

**AGGRESSIIVISEN POTILAAN KOHTAAMINEN**  
- opas Sauvosaaren sairaalan henkilökunnalle

Arpiainen Inka  
Jurvansuu Satu

Opinnäytetyö  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Sairaanhoitaja (AMK)

2020

Hoitotyön koulutusohjelma  
Sairaanhoitaja (AMK)

---

<b>Tekijä(t)</b>	Inka Arpiainen Satu Jurvansuu	<b>Vuosi</b>	2020
<b>Ohjaaja(t)</b>	Satu Elo		
<b>Toimeksiantaja</b>	Sauvosaaren sairaala		
<b>Työn nimi</b>	Aggressiivisen potilaan kohtaaminen - Opas Sauvosaaren sairaalan henkilökunnalle		
<b>Sivu- ja liitesivumäärä</b>	67 + 17		

---

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa opas aggressiivisen potilaan kohtaamiseen Sauvosaaren sairaalan hoitohenkilökunnalle. Opinnäytetyön tavoitteena oli oppaan avulla lisätä hoitohenkilökunnan valmiuksia toimia ennaltaehkäisevästi ja turvallisesti kohdatessaan aggressiivisen potilaan.

Opinnäytetyöllä haluttiin lisätä hoitohenkilökunnan tietoisuutta aggressiivisten potilaiden kohtaamiseen liittyvistä riskitekijöistä sekä hoitohenkilökunnan kykyä tunnistaa vuorovaikutustilanteissa esiintyviä väkivalta- tai turvallisuusriskejä. Tunnistamalla riskit hoitohenkilökunta kykenee olemaan myötävaikuttamasta aggressiivisen tai väkivaltaisen tilanteen kehittymiseen. Opinnäytetyö tukee ja lisää hoitajien tietämystä aggressiivisen potilaan kohtaamiseen, jolloin pystytään ennaltaehkäisemään väkivaltatilanteita sekä tukemaan hoitajien ja potilaiden turvallisuutta hoitotyössä.

Opinnäytetyö toteutettiin työelämälähtöisenä tuotekehitysprojektina, jonka aihe tuli suoraan toimeksiantajalta. Tuotekehitysprojektin täsmällinen tavoite on uuden tuotteen kehittäminen, joka soveltuu sarjavalmistukseen. Tässä opinnäytetyössä tuote on opas. Opas sisältää tietoa aggressiivisen potilaan kohtaamisesta ja kuinka toimia tällaisessa tilanteessa. Oppaasta löytyy myös tietoa aggressiivista käyttäytymistä lisäävistä riskeistä ja kuinka ennalta ehkäistä aggressiivista käyttäytymistä. Opinnäytetyöhön kerättiin teoreettista tietoa kirjallisuudesta, tutkimuksista ja artikkeleista, sähköisiä tiedonhakuportaaleja hyödyntäen.

**Avainsanat** väkivalta, aggressiivisuus, potilas, hoitotyö, työturvallisuus  
**Muita tietoja** Työhön liittyy toimeksiantosopimus, tutkimuslupa ja erillinen kirjallinen opas toimeksiantajalle.

School of Northern Well-being and  
Services  
Degree Programme in Nursing and  
Health Care  
Bachelor of Health Care

---

<b>Author(s)</b>	Inka Arpiainen Satu Jurvansuu	Year	2020
<b>Supervisor</b>	Satu Elo		
<b>Commissioned by</b>	Sauvosaaren sairaala		
<b>Subject of thesis</b>	Encountering an Aggressive Patient - A Guide for The Health Care Workers of Sauvosaaren Sairaala Hospital		
<b>Number of pages</b>	67 + 17		

---

The purpose of this thesis was to produce a guide on how to encounter an aggressive patient, made for the health care workers of Sauvosaaren sairaala hospital. The aim of this thesis was that with the help of the guide, to inform the health care workers on how they could act safely and with precaution when encountering an aggressive patient.

The aim of this thesis was to inform health care professionals about the risk factors of encountering an aggressive patient and to improve their skills in terms of recognizing occurrences of violence and considering safety issues in interaction with a violent client. By identifying these risks, the health care workers may be able to prevent escalation of an aggressive or violent situation. This thesis fosters and promotes knowledge about encountering an aggressive patient preventing violent situations and supporting the safety of health care workers and patients in the field.

This thesis is a work-oriented product development project for which the topic came directly from the commissioner. A product development project has an exact aim which is to create a new product that is suitable for serial production. In this thesis that product is the compiled guide. The guide provides information about meeting an aggressive patient and on how to act in such a situation. The guide also provides information about the risks of aggressive behaviour and how to prevent aggressive behaviour. The theoretical data for this thesis was collected from literature, research, and articles from electronic data retrieval portals.

**Key words** violence, aggressiveness, patient, care work, work safety  
**Special remarks** The thesis includes an assignment contract, a research permit, and a printable written guide for health care workers.

# SISÄLLYS

1	JOHDANTO .....	7
2	AGGRESSIIVISEN POTILAAN KOHTAAMINEN HOITOTYÖSSÄ.....	9
2.1	Opinnäytetyön teoreettinen tausta ja kirjallisuuden haku .....	9
2.2	Hoitotyö ja hoitotyön eettiset lähtökohdat .....	10
2.3	Aggressiivisen käyttäytymisen esiintyminen hoitotyössä .....	11
2.4	Aggressio ja aggressiivinen käyttäytyminen .....	14
2.4.1	Aggression määritelmä .....	14
2.4.2	Aggression ja aggressiivisen käyttäytymisen teorioita .....	16
2.4.3	Aggression ja aggressiivisen käyttäytymisen tilannetekijät .....	17
2.5	Väkivalta ja työväkivalta sekä niiden esiintyvyys .....	18
2.5.1	Väkivallan määritelmä.....	18
2.5.2	Työväkivallan määritelmä.....	20
2.6	Aggressiivista käyttäytymistä lisäävät riskitekijät .....	21
2.6.1	Päihteet.....	22
2.6.2	Mielenterveysongelmat .....	23
2.6.3	Muistisairaudet.....	24
2.6.4	Delirium.....	25
2.6.5	Kehitysvammaisuus .....	26
2.6.6	Potilaan omaiset, saattajat ja vierailijat .....	27
2.6.7	Perimän vaikutus aggressiiviseen käyttäytymiseen .....	28
2.7	Ennaltaehkäisevä toiminta aggressiivisen potilaan kohtaamisessa .....	28
2.7.1	Valmistautuminen ja ennakointi .....	29
2.7.2	Työympäristön turvaaminen.....	30
2.7.3	Haastavassa potilaskohtaamisessa toimiminen.....	32
2.7.4	Vuorovaikutus uhkatilanteiden ennaltaehkäisyssä.....	33
2.7.5	Jälkitoimet uhkatilanteen jälkeen .....	35
3	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE .....	40
4	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUSTAPA .....	41
4.1	Toimeksiantajan kuvaus .....	41
4.2	Projekti opinnäytetyön menetelmänä.....	41
4.3	Projektin organisaatio ja ohjaus .....	42
4.4	Projektin ideointi .....	43

4.5	Projektin lähtökohdat ja taustatekijät .....	44
4.6	Projektin tuotoksen määrittely ja rajaus .....	45
4.7	Projektin kulku .....	45
4.8	Projektin arviointi ja päättäminen .....	49
5	OPINNÄYTEYTÖN TULOKSET .....	53
5.1	Kohderyhmän kokema väkivalta .....	53
5.2	Opas .....	54
6	POHDINTA .....	56
6.1	Opinnäytetyön pohdinta .....	56
6.2	Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys .....	57
6.3	Opinnäytetyön ja oppaan hyödynnettävyys .....	59
6.4	Prosessin arviointi .....	59
6.5	Oma ammatillinen oppiminen .....	60
7	JOHTOPÄÄTÖKSET .....	62
	LÄHTEET .....	64
	LIITTEET .....	67

## ALKUSANAT

Haluamme kiittää Sauvosaaren sairaalaa yhteistyöstä projektin aikana ja Mira Lohilahtea kauniin kuvituksen tuottamisesta ja oppaan taittamisesta sekä ohjaajamme avusta, tuesta ja työn edistämisestä kanssamme. Kiitos kuuluu myös Lapin ammattikorkeakoulun tiedonhaun ammattilaisille, lähipiirillemme ja ystävillemme.

## 1 JOHDANTO

Terveydenhuollossa kohdataan päivittäin potilaita ja asiakkaita, jotka käyttäytyvät hyökkäävästi, uhkaavasti tai jopa väkivaltaisesti auttajiin kohtaan. Ilmiö on alkanut lisääntyä 1980-luvulta alkaen (Hietaharju & Nuutila 2016, 113). Maassamme on ollut esillä lisääntyvästi 2000-luvun alusta lähtien huoli väkivaltaisuuksien esiintyvyydestä ja ennaltaehkäisemisestä terveydenhoidon yksiköissä sekä sisällöllisesti asianmukaisen koulutuksen järjestämisestä hoitohenkilöstölle (Hentinen, Iija & Mattila 2009, 122).

Tilastokeskuksen julkaisemassa artikkelissa ”Työväkivalta on yleistä terveys- ja sosiaalialojen ammateissa” (2009) todetaan, että terveyden- ja sairaanhoitotyön ammateissa on ylivoimaisesti eniten työväkivaltaa kokeneita ja, että terveyden- ja sairaanhoitotyön ammatit kuuluvat kolmeen riskialttiimpaan ammattiin, joissa on työntekijöiden määrään nähden suurin todennäköisyys kohdata työväkivaltaa. Työllisistä noin 100 000, eli noin 4 % kaikista työllisistä oli kokenut jonkin asteista työväkivaltaa vuonna 2007. Joka kolmannes työväkivaltaa kokeneista työskenteli terveyden- ja sairaanhoitoalan ammateissa. Kun mukaan lasketaan sosiaaliala, hoitoalan ammateissa työskenteli yli 40 000 työväkivallan uhria. Saman artikkelin mukaan työssään väkivaltaa kohdanneista 16 prosentille oli jäänyt fyysisiä jälkiä, 28 prosenttia oli kokenut fyysisiä väkivaltaa, josta ei jäänyt fyysisiä jälkiä ja 72 prosenttia oli joutunut uhkailun kohteeksi. (Piispa & Hulkko 2009.) Tämä tilasto oli uusin löytämämme Suomessa tehty.

Opinnäytetyön toimeksiantajana toimi Sauvosaaren sairaala ja aihe opinnäytetyölle tuli suoraan toimeksiantajalta. Aiheesta on uutisoitu viime aikoina paljon, joten aihe koettiin erityisen tärkeänä ja se herätti mielenkiintoa ajankohtaisuudellaan. Opinnäytetyöllä haluttiin lisätä hoitohenkilökunnan tietoisuutta aggressiivisten potilaiden kohtaamiseen liittyvistä riskeistä sekä lisätä tietoisuutta siitä, miten väkivaltilanteita voitaisiin ennaltaehkäistä.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa opas aggressiivisen potilaan kohtaamiseen Sauvosaaren sairaalan hoitohenkilökunnalle. Opinnäytetyön tavoitteena oli oppaan avulla lisätä hoitohenkilökunnan valmiuksia toimia ennaltaehkäisevästi ja

turvallisesti kohdatessaan aggressiivisen potilaan. Opinnäytetyön projektitehtävänä oli viedä läpi projekti oppaan laatimiseksi ja työelämään viemiseksi. Henkilökohtaisena oppimistavoitteenamme oli onnistuneen projektin toteuttaminen.



## 2 AGGRESSIIVISEN POTILAAN KOHTAAMINEN HOITOTYÖSSÄ

### 2.1 Opinnäytetyön teoreettinen tausta ja kirjallisuuden haku

Opinnäytetyöhön kerättiin teoreettista tietoa kirjallisuudesta, tutkimuksista ja artikkeleista. Mahdollisuuksien mukaan hyödynnettiin sähköisiä tiedonhakuportaita, kuten Medic, Melinda ja PubMed. Opinnäytetyössä hyödynnetyn tutkimustiedon hakuun saimme apua koulumme tiedonhaun ammattilaiselta. Oppaaseen tarvittavaa materiaalia haettiin sähköisesti sekä manuaalisesti aihetta käsittelevistä kirjoista ja julkaisuista.

Tiedonhaussa käytettiin hakusanoina niin suomen- kuin englanninkielisiä asiasanoja. Suomenkielisiä asiasanoja olivat potilas, aggressio, aggressiivinen käyttäytyminen, hoitotyö, aggressiivinen potilas, muistisairaudet, päihteidenkäyttö, turvallisuuskäytäntö hoitotyössä, työpaikkaväkivalta hoitotyössä, väkivaltainen käytös, väkivalta ja väkivaltainen potilas. Englanninkielisiä asiasanoja olivat patient, aggression, dementia, aggressive behaviour, nursing, aggressive patient, violent patient, security programs in nursing, workplace aggression in nursing ja violent behaviour.

Tässä osiossa esitellään opinnäytetyössä käytetyt keskeiset käsitteet. Opinnäytetyössä käytettyjä käsitteitä ovat aggressio, aggressiivisuuden riskitekijät, aggressiivisuuden esiintyminen, ennaltaehkäisevä toiminta, hoitotyö, opas, projekti, tuotekehitysprojekti, työväkivalta ja väkivalta. Käsitteet valittiin siten, että ne vastaisivat opinnäytetyön toimeksiantajan, eli Sauvosaaren sairaalan työyhteisön ja työympäristön tarpeisiin. Aihe opinnäytetyölle saatiin suoraan toimeksiantajalta ja sen mukaan opinnäytetyössä esiintyvät käsitteet on valittu. Opinnäytetyön käsitteillä ja teoriapohjalla pyritään vahvistamaan hoitohenkilökunnan ymmärrystä hoitotyössä ja sairaalaympäristössä esiintyvistä aggressiivisista ja väkivaltaisista tilanteista sekä niihin liittyvistä käsitteistä.

Opinnäytetyön alkuvaiheessa toteutettiin kysely Sauvosaaren sairaalan henkilökunnalle, jolla kartoitettiin aiheen tarpeellisuutta ja ajankohtaisuutta kohteeseen. Vastauksista ilmeni, että sairaalassa kohdataan ja hoidetaan aggressiivisia poti-

laita sekä henkilökunta toivoi vastausten perusteella lisätietoa ja -koulutusta aiheesta. Tämä kysely ja toimeksiantajalta saatu aihe toimivat pohjana opinnäytetyön teoreettisen sisällön muodostumiselle.

## 2.2 Hoitotyö ja hoitotyön eettiset lähtökohdat

Hoitotyö tunnustetaan professiona, eli sen katsotaan pohjautuvan hyvin määritellyyn teoriapohjaan, asiantuntijuuteen, jatkuvaan tutkimukseen ja autonomiaan sekä siihen, että hoitotyön ammattilaiset asettavat standardeja työlleen. Hoitotyön päätarkoituksena on terveyden edistäminen, sairauksien ehkäisy ja hoito, terveyden säilyttäminen, kärsimyksen lievittäminen sekä ihmisen tukeminen heidän sopeutuessa erilaisiin tilanteisiin. (Rautava-Nurmi, Westergård, Henttonen, Ojala & Vuorinen 2016, 15–16; Terveydenhuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet 2020, 4.) Hoitotyössä tärkeintä ei ole itse sairaus, vaan se, mitä potilas kokee ja tuntee sairautensa aikana. Hoitotyön tehtävänä on pyrkiä tunnistamaan potilaan ongelma sekä auttaa ja tukea häntä ongelman ratkaisemisessa. Hoitotyössä pyritään vähentämään tai poistamaan potilaalle sairaudesta aiheutuvaa kipua, pelkoa, häpeää ja muita mahdollisia haittoja. (Rautava-Nurmi ym. 2016, 15–16.)

Hoitotyön ammattietiikka ja eettiset ammattisäännöt ovat periaatteita, joihin hoitotyön ammattilaiset sitoutuvat. Ammattietiikka määrittelee yleisesti, millainen toiminta on ammatinharjoittamisessa eettisesti hyväksyttävää ja suositeltavaa. Hoitotyön etiikka käsittelee kysymyksiä oikeasta ja väärästä, hyvästä ja pahasta, ihmisten yhdenvertaisuudesta, oikeuksista ja velvollisuuksista sekä oikeudenmukaisuudesta ja hyväksyttävästä käyttäytymisestä. (Rautava-Nurmi ym. 2016, 18.) Keskeisiä ihmisarvoon ja perusoikeuksiin liittyviä arvoja ja periaatteita ovat yhdenvertaisuus, tasapuolisuus, tasa-arvo, syrjimättömyys ja yksityisyyden suoja, joiden tulee näkyä myös asiakkaan ja potilaan omaisten sekä läheisten kohtelussa. Sosiaali- ja terveydenhuollon lähtökohtana on asiakkaan ja potilaan etu sekä jokaisen oikeus saada tarvitsemaansa hoitoa ja palvelua. Hoidon ja palveluiden keskeiset tavoitteet ovat hyvän tekeminen ja vahingon välttäminen. (Sosiaali- ja terveystieteiden eettinen perusta 2011, 5.)

Hoitotyön eettisten ohjeiden mukaan sairaanhoitaja on toiminnastaan ensisijaisesti vastuussa niille potilaille, jotka tarvitsevat hänen hoitoaan. Eettisissä ohjeissa määritellään, että sairaanhoitaja suojelee ihmiselämää ja edistää potilaan yksilöllistä hyvää oloa sekä kohtelee ihmistä saman arvoisesti riippumatta tämän iästä, alkuperästä, kielestä, uskonnosta, vakaumuksesta, mielipiteestä, terveydentilasta tai vammaisuudesta. Sairaanhoitajan tulee eettisten ohjeiden mukaan kohdata potilas arvokkaana ihmisenä ja luoda hoitokulttuuri, jossa otetaan huomioon potilaan yksilölliset arvot, vakaumus ja tavat. (Sairaanhoitajaliitto 2014; Terveydenhuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet 2020, 5.)

Sairaanhoitajan eettisten ohjeiden mukaan sairaanhoitaja toimii tehtävässään oikeudenmukaisesti. Jokaista potilasta tulee hoitaa yhtä hyvin ja huomioida jokaisen potilaan yksilöllisen hoitotarpeen mukaan, riippumatta potilaan terveysongelmista, kulttuurista, äidinkielestä, uskonnosta, sukupuolesta, iästä, rodusta, poliittisesta mielipiteestä, iho väristä tai yhteiskunnallisesta asemasta. (Sairaanhoitajaliitto 2014.)

Mikäli potilas on väkivaltainen, voi hänen perusongelmiensa käsitteleminen oikeudenmukaisella tavalla osoittautua eettisesti haastavaksi (Sosiaali- ja terveysalan eettinen perusta 2011, 10). Saarnion (2009) fyysisten rajoitteiden käyttöä käsittelevässä väitöskirjassa kuvataan henkilökunnan kohtaavan eettisiä ristiriitatilanteita vanhustyössä joutuessaan valitsemaan vanhuksen turvallisuuden lisäämisen ja henkilökohtaisen vapauden riistämisen välillä käyttäessään fyysisiä rajoitteita. Tutkimustulosten mukaan dementoiva sairaus ja siihen liittyvä vanhuksen haasteellinen käyttäytyminen ovat fyysisten rajoitusten käyttämisestä lisääviä tekijöitä. Haasteellisella käyttäytymisellä voidaan tarkoittaa myös väkivaltaista ja aggressiivista käyttäytymistä, jota täten voidaan joutua rajoittamaan fyysisesti. Hoitajan kohdatessa aggressiivisen tai väkivaltaisen potilaan hoitotyön etiikka ja eettinen osaaminen korostuvat ja joutuvat koetukselle. Eettisesti tällainen tilanne on haastava ja silloin joudutaan punnitsemaan tekojen eettisyyttä ja mikä on potilaan ja henkilökunnan turvallisuuden kannalta oikein. (Saarnio 2009, 26, 30, 64–65.)

Sairaanhoitaja vastaa tekemästään hoitotyöstä henkilökohtaisesti. Ottaessaan tehtäviä vastaan ja jakaessaan niitä muille, sairaanhoitaja arvioi omaa ja muiden

pätevyyttä. Ammattia harjoittavan sairaanhoitajan velvollisuus on kehittää ammattitaitoaan jatkuvasti. Sairaanhoitajat, jotka työskentelevät samassa hoitoyhteisössä vastaavat yhdessä siitä, että hoitotyö on laadultaan mahdollisimman hyvää ja että, hoitotyön laatua parannetaan koko ajan. Potilasta koskevassa päätöksen teossa, työssä jaksamisessa ja ammatillisessa kehityksessä sairaanhoitajat tukevat toinen toisiaan. (Sairaanhoitajaliitto 2014.)

### 2.3 Aggressiivisen käyttäytymisen esiintyminen hoitotyössä

Työväkivallasta on tullut yleistynyt ilmiö terveydenhuollon työpaikoilla viime vuosina. Väkivaltatilanteista tehtyjen ilmoitusten määrä on kasvanut noin kymmenen prosenttia vuosittain. Väkivallan uhka- ja vaaratilanteet eivät enää ole ainoastaan mielenterveyshoidon ja päivystysosastojen taikka ilta- ja viikonloppuvuorojen riski; uhkaavia potilaita kohdataan nykyisin kaikenlaisissa terveydenhuollon työpaikoissa. Pahimmin tulilinjalle joutuvat sairaanhoitajat. He ovat useimmiten vastaanottamassa uutta potilasta ja ovat tämän kanssa läheisessä hoitosuhteessa. Jokaisella tulisi olla oikeus tehdä työtään ilman pelkoa ja ahdistusta. Jos sairaanhoitaja kokee työskentelypaikkansa turvattomaksi, vaarantuu tällöin myös potilasturvallisuus. (Karvinen 2010, 12.)

Vuonna 2003 Suomessa tehdyn haastattelututkimuksen mukaan 140 000 henkilöä eli 5,3 prosenttia työvoimasta oli joutunut työurallaan työpaikkaväkivallan tai sillä uhkailun kohteeksi. Kaksi kolmannesta väkivaltatapauksista oli uhkailua. (Rikostorjuntaneuvosto 2014.) Väkivallan uhriksi joutumisen kokemukset kasautuvat jonkin verran enemmän naisille kuin miehille. Väkivaltaisen kohtelun kohteeksi joutumisen riski on lisääntynyt myös kokemattomien, lyhytaikaisten ja sijaisuuksia tekevien työntekijöiden keskuudessa. Tyypillisintä ja useimmiten toistuvaa väkivaltaista kohtelua on uhkailun kohteeksi joutuminen ja muu henkinen väkivalta. (Työturvallisuuskeskus 2010; Rantaeskolala ym. 2015, 8–10.)

Kvasin & Seljakin vuonna 2014 julkaistun ja vuosien 2010–2011 aikana Sloveniassa toteutetun tutkimuksen mukaan, työpaikkaväkivaltaa esiintyy säännöllisesti sairaanhoidossa ja monet väkivaltaiset teot ja kokemukset jäävät usein valitettavasti raportoimatta. Blandon, O'Hagenin, Noceran & Peelk-Asan vuonna 2013

julkaistusta tutkimuksesta ilmeni myös, että moni hoitaja jättää raportoimatta väkivaltatilanteista työpaikalla koska he käsittävät sen ”osaksi työtä”, ja eivät usko raportoinnin hyödyttävän.

Vain pieni osa tutkimukseen vastanneista raportoi väkivallan kokemukset kirjallisessa muodossa. Raportoimatta jättäneiden päämääräisenä syynä nähtiin väkivallan uhrien uskomukset raportoinnin vaikutuksen vähäisyydestä ja kokemuksesta siitä, ettei raportointi muuttaisi mitään. Tutkimukset ovat osoittaneet yhteinäistä tietoa siitä, että työpaikkaväkivallan uskottaisiin kuuluvan osaksi sairaanhoidollista työtä, ja että sairaanhoitajat hyväksyisivät sen rutiinomaisena ammatillisena vaarana. Ammatillisten yhdistysten ja koulutusjärjestelmien tulisi valmistaa sairaanhoitajia väkivallan ennaltaehkäisyyn ja siihen, että he osaavat toimia asianmukaisesti väkivaltatilanteen sattuessa. (Kvas & Seljak 2014, 344–346.)

Yllä mainittu tutkimus toteutettiin Sloveniassa ja julkaistiin vuonna 2014. Yleisin väkivallan muoto oli psyykkinen väkivalta (426 uhrista 416 kertoi kokeneensa sitä). 101 vastanneista oli kokenut fyysistä väkivaltaa, 200 ekonomista väkivaltaa ja 79 seksuaalista väkivaltaa. 25,3 % vastanneista oli kokenut ainakin yhden tyyppistä väkivaltaa ja 36,3 % oli kokenut kahta tai useampaa väkivallan muotoa. Väkivallan uhrit, jotka eivät raportoineet tapahtuneesta väkivallasta (51,7–77,8 %) kokivat, että raportoimalla asiasta tilanne ei tulisi muuttumaan tai heillä oli negatiivisia kokemuksia raportoinnin vaikutuksista. (Kvas & Seljak 2014, 346–347.)

