

Eija Haikonen & Tiina Pulkkinen

AGGRESSIIVISEN ASIAKKAAN KOHTAAMINEN

Ohjeistuksen kehittäminen Mikkelin
kotihoidon henkilöstölle

Opinnäytetyö
Hoitotyön koulutusohjelma, AMK


Toukokuu 2010




MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU

Mikkeli University of Applied Sciences

KUVAILOLEHTI

 MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU Mikkelin University of Applied Sciences	Opinnäytetyön päivämäärä 10.05.2010	
Tekijä(t) Eija Haikonen Tiina Pulkkinen	Koulutusohjelma ja suuntautuminen Hoitotyön koulutusohjelma Sairaanhoidtaja AMK	
Nimeke Ohjeistuksen kehittäminen aggressiivisen asiakkaan kohtaamiseen kotihoidon henkilöstölle.		
Tiivistelmä <p>Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on perehtyä aggressiivisen asiakkaan kohtaamiseen terveydenhuollossa ja laatia aiheesta tuotekehitysprosessina kirjallinen ohjeistus Mikkelin kotihoidon henkilökunnalle. Erilaisten uhka- ja väkivaltatilanteiden määrä on lisääntynyt yhteiskunnan muuttuessa, ja sen vuoksi työturvallisuus on noussut keskeiseksi asiaksi ja kehittämisen kohteeksi terveydenhuollon eri työpaikoilla. Mikkelin kotihoidosta puuttuu ohjeistus väkivaltatilanteiden varalta ja kiinnostuimme aiheesta kuuluttamme erästä Mikkelin kotihoidossa työskentelevää hoitajaa.</p> <p>Opinnäytetyömme muodostuu teoriataustasta, tuotekehitysprosessista ja tuotteesta. Teoriaosuudessa tarkastelemme aggressiivisuuden, väkivallan ja turvallisuuden käsitteitä ja varsinaisen tuotteen kehittämme viisivaiheisen tuotekehitysprosessin kautta. Tuotteelle oli olemassa selkeä tarve Mikkelin kotihoidossa. Tuotekehitysprosessin ideointivaiheessa teimme kirjallisuuskatsauksen opinnäytetyömme aiheesta ja avasimme AVEKKI koulutus- ja toimintatapamallia sekä sen keskeisiä käsitteitä. Luonnosteluvaiheessa kokosimme ja tarkastelimme kirjallisuuskatsauksen tuloksia AVEKKI- koulutus- ja toimintatapamallin neljän eri vaiheen kautta sekä luonnostelimme ohjeistuksen. Vaiheen aikana hyödynsimme kotihoidon henkilökunnalta saamaamme palautetta ja muokkasimme ohjeistusta saamamme palautteen mukaisesti. Viimeistelyvaiheessa jatkoimme vielä tuotteen muokkaamista ja saatoimme sen lopulliseen kirjalliseen muotoonsa.</p> <p>Ohjeistukseen olemme tiivistäneet tietoja kirjallisuudesta nousseista asioista. Väkivaltatilanteissa lainsäädäntö velvoittaa sekä työnantajaa että työntekijää. Keskeisiksi asioiksi muodostuvat väkivaltatilanteiden ennaltaehkäisy, menetelmät väkivaltaisen asiakkaan kohtaamiseen, tilanteiden jälkihoito ja kirjaaminen sekä väkivallan taustalla olevien tekijöiden huomioiminen ja ymmärtäminen. Aggressiivisen asiakkaan kohtaamisessa on työntekijän omalla asenteella ja käyttäytymisellä suuri merkitys. Merkittäviksi seikoiksi muodostuivat myös niin sanottu turvallisuusjohtaminen ja esimiehen toiminta. Työturvallisuudella on vaikutusta työssä jaksamiseen sekä työn tulokseen. Turvallinen työyhteisö on sekä työntekijöiden että asiakkaiden etu.</p>		
Asiasanat (avainsanat) aggressiivisuus, väkivalta, turvallisuus, tuotekehitys		
Sivumäärä 34 s. + liitteet 13 s.	Kieli suomi	URN
Huomautus (huomautukset liitteistä)		
Ohjaavan opettajan nimi Arja Tiippana	Opinnäytetyön toimeksiantaja Mikkelin kaupunki, kotihoito	

DESCRIPTION

 <p>MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU Mikkeli University of Applied Sciences</p>		Date of the bachelor's thesis 10.05.2010
Author(s) Eija Haikonen Tiina Pulkkinen	Degree programme and option Degree programme in nursing Nurse, University of Applied Sciences	
Name of the bachelor's thesis Developing the instruction how to face aggressive clients for the staff of public home care service.		
Abstract <p>The objective of the thesis was to examine how health care employees should face aggressive clients and to write detailed instructions for the staff of the public home care service in Mikkeli on how to manage such situations. The number of various threatening and violent situations has increased in our society. Therefore, safety at work has become one of the most crucial fields that need to be improved in health care services. According to the employees there are no guidelines for violent situations in Mikkeli home care service, which roused our interested in the topic.</p> <p>The thesis comprises three parts: the theoretical framework, the product development process and the product. The terms of aggressiveness, violence and security were discussed in the theoretical part. The final product was created using a five step product development process. (There was a clear demand for written instructions in Mikkeli home care service.) The design of the product development process was started by a literature review of the subject and by studying the AVEKKI-model. AVEKKI is a procedure model and training program for the prevention and control of violent situations. The facts from the literature review were examined through the four steps of the AVEKKI procedure and training model, and based on the results the instructions on facing violent situations were created. The feedback given by the staff of Mikkeli home care service was also utilized in the process of creating the instructions. In the last phase the product was edited into its final, textual form.</p> <p>The instructions summarize the relevant issues that arose from the literature review. In violent situations, both the employer and the employee have to follow the legislation. The most essential questions are the prevention of violent situations, the methods to deal with violent clients, the reporting and after-care of violent situations, and observing and understanding the reasons for violent behaviour. The employee's own attitude and actions are very significant in the control and solving of violent situations. Furthermore, great significance lies also on security management and on the actions of the manager. In conclusion, safety at work has a great impact on workers' productivity and welfare. A secure work community is an advantage for both the employees and the clients.</p>		
Subject headings, (keywords) aggressiveness, violence, security, product development		
Pages 34 pages+13 appendix	Language Finnish	URN
Remarks, notes on appendices		
Tutor Arja Tiippana	Bachelor's thesis assigned by City of Mikkeli, Home care sevice	

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO	2
2	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS	3
3	KESKEISET KÄSITTEET	4
3.1	AGGRESSIIVISUUS JA VÄKIVALTA	4
3.2	TURVALLISUUS TYÖPAIKALLA	6
3.3	KOTIHOITO JA KOTIHOIDON TYÖNTEKIJÄT	6
3.4	AVEKKI- TOIMINTATAPAMALLI	8
4	AGGRESSIIVISEN ASIAKKAAN KOHTAAMINEN KOTIHOIDOSSA - OHJEEN KEHITTÄMINEN TUOTEKEHITYSPROSESSINA.....	8
4.1	OHJEISTUKSEN TARVE	9
4.2	IDEOINTIVAIHE	10
4.2.1	<i>AVEKKI- toimintatapamallin käsitteet.....</i>	<i>11</i>
4.2.2	<i>Tiedon syventäminen aiheesta kirjallisuuskatsauksen avulla</i>	<i>14</i>
4.3	LUONNOSTELUVAIHE.....	15
4.3.1	<i>Kirjallisuuskatsauksen tulokset.....</i>	<i>15</i>
4.3.1.1	Ennaltaehkäisy ja menetelmät kohdata aggressiivinen asiakas	15
4.3.1.2	Aggressiivisuuden taustalla olevat tekijät	17
4.3.1.3	Väkivaltatilanteiden jälkeinen työntekijän ja asiakkaan hoito sekä kirjaaminen.....	18
4.3.2	<i>Ohjeistuksen luonnostelu.....</i>	<i>19</i>
4.4	VIIMEISTELYVAIHE	20
5	YHTEENVETO JA JOHTOPÄÄTÖKSET	21
5.1	OPINNÄYTETYÖN TULOSTEN JA PROSESSIN TARKASTELUA	21
5.2	LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS.....	25
5.3	OPINNÄYTETYÖN HYÖDYNTÄMINEN JA JATKOTUTKIMUSAIHEET	27
	LÄHTEET.....	29
	LIITTEET	

1 JOHDANTO

Fyysinen ja psyykkinen turvallisuus ovat jokaisen ihmisen perusoikeuksia. Tämä koskee myös työssäoloa - emme voi jatkuvasti pelätä jotakin sattuvan, vaan jokaisen olisi voitava työskennellä turvallisissa olosuhteissa. Terveysturvan henkilökunta joutuu työssään yhä useammin kohtaamaan yllättäviä ja ennalta arvaamattomia tilanteita. Kaikki väkivalta työssä on liikaa, hoitotyöntekijän ei kuulu pelätä tai ahdistua työssään. Uhkaavien tilanteiden lisääntyminen on nostanut työntekijöiden turvallisuuden asiaksi, johon tulee yhä enemmän kiinnittää huomiota (Markkanen 2000; Vilen ym. 2002, 292). Uusi työturvallisuuslaki (783/2002) tuli voimaan 1.1.2003, ja lain hengen mukaisesti työturvallisuus koetaan erittäin tärkeäksi työpaikoilla.

Saarelan ja Isotaluksen (2000) tutkimuksessa 4,1 % (noin 80 000 henkilöä) kaikista työssä käyvistä oli kokenut joko työmatkallaan tai työssään fyysistä väkivaltaa tai sen uhkaa. Huomattavasti enemmän olivat väkivaltaa kokeneet sosiaalisella ja terveydenhuollossa työskentelevät henkilöt. Heistä 10,5 prosentilla oli kokemuksia työpaikaväkivallasta. (Saarela & Isotalus 2000, 3323 - 3326.) Tehyn teettämässä tutkimuksessa (Markkanen 2000) joka kolmas hoitaja oli työssään kokenut fyysistä väkivaltaa tai sen uhkaa. Kaksi kolmasosaa hoitajista on kokenut uhkailua, arvostelua tai nimittelyä.

Työpaikoilla olisi kiinnitettävä huomiota väkivallan mahdollisuuteen ja hoitohenkilökunnan turvallisuuteen, etenkin yksin työskentelevien kohdalla. Pääpaino turvallisuudessa on työntekijöiden tiedon ja ammattitaidon lisäämisessä sekä tilanteiden ennakoinnissa. Ennakointi on paras tapa suojautua väkivallalta. Työntekijän on tärkeää tietää ja tunnistaa työhönsä liittyvät riskit ja samalla luottaa itseensä niin paljon, että jaksaa työskennellä näiden riskien kanssa. (Vilen ym. 2002, 293.) Työturvallisuuteen yhtenä osana liittyy työntekijöiden hyvä perehdytys, mikä koskee myös lyhytaikaisia sijaisia (Työturvallisuuskeskus 2009).

Koko työyhteisön tulisi ymmärtää turvallisuuden merkitys myös yhteisenä etuna. Turvallinen työ tuottaa parempia tuloksia henkilöiden turvallisuuden sekä talouden kannalta. (Kanerva 2008, 70.) Jos sairaanhoitaja ei koe työskentelevänsä turvallisesti, myös potilasturvallisuus vaarantuu (Karvinen 2010, 12). Osaava henkilökunta, joka

tuntee olonsa turvalliseksi työssään, pystyy vuorovaikutukseen ja hoidolliseen työskentelyyn hankalankin potilaan kanssa. (Kuisma 1994, 39.)

Tyypillisiä terveydenhuollon riskityöpaikkoja ovat psykiatriset yksiköt ja ensiapupoliiniklinikat, joissa kohdataan päihtyneitä, päihdyttäviä lääkkeitä vaativia ja psyykkisesti vaikeaoireisia asiakkaita ja potilaita (Crilly ym.2004, 67 – 73; Markkanen 2000). Åström ym. (2002) toivat esille, että fyysistä väkivaltaa esiintyy etenkin hoitokodeissa, joissa hoidetaan eniten apua tarvitsevia asiakkaita. Määrällisesti paljon mutta yleensä vähemmän vakavia aggressio-ongelmia kohdataan sekavia vanhuspotilaita hoitavissa yksiköissä ja kotihoidossa (Kuisma 1994, 37). Avohoitopainotteisiin hoitokäytänteisiin siirtyminen on johtanut väkivallan riskin lisääntymiseen avohuollon henkilökuntaa kohtaan (Markkanen 2000; Pitkänen 2003). Tästä syystä työturvallisuuden ylläpitäminen korostuu etenkin kotihoidossa.

Tässä opinnäytetyössä olemme kiinnostuneita hoitajan työturvallisuudesta kotihoidossa. Opinnäytetyömme tarkoituksena on perehtyä aggressiivisen asiakkaan kohtaamiseen liittyviin näkökohtiin hoitohenkilökunnan näkökulmasta. Haemme tietoa aiheesta systemaattisen kirjallisuuskatsauksen avulla. Saamamme tiedon pohjalta teemme ohjeistuksen Mikkelin kaupungin kotihoidon henkilökunnalle aggressiivisen asiakkaan kohtaamiseen tuotekehitysprosessin mukaisesti.

Kiinnostuimme aiheesta kuultuamme erästä Mikkelin kotihoidossa työskentelevää hoitajaa. Mikkelin kotihoidosta puuttuu ohjeistus väkivaltatilanteiden varalta. Olimme yhteydessä Mikkelin kotihoidon esimieheen, joka oli kiinnostunut opinnäytetyön aiheesta ja sen käyttömahdollisuuksista työelämässä.

2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS

Tämän opinnäytetyön tarkoitus on laatia ohjeistus aggressiivisen asiakkaan kohtaamiseen Mikkelin kotihoidon henkilökunnalle. Työ muodostuu kahdesta osiosta; kirjallisesta osiosta ja tuotteesta. Kirjallinen osa muodostuu teoretiedosta, jota haemme kirjallisuuskatsauksen tuloksista ja muusta kirjallisuudesta. Tarkoitus on löytää toimintaja ratkaisutapoja AVEKKI koulutus- ja toimintatapamalliin pohjautuvista neljästä eri osa-alueesta, jotka ovat ennaltaehkäisy, menetelmä miten kohdata aggressiivinen asia-

kas, jälkihoito sekä taustalla olevat tekijät. Ohjeistuksen laadimme tuotekehitysprosessin mukaisesti. Tavoitteena on, että työntekijät saavat tekemästämme ohjeistuksesta selkeitä toimintaohjeita aggressiivisen asiakkaan turvalliseen kohtaamiseen.

3 KESKEISET KÄSITTEET

Tämän työn keskeisiä käsitteitä ovat aggressiivisuus, väkivalta, turvallisuus työpaikalla, kotihoito, kotihoidon työntekijät ja AVEKKI- toimintatapamalli.

