

VÄKIVALTATILANTEEN HALLINTA RÖNTGENHOITAJAN TYÖSSÄ

Kuopusjärvi Lassi
Opinnäytetyö
Syksy 2011
Radiografia ja sädehoito
Oulun seudun ammattikorkeakoulu

Tekijä: Lassi Kuopusjärvi

Opinnäytetyön nimi: Opas väkivaltatilanteeseen röntgenhoitajalle

Työnohjaajat: Anja Henner ja Aino-Liisa Jussila

Työn valmistumislukukausi ja -vuosi: syksy 2011

Sivumäärä: 40+1

TIIVISTELMÄ

Useat eri tutkimukset kertovat työpaikkaväkivallan kasvusta, etenkin terveystoimessa. Hyvä hoito ei ole mahdollista, jos työskentely tapahtuu pelon ilmapiirissä. Väkivallan uhka on stressaavaa, ja se heikentää pahimmillaan koko työilmapiiriä. Tunne fyysisestä ja psyykkisestä turvallisuudesta mahdollistaa parhaan mahdollisen kuvantamisen toteuttamisen. Työssä kohdattava väkivalta on sekä työntekijän että työnantajan yhteinen ongelma. Työnantajan varautuminen väkivalta- tai uhkatilanteen varalle ei saisi olla reaktiivista, vaan ennaltaehkäisevää.

Tulostavoitteenani oli suunnitella ja toteuttaa röntgenhoitajille selkeä ja helpokäyttöinen opas, joka käsittelee väkivaltatilanteen syntymistä, sen mahdollisimman aikaista havaitsemista, toimimista väkivallan aikana sekä sen jälkeen. Opas sisältää myös yleistä tietoa väkivaltatilanteista sekä lainsäädännöstä, jonka rajoissa ohjeet on rakennettu.

Projektin **toiminnallisena tavoitteena** on auttaa röntgenhoitajaa havaitsemaan mahdollinen syntyvä väkivaltatilanne mahdollisimman aikaisessa vaiheessa sekä koostamaan toiminta väkivaltatilanteessa tietoisista ratkaisuista, jotka eivät pahenna väkivaltatilannetta, vaan pikemminkin purkavat sen.

Esitestasin oppaan laatua suunnittelemani sähköisellä kyselyllä ryhmälle röntgenhoitajaopiskelijoita. Palautekyselyyn vastanneet pitivät opasta erittäin tarpeellisena ja käytettävänä.

Jatkokehityshaasteena opasta voisi kehittää mahdollisen kentältä saadun palautteen perusteella. Opasta voisi myös päivittää, kun uutta ja parempaa tietoa tulee saataville.

Asiasanat: työturvallisuus, röntgenhoitaja, väkivalta, uhka, hätävarjelu

Author: Lassi Kuopusjärvi

Title of thesis: Guide for Radiographers Dealing With Potentially Violent Situations

Supervisors: Anja Henner and Aino-Liisa Jussila

Term and year when thesis was submitted: autumn 2011 Number of pages: 40+1

ABSTRACT

Workplace violence is on the rise, especially in the healthcare sector. Also radiographers have to face potentially aggressive patients and their relatives in the field. Managing potentially violent situations is an important skill for every health care specialist. Successful radiological examination requires calmness from both the patient and radiographer and cannot be performed if one is agitated. The thesis was assigned by the society of radiographers in Finland. The objective of my thesis was to produce a guidebook for radiographers to be able to de-escalate violent encounters better. Successful management of potentially violent patient or client is the key in giving best possible care.

The aim of the project was to develop and make a unique and practical guide to be available for all radiographers in Finland. Practical aim was to help radiographers make conscious decisions in potentially violent situations and to think through and question their behavioral models during a conflict situation allowing the safe defusing of the conflict.

Guidebook was designed in association with a group of security experts. Interviews were conducted individually and comments regarding the guidebook and its instructions were gathered and compared by me.

The guide contains the birth of a potentially violent situation, violent situation itself and an aftermath section. Guide also contains the legal framework around which the instructions are built. Last section of the guide is about general advices for training and educating for encountering potentially violent situations.

Pre-testing the quality of the guidebook was done by conducting an electronic survey among radiographer students. Feedback was given via an electronic feedback form, which consisted of valid and reliable Likert scale regarding the usability of the product. In the respondents' opinion the guidebook was very usable and needed.

Keywords: workplace safety, radiographer, violence, threat, self-defense

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ	2
ABSTRACT	3
SISÄLLYS	4
1 JOHDANTO	5
2 TUOTEKEHITYSPROJEKTIN LÄHTÖKOHDAT	7
2.1 Projektin vaiheet ja päätehtävät	7
2.2 Projektioorganisaatio	7
3 AGGRESSIIVISEN ASIAKKAAN KOHTAAMINEN RÖNTGENHOITAJAN TYÖSSÄ	9
3.1 Aggressio, väkivalta ja niiden uhka	9
3.2 Röntgenhoitajan kohtaama tyypillinen väkivaltilanne	11
3.3 Fyysinen ja henkinen väkivalta	13
3.4 Väkivaltilanteen kokeminen ja jälkipuinti	15
3.5 Oikeusturva uhka- ja väkivaltilanteessa	18
4 VÄKIVALTATILANTEEN OPPAAN SUUNNITTELU JA TOTEUTUS	21
4.1 Oppaan lähtökohdat ja etenemisvaiheet	21
4.2 Projektin resurssit ja markkinointisuunnitelma	22
4.3 Kustannusarvio ja tekijänoikeudet	23
4.4 Projektin ongelmat ja riskit	24
4.5 Oppaan laatukriteerit	25
5 OPPAAN JA TUOTEKEHITYSPROJEKTIN ARVIOINTI	29
5.1 Oppaan arviointi palautekyselylomakkeen avulla	30
5.1.1 Palautelomakkeen strukturoidun osion analysointi	30
5.1.2 Korjausehdotusten ja vapaan palautteen analysointi	31
5.2 Tuotekehitysprojektin aikataulun ja kustannusten arviointi	34
5.3 Projektityöskentelyn arviointi	35
6 POHDINTA	36
LÄHTEET	38

1 JOHDANTO

Hyvä työturvallisuus on hyvän hoidon perusta myös röntgenhoitajan työssä. Turvallinen työympäristö antaa edellytykset päivittäiselle työnteolle ilman häiritseviä uhkia. Väkivaltaa voidaan kuitenkin ennakoida ja sitä voidaan ehkäistä tehokkaasti oikeanlaisella toiminnalla. Kunta-alan työolobarometrin (2009, 1) mukaan kunta-alan työpaikkojen taloudellinen tilanne on heikentynyt, lomautusuhkia on näkyvässä, työtahti ja kiire kovenevat sekä asiakasväkivalta lisääntyy etenkin terveydenhuollossa. Tutkimuksen mukaan suoranaista väkivaltaa työssään kokevia on kuntasektorilla huomattavasti muita sektoreita enemmän.

Tutkimusten mukaan väkivalta ja sen uhka on lisääntynyt hoitoalalla. Kunta-alan työolobarometrin (2009, 16) mukaan asiakkaiden aiheuttama väkivalta tai sen uhka oli yleisintä terveystoimen palkansaajilla. Terveystoimessa 23 % vastaajista oli itse kokenut väkivaltaa vuonna 2008 ja vuonna 2009 vastaava luku oli 29%. Nykyinen Työturvallisuuslaki (738/2002, hakupäivä 17.8.2011) tuli voimaan 1.1.2003 korvaten vanhan Työturvallisuuslain vuodelta 1953. Uusi työturvallisuuslaki määrittelee työpaikalla tarpeelliset toimet väkivaltatilanteen varalta.

Yksintyöskentelevät ovat eniten alttiina fyysiselle väkivallalle, joten ongelma koskee myös röntgenhoitajia, joilla hoitosuhteet voivat olla lyhyitä ja kunnon asiakaskontaktia ei välttämättä ehdi syntyä. Yksin työskennellään pääasiallisesti öisin, etenkin päivystysluonteisessa kuvantamisessa. Myös terveyskeskustasollla toteutetaan radiologista kuvantamista, jolloin röntgen saattaa olla yksikkönä muista hieman erillään ja vain yhden hoitajan työllistämänä.

Psykiatristen potilaiden laitospaikkojen vähentäminen on johtanut siihen, että avohoidossa olevat potilaat hakeutuvat päivystykseen, kun hoitoa muualta ei ole tarjolla. Ongelmat pahenevat viikonloppuisin sekä ilta- ja yöaikaan, kun mielenterveyspalveluja ei ole saatavilla. Myös päihteiden käyttö aiheuttaa vaikeita ongelmia. (Rasimus 2002, 15–16.)

Työpaikkaväkivaltaa on tutkittu Suomessa vuosina 1980, 1988, 1993, 1997, 2003, 2006 ja 2009 tehdyissä kansallisissa uhritutkimuksissa. Naiset kokevat 2000-luvulla yhä enemmän väkivaltaa työssään, ja työpaikkaväkivalta onkin heidän kokemistaan väkivaltatyypeistä selvästi yleisin. Kansalliset uhritutkimukset osoittavat naisten kohtaaman työpaikkaväkivallan lisääntyneen 80-luvulta saakka. Miesten tilanne on pysynyt suunnilleen samanlaisen 80-luvun lopun jälkeen. (Sirén, Aaltonen & Kääriäinen 2010, 14–15.) Asiakkaan näkökulman ymmärtäminen on asiakaspalvelutaidoista tärkein (Lehtonen 2002, 59).

Tein opinnäytetyönäni oppaan röntgenhoitajille väkivaltatilanteen varalle. Idea syntyi opiskelujeni alkuvaiheessa omasta mielenkiinnosta sekä harrastusten vuoksi. Tein tuotteen itsenäisesti Suomen Röntgenhoitajaliitolle, joka sai oikeudet levittää ja painaa tuotettani kaikille Suomen röntgenhoitajille. Opas sisältää tietoa toiminnasta väkivaltatilanteen syntyessä, väkivaltatilanteen aikana ja väkivaltatilanteen loppuksi. Oppaan tavoitteena ei ole kertoa yhtä oikeaa toimintatapaa, vaan antaa röntgenhoitajalle uusia työkaluja jo olemassa olevien lisäksi.

Projektin **tulostavoite** oli suunnitella ja toteuttaa väkivaltatilanteen varalle toimintaopas, jota röntgenhoitajat voivat käyttää työssään. Projektin ensimmäisenä **toiminnallisena tavoitteena** on parantaa röntgenhoitajien kykyä havaita syntyvä väkivaltatilanne. Paras väkivaltatilanne on sellainen, joka voidaan enakoimisen ansiosta purkaa tai estää jo alkamisvaiheessa.

Toisena **toiminnallisena tavoitteena** oli, että toiminta väkivaltatilanteen aikana koostuisi tietoisista valinnoista tilanteen purkamiseksi. Pitkän aikavälin tavoite on lisätä edellä mainituin keinoin potilas- ja työturvallisuutta.

Omana **oppimistavoitteenani** oli syventää jo olemassa olevaa tietoa käsiteltävästä aiheesta tutkittuun tietoon perehtymällä sekä haastatteleamalla ja vertailemalla omia käsityksiäni väkivaltatilanteessa toimimisesta asiantuntijaryhmän haastatteluihin. Lisäksi tavoitteena oli oppia pitkäjänteisyyttä, projektille omistautumista, tuotteen tekemistä, olennaisen sisällön valitsemista sekä projektissa toimimista.

2 TUOTEKEHITYSPROJEKTIN LÄHTÖKOHDAT

2.1 Projektin vaiheet ja päätehtävät

Projekti voi syntyä ideasta, joka koskee esimerkiksi yrityksen tuloksen kohentamiseen tai palvelun kehittämiseen (Löow 2002, 22). Tämän opinnäytetyön aihe syntyi toisena opiskeluvuonna eli syksyllä 2009. Ensimmäinen päätehtävä oli ideaseminaariin valmistautuminen. Ideaseminaarissa esittelin alustavia ideoita työstä. Tehtävänä oli myös etsiä käsiteltävästä aiheesta mahdollisimman paljon tutkittua tietoa, joka muodostui toiseksi päätehtäväksi valmistavan seminaari-työn esitykseen valmistavassa seminaarissa keväällä 2010.

