

Opinnäytetyö (AMK)

Sairaanhoitajakoulutus

2018

Krista Backman & Anniina Lankinen

TYÖTURVALLISUUDEN UHKATEKIJÄT AIKUISPSYKIATRISILLA OSASTOLLA

– Kirjallisuuskatsaus

Krista Backman & Anniina Lankinen

TYÖTURVALLISUUDEN UHKATEKIJÄT AIKUISPSYKIATRISELLA OSASTOLLA

- Kirjallisuuskatsaus

Työturvallisuudella tarkoitetaan kaikkea sitä toimintaa, joka turvaa työntekijän henkisesti ja fyysisesti työaikana. Turvallisuus kuuluu työntekijän perusoikeuksiin ja sen pitää toteutua työpaikalla. Väkivaltaa on psykiatrisessa hoitotyössä niin paljon, että sitä pidetään ammattiin kuuluvana vaarana. Sanallinen väkivalta ja loukkaukset ovat yhtä vahingollisia psyykkiselle hyvinvoinnille kuin fyysinen väkivalta eikä sitä saa jättää huomioimatta. Ne ovat uhka työntekijän sosiaaliselle identiteetille sekä turvallisuuden tunteelle.

Opinnäytetyön tavoitteena on, että lukija saa laajemman käsityksen työturvallisuuden uhkatekijöistä, mikä mahdollistaa paremman varautumisen henkisesti ja fyysisesti uhkaaviin tilanteisiin psykiatrisilla osastoilla. Tarkoituksena on luoda kokonaiskäsitys aikuispsykiatrisella osastolla esiintyvistä työturvallisuuden uhkatekijöistä hoitohenkilökunnan näkökulmasta. Tämä opinnäytetyö kuuluu EriTurva-hankkeeseen, jonka yhteistyö tapahtuu Turun ammattikorkeakoulun, Turun yliopiston ja Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin kesken.

Opinnäytetyössä on käytetty menetelmänä kuvailevaa kirjallisuuskatsausta. Tietokannoiksi valikoituivat Cinahl Complete, Medic, PubMed ja Medline/Ovid. Tutkimusten otsikoiden ja tiivistelmien sisällön perusteella poissuljettiin lapsiin ja muihin kuin psykiatrisiin yksiköihin kohdistetut tutkimukset.

Työturvallisuutta on tutkittu paljon hoitoalalla ja etenkin potilaasta johtuvat uhkatekijät nousivat keskiöön sekä kirjallisuudessa että tutkimuksissa. Ympäristöstä ja vierailijoista johtuvia työturvallisuuden uhkatekijöistä löytyi niissä vain maininta. Tulosten perusteella suurimmaksi työturvallisuuden uhkatekijäksi nousi potilaiden fyysinen ja sanallinen väkivalta henkilökuntaa kohtaan. Tutkimuksia tulisi laajentaa koskemaan vierailijoita ja ympäristöä, jos halutaan saada kaikenkattava uhkatekijöiden kartoitus aikuispsykiatrisella osastolla. Työturvallisuuteen on jatkuvasti kiinnitettävä huomiota ja sitä on tarpeen mukaan kehitettävä.

ASIASANAT:

aikuispsykiatria, työturvallisuus, uhkatekijä, kirjallisuuskatsaus

BACHELOR'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Nursing

Spring 2018 | 47 pages, 2 appendices

Krista Backman & Anniina Lankinen

RISK FACTORS THAT THREATEN OCCUPATIONAL SAFETY IN ADULT PSYCHIATRIC WARD

- Descriptive literature review

Occupational safety means any activity that protects the employee mentally and physically during working hours. Safety is one of the fundamental rights of a worker and must be achieved in the workplace. Violence occurs in psychiatric nursing so frequently that it is considered to be an occupational hazard. Verbal violence and insults are as damaging to occupational well-being as physical violence and should not be ignored. It is a threat to the employee's social identity and the sense of security.

The purpose of the thesis is to provide a broader understanding of the threats to occupational safety, enabling better preparedness for mentally and physically threatening situations in psychiatric wards. The aim is to create a broader view of the threats to occupational safety at the adult psychiatric ward from the point of view of the nursing staff. This thesis is part of the EriTurva project, which is co-operated between Turku University of Applied Sciences, Turku University and HUS - The Hospital District of Helsinki and Uusimaa.

The thesis used a descriptive literature review as a method. Selected databases were from Cinahl Complete, Medic, PubMed and Medline/Ovid. Based on the contents of the research headings and the summaries, researches concerning children and other than psychiatric wards were excluded.

Occupational safety has been studied considerably in the health care field, and especially the patient-related threats have risen to the center of concern in both literature and studies. The research data doesn't focus on the threats caused by the environment and visitors. Based on the results, the greatest threats to occupational safety was the physical and verbal violence of the patients towards the staff.

Studies should be extended to concern visitors and the environment to get an overall view of the risk factors in an adult psychiatric ward. Occupational safety must always be paid attention to and it should be developed if necessary.

KEYWORDS:

adult psychiatry, occupational safety, risk factors, descriptive literature review

SISÄLTÖ

KÄYTETYT LYHENTEET TAI SANASTO	6
1 JOHDANTO	7
2 TEOREETTINEN VIITEKEHYS	9
2.1 Psykiatria	9
2.2 Työturvallisuus ja työturvallisuuden uhkatekijät	10
2.3 Potilaasta johtuvat uhkatekijät	12
2.3.1 Omaksuttu käyttäytymismalli	12
2.3.2 Mielenterveysongelmien luomat lisähaasteet	15
2.3.3 Muita potilaasta johtuvia uhkatekijöitä	17
2.4 Henkilökunnasta johtuvat uhkatekijät	17
2.4.1 Työntekijästä johtuvia uhkatekijöitä	17
2.4.2 Työnantajasta ja esimiehestä johtuvia uhkatekijöitä	19
2.4.3 Kollegiaalisuuden ongelmat	20
2.5 Ympäristöstä ja tiloista johtuvat uhkatekijät	22
2.5.1 Tarkoitukseen sopimaton pohjaratkaisu ja puuttuvat poistumistiet	22
2.5.2 Ovet, ikkunat ja huono valaistus	23
2.5.3 Epäjärjestys ja siisteyden ongelmat	23
2.5.4 Puutteellinen turvallisuustekniikka	24
3 TUTKIMUKSEN TAVOITE, TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMA	26
4 TUTKIMUSMENETELMÄ	27
5 TULOKSET	31
6 POHDINTA	38
6.1 Tulosten pohdinta	38
6.2 Eettisyys ja luotettavuus	40
6.3 Johtopäätökset	42
LÄHTEET	45

LIITTEET

- Liite 1. Henkilökunnan käyttäytymiseen liittyvät uhkatekijät
- Liite 2. Väkivaltaisuuden vaaran arviointimittari (HCR-20)

KUVIOT

- Kuvio 1. Artikkeleissa mainitut työturvallisuuden uhkatekijät 37

TAULUKOT

- Taulukko 1. Tutkimusten sisäänotto- ja poissulkukriteerit. 28
- Taulukko 2. Kirjallisuuskatsauksen hakutulos. 29
- Taulukko 3. Tekstin perusteella tietokannoista valitut tutkimukset. 30
- Taulukko 4. Käytettyjen tutkimusten esittely. 34

KÄYTETYT LYHENTEET TAI SANASTO

Lyhenne	Lyhenteen selitys
HUS	Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri
THL	Terveystieteiden tutkimuskeskus ja hyvinvoinnin laitos
TTK	Työturvallisuuskeskus
WHO	World Health Organization

1 JOHDANTO

Vuonna 2015 psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa hoidettiin yhteensä 169 631 potilasta. Vuodeosastoilla heitä oli 23 431 ja lisäksi 3 012 potilaan hoitoa jatkettiin vuodenvaihteen yli. Avohoidossa hoidettiin 165 667 potilasta. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2017.) Kun vuoden 2015 tuloksia verrataan vuoden 2014 tuloksiin, huomataan, että vuodeosastoilla hoidettujen määrä väheni 2,2% ja hoitjaksojen määrä 1,3%. Kaiken kaikkiaan hoidettavien potilaiden määrä kuitenkin kasvoi 3,0%. (THL 2017.) Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin julkaiseman vuosikertomuksen mukaan vuonna 2016 psykiatrian tulosalueella aikuisten hoitjaksoja on ollut yhteensä 1 448 ja hoitopäiviä 32 437 (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2016, 5).

Opinnäytetyömme aihe on työturvallisuus aikuispsykiatrisella osastolla. Työturvallisuudella tarkoitetaan kaikkea sitä toimintaa, joka turvaa työntekijän henkisesti ja fyysisesti työaikana. Työpaikkakohtaiset riskit tulisi arvioida säännöllisesti ja vaaratekijät poistaa tai minimoida (Suomen lähi- ja perushoitajaliitto 2018, Työterveyslaitos 2018). Psykiatrisessa hoitotyössä väkivaltaa on niin paljon, että sitä on pidetty ammattiin kuuluvana omana vaarana (Pitkänen 2003, Haller & Deluty 1988 mukaan). Osastoilla, joilla väkivaltaa esiintyy paljon, sanalliset uhkailut, loukkaukset ja pienemmät tönäisemiset voivat vaikuttaa vähäpätöiseltä ja jäädä näin huomioimatta (Pitkänen 2003, Laitoniemi 1993 mukaan). Väkivaltaisten tilanteiden läpipuinnilla voidaan ehkäistä tulevaisuudessa samanlaisten tilanteiden syntymistä sekä helpottaa hoitohenkilökunnan työn kuormitusta. Sanalliset uhkukset ja loukkaukset sekä niiden seuraukset ovat tärkeä huomioida samalla tavalla kuin fyysinen väkivalta, sillä ne voivat vaikuttaa yhtä vahingollisesti hoitajan psyykkiseen tasapainoon. Nämä voidaan kokea uhkana omalle sosiaaliselle identiteetille sekä turvallisuuden tunteelle. (Pitkänen 2003, Cameron 1998, Sosiaali- ja terveysministeriö 1998 mukaan.)

Opinnäytetyössä on käytetty menetelmänä kuvailevaa kirjallisuuskatsausta. Tässä opinnäytetyössä aikuisten psykiatrisella osastolla tarkoitetaan kaikkia niitä osastoja, joissa hoidetaan aikuisten psykiatrisia sairauksia. Tähän ei siis ole otettu mukaan poliklinikkatoimintaa.

Opinnäytetyön tavoitteena on, että lukija saa laajemman käsityksen työturvallisuuden uhkatekijöistä, mikä mahdollistaa paremman varautumisen henkisesti ja fyysisesti uh-

kaaviin tilanteisiin psykiatrisilla osastoilla. Tarkoituksena on luoda kokonaiskäsitys aikuispsykiatrisella osastolla esiintyvistä työturvallisuuden uhkatekijöistä hoitohenkilökunnan näkökulmasta.

Tämä opinnäytetyö kuuluu EriTurva-hankkeeseen. Hankkeen tavoitteena on parantaa hoitajien työturvallisuutta psykiatrisissa sairaaloissa, tuottaa työturvallisuuteen liittyvää tietoa sekä kehittää psykiatristen osastojen toimintaa. Hanke toteutuu yhteistyössä Turun ammattikorkeakoulun, Turun yliopiston ja HUS:n kesken. Hankkeen rahoitus tulee Työsuojelurahastosta. (Turun Ammattikorkeakoulu 2016.)

2 TEOREETTINEN VIITEKEHYS

2.1 Psykiatria

Psykiatrialla tarkoitetaan lääketieteen erikoisalaa, joka tutkii mielenterveyshäiriöitä sekä hoitaa mielenterveyden häiriöitä sairastavia potilaita (Lönqvist ym. 2017, 19). Aikuispsykiatria on yksi psykiatrian erikoisaloista ja se keskittyy yli 18-vuotta täyttäneiden hoitamiseen. Tässä työssä aikuisilla tarkoitetaan 18-64 –vuotiaita henkilöitä. Muita psykiatrian erikoisaloja ovat lasten-, nuoriso- ja oikeuspsykiatria. Erityisosaamisen alueita ovat mm. päihde- ja vanhuspsykiatria. (Mielenterveystalo 2018.) Psykiatria käyttää hyvänään tietoa, joka tutkii ihmisen kehitystä, käyttäytymistä sekä sitä, kuinka aivot ja mieli ovat rakentuneet. Se pyrkii ymmärtämään kuinka perinnölliset- ja ympäristötekijät vaikuttavat ihmismieleen ja sen toimintaan. (Lönqvist ym. 2017, 18.)

Psykiatrisen hoidon tarve liittyy mm. masennukseen, ahdistukseen, poikkeavaan käyttäytymiseen, psykosomaattisiin oireisiin sekä unen häiriöihin. Hoidon lisäksi psykiatria pyrkii puuttumaan ongelmiin ennaltaehkäisevästi sekä edistämään väestön mielenterveyttä. Se siis tarkastelee ihmisen psyykkisen voinnin taustatekijöitä eri näkökulmista. Psykiatrinen tutkimus on tuottanut lisätietoa psyykkisen toimintakyvyn taustoista, kuten hyvän mielenterveyden kehittymisen ehdoista sekä mielenterveyden häiriintymisestä. Psykiatria on laajasti kosketuskissa henkilön kulttuuriin, elinympäristöön ja ihmisten välisiin suhteisiin ja sen parissa työskentelevä kohtaa ongelmia liittyen ihmisen identiteettiin, riippuvuuteen, vallankäyttöön, toimintakykyyn ja elämänlaatuun. (Lönqvist ym. 2017, 5-6.)

Psykiatrinen hoitotyö tukee ihmisen tervettä kehitystä, estää mielen sairastumista sekä auttaa sairastuneita näyttöön perustuvilla parhailla mahdollisilla hoitokeinoilla (Lönqvist ym. 2017, 6). Se on yksilöllistä hoitoa, joka huomioi biologisen ja psykologisen vaihtelevuuden sekä huomioi olosuhteiden ainutlaatuisuuden. Potilaiden ongelmat luovat kliinisiä kysymyksiä, joihin pyritään vastaamaan näyttöön perustuvalla tiedolla. Hoidon suunnittelussa otetaan huomioon hoidon tarve, kattavuus sekä vaikutukset ennusteeseen. Potilaan hyväksyntä ja riittävä hoitoon sitoutuminen sekä yhteisesti jaettu päätöksenteko ovat edellytyksiä hoidon toteutumiselle. Vain laissa säädetyillä perusteilla voidaan hoitaa potilasta tämän tahdosta riippumatta. Psykiatrisessa hoitotyössä noudatetaan eettisiä

periaatteita ja sovelletaan olemassa olevia hoidon linjauksia yksilöllisesti. Hoidon onnistumisen kannalta on tärkeää tuntea potilaan henkilökohtaiset ominaisuudet, mielenterveyden tila, tausta, elämäntilanne sekä tulevaisuuden tavoitteet. (Lönngqvist ym. 2017, 18, 21-23.)

2.2 Työturvallisuus ja työturvallisuuden uhkatekijät

Työntekijän turvallisuus on osa perus- ja ihmisoikeuksien toteutumista. Perustuslain mukaan jokaisella on oikeus elämään ja henkilökohtaiseen vapauteen, koskemattomuuteen ja turvallisuuteen. Työntekijän turvallisuus on hänen perusoikeutensa ja sen on toteuttava työpaikallakin. (Perustuslaki 731/1999.)

Työsuojeluvalvonnalla on suuri merkitys työturvallisuuden toteutumiselle. Suomen työsuojeluhallinto muodostuu sosiaali- ja terveysministeriön työsuojeluosastosta sekä aluehallintovirastojen työsuojelun vastuualueista (Sosiaali- ja terveysministeriö 2016, 15). Sosiaali- ja terveysministeriön johdolla työsuojeluhallinto mm. kehittää työn turvallisuutta ja suorittaa tarkastuksia. Työsuojeluhallinnon alaisuuteen kuuluvat työsuojelutoimistot hoitavat työsuojelun ohjauksen ja valvonnan alueellisesti noudattaen työsuojeluhallinnosta annettua lakia. Taustalla vaikuttavat työturvallisuuslaki sekä laki työsuojelun valvonnasta ja työpaikan työsuojeluyhteistoiminnasta. (Rantaeskola ym. 2015, 191.) Aluehallintovirastojen tavoitteena on mm. edistää ja ylläpitää työntekijöiden toimintakykyä sekä ehkäistä työn aiheuttamia vaaroja terveydelle (Työsuojelu 2017).