Kvasin ja Seljakin (2014) tutkimus ei osoittanut luotettavia kokemuseroja sukupuolten välillä. Nuoremmat sairaanhoitajat kokivat vanhempia sairaanhoitajia enemmän väkivaltaa, joka on osoitettu myös muissa tutkimuksissa. Päivystyspolilinikat olivat suurimmassa riskissä väkivallalle altistumisessa. Tutkimuksen tuloksena esitettiin, että terveydenhuollon organisaatioiden tulisi parantaa menetelmiään raportoitaessa väkivallasta sekä selvittää, miksi väkivaltaa ei raportoida ja kannustaa henkilökuntaa väkivaltaisten kohtausten raportointiin. (Kvas & Seljak 2014, 346–347.)

Yhdysvalloissa vuonna 2013 tehty tutkimus pyrki selvittämään, miten työympäristö muutti sairaanhoitajien käsitystä työturvallisuudesta ja riskistä väkivaltaan joutumisesta, ja vastasiko tämä käsitys heidän todellista riskiään. Tutkimuksesta

selvisi, että työympäristöllä on vaikutus sairaanhoitajien käsitykseen riskistä joutua väkivaltatilanteisiin, ja tämä käsitys vaikuttaa työntekijöiden tuottavuuteen, työn laatuun, työntekijöiden pysyvyyteen ja tyytyväisyyteen ja heidän todelliseen turvallisuuteensa. (Blando ym. 2013, 491.)

Potentiaalinen riski väkivallan kokemiseen vaikuttaa sairaanhoitajien toimintakykyyn, tyytyväisyyteen, työntekijöiden vaihtuvuuteen ja pysyvyyteen ja potilastyytyväisyyteen. Hoitajat, jotka kokevat väkivaltaa, muuttuvat helposti apaattiseksi ja välinpitämättömämmiksi potilaita kohtaan ja tämä voi johtaa huonoon hoitoon ja potilastyytyväisyyteen. Hoitajat ovat raportoineet suurempaa henkilökohtaista stressitasoa tuloksena käsityksestä väkivallan uhasta. Väkivallan riski ja väkivalta sairaaloissa luovat suuria kustannuksia, mutta mikään kustannus ei yllä seuraamaan väkivaltataipuvaisen työpaikan vaikutuksiin, missä työntekijät ja siviilit ovat suuremmassa riskissä. (Blando ym. 2013, 491–492.)

Psykiatriset hoitajat ilmoittivat vähemmän väkivaltatilanteista, koska he ymmärsivät mahdollisten aggressiivisten merkkien johtuvan sairaudesta eikä pelkästä aggressiosta, kun taas päivystyksen hoitajat kirjasivat nämä ylös. Päivystyshoitajat ja psykiatriset hoitajat siis ymmärtävät turvallisuutensa työpaikalla eri tavalla, koska heidät erottaa heidän tapansa käsittää mitä väkivalta työpaikalla on. Tulokseksi tutkimuksessa todettiin, että hoitajien oma kokemus väkivallan kohteeksi joutumisen uhasta ei ole suorassa yhteydessä heidän todellisen riskinsä kanssa. (Blando ym. 2013, 491–492, 497.)

## 2.4 Aggressio ja aggressiivinen käyttäytyminen

### 2.4.1 Aggression määritelmä

Aggressio on ihmiselle synnynnäinen ja lajityypillinen reagoititapa, johon ihminen kykenee luonnostaan. Aggressio voi olla pahanlaatuinen, hyvänlaatuinen tai jopa tuhoava tunnetila (Havio, Inkinen & Partanen 2008, 206). Aggressiivinen käyttäytyminen määritellään psykologiassa toisiin yksilöihin tai ympäristöön kohdistuvaksi tahalliseksi, vahingoittavaksi tai häiritseväksi käyttäytymiseksi (Sandström 2010, 195).

Aggressio voidaan jakaa reaktiiviseen ja proaktiiviseen aggressioon. Reaktiivisuus tarkoittaa sitä, että aggressio on reaktio johonkin. Yleensä se menee niin, että tekijä reagoi johonkin kokemaansa provokaatioon tai uhkaan. Proaktiivinen aggressio taas ei tarvitse minkäänlaista ärsykettä, vaan yksilö voi käyttäytyä aggressiivisesti, vaikka minkäänlaista provosointia ei olisi tapahtunut. Proaktiiviseen aggressioon liitetään usein epäsosiaalinen käyttäytyminen. Sosiaali- ja terveysalalla tavataan kumpaakin aggressiotyyppiä, mutta reaktiivista aggressiota esiintyy näistä kahdesta enemmän. Siitä on yleensä kyse myös silloin, kun on vaikea ymmärtää, mihin tai miksi potilas reagoi aggressiivisesti. (Soisalo 2011, 28.)

Aggressio voidaan määritellä vietiksi, reaktioksi turhautumiseen tai opituksi käytökseksi. Se voi olla fyysistä tai psyykkistä ja sitä voidaan osoittaa niin peitellysti kuin suoraankin. Sen laukaisema toiminta voi olla puolustavaa tai hyökkäävää. Siihen sisältyy useita tunteita, kuten suuttumus, vihamielisyys, raivo ja mielihyvä. (Hietaharju & Nuutila 2016, 114.) Syyt aggressiivisuuteen liittyvät ihmisen biologiaan, kokemusmaailmaan, persoonallisuuteen, psyykkiseen kehitykseen sekä ympäristöön. Tasapainoinen ihminen kykenee kanavoimaan aggression niin, että se on sosiaalisesti hyväksyttävää ja saavuttamaan psyykkisen tasapainon. Joskus aggressiota käytetään motivoivana voimana, jolla pyritään saavuttamaan tietty päämäärä. Aggression ei välttämättä tarvitse aina johtaa väkivaltaan. (Holmberg 2016, 109.)

Aggressio ja väkivaltainen käytös eivät synny tyhjästä, vaan aina on olemassa jokin tekijä, joka vaikuttaa aggression takana. Taipumus aggressiiviseen käyttäytymiseen voi olla osin perinnöllistä ja osin opittua. Perintötekijät vaikuttavat etupäässä altistavana tekijänä, joka yhdessä muiden tekijöiden kanssa voi johtaa väkivaltaiseen käyttäytymiseen. Ympäristön muokkaamiin opittuihin väkivaltaisiin toimintamalleihin saatetaan turvautua, koska väkivallan käyttöön on totuttu ja sen avulla on aikaisemmin saavutettu haluttuja tavoitteita. (Sundell 2014, 14.)

#### 2.4.2 Aggression ja aggressiivisen käyttäytymisen teorioita

Aggressiosta ja aggressiivisesta käyttäytymisestä ja siitä, mistä ne johtuvat on olemassa erilaisia teorioita, kuten esimerkiksi psykoanalyttinen, sosiaalisen oppimisen ja frustraation teorit. Psykoanalyttinen viettiteoria kuvaa, että ihmisyyteen liittyy kaksi perusviettiä; seksuaalisuus ja aggressio eli tuhoavuus. Sen mukaan ihmisen aggressio on aina vakio, ja valmiudet siihen tulevat jo varhain. Aggressio on ehtymätön käytettävissä oleva voima ihmisessä ja se liittyy ihmisen pyrkimykseen saavuttaa mielihyvää. Mikäli mielihyvän saavuttaminen estyy, syntyy aggressioita. Aikuisuuteen ja vastuullisuuteen kuuluu sublimaatio, kehittynyt ja sopiva tapa purkaa ja hallita aggressiota. (Hietaharju & Nuutila 2016, 115.)

Sosiaalisen oppimisen teorian mukaan aggressiivinen käyttäytyminen ja sen kehittyminen opitaan. Sosiaalisen oppimisen teorian mukaan aggression määrä ei ole vakio, vaan se riippuu siitä, miten ympäristö siihen suhtautuu; sallitaanko aggressio vai kielletäänkö se. Aggressiiviseen käyttäytymiseen, sen vahvistamiseen tai vähenemiseen vaikuttavat muun muassa roolimallit, joita ovat esimerkiksi väkivaltainen kasvatus ja toiminta, jolla haluttuja tuloksia saavutetaan väkivallan tai sillä uhkailun avulla. (Hietaharju & Nuutila 2016, 115.)

Sosiaalisen informaation prosessoinnin malli kuvaa aggressiivisen käyttäytymisen käynnistyvän vaiheittain kehityskulun kautta. Henkilö tekee ensin havaintoja ja luokittelee sosiaalisen vuorovaikutuksen ärsykeitä, esimerkiksi havaitsee ja tulkitsee loukkaavan kommentin. Tämän jälkeen henkilö tulkitsee vihjeitä ja pyrkii arvioimaan tilanteeseen liittyviä syy-yhteyksiä sekä toisen ihmisen tarkoitusperiä, esimerkiksi sitä, onko loukkaus mahdollisesti tarkoitettu henkilökohtaiseksi vai onko loukkauksen sanoja vain huonotuulinen. Lopulta henkilö arvioi ja priorisoi omat tavoitteensa tilanteeseen liittyen ja päättää ohittaako hän loukkauksen vai ryhtyykö vasta- ja kostotoimiin. Yksilö muodostaa tavoitteiden mukaan tilanteesta itselleen toimintatavan ja alkaa lopulta toteuttaa sitä. (Rantaeskola, Hyyti, Kaupila & Koskelainen 2015, 20–21.)

Frustraatioteorian mukaan aggressiivinen käyttäytyminen käynnistyy frustraatiosta, eli turhaumasta. Turhauma ymmärretään tässä yhteydessä tavoitteeseen suuntautuneen käyttäytymisen estymisestä johtuneena reaktiona, jolloin henkilö



tavoittelee haluamaansa, mutta pettyy ja turhautuu ja siitä syntyy aggressio. Turhautuminen aktivoi halun poistaa esteet tavoitteen tieltä ja aggressiivinen käyttäytyminen on tulosta siitä, että on tarve haluta poistaa este tai sen lähde. Esimerkiksi jonottaessa aggressiivinen käytös suuntautuu etuilevaan henkilöön, koska tämä toiminnallaan ilmaantui esteeksi tavoitteen saavuttamiselle. (Rantaeskola ym. 2015, 19; Hietaharju & Nuutila 2016, 115.)

Yksikään aggressiivisen käyttäytymisen teoria ei kykene yksinään täysin selittämään kaikkea aggressiivista käyttäytymistä. On muistettava, että jokainen tapaus on yksilöllinen, johon vaikuttavat monenlaiset tilannetekijät. (Soisalo 2011, 28–29.)

#### 2.4.3 Aggression ja aggressiivisen käyttäytymisen tilannetekijät

Aggression ja aggressiiviseen käyttäytymiseen vaikuttavia tilannetekijöitä ovat muun muassa asianosaisten persoonallisuustekijät, ympäristötekijät sekä biologiset tekijät (Soisalo 2011, 28–29). Persoonallisuustekijöillä tarkoitetaan yksilön valmiutta käyttäytyä aggressiivisesti, eli missä määrin henkilön emotionaaliset ja kognitiiviset rakenteet tukevat aggressiota. Heikko impulssikontrolli lisää taipumusta aggression, eli mitä heikompi se on, sitä taipuvaisempi henkilö on käyttämään aggressiota. Persoonallisuustekijänä aggressio on ikänä kyllä melko pysyvä ominaisuus, mutta esimerkiksi psykoterapian avulla henkilö voi oppia tulemaan toimeen aggressiivisuutensa kanssa. (Soisalo 2011, 29.)

Ympäristötekijät käsittävät ihmisen konkreettisen fyysisen ympäristön lisäksi kulttuurin, asumismuodon, sosioekonomisen luokan, ystävät, sukulaiset, työn, vapaa-ajan harrastukset sekä median. Voidaan siis katsoa, että vanhemmilta saatu kasvatus on aggression ympäristötekijä. Biologisiksi tekijöiksi katsotaan monet geneettiset ja neurologiset tekijät. Mieshormoni, eli testosteroni on tärkein aggression vaikuttava hormoni, sen vaikutus on aggressiota yllyttävää. Väkivaltaisuuden taipuvaisia on tutkittu ja on havaittu, että heidän elimistössään on runsaasti dopamiinia ja serotoniiniaineenvaihdunta on vähäistä. (Soisalo 2011, 29.)

Ympäristötekijät ja biologiset tekijät ilmenevät siten, että yksilö on oppinut tietyn mallin, jolla ratkaista ristiriitoja ja tarpeita ja näin aggression keinot siirtyvät mallioppimisen kautta sukupolvelta toiselle. Ympäristö vaikuttaa turhaumiin, tällöin

aggressio puretaan sellaisella toiminnalla, jonka koetaan helpottavan tilannetta ympäristöön nähden. Poikkeavaa aggressiota voi joskus olla haastavaa havaita ennalta, koska se on ärsyккеeseen suhteutettuna liian voimakasta tai purkautuu kontrolloimattomasti. Taustalla vaikuttaa usein häiriintynyt vuorovaikutus, jolle on tyypillistä, että pettymyksen ja vihan tunteita ei kyetä käsittelemään niiden aiheuttajan kanssa, vaan ne suunnataan täysin syyttömiin ihmisiin. (Hietaharju & Nuutila 2016, 115.)

Tilannetekijöihin katsotaan kuuluvan sellaiset tilanteet, jotka aiheuttavat epämiellyttäviä tuntemuksia. Provokaatio on myös yksi voimakkaimmista ärsyккеistä, joka voi johtaa aggressioon. Muita tilannetekijöitä ovat frustraatio eli turhautuminen, kipu, ikävä mieliala, sosiaalinen stressi, liian korkea lämpötila, alhainen verenokeri ja nälkä. Myös lääkkeet ja huumeet sekä alkoholi kuuluvat tilannetekijöihin. (Soisalo 2011, 28–29.) Potilastyössä aggression tilannetekijäriskit voivat liittyä myös työolosuhteisiin esimerkiksi liian vähäiseen henkilökuntaan, odottamiseen, epäselviin ohjeisiin, työnjohtoon ja henkilökuntarakenteeseen (Hietaharju & Nuutila 2016, 115).

## 2.5 Väkivalta ja työväkivalta sekä niiden esiintyvyys

### 2.5.1 Väkivallan määritelmä

Väkivallalla käsitetään sanallisen tai fyysisen vallan käyttöä, jonka tarkoituksena on puuttua toisen ihmisen koskemattomuuteen ilman siihen suostumista (Holmberg 2016, 110). Väkivallaksi katsotaan mikä tahansa hyökkäävä käyttäytyminen, jonka tarkoituksena on tietoisesti vahingoittaa toista ihmistä. Väkivalta määritetään yleensä tahalliseksi käyttäytymiseksi, mutta se voi tietyissä tilanteissa tapahtua myös tahattomasti. Esimerkiksi dementoitunut vanhus tai mielenterveydellisistä ongelmista kärsivä henkilö saattaa yhtäkkisesti käyttäytyä aggressiivisesti, vaikka hänellä ei olisi tietoista tarkoitusta vahingoittaa ketään. (Rantaeskola ym. 2015, 6.)

Väkivaltaan liittyy usein aggressiivisia tunteita, mutta ei aina. Väkivalta on reagoitua hallitsemattomiin tunteisiin, tilanteeseen tai tunnekyllmyyteen, joiden kä-

sittelyyn ei koeta olevan muuta keinoa. Väkivallan tavoite on poistaa este tai häiriö, joka on pyrkimyksen toteutumisen tai tyydytyksen saavuttamisen tiellä. Väki-valta voi kohdistua itse väkivallan tekijää kohti, toiseen ihmiseen, ihmisryhmään tai yhteisöön. (Holmberg 2016, 110.)

Väkivaltaa esiintyy erimuodoissa. Väkivallan muotoja ovat fyysinen väkivalta, seksuaalinen väkivalta sekä henkinen ja psykologinen väkivaltaa. Fyysinen väkivalta määritellään teoiksi, joita käytetään voimakeinoin vahingoittaakseen toista henkilöä. Tällaisiksi teoiksi katsotaan muun muassa hakkaaminen, kiinnipitäminen, estäminen, potkiminen, läimäyttämisen, iskeminen, pureminen, raapiminen, puukottaminen, töniminen, lyöminen, raiskaus, ampuminen ja mikä tahansa muu fyysinen pahoinpitely. Seksuaalinen väkivalta voi olla niin verbaalista kuin fyysistä ja se käsittää kaikki sellaiset väkivaltaiset käyttäytymistavat, jotka perustuvat sukupuoleen tai seksuaalisuuteen. (Soisalo 2011, 18; Rantaeskola ym. 2015, 6, 8.)

Henkinen ja psykologinen väkivalta ovat muuta kuin fyysistä voimankäyttöä ja väkivaltaa, mutta ne kuitenkin käsittävät toisen ihmisen tai ryhmän uhkaamisen fyysisellä väkivallalla. Tällaisiin väkivallan muotoihin sisältyvät muun muassa sanallinen loukkaaminen, kiusaaminen, häirintä, uhkailu, pelottelu. Näihin lukeutuvat myös sellaiset halventavat käyttäytymismallit kuten seurailu, solvaaminen, ki-roilu, huutaminen, kritisointi, syyllistäminen ja huonommuudentunteen aiheuttaminen. Psykologisesta väkivallasta on kyse myös silloin, kun käytetään passiivis-aggressiivista lähestymistapaa, joka käsittää puhumattomuuden, kieltäytymisen kontaktista, ylimielisen ja halveksuvan asenteen, asioiden laiminlyöminen ja toisen suoritusten huomiotta jättämisen. Nämä kaikki ovat toisen arvon kieltämistä ja vallankäyttöä. Yhteistä kaikille väkivallan muodoille on se, että ne voivat haitata väkivallan uhrin fyysistä, henkistä, hengellistä tai sosiaalista kehitystä riippumatta siitä, ovatko teot tahallisia. (Soisalo 2011, 18; Rantaeskola ym. 2015, 6; Hieta-harju & Nuuttila 2016, 114–115.)

## 2.5.2 Työväkivallan määritelmä

Rikksentorjuntaneuvoston mukaan Euroopan komissio määrittelee työpaikkaväkivallan tapahtumiksi, joissa henkilöä loukataan sanallisesti, uhataan tai pahoinpidellään hänen työhönsä liittyvissä oloissa ja jotka suoraan tai epäsuorasti vaarantavat hänen turvallisuuttaan, hyvinvointiaan tai terveyttään (Rikksentorjuntaneuvosto 2018). Työpaikkaväkivalta voi ilmetä fyysisenä väkivaltana, väkivallan uhkana, henkisenä väkivaltana, kiusaamisena, ahdisteluna sekä häirintänä, joka sisältää niin seksuaalisen, kansallisuudesta tai rodusta johtuvan häirinnän, kiusaamisen ja ryhmäkiusaamisen (Soisalo 2011, 19; Rikksentorjuntaneuvosto 2018).

Teknologian myötä ahdistelu ja pelottelu ovat saaneet uusia ja erilaisia piirteitä. Yleisintä on niin sanottu telehäiriköinti, joka pitää sisällään uhkaussoitot, vihjailevat soitot, tekstiviestit sekä sähköpostiviestit. Viime aikoina on yleistynyt myös vainoaminen, niin sanottu stalkkaus, joka on uhkaavaa, ahdistavaa ja epämiellyttävää ja kielloista piittaamatonta seurailua ja yhteydenpidon yrittämistä. (Rantaeskola ym. 2015, 7.)

Työpaikkaväkivalta voi olla työpaikan sisäistä, jolloin tekijänä on esim. työtoveri tai työpaikan ulkopuolelta tulevaa (Rikksentorjuntaneuvosto 2018). Työpaikan ulkopuolelta tulevaa työpaikkaväkivaltaa voidaan potilastyössä kutsua asiakastyöväkivallaksi. Asiakastyöväkivallalla tarkoitetaan työnantajan, työtoverin ja työsuhteen ulkopuolisen tahon, esimerkiksi potilaan, palvelun käyttäjän tai omaisen, joko työntekijään tai työnantajan edustaan kohdistamaa tekoa, joka liittyy työhön tai ammattiasemaan. Asiakastyöväkivalta voi esiintyä minä tahansa väkivallan muotona, oleellista on se, että oli kyseessä mikä väkivallan muoto tahansa, ne synnyttävät pelkoa ja epävarmuutta eivät ainoastaan uhkaa ja väkivaltaa kokeenille, vaan myös niille, jotka saavat tietää tapahtumasta. (Rantaeskola ym. 2015, 7.) Samoin kuin muissakin hyväksikäyttö- ja aggressiotapauksissa, työpaikkaväkivaltaan liittyy vallan ja kontrollin väärinkäyttöä. Työpaikkaväkivalta ei ole aina tarkoituksellista, vaan se voi yhtä hyvin olla tahatonta. Usein siihen liittyy vuorovaikutusta eri rooleissa ja valtasuhteissa toimivien ihmisten välillä. (Soisalo 2011, 18.)

Työväkivalta on työpaikkaväkivaltaa yleisempi käsite, koska siihen sisältyy myös työmatkan aikana mahdollisesti kohdattu väkivalta (Rikksentorjuntaneuvosto 2018). Työväkivalta ja sen uhka vaikuttavat työyhteisöön usealla tavalla. Väkivallan uhka aiheuttaa pelkoa ja turvattomuuden tunnetta, ja se vaikuttaa voimakkaasti työmotivaatioon alentavasti. Epätietoisuus omista oikeuksista ja väkivaltilanteiden kohtaamiseen liittyvistä toimintamalleista vahvistavat turvattomuuden tunnetta. Työntekijöiden on helpompi keskittyä työtehtäviinsä sellaisessa työympäristössä, jossa väkivaltariskit ovat hallinnassa. Työn tekeminen on vapautuneempaa ja tehokkaampaa, kun työpaikalla ei tarvitse pelätä oman tai työtoverin turvallisuuden puolesta. (Sundell 2014, 11.)

## 2.6 Aggressiivista käyttäytymistä lisäävät riskitekijät

Terveystieteissä ja sosiaalitieteissä on useita tekijöitä, jotka voivat lisätä riskejä väkivaltaisen käytöksen kohtaamiseen. Terveystieteissä toimitaan psyykkisesti tai fyysisesti sairaiden tai usein myös moniongelmaisten potilaiden kanssa. Päihteiden sekakäyttö lisää aggressiivisuuden riskiä ja potilaan käytös voi muuttua äkkiä. Myös muistisairailta vanhuksilla on toisinaan sairautensa aiheuttamia väkivaltaisia purkauksia. Ympäri vuorokautinen työskentely, pienet henkilökuntaresurssit sekä usein ilta- ja yöaikaan tapahtuvat kontaktit päihtyneisiin, kiukkuisiin ja tyytymättömiin potilaisiin ja heidän saattajiinsa lisäävät konfliktitilanteiden riskiä. (Lehestö, Koivunen & Jaakkola 2004, 87; Keronen 2012, 34.)

Potilastyössä ei voi olla kohtaamatta potilaita, joiden tunteiden hallinta on puutteellinen ja jotka voivat olla turhautuneita, vihamielisiä, jopa aggressiivisia johtuen sairaudesta, elämäntilanteesta tai päihteiden käytöstä (Keronen 2012, 34). Aggressiivisen käyttäytymisen riskiä kasvattavat muun muassa sairaudesta tai saadusta vammasta aiheutuva stressi ja hätä, tyytymättömyys esimerkiksi saatuun kohteluun ja jonotusaikaan tai hoitoon pääsyyn liittyvät ongelmat. Väkivaltatilanteissa esiintyy ns. laukaisevia tekijöitä, jotka voivat johtua potilaasta, henkilökunnasta, itse tilanteesta, tapahtumaympäristöstä ja useista pienistä tekijöistä, jotka voivat laukaista aggression. (Lehestö ym. 2004, 87.)

Tutkimusten mukaan väkivallan riskitekijöiksi voidaan luokitella päihteet (Lehestö ym. 2004; Havio ym. 2008; Soisalo 2011; Holmberg 2016), mielenterveysongelmat (Lehestö 2004; Soisalo 2011; Kuivalainen ym. 2014), muistisairaudet (Soisalo 2011; Bidzan, Bidzan & Paçhalska 2012; Kelo ym. 2015; Cipriani ym. 2016; Gotavac ym. 2016), delirium (Laurila, Pitkälä & Rahkonen 2006, 4; Kelo ym. 2015), kehitysvammaisuus (Soisalo 2011; Vernerinet 2017), potilaan omaiset, saattajat ja vierailijat (Lehestö ym. 2004) sekä perimä ja perintötekijät (Sandström 2010; Rantaeskola ym. 2015).

### 2.6.1 Päihteet

Sosiaali- ja terveysalalla tilastojen mukaan suurin väkivallan vaara aiheutuu alkoholihumalaisista, huumausaineen käyttäjistä ja sekakäyttäjistä koostuvista potilaista, omaisista ja saattajista (Soisalo 2011, 140). Yhteiskunnassa päihteet eivät ainoastaan kosketa vain lasten, nuorten ja työikäisten aikuisten elämää. Myös ikääntyvien ja vanhusten alkoholin sekä lääkkeiden käyttö on lisääntynyt. Sitä ilmenee muun muassa ahdistuneisuuden, masentuneisuuden, muistihäiriöiden, tapaturmien, yksinäisyyden ja itsetuhoisuuden yhteydessä. (Holmberg 2016, 119.)

Päihteenkäyttäjä voi kokea haastavaksi kontrolloida käyttäytymistään tai ongelmat käytöksessä johtuvat suorasta päihdeainevaikutuksesta. Päihteen käyttäjän aggression, uhkailun ja väkivaltaisuuden taustalla on usein itsensä tai tilanteen hallitsemattomuuden pelko. Pelot voivat johtua torjutuksi tai hylätyksi tulemisesta, turvattomuudesta, avuttomuudesta ja loukatuksi tulemisen kokemuksiin, pettymyksiin, turhautuneisuuteen, väärinymmärryksiin tai vieroitusoireisiin. Päihteen käyttäjän aggressio voi auttaa kieltämään ongelmien vakavuutta ja lieventää häpeäntunteita. (Havio ym. 2008, 207.)

