



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU
Yhdessä enemmän

Vanhusten asumispalveluissa työskentelevien hoitajien kokema asiakasväkivalta

Minna Hämäläinen

2018 Laurea



Laurea-ammattikorkeakoulu

**Vanhusten asumispalveluissa
työskentelevien hoitajien kokema
asiakasväkivalta**

Minna Hämäläinen
Hoitotyön koulutus
Opinnäytetyö
Toukokuu, 2018

Minna Hämäläinen

Vanhusten asumispalveluissa työskentelevien hoitajien kohtaama asiakasväkivalta

2018

Sivumäärä 50

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa missä määrin ja minkälaista fyysistä ja psyykkistä asiakasväkivaltaa tai sen uhkaa vanhusten asumispalveluiden hoitajat työssään kokevat, ja miten he raportoivat kokemaansa. Opinnäytetyön tavoitteena oli saada ajantasaista tutkimustietoa, jonka perusteella työnantaja voisi tarvittaessa kartoittaa hoitajien turvallisuutta lisääviä kehittämiskohteita eli koulutusta tai yhteneväinen ohjeistus siitä, kuinka väkivalta-tilanteita tulisi välttää tai niissä toimia, ja miten ne tulisi oikeoppisesti raportoida.

Opinnäytetyön viitekehys ja teoriapohja muodostuivat käsitteistä: ikääntyneiden hoitotyö, muistisairaudet, asiakasväkivalta ja vaaratapahtumien raportointi. Opinnäytetyö toteutettiin käyttäen laadullista tutkimusmenetelmää. Aineisto kerättiin neljässä asumispalveluyksikössä ryhmähaastatteluilta, jotka äänitettiin ja litteroitiin. Tutkimusaineisto analysoitiin käyttäen teemoittelua.

Tutkimuksen tuloksen perusteella kaikki haastatellut hoitajat olivat kokeneet sekä fyysistä että sanallista asiakasväkivaltaa ja sen uhkaa, sekä asukkaiden että omaisten taholta. Heidän kokemuksensa vaihtelivat ainoastaan sen suhteen, kuinka usein väkivaltaa kohdattiin, joka vuorostaan oli suhteessa siihen kuinka vaativissa asukasyksiköissä he työskentelivät.

Johtopäätöksenä voitiin todeta, että väkivallan kohtaaminen kuului työn kuvaan. Hoitajat kokivat käytöshäiriöiden olevan selkeästi sairaudesta johtuvia ja vaikeasti lääkityksellä hallittavissa, joten he eivät kokeneet käytännön toimenpiteiden muuttamisella olevan suurta merkitystä. Hoitajat korostivat enemmän tiedon lisäämisen ja jakamisen tärkeyttä työyhteisössä. Väkivalta-tilanteet raportoitiin päivittäisen hoitotyön kirjaamisen yhteydessä. Vain vakavimmista, vammoihin tai sairaslomiin johtavista, ennalta-arvaamattomista tai asukkaisiin kohdistuvista väkivalta-tapauksista tehtiin HiPro-ilmoituksia.

Kehittämiskohteiksi nousi esiin hoitajien lisäkoulutus koskien sekä muistihäiriöisten asukkaiden hoitoa, että haasteellisia vuorovaikutustilanteita. Myös HiPro-raportoinnin selkeyttäminen tai toisenlaisen raportointijärjestelmän käyttö voisi yksiköissä olla ajankohtainen.

Asiasanat: asumispalvelut, muistisairaudet, asiakasväkivalta

Bachelor's thesis

Minna Hämäläinen

Patient violence experienced by nurses working in housing services for the elderly

2018

Pages

50

The purpose of this thesis was to survey how much and what type of physical and psychological patient violence or the threat of it do nurses working in housing services for the elderly face, and how they report their experiences. The objective was to gather researched updated information, on which to possibly base further developments by the employee to improve nurse-safety i.e. practical additional training or clear instructions on how to avoid or act in violent situations and how to correctly report them.

The theoretical framework of the thesis was based on the following concepts: nursing of the elderly, memory disorders, patient-violence and incident reporting. The thesis was carried out using a qualitative research method. The empirical data was collected by carrying out group interviews of nurses in four housing service units. The interviews were recorded, then transcribed and the data analysed using thematic analysis.

The result of the research showed that all interviewed nurses had experienced physical and psychological violence and the threat of it, both from patients and their families. Their experiences varied only in relation to how often violence had been faced, which in turn varied according to how demanding a unit they had worked at.

In conclusion it could be said that facing violence was a normal characteristic of nursing in the units concerned. The nurses felt that behavioural problems were clearly illness-related and medically difficult to control, and by changing working practices would do little to improve the situation. More emphasis was put on increased and shared information within the working community. Violent incidents were reported by daily reporting. Only cases concerning unforeseen or serious violence leading to injuries or sick leaves, or cases involving other patients were HiPro-reported.

Possible topics for further development could be arranging additional training of memory disorder nursing and interaction skills for the nurses. Also the clarification of the HiPro system or choosing another reporting system could be actual in these units.

Keywords: housing services for the elderly, memory disorders, patient-violence.

Sisällysluettelo

1	Johdanto	6
2	Teoria.....	7
2.1	Ikääntyneiden hoitotyö	7
2.2	Asumispalvelut	9
2.3	Muistisairaudet	10
2.4	Väkivaltainen käyttäytyminen	13
2.5	Työsuojelu ja työturvallisuus	16
2.6	Asiakasväkivalta	18
2.7	Vaaratapahtumat ja niiden raportointi	21
2.8	HaiPro-ilmoitus	24
3	Menetelmät ja toteutus	24
3.1	Opinnäytetyön tutkimustehtävät.....	24
3.2	Menetelmän kuvaus.....	25
3.3	Aineiston keruu.....	27
3.4	Analysointimenetelmä	29
4	Tulokset	30
4.1	Väkivaltatilanteiden ilmeneminen	31
4.1.1	Tyypillisuus.....	31
4.1.2	Esiintyvyys.....	31
4.1.3	Aiheuttajat.....	33
4.2	Väkivaltatilanteiden käsittely	33
4.2.1	Tilanteet	33
4.2.2	Oma suhtautuminen	34
4.2.3	Yhteistyö.....	35
4.3	Väkivallan raportointi	36
4.3.1	Raportointiohjeet	36
4.3.2	Käytäntö	36
4.3.3	Raportoimattomuus.....	37
5	Johtopäätökset ja pohdinta	38
5.1	Johtopäätökset	38
5.2	Pohdinta	39
5.3	Tutkimuksen etiikka	40
5.4	Tutkimuksen luotettavuus	42
	Lähteet.....	44
	Liite 1.....	48
	Liite 2.....	49
	Liite 3.....	50

1 Johdanto

Tämän opinnäytetyön toimeksiantaja oli Lohjan kaupungin Ikääntyneiden palvelualue, joihin kuuluu yhdeksän eri tehostetun asumispalvelun yksikköä. Kaikissa näissä palvelutalo- tai ryhmäkotiyksikössä on dementoivia sairauksia sairastavia asukkaita ja muutama yksikkö on heidän hoitoonsa erikoistunut. Alueella on asiakasväkivallan esiintyvyyttä tutkittu kotihoidon saralla 2016, sillä laajemman tutkimustiedon perusteella kotihoidon hoitajien kohtaamaa asiakas- ja omaisväkivalta on lisääntynyt huolestuttavasti. Aikaisemmin ei ole kartoitettu asumispalveluiden hoitohenkilökunnan kokemuksia asiakasväkivallasta, joten myös siitä haluttiin saada tutkittua tietoa.

Sähköinen HaiPro-ilmoitus tulisi tehdä jokaisesta hoitotyön poikkeamatilanteesta, mutta olettamuksena on, että kaikkia väkivalta- ja läheltä-piti tilanteita ei erinäisten syiden takia raportoida. Asiakasväkivallan esiintyvyydestä haluttiin toimeksiantajan puolesta saada tutkittua tietoa, jonka perusteella hoitajien työturvallisuutta ja -kuormitusta voitaisiin asumisyksiköissä parantaa.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa hoitajien kokemuksia asiakasväkivallasta. Asumispalveluiden hoitajille kohdistetun kyselytutkimuksen perusteella pyrittiin selvittämään nykytilanne, eli missä määrin ja minkälaista fyysistä ja psyykkistä asiakasväkivaltaa tai sen uhkaa ikääntyneiden asumispalveluiden hoitajat työssään kokevat. Tarkastelun alla oli myös se, miten hoitohenkilökunta raportoi kokemaansa, tai jättää raportoimatta ja miksi. Opinnäytetyön tavoitteena oli saada aiheesta tutkimustietoa, jonka perusteella asumispalveluiden osalta voitaisiin saada kartoitettua kehittämiskohteita. Olisiko tarpeen saada luotua hoitajille työn turvallisuutta edistävää koulutusta sekä yhteneväinen ohjeistus siitä, kuinka väkivalta-tilanteissa tulisi toimia ja miten ne tulee raportoida. Ja ennen kaikkea miten saadun tiedon perusteella löytyisi keinoja, joilla väkivaltatilanteita voitaisiin jatkossa paremmin ratkoa, vähentää ja välttää.

2 Teoria

Tutkimuksen teorian viitekehyksen muodosti vanhusten asumispalveluissa tehtävä hoitotyö ja etenkin dementoituneiden asiakkaiden väkivaltaisuudesta johtuvien vaaratapahtumien esiintyminen, sekä niistä raportointi. Opinnäytetyön tietoperustana toimi avainsanoihin perustuvan tiedonhaun perustella löytyvä tietokirjallisuus sekä tutkimusartikkelit, niiden luotettavuustekijät huomioiden. Avainsanat eli teoreettiset käsitteet tässä työssä olivat ikääntyneiden hoitotyö, asumispalvelut, muistisairaudet, väkivaltainen käyttäytyminen, työsuojelu ja työturvallisuus, asiakasväkivalta ja vaaratapahtumien raportointi sekä HiPro.

2.1 Ikääntyneiden hoitotyö

Väestön ikääntyminen on maailmalaajuinen ilmiö, ja eri puolilla maailmaa hoitotyöntekijät kohtaavat etenevässä määrin ikääntyneitä asiakkaita. Suomessa väestö ikääntyy muita maita nopeammin. Jo nyt palveluissa, joissa ikääntyneet ovat pääasiallisin asiakasryhmä, toimii yli 50.000 hoitotyöntekijää monissa eri toimintaympäristöissä: päivä- ja palvelukeskuksissa, kotihoitossa, palveluasumisessa ja laitoksissa. Lähes kaikki hoitotyöntekijät kohtaavat työssään ikääntyneitä ihmisiä, toimivatpa he sitten terveitä edistävien, ennaltaehkäisevien, akuuttitai pitkäaikaishoidon palveluyksiköissä. Tämän tekijäjoukon osaaminen vaikuttaa suurella määrällä asiakkaiden elämän- ja palvelun laatuun ja vaikuttamiseen. (Voutilainen, Routasalo, Isola & Tiikkainen 2008, 12.)

Lohjalla asui vuoden 2014 lopulla 9521 iältään 65 vuotta täyttänyttä henkilöä, joista 75 vuotta täyttäneitä oli 3882 henkilöä. Määrässä tapahtui kasvua edelliseen vuoteen nähden 65 vuotta täyttäneiden osalta 349 henkilöllä. 75 vuotta täyttäneiden osuus kasvoi 141 henkilöllä. Väestöennusteen mukaan 65 vuotta täyttäneiden osuus kasvaa edelleen tulevina vuosina. Etenevä muistisairaus on suurin yksittäinen iäkkäiden ihmisten pitkäaikaisen hoidon (omaishoito, kotihoito, pitkäaikaishoito) tarpeen aiheuttaja. Ikääntyvän väestön määrän kasvaessa myös muistisairauksia sairastavien määrä tulee kasvamaan, mikä merkitsee myös palvelutarpeen kasvua. Huomioitavaa on lisäksi, että 75 vuotta täyttäneiden osuus Lohjan asukkaista kasvaa merkittävästi. Vuoden 2014 väestötietojen mukaan 75 vuotta täyttäneiden osuus oli 8,1 % väestöstä, kun sen ennustetaan olevan vuonna 2030 jo 14,6 %. (Lohjan kaupunki 2016.)

Ikääntyneiden hoitotyön perusta on hoitotieteessä, minkä lisäksi hoitotyön sisältö rakentuu gerontologiselle tietoperustalle. Hoitotieteen peruskäsitteitä ovat ihminen, terveys, hoitotyö ja ympäristö. Ikääntyneiden hoitotyö on ihmisen hoitamista hänen voimavaransa huomioon ottaen siten, että hän ikääntymisestään, sairauksistaan ja toimintakyvyn vajauksistaan huolimatta voisi elää mahdollisimman toimintakykyisenä ja hyvinvoivana kotona, palveluasunnossa tai laitoksessa. Hoitotyön tavoite on asiakkaan terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen, jossa on fyysinen, psyykinen, sosiaalinen ja hengellinen ulottuvuus. Ikääntyneiden hoitotyön tavoitteessa korostuu ihmisen oma kokemus terveydestään ja hyvinvoinnistaan. Hoitotyön käytännössä toteutetaan preventiivistä, kuratiivista ja palliativista hoitotyötä. Hoitotyö perustuu hoito- ja palvelusuunnitelmaan, joka laaditaan yhdessä ikääntyneen ja hänen omaistensa kanssa. (Voutilainen, Vaarama, Backman, Paasivaara, Eloniemi-Sulkava & Finne-Soveri 2004, 70-75.)

Hoitotyö on ikääntyneen yksilöllisten fyysisten, psyykkisten, sosiaalisten ja hengellisten voimavarojen ja avuntarpeen määrittelyä. Hoitotyön auttamismenetelmien tulee perustua tutkittuun tietoon eli olla näyttöön perustuvia. Hoitajan rooli vaihtelee auttajan roolista ohjaajan ja tukihenkilön rooliin. Mitä suurempi on ikääntyneen avuntarve, sitä enemmän painottuu hoitajan toiminta. Kuntouttava työote ottaa huomioon ikääntyneen vähäisetkin voimavarat, huomioiden hänen vapautensa valita omat mielenkiinnon kohteet. Ikääntyneiden hoitotyön erityisosaaminen perustuu siihen, että ymmärretään biologiset, psyykkiset ja sosiaaliset vanhenemisprosessit ja vanhuus ainutkertaisena elämänvaiheena. Ikääntynyt elää kehitystehtävänsä, joka tarkoittaa eletyn elämän summaamista ja mielekkyyden löytämistä elämälle. Hoitotyö vaatii kykyä asettaa ihmisen elämänsä historia ja siihen kytkeytyvät yksilölliset voimavarat hoitotyön lähtökohdiksi. Hoitajan toiminnassa ikääntyneen hoitotyön erityisosaaminen on esimerkiksi hienovaraista kohtelua, otetaan mm. huomioon ihon arkuus ja liikkumisen aiheuttama kipu ja hoidettaessa ei puhuta ikääntyneen yli tai kuin lapselle. (Voutilainen, Vaarama, Backman, Paasivaara, Eloniemi-Sulkava & Finne-Soveri 2004, 70-75.)

Hoitotyön perusta on hoitajan ja ikääntyneen kohtaaminen ja perushoito sisältää paljon koskettamista ja fyysistä läsnäoloa. Kuitenkaan pelkkä läsnäolo ei automaattisesti johda kohtamiseen, vaan ihmistä voidaan näennäisesti hoitaa hyvin, mutta vuorovaikutus voi olla kliinistä ja etäistä. Kohtaaminen edellyttää molempien valmiutta läheisyyteen ja hoitajan tulee kyetä aistimaan ikääntyneen henkilökohtaisen reviirin rajat. Kaikille ikääntyneille kohtaaminen ei merkitse fyysistä läheisyyttä, vaan se voi myös todentua esimerkiksi todesta ottamisena. Hoitotyö on oman persoonallisuuden käyttämistä työvälineenä, johon voi liittyä myös vahvoja tunteita. Ikääntyneiden hoitotyö voi antaa hoitajalle tyydytystä, mutta myös asettaa hoitajan

omalle jaksamiselle vaatimuksia. (Voutilainen, Vaarama, Backman, Paasivaara, Elo-niemi-Sulkava & Finne-Soveri 2004, 70-75.)

