



**TYÖPAIKKAVÄKIVALTA JA
HOITOHENKILÖKUNNAN
TYÖTURVALLISUUDEN KEHITTÄMINEN
JORVIN JA PEIJAKSEN SAIRAALOISSA**



Vesa Lindström
Jaakko Puustinen

LAUREA-AMMATTIKORKEAKOULU
Laurea Leppävaara

TYÖPAIKKAVÄKIVALTA JA HOITOHENKILÖKUNNAN
TYÖTURVALLISUUDEN KEHITTÄMINEN JORVIN JA
PEIJAKSEN SAIRAALOISSA

Vesa Lindström
Jaakko Puustinen
Turvallisuusalan koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Tammikuu 2007

Vesa Lindström
Jaakko Puustinen

Työpaikkaväkivalta ja hoitohenkilökunnan työturvallisuuden kehittäminen Jorvin ja Peijaksen sairaaloissa

Vuosi 2007 Sivumäärä 127

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on ollut tuottaa tietoa Jorvin ja Peijaksen sairaaloissa esiintyvistä työpaikkaväkivallasta ja selvittää millaisia vaikutuksia väkivallalla on hoitohenkilökunnan työturvallisuuteen. Tutkimuksen avulla on pyritty auttamaan tutkimuksen kohteena olleita sairaaloita hyödyntämään sattuneita väkivalta- ja uhkatilanteita koskevaa valmiiksi kerättyä tietoa sekä kehittämisehdotusten kautta ennaltaehkäisemään työpaikkaväkivaltaa ja kehittämään hoitohenkilökunnan työturvallisuutta. Tavoitteena on, että tutkimuksen tuloksia voitaisiin jatkossa hyödyntää mietittäessä sairaalaosastojen henkilökuntamäärää, koulutustarpeita ja muita työturvallisuuteen kohdistuvia toimenpiteitä.

Tutkimusmenetelminä tässä tutkimuksessa ovat olleet arkistomateriaalin käyttö (väkivalta- ja uhkatilanteiden raportoimiseen käytetyt tapahtumaraportit vuosilta 2003–2005) sekä hoitohenkilökunnalle suunnattu kysely. Tapahtumaraportti-lomakkeiden pohjalta on kerätty tietoa erityyppisten väkivaltatilanteiden esiintyvyydestä sekä pyritty etsimään selityksiä uhkatilanteiden muodostumiselle. Tapahtumaraporttien muodostamaa tietopohjaa tukevan kyselyn avulla on hankittu tietoa hoitohenkilökunnan asenteista, käsityksistä ja mielipiteistä työpaikkaväkivaltaan liittyen.

Tutkimustulosten perusteella työpaikkaväkivalta näyttäisi lisääntyneen molemmissa tutkimuksen kohteena olleissa sairaaloissa. Myös väkivaltatilanteiden aiheuttamat henkilövahingot ovat lisääntyneet. Työpaikkaväkivallan riski on korkea esimerkiksi suljetuilla psykiatrisilla osastoilla sekä päivystysalueilla. Useimmiten potilaan aggressiivisen käyttäytymisen taustalla on fyysinen tai psyykinen sairaus. Kyselyn tulokset osoittavat, että hoitohenkilökunta tiedostaa väkivaltariskin olemassaolon ja ymmärtää ennaltaehkäisevän toiminnan merkityksen. Erityisen tärkeinä asioina väkivaltatilanteisiin varautumisessa kyselyn vastaajat pitivät muun muassa riittävää henkilökuntavahvuutta, sisäisiä hälytysjärjestelmiä sekä väkivaltatilanteisiin liittyvää koulutusta.

Tulosten pohjalta tutkimuksessa on esitetty yleisellä tasolla kehitysehdotuksia hoitohenkilökunnan työturvallisuuden parantamiseksi. Ehdotukset koskevat muun muassa turvallisuuskoulutuksia, väkivalta- ja uhkatilanteista raportoimista, henkilökuntavahvuutta sekä psyykkistä jälkihoitoa.

Asiasanat: työpaikkaväkivalta, työturvallisuus, hoitohenkilökunta, sairaala

Vesa Lindström

Jaakko Puustinen

Workplace Violence and Enhancement of the Occupational Safety of Nursing
Personnel at Jorvi and Peijas Hospitals

Year	2007	Pages	127
------	------	-------	-----

The purpose of the Bachelor's thesis has been to produce information about workplace violence at Jorvi and Peijas hospitals and to examine the type of effects violence has on the occupational safety of the nursing personnel. The study tries to advance the hospitals in question to exploit the earlier gathered information about violent events that have taken place and by recommendations to prevent workplace violence and improve occupational safety of nursing personnel. The objective is that the results of the study could be exploited in the future when thinking of the size of hospital ward personnel, educational needs and other actions related to occupational safety.

The use of archival material (incident reports from the years 2003–2005 that have been used when reporting on violent and threatening events) and a survey addressed to nursing personnel have been the research methods of this thesis. Information about the occurrence of different types of violent events has been gathered on the basis of incident report forms. The study also attempts to explain how threatening events emerge. The survey supports the information basis consisting of the incident reports and gives information about the attitudes, impressions and opinions of the nursing personnel in connection with workplace violence.

According to the results of the study it seems that the number of violent events has been increasing in both of the subject hospitals. Also the number of bodily injuries caused by violent events has been increasing. The workplace violence risk is high, for instance, at closed psychiatric wards and emergency room areas. Most often a patient's aggressive behavior is caused by a physical or mental disease. The results of the survey demonstrate that the nursing personnel are conscious of the existence of the violence risk and understand the significance of preventive activities. For instance an adequate number of staff members, internal alarm systems and training related to violent events were considered extremely important matters by the respondents of the survey.

The study submits general recommendations to improve the occupational safety of the nursing personnel. The recommendations are associated, among other things, with safety training, reporting on violent and threatening events, personnel amount and psychological after-care.

Key words: workplace violence, occupational safety, nursing personnel, hospital

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	6
2	TUTKIMUKSEN TAUSTA JA TAVOITTEET	8
3	TYÖTURVALLISUUS	10
3.1	Lain vaatimukset.....	10
3.2	Työturvallisuutta vaarantavat tekijät terveydenhuollossa	12
3.3	Turvattomuuden kokeminen työssä.....	13
3.4	Työturvallisuutta parantavat toimet terveydenhuollon toimintaympäristössä.....	14
4	AGGRESSIIVISUUS JA VÄKIVALTA	14
4.1	Aggressiivisuuden syitä	15
4.2	Työssä esiintyvä aggressiivisuus ja työpaikkaväkivalta.....	16
4.3	Työpaikkaväkivallan ehkäisyyn tähtäävät toimenpiteet	18
4.4	Terveydenhuollossa kohdattava työpaikkaväkivalta.....	19
5	KOHDEORGANISAATIOT	21
5.1	Hyks, Jorvin sairaala.....	23
5.2	Hyks, Peijaksen sairaala.....	24
5.3	Työpaikkaväkivallan ehkäisy HUS:ssa	25
5.4	Psyykkisen jälkihoidon järjestäminen HUS:ssa	27
6	TUTKIMUSONGELMAT JA ALAKYSYMYKSET	28
7	TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN SUORITTAMINEN	29
7.1	Tutkimusmenetelmät	29
7.2	Tutkimuksen kohderyhmä.....	32
7.3	Aikataulu	32
7.4	Tutkimusaineiston analysointi.....	33
8	TUTKIMUKSEN TULOKSET	35
8.1	Jorvin sairaala.....	36
8.1.1	Väkivalta- ja uhkatilanteiden yleisyys.....	37
8.1.2	Aggressiivisen käyttäytymisen syntyyn vaikuttavia tekijöitä.....	52
8.1.3	Väkivallan vaikutukset.....	56
8.1.4	Toiminta väkivalta- ja uhkatilanteissa	62
8.1.5	Väkivaltaan varautuminen.....	64
8.2	Peijaksen sairaala.....	73
8.2.1	Väkivalta- ja uhkatilanteiden yleisyys.....	75
8.2.2	Aggressiivisen käyttäytymisen syntyyn vaikuttavia tekijöitä.....	88
8.2.3	Väkivallan vaikutukset.....	92
8.2.4	Toiminta väkivalta- ja uhkatilanteissa	98
8.2.5	Väkivaltaan varautuminen.....	100

9	POHDINTA	108
9.1	Työpaikkaväkivaltilanteen kehittyminen ja erot sairaaloiden välillä	108
9.2	Miten hoitohenkilökunnan työturvallisuutta voitaisiin kehittää?.....	110
9.2.1	Turvallisuuskoulutusten kehittäminen	111
9.2.2	Väkivalta- ja uhkatilanteiden raportoinnista	113
9.2.3	Riittävä henkilökuntavahvuus ja vartiointi	115
9.2.4	Fyysisen työskentely-ympäristön suunnittelu.....	116
9.2.5	Psyykkinen jälkihoito.....	117
9.3	Tutkimuksen luotettavuus	118
9.4	Tutkimuksen eettisyys	120
9.5	Jatkotutkimushaasteet	120
10	JOHTOPÄÄTÖKSET	121
	LÄHTEET	124
	LIITTEET	128

1 JOHDANTO

Terveyden- ja sairaanhoitohenkilöstön työturvallisuudesta on keskusteltu paljon ja aihetta on myös tutkittu viime vuosina niin Suomessa kuin ulkomailla (esim. Rasimus 2002; Vähämäki 2005; Occupational violence in nursing: An analysis of the phenomenon of code grey/black events in four Victorian hospitals 2005). Yksi keskeisimmistä hoitohenkilöstön työturvallisuutta vaarantavista tekijöistä on lisääntyvä työpaikkaväkivalta. Suomalaisten turvallisuus 2003 -tutkimuksen (Heiskanen, Sirén & Aromaa 2004, 21) mukaan naisille vamman aiheuttaneiden työpaikkaväkivaltatapausten kasvu keskittyi juuri hoitoalalle aiempiin tutkimuksiin verrattuna. Lähiaikoina on alettu keskustella siitä, voisivatko sairaalat saada työnantajana oikeuden ilmoittaa väkivallasta poliisille (Hyvärinen 2006).

Lisääntyvä työpaikkaväkivalta ei ole vain esimerkiksi sairaanhoitajien ongelma, vaan yhä useammin sen kohteeksi joutuvat myös lääkärit. Suomen lääkäriliiton vuonna 2005 tekemä lääkärikysely kertoo, että lääkäreistä fyysisen väkivallan tai uhkailun kohteeksi oli työssään viimeisen vuoden aikana joutunut lähes joka viides (Suomen lääkäriliitto 2005, 21). Tämä kuvastaa jo osaltaan sitä, ettei lääkäreillä ole enää samanlaista auktoriteettiasemaa kuin ennen. Valkoinen takki ei estä potilasta käyttäytymistä aggressiivisesti ja väkivaltaisesti.

Haluamme olla mukana parantamassa hoitoalan työturvallisuutta ja kehittämässä alalle turvallisempia työtapoja. Opinnäytetyömme käsittelee terveydenhoidon työturvallisuutta ja työpaikkaväkivaltaa kahdessa pääkaupunkiseudun sairaalassa vuosina 2003–2005 kerättyjen väkivalta- ja uhkatilanteisiin liittyvien ilmoitusten pohjalta. Nämä sairaalat ovat Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriin kuuluvat Espoossa sijaitseva Jorvin sairaala sekä Vantaalla sijaitseva Peijaksen sairaala. Sairaalat ovat myös osa Helsingin yliopistollista keskussairaala. Jorvin ja Peijaksen päivystyspoliklinikoiden yhteydessä toimivia terveyskeskuspäivystyksiä lukuun ottamatta tutkimuksen ulkopuolelle on rajattu kaikki sairaalakiinteistöiden yhteydessä toimivat Espoon, Vantaan ja Keravan kaupunkien vastuulla olevat toiminnot.

Aluksi raportissa käydään läpi opinnäytetyön taustaa ja tavoitteita, jonka jälkeen tutustutaan tutkimuksen keskeisiin käsitteisiin ja aihealueeseen liittyvään teoriaan (luvut 3 ja 4). Teoriaosuuden jälkeen luodaan lyhyt katsaus tutkimuksen kohteena olleisiin organisaatioihin ja niiden turvallisuustoimintaan (luku 5). Luvuissa 6 ja 7 tuodaan esille tutkimusongelmat ja niiden alakysymykset sekä esitellään tutkimuksen

empiiristä suorittamista, sisältäen muun muassa käytetyt tutkimusmenetelmät ja aineiston analysoinnin. Tutkimuksen tulokset on esitetty sairaalakohtaisesti (luku 8), jotta yksittäisen sairaalan olisi helpompi hyödyntää tietoa pohtiessaan keinoja henkilöstön työturvallisuuden kehittämiseksi. Luvun 9 pohdinnassa on tarkasteltu muun muassa yleisen työpaikkaväkivaltatrendin kehittymistä ja keskeisimpiä sairaaloiden välisiä eroavaisuuksia, sekä pyritty löytämään varteenotettavia kehitysehdotuksia hoitohenkilökunnan työturvallisuuden parantamiseksi. Pohdinnassa arvioidaan myös tutkimuksen luotettavuutta ja eettisyyttä sekä tuodaan esille joitakin mahdollisia jatkotutkimusten aiheita.

2 TUTKIMUKSEN TAUSTA JA TAVOITTEET

Terveydenhoitoalan henkilöstön jaksaminen on jatkuvalla koetuksella muun muassa työn vaativuuden, suuren vastuun ja fyysisten kuormitustekijöiden vuoksi.

Hoitohenkilöstöön kohdistuvia paineita on lisännyt se, että terveydenhoitoalaan kohdistuu jatkuvasti uusia vaatimuksia yhteiskunnan taholta. Yhtäältä hoitohenkilökunnalta odotetaan täysin virheetöntä toimintaa, mutta toisaalta viime aikoina taloudellisiin seikkoihin ja toimintojen priorisointiin on alettu kiinnittää entistä enemmän huomiota. Hoitohenkilökunnan työmäärä on kasvanut henkilöstön supistamisen, väestön vanhenemisen sekä potilaiden moniongelmaisuuksien lisääntymisen myötä. Työmäärän ohella työntekijöiden henkistä hyvinvointia kuormittavat alalla hyvin yleiset määräaikaiset työsuhteet ja pätkätyöt, jotka luovat epävarmuutta tulevaisuudesta. (Lehestö, Koivunen & Jaakkola 2004, 194.) Oma vaikutuksensa on lisäksi ollut maaliskuussa 2005 käyttöön otetulla hoitotakuulla.

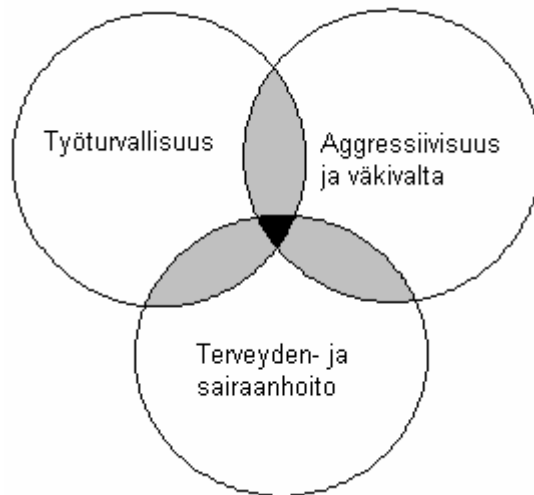
Työntekijöiden hyvinvointiin vaikuttavat myös erilaiset työturvallisuuden kohdistuvat uhat. Terveydenhoitoalan työturvallisuutta tarkasteltaessa entistä keskeisempään rooliin on noussut lisääntyvä väkivallan uhka, joka lisää entisestään hoitoalan työntekijöihin kohdistuvaa fyysistä ja henkistä kuormitusta. Vuoden 2003 alussa voimaan tullessa uudessa työturvallisuuslaissa (738/2002) on määritelty työnantajan ja työntekijän velvollisuuksia työturvallisuuden ylläpidossa. Työturvallisuuslain 27 §:ssä käsitellään väkivallan uhkaa. Sen mukaan työssä, johon liittyy ilmeinen väkivallan uhka, tulee työ ja työolosuhteet järjestää siten, että väkivallan uhka ja väkivaltatilanteet mahdollisuuksien mukaan ennaltaehkäistään.

Tämän opinnäytetyön kautta pyrimme osaltamme auttamaan terveydenhoitoalan työnantajia tässä tehtävässä. Opinnäytetyön tarkoituksena on ollut tuottaa tietoa Jorvin ja Peijaksen sairaaloissa esiintyvistä väkivallasta sekä kehittämisehdotusten kautta auttaa sairaaloita ennaltaehkäisemään väkivaltatilanteita ja kehittämään hoitohenkilökunnan työturvallisuutta. Tutkimuksen ulkopuolelle on rajattu Jorvin sairaalan yhteydessä sijaitsevat terveyskeskuksen vuodeosastot, Espoon sosiaali- ja kriisipäivystys, Jorvin päiväkotit sekä Keinumäen koulu, joista vastaa pääsääntöisesti Espoon kaupunki. Samoin tutkimuksen ulkopuolelle on jätetty Peijaksen sairaalan tiloissa toimiva Vantaan kaupungin vastuulla oleva Rekolan terveysasema sekä Klondyke-talossa Keravalla sijaitseva Tehtaanmäen koulu. Jorvissa ja Peijaksessa erikoissairaanhoidon päivystyksen kanssa yhteispäivystyksenä toimivia

terveyskeskuspäivystyksiä ei ole sen sijaan voitu rajata tutkimuksen ulkopuolelle, sillä ne liittyvät kiinteästi päivystyspoliklinikoiden toimintaan.

Jorvin ja Peijaksen sairaaloiden viime vuosien väkivalta- ja uhkatilanteet on dokumentoitu HUS:n toimipisteissä yhteisessä käytössä olleen tapahtumaraportti-lomakkeen avulla (liite 1). Tämän tutkimuksen avulla haluamme auttaa sairaaloiden turvallisuusorganisaatioita hyödyntämään jo kerättyä tietoa. Aiheen valintaan on osaltaan vaikuttanut myös toisen opinnäytetyöntekijän työskenteleminen sairaalaturvallisuuden parissa, minkä myötä on muodostunut selkeämpi ja omakohtainen kuva hoitoalan työntekijöiden turvallisuuteen kohdistuvista riskeistä.

Tutkimuksen teoreettinen viitekehys muodostuu kolmen tutkimuksen kannalta keskeisen aihepiirin ympärille. Yhtäältä tutkimuksessa on päätetty tarkastella hoitoalalla jatkuvasti kasvavana ongelmana pidettyä väkivaltaa ja siihen kiinteästi liittyvää aggressiivisuutta, ja toisaalta pohditaan niiden vaikutuksia hoitohenkilökunnan työturvallisuuteen. Neljäs keskeinen käsite tässä tutkimuksessa on terveyden- ja sairaanhoito, joka määrittää sairaaloissa työskentelevän henkilöstön toimintaympäristön ja siihen liittyvät erityispiirteet. Tutkimuksen teoreettinen viitekehys on esitetty graafisesti kuviossa 1:



KUVIO 1. Tutkimuksen teoreettinen viitekehys.

Potilaan asemasta ja oikeuksista annetussa laissa (785/1992) terveyden- ja sairaanhoito määritellään potilaan terveydentilan määrittämiseksi taikka hänen

terveytensä palauttamiseksi tai ylläpitämiseksi tehtäviksi toimenpiteiksi, joita suorittavat terveydenhuollon ammattihenkilöt tai joita suoritetaan terveydenhuollon toimintayksikössä. Toiminnan luonteen vuoksi sairaaloissa turvallisuutta lisäävien toimenpiteiden suunnittelu ei ole yhtä yksiselitteistä kuin monissa muissa kohteissa. Sairaaloissa noudatetaan tavallisesti ”ole kuin kotonasi” -periaatetta, joten työturvallisuutta ei voida ensisijaisesti lähteä kehittämään potilaiden ja vierailijoiden kulkua rajoittamalla. Oman ongelmansa muodostaa myös se, että potilaita ei usein voida jättää hoitamatta, vaikka he käyttäytyisivätkin aggressiivisesti.

3 TYÖTURVALLISUUS

3.1 Lain vaatimukset

Keskeisin työpaikkojen turvallisuutta säätelevä laki on vuoden 2003 alussa voimaan astunut työturvallisuuslaki (738/2002). Työturvallisuuslain tarkoituksena on parantaa työympäristöä ja työolosuhteita työntekijöiden työkyvyn turvaamiseksi ja ylläpitämiseksi. Laki tähtää myös työtaturmien, ammattitautien sekä muiden työstä ja työympäristöstä johtuvien fyysiseen ja henkiseen terveyteen kohdistuvien haittojen ennaltaehkäisyyn ja torjuntaan. Työoikeuden dosentti ja työtuomioistuinneuvos Jorma Saloheimo (2003, 50) muistuttaa, että työturvallisuuslain perusajatuksena ei ole yksittäisten terveyttä vaarantavien ongelmien ratkaiseminen, vaan turvallisuuden hallinta kokonaisuutena ja työolojen jatkuva parantaminen. Lain tavoitteet eivät ole staattisia, vaan ne voivat muuttua työolojen ja tekniikan kehittymisen myötä.

Työturvallisuuslain 8 § velvoittaa työnantajaa tarpeellisilla toimenpiteillä huolehtimaan työntekijöiden turvallisuudesta ja terveydestä työssä. Työnantajan on tällöin otettava huomioon työhön, työolosuhteisiin ja muuhun työympäristöön liittyvät seikat sekä työntekijän henkilökohtaiset edellytykset. Edellä mainittujen tavoitteiden toteuttamiseksi työnantajalla tulee työturvallisuuslain 9 §:n mukaan olla erillinen työsuojelun toimintaohjelma, joka kattaa työpaikan työolojen kehittämistarpeet ja työympäristöön liittyvien tekijöiden vaikutukset.

Työnantaja on työturvallisuuslain 10 §:n perusteella työn ja toiminnan luonne huomioiden myös velvollinen riittävän järjestelmällisesti selvittämään ja tunnistamaan työstä, työtilasta, muusta työympäristöstä ja työolosuhteista aiheutuvat haitta- ja vaaratekijät. Jos näitä tekijöitä ei voida poistaa, on arvioitava niiden merkitys työntekijöiden turvallisuudelle ja terveydelle. Arvioinnissa on otettava huomioon muun muassa tapaturman ja muu terveyden menettämisen vaara, aiemmin esiintyneet

tapaturmat, ammattitaudit, työperäiset sairaudet ja vaaratilanteet, työn kuormitustekijät sekä mahdollinen lisääntymisterveydelle aiheutuva vaara. Työntekijän henkilökohtaisista ominaisuuksista on lisäksi huomioitava muun muassa ikä, sukupuoli sekä ammattitaito.

Edelleen työturvallisuuslain 14 §:ssä määritellään, että työntekijälle on annettava opetusta ja ohjausta työn haittojen ja vaarojen estämiseksi sekä työstä aiheutuvan turvallisuutta tai terveyttä uhkaavan haitan tai vaaran välttämiseksi. Työntekijä tulee perehdyttää riittävästi työhön, työpaikan työolosuhteisiin, työmenetelmiin, työssä käytettäviin työvälineisiin ja niiden oikeaan käyttöön sekä turvallisiin työtapoihin. Työntekijälle annettua opetusta ja ohjausta tulee täydentää tarvittaessa.

Jos työhön liittyy ilmeinen väkivallan uhka, työ ja työolosuhteet on järjestettävä työturvallisuuslain 27 §:n mukaan siten, että väkivallan uhka ja väkivaltatilanteet pyritään ennaltaehkäisemään. Työpaikalla on tällöin oltava väkivallan torjumiseksi asianmukaiset turvallisuusjärjestelyt sekä mahdollisuus avun hälyttämiseen. Työnantajan on laadittava myös menettelytapaohjeet, joissa ennakolta kiinnitetään huomiota uhkaavien tilanteiden hallintaan ja toimintatapoihin, joilla väkivaltatilanteen vaikutukset työntekijän turvallisuuteen voidaan torjua tai rajoittaa. Työsuojeluviranomaiset ovat lisäksi käytännön valvontatyössä edellyttäneet, että väkivaltatilanteen jälkihoito on terveydenhoidon toimipaikoissa ja muilla riskityöpaikoilla suunniteltu asianmukaisesti ja siitä on tiedotettu henkilökunnalle (Saloheimo 2003, 82–83).

Työturvallisuuslakiin on kirjattu velvoitteita työnantajan ohella myös työntekijöille. Työntekijän on työturvallisuuslain 18 §:n perusteella noudatettava työnantajan toimivaltansa mukaisesti antamia määräyksiä ja ohjeita sekä muutenkin noudatettava turvallisuuden ja terveellisyyden ylläpitämiseksi tarvittavaa järjestystä ja siisteyttä sekä huolellisuutta ja varovaisuutta. Työntekijän on 19 §:n mukaan myös viipymättä ilmoitettava työnantajalle ja työsuojeluvaltuutetulle havaitsemistaan turvallisuutta tai terveyttä vaarantavista vioista ja puutteellisuuksista sekä pyrittävä poistamaan ne oman ammattitaidon ja mahdollisuuksien mukaisesti. Työnantajan puolestaan tulee kertoa ilmoituksen tehneelle työntekijälle ja työsuojeluvaltuutetulle, mihin toimenpiteisiin asiassa on ryhdytty tai aiotaan ryhtyä.

Edellä esiteltyjen lainkohtien lisäksi työturvallisuuslaki sisältää monia muita tärkeitä säädöksiä, joihin jokaisen lain soveltamisalan piiriin kuuluvissa työpaikoissa työskentelevän on syytä tutustua. Työturvallisuuslain lisäksi keskeistä

työturvallisuuteen vaikuttavaa lainsäädäntöä ovat muun muassa valtioneuvoston asetus työpaikkojen turvallisuus- ja terveysvaatimuksista (VNp 577/2003), valtioneuvoston päätös työssä käytettävien koneiden ja muiden työvälineiden hankinnasta, turvallisesta käytöstä ja tarkastamisesta (VNp 856/1998), laki terveydenhuollon laitteista ja tarvikkeista (1005/1994) ja vastaava asetus (1506/1994), laki työsuojelun valvonnasta ja työpaikan työsuojeluyhteistoiminnasta (44/2006) sekä työterveyshuoltolaki (1383/2001).

3.2 Työturvallisuutta vaarantavat tekijät terveydenhuollossa

Kuten muissakin ammateissa, myös terveydenhoitoalalla työturvallisuutta vaarantavia tekijöitä on lukuisia. Salon seudun terveyskeskuksen henkilökunnan työturvallisuutta tutkinut Anne Vähämäki (2005) on nostanut opinnäytetyössään esille työtapaturmat, ammattitaudit, infektiot, työuupumuksen, paloturvallisuuteen liittyvät riskit sekä työssä kohdattavan väkivallan, johon tässä opinnäytetyössä perehdytään tarkemmin. Myös lukuisat kemialliset ja fysikaaliset vaaratekijät sekä henkinen väkivalta ja työpaikkakiusaaminen heikentävät hoitohenkilökunnan turvallisuutta.

Työturvallisuuden kannalta entistä enemmän olisi syytä kiinnittää huomiota terveydenhoitoalan henkilöstön työssä jaksamiseen, joka osaltaan vaikuttaa kaikkiin muihin edellä mainittuihin tekijöihin. Esimerkiksi sairaaloiden päivystyspoliikklinikoilla kiireinen työtahti on todettu suureksi työturvallisuusriskiksi, ja sitä pahentaa monin paikoin erittäin niukka työntekijämäärä (Rasimus 2002, 145). Ilman hoitohenkilökunnan lisäämistä työntekijöiden kuormittuminen tulee jatkossa kasvamaan väestön ikääntymisen ja potilaiden moniongelmaisuuksien lisääntymisen myötä. Vakituistakin henkilökuntaa on usein liian vähän potilasmääriin nähden, mutta ongelmat korostuvat erityisesti osaavien ja koulutettujen sijaisten saamisessa.

Hoitotyössä liiallista fyysistä rasitusta voivat aiheuttaa muun muassa runsas kävely ja seisominen, epämiellyttävät työasennot sekä ennen kaikkea potilaiden nostot ja siirrot (Tamminen-Peter 2004, 67). Fyysisten kuormitustekijöiden ohella työntekijöiden hyvinvointiin vaikuttavat myös esimerkiksi terveys ja työkyky, työn mielekkyys, työtehtävien hallinta, työstä saatava arvostus, fyysinen työympäristö, työyhteisön toimivuus sekä työn ulkopuoliset tekijät, kuten ihmissuhteet ja elintavat (Laine 2004, 19). Jos henkilöstön hyvinvointi ja työssä jaksaminen kärsivät, myös työntekijöiden keskittyminen ja valppaus heikkenee ja työtapaturmariski kasvaa.

Uhkakuvana on, ettei alalle jatkossa ole saatavana riittävästi ammattitaitoista työvoimaa. Viime aikoina on käyty kiivasta keskustelua muun muassa terveydenhoitoalan palkkauksen, työn kuormittavuuden ja pätkätoiden yleisyyden vaikutuksesta koko alan vetovoimaisuuteen. Nykyisin entistä useampi uusi sairaanhoitaja hakeutuukin valmistuttuaan töihin ulkomaille. (Laine 2004, 18–19.) Sairaanhoitajaopiskelijoita saatetaan kysellä muihin Euroopan maihin töihin jopa ensimmäisen opiskeluvuoden aikana.

3.3 Turvattomuuden kokeminen työssä

Työturvallisuutta voidaan tarkastella useammasta näkökulmasta. Turvallisuuden ja turvattomuuden käsitteillä voidaan tarkoittaa yhtäältä objektiivista tai toisaalta subjektiivista eli yksilön kokemaa tilaa (Niemelä 2000, 21). Saman voidaan ajatella koskevan yhtäläillä myös työturvallisuutta ja työturvattomuutta. Työntekijöiden turvallisuutta ei siis tule pyrkiä ylläpitämään vain fyysiseen terveyteen kohdistuvien seikkojen osalta, vaan entistä enemmän huomiota on kiinnitettävä myös esimerkiksi työhyvinvointiin.

Kuten erikoistutkija Markku Heiskanen toteaa, turvallisuutta tarkastellaan nykyisin laaja-alaisempana käsitteenä kuin aikaisemmin, ja usein esimerkiksi väkivallan pelkoa pidetään yhtenä turvallisuustilanteen osoittimena. Huolestuneisuus työpaikkaväkivallasta vaikuttaa helposti työssä viihtymiseen ja työsuoritukseen sekä myös työntekijän vapaa-ajan hyvinvointiin. Pelko oman turvallisuuden puolesta saattaa pahimmillaan vaikuttaa jopa työpaikan ja ammatin valintaan. (Heiskanen 2005, 41.) Tutkimuksen mukaan työpaikkaväkivallasta on huolestunut 57 % sairaanhoitajana työskentelevistä naisista (Heiskanen 2005, 53).

Anne Vähämäki (2005) on tutkinut opinnäytetyössään hoitohenkilökunnan kokemaa turvallisuuden ja turvattomuuden tunnetta Salon seudun terveystieteiden päivystyspoliklinikalla. Tutkimuksessa haastatellut pitkän työkokemuksen omaavat hoitajat eivät juuri kokeneet itseään turvattomiksi työssään, vaan ajattelivat asian koskevan enemmän nuorempia ja kokemattomampia hoitajia. Turvattomuuden tunnetta aiheuttavina tekijöinä koettiin muun muassa yksintyöskentely, tilanteen hallitsemattomuus sekä päihtyneet, ulkomaalaiset, aggressiivisesti käyttäytyvät, psykiatriset ja korvaushoidossa olevat potilaat. Turvattomuuden tunne korostui viikonloppujen kohdalla henkilökunnan vähyyden vuoksi. (Vähämäki 2005, 58.)

3.4 Työturvallisuutta parantavat toimet terveydenhuollon toimintaympäristössä

Monet hoitohenkilökunnan työturvallisuutta vaarantavat tekijät ovat luonteeltaan sellaisia, ettei niitä voida poistaa lopettamatta hoitotyön tekemistä kokonaan.

Turvallisuusriskeihin voidaan kuitenkin varautua ja niiden vaikutuksia voidaan lieventää välttämällä riskialttiita toimintatapoja, ennakoimalla turvallisuutta vaarantavia tilanteita sekä reagoimalla oikein niiden sattuessa. Tärkeää on, että erityyppisiä riskejä pyritään säännönmukaisesti tunnistamaan sekä arvioimaan niiden merkitystä henkilökunnan, potilaiden ja vierailijoiden turvallisuudelle. Valitettavan usein turvallisuusajatteluun herätään vasta, kun työturvallisuutta vaarantavat riskit ovat jo päässeet toteutumaan. Jatkuva ja säännöllinen riskienhallinta on kuitenkin kaikkein tehokkain keino hoitohenkilökunnan työturvallisuuden takaamisen kannalta.

Työturvallisuuden kehittämisessä erittäin suuressa roolissa on henkilöstön kouluttaminen ja ohjeistaminen. Henkilökunnan tulee olla tietoisia työympäristönsä riskeistä, oikeista työmenetelmistä sekä työssä käytettävien laitteiden ja suojavälineiden käytöstä. Muun muassa kokeneet turvallisuuskouluttajat komisario Erkki Kurkela (henkilökohtainen tiedonanto 8.3.2006) ja ylikonstaapeli Totti Karpela (henkilökohtainen tiedonanto 3.4.2006) pitävät terveydenhuollon turvallisuuskoulutuksissa kaikkein keskeisimpänä asennekasvatusta. Riskien vakavuutta ei pidä vähätellä, mutta hoitohenkilökunnan on syytä myös ymmärtää, että he voivat vaikuttaa työturvallisuuteen ja sen parantamiseen omalla toiminnallaan. On tärkeää ymmärtää, että hoitohenkilökunnan omalla käytöksellä on suuri merkitys esimerkiksi fyysisen väkivallan kohteeksi joutumiselle.

Sattuneiden työtapaturmien ja väkivaltatilanteiden kirjaaminen ja seuranta sekä toiminnan kehittäminen sattuneiden tilanteiden pohjalta ovat myös oleellinen osa pitkäjänteistä työturvallisuuden kehittämistyötä. Lisäksi turvallisuutta voidaan parantaa erilaisilla teknisillä keinoilla. Näitä ovat muun muassa paloilmoin-, kameravalvonta- ja kulunvalvontajärjestelmät sekä avun kutsumiseen tarkoitettut henkilöturvajärjestelmät. Jos henkilökunta ei osaa käyttää teknisiä järjestelmiä, ne luovat kuitenkin vain näennäistä turvallisuutta. Niinpä koko henkilökunta tulee aina perehdyttää käytössä olevien turvallisuusjärjestelmien käyttöön.

4 AGGRESSIIVISUUS JA VÄKIVALTA

Aggressiivisuudella tarkoitetaan tavallisesti käyttäytymistä, jonka tavoitteena on toisen ihmisen tai ympäristön fyysinen tai psyykkinen vahingoittaminen.

Aggressiivisuus-käsite pitää siis sisällään paitsi fyysiset hyökkäykset toista ihmistä kohtaan, myös toiseen ihmiseen kohdistuvat loukkaavat ja uhkailevat sanat sekä muun epäsuoran vihamielisen käyttäytymisen. Aggression liittyy vihamielisiä ajatuksia sekä erilaisia fysiologisia muutoksia elimistössä. Aggressiivisuuteen liittyy myös erilaisia tunteita aina vihasta ja pelosta jopa mielihyvään asti. Aggressiivisten tuntemusten kokeminen on normaalia, mutta ihmiset voivat erota toisistaan paljonkin siinä, miten he näihin tunteisiin reagoivat. (Weizmann-Henelius 1997, 11.)

Helena Tornbergin (1997) näkemyksen mukaan aggression liittyvä energia on lataukseltaan neutraalia, eikä sitä suoranaisesti voida kytkeä häiriökäyttäytymiseen. Hänen mielestään aggressio-energiaa voi käyttää vuorovaikutuksessa sekä myönteisiin että kielteisiin tarkoituksiin. (Tornberg 1997, 7.) Tässä tutkimuksessa aggressiivisuus-käsite ymmärretään kuitenkin suppeammin vihamieliseen käyttäytymiseen liittyvänä ilmiönä.

Aggressiivisuuden aiheuttamasta ihmisen ulkoisesta käyttäytymisestä käytetään tavallisesti termiä **väkivalta**. Ihminen turvautuu usein väkivaltaan sellaisessa tilanteessa, jossa hän kokee avuttomuudentunnetta eikä näe muita keinoja tilanteesta selviämiseen. Väkivaltaiseen käyttäytymiseen liittyy tavallisesti ihmisen psyykkisen kehityksen häiriöitä. (Weizmann-Henelius 1997, 12.) On kuitenkin huomattava, että laissa väkivalta on käsitetty pelkästään ruumiillisen voiman käyttönä toista henkilöä kohtaan. Tämä on kuitenkin liian suppea määritelmä. Väkivalta voidaan jakaa fyysiseen ja henkiseen väkivaltaan. On huomioitava, että vaikka väkivallasta ei syntyisikään fyysisiä vammoja, se voi olla väkivallan kohteelle henkisesti erittäin raskasta.

4.1 Aggressiivisuuden syitä

Syitä väkivaltaiseen käyttäytymiseen on etsitty biologisista ja psykologisista tekijöistä, ympäristö- ja tilannetekijöistä sekä näiden yhteisvaikutuksesta. Perintötekijöiden vaikutusta aggressiivisuuden esiintymiseen ei ole pystytty yksiselitteisesti todistamaan, mutta on ajateltu, että perinnöllisyydellä voi olla vaikutusta ihmisten temperamenttieroihin ja tätä kautta voimakkaisiin tunnereaktioihin. Tutkimuksissa on pyritty selvittämään muun muassa erilaisten aineenvaihdunnallisten ja hormonaalisten tapahtumien sekä kromosomipoikkeavuuksien merkitystä aggressiivisen käyttäytymisen esiintymisessä. Vanhetessa tapahtuvan psyykkisen ja fyysisen terveyden huonontumisen myötä aivojen fyysiset muutokset heikentävät muistitoimintoja, arvostelukykä ja itsehillintää, jolloin taipumus väkivaltaiseen

käyttäytymiseen voi kasvaa. Myös aivoperäisten vaurioiden ja erilaisten elimellisten sairauksien on todettu lisäävän aggressiivista käyttäytymistä. (Weizmann-Henelius 1997, 16–17.) Malinosky-Rummel ja Hansen (1993) ovat esimerkiksi osoittaneet, että lapsuudenaikainen pahoinpitely korreloi myöhemmän aggressiivisen käyttäytymisen kanssa. Näin ollen vakavan fyysisen väkivallan yhteydessä saatu neurologinen vamma voi altistaa ihmisen väkivaltaiselle käyttäytymiselle.

Lapsuuden aikaiset kokemukset voivat häiriinnyttää myös persoonallisuuden kehittymistä ja vaikeuttaa myöhempää sopeutumista. Aggressiivisuuden esiintymiseen liittyy kuitenkin monia muitakin ympäristö- ja tilannetekijöitä. Esimerkiksi työttömyyden, rahapulan, ihmissuhdeongelmien, alkoholin liikakäytön tai unettomuuden aiheuttama turhautuminen ja stressi voi pahimmillaan purkautua väkivaltaisena tekona. Samoin fyysinen kivuntunne voi luoda motiivin toisen ihmisen vahingoittamiseksi, vaikka kipu ei johtuisikaan väkivallan kohteesta. Sairaaloiden päivystyspoliiklinikoilla aggressiiviseen käyttäytymiseen vaikuttaa lisäksi jännittynyt ja kireä ilmapiiri, jota lisäävät hoitohenkilökunnan kiire ja omaisten huoli. (Weizmann-Henelius 1997, 17–19.)

Monet pitävät ydinperheen ja yhteiskunnan rakenteiden hajoamista ja televisioväkivaltaa tärkeimpinä syinä väkivallan kasvuun. Ghitta Weizmann-Henelius kuitenkin korostaa, että yksi suurimmista syistä väkivallan lisääntymiseen on huumaavien aineiden käyttö. Alkoholi, huumeet, lääkkeet sekä steroidit tai testosteronia sisältävät aineet voivat vaikuttaa ihmisen käyttäytymiseen aggressiivisuutta laukaisevasti. Useimmat väkivaltarikokset onkin tehty alkoholin tai muiden huumaavien aineiden vaikutuksen alaisena. Mielialaan vaikuttavien aineiden suhde väkivaltakäyttäytymiseen ei kuitenkaan ole yksiselitteinen. (Weizmann-Henelius 1997, 19–20.) Vuonna 1997 suoritetussa väestöhaastattelututkimuksessa 68 % väkivallan uhriksi joutuneista miehistä ja 51 % naisista oli arvioinut tekijän olleen alkoholin vaikutuksen alaisena. Vastaavasti 33 % väkivallan uhriksi joutuneista miehistä ja 15 % naisista oli itse nauttinut alkoholia. Edelliseen vuoden 1988 tutkimukseen verrattuna alkoholin yhteys väkivaltaan oli pysynyt jokseenkin muuttumattomana. (Heiskanen, Aromaa, Niemi & Sirén 2000, 126.)

4.2 Työssä esiintyvä aggressiivisuus ja työpaikkaväkivalta

Tässä tutkimuksessa tarkastellaan nimenomaan työssä esiintyvää aggressiivisuutta ja väkivaltaa, joten aiheen kannalta keskeisemmässä asemassa on väkivallan alakäsite, **työpaikkaväkivalta**. Työpaikkaväkivalta-käsite on liitetty aiemmin lähinnä perinteisiin turvallisuusammatteihin, kuten poliisin työhön, vartiointiin sekä vankeinhoitoalaan.

Lisääntyvään työpaikkaväkivaltaan on kuitenkin alettu kiinnittää entistä enemmän huomiota myös muilla aloilla, erityisesti palveluammateissa.

Työpaikkaväkivalta-käsitteen tarkkaan yleiseen määrittelyyn liittyy tiettyjä ongelmia. Lähtökohtaisesti on osattava vastata ainakin seuraaviin kysymyksiin: miten laajasti väkivalta-käsite ymmärretään, miten määritetään työpaikka sekä mikä on työn ja väkivallan välinen suhde. Työpaikkaväkivalta-käsitteen ei kuitenkaan pidä ymmärtää tarkoittavan vain fyysistä vahingoittamista, vaan myös sen uhkaa sekä esimerkiksi sanallista uhkailua. Tarkemman määritelmän saamiseksi työpaikkaväkivaltaa tulisi tarkastella kussakin työympäristössä erikseen. (Bowie 2002, 1–5.) Tässä tutkimuksessa verbaaliseksi väkivallaksi on luettu kaikenlainen sanallinen aggressiivisuus huolimatta siitä, täyttääkö tilanne rikoslaissa (39/1889) määritellyn laittoman uhkauksen tai muun rikoksen tunnusmerkistöä.

Euroopan komissiossa työpaikkaväkivallan on määritelty tarkoittavan tapahtumia, joissa ”henkilöitä loukataan sanallisesti, uhataan tai pahoinpidellään heidän työhönsä liittyvissä oloissa ja jotka suoraan tai epäsuorasti vaarantavat heidän turvallisuutensa, hyvinvointinsa ja terveytensä” (ks. Di Martino, Hoel & Cooper 2003, 3). Kansainvälisen työjärjestö ILO:n määritelmän mukaan työpaikkaväkivallaksi lasketaan kaikenlainen hyväksyttävästä käyttäytymisestä poikkeava toiminta, tapahtuma tai käytös, jolla henkilöä kohtaan hyökätään, uhataan, vahingoitetaan tai loukataan hänen ollessaan työssä tai hänen työnsä suoranaisten tuloksena (Työpaikkaväkivalta palvelualoilla ja tämän ilmiön vastaiset toimet: Kansainvälisen työjärjestön ohjeisto 2004, 13). Työssä esiintyvistä väkivallasta puhuttaessa käytetään jonkin verran myös termiä työväkivalta, mutta näitä kahta käsitettä on käytetty tutkimuskirjallisuudessa sekalaisesti ja niiden eroavaisuuksista on useita tulkintoja. Yhden määritelmän mukaan työpaikkaväkivaltaan kuuluu nimenomaan työpaikalla sattuneet väkivaltatilanteet, kun taas työväkivalta laajempaan käsitteeseen sisältää myös työmatkalla kohdatun väkivallan (Väkivalta työtehtävissä – työryhmän loppuraportti 29.10.2004). Erään tulkinnan mukaan työväkivalta tulee puolestaan työyhteisöön sen ulkopuolelta esimerkiksi potilaan taholta, kun taas työpaikkaväkivalta on työyhteisön sisäistä.

