

Timo Laakso

PALVELUKOTI PAJUN HENKILÖKUNNAN KOKEMUKSIA
VÄKIVALTATILANTEISTA SEKÄ HAIPRO- JÄRJESTELMÄN
KÄYTÖSTÄ

Sosiaalialan koulutusohjelma

2013

PALVELUKOTI PAJUN HENKILÖKUNNAN KOKEMUKSIA
VÄKIVALTATILANTEISTA SEKÄ HAIPRO-JÄRJESTELMÄN KÄYTÖSTÄ

Laakso, Timo
Satakunnan ammattikorkeakoulu
Sosiaali-alan koulutusohjelma
Joulukuu 2013
Ohjaaja: Rajaniemi, Kari
Sivumäärä: 38
Liitteitä: 1

Asiasanat: kehitysvammaisuus, väkivalta, HaiPro-järjestelmä

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää kuinka usein ja minkä tyyppistä väkivaltaa palvelukoti Pajussa esiintyy, hallitseeko henkilökunta väkivaltatilanteet ja miten ne koetaan sekä hallitseeko henkilökunta HaiPro-kirjaamisen ja miten kirjaaminen koetaan.

Opinnäytetyön teoriaosassa käsittelin kehitysvammaisuutta, siihen liittyviä psyykkisiä häiriöitä sekä haastavaa käyttäytymistä. Käsittelin myös sekä henkistä että fyysistä väkivaltaa, väkivallan esiintymistä hoitotyössä, väkivallan kohtaamista ja kokemista sekä väkivaltatilanteiden jälkikäsitelyä. Lisäksi käsittelin HaiPro-järjestelmää, joka on terveydenhuollon vaaratapahtumien raportointijärjestelmä.

Opinnäytetyön aineiston keräsin tekemällä lomakehaastatteluja palvelukoti Pajun henkilökunnalle. Haastattelin kahdeksaa palvelukodissa työskentelevää hoitajaa. Haastattelukysymykset olivat avoimia ja ne analysoin soveltaen yksinkertaista sisällön analyysia.

Tuloksista havaittiin, että henkistä väkivaltaa esiintyy palvelukoti Pajussa päivittäin, fyysistä väkivaltaa viikoittain. Haastattelujen mukaan henkilökunta hallitsee työssä esiintyvät väkivaltatilanteet hyvin. Fyysiset väkivaltatilanteet koettiin uhkaavampina, mutta henkistä väkivaltaa ei pidetty juuri minkäänlaisena uhkana. Haastattelujen perusteella henkilökunta hallitsee kirjaamisen HaiPro-järjestelmään.

Tutkimuksen pohjalta nousi seuraavat mahdolliset jatkotutkimusaiheet: tutkimus koko Satakunnan sairaanhoitopiirin sosiaalipalvelujen henkilökunnan kokemuksista väkivaltatilanteista sekä tutkimus, joka käsittelee ja keskittyy pelkästään henkiseen väkivaltaan ja sen kokemiseen.

SHELTERHOME PAJU STAFF EXPERIENCES ABOUT VIOLENT SITUATIONS AND THE USE OF HAIRPRO-SYSTEM

Laakso, Timo
Satakunta University of Applied Sciences
Degree Programme in Social Services
December 2013
Supervisor: Rajaniemi, Kari
Number of pages: 38
Appendices: 1

Keywords: mental deficiency, violence, HaiPro-system

The purpose of this theses was to examine how often and what kind of violence there exists in shelterhome Paju, can the staff cope in these situations and how do they experience them. Also, does the staff master the HAIRPRO documenting and how do they experience it.

In the theory section of the thesis, I described mental deficiency, psychical disorders and challenging behaviour relating to it. I discussed mental and physical violence, the existence of violence in carework, encountering and experiencing it and how these situations are processed afterwards. I also discussed the HAIRPRO-system, which is the reporting system for dangerous situations in healthcare.

I gathered the material for this thesis by conducting form interviews for the staff at shelterhome Paju. I interviewed eight members of staff at the shelterhome. The questions were broad and I analysed them by using simple content analysis method.

From the results one can determine that mental violence exists at shelterhom Paju daily and physical violence exists on a weekly basis. According to the interviewed members of staff, they master these violent situations well. The situations, where physical violence occurs, are experienced as the most threatening. However, mental violence was deemed to be no threat at all. The results also revealed that the staff manage the HAIRPRO documenting.

From the thesis, the following topics for follow-up research emerged: a research covering the whole Satakunta healthcare district on social services staff's experiences on violence. Also a research which would examine and discuss only mental violence and how staff experience it.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	KEHITYSVAMMAISUUS.....	6
2.1	2.1 Älyllinen kehitysvammaisuus.....	6
2.2	Psyykkiset häiriöt.....	9
2.3	Haastava käyttäytyminen.....	13
3	VÄKIVALTA	18
3.1	Henkinen väkivalta	18
3.2	Fyysinen väkivalta	18
3.3	Väkivallan esiintyminen hoitotyössä.....	19
3.3.1	3.3.1 Väkivaltatilanteen kohtaaminen ja kokeminen	20
3.4	Väkivaltatilanteiden jälkikäsitteleminen	21
3.5	HaiPro – terveydenhuollon vaaratapahtumien raportointijärjestelmä	22
3.6	Palvelukoti Paju	23
4	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET.....	24
5	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	25
5.1	Tutkimuksen kohderyhmä	25
5.2	Tutkimusmenetelmän kuvaus ja aineiston keruu.....	25
5.3	Tutkimusaineiston analysointi	26
6	TUTKIMUSTULOKSET.....	27
6.1	Haastateltujen taustatiedot	27
6.2	Väkivalta.....	27
6.3	HaiPro	31
7	TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS	33
8	TUTKIMUKSEN EETTISYYS.....	34
9	POHDINTA.....	35
	LÄHTEET.....	37
	LIITTEET	

1 JOHDANTO

Valitsin opinnäytetyön aiheeksi selvittää Palvelukoti Pajun henkilökunnan kokemuksia väkivaltatilanteista sekä HaiPro – järjestelmän käytöstä. Aihevalintaani vaikutti keskustelu palvelukodin esimiehen kanssa sekä oma kokemus työyksikössä.

Olen itsekin kokenut asiakkaiden taholta fyysistä ja henkistä väkivaltaa, ja halusin selvittää miten työyksikön muut jäsenet väkivaltatilanteet kokevat. HaiPro – järjestelmä, johon väkivaltatilanteet kirjataan, aiheuttaa yksikössä aika ajoin keskustelua ja halusin myös selvittää millaisia ajatuksia kirjaaminen herättää. Tehyn tekemän selvityksen mukaan joka kolmas hoitaja on joutunut työssään fyysisen väkivallan tai sen uhan kohteeksi ja kaksi kolmasosaa sanallisen uhkailun, arvostelun tai nimittelyn kohteeksi. (Markkanen 2000, 5)

Väkivalta voidaan karkeasti jakaa henkiseen ja fyysiseen väkivaltaan. Yleisesti voidaan sanoa, että väkivaltaan sisältyy verbaalista loukkaamista sekä käyttäytymistä, joka johtaa ruumiilliseen tai henkiseen vammaan (Nolan, Dallander, Soares, Thomsen & Arnetz 1999).

Tutkimus suoritettiin tekemällä lomakehaastatteluja Palvelukoti Pajun lähi- ja sairaanhoitajille. Haastattelujen avulla selvitin miten lähi- ja sairaanhoitajat kokevat työssään kohtaamat väkivaltatilanteet sekä niiden kirjaamisen HaiPro – järjestelmään.

Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa hoitajien kokemuksista. sekä herättää keskustelua. Tutkimuksen tuloksia voi tulevaisuudessa hyödyntää väkivaltatilanteiden ennaltaehkäisyssä, kohtaamisessa ja jälkikäsitellyssä.

2 KEHITYSVAMMAISUUS

Suomessa voimassa olevan kehitysvammalain mukaan erityishuollon palveluihin on oikeutettu henkilö, jonka kehitys tai henkinen toiminta on estynyt tai häiriintynyt synnynnäisen tai kehitysiässä saadun sairauden, vian tai vamman vuoksi ja joka ei muun lain nojalla voi saada tarvitsemiaan palveluja. Käytännössä tulevat siis kyseeseen kaikki yksilön kehityksen aikana ilmaantuvat vaikeimmat vammaisuuden muodot. Vamma tarkoittaa sellaista fyysistä tai psyykkistä vajavuutta, joka rajoittaa pysyvästi yksilön suorituskykyä. Kyseessä ei siis ole pelkästään mekaanisen syyn, esimerkiksi tapaturman, aiheuttama vamma, joten tässä mielessä vamma-käsite on laajentunut (Kaski, Manninen & Pihko 2012, 15-16).

2.1 2.1 Älyllinen kehitysvammaisuus

Maailman terveysjärjestön (WHO) tautiluokituksen mukaan älyllisellä kehitysvammaisuudella tarkoitetaan tilaa, jossa henkisen suorituskyvyn kehitys on estynyt tai on epätäydellinen. Puutteellisesti kehittyneitä ovat erityisesti kehitysiässä ilmaantuvat taidot eli yleiseen henkiseen suorituskykyyn vaikuttavat kognitiiviset, kielelliset, motoriset ja sosiaaliset taidot. Älyllinen kehitysvammaisuus voi esiintyä joko yksinään tai yhdessä minkä tahansa fyysisen tai psyykkisen tilan kanssa (Kaski ym. 2012, 16).

AAIDD:n määritelmä. The American Association on Intellectual and developmental Disabilities –järjestön esittämä malli älyllisestä kehitysvammaisuudesta on perustaltaan toiminnallinen, ja määrittelyssä ratkaisevat tekijät ovat edellytykset (tai kyvyt), ympäristö ja toimintakyky. Kyse on älyllisten ja adaptiivisten taitojen ja ympäristön vaatimusten välisestä vuorovaikutuksesta. Älyllinen kehitysvammaisuus on siis vammaisuutta ainoastaan tämän vuorovaikutuksen tuloksena. AAIDD on korvaamassa Mental Retardation –käsitteen ilmaisulla Intellectual and Developmental Disabilities, joka vastaa hyvin suomalaista älyllisen kehitysvammaisuuden käsitettä, jossa toimintakyky on yhteydessä älylliseen toimintarajoitteeseen (Kaski ym. 2012, 16).

AAIDD:n määritelmän mukaan kehitysvammaisuus tarkoittaa tämänhetkisen toimintakyvyn huomattavaa rajoitusta. Tilalle on ominaista merkittävästi keskimääräistä

heikompi älyllinen suorituskkyky (ÄO, älykkyysosamäärä alle 70-75), johon samanaikaisesti liittyy rajoituksia kahdessa tai useammassa seuraavista adaptiivisten taitojen yksilöllisesti sovellettavista osa-alueista: kommunikaatio, itsestä huolehtiminen, kotona asuminen, sosiaaliset taidot, yhteisössä toimiminen, itsehallinta, terveys ja turvallisuus, oppimiskyky, vapaa-aika ja työ. Kehitysvammaisuus ilmenee ennen 18 vuoden ikää (Kaski ym. 2012, 16).