Työturvallisuuslaissa turvataan työntekijöiden työkyky parantamalla työympäristöä ja työolosuhteita. Lisäksi sen avulla voidaan ennalta ehkäistä ja torjua näistä johtuvia työtapaturmia, ammattitauteja sekä työntekijän fyysiseen ja henkiseen terveyteen kohdistuvia haittoja. Mahdollisuuksien mukaan on ennalta ehkäistävä väkivaltaiset tilanteet sekä niiden uhka, mikäli työhön liittyy niiden ilmeinen riski. Työpaikalla on oltava asianmukaiset turvajärjestelyt väkivallan ehkäisemiseen ja rajoittamiseen. Menettelyohjeilla määritellään ne toimintatavat, joilla voidaan torjua ja rajoittaa työntekijän turvallisuuteen kohdistuvia väkivaltatilanteita. (Työturvallisuuslaki 738/2002.)

Työnantaja on veloitettu työturvallisuuslain puitteissa huolehtimaan tarpeellisin toimenpitein työntekijöidensä turvallisuudesta ja terveydestä (Työturvallisuuskeskus 2010, 5). Tällä tarkoitetaan huomion kiinnittämistä työhön, työolosuhteisiin, työympäristöön ja

työntekijän henkilökohtaisiin edellytyksiin liittyviin seikkoihin (Rantaeskola ym. 2015, 39). Työnantajan työsuojelutoiminnan on oltava suunnitelmallista sekä järjestelmällistä. Työnantajan tulee olla tietoinen työpaikalla mahdollisesti esiintyvistä fyysisistä ja psykososiaalisista uhkatekijöistä. (TTK 2010, 5.) Ennalta arvaamattomat, epätavalliset olosuhteet sekä poikkeukselliset tapahtumat, joita ei olisi voitu välttää kaikista varotoimista huolimatta, eivät kuulu työnantajan huolehtimisvelvollisuuden piiriin. Käytännössä huolehtimisvelvoite takaa työsuojelun toimintaohjelman laatimisen, työn vaarojen selvittämisen ja arvioinnin sekä työympäristön turvallisuuden suunnittelun. Velvollisuuksiin lukeutuu myös terveyttä kuormittaviin tekijöihin puuttuminen ja niiden vähentäminen. Työnantajan on annettava työntekijöille tarpeellinen tieto työn haitta- ja vaaratekijöistä. (Rantaeskola ym. 2015, 39-41.) Työnantajan sijaisina toimivat sellaiset esimiesasemassa olevat henkilöt, jotka ovat vastuussa työnjohdollista tehtävistä. Esimiehien tehtävänä on työnopastuksen lisäksi valvoa annettujen ohjeiden sekä turvallisten työtapojen noudattamista. (TTK 2010, 6.)

Työterveyden sekä työturvallisuuden kehittämisen kannalta on tärkeää, että työntekijät osallistuvat siihen aktiivisesti. Työntekijän työsuojeluasioihin liittyviä velvollisuuksia ovat työturvallisuuslain mukaan mm. työnantajan määräysten mukaan toimiminen, huolellisuuden ja varovaisuuden noudattaminen sekä oman turvallisuuden lisäksi muiden turvallisuudesta huolehtiminen saamansa opastuksen, ammattitaitonsa sekä kokemuksensa mukaisesti. (TTK 2010, 7-8.) Velvollisuuksiin kuuluu myös havaittujen puutteellisuksien poistaminen tai niistä ilmoittaminen suullisesti tai kirjallisesti. Työntekijän on lisäksi vältettävä kollegoihinsa kohdistuvaa epäasiallista kohtelua. (Rantaeskola ym. 2015, 48-49.) Työturvallisuuden kannalta on tärkeää edistää ja mahdollistaa työnantajan ja työntekijöiden välistä vuorovaikutusta. Tämä yhteistoiminta työpaikoilla perustuu työmarkkinajärjestöjen sopimuksiin sekä lainsäädäntöön. (TTK 2010, 11.)

Laki työsuojelun valvonnasta ja työpaikan työsuojeluyhteistoiminnasta eli ns. työsuojelun valvontalaki säättää työsuojelun yhteistoiminnasta työpaikalla sekä valvoo työsuojelua koskevien säännösten noudattamista. Tarkoituksena on parantaa yhteistoiminnan avulla työympäristöä ja työolosuhteita sekä varmistaa, että kyseisiä säännöksiä noudatetaan. (Laki työsuojelun valvonnasta ja työpaikan työsuojeluyhteistoiminnasta 44/2006.) Laki määrittelee myös työsuojeluviranomaisten toimivallat, menettelytavat ja pakkokeinot, joita käytetään työsuojelun valvonnassa sekä tehostamisessa (Rantaeskola ym. 2015, 192).

On välttämätöntä kehittää työturvallisuussäännöksiä edelleen ja siksi näitä valmisteleva neuvottelukunta on asettanut vuonna 2013 Väkivallan uhka -jaoston. Tämän tehtävänä on mm. varmistaa lakien, säännösten ja oppaiden riittävyys, toimivuus ja ajantasaisuus. (Rantaeskola ym. 2015, 38.)

Työturvallisuutta uhkaava työväkivalta määritellään työajan aikana tapahtuvaksi epäsiälliseksi käytökseksi tai tapahtumaksi, joka poikkeaa hyväksyttävästä toiminnasta (Rantaeskola ym. 2015, 6-7). Työväkivalta tapahtuu siis työpaikalla, työmatkalla tai muissa työolosuhteissa (Isotalus & Saarela 2007, 6). Työntekijän hyvinvointi on vaarantunut uhan tai hyökkäyksen seurauksena. Työväkivalta voi olla potilaan, omaisten, esimiehen tai kollegan aiheuttamaa henkistä, fyysistä tai seksuaalista väkivaltaa. Se luo pelon ja epävarmuuden tunteita uhrille sekä kaikille niille, jotka kuulevat tapahtuneesta. Kun työilmapiiri muuttuu toksiseksi, se näkyy työn laadun heikkenemisenä sekä kommunikoinnin puutteellisuutena, mikä puolestaan horjuttaa yleistä turvallisuutta. Henkinen väkivalta on väkivallan muoto, joka ei ilmene fyysisenä voimankäyttönä mutta haittaa mm. henkistä tai sosiaalista kehitystä. Sen tyypejä ovat uhkailu, kiusaaminen ja häirintä. (Rantaeskola ym. 2015, 6-7.) Lisäksi henkistä väkivaltaa ilmentävät esimerkiksi ahdistelu, pelottelu sekä nimittely. Fyysinen väkivalta voi olla mm. raapimista, potkimista, kiinnipitämistä tai muuta sellaista, mikä rikkoo ihmisen fyysisen koskemattomuuden. (Tehy 2018.) Myös puremista pienemmät väkivallan muodot kuten tuuppiminen ja nipistely ovat fyysistä väkivaltaa, jota ei pidä vähätellä. Fyysisen voiman käyttäminen voi aiheuttaa henkisen, fyysisen tai seksuaalisen vamman. (Rantaeskola ym. 2015, 6.) Väkivalta voi olla harkittua ja tarkoitushakusta tai impulsiivista ja hallitsematonta aggressiota, sen mukaan mihin väkivallalla pyritään (Sundell 2014, 17). Kun väkivaltariskit ovat hallinnassa, henkilökunta kokee olevansa turvassa ja työ sujuu ilman häiriöitä (Isotalus & Saarela 2007, 8).

2.3 Potilaasta johtuvat uhkatekijät

2.3.1 Omaksuttu käyttäytymismalli

Mielenterveysongelmista kärsivä voi käyttäytyä aggressiivisesti tahallisesti tai ilman tietoisuutta halua vahingoittaa ketään. Uhkaava käytös ei aina ole kasvokkain tapahtuvaa, vaan potilas voi käyttäytyä uhkaavasti hoitohenkilökuntaa kohtaan myös uhkasoittojen, vihjailevien soittojen, tekstiviestien ja sähköpostiviestien välityksellä. Potilas voi kiellosta

piittaamatta lisäksi seurailla tai vainota mieltymyksen kohdettaan ja yrittää yhteydenottoa hoitohenkilökuntaan myös työajan ulkopuolella. (Rantaeskola ym. 2015, 6-7.)

Aggression taustalla on aina vaikuttava tekijä eli aggressio ei synny tyhjästä. Taipumus aggressiiviseen käyttäytymiseen voi olla perinnöllistä tai opittua. Perintötekijät vaikuttavat altistavana tekijänä, kun taas ympäristöstä opittujen väkivaltaisten toimintamallien käyttöön turvaudutaan, sillä siihen on totuttu ja sen avulla on aiemminkin päästy tavoitteeseen. (Sundell 2014, 14.) Näiden vuorovaikutus on kuitenkin monimutkainen. On myös mahdollista, että suotuisassa ympäristössä aggressiivisuuden ilmeneminen on vähäistä ihmisellä, jolla on geneettinen perimä. (Rantaeskola ym. 2015, 16-17, DiLalla & Gottesman 1991 mukaan.)

Aggressio voi ilmetä suorasti tai epäsuorasti. Suoraa aggressiivisuutta ovat mm. huutaminen, kiroilu, sanallinen uhkailu, esineiden heittäminen tai eleet. Aggressio on epäsuoraa silloin, kun teoilla pyritään lähelle, uhkaillaan työntekijän läheisiä tai pelotellaan. (Rantaeskola ym. 2015, 22.) Aggressiivisuuteen johtavia tunteita ovat mm. viha, pelko ja mustasukkaisuus. Aggressiivinen ihminen voi käyttäytyä hallitsemattomasti ja se voi johtaa itsensä, toisen henkilön tai materiaalin vahingoittumiseen. (Mielenterveystalo 2018.) Kiihtynyt mielentila näkyy eri tavalla eri ihmisillä. Aggressiota ennustavia sanattoman viestinnän piirteitä ja eleitä ovat mm. hermostunut olemus, kiihtynyt hengitys, kalpeat tai punaiset kasvot sekä pullistuneet ohimo- ja kaulasuonet. Katse voi olla lasittunut ja ääni kohoaa, kovenee, muuttuu katkonaiseksi tai ääntä ei tule ollenkaan. Käsien nyrkkiin puristelu tai niiden piilottelu sekä hermostunut edestakainen liikkuminen on myös tyypillistä. (Isotalus & Saarela 2007, 37-38; Rantaeskola ym. 2015, 86.)

Yleensä ihmiset kohtaavat arjen vastoinkäymiset tai muut epämukavuudet ilman sen suurempia tunteen purkauksia, mutta aggressiivisuuteen taipuvainen henkilö ei pysty käsittelemään näitä vastoinkäymisiä normaalisti, mikä aiheuttaa konfliktitilanteita. Virheellinen minäkuva, heikosti kehittynyt tunne-elämä sekä lyhytjännitteisyys ovat esimerkkejä sellaisista persoonallisuuden piirteistä, jotka vaikeuttavat henkilön kykyä selviytyä arjen normaaleista tilanteista ilman arvovaltakiistoja. Tällainen ihminen saattaa pitää ympäristöään uhkaavana ja kokee jatkuvasti tarvetta puolustaa oikeuksiaan. Toistuvat konfliktitilanteet lisäävät turhautumisen tunnetta sekä negatiivista suhtautumista ympäristöön, mikä voi johtaa lopulta aggressioihin ja väkivaltaiseen käyttäytymiseen. (Sundell 2014, 14-15.) Aggression tunteen voi purkaa neutraaleilla, ei-aggressiivisilla toiminnoilla kuten vitseillä, huumorilla ja satiireilla. Näiden avulla tilanteen purkua ei voi siirtää loputtomiin, sillä aggressiovietti on pysyvä piirre eli sen vaikutus on väistämätön

eikä se ole koskaan täysin yksilön hallittavissa. (Rantaeskola ym. 2015, 19, Freud 1959 mukaan.)

Hormoneilla on myös todettu olevan vaikutusta aggressiiviseen käyttäytymiseen, ollen kuitenkin yksiselitteisesti määräävä. Esimerkiksi testosteroni kohottaa valmiutta taisteluun ja onkin havaittu, että aggressiivisilla henkilöillä testosteronitaso on merkittävästi koholla (Rantaeskola ym. 2015, 17, Archer ym.1998 mukaan). Alhaisen kortisolin eli ns. stressihormonin vaikutus näkyy pelottomuutena ja lisääntyneenä riskinottokykynä, jolloin riski ajautua hankaluuksiin on suurempi. Mikäli testosteronitaso on korkea ja kortisolitaso alhainen, voi seurauksena olla poikkeuksellisen aggressiivinen käyttäytyminen. (Rantaeskola ym. 2015, 17.)

Naisten ja miesten väkivaltaisuudella on todettu olevan eroa ja sitä on perusteltu aivojen toimintalogiikan erilaisuudella. Naisten aivojen toiminta perustuu empatiakykyyn eli myötälämisenkykyyn ja sen ansiosta naisten aivot tunnistavat helpommin toisen henkilön tunteet ja mahdollistavat reagoimisen niihin asianmukaisesti. Empatiakyvyn ansiosta mahdollista ennustaa miten toinen tulee käyttäytymään ja se estää heitä tekemästä väkivaltarikoksia. Miesten aivojen toiminta perustuu systematisointiin, joka mahdollistaa käyttäytymisen kontrolloinnin. (Rantaeskola ym. 2015, 18, Baron-Cohen 2006 mukaan.)

Sosiaaliset vuorovaikutustilanteet koetaan subjektiivisesti ja niihin liittyvän informaation käsittelyssä on yksilöiden välillä eroja. Ajatusmallit sisältävät odotuksia siitä, miten muut käyttäytyvät sekä uskomuksia erilaisten käyttäytymisvaihtoehtojen seurauksista. (Rantaeskola ym. 2015, 20, Huesmann 1988 mukaan.) Televisiossa ja peleissä esiintyvistä vaikutuksista on kiistelty paljon sekä Suomessa että ulkomailla. Keskustelua on herännyt mm. väkivaltaisen materiaalin vaikutuksista vääränlaisen käyttäytymisen omaksumiseen. (Rantaeskola ym. 2015, 21.)

Henkilön käyttäytymiseen sosiaalisissa tilanteissa voivat vaikuttaa hänen kokemat negatiiviset omanarvontunteet kuten itsetunto-ongelmat ja häpeän tunne. Henkilö saattaa tulkita neutraalitkin viestit arvosteluksi tai alistamiseksi. Minäkuvan ongelmien ja vääristymien pohjalta tulkitut viestit voivat johtaa siihen, että kokee tilanteessa epäoikeudenmukaisuutta ja vuorovaikutustilanteeseen syntyy vastakkainasettelu. (Sundell 2014, 15.) Haastava tilanne voi myös syntyä, kun potilaan vakiohoitaja on poissa ja tuntemattomampi hoitaja asettuu väliaikaisesti tämän rooliin. Tällainen tilanne voi aiheuttaa tyytymättömyyttä ja pettyneisyyttä, jolloin myös konfliktin riski kasvaa. Potilaalla voi olla ajatus

siitä, että vain se tuttu ja turvallinen hoitaja osaa ja saa hoitaa hänen asioitaan. (Rantaeskola ym. 2015, 84-85 mukailtu.)

Frustraatio-aggressioteoriassa, turhautumisen kokemus laukaisee aggressiivisen käyttäytymisen. Tunteen voi saada aikaan omien tavoitteiden saavuttamisen estävä tekijä. (Rantaeskola ym. 2015, 19, Dollard ym. 1939 mukaan.) Rangaistuksen pelko sekä tavoittamattomissa oleva frustraation aiheuttaja voivat johtaa siihen, että yksilö ei halua tai uskalla purkaa aggressiotaan. Tällöin hän joutuu siirtämään tai pidättämään reaktiotaan myöhemmäksi. (Rantaeskola ym. 2015, 19, Marcus-Newhall ym. 2000 mukaan.) Aggressio säilyy kyteväenä ja purkautuu sopivan ärsykkeen ilmaantuessa voimakkaana aggressiivisena reaktiona (Rantaeskola ym. 2015, 19, Miller ym. 2003 mukaan). Aggressiovihjeet ovat sellaisia ärsykeitä, jotka herättävät aggressiivisia ajatuksia tai mielikuvia. Ne lisäävät aggressiivisen käyttäytymisen todennäköisyyttä sellaisilla henkilöillä, jotka ovat turhautuneita, provosoituneita tai vihaisessa mielentilassa. (Rantaeskola ym. 2015, 20, Berkowitz & LaPage 1967 mukaan.) Potilaalla saattaa olla ennestään huonoja kokemuksia tietystä tilanteesta ja kontakteista, jolloin potilas voi tulkita saamansa kohtelun itseään loukkaavaksi, vaikka tilanne ei poikkeaisi tavallisesta mitenkään. Vanhojen muistelu johtaa uudessa tilanteessa esiintyvien vihjeiden tulkintaan potilaalle epäedullisesti ja hän muuttuu aggressiiviseksi. (Rantaeskola ym. 2015, 23.) Vain silloin, kun turhautuminen liittyy kielteisiin tunteisiin, se johtaa väkivaltaan (Rantaeskola ym. 2015, 20, Berkowitz 1989; Berkowitz 2008 mukaan).