Usein työväkivalta ja työpaikkaväkivalta kuitenkin ymmärretään toistensa synonyymeinä, ja niillä tarkoitetaan yleisesti kaikkia henkilöstön kesken tai työntekijöiden ja asiakkaiden välillä esiintyviä väkivaltatilanteita. Tässä tutkimuksessa käytetään työssä kohdatusta väkivallasta ja sen uhasta termiä työpaikkaväkivalta. Tutkimuksessa keskitytään erityisesti työpaikan ulkopuolelta tulevaan fyysiseen ja henkiseen väkivaltaan sekä fyysisellä väkivallalla uhkaamiseen. Työpaikkaväkivaltaan

lasketaan mukaan myös työharjoittelussa olleiden opiskelijoiden työtehtävissään kohtaamat väkivaltatilanteet. Tutkimuksessa ei tarkastella laajemmin työmatkalla koettua väkivaltaa, koska se on usein kontekstiltaan hyvin erilaista verrattuna työpaikalla kohdattavaan väkivaltaan.

Heiskanen (2005, 41) tuo esille, että joskus keskustellaan myös siitä, onko työpaikkaväkivalta väkivaltaa vai tapaturma. Sisällöllisesti kyse on aina väkivallasta, mutta työpaikkaväkivalta kuuluu tapaturmavakuutuslain (608/1948) mukaan korvattaviin vahinkoihin, joten tässä suhteessa työn yhteydessä kohdattava väkivalta voidaan määritellä myös tapaturmaksi. Väkivallasta johtuvina työtapaturmina korvataan vuosittain noin 500 tapausta, joihin sisältyy myös tilanteita, joissa teosta ei ole aiheutunut uhrille fyysisiä seurauksia (Saloheimo 2003, 173). Kaiken kaikkiaan työpaikkaväkivallan kohteeksi joutuu kansallisesti ja kansainvälisesti noin viisi prosenttia työvoimasta. Työpaikkaväkivaltatrendi on ollut Suomessa pitkään kasvava sekä miehillä että naisilla, mutta naisilla kasvu on ollut vauhdikkaampaa ja he kohtaavat nykyisin työtehtävissään väkivaltaa huomattavasti miehiä useammin. Tätä kehitystä selittävät osaltaan viime vuosikymmenien aikainen työvoiman ammattirakenteen muutos ja työpaikkaväkivaltatilanteiden lisääntyminen juuri naisvaltaisilla palvelualoilla. (Heiskanen 2005, 42.)

4.3 Työpaikkaväkivallan ehkäisyyn tähtäävät toimenpiteet

Erilaisia keinoja, joilla väkivalta- ja uhkatilanteita voidaan vähentää, on lueteltu esimerkiksi Sosiaali- ja terveysministeriön laatimassa sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksiköille suunnatussa turvallisuussuunnitteluoppaassa. Näitä ovat muun muassa tilaratkaisut, turvallisuusohjeistukset, henkilökunnan kouluttaminen, säännölliset turvallisuuskartoitukset, aktiivinen ja avoin tiedottaminen sekä näkyvä valvonta. Yleisesti väkivallan uhkaa voidaan vähentää myös henkilökunnan, turvallisuushenkilöstön ja teknisen valvonnan yhteistyötä kehittämällä. (Turvallisuussuunnitteluopas sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksiköille 2005, 26.) Valvonnassa on käytetty joissain terveydenhuollon toimipaikoissa vartiointiliikkeiden henkilökuntaa, mutta monessa on koulutettu omaa henkilökuntaa kohtaamaan häiriökäyttäytyjiä. Väkivaltatilanteiden hallintaan on perinteisten itsepuolustuslajien rinnalle myös kehitetty terveydenhoitoalalla erilaisia hoitotyöhön soveltuvia voimankäyttötekniikoita. (Hämäläinen 2003, 38.)

Henkilökunnalle annettavassa turvallisuuskoulutuksessa keskeisintä on asenteisiin ja käyttäytymiseen vaikuttaminen. Koulutuksen tulisi olla jatkuvaa, tarpeeksi usein

toistuvaa ja riittävän spesifiä kulloinkin kyseessä oleva työympäristö huomioon ottaen. Kansainvälisen työjärjestö ILO:n (2004) ohjeistossa työpaikkaväkivaltaa koskeva koulutus voisi palvelualoilla sisältää muuan muassa seuraavia teemoja:

- väkivaltariskin tunnistamiskyvyn parantaminen
- tapahtumien arviointikyvyn ja ongelmanratkaisutaitojen kehittäminen
- väkivaltatilanteiden ennaltaehkäisyyn ja purkamiseen tähtäävien ihmishuhde- ja vuorovaikutustaitojen juurruttaminen
- hyvän työilmapiirin syntymistä edesauttavien myönteisten asenteiden lisääminen
- tarvittava itsevarmuutta lisäävä koulutus ja itsepuolustuskoulutus (Työpaikkaväkivalta palvelualoilla ja tämän ilmiön vastaiset toimet: Kansainvälisen työjärjestön ohjeisto 2004, 20–21.)

Työpaikkaväkivallan ja muidenkin turvallisuusriskien ennaltaehkäisyssä kannattaa ottaa huomioon lisäksi oman henkilöstön muodostama uhka. Riskejä voidaan pienentää esimerkiksi tarkistamalla organisaation henkilökunnan taustatiedot lain sallimissa rajoissa (muun muassa laki lasten kanssa työskentelevien rikostaustan selvittämisestä 504/2002, laki yksityisyyden suojasta työelämässä 759/2004). Turvallisuustoimenpiteitä suunniteltaessa ja toteuttamisjärjestyksestä päätettäessä pääpaino tulee kuitenkin aina olla ihmishenkien pelastamisessa ja henkilöiden terveyden turvaamisessa.

Jotta organisaatio voisi oppia kokemuksistaan, on tärkeää, että sattuneet työpaikkaväkivaltatapaukset rekisteröidään ja toimintaa pyritään kehittämään niiden pohjalta. Sattuneita väkivaltatilanteita analysoitaessa huomiota kannattaa kiinnittää esimerkiksi väkivallan vakavuusasteisiin ja muotoihin, kohteeksi joutuvien tehtävätyyppeihin, tekijän ja uhrin ominaispiirteisiin sekä väkivallan esiintymiseen mahdollisesti myötävaikuttaviin tilannetekijöihin. Oppimisen kannalta on oleellista, että työpaikkaväkivallan ehkäisemiseksi tehtyjen toimenpiteiden vaikutusta myös seurataan ja arvioidaan aktiivisesti. (Työpaikkaväkivalta palvelualoilla ja tämän ilmiön vastaiset toimet: Kansainvälisen työjärjestön ohjeisto 2004.) Työpaikkaväkivallan kokonaisvaltainen ehkäisytyö vaatii jatkuvaa riskienhallintatyötä, johon kuuluu lisäksi esimerkiksi yhteiskunnassa, organisaatioissa, toimenkuvissa ja asiakaskunnasta tapahtuneiden muutosten tuomien vaikutusten säännöllinen analysointi.

4.4 Terveydenhuollossa kohdattava työpaikkaväkivalta

Terveydenhuollon henkilöstön kokema työpaikkaväkivaltaa tutkittaessa merkille pantavaa on se, että naisten kokeman työpaikkaväkivallan kasvu on suurelta osin peräisin nimenomaan terveyden- ja sairaanhoidon aloilta. Kun vuonna 1997 Suomessa

hoitoalalla työskentelevät naiset kohtasivat tilastojen perusteella 33 000 väkivalta- ja uhkatilannetta, vuonna 2003 luku oli jo 60 000. (Heiskanen, Sirén & Aromaa 2004, 18.) Rasimuksen (2002, 118) tutkimuksen mukaan 65 % päivystyspoliklinikoiden henkilöstöstä kohtaa väkivaltaisesti käyttäytyviä potilaita päivittäin tai viikoittain.

Työpaikkaväkivaltaongelmaa ei pidä vähätellä, mutta tilastoja tarkasteltaessa on muistettava, että vallitsevan tilanteen objektiivinen ja subjektiivinen tulkinta eivät aina korreloi keskenään. Aarne Kinnunen (1994) tuo esille, että väkivallan subjektiivinen kokeminen työtä haittaavaksi tekijäksi näyttää lisääntyneen erityisesti nuorten naisten osalta. Työntekijän ja asiakkaan välinen kitka tulkitaan entistä useammin väkivallaksi, mihin on Kinnusen mukaan saattanut vaikuttaa muun muassa väkivaltaan ja ahdisteluun liittyvän julkisen keskustelun lisääntyminen. (Kinnunen 1994, 38–39.) Aiemmin lievempiä tapauksia, kuten vanhusten kiinnitarttumista, puristamista ja raapimista ei usein mielletty väkivallaksi, mutta jatkossa juuri tämän tyyppinen lievä väkivalta tulee potilaskannan vanhenemisen myötä todennäköisesti lisääntymään.

Osaltaan hoitoalan väkivaltatilastojen kehittymiseen on vaikuttanut hoitotyössä edelleen voimakkaana elävä kutsumuksellisuus ja vahva sitoutuminen työhön, mihin liittyen väkivallan kohteeksi joutumisen on usein ajateltu olevan hyväksyttävä osa työnkuvaa ja siitä puhumista on pidetty jopa häpeällisenä. Väkivallan uhriksi joutunut hoitaja tai lääkäri saattaa myös syyttää tilanteesta itseään ja kokea epäonnistuneensa omassa työssään. Ylikonstaapeli Totti Karpela (2006) kertookin havainneensa suurimmaksi hoitoalan turvallisuusongelmaksi henkilökunnan asenteet omaa turvallisuutta kohtaan. Hänen mukaansa hoitohenkilöstö katsoo potilaiden ja saattajien aggressiivista käytöstä liikaa läpi sormien, eikä ymmärrä kohottaa omaa valmiustasoa, ennen kuin tarve konkretisoituu. (T. Karpela, henkilökohtainen tiedonanto 3.4.2006.)

Potilaiden väkivaltaista käyttäytymistä eniten lisäävinä tekijöinä Rasimuksen tutkimukseen osallistuneet pitivät huumausaineiden alaisena olemista ja päihtymystä. Muita väkivaltaa terveydenhuollossa lisääviä tekijöitä ovat muun muassa pitkät odotusajat, tilanteita provosoivat saattajat, henkilökunnan oma provosointi, hoitoon liittyvät ristiriidat potilaan kanssa sekä sekavat tai psyykkisesti sairaat potilaat. (Rasimus 2002, 120–121; Saarela 2004, 97.) Psyykkisesti sairaiden potilaiden hoidossa potilaan aggressiivista käyttäytymistä esiintyy usein potilaan käyttäytymisen rajaamisen yhteydessä (Peltoniemi 2006, 50).

Väkivallan uhka on todellisuutta erityisesti potilaita vastaanottavissa työpisteissä, kuten päivystysyksiköissä ja mielenterveystoimistoissa. Väkivallan pelkoa kasvattavat

aiemmin sattuneet tapaukset, joita media on nostanut näyttävästi esille. (Rasmus 2002, 33.) Viimeisin esimerkki tällaisesta tapauksesta on lokakuun lopulla 2005 Espoossa Puolarmetsän sairaalassa sattunut puukotustapaus. Lisäksi pelkoa ja hoitohenkilökunnan henkistä kuormitusta lisää erityyppinen sanallinen uhkailu, erityisesti jos se kohdistuu työntekijän tai hänen perheensä henkeen tai terveyteen.

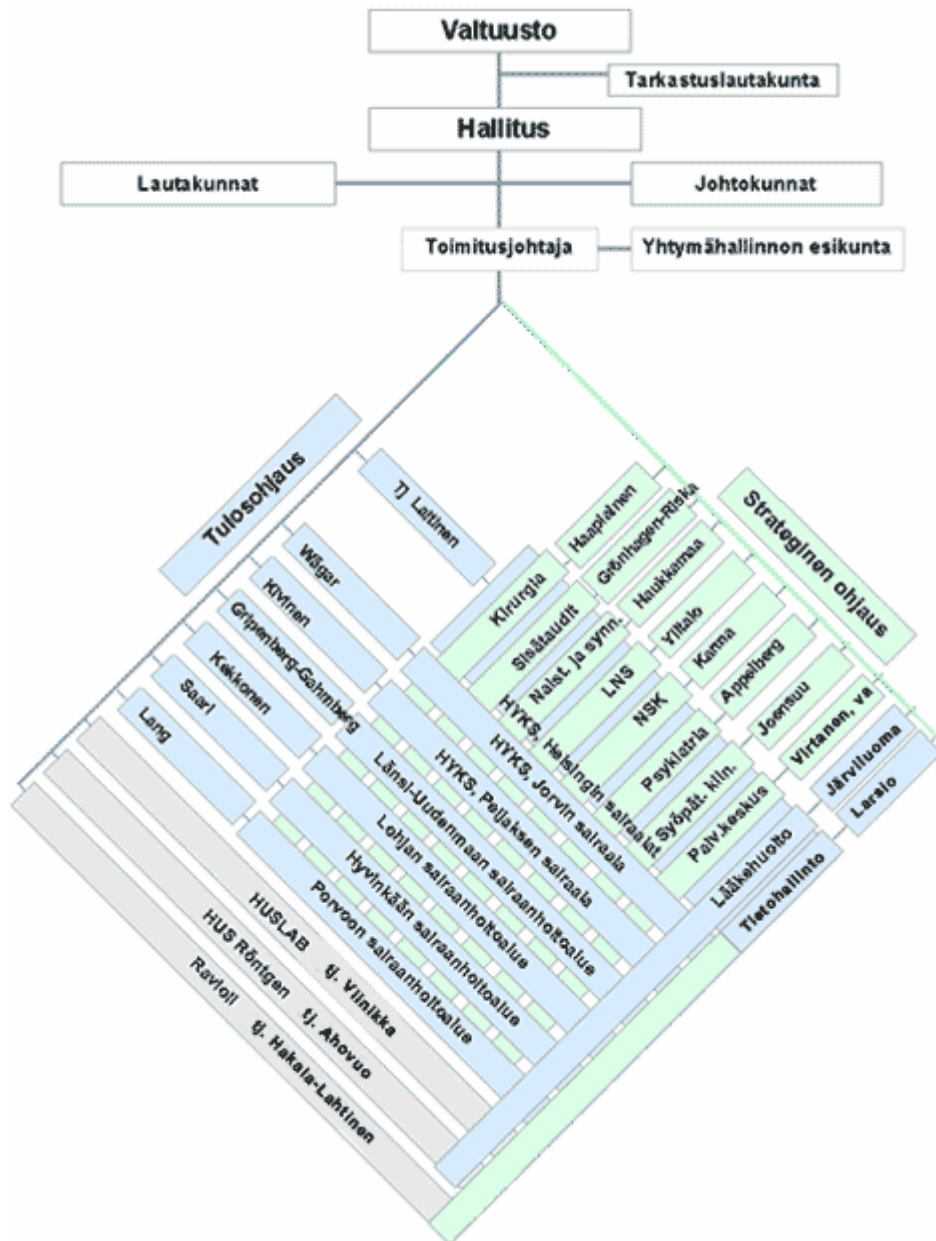
Potilaita vastaanottavissa työpisteissä on korkeampi riski, että potilailla on erityyppisiä aseita mukanaan. Mirja Rasimuksen (2002, 151) tutkimuksen perusteella päivystyspotilaiden varustautuminen erilaisilla lyömäaseilla on yleistynyt. Esimerkiksi skitsofreniapotilaalle ase voi merkitä suojautumiskeinoa erilaisia pelkotiloja vastaan, jotka voivat johtua ympäristön koetusta uhkaavuudesta tai johonkin muutokseen, kuten lääkkeiden poisjättämiseen liittyvästä kuormitustekijästä (Peltoniemi 2006, 51). Myös huumeidenkäyttäjät pyrkivät hyvin usein takaamaan oman turvallisuutensa kantamalla mukanaan erilaisia aseita. Vaikka huumeidenkäyttäjä- ja mielenterveyspotilaiden kantamat aseet eivät pääsääntöisesti ole tarkoitettu käytettäväksi hoitohenkilökuntaa vastaan, on huomioitava, että tuntiessaan itsensä uhatuksi nämä henkilöt saattavat puolustaa itseään keinoja kaihtamatta.

Viime aikoina on syntynyt keskustelua myös lääkäreiden kohtaamasta työpaikkaväkivallasta. Suomen lääkäriliiton (2005) tekemän vuosittaisen lääkäriskyselyn mukaan keskimäärin lähes joka viides lääkäri kohtaa työssään väkivaltaa tai sen uhkaa. Useimmiten uhkailija tai pahoinpitelijä on hoidettavana oleva potilas, mutta myös potilaiden omaiset aiheuttavat väkivaltilanteita. Useimmiten tilanteet kuitenkin jäävät sanallisen uhkailun asteelle, sillä vain 1,3 % kysymykseen vastanneista 12 930 lääkäristä oli viimeisen vuoden aikana joutunut fyysisen väkivallan kohteeksi. Yleisintä lääkäreiden kohtaama työpaikkaväkivalta ja uhkailu ovat kyselyn tulosten perusteella avohoitotoimistoissa ja terveyskeskuksissa. Sairaaloissa työskentelevien lääkäreiden kohdalla työpaikkaväkivaltaa kohdanneiden määrä noudattaa kyselyn vastausten keskiarvoa. (Suomen lääkäriliitto 2005, 21.)

5 KOHDEORGANISAATIO

Tämän tutkimuksen kohteena ovat Espoossa sijaitseva Jorvin sairaala sekä Vantaalla sijaitseva Peijaksen sairaala, jotka molemmat kuuluvat Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriin ja ovat myös osa Helsingin yliopistollista keskussairaala. Sairaaloiden tehtävänä on järjestää ja tuottaa erikoissairaanhoidon palveluja alueen väestölle. HUS-kuntayhtymää on johdettu sekä lääketieteellisen toiminnan mukaisina toimialoina että alueellisten yksiköiden mukaisina tulosalueina. Strateginen johtaminen

on toimialojen mukaista, kun taas tulosohejaus on tapahtunut alueittain. HUS:n organisaatio vuodelta 2004 on esitetty kuviossa 2:



KUVIO 2. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin organisaatio vuonna 2004.

Aiemmin Jorvin ja Peijaksen sairaalat muodostivat omat tulosalueensa, mutta vuonna 2006 perustettiin yhteinen Hyks-sairaanhoitoalue, joka on suurin HUS:n viidestä sairaanhoitoalueesta. Nykyinen Hyks-sairaanhoitoalue palvelee pääasiassa Helsingin, Espoon, Vantaan, Kirkkonummen, Keravan ja Kauniaisten potilaita. Hyks-

sairaanhoitoalueen perustamisen myötä toimialat ovat monelta osin muokanneet työnjakoa eri toimipisteiden välillä ja sairaalakohtaisesta jonotuskäytännöstä on luovuttu, mikä on lisännyt potilasliikkuvuutta pääkaupunkiseudun sairaaloiden ja klinikoiden välillä. Pää tavoite on kuitenkin se, että potilas saa hoidon mahdollisimman läheltä asuinpaikkaansa. Kliinisestä toiminnasta alueella vastaa seitsemän erikoisalaa, joita kutsutaan toimialoiksi: sisätaudit, kirurgia, naistentaudit ja synnytykset, NSK (neurologia, neurokirurgia, silmä- ja korvasairaudet), lasten ja nuorten sairaudet eli LNS, psykiatria sekä syöpätaudit.

HUS:n organisaatio on kokenut suuria muutoksia, ja 1.7.2006 Jorvin ja Peijaksen turvallisuustoiminnot yhdessä monien muiden tukipalveluiden kanssa siirrettiin osaksi HUS:n omistamaa HUS-Kiinteistöt Oy:tä, joka on aiemminkin huolehtinut turvallisuuspalveluista HYKS:n Helsingin sairaaloiden alueella. Organisaatiomuutos tarkoitti muun muassa sitä, että Jorvin ja Peijaksen sairaaloissa toimineista omavartiointijärjestelmistä siirryttiin vartioimisliiketoimintaan. Käytännössä muutoksella on ollut vaikutusta esimerkiksi vartiointihenkilöstön oikeuksiin. Seuraavissa luvuissa esitellään lyhyesti tutkimuksen kohteena olleita sairaaloita pääosin tutkimusajankohtana vallinneen organisaatorakenteen mukaisesti.

5.1 Hyks, Jorvin sairaala

Jorvin sairaanhoitoalueen muodostivat aiemmin Espoo, Kauniainen ja Kirkkonummi. Työntekijöitä sairaalassa on noin 2500, potilaspaikkoja puolestaan on 560. Jorvin sairaalan rakennettu kerrosala oli vuoden 2005 lopussa noin 85 000 neliometriä. Samassa yhteydessä Jorvin sairaalan erikoissairaanhoidon päivystyksen kanssa toimii yhteispäivystyksenä Espoon kaupungin terveyskeskuspäivystys. Hoitohenkilökunnan työturvallisuuteen vaikuttaa omalta osaltaan myös päivystysalueella toimiva Espoon sosiaali- ja kriisipäivystys.

Hyks, Jorvin sairaalassa on tehty hoitohenkilökunnan työturvallisuuden eteen järjestelmällistä työtä myös väkivallan osalta jo usean vuoden ajan. Sairaalan turvallisuusasioita hoiti tutkimusajanjaksona pääosin tekniikan yksikön alaisuudessa toiminut turvallisuusyksikkö, johon kuului päätoiminen turvallisuuspäällikkö, omavartiointiperiaatteella sairaalan vartioinnista huolehtineet sairaalavalvojat sekä operatiivista vartiointitoimintaa johtanut turvallisuusvalvoja. Sairaalassa on toiminut myös neljä kertaa vuodessa kokoontuva turvaryhmä, jossa on ollut edustajia turvallisuusyksikön ohella työsuojelusta, päivystyksestä ja potilastoimistosta. Vuoden 2006 organisaatiomuutosten seurauksena turvaryhmän kokoonpanoa laajennettiin

siten, että siihen saatiin edustajat myös kaikilta toimialoilta ja liikelaitoksista sekä työterveyshuollosta.

Vuonna 2006 turvallisuuspäällikkö siirtyi toisen työnantajan palvelukseen, minkä myötä operatiivisen toiminnan johtaminen ja vartioinnin esimiestehtävät siirrettiin turvallisuusvalvojalle. Turvallisuussuunnitteluun, ohjeistukseen ja koulutukseen liittyvät tehtävät otti hoitaakseen turvallisuussuunnittelija, joka on samalla toinen tämän opinnäytetyön tekijöistä. Vuoden 2007 alusta turvallisuussuunnittelijan tehtäväkentäksi on keskitetty HUS-Kiinteistöt Oy:n järjestämien turvallisuuskoulutusten koordinaatio koko Hyks-alueella.

Väkivalta- ja uhkatilanteita Jorvissa on tilastoitu ja seurattu säännöllisesti vuodesta 1999. Systemaattinen väkivalta- ja uhkatilanteiden tunnistamiseen ja ennakointiin sekä oikeisiin toimintamalleihin keskittyvä henkilöturvallisuuskoulutus aloitettiin Jorvissa vuoden 2003 loppupuolella, ja vuoden 2005 loppuun mennessä koulutuksiin oli ehtinyt osallistua noin 650 sairaalan työntekijää. Jorvin sairaalan henkilökunnalle on järjestetty vuoden 2003 helmikuulta lähtien myös säännöllistä paloturvallisuusturvallisuuskoulutusta, jonka oli vuoden 2005 loppuun mennessä käynyt noin 600 henkilöä. Sairaalan yhteisten koulutusten ohella psykiatristen osastojen henkilökunta on osallistunut erityisesti hoitotyön vaatimuksiin suunniteltuun HFR-koulutukseen (hallittu fyysinen rajoittaminen), joka on varsin tärkeässä roolissa väkivaltatilanteisiin varautumisen kannalta. Lisäksi sairaalassa on järjestetty noin kaksi kertaa vuodessa koko henkilöstölle suunnattu turvallisuusiltapäivä, johon on kutsuttu vierailuvia luennoitsijoita puhumaan ajankohtaisista turvallisuusasioista.

5.2 Hyks, Peijaksen sairaala

Hyks, Peijaksen sairaalan toiminta-alueena ovat olleet Vantaan ja Keravan kaupungit. Potilaspaikkoja sairaalassa on vuodeosastoilla 267 ja psykiatriassa 50. Lisäksi Keravalla sijaitsevassa Klondyke-talossa on 16 potilaspaikkaa. Koko sairaalassa työntekijöitä on noin 1450, joista noin 1100 työskentelee Peijaksen sairaalan kiinteistössä. Peijaksen sairaalakiinteistössä toimii myös Rekolan terveysasema sekä erikoisalapäivystyksen yhteydessä yhteispäivystyksenä toimiva Vantaan kaupungin terveyskeskuspäivystys. Peijaksen sairaalakiinteistössä sijaitsee lisäksi Vantaan kaupungin johtokeskus sekä ambulanssitalli.

Tutkimusaikana Peijaksessa tekninen johtaja toimi oman toimen ohella turvallisuuspäällikkönä. Sairaalassa on toiminut myös sairaalan johtajan asettama

turvallisuusryhmä, jossa on ollut jäsenenä teknisen johtajan lisäksi henkilöstöpäällikkö, päivystyspoliklinikan osastonhoitaja, päivystyksen vastuualuejohtaja, Vantaan terveystieteiden päivystyksen ylilääkäri, työsuojelupäällikkö, vahtimestari sekä työsuojeluvaltuutettu. Vuoden 2006 organisaatiomuutosten jälkeen turvallisuusryhmän kokoonpanoa ei kuitenkaan ole Peijaksessa toistaiseksi päivitetty vastaamaan nykyistä organisaatorakennetta. Jorvin tavoin vartiointi toteutettiin Peijaksessa HUS-Kiinteistöt Oy:öön liittymiseen asti omavartiointiperiaatteella. Kuitenkin vasta vuodesta 2006 lähtien vartiointi on ollut Peijaksessa kaikkina viikonpäivinä ympärivuorokautista.

Peijaksen sairaalassa uhka- ja väkivaltatilanteita on tilastoitu vuodesta 1995 alkaen järjestelmällisesti. Raportit on toimitettu kuukausittain tulosityksiköiden johdolle ja yksiköihin. Työsuojeluvaltuutettu on käynyt vuosittain esittelemässä tilastoja ja kehittämistoimenpiteitä sairaalan johtoryhmälle. Tilastot on käyty läpi työsuojelijaostossa sekä turvallisuusryhmässä ja niiden pohjalta on kohdennettu muun muassa turvallisuuskoulutusta sekä tehty esityksiä teknisten ja rakenteellisten ratkaisujen lisäämiseksi. Työsuojeluvaltuutettu Susanna Puumin mukaan hoitohenkilökunnan työturvallisuuden parantaminen on pääasiassa painottunut turvallisuuskoulutuksen järjestämiseen. (S. Puumi, henkilökohtainen tiedonanto 20.10.2006.) Turvallisuuskoulutuksia Peijaksessa on järjestetty monipuolisesti, ja henkilöturvallisuuden kehittämiseksi on järjestetty yleistä turvallisuus- ja toimintaohjekoulutusta sekä otteesta irtautumiseen liittyvää koulutusta. Kouluttajina ovat toimineet sekä oman organisaation työsuojeluhenkilöt että vierailevat turvallisuuskouluttajat.

5.3 Työpaikkaväkivallan ehkäisy HUS:ssa

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin työsuojelijaosto asetti vuoden 2002 lopussa työryhmän laatimaan organisaatioon yhteisen toimintamallin työpaikkaväkivallan ehkäisyyn ja oikeisiin toimintatapoihin liittyen, ja laadittu toimintamalli julkaistiin vuonna 2004. Siinä käsitellään muun muassa toimintamallin lähtökohtia ja tavoitteita, työpaikkaväkivallan ehkäisyyn tähtäviä toimenpiteitä, työntekijän juridisia oikeuksia ja vastuita, väkivalta- ja uhkatilanteiden ilmoittamismenettelyä ja seurantajärjestelmää sekä työpaikkaväkivallan uhrien auttamista. Toimintamallissa on lisäksi selkeitä väkivaltatilanteisiin liittyviä toimintaohjeita. (Työpaikkaväkivallan ehkäisy ja kohtaaminen – toimintamalli työpaikkaväkivallan uhan torjumiseksi ja kohtaamisen hallitsemiseksi HUS:ssa 2004).

Toimintamalli-kirjasessa henkilöstöä on ohjeistettu täyttämään väkivalta- ja uhkatilanteista aina kirjallinen tapahtumaraportti, joka lähetetään oman alueen työsuojelu- ja turvallisuushenkilöstölle sekä tarvittaessa työterveyshuoltoon. Toimintamallin liitteiden ohella tapahtumaraportti-lomake on ollut saatavilla myös HUS:n intranet-sivustolta, jossa sen voi täyttää sähköisesti ja tulostaa edelleen eteenpäin lähetettäväksi. Toistaiseksi väkivalta- ja uhkatilanteista raportoimista ei kuitenkaan voida tehdä täysin sähköisesti. Jos tilanteeseen on liittynyt fyysistä väkivaltaa, tapahtumaraportti lomakkeen lisäksi ohjeessa neuvotaan täyttämään vakuutusyhtiön vakuutustodistus huolimatta siitä, onko tilanteessa syntynyt näkyviä vammoja. Kolmas väkivalta- ja uhkatilanteisiin liittyvä ilmoittamismenetelmä ovat vartijoiden laatimat tapahtumailmoitukset. (Työpaikkaväkivallan ehkäisy ja kohtaaminen – toimintamalli työpaikkaväkivallan uhan torjumiseksi ja kohtaamisen hallitsemiseksi HUS:ssa 2004, 15.)

Väkivalta- ja uhkatilanteisiin liittyvästä seurannasta huolehditaan työsuojeluorganisaatiossa, ja HUS:n työsuojelijaoston laatimat yhteenvetotilastot viedään vuosittain tiedoksi henkilöstötoimikunnalle. Tilastojen pohjalta työsuojeluhenkilöstö laatii esityksiä henkilöturvallisuuden kehittämiseksi paikallisesti toimintamallin periaatteiden mukaisesti; koko sairaanhoitopiiriä koskevat kehitysehdotukset puolestaan valmistellaan HUS:n työsuojelijaostossa. (Työpaikkaväkivallan ehkäisy ja kohtaaminen – toimintamalli työpaikkaväkivallan uhan torjumiseksi ja kohtaamisen hallitsemiseksi HUS:ssa 2004, 16.) Myös HUS:n sairaanhoitoalueiden turvallisuudesta vastaavat henkilöt seuraavat osaltaan väkivaltatilanteita ja niiden profiileita, ja osallistuvat aktiiviseen yhteistyöhön työsuojelun kanssa sekä paikallis- että konsernitasolla.

Yhteisestä toimintamallista huolimatta HUS:n eri toimipisteissä järjestetyn turvallisuuskoulutuksen sisällössä ja laajuudessa on ollut suuriakin eroavaisuuksia. Nyt organisaation ollaan kehittämässä systemaattisia turvallisuuskoulutuksia, jotka määrittelevät hoitohenkilökunnan turvallisuustietämyksen vähimmäistason. Lähtökohtana on kehittää organisaation oma työturvallisuuskorttijärjestelmää vastaava turvallisuuspassijärjestelmä, johon liittyen henkilökunnalle annetaan koulutusta paloturvallisuuteen, henkilöturvallisuuteen, tietoturvallisuuteen sekä työsuojeluun liittyen. Koulutustenhallintajärjestelmään kirjattavien koulutustietojen avulla yksittäinen työntekijä voi esimerkiksi työpistettä vaihtaessaan todistaa perehtyneensä yleisellä tasolla keskeisimpiin sairaalaympäristön turvallisuusasioihin.

Myös HUS:ssa meneillään olevan päivystyshankkeen yhteydessä on virinnyt keskustelu turvallisuusasioiden kehittämistarpeista. Hanke aloitettiin virallisesti 7.3.2006 ja sen keskeisimpinä tavoitteina on kehittää päivystysluonteisen sairauksien hoidon tasoa, laatua ja riittävyttä sekä luoda yhteisiä päivystyskäytäntöjen standardeja. Yhteiseen kehittämistyöhön ovat lähteneet mukaan HYKS:sta Jorvin ja Peijaksen sairaalat sekä alueen kunnista Espoo, Kauniainen, Kerava, Kirkkonummi ja Vantaa. Turvallisuuden osalta hankkeen yhteydessä on keskusteltu erityisesti siitä, miten voitaisiin parhaiten välittää potilaille ja muille sairaalassa asioiville tieto siitä, mikä on hyväksyttävää käyttäytymistä ja mikä ei. Koska turvallisuus on keskeinen osa päivystysluonteisen hoidon laatua, hankkeen yhteydessä on ajateltu toteuttaa työpaikkaväkivaltaa koskeva nollatoleranssikokeilu, jossa kaikille asianosaisille tuodaan selkeästi ilmi, miten sairaalassa tulee käyttäytyä ja jo pieniinkin häiriöihin pyritään puuttumaan mahdollisimman aikaisessa vaiheessa.

5.4 Psykkisen jälkihoidon järjestäminen HUS:ssa

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä väkivalta- ja uhkatilanteisiin liittyvästä henkilöstön jälkihoidon järjestämisestä vastaa työterveyshuolto. Käytännössä jälkihoidon tarpeen selvittäminen ja arviointi kuuluvat ensikädessä esimiehelle, jonka tehtävänä on mahdollisimman pian ottaa yhteyttä työterveyshuollon psykologiin tai työterveyshoitajaan. Aloitteen jälkihoidosta voi tehdä myös työsuojelu- tai turvallisuushenkilöstö. Jälkihoidon muoto arvioidaan tapauskohtaisesti, ja sen kohderyhmä voi vaihdella yhdestä henkilöstä jopa koko työyhteisöön. Jälkihoitotuntto pyritään järjestämään 1–3 vuorokauden kuluessa tapahtumasta. (Työpaikkaväkivallan ehkäisy ja kohtaaminen – toimintamalli työpaikkaväkivallan uhan torjumiseksi ja kohtaamisen hallitsemiseksi HUS:ssa 2004, 15–16.) Jorvissa Jälkihoitotunttojen pitämiseen on osallistunut työterveyspsykologin ja työterveyshoitajien ohella myös työterveyslääkäri (H. Toivanen, henkilökohtainen tiedonanto 16.1.2007).

Virka-ajan ulkopuolella tai muutoin työterveyshuollon ollessa suljettuna (esimerkiksi loma-ajat) akuuteissa tilanteissa jälkihoitomahdollisuuksia selvitetään tarvittaessa päivystyspalveluista, kuten SOS-keskuksen valtakunnallisesta kriisipuhelimesta (Työpaikkaväkivallan ehkäisy ja kohtaaminen – toimintamalli työpaikkaväkivallan uhan torjumiseksi ja kohtaamisen hallitsemiseksi HUS:ssa 2004, 16). Peijaksen sairaalassa on ollut mahdollisuus käyttää työterveyshuollon ollessa suljettuna myös yleissairaalapsykiatrian työryhmän asiantuntemusta (S. Puumi, henkilökohtainen tiedonanto 23.10.2006). Jorvissa työskentelevän työterveyshoitaja Heljä Toivasen mukaan työterveyshuollon ollessa kiinni hoitoyksikkö on useasti pitänyt omatoimisesti

heti tapahtuneen jälkeen defusing-istunnon (välitön purku), ja osastonhoitaja on ottanut yhteyttä työterveysasemaan sen auettua. Tässä yhteydessä on sovittu debriefing-istunnon (jälkipuinti) järjestämisestä. Työterveyshuollolle ei kuitenkaan ole tarkemmin ilmoitettu muiden palveluiden tahojen käytöstä, mutta Toivanen uskoo, että esimerkiksi päivystyksessä niitä on voitu hyödyntää. (H. Toivanen, henkilökohtainen tiedonanto 16.1.2007.) Käytännössä työterveyshuollon tai esimerkiksi päivystävien sosiaalipalvelujen puoleen on käännytty vain erittäin vakavissa väkivaltatilanteissa. Työsuojeluvaltuutettu Susanna Puumin (henkilökohtainen tiedonanto 23.10.2006) mukaan perussääntönä on kuitenkin pidetty sitä, ”että jokainen väkivaltatilanne täytyy käsitellä vähintään työyhteisötasolla”.

6 TUTKIMUSONGELMAT JA ALAKYSYMYKSET

Tässä tutkimuksessa on ollut tarkoitus selvittää Jorvin ja Peijaksen sairaaloissa ja niiden erityyppisten toimintojen yhteydessä esiintyvän väkivallan yleisyyttä ja sen vaikutusta hoitohenkilökunnan työturvallisuuteen. Tarkoituksena on ollut myös nostaa esille väkivaltatilanteiden syntyyn mahdollisesti vaikuttavia tekijöitä. Tutkimuksessa on lisäksi kartoitettu, miten väkivaltaa on pyritty sairaaloissa ennaltaehkäisemään, sekä pyritty antamaan kehitysehdotuksia sairaaloissa toimivan henkilökunnan työturvallisuuden lisäämiseksi.

Tutkimus perustuu pääosin väkivalta- ja uhkatilanteista täytettyihin tapahtumaraportteihin ja niiden tilastolliseen ja laadulliseen tulkintaan, eikä näin ollen anna kovinkaan kattavaa kuvaa siitä, millaisena hoitohenkilökunta oman työturvallisuutensa kokee. Kuitenkin myös väkivallan ja väkivallan uhan aiheuttamiin henkisiin vammoihin on pyritty kiinnittämään huomiota. Tässä tutkimuksessa työpaikkaväkivalta on ymmärretty laajasti siten, että siihen kuuluu fyysisen väkivallan ohella myös esimerkiksi hoitohenkilöstöön kohdistuva sanallinen uhkailu ja nimittely. Tämän tutkimuksen tutkimusongelmat ja niiden alakysymykset ovat seuraavat:

- Millaisen uhkan väkivalta muodostaa hoitohenkilökunnan työturvallisuudelle?
 - o Kuinka paljon väkivaltaa esiintyy sairaaloiden erityyppisissä toiminnoissa?
 - o Kuinka vakavaa esiintyvä väkivalta on ja minkä tyyppisiä seurauksia se aiheuttaa hoitohenkilökunnalle?
 - o Mitkä tekijät vaikuttavat potilaiden aggressiivisen käyttäytymisen esiintymiseen?
- Kuinka hyvin hoitohenkilökunnan työturvallisuus on pyritty takaamaan

väkivallan osalta?

- Millaista koulutusta henkilökunnalle annetaan väkivaltatilanteisiin liittyen?
- Onko henkilökunnalla käytössään selkeät toimintaohjeistukset väkivaltatilanteisiin liittyen?
- Miten väkivallan uhka on otettu huomioon sairaaloiden tilaratkaisuja suunniteltaessa?
- Millaiset mahdollisuudet hoitohenkilökunnalla on saada apua väkivaltatilanteessa?
- Miten väkivalta- ja uhkatilanteiden henkinen jälkihoito on järjestetty?
- Miten hoitohenkilökunnan työturvallisuutta voitaisiin työpaikkaväkivallan osalta jatkossa kehittää?
 - Mihin tekijöihin väkivaltaan varautumisessa tulisi kiinnittää huomiota hoitohenkilökunnan mielestä?
 - Miten hoitohenkilökunnan työturvallisuutta on aiottu sairaaloissa tulevaisuudessa kehittää?

7 TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN SUORITTAMINEN

Tässä tutkimuksessa esiintyy tyypillisiä piirteitä useammasta tutkimusstrategiaryhmästä. Opinnäytetyö muistuttaa tietyiltä osin survey-tutkimusta, sillä tietoa on kerätty standardoidussa muodossa joukolta ihmisiä, ja tämän aineiston pohjalta avulla pyritään kuvailemaan, vertailemaan ja selittämään ilmiöitä. Toisaalta tutkimus on strategiselta tyypiltään lähempänä tapaustutkimusta. Tutkimuksen kohteena on kaksi työyhteisöä, joista on valittu tutkittavaksi joukko toisiinsa suhteessa olevia tapauksia. Tässä tutkimuksessa tämä käytännössä tarkoittaa kohdeorganisaatioissa vuosina 2003–2005 sattuneita väkivalta- ja uhkatilanteita. Tutkimuksen aihepiiriin liittyviä yksittäistapauksia tutkitaan yhteydessä ympäristöönsä. Aineistoa myös kerätään useita metodeja käyttäen. (Ks. Hirsjärvi 2003, 122–123; Järvinen & Järvinen 2000, 78.) Koska kyseessä on soveltava tutkimus, tavoitteena on kuitenkin paitsi väkivaltaan liittyvien ilmiöiden kuvailu, myös työyhteisön toimintatapojen ja hoitohenkilöstön työturvallisuuden kehittäminen.

7.1 Tutkimusmenetelmät

Tutkimusprosessi koostuu useasta osa-alueesta. Tutkimuksella täytyy ensinnäkin olla aihe ja yksi tai useampia tutkimusongelmia. Tutkimuksen ytimeksi täytyy koota teorian tietoa, jota hyödyntäen voidaan tuottaa uutta tietoa tai jäsentää jo olemassa

olevaa tietoa uutuusarvoa tuottavalla tavalla. Teoriatiedon lisäksi tutkimusprosessissa tarvitaan tutkimusstrategiaa. Hirsjärven, Remeksen ja Sajavaaran (2003) mukaan tutkimusstrategia tarkoittaa niiden menetelmällisten ratkaisujen muodostamaa kokonaisuutta, joita tutkija tutkimusprosessin aikana tekee. Tutkimusmenetelmät tai menetelmät ovat osa tutkimusstrategiaa. (Hirsjärvi ym. 2003, 120.) Keskeisimpinä menetelminä tässä tutkimuksessa on **arkistomateriaalin** (sairaaloiden tapahtumaraportit vuosilta 2003–2005) **käyttö** sekä näiden dokumenttien muodostamaa tietopohjaa tukeva **kysely** hoitohenkilökunnalle.

Normaalisti tutkijat keräävät tutkimusta varten oman havaintoaineistonsa. Jos kuitenkin tutkimusongelman joihinkin osiin voi saada vastauksen jo valmiiden aineistojen pohjalta, jokaisen ongelman ratkaisemiseksi ei kannata kerätä itse aineistoa alusta alkaen. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2003, 173.) Tutkimuksen metodivalintoja onkin ohjannut sekä valmis aineisto että tarve saada valmiita aineistoja tukevaa materiaalia. Moniin tässä tutkimuksessa esitettyihin kysymyksiin on voitu saada vastaus tutkimuksen kohteena olevissa organisaatioissa kerätyistä tapahtumaraporteista, joten olisi ollut turha ryhtyä keräämään näihin asioihin liittyvää uutta empiristä aineistoa. Jotta valmista aineistoa voitiin käyttää, oli kohdeorganisaatioista kuitenkin anottava tutkimusluvut (liitteet 2 ja 3).

Sairaaloilta saamiemme lomakkeiden käsittelyssä on ollut perusteltua käyttää tilastollisia analysointimenetelmiä. Toisaalta lomakkeissa on myös niin sanottuja avoimia kenttiä, joihin on vastattu sanallisesti. Näiden kenttien käsittelyssä ovat puolestaan kvalitatiiviset menetelmät tulleet kyseeseen. Kvantitatiivisuus ja kvalitatiivisuus eivät ole toisensa pois sulkevia lähestymistapoja, vaan ne voidaan nähdä toisiaan tukevina tutkimusmenetelminä (Hirsjärvi ym. 2003, 125–126). Tapahtumaraporttien muodostaman aineiston tukena tässä tutkimuksessa on käytetty hoitohenkilökunnalle suunnattua strukturoitua kyselyä.