Kolmantena opiskeluvuonna alkoi kolmas päätehtäväni, eli tuotekehityssuunnitelman kirjoittaminen. Esitin tuotekehityssuunnitelman syksyllä 2010. Neljäs päätehtäväni oli itse tuotteen suunnitteleminen ja toteutus, jonka välitulos on valmis opas. Tuotteen suunnittelemisen osa on myös tuotteen esitestaaminen, joka toteutettiin röntgenhoitajaopiskelijoiden avulla Oulun seudun ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveysalan yksikössä syksyllä 2011. Viides päätehtävä oli loppuraportin kirjoittaminen sekä valmiin opinnäytetyön esittäminen. Tein loppuraporttia tuotteen viimeistelemisen ohella. Opinnäytetyö luovutettiin arvioitavaksi 7.11.2011. (Tarkempi tehtäväluettelo, ks. liite 1)

2.2 Projektioorganisaatio

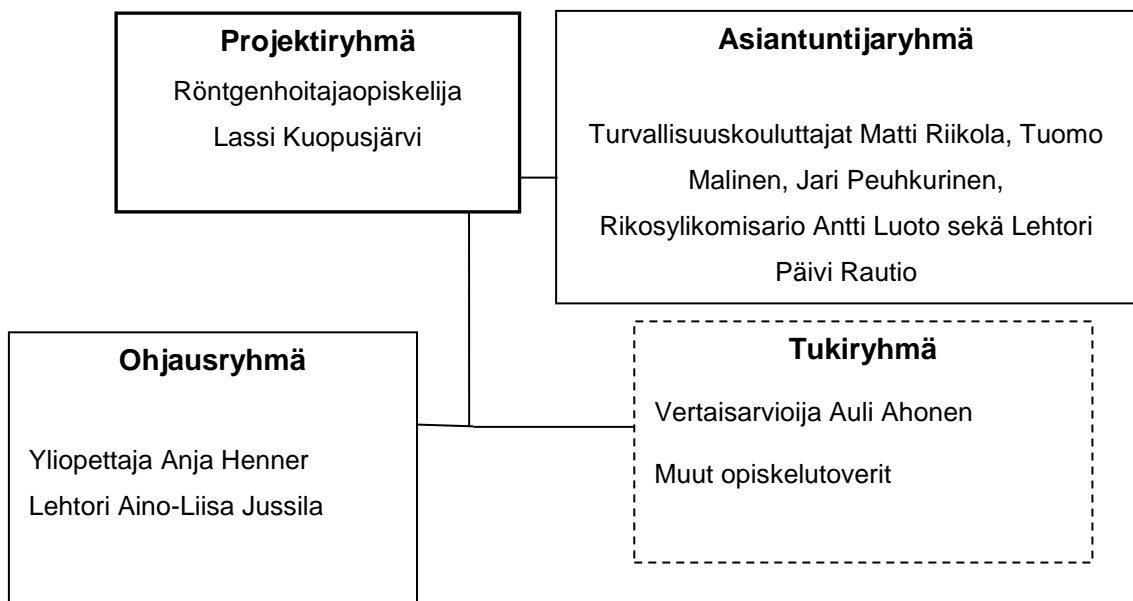
Projektilla on oltava selkeä organisaatio (Silfverberg 2007, 98). Sen muoto riippuu useimmiten projektin luonteesta (Löow 2002, 28). Organisoinnilla huolehditaan siitä, että projektiin osallistujilla on selvästi tiedossa se, missä kohdin ja kenellä on valtaa vaikuttaa projektin kulkuun. Organisaatiossa määritellään avainhenkilöt sekä heidän vastuunsa, tehtävänsä ja roolinsa. (Viirkorpi 2000, 25.)

Tämäkin projekti muodostui projektioorganisaatiosta. Organisaation rakenne on melko yksinkertainen, joten päävastuu projektin toteuttamisessa on itse projekti-

ryhmällä, jonka ainoa jäsen on Lassi Kuopusjärvi. Projektin yhteistyökumppaniksi tuli Suomen Röntgenhoitajaliitto ry, joka on myös opinnäytetyöni tuotteen tilaaja. Yhteistyö tilaajatahon kanssa sujui ongelmitta koko opinnäytetyöprosessin ajan ja oli varsin miellyttävää. Ohjausryhmään kuuluivat opinnäytetyön ohjaajina yliopettaja Anja Henner ja lehtori Aino-Liisa Jussila.

Asiantuntijaryhmään kuuluivat oululaiset turvallisuuskouluttajat Matti Riikola ja Tuomo Malinen, Jari Peuhkurinen sekä Oulun poliisilaitoksen rikosylikomisario Antti Luoto ja Oulun seudun ammattikorkeakoulun lehtori Päivi Rautio. Heidän tehtävänsä oli ottaa kantaa itse tuotteen sisältöön ja siellä annettaviin ohjeisiin. Asiantuntijaryhmän jäsenet pystyivät ottamaan luotettavasti kantaa tuotteen juridiseen sisältöön sekä ohjeiden laatuun.

Tukiryhmään kuuluivat röntgenhoitajaopiskelija-vertaisarvioitsija Auli Ahonen sekä muut RAD8-ryhmän opiskelijat. Tukiryhmän tehtävänä oli antaa palautetta kirjallisista väliraporteista, sekä esitestate lopullinen tuote. Suomenkielen opettaja antoi tekstinohtausta sekä loppuraporttiin ja tuotteeseen. Englanninopettajan tehtäväksi muodostui englanninkielisen tiivistelmän oikeellisuuden tarkistaminen.



KUVIO 1. Projektion organisaatio

3 AGGRESSIIVISEN ASIAKKAAN KOHTAAMINEN RÖNTGENHOITAJAN TYÖSSÄ

3.1 Aggressio, väkivalta ja niiden uhka

Maailman terveysjärjestö WHO määrittelee väkivallan seuraavasti: ”Väkivalta on fyysisen voiman tai vallan tahallista käyttöä tai sillä uhkaamista, joka kohdistuu ihmiseen itseensä, toiseen ihmiseen tai ihmisryhmään tai yhteisöön ja joka johtaa tai joka voi hyvin todennäköisesti johtaa kuolemaan, fyysisen tai psyykkisen vamman syntymiseen, kehityksen häiriytymiseen tai perustarpeiden tyydyttämättä jäämiseen.” (WHO 2002, 21).

Tässä työssä maininta aggressiivinen henkilö tarkoittaa henkilöä, joka käyttäytyy edellä mainittujen määritelmien mukaan aggressiivisesti, väkivaltaisesti tai muuten uhkaavasti joko hoitohenkilökuntaa tai toisia potilaita tai asiakkaita kohtaan. Väkivalta käsitteenä sisältää myös kaikenlaisen kiusaamisen ja verbaalisen uhkailun. Työpaikan sisäinen väkivalta on rajattu tästä työstä pois.

Kunta-alan työolobarometrin (2009, 16) mukaan asiakkailta koettu väkivalta tai sen uhka oli yleisintä terveystoimen palkansaajilla. Terveystoimessa 29 % vastaajista oli itse kokenut väkivaltaa vuonna 2009.

Sosiaali- ja terveysalalla työskentelevillä miehillä esiintyy työssään huomattavan yleisesti väkivaltaa. Tämä viittaa Heiskasen (2003, 49) mukaan siihen, että terveysalalla työskenteleville miehille kertyy kontrollitehtäviä. Miestyöntekijöiden määrä on kuitenkin näissä ammateissa pieni. Voidaan kuitenkin olettaa, että miespuoliset röntgenhoitajat kohtaavat nk. kontrollitehtäviä samassa suhteessa kuin muutkin miespuoliset hoitajat. Tämä voi yksinkertaisimmillaan tarkoittaa sitä, että mieshoitaja pyydetään ennakoivasti mukaan potilaan kuvaamiseen.

Naisten keskimääräisesti miehiä yleisemmän työväkivallan taustalla on se, että väkivaltaa esiintyy aloilla, joilla työskentelee lukumääräisesti paljon naisia (mm. sairaanhoito, sosiaali- ja vähittäiskauppa), eli väkivalta kohdistuu laaja-

alaisemmin naistyövoimaan. Kansallisen uhritutkimuksen mukaan hoitajien väkivalta- ja uhkailukokemusten määrä vuoden aikana vaihteli yhdestä viiteenkymmeneen (Heiskanen 2003, 51).

Sosiaali- ja terveysministeriön teettämän tutkimuksen mukaan sekä väkivallan vaaran kokemukset että todelliset väkivalta- ja uhkailukokemukset ovat lisääntyneet sosiaali- ja terveydenhuollossa välillä 1997–2003. Vuorotyötä tekevät kokivat väkivallan uhan suuremmaksi kuin ei-vuorotyötä tekevät. Röntgenhoitajien tekemä kolmivuorotyö on yleisintä päivystysympäristössä, jossa töitä tehdään myös yöllä. Myös Crilly, Chaboyer ja Creedy (2004, 70) toteavat tutkimuksessaan, että suurin osa raportoiduista väkivaltatilanteista päivystysympäristössä tapahtuu iltavuoron ja yövuoron aikaan, kun taas vähiten konflikteja syntyy aamuvuoron aikaan.

Henkilöstön ja väkivaltatilanteiden määrällä on selkeä yhteys. Riittävä resurssointi ehkäisee väkivaltatilanteiden syntymistä. Ennakkovalmistelut ovat mahdollisia vain riittävällä työvoimamäärällä. Esimerkiksi Oulun kaupungin lastenkodeissa väkivaltatilanteet painottuvat yöhön eli sellaiseen aikaan, kun laitos on alimiehitetty. Myös organisaation koko on suoraan suhteessa väkivallan yleisyyteen. Henkilökunnan kuormittaminen lisää väkivallan tapahtumisen riskiä, koska tilannearviot ovat puutteellisia. Myös henkilökunnan vaihtuvuus nostaa väkivallan riskiä. Kuitenkin ammattitaidolla katsotaan olevan suuri merkitys sille, miten väkivaltatilanteet kehittyvät (Puisto ym. 2007, 14). Rasimuksen (2002, 46) mukaan päivystysluontoisessa ympäristössä tärkeimmäksi yksittäiseksi turvallisuutta parantavaksi seikaksi koetaan järjestystä ylläpitävän henkilön läsnäolo.

Aggressio voidaan jaotella joko reaktiiviseen tai proaktiiviseen aggressioon. Reaktiiviset aggressiot liittyvät puolustautumiseen, pelästymiseen tai provosoitumiseen. Proaktiivisilla aggressioilla tavoitellaan parempaa asemaa, nautintoa tai materiaalista etua. (Lauerma 2009, 37.)

Naisten osuuden kasvu väkivallan uhrina kertoo erityisesti siitä, että terveyden- ja sairaanhoidon ammateissa toimivat naiset kokevat aiempaa enemmän väki-

valtaa ja sen uhkaa. Vuoden 2003 haastattelussa naisista 7 % ja miehistä 4 % oli joutunut kuluneen vuoden aikana työssä ollessaan joko väkivallan tai sillä uhkailun kohteeksi. 1980 julkaistu ensimmäinen uhritutkimus osoitti, että työpaikkaväkivallan uhreiksi joutuneista suurin osa oli vielä silloin miehiä (Heiskanen 2003, 42).

3.2 Röntgenhoitajan kohtaama tyypillinen väkivaltilanne

Väkivaltilanne syntyy harvoin yllättäen. Toisin sanoen väkivallan uhan merkkejä on ollut nähtävissä ennen konfliktia. Tilanteen rauhalliseen purkamiseen vaadittavat henkiset voimavarat voivat olla niukalla jo ennestään vaativassa työympäristössä. Jokainen voi kuitenkin opetella kohtaamaan aggressiivisen ihmisen paremmin (Wand & Coulson 2006, 166).

Chapman ja Styles (2006, 248) viittaavat Presleyn ja Robinsonin (2002) tutkimukseen, jonka mukaan hoitajan tulisi luottaa epä mukavuuden tai uhattunaolemisen tunteeseen ja pysyä valppaana, vaikka varsinaisia aggression merkkejä ei vielä olisikaan ilmassa.

Miehet syyllistyvät työpaikkaväkivaltaan selkeästi naista useammin. Miehet tekevät miehille väkivaltaa yhdeksässä tapauksessa kymmenestä ja naisille kahdeksassa tapauksessa kymmenestä. Naisten osuus väkivallantekijöinä on kuitenkin kasvussa. (Heiskanen 2003, 46.)

