

**Hoitajien kokema väkivalta ja väkivaltaa ehkäisevät turvallisuus- ja
varotoimet**



Ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyö

Sairaanhoitaja (AMK)

Syksy 2022

Sami Mustonen, Sami Virtanen

Sairaanhoitaja

Tekijä Sami Mustonen, Sami Virtanen

Työn nimi Hoitajien kokema väkivalta ja väkivaltaa ehkäisevät turvallisuus- ja varotoimet

Ohjaaja Paula Vikberg-Aaltonen

Tiivistelmä

Vuosi 2022

Opinnäytetyön tavoitteena oli kerätä tietoa siitä, kuinka paljon ja kuinka usein hoitajat Kanta-Hämeen keskussairaalassa kohtaavat väkivaltaa tai sen uhkaa työssään. Lisäksi haluttiin selvittää, kuinka tehokkaina hoitajat pitivät voimassa olevia väkivaltaa ehkäiseviä turvallisuus- ja varotoimia, sekä mitä osapuolia turvallisuuden edistämiseksi heidän mielestään tulisi parantaa. Opinnäytetyön tilaajana toimi Kanta-Hämeen keskussairaala.

Opinnäytetyön teoriaosuus koostuu väkivallan määrittelystä, sen vaikutuksista sekä käsitellään väkivallan ehkäisyä sekä väkivaltilanteiden purkamista ja ehkäisytoimien kehittämistä. Opinnäytetyö on tyypiltään tutkimuksellinen. Opinnäytetyö toteutettiin kvantitatiivisena tutkimuksena. Tutkimuksessa selvitettiin väkivallan tai sen uhan esiintymistä vuodeosastoilla ja päivystyksessä, kuinka hyvin hoitajat tuntevat oman osastonsa käytössä olevat turvallisuus- ja varotoimet sekä miten näitä voitaisiin hoitajien mielestä kehittää.

Hoitajille suunnattuun kyselyyn saatiin lopulta 96 vastausta. Kysely toteutettiin verkkolomakkeella ja se on tyypiltään puolistrukturoitu. Avoimet vastaukset pelkistettiin ja ryhmiteltiin, jonka jälkeen ne esitettiin teemoittain. Numeeriset vastaukset käsiteltiin Webropol-työkalulla ja Exceliin muodostetulla havainnointimatriisilla.

Tutkimuksessa selvisi, että suurin osa vastaajista kokee potilaan tekemää henkistä ja fyysistä väkivaltaa kuukausittain. Omaisten tekemää henkistä väkivaltaa koettiin muutamia kertoja vuodessa ja fyysistä väkivaltaa kohdattiin harvoin ja nämä tapaukset keskittyivät päivystykseen. Vastanneista puolet ovat käyneet työnantajan vaatimat turvallisuuskoulutukset, osa ei ole käynyt minkäänlaisessa koulutuksessa. Vastanneet kokivat työympäristönsä kohtuullisen turvalliseksi ja väkivalta harvemmin johtaa työkyvyn laskuun. Suurin osa vastaajista tekee väkivaltilanteesta HaiPron sekä ilmoittaa siitä esimiehelleen. Valitettavasti kolme neljästä ei ole ilmoituksen jälkeen nähnyt parannuksia työympäristön turvallisuudessa. Kolme kohtaa turvallisuudesta, jotka vaativat vastaajien mielestä parantamista, ovat perehdytys ja työnohjaus, väkivallan ehkäisyyn kohdennettu koulutus sekä väkivaltariskien tunnistaminen.

Avainsanat Hoitotyö, väkivalta, työterveys, turvallisuus, ehkäisy

Sivut 42 sivua ja liitteitä 7 sivua

Degree Programme in nursing

Author Sami Mustonen, Sami Virtanen

Subject Violence Experienced by Caregivers, and Safety and Precautions to Prevent Violence

Supervisors Paula Vikberg-Aaltonen

Abstract

Year 2022

The thesis was aimed to collect information on how much and how often the nurses at Kanta-Häme Central Hospital encounter violence. We wanted to find out how effective the safety and precautions to prevent violence in place were, as well as which parts should be improved to promote safety. Kanta-Häme Central Hospital was the client of the thesis.

The theory part of the thesis consists of the definition of violence, its effects, and prevention, as well as the resolution of violent situations and the development of prevention measures. A quantitative study was conducted in the thesis. The study investigated the occurrence of violence or the threat of it in inpatient wards and in the emergency room, how well the nurses know the safety and precautions in use in their department, and how, in the nurses' opinion, these could be improved.

96 responses to the survey were received. The survey was implemented using an online form and is semi-structured in type. The open-ended answers were reduced and grouped, after which they were presented by theme. The numerical answers were processed with the Webropol tool, and an observation matrix was created in Excel.

The survey revealed that the majority of respondents experienced mental and physical violence perpetrated by a patient monthly. Emotional violence by family members was experienced a few times a year. Physical violence by family members was rarely encountered and these cases were concentrated in the emergency room. Half of the respondents have attended the safety training required by the employer; some have not attended any kind of training at all. The respondents perceived their work environment to be reasonably safe and violence rarely lead to a decreased ability to work. Most of the respondents submitted a HaiPro and reported the violent situation to their supervisor. Sadly, three out of four did not see improvements in the safety of the work environment. Based on the survey, the three points on security that need the most improvement in the respondents' opinion are orientation and job counseling, targeted training for violence prevention, and identification of violence risks.

Keywords Nursing, violence, occupational health, safety and security, prevention

Pages 42 pages and appendices 7 pages

1	Johdanto	1
2	Hoitajien kohtaama väkivalta	2
2.1	Väkivallan muotoja.....	3
2.2	Väkivaltaa koskeva lainsäädäntö	3
3	Työpaikkaväkivallan vaikutukset ja väkivallan ehkäiseminen	4
3.1	Väkivallan tai sen uhan vaikutukset työhyvinvointiin.....	5
3.2	Työturvallisuus ja työpaikkaväkivallan ehkäisy.....	6
4	Väkivaltilanteiden tarkastelu ja ehkäisytöimien kehittäminen	8
4.1	Defusing ja debriefing	9
5	Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimustehtävät	10
6	Tutkimuksen toteuttaminen	11
6.1	Kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä	11
6.2	Tutkimuskyselyn laatiminen	12
6.3	Tutkimusaineiston hankinta ja aineiston analysointi	13
7	Tutkimustulokset ja niiden tarkastelu	13
7.1	Tulokset vastaajan sukupuolen mukaan.....	19
7.2	Tulokset vastaajien työkokemuksen mukaan.....	25
7.3	Tulokset vastaajien osaston mukaan	32
8	Yhteenveto tuloksista	38
9	Pohdinta	40
	Lähteet.....	42

Liitteet

Liite 1	Saatekirje
Liite 2	Tutkimuskysely
Liite 3	Aineistohallintasuunnitelma

1 Johdanto

Hoitoalalla hoitajien kohtaama väkivalta on valitettava tosiasia. Sosiaali-, terveys- ja kasvatusalan ammattiliiton Tehyn tekemän tutkimuksen mukaan noin 70 % Tehyn kyselyyn vastanneista oli kokenut väkivallan uhkaa tai väkivaltaa työssään. Väkivaltaa kokenut hoitoalan työntekijä jää valitettavasti joskus väkivaltakokemuksensa kanssa yksin, sillä 40 % Tehyn kyselyyn vastanneista ilmoitti, ettei väkivallan jälkeen tapahtunut minkäänlaisia jatkotoimenpiteitä työnantajantaholta. (Martikainen, 2021)

Opinnäytetyön aiheena on hoitajien kokema fyysinen ja henkinen väkivalta hoitotyössä ja hoitajien kokeman väkivallan kartoittaminen. Hoitajat voivat kokea väkivaltaa esimerkiksi potilaiden, potilaiden omaisten tai potilaiden saattajien kautta. Opinnäytetyö rakentuu tarkasteluun hoitajien kokemasta väkivallasta, tutkimuksen tarkoituksesta ja tutkimustehtävistä sekä tutkimuksen toteuttamisesta. Työn lopussa tarkastellaan ja analysoidaan tutkimuksen tuloksia sekä luodaan johtopäätös ja pohditaan omia oppimiskokemuksia. Yleiskuvauksessa käydään läpi hoitajien kohtaamia väkivallan muotoja sekä väkivaltaa koskevaa lainsäädäntöä, tarkastellaan väkivallan vaikutuksia työhyvinvointiin ja työturvallisuuteen sekä mietitään jo olemassa olevia työkaluja väkivaltatilanteiden raportointiin ja jälkipuintiin.

Väkivaltaa hoitoalalla on tutkittu toistuvasti vuosien aikana. Kyselytutkimuksien perusteella hoitoalan henkilökunnan kokema väkivalta on lisääntynyt vuosien aikana. Vuonna 2009 tilastokeskuksen kyselyssä terveyden ja sairaanhoitotyön 32 000 vastaajasta alle 20 % oli kokenut väkivaltaa 12 kuukauden aikana. Terveyden ja hyvinvointilaitoksen THL:n (2018) toteuttama tutkimus, joka keskittyi laitoshoitoon ja kotihoitoon. Kyselyn 1916 vastaajasta 80 % oli kokenut väkivaltaa viimeisen 12 kuukauden aikana. Tehyn (2021) teettämän kyselyn mukaan 69 % kyselyyn vastanneista oli kokenut väkivaltaa työuransa aikana, kyselyyn vastasi 4023 Tehyn jäsentä.

Opinnäytetyön tarkoituksena on valaista hoitajien kokemaa tilannetta väkivallan suhteen. Kyselyn vastaukset antavat työnantajalle tilannekuvan hoitajien tilanteesta. Kanta-Hämeen

sairaanhoidopiirin työsuojelupiiri kiinnostui opinnäytetyöstä, sillä Kanta-Hämeen keskussairaalan työsuojelupiiri voi käyttää kyselyn tuloksia arvioidessaan hoitajien työoloja. Myös turvallisuuspäällikkö voi käyttää kyselyn tuloksia arvioidessaan turvallisuuden suhteen tehtäviä toimenpiteitä.

2 Hoitajien kohtaama väkivalta

Tehyn tekemän kyselytutkimuksen mukaan 70 % Tehyn jäsenistä on kohdannut väkivaltaa tai sen uhkaa työuransa aikana. Alle 35-vuotiaista kyselyyn osallistuneista 84 % oli kokenut väkivaltaa työuransa aikana. Erikoissairaanhoidossa väkivaltaa on kohdannut 74 % päivystyksen ja kuntoutuksen työntekijöistä, 76 % teho- ja vuodeosastojen työntekijöistä, 80 % ensihoidon työntekijöistä, 88 % psykiatrian työntekijöistä ja 92 % valvontaosastojen työntekijöistä. Tehyn tutkimuksessa paneuduttiin myös väkivallan muotoihin. Kyselyyn vastanneista 73 % oli kohdannut fyysistä väkivaltaa, aseellisen väkivallan kohteeksi oli joutunut yhteensä 12 % vastaajista. Fyysinen väkivalta piti kyselyssä sisällään lyömisen, potkimisen, tavaroilla heittäminen ja sylkemisen. Kyselyssä väkivallan tekijäksi ilmoitettiin yleisimmin hoidettavana oleva potilas. (Tehy, 2021)

Henkistä väkivaltaa oli kokenut työurallaan 71 % kyselyyn vastanneista. Henkisen väkivallan suurimmat muodot olivat uhkaava tai aggressiivinen käytös 75 %, syytösten esittäminen tai arvostelu 57 %, mitätöinti ja vähättely 53 % ja haukkuminen tai solvaaminen 51 %. Henkisen väkivallan tekijöiksi ilmoitettiin potilaat 75 %, muut työntekijät 42 %, omaiset 39 % ja esimiehet 34 %. Alle 35-vuotiaat kyselyyn vastanneet ilmoittivat kokevansa myös enemmän henkistä väkivaltaa. 75 % kyselyyn vastanneista oli ilmoittanut kokemastaan fyysisestä tai henkisestä väkivallasta eteenpäin, 16 % vastanneista ei ollut kertonut kokemastaan väkivallasta eteenpäin. Väkivallasta ilmoittaneesta 43 % oli keskustellut esimiehen kanssa tapahtuneesta, 28 % työpaikalla oli järjestetty keskustelua aiheesta, 8 % oli keskustellut työpaikkapsykologin kanssa, 4 % oli tehnyt rikosilmoituksen ja 39 % vastanneista ilmoitti, että väkivallasta ilmoittaminen ei johtanut mihinkään jatkotoimiin. (Tehy, 2021)

2.1 Väkivallan muotoja

Opinnäytetyön aiheajauksen pohjalta rajaamme väkivallan muodot hoitajia koskeviin väkivallanmuotoihin. THL on määritellyt väkivallan muotoja seuraavasti:

Fyysinen väkivalta tarkoittaa, toisen henkilön ruumiillisen koskemattomuuden tahallista loukkaamista (Bildjuschkin ym., 2020, s. 9). Fyysinen väkivalta määritelmänä pitää sisällään lyömisen, potkimisen, tönimisen, kuristamisen, repimisen, ravistelun ja fyysisellä väkivallalla uhkaamisen (THL, 2021).

Henkinen väkivalta tarkoittaa toisen henkilön psyykkisen hyvinvoinnin vahingoittamista (Bildjuschkin ym., 2020, s. 9). Henkisen väkivallan määritelmään kuuluu itsemurhalla uhkaaminen, halveksunta, nimittely ja arvostelu (THL, 2021).

Vainoaminen on henkistä väkivaltaa, jossa henkilöön tai joukkoon aiheutetaan ahdistusta ja pelkoa (Bildjuschkin ym., 2020, s. 9). Vainoaminen voi esimerkiksi olla toistuvaa seuraamista tai tarkkailua, joka aiheuttaa vainon kohteena olevassa pelkoa (THL, 2021).

Seksuaalinen väkivalta on fyysistä väkivaltaa, jossa rikotaan toisen henkilön seksuaalista koskemattomuutta tai itsemääräämisoikeutta samassa kontekstissa (Bildjuschkin ym., 2020, s. 9). Seksuaalinen väkivalta käsittää sisälleen esimerkiksi raiskauksen tai sen yrityksen tai seksuaalisiin tekoihin pakottamisen (THL, 2021).

2.2 Väkivaltaa koskeva lainsäädäntö

Suomen perustuslaki määrittelee jokaiselle oikeuden koskemattomuuteen, turvallisuuteen ja vapauteen. Yksilön henkilökohtaiseen koskemattomuuteen ei saa puuttua ilman lainsäädännössä säädettyä oikeutta puuttua yksilön perusoikeuksiin, eikä yksilön perusoikeuksiin saa puuttua mielivaltaisesti tai rajoittaa yksilön vapautta. (Suomen perustuslaki 1999/731 7 §)

Laittoman uhkaukseen tekijä voi syyllistyä sanallisesti uhkaamalla rikoksella tai toteuttaa uhkauksen näyttämällä asetta. Uhkauksen kohteella tulee olla perusteltu syy pelätä oman tai toisen turvallisuuden puolesta tai omaisuuden vakavasta vaarasta. (Rikoslaki 1995/578 7§)

Rikoslain mukaan, jos henkilö kohdistaa toiseen ruumiillista väkivaltaa tai aiheuttaa ilman fyysistä väkivaltaa toiselle kipua tai saattaa toisen tiedottomaan tai sitä vastaavaan muuhun tilaan, voidaan hänet tuomita pahoinpitelystä (Rikoslaki 1889/39 5§) Jos pahoinpitelystä aiheutuu väkivallan kohteelle vaikea ruumiillinen vamma, vakava sairaus tai hengenvaarallinen tila, voidaan pahoinpitely käsitellä törkeänä pahoinpitelynä. Toiset törkeän pahoinpitelyn kriteerit ovat pahoinpitelyn erittäin raaka tai julma tekotapa tai pahoinpitelyn aikana tekijän terä- tai ampuma-aseen käyttö tai niihin rinnastettavan astalon. käyttö (Rikoslaki 1889/39 6§)

Oikeudettoman hyökkäyksen kohteena olevalla on oikeus puolustaa itseään hätävarjelun perusteella. Hätävarjelu oikeuttaa torjumaan oikeudettoman hyökkäyksen, jos hyökkäyksen torjuminen on kokonaisuutena arvioituna hyväksyttävä. Huomioon otettavia kriteereitä ovat laittoman hyökkäyksen voimakkuus ja laatu, puolustautujan ja hyökkääjän henkilösuhteet sekä vallitsevat olosuhteet tilanteessa (Rikoslaki 1995/578 7§) Hätävarjelun liioitteluun puolustautuja voi syyllistyä silloin, kun yllä mainitut arviointi kriteerit eivät täyty. Hätävarjelun liioittelu voi olla rangaistuksesta vapaa, kun otetaan huomioon laittoman hyökkäyksen vaarallisuus tai yllätyksellisyys tai laittoman hyökkäyksen vallitsevat olosuhteet ovat olleet sellaiset, että hyökkäyksen kohteelta ei olisi voitu vaatia toisenlaista suhtautumista. (Rikoslaki 2003/515 4§)

3 Työpaikkaväkivallan vaikutukset ja väkivallan ehkäiseminen

Sosiaali- ja terveysministeriön (n.d.) mukaan työhyvinvointi on kokonaisuus, jonka keskiössä on työnkuva ja työntekijän hyvinvointi, terveys, turvallisuus ja mielekkyys. Työhyvinvointia lisää muun muassa motivoiva johtaminen sekä työyhteisön ilmapiiri ja ammattitaito. Työterveyslaitos (n.d.) määrittelee työhyvinvoinnin monen tekijöiden summaksi, joka syntyy työn arjessa, eikä sitä voida saavuttaa yksittäisillä, työstä irrallisilla "terveystempauksilla". Työterveyslaitos (n.d.) kuvailee työhyvinvointia investoinniksi, joka vaikuttaa organisaation

kilpailukykyyn ja kokonaistulokseen ja maineeseen. Hyvinvoivassa työyhteisössä ollaan avoimia, kannustavia ja työyhteisö on yhtenäinen joukko, joka auttaa myös pitämään työmäärää aisoissa. Hyvinvoiva työntekijä on motivoitunut ja vastuullinen, tuntee työnsä, kokee itsensä tarpeelliseksi ja riittävän itsenäiseksi. Tärkeimpänä on, että työntekijä kokee riittävästi onnistumisia, joten työ tuntuu palkitsevalta. Sosiaali- ja terveysministeriö (n.d.) yhdessä Työterveyslaitoksen (n.d.) kanssa korostavat, että työhyvinvointi ja sen edistäminen on sekä työnantajan että työntekijän vastuulla. Työnantaja huolehtii työympäristön turvallisuudesta, hyvästä johdosta ja työntekijöiden tasavertaisesta kohtelusta. Työntekijän vastuulla on huolehtia omasta työkyvystään ja ammatillisen osaamisen ylläpitämisestä. Työhyvinvoinnin edistäminen on johtajien, esimiesten ja työntekijöiden yhteistyötä (STM, n.d.; TTL, n.d.).