Aineiston keruuseen liittyvät menetelmälliset valinnat on tehtävä huolellisesti, mutta tutkimuksen ydinasia on kerätyn aineiston analyysi, tulkinta ja näiden pohjalta tehtävät johtopäätökset (Hirsjärvi ym. 2003, 207). Tämän tutkimuksen keskeisimmän tutkimusaineiston, tapahtumaraporttilomakkeiden käsittelyssä ja analysoinnissa olemme pyrkineet sekä kuvailemaan työpaikkaväkivaltailmiötä että etsimään selityksiä vaaratilanteisiin tutkimukseen valituissa sairaaloissa. Tutkimuksen kuvailevuus ilmenee erityisesti lomakkeista saamamme tiedon kohdalla. Vaaratilanteiden kirjaamisen myötä syntynyttä aineistoa on käsitelty ja analysoitu erilaisten kuvaajien muodossa, joiden avulla on pyritty saamaan kokonaiskäsitys sairaaloiden vaaratilanteista sekä

osastokohtaisista erityispiirteistä ja eroista. Tilastoja käsiteltäessä täytyy tietysti muistaa niin sanotut piilotapahtumat eli se tosiasia, etteivät kaikki tapahtumat päädy tilastoihin. Piilotapahtumien määrän selvittämistä olisi jatkossa syytä harkita, jotta niiden aiheuttama tilastollinen vääristymä voitaisiin ottaa paremmin huomioon. Toisaalta olemme pyrkineet selvittämään myös väkivaltilanteiden aiheuttamia vaikutuksia ja ennen kaikkea syitä, jotta pystyisimme tuottamaan perusteltuja kehitysehdotuksia työturvallisuuden parantamiseksi.

Hoitohenkilökunnalle suunnatun kyselyn (liite 4) avulla olemme pyrkineet etsimään vastauksia erityisesti kahteen jälkimmäiseen tutkimusongelmaan. Tapahtumaraportit kertovat objektiivisemmin sattuneista väkivalta- ja uhkatilanteista, kun taas kyselyn avulla on saatu tietoa hoitohenkilökunnan asenteista, käsityksistä ja mielipiteistä. Kuitenkin myös tapahtumaraporteissa esiintyvät näkemykset on pyritty ottamaan huomioon aineistoa käsiteltäessä. Kysely muodostuu pääasiassa strukturoiduista asteikkoihin eli skaaloihin perustuvista kysymyksistä, mutta siinä on myös avoimia kysymyksiä (Hirsjärvi ym. 2003, 185–187). Lomakkeen avulla tavoitteenamme on ollut selvittää hoitohenkilökunnan näkemyksiä työturvallisuutta uhkaavista tekijöistä sekä työturvallisuuden tasosta työpaikalla. Henkilökunnan mielipiteiden pohjalta on ollut helpompaa antaa tarpeellisia kehitysehdotuksia työturvallisuuteen liittyen. Taustamuuttujina kyselyssä tiedusteltiin vastaajan sukupuolta sekä terveydenhoitoalan työkokemuksen määrää.

Strukturoiduissa kysymyksissä olemme käyttäneet Likertin asteikkoa, joka tässä tapauksessa on 6-portainen (Hirsjärvi ym. 2003, 187). Asteikon vastausvaihtoehdot vaihtelevat kysymysten luonteen mukaan. Pääasiallisena tavoitteenamme oli tehdä lomake, jonka täyttäminen on helppoa ja väärinkäsityksen mahdollisuus on minimoitu. Lomakkeen tuli myös tuottaa riittävä määrä tavoiteltua tietoa. Käytännössä edellä mainitut tavoitteet toteutuivat tekemällä lomakkeesta selkeä sekä kieleltään että asettelultaan. Vastaajien motivoimiseksi sekä tutkimuksen taustan selvittämiseksi laadimme myös kyselylomakkeen yhteydessä jaettavan saatekirjeen, joka jaettiin osastoille kyselylomakkeiden mukana. Lomakkeen jakelu sairaaloissa toteutettiin toimittamalla lomakkeet ensin kaikille osastonhoitajille, joiden tehtävänä oli huolehtia jakelusta omalla osastollaan. Tavoitteelliseksi vastausprosentiksi asetettiin 30 %.

Kyselyn avulla saadaan selville mitä henkilöt ajattelevat, tuntevat ja uskovat, mutta kyselyn tulokset eivät kerro, toimivatko ihmiset niin kuin he sanovat toimivansa. Niinpä edellä mainituilla menetelmillä kerätyn aineiston tukemiseksi tutkimuksessa oli tarkoitus käyttää menetelmänä myös havainnointia. Havainnoinnin avulla voidaan saada

välitöntä tietoa yksilöiden ja organisaation toiminnasta ja käyttäytymisestä. (Hirsjärvi ym. 2003, 199–200.) Havainnointi piti toteuttaa osallistuvana havainnointina, ja sen oli tarkoitus liittyä erityisesti sairaaloissa järjestettäviin turvallisuuskoulutuksiin. Koska toinen opinnäytetyön tekijöistä alkoi työskennellä tutkimuksen aikana Jorvin sairaalassa turvallisuuskoulutusten parissa, tutkimusmenetelmän käyttö jätettiin riittävän objektiivisuuden säilyttämiseksi vähemmälle huomiolle.

7.2 Tutkimuksen kohderyhmä

Tutkimuksessa on selvitetty hoitohenkilökunnan kohtaamaan työpaikkaväkivaltaan liittyviä ilmiöitä Jorvin ja Peijaksen sairaaloissa. Tapahtumaraporttien tulkitsemisen osalta tarkempana kohderyhmänä ovat olleet työpaikkaväkivaltilanteita raportoineet sairaalan työntekijät sekä raportteihin kirjattujen tietojen perusteella väkivalta- ja uhkatilanteissa aggressiivisesti käyttäytyneet tahot. On huomattava, että lievemmat väkivalta- ja uhkailutilanteet jäivät usein raportoimatta, joten käytössä oleva aineisto kattaa vain osan todellisten työpaikkaväkivaltatapahtumien määrästä.

Hoitohenkilökunnalle suunnatussa kyselyssä kohderyhmä on pyritty valitsemaan määrällisesti ja laadullisesti siten, että Jorvin ja Peijaksen sairaaloista saatavat vastaukset olisivat suhteellisen vertailukelpoisia. Käytännössä kyselyn kohderyhmänä ovat olleet kirurgian, sisätautien ja akuuttipsykiatrian vuodeosastojen sekä päivystysalueiden hoitohenkilökunta.

7.3 Aikataulu

Tämä opinnäytetyönä toteutettava tutkimus käynnistyi varsinaisesti syksyllä 2005 GY8102 Opinnäytetyöprosessi -opintojakson merkeissä, jonka myötä aloitettiin teoreettisen viitekehyksen rakentaminen ja opinnäytetyölle osoitettiin myös ohjaaja. Aiheen alustava kypsyttely alkoi jo muutamaa kuukautta aiemmin toisen tutkijan Jorvin sairaalassa suorittaman työharjoittelun aikana. Opinnäytetyösuunnitelma saatettiin valmiiksi helmikuussa 2006, jonka jälkeen vuoroon tuli suunnitteluseminaariin osallistuminen ja tutkimuslupien anominen tutkimuksen kohteena olevilta sairaaloilta.

Tutkimuslupien (liitteet 2 ja 3) myöntämisen jälkeen alkoi varsinainen tutkimuksen toteutus, joka käynnistyi aloittamalla tapahtumaraporttien muodostaman laajan aineiston läpikäyminen ja analysointi sekä toteuttamalla edellä mainittua aineistoa tukeva kysely. Kyselyt suoritettiin huhti-toukokuussa 2006. Koska tutkimuksessa on hyödynnetty pääsääntöisesti jo olemassa olevaa väkivalta- ja

uhkatilanneraporttimateriaalia, toteutusvaiheen ajalliset resurssit vapautuivat paremmin empiirisen aineiston keräämisen sijaan sen tutkimiseen, kehittämisehdotusten pohtimiseen sekä raportin kirjoittamiseen. Suurin työ tutkimuksen laadinnassa liittyi aineiston järjestämiseen tiedon analysointia varten. Tutkimusraportti viimeisteltiin lopulliseen muotoonsa alkuvuodesta 2007 ja painokuntoon se on saatettu helmikuun aikana. Tutkimus esitettiin arvioivassa seminaarissa helmikuussa 2007.

7.4 Tutkimusaineiston analysointi

Tapahtumaraporttilomake on laadittu erityisesti väkivaltatilanteita silmällä pitäen, mutta sillä voidaan raportoida myös muuntyyppisistä uhkatilanteista. Koska kaikkia fyysistä väkivaltaa tai uhkailua sisältäneitä tilanteita ei ole raporteissa luokiteltu yksiselitteisesti väkivaltatilanteiksi, tutkimuksessa on käsitelty kaikki vuosina 2003–2005 laaditut raportit huolimatta siitä, onko tilanne todellisuudessa sisältänyt aggressiivista käyttäytymistä vai ei. Muuntyyppisten tapahtumien vähäisen määrän vuoksi niillä ei kuitenkaan ole mainittavaa vaikutusta tutkimuksessa esitettyihin tuloksiin. Sekä tapahtumaraporteista että kyselyvastauksista koostuvat tutkimusaineistot järjestettiin helposti käsiteltävään muotoon ja analysoitiin Excel-ohjelman avulla.

Tapahtumaraporttien muodostamasta kvantitatiivisesta tutkimusaineistosta on muun muassa selvitetty tilastollisia keskilukuja, joista yleisimmät ovat keskiarvo, moodi ja mediaani. Erityisesti väkivaltatilanteiden luokitteluarvon moodi on ollut mielenkiinnon kohteena. Moodin avulla pystytään kohdistamaan kehitysehdotukset juuri oikeanlaisten tilanteiden käsittelyyn. (Heikkilä 1998, 90.) Osastolla annettavan hoidon luonne vaikuttaa potilaiden aggressiivisuuteen, mutta tutkimuksessa on selvitetty myös väkivaltatilanteiden riippuvuutta kellon-, viikon- ja vuodenajasta. Lisäksi aineiston avulla on pyritty karkealla tasolla analysoimaan potilaan fyysisen tai psyykkisen tilan vaikutuksia hänen aggressiivisuuteensa.

Tapahtumaraporteista on laskettu ensiksi kaikenlaisten tapausten kokonaismäärät vuosittain osaston toiminnan mukaan jaoteltuna. Lisäksi tapahtumaraporttilomakkeiden monivalintakohdista on selvitetty erityyppisten tapausten lukumäärät, muun muassa väkivaltaisesti käyttäytyneiden tahojen, väkivallan kohteiden, aggressioluokan sekä paikalle kutsuttujen tahojen osalta. Suoria jakaumia on tarkasteltu sekä lukumääräisesti että prosentuaalisesti. Väkivalta- tai uhkatilanteiden jakaantumista on esitetty taulukkoina ja kuvaajina, joista moodi on helppo todeta. Välillä moodi on ilmoitettu myös kirjallisesti. Keskiarvoja on puolestaan laskettu kyselyaineiston

numeerisesta osasta. Kyselyn numeeristen vastausten keskiarvot on esitetty taulukkoina, joihin liittyviä keskeisimpiä havaintoja on avattu tekstissä.

Tilastollisten keskilukujen selvittämisen lisäksi tutkimuksessa käytettiin ristiintaulukointia ja korrelaatiota. Metsämuurosen (2002, 31) mukaan ristiintaulukointi on alkeellisin keino pyrittäessä havaitsemaan kahden muuttujan välinen yhteys. Esimerkiksi ristiintaulukoimalla väkivalta- ja uhkatilanteiden vuorokaudenajan ja vastaavasti tilanteen aggressioluokituksen saimme selville, milloin sattuu eniten vakavia tilanteita. Tämä tieto auttoi osaltaan sopivien kehitysehdotusten löytämisessä. Ristiintaulukointia on käytetty myös kyselyaineiston analysoinnissa luokittelemalla saatuja vastauskeskiarvoja osastotyyppin sekä akuuttipsykiatrian vuodeosastojen osalta myös sukupuolen perusteella. Sisätautien ja kirurgian vuodeosastojen sekä päivystyksen osalta tuloksia ei sen sijaan voitu miesvastaajien pienestä määrästä johtuen ristiintaulukoida. Tuloksissa on tuotu esiin suurimpia psykiatristen osastojen tuloksissa havaittavia sukupuoleen liittyviä poikkeamia, mutta yleisesti ottaen mies- ja naishoitajien vastaukset olivat kaikilta osin suhteellisen lähellä toisiaan. On kuitenkin huomattava, että kohtalaisen pienestä otoskoosta johtuen sukupuolten välisistä eroavaisuuksista ei voida kaikissa tapauksissa tehdä pitkälle meneviä johtopäätöksiä.

Korrelaation avulla tutkittiin, esiintyykö hoitohenkilökunnan työkokemuksen ja kyselyn monivalintakysymyksiin saatujen vastausten välillä riippuvuutta. Yleisesti kahden mitattavan muuttujan välistä riippuvuutta voidaan selvittää muun muassa Pearsonin korrelaatiokertoimen tai tulomomenttikertoimen avulla (Heikkilä 1998, 90). Kahden muuttujan välillä on täydellinen riippuvuus, mikäli korrelaatiokerroin on lähellä yhtä tai miinus yhtä. Korrelaatiokertoimen neliö (r^2) on niin sanottu selitysaste, joka kertoo kuinka suuren osan selittävä muuttuja (x) selittää selitettävän muuttujan (y) vaihteluista. (Heikkilä 1998, 92.) Erityisen vahvaa työkokemuksen määrään liittyvää riippuvuutta ei minkään kysymyksen osalta voitu havaita, mutta tutkimuksessa on esitetty kaikki havaitut tapaukset, joissa on todettu olevan kyse ainakin kohtuullisesta riippuvuudesta. Korrelaatiokertoimen arvoa voidaan pitää kohtuullisena tai melko korkeana, jos se vaihtelee välillä 0,40–0,60 (esim. Metsämuuronen 2002, 43). Korrelaation merkitsevyys on kaikissa esille tuoduissa tapauksissa varmistettu testisuureen avulla (virhepäätelmän mahdollisuus korkeintaan 5 %).

Sekä kysely että tapahtumaraportit tuottivat numeerisen tiedon lisäksi myös laadullista dataa. Kyselyn avoimet kohdat antoivat lisätietoa siitä, miten työnantaja on varautunut työpaikkaväkivaltaan hoitohenkilökunnan mielestä ja minkä tyyppisen turvallisuuskoulutuksen hoitajat kokevat kaikkein hyödyllisimmäksi.

Tapahtumaraporttien avoimet kentät puolestaan kertoivat monivalintakohdista saatuihin tietoihin verrattuna huomattavasti enemmän esimerkiksi väkivaltatilanteiden todellisesta luonteesta, hoitohenkilökunnan toiminnasta sekä väkivallan seurauksena syntyneistä vammoista. Alasuutari (1999) toteaa, että laadullisen aineiston analyysi koostuu yleisesti ottaen kahdesta toisiinsa nivoutuvasta vaiheesta, havaintojen pelkistämisestä sekä arvoituksen ratkaisemisesta, jota voidaan kutsua myös tulosten tulkinnaksi. Pelkistämiseen kuuluu kaksi eri osaa, jotka ovat aineiston tarkastelu tietystä teoreettis-metodologisesta, kysymyksenasettelun kannalta olennaisesta näkökulmasta sekä havaintomäärän karsiminen niiden yhdistämisen kautta. Arvoituksen ratkaiseminen puolestaan merkitsee merkitystulkintojen tekemistä tuotettujen johtolankojen ja käytettävissä olevien vihjeiden pohjalta. (Alasuutari 1999, 39–44.)

Laadullisen tutkimuksen ydin on juuri merkitystulkintojen tekeminen, mutta laadullinen tutkimus voi sisältää kvantitatiivisiakin osatarkasteluja (Alasuutari 1999, 53). Tässä tutkimuksessa laadullistakin aineistoa lähestyttiin erityisesti tilastollisesta näkökulmasta tuottamalla aineiston pohjalta tutkimusongelman kannalta oleellista numeerista tietoa taulukkomuotoon. Tältä osin aineistoa ei kuitenkaan laajemmin tutkittu kvantitatiivisia analysointimenetelmiä käyttäen, eikä näin ollen esimerkiksi työkokemuksen tai sukupuolen vaikutusta kyselyssä annettuihin vastauksiin pyritty selvittämään. Tilastomuotoon pelkistettyjen tulosten tukena tutkimuksessa on esitetty esimerkkitapauksia erilaisten varianttityyppien edustajista.

8 TUTKIMUKSEN TULOKSET

Tässä luvussa käsitellään eri tutkimusmenetelmillä kerättyä tietoa väkivalta- ja uhkatilanteista ja niihin varautumisesta sekä hoitohenkilökunnan työssään kokemasta turvallisuuden tunteesta. Tapahtumaraporteista ja kyselyn vastauksista saatuja tuloksia käsitellään limittäin aihealueittain jaoteltuna, jotta lukijan olisi helpompi muodostaa kokonaiskuva yksittäisistä aihekokonaisuuksista. Tuloksia tarkasteltaessa on kuitenkin huomioitava, että tapahtumaraporteista saadut tiedot ainakin periaatteellisella tasolla kuvaavat tosiasioita, kun taas kyselyn vastauksissa on kyse hoitajien käsityksistä ja kokemuksista. Jorvin ja Peijaksen sairaaloita koskevat tutkimuksen tulokset on esitetty sairaalakohtaisesti erillään toisistaan, jotta yksittäisen sairaalan on helpompi hyödyntää tietoa kehittäessään henkilöstön työturvallisuutta.

Aluksi käydään läpi erilaisten raportoitujen väkivalta- ja uhkatilanteiden yleisyyttä sairaaloiden eri toiminnoissa ja eri ajankohtina sekä tarkastellaan joitakin

aggressiivisen käyttäytymisen esiintymiseen mahdollisesti vaikuttavia tekijöitä. Tämän jälkeen luodaan katsaus sairaaloissa fyysisestä ja henkisestä väkivallasta aiheutuneisiin seurauksiin sekä henkilökunnan toimintaan väkivalta- ja uhkatilanteissa tapahtumaraporteista saatujen tietojen perusteella. Lopuksi käydään läpi kyselyn pohjalta läpi hoitohenkilökunnan näkemyksiä väkivaltatilanteisiin varautumisesta.

8.1 Jorvin sairaala

Väkivalta- ja uhkatilanteista ilmoittamiseen on Jorvin sairaalassa käytetty pääasiassa vuonna 2002 käyttöön otettua HUS:n yhteistä tapahtumaraporttilomaketta (liite 1), mutta erityisesti vuoden 2003 osalta ennen uuden raportointikäytännön vakiintumista ilmoituksia tehtiin jonkin verran myös Jorvissa aiemmin käytössä olleella ”väkivalta-/vaara-/vahinkoilmoitus” -lomakkeella. Lisäksi kolmessa tapauksessa väkivaltatilanteesta ilmoitettiin kyseisen tulosyksikön omalla lomakemallilla.

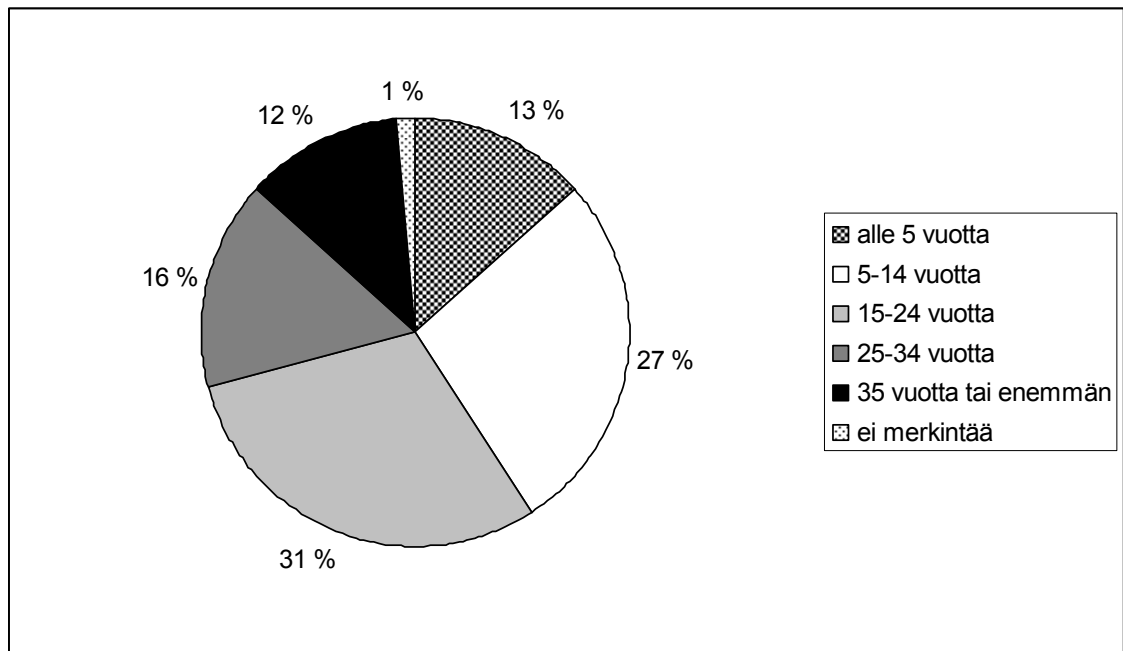
Tutkimusaineiston yhtenäistämiseksi ja tilastollisten vääristymien estämiseksi vanhoilla lomakemalleilla ilmoitetut tiedot on aineiston analysoinnin yhteydessä muunnettu HUS:n tapahtumaraporttilomaketta vastaavaksi.

TAULUKKO 1. Hoitohenkilökunnalle suunnattuun kyselyyn saatujen vastausten lukumäärät (kpl) toimialueen ja sukupuolen mukaan Jorvin sairaalassa (ilmoitettu vahvuus sulkeissa).

	Sisätaudit	Kirurgia	Psykiatria	Päivystys	Yhteensä
naisia	36	43	34	18	131
miehiä	1	2	18	2	23
ei merkintää	2	1	0	0	3
Yhteensä:	39 (72)	46 (82)	52 (76)	20 (80)	157

Hoitohenkilökunnalle suunnattuun kyselyyn saatiin Jorvin sairaalassa kaikkiaan 157 vastausta. Kyselyyn saatujen vastausten määrät ilmenevät toimialueittain taulukosta 1. Lukumäärä vastaa osastonhoitajien ilmoittamaan hoitohenkilökunnan vahvuuteen ($\Sigma = 310$) nähden 51 % kyselyn koko kohderyhmästä, mitä voidaan pitää varsin hyvänä vastausprosenttina. Prosentuaalisesti aktiivisimpia vastaamaan olivat aikuispsykiatriassa työskentelevät hoitajat, kun taas suhteellisesti vähiten vastauksia saatiin päivystysalueen hoitohenkilökunnalta. Kuitenkin myös päivystyksen osalta vastausmäärässä päästiin lähelle asetettua 30 % tavoitetta. Päivystyksen muita

kohderyhmiä alhaisempi vastausmäärää selittää päivystysalueen toiminnan luonteesta ja suuresta henkilöstömäärästä johtuva vastaajien vaikeampi tavoitettavuus.



KUVIO 3. Kyselyn vastaajien jakautuminen hoitoalan työkokemuksen pituuden mukaisesti Jorvin sairaalassa (N = 157).

Terveydenhoitoalan työkokemuksen osalta vastaajat jakautuvat suhteellisen tasaisesti eri ryhmien välillä. Prosentuaalisesti suurin ryhmä koostuu hoitajista, joilla hoitoalan työkokemusta on ehtinyt kertyä 25–34 vuotta. Alle 5 vuoden työkokemuksen omaavaa, pääosin nuorta hoitohenkilökuntaa vastasi kyselyyn lähes saman verran kuin erittäin kokeneita, yli 35 vuoden työkokemuksen omaavia hoitajia. Kyselyn vastaajien jakautuminen työkokemuksen mukaan on esitetty kuviossa 3.

8.1.1 Väkivalta- ja uhkatilanteiden yleisyys

Hyks, Jorvin sairaalassa ja sen etäosastoilla tehtiin vuosina 2003–2005 yhteensä 569 ilmoitusta väkivaltilanteesta tai muusta poikkeavasta tapahtumasta. Kaikkia uhkaavassa tilanteessa mukana olleita on ohjeistettu laatimaan raportti tapahtuneesta, joten tehtyjen ilmoitusten määrä on lukumääräisesti suurempi kuin todellisten tilanteiden määrä. Tutkimusajanjaksona raporttien määrä oli Jorvissa 14 % suurempi kuin todellisten raportoitujen tapausten määrä (keskimäärin 1,14 raporttia / tilanne).

Laaditut tapahtumaraportit koskivat sekä Jorvissa että Peijaksessa odotetusti pääosin työssä sattuneita tilanteita; tutkimusajanjaksona Jorvin sairaalan henkilökunta oli raportoinut vain yhdestä työmatkalla ja yhdestä työajan ulkopuolella sattuneesta tilanteesta. Väkivalta- ja uhkatilanteiden ilmoittamisessa käytettyjen eri lomakemallien määrät ilmenevät taulukosta 2.

TAULUKKO 2. Raportoinnissa käytetyt lomakemallit Jorvin sairaalassa (N = 569).

	2003	2004	2005	Yhteensä
HUS-tapahtumaraportti	143	171	212	526
Jorvin vanha lomakemalli	35	1	4	40
Tulosityksikön oma lomakemalli	3	0	0	3
Yhteensä	181	172	216	569

Raportoituja väkivalta- ja uhkatilanteita sattui Hyks, Jorvin sairaalassa ja sen etäosastoilla vuosina 2003–2005 yhteensä 500. Vuonna 2003 raportoitiin 160 tapahtumaa ja vuonna 2004 kaikkiaan 156 tapausta. Vuonna 2005 väkivalta- ja uhkatilanteiden määrä oli edellisiä vuosia suurempi, yhteensä 184 kappaletta. Valtaosa laadituista tapahtumaraporteista on ollut hoitohenkilöstön täyttämiä. Suhteellisesti eniten väkivaltatilanteita kohtaa sairaalan turvallisuushenkilöstö, joka oli täyttänyt tapahtumaraportteja yhteensä 23 kertaa. Tämä ei kuitenkaan anna totuudenmukaista kuvaa turvallisuushenkilöstön työturvallisuudesta. Vartioinnista huolehtineet sairaalavalvojat ovat laatineet työvuorojensa tapahtumista erillisiä valvontaraportteja, ja kynnys täyttää kohdatuista väkivalta- ja uhkatilanteista tapahtumaraportti on heillä hoitohenkilöstöä suurempi. Myös turvallisuushenkilöstön ja hoitohenkilöstön valmiuksissa kohdata väkivaltaa on eroavaisuuksia, joten väkivaltatilanteiden määrää ei kannata suoraan vertailla toisiinsa.

Lukuja tarkasteltaessa on lisäksi huomioitava, että tutkimuksen rajauksesta johtuen kaikki Jorvin sairaalan kiinteistössä sattuneet uhkatilanteet eivät ole tilastoissa mukana. Esimerkiksi terveyskeskusvuodeosastoilta raportoitiin Jorvin sairaalan turvallisuusyksikölle vuosina 2003–2005 yhteensä 58 väkivalta- ja uhkatilannetta. Espoon kaupungin vastuulla olevia terveyskeskusten vuodeosastoja, Espoon sosiaali- ja kriisipäivystystä sekä Keinumäen koulua ei kuitenkaan tarkastella tässä tutkimuksessa tarkemmin.

TAULUKKO 3. Raportoidut tapahtumat jaoteltuna osaston toiminnan mukaan Jorvin sairaalassa (N = 500).

	2003	2004	2005	Yhteensä
Aikuispsykiatria	44	47	41	132
Nuorisopsykiatria	14	11	19	44
Lastenpsykiatria	20	9	55	84
Sisätaudit	15	6	15	36
Neurologia	1	6	5	12
Keuhkosairaudet	3	1	4	8
Kirurgia	16	11	9	36
Naistentaudit	1	3	2	6
Lastentaudit	4	2	0	6
Päivystys	28	33	12	73
Jorvi muut	7	14	7	28
Etäosastot	7	13	15	35
yhteensä	160	156	185	500

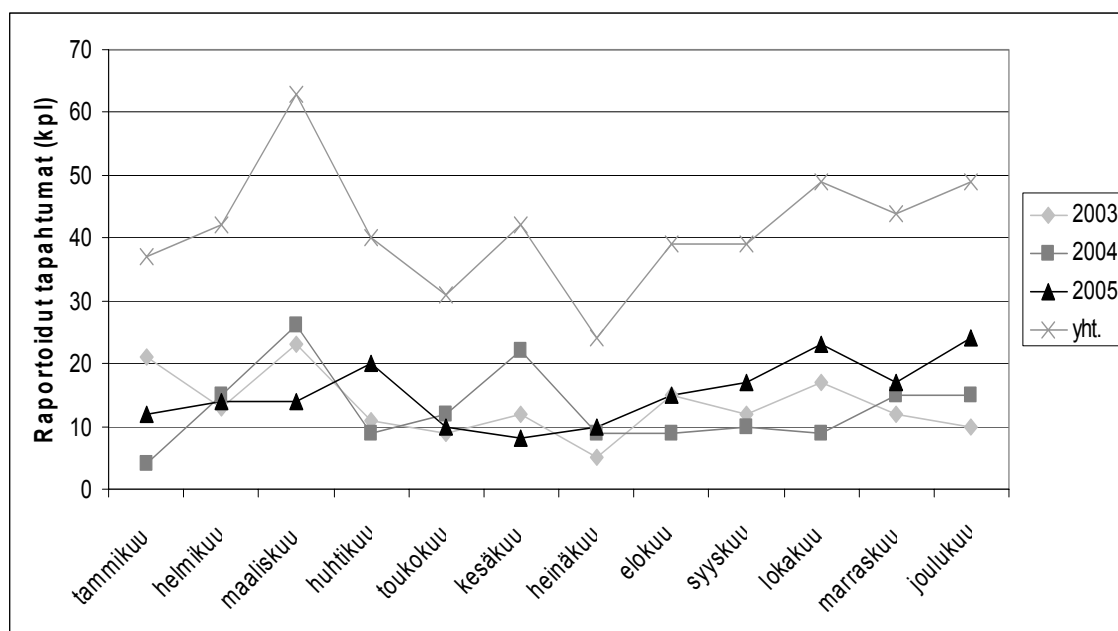
Jorvin sairaalan kiinteistössä raportoitujen tapahtumien määrät jaoteltuna osaston toiminnan mukaan käyvät ilmi taulukosta 3. Raportoitujen väkivalta- ja uhkatilanteiden kasvu on pääosin peräisin lastenpsykiatrian osastoilta, joissa ilmoitettujen tapausten määrä oli vuonna 2005 lähes nelinkertainen kahden aiemman vuoden keskiarvoon verrattuna. Normaalisti tapahtumarikkaan päivystysalueen (päivystyspoliklinikka ja päivystysosasto) kohdalla taas raportoidut uhkatilanteet ovat selkeästi vähentyneet. Verbaalinen ja lievä fyysinen väkivalta on päivystysalueella potilasaineksesta johtuen melko arkipäiväistä, joten päivystyksen osalta on havaittavissa selkeää aliraportointia. Muiden toimintojen kohdalla yhtä selkeää normaalista vaihtelusta poikkeavaa kehitystä ei ole havaittavissa.

Jorvin sairaalan kiinteistön osalta 74 % raportoiduista tapahtumista oli sattunut vuodeosastoilla, joilla toiminta on ympärivuorokautista. Polikliinisesti toimivien työpisteiden osuus kiinteistössä raportoiduista tilanteista oli 17 %. Raportoitujen tilanteiden lisääntyminen kohdistuu kokonaisuudessaan vuodeosastoihin, sillä poliklinikoiden ja muiden toimintojen kohdalla raportoitujen tapahtumien määrä on tutkimusajanjaksona vähentynyt. Taulukoista 3 ja 4 on nähtävissä, että raportoidut väkivalta- ja uhkatilanteet ovat lisääntyneet merkittävästi nimenomaan lastenpsykiatrian vuodeosastoilla.

TAULUKKO 4. Raportoitujen tapahtumien määrät osaston toiminnan mukaan Jorvin sairaalan kiinteistössä (n = 465).

	2003	2004	2005	Yhteensä
Poliklinikat	28	33	17	78
Vuodeosastot	110	92	143	345
Muut	15	18	9	42

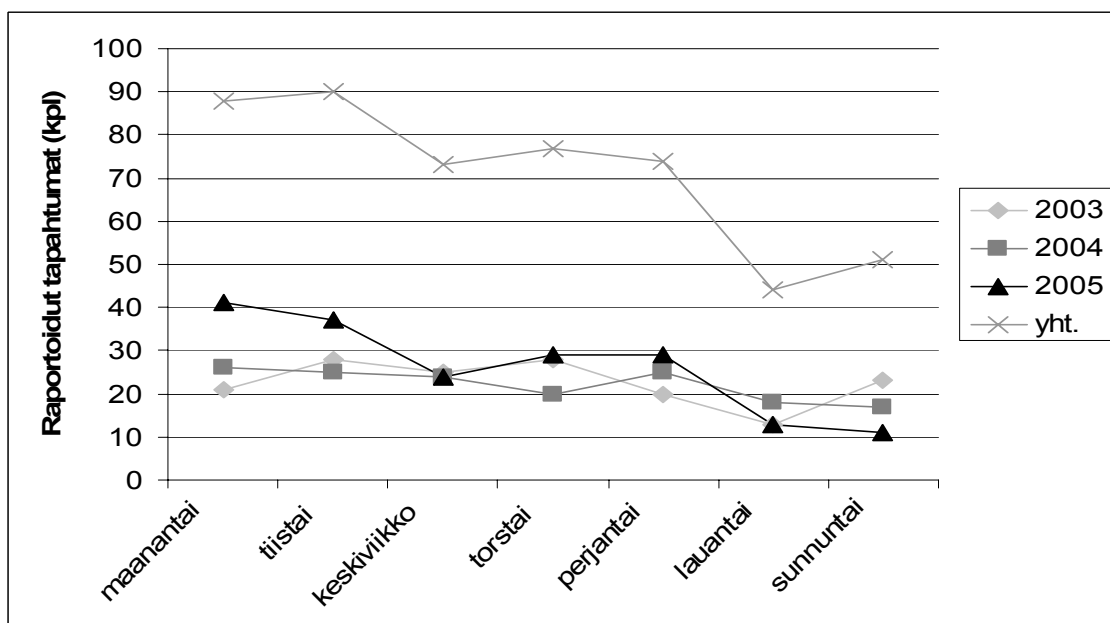
Raportoituja tilanteita on sattunut Jorvin sairaalassa keskimäärin eniten maaliskuussa. Tämä vastaa aiempien vuosien trendiä, sillä Jorvin sairaalassa on pitkään huomattu, että väkivalta- ja uhkatilanteiden esiintymisessä on selvä alkukevääseen sijoittuva piikki muihin vuodenaikoihin nähden. Raportoitujen tapahtumien vuosittainen jakautuminen eri kuukausille on esitetty kuviossa 4. Yhden tapauksen osalta tapahtumakuukausi ei käynyt ilmi tapahtumaraportista.



KUVIO 4. Raportoidut väkivalta- ja uhkatilanteet kuukausittain Jorvin sairaalassa (n = 499).

Kun raportoitujen tapahtumien jakautumista tarkastellaan viikonpäivän mukaan, voidaan havaita väkivalta- ja uhkatilanteiden määrän olevan suurin alkuviikosta ja vähenevän loppuviikkoa kohti. Lauantai ja sunnuntai ovat Jorvissa tässä suhteessa

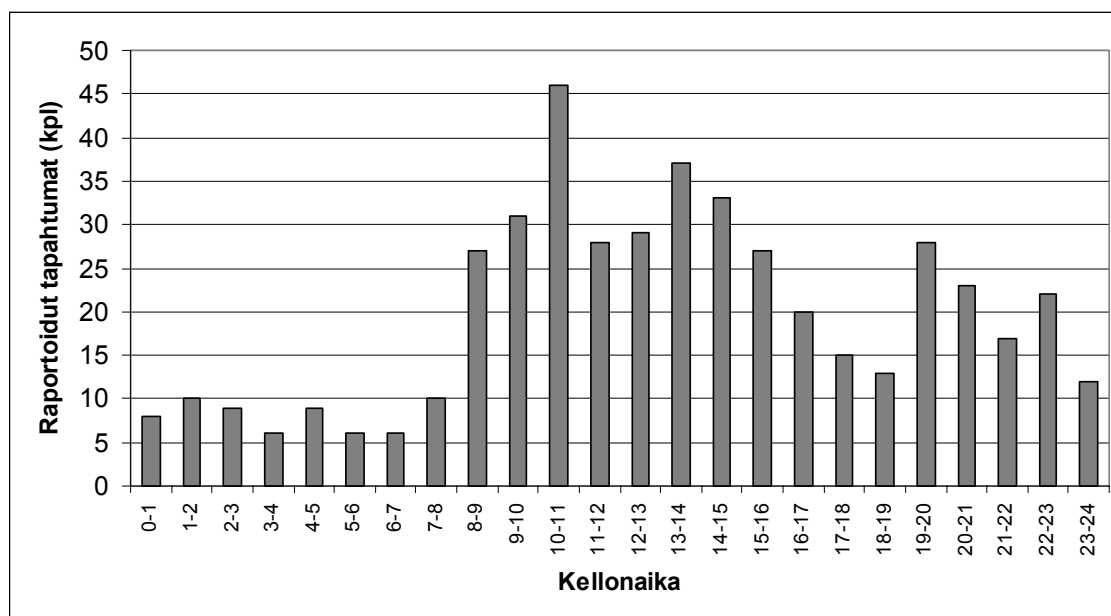
selkeästi hiljaisimmat päivät. Tilanne on luonnollinen, sillä viikonloppuisin poliklinikat ovat suljettuja päivystystä lukuun ottamatta ja sairaalassa on vähemmän henkilökuntaa ja asiakkaita arkipäiviin verrattuna. Odotusten vastaisesti viikonloppuun päivystystoiminta ei kuitenkaan tapahtumaraporttien perusteella aiheuta väkivaltilanteiden määrään minkäänlaista piikkiä Jorvin sairaalassa. Päivystysalueen hoitohenkilökunnan raportoimat tilanteet jakautuvat varsin tasaisesti eri viikonpäiville ($\bar{x} = 10$). Tämä voi kuitenkin ainakin osin selittyä Jorvin päivystysalueen alhaisella raportointiaktiivisuudella. Viikonloppuisin työtahti on usein tavallista kiireisempi, jolloin hoitajilla on tavallistakin vähemmän aikaa tapahtumaraporttien täyttämiseen. Raportoitujen tapahtumien jakautuminen viikonpäivän mukaan koko Jorvin sairaalan osalta on kuvattu kuviossa 5. Kolmessa tapauksessa viikonpäivää ei voitu selvittää päivämäärämerkinnän puuttumisen vuoksi.



KUVIO 5. Raportoidut väkivalta- ja uhkatilanteet viikonpäivän mukaan Jorvin sairaalassa (n = 497).

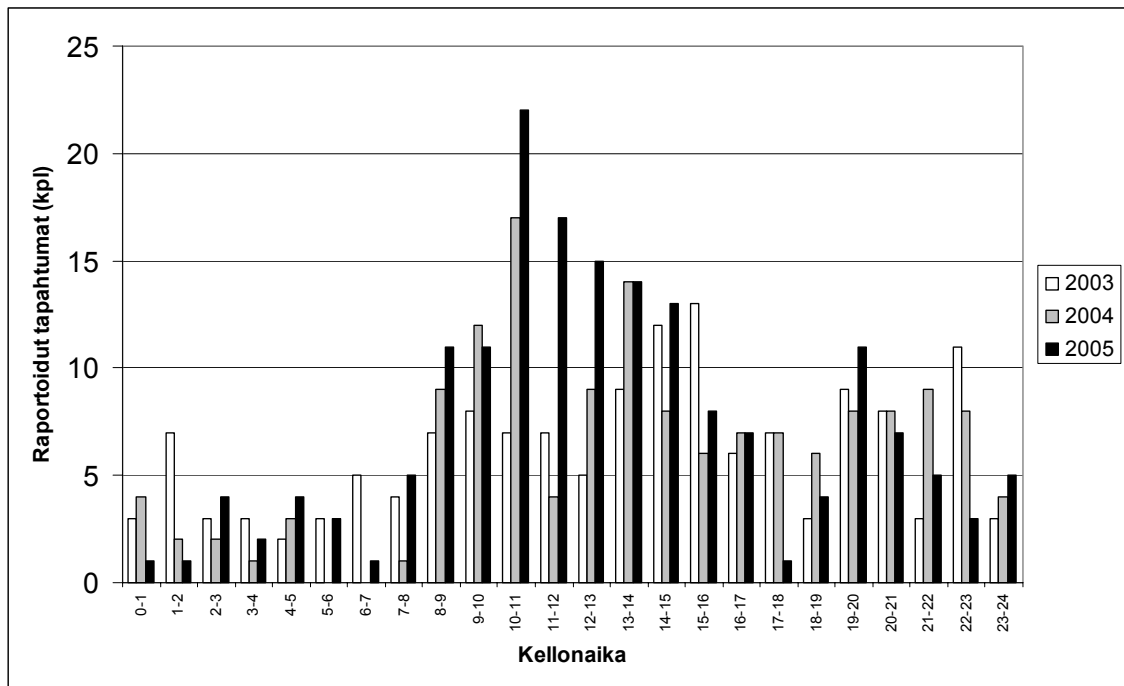
Yli puolet raportoiduista väkivalta- ja uhkatilanteista oli sattunut Jorvissa normaalina virka-aikana; eniten tapahtumia oli raportoitu kello 10 ja 11 väliltä. Virka-ajan jälkeen tilanteiden määrä väheni keskimääräisesti iltaa kohti mentäessä, mutta kello 19 jälkeen tilastoissa on nähtävissä terveyskeskuspäivystyksen alkamisesta johtuva toinen selkeä huippu. Yö on Jorvin sairaalassa tapahtumaraporttien perusteella odotetusti rauhallisinta aikaa. Kuviossa 6 on kuvattu kaikkien raportoitujen tapahtumien

jakautuminen kellonajan suhteen (jos kellonaika mainittu) koko tutkitulta ajanjaksolta. Pitkään kestäneet tilanteet on luokiteltu tapahtuman alkamisajankohdan perusteella. Tutkimusmateriaaliin sisältyi Jorvin sairaalan osalta yhteensä 28 tapahtumaa, joita koskeissa raporteissa ei ollut mainintaa tapahtuma-ajankohdasta tai ajankohtaa ei ollut voitu määrittellä tarkasti.



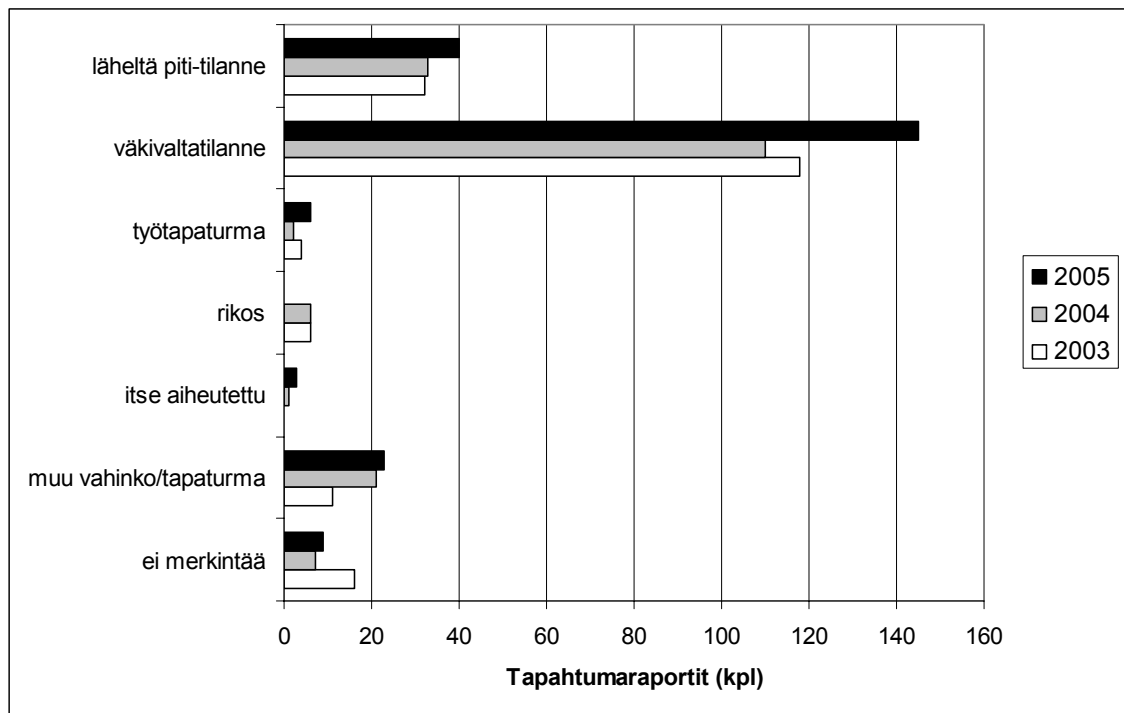
KUVIO 6. Raportoidut väkivalta- ja uhkatilanteet kellonajan mukaan Jorvin sairaalassa (n = 472).