Työssäoleva, väkivallan kohteeksi joutuva henkilö on yleensä aina selvinpäin. Väkivallan tekijä puolestaan taas on valitettavan usein humalassa. Gilchrist, Jones ja Barrie (2011, 10) toteavat tutkimuksessaan, että päivystyksessä työskentelevän hoitohenkilökunnan mukaan alkoholi on ensisijainen aggression ja väkivallan synnyttäjä. Miehiin kohdistuneessa väkivallassa tekijä on ollut päihtynyt kuudessa tapauksessa kymmenestä ja naisten kokemassa väkivallassa kolmessa tapauksessa kymmenestä. Yleisesti ottaen väkivallantekijä oli joku tuntematon, työpaikan ulkopuolinen henkilö (Heiskanen 2003, 47).

Pich, Hazelton, Sundin ja Kable (2009, 15) kertovat tutkimuksessaan, että todennäköisesti suurin yksittäinen osatekijä uhka- tai väkivaltatilanteen muodostumisessa on asiakkaan pitkä odotusaika. Suurin osa ihmisistä kuitenkin ymmärtää, että päivystyksessä voi joutua jonottamaan. Jos kuitenkin kuvaamiselle on annettu aika eikä kuvaaminen tapahdu päivystysympäristössä, on sekä kohdeltiin että järkevää huolehtia siitä, että potilaat pysyvät tietoisena mahdollisesta jonotusajan pitenemisestä tai muista kuvantamista lykkäävistä viiveistä, kuten konerikoista. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (17.8.1992/785 4§, hakupäivä 15.10.2011) kertoo, että potilaalle on kerrottava hoitoon pääsyn ajankohta. Päivystysluontoisessa työssä tätä ei ennakoimisen mahdottomuuden vuoksi voida täsmällisesti aina kertoa, mutta asian huomioiminen ja informointi mahdollisuuksien mukaan on hyvää palvelutapaa.

Terveydenhuollon psykiatristen potilaiden laitospaikkojen vähentäminen on johtanut siihen, että avohoidossa olevat potilaat hakeutuvat päivystykseen. Ongelmat pahenevat viikonloppuisin sekä ilta- ja yöaikaan, kun mielenterveyspalveluja ei ole saatavilla. Myös päihteiden käyttö aiheuttaa vaikeita ongelmia. (ks. Rasimus 2002, 16, 69; Pich ym. 2009, 14) Päivystykseen hakeutuminen voi monesti sisältää radiologisen tutkimuksen tekemisen, joten tärkeäksi osaksi turvallista hoitoa muodostuu yhteistyö kuvantamisyksikön ja lähettävän yksikön / lääkärin välillä. Läheteessä tulisi olla maininta, mikäli potilas käyttäytyy oudosti tai aggressiivisesti, jotta ennakointi olisi mahdollista. Lähetete ei toisaalta saisi kuitenkaan vaikuttaa hoitajan ennakoasenteisiin siinä määrin, että hoitoon ryhdytään väärällä asenteella.

Tavallisimpia väkivallan keinoja ovat solvaaminen, uhkaaminen ja huutaminen. (Gilchrist ym. 2011, 12) Kuitenkin myös tavaroiden heittelemistä, tönimistä, lyömistä ja potkimista esiintyy. Väkivaltatilanteiden synty koostuu monesta eri asiasta. Syntyyn vaikuttavat mm. potilaan sairaus, sekavuus sekä dementian aste. Lyömistä ja potkimista esiintyy dementoituneilla etenkin hoitotilanteissa. Kuitenkin työssä joudutaan tekemisiin myös huumausaineiden käyttäjien kanssa. Heidän osaltaan aggressiivinen käytös on mahdollista; se saattaa toimia keinona saada tiettyjä lääkkeitä. Potilaan aggressiivinen käytös voi johtua myös muista asioista. Mielialaan voivat vaikuttaa mm. sairauden tuoma järkytys,

stressi sekä pitkät jonotusajat. Erimielisyydet ja ristiriidat potilaan kanssa saattavat pahentaa tilannetta. Lisäksi tilannetta voivat pahentaa muut potilaat sekä paikallaolijat. (Saarela & Isotalus 2000, 3323–3326.)

Hyvänä esimerkkinä sairauden tuomasta järkytyksestä ja stressistä Catt, Chalmers ja Fallowfield (2008, 884) mainitsevat erityisesti pään alueen sädehoitoa saavan syöpäpotilaan. Mahdollinen glioomapotilas voi kärsiä päänsärystä, pahoinvoinnista, uneliaisuudesta päiväsaikaan, pidentyneistä yöunista, neurologisista ongelmista, motorisesta heikkoudesta, afasiasta, näköongelmista, persoonallisuuden muutoksista ja mielialan vaihteluista esimerkiksi ahdistuksen, masennuksen ja väsymyksen välillä (Catt ym. 2008, 884).

3.3 Fyysinen ja henkinen väkivalta

”Lyöminen, pureminen, potkiminen, sylkeminen ja jopa kuristaminen ovat esimerkkejä väkivallasta, jota hoitajat kohtaavat työssään.” (Louhela & Saarinen 2006, 7) Vuonna 2003 tehdyssä tutkimuksessa kuudessa työpaikkaväkivaltatapauksesta kymmenestä esiintyi uhkailua tai väkivaltaa, joka jäi yrityksen asteelle. Niissä tapauksissa joissa osallisena oli mieshoitaja, uhkailuja esiintyi kaikesta työpaikkaväkivallasta seitsemässä tapauksessa kymmenestä ja naisilla noin puolessa tapauksista. Naisten kohtamaa väkivaltaa oli miehiin verrattuna enemmänkin tarttumista, liikkumisen estämistä, tönimistä sekä eriasteista potkimista ja lyömistä (Heiskanen 2003, 44).

Naisten kohtaama fyysinen väkivalta, joka jättää fyysisen vamman, on yleistä nimenomaan terveydenhuoltoalalla. Potilas saattaa mm. purra, lyödä, raapia tai potkaista hoitajaa. Myös erilainen kiinni tarttuminen on yleistä. Vammat ilmenevät yleensä mustelmina tai ruhjeina. Sairaslomalle jääminen fyysisen väkivaltatilanteen jälkeen on harvinaista. (Heiskanen 2003, 51.)

Sosiaali- ja terveysministeriön teettämässä tutkimuksessa erilaisia henkisen väkivallan ja uhkailun muotoja esiintyi 17 kappaletta. Fyysisen väkivallan muotoja tuli esiin 10. Työntekijät olivat kokeneet mm. käsin hakkaamista ja

lyömistä, esineellä heittämistä, raapimista, sylkemistä, puremista, potkimista, tönimistä, sitomista, seksuaalista ahdistelua (kähmintää, nipistelyä, sivelyä, rintojen puristelua yms.) ja joutumista asiakkaan kotieläinten raapimaksi ja puremaksi. (Antikainen-Juntunen 2007, 66.)

Yksi väkivaltatapaus kymmenestä aiheutti vuonna 2003 fyysisen vamman. Naisille vamma tuli 13 % tapauksista, miehille 5 % tapauksissa. Aikaisempien vuosien työpaikkaväkivalta on luonteeltaan ollut sellaista, että fyysisiä vammoja ei ole juuri syntynyt. Vuoden 2003 jälkeen väkivalta on alkanut jättämään fyysisiä jälkiä. (Heiskanen 2003, 45.)

Henkinen väkivalta ilmenee haistatteluna, nimittelynä sekä ammattitaidon mitätöintinä. Kolmannes sosiaali- ja terveystieteiden kyselyyn vastanneista oli edeltävän vuoden aikana kokenut kahta edellämaituista. Melkein yhtä yleistä oli henkilökohtaisuuksiin meneminen, eli jonkin fyysisen ominaisuuden haukkuminen. Myös ei-sanallinen uhkailu oli yleistä, ja sellaisen kohteeksi olikin joutunut joka neljäs vastaaja. Viidennes oli saanut kuunnella sanallisia uhkailuja fyysisistä väkivallasta. (Antikainen-Juntunen 2007, 68.)

Mielenkiintoisena yksityiskohtana Heiskanen (2003, 52) kertoo, että päihde- ja huumeriippuvaisten kanssa tekemisissä oleva hoitohenkilökunta tekee herkemmin ilmoituksen poliisille sellaisesta uhkailusta ja väkivallasta, josta ei jää fyysisiä vammoja. Fyysisen vamman aiheuttaneista väkivaltatapauksista ei ilmoitusta tehdä läheskään yhtä helposti.

2003 tehty tutkimus osoitti, että pahoinpitelyn uhrien mielestä psyykkiset vammat ovat yhtä vakavia kuin fyysiset vammat. Väkivallanuhan alla työskentely on omiaan stressaamaan työntekijää, koska aina on olemassa väkivallan toistumisen ja koston mahdollisuus. (Heiskanen 2003, 46.)

Koko väestöstä työpaikkaväkivallasta on erittäin paljon tai jonkin verran huolestunut 12 % 15–74-vuotiaista. Puolestaan kotimurrosta tai katuväkivallan uhriksi joutumisesta on huolissaan kolminkertainen osuus väestöstä. (Heiskanen 2003, 53.)

Sosiaali- ja terveysministeriön teettämän tutkimuksen mukaan voidaan arvioida, että työväkivalta aiheutti noin kolmasosalle henkisen väkivallan ja uhkailujen kohteeksi ja neljäsosalle fyysisen väkivallan kohteeksi joutuneista työntekijöistä joitakin terveydellisiä ja/tai työviihtyvyyteen liittyviä seurauksia. Työssä tapahtunut väkivalta aiheutti kyselyyn vastanneissa usein vihan tunnetta asiakasta kohtaan, sekä ahdistusta ja pelkoa. Myös unettomuutta ja työhaluttomuutta oli havaittu. Oireita ilmeni noin 40–60 % vastanneista, riippuen siitä olivatko he joutuneet henkisen vai fyysisen väkivallan kohteeksi. (Antikainen-Juntunen 2007, 91.)

3.4 Väkivaltatilanteen kokeminen ja jälkipuinti

Fyysisen väkivallan kohtaaminen johtaa vakavampiin seurauksiin kuin henkisen väkivallan kohtaaminen. Fyysinen väkivalta aiheuttaa työhaluttomuutta ja vihaa asiakasta kohtaan. Psykosomaattisia oireita sekä mm. itseluottamuksen laskua aiheutuu yhtä usein sekä fyysisestä että henkisestä väkivallasta. Noin joka viides kokee psykosomaattisia oireita. Henkinen väkivalta ja uhkaileminen aiheuttavat itseinhoa ja syyllisyydentunnetta enemmän kuin fyysinen väkivalta, kun taas fyysisen väkivallan uhriksi joutuminen johtaa työntekijän syyllistämiseen ja eristämiseen työpaikalla. Tosin harva vastaaja pitää seurauksia erityisen vaikeana. Vaikeimmat oltavat on niillä, jotka joutuvat eristetyiksi työpaikallaan (Antikainen-Juntunen 2007, 91). Aggressio ja sen uhka aiheuttaa ihmisessä monia erilaisia psykologisia ja fysiologisia reaktioita, kuten muutoksia verenpaineessa, sykkeessä, hengitystiheydessä ja ääreisverenkierrossa (Lehestö, Koivunen, Jaakkola 2004, 88).

Väkivallanpelko voi vaikuttaa työssä viihtymiseen, työsuoritukseen sekä työpaikan tai ammatinvalintaan. Työministeriön julkaisema Työolobarometri (2009) kuvaa työelämän laatua ja sen muuttumista kuluvan vuoden aikana. Ennakko-tiedot vuodelta 2006 ovat hälyttäviä: työpaikalla tehdyt väkivaltahavainnot sekä väkivallan tai sen uhkan kohteeksi joutuminen ovat kasvaneet erityisesti kuntasektorilla. Väkivallan uhan alla työskenteleminen aiheuttaa Pitkäsen (2003, 34, 53) mukaan hoitohenkilökunnalle varuillaanoloa, työmotivaation laskua,

yleistä stressaavuutta, pelkoa ja potilaan kohtaamisen välttelyä, ja se saattaa lopulta johtaa jopa työpisteen vaihtoon.