Älyllisen kehitysvammaisuuden vaikeusasteen luokittelu. Henkistä suorituskkykyä tai sen puutteita on perinteisesti arvioitu standardoitujen psykologisten testien avulla. Niitä on voitu täydentää sosiaalista adaptaatiota mittaavien asteikkojen avulla, jotka antavat likimääräisen käsityksen älyllisen suoriutumisen tasosta. Käsitys älykkyystasosta voi muodostua kokeneen ammattihenkilön tekemästä yleisestä arviosta. Älylliset kyvyt ja sosiaalinen sopeutumiskyky voivat muuttua ajan kuluessa, ja tila voi parantua opiskelun ja kuntoutuksen myötä. WHO:n tautiluokitus edellyttääkin, että älyllisen kehitysvammaisuuden asteen luokittelu perustuu senhetkiseen toimintakykyyn (Kaski ym. 2012, 17).

Älyllisen kehitysvammaisuuden aste ja elämässä selviytyminen. Toimintakyky muotoutuu yksilön älyllisten toimintojen ja niiden rajoitusten sekä muiden ominaisuuksien ja elinympäristön jatkuvassa vuorovaikutuksessa. Yksinään älyllisen kehitysvammaisuuden vaikeusaste ei riitä ennustamaan elämässä selviytymistä. Toisaalta henkilön eri osa-alueilla ilmenevän suoritustason kautta voi tehdä johtopäätöksiä kehitysvammaisuuden vaikeusasteesta, kunhan muistaa, että henkilön todellinen suorituskkyky selviää vain olosuhteissa, joissa ei ole häiriötekijöitä (Kaski ym. 2012, 19).

Lievä älyllinen kehitysvammaisuus aiheuttaa oppimisvaikeuksia koulussa. Lapsi saattaa kyetä opiskelemaan normaalissa luokassa tukitoimenpiteiden avulla, joskin tarvitsee usein erityisopetusta. Hän on yleensä henkilökohtaisissa toimissaan oma-toiminen ja pystyy aikuisena asumaan itsenäisesti tai hieman tuettuna, monet kykenevät työhön ja ylläpitämään hyviä sosiaalisia suhteita. Useimmiten he kuitenkin tarvitsevat työssään jonkinasteista jatkuvaa opastusta ja valvontaa. Ilman sitä osa nuorista ei pääse kiinni työelämään, ja osa työelämässä olleista joutuu verraten varhain jättämään työelämän työn vaatimusten lisääntyessä. Vaikka henkilö lievästä kehitysvammaisuudestaan huolimatta on melko itsenäinen useimmilla elämän osa-alueilla,

hän tarvitsee usein tukea kyetäkseen asioimaan ja hankkimaan tarvitsemansa palvelut. Hänen rahankäyttötaitonsa voi olla puutteellista, ja helpon johdateltavuutensa takia hän on ilman tukea eläessään vaarassa liittyä seuraan, joka käyttää häntä hyväkseen tai jonka elämäntapa on asosiaalinen. Kehitysiässä vaille diagnoosia tai kouluian jälkeen huomiotta jäänyt lievä älyllinen kehitysvammaisuus saattaa myöhemmin olla psyykkisen sairastumisen tai psykososiaalisten umpikujatilanteiden taustalla (Kaski ym. 2012, 19).

Keskiasteinen älyllinen kehitysvammaisuus aiheuttaa merkittäviä viiveitä lapsen kehityksessä. Kouluiässä lapset tarvitsevat erityisopetusta, mutta kykenevät saavuttamaan jonkinasteisen riippumattomuuden itsensä hoidossa ja riittävän kommunikaatiokyvyn. Useimmat selviävät joko itsenäisesti tai melko itsenäisesti henkilökohtaisista päivittäisistä toimistaan. Aikuisena he tarvitsevat vaihtelevanasteista tukea elämään ja työskenneläkseen yhteiskunnassa. Asumiseensa he tarvitsevat enemmän valvontaa kuin henkilöt, joilla on lievä kehitysvammaisuus. Useimmat pystyvät osallistumaan ohjattuun työhön joko tavallisella työpaikalla tai työkeskuksessa ja kulkemaan työpaikalleen itsenäisesti (Kaski ym. 2012, 19-20).

Vaikea älyllinen kehitysvammaisuus aiheuttaa yksilölle jatkuvan tuen ja ohjauksen tarpeen. Koulussa, asumisessa ja työtehtävien suorittamisessa henkilö tarvitsee huomattavia tukitoimia. Hän on riippuvainen muista ihmisistä, ja hänen kuntouttamisensa vaatii onnistuakseen paljon työtä. Hän voi kuitenkin pitkän kuntoutuksen avulla kehittyä melko itsenäiseksi henkilökohtaisissa päivittäisissä toimissaan (Kaski ym. 2012, 20-21).

Syvä älyllinen kehitysvammaisuus aiheuttaa yksilölle täyden riippuvuuden muista ihmisistä ja jatkuvan hoivan tarpeen. Hänellä on vakavia puutteita kommunikaatiossa, liikunnassa sekä kyvyssä huolehtia henkilökohtaisista toimista ja kyvyssä hallita suolen ja rakon toimintaa. Hänen opettamisessaan tähdätään päivittäisiin elämäntilanteisiin liittyvien asioiden oppimiseen sekä mm. liikunnallisten ja kommunikaatioon liittyvien perusvalmiuksien kehittymiseen. Hän voi tulla omatoimiseksi joissakin päivittäisen elämän toiminnoissa, kuten syömisessä, ja oppia yksinkertaisia työtehtäviä. Asumisessaan hän tarvitsee jatkuvaa ympärivuorokautista valvontaa (Kaski ym. 2012, 21).

2.2 Psyykkiset häiriöt

Kehitysvammaisilla henkilöillä on muuta väestöä suurempi riski mielenterveyden häiriöihin. Nykyisin kehitysvammaisuusdiagnoosin lisäksi pyritään tekemään myös psykiatrisen häiriön diagnoosi. Kehitysvammaisista 35-50 %:lla esiintyy käyttäytymisen ja mielenterveyden häiriöitä. Esiintyvyys on noin viisinkertainen muulla väestöllä havaittuihin lukuihin verrattuna. Psyykkiset sairaudet liittyvät heillä usein tavattaviin aivovaurioihin, osittain syynä ovat heidän elämänsä liittyvät vaikeudet. He voivat sairastua psyykkisesti samoihin sairauksiin kuin ihmiset yleensä. Oireiden taustalla voi olla aivovaurio, reaktiivinen syy, neuroottinen kehitys, vakava psyykinen sairaus tai luonnehäiriö (Kaski ym. 2012, 103).

Psyykkisiä häiriöitä voivat provosoida mm. seuraavat ympäristötekijät:

- Kehitysvammaisen ja hänen ympäristönsä välisen tunnekontaktin häiriytyminen. Tämän voi aiheuttaa kotiooloissa esimerkiksi läheisen kuolema, vanhempien avioero tai syrjiminen ja hoitopaikassa henkilökunnan vaihtuminen tai muutto kokonaan uuteen ympäristöön hoitopaikan vaihtuessa.
- Psyykkiset järkytykset. Onnettomuus-, menetys-, väkivalta-, ja ristiriitatilanteissa kehitysvammaisen jää helposti yksin. Hän voi myös kärsiä omasta puutteellisuudestaan tai kokemastaan pilkasta.
- Liian suuret vaatimukset tai liialliset virikkeet. Lasta yritetään esimerkiksi opettaa yleisopetuksessa koulussa, jossa hänen oppimisvaikeuksiaan ei ole tunnistettu, tai vanhemmat täyttävät hänen päivänsä liian paljon ohjelmalla. Tauoton kovaääninen melu, esimerkiksi taustamusiikki asuinympäristössä lisää sinänsä häiriintymisen riskiä, mutta lisäksi se vaikuttaa heikentämällä muutenkin puutteellisen kuuloaistin toimintaa, mm. puheen erotuskykyä.
- Liian vähäiset vaatimukset tai virikkeettömyys ovat usein niiden kehitysvammaisten lasten tai aikuisten kohtalona, joiden vanhemmilla on laaja-alaisia oppimisvaikeuksia tai joille vanhemmilta ei liikene riittävästi aikaa. Ympäristön häirtetekijöihin kehitysvammaisen ihminen voi reagoida muuttamalla joko välinpitämättömäksi tai levottomaksi, jopa väkivaltaiseksi. Välinpitämättömyyden ilmenemismuotoja ovat taantumisen, pakkotoiminnot ja

itseensä sulkeutuminen. Taantuessaan lapsi ja aikuinenkin voi palata johonkin aikaisempaan kehitysvaiheeseen, jonka hän on jo ohittanut.

- Pakkotoiminnat ja itsestimulaatio. Pakkotoimintoihin kuuluu jonkin merkityksettömän liikkeen tai rituaalin toistaminen. Kehitysvammainen voi huojuttaa vartaloaan, jyskyttää päätänsä seinään, märehtiä tai repiä vaatteitaan. Usein hän sulkeutuu omiin oloihinsa. Hän käpertyy vuoteeseen, istuu huoneen nurkassa toimettomana tai hajamielisenä tai touhuaa jotain tarkoituksetonta, harrastaa alituisen itsetyydytystä tai vahingoittaa itseään. Tilapäisen levottomuuden syynä voi olla myös jokin fyysinen vaiva tai sairaus (Kaski ym. 2012, 104-105).

Aivojen vaurio tai sairaus voi ilmetä lyhytjännitteisyytenä, puutteellisena pettymysten sietokykynä ja hallitsemattomina tunnereaktioina. Myös henkilöllä olevan epilepsian yhteydessä saattaa joskus esiintyä ns. Epileptinen käytöshäiriö. Lievästi kehitysvammaiset henkilöt voivat saada psyykkisiä oireita, kun he tiedostavat oman erilaisuutensa. Asianomainen voi tämän jälkeen ahdistua ja tulla aloitekyvyttömäksi, syynä liian heikko itsetunto. Hän voi myös kieltää vammansa ja esiintyä ylimielisesti, jopa asosiaalisesti. Häntä eivät kiinnosta sellaiset asiat, joissa hän ei onnistu, tai hän pyrkii menestymään niillä alueilla, joilla hänellä on kykyjä. Yksilön tuleekin saada riittävästi itsetuntoa lisääviä onnistumisen elämyksiä, jotta hänen ei tarvitsisi hankkia niitä epäsosiaalisin keinoin (Kaski ym. 2012, 105).

Neuroottisessa kehityksessä on kysymys ratkaisemattomista psyykkisistä ristiriidoista, joiden alkua on varhaisissa kehitysvuosissa. Neuroottinen henkilö tuntee erilaisissa elämäntilanteissa ahdistavaa kärsimystä tai käsittämätöntä pelkoa tai masentuneisuutta, mikä rajoittaa hänen toimintakykyään. Ahdistuneisuus voidaan kokea eriasteisina somaattisina oireina, tai toistuva tiettyyn tilanteeseen liittyvä ahdistuneisuus voi johtaa välttämiskäyttäytymiseen. Oireita voivat olla myös aggressiivisuus, kiihtyneisyys, itsensä vahingoittaminen, pakonomaiset pelot, rituaalinen käyttäytyminen ja unihäiriöt. Ahdistuneisuushäiriöihin kuuluvat mm. sosiaalisten tilanteiden tai julkisten paikkojen pelko, paniikkihäiriö ja yleistynyt ahdistuneisuus.

