



Sairaanhoitajan kohtaama väkivalta hoitotyössä

Altonen Maija
Ylenius Tiina

2019 Laurea



Laurea-ammattikorkeakoulu

**Sairaanhoitajan kohtaama väkivalta hoito-
työssä Sairaanhoitajan kohtaama väkivalta
hoitotyössä**

Maija Altonen
Tiina Ylenius
Sairaanhoitaja
Opinnäytetyö
Joulukuu 2019 2019

Maija Altonen, Tiina Ylenius Tiina Ylenius

Sairaanhoidajan kohtaama väkivalta hoitotyössä Sairaanhoidajan kohtaama väkivalta hoitotyössä

Vuosi 2019 2019

Sivumäärä 40

Tämän opinnäytetyön tarkoitus oli kartoittaa millaista väkivaltaa sairaanhoitajat ovat kohdanneet hoitotyössä. Tavoitteena oli aineiston pohjalta lisätä tietoutta siitä, miten sairaanhoitaja voi omalla toiminnallaan ennaltaehkäistä väkivaltaisuutta hoitotyössä. Opinnäytetyössä keskityttiin kuvaamaan väkivaltilanteita, niiden uhkia, tekijöitä ja sitä miten väkivaltilanteita voitaisiin hoitotyössä ennaltaehkäistä.

Viitekehys muodostui väkivallan kuvaamisesta hoitotyössä, ennaltaehkäisyn ja ennaltaehkäisevien menetelmien esittelemisenä sekä lainsäädännöstä. Opinnäytetyö toteutettiin kuvailevana kirjallisuuskatsauksena. Aineistoa haettiin kotimaisista ja englanninkielisistä tietokannoista hakusanoin ”väkivalta”, ”hoitotyö”, ”pelko”, ”defens*”, ”patient” ja ”nursing”.

Tietokantoina käytettiin Laurea Finna, Medic, PubMed, CINAHL ja ProQuest Central -hakuja. Poissulku ja sisäänottokriteerien myötä opinnäytetyöhön valikoitui seitsemän tutkimusta, jotka vastasivat tutkimuskysymyksiin minkälaisia väkivaltilanteita sairaanhoitajat ovat kohdanneet hoitotyössä ja miten mahdollisia väkivaltilanteita hoitotyössä voidaan ennaltaehkäistä. Aineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalysillä.

Kirjallisuuskatsauksen tulokset osoittivat, että väkivaltilanteiden esiintyminen hoitotyössä on ilmeinen. Sairaanhoitajat kohtasivat työssään niin fyysistä, psyykkistä kuin sanallistakin väkivaltaa. Väkivallalla saatettiin myös uhata sairaanhoitajia, sekä heidän läheisiään. Ennaltaehkäisevinä keinoina väkivaltaista käyttäytymistä kohtaan nousivat tiimityöskentelyn ja koulutuksen tärkeys, sekä hyvät vuorovaikutustaidot hoitajan ja potilaan välillä. Tärkeänä väkivallan ennaltaehkäisyssä pidettiin myös potilaan huomioimista yksilönä, sekä sitä että fyysisellä ympäristöllä on merkitystä potilaan mahdolliseen väkivaltaiseen käytökseen.

Asiasanat: väkivalta, hoitotyö, ennaltaehkäisy

Tiina YleniusMajja Altonen, Tiina Ylenius

The violence nurses encounter in care work

Year	2019	2019	Pages	40
------	------	------	-------	----

The purpose of this thesis was to survey what kind of violence nurses have encountered in care work. The aim was to raise awareness of how a nurse can prevent violence in care work with their own actions, based on our data. The thesis focused on describing violent situations, the threat of violence, factors and how they could be prevented in care work.

The knowledge base consists of describing violence and its prevention in care work, introducing preventive methods and legislation. The thesis was carried out as a narrative review. The data was collected from both Finnish and international databases using headwords like “violence”, “care work”, “fear”, “defens*”, “patient” and “nursing”. Databases like Laurea Finna, Medic, PubMed, CINAHL and ProQuest Central were used to collect the material. Using our exclusion and entry criteria, there were in total seven researches that was chosen in this thesis. These studies answered our research questions of what kind of violent situations nurses have encountered in care work and how they could be prevented. The data was analysed by using inductive analysis.

The results of the literature review showed that the occurrence of violent situations was evident. Nurses encountered physical, mental and verbal violence at their work. Violence was also used to threat nurses and their loved ones. The importance of good team functioning and education, as well as good interpersonal skills between the nurse and the patient was seen as preventive methods. Taking the patient into account as an individual, as well as the fact that the physical environment is important to the patient’s possible violent behavior, were also considered important in preventing violence.

Keywords: violence, care work, prevention

Sisällys

1	Johdanto.....	6
2	Tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset	7
3	Väkivalta hoitotyössä	7
3.1	Aggressiivinen potilas hoitotyössä	7
3.2	Väkivalta käsitteet	9
3.3	Väkivallan herättämä pelko hoitajassa.....	10
3.4	Väkivallan esiintyminen lukuina.....	11
3.5	Väkivaltatilanteiden ennaltaehkäisy	12
3.5.1	Menetelmiä väkivaltatilanteiden ehkäisyyn ja hallintaan	13
4	Lait hoitajan ja potilaan turvana	16
5	Opinnäytetyön toteutus kirjallisuuskatsauksella.....	18
5.1	Kuvaileva kirjallisuuskatsaus	19
5.2	Aineiston valinta	19
5.3	Aineiston analysointi.....	22
6	Tulokset	24
6.1	Sairaanhoitajan kohtaamia väkivaltatilanteita hoitotyössä	24
6.2	Väkivaltatilanteiden ennaltaehkäisy tulevaisuudessa	24
7	Pohdinta	26
7.1	Tulosten tarkastelu	26
7.2	Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys	27
7.3	Jatkotutkimusehdotukset	27
	Kuviot	31
	Taulukot	32
	Liitteet	38

1 Johdanto

Väkivallan uhka on hoitotyössä aina olemassa. Esimerkiksi Josefssonin, Sinervon ja Vehkon (2018) teettämän tutkimuksen mukaan vanhusten laitoshoidossa jopa 80% hoitajista on kokenut väkivaltaa vuoden sisällä. (THL 2018). Hoitotyössä tavataan neljä kriisin etenemisen vaihetta, joista kolmas vaihe voi johtaa potilaan fyysisen väkivallan käyttöön. Ensimmäisenä käyttäytymisen tasona voidaan pitää asiakkaan ahdistuneisuutta, jota seuraa defensiivinen käytös ja tämän jälkeen mahdollinen riskikäyttäytyminen eli fyysisen väkivallan käyttö. Lopuksi jännite vähenee ja tilanne raukeaa. Hoidettaessa erityisesti aggressiivisia potilaita, kuten mielenterveys-, päihde- tai dementiapotilaita on otettava huomioon tilanteen mahdollinen eskaloituminen riskikäyttäytymiseksi, eli väkivaltaiseksi käytökseksi. Tätä riskikäyttäytymistä edeltää kuitenkin lähes aina defensiivinen vaihe, jolloin potilaan käytös on epävakaa. Hän voi huutaa, kiroilla tai uhkailla. Fyysistä väkivaltaa ei vielä ole tapahtunut. Tässä vaiheessa hoitajan on hyvä tarkkailla omaa nonverbaalista ja verbaalista käytöstään. (MAPA® Osallistujan työkirja 2015, 8-9.)

Opinnäytetyö on kuvaileva kirjallisuuskatsaus, jossa tarkastellaan, minkälaista väkivaltaa sairaanhoitaja on työssään kohdannut ja miten potilaan väkivaltaista käytöstä voitaisiin ennaltaehkäistä. Tutkimustuloksista pyrimme löytämään keinoja, joilla voitaisiin välttää tilanteen eskaloituminen riskikäyttäytymiseksi huomioiden potilaan rajoittamiseen liittyvä lainsäädäntö.

Tämän opinnäytetyön toivotaan antavan terveydenhuollon ammattilaisille keinoja ennaltaehkäistä fyysistä väkivaltaa. Opinnäytetyöstä on hyötyä meille tulevaisuudessa sairaanhoitajan ammatissamme, sillä väkivallan uhka on ilmeinen. Aihe on ajankohtainen ja käytännönläheinen.

2 Tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset

Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa, minkälaista väkivaltaa sairaanhoitajat ovat kohdanneet hoitotyössä. Opinnäytetyön tavoitteena on kuvailla, minkälaista väkivaltaa sairaanhoitajat ovat työssään kohdanneet sekä lisätä tietoutta siitä, miten hoitaja voi omalla toiminnallaan ennaltaehkäistä väkivaltaisuutta hoitotyössä.

Opinnäytetyön tutkimuskysymykset ovat:

1. Minkälaisia väkivaltilanteita sairaanhoitajat ovat kohdanneet hoitotyössä?
2. Miten mahdollisia väkivaltilanteita hoitotyössä voidaan ennaltaehkäistä?

3 Väkivalta hoitotyössä

Uhkaavia ja vaarallisia tilanteita esiintyy keskimääräistä enemmän terveydenhoitoalalla, sosiaalialalla, turvallisuusalalla sekä kasvatus- ja opetusalalla. Väkivalta tai sen uhka vaikuttavat välittömästi työntekijän hyvinvointiin ja siihen on pyrittävä puuttumaan ennaltaehkäisevästi. (Väkivallan uhka 2018.) Väkivalta tai sen uhka vaikuttaa hoitajan työssä jaksamiseen, työkykyyn sekä yleisesti hyvinvointiin. Hoitaja voi kokea työssä viihtymättömyyttä, pelkotiloja, unettomuutta tai erilaisia fyysisiä oireita kuten väsymystä ja sydänoireita. (Väkivallan uhka työssä 2013.) Väkivallan uhkaa lisäävät yksintyöskentely, lääkkeiden tai rahan käsittely, päihdyneiden potilaiden kohtaaminen tai työpaikan sijainti syrjäisessä tai rauhattomassa paikassa (Väkivallan uhka 2018).

3.1 Aggressiivinen potilas hoitotyössä

Potilaan aggressiivisuudelle on monia syitä. Yhteiskunnalliset taustatekijät, kuten syrjäytyminen, työttömyys, taloudelliset vaikeudet sekä ihmissuhdeongelmat voivat altistaa aggressiiviselle käytökselle, mutta samoin elämäntilanteet ja potilaan ominaisuudet, joiden lisänä laukaisevina tekijöinä stressi, turhautuminen ja vaikeuksien kasaantuminen. Potilaan ominaisuuksista temperamentin lyhytjännittyneisyys ja äkkipikaisuus lisäävät aggression riskiä, samoin tietyt persoonallisuushäiriöt. Stressaavien olosuhteiden, kuten jonottamisen, ihmisjoukon ympäröimänä olemisen, fyysisen kiputilan, nälän, väsymyksen ja yöajan on katsottu lisäävän turhautumista ja eriasteista aggressiivista käyttäytymistä. (Rantaeskola, Hyyti, Kauppila & Koskelainen 2015, 8-9).

Alkoholin ja päihteiden käyttö lisää aggressiivisen käyttäytymisen riskiä. Potilas, jolle on kehittynyt psyykkinen tai fyysinen päihderiippuvuus, saattaa olla vaarallinen, kun hänellä on

vieroitusoireita. (Rantaeskola ym. 2015, 128.) Tietyt mielenterveysongelmat ja niiden oireet, kuten psykoosi, voivat aiheuttaa väkivaltaista käytöstä. Harhat voivat ohjailla psykoottista potilasta kohdistamaan aggressiivista käytöstä sairaanhoitajaan. Psykoottisesti oireileva voi olla myös pelokas ja tällöin pelko voi ilmentyä aggressiivisena käytöksenä. (Rantaeskola ym. 2015, 113-114.)

Muistisairaus ja älyllinen kehitysvammaisuus voivat myös aiheuttaa haasteellista ja aggressiivista käytöstä potilaassa. Muistisairaus vaikuttaa usein potilaan vuorovaikutukseen, samoin älyllinen kehitysvamma. Huttusen (2018), mukaan älyllisen kehitysvammaisuuden ohella lapsi tai aikuinen kärsii erilaisista sosiaalisista ongelmista muun muassa sosiaalisesta viestimisestä ja omien asioiden hoitaminen on haasteellista. (Terveyskirjasto, 2018). Potilaalla ei siis välttämättä ole keinoja ilmaista omia tarpeitaan ja tunteitaan, ja tällöin hän saattaa hakea huomiota ei-toivotulla käytöksellä jolloin haastavasta käyttäytymisestä tulee tahdon ja tarpeiden täyttämisen väline. Älyllisesti kehitysvammaisella potilaalla voi olla heikko kyky hallita ristiriitaisia tilanteita ja kyvyttömyys hillitä itseään sekä omaa käytöstään. Monet älyllisesti kehitysvammaiset henkilöt ovat saattaneet kokea traumoja, turvattomuutta ja hylkäämisen kokemuksia. Nämä kokemukset saattavat lisätä haasteellista käytöstä hoitotilanteessa. On myös huomioitava, että joidenkin ihmisryhmien normit saattavat sallia tai jopa palkita aggressiivista käyttäytymistä, esimerkiksi väkivaltaisesti käyttäytyvien nuoriso- ja rikollisryhmien keskuudessa. Aggressiivinen käyttäytyminen on osittain sukupuoli- ja ikäsidonnoista, suurimman osan vakavista häiriöistä ja väkivallasta aiheuttavat miehet. (Rantaeskola ym. 2015, 8-9.)