Ihmiset määrittelevät sanallisen uhkailun eri tavoin. Uhkailun ja pelkän suunsoiton eroa on vaikea määritellä, koska erilaiset ihmiset kokevat asiat eri tavalla. Hoitoalan työntekijät kuuntelevat myös asiattomia kommentteja muiden alojen työntekijöitä pidempään. Kynnys ilmoituksen tekemiseen poliisille asiattomasta käytöksestä on myös suuri, vaikka tilanne menisi jopa fyysiseksi asti. Rasimuksen (2002, 154) mukaan hoitoalan henkilöstö ei yksinkertaisesti osaa puolustaa oikeuksiaan. Taustalla vaikuttavat varmasti hillitsevästi myös vaitiolovelvollisuuden liittyvät asiat sekä se, että tapausten rekisteröinnistä ei ole olemassa yhteinäistä käytäntöä (Rasimus 2002, 153–154).

Sosiaali- ja terveydenhuollon työaikana voi tapahtua väkivaltaa tai sen uhkaa, joka vaatii reagointia. Väkivallan tai sen uhan torjunta voi johtaa toimenpiteeseen, jossa työntekijää jälkikäteen syytetään jopa rikoksesta. Työpaikalla sattunut väkivallantapaus vaikuttaa laajasti koko henkilöstöön sekä henkilöstön toimintakykyyn. Toimintakyvyn heikkeneminen ilmenee sairauspoissaolojen lisääntymisenä sekä muina ongelmina. (Puisto ym. 2007, 7.)

Myös omaisten väkivaltainen käyttäytyminen on lisääntynyt. 1999 tehdyssä Tehy ry:n tutkimuksessa 13 % vastanneista ilmoitti kokeneensa omaisten harjoittamaa väkivaltaa. Vuonna 2004 sama prosenttiluku oli noussut kahteenkymmeneen seitsemään. Perus- ja lähihoitajien vastaavassa selvityksessä puolet vastaajista oli joutunut potilaan tai asiakkaan omaisten verbaalisen tai fyysisen väkivallan kohteeksi (Puisto ym. 2007, 11).

Väkivaltatilanteen läpikäymisen oleellinen osa on ns. jälkipuinti. Väkivaltatilanteesta selviäminen vaatii tilanteen ja siihen liittyvien tunteiden läpikäyntiä tapahtuman jälkeen (Pitkänen 2003, 12). Alkaviin uhkatilanteisiin puuttumisella, riskien hallinnalla sekä koulutuksella voidaan vaikuttaa väkivaltatilanteen ehkäisyyn. Kouluttautuminen väkivaltatilanteiden varalle auttaa paremman itsetunnon kehittämisenä, rauhallisuuden kyvyn säilyttämisessä sekä aggressiivisten tilanteiden kehittymisen ehkäisemisessä. (Wand & Coulson 2006, 168.)

Yleisesti ottaen väkivaltatilanteiden jälkihoito on järjestetty huonosti päivystyspoliklinikoilla sekä työohjausta ei ole tarpeeksi. Myöskään henkilökunta ei ole tyytyväinen väkivaltatilanteiden jatkohoitoon, koska suuri osa työntekijöistä purkaa väkivaltatilanteen työkavereidensa kesken. Positiivisena koetaan keskusteluhetket lähijohtajan kanssa, mikäli hän osaa tukea ja kannustaa vaikeassa tilanteessa. (Rasmus 2002, 152–153.) Uhkatilanteeseen joutunut hoitaja voi oireilla vielä 6–12kk tapahtuman jälkeenkin posttraumaattisen stressireaktion vuoksi (Paterson, Leadbetter & Bowie 1999, 480).

Yhtenäisten käytäntöjen puute väkivallan rekisteröimisestä johtaa siihen, että tarkkoja tietoja ei ole saatavilla. Terveystuollossa tulisi olla maanlaajuinen käytäntö tapausten rekisteröimisestä. Tähän tarkoitukseen sopisi atk-pohjainen järjestelmä, jolloin tapauksia voisi myös tilastoida. Tilastoitua tietoa voisi hyödyntää turvallisuuden suunnittelussa. 90 % henkilöstöstä haluaisi lisätietoa väkivaltaisessa tilanteessa toimimisesta sekä potilaan kohtaamisesta. (Rasmus 2002, 153–154.)

Purkukokouksella (defusing) tarkoitetaan yleensä välittömästi traumaattisen tilanteen jälkeen tapahtumapaikalla järjestettävää kokousta, johon osallistuvat tilanteessa mukana olleet työyhteisön jäsenet. Kyseessä on ammatti-ihmisten reaktioiden nopea purku, jonka tavoite on palauttaa nopeasti työkyky. Menetelmää käytetään erityisesti pelastus- ja kriisityössä. (Hynninen ja Upanne 2006, 49.) Mikäli väkivaltatilanne on ollut vakava ja järkyttävä sekä se on koskettanut useaa työntekijää, voidaan työpaikalla järjestää ammattilaisten organisoima jälkipuintitilaisuus (debriefing) (Antikainen-Juntunen 2007, 24).

Väkivallan uhriksi tai väkivallalla uhkailluksi joutunut työntekijä tulee saada välittömästi tapahtuneen jälkeen rakentavaa ensitukea lähimmältä esimieheltä ja/tai työtovereilta ja vakavammissa tilanteissa terveydenhuollosta. Välittömässä henkisessä ensiavussa on tärkeää käytettävissä oleminen, levollinen läsnäolo, aktiivinen kuuntelu ja rauhoittaminen. Siihen ei kuulu tapahtuneen aktiivinen läpikäyminen auttajan kanssa, vaan sen aika on myöhemmin. (Antikainen-Juntunen 2007, 24.)

Työntekijään kohdistunut väkivalta tai sen uhka on vakava asia, josta saattaa seurata paitsi fyysisiä myös henkisiä vammoja. Henkiset vammat eivät aina ilmene heti, vaan saattavat tulla myöhemmin ja olla hoitamattomina pitkäaikaisia. Väkivalta-alttiilla työpaikalla on oltava valmius väkivallan tai sen uhan kohteeksi joutuneen työntekijän välittömään jälkihoitoon. Jälkihoito on aloitettava enintään 1–2 vuorokauden kuluttua tapahtuneesta, ja sen tarkoitus on vähentää ja lieventää rikoksen aiheuttamia vaikutuksia uhrille ja henkilökunnalle. Tällä tavalla autetaan uhria ja henkilökuntaa pääsemään normaaleihin työ- ja elämänolosuhteisiin mahdollisimman pian ja vältetään pitkäaikaisia henkisiä vammoja. Luontevin jälkihoidon antaja on työpaikan työterveyshuolto, mutta palveluja saa myös tämänkaltaisten kriisien hoitamiseen erikoistuneilta henkilöiltä. Yksilötason lisäksi tarvitaan usein asiantuntijajohtoista ryhmätason jälkihoitoa. Lisäksi tapahtunutta on läpikäytävä työtovereiden ja esimiesten kanssa. (Väkivallan uhka työssä, 2010, Hakupäivä 21. Maaliskuuta 2010)

3.5 Oikeusturva uhka- ja väkivaltilanteessa

Työtä tehdessä, niin sosiaali- ja terveystoimessa kuin opetuksenkin puolella ja etenkin palveluammateissa, joudutaan tilanteisiin, joissa ulkopuolinen henkilö äkillisesti kohdistaa työssä olevaan väkivaltaa, uhkaa väkivallalla tai käyttäytyy muutoin uhkaavasti. (Puisto ym. 2007, 16.)

Säädökset väkivaltilanteessa toimimiselle tulevat rikoslaista. Rikoslain 4 ja 5 §:ssä säädellään henkilöstön oikeutettua käyttäytymistä ns. hätävarjelu- ja pakkotila-tilanteissa. Lakipykälät ovat uusittu viimeksi vuonna 2004. Pakkotilalaissa on kyse pakkotilanteesta, joka itsessään voi olla laiton, mutta loppukädessä se on oikeutettu suuremman edun hyväksi siten että tilanteesta ei ole muuta ulospääsyä. Jokaisella on oikeus henkilökohtaiseen koskemattomuuteen, sekä potilaalla että hoitajalla. Pakotteilla ja rajoituksilla oikeuksia voidaan kuitenkin rajata, kuten esimerkiksi fyysisellä kiinnipitamisellä, eristämällä sekä sitomisella. Kaikki edellämainitut ovat perusoikeuksien rajoittamista ja niistä on säädetty lailla. (Puisto ym. 2007, 16.)

Tiivistettynä voidaan todeta, että potilaan/asiakkaan itsemääräämisoikeudella tarkoitetaan oikeutta itse päättää henkilökohtaiseen koskemattomuuteen puuttumisesta, omasta elämästä määräämistä ja omaa elämää koskevien päätösten toteuttamisesta. Pakon käytöstä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa (kehitysvammahuolto, päihdehuolto, mielenterveyshoito ja lastensuojelu) on säädetty sekä koskien henkilön määräämistä hoitoon tahdosta riippumatta että hoidon aikana käytettäviä pakotteita tai rajoitteita. (Puisto ym. 2007, 16.)

Henkilökunta kokee, että potilaiden oikeudet ja henkilökunnan velvollisuudet ovat ristiriidassa. Suuri osa henkilökunnasta kokee, että potilaat voivat käyttäytyä ihan miten he haluavat. Nämä tilanteet johtavat henkilökunnan työturvallisuuden vaarantumiseen. Henkilökunta kokee, että lainsäädäntö antaa potilaalle suuren määrän oikeuksia (potilas-, tietosuoja-, rikos- ja järjestyslainsäädäntö), mutta henkilökunnalle yksinomaan velvoitteita. (Puisto ym. 2007, 18.)

Tutkimusten mukaan henkilökunta kaipaa työnantajaa tuekseen tekemään ilmoitusta asiattomasta toiminnasta. Tutkintapyyntö jää usein tekemättä asianomistajarikoksessa, eli esimerkiksi lievässä pahoinpitelyssä tai uhkailussa, koska kynnyks lähtee ajamaa asiaa yksityishenkilönä eteenpäin on suuri. (Puisto ym. 2007, 18.)

Väkivaltatilanteista tulisi aina tehdä raportti. Raporteista kerätty tieto voidaan hyödyntää tulevissa väkivaltatilanteissa sekä niiden ehkäisyssä. Väkivalta ei saisi muodostus osaksi terveydenhuoltoalan työnkuvaa, jolloin se vain kuuluisi osaksi työtä. Raportoinnin esteenä ei myöskään saisi olla pelko syyllistymisestä. Työpaikalla tulisi sopia, että millaista käytöstä siedetään ja millaista ei. Jälkihoidon tulisi aina olla saatavilla, sekä henkilökunnan täytyisi olla siitä myös tietoinen. Tutkimusten mukaan kaikki eivät jälkihoidon mahdollisuudesta tiedä. (Saarela & Isotalus 2000, 3323–3326.) Myös päivystysympäristössä tapahtunutta väkivaltaa tutkinut ryhmä toteaa, että väkivalta nähdään ongelmana, mutta siitä raportointi on heikkoa (Crilly ym. 2004, 73).

Tehyn eettisen toimikunnan (Hoidon turvallisuuden kahdet kasvot, 2007) mukaan hoitovirheiden ja potilasvahinkojen syitä etsittäessä ei liene hyödyllistä etsiä syyllisiä. Tärkeämpää olisi vaikuttaa siihen, että virheitä ja läheltä piti – tilan-

teita osataan ja uskalletaan tunnistaa, raportoida ja käsitellä. Kaikkiin hoitoyksiköihin tulisi luoda selkeä ja yhtenäinen toimintamalli, jonka avulla hoitovirheet, vahingot ja läheltä piti – tilanteet ilmoitetaan ja käsitellään. Virheiden raportointia ja käsittelyä estävät usein inhimilliset tekijät kuten henkilökunnan kiire, häpeän, rangaistuksen ja luottamuksen menettämisen pelko sekä epäily raportoinnin hyödyttömyydestä. Hedelmällisempää olisi korostaa raportoinnin ja virheistä oppimisen merkitystä. Väkivaltaisesti käyttäytyviä potilaita ei voi jättää hoitamatta, sillä he ovat usein eniten avun tarpeessa. Turvallinen hoitosuhde on myös hoitavan osapuolen oikeus. Työturvallisuuslain (738/2002, 8§, hakupäivä 17.8.2011) mukaan työnantajan tulee tarkkailla työympäristöä, työyhteisön tilaa ja työtapojen turvallisuutta.

