hoito sitoo muutenkin normaalia suuremman määrän hoitajia yhden potilaan hoitoon. (Lantta 2016; Lantta ym. 2016; Puntalo ym. 2019.) Vaikka potilaiden hoitamisen on jatkuttava, hoitosuhteen jatkaminen väkivaltaisen konfliktin jälkeen potilaan kanssa todettiin haastavaksi. Tilanne saattoi aiheuttaa varautunutta käytöstä ja potilaan välttelyä. Asian käsittelyn jälkeen hoitosuhteet kuitenkin jatkuivat. (Puntalo ym. 2019; Peltö-Piri ym. 2020.) Uhkatilanteiden koettiin heikentävän sekä hoidon laatua, että vaikuttavan negatiivisesti myös hoitajien vapaa-aikaan (Lantta 2016; Lantta ym. 2016; Itzhaki ym. 2018; Puntalo ym. 2019). Peltö-Pirin ym. (2020) tutkimuksesta selviää, että negatiivisin vaikutus hoitajien hyvinvointiin oli tappouhkauksilla, koskivat ne sitten hoitajaa itseään tai tämän läheisiä.

Uhkatilanteet vaikuttivat hoitajien hyvinvointia laskevasti (Lantta 2016; Lantta ym. 2016; Puntalo ym. 2019). Seuraukset olivat moninaiset. Osa niistä oli fyysisiä, osa psyykkisiä ja osa henkisiä tai emotionaalisia. Fyysisten vammojen ohella terveyden ylläpidon haasteet liittyivät toteutuneisiin uhkatilanteisiin. Myös henkilökohtaisen omaisuuden, kuten silmälasien, hajoaminen oli mahdollista. Lisäksi tilanteista aiheutui sairauslomaa ja -kuluja sekä toisinaan myös oikeudenkäyntikuluja. (Lantta ym. 2016; Puntalo ym. 2019; Peltö-Piri ym. 2020.)

Väkivaltatilanteista seurasi hoitajille uniongelmia ja psyykkistä ahdistusta (Pekurinen 2018; Puntalo ym. 2019; Peltö-Piri ym. 2020). Nämä olivat kuitenkin Pekurisen (2018) tutkimuksen mukaan psykiatrisilla hoitajilla vähäisempiä kuin konfliktitilanteita kokeneilla somatiikkaan suuntautuneilla hoitajilla. Useissa tutkimuksissa oli kuvattu yhtäläisesti runsaasti psyykkisiä

oireita, joita hoitajat olivat kohdanneet uhkatilanteiden jälkeen. Näitä olivat posttraumaattiset oireet, pelko, työperäinen stressi, ahdistus, syyllisten etsiminen itsestä ja muista, viha, masennus, epävarmuus, emotionaalinen uupumus, itsemurha-ajatukset ja häpeän tunne. (Nguluve ym. 2014; Lantta ym. 2016; Itzhaki ym. 2018; Puntalo ym. 2019; Kobayashi ym. 2020; Pelto-Piri ym. 2020; Weltens ym. 2021.) Väkivalta lisäsi työuupumuksen sairastumisen riskiä (Itzhaki ym. 2018; Kobayashi ym. 2020; Pelto-Piri ym. 2020). Tapausten jälkeen hoitajat olivat myös aiempaa enemmän varuillaan ja kyseenalaistivat omia toimintatapojaan (Puntalo ym. 2019; Pelto-Piri ym. 2020). Puntalon ym. (2019) ja Lantan ym. (2016) mukaan tapaukset vaikuttivat myös hoitajien persoonaan ja aiheuttivat kyynistymistä.

Työpaikkaväkivalta nähtiin pitkäkestoisena, kasaantuvana stressitekijänä, jonka seurauksia olivat heikentynyt tyytyväisyys työtä kohtaan, lisääntynyt halu lähteä organisaatiosta ja heikentynyt terveyteen liittyvä elämänlaatu (Kobayashi ym. 2020). Hoitajista osa oli turtunut aggressioon sen oltua läsnä työssä. Osa taas koki sen stressaavana, jolloin myös mielenkiinto työtä kohtaan aleni. Tästä syystä osa hoitajista kyseenalaisti työpaikan- tai ammattinvalintansa. Joissain tapauksissa työpisteitä vaihdettiin koetun väkivallan takia. (Nguluve ym. 2014; Puntalo ym. 2019; Pelto-Piri ym. 2020.)