Stressaava ja levoton ympäristö sekä lapsuuden epäsuotuisat olosuhteet lisäävät turhautumista ja aggressiivisen käyttäytymisen riskiä (Rantaeskola ym. 2015, 9). Tyypillinen psykiatrisella osastolla väkivaltatilanteeseen johtava syy on esimerkiksi etuuksien epääminen ja ristiriitatilanteet (Sundell 2014, 42). Häiritsevään ja haastavaan käyttäytymiseen altistavia tekijöitä ovat mm. syrjäytyminen, kokonaisvaltainen huono-osaisuus, temperamentin lyhytjännitteisyys ja äkkipikaisuus sekä persoonallisuushäiriöt ja psykoottiset oireet (Rantaeskola ym. 2015, 9).

2.3.2 Mielenterveysongelmien luomat lisähaasteet

Psykoottisia oireita kokeneista ihmisistä valtaosa ei käyttäydy väkivaltaisesti mutta aiemmin diagnosoitu vakava psykoottinen sairaus saattaa olla väkivaltaisen käyttäytymisen riskin kohottavana taustatekijänä. Psykoottisen potilaan harhaluuloilla tarkoitetaan poti-

laan vääristynyttä todellisuudentajua, mikä poikkeaa selkeästi siitä, miten ympäristö saman asian kokee. Harhaluuloja ovat esimerkiksi uskomukset siitä, että hänen henkeään uhataan, yliluonnolliset voimat vaikuttavat hänen toimintaansa tai hän on merkittävä henkilö, kuten Jeesus. Harhaluuloja kokeva ihminen saattaa kuvitella, että muut henkilöt pystyvät kuuntelemaan hänen ajatuksiaan. (Rantaeskola ym. 2015, 72, 112-113.) Potilas voi kokea, että häntä vastaan juonitellaan, hän saattaa nähdä hallusinaatioita ja hänellä voi olla vaikeuksia keskittyä (Kuhanen ym. 2013, 194). Aistiharhat, kuten äänet, hajut ja kehon tuntemukset, ovat tavallisia psykoosin aikana. Äänet ja värit saattavat tuntua erityisen voimakkailta ja ne saattavat kommentoida potilaan käyttäytymistä. Kokonaisuuden kannalta merkityksettömät asiat hallitsevat mieltä merkityksellisten seikkojen sijaan ja henkilö usein uskoo, että pahaenteiset tapahtumat sisältävät juuri hänelle tarkoitettuja merkityksiä. Aistiharhat ja harhaluulot ovat potilaalle todellisia. (Rantaeskola ym. 2015, 112-113.)

Sairaudentunto kuvaa henkilön kykyä ymmärtää sairautensa oireet. Huonon sairaudentunnon omaava kokee oireensa todellisina eikä kyseenalaista sairauden aiheuttamia oireita, kuten harhaluuloja ja aistiharhoja. Sairaudentunnon aste saattaa vaihdella lyhyelläkin aikavälillä, jolloin henkilö kokee osan oireista todellisina mutta osan oireista hän kyseenalaistaa. Kaikki psykoottisia oireita kokevat potilaat eivät kerro oireisiin liittyviä ajatuksiaan vaan salaavat ne. Merkittävä riskiä kohottavia tekijöitä ovat aistiharhat kuten äänet, jotka käskyvät toimimaan tietyllä tavalla. Harhaluulojen kohde pitää selvittää sekä harhojen sisältö eli se, kokeeko potilas kuulemansa äänet neutraaleina, pelottavina vai käskyttävinä. Koettujen oireiden sisältö on siis se, mikä vaikuttaa väkivaltaiseen käyttäytymiseen. (Rantaeskola ym. 2015, 72-73.)

Väkivaltariski on kasvanut sellaisilla henkilöillä, joilla on todettu epäsosiaalinen, epäluuloinen tai narsistinen persoonallisuushäiriö. Impulsiivisuus on väkivaltariskiä lisäävä tekijä persoonallisuushäiriötä sairastavilla henkilöillä, joten työntekijän on kontaktitilanteissa otettava huomioon se kuinka impulsiiviselta potilas vaikuttaa. (Rantaeskola ym. 2015, 74, Eronen ym. 2007 mukaan.) Narsistista persoonallisuushäiriötä sairastava potilas voi olla vaarallinen vuorovaikutustilanteessa hänen odotusten, mielikuviansa ja empatiakyvyn puuttumisen johdosta. Henkilö, jolla on epäluuloinen persoonallisuus, näkee maailman mustavalkoisena, vaarallisena ja vihamielisenä. Huumorin tulkitseminen väärin on tavallista epäluuloiselle henkilölle, jolloin vuorovaikutustilanteet tuntuvat kamppailutilanteilta ja hän voi käyttäytyä aggressiivisesti ja vihamielisesti. (Rantaeskola ym. 2015, 116, 120.)

Psykoottisen potilaan kohtaaminen on haastavaa, sillä riittävän pitkä kommunikointi tilanteen ratkaisemiseksi on hankalaa. Henkilö voi olla pelokas, jolloin se voi ilmetä aggressiivisuutena. Tilanne saattaa pahentua, jos potilasta uhkaillaan seurauksilla ja tämä kokee turvallisuutensa uhatuksi. (Rantaeskola ym. 2015, 113-114.)

2.3.3 Muita potilaasta johtuvia uhkatekijöitä

Hoitohenkilökunta saattaa joutua tekemisiin verisairauksia sairastavan potilaan kanssa. Hoitohenkilökunnan tulee suhtautua vereen ja verellä kontaminoituneeseen esineeseen varoen, jottei altistus veren välityksellä leviäviin sairauksiin tapahdu. Verialtistus tapahtuu, kun haavaiselle iholle, limakalvolle tai ihottumaiselle iholle pääsee roiskumaan verta. Verialtistus voi tapahtua myös käytetyn huumeneulan tai pureman välityksellä. Potilas, joka käyttää huumeita, kärsii vieroitusoireista tai väärinkäyttää lääkkeitä voi käyttäytyä arvaamattomasti, jolloin teräsaseet kuten huumeneulat toimivat aseena. (Isotalus & Saarela 2007, 38, 40-41.) Veren välityksellä tarttuvan taudin voi saada myös kehon eritteiden välityksellä, kuten syljestä. Potilas voi sylkeä tai uhkailla sylkemisellä, jolloin riski altistukselle tapahtuu. (Sundell 2014, 125.)

2.4 Henkilökunnasta johtuvat uhkatekijät

2.4.1 Työntekijästä johtuvia uhkatekijöitä

Työturvallisuuden uhkatekijöitä voivat olla hoitohenkilökunnan uskomukset ja haitalliset asenteet uhka- ja vaaratilanteita kohtaan. Hoitaja voi esimerkiksi ajatella, että kun 20 vuoden työkokemuksen aikana ei ole ollut ongelmia, niitä ei voi tulla nytkään tai väkivaltaan ei voi varautua, sillä se sytty äkisti. Tyypillistä on myös uskomus, että puhumalla pärjää aina. Ennakoinnin kannalta haitallisia suhtautumistapoja ovat riskien vähättely, väkivaltaan vastaaminen väkivallalla sekä pelko siitä, että uhkaaviin tilanteisiin varautuminen, johtaa uhkaajan provosointiin. Työntekijän moralisoiva ja väheksyvä asenne, näkyy vuorovaikutustilanteissa. Tämä saattaa saada potilaassa aikaan voimakkaita negatiivisia tunteita ja johtaa aggressiiviseen tai väkivaltaiseen käytökseen. (Rantaeskola ym. 2015, 53-56.) Aggressiivisiä tilanteita kohdatessa vuorovaikutustaidoilla, aikaisemmilla kokemuksilla sekä hoitajan omalla asenteella ja persoonallisuudella on suuri merkitys.

Ammattitaito korostuu haastavissa tilanteissa ja kouluttamalla pystytään ennaltaehkäisemään sekä vaikuttamaan asenteisiin. (Aaltonen & Rosenberg 2013, 63-64.)

Vuorovaikutustilanteessa jokainen osallinen vaikuttaa tapahtumien kulkuun ja jokainen voi omalla käytöksellään ja olemuksellaan joko pahentaa tai helpottaa uhkaavaa tilannetta. Epäselkeät ja ympäripyöreät otteet puhuessa ja toimiessa lisäävät tilanteen kaottisuutta. Pelosta huolimatta voi toimia harkitusti. Ilmeet, eleet ja vartalon asento viestivät potilaalle sanattomasti. Sanaton viestintä on osin tiedostamatonta eikä se ole riippuvainen tahdosta. Jos sanallisen ja sanattoman viestinnän välillä on ristiriita, sanaton viestintä on vahvempi. Hoitajan harhaileva katse voi kiihdyttää uhkaavaa potilasta entisestään. Samoin potilaan loukkaaminen, nolaaminen ja vähättely. (Isotalus N. & Saarela K. 2007, 42-43; Sundell 2014, 76.) Potilaan puhe, sen ymmärrettävyys ja sisältö kertovat hoitajalle siitä, kuinka kannattaa edetä tilanteessa. Mikäli potilaaseen ei saa kontaktia, työturvallisuutta uhkaava tilanne voi olla aluillaan. (Rantaeskola ym. 2015, 86.)

Jos potilaan ajaa nurkkaan, tämä ei välttämättä löydä tilanteesta muuta keinoa pois kuin turvautua väkivaltaan. Jos hoitaja vastaavasti uhkailee takaisin tai käyttää väkivaltaa, potilas ymmärtää väkivallan oikeutettuna. Jos hoitaja seisoo suoraan kohti potilasta eikä pidä riittävää puhe-etäisyyttä, hänen on vaikea väistää mahdollinen hyökkäys. Jos paikkan valitsee niin, että potilaan ja hoitajan väliin ei jää potilasta hidastavaa ja hoitajaa iskulta suojaavaa kalustetta, loukkaantumisen riski kasvaa. Uhkaavalle potilaalle ei saa kääntää selkäänsä eikä pidä tehdä äkkinäisiä liikkeitä, sillä potilas voi tulkita nämä uhkaaviksi. Mikäli potilas on saanut hallintaansa aseeksi sopivan välineen, asetta ei kannata yrittää riistää. (Isotalus & Saarela 2007, 33, 43-45.) Epä johdonmukaiset selitykset, ehdottomuus ja äkkipikaisuus puolestaan lisäävät aggressiota (Liite 1). Hoitajan omien negatiivisten tunteiden näyttäminen ja potilaan tilanteen vähätteleminen eivät auta tilannetta parempaan suuntaan. (Sundell 2014, 116-117.)

Työntekijän ja työyhteisön turvallisuuteen vaikutetaan myös tietoisuudella omasta ammattiroolista sekä omien tehtävien hallinnalla. Henkilöllä, jolla on vahva ammatillinen itseluottamus, on parempi ottamaan vastaan kriittistä palautetta, sietää stressitilanteita paremmin sekä osaa sivuttaa asiattoman kritiikin. Työntekijä, joka sisäistää hyvin roolinsa ammattilaisena, pystyy kohtaamaan potilaat yksilöinä. Potilasta arvostavalla työotteella voidaan luoda kaikille osapuolille mahdollisuus olla menettämättä kasvojaan. Työntekijän asenne ja tunteet välittyvät potilaaseen. Tuntemalla omat kykynsä, rajansa ja työtehtävänsä, työntekijä välttää arvovaltakiistat. (Rantaeskola ym. 2015, 49-50.)

Jokainen työntekijä on perehdytettävä tehtäviinsä ja koulutettava toimimaan turvallisuutta noudattaen (Isotalus & Saarela 2007, 16). Lain mukaan terveydenhuollon ammattihenkilöllä on velvollisuus kehittää ja ylläpitää ammatin edellyttämiä taitoja ja tietoja sekä perehtyä omaa ammattiaan koskeviin säännöksiin (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994). Kiinnipitotilanteisiin ja eristyksiin johtavia tilanteita ajatellen henkilökunnan kouluttaminen on tärkeä tekijä työturvallisuuden toteutumisessa. Terveydenhuollon ammattihenkilön tulee lain mukaan ottaa huomioon toiminnastaan potilaalle koitua hyöty sekä mahdolliset haittavaikutukset (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994).

2.4.2 Työnantajasta ja esimiehestä johtuvia uhkatekijöitä

Suunnittelemattomalla ja epäjärjestelmällisellä toiminnalla lisätään väkivaltariskejä (Sundell 2014, 22). Ylimmän johdon tuki ja selkeät vastuujaot ovat kriittinen tekijä työpaikan toimivan turvallisuusjärjestelmän kehittämisessä sekä turvallisuuskulttuurin luomisessa. Ylimmän johdon sitoutuminen tai sitoutumattomuus työturvallisuuden kehittämiseksi näkyy alemmille organisaatiotasojille, jotka toteuttavat toiminnallaan turvallisuusstrategiaa käytännön tasolla. Toimimattomassa turvallisuuskulttuurissa vastuunjako on tehty epäselvästi ja riskienhallintavälineitä ei käytetä johdonmukaisesti riskien selvittämiseen ja arviointiin. Huono keskusteluyhteys työntekijöiden ja johdon välillä on esteenä turvallisuuskulttuurin kehittymiselle. Puutteellinen ilmoittaminen vaaratilanteista, havaituista riskikohdista, läheltä piti-tilanteista ja työturvallisuuden uhkaavista tekijöistä eivät johda toimenpiteisiin eivätkä työturvallisuuden kehittämiseen. (Sundell 2014, 26.)

Jos työnantajan ei toiminnallaan edistää tasa-arvon toteutumista työpaikalla ja laiminlyö velvoitteensa poistaa sukupuolisen häirinnän tai ahdistelun, hän syyllistyy syrjintään. Työntekijä on myös ilmoitusvelvollinen mahdollisista esiintyvistä epäkohdista. (Rantaescola ym. 2015, 43.) Esimiehen on puututtava esiintyviin ristiriitoihin viimeistään siinä vaiheessa, kun ne alkavat olla haitta työnteolle, aiheuttavat vaaraa turvallisuudelle tai terveydelle tai kun esiintyy häirintää. Monesti ristiriitoja vähätellään, sillä ne herättävät vahvoja tunteita ja moni on haluton puhumaan hankalista asioista. (Jabe 2010, 137.)

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä säätelee työnantajan velvollisuudesta seurata työntekijän ammatillista kehittymistä. Työnantaja rikkoo tätä velvollisuutta, jos hän ei mahdollista työntekijälle tilaisuutta osallistua esimerkiksi tarvittaviin täydennyskoulutuksiin sekä suo muita ammattitaitoa kehittäviä menetelmiä, jotta työntekijä voi työskennellä

turvallisesti ja asianmukaisesti. (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994.) Työturvallisuuden riskiä kohottaa esimiehen haluttomuus auttaa henkilökuntaa tuomaan esiin käytännön keinoja, joiden avulla voi vaalia osaamista ja työhyvinvointia. Alaisten ajantasaisen tiedon varmistamisen puutteellisuus on myös yksi uhkatekijöistä. Koulutukseen lähettämisen lisäksi myös työpaikalla voi järjestää kehittämistoimintaa. Tällaisia ovat esimerkiksi työkierto, mentorointi, toimiminen työpareina sekä systemaattiset arviointikeskustelut. (Jabe 2010, 134.) Jos henkilökunta ei luota esimieheensä eikä tämä heihin, kukaan ei tunne oloaan turvalliseksi. Tämä ei paranna yhteistyökykyä, luovuutta eikä edistä terveyttä. (Jabe 2010, 184.)

Uusi työntekijä ei pysty varautumaan asianmukaisesti, jos hän ei saa todenmukaista kuvaa työpaikan uhista sekä niiden yksityiskohtaisista hallintakeinoista. Mikäli työturvallisuusasioiden asianmukaista perehdyttämistä ei tehdä, on se työturvallisuusriski uudelle työntekijälle sekä myös muille työntekijöille. Vakiintuneet toimintamallit, niiden noudattaminen sekä säännöllinen harjoittelu ovat osa väkivaltariskien asianmukaista perehdyttämistä. Uhkatilanteiden menettely- ja turvallisuusohjeiden harjoittelu puutteet voivat johtaa vääränlaiseen toimintaan uhkatilanteissa, sillä pelkästään niistä lukeminen ei turvaa oikeanlaista toimintaa. Uhkatilanteissa työntekijän stressitaso voi olla niin korkea, ettei yksinkertaisesti tehtävät välttämättä onnistu. (Sundell 2014, 29-30.)