Tehyn eettisen toimikunnan mukaan (Hoidon turvallisuuden kahdet kasvot, 2007) väkivaltatilanteiden välttäminen ja ennalta ehkäiseminen ovat haasteellisia asioita. Kuitenkin sekä potilaiden että hoitajien turvallisuutta voidaan parantaa, toisinaan varsin pienilläkin muutoksilla. Keinoja ovat esimerkiksi henkilökunnan asianmukainen resursointi ja yksintyöskentelyn välttäminen. Myös tiedossa oleviin riskitekijöihin (väärinsijoitetut potilaat, huono tiedonkulku) puuttaminen edistää osaltaan sekä potilaiden että hoitohenkilöstön turvallisuutta. Avainsanoja ennalta varautumisessa ja riskien eliminoimisessa ovat avoimuus sekä hoitajien ja hoitohenkilöstön riittävä koulutus ja perehdyttäminen. Kun vahinko tapahtuu, on tärkeää huolehtia jälkihoidosta ja purkaa negatiiviset kokemukset rohkaisevassa ja ei-syyllistävässä ilmapiirissä. Hoidon turvallisuus paranee avoimesti puhumalla, ei asioita piilottelemalla.

Rikoslakiin tullut muutos vuoden 2011 alusta mahdollistaa lievänkin pahoinpitelyn etenemisen syyttäjälle asti uhrin tahdosta riippumatta, mikäli teko tapahtuu työssä ollessa eikä tekijä kuulu työpaikan henkilöstöön. Aikaisemmin tapahtunut tutkittiin vain jos uhri sitä halusi. Lakimuutos tarkoittaa, että parhaassa tapauksessa työntekijän taustalla voi olla koko organisaation tuki. (13.5.2011/441 16§, hakupäivä 15.10.2011.

4 VÄKIVALTATILANTEEN OPPAAN SUUNNITTELU JA TOTEUTUS

4.1 Oppaan lähtökohdat ja etenemisvaiheet

Kirjallinen opas on helppo ja edullinen keino levittää tietoisuutta väkivaltatilanteissa toimimisesta. Oppaan voi myös muuttaa sähköiseen PDF-muotoon, jonka jälkeen se on helposti saatavilla maanlaajuisesti Suomen röntgenhoitajaliiton Internet-sivustolta.

Tuotteen kehittäminen lähti ajatuksesta, jonka mukaan on olemassa **ongelma**, johon voisi hakea parannusta. Oppaan tekeminen oli ajatuksena heti alusta alkaen, mutta lisäpontta se sai opiskelujen aikana tehdyistä harjoittelujaksoilta, joiden aikana useat röntgenhoitajat ilmaisivat kiinnostuksensa tuotetta kohtaan. Kun idea oli valmiina, siirryin luonnoksen tekemiseen. Tämän jälkeen oppaan luonnosta prototypoitiin, paranneltiin ja lopuksi viimeisteltiin.

Oululainen röntgenhoitajaopiskelija käy opiskelujensa aikana harjoittelemassa kaikissa kuvantamisen modaliteeteissa sekä myös sädehoidossa. Harjoittelujeni edetessä kävi ilmi, että aggressiivisen asiakkaan kohtaamisesta ei ollut pidetty juurikaan koulutuksia. Muutama röntgenhoitaja muisti etäisesti jonkin koulutuksen, jossa asiaa oli jonkin verran sivuttu. Monella röntgenhoitajalla olikin varmuus lähinnä siitä, että he eivät osaisi toimia aggressiivisen henkilön kanssa.

Ongelman määrittelyn jälkeen alkoi tuotteen ja sen sisällön **ideointi**. Avainasemassa olivat asiantuntijaryhmän ihmiset, joilla oli runsaasti kokemusta väkivaltaisten henkilöiden kanssa toimimisesta. Tuloksena oli turvallisuusalan asiantuntijoiden ja röntgenhoitajaopiskelijan kehittävää dialogia. Tuotteen ulkoasusta keskusteltiin sekä asiantuntijaryhmän että ohjaavien opettajien välillä. Tuotteen eli oppaan suunnittelu edellyttää kirjallisuuteen perehtymistä, tavoitteiden pohjimista ja täsmentämistä, käsitteiden määrittelyä ja tutkimusasetelman valintaa. Suunnittelussa tulee ottaa huomioon aineiston käsittely. Uhkatilanteita ja niissä toimimisen vaihtoehtoja mietittäessä tulee ottaa huomioon lähdekritiikki. Opasta

tehdessä tulee miettiä, että kuinka tarkkoja ohjeita toiminnalle halutaan antaa ja kuinka tarkkoja tietoja esimerkiksi väkivaltatilanteen kehittymisestä on mahdollista saada, sillä harvat väkivaltatilanteet ovat täysin samanlaisia.

Luonnosteluvaiheessa tuote alkoi muodostua sillaksi asiakkaan ja röntgenhoitajan välillä. Röntgenhoitaja sekä asiakas ovat molemmat hyödynsaajia, mutta varsinainen hyöty syntyy vasta kun röntgenhoitaja pystyy panemaan opitun asian täytäntöön. Tuotteen toimintaympäristöt vaihtelevat suuresti, mutta asiaa helpottaa se, että poikkeuksetta sen käyttäjät ovat kaikki röntgenhoitajia. Yksin työskenteleviä röntgenhoitajia löytyy muualtakin kuin yöpäivystyksistä. Luonnostelua ohjaavat säädökset tulivat lähinnä rikoslain 4 luvusta, jossa määritellään hätävarjelu sekä työturvallisuuslaista (738/2002, hakupäivä 17.8.2011). Tuotteen valmistumisen ohessa tarvitsin asiantuntijaryhmän neuvoja varmistuakseni annettavien ohjeiden oikeellisuudesta.

Prosessi jatkui **kehittelyvaiheella**, joka tarkoitti tuotteen asiasisällön jakamista keskeisiin kokonaisuuksiin. Koska tuotteeni tärkein ominaisuus on sen välittämä informaatio, laaditaan tuotteen sen asiasisällön jäsentely kehittelyvaiheessa (Jämsä & Manninen 2000, 54). Keskeisten asioiden looginen jäsenitys, tässä tapauksessa kronologinen eteneminen väkivaltatilanteen kulkuprosessin mukaan, oli tuotteen ymmärrettävyyden kannalta oleellinen ratkaisu. Kehittelyvaiheessa sisällöllisesti tärkeää oli se, että annettua tietoa ei voisi ymmärtää väärin, joka taas voisi johtaa vääränlaiseen toimintaan väkivaltatilanteessa.

4.2 Projektin resurssit ja markkinointisuunnitelma

Tämän projektin helpoin asia oli aikataulutusta, koska tein tämän työn yksin eikä aikatauluista tarvinnut sopia kuin ohjaajien kanssa. Resurssien määrittely jäi hyvin pienimuotoiseksi, koska materiaalikulut olivat minimissä. Suunnittelin oppaan itsenäisesti kuunnellen kuitenkin asiantuntijaryhmän mielipiteitä. Projektiin tarvittuja laitteita olivat ainoastaan kotitietokone sekä kannettava tietokone.

Tuotteeni on suunniteltu maanlaajuiseen levitykseen kaikille röntgenhoitajille. Mikäli tahdon jatkossa jalostaa tuotettani tai muuttaa sen muotoa, on se täysin

mahdollista tekijänoikeuksien säilyessä minulla. Tuotteeni saa hyvin alunäkyvyyttä Suomen röntgenhoitajaliiton Internetsivuston avulla sen tullessa levitykseen, joten tietoisuus tuotteen olemassaolosta on varmastikin hyvä. Röntgenhoitajaliiton aikomuksena on lisäksi ollut painattaa tuotteestani paperinen, jaettava versio eri tapahtumien yhteyteen.

4.3 Kustannusarvio ja tekijänoikeudet

Tuotteen suunnittelukuluista vastasi tekijä itse. Kehittelyvaiheessa ei kuluja syntynyt. Tuotteen kehittäminen tapahtui projektiryhmän kotitietokoneilla sekä pieneksi osaksi myös Oamk:n tietokoneilla.

Laskettu tuntipalkka on vain laskennallinen (10€/h). Projektiryhmän palkkojen summa määräytyi opinnäytetyölle varatun opintopistemäärän mukaan. Ohjausryhmän palkkasumma määräytyi heille varatun ajan mukaan. Tukiryhmän tuntipalkat muodostuvat kieltenopettajien ohjauksesta sekä Päivi Raution ohjauksesta. Asiantuntijaryhmän palkkasumma määräytyi heidän ohjauksensa mukaan.

TAULUKKO 1. Tuotekehitysprojektin kustannusarvio.

Meno		Yhteensä
Projektiryhmän tuntipalkka (10€/h/hlö)	10€ x 400h	4000€
Ohjausryhmän tuntipalkat (10€/h/hlö)	10€ x 7h x 2 hlöä	140€
Tukiryhmän tuntipalkat	10€ x 1h x 1 hlöä	10€
Asiantuntijaryhmän tuntipalkat	10€ x 2h x 3 hlöä	60€
Paperi- ja tulostamiskulut raporttiin sekä tuotekehityksen vaiheisiin (riisi à 5€)	5€ x 1	5€
Valmiin oppaan tulostamiskulut	10€	10€
Kustannukset yhteensä	4000€ + 140€ + 10€ + 60€ + 5€ + 10€	4225€

Tulot: 0€

Tekijänoikeudet

Tekijänoikeuslain (8.7.1961/404, hakupäivä 13.9.2011) nojalla tuotteen tekijällä on tekijänoikeus teokseensa, joten oppaan tekijänoikeudet jäävät Lassi Kuopusjärvelle. Projektin loppuessa oppaasta annetaan sekä digitaalinen että paperinen kopio yhteistyökumppanille eli Suomen röntgenhoitajaliitto ry:lle. Röntgenhoitajaliitto ry saa levittää tuotetta sähköisessä muodossa Internetsivuillansa, sekä halutessaan painaa myös paperista versiota oppaasta. Tekijänoikeusso-
pimuksessa mainitaan myös, ettei Suomen Röntgenhoitajaliitto ry saa hyötyä oppaasta taloudellisesti. Oppaan käyttäjät saavat käyttöoikeuden oppaaseen. Tuotteen loppukäyttäjät eli röntgenhoitajat eivät saa oikeuksia levittää, myydä, muokata tai kopioida tuotetta. Mikäli opasta ei pitkään aikaan päivitetä tai sen tieto selkeästi vanhenee, voi Suomen Röntgenhoitajaliitto ry poistaa oppaan levityksestä halutessaan. Tuotteen alkuperäinen tekijä täytyy lisäksi olla mainittuna sekä sähköisessä että mahdollisessa paperisessa levitysversiona.

4.4 Projektin ongelmat ja riskit

Projektin hallinta on vaihtelevien olosuhteiden ja epävarmuuden hallintaa. Riskien hallinnalla pyritään varautumaan odottamattomiin tilanteisiin. Mitättömiltä tuntuvat potentiaaliset ongelmat voivat kuitenkin kumuloituessaan johtaa aikataulujen ylityksiin sekä merkittäviin lisäkustannuksiin. Riski aiheutuu yleensä useista tekijöistä koostuvan tapahtumaketjun summana. (Ruuska 2007, 248.)

Projektin onnistumisen kannalta oleelliset sisäiset tai ulkoiset tekijät voivat olla riskeinä hankkeen tuloksellisuudelle, vaikuttavuudelle ja /tai kestävyydelle. Riskitaso hyvässä hankkeessa on kohtuullinen. Projektin eri osien tulee olla tasapainossa toisiinsa nähden. Suunnitellun toiminnan laajuuden on oltava järkevässä suhteessa mahdollisuuksiin ja tavoitteiden suhteessa panoksiin. **Ulkoiset riskit** ovat projektista riippumattomia tekijöitä. **Sisäiset riskit** ovat puolestaan niitä tekijöitä, jotka riippuvat projektin omasta rajauksesta ja toteutustavasta. Molemmat riskit voivat haitata sekä projektin toteutusta että vaarantaa tulosten kestävyyttä. (Silfverberg 2007, 31, 153.)