Ikääntyneiden hoitotyössä asiakassuhteet koetaan keskeiseksi työn mielekkyyden lähteeksi, mutta samalla yhdeksi kuormitustekijäksi. Asiakkaisen häiriökäyttäytyminen, passiivisuus, hoidon vastustelu, tuskaisuus ja ahdistuneisuus koetaan erittäin rasittavaksi. Yhden asiakkaan käyttäytyminen saattaa rikkoa työrytmin ja hankaloittaa työtä merkittävästi. Myös liian vähäinen koulutus voi tuottaa kuormitusta, kun asiakkaan käyttäytymistä ei pystytä tulkitsemaan oikein eikä siihen osata vastata oikeilla tavoilla. Asiakkaiden tuottamaan kuormittavuutta voidaan vähentää rakenteellisten muutosten työjärjestelyjen ja henkilökunnan koulutuksen avulla. (Voutilainen ym. 2004, 192.)

2.2 Asumispalvelut

Tuki- ja palveluasumista on tarjolla niille, jotka tarvitsevat enemmän tukea asumiseen kuin tavanomaiseen asuntoon voidaan järjestää. Tuki- ja palveluasumista saavat ikäihmiset, vammaiset, kehitysvammaiset, mielenterveys- ja päihdekuntoutujat. Tehostettua palveluasumista järjestetään paljon apua, hoivaa ja valvontaa tarvitseville. Tehostetun palveluasumisen yksiköissä asukkailla on oma huone tai asunto ja lisäksi yhteisiä tiloja. Henkilökuntaa on paikalla ympäri vuorokauden. Tuki- ja palveluasumista ja tehostettua palveluasumista tuottavat kunnat, järjestöt ja yksityiset yrittäjät. Kunnan järjestämään palveluasumiseen haetaan kunnan vanhus-, vammais-, mielenterveys- tai päihdepalvelujen kautta. Palveluista maksetaan kunnan tai muun asumispalvelun järjestäjän hinnaston mukaan. Kunnan järjestämän palvelu- ja tukiasumisen maksut ovat yleensä tulosidonnaisia. Asumisesta peritään yleensä erikseen vuokrasopimuksen mukaisesti vuokraa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017a.)

Ikääntyneiden lyhytaikaisella laitoshoidolla tuetaan ikäihmisten kotona selviytymistä ja hoitavan omaisen jaksamista. Samalla ehkäistään pysyvän laitoshoidon tarvetta. Lyhytaikaishoitojaksot voivat toistua säännöllisesti kotona asumisen kanssa tai ne voivat olla satunnaisia. Pitkäaikaista laitoshoidoa annetaan henkilölle, jolle ei voida järjestää hänen tarvitsemaansa ympärivuorokautista hoitoa kotona tai palveluasunnossa. Siihen sisältyy hoidon lisäksi ravinto, lääkkeet, puhtaus, vaatetus sekä sosiaalista hyvinvointia edistävät palvelut. Pitkäaikaista laitoshoidoa annetaan vanhainkodeissa ja terveyskeskusten vuodeosastoilla ja erilaisissa hoito-,

hoiva-, veljes- ja sairaskodeissa. Myös järjestöt ja yksityiset yritykset tuottavat laitospalveluja. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017b.)

Lohjan kaupungin tehostettu palveluasuminen on tarkoitettu ympärivuorokautista hoitoa ja hoivaa tarvitseville henkilöille, jotka eivät enää tule toimeen omassa kodissaan kotihoidon, tukipalveluiden ja/tai omaisten turvin. Ryhmäkodit ovat kaupungin omistamia asumispalveluyksiköitä, joissa asukkaat maksavat asumisestaan vuokraa sekä käyttämistään palveluista, hoidosta ja huolenpidosta tulojensa mukaisessa suhteessa kaupungin määrittelemien taksojen mukaan. Kaikilla asukkailla on oma huone ja muuttaessa taloon he, laitoshoidosta poiketen, kalustavat huoneensa omilla tavaroillaan, pukeutuvat omiin vaatteisiinsa ja tuovat mukanaan omat henkilökohtaiset tavaransa. (Lohjan kaupunki 2017.)

Suurin osa Lohjan alueen ikääntyneiden palveluiden hoitohenkilöstöstä toimii lähihoitajan, perushoitajan ja sairaanhoitajan työtehtävissä. Laatusuosituksen mukaan tehostetussa palveluasumisessa ja vanhainkodeissa tulee olla vähintään 0,50 hoitotyöntekijää asiakasta kohden ja terveyskeskuksen vuodeosastoilla 0,60-0,70. Henkilöstömitoitus tarkoittaa todellista mitoitusta, jossa poissaolevat on korvattu sijaisilla. Vuonna 2015 mitoitus oli keskimäärin osastoilla 0,65 hoitotyöntekijää, tehostetussa palveluasumisyksiköissä 0,61 hoitotyöntekijää ja vanhainkodeissa 0,55 hoitotyöntekijää. (Lohjan kaupunki 2015.)

2.3 Muistisairaudet

Muistisairaiden ihmisten määrä lisääntyy nopeasti ja muistisairaat ovatkin ikääntyneiden hoitotyön asiakkaina suuri ja kasvava joukko. Muistisairaiden ihmisten parissa tehtävä hoitotyö on yksi tärkeimmistä hoitotyön asiantuntijuutta vaativista alueista. Suomen väestönennuste vuoteen 2020 ja tähän ennusteeseen suhteutettuna vähintään keskivaikeasti dementoituneiden ihmisten määrä on arvioitu seuraavasti:

65-74- vuotiaille 4%

75-84-vuotiaille 11%

yli 85-vuotiaille 35%. (Voutilainen ym. 2008, 12.)

Etenevällä muistisairaudella tarkoitetaan sairauksia, kuten Alzheimerin tauti, vaskulaarinen dementia, otsalohko-ohimorappeuma ja Lewyn kappale-tauti, jotka kaikki yksin tai yhtäaikaista esiintyessään heikentävät muistia ja tiedonkäsittelyä, ja jotka edetessään johtavat dementia-tilaan. Toimintojen heikentyminen rajoittaa potilaan itsenäistä ja sosiaalista selviytymistä. Oireyhtymään liittyy usein myös toiminnanohjauksen häiriöitä ja oireidostomuutta, sekä ajattelu- ja arvostelukyvyn heikentymistä. Lisäksi esiintyy ainakin yksi neuropsykologinen erityishäiriö, kuten kielellinen häiriö (afasia), visuaalisen hahmottamisen vaikeus (agnosia), motorinen vaikeus (apraksia) tai kapea-alainen erityishäiriö esimerkiksi lukemisen, laskemisen ja kirjoittamisen vaikeus. Kognitiivisten oireiden ohella potilaille kehittyy usein psyykkisten toimintojen ja käyttäytymisen säätelyyn liittyviä häiriöitä. On arvioitu, että jopa 70-90% dementiapotilaista kärsii ainakin yhdestä käytösoireesta, joita esiintyy kaikissa muistisairauksissa ja kaikissa dementian vaikeusasteissa. Tavallisimpia oireita ovat masennus, ahdistuneisuus, harha-aistimukset, harhaluulot, apatia, fyysinen levottomuus, kuljeskelu, karkailu, tarpeeton pukeminen ja riisuminen, tavaroiden keräily ja kätkeminen, itsensä vahingoittaminen, ärtyneisyys, aggressiivisuus ja psykoottiset oireet, persoonallisuuden muuttuminen sekä uni-valverytmin häiriöt. Potilaalla voi myös esiintyä katastrofireaktioita, joilla tarkoitetaan liian voimakasta reagoitua äkillisiin ja yllättäviin tilanteisiin. (Juva ym. 2011, 191-193.)

Persoonallisuuden piirteet saattavat muuttua siten, että ennen kovin hyvätahtoinen ihminen alkaa ajoittain olla vihamielinen. Käytösoireita voidaan selvittää käyttämällä neuropsykiatrisia kyselylomaketta (NPI), joka kartoittaa 10 käytösoireen (harhaluulot, aistiharhat, levottomuus/aggressiivisuus, masentuneisuus, ahdistuneisuus, apatia, estottomuus, ärtyneisyys, poikkeava motorinen käytös ja unen häiriön/syömisen muutokset) esiintymistä ja vaikeusastetta. Noin 15% dementiapotilaista kärsii kahdeksasta NPI-oireesta samanaikaisesti. (Juva ym. 2011, 191-193.)

Dementian edetessä heikkenee kyky verrata todellisuutta, tapahtuneita asioita ja omia kokemuksia keskenään, joka johtaa virhetulkintojen, aistiharhojen ja harhaluulojen yleistymiseen, jotka edelleen aiheuttavat ahdistusta, poikkeavaa käytöstä, aggressiivista käytöstä ja oma-aloitteisuuden sammumista. Myös edellytykset hallita ja työstää omia tunteita heikkenevät, joka voi aiheuttaa ajattelun ja mielen kaoottisuutta, joka taas purkautuu usein poikkeavana käyttäytymisenä. Myös äkillisiä sekavuustiloja havaitaan. Toistuva kyseleminen voi olla merkki ahdistuksesta, jota edelleen pahentaa hoitajana olevan turhautuminen. Potilaan omaa turhautumista lisää kun hänen pyrkiessään ilmaisemaan itseään jäljellä olevilla kyvyillä, häntä ei ymmärretä tai toiveitaan huomioida. Liian vaativa tilanne, jossa dementoitu-

nut joutuu kohtaamaan omaa osaamattomuutensa, voi aiheuttaa turhautumista. Esimerkiksi suihkutilanteisiin liittyvä katastrofireaktio on seurausta monista dementoituneen kannalta hankalista asioista: vaikeasti hahmotettava ympäristö, huoneen viileys ja veto, alastomuuden aiheuttama turvattomuus ja häpeä. Tilanteen epämukavuutta lisää pahimmillaan hoitajien epäarvostava ja alistava suhtautuminen. On mahdollista, että vanhat muistikuvat lisäävät negatiivista kokemusta. (Eloniemi-Sulkava 2011, 20-32.)

Dementoituneen ihmisen levottomuus voi olla fyysistä tai verbaalista. Kuljeskelemalla ja koskettelemalla dementoitunut pyrkii saamaan ympäristön hallintaansa ottamalla kontaktin ja tuntuman siihen. Mielen yleinen hajanaisuus, tavoitetietoisuuden puuttuminen ja keskittymisen ongelmat näkyvät erillisenä touhuamisena, pakkailuna, tavaroiden kanniskeluna, hoitajan perässä kulkemisena ja esimerkiksi haluna mennä tai lähteä jonnekin. Erilaiset ympäristöärsykkeet vievät dementoituneen käyttäytymisestä toiseen. Verbaalisesta levottomuudesta voi kertoa toistuva kyseleminen, jatkuva samojen asioiden tai sanojen hokeminen sekä hoitajaan takertuminen ja jatkuva luokse kutsuminen. (Eloniemi-Sulkava 2011, 34.)

Seksuaalisia käytösoireita esiintyy noin 20%:lla kaikista dementiapotilaista ja ympäristön kannalta ne ovat usein varsin hankalia. Sukupuolielinten koskettelu julkisesti, epäsovivat seksuaaliset ehdotukset ja puheet ja vieraiden ihmisten seksuaalissävytteinen koskettelu ovat tyypillisiä dementoituneen seksuaalisia käytösoireita. Seksuaaliselta näyttävä käyttäytyminen ei ole välttämättä ole dementoituneen näkökulmasta seksuaalista. Ympäristö kokee usein dementoituneen muuttuneen sairauden myötä, joka on ymmärrettävää jos esimerkiksi aiemmin kiltti ihminen on dementoituneena kovin aggressiivinen. Opittujen käyttäytymismallien murtumisen vuoksi dementoitunut ei kykene kontrolloidusti ilmaisemaan suuttumustaan tai pahaoloaan. Kysymys onkin käyttäytymismallien, ei persoonallisuuden muuttumisesta. Oireet, kuten kiroilu, huutaminen ja seksuaaliset puheet eivät synny tyhjästä. Estot ja sosiaalinen kontrolli ovat kuitenkin aiemmin estäneet niiden esille tulon. Dementoiva sairaus voi johtaa siihen, että ajatukset tulevat esiin täysin kontrolloimattomasti ja potilas on tekojensakin suhteen ärsykkeiden vietävissä. Masennus, itsetunto-ongelmat, omaan osaamattomuuteen turhautuminen, ekyksissä olon tunteet ja mahdollisesti ympäristön negatiivinen asennoituminen dementoituneeseen voivat olla niitä syitä, jotka johtavat kanssaihmissen mielestä hankalaan käyttäytymiseen. (Eloniemi-Sulkava 2011, 40-42.)

Noin puolet kaikista vähintään keskivaikeasti dementoituneista potilaista asuu paikoissa, jossa on ympärivuorokautinen valvonta, pitkäaikaisosastolla, vanhainkodeissa ja tehostetun pal-

veluasumisen yksiköissä. Dementoituneiden ja muiden potilaiden hoito saamalla osastolla aiheuttaa usein ongelmia, sillä dementoituneilla on omat erityistarpeensa, jotka voidaan huomioida vain heitä varten tarkoitetuissa paikoissa. Tämän vuoksi dementoituneita on yhä enemmän alettu hoitaa pienissä dementiakodeissa, joille on tunnusomaista kodinomaisuus, virikkeet ja yksilöllinen hoito. (Tilvis, Pitkälä, Strandberg, Sulkava & Viitanen 2010, 137.)

Dementiaoireisen tunnetilojen epävakaisuudella ja käyttäytymishäiriöillä on havaittu olevan negatiivinen yhteys elämänlaatuun. Muistisairasta voidaankin tukea erilaisin keinoin, kuten toimijuuden edistämällä eli mielekkään tekemisen ja onnistumisten kautta. Hoitajien emotionaalinen tuki lisää vuorovaikutusta ja hyväksytyksi tulemisen tunnetta. Myös turvallisuuden tunteen tukeminen on keskeistä muistisairaana asiakkaan elämänlaadulle, sillä turvattomuuden tunne altistaa käytösoireille. Henkilökunta tarvitsee herkkyyttä tunnistaa dementoituneen asiakkaan ja hänen omaistensa tarpeita ja kykyä huomata tilanteiden muuttumista. (Voutilainen & Tiikkainen 2008, 85-86.)

2.4 Väkivaltainen käyttäytyminen

Väkivaltainen käyttäytyminen on toimintaa joka voi ilmetä uhkailuna, pelotteluna tai muuna vastaavana käytöksenä. Väkivaltaisuus on toimintaa, jonka tarkoituksena on vahingoittaa muita ihmisiä, esineitä tai ympäristöä fyysisesti. Väkivaltaisuus kohdistuu usein siihen, joka nähdään pettymyksen aiheuttajaksi tai tyydytyksen esteeksi, mutta väkivaltaiseen käyttäytymiseen ei välttämättä liity aggressiivisia tunteita väkivallan kohdetta kohtaan. Psykkinen sairaus tai muistisairaudet voivat usein olla syynä kyvyttömyyteen hillitä mieleen tulevia aggressiivisia yllykkeitä. (Lehestö, Koivula & Jaakkola 2004, 87.)

Terveystieteiden ja sosiaalitoimissa on monia tekijöitä, jotka lisäävät riskiä kohdata väkivaltaista käytöstä. Terveystieteiden oloissa tekemisissä psykkinen tai fyysisesti sairaiden tai usein myös moniongelmaisten ihmisten kanssa. Ympäri vuorokautinen työskentely, pienet henkilökuntaresurssit sekä usein ilta- ja yöaikaan tapahtuvat kontaktit sekavien, tyytymättömien tai turvattomuutta tuntevien asiakkaiden kanssa lisäävät konfliktitilanteiden riskiä. Sairaudesta (mm. muistisairauksista) tai saadusta vammasta aiheutuva stressi ja hätä, tyytymättömyys saatuun kohteluun tai hoitoon kasvattavat niin ikään aggressiivisen käyttäytymisen riskiä. (Lehestö, Koivula & Jaakkola 2004, 88.)