Raportoitujen tilanteiden tapahtuma-ajankohtia tarkasteltaessa merkille pantavaa on se, että väkivalta- ja uhkatilanteiden määrän kasvu painottuu Jorvissa nimenomaan normaalille virka-ajalle. Raportoituja väkivalta- ja uhkatilanteita sattui kello 8:00–16:00 välisenä aikana vuonna 2003 68 kappaletta, seuraavana vuonna 79 kappaletta ja vuonna 2005 jo 111 kappaletta. Peijaksen sairaalasta poiketen illan ja yön osalta vastaavaa kehitystä ei ole Jorvissa nähtävissä. Raportoitujen tapahtumien jakautumista kellonajan mukaan eri vuosina on tarkasteltu kuviossa 7.



KUVIO 7. Raportoidut väkivalta- ja uhkatilanteet vuosittain kellonajan mukaan Jorvin sairaalassa (n = 472).

Tapahtumaraporttilomakkeessa on ollut kaksi monivalintakohtaa, joissa on kysytty raportoitavan tapahtuman tyyppiä. Nimensä mukaisesti tapahtumaraporttilomakkeella voidaan raportoida kaikenlaisista poikkeavista tilanteista, mutta käytännössä valtaosa raportoituista tilanteista on pitänyt sisällään fyysistä tai henkistä väkivaltaa tai väkivallan uhkaa. Lomakkeessa on erikseen vaihtoehto ”väkivaltatilanne”, mutta myös esimerkiksi ”läheltä piti” -tilanteiksi ilmoitetuista tilanteista suuri osa on käytännössä ollut luonteeltaan väkivaltatilanteita. Samoin monet henkiseksi väkivallaksi luettavat tilanteet on raportoitu ”muuna vahinkona/tapaturmana”. Suurin kasvu on kuitenkin tapahtunut juuri väkivaltatilanteina ilmoitettujen tapahtumien raportoinnissa. Tapahtumaraporttien ”Tilanne”-kohtaan tehtyjen merkintöjen määrät käyvät ilmi kuviosta 8.



KUVIO 8. Jorvin sairaalan tapahtumaraporttien tilanne-luokitus (N = 569).

Lomakkeen ”Tapahtuma on/oli” -kohdassa on kysytty tarkemmin raportoitavan tilanteen laatua. Useimmin raporteissa ilmoitettiin tapahtuman olevan joko henkilövahinko tai muu tapahtuma. Raportoitujen henkilövahinkojen suuri suhteellinen osuus kertoo siitä, että usein väkivaltatilanteessa pitää syntyä henkilövahinkoja, ennen kuin raportointikynnys ylittyy. Henkilövahingoista raportointi lisääntyi vuonna 2005 selkeästi kahteen aiempaan vuoteen verrattuna. Tapahtumien laatu kaikkien Jorvin sairaalassa vuosina 2003–2005 täytettyjen tapahtumaraporttien osalta ilmenee taulukosta 5.

TAULUKKO 5. Tapahtumaraporteissa ilmoitetut tapahtumatyypit Jorvin sairaalassa (N = 569).

	2003	2004	2005	Yhteensä
kiinteistövahinko	5	5	3	13
tietoturvan rikkominen	0	0	1	1
tulipalo	0	4	2	6
pommiuhkaus	1	0	0	1
ryöstö	0	0	0	0
varkaus	5	3	1	9
murto	1	2	0	3
tuhotyö (murhapoltto)	0	2	0	2
henkilövahinko	72	68	112	252
altistuminen	7	23	18	48
muu tapahtuma	92	73	85	250
ei merkintää	9	12	9	30

Pääasiassa väkivaltatilanteiden raportointiin suunnitellussa tapahtumaraporttilomakkeessa on kohdat, joihin merkitään tilanteen aiheuttaja ja kohde sekä heidän tilansa. Väkivalta- ja muissa uhkatilanteissa tekijäksi on odotetusti valtaosassa tutkituista tapauksista ilmoitettu potilas (90 %). Potilaiden aiheuttamat tapahtumat ovat selkeästi lisääntyneet tutkimusajanjaksona, kun taas esimerkiksi omaisten aiheuttamat tilanteet ovat pysytelleet vuosittain varsin alhaisella tasolla. Omaisten aiheuttamat tilanteet ovat tavallisimmin pitäneet sisällään vain verbaalista väkivaltaa. Seuraavassa esimerkkejä tilanteista, joissa tekijäksi on kirjattu omainen:

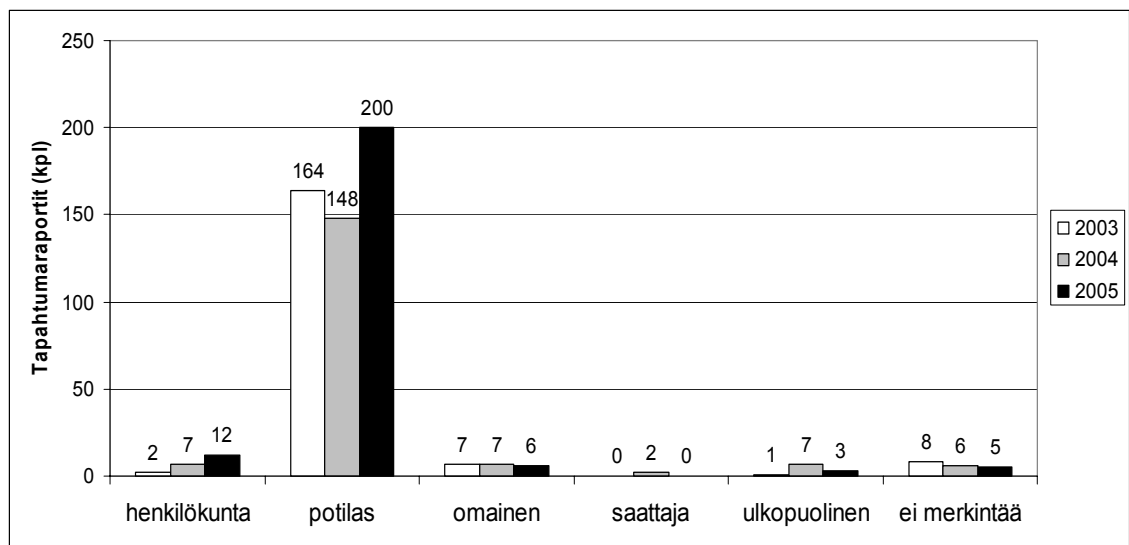
"Potilas soitti pojalleen kovasti itkuisena. Poika pyysi hoitajaa/lääkärää puhelimeen. Kun vastasin, omainen uhkasi tappaa minut + muita osastolla, koska koki, että äitiä ei hoideta/leikata ja äiti on kivulias. Rauhoittelu ei auttanut, vaan kiroilu ja alatyölin kielenkäyttö jatkui, joten suljin puhelimen. Ilmaisuja: 'Vitun huora, saatana mä tuun ja tapan.' "

"Yövuoron alussa kiersimme tervehtimässä potilaat. Kyseisen potilaan kohdalle päästyämme hänen tyttärensä rupesi haukkumaan minua ja meni henkilökohtaisuuksiin. Sanoi tavanneensa minut aikaisemminkin (itse en muista tavanneeni). Henkinen väkivalta jatkui koko potilaan päivystyksessä oloajan, vaikka vartija kävi varoittamassa heitä."

"Vainajan omaiset tulivat CCU:hun. Kättelin ja 'osanotto suruun' -ilmoittelun jälkeen poika alkoi kiroilla ja uhkailla sanoin & uhkaavasti käyttäytymään. Omainen syyllisti suullisesti, huutaen syytöksiä potilaan 'isän tappamisesta'. Uhkaileva käyttäytyminen aiheutti tunteen, että tilanne kääntyy vielä vakavammaksi. Vainajan omainen (poika) oli lisäksi juopunut."

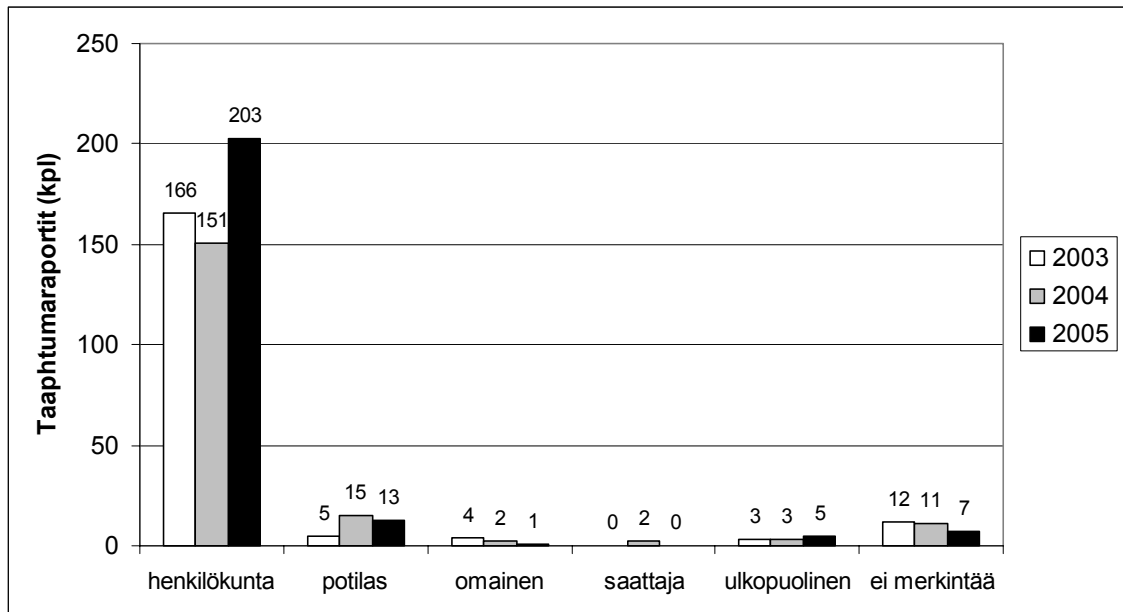
Monet sellaiset tapahtumaraportit, joissa ei ole merkintää tekijästä, koskevat esimerkiksi varkaus- tai ilkivaltatapauksia, joissa tekijän henkilöllisyys ei ole

henkilökunnalla tiedossa. Yhteensä 21 raportissa tekijäksi ilmoitettiin henkilökuntaan kuuluva henkilö, mutta käytännössä monessa tällaisessa tapauksessa tapahtumakuvauksesta on nähtävissä, että lomakkeen tekijä-kohta on täytetty virheellisesti. Useassa tapauksessa väkivallan kohteeksi joutunut, hoitotoimenpiteitä tapahtumahetkellä suorittanut hoitaja on tulkinut itsensä tapahtumassa ”tekijäksi”, vaikka tarkoituksena on, että kyseiseen kohtaan merkitään aggressiivisesti käyttäytyvä taho. Näiden lisäksi aineistoon sisältyi muutama ilmoitus sairaalan henkilökunnan keskinäisestä verbaalisesta aggressiivisuudesta. Raporteissa tekijäksi ilmoitettujen tahojen jakautuminen on esitetty kuviossa 9.



KUVIO 9. Tapahtumaraporteissa tekijäksi ilmoitetut tahot Jorvin sairaalassa (N = 569).

Odotetusti kohteena raportoiduissa väkivalta- ja uhkatilanteissa on puolestaan pääsääntöisesti ollut sairaalan henkilökunta. Vuosittain tehtiin kuitenkin myös joitakin tapahtumaraportteja koskien potilaisiin kohdistuneita tilanteita ($\bar{x} = 11$). Omaisiin, saattajiin ja täysin ulkopuolisiin henkilöihin kohdistuneet teot sen sijaan ovat olleet hyvin satunnaisia. Jorvin sairaalassa laadituissa tapahtumaraporteissa monivalintakohdassa kohteeksi ilmoitetut tahot ilmenevät kuvioista 10.



KUVIO 10. Tapahtumaraporttien monivalintakohdassa kohteeksi ilmoitetut tahot Jorvin sairaalassa (N = 569).

Kaikkiaan 24 raportoidussa tilanteessa henkinen tai fyysinen väkivalta oli kohdistunut useampaan tahoon. Esimerkiksi somaattisilla vuodeosastoilla oli sattunut useita tilanteita, joissa sekava potilas oli käyttäytynyt aggressiivisesti sekä hoitohenkilöstöä että toisia potilaita kohtaan. Puhtaasti potilaiden keskinäisiä yhteenottoja oli sattunut eniten lastenpsykiatrisilla ja nuorisopsykiatrisilla vuodeosastoilla:

”Tyttöpotilas potkaisi poikapotilasta, jonka tämä kosti vääntämällä tytön peukalon sijoiltaan.”

”Isokokoinen poikanuori pahoinpidellyt nuorempaa ja pienempää poikanuorta uhkailemalla ja potkimalla, sekä kaatamalla pojan.”

”Nuoret pelanneet iltapalan jälkeen pelikorteilla, oleskelutilassa paikalla viisi nuorta. Kahdella poikanuorella tullut kinaa pelikorteista. Toinen pojista kävi kiinni toiseen poikaan ja löi kasvoihin tätä.”

Fyysisen ja henkisen väkivallan kohteeksi joutuneita tahoja selvitettiin myös tapahtumaraporttien avoimiin kohtiin kirjattujen tietojen perusteella, jotka antavat tarkemman kuvan tapahtumien kulusta kuin monivalintakysymykset. Näin saatiin paremmin selville myös omaisuuteen kohdistuneiden väkivallan tekojen sekä potilaan itseensä kohdistaman väkivallan yleisyys. Raporttien perusteella potilaan itseensä kohdistama väkivalta oli Jorvissa lähes yhtä yleistä kuin potilaan muihin potilaisiin

kohdistama väkivalta ja uhkailu. Taulukossa 6 on esitetty tapahtumaraporttien avoimissa kohdissa fyysisen tai henkisen väkivallan kohteeksi mainitut tahot.

TAULUKKO 6. Fyysisen/henkisen väkivallan kohteiden suhteellinen yleisyys Jorvin sairaalassa tapahtumaraporttien avoimien kohtien perusteella (N = 569).

	2003 %	2004 %	2005 %	Yhteensä %
henkilökunta	90,6	85,5	93,5	90,2
potilas itse	4,4	6,4	4,2	4,9
muut potilaat	4,4	5,8	6,5	5,6
omaiset / saattajat	4,4	1,2	0,0	1,8
ulkopuoliset	3,3	1,7	0,0	1,6
omaisuus	19,3	17,4	14,4	16,9

Väkivallan eri muotojen yleisyyttä tutkittiin tapahtumaraporttien avoimien vastausten perusteella. Yleisin väkivallan muoto oli verbaalinen väkivalta, josta ilmoitettiin yli puolessa tapahtumaraporteista. Verbaalista väkivaltaa esiintyi varsin usein samassa yhteydessä fyysisen väkivallan kanssa, mikä osaltaan kertoo väkivaltatapauksissa yleisestä tilanteen vaiheittaisesta eskaloitumisesta. Niiden raporttien osuus, joissa ilmoitettiin ainoastaan verbaalisesta väkivallasta, oli keskimäärin noin 24 %.

Tavallisimpia fyysisen väkivallan muotoja olivat lyöminen, potkiminen, huitominen tai riuhtominen sekä esineellä lyöminen tai heittäminen. Lyömä- tai heittoaseena käytettiin lievimmillään esimerkiksi vesimukia, mutta varsin usein erityisesti aikuispsykiatriassa osastoilla käytettiin myös pöytiä ja muita huonekaluja. Erilaisten esineiden käyttö lyömä- tai heittoaseena oli mainittu Jorvin tapahtumaraporteissa suhteellisesti yli kaksi kertaa useammin Peijaksen sairaalaan verrattuna. Tapahtumaraportteihin tehdyt maininnat eri väkivallan muodoista on esitetty taulukossa 7.

TAULUKKO 7. Eri väkivallan muotojen suhteellinen yleisyys Jorvin sairaalan tapahtumaraporteissa (N = 569).

	2003	2004	2005	Yhteensä
	%	%	%	%
lyöminen	23,2	16,3	31,5	24,3
potkiminen	17,7	18,0	24,1	20,2
pureminen	6,6	5,2	5,6	5,8
raapiminen	8,8	8,1	7,9	8,3
töniminen	2,2	2,3	1,4	1,9
sylkeminen	7,2	4,1	9,3	7,0
kiinni tarttuminen	11,6	13,4	6,0	10,0
huitominen / riuhtominen	16,0	14,5	14,8	15,1
puristaminen / vääntäminen	6,6	9,9	3,7	6,5
esineellä heittäminen / lyöminen	8,3	9,3	17,1	12,0
teräaseella uhkaaminen / teräaseen käyttö	0,0	1,7	0,0	0,5
ampuma-aseella uhkaaminen / ampuma-aseen käyttö	0,0	0,0	0,5	0,2
verbaalinen	51,4	48,3	56,9	52,5
seksuaalinen ahdistelu	0,6	1,7	0,9	1,1

Kiinni tarttumiset kohdistuivat tavallisimmin hoitajien yläraajoihin ja vaatteisiin, mutta myös hiuksien repimisestä oli raportoitu joitakin kertoja. Kaikissa raporteissa ei ollut tarkkaa kuvausta väkivallan muodosta, ja edellä esitetyn jaottelun ohella monissa tapahtumaraporteissa väkivaltaa oli kuvattu yleisemmällä tasolla esimerkiksi kimppuun käymisenä, päälle karkauksena, hyökkäämisenä tai riehumisena.

Odotetusti väkivaltatilanteiden lähtökohdissa oli havaittavissa eroja erityyppisten osastojen välillä. Sekä somaattisilla että psykiatrisilla osastoilla moniin väkivaltatilanteisiin liittyi potilaaseen kohdistettuja tahdonvastaisia hoito- tai rajoitustoimenpiteitä. Rajoittamistoimet olivat yhtäältä usein seurausta potilaan aggressiivisesta käyttäytymisestä, mutta toisaalta niiden käyttö voi myös laukaista tai lisätä potilaan aggressiivista käyttäytymistä. Esimerkiksi aikuispsykiatrian vuodeosastoilla tahdonvastaiset hoito- ja rajoittamistoimenpiteet liittyivät varsin usein väkivaltatilanteen eskaloitumiseen:

”Potilas otetaan M1-lähetteellä tarkkailuun suljetulle osastolle. Uhkaavuuden, arvaamattomuuden ja viimeaikaisen väkivaltaisen käyttäytymisen vuoksi hoito joudutaan aloittamaan leposide-eristyksessä. Potilas on raivoissaan. Uhkaa omistaa elämänsä lääkäreiden tappamiseen. Aiemmin tietävästi runsaasti väkivaltakäyttäytymistä.”

”Potilas kiihtyy ja hätäntyy toisen potilaan eristystilanteessa. Ei toistuvasta kehotuksesta mene huoneeseensa. Potilasta rajattaessa ja ohjatessa pois tilanteesta hyökkää kohti ja alkaa huitoa allekirjoittanutta. Tilanteessa jo

henkilökuntaa paikalla, mutta varmuuden vuoksi myös hälytys. Potilas saadaan rauhoittumaan, viedään leposide-eristykseen.”

”Rajattu potilasta tv:n kovaäänisestä katselusta, jolloin potilas hermostuu ja yrittää lyödä hoitajaa kaukosäätimellä päähän.”

”Potilas koettanut injektio-tilanteessa purra ja potkia.”

Vastaavasti lastenpsykiatrian osastoilla tyypillisimpiä väkivaltatilanteita olivat rauhattomasti tai aggressiivisesti käyttäytyneen lapsen kiinnipidon yhteydessä tapahtuneet raapimiset, puremiset, lyömiset ja potkimiset:

”Lapsen kiinnipidossa lapsi puraisi vasemman käden ranteeseen. Käteen jäi hampaan reikä ja meni ympäriltä mustaksi.”

”Lapsipotilasta rauhoitettu pitämällä häntä kiinni kahden hoitajan voimin potilaan ollessa vatsallaan. Kiinniottotilanteessa lapsi päässyt potkaisemaan allekirjoittanutta vasemmalle alaselkään, sekä raapinut hoitajia.”

”Kiinnipidon aikana potilas raapii hoitajan kättä verinaarmuille.”

”Potilas ahdistunut, nimittelee, potkaisee hoitajaa jalkaan → kiinnipito. Kiinnipitotilanteessa raapii hoitajaa oik. ranteeseen + vas. ranteeseen.”

Tutkimusaineistoon sisältyi varsinkin erilaisten psykiatristen osastojen kohdalla myös äkillisiä ennalta arvaamattomia väkivallantekoja. Monissa tällaisissakin tapauksissa väkivaltaan turvautunut potilas oli käyttäytynyt jo ennen tapahtumaa rauhattomasti, mutta erityisesti lastenpsykiatrian vuodeosastoilla oli kohdattu muutamia täysin spontaaneja voimakkaita väkivaltaisia tekoja.

”Potilas oli melko rauhaton ennen tapahtumaa. Höyläsin juustosta siivuja, kun potilas potkaisi minua alaselkään melko kovaa.

”Potilas tönäissyt takaapäin selästä hoitajaa sillä seurauksella, että hoitajan selkään ja niskaan sattunut.”

”Lapsi tuli kiihtyneenä hammaslääkäristä osastolle. Lapsi ohitti hoitajan ja ennalta arvaamatta potkaisi ulkokengät jalassa hoitajan vatsaan.”

”Potilaalla sanailua ruokajonossa osaston toisen potilaan kanssa ja lyö yllättäen tätä kasvoihin. Huoneeseen ohjattaessa lyö hoitajaa nyrkillä vatsaan.”

Tutkimusajanjaksona yhteensä kuudessa tapahtumaraportissa käsiteltiin henkilökuntaa kohdistunutta seksuaalista häirintää. Osa tapauksista oli yksittäisiä työpaikalla sattuneita tilanteita, mutta aika ajoin kohdataan sellaisiakin tilanteita, joissa työntekijä joutuu pidempiaikaisen häirinnän kohteeksi. Häirintä voi kohdistua myös työntekijän vapaa-aikaan.

”Potilas tuli WC:hen ja sulki oven, kun allekirjoittanut oli siivoamassa WC:tä. Potilas yritti halata, eikä suostunut poistumaan/avaamaan ovea kehotuksesta. Allekirjoittanut kehotti potilasta poistumaan voimakkaasti, ja kun tämä ei riittänyt, tönäisin potilasta päästäkseni karkuun. Tilanne laukesi ja kerroin tilanteesta henkilökunnalle.”

”Osastolta uloskirjoitettu naispotilas lähettänyt allekirjoittaneelle kortin ja kirjeen osastolle. Näissä potilas ehdotellut tapaamisia työn ulkopuolella, pyytänyt allekirjoittaneen yhteystietoja... Lisäksi potilas kirjoittanut, että osastolla allekirjoittanut ja potilas olisivat olleet seksuaalisessa kanssakäymisessä. Sanallista seksuaalista häirintää.”

Somaattisilla lastentautien osastoilla uhkaavat tilanteet ovat erittäin harvinaisia, sillä lasten aiheuttamat väkivaltilanteet keskittyvät lastenpsykiatrian vuodeosastoille. Vuonna 2005 lastentautien osastoilla ei laadittu yhtäkään tapahtumaraporttia, kun taas lastenpsykiatriasta oli raportoitu eniten väkivalta- ja uhkatilanteita koko sairaalaan suhteutettuna. Lastentautien osastoilta raportoidut tapaukset liittyvätkin yleisimmin lapsipotilaan vanhempien epäasialliseen ja aggressiiviseen käytökseen.

”Osastolla oli hoidettavana vastasyntynyt lapsi, jolta jouduttiin ottamaan verikokeita, laittamaan iv-nesteet ja ottaa veriviljely. Lapsen isä oli vihainen kun lapsen ei annettu olla rauhassa. Sanoi usein, että taasko sille tehdään jotain. Käveli levottomasti ympäri huoneessa, tuli ja meni ja haistatteli. Olemus oli uhkaava.”

”Isä tuli lapsen kanssa nenämahaletkun vaihtoon. Nenämahaletkun vaihto oli sovittu tehtävän osastolla. Isä ja lapsi tulivat ilmoittamatta. Kehotin heitä vastedes soittamaan ennen tuloa, jotta lapsen papereihin ehditään tutustua ja letkuvaihdon välineet ja paikka letkun vaihtoon saadaan järjestettyä. Kun lisäksi kyselin jatkosuunnitelmista, isä käski vittuilla suoraan hoitavalle lääkärille ja että he eivät tiedä suunnitelmista mitään, osastonhan se pitäisi tietää asiasta. Lapsi ei ole osastolla sisäänkirjoitettuna.”

Kuten aiemmin on esitetty, yleisin väkivallan muoto Jorvissa on ollut verbaalinen väkivalta. Suuri osa sanallisesta väkivallasta on ollut erityyppistä halventamista ja solvaamista, mutta hoitohenkilökuntaan on kohdistettu runsaasti myös henkeen ja terveyteen kohdistuvia uhkauksia. Uhkauksia on kohdistettu joissakin tapauksissa työntekijöiden vapaa-aikaan ja heidän perheisiinsä, mikä on entisestään lisännyt hoitohenkilöstön huolta oman ja läheisten turvallisuuden puolesta.

Tapahtumaraporteissa esiintyneiden uhkailuun liittyvien mainintojen määrät ja niiden suhteellinen yleisyys kaikkiin laadittuihin raportteihin nähden ilmenevät taulukosta 8. Voidaan kuitenkin olettaa, että muun verbaalisen väkivallan tavoin vain pieni osa uhkailutapauksista raportoidaan, joten taulukossa esitettyjen tietojen pohjalta ei voida tehdä kovin pitkälle meneviä johtopäätöksiä henkeen ja terveyteen kohdistuvien uhkausten todellisesta määrästä.

TAULUKKO 8. Henkilökuntaan kohdistuneisiin uhkauksiin liittyvien merkintöjen suhteellinen yleisyys Jorvin sairaalan tapahtumaraporteissa (N = 569).

	2003	2004	2005	Yhteensä
	%	%	%	%
työntekijän terveys	12,2	9,3	6,0	9,0
työntekijän henki	9,9	7,6	14,4	10,9
työntekijän perhe	1,1	0,0	2,3	1,2
työntekijän vapaa-ajan turvallisuus	5,0	0,0	1,4	2,1

Tapahtumaraporttien perusteella vakava uhkailu on ollut Jorvissa sekä suhteellisesti että määrällisesti yleisempää kuin Peijaksen sairaalassa. Valtaosa hoitohenkilökuntaan kohdistetuista uhkauksista on esitetty yleisemmällä tasolla, mutta joissakin tapauksissa uhkaukset ovat olleet varsin raakoja ja yksityiskohtaisia.

”Potilas agitoitunut ja aggressiivinen, ilmoittanut minulle aikomuksensa puhkaista minun silmät, leikata kielen, katkaista kädet ja jalat heti kun pääsee eristyksestä pois.”

”Uhkaa huomissa hoitokokouksessa potkia jalan poikki toiselta hoitajalta niin, että kestää vuoden ennen kuin jalka paranee.”

”Potilas alkoi huutaa ja kiroilla sekä yritti hajottaa sängyn laidan. Menin paikalle ja pyysin kohteliaasti potilasta rauhoittumaan, jolloin hän tarttui paidastani kiinni ja uhkasi lyödä ja viiltää kurkkuni auki.”

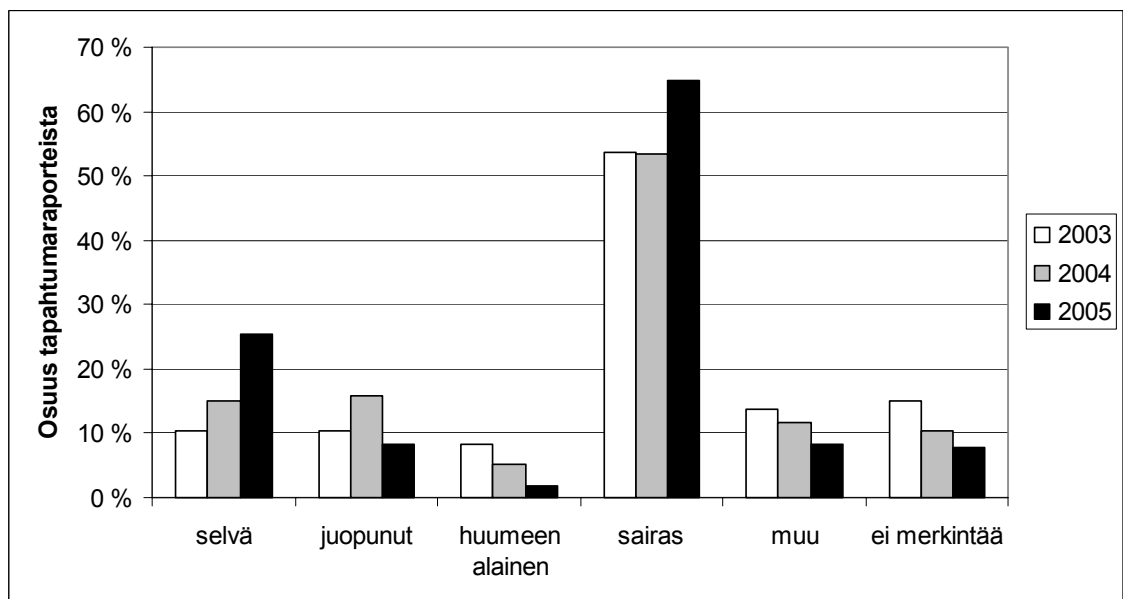
”Potilaan äiti soitti hoitajalle klo 14.00. Kello 14.12 osastonsihtööri saa puhelun, jossa potilaan äiti kertoo hoitajan salaavan tietoja häneltä ja sanoo, että kannattaa soittaa poliisille, koska jos vielä kuukauden kuluttua hoitaja on täällä, hän tulee ja tappaa hoitajan.”

”Potilas ollut noin 1,5 vrk eristettynä aggressiivisen käytöksen vuoksi. Potilaan historiassa aiempiakin uhkaavia tilanteita. Potilas uhkaa allekirjoittaneen, muun henkilökunnan ja mm. sosiaalitoimiston henkilökunnan henkeä ja terveyttä. Luettelee erilaisia välineitä (mm. mora, hakku, jääkaira), joilla aikoo meitä vahingoittaa.”

”Potilaalla (aikuisen mies) oli kaksi saattajaa vieressä, joista toinen seiso, toinen istui potilaan käytössä olleessa pyörätuolissa. Pyysin saattajia poistumaan odotustilaan, jolloin potilas rupesi haukkumaan minua, uhkailemaan hakata tehokuntoon, käski saattajaa repimään minulta hiukset päästä yms.”

8.1.2 Aggressiivisen käyttäytymisen syntyyn vaikuttavia tekijöitä

Tapahtumaraportissa kysytään paitsi väkivaltatilanteessa tekijänä ja kohteena olleita tahoja, myös yleisluontoisesti heidän tilaansa. Luokittelun avulla halutaan saada karkealla tasolla selvyyttä väkivallan aiheuttajaan liittyvistä fyysisistä ja psyykkisistä tekijöistä, jotka ovat mahdollisesti vaikuttaneet tilanteen kehittymiseen. Selkeästi useimmin tekijä oli kaikkina vuosina luokiteltu sairaaksi ($\bar{x} = 58\%$). Raportteja, joissa väkivalta- tai uhkatilanteen tekijä ilmoitettiin juopuneeksi, oli Jorvissa yllättävän vähän, noin parisenkymmentä vuosittain (11 % tapahtumaraporteista). Juopuneita potilaita kohdataan selkeästi eniten päivystyksessä ($\Sigma = 37$ merkintää), jossa heitä on kuitenkin opittu käsittelemään rutiinomaisesti kiinnittämättä suurempaa huomiota heidän mahdolliseen verbaaliseen ja fyysiseen hyökkäävyyteensä. Juopuneeksi ilmoitettujen tekijöiden pieni määrä selittyikin pääosin päivystysalueen suhteellisen korkealla raportointikynnyksellä. Kuviossa 11 on esitetty tapahtumaraportteihin merkityt tekijän tilat suhteessa raporttien kokonaismäärään.

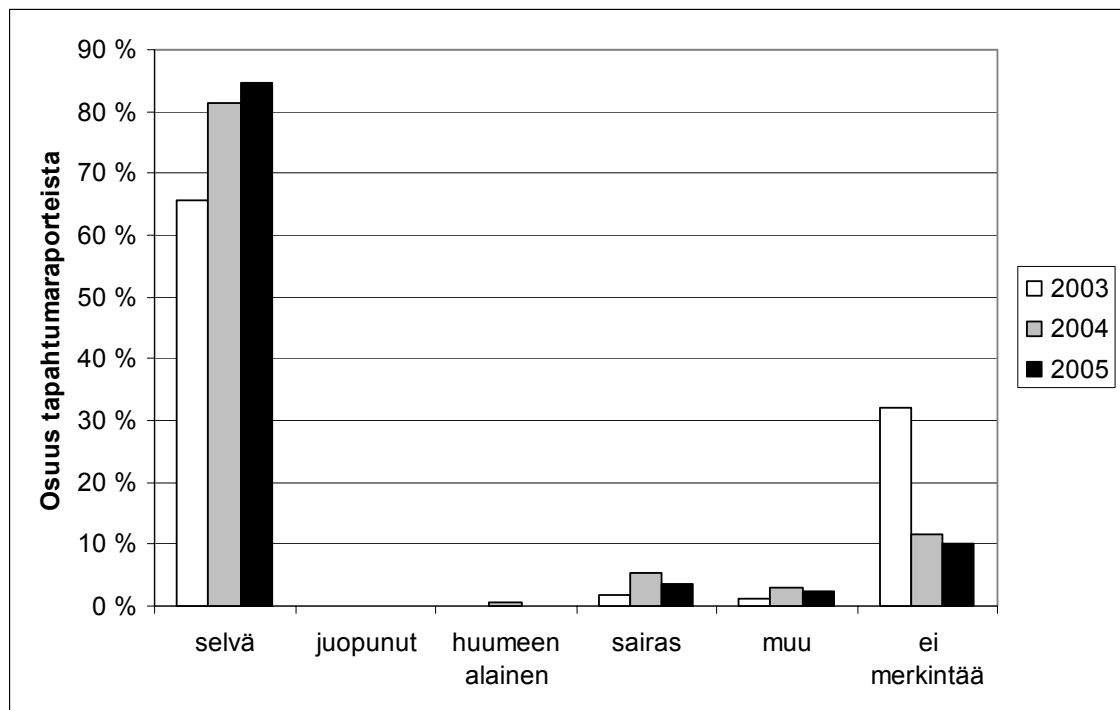


KUVIO 11. Ilmoitettu tekijän tila Jorvin sairaalan tapahtumaraporteissa (N = 569).

Kuviota tarkasteltaessa on huomioitava, että kaikissa tapauksissa hoitohenkilökunnalla ei ole raporttia täyttäessään ole ollut täyttä varmuutta tekijän tilasta, vaan varsinkin huumeaineiden osalta joissakin tapauksissa lomakkeeseen tehty merkintä perustuu hoitajan epäilyyn. Tätä oli havainnollistettu muutamassa tapauksessa esimerkiksi lisäämällä lomakkeeseen tehdyn merkinnän viereen kysymysmerkki. Huumeaineiden käytön hankala todettavuus selittää ”huumeen alainen” -merkintöjen alhaista määrää

($\Sigma = 28$). Tekijän tilan luokittelu on toteutettu tapahtumaraporttilomakkeella varsin karkealla tasolla, mikä on huomioitava tilastoja tulkittaessa. Hoitohenkilökunnan voi olla toisinaan hankala tehdä johtopäätöksiä potilaan sairaudesta ja varsinkin sen mahdollisesta vaikutuksesta aggressiiviseen käytökseen. Luokittelun karkeuden vuoksi monet sekavat (esim. delirium, dementia) potilaat luokiteltiin joissain tapauksissa ”muu”-kategoriaan.

Koska valtaosassa tapauksista fyysisen väkivallan tai uhkailun kohteena on ollut työvuorossa ollut sairaalan henkilökunta, kohteen tila on luonnollisesti ilmoitettu useimmiten selväksi. Raportteihin tehdyt ”kohteen tila” -merkinnät käyvät ilmi kuviosta 12.



KUVIO 12. Ilmoitettu kohteen tila Jorvin sairaalan tapahtumaraporteissa (N = 569).

Hoitohenkilökunnalle suunnatussa kyselyssä kysyttiin työntekijöiden omaa näkemystä siitä, kuinka paljon tietyt tekijät vaikuttavat aggressiivisen käyttäytymisen syntyyn työpaikalla. Keskimäärin selvästi merkittävimiksi tekijöiksi Jorvin sairaalassa koettiin alkoholi ja muut päihteet sekä psyykkiset sairaudet. Hoitohenkilökunnan antamien vastausten keskiarvot on esitetty osaston toiminnan tyyppin mukaan jaoteltuna

taulukossa 9 (1 = ei lainkaan, 2 = vähän, 3 = jonkin verran, 4 = paljon, 5 = erittäin paljon).

TAULUKKO 9. Jorvin sairaalan hoitohenkilökunnan kokemus siitä, kuinka paljon eri tekijät vaikuttavat työpaikalla aggressiivisen käyttäytymisen syntyyn (N = 157).

	Sisätaudit \bar{x}	Kirurgia \bar{x}	Psykiatria \bar{x}	Päivystys \bar{x}	Kaikki vastaajat \bar{x}
Alkoholi	4,4	4,4	3,5	4,9	4,2
Muut päihteet	4,2	4,2	3,9	4,8	4,2
Psyykkiset sairaudet	3,7	4,2	4,5	4,5	4,2
Muut sairaudet	3,4	3,4	2,7	3,1	3,1
Hoitohenkilökunnan käyttäytyminen	2,8	3,0	3,3	3,8	3,1
Saattajien käyttäytyminen	2,8	3,2	3,0	4,1	3,2
Kiireinen työtahti	3,7	3,7	3,2	3,9	3,6
Odotusajat	3,4	3,6	2,8	4,4	3,4
Työilmapiiri	3,1	3,2	3,1	3,4	3,2

Eri toimintojen väliset erot saaduissa tuloksissa voidaan selittää pääosin juuri osastojen toiminnan ja potilasaineksen eroavaisuuksilla. Esimerkiksi psykiatrisilla osastoilla merkittävimpana aggressiivista käyttäytymistä lisäävänä tekijänä pidettiin juuri potilaiden psyykkisiä sairauksia; muiden sairauksien koettiin puolestaan vaikuttavan kaikkein vähiten. Psykiatrian osastoilla mies- ja naisvastaajien vastausten keskiarvot olivat varsin samanlaisia; ainoa mainittava ero liittyi muihin sairauksiin, joiden merkitys oli miesten kokemusten mukaan alhaisempi naisiin verrattuna ($\bar{x}_{\text{naiset}} = 2,9$; $\bar{x}_{\text{miehet}} = 2,3$). Ymmärrettävästi erilaiset päihteet, saattajien käyttäytyminen sekä odotusajat korostuivat päivystyksessä muihin osastoihin verrattuna. Mielenkiintoista on havaita, että myös hoitohenkilökunnan käyttäytyminen korostui päivystyksen vastauksissa selvästi muihin osastoihin nähden. Vastaajien työkokemuksen määrä vaikutti vastauksiin ainoastaan sisätautien vuodeosastoilla. Enemmän työkokemusta omaavat sisätautiosastojen hoitajat korostivat erityisesti hoitohenkilökunnan käyttäytymisen ($r = 0,461$) sekä kiireisen työtahtin ($r = 0,397$) merkitystä hieman enemmän kokemattomampiin hoitajiin verrattuna.

8.1.3 Väkivallan vaikutukset

Tapahtumaraporttilomakkeessa on ollut erikseen kohta ”Aiheutetut vahingot”, jolla ilmoitettiin yleisesti tilanteessa syntyneistä henkilö- ja omaisuusvahingoista. Vuosina 2003–2005 kaikkiaan 248 raportissa ilmoitettiin henkilövahingoista, omaisuusvahingoista puolestaan raportoitiin yhteensä 50 lomakkeessa. Raportoitujen henkilövahinkojen määrän voimakkaan lisääntymisen myötä myös niiden suhteellinen osuus kaikkiin raportoituihin tapahtumiin nähden on lisääntynyt, kuten taulukosta 10 on nähtävissä. Vuonna 2005 tapahtumaraportteja, joissa ilmoitettiin henkilövahingoista, oli 40 kappaletta enemmän kuin edellisenä vuonna, mikä tarkoittaa 57 % kasvua. Väkivaltatilanteiden vakavoitumista tukee myös havainto, että pelkästään verbaalista väkivaltaa sisältäneistä tilanteista raportoiminen on suhteellisesti vähentynyt vuosittain. Vuonna 2003 ainoastaan sanallista uhkailua piti sisällään 29 % tapahtumaraporteista, kun vuonna 2005 vastaava luku oli enää 21 %.

TAULUKKO 10. Henkilö- ja omaisuusvahinkomerkinnän sisältävien ilmoitusten suhteellinen osuus kaikista laadituista tapahtumaraporteista Jorvin sairaalassa (N = 569).

	2003	2004	2005	Yhteensä
henkilövahinko	38 %	42 %	51 %	44 %
omaisuusvahinko	8 %	10 %	8 %	9 %

Väkivaltatilanteissa syntyneitä vahinkoja selvitettiin tarkemmin tapahtumaraporttilomakkeiden avoimiin kohtiin kirjatuista tiedoista. Erityyppisten vammojen ja muiden tuhojen esiintymisessä ei ole tapahtunut radikaaleja vaihteluita eri vuosina, joskin esimerkiksi sairaalakiinteistöön ja sairaalan muuhun omaisuuteen kohdistuneesta väkivallasta raportoitiin vuonna 2004 selkeästi useammin kuin muina tutkimuksen kohteena olevina vuosina. Kaikkein vakavimmat fyysiset vammat aiheutuivat potilaille heidän kohdistaessa väkivaltaa itseensä. Kuolemaan johtaneita tilanteita raportoitiin vuosina 2003–2005 yhteensä kaksi, jotka molemmat olivat sairaalakiinteistössä tehtyjä itsemurhia. Jorvin sairaalassa sattuneiden väkivalta- ja uhkatilanteiden yhteydessä syntyneet vammat ja tuhot on eritelty taulukossa 11.

TAULUKKO 11. Väkivalta- ja uhkatilanteista aiheutuneiden vammojen ja muiden tuhojen suhteellinen esiintyvyys Jorvin sairaalan tapahtumaraporteissa (N = 569).

	2003 %	2004 %	2005 %	Yhteensä %
naarmut / pintahaavat	13,8	14,5	10,2	12,7
syvät haavat	2,2	0,0	0,0	0,7
kiputuntemukset (jomotus, särky jne.)	17,7	11,6	9,7	12,8
mustelmat	3,9	2,3	6,5	4,4
turvotus	2,2	2,4	3,2	2,6
venähdys, revähdys tms.	0,6	1,2	0,5	0,7
murtuma	2,2	0,0	0,0	0,7
kuolema	0,0	1,2	0,5	0,5
stressi / ahdistus	3,9	5,2	4,6	4,6
huoli omasta / työtovereiden turvallisuudesta	4,4	7,6	7,4	6,5
omaisuusvahingot hlö:llä (vaatetus, silmälasit yms.)	4,4	3,5	3,2	3,7
sairaalan omaisuus/kiinteistövahinko	3,3	9,3	3,2	5,1

Selkeästi yleisimpiä henkilökunnan saamia fyysisiä vammoja olivat naarmut ja pintahaavat sekä erilaiset kiputuntemukset. Fyysisten vammojen ohella on kiinnitettävä huomiota tilanteiden aiheuttamiin psyykkisiin seurauksiin. Tapahtumaraportteihin tehtyjen merkintöjen perusteella väkivalta- ja uhkatilanteisiin joutuneet työntekijät ovat entistä useammin huolissaan omasta ja työtovereiden turvallisuudesta ($\Sigma = 37$ mainintaa). Moneen tapaukseen on liittynyt myös mahdollisen tartuntavaaran aiheuttama huoli omasta terveydestä. Noin 5 % laadituista tapahtumaraporteista on erikseen kerrottu tapahtuman aiheuttaneen tilanteen jälkeistä stressiä tai ahdistusta.