Tapahtuneet konfliktit heikensivät osaston yleistä ilmapiiriä (Lantta ym. 2016) ja saivat hoitajat kyseenalaistamaan työturvallisuutta (Puntalo ym. 2019). Pelto-Piri ym. (2020) kuvaa tutkimuksessaan väkivaltatapahtumien kaksijakoisuutta suhteessa henkilöstön luottamukseen työryhmään. Toisaalta tilanteen eskaloituminen saattaa laskea luottamusta, toisaalta taas tilanteen hyvä hoitaminen nostaa sitä ja sitoo työryhmää entistä paremmin yhteen. Kollegoiden tukea kuvattiin tärkeäksi osaksi tilanteiden jälkipuintia. Lisäksi tilanteiden käsittelyä paransivat koulutukset aiheesta, työnohjaukset, esimieheltä saatu tuki ja riittävä jälkipuinti. Eniten tyytymättömyyttä aiheutti johdolta saatu tuki ja organisaation ristiriitainen tapa hoitaa asioita. (Puntalo ym. 2019; Pelto-Piri ym. 2020.)

7 Pohdinta

7.1 Tulosten arviointi ja johtopäätökset

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, millaisia uhkatilanteita psykiatrisella osastolla ilmenee. Lisäksi työssä kuvattiin, kuinka niihin oli varauduttu ja millaisia toteutuneiden uhkien seuraukset olivat. Tutkimuskysymykset muodostettiin näitä tarkoituseriä ajatellen ja ne ohjasivat työskentelyä aineiston hausta ja analyysistä tulosten auki kirjoittamiseen saakka.

Opinnäytetyön tulokset kuvastavat väkivaltatilanteiden monimuotoisuutta psykiatrisella osastolla. Osastotyössä koettiin sekä henkistä, fyysistä että seksuaalista väkivaltaa (Nguluwe ym. 2014; Lantta ym. 2016; Peltö-Piri ym. 2020). Myös Mieli ry (2021) muistuttaa fyysisen väkivallan lisäksi väkivallan henkisestä aspektista. Maailman terveysjärjestö WHO puolestaan kuvaa väkivaltaa fyysisen toiminnan lisäksi sillä uhkaamisena tai muuna toimintana, joka vaarantaa henkilön perustarpeiden täyttymisen. Väkivallan tekijänä psykiatrisella osastolla oli usein potilas, mutta myös tämän saattaja tai omainen tai organisaation sisäinen henkilö, kuten väkivallan uhrin kollega tai esimies (Kobayashi ym. 2020). Väkivalta ei aina kohdistunut henkilöstöön, vaan se saattoi olla myös omaan itseen, toiseen potilaaseen tai ympäröivään materiaan kohdistuvaa. (Leskinen 2016; Peltö-Piri ym. 2020; Weltens ym. 2021).

Väkivaltaan varautumista käsiteltiin opinnäytetyössä siihen johtaneiden syiden ja sen ennaltaehkäisyä kautta. Työturvallisuuslaki määrittää työnantajan velvollisuudesta poistaa tai minimoida työntekijän terveyttä uhkaavia seikkoja työympäristöstä sekä työntekijän velvollisuudesta noudattaa työnantajan antamia ohjeita (Työturvallisuuslaki 2002/738). Uhkatilanteiden syntyyn johtaneet tekijät poikkesivat toisistaan selvitettäessä hoitohenkilökunnan ja potilaiden näkemyksiä. Hoitajat nimesivät syyksi usein potilaan akuutin psyykkisen tilan, potilaat sen sijaan mainitsivat tilanteiden johtuvan ihmisten välisistä ongelmista ja osastojen ulkoisista tekijöistä. (Lantta ym. 2016; Weltens ym. 2021.) Psykoottisuus oli yksi psyykkisistä tiloista, joiden tiedettiin lisäävän väkivallan riskiä (Hallikainen & Repo-Tiihonen 2015; Peltö-Piri ym. 2020; Weltens ym. 2021). Useat tahot ovat maininneet päihtymyksen huomionarvoiseksi tekijäksi väkivallan uhkaa arvioitaessa (Leskinen 2016; Peltö-Piri ym. 2020; Sosiaali- ja terveysministeriö 2020; Weltens ym. 2021). Henkilöstöseikat ja vuorovaikutus olivat myös osatekijöitä riskien arvioinnissa (Leskinen 2016; Pekurinen 2018; Weltens ym. 2021). Väkivaltatilanteiden ennaltaehkäisyksi merkittävässä asemassa oli hoitajien ja potilaiden väliset suhteet ja vuorovaikutus. Myös potilaan tunteminen oli tärkeää. (Leskinen 2016; Puntalo ym. 2019.) Uhkaavat tilanteet syntyivät usein joko potilaslähtöisesti tai osastotekijöihin liittyvistä syistä (Lantta ym. 2016; Leskinen 2016).