Työhyvinvointi hoitotyössä tarkoittaa Suomen lähi- ja perushoitajaliiton SuPerin (n.d.) mukaan turvallista, terveellistä ja mielekästä työtä. Suurimmat uhat hoitajien työhyvinvointiin ja työssä jaksamiseen ovat SuPerin (n.d.) ja heidän jäsenten mukaan vuorotyö ja ylipitkät työajat, ristiriidat esimiesten ja alaisten välillä sekä työntekijöiden kesken, työn fyysinen ja henkinen rasite sekä väkivalta ja sen uhka. Esimiehet vastaavat johtamisesta ja yhdenvertaisesta kohtelusta sekä toimivat työyhteisön tukijoina ja kehittäjinä. Työntekijällä on kuitenkin merkittävä vastuu oman työkykynsä sekä myönteisen työilmapiirin ylläpitämisestä. Työntekijöiden pitää huolehtia omien perustehtäviensä lisäksi myös terveydestään ja turvallisuudestaan sekä osallistua oman työyhteisönsä hyvinvoinnin toteutumiseen. Hyvinvointia työssä parannetaan esimerkiksi työoloja ja ammatillista osaamista kehittämällä, työkykyä ylläpitävällä toiminnalla sekä työterveyshuollon avulla. (SuPer, n.d.)

3.1 Väkivallan tai sen uhan vaikutukset työhyvinvointiin

Väkivallan ja sen uhan kohteeksi joutuminen on aina traumaattinen kokemus. Tämä pitää paikkaansa silloinkin, vaikka se katsottaisiin ammattiin kuuluvaksi. Sen kohteeksi joutumisella tai sen uhan alle joutumisella on aina psyykkisiä ja fyysisiä vaikutuksia. (Weizmann-Henelius, 1997)

Työväkivallalla tai sen uhalla on suora vaikutus työhyvinvointiin. 2014 tehdyssä tutkimuksessa, joka tutki päivystyspoliklinikalla työskentelevien hoitajien kokemuksista väkivallasta ja sen uhasta, selvisi väkivallan uhan aiheuttavan etenkin henkistä kuormitusta, joka taas vaikutti työssä jaksamisen heikkenemiseen (Hiltunen, Tuomikoski, 2014, s. 34). Työväkivalta tai sen uhka lisäävät myös hoitajien riskiä emotionaaliseen uupumukseen eli työuupumukseen (Kim ym., 2021 s.43). Työuupumuksessa esiintyvä kyynistyminen ja sen vaikutukset potilastyöhön, esimerkiksi mekaaninen suhtautuminen potilaisiin ja empatian katoaminen, väkivallan tai sen uhan kohteeksi joutumisen seurauksena uhkaavat myös potilaiden turvallisuutta (K. Ahola, K. Tuisku, H. Rossi, 2018; Kim ym., 2021 s.43).

Pahoinpitelyn kohteeksi joutuminen altistaa ihmisen psykologiseen traumaan. Koskemattomuuden ja itsetunnon loukkauksen seurauksena uhrille voi kehittyä post-traumaattinen stressireaktio, joka voi oireilla vasta viikkojen jälkeen tapahtumasta (Weizmann-Henelius, 1997). Tavallisia oireita ovat esimerkiksi erilaiset depressiiviset oireet, kuten ahdistus, unettomuus, itkuisuus, ärtyisyys ja tyhjyydentunne. Fyysisiä oireita voivat olla päänsärky ja jännitys (Weizmann-Henelius, 1997). Lisäksi väkivallan näkeminen on vahingollista ja sillä voi olla yhtä vakavia seurauksia kuin väkivallan kohteeksi joutumisella (Mieli Ry, n.d.). Väkivalta työpaikalla vaikuttaa siis yksilön lisäksi koko työyhteisöön.

3.2 Työturvallisuus ja työpaikkaväkivallan ehkäisy

Työturvallisuuskeskus (n.d.-a) määrittelee työturvallisuuden siten, että työpaikalla fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset työolot ovat kunnossa. Työympäristön ollessa turvallinen, yhteistyön sisällä on toimivaa ja työ itsessään on sopivan kuormittavaa, työn tekeminen on mielekästä ja tuottavaa (TTK, n.d.). Tämä käytännössä kattaa työympäristön turvallisuudesta huolehtimisen, työpaikan siisteydestä, työasentoihin ja työympäristöongelmien käsittelyyn (TTK, n.d.a). Hyvässä työympäristössä Työturvallisuuskeskuksen (n.d.-b) mukaan tilat, työn ja tuottamisen menetelmät on suunniteltu ja toteutettu siten, että työntekijät saavat työskennellä ja liikkua työpaikalla turvallisesti.

Melissa Jones (2021) kirjoittaa artikkelissaan ”Preventing Workplace Violence in Healthcare” terveydenhuollon ammattilaisten kokeman väkivallan oleva syvään juurtunut ongelma.

Lähes kaikilla hoitajilla on tarina aggressiivisesta tai tahdonvastaisesta fyysisestä kontaktista potilaan tai omaisen kanssa. Ammattiliitto STTK:n (2021) kyselyn mukaan vastaajista 69 % ilmoitti, että on itse kokenut työssään uransa aikana väkivallan uhkaa tai tekoja. Luku oli peräti 84 % vastaajista, jotka olivat alle 35-vuotiaita. Henkistä väkivalta vastannaista oli kokenut 71 % (STTK, 2021). Jonesin (2021) mukaan iso este tehokkaalle tutkimiselle sekä säädölliselle ja lailliselle muutokselle on raportoinnin puute. Jones (2021) luettelee raportoinnin puutteelle kolme syytä: Vastatoimenpiteiden pelko, selvien raportointi kanavien puute ja usko siitä, että asialle ei tehdä mitään. Usko siitä, että raportoinnista ei seuraa mitään, ei ole perusteetonta, sillä peräti 39 % vastaajista oli kertoneet, ettei väkivaltatilanteesta seurannut mitään jatkotoimia. Vastaajista 43 % sanoi, että keskusteli asiasta esimiehen kanssa ja 28 % kertoi, että työyhteisössä on järjestetty keskustelua tapahtuneesta (STTK, 2021).

Jones (2021) kertoo artikkelissaan American Association of Critical-Care Nursesin (AACN) kantaa, joka kehottaa sairaaloita esimerkiksi kouluttamaan työntekijöitä tunnistamaan ja de-eskaloimaan mahdollisesti väkivaltaisia tilanteita ja että vastuu väkivallan ehkäisystä on terveydenhuollon instituutiolla. Työntekijälle Jones (2021) nostaa ohjeeksi väkivallan tietoisuus ja ehkäisy koulutukseen osallistumisen, sairaalan turvallisuus protokollan oppimisen ja tiedon ylläpidon, väkivaltaisten tilanteiden raportoinnin ja työtiimiin tukeutumisen väkivaltaisen tilanteen jälkeen. Ammattiliitto STTK (2021) tukee kantaa kirjoittamalla artikkelissaan työturvallisuuslain sitovan työnantajan kartoittamaan työntekijöihin kohdistuvaa uhkaa ja poistamaan mahdolliset vaaratilanteet työympäristöstä. STTK:n (2021) tekemän tutkimuksen mukaan tässä on selvästi parannettavaa.

Työpaikkaväkivallan uhka aiheuttaa haitallista työkuormitusta, vaikka väkivalta tilanteita ei työpaikalla sattuisikaan. Työsuojeluhallinnon (2021) mukaan väkivallan uhkaa esiintyy tilastollisesti keskimääräistä enemmän terveydenhoitoalalla potilastyössä. Etenkin yksintyöskentely, työskentely ilta- ja yöaikaan, työskentely tiloissa, joihin on avoin pääsy, päihtyneiden tai väkivaltaisten potilaiden käsittely esimerkiksi ensiapu- ja ensihoitotilanteissa sekä lääkkeiden käsittely on erityisesti ilmeistä väkivallan uhkaa mukanaan kantavina työolosuhteita. Näistä Työsuojeluhallinto (2021) korostaa etenkin yksintyöskentelyä. Jos yksintyöskentelyä ei voida välttää, työnantajan velvollisuutena on

alentaa väkivallan riskiä teknisin keinoin ja ennaltaehkäisevillä toimilla. Ennalta ehkäiseviä toimia ovat keinot, jotka kohdistuvat esimerkiksi työtapoihin, työtiloihin, työympäristöön tai työaika järjestelyihin. Työsuojeluhallinto tuo myös esille, että yksintyöskentelevälle tulee antaa mahdollisuus tarpeelliseen yhteyden pitoon työnantajaan, hänen edustajaansa tai muihin työntekijöihin. (Työsuojeluhallinto, 2021)

Konkreettisina ohjeina työpaikkaväkivallan ehkäisyyn Työsuojeluhallinto (2021) korostaa työntekijän vastuuta osallistua omaa turvallisuutta kohottavaan työnantajan järjestämään koulutukseen. Tähän kuuluu työpaikan mahdollisten hälytysjärjestelmien tunteminen ja käytön osaaminen (Työsuojeluhallinto, 2021). Kuten Melissa Jones (2021) nosti artikkelissaan, myös Työsuojeluhallinto korostaa raportoinnin tärkeyttä väkivalta ja sen uhka tilanteissa. Raportointi antaa tärkeää tietoa työnantajalle siitä, kuinka usein ja millaisia väkivaltatilanteita työpaikalla tapahtuu (Työsuojeluhallinto, 2021). Lisäksi työnantaja pystyy raportoitujen tapausten perusteella arvioimaan, onko tarpeellista lisätä tai kohdentaa olemassa olevia turvatoimia (Työsuojeluhallinto, 2021). Suomessa yleisessä käytössä raportointiohjelmana toimii Awanic Oy:n kehittämä HaiPro.

4 Väkivaltatilanteiden tarkastelu ja ehkäisytöimien kehittäminen

Väkivallan kohteeksi joutuminen tai sen todistaminen on kokemuksena traumaattinen (Weizmann-Henelius, 1997). Tällaisen kokemuksen jälkeen ihmistä ei tulisi päästää yksin kotiin (Puumi, 2020, s. 35). Susanna Puumin (2020) mukaan esimiehen tai työvuoron vastuuhenkilön tehtävä on varmistaa, että työntekijän kotimatka järjestelyt ovat turvalliset ja että tämä ei joudu olemaan yksin heti tapahtuman jälkeen. Tarpeen vaatiessa esimies tai vastuuhenkilö saattaa työntekijän kotiin sekä varmistaa, että hänellä on siellä henkilö, johon työntekijä voi tukeutua. Sairasloman tarpeen fyysisten vammojen perusteella arvioi työntekijää ensihoidon antanut lääkäri. Muissa tapauksissa työterveyshuolto tekee arvion sairaslomatarpeesta. Muun jälkihoidon tarpeen ja työpaikan ohjeiden mukaisen järjestelyjen huolehtimisen hoitaa lähiesimies. (Puumi, 2020, s. 35)

Väkivalta- tai uhkatilanne on uhka koko työyhteisön hyvinvoinnille. Tämän takia on tarpeen käydä väkivaltatilanteet läpi koko työyhteisön kanssa, jotta tulevaisuudessa vastaavaan

tilanteeseen osataan ennalta varautua. Työyhteisökäsittelyn tarkoituksena ei ole etsiä syyllistä vaan löytää keinoja tilanteiden ennaltaehkäisyyn ja oppia tapahtuneesta. Käsittelyn aikana esiin nousevia parannusehdotuksia kirjataan ja joko toteutetaan työyhteisön päätöksellä tai ne ohjataan eteenpäin toteutettavaksi. Lisäksi käsittelyssä käydään läpi työpaikan omia turvallisuusohjeita ja -menetelmiä ja tarvittaessa päivitetään niitä. (Puumi, 2020, s. 36)

HaiPro on Suomessa laajalti käytössä oleva, potilas-/asiakas turvallisuutta vaarantavien tapausten raportointiohjelma. Se on käytössä suomessa yli 200:ssa sosiaali- ja terveydenhuollon yksikössä ympäri maata ja se on tarkoitettu toiminnan kehittämiseen yksiköiden sisäisessä käytössä. HaiPron on myös liitettävissä henkilöstöön kohdistuvien vaaratapahtumien raportointi. Raportoinnin avulla saadaan tietoon vaaratapahtumista saatavat oppimistilanteet ja se toimii myös tietokanavana terveydenhuollon johdolle varautumisen riittävydestä ja toimenpiteiden vaikutuksista. (HaiPro, n.d.)

4.1 Defusing ja debriefing

Defusing tarkoittaa kriisin välitöntä purkua ja sen tarkoituksena on työhön paluun ja toipumisen helpottaminen. Se on ryhmäprosessi, johon osallistuvat tapahtumassa välittömästi mukana olleet työntekijät. Defusing-istuntoa vetää yleensä kriisityön tai työterveyshuollon ammattilainen, mutta se voidaan pitää myös työyhteisön kesken. Defusing-istunto tulisi myös järjestää mahdollisimman nopeasti, mielellään vuorokauden kuluessa tapahtuneesta. Istunnon pituus tulisi olla puolesta tunnista tuntiin ja tässä ajassa tulisi käsitellä väkivaltatilannetta läpi, mitä tunteita se herätti sekä antaa tietoa etenemisestä. Istunnossa annetaan myös tietoa stressireaktioista ja niistä palautumisesta, sekä tehdään arviota lisäävun tarpeesta ryhmän ja yksilöiden osalta. (Puumi, 2020, s 35)

Debriefing tarkoittaa tapahtuman psykologista jälkipuintia ja sen tavoitteena on helpottaa tapahtuneen aiheuttamaa ahdistusta, ehkäistä myöhempiä stressireaktioita sekä käynnistää surutyö ja sosiaalinen tuki. Se on ryhmäprosessi ja siihen osallistuvat kaikkia tapahtumassa mukana olleet, tapahtuman todistaneet sekä mahdollisesti muut, joita tapahtuma on koskettanut (esimerkiksi omaiset). Osallistuminen debriefingiin on aina vapaaehtoista ja

siellä käsiteltävät asiat ovat luottamuksellisia. Istunnot vetävät kriisityöntekijät tai debriefing-koulutuksen saaneet työterveyshuollon ammattilaiset. Istunnon vetäjien määrä on 2–3 ammattilaista. Debriefing-istunnon tulisi järjestää 1–2 vuorokautta tapahtuneen jälkeen ja sen keston tulisi olla 2–4 tuntia. Debriefing-istunnon tarkoituksena on antaa jokaiselle mahdollisuus puhua omista kokemuksistaan ja tuntemuksistaan, eikä sitä ole tarkoitettu vastuun selvittämiseen tai kritiikin esittämiseen. Istunnot ovat luottamuksellisia, joten muistioiden tai muistiinpanojen tekemistä ei sallita. Istunnoissa arvioidaan yksilöiden ja ryhmän lisäävun tarvetta ja tarvittaessa niitä voidaan järjestää useita. (Puumi, 2020, s. 36)

5 Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimustehtävät

Tämän opinnäytetyön tavoitteena on selvittää Kanta-Hämeen keskussairaalan vuodeosastoilla työskentelevien hoitajien kokemuksia väkivallasta, sen uhasta sekä heidän kokemuksiaan jo voimassa olevien varotoimien koetusta tehokkuudesta ja näkyvyydestä. Tutkimuksen tarkoituksena on tuottaa tietoa vuodeosastoilla olevien hoitajien kokemasta väkivallasta tai sen uhasta. Tietoa voidaan tulevaisuudessa hyödyntää lisäämään työntekijöiden hyvinvointia ja turvallisuutta kohdennetuin keinoin.

Vuodeosastot kattavat merkittävän osan sairaalasta, mutta jäävät taka-alalle, kun puhutaan hoitajien kohtaamasta väkivallasta. Psykiatrisilla osastoilla, etenkin akuuttiin hoitoon erikoistuvilla, väkivalta on helpommin ennakoitavissa potilaiden huonon kunnon ja epävakauden myötä. Myös päivystyspoliklinikoilla väkivaltaan on paremmin varauduttu työnkuvan ja työympäristön arvaamattomuuden vuoksi. Vuodeosastot ovat tässä mielessä hieman väliinputoajia. Sinne menevillä potilailla voi yhtä hyvin olla psykiatrisia sairauksia tai päivystyksestä lähetetty potilas voi kääntyä hoitovastaiseksi johtaen uhkaavaan ja mahdollisesti väkivaltaiseen tilanteeseen.

Tutkimuskysymyksemme ovat:

1. Kuinka yleistä väkivallan tai sen uhan kohtaaminen on vuodeosastoilla ja päivystyksessä?

2. Kuinka hyvin hoitajat tuntevat osastoilla ja päivystyksessä jo käytössä olevat turvallisuus- ja varotoimet?
3. Miten turvallisuus- ja varotoimia voitaisiin hoitajien mielestä kehittää?

6 Tutkimuksen toteuttaminen

Tutkimuksessa käytetään kvantitatiivista eli määrällistä tutkimusmenetelmää. Tutkimuksen tarkoituksena on kerätä tietoa Kanta-Hämeen keskussairaalassa töissä olevien hoitajien kokeman väkivallan sekä sen ehkäisytöiden ja siihen reagoimisen määrää, joten kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä soveltuu tähän tarkoitukseen parhaiten.

Kvantitatiivinen tutkimus mahdollistaa tulosten esittämisen helposti prosenttiosuuksina ja frekvensseinä (Heikkilä, 2014). Haastattelun sijaan tutkimus toteutetaan kyselynä, sillä se mahdollistaa hoitohenkilökunnan vastaamisen rauhassa ja yksilölliset aikataulut huomioon ottaen. Kyselyn kysymyksissä on hyödynnetty Tehyn vuonna 2021 teettämää kyselyä jäsenilleen koskien hoitajien kokemaa väkivaltaa työssään. Tehyn luomia kysymyksiä ja niiden järjestystä on mallinnettu tässä kyselyssä muokaten ne työhön sopivaksi.

Opinnäytetyön tutkimuslupa haettiin Kanta-Hämeen keskussairaalan johtajaylihoitajalta ja tutkimuslupa myönnettiin 3.8.2022.