Kehitysvammaisen ihmisen kyky analysoida elämänsä vaiheita on niin puutteellinen, että häiriöön johtaneen kehityskulun selville saaminen on vaikeaa. Hoito on silti

usein tuloksellista. Ahdistuneisuutta lievittävät eli anksiolyyttiset lääkkeet voivat tuoda tilapäistä lievitystä oireisiin. Selektiiviset serotoniinin takaisinoton estäjät ovat ensisijaisia pitkäaikaisessa hoidossa. Mukaillusta psykoterapiastakin on apua. Kehitysvammaisen henkilön neuroottisen kehityksen vaatima psykoterapia voi pohjautua psyykkisten tarpeiden asteittaiseen tyydyttämiseen, jos katsotaan, että neuroottisen ahdistuksen takana on varhaisten ihmissuhteiden häiriytyminen.

Ensisijaista on toimintaympäristön tarkastelu ja muuttaminen tarpeen mukaan. Aluksi huolehditaan perusasioista, mikäli niidenkin hoidossa on ollut puutteita, ruoasta, vaatteista, asunnosta ja levosta. Seuraavaksi vahvistetaan turvallisuudentunnetta, tunnetta siitä, ettei kehitysvammaista uhkaa mikään. Sosiaalisia suhteita vahvistetaan, tuetaan tai luodaan pysyviä ihmissuhteita perheessä tai sen ulkopuolella. Lisäksi häntä tutustutetaan sellaisiin ihmisiin, joiden kanssa hänellä voi olla jotain yhteistä. Itseluottamusta ja itsetuntoa vahvistetaan ja muiden osoittamaa hyväksymistä tehdään näkyväksi.

Oireet lievittyvät kasvattamalla potilaan psyykkistä minää aste asteelta alkaen perustarpeiden tyydyttämisestä ja turvallisuudentunteen herättämisestä ja edeten ihmissuhteiden kasvattamisen kautta työn, itsensä toteuttamisen ja luomisen, musiikin tai kuvallisen ilmaisun tms. Asteelle (Kaski ym. 2012, 109).

Vakavien mielenterveyden häiriöiden eli psykoosien esiintyvyydeksi kehitysvammaisilla henkilöillä arvioidaan 5-10%. Yleisimmät kehitysvammaisilla ilmenevät mielisairaudet ovat kaksisuuntainen mielialahäiriö ja skitsofrenia. Kaksisuuntaisen mielialahäiriön taudinkuvaan kuuluu oireettoman ajan, masennuksen ja maniajaksojen vaihtelu. Sairaudessa on kaksi eri muotoa, joista tyyppin 1 häiriössä esiintyy vakavien masennusjaksojen ohella joko maanisia tai sekamuotoisia jaksoja ja tyyppin 2 häiriössä lieviä maanisia eli hypomaanisia jaksoja. Sairaus voi ilmetä myös toistuvien sekamuotoisin jaksoin. Sekamuotoisen sairausjakson diagnoosi edellyttää maanisten ja depressiivisten oireyhtymien yhtäaikaista esiintymistä tai nopeaa ääritilojen vuorottelua tunnista tai vuorokaudesta toiseen 1-2 viikon aikana. Maaniselle tilalle on luonteenomaista mielialan kohoaminen ja muuttuminen poikkeuksellisen avoimeksi tai ärtyneeksi. Toimeliaisuus tai fyysinen rauhattomuus voivat lisääntyä, samoin puheliaisuus. Lisäksi esiintyy ajatuksenrientoa ja unen tarve vähenee. Käyttäytyminen

muuttuu häiriöherkäksi, sosiaalisesti estottomaksi, uhkarohkeaksi tai vastuuttomaksi. Käyttäytymisen riskejä henkilö ei kuitenkaan itse havaitse. Myös sukupuolinen halukkuus voi lisääntyä ja käyttäytyminen muuttua holtittomaksi.

Kaksisuuntaisen mielialahäiriön eri ilmenemismuodot ovat kehitysvammaisilla ihmisillä mahdollisia. Diagnoosi on kuitenkin suhteellisen vaikea ja edellyttää potilaan hyvää tuntemista. Selvän muutoksen havaitseminen henkilön tavanomaiseen mielialaan verrattuna ei ole ongelmatonta varsinkaan lyhyissä hypomaanisissa tiloissa. Psykoottiset oireet, harhaluulot tai harhaelämykset ovat joko mielialan mukaisia tai sen vastaisia.

Skitsofrenia alkaa tavallisesti nuoren aikuistuesssa. Sen oireena on yleensä välinpitämättömyys muita ihmisiä kohtaan, vetäytyminen omaan yksinäisyyteen, haluttomuus työhön ja erilaiset harhat. Usein potilas muuttuu kuin aivan toiseksi ihmiseksi.

Skitsofreniankaan syytä ei tunneta. Sen hoidossa on saavutettu hyviä tuloksia yhdistämällä neuroleptiseen lääkehoitoon eriasteista kontakti- ja työterapiaa. Skitsofreniaa sairastavan kehitysvammaisen henkilön hoito voi tapahtua joko kotona, psykiatrisessa sairaalassa tai psyykkisten sairauksien hoitoon erikoistuneessa kehitysvammahuollon yksikössä sairauden vaiheesta ja vaikeusasteesta riippuen (Kaski ym. 2012, 110).

Persoonallisuushäiriöissä esiintyy syvälle juuttuneita ja pitkäaikaisia käyttäytymismalleja, joista on merkittävää haittaa erilaisissa sosiaalisissa tilanteissa. Häiriöt alkavat yleensä ilmeisinä jo lapsuus- ja nuoruusiässä ja jatkuvat läpi aikuisiän. Diagnoosin asettaminen on asianmukaista vasta 16 tai 17 vuoden iästä lähtien. Käyttäytymistavat ovat joustamattomia ja johtavat helposti henkilökohtaiseen kärsimyksen kokemiseen, menestymättömyyteen sosiaalisissa tilanteissa tai molempiin.

Häiriö voi ilmetä tavassa, kuinka ihminen havaitsee ja tulkitsee asioita, ihmisiä ja tapahtumia tai miten hän asennoituu ihmisiin ja muodostaa mielikuvia itsestään ja muista. Tilanteisiin nähden tunne-elämän kirjo poikkeaa totutusta asianmukaisuudeltaan ja voimakkuudeltaan. Impulssikontrolli ja rajat tarpeiden tyydyttämisessä voivat olla heikot. Ihmissuhteiden luonne ja tapa toimia muiden ihmisten kanssa voivat poiketa totutuista sosiaalisista tavoista. Käyttäytymismalli on luonteeltaan pysyvä. Sitä esiintyy muulloinkin kuin vain tilapäisen ylläkkeen laukaisemana.

Kehitysvammaisilla persoonallisuushäiriöiden muotoja ovat mm. epävakaa, huomionhakuinen ja riippuvainen persoonallisuus. Myös käytös- ja hillitsemishäiriöt, kuten päihde- ja peliriippuvuus, ovat mahdollisia. Seksuaalisen identiteetin häiriöt ja seksuaaliset kohdehäiriöt voivat rajoittaa merkittävästi yksilön mahdollisuuksia elämään suojattujen elinympäristöjen ulkopuolella.

Kehitysvammaisen henkilön luonnehäiriön hoito tuottaa erittäin suuria vaikeuksia, varsinkin jos hänen älykkyytensä on vain hiukan normaalia heikompi. Hän voi ajautua helposti epäsosiaalisuuteen, jopa rikollisuuteen tai vaikeuttaa muiden kuntoutusta vetämällä heitä mukaansa. Ristiriidat henkilökunnan kesken voivat olla myös mahdollisia kehitysvammaisen ihmisen jakaessa henkilökuntaa hyviin ja huonoihin hoitajiin, ellei ymmärretä kyseessä olevan persoonallisuushäiriöisen ihmisen tapa toimia. Hyviä tuloksia saavutetaan kärsivällisellä, johdonmukaisella ja pitkäjänteisellä kasvatuksella (Kaski ym. 2012, 111).

2.3 Haastava käyttäytyminen

Haastava käyttäytyminen termi on kuvaava. Se kertoo, että henkilö ilmaisee käyttäytymisellään jotain, haastaa toisen, haastaa ympäristönsä, meidät jotka näemme ja kohtaamme haastaa käyttäytymistä. Haastava käyttäytyminen on viesti, joka ei ole löytänyt sosiaalisesti hyväksyttävää muotoaan, sanallista tai muuta. Sen viestin vastaanottaminen ja ymmärtäminen on ensiaskel inhimilliseen kanssakäymiseen, vuorovaikutukseen. Aikuisen, puhekykyisen, kypsemmän ja taitavamman henkilön haaste on yrittää nähdä haastavan käyttäytymisen taakse. On yritettävä ymmärtää, mitä haastavasti käyttäytyvällä on sanottavaa. Lapsen, nuoren ja aikuisen erityistä tukea tarvitsevan henkilön haastava käyttäytyminen velvoittaa lähipiirin aikuisia (Kerola & Sipilä 2007, 13).

Haastavaa käyttäytymistä voidaan ymmärtää jäävuorivertauksen avulla. Näkyvä käyttäytyminen, esimerkiksi tavaroiden heittäminen, hiuksista repiminen, huutaminen tai lyöminen ovat jäävuoren huippu. Se koetaan, nähdään ja kuullaan arjessa. Näkyvän käyttäytymisen syyt ovat kuitenkin syvemmillä jäävuoren alla. Puuttumalla oireisiin jäävuoren huippuun saatetaan saada hetkellisiä tuloksia. Haastava käyttäy-

tyminen saattaa loppua, mutta tilalle tulee uusi ja mahdollisesti edellistä vaikeampi käyttäytymismuoto. Kun halutaan todellista muutosta käyttäytymiseen, on pysähdyttävä ja käytettävä sekä aikaa että monipuolista harkintaa sen selvittämiseen, mistä lyöminen, huutaminen, heittäminen tai muu haastava käyttäytyminen johtuu ja mitä siitä henkilölle seuraa palautteena – ikään kuin palkkiona.

Hankalaa käyttäytymistä arvioitaessa on selvitettävä ja rajattava, mikä haastava käyttäytyminen on kyseessä, mihin halutaan korjausta. Tällöin kuvataan selkeästi yhtä ongelmaa kerrallaan, sillä kaikkia käyttäytymispuutteita tai liiakäyttäytymistä ja kaikkea jäävuoren huipulla näkyvää ei voida samanaikaisesti poistaa tai korjata eikä se ehkä ole tarpeellistakaan. Keskitytään yhteen pulmaan kerrallaan. Pohditaan, milloin ja missä tilanteessa ongelma alkoi ja kuinka kauan ongelma on kestänyt. Näin voidaan tavoittaa selitys ja syy oudolle käyttäytymiselle, jota halutaan muokata. Lisäksi on tärkeää miettiä, kannattaako valittuun ongelmaan puuttua. Onko se todellinen ongelma, ja haittaako se arjen sujumista? Vahingoittaako henkilö itseään tai muita, rikkooko hän ympäristöään? (Kerola, Kujanpää & Timonen 2009, 129-130).