3.1 Aggressiivisuus ja väkivalta

Aggressiivisuus on ihmiselle luontainen ja perinnöllinen tapa reagoida. Aggressiivisuus on normaali reaktio, jolla ihminen yrittää ratkaista ristiriitatilanteita. (Lehestö ym. 2004, 88; Weizmann-Henelius 1997, 11.) Aggressiivinen käyttäytyminen on toimintaa, joka voi ilmetä uhkailuna, pelotteluna tai muuna vastaavana käytöksenä, kuten esimerkiksi puhelinhäirintänä (Distasio 2002, 58 - 62). Olennaista siinä on, että se vahingoittaa toista ihmistä. Aggressiivisuus ei ilmene pelkästään toimintana, vaan siihen liittyy myös vihamielisiä ajatuksia ja tunteita. Aggressio aiheuttaa ihmisessä psykologisia ja fysiologisia muutoksia, kuten verenpaineen ja sykkeen nousua, hengitystiheyden lisääntymistä ja hiussuoniston sulkeutumista. (Lehestö ym. 2004, 88; Weizmann-Henelius 1997, 11.)

Aggressiivisuuden aiheuttamasta ihmisen ulkoisesta käyttäytymisestä käytetään tavallisesti termiä väkivalta (Weizmann-Henelius 1997, 12). Väkivalta on helppo tunnistaa, mutta vaikea määritellä (Pitkänen 2003, 51). Määritelmällisesti Rippon (2000) katsoo väkivallan olevan synonyyminen aggressiivisuuden kanssa, kuitenkin väkivalta - sana kattaa erityisen intensiivisen aggressiivisuuden (Rippon 2000, 452 – 460). Ruumiillisen väkivallan käyttö edellyttää jossain määrin persoonallisuutta, joka hyväksyy väkivaltaisen käyttäytymisen ja joka on oppinut reagoimaan aggressiivisella tavalla. Väkivaltainen käytös ei välttämättä edellytä aggressiivisia tunteita väkivallan kohdetta kohtaan, vaan aggressiivisuuden syy voi olla esimerkiksi tilanteista johtuvaa, oman edun tavoitteluun tai oikeusjärjestelmään liittyvää. (Lehestö ym. 2004, 88 – 89; Weizmann-Henelius 1997, 14.)

Yhteistä väkivallan määrittelylle on se, että väkivallan tarkoituksena on aina tuottaa fyysistä ja/tai psyykkistä vahinkoa itselle, muille henkilöille, omaisuudelle tai asioille. Väkivalta nähdään aina tahallisenä ja tarkoituksellisena toimintana. Näin se eroaa toisen tahattomasta vahingoittamisesta, joka voidaan määritellä tapaturmaksi. (Pitkänen 2003, 3; Ellonen 1995, 13.)

Maailman terveysjärjestö WHO määrittelee väkivallan seuraavasti: ”Väkivalta on tarkoituksellinen fyysisen voiman tai vallan käyttö (uhkailu tai toteutettu) itseä, toista henkilöä, ryhmää tai yhteisöä vastaan, jonka seurauksena on todennäköisesti vamma, kuolema, psyykkinen haitta, epäedullinen kehitys tai riisto.” (WHO 2002, 6.)

Opinnäytetyössämme käytämme väkivallan käsitettä sen laajemmassa merkityksessä, jolloin siihen sisältyvät myös väkivallan lievemmät muodot, kuten uhkailu ja kiusaaminen. Laaja väkivallan määrittely sopii hyvin potilaiden hoitajiin kohdistamaan väkivaltaan, sillä hoitajat kohtaavat työssään usein verbaalisesti aggressiivisiä ja väkivallalla uhkaavia potilaita.

Aggressiivisella asiakkaalla tässä työssä tarkoitamme henkilöä, joka käyttäytyy edellä mainittujen määritelmien mukaan aggressiivisesti tai väkivaltaisesti hoitohenkilökuntaa tai toisia potilaita/ asiakkaita kohtaan.

Työpaikkaväkivallalla tarkoitetaan työtehtävien hoitamisen aikana fyysisen tai psyykkisen väkivallan tai sen uhan kohteeksi joutumista. (Työterveyslaitos 2010.) Euroopan Unioni määrittelee työpaikkaväkivallan tilanteiksi, joissa henkilöä on pahoinpidelty tai uhkailtu työtehtävissään niin, että hänen turvallisuutensa, hyvinvointinsa tai terveytensä on vaarantunut joko suorasti tai epäsuorasti (Markkanen 2000, 3). Väkivallan uhka voi kohdistua työntekijään asiakkaan, potilaan tai työtoverin taholta. Myös täysin työn ulkopuolinen, niin sanottu kolmas taho, voi olla uhkana työntekijän terveydelle tai turvallisuudelle esimerkiksi vartiointi- tai palvelutehtävissä. (Työterveyslaitos 2010.) Työssä kohdattava väkivalta on sekä työntekijän että työnantajan yhteinen ongelma (Isotalus & Saarela 2000a).

3.2 Turvallisuus työpaikalla

Turvallisuus on tunne siitä, että asiat ovat järjestyksessä eikä meitä uhkaa mikään äkillinen muutos. Turvallisuuden käsite on laaja ja vaikeasti määriteltävä.

Turvallisuus on sekä fyysinen että psyykkinen tila. Fyysisellä turvallisuudella tarkoitetaan oikeutta koskemattomuuteen ja sitä, että voi itse säädellä, kuinka lähelle muut saavat tulla. Psyykkinen turvallisuus on levollisuutta ja luottamusta omaan selviytymiseen ja muiden tukeen vaikeallakin hetkellä. Psyykkinen turvallisuus syntyy onnistuneista vuorovaikutustilanteista ja luottamuksesta omaan ammattitaitoon. Psyykkistä turvallisuutta on myös ongelmatilanteisiin varautuminen. Suunnitelmat ja yhteiset sopimukset auttavat toimimaan nopeasti kun tilanne sitä vaatii. (Isotalus & Saarela 2000b.)

Työnantajan on yleisen huolehtimisvelvoitteen mukaan tarpeellisilla toimenpiteillä huolehdittava työntekijöiden ja turvallisuudesta työssä. Käyttökelpoinen toimintamalli on työturvallisuuslain mukaisten menettelyjen noudattaminen. Tavoitteena on kokonaisvaltainen riskienhallinta. (Kanerva 2008, 8.) Työturvallisuuslain (738/2002) mukaan työnantajan tulee tarkkailla työympäristöä, työyhteisön tilaa ja työtapojen turvallisuutta (8. §). Uusi laki huomioi myös työhön liittyvän väkivallan uhan. Lain mukaan työssä, johon liittyy ilmeinen väkivallan uhka, on työ ja työolosuhteet järjestettävä siten, että väkivallan uhka ja väkivaltatilanteet ehkäistään mahdollisuuksien mukaan ennalta (27. §). Työturvallisuuslain ohella työterveyshuoltolaki (1383/2001) velvoittaa työnantajaa huomioimaan väkivaltavaaran niin työtä, työmenetelmiä ja työtiloja suunniteltaessa että työolosuhteita muutettaessa. (12. §).

3.3 Kotihoito ja kotihoidon työntekijät

Kotihoidolla tarkoitetaan tässä työssä kotipalveluja, kotisairaanhoidoa ja erilaisia tukipalveluja, joita ovat esimerkiksi ateriat, siivous ja turvapalvelut. Sosiaalihuoltolain (710/82, 20. §) mukaan kotipalvelu on asumiseen, henkilökohtaiseen hoivaan ja huolenpitoon, lasten hoitoon ja kasvatukseen sekä muuhun tavanomaiseen ja totunnaiseen elämään kuuluvien tehtävien ja toimintojen suorittamista tai niissä avustamista. Hoidon lähtökohtana on asiakkaan omien voimavarojen vahvistaminen ja tukeminen. Asiakasta ohjataan selviytymään mahdollisimman omatoimisesti päivän askareista ja

hoitotoimenpiteistä. (Työturvallisuuskeskus 2008, 2 – 4.) Sosiaalihuoltoasetuksen (607/83, 9. §) mukaan kotipalvelu on kodissa tapahtuvaa yksilön ja perheen työapua, henkilökohtaista huolenpitoa ja tukemista sekä tukipalveluja, kuten ateriat-, vaatehuolto-, kylvytys-, siivous-, kuljetus- ja saattajapalveluja sekä sosiaalista kanssakäymistä edistäviä palveluja.

Kansanterveyslain (66/1972) 14. §:n 1 momentin mukaan kunnan tulee kansanterveystyöhön kuuluvina tehtävinä muun muassa ylläpitää terveysneuvontaa ja järjestää asukkaiden sairaanhoito. Kotihoidosta ei ole pysyvässä lainsäädännössä mainintaa. Sen sijaan sosiaalihuoltolain (710/1982) ja kansanterveyslain (66/1972) väliaikaiset muutokset mahdollistavat sen, että kunnat voivat organisoida eräät sosiaalihuollon ja kansanterveystyön tehtävät pysyvästä lainsäädännöstä poiketen.

Kotisairaanhoitoa koskevat terveydenhuollon yleiset säännökset, kuten kansanterveyslaki (66/1972), laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) sekä laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/94).

Mikkelin kotihoidon henkilökuntamäärä koko kotihoidon tulosityksikköryhmässä on yhteensä 239. Työskentely tapahtuu usein yksin aamu – ja iltavuorossa. Yövuorossa, niin sanotussa yöpartiossa on kaksi hoitajaa vuorossaan. (Mikkelin kaupunki, 2008.) Kotihoidon tulosityksikköryhmä sisältää kotihoidon lisäksi vanhusten päivätoiminnan ja Anttolan ja Haukivuoren palvelukeskukset. Työntekijöitä kotihoidossa (kotihoito, kotisairaala, yöpartio, kotiutustiimi) on yhteensä 178, päivätoiminnassa 26 ja Anttolan ja Haukivuoren palvelukeskuksissa 35. (Luukkonen 2010.)

Erilaisia ammattinimikkeitä kotihoidossa ja palvelukeskuksissa ovat kotiavustaja, kodinhoitaja, lähihoitaja, perushoitaja, sairaanhoitaja, terveydenhoitaja, fysioterapeutti, sosiaaliohjaaja, terveyskeskusavustaja ja esimiehinä osastonhoitaja sekä kotipalveluohjaajia. (Luukkonen 2010).

Vuonna 2009 Mikkelin kotihoidossa asiakkaita oli yhteensä 3277 (sisältää säännöllisen ja tilapäisen kotihoidon). Luvussa on mukana myös Ristiinan, Hirvensalmen, Puumalan ja Suomenniemen kotisairaanhoidon asiakkaat, sillä Mikkelin myy kotisairaanhoidon palvelut kyseisille kunnille. Mikkelin kaupungin asiakasmäärä oli 2 276.

Tukipalveluja (omaishoidontuki, ateriapalvelut, kuljetus- ja kauppapalvelut, turvapalvelut ja siivous- ja pesulapalvelut) sai vuonna 2009 yhteensä 1 609 asiakasta. Kotihoiton kotikäyntejä oli vuonna 2009 Mikkelissä yhteensä 215 370. (Luukkonen 2010.)

Vanhusten palvelurakennetta on kehitetty avohoitopainotteisempaan suuntaan. Laitospaikkoja on vähennetty, ja terveyskeskussairaalan osastoilla on lyhytaikaisen hoidon osuus kasvanut. Pitkäaikaista hoivaa ja huolenpitoa tarvitsevia asiakkaita on sijoitettu tarpeen mukaan, joko vanhainkoteihin tai tehostettuun palveluasumiseen. Palvelurakennetta on kehitetty myös lastensuojelussa, päihdehuollossa, kehitysvammahuollossa ja psykiatrian palveluissa. Kotihoitoa on tehostettu kotiutustiimillä ja lisäämällä ympärivuorokautista hoitoa kotona. (Luukkonen 2010.)

3.4 AVEKKI- toimintatapamalli

AVEKKI on toimintatapa- ja koulutusmalli, joka syntyi tarpeesta kehittää yhtenäisen perusteltu malli suomalaiseen terveydenhuoltoon lisääntyvien väkivaltatapauksen myötä. Tämä parhaisiin käytäntöihin perustuva toimintamalli pyritään levittämään valtakunnallisesti osaksi organisaatioiden toimintakulttuuria ja tekemään yhteistyötä kansainvälisesti. (Savonia ammattikorkeakoulu 2009.)

AVEKKI- nimi koostuu sanoista aggressio, väkivalta, ennaltaehkäisy, kehittäminen, koulutus ja integraatio. Malli perustuu hoitoisuuteen, terapeuttisuuteen ja yhteisöllisyyteen. AVEKKI -toimintatapamallissa on neljä eri osa-alueita. Ensimmäisenä osa-alueena on ennaltaehkäisy, toisena osa-alueena on menetelmä, miten kohdata väkivaltaista asiakasta. Kolmantena osa-alueena on tilanteen jälkeinen työntekijän ja asiakkaan hoito sekä kirjaaminen ja neljäntenä taustalla olevat tekijät esim. lainsäädäntö, aggression syyt jne. (Savonia ammattikorkeakoulu 2009.)

4 AGGRESSIIVISEN ASIAKKAAN KOHTAAMINEN KOTIHOIDOSSA - OHJEEN KEHITTÄMINEN TUOTEKEHITYSPROSESSINA

Tuotekehitys on toimintaa, jonka tavoitteena on kehittää uusi tai paranneltu tuote. Tuotekehitysprosessissa voidaan erottaa viisi vaihetta. Ongelman tai kehittämistarpeen tunnistaminen on tuotekehittelyn ensimmäinen vaihe, jota seuraa ideointi ratkaisujen

löytämiseksi, tuotteen luonnostelu, kehittäminen ja lopuksi viimeistely. Vaiheesta toiseen siirtyminen ei tarkoita, että edellinen vaihe on päättynyt. Tuotekehitysprosessi edellyttää monien asiantuntijoiden ja tahojen välistä yhteistyötä ja yhteydenpitoa erilaisiin sidosryhmiin. Tuotekehitysprosessissa toimintaa tehostavat alkuvaiheessa käyttöön otetut projektityöskentelyn periaatteet. (Jämsä & Manninen 2000, 28 – 29.) Kuvaamme prosessin vaiheet tarkemmin myöhemmin opinnäytetyössämme.

Tuotteella voidaan tarkoittaa materiaalisia tuotteita tai aineettomia palvelutuotteita sekä näiden yhdistelmiä. Tuotteen tulee olla selkeästi rajattavissa, hinnoiteltavissa ja sisällöltään täsmennettävissä. Sosiaali- ja terveysalan tuotteen tarkoituksena on terveyden, hyvinvoinnin ja elämänhallinnan tukeminen ja edistäminen. Tuotteen on noudatettava alan eettisiä ohjeita ja oltava sisällöltään sosiaali- ja terveysalan tavoitteiden mukainen. (Jämsä & Manninen 2000, 13 – 14.)