6.1 Kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä

Kvantitatiivisen tutkimuksen avulla voidaan selvittää lukumäärien ja prosenttiosuuksiin liittyviä kysymyksiä, eli kysely vastaa pohjimmiltaan kysymyksiin, kuinka- paljon, -moni ja - usein (Heikkilä, 2014). Kvantitatiivisella tutkimuksella saadaan kartoitettua tutkimusaiheen nykytilannetta, kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuus edellyttää hyvää vastausprosenttia (Heikkilä, 2014). Kvantitatiivisen tutkimuksen vastausprosentin ollessa yli 60 % vastaajista, tutkimuksen vastausten luotettavuutta voidaan pitää hyvänä, jos vastausprosentti jää alle 20 % tutkimuksen tuloksia pidetään heikkona (Vilppula, 2018). Tutkimusprosentti saadaan muodostettua, kun verrataan vastaajien määrä ns. kehysperusjoukkoon eli kuinka moni on voinut vastata kvantitatiiviseen tutkimukseen (Vilppula, 2018). Kvantitatiivisessa

tutkimuksessa eriasteisten käsitteiden erottaminen on tärkeää eli käsitteet muutetaan ymmärrettävään muotoon haastattelua tai kyselytutkimusta varten (Vehkalahti, 2014).

Kvantitatiivisilla tutkimuksilla voidaan tutkia abstrakteja asioita tai konkreettisia asioita, abstraktien käsitteiden tutkiminen edellyttää abstraktien käsitteiden purkamista määriteltyihin alaluokkiin jolloin, haastateltavat ymmärtävät esimerkiksi kyselytutkimuksen kysymykset mahdollisimman samalla lailla (Vehkalahti 2014). Tässä opinnäyte työssä tutkimme hoitajien kokemaa väkivallanuhkaa ja turvallisuus- ja varotoimia. Väkivallanuhka on abstrakti käsite, sillä jokaisen omakokemus väkivallanuhasta on subjektiivinen. Väkivallanuhka ja väkivalta on toteutetussa kyselytutkimuksessa ja jaettu henkiseen ja fyysiseen väkivaltaan, henkiseen väkivaltaan sisältyy myös fyysisellä väkivallalla uhkaaminen.

6.2 Tutkimuskyselyn laatiminen

Aineiston keräämistä luotiin kyselylomake Webropoliin (liite 2). Kyselylomakkeen rakentamisessa otettiin mallia aiemmin samaan aihepiiriin tehdyistä kyselytutkimuksista (Tehy, 2021). Aikaisempien kyselyiden kysymyksiä muokattiin sopimaan opinnäytetyön viitekehykseen ja opinnäytetyön tarkoitusta varten.

Strukturoidussa kyselylomakkeessa, kyselyn kolme ensimmäistä kysymystä selvittävät tutkimukseen osallistuvien taustatietoja, kuten sukupuoli (=A), työkokemus (=B) sekä osasto (=C), jolla vastaaja työskentelee. Edellä mainituilla kysymyksillä voidaan anonyymit vastaukset luokitella luokitusryhmiin ja kyselyn vastauksia voidaan vertailla keskenään luokitusryhmien (A, B, C) kautta.

Kysymykset 4–7 kartoittivat hoitajien mahdollisesti kokemaa henkistä ja fyysistä väkivaltaa. Kysymykset 8–12 kartoittivat hoitajien työympäristön turvallisuudentunnetta ja hoitajien toimintaa väkivalta- ja uhkatilanteiden jälkeen. Kysymykset 13–14 kartoittivat hoitajien mielipidettä siitä, miten turvallisuus- ja varotoimia pitäisi parantaa heidän työympäristössään. Kysymykset 4–12 olivat suljettuja kysymyksiä, joista vastaaja sai valita itselleen lähimpänä olevan vaihtoehdon. Kysymykset 9 ja 10, käyttivät Likertin asteikkoa. Kysymys 13 oli avoin kysymys, jolla kartoitettiin, olivatko hoitajat huomanneet parannuksia

työympäristön turvallisuuden suhteen. Kysymys 14 oli monivalintakysymys, josta vastaaja sai valita kolme (3) vastausvaihtoehtoa. Vastausvaihtoehtoihin sisältyi yksi (1) avoin vastausvaihtoehto, kysymyksen aiheena oli mitä työturvallisuuteen vaikuttavia tekijöitä pitäisi parantaa hoitajien työympäristössä. Webropolin kyselylomaketta esiteltiin kolmella (3) henkilöllä. Esitelluksen tarkoituksena oli selvittää kysymysten oikein ymmärtäminen ja kyselyn kielellisen ulkoasun ymmärrettävyys.

6.3 Tutkimusaineiston hankinta ja aineiston analysointi

Tutkimusaineisto kerättiin Webropol-kyselyn avulla (liite 2), Kyselyn saatekirje (liite 1) ja kyselyn Webropol linkki lähetettiin sähköpostilla haastateltavien osastojen osastonhoitajille. Osastonhoitajat jakoivat sähköpostin edelleen osastojensa hoitajille. Osastonhoitajat ilmoittivat, kuinka monelle hoitajalle saatekirje oli mennyt, jolloin saimme muodostettua haastateltavien perusjoukon lukumäärän. Opinnäytetyön kysely oli voimassa kolme (3) viikkoa (10.8-31.8.2022). Kyselyn vastausprosenttia parantaaksemme jatkoimme kyselyn vastausaikaa viikolla eli 07.9.2022 asti. Tiedotimme vastausajan pidennyksestä Osastonhoitajia, jotka ystävällisesti välittävät viestin vastausajan pidennyksestä hoitajille. Kyselyn perusjoukon lukumääräksi muodostui 238 vastaajaa, kyselyn voimassaoloajan aikana saimme 96 vastausta. Kyselyn vastausprosentti oli 40 %

Muodostimme saaduista vastauksista Webropolissa luokitteluryhmiä vastaajan sukupuolen (=A), työkokemuksen (=B) sekä osaston (=C) mukaan. Luokitteluryhmien vastauksista luotiin havaintomatriisi Excel-ohjelmaan, jolloin tutkimusaineiston analyysi ja luokitteluryhmien vertailu helpottui. Excel-ohjelmalla laadittiin myös kaavioita tutkimustulosten havainnollistamiseksi.

7 Tutkimustulokset ja niiden tarkastelu

Kyselyn perusjoukko muodostui 238 mahdollisesta vastaajasta, joista kyselyyn vastasi 96 vastaajaa. Kyselyn vastausprosentiksi muodostui 40 %. Tutkimustulosten analyysissä kysymykset 1–3 toimivat luokitteluryhminä kyselyn vastauksille. Kyselyn tulosten tarkastelussa ensimmäisenä käydään läpi kaikkien kyselyyn vastanneiden keskiarvo

vastauksista, jonka jälkeen kyselyn tulokset käydään läpi vastaajien sukupuolen, työkokemuksen ja osaston mukaan millä vastaaja työskentelee. Vastausten analysoinnissa osaston perusteella vuodeosastojen vastaukset on laskettu yhteen vuodeosastojen vähäisen vastausmäärän perusteella sen takia, että vastaajia ei voisi yksilöidä.

Tulosten läpikäynnissä kysymykset käsitellään teemoittain luetunymmärtämisen helpottamiseksi, ensin käsitellään potilaan tekemä henkinen ja fyysinen väkivalta (kysymykset 4 ja 6) jonka jälkeen käsitellään omaisen tekemä henkinen ja fyysinen väkivalta (kysymykset 5 ja 7). Vastaajien kokeman väkivallan jälkeen käsitellään (kysymykset 8,9,10), jotka koskevat turvallisuuskoulutuksiin osallistumista, turvallisuuskoulutuksista koettu hyötyä ja sitä kuinka turvalliseksi vastaajat kokevat oman työympäristönsä. Seuraavaksi käydään läpi (kysymykset 12 ja 11) Kysymykset käsittelevät vastaajan toimintaa väkivaltatilanteen jälkeen ja onko vastaajan työkyky alentunut vastaajan kokeman väkivaltatilanteen jälkeen.

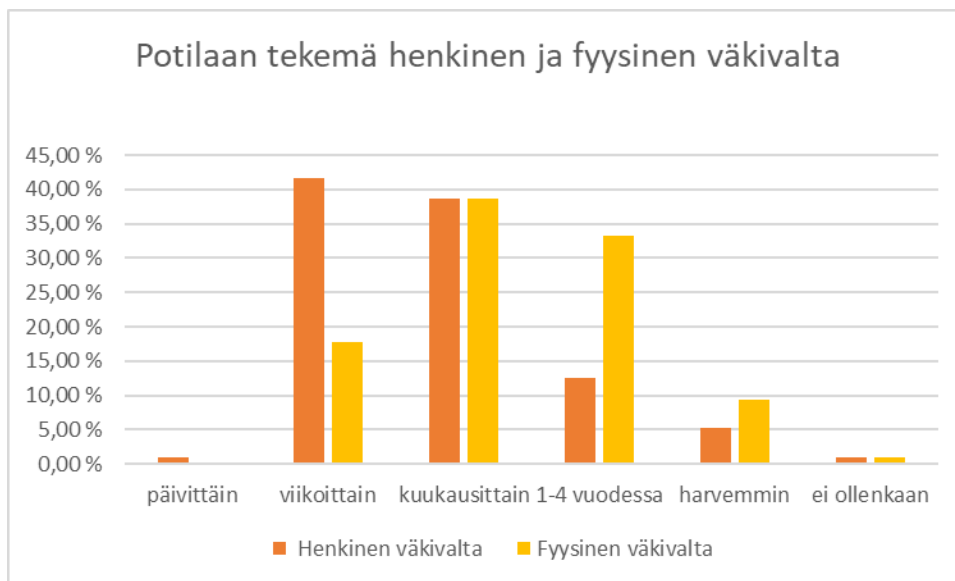
Viimeisenä käsitellään (kysymykset 13 ja 14) Kysymyksen 13 aiheena oli näkyvät toimet turvallisuuden parantamiseksi vastaajien työympäristössä. Kysymys 13 käydään läpi vain kaikkien vastausten keskiarvossa, sillä luokitteluryhmien perusteella kysymyksen 13 vastaukset eivät poikenneet merkittävästi keskiarvon tuloksesta. Kysymyksessä 13 oli myös avoinkysymys vaihtoehto, johon vastaajat pystyivät kirjoittamaan huomaamiaan näkyviä toimenpiteitä turvallisuuden parantamiseksi. Kysymyksen 13 avoimet vastaukset analysoitiin manuaalisesti ja saadut vastaukset purettiin yhtenäisiksi teemoiksi. Kysymys 14 oli vastaajille monivalintakysymys, jonka aiheena oli työturvallisuuden osatekijät ja mitä osatekijöitä vastaajien mielestä pitäisi parantaa heidän työympäristössään. Vastaajat saivat valita kolme (3) vastausvaihtoehtoa, tulosten käsittelyssä on nostettu esille kolme (3) vastausvaihtoehtoa, jotka ovat saaneet eniten ääniä vastaajilta. Kysymyksessä 14 oli myös vastaajille avoin vastausvaihtoehto, avoimet vastaukset käsiteltiin samanlailla kuin kysymyksessä 13.

Kyselyyn vastanneiden kaikkien vastauksien keskiarvo muodostui seuraavasti. Vastanneista miehiä oli 13 % (F=12) Naisia 86 % (F=84). Työkokemusta vastaajilla oli alle kuusi (6) vuotta 30 % (F=29), 6-15 vuotta 42 % (F=41) ja yli 15 vuotta 27 % (F=26). Vastaajien osastojakauma

jakautui seuraavasti 3A:lla 1 % (F=1), 4B:lla 8 % (F=8), 5A:lla 11 % (F=10), 5B:lla 15 % (F=14), 6A:lla 16 % (F=15), 6B:lla 7 % (F=7) ja Päivystys 42 % (F=41).

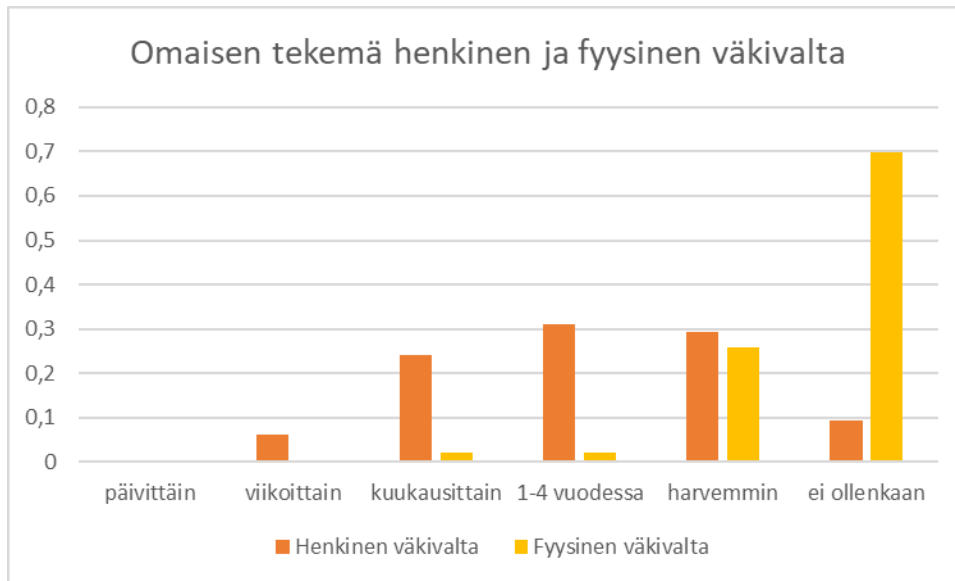
Henkistä väkivaltaa potilaalta oli kokenut viikoittain 42 % (F=40), kuukausittain 39 % (F=37) 1-4 kertaa vuodessa 12 % (F=12) Harvemmin 5 % (F=5) vastaajista (Taulukko 1). Potilaan tekemää fyysistä väkivaltaa oli viikoittain 18 % (F=17), Kuukausittain 39 % (F=37), 1-4 kertaa vuodessa 33 % (F=32) Harvemmin 9 % (F=9). (Kuva 1)

Kuva 1. Potilaan tekemä henkinen ja fyysinen väkivalta.



Omaiselta henkistä väkivaltaa oli kokenut viikoittain 6 % (F=6), Kuukausittain 24 % (F=23), 1-4 kertaa vuodessa 31 % (F=30), Harvemmin 29 % (F=28) ja ei ollut kohdannut ollenkaan 9 % (F=9) (Kuva 2). Fyysistä väkivaltaa omaiselta oli vastaajat kokeneet kuukausittain 2 % (F=2), 1-4 kertaa vuodessa 2 % (F=2), Harvemmin 26 % (F=25) ja ei ollut kohdannut ollenkaan 70 % (F=67). (Kuva 2)

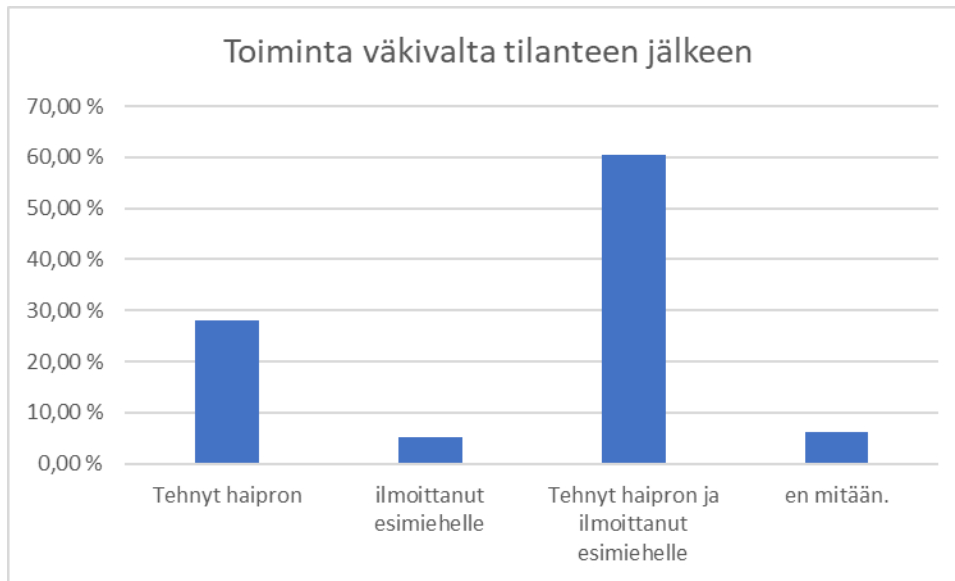
Kuva 2. Omaisen tekemä henkinen ja fyysinen väkivalta.



Turvallisuuskoulutuksiin vastaajista 21 % (F=20) oli osallistunut vapaaehtoisin ja työnantajan määräämiin koulutuksiin. 51 % (F=49) oli osallistunut vain työnantajan määräämiin koulutuksiin ja 28 % (F=27) ei ollut osallistunut koulutuksiin ollenkaan. Hoitajien Turvallisuuskoulutuksista kokemaa hyötyä kartoitettiin Likertin mittarilla, jossa mittarin arvot menivät 1-5 (1 = en ole hyötynyt ollenkaan, 3= Olen hyötynyt kohtalaisesti, 5= Olen hyötynyt koulutuksista paljon). Vastaajien kesken keskiarvo oli 3,4 ja mediaani 3,0. Työympäristön turvallisuutta hoitajien mielestä kartoitettiin vastaavalla tavalla, keskiarvo oli 3,4 ja mediaani 3,0.

Väkivaltatilanteen jälkeen vastaajista 28 % (F=27) oli tehnyt HaiPron, 61 % (F=58) oli tehnyt HaiPron ja ilmoittanut väkivaltatilanteesta omalle lähiesimiehelleen, 5 % (F= 5) oli ilmoittanut vain lähiesimiehelle ja 6 % (F=6) ei tehnyt mitään toimenpiteitä väkivaltatilanteen jälkeen. (Kuva 3)

Kuva 3. Vastaajien toiminta väkivalta tilanteen jälkeen.



Vastaajista 80 % (F=77) ei ollut kokenut työkykynsä laskua väkivaltatilanteen jälkeen, mutta 20 % (F=19) oli kokenut työkykynsä laskua väkivaltatilanteen jälkeen. Työkyvynlaskua havainnollistettiin kyselyssä mainitsemalla väkivaltatilanteen johtaneen sairauslomaan, ahdistuneisuuden hoitotilanteissa tai tiettyjen potilasryhmien / potilaiden välttämiseen vastaajan työssä.