Sairaanhoitajan oman käytöksen tarkastelu aggressiivisen potilaan kohtaamisessa on tärkeää. Päihtyneen potilaan kohdalla sairaanhoitajan tulisi säilyttää oma rauhallisuutensa, levollisuutensa ja rento esiintyminen. Kämmenet tulisi pitää näkyvillä eikä selkää tulisi kääntää potilaalle. (Rantaeskola ym. 2015, 128.) Psykoottisen potilaan kohdalla liikkumis- ja henkilökohtaisen tilan rajoittaminen, esimerkiksi istumaan pyytäminen, saattaa ajaa psykoottisen potilaan aggressiiviseen käyttäytymiseen. Psykoottista potilasta ei myöskään tulisi lähestyä yllättäen tai takaapäin. Katsekontaktin määrään ja laatuun tulee kiinnittää huomiota, sillä psykoottisesti oireileva saattaa tulkita pitkän ja suoran katsekontaktin ahdistavaksi ja epämiellyttäväksi. Harhoja kokevan potilaan kanssa tulisi puhua rauhallisesti ja yksiselitteisesti, sekä tarvittaessa toistaa sanomansa, mikäli näyttää siltä ettei hän ole ymmärtänyt sanottua. Sairaanhoitajan on oleellista käyttäytyä harkitusti ja vältettävä luomasta kiireistä ilmapiiriä. Potilaan kokiessa vainoamisharhoja, hän saattaa kokea henkilöitymisen provosoivana. Kehotuksissa tai toimintaohjeiden antamisessa henkilöimistä kannattaa mahdollisuuksien mukaan välttää ja puhutella potilasta yleisellä tasolla esimerkiksi: ”Täällä meillä on tapana tehdä tällä tavalla, sopiiko se myös sinulle?”. Mikäli sairaanhoitaja tuntee potilaan, voidaan kokeilla käyttää etunimeä kommunikaatiossa, jolloin nimen käyttö saattaa rauhoittaa tilannetta ja tuoda potilaan todellisuuteen ja nykyhetkeen. Kiireettömältä, turvalliselta ja rauhalliselta tuntuvan

ilmapiirin luominen on ehdottoman tärkeää. (Rantaeskola ym. 2015, 113-114.) Lähestymistapoina älyllisesti kehitysvammaisen kohdalla tulisi suosia lyhyttä ja selkeää kommunikointia, antaa selkeitä vaihtoehtoja vastata ”kyllä” tai ”ei” ilman johdattelua sekä käyttää tarvittaessa kommunikoinnin apuna piirtämistä, kirjoittamista, eleitä, havainnollistamista sekä konkreettisia. Älyllisesti kehitysvammaiselle potilaalle tulee antaa aikaa vastata ja kertoa selkeästi mitä on tapahtumassa, jolla voidaan välttää pelkoreaktioiden syntymistä. (Rantaeskola ym. 2015, 126.)

3.2 Väkivalta käsitteet

Väkivaltaisen tapahtuman kohtaaminen on aina pelottava, arvaamaton ja usein äkillinen kokemus, joka aiheuttaa hoitajalle turvattomuuden tunnetta ja psyykkistä kuormitusta (Väkivalta- ja uhkatilanteet työpaikalla). Väestöliiton (2019) mukaan fyysinen väkivalta voi olla tönimistä, tuuppimista, läimäyttämistä, liikkumisen estämistä, lyömistä, hiuksista repimistä, esineillä heittämistä, teräaseella vahingoittamista tai kuristamista. Väkivaltaa voi olla monenlaisia eikä se ole koskaan hyväksyttävää. Henkinen väkivalta taas voi olla toisen mitätöintiä, halventamista, solvaamista, pilkkaamista ja nimittelyä. Tavaroiden rikkominen on myös henkistä väkivaltaa, vaikka sitä ei aina sellaiseksi mielletäkään. (Väestöliitto, 2019.) Väkivaltatilanteita voi tapahtua joko töissä, työmatkalla tai jossakin muussa paikassa (Väkivallan uhka työssä 2013).

Antikainen-Juntusen (2007) Työturvallisuus sosiaalialalla -hankkeen loppuraportin mukaan väkivaltatyötapaturma tarkoittaa työssä tai työmatkalla sattunutta väkivaltatilannetta, jossa työntekijälle aiheutuu sairaus, vamma tai vammoja, joista tehdään tapaturmalain mukainen tapaturmailmoitus. Vuonna 2003 on tullut voimaan työturvallisuuslaki (738/2002), jossa väkivalta mainitaan erikseen työtapaturman aiheuttajana. Samaisena vuonna on otettu käyttöön työtapaturmien luokittelumenetelmä ESAW (European Statistics on Accidents at Work). Hankkeessa käsitellyn Heiskasen (2005) tekemän uhritutkimuksen pitkittäisanalyysin mukaan työväkivallan trendi on Suomessa ollut 1980-luvulta lähtien nouseva. Ammattirakenteen muutos on ollut syynä tähän nousuun. Asiakaspalvelutehtävien, joissa työväkivaltaa kohdetaan eniten, määrä on noussut. Koska miehiä on sosiaalialalla vähemmän kuin naisia, työväkivallan lisääntyminen koskettaa nimenomaan naisia. Naiset joutuvat, useammin kuin miehet, nuorten ja ikäihmisten väkivallan kohteeksi. Puolet naisten kokemasta työväkivallasta liittyy hoitotilanteisiin. Miespuoliset työntekijät sosiaalialalla kokevat väkivaltaa heille kertyvissä kontrollitehtävissä, kuten vartiointi- ja poliisitehtävissä. Toisena työväkivallan lisääntymisen syynä on se, että tilanteita on alettu tulkita aiempaa herkemmin väkivallaksi ja niistä ollaan valmiimpia kertomaan. Erityisesti nuoret naiset ovat joutuneet väkivallan kohteeksi ja sen riski on suurempi kaupungissa kuin maaseudulla. Väkivaltatilanteeseen ei ole osattu varautua, vaan tilan-

teet ovat yllättäneet yksin työskentelevän työntekijän hänen keskittyessään muuhun työtehtävään. Uhritutkimuksen mukaan, kontrolliammateissa väkivallan riski on kuitenkin edelleen suurempi ja vakavampi kuin palvelualoilla, mutta tilanteet eivät ole päässeet kärjistymään yhtä pahoiksi, sillä kontrolliammateissa työntekijät ovat koko ajan varautuneita väkivallan mahdolliseen uhkaan, ja heillä on keinoja ja välineitä toimia uhkatilanteissa. Suurin todennäköisyys joutua kokemaan työväkivaltaa on niillä asiakastyötä tekevillä, jotka työskentelevät yksin tai hyvin pienissä työyksiköissä ja joiden asiakaskuntaan kuuluu alkoholin tai huumeiden vaikutusten alaisia tai henkisesti tasapainottomia henkilöitä. Väkivaltatilanteet painottuvat usein yöhön ja aikaiseen aamuun, joten väkivallan uhriksi joutumisen riski on suurempi vuoro-työtä tekevillä. (Antikainen-Juntunen 2007, 33-35.)

3.3 Väkivallan herättämä pelko hoitajassa

Pelko on luonnollinen tila ja sen alkukantainen tarkoitus on auttaa ihmisen selviytymään hengissä. Koetut väkivaltatilanteet ja väkivallan uhka työssä aiheuttavat pelon tunnetta, mutta sopivassa suhteessa pelko voi kuitenkin tehostaa ihmisen toimintaa hetkellisesti ja auttaa suoriutumaan tilanteesta mahdollisimman tehokkaasti. (Sundell 2014, 18).

Mikkola (2013) on kuvannut väitöskirjassaan Henkilökunnan kokema pelko ja selviytymiskeinot ensiapupoliklinikoilla, ensiapupoliklinikan hoitohenkilökunnan työssä ilmeneviä pelkoja, pelkoja aiheuttavia tekijöitä sekä pelon uhkakuvia. Yhdessä keskussairaalaista ja yhdessä yliopistollisestakeskussairaalaista haastateltiin yhteensä 30 ensiapupoliklinikan sairaanhoitajaa. Lisäksi suoritettiin kyselytutkimus 16 sairaalan ensiapupoliklinikoille. (Mikkola 2013, 43-48.)

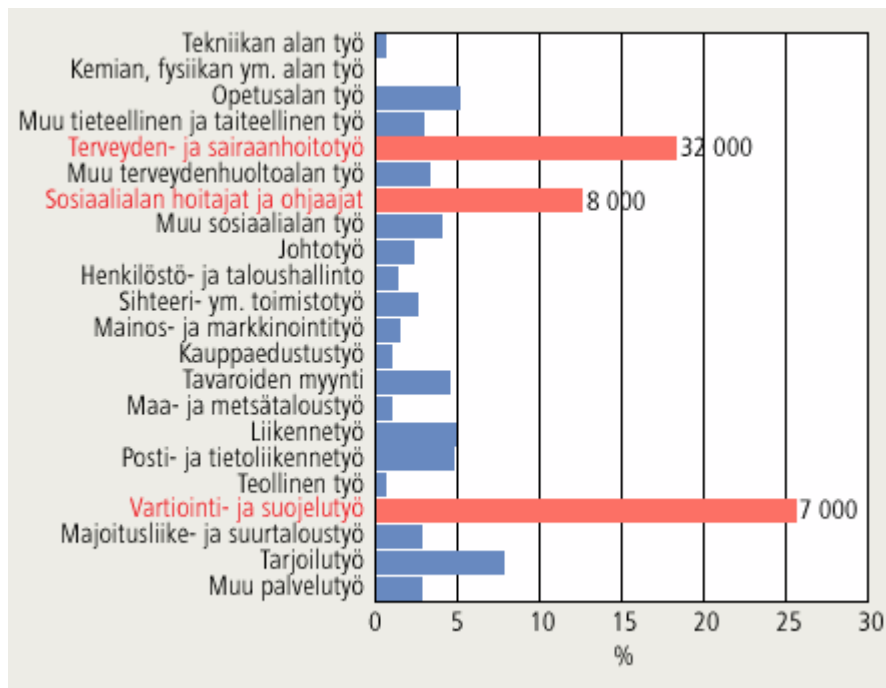
Pelkoa aiheuttaviksi tekijöiksi haastattelun ja kyselyn perusteella ensiapupoliklinikan työssä nousivat väkivalta- ja uhkatilanteet. Osa Mikkolan (2013) haastatelluista kertoi joutuneensa joko potilaan ja/tai omaisen väkivaltaisen käytöksen uhriksi. Näistä tilanteista oli mainittu aseellinen uhkatilanne, jossa aseena oli ampuma-ase, veitsi tai puukko, sekä kuristusyritys tai muu fyysinen väkivaltaisuus, kuten potkiminen, pureminen, nyrkillä huitaisu tai naamalle sylkeminen. Väkivalta ja sen uhka aiheuttivat pelkoa, vaikkei haastateltu olisi itse ollutkaan mukana tällaisessa tilanteessa. Myös potilaan tai omaisen käyttämä sanallinen uhkailu, aiheutti pelkoa ensiapupoliklinikalla. Uhkailusta haastateltavat kuvasivat ensiapupoliklinikalle soitettua uhkasoittoa, sekä tilannetta, jossa oli uhkailtu tulla ensiapupoliklinikalle aseensa kanssa. Pelkoa aiheutti lisäksi uhkaus, jossa uhkaaja sanoi tietävänsä missä haastateltava asuu. Pelottavaksi oli koettu myös tilanne, jossa väkivaltainen potilas kohdataan myöhemmin työn ulkopuolella. Potilasryhmistä pelkoa aiheuttivat haasteltujen mukaan päihiteidenkäyttäjät, sekakäyttäjät, aggressiiviset potilaat, psykiatriset sekä arvaamattomasti käyttäytyvät potilaat. (Mikkola 2013, 60-63.)

3.4 Väkivallan esiintyminen lukuina

Uhkailu on väkivallan yleisin muoto ja sitä on Tilastokeskuksen hyvinvointikatsauksen mukaan kokenut yhteensä 72% kaikista väkivaltaa kokeneista työntekijöistä. Toiseksi yleisin väkivallan muoto oli fyysinen väkivalta, josta ei jäänyt näkyviä fyysisiä jälkiä. Tämänkaltaista väkivaltaa oli kohdannut 28% väkivaltaa kokeneista työntekijöistä. Fyysisen väkivallan kohteeksi, josta jäi näkyviä jälkiä, kertoi 16% kohdanneensa. Saman katsauksen mukaan, naiset kokevat miehiä useammin työpaikkaväkivaltaa ja kaikista työpaikkaväkivaltaa kokeneista henkilöistä kaksi kolmasosaa oli naisia. Suuri luku selittyy sillä, että sosiaali- ja terveysalalla työskentelevistä työntekijöistä n. 90% on naisia. (Hyvinvointikatsaus 2009.)

Hoitotyön työolosuhteet vaikuttavat myös väkivaltaisuuden esiintymiseen. Yksin työskentelyn, kiireen, työpaineiden sekä yöllä työskentelyn tiedetään olevan riskitekijöitä väkivaltaisuuden esiintymiseen. Tilastokeskuksen hyvinvointikatsauksen mukaan kiireellä on myös osuutta väkivaltaisten tilanteiden syntyyn. Kovassa kiireessä ja paineiden alaisena työturvallisuuden varmistuminen voi unohtua ja henkilökuntavajeen vuoksi haastavia potilaita voi joutua hoitamaan yksin. Tulosten mukaan väkivaltakokemusten esiintyminen oli suorassa yhteydessä työntekijän kokemaan kiireeseen ja työpaineisiin. Mitä kovempi kiire ja mitä kovemmat paineet, sitä enemmän hoitaja kohtasi väkivaltaisia tilanteita. Hoitotyössä kiireen ja työpaineiden tiedetään myös vaikuttavan enemmän omaan henkiseen hyvinvointiin, verrattuna kaikkiin aloihin. Katsauksessa haastatelluista 842 000 työntekijästä noin joka kolmas (33%) kertoi kiireen ja työpaineiden haittaavan omaa hyvinvointiaan, kun terveyden- ja sairaanhoidon alaa tarkasteltaessa 73% koki kiireen ja paineiden haittaavan hyvinvointiaan. Muilta aloilta myös opettajat (48%) ja johtajat (42%) kokivat kiireen ja paineiden vaikuttavan omaan henkiseen hyvinvointiin. (Hyvinvointikatsaus 2009.)

Tilastokeskuksen katsauksen mukaan kolme ammattikuntaa erottuu selvästi väkivaltatilastoissa (kts. kuvio 1). Nämä riskialtteimmat ammattikunnat ovat terveyden- ja sairaanhoitotyö, sosiaalialan hoitotyö sekä vartiointi- ja suojeluala. Samat ammattikunnat ovat pysyneet tilastojen kärjessä vuodesta 1999-2007 ja ylivoimaisesti eniten väkivaltaa koetaan terveyden- ja sairaanhoidon alalla. Prosentuaalisesti väkivaltaa kokeneiden osuus on vartiointi- ja suojelutyössä, jossa jopa joka neljäs on kohdannut työssään väkivaltaa. (Hyvinvointikatsaus 2009.)