Valtaosa väkivallantekijöistä on tekohetkenä jonkin päihdyttävän aineen vaikutuksen alaisena (Lehestö ym. 2004, 96–97). Runsas alkoholin tai päihteiden käyttö aiheuttaa mm. unettomuutta, ahdistusta, masennusta ja paniikkihäiriöitä, jotka voivat aiheuttaa persoonallisuuden muutoksia, kuten aggressiivisuutta, paranoiaa, mustasukkaisuutta sekä depressiota (Havio ym. 2008, 76). Päihteet hei-

kentävät kontrollikykyä ja voivat laukaista väkivaltaista käyttäytymistä. Päihtynyttä potilasta on aina pidettävä mahdollisena suuremman riskin väkivaltauhkana. (Lehestö ym. 2004, 96–97.)

## 2.6.2 Mielenterveysongelmat

Psykkisen sairauden ja väkivaltariskin välillä on selvä yhteys. Psykkisiä sairauksia on monenlaisia, joista toisissa on selvemmin havaittavaa väkivaltariskin kasvua kuin toisissa. Oman käyttäytymisen hallinta ja impulssikontrolli ovat psykkisesti sairailta ihmisillä usein puutteellisia. Myös puutteellinen ahdistuksen sieto- ja myötäelämiskyky ovat tyypillisiä väkivaltaisuuteen taipuvaisten henkilöiden piirteitä. (Lehestö ym. 2004, 95–96.)

Väkivaltaista käyttäytymistä esiintyy usein impulsiivisissa persoonallisuushäiriöissä, jolloin jo ihmisen perusluonteeseen kuuluu äkkipikaisuus sekä kykenemättömyys hillitä aggressiivisia yllykkeitään. Psykoottinen ihminen käyttäytyy väkivaltaisesti verrattain harvoin, mutta kun näin tapahtuu hän saattaa olla arvaamaton. Harha-aistimukset esimerkiksi skitsofreniassa voivat kiihdyttää henkilön ylittäviinkin purkauksiin. (Soisalo 2011, 141.)

Suomessa vuonna 2014 tehtiin tutkimus väkivaltaisesta käyttäytymisestä psykiatrisessa sairaalassa. Tutkimuksen tarkoitus oli tutkia fyysisesti väkivaltaisten tapahtumien toistuvuus ja provokaatio suomalaisessa oikeudellisessa psykiatrisessa sairaalassa. Kolmen vuoden väkivaltatapahtumien raportit analysoitiin, ja tutkimuksen aikana tapahtui 840 väkivaltatapahtumaa. Tutkimuksessa tutkittiin väkivaltatekoja niin sellaisilta potilailta, joilla ei ollut rikostaustaa kuin sellaisilta, joilla rikostaustaa oli. Tutkimuksesta ilmeni, että väkivaltaiseen käytökseen psykiatrisessa sairaalassa olivat enemmän taipuvaisia potilaat, joilla ei ollut rikostaustaa. Rikolliset potilaat tässä tutkimuksessa olivat sellaisia yksilöitä, jotka ovat syyllistyneet rikolliseen toimintaan, mutta heitä ei todettu syyllisiksi rikoksiin vetoamalla mielenterveydellisiin ongelmiin. (Kuivalainen, Vehviläinen-Julkunen, Putkonen, Louhenranta & Tiihonen 2014, 214.)

Kuivalaisen ym. (2014) tutkimuksessa todettiin institutionaalisen väkivallan olevan krooninen ongelma mielenterveyshoidon sektorilla, ja se vaarantaa muut po-

tilaat ja henkilökunnan. Institutionaalinen väkivalta on viime aikoina otettu vakavammin esille Suomessa, koska rikollisuuslaki päivitettiin vuonna 2011. Tutkimuksesta huomattiin, että niin nais- kuin miespotilaat toteuttavat väkivaltaista käytöstä yhtä lailla. Huomattiin myös, että aiemmin kirjattu väkivaltainen käyttäytyminen oli riskitekijä myös tulevaisuudessa tapahtuvalle väkivaltakäytökselle. Ja tämän vuoksi tällaiset potilaat, joilla on taustalla väkivaltaista käyttäytymistä ja täten mahdollisuus jatkaa mahdollista väkivaltaista käyttäytymistä tulisi tunnistaa ajoissa hoitoa aloitettaessa. (Kuivalainen ym. 2014, 214–215.)

### 2.6.3 Muistisairaudet

Muistisairaus vaikuttaa usein heikentävästi aivojen otsalohkon toimintaan, joka hankaloittaa norminmukaista käyttäytymistä. Tästä voi seurata, että muistisairas voi ilmaista tunteitaan ja tarpeitaan tavallista avoimemmin. Otsalohkon heikentyneen toiminnan vuoksi muistisairaahan käyttäytyminen voi ajoittain olla hallitsematonta ja estotonta. (Muistiliitto 2017.) Etenevistä muistisairauksista yleisimpiä ovat Alzheimerin tauti, Lewyn kappale -tauti, vaskulaarinen kognitiivinen heikentyminen, Parkinsonin taudin aiheuttama muistisairaus, otsaohimolohkorappeumat ja alkoholin aiheuttamat muistisairaudet. (Kelo, Launiemi, Takaluoma & Tiittanen 2015, 211; Gotavac, Perković, Pivac, Borovečki 2016).

Muistisairaudet ovat kliinisiä oireyhtymiä, jotka määrittelee hankittujen kognitiivisten kykyjen asteittainen heikentyminen. Se voi johtua useista taustalla olevista olosuhteista. Huolimatta siitä, että kognitiivinen heikkeneminen on keskeistä muistisairauksille, ei-kognitiiviset oireet, joita nykyään kuvataan yleisimmin neuropsykiatrisiksi oireiksi, esiintyvät melkein aina tietyissä sairauden kohdissa. Aggressio yhtenä neuropsykiatrisena oireena on vaara sekä potilaille että hoitajille, ja aggression aste korreloi itsenäisyyden menettämisen, kognitiivisen heikkene-  
misen ja huonojen tulosten kanssa. (Gotavac ym. 2016.)

Tutkimuksissa osoitetaan, että monissa neurologisissa sairauksissa esiintyy vaikeutta hallita aggressiota (Soisalo 2011; Bidzan, Bidzan & Paçhalska 2012). Kognitiivisten toimintahäiriöiden ja aggressiivisen ja impulsiivisen käyttäytymisen lisääntymisen välillä on yhteys. Henkilöillä, joilla oli vakavampia kognitiivisia puut-



teita, osoitettiin olevan voimakkaampi aggressiivinen ja impulsiivinen käyttäytyminen. Aggressio kärjistyi yhdessä dementiahäiriöiden kehittymisen kanssa. Dementiahäiriöiden voimakkuus liittyi merkittävimmin fyysiseen levottomuuteen ja sanalliseen aggressioon. (Bidzan ym. 2012.)

Yleisimmän dementoivan sairauden, eli Alzheimerin sairastajat saattavat etenevässä sairaudessaan kohdata vaihteita, jolloin ongelmia käytöksessä ilmenee tavanomaista enemmän. Alzheimerin tautiin liittyviä toiminnallisia muutoksia ovat muistin huononeminen, kielelliset häiriöt, käytännöllisyyden katoamien ja hahmottamisen liittyvät häiriöt. Käyttöoireita voi esiintyä sairauden jokaisessa vaiheessa. Yleisiä käyttöoireita ovat aggressiivisuus, masennus, motorinen levottomuus ja vaino- ja varastamisharhat. Aggressiivista käyttäytymistä on havaittu myös Lewyn kappale -taudissa, frontaalidementiassa, päihdedementiassa ja vas-kulaaridementiassa. (Soisalo 2011, 141–142; Kelo ym. 2015. 211.)

Lewyn kappale -taudin ensioire on useimmiten jokin muu kuin muistin heikkeneminen, esimerkiksi psyykkinen oireilu. Lewyn kappale -taudissa toiminnalliset muutokset voivat esiintyä potilaan nukahtamisena kesken kaiken, hänen on yksityiskohtaisina näköharhoina tai aggressiivisuuspuuskina. (Kelo ym. 2015. 214.)

Harhainen väärintunnistamisen ja virheellisen tunnistamisen oireyhtymä on yleistynyt ongelma dementiassa. Ne ovat psykopatologisia ilmiöitä, joissa potilas johdonmukaisesti vääristelee henkilöitä, paikkoja, esineitä tai tapahtumia. Oireyhtymään liittyy toisinaan vihamielisyys vääristyneille esineille, jolloin se voi johtaa huomattavaan vaaraan fyysisestä haitasta muille lähettyvillä oleville. (Cipriani, Lucetti, Danti, Carlesi & Nuti 2016, 544.)

#### 2.6.4 Delirium

Usein ikääntyneillä potilailla esiintyvä delirium on äkillinen sekavuusoireyhtymä, joka on laaja aivotoiminnan häiriö ja se alkaa yleensä nopeasti. Se ilmenee kognitiivisten toimintojen, ajattelun ja käyttäytymisen heikentymisenä ja se lisää aggressiivisen käyttäytymisen riskiä. Deliriumille altistavia tekijöitä ovat muun muassa ikä, muistisairaudet, vaikeat somaattiset sairaudet, monilääkitys, outo ympäristö, unettomuus, leikkaukset ja fyysiset rajoitusyritykset, esimerkiksi leposi-

teiden laitto. Myös jotkin lääkeaineet, infektiot, sydäninfarkti, anemia, pään vammat, lonkkamurtuma, matala verenpaine, rytmihäiriöt, aivoverenkierron, neste- ja elektrolyyttitasapainon, sekä verensokeritasapainon häiriöt voivat aiheuttaa deliriumin. (Laurila, Pitkälä & Rahkonen 2006, 4; Kelo ym. 2015, 199.)

Keskeisimpiä deliriumin oireita ovat heikentynyt huomiokyky, tarkkaavaisuus sekä keskittymisen vaikeus. Delirium heikentää potilaan tietoisuutta itsestään ja ympäristöstään. Deliriumiin liittyy usein erilaisia häiriöitä havainnoinnissa, kuten aistiharhoja, näköharhoja tai paranoidisia harhakuvitelmia. Deliriumpotilas on monesti desorientoitunut paikkaan ja aikaan sekä hänen muistinsa voi olla äkillisesti huonontunut. Delirium voi aiheuttaa poikkeavia tunnereaktioita, esimerkiksi itkuisuutta, ärtyisyyttä tai aggressiota. (Laurila ym. 2006, 4; Kelo ym. 2015, 199.)

#### 2.6.5 Kehitysvammaisuus

Kehitysvammaiset ovat hieman taipuvaisempia käyttäytymään aggressiivisesti kuin muu väestö. Sitä voi selittää aivoperäisenä ongelmana, joka on kehitysvamman syynä. Usein kyse on yksinkertaisesti kehitysvammaisen mielekkään tekemisen puutoksesta, meluisasta ympäristöstä tai henkilö voi muulla tavalla kokea olonsa epämukavaksi. Kehitysvammaisen ei aina pysty sanoittamaan epämiellyttävää kokemusta tai tunnetta, jolloin siihen ei myöskään saada apua. (Soisalo 2011, 142.)

Kohdatessa kehitysvammaisen, huomio kiinnittyy helposti tämän erikoiseen tai häiritseväänkin käyttäytymiseen. Näitä saatetaan kutsua ”ongelmakäyttäytymiseksi” tai ”käyttäytymisongelmaksi”, jotka usein yritetään kieltää tai jopa poistaa. Käyttäytymisen taustalla vaikuttaa monesti hyvinkin monenlaisia syitä. Kehitysvammaisen hankalaksi koettu käyttäytyminen, esimerkiksi aggressiivisuus tai itsensä vahingoittaminen voivat johtua mielenterveyteen liittyvästä häiriöstä, mutta tästä ei kuitenkaan aina ole kyse. Tärkeää onkin selvittää, milloin on kyse mielenterveyden häiriöstä ja milloin haasteellisen käytöksen taustalla vaikuttaa jokin muu syy. (Vernerinet 2017.)

Haastavakin oirekäyttäytyminen saattaa yksilön näkökulmasta palvella mielekkästäkin päämäärää, esimerkiksi erilaisia pelkoja tai toiveita. Tällaisessa tapauk-

sessä kyse on ihmisen keinoista, joilla hän pyrkii selviytymään puutteellisilla taidoilla vaikeasta tilanteesta tai vaatimuksesta. Taustalta löytyy monesti sosiaaliin vuorovaikutukseen liittyviä ongelmia, kuten kommunikaation, sosiaalisten roolien ja ryhmädynamiikan vääristymiä. (Vernerinet 2017.)

#### 2.6.6 Potilaan omaiset, saattajat ja vierailijat

Potilaan läheisten, saattajien tai vierailijoiden aiheuttamia uhkatilanteita tai jopa suoranaista väkivaltaa esiintyy terveydenhuollon työpisteissä valitettavan paljon. Heidän syynsä häiriökäyttäytymiseen ovat melko pitkälti samoja kuin potilaidenkin: tyytymättömyys saatuun kohteluun, hoitoon tai palveluun, pitkät odotusajat tai päihtymystila. Tietenkään kaikkien potilasta saattavien henkilöiden tai häntä tapaamaan tulleiden pääsyä läheisensä luo ei voida kieltää. Omaiset ja saattajat nähdään yhteistyökumppaneina, joiden apu on yleensä potilaan edun kannalta erityisen tärkeää. Kun saavutetaan hyvä kontakti potilaan läheisiin, palvelee se koko terveydenhuoltojärjestelmää ja tukee potilaan hoitoa. (Lehestö ym. 2004, 164–165.)

Potilaan vierailijoiden oleskelua hoitoyksikön tiloissa tulee voida rajoittaa, mikäli arvioidaan, että potilasta saattavien tai hänen luonaan vierailevien henkilöiden taholta voi ilmetä häiritsevää käyttäytymistä tai turvallisuuteen liittyviä riskejä. Vierailijoiden määrää on usein järkevää rajoittaa jo pelkästään potilaan toipumisen ja paranemisen kannalta. Liika hälinä ja vierailijoiden paljous voivat estää potilasta lepäämästä tarpeeksi, joka vaikuttaa suoraan toipumiseen. On myös tärkeää, että hoitohenkilökunta saa tehdä työnsä rauhassa ja turvallisissa olosuhteissa. (Lehestö ym. 2004, 165.)

Mikäli arvioidaan, että vierailijat tai saattajat ovat turvallisuuteen vaikuttaja riski, on heidän pääsynsä estäminen tai rajoittaminen perusteltua. Rajoittamista voidaan pitää taitolajina, jonka voi oppia. Kokenut henkilö kykenee tunnistamaan mahdolliset riskitekijät ja pystyy niiden perusteella suunnittelemaan rajoitustavan. Hän kykenee myös toimimaan ennen kuin ongelmia ehtii kehittyä ja tiedottaa tästä asianomaisille sekä osaa perustella rajoituksen perusteet selkeästi ja avoimesti.

Erilaisia vierailijoiden käyntien rajauskeinoja voivat olla vierailujen ennalta sopiminen, vierailujen aikarajoitukset, valvotut vierailut sekä tapaamisten järjestäminen osaston yleisiin oleskelutiloihin. (Lehestö ym. 2004, 166.)

#### 2.6.7 Perimän vaikutus aggressiiviseen käyttäytymiseen

Perintötekijät, eli geenit kytkeytyvät reaktiiviseen aggressioon sekä aivojen anatomian ja kemian tasolla. Vaikka geenit vaikuttavat vähän aggressiotyyppien kehittymiseen, niiden aikaansaavat muutokset aivojen anatomiasa ja välittäjäaineaineenvaihdunnassa kytkeytyvät selvästi tapaan reagoida sosiaalisiin ärsykkeisiin. (Sandström 2010, 213.)

On pohdittu ja tutkittu paljon väkivaltaisuuden perinnöllisyyttä sekä sitä, periytykö väkivaltainen käytös sukupolvittain eteenpäin. Jotta perinnöllisyys voitaisiin osoittaa tutkimuksien avulla, olisi toisilleen sukua olevien henkilöiden oltava aggressiivisempia ja väkivaltaisempia kuin sellaisten henkilöiden, jotka eivät ole sukua keskenään. Loppujen lopuksi kyse on kuitenkin siitä, millainen vaikutus geneeillä, eli luonnolla on ja millainen vaikutus hoivalla, kasvatuksella ja ympäristöllä on tietyn yksilön toimintaan ja kehitykseen sekä minkälaisessa suhteessa ne ovat toisiinsa. Kysymys onkin, kumpi vaikuttaa enemmän? Nykykäsityksen mukaan geenien ja ympäristön vuorovaikutus on monimutkainen. On myös mahdollista, että ympäristötekijät voisivat vaikuttaa perimään. Esimerkiksi aggressiivisuuden geneettinen perimä voi suotuisassa ympäristössä vaikuttaa vain vähän tai ei ollenkaan aggressiivisuuden ilmenemiseen. (Rantaeskola ym. 2015, 16–17.)

#### 2.7 Ennaltaehkäisevä toiminta aggressiivisen potilaan kohtaamisessa

Haastaviin ja vaarallisiin työtilanteisiin valmistautumista voidaan tarkastella kolmivaiheisesti. Näitä vaiheita ovat valmistautuminen ja ennakointi, työsuoritus sekä jälkitoimet. Kun nämä kolme vaihetta hallitaan, pystytään ennalta ehkäisemään tai ennakoimaan monet ei-toivotut tapahtumat ja seuraukset potilastilanteissa. Suurin osa haastavan työtilanteen vaikeuksista ja hallintaongelmista johdetaan yleensä tilanteen yllätyksellisyydestä. (Rantaeskola ym. 2015, 51–52.)

### 2.7.1 Valmistautuminen ja ennakointi

Tärkein yksittäinen tekijä, jolla on mahdollista estää väkivaltatilanteita, on ennakointi. Jokaisen hoitajan olisi tärkeää työvuoronsa alussa ja aikana havaita mahdolliset riskitekijät, jotka voivat johtaa väkivaltatilanteisiin sekä pyrkiä poistamaan tai minimoimaan ne. (Lehestö ym. 2004, 137.) Jokaisen työvuoron alussa työntekijöiden olisi hyvä miettiä mahdollisia työturvallisuusriskejä, joita vuoron aikana saattaa ilmaantua. Esimerkiksi huomioimalla ja siirtämällä turvalliseen paikkaan osastolla tai potilashuoneissa esiintyvät ylimääräiset tavarat ja esineet, jotka väärin käytettyinä voivat aiheuttaa vaaratilanteita. Riskitekijöiden tiedostaminen on jo hyvä alku luotaessa turvallisempaa työympäristöä. Mitä paremmin ongelmatilanteisiin on yksiköissä varauduttu, sitä paremmin väkivaltatilanteet pystytään ennalta ehkäisemään tai hoitamaan. Ennakoiva asenne sekä työyksiköissä ja yksilötasolla tehdyt ennalta suunnitellut ja harjoitellut toimintamallit ovat terveydenhuollon kaikkein tärkein yksittäinen työturvallisuutta parantava tekijä. (Lehestö ym. 2004, 98–99.)

Väkivaltaista käyttäytymistä ja väkivaltatilanteista selviytymistä pystytään jossain määrin ennakoimaan. Esitietojen pohjalta voidaan alustavasti arvioida potilaan hoitamisessa mahdollisesti ilmeneviä ongelmia. (Lehestö ym. 2004, 98–99.) Mikäli työntekijä tuntee hankalaksi mielletyn potilaan entuudestaan, voi hän valmistautua kohtaamiseen etukäteen varmistamalla työympäristön sekä kohtaamistilanteen turvallisuuden sekä tiedottaa tilanteesta etukäteen muille työntekijöille ja näin varmistaa sen, että saa tarvittaessa apua nopeasti. Työntekijä voi myös etukäteen miettiä, miten hän muotoilee vastauksensa, jos joutuu eväämään potilaan pyynnön tai toiveen ja tuottaa siten hänelle pettymyksen. (Rantaeskola ym. 2015, 51–52.)

Ennen väkivaltaisen käyttäytymisen alkamista pystytään usein havaitsemaan tiettyjä käyttäytymispiirteitä, jotka ennakoivat varsinaista väkivaltatilannetta. Väkivaltaista käytöstä voi edeltää useita erityyppisiä niin sanottuja ennusmerkkejä potilaan käytöksessä. Ennusmerkit voidaan jakaa verbaalisiin ennusmerkkeihin, tunnetilaan liittyviin ennusmerkkeihin, fyysisiin ennusmerkkeihin, käytöksen ennusmerkkeihin sekä muihin ennusmerkkeihin. (Lehestö ym. 2004, 131.)

Verbaalisia ennusmerkkejä ovat solvaava kielenkäyttö, uhkailu ja syyttely, kiroilu sekä epäluuloinen puhe. Tunnetilaan liittyviä ennusmerkkejä ovat kireys, kiihtyneisyys ja ärtyneisyys sekä ahdistus. Fyysisiä ennusmerkkejä ovat motorinen levottomuus, tuijottaminen ja puhumattomuus sekä muuttuminen vetäytyväksi ja takertuvaksi. Käytöksen ennusmerkkejä ovat ovien paukuttelu, äänen korottaminen sekä riidan haastaminen. Muita ennusmerkkejä voivat olla lääkkeistä kieltäytyminen, potilaiden klikkiytyminen ja osaston levoton ilmapiiri. (Lehestö ym. 2004, 131.)

Ennusmerkkien ilmetessä on tärkeää nopeasti kartoittaa uhan vakavuus ja sen mukaan hälyttää lisäapua paikalle. Tässä vaiheessa uhkaava väkivaltainen yhteenotto olisi vielä mahdollista estää. Yksin ei kannata jäädä toimimaan uhkaavan henkilön kanssa, vaan mikäli mahdollista poistua tilanteesta ja kutsua lisäapua paikalle. (Lehestö ym. 2004, 132.)

### 2.7.2 Työympäristön turvaaminen

Työympäristössä on monia väkivaltatilanteiden ehkäisyssä huomioitavia tekijöitä. Kalustuksella ja tilajärjestelyllä voidaan joko vähentää tai lisätä turvallisuutta (Lehestö ym. 2004, 106). Työnantajan tulee suunnitella ja toteuttaa työympäristö siten, että työtilat ovat soveltuvia tarkoitukseensa sekä, että olosuhteet ovat turvalliset työntekemiselle. Väkivaltariskien hallinnan kannalta tämä tarkoittaa työtilojen eli erilaisten palvelupisteiden rakenteellisten ratkaisujen turvallisuutta. Näitä voivat olla esimerkiksi työpisteiden kiinteiden rakenteiden turvallisuuteen liittyviä tekijöitä, esimerkiksi palvelutiskien ominaisuuksia, sekä poistumisreittien turvallisuutta. Ne voivat olla myös palvelupisteiden ja työhuoneiden mitoituseseen liittyviä tekijöitä, jotka vaikuttavat tilasta turvalliseen poistumiseen. Myös kalusteiden turvallisuuteen liittyy asioita, jotka uhkatilanteessa saattavat olla ratkaisevassa asemassa väkivaltaisen teon toteutuksen hidastamisen ja tilanteesta poistumisen kannalta. (Sundell 2014, 28.)

Kalusteiden tulee olla riittävän kestävä ja mitoitettu siten, että ne uhkatilanteessa hidastavat hyökkääjän toimintaa ja helpottavat tilasta poistumista. Poistumiseen tarkoitettujen ovien täytyy aueta poistumissuuntaan ja oven tulee olla avattavissa

suoraan kahvasta. Kalusteet tulisi sijoittaa siten, etteivät ne estä työntekijän nopeaa poistumista esimerkiksi potilashuoneesta. Odotus- tai hoitotiloihin sijoitettavia huonekaluja tulee harkita tarkkaan. Huonekalujen niin odotustiloissa kuin hoitotiloissa tulee olla niin raskaita tai kiinnitettyjä, ettei niitä voi käyttää väkivallan välineinä, esimerkiksi heitto- tai lyöntivälineinä. (Lehestö ym. 2004, 122; Sundell 2014, 45.)

Viihtyisyyden merkitys on muistettava, kun työyksikössä mietitään kalustuksen ja toimitilojen muuttamista mahdollisimman turvalliseksi. Viihtyvyys on asiakkaiden ja potilaiden tyytyväisyyttä ja rauhallisuutta lisäävä tekijä. Hämärät ja ahtaat tai liian valoisat tilat voivat helposti lisätä ärtyneisyyttä, joka voi lisätä aggressiivisen käyttäytymisen riskiä. Rauhattomat ja etenkin liian kuumat ja huonosti ilmastoidut tilat lisäävät helposti kiukkuisuutta ja tuskaisuutta. Ahtaus, liian vähäiset istumatilat ja yksityisyyden puuttuminen aiheuttavat stressireaktioita ja etenkin ylikuormitetut potilasosastot lisäävät aggressioiden esiintymisriskiä. (Lehestö ym. 2004, 122.)