Opinnäytetyön tulokset osoittavat, että väkivaltilanteiden seuraukset kohdistuivat hoitajien lisäksi potilaaseen, osaston ilmapiiriin ja toimintaan sekä organisaatioon. Hoitajiin kohdistuneet seuraukset olivat fyysisiä, psyykkisiä ja emotionaalisia. Myös henkilökohtaisen omaisuuden hajoaminen mainittiin. (Lantta ym. 2016; Puntalo ym. 2019; Pelto-Piri ym. 2020; Työturvallisuuskeskus 2020.) Potilas puolestaan saattoi joutua väkivallan hillitsemiseksi pakkotoimien kohteeksi ja väkivallalla oli toisinaan väliaikaisia vaikutuksia hänen hoitosuhteeseensa (Lantta 2016; Lantta ym. 2016; Puntalo ym. 2019; Pelto-Piri ym. 2020.) Lantta ym. 2016 kuvaa tapahtumien huonontaneen osaston yleistä ilmapiiriä. Organisaatioon ja alaan liittyvät työväkivallan merkitykset on huomioitu kansainvälisesti useassa eri tutkimuksessa. Väkivallan kohtaaminen saa usein kyseenalaistamaan ammatinvalinnan ja miettimään uudelleen kouluttautumista. Myös rekrytointi vaikeutuu väkivallan arkipäiväistyessä alalla. (Nguluve ym. 2014; Auronen 2018; Puntalo ym. 2019; Kobayashi ym. 2020; Pelto-Piri ym. 2020.)

7.2 Eettisyys, luotettavuus ja jatkotutkimusehdotukset

Opinnäytetyö tehtiin hyvää tieteellistä käytäntöä noudattaen. Tämän mukaisiin toimintatapoihin kuuluvat rehellisyys ja huolellisuus jokaisessa tutkimuksen vaiheessa. Tämä edellyttää soveltuvien tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmien käyttöä. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta.) Opinnäytetyö toteutettiin kuvailevana kirjallisuuskatsauksena. Tiedonhankinnassa hyödynnettiin elektronisia tietokantoja, joihin LAB-ammattikorkeakoulun opiskelijoilla on käyttöoikeus. Aineistonhaussa keskityttiin haun kattavuuteen ja järjestelmällisyyteen sekä peilattiin tuloksia tutkimuskysymyksiin. Aineistolle oli myös ennalta määritetty sisäänotto- ja poissulkukriteerit (taulukko 1), joita noudatettiin. Aineiston haku- ja valintaprosessi (taulukko 2) dokumentoitiin tarkasti, jolloin se on mahdollista toistaa. Aineisto on myös esitelty opinnäytetyön liitteenä (liite 1), jotta lukija voi tutustua siihen. Tämä lisää opinnäytetyön avoimuutta ja luotettavuutta. Aineisto analysoitiin induktiivista sisällönanalyysia käyttäen. Tämä on hoitotieteessä yleisesti käytetty analyysimenetelmä (Kyngäs & Vanhanen 1999, 3–12). Opinnäytetyöhön on sisällytetty esimerkkitaulukko sisällönanalyysista (taulukko 3). Tällä pyritään osoittamaan sisällönanalyysin luotettavuutta.

Opinnäytetyötä tehdessä on kunnioitettu muiden tutkijoiden työtä. Alkuperäistutkimuksiin viitattiin ja lähteet merkittiin LAB-ammattikorkeakoulun opinnäytetyön ohjeen mukaan. Opinnäytetyö kirjoitettiin omin sanoin välttämättä plagiointia ja suorat lainaukset merkittiin selkeästi.

Opinnäytetyötä on tehty suunnitelmallisesti, järjestelmällisesti ja vastuullisesti. Sen luotettavuutta mahdollisesti heikentävä tekijä on kuitenkin yksintyöskentely. Koska opinnäytetyö on tehty yksin, alkuperäistutkimusten laatua on ollut arvioimassa vain yksi henkilö. Myös

opinnäytetyön aineiston englanninkielisyys voi heikentää osaltaan opinnäytetyön luotettavuutta, koska opinnäytetyön tekijän äidinkieli ei ole englanti. Toisaalta taas kansainvälisten tutkimuksien käyttö opinnäytetyön aineistona lisää sen luotettavuutta. Koska opinnäytetyö on toteutettu kirjallisuuskatsauksena, tutkimuslupia ei ole tarvittu.

Tutkimuksessa selvisi hoitajien kohtaaman väkivallan moninaisuus sekä sen henkisten ja fyysisten vaikutusten vakavuus. Työpaikkaväkivallan vaikutusten vakavuudesta huolimatta organisaation ja työnjohdon tukea tilanteessa pidettiin jopa niin riittämättömänä, että tilanteista ei aina raportoitu, tai siihen suhtauduttiin ristiriitaisesti. Jatkotutkimuksena olisi hyödyllistä selvittää, millaisia toimenpiteitä työn johdolta tai organisaatiolta toivotaan uhkatilanteen jälkeen ja kuinka suuri vaikutus hoitajien työhyvinvointiin olisi paremmalla tilanteiden jälkihoidolla.