Aistimusten jäsentymisen ongelmasta seuraa erikoisia käyttäytymismalleja. Ennen kuin aistipulmiin osattiin kiinnittää huomiota, lähes kaiken erikoisen käyttäytymisen ajateltiin olevan häiriökäyttäytymistä. Nyt uuden tiedon perusteella ymmärretään, että osa käyttäytymisen ongelmista johtuu aistitiedon jäsentymättömyydestä. Ongelmat ovat siis pohjimmiltaan neurobiologisia. Haastavan käyttäytymisen syyt ovat kuitenkin hyvin yksilölliset. Kaikilla henkilöillä esineiden heittelyn syynä ei ole se, että he hakisivat lisää kuulo- tai näköaistiärsykeitä. Joku hakee haastavalla käyttäytymisellä huomiota tai hermostuu tilanteessa tai ilmaisee esimerkiksi haluaan olla yksin. On tärkeää muistaa, että lähes kaikilla autistisilla henkilöillä on aistimusten poikkeavuuksia. Niitä ei siis voida sivuuttaa mietittäessä, miksi joku autistinen henkilö esimerkiksi lyö. Jos henkilön tuntoaisti toimii poikkeavasti, hän saattaa lyödä toista tai nipistellä, koska ei tiedä, että sellainen tuntuu toisesta pahalta (Kerola ym. 2009, 131).

Joillekin henkilöille haastava käyttäytyminen on tapa kommunikoida, saada jotain, muuttaa jotain tai ilmaista mielipiteitä. Liian usein haastavan käyttäytymisen syynä on se, ettei henkilöllä ole keinoa ilmaista itseään. Hänen kanssaan ei ole harjoiteltu

kuvien käyttöä kommunikoinnissa. Hänelle ei ole luotu kuvasanakirjaa, häntä ei ole ohjattu käyttämään kommunikaattoria tai muuta tarvittavaa apuvälinettä. Tällöin ei jää jäljelle kuin mekaaninen kommunikointi, huonoimmassa tapauksessa nyrkit, joilla ”puhua”.

Ensimmäinen lääke haastavaan käyttäytymiseen on luoda jokin kommunikointikeino. Ihmistä opetetaan näyttämään kuvalla, mitä hän haluaa, miltä hänestä tuntuu, särkeekö hänen päättään, haluaako hän olla yksin tai onko hänellä koti-ikävä. Kommunikoinnin luominen saattaa tuntua hankalalta ja työläältä prosessilta, mutta vielä ranskempaa on kestää jatkuva ongelmakäyttäytyminen ja kokea keinottomuus ja voimattomuus. Iän ja koon lisääntyessä henkilön voimat lisääntyvät ja otteet kovenevat. Tällöin hänen kanssaan on vaikea jaksaa, ellei kommunikointia ole rakennettu (Kerola ym. 2009, 132).

Terveenkin lapsen kehitys ajautuu hakoteille, jos hän voi toteuttaa omia impulsiivisia toiveitaan rajattomasti, ilman että vanhemmat asettavat johdonmukaisia kasvatuksellisia rajoja lapsen toiminnoille. Lapsi ei opi tunteittensa ja impulsiivisten toiveittensa hallintaa. Hän ei saa turvaa aikuisesta vaan joutuu ikään kuin omien ailahtelevien tunteittensa varaan. Esimerkiksi kiukkuisena tai pelokkaana hän saattaa reagoida yhä voimakkaammin ja voimakkaammin. Vahvan ja rakastavan vanhemman tehtävä on lujasti ja päättäväisesti ilmaista ymmärtämyksensä lapsen tunnetilaa kohtaan mutta asettaa rajat lapsen käyttäytymiselle.

Autismin kirjon lapsen rajattomaksi oppiminen tapahtuu samojen oppimisen mekanismien kautta kuin lapsilla yleensä. Se on kuitenkin vanhempien kannalta monin verroin vaikeampaa, sillä autistiset pakonomaiset stereotypiat saattavat olla lapsen käyttäytymisessä hyvin voimakkaita ja vastustus kaikkea uutta kohtaan valtavaa. Vanhemmat kokevat itsensä voimattomiksi muuttamaan lapsen käyttäytymistä ja alkavat sen sijaan ennakoida ja suojella lasta pettymyksiltä ja itseään lapsen kiukunpurkauksilta. Useissa perheissä ajaututaan kasvatuksellisesti täysin takaperoiseen tilanteeseen, jossa lapsi ”pomputtaa” vanhempiaan eivätkä vanhemmat pysty rajoittamaan lapsen käyttäytymistä vaan pelkäävät lastaan hänen omaehtoisuutensa ja voimakkaiden kiukkukohtaustensa vuoksi (Kerola ym. 2009, 135-136).

Autistisen henkilön on usein vaikea ymmärtää toisten käyttäytymistä, ja tästä syystä hän saattaa pitää toisia hyvin ärsyttävinä. Hänen on vaikea ymmärtää sosiaalisia sääntöjä, sillä ne eivät ole nähtävissä missään, ne eivät ole konkreettisia vaan tietyllä tavalla sanattomia sopimuksia. Autistinen ihminen ei esimerkiksi ymmärrä, miksi puheenvuoroa pitää odottaa, miksi tunnilla pitäisi olla hiljaa ja miksei tilanteesta voi lähteä pois silloin kun itse haluaa. Autististen henkilöiden on hankalaa ymmärtää toisten tunteita ja myös omia tunteitaan – perustunteita lukuun ottamatta – sekä lukea ilmeitä ja eleitä ja päätellä niistä tunnetiloja. Tästä syystä he eivät itsekään juuri ilmaise tunteitaan ja saattavat vaikuttaa epäempaattisilta.

Lapsi, jolla on sosiaalisen vuorovaikutuksen vaikeuksia, ei opi kieltä normaalilla tavalla, sillä kieli opitaan vuorovaikutustilanteissa matkimalla. Toisaalta lapsi, jolla on kielellisiä vaikeuksia, ei saa harjoitusta sosiaalisista tilanteista, vaan joutuu niiden ulkopuolella, jolloin taitojen kehittyminen estyy (Kerola ym. 2009, 137).

Autismin kirjoon liittyy usein oman kehon hahmottamisen vaikeuksia. Autistinen ihminen ei ehkä osaa pyytää päänsärkylääkettä silloin, kun se toisi hänelle helpotusta. On suuri vaara tulla ymmärretyksi väärin sekä leimatuksi omituisesti käyttäytyväksi.

Monesti liittyy myös aivosähkötoiminnan häiriöitä, epilepsia. Voi olla, että henkilön käyttäytyminen ei ole kovinkaan outoa verrattuna hänen aivoissaan pauhaavaan ukkosmyrskyyn. Fyysisestä tai psyykkisestä rasituksesta johtuva väsymys saattaa myös johtaa outoihin käyttäytymispiirteisiin. Henkilö ei jaksaa ponnistella käyttäytyäkseen sosiaalisesti hyväksytyllä tavalla vaan taantuu eli regressoituu. Ulkopuolisen on vaikea tunnistaa niitä sisäisiä tuntemuksia, jotka oudoilta näyttävien käyttäytymispiirteiden takana vaikuttavat.

On tärkeää, että muut ymmärtävät, millaisia fyysisiä tarpeita autismin kirjon henkilöllä on. Se, ettei tule ymmärretyksi, aiheuttaa levottomuutta ja ahdistusta. Säännölliset päivärutiinit kuitenkin helpottavat ongelmatilanteita. Ne estävät antautumasta huonolle ololle, vievät huomion käsillä olevaan toimintaan ja luovat turvallisuuden tunnetta (Kerola ym. 2009, 138).

Autistisen henkilön käyttäytymistä näyttää joskus ohjaavan halu saada huomiota. Tällainen käyttäytyminen on ymmärrettävä huomion hakemisena, mutta toisaalta myös turvattomuuden tunteena ja oman toiminnan ohjaamisen ongelmana sekä tietysti myös sosiaalisen tilanteen ymmärtämisen vaikeutena. Kysymys saattaa olla siitä, ettei lapsi osaa siirtyä seuraavaan tehtävään tai pyytää apua selvitäkseen tilanteesta itsenäisesti eteenpäin. Hän tarvitsee jonkun ohjaamaan toimintaansa. Jos se ei ole opettaja tai avustaja, se voi olla sanallinen, kirjallinen tai kuvallinen ohje.

Lähtökohta tässäkin, kuten kaikessa oudon käyttäytymisen selittämisessä, on pyrkimys nähdä asia autistisen ihmisen näkökulmasta. Häntä on pyrittävä ymmärtämään, vaikka hänen käyttäytymistään ei voidakaan hyväksyä. Jos voidaan lievittää pahan olon syytä, se tehdään. Seuraavaksi pyritään järjestelmällisesti opettamaan hänelle tilanteeseen sopiva käyttäytymismalli. Päivästruktuureilla, selkeillä toimintaohjeilla, kommunikointikeinon opettamisella ja hyväksyttävän käyttäytymisen vahvistamisella häntä voidaan auttaa ohjaamaan itseään sosiaalisesti sopiviin toimintamalleihin. Suureksi avuksi on järjestelmällisesti opettettujen ja kaikkiin henkilön toimintaympäristöihin yleistettyjen perusrutiinien hallitseminen (Kerola ym. 2009, 139).

3 VÄKIVALTA

Väkivallalla tarkoitetaan käyttäytymistä, joka tähtää toisen ihmisen tai ympäristön fyysiseen tai psyykkiseen vahingoittamiseen. Väkivallasta puhuttaessa tarkoitetaan yleensä toisen ihmisen fyysistä vahingoittamista, mutta sitä on myös toista ihmistä loukkaavat ja uhkaavat sanat sekä epäsuora vihamielisyys, joka ilmenee kielteisenä ja oppositionalaisena käyttäytymisenä. Se ei ilmene ainoastaan toimintana, vaan siihen liittyy myös vihamielistä ajatussisältöä ja tunteita, kuten vihaa ja pelkoa, jopa mielihyvää ja iloakin, sekä erilaisia fysiologisia muutoksia elimistössä (Weizmann-Henelius 1997, 11).

3.1 Henkinen väkivalta

Valtaosassa väkivaltatapahtumissa ei ole fyysisiä seurauksia, vaan niiden vaikutus kohteelle on ennemminkin henkistä laatua. Usein henkisestä väkivallasta ei ole muuta havaintoa kuin väkivallan kohteen subjektiivinen kokemus (Rikosseuraamusvirasto, työryhmän raportti).

Henkisellä väkivallalla tarkoitetaan toistuvaa kielteistä käyttäytymistä, kuten mitättömistä ja sortamista. Henkinen väkivalta voidaan jakaa sopimattomaan kielenkäyttöön ja uhkaavaan käytökseen. Sopimatonta kielenkäyttöä esiintyy eniten solvauksina, henkilökohtaisina loukkauksina sekä nimittelyinä. Henkisen väkivallan muotoja ovat alistaminen, nöyryyttäminen, halveksuminen, pelottelu, huutaminen, kiroselu, painostaminen, pilkkaaminen, nimittely, uhkailu, kontrolli, vähättely, häirintä sekä syyttely. Erilaiset uhkaukset koetaan tavallisena. Tavallista on epämääräinen uhkailu sekä uhkaukset tappamisesta ja lyömisestä. Uhkailut saattavat koskea myös päälle käymistä, esineiden rikkomista ja itsemurhaa (Weizmann-Henelius 1997, 57).

3.2 Fyysinen väkivalta

Fyysinen väkivalta ryhmitellään itseen, toiseen henkilöön ja esineeseen kohdistuneeseen väkivaltaiseen käyttäytymiseen. Fyysistä väkivaltaisuutta ilmenee eniten toiseen

henkilöön kohdistuneena väkivalta. Se esiintyy useimmiten lyömisenä, mutta tavallista on myös päälle käyminen, liikkumisen estäminen, potkiminen ja pureminen. Myös raapiminen, sylkeminen, vaatteisiin ja hiuksiin tarttuminen sekä muiden tönnähtäminen luokitellaan fyysiseen väkivaltaan kuuluvaksi (Weizmann-Henelius 1997, 57).