Lähtökohtana tilojen turvallisuuden suunnittelussa tulisi olla se, että jokaisessa tilassa, jossa ollaan kanssakäymisessä potilaiden kanssa, tulee olla mahdollisuus työskennellä ja poistua turvallisesti, jos tilanne niin vaatii. Turvallisen poistumisen mahdollistaminen vaatii työpisteen huolellista suunnittelua, jonka lähtökohtana tulee olla mm. tilan soveltuminen käyttötarkoitukseensa, kahden eri poistumistien olemassaolo, kalusteiden turvallisuus, ovien aukeamissuunnat sekä muut tilan turvallisuuteen liittyvä tekijät. Kahden poistumistien taustalla on ajatus siitä, että sillä pienennettäisiin todennäköisyyttä, että työntekijä joutuisi uhkatilanteeseen, jossa aggressiivinen henkilö estäisi poistumisen tilasta asettumalla työntekijän ja poistumistien väliin. (Sundell 2014, 43.)

Aina ei ole mahdollista järjestää työtilaa niin, että sieltä olisi mahdollista poistua kahta eri reittiä. Jos työtilassa on vain yksi poistumistie, niin kuin vanhemmissa tiloissa usein on, tulee kalusteiden sijoitteluun kiinnittää erityistä huomiota. Työtilan kalusteet tulee järjestää siten, että työntekijän on mahdollisuus olla aina lähempänä poistumisreittiä kuin potilas. Työntekijän kannattaa myös ennalta pohtia missä on kannattavaa ottaa potilas vastaan, kuinka lähelle potilasta kannattaa

asettua ja mitkä ovat poistumistiet uhkatilanteen sattuessa. Turvallisessa työtilassa työntekijän taakse tulee jäädä tarpeeksi tilaa, jotta tarvittaessa työntekijä voi hyvissä ajoin ottaa etäisyyttä potilaaseen tai poistua tilasta. Kalustus voidaan järjestää siten, että työntekijän ja potilaan väliin syntyy hidasteita, jolloin väkivallan uhka ja mahdollinen hyökkäys vaativat enemmän aikaa ja työntekijän on helpompi paeta tilanteesta. (Sundell 2014, 43; Rantaeskola ym. 2015, 60.)

Työympäristö siisteys ja järjestys, selkeät opasteet sekä valaistukseen ja luonnolliseen valvontaan liittyvät tekijät vaikuttavat työympäristön turvallisuuteen tarkasteltaessa asiaa väkivaltariskien kannalta. Erilaisia sähköisiä turvallisuusjärjestelmiä, kuten kulunvalvontajärjestelmää, kameravalvontajärjestelmää, sekä murtoilmaisu-, henkilöhälytin- ja kuulutusjärjestelmiä hyödyntämällä voidaan vaikuttaa työympäristön turvallisuuteen. (Sundell 2014, 28.)

### 2.7.3 Haastavassa potilaskohtaamisessa toimiminen

Potilaan haastava käytös tai sen muuttuminen väkivallaksi on usein vastareaktio potilaan kokemaan pettymykseen, turhautumiseen tai loukkaantumisen tunteisiin. Potilaan haastava käytös on puolestaan haaste työntekijälle; siinä ammatillinen ote ja ammattitaito joutuvat puntariin. Kun työntekijä on läsnä ja potilasta arvostava, tukee hän samalla potilaan itsekunnioitusta. Työntekijä kykenee näin omalta osaltaan paremmin välttämään tilanteen kärjistymistä. Tunteet tarttuvat ja niin tarttuvat myös hallinnan tunteet. Työntekijän rauhallinen asenne välittyy potilaalle. (Rantaeskola ym. 2015, 49–50.)

Hoitotyössä on tärkeää muistaa olla avoin ja antaa vuorovaikutukselle mahdollisuus. Lisäksi on tärkeää muistaa lähestyä haastavia tilanteita ilman ennakkoluuloja. Koska, jos työntekijä on valmiiksi valmistautunut kohtaamaan riitelyä ja aggressiota, saattaa hän tulkita potilaan neutraalit sanalliset ja sanattomat signaalit negatiivisina, joka voi välittyä potilaalle epäkohteliaana ja työkeänä käytöksenä, jonka seurauksena konflikti voi syntyä. Tämän vuoksi ennakkoluulottomuus sekä avoimuus ovat avaintekijöitä potilasta kohdatessa. (Rantaeskola ym. 2015, 52.)

Haastavassa potilastilanteessa on tärkeää vastaanottaa ja tunnustaa potilaan tunteita, kuunnella ja näyttää hänelle, että tämä on tullut kuulluksi. Tulee myös muistaa, ettei kommentoi tai tuomitse sitä, miten potilas voi ilmaista itseään tässä



haastavassa tilanteessa. Toimimalla näin, voi yllättävän tehokkaasti rauhoittaa tilannetta ja tuoda potilaan takaisin hetkeen, jossa hän kykenee helpommin kommunikoimaan sekä ratkaisemaan ongelmatilanteita. (Tew 2011, 118–119.)

#### 2.7.4 Vuorovaikutus uhkatilanteiden ennaltaehkäisyssä

Vuorovaikutus on nimensä mukaisesti toiseen vaikuttamista. Se on ihmisten välillä tapahtuvaa kanssakäymistä, jossa halutaan saada toisessa aikaan jokin reaktio, joka palvelee omaa tarkoituspäätä. Toinen vastaanottaa viestin ja tulkitsee sen yksilöllisellä tavallaan ja tämä aiheuttaa vastaanottajassa reaktion, jolla hän yrittää vuorostaan saada aikaiseksi toisessa osapuolella halutun reaktion. Vuorovaikuttaminen on tietynlaista neuvottelemista, joka ei välttämättä vaadi lainkaan sanoja. Pelkät eleet ja ilmeet riittävät joskus aikaan saamaan toisessa henkilössä reaktion. Keskeinen tekijä vuorovaikutustilanteen etenemisessä on se, minkälaisen viestin lähettää ja miten vastaanottaja sen viestin tulkitsee. (Sundell 2014, 55–56.)

Vuorovaikutustaidot ovat uhkatilanteiden ennaltaehkäisyssä ja aggressiivisten potilaiden rauhoittelussa erittäin tärkeässä roolissa, koska useat tilanteet, joissa potilas on kiihtynyt ovat ratkaistavissa vuorovaikutuksen keinoin. Ammattimaisen vuorovaikutuksen avulla useimmat potilastilanteet hoituvat tehokkaasti ja potilaalle jää kuva hyvästä, luotettavasta sekä potilasta kunnioittavasta palvelusta. Hyvät vuorovaikutustaidot ja sosiaalinen tilannetaju ovat tehokkaimpia keinoja ehkäistä haastavien potilaskohtaamisten kärjistymistä. Tilanteet saattavat kuitenkin kärjistyä, vaikka työntekijä toimisikin täysin ammattimaisesti. Tämän vuoksi on hyvä osata muutamia vuorovaikutuksen keinoja, joilla potilas voidaan saada rauhoittumaan. (Sundell 2014, 55–56, 115.)

Keinoja, joita käytetään kiihtyneen potilaan rauhoittamisessa, voidaan tarkastella kahdesta näkökulmasta. Työntekijän tulee tietää kiihtynyttä potilasta rauhoittellessaan, että mitkä vuorovaikutukseen liittyvät tekijät vähentävät aggressioita ja mitkä mahdollisesti lisäävät sitä. Aggressiota vähentäviä keinoja ovat potilaan kuunteleminen, joka osoittaa työntekijän kiinnostusta potilaan tilannetta kohtaan sekä kuunteleminen osoittaa myös kunnioitusta potilasta kohtaan. Keskustelussa

me-muodon käyttäminen on pehmeä tapa ohjata tilanteen kulkua ja esittää ratkaisuvaihtoehtoja. Tällä vältetään sitä, että kaikkea vastuuta ei laiteta potilaalle eikä häntä syytellä tilanteesta. Tarkentavien kysymysten esittäminen osoittaa kunnioitusta, pitää fokuksen asiassa sekä ylläpitää keskustelua potilaan ja työntekijän välillä. Tarkasti harkitut kohteliaisuudet potilasta kohden kohentavat potilaan itsetuntoa ja saattavat muuttaa negatiivisen asennoitumisen positiiviseksi. (Sundell 2014, 116.)

Empaattinen suhtautuminen potilaaseen ja ymmärryksen viestiminen potilaan tilannetta kohtaan koetaan usein arvostavana ja ammatillisena suhtautumisena. Läsnä oleva vuorovaikutus potilastilanteessa, muun muassa silmiin katsominen, antaa potilaalle tunteen, että hän on nyt tapahtuman päähenkilö ja häntä todella kuunnellaan. Kohteliaisuus, tasa-arvoisuus ja tasavertaisuus ovat hyvän vuorovaikutuksen perusta. Tasavertainen kohtelu viestii kunnioitusta ja halua ottaa potilas vastaan yksilönä ja persoonana. Kun työntekijä osaa ja jaksaa löytää potilaastaan yksilöllisiä piirteitä ja ottaa ne huomioon, sujuu yhteistyö huomattavasti paremmin. (Rantaeskola ym. 2015.)

Kohdatessa aggressiivisesti käyttäytyvän muistisairaahan potilaan, hoitaja voi helpottaa tilannetta, mikäli hän tuntee potilaan elämänhistorian. Se on perusta omannäköisen ja hyvän elämänlaadun toteutumiseksi muistisairaahan hoidossa. Muistisairas ihminen on oma ainutkertainen persoonansa, jonka mukana kulkee hänen eletty elämänsä ja tarinansa. Muistisairas ei välttämättä sairauden edettyä pysty enää ilmaisemaan itseään tai tarpeitaan kunnolla. Elämänhistorian tunteminen avaa avaimia kohtaamistilanteisiin. Mikäli muistisairaahan taustaa ei huomioida voi se aiheuttaa muistisairaalle epävarmuutta ja ahdistuneisuutta, joka voi ilmentyä aggressiivisena käyttäytymisenä. Kun muistisairaahan elämänhistoria tunnetaan, pystytään sen avulla vastaamaan paremmin muistisairaahan ihmisen toiveisiin ja tarpeisiin sekä tukemaan hänen identiteettinsä säilyminen. (Hyvän hoidon kriteeristö 2016, 10.)

Korostamalla positiivista näkökulmaa ja keskittymällä asiaan, josta on potilaan kanssa samaa mieltä, annetaan potilaalle aikaa ja tilaa rauhoittua sekä luodaan tilanteeseen myönteinen sävy. Kunnioittamalla potilaan henkilökohtaista reviiriä,

vältetään tilanne, jossa potilas voisi kokea olonsa uhatuksi, alistetuksi tai epämu-kavaksi. Korostamalla rauhallisuutta ja välttämällä aggression merkkejä kaikissa tilanteissa ylläpidetään tilanteen pysymistä rauhallisena. Tässä apuna toimivat rauhoittavat eleen ja ilmeet sekä rauhallinen äänenkäyttö. Perustelemalla ratkai-suja asiallisesti vähennetään potilaan epätietoisuutta ja autetaan häntä ymmär-tämään tilannetta. (Sundell 2014, 116.)

Potilas tulisi aina ottaa osalliseksi hänen omaa hoitoaan suunniteltaessa, jotta hänen itsemääräämisoikeutensa säilyisi. Itsemääräämisoikeuden menettäminen potilaan hoidon suunnittelussa voi lisätä aggressiivisia tuntemuksia potilaassa sekä tämä hidastaa hänen elämänhallintansa palautumista. Tästä syystä poti-laalle tulisi aina tiedottaa häntä ja hänen hoitoaan koskevista asioista. Epätietoi-suus omista asioista ja hoidosta luo potilaalle epävarmuuden tunteita ja potilas voi kokea tämän uhkana, joka taas voi provosoida potilasta aggressiivisuuteen. (Keiski 2008, 29.)

Kohdatessaan uhkaavan potilaan työntekijän toiminnan tulee olla hallittua ja määrätietoista. Tällaisessa tilanteessa omille tunteille ei saa antaa valtaa, vaan pysyä rauhallisena ja keskittyä asiaan eli potilaan rauhoittamiseen. Väkivaltaisen henkilön kohtaamisessa turvallisuus on kaikkein tärkeintä. Väkivaltaisen henkilön rauhoitteluun tulee käyttää sellaista sanatonta ja sanallista viestintää, joka mah-dollistaa henkilölle kunniallisen perääntymisen tilanteesta ilman kasvojen mene-tystä. Tämä toteutuu, mikäli henkilö kokee itse tehneensä ratkaisun väkivaltaisen käyttäytymisen lopettamisesta. Väkivaltaista henkilöä ei siis tule yrittää saada rauhoittumaan toiminnalla, jonka henkilö voi kokea pakottamiseksi. Koska tällai-nen toiminta voi johtaa siihen, että henkilö kokee väkivallan ainoana keinona sii-hen, että hän voi säilyttää kasvonsa. (Sundell 2014, 58–59, 116–117.)

### 2.7.5 Jälkitoimet uhkatilanteen jälkeen

Väkivallan tai sen uhan kohtaaminen altistaa traumaperäiselle stressihäiriölle sekä turvattomuuden ja pelon tunteille, jotka ovat todella kuluttavia tunteita ja kä-sittelemättöminä ja pitkittyessään voivat aiheuttaa vakavia psyykkisiä ongelmia. Tämän vuoksi erilaiset tukitoimet ovat tärkeitä, jotta palautuminen tilanteesta

pääsee alkuun. Tärkeänä osana tätä palautumista on myös läheisten, työkave-  
reiden sekä esimiehen kanssa keskustelu tapahtuneesta. (Sundell 2014, 137.)

Esimiehen rooli väkivaltaa kohdanneen työntekijän tukemisessa on merkittävä ja  
tärkeä. Työntekijälle tulee välittyä tunne, että esimies on oikeasti kiinnostunut  
työntekijän hyvinvoinnista ja on valmis tukemaan häntä kaikilla keinoilla, jotka  
vain ovat käytettävissä. Työntekijä ei välttämättä ole tietoinen kaikista mahdolli-  
sista keinoista, joilla hakea ja saada apua tapahtuneeseen, ja tämän vuoksi esi-  
miehen on aktiivisesti tarjottava apua. Esimiehellä tulee olla tietoisuutta henkisten  
haasteiden riskeistä, joita liittyy väkivaltatilanteisiin. (Sundell 2014, 137.)

Väkivaltaisen tilanteen sattuessa, suositeltavaa olisi käsitellä tapahtumaa työyh-  
teisön kanssa heti tapahtuman jälkeen. Tällä viestitään työntekijöille, että työto-  
vereita ei jätetä yksin vaikeimmissakaan tilanteissa. Tapahtumaa käsitellään yh-  
dessä esimiehen, työvuorovastaavan ja tilanteessa olleiden työntekijöiden sekä  
miehellään myös potilaan kanssa. Apua jälkihoidon järjestämisessä saa työter-  
veyshoitajalta, työterveyspsykologilta tai työterveyslääkäriltä tarvittaessa. Työter-  
veyshuollosta tarjotaan usein psykologipalveluja väkivallan uhrille tai työyhteis-  
sölle, kuten debriefing- ja defusing-menetelmät, joiden toteuttamiseen tarvitaan  
asiaan perehtyneet koulutetut ohjaajat. Tässä yhteydessä ne tarkoittavat ryhmä-  
keskustelua työssä äkillisesti tapahtuneesta traumaattisesta tapahtumasta ja ne  
toteutetaan kunnioittaen osallistujien tarpeita. (Rantaeskola ym. 2015, 184;  
Holmberg 2016, 213.)

Debriefing-menetelmä, eli psykologinen jälkipuinti on tunnetuimpia työskentely-  
muotoja kriittisten tilanteiden jälkeiseen stressinhallintaan. Debriefingin tarkoituk-  
sena on työstää ja neutralisoida psyykkisiä reaktioita ja helpottaa työkyvyn pa-  
lautumista sekä vähentää traumaattisen tilanteen jälkeistä stressiä. Sen tavoit-  
teena on tarjota työntekijöille mahdollisuus kriittisen tilanteen esiin nostamien tun-  
teiden ja ajatusten käsittelyyn ohjatusti sekä auttaa heitä käsittelemään haastavia  
ja järkyttäviä tilanteita ja palautumaan niistä. Debrifing tulisi järjestää 3 vuorokau-  
den sisällä tapahtumasta, koska silloin pahin sokkivaihe on laantunut, mutta tun-  
teet ja ajatukset tapahtuneesta ovat vielä hyvin muistissa. Jälkipuinnin järjestä-  
misestä ja koolle kutsumisesta vastaa esimies. (Rantaeskola ym. 2015, 186;

Holmberg 2016, 213.) Debriefingiä käytetään erityisesti todella vakavissa tilanteissa ja joka kunnalla on hieman erilaiset käytännöt ja mahdollisuudet sen järjestämiseen (Lehestö ym. 2004, 128).

Debriefing toteutetaan ryhmässä ja se sisältää seitsemän vaihetta. Ensimmäinen vaihe on aloitus, jossa esittäydytään ja käydään läpi jälkipuinnin tarkoitus ja koontumissyy sekä korostetaan luottamuksellisuutta. Aloitusvaiheessa ryhmän motivointi on tärkeää. Toinen vaihe on nimeltään faktavaihe, jossa käsitellään mitä tilanteessa tapahtui todella ja tarkoitus saada kokonaiskuva tapahtuneesta kronologisessa aikajärjestyksessä. Tapahtunut käydään läpi yksityiskohtaisesti. Kolmatta vaihetta kutsutaan ajatusvaiheeksi, jossa käydään läpi henkilökohtaisia kokemuksia ja siirrytään faktoista käsittelemään osallistujien tunnereaktioita ja nimeämään niitä. Neljäs vaihe on tunnevaihe, jossa keskitytään tapahtumasta aiheutuvien tunteiden käsittelyyn ja pyritään vähentämään tunteista johtuvaa ahdistusta ja kannustetaan käsittelemään negatiivisia tunteita sen sijaan, että niitä vältettäisiin. Viides vaihe on oirevaihe, jonka aikana käsitellään niin psyykkisiä kuin fyysisiä tuntemuksia, joita osallistujat ovat tunnistaneet itsessään tapahtuman aikana. Tarkoitus tässä vaiheessa on lisätä osallistujien ymmärrystä siitä, kuinka mieli ja keho toimivat tilanteen aikana ja sen jälkeen. Tässä vaiheessa aletaan myös suunnitella arkeen paluuta. Kuudennessa, eli opetusvaiheessa pyritään hyväksymään ja normalisoimaan jo koetut tunteet ja oireet. Tässä vaiheessa keskustellaan oireista, joita voi mahdollisesti esiintyä tulevaisuudessa sekä selvittää niihin selviytymiskeinoja. Lisäksi tapahtuma asetetaan viitekehykseen. Seitsemäs ja viimeinen vaihe on päätösvaihe, jossa tapahtumasta ja käsittelystä tehdään yhteenveto ja suunnitellaan tarpeellinen seuranta. Päätösvaiheessa sovitaan seurantaistunnon järjestämisestä tai ohjataan osallistujat tarvittaessa jatkohoidon piiriin. Päätösvaiheen tarkoituksena on varmistaa jokaisen osallistujan selviytyminen jatkossa. (Rantaeskola ym. 2015, 186–187.)

Defusing-käytäntöjä kuvataan psyykkisenä ensiapuna, jonka aikana järkyttävä tapahtuma pyritään käsittelemään mahdollisimman pian tapahtuman jälkeen, suositus on 8 tunnin sisällä tapahtuneesta. Defusingin tarkoituksena on vähentää tilanteesta aiheutuvaa stressiä. Defusing-istunnoilla on neljä päätavoitetta: 1. Vähentää kriittisen tapahtuman aiheuttamia reaktioita. 2. Palauttaa työkyky ja nor-

malisoida tilanne, johon sisältyy tapahtuman käsittely lyhyesti ja tunteiden käsittely pintapuolisesti sekä tapahtumasta aiheutuvien ajatusten ja tunteiden kohtaaminen ja nimeäminen. 3. Jakaa kokemuksia vertaisryhmän kanssa ja 4. Arvioida jatkotoimenpiteiden tarve. (Rantaeskola ym. 2015, 184–185.)

Defusing-istunnossa tarkoitus on kartoittaa tapahtumaan liittyvät faktat ja ehkäistä työntekijöiden omia, mahdollisesti virheellisiä tulkintoja siitä, mitä tilanteessa mahdollisesti tapahtui. Istunnossa ei keskitytä siihen, miten tilanteessa toimittiin, eikä tilanteessa mahdollisesti sattuneisiin virheisiin. Defusing-istunnossa työntekijä pääsee purkamaan ja pohtimaan tunteitaan ajatuksiaan työkavereiden ja työyhteisön tukemana. Tällä vältetään sitä, että työntekijä ei joutuisi yksin käymään tapahtunutta läpi, jolloin hänelle saattaisi kehittyä tapahtuneesta väärentyneitä ajatuksia ja mielikuvia. Defusing-istunnon tavoite on siis hyödyntää vertaistukiverkostoa ja jakaa kokemuksia muiden tapahtumassa mukana olleiden kanssa. Kokemusten jakaminen vertaisryhmässä ehkäisee työntekijän eristäytymistä ja yksin jäämisen tunnetta. (Rantaeskola ym. 2015, 185–186.)

Organisaatioissa ja työyksiköissä, joissa tapahtuu uhkatilanteita toistuvasti, olisi hyvä olla väkivaltatilanteiden purkujärjestelmä, joka käsittää nopean väkivaltatilanteen purkamisen työyhteisössä kaikkien tapahtumassa mukana olleiden kesken. Uhkatilanteita on eritasoisia, joten purkujärjestelmän olisi hyvä tarjota eritasoisia jälkikeinoja. Jälkitoimien tarve ja tilanteista toipuminen ovat myös yksilöllisiä, siksi jälkitoimet järjestetään jokaisen tapauksen mukaisesti. Pelkkä purkujärjestelmän olemassaolo ei yksinään riitä, vaan tapahtuneita tilanteita pitäisi aktiivisesti käsitellä työyhteisössä. Se on äärimmäisen tärkeää, koska sillä vältetään ja ehkäistään posttraumaattisten oireiden muodostuminen työntekijälle tai työyhteisölle. Tapahtuman käsittely mahdollistaa myös sen, että uhkatilanteesta voidaan oppia ja täten mahdollisesti ehkäistä uusiutuminen. (Lehestö ym. 2004, 127–128; Rantaeskola ym. 2015, 165.)

Uhkatilanteisiin täytyy aina suhtautua vakavasti, vaikka ne jäisivätkin vain sanallisen uhkailun tasolle. Kaikista uhkatilanteista tulee ilmoittaa esimiehelle ja työnsuojeluun. Tapaturmavakuutusyhtiölle pitäisi myös tehdä ilmoitus kaikista uhka-

tapahtumista, vaikkei niistä olisi tullut fyysisiä vammoja. Vakavista väkivaltatilanteista tulee aina ilmoittaa poliisilla ja työsuojeluviranomaisille. (Sundell 2014, 138.)

Organisaatiossa tulisi olla ilmoituskanava, jonka kautta henkilökunta voi ilmoittaa tapahtuneesta väkivaltatilanteesta. Mikäli organisaatiolla ei tällaista toimivaa ilmoituskanavaa ole, ei organisaation johdolla ole realistista kuvaa väkivaltariskeistä, jotka kohdistuvat organisaatioon. Toimivan järjestelmän avulla johto saa tiedon uhkatilanteista viiveettä. Henkilökunnalle toimiva järjestelmä tuo konkreettista tukea työolosuhteiden parantamisessa, jos johto oikeasti reagoi ja pyrkii mahdollisuuksien mukaan kehittämään työntekijöiden turvallisuutta. Toimiva järjestelmä on osana kokonaisvaltaista riskienhallintaa ja auttaa kehittämään organisaation toimintaa. Edellytyksiä toimivalle järjestelmälle on se, että henkilökunta on tietoinen järjestelmästä, ilmoituskynnys on matala, järjestelmällä on jatkuvuutta ja ilmoittaminen johtaa konkreettisiin toimiin. Kun järjestelmä on toimiva, voidaan sen avulla löytää työympäristöstä ja toimintatavoista selkeitä kehittämiskohteita, jotka muilla keinoilla olisivat hankala havaita. (Sundell 2014, 139.)

### 3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa opas aggressiivisen potilaan kohtaamiseen Sauvosaaren sairaalan hoitohenkilökunnalle. Tavoitteena on, että oppaan avulla hoitohenkilökunta osaa toimia ennaltaehkäisevästi ja turvallisesti kohdatessaan aggressiivisen potilaan. Oppaalla halutaan lisätä hoitohenkilökunnan tietoisuutta ja kykyä tunnistaa vuorovaikutustilanteissa esiintyviä väkivalta- ja turvallisuusriskejä. Tunnistamalla nämä, hoitohenkilökunta voi välttää myötävaikuttamasta aggressiivisten tai väkivaltaisten tilanteiden kehittymiseen.

Tavoitteena on myös oppaan sisällön ajankohtaisuus niin, että se vastaa toimeksiantajan toiveita sekä noudattaa ajankohtaisia hoitosuosituksia ja tutkimustuloksia. Opas on ulkonäöltään selkeä ja mielenkiitoinen sekä sisällöltään kattava, mutta johdonmukaisesti etenevä ja helposti luettava, jotta se jäisi elämään toimeksiantajalle työelämään ja otettaisiin osaksi käytäntöjä.

Opinnäytetyön tavoitteena oli oppaan avulla lisätä hoitohenkilökunnan valmiuksia toimia ennaltaehkäisevästi ja turvallisesti kohdatessaan aggressiivisen potilaan. Opinnäytetyön projektitehtävänä oli viedä läpi projekti oppaan laatimiseksi ja työelämään viemiseksi. Henkilökohtaisena oppimistavoitteenamme oli onnistuneen projektin toteuttaminen.



