

# Hoitohenkilökunnan kokema työturvallisuus Tikkurilan terveysasemalla



Lugora Janica

Martikainen Emma

Muranen Minnamari

Janica Lugora, Emma Martikainen, Minnamari Muranen

### Hoitajien kokema työturvallisuus Tikkurilan terveysasemalla

Vuosi 2009

sivumäärä 51

tunnusnumero

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata Itä-Vantaalla sijaitsevan Tikkurilan terveysaseman hoitohenkilöstön kokemaa työturvallisuutta. Tavoitteena oli kuvata työyhteisön turvattomuutta aiheuttavia tekijöitä, väkivalta- ja uhkatilanteiden esiintyvyyttä, niihin varautumista ja niiden käsittelyä työyhteisössä. Opinnäytetyön teoriapohjana on käytetty alan kirjallisuutta ja tutkimuksia.

Tutkimusaineisto on kerätty strukturoidulla kyselylomakkeella joulukuussa 2008. Kyselylomakkeen on suunnitellut edellisvuoden vuosikurssin opiskelijat, jotka tekivät vastaavanlaiset kartoitukset Vantaalla Hakunilan ja Koivukylän terveysasemille. Kyselylomake sisältää 22 monivalintakysymystä ja yhden avoimen kysymyksen. Tulokset analysoitiin SPSS for Windows 16.0 ohjelmalla kevään 2009 aikana.

Useiden tutkimusten mukaan hoitohenkilökuntaan kohdistuva väkivalta on lisääntynyt viimeaikoina. Hoitajiin kohdistuva väkivalta on ollut sekä fyysistä että henkistä, jonka eri muodot ovat aiheuttaneet hoitajissa turvattomuutta, ahdistusta ja pelkoa. Työväkivaltaan on alettu kiinnittämään hoitotyössä enenevästi huomiota terveydenhuollon noustua yhdeksi väkivallan kohtaamisen riskialoista.

Opinnäytetyön tuloksista ilmeni, että alle kolmannes Tikkurilan terveysaseman hoitajista oli kokenut fyysistä väkivaltaa. Fyysistä väkivaltaa koettiin harvemmin kuin kuukausittain. Yleisimmin fyysinen väkivalta oli tönimistä, tavaroiden heittelyä ja seksuaalista lähentelyä. Yli puolet vastanneista koki saaneensa turvallisuuskoulutusta väkivaltatilanteiden varalle. Henkistä väkivaltaa oli kokenut 90.9 % kyselyyn vastanneista hoitajista. Henkisen väkivallan kokeminen oli kuitenkin harvinaisempaa kuin kuukausittain, kuitenkin lähes neljäsosa vastaajista koki henkistä väkivaltaa viikoittain. Yleisimpiä henkisen väkivallan muotoja olivat uhkailu, nimittely ja syyttely. Reilusti yli puolet vastaajista (86.4 %) oli kokenut henkistä väkivaltaa puhelimesta. Suurimmaksi työympäristön kehittämishaasteeksi nousi vartiointin kehittäminen.

Tulevaisuuden haasteena on vähentää henkistä väkivaltaa ja panostaa vartiointiin. Selkeä keino parantaa Tikkurilan terveysaseman hoitajien turvallisuutta olisi hankkia paikalle vartijat, jotka olisivat paikalla aina terveysaseman ollessa auki.

Asiasanat: työturvallisuus, turvattomuus, terveyskeskus, hoitohenkilökunta

Janica Lugora, Emma Martikainen, Minnamari Muranen

**Bachelor's Thesis: Nurses experiences of occupational safety in Tikkurila health centre**

Year 2009

Pages 51

tunnusnumero

The purpose of this thesis was to describe the safety experienced by the health care personnel in health centre of Tikkurila which is located in Itä-Vantaa. The objective was to describe factors which cause the insecurity of the work community the appearing preparing of violence situations and threat situations for them and their handling in the work community. The literature of the field and studies have been used as a theory bottom of the thesis.

The material of this thesis is collected by interview forms in December 2008. The interview form has been designed by the students of the class of the previous year who made similar chartings to the health centres of Hakunila and Koivukylä in Vantaa. The interview form includes 22 multiple questions and one open question. The results were analyzed by using SPSS for Windows software during spring 2009.

Several studies show that violence against health care personnel has lately been increasing. The violence against health care personnel has been physical as well as mental of which different forms have caused insecurity, anxiety and fear. The paying of attention on work violence in health care has been growing due violence has increased in the public health care.

The results of this thesis show that less than a third of health care personnel in health centre of Tikkurila had experienced physical violence. Physical violence had been experienced less often than monthly. Most common forms of physical violence were pushing, throwing items and sexual approaching. Over a half of the respondents experienced that they had received education about violence situations. Mental violence had been experienced by 90.9 % of the respondents. Mental violence had been experienced less than monthly, however almost a fourth of the respondents experienced mental violence weekly. Most common forms of mental violence were threatening, name-calling and charging with blames. Well over a half (86.4 %) had experienced mental violence on the telephone. The developing of the guarding is the biggest developing challenge of the working environment.

The challenge of the future is to reduce mental violence and to invest in the guarding. The clear method to improve safety of the nurses of the health centre of Tikkurila would be to get there the guards who would be always there when the health centre is open.

Keywords: Work safety, insecurity, health center, health care personnel

## Sisällys

1 JOHDANTO .....	5
2 VÄKIVALLAN MÄÄRITTELY .....	7
2.1 Väkivalta hoitotyössä .....	8
2.2 Henkinen väkivalta hoitotyössä .....	9
2.3 Fyysinen väkivalta hoitotyössä .....	10
3 TURVALLISUUDEN JA TURVATTOMUUDEN MÄÄRITTELY .....	12
3.1 Turvallisuus ja turvattomuus hoitotyössä .....	12
3.2 Työturvallisuus .....	13
3.3 Työturvallisuuslaki .....	14
4 TYÖTURVALLISUUDEN PARANTAMINEN TERVEYDENHUOLLOSSA .....	15
4.1 Aggressiivisen potilaan kohtaaminen .....	15
4.2 Väkivallan kokeminen terveydenhuollossa .....	16
4.3 Väkivaltatilanteiden ennakointi .....	17
4.3.1 AVEKKI - väkivallan ennaltaehkäisy ja hallinta terveydenhuollossa .....	18
4.3.2 KAURIS - menetelmä työväkivaltariskien kartoitukseen ja hallintaan .....	19
4.4 Väkivaltatilanteiden kirjaaminen ja raportointi .....	19
4.5 Väkivaltatilanteiden käsittely .....	20
4.6 Henkilökunnan turvallisuuskoulutus .....	22
4.6.1 HFR- Hallittu, fyysinen rajoittaminen-malli .....	22
4.6.2 AHHA- Aggression hoidollinen hallinta-projekti .....	23
5 OPINNÄYTETYÖN TAUSTA, TARKOITUS & TUTKIMUSONGELMAT .....	26
6 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS .....	27
6.1 Aineiston keruu ja analyysi .....	27
6.2 Kyselytutkimus .....	28
7 TUTKIMUKSEN TULOKSET .....	29
7.1 Tutkimusjoukon kuvaus .....	29
7.2 Fyysisen turvallisuuden kokeminen .....	29
7.3 Henkisen turvallisuuden kokeminen .....	30
7.4 Työympäristön turvallisuus .....	31
7.5 Työturvallisuuden kehittäminen .....	33

8 POHDINTA .....	35
8.1 Tutkimuksen luotettavuus .....	35
8.2 Tutkimuksen eettisyys.....	36
8.3 Tulosten tarkastelu .....	37
8.4 Jatkotutkimushaasteet ja kehittämiskohteet .....	39
8.5 Itsearviointi.....	40
LÄHTEET .....	42
LIITTEET .....	46
Liite 1. Saatekirje.....	46
Liite 2.Kyselylomake.....	47

## 1 JOHDANTO

Terveydenhuolto on ala, johon liittyy paljon tunteita, sillä kyse on ihmisen terveydestä. Ala pitää sisällään läheistä kanssakäymistä hoitajien, potilaiden sekä omaisten välillä. Väkivallan ilmaantuvuus hoitoalalla on huolestuttavan suuri verrattuna muihin aloihin. Sairaanhoitajat ja muu hoitohenkilöstö maailmanlaajuisesti työskentelevät paikoissa, joissa väkivaltaa usein käytetään erimielisyyksien ratkaisemiseen. (Anti-Violence Tool Kit 2001.)

Tiedotusvälineet ovat viimeaikoina yhä useammin julkaisseet uutisia terveydenhuoltohenkilöstön työssään kohtaamasta vakavasta väkivallasta, vaikka väkivalta on yhä vieras ja odottamaton asia monilla sosiaali- ja terveydenhuollon työpaikoilla. Vuoden 2001 aikana hoitohenkilöstöä on jäänyt Jyväskylässä panttivangiksi ja Mikkelissä joutunut puukotetuksi. Näiden tapaus-ten myötä terveydenhuollon tulisi herätä uhkaavaan tilanteeseen ja huomioida, että väkivalta on todellinen riski terveydenhuollon työpaikoilla. (Hämäläinen 2002, 43.) Suomessa terveydenhuollon ammatteja ei yleensä ole pidetty riskiammatteina työpaikalla kohdatun väkivallan suhteen (Markkanen 2000, 1).

Työpaikkaväkivallaksi voidaan luokitella kaikki sellainen toiminta, tapahtuma tai käytös, joka poikkeaa hyväksyttävästä käyttäytymisestä ja jolla jotakuta henkilöä kohtaan hyökätään, häntä uhataan, vahingoitetaan tai loukataan hänen ollessaan työssä, tai hänen työnsä suorana seurauksena. (Koskinen & Tammilehto 2006, 137.) Myös teot, jotka suoraan tai epäsuorasti vaarantavat työntekijän turvallisuuden, hyvinvoinnin tai terveyden voidaan luokitella työväkivallaksi (Sisäasianministeriö 2008, 10-11). Työväkivaltaa on myös työhön liittyvän omaisuuden tuhoaminen esimerkiksi työvälineiden rikkominen, aineistojen hävittäminen tai työntekijän yksityisomaisuuden tuhoaminen (Vartia 2003, 132).

Väkivaltatilanteiden ennaltaehkäisyssä olennaista on terveydenhuollon henkilökunnan ja alan opiskelijoiden kouluttaminen näiden tilanteiden varalle. Useiden tutkimusten mukaan väkivallan kohteeksi joutuu useammin valmistautumaton ja kouluttamaton työntekijä kuin siihen koulutettu työntekijä. Koulutetut hoitajat selviävät myös paremmin väkivaltatilanteista kuin kouluttamattomat hoitajat. (Isotalus & Saarela 2007, 123.) Yhtenäiset häirikön rajoituskäytännöt selkeyttävät yksikön toimintaa ja vähentävät väkivaltatilanteita. Välitön ja hyvin organisoitu puuttuminen uhkaaviin tilanteisiin vähentää väkivaltatilanteiden syntyä. (Lehestö, Koivunen & Jaakkola 2004, 99.)

Tämä opinnäytetyö pohjautuu Turvallinen Vantaa- hankkeeseen, jonka tavoitteena on kehittää turvallisuutta Vantaan kaupungissa eri toimijoiden yhteistyönä. Hanke jakautuu alahankkeiksi ja projekteiksi. Sosiaali- ja terveydenhuollon toimialan alahankkeessa Laurea-ammattikorkeakoulu perehtyy Asiakasturvallisuuden kehittämisen ja asiakastapaturmien ehkäi-

sy- hankkeeseen. Sosiaali- ja terveyspalveluissa asiakasturvallisuuden kehittäminen on osa laajempaa Turvallinen Vantaa- hanketta. (Vantaan kaupunki 2008.)

Tämän opinnäytetyön tavoitteena on käsitellä Tikkurilan terveysasemalla työyhteisöön suuntautunutta fyysistä ja henkistä väkivaltaa asiakkaiden tai omaisten taholta, niihin liittyviä riskitekijöitä sekä tapaturmia ehkäiseviä käytänteitä. Toive kyseisen aiheen käsittelyyn on tullut yhteistyötahoilta, joten opinnäytetyö pohjautuu Turvallinen Vantaa- hankkeeseen, jonka vuoksi erillistä tutkimuslupaa ei tarvita.

Sairaanhoitajaliiton valtuusto on nostanut esille hoitohenkilökunnan työturvallisuuden merkityksen ja valinnut teemaksi vuodelle 2009 hoitajien turvallisen työympäristön, jossa huomio kiinnittyy potilasturvallisuuteen sekä hoitohenkilöstön turvallisuuteen (Agge 2008, 44).

## 2 VÄKIVALLAN MÄÄRITTELY

Kirjallisuudesta ei ole löydettävissä yhtä yleisesti hyväksyttyä väkivallan määritelmää vaan käsitteen sisältö vaihtelee (Pitkänen, 2003, 3). Maailman terveysjärjestö WHO on määritellyt väkivallan seuraavasti: ”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 häiriintymiseen tai perustarpeiden tyydyttämättä jäämiseen”. (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi & Lozano 2005, 21.)

Väkivaltaa voidaan tarkastella suppean tai laajan määrittelyn näkökulmasta. Suppea määritelmä väkivallasta sisällyttää väkivallaksi vain fyysisen pahoinpitelyn. Hakolan (1992) esittämän suppean määritelmän mukaan väkivaltaisella käyttäytymisellä tarkoitetaan fyysistä toimintaa, joka aiheuttaa uhrille vammoja ja mahdollisesti lisäksi hengen menetyksen. Hänen mukaansa verbaalinen aggressiivisuus on aggressiivisuutta, mutta ei väkivaltaisuutta. Viime vuosina kirjallisuudessa esiintyvän väkivallan määrittelyyn on sisälletty myös verbaalinen loukkaus ja uhkailu, joka on tapahtunut yhä enemmän laajan määrittelyn näkökulmasta. (Pitkänen 2003, 3.)

Väkivalta voidaan määritellä aggressiiviseksi käyttäytymiseksi, jonka tarkoituksena on aiheuttaa vahinkoa ja/tai epämukavuutta väkivallan kohteeksi joutuneelle. Väkivallan kohteet voivat olla tarkoituksellisia kohteita tai vain sattumalta paikalle osuneita. Väkivalta voidaan jakaa kahteen luokkaan, fyysiseen väkivaltaan ja väkivallan uhkaan. Fyysinen väkivalta voi vaihdella läimäytyksestä erilaisten aseiden käyttöön, jolloin psyykkisen vamman lisäksi voi seurata jonkinasteinen vamma. Läheltä piti - tilanteissa ei välttämättä synny fyysistä vammaa. Väkivallan uhka syntyy väkivallalla uhkaamalla. Väkivallalla voi uhata esimerkiksi verbaalisesti, kirjeitse tai puhelimitse. (Pitkänen 2003, 3-4.)

Eskaloituminen on yksi väkivallan piirre. Eskaloitumisella tarkoitetaan väkivallan muuttumista yhä vakavammaksi ja vaarallisemmaksi. Väkivaltainen käyttäytyminen alkaa usein sanallisena ja muuttuu myöhemmin fyysiseksi. Sanallisen väkivallan voidaan kuvata toimivan niin sanottuna katalysaattorina fyysiselle väkivallalle. (Lehtonen & Perttu 1999, 39.)

Vaikka väkivalta ja sen uhka ovatkin yleistyneet tai jopa arkipäiväistyneet useissa hoitoyksiköissä, on väkivalta silti aina ihmisoikeusrikkomus. Turvattomuus ja väkivalta eivät ole milloinkaan hoitotyöhön tai hoitosuhteeseen liittyviä hyväksyttäviä ominaispiirteitä tai osa luonnollista työolosuhdetta. Hoitoyksikön on aina puututtava väkivallan aiheuttamaan turvattomuuteen, joka on vakava työsuojelullinen ja terveydellinen ongelma. Edes dementia- ja mielenterveyspotilaiden aggressiivinen käyttäytyminen, kuten raapiminen ja hiuksista repiminen,



eivät kuulu hoitajan ja työn arkeen. Kuitenkaan väkivaltaisesti käyttäytyviä potilaita ei voi jättää hoitamatta, sillä juuri he ovat usein eniten avun tarpeessa. (Tehyn eettinen toimikunta 2007, 27-28.)