Lähteet

Aula Research Oy. 2021. Selvitys väkivallasta sote-alalla. Tulospaketti. Tehy ry. Viitattu 20.2.2022. Saatavissa: https://www.tehy.fi/system/files/mfiles/muu_dokumentti/tehy_n_ky-sely_vakivallasta_sote-alalla_2021_paatulokset_id_17211.pdf

Auronen, J. 2018. Työpaikkaväkivalta ja työn lopettamishalut terveydenhuoltoalalla. Viitattu 21.2.2022. Saatavissa: https://osuva.uwasa.fi/bitstream/handle/10024/2494/osuva_7971.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Bowers, L., James, K., Qvirik, A., Simpson, A., Sugar, Steward, D. & Hodsoll, J. 2015. Reducing conflict and containment rates on acute psychiatric wards: The Safewards cluster randomised controlled trial. International journal of Nursing Studies Vol. 52 No. 9. Viitattu 20.2.2022. Saatavissa: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26166187/>

Dickens, G., Tabvuma, T., Frost, S. & SWSLHD Safewards Steering Group. 2020. Safewards: Changes in conflict, containment, and violence prevention climate during implementation. International Journal of Mental Health Nursing 29(6). Viitattu 20.2.2022. Saatavissa: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/inm.12762>

Eksote a. Etelä-Karjalan sairaanhoitopiiri. Mielenterveys- ja päihdepäivystys. Viitattu 19.1.2022. Saatavissa: <https://www.eksote.fi/terveyspalvelut/paivystys/mielenterveys-ja-paihdepaivystys/Sivut/default.aspx>

Eksote b. Etelä-Karjalan sairaanhoitopiiri. Mielenterveys- ja päihdepalvelut. Viitattu 19.1.2022. Saatavissa: <https://www.eksote.fi/toimipisteet/mielenterveys-ja-paihdepalvelut/Sivut/default.aspx>

Eksote c. Etelä-Karjalan sairaanhoitopiiri. Lääkehoitoyksillä Kohtaamo. Viitattu 19.1.2022. Saatavissa: <https://www.eksote.fi/toimipisteet/mielenterveys-ja-paihdepalvelut/koh-taamo/Sivut/default.aspx>

Eksote d. Etelä-Karjalan sairaanhoitopiiri. Osastohoito. Viitattu 31.1.2022. Saatavissa: <https://www.eksote.fi/toimipisteet/mielenterveys-ja-paihdepalvelut/osastohoito/Sivut/default.aspx>

Hallikainen, T. & Repo-Tiihonen, E. 2015. Psykoottisen potilaan aggressio - ehkäisy ja hoito. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 31.1.2022. Saatavissa: <https://www.duodecim-lehti.fi/duo12375>

Huttunen, M. 2017. Mielenterveyden häiriöt. Lääkkeet mielen hoidossa. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 9.12.2021. Saatavissa: <https://www.terveyskirjasto.fi/lam00002>

Iivanainen, A., Jauhiainen, M. & Pikkarainen, P. 2006. Sairauksien hoitaminen terveyttä edistäen. Helsinki: Tammi.

Itzhaki, M., Bluvstein, I., Bortz, A., Kostistky, H., Noy, D., Filshtinsky, V. & Theilla, M. 2018. Mental health nurse's exposure to workplace violence leads to job stress, which leads to reduced professional quality of life. *Front Psychiatry* 9:59. Viitattu 20.2.2022. Saatavissa: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29535652/>

Kangasniemi, M., Utriainen, K., Ahonen, S., Pietilä, A., Jääskeläinen, P. & Liikanen, E. 2013. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsennettyyn tietoon. *Hoitotiede* vol. 25 nro 4. Viitattu 3.2.2022. Saatavissa: [file:///home/chronos/u-cf98f7a5475d4221c343f967fda767aad982b66a/MyFiles/Downloads/Kangasniemi%20ym%202013%20Kuvaileva%20kirjallisuuskatsaus%20\(1\).pdf](file:///home/chronos/u-cf98f7a5475d4221c343f967fda767aad982b66a/MyFiles/Downloads/Kangasniemi%20ym%202013%20Kuvaileva%20kirjallisuuskatsaus%20(1).pdf)

Kobayashi, Y., Oe, M., Ishida, T., Matsuoka, M., Chiba, H. & Uchimura, N. 2020. Workplace violence and its effects on burnout and secondary traumatic stress among mental healthcare nurses in Japan. *International Journal of environmental research and public health* 17(8). Viitattu 20.2.2022. Saatavissa: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7215457/>