4.1 Ohjeistuksen tarve

Tuotekehitysprosessi lähtee liikkeelle kun siihen ilmaantuu tarve. Se voi tulla henkilökunnan kokemuksista, toimintatilastoista tai palautteesta. Kehittämistarvetta täsmennettäessä on tärkeää selvittää ongelman laajuus ja tehdä esi- ja lisäselvityksiä. (Jämsä & Manninen 2000, 29 - 33.) Tarpeen tunnistamisen jälkeen on tärkeää määrittää aineiston kohderyhmä. Kun kohderyhmän vaatimukset tuotetta kehitettäessä otetaan huomioon, saavutetaan paras tulos aineiston tuottamisessa. Terveydenhuollon aineistolla on oltava konkreettinen terveystavoite. Tavoite hahmottaa mihin terveysongelmaan aineisto liittyy ja mihin sillä pyritään. (Parkkunen ym. 2001, 8, 10.)

Oman tuotekehitysprosessimme aloitimme tiedossa olevan tarpeen täyttämiseksi. Saimme kuulla kotihoidossa työskentelevältä hoitajalta, että kotihoidossa ei ole ohjeistusta aggressiivisen asiakkaan kohtaamiseen. Näin tarve kohtasi tekijät. Seuraavaksi selvitimme millainen ohjeistuksen tulisi heidän mielestään olla ja millaisia mahdollisuuksia meillä olisi toteuttaa se. Suunnittelemamme ohjeistuksen terveystavoitteena on parantaa kotihoidon työntekijöiden valmiuksia kohdata aggressiivinen asiakas ja sitä kautta työntekijöiden työturvallisuutta. Mielestämme tavoite on konkreettinen.

4.2 Ideointivaihe

Ideoinnin tavoitteena on löytää kuvitteellinen ratkaisu ongelmaan tai uutta näkökulmaa tai tulevaisuuden tilan kuvausta tai havaintoja uusista mahdollisuuksista. Erinomaiset ideat vastaavat konkreettiseen tarpeeseen. Ideoitten keksiminen ei vielä tarkoita, että ne toimisivat käytännössä ja jollei niitä kehitetä, voivat ne jäädä hyödyttömiksi. (Lampikoski & Lampikoski 2003, 43 – 45.)

Tarpeiden ja tavoitteiden määrittämisen jälkeen aloimme ideoida ohjeistuksen sisältöä ja etsimään sille teoreettista pohjaa. Opinnäytetyön ideointiseminaarissa joulukuussa 2008 tarkoituksenamme oli tehdä kotihoidon henkilökunnalle kysely siitä, millaista väkivaltaa he ovat työssään kokeneet. Ohjeistuksen aggressiivisen asiakkaan kohtamiseen olisimme kehittäneet kyselyn tulosten pohjalta. Huomasimme kuitenkin, että työmäärä olisi kasvanut liian suureksi. Päädyimme ohjaavan opettajamme ehdotuksesta kehittämään ohjeistusta systemaattisen kirjallisuuskatsauksen pohjalta tuotekehitysprosessin mukaisesti. Teoreettista pohjaa ohjeistukseen haimme AVEKKI- koulutus- ja toimintatapamallin neljästä osa-alueesta. Maaliskuussa 2010 kävimme tapaamassa kotipalveluohjaajia ja selvitimme opinnäytetyömme prosessia heille. Samalla saimme arvokasta tietoa kotihoidosta.

Viestintävälineen oikealla valinnalla voidaan vaikuttaa siihen, miten tehokkaasti, ymmärrettävästi ja oikea- aikaisesti viestintä toimii. Käyttötarkoitus ja kohderyhmä vaikuttavat viestintäkanavan valintaan. Painettu tuote soveltuu hyvin tarkoitukseen, jossa tavoitteena on välittää tietoa tiivistetyssä muodossa. Painotuotteiden suunnittelussa täytyy kiinnittää huomiota niiden jakeluun. Niiden etuna on edullisuus ja se, että vastaanottaja voi rauhassa omia aikojaan tutustua tuotteeseen ja halutessaan palata aiheeseen. (Parkkunen ym. 2001, 8 – 9.)

Ohjeistuksen idea oli muhinut mielessäme jo kauan. Olimme tutustuneet muihin vastaaviin ohjeisiin, joita on tehty mm. päivystyspoliklinikalle ja vuodeosastolle. Osa ohjeista oli tehty PowerPoint- muotoon ja osa A 4-kansioksi. Me halusimme tehdä ohjeistuksesta tiiviin tietopakettin, joka on helposti jaettavissa esim. perehdytyksen yhteydessä. Mielessäme pyörivät ”huoneentaulut”, A4-kokoinen kansio ja napakka A5-ohjevihkonen, johon kaikki tarpeellinen tieto mahtuisi.

4.2.1 AVEKKI- toimintatapamallin käsitteet

1) Väkivaltatilanteiden ennaltaehkäisy

Työturvallisuuslaki (738/2002) muodostaa työyhteisön turvallisuusohjelman vähimmäisvaatimukset. Väkivaltatilanteiden ennaltaehkäisyssä kulmakivenä on henkilöstön ja organisaation johdon yhteinen näkemys turvallisuuden merkityksestä. On tärkeää tunnistaa riskit ja laatia työpaikalle menettelytapaohjeet väkivallan ehkäisemiseksi ja tilanteen hallitsemiseksi. (Työturvallisuuskeskus 2009, 7.) Hyvä suunnittelu säästää resursseja, ja se pätee myös turvallisuuden suhteen. Väkivaltatilanteisiin voi varautua ennakoimalla ja opettelemalla tunnistamaan erilaiset uhkatekijät, sekä työympäristön suunnittelun, työjärjestelyjen, käytännön toimintatapojen ja ohjeiden avulla. (Isotalus & Saarela 2007, 123; Markkanen 2000, 8.) Henkilökunnan koulutuksella voidaan vaikuttaa väkivaltatilanteisiin ennaltaehkäisevästi. Koulutuksella pyritään vaikuttamaan työntekijöiden suhtautumiseen ja taitoon kohdata aggressiivisiä asiakkaita. Myös itsepuolustusvalmius on tärkeä tekijä väkivallan ja sen vakavien seurauksien ennaltaehkäisyssä. (Isotalus & Saarela 2007, 68 – 69.)

2) Menetelmät kohdata väkivaltainen asiakas

Työntekijän kohdatessa väkivaltainen asiakas on hänellä olevilla keinoilla suuri merkitys tilanteen ratkaisemiseen. Psykkinen turvallisuus lisääntyy, kun työntekijällä on keinoja selviytyä väkivaltatilanteista. Vuorovaikutus on keskeisin turvallisuuteen vaikuttava tekijä asiakkaan ja henkilökunnan välillä, minkä merkitys korostuu silloin kun toisena osapuolena on apua tarvitseva ihminen. (Ellonen 1995, 8 – 9; Weizmann-Henelius 1997, 8.) Luomalla myönteinen vuorovaikutus voidaan välttää asiakkaan tai potilaan aggressiivisten tunteiden herääminen sekä väkivaltatilanteiden syntyminen. (Weizmann-Henelius 1997, 101.) Vuorovaikutukseen sisältyy kaksi erilaista ilmaisullista muotoa: sanallinen ja sanaton viestintä. Sanojen lisäksi tunnetilasta kertovat sanattomat viestit kuten, ilmeet, eleet, asento ja liikkeet. Ihminen ilmaisee itseään koko kehollaan. (Vilen 2008, 20.) Jos viestit ovat sopuosinnussa, ne vahvistavat toisiaan, mutta jos viestit ovat ristiriidassa toistensa kanssa, sanaton viesti voittaa (Työministeriö 1994, 18).

Ystävällinen kohtelu ja kiireetön toiminta viestivät todellista välittämistä. Myös huumorin käyttö voi joissakin tilanteissa auttaa. Se vaatii kuitenkin asiakkaan tai potilaan tuntemista, ja työntekijältä oikeanlaista ”pelisilmää” ja kokemusta. (Savonia ammattikorkeakoulu, 2009.)

3) Väkivaltatilanteiden jälkeinen työntekijän ja asiakkaan hoito sekä kirjaaminen

Euroopan työterveys- ja työturvallisuusvirasto (2010) määrittelee jälkipuinniksi (debriefing) tapaturman ja väkivalta - tai kriisitilanteen jälkeen tapahtuvaa kokemusten ja reaktioiden yksityiskohtaista käsittelyä, jälkipuintitilanteessa on tarkoitus pyrkiä lieventämään tilanteen vaikutusta ja auttamaan työntekijää tilanteen aiheuttamasta stressistä. Jälkipuinnilla ajatellaan turvatavan yksilön ja yhteisön työkyky. Tavoitteena on luoda työyhteisölle yhteinen käsitys tapahtuneesta ja antaa väkivallan uhriksi joutuneelle työvälineitä käsitellä omaa tilannettaan (Weizmann-Henelius 1997, 136 – 13.) Jälkipuinti eli debriefing on koulutettujen henkilöiden ohjaama ja rakenteeltaan ohjattu ryhmäkokous, jossa pyritään purkamaan psyykkisesti rasittavia ja traumaattisia tilanteita sekä niiden aiheuttamia reaktioita. Väkitön purkaminen eli defusing on menetelytapa, jossa tuoreeltaan käydään läpi poikkeuksellisen rankka työkokemus, jotta kokemus ei jäisi psyykkisenä kuormana altistamaan traumaperäiselle stressihäiriölle (Työturvallisuuskeskus 2009, 31).

Tutkimuksien mukaan terveydenhuollon väkivaltatapauksia jää paljon ilmoittamatta (Strand ym. 2004, 506). Kirjaamalla kaikki väkivalta- ja uhkatilanteet voidaan kartoittaa työpaikan mahdollisia riskejä (Lehestö ym. 2004, 139). Haittailmoitusten täyttäminen helpottaa ennakoitua ja hoitotilanteeseen varautumista. Jos potilas/ asiakastiedoista löytyy merkintä poikkeavasta käytöksestä, voi hoitotyöntekijä varmistaa, että ei jää yksin hankalan potilaan tai asiakkaan kanssa. (Karvinen 2010, 14). Ongelmallisten potilastilanteiden tarkka kirjaaminen on tärkeää myös oikeusturvan kannalta. Ne asiat, mitkä on kirjattu, on helpompi analysoida ja todistaa. (Lehestö ym. 2004, 140.)

4) Taustalla olevat tekijät

Asiakkaan kotona tehtävässä työssä saattaa aiheutua vaaraa asiakkaiden heikentyneestä terveydentilasta, jonka yhtenä ilmenemismuotona voi olla väkivaltainen, paranoidinen tai ennakoimaton käyttäytyminen. Asiakkaan omaisten taholta voi myös esiintyä päihdeongelmaan, mielisairauteen tai persoonallisuusongelmaan liittyvää väkivaltaista käyttäytymistä tai muuta aggressiota ja epäasiallista käyttäytymistä. (Työturvallisuuskeskus 2008.)

Kuka tahansa voi ääritilanteissa tai poikkeuksellisen vaikeissa olosuhteissa käyttäytyä aggressiivisesti, mutta vihastumisen tunne ei normaalisti johda väkivaltaan. Temperamentin perinnöllisyys, lapsuuden traumaattiset väkivaltakokemukset, aivoperäiset vauriot sekä vanhenemisesta aiheutuvat aivojen fyysiset muutokset saattavat lisätä alttiutta väkivaltaiseen käyttäytymiseen. Väkivaltaisen käyttäytymisen laukaisee yleensä tilanne, jossa henkilö kokee itsensä avuttomaksi, eikä näe muuta keinoa selviytyä tilanteesta. (Työturvallisuuskeskus 2008.) Väkivaltaisuuteen liittyy usein ulkoisia stressitekijöitä, päihteet, talouslama ja työttömyys saattavat kiristävät tilannetta. Erityisen riskialttiita ovat ne henkilöt, joiden ongelmien ratkaisukyky on heikko. (Weizmann-Henelius 1997, 18.) Toisaalta opittuna käyttäytymismallina väkivalta voi olla henkilön hyväksi havaitsema keino saada haluamansa (Työturvallisuuskeskus 2008).

Psykkisen sairauden ja väkivaltariskin välillä on selvä yhteys (Lehestö ym. 2004, 95). Psykoosia sairastavan henkilön ajattelu ei noudata normaalia logiikkaa, vaan on hyvinkin vaikeasti käsiteltävää tai suorastaan järjetöntä. Psykoottisella ihmisellä esiintyy myös aistiharhoja, eli hän saattaa kuulla, tuntea, nähdä, haistaa tai maistaa mitä tahansa ilman minkäänlaista aistiärsykettä. (Pylkkänen ym. 2003, 41 – 42.)

Dementiaan liittyvillä käytösoireilla tarkoitetaan dementiapotilaan haitallisia psykologisia oireita, kuten masennusta ja ahdistuneisuutta sekä käyttäytymisen muutoksia esimerkiksi vaeltelua ja yliseksuaalisuutta (Alhainen ym. 2006, 99; Eloniemi-Sulkava ym. 2007, 14). Tavallisimpia dementiaan liittyviä käytösoireita ovat aggressiot. Dementoituneen kohdalla aggressio voi saada kuitenkin ongelmallisia muotoja, koska dementoitunut ei kykene kuvaamaan tunteitaan eikä kontrolloimaan käyttäytymistään. (Eloniemi-Sulkava ym. 2007, 22.)

4.2.2 Tiedon syventäminen aiheesta kirjallisuuskatsauksen avulla

Kirjallisuuskatsaus voidaan tehdä hyvin monenlaisista tutkimuksista, jotka voivat olla luonteeltaan sekä laadullisia että määrällisiä (Salanterä & Hupli 2003, 31). Kirjallisuuskatsauksessa kirjoittaja arvioi, vertailee, luokittelee ja kommentoi olennaista aiempaa tietoa sekä suhteuttaa sitä omaan tutkimukseensa (Hirsjärvi ym. 2001, 195 – 196). Tutkittavaa tietoa voidaan hakea sähköisesti eri tietokannoista sekä manuaalisesti kirjallisuudesta. Haku voi paljastaa myös sen, että aiheesta ei ole lainkaan tutkimuksia tai tutkimuksia on olemassa niukasti. Tavoitteena on koota tietoa ja luoda kokonaiskuva tutkittavasta ilmiöstä. (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 40.)

Haimme tutkimuksia Mikki-, Medic ja Theseus- tietokannoista. Etsimme aiheeseen liittyviä Pro gradu- tutkimuksia Kuopion, Tampereen, Jyväskylän, Helsingin, Turun ja Oulun yliopistoista sekä väitöskirjoja Kuopion yliopiston tietokannasta. Lisäksi tutustuimme laajalti alan kirjallisuuteen sekä suomalaisten ja ulkomaalaisten ammattilehtien artikkeleihin. Tietokantojen ja hakusanojen valinnassa sekä tietokantahauissa käytimme Mikkelin Ammattikorkeakoulun informaattikon apua.