## 2.1 Väkivalta hoitotyössä

Työväkivallalla tarkoitetaan työssä tai muuten työhön liittyvissä olosuhteissa sattuvia tapah- tumia, joissa työntekijöitä loukataan sanallisesti, uhataan tai pahoinpidellään (Nurse Policy Branch 2005). Myös teot, jotka suoraan tai epäsuorasti vaarantavat työntekijän turvallisuus- den, hyvinvoinnin tai terveyden voidaan luokitella työväkivallaksi (Sisäasianministeriö 2008, 10-11). Työväkivaltaa on myös työhön liittyvän omaisuuden tuhoaminen esimerkiksi työväli- neiden rikkominen, aineistojen hävittäminen tai työntekijän yksityisomaisuuden tuhoaminen. Tyypillinen piirre työväkivallalle on sen kasaantuminen tiettyihin ammatteihin, kuten esimer- kiksi poliisiin työhön, vankeinhoitoon ja mielisairaanhoidon. (Vartia 2003, 132.)

Euroopassa työhön liittyvä väkivalta on alettu nähdä kasvavana ongelmana. Työväkivallan riskeihin ja niiden hallintaan on alettu kiinnittää huomiota tärkeänä osana työturvallisuutta ja työterveyttä. (Vartia 2003, 131.) Useiden selvitysten perusteella on arvioitu, että sekä kan- sainvälisesti että myös Suomessa työpaikkaväkivalta koskee noin viittä prosenttia työvoimas- ta. Suomessa vuonna 2003 tehdyn haastattelututkimuksen mukaan noin 140 000 henkilöä eli 5.3 % työvoimasta joutui työpaikkaväkivallan tai sillä uhkailun kohteeksi. Riskialttiimpia aloja ovat sosiaali- ja terveydenhuoltoalan työt. Naiset kokevat työssään väkivallan vaaran yli kaksi kertaa niin yleisesti kuin miehet, fyysinen väkivalta tai sen uhka on lisääntynyt naisten töissä selkeämmin työolotutkimuksen mukaan verrattuna vuoteen 1997. Tutkimuksen mukaan myös häirinnän ja epäasiallisen kohtelun kokemukset ovat yleisempiä naisilla ja uhka on peräisin asiakkaan taholta. (Sisäasianministeriö 2008, 10-11.)

Työväkivaltaa esiintyy useimmiten vuorovaikutustilanteissa työntekijän ja asiakkaan kesken. Vaikka uhkaavista tilanteista ei aiheutuisikaan fyysisiä vammoja seuraa niistä usein pelkoa, ahdistusta ja stressiä. Pahimmillaan väkivaltatilanteet voivat johtaa sairauspoissaoloihin ja aiheuttaa työkyvyttömyyttä tai kuoleman. Työväkivalta vaarantaa aina uhrin turvallisuuden, hyvinvoinnin ja terveyden. (Rossinen 2009, 18.)

Vaikka väkivalta työpaikoilla yleisesti tunnustetaan hyvin, todellinen tilanne saattaa olla vie- läkin huolestuttavampi, sillä sanallista väkivaltaa ei aina raportoida. Pennsylvaniassa päivys- tysosastolla tehdyssä tutkimuksessa 97 % vastanneista oli kokenut sanallista loukkaamista, 94 % väkivallalla uhkaamista ja 66 % vastanneista oli joutunut fyysisen väkivallan kohteeksi. (Fer-

landes, Bouthillette, Raboud, Bullock, Moore, Christenson, Grafstein, Rae, Ouellet, Gillrie & Way 1999.)

## 2.2 Henkinen väkivalta hoitotyössä

Henkisellä väkivallalla tarkoitetaan julmaa ja pahantahtoista sekä usein ennustamatonta ja järjenvastaista käyttäytymistä henkisen väkivallan uhria kohtaan. Silloin käyttäytyminen on itsepintaista ja pakkomielleistä, jonka avulla väkivaltaa käyttävä vaientaa uhrinsa, tekee hänen realiteettinsa tyhjiksi ja näkymättömiksi sekä nimeää ja määrittelee ne uudelleen omista lähtökohdistaan. (Sandelin 2007, 23.)

Ruotsalaistutkijat Heinz Leymann ja Bo-Göran Gustavsson ovat tutkineet 1980-luvun alusta lähtien henkistä väkivaltaa työelämässä. Leymannin määritelmän mukaan henkinen väkivalta on säännöllistä ja pitkään kestävä, joka toistuu joitakin kertoja kuukaudessa tai useita kertoja viikossa. (Jankola 1991, 19.)

Henkisen väkivallan yksiselitteinen määrittelemineen on vaikeaa, sillä sitä on hankala rajata erilleen työelämän muista kielteisistä ilmiöistä (Jankola 1991, 19). Henkisellä väkivallalla tarkoitetaan pitkään jatkuvaa, toistuvaa kiusaamista, sortamista, mitätöintiä tai muuta kielteisistä käyttäytymistä jonka kohteena ihminen tuntee itsensä puolustuskyvyttömäksi (Tauriainen 2003). Henkinen väkivalta voi ilmetä esimerkiksi puhumattomuutena, pilkkaamisena ja uhkailuna. Uhrin tekemisiä tarkkaillaan ja pienetkin virheet rekisteröidään ja sopivan tilaisuuden tullessa virheet otetaan esille muiden läsnä ollessa. (Jankola 1991, 19-20.)

Henkisellä väkivallalla tarkoitetaan toisen ihmisen oikeuksien loukkausta ja häikäilemätöntä kohtelua. Henkisen väkivallan muotoja käytettäessä ei kommunikoida aina pelkillä sanoilla. Tehokkaita ovat monet muutkin kommunikoinnin keinot: äänenpainot ja ruumiinkieli erilaisine asentoineen, kasvojen ilmeineen ja eleineen. (Jankola 1991, 19-20.) Euroopan työterveys- ja turvallisuusvirasto käyttää termiä työpaikkakiusaaminen, joka on määritelty toistuvaksi mielivaltaiseksi käytökseksi, joka kohdistuu työntekijään ja joka muodostaa terveys- ja turvallisuusriskin. Myös sukupuolista häirintää pidetään henkisen väkivallan muotona. (Tauriainen 2003.)

Uhkaavat tilanteet hoitotyössä syntyvät usein verbaaliselta tasolta aiheuttaen erimielisyyttä, huutamista, nimittelyä, haistattelua, mitätöintiä, puhelinhäirintää, arvostelua sekä henkeen ja terveyteen liittyvää uhkaamista. (Rossinen 2009, 18.) Tehyn vuonna 2000 tekemän tutkimuksen mukaan hoitohenkilökunnan vastaajista 42 % ilmoitti joutuneensa kyselyä edeltäneen vuoden aikana vähintään kerran potilaiden nimittelyyn tai arvostelun kohteeksi ja kolmannes

sanallisen uhkailun kohteeksi (Markkanen 2000, 13). Uudessa työturvallisuuslaissa korostetaan entistä enemmän työntekijän henkisen terveyden suojelemisen merkitystä. (Vartia 2003, 83.) Tässä opinnäytetyössä henkisellä väkivallalla tarkoitetaan uhkailua, nimittelyä, syyttelyä tai syyllistämistä sekä seksuaalista häirintää.

### 2.3 Fyysinen väkivalta hoitotyössä

Väkivalta voidaan määritellä toisen henkilön tahdon, tarpeiden ja toiveiden hallitsemiseksi käyttäen sanallisia tai sanattomia tekoja tai molempia tavoilla, jotka loukkaavat ihmisen fyysisistä, psyykkistä tai sosiaalista itsemääräämisoikeutta. Väkivallan käsitteellä viitataan yleisimmin fyysiseen väkivaltaan tai sen uhkaan. Fyysiseen väkivaltaan sisältyy esimerkiksi lyöminen, potkiminen ja kuristaminen ja sen ohella siihen voidaan käsittää myös erilaiset pakkokeinot ja vapaudenriisto. Väkivallan muodoista fyysinen väkivalta on helpoimmin tunnistettavissa. (Lehtonen & Perttu 1999, 9, 37.)

Suurin osa sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnasta on asiakaspalvelua, jossa voi käydä vaikeasti häiriintyneitä tai päihtyneitä tai muusta syystä aggressiivisia asiakkaita. Näitä asiakkaita ei voida jättää hoitamatta, koska usein juuri he ovat eniten avun tarpeessa. Huumeiden käytön lisääntyminen sekä väkivallan raaistuminen ja ennakoimattomuus tekevät uhkatilanteista selviytymisestä vaikeita. (Majasalmi 2001, 3.)

Väkivalta määritellään suomenkielen perussanakirjassa (1994) ruumiillisen koskemattomuuden, oikeuksien ja etujen loukkauksena tai vahingoittavana ruumiillisen voiman käyttöä. Synonyymisanakirjassa (2003) aggressiivisen synonyymiksi määritellään väkivaltainen. (Tiihonen 2005, 10.) Fyysisen väkivallan katsotaan yleensä olevan kertaluonteista, kun taas henkinen väkivalta yleensä toistuu (Rasimus 2002, 35).

Tehyn vuonna 2000 tekemän tutkimuksen mukaan fyysinen väkivalta tai sen uhka (lyöminen, potkiminen, tyrkkiminen, liikkumisen estäminen, teräaseella uhkailu ja päällekkarkaus) olivat selkeästi harvinaisempia, mutta sitäkin oli kokenut joka kolmas vastaaja (Markkanen 2000 13, 25). Aikaisemmissa tutkimuksissa hoitoalan työntekijöiden kokemasta väkivallasta 88 % liittyi hoitosuhteeseen, 29 % jäi uhkailun tasolle ja toiset 29 % olivat liikkumisen estämistä. Työväkivallan tapahtuma-ajankohtana oli useimmin perjantai tai lauantai, harvimminkin sunnuntai. Väkiä väkivaltaa esiintyi eniten kello 13-15 ja 23-01 välisenä aikana. Väkivallan torjunnan vuoksi tulisi yksin työskentelyä välttää näinä ajankohtina, mutta terveydenhuollossa on kuitenkin juuri viikonloppuisin ja öisin vähiten työntekijöitä. (Majasalmi 2001, 4.)

Hoitohenkilökunnan ja heidän asiakkaittensa välisissä tilanteissa tapahtumien kulku on yleensä sellainen, että asiakkaan "pinna palaa syystä tai toisesta" ja hän läimäyttää hoitajaa. Väkivallan seuraukset jäävät useimmiten vähäisiksi fyysisestä näkökulmasta katsottuna, koska asiakkaalla on harvoin aseita. (Majasalmi 2001, 4.) Tässä opinnäytetyössä fyysisellä väkivallalla tarkoitetaan lyömistä, potkimista, tönimistä, vaatteista tai hiuksista repimistä, (käsiin) tarrautumista, tavaroiden heittelyä ja seksuaalista lähentelyä.

### 3 TURVALLISUUDEN JA TURVATTOMUUDEN MÄÄRITTELY

Turvallisuuden ja turvattomuuden käsitteillä voidaan tarkoittaa ulkoista tai koettua tilaa tai näiden kahden välistä suhdetta. Yksilötasolla turvattomuuden kokeminen on psykologista. Turvattomuus ilmenee pelkona, psykosomaattisena oirehdintana tai huolestuneisuutena. Turvattomuuden lähikäsitteitä ovat esimerkiksi riski, uhka, vaara ja pelko. Riskien hallinnalla pyritään vähentämään jo olevaa turvattomuutta ja muodostamaan tulevaisuudesta mahdollisimman turvallinen ennakoimalla riskejä. Uhkan käsite on lähellä riskiä ja vaaraa. Uhka liitetään usein epämääräisesti tulevaisuuteen ja sen toteutuminen halutaan estää. (Niemelä & Lahikainen 2000, 21-23.)

Turvallisuus on keskeinen inhimillinen ja sosiaalinen arvo. Arvona turvallisuus merkitsee varmuutta ja vaarattomuutta. Perinteisessä turvallisuudessa on kyse siitä, että fyysinen turvallisuus ja terveys eivät ole uhattuna. (Niemelä & Lahikainen 2000, 21-23.)

#### 3.1 Turvallisuus ja turvattomuus hoitotyössä

Tuoreiden tutkimusten mukaan hoitajien turvallisuuden kokemukseen ja toteutumiseen vaikuttavat sekä potilaat että työolot. Erityisesti potilaiden ja omaisten väkivaltainen käyttäytyminen on lisännyt hoitajien turvattomuutta. Hoitajiin kohdistunut väkivalta on ollut sekä fyysistä että henkistä, jonka eri muodot ovat aiheuttaneet hoitajissa turvattomuutta, ahdistusta ja pelkoa sekä äärimmillään fyysisiä ja psyykkisiä vammoja. (Tehyn eettinen toimikunta 2007, 27.)

Työväkivalta tai sen uhka ovat lisääntyneet eri ammattiryhmissä, joita ei tavallisesti ole pidetty väkivallan riskialoina. Yleisintä työväkivalta on nykyisin mielisairaanhoidajilla, joista lähes puolet joutuu vuosittain jonkinlaiseen uhka- tai väkivaltatilanteeseen. Työväkivaltaan on hoitotyössä kiinnitetty paljon huomiota terveydenhuollon noustua yhdeksi väkivallan kohtaamisen riskialoista. Selvityksiä on tehty terveydenhuoltohenkilökunnan joutumisesta potilaiden ja heidän omaistensa väkivallan kohteeksi. (Vartia 2003, 133.)

Sairaanhoitajaliiton vuonna 1999 tehdyn selvityksen mukaan 40 % vastanneista totesi kokeneensa fyysistä väkivaltaa asiakkaiden taholta työyhteisössään. Kyselyyn vastanneita 29 % oli kokenut henkistä väkivaltaa työyhteisössään potilaiden tai asiakkaiden taholta. Tulosten mukaan hoitotyössä eniten väkivallalle altistuvat perus- ja lähihoitajat. Heistä SuPerin vuonna 2001 tehdyn tutkimuksen mukaan 83 % kyselyyn vastanneista oli kokenut fyysistä väkivaltaa tai sen uhkaa asiakkaiden taholta kyselyä edeltäneen vuoden aikana. Sanallisen uhkailun koh-

teeksi oli joutunut 56 % vastanneista ja vähintään jossain määrin nimittelyn, arvostelun tai haistattelun kohteeksi oli joutunut 72 % kyselyyn vastanneita. Potkimisen ja lyömisen kohteeksi oli tutkimuksen mukaan jouduttu useimmin vanhainkodeissa, palvelutaloissa ja terveyskeskuksen vuodeosastoilla. Yli puolet kyselyyn vastaajista oli joutunut myös asiakkaan omaisten väkivallan tai sen uhan kohteeksi. (Vartia 2003, 133.)

### 3.2 Työturvallisuus

Terveyskeskusten ja sairaaloiden ensiapupoliklinikoilla sekä sairaankuljetuksessa työskentelevät kohtaavat väkivaltaisuuksia lähes viikoittain. Uhkailu, psyykkinen painostus ja muu henkinen väkivalta on kuitenkin vielä fyysistä väkivaltaakin yleisempää. Työturvallisuutta pyritään kohentamaan esimerkiksi ensiapupoliklinikoilla sijoittamalla ilta- ja yövuoroihin mieshoitajia ja palkkaamalla tiloihin vartiointiliikkeiden vartijoita, jotka vastaavat hoitohenkilöstön turvallisuudesta. Kuitenkin lähes 90 prosenttia uhkaavista tilanteista selviää puhumalla. (Hämäläinen 2002, 43.)

Vuoden 2001 aikana hoitohenkilöstöä on jäänyt Jyväskylässä panttivangiksi ja Mikkelissä joutunut puukotetuksi. Näiden tapausten myötä terveydenhuollon tulisi herätä uhkaavaan tilanteeseen ja huomioida, että väkivalta on todellinen uhka terveydenhuollon työpaikoilla. (Hämäläinen 2002, 43.)

Rikoslain neljännen luvun 4 § (laki hätävarjelusta) mukaan henkilöllä on oikeus puolustautua aloitetun tai välittömästi uhkaavan oikeudettoman hyökkäyksen torjumiseksi. Voimakeinojen käyttö on kuitenkin suhteutettava uhkaavan vaaran vakavuuteen, sillä liioiteltu hätävarjelu on rangaistava teko (L1889/39). Rikoslaki antaa turvaa ja suojaa myös terveydenhuollon ammattihenkilöille tilanteissa, joissa puhuminen ei tuota toivottua tulosta, karkuun pääseminen ei onnistu ja tilanne tulee niin yllättäen, ettei poliisia saada paikalle. (Hämäläinen 2002, 43.)