Tämän projektin potentiaalisia keskeisimpiä riskejä olivat projektin tekijän henkilökohtaiset ongelmat tai sairastumiset, sekä mahdollinen tiedon katoaminen tai menetys. Tiedon menettämisen riski oli kuitenkin melko pieni, johtuen hyvästä varmuuskopiointi- ja tietoturvakulttuurista. Käytännön harjoitteluista olivat suoritettuna syksyn 2011 alkaessa 95 % joten syksyille jäikin ainoastaan yksi harjoitteluviikko. Harjoittelun jälkeen oli hyvin aikaa tehdä sekä tuotetta, että loppuraporttia. Aikataulutus piti hyvin paikkansa koko projektin ajan ja koska ideaseminaari, valmistava seminaari ja tuotekehitysseminaari olivat esitetty ajoissa, oli aikaa käytettävissä hyvin lopullisen raportin kirjoittamiseen. Asiantuntijaryhmä oli tehnyt selväksi olevansa käytettävissä projektin aikana milloin vain, joten riski sen antaman avun menettämisestä oli minimaalinen.

4.5 Oppaan laatukriteerit

Kävin läpi oppaani laatua Rouvinen-Wileniuksen (2008, 10–13) kehittämien laatukriteerien avustuksella sekä Parkkusen, Vertion ja Koskinen-Ollonqvistin (2001, 9–20) kehittämien laatukriteerien avulla. Terveyden edistämisen keskus julkaisee 2008 uusittua laatukriteeristöä siitä, millainen on hyvän terveystieteen oppaan sisältö. Koska laatukriteerit ovat nimenomaan terveystieteen aineistoa varten, pidin sitä sopivana työkaluna oppaani laadun mittaamiseen.

Terveyden edistämisen laatukriteerit

Konkreettinen terveystavoite auttaa lukijaa oivaltamaan helposti, millaiseen terveystavoitteeseen tuotteen käytöllä pyritään. Oppaani terveystavoite on kehittää röntgenhoitajan taitoa toimia väkivalta- ja uhkatilanteessa. Oppaan sisällön kokosin niiden asioiden perusteella, joita itse pidän oleellisena tietona väkivaltilannetta koskien sekä sen mukaan, mitä asiantuntijaryhmä piti oleellisena. **Sopivan tietomäärän** rajaaminen takaa sen, ettei opas ole liian raskas lukea ja lukija pystyy omaksumaan lukemansa. Opas pysyy tällöin myös **helppolukuisena**. Pyrin esittämään oleellisen tiedon tiiviissä paketissa ilman mitään turhaa tietoa, sillä liian pitkät lauseet heikentävät ymmärrettävyyttä. (Ks. Parkkunen ym. 2001, 11–14.)

Aineiston laatuksiteerit

Tuotteen täytyy sisältää **oikeaa ja virheetöntä** tietoa, jotta oppaan luenut röntgenhoitaja voisi luottaa lukemaansa. Annan riittävästi **konkreettisia esimerkkejä**, joiden avulla omaa toimintaansa voi kehittää. Perehdyin aihealueeseen opinnäytetyöni eri vaiheissa, sekä käytin asiantuntijaryhmän palveluita tuotteen sisällöllisen laadun parantamisessa. Opas sisältää monelle röntgenhoitajalle täysin uutta sanastoa sekä termejä, jotka täytyi avata lukijalle. Pidän lauserakenteet lyhyinä ja selkeinä, koska pitkien kokonaisuuksien käyttö haittaa oppaan luettavuutta. Pyrin välttämään erikoissanaston käyttöä, sekä liiallista lakitekstin käyttöä, jotta teksti pysyisi ymmärrettävänä. (Ks. Parkkunen ym. 2001, 11–13.)

Oppaan kohderyhmä muodostuu Suomen röntgenhoitajista. Määrällisesti hoitajia on paljon, mutta **kohderyhmä on tarkoin määritelty** ja rajattu omaksi suppeaksi erityisalakseen. Tämä mahdollisti tuotteen räätälöinnin ja aineiston sisällön soveltamisen nimenomaan kohderyhmän näkökulmasta. Pyrin **kunnioittamaan kohderyhmän kulttuuria** esitestaamalla tuotteen sen tulevilla käyttäjillä. Myös lopullinen tuote on **tarkastettu** asiantuntijaryhmän toimesta. (Ks. Parkkunen ym. 2001, 18–20.)

Esitystavan laatuksiteerit

Lopullinen tuote **hyödyntää Internetin mahdollisuuksia** sen levityskanavaan. Lopullisen tuotteen saa avattua millä tahansa PDF-formaattia tukevalla päätelaitteella, jossa on Internet yhteys. Tuotteen **tekninen laatu** on varmistettu standardimuotoisena PDF-levityksenä. **Palautteen** antamista varten tuotteen alussa on yhteystieto, jonka avulla oppaan tekijän voi tavoittaa. Pyrin tekemään oppaasta **loogisesti etenevän** käyttämällä liikennevaloista tuttua värimaailmaa (vihreä-keltainen-punainen) kuvaamaan väkivaltatilanteen etenemistä. (Ks. Rouvinen-Wilenius 2001, 12)

Paransin oppaan **hahmotettavuutta** käyttämällä lihavointikeinoja sekä tekstilaatikoita, jotka pysäyttävät lukijan hetkeksi miettimään kysymyksen muodossa. Eri värien käytön avulla oppaan eri osiot on helppoa erottaa toisistaan. Sisällön selkeän esitystavan varmistin käyttämällä oikeaa kirjasintyyppiä- ja kokoa. Kävin läpi eri kirjasintyyppisiä, mutta päädyin selkeään ja yksinkertaiseen Arial-kirjasintyyppiin. Käytin kirjasinkokoa 12, jotta teksti olisi tarpeeksi helppolukuista ja selkeää luettavaksi. Toisaalta kirjasinkoko 12 pitää myös oppaan suhteellisen suurta sivumäärää paremmin hallinnassa. Otsikoinnissa käytin kirjasinkokoa 20 sekä lihavointia sisällön selkeyttämiseksi. Sijoittelin tekstin siten, että oppaan sisältö pysyi selkeänä ja ilmavana, jolloin luettavuus parantui. (Ks. Parkkunen ym. 2001, 15–17.)

Taulukko 2. Oppaan laatukriteerit.

Laatukriteeri	Ominaisuus	Mihin pyrin
Sisältö	Konkreettinen terveystavoite	Oppaalle asetettu tavoite on selkeä.
	Oikea ja perusteltu tieto	Oppaan sisältämä tieto on perusteltua, objektiivista, ajantasaista ja luotettavaa.
	Sopiva tietomäärä	Opas esittää ytimekkäästi keskeiset asiat.
Helppolukuisen kieliasun	Kielen rakenne	Oppaassa käytetty kieli on selkeää ja rakenteeltaan helposti omaksuttavaa.
	Käsitteiden käyttö	Tuotteen tieto koetaan ymmärrettäväksi, yksiselitteiseksi ja havainnollistavaksi.
	Ideatiheys	Oppaan sisältämä teksti on sopivan tiivistä.
	Esitystapa	Oppaan esitystapa on yksiselitteinen ja neutraali.
Ulkoasu	Helppo hahmoteltavuus	Oppaan sisältö korostaa olennaisia asioita.

	Sisällön selkeä esitystapa <ul style="list-style-type: none"> • Kirjasinko-ko- ja tyyppi • Tekstin sijoittelu 	Kirjasintyyppi on selkeä ja yksinkertainen ja kooltaan sopiva. Teksti on hyvin sijoiteltu ja jaoteltu. Etenevä värikoodaus koetaan loogiseksi.
Kokonaisuus	Kohderyhmän selkeä määrittely	Kohderyhmä on kyllin suppea. Opas ja sen sisältö on rajattu tarkkaan kohderyhmää ajatellen.
	Kohderyhmän kulttuuria on kunnioitettu	Opas on esitettävä kohderyhmää vastaavassa käyttöympäristössä.
	Huomiota herättävyys	Opas poikkeaa muista terveysaineistoista kokonsa ja väriensä takia.
	Hyvä tunnelma	Oppaan yleisilme on käyttöön rohkaiseva ja kohderyhmälle sopiva.

Laatukriteerien pohjalta rakensin oppaan esitteen kyselylomakkeen käyttäen apuna ilmaista Google Docs -palvelua. Lomakkeen avulla sain testikäyttäjien mielipiteitä ja ideoita oppaan eri osa-alueista. Palaute annettiin anonymimä. Vastausasteikkona toimi tyypillinen viisiportainen Likert-asteikko, joka kertoo joko myönteisestä tai kielteisestä suhtautumisesta kysyttävään asiaan.

5 OPPAAN JA TUOTEKEHITYSPROJEKTIN ARVIOINTI

Projektini **tulostavoitteena** oli suunnitella ja toteuttaa opas väkivalta- ja uhkatilanteiden varalle nimenomaisesti röntgenhoitajille. Esitestaamiseen osallistuvat arvioivat oppaan sisältöä, kieliasua, ulkoasua sekä kokonaisuutta. Esitestaamisen tulosten perusteella opas täytti sille määritetyt laatuksiteerit hyvin, joten tulostavoite saavutettiin.

Projektin **toiminnallisena tavoitteena** oli, että röntgenhoitajan toiminta ja turvallisuus väkivalta- ja uhkatilanteessa paranisi. Tuotteen avulla röntgenhoitaja voi havaita mahdolliset uhkatilanteet aikaisemmassa vaiheessa, pyytää apua paikalle ajoissa sekä edistää omalla toiminnallaan tilanteen rauhallista purkamista. Pidemmällä aikavälillä myös potilaat toimivat edunsaajina, kun röntgenhoitajilla on enemmän työkaluja käytössään uhkaavien tilanteiden varalle.

Tuotteen ulkoasusta ja sisällöstä kävin jatkuvaa dialogia asiantuntijaryhmän sekä ohjausryhmän edustajien kanssa. Tuote palautui asiantuntijaryhmän jäsenille luettavaksi useaan eri otteeseen. Palautetta ja ideoita keräsin jokaisen kierroksen aikana. Ensimmäinen kerta tapahtui pelkästään rajaamalla niitä aihealueita, jotka tuotteeseen tulisivat. Toisella kerralla sisältöä alettiin määrittellä ja muistiin kirjattiin niitä ajatuksia, joiden tulisi olla tuotteessa varmuudella. Tässä vaiheessa esille nousi idea oppaan sivujen reunusten väriskaalan käyttämisestä eli uhan vaiheen kuvaamisesta liikennevaloista tuttuun värien avulla. Loppuvaiheessa kokonaisuuksia avattiin siten, että aiheeseen perehtymätönkin ymmärtäisi, mistä on kysymys, eikä väärinkäsityksille jäisi sijaa.

Oppaan nimi sai lopullisen muotonsa vasta tuotetta viimeistellessä. Kokosin tuotekehitysprojektin aikana nk. laatuksiteerit, joiden pohjalta rakensin esitestausrayhmää varten palautekyselyn sähköiseen muotoon. Palautekysely kartoitti esitestausrayhmän suhtautumista oppaan sisältöön, kieliasuun, ulkoasuun sekä kokonaisuuteen.