Tilanne, jossa kohdataan väkivaltainen tai uhkaileva potilas, voi olla odottamaton, häkellyttävä ja hyvinkin raju. Se on vuorovaikutustilanne, jossa työntekijä voi joskus omalla toiminnallaan joko provosoida tilanteen täyteen roihuun tai saada sen hillityksi ennen sen kehittymistä vakavaksi. Usein esiintyy myös väkivaltatilanteita, joihin ei löydy minkäänlaista henkilökunnasta johtuvia provosoivia tekijöitä. Laukaisevat tekijät voivat siis johtua joko potilaasta, henkilökunnasta tai itse tilanteesta. Myös tapahtumaympäristö ja monet pienet tekijät voivat laukaista aggression. (Lehestö, Koivula & Jaakkola 2004, 89.)

Etenkin laitospöississö olosuhteissa asuvilla iäkköillä aggressiivinen käytös sekä haasteellisena käyttäytymisenä havaitut tavat kuten kieltäytyminen ruuasta, virtsan ja ulosteen provokatiiviset pidätysvaikeudet ja huutaminen voivat ilmentää lisääntyneen riippuvuuden tuottamaa psyykkistä reagoitua tai ne voivat liittyä dementoivaan sairauteen. (Raitanen, Hänninen, Pajunen & Suutama 2004, 223.)

Fyysinen väkivalta ei ole vanhusten laitoshoidossa niinkään suunnitelmallista aggressiivisuutta vaan asiakkaiden reagoitua hoitotilanteisiin. Kyse on lyönneistä, nipistelystä, raapimisesta, puremisesta, potkimisesta, sylkemisestä, käsistä vääntämisestä ja kiinni käymisestä. Tyypillinen työväkivaltatilanne oli se, että asiakas raapii työntekijää kylvetyksen tai muun hoitotoimenpiteen aikana. Väkivaltaa esiintyy erityisesti dementoituneiden ja psyykkisesti sairaiden vanhusten hoidossa. (Sosiaalitaito 2017.)

Dementoituneiden yleinen käytösoire on juuri aggressio, jonka avulla dementoitunut hakee tukea heikolle omanarvontunteelle. Tavanomaista on että asiakas kokee olevansa hoitotilanteissa alistettu ja epäonnistunut, jolloin kiroilu ja lyöminen ovat keinoja päästä tilanteen päälle. Aggression taustalla saattavat olla kaaoksen tunne, pelko, tuska ja suuri sisäinen ahdistus. Vihan takana voi olla vaikeus sopeutua omaan sairauteen. Aggressiivisuuden avulla dementoitunut voi myös hakea kontaktia ja huomiota joko hoitajilta tai muilta potilailta. Aggressiivinen käytös voi johtua myös fyysisistä syistä kuten kivusta tai matalasta verenpaineesta. (Eloniemi-Sulkava & Sulkava 2004, 27.)

Dementoituneiden asiakkaiden kohdalla aggressio voi siis saada ongelmallisia muotoja kun dementoitunut ei kykene kuvaamaan tunteitaan eikä kontrolloimaan käyttäytymistään. Aggressio voi tällöin esiintyä joko fyysisenä tai sanallisena aggressiona, joista fyysinen aggressiivisuus purkautuu usein epätarkoituksenmukaisena voiman käyttönä tai suoranaisena väkivaltana. Se kohdistuu hoitajiin ja joskus myös toisiin potilaisiin. Myös yhteistyöstä kieltäytymisen taustalla voi olla aggressiivinen sisältö. (Erkinjuntti, Remes, Rinne & Soininen 2015, 483.)

Aggressio voi esiintyä vain tietyissä tilanteissa, esimerkiksi peseytymisen, pukeutumisen tai ruokailun yhteydessä eikä niinkään jatkuvana vihamielisyytenä. (Eloniemi-Sulkava 2011, 22.) Tavallisia muistisairauksien oireita joita esiintyy 50-60%:lla muistisairauksien myöhäisvaiheessa ovat levottomuus eli agitaatio-oireet. Ne ovat hoitoympäristöä voimakkaasti kuormittavia oireita, jotka vaikeimmissa muodoissaan ovat myös pitkäkestoisia ja siten hoitoratkaisultaan vaativia. (Erkinjuntti, Remes, Rinne & Soininen 2015, 483.)

Lievistä ja tilannesidonnaisista aggressio- ja agitaatio-oireista kärsiville annetaan usein esilääkkeenomaisesti pieni annos rauhoittavaa lääkettä, vaikeimmissa tapauksissa on yleisesti käytetty psykoosilääkkeitä, joilla on sedatoivia ja ahdistuneisuutta lievittäviä vaikutuksia, mutta ne aiheuttavat samalla runsaasti haitallisia akuutteja pitkäaikaisia oireita. Muutoin pyritään lääkkeettömään hoitoon, jolla tarkoitetaan psykososiaalisia hoidollisia lähestymistapoja, opastusta ja ohjausta sekä vuorovaikutukseen ja potilaan ympäristöön vaikuttamista. (Erkinjuntti, Remes, Rinne & Soininen 2015, 483.)

Muistisairaasta ja hänen tarpeistaan huolehditaan mahdollisimman tarkoituksenmukaisesti. Perusteetonta rajoittamista ja avuttomuuden korostamista vältetään. Hoidon ja hoitoympäristön avulla kompensoidaan puutteita ja tuetaan jäljellä oleva toimintakykyä. Myös ahdistuneisuus on tavallinen käytösoire, johon liittyvä ärtyneisyys ja levottomuus ovat usein potilasta ja ympäristöä kuormittavia tekijöitä. (Erkinjuntti, Remes, Rinne & Soininen 2015, 483.)

Tavoitteena on pyrkiä mahdollisuuksien mukaan ehkäisemään käytösoireita. Aggressiivista käyttäytymistä koskeva hyvin tehty arviointi, syiden selvittäminen, ja arkijärkeen perustuva ohjaus saattavat riittää käytösoireiden hoidoksi. Ennen kaikkea hoitajien vuorovaikutustaitojen lisäämiseen kiinnitetään huomiota. Potilaan voimavarat ylittävässä tilanteessa syntyvä kauhu, ja kiihtymys lievittyvät usein, kun potilaan huomio taitavasti kiinnitetään muuhun asiaan. Suunnitelman mukaisia hoitointerventiota tarvitaan silloin, kun hoitavien henkilöiden

elämäkokemus tai kekseliäisyys ei enää riitä ongelmatilanteista selviytymiseen. Jos lääkkeettömät tai lääkehoidot eivät vähennä käytösoireita, tilanne käy uhkaavaksi tai jos hoitajat ovat liian kuormittuneita, tarvitaan käytösoireisiin perehtyneen tahon konsultointia. (Erkinjuntti jne. 2015, 475.)

Käytösoireiden hoidossa korostuu yksilöllisen ja huolellisen tilanearvioinnin merkitys. Muistisairaana muuttuneen käyttäytymisen selittämisessä on käytetty apuna psykologisia lähestymistapoja, joista yksi on oppimisen malli. Siinä oletetaan, että hoitajan osoittama huomio vahvistaa käyttäytymistä. Tarvelähtöisessä selitysmallissa taas tunnistetaan keskeisiksi tarpeiksi mielekäs tekeminen, mieluisa sosiaalinen kanssakäyminen ja kivuttomuus. Ellei henkilön tarpeista asianmukaisesti huolehdita, se voi näkyä käyttäytymisessä turhautuneen ärtyisyytenä tai muina oirein. Stressikynnysmallin mukaan muistisairaus vähentää potilaan kykyä joustaa kuormittavissa tilanteissa ja hoidossa painottuu tällöin stressitason säätely. Hoitointervention räätälöinti ja monialaisuus näyttävät lisäävän intervention vaikuttavuutta. Tutkimusnäyttö tämän kaltaisten käyttäytymisterapeuttisten interventioiden tehosta on hyvä. (Erkinjuntti jne. 2015, 475.)

Muistisairaita hoitavat ammattilaiset tarvitsevat riittävästi tietoja ja taitoja selvittääkseen usein hyvin epäkiitolliselta vaikuttavasta tehtävästään. Oireiden pitäminen sairaudesta johtuvina ammatillisina haasteina antaa tarvittavaa väljyyttä työhön, jossa tarvitaan jatkuvaa luovaa ongelmanratkaisua ja ajoittain myös systemaattisia hoitointerventioita. On tärkeää, että välittömässä hoitotyössä olevien työtä aidosti arvostetaan ja sen haasteet tunnistetaan. Hoitohenkilöstöllä on oltava mahdollisuus ammatilliseen kehittymiseen sekä yhteydenpitoon vertaisryhmien kanssa. Henkilöstö antaa koulutusinterventioista yleensä myönteistä palautetta. Jotta hoidon vaikuttavuus paranisi, tarvitaan henkilöstön intensiivistä koulutusta ja yksilöllisesti laadittuja potilaskohtaisia hoitosuunnitelmia. (Erkinjuntti jne. 2015, 486.)

2.5 Työsuojelu ja työturvallisuus

Työsuojelun tavoitteena on pitää yllä ja edistää työntekijöiden terveyttä, turvallisuutta ja työkykyä sekä ehkäistä työtapaturmia ja ammattitautteja. Työnantaja vastaa lain velvoittamana työsuojelusta. Työsuojeluun kuuluu sekä työaika- ja työsuojelu että työturvallisuus. (Kokkonen & Maltari-Ventelä 2008, 218.)

Työturvallisuuslaki (2002/738) määrittää työnantajan sekä työntekijän vastuita turvallisuuden osalta. Väkivaltaan liittyen laki painottaa erityistoimenpiteitä työssä, johon liittyy ilmeinen väkivallan uhka. Työ ja työolosuhteet on tällöin järjestettävä siten, että väkivallan uhka ja väkivaltilanteet ehkäistään mahdollisuuksien mukaan ennakolta. Pykälässä 27 (momentti 1) mainitaan, että työpaikoilla on oltava laadittuna työnantajan toimesta menettelyohjeet, joissa ennakolta kiinnitetään huomiota uhkaavien tilanteiden hallintaan ja toimintatapoihin, joilla voidaan torjua tai rajoittaa väkivaltilanteiden vaikutukset työntekijän turvallisuuteen. Työpaikalla on oltava väkivallan torjumiseen tai rajoittamiseen tarvittavat asianmukaiset turvallisuusjärjestelyt tai -laitteet sekä mahdollisuus avun hälyttämiseen. Laissa säädetään myös turvallisuusjärjestelyjen ja -laitteiden toimivuuden tarkistamisesta tarvittaessa.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (1992/785) määrittelee potilaan roolin terveydenhuollossa.

Rikoslaki (2003/515) puolestaan määrittää hätävarjelun, pakkotilan sekä voimakeinojen käytön säädöksiä.

Mielenterveyslaki (1990/1116) määrittää hoitajien oikeudet voimakeinojen käyttämisen suhteen terveydenhuollon erityisyksiköissä.

Lainsäädäntö luo perusteet turvallisuudelle, mutta viime kädessä työpaikan turvallisuuskulttuuri luodaan yhdessä. Työpaikan kaikki toimijat ovat osaltaan vastuussa siitä, että työtä voidaan tehdä turvallisesti kenenkään terveyttä ja hyvinvointia vaarantamatta.

Työpaikkakohtainen väkivaltariskien arviointi voidaan tehdä osana muuta riskien arviointia tai erillisenä arviointina. Mahdollisuuksien mukaan käytetään apuna turvallisuusalan ja työ-suojelun asiantuntijoita. On erittäin tärkeää, että työpaikalla työskentelevät henkilöt itse osallistuvat riskien arviointiin, sillä he tuntevat parhaiten työpaikan työtehtävät, rutiinit, olosuhteet ja riskitekijät. (Puumi 2010, 5.)

Turvallisuuskoulutusta on tarpeen järjestää työpaikoilla säännöllisesti. Koulutuksen tarkoituksena on parantaa työntekijöiden valmiuksia selviytyä uhkaavista tilanteista. Koulutuksessa käsitellään työpaikan menettelytapoja ja toimintaohjeita väkivalta- ja uhkatilanteissa, ilmoituskäytäntöjä ja jälkihoidon organisoimista. Tarvittaessa voidaan järjestää käytännön harjoituksia esimerkiksi otteista irrottautumisesta tai hallitusta fyysisestä rajoittamisesta. Näiden

koulutusten osalta on muistettava huolehtia kertakoulutusten järjestämisestä riittävän usein, jotta opitut taidot säilyvät. (Puumi 2010, 8.)

2.6 Asiakasväkivalta

Asiakasväkivalta on edelleen merkittävä ongelma kuntatyöpaikoilla, vaikka kaikkien tavoitteena on sen kitkeminen kokonaan. Tilanteiden ennakoiminen ja niiden nopea selvittäminen ovat avainasemassa ongelman ratkaisemisessa. Sairaaloissa, terveyskeskuksissa, hoitolaitoksissa, kouluissa, sosiaalitoimistoissa, kodinhoitotyössä ja julkisissa liikennevälineissä esiintyy päivittäin tilanteita, joissa asiakas käyttäytyy väkivaltaisesti. (Kuntatyönantajat 2017)

Työpaikkaväkivallalla tarkoitetaan työpaikalla tai työmatkalla esiintyvää pahoinpitelyä tai hyökkäystä, jolla pyritään satuttamaan toista. Kyseessä on mikä tahansa tarkoituksellinen voimankäyttö, joka saa uhrin pelkäämään välitöntä ruumiinvammaa. Tekijällä on oltava kyky toteuttaa aikomuksensa. Häirintä tarkoittaa kaikkea häiritsevää käyttäytymistä. Siihen voi liittyä kiusallisia, ei-toivottuja kommentteja, jotka saavat uhrin uskomaan, että hänen terveytensä ja turvallisuutensa on vaarassa. Läheltä-piti tilanne on epäonnistunut pahoinpitely-yritys. Fyysinen pahoinpitely tarkoittaa fyysistä hyökkäystä, joka voidaan toteuttaa aseensa kanssa tai ilman. Uhria saatetaan iskeä nyrkillä, lyödä, potkia, tönä, läpsiä, nipistää tai purra. Fyysisestä pahoinpitelystä on kyse silloinkin kun uhria päin syljetään tai kun häneen kohdistetaan ei-toivottuja kiintymyksen ilmauksia. (Soisalo 2011, 103.)

Seksuaalinen hyväksikäyttö tarkoittaa kaikkea fyysisistä tai verbaalisia lähestymisiä, jotka ovat seksuaalissävyytteisiä ja ei-toivottuja. Teko saa uhrin tuntemaan, että hänen psyykinen ja fyysinen koskemattomuutensa voi olla uhattuna. Seksuaalista hyväksikäyttöä ovat esimerkiksi nipistäminen, hively, koskettelu, taputtelu ja vilkuilu. Hyväksikäyttäjä voi myös esittää suoria seksuaalisia huomautuksia. Verbaalinen väkivalta tarkoittaa puhetta, jolla uhri saadaan uskomaan, että hänen psyykinen tai fyysinen koskemattomuutensa on vaarassa. Kyse voi olla esimerkiksi sellaisista ei-toivotuista kommentteista, jotka häpäisevät, loukkaavat, uhkaavat tai vähättelevät uhria. (Soisalo 2011, 104.)