Strukturoitujen väkivaltaisuuden todennäköisyyttä ennustavien mittareiden käyttö on osoittautunut kohtalaisen luotettavaksi menetelmäksi, kun arvioidaan henkilön väkivaltaisen käytöksen riskiä. Suomessa ja muualla maailmassa on käytetty HCR-20- nimistä mittaria (Liite 2), joka on osoittautunut reliabiliteetiltaan ja validiteetiltaan hyväksi riskin arviointikeinoksi väestötasolla. Arviointimittari jakautuu kolmeen osioon, jotka ovat historialliset, kliiniset ja tulevaisuuden uhkatekijät. Historialliset muuttujat ovat melko pysyviä, kun taas kliiniset ja tulevaisuuden tekijät muuttuvat elämäntilanteen muutosten mukaan. (Eronen ym. 2007, 2375.)

2.4.3 Kollegiaalisuuden ongelmat

Konfliktista viestii tiedonkulun ongelmat, yhteistyön hankaluus, selän takana pahan puhuminen ja toisen tekemättä jättämisten pahantahtoinen vahtiminen. Myös mököttäminen, toisen mitätöiminen, välirikot, klikit ja tiedon panttaaminen viestivät ongelmasta työyhteisössä. (Jabe 2010, 136-138.)

Mikäli negatiivisista asioista ei ole soveliasta puhua, epäeettisen toiminnan paljastaja voi joutua eristetyksi työyhteisöstä ja tämä voi joutua myös henkisen väkivallan kohteeksi. Konfliktien edetessä inhimillisyys häviää vuorovaikutuksesta ja henkilökunta alkaa nälvä toisiaan. Konfliktin taustalla vaikuttaa monesti yhteisten näkemysten puute tai epäselvät pelisäännöt. Esimiehen puutteellinen johtamiskyky voi aloittaa ristiriidan esimiehen ja työntekijän välillä. Työntekijä voi pitää esimiestään puolueellisena, loukkaavana tai epäoikeudenmukaisena. (Jabe 2010, 136-137.) Taustalla voi olla myös riittämätön perehdytys, odotusten epärealistisuus, tehtävien epäselvyys sekä puutteellinen tiedonkulku. Nämä aiheuttavat leimaantumisen laiskaksi, huolimattomaksi tai saamattomaksi. (Jabe 2010, 137.)

Työyhteisön toimivuudesta kertoo se, miten yhteisö suhtautuu ristiriitoihin. On oleellista selvittää, etsiikö se syyllisiä vai tähtääkö se löytämään ja poistamaan konfliktin taustalla vaikuttavat syyt. (Jabe 2010, 138.) Kun tilanne näyttäytyy kaoottisena, ihminen monesti suojautuu ja alkaa helposti syyttää toisia (Jabe 2010, 132). Toimiva työyhteisö on kehittänyt erilaisia keinoja vaikeiden asioiden jakamiseen, selvittämiseen ja niistä keskustelemiseen. Kun ristiriidat kehittyvät kriiseiksi, se näkyy myös jatkuvina poissaoloina. Töihin tultaessa työt tehdään suorittamalla ja suojaimekanismin myötä henkilökunta muuttuu kyyniseksi tai välinpitämättömäksi. Jokainen haluaa varmistaa oman etunsa eikä yhteisössä ole halua tehdä yhteistyötä, mikä taas altistaa virheille. Myös päätöksentekokyky heikentyy ja päällimmäisenä tunteena voi olla väsymystä ja kyllästyneisyyttä. (Jabe 2010, 132.)

Stimuloiva keskustelu auttaa jaksamaan ja innostaa kokeilemaan uutta mutta vähemmän stimuloiva tapaaminen puolestaan vie energiaa. Ihmisten käsityksiä toisista ihmisistä muokkaa kommentit, äänensävy ja kehonkieli. Luottamus ilmenee rehellisestä ja muita kunnioittavasta kanssakäymisestä. Jos toisen henkilön kokee itselleen uhkana ja tätä imartele sen vuoksi, vuorovaikutus muuttuu epäaidoksi. (Jabe 2010, 148-149.)

Kriittinen palaute työntekijöiden kesken sekä esimiehen ja alaisen välillä on parempi vaihtoehto kuin se, ettei sanota mitään. Vain näin pystytään kehittymään. (Jabe 2010, 151.) Palaute ei voi aina olla positiivista ja omien tehtyjen virheiden hyväksyminen on sellainen taito, joka edellyttää mm. nöyryyttä ja hyvää itsetuntoa. Annetulla palautteella tulee olla jokin tavoite ja keskustelussa olisi hyvä miettiä, mitä asian eteen voitaisi tehdä ja mitä tilanteesta voidaan oppia. (Jabe 2010, 151.)

2.5 Ympäristöstä ja tiloista johtuvat uhkatekijät

2.5.1 Tarkoitukseen sopimaton pohjaratkaisu ja puuttuvat poistumistiet

Psykiatrisilla osastoilla myös fyysisillä tiloilla on suuri merkitys turvallisuuden toteutumisessa (Aaltonen & Rosenberg 2013, 64). Väkivaltariskien hallinnan kannalta työtilojen ja työolosuhteiden on oltava tarkoitukseen soveltuvia eli rakenteelliset ratkaisut on tehtävä tätä ajatellen. Turvallisten olosuhteiden luomiseksi on monenlaisia keinoja ja siihen voidaan vaikuttaa mm. turvallisuustekniikalla, turvallisilla kalusteilla ja niiden sijoittamisella sekä rakenteellisilla ratkaisuilla. (Sundell 2014, 28, 42.)

Mikäli seinät, lattiat ja katot rakennetaan vääränlaisesta materiaalista, ne saa rikki helposti tai jopa kokonaisen elementin voi onnistua irrottamaan pois paikaltaan. (Isotalus & Saarela 2007, 20). Mikäli työtilojen seinissä käytetään äänieristykseen käytettävää materiaalia, se saattaa hidastaa avun saapumista (Sundell 2014, 46 mukailtu). Uhkaavissa tilanteissa ahtaat ja sokkeloiset tilat ovat vaarallisempia kuin avarat ja selkeät tilat (Rantaeskola ym. 2015, 60) tilanteen ennakkoinnin sekä ympäristöstä johtuvien henkilövahinkojen kannalta. Ne ovat lisäksi turvattomampia tulipalon tai muun poikkeustilanteen sattuessa (Rantaeskola ym. 2015, 60-61). Sokkeloisilla tiloilla mahdollistetaan se, että potilas löytää piilopaikan joista hyökätä. Kapeat käytävät lisäävät potilaiden välisten konfliktien syntymistä (Aaltonen & Rosenberg 2013, 64-65).

Tilan turvallisuutta suunniteltaessa tulisi henkilökunnalla olla mahdollisuus työskennellä ja poistua tilasta turvallisesti. Jos useita poistumisteitä, harkittuja ovien aukeamissuuntia sekä tilojen sopivaa käyttötarkoitusta ei suunnitella, työturvallisuuden uhkatilanteiden riski kasvaa. Mikäli työntekijä joutuu tilanteeseen, jossa aggressiivinen potilas sijoittuu toisen poistumistien eteen, on hänellä silti mahdollisuus poistua tilasta toisen poistumistien kautta. Jos työtilaan ei ole mahdollista järjestää kahta eri poistumistietä, tulisi kalusteet järjestää niin, että työntekijä on lähempänä ainoaa poistumistietä kuin potilas. (Sundell 2014, 43-44.)

2.5.2 Ovet, ikkunat ja huono valaistus

Poistumisovien on auettava poistumissuuntaan ja ne tulisi voida avata pelkkää kahvaa kääntämällä. Mikäli uloskäynti vaatii vääntönupista kääntämisen, se voi olla uhka tilanteesta poistumiselle. Onnistunut poistuminen voi olla muutamasta sekunnista kiinni ja tällöin yksityiskohdat ovat ratkaisevia. (Sundell 2014, 45.) Jos palo-ovia ei käytetä, tulipalon syttyessä palo rajaaminen tietyille alueelle ja leviämisen hidastaminen on hankalaa.

Osaston tiloissa käytettävien lasien on hyvä olla paksumpaa turvalasia. Ohut lasi mahdollistaa helpon rikkoutumisen, sirpaleilla vahingoittamisen ja ikkunoiden kautta hyppäämisen ylemmistä kerroksista. Turvalasin avulla on myös mahdollista hidastaa osastolle tunkeilevan ulkopuolisen pääsy sisälle sekä aggressiivisesti käyttäytyvän potilaan pääsy työhuoneeseen. Ikkunoiden ja ovien on oltava karmeissa kiinni sillä tavalla, ettei niitä voi irrottaa paikaltaan rikkomatta niitä. Kaikki vahingot tulee korjata nopeasti, ettei niistä kehity turvallisuusriskiä. (Isotalus & Saarela 2007, 20-21.)

Psykiatrisilla osastoilla on oltava työntekijöiden tarpeen mukainen tehokas valaistus, josta osan voi kattaa luonnonvalolla (TTK 2010, 31). Tilojen huonolla valaistuksella lisätään pimeitä varjoalueita ja mahdollisia piilopaikkoja. (Isotalus & Saarela 2007, 23). Riittävä valaistus ehkäisee myös kaatumisesta tai kompastumisesta johtuvia tapaturmia kuluteilla ja portaissa (TTK 2010, 31).

2.5.3 Epäjärjestys ja siisteyden ongelmat

Kalusteiden järjestämisen lisäksi, niiden tulee olla kestäviä ja niiden koko pitäisi mitoittaa niin, että ne hidastavat uhkatilanteessa hyökkääjän toimintaa ja helpottaa työntekijän poistumista tilasta. Kevyet kalusteet ovat helppo siirtää syrjään ja kapean pöydän yli on helppo tarttua työntekijään. Kapea pöytä mahdollistaa hyökkääjän hyppäämisen pöydän yli ja syöksymisen työntekijän ja poistumistien väliin. Jos pöytä sijoitetaan väärin, sen taakse ei jää tarpeeksi tilaa väistää yllättäviä hyökkäyksiä. (Sundell 2014, 45-47.) Kalusteet voidaan myös kiinnittää lattiaan tai seinään. Psykiatrisella osastolla potilas voi piiloutua esimerkiksi väärin sijoitetun pyykkikuorman taakse ja hyökätä sieltä hoitajan kimppeeseen (Isotalus & Saarela 2007, 22). Vahingoittamisen mahdollistavat eli viiltämiseen,

lyömiseen ja pistämiseen soveltuvat esineet, tulee poistaa näkyviltä. Irtoavia esineitä ei saa säilyttää potilaiden ulottuvissa, ettei niistä kehity uhkaa. (Sundell 2014, 46.)

Huolimattomasti järjestetyssä työympäristössä ei pystytä havaitsemaan ajoissa väkivalta- ja uhkatilanteita, jolloin niiden syntymistä ei pystytä estämään. Hyvän järjestyksen ylläpitämiseksi ei tiloissa saa olla tarpeettomia tavaroita ja tarpeelliset tavarat on aina laitettava niille kuuluville paikoilleen. Vaaraa aiheuttavat asiat, kuten särkyneet esineet ja liukastumisvaaran aiheuttavat kaatuneet nesteet, on siivottava mahdollisimman nopeasti. (Isotalus N. & Saarela K. 2007, 21.) Tilojen epäjärjestys ja siisteyden ongelmat voivat johtaa hätäisessä poistumisessa kompastumiseen tavaroihin tai johtoihin. Järjestyksellä ja siisteydellä varmistetaan se, ettei potilas pysty heittämään hoitajaa tavaroilla, eikä kuristamaan johdoilla. Herkästi palavilla materiaaleilla lisätään tulipalon riskiä ja näin sekä henkilö- että materiaalivahinkoja. Työntekijä on velvollinen noudattamaan työolosuhteiden turvallisuuden edellyttämää järjestystä ja siisteyttä, sekä tarkkuutta ja varovaisuutta (Työturvallisuuslaki 728/2002).

2.5.4 Puutteellinen turvallisuustekniikka

Sähköisillä turvajärjestelmillä pystytään välttämään monia työturvallisuutta uhkaavia tilanteita. Keskeisiä uhkatilanteiden ehkäisyn turvallisuusjärjestelmiä ovat hälyttimet, kameravalvonta ja kulunvalvonta. Mikäli kameravalvontaa ei ole, ei voida olla varmoja missä potilaat, työntekijät ja vierailijat liikkuvat eikä ennaltaehkäisemään mahdollisia uhkatilanteita. Ongelmatilanteiden läpikäymisen ja niistä oppimisen avuksi voidaan käyttää videotallenteita. Niistä myös huomaa mahdolliset turvallisuuspuutteet helpommin. Hoitohenkilökunnan kanssa on käytävä läpi valvontajärjestelmän tarkoitus, jotta henkilökunta tietää miten se lisää turvallisuutta mutta myös mitkä sen rajoitteet ovat. Jos henkilökunnan kanssa ei ole käyty läpi valvontajärjestelmän tarkoitusta, he eivät tiedä miten järjestelmä lisää turvallisuutta eikä sen rajoitteita. Heidän on tärkeä tietää, tallentuuko videomateriaali pelkästään vai onko ammattilainen aktiivisesti valvomassa kameran kuvaa ja hälyttämässä tarvittaessa apua. (Sundell 2014, 48-49.) Näkyvällä kameravalvonnalla voi olla ehkäiseviä vaikutuksia mutta toisaalta se voi myös luoda ongelmalliselle mielenterveyspotilaalle turvattomuuden tunteen ja näin olla edistävä tekijä väkivaltatilanteissa. Huomiota herättävät, epäinhimilliset turvalaitteet voidaan kokea uhkaavina. (Isotalus & Saarela 2007, 30).

Henkilöhälytinjärjestelmä on tärkeä paikoissa, joissa väkivallan riski on ilmeinen. Hoito-henkilökunta tulee olla tietoinen siitä, mistä apu tulee ja kuinka kauan tuleminen kestää. Henkilöhälytinjärjestelmään kuuluu hoitajakutsu- ja päällekkäishälytysjärjestelmä sekä kannettavat gsm- ja gps-hätäpainikkeet. (Sundell 2014, 50.) Potilas ei yleensä tiedä hälytyksen teosta silloin, kun hälytys tehdään hiljaisena hälytyksenä. Tällöin hälytys menee työpaikan vartiomiehelle, vartiointiyritykseen tai suoraan hätäkeskukseen. (Rantaeskola ym. 2015, 58.) Jos vartija ei tunne osaston fyysisiä tiloja tarpeeksi hyvin, apu ei saavu tarpeeksi ripeästi. Kapeat ja sokkeloiset käytävät hankaloittavat avun saapumista eli mitä avoimempi ja selkeämpi tila on, sitä parempi on myös turvallisuus. Seinään ja kattoon kiinnitettävillä opasteilla voidaan parantaa avun löytämistä oikeaan paikkaan. Ne auttavat myös hätätilanteessa rakennuksesta poistumisessa.

Kulunvalvonnalla pystytään kontrolloimaan ulkopuolisten henkilöiden pääsyä tiloihin sekä sen avulla on mahdollista seurata vieraiden kulkemista. Kulunvalvontaovien sähköisen lukituksen ohi pääsee työntekijän henkilökohtaisella tunnisteella heille sallittuihin tiloihin. (Sundell 2014, 49.)

Kaikilla osastoilla ei välttämättä ole tarvittavia resursseja kalliisiin kameravalvonta-, hälytys- ja kulunvalvontajärjestelmiin. Kameravalvontaan ja kulunvalvontajärjestelmään ei välttämättä tarvitse investoida, jos rakenteellisilla ratkaisuilla mahdollistetaan hyvä luonnollinen valvonta sekä hyvin suunnitelluilla lukituksilla ja sarjoituksilla voidaan ihmisten liikkumista kontrolloida tarpeeksi. Toisen poistumistien rakentaminen voidaan välttää esimerkiksi kalusteiden järjestämisellä. Työympäristö voi olla samanaikaisesti tehokas, viihtyisä ja turvallinen. (Sundell 2014, 52, 66.)

3 TUTKIMUKSEN TAVOITE, TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMA

Opinnäytetyön tavoitteena on, että lukija saa laajemman käsityksen työturvallisuuden uhkatekijöistä, mikä mahdollistaa paremman varautumisen henkisesti ja fyysisesti uhkaaviin tilanteisiin psykiatrisilla osastoilla. Tarkoituksena on luoda kokonaiskäsitys aikuispsykiatrisella osastolla esiintyvistä työturvallisuuden uhkatekijöistä hoitohenkilökunnan näkökulmasta. Tämän näkökulman tarkastelu on hyödyllistä erityisesti vastavalmistuneille sekä osaston uusille työntekijöille.