Kuvio 1: Väkivallan kohtaaminen ammattikunnittain (Tilastokeskus 2009)

3.5 Väkivaltilanteiden ennaltaehkäisy

Väkivallan riskin arvioiminen ja yhteisten toimintamallien kehittäminen sekä henkilökunnan perehdyttäminen kouluttaminen ovat keinoja, jolla väkivaltaa pystytään ennakoimaan ja väkivaltaisista tilanteista kontrolloimaan (Haaslahti 2019). Hoitohenkilökunnan tulee olla ammattitaitoisia ja heillä tulee olla valmiudet toimia väkivaltaisessa tilanteessa. Hoitajien kouluttaminen, perehdyttäminen ja ohjeistaminen ovat avaintekijöitä turvallisen toiminnan ja työympäristön luomisessa. Yhteisten toimintatapojen ja turvallisuusohjeiden avulla varmistetaan sekä potilaiden, että hoitajien mahdollisimman turvallinen ympäristö. (Sundell 2014.) Aggressiivisuuden ennaltaehkäisyssä on tärkeää tunnistaa eri riskiryhmät, eli potilaat, jotka voisivat mahdollisesti turvautua väkivaltaan (Soisalo 2011). Riskejä aggressiivisuuden ilmenemiseen on esim. potilaan aikaisempi väkivaltaisuus, psyykkiset sairaudet, päihtyneisyys ja muistisairaus (Rantaeskola, Hyyti, Kauppila & Koskelainen 2015).

Työturvallisuuskeskuksen asiantuntijan Lasse Kammosen mukaan työväkivaltaa kohdanneet eivät välttämättä ilmoita kaikista kohtaamistaan väkivaltaisuuksista. Syynä tähän on se, että väkivaltaa kohdannut työntekijä on joko kyllästynyt ilmoittamaan tilanteista, sillä niitä tapahtuu niin paljon tai he kokevat, ettei ilmoitukseen suhtauduta tarpeeksi vakavasti ja niiden tekeminen ei johda mihinkään. Kammosen mukaan yksi syy ilmoittamatta jättämiseen saattaa olla työntekijän halu salata tapahtuma, koska kokee olevansa ammattitaidoton. Työntekijä

kokee, että hänen olisi pitänyt pystyä hallitsemaan tilanne, jolloin se ei olisi johtanut väkivaltaisuuteen. Henkilökunnan koulutuksen tärkeys korostuu Kammosen mukaan väkivaltaisissa tilanteissa, ja koulutuksen pitäisi olla kertaluontoisuuden sijasta säännöllistä. (Haaslahti 2019.)

Työyhteisön toiminnalla voidaan vaikuttaa väkivaltaisten tilanteiden riskin hallintaan ja ehkäisyyn. Yhteisössä voidaan miettiä todennäköisiä väkivaltatilanteita sekä yhteisöön soveltuvia toimintatapoja niiden käsittelyyn. Kun toimintatavat ovat kaikkien hoitajien tiedossa ja yhdessä harjoiteltu, voidaan väkivaltatilanteiden syntymistä välttää ja vähentää niistä koituvia haittoja. Hyvällä työilmapiirillä on myös vaikutusta, sillä avoimessa ja hyväksyvässä työympäristössä vaikeistakin asioita on helpompi käsitellä ja käydä yhdessä läpi ketään syyttämättä tai tuomitsematta. (Työpaikkaväkivallan ehkäisy 2017.)

Väkivaltatilanteiden ennaltaehkäisyyn voi vaikuttaa monin eri tavoin, niin hoitaja- kuin esimiestasolla sekä laajemmin organisaation tasolla. Sairaanhoidajan tulee huolehtia siitä, että ei omalla käytöksellään provosoi potilaan aggressiivista käytöstä tai ota tarpeettomia riskejä, kuten työskentelemällä yksin arvaamattoman potilaan kanssa. Hoitajan tulee käyttäytyä asiallisesti ja kunnioittavasti potilasta kohtaan sekä hallita koulutuksen tai työpaikan kautta tarjottuja turvallisuustekniikoita. Uuteen työpaikkaan mentäessä on hoitajan hyvä perehtyä kyseisen työpaikan turvallisuusmääräyksiin ja menettelyohjeisiin. Työnantajan tulee huolehtia, että tarpeelliset perehdytys- ja menetelmäohjeet ovat työntekijöiden saatavilla ja että ne ovat ajanmukaiset. Työnantajan tulee myös varmistaa, että työtilat ovat turvalliset ja että työyksikön työntekijät osallistuvat säännöllisesti turvallisuuskoulutuksiin. (Turvallisuutta kaikkien parhaaksi 2010.) Työntekijöitä tulee kouluttaa, miten väkivaltatilanteita voidaan ehkäistä ja hallita ja on työnantajan vastuulla arvioida, minkälaista väkivaltaa kyseisessä työyhteisössä esiintyy. (Soisalo 2011). Työnantajan vastuulla on myös huolehtia mahdollisten turvallisuusjärjestelyjen ja -laitteiden, kuten hälytyskellojen, toimivuus (Työpaikkaväkivallan ehkäisy 2017). Organisaation vastuulla on jatkuva turvallisuusriskien kartoittaminen ja riskien arvioiminen sekä mahdollisiin toimiin ryhtyminen turvallisuuden parantamiseksi. Aggressiivisten tilanteiden ilmaantumista tulee seurata, työyksikössä tulee toimia lakien ja säädösten mukaisesti. Lisäksi organisaatitason tulee varmistaa, että eri yksiköissä toimitaan toimintamallien mukaisesti ja menetelmäohjeita noudattaen. (Turvallisuutta kaikkien parhaaksi 2010.)

3.5.1 Menetelmiä väkivaltatilanteiden ehkäisyyn ja hallintaan

Erilaisia menetelmiä väkivallan ennaltaehkäisyyn on kehitetty maailmalla useita. Suomessa tunnetuimmat ja käytetyimmät menetelmät ovat: MAPA, AVEKKI, AHHA ja HFR. (Soisalo 2011.) Käytössä on lisäksi TunteVa-toimintamalli, joka on vuorovaikutusmenetelmä, jota käytetään muistisairaita ihmisiä kohdatessa (Tampereen kaupunkilähetys ry). Ilman aggressiivisen

tai haasteellisen käytöksen hallintaan suunniteltua koulutusta hoitaja reagoi kriittisen tilanteen kohdatessaan todennäköisemmin vaiston ja pelon pohjalta, eikä rauhallisella ja riskejä vähentävällä tavalla. Todennäköisesti vaistonvaraisesti reagoidessaan tilanne myöskin eskaloituu helpommin fyysiseksi toiminnaksi, joko potilas satuttaa itseään tai muita. (MAPA® Osallistujan työkirja 2015.)

MAPA on englanninkielinen lyhenne sanoista Management of Actual or Potential Aggression, joka vapaasti suomennettuna tarkoittaa haasteellisen käytöksen ennaltaehkäisyä ja hallintaa. MAPA kehitettiin aluksi psykiatriseen hoitoon, mutta nykyään sen sovellusalue on laaja ja MAPA:n keinoja voi käyttää kaikissa potilaskohtaamisissa, niin nuorten, aikuisten kuin ikääntyneiden kanssa. Suomessa MAPA tuli kokeiluun 2000-luvun alussa Kellokosken psykiatrisessa sairaalassa. MAPA-kouluttajia aloitettiin kouluttamaan vuonna 2005 Hyvinkään Laureassa, jonka johdosta MAPA-koulutuksia saatiin järjestettyä ympäri Suomea. MAPA on kehitetty nimensä mukaisesti haastavien ja aggressiivisten potilaiden kohtaamiseen ja sen periaatteina on turvallisuus ja kivuttomuus. MAPA kehitettiin vaihtoehtona Control and Restraint-menetelmälle, jossa sallitaan nivelten ääriasennot ja lukot. MAPA:ssa näitä ei sallita, vaan siinä ensisijaisena puuttumiskeinona on ennaltaehkäisevät strategiat ahdistuneen ja mahdollisesti aggressiivisen potilaan käyttäytymisen hallinnassa. (Suomen MAPA-keskus.) MAPA:n menetelmien avulla hoitaja pystyy hallitsemaan haasteellista käyttäytymistä niin, että huolenpito ja riskien minimointi on aina etusijalla. MAPA kannustaa lisäksi avoimen, arvostavan ja kunnioittavan hoitosuhteen luomiseen ja antaa työkaluja siihen. (MAPA® Osallistujan työkirja 2015, 46-54.)

MAPA-koulutuksia voi järjestää vain CPI:n (Crisis Prevention Institute, inc.) lisensoima virallinen MAPA-kouluttaja. Koulutuksia on eri pituisia ja eri asiakasryhmille suunnattuja. Koulutuksissa opitaan mm. irtautumaan potilaan otteesta, väistämään lyöntejä, suojautumaan, asiakas- ja henkilöturvallisuuden periaatteita sekä ohjaamaan tai rajoittamaan uhkaavaa potilasta. Lisäksi koulutuksessa opitaan ja keskustellaan eri laeista, säädöksistä ja eettisistä periaatteista. MAPA koulutuksessa painotetaan hoitajan ja potilaan välistä vuorovaikutusta sekä tilanteen hallintaa kohtaamisen, kuuntelun ja ymmärtämisen keinoin. MAPA-koulutuksen käynyt osaa säädellä omaa käytöstään kriisin kehittymisen mallin mukaan sekä arvioida potilaan käyttäytymisen tasoa. (Suomen MAPA-keskus.)

AVEKKI muodostuu sanoista Aggressio, Vuorovaikutus, Ennaltaehkäisy, Kehittäminen, Koulutus ja Integrointi. Menetelmä korostaa yhdessä toimimisen tärkeyttä ja tarjoaa työvälineitä toimia hallitusti, kipua tuottamatta ja potilasta kunnioittavasti. Menetelmä tarjoaa myös työvälineitä väkivaltaisen käyttäytymisen ennaltaehkäisyyn, ennakointiin ja hallintaan. Toimintamallin avulla hoitaja saa keinoja eri tehtävien ja hoitotoimenpiteiden suorittamiseen sekä itsensä suojaamiseen. Menetelmä on kehitetty Savonia Ammattikorkeakoulussa vuosina 2005-2007 ja sen keskeiset periaatteet ovat yksilön ihmisarvon kunnioittaminen, kivuttomuus, yhteisöllisyys, dialogisuus ja hoidollisuus. (Turvallisuuskoulutus 2019.) AVEKKI-toimintamalliin

kuuluu väriluokittelumalli, joka on kehitetty väkivaltatilanteiden havainnoinnin ja hallinnan tueksi. Vihreä luokka on matalan aggressiivisuuden luokka ja perustyö on sujuvaa. Tässä luokassa pyritään pitämään potilaan rauhallista tilaa yllä sekä huomioidaan potilaan taustatiedot tai muut tilanteeseen vaikuttavat tekijät. Keltainen luokka on keskinkertainen aggressiivisuuden taso ja potilas voi olla hermostunut, ahdistunut tai sanallisesti uhkaava. Punainen luokka on korkean aggressiivisuuden taso ja tällöin potilas voi olla hallitsematon, sekava tai ravioissaan ja fyysisesti väkivaltainen. Luokittelu auttaa myös hoitajaa säätelemään omaa viireystilaansa sekä käyttämään oikeanlaisia, hoitotilanteeseen sopivia keinoja. Vihreässä luokassa hoitaja tarkkailee tiedostavasti ympäristöään ja havaitsee mahdolliset uhat ja riskitekijät ajoissa. Keltaisessa luokassa hoitaja havainnoi ympäristöään aktiivisemmin sekä ennakoi mahdollisia uhkia ja tulevia tapahtumia. Punaisessa luokassa hoitaja osaa toimia ammatillisesti paineen alla halliten tilannetta ja omia tunteitaan. (Hakkarainen, Hietanen, Lommi, Heikkinen, Jokiniemi & Taattola 2007.)

AHHA tarkoittaa Aggression hoidollista hallintaa ja on kehitetty Tampereen yliopistollisessa sairaalassa sekä Pitkäniemen sairaalassa koulutusmallina. Toimintamalli perustuu MAPA:n menetelmään. (Soisalo 2011.) AHHA menetelmässä painotetaan tilanteiden ennakointia ja varhaista väliintuloa ja sen tavoitteena on mahdollisimman hienotunteinen lähestymistapa vaikeisiin hoitotilanteisiin sekä positiivinen asenne haastaviin potilaisiin (Soldehed 2008).

HFR eli Hallittu Fyysinen Rajoittaminen on ryhmätyömenetelmä, jota käytetään vaativissa potilastilanteissa, kun potilaan kontrolloimatonta ja/tai aggressiivista käyttäytymistä halutaan rajoittaa inhimillisin keinoin. Menetelmä on kehitetty Suomessa 2000-luvun alussa. Tämän menetelmän tekniikat eivät perustu voiman käyttämiseen, vaan keskiössä on aggressiotilanteiden hallinta ja oikeaoppisten tekniikoiden soveltaminen tarpeen vaatiessa. Menetelmän kulmakivinä on aggressiivisten tilanteiden ennakointi ja vuorovaikutus potilaan kanssa ja fyysisuus tai potilaasta kiinni pitäminen ovat äärimmäiset toimintatavat, joita pyritään välttämään. Jos tilanteessa joudutaan käyttämään fyysisesti rajoittavia keinoja, tulee niitä käyttävän hoitajan osata turvalliset keinot ja niiden oikeanlainen soveltaminen. Koulutuksessa keskitytään myös hoitajan henkiseen jaksamiseen ja pyritään ehkäisemään hoitajan loppuun palamista tai kynnistymistä. (Aunio & Hoikkala 2017.)