Viime vuosikymmenenä työpaikoilla on kiinnitetty entistä enemmän huomiota turvallisuuden

ja terveyden edistämiseen. Samaan aikaan kuitenkin väkivalta tai väkivallan uhka asiakkaiden taholta on lisääntynyt. Entistä useampi on vastannut, että työpaikalla joku on joutunut väkivallan tai sen uhan kohteeksi. Itse väkivaltaa tai sen uhkaa työpaikalla kokeneiden osuus on kasvanut kuudesta prosentista kahdeksaan prosenttiin vuosien 2008 ja 2016 välillä. Yhä useampi on havainnut väkivaltaa tai sen uhkaa asiakkaiden taholta työpaikallaan sitten vuoden 2008. (Valtioneuvosto 2017.)

Kun vuonna 2008 yhteensä 86 prosenttia ei ollut havainnut kertaakaan asiakkaiden taholta tulevaa väkivaltaa tai sen uhkaa omalla työpaikallaan, oli osuus vuonna 2016 enää 79 prosenttia. Samalla kun asiakkaiden taholta tulevan väkivallan tai sen uhan havaitseminen on yleistynyt, on myös sen henkilökohtainen kokeminen lisääntynyt. Vuonna 2008 noin 6 prosenttia oli itse kokenut väkivaltaa tai sen uhkaa, oli osuus vuonna 2016 jo 8 prosenttia. Naiset sekä havaitsevat että kokevat väkivaltaa tai sen uhkaa selvästi miehiä useammin. Vuonna 2016 työsäkävistä naisista 31 prosenttia oli havainnut työpaikallaan väkivaltaa tai väkivallan uhkaa asiakkaiden taholta, mutta miehistä vain 11 prosenttia. Vastaavasti 13 prosentti naisista oli itse kokenut väkivaltaa tai sen uhkaa, mutta miehistä vain 4 prosenttia. (Valtioneuvosto 2017.)

Kunta-alalla ja palvelualoilla naiset sekä havaitsevat että kokevat väkivaltaa tai sen uhkaa selvästi miehiä useammin. Kunta-alalla lähes puolet työntekijöistä on havainnut väkivaltaa tai väkivallan uhkaa. Jopa viidennes kunta-alan työntekijöistä on raportoinut joutuneensa itse väkivallan tai sen uhan kohteeksi vuonna 2016. Osuudet ovatkin kasvaneet merkittävästi nimenomaan kunta-alalla. Yksityisillä palvelualoilla ja valtiolla väkivallan tai väkivallan uhan kokeminen itse on sen sijaan laskenut, vaikka sen havaitseminen onkin maltillisesti yleistynyt. (Valtioneuvosto 2017.)

Sosiaalitalo Oy:n vuonna 2007 tehdyn Työturvallisuus sosiaalialalla - hankkeen kyselyn mukaan asiakasväkivalta herätti vastaajissa useimmiten vihantunteita asiakkaita kohtaan sekä ahdistusta, pelkoa ja unettomuutta ja synnytti työhaluttomuutta. Tällaisia oireita oli 40-60% vastaajista riippuen siitä, oliko kyseessä henkinen vai fyysinen väkivaltatilanne. Seuraukset olivat hieman yleisempiä fyysisestä väkivaltaa kokeneilla kuin niillä, jotka olivat kokeneet henkistä väkivaltaa tai uhkailua. Fyysinen väkivalta aiheutti kuudelle kymmenestä vastaajasta työhaluttomuutta sekä nostatti viidessä työntekijässä kymmenestä vihaa asiakkaita kohtaan. Psykosomaattisia oireita sekä itseluottamuksen laskua tuli yhtä usein sekä henkisestä että fyysisestä väkivallasta (joka viidennelle vastaajalle). (Sosiaalitalo 2007.)

Henkinen väkivalta ja uhkailu aiheuttivat työntekijöille jonkin verran fyysistä väkivaltaa enemmän itseinhon, syyllisyyden ja häpeän tunteita (15% vs. 11%), kun taas fyysinen väkivalta johti henkistä useammin kohteeksi joutuneen työntekijän syyllistämiseen ja/tai eristämiseen työpaikalla (7% vs. 3%). Muita terveydellisiä ja työviihtyvyyteen liittyviä seurauksia olivat muun muassa mustelmat, itkuisuus, vapina, epämääräinen uhan tunne (ei tiedä, mitä on vastassa tai mitä pitäisi pelätä), turvattomuuden, epävarmuuden ja arkuuden tunteet, masennus, ahdistuksen sietokyvyn aleneminen, sosiaalisen elämän kaventuminen, seksuaalisen halun väheneminen, painajaisunet, pettymys asiakasta kohtaan sekä epäluottamus työnjohtoon. Lisäksi tilanne saattoi herättää työntekijässä huolta asiakkaan läheisestä tai asiakkaasta itseltään tai ihmetystä ja epäuskoa, miten ihminen voi käyttäytyä niin. (Sosiaalitaito 2007.)

Työyhteisön kannalta väkivalta- ja uhkatilanteet vaikuttavat välillisesti muidenkin kuin asianosaisten työpanokseen ja työssä jaksamisen sekä voivat huonontaa työilmapiiriä. Työnantajan kannalta väkivalta ja uhkatilanteet voivat vaikeuttaa rekrytointia, lisätä työntekijöiden vaihtuvuutta, heikentää työn tuloksellisuutta ja huonontaa julkisuuskuva. Myös asiakkaille väkivalta- ja uhkatilanteet ovat uhka turvallisuudelle ja viihtyvyydelle. Asiakkaiden turvattomuuden tunne voi heijastua työpaikan ilmapiiriin ja saattaa jopa lisätä konflikteja ja häiriötilanteita. (Puumi 2010, 4.)

Sosiaali- ja terveydenhuoltoalan työntekijän tulee kuitenkin pitää mielessä oma perustehtävänsä ja sen paras suorittaminen. Hoitoalan ammattilaisen tehtävänä on hoitaa potilaita ja näiden omaisia. Virkakoneisto, jonka perustehtävänä on turvata yhteiskunnan sisäinen ja ulkoinen turvallisuus, koostuu poliisista ja puolustusvoimista, joiden tehtävään kuuluu varustautuminen väkivaltaisuuksiin. Terveydenhuoltoalan on varauduttava väkivaltaisuuteen omalla tavallaan, jossain tapauksessa jopa turvavälinein, mutta varottava luomasta sellaista mielikuvaa, että ollaan liiallisesti varustauduttu väkivaltaan. (Lehestö ym. 2004, 142-143.)

Puolustautumis- ja ennakointitoimenpiteet vaihtelevat terveydenhuollossa erikoisalana ja tehtävän mukaan paljonkin, mutta hoitohenkilökunnan tehtävänä ei ole ensisijaisesti yleisen järjestyksen turvaaminen vaan hoitotyö, omaa työturvallisuutta kuitenkin koskaan unohtamatta. Väkivaltatilanteisiin tulee varautua kouluttautumalla sekä kaikilla mahdollisilla tavoilla, joilla voidaan osoittaa olevan merkitystä väkivaltaisuusriskin pienentämiseksi. Tutustumalla muiden yksiköiden ja laitosten työtapoihin voi väkivallan ja ehkäisy- ja torjuntamenetelmiin

saada uusi ajatuksia oman yksikön turvallisuustilanteesta. Näin voidaan vertailla yksiköiden toimintatapoja ja mahdollisesti parantaa omia menetelmiä uhkaavien tilanteiden hallinnassa. (Lehestö ym. 2004, 142-143.)

Välitön ja hyvin organisoitu puuttuminen uhkaaviin tilanteisiin vähentää kaoottisten väkivaltatilanteiden syntyä. Yksikön jokaisen työntekijän tulisi lähtökohtaisesti asennoitua siten, että uhkaavien tilanteiden ennaltaehkäisy ja selvittäminen helpottaa työntekoa merkittävästi ja lisää työiihtyvyyttä. Turvallisuutta varantavien asioiden hiljainen hyväksyminen ja niiden pitäminen ammattiin liittyvänä haittatekijänä on väärän viestin antamista potilaille, heidän omaisilleen, omille työtovereille ja koko yhteiskunnalle. (Lehestö ym. 2004, 101.)

2.7 Vaaratapahtumat ja niiden raportointi

Vaaratapahtumat ovat potilaan tai hoitajan turvallisuuden vaarantavia tapahtumia, jotka aiheuttavat tai olisivat voineet aiheuttaa (läheltä-piti-tilanteet) haittaa potilaalle tai hoitajalle. Läheltä-piti tilanteissa haitalta vältyttiin joko sattumalta tai vaaratilanne havaittiin ja haitalliset seuraukset pystyttiin estämään ajoissa. Haitta tässä yhteydessä tarkoittaa potilaalle/hoitajalle aiheutuvaa tilapäistä tai pysyvää ei-toivottua vaikutusta, joka saattaa olla fyysinen, psyykinen, emotionaalinen, sosiaalinen tai taloudellinen. (Aaltonen & Rosenberg. 2013, 12.)

Vaaratapahtumailmoitus on organisaation raportointijärjestelmän kautta tehty määrämuotoinen raportti vaaratapahtumasta tai tunnistetusta turvallisuusriskistä. Vaaratapahtumien raportointi on määritelty prosessi, joka alkaa vaaratilanteiden tunnistamisesta ja ilmoittamisesta. Ilmoitukset käsitellään ja luokitellaan ja tiedot hyödynnetään. Tavoitteena on kehittää jatkuvan oppimisen avulla toimintatapoja, olosuhteita sekä välineitä. Ilmoitukset saattavat johtaa välittömiin korjaaviin toimenpiteisiin. Tarvittaessa ilmoitusten käsittelyä seuraa tarkempi tutkinta ja säännöllisesti koko tapahtumajoukon tilastollinen käsittely. Vaaratapahtumien raportointi on kuvattu toimintayksikön potilasturvallisuussuunnitelmassa. (Aaltonen & Rosenberg 2013, 258.)

Käytännön työssä vaaratilanteiden kirjaaminen on puutteellisinta siellä, missä siitä olisi eniten hyötyä, kuten työpaikoilla joissa väkivallan uhka on arkipäivää, mutta joissa silti esille tuodaan vain kaikkein pahimmat tapaukset. Asiaa perustellaan usein kiireellä. On myös mahdollista, että kirjaamista pidetään turhana, koska se ei ole aiemmin johtanut toimenpiteisiin. Jotkut pelkäävät tulevansa leimatuiksi, jos heidän nimensä esiintyy monta kertaa näiden asioiden yhteydessä. Raportointia saatetaan arastella, kun ei osata sanoa, oliko tapaus riittävän paha. Henkilöstön epävarmuutta voidaan vähentää laatimalla selkeät ohjeet siitä, miten uhka- ja vaaratilanteet tulee kirjata ja raportoida. Monesta työpaikasta tällaiset ohjeet yhä puuttuvat. Todennäköisimmin työntekijät raportoivat väkivallasta silloin, kun he ovat saaneet vaikeita vammoja tai oireita. Etenkin pitkään ammatissa toimineet hoitajat ovat saattaneet turtua asiakasväkivaltaan ja hyväksyä sen. Osa hoitajista voi olla haluton paljastamaan väkivaltaa hallintovirkamiehille. (Soisalo 2011, 98-100.)

Pelko väkivaltatilanteiden kohtaamisista vaikuttaa koko työyhteisön hyvinvointiin, niin työssä viihtymiseen kuin jaksamiseen. Yksi suurimmista ongelmista väkivallan torjunnassa onkin se, että koko asiasta avoimesti puhuminen tuntuu vaikealta. Ihminen ei halua tunnustaa pelkoaan, koska kokee sen heikkouden merkkinä peläten naurua ja leimatuksi tulemistä. Tämän tabun rikkominen on suurin askel tiellä väkivallattoman työyhteisön luomiseen. (Waittinen & Rippatti 2009, 36.)

Vaara- ja haittatapahtumat voivat olla traumaattisia ja aiheuttaa voimakkaita emotionaalisia reaktioita ihmisille, jotka joutuvat niihin mukaan. Siksi organisaatiolla tuli olla selkeä prosessi ja menettelytavat, joilla varmistetaan riittävä tuki tapahtumassa mukana olleelle henkilökunnalle että potilaalle ja läheisille. Haittatapahtumakokemuksella saattaa olla pitkäaikaisia psykologisia vaikutuksia etenkin ilman asianmukaista jälkihoitoa. Henkilöstön osalta vaikutukset saattavat pahimmillaan johtaa työkyvyttömyyteen. Potilaiden ja omaisten henkinen taakka taas saattaa johtaa katkeroitumiseen ja kanavoitua valitusprosesseihin, joiden kautta haetaan syyllistä vastuuseen. Suuri osa näistä seurausvaikutuksista voidaan välttää tapahtuman asianmukaisella käsittelyllä heti sen jälkeen. Hyvin hoidettu jälkipuinti auttaa ihmisiä palaamaan päivittäisiin rutiineihinsa nopeammin ja keventää henkistä kuormitusta. Defusinqilla tarkoitetaan välittömästi tapahtuman jälkeistä tilanteen läpikäymistä siinä mukana olleen tiimin kesken. Tavoite on käydä läpi tilanne siten, että kaikki ymmärtävät mitä tapahtui ja normalisoida hämmentävä kokemus. Tiimin jäsenet kertovat omat näkemyksensä siitä, miten he tilanteen kokivat, ja kaikilla on mahdollisuus saada vastaukset heitä askarruttaviin ky-

symyksiin. Näin voidaan varmistaa, ettei kenellekään jää tapahtumasta epämääräisiä tulkin-
toja, turhia pelkoja tai syyllisyyttä. (Helovu, Kinnunen, Peltomaa & Pennanen. 2011, 163-
164.)

Jos vaaratapahtumista ei avoimesti puhuta, niitä ei pystytä hyödyntämään. Ongelmaksi muo-
dostuu myös se, jos vaaratapahtumasta ainoastaan puhutaan, eikä niitä kirjata. Ilman kirjaa-
mista ei voida pitkällä aikavälillä tarkastella, mitä työyhteisössä tapahtuu. Oppimisen tuke-
miseksi käytetään nykyään vaaratapahtumien raportointi-menettelyä jo useassa julkisissa ja
yksityisissä sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioissa. (Helovu ym. 2011, 136-145.)

Terveydenhuoltolain laatu- ja potilasturvallisuussuunnitelmassa on kuvattu vaara- ja haittata-
pahtumien tunnistaminen ja raportointi, haittatapahtumien ilmoittaminen hoitojärjestel-
mään, muiden säädösten edellyttämä raportointi sekä korjaavien toimenpiteiden menettely-
tavat. Haittatapahtumien raportoinnin tavoite on potilas- ja hoitotyöntekijöiden turvallisuus-
parantaminen. Tähän päästään mm. oppimalla läheltä-piti tilanteista ja haittatapahtu-
mista, koska siten pystytään vähentämään samanlaisten vaaratapahtumien toistuminen. Vaa-
ratapahtumien raportoinnin tarkoitus ei ole osoittaa yhden työntekijän tekemää vahinkoa,
puutetta tai virhettä, vaan raportointi tähtää pääasiallisesti järjestelmävirheiden löytymi-
seen. Tietojen avulla voidaan oppia virheistä ja tavoitella toiminnan kehittymistä turvalli-
semmaksi. Raportoinnin avulla organisaatiolla on mahdollisuus kehittää avoimuutta ja turval-
lisuuskulttuuria paremmaksi. (Helovu ym. 2011, 136-145.)