Olemassa olevan tiedon paljouden sekä työn tavoitteen ja tarkoituksen vuoksi aihe on päädytty rajaamaan niin, että se koskee aikuisten osastoja. Tässä ei ole mukana lapsi-, nuoriso eikä vanhuspsykiatria eli otamme huomioon vain 18-65 -vuotiaat.

Tutkimusongelma:

1. Mitkä ovat henkilökunnan työturvallisuutta uhkaavat tekijät aikuispsykiatrisella osastolla?

4 TUTKIMUSMENETELMÄ

Salmisen (2011) kirjoittamassa julkaisussa (Baumeister & Leary 1997, 312 mukaan) luetellaan viisi syytä kirjallisuuskatsauksen tekoon. Sen tavoitteena on kehittää olemassa olevaa teoriaa sen lisäksi, että se rakentaa myös uutta. Kirjallisuuskatsauksen avulla on mahdollista katsastella aikaisempaa tietoa ja tietyn teorian kehitystä. Se rakentaa kokonaiskuvaa asiakokonaisuudesta ja sen avulla pystytään arvioimaan teoriaa. Viimeiseksi syyksi mainitaan sen avulla tehtävä ongelmien tunnistaminen. Kirjallisuuskatsaus koostaa siis aiempien tutkimuksien tuloksia, joiden perusteella syntyy uusia tuloksia.

Yksi yleisimmin käytetyistä kirjallisuuskatsauksen tyypeistä on kuvaileva kirjallisuuskatsaus, joka tunnetaan myös nimellä traditionaalinen kirjallisuuskatsaus. Se on yleiskatsaus aiheeseen ilman tiukkoja sääntöjä. Tässä kirjallisuuskatsauksen tyypissä käytetään laajoja aineistoja, eikä metodiset säännöt rajaa aineiston valintaa. Tutkittava ilmiö kuvataan laaja-alaisesti ja tarvittaessa voidaan luokitella sen ominaisuuksia. Lisäksi tutkimuskysymykset ovat väljempiä kuin kirjallisuuskatsauksen kahdessa muussa perustyyppissä ja tutkittava ilmiö kuvataan laaja-alaisesti. Kuvailevaan kirjallisuuteen kuuluu kaksi erilaista orientaatiota eli suuntautumista, jotka ovat narratiivinen ja integroiva katsaus. Tässä työssä keskitytään narratiiviseen katsaukseen, jolla tarkoitetaan metodisesti kevyintä kirjallisuuskatsauksen muotoa. Tämä metodi valikoitui, sillä sen avulla voidaan antaa laaja kuva aiheesta sekä kuvata myös aiheen historiaa sekä sen kehitystä. (Salminen 2011, 6-8.) Salminen lainaa tekstissään myös Freemania (1984, 7, 10), jonka mukaan narratiivisella otteella järjestetään 'tapahtumien maisemaa' eli järjestetään epäyhdenäistä tietoa. Narratiivisella kirjallisuuskatsauksella pyrittiin tässä työssä lopputulokseen, joka on helppolukuinen. Narratiivisesta kirjallisuuskatsauksesta voidaan erottaa kolme toteuttamistapaa, joista yleisin on yleiskatsaus. Sen tarkoituksena on tiivistää aiemmin tehtyjä tutkimuksia, mutta sen kautta hankittu tutkimusaineisto ei ole erityisen systemaattista eikä se tarjoa analyttisintä tulosta. Narratiivisella kirjallisuuskatsauksella on silti mahdollista päätyä johtopäätöksiin. (Salminen 2011, 6-8.)

Tähän opinnäytetyöhön valikoitui tietokannoiksi Cinahl Complete, Medic, PubMed ja Medline/Ovid, sillä näitä tietokantoja käytetään hoitotyössä ja näistä löytyi hakusanoilla ajantasaista ja tutkimuskysymykseen vastaavaa tietoa. Työturvallisuutta on tutkittu hoitoalalla ja varsinkin potilaasta johtuvia uhkatekijöitä löytyi useasta lähteestä. Tämän vuoksi opinnäytetyöhön valikoitui tutkimuksia, joissa käsiteltiin useita potilaasta johtuvia

uhkatekijöitä. Ympäristöstä ja vierailijoista johtuvista uhista oli vain mainita. Näitä ei sen enempää avattu tutkimuksissa, eikä muista uhkaavista tekijöistä löytynyt tutkimustietoa.

Aineistoa läpikäytäessä tutkimusten otsikoiden ja tiivistelmien sisällön perusteella poissuljettiin lapsiin ja muihin kuin psykiatriin yksiköihin kohdistetut tutkimukset. Tutkimusten sisäänotto- ja poissulkukriteerit määrittelevät tarkemmin aineiston valintaa (taulukko 1). Aineistoon valikoitui tarkoituksella tutkimuksia ympäri maailmaa eli USA:sta, Kiinasta ja Brasiliasta ja lisäksi yksi tutkimus käytti lähteenään kansainvälisiä tutkimuksia. Teoreettisen viitekehyksen lähdemateriaali koostui pääosin suomalaisista lähteistä, joten valikoimalla lisäksi ulkomaalaisia tutkimuslähteitä, on mahdollista vertailla yhtenäisyyksiä ja eroavaisuuksia sekä saada erilaisia näkökulmia. Teorian lähdemateriaali rajattiin pääasiassa 2008-2018 välille mutta hieman vanhempaa tietoa löytyy 1990-luvun loppupuolelta, sillä se on kirjallisuuskatsauksen historiallisten ominaisuuksien kannalta hyvä huomioida.

Taulukko 1. Tutkimusten sisäänotto- ja poissulkukriteerit.

Sisäänottokriteerit	Poissulkukriteerit
Hoitajien näkökulma	Näkökulma, joka on muiden kuin hoitajien
Aikuispsykiatriset yksiköt	Yksiköt, jotka eivät ole aikuispsykiatrisia
Hoitajien työturvallisuutta uhkaavat tekijät	Uhkatekijät, jotka eivät liity hoitajien työturvallisuuteen
Empiirinen tai tieteellinen julkaisu	Muu kuin empiirinen tai tieteellinen julkaisu, joka ei vastannut tutkimusongelmaan
Englannin kieli	Kieli, joka on muu kuin englanti
Koko teksti saatavissa	Maksulliset aineistot
Aikaväli 2013-2018	Vanhempi julkaisuvuosi kuin 2013

Hakusanayhdistelmiä oli kolme. Ensimmäinen yhdistelmä sisälsi sanat psychiatric ward OR psychiatric hospital OR psychiatric unit ja hakutulos tuotti 36 367 osumaa. Toinen

haettiin sanoilla occupational safety OR safety in the workplace, mikä antoi 44 927 osuaa ja kolmas sanayhdistelmä koostui sanoista risk factors OR risks OR dangers, mistä löytyi 765 094 osuaa. Lopullinen tutkimusten haku tehtiin sanoilla Psychiatric ward OR psychiatric hospital OR psychiatric unit AND occupational safety OR safety in the workplace AND risk factors OR risks OR dangers, mikä toi 361 osuaa.

Aineisto rajattiin vuosien 2013-2018 välille, kieleksi valittiin englanti ja full text. Lisäksi PubMedissa rajattiin free full text. Medlinessa oli 60 090 osuaa ennen lisärajoituksia, joten rajausta tarkennettiin valikoimalla nursing journals, vuodet 2017-2018 sekä humans.

Taulukko 2. Kirjallisuuskatsauksen hakutulos.

Tietokanta	Psychiatric ward OR psychiatric hospital OR psychiatric unit	Occupational safety OR safety in the workplace	Risk factors OR risks OR dangers	Psychiatric ward OR psychiatric hospital OR psychiatric unit AND occupational safety OR safety in the workplace AND risk factors OR risks OR dangers
Cinahl Complete	601	2 007	62 653	7
Medic	753	104	607	20
PubMed	35 009	42 813	701 651	271
MedLine/ovid	4	3	183	63
Yhteensä	36 367	44 927	765 094	361

Löydettyjen 361 osuman joukossa oli useita sellaisia tutkimuksia, jotka eivät sisältäneet opinnäytetyön tutkimusongelman kannalta relevanttia tietoa. Näiden osumien joukosta löytyi otsikon ja tiivistelmien perusteella 14 sopivaa tutkimusta. Tarkemman lukemisen jälkeen valintakriteerit täyttivät kuusi tutkimusta, jotka valittiin opinnäytetyöhön. Valikoi-

tujen joukossa oli myös yksi tutkimus, joka vertaili päivystyksen uhkatilanteita psykiatrisen osaston uhkatilanteisiin, mutta vain psykiatrista osastoa koskeva tieto otettiin mukaan tutkimukseen, sillä se vastasi tutkimusongelmaan.

Taulukko 3. Tekstin perusteella tietokannoista valitut tutkimukset.

Tietokanta	Kaikki hakusanat	Otsikon perusteella valitut	Tekstin perusteella valitut
Cinahl Complete	7	2	2
Medic	20	0	0
PubMed	271	12	4
MedLine/ovid	63	0	0
Yhteensä	361	14	6

Tutkimukset löytyivät kahdesta tietokannasta, Cinahl Completesta ja PubMedista (taulukko 3 ja taulukko 4). Tutkimusten menetelminä on käytetty strukturoitua haastattelua, kyselyä, asiakirjojen keräystä ja kaksiosaista semi-strukturoitua haastattelua sekä tiedon keräystä PubMedista ja Web of Science:sta. Neljässä tutkimuksessa osallistuneiden psykiatristen hoitajien määrä oli yhteensä 839 ja osallistuneiden yksiköiden määrä 84. Viidennessä lähteessä valikoitui 64 kriteereihin sopivaa julkaisua, joista oli koottu kyseinen artikkeli. Viimeinen artikkeli oli koottu julkaisu aikaisemmin tehdyistä tutkimuksista.

Tulosten analyysi ja pohdinta aloitettiin lukemalla valitut tutkimukset ja alleviivaamalla niistä opinnäytetyön aiheeseen ja tutkimusongelmaan liittyvä tieto. Yhteneväisyyksien ja eroavaisuuksien huomaamiseksi kirjoitettiin tiivistelmät suomen kielellä. Näiden tietojen pohjalta laadittiin taulukko, jossa eriteltiin tarkoitus, menetelmä, otos ja tulokset. Tiivistelmiä vertailtiin ja niistä poimittiin työturvallisuuden uhkatekijät, jotka kerättiin ajatuskarttaan. Kaikki tutkimuksista löydetyt uhkatekijät ovat yhdessä kuviossa (kuvio 1), mikä takaa selkeän ja helppolukuisen kokonaisuuden. Tehdyn pohjatyön jälkeen vertailtiin tuloksia ja tehtiin johtopäätökset.

5 TULOKSET

Yhtä tutkimuksista käytettiin määrittämään mitkä elementit turvallisuusjärjestelyistä saavat hoitajat tuntemaan olonsa turvalliseksi, laskelmoimaan todennäköisesti selittäviä tekijöitä hoitajien turvallisuuden tunteelle sekä määrittelemään onko löydetty tekijät kytköksissä OSHA:n väkivallasta johtuvien loukkaantumislukujen kanssa. Tämän tutkimuksen mukaan vain viisi psykiatrista hoitajaa (n. 4%) tunsivat olonsa turvattomaksi silloin tällöin, joten tilastollista merkittävyyttä ei voida todentaa. Psykiatriset hoitajat raportoivat muita hoitajia todennäköisemmin saaneensa väkivaltaan liittyvää harjoitusta (100%) sekä vastaanottivat säännöllisesti päivityksiä väkivallan trendeistä (59%). Tutkimus osoitti, että työpaikalla olevat elementit, jotka johtivat olettamukseen matalasta väkivallan riskistä eivät olleet korreloituneet matalan väkivallasta johtuvan loukkaantumisluvun kanssa. Sairaanhoidajan uskomukset riittävästä turvallisuusvarustelusta, vartijoista ja sanallisen väkivallan tiheydestä, olivat vahvasti korreloituneita mielletyn turvallisuuden kanssa. Hoitajien olettamus väkivallan riskeistä perustuvat moniin tekijöihin ja joskus se voi erota todellisista riskeistä. (Blando ym. 2013.)

Zeng ym. (2013) tutkimuksen kyselyn avulla tutkittiin kuuden kuukauden aikana tapahtunutta työväkivaltaa, sen muotoja ja vastaajan ominaispiirteitä. Yhteensä 319 (82,4%) hoitajaa raportoi kokeneensa vähintään yhden tyyppistä väkivaltaa. Suullista väkivaltaa oli 78,6%, fyysistä väkivaltaa 61,5% ja seksuaalista väkivaltaa 18,6% kaikista vastanneista. Tämän tutkimuksen mukaan miehet kohtasivat enemmän kaikentyyppistä väkivaltaa työssään. Vuorotyötä tekevät hoitajat ja he, joilla oli alle kymmenen vuoden kokemus, olivat todennäköisemmin kokeneet enemmän väkivaltaa työssään viimeisen kuuden kuukauden aikana. Tämä johti siihen, että heillä oli huonompi elämänlaatu sekä psyykkisesti että fyysisesti.

Ridenour ym. (2015) arvioivat uhkatekijöitä, jotka liittyivät potilaan aggressiivisuuteen hoitohenkilökuntaa kohtaan. Hoitajista 85,2% raportoi vähintään yhden hyökkäyksen viimeisen 30 päivän aikana, 70% näistä raportoinneista oli naisten tekemiä. Hieman yli 90% raportoi kokeneensa jotain väkivallan muotoa tänä aikana. Hieman alle 90% naisista ja miehistä koki sanallista väkivaltaa ja lisäksi naisista 86% koki fyysistä väkivaltaa, kun taas miehillä vastaava luku oli 81%. Työntekijät, jotka olivat olleet alle vuoden nykyisessä työssään, kokivat vähemmän aggressiota kuin ne, jotka olivat olleet työssä kau-

emmin kuin vuoden. Vastanneista 99% kertoi saaneensa jokin asteista väkivaltaan liittyvää koulutusta. Kun osastolla oli eniten kognitiivista sairautta sairastavaa, sanallista väkivaltaa oli vähiten. Jos osastolla oli eniten persoonallisuushäiriöistä kärsiviä potilaita, riski sanalliselle ja fyysiselle väkivallalle oli suurempi. Sanallisista väkivaltilanteista 44% ja fyysisistä 35% johtui etuuksien epäämisestä ja käyttäytymisen rajoittamisesta. Päivittäisissä toiminnoissa auttamisen yhteydessä oli korkeampi riski joutua fyysisen väkivallan tilanteeseen (18%) kuin suullisen väkivallan tilanteeseen (6%). Tutkimuksen mukaan sairaanhoitajat kokivat eniten yleistä sekä suullista aggressiota, kun taas lähihoitajat kokivat eniten fyysistä aggressiota.

Psykiatrisissa toimintaympäristöissä työskentelevät ovat korkeassa riskissä altistua työväkivallalle. Erään käytetyn kyselyn perusteella vuoden aikana tapahtuneissa konflikteissa sanallista väkivaltaa tapahtuu 99%:ssa tapauksista ja fyysistä 70%:ssa. Väkivaltaisten tapahtumien raportointi on erittäin vajavaista, koska hoitoalalla vallitseva ajatus on, että väkivalta on osa työtä. Työntekijät ovat epävarmoja siitä, mikä perustellaan väkivaltaiseksi käytökseksi ja uskovat tekijän olevan syyntakeeton mm. psykoosin vuoksi. Hoitajien luottamus ylempään tahoan on puutteellinen työväkivallan raportointiin liittyen. Tutkijat ovat todenneet, että väkivaltaisen käyttäytymisen historia nostaa riskiä väkivallan kohdistamiseen hoitajiin. Phillips (2016) kuitenkin toteaa, että tätä yhteyttä ei ole. On tärkeä tunnistaa myös suullinen väkivalta, sillä sen on todettu vähentävän työssä jaksamista. Jos suullista väkivaltaa sekä jatkuvaa väsymystä siedetään, se antaa mahdollisuuden myös vakavammille väkivallan muodoille. Kun uhkaavaa kielenkäyttöä ja ärtyneisyyttä havaitaan, niihin pitää puuttua nopeasti. (Phillips 2016.)