Krug, E., Dahlberg, L., Mercy, J., Zvi, A. & Lozano, R. 2002. World report on violence and health. Geneva: World health organization. Viitattu 1.2.2022. Saatavissa: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42495/9241545615_eng.pdf

Kuntatyöntäjä -lehti. 2020. Työhyvinvointiin tartuttava yhdessä. Viitattu 20.2.2022. Saatavissa: <https://www.kt.fi/uutiset-ja-tiedotteet/2020/tyohyvinvointiin-tartuttava-yhdessa>

Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. *Hoitotiede* vol.11, no.1. Viitattu 13.2.2022. Saatavissa: https://peda.net/jyu/okl/ko/kl/djm/demo-3/materiaalit/kvsa:file/download/cbc6d1571e180d91eb814eb851a5f912ad27a870/Kyngas_Vanhanen_Sisallon_analyysi.pdf

Lantta, T. 2016. Evidence-based violence risk assessment in psychiatric inpatient care: an implementation study. Turun yliopiston julkaisuja. Painosalama Oy: Turku. Viitattu 20.2.2022. Saatavissa: <https://www.utupub.fi/bitstream/handle/10024/125695/Annales%20D%201255%20Lantta%20DISS.pdf?sequence=2&isAllowed=y>

Lantta, T., Anttila, M., Kontio, R., Adams, C. & Välimäki, M. 2016. Violent events, ward climate and ideas for violence prevention among nurses in psychiatric wards: a focus group study. *International Journal of Mental Health Systems* 10:27. Viitattu 20.2.2022. Saatavissa: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4820948/>

- Leskinen, M. 2016. Potilaisiin kohdistuvat väkivaltatilanteet oikeuspsykiatrisessa sairaalahoidossa. HaiPro-aineiston analyysi. Itä-Suomen yliopisto. Viitattu 20.2.2022. Saatavissa: https://erepo.uef.fi/bitstream/handle/123456789/17534/urn_nbn_fi_uef-20170104.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Mielenterveyslaki 1116/1990. Viitattu 21.1.2022. Saatavissa: <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116#L2>
- Mielenterveystalo. Tietoa sairaalahoidosta. Viitattu 25.1.2022. Saatavissa: https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/itsehoito-ja-oppaat/oppaat/omaiset/Pages/tieto_sairalaahoidosta.aspx#hoidon_sis%C3%A4lt%C3%B6
- Mieli ry. 2019. Animaatio: Mitä mielenterveys on?. Viitattu 9.12.2021. Saatavissa: <https://mieli.fi/materiaalit-ja-koulutukset/materiaalit/animaatio-mita-mielenterveys-on/>
- Mieli ry. 2021. Henkinen väkivalta satuttaa sisältä päin. Viitattu 2.2.2022. Saatavissa: <https://mieli.fi/vaikea-elamantilanne/vakivalta/henkinen-vakivalta-satuttaa-sisaltapain/>
- Ngulube, B., Havenga, Y. & Sengane, M. 2014. Violence experienced by nurses working in acute care psychiatric wards at a Gauteng hospital. Africa Journal of nursing & midwifery 16(1). Viitattu 20.2.2022. Saatavissa: https://www.researchgate.net/publication/273145387_Violence_experienced_by_nurses_working_in_acute_care_psychiatric_wards_at_a_Gauteng_Hospital
- Pekkarinen, L. 2018. Kevan tutkimuksia 1/2018. Julkisen alan työhyvinvointi 2018. Viitattu 20.2.2022. Saatavissa: <https://www.keva.fi/globalassets/2-tiedostot/ta-tiedostot/esitteet-ja-julkaisut/tutkimusraportti-julkisen-alan-tyohyvinvointi-vuonna-2018.pdf>
- Pekurinen, V. 2018. Factors that expose nurses to patient aggression in psychiatric and non-psychiatric settings. Turun yliopiston julkaisuja. Turku: Grano Oy. Viitattu 20.2.2022. Saatavissa: <https://www.utupub.fi/bitstream/handle/10024/146346/AnnalesD1401Pekurinen.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Pelto-Piri, V., Warg, L. & Kjellin, L. 2020. Violence and aggression in psychiatric inpatient care in Sweden: a critical incident technique analysis of staff descriptions. BMC health services research 20:362. Viitattu 20.2.2022. Saatavissa: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-020-05239-w>
- Piispa, M. & Hulkko, L. 2009. Työväkivalta on yleistä terveys- ja sosiaalialojen ammattiteissa. Tilastokeskuksen hyvinvointikatsaus 3/2009. Viitattu 2.2.2022. Saatavissa: https://www.stat.fi/artikkelit/2009/art_2009-09-30_002.html?s=0