TunteVa on vuorovaikutusmenetelmä, joka tukee muistisairaahan potilaan kohtaamista empatian, yhteisöllisyyden ja keskustelun avulla. Toimintamalli perustuu samankaltaiseen yhdysvaltalaiseen malliin ja sen lähtökohtana on muistisairaahan potilaan arvostus ja tämän kokemusten ja näkemysten kunnioittaminen. TunteVan ajatusmalli on, että muistisairaahan potilaan käyttäytymiselle on aina jokin syy, kuten keskeneräiset ja käsittelemättömät asiat tai torjutuja tunteita. Muistisairasta potilasta ei pyritä tuomaan väkisin nykyhetkeen, vaan kuljetaan potilaan rinnalla siinä todellisuudessa, jossa hän parhaillaan on. Potilaan tunteita ja tarpeita

tuetaan sekä kuunnellaan ja niiden ilmaisemisessa autetaan parhaan mukaan. Mallin avulla potilaan kokemus itsestä vahvistuu ja ahdistus sekä stressi vähenee. (TunteVa®-ideologia.)

4 Lait hoitajan ja potilaan turvana

Hoitotyötä ohjaavat monet lait ja säädökset. Niiden tarkoituksena on edistää potilasturvallisuutta, taata palvelujen laatu, varmistaa ammattihenkilöstön riittävä osaaminen sekä potilastilojen turvallisuus. Jokaisen työnantajan tulee pyrkiä takaamaan työntekijöilleen mahdollisimman turvallinen työympäristö ja olosuhteet sekä varmistamaan riittävä koulutus. Niin potilaan kun hoitajankin on hyvä olla tietoinen itseään koskevista säädöksistä, oikeuksista ja velvollisuuksista. Potilaan liikkumisen rajoittamiseen erilaisin turvavälineiden avulla liittyy monia säädöksiä. Ei-psykiatrisessa sairaanhoidossa tai sosiaalihuollossa ei ole turvavälineiden käyttöön liittyviä normeja. Eduskunnan oikeusasiamiehen mukaan potilaan liikkumista rajoitetaan vain ja ainoastaan tämän turvallisuuden takaamiseksi ja vain siinä määrin kuin se on kussakin tilanteessa välttämätöntä. Tilanteissa on myös pohdittava, onko muiden tilanteeseen sopivien turvallisuutta edistävien keinojen käyttö parempi ratkaisu ja onko rajoittaminen ylipäänsä välttämätöntä. Potilaan rajoittamisesta on aina keskusteltava hänen itsensä tai hänen omaistensa kanssa. Omaisten kanssa etenkin siinä vaiheessa, jos potilas ei pysty itse päättämään hoidostaan tai tämä on alaikäinen. Omaisilta tai muulta potilaan edustajalta tulee saada liikkumisen rajoittamiseen suostumus, joka kirjataan hoitotietoihin. Turvavälineiden käytöstä vastaa aina lääkäri, joka arvioi myös, milloin niiden käyttö on mahdollista lopettaa. (Valvira 2018.)

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (1992/785) määrittää, että potilaalla on oikeus laadukkaaseen terveyden- ja sairaanhoitoon. Potilaan hoito on järjestettävä ja häntä on kohdeltava ihmisarvon säilyttävällä tavalla, sekä tämän vakaumustaan ja yksityisyyttään kunnioittaen. Jokaisella potilaalla on itsemääräämisoikeus, joka on laissa määritetty siten, että potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Potilaan kieltäytyessä hoidosta tai hoitotoimenpiteistä, on häntä mahdollisuuksien mukaan hoidettava muulla lääketieteellisesti hyväksytyllä tavalla, edelleen yhteisymmärryksessä potilaan kanssa. Jos potilas ei ole kykenevä päättämään hoidostaan esim. mielenterveyshäiriön tai kehitysvammaisuuden vuoksi, on häntä hoidettava sillä tavalla, jota hoitohenkilökunta pitää potilaan edun mukaisena. Ennen tätä on myöskin pyrittävä selvittämään potilaan omaisilta tai lailliselta edustajalta se, millainen hoito vastaisi parhaiten potilaan omaa tahtoa. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992.)

Mielenterveystyön valvontaa, ohjausta ja suunnittelua määrittää mielenterveyslaki, jossa määritellään mm. mielenterveyspalvelujen järjestäminen, periaatteet, yhteensovittaminen, hoitoon määräämisen edellytykset ja potilaan oikeudet. Mielenterveystyö käsitteenä kattaa

potilaan psyykkisen hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja mielisairauksien sekä erilaisten mielenterveyshäiriöiden ehkäisyn, parantamisen ja lievittämisen. Mielenterveydellisistä häiriöistä kärsivä potilas on sairautensa vuoksi oikeutettu mielenterveyspalveluihin, joita kunnat tarjoavat. Palvelut pyritään ensisijaisesti järjestämään avopalveluina. Lain mukaan oma-aloitteisuutta hoitoon hakeutumista, eli ns. matalan kynnyksen palveluja ja itsenäisyyttä pyritään tukemaan parhaalla mahdollisella tavalla. Jos avopalveluiden koetaan olevan riittämättömät voi potilas joutua tahdon vastaiseen hoitoon. (Mielenterveyslaki 1990.)

Mielenterveyslain (1990/1116) mukaan tahdosta riippumattomaan hoitoon määräämiseen on olemassa tarkat kriteerit, joiden tulee täytyä tahdon vastaisen hoidon aloittamiseksi. Henkilön tulee todeta olevan mielisairas ja sairautensa vuoksi tämän hoitoon toimittamatta jättäminen pahentaisi joko henkilön omaa terveyttä tai muiden ihmisten terveyttä tai turvallisuutta. Lisäksi muiden mielenterveyspalvelujen, esim. tehostettujen avopalveluiden, katsotaan olevan riittämättömät. Henkilö, joka määrätään tahdosta riippumattomaan hoitoon, saa lääkärin kirjoittaman tarkkailulähetteen, josta selviää hoitoon määräämisen edellytykset ja hoidon tarve. Tarkkailulausunnosta selviää, onko tahdosta riippumatonta hoitoa jatkettava vai puretaanko se ja se tulee antaa viimeistään neljäntenä päivänä potilaan tarkkailun alkamisesta. Tarkkailun aikana voi myös ilmetä, ettei edellytykset tarkkailulle enää täyty, jolloin tarkkailu on välittömästi lopetettava ja potilas voi poistua sairaalasta näin halutessaan. Tahdosta riippumatonta hoitoa voi jatkaa enimmillään kolme kuukautta, jonka jälkeen tulee tehdä uusi tarkkailulausunto ja selvittää hoidon jatkumisen tarve. (Mielenterveyslaki 1990.)

Työturvallisuuslaki (2002/738) koskee kaikkia työssäkäyviä ihmisiä. Lain tarkoituksena on turvata työntekijöiden työympäristö ja -kyky, sekä parantaa työolosuhteita sekä työympäristöä. Lain tarkoituksena on myös pyrkimys ennaltaehkäisemään ammattitauteja, työtapaturmia sekä työstä johtuvia työntekijän henkisen tai fyysisen terveyden haittoja. Laissa määritellään erikseen mm. työnantajan huolehtimisvelvoite, työn vaarojen selvittäminen ja arviointi, työympäristön suunnittelu sekä erityistä vaaraa aiheuttava työ. (Työturvallisuuslaki 2002.)

Työturvallisuuslaissa (2002/738) todetaan, että työntekijälle on annettava riittävät tiedot työpaikan vaara- ja haittatekijöistä työnantajan toimesta. Työntekijä tulee ammatillisen osaamisen ja työkokemuksen huomioon ottaen perehdyttää riittävästi työhön ja sen olosuhteisiin, työvälineisiin ja turvallisiin työtapoihin. Lisäksi työntekijällä tulee olla riittävää ohjausta ja opastusta työstä mahdollisesti aiheutuvien vaarojen ja haittojen ehkäisemiseksi ja terveyttä uhkaavan vaaran välttämiseksi. Tämä mahdollistetaan mm. järjestämällä työntekijöille erilaisia osaamista lisääviä koulutuksia ja kursseja. (Työturvallisuuslaki 2002.) Työpaikalla tai työmatkan aikana tapahtuneet väkivaltatapahtumat tulee ilmoittaa työnantajalle. Lisäksi tapahtumasta voi ilmoittaa työnantajan edustajalle, poliisille sekä työsuojeluviranomaiselle. (Väkivallan uhka 2018.)

Lain kehitysvammaisten erityishuollosta (519/1977) tarkoituksena on edistää kehitysvammaisen omintakeista toimeentuloa, sopeutumista yhteiskuntaan ja selviytymistä päivittäisistä toiminnoista. Lain avulla turvataan, että kehitysvammaisen henkilö saa tarvitsemansa hoidon ja muun huolenpidon. Laissa säädettyjä asioita sovelletaan myös terveys- ja sosiaalialan henkilöstön keskuudessa. Kehitysvammaisen henkilön itsemääräämisoikeutta, vakaumusta ja yksityisyyttään tulee kunnioittaa, ja hänen toiveensa, mielipide ja etu tulee ottaa huomioon esim. hoitotilanteissa. Laissa on määritelty tarkasti rajoittavien asusteiden tai välineiden käytöstä, liikkumisen rajoittamisesta, eristämiskäytännöistä ja kiinnipitämisestä sekä muiden rajoitustoimenpiteiden käytöstä. Laissa määritellään, että rajoitustoimenpiteitä tulee käyttää vain silloin, kun se on henkilön oman tai jonkun muun henkilön turvallisuuden kannalta välttämätöntä ja lievemmät keinot ovat riittämättömät. (Laki kehitysvammaisten erityishuollosta 23.6.1977/519.)

Päihdehuoltolaissa (41/1986) määritellään edellytykset tahdon vastaisen hoidon aloittamiselle. Päihteitä käyttävä henkilö, voidaan määrätä tahdon vastaiseen hoitoon, jos vapaaehtoisuudelle perustuvat palvelut ovat riittämättömiä tai eivät ole mahdollisia. Lisäksi päihteiden käyttämisen jatkaminen aiheuttaisi tälle välittömän hengenvaaran tai kiireellistä hoitoa vaativan vaurion tai päihteitä käyttävä henkilö vaarantaisi muiden henkilöiden turvallisuutta. Tahdosta riippumattoman hoitopäätöksen antaa aina lääkäri ja se voi enimmillään kestää viisi päivä ja hoito tulee lopettaa heti kun em. kriteerit eivät enää täyty. Hoidon lopettamisesta määrätään yksikössä sovitulla tavoilla. (Päihdehuoltolaki 17.1.1986/41.)

5 Opinnäytetyön toteutus kirjallisuuskatsauksella

Opinnäytetyö toteutetaan kuvailevalla kirjallisuuskatsauksella. Työhön valikoitui luotettavia ja laadukkaita tutkimuksia, jotka koskevat tutkimuskysymyksiämme. Käytimme hakusanoina mm. ”väkivalta”, ”hoitotyö”, ”pelko”, ”defens*”, ”patient” ja ”nursing”. Käytimme eri hakukantoja mm. Laurea Finna, Medic, PubMed, CINAHL ja ProQuest Central.

Pois lukeutuivat ne tutkimukset, jotka ovat yli kymmenen vuotta vanhoja, eli kaikki ennen vuotta 2010 tehdyt tutkimukset. Lisäksi pois karsiutuivat blogit, keskustelupalstat, opinnäytetyöt ja ei-tieteelliset artikkelit, sekä kaikki tutkimukset, jotka olivat muulla kuin suomen tai englannin kielellä. Rajasimme pois myös kaikki maksulliset artikkelit.

Sisäänottokriteereihin kuuluivat siis kaikki tieteelliset tutkimukset, jotka ovat tehty välillä 2010-2019 ja ovat saatavilla kokonaisuudessaan joko suomen- tai englanninkielisenä. Kaikki tutkimukset ovat olleet vapaasti lainattavissa joko kirjastosta tai sähköisessä muodossa. Työssä käytetään aihetta koskevia pro-graduja, väitöskirjoja sekä tieteellisiä julkaisuja.

5.1 Kuvaileva kirjallisuuskatsaus

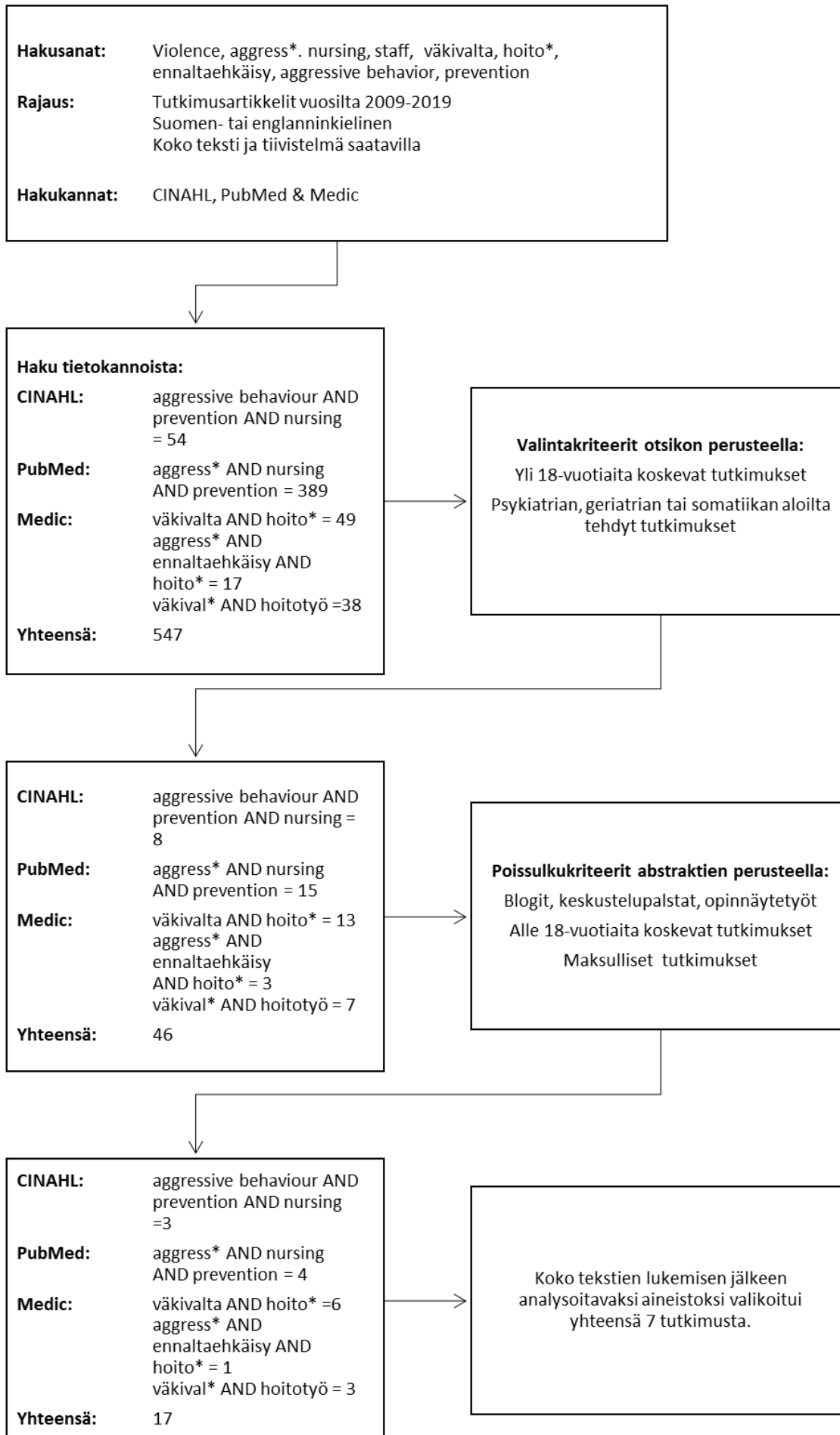
Kuvaileva kirjallisuuskatsaus on yksi kirjallisuuskatsauksen perustyypeistä ja myös yksi yleisimmin käytetyistä. Muut perustyyppit ovat systemaattinen kirjallisuuskatsaus sekä meta-analyysi. Kuvailevaa kirjallisuuskatsausta voidaan luonnehtia yleiskatsaukseksi, ilman tarkkoja ja tiukkoja säädöksiä. Tutkittavaa ilmiötä pystytään kuvailemaan laajasti ja tarpeen tullen luokittelemaan tutkittavan ilmiön eri ominaisuuksia. Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen tutkimuskysymykset ovat usein väljempää kuin systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa tai meta-analyysissä. (Salminen 2011, 6.)