## 4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUSTAPA

### 4.1 Toimeksiantajan kuvaus

Projektin tuotoksen kohderyhmä oli Sauvosaaren sairaalan hoitohenkilökunta ja tuotos tavoitteli heidän turvallisuutensa edistämistä haastavien potilastilanteiden parissa. Sauvosaaren sairaalassa hoidetaan perusterveydenhuollon sairaanhoitoa ja pitkäaikaista laitoshoidoa tarvitsevia potilaita. Osastoja sairaalassa on kaksi, joissa molemmissa on 25 potilaspaikkaa. Yksiköt tarjoavat ympärivuorokautista sairaanhoitoa ja jatkokuntoutushoitoa. Osastojen potilaskirjo on laaja, pääasiassa hoidetaan aikuisia kirurgisia, neurologisia ja psykiatrisia potilaita sekä sisätauti-, päihde- ja saattohoitopotilaita sekä pitkäaikaissairaanhoidon potilaita, jotka odottavat jatkoasumisen paikkaa palvelutalolle tai tehostetun palveluasumisen yksikköön. (Kemin kaupunki 2020.)

### 4.2 Projekti opinnäytetyön menetelmänä

Tämä opinnäytetyö toteutettiin projektina. Projektilla tarkoitetaan tietynajan kestävä prosessia, joka voi koostua isommasta hankkeesta tai se voi tähdätä johonkin tiettyyn rajattuun kertaluontoiseen tulokseen. Projekti voi olla työelämälähtöinen, jolloin siinä toteutuu kolmikantaperiaate, eli jo suunnitteluvaiheessa mukana ovat työelämäedustaja, ohjaaja sekä opinnäytetyöntekijät. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 47–49.)

Projektit ovat luonteeltaan hyvin erilaisia riippuen niiden tavoitteista. Tavoite määrittää sen, miten monta ihmistä projektin toteuttamiseen tarvitaan, millaista osaamista tarvitaan, millaisissa olosuhteissa työ tehdään ja kauanko se kestää sekä minkälaisia väli- ja lopputuloksia projektilta odotetaan. Projektityyppejä on erilaisia ja tämä opinnäytetyö on tyypiltään tuotekehitysprojekti. (Kettunen 2009, 17.)

Tuotekehitysprojekteilla on yleensä täsmällinen tavoite, joka on uuden tuotteen kehittäminen. Alkuvaiheessa konkreettinen tuote tai palvelu saattaa olla epätarkasti määritelty. Projektista kuluu yleensä isohko osa tuoteidean keksimiseen ja löydetyn idean tekniseen kehittämiseen. Tuotekehitysprojekteissa käytetään

usein niin sanottua prototyypilähestymistapaa, jossa tuotteesta kehitetään prototyyppi, jota arvioidaan ja testataan. Prototyypistä saadun palautteen perusteella, tuotetta kehitetään eteenpäin ja täten tehdään uusi prototyyppi. Tämä toimintatapa on hyvä silloin, kun tavoite on alkuvaiheessa epäselvä. Prototyypin kautta voidaan hiljalleen edetä kohti lopullista tuotetta sekä pienentää projektin riskejä vaiheittain edeten. (Kettunen 2009, 27.) Tässä opinnäyteyössä prototyyppi on oppaan ensimmäinen versio. Prototyypistä pidettiin väliarviointi sekä kerättiin palautetta kohderyhmältä, jonka mukaan oppaaseen tehtiin muutoksia.

Tuotekehitysprojektin lopputulos on tuote, joka soveltuu sarjavalmistukseen. Tuotekehitysprojektissa erityispiirteinä on tavoitteen määrittelyn vaikeus ja tavoitteen täsmentyminen ja mahdollinen muuttuminen projektin aikana. Muita erityispiirteitä ovat suuri riski, aika-arvioiden vaikeus ja luova työtapa. Kehitysprojektien ideat syntyvät usein suoraan markkinoiden tarpeesta. Tuotekehitysprojekteissa keskeistä on asiakaslähtöisyys. (Pelin 2009, 35, 53.) Asiakaslähtöisyys huomioitiin oppaan teon yhteydessä jatkuvasti. Oppaasta haluttiin tehdä toimeksiantajaa ja tämän työyhteisöä palveleva ja sisällöltään sellainen, että se vastaisi kohderyhmän tarpeita ja toiveita.

Projektin aikana kehitetty uusi asia, tässä tapauksessa uusi opas, jää osaksi normaalia käytäntöä. Projektin keskeinen vahvuus on kohdentuminen erityyppisten ongelmien ratkaisemiseen alueilla, jotka liittyvät johtamiseen, palveluihin, organisaatioihin ja niiden rakenteisiin, prosesseihin tai henkilöstöön. (Paasivaara, Suhonen & Nikkilä 2008, 7–8.)

#### 4.3 Projektin organisaatio ja ohjaus

Projektilla on oltava selkeä organisaatio, jossa eri osapuolten roolit ja vastuut on selkeästi määritelty. Yleensä projektiorganisaatio koostuu ohjausryhmästä, varsinaisesta projektiorganisaatiosta sekä yhteistyökumppaneista. (Silfverberg 2007, 98.) Projektin henkilömäärä voi vaihdella projektin aikana. Projektiorganisaatio on projektin toteuttamista varten muodostettu tarkoituksenmukainen organisaatio, jossa projektin henkilöt ovat ryhmässä määrääjän. (Pelin 2009, 67.) Pro-

jektilla voi olla useita yhteistyötahoja, jotka osallistuvat hankkeeseen omalla panoksellaan ja jotka eivät suoraan toimi projektin johdon alaisuudessa. Niiden roolit on syytä määritellä selkeästi projektisuunnitelmassa. (Silfverberg 2007, 102.)

Projektin ohjausryhmä koostui aluksi ohjaavasta opettajasta Reetta Saarniosta ja toimeksiantajasta, työelämänyhteydestä Sauvosaaren sairaalan osastonhoitajasta Teija Kinnusesta. Maaliskuussa 2019 työelämänyhteyshenkilö vaihtui osastonhoitaja Piia Puikkoon, ja toukokuussa 2019 opinnäytetyön ohjaavaksi opettajaksi vaihtui Satu Elo.

Projektiryhmä koostui kahdesta opinnäytetyöntekijästä eli projektityöntekijästä, Inka Arpiaisesta ja Satu Jurvansuusta, jotka muodostivat kahden hengen projektiryhmän. Projektiin kuului myös yhteistyötaho Raahen taidelinjalta. Kuvataide opiskelija Mira Lohilahti vastasi oppaan kuvituksesta ja taitosta sekä osallistui oppaan tulostettavan ja sähköisen version suunnitteluun. Sähköinen versio toteutettiin sen vuoksi, että siihen voidaan tulevaisuudessa tehdä mahdollisia muokkauksia, jos informaatio päivittyy.

Opinnäytetyön ohjausprosessiin osallistuivat projektityöntekijät eli sairaanhoitajaopiskelijat, tekijöiden vertainen eli opponetti, ammattikorkeakoulun opettaja eli ohjaaja sekä työelämän ohjaaja. Opinnäytetyön aikana käytiin säännöllistä keskustelua henkilökohtaisesti vuorovaikutuksessa opinnäytetyön edistymisestä ohjaajan kanssa, jolla tuettiin tekijöiden oppimista ja aikataulussa pysymistä.

#### 4.4 Projektin ideointi

Opinnäytetyö prosessi käynnistyi ideoinnilla, jolloin pohdittiin, minkälainen opinnäytetyö haluttaisiin tehdä. Kiinnostus kohdistui eniten projektiin, jota lähdettiin ehdottamaan eri toimeksiantajaehdokkailla, samalla kyseltiin mahdollisia aiheita opinnäytetyölle. Elokuussa 2018 hankittiin yhteistyökumppani Sauvosaaren sairaalaan. Osastonhoitajaan oltiin yhteydessä sähköpostitse ja samalla sovittiin yhteistyön aloittamisesta.

Yhteydenottojen jälkeen Sauvosaaren sairaalalta saatiin kiinnostavia aiheita opinnäytetyölle, jotka olivat myös toimeksiantajalle tarpeellisia ja nämä aihetoi-

veet tulivat suoraan hoitohenkilökunnalta. Monista hyvistä aiheista valikoitiin eniten kiinnostava aihe, jota lähdettiin rajaamaan siitä saatavan tiedon ja materiaalin mukaan. Aiheen valinnan jälkeen aiheeseen perehdyttiin alustavasti tiedonhaun kautta, keräämällä materiaalia ja tutustumalla aiheeseen, jotta kyettiin varmistamaan laadukkaan tiedon löytyminen työhön, jotta projekti onnistuisi.

Kun aihe tuli suoraan toimeksiantajalta ja aihetta oli rajattu ja tuotoksen tyyppi valittu, kyettiin spesifioimaan projektin tyyppi, joksi muodostui tuotekehitysprojekti. Tuotekehitysprojektilla tuotetaan aina jokin uusi asia tai tuote ja tässä projektissa tuotos oli opas aggressiivisen potilaan kohtaamiseen Sauvosaaren sairaalan hoitohenkilökunnalle.

#### 4.5 Projektin lähtökohdat ja taustatekijät

Kaikissa projekteissa tarvitaan joitain taustaselvityksiä, jotka selvittävät hankkeen lähtökohtatilannetta, sidos- ja kohderyhmien tarpeita ja näkemyksiä, muita meillä olevia tai suunniteltuja hankkeeseen liittyviä prosesseja sekä hankkeen toimintaympäristöä ja siinä odotettavissa olevia muutoksia. Taustaselvityksillä pyritään varmistamaan, että hanke on rajaukseltaan tarkoituksen mukainen ja perustuu realistisiin oletuksiin. Taustaselvityksillä tunnistetaan myös tekijät, jotka on otettava huomioon, kun pyritään varmistamaan tulosten kestävyys, hyödynnettävyys ja kaupallistettavuus. (Silfverberg 2007, 49.)

Projektin hyvä valmistelu ja esitöiden suorittaminen sisältävät oleellisena osana taustaselvitysten laatimisen tarkoituksenmukaisessa laajuudessa. Niillä kootaan ideointia ja visiointia täydentävää perustietoa projektin oletettavasta vaikutuspiiristä. Taustaselvitystiedot edesauttavat hyvän ja toimivan projektisuunnitelman laatimista ja ennen kaikkea tavoitteiden määrittelyä oikeiksi, aidoiksi ja realistisiksi. Taustaselvitykset on syytä tehdä suunnitelmallisesti projektia palveleviksi. (Rissanen 2002, 40.)

Opinnäytetyön taustatekijät selvitettiin lähestymällä Sauvosaaren sairaalaa sähköpostitse ja selvittämällä onko heillä tarvetta projektimuotoiselle opinnäytetyölle. Kun tarve opinnäytetyölle varmistui, valittiin opinnäytetyölle aihe Sauvosaaren sairaalan aihevaihtoehdoista, jonka jälkeen toteutettiin pieni kysely aiheeseen liittyen (ks. liite 1.), joka tuki aiheen tarpeellisuutta ja oppaan hyödynnettävyyttä ja

hyödyllisyyttä sairaalassa. Myöhemmässä vaiheessa toteutettiin palautekyse (ks. liite 2.), jolla kartoitettiin kohderyhmän tarpeita ja sitä, että opas vastaisi heidän toiveitaan ja tarpeitaan.

#### 4.6 Projektin tuotoksen määrittely ja rajaus

Kun projektille löydetään aihe, on sitä useimmiten rajattava. On tarkennettava ajatusta siitä, mitä haluaa tietää tai mitä haluaa osoittaa keräämällään aineistolla. Aineiston kerääminen on järkevää aloittaa vasta tällaisen pohdinnan jälkeen. Ongelmalliseksi voi osoittautua se, kuinka tarkkarajaiseksi ja täsmälliseksi aihe tulisi. Aihetta voidaan joutua tarkentamaan tai jopa suuntaamaan uudelleen, esimerkiksi aineiston keruun yhteydessä. (Hirsijärvi, Remes & Sajavaara. 2007, 81–82)

Projektin aihe oli alustavasti "Hoitajien kokemus osastoilla esiintyvistä väkivaltilanteista ja opas aggressiivisen/väkivaltaisen potilaan kohtaamiseen ennaltaehkäisyn näkökulmasta", mutta aihe koettiin melko laajana, joten ohjaajan ja projektin tekijöiden kannalta koettiin tarpeelliseksi rajata aihetta selkeämmän tuotoksen saamiseksi. Hoitajien kokemus osastoilla esiintyvistä väkivaltilanteista jätettiin pois, mutta opinnäytetyössä tulee ilmi hoitajien kokemuksia väkivaltilanteista aikaisempien tutkimusten sekä projektin tekijöiden pienen kyselyn kautta kuvaamaan oppaan tarpeellisuutta. Projektin tulos rajattiin oppaaseen aggressiivisen potilaan kohtaamiseen, joka laaditaan ennaltaehkäisyn näkökulmasta.

Projektin aiheen ja toimeksiantajan löydyttyä, kerättiin aiheesta tarkemmin tietoa ja rajattiin yhdessä ohjausryhmän ja toimeksiantajan kanssa kommunikoiden aihetta niin, että se palvelee tulosta ja kohderyhmää. Projektille asetettiin selkeät ja realistiset tavoitteet, tuotosta eli opasta suunniteltiin alustavasti ja koko projektin prosessi aikataulutettiin sopimaan toimeksiantajan, ohjausryhmän, tekijöiden ja kuvittajan aikatauluihin.

#### 4.7 Projektin kulku

Projektilla on elinkaari, eli alku ja päätepiste ja elinkaarella erotetaan vaihteleva määrä vaiheita. Projekti on kokonaisuus, joka on prosessimaisesti järjestetty ja

se koostuu useista toisiinsa kytkeytyvistä toiminnallisista osista. Keskeiset prosessin osatekijät ovat suunnittelu, toteuttaminen, päättäminen, sulattaminen ja arviointi. Projektin onnistumisen näkökulmasta elinkaaren vaiheina korostuvat suunnittelu-, aloittamis- ja toteuttamisvaihe. Suunnitteluvaihe on erityisen tärkeä, koska siinä tehdään keskeisimmät projektia koskevat päätökset. (Paasivaara ym. 2008, 103–104, 121.)

Projektin ensimmäinen vaihe on tarpeen tunnistaminen. Siihen liittyy projektin määrittely, eli hahmotellaan projektin kokonaisuus ja päätetään erityisesti hankkeen lopputulos. Määrittelyvaiheeseen kuuluu myös projektiin osallistuvien ja heidän intressiensä kartoittaminen, sekä projektin rajojen hahmottelu, jonka jälkeen perustetaan projektiryhmä. Projektin aloittamiseen liittyy siis projektisuunnitelman työstäminen, mahdollinen rahoituksen hakeminen, projektiryhmän kokoaminen, aloituskokouksen järjestäminen, koko projektiorganisaatiolle tai projektiryhmälle ja projektista tiedottaminen. (Paasivaara ym. 2008, 122.)

Projektin toinen vaihe on suunnitteluvaihe, jossa keskitytään projektin toteuttamisen suunnitteluun ja siinä päähuomion saa toiminnan organisointi sekä suunnittelussa korostuu projektilla tavoiteltavan lopputuloksen määrittely. Projektisuunnitteluun liittyy selkeän tavoitteen asettaminen projektille, projektin ohjaus, osittaminen, aikataulu-, resurssi- ja kustannussuunnittelu sekä arvioinnin suunnittelu. Suunnitteluvaiheessa on tärkeää antaa riittävästi aikaa alustavan idean kypsymiselle ja keskeistä on korostaa uuden kehittämistä, eli mitä uutta kyseinen projekti tuo. (Paasivaara ym. 2008, 122–125.)

Projektisuunnitelma on tärkein projektinjohtamisen työväline. Se on toimintasuunnitelma ja yhteistyösopimus sekä dokumentti rahoituksen hakemiselle, jos sitä tarvitaan. Projektisuunnitelmaa käytetään apuvälineenä projektinohjauksessa, kun seurataan projektin etenemistä. Suunnitelma ei pääty projektisuunnitelman valmistumiseen, vaan se jatkuu koko projektin elinkaaren ajan. (Paasivaara ym. 2008, 122–125.)

Suunnitteluvaiheessa suunnitellaan projektin dokumentointi. Selkeän dokumentaation avulla vältetään tilanteita, jossa ei tiedetä mitä tehdään tai mitä odotetaan.

Dokumentaatiota käytetään hyödyksi projektin riskien ja ansojen tunnistamisessa. Käytännössä se tarkoittaa dokumenttien kautta välittyvän tiedon vertaamista suunnitelmaan. (Paasivaara ym. 2008, 136–137.)

Suunnitteluvaiheessa ideoitiin ja suunniteltiin projektin tuotosta, eli opasta. Oppaan suunnittelussa pohdittiin, kuinka opasta voitaisiin elävöittää. Opas tehtiin ulkonäöltään selkeäksi ja miellyttäväksi lukea. Kuva-artsaaniopiskelija Mira Lohilahteen Raahen taidelinjalta oltiin yhteydessä, jonka kanssa aloitettiin yhteistyö oppaan kuvitukseen ja painoon liittyen. Yhteistyön ja kommunikoinnin parantamiseksi luotiin yhteinen WhatsApp -keskusteluryhmä, jossa jaettiin oppaan etenemistä tekijöiden ja kuvittajan osalta.

Oppaan kuvituksesta ja ulkonäöstä tavoiteltiin miellyttävää ja luovaa, joka olisi ulkonäöltään houkutteleva ja sisältäisi mielenkiintoa herättäviä kuvia, jotka havainnollistaisivat ja tukisivat oppaan tekstiä. Suunnitteluvaiheessa mietittiin myös oppaan sisältöä ja sitä, minkälainen se tulisi olemaan sisällöltään. Oppaan informaatio tulisi olemaan sisällöltään kattava, helposti luettava ja johdonmukainen, mutta riittävän tiivis, jotta tärkeimmät asiat jäisivät mieleen.

Suunnitteluvaiheessa luotiin myös aikataulu projektin etenemiselle, jotta tekijät tietäisivät milloin mitäkin tapahtuu ja tulee tehdä. Selkeän aikataulun avulla vauhditetaan projektin etenemistä ja helpotetaan resurssien jakamista. Aikataulua suunniteltaessa luodaan ensin väljä suunnitelma projektin aloittamis- ja päättämisaikajankohdasta ja hahmotetaan välitavoitteet. Suunnittelun edetessä aikataulu täsmentyy, kun tiedetään mitä tehtäväkokonaisuuksia projektissa hoidetaan. Projektin välietapit lisäävät motivaatiota kertoen projektin etenemisestä, siten edistämällä osallistumista projektiin. Aikataulua suunniteltaessa pyritään hyvään pelivaraan, kun tavoitteena on laatia realistinen aikataulu. (Paasivaara ym. 2008, 126.)

Kirjallinen suunnitelmavaihe hyväksyttiin opinnäytetyön ohjaajalla ja esitettiin tämän jälkeen toimeksiantajalle. Toimeksiantosopimukset ja tutkimusluvut allekirjoitettiin ennen opinnäytetyön valmistamisvaiheen alkamista.

Ensimmäinen palaveri opinnäytetyötä koskien toimeksiantajan kanssa tapahtui syyskuussa 2018. Tällöin tehtiin alustava aikataulusuunnitelma toimeksiantajan

kanssa ja käytiin läpi alustavia toiveita tulevaa tuotosta kohtaan. Toimeksiantajalle annettiin myös tekijöiden tekemät kyselylomakkeet (ks. liite 1), jotka oli tarkoitettu hoitohenkilökunnalle, jolla perusteltiin opinnäytetyön projektille tarve.

Projektin kolmas vaihe on varsinainen työskentelyvaihe, jossa projektin tulokset luodaan. Kun projektisuunnitelma on valmis ja organisaatio, henkilöstö ja rahoitus ja muut resurssit ovat kunnossa, toteutus pääsee varsinaisesti alkamaan. Projektia on pidettävä tavoitteiden suunnassa ja tarpeen vaatiessa organisoitava uudelleen. Arvioinnilla saadaan tilannetietoa projektisuunnitelmaan verrattaessa, jolla nähdään, onko toiminta oikean suuntaista ja -aikaista. Projekti on ryhmätyötä, jossa viestintä on avainasemassa ja sen tärkeys korostuu toteuttamisvaiheessa. (Paasivaara, ym. 2008, 139.)

Projektin tuotoksen kohderyhmä oli Sauvosaaren sairaalan hoitohenkilökunta ja tuotos tavoitteli heidän turvallisuutensa edistämistä haastavien potilastilanteiden parissa. Sauvosaaren sairaalan potilaskunnassa esiintyy paljon hoidettavia potilaita, joiden voisi katsoa kuuluvan aggressiivisen käyttäytymisen riskiryhmiin. Täten projektin valmistamisvaiheessa huomioitiin, että opas tarjoaa tietoa riskiryhmistä ja niihin liittyvistä aggressiivista käytöstä lisäävistä riskeistä. Opas ohjaa tunnistamaan riskitekijöitä aggressiivisissa kohtaamisissa ja oppaan tiedon avulla voidaan ennaltaehkäistä tilanteita, jotka voisivat eskaloitua väkivaltaisiksi. Opas tukee näihin tilanteisiin ennalta valmistautumista siitä löytyvän tieteellisesti laadukkaana ja luotettavana sekä hoitosuositusten mukaisen tiedon avulla. Opas tukee ja lisää hoitajien tietämystä aggressiivisen potilaan kohtaamiseen, jolloin pystytään ennaltaehkäisemään väkivaltatilanteita ja tällä pystytään tukemaan hoitajien ja potilaiden turvallisuutta hoitotyössä.

Opinnäytetyön valmistusvaiheen aikana syksyllä 2019 aikatauluun tuli lievä muutos tekijöistä tai ohjausryhmästä riippumattomista syistä, jonka jälkeen pidettiin pienimuotoinen palaveri tekijöiden kesken marras-joulukuussa 2019. Palaverissa luotiin uusi päämäärä opinnäytetyön valmistamiselle ja toimeksiantajaa sekä ohjaajaa informoitiin muuttuneesta aikataulusta. Tekijät palasivat tammikuussa 2020 taas työskentelyn pariin valmistamaan opinnäytetyötä ja opasta viimeiseen, valmiiseen muotoon.



Projektin viemisestä käytäntöön käytetään rinnakkain käsitteitä jalkauttaminen, juurruttaminen ja sulattaminen. Sulattamiskäsitteellä halutaan korostaa projektitoiminnan tuloksen siirtämistä osaksi käytäntöä. Sulattaminen on haastavaa, esimerkiksi sen vuoksi, että usein työyhteisöissä pidetään usein tiukasti kiinni vanhoista toimintatavoista. Projektin sulattamista kannattaa suunnitella jo varhain, eli pohtia projektin tulosten käyttöönoton esteitä ja keinoja näiden välttämiseksi. Projektin päättämisen vaihe on varsinkin koetinkivi projektin tulosten sulattamiselle. (Paasivaara, ym. 2008, 139)

Tämän opinnäytetyön projektitoiminnan tuloksena oli opas, joka luovutettiin Sauvosaaren sairaalan käyttöön. Opas esiteltäisiin osastotunnilla hoitohenkilökunnalle. Se, jääkö oppaan opit hoitohenkilökunnan mieleen tai päivittäiseen työhön riippuu täysin siitä, kuinka hoitohenkilökunta, esimies ja työympäristö jalkauttaa ja sulauttaa oppaan tiedon käytäntöön.

Kun prototyyppi oli hyväksytty, opinnäytetyötä ja opasta hiottiin viimeiseen, valmiiseen muotoon. Materiaalia käytiin läpi uudelleen, lähteitä tutkittiin kriittisesti ja uutta tutkimustietoa haettiin yhdessä tiedonhaun ammattilaisen kanssa. Opinnäytetyö ja opas lähetettiin sähköpostitse ohjaavan opettajan arvioimaksi ja sen jälkeen toimeksiantajan työelämänyhteyshenkilölle.

#### 4.8 Projektin arviointi ja päättäminen

Arviointi tarkoittaa projektin onnistumisen selvittämistä. Arviointi on systemaattista toimintaa, joka ei perustu sattumanvaraisuuteen. Arviointi on arvonta eli arvottamista. Se on myös toiminnan kehittämistä käytännöllisenä impulssina päätöksenteolle. Arvioinnin synonyymeinä on pidetty esimerkiksi seuranta, laadun arviointia, tulostamista, toiminnan tarkastusta ja tutkimusta. Projektin arvioinnin tarkoituksena on herätellä projektityöntekijät huomaamaan toiminnan solmukohdat ja ne kohdat, joissa on onnistuttu. Arvioinnin avulla saadaan arvokasta tietoa projektin toteutumisesta, ongelmista ja hyvistä puolista. Projektin arviointi ajoittuu usein projektin toteuttamis- tai päättämisen vaiheeseen. (Paasivaara ym. 2008, 140–141.)

Arviointi voidaan toteuttaa ennakoarviointina, toimeenpanon aikaisena arviointina tai jälkiarviointina. Ennakoarvioinnilla keskitytään projektin riskeihin ja tavoitteen tärkeyden ja tarkoituksenmukaisuuden arviointiin. Toimeenpanon aikana voidaan arvioida esimerkiksi projektin toimintatapoja ja projektiorganisaation toimintaa, jolla on mahdollista kehittää projektin toimintaa, jota kutsutaan myös prosessiarvioinniksi. Jälkikäteisarviointi keskittyy arvioimaan saavutettuja tuloksia ja niiden vaikutuksia. (Paasivaara ym. 2008, 140–141.)