Vaaratapahtumien ilmoittaminen perustuu yksilön aloitteellisuuteen, työntekijöillä on oikeus
ja mahdollisuus raportoida vaaratapahtumista. Ilmoitus tehdään luottamuksellisena, joko ano-
nymisti tai nimellä. Vaaratapahtuma käsitellään luottamuksellisesti ja ilmoitukset tulevat
vain erikseen nimettyjen henkilöiden käyttöön. Vaaratapahtumat raportoidaan ja käsitellään
sähköisen tietojärjestelmän avulla, joka helpottaa tiedon hallintaa. Tietojärjestelmä ei kui-
tenkaan paranna potilas- tai työntekijäturvallisuutta vaan se, miten järjestelmään raportoiti-
tua tietoa käytetään organisaation oppimiseen. Kun vaaratapahtumien raportointijärjestel-
mästä tarkastellaan määrällistä tietoa, tulee ottaa huomioon, ettei yksikkö, josta on tehty vä-
hiten ilmoituksia, ole aina turvallisin. Siinä yksikössä ei ehkä havaita vaaratapahtumia. Orga-
nisaation toiminnan tarkastelussa tavoitteena on tunnistaa toiminnan ohjauksen ja turvalli-
suuden puutteita, joista vaaratapahtumaan myötävaikuttaneet tekijät aiheutuvat. Näihin olo-
suhteisiin vaikuttaminen on vaaratapahtumasta oppimisen ensisijainen päämäärä organisa-
tioissa. (Helovu ym. 2011, 136-145.)

2.8 HaiPro-ilmoitus

HaiPro on potilas- ja asiakasturvallisuutta vaarantavien tapahtumien raportointimenettely ja tietotekninen työkalu. HaiPro-työkalu on käytössä yli 200:ssa sosiaali- ja terveydenhuollon yksikössä kautta maan, kokonaiskäyttäjämäärän ollessa yli 144 000. Käyttäjyysyksiköiden koko vaihtelee terveyskeskuksesta sairaanhoitopiiriin. HaiPro-raportointijärjestelmä on tarkoitettu toiminnan kehittämiseen yksiköiden sisäisessä käytössä. Järjestelmään on liitettävissä myös henkilöstöön kohdistuvien (työturvallisuus) vaaratapahtumien raportointi. (Awanic 2016.)

HaiPro-raportointijärjestelmä on oivallinen esimerkki ja työkalu kollegiaalisen tuen hyödyntämisestä osastoilla. Avoin keskustelu virheistä ja läheltä-piti tapahtumista voi hyvin toimia kollegiaalisena tukena työyhteisössä. Keskustelemalla avoimesti kollegoille sattuneista hoitopoitkeamista voivat kaikki oppia. Malli perustuu kollegiaalisen toiminnan hyväksikäyttöön potilas- ja hoitajaturvallisuuden parantamiseksi. Syyllistämättömän hoitokulttuurin luominen vaatii moniammatillista toimintatapaa, avointa ilmapiiriä sekä jatkuvaa toiminnan kehittämistä. (Ranta 2011, 70.)

Myös Lohjan kaupungilla on käytössään terveydenhuollon vaaratapahtumien raportointijärjestelmä HaiPro. Vaaratapahtumien raportoinnin tarkoituksena on oppia vaaratapahtumista. Terveydenhuollon johto saa tietoa varautumisen riittävydestä ja toimenpiteiden vaikutuksista.

Järjestelmään kertynyt tieto on luottamuksellista eikä sitä käytetä muihin tarkoituksiin. Vuonna 2015 HaiPro-ilmoituksia tehtiin Lohjan Ikääntyneiden palveluissa 1019 kpl. Eniten ilmoituksia teki hoitohenkilökunta. Väkivalta-tapahtumia raportoitiin 28 kpl. (Lohjan kaupunki 2016.)

3 Menetelmät ja toteutus

3.1 Opinnäytetyön tutkimustehtävät

Opinnäytetyö oli tutkinnallinen ja se perustui laadulliseen tutkimusmenetelmään. Tarkoituksena oli rajata tutkimuksen kohteeksi Lohjan alueen asumispalveluiden työllistämät hoitajat

ja selvittää asumispalveluissa tapahtuvaa asiakasväkivaltaa ja sen tämänhetkistä tilannetta. Tarkoituksena ei ollut yleistää tuloksia, vaan kartoittaa ko. osastojen tämänhetkinen tilanne. Esille tulleita asioita toivotaan otettavan jatkossa huomioon osastojen työtapoja ja hoitajien työturvallisuutta kehitettäessä. Opinnäytetyön tehtävänä oli kartoittaa hoitohenkilökunnan kokemusten kautta asiakasväkivallan laajuutta, tyypillisyyttä ja raportointia. Tutkimustulosten tarkoitus olisi tarjota tietopohjaa, joilla toimeksiantaja voi tarvittaessa jatkossa kehittää keinoja ja ohjeistusta väkivallan ehkäisyyn ja tehokkaaseen käsittelyyn.

Tutkimuskysymykset, joihin tutkimus pyrki vastaamaan olivat:

Kuinka usein asiakasväkivaltaa ja lähettä-piti tilanteita asumispalveluyksiköiden hoitotyössä esiintyi?

Minkä tyyppisiä olivat hoitajien kokemukset fyysisestä ja psyykkisestä väkivallasta asiakkaiden taholta?

Missä määrin hoitajat tekevät kokemistaan asiakasväkivalta-tilanteista HaiPro-ilmoituksia?

Kuinka hoitajia oli ohjeistettu asiakasväkivalta-tilanteiden raportoinnissa ja käsittelyssä ja miten tämä käytännössä toimi?

3.2 Menetelmän kuvaus

Opinnäytetyö oli kartoittava työ ja se perustui laadulliseen tutkimusmenetelmään. Tutkimuksen kohteeksi oli rajattu Lohjan alueen asumispalveluiden hoitajat, joista valikoitunut osa haastateltiin koskien hoitajien kokemaa asiakasväkivaltaa. Haastatteluiden perustaksi laadittiin puolistrukturoitu kysymys-vastaus haastattelurunko, ja haastatteluiden kohteeksi valittiin neljä alueen yhdeksästä asumispalveluyksiköstä, joiden kustakin alayksiköstä osastonhoitajat valitsivat 3-6:n hoitajan ryhmät haastatteluun.

Laadullisen tutkimuksen tarkoituksena on tuottaa uutta tietoa tai teoriaa, sitä käytetään yleensä silloin, kun tutkimuksen kohteena olevasta ilmiöstä on vähän tai ei ollenkaan aikaisempaa tutkimustietoa. Tutkimuksen lähtökohtana on ihminen, hänen elämänsä ja siihen liittyvät merkitykset. Laadullisen tutkimuksen alueella on runsaasti eri aineistonkeruumenetelmiä kuten haastattelu tai videointi. Koska ollaan tekemisissä kertomusten, tarinoiden ja merkitysten kanssa, tilastollisesti yleistettävää tietoa ei ole mahdollista saada määrällisen

tutkimuksen tapaan. Se ei vähennä laadullisen tutkimuksen tieteellisyyttä, kun tutkimus tehdään huolellisesti, eettisiä periaatteita ja menetelmällistä tarkkuutta noudattaen. Ihmisen asema ja osuus on laadullisessa tutkimuksessa erityisen tärkeä, sillä kysymys on tutkimuksen tekijästä itsestään ja tutkimuksen kohteina olevien ihmisten asemasta tiedon luomisessa. Tutkimuksen aihepiirit ovat laadullisessa tutkimuksessa usein hyvin henkilökohtaisia eikä tutkijaakaan ei voi välttyä henkilökohtaistumiselta, ja sitä voidaankin pitää yhtenä laadullisen tutkimuksen tunnusomaisena piirteenä. Samalla havaitaan, että eettisyys on laadullisessa tutkimuksessa erittäin tärkeä asia. (Kylmä & Juvakka 2007, 16-20.)

Laadullisessa tutkimuksessa on omia tyypillisiä piirteitä. Tutkittavaa kohdetta pyritään tutkimaan mahdollisimman kokonaisvaltaisesti ja kuvaamaan todellista elämää. Tutkija luottaa omiin havaintoihinsa ja keskusteluihin tutkittavien kanssa enemmän kuin mittausvälineillä hankittavan tietoon. Tutkimuksen lähtökohtana ei ole teorian tai hypoteesien testaaminen vaan aineiston monitahoinen ja yksityiskohtainen tarkastelu. Tutkimuksessa käytettävä induktiivinen päättely etenee yksittäistapauksista yleiseen. Laadullisen tutkimuksen aineiston hankinta korostaa metodeja, joissa tutkittavien näkökulmat ja ääni pääsevät esille, joten tutkimusmetodeina käytetään teema- ja ryhmähaastatteluja, osallistuvaa havainnointia tai diskursiivista analyysia. Tutkimuksen kohdejoukko on aina tarkoituksenmukaisesti valikoitu. Tutkimussuunnitelma muotoutuu tutkimuksen edetessä ja tapauksia käsitellään ainutlaatuisina ja aineistoa tulkitaan sen mukaisesti. (Hirsijärvi ym. 2009, 161-164.)

Laadullisen tutkimuksen aineisto on lähestulkoon aina tekstiksi purettua materiaalia, joka on monitulkintaista, analyysin eteneminen ja päättely edellyttää aina jonkinlaista tulkintaa, jonka varaan seuraavat valinnat rakennetaan. Tutkimuksessa yritetään tulkita ja ymmärtää tutkimusaineistoa ja viedä ilmiön ymmärrys alkuperäistä käsitteellisemmälle tasolle. Merkitykset ymmärretään historiallisesti syntyneiksi ja ihmisten keskinäisessä vuorovaikutuksessa ylläpidetyiksi asioiksi. Ne eivät ole yksilöllisiä vaan aina yhteisöihin kiinnittyviä ja jaettuja, joskin monitulkinnallisia. Koska merkityksiä täytyy tulkita ja ymmärtää osana kokonaisuutta tai asiayhteyttä, johtaa se siihen että laadullisen tutkimuksen aineistot eli tutkittavien määrät ovat suhteellisen pieniä. Muutoin aineiston analysoinnista ja tulkintojen teosta tulee liian vaikeasti hallittavaa. (Ronkainen ym. 2014, 81-83.)

Tässä opinnäytetyössä kartoitettiin hoitohenkilökunnan kokemuksia heidän kokemastaan asiakasväkivallasta, sekä niiden taustalla olevista tilanteista ja tapahtumista. Kokemusten mää-

rästä ja tyypillisyydestä sekä toimintatavoista haluttiin saada tietoa, joten tutkimusmenetelmäksi valikoitui laadulliseen otantaan perustuva kuvaileva tutkimus. Tutkittavaa joukkoa edusti kaikki yhdeksän Lohjan alueen asumispalveluyksikköä ja niiden asiakastyötä tekevä hoitotyöhenkilökunta, eli n. 140 hoitajaa, joka koostui perushoitajista, lähihoitajista ja sairaanhoitajista. Mukana oli sekä pitkän työkokemuksen omaavia, että uransa alussa olevia hoitajia. He kaikki tekivät tiiviisti hoitotyötä asiakkaiden parissa ja ovat yhtäläisesti alttiita asiakasvakivallan uhalle. Koko joukosta saatiin tutkimukseen mukaan kolmesta viiteen hoitajaa neljästä suurimmasta yksiköstä. Haastatteluiden perustaksi tuli näin ollen 18:n henkilön kohdennettu joukko, jonka laatu ja laajuus edustaa hyvin hoitotyötä tekevää suurempaa perusjoukkoa. Koska otanta perustui jokaisesta neljästä hoitoyksiköstä esimiesten valikoimiin paikallaoleviin vastaajiin, edusti otanta harkinnanvaraista ositettua otantaa. Haastattelumenetelmä puolestaan takasi että vastausprosentti on lähes 100%.

3.3 Aineiston keruu

Aineiston hankkimisessa on monta vaihetta, kuten yhteyshenkilön löytäminen, joka mahdollistaa itse tutkimuksen toteuttamisen. Tutkimusluvan hankkimisen yhteydessä pitää tietää kuinka suuria resursseja organisaatiolta odotetaan löytyvän projektille tutkimuksen aikana. Yhteyshenkilöä on informoitava kirjeitse ja kirje on hyvä liittää tutkimussuunnitelmaan, jossa on oltava tarkasti selvitettyä ketä ja mitä tutkimus koskee. Aineiston suunnitteluvaiheessa kuvataan keitä tutkimuskohteeseen kuuluu, ovatko he osallistujia, tiedonantajia ja lisäksi tulee käydä selville se, kuinka suurta osallistujajoukkoa tavoitellaan. Suunnitelmassa täytyy kuvata myös tarkasti se millä tavalla osallistujat pyritään tavoittamaan. Tutkijat kuvailevat työssään minkälaisia tutkimukseen osallistujat ovat ja millaista sisältöä haetaan sekä kuinka isoa otosta tarvitaan tutkimusta varten. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 101.)

Tutkimusta tehtäessä tietoa voi kerätä monella eri tavalla. Menetelmän eli metodin on usein kuvattu tarkoittavan sääntöjen ohjaamaa menettelytapaa, jonka avulla tieteessä pyritään ratkaisemaan käytännön ongelmia tai etsitään uutta tietoa. Menetelmät ovat empiirisessä tutkimuksessa keskeisessä asemassa. On tärkeää tuntea olemassa olevat menetelmät ja niiden soveltaminen. Menetelmä ja tutkimusongelma ovat toisiinsa tiiviisti kytköksissä. Menetelmän valintaa ohjaa se, millaista tietoa ja mistä sitä etsitään. Jotta saadaan selville mitä ihmiset tekevät, kokevat, ajattelevat, tuntevat ja uskovat, käytetään yleensä haastatteluja ja kyselylomakkeita. (Hirsjärvi ym. 2009, 183-184.)

Yksi käytetyimmistä tavoista kerätä itse aineistoa on haastattelu. Koska haastattelu on hyvin joustava menetelmä, se sopii moniin erilaisiin tutkimustarkoituksiin. Haastattelussa ollaan suorassa kielellisessä vuorovaikutuksessa tutkittavien kanssa, joka antaa mahdollisuuden suunnata tiedonhankintaa itse tilanteessa. Samoin on mahdollista saada esiin vastausten taustalla olevia motiiveja. Haastattelu valitaan kun halutaan saada ihminen tuomaan esille itseään koskevia asioita mahdollisimman vapaasti. Sitä käytetään silloin kun kyseessä on vähän kartoitettu, tuntematon alue tai jos vastauksia halutaan selventää tai syventää. Haastattelua käytetään usein myös silloin, kun tutkitaan arkoja tai vaikeita aiheita. (Hirsjärvi & Hurme 2014, 34-35.)

Haastattelututkimuksen hyvät puolet sisältävät myös ongelmia. Haastattelu ja siitä sopiminen, haastateltavien etsiminen sekä litterointi eli purkaminen vie aikaa. Jotta aineiston keruuta voitaisiin säädellä joustavasti tilanteen edellyttämällä tavalla ja vastaajia myötäillen, vaaditaan haastattelijalta taitoa ja kokemusta. Haastattelun katsotaan sisältävän monia virhelähteitä, jotka aiheutuvat sekä haastateltavista että haastattelijasta. Haastattelun luotettavuutta saattaa myös heikentää haastateltavan taipumus antaa sosiaalisesti suotavia vastauksia. (Hirsjärvi ym. 2014, 35.)

Haastatteluaineisto on konteksti- eli tilannesidonnaista. Siitä syntyy se pulma, että tutkittavat saattavat puhua haastattelutilanteissa toisin kuin jossakin toisessa tilanteessa, joka tulee ottaa huomioon tuloksia tulkittaessa (Hirsjärvi ym. 2009, 207.)

Tässä opinnäytetyössä käytettiin aineistonkeruumetodina ryhmähaastattelua, jonka pohjana oli ennalta laadittu ja testattu puolistrukturoitu kysymyspohja (liite 2). Tilaajan kanssa oli alustavasti sovittu, että haastatteluiden kohteiksi valittavan neljä suurinta palveluyksikköä, joista kussakin ryhmähaastatteluun valikoituisi 3-6 vuorossa olevaa hoitajaa. Ryhmähaastatteluihin saatiin näin ollen osallistumaan 18 haastateltavaa. Haastattelut toteutettiin palveluasumisyksiköiden yksityistiloissa. Koska tutkimus koski ihmisten henkilökohtaisia kokemuksia ja käsityksiä, taattiin vastaajien anonymiteetin säilyminen sillä, että haastattelut äänitettiin ja purettiin kysymättä ja kirjaamatta haastateltavien henkilötietoja.