Vastaajista 77 % (F=74) ei ollut huomannut näkyviä toimia työturvallisuuden parantamiseksi työympäristössään. 23 % (F=22) oli huomannut muutoksia työturvallisuuden parantamiseksi,

Kysymyksen 13 avoimessa vastausvaihtoehdossa esille nostettiin vartijoiden lisäämisen sairaalan työympäristössä, vartijoiden säännölliset kierrokset osastoilla, turvakameroiden lisääntymisen vastaajien työympäristössä, väkivaltatilanteiden käsittelyn ja ennalta ehkäisevien toimien miettimisen. Esimerkkejä vastauksista:

“Saatiin toinen vartija yöajaksi”

“Vartijat tekevät aktiivisia kierroksia”

“Kameroita lisätty vuosien kuluessa”

“Asiaa pidetään kaikilla tahoilla tärkeänä, siis asenne on muuttunut. Vartijat kiertävät säännöllisesti osastoilla, tulevat näkyviksi. Puhelimissa turvapainike. Läsnaolo valojen käyttö, tietää missä toinen menee. Kanslian ikkunat turvalasia.”

Kyselyyn vastaajilta kysyttiin mitä työturvallisuuteen vaikuttavia turvallisuustekijöitä pitäisi heidän mielestään parantaa, kysymyksessä sai valita kolme (3) vaihtoehtoa. Kysymykseen sisällytettiin myös vapaa vastausvaihto jotain muuta, johon vastaaja sai vastata vapaasti. Työturvallisuuteen vaikuttavista tekijöistä vastaajien mielestä pitäisi parantaa perehdytystä ja työnohjausta 44 % (F=42), väkivallan ehkäisyyn kohdennettua koulutusta 43 % (F=41), väkivaltariskien tunnistamista 39 % (F=37), Turvallisuushavainnointia 34 % (F=32), Teknisten järjestelmien hyödyntämistä 32% (F=30), Tilajärjestelyitä 32% (F=30), Prosessien arviointi ja kehittäminen väkivaltatilanteiden jälkeen 26% (F=25), Vaarojen arviointi työpaikalla 18% (F=17) ja turvallisia työtapoja 18% (F=17). (Kuva 4)

Kysymyksen 14 avoimessa vastausvaihtoehdossa vastaajat nostivat esille henkilökunnan riittävyyden takaamisen potilaiden hoitotilanteissa, tarvittavan rauhoittavan lääkityksen potilaiden hoidossa ja sen että väkivallanuhka otettaisiin vakavasti esimiesten toimesta. Esimerkkejä vastauksista:

“Neurologinen potilas on usein sekava ja aggressiivinen, potilasmateriaalille ei oikein voi mitään. Riittävästi pitää olla osaavaa henkilökuntaa.”

“Enemmän ennaltaehkäisevää toimintaa esim. tarvittava lääkehoito delirium potilailla.”

“Väkivallan uhka työympäristössä otettaisiin tosissaan esimiesten toimesta.”

Kuva 4. Mitä turvallisuustekijöitä vastaajien mielestä pitäisi parantaa.

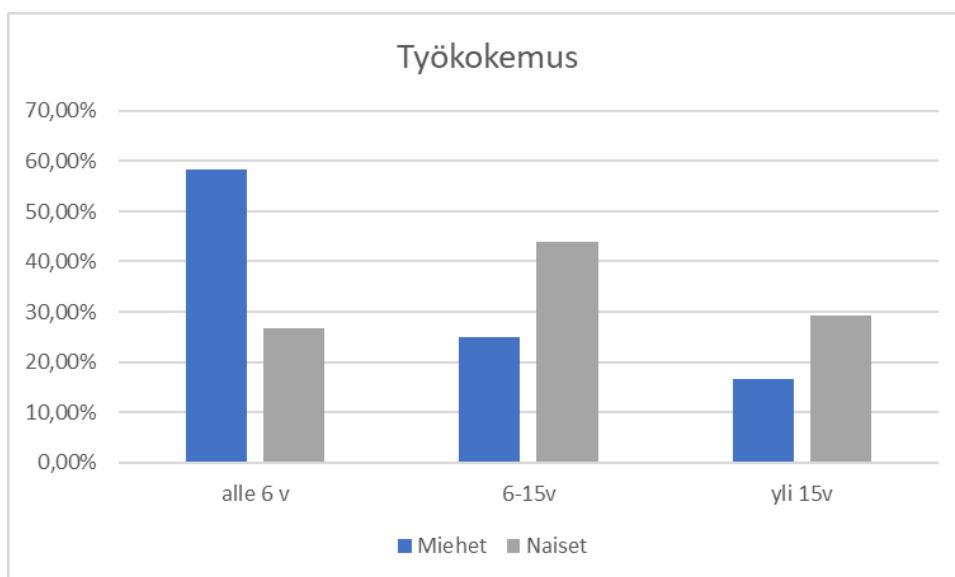


7.1 Tulokset vastaajan sukupuolen mukaan

Kyselyyn vastanneista vastaajista miehiä oli 13,5 % (F=13) ja naisia 86,4 % (F=83), vastausvaihtoehtoa muu ei valinnut yksikään kyselyyn vastaaja.

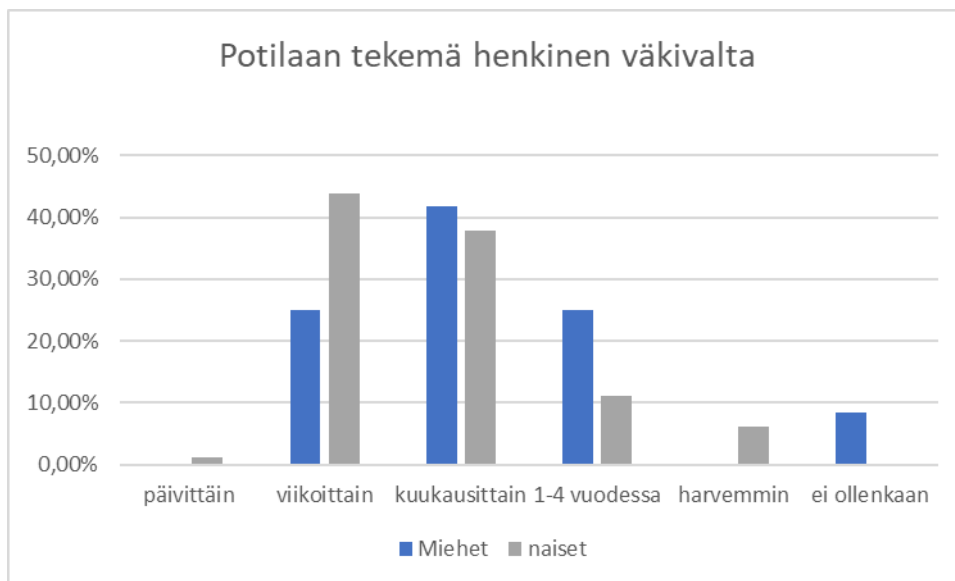
Miehillä 58 % vastaajista omaisi alle 6 vuoden työkokemuksen, 25 % 6-15vuotta ja 17 % yli 15 vuoden työkokemuksen. Naisilla 26 % vastaajista oli alle 6 vuoden työkokemus, 45 % 6–15 vuotta ja 29 % yli 15 vuoden työkokemus. (Kuva 5)

Kuva 5. Vastaajien työkokemus, jaotteluna vastaajan sukupuoli.



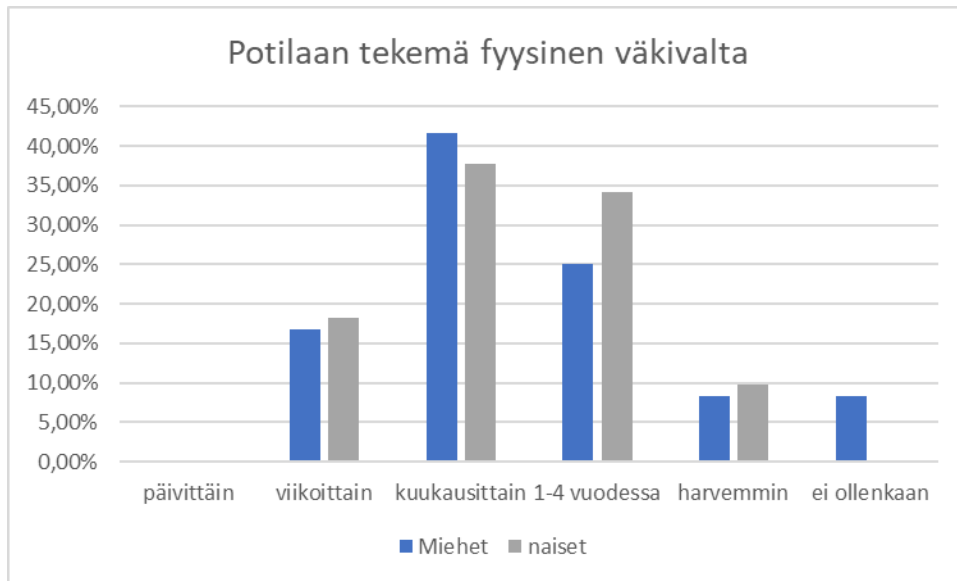
Potilaan tekemää henkistä väkivaltaa oli kohdannut päivittäin 1,2 % naispuoleisista vastaajista, viikoittain henkistä väkivaltaa oli kohdannut naispuoleisista vastaajista 44,6 % vastaavasti miespuolisista vastaajista 25 %. Kuukausittain miespuolisista vastaajista henkistä väkivaltaa koki 41,7 % naisilla vastaavasti kuukausittain henkistä väkivaltaa kohtasi 37,4 % vastaajista. 1–4 kertaa vuodessa potilaan tekemää henkistä väkivaltaa kohtasi miehistä 25 % ja naisista 10,8 %. Harvemmin henkistä väkivaltaa naispuolisista vastaajista koki 6 % ja miehistä 8,3 % ei ollut kohdannut ollenkaan potilaan tekemää henkistä väkivaltaa. (Kuva 6)

Kuva 6. Potilaan tekemä henkinen väkivalta, jaotteluna vastaajan sukupuoli.



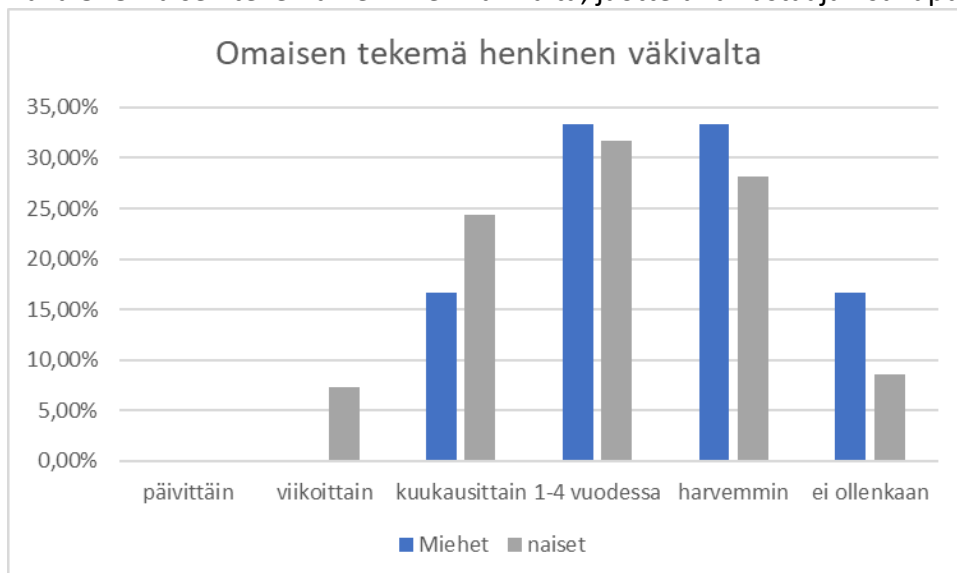
Potilaan tekemää fyysistä väkivaltaa ei kumpikaan luokitusryhmä kokenut päivittäin, viikoittain miehistä 17 % koki fyysistä väkivaltaa ja vastaavasti naisista 18 %. Kuukausittain fyysistä väkivaltaa miehistä koki 42 % ja naisista 38 %. 1–4 kertaa vuodessa fyysistä väkivaltaa koki 34 % naispuolisista vastaajista vastaavasti miehillä koettu väkivalta oli 34 % vastaajista. Harvemmin väkivaltaa oli kohdannut 8 % miehistä ja 10 % naisista. 8 % miespuolisista vastaajista ei ollut kokenut potilaan tekemää fyysistä väkivaltaa ollenkaan. (Kuva 7)

Kuva 7. Potilaan tekemä fyysinen väkivalta, jaotteluna vastaajan sukupuoli.



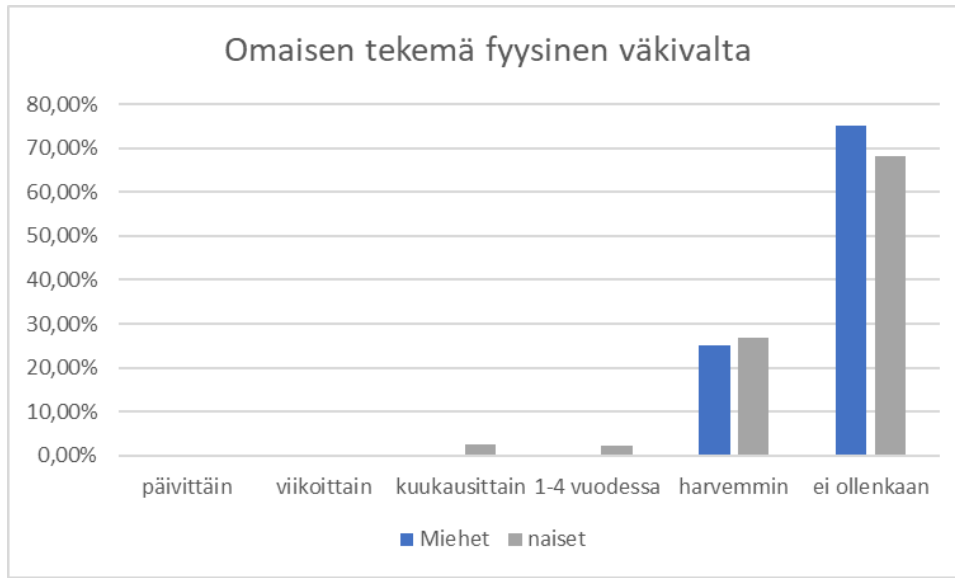
Omaisien tekemää henkistä väkivaltaa ei vastaajat kohdanneet päivittäin, viikoittain 7 % naispuolisista vastaajista koki henkistä väkivaltaa. Kuukausittain 17 % miehistä koki omaisen tekemää henkistä väkivaltaa ja vastaavasti 25 % naisista koki henkistä väkivaltaa kuukausittain. 1–4 kertaa vuodessa henkistä väkivaltaa koettiin 33 % miehistä ja 31 % naisista. Harvemmin väkivaltaa kohtasi 33 % miehistä ja 28 % naisista. 17 % miehistä ja 9 % naisista ei ollut kohdannut ollenkaan omaisen tekemää henkistä väkivaltaa. (Kuva 8)

Kuva 8. Omaisien tekemä henkinen väkivalta, jaotteluna vastaajan sukupuoli.



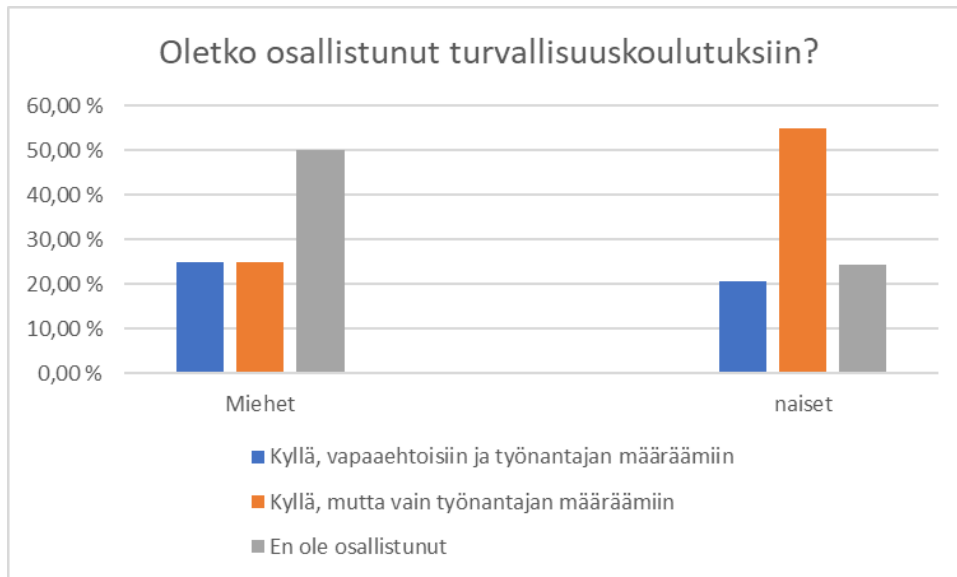
Vastaajista kukaan ei ollut kohdannut omaisen tekemää fyysistä väkivaltaa päivittäin tai viikoittain. Kuukausittain 2 % naisista ja 1–4 kertaa vuodessa 2 % naisista koki omaisen tekemää fyysistä väkivaltaa. Harvemmin omaiselta fyysistä väkivaltaa oli kohdannut 25 % miehistä ja 27 % naisista. Miehistä 75 % ja naisista 69 % ei ollut kohdannut omaisen tekemää fyysistä väkivaltaa ollenkaan. (Kuva 9)

Kuva 9. Omaisen tekemä fyysinen väkivalta, jaotteluna vastaajan sukupuoli.



Vapaaehtoisin ja työnantaja määräämiin turvallisuuskoulutuksiin oli osallistunut 25 % miehistä ja 21 % naisista. Vain työnantajan määräämiin turvallisuuskoulutuksiin oli osallistunut 25 % miehistä ja 54 % naisista. Miehistä 50 % ja naisista 25 % ei ollut osallistunut turvallisuuskoulutuksiin ollenkaan. (Kuva 10).