Arviointimuodot voidaan jakaa karkeasti itsearviointiin ja ulkopuoliseen arviointiin ja samalla voidaan puhua projektin sisältä tai ulkopuolelta tapahtuvasta arvioinnista. Tärkeintä on, että projektin merkityksestä saadaan mahdollisimman luotettava käsitys. Itsearviointilla tarkoitetaan projektiorganisaation jäsenten itse toteuttamaa oman toimintansa kriittistä arviointia. Ulkopuolisella arvioinnilla halutaan puolueetonta näkemystä, jossa on arvokasta arvioijan näkemykset projektiin suoranaisesti liittymättömänä tahona, jonka avulla projektissa voidaan huomata sellaisia vahvuuksia tai heikkouksia, joita projektissa päivittäin työskentelevät tahot eivät ole kyenneet näkemään. (Paasivaara ym. 2008, 140–141.)

Projektin tekijät suorittivat itsearviointia, eli reflektointia jatkuvana prosessina koko projektin ajan sekä yhteistä arviointia työryhmänä. Ulkoista arviointia tapahtui ohjaavan opettajan taholta, joka antoi arvokkaita ja puolueettomia neuvoja projektin toteutumisen kannalta. Palautettu ja arviointia tapahtui myös itse toimeksiantajan ja kohderyhmän kautta.

Projektissa suoritettiin väliarviointeja monessa eri vaiheessa. Virallisin väliarviointi tapahtui elokuussa 2019, kun oppaan prototyyppi vietiin Sauvosaaren sairaalan osastoille hoitohenkilökunnan nähtäväksi ja arvioitavaksi. Osastoille jaettiin anonymiteettiä kunnioittavat palautelomakkeet (ks. liite 2), yhteensä 50 kappaletta. Palautteita tuli takaisin 11 kappaletta, jolloin vastausprosentti oli 22 %. Palaute saatiin vapaan sanan muodossa. Palautteista tuli ilmi muun muassa toivomuksia sisältötekstin tiivistämisestä ja erilaisten sanamuotojen käytön pohtimisesta. Suurin osa hoitohenkilökunnasta koki oppaan prototyypin olevan oikeilla jäljillä ja kuvasivat oppaan olevan selkeä ja johdonmukainen, mieleen asioita pa-

lauttava. Oppaan sisältö koettiin hyödylliseksi ja kuvitus oli erityisen pidetty. Palautteen pohjalta tehtiin pieniä muutoksia oppaan ulkonäköön ja tekstin sisältöön, jotta se vastasi kohderyhmän tarvetta.

Kuvituksen osalta käytiin myös jatkuvaa arviointia tekijöiden ja kuvittajan välillä, jotta kuvitus vastaisi kohderyhmän toiveita sekä oppaan sisältöä. Kuvituksella pyrittiin myös korostamaan oppaan tärkeitä pointteja ja sisältöä.

Projektin päättäminen on projektin tärkein vaihe. Päättämisvaiheessa tuodaan esille projektin tulokset sidosryhmille, toteutetaan arviointi, ellei sitä siihen mennessä ole tehty sekä aloitetaan projektin tulosten sulattaminen. Projektin tehtävät lopetetaan yhteisessä päätöskokouksessa. Keskeistä on projektiryhmän toiminnan päättäminen. Tämä voi olla yllättävän vaikeaa ja se vaatii panostusta. Päättämisvaiheessa projektin tulokset otetaan käyttöön ja levitetään mahdollisimman laajalle. (Paasivaara, ym. 2008, 137–138.)

Valitsimme opinnäytetyön lopullisen arvioinnin muodoksi jälkiarvioinnin. Toimeksiantajan kanssa sovittiin aika loppuarvioinnille maaliskuussa 2020, jossa tarkoituksena oli arvioida valmistunutta opasta. Alkuperäinen tavoite oli pitää loppuarvioinnin yhteydessä osastotunti sairaalassa hoitohenkilökunnalle, joille opas esiteltäisiin ja sisään ajettaisiin ja aloitettaisiin täten oppaan tiedon sulauttamisprosessi hoitotyöntekijöiden käyttöön ja käytäntöön.

Kuitenkin kevään 2020 koronaviruspandemian vuoksi, jouduttiin loppuarviointi suorittamaan osastotunnin sijaan puhelimen välityksellä. Arvioinnissa sovittiin, että tekijät luovat lyhyen ja ytimekkään PowerPoint-katsauksen tekijöiden näkökulmasta oppaasta, sen tärkeistä asioista ja tarpeellisuudesta. PowerPoint toteutettiin sellaisessa muodossa, että osastonhoitaja voi esittää sen osastotunnilla hoitohenkilökunnalle, koska oppaan tekijät eivät voineet yhteiskunnallisten varoitusten ja rajoitusten vuoksi, jotka johtuvat koronaviruspandemiasta, mennä henkilökohtaisesti paikan päälle esittelemään opasta.

Päättämisvaiheeseen liittyy myös projektin pohdinta ja suunnittelu, mitä tuloksille tapahtuu jatkossa. Miten tuloksia aiotaan hyödyntää ja miten varmistetaan, että ne todella otetaan käyttöön. Projektin päättäminen voi olla haasteellista aikataulun venähtämisen ja liian vähäisten resurssien vuoksi projekti voi jäädä usein

päättämättä. Päättäminen on ensisijaisen tärkeää. Päättämiseen kuuluu loppuraportin kirjoittaminen, jossa kuvataan projektin tavoitteet, toiminta ja tulokset ja toteutunutta toimintaa verrataan projektisuunnitelmaan ja pohditaan mahdollisia eroavaisuuksia. Loppuraportissa kuvataan myös projektiorganisaatio ja projektin yhteistyötahot ja pohditaan saavutettujen tulosten hyödyntämistä ja kerrotaan projektissa tehdystä arvioinnista tai tulevista arvioinneista. (Paasivaara, ym. 2008, 137–138.)

Projektimme toimeksiantajan kanssa päättyi tuohon puhelimitse suoritettuun loppuarviointiin, jossa toimeksiantaja arvioi oppaan ja kertoi olevansa tyytyväinen oppaan lopputulokseen ja koki sen palvelevan työyhteisöään ja saavan oppaan hyötykäyttöön tulevaisuudessa perehdytykseen uusille työntekijöille sekä opiskelijoille. Toimeksiantaja kuvasi oppaan sisällöltään napakaksi yhteenvedoksi, joka on helppolukuinen ja visuaalisesti selkeä. Lisäksi toimeksiantaja oli sitä mieltä, että oppaan sisältö vastasi sovittua. Toimeksiantaja koki yhteistyön ammattikorkeakoulun ja opiskelijoiden välillä sujuvaksi ja aktiiviseksi ja toivoikin tulevaisuudessa samanlaista aktiivista ja toimivaa yhteistyötä. Arvioinnin päätteeksi sovittiin oppaan kirjallisen ja sähköisen version toimittamisesta sairaalan käyttöön. Opas toimitettiin postitse Sauvosaaren sairaalalle toimeksiantajan toiveesta ja samalla luovutettiin oikeudet toimeksiantajalle oppaan käyttöön ja muokkaamiseen tulevaisuudessa. Toimeksiantaja välitti sähköpostin välityksellä opinnäytetyön arviointikaavakkeen opiskelijoille.

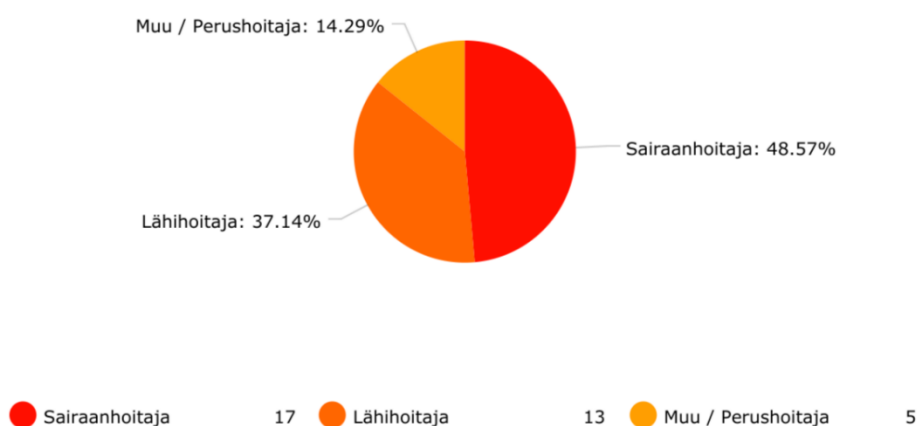
Tekijöiden osalta opinnäytetyön projekti päättyi suunnitellusti uuden aikataulun mukaisesti opinnäytetyön raportin palauttamiseen 9.4.2020. Opinnäytetyön projektin päättämisvaiheeseen kuului myös esitysseminaari Lapin ammattikorkeakoulussa, jossa opinnäytetyö esitettiin opponentille, ohjaajalle sekä opiskelijatovereille Adobe Connect -yhteyden välityksellä. Esitysseminaari toteutettiin myös aikataulun mukaisesti. Opinnäyte julkaistaan Theseukseen.

## 5 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

### 5.1 Kohderyhmän kokema väkivalta

Osana tätä opinnäytetyön suunnitelmaa toteutettiin pieni kysely, joka toteutettiin vastaajien vapaaehtoisuutta ja anonymiteettia kunnioittaen. Tutkimusaineisto hävitettiin asianmukaisesti aineiston analysoinnin jälkeen. Kysely toteutettiin Sauvosaaren sairaalan molemmilla osastoilla (osasto 1 & osasto 2). Kyselyllä haluttiin määrittää tarve tulevalle oppaalle sekä saada suoraan henkilökunnalta mahdollisia toiveita tulevaa opasta varten sekä arvioida projektin aiheen hyödyllisyyttä kohderyhmälle ja toimeksiantajan mahdollisuudesta hyödyntää tuotosta tulevaisuudessa.

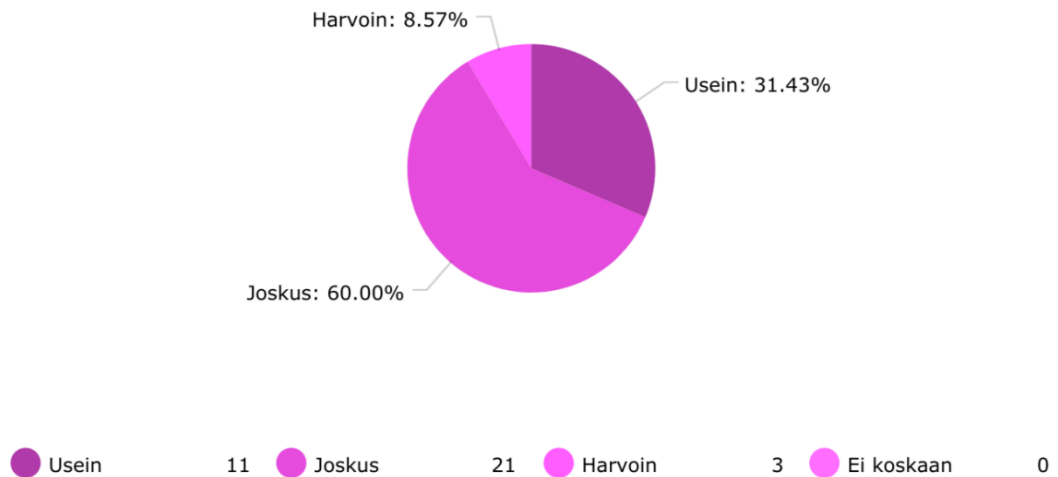
Kysely toimitettiin Sauvosaaren sairaalan koko hoitohenkilökunnalle, yhteensä 50 henkilölle ja takaisin vastauksia saatiin 35 vastaajalta. Vastausprosentti oli 72 %. Vastanneista sairaanhoitajia oli 49 % (n=17), lähihoitajia 37 % (n=13) ja muita/perushoitajia 14 % (n=5). (Kuvio 1.)



Kuvio 1. Kyselyyn vastanneiden ammattijakauma

Kyselyyn vastanneista jokainen oli jossain vaiheessa työuraansa kohdannut väkivaltaa potilaiden taholta. Vastanneista 31 % (n=11) oli kohdannut väkivaltaa usein, 60 % (n=21) joskus ja 9 % (n=3) harvoin. Sairaanhoitajista 6 oli kohdannut

väkivaltaa usein, 10 joskus ja 1 harvoin. Lähihoitajista vain yksi henkilö oli kohdannut väkivaltaa usein, 10 joskus ja 2 harvoin. Perushoitajista/muista 4 oli kohdannut usein väkivaltaa ja yksi henkilö joskus. (Kuvio 2.)



Kuvio 2. Hoitajien kohtaama väkivalta potilaan taholta

Kyselyssä oli myös avoin kysymys, johon jokainen vastaaja sai kertoa mielipiteitään kyselystä ja aiheesta sekä toiveitaan tulevaa opasta kohden. Palauteosioon vastasi yhteensä 11 henkilöä. Opinnäytetyön aihe koettiin tärkeänä ja tarpeellisenä. Osassa vastauksissa kerrottiin osastoilla ilmenevästä väkivallasta ja miten osastolla niihin on jo varauduttu. Osa koki osastolla ilmenevän väkivallan olevan lievää ja hallittavaa, osa taas koki väkivaltaa esiintyvän enemmänkin ja toivoi sen pohjalta mahdollista lisäkoulutusta tai -informaatiota aiheeseen tai käytännön esimerkkejä ja vinkkejä toimintaan.

## 5.2 Opas

Sauvosaaren sairaalan potilaskunnassa esiintyy paljon hoidettavia potilaita, joiden voisi katsoa kuuluvan aggressiivisen käyttäytymisen riskiryhmään. Opas tarjoaa tietoa riskiryhmistä ja niihin liittyvistä aggressiivista käytöstä lisäävistä riskeistä. Opas ohjaa tunnistamaan riskitekijöitä aggressiivisissa kohtaamisissa ja oppaan tiedon avulla voidaan ennaltaehkäistä tilanteita, jotka voisivat eskaloitua

väkivaltaisiksi. Opas tukee näihin tilanteisiin ennalta valmistautumista siitä löytyvän tieteellisesti laadukkaan ja luotettavan sekä hoitosuositusten mukaisen tiedon avulla. Opas tukee ja lisää hoitajien tietämystä aggressiivisen potilaan kohtaamiseen, jolloin pystytään ennaltaehkäisemään väkivaltatilanteita ja tällä pystytään tukemaan hoitajien ja potilaiden turvallisuutta hoitotyössä.

Opas on liitetty tämän opinnäytetyön loppuun (ks. liite 4).

## 6 POHDINTA

### 6.1 Opinnäytetyön pohdinta

Tämän opinnäytetyön tavoitteet tehtiin yhdessä toimeksiantajan kanssa, jotta ne antaisivat selkeän päämäärän sille, mitä opinnäytetyöllä ja oppaalla halutaan tuoda esiin. Opinnäytetyöllä ja oppaalla ja niiden sisältämällä tiedolla pyrittiin siihen, että hoitohenkilökunta osaisi niiden avulla toimia ennaltaehkäisevästi ja turvallisesti kohdatessaan aggressiivisen potilaan. Opinnäytetyöllä ja oppaalla haluttiin lisätä hoitohenkilökunnan tietoisuutta ja kykyä tunnistaa vuorovaikutustilanteissa esiintyviä väkivalta- ja turvallisuusriskejä sekä lisätä tietoa siitä, miten toimia niiden ilmetessä. Koska, kuten myös Sundell toteaa, ovat vuorovaikutustaidot uhkatilanteiden ennaltaehkäisyssä ja aggressiivisten potilaiden rauhoittelussa erittäin tärkeässä roolissa. (Sundell 2014, 55).

Opinnäytetyössä pyrittiin kuvaamaan aggressiota ja väkivaltaa ja niihin liittyviä käsitteitä niin, että tiedon avulla hoitohenkilökunta ymmärtää aggression syntyyn liittyviä syitä sekä pystyy tunnistamaan erilaisia väkivallan esiintyvyyden muotoja. Aggressiiviseen käyttäytymiseen liittyvät riskitekijät käsiteltiin myös opinnäytetyössä laajasti, niin tutkitun tiedon kuin kirjallisuuden kautta. Opinnäytetyössä aikaisempia tehtyjä tutkimuksia hyödyntämällä pyrittiin lisäämään tietoisuutta aggressiivisesta käyttäytymisestä ilmiönä ja tuomaan esille ilmiön yleisyyttä ja esiintyvyyttä, niin kotimaassa kuin ulkomailla. Piispa & Hulkko toteavat tilastokeskuksessa julkaistussa artikkelissaan terveyden- ja sairaanhoitotyön ammateissa olevan ylivoimaisesti eniten työväkivaltaa kokeneita sekä terveyden- ja sairaanhoitotyön ala kuuluu kolmeen riskialteimpaan ammattiin, joissa on työntekijöiden määrään nähden suurin todennäköisyys kohdata työväkivaltaa (Piispa & Hulkko 2010). Myös Kvasin & Seljakin (2014) tutkimuksesta tulee ilmi, että työpaikkaväkivaltaa esiintyy säännöllisesti sairaanhoidossa (Kvas & Seljak 2014, 344).

Opinnäytetyöllä haluttiin lisätä hoitohenkilökunnan tietoisuutta aggressiivisen potilaan kohtaamisesta ja siihen liittyvistä toimintatavoista, jotka liittyvät ennakkointiin, toimintaan itse tilanteessa sekä miten toimia tapahtuneen aggressiivisen kohtaamisen jälkeen. Opinnäytetyössä ja etenkin oppaan teksteissä pyrimme



tuomaan esille ennaltaehkäisyn tärkeyden aggressiivisen potilaan kohtaamisessa ja kuinka sen avulla voitaisiin ehkäistä tilanteen eskaloitumista väkivaltaiseksi. Tätä tukee Lehestön ym. (2004) teoksen toteamus: ”Tärkein yksittäinen tekijä, jolla on mahdollista estää väkivaltatilanteita, on ennakointi”.

## 6.2 Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys

Tutkimuseettisen neuvottelukunnan mukaan tieteellinen tutkimus voi olla eettisesti hyväksyttävää ja luotettavaa ja sen tulokset uskottavia vain, jos tutkimus on suoritettu hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012). Opinnäytetyö toteutettiin projektina, mutta omat tutkimukset huomioitiin näitä sääntöjä noudattaen. Myös muiden tekemät tutkimukset ja materiaalit aiheeseen liittyen tarkastettiin niiden eettisyyttä ja luotettavuutta arvioimalla kriittisesti projektiryhmän kanssa.

Opinnäytetyön eettisyyttä lisää se, että opinnäytetyön aiheeseen on tutustuttu perusteellisesti ja tekijät ovat tehneet itsensä esteettömiksi opinnäytetyön työstämiselle alusta loppuun asti. Tutkimuseettisiin ohjeistuksiin, henkilötietojen käsittelyyn ja tietosuojaan liittyviin periaatteisiin sekä Lapin ammattikorkeakoulun ohjeisiin tutustumalla on haluttu lisätä opinnäytetyön eettisyyttä. Opinnäytetyön ohjaajalta on myös selvitetty, tarvitseeko opinnäytetyö eettistä ennakoarviointia. (Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset suositukset 2020, 14.)

Opinnäytetyössä huomioitiin luotettavuus ja eettisyys koko prosessin ajan, projektin alusta projektin loppuun. Opinnäytetyössä käytettäviin lähteisiin suhtauduttiin kriittisesti ja niiden luotettavuus ja ajankohtaisuus huomioitiin, jotta opas sisältäisi vain ajankohtaista ja luotettavaa tietoa. Opinnäytetyössä on kuitenkin käytetty vanhempiakin teoksia lähteinä, mikäli käsiteltävistä aiheista ei löytynyt uudempaa tutkittua ja luotettavaa tietoa. Nämä lähteet on valittu harkiten ja hyväksytetty ajankohtaiseksi tiedoksi.

Tutkimuksessa on huomioitava ja kunnioitettava muiden tutkijoiden tekemää työtä viittaamalla heidän julkaisuihinsa asianmukaisella tavalla (Tutkimuseettinen neuvontakunta 2012). Tiedonhaussa käytettiin apuna tiedonhaun ammattilaisia ja tieto pohjautui ajantasaiseen ja tutkittuun tietoon. Opinnäytetyössä huomioitiin

plagioinnin välttäminen ja asianmukainen lähdeviittaus on tehty tekstiin sekä lähdeluettelo on toteutettu huolellisesti. Opinnäytetyön eettisyyttä lisää myös tekijöiden tietoisuus siitä, että opinnäytetyö on julkinen asiakirja ja se tarkistetaan plagiaatintunnistusjärjestelmässä. (Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset suositukset 2020, 14).

Opinnäytetyön eettisyyttä lisää se, että opinnäytetyön ja mahdollisten muiden opinnäytetöihin liittyvien julkaisujen kirjoittajuudesta ja tekijyydestä on sovittu sekä opinnäytetyön aineiston säilyttämisestä sekä omistus- että käyttöoikeuksista on sovittu kaikkien osapuolten hyväksymällä tavalla (Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset suositukset 2020, 14). Tässä opinnäytetyössä tämä tarkoittaa sitä, että opas sisältää tekijöiden ja kuvittajan nimet. Lisäksi sitä, että kuvittaja on luovuttanut kuvituksien omistus- ja käyttöoikeuden Sauvosaaren sairaalalle kuten myös tekijät oppaan omistus- sekä käyttöoikeuden.

Opinnäytetyössä käytetyt tutkimukset olivat luotettavia ja ajankohtaisia ja niitä kerättiin niin Suomesta kuin ulkomailta. Tutkimukset oli jokainen toteutettu eri sairaalassa tai yksikössä, eikä vain jossain yhdessä tietyssä, joka tuki tutkimustulosten todenmukaisuutta. Opinnäytetöihin tehtiin omiin pieniin tutkimuskyselyihin vastausprosentti oli vaihteleva, ja otos jäi pieneksi. Se johtuu siitä, etteivät kaikki työntekijät vastanneet kyselyyn. Saaduista vastauksista saatiin kuitenkin tarpeeksi kattava kuva ja ne analysoitiin oikeaoppisesti sekä niitä pystyttiin hyödyntämään opinnäytetyössä ja sen tekemisessä.

Opinnäytetyön luotettavuutta lisää myös se, että työtä on prosessin aikana arvioitu ajoittain niin opiskelijakollegoiden, toimeksiantajan kuin ohjaavan opettajan toimesta. Ohjaava opettaja otti koko prosessin ajan kantaa opinnäytetyön sisältöön ja antoi neuvoja ja vinkkejä siihen, miten työ vastaisi tarkoitukseen ja tavoitteeseen mahdollisimman hyvin. Toimeksiantajan kanssa järjestettiin niin sanottu väliarviointi, jossa käytiin läpi toimeksiantajan toiveitaan lopulliseen työhön. Tämä tapahtui ennen opinnäytetyön viimeistelyvaihetta ja sillä varmistettiin, että opinnäytetyön tuotos vastaa toimeksiantajan odotuksia ja tarpeita.

Opinnäytetyön edetessä hyödynnettiin projektipäiväkirjaa, jonka avulla kyettiin seuraamaan aikataulua ja prosessin etenemistä, sekä informaatiota ja vuorovai-

kutusta ohjausryhmään ja toimeksiantajaan sekä kohderyhmään, jotta kaikki olivat tietoisia tapahtuvista asioista ja tuotoksen edistymisestä. Opinnäytetyöhön haettiin ja allekirjoitettiin tarvittavat toimeksiantosopimukset ja tutkimusluvut ja toteutettiin Lapin ammattikorkeakoulun ohjeiden mukaisesti. Opinnäytetyön luotettavuutta ja eettisyyttä ylläpidettiin myös toimimalla niin kuin toimeksiantajan kanssa ennalta sovittiin, muun muassa aikataulusuunnitelman suhteen tai muutoksista informoimalla.

### 6.3 Opinnäytetyön ja oppaan hyödynnettävyys

Opinnäytetyön tuotos, eli opas tarkoitettiin hyödynnettäväksi Sauvosaaren sairaalan hoitohenkilökunnalle heidän työssään. Opas tuo esille luotettavaa tietoa tiiviissä paketissa aggressiivisen potilaan kohtaamiseen. Oppaan tietoa voidaan hyödyntää työelämässä ja etenkin kyseisessä sairaalassa, jossa potilaskirjo on laaja, auttaa opas ymmärtämään ja tukee hoitajien tietoa aggressiivisen potilaan kohtaamiseen liittyvistä toimintatavoista ja toimintamalleista.

Oppaan tietoa voivat hyödyntää myös opiskelijat, joilla käytännön kokemusta tai tietoa aiheesta ei välttämättä vielä kovin paljoa ole. Opas on hyödyllinen myös kokeneille hoitotyöntekijöille, koska sen kautta on nopea kerrata jo opittuja asioita ja ylläpitää tietämystään aiheesta. Oppaasta löytyvä muistilista toimintatavoista aggressiivisen potilaan kohtaamisesta on helppoa ja nopea keino palauttaa mieleen, mitä tilanteessa olisi hyvä muistaa ja miten toimia.