Opinnäytetyö toteutettiin teorian osalta keväällä 2017 ja aineiston keruun ja analysoinnin osalta kevään 2018 aikana. Maaliskuussa 2018 opinnäytetyösuunnitelmalle saatiin hyväksyntä opinnäytetyön ohjaajalta. Tämän jälkeen seurasi haastattelurungon loppuun työstäminen,

tarkistuttaminen ja koeajo. Seuraavaksi oli vuorossa tutkimusluvan hakeminen Lohjan kaupungilta, jonka saatua voitiin sopia asumispalveluyksiköiden osastonhoitajien kanssa haastattelujankohdat. Haastattelut järjestyivät osastonhoitajien puolesta helposti ja nopeasti. Aikaa haastatteluun kului vajaa tunti jokaista yksikköä kohden. Haastatteluiden jälkeen voitiin alkaa saadun aineiston työstäminen ja analyysi.

3.4 Analysointimenetelmä

Aineiston analyysin avulla teoria ja aineisto keskustelevat, tällöin jäsennetään aineistoa ja tuotetaan havaintoja. Analyysi alkaa siitä, että tutkija tutustuu aineistoonsa mahdollisimman vähäisten ennakkokäsitysten varassa. Aluksi on hahmotettava se, millaisia asioita aineistossa on, mihin kysymyksiin on vastattu ja mistä aineisto kertoo. Laadullisessa tutkimuksessa katsotaan millaisia yhteisiä aiheita aineisto sisältää ja merkitään analysoijan oman intuition ja osaamisen mukaan kiinnostavia huomioita siitä, miten asioita esitetään. Sitten aineisto pilkotaan, luokitellaan, jäsennetään ja järjestellään esimerkiksi vertailtaviksi ja rinnastettaviksi käyttämällä jotakin auki kirjoitettua analyysitekniikkaa. (Ronkainen ym 2014, 124.)

Toinen analyysivaihe on tulkinta, jolloin tutkija siirtää analyysin tuottamat havainnot teoreettiseen tai tutkimuskeskusteluiden luomaan yhteyteen hakemalla yhtäläisyyksiä tai eroja. Havaintoja voidaan jäsentää teoreettisesti tai koota havaintoja yhdistävä rakenne. Tällöin tulkintaideat herättävät tarpeen asettaa uusia kysymyksiä aineistolle ja johdattaa uuteen aineistotyöskentelyyn ja ehkä uusiin analyysitekniikoihin. (Ronkainen ym 2014, 124.)

Kolmas analyysivaihe on luenta eli tulkintaideoiden haku. Tällöin irtaudutaan aineistokeskeisestä tulkinnasta ja aineistosta tehtyjä havaintoja tarkastellaan valikoivasti tietyn ajattelukehikon tai idean pohjalta. Usein tutkija kokeilee jotakin teoreettista ideaa, jolloin aineiston piirteitä tarkastellaan esimerkkinä tuosta ideasta. Analyyttisen prosessin jakaminen kolmeen erityyppiseen vaiheeseen korostaa sitä että intuitio, teoreettinen ajattelu, aineisto, mielikuvitus, järjestelmällisyys, selvästi ilmaistut tutkintasäännöt ja kahlitsematon luovuus ovat osa analyysiä. (Ronkainen ym 2014, 125.)

Teemoittelu on yksi laadullisen tutkimuksen analyysitavoista. Sillä tarkoitetaan sitä, että analyysivaiheessa tarkastellaan sellaisia aineistosta nousevia piirteitä, jotka ovat yhteisiä usealle haastateltavalle. Ne saattavat pohjautua teemahaastattelun teemoihin, ja odotettavaa onkin, että lähtökohtateemat nousevat esille. Sen lisäksi tulee tavallisesti esille muita lähtökohtateemoja mielenkiintoisempia teemoja. Analyysista esiin nostetut teemat pohjautuvat tutkijan tulkintoihin haastateltavien sanomista. (Hirsijärvi & Hurme 2009, 171-173.)

Tässä tutkimuksessa tutkittavaa asiaa on kuvattu lyhyesti ja yleistävästi. Saatua aineistoa työstettiin aiheittain haastattelukysymysten perusteella. Litteroitujen haastatteluiden tuloksista tehtiin muistiinpanoja ja hahmottelua teemoista, joiden vastaavuutta verrattiin tutkimuskysymyksiin. Sopivien teemojen alle kerättiin juuri siihen liittyvät asiat. Aineistosta muodostui yhdeksän alateemaa: väkivallan tyypillisuus, esiintyvyys, aiheuttaja, tilanteet, oma suhtautuminen, yhteistyö, raportointiohjeet, käytäntö ja raportoimattomuus. Näistä muotoutui kolme pääteemaa: väkivaltatilanteiden ilmeneminen, käsittely ja raportointi. Analyysi suoritettiin saatujen vastausten samankaltaisuuden, lukumäärällisen toistuvuuden sekä niistä nousevien tyypillisten kertomusten ja yleistysten sekä havainnoinnin perusteella, joita analysoitiin peilaten aiempaan hankittuun teoriatietoon.

4 Tulokset

Ryhmähaastatteluihin osallistui yhteensä 18 sekä lähi-että sairaanhoitajaa yhteensä 14 asu-
mispalvelun alayksiköstä, jotka olivat ns. sekayksiköitä tai profiloituneita kuntoutujien, psy-
kogeriatristen tai haastavien vanhusasukkaiden hoitoyksiköitä. Hoitajilla oli kullakin 1-33:n
vuoden työkokemus iäkkäiden muistisairaiden vanhusten hoidon parissa, ja osalla oli myös
muuta työkokemusta. Kaikki haastatteluihin osallistuneet hoitajat olivat kokeneet asiakasvä-
kivaltaa, sekä fyysistä että sanallista. Heidän kokemuksensa vaihtelivat ainoastaan sen suh-
teen, kuinka usein väkivaltaa kohdattiin, joka vuorostaan oli suhteessa siihen kuinka vaati-
vissa potilasyksiköissä he työskentelivät. Väkivaltaa koettiin enemmän muistisairaiden kuin
psykkisesti sairaiden asukkaiden taholta.

4.1 Väkivaltatilanteiden ilmeneminen

4.1.1 Tyypillisuus

Haastattelujen hoitajien kokemuksen mukaan koetun fyysisen väkivallan ilmenemismuotoja olivat potkiminen, raapiminen, lyöminen, läpsiminen, pureminen, kynsiminen, nipistely, päälle sylkeminen, hiusten ja silmälasien repiminen, häirintä ohikulkiessa ja hoitajan seuraaminen. Enimmäkseen väkivallan koettiin olevan spontaania reagoitua muistiin liittyviin häiriöihin, eikä sen koettu olevan useinkaan suunniteltua. Asukkaan tunteet levottomuudesta, turvattomuudesta, kivusta, yleisestä pahasta olostä ja olosuhteiden muutoksesta saattoivat myös aiheuttaa reagoitua. Sanallista väkivaltaa esiintyi vihjailuna, uhkailuna, haukkumisena, nimittelynä ja haistatteluna. Reaktiot syntyivät yleensä mentäessä asukkaan henkilökohtaiselle reviirille, joskin myös hoitajia häiritsevää käytöstä kuten perässä kulkemista ja tönimistä esiintyi ajoittain.

Väkivaltaa, arvaamatonta käytöstä ja spontaanireaktioita koettiin eniten hoitotoimenpiteitä suoritettaessa, esim. pukeutumisessa, lääkityksen, pesujen, wc-käyntien ja vaipanvaihdon sekä ruokailun yhteydessä.

” Oli normaali pesutilanne rauhallisena tuntemani asukkaan kanssa, joka yhtäkkiä löi nyrkillä kasvoihini vertavuotavin seurauksin”.

Omaisten puolesta sanallisen väkivallan muotoja olivat syylistäminen, uhkailu, ammattitaidon ja yksilön mitätöiminen ja provosointi.

4.1.2 Esiintyvyys

Hoitajat olivat kokeneet työyksiköstä riippuen asukasväkivaltaa joko päivittäin tai parempi-kuntoisten asukkaiden osastolla viikoittain-kuukausittain. Päivittäistä väkivaltaa kokeneet hoitajat olivat sisäistäneet työn luonteen olevan sellainen, että siihen kuuluu väkivallan kohtaaminen ja että sitä tulee jossakin määrin oppia sietämään. Hoitajat kokivat, että aggressiivisuuteen tulee jatkuvasti olla varautunut.

Väkivaltaista käytöstä esiintyi myös ennalta-arvaamattomasti aiemmin rauhallisten asukkaiden taholta ja joidenkin asukkaiden käytös vaihteli, jolloin aggressiivisuutta esiintyi jaksoittain. Esimerkiksi 18:n asukkaan yksikössä aggressiivista käytöstä saattoi esiintyä usein 9:llä ja satunnaista aggressiivisuutta muutamalla normaalisti rauhallisella asukkaalla.

Hoitajien kokemusten mukaan muistisairaiden asukkaiden aggressiiviset käytöshäiriöt eivät ole tarkoituksenmukaisia, vaan pääosin pelkoaggressiivisuutta, joka johtuu ymmärryksen puutteesta, turvattomuuden tunteesta ja hätäntymisestä muun muassa hoitotoimenpiteitä suoritettaessa. Tällöin asukas saattaa puolustaa itseään ja omaa tilaansa tarpeettoman väkivaltaisoin keinoin. Myös vahva sairautentunnottomuus aiheuttaa puolustautumista.

Käytännössä hoitajien yleinen mielipiteensä oli se, että psyykkisesti sairaiden asukkaiden aggressiivisuuteen oli helpompi tietoisesti varautua, kuin muistisairaiden reagointiin. Muistihäiriöisten asukkaiden aggression purkaukset olivat luonteeltaan spontaaneja ja huonommin ennakoitavissa. Joillakin hetkillä heidät saattoi ottaa valtaan jokin tunne tai muistikuva, joka aikaansai välittömän reaktion, joka kohdistui kulloinkin lähellä olevaan ihmiseen.

”Hoitotoimenpiteet pitää saada suoritettua ilman suurempia vammoja ja pienet iskut tulee vain ottaa vastaan”.

Hoitajilla oli erilaisia kokemuksia siitä, josko asiakasväkivalta on lisääntynyt viime vuosina. Joidenkin mielestä se ei ole muuttunut, kun taas joidenkin mukaan väkivaltaisten potilaiden määrä on lisääntynyt ja joidenkin mukaan koettu väkivalta on muuttunut raaemmaksi. Yleinen käsitys oli se, että asumispalveluiden piiriin tulee mahdollisimman pitkään maksimaalisen kotihoidon turvin pärjänneitä yhä huonompikuntoisia vanhuksia. Mitä huonompi yleiskunto ja mitä pidemmällä muistisairaus, sitä vaikeampi on sopeutuminen ympärivuorokautiseen laitoshoidon. Jurri tällöin käytöshäiriöt korostuvat.

4.1.3 Aiheuttajat

Väkivalta, jota esiintyi asukkaiden taholta oli sekä fyysistä että psyykkistä. Osastoilla oli asukkaita, joilla esiintyi käytöshäiriöitä sekä asukkaista, joilla esiintyi ajoittain arvaamatonta aggressiivista käytöstä. Joillakin saattoi tasaisuus ja aggressiivisuus vaihdella viikoittain tai jopa tunneittain.

Omaisten puolesta esiintyi lähinnä sanallista väkivaltaa väheksynnän, hoitometodien arvostelun ja ihon-alle menemisen muodossa. Joskus omaisten tai vieraiden käynnit saivat aikaan asukkaiden aggressiivista käytöstä hoitajia kohtaan. Ajoittain asukkaat pyrkivät poistumaan vierailijoiden mukaan. Psyykkisesti sairaat omaiset muodostivat oman vaikeasti hallittavan kusion, jossa oli esiintynyt paljon työtä häiritsevää käytöstä ja uhkailua.

Tyypillistä kaikille yksiköille oli, että käytöshäiriöt ja agitoituminen kiihtyivät klo 15 jälkeen, kun asukkaat oleskelivat yhteisissä tiloissa iltapäiväkahvit juotuaan. Hoitajat joutuivat usein ottamaan kantaa asukkaiden keskinäiseen sanaharkkaan ja edelleen hoitajiin kohdistuvaan aggressiiviseen käytökseen. Myös käytöksen tarttuminen asukkaalta toiseen ja kaaosmainen ilmapiiri oli tyypillistä.

”Jos yksi asukas ilmoittaa pakkaavansa kotiinlähtöä varten, on kohta kuusi muuta asukasta etsimässä tavaroitaan ja vaatimassa kotiinpääsyä”.

4.2 Väkivaltatilanteiden käsittely

4.2.1 Tilanteet

Kävi ilmi, että väkivaltaista käytöstä esiintyy enemmän tietyillä asukkailla, jolloin hoitajat osaavat usein ennalta varautua sen ilmenemiseen. Tällöin esimerkiksi pesu- ja hoitotoimenpiteisiin mennään kahden hoitajan tiiminä. Väkivaltatilanteiden ollessa päällä yksin työskente-

levät hoitajat kutsuivat kollegoja apuun, tai tarvittaessa enemmän apua kutsuttiin toisista yksiköistä Miratel-hälytysjärjestelmän avulla. Kanslioissa oli käytössä ns. päällekkäus-hälyttimet, joilla hälytys meni myös vartijoille.

Keinoja rauhoittaa aggressiivista asukasta mainittiin mm. rauhoittava puhe, tilanteesta poistuminen joksikin aikaa, huumorin käyttö ja mielenkiinnon ohjaaminen muualle. Myös rauhoittavan lääkityksen antaminen tarpeeksi ennakkoon saattoi olla toimiva keino, mutta yleisempää oli, että useaa eri lääkitystä oli kokeiltu tuloksetta. Hoitajat olivat kokeneet lääkityksen huonoksi muistisairaiden käytöshäiriöiden kohdalla, ja että lääkkeettömät keinot ovat ainoat olemassa olevat työkalut.

4.2.2 Oma suhtautuminen

Hoitajien tuli mielestään tuntea työn riskit ja hallita keinot, joilla saada hoitotoimenpiteet suoritettua ilman suurempia vammoja puolin ja toisin. Hoitajat korostivat toiminnassaan ennakoinnin, oman oikeanlaisen suhtautumisen (päättäväisyys, hätäantymättömyys ja rauhallisuus) tärkeyttä. Hoitajalta vaadittavia ominaisuuksia olivat hyvä tilannetaju sekä ymmärrys ikääntyneen toimintakyvystä, voimavaroista, käytöksestä ja sen häiriöistä.

Hoitajat korostivat sitä, että työn sujumuuden ja turvallisuuden kannalta on tärkeää tuntea asukkaat hyvin. Silloin on helpompaa käyttää omaa persoonaa tilanteissa luovimiseen ja aggressiivisten asukkaiden rauhoittamiseen ennen tilanteiden eskaloitumista. Toiminnassa on tärkeää puheella rauhoittaminen, ajan antaminen ja suorien käskyjen ja kieltojen välttäminen. Usein toimintaa auttoi huumorin ja tarinoiden käyttö. Luovuuden käytöstä kertoi yksittäiset tapaukset:

”Asiat saadaan hoidettua, kun lähdetään yhteiselle mielikuvitusmatkalle”.

”Aggressiivisen asukkaan hyvät päivät ovat suihkupäiviä”.

”Liikkeellelähtö sujuu paremmin jos lauletaan ja aloitetaan tanssiaskelin”.

”Potkivan asukkaan housut saadaan puettua päälle, kun toinen hoitaja kutittaa asukasta leuan alta”.

Hoitajien mukaan muistisairauden ominaispiirteitä tulee ymmärtää, eli miten muistin pätkittäinen toimiminen vaikuttaa ihmisen toimintakykyyn ja tunnetiloihin. Jokin vääristynyt muisto kaukaa saattaa herättää epäluottamusta hoitajaa kohtaan ja aiheuttaa kiihtymystä. Iäkäs ihminen on muun muassa kokenut menetyksiä ja saattaa läpikäydä niitä yhä uudelleen muistin toiminnan vaihdellessa, jolloin mieliala heittelee laidasta laitaan. Hoitajien mukaan vanhuksia on pyrittävä ymmärtämään ja muun muassa sanalliset loukkaukset on hoitajan pystyttävä suodattamaan ja jättämään omaan arvoonsa.