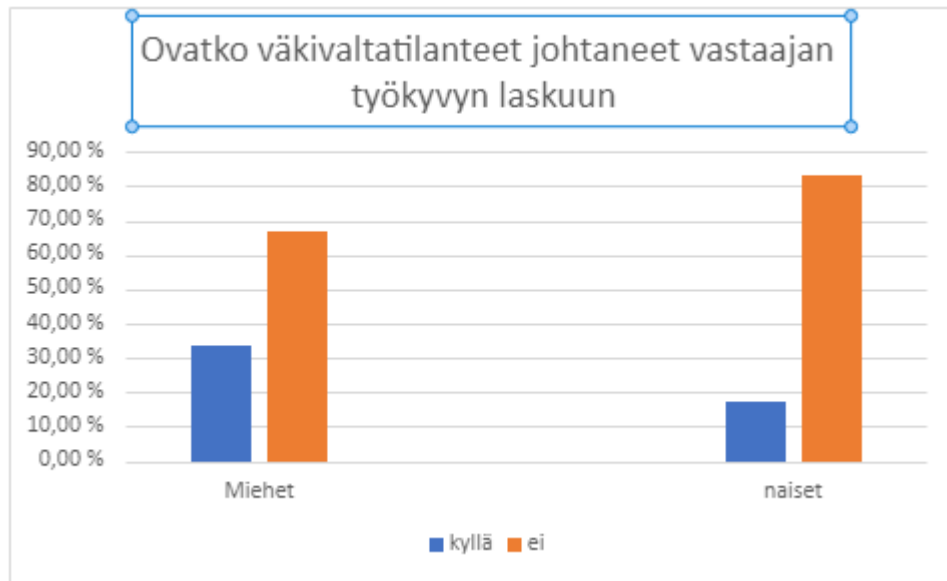
Kuva 10. Vastaajien osallistuminen koulutuksiin, jaotteluna vastaajan sukupuoli.



Turvallisuuskoulutuksista koettu hyöty oli miesten keskiarvolla 3,1 ja mediaani 3,0. Naisten koetun hyödyn keskiarvo oli 2,9 ja mediaani 3,0. Työympäristön koettu turvallisuus oli miesten keskiarvolla 3,5 ja mediaani 3,5. Vastaavasti naisten keskiarvo oli 3,4 ja mediaani 3,0.

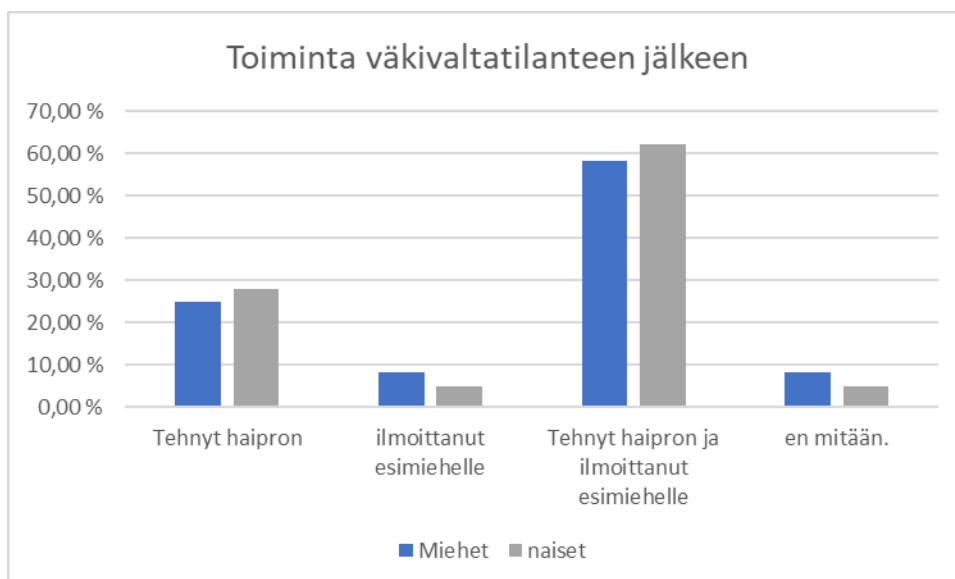
Työkyvyn alentumista koetun väkivaltilanteen jälkeen ilmoitti 33,3 % miehistä ja vastaavasti 16,9 % naisista. Miehistä 66,7 % ja naisista 83,1 % ei ollut kokenut työkyvyn laskua kokemansa väkivaltilanteen jälkeen. (Kuva 11)

Kuva 11. Vastaajien työkyvyn lasku väkivaltatilanteiden jälkeen, jaotteluna vastaajan sukupuoli.



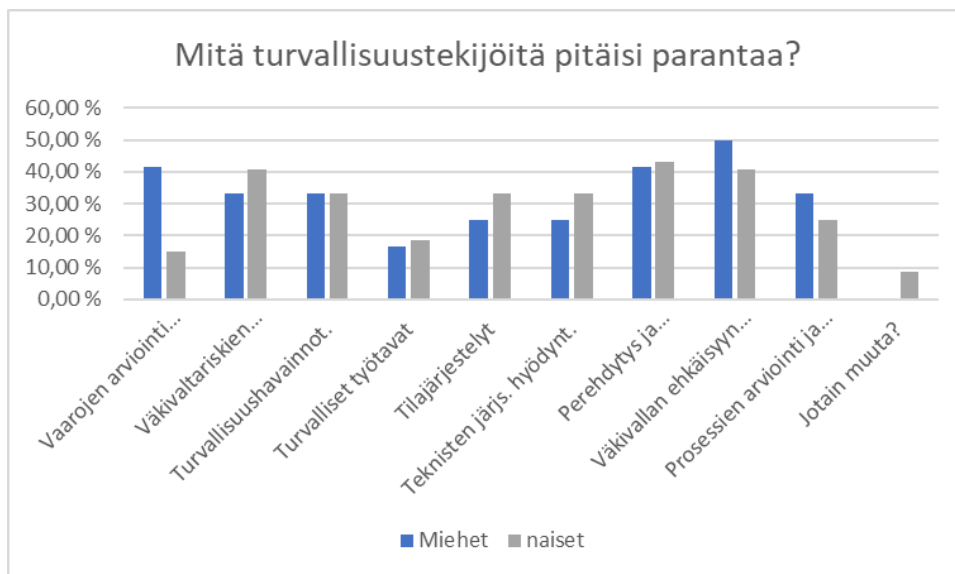
Väkivaltatilanteen jälkeen 25 % miehistä ja 29 % naisista oli tehnyt HaiPro-ilmoituksen, 8 % miehistä ja 8 % naisista oli vain ilmoittanut lähiesimiehelleen väkivaltatilanteesta. Miehistä 59 % ja naisista 61 % oli tehnyt sekä HaiPron että ilmoittanut lähiesimiehelleen väkivaltatilanteesta, 8 % miehistä ja 5 % naisista ei ollut tehnyt mitään ilmoitusta kohtaamistaan väkivaltatilanteista. (Kuva 12)

Kuva 12. Vastaajien toiminta väkivaltatilanteen jälkeen, jaotteluna vastaajan sukupuoli.



Miespuolisten vastaajien mielestä työturvallisuuden seuraavia osatekijöitä täytyisi parantaa, väkivallan ehkäisyyn kohdennettu koulutus 50 %, perehdytys ja työnohjaus 41,7 % ja vaarojen arviointi työpaikalla 41,7 %. Naispuolisten vastaajien mielestä parannettavaa on perehdytys ja työnohjaus 43,9 %, väkivallan ehkäisyyn kohdennettu koulutus 41,5 % ja väkivaltariskien tunnistaminen 40,2 %. (Kuva 13)

Kuva 13. Mitä turvallisuustekijöitä vastaajien mielestä pitäisi parantaa, jaotteluna vastaajan sukupuoli.



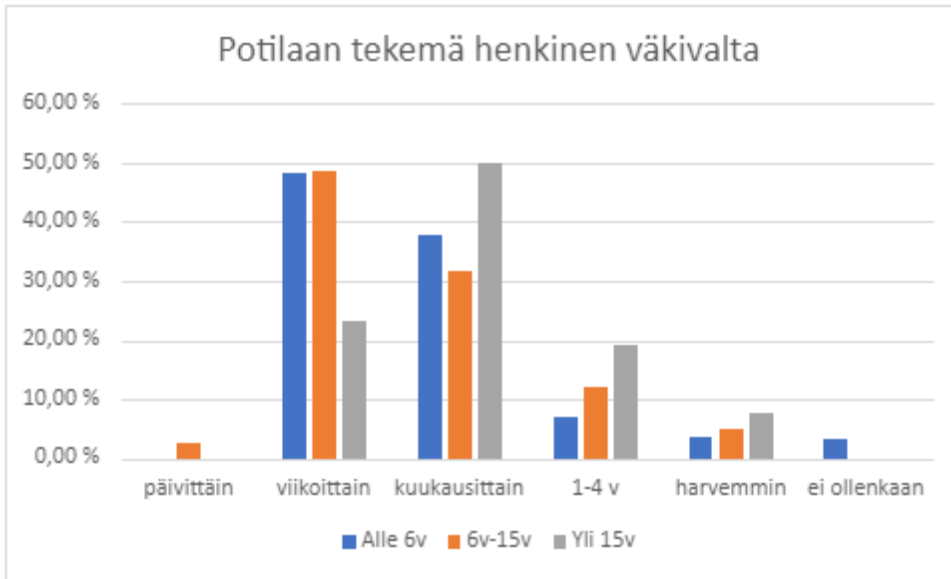
7.2 Tulokset vastaajien työkokemuksen mukaan

Kyselyyn vastanneista 30,2 % (F=29) vastaajaa omasi alle kuuden (6) vuoden työkokemuksen, 42,7 % (F=41) vastaajaa 6-15 vuotta työkokemusta ja 27 % (F=26) vastaajaa yli 15 vuoden työkokemuksen.

Päivittäin potilaan tekemää henkistä väkivaltaa koki vain 2,4 % 6–15 vuotta työkokemusta omaavista vastaajista, Alle kuuden (6) ja yli 15 vuoden työkokemukset omaavat vastaajat eivät kokeneet potilaan tekemää henkistä väkivaltaa ollenkaan päivittäin. Viikoittain henkistä väkivaltaa koki 48,3 % alle 6 vuotta omaavista vastaajista, 48,8 % 6–15 vuotta omaavista vastaajista ja 23,1 % yli 15 vuotta omaavista vastaajista. Kuukausittain henkistä väkivaltaa koki 37,9 % alle 6 vuotta omaavista vastaajista, 31,7 % 6–15 vuotta omaavista ja 50 % yli 15

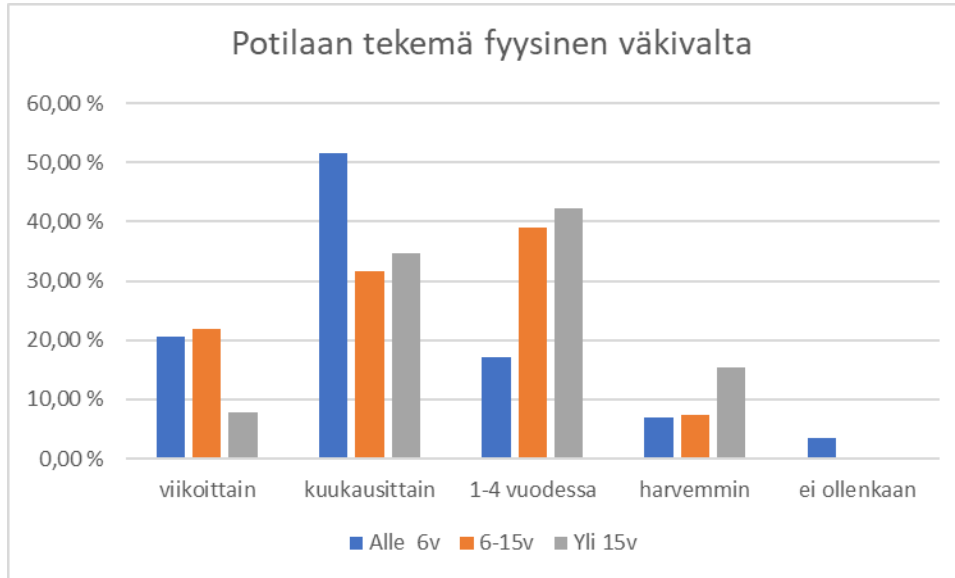
vuotta omaavista vastaajista. 1–4 kertaa vuodessa henkistä väkivaltaa potilaalta koki 6,9 % alle 6 vuotta omaavista, 12,2 % 6–15 vuotta omaavista ja 19,2 % yli 15 vuotta omaavista vastaajista. Harvemmin henkistä väkivaltaa kohtasi 3,5 % alle 6 vuotta omaavista, 4,9 % 6–15 vuotta omaavista ja 7,7 % yli 15 vuotta omaavista vastaajista. Alle 6 vuoden työkokemuksella 3,4 % ilmoitti, ettei ollut kohdannut henkistä väkivaltaa potilaalta lainkaan. (Kuva 14)

Kuva 14. Potilaan tekemä henkinen väkivalta, jaotteluna vastaajan työkokemus.



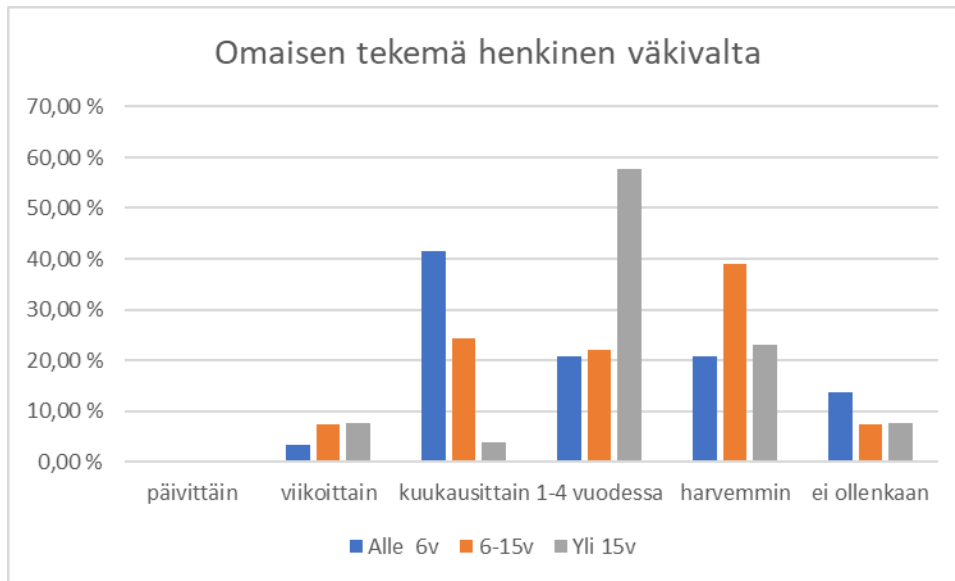
Potilaan tekemää fyysistä väkivaltaa vastaajille ei ilmoitettu tapahtuman päivittäin ollenkaan. Viikoittain fyysistä väkivaltaa koki 21 % alle 6 vuotta omaavista vastaajista, 22 % 6–15 vuotta ja 7,7 % yli 15 vuotta omaavista vastaajista. Kuukausittain fyysistä väkivaltaa koki 51,7 % alle 6 vuotta omaavista, 31,7 % 6–15 vuotta ja 34,6 % yli 15 vuotta omaavista vastaajista. 1–4 vuodessa potilaan tekemää fyysistä väkivaltaa koki 17,2 % alle 6 vuotta omaavista vastaajista, 39 % 6–15 vuotta ja 42,3 % yli 15 vuotta omaavista vastaajista. Harvemmin potilaan tekemää fyysistä väkivaltaa työssään kohtasi 6,9 % alle 6 vuotta omaavista vastaajista, 7,3 % 6–15 vuotta ja 15,4 % yli 15 vuotta omaavista vastaajista. (Kuva 15)

Kuva 15. Potilaan tekemä fyysinen väkivalta, jaotteluna vastaajan työkokemus.



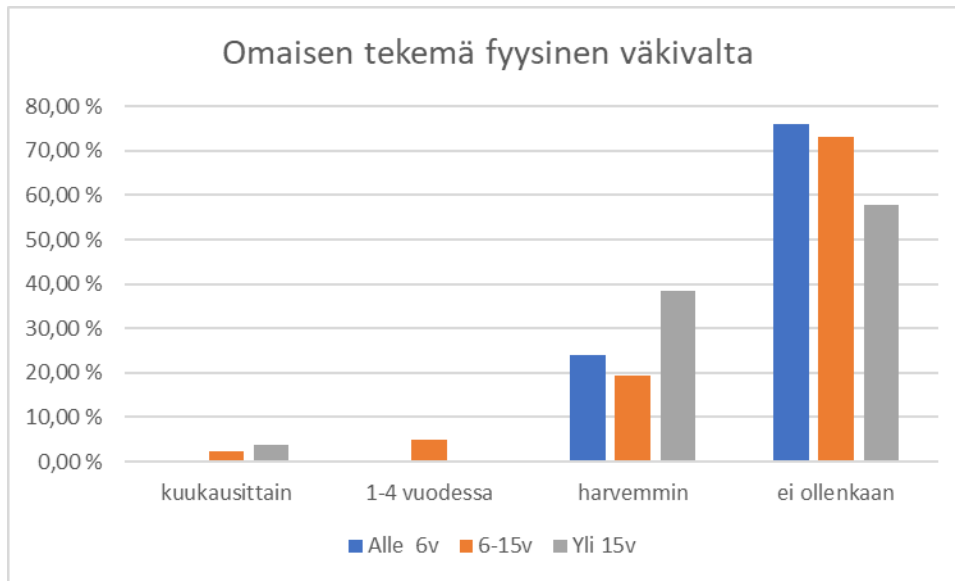
Omaisien tekemää henkistä väkivaltaa vastaajat olivat kokeneet viikoittain 3,5 % alle 6 v, 7,3 % 6–15 v ja 7,7 % yli 15 v. Kuukausittain eniten henkistä väkivaltaa ilmoitti alle kuusi (6) vuotta omaavat vastaajat 41,4 %, 6–15 vuotta omaavista vastaajista ilmoitti kohtaavansa väkivaltaa kuukausittain 24,4 % ja yli 15 vuotta omaavista kokivat kuukausittain 3,8 %. Yli 15 vuoden työkokemuksen omaavista 57,7 % ilmoitti kokevansa henkistä väkivaltaa omaiselta 1–4 vuodessa, kun vastaavasti 22 % 6–15 vuoden ja 20,7 % alle 6 vuoden työkokemuksen omaavista vastaajista. Harvemmin omaisten väkivaltaa kohtasi alle 6 vuotta omaavista vastaajista 20,7 %, 6–15 vuotta omaavista vastaajista 39 % ja 6–15 vuotta omaavista vastaajista 23,1 %. Vastaajat, jotka eivät olleet kohdanneet ollenkaan henkistä väkivaltaa omaiselta jakautuivat 13,8 % alle 6 vuotta, 7,3 % 6–15 vuotta ja 7,7 % yli 15 vuotta työkokemusta omaavat. (Kuva 16)

Kuva 16. Omaisen tekemä henkinen väkivalta, jaotteluna vastaajan työkokemus.