Pirkola, S., Holi, M., Kekki, T., Tiihonen, E. & Alanen, H-M. 2018. Psykiatria. Hoidon saataavuus ja yhtenäiset hoidon kriteerit. Viitattu 21.1.2022. Saatavissa: <https://stm.fi/documents/1271139/9765270/Aikuispsykiatrian+yhten%C3%A4iset+hoidon+perusteet+muistio.pdf/2b90e960-13da-422c-92c9-7bb424d06cc9/Aikuispsykiatrian+yhten%C3%A4iset+hoidon+perusteet+muistio.pdf>

Pitkänen, A. 2003. Potilaiden hoitajiin kohdistama väkivalta psykiatrisessa hoitotyössä. Pro Gradu-tutkielma. Viitattu 2.2.2022. Saatavissa: <https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/90604/gradu00243.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Puntalo, P., Paavilainen, E., Aho, A-L., Palonen M. & Kylmä J. 2019. Hoitajien kokemuksia potilaiden heihin kohdistamasta väkivallasta oikeuspsykiatrisella osastolla. Tutkiva hoitotyö 17(3).

Repo-Tiihonen, E., Putkonen, A. & Tuppurainen, H. 2012. Potilaan rajoittaminen psykiatrisessa sairaalahoidossa. Viitattu 1.2.2020. Saatavissa: <https://www.duodecimlehti.fi/duo10637>

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. Aineisto- ja teorialähtöisyys. KvaliMOTV – menetelmäopetuksen tietovaranto. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Viitattu 13.2.2020. Saatavissa: https://www.fsd.tuni.fi/menetelmaopetus/kvali/L2_3_2_3.html

Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyypeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Viitattu 3.2.2022. Saatavissa: https://osuva.uwasa.fi/bitstream/handle/10024/7961/isbn_978-952-476-349-3.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Sisäasiainministeriön turvallisuusalan neuvottelukunta. 2007. Palvelutyöpisteiden turvallisuussuunnitteluopas. Sähköinfo Oy.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2020. Työsuojeluvalvonnan ohjeita 1/2020. Fyysisen väkivallan ja sen uhan valvonta. Viitattu 20.2.2022. Saatavissa: <https://www.tyosuojelu.fi/documents/14660/198601/Fyysisen+v%C3%A4kivallan+ja+sen+uhan+valvonta/e97b4ea9-d470-4060-b5b3-4f77a94e23ea>

Tehy. 2021. Tehyn laaja kysely: Hoitajien kohtaama väkivalta arkipäivää, neljäsnes saanut tappouhkauksen. Viitattu 20.2.2022. Saatavissa: <https://www.tehy.fi/fi/mediatiedote/tehy-laaja-kysely-hoitajien-kohtaama-vakivalta-arkipaivaa-neljannes-saanut>

Tikkanen, S., Aapio, L., Kaarnalehto, A., Kammonen, L., Laitinen, J., Mikkonen, J. & Pisto, M. 2007. Ammattina turvallisuus. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Turun yliopisto. 2021. Tutkimus selvittää Apotin hyödyntämistä hoitajien kohtaaman väkivallan riskinhallintaan. Mediatiedote. Viitattu 20.2.2022. Saatavissa: <https://www.utu.fi/fi/ajankohtaista/mediatiedote/tutkimus-selvittaa-apotin-hyodyntamista-hoitajien-kohtaaman-vakivallan>

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2021. Hyvä tieteellinen käytäntö (HTK). Viitattu 21.2.2022. Saatavissa: <https://tenk.fi/fi/tiedetilppi/hyva-tieteellinen-kaytanto-htk>

Työturvallisuuskeskus. 2020. Väkivalta pois työpaikalta. Viitattu 20.2.2022. Saatavissa: <https://ttk.fi/files/7173/Vakivalta-pois-tyopaikalta.pdf>

Työturvallisuuslaki 2002/738. Viitattu 22.2.2022. Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2002/20020738#L1P1>

Weltens, I., Bak, M., Verhagen, S., Vanderberk, E., Domen, P., van Amelsvoort, T. & Druker, M. 2021. Aggression on the psychiatric ward: Prevalence and risk factors. A systematic review of the literature. PLoS One 16(10). Viitattu 20.2.2022. Saatavissa: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0258346>

WHO. Preventing violence against health workers. Viitattu 1.2.2022. Saatavissa: <https://www.who.int/activities/preventing-violence-against-health-workers>