Pahimmillaan fyysinen väkivalta ilmenee kuristamisena tai aseellisena päällekkarkauksena, kuten puukotuksena. Väkivallalla uhataan kirjeitse, sähköpostitse, puhelimitse tai kasvokkain, mutta myös nyrkeillä tai jollakin aseella voidaan uhata työntekijää. Myös työntekijän perheenjäsenen vahingoittamisella voidaan uhkailla. Nimittely, haistattelu ja solvaus voivat olla työntekijälle yhtä haitallisia kuin itse fyysinen teko (Vartia 2003, 131; Majasalmi 2001).

Väkivaltaiseen käyttäytymiseen ei kuitenkaan välttämättä liity aggressiivisia tunteita väkivallan kohdetta kohtaan. Ihmisen väkivaltaiseen käyttäytymiseen on monia syitä, esimerkiksi tilanteesta johtuvat, edun tavoitteluun liittyvät, sekä oikeusjärjestelmään ja maanpuolustukseen liittyvät väkivallan käyttötilanteet. Väkivaltaisuus tarkoittaa myös toimintaa, jolloin tarkoituksellisesti pyrkimyksenä on vahingoittaa muita ihmisiä, eläimiä tai esineitä ja ympäristöä fyysisesti (Lehestö, Koivunen & Jaakkola 2004, 88-89).

3.3 Väkivallan esiintyminen hoitotyössä

Sosiaali- ja terveysalalla väkivaltaa aiheuttavat sekavat tai psyykkisesti sairaat potilaat sekä alkoholin tai huumeiden vaikutuksen alaiset. Väkivallan aiheuttaja voi olla myös potilaan omainen tai seuralainen. Potilaiden pitkät jonotusajat ja erimielisyydet hoidon toteuttamisesta lisäävät väkivallan uhkaa. Myös psyykkisesti sairaiden kotona tehtävä työ lisää riskiä joutua väkivallan uhriksi. (Rautjärvi 2004, 306; Vartia 2003, 131).

Väkivallan esiintymiseen hoitotyössä vaikuttaa omalta osaltaan työn luonne. Vaikka laki potilaan asemasta ja oikeuksista (Suomen laki 785/1992) painottaakin potilaan itsemääräämisoikeutta, joskus hoitaja joutuu toimimaan vastoin potilaan tahtoa, tämän parhaaksi. Potilaaseen kohdistuvien rajoitteiden ja pakotteiden käyttö on tervey-

denhuoltoalalla melko yleistä, esimerkiksi sekava vanhus sidotaan sänkyyn kiinni, jotta ei vahingoittaisi itseään (Lehestö ym. 2004, 89-90).

Merkkejä hoitohenkilökuntaan kohdistuvan väkivallan ja sen uhan lisääntymisestä on saatu tietoa erilaisista tutkimuksista runsaasti. Markkanen (2000) on tutkinut Tehyn jäsenten työssään kohtaamaa väkivaltaa ja sen uhan yleisyyttä. Kyselyyn vastasi 1072 tehyläistä ja tuloksista kävi ilmi, että joka kolmas hoitaja on joutunut työssä ollessaan fyysisen väkivallan tai sen uhan ja kaksi kolmasosaa sanallisen uhkailun, arvostelun tai nimittelyn kohteeksi kyselyä edeltävänä vuotena. Vanhainkotien, terveyskeskusten ja sairaaloiden hoitohenkilökunta koki joutuneensa useasti fyysisen väkivallan tai sen uhan kohteeksi. Sanallista uhkailua tai nimittelyä kohdistui selvityksen mukaan etenkin päiväkodin ja vanhustenhuollon työntekijöihin.

Majasalmen (2001) suorittaman kyselytutkimuksen mukaan, johon vastasi 1866 lähitai perushoitajaa, 83% oli kokenut fyysisistä väkivaltaa tai sen uhkaa viimeisen työsuolovuotensa aikana. Tutkimuksessa tuli myös ilmi että 29% hoitajista oli kokenut vuoden aikana pistoaseella uhkailuja tai lyöntejä. Tämän selvityksen mukaan väkivaltaisia tai uhkaavia tilanteita sattui eniten terveyskeskusten vuodeosastoilla, palvelutaloissa ja vanhainkodeissa.

3.3.1 Väkivaltatilanteen kohtaaminen ja kokeminen

Väkivalta ja sen uhkatilanteet aiheuttavat seurauksia yksilölle, työpaikalle ja yhteiskunnalle. Väkivallan tai sen uhan kohteeksi joutuminen on aina hyvin traumaattinen kokemus. Hyvin usein väkivallan tekoja vähätellään tai ne jopa kielletään. Väkivallan tai sen uhan kohteeksi joutumisella on sekä fyysisiä että psyykkisiä seurauksia. Erityisesti terveydenhuoltoalalla työskentelevät henkilöt kokevat väkivallan kohteeksi joutumisen häpeällisenä, ja heidän ammatti-identiteettinsä voi saada kolauksen (Weizmann-Henelius 1997, 136).

Fyysisen ja henkisen väkivallan kohteeksi joutuminen altistaa post-traumaattisille stressireaktioille, jotka voivat ilmetä vasta viikkojen kuluttua tapahtuneesta. Erilaiset depressiiviset oireet ovat tavallisia, kuten unettomuus, alakuloisuus, väsymys, ärty-

neisyys, itkuisuus ja tyhjyydentunne. Tavallisia fysiologisia reaktioita ovat muun muassa päänsärky ja jännitys (Weizmann-Henelius 1997, 136).

Väkivallan tai sen uhan kohteeksi joutuminen loukkaa aina ihmisen koskemattomuutta ja itsetuntoa. Tästä traumaattisesta tapahtumasta selviää, jos uhri saa henkistä tukea sekä jälkihoitoa nopeasti väkivaltatilanteen tai sen uhan jälkeen. Luonteva tuen antaminen on tärkeää, sillä uhri ei välttämättä osaa itse hakea apua tai saattaa pelätä tulevansa leimatuksi muiden silmissä avuntarpeensa vuoksi (Isotalus & Saarela 2001, 36).

Jos työntekijä joutuu alituisesti alistumaan sekä fyysisen että henkisen väkivallan vaaroille, se aiheuttaa stressiä. On henkisesti erittäin kuluttavaa olla kokoajan valmiina kohtaamaan väkivaltaisia ja uhkaavia ihmisiä, pelätä tulevansa pahoinpidellyksi ja olla varautunut tarttumaan uhkaavaan henkilöön. Hoitajille aiheutuu stressiä myös siitä, että he kokevat potilaiden taholta kielteistä asennetta ja loukkauksia. (Weizmann-Henelius 1997, 137).

3.4 Väkivaltatilanteiden jälkikäsittely

Tarkat toimintaohjeet väkivaltatilanteen jälkeiseen toimintaan pitäisi olla jokaisessa työpaikassa. Näihin kuuluvat muun muassa fyysisten vammojen ensiapu, ilmoitus esimiehelle, välitön tuki väkivaltatilanteeseen joutuneelle, tilanteen jälkipuinti, jatkoahoito sekä avustaminen raportin teossa. Väkivaltatilanteiden jälkikäsittelyssä tarkoituksena ei saa olla kenenkään syyllistäminen tapahtuneesta, vaan oppiminen vastaavien tilanteiden varalta. Edellytyksenä on, että tapahtuma käydään läpi jälkikäteen yhdessä henkilökunnan kanssa. Väkivaltatilanteet aiheuttavat yksilöllisen reaktion, mutta kaikki reagoivat kuitenkin jollakin tavalla. Ihmisillä on korostunut tarve selviytyä itse, mutta jälkikäsittely on oleellista yksilön henkisen hyvinvoinnin turvaamiseksi. Jälkihoidolla voidaan vähentää epätäydellisyyden, syyllisyyden ja voimattomuuden tunteita sekä arvostelun pelkoa (Isotalus 2002, 47; Työministeriö. Työpaikaväkivallan ehkäisy 1994, 26).

Väkivaltatilanteen jälkeen avuksi saattaa riittää asian läpikäynti työpaikalla muun henkilökunnan tai tarvittaessa työterveyshuollon kanssa. Tämän selviytymistuen tulee aina olla saatavilla välittömästi tilanteen jälkeen. Työterveyshuolto arvioi tarvittavat jatkotoimenpiteet, eli tarvitseeko väkivallan kohde laajempaa jälkihoitoa (Työministeriö. Työpaikkaväkivallan ehkäisy 1994, 33).

Väkivaltatilanteiden jälkiselvittely on tärkeää sekä uhrin että työyhteisön kannalta. Jälkikäsitteilyllä voidaan purkaa psyykkistä kuormaa, jonka tilanne on eri osapuolille aiheuttanut. Jälkikäsitteilyssä on vältettävä uhriksi joutuneen henkilön arvostelua (Markkanen 2000, 18; Työministeriö. Työpaikkaväkivallan ehkäisy 1994, 33).

3.5 HaiPro – terveydenhuollon vaaratapahtumien raportointijärjestelmä

HaiPro on potilasturvallisuutta vaarantavien tapahtumien raportointimenettely ja tietotekninen työkalu. HaiPro-työkalu on käytössä yli 200:ssa sosiaali- ja terveydenhuollon yksikössä kautta maan, kokonaiskäyttäjämäärän ollessa yli 130 000. Käyttäjäjäykköiden koko vaihtelee terveyskeskuksesta sairaanhoitopiiriin. HaiPro-raportointijärjestelmä on tarkoitettu toiminnan kehittämiseen yksiköiden sisäisessä käytössä.

Järjestelmällisen ja helppokäyttöisen raportointimenettelyn avulla käyttäjät voivat hyödyntää vaaratapahtumista saatavat opit ja terveydenhuollon johto saa tietoa vaarautumisen riittävydestä ja toimenpiteiden vaikutuksista.

Henkilökuntaan kohdistuvista työturvallisuustilanteista tehdään HaiPro – järjestelmään työturvallisuusosioon ilmoitus tapahtuneesta, läheltä piti – tilanteesta ja/tai työtapaturmasta. Jos tilanne edellyttää työterveyshuollossa ja/tai lääkärinvastaanotolla käyntiä, esimies ja työntekijä tekevät vakuutusyhtiöön vahinkoilmoituksen.

Raportointi perustuu luottamukselliseen ja syyttelemättömään vaaratapahtumien ilmoittamiseen ja käsittelyyn.

3.6 Palvelukoti Paju

Palvelukoti Paju tarjoaa erityisosaamiseen perustuvaa pitkä- ja lyhytaikaista kuntouttavaa hoitoa ja ohjausta kehitysvammaisille henkilöille ympärivuorokautisesti. Palvelukoti on erikoistunut erityistä psyykkistä apua ja tukea tarvitsevien asukkaidein/asiakkaiden hoitoon ja ohjaukseen. Työssä painottuu ohjauksellinen ja kuntouttava työote. Yksikössä on kaksi solua: Paju 1 ja Paju 2. Paju 1:ssä on 6 ja Paju 2:ssa 9 asukaspaikkaa.