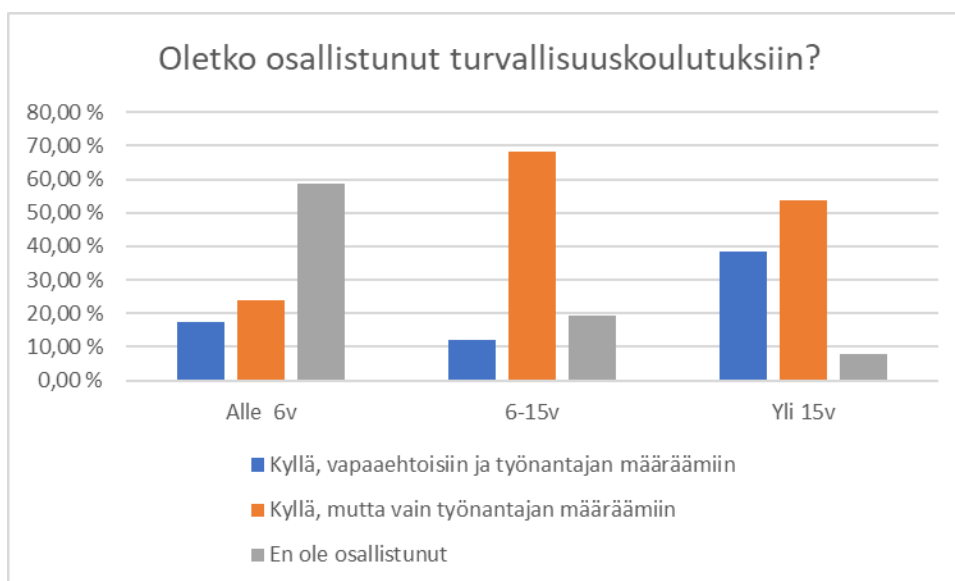
Fyysistä väkivaltaa omaiselta ei kohdannut yksikään kyselytutkimukseen osallistunut vastaaja päivittäin tai viikoittain. Omaisen tekemää fyysistä väkivaltaa kohtasi työssään kuukausittain 2,4 % 6–15 vuoden työkokemuksella vastanneista ja 3,8 % yli 15 vuoden työkokemuksella vastaajista. 1–4 kertaa vuodessa omaisen tekemää fyysistä väkivaltaa kohtaa 4,9 % 6–15 v luokitusryhmän vastaajista. Harvemmin fyysistä väkivaltaa kohtasi 24,1 % alle 6 vuotta omaavista vastaajista, 19,5 % 6–15 vuotta omaavista vastaajista ja 38,5 % yli 15 vuotta omaavista vastaajista. Alle 6 vuotta omaavista 76 %, 73 % 6–15 vuotta ja 58 % yli 15 vuotta omaavista vastanneista ilmoittivat, etteivät olleet kohdanneet ollenkaan omaisen tekemää fyysistä väkivaltaa työssään. (Kuva 17)

Kuva 17. Omaisen tekemä fyysinen väkivalta, jaotteluna vastaajan työkokemus.



Luokitusryhmän vastaajista työnantajan tarjoamiin turvallisuuskoulutuksiin oli osallistunut vapaaehtoisin koulutuksiin ja työnantajan määräämiin 17,3 % alle 6 vuotta omaavista, 12,2 % 6–15 vuotta omaavista ja 38,5 % yli 15 vuotta omaavista. Vain määrättyihin koulutuksiin oli osallistunut 24,1 % alle 6 vuotta omaavista, 68,3 % 6–15 vuotta omaavista ja 53,8 % yli 15 vuotta omaavista vastaajista. Luokitusryhmän vastaajista koulutuksiin ei ollut osallistunut 58,6 % alle 6 vuotta omaavista, 19,5 % 6–15 vuotta omaavista ja 7,7 % yli 15 vuotta omaavista vastaajista. (Kuva 18)

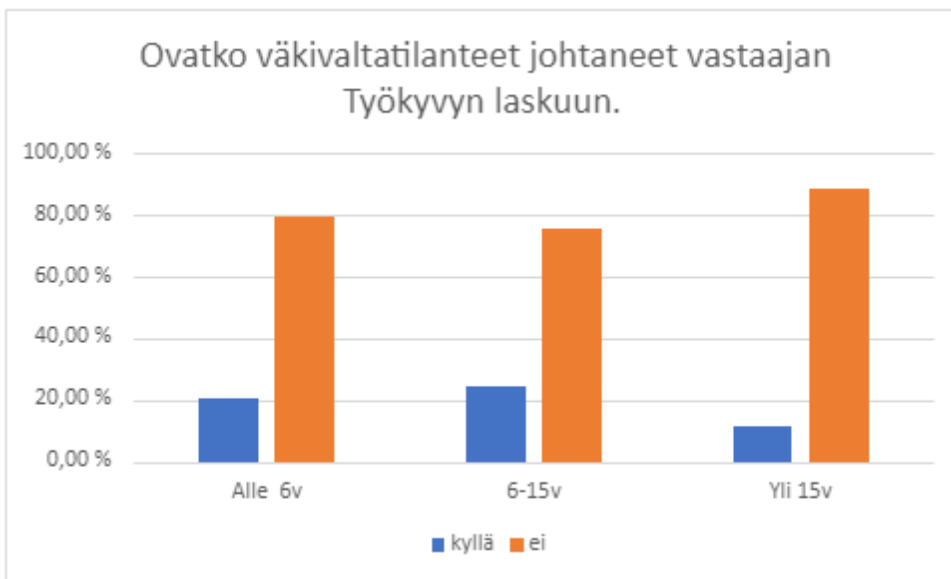
Kuva 18. Vastaajien osallistuminen koulutuksiin, jaotteluna vastaajan työkokemus.



Turvallisuuskoulutuksista koettua hyötyä kysyttäessä alle 6 vuotta omaavien vastanneiden keskiarvo oli 2,6. 6–15 vuotta omaavien keskiarvo vastauksissa oli 2,8 ja yli 15 vuotta omaavilla vastaajilla keskiarvo oli 3,4. Kaikkien työkokemusryhmien vastaus mediaani oli 3,0. Työympäristön turvallisuutta kysyttäessä keskiarvo oli 3,3 alle 6 vuotta omaavilla vastaajilla, 6–15 vuotta omaavilla ja yli 15 vuotta omaavilla keskiarvo oli sama 3,4. Mediaani kaikilla ryhmillä oli 3,0.

Vastanneiden kohtaamasta väkivallasta aiheutunutta työkyvyn laskua koki 21 % alle 6 vuotta omaavista vastaajista, 24 % 6–15 vuotta omaavista ja 12 % yli 15 vuotta omaavista vastaajista. Vastaavasti suurin osa vastanneista ei ollut kokenut työkyvyn laskua kohtaamastaan väkivallasta 79 % alle 6 vuotta omaavat, 76 % 6–15 vuotta omaavat ja 88 % yli 15 vuotta omaavat. (Kuva 19)

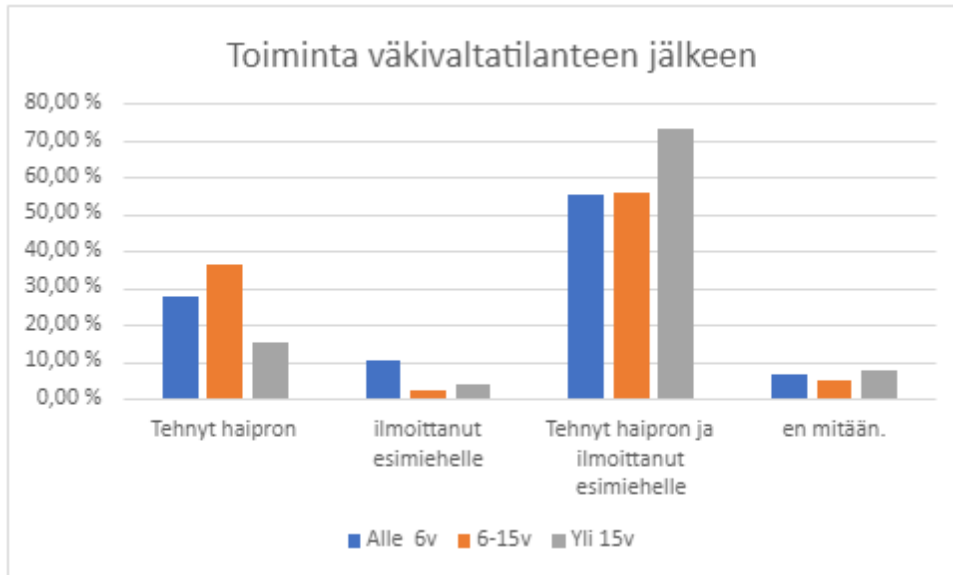
Kuva 19. Vastaajien työkyvyn lasku väkivaltilanteiden jälkeen, jaotteluna vastaajan työkokemus.



Väkivalta tilanteen jälkeen 27,6 % alle 6 vuotta työkokemusta omaavista vastaajista oli tehnyt HaiPron, 10,3 % oli ilmoittanut asiasta lähiesimiehelle. 55,2 % oli tehnyt HaiPron ja ilmoituksen lähiesimiehelle. 6,9 % alle 6 vuotta työkokemusta omaavista vastaajista ei ollut tehnyt mitään ilmoitusta kohtaamastaan väkivallasta. Vastaajista, joilla oli 6–15 vuotta työkokemusta 36,6 % oli tehnyt HaiPron, 2,4 % ilmoittanut lähiesimiehelle, 56,1 % HaiPron ja

ilmoituksen esimiehelle ja 4,9 % ei ollut ilmoittanut väkivallasta. Yli 15 vuotta työkokemusta omaavista vastaajista 15,4 % oli tehnyt HaiPron, 3,8 % ilmoittanut vain esimiehelle. 73,1 % oli tehnyt HaiPron ja ilmoituksen esimiehelle ja 7,7 % ei ollut tehnyt mitään ilmoitusta. (Kuva 20)

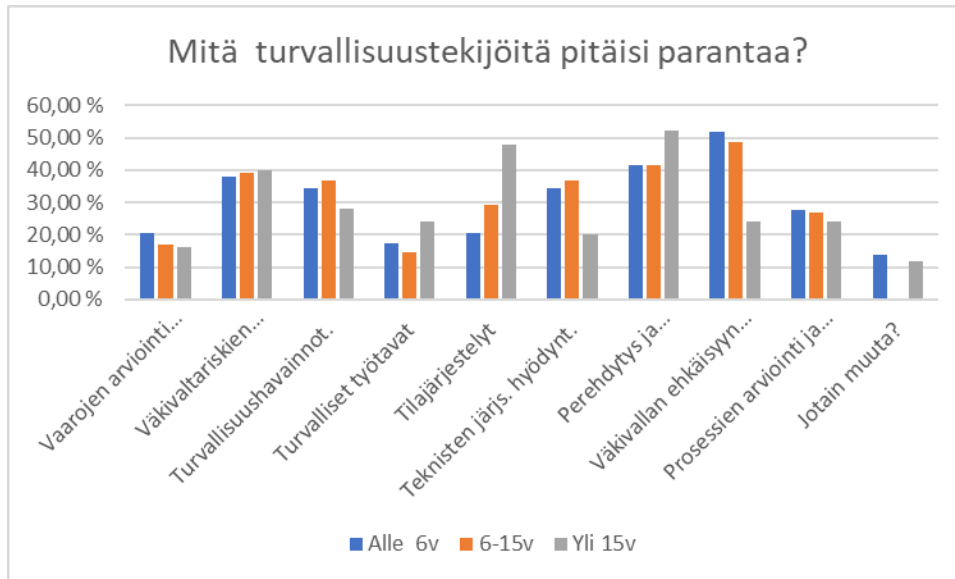
Kuva 20. Vastaajien toiminta väkivaltilanteen jälkeen, jaotteluna vastaajan työkokemus



Vastaajista suurin osa ei ollut huomannut näkyviä toimia työturvallisuuden parantamiseksi hoitajien työympäristössä. Alle 6 vuotta työkokemusta omaavista vastaajista 10 % oli huomannut parannuksia työympäristössä työturvallisuuden suhteen, 6–15 vuotta työkokemusta omaavista vastaajista 17 % ja yli 15 vuotta työkokemuksen omaavista vastaajista 46 %.

Työturvallisuusteen vaikuttavista turvallisuustekijöistä alle 6 vuotta työkokemusta vastaajien ryhmässä eniten valintoja saivat Väkivallan ehkäisyyn kohdennettu koulutus 52 %, Perehdytys ja työnohjaus 41,4 % ja Väkivaltariskien tunnistaminen 37,9 %. Vastaajien, joiden työkokemus oli 6–15 vuotta, olivat valinneet eniten Väkivallan ehkäisyyn kohdennettu koulutus 48,8 % Perehdytys ja työnohjaus 41,5 % ja Väkivaltariskien tunnistaminen 39 % Yli 15 vuotta työkokemusta omaavat vastaajat olivat valinneet eniten Perehdytys ja työnohjaus 52 %, Tilajärjestelyt 48 % ja Väkivaltariskien tunnistaminen 40 %. (Kuva 21)

Kuva 21. Mitä turvallisuustekijöitä vastaajien mielestä pitäisi parantaa, jaotteluna vastaajan työkokemus.

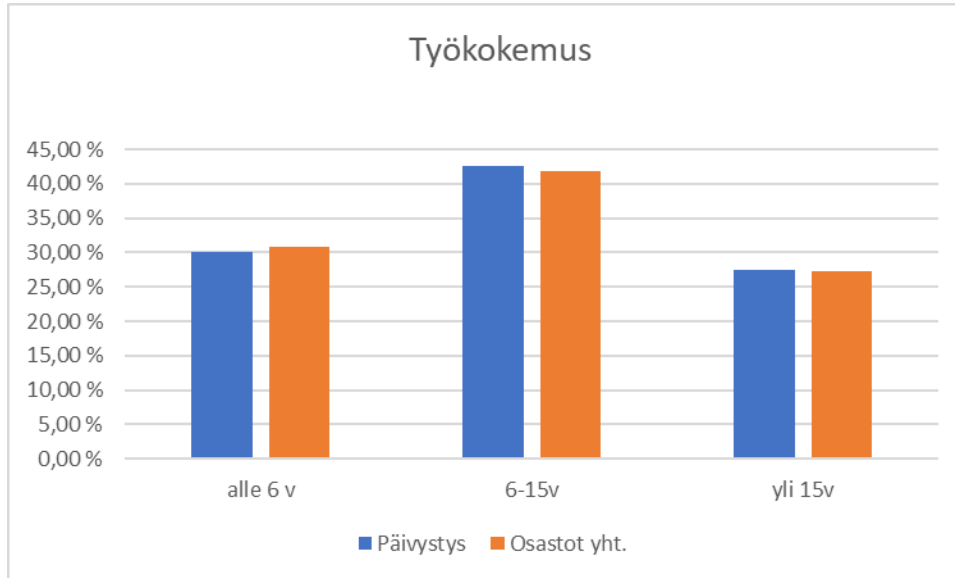


7.3 Tulokset vastaajien osaston mukaan

Alkuperäisen suunnitelman mukaan opinnäytetyön analyysissä oli tarkoitus vertailla osastojen antamia vastauksia keskenään. Yksittäisiltä osastoilta vastausprosentti jäi hyvin pieneksi, joten päätimme yhdistää vuodeosastojen vastaukset (6A,6B,5A,5B,4B,3A) yhdeksi ryhmäksi ja vertailla yhdistetyn ryhmän vastauksia päivystyksen vastauksien kanssa. Päivystyksestä vastauksia kertyi 42,7 % (F=41) ja vuodeosastojen vastausten yhdistetty määrä on 57,3 % (F=55).

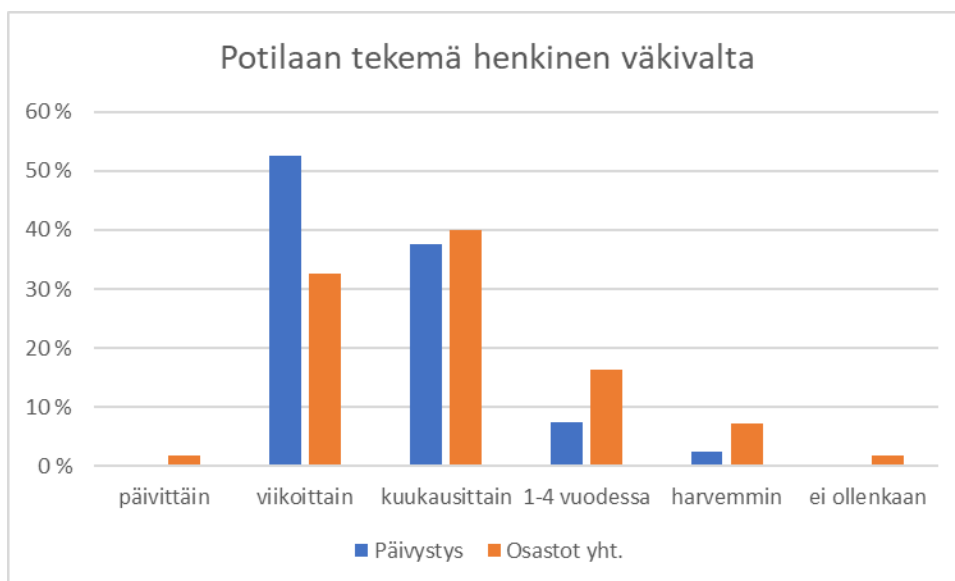
Päivystyksessä vastaajien työkokemus jakautui 30 % alle 6 vuotta työkokemusta omaavat, 42,5 % 6–15 vuotta omaavat ja 27,5 % yli 15 vuotta työkokemusta omaavat. Osastoilla vastaajien työkokemus jakautui 30,9 % alle 6 vuotta työkokemusta omaavat, 41,8 % 6–15 vuotta omaavat ja 27,3 % yli 15 vuotta työkokemusta omaavat. (Kuva 22)

Kuva 22. Työkokemus, jaotteluna vastaajan osasto.