Opas tuotettiin niin fyysisenä kopiona kuin sähköisenä versiona Sauvosaaren sairaalan käyttöön. Opas tuotettiin niin sanotussa sähköisessä muodossa myös siksi, että siinä olevaa tietoa voidaan tulevaisuudessa tarvittaessa päivittää ajantasaiseksi.

### 6.4 Prosessin arviointi

Opinnäytetyö prosessina on toteutunut pääasiassa suunnitellun aikataulun mukaisesti. Hieman jouduttiin venyttämään loppuvaiheen aikataulutusta, mutta tästä

informoitiin kaikkia osapuolia yhteisymmärryksessä. Prosessin aikataulusta ja kuluista luotiin taulukko (kts. liite 4), josta ilmenee mitä missäkin prosessin vaiheessa tehtiin ja saatiin aikaiseksi ja miten prosessi eteni alusta loppuun.

Prosessin aikana opinnäytetyön tekemistä arvioitiin koko ajan. Kirjallista työtä työstäessä pohdittiin tiedon tarpeellisuutta ja analysoitiin kriittisesti vastaako tieto työelämän tarpeisiin. Opinnäytetyön valmistamisen aikana tehtiin jatkuvaa arviointia siitä, kuinka ilmaista käsiteltävää tietoa ja varsinkin oppaan kohdalla jouduttiin hyvinkin kriittisesti miettimään, mikä on oleellista ja mikä ei, jotta tieto saatiin mahdollisimman kattavasti mutta tiiviisti esitettyä oppaassa. Oppaan tekemisessä pohdintaa aiheutti myös se, kuinka saada siitä miellyttävä ja helposti luettava sekä lukijaa puhutteleva ja mielenkiintoa herättävä. Kuvitus tuki ja toimi hienosti osana tätä.

Opinnäytetyö prosessi kesti noin vuoden ja seitsemän kuukautta. Hankalista ja raskaistakin vaiheista huolimatta, motivaatio säilyi kohtuullisen hyvänä läpi prosessin. Näissä tilanteissa ohjaavan opettajan tuki sekä tekijöiden keskeinen toisten tukeminen auttoi näiden vaiheiden yli. Aiheen mielenkiintoisuus ja ajankoh-taisuus tukivat motivaation ylläpitämistä sekä halu oppia aiheesta lisää tuki tätä myös. Yhteistyö prosessin aikana niin tekijöiden kesken kuin toimeksiantajan kanssa toimi mutkattomasti. Työnjako ja tehtävät jaettiin selkeästi opinnäytetyön tekijöiden kesken yhteisymmärryksessä ja molempien vahvuuksia hyödyntäen. Opinnäytetyön tekijät panostivat tasapuolisesti työhön ja tukivat toisiaan prosessin alusta loppuun saakka.

## 6.5 Oma ammatillinen oppiminen

Opinnäytetyön tekeminen on opettanut paljon prosessin aikana aggressiivisen potilaan kohtaamisesta ja väkivaltatilanteiden ennaltaehkäisystä. Prosessin aikana huomattiin, että olemme toteuttaneet ennaltaehkäiseviä toimia yksilötasolla harjoittelujen ja työvuorojen aikana; huomioineet mitä kannamme mukamme, miten pukeudumme, kuinka olemme vuorovaikutuksessa potilaiden kanssa sekä mitä huomioimme ennen työvuoroa ja sen aikana. Olemme kokeneet hyvän debriefing- ja defusing-tilanteen omassa työssämme, joka on tuonut itsevarmuutta

opinnäytetyötämme ja opasta kohtaan. Olemme saaneet opinnäytetyön prosessin kautta paljon hyödyllisiä ohjeita siihen, minkälaisia käytäntöjä voimme omalla tekemisellämme tuoda työelämään.

Opinnäytetyön työstäminen on herättänyt paljon ajatuksia ja luonut keskustelua aiheesta, niin meidän tekijöiden kuin työkavereiden ja läheisten ympärillä. "Se on vain osa tätä työtä" on yleisin argumentti, jota olemme pohtineet paljon tämän työprosessin aikana. Ja sitä, miten potilaslähtöisen väkivallan nähdään normalisoituneen hoitotyöhön tietyllä tavalla. Vaikka näin ei tietenkään pitäisi olla. Jokaisella on oikeus turvalliseen työympäristöön ja työskennellä niin, ettei hänen fyysinen, psyykinen, henkinen tai sosiaalinen hyvinvointi vahingoitu. Lisäksi olemme pohtineet työnantajan osuutta turvallisen työympäristön luomisessa ja sitä, kuinka suuri vastuu siinä työnantajalla on. Laissakin asiasta on määrätty: "Työnantaja on tarpeellisilla toimenpiteillä velvollinen huolehtimaan työntekijöiden turvallisuudesta ja terveydestä työssä. Tässä tarkoituksessa työnantajan on otettava huomioon työhön, työolosuhteisiin ja muuhun työympäristöön samoin kuin työntekijän henkilökohtaisiin edellytyksiin liittyvät seikat." (Työturvallisuuslaki 738/2002 § 8.)

Tämän projektin tekeminen on opettanut paljon siitä, kuinka tehdä opas sosiaali- ja terveydenhuoltoalalle. Oppaan teon myötä olemme oppineet kuinka toimia aggressiivista potilasta kohdatessa ja minkälaisia jälkitoimia liittyy tapahtumaan tilanteen rauettua. Olemme myös oppineet vuorovaikutuksen ja kommunikoinnin keinoja, joita käyttää, kun kohdataan aggressiivisia potilaita. Työturvallisuus ja sen tärkeyden ymmärtäminen ovat nousseet tärkeäksi opiksi opinnäytetyön kautta. Ennen kaikkea olemme saaneet ja oppineet keinoja, joiden avulla turvata tulevassa työssä niin omaa, työkavereiden kuin potilaiden turvallisuutta. Opinnäytetyö prosessin kautta olemme saaneet varmuutta aiheeseen ja sen kautta saamien tietojen avulla voimme omalla esimerkillämme ohjata ja auttaa tulevia työkollegoita vahvistamaan ja lisäämään työturvallisuutta työssään.

## 7 JOHTOPÄÄTÖKSET

Opinnäytetyön valmistuttua johtopäätökseksi nousi aiheen yleisyys ja esiintyvyys hoitotyössä. Aiheen yllä tuntui olevan vielä jonkin asteinen tabu ja siitä vaietaan ehkä liiankin helposti. Vaikka aiheesta on uutisoitu paljon ja keskustelua aiheesta tapahtuu niin sosiaalisessa mediassa kuin erilaisilla keskustelupalstoilla ja foorumeilla, on aihe vielä melko vähän tieteellisesti tutkittu ja uusia tietolähteitä löytyi rajallisesti.

Tärkeäksi johtopäätökseksi nousi myös ennaltaehkäisyn tärkeys aggressiivisen potilaan kohtaamisessa. Ennakoiva asenne ja ennalta suunnitellut toimintamallit nousivat tärkeimmäksi yksittäiseksi työturvallisuutta parantavaksi tekijäksi terveydenhuollossa. Aggressiiviset ja väkivaltaiset tilanteet tapahtuvat usein nopeasti ja yhtäkkiä, mutta jos muistissa on edes jonkinlainen toimintamalli tilanteeseen liittyen, auttaa se tilanteen selvittelyä ja sen nopeaa ratkaisemista ja päättämistä sekä lisää turvallisuutta niin hoitohenkilökunnan kuin potilaan kannalta. Vuorovaikutustaitojen tärkeys nousi myös esille uhkatilanteiden ennaltaehkäisyssä ja aggressiivisten potilaiden kohtaamisessa ja rauhoittelussa. Hyvien vuorovaikutustaitojen avulla useat tilanteet, joissa potilas on kiihtynyt tai aggressiivinen ovat ratkaistavista vuorovaikutuksen keinoja hyödyntäen.

Opinnäytetyötä valmistaessa esille nousi myös erilaiset koulutukset aiheeseen liittyen. Niitä on kuitenkin tarjolla rajallisesti sekä useat ovat melko kalliita yksittäisen työntekijän kustantaa itselleen. Työnantajat tarjoavat niitä vaihtelevasti, ja niihin osallistuvat usein vakituiset työntekijät. Kun taas sijaiset ja opiskelijat voisivat hyötyä niistä enemmän, mutta pääsevätkö he niihin, se onkin toinen juttu. Siinä voisi olla kehityskohde tulevaisuudelle tai aihe opinnäytetyölle. Koulutustilanne aggressiivisen potilaan kohtaamisesta tai tutkimus esimerkiksi Lapin alueen hoitajien kokemuksista aggressiivista potilaista voisivat olla tulevaisuudessa tutkittavia ja toteutettavia aiheita.

Yhdeksi johtopäätökseksi nostaisimme oman oppimisen kannalta sen, että hoitotyön koulutuksessa aihe on melko vähän käsitelty. Aiheesta tulisi sisältyä koulutukseen enemmän, koska työelämässä tämä on valitettava, mutta melko ylei-

nen ilmiö. Siihen on opiskelijan tai vastavalmistuneen, jolla ei käytännönkokemusta paljoa ole, melko vaikea valmistautua, ellei siihen saa riittävästi tietoa tai koulutusta. Lisäkoulutus olisi tarpeen myös siitä näkökulmasta, ettei tällaista haastavaa asiaa joutuisi oppimaan niin sanotusti kokemuksen myötä. Aiheen laajempi käsittely koulutuksen aikana tukisi tulevassa työssä niin omaa, kuin potilaan turvallisuutta.

## LÄHTEET

- Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset suositukset 2020. Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto Arene ry. Viitattu 31.3.2020  
[http://www.arene.fi/wp-content/uploads/Raportit/2020/AMMATTIKORKEAKOULUJEN%20OPINN%C3%84YTET%C3%96IDEN%20EETTISET%20SUOSITUKSET%202020.pdf?\\_t=1578480382](http://www.arene.fi/wp-content/uploads/Raportit/2020/AMMATTIKORKEAKOULUJEN%20OPINN%C3%84YTET%C3%96IDEN%20EETTISET%20SUOSITUKSET%202020.pdf?_t=1578480382).
- Bidzan, L., Bidzan, M. & Paçhalska, M. 2012. Aggressive and impulsive behavior in Alzheimer’s disease and progression of dementia, *Med Sci Monit*, 2012; 18(3).
- Blando, D.J., O’Hagan, E., Casteel, C., Nocera, M-A. & Peek-Asa, C. Impact of hospital security programmes and workplace aggression on nurse perceptions of safety. *Journal of Nursing Management* 2013, 21, 491–498. Blackwell Publishing Ltd.
- Cipriani, G., Lucetti, C., Danti, S., Carlesi, C. & Nuti, A. 2016. Violent and criminal manifestations in dementia patients. *Geriatrics Gerontology international* Vol 16, 541–549.
- Gotovac, K., Perković, M. N., Pivac, N. & Borovečki, F. 2016. Biomarkers of aggression in dementia. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 69 (2016) 125–130.
- Havio, M., Inkinen, M. & Partanen, A. 2008. Päihdehoitotyö. 5., uudistettu painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Hentinen, K., Iija, A. & Mattila, E. 2009. Kuuntele minua – mielenterveystyön käytännön menetelmiä. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Hietaharju, P. & Nuutila, M. 2016. Käytännön mielenterveystyö. 4., uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Hirsijärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. 13., osin uudistettu painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Hyvän hoidon kriteeristö 2016. Muistiliitto. 2016. Viitattu 31.1.2020  
[http://www.muistiliitto.fi/files/3014/7445/2088/Hyvan\\_hoidon\\_kriteeristo\\_2016.pdf](http://www.muistiliitto.fi/files/3014/7445/2088/Hyvan_hoidon_kriteeristo_2016.pdf).
- Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa 2012. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Viitattu 6.12.2018.  
[https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK\\_ohje\\_2012.pdf](https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf).
- Holmberg, J. 2016. Hoitajana mielenterveys- ja päihdetyössä.1. painos. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.
- Karvinen, M. 2010. Väkivalta tunkee sairaalaan. *Sairaanhoitaja – Sjuksköterskan* 3/2010 vol 83, 12–17.



Keiski, P. 2008. Potilaan kokemus omasta aggressiivisuudestaan psykiatrisessa osastohoidossa. Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Kelo, S., Launiemi, H., Takaluoma, M. & Tiittanen, H. 2015. Ikääntynyt ihminen ja hoitotyö. 1. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kemin kaupunki 2020. Terveyspalvelut, Sauvosaaren sairaala. Viitattu 17.1.2019 <http://www.kemi.fi/palvelut/terveyspalvelut/sauvosaaren-sairaala/>.

Keronen, M. 2012. Aggressiivisen asiakkaan kohtaaminen. TESSO 7 2012 4.vuosikerta, 34–37.

Kettunen, S. 2009. Onnistu projektissa. 2., uudistettu painos. Helsinki: WSOYpro.

Kuivalainen, S., Vehviläinen-Julkunen, K., Putkonen, A., Louhenranta, O. & Tiitonen, J. 2014. Violent behaviour in a forensic psychiatric hospital in Finland: an analysis of violence incident reports. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 2014: 21, 214–218, John Wiley & Sons Ltd.

Kvas, A. & Seljak, J. 2014. Unreported workplace violence in nursing. *International Nursing Review* Vol 61, 344–351.

Laurila, J., Pitkälä, K. & Rahkonen T. 2006. Dementiapotilaan äkillisen sekavuusoireyhtymän hoito -opas lääkäreille ja hoitohenkilökunnalle. Kuopio: Kuopion Liikekirjapaino Oy.

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

Muistiliitto 2017. Muistisairaudet. Muistisairaahan ihmisen kohtaaminen – vaikeat tilanteet. Viitattu 31.1.2020  
<https://www.muistiliitto.fi/fi/muistisairaudet/erityiskysymyksia/muistisairaahan-ihmisen-kohtaaminen/vaikeat-tilanteet>.

Paasivaara, L., Suhonen, M. & Nikkilä, J. 2008. Innostavat projektit. Helsinki: Suomen Sairaanhoidajaliitto Ry.

Pelin, R. 2009. Projektihallinnan käsikirja. 6., uudistettu painos. Helsinki: Projektijohtaminen Oy Risto Pelin.

Piispa, M. & Hulkko, L. 2009. Työväkivalta on yleistä terveys- ja sosiaalialojen ammattiteissa. *Hyvinvointikatsaus* 3/2009. Tilastokeskus. Viitattu 24.11.18  
[http://www.stat.fi/artikkelit/2009/art\\_2009-09-30\\_002.html?s=0](http://www.stat.fi/artikkelit/2009/art_2009-09-30_002.html?s=0).

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

Rautava-Nurmi, H., Westergård, A., Henttonen, T., Ojala, M. & Vuorinen, S. 2016. Hoitotyön taidot ja toiminnot. 4.–5. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Rikksentorjuntaneuvosto 2018. Työpaikkaväkivalta. Viitattu 16.12.2018  
<https://rikksentorjunta.fi/tyopaikkavakivalta>.

Rissanen, T. 2002. Projektilla tulokseen. Jyväskylä: Kustannusosakeyhtiö Pohjantähti.

Saarnio, R. 2009. Fyysisten rajoitteiden käyttö vanhusten laitoshoidossa. Väitöskirja. Oulu: Oulu University Press. Viitattu 6.4.2020.  
<http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789514292088.pdf>.

Sairaanhoitajaliitto. Sairaanhoitajien eettiset ohjeet 2014. Viitattu 11.12.2018  
<https://sairaanhoitajat.fi/jasenpalvelut/ammattillinen-kehittyminen/sairaanhoitajan-eettiset-ohjeet/>.

Sandström, M. 2010. Psyyke ja aivotoiminta, neurofysiologinen näkökulma. 1. painos. Helsinki: WSOYpro Oy.

Silfverberg, P. 2007. Ideasta projektiksi, projektin vetäjän käsikirja. 1. painos. Helsinki: Edita Publishing Oy.

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

Sosiaali- ja terveysalan eettinen perusta 2011. Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE- julkaisuja 32. Helsinki: ETENE. Viitattu 31.3.2020 <https://etene.fi/documents/1429646/1559058/ETENE-julkaisuja+32+Sosiaali-+ja+terveysalan+eettinen+perusta.pdf/13c517e8-6644-4fa5-8c5f-193cfdce9841/ETENE-julkaisuja+32+Sosiaali-+ja+terveysalan+eettinen+perusta.pdf>.

Sundell, L. 2014. Työkaverina pelko, väkivaltariskien ennakointi ja hallinta. Juva: PS-kustannus.

Vernerinet.net. 2017. Haastava käyttäytyminen. Viitattu 31.1.2020 <https://vernerinet.net/yleis/haastava-kayttaytyminen>.

Vilka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Terveystuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet 2020. Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE-julkaisuja 1. Helsinki: ETENE. Viitattu 5.4.2020  
<https://etene.fi/documents/1429646/1559098/ETENE-julkaisuja+1+Terveystuollon+yhteinen+arvopohja%2C+yhteiset+tavoitteet+ja+periaatteet.pdf/4de20e99-c65a-4002-9e98-79a4941b4468/ETENE-julkaisuja+1+Terveystuollon+yhteinen+arvopohja%2C+yhteiset+tavoitteet+ja+periaatteet.pdf>.

Tew, J. 2011. Social Approaches to mental distress. Iso-Britannia: Palgrave Macmillan.

Työturvallisuuslaki 738/2202. Viitattu 12.2.2020  
<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2002/20020738>.

## LIITTEET

Liite 1. Kyselylomake

Liite 2. Palautelomake

Liite 3. Opinnäytetyön projektin kulku

Liite 4. Opas

Liite 1. Kyselylomake

1(1)

Inka Arpiainen  
2018  
Satu Jurvansuu  
Sairaanhoitaja AMK

Syksy

Opinnäytetyön kyselylomake 1

Hoitajien kokemus osastoilla esiintyvistä väkivaltatilanteista

*Kyselyllä kartoitetaan Sauvosaaren sairaalan hoitohenkilökunnan kokemuksia osastoilla esiintyvistä väkivaltatilanteista. Kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista ja kysely toteutetaan nimettömästi. Kyselyä hyödynnetään tulevassa opinnäytetyössämme. Toivoisimme teidän vastaavan kyselyyn syyskuun loppuun mennessä.*

*Ympyröikää omaa näkemystänne vastaava vaihtoehto kyselyyn vastatessanne. Kyselyn lopussa olevaan Palaute -osioon voitte halutessanne kirjoittaa myös mahdollisia toiveitanne tulevaan "Opas aggressiivisen/väkivaltaisen potilaan kohtaamiseen ennaltaehkäisyn näkökulmasta" -ohjekirjaan.*

*Kiitos vastauksistanne!*

1. Mikä on ammattinimikkeesi?
  - a) Sairaanhoitaja
  - b) Lähihoitaja
  - c) Jokin muu
  
2. Kauanko olet työskennellyt Sauvosaaren sairaalassa?
  - a) 0-3 vuotta
  - b) 3-6 vuotta
  - c) 6-9 vuotta
  - d) yli 9 vuotta
  
3. Sukupuolesi?
  - a) Nainen
  - b) Mies
  - c) Jokin muu

4. Kohtaatko työssäsi potilaiden aggressiivista tai väkivaltaista käyttäytymistä?
  - a) Usein
  - b) Joskus
  - c) Harvoin
  - d) En koskaan
  - e) En osaa sanoa
  
5. Oletko nähnyt työtovereihisi kohdistuvaa aggressiivista tai väkivaltaista käytöstä?
  - a) Usein
  - b) Joskus
  - c) Harvoin
  - d) En koskaan
  - e) En osaa sanoa
  
6. Kokemustesi perusteella oletko kokenut enemmän väkivaltaista käytöstä
  - a) Naispotilailta
  - b) Miespotilaita
  - c) Muun sukupuolisilta potilailta
  - d) Saman verran kaikilta
  - e) En osaa sanoa
  
7. Onko kokemasi väkivalta laadultaan enemmän...
  - a) Fyysistä
  - b) Henkistä
  - c) Kumpaakin
  - d) En osaa sanoa
  
8. Koetko aggressiiviset tai väkivaltaiset potilaat pelottavina?
  - a) Kyllä
  - b) Ei
  - c) En osaa sano
  
9. Onko kokemasi väkivalta tai aggressiivisuus muuttanut käyttäytymismallajasi hoitotyössä?
  - a) Kyllä
  - b) Hieman
  - c) Hetkellisesti
  - d) Ei tai en ole kokenut tällaisia tilanteita
  - e) En osaa sanoa

3(3)

10. Oletko saanut koulutusta tai ohjeistusta siitä, kuinka kohdata aggressiivinen tai väkivaltainen potilas?

- a) Kyllä
- b) En ollenkaan
- c) Jonkin verran
- d) En osaa sanoa

11. Koetko osaavasi toimia tilanteissa, joissa esiintyy aggressiivisuutta tai väkivaltaisuutta potilaan taholta?

- a) Kyllä
- b) En
- c) Jonkin verran
- d) En osaa sanoa

12. Toivoisitko lisäkoulutusta tai -ohjeistusta aiheeseen liittyen?

- a) Kyllä
- b) Ei
- c) En osaa sanoa

13. Palaute

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



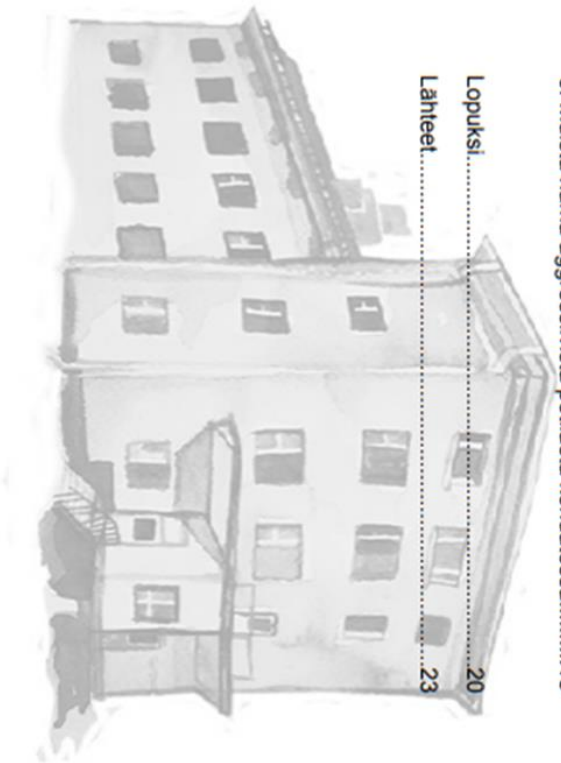
Elokuu 2018	Ensimmäinen yhteydenotto toimeksiantajaan. Sähköpostitse viestittelyä aiheen valinnasta.
Syyskuu 2018	Ensimmäinen tapaaminen, kyselyn tekeminen, ohjausta, materiaalin keräystä, suunnitelmavaiheen toteutus.
Maaliskuu 2019	Toimeksiantosopimusten ja tutkimuslupien allekirjoitus toimeksiantajan kanssa, kuvittajan kanssa yhteydenotto ja skype-kokous. Toimeksiantajan yhteyshenkilön vaihtuminen.
Toukokuu 2019	Prototyypin valmistaminen yhdessä kuvittajan kanssa ja valmistusvaiheen hyväksyminen ohjaajalta. Opinnäytetyön ohjaajan vaihtuminen.
Elokuu 2019	Prototyyppi oppaasta toimeksiantajalle palautelomakkeen kanssa. Palautelomakkeen analysointi.
Joulukuu 2019	Yhteydenotto toimeksiantajaan ja ohjaajaan aikataulun viivästymisestä.
Tammikuu 2020	Opinnäytetyön viimeistelyvaihe. Tutkimusten lisäys, tekstin hiominen, oppaan valmiiksi tuominen
Helmi-huhtikuu 2020	Opinnäytetyön loppuarviointi toimeksiantajalle, ohjaajan konsultointi, esitysseminaariin osallistuminen



**SAUVOSAAREN SAIRAALA****OPAS AGGRESSIIVISEN POTILAAN  
KOHTAAMISEEN  
HOITOHENKILÖKUNNALLE**

## SISÄLLYS

Lukijalle.....	3
1. Aggressio ja väkivalta sekä sen muodot.....	4
2. Väkivaltaisista käyttäytymistä lisäävät riskit.....	6
3. Aggressiivisen käyttäytymisen ennaltaehkäisy.....	10
4. Väkivaltatilanteessa toimiminen.....	14
5. Jälkihoimet väkivaltatilanteen jälkeen.....	16
6. Muista näistä aggressiivisista potilasta kohdatessa.....	18
Lopuksi.....	20
Lähteet.....	23



## LUKIJALLE

Tämä opas sisältää hoitotyössä hyödynnettäviä ennaltaehkäiseviä keinoja kohdatessa aggressiivisia potilaita. Oppaan tietoperusta on kerätty ajankohtaisesta kirjallisuudesta, tutkimuksista ja artikkeleista. Materiaalia on kerätty sähköisesti sekä manuaalisesti ainetta käsittelevistä kirjoista ja julkaisuista.

Tämän oppaan ovat tehneet sairaanhoitajaopiskelijat Inka Arpiainen ja Satu Jurvansuu oppinnäytetyönä Lapin ammattikorkeakoulussa, yhteistyössä Savosaaren sairaalan kanssa. Oppaan kuvituksesta on vastannut kuva-artsaani Mira Lohilahti Raahen Lybeckerin opistosta.