”Uhkaava tilanne aiheuttanut voimakasta pelkoa, turvattomuuden tunnetta, sekä tarvetta käydä läpi tapahtumia useana päivänä.”

”Uhkailu aiheuttanut pelkoa ja voimattomuutta, koska uhkaukset erittäin raakoja ja halventavia.”

”Tilanne aiheutti henkistä ahdistusta ja pahaa mieltä hoitajalle. Potilaan käytös ollut jo aikaisemmin vastaavaa.”

”Pelko oman turvallisuuden / työkavereiden puolesta.”

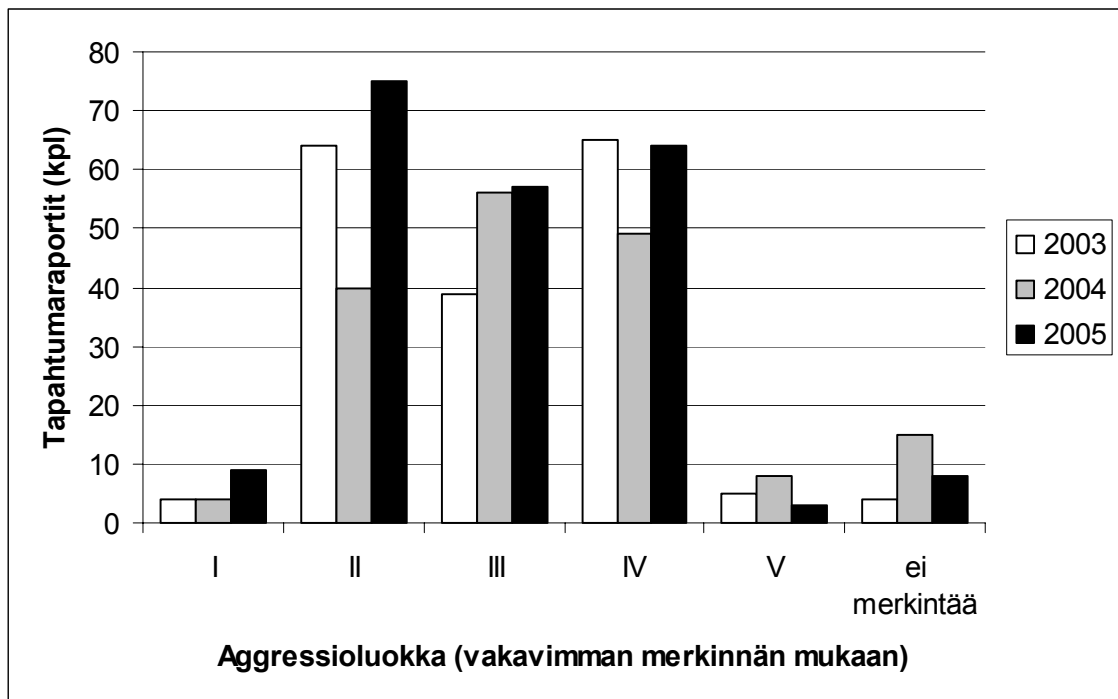
Väkivallasta aiheutuneiden fyysisten vammojen ohella tapahtumaraporteista selvitettiin karkealla tasolla myös, mihin kehonosaan väkivalta kohdistui. Tämä luokittelu antaa prosentuaalisesti suhteellisen oikean kuvan myös todellisten syntyneiden vammojen sijainnista. Fyysisen väkivallan kohdistuminen eri kehonosiin on esitetty taulukossa 12. Useimmin hoitohenkilökunnan kohtaama fyysinen väkivalta kohdistui yläraajoihin, joissa fyysiset vammat myös yleisimmin sijaittivat. Huolestuttavaa on kuitenkin havaita,

että raporttien perusteella päähän kohdistuneet väkivallan teot ovat lisääntyneet Jorvin sairaalassa tutkimusajanjaksona voimakkaasti sekä lukumääräisesti että prosentuaalisesti. Vuonna 2003 päähän kohdistuneesta väkivallasta raportoitiin Jorvissa 14 kertaa, kun taas vuonna 2005 vastaava luku oli jo 39.

TAULUKKO 12. Hoitohenkilökuntaan kohdistuneen fyysisen väkivallan kohteet Jorvin sairaalan tapahtumaraporteissa (N = 569).

	2003	2004	2005	Yhteensä
	%	%	%	%
yläraajat	23,2	24,4	16,7	21,1
alaraajat	6,1	7,0	11,1	8,3
keskivartalo	8,3	10,5	11,6	10,2
pää	7,7	12,8	18,1	13,2

Väkivalta- ja uhkatilanteiden vakavuutta on seurattu HUS:ssa viisiportaisen aggressioluokituksen avulla. Luokituksessa vakavimpaan I-luokkaan kuuluvat päivytyluonteisia hoitotoimenpiteitä vaativat tilanteet, II-luokkaan muu vakava väkivalta, III-luokkaan lievä väkivalta, IV-luokkaan kielellinen ja henkinen väkivalta sekä V-luokkaan omaisuuteen kohdistuva väkivalta tai ilkivalta. Osa tutkimuksen kohteena olleiden sairaaloiden henkilökunnasta on merkinnyt tapahtumaraporttilomakkeeseen kaikki tilanteeseen sopivat vaihtoehdot, kun taas toiset ovat valinneet vain vakavimman vaihtoehdon. Koska aggressioluokitusta ei ole täytetty yhtenäisesti, tutkimuksessa päädyttiin käsittelemään vain vakavimmat aggressioluokitusmerkinnät. Näin ollen lievempiä väkivallan muotoja, erityisesti henkistä ja kielellistä väkivaltaa on esiintynyt todellisuudessa enemmän kuin aggressioluokkien jakautumista kuvaava kuvio 13 antaa ymmärtää.

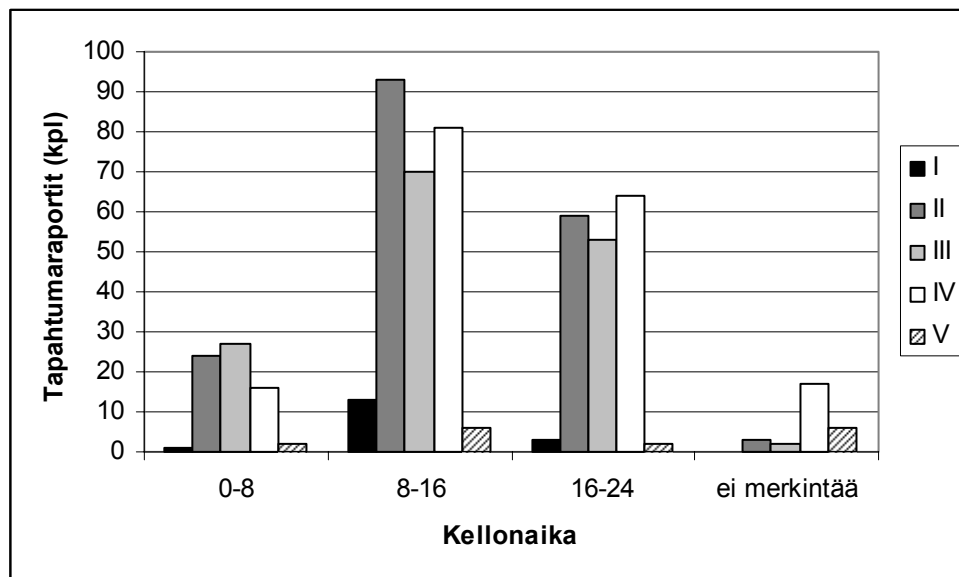


KUVIO 13. Jorvin sairaalan tapahtumaraporttien aggressioluokitus (N = 569).

Väkivaltatilanteet ovat Jorvin sairaalassa lisääntyneet, ja aggressioluokituksen perusteella ne ovat myös lievästi vakavoitumassa. Tästä kertovat myös henkilövahingoista raportoinnin lisääntyminen ja pelkästä verbaalisesta väkivallasta raportoimisen suhteellinen vähentyminen. Aggressioluokituksessa kasvu on suurinta II luokassa eli vakavan fyysisen väkivallan (kipua aiheuttava) kohdalla. Erityisesti I luokan väkivaltatapausten määrää tarkasteltaessa on huomioitava, että tapahtumaraportin täyttäjän kokemus tilanteesta ja sen vakavuudesta on aina subjektiivinen. Selvennyksen vuoksi lomakkeen toiselle sivulle on kirjattu tarkennukset aggressioluokitukseen liittyen (ks. liite 1), mutta silti käytännössä vakavimman luokan tilanteena on raportoitu joitakin tilanteita, jotka eivät todellisuudessa ole vaatineet kriteereihin sisältyviä päivystysluonteisia hoitotoimenpiteitä.

Kun aggressioluokitus-merkintöjä tarkastellaan vuorokauden ajan mukaan, voidaan Jorvin sairaalan osalta havaita vakavimpien väkivaltatapausten keskittyvän lievempiä aggressioluokkia selkeämmin normaalille virka-ajalle. Iltaan verrattuna päivisin oli raportoitu yli neljäkertainen määrä I-luokan väkivaltaa, kun taas esimerkiksi vakavimmillaan IV-luokkaan luokiteltuja tapahtumaraportteja oli tehty päivällä vain neljännes enemmän. Tältä osin tilanne poikkeaa selkeästi Peijaksen sairaalasta, jossa vakavimmat aggressioluokat keskittyivät illalle ja alkuyöllä. Kuviossa 14 on esitetty

aggressioluokkien jakaantuminen vuorokauden ajan mukaan niiden Jorvin tapahtumaraporttien osalta, joihin oli tehty aggressioluokitus-merkintä.



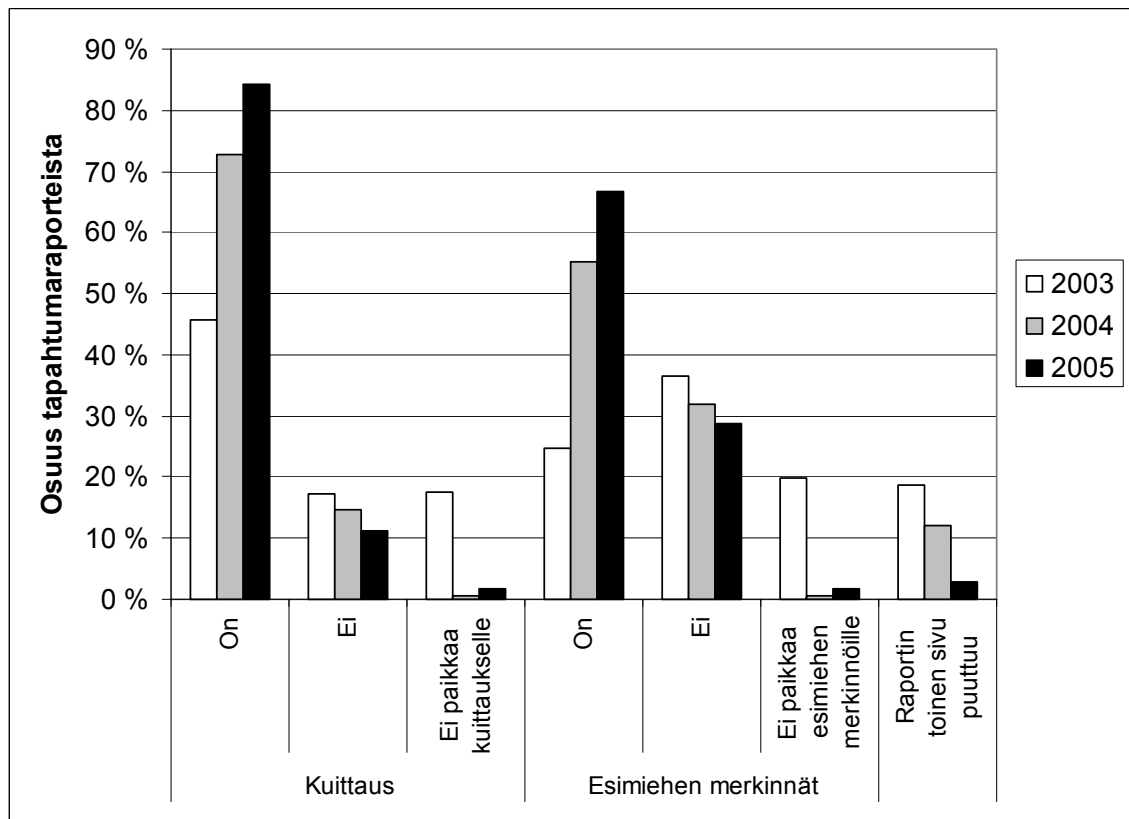
KUVIO 14. Jorvin sairaalan tapahtumaraporttien aggressioluokitus vuorokauden ajan mukaan (n = 542).

Tapahtumaraporttilomakkeen ”Jälkihoito” -kohdassa raportin täyttäjä voi tuoda ilmi tarpeensa henkiseen jälkihoitoon tapahtuman tiimoilta tai halunsa muuten keskustella asiasta työsuojelun tai turvallisuushenkilöstön kanssa. Pääasiassa raporttien laatijat jättivät tämän kohdan kokonaan tyhjäksi. Vuosina 2003–2005 keskimäärin yhdessä kahdestakymmenestä raportissa oli merkintä ”tarvetta jälkihoitoon”. Työsuojelun tai turvallisuushenkilöstön yhteydenottoa puolestaan oli kaivattu hyvin harvoissa tapauksissa. Jälkihoitoa koskevien merkintöjen määrät ilmenevät taulukosta 13.

TAULUKKO 13. Tapahtumaraporttilomakkeiden ”Jälkihoito”-kohdan merkinnät Jorvin sairaalassa (N = 569).

	2003	2004	2005	Yhteensä
tarvetta jälkihoitoon	16	5	7	28
odottaa työsuojelun yhteydenottoa	1	3	3	7
odottaa turvallisuuspalveluiden yhteydenottoa	0	1	4	5
ei merkintää	165	163	205	531

Tapahtumaraporttilomakkeen toisella sivulla on paikat esimiehen kuittaukselle ja lisämerkinnöille (ks. liite 1). Allekirjoituksen lisäksi osastonhoitajan tai muun esimiehen tehtävänä on keskustella tapahtuneesta lomakkeen täyttäjän kanssa ja huolehtia tarvittavista jatkotoimista sekä tehdä tapahtumaraporttiin merkinnät näiden asioiden hoitamisesta. Lomakkeisiin tehtyjen esimiehen merkintöjen suhteelliset määrät on esitetty kuviossa 15.



KUVIO 15. Tapahtumaraportteihin tehdyt esimiehen merkinnät Jorvin sairaalassa (N = 569).

Esimiehen tekemien merkintöjen osalta lomakkeiden täytössä on tapahtunut selkeää kehitystä. Vuonna 2003 täytetyistä lomakkeista vain vajaassa puolessa oli esimiehen kuittaus, kun vuonna 2005 kuittaus löytyi jo 84 % lomakkeista. Vuoden 2003 osalta esimiehen allekirjoitusten alhainen määrä selittyy suurelta osin vanhan raporttimallin käyttämisellä, sillä Jorvin vanhassa ”väkivalta-/vaara-/vahinkoilmoitus” -lomakkeessa ei ollut lainkaan paikkaa esimiehen merkinnöille. Positiivisesta kehityksestä huolimatta esimiehen kuvaus tilanteen käsittelystä ja muut tarkentavat merkinnät puuttuivat täysin

vuonna 2005 yhä noin joka kolmannesta tapahtumaraportista. Lisäksi monista tehdyistä merkinnöistä ei käy ilmi, miten asia on osastolla tilanteen jälkeen käsitelty ja mitä toimenpiteitä asian tiimoilta on mahdollisesti tehty. Joidenkin merkintöjen perusteella asia on vain todettu käymättä tilannetta sen suuremmin läpi väkivallan kohteeksi joutuneiden henkilöiden tai muun henkilökunnan kanssa:

”Olen vastaanottanut tapahtumatiedot.”

”Tilanne kuvatuunlainen. Itse olin samassa työvuorossa.”

”Olen lukenut raportin ja näin on tapahtunut.”

”Todettu.”

”Kokeneen hoitajan asianmukainen selostus tapahtuneesta. Ei lisättävää.”

Edellä esitetyn tyyppiset merkinnät ovat täysin hyödyttömiä esimerkiksi psyykkistä jälkihoitoa järjestävän työterveyshuollon kannalta. Monesti työterveyshuolto saa sattuneesta tilanteesta tiedon juuri laaditun tapahtumaraportin välityksellä, joten lomakkeesta on tärkeää käydä ilmi miten ja millä kokoonpanolla tilanne on käsitelty osastolla ja mitä lisätarpeita jälkihoidolle mahdollisesti on. Positiivista on havaita, että osa esimiehistä on kuitenkin selvästi oivaltanut omat velvoitteensa sattuneiden väkivalta- ja uhkatilanteiden käsittelyssä:

”Asia käyty läpi hoitajien aamukokouksessa. Korostettiin raportoinnin merkitystä ko. tilanteissa.”

”Asiasta puhuttu työryhmässä ja olen ollut yhteydessä turvapäällikköön.”

”Asiasta keskusteltu työntekijän kanssa seuraavana aamuna. Sovittu yhteydenotosta työterveyshuoltoon ja ajanvaraamisesta samalle päivälle lääkärille. Asia otettu esille myös tiimissä, missä sovittu nykyisten tietojen pohjalta potilaan hoito-ohjeista jatkossa.”

”Miehitystä lisätty ja asiasta tullaan keskustelemaan.”

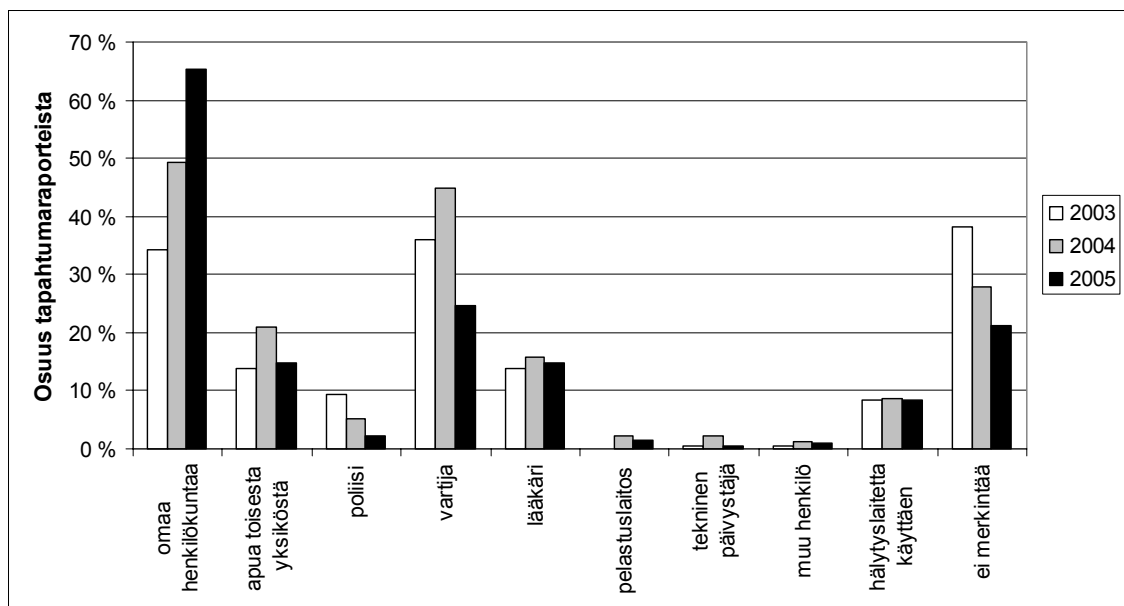
”Asiaa käsitelty yhteisesti osastolla ja toimenpiteistä sovittu.”

8.1.4 Toiminta väkivalta- ja uhkatilanteissa

Kyselyyn vastanneiden hoitajien mukaan väkivaltatilanteisiin reagointi on hoidettu Jorvissa hyvin (ks. taulukko 16). Väkivaltaan ja muihin erilaisiin uhkatilanteisiin on pyritty varautumaan Jorvissa turvallisuuskoulutuksen avulla sekä parantamalla mahdollisuutta nopeaan avun kutsumiseen esimerkiksi sähköisten hälytysjärjestelmien avulla. Koulutuksissa on painotettu yksintyöskentelyn välttämistä potentiaalisissa

uhkatilanteissa. Tapahtumaraporttilomakkeen ”Paikalle kutsuttu” -kohtaan tulee merkitä tilanteessa avuksi kutsutut tahot. Raporttien perusteella oman henkilökunnan kutsuminen tilanteessa avuksi on selvästi lisääntynyt tutkittuna ajanjaksona. Vuonna 2005 jo 65 % lomakkeista oli merkintä oman henkilökunnan hälyttämisestä apuun. Muiden osastojen ja yksiköiden henkilökunnan kutsumisessa sen sijaan ei ole tapahtunut isoja muutoksia.

Avun kutsumisesta paikalle hälytyslaitteiden avulla oli raporteissa merkintä koko sairaalan osalta noin 8 % tapauksista. Paikantavia henkilöturvajärjestelmiä on kuitenkin ollut käytännössä käytössä vain Jorvin psykiatrisilla osastoilla, joiden osalta hälytyslaitteiden hyödyntäminen mainitaan noin 15 % raporteista. Kuviossa 16 on esitetty raporteihin merkittyjen apuun kutsuttujen eri tahojen määrät prosentuaalisesti kaikkiin Jorvin sairaalassa ja sen etäosastoilla laadittuihin raporteihin nähden.



KUVIO 16. Tapahtumaraportteihin merkityt tilanteessa paikalle kutsutut tahot Jorvin sairaalassa (N = 569).

Turvallisuushenkilöstön kutsuminen paikalle väkivalta- ja uhkatilanteissa lisääntyi lukumääräisesti vuonna 2004 edelliseen vuoteen verrattuna 18 %, mutta laski 31 % vuodesta 2004 vuoteen 2005. Koko tutkimusajanjaksona Jorvissa vartiointitehtävistä vastanneita sairaalavalvojia kutsuttiin paikalle noin joka kolmannessa raportoidussa tilanteessa. Oman osaston ja naapuriosastojen henkilökunnan sekä

turvallisuushenkilöstön ohella useimmin tilanteissa tarvittiin lääkäriä. Lääkärin tehtävänä väkivalta- ja uhkatilanteiden yhteydessä oli usein ollut esimerkiksi aggressiivisesti käyttäytyneen potilaan tilan arvioiminen sekä mahdollisten eristystoimenpiteiden määrittäminen.

Taulukosta 14 käy ilmi tapahtumaraporttien avoimiin kohtiin kirjattujen tietojen perusteella yleisimpien väkivaltatilanteissa käytettyjen tahdonvastaisten toimenpiteiden suhteellinen yleisyys. Tavallisimmin nämä toimenpiteet liittyvät potilaan tahdonvastaiseen rajoittamiseen. Taulukossa esitettyjen toimenpiteiden yleisyydessä on melko suuria vaihteluita vuosittain, mikä pitkälti johtuu osasto- ja yksikkökohtaisista raportointiaktiivisuuden vaihteluista. Esimerkiksi lastenpsykiatrisilla osastoilla hoitomuotona käytettävää terapeutista kiinnipitoa koskevat maininnat ovat lisääntyneet jotakuinkin samassa suhteessa kuin lastenpsykiatrian osastoilla laaditut tapahtumaraportit. Kaiken kaikkiaan lapsen kiinnipito oli mainittu selvästi enemmän kuin joka toisessa lastenpsykiatriassa täytetyssä raportissa.

TAULUKKO 14. Tahdonvastaisten rajoittamis- ja hoitotoimenpiteiden käytön suhteellinen yleisyys Jorvin sairaalan tapahtumaraporteissa (N = 569).

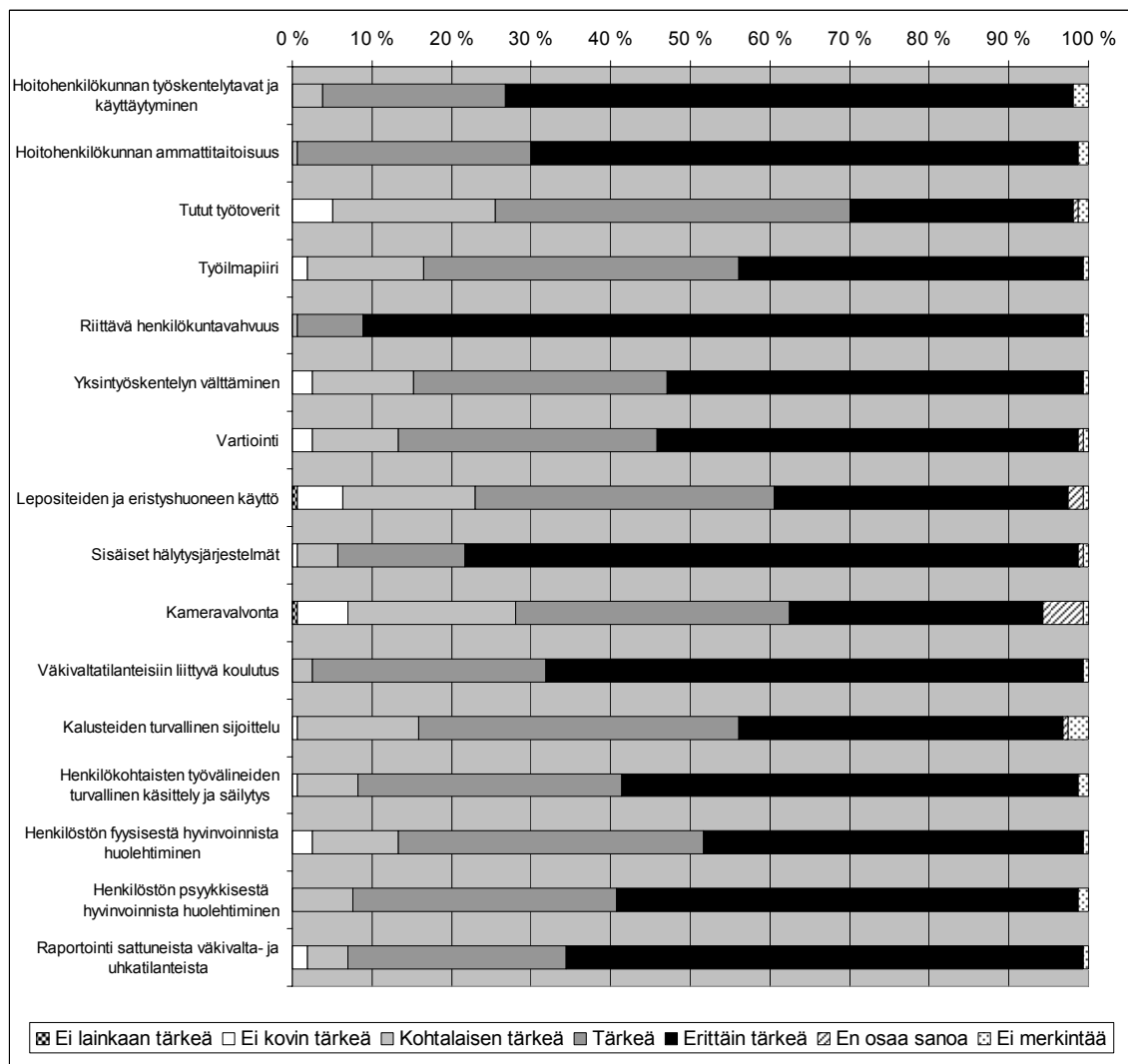
	2003 %	2004 %	2005 %	Yhteensä %
lepositeet tms.	29,8	33,7	18,1	26,5
eristyshuone	25,4	25,6	16,7	22,1
lapsen terapeutin kiinnipito	5,0	4,1	20,8	10,7
muu kiinnipitäminen (muut kuin eristämistilanteet)	7,7	1,2	2,8	3,9
rauhottava lääkitys	18,2	9,3	10,6	12,7

Koko sairaalan osalta yleisimpänä rajoittamiskeinona on ollut lepositeiden tai vastaavien potilaan sitomisvälineiden käyttö, joka on mainittu enemmän kuin joka neljännessä raportissa. Päivystysalueen henkilökunnan laatimien raporttien osalta lepositeet mainittiin 41 % tapauksista, aikuispsykiatrian osalta vastaava luku on puolestaan 38 %. Eristämistilanteista suurin osa raportoitiin odotetusti aikuispsykiatriasta (61 % raporteista).

8.1.5 Väkivaltaan varautuminen

Hoitohenkilökunnalle suunnatussa kyselyssä tiedusteltiin, kuinka tärkeänä sairaalan työntekijät pitävät tiettyjä tekijöitä työpaikkaväkivaltaan varautumisen kannalta.

Odotetusti Jorvin sairaalan henkilökunta piti kaikkia kyselylomakkeessa lueteltuja tekijöitä tärkeinä. Henkilökunnan kokemusta eri tekijöiden tärkeydestä voidaan tarkastella esimerkiksi antamalla vastausvaihtoehdoille numeroarvo ja vertailemalla saatujen vastausten keskiarvoja (1 = ei lainkaan tärkeä, 2 = ei kovin tärkeä, 3 = kohtalaisen tärkeä, 4 = tärkeä, 5 = erittäin tärkeä). Selkeästi merkittävämmäksi koettiin riittävä henkilökuntavahvuus, jota noin 90 % vastaajista piti erittäin tärkeänä ($\bar{x} = 4,9$). Muihin verrattuna vastauksissa korostuivat lisäksi hoitohenkilökunnan työskentelytavat, käyttäytyminen ja ammattitaitoisuus, sisäiset hälytysjärjestelmät, väkivaltatilanteisiin liittyvä koulutus sekä väkivalta- ja uhkatilanteista raportointi. Suhteellisesti vähiten tärkeinä tekijöinä puolestaan pidettiin työtovereiden tuntemista sekä kameravalvontaa ($\bar{x} = 4,0$). Vastausten suhteellisen jakautuminen on kuvattu kuviossa 17.



KUVIO 17. Hoitohenkilökunnan kokemus eri tekijöiden tärkeydestä väkivaltatilanteisiin varautumisen kannalta Jorvin sairaalassa (N = 157).

Väkivallan uhkaan varautumiseen liittyvien tekijöiden tärkeyttä koskevat vastaukset olivat pääsääntöisesti samansuuntaisia erityyppisillä osastoilla, mutta myös joitakin osaston toiminnasta johtuvia eroavaisuuksia on havaittavissa. Esimerkiksi päivystyksessä korostuivat muihin osastoihin verrattuna jonkin verran enemmän muun muassa vartiointi, kameravalvonta sekä kalusteiden turvallinen sijoittelu. Psykiatrian puolella vartiointia ei puolestaan koettu niin oleellisena seikkana, vaan huomiota kiinnitettiin enemmän hoitohenkilökunnan työskentelytapoihin ja käyttäytymiseen. Erityyppisten osastojen vastausten keskiarvot ilmenevät taulukosta 15.

TAULUKKO 15. Hoitohenkilökunnan keskimääräinen kokemus eri tekijöiden tärkeydestä väkivaltatilanteisiin varautumisessa Jorvin sairaalassa osaston toiminnan mukaan (N = 157).

	Sisätaudit \bar{x}	Kirurgia \bar{x}	Psykiatria \bar{x}	Päivystys \bar{x}	Kaikki vastaajat \bar{x}
Hoitohenkilökunnan työskentelytavat ja käyttäytyminen	4,6	4,6	4,9	4,6	4,7
Hoitohenkilökunnan ammattitaitoisuus	4,6	4,7	4,8	4,6	4,7
Tutut työtoverit	3,8	4,1	3,9	4,2	4,0
Työilmapiiri	4,1	4,4	4,1	4,6	4,3
Riittävä henkilökuntavahvuus	4,9	4,8	4,9	5,0	4,9
Yksintyöskentelyn välttäminen	4,2	4,3	4,4	4,6	4,3
Vartiointi	4,6	4,6	3,9	4,9	4,4
Lepositeiden ja eristyshuoneen käyttö	4,1	3,9	4,1	4,3	4,1
Sisäiset hälytysjärjestelmät	4,6	4,7	4,8	4,7	4,7
Kameravalvonta	3,7	4,0	3,9	4,5	4,0
Väkivaltatilanteisiin liittyvä koulutus	4,7	4,6	4,7	4,6	4,7
Kalusteiden turvallinen sijoittelu	4,2	4,2	4,2	4,6	4,3
Henkilökohtaisten työvälineiden turvallinen käsittely ja säilytys	4,5	4,5	4,5	4,6	4,5
Henkilöstön fyysisestä hyvinvoinnista huolehtiminen	4,3	4,5	4,1	4,5	4,3
Henkilöstön psyykkisestä hyvinvoinnista huolehtiminen	4,5	4,6	4,4	4,6	4,5
Raportointi sattuneista väkivalta- ja uhkatilanteista	4,6	4,5	4,5	4,7	4,6

Psykiatrian osastoilta saadut nais- ja miesvastaajien vastaukset (n = 52) ristiintaulukoitiin mahdollisten sukupuoleen liittyvien eroavaisuuksien havaitsemiseksi. Enimmässä osassa kysymyksen osa-alueista suurempia eroja ei ollut havaittavissa, joskin kaikilta osin miesten vastaukset olivat naisten vastauksiin verrattuna joko hieman alhaisempia tai samansuuruisia. Suurimmat erot liittyivät vartiointiin ($\bar{x}_{\text{naiset}} =$

4,1; $\bar{x}_{\text{miehet}} = 3,4$), kameravalvontaan ($\bar{x}_{\text{naiset}} = 4,1$; $\bar{x}_{\text{miehet}} = 3,4$), raportointiin ($\bar{x}_{\text{naiset}} = 4,7$; $\bar{x}_{\text{miehet}} = 4,1$) sekä kalusteiden sijoitteluun ($\bar{x}_{\text{naiset}} = 4,4$; $\bar{x}_{\text{miehet}} = 3,9$). Naishoitajat näyttävät arvostavan lueteltuja tekijöitä hieman enemmän mieshoitajiin verrattuna, mutta tarkasteltavan vastaajajoukon pienyydestä johtuen pitkälle meneviä johtopäätöksiä asiasta ei voida tehdä.

Myös työkokemuksen määrällä on joiltakin osin vaikutusta kysymykseen saatuihin vastauksiin tarkasteltaessa niitä osaston toiminnan mukaisesti. Selkeimmin työkokemus korreloi vastausten kanssa päivystyksessä, jossa kokeneemmat hoitajat arvostivat nuoria hoitajia jonkin verran enemmän hoitohenkilökunnan työskentelytapoja ja käyttäytymistä ($r = 0,581$), kameravalvontaa ($r = 0,517$), vartiointia ($r = 0,452$) sekä henkilöstön fyysisestä hyvinvoinnista huolehtimista ($r = 0,454$). Kirurgian vuodeosastoilla puolestaan raportoinnin arvostus laski hieman työkokemuksen kasvaessa ($r = -0,476$).

Kyselyssä tiedusteltiin lisäksi, kuinka hyvin tietyt asiat työpaikkaväkivaltilanteisiin liittyen on työpaikalla vastaajan mielestä hoidettu, ja kuinka paljon eri osa-alueissa on vastaajien mielestä kehittämistä. Kysymyksiin Jorvin sairaalassa saatujen vastausten keskiarvot on esitetty osaston toiminnan mukaan jaoteltuna taulukoissa 16 (1 = erittäin huonosti, 2 = huonosti, 3 = kohtalaisesti, 4 = hyvin, 5 = erittäin hyvin) ja 17 (1 = ei lainkaan, 2 = vähän, 3 = jonkin verran, 4 = paljon, 5 = erittäin paljon). Huomion arvoista vastauksissa on muun muassa se, että aikuispsykiatrian vuodeosastot pitävät molempien taulukoiden perusteella nykytilannetta muihin kyselyn kohteena olleisiin osastoihin verrattuna kaikilta osin parempana. Kirurgian ja sisätautien vuodeosastojen sekä päivystysalueen henkilökunta koki, että kyselyssä mainitut tekijät oli hoidettu omalla työpaikalla keskimäärin kohtalaisesti; psykiatrian puolella keskiarvotulokset puolestaan olivat noin numeron verran korkeampia. Kehittämistarpeiden osalta psykiatrian vastausten keskiarvot ovat vastaavasti muita osastoja pienempiä.

TAULUKKO 16. Jorvin sairaalan hoitohenkilökunnan kokemus siitä, kuinka hyvin tietyt työpaikkaväkivaltaan liittyvät asiat on työpaikalla hoidettu (N = 157).

	Sisätaudit \bar{x}	Kirurgia \bar{x}	Psykiatria \bar{x}	Päivystys \bar{x}	Kaikki vastaajat \bar{x}
Väkivallan uhkaan varautuminen	3,1	3,1	4,1	3,2	3,4
Väkivaltatilanteisiin reagointi	3,7	3,5	4,3	3,6	3,8
Psyykkinen jälkihoito	2,8	2,7	3,8	2,8	3,1
Väkivaltatilanteiden rekisteröinti	3,4	3,3	4,0	2,9	3,5
Sattuneista väkivaltatilanteista oppiminen	3,1	3,0	3,9	3,2	3,4

TAULUKKO 17. Jorvin sairaalan hoitohenkilökunnan kokemus siitä, kuinka paljon tietyissä osa-alueissa on työpaikalla kehitettävää väkivaltatilanteisiin varautumisen kannalta (N = 157).

	Sisätaudit \bar{x}	Kirurgia \bar{x}	Psykiatria \bar{x}	Päivystys \bar{x}	Kaikki vastaajat \bar{x}
Ohjeistus	3,4	3,5	3,1	3,8	3,4
Koulutus	3,5	3,8	3,0	4,1	3,5
Uusien työntekijöiden ja sijaisten perehdytys	4,0	4,0	3,4	4,0	3,8
Pakoreitit	3,4	3,3	2,8	3,9	3,3
Tekniset turvallisuusjärjestelmät	3,6	3,8	2,6	4,2	3,4
Vartiointi	2,9	3,4	2,5	3,4	3,0
Kalustus	3,5	3,5	2,9	4,0	3,4
Henkilöstön fyysisestä hyvinvoinnista huolehtiminen	3,6	3,8	3,4	4,1	3,6
Henkilöstön psyykkisestä hyvinvoinnista huolehtiminen	3,8	4,0	3,2	4,2	3,7

Keskiarvojen perusteella huonoiten hoidettuna osa-alueena Jorvin sairaalassa pidettiin kaikäntyyppisillä osastoilla psyykkistä jälkihoitoa. Toinen vastausten perusteella varsin paljon kehittämistä vaativa kohde on uusien työntekijöiden ja sijaisten perehdytys. Vähiten kehittämistä Jorvissa vaatii vastausten perusteella vartiointi. Kehittämistarpeisiin liittyviä vastauksia tarkasteltaessa on pantava merkille, että kaikkien osa-alueiden osalta korkeimmat keskiarvovastaukset on saatu päivystysalueelta. Ainoastaan uusien työntekijöiden ja sijaisten perehdyttämisen (kirurgia ja sisätaudit) ja vartiointin (kirurgia) osalta muilta osastoilta saatiin yhtä korkeita vastausten keskiarvoja. Psykiatrian osastoilla nais- ja miesvastaajia

vertailtaessa mainitsemisen arvoisia eroavaisuuksia voitiin havaita jälkihoidon ($\bar{x}_{\text{naiset}} = 3,9$; $\bar{x}_{\text{miehet}} = 3,4$) ja väkivaltatilanteiden rekisteröinnin ($\bar{x}_{\text{naiset}} = 4,2$; $\bar{x}_{\text{miehet}} = 3,7$) onnistuneisuuteen sekä kalustuksen kehittämiseen ($\bar{x}_{\text{naiset}} = 3,1$; $\bar{x}_{\text{miehet}} = 2,5$) liittyvissä vastauksissa. Työkokemus korreloi kysymyksiin saatujen vastausten kanssa selkeästi vain päivystyksen osalta. Päivystysalueen kokeneemmat hoitajat pitivät väkivaltatilanteiden rekisteröintiä ($r = 0,488$) paremmin hoidettuna nuorempiin verrattuna, mutta puolestaan toivat selkeämmin esiin ohjeistukseen ($r = 0,536$), teknisiin turvallisuusjärjestelmiin ($r = 0,468$) sekä vartiointiin ($r = 0,439$) liittyviä kehittämistarpeita.

Kyselyssä oli monivalintakysymysten ohella myös kaksi avointa kysymystä. Esimerkiksi henkilökuntavahvuuden merkitys tuli esiin molempien kysymystyyppien kohdalla. Kysyttäessä, miten vastaaja kehittäisi työturvallisuutta omassa työpisteessään väkivallan osalta, Jorvissa yhteensä 22 vastaajaa (14 %) esitti toiveen henkilökuntamiehityksen kasvattamisesta. Eniten nykyiseen henkilökuntamäärään toivottiin muutosta kirurgian vuodeosastoilla, joilla noin neljännes vastaajista kaipasi lisää miehitystä työvuoroihin. Lisäksi muutama vastaaja kiinnitti huomion potilaiden määrään ja sijoitteluun.

”Henkilökunnan määrän lisääminen yövuoroihin, esim. silloin kun on sulkutilanne!”

”Osastollemme tulisi lisätä henkilökunnan määrää ja vahvistaa ainakin yövuorojen miehitystä.”

”Tarpeeksi joka vuorossa henkilökuntaa.”

”Ei liikaa potilaita samaan huoneeseen, ei ylipaikoille siis.”

”Osastojen potilaspaikkamääriä tulisi laskea nykyisestä 15 pienemmäksi, akuuttipsykiatrian osaston paras koko potilaspaikoilla mitattuna olisi minun mielestäni 5–10 paikkaa.”

Vieläkin selkeämmin avoimissa vastauksissa esiin nostettuja tekijöitä olivat koulutuksen lisääminen (22,9 % vastaajista) sisäiset hälytysjärjestelmät (15,3 %) sekä fyysisen toimintaympäristön suunnittelu ja kalustus (15,9 %). Väkivaltatilanteiden kohtaamiseen liittyvät koulutustarpeet nousivat selkeimmin esille akuuttipsykiatrian vuodeosastojen vastauksissa (kolmannes vastaajista). Tekniset henkilöturvajärjestelmät mainittiin odotetusti useimmin niiden osastojen vastauksissa, joilla järjestelmiä ei ole vielä lainkaan käytössä tai joilla ne ovat puutteelliset. Suhteellisesti eniten hälytysjärjestelmiin liittyviä toiveita esitettiin kirurgian vuodeosastojen ja päivystyksen henkilökunnan toimesta. Esimerkiksi kalusteiden

turvallista sijoittelua ei pidetty kovin tärkeänä tekijänä väkivaltilanteisiin varautumisessa (ks. taulukko 15), mutta avoimissa vastauksissa työpisteiden suunnittelu, kalustus ja tavaroiden sijoittelu tuotiin esille yllättävän usein. Kehittämistarpeet liittyivät useimmiten pakenemisreitteihin uhkaavassa tilanteessa.

”Pitäisi olla enemmän ja useammin henkilökunnalla mahdollisuus osallistua koulutuksiin. Ja esimiehen jopa edellyttää niissä käymistä tasaisin väliajoin.”

”Yhteistyö, koulutus, uusien tilojen suunnittelussa otettava huomioon turvallisuus.”

”Turvarannekkeet hoitajille, etenkin yöllä.”

”Kalustus! Käytävien puhtaanapito kärryistä, sängyistä ym. tavarasta. Henkilökohtainen hälytysnappi.”

”Hälytysysteemi, että saa nopeasti tarvittaessa apua paikalle, esim. vartijan.”

”Vaaralliset työvälineet pois potilashuoneista.”

”Muuttaisin tapaamishuoneiden huonekalujen järjestystä / huoneiden kokoa ja mallia. Ikkunoihin turvalasit.”

”Kunnon hälytysjärjestelmät, ulko-ovi lukkoon, tuulikaappiin metallinpaljastin.”