Osassa terveydenhuollon oppilaitoksista itsepuolustusta opetetaan syventävillä jaksoilla. Itsepuolustuksen opettelu ei poista väkivallan ongelmaa terveydenhuollossa, mutta se parantaa työturvallisuutta. Väkivallan lisääntymisen huomioiminen ja tiedostaminen vaikuttavat suhtautumiseen tiettyihin potilasryhmiin. Väkivaltaa edeltäviä merkkejä tulisi myös oppia huomioidaan. (Hämäläinen 2002, 43.)

Työväkivaltaluvuiltaan Suomi on Euroopan kärjessä. Vuosi vuodelta työväkivallan määrä on noussut, mikä koskee etenkin asiakaspalvelutehtävissä työskenteleviä. Sosiaali- ja terveydenhuollon piirissä on ammatteja, joissa työntekijät ovat alttiimpia työväkivallalle. Suurinta väkivallan riski on asiakaspalvelu ja hoitotyössä. (Rossinen 2009, 18.)

### 3.3 Työturvallisuuslaki

Työturvallisuuslain tarkoituksena on parantaa työympäristöä ja työolosuhteita ja siten turvata työntekijöiden työkyky. Toisena tarkoituksena on ennaltaehkäistä työtapaturmia, ammattitautteja ja muita työstä tai työympäristöstä johtuvia työntekijän fyysistä tai psyykkistä terveyttä haittaavia seikkoja. (Kuikko 2006, 17.)

Työturvallisuuslain tavoitteena on työntekijän työkyvyn ylläpitäminen ja turvaaminen. Laissa säädellään vain niitä työkykyyn vaikuttavia asioita, joihin työolosuhteiden turvallisuudella voidaan vaikuttaa, vaikka työkykyyn muutkin seikat vaikuttavat. Tapaturmien ja ammattitautien ehkäisemistä voidaan pitää keskeisimpänä seikkana. (Kuikko 2006, 18.) Työturvallisuuslaissa korostetaan työnantajan velvollisuutta huolehtia työntekijän turvallisuudesta ja terveydestä. Työnantajan on lain mukaan jatkuvasti tarkkailtava työympäristöä, työyhteisön tilaa ja työtapojen turvallisuutta. Työnantajan on myös tarkkailtava toteutettujen toimenpiteiden vaikutusta työn turvallisuuteen ja terveellisyyteen. (L2002/738)

Työnantaja tai yrityksen omistaja vastaa yrityksen turvallisuusasioista. Mikäli omistaja ei itse vastaa turvallisuuskysymyksistä, on hänen valittava joku muu turvallisuusvastaava. Turvallisuusvastaavan tehtävistä sovitaan työpaikkakohtaisesti ja sen on oltava kaikkien työntekijöiden tiedossa, ja hän vastaa työntekijöiden perehdytyksestä turvallisuusasioissa. Turvallisuusvastaavan tulee tutustua kyseisessä työyhteisössä ilmeneviin turvallisuusriskeihin ja hän voi osallistua hälytys- ja valvontajärjestelmien suunnitteluun. Vastaava tai muu tehtävään nimetty valvoo avainten luovuttamista ja vastaa kulkuturvallisuudesta. Turvallisuusvastaava on tarpeen vaatiessa yhteydessä poliisiin tai vartiointiyritykseen. Jokaisen työntekijän velvollisuutena turvallisuusasioissa on noudattaa työnantajan antamia ohjeita ja sääntöjä ja ilmoittaa havaitsemistaan puutteista. (Isotalus & Saarela 2007, 13.)

Työturvallisuuslaki määrää, että työympäristön fyysisten tilojen tulee ottaa huomioon työntekijöiden turvallisuus ja terveys. Mahdollisten käytössä olevien laitteiden tulee myös olla turvallisia ja käyttöön soveltuvia. (L2002/738). Fyysisten tilojen suunnittelussa tulee ottaa huomioon esimerkiksi sisustus ja materiaaliratkaisut. Pelastuslainsäädäntö edellyttää, että palovaroittimia tai vastaavia laitteita on riittävä määrä. (Lehestö ym. 18, 20.)

#### 4 TYÖTURVALLISUUDEN PARANTAMINEN TERVEYDENHUOLLOSSA

Jokaisen terveydenhuollon työyksikön tulisi olla mahdollisimman turvallinen työskentely - ja hoitopaikka. Mitään väkivaltaisen tai uhkaavan käytöksen muotoa ei tule hyväksyä. Huonoon käyttäytymiseen, haistatteluihin, uhkaavaan käyttäytymiseen ja väkivaltaisuuteen on puututtava heti. Yksikössä tulee olla käytettävissä riittävästi henkilökuntaa tai turvallisuushenkilöstöä, jotta huonoon käyttäytymiseen voidaan puuttua välittömästi. (Lehestö ym. 2004, 100.)

Yhtenäiset häiriön rajoituskäytännöt selkeyttävät yksikön toimintaa ja vähentävät väkivaltilanteita. Välitön ja hyvin organisoitu puuttuminen uhkaaviin tilanteisiin vähentää väkivaltilanteiden syntyä. Terveydenhuollon jokaisen työntekijän tulee asennoitua niin, että uhkaavien tilanteiden ennaltaehkäisy ja selvittäminen helpottaa työntekoa ja lisää työviihtyvyyttä yksikössä. (Lehestö ym. 2004, 99.)

##### 4.1 Aggressiivisen potilaan kohtaaminen

Aggressiivinen käyttäytyminen on toimintaa, joka voi ilmetä uhkailuna, pelotteluna tai muuna vastaavana käytöksenä. Aggressiivisuus voi olla reaktio pettymyksiin tai pettymyksen uhkaan. Toisaalta aggressiivisella käytöksellä voidaan hakea tyydytyksen tunnetta. Väkivaltaisuus kohdistuu yleensä siihen, joka nähdään pettymyksen aiheuttajana tai tyydytyksen esteeksi. Potilaan aggressiivisen käyttäytymisen riskiä lisäävät sairaudesta tai saadusta vammasta aiheutuva stressi ja hätä, tyytymättömyys esimerkiksi saatuun kohteluun ja jonotusaikaan. Alkoholi, huumeet sekä osa lääkkeitä ja hormonivalmisteista lisäävät myös usein potilaan aggressiivista käyttäytymistä (Isotalus & Saarela 2007, 36.) Tilanne, jossa aggressiivisesti käyttäytyvä potilas kohdataan voi olla odottamaton, häkellyttävä ja hyvinkin raju. Väkivaltilanteissa esiintyy yleensä laukaisevia tekijöitä, jotka voivat johtua joko potilaasta, henkilökunnasta tai itse tilanteesta. (Lehestö ym. 2004, 87-89.)

Väkivaltaisen tai uhkailevan potilaan kohtaamisessa työntekijä joutuu fyysisesti ja erityisesti psyykkisesti lujille. Väkivaltilanteet vaikuttavat myös suuresti koko työyhteisön viihtyvyyteen ja jaksamiseen lisäämällä pelkoa, kiukkua ja ahdistusta (Lehestö ym. 2004, 86). Potilaan kohtaaminen on aina vuorovaikutustilanne, myös silloin kun siihen liittyy henkistä tai fyysistä väkivaltaa. Vuorovaikutustilanteessa kaikki osallistujat vaikuttavat toistensa toimintaan. Aggressiivisen potilaan kohtaamisessa hoitajan on pelosta huolimatta muistettava pysyä työntekijän roolissa, puhua ja toimia rauhallisesti ja määrätietoisesti. Hoitajan on tärkeää pysyä asiallisena ja kiinnittää huomiota myös potilaan sanattomaan viestintään, kuten ilmeisiin ja eleisiin. Aggressiiviselle potilaalle voi tarjota erilaisia toimintavaihtoehtoja ja antaa hänen



purkaa rauhassa tuntemuksiaan puhumalla. Uhkaaja on muistettava pitää riittävällä puhe-  
etäisyydellä ja katse kokoajan häneen päin, ettei uhkaaja pääse yllättämään. (Isotalus & Saa-  
rela 2007, 42-44.)

#### 4.2 Väkivallan kokeminen terveydenhuollossa

Hoitajien työssään kohtaama väkivalta voidaan rinnastaa äkillisiin traumaattisiin kokemuksiin,  
joissa suurin osa ihmisistä toimii vaistonvaraisesti, automaattisesti, opittujen mallien mukai-  
sesti ja ilman voimakkaita tunteita. Väkivaltatilanteen jälkeen nousevat tunteen usein hyvin  
voimakkaasti esiin. Tällöin väkivallan kohteeksi joutunut henkilö voi jopa ylireagoida, kun  
tilanteesta puuttuneet tunteet nousevat pintaan. Uhri voi kokea heti väkivaltatilanteen jäl-  
keen fyysistä kipua ja vapinaa. Uhri voi olla itkuinen, pelokas, sekava, hämmentynyt tai sho-  
kissa. Hän voi tuntea vihaa ja epäuskoa. Toisaalta uhri voi myös kokea olevansa hyvin energi-  
nen ja valmis jatkamaan heti töitä. (Pitkänen 2003, 9.)

Väkivallan kohteeksi joutuminen tai sen pelko loukkaa ihmisen koskemattomuutta ja itsetun-  
toa. Uhkaavan tai riehuvan asiakkaan kohtaaminen asettaa työntekijän kestävyuden koetuk-  
selle, ja väkivallan kohteeksi joutuminen herättää pelkoa ja ahdistusta sekä alentaa työte-  
hoa. Väkivaltatilanteen kokenut työntekijä voi kokea, ettei kykene selviytymään henkisesti  
rasittavasta tilanteesta, vaan pelkää jatkuvasti ja on epävarma työstään, mikä johtaa erilai-  
siin stressireaktioihin. Lievätkin väkivalta- tai uhkatilanteet saattavat käsittelemättöminä  
aiheuttaa psyykkisiä tai somaattisia oireita ja johtaa sairauspoissaoloihin. (Rossinen 2009, 18.)

Väkivaltatilanteen jälkeen muutamien päivien kuluttua voivat nousta esiin pelko, viha, kauna,  
syllisyys ja häpeä. Uhri voi kokea uupumusta, levottomuutta ja keskittymiskyvyn puutetta.  
Menetyksen tunne, luottamuksen puute, univaikeudet sekä mielialan alentuminen ovat yleisiä  
muutaman päivän päästä tapahtuman jälkeen esiintyviä oireita. Pitemmällä aikavälillä väki-  
vallan uhri voi kokea posttraumaattisia stressioireita, jotka voivat aiheuttaa psyykkistä kärsi-  
mystä ja vaikuttaa uhrin työkykyyn sekä työssä viihtyvyyteen. On kuitenkin huomioitava, että  
väkivaltatilanteiden kokeminen on hyvin yksilöllistä. (Pitkänen 2003, 10.)

Väkivallan uhriksi joutuminen voi olla henkisesti erittäin vaikea kokemus hoitajalle, vaikka  
hän ei saisikaan tilanteesta fyysisiä vammoja. Väkivalta tai sen uhan kohteeksi joutuminen  
loukkaa aina ihmisen koskemattomuutta ja itsetuntoa. Jo pelkkä väkivallan uhka voi aiheuttaa  
jatkovaa pelkoa ja ahdistusta. Väkivaltatilanteiden käsittely on tärkeää, koska jo lieväkin  
väkivalta - tai uhkatilanteet ilman käsittelyä saattavat aiheuttaa psyykkisiä ja somaattisia  
oireita. (Isotalus & Saarela 2007, 52.)

Sosiaali- ja terveydenhoitoalalla työskentelevät henkilöt kokevat erityisesti väkivallan kohteeksi joutumisen häpeällisenä ja tämä voi vaikuttaa jopa heidän ammatti-identiteettiinsä. Työntekijä voi kokea itsensä epäonnistuneeksi tai aiheuttaneensa itse väkivaltatilanteen synnyn, jolloin hänelle herää syyllisyydentunteita. Väkivallan kohteeksi joutuminen herättää suuttumusta ja vihaa, mikä voi vaikuttaa työntekijän kykyyn kohdata jatkossa aggressiivisia asiakkaita. (Rossinen 2009, 18.)

Esimieheltä saatu tuki ja suhtautuminen tapahtuneeseen tilanteeseen tarvittavalla tavalla on tärkeää, sillä se on myös viesti siitä, että työnantaja välittää työntekijöiden jaksamisesta. Johdon ja esimiesten onkin tärkeää ymmärtää roolinsa kriisitilanteissa, sillä heillä on vastuu muun muassa tukijärjestelmiä koskevan tiedonkulun koordinoinnista, purkukeskustelujen ja jälkipuintikeskustelun järjestämisestä ja aikataulutuksista, muista interventioista ja seurannasta. (Rossinen 2009, 18.)

#### 4.3 Väkivaltatilanteiden ennakointi

Väkivaltaa kohdataan hoitotyössä erilaisissa tilanteissa kuin muilla aloilla. Yleensä työpaikoilla kohdattava väkivalta liittyy ryöstöön tai ryöstön yritykseen, mutta hoitoalalla väkivaltatilanteet usein liittyvät potilaiden tai heidän läheistensä kokemaan turhautumiseen, haavoittuvuuden tai hallinnan menetyksen tunteeseen. (General Healthcare Resources 2005.)

Väkivaltatilanteiden ennaltaehkäisyssä olennaista on terveydenhuollon henkilökunnan ja alan opiskelijoiden kouluttaminen näiden tilanteiden varalle. Useiden tutkimusten mukaan väkivallan kohteeksi joutuu useammin valmistautumaton ja kouluttamaton työntekijä kuin siihen koulutettu työntekijä. Koulutetut hoitajat selviävät myös paremmin väkivaltatilanteista kuin kouluttamattomat hoitajat. (Isotalus & Saarela 2007, 123.) Tutkijat korostavatkin, että ehkäisytoimenpiteillä voidaan vaikuttaa vähentävästi väkivaltatilanteiden syntymiseen ja sattuneista väkivalta- ja uhkailutilanteista saatava kokemus tulee käyttää hyödyksi. Väkivaltatilanteisiin voidaan heidän mukaansa varautua esimerkiksi työympäristön suunnittelun, työjärjestelyjen, käytännön toimintatapojen ja ohjeiden avulla. Oleellisena asiana he pitävät myös työntekijöiden koulutusta väkivaltatilanteisiin. (Markkanen 2000, 8.)

Väkivaltatilanteisiin voi varautua ennakoimalla ja opettelemalla tunnistamaan mahdolliset uhkatekijät. Ketään ei voi suoralta kädeltä leimata väkivaltaiseksi pelkän ulkoisen olemuksen tai muun kuin väkivaltaisen käyttäytymisen perusteella, mutta kiihtynyt tai muuten poikkeava mielentila saattaa kuitenkin näkyä ihmisessä esimerkiksi jännittyneenä tai hermostuneena olemuksena, kasvojen kiristyneenä, kiihtyneenä tai katkonaisena hengityksenä. Usein kiihty-

neen ihmisen katse on pistävä tai tuijottava, ääni kohoaa tai kovenee puhuessa ja kädet puristuvat helposti nyrkkiin. (Isotalus & Saarela 2007, 37.)

Työpaikalla turvallisuuden kannalta huomioon on otettava työympäristön ja työtilojen suunnittelu, työjärjestelyt ja käytännön toimintatavat ja ohjeet. Väkivalta- ja uhkatilanteita estävät kestävä materiaalit ja rakenteet, suojaavat kalusteet, hätäpoistumistiet, hyvä näkyvyys sekä valaistus ja valvonta- ja hälytyslaitteet. (Vartia 2003, 134.)