Tämän oppaan tarkoituksena on antaa valmiuksia ja keinoja hoitohenkilökunnalle kohdata aggressiivinen potilas sekä tietoa, kuinka ennaltaehkäistä aggressiivisten tilanteiden kehittymistä.

Oppaan tavoitteena on, että sen avulla hoitohenkilökunta osaa toimia ennaltaehkäisevästi sekä turvallisesti kohdatessaan aggressiivisen potilaan.



## AGGRESSIO JA VÄKIVALTA SEKÄ SEN MUODOT

### AGGRESSIO

Aggressio on ihmiselle luontainen reagointitapa. Aggressio voidaan määritellä vietiksi, reaktioksi turhautumiseen tai optiiksi käyttökseksi. Aggressioon sisältyy useita tunteita kuten suuttumus, vihamielisyys, raivo ja mielihyvä. Syt aggressiivisuuteen liittyvät ihmisen biologiaan, kokemusmaailmaan, persoonallisuuteen, psyykkiseen kehitykseen sekä ympäristöön ja sen vaikutuksiin. Aggressiivinen käyttäytyminen määritellään toisiin yksilöihin tai ympäristöön kohdistuvaksi tahalliseksi, vahingoittavaksi tai häiritseväksi käyttäytymiseksi.

### VÄKIVALTA

Väkivallalla käsitetään sanallisen tai fyysisen vallan käyttöä, jonka tarkoituksena on kajoja toisen ihmisen koskemattomuuteen ilman siihen suostumusta. Väkivallaksi katsotaan mikä tahansa hyökkäävä käyttäytyminen, jonka tarkoituksena on tietoisesti vahingoittaa toista ihmistä.

Väkivallan eri muotoja ovat:

- 1) Fyysinen väkivalta  
Esiintyvyyksimuotoja ovat muun muassa hakkaaminen, kiinnipitäminen, esittäminen, potkiminen, pureminen, raapiminen, puukottaminen, tönnäminen, lyöminen, raiskaus, ampuminen tai mikä tahansa muu fyysinen pahoinpitely.

4



- 2) Seksuaalinen väkivalta  
Esiintyy niin verbaalisena kuin fyysisenä ja käsittää kaikki sellaiset väkivaltaiset käyttäytymistavat, jotka perustuvat sukupuoleen tai seksuaalisuuteen.

- 3) Henkinen ja psykologinen väkivalta

Esiintyvyyksimuotoja ovat sanallinen loukkaaminen, kiusaaminen, häirintä, uhkailu, pelottelu, seurailu, solvaaminen, kiroilu, huutaminen, kritisointi, syyllistäminen ja huonommuudentunteen aiheuttaminen. Myös passivisaggressiivinen lähestymistapa on yksi muoto ja se käsittää puhumattomuuden, kieltäytymisen kontaktista, ylimielisen ja halveksuvan asenteen, asioiden laiminlyönnin ja toisen suoritusten huomiotta jättämisen.

Yhteistä kaikille väkivallan muodoille on se, että ne voivat haitata väkivallan uhrin fyysisiä, henkisiä, hengellisiä tai sosiaalisia kehitystä riippumatta siltä, ovatko teot tahallisia.

### TYÖVÄKIVALTA

Määritellään tapahtumiksi, joissa henkilöä loukataan sanallisesti, uhataan tai pahoinpidellään hänen työhönsä liittyvissä oloissa, jotka suoraan tai epäsuorasti vaarantavat hänen turvallisuuttaan, hyvinvointiaan tai terveystään. Työpaikkaväkivallalla voi liimellä minä tahansa yllä mainittuina väkivallan muotoina.

Työpaikkaväkivallalla voi olla työpaikan sisäistä, jolloin tekijänä on esimerkiksi työtoveri tai työpaikan ulkopuolelta tulevaa. Työpaikan ulkopuolelta tulevaa työpaikkaväkivaltaa voidaan asiakastyössä kutsua asiakastyöväkivallaksi, jolla tarkoitetaan työpaikan ulkopuolisen tahon, esimerkiksi asiakkaan, potilaan, palvelun käyttäjän tai omaisen taholta työntekijään kohdistuvaa väkivaltaista käyttäytymistä.

5

## VÄKIVALTAISTA KÄYTTÄYTYMISTÄ LISÄÄVÄT RISKIT



### PÄIHTEET

Sosiaali- ja terveysalalla tilastojen mukaan suurin väkivallan vaara aiheutuu alkoholihumalaisista, huumausaineen käyttäjistä ja sekakäyttäjistä koostuvista asiakkaista, omaisista ja saattajista. Runsas päihteidenkäyttö aiheuttaa muun muassa unettomuutta, ahdistusta, masennusta ja paniikkihäiriötä, jotka voivat aiheuttaa persoonallisuuden muutoksia, esimerkiksi aggressiivisuutta ja paranoiaa.

Päihteen käyttäjän aggression ja väkivaltaisuuden taustalla on usein itSENSÄ tai tilanteen hallitsemattomuuden pelko. Päihteet heikentävät kontrollikykyä ja voivat laukaista väkivaltaista käyttäytymistä. Päihtynyttä potilasta on aina pidettävä mahdollisena suuremman riskin väkivaltauhkana.

### MIELENTERVEYSONGELMAT

Mielenterveysongelmien ja väkivaltariskin välillä on selvä yhteys. Oman käyttäytymisen hallinta ja impulssikontrolli ovat psyykkisesti sairailia ihmisillä usein puutteellisia.

Mielenterveydellisiä ongelmia, joissa esiintyy levottomuutta, sekavuutta, aistiharhoja tai aggressiivisuutta, ovat psykoosi, maaninen psykoosi, kaksisuuntainen mielialahäiriö, skitsofrenia, persoonallisuushäiriöt (paranoidinen-, asosiaalinen-, passivisvihanmielinen persoonallisuushäiriö).



## MUISTISAIRAUDET

Muistisairaus vaikuttaa usein heikentävästi aivojen otsalohkon toimintaan, joka hankaloittaa normimmukaista käyttäytymistä. Tästä voi seurata, että muistisairas voi ilmaista tunteitaan ja tarpeitaan tavallista avoimemmin. Otsalohkon heikentyneen toiminnan vuoksi muistisairaahan käyttäytyminen voi ajoittain olla hallitsematonta ja estotonta.

Monissa neurologisissa sairauksissa esiintyy käyttäsoireita ja vaikeutta hallita aggressiota. Etenevistä muistisairauksista yleisimpiä ovat Alzheimerin tauti, Lewyn kappale -tauti, vaskulaarinen kognitiivinen heikentyminen, Parkinsonin taudin aiheuttama muistisairaus, otsaohimolohkorappeumat ja alkoholin aiheuttamat. Käyttösoireita voi esiintyä sairauden jokaisessa vaiheessa. Yleisiä käyttösoireita ovat aggressiivisuus, masennus, motorinen levottomuus ja vaino- ja varastamisharhat.

## KEHITYSVAMMAISUUS

Kehitysvammaiset ovat hieman taipuvaisempia käyttäytymään aggressiivisesti kuin muu väestö. Kehitysvamman taustalla oleva aivoperäinen ongelma voi selittää tätä käyttäytymistä. Usein kyse on yksinkertaisesti kehitysvamman mielekkään tekemisen puutoksesta, meluisasta ympäristöstä tai henkilö voi muulla tavalla kokea olonsa epämiellyttäväksi.

## OMAISET, SAATTAJAT JA VIERAILIJAT

Terveystieteiden tutkimuksissa esiintyy vaihtelevan paljon potilaita läheisten, saattajien tai vierailijoiden aiheuttamia uhkaavia tilanteita ja jopa suoranaista väkivaltaa. Heidän häiriökäyttäytymisensä syyt ovat pitkälti samoja kuin potilaidenkin: tyytymättömyys saatuun kohteluun, hoitoon tai palveluun, pitkät odotusajat sekä päihitymistila.

## MUITA TEKIJOITA

Aggressiivisen käyttäytymisen riskiä kasvattavat muun muassa sairaudesta tai saadusta vammasta aiheutuva stressi ja häätä, tyytymättömyys esimerkiksi saatuun kohteluun ja jonotusajkaan tai hoitoon pääsyyn liittyvät ongelmat.

Yleensä iäkkäillä potillailla esiintyvä delirium eli sekavuus, voi lisätä aggressiivisen käyttäytymisen riskiä. Deliriumin voi laukaista esimerkiksi äkillinen infektio, kuten virtsateinfektio tai keuhkokuume, aivoverenkierron häiriö, aineenvaihdunnan häiriöt, lääkkeet ja leikkaukset. Tyypillistä deliriumissa on vanhuksen tajunnan hämärtyminen ja heikentynyt tietoisuus ympäristöstä sekä keskittymiskyvyn puuttuminen ja huomion ylläpitäminen.

## AGGRESSIIVISEN KÄYTTÄYTYMISEN ENNALTAEHKÄISY

### VALMISTAUTUMINEN JA ENNAKOINTI

Ennakoiva asenne sekä työyksiköissä tehdyt ennalta suunnitellut ja harjoitellut toimintamallit ovat terveydenhuolion kaikkein tärkeimpiä työturvallisuutta parantavia tekijöitä. Yksinyöskentelyn välttäminen on yksi keskeisin työnsuunnitteluun liittyvä tekijä. Jokaisen työvuoron alussa työntekijöiden olisi hyvä miettiä mahdollisia työturvallisuusriskejä, joita vuoron aikana saattaa ilmaantua.

Esitietojen pohjalta voidaan alustavasti arvioida potilaan hoitamisessa mahdollisesti ilmeneviä ongelmia. Mikäli työntekijä tuntee hankalaksi mielleilyn potilaan entuudestaan, voi hän valmistautua kohtaamiseen etukäteen varmistamalla työympäristön ja kohtausitilanteen turvallisuuden sekä tiedottaa tilanteesta etukäteen muille työntekijöille.



10

### TYÖYMPÄRISTÖN TURVAAMINEN

Lähtökohtana tilojen turvallisuuden suunnittelussa tulisi olla se, että jokaisessa tilassa, jossa ollaan kanssakäymisessä potilaiden kanssa, tulee olla mahdollisuus työskennellä ja tilanteen vaalissa myös poistua turvallisesti.

Työnantajan tulee suunnitella ja toteuttaa työympäristö siten, että työtilat ovat soveltuvia tarkoituksensa sekä olosuhteet ovat turvalliset työn tekemiselle. Väkivaltanskien hallinnan kannalta tämä tarkoittaa työntekijöiden eli erilaisten palvelupisteiden rakenteellisten ratkaisujen turvallisuutta.

Mycs kalusteiden turvallisuuteen liittyy asioita, jotka uhkatilanteessa saattavat olla ratkaisevassa asemassa väkivaltalaisen teon toteutuksen hidastamisen ja tilanteesta poistumisen kannalta. Kalusteiden tulee olla riittävän kestäviä ja mitoitettu siten, että ne uhkatilanteessa hidastavat hyökkääjän toimintaa ja helpottavat tilasta poistumista. Poistumiseen tarkoitettujen ovien täytyy aueta poistumisuuntaan ja ovien tulee olla avattavissa suoraan kahvasta.

Työympäristön silisteys ja järjestys, selkeät opasteet sekä valaistukseen ja luonnolliseen valvontaan liittyvät tekijät vaikuttavat työympäristön turvallisuuteen tarkasteltaessa asiaa erityisesti väkivaltanskien kannalta.



11



## TYÖASU JA MUKANA KULKEVAT VÄLINEET

Henkilökunnan työasun tulisi olla liikkumisen mahdollistavaa materiaalia. Lisäksi työasun olisi hyvä olla neutraali ja kantaa ottamaton. Neutraali työasu luo turvallisuuden tunnetta potilaille. Kellot, sormukset, kaula- ja korvakorut, lävistykset ja pitkät kynnet voivat väkivaltatilanteessa aiheuttaa puolustauduttaessa vahinkoa hyökkääjälle eli potilaalle, minkä vuoksi niitä ei tulisi käyttää hoitotyössä.

Hoitohenkilökunnalla on usein taskuissa tai käsissä mukana työtehtävissä erilaisia välineitä, kuten avaimia, kyniä, sakset, lääkeruiskuja tai erilaisia astioita. Välineitä mukana kantaessaan hoitohenkilökunnan olisi hyvä muistaa niiden merkitys suojautumisen- ja pelastusvälineinä, mutta erityisesti niiden merkitys loukkaantumisriskiä lisäävinä välineinä. Esimerkiksi avaimia pidetään usein kaulalla nauhassa. Jos nauhan avaamismekanismi on puutteellinen, voi aggressiivinen potilas käyttää avainnauhaa kuristamiseen.



12

## VÄKIVALTAISEN KÄYTTÄYTYMISEEN LIITTYVIEN ENNUSMERKKEIEN TUNNISTAMINEN

Väkivaltaista käytöstä voi edeltää useita erityyppisiä niin sanottuja ennusmerkkejä potilaan käyttäessä. Ennusmerkit voidaan jakaa verbaalisiin ennusmerkkeihin, tunteiltaan liittyviin ennusmerkkeihin, fyysisiin ennusmerkkeihin, käytöksen ennusmerkkeihin sekä muihin ennusmerkkeihin.

Verbaalisia ennusmerkkejä ovat solvaava kielenkäyttö, uhkailu ja syytely, kirosu ja epäluuloinen puhe. Tunnetiltaan liittyviä ennusmerkkejä ovat kireys, kiihkyneisyys ja ärtyneisyys sekä ahdistus. Fyysisiä ennusmerkkejä ovat motorinen levottomuus, tuijottaminen ja puhumattomuus sekä muuttuminen vetäytyväksi tai takertuvaksi. Käytöksen ennusmerkkejä ovat ovien paukuttelu, äänen korottaminen sekä riidan haastaminen. Muita ennusmerkkejä voivat olla lääkkeistä kieltäytyminen, potilaiden klikkityminen ja osaston levoton ilmapiiri.

Ennusmerkkien ilmetessä on tärkeää kartoittaa nopeasti uhan vakavuus ja sen mukaan hälyttää lisäapua paikalle. Tässä vaiheessa uhkaava väkivaltainen yhteenotto olisi vielä mahdollista estää. Uhkaavan henkilön kanssa ei kannata jäädä yksin, vaan poistua tilanteesta ja kutsua lisäapua paikalle.

13

## VÄKIVALTATILANTEESSA TOIMIMINEN

Haastavassa poliisistilanteessa on tärkeää vastaanottaa ja tunnustaa poliiaan tunteita, kuunnella ja näyttää hänelle, että hän on tullut kuulluksi. Tulee myös muistaa, ettei kommentoi tai tuomitse kuinka poliisias voi ilmaista itseään haastavassa tilanteessa. Työntekijän rauhallinen asenne välittyy asiakkaalle.

On tärkeää olla avoin ja antaa vuorovaikutukselle mahdollisuus sekä muistaa lähestyä haastavia tilanteita ilman ennakkoluuloja. Jos on jo valmiiksi valmistautunut kohtaamaan riitelystä ja aggressiosta, saatetaan neutraalikin sanalliset ja sanattomat signaalit tulkita negatiivisina. Tämä voi välittyä poliisille epäkohteliana ja työkeänä käytöksenä, jonka seurauksena voi olla konflikti. Siksi ennakkoluulottomuus sekä avoimuus ovat avaintekijöitä poliisista kohdatessa.

### VUOROVAIKUTUS

Vuorovaikutustaidot ovat uhkatilanteiden ennaltaehkäisyssä ja aggressiivisten poliisilaiden rauhoittelussa erittäin tärkeässä roolissa, koska useat tilanteet, joissa asiakas on kiihtynyt, ovat ratkaistavissa vuorovaikutuksen keinoin.

Ammattimaisen vuorovaikutuksen avulla useimmat poliisistilanteet hoituvat tehokkaasti ja siltä jää kuva hyvästä, luotettavasta sekä poliisista kunnioittavasta palvelusta. Hyvät vuorovaikutustaidot ja sosiaalinen tilannetaju ovat tehokkaimpia keinoja ehkäistä haastavien poliisiskohtaamisten kärjistymistä.

Aggressiota vähentäviä keinoja ovat poliiaan kuunteleminen, jolla osoitetaan kiinnostusta poliiaan tilannetta ja poliisista itseään kohtaan.

Keskustelussa me-muodon käyttäminen on pehmeä tapa ohjata tilanteen kulkua ja esittää ratkaisuvaihtoehtoja. Tällä välitetään siltä, ettei kaikkea vastuuta laiteta poliisille eikä häntä syytetä tilanteesta.

Tarkeintavien kysymysten esittäminen osoittaa kunnioitusta, pitää fokuksen asiassa sekä ylläpitää keskustelua poliiaan ja työntekijän välillä. Tarkasti harkitut kohtelaisuudet poliisista kohtaan auttavat hänen itsetuntoaan ja saattavat muuttaa negatiivisen asennollisuuden positiiviseksi. Korostamalla positiivisista näkökulmaa ja keskitymällä asiaan, josta on poliiaan kanssa samaa mieltä, annetaan hänelle aikaa ja tilaa rauhoittua sekä luodaan tilanteeseen myönteinen sävy.

Kunnioittamalla poliiaan henkilökohtaisia reviriä, välitetään tilanne, jossa poliisias voisi kokea olonsa unatuksi, alistetuksi tai epämiukavaksi. Korostamalla rauhallisuutta ja välttämällä aggression merkkejä kaikissa tilanteissa ylläpidetään tilanteen pysymistä rauhallisena. Tässä apuna toimivat rauhoittavat eleet ja ilmeet sekä rauhallinen äänenkäyttö. Perustelemalla ratkaisuja asiallisesti vähennetään poliiaan epäiletoisuutta ja autetaan häntä ymmärtämään tilannetta.



15

14



## JÄLKITOIMET

9(12)

Väkivaltatilanteen jälkeen on tärkeää purkaa kohdattu tilanne mahdollisimman nopeasti työkavereiden tai jonkun ulkopuolisen ammattilaisen kanssa. Nopean purkamisen tavoitteena on lieventää uhrin jälkireaktiota ja tarvittaessa siihen liittyvien neuvojen jakaminen käytäntöön.

Väkivaltatilanne pitäisi käsitellä työyhteisön kanssa mahdollisimman pian tapahtuman jälkeen. Tällä viestitään työntekijöille, ettei työovereita jätetä yksin hankalimmassakaan tilanteissa. Tapahtumaa käsitellään yhdessä esimiehen, työvuorovastaavan ja tilanteessa olleiden työntekijöiden sekä mielellään myös potilaan kanssa.

Usein työterveyshuolto tarjoaa psykologipalveluja väkivallan uhrille tai työyhteisölle, esimerkiksi debriefing- ja defusing-apua.

*Debriefing-menetelmä*, eli psykologinen jälkipuinti on tunnetuimpia työskentelymuotoja kriittisten tilanteiden jälkeiseen stressinhallintaan. Debriefingin tarkoituksena on työstää ja neutralisoida psyykkisiä reaktioita ja helpottaa työkyvyn palautumista sekä vähentää traumaattisen tilanteen jälkeistä stressiä. Sen tavoitteena on tarjota työntekijöille mahdollisuus kriittisen tilanteen esiin nostamisen tunteiden ja ajatusten käsittelyyn ohjautusti sekä auttaa heitä käsittelemään haastavia ja järkyttäviä tilanteita ja palautumaan niistä.

*Defusing-käytäntöä* kuvataan psyykkisenä ensiapuna, jonka aikana järkyttävä tapahtuma pyritään käsittelemään mahdollisimman pian tapahtuman jälkeen, suositus on 8 tunnin sisällä tapahtuneesta.

Organisaatiolla pitää olla ilmoituskanava, jonka kautta henkilökunta pystyy ilmoittamaan tapahtuneista väkivaltatilanteista. Ilman toimivaa ilmoituskanavaa organisaation johdolla ei voi olla realistista kuvaa organisaatioon kohdistuvista väkivaltatilanteista.

Kaikkia uhkatilanteista tulee ilmoittaa esimiehelle tai työsuojeluhenkilöstölle ja kaikkiin uhkatilanteisiin, myös sanallisiin, pitää suhtautua vakavasti.

Vakavista väkivaltatilanteista tulisi aina ilmoittaa poliisille ja työsuojeluviranomaisille.

81

Liite 4. Opas

16

17



## MUISTANA MÄMÄ ASIAT AGGRESSIIVISEN POTILAAN KOHTAAMISESSA

- Kuuntele potilasta, älä keskeytä ja ole läsnä.
- Ennakoi ja ole ennakkoluuloton.
- Puhu rauhallisesti ja selkeästi.
- Hyvät vuorovaikutustaidot ovat tärkeässä osassa väkivallan ehkäisyssä ja potilasta rauhoittelussa.
- Käytä tilanteessa me-muotoa, eli tee ongelmasta "yhteinen".
- Älä jää yksin tilanteeseen, hädätä apua.
- Pidä peräännytmistiet avoimna.
- Pidä työympäristö siistinä ja selkeänä.
- Ilmoita tapahtuneesta työtovereille ja esimiehelle.

## LOPUKSI

Oppaan tarkoituksena on ohjata hoitohenkilökuntaa toimimaan ennaltaehkäisevästi ja turvallisesti kohdatessaan aggressiivisen potilaan. Oppaan tarkoituksena on antaa lukijalle käytännön vinkkejä ja teoreettista tietoa siitä, kuinka hoitaja voi yksin ja tiimissä ehkäistä väkivaltilanteita, suojellen sekä omaa että potilaan turvallisuutta työssään. Oppaassa hyödynnettiin ajankohtaisista teorialteista, jotta se palvelisi oppaan tavoitetta ja tarkoitusta.

Kiitos, kun luit oppaan. Toivomme, että oppaasta on ollut sinulle hyötyä ja olet saanut valmiuksia toimia ennaltaehkäisevästi aggressiivisissa tilanteissa.

Aggressiivisen potilaan kohtaamisesta ja aggressiivisten tilanteiden ennaltaehkäisystä löytyy lisää informaatiota, toimintaohjeita ja koulutuksia esimerkiksi:



”Työpaikkojen turvallisuus ja hyvä työilmapiiri edesauttavat potilasturvallisuutta. Vain terve työntekijä voi auttaa.”

[www.tehy.fi/fi/apua/tyosuojelu](http://www.tehy.fi/fi/apua/tyosuojelu)



”MAPA® tarkoitaa haasteellisen käytöksen ennaltaehkäisyä ja hallintaa. MAPA® on koulutusta haastavien ja aggressiivisten henkilöiden kohtaamiseen. Alusta lähtien MAPA®:n ydin on ollut kehittää levoittomien ja aggressiivisten potilaiden hoitoa hoitotyön arvoista ja lähtökohdista käsin.”

[www.suomenmapakeskus.fi](http://www.suomenmapakeskus.fi)



”AVEKKI-koulutuksessa keskeisemmiksi painopistealueiksi on valittu aggressiivisuutta ja väkivaltaa käytännössä kohtaavan yksittäisen työntekijän ryhmätyötapojen harjaannuttaminen. AVEKKI-toimintatapamalli ja sen toimintaprosessi tarjoaa väkivaltaisen käyttäytymisen hallinnassa tarvittavan tiedon ja osaamisen. Tavoitteena on oman yksilöllisen teorialteiden ja käytännön osaamisen vahvistaminen sekä jo aiemmin opitun osaamisen päivittäminen. Koulutus on tarkoitettu väkivaltilanteiden uhasa oleville.”

[www.avekki.savonia.fi/](http://www.avekki.savonia.fi/)



**LÄHTEET**

- Havio, M., Inkinen, M. & Partanen, A. 2008. Päihdehoitotyö. 5., uudistettu painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi
- Hietaharju, P. & Nuutila, M. 2016. Käytännön mielenterveyspsykiatria. 4., uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy
- Holmberg, J. 2016. Hoitajana mielenterveys- ja päihdepsykiatriassa. 1. painos. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy
- Kelo, S., Lauriemi, H., Takaluoma, M. & Tiittanen, H. 2015. Ikäännytynyt ihminen ja hoitotyö. 1. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy
- Lehestö, M., Koivunen, O. & Jaakkola, H. 2004. Hoitajan Turva. Helsinki: Edita Prima O
- Muistiliitto 2017, Muistisairaudet. Muistisairaahan ihmisen kohtaaminen – vaikeat tilanteet. Vitattu 31.1.2020 <https://www.muistiliitto.fi/fi/muistisairaudet/erityiskysymyksiä/muistisairaahan-ihmisen-kohtaaminen/vaikeat-tilanteet>
- Rantaeskolja, S., Hyyti, J., Kauppila, J. & Koskelainen, M. 2015. Haastavat asiakas-tilanteet - väkivalta työssä. Helsinki: Talentum
- Rikoksentorjuntaneuvosto. 2018. Työpaikkaväkivalta. Vitattu 16.12.2018 <https://rikoksentorjunta.fi/tyopaikkavakivalta>
- Sandström, M. 2010. Psykye ja aivotointia, neurofysiologinen näkökulma. 1. painos. Helsinki: WSOYpro Oy
- Soisalo, R. 2011. Väkivallan preventio sosiaali- ja terveysalalla. Latvia: Suomen psykologinen instituuttiyhdistys Ry
- Sundell, L. 2014. Työkaverina pelko, väkivaltatarkkien ennakointi ja hallinta. Juva: PS-kustannus
- Tew, J. 2011. Social Approaches to mental distress. Iso-Britannia: Palgrave Macmillan