Liite 1. Aineistoon valittu tutkimusmateriaali

Tekijä(t), vuosi ja maa	Otsikko ja julkaisu	Tarkoitus ja toteutus- tustapa	Keskeiset tulokset
Bowers, L., James, K., Qvirk, A., Simpson, A., Sugar, Ste-ward, D. & Hodsoll J. 2015, Iso-Britannia	Reducing conflict and containment rates on acute psychiatric wards: The Safewards cluster randomised controlled rial, International journal of Nursing Studies Vol. 52 No. 9	Safewards-mallin avulla on tunnistettu kymmenen tapaa vähentää turvallisuutta uhkaavien tekijöiden esiintymistiheyttä. Tutkimuksen tarkoituksena oli testata näiden keinojen tehokkuutta. Satunnaistettu kontrolloitu tutkimus.	Konfliktitapahtumien määrä laski Safewards-mallin avulla 15 % ja pakkokeinojen määrä 26,4 %. Henkilökunnan ja potilaiden välistä suhdetta parantamalla voidaan vähentää konfliktien esiintymistiheyttä ja pakkotoimia.
Dickens, G., Tabvuma, T., Frost, S. & SWSLHD Safewards Steering Group 2020, Iso-Britannia / Australia	Safewards: Changes in conflict, containment, and violence prevention climate during implementation, International Journal of Mental Health Nursing 29(6)	Mitata muutoksia Safewards-mallin käyttöönoton jälkeen väkivaltatilanteiden ja eristämisten määrässä. Pitkittäistutkimus	Väkivalta- ja eristystilanteet vähenivät Safewards-malliin käyttöönoton jälkeen.
Itzhaki, M., Bluvstein, I., Bortz, A., Kostistky, H., Noy, D., Filshtinsky, V. & Theilla, M. 2018, Israel	Mental health nurse's exposure to workplace violence leads to job stress, which leads to reduced professional quality of life, Front Psychiatry 9:59	Selvittää ammatillisen elämänlaadun suhdetta työstressiin ja väkivallalle altistumiseen. Kyselytutkimus	Mielenterveyshuollon työntekijät altistuivat usein työväkivallalle. Heidän ammatillista elämänlaatuun heikensi kuitenkin enemmän työstressi kuin väkivalta.
Kobayashi, Y., Oe, M., Ishida, T., Matsuoka, M., Chiba, H. & Uchimura, N. 2020, Japani	Workplace violence and it's effects on burnout and secondary traumatic stress among mental healthcare nurses in Japan, International Journal of environmental research and public health 17(8)	Selvittää työpaikkaväkivallan esiintyvyyttä, sen ominaispiirteitä ja sen ja loppuun palamisen tai posttraumaattisen stressireaktion yhteyttä mielenterveyshoitajien keskuudessa. Kyselypohjainen poikkileikkaustutkimus	Ammatilla ja työuupumuksella oli merkittävä yhteys työpaikkaväkivaltaan. Posttraumaattinen stressi ei liittynyt työpaikkaväkivaltaan. Työpaikkaväkivalta voi olla pitkäkestoinen, kumulatiivinen stressitekijä.
Lantta, T. 2016, Suomi	Evidence-based violence risk assessment in psychiatric	Edistää näyttöön perustuvaa väkivallan riskienarviointia	Väkivallan ennaltaehkäisemisen ja hallitsemisen kehittämistarve havaittiin.

	inpatient care: an implementation study, Turun yliopiston julkaisuja	psykiatrisessa sairaalahoitossa. Implementointitutkimus	Tulokset toivat tietoa siitä, millaisia haasteita väkivallan riskienarviointimenetelmien käytäntöön viemisessä on työympäristössä. Menetelmä koettiin käytännössä ristiriitaisesti eivätkä asetetut kriteerit menetelmän käyttökelpoisuuden osalta täytyneet täysin.
Lantta, T., Anttila, M., Kontio, R., Adams, C. & Välimäki, M. 2016, Suomi	Violent events, ward climate and ideas for violence prevention among nurses in psychiatric wards: a focus group study, International Journal of Mental Health Systems 10:27	Selvittää sairaanhoitajien kokemuksia psykiatristen osastojen väkivalta tapahtumista, kiinnittää huomiota osastojen ilmapiiriin ja tarkastella keinoja väkivallan vähentämiseksi. Kohderyhmätutkimus	Väkivaltatilanteisiin kuului varomerkkejä ja riskitilanteita, jotka autoivat ennakkoimaan niitä. Osastokuormituksen kasvaessa liian suureksi, sairaanhoitajien hyvinvointi heikkeni. Hoitajien ja potilaiden välistä vuorovaikutusta lisäämällä uhkailanteita voitiin ehkäistä.
Leskinen, M. 2016, Suomi	Potilaisiin kohdistuvat väkivaltatilanteet oikeuspsykiatrisessa sairaalahoitossa. HaiPro-aineiston analyysi, Itä-Suomen yliopisto	Selvittää oikeuspsykiatriin potilaisiin kohdistuvan väkivallan määrää ja laatua sairaalahoitajan aikana sekä väkivallan seurauksia ja tilanteiden ennaltaehkäisyn mahdollisuuksia. Aineiston analyysi	Potilaaseen kohdistuneet väkivaltatilanteet olivat sekä toisen potilaan aiheuttamia (62,9 %) että itsensä vahingoittamistilanteita (32,9 %). Yleensä tilanteista ei luokiteltu aiheutuneen potilaalle haittaa tai aiheutunut haitta oli lievä. Vakavammaksi haitta oli kuvattu itsensä vahingoittamiseksi tehdyissä teoissa. Ennaltaehkäisyn keinoina oli mainittu mm. psykoedukaatio, uusien toimintamallien opettaminen, tilanteiden ennakointi ja vierihoito.
Nguluve, B., Havenga, Y. & Sengane, M. 2014, Etelä-Afrikka	Violence experienced by nurses working in acute care psychiatric wards at a Gauteng hospital, Africa Journal of nursing & midwifery 16(1)	Lisätä ymmärrystä sairaanhoitajien kokemasta väkivalta akuuttipsykiatrisella osastolla. Laadullinen tutkimus.	Sairaanhoitajien kokema väkivalta oli ollut henkistä, fyysistä ja seksuaalista. Sairaanhoitajien mielen terveyden edistämiseksi väkivallan ehkäisyyn ja väkivaltatilanteiden jälkihoidon on panostettava.
Pekurinen, V. 2018, Suomi	Factors that expose nurses to patient aggression in psychiatric and	Kuvata hoitajien yksilöllisiä, työpaikan ihmissuhteisiin ja	Potilaan aggressiivinen käyttäytyminen terveydenhuollossa on monimutkai-