Työturvallisuuslaki muodostaa työyhteisön turvallisuusohjelman vähimmäisvaatimukset. Hyvän työturvallisuuteen ei ole yhtä ohjetta, vaan jokainen työpaikka tarvitsee oman ohjelmansa. Työyhteisön on tärkeää miettiä omat tarpeensa osasto kohtaisesti. Lainsäädäntö edellyttää riskien tunnistamista ennalta. Työturvallisuusohjelman lähtökohdaksi onkin hyvä laatia ajan tasainen tilanne arvio. Myös tapaturmat on syytä selvittää ja pohtia keskittyvätkö ne työpaikalla johonkin tiettyyn työhön tai paikkaan. Riskiarviointi tulisi tehdä tai päivittää vähintään kerran vuodessa. Työturvallisuusmalli ei koskaan tule valmiiksi, koska erilaiset muutokset luovat jatkuvasti uusia haasteita. Hyvän työturvallisuuden ylläpitäminen on kokoaikainen prosessi. (Vartia 2003, 125.)

#### 4.3.1 AVEKKI - väkivallan ennaltaehkäisy ja hallinta terveydenhuollossa

Kuopion yliopistollisessa sairaalassa on väkivallan ennaltaehkäisyä lähdetty miettimään jo 25 vuotta sitten. AVEKKI on Savonia-ammattikorkeakoulussa käyttöön otettu toimintatapamalli, jolla pyritään hallitsemaan potilaiden aggressioita. Alkuna AVEKKI-hanke sai loppuvuodesta 2004 ja sen tarkoituksena oli luoda koulutus- ja toimintatapamalli väkivallan ennaltaehkäisyyn ja hallintaan. AVEKKI-nimi muodostuu sanoista aggressio, väkivalta, ennaltaehkäisy, kehittäminen, koulutus ja integraatio. Lopputuloksena käyttöön on saatu erilaisia koulutuspaketteja eri tarpeisiin sekä kouluttajakoulutus. AVEKKI-koulutus kuuluu pakollisena lähihoitajien ja sairaanhoitajien koulutukseen Savon ammatti- ja aikuisopiston sosiaali- ja terveystieteiden oppilaitoksissa ja Savonia-ammattikorkeakoulussa. (Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö 2008, 29-30.)

Väkivaltatilanteissa hoitajien vuorovaikutustaidoilla on todettu olevan keskeinen merkitys. Esimerkiksi rauhoittava keskustelu, jolla pyritään löytämään yhteisymmärrys ja luomaan potilaalle turvallisuuden tunne on hyvä keino hallita ja hoitaa tilanteita. Hoitajan ja potilaan välisellä kunnioittavalla ja terapeuttisella vuorovaikutuksella on MacKayn tutkimusryhmän (2005) mukaan merkittävä osa väkivaltatilanteiden hallinnassa. Fyysinen rajoittaminen, kuten eristäminen tai kiinnipitäminen on viimeisin keino hallita väkivaltatilanteita. Väliintulo on tarpeen lähinnä aggressiivisen käyttäytymisen hallitsemiseksi. (Taattola 2007, 11.)

#### 4.3.2 KAURIS - menetelmä työväkivaltariskien kartoitukseen ja hallintaan

KAURIS-menetelmä on kehitetty vuosina 1997-2000 osana Työsuojelurahaston rahoittamaa tutkimushanketta ”Fyysinen väkivalta työssä ja väkivaltariskien hallinta kaupan alalla”. Hanke on toteutettu yhteistyössä viranomaisten, työnantaja- ja työntekijäjärjestöjen, yritysten, työpaikkojen sekä muiden asiasta kiinnostuneiden tahojen kanssa. KAURIS-nimi tulee kaupan riskit menetelmästä, joka on suunniteltu avuksi työväkivaltariskien hallintaan. Menetelmä soveltuu parhaiten käytettäväksi kaupan alan työpaikoilla, mutta aineistoa voidaan soveltuvin osin käyttää myös muilla aloilla. (Isotalus & Saarela 2001, 5.)

KAURIS-menetelmässä tarkastellaan järjestelmällisesti työympäristöä ja teknisiä turvajärjestelmiä sekä toimintatapoja, ohjeita ja koulutusta. Työpaikkakohtaisten vaarojen arviointi antaa parasta pohjatietoa turvallisuuden suunnittelulle. Kalusteiden sijoittelulla ja muilla työympäristön ratkaisuilla luodaan puitteet turvallisuuden toteutumiselle. Valvontakamerat, videovalvonta, hälytyspainikkeet ja muut turvalaitteet ovat hyviä keinoja ennaltaehkäistä ja hallita uhkatilanteita. Tärkeitä asioita ovat myös toimintatavat ja ohjeet muun muassa turvalaitteiden käyttöön, rahan käsittelyyn ja vaikeisiin asiakastilanteisiin sekä henkilökunnan kouluttaminen. (Isotalus & Saarela 2001, 6.)

#### 4.4 Väkivaltatilanteiden kirjaaminen ja raportointi

Väkivaltatapausten raportoinnin puutteellisuus on huolestuttavaa hoitoalalla. Raportoinnin puutteellisuuteen on haettu syitä esimerkiksi siitä, että hoitohenkilöstö pitää väkivaltaa ja sen uhkaa työhön kuuluvana valitettavana hättänä. Puutteellisuus voi myös johtua siitä, että työntekijä uskoo, ettei se hyödytä häntä tai että hän uskoo työnantajan kuvittelevan väkivallan johtuvan työntekijän työn laiminlyönnistä tai huonosta työnlaadusta. (U.S. Department of Justice 2002.) Myös Tehyn vuonna 2000 tehdyn tutkimuksen mukaan väkivaltatilanteiden kirjaaminen näyttää olevan puutteellista. Ainoastaan hieman yli kolmannes vastaajista ilmoitti, että heidän työpaikallaan kirjataan väkivallan käyttö sekä sillä uhkaaminen. Terveyskeskusten ylihoitajat ja sosiaalitoimen luottamusmiehet arvioivat muita useammin ettei tilanteita kirjata. (Markkanen 2000, 18.)

Väkivalta ja uhkatilanteiden kirjaus on tärkeää uhrin eli työntekijän oikeusturvan kannalta, mutta myös työyhteisön kannalta. Muistiin kirjattu tilanne on helpompi todistaa ja analysoida tilanteen jälkeen. (Lehestö ym. 2004, 140.) Kirjatut tiedot ovat tärkeitä työpaikan riskitekiäjä kartoittaessa, ennalta ehkäisevien toimenpiteiden ja henkilöstön lisä- ja täydennyskoulutuksen suunnittelussa (Markkanen 2000, 18). Väkipalva - ja uhkatilanteiden kirjaamisella voidaan myös nähdä, onko joku tietty potilas tai potilasryhmä esillä väkivaltatilanteissa, edel-

sikö väkivaltatilannetta jokin toistuva ilmiö, liittyikö uhkaava tilanne johonkin hoitotapahtumaan tai tapahtuuko se toistuvasti tietyssä työyksikössä. Kirjatuista tiedoista voidaan myös tarkastella, alkoiko väkivalta - tai uhkatilanne räjähtävästi ilman ennusmerkkejä vai edelsikö sitä potilaan kiihtyminen, johon ei osattu puuttua tai jota ei havaittu. (Lehestö ym. 2004, 140.)

Tapahtuneiden väkivalta- ja uhkatilanteiden raportointi ja kirjaus on tärkeää, koska sen avulla voidaan seurata, sattuuko tilanteita lukumääräisesti enemmän kuin ennen ja ovatko tilanteet muuttuneet vakavammaksi. Samalla opitaan uutta sattuneista tilanteista ja näitä tietoja voidaan käyttää torjuntatoimia suunniteltaessa. On hyvä raportoida myös sellaiset tilanteet, jotka eivät ole johtaneet vammaan tai sairauspoissaoloon. Tarvittaessa apuna voi käyttää väkivalta - ja uhkatilanteiden raportointilomaketta. (Isotalus & Saarela 2001, 32.) Osa väkivaltatilanteista rekisteröidään työtapaturmiksi. Väkivaltaan liittyviä työtapaturmia sattuu eniten naisille palvelutyössä, terveydenhuollossa ja sosiaalityössä. (Vartia 2003, 135.)

#### 4.5 Väkivaltatilanteiden käsittely

Traumaattisen väkivaltatilanteen aiheuttamat reaktiovaiheet ovat psyykinen sokki, reaktiovaihe sekä työstämis- ja käsittelyvaihe. Sökkivaiheessa on tärkeää että uhria ei jätetä yksin. Tässä tilassa väkivallan uhri ei välttämättä tunnista omia reaktioitaan ja voi kokea kaiken olevan hyvin. Reaktiovaiheessa väkivallan uhri tulee tietoiseksi tapahtuneen merkityksestä itselle. Tässä tilassa tarvitaan tilanteen aktiivista käsittelyä ja jälkiselvittelyä. Reaktiovaiheeseen liittyy erilaisia tunteita ja reaktioita esimerkiksi väsymystä. Työstämis- ja käsittelyvaihe on väkivallan kohtaamisen aiheuttaman trauman käsittelyä, pelot on kohdattava mahdollisimman pian ja nopea työhön paluu on tärkeämpää kuin pitkä sairasloma. (Vartia 2003, 138.)

Väkivalta - ja uhkatilanteiden jälkiselvittely on tärkeää sekä uhrin, että työyhteisön takia. Jälkiselvittelyllä voidaan purkaa sitä psyykkistä kuormaa, jonka uhkatilanne on aiheuttanut (Markkanen 2000, 21). Traumaattisen tilanteen jälkipuinnin tarkoituksena on yksilön ja yhteisön työkyvyn turvaaminen. Sen tavoitteena on luoda työyhteisölle yhteinen kuva tapahtuneesta ja antaa väkivallan kohteeksi joutuneelle välineitä oman tilanteensa ymmärtämiseen ja hyväksymiseen. Traumaattisesta tapahtumasta selviää sitä paremmin, mitä nopeammin henkistä tukea ja jälkihoitoa on saatavilla (Isotalus & Saarela 2001, 36). Traumaattisen tilanteen jälkipuinnin ja yksilöllisen psyykkisen tuen ohella on työnantajan huomioitava väkivallan uhriksi joutuneen hoitajan oikeusturvaan liittyvät asiat ja tarvittaessa autettava rikosilmoituksen teossa ja vahingonkorvaus asioissa. Henkilökohtainen vapaus, koskemattomuus, turvallisuus ja yksityiselämän suoja kuuluvat ihmisen perusoikeuksiin (Markkanen 2000, 1). Työnanta-

jan tulisi tilanteen vaatiessa pystyä nopeasti järjestämään uhrille oikeusapua ja työnantajan velvollisuus on myös tukea uhria tarvittaessa koko oikeusprosessin ajan (Pitkänen 2003, 14).

Kansallinen työelämän tutkimuskeskus tutki Ruotsissa hoitoalalla tapahtuneita väkivaltaisuuksia vuosina 1999-2001. Tutkimuksesta kävi ilmi, että väkivaltakokemuksen jälkeen erilaiset pelkotilat ja ahdistuneisuus ovat mahdollisia kokemuksia. Itsesyytökset, unettomuus ja jopa masentuneisuus saattavat lisätä hoitajan taakkaa raskaan uhkatilanteen päätyttyä. Suurimman osan tutkimukseen osallistuneiden väkivallan uhrien mieltä painoi järkytys, häpeä, kiuku ja pelko. Tällaisessa tilanteessa kohdatun tilanteen mahdollisimman nopea purkaminen on tärkeää esimerkiksi työtovereiden tai jonkun ulkopuolisen ammattilaisen kanssa. Tilanteen nopean purkamisen tavoitteena on uhrin jälkireaktioiden lievittäminen ja tarvittaessa siihen liittyvä käytännön neuvojen jakaminen. Eriyisen vakavissa tilanteissa on syytä kääntyä ulkopuolisen ammattilaisen apuun. (Lehestö ym. 2004, 126-127.)

Vuonna 2000 tehdyn Tehyn tutkimuksen tuloksista kävi ilmi, että työvaltuutettujen arvion mukaan väkivalta ja uhkatilanteet käydään yleensä läpi jälkikäteen. Suurin osa arvioi, että se tehdään lähimpien työkavereiden kanssa. Noin puolet arvioi, että se käydään läpi koko työyhteisön kanssa. Kolmannes arvioi, että tilanne käydään läpi työsuojeluvaltuutetun kanssa ja viidennes työsuojelupäällikön kanssa. Hoitajien vastaukset olivat tutkimuksessa samaan suuntaisia kuin työvaltuutettujen. Hoitajista kaksi kolmasosaa ilmoitti, että tilanteet käydään läpi jälkikäteen. (Markkanen 2000, 18.)

Whittingtonin & Wyke'n (1991) tutkimuksen mukaan yleisimmin käytettyjä selviytymiskeinoja olivat puhuminen tapahtuneesta muille henkilöille, tapahtuman miettiminen itsekseen, tapahtuman ajattelemisen välttely ja jonkin aikaa töistä poissa olo. (Pitkänen 2003, 11.)

Väkivaltatilanteiden seurauksia tarkasteltaessa jälkikäteen tulee väkivallan uhriksi joutuneen hoitajan lisäksi huomioida myös ne hoitajat, jotka ovat osallistuneet väkivaltatilanteen hallintaan. Tämä on tärkeää, koska väkivalta ei vaikuta vain uhriin, vaan se vaikuttaa myös muihin tilanteessa mukana olleisiin hoitajiin. Nämä hoitajat voivat samaistua uhriin ja miettiä, että sama olisi voinut tapahtua heille itselleen. Toisaalta mukana olleet hoitajat voivat miettiä, miksi he eivät onnistuneet estämään tilannetta. Tutkimusten mukaan jo väkivaltatilanteen nähneet, voivat kärsiä voimakasta pelkoa ja ahdistusta, haavoitetuksi tulemisen tunnetta ja ärtyisyyttä. Lisäksi on huomioitava, että tilanne voi vaikuttaa myös henkilöihin, jotka eivät ole olleet läsnä tilanteessa. (Pitkänen 2003, 12.)

#### 4.6 Henkilökunnan turvallisuuskoulutus

Useiden tutkimusten mukaan väkivallan kohtaamiseen valmistautumaton ja kouluttamaton työntekijä joutuu väkivallan kohteeksi useammin kuin siihen kouluttautunut. Väkivallan kohtaamiseen koulutetut hoitajat myös selviävät tutkitusti paremmin väkivaltatilanteista kuin kouluttamattomat. Turvallisuuskoulutuksen avulla tulee luoda riittävät valmiudet hankalien tilanteiden hoitamiseksi työyksikössä. (Lehestö ym. 2004, 123.)

Turvallisuuskoulutus tulisi sopeuttaa kunkin työyksikön omiin tarpeisiin. Koulutuksen tulisi sisältää teoretietoaa aggressiivisuudesta, itsepuolustusta ja voimankäyttöä, verbaalisia kommunikaatitaitoja uhkatilanteissa sekä tietoja voimankäyttöön liittyvistä lakipykälistä. Koulutuksen tulee myös sisältää tietoa työtilojen kalustamisesta ja mahdollisen teknisen valvonnan eduista uhkaavien tilanteiden ehkäisemisessä. Omien pelkojen tunnistamisen oppiminen ja niiden merkitys on myös tärkeä osa turvallisuus koulutusta. (Lehestö ym. 2004, 123-124.)

Turvallisuuskoulutuksen tulee olla säännöllistä ja henkilökunta tulee velvoittaa osallistumaan koulutuksiin ja jokainen uusi työntekijä tulee kouluttaa mahdollisten uhkatilanteiden varalle (Lehestö ym. 2004, 124).

##### 4.6.1 HFR- Hallittu, fyysinen rajoittaminen-malli

HFR-malli on Turun ammattikorkeakoulussa yliopettaja Mikko Saarikosken johdolla luotu Hallittu, fyysinen rajoittaminen-malli. Sen pohjana on Isossa-Britanniassa käytössä oleva tekniikka (control & restraint technics). HFR tarkoittaa hankalissa asiakastilanteissa käytettävää tekniikkaa, jonka avulla voidaan rajoittaa inhimillisin keinoin kontrolloimatonta, mahdollisesti aggressiivisesti käyttäytyvää henkilöä. (Kiikko 2005.)