4.2.3 Yhteistyö

Väkivaltatilanteiden osalta hoitajat kokivat yksiköiden yhteistyön ja kommunikaation pääsääntöisesti hyvänä. He työskentelivät pääasiassa yksin, mutta tilannekohtaisesti ja tunnetusti aggressiivisten asukkaiden kohdalla työ tehtiin pareittain. Kollegoiden apuun saattoi luottaa ja vaikeat tilanteet oltiin totuttu läpikäymään työyhteisössä. Hoitajat kokivat työn luonteen vaativan 100%:sta läsnäoloa ja skarpina olemista, jotta väkivalta-tilanteilta vältyttiin ja päällä oleviin tilanteisiin päästiin puuttumaan.

Hoitajat kertoivat kokevansa väkivallan ja sen jatkuvan uhan alla työskentelyn kuormittavana ja väkivallan kuulumisen työnkuvaan turruttavana. Toisaalta kaikkein eniten väkivaltaa kohtaavat hoitajat kokivat työnsä haasteelliseksi ja ajattelivat tietyn tyyppisten hoitajien hakeutuvan haastavimmille osastoille. He eivät kokeneet väkivallan juuri haittaavan työmotivaatiota, vaan enemmänkin lisäävän työn haasteellisuutta heidän joutuessaan pärjäämään ja käyttämään luovuutta sekä kollegiaalista yhteistyötä käytöshäiriöisten asukkaiden kanssa. Pärjäämiskeinoja jaettiin aktiivisesti hoitajien kesken ja väkivalta-tilanteiden yhdessä purkamisen, työyhteisön tuen ja huumorin käytön koettiin olevan tärkeässä asemassa työn jaksamisen kannalta.

Osa hoitajista kaipasi varmuutta tekemiselleen, jottei esimerkiksi omalla toiminnallaan tulisi provosoineeksi asukkaiden aggressiivisuutta. Moni hoitaja koki tarvitsevansa lisätietoa/koulutusta muistisairaiden sekä heidän omaistensa kohtaamiseen sekä ongelmatilanteiden käsittelyyn.

Yksiköissä oli muutama työnantajan kanssa oppisopimuksella muistihoitajaksi kouluttautunut hoitaja, joista jokunen oli pitänyt kollegoille muistisairaudesta luentoja. Nämä oltiin koettu hyödyllisiksi. Varsin moni olisi kaivannut lisätietoja ja -taitoja myös vuorovaikutustaitojen hallintaan.

4.3 Väkivallan raportointi

4.3.1 Raportointiohjeet

Kaikki hoitajat tunsivat HiPro-järjestelmän ja sen tarkoituksen. He tiesivät, että kaikista väkivalta- ja lähellä-piti-tilanteista tulisi tehdä ilmoitus. He myönsivät, että ilmoituksia tulisi tehdä enemmän kuin käytännössä tehdään. Haastatelluista vain yksi hoitaja kertoi pyrkivänsä tekemään HiPro-ilmoituksen kaikista kokemistaan vaaratapahtumista, eli myös väkivaltatapahtumista.

Osassa haastatelluista yksiköistä oli työnantajan puolesta alettu käydä osastotunneilla läpi yksikössä tehtyjä HiPro-ilmoituksia. Käytännössä väkivaltatilanteiden ilmoituksia ei ollut vielä tullut esiin, tai esimerkiksi lääkevirheilmoitukset oltiin koettu puolin ja toisin tärkeämpiä.

4.3.2 Käytäntö

Hoitajat kertoivat että käytännössä asiakasväkivalta tilanteet raportoitiin päivittäisen hoitotyön kirjaamisen sekä suullisen vuorovaihtoraportin yhteydessä. He korostivat tarkan kirjaamisen tärkeyttä: Se mitä ei ole kirjattu, ei ole tapahtunut, ja väkivaltatapahtumia oltiin aina yhdessä käyty läpi.

Vain vakavimmista, sairaalomiin johtavista, ennalta-arvaamattomista tai tarkoituksellisista väkivalta-tapauksista oltiin tehty HiPro-ilmoitukset. Niitä tehtiin myös, jos asukkaille itselleen oli sattunut tapaturmia tai jos asukkaat aiheuttivat toisilleen vammoja.

Jotkut hoitajista kokivat mahdollisesti itse aiheuttaneensa asukkaan provosoitumisia omalla kiireisellä käytöksellään, joten myöskään näissä tapauksissa vammoista huolimatta HiPro-ilmoitusta ei oltu tehty. Osa oli ajatellut itse aiheuttaneensa väkivalta-tapahtuman, sillä heidän olisi tullut osata väistää tai ennakoida tuleva aggressionpurkaus.

4.3.3 Raportoimattomuus

Hoitajien mukaan asukkaiden aggressiot ja niiden kanssa luoviminen on työn luonteeseen kuuluvaa. Väkivallan kokemiseen oli myös turtunut, jolloin sen kokemisesta ja näkemisestä oli tullut jokapäiväistä. Tällöin se ei ylittänyt raportointikynnystä ja HiPron tekeminen tuntui turhalta työltä, varsinkin kun itse raportointi ei tuntunut muuttavan asioita.

Hoitajat olivat yhtämielisiä siitä, että HiPro-ilmoitusten teko tuntui hankalalta ja aikaa vievältä. He kokivat, että ilmoitusten teko on kirjaustyön kanssa päällekkäistyötä. Osa hoitajista toivoi, että ilmoitusten teko olisi teknisesti yksinkertaisempaa.

Syitä miksi HiPro ilmoituksia ei tehdä olivat:

”Niitä tulisi niin paljon”.

”Aggressiot johtuvat sairaudesta”.

”Ne eivät vie asiaa eteenpäin, mikään ei muutu”.

”Turhaa, päällekkäistä raportointia”.

”On tärkeämpää kirjata hyvin ja puhua asioista, jotta tieto välittyy hoitoyhteisössä sekä edelleen tarvittaessa lääkärille”.

5 Johtopäätökset ja pohdinta

5.1 Johtopäätökset

Tutkimus todisti käytännössä sen aiemmin mainitun teorian, että juuri etenevät muistisairaudet on se suurin yksittäinen iäkkäiden ihmisten pitkäaikaisen hoidon tarpeen aiheuttaja, joka kuormittaa hoitajia ja aiheuttaa kuvatun kaltaisia käytöshäiriöitä ja väkivaltaisuuksia hoitajia kohtaan - joko päivittäin, viikoittain tai kuukausittain. Ikääntyvän väestön määrän kasvaessa myös muistisairauksia sairastavien määrä tulee kasvamaan. Ja mitä huonompikuntoisina vanhukset asumispalveluiden piiriin tulevat, sitä suurempi on heidän avuntarpeensa ja sitä enemmän painottuu hoitajan asukaskohtainen ymmärrys ja toiminta.

Oli pääteltävissä, että kun kyseessä on työskentely muistisairaiden asukkaiden parissa, hoitajat kokivat käytöshäiriöiden olevan niin selkeästi sairaudesta johtuvia, että he eivät kokeneet käytännön toimenpiteiden muuttamisella olevan suurta merkitystä. Hoitajat ymmärsivät suhtautua asukkaiden käytökseen oikeaoppisesti. Heille oli selvää että äkillinen tunneryöppy kohdistui juuri hoitajaan pettymyksen aiheuttajana tai tyydytyksen estäjänä, mutta väkivaltaiseen käyttäytymiseen ei välttämättä liittynyt aggressiivisia tunteita hoitajaa kohtaan. Heidän ymmärryksensä oli, että muistisairaus johtaa kyvyttömyyteen hillitä mieleen tulevia aggressiivisia ylläkkeitä. Enemmän sijaa hoitajien kesken sai tiedon jakaminen työyhteisön sisällä, jotta päivittäinen hoitotyö saataisiin toimivaksi ja riskit minimoitua.

Tutkimus tuki teoriaa myös sen osalta, että ikääntyneiden hoitotyössä asiakassuhteet koettiin keskeiseksi työn mielekkyyden lähteeksi, mutta samalla yhdeksi kuormitustekijäksi. Haastattelujen perusteella saattoi todeta, että asukkaiden häiriökäyttäytyminen, passiivisuus, hoidon vastustelu, tuskaisuus ja ahdistuneisuus koettiin erittäin rasittavaksi. Kuormitusta lisäsi se,

ettei asiakkaan käyttäytymistä osattu aina tulkita oikein, eikä siihen osattu vastata oikeilla tavoilla. Hoitajat olivat motivoituneita, mutta samalla turtuneita työn henkisen kuormittavuuden, juurikin asukkaiden käytöshäiriöiden ja väkivaltaisuuden takia.

Kuten vuonna 2015 tehtyjen HiPro ilmoitusten lukumäärästä saattoi päätellä, väkivaltatilanteiden kartoitus HiPro ilmoitusten kautta ei käytännössä tunnu täysin toimivan palveluyksiköiden kohdalla. Teoria-osuudessa olleisiin syihin, kuten arastelun, leimatuksi tulemisen pelkoihin tai epävarmuuteen ei niinkään vedottu, kun raportoimattomuutta käytiin läpi. Hoitajat tiesivät HiPro-systeemin tarkoituksen ja tärkeyden, mutta he eivät kokeneet muun kuin vakavan asukasväkivallan raportoinnin olevan tarpeellista. Lievien väkivalta- ja lähelta-piti tilanteiden kohdalla riitti heidän mielestään raportointi ja läpikäyminen työyhteisön sisällä. Tilanne saattaisi heidän mielestään olla toinen, jos ilmoituksia ja tapahtuneita tilanteita oltaisiin käsitelty käytännön tasolla. Osastotunneilla oltiin käyty läpi tehtyjä HiPro-ilmoituksia, mutta toistaiseksi lääkevirhe-tapahtumat oltiin yleisesti koettu tärkeämmäksi kuin väkivalta-tapahtumat, joiden käsittely oltiin jätetty väliin. Kuitenkin teorian tiedon vastaväite olikin, että ilman kirjaamista ei voida pitkällä aikavälillä tarkastella, mitä työyhteisössä tapahtuu. Ja juuri siellä raportointi on vähäisintä missä vaaratapahtumat ovat päivittäisiä.

5.2 Pohdinta

Hoitajien haastatteluista saattoi päätellä, että he kokivat työyhteisönsä pääosin toimiviksi. Puheenvuoroista oli aistittavissa hoidettavien asukkaiden kunnioitus, sekä hoitajien kesken vallitseva avoimuus puhua hankalinakin koetuista asioista. Yhteisenä päämäärän koettiin olevan työn sujuvuus ja haasteiden hallinta. Hoitajista huokui ammattitaito ja varmuus. Hoitoyhteisöt tuntuivat tiiviiltä ja me-henki oli selkeästi nähtävissä ja kuultavissa. Asukkaiden käytöshäiriöt olivat voimavaroja kuluttava, mutta yhteiseksi koettu haaste, josta oli paljon yhdessä keskusteltu. Silti osa hoitajista kaipasi varmuutta tekemiselleen, jottei esimerkiksi omalla toiminnallaan tulisi provosoineeksi asukkaiden aggressiivisuutta.

Saattoi todeta, että hoitoyksiköiden tiedon lisääminen muistisairauksiin liittyvistä ominaispiirteistä ja etenkin käytöshäiriöistä ja niiden syistä voisi selkeästi tukea hoitajien arkea. Tutkijan näkökulmasta hoitajat olivat työhönsä motivoituneita ja olisivat vastaanottavaisia lisätiedon ja -koulutuksen suhteen. Muutamat muistihoitajaksi kouluttautuneet hoitajat olivat otaneet tehtäväkseen jakaa tietojaan pitämällä ajoittain luentoja kollegoilleen osastotyön

ohella. Tiedonsaanti oli motivoinut hoitajia, ja tälle tiedolle on ikääntyneiden hoidon lisääntyessä varmasti tarvetta sekä nyt että tulevaisuudessa.

Haastavimpiin yksiköihin oli hakeutunut hoitajia, jotka pitivät haasteista. Ehkä heille tulisi kohdentaa jonkin tason laajempi lisäkoulutus käytöshäiriöisten asukkaiden hoitomenetelmistä, jonka pohjalta voisi järjestää sisäisiä koulutuksia ja harjoituksia työyhteisössä. Joillakin osastoilla oli suurimpana haasteena hankalat omaiset, joiden kanssa asioiminen koettiin uuttavaksi ja työtä häiritseväksi. Tilanne tuntui tarvitsevan erityisesti vuorovaikutustaitoihin kohdennettuja hoitajia tukevia toimenpiteitä.

Toimivamman raportoinnin aikaansaaminen, tai uuden raportointisysteemin luominen esimerkiksi hoitoisuusluokituksen (RAFELA, HoiQ) avulla voisi olla harkittava vaihtoehto tilanteiden kartoittamiseksi jatkossa.

Jatkotutkimuksia aiheen tiimoilta voitaisiin kohdentaa esimerkiksi väkivaltatilanteiden toimivan raportoinnin mahdollisuuksista tai siihen, mitä lisäarvoa muistihoitaja- tai vuorovaikutustaidon koulutus tuo hoitotyöhön.

5.3 Tutkimuksen etiikka

Kaiken tieteellisen toiminnan ydin on tutkimuksen eettisyys. Niin hoitotieteellisessä kuin muidenkin tieteenalojen tutkimuksessa on jo kauan ollut keskeisenä aiheena tutkimusetiikka ja sen kehittäminen. Tutkimusetiikka on kehittynyt alun perin lääketieteellisissä kysymyksissä, sillä tutkimuskohteena ovat olleet pääasiassa ihmiset. Myös kasvatustiede, psykologia, terveystieteet ja sosiologia pohtivat samoja teemoja. Tutkimusetiikka voidaan jakaa sisäiseen ja ulkoiseen etiikkaan josta sisäisellä tarkoitetaan tieteenalan ja tutkimuksen luotettavuutta ja todellisuutta. Tällöin tarkastellaan suhdetta tutkimuskohteeseen, sen tavoitteeseen ja koko tutkimusprosessiin sekä miten tutkimuksen tuloksia raportoidaan ja kenen aineistot kuuluvat tutkimusalueeseen. Tieteen kriittisyys edellyttää omien perusteiden ja toimintatapojen arviointia eri näkökulmista.

Tieteen ulkopuolinen tutkimusetiikka käsittelee sitä, miten alan ulkopuoliset seikat vaikuttavat tutkimusaiheen valintaan ja miten asiaa tutkitaan. Suomessa on sitouduttu turvaamaan

tutkimuksen eettisyys Helsingin julistuksen (1964) mukaisesti. Julistus on kansainvälisesti tunnustettu tutkimusetiikan ohjeistus, jossa muun muassa todetaan tutkimustyön perusteluja, otetaan kantaa haavoittuviin tutkimusryhmiin, määrittellään tutkimussuunnitelman arvioittamisen säännöt sekä annetaan ohjeita potilaiden turvallisuuden ja oikeuksien turvaamiseksi tutkimustyössä. (Kankkunen & Vehviläinen 2009, 172-174.)

Myös lainsäädäntö ohjaa tieteellisen tutkimuksen tekemistä ja sitä on seurattava ensisijaisesti. Terveystieteellistä tutkimusta säätelevät Suomen perustuslaki, henkilötietolaki, laki lääketieteellisestä tutkimuksesta ja laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Lähtökohtana on suojella tutkimukseen osallistuvan henkilön tietosuojaa, koskemattomuutta ja yksityisyyttä sekä suojella yksilönvapautta ja itsemääräämisoikeutta. (Kylmä & Juvakka 2007, 139.)