	non-psychiatric settings, Turun yliopiston julkaisuja	työympäristöön liittyviä tekijöitä, jotka altistavat hoitajia potilaan aggressiiviselle käyttäytymiselle. Havainnointitutkimus	nen asia. Hyvä työympäristö voi tukea tilanteiden ennaltaehkäisyä. Tutkimuksen tulosten varmistamiseksi tarvitaan lisätutkimuksia.
Pelto-Piri, V., Warg, L. & Kjellin, L. 2020, Ruotsi	Violence and aggression in psychiatric inpatient care in Sweden: a critical incident technique analysis of staff descriptions, BMC health services research 20:362	Selvittää väkivaltaiseen käytökseen johtaneita tekijöitä ja henkilökunnan toimia väkivaltilanteessa sekä sen jälkeen. Kyselytutkimus	Väkivalta on ollut sekä sanallista uhkailua, tappouhkauksia että fyysistä väkivaltaa. Tilanteiden käsittely vaatii aktiivisia keinoja kuten pakkotoimia ja potilaiden osastolta poistoa. Vaikutukset henkilökuntaan olivat lähinnä emotionaalisia ja psyykkisiä. Väkivaltilanteiden jälkeen potilaiden hoitoa jatkettiin. Kollegoilta saatiin tukea tilanteessa, esimiehiltä tukea kuvattiin saadun harvemmin.
Puntalo, P., Paavilainen, E., Aho, A., Palonen, M. & Kylmä, J. 2019, Suomi	Hoitajien kokemuksia potilaiden heihin kohdistamasta väkivallasta oikeuspsykiatrisella osastolla, Tutkiva hoitotyö 17(3)	Kuvata hoitajien kokemuksia heihin kohdistuneesta väkivallasta oikeuspsykiatrisella osastolla. Laadullinen tutkimus	Hoitajiin kohdistuvaa väkivaltaa ei tule sallia psykiatrisessa hoitotyössä. Työturvallisuutta tulee kehittää. Tämän onnistumiseksi tulee huomioida hoitohenkilökunnan näkemykset.
Weltens, I., Bak, M., Verhagen, S., Vanderberk, E., Domen, P., van Amelsvoort, T. & Drukker, M. 2021, Alankomaat	Aggression on the psychiatric ward: Prevalence and risk factors. A systematic review of the literature, PLoS One 16(10)	Katsauksen tarkoitus oli käsitellä tekijöitä, jotka vaikuttavat aggressiivisuuden kehittymiseen psykiatrisilla osastoilla. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus	Aggressiivisen käytöksen selittävät tekijät jakautuivat potilas-, henkilökunta- ja osaston struktuuriin liittyviin tekijöihin. Potilaaseen itseensä liittyivät mm. psykoottisuus ja päihitteiden käyttö. Työntekijöitä aggression kohteeksi altisti esimerkiksi henkilökunnan tilapäisyys tai tyytymättömyys työhön. Osaston rakenteisiin liittyvät altistavat tekijät olivat mm. kiireeseen, vuorokausirytmin puutteeseen tai yksityisyyden puutteeseen liittyviä.