Viimeisen 20 vuoden aikana tutkimukset keskittyivät riskien arviointiin tarkoituksena tunnistaa potilaasta johtuvat mahdolliset väkivallan vaarat sekä todennäköisyys sen tapahtumiselle. Potilaan skitsofrenia, nuori ikä, alkoholin- ja huumeiden käyttö, väkivaltainen historia sekä vihamielinen ulosanti näyttivät olevan hoitohenkilökuntaan kohdistuvan aggressiivisen käyttäytymisen enteitä. Psykiatristen osastojen väkivaltaan vaikuttaviksi tekijöiksi tunnistettiin puutteellinen hoitosuhde, suhde päivystystyöhön, lisätyöt ja henkilökunnan ahdistuksen taso. Hoitajien asenne vaikuttaa heidän käyttäytymiseensä aggressiivisessa ja väkivaltaisessa tilanteessa ja on todettu, että kouluttamalla hoitajia aggressiivisuuden piirteistä sekä sen hallinnasta pystytään vaikuttamaan positiivisesti hoitajien asenteeseen. Löydöksiä mukaan 7,5%-33% työntekijöistä, jotka kohtasivat väkivaltaa, kärsivät psyykkisistä oireista kuten ahdistuneisuudesta, masennuksesta sekä välttämis-

käyttäytymisestä. Erään tutkimuksen mukaan 26% psykiatrisista hoitajista kärsivät vakavia vammoja työväkivallan seurauksena. Kuuden kuukauden jälkeen tapahtumasta noin 10% kärsi posttraumaattisesta stressistä. Tutkimusten mukaan 24%-80% psykiatrisista sairaanhoitajista akuuteilla psykiatrisilla osastoilla olivat kokeneet potilaasta johtuvaa työväkivaltaa. Sanallista väkivaltaa koki 46%-78,6%, uhkailua 43%-78,6% ja seksuaalista häirintää 9,5%-37,3%. (d'Ettorre & Pellicani 2017.)

Scozzafave ym. (2017) tutkimuksen tarkoituksena oli analysoida hoitajien käsitystä väkivallan läsnäolosta psykososiaalisena uhkatekijänä psykiatrisessa sairaalassa ja riskin hallintakeinoja. Tuloksissa havaittiin, että terveydenhuollon ammattilaiset ovat altistuneet monille uhkatekijöille mutta jopa 69% riskeistä johtuu potilaasta. Ennakoinnilla voidaan vaikuttaa tehokkaasti työturvallisuuteen. Tutkimuksessa on kuitenkin käytetty vain yhtä ammattiryhmää, mikä ei anna kokonaisuudessaan erityisen laajaa käsitystä.

Taulukko 4. Käytettyjen tutkimusten esittely.

Tekijät	Tarkoitus	Menetelmä / otos	Keskeisimmät tulokset
Blando ym. 2013	Arvioida kuinka työympäristö vaikutti hoitajien käsitykseen väkivallasta ja turvallisuudestaan sekä kuinka ne korreloivat itse riskiin.	Strukturoitu haastattelu Kalifornian ja New Jersey'n sairaaloissa 2003-2005. Osallistuneista yksiköistä 73 oli psykiatrisia ja 457 sairaanhoitajasta 143 oli psykiatrisia hoitajia.	N. 4% psykiatrisista hoitajista tunsivat olonsa turvattomaksi. Hoitajien oletamus väkivallan riskeistä voi erota todellisista riskeistä.
Zeng ym. 2013	Määritellä psykiatrisiin hoitajiin kohdistuvien väkivaltilanteiden tiheys ja uhkatekijät ja arvioida työväkivallan vaikutus elämänlaatuun.	Kysely. Tiedusteltiin hoitajien kokemuksia työväkivallasta, sen muotoa ja hoitajien ominaispiirteitä. Osallistui kaksi kiinalaista sairaalaa ja 387 psykiatrista sairaanhoitajaa.	Uhkatekijät: vuorotyöt ja alle 10v. kokemus hoitoalalla. Elämänlaatu huonompi, jos altistui työväkivallalle. Viimeisen 6kk aikana 82,4% koki väkivaltaa ja 2/3 koki olevansa uhattuna enemmän kuin 20% työajastaan.
Ridenour ym. 2015	Määritellä psykiatristen yksiköiden välikohtausten uhkatekijät.	Kerättiin asiakirjoja viikoittain potilaiden ja hoitajien tunnuspiirteistä aikavälillä 9/2007- 9/2010. 284 hoitajaa kahdeksalla psykiatrisella akuuttiosastolla Yhdysvalloissa.	Yli 90% raportoi kokeneensa jotain väkivallan muotoa. Uhkatekijät: skitsofrenia, masennus, kaksisuuntainen mielialahäiriö, persoonallisuushäiriö, posttraumaattinen stressihäiriö, kognitiivinen häiriö, päihitteet, psykoosi
Phillips 2016	Tarkastella tietämystä väkivallasta terveydenhuollossa, eri ammatteihin liittyvää väkivaltaisuutta sekä mahdollisia väkivallan uhkatekijöitä.	Tietoa kerättiin aikaisemmista tutkimuksista ja koottiin artikkeliksi.	Sanallista väkivaltaa tapahtui 99%:ssa tapauksista ja fyysistä 70%:ssa. Raportointi on vajavaista ja suullinen väkivalta on tiedostettava. Uhkatekijät: Dementia, delirium, päihitteet, muu psykoosi
d'Ettoire & Pellicani 2017	Arvioida mihin aiheisiin kirjallisuus keskittyy ja mitkä ovat psykiatrisilla osastoilla uusia huolia koskien potilaiden väkivaltaisuutta.	Etsittiin artikkeleita paikoista PubMed ja Web of science valituilla asiasanoilla. 64 kriteereihin sopivaa julkaisua valittiin.	Psykologisia seurauksia tulisi tutkia ja ehkäistä paremmin ja uhreja voi auttaa interventioilla. Uhkatekijät: skitsofrenia, nuori ikä, päihitteet, väkivaltainen historia, vihamielisyys, miessukupuoli.
Scozzafave ym. 2017	Analysoida riskin hallintakeinoja ja hoitajien käsitystä väkivallan läsnäolosta psykososiaalisena uhkatekijänä ja täyttää mahdolliset tietoaukot.	Kaksiosainen semi-strukturoitu haastattelu psykiatrisessa sairaalassa Sao Paolossa. 25 psykiatrista sairaanhoitajaa, 40% oli erikoistunut psykiatriseen hoitotyöhön	Terveydenhuollon ammattilaiset ovat altistuneet monille uhkatekijöille. 69% riskeistä johdettu potilaasta. Ennakoinnilla voidaan vaikuttaa työturvallisuuteen. Uhkatekijät: Sairaudentunnettomuus

Viidessä kuudesta tutkimuksesta korostettiin, että terveydenhuoltoalla on suuri riski joutua kohtaamaan kaiken tyyppistä väkivaltaa. (Blando yms. 2013, Zeng ym. 2013, Ridenour ym. 2015, Phillips 2016, Sozzafave ym.2017.) Lisäksi d'Etorre & Pellicani (2017) totesivat tämän olevan maailmanlaajuinen ongelma, esimerkiksi Phillips (2016) käyttämien lähteiden mukaan USA:ssa hoitohenkilökunta on tilastollisesti niiden ammattien joukossa, joissa tavataan väkivaltaa eniten ja psykiatriset osastot ovat toinen väkivaltaisimmista sairaalaympäristöistä.

Ylipäättään väkivallan kohteeksi joutumisen raportoidut prosentuaaliset osuudet vaihtelivat 24% ja hieman yli 90% välillä. Fyysisen väkivallan luvut vaihtelivat 61,5% ja 86% välillä. Sanallista väkivaltaa puolestaan oli 46%-99% ja seksuaalista väkivaltaa 9,5%-37,3%. Ridenour ym. (2015) ovat eritelleet tutkimuksessaan, että naiset kokivat enemmän fyysistä väkivaltaa (86%) kuin miehet (81%), kun taas Zeng ym. (2013) toteaa miesten kohtaavan enemmän väkivaltaa työpäivänsä aikana.

Yllä esitellyissä tutkimuksissa potilaasta johtuviksi uhkatekijöiksi nousi päihteiden väärinkäyttö (Ridenour ym. 2015, Phillips 2016, d'Etorre & Pellicani 2017), skitsofrenia (Ridenour ym. 2015, d'Etorre & Pellicani 2017), psykoosit (Ridenour ym. 2015, Phillips 2016), masennus (Ridenour ym. 2015), dementia (Phillips 2016), posttraumaattinen stressihäiriö (Ridenour ym. 2015), miessukupuoli (d'Etorre & Pellicani 2017), kognitiivinen häiriö (Ridenour ym. 2015), sairauden tunnotomuus (Sozzafave ym. 2017), nuori ikä (d'Etorre & Pellicani 2017), persoonallisuushäiriö (Ridenour ym. 2015), delirium (Phillips 2016), kaksisuuntainen mielialahäiriö (Ridenour ym. 2015) ja vihamielinen ulosanti (d'Etorre & Pellicani 2017). d'Etorre & Pellicani (2017) mainitsevan väkivaltaisen historian olevan merkittävä uhkatekijä mutta Phillips (2016) puolestaan totesi, ettei sillä ole tilastollista merkittävyyttä. Sozzafave ym. (2017) mukaan sanallisia uhkauksia kohdistuu myös hoitajien perheitä kohtaan. Phillips (2016) mainitsee myös vierailijoista johtuvan väkivallan uhan olevan oleellinen.

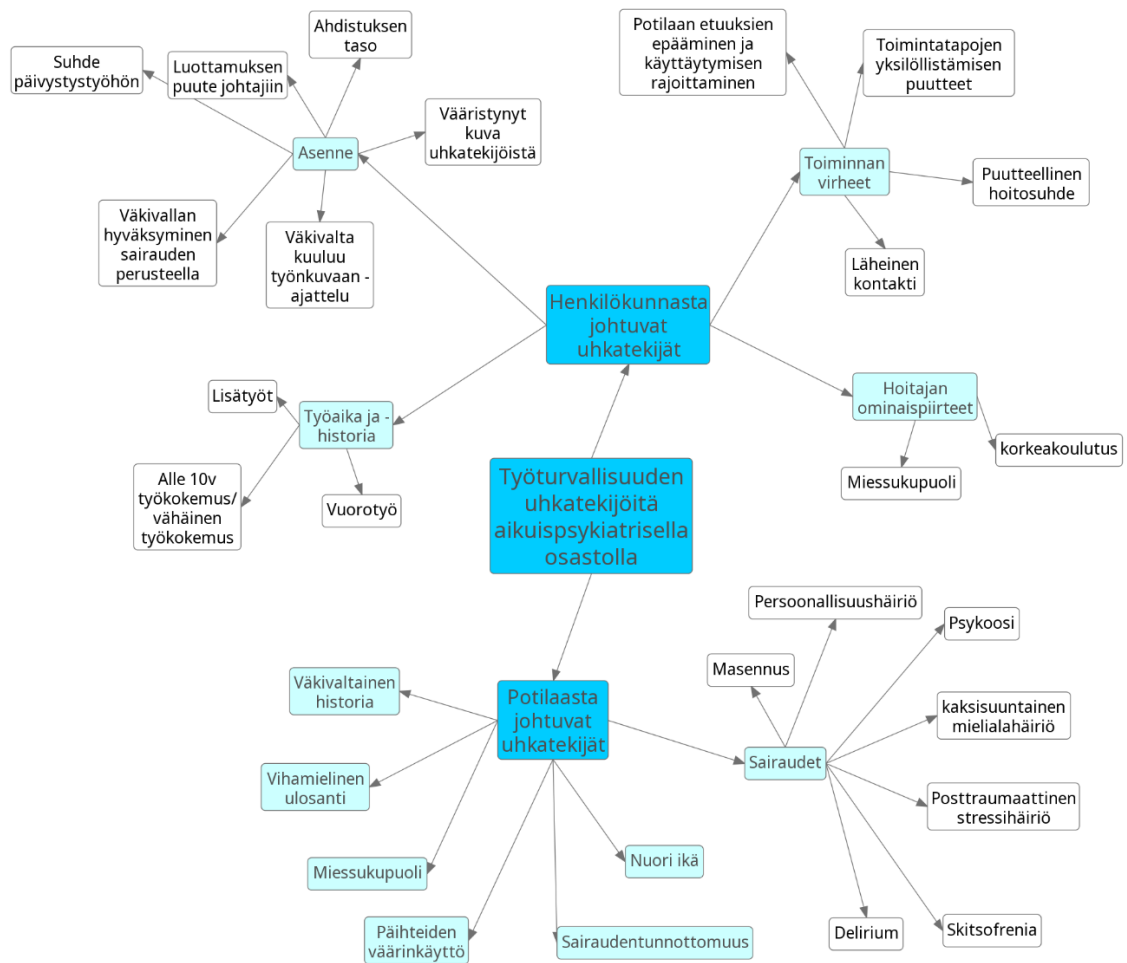
Henkilökunnasta johtuviksi väkivallan uhkatekijöiksi luettiin puutteellinen hoitosuhde, suhde päivystystyöhön, lisätyöt, henkilökunnan ahdistuksen taso ja asenne. Lisäksi moni käytetty tutkimus toi ilmi, että kaikkia tapahtumia ei raportoida. (d'Etorre & Pellicani 2017.) Phillips (2016) puolestaan luettelee uhkatekijöiksi hoitajien luottamuksen puutteen ylempään tahoan ja raportoinnin puutteellisuuden. Hänen mukaansa hoitajat ajattelevat, että väkivalta kuuluu työhön ja he puolustelevat potilaan väkivaltaista käytöstä sairauden kautta. Ridenourin ym. (2015) mukaan vähäinen työkokemus, etuuksien epäminen, käyttäytymisen rajaaminen sekä läheinen kontakti potilaan kanssa nostaa riskiä.

Blando ym. (2013) mukaan hoitajilla on vääristynyt kuva uhkatekijöistä eli olettamus matalasta väkivallan riskistä työpaikalla ei ole korreloitunut matalan loukkaantumisluvun kanssa. Sairaanhoidajan uskomukset riittävästä turvallisuusvarustelusta, vartijoista ja sanallisen väkivallan tiheydestä, olivat vahvasti korreloituneita mielletyn turvallisuuden kanssa. Hoitajien olettamus väkivallan riskeistä perustuvat moniin tekijöihin ja joskus se voi erota todellisista riskeistä. Scozzafave ym. (2017) mukaan hoitajat käyttävät annettuja toimintatapoja mutta eivät sovelle yksiköllisesti sitä uhkaavaan tilanteeseen. Zeng ym. (2013) luetteli uhkatekijöiksi miessukupuolen, vuorotyön, alle kymmenen vuoden työkokemuksen ja korkeakoulutuksen. Lisäksi heidän käyttämien lähteiden mukaan riskiä nostaa myös työvoimapula, ylikuormittuneet osastot ja avohoitajien puutteellisuus.

Työväkivallan seurauksista kirjoitettiin neljässä kuudesta tutkimuksesta. d'Ettoire & Pellicani (2017) löydöksien mukaan 7,5%-33% hoitajista sai somaattisia vaivoja sekä psyykkisiä oireita, kuten ahdistuneisuutta, masentuneisuutta ja välttämiskäyttäytymistä. Scozzafave ym. (2017) mukaan hoitajien työtaakka nousee sekä stressi ja pelontunne töissä lisääntyy. Nämä vaarantavat tehokkuuden, ammatissa kehittymisen ja laadukkaan hoidon. Phillips (2016) mukaan työssä jaksaminen kärsii. Zeng ym. (2013) mukaan työväkivallalla on fyysisiä ja psyykkisiä vaikutuksia elämänlaatuun. Lisäksi Blandon ym. (2013) käyttämien lähteiden mukaan väkivalta hoitohenkilökuntaa kohtaan on merkittävä työperäinen terveysongelma ja sen mahdollisuus vaikuttaa hoitajien suoriutumiseen työssä, tyytyväisyyteen, työntekijöiden vaihtuvuuteen ja pysyvyyteen sekä potilaiden tyytyväisyyteen. Hoitajat ovat myös raportoineet korkeampia stressitasoja havaitun väkivallan riskien vuoksi.

Kolmessa kuudesta tutkimuksesta luetellaan keinoja riskien minimoimiseen. Phillips (2016) luettelee keinoiksi työvoiman riittävyyden, nopean puuttumiseen tilanteisiin, vartijoiden palkkaamisen sekä kameroiden ja metallinpaljastimien lisäämisen. Scozzafave ym. (2017) mukaan uusien strategioiden laatiminen yksilöllisesti ja organisaation tasolla, työtaakan vähentäminen, riskin arviointi sekä stressinhallintakeinojen käyttäminen minimoivat riskejä. d'Ettoire & Pellicani (2017) luettelee keinoiksi potilassuhteiden rakentamisen, työntekijöiden välisen kommunikoinnin parantamisen, väkivaltaisten tilanteiden ilmoittamisen, työympäristön parantamisen johdon sitoutumisen avulla sekä työntekijöiden koulutuksen ja osallistumisen väkivaltatilanteiden ennaltaehkäisyyn. Heidän mukaansa väkivallan riskien arviointi vähensi työpaikkaväkivaltaa ja paransi työntekijöiden psyykkistä vointia. Valmistautumisesta väkivaltaisten uhkatilanteiden varalle oli mainittu

kahdessa tutkimuksessa. Ridenour ym. (2015) mukaan 99% 284:sta hoitajasta oli saanut koulutusta väkivaltatilanteisiin ja Blando ym. (2013) sanoi 100% 143:sta hoitajasta saaneen koulutusta väkivaltatilanteisiin sekä lisäksi 59% hoitajista päivitti säännöllisesti tietojään.