Joulukuussa 2000 Turun ammattikorkeakoulussa järjestettiin Iso-Britannian kanssa yhteistyössä terveydenhuollon ammattihenkilöille suunnattu viiden päivän mittainen koulutus aggressiivisten ja potentiaalisesti uhkaavien tilanteiden hallitsemiseen. Koulutukseen osallistui 16 henkilöä ympäri Suomea. Kellokosken sairaalassa on jo aikaisemmin käytetty samankaltaista menetelmää sisäisissä koulutuksissa, mutta systemaattista suunnitelmaa kansalliseksi koulutusmalliksi ei tuolloin vielä ollut. (Kiikko 2005.)

HFR-koulutusta on lähdetty markkinoimaan sekä sosiaali- että terveydenhuollon laitoksiin ja koulutusta on järjestetty jo vuodesta 2005 ainakin muutamassa muussa ammattikorkeakoulussa Turun lisäksi. Ongelmana laajamittaiselle eteenpäin viemiselle on kouluttajien puute, sillä

viiden päivän kurssi ei vielä anna valmiuksia opettaa menetelmää omassa työyksikössä. Turun ammattikorkeakoulu on kuitenkin lähtenyt kouluttamaan eri hoitolaitoksiin jotta saataisiin koulutettua suuri määrä yksittäisen sairaalan tai muun laitoksen omaa henkilökuntaa ja samalla tarjottua valmiudet luoda menetelmästä toimiva käytäntö hoitoyhteisöön. (Kiikko 2005.)

HFR-malli tarjoaa suhteellisen turvallisen työkalun sosiaali- ja terveydenhuollon piirissä ilmeviin väkivaltaongelmiin. HFR:ssa ei ole kysymys yhden ihmisen toteuttamasta tekniikasta vaan onnistuakseen se vaatii kahdesta kolmeen ihmisen yhteistyötä, jonka vuoksi on tärkeää, että henkilökunnan näkemykset rajoittamiskäytännöstä ovat yhtenäiset. (Kiikko 2005.)

HFR-mallia ei tule pitää tarkastella pelkkänä tekniikkana, vaan sen taustalla on ajattelutapa, jossa pyritään kokoajan toimimaan asiakkaan parhaaksi. Vahingoittaminen ei missään tilanteessa ole tarkoituksen mukaista, vaan fyysisen kontaktin on aina tarkoitus olla hoidollista. Menetelmässä on mahdollista käyttää eriasteista interventiota kevyestä kosketuksesta tiukkaan kiinnipitämiseen. (HFR-ay 2008)

Menetelmässä on kiinnitetty erityistä huomiota turvallisuuteen sekä asiakkaan ihmisarvon huomioimiseen. Menetelmän käytössä asiakkaalle ei aiheudu kipua, eikä hengitystä rajoittavia otteita käytetä. Yhden henkilön tehtävänä on keskittyä asiakkaan kanssa keskustelemiseen tarkoituksenaan tilanteen rauhoittaminen. Keskusteluyhteys asiakkaan ja hoitajan välillä säilyy koko tilanteen ajan. (Kiikko 2005.)

Menetelmää käyttäneille hoitajille teetetyssä kyselyssä palaute oli 90-prosenttisesti positiivista. Ongelmakohdiksi koettiin kertauspäivien puuttuminen ja siitä johtuva tekniikan unohtaminen. Tästä johtuen syksyllä 2005 aloitettiin kertauspäiväkoulutuksia sekä peruskoulutusta tekniikkaa tuntemattomille. Tarkoitus on saada osastokohtaisesti omia kouluttajia jotka huolehtivat oman osastonsa koulutustarpeista. (Kiikko 2005.)

Pakkotoimenpiteiden käyttö on poikkeuksetta oltava ammatillisesti ja eettisesti perusteltua. On myös oltava näyttöä siitä, että kaikkia muita vaihtoehtoisia toimintamuotoja on tuloksettomasti kokeiltu. (Kiikko 2005.)

#### 4.6.2 AHHA- Aggression hoidollinen hallinta-projekti

Vuoden 2002 alussa Tampereen yliopistollisessa sairaalassa aloitettiin Aggression hoidollinen hallinta-projekti (AHHA). Käytännössä se tarkoittaa hallitun kiinnipitämisen ja irtautumisen opettelua, jonka tavoitteena on rauhoittaa potilas, ei murtaa häntä. (Uusitalo 2005.)



AHHA-projektin tarkoituksena on vastata hoitajien kokemaan väkivallan uhkaan ja hallita sitä. Kotimaisen koulutuksen lisäksi oppia on haettu Isosta-Britanniasta. Kaksi sairaanhoitajaa Tampereen yliopistollisesta sairaalasta kävivät kymmenpäiväisen Management of Actual or Potential Aggression (MAPA) -kurssin. (Uusitalo, 2005.)

Ensimmäinen viisipäiväinen AHHA-kurssi aloitettiin huhtikuussa 2002 Tampereen yliopistollisen sairaalan Pitkäniemen psykiatrisessa yksikössä. AHHA-kurssi sisältää teoriaosuuden ja fyysisen väliintulon taitoja, irtautumistekniikoita tilanteisiin, joissa hoitaja on yksin potilaan kanssa. (Uusitalo, 2005.)

Aggression hoidollisen hallinnan tavoitteena on sallia asiakkaalle aggressiiviseen käyttäytymiseen johtaneiden tunteuksien purkaminen sekä mahdollistaa taustalla olevien ongelmien selvittäminen turvallisessa ja hallitussa ympäristössä. Tarkoituksena on auttaa asiakasta tunnistamaan tunteuksiaan ja oppimaan niiden ilmaisemista. Asiakasta tuetaan vaihtoehtoisten selviytymiskeinojen löytämiseen aggressiivisuuden, itsetuhoisuuden ja väkivaltaisuuden sijaan. (Soldehed 2008, 10-11)

Fyysisen väliintulon otteet on kehitetty ihmisen hoitamista varten ottaen huomioon raajojen luonnolliset liikeradat ja turvalliset kiinnipitoasennot. Kiinnipidoissa hoitajien ihanteellinen määrä on kolme, ja jokaisella on oma tehtävänsä. Yhden hoitajan tehtävänä on toimia johtajana, joka kommunikoi potilaan kanssa ja arvioi kiinnipitoa. Tilanteen johtaja myös arvioi potilaan vointia ja elintoimintoja kiinnipitotilanteessa. (Uusitalo, 2005.)

Kiinnipitotilanne aloitetaan merkin perusteella, jonka tulee olla yksikössä ennalta sovittu. Hoitajat ottavat kiinni potilaasta siten, että toinen ottaa oikean ja toinen vasemman käden. Potilaan ei tule tuntea kipua missään vaiheessa. Mikäli kipua tuntuu, on jotain tehty väärin. (Uusitalo 2005.)

Irtautumistaidoissa keskeisiä ovat tilanteet, joissa hoitaja on yksin potilaan kanssa ja potilas on tarttunut kiinni hoitajaan esimerkiksi käsistä, vaatteista tai hiuksista. Myös tilanteissa, joissa potilas esimerkiksi kuristaa hoitajaa, on irtautumistaidoista hyötyä. Kurssin tarkoituksena on opettaa tapoja päästä irti otteista ja sen jälkeen pakenemaan ja hälyttämään apua. (Uusitalo 2005.)

AHHA-koulutuksessa perusasiat opetetaan joka yksikössä, mutta yksiköiden erityispiirteet voidaan ottaa huomioon kurssia suunnitellessa. Koulutus koskee koko henkilökuntaa, sillä koko henkilökunnan kouluttaminen antaa mahdollisuuden puuttua tilanteeseen heti, ennen kuin potilas ehtii vahingoittaa itseään tai muita läsnäolijoita. (Uusitalo 2005.)

Väkivallan ja aggression syitä on haettu hoitajien ammattitaidottomuudesta ja potilasaineksen vaativuudesta. Mitään järjestelmällistä koulutusta tai ratkaisua ongelmiin ei ole ollut tarjolla. Osa hoitohenkilöstöstä on saanut oppia itsepuolustukseen poliisin, vartijoiden ja eri taistelulajien osaajilta. Koulutuksista on kuitenkin luovuttu, koska ne perustuivat vastapuolen totaaliseen hallintaan ja kivun tuottamiseen. Mitään hoidollista tai ennaltaehkäisevää elementtiä näissä koulutuksissa ei ollut. (Soldehed 2008, 12.) Siksi on perusteltua, että otetaan käyttöön turvallinen vaihtoehto (Uusitalo 2005).

## 5 OPINNÄYTETYÖN TAUSTA, TARKOITUS & TUTKIMUSONGELMAT

Tämä opinnäytetyö pohjautuu Turvallinen Vantaa- hankkeeseen, jonka tavoitteena on kehittää turvallisuutta Vantaan kaupungissa eri toimijoiden yhteistyönä. Hanke jakautuu alahankkeiksi ja projekteiksi. Sosiaali- ja terveydenhuollon toimialan alahankkeessa Laurea-ammattikorkeakoulu perehtyy Asiakasturvallisuuden kehittämis- ja asiakastapaturmien ehkäisy- hankkeeseen. Sosiaali- ja terveyspalveluissa asiakasturvallisuuden kehittäminen on osa laajempaa Turvallinen Vantaa- hanketta. (Vantaan kaupunki 2008.)

Tästä on johdettu opinnäytetyömme aihe, jonka tarkoituksena on käsitellä Tikkurilan terveysasemalla työyhteisöön suuntautunutta fyysistä ja henkistä väkivaltaa asiakkaiden tai omaisten taholta, niihin liittyviä riskitekijöitä sekä tapaturmia ehkäiseviä käytänteitä. Toive kyseisen aiheen käsittelyyn on tullut yhteistyötahoilta, joten opinnäytetyö pohjautuu Turvallinen Vantaa- hankkeeseen, jonka vuoksi erillistä tutkimuslupaa ei tarvita.

Työssämme muotoilimme tutkimuskysymykset seuraavasti:

1. Kuvata millaisia turvattomuutta aiheuttavia tekijöitä Tikkurilan terveysaseman hoitohenkilökunta oli kokenut.
2. Kuvata kuinka usein turvattomuutta aiheuttavia väkivaltatilanteita oli tapahtunut Tikkurilan terveysasemalla.
3. Kuvata miten turvattomuutta aiheuttaviin väkivaltatilanteisiin oli varauduttu Tikkurilan terveysasemalla.
4. Kuvata miten Tikkurilan terveysaseman työyhteisössä oli käsitelty mahdollisia väkivaltatilanteita.

## 6 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Tämä opinnäytetyö pohjautuu Turvallinen Vantaa-hankkeeseen, jonka tavoitteena on kehittää turvallisuutta Vantaan kaupungissa eri toimijoiden yhteistyönä. Hanke jakautuu alahankkeiksi ja projekteiksi. Sosiaali- ja terveydenhuollon toimialan alahankkeessa Laurea-ammattikorkeakoulu perehtyy asiakasturvallisuuden kehittämis- ja asiakastapaturmien ehkäisy- hankkeeseen. Sosiaali- ja terveyspalveluissa asiakasturvallisuuden kehittäminen on osa laajempaa Turvallinen Vantaa- hanketta. Hankkeen tavoitteena on kehittää turvallisuutta eri toimijoiden yhteistyönä Vantaan kaupungissa. Opinnäytetyömme tarkoitus on tarkastella Tikkurilan terveysasemalla työyhteisöön kohdistunutta väkivaltaa asiakkaiden tai omaisten taholta ja niihin liittyviä riskitekijöitä sekä tapaturmia ehkäiseviä käytänteitä. Toive kyseisen aiheen tarkasteluun on tullut yhteistyötahoilta. Koska opinnäytetyö pohjautuu Turvallinen Vantaa- hankkeeseen, erillistä tutkimuslupaa ei tarvita. (Vantaan kaupunki 2008.)

Keräsimme aineiston Tikkurilan terveysasemalta joulukuussa 2008, joka sijaitsee Itä-Vantaalla, Tikkurilan aseman läheisyydessä. Tikkurilan terveysasemalla toimii tavallisten sairaanhoitaja- ja lääkärivastaanottojen lisäksi depressiohoitaja, diabeteshoitaja, reumahoitaja, päihdehoitaja ja kerran viikossa lastenlääkärin vastaanotto. Aineiston keruuhetkellä Tikkurilan terveysasemalla oli käynnissä remontti.

### 6.1 Aineiston keruu ja analyysi

Aineiston keruu suoritettiin joulukuussa 2008. Olimme aluksi yhteyttä osastonhoitajaan, jonka kanssa sovimme sopivan ajankohdan kyselylomakkeiden toimitusta varten. Menimme Tikkurilan terveyskeskuksen osastotunnille 16.12.2008, jossa esittelimme opinnäytetyömme tarkoituksen ja tavoitteen. Pyysimme hoitohenkilökuntaa vastaamaan kyselyyn joulukuun aikana ja palauttamaan täytetyn kyselylomakkeen suljetussa kirjekuoressa kahvihuoneessa olevaan pahvilaatikkoon. Takasimme näin vastaajien anonyyminä säilymisen. Haimme täytetyt lomakkeet takaisin 31.12.2008 viikkoa myöhemmin. Turvallisuuskyselyn kanssa valmiiksi oli niputettu myös saatekirje ja kirjekuori. Osa hoitohenkilökunnasta vastasi kyselyyn jo meidän ollessa paikalla, osa otti kyselylomakkeen mukaan ja vastasi myöhemmin, poissaolleille henkilöille luvattiin toimittaa kyselylomake.

Tammikuussa 2009 aloimme käydä läpi takaisin saatuja kyselylomakkeita. Syötimme vastaajien tiedot ja kyselylomakkeista saadut tulokset SPSS 16.0 for WINDOWS- ohjelmaan, jonka jälkeen tuloksista muodostettiin frekvenssi- ja prosenttijakaumia. Jakaumista muodostimme

taulukoida, joita hyödynsimme tulosten kuvaamisessa. Taulukoiden avulla saimme tuloksista selkeitä ja saimme poimittua oleelliset asiat opinnäytetyömme kannalta.

## 6.2 Kyselytutkimus

Kyselytutkimus on hyvä tapa kerätä ja tarkastella tietoa esimerkiksi ihmisten toiminnasta, mielipiteistä, asenteista ja arvoista. Kyselytutkimuksessa tutkija esittää vastaajalle kysymyksiä kyselylomakkeen välityksellä. Kyselylomake on mittausväline, jonka sovellusalue ulottuu yhteiskunta- ja käyttäytymistieteellisestä tutkimuksesta mielipidetiedusteluihin, katukyselyihin, soveltuvuustesteihin ja palautemittauksiin. Kyselytutkimuksessa koko tutkimuksen onnistuminen riippuu mitä suurimmassa määrin kyselylomakkeesta. Hyvä kyselylomake on kokonaisuus, jossa toteutuvat sekä sisällölliset että tilastolliset näkökulmat. (Vehkalahti 2008, 11, 20.)

Keräsimme aineistomme strukturoidulla kyselylomakkeella (Liite2). Kyselylomakkeen oli suunnitellut edellisen vuosikurssin opiskelijat (Kilpi, Kettunen & Lius 2008; Mustonen & Nieminen 2008) jotka tekivät viime syksyn aikana vastaavanlaisen opinnäytetyön Koivukylän ja Hakunilan terveysasemille. Kyselylomake sisälsi monivalintakysymyksiä sekä yhden avoimen kysymyksen. Yhteensä kysymyksiä oli 23. Kyselyyn vastattiin anonyymisti, eikä vastaajien henkilöllisyys tullut esille missään tutkimuksen vaiheessa. Kyselylomake on esitettävä viidellä eri henkilöllä vuonna 2008.

## 7 TUTKIMUKSEN TULOKSET

Tikkurilan terveysasemalla työskentelee 38 hoitajaa, joista kyselyyn vastasi 22 henkilöä, joten vastausprosentiksi muodostui 57.9 %. Vastanneista kolmasosa ilmoitti kokeneensa fyysistä väkivaltaa. Väkivaltaa koettiin harvemmin kuin kuukausittain. Lähes kaikki kyselyyn vastanneista oli kokenut jonkinlaista henkistä väkivaltaa (Taulukko 2). Väkivallan kokeminen oli kuitenkin harvinaisempaa kuin kuukausittaista, joskin lähes neljäsosa vastaajista koki väkivaltaa viikoittain. Työympäristön turvallisuudessa hoitohenkilökunnan mielestä huonoiten oli otettu huomioon vartiointi. Parhaiten huomioon oli hoitohenkilökunnan mielestä otettu hoitovälineiden turvallinen sijoittelu ja säilytys.