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus voidaan jaotella narratiiviseen ja integroivaan katsaukseen. Narratiivisessa muodossa annetaan laaja kuva käsiteltävästä aiheesta tai kuvaillaan aiheen historiaa ja kehityskulkua. Narratiivinen katsaus auttaa antamaan ajantasaista tutkimustietoa, muttei pysty tarjoamaan varsinaista analyttisintä tulosta. Narratiivista tapaa käytetään paljon opetuksessa, jossa sen avulla voidaan antaa opiskelijoille ajankohtaista tietoa, joilla ei muilla tieteellisen alan kirjallisuudella pystytä. Narratiivinen kirjallisuuskatsaus voidaan jaotella vielä erillisiin toteuttamistapoihin, jotka ovat toimituksellinen, kommentoiva ja yleiskatsaus. (Salminen 2011, 7.)

Integroiva kirjallisuuskatsaus voi tulla kysymykseen silloin, kun halutaan kuvata tutkittavaa ilmiötä mahdollisimman monipuolisesti ja halutaan tuottaa jo tutkitusta aiheesta uutta tietoa. (Salminen 2011, 8.) Tämä tapa auttaa etenkin silloin, kun halutaan toteuttaa kirjallisuuden tarkastelua, kriittistä arviointia sekä syntetisointia. Integroivassa katsauksessa voi olla joko empiiristä tai teoreettista kirjallisuutta tai vaikka molempia yhdistettynä. (Stolt, Axelin, Suhonen 2016, 13.)

5.2 Aineiston valinta

Opinnäytetyössä käytettävä aineisto on valikoitunut edellä mainittujen sisäänotto- ja poissulkukriteerien avulla. Luimme tiivistelmät niistä tutkimuksista, jotka vaikuttivat otsikon perusteella sopivilta työhön. Tämän jälkeen perehdyimme koko tekstiin, ja lopulta opinnäytetyöhön valikoitui seitsemän tutkimusta. Valitut tutkimukset on esitelty taulukossa 1.



Kuvio 2: Tutkimusartikkelien haku- ja valintaprosessi

Tutkimuksen tekijät ja otsikko	Tutkimuksen tarkoitus	Aineistonkeruu- ja analyysimenetelmät	Keskeisimmät tutkimustulokset
Casey 2019. Management of Aggressive Patients: Results of an Educational Program for Nurses in Non-Psychiatric Settings	Toteuttaa aggressiivisen potilaan kohtaamiseen ja hoitamiseen liittyvä koulutusohjelma de-eskalaatiomallin mukaisesti niille sairaanhoitajille, jotka työskentelevät muissa kuin psykiatrisissa hoitoympäristöissä.	Toteutettiin erässä neurologian vuodeosastolla ja siihen osallistui yhteensä 23 sairaanhoitajaa ja 3 lähihoitajaa. Käytetyissä tutkimuksissa rajattiin ulkopuolelle kaikki psykiatrisia hoitoympäristöjä koskevat tutkimukset.	Hoitajien itseluottamuksessa ja asenteissa tapahtui positiivisia muutoksia koulutusohjelman myötä. Tuloksissa havaittiin koulutuksen vähäisyys ja toisaalta sen tärkeys myös ei-psykiatrisissa hoitoympäristöissä.
Greenwood & Braham 2018. Violence and aggression towards staff in secure settings.	Tunnistaa ja arvioida aikuispsykiatrian hoitohenkilökuntaan kohdistuvaa väkivaltaa ja aggressiivisuutta ja niiden syitä.	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Aineistoa haettiin vuosilta 2002-2014 eri tietokannoista. Lopulliseen työhön valikoitui yhteensä 10 tutkimusta, joista 3 oli laadullisia tutkimuksia ja 7 määrällisiä tutkimuksia.	Tuloksissa löytyi kolme pääteemaa, jotka vaikuttavat väkivallan syntyyn: ympäristö, hoitohenkilökunnan asenne ja vuorovaikutus sekä potilaan mielenterveys. Tuloksissa paljastui hoitohenkilökunnan tarvitseman koulutuksen sekä jatkuvan tuen tarve. Lisäksi organisaatioissa tulee pohtia ympäristön ja rajoittavien menetelmien vaikutusta väkivaltaisuuden vähentämiseksi.
Leskinen 2016. Potilaisiin kohdistuvat väkivaltatilanteet oikeuspsykiatriassa sairaalahoidossa.	Selvittää, minkälaisia ja kuinka paljon väkivaltatapahtumia oikeuspsykiatriisiin potilaisiin kohdistuu heidän sairaalahoidonsa aikana ja minkälaisia seurauksia siitä aiheutuu. Lisäksi tutkimuksen tarkoituksena on selvittää, miten väkivaltatilanteita voitaisiin ennaltaehkäistä.	Aineisto muodostui erään suomalaisen sairaalan HaiPro-järjestelmään kirjatuista ilmoituksista ajalta 2012-2014, joita oli yhteensä 1123 kappaletta. 65,3% ilmoituksista oli henkilökuntaan kohdistuvia työturvallisuusilmoituksia ja 34,7% potilasturvallisuusilmoituksia. Aineisto analysoitiin määrällisillä menetelmillä sekä HaiPro-ohjelman valmiita luokitteluja, että tutkijan itse tekemiä luokkia hyödyntäen.	Hoitohenkilökuntaan kohdistui eniten fyysistä väkivaltaa, suurimmassa osassa potilaan/asiakkaan taholta. n. 12% ilmoituksissa oli arvioitu, ettei väkivaltatilanteita olisi pystynyt ennaltaehkäisemään. n. 10% ilmoituksista mainittiin, että ehkäisykeinoksi oli käytetty psykoedukaatiota ja keskustelun kautta opetettuja uusia toimintamalleja. Ehkäisykeinoina mainittiin myös tilanteiden ennakointi, läsnäolo, työryhmän toimintamallien suunnittelu ja arviointi sekä pakkokeinojen ja vierihoidon käyttäminen.
Reiman 2017. Hoitohenkilökuntaan kohdistuvat väkivaltatilanteet ja lähihoitajien toiminta.	Kuvata hoitohenkilökunnan kohtamia väkivaltatilanteita tai niiden uhkia sekä tuottaa tietoa, jota voi hyödyntää väkivaltatilanteiden ennaltaehkäisyssä.	Aineistona toimi erään suomalaisen kaupungin vuoden 2015 HaiPro-ilmoitukset (217kpl), jossa väkivalta tai sen uhka oli kohdistuneena hoitohenkilökuntaan. Aineisto analysoitiin dokumenttianalyysin avulla.	Hoitohenkilökuntaan kohdistui eniten fyysistä väkivaltaa, suurin osa vanhus-enthuollossa, potilaan/asiakkaan taholta. Väkivallantapauksia oli yhteensä 128kpl ja sen uhkia 95kpl. Henkilökunnan mukaan tapahtumia voisi ennaltaehkäistä lisäämällä henkilökuntaa, tarkastamalla potilaan lääkitystä, vaihtamalla osastoa sekä omaa työtä ja työnjakoa parantamalla.
Vermeulen, Doedens, Boyette, Spek, Latour & de Haan 2019. "But I did not touch nobody!" - Patients' and nurses' perspectives and recommendations after aggression on psychiatric wards.	Ymmärtää potilaiden ja hoitohenkilökunnan näkökulmien välisiä eroja väkivaltaisuuden liittyen ja tutkia ennaltaehkäisyn keinoja.	Laadullinen tutkimus. Aineisto kerättiin haastattelemalla potilaita ja sairaanhoitajia, jotka olivat olleet osallisena väkivaltaisissa tilanteissa. Haastattelut tapahtuivat toukokuun 2016 ja maaliskuun 2017 välisenä aikana ja tuloksia analysoitiin sisällönanalyysin keinoin.	Potilaat ja hoitajat tulksivat tilanteen etenemisen yleensä samalla tavalla, mutta potilaat kokivat tilanteet usein vähemmän vakavina kuin hoitajat. Potilaiden ehdotukset ennaltaehkäisyn keinoin olivat yleensä henkilökohtaisesti suunnattuja, kun taas sairaanhoitajat ehdottivat yleisiä parannusehdotuksia.
Huttunen, Joronen, & Rantanen 2018. Rekisteritutkimus sairaanhoitajien työturvallisuutta vaarantavista väkivaltatilanteista päivystyspoliklinikalla.	Kuvata sairaanhoitajien työturvallisuutta vaarantavia väkivaltatilanteita länsisuomalaisen yliopistosairaalan päivystyspoliklinikalla vuonna 2015.	Tutkimuksessa on käytetty päivystyspoliklinikalla toimineen turvallisuuspalveluyrityksen tehtävärekisterin tietoja, jotka on raportoitu vuoden 2015 aikana. Aineisto on rajattu koskemaan sairaanhoitajien työturvallisuutta vaarantaneita sanallisia ja fyysisiä väkivaltatilanteita (n=487). Aineisto on analysoitu ristiintaulukoinnilla.	Suurin osa (62%) väkivaltatilanteista oli sanallista väkivaltaa ja 38% fyysistä väkivaltaa. Tekijänä suurimmassa osassa väkivaltatilanteita oli potilas.
Puntalo 2017. Hoitajien kokemus potilaiden heihin kohdistamasta väkivallasta oikeuspsykiatriassa osastolla.	Kuvata hoitajien kokemuksia potilaiden heihin kohdistamasta väkivallasta oikeuspsykiatrisella osastolla.	Aineisto on kerätty teemahaastattelumenetelmällä vuonna 2017. Haastattelut toteutettiin yksilohaastatteluna (n=21). Haastateltavat hoitajat työskentelivät Vanhan Vaasan mielisairaalsassa. Aineiston analyysi on suoritettu aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä	Hoitajat kokivat ammatissaan väkivallan aiheuttavan haitallista fyysistä kuormitusta sekä haitallista henkistä kuormitusta.

Taulukko 1: Aineistotaulukko

5.3 Aineiston analysointi

Sisällön analyysi on aineistojen perusanalyysimenetelmä, jota on käytetty paljon hoitotieteen tutkimuksissa aineistojen analysoinnissa. Sen avulla on mahdollista analysoida erilaisia aineistoja ja samalla kuvata niitä. Sisällönanalyysi voi olla joko induktiivista eli aineistolähtöistä tai deduktiivista eli teorialähtöistä. (Kankkunen, Vehviläinen-Julkunen 2010, 133.)

Tämä opinnäytetyö analysoidaan käyttäen induktiivista sisällönanalyysia. Induktiivisen sisällönanalyysin valmisteluvaihe alkaa litteroinnin jälkeen analyysiyksikön valinnalla. Analyysiyksikkö voi olla yksittäinen sana tai teema. (Kankkunen, Vehviläinen-Julkunen 2010, 136.) Tässä opinnäytetyössä analyysiyksikkönä toimii kokonainen lause.

Tutkimusaineistosta kerättiin väkivaltatilanteita ja niiden ennaltaehkäisyä kuvaavia lauseita artikkeleiden tulososioista. Lauseet pelkistettiin ja samaa merkitsevät lausumat yhdistettiin alaluokiksi, jotka nimettiin mahdollisimman hyvin sisältöään kuvaavalla nimellä. Ryhmittelyn jälkeen alaluokat yhdistettiin ja niistä muodostettiin pääluokat, jotka vastaavat tutkimuskysymyksiin. Analyysissä kvantifioitiin aineiston alkuperäisilmaisut ja niiden määrät ala- ja pääluokissa. (Taulukko 2.)

Opinnäytetyön molempia tutkimuskysymyksiä varten tehtiin oma analyysitaulukko, joiden tuloksena saatiin tutkimuskysymyksiin vastaamista helpottavat luokittelut. Englanninkielisistä tutkimuksista valitut alkuperäisilmaisut on pelkistetyissä ilmaisuissa suomennettu.