Jo tutkimusaiheen valinnassa on syytä pohtia sen oikeutusta, sillä tutkimuksen on aina rakennettava tietoperustaa. Jos tutkimuksen tekijä löytää tutkimattoman alueen inhimillisen elämän ilmiöistä, tutkimukselle on löydettävä perustelut laajemmasta tietoperustasta. Tämä edellyttää aihealueen aikaisemman tutkimuksen analyysia. Tutkimusaiheen eettisen oikeuksen pohdintaan kuuluu lisäksi tutkimusongelmien pohjana olevien arvojen pohtiminen sekä tutkimuksella tuettavan tiedon merkityksen arvioiminen oman tieteenalan ja yhteiskunnan kannalta. Keskeinen eettinen tekijä on myös yhteiskunnallinen ulottuvuus eli hyödyn tuottaminen kanssaihmisille. (Kylmä & Juvakka 2007, 144.)

Tutkimusetiikan periaatteita ovat haitan välttäminen, rehellisyys, luottamus, kunnioitus, oikeudenmukaisuus ja ihmisoikeuksien kunnioittaminen. Kun tutkimuksen tekijä tutkii inhimillistä vuorovaikutusta eri ilmenemismuodoissa, niin ilmiö kuuluu tällöin ihmisten omaan kokemusmaailmaan. Tällöin tutkijan eettiset kysymykset koskevat ihmisten henkilökohtaiseen elämänpiiriin ja kokemuksiin kajoamista. Mitä arkaluontoisempi ja vaikeampi aihepiiri on, sitä tarkemmin tutkija joutuu pohtimaan aihettaan ja arvioimaan osallistujien sensitiivisyyttä. Eettisyys tutkimusprosessin aikana lähtee jo aiheen valinnasta ja tutkimuskysymysten asettelusta. Aiheen valinnassa pelkkä tiedonhalu ei riitä, vaan valinnalle täytyy löytyä perustelut ja pohdinta siitä, onko tutkimuksella yhteiskunnallista tai tieteenalalle sopivaa merkitystä. Tutkimuksen tulisi olla jollakin tapaa yhteiskuntaa hyödyttävä eikä aiheen valinta ei saa aiheuttaa haittaa tutkittaville. Mikäli tutkimuksessa käsitellään arkaluonteisia asioita, ne täytyy huomioida ja tiedostaa. Tutkimusmenetelmien valinnassa on myös pohdittava eettisyyttä. Halutun aineiston saamiseksi on käytettävä eettisen periaatteiden ja lainsäädännön mukaisia keinoja. (Kylmä & Juvakka 2007, 147.)

Tässä opinnäytetyössä aiheen valinta perustui tarpeeseen kartoittaa asumispalveluiden hoitajien kokemaa asiakasväkivaltaa. Osallistuminen tutkimushaastatteluun perustui vapaaehtoisuuteen ja siihen osallistuvat valittiin osastonhoitajien puolesta, joten tutkija ei voinut vaikuttaa osallistuvien valikoitumiseen. Kyselyyn osallistuville kerrottiin opinnäytetyön tekijä, aihe, miten aineisto kerättäisiin ja mihin tarkoitukseen. Haastateltavat pysyivät anonyymeinä eikä osallistujia voitu tunnistaa iän, sukupuolen tai ammattinimikkeen takaa. Tutkimuksessa oltiin tekemisissä potilastyön ja vastaajien henkilökohtaisten kokemusten kanssa, joten tutkija sitoutui omasta puolestaan vaitiolovelvollisuuteen. Haastattelukysymysten asettelussa huomioitiin se, että kokemukset sekä fyysisestä että henkisestä asiakasväkivallasta oli aihe, joka saattoi olla vastaajille arkaluonteinen. Hoitajille painotettiin sitä, että tutkimuksen päämääränä oli saadun tiedon kautta pystyä tuottamaan hoitajille jotakin hyötyä, eli työkaluja asiakasväkivallan parempaan käsittelyyn sekä välttämiseen.

5.4 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksen keskeisiä kysymyksiä on luotettavuus. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen luotettavuuden arviointi kohdentuu muun muassa tutkimuksen tarkoitukseen, asetelmaan, otoksen valintaan, analyysiin, tulkintaa, reflektiivisyyteen, eettisiin näkökulmiin ja tutkimuksen relevanssiin. Tutkimuksen uskottavuus edellyttää, että tulokset on kuvattu niin selkeästi, että lukija ymmärtää, miten analyysi on tehty ja mitkä ovat tutkimuksen vahvuudet ja rajoitukset. Oleellista on miten hyvin tutkijan muodostavat luokitukset kattavat aineiston. Laadullisen tutkimusten raporteissa esitetään usein autenttisia, suoria lainauksia esimerkiksi haastatteluteksteistä. Näin pyritään varmistamaan tutkimuksen luotettavuus ja antamaan lukijalle mahdollisuus pohtia aineiston keruun polkuja. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 160-166.)

Haastatteluaineiston luotettavuus riippuu sen laadusta. Jos vain osa haastateltavista on haastateltu tai jos tallenteiden kuuluvuus on huonoa, tai litterointi noudattaa eri sääntöjä alussa ja lopussa tai jos luokittelu on sattumanvaraista, haastatteluaineistoa ei voi sanoa luotettavaksi. Luotettavuuden perustana on myös ajatukset siitä, että tutkittaessa samaa henkilöä saadaan kahdella tutkimuskerralla sama tulos, tai että kaksi arvioitsijaa tai kaksi rinnakkais-tutkimusta päätyy samanlaiseen tutkimustulokseen. (Hirsijärvi & Hurme 2009, 185-186.)

Tutkimuksen on pyrittävä siihen, että se paljastaa tutkittavien käsityksiä ja heidän maailmaansa niin hyvin kuin mahdollista. Tämän tulee kuitenkin tapahtua tietoisena siitä, että tutkija vaikuttaa saatavaan tietoon jo keruuvaiheessa, ja että kyse on tutkijan tulkinnoista, hänen käsitteistöstään, johon tutkittavien käsityksiä yritetään sovittaa. Tutkijan on pystyttävä dokumentoimaan, miten hän on päätenyt luokittelemaan ja kuvaamaan tutkittavien maailmaa juuri niin kun hän on sen tehnyt. Hänen on pystyttävä perustelemaan menettelynsä uskottavasti, mutta toinen tutkija voi silti päätyä erilaiseen tulokseen, ilman että sitä on välttämättä pidettävä tutkimuksen tai tutkimusmenetelmän heikkoutena. (Hirsijärvi & Hurme 2009, 189.)

Tämän opinnäytetyön luotettavuuden perustana toimi mahdollisimman kattavan pohjatyön eli teoratiedon hankinta. Sen perusteella oli mahdollista rakentaa tarpeellinen viitekehys aineiston keräämistä, tulkintaa ja analysointia varten. Pyrkimyksenä oli löytää tarpeeksi valmiiksi tutkittua tietoa, jolla puolistrukturoitu kysymys-vastaushaastattelu voitiin asettaa kyseessä olevaan tutkimusympäristöön. Haastattelukysymysten asetteluun panostettiin siten, että kysymykset olivat tarkasti tutkimusaiheeseen liittyviä, selkeitä, eivätkä jättäneet tulkinnanvaraakaan, ne eivät olleet johdattelevia tai syyllistäviä. Haastattelukysymysten ymmärrettävyyttä, luotettavuutta ja toimivuutta testattiin ennakkoon pienellä vastaajajoukolla.

Haastattelujen suorittaminen taaten haastateltavien anonymiteetin vahvisti osaltaan tutkimuksen luotettavuutta, sillä haastateltavat saattoivat puhua vapaasti. Myös tutkimusaineiston laajuus oli tarpeeksi kattava takaamaan tarpeellisen tiedonsaannin ja haastateltavien joukko oli tasalaatuinen, jolloin vastausten laatu alkoi toistua. Tutkimuksessa on pyritty uskottavuuteen kuvaamalla tutkimuksen vaiheita, kiinnittämällä huomiota litteroinnin ja teemoittelun tarkkuuteen sekä käyttämällä suoria lainauksia haastateltujen vastauksista.

Tavoitteena oli aikaansaada tutkimus, joka voitaisiin toistaa samanlaisena muissakin vastaavissa toimintayksiköissä.

Lähteet

Painetut

Aaltonen, L-M. & Rosenberg, P. 2013. Potilasturvallisuuden perusteet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Eloniemi-Sulkava, U. & Sulkava, R. 2004. Dementiamailma. Suomen dementiahoitoyhdistyksen julkaisuja. Kuopio: Kuopion liikekirjapaino.

Erkinjuntti, T., Alhainen, K. Rinne, J. & Huovinen, M. 2006. Muistihäiriöt. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Erkinjuntti, T., Remes, A., Rinne, J. & Soininen, H. 2015. Muistisairaudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Helovuori, A., Kinnunen, M., Peltomaa, K. & Pennanen, P. 2011. Potilasturvallisuus. Helsinki: Edita Prima Oy.

Hirsijärvi, S. & Hurme, H. 2009. Tutkimushaastattelu, Helsinki: Yliopistopaino.

Hirsijärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.

Janhonen, S. & Nikkonen, M. 2003. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.

Juva, K., Hublin, C., Kalska, H., Korkeila, J., Sainio, M., Tani, P. & Vataja, R. 2011. Kliininen neuropsykiatria. Keuruu: Otavan kirjapaino.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.

Kokkonen, A. & Maltari-Ventilä, L. 2008. Hoito- ja huolenpitotyön sanasto. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.

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

Puumi, S. 2010. Väkivalta pois palvelutyöstä. Helsinki: Painojussit Oy.

Raitanen, T., Hänninen, T., Pajunen, H. & Suutama, T. 2004. Geropsykologia. Helsinki: WSOY.

Ronkainen, S., Pehkonen, L., Lindblom-Ylänne, S. & Paavilainen, E. 2014. Tutkimuksen voimasanat. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Soisalo, R. 2011. Väkivallan preventio sosiaali- ja terveysalalla. Riika: Jelvagas Tipografia.

Stakes: Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy.

Tilvis, R., Pitkälä, K., Strandberg, T., Sulkava, R. & Viitanen, M. 2010. Geriatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2011. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Vantaa: Hansaprint Oy.

Vilka, H. 2015. Tutki ja kehitä. Juva: Bookwell Oy.

Voutilainen, P. & Tiikkanen, P. 2008. Gerontologinen hoitotyö. Helsinki: WSOY.

Voutilainen, P., Vaarama, M., Backman, K., Paasivaara, L., Eloniemi-Sulkava, U. & Finne-Soveri, H. 2004. Ikäihmisen hyvä hoito ja palvelu. Opas laatuun. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy.

Waittinen, M. & Ripatti, E. 2009. Suomen Palopäällystiitto: Sosiaali- ja terveydenhuollon turvallisuusopas. Nurmijärvi: Painoagentti Oy.

Sähköiset

Awanic 2016. HiPro. Sosiaali- ja terveydenhuollon vaaratapahtumien raportointijärjestelmä. Viitattu 8.4.2017 <http://awanic.com/haipro/>

Eloniemi-Sulkava, U. & Savikko, N. 2011. Mielenmuutos pitkäaikaishoidossa - Käyttösoireiden hoidosta muistisairaahan ihmisen hyvinvoinnin kokonaisvaltaiseen tukemiseen. Vanhustyön keskusliiton julkaisuja. Helsinki: Vanhustyön keskusliitto. www.vtkl.fi

Finlex. 2017. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785. Luettu 8.4.2017. <http://www.finlex.fi>

Finlex. 2017. Mielenterveyslaki 1990/1116. Luettu 8.4.2017. <http://www.finlex.fi>

Finlex. 2017. Rikoslaki 2003/515. Luettu 8.4.2017. <http://www.finlex.fi>

Finlex. 2017. Työturvallisuuslaki 2002/738. Luettu 8.4.2017. <http://www.finlex.fi>

Kuntatyönantajat 2017. Työhyvinvointi ja väkivalta. Viitattu 9.4.2017. <http://www.kuntatyönantajat.fi/fi/tyoelaman-kehittaminen/tyohyvinvointi/vakivalta/Sivut/default.aspx>

Lohjan kaupunki 2015. Ikäihmisten palvelujen tila. Viitattu 8.4.2017. http://www.lohja.fi/Liitetiedostot/perusturva/Vanhusneuvosto/022016_Liite_Ik%EA4ihmisten_palvelujen_tila_2015.pdf

Lohjan kaupunki 2017. Asumisyksiköt. Viitattu 8.4.2017. http://www.lohja.fi/default.asp?kieli=246&id_sivu=2500&alasivu=2500

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2017a. Tehostettu palveluasuminen. Viitattu 8.4.2017: <http://stm.fi/asumispalvelut-asunnon-muutostyot>

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2017b. Laitoshoito. Viitattu 8.4.2017 <http://stm.fi/laitoshoito>

Sosiaalitalo 2007. Työturvallisuus. Viitattu 9.4.2017 http://www.sosiaalitalo.fi/ep/tiedostot/Tyoturvallisuus_sosiaalialalla_raportti.pdf

Valtioneuvosto. 2017. Työolobarometri: Työterveys ja -turvallisuus. Viitattu 9.4.2017: http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/79257/TEMrap_10_2017_verkkojulkaisu.pdf?sequence=1

Liite 1: Sähköpostiviesti yksiköiden yhteyshenkilöille

Arvoisa osastonhoitaja,

Olen viimevaiheen sairaanhoitajaopiskelija Lohjan Laurean ammattikorkeakoulussa ja teke-
mässä opinnäytetyötä aiheesta ”Ikääntyneiden asumispalveluissa työskentelevien hoitajien
kohtaama asiakasväkivalta”. Työn tarkoituksena on kartoittaa missä määrin ja minkälaista
asiakasväkivaltaa Lohjan alueen asumispalveluiden hoitajat työssään kohtaavat ja miten he
siitä raportoivat.

Kysely tehdään yhteistyössä Lohjan kaupungin hyvinvointipalveluiden, Laurea ammattikorkea-
koulun ja Lohjan kotihoidon kanssa.

Kysely on tarkoitus tehdä Lohjan alueen asumispalveluyksiköissä ryhmähaastatteluina, joihin
pyytäisin saada haastateltaviksi 4-5 vakinaisessa virassa olevaa perus- tai sairaanhoitajaa.
Haastattelut käytäisiin paikan päällä yksiköissänne teille sopivana ajankohtana toukokuun 2018
aikana ja aikaa haastatteluun kuluisi n. 45min. Haastattelu on luottamuksellinen, eikä haasta-
teltavien henkilöllisyyksien tarvitse missään vaiheessa tulla tutkijan tai tutkimuksen tietoon.

Ystävällisin terveisin,

Minna Hämäläinen (1402331)

SHF214SN

Sairaanhoitajaopiskelija

Laurea, Lohja

Minna.M.Hamalainen@student.laurea.fi

Liite 2: Haastattelurunko

Hoitajien kohtaama asiakasväkivalta ikääntyneiden asumispalveluissa

Kohtaatteko hoitotyössä asiakasväkivaltaa ja läheltä-piti tilanteita?

Minkä tyyppistä fyysistä väkivaltaa?

Minkä tyyppistä psyykkistä väkivaltaa?

Kenen taholta väkivaltaa esiintyy (asukas, omaiset, muu?)

Minkälaisissa tilanteissa ja minkä tyyppisillä asukkailla väkivaltaa esiintyy?

Kuinka usein väkivalta tilanteita esiintyy (päivittäin, viikoittain, kuukausittain)?

Miten väkivaltatapahtumiin varauduttu ?

Miten tapahtuneita väkivaltatilanteita läpikäydään työyhteisössä?

Miten työnantajan puolesta on opastettu toimimaan asiakasväkivalta-tilanteissa?

Tehdäänkö tapauksista HaiPro-ilmoituksia?

Jos ei tehdä, niin miksi?

Onko väkivalta lisääntynyt/muuttunut viime vuosina?

Teemoittelu: Asukasväkivalta

Liite 3