Avoimessa kysymyksessä kysyimme kehitysehdotuksia työturvallisuuden kehittämiseen. Avoiimeen kysymykseen vastasi noin puolet koko kyselyyn vastanneista. Avoimista kysymyksistä nousi esille hyviä kehitysehdotuksia hoitajien turvallisuuden parantamiseksi ja olemme pohtineet niitä alaluvussa työturvallisuuden kehittäminen.

### 7.1 Tutkimusjoukon kuvaus

Tikkurilan terveysasemalla työskentelee 38 hoitajaa, joista kyselyyn vastasi 22 henkilöä, joten vastausprosentiksi muodostui 57.9 %. Tyhjiä lomakkeita palautettiin 16 kappaletta. Kaikki vastaajista olivat naisia ja ikäjakauma oli 22-57 vuotta, keski-ikäsi muodostui 40,5 vuotta. Vastanneista yli puolet, 54.5 % oli sairaanhoitajia, lähihoitajia oli 31.8 % ja terveydenhoitajia 13.5 %. Vastaajien työkokemus jakautui 2-37 vuoden välille, keskimääräinen vastaajien työkokemus oli 16 vuotta. Vastaajista 18.2 % oli työskennellyt 10 vuotta, ja 13.6 % vastaajista oli työskennellyt hoitoalalla 20 vuotta.

Kyselyyn vastanneet olivat työskennelleet kyseisellä terveysasemalla 0-33 vuotta. Suurin osa vastaajista, 22.7 % oli työskennellyt nykyisessä työpaikassa vuoden. Vastaajista 14 oli työskennellyt nykyisessä työpaikassa alle viisi vuotta. Vain kolme vastaajista oli työskennellyt Tikkurilan terveysasemalla yli kymmenen vuotta.

### 7.2 Fyysisen turvallisuuden kokeminen

Tikkurilan terveysasemalla kyselyyn vastanneista 27.3 % ilmoitti kokeneensa fyysistä väkivaltaa (Taulukko 1). Väkivaltaa koettiin harvemmin kuin kuukausittain ja se oli muodoltaan tönnimistä ja tavaroiden heittäilyä. Yksi vastanneista oli kuvannut kohtaamaansa fyysistä väkival-

taa avovastauksella ”Fyysinen aggressiivinen kontakti”. Yksi vastanneista oli kokenut myös seksuaalista lähentelyä. Fyysistä väkivaltaa tapahtui solutoimistossa ja vastaanotolla.

Kyselyyn vastanneista yli puolet (54.5 %) koki saaneensa työpaikalla turvallisuuskoulutusta väkivaltatilanteiden varalle. Vastajista myös yli puolet (54.5 %) koki osaavansa toimia kohdattaessaan fyysistä väkivaltaa. Väkivaltatilanteiden käsittelyn koki riittäväksi 59.1 % vastanneista. Kuitenkin 4.5 % vastajista koki, ettei asiakkaan aiheuttamia väkivaltatilanteita käsitellä. Väkivaltatilanteita käsiteltiin osastokokouksessa, aamuraportilla ja henkilökohtaisessa keskustelussa. Kukaan kyselyyn vastanneista ei ole ollut sairaslomalla työpaikalla kokemansa väkivallan vuoksi.

Valtaosa vastajista ei pidä henkilökohtaista hälytintä mukanaan lainkaan, vaikka 45.5 % vastanneista kertoo sellaisen olevan käytettävissä.

*”Henkilökohtaisilla hälyttimillä ja lisää kameravalvontaa. Vastaanottohuoneiden kalustusjärjestelyitä voisi miettiä niin, että tarv. pääsee poistumaan huoneiden välisestä ovesta. Vartia(oikea!!) pitäisi olla näkyvillä.”(V2)*

*”-nykyiset hälyttimet huonekohtaiset ->jos uhkatilanne käytävällä/muussa huoneessa, ei tiedä missä hälytyksen tehnyt on*

*-hälyttimen ääni hiljainen -> siihen ei aina reagoida*

*-’turhat’ hälytykset, kuten hälyt muualla talossa ovat aiheuttaneet ja sen että ei hälyttimen ääneen reagoida*

*- ’hälytintaulua’ vaikea tulkita (hidasta) -> missä hälytys tehty” (V6)*

Taulukko 1. Henkilökohtaisen hälyttimen käyttö

Käytön useus	n	%
Aina	1	4.5
Silloin tällöin	2	9.1
Ei käytä	15	68.2

### 7.3 Henkisen turvallisuuden kokeminen

Lähes kaikki 90.9 % (n=20) kyselyyn vastanneista oli kokenut jonkinlaista henkistä väkivaltaa (Taulukko 2). Väkivallan kokeminen oli kuitenkin harvinaisempaa kuin kuukausittaista, joskin

lähes neljäsosa vastaajista koki väkivaltaa viikoittain. Vastaajista 86.4 % koki osaavansa toimia kohdatessaan henkistä väkivaltaa.

Taulukko 2. Henkisen väkivallan kokeminen

	Päivittäin	Viikoittain	Kuukausittain	Harvemmin
n	0	5	7	9
%	0.0	22.7	31.8	40.9

Yleisimpiä henkisen väkivallan muotoja olivat uhkailu, nimittely ja syyttely. Kaksi vastaajista oli kokenut myös seksuaalista häirintää (Taulukko 3). Yleisimmin henkistä väkivaltaa kohdatiin puhelimesta, solutoimistossa ja käytävällä. Puhelimesta henkistä väkivaltaa oli kohdannut jopa 86.4 % vastanneista. Lähes kaikki vastaajista 86.4 % (n= 19) kertoi osaavansa toimia kohdatessaan henkistä väkivaltaa, vain kolme henkilöä (13.6 %) koki, ettei osaa toimia henkistä väkivaltaa kohdatessa.

Taulukko 3. Henkisen väkivallan muodot

	n	%
Syyttely/syylisäminen	20	90.9
Nimittely	10	45.5
Uhkailu	8	36.4
Seksuaalinen häirintä	2	9.1
Muu henkinen väkivalta	1	4.5

#### 7.4 Työympäristön turvallisuus

Työympäristön turvallisuudessa hoitohenkilökunnan mielestä huonoiten oli otettu huomioon vartiointi. Puolet vastaajista oli sanonut vartioinnin otettavan huomioon huonosti ja alle kolmanneksen mielestä tyydyttävästi. Yli puolet vastaajista koki, että kameravalvonta on järjestetty tyydyttävästi tai huonosti. Suurin osa hoitohenkilökunnasta koki, että talonsisäinen hälytysjärjestelmä oli huomioitu tyydyttävästi tai huonosti. Vastaajista kenenkään mielestä vartiointia, kameravalvontaa tai talon sisäistä hälytysjärjestelmää ei ollut huomioitu kiitettävästi ja he näkivät siinä suuria puutteita.



Parhaiten huomioon oli hoitohenkilökunnan mielestä otettu hoitovälineiden turvallinen sijoittelu ja säilytys. Reilusti yli puolet vastanneista koki, että hoitovälineet on sijoitettu ja säilytetty kiitettävästi tai hyvin. Yli puolet vastaajista oli sitä mieltä, että kalusteiden turvallinen sijoittelu oli tyydyttävää tai huonoa. Kuitenkin neljäsosa vastaajista piti sitä kiitettävä tai hyvänä. Väkivaltatilanteiden kirjaaminen oli huomioitu tyydyttävästi vastaajista hiukan alle puolen mielestä, kenenkään mielestä väkivaltatilanteiden kirjaamista ei ollut huomioitu kiitettävästi. Suurin osa vastaajista oli kuitenkin saanut ajantasaista ohjeistusta väkivaltatilanteiden varalle. Vastaajista 54.5% (n= 12) koki osaavansa toimia kohdatessaan fyysistä väkivaltaa, toisaalta 45.5% (n= 10) koki ettei osaa toimia kohdatessaan fyysistä väkivaltaa. Vartiointia oli kommentoitu myös avoimessa kysymyksessä turvallisuuden parantamiseksi.

*”Vartijan käyttö olisi suotavaa.” (V8)*

*”Vartiointi, kunnan vartijat eikä eläkkeellä olevia siivoojia tms.” (v22)*

Taulukko 4. Työympäristön turvallisuus

	n	kiitettävästi	hyvin	tyydyttävästi	huonosti
Vartiointi huomioitu työpaikalla	21	0.0 %	13.6 %	31.8 %	50.0 %
Kameravalvonta huomioitu työpaikalla	21	0.0 %	36.4 %	50.0 %	9.1 %
Talon sisäinen hälytysjärjestelmä huomioitu työpaikalla	20	0.0 %	18.2 %	54.5 %	18.2 %
Kalusteiden turvallinen sijoittelu huomioitu työpaikalla	21	4.5 %	22.7 %	59.1 %	9.1 %
Hoitovälineiden turvallinen sijoittelu/säilytys huomioitu työpaikalla	20	9.1 %	54.5 %	22.7 %	4.5 %
Pakoreitit huomioitu työpaikalla	21	0.0 %	27.3 %	36.4 %	31.8 %
Väkivaltatilanteiden kirjaaminen huomioitu työpaikalla	17	0.0 %	18.2 %	45.5 %	13.6 %

Ajantasainen ohjeistus väkivaltatilanteiden varalle huomioitu työ- paikalla	21	9.1 %	45.5 %	36.4 %	4.5 %
--	----	-------	--------	--------	-------

## 7.5 Työturvallisuuden kehittäminen

Kysimme avoimessa kysymyksessä kehitysehdotuksia työturvallisuuden kehittämiseen. Avoimeen kysymykseen vastasi 10 henkilöä eli 45.5 % vastanneista. Vastauksista nousi esiin selkeitä kehitysehdotuksia työturvallisuuden parantamiseksi. Laadullisen aineiston analysoinnin tarkoituksena on informaatioarvon lisääminen, koska hajanaisesta aineistosta pyritään luomaan selkeää, yhtenäistä ja mielekästä informaatiota (Tuomi & Sarajärvi 2002, 110).

Tässä opinnäytetyössä avasimme vastaukset ensin yhdeksi kokonaisuudeksi, jonka jälkeen etsimme niistä yhteneväisyyksiä. Vastauksista nousi esiin selkeitä yhteneväisyyksiä ja kehitysehdotuksia. Useimmat vastaajat toivoivat parempaa vartiointia sekä hälytysjärjestelmien uudistamista. Moni vastaajista toivoi myös työtilojen uudistamista ja järjestelyä. Yksi vastaajista toivoi myös lisää kameravalvontaa.

Useimmat vastaajat toivoivat oikeaa vartiointia vahtimestareiden sijaan. Toiveena oli, että paikalla olisi aina koulutettu vartija, joka näyttäytyisi säännöllisesti ympäri terveyskeskusta ja vastaisi ripeästi hälytyskutsuihin.

*”Vartijointi, luo turvallisuutta, uhkailevat useasti humaltuneet potilaat ovat suuresti rauhallisempia jos näkevät vartijoinnin toimivan.” (V21)*

*” Toimivalta ei riitä, jos/kun uhkaava tilanne on ollut, vartija ei vastannut puheluun.” ( V14)*

Useimmat vastaajat toivoivat myös hälytinsäätöjärjestelmän uudistamista. Monet toivoivat kovaäänisempää hälytinsäätöjärjestelmää, joka näyttäisi paikan missä hälytys on tehty. Vastaajat kokivat tarpeelliseksi hälyttimen äänen koventamisen, koska ääni on niin hiljainen eikä siihen aina reagoida. Myös turhat hälytykset ovat vaikuttaneet siihen, ettei hälytyksiin aina vastata. Avoimissa vastauksissa mainittiin myös hälytystaulun vaikealukuisuus.

*"nykyiset hälyttimet huonekohtaiset ->jos uhkatilanne käytävällä/muussa huoneessa, ei tiedä missä hälytyksen tehnyt on, hälyttimen ääni hiljainen -> siihen ei aina reagoida." (V6)*

*"'turhat' hälytykset, kuten hälyt muualla talossa ovat aiheuttaneet ja sen ettei hälyttimen ääneen reagoida, 'hälytintaulua' vaikea tulkita (hidasta) -> missä hälytys tehty." (V6)*

*" Uudenaikaisemmat hälyttimet." (V15)*

*" Hälyttimen ääni kovemmalle." (V17)*

*" Henkilökohtaisilla hälyttimillä." (V2)*

Moni vastaajista toivoi työtilojen uudistamista ja kalusteiden uudelleen järjestämistä. Vastaajien mielestä tilat ovat vanhat ja huoneet liian pieniä, joka aiheuttaa hankaluuksia kalusteiden turvallisessa järjestelyssä.

*" Tilat vanhat-> ei mahdollisuutta toimia/sijoittaa pöytä yms. tavaroita turvallisesti ei ole." (V14)*

*"-Huoneisiin hätäpoistumistiet, toiset ovet." (V22)*

*"Työpöytä pot ja hoitajan välillä?" (V22)*

*"Uudet isommat tilat." (V15)*

*"vanhat lukot reistailevat, kulunvalvonta-avaimilla avaimilla joskus vaikeaa -> ulospääsy voi uhka-/vaaratilanteessa." (V6)*

## 8 POHDINTA

Aloitimme keräämään opinnäytetyömme lähdemateriaalia teoreettiseen viitekehykseen joulukuussa 2008. Lähdemateriaalia kerätessämme huomasi nopeasti, että päivitettyä tietoa väkivallan eri muodoista ja sen määritteistä oli niukasti löydettävissä. Tutkittu tieto oli usein vanhaa ja sitä oli vähäisesti löydettävissä. Löysimme monia hyviä uudempiakin teoksia, joista kuitenkin useimmat pohjautuivat vanhempiin lähdemateriaaleihin, joita olimme jo itse työssämme käyttäneet. Tämä kertoo myös sen, että lähdemateriaalia on rajoitetusti tarjolla.

Tikkurilan hoitohenkilökunnalle tekemämme kyselyn vastausprosentti oli hyvä (57.9 %), mikä osoittaa henkilökunnan olevan kiinnostunut kyseisestä aiheesta ja sen kehittamisestä. Kyselylomakkeen oli tehnyt valmiiksi edellisen vuosikurssin opiskelijat. Lomake esitettiin viidellä henkilöllä (Kettunen & Kilpi 2008; Lius, Mustonen & Nieminen 2008.) Mielestämme joissakin kyselylomakkeen kysymysten asetteluissa olisi ollut parantamisen varaa. Toisaalta meidän olisi pitänyt ohjeistaa Tikkurilan terveysaseman henkilökuntaa paremmin kysymysten vastaukseen, sillä useassa vastauslomakkeessa kohtia oli jätetty tyhjäksi. Tämä vaikutti osaltaan tutkimustuloksiin, koska emme pystyneet tulkitsemaan puuttuvia arvoja.

### 8.1 Tutkimuksen luotettavuus

Kyselylomaketutkimuksessa on niin hyvät kuin huonotkin puolet. Kyselylomaketutkimuksen eduksi voidaan laskea esimerkiksi se, että tutkija ei läsnäolollaan vaikuta vastauksiin toisin kuin esimerkiksi haastattelutilanteessa jossa ollaan suorassa kanssakäymisessä vastaajan kanssa. Tutkijan puuttuminen vastaustilanteesta kuitenkin voi aiheuttaa myös väärintymmärryksiä, sillä vastaaja ei voi saada tarkentavaa informaatiota epäselvien kysymysten yhteydessä. Tällaisia väärintymmärryksiä voidaan kuitenkin välttää liittämällä kyselykaavakkeeseen esimerkiksi pieni vastausohje. Kyselytutkimuksen luotettavuutta parantavaksi tekijäksi voidaan katsoa myös se, että kysymys esitetään jokaiselle henkilölle täysin samassa muodossa, jolloin vivahdet sanamuodoissa ja äänenpainossa jäävät pois. Lisäksi vastaaja voi itse valita vastausajankohdan ja käyttää siihen tarvitsemansa ajan. (Valli 2001, 30-31.)

Tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttavat myös esimerkiksi kielelliset ja kulttuuriset tekijät. (Vehkalahti 2008, 40). Kyselytutkimuksen luotettavuutta voidaan parantaa selkeällä lomakkeella ja lomakkeen esitettämisellä (Valli 2001, 31). Opinnäytetyössämme käytetty kyselylomake oli esitettävä viidellä henkilöllä, jonka jälkeen sanamuotoihin ja kysymysten aseteluun tehtiin muutoksia. (Lius, Mustonen & Nieminen 2008, 23.)