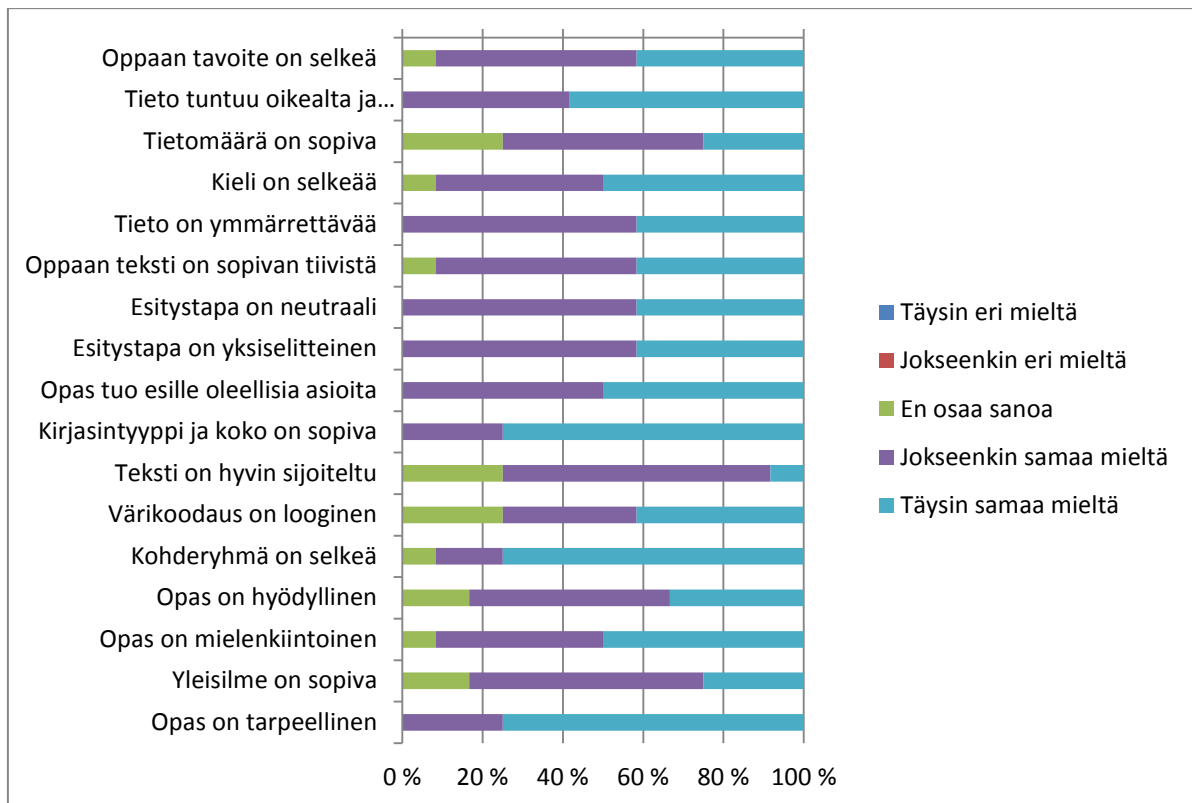
5.1 Oppaan arviointi palautekyselylomakkeen avulla

Oppaan esitestaaminen sähköisen palautekyselyn avulla suoritettiin aikavälillä 17.10.2011–24.10.2011 Oulun ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveystieteiden yksikön rad8-ryhmän opiskelijoilla. Lähetin oppaan ja esitestaamislomakkeen URL-linkin sähköpostilla testiryhmälle. Sähköpostissa kerroin kyselyn tarkoituksesta ja sisällöstä. Opasta ei voi testata itse ongelmatilanteessa, koska oppaan lukeminen väkivaltatilanteen kehittyessä ei ole mielekästä. Esitestausaikana viikko itsessään riitti erittäin hyvin. Esitestaaviikon loppuvaiheessa lähetin muistutusviestin sähköpostitse testiin osallistujille. Palautekyselyyn tuli kaksitoista (12) vastausta. Kaikki vastanneet olivat neljännen vuoden röntgenhoitaja-opiskelijoita.

5.1.1 Palautekyselylomakkeen strukturoidun osion analysointi

Kokosin Likert-asteikon vastaukset kuvioon 2. Esitestaamisen kyselylomake sisälsi kokonaisuudessaan 17 väittämää, jotka kuvasivat oppaan sisältöä, kieliasua, ulkoasua ja kokonaisuutta. Lomakkeeseen vastattiin sähköisesti valitsemalla vaihtoehdoista omaa mielipidettä lähinnä oleva. Vaihtoehdot olivat 1=täysin eri mieltä, 2=jokseenkin eri mieltä, 3=en osaa sanoa, 4=jokseenkin samaa mieltä, 5=täysin samaa mieltä. Olin lisännyt lomakkeeseen myös tilaa vapaamuotoiselle palautteelle aina jokaisen vastausosion jälkeen.

Kokonaisuudessaan kyselyyn vastanneet olivat suurimmaksi osaksi vastauksissaan samaa mieltä väittämien kanssa. Yhtään ”täysin eri mieltä” tai ”jokseenkin eri mieltä” -vastauksia ei tullut. ”En osaa sanoa” -vastauksia kertyi vähäisesti noin puoleen esitetystä väitteistä. Tiedon määrä, tekstin sijoittelu sekä oppaan värikoodaus jakoivat eniten mielipiteitä. Tärkeimpänä asiana esitestaaminen paljasti sen, että kaikkien vastanneiden mielestä opas on tarpeellinen. Myös oppaan tieto on ymmärrettävää ja opas tuo esille oleellisia asioita.



KUVIO 2. Palautekyselyn strukturoidun osion vastausten jakautuminen.

5.1.2 Korjausehdotusten ja vapaan palautteen analysointi

Vapaa palaute -osioon oli kertynyt palautetta yhteensä seitsemän vastaajan toimesta. Kävin palautteet läpi yksitellen ja muokkasin tuotetta niiden palautteiden osalta, jotka totesin perustelluiksi ja hyviksi ehdotuksiksi.

Voisiko olla jossakin joku esimerkki siitä missä turvallisuuskoulutuksia järjestetään? Vai meneekö mainostamisen puolelle?

Palautteen perusteella selkiytin oppaan koulutusosion tekstiä siten, että sen tarkoitus kriittisen ajattelun kannustamiseksi työpaikalla järjestettävien koulutusten arvioimiseksi on kerrottu selkeämmin. Lisäsin myös lyhyen maininnan yksityisten turvallisuusalan toimijoitten tarjoamista palveluista.

Välillä ei oma ajatus pysynyt tekstin mukana. Esim. sivun neljä otsikointikysymys ei tunnu ihan saavan vastausta tekstistä. Sama sivulla 11.

Korjasin palautteen perusteella sivujen yläkulmissa olevien kysymyslaatikoiden sisällön vastaamaan paremmin käsiteltävää aihetta.

Sivun 9 otsikkokysymys tuntuu olevan väärässä kohdassa, kun työympäristöstä puhutaan vasta sivun lopussa ja välissä on tekstiä eri aiheesta.

Jätin kysymyksen ennalleen, koska sivua kohden mahtuu vain yksi kysymys ja aihetta käsitellään kyseisellä sivulla. Mielestäni kyseinen poistumisteitä koskeva kysymys oli kuitenkin sen verran tärkeä, että se kannatti säilyttää.

Terveystieteiden tutkimuskeskuksella työskenteleviä miehiä koskeva teksti (sivu 3) tuntuu irralliselta muuhun sivun tekstiin nähden, onko sisällön kannalta oleellista tietoa? Saisiko jotenkin paremmin kytkettyä muuhun sisältöön?

Poistin maininnan miespuolisten röntgenhoitajien osuudesta väkivaltatilanteissa, koska se osoittautui harkinnan jälkeen irralliseksi ja merkityksettömäksi tiedoksi itse tuotteen kannalta. Asiaa kuitenkin käsitellään loppuraportin kappaleessa 3.

Olisin ehkä kaivannut lisää tietoa siitä, millainen tilanne on uhkatilanne. Jos siis lähetteessä ei ole mitään mainintaa esim. aggressiivisuudesta, millaista potilaan kehonkieli sitten voi olla.

Lisäsin palautteen perusteella sanattoman viestinnän esimerkkejä aggression ennakoinnista.

Sivun 8 ensimmäinen kappale ei auennut kunnolla, mitä tarkoitetaan "valmistautumisella"? Ts. mihin valmistaudutaan olisi hyvä määritellä.

Lisäsin palautteen perusteella täsmennystä uhkatilanteeseen valmistautumisesta sekä selkiytin tekstin rakennetta hieman.

Välillä teksti ei etene täysin ainakaan omalle logiikalle sopivasti, esim. työympäristö-kappale sivulla 9 voisi olla jo sivulla 5 muun aiheeseen kuuluvan tekstin yhteydessä.

Korjasin palautteen mukaisesti tekstin sijoitusta. Poistin myös kahteen kertaan eri sanoin mainittuja asioita.

Minua häiritsee joissakin lauseissa englanninkieliset sanat suluisissa.

Oppaan ainoat englanninkieliset sanat sulkumerkkien sisällä ovat *defusing* ja *debriefing*, jotka ovat selitetty suomenkielisin vastikkein. Päätin jättää englanninkieliset sanat näkyville, koska ne ovat esillä toistuvasti uhka- ja väkivaltatilanteita käsittelevässä kirjallisuudessa sekä ne voivat toimia hyvänä apuna haettaessa lisätietoa väkivaltatilanteen jälkihoidosta.

Sivulla 6, viimeisessä laatikossa on lause "Äänensävyllä ja äänenpaino ovat tärkeitä." Pitäisikö olla esim. Äänensävy ja äänenpaino ovat tärkeitä?

Korjasin kirjoitusvirheen palautteen mukaisesti.

Pakkokeinolaki kappale ja lainaus voisivat olla samalla sivulla. (12,13) Siniset kysymyslaatikot menevät hieman sivunumeroiden päälle, joka häiritsee minua hieman (on näitä omia neurooseja:))

Tekstin ilmapuuden vuoksi jätin laittamatta loppuvaiheessa liikaa tekstiä samalle sivulle, joten tätä korjausehdotusta en päättänyt lopulta toteuttaa. Sinisten kysymyslaatikoiden on tarkoitus olla limittäin sivunumero-elementin kanssa.

Tuleehan opas sitten tarpeeksi isolla fontilla, että henkilöt joilla esim.huono lähinäkö, saavat hyvin selvää tekstistä.

Oppaan ensisijainen levitysmuoto on sähköinen. PDF-formaatti mahdollistaa tekstin suurentamisen helposti, jolloin lukeminen helpottuu tarvittaessa.

Sain myös positiivista palautetta korjausehdotus-osioon:

”Oppaan sisältö ja tavoite on hyvin määritelty ja tulevat lukijalle esiin selkeästi.”

”Ulkoasultaan erittäin hyvin tehty opas. Värikoodaus tuo eloa tekstiin ja jaottelu antaa väljyyttä asiapitoisuuteen. Oppaan jaksaa lukea helposti kokonaan väsymättä tietomäärään.”

”Kokonaisuutena hyvä ja tarpeellinen opas. Väkivaltatilanteessa käytettävien hyvien toimintatapojen konkreettinen ja tiivis määrittely on mielestäni onnistunut. Job well done!”

”Asiat oli oppaassa loogisessa järjestyksessä, mikä teki oppaasta mun mielestä selkeän.”

Koin vapaaehtoisen positiivisen palautteen kannustavaksi. Oppaasta pidettiin ja se koettiin käyttökelpoisena.

5.2 Tuotekehitysprojektin aikataulun ja kustannusten arviointi

Opinnäytetyöprosessin käynnistymisestä alkaen tavoitteena oli päättää opinnäytetyöprosessi syksyllä 2011. Tällöin valmistuminen tapahtuisi aikataulussa. Minulla oli myös teoreettinen mahdollisuus valmistua keväällä 2011, mutta yksi harjoitteluviikko jäi syksyyn. Toisaalta aikataulussa pysyminen mielestäni varmistaa laadullisesti paremman työn, sillä osa asiantuntijaryhmän palveluista ei ollut käytettävissä vielä keväällä 2011. Yksintyöskentelemisen etuna on aikatauluriippumattomuus, joten opinnäytetyötä voi työstää aina kun se itselle sopii.

Osasin mielestäni varautua hyvin projektia ohjaavien opettajien kiireisiin, kuten mm. kielenopettajien pitkiin jonoihin. Pyrin olemaan aina liikkeellä ajoissa, jotta yllätyksiä ei pääsisi syntymään. Mietin ennen esitestaamisen aloittamista sen suorittamista kahdessa viikossa, mutta yhden viikon esitestausaika osoittautui kuitenkin riittäväksi seurattessani luokkatovereitteni opinnäytetyön vaiheita.

Loppuraportin laadinta eteni syksyllä ennakoitua nopeammin, koska minulla oli syyslukukauden 2011 alkaessa opintoihini liittyvät teoriat sekä harjoittelut suoritettuna. Monella kurssitoverillani saattoi olla vielä syksyn alkaessa kahdenkin kuukauden edestä harjoitteluja suorittamatta, joten viimeistään tässä vaiheessa harjoittelujen tekeminen lomien aikaan osoittautui kannattavaksi.