Toiminnan lähtökohtana ovat asukas ja hänen yksilölliset tarpeensa. Hoitosuunnitelmaan pohjautuva omahoitajajärjestelmä takaa sen, että mahdollisimman hyvä hoito toteutuu asukkaan jokapäiväisessä elämässä. Asuminen palvelukodissa on kodinomaista, asukkaan omatoimisuuteen tähtäävää toimintaa. Pitkäaikaisasukkaiden lisäksi tavoitteena on tarjota tilapäisasiakkaille eripituisia kuntoutusjaksoja. Yhteistyötä tehdään erityisosaamiskeskuksen ja koulutus- ja toimintakeskuksen kanssa.

4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää miten Satakunnan sairaanhoitopiirin sosiaali- palveluiden Palvelukoti Pajun henkilökunta kokee työssään esiintyvät väkivaltilanteet sekä niiden kirjaamisen HaiPro-järjestelmään. Työn tarkoituksena on selvittää kuinka usein henkilökunta kokee väkivaltilanteita, millaista väkivaltaa esiintyy, miten henkilökunta hallitsee väkivaltilanteet, saako väkivaltilanteissa apua, miten tilanteiden jälkikäsitteily toteutuu sekä esiintyykö tilanteissa tai niiden jälkeen pelkoa.

HaiPro-järjestelmästä on tarkoitus selvittää kuinka usein esiintyy tilanteita joista henkilökunta kirjoittaa HaiPro-järjestelmään raportin, hallitseeko henkilökunta niiden kirjaamisen, kirjoitetaanko HaiPro –raportti aina kun pitäisi, keskittyykö HaiPro-raporttien kirjaaminen tiettyihin asiakkaisiin, kuinka aikaa vievää HaiPro-raporttien kirjaaminen on sekä onko ollut hyötyä palvelukodissa pidetyistä HaiPro-palavereista.

Tutkimuskysymykset ovat:

1. Kuinka usein ja minkä tyyppistä väkivaltaa palvelukoti Pajussa esiintyy?
2. Hallitseeko henkilökunta väkivaltilanteet ja miten väkivaltilanteet koetaan?
3. Hallitseeko henkilökunta HaiPro –kirjaamisen ja miten kirjaaminen koetaan?

5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

5.1 Tutkimuksen kohderyhmä

Opinnäytetyön kohderyhmäksi valittiin Antinkartanon kuntoutuskeskuksen palvelukoti Paju, joka kuuluu Satakunnan sairaanhoitopiirin sosiaalipalveluiden toimialueeseen. Palvelukoti Pajussa kohderyhmänä olivat hoitajat. Hoitajat käsittävät lähi- ja sairaanhoitajia.

5.2 Tutkimusmenetelmän kuvaus ja aineiston keruu

Opinnäytetyö on luonteeltaan kvalitatiivinen eli laadullinen. Kvalitatiiviselle tutkimukselle tyypillisiä piirteitä ovat, että tutkimus on luonteeltaan kokonaisvaltaista tiedon hankintaa, ja aineisto kootaan luonnollisissa, todellisissa tilanteissa, suositaan ihmistä tiedonkeruun instrumenttina, käytetään induktiivista analyysia, käytetään laadullisia metodeja aineiston hankinnassa, valitaan kohdejoukko tarkoituksenmukaisesti, ei satunnaisotoksen menetelmää käyttäen. Tutkimus toteutetaan joustavasti ja suunnitelmia muutetaan olosuhteiden mukaisesti. Käsitellään tapauksia ainutlaatuisina ja tulkitaan aineistoa sen mukaisesti. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2000.)

Tutkimusmenetelmänä opinnäytetyössä on strukturoitu haastattelu eli lomakehaastattelu. Nimensä mukaan haastattelu tapahtuu lomakehaastattelussa lomaketta apuna käyttäen. Lomakkeessa kysymysten ja väitteiden muoto ja esittämisjärjestys on täysin määrätty. (Hirsjärvi ym. 2000, 195). Opinnäytetyön aineiston keräämiseen käytettiin kyselylomaketta, joka koostui kahdesta osiosta, joissa oli yhteensä 21 kysymystä. Kaikki kysymykset olivat avoimia kysymyksiä.

Kyselylomakkeet lähetettiin sähköpostilla hoitajille, jotka olivat lupautuneet kyselyyn vastaamaan. Tutkija ja hoitaja tapasivat haastattelutilanteessa, jossa käytiin läpi lomakkeessa olleet kysymykset.

5.3 Tutkimusaineiston analysointi

Haastatteluja tehtiin kahdeksan kappaletta. Haastatteluista saadut vastaukset kirjattiin paperille. Ennen analysoimista opinnäytetyön tekijä kävi tutkimusaineiston eli haastatteluista saadut vastaukset läpi. Tämän jälkeen vastaukset kirjattiin yhdeksi kokonaisuudeksi kirjalliseen muotoon.

6 TUTKIMUSTULOKSET

6.1 Haastateltujen taustatiedot

Kaikki haastatellut olivat yli 20-vuotiaita. 21-30-vuotiaita oli kolme henkilöä, 31-40-vuotiaita oli kolme henkilöä, yksi haastatelluista oli 41-50-vuotias ja yksi yli 50-vuotias. Kuusi haastelluista oli naisia ja kaksi miehiä.

Haastatelluista neljä oli vakituisessa työsuhteessa ja neljä määräaikaisessa työsuhhteessa. Palvelukoti Pajussa työkokemusta oli kahdella haastatellulla alle vuosi, neljällä haastatellulla 1-3 vuotta ja kahdella haastatellulla yli viisi vuotta.

6.2 Väkivalta

Haastattelun ensimmäisessä osiossa (kysymykset 1-14) selvitettiin haastateltujen kokemuksia väkivaltatilanteista.

Kysymyksessä yksi kysyttiin ovatko haastatellut kokeneet väkivaltaa työssään. Kaikki vastaajat olivat kokeneet väkivaltaa työssään. Kysymyksessä kävi ilmi, että aiemmin rauhallisemmassa Pajul:ssä väkivaltatilanteet ovat lisääntyneet.

Kysymyksessä kaksi kysyttiin kuinka usein väkivaltatilanteita esiintyy. Kolme haastatelluista oli sitä mieltä, että väkivaltatilanteita esiintyy päivittäin. Vastauksissa huomioitiin myös, että saattaa esiintyä päiviä jolloin väkivaltaa ei esiinny, mutta näitä on harvemmin. Yksi haastatelluista otti esiin seikan, että väkivaltatilanteita esiintyy päivittäin haastavasti käyttäytyvien asukkaiden kanssa toimiville hoitajille, muille harvemmin. Osa haastatelluista oli sitä mieltä, että väkivaltaa esiintyy viikoittain tai useampana päivänä viikossa. Esille nousi myös, että uhittelua esiintyy päivittäin. Yksi haastatelluista koki, että väkivaltatilanteita esiintyy noin joka toinen viikko.

Kysymyksessä kolme kysyttiin minkä tyyppistä väkivaltaa olet kokenut. Yleisesti esiin nousi sekä henkinen että fyysinen väkivalta. Fyysisen väkivallan kokemuksista erikseen mainittiin raapiminen, potkiminen, lyöminen, läpsiminen, pureminen, syl-

keminen ja yhden hoitajan mainitsemana kuristaminen. Henkisestä väkivallasta tässä kysymyksessä esiin nousivat sanallinen uhkailu ja solvaaminen.

Kysymyksessä neljä kysyttiin millaiset tilanteet koetaan uhkaavimpina. Uhkaavimpina koettiin arvaamattomat tilanteet, tilanteet joita ei voi ennakoida. Koettiin myös, että tilanne saattaa muodostua uhkaavaksi, jos toisella hoitajalla on erilainen näkemys tilanteesta. Toinen hoitaja saattaa yli- tai aliarvioida tilanteen. Joskus tilanteessa hoitaja voi myös omalla käytöksellään pahentaa tilannetta, provosoida asukasta tai olla tilanteessa liikaa tunteella mukana. Tilanteen tekee uhkaavaksi myös se, että jos tulee tunne ettei työkaveri osakaan toimia tilanteessa. Uhkaavana koettiin myös tilanteet, joissa on yksin eikä apu olekaan heti saatavilla. Lisäksi uhkaavina koettiin tilanteet, joissa asukas, jonka väkivaltaisuus on tiedossa käyttäytyy aggressiivisesti. Uhkaavien tilanteiden esimerkkeinä mainittiin WC:ssä tapahtuvat hoitotoimenpiteet kuten vaipanvaihdot, saunotukset ja pesutilanteet sekä tilanteet joissa asukasta rajoitetaan tai häneltä vaaditaan jotakin. Asukas ei välttämättä tätä kestä, ja se saattaa aiheuttaa uhkaavan tilanteen.

Kysymyksessä viisi kysyttiin esiintyykö henkistä väkivaltaa. Yksi haastatelluista oli sitä mieltä, että henkistä väkivaltaa ei esiinny ollenkaan. Muiden mukaan henkistä väkivaltaa esiintyy. Henkisen väkivallan muodoista mainittiin nimittely, sanalliset uhkaukset ja haukkuminen. Kävi myös ilmi, että henkistä väkivaltaa esiintyy niin paljon ettei sitä oteta vakavasti eivätkä hoitajat siksi reagoi siihen, henkiseen väkivaltaan on turruttu. Henkiseksi väkivallaksi koettiin myös se, ettei asukkaat välttämättä hyväksy tiettyjä hoitajia. Tällaiset tilanteet saattavat aiheuttaa uhkailua.

Kuudennessa kysymyksessä kysyttiin hallitseeko henkilökunta uhka- ja väkivaltatilanteet. Haastatellut olivat yksiselitteisesti sitä mieltä, että henkilökunta tai ainakin suurin osa henkilökunnasta hallitsee tilanteet. Haastatteluissa pohdittiin myös tilanteiden johtajuutta. Tilanteissa pitäisi haastateltujen mukaan olla yksi johtaja. Toisaalta haastatellut olivat sitä mieltä, että nykyisin tilanteita johdetaan aiempaa paremmin. Yksi puhuu asukkaalle tilanteessa, eivätkä kaikki hoitajat ole samanaikaisesti äänessä. Johtamisen tulisi olla myös hallussa siltä varalta, että tulee tilanteita joissa pyydetään apua toisesta yksiköstä. Tällöin tilanteessa pitäisi olla selkeä johtaja, koska toisen yksikön henkilökunnalle tilanteet hyvin usein ovat tuntemattomia. Ongelmiksi

tilanteissa nostettiin sooloilu, hoitaja ei välttämättä pyydä apua tai jos hoitaja tekee toisin kuin on ennalta sovittu. Uudet tilanteet, joihin ei ole aiemman kokemuksen perusteella toimintamalleja koettiin henkilökunnalle vaikeimmiksi tilanteiksi hallita.

Seitsemännessä kysymyksessä kysyttiin perehdytetäänkö uusia henkilöitä väkivalta-tilanteita varten riittävästi. Yksi haastatelluista oli sitä mieltä ettei perehdytetä riittävästi. Muiden haastateltujen mukaan perehdytys on riittävää. Uusia hoitajia kiitettiin aktiivisuudesta ottaa asioista selvää. Pohdittiin myös, että aina uusi hoitaja ei ota toisissaan perehdytystä. Tilanteisiin meno saattaa myös aluksi olla vaikeaa, koska uusi tilanne pelottaa. Perehdytyksestä mainittiin, että uhkaavia tilanteita saatetaan joskus liioitella. Toisaalta on myös tilanteita, jotka jäävät perehdytyksessä huomiotta koska niitä ei pidetä merkittävänä vaikka ovatkin uhkia.