Tutkimusten valinnan jälkeen, perehdyimme niihin tarkemmin ja teimme niistä taulukon, johon laitoimme tutkimuksen bibliografiset tiedot, otoskoon, menetelmät, tutkimuksen tulokset sekä omat intressit opinnäytetyön kannalta. (Liite 1.) Taulukkoon päätyi kymmenen suomalaista tutkimusta, jotka vastasivat asettamiemme kriteerejä. Kriteereinä meillä oli, että tutkimusten oli selkeästi liityttävä joko otsikon tai tiivistelmän mukaan opinnäytetyöhömmä. Joistakin tutkimuksista käytimme lähteinä pelkät abstraktit. Hakusanoina tiedon etsimisessä käytimme sanoja aggressiivisuus, väkivalta, jälkipuinti ja ennaltaehkäisy. Emme ottaneet mukaan ulkomaalaisia tutkimuksia, koska halusimme saada näkemyksen aggressiivisuuden esiintymisestä Suomessa. Halusimme saada tietoa myös siitä, kuinka henkilökunnan ja potilaiden jälkihoitoa toteutetaan ja miten kirjaaminen ja raportoiminen on järjestetty suomalaisessa terveydenhuollossa.

4.3 Luonnosteluvaihe

Luonnosteluvaiheessa ideasta tulee todellisuutta. Tavoitteena on tehdä tuotteesta niin sanottu mallikappale, jota voidaan muokata kohderyhmälle sopivaksi. Kehittelyvaihe sisältää monesti useita esitestauksia kohderyhmän näkemysten ja tarpeiden selvittämiseksi ennen varsinaisen tuotteen viimeistelyä. (Parkkunen ym. 2001, 8.) Luonnosteluvaiheessa etsitään vaihtoehtoja ratkaisumalleiksi kehiteltävälle tuotteelle. Jos tuotteen tärkein ominaisuus on sen välittämä informaatio, kehittelyvaiheessa laaditaan tuotteen asiasisällön jäsentely (Jämsä & Manninen 2000, 54).

4.3.1 Kirjallisuuskatsauksen tulokset

Kirjallisuuskatsauksesta voi havaita väkivallan lisääntyneen terveydenhuollossa. Tähän on alettu puuttua kehittämällä toimintatapoja aggressiivisen asiakkaan kohtaamiseen. Tuloksia tarkastellessamme yhdistimme ennaltaehkäisyn ja menetelmät aggressiivinen asiakkaan kohtaamiseen samaan kappaleeseen, koska niissä käytetyt menetelmät ovat osittain hyvin samankaltaisia ja päällekkäisiä. Kirjaamisen yhdistimme osaksi jälkihoitokappaletta, koska se tapahtuu tilanteen jälkeen, vaikka sillä on merkitystä myös ennaltaehkäisyn kannalta.

4.3.1.1 Ennaltaehkäisy ja menetelmät kohdata aggressiivinen asiakas

Tutkimusten mukaan työpaikkaväkivalta on lisääntynyt kaikissa Pohjoismaissa. Väkivaltaa pystytään ennakoimaan kaikilla toiminnaloilla, mutta ei silti kokonaan estämään. Ehkäisytoimenpiteillä voidaan vaikuttaa väkivaltilanteiden syntymiseen vähentävästi ja näitä tilanteita ennakoimalla voidaan suojautua pahemmilta vammoilta ja riskien ottamiselta. (Louhela ym. 2006, 82; Rasimus 2002, 161; Toivanen 2005.) Pitkäaikaissairaanhoidossa väkivallan ennakoinnilla ei näyttäisi olevan väkivallalta suojaavaa merkitystä, vaan työntekijöiden tulisi keskittyä siihen, miten uhkaavissa tilanteissa toimitaan (Pitkänen 2003, 56; Louhela ym. 2006, 82 – 83).

Väkivaltilanteisiin voi varautua ennakoimalla ja opettelemalla tunnistamaan uhkatekijät. Työympäristön suunnittelulla, työjärjestelyillä, käytännön toimintatavoilla ja -ohjeilla voidaan myös helpottaa ennakointia. Ennakointi perustuu aikaisemman toi-

minnan analysointiin, ja siinä tulee hyödyntää sattuneista väkivalta- ja uhkailutilanteista saatava kokemus. (Markkanen 2000, 8; Isotalus & Saarela, 2007, 37; Rasimus 2002, 163 ; Pitkänen 2003, 46.)

Henkilökunnan väkivaltakoulutukseen tulisi panostaa ennaltaehkäisevästi. Koulutuksella on vaikutusta ilmapiiriin ja tapaan, jolla asiakas kohdataan. Useiden tutkimusten mukaan väkivallan kohteeksi joutuu useammin kouluttamaton kuin koulutettu työntekijä. Koulutetut hoitajat myös selviävät paremmin väkivaltatilanteista kuin kouluttamattomat hoitajat. Koulutus auttaa työntekijää pysymään rauhallisena ja toimimaan ammatillisesti uhkaavissa tilanteissa. Kun työntekijällä on riittävästi ammattitaitoa kohdata aggressiivinen asiakas, voidaan fyysinen väkivaltatilanne useimmiten välttää. Pidempään alalla työskennelleillä hoitajilla on hyvät valmiudet kohdata väkivaltainen asiakas. Kokenut työntekijä kykenee kiinnittämään huomiota myös asiakkaan tunnekokemuksiin. Tärkeänä keinona pidettiin itsepuolustusta, johon myös toivottiin koulutusta. (Isotalus & Saarela 2007,123; Pitkänen 2003, 46; Rasimus 2002, 133, 162.)

Väkivallan hallintakeinoiksi kuvattiin tutkimuksissa lisähenkilökunnan kutsuminen paikalle, potilaan rauhoittaminen keskustelemalla, potilaan lääkitseminen, verbaalinen ja fyysinen rajoittaminen sekä tapahtumapaikalta poistuminen. (Pitkänen 2003, 30 – 31; Teräsvuori 2006.) Uhkaavissa tilanteissa lisähenkilökunnan kutsuminen paikalle rauhoittaa tilannetta ja lisää sekä hoitajan että asiakkaan turvallisuutta (Rasimus 2002, 49; Teräsvuori 2006). Väkivaltaiseksi tiedetyn potilaan hoitoon pitäisi osallistua useampi työntekijä ja toistuvasti väkivaltaiselle asiakkaalle olisi hyvä tarjota läsnäoloa ja läheisyyttä niin, etteivät vastentahtoiset hoitotilanteet olisi hänen ainoa kontaktinsa ulkomaailmaan. Henkilökunnan määrän lisäämisellä jäisi jokaiselle potilaalle riittävästi aikaa. (Louhela ym. 2006, 80 – 82 .)

Asennoituminen ja käyttäytyminen vuorovaikutussuhteissa ovat keskeisempiä valmiuksia väkivaltatilanteiden ennaltaehkäisyssä ja aggressiivisen asiakkaan kohtaamisessa. Hoitajan käyttäytymisellä on vaikutusta asiakkaan käyttäytymiseen. Ensisijaisesti asiakasta pyritään rauhoittamaan keskustelemalla ja löytämällä yhteisymmärrys hänen kanssaan sekä miettimällä keinoja tilanteen ratkaisemiseksi. (Pitkänen 2003, 30 – 31, 43; Vilen ym. 2008, 302.)

Työympäristön turvallisuutta parantavista tekijöistä tärkeimmiksi koettiin hälytysjärjestelmät ja laitteet nopean avun saamiseksi, automaattinen ovien lukitus sekä turvakamerat. Myös turvamiesten ja vartioiden saatavilla olo koettiin tärkeäksi. (Rasimus 2002, 130; Toivanen 2005.)

Esimiehen toiminnan ja henkilökunnan turvattomuuden kokemisella oli erittäin merkittävä yhteys. Työntekijöiden odotukset kohdistuivat turvallisuusjohtamisen, henkilöstön ammattitaidon, työterveyden, työturvallisuuden ja riskienhallinnan kehittämiseen. (Rasimus 2002, 139; Toivanen, 2005.)

4.3.1.2 Aggressiivisuuden taustalla olevat tekijät

Suurina riskeinä työturvallisuudelle koetaan päihteiden käyttäjät ja psykiatriset potilaat (Rasimus 2002, 103 Louhela & Saarinen 2006, 45; Laitala 2008.) sekä dementia ja kehitysvammaisuus (Louhela & Saarinen 2006, 45; Laitala 2008). Louhelan ja Saarisen (2006, 46, 82) tutkimuksen mukaan väkivaltaa edelsivät usein potilaan päihdeongelmat, sekavuus, levottomuus, harhaisuus ja kivuliaisuus. Tilanteissa esiintyi useita erilaisia väkivallan merkkejä kuten huutaminen, huitominen, haukkuminen, lyöminen ja nimittely.

Suurin osa väkivaltaisista käyttäytymisistä tapahtui Louhela ja Saarisen (2006) tutkimuksessa perushoidon yhteydessä tai jouduttaessa rajaamaan potilaan toimintaa. Tekijän väkivaltaisuus ilman näkyvää ärsykettä oli myös merkittävä esimerkiksi silloin kun potilasta pyydettiin tekemään jotain tai kun häntä lääkittiin. Väkivaltaisen käyttäytymisen laukaisevina tekijöinä olivat vastentahtoinen hoitotoimenpide, potilaan rajoittaminen, hoitoon pääsyn odottaminen, hoitopaikasta käännäminen, vastentahtoinen osastolle tulo ja vastentahtoinen kotiuttaminen. (Teräsvuori 2006.) Henkilökunnan provosoiva käyttäytyminen vaikuttaa potilaiden käyttäytymiseen aggressiivisuutta lisäävänä tekijänä (Rasimus 2002, 124).

Miesten tekemät väkivaltateot ovat usein vakavampi kuin naisten. Tekijän iän ja väkivallan vakavuuden välillä ei ole yhteyttä. Sillä, tunsivatko tekijä ja vastaaja toisensa, ei ollut vaikutusta väkivaltaiseen käyttäytymiseen. (Louhela & Saarinen 2006, 52.)

4.3.1.3 Väkivaltatilanteiden jälkeinen työntekijän ja asiakkaan hoito sekä kirjaaminen

Traumaattisten tilanteiden jälkihoitoon on somaattisella puolella kiinnitetty enemmän huomiota vasta viime vuosina. Psykiatrian yksiköissä näihin tilanteisiin on osattu varautua jo pidempään, ja niiden hoitamisesta on selkeät toimintaohjeet. (Rasimus 2002, 137.) Väkivaltatilanteiden jälkikäsitteilyyn kuuluu väkivallan kohteeksi joutuneen työntekijän vammojen hoitaminen ja väkivaltatilanteen käsittely keskustelemalla eri tilanteissa. Väkivaltatilanteet raportoidaan esimiehelle, työterveyshuoltoon ja työsuojeluorganisaatiolle (Teräsvuori 2006.)

Jälkipuinnilla on ennaltaehkäisevä merkitys, koska tilanteen läpikäyminen yhteisössä mahdollistaa siitä oppimisen ja antaa näkemyksiä väkivaltaisen potilaiden hoitotyön kehittämiseen (Sandelin 2007, 86). Jälkihoidon merkitys korostuu, kun käsitellään turvattomuuden kokemuksia. Koska tapahtuneesta jäävä pelko heikentää mahdollisuuksia kohdata uudet väkivaltatilanteet, tulee pelkoa käsitellä työyhteisössä ammattiauttajan avulla. (Laitoniemi 1993; Rasimus 2002, 137; Louhela & Saarinen 2006, 48.) Oman työyhteisön jäsenet ovat työkaverinsa tärkeitä tukijoita ja osaavat auttaa parhaiten, koska tuntevat olosuhteet. Muita jälkihoidon keinoja ovat tuki esimieheltä, työterveyspsykologin palvelut, henkilökohtaisten materiaalien korvaaminen, osastokokous, keskustelu lähijohtajan kanssa, työnohjaus, jälkipuinti-istunto sekä ryhmätyönohjaus. (Rasimus 2002, 137; Louhela & Saarinen 2006, 48.)

Työpaikkaväkivallalla voi olla arvaamattomat ja kauaskantoiset vaikutukset. Se on vakava työsuojelu- ja työterveysongelma. Fyysisiltä seuraamuksiltaan useimmat väkivaltatapahtumat ovat lieviä, mutta yksittäisen työntekijän kannalta henkinen jaksaminen ja hyvinvointi voivat joutua koetukselle. Tilanteesta voi kehittyä suuri kuormitus ja stressitekijä. Ruumiillisen väkivallan uhka voi vaikutuksiltaan olla yhtä vahingoittava ja stressaava kuin varsinainen fyysinen hyökkäys. Työssä kohdattu väkivalta heikentää työssä viihtymistä. (Laitoniemi 1993; Rasimus 2002, 137; Louhela & Saarinen 2006, 48.)

Teräsvuori (2006) ja Taattola (2007) korostavat tutkimuksissaan potilaan näkökulmaa ja mukaanottoa väkivaltatilanteiden jälkikäsitteilyssä. Jälkikäsitteilyssä läpikäydään

tapahtunut jokaisen osalta pyrkien tukemaan ja edesauttamaan selviytymisessä eteenpäin sekä estämään väkivaltatilanteiden uusiutuminen ja ohjaamaan potilasta oman käyttäytymisen hallinnassa.

Terveystieteiden väkivaltatilanteiden kirjaamisessa on paljon puutteita ja rekisteröinti tapahtuu satunnaisesti. Hoitajat eivät tiedä millaiset tapaukset pitäisi kirjata. Sanallinen uhkailu koetaan usein työhön kuuluvaksi lisäksi eikä siitä raportoida. Väkivaltatilanteet kirjoitetaan joko atk-pohjaisesti, vihkoon tai erilliselle lomakkeelle. (Rasimus 2002, 124; Louhela & Saarinen 2006, 66.) Työpaikalla tulisi sopia yhteinen linja väkivalta- ja uhkatilanteiden kirjaamiseen, sillä selkeästi ohjeistetut kirjaamiskäytännöt helpottavat hoitajien epätietoisuutta. (Rasimus 2002, 124; Lehestö ym. 2004, 140.)

Hoitoalan henkilökunta ei vielä osaa puolustaa oikeuksiaan. Suoranaisista väkivaltatilanteistakaan ei aina tehdä ilmoituksia poliisille. Taustalla vaikuttavat hillitsevästi myös vaitiolovelvollisuuteen liittyvät asiat. Niin kauan kuin ei ole tarkkaa ja yhtenäistä käytäntöä siitä, mitä ja miten tapaukset rekisteröidään, ei saada tarkkoja tuloksia väkivallan todellisista määristä ja laadusta. (Rasimus 2002, 153 – 154.) Vaara- ja uhkatilanteen raportoinnin tarkoituksena on kartoittaa kaikki mahdolliset työpaikan vaarat, uhkat ja riskit, jotta niihin voitaisiin puuttua ja löytää ratkaisumalleja tilanteiden ennaltaehkäisyyn ja riskienhallintaan. (Hirvelä ym. 2006, 24.)