Kuvio 1. Artikkeleissa mainitut työturvallisuuden uhkatekijät

6 POHDINTA

6.1 Tulosten pohdinta

Nämä tulokset tukevat toisiaan ja vahvistavat sen, että psykiatriset hoitajat ovat suuressa riskissä kohtaamaan väkivaltaisuutta työssään. Blando ym. (2013) käyttämien lähteiden mukaan erityisesti sellaisiin tehtäviin sisältyy suurempi riski, joissa ollaan lähikontaktissa potilaan kanssa.

Monien opinnäytetyössä käytettyjen tutkimuksien lähteiden mukaan psykiatristen hoitajien väkivallasta raportointi on puutteellista. Zeng ym. (2013) lähteiden mukaan ne hoitajat, joilla oli kertynyt vähemmän työkokemusta, raportoivat enemmän väkivallasta. Ridenour ym. (2015) lähteet olivat puolestaan päässeet siihen tulokseen, että alle vuoden työssään olleet eivät raportoineet kohtaamaansa väkivaltaa ja syynä oli mahdollisesti se, että he eivät halunneet vaikuttaa valittajilta tai epäpäteviltä. Hoitajat ovat haluttomia raportoimaan saamistaan vammoistaan, sillä he pelkäävät sitä miten se vaikuttaisi työnantajan näkemykseen heistä. Blando ym. (2013) lähteet osoittavat, että moni hoitaja ei raportoi työpaikalla ilmenneestä aggressiivisuudesta, sillä sen uskotaan kuuluvan työnkuvaan. Kun näitä tutkimuksia verrataan teoreettiseen viitekehykseen, huomataan, että tutkimusten tulosten välillä löytyy eroavaisuuksia sen mukaan, mitkä ovat olleet tutkimuksessa muuttujia. Stevenson ym. (2015) toteaaakin yleisellä tasolla psykiatristen sairaanhoitajien raportoivan kokemastaan väkivallasta eniten muihin sairaanhoitajiin verrattuna.

Sirén ym. (2007) mukaan sosiaalialalla runsas neljäsosa koetusta väkivallasta on ollut fyysistä, myös uhkailut koetaan pelottaviksi. Työväkivallan aiheuttajana on lähes aina ollut potilas. Kokemukset väkivallasta jakautuvat tasaisesti miesten ja naisten kesken terveyden- ja sairaanhoidon työssä. Koetun väkivallan kokemukset painottuvat enemmän nuoriin työntekijöihin (Piispa & Hulkko 2010, 10), mutta myös naiset ovat kertoneet kokeneensa väkivallan uhkaa enemmän työpaikallaan kuin miehet (Sirén ym. 2007, 4). Henkilön oma kokemus vaikuttaa siihen, kuinka vakavana hän kokee väkivaltaisen käytöksen (Blando ym. 2013). Tämä on varmasti yksi syy siihen, miksi raportointi on puutteellista.

Ridenour ym. (2015) käyttämät useat lähteet kertovat, että rotu ja sosiaaliluokka eivät liity väkivaltaisuuden esiintyvyyteen. Kuitenkin Sundell (2014) mukaan perintötekijät vai-

kuttavat altistavana tekijänä, kun taas ympäristöstä opitaan väkivaltaisten toimintamallien käyttö. Tästä voidaan päätellä, että aggressiivinen käyttäytyminen on monen tekijän summa, sille on altistavia ja ympäristöstä opittuja tekijöitä, joita omat valinnat muokkaavat.

Työväkivallan seurauksista elämänlaatuun todennettiin sekä opinnäytetyön teoriaosuu-teen käytetyissä lähteissä että tutkimuksissa. Näissä havaittiin yhtenäisyyksiä. Rantaes- kola ym. (2015) mukaan seurauksena voi olla pelon ja epävarmuuden tunne, työn laadun heikkeneminen, kommunikoinnin puutteellisuus, yleisen turvallisuuden horjuminen ja työntekijän henkisen kehityksen vaarantuminen sekä fyysisistä vammoista aiheutuvat haitat. Zeng ym. (2013) käyttämien lähteiden mukaan työväkivalta johtaa alentuneeseen työn tyytyväisyyteen, työn sitoutumiseen ja tehokkuuteen. Lisäksi elämänlaatu kärsii ja stressi, onnettomuudet ja sairaudet lisääntyvät. Scozzafave ym. (2017) lähteiden mu- kaan väkivallalle altistuminen johtaa psyykkiseen huonovointisuuteen, syrjäytymiseen ja tehostomuuteen työtehtäviä suoritettaessa. d'Ettorre ja Pellicani (2017) olivat kuitenkin sitä mieltä, että työväkivallan psykologisia seurauksia pitäisi tutkia enemmän, jotta väki- vullan uhria voidaan auttaa paremmin ja psykologisia sairauksia saataisiin ennaltaeh- käistä.

Monissa tutkimuksissa tiedostettiin riskien arvioimisen ja ennaltaehkäisyn tärkeys. Toi- mintatapojen määrittämisen ja kehittämisen tulee olla varmistettu organisaation jokai- sella tasolla. Mahdollisiin epäkohtiin pitää puuttua. (Zeng ym. 2013, Scozzafave ym. 2017, Blando ym. 2013.) Lisäksi Blando ym. (2013) mukaan hoitajien olettamukset ris- keistä eivät välttämättä kohtaa todellisten riskien kanssa.

Blando ym. (2013) tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttivat vastaajien muistamisen vää- ristymät sekä käytettyjen tietojen vaihtelevat ajankohdat, sillä haastattelut toteutettiin vuosina 2003-2005 mutta väkivaltaluvut ovat ajalta 1996-2001. Rindenour ym. (2015) tutkimuksessa luotettavuuteen vaikutti se, että voimassa olevien yksityisyyden suojaa- miseksi laadittujen rajoitusten vuoksi tutkijat eivät voineet äänittää ja yhdistää tietoja tietystä väkivaltatilanteesta tiettyyn hoitajaan ja potilaaseen. Koska tutkijat keräsivät tie- toja viikoittain, he eivät voineet analysoida jokaista tapausta yksitellen, minkä vuoksi ti- lastollinen merkittävyys kärsi. Zeng ym. (2013) tuloksia ei voida yleistää, sillä tutkimus tehtiin vain kahdessa psykiatrisessa sairaalassa Kiinassa ja tietojen kerääminen jälkikä- teen on voinut aiheuttaa muistivirheestä johtuvia tiedon vääristymiä. Lisäksi kaikki eivät halunneet jakaa yksityisiä tietoja ja väkivallan määritelmä saattoi myös olla epäselvä. d'Ettorre ja Pellicani (2017) tutkimuksessa kaikki löydetyt tutkimukset eivät käsitelleet

samaa asiaa, sillä osa tutkimuksista käsitteli vain fyysistä väkivaltaa, kun taas osa käsitteli fyysisen väkivallan lisäksi myös sanallista väkivaltaa. Tämän vuoksi tapahtumien esiintyvyys voi jäädä aliarvioiduksi.

Opinnäytetyöhön valikoituneiden tutkimusten perusteella väkivalta nousee yhdeksi suurimmista uhkatekijöistä psykiatrian puolella. Potilaasta johtuvia uhkatekijöitä on tutkittu paljon ja siitä löytyy ympäri maailmaa tutkimuksia. Väkivaltaisesta käytöksestä ja sen roolista työturvallisuuden uhkatekijänä löytyy useita tutkimuksia sekä kirjallisuutta. Henkinen ja fyysinen väkivalta näyttää tutkimusten ja kirjallisuuden perusteella olevan suurin työturvallisuuden uhkatekijä, mikä selittäisi tutkimusten painottumisen fyysiseen väkivaltaan. Tutkimuksissa sivuutettiin henkilökunnasta johtuvia uhkatekijöitä, mutta yksikään opinnäytetyössä käytetyistä tutkimuksista ei käsitellyt niitä tarkemmin.

Tutkimusten välillä havaittiin ristiriitaista tietoa naisten ja miesten kohtaaman väkivallan välillä. Kirjallisuuden ja tutkimusten mukaa naiset ovat raportoineet kokeneensa kaiken tyyppistä väkivaltaa enemmän kuin miehet mutta tämä voi johtua siitä, että tutkimuksiin vastanneista suurin osa oli naisia, mistä voi päätellä, että hoitoalalle on hakeutunut enemmän naissukupuolisia työntekijöitä. Naiset saattavat olla myös herkempiä kokemaan olonsa uhatuksi johtuen fyysisistä ja psyykkisistä eroista miehiin verrattuna. On kuitenkin olemassa kulttuurillisia eroja, sillä Zeng ym. (2013) tutkimuksessa miehet kohtaavat enemmän kaiken tyyppistä väkivaltaa. Tämä voisi selittyä sillä, että miehet ovat keskimäärin pienempikokoisia Kiinassa kuin länsimaissa tai potilaat kokevat miesten haastavan heidät eri tavalla kuin naiset. Kiinan kulttuurissa on tyypillistä hierarkia (Hofstede 2018) ja sen pohjalta muokkautuvat ajatusmallit voivat vaikuttaa potilaiden käyttäytymiseen sairaanhoitajia kohtaan. Jos potilaiden ammatti on hierarkkisesti korkeammalla kuin hoitajan, se voi heijastua käytökseen. Kulttuureilla onkin suuri vaikutus siihen, miten henkilö kasvaa osaksi yhteiskuntaa, millaisia vaikutteita hän saa uskonnostaan ja miten nämä muokkaavat persoonallisuutta ja käyttäytymistä. Eri maissa on tässä opinnäytetyössä selvitettyjen uhkien lisäksi omia kulttuurista johtuvia lisäuhkatekijöitä, joihin tutustuminen on oleellista ennen harjoittelun tai työn aloittamista.

6.2 Eettisyys ja luotettavuus

Opinnäytetyössä noudatettiin hyvän tieteellisen tutkimuksen käytäntöä, jossa painotetaan rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta. Aiempiin tutkimuksiin viitattiin asianmukai-

sesti ja näin ollen tutkijoiden työtä kunnioitettiin. Raportointi tehtiin avoimesti ja vastuullisesti. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012.) Opinnäytetyössä ei ole ollut tarvetta eettisten ohjeiden mukaiselle tutkimusluvalle, koska työ toteutettiin kirjallisuuskatsauksena (Kankkunen ym. 2017, 228).

Aikaisempiin tutkimuksiin suhtauduttiin kriittisesti sekä jokaisen työssä käytetyn lähteen luotettavuus arvioitiin erikseen (Hirsijärvi 2007, 184). Opinnäytetyön luotettavuutta lisäsi uusimpien tutkimusten sekä mahdollisimman tuoreen teoriatiedon käyttäminen sekä kahden tekijän panostus työhön. Kaksi tutkijaa vähentää viittaamiseen ja ymmärtämiseen liittyviä virheitä ja varmistaa sen, että alkuperäistä lähdettä on kunnioitettu metodi-kirjallisuuden sääntöjen ja ohjeiden mukaan. Koko opinnäytetyön työstämisen ajan jatkunut keskustelu ja pohdinta on mahdollistanut kattavan aiheen käsittelyn ja lisännyt luotettavuutta.

Teoreettisen viitekehyksen lähdemateriaali koostui pääosin suomalaisista lähteistä, joten valikoimalla lisäksi ulkomaalaisia tutkimuslähteitä, on mahdollista vertailla yhtenäisyyksiä ja eroavaisuuksia eri puolilla maailmaa. Tutkimusten haku rajattiin viimeisen viiden vuoden ajalle ja teorian lähdemateriaali rajattiin pääasiassa 2008-2018 välille.

Työssä käytetyt tutkimukset olivat kaikki englanninkielisiä, joten kieliopilliset ja tulkinnalliset virheet ovat mahdollisia, mikä vähentää luotettavuutta. Turun Ammattikorkeakoulun tunnuksilla pääsi vain sen omiin tietokantoihin, mikä vaikuttaa heikentävästi aineiston laajuuteen. Koska kaikkiin tietokantoihin ei ollut käyttöoikeuksia, yksi tutkimus jäi pois opinnäytetyöstämme. Osa potentiaalisista tutkimuksista oli maksullisia tai niiden avaaminen oli estetty, joten ne olivat saavuttamattomissa. Nämä suppeuttavat tekemäämme tutkimusta sekä tutkimustulosten laajuutta ja heikentää työmme luotettavuutta.

Narratiivisen kirjallisuuskatsauksen tutkimusaineisto ei ole erityisen systemaattista eikä se tarjoa analyyttisintä tulosta, mikä vähentää luotettavuutta mutta sen avulla on silti päästy johtopäätökseen tässä opinnäytetyössä.

6.3 Johtopäätökset

Työturvallisuuden uhkatekijöiden on todettu olevan maailmanlaajuisesti merkittävä ongelma, jota tutkitaan jatkuvasti. Työturvallisuuden kehittäminen on jatkuvaa työtä. Työturvallisuuden laiminlyönti voi johtaa sakkoihin, mikä voi motivoida useita työnantajia huolehtimaan työturvallisuudesta. Kaskisen (2018) mukaan sakot voivat olla mitättömän pieniä suhteessa yrityksen suuruuteen, jolloin toivottua työturvallisuuden kehittämistä ei tapahdu. Sakot tulisi mitoittaa yrityksen taloudellisen kantokyvyn mukaan. Puutteita esiintyy työnantajan yleisessä huolehtimisvelvollisuudessa, työturvallisuuden uhkatekijöiden arvioinnissa sekä työntekijöiden perehdytyksessä. Tämän perusteella voisi tehdä oletuksen, että yrityksiä, joilla on suurempi liikevaihto ei pystytä sakoilla uhkaamaan. Tieto on ristiriidassa käsityksemme kanssa siitä, mitä odotimme suurilta yrityksiltä ja niiden panostuksesta työturvallisuuteen.

Väkivalta on näyttäytynyt tutkimusten mukaan suurimmaksi työturvallisuuden uhkatekijäksi aikuispsykiatrisilla osastoilla. Tutkimusten ja kirjallisuuden perusteella hoitajilla näyttäisi olevan oletamus siitä, että kaikkea väkivallan muotoja ei tarvitse ottaa vakavasti eikä niistä tarvitse ilmoittaa eteenpäin. Väkivaltaa siedetään ja se hyväksytään osana työnkuva. Sanallinen väkivalta on yhtä lailla vahingollista kuin fyysinen väkivalta, eikä sitä saa ikinä sivuuttaa. Väkivallalle keksitään sen oikeuttavia syitä eikä pieniinkään väkivallan muotoihin puututa, vaikka sen on tutkittu olevan pitkällä aikavälillä haitallista hoitajien mielenterveydelle, jaksamiselle ja tehokkuudelle. Tämä asia jäi mietittävään ja sai pohtimaan omaa ammatti-identiteettiä sekä tulevaisuudennäkymiä.

Työturvallisuuden uhkatekijöitä tulisi arvioida jatkuvasti aikuispsykiatrisilla osastoilla, jotta sen kehittäminen ja ylläpitäminen olisi mahdollista. Uhkatekijöiden hallinnalla pystytään vaikuttamaan ennaltaehkäisevästi fyysisiin ja psyykkisiin oireisiin. Tutkimusten perusteella uhkatekijöiden laajempaan arviointiin ja raportointiin tulisi panostaa Suomessa ja muualla maailmassa. Tutkimuksista yksikään ei liittynyt Suomen psykiatristen osastojen toimintaan, mikä ei tue tulevien ammattilaisten tietämystä todellisista olosuhteista Suomessa. Psykiatriset osastot ovat kuitenkin samankaltaisia ja niissä hoidetaan samantyyppisiä potilaita, joten tutkimuksissa oleva tieto antaa suuntaviivoja ja on näin sovellettavissa Suomen psykiatrisiin osastoihin.