Tarve opinnäytetyön aiheelle tuli hoitohenkilökunnan taholta. Otimme yhteyttä Tikkurilan terveysaseman osastonhoitajaan Päivi Lindqvistiin ja sovimme milloin tulemme esittelemään opinnäytetyömme aiheita. Osastotunnilla käydessämme jätimme kyselykaavakkeet osastonhoitajalle henkilökunnalle jaettavaksi. Kyselykaavakkeet olivat kirjekuorissa, joissa mukana oli myös saatekirje (Liite 2), jossa selvennettiin opinnäytetyömme taustaa ja tarkoitusta. Saatekirjeeseen liitettiin myös opinnäytetyön tekijöiden ja ohjaavan lehtorin yhteystiedot mahdollisia lisäkysymyksiä varten.

Tikkurilan terveysasemalla työskentelee 38 hoitajaa, joista 22 vastasi kyselyyn. Vastausprosentiksi muodostui 57.9 %. Vastausprosentti on yksin tutkimuksen luotettavuuden ilmaisin, joka kertoo kuinka moni otokseen valituista vastasi. Tyypillinen kyselytutkimuksen vastausprosentti lienee alle 50 %. Tutkimuksen luotettavuuden kannalta vastausprosentti on syytä tuoda julki. (Vehkalahti 2008, 40.)

## 8.2 Tutkimuksen eettisyys

Tutkimuksen ja etiikan yhteyttä voidaan käsitellä kahdelta eri kannalta. Toisaalta tutkimustulokset vaikuttavat eettisiin ratkaisuihin ja toisaalta taas eettiset kannat vaikuttavat työssä tehtäviin ratkaisuihin. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 122,123.) Tiedon hankintaan ja julkistamiseen liittyvät tutkimuseettiset periaatteet ovat yleisesti hyväksytyjä, ja niiden tunteminen ja mukaan toiminen ovat jokaisen tutkijan vastuulla. Hyvän tieteellisen käytännön noudattaminen on edellytys eettisesti hyvälle tutkimukselle. Suomessa on erillisiä julkisia elimiä joiden tehtävänä on valvoa tutkimushankkeiden asianmukaisuutta ja eettisyyttä. Tutkimuskohteen tai -ongelman valinta on jo itsessään eettinen ratkaisu. On pohdittava kenen ehdoilla tutkimusaihe valitaan ja syyt miksi tutkimusta tehdään. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 23-27.)

Hyvän tieteellisen käytännön loukkaamista tulee varoa. Erityisesti tiedonhankintatapoihin ja koejärjestelyihin tulee kiinnittää huomiota. Ihmisen itsemääräämisoikeutta tulee kunnioittaa antamalla ihmiselle mahdollisuus päättää tutkimukseen osallistumisesta ja tarjottava riittävästi tietoa siitä, mitä tutkimukseen osallistuminen sisältää ja mitkä riskit osallistumiseen kuuluvat. Epärehellisyyttä tulee varoa kaikissa tutkimuksen vaiheissa ja huomioon on otettava esimerkiksi se, ettei toisen tekstiä tai itseään saa plagioida. Itsensä plagioinnilla tarkoitetaan sitä, että tutkija näennäisesti tuottaa uutta tietoa muuttamalla vain vähän omasta aikaisemmasta tutkimuksestaan. Tuloksia ei tule myöskään yleistää kriittikittömästi eikä niitä tule kaunistella. Raportoinnin tulee olla selkeää eikä harhaanjohtavaa tai puutteellista. Toisten tutkijoiden osuutta ei saa vähätellä eikä tutkimukseen myönnettyjä määrärahoja saa käyttää väärin tarkoituksiin. (Hirsjärvi ym. 2007, 23-27.)

Tutkimukseen osallistujien oikeuksien ja hyvinvoinnin turvaaminen on oleellinen osa tutkittavien suoja. Tutkittaville ei tule aiheutua vahinkoa ja mahdolliset ongelmat on otettava etukäteen huomioon. Tutkimustietojen on oltava luottamuksellisia eikä tutkimuksen yhteydessä saatuja tietoja luovuteta ulkopuolisille, eikä tietoja käytetä muuhun kuin luvattuun tarkoitukseen. Osallistujille on taattava anonymiteetti elleivät he ole antaneet lupaa identiteettinsä paljastamiseen. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 128, 129.) Opinnäytetyössämme käytetyt kyselykavakkeet palautettiin nimettömänä suljetussa kirjekuoressa hoitohenkilökunnan taukokuoneessa olevaan suljettuun pahvilaatikkoon.

### 8.3 Tulosten tarkastelu

Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli kuvata Tikkurilan terveysaseman hoitohenkilöstön kokemaa työturvallisuutta. Tarkoitus oli kuvata heidän kokemaa henkistä ja fyysistä turvallisuutta, työympäristön turvallisuutta sekä hoitohenkilöstön kuvaamia kehittämiskohteita. Tarkoituksena oli myös antaa kehittämisehdotuksia työyhteisön työturvallisuuden parantamiseksi. Turvallisuuskyselyyn vastasi vähän yli puolet (n=22) koko terveysaseman henkilökunnasta, joten vastausprosentti (57.9 %) muodostui hyväksi. Kaikki kyselyyn vastanneet olivat naisia ja suurimman osan (54.5 %) ammattinimike oli sairaanhoitaja. Vastajien työkokemus jakautui 2-37 vuoden välille, keskimääräinen vastaajien työkokemus oli 16 vuotta.

Sairaanhoitajaliiton vuonna 1999 tekemän tutkimuksen mukaan 40 % vastaajista ilmoitti kokeneensa fyysistä väkivaltaa asiakkaiden taholta työyhteisössään. Turvallisuuskyselyn mukaan Tikkurilan terveysasemalla fyysistä väkivaltaa oli koettu harvemmin, vastanneista kolmasosa ilmoitti kokeneensa fyysistä väkivaltaa nykyisellä työpaikalla. Väkivaltaa koettiin harvemmin kuin kuukausittain ja se oli muodoltaan tönimistä, tavaroiden heittäilyä ja seksuaalista lähenelyä. Kyselyyn vastanneista yli puolet koki saaneensa työpaikalla turvallisuuskoulutusta väkivaltatilanteiden varalle. Myös yli puolet vastanneista koki osaavansa toimia kohdatessaan fyysistä väkivaltaa.

Väkivaltatilanteiden käsittelyn koki riittäväksi 59.1 % vastanneista. Väkivaltatilanteita käsiteltiin osastokokouksessa, aamuraportilla ja henkilökohtaisessa keskustelussa. Myös vuonna 2000 tehdyn Tehyn tutkimuksen tuloksista kävi ilmi, että työvaltuutettujen arvion mukaan väkivalta ja uhkatilanteet käydään yleensä läpi jälkikäteen. Hoitajien vastaukset olivat tutkimuksessa samaan suuntaisia kuin työvaltuutettujen, hoitajista kaksi kolmasosaa ilmoitti, että tilanteet käydään läpi jälkikäteen. (Markkanen 2000, 18.)

Turvallisuuskyselyn vastauksista nousi selkeitä puutteita fyysisen väkivallan ennalta ehkäisyssä (Taulukko 4). Vastaajista kenenkään mielestä vartiointia, kameravalvontaa tai talon sisäistä

hälytysjärjestelmää ei ollut huomioitu kiitettävästi ja vastaajat näkivät siinä suuria puutteita. Työympäristön turvallisuudessa hoitohenkilökunnan mielestä huonoiten oli kuitenkin otettu huomioon vartiointi ja moni vastanneista toivoikin paikalle oikeaa vartiointia aina terveyskeskuksen ollessa auki. Terveyskeskuksessa työskennellään monessa erikokoisessa huoneessa, osa huoneista on kalustettu eritavalla, tämä heijastui myös turvallisuuskyselymme vastauksiin. Vastauksissa ilmeni suuria puutteita kalusteiden sijoittelussa, kuitenkin neljäsosa vastanneista piti sijoittelua hyvänä.

Saimme ristiriitaisia tuloksia henkilökohtaisen hälyttimen käytöstä. Kyselyyn vastanneista melkein puolet kertoi henkilökohtaisen hälyttimen olevan käytössä, kuitenkin vain yksi vastanneista piti sitä mukana. Ristiriitaa lisäsi myös se, että avoimissa kysymyksissä toivottiin lisää henkilökohtaisia hälyttimiä. Tämä ristiriita selvisi kuitenkin siten, että yksi vastanneista oli kirjoittanut avoimeen kysymykseen hälyttimien olevan huonekohtaisia.

Fyysisen väkivallan ennaltaehkäisyssä oli panostettu hoitovälineiden turvalliseen sijoitteluun ja säilytykseen, jotka oli järjestetty kyselyyn vastanneen hoitohenkilökunnan mielestä hyvin. Suurin osa vastaajista oli saanut ajantasaista ohjeistusta väkivaltatilanteiden varalle ja vastaajista yli puolet (n=12) koki osaavansa toimia kohdatessaan fyysistä väkivaltaa. Kuitenkin vain hiukan alle puolet vastaajista (n=10) koki, että ei osaisi toimia kohdatessaan fyysistä väkivaltaa. Tulos kertoo siitä, että ohjeistusta väkivaltatilanteiden varalle on selvästi saatu, mutta ei riittävästi.

Sairaanhoitajaliiton vuonna 1999 tehdyn selvityksen mukaan 29 % kyselyyn vastanneista oli kokenut henkistä väkivaltaa työyhteisössään potilaiden tai asiakkaiden taholta (Vartia 2003, 133). Tehyn vuonna 2000 tekemän tutkimuksen mukaan 42 % vastaajista ilmoitti joutuneensa henkisen väkivallan kohteeksi kyselyä edeltäneen vuoden aikana (Markkanen 2000, 13). Tikkurilan terveysasemalla henkisen väkivallan kokeminen oli huolestuttavan yleistä. Turvallisuuskyselyyn vastaajista lähes kaikki (90.9 %) oli kokenut jonkinlaista henkistä väkivaltaa. Väkivallan kokeminen oli kuitenkin harvinaisempaa kuin kuukausittaista, joskin lähes neljäsosa vastaajista koki henkistä väkivaltaa viikoittain.

Yleisimpiä henkisen väkivallan muotoja olivat uhkailu, nimittely ja syyttely. Kaksi vastaajista oli kokenut myös seksuaalista häirintää (Taulukko 3). Yleisimmin henkistä väkivaltaa kohdatiin puhelimesta, solutoimistossa ja käytävällä lähes kaikki vastaajat olivat kokeneet henkistä väkivaltaa puhelimesta. Melkein kaikki vastaajista (n= 19) kertoi osaavansa toimia kohdatessaan henkistä väkivaltaa, kuitenkin kolme henkilöä koki, että ei osaa toimia henkistä väkivaltaa kohdatessa.

Tehyn vuonna 2000 tehdyn tutkimuksen mukaan väkivaltatilanteiden kirjaaminen näyttää vastausten mukaan olevan puutteellista. Ainoastaan hieman yli kolmannes vastaajista ilmoitti, että heidän työpaikallaan kirjataan väkivallan käyttö sekä sillä uhkaaminen. Terveyskeskusten ylihoitajat ja sosiaalitoimen luottamusmiehet arvioivat muita useammin ettei tilanteita kirjata. (Markkanen 2000, 18.) Myös Tikkurilan terveysaseman henkilökunnan kokemus väkivalta- ja uhkatilanteiden kirjaamisesta oli puutteellinen. Väkivaltatilanteiden kirjaaminen oli huomioitu tyydyttävästi vastaajista hiukan alle puolen mielestä, kenenkään mielestä väkivaltatilanteiden kirjaamista ei ollut huomioitu kiitettävästi.

#### 8.4 Jatkotutkimushaasteet ja kehittämiskohteet

Tikkurilan terveysasemalle tehdyn turvallisuuskyselyn pohjalta selkeäksi ongelmaksi nousi henkisen väkivallan yleisyys hoitohenkilökunnan kokemana. Turvallisuuskyselyyn vastaajista lähes kaikki (90.9 %) oli kokenut jonkinlaista henkistä väkivaltaa. Väkivallan kokeminen oli kuitenkin harvinaisempaa kuin kuukausittain, joskin lähes neljäsosa vastaajista koki väkivaltaa viikoittain. Tärkeä tulevaisuuden haaste onkin, että henkisen väkivallan vähentämiseen on panostettava. Henkistä väkivaltaa kohdattiin yleisemmin puhelimesta, solutoimistossa ja käytävällä. Olisikin erittäin tärkeää miettiä työyhteisön sisällä työnkiertoa ja työtehtävien vaihtelevuutta, näin henkisen väkivallan kuormittavuus ei kasaantuisi päivästä toiseen tietyille työntekijöille.

Turvallisuuskyselyyn vastanneista kolmasosa ilmoitti kokeneensa fyysistä väkivaltaa nykyisellä työpaikalla, väkivaltaa koettiin harvemmin kuin kuukausittain. Kyselyn vastauksista nousi selkeitä puutteita fyysisen väkivallan ennaltaehkäisyssä. Vastaajista kenenkään mielestä vartiointia, kameravalvontaa tai talon sisäistä hälytysjärjestelmää ei oltu huomioitu kiitettävästi ja vastaajat näkivät siinä suuria puutteita. Myös avoimissa vastauksissa paikalle toivottiin koulutettu vartija aina terveyskeskuksen ollessa auki. Monivalintakysymyksissä ja avoimissa vastauksissa ilmeni suuria puutteita myös kalusteiden sijoittelussa ja henkilökohtaisten hälyttimien käytössä. Tulevaisuuden haasteena on panostaa fyysisen väkivallan ennalta ehkäisyyn enemmän. Henkilökohtaisten hälyttimien käytöstä on hyvä keskustella ja sopia niiden käytöstä yhteinen ja selkeä linja.

Mielestämme yksi selkeä keino vaikuttaa hoitajien turvallisuuden kokemiseen, on vartioiden jatkuva läsnäolo terveyskeskuksen ollessa auki sekä kameravalvontaan panostaminen. Myös jokaisen huoneen kalusteiden turvalliseen sijoitteluun on tärkeää panostaa. Jokaisen huoneen kalusteet on sijoitettava yksilöllisesti, huoneen malli ja poistumistiet huomioiden. Avoimissa vastauksissa kävi myös ilmi, että tilat ovat vanhat ja ahtaat ja osassa huoneista on käytännössä mahdoton sijoitella kalusteet turvallisuusvaatimukset täyttäen. Useat vastaajat kokivat,



että tilojen uudistaminen remontoimalla on paras tapa muuttaa huoneet turvallista työympäristöä vastaavaksi. Monia näistä kehitysehdotuksista on perusteltu myös tässä opinnäytetyössä käytetyissä lähteissä. (Isotalus & Saarela 2007; Lehestö ym. 2004; Vartia 2003; L2002/738.)

Suurin osa vastaajista oli saanut ajantasaista ohjeistusta väkivaltatilanteiden varalle ja vastaajista hiukan yli puolet koki osaavansa toimia kohdatessaan fyysistä väkivaltaa. Kuitenkin vain vähän alle puolet vastaajista koki että ei osaisi toimia kohdatessaan fyysistä väkivaltaa. Vastaukset osoittavat sen, että Tikkurilan terveysasemalla on selvästi käyty läpi ohjeistusta väkivaltatilanteiden varalle, mutta ei riittävästi. Tulevaisuuden haasteena olisikin kerrata yhdessä säännöllisin väliajoin tätä ohjeistusta. Myös säännöllinen turvallisuuskoulutusten järjestäminen on tärkeää sekä uusille että vanhoille työntekijöille.

Väkivaltatilanteiden jälkiselvittelyn koki riittäväksi suurin osa vastaajista. Kuitenkin 4.5 % vastaajista koki ettei väkivaltatilanteita käsitellä. Väkivalta - ja uhkatilanteiden jälkiselvittely on tärkeää sekä uhrin, että työyhteisön takia. Jälkiselvittelyllä voidaan purkaa sitä psyykkistä kuormaa, jonka uhkatilanne on aiheuttanut (Markkanen 2000, 21). Tulevaisuudessa on tärkeää, että kaikki työntekijät pääsevät käsittelemään tapahtuneita väkivaltatilanteita tai sen uhkaa. Työyhteisössä olisikin hyvä keskustella jälkiselvittelyn tärkeydestä ja väkivaltatilanteiden jälkeisistä mahdollisista oireista.