4.3.2 Ohjeistuksen luonnostelu

Teimme kirjallisuuskatsauksesta ja muusta kirjallisuudesta nousseiden asioiden pohjalta ohjeistuksen luonnoksen Mikkelin kotihoitoon. Jäsensimme ohjeistuksen sisältöä AVEKIN teemojen mukaisesti, jolloin luonnoksen runko rakentui ennaltaehkäisyyn, menetelmiin kohdata aggressiivinen asiakas, jälkihoitoon ja taustalla oleviin tekijöihin. Kirjallisuuskatsauksen tuloksista kokosimme näihin neljään osa-alueeseen sisällön. Yhdyshenkilöinä kotihoidossa toimivat Mikkelin kotihoidon kotipalveluohjaajat. Lähetimme heille sähköpostilla ohjeistuksen rungon A4-kokoisena ja pyysimme heitä lisäämään ohjeistuksen luonnokseen asioita, jotka ovat heidän mielestään tarpeellisia ja joita tulisi painottaa aggressiivisen asiakkaan kohtaamisessa. Palautetta ohjeistuksen rungosta saimme henkilökohtaisen tapaamisen yhteydessä. Lisäsimme ohjeistukseen

asiasisältöä, jolloin ohjeistuksesta tuli yksityiskohtaisempi ja se vastasi paremmin Mikkelin kotihoidon tarpeita.

Teimme ohjeistuksen mallikappaleesta helppolukuisen A5-kokoisen 12-sivuisen vihkon, jolloin sen lukemiseen ei mene liikaa aikaa. Myös kotipalveluohjaajat toivoivat ohjeistuksen olevan napakka ohjevihkonen, joka on helppo jakaa työpisteisiin ja työntekijöille. Ohjeistuksen asiasisällön ideoinnin ja luonnostelun jälkeen ryhdyimme miettimään tekstin ja yksittäisten kappaleiden rakennetta, tehokasta aloitusta ja lopeutusta sekä oikeinkirjoitusta. Tekstin rakenne ja ulkoasu muotoutuivat vasta sisällön ideoinnin jälkeen. Halusimme myös ulkoasusta selkeän, johdonmukaisen ja lukemaan houkuttelevan.

4.4 Viimeistelyvaihe

Tuotteen viimeistelyvaihe pitää sisällään tuotteen korjaamisen ja yksityiskohtien viimeistelyn. Terveysaineistolle on kehitetty laatukriteereitä, joiden avulla tuotteen laatua voidaan arvioida. Hyvän tuotteen tulee täyttää nämä kriteerit. Tuotteella pitää olla konkreettinen terveystavoite ja sen tulee sisältää sopiva määrä oikeaa ja virheetöntä tietoa. Terveysaineistossa asia kannattaa esittää lyhyesti ja ytimekkäästi. Lyhyet, informatiiviset lauseet kiinnittävät lukijan huomion paremmin kuin pitkät ja monimutkaiset tekstit. Tärkeintä on tarjota materiaalissa vastaanottajan kannalta olennaisin tieto. Aineistosta tulee näkyä tuottajien perehtyneisyys käsillä olevaan aiheeseen. Tuotteen pitää olla helppolukuinen, sisällön on oltava selkeästi esillä ja helposti hahmotettavissa. Lisäksi tuotteen on herätettävä huomiota ja luotava hyvä tunnelma. (Parkkunen ym. 2001, 10, 13).

Pyysimme ohjeistuksen mallikappaleesta kommentteja maaliskuussa 2010 kahdelta terveydenhuollon ammattihenkilöltä. Sisällöllisesti ohjeistus oli heidän mielestään asiallinen, selkeä ja helppolukuinen. He kiinnittivät huomiota ohjeistuksen ulkoasuun ja tekstin asetteluun, jotka eivät heidän mielestään olleet kohdallaan. Saamamme suullisen palautteen perusteella muokkasimme ohjeistuksen tekstin kokoa ja asettelua yhädenmukaisemmaksi ja selkeämmäksi.

Muokatun mallikappaleen lähetimme sähköpostilla myös kotipalveluohjaajille ja pyysimme heitä kommentoimaan sitä. Heiltä emme saaneet enää ohjeistukseen korjaus ehdotuksia. Päätimme painattaa ohjeistuksesta mallikappaleen itse, mutta tarkoituksena on, että ohjeistuksen kopioiminen ja päivittäminen jäävät kotihoidon organisaation tehtäväksi.

5 YHTEENVETO JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli perehtyä aggressiivisen asiakkaan kohtaamiseen ja laatia aiheesta tuotekehitysprosessia hyväksikäyttäen kirjallinen ohjeistus Mikkelin kotihoidon henkilökunnalle. Prosessin aikana tarkastelimme ja kuvasimme aggressiivisuutta ja väkivaltaa sekä sen hallintaan vaikuttavia tekijöitä kotihoidon näkökulmasta. Työelämäyhteys oli Mikkelin kotihoito. Laadimme kotihoidon työntekijöille ohjeistuksen aggressiivisen asiakkaan kohtaamiseen tuotekehitysprosessina. Ohjeistus noudatteli rakenteeltaan AVEKKI –koulutus ja toimintatapamallia ja sen neljää eri osa-aluetta.

5.1 Opinnäytetyön tulosten ja prosessin tarkastelua

Aggressivisuus terveydenhuollossa

Tutkimusten mukaan väkivalta ja sen uhka on lisääntynyt terveydenhuollon työpaikoilla. (vrt. Markkanen 2000; Pitkänen 2003). Tiettyihin sairauksiin, kuten dementiaan, voi potilaan aggressiivinen käyttäytyminen kuulua yhtenä sairauden oireena samoin kuin joihinkin mielenterveysongelmiin ja psyykkisiin sairauksiin. Psykoottisen tai paranoidisen ihmisen kohtaamiseen voi liittyä arvaamattomia ongelmatilanteita. Lisääntynyt päihdeongelma ja aggressio liittyvät yhteen ja aiheuttavat riskejä hoitohenkilökunnalle. Aggressiivisuutta tai uhkaavaa käytöstä voi ilmetä myös omaisten taholta. Tosiasia lienee, että aggressiivisuus ja väkivallan uhka ovat ja tulevat olemaan osa terveydenhuoltoa, eikä sitä liene koskaan saa kokonaan kitkettyä pois terveydenhuoltotyöstä. Tämän tosiasian tiedotettuamme, on ensiarvoisen tärkeää oppia kohtaamaan väkivaltaisesti käyttäytyvä asiakas, potilas tai omainen sekä ennaltaehkäisemään ja minimoimaan aggressiivinen käytös. (vrt. Pitkänen 2003, 56 – 58; Rasimus 2002, 161.) Kun työntekijä tietää, että joihinkin sairauksiin saattaa kuulua aggressiivinen käyttäytyminen, osaa hän jo varautua tällaisen henkilön kohtaamiseen etukäteen. Hoi-

tohenkilökunnalla on hyvä olla etukäteistieto tällaisesta asiakkaasta/potilaasta. Avainasemassa ovat raportointi ja henkilökunnan välinen tiedottaminen.

Ohjeistuksen ja koulutuksen avulla voidaan uhkaaviin tilanteisiin varautua ja oppia kohtaamaan asiakas turvallisesti. Tavoitteena on luoda turvallinen ympäristö työntekijän lisäksi myös asiakkaalle. Väkivaltaa ei missään tilanteessa tule hyväksyä, mutta jokaisella työntekijällä tulee olla valmiudet ja keinot sekä aggression kohtaamiseen että jälkihoidon toteuttamiseen, mutta myös ymmärtämiseen, mistä mahdollinen väkivaltainen käyttäytyminen tilanteessa saattoi johtua. Oliko se asiakkaan sairauden oire? Laukaisiko joku ulkopuolinen tekijä, mahdollisesti työntekijän epäasiallinen tai provosoiva käyttäytyminen sen? Kokiko asiakas oman olonsa turvattomaksi, ja vastasi tuohon tunteeseen puolustamalla väkivallalla itseään?

Turvallisuus on perustunne, jota jokainen ihminen tavoittelee (vrt. Isotalus & Saarela 2000 b). Asiakkaalla ja potilaalla on oikeus tulla hoidetuksi turvallisessa ympäristössä ja saada kokemus turvallisuuden tunteesta. Asiakas/potilas saattaa menettää turvallisuuden tunteensa ja joutua väkivallan kohteeksi oman itsensä, muiden potilaiden tai työntekijöiden taholta. Työntekijöiden tehtävänä on taata turvallisuus asiakkaalle ja puuttua mahdollisiin sitä tunnetta heikentäviin tekijöihin.

Tärkeää on myös opettaa/ohjata potilas tunnistamaan oma väkivaltaisuus, sen ilmeneminen ja sen puhkeamiseen vaikuttavat tekijät/tilanteet. Lisäksi tulee miettiä yhdessä potilaan kanssa keinoja, kuinka aggressiivista käyttäytymistä voisi ennaltaehkäistä ja käsitellä.

Työyhteisöllä on suuri vastuu sekä työntekijöiden että asiakkaiden fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen turvallisuuden luomiselle, ylläpitämiselle ja seurannalle. Työpaikoilla tulee olla purettuna auki mitä turvallisuus on, mitä se kussakin työyksikössä tarkoittaa. Yksiköissä on hyvä olla kirjattuna yhteiset säännöt ja toimintaohjeet väkivaltatilanteiden varalle. Pelkkä ohjeistus ei kuitenkaan riitä, vaan työntekijöiden on sitouduttava ohjeistuksen noudattamiseen. Sitoutumista parantaa henkilökunnan osallistuminen yhteisten sääntöjen luomiseen.

Työnantajan tulee mahdollistaa sekä yksilö- että ryhmätyönohjaus, jossa voidaan tarvittaessa käsitellä muun muassa väkivaltatilanteita ja niihin liittyviä tunteita. Väkivaltatilanteet ja niiden uhka koskettavat koko työyhteisöä, ja näin ollen ne tulee myös käsitellä yhdessä. Yhdessä käsitteleminen myös sitouttaa työryhmää yhteisiin pelisääntöihin. (vrt. Laitoniemi 1993; Rasimus 2002, 137; Louhela & Saarinen 2006, 48)

Väkivallan arkipäiväistyttyä vähäisemmät väkivaltaiset teot, kuten uhkailu, töniminen ja loukkaukset jäävät herkästi huomioimatta ja raportoimatta. Luomalla työyhteisöön selkeät ja yhtenäiset väkivaltatilanteiden kirjaamiskäytännöt ja ohjeistukset, madalletaan yksilöiden kohdalla kynnystä. (ks. Rasimus 2002, 124; Lehestö ym. 2004, 140.) Totuttujen työtapojen muuttaminen ja uuden asenteen omaksuminen turvallisuuden lisäämiseksi saattavat aiheuttaa vastalauseita. Tärkeintä on kuitenkin muutos asenteessa. Esimiehen antama tuki luo pohjan muun työryhmän hyväksynnälle. Kun työntekijöillä on keinoja ennakoida väkivaltatilanteita ja selviytyä niistä, työhyvinvointi ja työssä viihtyminen paranevat. Se näkyy sairauspoissaolojen vähenemisenä, jolloin organisaatiokin hyötyy.

Paljon puhutaan potilaiden henkilökuntaan kohdistamasta väkivallasta ja uhkailusta. Huomiota olisi myös kiinnitettävä työntekijöiden mahdolliseen väkivaltaiseen käyttäytymiseen potilaita tai työtovereitaan kohtaan. Aggressiivinen käyttäytyminen ei ole pelkästään potilaiden aiheuttama ongelma, vaan sitä ilmenee monella eri taholla.

Ohjeen kehittäminen prosessina

Menetelmäksi ohjeistuksen laatimiseksi valitsimme tuotekehitysprosessin. Alkuperäisenä ajatuksenamme oli tehdä kotihoidon henkilökunnalle kysely väkivallan ilmeneemisestä kotihoidossa ja sen pohjalta ohjeistus aggressiivisen asiakkaan kohtaamiseen. Resurssipulan vuoksi päädyimme kuitenkin tekemään ohjeistuksen pääasiassa teoria-tiedon pohjalta tuotekehitysprosessin mukaisesti.

Ohjeistuksen asiasisällöstä pyrimme tekemään riittävän yksityiskohtaisen ja sellaisen, ettei siinä olisi itsestäänselvyyksiä. Tutkimuksista saimme paljon tietoa neljään painopistealueeseen, joiden pohjalle rakensimme ohjeistuksen. Koimme tärkeänä kotihoidon henkilökunnan osoittaman kiinnostuksen ohjeistusta kohtaan ja sen, että saimme

heiltä kommentteja ohjeistuksen raakaversiosta. Näiden kommenttien pohjalta toteutimme lopullisen tuotteen. (vrt. Parkkunen ym. 2001, 8.)

Tämän opinnäytetyön tekeminen on ollut hyvin haasteellista ja opettavaista. Aiheemme oli hyvin rajattu, mutta aluksi meillä ei ollut selvää visiota lopullisista menetelmistä työn tekemiseen. Koska kumpikaan tämän työn tekijöistä ei ole tehnyt näin laajaa tieteellistä tutkimusta aikaisemmin, huomasimme, että meillä ei ollut tarvittavaa osaamista ohjeistuksen tekemiseen systemaattisen kirjallisuuskatsauksen pohjalta. Näin ollen vaihdoimme prosessin toteutustapaa aivan viime metreillä. Keskusteltuamme ohjaavan opettajan kanssa päädyimme hakemaan tietoa kirjallisuuskatsauksen avulla ja tekemään ohjeistuksen tuotekehitysprosessin mukaisesti. Työtämme hidasti jonkin verran väärä työjärjestys, sillä meillä oli melko varhaisessa vaiheessa paljon teoretietoa ja määritelmiä aiheesta sekä visio ohjeistuksesta. Ohjeistuksen sisällön luomiseksi tarvitsimme lisää tutkittua tietoa. Näin jouduimme palaamaan tiedonkeruuvaiheeseen uudestaan. Saimme kuitenkin kirjallisuuskatsauksen pohjalta kasattua mielestämme hyvän tietopaketin ohjeistuksen perustaksi.

Opinnäytetyöprosessin aikana olemme oppineet ymmärtämään hyvää tieteellistä käytäntöä, toteuttamaan tiedonhakua ja tieteellisten tutkimusartikkeleiden kriittistä lukemista. Kirjallisuuskatsaus syvensi teoreettista tietoaamme aggressiivisuudesta ja tuotekehitysprosessi opetti meille kuinka tuotekehittely tapahtuu terveydenhuoltoalalla. Nyt osaamme kiinnittää paremmin huomiota erilaisten ohjeiden ja oppaiden sisältöön ja laatuun. Opinnäytetyöstä saatu tietoperusta ja tutkimusnäyttö ovat meille avuksi tulevassa sairaanhoitajan työssämme, ja tulemme tietoisemmin kiinnittämään huomiota työturvallisuuteen.