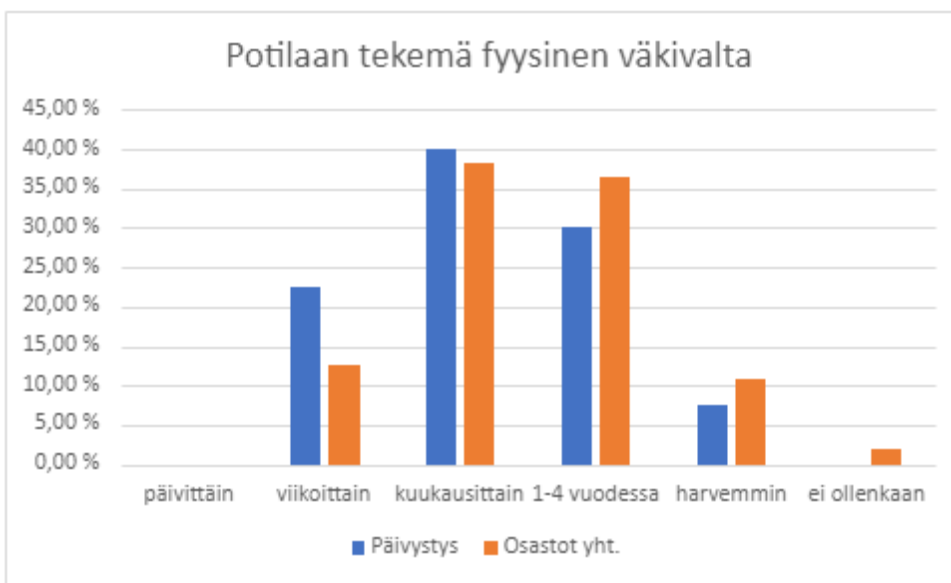
Potilaan tekemää henkistä väkivaltaa koki osastoilla päivittäin 1,8 % vastaajista, päivystyksessä potilaan tekemää henkistä väkivaltaa ei koettu ollenkaan. Viikoittain potilaan tekemää henkistä väkivaltaa koki päivystyksen vastaajista 52,5 % ja osastoilla 32,7 %. Kuukausittain osastoilla henkistä väkivaltaa koki 40 % vastaajista ja päivystyksessä 37,5 % 1–4 kertaa vuodessa henkistä väkivaltaa koki osastoilla 16,4 % vastaajista ja päivystyksessä 7,5 %. Harvemmin henkistä väkivaltaa koki 2,5 % päivystyksen vastaajista ja osaston vastaajista 7,3 %. Osastojen vastaajista 1,8 % ei ollut kohdannut potilaan tekemää henkistä väkivaltaa ollenkaan. (Kuva 23)

Kuva 23. Potilaan tekemä henkinen väkivalta, jaotteluna vastaajan osasto.



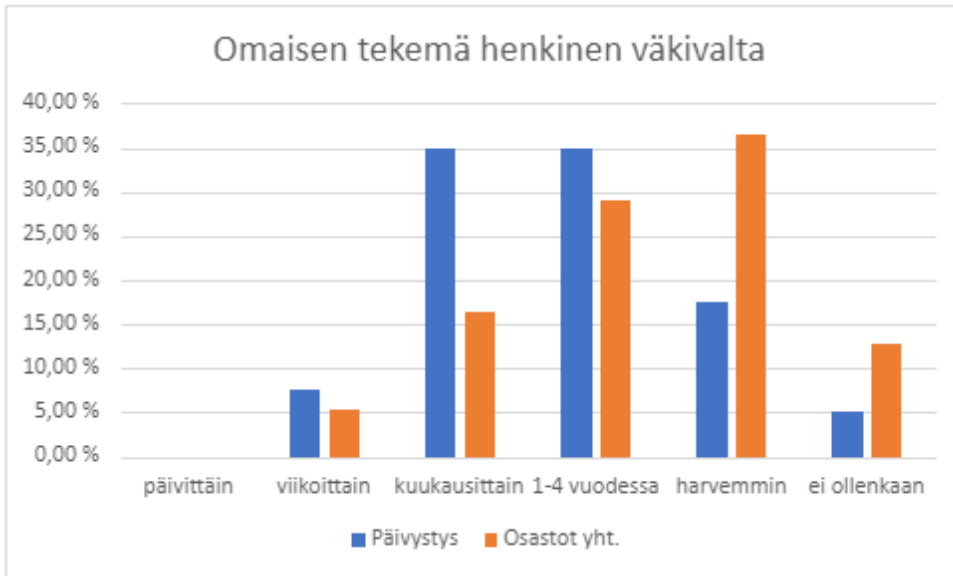
Päivittäin potilaan tekemää fyysistä väkivaltaa eivät vastaajat olleet kohdanneet ollenkaan. Viikoittain potilaan tekemää fyysistä väkivaltaa kohtasi 22,5 % päivystyksen vastaajista ja osastoilla 12,7 % vastaajista. Kuukausittain 40 % päivystyksen vastaajista koko potilaalta fyysistä väkivaltaa ja osastoilla vastaavasti 38,2 %. 1–4 kertaa vuodessa fyysistä väkivaltaa kohtasi osastoilla 36,4 % vastaajista ja päivystyksessä 30 % vastaajista. Harvemmin potilaan tekemää fyysistä väkivaltaa oli kohdannut 7,5 % päivystyksen vastaajista ja 10,9 % osastojen vastaajista. Osastojen vastaajista 1,8 % ei ollut kohdannut ollenkaan fyysistä väkivaltaa potilaalta. (Kuva 24)

Kuva 24. Potilaan tekemä fyysinen väkivalta, jaotteluna vastaajan osasto.



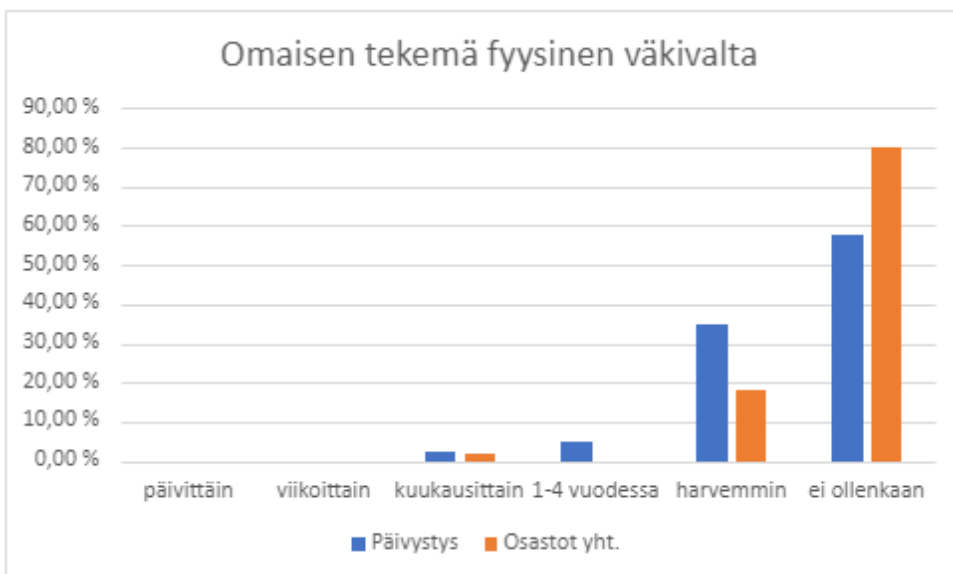
Vastaajat eivät olleet kokeneet ollenkaan omaisen tekemää henkistä väkivaltaa päivittäin, viikoittain henkistä väkivaltaa koki 7,5 % päivystyksen vastaajista ja 5,4 % osastojen vastaajista. Kuukausittain omaisen tekemää henkistä väkivaltaa kohtasi 35 % päivystyksen vastaajista ja 16,4 % osastojen vastaajista. 1–4 kertaa vuodessa henkistä väkivaltaa koki 35 % päivystyksen vastaajista ja 29 % osastojen vastaajista. Harvemmin omaiselta henkistä väkivaltaa koki 18 % päivystyksen vastaajista ja 36 % osastojen vastaajista. Vastaajista 5 % päivystyksessä ja 12,7 % osastoilla ei ollut kohdannut ollenkaan henkistä väkivaltaa omaiselta. (kuva 25)

Kuva 25. Omaisen tekemä henkinen väkivalta, jaotteluna vastaajan osasto.



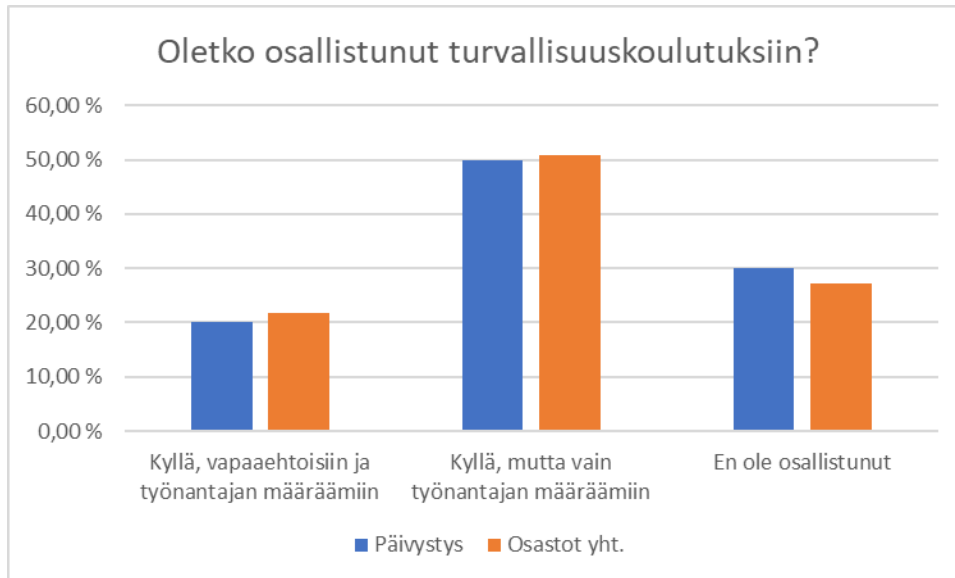
Omaisen tekemää fyysistä väkivaltaa ei ollut kohdannut yksikään vastaaja päivittäin tai viikoittain. Kuukausittain fyysistä väkivaltaa oli kohdannut 3 % päivystysten vastaajista ja osastojen vastaajista 2 %. 1–4 kertaa vuodessa oli kokenut 5 % päivystysten vastaajista. Harvemmin fyysistä väkivaltaa omaiselta oli kokenut 35 % päivystysten vastaajista ja 18 % osastojen vastaajista. 57,5 % päivystysten vastaajista ja 80 % osastojen vastaajista ei ollut kokenut ollenkaan omaisen tekemää fyysistä väkivaltaa. (Kuva 26)

Kuva 26. Omaisen tekemä fyysinen väkivalta, jaotteluna vastaajan osasto.



Turvallisuuskoulutuksiin vapaaehtoisin sekä määrättyihin oli osallistunut 20 % päivystyksen vastaajista ja 21,8 % osastojen vastaajista. Vain työnantajan määräämiin turvallisuuskoulutuksiin oli osallistunut 50 % päivystyksen vastaajista ja 50,9 % osastojen vastaajista. 30 % päivystyksen vastaajista ja 27,3 % osastojen vastaajista ei ollut osallistunut ollenkaan turvallisuuskoulutuksiin. (Kuva 27)

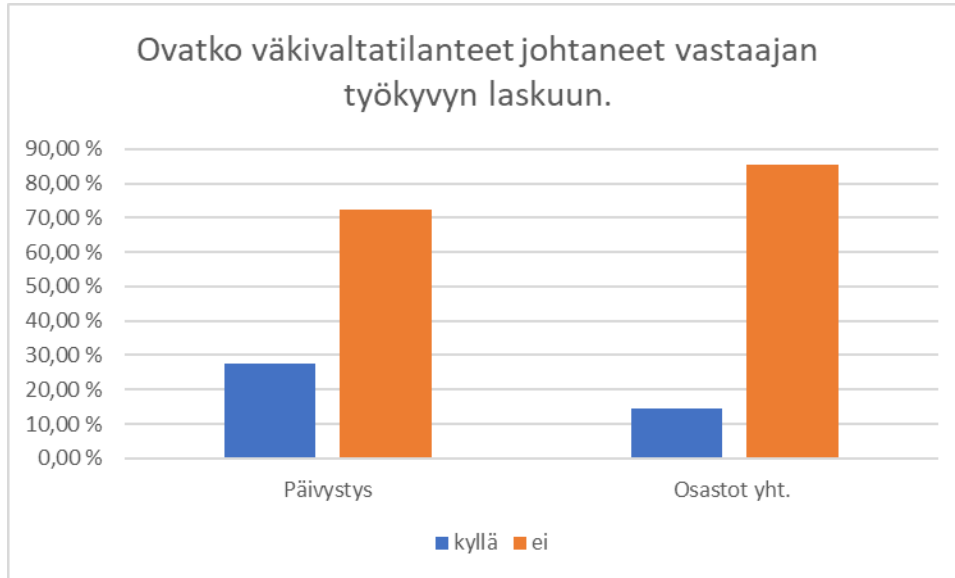
Kuva 27. Vastaajien osallistuminen koulutuksiin, jaotteluna vastaajan osasto.



Turvallisuuskoulutuksista koettu hyöty oli päivystyksessä keskiarvolla 2,8 ja mediaani 3,0. Osastojen kokeman hyödyn keskiarvo oli 3,0 ja mediaani 3,0. Työympäristön turvallisuuden keskiarvo oli päivystyksessä 3,2 ja mediaani 3,0. Osastoilla työympäristön turvallisuuden keskiarvo oli 3,5 ja mediaani 3,0.

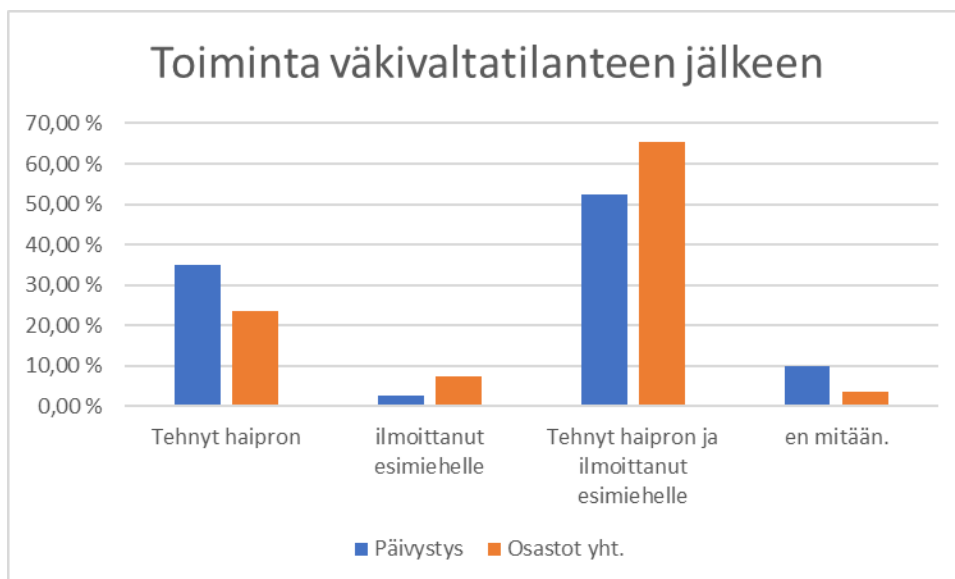
Päivystyksessä 28 % oli kokenut työkykynsä alentuneen kokemansa väkivallan jälkeen, osastoilla vastaavasti 15 % oli kokenut työkyvyn laskua. Päivystyksessä 72 % ja osastoilla 85 % vastaajista ei ollut kokenut työkykynsä laskua kohtaamansa väkivallan jälkeen. (Kuva 28)

Kuva 28. Vastaajien työkyvyn lasku väkivaltatilanteiden jälkeen, jaotteluna vastaajan osasto.



Väkivaltatilanteen jälkeen 35 % päivystyksen vastaajista oli tehnyt HaiPro-ilmoituksen, osastoilla vastaavasti 24 % oli menetellyt samanlailla. Osastojen vastaajista 7 % oli ilmoittanut vain lähiesimiehelle ja vastaavasti 2 % päivystyksen vastaajista. HaiPron ja lähiesimiehelle ilmoituksen oli tehnyt 53 % päivystyksen vastaajista ja 65 % osastojen vastaajista. Kohtaamansa väkivallan jälkeen vastaajat, jotka eivät tehneet mitään ilmoitusta oli 10 % päivystyksessä ja osastoilla 3,6 %. (Kuva 29)

Kuva 29. Vastaajien toiminta väkivaltatilanteiden jälkeen, jaotteluna vastaajan osasto.



Työturvallisuuden turvallisuustekijöistä päivystyksen vastaajien mielestä pitäisi parantaa, väkivallan ehkäisyyn kohdennettua koulutusta 56 %, Väkivaltariskien tunnistamista 46,2 % ja perehdytystä ja työnohjausta 43,6 %. Osastojen vastaajien mielestä parannettavia osa-alueita olisi perehdytys ja työnohjaus 45,5 %, turvallisuushavainnot 38,2 % ja tilajärjestelyt 36,4 %. (Kuva 30)

Kuva 30. Mitä turvallisuustekijöitä vastaajien mielestä pitäisi parantaa, jaotteluna vastaajan osasto.



8 Yhteenveto tuloksista

Suurimalla osalla vastaajista oli 6–15 vuotta työkokemusta, eniten alle kuuden vuoden työkokemusta ilmoittivat kyselyyn vastanneet miehet. Osastoilla ei ollut merkitystä työkokemuksen jakautumisessa osastojen kesken.