Opinnäytetyön teon myötä on tapahtunut ammatillista kasvua. Olemme heränneet havainnoimaan työnantajan ja työntekijän velvollisuuksista työturvallisuuden toteutumisessa ja uskallamme nyt vaatia lain puitteissa tietyn tasoista ohjausta ja turvallisuutta. Huomasimme, kuinka paljon Suomessa on laeissa kiinnitetty huomiota työturvallisuuteen ja kuinka monella eri tasolla sitä valvotaan. Ymmärrämme työnohjauksen merkityksen psykiatrisessa hoitotyössä mielenterveyden hyvinvoinnin kannalta. Ammattitaidon tärkeys korostui monessa tutkimuksessa ja uskomme sen olevan yksi ratkaisevista tekijöistä uhkatilanteiden purkamisessa. Aloimme pohtia omaa persoonallisuuttamme ja sitä, miten voisimme hyödyntää sitä työväliseen. Psykiatrisella puolella persoonallisuudella on kuitenkin iso merkitys siihen, mitä uhkatilanteissa tapahtuu ja ei tapahdu. Opinnäytetyöhön liittyvän tutkimustyön avulla olemme saaneet eväitä siihen, mitä asioita on otettava huomioon uhkaavissa tilanteissa ja kuinka oma työpanos voi keikauttaa tilanteen moneen suuntaan. Työn avulla voimme muokata omaa ammatti-identiteettiämme psykiatriselle puolelle sopivaksi, opimme kuinka reagoida yllättäviinkin tilanteisiin, mitä asioita on otettava huomioon tiloja suunniteltaessa sekä millä tavalla oma työpanos ja käytös vaikuttavat työturvallisuuden toteutumiseen. Tutkimuksia ei kollegiaalisuudesta löytynyt paljoakaan, mutta koemme itse sen olevan yksi tärkeimmistä työturvallisuuden elementeistä. Tulevien hoitajien näkökulmasta työn kuormittavuus ja työilmapiiri heikentävät turvallisuuden tunnetta, mikä voi johtaa somaattisiin oireisiin, mielenterveyden sairauksiin, poissaoloihin ja muihin elämänlaatua heikentäviin tapahtumiin. Työntekijät tarvitsevat ja kaipaavat toistensa tukea työelämässä. Esimiehen on oltava helposti lähestyttävä, jotta havaitut työturvallisuuden puutteet ja uhkatilanteet uskalletaan tuoda esille ja niihin pystytään puuttumaan.

Huomasimme, että kirjallisuudesta löytyy ympäristöstä ja henkilökunnasta johtuvia uhkatekijöitä mutta huomattavasti niukemmin kuin potilaan väkivaltaisesta käytöksestä. Tätä tietoa ei ole tutkittu psykiatrisella osastolla, joten olemassa olevaa kirjallisuutta on jouduttu soveltamaan psykiatriselle osastolle sopivaksi. Jäimme kaipaamaan käytännön vinkkejä sille, miten työturvallisuutta voidaan lisätä pohjaratkaisultaan hankalassa tilassa. Arvioimme kupolipeilien ja lattiaan liimattavien väriteippien mahdollisuutta ja vaikutusta työturvallisuuteen ja tulimme siihen tulokseen, että niistä on hyötyä myös aikuispsykiatrisella osastolla.

Tietoaukko havaittiin opinnäytetyötä tehdessä omaisista ja vierailijoista johtuvien uhkatekijöiden kohdalla, sillä tästä aihealueesta ei löytynyt laisinkaan tietoa tutkimusten eikä

kirjallisuuden pohjalta. Kehittämisehdotuksena tätä pitää tutkia, jos halutaan saada kaikenkattava uhkatekijöiden kartoitus aikuispsykiatrisella osastolla. Kulttuuriset eroavaisuudet tuovat lisähaastetta uhkatekijöiden tunnistamiseen ja hallitsemiseen. Maailma muuttuu jatkuvasti ja tutkimusten perusteella kehitetään uusia turvallisuutta parantavia laitteita ja keinoja. Muutos tuo toisaalta lisähaasteita turvallisuuteen, esimerkiksi elektronisten laitteiden lisääntyminen lisää tietoturvamurtojen riskiä. Psykiatria on tekemisissä ihmismielen kanssa ja inhimillisistä tekijöistä johtuvat uhat eivät ole koskaan täysin ennalta arvattavissa ja hallittavissa. Pelkästään yhteen työturvallisuutta uhkaavaan tekijään keskittyminen ei tuo tarvittavaa turvaa, vaan työturvallisuuden takaaminen on monen asian summa.

LÄHTEET

- Aaltonen, L-M. & Rosenberg, P. 2013. Potilasturvallisuuden perusteet. Helsinki: Duodecim.
- Blando, J.; O'Hagan, E.; Casteel, C.; Nocera, M-A. & Peek-Asa, C. 2013. Impact of Hospital Security Programmes and Workplace Aggression on Nurse Perceptions of Safety. *Journal of Nursing Management* Vol. 21, No. 3, 491-498.
- d'Ettorre, G. & Pellicani, V. 2017. Workplace Violence Toward Mental Healthcare Workers Employed in Psychiatric Wards. *Safety and Health at Work* Vol. 8, No. 4, 337-342.
- Eronen, M.; Kaltiala-Heino, R. & Kotilainen, I. 2007. Vaarallisuuden arviointi. Helsinki: Duodecim. Viitattu 28.2.2018 <http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo96779.pdf>.
- Hofstede Insights 2018. Country Comparisons: China. Viitattu 28.3.2018 <https://www.hofstede-insights.com/country-comparison/china/>.
- Isotalus, N. & Saarela, K. 2007. Vältä työväkivalta. Työterveyslaitos. Helsinki: Vammalan kirjapaino Oy.
- Jabe, M. 2010. Voitko hyvin työssäsi? -opas alaiselle ja esimiehelle. Vantaa: Yrityskirjat Oy.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2017. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Kaskinen, H. 2018. Yhteisöjä sakotetaan työturvallisuusrikoksista. Tiedon silta. Viitattu 10.4.2018 <https://tiedonsilta.fi/yhteisoja-sakotetaan-tyoturvallisuusrikoksista/>.
- Kuhanen, C.; Oittinen, P.; Kanerva, A.; Seuri, T. & Schubert, C. 2013. Mielenterveyshoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy. 3. Uudistettu painos.
- Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994. Annettu Helsingissä 28.6.1994. Saatavilla: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559#L3>.
- Laki työsuojelun valvonnasta ja työpaikan työsuojeluyhteistoiminnasta 44/2006. Annettu Helsingissä 20.1.2006. Saatavilla: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2006/20060044?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=laki%20tyosuojelun%20valvonnasta%20ja%20tyosuojeluyhteistoiminnasta>.
- Lönqvist, J.; Henriksson, M.; Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.) 2017. Psykiatria. Helsinki: Duodecim.
- Mielenterveystalo 2018. Aggressiivisuus. Viitattu 25.1.2018 https://www.mielenterveystalo.fi/ai-kuiset/Tietopankki/tietoa_oireista/Pages/aggressiivisuus.aspx.
- Perustuslaki 731/1999. Annettu Helsingissä 11.6.1999. Saatavilla: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=perustuslaki>.
- Phillips, J. 2016. Workplace Violence against Health Care Workers in the United States. *The New England Journal of Medicine* Vol 374, No. 17, 1661-1669.
- Piispa, M. & Hulkko, L. 2010. Työturvallisuuskeskuksen raporttisarja 1/2010: Työväkivallan riskiammatit. Työturvallisuuskeskus TTK. Viitattu 17.1.2018 https://ttk.fi/files/1535/ttk_tyovakivallan_riskiammatit_valmis_NETTI.pdf.
- Rantaeskola, S.; Hyyti, J.; Kauppila, J. & Koskelainen, M. 2015. Haastavat asiakastilanteet - väkivalta työssä. Helsinki: Talentum Media Oy.

Ridenour, M.; Lanza, M.; Hendricks, S.; Hartley, D.; Rierdan, J.; Zeiss, R. & Amandus, H. 2015. Incidence and risk factors of workplace violence on psychiatric staff. *Work* Vol. 51, No. 1, 19-28.

Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyypeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Opetusjulkaisu. Vaasan Yliopisto. Viitattu 16.1.2018 http://scholar.googleusercontent.com/scholar?q=cache:DnrBZ80eA2oJ:scholar.google.com/+kirjallisuuskatsaus&hl=fi&as_sdt=0,5.

Scozzafave, M.C.S.; Camelo, S.H.H.; Soares, M.I.; Rocha, F.R.L.; de Oliveira Gaioli, C.C.L. & Leal, L.A. 2017. Violence as Psychosocial Risk in the Work of Psychiatric Nurses and Management Strategies. *International Archives of Medicine* Vol. 10, No. 43, 1-10.

Sirén, R.; Kivivuori, J.; Kääriäinen, J. & Aaltonen, M. 2007. Suomalaisten kokema väkivalta 1980-2006. Oikeuspoliittisen tutkimuslaitoksen tutkimustiedonantoja 74. Helsinki. Viitattu 16.1.2018 https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/152604/01_07_suomalaisten_kokema_v_kivalta.pdf?sequence=1.

Stevenson, K.; Jack, S.; O'Mara, L. & LeGris, J. 2015. Registered nurses' experiences of patient violence on acute care psychiatric inpatient units: an interpretive descriptive study. *BioMed Central*. Viitattu 17.1.2018 <http://search.ebscohost.com.ezproxy.turkuamk.fi/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=108328208&site=ehost-live>.

Sundell, L. 2014. Työkaverina Pelko -väkivaltariskien ennakointi ja hallinta. Jyväskylä: PS-kustannus.

Suomen lähi- ja perushoitajaliitto Super 2018. Työhyvinvointi, työsuojelu ja työelämän kehittäminen. Viitattu 25.1.2018 <https://www.superliitto.fi/tyoelamassa/tyohyvinvointi-tyosuojelu-ja-tyoelaman-kehittaminen/>.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2016. Työsuojelu Suomessa. Viitattu 20.2.2018 http://stm.fi/documents/1271139/1332445/STM_esite_Tyosuojelu_suomessa_verkkoonFIN.pdf/47c9b25c-df92-4832-93e7-fc27d2c56088.

Tehy 2018. Työpaikkaväkivalta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Viitattu 25.1.2018 <https://www.tehy.fi/fi/apua/tyosuojelu/tyopaikkavakivalta-sosiaali-ja-terveydenhuollossa>.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2017. Psykiatrinen erikoissairaanhoido 2015. Viitattu 17.1.2018 <https://www.thl.fi/fi/tilastot/tilastot-aiheittain/erikoissairaanhoidon-palvelut/psykiatrinen-erikoissairaanhoido>.

Turun ammattikorkeakoulu 2016. Projektit. Viitattu 18.1.2018 <https://www.turkuamk.fi/fi/tutkimuskehitys-ja-innovaatiot/hae-projekteja/eriturma-hoitajien-tyoturvallisuus-psykiatrisen-po/>.

Turun Ammattikorkeakoulu 2018. Tiedonhakijan opas. Viitattu 17.1.2018 <http://libguides.turkuamk.fi/tiedonhankinnanopas/etusivu>.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö. Viitattu 29.1.2018 <http://www.tenk.fi/fi/hyva-tieteellinen-kaytanta>.

Työterveyslaitos 2018. Työturvallisuus. Viitattu 25.1.2018 <https://www.ttl.fi/tyoymparisto/tyoturvallisuus/>.

Työturvallisuuskeskus 2010. Työturvallisuus ja työterveys työpaikalla. Helsinki: Painojussit Oy. 1. painos.

Työturvallisuuslaki 738/2002. Annettu Helsingissä 23.8.2002. Saatavilla: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2002/20020738>.

Työsuojelu 2017. Organisaatio. Viitattu 20.2.2018 <http://www.tyosuojelu.fi/tietoa-meista/organisaatio>.

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2016. Potilashoidon vuosikertomus 2016 –Psykiatrian tulosalue. Viitattu 25.1.2018 <http://www.vsshp.fi/fi/sairaanhoitopiiri/media-tiedotteet-viestinta/julkaisut/Documents/Psykiatrian-tulosalue-phvk-2016>.

Zeng, J-Y.; An, F-R.; Xiang Y-T.; Qi, Y-K.; Ungvari, G.; Newhouse, R.; Yu, D.; Lai, K.; Yu, L-Y.; Ding, Y-M.; Tang, W-K.; Wu, P-P.; Hou, Z-J. & Chiu, H. 2013. Psychiatric Research Vol. 210, No. 2, 510-514.

Liitteet

Liite 1. Henkilökunnan käyttäytymiseen liittyvät uhkatekijät

Aggressiota vähentävät toimet	Aggressiota lisäävät toimet
<ul style="list-style-type: none"> • Kuunteleminen <ul style="list-style-type: none"> ○ osoittaa kiinnostusta asiakkaan tilannetta kohtaan ○ on kunnioittavaa 	<ul style="list-style-type: none"> • Asiakkaan keskeyttäminen liian nopeasti tai väärässä kohtaa • Päälle puhuminen
<ul style="list-style-type: none"> • Me- muodon käyttäminen <ul style="list-style-type: none"> ○ pehmeä tapa ohjata tilanteen kulkua ja esittää ratkaisuvaihtoehtoja 	<ul style="list-style-type: none"> • Kaiken vastuun laittaminen asiakkaalle tai suoraan syyllistäminen
<ul style="list-style-type: none"> • Tarkentavien kysymysten esittäminen <ul style="list-style-type: none"> ○ osoittaa kiinnostusta ○ pitää fokuksen asiassa ○ ylläpitää keskustelua 	<ul style="list-style-type: none"> • Omien kielteisten mielipiteiden ilmaiseminen
<ul style="list-style-type: none"> • Tarkasti harkittu kohteliasuus <ul style="list-style-type: none"> ○ hivelee itsetuntoa ○ saattaa muuttaa negatiivisen asennoitumisen positiiviseksi 	<ul style="list-style-type: none"> • Vähätteleminen ja nolaaminen • Oman aseman korostaminen • Mitätöiminen
<ul style="list-style-type: none"> • Positiivisen näkökulman korostaminen ja keskittyminen asiaan, josta on asiakkaan kanssa samaa mieltä <ul style="list-style-type: none"> ○ antaa asiakkaalle aikaa ja tilaa rauhoittua ○ antaa tilanteeseen myönteisen sävyn 	<ul style="list-style-type: none"> • Pelkkiin ongelmakohtiin jumittuminen <ul style="list-style-type: none"> ○ negatiivisesti sävyttyneiden sanojen käyttäminen, kuten ongelma
<ul style="list-style-type: none"> • Henkilökohtaisen reviirin kunnioittaminen 	<ul style="list-style-type: none"> • Asiakkaan iholle tuleminen <ul style="list-style-type: none"> ○ saatetaan kokea uhkaavaksi, alitavaksi tai muuten ärsyttäväksi
<ul style="list-style-type: none"> • Aggression merkkien välttäminen kaikissa tilanteissa ja rauhallisuuden korostaminen <ul style="list-style-type: none"> ○ rauhoittavat eleet ja ilmeet ○ rauhallinen äänenkäyttö 	<ul style="list-style-type: none"> • Omien negatiivisten tunteiden näyttäminen <ul style="list-style-type: none"> ○ raivoaminen, ärhentely ja äkkipikaiset eleet
<ul style="list-style-type: none"> • Ratkaisujen perustelevuus asiallisesti <ul style="list-style-type: none"> ○ vähentää epätietoisuutta ja auttaa ymmärtämään tilannetta 	<ul style="list-style-type: none"> • Epämääräiset, epäjohdonmukaiset ja ylimalkaiset selitykset
<ul style="list-style-type: none"> • Kunniallisen perääntymistien antaminen <ul style="list-style-type: none"> ○ joustaminen niissä asioissa, missä se on mahdollista ○ vaihtoehtoisen ratkaisumallin ehdottaminen 	<ul style="list-style-type: none"> • Joustamattomuus ja ehdottomuus <ul style="list-style-type: none"> ○ kiihtyneen asiakkaan ajaminen umpikujaan, jossa ainoa mahdollisuus kasvojen säilyttämiseksi on lisätä aggressiivisuutta

(Sundell 2014, 116-117)

Liite 2. Väkivaltaisuuden vaaran arviointimittari (HCR-20)

Historialliset riskitekijät	<ul style="list-style-type: none"> • Persoonallisuushäiriö • Lapsuuden käytöshäiriö • Päihteiden väärinkäyttö • Mielisairaus • Psykopatia • Parisuhdeongelmat • Työsuhteongelmat • Aikaisempi väkivaltainen käytös • Nuorella iällä alkanut väkivaltainen käytös • Koevapauden tai ehdonalaisen vapauden sääntöjen rikkominen tai avohoidon laiminlyönti
Kliiniset riskitekijät	<ul style="list-style-type: none"> • Impulsiivisuus • Oireileva mielisairaus • Huono hoitomyöntyvyys • Puutteellinen sairaudentunto • Negatiiviset ja epäsosiaaliset asenteet
Tulevaisuuden riskitekijät	<ul style="list-style-type: none"> • Puutteellinen sosiaalinen tuki • Avohoidon laiminlyönti • Altistuminen vaaratekijöille • Altistuminen stressille • Epärealistiset tulevaisuudensuunnitelmat

(Eronen, Kaltiala-Heino & Kotilainen, 2007, 2377)