Prosessin myötä huomasimme, että meidän olisi pitänyt alusta lähtien perehtyä syvemmin tuotekehitysprosessiin menetelmänä. Keskityimme ehkä liikaa teoretietoon ja systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen menetelmänä.

Ohjeistuksen olisi voinut toteuttaa monella eri tavalla. Olisimme voineet tutkia väkivallan yleisyyttä ja laatia sen pohjalta ohjeistuksen tai päätyä tarkastelemaan aihetta pelkästään systemaattisen kirjallisuuskatsauksen pohjalta. Tuotekehitysprosessi mene-

telmänä oli meille alun perin vieras emmekä ole aivan vakuuttuneita siitä, oliko se paras mahdollinen menetelmä tähän työhön.

5.2 Luotettavuus ja eettisyys

Luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuuden arviointi on osa tutkimustoimintaa. Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnille ei ole olemassa yhtä yksiselitteisiä arviointikriteerejä kuin määrällisen tutkimuksen. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 131.) Tutkimuksen perustehtävä on luotettavan tiedon tuottaminen. Luotettavuutta työssämme lisää se, että olemme pyrkineet kuvaamaan opinnäytetyömme prosessin tarkasti ja yksityiskohtaisesti niin, että työn etenemistä voi seurata vaihe vaiheelta. Työssämme keskityimme tarkastelemaan asiakkaiden työntekijöihin kohdistamaa aggressiivisuutta ja väkivaltaa.

Tiedon keräämisen opinnäytetyöhömmä aloitimme jo vuoden 2008 aikana hakiesamme tietoa muihin opintokokonaisuuksiin, joiden aihe sivusi omaa opinnäytetyötämme. Pyrimme käyttämään melko uusia tutkimuksia opinnäytetyömme taustana. Tutkimukset oli yhtä lukuun ottamatta tehty 2000- luvulla. Tiedon kerääminen on jatkunut koko opinnäytetyön ajan. Olemme käyttäneet tässä opinnäytetyössä runsaasti erilaisia lähteitä kirjoittaessamme teoreettista viitekehystä. Näiden lähteiden avulla muodostimme kokonaisuuden, pitäen mielessä opinnäytetyön aiheen. Luotettavuutta pyrimme lisäämään valitsemalla kirjallisuuskatsaukseen ajantasaisia tunnettujen tutkijoiden kirjoittamia tutkimuksia. Kiinnitimme lähteissä huomiota tutkimustulosten yhteneväisyyteen myös ulkomaalaisten tutkimusten kanssa. Ulkomaisia tutkimuksia emme oheistuksen laatimiseen kuitenkaan ottaneet mukaan, koska halusimme näkökulman suomalaisesta työorganisaatiosta. Opinnäytetyön teksti on omin sanoin muodostettua. Koska opinnäytetyötä arvioidaan raportoinnin perusteella, pyrimme kuvaamaan opinnäytetyöprosessin vaihe vaiheelta luotettavuuden saavuttamiseksi.

Ohjeistuksen pyrimme kirjoittamaan riittävän yksityiskohtaisesti ja ymmärrettävästi. Olemme huomioineet kotihoidon ammattilaisten ehdotukset ohjeistusta kehittäessämme. Tämä ohjeistus on tehty Mikkelin kotihoidon henkilökunnan tarpeisiin, mutta se on sovellettavissa myös muihin terveydenhuollon yksiköihin. Ohjeistuksen luotettavuutta voi heikentää esitestauksen puuttuminen käytännössä. Esitestasimme tuotteen

kahdella terveydenhuollon ammattilaisella, jotka arvioivat ohjeistuksen sisältöä ja sen ymmärrettävyyttä sekä ohjeistuksen ulkoasua.

Eettisyys

Tiedon hankintaa ja julkaisua koskevat yleisesti hyväksytyt tutkimuseettiset periaatteet. Epärehellisyyden välttäminen tutkimuksen kaikissa eri osavaiheissa on myös eettinen periaate. Tutkimusta tehtäessä tietoisten ja eettisesti perusteltujen ratkaisujen pohtiminen on tärkeää jo tutkimusaiheen valinnassa. Niissä tulisi kiinnittää huomiota aiheen yhteiskunnalliseen merkittävyyteen, ja miettiä, miksi tutkimukseen ryhdytään. Erityisen tärkeää on miettiä kenen tarpeesta ja kenen ehdoilla tutkimusaihe valitaan. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2002.)

Opinnäytetyö toteutettiin Mikkelin ammattikorkeakoulun opinnäytetyön ohjeiden mukaisesti. Hirsjärven ym.(2001, 27 – 28) mukaan epärehellisyyttä tulee välttää kaikissa vaiheissa. Toisten kirjoittamaa tekstiä ei tule esittää omana tuotoksenaan. Tutkimusten tuloksia ei saa vääristää eikä muunnella.

Jotta tutkimuksen eettisyys säilyisi, olemme noudattaneet koko tutkimuksenteon ajan hyvää tieteellistä käytäntöä (vrt. Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2002). Tutkimustyössämme olemme noudattaneet rehellisyyttä ja pyrkineet tarkkuuteen sekä käyttäneet tutkimuskriteereiden mukaisia menetelmiä koko prosessin ajan. Olemme kunnioittaneet muiden tutkijoiden tuloksia ja hyödyntänyt niitä asiaankuuluvalla tavalla. Raportoinnissa olemme pyrkineet avoimuuteen ja yksityiskohtaisuuteen.

Opinnäytetyömme aihe on eettinen, tärkeä ja ajankohtainen. Opinnäytetyömme oli luonteeltaan sellainen, että se ei kohdistu yksilöön eikä siinä tarkastella kenenkään yksilön kokemuksia aiheesta. Tutkimus ei vahingoita ketään, siitä on enemmän hyötyä kuin haittaa. Hyötyä on koko kotihoidon työryhmälle. Työssämme ei tullut ilmi selkeitä eettisiä ongelmia. Tutkimuslupaa ei tarvittu, koska emme kuvanneet työssämme kenenkään yksittäisiä kokemuksia, emmekä varsinaisesti haastatelleet ketään. Suullisen luvan opinnäytetyön tekemiseen saimme puhelimitse kotihoidon esimieheltä.

Opinnäytetyömme lähtökohtana oli käytännön tarve. Toisena lähtökohtana oli tekijöiden mielenkiinto aihetta kohtaan. Mielestämme opinnäytetyön aihe on ajankohtainen ja tärkeä. Henkilökunnan valmiudet kohdata aggressiivinen tai väkivaltainen asiakas

on havaittu puutteellisiksi useilla terveydenhuollon työpaikoilla. Toinen opinnäytetyön tekijöistä työskentelee vanhusten palvelutalossa ja toinen ensiapupoliklinikalla, joissa molemmissa on olemassa väkivallan uhka.

5.3 Opinnäytetyön hyödyntäminen ja jatkotutkimusaiheet

Tässä opinnäytetyössä luotiin ohjeistus siitä, kuinka kohdata aggressiivinen asiakas kotihoidossa. Ohjeistuksen laatiminen tehtiin niin sanottuna tilaustyönä Mikkelin kotihoidon työntekijöille.

Terveydenhuollossa esiintyvään väkivaltaan on alettu kiinnittää huomiota vasta viime vuosina. Terveydenhuollon ammatteja ei ole perinteisesti pidetty riskiammatteina työpaikalla kohdatun väkivallan suhteen. Näin ollen väkivaltaa terveydenhuoltoalalla käsittelevät tutkimukset ovat melko uusia. Tutkimusten mukaan ennakointiin panostaminen on merkittävä tekijä väkivallan vähentämiseksi. Myös henkilöstön koulutukseen kohdata aggressiivinen asiakas tulee kiinnittää huomiota, ja siinä erityisesti vuorovaikutukseen ja tapaan, jolla asiakas kohdataan. Lisääntyvien väkivaltatapausten myötä terveydenhuoltoalalle on kehitetty AVEKKI- koulutus- ja toimintatapamalli väkivaltaisen ja aggressiivisen asiakkaan kohtaamiseen. Toimintatapamalleja ja koulutusta on luotu runsaastikin eri aloille. Pelkkä malli ei vielä riitä, vaan se on tuotava osaksi arjen työtä ja konkretisoitava menetelmänä yksikkökohtaisesti. Suuremmissa organisaatioissa pitäisi olla laadittuna turvallisuus ohjeet ja menettelytapa ohjeet siitä, kuinka toimitaan mahdollisissa väkivaltatilanteissa.

Meitä ihmetytti monista tutkimuksista esille tullut väkivallan hiljainen hyväksyminen. Olemmeko hoitajina tottuneet lievään väkivaltaan niin, että hyväksymme sen osaksi hoitotyötä? Emmekö enää reagoi verbaalisiin uhkauksiin ja pieniin tönimisiin? Kuitenkin jo pelkkä uhka väkivallasta vaikuttaa työhyvinvointiin ja työssä jaksamiseen. Sairaslomien lisääntyminen voi olla merkki hoitohenkilökunnan huonosta työssä jaksamisesta. Työpaikoilla koettu väkivaltatilanne ei vaikuta vain työssäoloon, vaan sillä on vaikutusta myös perheeseen ja vapaa-aikaan. Paineiden purkaminen saattaa ilmetä esim. lisääntyneenä alkoholin käyttönä (vrt. Rasimus 2002,).

Jatkotutkimusaiheena voisi olla väkivallan ja sen uhkan vaikutukset henkilökunnan työssä jaksamiseen. Toinen aihe jatkotutkimukselle voisi olla henkilökunnan kokemukset tekemämme ohjeistuksen käytöstä ja sen hyödyllisyydestä. Mielenkiintoista olisi myös tutkia potilaiden henkilökunnan taholta kokemaa väkivaltaa.

Toivomme, että opinnäytetyömme on hyödyllinen ja soveltuu työelämän käyttöön. Tämä opinnäytetyö ja sen lopputulos on merkittävä sekä käytännön hoitotyön että koulutuksen näkökulmasta tarkasteltuna. Käytännön hoitotyöhön se antaa konkreettisia keinoja väkivaltaisen asiakkaan kohtaamiseen ja väkivaltatilanteiden ennaltaehkäisyyn. Tulokset tukevat sitä, että aiheesta tulisi puhua yhä enemmän jo sairaanhoitajakoulutuksen alusta lähtien ja aiheen tulisi kulkea mukana koko koulutuksen läpi. Myös aggressiivisuus sairauden oireena tulisi olla enemmän esillä.

Opinnäytetyön tuloksena syntynyt ohjeistus on suunniteltu kotihoidon tarpeeseen. Sitä ei voi työn laadullisuuden vuoksi yleistää eikä se siten ole siirrettävissä toiseen yksikköön, mutta ohjeistus on kuitenkin sovellettavissa ja hyödynnettävissä työpaikoilla, joissa on samankaltaisia ongelmia.

LÄHTEET

Alhainen, Kari 2006. Alzheimer-lääkkeet ja niiden käyttö. Teoksessa Erkinjuntti, Timo, Alhainen, Kari, Rinne, Juha & Soininen, Hilikka (toim.) Muistihäiriöt ja dementia. Hämeenlinna: Duodecim.

Crilly, Joseph, Chaboyer, Wendy & Creedy, Debra 2004. Violence toward emergency department nurses by patients. *Accident and Emergency Nursing* 12.

Distasio, Carol A. 2002. Protecting yourself from violence in the workplace. *Nursing* (32) 6.

Ellonen, Esa 1995. Asiakastyön henkilöturvallisuus - konfliktien kohtaaminen ja rauhoittaminen. Työturvallisuuskeskus. Helsinki: Edita.

Eloniemi - Sulkava, Ulla, Räikkönen, Outi, Saarikalle, Kristiina, Sormunen, Saila & Topo, Päivi 2007. Kohtaamisia dementiahoidon arjessa. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.

Euroopan työterveys- ja työturvallisuusvirasto 2010. www-sivut.
<http://osha.europa.eu>. Ei päivitystietoa. Luettu 4.3 2010.

Hirsjärvi, Sirkka, Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2001. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Kustannusyhtiö Tammi.

Hirvelä, Tiia, Hööpakka, Johanna 2006. Hoitohenkilökuntaan kohdistuva väkivalta vuodeosastolla. Diakonia ammattikorkeakoulu Hoitotyön koulutusohjelma. Porin yksikkö. Opinnäytetyö.

Isotalus, Nina & Saarela, Kaija Leena 2000a. Väkivalta on uhka työyhteisön hyvinvoinnille. www-dokumentti. Työterveiset 3/2000.
[http://www.ttl.fi/Internet/Suomi/Aihesivut/Tapaturmat/Tiedonlahteet/Vakivalta on uhka tyoyhteison hyvinvoinnille.htm](http://www.ttl.fi/Internet/Suomi/Aihesivut/Tapaturmat/Tiedonlahteet/Vakivalta%20on%20uhka%20tyoyhteison%20hyvinvoinnille.htm). Päivitetty 18.1.2005. Luettu 4.3.2009.

Isotalus, Nina & Saarela, Kaija Leena 2000b. Miten väkivaltaan voi varautua ennakolta? www-dokumentti. Työterveiset 3/2000.

<http://www.ttl.fi/Internet/Suomi/Tiedonvalitys/Verkkolehdet/Tyoterveiset/2000-03/07.htm>. Päivitetty 11.5.2002. Luettu 4.3.2009.

Isotalus, Nina & Saarela, Kaija Leena 2007. Vältä työväkivalta. Helsinki: Työterveyslaitos.

Jämsä, Kaisa & Manninen, Elsa 2000. Osaamisen tuotteistaminen sosiaali- ja terveysalalla. Helsinki: Kustannusyhtiö Tammi.

Kanerva, Reino 2008. Työ turvalliseksi. Työpaikan hyvät työturvallisuuskäytännöt. Helsinki: Edita Prima Oy.

Kansanterveyslaki 66/1972. Finlex- Valtion säädöstietopankki. www-sivut. www.finlex.fi. Päivitetty 1.1.2010. Luettu 22.7.2009.

Karvinen, Marjatta 2010. Väkivalta tunkee sairaalaan. Sairaanhoitaja-lehti 3/2010, 12 – 14.

Kuisma, Jukka 1994. Väkivaltariskien hallinta terveydenhuollon työpaikoilla. Teoksessa Työpaikkaväkivallan ehkäisy. Työntekijöiden ja asiakkaiden välisten väkivaltatilanteiden hallinnan opas. Työministeriö. Tampere: Pirkan Painotuote.

Kääriäinen, Maria & Lahtinen, Mari 2006. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tutkimustiedon jäsentäjänä. Hoitotiede 18 (1), 37 - 45.