Kyselyyn vastanneet kokivat eniten potilaan tekemää henkistä väkivaltaa viikoittain ja kuukausittain, eniten potilaan tekemää henkistä väkivaltaa koetaan päivystyksessä. Kyselyn vastausten perusteella vastaajaan työkokemuksella ei ole merkitystä, kun aiheena on potilaan tekemä henkinen väkivalta. Potilaat tekivät fyysistä väkivaltaa eniten kuukausittain tai 1–4 kertaa vuodessa, eniten potilaan tekemää fyysistä väkivaltaa ilmoittivat vastaajat, joilla työkokemusta oli alle kuusi (6) vuotta. Vastaajan osastolla ei ollut vastausten

perusteella merkitystä kohdatun fyysisen väkivallan kohdalla, jonka tekijänä oli potilas. Omaisten tekemää henkistä väkivaltaa koetaan eniten 1–4 kertaa vuodessa tai harvemmin. Eniten omaisten tekemää henkistä väkivaltaa ilmoittivat alle kuusi (6) vuotta ja 6–15 vuotta omaavat vastaajat. Eniten henkistä väkivaltaa omaiset kohdistivat vastaajiin päivystyksessä. Omaisten tekemää fyysistä väkivaltaa ei kohdata ollenkaan tai sitä kohdataan harvemmin. Eniten omaisten tekemää fyysistä väkivaltaa ilmoittivat alle kuusi (6) vuotta ja 6–15 vuotta omaavat vastaajat, vastaajien osastoista päivystyksessä ilmoitettiin hieman enemmän omaisten tekemää fyysistä väkivaltaa kuin muilta sairaalan osastoilta.

Suurin osa hoitajista on osallistunut vain työnantajan määräämiin turvallisuuskoulutuksiin, turvallisuuskoulutuksesta saatua hyötyä pidetään vastaajien mielestä kohtalaisena. Eniten hyötyä turvallisuuskoulutuksista olivat kokeneet yli 15 vuotta työkokemusta omaavat vastaajat. Työympäristön turvallisuus on vastaajien mielestä kohtalaista hieman parempi, vähemmän turvalliseksi työympäristö koettiin päivystyksessä ja alle kuusi (6) vuotta työkokemusta omaavien vastaajien kesken. Suurin osa hoitajista ei ole kokenut työkykynsä alentuneen kohtaamastaan väkivaltilanteista huolimatta, mutta silti 20 % vastaajista ilmoitti työkykynsä alentuneen. Eniten työkyvyn laskua ilmoittivat miehet ja 6–15 vuotta työkokemusta omaavat vastaajat. Vastaajan osastolla ei ollut merkitystä koettuun työkyvyn laskuun väkivaltilanteen jälkeen. Väkivaltilanteen jälkeen yli puolet vastaajista oli tehnyt HaiPron ja ilmoituksen lähiesimiehelle.

Suurin osa hoitajista ei ole huomannut näkyviä toimia työturvallisuuden parantamiseksi, eniten työturvallisuuden parantamiseksi näkyviä toimia olivat huomioineet vastaajat, joilla oli yli 15 vuotta työkokemusta. Vähiten työturvallisuuden suhteen näkyviä toimia olivat havainnoineet vastaajat, joilla oli alle kuusi (6) vuotta työkokemusta. Työturvallisuuden osatekijöistä osastoilla tulisi hoitajien mielestä parantaa perehdytystä ja työnohjausta, väkivallan ehkäisyyn kohdennettua koulutusta ja väkivaltariskien tunnistamista. Vapaissa vastausvaihtoehdoissa kysymyksessä 13 vastaajat nostivat esille vartijoiden lisäämisen sairaalan työympäristössä, vartijoiden säännölliset kierrokset osastoilla, turvakameroiden lisääntymisen vastaajien työympäristössä, väkivaltilanteiden käsittelyn ja ennalta ehkäisevien toimien miettimisen. Kysymyksen 14 vapaassa vastausvaihtoehdossa vastaajat nostivat esille henkilökunnan riittävyyden takaamisen potilaiden hoitotilanteissa, tarvittavan

rauhottavan lääkityksen potilaiden hoidossa ja sen että väkivallanuhka otettaisiin vakavasti esimiesten toimesta.

9 Pohdinta

Tutkijoiden on seurattava heille esitettyjä eettisiä vaatimuksia tutkimusta tehdessä. Heidän on oltava kiinnostuneita tutkittavasta aiheesta sekä siihen liittyvän lisätiedon hankinnasta. Tutkijoiden on perehdyttävä huolellisesti tutkimuksen aiheeseen, jotta tuotettu tieto olisi mahdollisimman tarkkaa. Tutkimuksessa tulee pyrkiä rehellisyyteen sekä huolellisuuteen aineiston analysoinnissa sekä tulosten raportoinnissa. Tutkimus ja sen kaikki osa-alueet tulee toteuttaa ihmisarvoa kunnioittaen sekä noudattaen hyvää tieteellistä käytäntöä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2009, s. 172)

Tutkimussuunnitelman ja teoreettisen viitekehyksen valmistuttua opinnäytetyötä varten haettiin Kanta-Hämeen keskussairaalaalta sen toteuttamiseen tarvittavat luvat. Aineiston kerääminen toteutettiin yhteistyössä osastonhoitajien sekä osastojen työntekijöiden kanssa, ja kyselyyn vastaaminen oli vapaaehtoista. Kyselyn lisäksi osastojen työntekijöille lähetettiin saatekirje, jossa tutkijat esittelivät itsensä sekä antoivat tarvittavat yhteystiedot, joilla heihin sai yhteyttä. Saatekirjeessä esiteltiin myös tutkimuksen motivaatio sekä kenelle kyselyn tulokset esitetään. Vastaajien anonymiteetti säilyi läpi tutkimuksen, sillä kysely lähetettiin osastonhoitajien kautta ja kyselyyn vastattiin nimettömänä. Tutkimusta varten kerättyä aineistoa käytettiin ainoastaan tähän opinnäytetyöhön, sitä käsiteltiin luottamuksellisesti sekä se hävitettiin asianmukaisesti tutkimuksen loppuun saaton ja oikeellisuuden tarkastamisen jälkeen.

Kysely lähetettiin 238 vastaajalle ja vastauksia saatiin 96. Näin ollen tutkimuksen vastaajaprosentiksi muodostui 40 %. Matalaan vastaaja prosenttiin todennäköisesti vaikutti tutkimuksen sijoittuminen kesälle, hoitajien sopimukseton tila sekä työtaistelutoimet. Vastaajien lukumäärän perusteella tutkimuksen tuloksia ja niistä saatavia johtopäätöksiä ei voida yleistää kuvaamaan koko sairaalaan tilannetta.

Jatkotutkimusaiheita tutkimukseen liittyen on monia. Tämän tutkimuksen kaltaisia kyselyjä voitaisiin tehdä vuosittain ja kohdennettuna yksittäisille osastoille. Näin saataisiin selville tutkittavan osaston ajantasainen tilanne väkivallasta ja sen uhasta sekä työntekijöiden koulutuksesta ja saadusta perehdytyksestä osaston turvallisuustoimiin. Lisäksi tämän tyyppistä tutkimusta voitaisiin muokata ja kohdistaa tutkimaan osastoja yksityiskohtaisemmin ja yksilöllisemmin. Tässä tutkimuksessa ei esimerkiksi huomioitu lääkäreitä, laitoshuoltajia tai hallinnon ja sosiaalihoidon työntekijöitä, jotka ovat yhtä tärkeässä osassa sairaalan toimintaa kuin hoitajat. Jatkotutkimuksissa voitaisiin myös tutkia hoitajien koulutustason vaikutusta koettuun väkivaltaan ja sen uhkaan. Tässä tutkimuksessa ei myöskään eritelty väkivaltaa henkistä ja fyysistä väkivaltaa pidemmälle. Työntekijöiden hyvinvoinnin ja turvallisuuden kannalta voisi olla tarpeellista saada lisätietoa koetun, henkisen tai fyysisen, väkivallan muodosta, jotta kohdennettuja ehkäiseviä toimia voitaisiin parantaa.

Lähteet

Ahola, K., Tuisku, K. & Rossi, H. (2018). *Työuupumus (burnout)*. Haettu 14.9.2021 osoitteesta <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00681>

Aula Research Oy (2021). *Selvitys väkivallasta sote-alalla tulospaketti*. Haettu 14.9.2021 osoitteesta https://www.tehy.fi/system/files/mfiles/muu_dokumentti/tehyn_kysely_vakivallasta_sote-alalla_2021_paatulokset_id_17211.pdf

Awanic. (n.d.). *HaiPro*. Haettu 12.9.2021 osoitteesta <https://awanic.fi/haipro/>

Bildjuschkin, K., Ewalds, H., Hietämäki, J., Kettunen, H., Koivula, T., Mäkelä, J., Nipuli, S., October, M., Peltonen, J & Siukola, R. (2020) *THL väkivaltakäsitteiden sanasto*. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-211-6>

Heikkilä, T (2014) *Kvantitatiivinen tutkimus*. Haettu 28.10.2021 osoitteesta <http://tilastollinentutkimus.fi/1.TUTKIMUSTUKI/KvantitatiivinenTutkimus.pdf>

Hiltunen, J & Tuomikoski, S. (2014). *Hoitajien kokemuksia työpaikkaväkivallasta tai sen uhasta päivystyspoliklinikalla*. [Opinnäytetyö, Oulun ammattikorkeakoulu] <http://www.urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2014120217957>

Jones, M. (17.5.2021). *Preventing workplace violence in healthcare. American association of critical-care nurses*. <https://www.aacn.org/blog/preventing-workplace-violence-in-healthcare>

Josefsson, K., Sinervo, T., Vehko, T. (2018) THL, *Mikä selittää hoitajiin kohdistuvaa väkivaltaa vanhustenhuollossa?* Haettu osoitteesta 1.2.2022 osoitteesta <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-101-0>

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. (2009). *Tutkimus hoitotieteessä*. WSOYpro Oy

- Kim, S., Mayer, C. & Jones, C. (2021). Relationships between nurses' experiences of workplace violence, emotional exhaustion, and patient safety. *Journal of research in nursing*, 26(1-2), 35-46
- Lounais-Suomen mielenterveys ry. (n.d.). *Väkivalta*. Haettu 22.9.2021 osoitteesta <https://www.mielenterveysseurat.fi/turku/materiaalit/tietoa-kriiseista/vakivalta/>
- Martikainen, A (17.5.2021) *Ensihoitaja Juha Hyötyläisen hampaat lohkesivat, kun potilas hyökkäsi kimppuun – tuore kysely: nuoret hoitajat kokevat eniten väkivaltaa työssään*. Yle. <https://yle.fi/uutiset/3-11931640>
- Puumi, S. (2020). *Väkivalta pois työpaikalta*. (5. p.). Työturvallisuuskeskus.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. (n.d.). *Työhyvinvointi*. Haettu 14.9.2021 osoitteesta <https://stm.fi/tyohyvinvointi>
- STTK. (2021). *Tehyn laaja kysely: Hoitajien kohtaama väkivalta arkipäivää, neljännes saanut tappouhkauksen* [Liittojen tiedote] <https://www.sttk.fi/2021/05/17/tehyn-laaja-kysely-hoitajien-kohtaama-vakivalta-arkipaivaa-neljannes-saanut-tappouhkauksen/>
- Suomen lähi- ja perushoitajaliitto SUPER. (n.d.). *Työhyvinvointi*. Haettu 14.9.2021 osoitteesta <https://www.superliitto.fi/tyoelamassa/tyohyvinvointi-tyosuojelu-ja-tyoelaman-kehittaminen/tyohyvinvointi/>
- Tehy. (2021). *Tehyn laaja kysely: Hoitajien kohtaama väkivalta arkipäivää, neljännes saanut tappouhkauksen*. ("Tehyn laaja kysely: Hoitajien kohtaama väkivalta arkipäivää, neljännes ...") Haettu 14.9.2021 osoitteesta <https://www.tehy.fi/fi/mediatiedote/tehyn-laaja-kysely-hoitajien-kohtaama-vakivalta-arkipaivaa-neljannes-saanut>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (2021) *Väkivallan muodot*. Haettu 28.10.2021 osoitteesta <https://thl.fi/fi/web/lapset-nuoret-ja-perheet/hyvinvointi-ja-terveys/vakivallan-ehkaisy/vakivallan-muodot>
- Työsuojeluhallinto. (2021). *Väkivallan uhka*. Haettu 12.9.2021 osoitteesta <https://www.tyosuojelu.fi/tyoolot/vakivallan-uhka>
- Työterveyslaitos. (n.d.). *Työhyvinvointi*. Haettu 14.9.2021 osoitteesta <https://www.ttl.fi/tyoyhteiso/tyohyvinvointi/>
- Työturvallisuuskeskus. (n.d.-a). *Työturvallisuus ja työsuojelu*. Haettu 22.1.2022 osoitteesta https://ttk.fi/tyoturvaluus_ja_tyosuojelu#59099c6c
- Työturvallisuuskeskus. (n.d.-b). *Työympäristö*. Haettu 22.1.2022 osoitteesta https://ttk.fi/tyoturvaluus_ja_tyosuojelu/tyoturvaluuden_perusteet/tyoymparisto#59099c6c

Työturvallisuuslaki 738/2002 <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2002/20020738#L2P8>

Vekalahti, K (2014) *Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät*. Haettu 30.10.2021.

Osoitteesta <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/305021/Kyselytutkimuksen-mittarit-ja-menetelmat-2019-Vekalahti.pdf>

Vilppula, P (2018) *Kvantitatiivinen tutkimus*. Haettu 29.10.2021 osoitteesta

<https://users.metropolia.fi/~pervil/kvantsu/Moniste.pdf>

Weizman-Henelius, G. (1997). *Väkivaltaisen ihmisen kohtaaminen*. Tammer-Paino Oy.

Liite 1: Saatekirje

Hei

Olemme sairaanhoitajaopiskelijoita Hämeen ammattikorkeakoulusta ja teemme opinnäytetyötä hoitajien kokemasta väkivallasta ja väkivallan ehkäisevistä toimista Kanta-Hämeen Keskussairaalassa. Kyselyyn vastaaminen on anonyymiä ja yksittäistä vastaajaa ei voida erotella vastausten perusteella. Kysely on voimassa 3 viikkoa, viimeinen vastauspäivämäärä on 31.08.2022. Kysely tutkimuksen tulokset esitetään KHKS:n työsuojeluryhmälle.

Toivomme lämpimästi, että vastaatte kyselyyn, sillä se auttaa kehittämään tulevaa työympäristöä Kanta-Hämeen Keskussairaalassa.

Kiittäen

Sami Mustonen

Sami Virtanen

Liite 2: Tutkimuskysely

1. Vastaajan sukupuoli

- a. Mies
- b. Nainen
- c. Muu

2. Työkokemus

- a. Alle 6 vuotta
- b. 6–15 vuotta
- c. yli 15 vuotta

3. Millä osastolla työskentelet?

- a. 3a
- b. 4b
- a. 5a
- d. 5b
- e. 6a
- f. 6b
- g. Päivystys

4. Oletko kohdannut työssäsi **potilaalta** kohdistuvaa **henkistä** väkivaltaa (kiroamista, uhkailua, ahdistelua...)
- a. Kyllä, päivittäin
 - b. Kyllä, viikoittain
 - c. Kyllä, kuukausittain
 - d. kyllä, 1–4 kertaa vuodessa
 - e. Harvemmin
5. Oletko kohdannut työssäsi **omaiselta** kohdistuvaa **henkistä** väkivaltaa (kiroamista, uhkailua, ahdistelua...)
- a. Kyllä, päivittäin
 - b. Kyllä, viikoittain
 - c. Kyllä, kuukausittain
 - d. kyllä, 1–4 kertaa vuodessa
 - e. Harvemmin
 - f. En ole kohdannut ollenkaan.
6. Oletko kohdannut työssäsi **potilaalta** kohdistuvaa **fyysistä** väkivaltaa (tönnemistä, lyömistä, puremista...)
- a. Kyllä, päivittäin

- b. Kyllä, viikoittain
- c. Kyllä, kuukausittain
- d. kyllä, 1–4 kertaa vuodessa
- e. Harvemmin
- f. En ole kohdannut ollenkaan

7. Oletko kohdannut työssäsi **omaiselta** kohdistuvaa **fyysistä** väkivaltaa (tönimistä, lyömistä, puremista...)

- a. Kyllä, päivittäin
- b. Kyllä, viikoittain
- c. Kyllä, kuukausittain
- d. kyllä, 1–4 kertaa vuodessa
- e. Harvemmin
- f. En ole kohdannut ollenkaan

8. Oletko osallistunut organisaatiosi tarjoamiin turvallisuus koulutuksiin?

- a. Kyllä, vapaaehtoisesti osallistuttaviin ja työnantajan määräämiin
- b. Kyllä, mutta vain työnantajan määräämiin
- c. En ole osallistunut koulutuksiin

9. Oletko kokenut hyötyä turvallisuuskoulutuksista?

En 1 2 kohtalaisesti 3 4 Paljon 5

10. Kuinka turvalliseksi koet työympäristösi

En ollenkaan 1 2 kohtalaiseksi 3 4 täysin turvalliseksi
5

11. Onko kohtaamasi väkivalta johtanut mielestäsi työkykysi laskuun.

- a. Kyllä
- b. Ei

12. Miten olet toiminut väkivaltatilanteen jälkeen?

- a. Tehnyt HaiPron
- b. Ilmoittanut asiasta lähiesimiehelle
- c. HaiPron ja ilmoituksen lähiesimiehelle
- d. En mitään

13. Oletko huomannut näkyviä toimia työturvallisuuden parantamiseksi työympäristössäsi

- a. Kyllä, mitä: _____
- b. En

14. Mitä seuraavista vaihtoehtoista tulisi mielestäsi osastollasi parantaa? Valitse kolme (3)

mielestäsi tärkeintä.

- a. Vaarojen arviointi työpaikalla.

- b. Väkivaltariskien tunnistaminen.
- c. Turvallisuushavainnot. (esimerkiksi suojauksen puute, riskinotto työssä, työpisteen epäjärjestys)
- d. Turvalliset työtavat ja järjestelyt.
- e. Tilajärjestelyt.
- f. Teknisten järjestelmien hyödyntäminen. (esimerkiksi turvapainikkeet)
- g. Vartiointi ja järjestyksenvalvonta.
- h. Perehdytys ja työnohjaus.
- i. Väkivallan ehkäisyyn kohdennettu koulutus.
- j. Prosessien arviointi ja kehittäminen väkivaltatilanteiden jälkeen.
- k. Jotain muuta, Mitä? _____

Liite 3 Aineistonhallintasuunnitelma

Opinnäytetyössä kerättiin aineisto sähköisellä kyselylomakkeella. Kyselyn kohderyhmänä oli Kanta-Hämeen keskussairaalaan sairaanhoitajat. Kyselyssä ei kerätty henkilötietoja ja vastaajia ei voitu yksilöidä yksittäisen vastauksen perusteella. Kyselylomakkeella kerätty data säilytettiin opinnäytetyöprosessin aikana opiskelijan tietokoneella. Kyselyn keräämä data hävitettiin opinnäytetyöprosessin jälkeen Hämeen ammattikorkeakoulun ohjeiden mukaisesti.