Pääluokka	Alaluokka	n=	Pelkistetty ilmaus	Alkuperäisilmaus
Osaamisen ja koulutuksen merkitys (=9)	Tiimityöskentelyn ja koulutuksen tärkeys	3	Parempi tiimityöskentely ja myönteinen asenne vaikeisiin potilaisiin vähentävät aggressiivisuutta	“Results showed that better team functioning and positive attitudes to difficult patients were associated with less patient aggression.” (Greenwood, A. & Braham, L. 2018)
			Väkivaltaisuuksien hallintaan liittyvä koulutus voi vähentää väkivaltilanteiden esiintymistä antamalla hoitajille taitoja ja varmuutta tunnistaa väkivaltaisuuksia edeltävät merkit ja rauhoittaa potilasta turvallisesti de-eskalaatiota hyödyntämällä.	“Education in management of patient aggression may reduce the incidence of aggression by giving nurses the skill set and confidence to recognize precursors to aggression and determine how to de-escalate the patient safely.” (Casey, C. 2019)
			Hoitajien työtä ja työnjakoa on mahdollista parantaa	”Myös hoitajien omaa työtä ja työnjakoa mietittiin, arvioiden, että sitä voidaan parantaa.” (Reiman, S. 2017)
	De-eskalaatio	2	Riittävän aikaisin aloitetut interventiot ovat tärkeässä osassa väkivaltaisen tilanteen rauhoittamisessa.	“Adequate timing of interventions is critical for de-escalating aggressive incidents.” (Vermeulen jne. 2019)
			Tulokset osoittivat, että de-eskalaation tekniikoiden avulla hoitajat voivat paremmin käsitellä väkivaltaista käytöstä	“Survey results demonstrated nurses could become more prepared to manage aggressive behaviors through education about use of de-escalation techniques.” (Casey, C. 2019)
	Jälkipuinti	2	Potilaan hallinnan ja itsenäisyyden tunne voidaan palauttaa käymällä tilanne yhdessä läpi pian tapahtuman jälkeen. Tilanteiden jälkipuinti voi ehkäistä uusien väkivaltilanteiden syntyä ja pakkokeinojen käyttöä tulevaisuudessa	“When debriefing takes place shortly after the incident, a sense of control and autonomy could be restored. Ultimately, the evaluation of past aggression might prevent new aggressive incidents, thereby prevent the use of coercive measures and contribute to making the psychiatric inpatient unit a safe place for everyone.” (Vermeulen jne. 2019)
			Tilanteen jälkipuinnin avulla potilas voi oppia uusia keinoja aggressiivisuutensa hallitsemiseksi	“Once the situation has been de-escalated, debriefing could provide an opportunity for therapeutic intervention for the patient to gain insight into behavior and begin to learn new coping skills.” (Casey, C. 2019)

Taulukko 2: Esimerkki sisällönanalysistä. Koko taulukko nähtävillä sivulla 36.

6 Tulokset

6.1 Sairaanhoidajan kohtaamia väkivaltatilanteita hoitotyössä

Väkivaltaa kuvaavat pääluokat ovat aineiston perusteella väkivaltatilanteet hoitotyössä, väkivalta ja sen uhka eri hoitoympäristöissä, väkivalta ja sen uhan mahdollinen tekijä. (Taulukko 3). Suurimman pääluokista muodostivat väkivaltatilanteet hoitotyössä, joista oli 11 mainintaa. Näistä muodostui 3 alaluokkaa, fyysinen väkivalta, psyykinen väkivalta ja väkivallan uhka. Eniten alkuperäismainintoja oli fyysisestä väkivallasta, yhteensä 6 mainintaa. Usein mainittuna olivat erilaiset iskut ja lyöminen. Hoitajat kuvasivat fyysistä väkivaltaa muun muassa voimakkaana kädestä puristamisena, potkimisena, tönimisenä, raapimisena ja esineellä heittämisenä (Reiman 2017). Väkivalta saattoi olla myös psyykkistä. Tällöin väkivallan uhka ilmeni yrityksenä vahingoittaa hoitajaa kaikin mahdollisin keinoin. Hoitajaa saatettiin uhata sanallisesti. Sanallinen uhka saattoi olla kiroilua, huutamista, haukkumista ja uhkaamista löydä tai purra hoitajaa (Reiman 2017.). Huttunen, Joronen ja Rantanen (2018) mainitsee tutkimukseensa sanallisen väkivallan olevan myös loukkaamista ja pelottelua.

Toiseksi suurimman pääluokan muodostivat väkivalta ja sen uhka eri hoitoympäristöissä, yhteensä 6 mainintaa. Alaluokista eri hoitoyksiköistä oli 4 mainintaa. Näitä olivat psykiatriset sairaalat, päivystys, kehitysvammahuolto ja vanhustenhuolto. Väkivaltaisesta käytöksestä oikeuspsykiatriassa oli mainittuna hoitohenkilökunnan tottuminen väkivallan kohtaamiseen, pysyäkseen työskentelemään oikeuspsykiatrisella osastolla (Puntalo 2017). Väkivallan tai sen uhan tekijä muodosti viimeisen pääluokan. Tekijänä oli mainittu usein potilas tai asiakas itse, mutta joissain tapauksissa myös omaiset tai saattajat saattoivat olla väkivallan ja sen uhan tekijöinä.

6.2 Väkivaltatilanteiden ennaltaehkäisy tulevaisuudessa

Greenwoodin ja Brahamin (2018) tutkimuksen mukaan paremmalla tiimityöskentelyllä ja positiivisemmalla asenteella haastaviin asiakkaisiin oli yhteys väkivaltaisuuden vähentymisessä. Tutkimuksessa haastattelut potilaat kokivat, että hoitajien huonot kommunikaatiotaidot ja se, etteivät potilaat kokeneet tullessa tarpeeksi kuulluksi, vaikutti väkivaltaisten tilanteiden ilmaantumiseen, kun taas paremmilla vuorovaikutustaidoilla hoitajan ja potilaan välillä nähtiin olevan tärkeä tekijä aggressiivisuuden vähenemisessä. Tutkimuksessa todettiin myös, että erilaisten asioiden kieltäminen potilaalta vaatii hoitajalta hienostuneisuutta ja hyviä ihmishuuhdetaitoja. Casey (2019) tutkimuksessa ilmeni, että väkivaltaisuuden ja väkivaltaisten tilanteiden hallintaan keskittyvä koulutus voi vähentää väkivaltatilanteiden esiintymistä osas-

toilla. Koulutuksen avulla hoitajat saavat taitoja ja varmuutta tunnistaa väkivaltaisuutta edeltäviä merkkejä, ja he oppivat hyödyntämään de-eskalaation keinoja rauhattoman potilaan kohdalla. Riittävän aikaisin aloitetut interventiot ovat tärkeässä osassa kriisitilantessa ja voi estää tilanteen eskaloitumista väkivaltaisuudeksi. (Vermeulen ym. 2019).

Potilaan huomioiminen yksilönä nousi esille monissa tutkimuksissa. Reimanin (2017) tutkimuksessa yhtenä ennaltaehkäisyn keinona nähtiin potilaan antaminen nukkua pidempään. Lisäksi hoitajien esittämiä ennaltaehkäisyn keinoja oli potilaan lääkityksen tarkastaminen, henkilökunnan lisääminen sekä osaston vaihtaminen. Vermeulenin ym. (2019) tutkimuksessa selvisi, että potilaiden ja hoitajien tulisi tehdä yhteistyötä yhteisten toimintatapojen ja -suunnitelman luomiseksi. Monilla potilailla oli omia henkilökohtaisia rauhoittumiskeinoja, kuten musiikin kuuntelu tai urheilu. Potilaiden henkilökohtaisten rauhoittumiskeinojen yhdistäminen yhteiseen kriisinhallintasuunnitelmaan koettiin hyvänä ennaltaehkäisyn keinona. Greenwoodin ja Brahamin (2018) tutkimuksessa haastatellut potilaat kertoivat, että osastolla vallitseva tylsyys, ”tyhjät päivät” ja mielenkiintoisten aktiviteettien puuttuminen olivat osatekijänä väkivaltaisen käytöksen synnyssä.

Väkivaltaisten tilanteiden selvittäminen niiden jälkeen eli niin sanottu de-briefing auttaa potilasta säilyttämään hallinnan ja itsenäisyyden tunteen. (Vermeulen ym. 2019). De-briefingin tulisi tapahtua mahdollisimman nopeasti väkivaltaisen tilanteen jälkeen ja sen avulla potilas voi oppia uusia keinoja aggressiivisuutensa hallitsemiseksi (Casey 2019). Aikaisempien väkivaltatilanteiden läpikäyminen voi ehkäistä uusien väkivaltaisten tilanteiden syntymistä, sekä vähentää pakkokeinojen käyttöä tulevaisuudessa. (Vermeulen ym. 2019).

Leskisen (2016) tutkimuksesta ilmeni, että yleisimmin kuvatut ennaltaehkäisynkeinot HaiPro-ilmoituksissa koskivat vuorovaikutuksellisia keinoja, kuten psykoedukaatiota ja terapeuttisia keskusteluja. Potilaalle pyritään keskustelujen ja psykoedukaation avulla opettamaan vaihtoehtoisia keinoja väkivaltaisen käytöksen tilalle ja näin väkivaltaisilta tilanteilta voitaisiin välttyä tulevaisuudessa. Samassa tutkimuksessa ennaltaehkäisyn keinona korostettiin myös henkilökunnan läsnäoloa ja riittävyttä.

Pakkokeinojen käyttäminen oli kuvattu Leskisen (2016) tutkimuksessa yhtenä ennaltaehkäisyn keinona. Hoitajat ehdottivat eristyksen aikaisempaa aloittamista tai potilaan pitämistä eristyksessä pidempään. Leskinen toteaa tutkielmassaan, että näissä tapauksissa kyseessä on todennäköisesti toistuvasti väkivaltaisista potilaista, joiden kohdalla hoitajat kokevat kyvyttömyyttä ja voimattomuutta, eivätkä koe pystyvänsä estämään väkivaltaisuutta muilla keinoin. Vermeulenin ym. (2019) tutkimuksessa haastatellut potilaat kokivat, että pakkokeinoja käytettiin kriisitilanteissa liian nopeasti ja uskoivat tilanteen rauhoittuneen henkilökohtaisen vuorovaikutuksen avulla. Samassa tutkimuksessa haastatellut hoitajat kokivat lääkityksen yh-

tenä ennaltaehkäisyn keinona. Hoitajat kokivat tarvittaessa annettujen lääkkeiden tai pakko-lääkityksen olevan vähemmän pakottava toimenpide kuin potilaan eristäminen tai fyysinen rajoittaminen.

Fyysisen ympäristön ja sen viihtyisyyden ja toimivuuden parantamisella koettiin olevan positiivinen merkitys väkivaltaisuuksien ennaltaehkäisyssä (Leskinen 2016). Reimanin (2017) tutkimuksessa ilmeni, että tilojen ahtaus ja osaston levottomuus olivat myötävaikuttavina tekijöinä väkivaltaisuuksien ilmenemisessä. Vermeulenin ym. (2019) tutkimuksessa haastatellut hoitajat toivoivat osastolleen lisää turvallisia huoneita, eristys huoneiden lisäksi, joihin potilas voisi mennä joko yksin tai hoitajan kanssa rauhoittumaan, pois yhteisistä tiloista.

7 Pohdinta

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa minkälaista väkivaltaa sairaanhoitajat ovat kohdanneet hoitotyössä. Tavoitteena oli kuvata minkälaista väkivaltaa sairaanhoitajat ovat työssään kohdanneet, sekä lisätä tietoutta siitä, miten hoitaja voi omalla toiminnallaan ennaltaehkäistä väkivaltaisten tilanteiden syntymistä. Haimme vastauksia tutkimuskysymyksiimme kuvailevan kirjallisuuskatsauksen avulla. Käytimme laajasti eri tietokantoja tutkimusartikkelien etsinnässä ja analysoimme tulokset induktiivisen sisällönanalyysin keinoin.

7.1 Tulosten tarkastelu

Tutkimuksista ilmenee, että sairaanhoitajat kohtaavat työssään paljon väkivaltaa ja sen uhkaa. Heitä uhataan satuttaa eri hoitotoimenpiteissä ja joissain hoitoyksiköissä potilaiden väkivaltaiseen käytökseen on jopa totuttu. Puntalon (2017) tutkimuksessa sairaanhoitajat ovat kertoneet tottuneensa väkivaltaiseen käytökseen ja uhkailuun, työskennellessään oikeuspsykiatriella osastolla. Väkivallan ilmeneminen näyttää myös olevan sidoksissa hoitoympäristöön. Reimanin (2017) tutkimuksen mukaan vanhustenhuollossa oli kohdattu paljon väkivaltaista käytöstä potilaiden taholta. Väkivaltaa oli kuvattu olevan fyysistä, psyykkistä ja sanallista. Usein potilas tai asiakas oli mainittu väkivallan tai sen uhan tekijäksi, mutta joissakin maininnoissa myös omaiset tai saattajat olivat käyttäytyneet väkivaltaisesti tai uhkaavasti.

Tutkimuksista selvisi, että parhaina ennaltaehkäisyn keinoina pidettiin hoitajan hyviä vuorovaikutustaitoja, hyvän potilassuhteen luomista, väkivaltaisen asiakkaan kohtaamiseen liittyvää koulutusta ja riittävän aikaisin aloitettuja interventioita. Potilaan huomioiminen yksilönä, psykoedukaatio ja uusien toimintamallien opettaminen koettiin myös hyvinä keinoina, niin sairaanhoitajien kuin potilaidenkin mielestä. Tutkimuksissa korostettiin de-briefingin tärkeyttä ja todettiin, että sen avulla potilas voi oppia uusia keinoja väkivaltaisten tunteiden hallinnassa. Pakkokeinojen käyttämistä pyrittiin välttämään kriisitilanteissa, mutta eräässä

tutkimuksessa (Leskinen 2016) se oli mainittu jopa ennaltaehkäisevänä keinona. Hoitajat kokivat väkivaltaisten tilanteiden vähentyvän, jos potilas eristettäisiin aiemmin tai pidettäisiin eristyksessä pidempään. Vermeulenin ym. (2019) tutkimuksissa pakkokeinoista ennaltaehkäisevänä keinona mainittiin lääkityksen antaminen ja hoitajat kokivat sen olevan vähemmän pakottava keino kuin potilaan fyysinen rajoittaminen tai eristäminen.