Kahdeksannessa kysymyksessä kysyttiin saako väkivaltatilanteissa apua. Kysymyksen vastattiin yksimielisesti, että tilanteisiin saa apua eikä tarvitse pelätä että jäisi tilanteissa yksin. Apua saa omasta tai naapurisolusta tai hälyttämällä toisesta yksiköstä.

Yhdeksännessä kysymyksessä kysyttiin oletko käyttänyt hälytintä väkivaltatilanteissa. Ainoastaan yksi haastatelluista ei ollut käyttänyt hälytintä. Muut haastatellut kertoivat käyttäneensä hälytintä. Hälyttimiä kerrottiin käytettävän kuitenkin harvoin, ja niiden käyttämiseen on olemassa tietty kynnyks. Käytettyään hälytintä oli haastateltujen mukaan apu myös saapunut. Ongelmiksi hälyttimien suhteen haastatteluissa nousi viive, joka joskus hälyttäessä on turhan pitkä. Lisäksi yksi haastatelluista kertoi kokemuksesta, jolloin ensimmäisellä hälyttämisyrittelyllä apua ei saapunut, vaan apu tuli vasta kun hälytintä painettiin toisen kerran. Epäkohtana mainittiin, että hälyttimiä ei aina kanneta mukana.

Kymmenennessä kysymyksessä kysyttiin oletko kokenut pelkoa väkivaltatilanteissa. Kaksi haastatelluista kertoi, etteivät ole kokeneet pelkoa tilanteissa. Muut haastatellut olivat pelkoa kokeneet ainakin jossain määrin. Pelkoa aiheuttavat tietyt asukkaat, joiden tiedetään olevan muita väkivaltaisempia. Pelkoa kerrottiin aiheuttavan tilanteet öisin, varsinkin tiettyjen asukkaiden osalta vaikka heidän kanssaan toimitaankin toisen hoitajan kanssa yhteistyössä. Pelkoa on koettu myös hoitajan itsensä lisäksi

myös toisen hoitajan puolesta. Pelkoa tilanteisiin on saattanut lisätä myös se, että tilanteen johtajan lisäksi myös toinen hoitaja on puhunut asukkaalle. Hälyttimien merkitys korostui myös tässä kysymyksessä ja todettiin että ne ovat käytössä täysin aiheesta.

Kysymyksessä yksitoista kysyttiin onko väkivaltatilanne jäänyt mietityttämään jälkikäteen. Yksi haastatelluista kertoi, tilanteesta joka ei jäänyt mietityttämään koska tilanne purettiin heti jälkikäteen. Toinen hoitaja kertoi tilanteesta, jossa oli tilanteen aikana eri näkemys tilanteesta toisen hoitajan kanssa. Tapaus keskusteltiin heti tilanteen jälkeen eikä tilanne siksi jäänyt mietityttämään. Haastatellut kertoivat lisäksi pohtineensa tilanteiden jälkeen, miten tilanteessa olisi voinut toimia toisin. Tilanteen aiheuttanut syy- seuraussuhde on myös valjennut jälkikäteen kun on tilannetta pohdittu. Mietityttämään oli jäänyt myös kokemukset siitä, kun on väkivaltatilanteita usein tietyn asukkaan kanssa, miksi asukas kohdistaa kiukkunsa tiettyyn hoitajaan. Mietityttämään jäivät haastattelujen perusteella pahimmat tilanteet, tilanteet joissa väkivaltaa on esiintynyt tai tilanne on ollut todella uhkaava.

Kysymyksessä kaksitoista kysyttiin käydäänkö väkivaltatilanteita läpi jälkikäteen. Yksi hoitajista oli sitä mieltä, että tilanteita ei käydä läpi jälkikäteen. Esille nousi, että tilanteita käydään läpi raportin yhteydessä, varsinaisia jälkikäsitteilyjä on harvemmin. Työkavereilta saatava tuki nousi esiin, sitä saa haastattelujen mukaan aina ja se koettiin tarpeelliseksi ja hyödylliseksi. Haastatteluissa nousi esiin hoitajien vastuu kysyä tilanteen purkua jälkikäteen. Niin uuden kuin kokeneemmankin hoitajan tulee rohkeasti kysyä tilanteessa olleilta hoitajilta heti tilanteen jälkeen tilanteen purkua, jos kokee sen tarpeelliseksi. Esiin nousi myös ajatus siitä, että tilanteita pitäisi käydä läpi automaattisesti.

Kysymyksessä kolmetoista kysyttiin vaikuttavatko väkivaltatilanteet asukkaaseen suhtautumiseen. Kaksi haastatelluista oli sitä mieltä, ettei vaikuta. Esiin nousi ajatus, että tilanteet eivät vaikuta hoitajan suhtautumiseen asukkaaseen, mutta vaikuttavatko tilanteet asukkaan suhtautumiseen hoitajaan? Tilanteet saattavat vaikuttaa asukkaaseen suhtautumiseen siten, että oppii varomaan asukasta. Tilanteet koettiin myös opettavaisina. Niistä oppii tulevaisuudessa toimimaan asukkaan kanssa tilanteissa.

Tilanteet saattavat aiheuttaa kylmää suhtautumista asiakkaaseen, jos hän käyttäytyy jatkuvasti uhkaavasti tai väkivaltaisesti.

Kysymyksessä neljätoista kysyttiin onko väkivaltatilanne aiheuttanut sairauslomia. Kukaan haastatelluista ei itse ole joutunut jäämään sairauslomalle väkivaltatilanteiden vuoksi. Haastatellut kuitenkin kertoivat, että sairauslomia on väkivaltatilanteista kyllä aiheutunut. Kuitenkin haastateltujen näkemys oli, että harvoin on ollut tällaisia tilanteita. Yhdeksi mahdolliseksi tekijäksi tähän haastatellut ajattelivat sen, että vaihtuvuus henkilökunnassa on vähentynyt viime aikoina.

6.3 HaiPro

Kyselylomakkeen toisessa osiossa (kysymykset 15-21) selvitettiin hoitajien kokemuksia HaiPro - järjestelmään kirjaamisesta.

Kysymyksessä yksi kysyttiin oletko kirjoittanut HaiPro – järjestelmään. Kaikki haastatellut kertoivat kirjanneensa HaiPro – järjestelmään. Haastatteluissa kävi ilmi, että tilanteita on jäänyt myös kirjaamatta. Yksi haastatelluista pohti johtaako kirjaaminen todellisuudessa mihinkään, onko kirjaamisesta hyötyä? Kävi myös ilmi, että haastateltujen mukaan kaikki hoitajat eivät HaiPro – järjestelmään kirjauksia tee.

Kysymyksessä kaksi kysyttiin kuinka usein tulee tilanteita, joista HaiPro pitäisi kirjoittaa. Haastateltujen mukaan tilanteita tulee päivittäin, varsinkin jos kirjattaisiin kaikki uhkaukset ja solvaamiset kuten pitäisi.

Kysymyksessä kolme kysyttiin hallitseeko henkilökunta HaiProjen kirjoittamisen. Haastatellut olivat sitä mieltä, että pääasiassa henkilökunta hallitsee HaiProjen kirjoittamisen. Haastatteluissa mainittiin, että kirjaamiseen on tullut muutoksia, ja kirjaaminen pitäisi tehdä tarkemmin kuin mihin on totuttu. Vastauksissa pohdittiin myös sitä, että osalla hoitajista on kynnys kirjoittaa HaiPro, osa ei kehtaa kirjoittaa niitä.

Kysymyksessä neljä kysyttiin kirjoitetaanko HaiPro kaikista tilanteista, joista pitäisi. Haastatellut olivat sitä mieltä ettei läheskään kaikkia tilanteita, joita pitäisi, kirjata.

Kirjaamatta jäävät huutamiset, uhkailut, nimittelyt ja sylkemiset. Myöskään pienempiä läpsäyksiä ei aina kirjata, eikä tahattomia tilanteita tai vahinkoja. Osalla asukkaista tilanteita kerrottiin olevan niin paljon, ettei niitä kaikkia kirjata. Haastattelujen mukaan on myös asukkaita joiden lyömisiä ei kirjata. Kirjaamatta usein jäävät lisäksi tilanteet joissa asukas vahingoittaa itseään tai kun väkivaltatilanne on kahden asukkaan välinen.

Kysymyksessä viisi kysyttiin keskittyvätkö tilanteet, joista HaiPro kirjoitetaan tiettyihin asukkaisiin. Haastatellut olivat sitä mieltä, että suurin osa kirjaamisista keskittyy tiettyihin asukkaisiin. Haastatteluissa kävi ilmi, että toisista asukkaista kirjataan herkemmin, toisista ei ollenkaan. Asukkaat joilla tilanteita on harvemmin, saattaa jäädä kirjaaminen tekemättä. Tässä yhteydessä tuli esiin myös ajatus, että asukkaat joiden kanssa tilanteita on harvemmin, tilanteet saattavat olla vakavampia.

Kysymyksessä kuusi kysyttiin kuinka aikaa vievää HaiProjen kirjoittaminen on. Haastatellut olivat sitä mieltä, että kirjaaminen itsessään ei vie aikaa kuin muutaman minuutin. HaiPro tulisi kuitenkin kirjata heti. Tilanteen kirjaaminen tuoreeltaan on helpompaa, eikä kirjoittamattomia HaiProja niin kasaannu.

Kysymyksessä seitsemän kysyttiin oliko palvelukodissa pidetyistä HaiPro-palavereista hyötyä. Yksi haastatelluista kertoi, ettei ollut yhdessäkään palaverissa paikalla. Myös muissa haastatteluissa nousi esiin, ettei välttämättä montaa kertaa oltu paikalla eikä siksi osata kommentoida. Yhden haastatellun mielestä palavereista ei ollut hyötyä vaan niissä keskityttiin ainoastaan katselemaan asukkaiden väkivaltatilanteiden määrää pylväsdiagrammein. Muut olivat sitä mieltä, että palavereista oli hyötyä. Hyvänä pidettiin sitä, että ylempi johto on kiinnostunut siitä mitä palvelukodissa tapahtuu. Vastausten mukaan HaiProja on tehty palaverien jälkeen enemmän, kirjoittaminen on selkeytynyt palaverien ansiosta. Tärkeäksi koettiin, että yhdessä pohdittiin tilanteita. Tämä on auttanut ennakoimaan tilanteita ja toimimaan niissä yhteisesti sovittujen tapojen mukaisesti.

7 TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS

Tutkimus on onnistunut, jos sillä saadaan luotettavia vastauksia tutkimuskysymyksiin ja se on tehty rehellisesti, puolueettomasti ja niin, ettei vastaajille aiheudu tutkimuksesta ongelmia. Luotettavuudella eli reliabiliteetilla tarkoitetaan tulosten tarkkuutta. Validius eli pätevyys sen sijaan on käsite, mikä tarkoittaa mittarin tai tutkimusmenetelmän kykyä mitata juuri sitä, mitä on tarkoituskin mitata. Reliabiliteetti ja validiteetti muodostavat mittarin kokonaisluotettavuuden. Mittarista aiheutuu tuloksiin virheitä, jos mittarit ja menetelmät eivät vastaa sitä, mitä tutkija kuvittelee tutkivansa. Luotettavalta tutkimukselta vaaditaan sen toistettavuus samanlaisin tuloksin ja tutkimuksessa pyritään välttämään virheiden syntymistä. Tieteellisiä tuloksia ei saa yleistää niiden pätevyysalueen ulkopuolelle. (Heikkilä 1998, 28-29, 177; Hirsjärvi ym. 2003, 216-217.)