Muita työturvallisuuden kehittämistä koskevissa vastauksissa esiin nousseita asioita olivat hoitohenkilökunnan keskinäisten toimintamallien ja käytänteiden kehittäminen (10,2 %), vartiointin lisääminen tai vartioiden kutsumisen helpottaminen (9,6 %) sekä väkivaltilanteisiin liittyvän keskustelun ja sattuneiden tilanteiden käsittelyn lisääminen (4,4 %). Vartiointia koskevat maininnat keskittyivät lähinnä päivystyksen ja kirurgian vuodeosastojen vastauksiin. Lisäksi neljännes päivystyksen vastaajista oli toivonut kameravalvonnan kehittämistä, joka myöhemmin kyselyn jälkeen onkin toteutunut.

”Sovittava tietyt käytännöt kun osastolla on mahdollisesti väkivaltaan taipuvainen potilas, esim. keittiön ovet lukossa veitsien takia.”

”Selvät käytännöt päihtyneiden kohtelun osalta sekä saattajien → putkaan vai pihalle ja ketkä ja mitä sallitaan.”

”Helposti yhteys vartijoihin jos levottomia potilaita.”

”Tilanteen syntyessä kollegojen tukeminen, tilanteista keskusteleminen. Avoimen työilmapiirin ylläpitäminen, jossa rekisteröidään ympäristössä tapahtuvat asiat.”

”Yksi vartija jatkuvasti paikalla. Ulko-ovi lukkoon, aula usein tyhjänä, kuka vaan voi kävellä sisään.”

”Kameravalvonta, vartiointin tiivistys, etupainotteisuutta.”

Kyselyn vastauksissa esitettyjen kehitysehdotusten määrät ilmenevät aihealueittain molempien tutkimuksen kohteena olleiden sairaaloiden osalta liitteistä (liite 5). Toisessa kyselyn avoimessa kohdassa tiedusteltiin, minkä tyyppisen koulutuksen vastaajat kokevat tärkeäksi väkivaltatilanteisiin varautumisen kannalta (liite 6). Suurimmassa osassa tapauksista kysymykseen oli vastattu hyvin yleisellä tasolla, mutta joukossa oli myös joitakin yksityiskohtaisempia vastauksia. Molemmissa sairaaloissa vastaajat kokivat useimmin tärkeäksi koulutuksen, jossa annetaan ohjeita aggressiivisen potilaan kohtaamiseen ja väkivaltatilanteessa toimimiseen (Jorvissa 17,8 % vastaajista).

Koulutuksessa toivottiin annettavan neuvoja muun muassa siihen, mitä hoitajat saavat väkivaltatilanteessa tehdä ja miten heidän tulisi käyttäytyä. Merkille pantavaa on, että useassa vastauksessa viitattiin epäsuorasti hoitajien oikeuksiin ja velvollisuuksiin väkivaltatilanteessa, mutta vain kahdessa vastauksessa mainittiin lainsäädäntö, jonka perusteella työntekijöiden oikeudet ja velvollisuudet määräytyvät. Varsin usein vastauksissa mainittiin myös verbaaliseen ja nonverbaaliseen vuorovaikutukseen (10,2 %), uhkaavien tilanteiden tunnistamiseen ja ennakointiin (9,6 %) sekä väkivaltatilanteiden ennaltaehkäisyyn (11,5 %) liittyvä koulutus.

”Miten toimia ja käyttäytyä, kun tilanne sattuu kohdalle.”

”Vuorovaikutus hoitaja – aggressiivinen potilas. Tapa puhua, käyttäytyä. Väkivaltatilanteiden ennaltaehkäisy.”

”Esim. miten rauhoittaa uhkatilanteita / millainen käytös provosoi. Kaikki koulutus/lisäinfo tarpeen.”

”Ennaltaehkäisy; vaaratilanteisiin joutumisen minimointi / vaaratilanteiden ennakointi / niiden syntymisen ehkäiseminen. Konkreettista tietoa, miten toimit väkivaltatilanteissa.”

”Miten reagoida eri tilanteisiin ja mitä virheitä ei kannata tehdä.”

”Varomerkit, väkivallan ennakoinnin arviointi.”

”Puheen käyttö tilanteen rauhoittamiseksi. Yleisesti keinoja tilanteiden selvittelyihin.”

Psykiatrian vuodeosastoilla selkeästi tärkeimmäksi osa-alueeksi koettiin potilaiden fyysiseen rajoittamiseen ja kiinnipito-otteisiin liittyvä HFR-koulutus (lähes puolet vastaajista). Myös itsepuolustus sekä otteesta tai yleisesti väkivaltatilanteesta irtautumiseen liittyvät koulutukset mainittiin Jorvissa muutamissa vastauksissa, joskin ne tuotiin esille selvästi harvemmin kuin Peijaksen sairaalan vastauksissa.

”Hallittu fyysinen rajoittaminen -koulutus hyvä. Kun koko henkilökunta käy saman koulutuksen, on tilanteissa helppo toimia yhtenäisesti.”

”HFR (hallittu fyysinen rajoittaminen) & MAPA-tyyppiset koulutukset, yhteistyö sairaalavalvojen ja poliisin ym. viranomaisten kanssa. Tilanteiden de-eskalointi, kunnollinen lääkekoulutus.”

”Jorvissa meneillään olevat turvallisuus- ja HFR-koulutukset sekä niiden kertaukset!”

”Turvallisuuskoulutukset, joissa kiinnitetään huomiota ennakointiin ja yhtenäisiin toimintatapoihin. Ei mitään itsepuolustuskoulutuksia, jotka kestävämpiä hoitotyön etiikan kannalta.”

”Vähän itsepuolustustaitoja (esim. oikeita "otteita") olisi tärkeä oppia.”

”Irrottautuminen otteesta.”

Jorvissa yhteensä 10 vastaajaa toi avoimissa vastauksissa esiin tyytyväisyytensä nykyisin sairaalassa järjestettäviin turvallisuuskoulutuksiin. Varsin monissa vastauksissa kuitenkin korostui se, että turvallisuuskoulutuksen tulisi olla nykyistä säännöllisempää ja jatkuvampaa (13,4 %). Monet kaipasivat koulutuksiin myös lisää käytännön harjoituksia. Erityisesti kirurgian vuodeosastojen henkilökunta toivoi lisäksi, että koulutuksia järjestettäisiin enemmän omalla osastolla ja kyseiseen työpisteeseen räätälöitynä.

”Talossa hyvä koulutus, mutta niitä pitäisi olla säännöllisesti, kun tulee uusia haasteita tai välineitä ja muistuttaminen asioista tärkeää varsinkin jos sattuu harvemmin.”

”Koulutusta säännöllisin väliajoin jokaiselle, asian esillä pitäminen tärkeää! Videot hyvä keino opetukseen.”

”Toistuvat ja säännölliset koulutukset, joissa varaudutaan ja harjoitellaan väkivaltilanteita, niiden ennaltaehkäisyä ja asiallista hoitamista.”

”Turvallisuuskoulutus, jossa käydään läpi väkivaltilanteiden ennaltaehkäisyä ja hallintaa. Koulutukseen täytyisi varata riittävästi käytännön harjoituksia.”

”Koulutuksen tulisi tapahtua kyseisessä työpisteessä/yksikössä missä henkilökunta työskentelee.”

8.2 Peijaksen sairaala

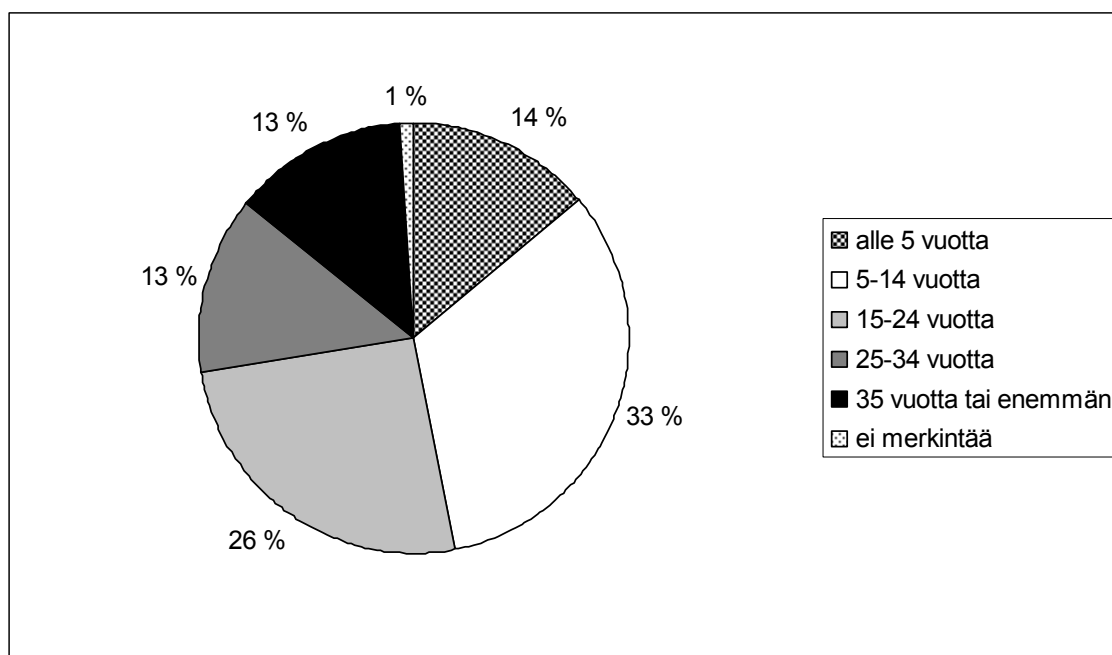
Väkivalta- ja uhkatilanteista ilmoittamisessa on Peijaksen sairaalassa käytetty tutkimusajanjaksona pääasiassa vuonna 2002 käyttöön otettua HUS:n yhteistä tapahtumaraporttilomaketta (liite 1). Vain seitsemässä tapauksessa uhkaavista tapahtumista oli ilmoitettu sairaalassa aiemmin käytetyn lomakemallin avulla. Uusi raportointikäytäntö oli vakiintunutkin Peijaksessa selkeästi nopeammin Jorviin

verrattuna. Vanhojen lomakkeiden osalta niissä esitetyt tiedot muunnettiin analysoinnin yhteydessä HUS:n tapahtumaraporttien tietoja vastaavaksi, jotta tutkimusmateriaali olisi vertailukelpoista.

TAULUKKO 18. Hoitohenkilökunnalle suunnattuun kyselyyn saatujen vastausten lukumäärät (kpl) toimialueen ja sukupuolen mukaan Peijaksen sairaalassa (ilmoitettu vahvuus sulkeissa).

	Sisätaudit	Kirurgia	Psykiatria	Päivystys	Yhteensä
naisia	59	49	20	46	174
miehiä	0	2	13	6	21
ei merkintää	0	1	0	0	1
Yhteensä:	59 (80)	52 (75)	33 (70)	52 (70)	196

Peijaksen sairaalan hoitohenkilökunta osoitti suurta kiinnostusta opinnäytetyötä kohtaan, mikä näkyy hoitohenkilökunnalle suunnatun kyselyn vastausmäärissä. Ilmoitettuihin vahvuuksiin ($\Sigma = 295$) nähden kyselyyn vastasi 66 % kohderyhmästä, mitä voidaan pitää erinomaisena vastausprosenttina. Vastausaktiivisuus nousi kaikkein korkeimmaksi sisätautien vuodeosastoilla ja päivystyksessä, mutta muutkin osastot osallistuivat kyselyyn aktiivisesti. Erityisen positiivista on tavoitteeksi asetetun 30 %:n reilu ylittyminen jokaisella toiminta-alueella. Kyselyn tarkat vastausmäärät ja vastaajien sukupuolijakauma ilmenevät taulukosta 18.



KUVIO 18. Kyselyn vastaajien jakautuminen hoitoalan työkokemuksen pituuden mukaisesti Peijaksen sairaalassa (N = 196).

Kyselyn vastaajien jakautuminen työkokemuksen määrän mukaan oli Peijaksen sairaalassa varsin samantyyppinen kuin Jorvissa, joskin nuoria, alle 15 vuotta työkokemusta omaavia työntekijöitä oli Peijaksessa 7 prosenttiyksikköä enemmän. Vastaajien jakautuminen työkokemuksen mukaan käy ilmi kuviosta 18.

8.2.1 Väkivalta- ja uhkatilanteiden yleisyys

Hyks, Peijaksen sairaalassa ja sen etäosastoilla laadittiin vuosina 2003–2005 yhteensä 704 ilmoitusta väkivaltatilanteesta tai muusta poikkeavasta tapahtumasta. Koska kaikkia uhkaavassa tilanteessa osallisena olleita on ohjeistettu laatimaan raportti tapahtuneesta, tapahtumaraporttien määrä on lukumääräisesti suurempi kuin todellisten tilanteiden määrä. Raportteja laadittiin Peijaksessa tutkimusajanjaksona 9 % enemmän todellisten raportoitujen tilanteiden määrään nähden. Laaditut tapahtumaraportit liittyivät molemmissa sairaaloissa pääasiassa työssä sattuneisiin tilanteisiin; Peijaksen sairaalan henkilökunta oli raportoinut tutkimusajanjaksona vain kahdesta työmatkalla ja kahdesta työajan ulkopuolella sattuneesta tilanteesta. Eri lomakemallien käytön jakauma vuosittain on esitetty Peijaksen osalta taulukossa 19.

TAULUKKO 19. Raportoinnissa käytetyt lomakemallit Peijaksen sairaalassa (N = 704).

	2003	2004	2005	Yhteensä
HUS-tapahtumaraportti	160	261	276	697
Peijaksen vanhat lomakemallit	5	1	1	7
Yhteensä	165	262	277	704

Väkivalta- ja uhkatilanteiden raportointi riippuu muun muassa työntekijän tilannearvioinnista, työn kiireellisyydestä sekä osastosta, jolla tilanne tapahtui. Selkeästi eniten raporteja on Peijaksessa tehty päivystyspoliklinikalla ja päivystysosastolla. Myös sisätauti- ja psykiatrian osastoilla on tapahtumaraporttien perusteella sattunut kohtuullisen paljon uhkaavia tai väkivaltaisia tilanteita. Psykiatrian osastoilla kuten myös päivystyksessä tapauksia jää paljon raportoimatta joko kiireen tai tilanteessa olleen asianomaisen tilannearvion vuoksi. Raportoitujen tapahtumien jakautumista osastoittain on tarkasteltu taulukossa 20.

TAULUKKO 20. Raportoidut tapahtumat jaoteltuna osaston toiminnan mukaan Peijaksen sairaalassa (N = 646).

	2003	2004	2005	Yhteensä
Sisätaudit	17	40	35	92
Päivystys	79	95	99	273
Neurologia	2	2	14	18
Keuhkosairaudet	1	3	10	14
Kirurgia	4	7	4	15
Ortopedia	5	2	2	9
Akuuttipsykiatria	15	39	23	77
Peijas muu	4	8	5	17
Vanhuspsykiatria (Paimenentie)	9	29	30	68
Lastenpsykiatria (Kerava)	12	11	11	34
Nuorisopsykiatria (Kerava)	5	2	7	14
Muut etäkohteet	4	5	6	15
yhteensä	157	243	246	646

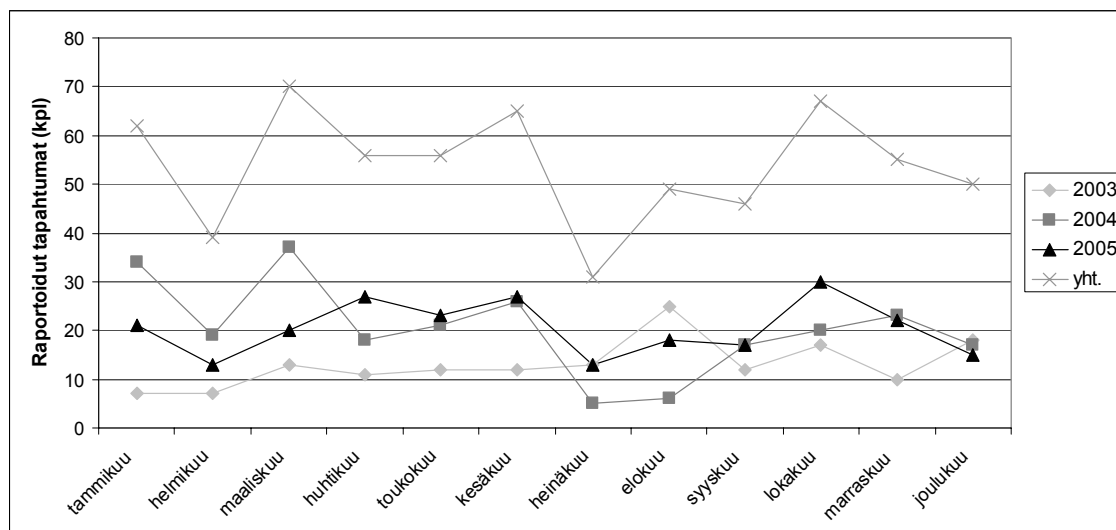
Väkivalta- ja uhkatilanteita sattuu Peijaksen sairaalassa Jorvin tavoin eniten vuodeosastoilla (ks. taulukko 21). Tämä on luonnollista, sillä vuodeosastojen potilaat ovat useasti huonossa kunnossa eivätkä sairauden vuoksi aina ymmärrä käyttäytymisensä seurauksia. Suuri osa raportoiduista tapauksista on henkistä väkivaltaa sekä dementoituneen tai muutoin sekaisen potilaan hoitajaan kohdistamaa

lyömistä tai huitomista. Poliklinikoiden tapahtumamäärää tarkasteltaessa kannattaa muistaa piilotapahtumien määrä. Varsinkin päivystyksessä tapahtuu päivittäin lieviä ja yksittäistapauksena raportointikynnyksen ylittäviä tilanteita, joita henkilökunta ei kuitenkaan ehdi raportoidaan niiden suuren määrän ja työn hektisen luonteen vuoksi. Aliraportointi on varsin yleistä erityisesti henkisen väkivallan osalta.

TAULUKKO 21. Raportoitujen tapahtumien määrät osaston toiminnan mukaan Peijaksen sairaalan kiinteistössä (n = 466).

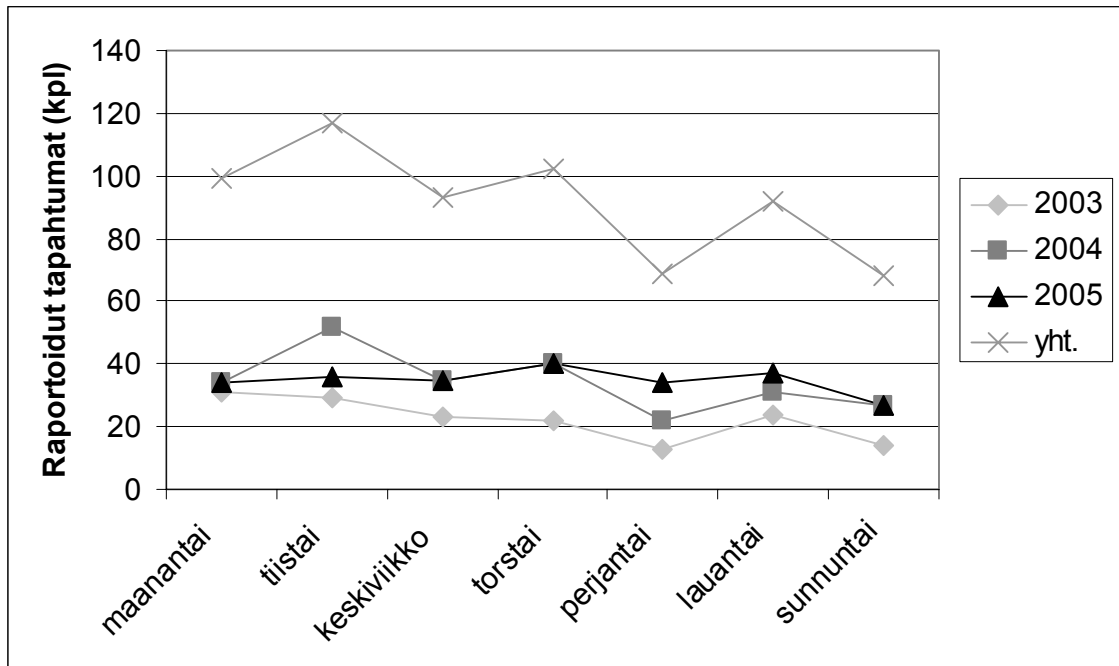
	2003	2004	2005	Yhteensä
Poliklinikat	51	51	50	152
Vuodeosastot	73	141	141	355
Muut	3	4	1	8

Kuviosta 19 nähdään raportoitujen tapahtumien jakautuminen vuodenajan suhteen. Kuten Jorvin sairaalassa, myös Peijaksessa väkivalta- ja uhkatilanteita raportoitiin keskimääräisesti eniten maaliskuussa heinäkuun ollessa vastaavasti vuoden hiljaisin kuukausi. Peijaksen sairaalassa maaliskuun ero muihin kuukausiin nähden ei kuitenkaan ole yhtä selvä, ja Jorvin trendistä poiketen Peijaksessa on havaittavissa vilkkaan kevään lisäksi lokakuulle sijoittuva toinen selkeä huippu. Kokonaistrendiin pitää kuitenkin suhtautua kriittisesti, sillä molemmat edellä mainitut piikit ovat muodostuneet tutkimusajanjakson lyhydestä johtuen pääasiassa yksittäisistä normaalia vilkkaammista kuukausista.



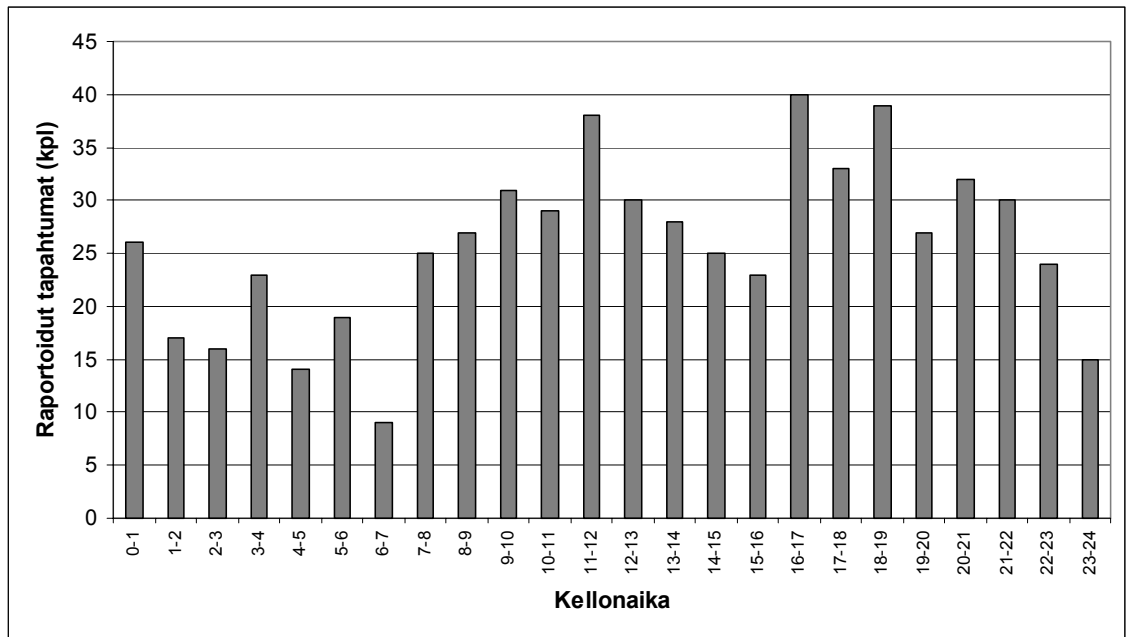
KUVIO 19. Raportoidut väkivalta- ja uhkatilanteet kuukausittain Peijaksen sairaalassa (N = 646).

Jorvin sairaalan tavoin myös Peijaksessa väkivalta- ja uhkatilanteita oli sattunut eniten tiistaisin ja raportteja tehtiin yleisesti muutenkin enemmän alkuviikosta kuin loppuviikosta. Vähiten tilanteita oli puolestaan sattunut perjantaisin ja sunnuntaisin. Perjantain alhaista lukemaa voidaan pitää osittain yllätyksellisenä, joskin esimerkiksi monet perjantai-iltana alkoholia nauttineet päivystyspotilaat aiheuttavat uhkaavia tilanteita usein vasta lauantain puolella. Lauantaina raporttien määrä nousikin lähelle arkipäivien tasoa, mikä johtuu juuri päivystyksen vilkkaudesta. Perjantait ja sunnuntait olivat myös päivystyksessä selkeästi hiljaisimmat päivät, kun taas lauantaisin päivystysalueella oli sattunut yhtä paljon raportoituja väkivalta- ja uhkatilanteita kuin tiistaisin ($\bar{x} = 18$ / vuosi). Peijaksen sairaalassa raportoitujen tapahtumien jakautuminen viikonpäivän mukaan on esitetty kuviossa 20. Kuuden tapauksen osalta viikonpäivää ei voitu selvittää päivämäärämerkinnän puuttumisen vuoksi.



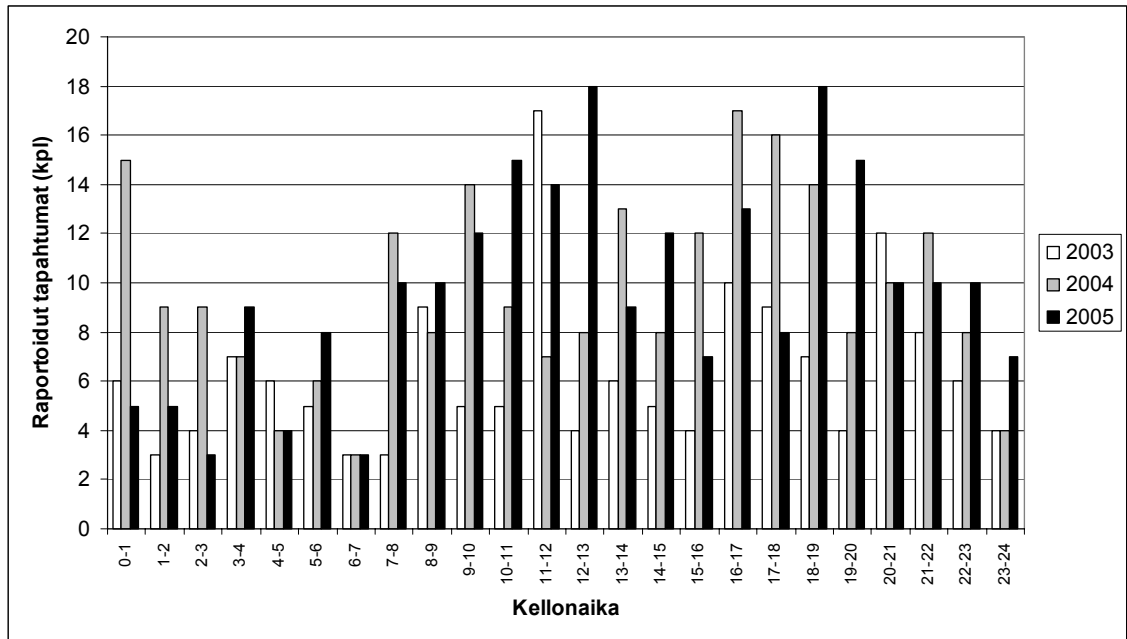
KUVIO 20. Raportoidut väkivalta- ja uhkatilanteet viikonpäivän mukaan Peijaksen sairaalassa (N = 646).

Väkivalta- ja uhkatilanteiden riippuvuus kellonajasta on Peijaksen sairaalassa varsin odotetunlaista. Yöllä (klo 23–06) tapahtuu selvästi vähemmän tapauksia kuin päivällä ja illalla. Aamupäivällä tapausten määrä lisääntyy tasaisesti ja ensimmäinen tilastohuippu saavutetaan keskipäivällä. Puolen päivän jälkeen tapausten määrä vähenee kello 16 asti, jonka jälkeen tapahtuu puolestaan tilaston valossa eniten uhkaavia tai väkivaltaisia tilanteita. Alkuillasta kello 21 saakka tapauksia on raportoitu melko tasaisesti, minkä jälkeen määrä alkaa laskea yötä kohti. Uhka- ja väkivaltatilanteiden määrä koko tutkimusajanjaksona on esitetty kellonajan suhteen kuviossa 21. Peijaksessa väkivalta- ja uhkatilanteita oli raportoitu Jorvin sairaalasta poiketen iltaisin hieman enemmän kuin päivisin. Ero selittyy päivystysalueiden raportoinnissa havaittavilla eroavaisuuksilla; Peijaksen päivystyksestä raportoitiin tutkimusajanjaksona lähes nelinkertainen määrä väkivaltaisia tai uhkaavia tilanteita Jorviin verrattuna.



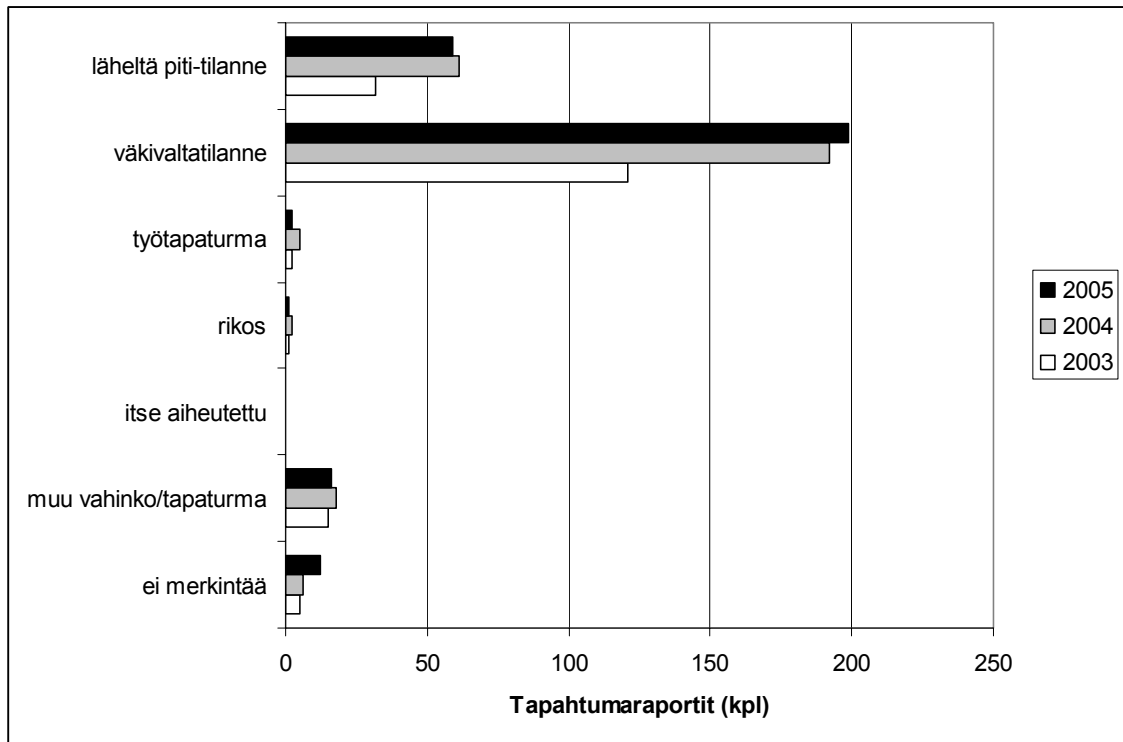
KUVIO 21. Raportoidut väkivalta- ja uhkatilanteet kellonajan mukaan Peijaksen sairaalassa (n = 620).

Raportoitujen tapahtumien määrän kasvu painottuu Peijaksen sairaalassa päivälle ja illalle, yöaikaan sattuneet tilanteet sen sijaan eivät ole merkittävästi lisääntyneet. Suurinta kasvu on ollut normaalin virka-ajan osalta: vuonna 2003 Peijaksessa sattui kello 8:00 ja 16:00 välillä yhteensä 55 raportoitua väkivalta- ja uhkatilannetta, kun vuonna 2005 oli raportoitu jo 97 tapausta. Kello 16:00 ja 0:00 välisenä aikana vastaavat lukemat olivat 60 ja 91. Raportoitujen tapahtumien jakautumista kellonajan mukaan eri vuosina on tarkasteltu kuviossa 22.



KUVIO 22. Raportoidut väkivalta- ja uhkatilanteet vuosittain kellonajan mukaan Peijaksen sairaalassa (n = 620).

Väkivaltatilanteiksi luokiteltujen tapausten määrä on lisääntynyt Peijaksen sairaalassa reilusti vuodesta 2003 vuoteen 2004, mutta vuonna 2005 tapausten määrä vaikuttaa vakiintuneen jotakuinkin edellisen vuoden tasolle. Samoin läheltä piti -tilanteiden määrä on kehittynyt lähes vastaavan tyypisesti. Raporttien tilanne-luokitusten keskinäisissä suhteissa ei ole tapahtunut radikaaleja muutoksia tutkimuksen kohteena olevien kolmen vuoden aikana. Tapahtumaraporttien tilanne-luokitusten määrät vuosittain käyvät ilmi kuviosta 23.



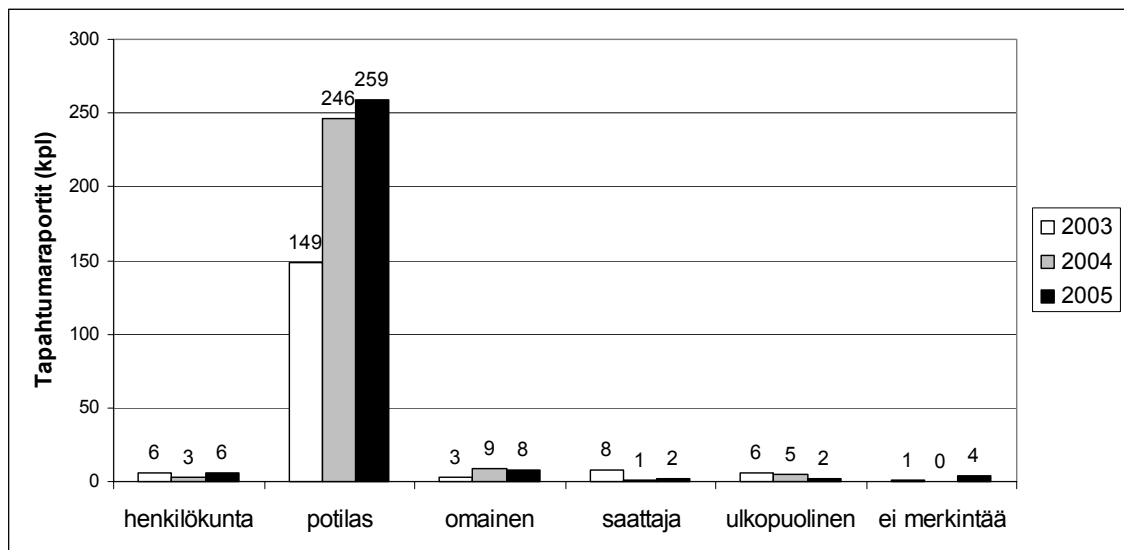
KUVIO 23. Peijaksen sairaalan tapahtumaraporttien tilanne-luokitus (N = 704).

HUS:n tapahtumaraporttilomakkeella raportoidaan myös omaisuuteen, esimerkiksi kiinteistöön liittyviä vahinkotapahtumia. Selvä enemmistö raporteista on kirjattu henkilövahinkona tai muuna tapahtumana. Myös altistumisiksi kirjattuja tilanteita oli tapahtunut joitakin kymmeniä vuosittain. Suunnilleen saman verran on tehty raporteja, joihin ei ole kirjattu lainkaan tapahtuman tyyppiä. Mielenkiintoista on henkilövahinkojen ja muihin tapahtumiin liittyvän raportoinnin kasvaminen vuodesta 2003 ja määrän tasaantuminen vuosina 2004 ja 2005. Tapahtumien laatu Peijaksen sairaalassa täytettyjen tapahtumaraporttien osalta ilmenee taulukosta 22.

TAULUKKO 22. Tapahtumaraporteissa ilmoitetut tapahtumatyypit Peijaksen sairaalassa (N = 704).

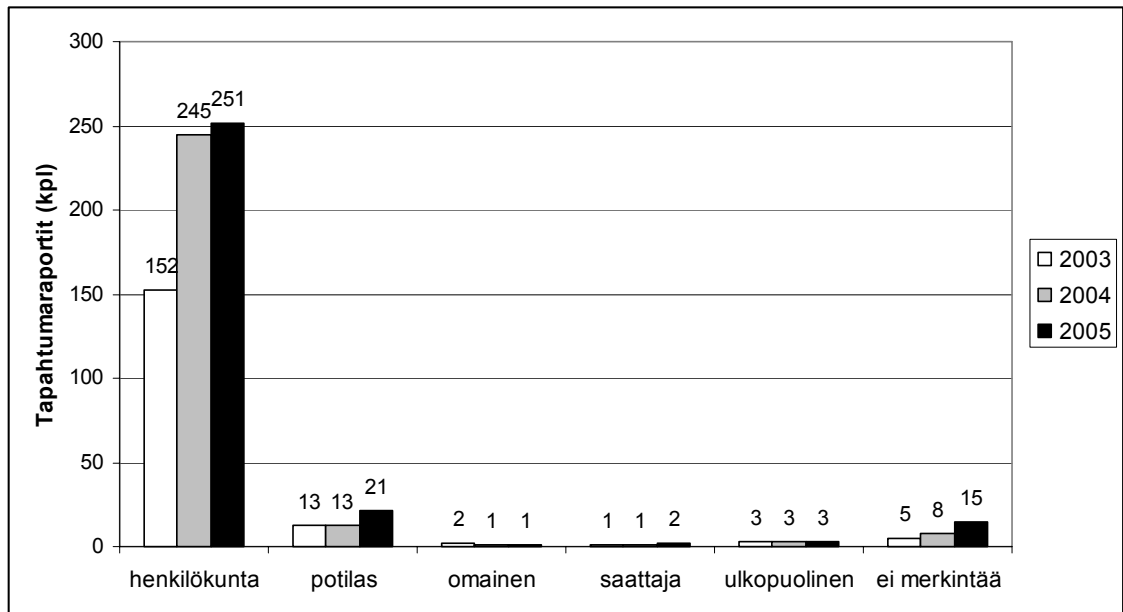
	2003	2004	2005	Yhteensä
kiinteistövahinko	5	3	2	10
tietoturvan rikkominen	0	0	0	0
tulipalo	0	1	0	1
pommiuhkaus	0	1	0	1
ryöstö	0	0	0	0
varkaus	0	1	1	2
murto	0	0	0	0
tuhotyö (murhapoltto)	0	0	0	0
henkilövahinko	73	108	102	283
altistuminen	18	29	47	94
muu tapahtuma	64	109	105	278
ei merkintää	12	23	29	64

Sairaalassa tapahtuneessa väkivaltatilanteessa on yleensä kaksi osapuolta: potilas ja hoitaja. Tilanteessa tekijänä on yleensä potilas ja kohteena hoitaja. Esimerkiksi vuoden 2005 tapahtumaraporteissa potilas on merkitty tekijäksi 259 tapauksessa, mikä vastaa 94 % raporttien kokonaismäärästä. Muiden osapuolten osuudet tekijänä jakautuvat varsin tasaisesti. Henkilökunta on ollut yllättäen tekijänä lähes yhtä usein kuin potilaan omainen. Asiaa tarkasteltaessa täytyy kuitenkin huomioida teon kohde. Henkilökunnan ollessa tekijänä kohteena on ollut yleensä toinen henkilökuntaan kuuluva tai sitten raportti on täytetty virheellisesti. Esimerkki virheellisestä täytöstä on hoitajan laittaessa itsensä tekijäksi, kun hän on ollut laittamassa riehuvaa potilasta lepositeisiin. Saattajan ollessa tekijänä kohde on ollut hoitohenkilökunta tai joku ulkopuolinen. Raporteissa tekijäksi ilmoitettujen tahojen jakautuminen on esitetty kuviossa 24.



KUVIO 24. Tapahtumaraporteissa tekijäksi ilmoitetut tahot Peijaksen sairaalassa (N = 704).

Odotetusti valtaosassa raportoiduista tapauksista kohteena on ollut sairaalan henkilökunta. Vuosien 2004 ja 2005 aikana näin on tapahtunut yhteensä noin 500 kertaa. Tapahtumaraportteja, joissa käsiteltiin potilaan joutumista väkivallan kohteeksi, oli täytetty vuosittain noin 10–20 kappaletta. Muut tahot ovat olleet kohteena vain muutamia kertoja vuodessa. Noin kymmenessä tapauksessa vuosittain kohde on jäänyt merkitsemättä. Peijaksen sairaalassa laadituissa tapahtumaraporteissa monivalintakohdassa kohteeksi ilmoitetut tahot ilmenevät kuviosta 25.



KUVIO 25. Tapahtumaraporteissa kohteeksi ilmoitetut tahot Peijaksen sairaalassa (N = 704).

Väkivaltatilanteet ovat toisinaan olleet odotettavissa. Tyypillisesti potilas on ollut levoton hoidon alkaessa tai antanut muunlaisia varoittavia signaaleja. Esimerkiksi psykiatrisella osastolla hoidettavat lapset sen sijaan ovat saattaneet tehdä väkivaltaa täysin yllättäen. Seuraavassa muutamia tyypillisiä esimerkkejä Peijaksen sairaalasta:

”Potilas hermostui hoitotoimenpiteen yhteydessä ja tarttui hoitajaa vasempaan ranteeseen lujasti kiinni ja huitoi sekä riuhoi. Potilasta yritetty rauhoitella, mutta potilas ei yhteistyöhaluinen hoitotoimenpiteen aikana.”

”Lapsen kiinnipitotilanteen alkaminen; voimakas potku hoitajan kylkeen.”

”Potilas on hoidettaessa koko ajan solvaileva ja käskee painua helvettiin jne. Hoidettaessa yrittää ja sylkeekin päin ja käsillä raapii.”

Väkivallan kohteeksi joutuneita tahoja selvitettiin myös tapahtumaraporttien avoimiin kohtiin kirjattujen tietojen perusteella, koska ne antavat monivalintakysymyksiä tarkemman kuvan tapahtumien kulusta. Avoimien kohtien perusteella aggressiiviset potilaat kohdistavat tekonsa usein myös omaisuuteen. Tyypillinen omaisuuteen kohdistunut teko on esineeseen tai rakenteeseen kohdistunut lyöminen, potkiminen tai irtaimiston heittäminen. Peijaksen sairaalassa väkivaltaiset teot ovat kohdistuneet potilaaseen itseensä sekä omaisiin ja saattajiin harvemmin Jorviin verrattuna. Ulkopuolisilla tarkoitetaan tässä yhteydessä muun muassa muiden potilaiden omaisia/saattajia tai esimerkiksi ambulanssihenkilökuntaa. Väkivallan kohteiden

suhteelliset yleisyydet Peijaksen sairaalassa on esitetty taulukossa 23. Alla on muutamia erilaisia esimerkkejä esineisiin kohdistuneesta väkivallasta. Viimeinen kohta on osoitus siitä, ettei tekijä aina ymmärrä tekemisiään.

”Mieshenkilö löi nyrkillä lasiluukkuun, kun en ehtinyt häntä heti palvelemaan.”

”Potilas ei yhteistyökykyinen, des-orientoitunut, laittaa hanttiin hoitotoimenpiteitä, potkii jaloilla. Potkaisi sängyn päädyn rikki.”

”Potilas herännyt ja riisuuntunut alasti. Hääräillyt ääneti yhteisössä ja yrittänyt nostaa televisiota → seurauksena, että TV räsähtänyt lattialle.”

TAULUKKO 23. Fyysisen/henkisen väkivallan kohteiden suhteellinen yleisyys Peijaksen sairaalassa tapahtumaraporttien avoimien kohtien perusteella (N = 704).