7.2 Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys

Opinnäytetyön eettisyyttä tarkasteltaessa tulee huomioida, että sen teossa on noudatettu toimintatapoja, jotka ovat tiedeyhteisön tunnustamia. Tällaisia toimintatapoja ovat mm. rehellisyys, vastuullisuus ja avoimuus, yleinen huolellisuus sekä tarkkuus tutkimustulosten arvioinnissa ja esittämisessä. Hyvä tutkija kunnioittaa muiden tutkijoiden tekemiä töitä ja saavutuksia esimerkiksi viittaamalla muiden kirjoittamiin teksteihin asianmukaisella tavalla. (Tenk 2012.)

Opinnäytetyössä on noudatettu hyvää tieteellistä käytäntöä sekä luotettavia tietolähteitä. Kaikki työssä käytetyt lähteet on dokumentoitu asianmukaisesti, jotta lukija voi tarkastaa mistä lähteestä tieto on peräisin. Käytetyt lähteet on merkitty asianmukaisesti sekä tekstiviitteisiin että lähdeluetteloon. Aineiston haussa käytetyt sisäänotto- ja poissulkukriteerit on kuvattu sekä tekstissä, että aineistonhaun etenemistä kuvaavassa taulukossa. Luotettavuutta lisää se, että opinnäytetyötä on työstänyt kaksi eri henkilöä.

Eettisyys työssä ilmenee siten, että tulokset on raportoitu asianmukaisesti, eikä oleellisia seikkoja ole jätetty pois. Toisten työstämää tekstiä ei myöskään ole opinnäytetyössämme plagioitu. Olemme noudattaneet tutkimuksenteossa hyvää tieteellistä käytäntöä, jota eettisesti hyvä tutkimus edellyttää. (Hirsjärvi ym. 2009, 23.)

7.3 Jatkotutkimusehdotukset

Opinnäytetyössä tarkastellaan hoitajan kohtaamaa väkivaltaa ja sen ennaltaehkäisyä. Tutkimusten mukaan sairaanhoitajat kohtaavat työssään paljon fyysistä, psyykkistä ja sanallista väkivaltaa. Valituissa tutkimuksissa nousi esiin näkökulma muun muassa lisäkoulutuksen saamisesta haastaviin potilastilanteisiin. Sairaanhoitajat kaipasivat lisää koulutusta ja keinoja ennalta ehkäistä väkivaltaista käytöstä tai sen uhkaa.

Väkivaltatilanteita tapahtuu hoitoalalla paljon ja tulee oletettavasti tapahtumaan myös tulevaisuudessa. Jokaisella on perustusoikeudellinen oikeus koskemattomuuteen ja turvallisuuteen, mutta silti moni sairaanhoitaja kohtaa uransa varrella väkivaltaista käyttäytymistä. Jatkotutkimusehdotuksena voitaisiin tutkia minkälaista lisäkoulutusta väkivaltaisen potilaan kohtaamisesta sairaanhoitajat ovat työssään saaneet ja miten he ovat siitä hyötäneet. Lisäksi olisi mielenkiintoista selvittää mitkä ennaltaehkäisevät menetelmät toimivat tilastollisesti parhaiten tietyissä kriisitilanteissa.

Lähteet

Painetut

Hirsjärvi, S., Remes, P., Sajavaara, P. & Sinivuori, E. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. painos. Helsinki: Tammi.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2010. Tutkimus hoitotieteessä. 1.-2. painos. Helsinki: WSOYpro Oy.

Rantaeskola, S., Hyyti, J., Kauppila, J. & Koskelainen, M. 2015. Haastavat asiakastilanteet - väkivalta hoitotyössä. Helsinki: Talentum.

Soisalo, R. 2011. Väkivallan preventio sosiaali- ja terveysalalla. Helsinki: Suomen psykologinen instituuttiyhdistys.

Stolt, M., Axelin, A. & Suhonen, R. 2016. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. 2. korjattu painos. Turku: Turun yliopisto.

Sundell, L. 2014. Työkaverina pelko, väkivaltariskien ennakointi ja hallinta. Juva: Bookwell Oy.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

2015. Osallistujan työkirja; MAPA Haasteellisen käyttäytymisen ennaltaehkäisy ja hallinta. Manchester: CPI.

Sähköiset

Aluehallintavirasto. 2013. Väkivallan uhka työssä. Viitattu 31.10.2019. https://www.tyosuojelu.fi/documents/14660/2426906/V%C3%A4kival-lan_uhka_ty%C3%B6ss%C3%A4_TSO_46.pdf/54a761cc-d477-4f6f-8d2b-43aea3d900e7

Antikainen-Juntunen, E. 2007. Työväkivallan uhka, työväkivalta ja niiden hallinta. Sosiaalitaiteo Oy. Viitattu 7.10.2019. http://www.sosiaalitaiteo.fi/ep/tiedostot/Tyoturvallisuus_sosiaalialalla_raportti.pdf

Casey, C. 2019. Management of Aggressive Patients: Results of an educational program for nurses in non-psychiatric settings. Viitattu 11.10.2019. <https://library.amsn.org/amsn/articles/952/view>

Greenwood, A & Braham, L. 2018. Violence and aggression towards staff in secure settings. Viitattu 11.10.2019. https://www.researchgate.net/publication/322371482_Violence_and_aggression_towards_staff_in_secure_settings

Haaslahti, K. 2019. Työpaikkaväkivallan hallinta on yhteistyötä. Viitattu 13.9.2019. https://ttk.fi/ajankohtaista/teema-artikkelit/tyopaikkavakivallan_hallinta_on_yhteistyota.8867.news

Hakkarainen, K., Hietanen, A., Lommi, R., Heikkinen, A., Jokiniemi, K. & Taattola, S. 2007. Väkivallan ennaltaehkäisy ja hallinta. AVEKKI-toimintatapamalli: Oppilaan käsikirja. 1. painos. Kuopio: Savonia-ammattikorkeakoulu. Viitattu 6.11.2019. https://www.ely-keskus.fi/documents/10191/492058/AVEKKI-toimintatapamalli_Oppilaan_kasikirja.pdf/b1cb4133-f331-4191-8bc9-3746072c4512

- Huttunen, M. 2018. Älyllinen kehitysvammaisuus. Terveyskirjasto. Viitattu 8.10.2019. https://www.terveyskirjasto.fi/kotisivut/tk.koti?p_artikkeli=dlk00556
- Huttunen, R., Joronen, K. & Rantanen, A. 2018. Rekisteritutkimus sairaanhoitajien työturvallisuutta vaarantavista väkivaltatilanteista päivystyspoliklinikalla. Viitattu 22.9.2019. <https://search-proquest-com.nelli.lau-rea.fi/docview/2299746560/2F33E2F9857C4D99PQ/1?accountid=12003>
- HUS. 2010. Turvallisuutta kaikkien parhaaksi - Toimintamalli työpaikkaväkivallan ehkäisyyn ja kohtaamiseen. Viitattu 6.11.2019. <https://www.hus.fi/hus-tietoa/henkilosto/Toimintaohjelmat%20ja%20ohjeet/Tyopaikkavakivalta.pdf>
- Josefsson, K., Sinervo, T. & Vehko, T. 2018. Mikä selittää hoitajiin kohdistuvaa väkivaltaa vanhustenhuollossa. THL. Viitattu 31.10.2019 http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/136184/TUTI2018_9_Asiakkaiden%20v%C3%A4kivalta%20vanhustenhuollossa_WEBk.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 17.8.1992/785. Viitattu 23.7.2019. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>
- Leskinen, M. 2016. Potilaisiin kohdistuvat väkivaltatilanteet oikeuspsykiatrisessa sairaalahoitossa. Viitattu 11.10.2019. http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20170104/urn_nbn_fi_uef-20170104.pdf
- Liikenteen tutkimuskeskus Verne. Tampereen yliopisto. Viitattu 23.10.2019 <https://www.tut.fi/verne/tutkimusmenetelmat/tiedon-analysointi/>
- Mielenterveyslaki. 14.12.1990/1116. Viitattu 23.7.2019. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=mielenterveyslaki>
- Mikkola, R. 2013. Henkilökunnan kokema pelko ja selviytymiskeinot ensiapupoliklinikoilla. Viitattu 9.10.2019. <https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/68157/978-951-44-9137-5.pdf?sequence=1>
- Puntalo, P. 2017. Hoitajien kokemus potilaiden heihin kohdistamasta väkivallasta oikeuspsykiatrisella osastolla. ProGradu: Tampereen yliopisto. Viitattu 10.9.2019. <https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/102406/1511529074.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Reiman, S. 2015. Hoitohenkilökuntaan kohdistuvat väkivaltatilanteet ja lähijohtajien toiminta. ProGradu: Itä-Suomen yliopisto. Viitattu 8.9.2019. http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20180150/urn_nbn_fi_uef-20180150.pdf
- Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyypeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasan yliopisto. Viitattu 16.9.2019. https://www.univaasa.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf
- Soldehed, S. 2008. Aggression hoidollinen hallinta-koulutuksen toteuttaminen Satakunnan sairaanhoitopiirissä. Viitattu 6.11.2019. https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/874/Soldehed_Sven.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Suomen MAPA-keskus. Viitattu 9.6.2019. <http://suomenmapakeskus.fi/>
- Tampereen kaupunkilähetys RY. TunteVa®-ideologia. Viitattu 6.11.2019. <https://tampereci-tymission.fi/kaupunkilahetys/yhdistystoiminta/tunteva-ideologia/>
- Tilastokeskus. 2009. Hyvinvointikatsaus. Työväkivalta on yleistä terveys- ja sosiaalialojen ammateissa. http://www.stat.fi/artikkelit/2009/art_2009-09-30_002.html

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Viitattu 7.11.2019. https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

Avekki. 2019. Turvallisuuskoulutus. Viitattu 13.10.2019. <https://www.turvallisuuskoulu.fi/avekki/>

Lastensuojelun keskusliitto. 2017. Turvallisesti sijaishuollossa - Väkivaltatyön keinoja lastensuojelulaitoksessa. Viitattu 6.11.2019. <https://www.lskl.fi/materiaali/lastensuojelun-keskusliitto/Turvallisesti-sijaishuollossa.pdf>

Työsuojelu.fi. 2018. Väkivallan uhka. Viitattu 10.9.2019. <https://www.tyosuojelu.fi/tyoolot/vakivallan-uhka>

Työturvallisuuskeskus. Väkivalta- ja uhkatilanteet työpaikalla. Viitattu 13.8.2019. https://ttk.fi/tyoturvallisuus_ja_tyosuojelu/tyoturvallisuuden_perusteet/tyoyhteiso/vakivalta_ja_uhkatilanteet

Työturvallisuuslaki. 23.8.2002/738. Viitattu 11.10.2019. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2002/20020738>

Valvira. 2018. Liikkumista rajoittavien turvavälineiden käyttö. Viitattu 10.9.2019. https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/potilaan-asema-ja-oikeudet-oikeudet/liikkumista_rajoittavien_turvavälineiden_kaytto

Vermeulen, J., Doedens, P., Boyette, L-L., Spek, B., Latour, C. & de Haan, L. 2019. "But I did not touch nobody!" - Patients' and nurses' perspectives and recommendations after aggression on psychiatric wards. Viitattu 11.10.2019. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pub-med/31222795>

Väestöliitto. 2019. Fyysinen väkivalta. Viitattu 31.10.2019. https://www.vaestoliitto.fi/parisuhde/tietoa_parisuhteesta/parisuhdevakivalta/fyysinen-vakivalta/

Kuviot

Kuvio 1: Väkivallan kohtaaminen ammattikunnittain (Tilastokeskus 2009)	12
Kuvio 2: Tutkimusartikkelien haku- ja valintaprosessi	20

Taulukot

Minkälaisia väkivaltatilanteita sairaanhoitajat ovat kohdanneet hoitotyössä?

Päälukko	Alaluokka	n=	Pelkistetty ilmaus	Alkuperäisilmaus
Väkivaltatilanteet hoitotyössä (n=11)	Fyysinen väkivalta	6	Lyöminen, sylkeminen, potkiminen, kuristaminen, pureminen, hiuksista vetäminen, raapiminen ja seksuaalinen väkivalta	”Psykiatrisessa hoitotyössä hoitajiin kohdistuva fyysinen väkivalta potilaiden taholta ilmenee muuan muassa lyömisenä, esineellä lyömisenä, sylkemisenä, potkimisena, kuristamisena, puremisena, hiuksista vetämisena, raapimisena ja seksuaalisena väkivaltana. (Puntalo, P. 2017)
			Erlaiset iskut	”Hoitajiin kohdistuva väkivalta esiintyy erilaisten iskujen muodossa kuten nyrkillä lyömisenä, potkimisena tai esineellä lyömisenä.” (Puntalo, P. 2017)
			Yritys vahingoittaa kaikilla mahdollisilla keinoilla	”Hoitajat kuvasivat myös kuinka heitä yritetään vahingoittaa kaikilla mahdollisilla keinoilla kuten raapimalla, kuristamalla, repimällä ja sylkemällä.” (Puntalo, P. 2017)
			Lyöminen, kädestä puristaminen, huitominen, potkiminen, töniminen, raapiminen, esineellä heittäminen	”Fyysisestä väkivallasta mainittiin muun muassa lyöminen (57 mainintaa), voimakas kädestä puristaminen (27), kepillä huitominen (22), potkiminen (17), töniminen (11), raapiminen (9) sekä esineellä heittäminen (9). (Reiman, S. 2017)
			Eri hoitotilanteissa tapahtuva väkivalta tai sen uhka, kuten raapiminen, nyrkin heristäminen, hoitajiin takertuminen, kädestä puristaminen tai vääntäminen, töniminen, lyöminen, potkiminen, hiuksista kiskominen ja sanallinen uhkailu	”Raapimista, nyrkin heristelyä, hoitajiin takertumista, kädestä / ranteesta puristamista tai vääntämistä, tönimistä, lyömistä, potkimista, yritystä purra, lyödä tai potkia, hiuksista kiskomista sekä sanallista uhkailua hoitajien tappamisella tapahtui aamutoimien / iltatoimien, lääkkeenannon tai hoitotoimenpiteiden yhteydessä. Pesutilanteissa tapahtui puremistä, huutamista ja lyömistä. Joutuessa kieltämään asiakasta tapahtui lyömistä, kiinni tarrautumista, raapimista sekä sylkemistä.” (Reiman, S. 2017)
			Kädestä puristaminen, esineellä heittäminen, haukkuminen ja yritys lyödä hoitajaa	”Psykiatriassa hoitohenkilökuntaan kohdistui eniten voimakasta kädestä puristamista sekä esineellä heittämistä. Uhkatilanteissa esiintyi eniten esineellä heittämistä, haukkumista sekä yritystä lyödä hoitajaa.” (Reiman, S. 2017)