5.3 Projektityöskentelyn arviointi

Yksintyöskentelemisen eduiksi muodostuivat toisesta osapuolesta riippumattomuus ja joustavat aikataulutukset. Opinnäytetyön viimeistelyvaihe eteni sekä asiantuntijaryhmän ja ohjaajien kanssa sähköposteja vaihtamalla ja ohjauskusteluja käymällä. Väljä syksyn aikataulu mahdollisti rauhallisen etenemisen opinnäytetyön viimeistelyssä. Sain neuvoja ohjaavilta opettajilta sähköpostitse tarvittaessa nopeasti, etenkin työn loppuvaiheessa. Myös tapaamiset onnistuivat hyvin loppuvaiheessa, koska muita menoja arkipäivisin minulla ei juuri ollut syksyn aikana.

6 POHDINTA

Omat oppimistavoitteeni tälle opinnäytetyöprojektille olivat jo olemassa olevan tiedon syventäminen, pitkäjänteisyyden kehittäminen, tuotteen suunnitteluun ja toteuttamiseen perehtyminen. Koen kehittyneeni etenkin väkivallan toimintaohjeiden tarkastelun suhteen objektiivisemmaksi ja avarakatseisemmaksi, sekä tiedostavammaksi etenkin niiden tekijöiden suhteen, jotka vaikuttavat väkivaltilanteiden muodostumiseen.

Väkivaltaan reagoiminen ei ole pelkkää fyysistä itsepuolustusta, vaan kyseessä on pitkä suunnittelematon ja ennakoimaton tapahtumaketju, johon voidaan reagoida ja vaikuttaa monessa eri vaiheessa. Yleensä ongelmat alkavat siinä vaiheessa, kun asiakkaan toimintaa joudutaan kieltämään, estämään tai rajoittamaan jollakin tavalla (Honkala 2003, 32).

Opinnäytetyöprojektin aikana opin pyytämään palautetta ja vastaanottamaan sitä, etenkin ohjausryhmän tapaamisissa. Myös asiantuntijaryhmän kanssa pidetyt keskustelut auttoivat ajattelemaan käsiteltävää ilmiötä monesta eri näkökulmasta, samalla säilyttäen objektiivisen näkökulman. Viestintätaitoni kehittivät suuresti sekä kirjallisen että suullisen viestinnän osalta ollessani yhteydessä virallisiin tahoihin erinäisten lupa-asioiden vuoksi etenkin työn loppuvaiheessa. Oppaasta tuli sekä tekijän itsensä, että asiantuntijaryhmän näköinen.

Oppaan suunnittelemisen aikana kyseenalaistin omaa näkemystäni väkivaltilanteen kehittymisestä. Vaikka väkivallan tekeminen onkin lähtökohtaisesti väärin aina, voi silti myös röntgenhoitajana vaikuttaa tapahtumien kulkuun sekä hyvässä että pahassa. Asiantuntijaryhmän kanssa käydyissä keskusteluissa löytyi nk. kultainen keskitie, jonka ympärille opas rakennettiin. Pohdin omaa suhtautumistani väkivaltaan koko projektin ajan ja pyrin tekemään oppaasta sellaisen, että siitä voisi irrottaa yksittäisiä osia oman työskentelyn rinnalle, enkä välttämättä kehota lukijaa tekemään juuri niin kuin minä tekisin.

Esitin oppaan ja tutkitun taustatiedon pohjalta kootun luennon röntgenhoitajien kohtaamasta väkivallasta Tampereella lokakuussa 2011. Pienten kuvantamisyksiköiden koulutuspäivillä oli noin satakunta kuulijaa, joilta tuli pelkästään hyvää palautetta. Suurin osa kuulijoista oli pienistä terveyskeskuksista ympäri Suomea. Osa terveyskeskuksista saattaa työllistää vain yhden röntgenhoitajan, jolla lähin auttava työtoveri saattaa olla pitkänkin matkan päässä. Erityisesti yksintyöskentelevät röntgenhoitajat kokivat esitykseni mielenkiintoiseksi ja hyödylliseksi. Jatkossa vastaavan luennon tai jopa opetustapahtuman pitäminen ei ole ollenkaan poissuljettu ajatus.

Tärkeimpänä jatkokehityshaasteena esitän oppaan säännöllistä päivittämistä. Uuden tiedon lisääminen tai vanhentuneen tiedon poistaminen on tervettä itsekritiikkiä, joka mahdollistaa oppaan pysymisen ajantasaisena. Myös nimenomaisesti röntgenhoitajien kohtaaman väkivallan laajempi tutkiminen ja kartoittaminen olisivat mielenkiintoisia tutkimuskohteita, etenkin päivystysympäristössä.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (17.8.1992/785 4§, hakupäivä 15.10.2011) kertoo, että potilaalla on oikeus hyvää terveyden- ja sairaanhoitoon ja siihen liittyvään kohteluun. Hyvästä kohtelusta on pitkä matka hätävarjelutilanteeseen, joten oppaan tehtäväksi jäikin sillan muodostaminen ääripäiden välille. Oppaan avulla röntgenhoitaja voi kehittyä ennakoimaan väkivalta- ja uhkatilanteiden kehittymistä sekä välttämään tilanteen muuttuminen fyysiseksi konfliktiksi. Saamani hyvä esitetauspalaute vankisti uskoani oppaan toimivuudesta. Toivonkin, että mahdollisimman moni röntgenhoitaja saisi oppaastani eväitä uhkatilanteiden kohtaamiseen.

LÄHTEET

Catt, S., Chalmers, A., Fallowfield, L. 2008. Psychosocial and supportive-care need in high grade glioma. *The Lancet Oncology* 9, 884–891.

Chapman, R., Styles, I. 2006. An epidemic of abuse and violence: Nurse on the front line. *Accident and Emergency Nursing* 14, 245–249.

Crilly, J., Chaboyer, W., Creedy, D. 2004. Violence towards emergency department nurses by patients. *Accident and Emergency Nursing* 12, 67–73.

Gilchrist, H., Jones, S., Barrie, L. 2011. Experiences of emergency department staff: Alcohol-related and other violence and aggression. *Australasian Emergency Nursing Journal* 14, 9–16.

Honkala, P. 2006. Väkivallan uhka – Sosiaalialan mörköpeikko. Pro Gradu. Tampere: Tampereen yliopisto. Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön laitos.

Jämsä, K., Manninen, E. 2000. Osaamisen tuotteistaminen sosiaali- ja terveysalalla. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Karlsson, Å., Marttala, A. 2002. Projekti kirjja. Onnistuneen projektin toteuttaminen. Vantaa: Tummavuoren kirjapaino Oy.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785 2:3 § 4 §, Finlex. Haku-päivä 15.10.2011.

Lauerma, H. 2009. Pahuuden anatomia. Helsinki: Edita.

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

Löow, M., 2002. Onnistunut projekti. Projektijohtamisen ja -suunnittelun käsikirja. Helsinki: Tietosanoma Oy.

Parkkunen, N., Vertio, H., Koskinen-Ollonqvist, P. 2001. Terveysaineiston suunnittelun ja arvioinnin opas.

Paterson, B., Leadbetter, D., Bowie, V. 1999. Supporting nursing staff exposed to violence at work. *International Journal of Nursing Studies* 36, 479–486.

Pelin, R., 2008. Projektihallinnan käsikirja. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Pich, J., Hazelton, M., Sundin, D., Kable, A. 2009. Patient-related violence at triage: A qualitative descriptive study. *International Emergency Nursing* 19, 12–19.

Pitkänen, A. 2003. Potilaiden hoitajiin kohdistama väkivalta psykiatrisessa hoitotyössä. Pro Gradu. Tampere: Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Puisto, V., Lahti, J., Kettunen, R., Kallio, R., Viikuna, P., & Lehmusto, M. 2007. Henkilöstön oikeusturva väkivaltilanteessa sosiaali- ja terveydenhuollossa sekä opetustoimessa. Helsinki: Työsuojeluhallinto.

Rasmus, M. 2002. Turvattomuus työtoverina. Pro Gradu. Kuopio: Kuopion yliopisto. Terveystieteiden- ja talouden laitos.

Rikoslaki. 4 luku. 13.6.2003/515 4§, Finlex. Hakupäivä 7.7.2011.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1889/18890039001>

Rikoslaki. 21 luku. 13.5.2011/441 16§, Finlex. Hakupäivä 15.10.2011.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1889/18890039001>

Rouvinen-Wilenius, P. 2008. Tavoitteena hyvä ja hyödyllinen terveysaineisto – Kriteeristö aineiston tuottamisen ja arvioinnin tueksi. Hakupäivä 1.9.2011.
http://www.tekry.fi/web/pdf/publications/2008/2008_003.pdf

Ruuska, K., 2007. Pidä projekti hallinnassa. Gummerus Kirjapaino Oy.

Silfverberg, P. 2007. Ideasta projektiksi. Projektityön käsikirja. Helsinki: Edita Prima Oy.

Sirén, R., Aaltonen, M. & Kääriäinen, J. 2010. Suomalaisten väkivaltakokemukset 1980–2009. Helsinki: Oikeuspoliittinen tutkimuslaitos.

Tehyn eettinen toimikunta. Hoidon turvallisuuden kahdet kasvot. Tehy 2007:9.

Tekijänoikeuslaki 8.7.1961/404. Finlex. Hakupäivä 13.9.2011.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1961/19610404>

Työsuojeluhallinto. Väkivallan uhka työssä. Hakupäivä 21. Maaliskuuta 2010,

<http://www.tyosuojelu.fi/fi/vakivallanuhka/95>.

Työturvallisuuskeskus. 2009. Kunta-alan työolobarometri. Helsinki: Työ- ja elinkeinoministeriö.

Työturvallisuuslaki 738/2002. Finlex – Valtion säädöstietopankki. Hakupäivä

17.8.2011. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2002/20020738>

Viirkorpi P. 2000. Onnistunut projekti – Opas kunta-alan projektityöskentelyyn. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.

Wand, T., Coulson, K., 2006. Zero tolerance: A policy in conflict with current opinion on aggression and violence management in health care. Australasian Emergency Nursing Journal 9, 163–170.

World Health Organization. Väkivalta ja terveys maailmassa. Hakupäivä 17.8.2011,

http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/full_fi.pdf

LIITE 1

Tehtäväluettelo

Laatija Lassi Kuopusjärvi

Päiväys 15.10.2011

Projekti Opas röntgenhoitajille väkivaltatilanteen tunnistamiseen

Nro	Tehtävän nimi	Alku pvm	Loppu pvm	Suunnit. tunnit	Toteut. tunnit	Vastuu/Suorittaja
1	Ideointi	1/-10	03/-11	20	20	L.K.
1.1	Ideaseminaarin valmistus ja esitys	9/-10	12/-09	8	10	L.K.
2	Aihealueeseen perehtyminen	01/-10	07/-11	180	180	L.K.
2.1	Kirjallisuuteen tutustuminen	01/-10	12/-10	50	60	L.K.
2.2	Valmistavan seminaarin suunnittelu ja kirjoitus	04/-10	05/-10	120	100	L.K.
2.3	Valmistavan seminaarin esittäminen, korjaus ja palautus	05/-10	5/-10	10	20	L.K.
3	Tuotekehityssuunnitelman laadinta	04/-10	03/-11	100	130	L.K.
3.1	Yhteydenotot	03/-11	08/-11	20	30	L.K.
3.2	Tuotekehityssuunnitelman suunnittelu ja kirjoitus	04/-10	11/-10	60	60	L.K.
3.3	Tuotekehityssuunnitelman esittäminen, korjaus ja palautus	09/-10	10/-10	20	40	L.K.
4	Tuotteen luonnostelu	03/-10	03/-11	150	200	L.K.
4.1	Aiheen rajaus	02/-11	07/-11	20	30	L.K.
4.2	Tuotteen sisällön suunnittelu	03/-11	09/-11	80	80	L.K.
4.3	Tuotteen ulkoasun suunnittelu	04/-11	08/-11	60	50	L.K.
5	Tuotteen toteutus	05/-11	10/-11	120	120	L.K.
5.1	Esitestausta, muutostyöt	10/-11	10/-11	50	50	L.K.
6	Loppuraportin laadinta ja projektin päättäminen	09/-10	11/-11	200	200	L.K.
6.1	Loppuraportin suunnittelu ja kirjoitus	11/-10	11/-11	160	160	L.K.
6.2	Loppuraportin esittäminen, korjaus ja palautus	09/-11	11/-11	30	30	L.K.
6.3	Loppuraportin painotyöt	11/-11	12/-11	10	10	L.K.
6.3	Opinnäytetyön lisääminen Teeseus-tietokantaan	12/-11	12/-11	10	10	L.K.