	2003 %	2004 %	2005 %	Yhteensä %
henkilökunta	81,8	87,1	87,5	86,0
potilas itse	1,2	2,3	1,8	1,9
muut potilaat	6,7	3,9	6,2	5,5
omaiset / saattajat	0,0	1,2	0,4	0,6
ulkopuoliset	3,6	2,3	0,0	1,7
omaisuus	12,7	9,8	6,2	9,1

Yleisin väkivallan muoto Peijaksen sairaalassa on tutkimusajankohtana ollut verbaalinen väkivalta, josta kuitenkin oli raportoitu suhteellisesti vähemmän kuin Jorvin sairaalassa. Verbaalista aggressiivisuutta esiintyi yleisesti samassa yhteydessä fyysisten väkivallantekojen kanssa; pelkästä verbaalisesta väkivallasta raportoitiin yhteensä noin 18 % tapahtumaraporteista, eli hieman harvemmin kuin Jorvin sairaalassa. Näiden tilanteiden suhteellinen osuus on kuitenkin pysynyt lähes samalla tasolla vuosittain. Lyömistä ja potkimista oli sen sijaan esiintynyt tapahtumaraporttien perusteella Peijaksessa sekä määrällisesti että prosentuaalisesti huomattavasti enemmän. Lyömisen ja potkimisen suhteellisen yleisyyden korkeat arvot ovat huolestuttavia, sillä fyysisen väkivallan toiseksi yleisin kohde Peijaksen sairaalassa sattuneissa väkivaltatilanteissa on ollut pää (ks. taulukko 29). Myönteistä eri väkivallan muotojen yleisyydessä on terä- tai ampuma-aseilla uhkaamisen tai niiden käytön pieni suhteellinen määrä. Seksuaaliseksi häirinnäksi luokiteltuja tapauksia oli tutkimusaikana neljä. Väkivallan muotojen suhteelliset yleisyydet on esitetty taulukossa 24.

TAULUKKO 24. Eri väkivallan muotojen suhteellinen yleisyys Peijaksen sairaalan tapahtumaraporteissa (N = 704).

	2003	2004	2005	Yhteensä
	%	%	%	%
lyöminen	28,5	34,1	31,9	31,9
potkiminen	38,2	30,1	30,0	32,0
pureminen	4,8	4,7	3,7	4,3
raapiminen	10,9	6,3	4,4	6,6
töniminen	3,0	3,5	2,2	2,9
sylkeminen	6,1	5,5	8,8	6,9
kiinni tarttuminen	12,1	11,7	10,3	11,2
huitominen / riuhtominen	12,1	8,2	5,1	7,9
puristaminen / vääntäminen	6,7	9,4	7,3	7,9
esineellä heittäminen / lyöminen	7,9	4,7	4,4	5,3
teräaseella uhkaaminen / teräaseen käyttö	0,6	0,0	0,7	0,4
ampuma-aseella uhkaaminen / ampuma-aseen käyttö	0,0	0,0	0,0	0,0
verbaalinen	37,0	42,2	40,3	40,2
seksuaalinen ahdistelu	0,0	0,4	1,1	0,6

”Päihtynyt mielenterveyspotilas, jonka lääkäri määräsi eristyshuoneeseen koska oli vaarallinen itselleen ja muille. Potilasta saatettaessa hän löi ilman ennakkovaroitusta hoitajaa kasvoihin.”

”Potilas oli lepositeissä sekä myös jalat oli kiinni. Siitä huolimatta aina pyrkimässä pois ja onnistuikin siinä, joten oltiin laittamassa käsiä kiinni kun potilas yhtäkkiä löi nyrkillä voimakkaasti poskeen.”

”Humalassa räyhäävä, valittaa rintakipua lääkärille. Hermostuu, yrittää lyödä, uhkaa tappaa lääkärin.”

Yleisin väkivallan muoto on molemmissa sairaaloissa ollut verbaalinen väkivalta, josta osa on ollut hoitajien halventamista ja solvaamista kohdistuen muun muassa hoitohenkilökunnan ammattitaitoon tai ulkomuotoon. Sen sijaan osa sanallisesta väkivallasta on kohdistunut uhkauksen muodossa työntekijöiden terveyteen tai henkeen. Vuosina 2003–2005 tehdyissä tapahtumaraporteissa työntekijän terveyteen ja henkeen kohdistuneita uhkauksia esiintyi suhteellisesti suunnilleen saman verran. Uhkauksien prosentuaaliset yleisyydet on esitetty Peijaksen osalta taulukossa 25.

”Huone-eristyksessä hoidettu miespotilas; aggressiivinen, uhkaava, arvaamaton. Vaatii toistuvasti perusteita eristyshoidolle. Vaatii toistuvasti pääsyä tupakalle. Potilas potkii ja hakkaa nyrkeillä ovea. Huutaa ja osoittaa sormella hoitajaa uhaten tappaa hoitajan ja hoitajan lapset.”

”Potilaan saattaja joi käytävällä olutta pullosta ja tästä asiasta saattajaa huomautettiin ja pyydettiin poistumaan. Lähtiessään saattaja uhkasi tulla takaisin ja 'vetävänsä turpaan'.”

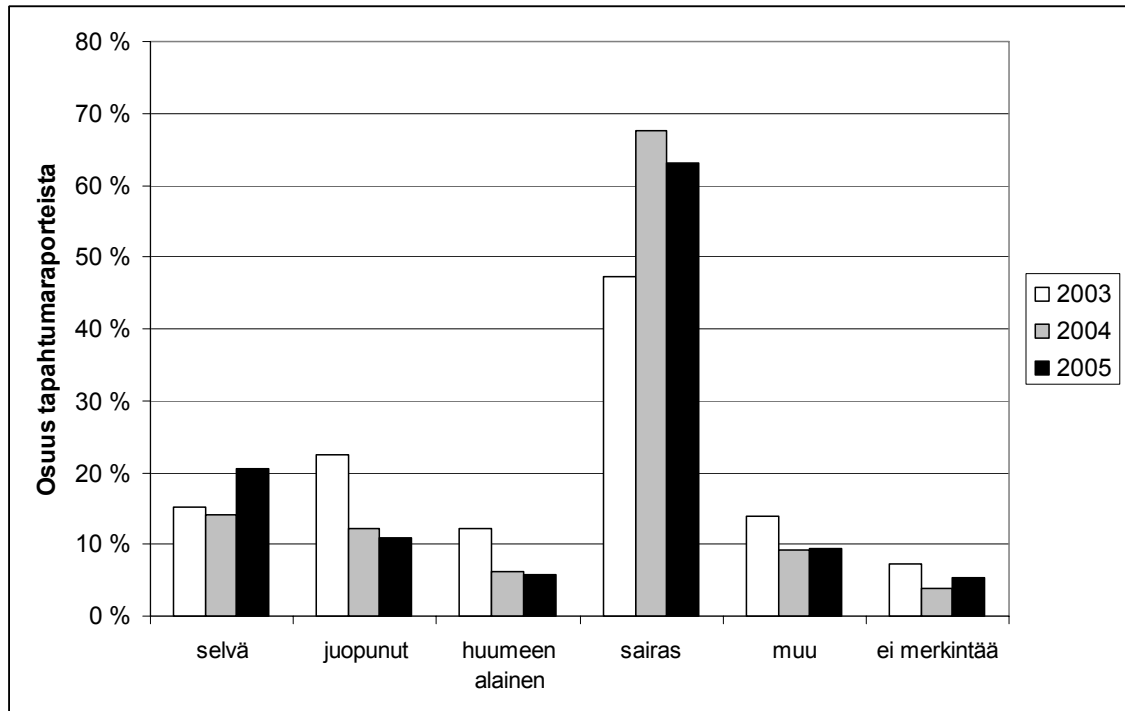
TAULUKKO 25. Henkilökuntaan kohdistuneisiin uhkauksiin liittyvien merkintöjen suhteellinen yleisyys Peijaksen sairaalan tapahtumaraporteissa (N = 704).

	2003 %	2004 %	2005 %	Yhteensä %
työntekijän terveys	11,5	7,0	5,1	7,3
työntekijän henki	9,1	5,5	7,0	6,9
työntekijän perhe	0,6	0,0	0,4	0,3
työntekijän vapaa-ajan turvallisuus	0,0	0,0	0,0	0,0

Usein uhkauksen esittäjä oli esimerkiksi mielenterveydellisen syyn tai lääketieteellisen hoidon vuoksi poissa tolaltaan. Uhkauksiin suhtaudutaan kuitenkin tavallisesti vakavasti ja tämän seurauksena uhkausten kohteilla oli esiintynyt muun muassa unettomuutta, itkuisuutta ja yleistä huolta omasta turvallisuudesta. Henkeen ja terveyteen kohdistuneista uhkauksista raportoitiin Peijaksessa suhteellisesti harvemmin kuin Jorvin sairaalassa. Kuten aiemminkin on todettu, verbaalisesta väkivallasta raportoidaan todennäköisesti vain hyvin pieni osa, joten voidaan pitää selvänä, ettei uhkailutapausten määrää kuvaava taulukko anna totuudenmukaista kuvaa hoitohenkilökuntaan kohdistuvan uhkailun todellisesta määrästä.

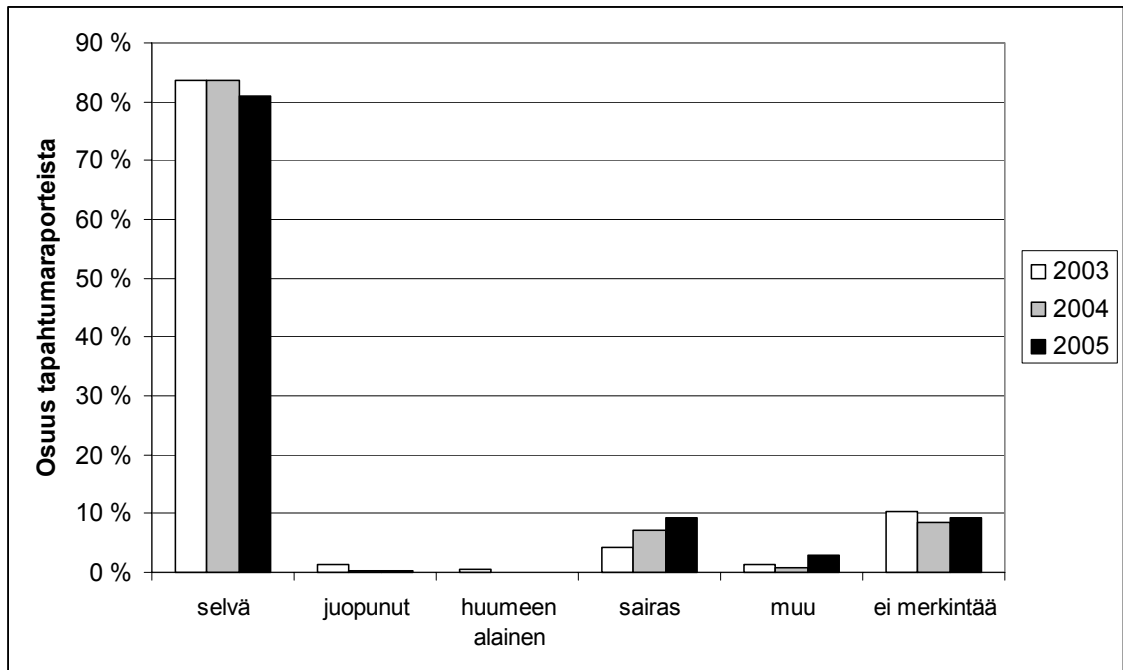
8.2.2 Aggressiivisen käyttäytymisen syntyyn vaikuttavia tekijöitä

Tapahtumaraportissa kysytään väkivaltilanteessa tekijänä ja kohteena olleiden tahojen lisäksi myös yleisluontoisesti heidän tilaansa, jotta voitaisiin karkealla tasolla saada selvyyttä tilanteen kehittymiseen mahdollisesti vaikuttaneista potilaaseen liittyvistä fyysisistä ja psyykkisistä tekijöistä. Kuten Jorvissa, myös Peijaksen sairaalassa raportoiduissa tilanteissa tekijä on luokiteltu yleensä sairaaksi ($\bar{x} = 58\%$). Hieman yllättäen tapaukset, joissa tekijä on luokiteltu selväksi tai juopuneeksi jakautuvat lukumäärältään suunnilleen tasan. Päivystysalueen korkeasta raporttimäärästä johtuen juopuneiksi ja huumeen alaisiksi luokiteltuja tekijöitä esiintyi Peijaksessa suhteellisesti hieman enemmän kuin Jorvissa, mutta näiden ryhmien lukumääräinen ja suhteellinen osuus on laskenut vuosittain. Kuviossa 26 on esitetty tapahtumaraportteihin merkityt tekijän tilat suhteessa raporttien kokonaismäärään.



KUVIO 26. Ilmoitettu tekijän tila Peijaksen sairaalan tapahtumaraporteissa (N = 704).

Väkivalta- tai uhkatilanteen kohteen tila on pääasiassa ollut selvä, koska teot ovat useimmiten kohdistuneet työaikana hoitohenkilökuntaan. Kohde on ollut luokiteltu sairaaksi 5–10 % tapauksista vuosittain; käytännössä näissä tilanteissa väkivallan kohteena on yleensä ollut potilas. ”Kohteen tila” -merkintä on puuttunut noin 10 % raporteista joka vuosi. Kohteen tilan prosentuaalinen osuus tapahtumaraporteista näkyy kuviossa 27.



KUVIO 27. Ilmoitettu kohteen tila Peijaksen sairaalan tapahtumaraporteissa (N = 704).

Hoitohenkilökunnalta tiedusteltiin kyselyssä arvioita eri tekijöiden vaikutuksesta aggressiivisen käyttäytymisen syntymisessä. Taulukossa 26 on esitetty kysymykseen saatujen vastausten keskiarvot (1 = ei lainkaan, 2 = vähän, 3 = jonkin verran, 4 = paljon, 5 = erittäin paljon). Kuten Jorvin sairaalassa, myös Peijaksessa koko sairaalan tasolla eniten vaikuttaviksi tekijöiksi koettiin alkoholi, muut päihteet sekä psyykkiset sairaudet. Osastojen väliset erot saaduissa tuloksissa voidaan selittää pääasiassa osastojen toimintaan ja potilasainekseen liittyvillä eroavaisuuksilla.

TAULUKKO 26. Peijaksen sairaalan hoitohenkilökunnan kokemus siitä, kuinka paljon eri tekijät vaikuttavat työpaikalla aggressiivisen käyttäytymisen syntyyn (N = 196).

	Sisätaudit \bar{x}	Kirurgia \bar{x}	Psykiatria \bar{x}	Päivystys \bar{x}	Kaikki vastaajat \bar{x}
Alkoholi	4,1	4,4	3,4	4,5	4,1
Muut päihteet	3,9	4,3	4,2	4,4	4,2
Psykkiset sairaudet	4,0	4,2	4,6	4,1	4,2
Muut sairaudet	3,7	3,1	2,8	3,3	3,3
Hoitohenkilökunnan käyttäytyminen	2,9	3,1	3,1	3,2	3,1
Saattajien käyttäytyminen	3,1	3,2	2,7	3,6	3,2
Kiireinen työtahti	3,8	3,7	3,6	3,8	3,7
Odotusajat	3,4	3,6	3,4	3,9	3,6
Työilmapiiri	3,1	3,2	3,0	3,1	3,1

Päivystyksen työntekijät kokivat eniten vaikuttavaksi tekijäksi alkoholin. Tämä on odotettua, sillä päivystyksessä hoidetaan paljon juopuneita potilaita, jotka ovat esimerkiksi satuttaneet itsensä, joutuneet väkivallan kohteeksi tai sitten nauttineet hengenvaarallisen määrän alkoholia. Yleisesti Peijaksen päivystyspoliklinikan potilaista päihtyneitä on 15–20 %, ja laskettaessa mukaan mahdollisesti päihtyneiksi ja päihderiippuvaisiksi arvioidut päihteiden kanssa tekemisissä olevien potilaiden osuus nousee noin neljännekseen kaikista päivystyskäynneistä (Kantonen, Niittynen, Mattila, Kuusela-Louhivuori, Manninen-Kauppinen & Pohjola-Sintonen 2006). Päivystyksen henkilökunta antoi odotetusti keskimääräistä suuremman painoarvon myös saattajien käyttäytymiselle ja odotusajoille. Alkoholin osalta kaikkein alhaisin vastausten keskiarvo on akuuttipsykiatrian osastoilla, sillä osastoille ei oteta juopuneita potilaiksi. Psykiatriassa oletetusti merkittävimpänä tekijänä pidettiin psyykkisiä sairauksia, ja vastaavasti vähiten vaikuttavina tekijöinä muita sairauksia ja saattajien käyttäytymistä.

Psykiatrian osastoilla naisten ja miesten vastaukset olivat suhteellisen samansuuntaisia. Suurimmat sukupuolten väliset erot kohdistuivat psykiatriassa hoitohenkilökunnan käyttäytymiseen ($\bar{x}_{\text{naiset}} = 3,3$; $\bar{x}_{\text{miehet}} = 2,8$) sekä kiireiseen työtahtiin ($\bar{x}_{\text{naiset}} = 3,8$; $\bar{x}_{\text{miehet}} = 3,3$). Sen sijaan työkokemuksen määrä vaikutti enemmän psykiatrian osastojen vastauksiin. Nuorempiin hoitajiin verrattuna enemmän työkokemusta omaavat hoitajat korostivat hieman enemmän muun muassa työilmapiiriä ($r = 0,556$), kiireistä työtahtia ($r = 0,517$) sekä hoitohenkilökunnan ($r = 0,458$) ja saattajien ($r = 0,476$) käyttäytymistä.

8.2.3 Väkivallan vaikutukset

Peijaksen sairaalassa vuosina 2003–2005 raportoiduissa väkivalta- ja uhkatilanteista reilussa kolmanneksessa syntyi lomakkeen ”aiheutetut vahingot” -kohtaan tehtyjen merkintöjen perusteella jonkinlainen henkilövahinko. Omaisuusvahinkojen osuus on ollut huomattavasti pienempi jääden vuosittain selkeästi alle 10 %. Erityisesti kirjattujen henkilövahinkojen määrä on lukumääräisesti kasvanut vuodesta 2003 vuoteen 2004, mutta molempien vahinkotyyppien suhteellinen osuus kaikkiin laadittuihin raporteihin nähden on laskenut vuodesta 2003. Yksiselitteistä syytä tilanteen kehittymiselle voi olla vaikea löytää, mutta yhtenä mahdollisena syynä voitaisiin pitää sitä, että hoitohenkilökunta raportoi entistä herkemmin myös lievemmistä väkivalta- ja uhkatilanteista. Ilmoittamisherkkyuden kasvamiseen liittyvää päätelmää tukee aggressioluokitusten suhteellisessa jakautumisessa havaittavat vaihtelut. Kipua tuottavien II-luokan väkivaltatilanteiden suhteellinen osuus kaikkiin raporteihin nähden on tutkimusajanjaksona pienentynyt, kun taas lievempien vakavimmillaan III- ja IV-luokkaan kirjatut väkivaltatilanteet ovat lisääntyneet sekä lukumääräisesti että prosentuaalisesti. Myös turvallisuuteen kohdistetut panostukset voivat osaltaan olla vahinkojen suhteellisen vähenemisen taustalla. Henkilö- ja omaisuusvahinkojen suhteelliset osuudet tapahtumaraporteista vuosittain on esitetty taulukossa 27.

TAULUKKO 27. Henkilö- ja omaisuusvahinkomerkinnän sisältävien ilmoitusten suhteellinen osuus kaikista laadituista tapahtumaraporteista Peijaksen sairaalassa (N = 704).

	2003	2004	2005	Yhteensä
henkilövahinko	42 %	35 %	34 %	36 %
omaisuusvahinko	7 %	5 %	5 %	5 %

Aiemmin esiin tuotu potkimisen ja lyömisen yleisyys tapahtumaraporteissa näkyy myös taulukossa 28, jossa on esitetty väkivalta- ja uhkatilanteista aiheutuneiden vammojen ja tuhojen suhteelliset osuudet. Tilanteiden seurauksia olivat yleisimmin kipu sekä pienehköt pintapuoliset vammat kuten pintahaavat ja mustelmat. Stressin pieni suhteellinen osuus selittyy sillä, ettei sitä suurimmassa osassa tapauksista ollut kirjattu, vaikka tilanne vaikutti raportin perusteella vakavalta. Toisin kuin Jorvissa, Peijaksessa ei ollut tapahtumaraporttien mukaan tutkimusajanjaksona sattunut potilaiden tai ulkopuolisten henkilöiden itsemurhatapauksia tai muuta vakavaa potilaan itseensä

kohdistamaa väkivaltaa. Osittain tästäkin johtuen myöskään kaikkein vakavimpia vammoja ei Peijaksen tapahtumaraporteissa esiintynyt lainkaan.

”Ikävä tapaus; ei tällä kertaa vahinkoa fyysisistä mutta psyykkisesti paha olla → ensimmäisen kerran tällainen tapahtuma työssäni.”

”Hoitaja, johon henkinen ja fyysinen väkivalta kohdistui, ei saanut nukuttua iltavuoron jälkeen yöllä. Yöllä myös hoitaja voi pahoin ja oli paniikki/ahdistusreaktioita.”

”Mielipaha ja henkinen kuormitus. Työmotivaation ja keskittymisen kärsiminen. Pelko tilanteen etenemisestä fyysisen väkivallan tasolle.”

”Henkistä vahinkoa, todellista pelkoa.”

TAULUKKO 28. Väkivalta- ja uhkatilanteista aiheutuneiden vammojen ja muiden tuhojen suhteellinen esiintyvyys Peijaksen sairaalan tapahtumaraporteissa (N = 704).

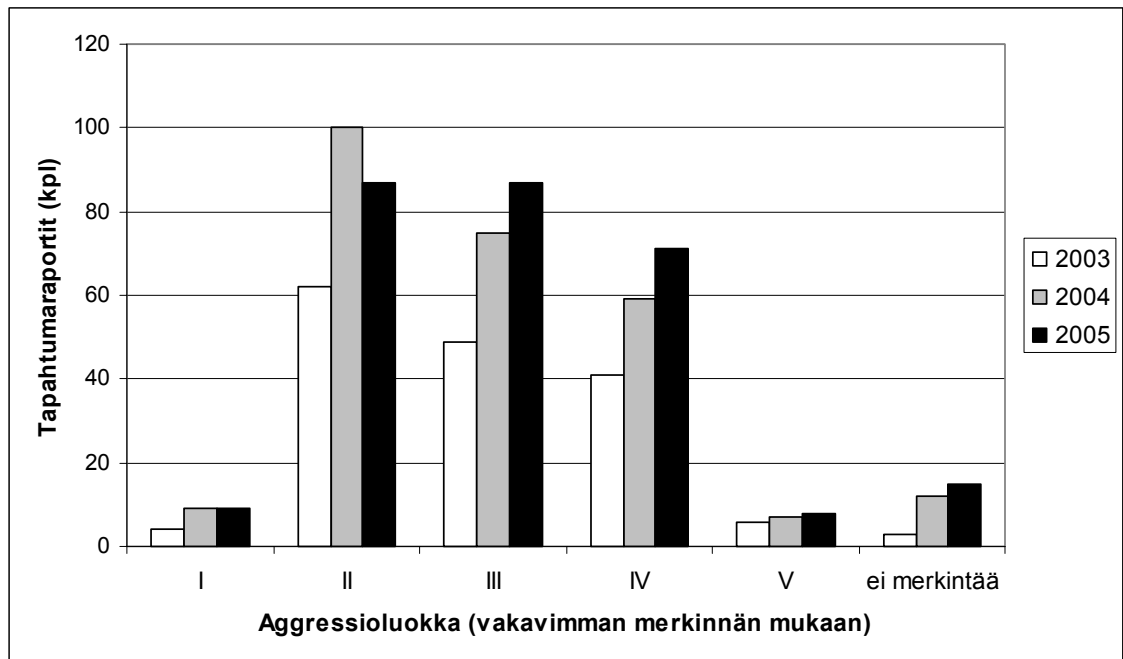
	2003 %	2004 %	2005 %	Yhteensä %
naarmut / pintahaavat	11,6	10,5	6,6	9,2
syvät haavat	0,0	0,8	0,0	0,3
kiputuntemukset (jomotus, särky jne.)	16,4	13,7	12,1	13,7
mustelmat	8,5	8,2	4,4	6,8
turvotus	2,4	3,1	1,1	2,2
venähdys, revähdys tms.	0,0	0,0	0,0	0,0
murtuma	0,0	0,0	0,0	0,0
kuolema	0,0	0,0	0,0	0,0
stressi / ahdistus	1,2	1,6	2,9	2,0
huoli omasta / työtovereiden turvallisuudesta omaisuusvahingot hlö:illä (vaatetus, silmälasit yms.)	0,0	0,4	1,5	0,7
sairaalan omaisuus/kiinteistövahinko	1,2	2,3	2,6	2,2
	1,2	2,7	0,0	1,3

Fyysinen väkivalta on kohdistunut yleisimmin yläraajoihin. Huolestuttavan yleistä on myös päähän tai pään ympäristöön kohdistunut väkivalta. Dementiapotilaiden tai muuten ymmärrykseltään alentuneiden henkilöiden ollessa tekijänä huitomisen tai lyömisen kohdetta ei kuitenkaan voinut usein selkeästi määritellä. Toisaalta täydessä ymmärryksessä, mutta muuten sekavassa tilassa olevien suorittama väkivalta kohdistui useammin esimerkiksi päähän. Yläraajoihin kilpistyivät myös monet päähän kohdistuneet lyönnit. Fyysisen väkivallan kohteet on eritelty taulukossa 29. Yleisesti fyysisen väkivallan tarkka kohde oli mainittu Peijaksen tapahtumaraporteissa suhteellisesti huomattavasti harvemmin kuin Jorvissa.

TAULUKKO 29. Hoitohenkilökuntaan kohdistuneen fyysisen väkivallan kohteet Peijaksen sairaalan tapahtumaraporteissa (N = 704).

	2003 %	2004 %	2005 %	Yhteensä %
yläraajat	21,8	14,5	13,9	16,0
aläraajat	5,5	3,5	1,5	3,2
keskivartalo	9,7	5,5	2,6	5,3
pää	11,5	7,8	3,3	6,9

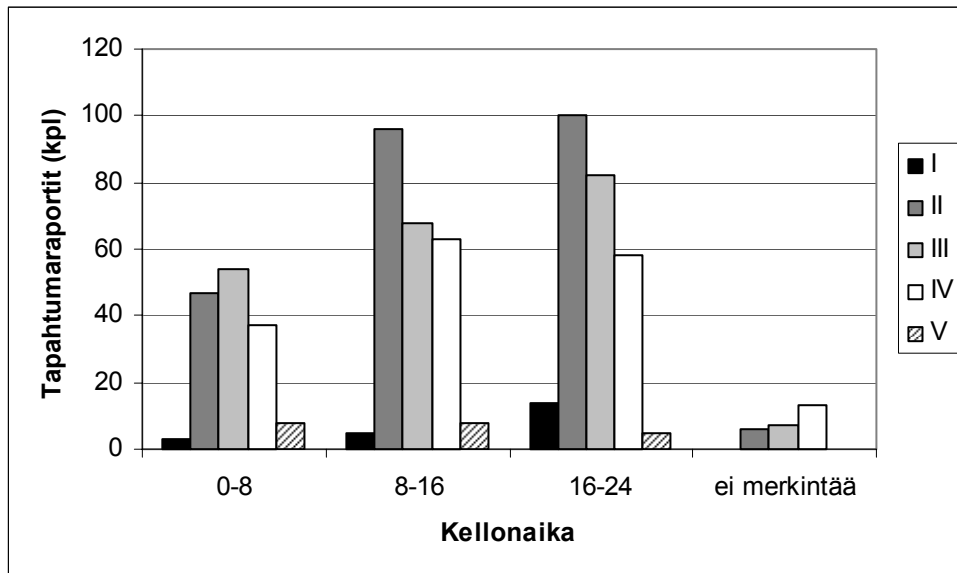
Väkivalta- ja uhkatilanelomaketta täyttäessään vastaaja joutuu arvioimaan tapahtuman vakavuutta viisiportaisen aggressioluokituksen avulla (I-luokka = päivystysluonteisia hoitotoimenpiteitä vaativat tilanteet, II-luokka = muu vakava väkivalta, III-luokka = lievä väkivalta, IV-luokka = kielellinen ja henkinen väkivalta, V-luokka = omaisuuteen kohdistuva väkivalta tai ilkivalta). Osa sairaaloiden henkilökunnasta on merkinnyt lomakkeeseen kaikki tilanteeseen sopivat vaihtoehdot, kun taas toiset ovat valinneet vain vakavimman vaihtoehdon. Koska aggressioluokituksen merkitsemiskäytäntö ei ole ollut yhtenäinen, tutkimuksessa päädyttiin käsittelemään vain vakavimmat aggressioluokituksen tehdyt merkinnät. Tästä johtuen lievempiä väkivallan muotoja, erityisesti henkistä ja kielellistä väkivaltaa on esiintynyt todellisuudessa enemmän kuin mitä aggressioluokkien jakaantumista kuvaavissa kuvioissa on esitetty. Peijaksen sairaalan osalta vakavimpien aggressioluokka-merkintöjen määrät käyvät ilmi kuviosta 28.



KUVIO 28. Peijaksen sairaalan tapahtumaraporttien aggressioluokitus (N = 704).

Vakavimman merkinnän mukaan kaikissa aggressioluokissa on tapahtunut tutkimusajanjaksona kasvua, ja erityisesti III- ja IV-luokan väkivaltatapausten määrä on kasvanut suhteellisen tasaisesti vuosittain. Raportteja käsitellessämme huomasimme tilanteiden aggressiivisuuden arvioinnissa toisinaan hieman epäjohtonmukaisuutta. Joissakin tapauksissa aggressioluokka oli laitettu mielestämme virheellisesti liian korkeaksi. Tämä on ymmärrettävää, koska raportteja täytetään joskus välittömästi tapahtuman jälkeen henkilön ollessa vielä järkyttyneessä tai kiihtyneessä tilassa.

Tapahtumaraporttien mukaan selkeästi eniten I-luokan tapauksia esiintyy Peijaksen sairaalassa illalla ja alkuyöstä. Myös II- ja III-luokan tapauksista valtaosa sattuu samalla aikavälillä. Tilanne poikkeaa selvästi Jorvista, jossa valtaosa vakavista väkivaltatilanteista oli sattunut päivällä. Vakavien väkivaltatilanteiden lisääntymisen lisäksi on huolestuttavaa, että vakavia tilanteita esiintyy Peijaksessa paljon iltaisin ja yöllä, jolloin henkilökunnan määrä on pienimmillään. Aggressioluokitus vuorokauden ajan mukaan on eritelty kuviossa 29.



KUVIO 29. Peijaksen sairaalan tapahtumaraporttien aggressioluokitus vuorokauden ajan mukaan (n = 674).

Väkivaltaisen tai uhkaavan tilanteen jälkeen tapahtuman osalliset saattavat tarvita paitsi fyysistä, myös psyykkistä jälkihoitoa. Tapahtumaraporttilomakkeen ”Jälkihoito” -kohtaan raportin täyttäjä voi merkitä mahdollisesta tarpeesta henkiseen jälkihoitoon tapahtuman tiimoilta tai yleisesti halusta keskustella asiasta työsuojelu- tai turvallisuushenkilöstön kanssa. Peijaksen tapahtumaraporttien jälkihoito-kohdan merkinnät käyvät ilmi taulukosta 30. Huomion arvoista on se, että molemmissa tutkimuksen kohteena olleissa sairaaloissa jälkihoidon tarpeesta on ilmoitettu vuosittain vain muutamassa tapauksessa. Todellinen tarve tilanteiden läpikäymiseen on todennäköisesti ollut suurempi, hoitoa ei ole vain haluttu tai kehdattu pyytää.

TAULUKKO 30. Tapahtumaraporttilomakkeiden ”Jälkihoito”-kohdan merkinnät Peijaksen sairaalassa (N = 704).

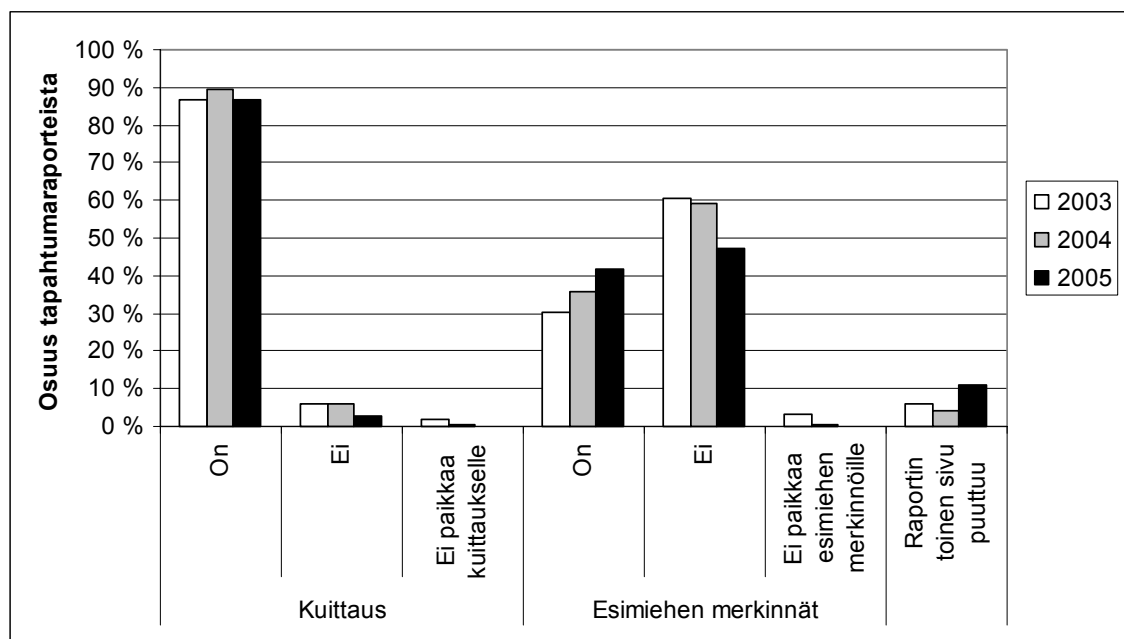
	2003	2004	2005	Yhteensä
tarvetta jälkihoitoon	3	12	9	24
odottaa työsuojelun yhteydenottoa	1	1	4	6
odottaa turvallisuuspalveluiden yhteydenottoa	0	1	1	2
ei merkintää	162	249	264	675

Lähiesimiehen toiminnalla ja reagoinnilla on merkittävä vaikutus työturvallisuuden kehittämisessä. Huolellisesta ennaltaehkäisystä huolimatta vahingollisia tilanteita tapahtuu, jolloin esimiehen tulee ottaa vastuu tilanteesta ryhtymällä tarvittaviin toimenpiteisiin. Tapahtumaraporttien lukeminen ja kuittaaminen ovat ensimmäisiä toimenpiteitä työturvallisuuden kehittämisessä. Laadittuihin raportteihin tutustuminen ei kuitenkaan yksistään riitä; osastonhoitajan tai muun esimiehen tehtävänä on myös keskustella tapahtuneesta lomakkeen täyttäjän kanssa ja huolehtia muista mahdollisesti tarvittavista jatkotoimista. Suoritetut toimenpiteet tulee kirjata tapahtumaraporttilomakkeen toiselle sivulle, jolloin raportteihin myöhemmin mahdollisesti tutustuvan työsuojelu- ja turvallisuushenkilöstön ja työterveyshuollon edustajien on helpompi arvioida, mitä toimenpiteitä tapahtuneen tiimoilta vielä vaaditaan.

”Keskusteltu työntekijän kanssa. Asia ok.”

”Hankalasti ennakoitava tilanne.”

”Asiaa käsitelty osaston vuoronvaihtopalaverissa. Toimintatavat, keinot ehkäistä vastaavat tilanteet.”

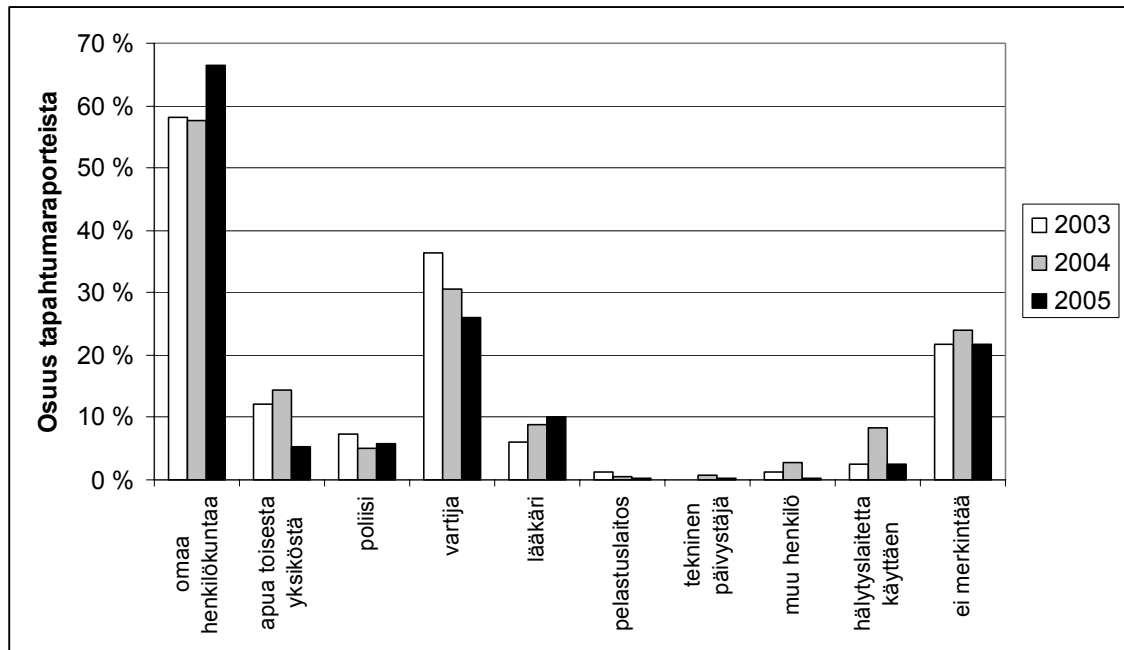


KUVIO 30. Tapahtumaraportteihin tehdyt esimiehen merkinnät Peijaksen sairaalassa (N = 704).

Esimiehen tapahtumaraportteihin tekemät merkinnät näkyvät kuviossa 30. Positiivisena seikkana voidaan pitää sitä, että Peijaksen sairaalassa raporteista on esimiehen toimesta kuitattu lähes 90 % joka vuosi, mitä voidaan pitää yhtenä osoituksena hyvästä asenteesta turvallisuusasioita kohtaan. Myös esimiesten tekemät tarkentavat merkinnät raporteissa ovat hitaasti lisääntyneet, joskin kasvu on ollut huomattavasti hitaampaa kuin Jorvissa. Monessa mielenterveyspotilasta koskevassa tapauksessa esimies on esimerkiksi ehdottanut lääkityksen tarkistamista ja näin pyrkii konkreettisin toimenpitein estämään vastaavan tapahtuman toistumisen tulevaisuudessa.

8.2.4 Toiminta väkivalta- ja uhkatilanteissa

Lisäavun kutsuminen on yksi parhaista keinoista estää väkivalta uhkaavassa tilanteessa, ja sen merkitys korostuu entisestään väkivaltariskin konkretisoiduttua. Kuvio 31 kuvaa raportoituihin tilanteisiin kutsuttujen ryhmien prosentuaalisia osuuksia. Paras apu on yleensä lähellä eli osaston omaa henkilökuntaa on kutsuttu apuun selvästi eniten. Uhkaavammissa tilanteissa on turvauduttu sairaalan turvallisuushenkilöstöön. Koko tutkimusajanjaksona sairaalan omavartiointi-tehtäviä suorittaneiden henkilöiden kutsuminen paikalle mainittiin vajaassa kolmasosassa tapahtumaraporteista (30 %).



KUVIO 31. Tapahtumaraportteihin merkityt tilanteessa paikalle kutsutut tahot Peijaksen sairaalassa (N = 704).

Vartioinnin edustajien kutsuminen on vähentynyt suhteellisesti vuodesta 2003, kun samalla omaan henkilökuntaan turvautuminen on lisääntynyt. Tilanteen syistä ei tutkimusaineiston perusteella voida tehdä varmoja johtopäätöksiä, mutta yhtenä selittävänä tekijänä voisi olla henkilökunnan omatoimiseen selviytymiseen liittyvien valmiuksien lisääntyminen turvallisuuskoulutuksen ansiosta. Osaltaan tilanteen kehittymiseen voi vaikuttaa turvallisuushenkilöstön saatavuuteen ja muuhun toimintaan mahdollisesti kohdistuva epäluottamus.

Väkivaltaisiin tai uhkaaviin tilanteisiin liittyvien tahdonvastaisten rajoittamis- ja hoitotoimenpiteiden käytön suhteelliset yleisyydet on esitetty taulukossa 31. Yleisin toimenpide aggressiivisen tai esimerkiksi leikkauksen jälkeen karkaamista yrittävän henkilön rajaamisessa oli lepositeiden tai niihin rinnastettavien välineiden käyttö. Rauhoittavaa lääkitystä käytettiin usein lepositeiden kanssa samanaikaisesti. Itselleen tai muille vaaralliset potilaat eristettiin ja laitettiin tarvittaessa lepositeisiin. Lapsipotilaiden kohdalla varsinaista eristyshuonetta ei käytetä, vaan levottomat potilaat rajataan omaan huoneeseensa.

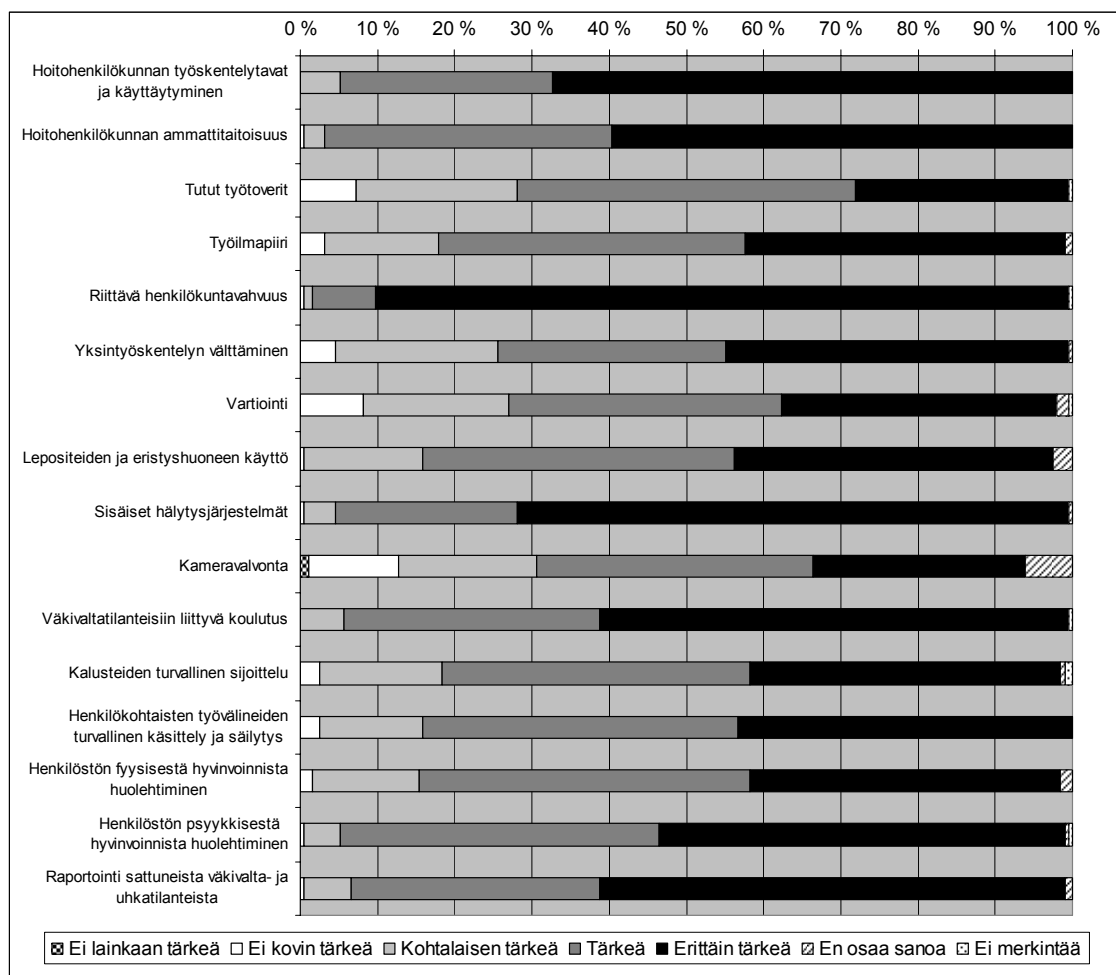
TAULUKKO 31. Tahdonvastaisten rajoittamis- ja hoitotoimenpiteiden käytön suhteellinen yleisyys Peijaksen sairaalan tapahtumaraporteissa (N = 704).