	Väkivallan uhka	2	Yritys vahingoittaa hoitajaa ja tarkoitus uhata hoitajaa	"Vastaavasti väkivallan uhkaa ilmeni eniten yrityksellä lyödä, yrityksellä potkia sekä uhkaamisella lyödä hoitajaa." (Reiman, S. 2017)
			Yritys vahingoittaa hoitajaa	"Väkivallan uhkaa ilmeni eniten yrityksellä purra hoitajaa sekä yrityksellä tarttua kiinni." (Reiman, S. 2017)
	Psyykkinen väkivalta	3	Sanallinen uhkaaminen	"Lisäksi sanallisesta uhkaamisesta mainittiin muun muassa huutaminen (31 mainintaa), kiroileminen (22), uhkauksen lyömisestä (13) sekä haukkuminen (5)." (Reiman, S. 2017)
			Psyykkisen väkivallan kokeminen	"Psyykkinen väkivalta koetaan sanallisena häirintänä, arvosteluna, syyttämisenä, nimittelynä, kiroiluna ja kiristämisenä sekä seksuaalisen väkivallan eri muotoina." (Puntalo, P. 2017)
			Sanallisen väkivallan muodot	"Sanallinen väkivalta voi olla huutamista, kiroilua, loukkaamista, uhkailua tai pelotte- lua." (Huttunen, R. Joronen, K. & Rantanen, A. 2018)
Väkivalta ja sen uhka eri hoitoympäristöissä (n=6)	Väkivaltainen käytös oikeuspsykiatrian osastoilla	1	Hoitajat ovat tottuneita väkivallan esiintymiseen oikeuspsykiatriassa	"Väkivaltaan tottuminen oli kuitenkin yleistä hoitajien keskuudessa ja he kuvasivat kuinka ovat pakostakin joutuneet tottumaan väkivallan esiintymiseen työssään, jotta kykenevät työskentelemään oikeuspsykiatrialla." (Puntalo, P. 2017)
	Eri hoitoyksiköt	4	Psykiatrissa sairaaloissa hoitajilla on suuri väkivallan kohteeksi joutumisen riski	"Erityisesti psykiatrisissa sairaaloissa työskentelevillä hoitajilla on suuri riski altistua potilaiden kohdistaman työpaikkaväkivallan uhriksi." (Puntalo, P. 2017)
			Päivystyksessä esiintyi väkivallan muotona esineellä heittämistä	"Päivystyksessä hoitohenkilökuntaan kohdistui yksi väkivallan muoto eli esineellä heittäminen sekä yksi väkivallan uhan ilmene- mismuoto eli yritti heittää esineellä. Sanallisesta uhkaamisesta ja sanallisesta väkivallasta ei ollut yhtään kirjausta." (Reiman, S. 2017)
			Kehitysvammahuollossa väkivalta esiintyi eniten läpsimisena, lyömisenä ja potkimisena	"Kehitysvammahuollossa hoitotyöntekijään kohdistuvasta väkivallasta eniten esiintyi läpsimistä, lyömistä sekä potkimista." (Reiman, S. 2017)
			Vanhustenhuollossa väkivalta esiintyi eniten lyömisenä, kädestä puristamisena, potkimisena ja sanallisena väkivaltana	"Vanhustenhuollossa hoitohenkilökuntaan kohdistui eniten lyömistä, voimakasta kädestä puristamista, huutamista, kiroilemista sekä potkimista." (Reiman, S. 2017)

Väkivallan ja sen uhan mahdollinen tekijä (n=2)	Potilas/omaiset väkivallan tai sen uhan tekijänä	2	Yleensä väkivallan aiheuttaja on potilas/asiakas itse, joskus myös omaiset/saattajat	”Väkivallan aiheuttaa yleensä potilas tai asiakas, mutta myös potilaan omaiset tai saattajat voivat käyttäytyä väkivaltaisesti.” (Huttunen, R. Joronen, K. & Rantanen, A. 2018)
			Suurimmassa osassa väkivallan tekijäksi on mainittu potilas/asiakas	”Potilas tai asiakas oli mainittu eniten väkivallan tai uhan tekijäksi, yhteensä 209 kertaa.” (Reiman, S. 2017)

Taulukko 3: Sisällönanalyysitaulukko 1

Miten väkivaltilanteita voi ennaltaehkäistä hoitotyössä?

Päälouokka	Alaluokka	n=	Pelkistetty ilmaus	Alkuperäisilmaus
Osaamisen ja koulutuksen merkitys (=9)	Tiimityöskentelyn ja koulutuksen tärkeys	3	Parempi tiimityöskentely ja myönteinen asenne vaikeisiin potilaisiin vähentävät aggressiivisuutta	“Results showed that better team functioning and positive attitudes to difficult patients were associated with less patient aggression.” (Greenwood, A. & Braham, L. 2018)
			Väkivaltaisuuksien hallintaan liittyvä koulutus voi vähentää väkivaltilanteiden esiintymistä antamalla hoitajille taitoja ja varmuutta tunnistaa väkivaltaisuuksia edeltävät merkit ja rauhoittaa potilasta turvallisesti de-escalatiota hyödyntämällä.	“Education in management of patient aggression may reduce the incidence of aggression by giving nurses the skill set and confidence to recognize precursors to aggression and determine how to de-escalate the patient safely.” (Casey, C. 2019)
			Hoitajien työtä ja työnjakoa on mahdollista parantaa	”Myös hoitajien omaa työtä ja työnjakoa mietittiin, arvioiden, että sitä voidaan parantaa.” (Reiman, S. 2017)
	De-escalatio	2	Riittävän aikaisin aloitetut interventiot ovat tärkeässä osassa väkivaltaisen tilanteen rauhoittamisessa.	“Adequate timing of interventions is critical for de-escalating aggressive incidents.” (Vermeulen jne. 2019)
			Tulokset osoittivat, että de-escalation tekniikoiden avulla hoitajat voivat paremmin käsitellä väkivaltaista käytöstä	“Survey results demonstrated nurses could become more prepared to manage aggressive behaviors through education about use of de-escalation techniques.” (Casey, C. 2019)
	Jälkipuinti	2	Potilaan hallinnan ja itsenäisyyden tunne voidaan palauttaa käymällä tilanne yhdessä läpi pian tapahtuman jälkeen. Tilanteiden jälkipuinti voi ehkäistä uusien väkivaltilanteiden syntyä ja pakkokeinojen käyttöä tulevaisuudessa	“When debriefing takes place shortly after the incident, a sense of control and autonomy could be restored. Ultimately, the evaluation of past aggression might prevent new aggressive incidents, thereby prevent the use of coercive measures and contribute to making the psychiatric inpatient unit a safe place for everyone.” (Vermeulen jne. 2019)
			Tilanteen jälkipuinnin avulla potilas voi oppia uusia keinoja aggressiivisuutensa hallitsemiseksi	“Once the situation has been de-escalated, debriefing could provide an opportunity for therapeutic intervention for the patient to gain insight into behavior and begin to learn new coping skills.” (Casey, C. 2019)
	Uusien toimintamallien opettaminen potilaalle	2	Yksi ennaltaehkäisykeino voisi hoitajien mukaan olla psykoedukaatio ja uusien toimintamallien opettaminen potilaalle	”Psykoedukaatio ja vaihtoehtoisten toimintamallien opettaminen potilaalle oli mainittu ennaltaehkäisykeinoksi 33:ssa ilmoituksessa, mikä on 9,8% kaikista ilmoituksista.” (Leskinen, M. 2016)

			Ennaltaehkäisyn keinoina hoitajat kuvasivat terapeuttisen keskustelun, psykoedukaation ja henkilökunnan läsnäolon	”Yleisimpinä ennaltaehkäisykeinoina kuvattiin vuorovaikutukselliset keinot, kuten psykoedukaatio ja terapeuttinen keskustelu, joissa potilaille pyritään opettamaan vaihtoehtoisia keinoja väkivaltakäyttäytymisen tilalle sekä henkilökunnan läsnäolo.” (Leskinen, M. 2016)
Vuorovaikutustaidot hoitajan ja potilaan välillä (=4)	Vuorovaikutussuhde	4	Potilaat kokivat, että henkilökunnan huonot kommunikointitaidot vaikuttivat aggression syntymiseen	“Contributory factors, such as poor communication and staff not listening, were identified by patients as precursors to aggression.” (Greenwood, A. & Braham, L. 2018)
			Paremmat vuorovaikutussuhteet hoitajan ja potilaan välillä on tärkeä tekijä aggressiivisuuden vähenemisessä	“Improved one to one relationships were an important factor for reducing aggression.” (Greenwood, A. & Braham, L. 2018)
			Asioiden kieltäminen potilaalta vaatii hoitajalta hyviä ihmissuhdetaitoja	“Having to deny patients something within a restricted environment was considered to require sophisticated interpersonal skills.” (Greenwood, A. & Braham, L. 2018)
			Potilaat kokivat, että hoitajat käyttivät pakkokeinoja liian nopeasti ja uskoivat, että henkilökohtainen kommunikointi olisi auttanut väkivaltatilanteen synnyn ehkäisyssä.	“Another subtheme was interpersonal contact as a method for de-escalation. Some patients felt like that nurses used coercion too fast and believed that talking would have helped to de-escalate the incident.” (Vermeulen jne. 2019)
Potilaan huomiointi yksilönä (=4)	Potilas yksilönä	4	Potilaan unirytmien kunnioittamalla voidaan estää vaaratapahtuman syntyminen	”Myös asiakkaan antaminen nukkua pidempään nähtiin mahdollisena keinona estää vaaratapahtuman syntyminen.” (Reiman, S. 2017)
			Potilaat mainitsivat henkilökohtaisia rauhoittumiskeinoja, kuten musiikin ja liikunnan	”Patients often mentioned personal de-escalation techniques that were only suitable for themselves, such as music and sports.” (Vermeulen jne. 2019)
			Potilaiden ja hoitajien tulisi miettiä yhdessä väkivaltatilanteiden ehkäisemiseksi käytettäviä suunnitelmia, jotta pakkokeinojen käyttö vähenisi. Esimerkiksi potilaiden henkilökohtaisten kriisinhallinnan keinojen lisääminen yhteiseen kriisinhallintasuunnitelmaan	“Patients and staff members should collaborate in identifying strategies to prevent dangerous situations in the future, to reduce the chance of using coercive measures. An example is to capture patients’ personal crisis management strategies in a shared crisis management plan.” (Vermeulen jne. 2019)
			Potilaiden mukaan tylsyys ja tekemisen puute vaikuttivat aggressiivisuuden esiintymiseen	“Patients agreed that boredom, empty days and lack of meaningful activities were factors in causing aggression.” (Greenwood, A. & Braham, L. 2018)

Fyysisten tilojen vaikutus väkivaltaisuuden ilmenemiseen (=4)	Ympäristö	4	Tilojen ahtaus, osaston levottomuus, tiedon ja kommunikoinnin puutteellisuus sekä hoitajan kiire, levottomuus ja kärsimättömyys nähtiin myötävaikuttavina tekijöinä väkivaltaisuuden ilmenemisessä	”Organisaatioon, työyhteisöön sekä työntekijään liittyviä tekijöitä olivat tilojen ahtaus ja osaston levottomuus, tiedon puutteellinen hyödyntäminen ja kommunikoinnin puutteellisuus sekä hoitajan kiire, levottomuus ja kärsimättömyys.” (Reiman, S. 2017)
			Ympäristön ja sen viihtyisyyden ja toimivuuden kehittämällä voidaan saada hyviä tuloksia väkivallan ennaltaehkäisyssä	”Ympäristöä ja sen viihtyisyyttä ja toimivuutta kehittämällä voitaisiin saada väkivallan ennaltaehkäisyssä hyviä tuloksia suhteellisen helposti.” (Leskinen, M. 2016)
			Hoitajien mukaan tilojen parantamisella, esim. lisäämällä turvallisia huoneita ja kokonaisia osastoja voidaan väkivaltatilanteiden syntymistä ennaltaehkäistä	“Some nurses gave the recommendation related to the facility, such as availability of secured rooms on the ward (other than the seclusion room) and new development of a high intensive care unit (HIC), where the ward will contain separate rooms for one-on-one patient care.” (Vermeulen jne. 2019)
			Vaaratapahtumia voidaan ehkäistä lisäämällä henkilökuntaa, tarkastamalla lääkitys tai vaihtamalla osastoa	“Hoitohenkilökunnan esittämiä keinoja vaaratapahtumien estämiseen olivat muun muassa henkilökunnan lisääminen, lääkityksen tarkistaminen sekä osaston vaihtaminen.” (Reiman, S. 2017)
Pakkokeinot ennaltaehkäisevänä menetelmänä (=2)	Pakkokeinojen käyttö	2	Pakkokeinot koettiin myös ennaltaehkäisyn keinoina. Hoitajat ehdottivat potilaan eristyksen pidentämistä tai aiempaa aikaisempaa eristämistä ja näin ehkäistäisiin väkivaltatilanteiden synty.	”Pakkokeinot oli kuvattu myös usein ennaltaehkäisynä. Ilmoituksissa oli ehdotettu muun muassa, ettei potilasta otettaisi eristyksestä pois tai että potilas pitäisi eristää aikaisemmin, jotta väkivaltatilanteita ei pääsisi syntymään.” (Leskinen, M. 2016)
			Hoitajat kokivat lääkityksen väkivaltatilanteiden ehkäisyn keinona. He kokivat, että tarpeellisten lääkkeiden käyttäminen tai pakko lääkitseminen oli vähemmän pakottava kuin eristäminen tai rajoittaminen.	“Nurses frequently advised the use of medication to prevent aggressive incidents. The rationale is that pharmacological intervention, even pro re nata (PRN) or forced medication, is less coercive than seclusion or restraint.” (Vermeulen jne. 2019)

Taulukko 4: Sisällönanalyysitaulukko 2

Liitteet
Sisällysluettelon hakusanoja ei löytynyt.