Laitala, Outi 2008. Dementoituneen henkilön haasteellinen käyttäytyminen ja sen hoitotyön keinot dementiahoitoyksikössä. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu.

Laitoniemi, Merja 1993. Hoitajien käsityksiä ja kokemuksia fyysisestä väkivallasta psykiatristen sairaaloiden suljetuilla osastoilla. Helsingin yliopisto. Yleislääketieteen ja perusterveydenhuollon laitos. Pro gradu –tutkielma

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992. Finlex – Valtion säädöstietopankki. www-sivut. www.finlex.fi. Päivitetty 17.8.1992. Luettu 22.7.2009.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstöistä 559/94. Finlex – Valtion säädöstietopankki. www-sivut. www.finlex.fi. Päivitetty 28.6.1994. Luettu 22.7.2009.

Lampikoski, Kari & Lampikoski, Tommi 2003. Kehitä ideasi innovaatioksi. Vantaa. WSOY.

Lehestö, Mika, Koivunen, Olli & Jaakkola, Heikki 2004. Hoitajan turva. Helsinki: Edita.

Louhela, Saara & Saarinen, Satu 2006. Väkivalta terveydenhuollon eri toimialoilla. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma

Luukkonen, Sari 2010. Haastattelu 17.3.2010. Vs. toiminnanohjaaja. Mikkelin kaupunki. Sosiaali- ja terveystoimi. Vanhustenpalvelut. Päivätoiminta.

Markkanen, Kirsi 2000. Nimittely, uhkailu, potkiminen - hoitajan työn arkea. Selvitys hoitohenkilökunnan työpaikallaan kokemasta väkivallasta ja sen uhasta. Tehy ry. Julkaisusarja B: selvityksiä 3

Mikkelin kaupunki 2008. www-sivut.

http://www.mikkeli.fi/fi/sisalto/02_palvelut/05_sosiaali_ja_terveyspalvelut/29_vanhusten_hoitopalvelut/05a_kotihoito. Ei päivitystietoa. Luettu 22.11.2008.

Parkkunen, Niina, Vertio, Harri & Koskinen-Ollonqvist, Pirjo 2001. Terveysaineiston suunnittelun ja arvioinnin opas. Terveiden edistämisen keskus. Julkaisuja- sarja 7/2001. Helsinki: Tri-Offset.

Pitkänen, Anneli 2003. Potilaiden hoitajiin kohdistuva väkivalta psykiatrisessa hoitotyössä. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.

Pylkkänen, Kari, Syvälahti, Erkki & Tamminen, Tapani 2003. Keskeistä käytännön psykiatria. Hämeenlinna: Karisto Oy:n kirjapaino.

Rasimus, Mirja 2002. Turvattomuus työkaverina. Turvattomuus ja väkivalta sairaalan päivystyspoliklinikalla. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja.

Rippon, Thomas 2000. Aggression and violence in the health care professions. *Journal of Advanced Nursing* 13, 452 – 460.

Saarela, Kaija Leena & Isotalus, Nina 2000. Väkivaltatilanteet ja niihin varautuminen terveydenhuollossa. *Suomen Lääkärilehti* 34, 3323-3326.

Salanterä, Sanna & Hupli, Maija 2003. Tutkitun tiedon hankinta ja arviointi. Teoksessa: Lauri, Sirkka (toim.) Näyttöön perustuva hoitotyö. Helsinki: WSOY.

Sandelin, Pirkko 2007. Kertomuksia psyykkisestä väkivallasta terveydenhuollon työ- ja opiskeluyhteisöissä. Oulun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.

Savonia ammattikorkeakoulu. AVEKKI. Terveysala Kuopio. www-sivut. <http://webd.savonia-amk.fi/projektit/markkinointi/avekki/default.aspx?link=ETUSIVU>. Ei päivitystietoja. Luettu 18.9.2009.

Sosiaalihuoltoasetus 607/83. Finlex- Valtion säädöstietopankki. www-sivut. www.finlex.fi. Päivitetty 1.3.1998. Luettu 18.5.2009.

Sosiaalihuoltolaki 710/82. Finlex - Valtion säädöstietopankki. www-sivut. www.finlex.fi. Päivitetty 17.9.1982. Luettu 15.5.2009.

Strand, MarieLouise, Benzein, Eva & Saveman, Britt-Inger 2004. Violence in the care of adult person intellectual disabilities. *Journal of Clinical Nursing* 13.

Taattola, Seija 2007. Väkivallan ennaltaehkäisy ja hallinta: sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön arvioita AVEKKI kouluttajakoulutuksesta. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu- tutkielma.

Teräsvuori, Tina 2006. Potilaiden hoitohenkilökuntaan kohdistama väkivalta päivystyspoliklinikalla. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.

Toivanen, Liisa 2005. Turvallisuuskulttuuria kehittämässä: kunnan työntekijöiden kokema turvattomuus työssä. Oulun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.

Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli 2003. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta, 2002. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausten käsitteleminen. Verkkodokumentti. Viitattu 20.4.2010.

<http://www.protsv.fi/tenk/JulkaisutjaOhjeet/htkfi.pdf>

Työministeriö 1994. Työpaikkaväkivallan ehkäisy. Työntekijöiden ja asiakkaiden välisten väkivaltilanteiden hallinnan opas. Tampere: Pirkan Painotuote Ky.

Työterveyshuoltolaki 1383/2001. Finlex - Valtion säädöstietopankki. www-sivut. [www-finlex.fi](http://www.finlex.fi). Päivitetty 21.12.2001. Luettu 16.5.2009.

Työterveyslaitos 2010. Työpaikkakiusaaminen. www-sivut.

http://www.ttl.fi/fi/tyoturvallisuus_ja_riskien_hallinta/tyovakivalta/sivut/default.aspx.

Päivitetty 21.4.2010. Luettu 21.4.2010.

Työturvallisuuskeskus 2008. Turvallisesti hoiva- ja hoitotyössä. Työskentely asiakkaan kotona. Työturvallisuuskeskus TTK, kuntaryhmä: Painojussit Oy.

Työturvallisuuskeskus 2009. Väkivalta pois palvelutyöstä. Työturvallisuuskeskus TTK, kuntaryhmä ja palveluryhmä: Painojussit Oy.

Työturvallisuuslaki 738/2002. Finlex - Valtion säädöstietopankki. www-sivut.
www.finlex.fi. Luettu 15.5.2009.

Vilen, Marika, Leppämäki, Päivi & Ekström, Leena. 2002. Vuorovaikutuksellinen tukeminen sosiaali- ja terveysalalla. 3. uusittu painos. Helsinki: WSOY.

Vilen, Marika, Leppämäki, Päivi & Ekström, Leena. 2008. Vuorovaikutuksellinen tukeminen. Helsinki: WSOY.

Weizmann-Henelius, Ghitta 1997. Väkivaltaisen ihmisen kohtaaminen. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.

WHO 2002. Väkivalta ja terveys maailmassa. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Ky.

Åström, Sture, Bucht Gösta, Eisemann, Martin, Norberg, Astrid & Saveman, Britt-Inger. 2002. Incidence of violence towards staff caring for the elderly. Scandinavian Journal of Caring Sciences 16.

LIITE 1 Kirjallisuuskatsaus

Tutkimuksen bibl.tiedot	Tutkimus- kohde	Otoskoko, menetelmä	Keskeiset tulokset	Omat intressit työn kannalta
<p>1. Laitoniemi, Merja 1993. Hoitajien käsityksiä ja kokemuksia fyysisestä väkivallasta psykiatristen sairaaloiden suljetuilla osastoilla. Helsingin yliopisto. Pro gradu.</p>	<p>Psykiatristen sairaaloiden suljettujen osastojen henkilökunta Suomessa</p>	<p>Satunnaisotanta psykiatrisista sairaaloista ja niiltä sitten kultakin osastolta kokonaisotanta hoitohenkilökunnasta. Menetelmänä käytettiin kyselylomaketta. Tutkimus oli määrällinen tutkimus. N=242</p>	<p>Fyysistä väkivaltaa kokenut 88 % vastanneista. aiheuttivat pelkoreaktiota, nukahtamisvaikeuksia ja syyllisyyttä. Jälkipuinti riittävää vain ¼ mielestä, 70 % mielestä väkivaltatilanteita voi hallinta ammattitaidolla ja tiedolla. Vanhemmat työntekijät hyväksyivät väkivallan nuoria työntekijöitä enemmän. 50% piti fyysisestä väkivaltaa osana työtä</p>	<p>Jälkipuinti ja kokemukset väkivaltatilanteissa.</p>
<p>2. Rasimus, Mirja 2002 Turvattomuus työkaverina. Turvattomuus ja väkivalta sairaalan päivystyspoliklinikalla. Väitöskirja. Kuopion yliopisto. Kuopion yliopiston painatuskeskus.</p>	<p>Yliopisto- ja keskussairaaloiden sekä neljän aluesairaalan päivystyspoliklinikat Suomessa, organisaatioita yhteensä 25</p>	<p>Otos (N=929) 2 strukturoitua kyselylomaketta toinen henkilökunnalle ja toinen lähijohtajille. Henkilökunnan lomakkeessa oli lisäksi kaksi avointa kysymystä. 10 poliklinikalla, jotka valittiin arpomalla, pidettiin viikon ajan päiväkirjaa. Päiväkirjat analysoitiin sisällön analyysillä. -</p>	<p>Riskitekijöitä ovat päihteiden käyttäjät, väkivaltaisesti käyttäytyvät potilaat, kiireinen työtahti ja henkinen väsyminen. Väkivaltatilanteet käsitellään puutteellisesti. Työnohjausta on huonosti saatavilla eikä sen merkitystä täysin ymmärretä</p>	<p>Työnohjaus Ennaltaehkäisy Jälkikäsitteily Työhyvinvointi</p>

tutkimuksen bibl. tiedot	tutkimuskohde	otoskoko, menetelmät	keskeiset tulokset	omat intressit työn kannalta
3. Pitkänen, Anneli, 2003. Potilaiden hoitajiin kohdistama väkivalta psykiatrisessa hoitotyössä. Pro gradu-tutkielma. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos.	Akuuttipsykiatrisessa sairaala- ja avohoidossa työskentelevät hoitajat	N=17, teemahaastattelu	Laukaisevat tekijät liittyvät usein itsemääräämisoikeuden rajoittamiseen. Hoitajien käyttämiä hallintakeinoja olivat mm lisäavun paikalle kutsuminen, keskustelemalla rauhoittaminen, lääkitseminen, fyysinen rajoittaminen, hoitajan vetäytyminen paikalta.	Ennaltaehkäisy Tilanteenhallinta Menetelmät kohdata väkivaltainen asiakas
4. Juntunen, Heikki, Kehänen, Virpi & Konnu Paavo 2005. Uhkaavat tilanteet ensiapupoliklinikan hoitotyössä. Etelä-Karjalan Ammattikorkeakoulu. Ensihoidon koulutusohjelma. Opinnäytetyö.	Etelä-Karjalan keskussairaalan ja Honkaharjun sairaalan ensiapupkl:n henkilökunta	Laadullinen tutkimus, teemahaastattelu (2 kpl) 15+14 henkilöä.	Uhkaavia ja väkivaltaisia tilanteita koetaan ensiapupkl lähes viikoittain. Sanallinen uhkailu ja haukkuminen ovat henkisestä väkivallasta suurin ryhmä. Päihteiden sekakäyttäjät koetaan yhtenä suurena riskiryhmänä.	Henkilökunta kaipaa toimintaohjeita, tarve ohjaukseen Aggressiivisen asiakkaan käytös; sanallinen uhkailu, haukkuminen Päihteet ja sekakäyttö

tutkimuksen bibl. tiedot	tutkimuskohde	otoskoko, menetelmät	keskeiset tulokset	omat intressit työn kannalta
<p>5. Toivonen, Liisa 2005. Turvallisuuskulttuuria kehittämässä: kunnan työntekijöiden kokema turvattomuus työssä. Oulun yliopisto, hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Pro gradu.</p>	<p>Tutkimuskohderyhmän muodostivat Limingan kunnan eri hallinnonaloilla työskentelevä henkilöstö.</p>	<p>N= 383, strukturoitu kyselylomake</p>	<p>Neljä viidesosaa vastaajista piti suurimpana asiakasriskiryhmänä huumeiden käyttäjiä sekä alkoholin ja lääkkeiden sekakäyttäjiä. Väkivaltatilanteiden rekisteröinti ja niistä tiedottaminen oli sattumanvaraista.</p>	<p>Jälkikäsitteily, väkivaltatilanteiden ennakointi, turvallisuutta parantavat tekijät</p>
<p>6. Hirvelä, Tiia & Hööpakka, Johanna 2006. Hoitohenkilökuntaan kohdistuva väkivalta vuodeosastolla. Diakoniamattikorkeakoulu. Porin yksikkö. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö</p>	<p>Satakunnan keskussairaalan konservatiivinen ja operatiivisen tulosalueen vuodeosastot. (3 sis, 2 kir)</p>	<p>N=106, kvalitatiivinen ja kvantitatiivinen kysely</p>	<p>Hieman yli puolet kohtasi väkivaltaisia potilaita kuukausittain tai useammin. Psykkinen väkivalta ilmeni nimittelynä, haukkumisena ja fyysinen väkivalta mm. potkimisena, tarttumisena ja lyömisenä.</p>	<p>Koulutuksen tarve Esimiehen tuki Jälkikäsitteily</p>

tutkimuksen bibl. tiedot	tutkimuskohde	otoskoko, menetelmät	keskeiset tulokset	omat intressit työn kannalta
<p>7. Louhela, Saara ja Saarinen, Satu 2006. Väkiwalta terveydenhuollon eri toimialoilla. Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos. Pro gradu.</p>	<p>74 toimipistettä Etelä- ja Keski-Suomessa.</p>	<p>Strukturoidut kysymykset (n=240) + avoimia kysymyksiä. täytettiin lomaketta uhka- ja väkivaltatilanteista. seuranta kesti 1-3 kk</p>	<p>Suurin osa väkivaltatilanteista tapahtui perushoidon yhteydessä tai silloin, kun potilaan toimintaa jouduttiin rajoittamaan. Muutkin hoitotoimet saattavat laukaista konfliktin.</p> <p>Noin 10 % tapauksista oli sellaisia, joissa potilas ryhtyi työntekijän mukaan väkivaltaiseksi ilman näkyvää ärsykettä. Laukaisevia tekijöitä oli mm lääkkeen antaminen. Väkivaltainen asiakas on usein vanhus</p>	<p>Ennaltaehkäisy Aggressiivisuutta laukaistavat tekijät Toiminta väkivalta tilanteissa</p>
<p>8. Teräsvuori, Tina 2006. Potilaiden hoitohenkilökuntaan kohdistaman väkivaltapäivystyspoliklinikalla. Turun yliopisto, hoitotieteen laitos. Pro gradu</p>	<p>Kolmen sairaalan päivystyspkl henkilökunta Etelä-Suomessa</p>	<p>n=20, teemahaastattelu</p>	<p>Verbaalinen, henkinen ja fyysinen hoitohenkilökuntaan ja hoitoympäristöön kohdistuva väkivaltainen käyttäytyminen. Väkiwalta koetaan erilaisina psyykkisinä ja fyysisinä tunteuksina, miten se koetaan ja miten käsitellään</p>	<p>Jälkikäsitteily Aggressiivisuutta laukaistavat tekijät Hallintakeinot Väkivallan vaikutus työntekijään</p>