Opinnäytetyön kyselylomake eli mittari oli sikäli onnistunut, että kyselylomakkeella saatiin vastauksia tutkimuskysymyksiin. Kyselylomakkeella haluttiin saada tietoa siihen, kuinka usein ja minkä tyyppistä väkivaltaa palvelukoti Pajussa esiintyy, hallitseeko henkilökunta väkivaltatilanteet ja miten väkivaltatilanteet koetaan sekä hallitseeko henkilökunta HaiPro-kirjaamisen ja miten kirjaaminen koetaan. Näihin kysymyksiin saatiin vastaukset.

Tutkimuksen reliabiliteettia voi tarkastella erittäin kriittisesti ja kyseenalaistaen, sillä jos tutkimus toistettaisiin palvelukodissa työskenteleville muille henkilökunnan edustajille, voisivat tutkimustulokset olla hyvinkin erilaiset. Samoin jos tutkimus olisi toteutettu toisessa yksikössä, voisivat tutkimustulokset olla hyvinkin erilaiset.

Tutkimuksen reliabiliteettia lisää se, että haastattelut tehtiin haastateltavien kanssa avoimesti kahden kesken. Haastateltavat olivat vastatessaan rehellisiä ja kertoivat avoimesti omia näkemyksiään kysymyksiin.

8 TUTKIMUKSEN EETTISYYS

Hoitotieteellisissä tutkimuksissa eettiset kysymykset ovat erittäin tärkeitä, sillä siinä tutkimuskohteena on inhimillinen toiminta. Tutkimuksen tekijät ovat aina vastuussa sekä itselleen, että yhteiskunnalle tutkimuksen eettisistä ratkaisuista. Tutkimuksen etiikassa on tärkeää, ettei tutkimus saa vahingoittaa fyysisesti, psyykkisesti eikä sosiaalisesti tutkittavaa. Tutkimuksesta saatava hyöty tulee olla huomattavasti suurempi kuin mahdollinen haitta. Tutkimus on siihen osallistuville vapaaehtoista ja heillä on mahdollisuus halutessaan keskeyttää koska tahansa. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 26-27).

Kun tutkimus kohdistuu ihmisiin, tulee kiinnittää huomiota, kuinka henkilöiden suostumus hankitaan, millaista tietoa heille annetaan ja millaisia riskejä heidän osallistumiseensa sisältyy. Osallistuvilla henkilöillä tulee olla tietoa tutkimuksesta, jolloin heidän suostumuksensa on annettu perehtyneesti. Aineistoa kerätessä on muistettava anonyymiuden takaaminen, luottamuksellisuus ja aineiston tallentaminen asianmukaisesti. (Hirsjärvi ym. 2000, 26-27.)

Eettisestä näkökulmasta katsottuna oli tärkeää, että anoin tutkimuslupaa Satakunnan sairaanhoitopiirin sosiaalipalveluiden palvelupäälliköltä, ja hän myönsi tutkimusluvan. Lähetin hänelle tutkimussuunnitelman, josta kävi ilmi opinnäytetyön tarkoitus ja toteutus laajemmin. Opinnäytetyö ei vahingoita haastatteluihin vastanneita, sillä haastateltujen vastaukset ovat ainoastaan opinnäytetyön tekijän hallussa eikä heitä voi vastauksiin yhdistää. Haastattelujen vastaukset säilytettiin asianmukaisesti ja niitä käytettiin ainoastaan tämän opinnäytetyön tekemiseen.

9 POHDINTA

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää Palvelukoti Pajun henkilökunnan kokemuksia väkivaltatilanteista sekä HaiPro-järjestelmän käytöstä. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa väkivaltatilanteista, miten henkilökunta väkivaltatilanteet hallitsee sekä miten väkivaltatilanteiden kirjaaminen koetaan ja hallitsee henkilökunta kirjaamisen. Tutkimuksen tarkoituksena on herättää ajatuksia ja pohdintaa siitä, miten työ kohdeorganisaatiossa saataisiin jatkossa entistäkin turvallisemmaksi.

Ensimmäisenä tutkimuskysymyksenä oli, kuinka usein ja minkä tyyppistä väkivaltaa palvelukoti Pajussa esiintyy. Haastatteluissa saaduista vastauksista käy ilmi, että väkivalta sen eri muodoissaan on läsnä päivittäin. Haastatteluista selvisi, että henkistä väkivaltaa ei pidetä juuri minkäänlaisena ongelmana. Haastatellut eivät välttämättä edes maininneet henkistä väkivaltaa esiintyvän, vaikka toisaalta kävi ilmi että se on päivittäistä. Fyysisestä väkivallasta ja sen uhasta haastatellut kertoivat yksityiskohdaisesti, eritellen väkivallan eri muotoja.

Toinen tutkimuskysymys oli, hallitsee henkilökunta väkivaltatilanteet ja miten väkivaltatilanteet koetaan. Haastatellut olivat yksimielisesti sitä mieltä, että henkilökunta hallitsee hyvin väkivaltatilanteet. Kysymyksiä ja pohdintaa herätti lähinnä tilanteiden johtajuus, ja sen merkitys. Mainittiin, että tilanteissa tulisi olla yksi selkeä johtaja, ja että tässä olisi yksi kehitettävä asia. Valtaosa haastatelluista kertoi avoimesti kokeneensa pelkoa ainakin joskus väkivaltatilanteen yhteydessä. Haastatellut kertoivat kuitenkin saaneensa tukea kokemuksiinsa ja ajatuksiinsa työkavereilta ja pitivät tukea merkittävänä.

Kolmantena tutkimuskysymyksenä oli, hallitsee henkilökunta HaiPro-kirjaamisen ja miten kirjaaminen koetaan. Haastateltujen mukaan henkilökunta hallitsee pääasiassa kirjaamisen hyvin. Kirjaaminen koettiin sikäli turhauttavana, että tilanteita joista tulisi raportti tehdä on niin paljon. Yksittäisen raportin kirjaamiseen ei haastateltujen mukaan mene aikaa kuin muutama minuutti, mutta esimerkiksi solvaamisia tulee niin usein, että kirjaamisia jää siksi tekemättä.

Opinnäytetyön tekeminen oli mielenkiintoinen kokemus. Teoriaopinnoista ammatti-korkeakoulussa on itselläni sen verran pitkä aika, että kynnyks aloittamiseen oli suuri.

Haastattelujen tekeminen työkavereille oli mukava kokemus. Sain haastatteluista irti enemmän kuin odotin, ja haastattelutilanteissa kukin oli vuorollaan hyvällä asenteella mukana. Vaikka saamani vastaukset sinällään eivät olleet yllättäviä, sain kuitenkin vahvistusta siihen, miten haastatteluissa käsitellyistä asioista ajatellaan.

LÄHTEET

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara P. 2000. Tutki ja kirjoita. Vantaa: Tummavuoren Kirjapaino Oy.

Isotalus, N. 2002. Työväkivalta ja sen torjunta kaupan alalla. Työ ja ihminen tutkimusraportti 21. Työterveyslaitos. Helsinki: Vammalan kirjapaino Oy.

Isotalus, N. & Saarela, K. 2001. Kauris – menetelmä työväkivaltariskien kartoitukseen ja hallintaan. Työterveyslaitos. Työturvallisuuskeskus. Helsinki: Kirjapaino West point.

Kaski, M., Manninen, A. & Pihko, H. 2012. Kehitysvammaisuus. Helsinki. Sanoma Pro Oy,

Kerola, K., Kujanpää, S. & Timonen, T. 2009. Autismin kirjo ja kuntoutus. Jyväskylällä. PS-kustannus.

Kerola, K. & Sipilä, A-K. 2007. Haastava käyttäytyminen. Oulu. Kalevaprint Oy.

Lehestö, M., Koivunen, O. & Jaakkola, H. 2004. Hoitajan turva. Helsinki. Edita Prima Oy.

Majasalmi, P. 2001. Selvitys työpaikkaväkivallasta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Super. Kehittämisyksikkö.

Markkanen, K. Nimittely, uhkailu, potkiminen – hoitajan työarkea. Tehy ry. Julkaisusarja B: selvityksiä 3/2000.

Nolan, P., Dallender, J., Soares, J., Thomsen, S. & Arnetz, B. 1999. Violence on mental health care: the experiences of mental health nurses and psychiatrists. Journal of Advanced Nursing 30, 934-941.

Paunonen, M & Vehviläinen-Julkunen, K. 1997. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Helsinki: WSOY.

Rautjärvi, L. 2004. Työväkivallan tunnistaminen ja hallinta työpaikalla. Työterveyslääkäri 22. 305-307.

Rikosseuraamusvirasto, työryhmän raportti, rikosseuraamusviraston julkaisuja. 1/2001 [Verkkodokumentti] [Viitattu 24.9.2013] Saatavissa <http://rikosseuraamus.fi/13065.htm>

Työministeriö. 1994. Työpaikkaväkivallan ehkäisy – työntekijöiden ja asiakkaiden välisten väkivaltatilanteiden hallinnan opas. Tampere. Pirkan Painotuote Ky.

Vartia, M. 2003. Väkivallan vaara työssä. Teoksessa Antti-Poika, M., Martimo, K-P. & Husman, K. (toim.) Työterveyshuolto. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 131.

Weizmann-Henelius, G. 1997. Väkivaltaisen ihmisen kohtaaminen. Tampere: Tammer-Paino Oy.

KYSELYLOMAKE

1 VÄKIVALTATILANTEET

- Oletko kokenut väkivaltaa työssäsi?
- Kuinka usein väkivaltatilanteita esiintyy?
- Minkä tyyppistä väkivaltaa olet kokenut?
- Millaiset tilanteet ovat uhkaavimpia?
- Esiintyykö henkistä väkivaltaa?
- Hallitseeke henkilökunta uhka- ja väkivaltatilanteet?
- Perehdytetäänkö uusia henkilöitä väkivaltatilanteita varten riittävästi?
- Saako väkivaltatilanteissa apua?
- Oletko käyttänyt hälytintä väkivaltatilanteissa?
- Oletko kokenut pelkoa väkivaltatilanteissa?
- Onko väkivaltatilanne jäänyt mietityttämään jälkikäteen?
- Käydäänkö väkivaltatilanteita läpi jälkikäteen?
- Vaikuttavatko väkivaltatilanteet asiakkaaseen suhtautumiseen?
- Onko väkivaltatilanne aiheuttanut sairauslomiamia?

2 HAIPRO

- Oletko kirjoittanut HaiPro – järjestelmään?
- Kuinka usein tulee tilanteita, joista pitää HaiPro kirjoittaa?
- Hallitseeke henkilökunta HaiProjen kirjoittamisen?
- Kirjoitetaanko HaiPro kaikista tilanteista, joista pitäisi?
- Keskittyvätkö tilanteet, joista HaiPro kirjoitetaan, tiettyihin asukkai-
siin?
- Kuinka aikaa vievää HaiProjen kirjoittaminen on?
- Oliko palvelukodissa pidetyistä HaiPro-palavereista hyötyä?