Tekemämme kyselyn vastauksista nousi puutteita myös väkivaltatilanteiden kirjaamisessa. Väkivalta- ja uhkatilanteiden kirjaus on tärkeää uhrin eli työntekijän oikeusturvan kannalta, mutta myös työyhteisön kannalta. Muistiin kirjattu tilanne on helpompi todistaa ja analysoida tilanteen jälkeen (Lehestö ym. 2004, 140.) Tulevaisuudessa tärkeää on panostaa väkivalta - ja uhkatilanteiden kirjaamiseen, työntekijöille on myös tärkeää selvittää väkivalta- ja uhkatilanteiden kirjauksen tärkeys. Kirjatut tiedot ovat tärkeitä työpaikan riskitekijöitä kartoittaessa, ennalta ehkäisevien toimenpiteiden ja henkilöstön lisä- ja täydennyskoulutuksen suunnittelussa (Markkanen 2000, 18).

## 8.5 Itsearviointi

Opinnäytetyöprosessi on ollut pitkä ja haastava. Prosessin aikana olemme oppineet erityisesti kriittistä lukemista ja oman tekstin tuottamista lähteisiin perustuen. Hankalimmaksi osuudeksi muodostui teoreettisen viitekehyksen tekeminen, sillä aiheesta on vaikea löytää tutkittua, tuoretta tietoa. Tutkimusongelmien muodostaminen oli helppoa, ja saimme mielestämme selkeät, rajaavat tutkimusongelmat. Tutkimusongelmien muodostaminen auttoi etenemään työssä johdonmukaisesti ja karsimaan tarpeettomia lähteitä.

Opinnäytetyöprosessin alussa meillä oli hankaluuksia lähdemateriaalin kanssa. Lähteitä oli paljon ja oli hankala ymmärtää mitkä olivat tarpeellisia ja mitkä turhia. Sorruimme usein liiallisen materiaalin hankkimiseen, jolloin itse kirjoittaminen hidastui liiallisen. Prosessin edetessä ymmärsimme hakea lähteitä vasta, kun kyseistä aihetta käsitellään.

Käydessämme Tikkurilan terveysaseman osastotunnilla, meidän olisi pitänyt ohjeistaa henkilökuntaa paremmin kyselykaavakkeen täyttöön. Useissa palautetuissa kyselykaavakkeissa oli jätetty kohtia tyhjäksi, jolloin vastausten tulkitseminen vaikeutui. Myös kysymysten läpikäynti olisi ollut suotavaa, jolloin olisi varmistettu henkilökunnan ymmärtävän kysymykset.

Opinnäytetyöprosessin myötä olemme oppineet tarkastelemaan turvallisuusasioita kriittisesti ja ennaltaehkäisevästi. Ammatilliset valmiutemme toimia työpaikalla turvallisuusasioiden kehittäjinä ovat kehittyneet huomasti. Tämän opinnäytetyön myötä olemme saaneet paljon tietoa väkivallasta ja turvallisuudesta terveydenhuollossa, joka antaa meille hyvät edellytykset toimia työelämässä.

## LÄHTEET

Anti-Violence Tool Kit. 2001. Nurses, Always There for You: United Against Violence. Viitattu 29.4.2009. [http://www.icn.ch/indkit2001\\_01.pdf](http://www.icn.ch/indkit2001_01.pdf)

Agge, E. 2008. Sairaanhoidajaliiton valtuusto linjasi - Eteenpäin vuonna 2009. Sairaanhoidaja 81 (12), 44.

Tehyn eettinen toimikunta 2007. Hoidon turvallisuuden kahdet kasvot. Turvallisuus on hoitajan ja hoidettavan oikeus. Viitattu 17.4.2009. [http://www.tehy.fi/@Bin/15985537/eettinen\\_Hoidon\\_turvallisuus.pdf](http://www.tehy.fi/@Bin/15985537/eettinen_Hoidon_turvallisuus.pdf)

Fernandes, C., Bouthillette, F., Raboud, J., Bullock, L., Moore, C., Christenson, J., Grafstein, E., Rae, S., Ouellet, L., Gillrie, C. & Way, M. 1999. Violence in the emergency department: a survey of health care workers. Viitattu 29.4.2009. <http://www.pubmedcentral.nih.gov/picrender.fcgi?artid=1230785&blobtype=pdf>

General Healthcare Resources. 2005. Workplace Violence. Viitattu 29.4.2009. <http://www.ghresources.com/documents/Workplace%20Violence.pdf>

HFR-ay. 2008. Koulutus- ohjaus- ja terapiapalvelut. Viitattu 13.2.2009. <http://www.hfr-ay.com/hfr.html>

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.

Hämäläinen, H. 2002. Työturvallisuus terveydenhuollossa?. Sairaanhoidajalehti 12/2002:43.

Isotalus, N. & Saarela K-L. 2007. Vältä työväkivalta. Helsinki: Työterveyslaitos.

Isotalus, N & Saarela, K-L. 2001. KAURIS-menetelmä työväkivaltariskien kartoitukseen ja hallintaan. Työterveyslaitos. Työturvallisuuskeskus. Oy West Point. Helsinki 2001.

Jankola, K. 1991. Henkinen väkivalta työelämässä. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino.

Kettunen, J & Kilpi, S. 2008. Hoitajien kokema työturvallisuus Hakunilan terveysasemalla. Laurea-ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö.

Kiikko, A. 2005. Väkivaltatilanteiden hoitomalli Turun psykiatrian yksiköissä. Sairaanhoidajalehti 6-7/2005.

Koskinen, S. & Tammilehto, T. 2006 Teoksessa Väkivalta - seuraamukset ja haavoittuvuus. Helsinki: Talentum. Toimittanut Lohiniva-Kerkelä, M.

Kuikko, T. 2006. Työturvallisuus ja sen valvonta. Helsinki: Talentum.

Krug, E., Dahlberg, L., Mercy, J., Zwi, A. & Lozano, R. 2005. Väkivalta ja terveys maailmassa- WHO:n raportti. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

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

Lehtonen, A., Perttu, S. 1999. Naisiin kohdistuva väkivalta. Helsinki: Kirjayhtymä Oy

Lius, E., Mustonen, S. & Nieminen, M. 2008. Hoitohenkilökunnan kokema työturvallisuus Koivukylän terveysasemalla. Laurea-ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö.

L2002/738 = Työturvallisuuslaki. Viitattu 13.2.2009. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2002/20020738>

- L1889/39 = Rikoslaki. Viitattu 13.2.2009.  
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1889/18890039001>
- Majasalmi, P 2001. Selvitys työpaikkaväkivallasta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Suomen lähi- ja perushoitajaliitto Super ry. Kehittämisyksikkö. Viitattu 12.2.2009  
[http://www.superliitto.fi/datafiles/tiedosto\\_ja\\_teksti\\_fi/11\\_super\\_vakivalta\\_selvitys.pdf](http://www.superliitto.fi/datafiles/tiedosto_ja_teksti_fi/11_super_vakivalta_selvitys.pdf)
- Markkanen, K. 2000. Nimittely, uhkailu, potkiminen - hoitajan työn arkea. Helsinki: Tehy ry.
- Niemelä, P. & Lahikainen, A. 2000. Inhimillinen turvallisuus. Tampere: Vastapaino.
- Nurse Policy Branch, Victorian Government Department of Human Services 2005. Victorian taskforce on violence in nursing. Viitattu 29.4.2009  
[http://www.health.vic.gov.au/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0007/17674/victaskforcevio.pdf](http://www.health.vic.gov.au/__data/assets/pdf_file/0007/17674/victaskforcevio.pdf)
- Pitkänen, A. 2003. Potilaiden hoitajiin kohdistama väkivalta psykiatrisessa hoitotyössä. Pro Gradu. Tampereen yliopisto. Viitattu 12.2.2009. <  
<http://tutkielmat.uta.fi/pdf/gradu00243.pdf> >
- Pitkänen, A. 2003. Potilaiden hoitajiin kohdistama väkivalta psykiatrisessa hoitotyössä. Pro Gradu. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Rasimus, M. 2002. Turvattomuus työoverina. Turvattomuus ja väkivalta sairaalan päivystyspoliklinikalla. Väitöskirja. Kuopio: Kuopion yliopisto.
- Rossinen, J. 2009. Rikosuhripäivystyksen julkaisu. Väkivaltaa työssä.
- Sandelin, P. 2007. Kertomuksia psyykkisestä väkivallasta terveydenhuollon työ- ja opiskeluyhteisöissä. Oulun yliopisto.
- Sisäasiainministeriö 2008. Arjen turvallisuus. Sisäisen turvallisuuden ohjelman valmisteluun osallistuneen asiantuntijaryhmän loppuraportti. Viitattu 8.1.2009.  
[http://www.intermin.fi/intermin/hankkeet/turva/home.nsf/files/arjen\\_turvallisuus/\\$file/arjen\\_turvallisuus.pdf](http://www.intermin.fi/intermin/hankkeet/turva/home.nsf/files/arjen_turvallisuus/$file/arjen_turvallisuus.pdf)
- Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2008:3. 2008. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen selvityksen valvontahankkeen loppuraportti. Helsinki. 29
- Soldehed, S. 2008. Aggression hoidollinen hallinta-koulutuksen toteuttaminen Satakunnan sairaanhoitopiirissä. Satakunnan ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö.
- Taattola, S.2007. Väkivallan ennaltaehkäisy ja hallinta- sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön arvioita AVEKKI kouluttajakoulutuksesta. Pro gradu-tutkielma.
- Tauriainen, H. 2003. Miten työterveyshuolto voi toimia häirintätapauksissa? Työterveyslääkäri 2003;(4):551-553
- Tiihonen, K. 2005. Henkilökunnan kokema väkivalta Niuvanniemen oikeuspsykiatrisessa sairaalassa. Pro gradu-tutkielma. Kuopio: Kuopion yliopisto.
- Tuomi, J., Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. Jyväskylä: Gummeruskirjapaino.
- U.S. Department of Justice. 2002. Workplace Violence. Viitattu 29.4.2009.  
<http://www.fbi.gov/publications/violence.pdf>
- Uusitalo, T., 2005. Halittua kiinnipitoa. Sairaanhoitajalehti 6-7/2005.

Valli, R. 2001. Johdatus tilastolliseen tutkimukseen. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Vantaan kaupunki. Asiakasturvallisuus Vantaan kaupungin sosiaali- ja terveystalvaeluissa. Vantaan kaupungin sosiaali- ja terveydenhuollon toimiala.

Vehkalahti, K. 2008. Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Vartia, M. 2003. Teoksessa Työterveyshuolto. Helsinki : Duodecim. Toimittanut Antti-Poika, M., Martimo, K-P. & Husman, K.

Vehkalahti, K. 2008. Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Helsinki: Tammi.

**Kuvaotsikkoluettelo**

Taulukko 1. Henkilökohtaisen hälyttimen käyttö .....	30
Taulukko 2. Henkisen väkivallan kokeminen .....	31
Taulukko 3. Henkisen väkivallan muodot .....	31
Taulukko 4. Työympäristön turvallisuus .....	32

## LIITTEET

Liite 1

Hyvä Tikkurilan terveysaseman hoitaja,

Olemme Janica Lugora, Emma Martikainen ja Minnamari Muranen, kolmannen vuoden sairaanhoitaja opiskelijoita Tikkurilan Laurea-ammattikorkeakoulusta. Teemme opinnäytetyötämme potilaiden/asiakkaiden hoitajiin kohdistamasta väkivallasta. Opinnäytetyömme on osa Turvallinen Vantaa- hanketta. Tällä kyselylomakkeella keräämme aineistoa opinnäytetyötämme varten. Työmme ohjaajana toimii lehtori Kati Komulainen.

Hoitohenkilökuntaan kohdistuva väkivalta on jatkuvassa kasvussa, se voidaan jakaa fyysiseen ja psyykkiseen väkivaltaan, väkivallan uhkaan ja ahdisteluun. Väkivaltatilanteet ovat usein ennalta arvaamattomia ja niihin tulisi osata varautua etukäteen. Väkivallasta keskusteleminen ja sen olemassaolon tiedostaminen luovat lähtökohdat työturvallisuuden parantamiselle ja väkivallan ehkäisylle.

Tämän kirjeen ohessa on kyselylomake, johon toivomme Teidän vastaavan. Kyselyyn vastaaminen vie noin 10 minuuttia. Kirjeen mukana on vastauskuori. Vastauskuoren voit palauttaa taukokuoneessa olevaan vastauslaatikkoon. Jokainen vastaus on erittäin tärkeä. Toivommekin Teidän vastaavan tähän kyselyyn 22.12.2008 mennessä.

Kyselyyn vastataan nimettömänä, joten henkilötietonne eivät paljastu meille eivätkä työyksikölle tutkimuksen missään vaiheessa.

Vaivannäöstä ja yhteistyöstä kiittäen,

Janica Lugora, Emma Martikainen ja Minnamari Muranen

Laurea AMK

Ratatie 22

01300 Vantaa

janica.lugora@laurea.fi, emma.martikainen@laurea.fi, minnamari.muranen@laurea.fi

puh. 040-735 2045

Työn ohjaaja:

Kati Komulainen, Ttm

Lehtori

Laurea AMK

kati.komulainen@laurea.fi

puh. 046-856 7347





## 9. Missä?

(voit valita useamman vaihtoehdon)

	kyllä	ei
solutoimistossa		
vastaanotolla		
käytävällä		

## III HENKINEN TURVALLISUUS NYKYISELLÄ TYÖPAIKALLASI

kyllä ei

10. Oletko kokenut henkistä väkivaltaa asiakkaiden/potilaiden taholta?

kyllä	ei

Jos vastasit ei, siirry kohtaan 14.

11. Koetko henkistä väkivaltaa?

päivittäin  
viikottain  
kuukausittain  
harvemmin

kyllä ei

kyllä	ei

13. Millaista henkistä väkivaltaa olet kohdannut?

(voit valita useamman vaihtoehdon)

uhkailu  
nimittely  
syyttely/syyllyttäminen  
seksuaalinen häirintä  
muuta; mitä?

kyllä ei

kyllä	ei

## 12. Missä?

(voit valita useamman vaihtoehdon)

solutoimistossa  
käytävällä  
vastaanotolla  
puhelimessa

kyllä ei

kyllä	ei

## IV TYÖYMPÄRISTÖN TURVALLISUUS

14. Miten koet seuraavien seikkojen olevan huomioitu työpaikallasi?

	kiitettävästi	hyvin	tydyttävästi	huonosti
vartiointi				
kameravalvonta				
talon sisäinen hälytysjärjestelmä				

	kiitettävästi	hyvin	tydyttävästi	huonosti
kalusteiden turvallinen sijoittelu				
hoitovälineiden turvallinen sijoittelu/säilytys				
pakoreitit				
väkivaltatilanteiden kirjaaminen				
ajantasainen ohjeistus väkivaltatilanteiden varalle				

15. Onko työpaikallasi järjestetty turvallisuuskoulutusta väkivaltatilanteiden varalle?

kyllä	ei

16. Koetko osaavasi toimia kohdatessasi?

- a) fyysistä väkivaltaa  
b) henkistä väkivaltaa

kyllä	ei

17. Onko käytössäsi henkilökohtainen hälytin?

kyllä	ei

18. Pidätkö hälytintä mukana?

aina	silloin tällöin	en

19. Käsitelläänkö työyhteisössäsi tapahtuneita asiakkaan/potilaan aiheuttamia väkivaltatilanteita?

kyllä	ei

20. Missä?

(voit valita useamman vaihtoehdon)

- aamuraportilla  
henkilökohtaisessa keskustelussa  
työnohjauksessa  
osastokokouksessa

kyllä	ei

21. Onko käsittely ollut mielestäsi riittävää?

kyllä	ei

22. Oletko ollut sairauslomalla työpaikalla kokemasi asiakkaan/potilaan aiheuttaman väkivallan vuoksi?

kyllä	ei