tutkimuksen bibl. tiedot	tutkimuskohde	otoskoko, menetelmät	keskeiset tulokset	omat intressit työn kannalta
<p>9. Sandelin, Pirkko 2007. Kertomuksia psyykkisestä väkivallasta terveydenhuollon työ- ja opiskeluyhteisöissä. Oulun yliopisto.</p>	<p>Tutkimusaineisto muodostui suomalaisten terveydenhuollon työntekijöiden ja opiskelijoiden psyykkisen väkivallan kokemuksellisista kertomuksista, jotka sijoittuivat suomalaisiin terveydenhuollon työ- ja opiskeluyhteisöihin. Kertojia haettiin lehti-ilmoituksen kautta.</p>	<p>Kahdessa eri vaiheessa v 2002–2006. 1. vaiheen aineiston muodostivat kirjeet, joita oli 32. 2. vaihe koostui keskusteluhaastattelusta. Litteroidut kirjeet ja keskusteluhastattelut tuottivat aineistoksi 482 sivua tekstiä.</p>	<p>Psyykkisen väkivallan otollisia olosuhteita olivat talouslama ja sen seuraukset sekä yhteisön muuttuneet arvot. Psyykkiselle väkivallalle altistuneen uhrin yksilöllisiä ominaisuuksia olivat mm. avoimuus, luottavaisuus ja innokkuus</p>	<p>Psyykkisen väkivallan kokeminen Sisäiset ja ulkoiset asioiden ja kokemusten käsittely (jälkipointi)</p>

tutkimuksen bibl. tiedot	tutkimuskohde	otoskoko, menetelmät	keskeiset tulokset	omat intressit työn kannalta
<p>10 Laitala, Outi 2008. Dementoituneen henkilön haasteellinen käyttäytyminen ja sen hoitotyön keinot dementiahoitoyksikössä. Hoitotieteenlaitos. Turun yliopisto. Pro gradu-tutkielma.</p>	<p>Eri puolella Suomea dementiahoitoyksiköissä työskentelevät johtavat hoitajat</p>	<p>n=285. Aineisto kerättiin kyselylomakkeella. Lomakkeessa oli strukturoituja, puoliavoimia ja avoimia kysymyksiä. Vastaukset analysoitiin osin kvantitatiivisesti SPSS 12-ohjelmalla ja osin kvalitatiivisesti sisällön analyysillä.</p>	<p>Haasteellisen käyttäytymisen yleisiä ilmenemismuotoja olivat levottomuus, aggressiivisuus ja toistuva kysely. Muita ilmenemismuotoja olivat mm. huutaminen, hoitoimenpiteiden vastustaminen ja sylkeminen. Hoitokeinoina käytettiin mm. ajan antamista, huomion kiinnittämistä muuhun toimintaan ja hoitajien ammattitaidon osa-alueita.</p>	<p>Menetelmät kohdata aggressiivinen asiakas Taustalla olevat tekijät</p>

LIITE 2 Ohjeistus henkilökunnalle

AGGRESSIIVISEN ASIAKKAAN KOHTAAMINEN-
OHJEISTUS KOTIHOIDON HENKILÖKUNNALLE

Mikkelin kaupunki

Tämän ohjeistuksen tarkoitus on antaa työntekijöille tietoa ja toimintatapamalleja aggressiivisen asiakkaan kohtaamiseen sekä väkivaltaisen tilanteen hallintaan ja jälkikäsittelyyn. Ohjeistus on laadittu opinnäytetyönä Mikkelin ammattikorkeakoulun Savonlinnan yksikössä.

**Kohtele asiakasta ammatillisesti ja asiallisesti.**

Ensimmäinen kontakti asiakkaaseen tai potilaaseen määrää suurelta osin vuorovaikutuksen suunnan

- Toimi ammatillisesti.
- Arvosta asiakasta.
- Ole ystävällinen ja suhtaudu kunnioittavasti.
- Muista kohtelias käytös.
 - o Esittele itsesi.
 - o Puhuttele asiakasta nimellä.

- Korjaa mahdollinen virheesi ja pyydä anteeksi.

Muista työturvallisuuslain (738/2002) ja työterveyshuoltolain (1383/2001) velvoitteet.

Työturvallisuuslaki velvoittaa ennen kaikkea työnantajaa huolehtimaan työntekijän turvallisuudesta ja terveydestä työssä. Työntekijän on noudatettava työnantajan toimivaltansa mukaisesti antamia määräyksiä ja ohjeita.

Ennaltaehkäise uhkaavat tilanteet.

Väkivaltaista käyttäytymistä pystytään jonkin verran ennakoimaan, joten ongelmatilanteisiin varautuminen ja ennalta suunniteltujen toimintamallien harjoittelu on tärkein yksittäinen työturvallisuutta parantava tekijä sosiaali- ja terveydenhuollossa.

- Perehdy asiakkaan taustoihin.
 - Osaat ennakoida mahdollisia haastavia tilanteita.
- Tiedosta riskit.
 - Osaat varautua ja olla valppaana.
- Huomioi psyykkisen tilan muutokset ja tiedota asiasta toisille.
 - Oireet: sulkeutuneisuus, vihamielisyys, harhat, kiihtyneisyys
 - Nopea puuttuminen voi ehkäistä fyysisen väkivaltatilanteen.
- Ole aidosti läsnä.
 - Keskity asiakkaaseen.
 - Ole empaattinen.
- Havainnoi, aisti.
 - Kiinnitä huomiota sanattomiin viesteihin (mm. eleet, ilmeet, vartalon asento).
 - Hyvä vireystila mahdollistaa uhkatilanteiden nopean havainnoinnin ja niihin puuttumisen.
- Hälytä ajoissa apua.
 - Pidä turvalaite helposti saatavilla.
 - Nopea lisäavun hälyttäminen voi estää väkivaltaisen yhteenoton.
- Jos asiakas on aggressiivinen...
 - Älä mene asiakkaan luokse.
 - Soita virka- apua.

- Jos asiakas on päihtynyt...
 - o Älä mene yksin.
 - o Odota työparin saapumista.

Pidä nollatoleranssi

Työyhteisössä ei tule hyväksyä minkäänlaista väkivaltaa, sillä lievänkin väkivallan ”hiljainen hyväksyminen” lisää riskejä ja eriarvoisuutta työyhteisössä.

- Puutu väkivaltaan välittömästi.
- Älä hyväksy väkivaltaa missään muodossa.
 - o Hyväksyminen antaa väärän viestin asiakkaalle, heidän läheisilleen, työyhteisölle ja koko yhteiskunnalle.
- Työyhteisöön yhtenäiset käytännöt.
 - o Noudata toimintaohjeita.
 - o Muista väkivaltatilanteiden käsittely.

Viesti tehokkaasti.

Uhkatilanteissa kommunikointi voi olla hankalaa, silti tulisi pyrkiä rauhalliseen ja asialliseen vuorovaikutukseen. Vuorovaikutus on tärkein väkivaltaa ennaltaehkäisevä tekijä.

- Pyri myönteiseen vuorovaikutukseen.
 - o Puhu rauhallisesti ja selkeästi, jolloin toimit rauhoittavana esimerkkinä ja sinut ymmärretään.
 - o Älä näytä pelkoasi tai kiukkuasi.
 - o Älä uhkaile vastatoimilla.
 - o Varmista ymmärrys kysymällä.
- Säilytä keskusteluyhteys.
 - o Kerro koko ajan aikeistasi.
 - o Voitat aikaa jatkotoimia varten tai apuvoimien saapumiseen.
 - o Jos mahdollista, esitä vaihtoehtoja, jolloin vältetään ajautumasta umpukujaan.
 - o Pyri sopimukseen asiakkaan kanssa.

- Kuuntele asiakasta.
 - Saat tietoa tilanteeseen johtaneista syistä.
 - Pystyt ymmärtämään käyttäytymisen takana olevia tarpeita ja tunteita.
 - Ota asiakas todesta.
 - Älä ryhdy väittelyyn vaan myötäile.
 - Osoita kiinnostusta, empatiaa ja auttamisen halua.
- Pidä katsekontakti.
 - Vältä tuijottamista, koska se koetaan uhkaavana.
 - Katsekontaktin välttäminen kertoo pelosta.
- Vältä kiireen tuntua
 - Viestitä todellista välittämistä.
 - Saat asiakkaan kokemaan itsensä ja asiansa tärkeäksi.

Huomioi turvallisuustekijät

Rekisteröi tilanteessa olevat riski- ja suojaavat tekijät ja toimi työyksikössä sovittujen turvallisuusohjeiden mukaisesti.

- mahdollisuus hälyttää apua
 - Pidä turvalaite helposti saatavilla.
- Pidä perääntymistie auki.
 - Fyysisessä uhkatilanteessa poistu tilanteesta heti, kun se on mahdollista.
- Poista mahdolliset uhkatekijät.
 - Älä pidä näkyvillä teräviä esineitä, huomioi niiden olemassaolo.
 - Älä pidä avaimia kaulassa -> siirrä ne taskuun.
- Huomioi sopiva etäisyys.
 - Säilytä turvaväli 1,5 - 2 m, jolloin olet vähemmän uhkaava ja pääset tarvittaessa pakenemaan.
 - Jos olet liian kaukana, viestii se pelosta tai vastenmielisyydestä.
 - Jätä uhkaavalle tilaa, huomioi asiakkaan reviiri.
 - Anna myös asiakkaalle mahdollisuus perääntyä ”kunniallisesti”, kasvojaan menettämättä.
- Pyydä väkivaltatilanteessa ylimääräisiä henkilöitä poistumaan.

- Voi rauhoittaa tilannetta
- Ulkopuoliset eivät joudu väkivallan kohteeksi.

Säilytä fyysinen turvallisuus

- Seiso sivuttain, älä käännä selkääsi.
 - Näytät pienemmältä ja vähemmän uhkaavalta.
 - Sinuun on vaikeampi osua.
 - Säilytät näköyhteyden asiakkaaseen.
- Pidä kätesi näkyvillä ja avoimina.
 - Viestii rauhallisuudesta
- Jos asiakas uhkaa lyödä...
 - Nosta kädet kämmenet auki suojaamaan itseäsi.
 - Jos mahdollista, pöytä tai joku muu asiakkaan ja itsesi väliin.
- Puolusta itseäsi.
 - Jokaisella on laillinen oikeus puolustaa itseään.
 - Käytä opittuja itsepuolustustaitoja.
 - Hätävarjelu on suhteutettava hyökkäyksen vakavuuteen ja voimaan.
- Aseellisessa tai muuten vakavassa uhkauksessa suostu vaatimuksiin heti ja tilanteen mentyä ohi ota yhteys poliisiin.

Huolehdi jälkikäsittelystä (työntekijän ja asiakkaan)

Väkivallan tai sen uhan kokeminen on aina traumaattinen kokemus ja sillä on fyysisiä ja psyykkisiä seuraamuksia. Väkivallan tai sen uhan kohteeksi joutunut tarvitsee työtovereiden ja esimiehen tukea.

- Tilanteen läpikäyminen työyhteisössä
 - Avoin keskustelu
 - Stressireaktion välttäminen
 - Avoimuus ja ymmärtämys työyhteisössä lisääntyvät
 - Lisää yhteisöllisyyttä, turvallisuus koetaan yhteiseksi asiaksi
 - Syyllistämättömyys
- Tilanteesta oppiminen
 - Mikä aiheutti aggression?
 - Miten toimittiin?

- Olisiko ollut ennaltaehkäistävässä?
- Olisiko voitu toimia toisin?
- Asiakkaan palauttaminen päiväjärjestykseen tilanteen rauhoituttua
 - Kuuntele asiakkaan näkökulma
 - Yhdistä käyttäytyminen tunteisiin
 - Pohtikaa vaihtoehtoisia käyttäytymismalleja
 - Keskustele asiakkaan kanssa siitä, kuinka asiakkaan kanssa jatkossa toimitaan.
- Esimiehen tuki
 - Auttaa kriisistä selviytymisessä.

Kirjaa kaikki väkivalta- ja uhkatilanteet ja saata ne organisaation tietoon

Väkivaltatilanteet kirjaamalla työyhteisö saa hyödyllistä tietoa turvallisuuden parantamiseksi. Jos väkivalta- tai uhkatilanteet jäävät kirjaamatta, eikä niitä saateta työyhteisön tietoon, tilanteisiin ei voida vaikuttaa.

- Kirjaa kaikki väkivalta- ja uhkatilanteet sekä raportoi esimiehelle ja työterveyshuoltoon.
 - Syntyy yhtenäinen kirjaamiskäytäntö, joka madaltaa kynnystä kirjaamiseen.
 - Kaikki tietävät, mitkä asiat kirjataan ja miksi.
 - Yhtenäiset ohjeet muokkaavat henkilöstön asennetta myönteisemmäksi kirjaamisen suhteen.
 - Saadaan tietoa väkivaltatapahtumista.
 - Kirjatut tilanteet tilastoidaan ja käydään läpi työyksikön palavereissa.
 - Voidaan tehdä tilastoja ja kartoittaa riskejä.
 - Pystytään ennakoimaan tulevia tilanteita.
 - Kehitetään toimintamalleja väkivaltatilanteisiin.
 - Arvioidaan turvallisuuden tasoa.

Huolehdi, että saat perehdytystä ja koulutusta.

Työpaikan turvallisuuskulttuuri on luotava sellaiseksi, jossa turvallisuus on tärkeä ja yhteinen asia. Turvallisuusasioihin perehtyminen ja koulutus sekä taitojen ylläpitäminen on jokaisen työntekijän velvollisuus.

- Turvallisuusohje löytyy peruskansiosta.
 - o Selkeät säännöt luovat turvallisuutta.
 - o Ohje on kaikkien luettavissa.
 - o Uudet työntekijät ja opiskelijat perehdytetään turvallisuusasioihin.
- Työyhteisön kouluttamisessa pääpaino on ennakoinnin ja ennaltaehkäisyn harjoittelussa.
 - o Työntekijä saa valmiudet uhkaavista tilanteista selviytymiseen (vuorovaikutustaidot, itsepuolustus, teoriatieto aggressiivisuudesta ja sen syistä).
 - o Riski joutua uhkaavaan tilanteeseen vähenee koulutetuilla työntekijöillä.
- Työntekijöiden tulee noudattaa työnantajan ja esimiehen ohjeita.

Lisätietoja ja lähdekirjallisuutta opinnäytetyössämme.