	2003 %	2004 %	2005 %	Yhteensä %
lepositeet tms.	36,4	31,6	36,3	34,6
eristyshuone	11,5	18,4	8,1	12,7
lapsen terapeutti kiinnipito	4,2	2,7	4,0	3,6
muu kiinnipitäminen (muut kuin eristämistilanteet)	1,2	12,1	7,0	7,5
rauhottava lääkitys	18,2	18,8	15,0	17,1

Jorvin tavoin eristyshuoneen käyttö mainittiin odotetusti useimmin akuuttipsykiatrian henkilökunnan laatimissa tapahtumaraporteissa (61 %). Lepositeet puolestaan mainittiin 31 % akuuttipsykiatrian raporteista. Sairaaloiden väliset erot eri rajoittamistoimenpiteiden käytössä selittyvät pitkälti sairaaloissa toimivien osastojen ja niiden toiminnan sekä eri osastojen raportointiaktiivisuuden eroavaisuuksilla. Esimerkiksi erot lepositeiden käyttöön liittyvien merkintöjen määrissä ovat pääasiassa seurausta erilaisista raportointiaktiivisuuksista päivystysalueilla, joilla lepositeiden käyttö oli mainittu molemmissa sairaaloissa yli 40 % tapahtumaraporteista (Peijaksen päivystyksessä 45 %).

8.2.5 Väkivaltaan varautuminen

Ennakointi on hyvä suhtautumistapa väkivaltatilanteisiin, mistä hoitohenkilökunta oli kanssamme samaa mieltä. Hoitohenkilökunnan mielipiteet eri tekijöiden tärkeydestä väkivaltatilanteisiin varautumisessa on esitetty kuviossa 32. Kaikkein tärkeimpinä asioina varautumisessa pidettiin hoitohenkilökunnan riittävää määrää sekä henkilökunnan työskentelytapoja, ammattitaitoa ja käyttäytymistä. Myös väkivaltatilanteisiin liittyvä koulutus arvioitiin tärkeäksi tekijäksi väkivaltatilanteiden ehkäisyssä. Hyödyllisimmäksi tekniseksi ratkaisuksi henkilökunta arvioi sisäiset hälytysjärjestelmät. Henkilökunta arvosti myös väkivalta- ja uhkatilanteiden raportointia, mikä on positiivinen asia työturvallisuuden kehittämisen kannalta.



KUVIO 32. Hoitohenkilökunnan kokemus eri tekijöiden tärkeydestä väkivaltatilanteisiin varautumisen kannalta Peijaksen sairaalassa (N = 196).

Väkivalta ja siihen varautuminen ovat subjektiivisia asioita paitsi yksilötasolla myös osastotasolla. Hoitohenkilökunnan keskimääräisissä arvioissa eri tekijöiden tärkeydestä väkivaltatilanteisiin varautumisessa ei ollut suuria eroja osastokohtaisesti. Pieniä eroja esiintyi psykiatrian ja muiden osastojen välillä. Psykiatrian kyselyvastausten keskiarvot ovat muita osastoja hieman korkeammat muun muassa henkilökunnan työskentelytapojen ja käyttäytymisen sekä työtovereiden tuntemisen osalta. Toisaalta vartiointia ja kameravalvontaa psykiatrian vastaajat arvostivat keskimääräistä vähemmän. Hoitohenkilökunnan keskimääräiset kokemukset eri tekijöiden tärkeydestä väkivaltatilanteisiin varautumisessa on jaoteltu osaston toiminnan mukaisesti taulukossa 32.

TAULUKKO 32. Hoitohenkilökunnan keskimääräinen kokemus eri tekijöiden tärkeydestä väkivaltilanteisiin varautumisessa Peijaksen sairaalassa osaston toiminnan mukaan (N = 196).

	Sisätaudit \bar{x}	Kirurgia \bar{x}	Psykiatria \bar{x}	Päivystys \bar{x}	Kaikki vastaajat \bar{x}
Hoitohenkilökunnan työskentelytavat ja käyttäytyminen	4,7	4,5	4,9	4,5	4,6
Hoitohenkilökunnan ammattitaitoisuus	4,6	4,6	4,7	4,5	4,6
Tutut työtoverit	3,9	3,8	4,2	3,8	3,9
Työilmapiiri	4,4	4,1	4,2	4,1	4,2
Riittävä henkilökuntavahvuus	4,9	4,9	4,9	4,9	4,9
Yksintyöskentelyn välttäminen	4,2	4,1	4,2	4,1	4,1
Vartiointi	4,1	4,0	3,3	4,3	4,0
Lepositeiden ja eristyshuoneen käyttö	4,2	4,3	4,3	4,3	4,3
Sisäiset hälytysjärjestelmät	4,4	4,8	4,9	4,7	4,7
Kameravalvonta	3,6	3,8	3,4	4,4	3,8
Väkivaltilanteisiin liittyvä koulutus	4,5	4,7	4,7	4,4	4,6
Kalusteiden turvallinen sijoittelu	4,1	4,3	4,3	4,2	4,2
Henkilökohtaisten työvälineiden turvallinen käsittely ja säilytys	4,2	4,2	4,5	4,2	4,3
Henkilöstön fyysisestä hyvinvoinnista huolehtiminen	4,3	4,3	4,0	4,3	4,2
Henkilöstön psyykkisestä hyvinvoinnista huolehtiminen	4,6	4,5	4,3	4,4	4,5
Raportointi sattuneista väkivalta- ja uhkatilanteista	4,7	4,4	4,4	4,6	4,5

Jorvin tavoin myös Peijaksen akuuttipsykiatrian osastoilta saadut vastaukset (n = 33) ristiintaulukoitiin sukupuolen perusteella mahdollisten eroavaisuuksien havaitsemiseksi. Peijaksessa kysymykseen saatujen vastausten keskiarvot olivat nais- ja miesvastaajilla varsin lähellä toisiaan; ainoa mainitsemisen arvoinen ero liittyi kameravalvontaan, jota hieman yllättäen miesvastaajat arvostivat naisia enemmän (\bar{x} naiset = 3,2; \bar{x} miehet = 3,7). Tarkasteltavan vastaajajoukon pienestä koosta johtuen

tuloksista ei kuitenkaan voida tehdä pitkälle meneviä johtopäätöksiä. Työkokemus ei liiemmin korreloinut annettujen vastausten kanssa minkään tyyppisillä osastoilla.

Psykiatrian osastot erottuvat hieman muista osastoista myös arvioissaan, kuin hyvin työpaikkaväkivaltaan liittyvät asiat on hoidettu työpaikalla. Psykiatrian osastojen vastausten keskiarvot olivat korkeammat kuin muilla osastoilla kaikissa muissa kohdissa paitsi väkivaltatilanteiden rekisteröinnin kohdalla. Taulukosta 33 käyvät ilmi hoitohenkilökunnan arviot siitä, kuinka hyvin työpaikkaväkivaltaan liittyvät asiat on työpaikalla hoidettu. Psykiatrian osastoilla työkokemus korreloi väkivallan uhkaan varautumisesta koskevien vastausten kanssa ($r = 0,408$).

TAULUKKO 33. Peijaksen sairaalan hoitohenkilökunnan kokemus siitä, kuinka hyvin tietyt työpaikkaväkivaltaan liittyvät asiat on työpaikalla hoidettu (N = 196).

	Sisätaudit \bar{x}	Kirurgia \bar{x}	Psykiatria \bar{x}	Päivystys \bar{x}	Kaikki vastaajat \bar{x}
Väkivallan uhkaan varautuminen	3,4	3,2	3,7	3,3	3,4
Väkivaltatilanteisiin reagointi	3,5	3,5	4,2	3,6	3,6
Psyykkinen jälkihoito	2,8	2,8	3,0	2,8	2,8
Väkivaltatilanteiden rekisteröinti	3,7	3,5	3,1	3,6	3,5
Sattuneista väkivaltatilanteista oppiminen	3,2	3,2	3,4	3,3	3,3

TAULUKKO 34. Peijaksen sairaalan hoitohenkilökunnan kokemus siitä, kuinka paljon tietyissä osa-alueissa on työpaikalla kehitettävää väkivaltatilanteisiin varautumisen kannalta (N = 196).

	Sisätaudit \bar{x}	Kirurgia \bar{x}	Psykiatria \bar{x}	Päivystys \bar{x}	Kaikki vastaajat \bar{x}
Ohjeistus	3,5	3,7	3,6	3,4	3,6
Koulutus	3,8	4,0	3,8	3,7	3,8
Uusien työntekijöiden ja sijaisten perehdytys	4,0	4,0	4,0	3,7	3,9
Pakoreitit	3,7	3,6	3,4	3,6	3,6
Tekniset turvallisuusjärjestelmät	3,4	3,4	4,0	3,4	3,5
Vartiointi	3,2	3,2	2,9	3,4	3,2
Kalustus	3,1	3,1	3,1	3,3	3,1
Henkilöstön fyysisestä hyvinvoinnista huolehtiminen	3,9	3,8	3,2	3,6	3,7
Henkilöstön psyykkisestä hyvinvoinnista huolehtiminen	4,1	4,1	3,4	3,7	3,8

Hoitohenkilökunnalle suunnatussa kyselyssä tiedusteltiin, kuinka paljon kehitettävää heidän työpaikallaan on tietyissä väkivaltatilanteisiin liittyvissä asioissa. Kyselykohdan tuloksien keskiarvot käyvät ilmi taulukosta 34. Eniten kehitettävää löytyy henkilökunnan mukaan uusien työntekijöiden ja sijaisten perehdytyksessä. Kyseisen kohdan keskiarvo lähenee lukuarvoa 4, joka vastaa sanallista arviota ”paljon kehitettävää”. Hoitohenkilökunta näki suuria kehittämistarpeita myös koulutuksessa sekä henkilöstön fyysisestä ja psyykkisestä hyvinvoinnista huolehtimisessa. Vastaavasti pienimmät keskiarvot saivat kalustus ja vartiointi. Akuuttipsykiatrian osastoilla nais- ja miesvastaajien antamat vastaukset olivat suhteellisen lähellä toisiaan, ainoa huomioitavan arvoinen eroavaisuus kosketti koulutukseen liittyviä kehittämistarpeita, joita naishoitajat korostivat hieman mieshoitajia enemmän ($\bar{x}_{\text{naiset}} = 4,1$; $\bar{x}_{\text{miehet}} = 3,5$). Työkokemuksen vaikutus vastauksiin oli suhteellisen heikkoa kaikentyypisillä osastoilla.

Kyselyn avoimissa kohdissa tiedusteltiin, miten vastaajat itse kehittäisivät työturvallisuutta omassa työpisteessään työpaikkaväkivallan osalta. Kuten Jorvin sairaalassa saaduissa vastauksissa, myös Peijaksessa henkilökuntavahvuuden merkitys korostui monivalintakysymysten ohella avoimissakin vastauksissa. Peijaksen sairaalassa yhteensä 42 vastaajaa (21,4 %) olisi halukas parantamaan hoitajien työturvallisuutta lisäämällä henkilökuntamiehitystä. Henkilökuntaa haluttiin lisää erityisesti yövuoroihin. Suhteellisesti eniten henkilökunnan lisäämiseen liittyviä toiveita esitettiin päivystyksessä (reilu neljännes vastaajista), mutta henkilökunnan riittämättömyys tuotiin selkeästi esille kaikilla muillakin osastoilla. Yksintyöskentelyn välttämiseen liittyvät toiveet nousivat Peijaksen vastauksissa Jorviin verrattuna selkeämmin esille (5,1 % vastauksista), mikä johtunee siitä, että Peijaksen vuodeosastoilla hoitajat työskentelevät enemmän yksin yöaikaan.

”Yövuoroon lisää hoitajia, nyt yksi hoitaja 20 potilasta kohti.”

”Ei osastolla pystytty hoitamaan väkivaltaisia potilaita, liian vähän henkilökuntaa.”

”Enemmän henkilökuntaa työvuoroihin, isoja ja vahvoja miehiä.”

”Riittävä henkilökuntamäärä, riittävästi myös kokenutta, ennakoitiin kykenevää henkilökuntaa osastolla, rauhallinen ja kiireetön, ystävällinen ilmapiiri!”

”Ensin olisi saatava lisää henkilökuntaa, jotta pääsisi osallistumaan koulutuksiin!”

”Lisää hoitajia mm. yövuoroon, yksin työskennellessä alttiimpi joutumaan väkivallan kohteeksi.”

”Paljon alkoholidelirium-potilaita, niille oma hoitopaikka! Kun on kiire, ei ehdi koko ajan katsoa perään.”

Henkilökuntavahvuutta voimakkaammin kyselyyn vastanneet toivoivat väkivaltatilanteisiin liittyvän koulutuksen lisäämistä (26,0 %). Koulutustarpeet tuotiin esille kaikilla osastoilla, mutta eniten siihen liittyviä mainintoja oli sisätautien vuodeosastojen vastauksissa (kolmannes vastaajista). Muita usein korostettuja kehittämistarpeita Peijaksessa olivat sisäiset hälytysjärjestelmät (18,4 %), fyysisen toimintaympäristön suunnittelu ja kalustus (13,8 %) sekä hoitohenkilökunnan keskinäiset toimintamallit ja käytänteet (10,7 %). Fyysisen toimintaympäristön turvallisuus nousi avoimissa vastauksissa esille yllättävän usein, sillä kalusteiden turvallista sijoittelua ja työvälineiden turvallista säilytystä ei pidetty kovin tärkeinä tekijöinä väkivaltatilanteisiin varautumisessa suhteutettuna muihin kysytyihin asioihin (taulukko 32).

”Erityistyöntekijät tapaavat potilaat yksin omassa huoneessaan, joten pitäisi olla henkilökohtainen hälytyslaite.”

”Henkilökohtainen hälytin, huonetunnistimella. Riittävän avarat tilat mm. eristyshuoneissa / kulkureiteillä.”

”Työtiloihin parannusta, kanslioista ei juuri toista poistumistietä ole. Hälytin (lisäavun hälyttäminen) usein suljetun oven takana (saatavilla kuitenkin).”

”Lääkehuoneet turvallisiksi, tavaroiden sijoittelu, kyselyjä on tehty vuosien varrella, mutta konkreettista ei ole tapahtunut!!”

”Huoneista pois kaikki ylimääräiset kalusteet, tippatelineet yms.”

”Jos taustalla on jo aikaisemmin väkivaltaisuutta → rauhoittaja lääkitys heti potilaalle osastolle tullessa! Hälyttimet mukana joka vuorossa.”

”Tilanteisiin puuttumista ajoissa, ajoittaisia kartoituksia työturvallisuuden suhteen → raportit. Esim. katsotaan, onko saksia ym. potilaiden saatavilla.”

Hälytysjärjestelmiin liittyvät ongelmat korostuivat akuuttipsykiatrian vuodeosastoilla, joilla lähes puolet vastaajista toivoi nykyisiin järjestelmiin muutosta. Myös työpisteiden suunnitteluun ja kalustukseen sekä hoitohenkilökunnan keskinäisiin toimintalinjoihin liittyvät kehittämistoiveet mainittiin useimmiten psykiatrian vastauksissa. Muut Peijaksessa selkeästi esiin tuodut kehittämistoiveet liittyivät vartiointin lisäämiseen tai vartijoiden kutsumisen helpottamiseen (6,1 %) sekä väkivaltatilanteisiin liittyvän keskustelun ja sattuneiden tilanteiden käsittelyn lisäämiseen (4,6 %). Suurin osa vartiointiin liittyvistä kehitysehdotuksista esitettiin päivystysalueen henkilöstön toimesta.

Kyselyyn saaduissa vastauksissa esitettyjen kehitysehdotusten määrät on esitetty aihealueittain molempien tutkimuksen kohteena olleiden sairaaloiden osalta liitteessä 5.

Kuten aiemmin tuotiin ilmi, kyselyn vastaajat halusivat lisätä turvallisuuskoulutuksen määrää. Kyselyn avoimissa kohdissa tiedusteltiin myös, minkä tyyppisen koulutuksen vastaajat kokevat tärkeäksi väkivaltatilanteisiin varautumisen kannalta (liite 6).

Valtaosassa vastauksista aihepiiriä oli käsitelty varsin yleisellä tasolla, joskin joukkoon mahtui joitakin yksityiskohtaisempiakin vastauksia. Sekä Jorvissa että Peijaksessa vastaajat ilmoittivat useimmiten pitävänsä tärkeänä koulutusta, jossa annetaan yleisiä ohjeita aggressiivisen potilaan kohtaamiseen ja väkivaltatilanteessa toimimiseen (Peijaksessa 21,4 % vastaajista).

”Ohjeita aggressiivisen potilaan käsittelyyn”

”Muutaman päivän pituinen koulutus, jossa kerrataan väkivaltatilanteisiin liittyviä asioita yleensä.”

”Miten kohtaat ja hoidat sekavat vanhukset, aggressiivinen potilas, huumepotilaitten kohtaaminen.”

”Miten toimia väkivaltaisen potilaan kohdalla, miten voi käyttäytyä.”

”Koulutusta myös lääkäreille, eivät aina tiedä mitä hoitajat saattavat joutua käymään läpi väkivaltaisen potilaan hoidossa.”

Vastauksissa nousivat selkeästi esille myös verbaaliseen ja nonverbaaliseen vuorovaikutukseen (16,3 %), itsepuolustukseen (15,3 %), otteesta tai tilanteesta irtautumiseen (10,7 %), väkivaltatilanteiden ennaltaehkäisyyn (10,7 %) sekä uhkaavien tilanteiden tunnistamiseen ja ennakointiin liittyvät (10,2 %) koulutustoiveet.

Itsepuolustus sekä ”irti ja pois” -tyyppiset koulutukset mainittiin Peijaksen vastauksissa huomattavasti useammin kuin Jorvin sairaalan vastauksissa, mihin tärkeimpänä syynä voitaneen pitää sitä, että Jorvissa ei ole järjestetty Peijaksesta poiketen otteista irtautumiseen valmentavaa koulutusta. Fyysisistä koulutuksista esiin tuotiin myös hoidollisiin fyysisen rajoittamisen keinoihin liittyvä VETH-koulutus (väkivaltatilanteiden ehkäisy ja turvallinen hoito). Toisin kuin Jorvin vastauksissa, hoitotyöhön suunniteltuihin kiinnipitomenetelmiin liittyvät koulutukset esiintyivät muutaman kerran myös muiden kuin psykiatrian osastojen vastauksissa.

”Vuorovaikutus koulutusta, kuinka tilanne yritetään hoitaa ammatillisesti, ilman että itse menee mukaan. Annetaan potilaalle mahdollisuus ’perääntyä’ eli ottaa puheitansa takaisin.”

”Ennakointitilanteisiin liittyvä koulutus, riittävä ammattitaito niin, että puhumalla selviäisi mahdollisimman pitkälle vrt. vuorovaikutus.”

”Väkivaltaisen rauhoittaminen puhumalla, itsepuolustus, miten estää omalla toiminnalla väkivalta.”

”Koulutus, jossa läpikäytäisiin ihmisten käyttäytyminen eleiden, olemuksen ym. arviointia ja merkkejä siitä, milloin odotettavissa aggressiivista käytöstä. Puheella rauhoittelu. Irtiottokoulutus, kiinnipito/sidontakoulutus.”

”Potilaan rauhoittaminen sanallisesti, itsepuolustuslajit eivät olisi pahitteeksi, jos työnantaja järjestäisi kursseja. Debriefing-koulutus, vaikka muutamalle osastolle.”

”Itsepuolustuskurssit, tiedonsaantia huumeiden ja lääkkeiden käyttäjien käyttäytymisestä.”

”Miten ennakoida tulevia väkivaltatilanteita ja miten niitä ehkäistään. Ohjeistusta ja esimerkkejä sairaalamaailmasta. Konkreettisia neuvoja miten toimia fyysisesti turvallisesti.”

”Ammatin kannalta VETH-koulutus vähintään. Harrastusten kannalta erilaiset itsepuolustuslajit auttavat väkivaltatilanteissa. Ammatin puolesta myös erilaisten turvalaitteiden käyttöön liittyvä koulutus olisi hyväksi.”

Järjestettyihin koulutuksiin osallistuneiden työntekijöiden määrää tai mahdollisen osallistumisen vaikutuksia kyselyvastauksiin ei tutkimuksessa selvitetty. Kyselyn vastauksissa hoitohenkilökunta toivoi kuitenkin paljon erilaista väkivaltaa ennaltaehkäisevää koulutusta. Tästä voisi päätellä, että moni vastaajista ei ole vielä välttämättä osallistunut tarjolla oleviin koulutuksiin tai he haluavat lisää koulutusta aiheeseen liittyen. Esimerkkien viimeisessä kohdassa mainittu itsepuolustuslajien harrastaminen on myös varmasti myönteinen asia, joka saattaa helpottaa työntekijän koulutustarvetta. Varsinaiset itsepuolustuslajit soveltuvat kuitenkin parhaiten hätävarjelutilanteisiin, ja niihin liittyvät tekniikat voivat olla ristiriidassa hoitotyön eettisten ja moraalisten periaatteiden kanssa. Esimerkiksi kiinnipitotilanteita ajatellen lähinnä psykiatristen osastojen henkilökunnalle järjestetyt fyysisen rajoittamisen koulutukset, kuten HFR- ja VETH-koulutukset soveltuvat hoitohenkilökunnalle paremmin. Näiden tyyppiset koulutukset myös takaavat hoitohenkilökunnalle yhtenäisemmät toimintamallit väkivalta- ja uhkatilanteisiin.

9 POHDINTA

Jo tutkimuslupien hankkimisvaiheessa tutkijoille muodostui kuva, että aihetta pidetään kohdeorganisaatioissa tärkeänä ja että tutkimuksella on todellinen perusteltu tarve. Hoitohenkilöstön positiivinen suhtautuminen tutkimuksen tekemiseen myöhemmässäkin vaiheessa sekä hoitajille suunnatun kyselyn korkeat vastausprosentit molemmissa sairaaloissa vahvistivat tätä käsitystä entisestään.

Tässä luvussa pohditaan tutkimustulosten pohjalta aluksi tutkimuksen kohteena olleiden sairaaloiden työpaikkaväkivaltatilanteiden kehittymistä ja sairaaloiden välisiä selkeimpiä eroavaisuuksia. Seuraavaksi keskitytään tutkimuksen keskeisimpään päämäärään, hoitohenkilökunnan työturvallisuuden kehittämiseen. Kehittämiskohteita on pohdittu yleisellä tasolla molempien sairaaloiden käyttöön, ja soveltuvin osin niitä voidaan pyrkiä hyödyntämään myös muissa hoitolaitoksissa. Pohdinnassa on käsitelty muun muassa turvallisuuskoulutuksia, väkivalta- ja uhkatilanteista raportoimista, henkilökuntavahvuutta sekä psyykkistä jälkihoitoa. Pohdinnassa tarkastellaan myös tutkimuksen luotettavuutta ja eettisyyttä. Lisäksi luvun lopussa esitetään joitakin mahdollisia jatkotutkimusten aiheita tutkimuksen yhteydessä esiin nousseiden kysymysten pohjalta.

9.1 Työpaikkaväkivaltatilanteen kehittyminen ja erot sairaaloiden välillä

Tutkimusmateriaalin perusteella työpaikkaväkivalta näyttää tutkimusajanjaksona lisääntyneen sekä Jorvin että Peijaksen sairaaloissa. Valtaosa kohdatuista väkivallasta liittyi potilaan hoitosuhteeseen, ja yleisimmin väkivallan kohteeksi joutuivat juuri välittömissä hoitokontakteissa potilaiden kanssa toimineet työntekijät. Useimmiten potilaan aggressiivisen käyttäytymisen taustalla oli fyysinen tai psyykinen sairaus. Sen sijaan alkoholin ja huumausaineiden alaisena olleiden väkivallantekijöiden osuus on jonkin verran pienentynyt (ks. kuviot 11 ja 26). Sairauksien ja erilaisten päihteiden ohella tärkeitä riskitekijöitä ovat muun muassa erimielisyydet potilaan hoidosta ja erityisesti päivystysalueilla ärtymystä helposti provosoivat pitkät odotusajat.

Työpaikkaväkivallan riski on korkea erityisesti sairaaloiden suljetuilla psykiatrisilla osastoilla sekä päivystysalueilla (ks. taulukot 3 ja 20). Jorvin osalta huomio voidaan kiinnittää esimerkiksi lastenpsykiatrian vuodeosastoihin, joilla raportoitujen väkivalta- ja uhkatilanteiden määrä moninkertaistui vuonna 2005 aiempiin vuosiin verrattuna. Tapahtumaraporttien perusteella somaattisella puolella väkivaltatilanteita esiintyy erityisesti Peijaksen sairaalassa varsin paljon myös sisätautien vuodeosastoilla.

Huolestuttavaa on, että raportoitujen väkivaltatilanteiden lisääntymisen ohella tapahtumien yhteydessä syntyneet henkilövahingot ovat tutkimusmateriaalin perusteella lisääntyneet. Jorvissa henkilövahingoista raportoiminen on lisääntynyt paitsi lukumääräisesti, myös prosentuaalisesti kaikkiin laadittuihin tapahtumaraportteihin nähden.

Raportoitujen väkivaltatilanteiden määrän kasvun lisäksi yksittäisistä tilanteista on myös laadittu keskimäärin entistä enemmän tapahtumaraportteja.

Raportointikynnyksen madaltumista voidaan pitää positiivisena asiana, mutta on huomioitava, että varsinkin lievempiä väkivalta- ja uhkatilanteita jätetään edelleen paljon raportoimatta. Raportoinnin lisääntyminen antaa viitteitä siitä, että työpaikkaväkivalta koetaan sairaaloissa entistä suuremmaksi ongelmaksi ja asia uskalletaan tuoda paremmin esille. Tässä suhteessa tärkeässä osassa ovat todennäköisesti olleet henkilöstölle järjestetyt turvallisuuskoulutukset.

Mielenkiintoista on havaita väkivalta- ja uhkatilanteiden esiintymisessä suuriakin eroja eri kuukausien välillä. Molemmissa sairaaloissa tässä suhteessa vilkkaat kuukausi oli maaliskuu ja hiljaisin puolestaan heinäkuu. Esimerkiksi Jorvin sairaalassa maaliskuussa oli raportoitu yhteensä yli 2,5-kertainen määrä väkivalta- ja uhkatilanteita heinäkuuhun verrattuna (ks. kuvio 4). Eri kuukausien raportointimäärien vaihteluita on vaikea selittää ilman syvempää tutkimista, mutta yhtenä syynä voisivat olla mahdollisesti lisääntyneet potilasmäärät kyseisinä kuukausina. Keväällä potilasmäärän kasvuun vaikuttavia tekijöitä voivat olla esimerkiksi lämpiävä sää ja sen myötä lisääntyvä alkoholin käyttö. Tuloksia tarkasteltaessa on kuitenkin huomioitava, että eri vuosien kuukausittaisissa vaihteluissa on jonkin verran eroavaisuuksia, ja yksittäisenkin kuukauden korkea raporttimäärä aiheuttaa tutkimusajanjakson lyhydestä johtuen helposti selkeän piikin koko tarkastelujakson trendiin. Lyhyellä aikavälillä tapahtuvat potilasmäärien ja -aineksen vaihtelut voivat helposti vaikuttaa myös väkivalta- ja uhkatilanteiden määrään, joten kokonaistrendiä kannattaakin seurata pidemmällä aikavälillä kuin mitä tässä tutkimuksessa on tehty.

Väkivaltatilanteiden esiintymisessä voidaan havaita joitakin selkeitä eroja tutkimuksen kohteena olleiden sairaaloiden välillä. Suurimmat eroavaisuudet liittyvät raportoitujen tapahtumien ja eri aggressioluokkien jakautumiseen vuorokaudenajan suhteen. Jorvissa väkivaltatilanteita sattui selkeästi eniten päivällä, ja myös raportoidun työpaikkaväkivallan lisääntyminen kohdistui kokonaisuudessaan normaalille virka-ajalle (ks. kuvio 7). Samoin vakavimmat I-luokkaan kirjatut tilanteet keskittyivät Jorvissa muita aggressioluokkia selvemmin normaalille virka-ajalle (ks. kuvio 14). Peijaksessa

puolestaan illalla ja alkuyöstä esiintyi hieman enemmän väkivalta- ja uhkatilanteita kuin päivällä, ja suurin osa vakavimmista tilanteista oli sattunut kello 16–24 välillä.

Tärkein eroa selittävä tekijä on sairaaloiden päivystyksien raportointimäärissä ja -käytännöissä ilmenevät erot. Peijaksessa 42 % raportoiduista tilanteista oli sattunut päivystyksessä, kun taas Jorvissa vastaava luku on alle 15 % (ks. taulukot 3 ja 20). Peijaksen sairaalan päivystyspoliklinikalta ja päivystysosastolta raportoitiin Jorvin vastaaviin osastoihin verrattuna lähes nelinkertainen määrä väkivaltatilanteita. Jorvin päivystyksessä raportoitujen tilanteiden määrä myös laski selkeästi vuoteen 2005, kun taas Peijaksen päivystyksessä väkivalta- ja uhkatilanteiden määrä kasvoi vuosittain. Voidaankin olettaa, että eroavaisuudet eivät tältä osin johdu yksistään työpaikkaväkivallan esiintymisen vaihteluista, vaan hyvin paljon lukemiin ovat vaikuttaneet todennäköisesti myös osastojen raportointiaktiivisuudet ja niiden vaihtelut.

9.2 Miten hoitohenkilökunnan työturvallisuutta voitaisiin kehittää?

Yksi keskeisimmistä asioista työpaikkaväkivallan pitkäjänteisessä ennaltaehkäisemisessä on se, ettei ongelmaa katsota läpi sormien, vaikka aggressiivisesti käyttäytyvä henkilö ei pystyisikään sairauden vuoksi täysin kontrolloimaan omaa käyttäytymistään. Jotta potilaiden ja heidän omaistensa aiheuttamaa työpaikkaväkivaltaa voitaisiin todellisuudessa vähentää, on tärkeää, että kaikille osapuolille viestitetään, ettei väkivaltainen käyttäytyminen ole missään muodossaan hyväksyttävää. Sairaalassa ongelmaa ei usein voida ratkaista jättämällä hoitamatta väkivaltaisesti käyttäytyvät potilaat, joten henkilökunnan suhtautuminen potilaiden aggressiiviseen käyttäytymiseen on entistäkin ratkaisevammassa asemassa. Ylikonstaapeli Totti Karpela (henkilökohtainen tiedonanto 3.4.2006) on korostanut lisäksi sitä, että koko henkilökunnan tulisi reagoida aggressiiviseen käyttäytymiseen johdonmukaisesti, eikä esimerkiksi toimenkuvasta tai työpisteestä riippuen. Jos esimerkiksi lääkärit reagoivat uhkaavaan käytökseen erilaisella toleranssilla kuin hoitohenkilökunta, tai vastaavasti poliklinikalla noudatettavat toimintatavat eroavat selkeästi vuodeosastojen toimintatavoista, pelisääntöjen hahmottaminen voi olla asiakkaan kannalta hankalaa.

Eräs keino välittää asiakasryhmille tehokkaasti viestiä siitä, että aggressiivinen käyttäytyminen on tuomittavaa, ovat näkyvät nollatoleranssikampanjat, johon liittyen HUS:ssa on saatu joitakin kokemuksia jo Marian sairaalassa. Tornberg (1997) korostaa, että potilaille on tärkeää kertoa osaston yhteisönormistosta ennen väkivaltatilanteen syntymistä. Hän toteaa, että ”uhkaavassa tilanteessa on helpompi

muistuttaa säännöistä, joiden sisältö on selvitetty ja perusteltu jo aiemmin”. (Tornberg 1997, 149.) Nollatoleranssilinjasta voidaan viestittää esimerkiksi julisteiden ja esitteiden avulla, mutta vähintään yhtä suuri rooli viestin välittämisessä on hoito- ja turvallisuushenkilöstöllä. Viestintä ei yksinään ole riittävä keino tehokkaan lopputuloksen saavuttamiseksi, vaan myös käytännön toiminnan on oltava viestitetyn linjan mukaista. Kampanjaan liittyen onkin sovittava selkeästi mitä toimenpiteitä eri henkilöstöryhmiltä vaaditaan ja miten kampanjan vaikutuksia seurataan. Turvallisuushenkilöstön näkökulmasta kampanja tarkoittaa erityisesti alhaista puuttumiskynnystä sairaalassa asioivien henkilöiden aggressiiviseen käytökseen.

Myös poliisille tehtävillä tutkintapyynnöillä voidaan välittää viestiä siitä, ettei väkivaltaa suvaita hoitoympäristössä. HUS:n yhteisen työpaikkaväkivallan ehkäisyyn ja hallintaan tähtäävässä toimintamallissa ”tutkintapyyntö suositellaan tehtäväksi aina, kun aggressioluokkien 1 tai 2 kriteerit täyttyvät ellei hoidollisista syistä muuta johdu sekä lisäksi aina, kun kyseessä on taloudellinen esine- tai materiaalivahinko” (Työpaikkaväkivallan ehkäisy ja kohtaaminen – toimintamalli työpaikkaväkivallan uhan torjumiseksi ja kohtaamisen hallitsemiseksi HUS:ssa 2004, 13). Terveystieteiden keskuudessa on kuitenkin toivottu lakimuutosta tutkintapyyntöihin liittyvän asianomistajuuden suhteen (Hyvärinen 2006; Hannus 2006, 1153). Esimerkiksi laiton uhkaus ja lievä pahoinpitely ovat asianomistajarikoksia, joissa rikoksen uhrin on osallistuttava oikeusprosessiin henkilökohtaisesti omalla nimellään, eikä tutkintapyynnön tekijänä voi toimia työnantajaorganisaatio. Tutkintapyynnöt ja rikosilmoitukset jäävät lähes poikkeuksetta tekemättä, sillä työpaikkaväkivallan uhrin kokevat henkilökohtaisen oikeusprosessin raskaaksi, ja he saattavat myös pelätä väkivallan tekijän myöhemmin kostavan poliisitutkinnan kohteeksi joutumisen. Vaikka lainsäädäntöön ei tältä osin saataisikaan muutosta, työnantajan tulisi jatkossa entistä paremmin tukea väkivallan uhreiksi joutuneita työntekijöitä ja kannustaa heitä viemään asiaa tarvittaessa eteenpäin. Vaikka yksittäiselle työntekijälle oikeudellinen prosessi onkin raskas, tieto poliisitutkinnan mahdollisuudesta voi toimia tehokkaana pelotteena sairaalan asiakkaiden suuntaan.

9.2.1 Turvallisuuskoulutusten kehittäminen

Tärkeimpänä asiana väkivalta- ja uhkatilanteisiin varautumisessa on henkilöstölle järjestettävät turvallisuuskoulutukset. Koulutusten on oltava säännöllisiä ja kaikille työntekijöille on taattava pääsy niihin esimiehen toimesta. HUS:ssa turvallisuuskoulutuksia ollaan yhtenäistämässä eri toimipisteiden välillä, missä yhteydessä määritellään yleisesti ne turvallisuusasiat, jotka jokaisen organisaation

työntekijän on tunnettava. Yhteisissä koulutuksissa voidaan käsitellä esimerkiksi väkivaltatilanteisiin liittyvää lainsäädäntöä (hoitohenkilökunnan oikeudet ja velvollisuudet väkivaltatilanteessa), väkivaltatilanteiden eskaloitumista ja tunnistamiskeinoja yleisesti sekä tavallisimpia väkivalta- ja uhkatilanteissa esiintyviä stressireaktiota.

Yhteisten koulutusten yhtenä etuna voidaan pitää sitä, että eri osastojen työntekijät voivat jakaa kokemuksiaan kohdatuista väkivaltatilanteista ja tätä kautta laajentaa tietämystään väkivallan ilmenemismuodoista ja uhkatilanteiden hallinnasta. Systemaattisten jokaisessa toimipaikassa samanlaisella formaatilla järjestettävien koulutusten rinnalle tarvitaan kuitenkin tarvittavilta osin myös yksikkö- ja osastokohtaisia turvallisuuskoulutuksia, joissa voidaan pureutua syvemmälle työpisteiden käytännön ongelmiin. Esimerkiksi koulutettavien omalla osastolla tapahtuva koulutus mahdollistaa huomattavasti paremmin kyseiseen työpisteeseen liittyvien riskien ja ongelmakohtien käsittelyyn, ja tuo koulutusaiheen koulutettavien kannalta konkreettisemmalle tasolle. Koska väkivalta- ja uhkatilanteita on rekisteröity järjestelmällisesti jo monen vuoden ajan, ulkopuolisetkin kouluttajat voivat helposti hyödyntää koulutuksissa todellisia käytännön esimerkkejä aiemmin sattuneista tilanteista.

Yhteisten säännöllisesti kerrattavien vakiokoulutusten ja työpistekohtaisesti kohdennettujen lisäkoulutusten kehittämisen ohella entistä enemmän olisi kiinnitettävä huomiota uusien työntekijöiden ja sijaisten perehdyttämiseen, joka koettiin molemmissa sairaaloissa kyselyssä kysytyistä osa-alueista eniten kehittämistä vaativaksi (ks. taulukot 17 ja 34). Uudet työntekijät ovat alttiimpia työpaikkaväkivallalle, sillä he eivät aina tunne työpaikan toimintamalleja ja heillä ei ole yhtä paljon käytännön kokemusta uhkaavista tilanteista. Esimerkiksi monet pitkäaikaissairaat saattavat testata uusien hoitajien valmiuksia ratkaista hankalia tilanteita ja kykyä puolustaa itseään ja osaston toimintatapoja.

Lisäksi jatkossa olisi hyvä miettiä, voitaisiinko erillisiä käytännön reagointivalmiuksien kasvattamiseen ja yhteisten toimintamallien omaksumiseen tähtäviä koulutuksia järjestää psykiatristen osastojen ohella myös esimerkiksi päivystysalueen hoitohenkilöstölle. Erityyppiset hoitoympäristöön suunniteltuihin hallintaotteisiin liittyvät koulutukset (esimerkiksi HFR ja VETH) on koettu psykiatrisilla osastoilla erittäin hyödyllisiksi, ja niitä voitaisiin ehkä soveltaa joiltakin osin muissakin työpisteissä. Yhteisten hoitoympäristöön suunniteltujen fyysisten rajoittamisotteiden avulla väkivaltatilanteisiin reagointia voidaan muokata yhtenäisemmäksi, nopeammaksi ja

turvallisemmaksi huolehtien samalla myös potilaan turvallisuudesta. Edellä mainitun tyyppiset toimintamallit tarvitsevat kuitenkin toimiakseen jatkuvaa harjoittelua, joten rauhallisemmissa työympäristöissä niitä ei voida sinällään hyödyntää.

9.2.2 Väkivalta- ja uhkatilanteiden raportoinnista

Voidaan olettaa, että lähes kaikki sairaaloissa sattuneet vakavammat väkivaltatilanteet raportoidaan työsuojelu- ja turvallisuushenkilöstölle. Sen sijaan lievemmän fyysisen väkivallan ja uhkailun osalta raportti laaditaan todennäköisesti hyvin pienessä osassa tapausten todelliseen määrään nähden. Raportointikynnykseen eri osastoilla voivat vaikuttaa esimerkiksi työn luonne, potilasaines, väkivalta- ja uhkatilanteiden yleisyys, työilmapiiri sekä yleinen turvallisuustietoisuus. Hoitohenkilökunnan työ on usein kiireistä, ja varsinkin päivystyksessä sattuneet väkivalta- ja uhkatilanteet jäävät monesti raportoimatta juuri ajan puutteen vuoksi. Peijaksen päivystyksessä raportointi on lisääntynyt yleisen väkivaltatilanteiden lisääntymisen myötä, mutta Jorvin päivystyksen henkilökunnan laatimien tapahtumaraporttien määrä oli pudonnut vuonna 2005 lähes kolmannekseen vuoteen 2003 verrattuna (ks. taulukot 3 ja 20). Tämän tyyppiset eroavaisuudet eivät todennäköisesti ole seurausta vain väkivaltatilanteiden esiintymisestä, vaan pitkälti myös osastojen kulloisestakin raportointiaktiivisuudesta. Raportointiherkkyyteen vaikuttaa osaltaan myös liiallisen salliva asenne potilaiden aiheuttamaa väkivaltaa kohtaan. Helena Tornberg (1997, 133) tuo esille, että tietyillä hoitotyön erityisaloilla, joilla lievä väkivalta on arkipäiväistä, henkilökunta oppii helposti pitämään väkivaltaa työhön liittyvänä välttämättömänä pahana. Yleisesti tällaisia toimintoja ovat esimerkiksi psykiatriset osastot ja kehitysvammalaitokset.

Väkivaltatilanteiden rekisteröinnin onnistuneisuuteen liittyvissä kokemuksissa on jonkin verran eroavaisuuksia erityyppisten osastojen välillä (ks. taulukot 16 ja 33).

Raportointikynnyksen madaltamiseksi raportointijärjestelmä on saatava helppokäyttöiseksi ja koko henkilöstö olisi saatava ymmärtämään, mitä hyötyä raportoinnista on heidän oman työturvallisuutensa kannalta. Väkivalta- ja uhkatilanteista raportoiminen on tärkeää erityisesti pyrittäessä perustelemaan tarvetta sellaisiin henkilöstön työturvallisuutta lisääviin toimenpiteisiin, joihin liittyy selkeitä taloudellisia kustannuksia. Tällaiset toimenpiteet voivat liittyä esimerkiksi osaston henkilökuntavahvuuden kasvattamiseen, vartiointin lisäämiseen tai hälytysjärjestelmien hankkimiseen.

Väkivalta- ja uhkatilanteisiin liittyvä raportointi ja sen tehokas hyödyntäminen ovat osa työturvallisuuslaissakin vaadittua työnantajan ja työntekijöiden yhteistyötä

työturvallisuuden jatkuvassa parantamisessa. Työsuojelu- ja turvallisuushenkilöstön on syytä säännöllisesti muistutella työntekijöitä ja esimiehiä raportoinnin merkityksestä. Raportointimotivaation ylläpitämiseksi on huolehdittava myös siitä, että henkilöstö näkee, että laadittuja raportteja hyödynnetään konkreettisesti työturvallisuuden kehittämisessä. Vaikka kaikista väkivalta- ja uhkatilanteista ei ilmoitettaisikaan, tilastot antavat prosentuaalisesti oikeansuuntaisen kuvan tilanteen kehittymisestä pidemmällä aikavälillä.

Tapahtumaraporttien täyttäjää on HUS:n organisaatiossa tuhansia, joten raportoinnissa käytettävän lomakkeen on oltava paitsi helposti saatavilla, myös helposti täytettävissä. Tämä tarkoittaa käytännössä sitä, että lomakemalli on selkeä ja siihen täytettävät tiedot jättävät mahdollisimman vähän tulkinnanvaraa sekä täyttäjän että raporttien käsittelijän kannalta. Tutkimusajanjaksona käytössä olleessa tapahtumaraporttilomakkeessa kaikki kohdat eivät olleet riittävän yksiselitteisiä, mikä on osaltaan vääristänyt tilastoja, ja minkä vuoksi jotkut kohdat ovat jääneet varsin monelta kokonaan täyttämättä.

Vuonna 2006 sairaanhoitopiirissä otettiin käyttöön uudistettu tapahtumaraportti-lomakemalli (liite 7), jossa näihin ongelmiin on pyritty vaikuttamaan. Uudistettuun lomakemalliin on myös lisätty erillinen ”Toimenpiteet”-monivalintakohta, jonka avulla on jatkossa helpompi kerätä tilastotietoa erilaisten tahdonvastaisten rajoittamistoimenpiteiden lisäksi myös esimerkiksi puhumalla rauhoittamisesta. Organisaatiossa voitaisiin kuitenkin vielä harkita ainakin aggressioluokituksen ja siihen liittyvän ohjeistuksen selkeyttämistä. Oleellista on, että lomaketta täyttävän on helppo löytää aggressioluokista ja niiden määrittelyistä tilanteeseen sopiva vaihtoehto, ja että hän tietää, tuleeko lomakkeeseen merkitä ainoastaan vakavin vai kaikki tilanteeseen sopivat vaihtoehdot. Jos lomakkeisiin halutaan merkittäväksi vain vakavin aggressioluokka, on lomakemallia uudistettava muilta osin siten, että jatkossakin voidaan saada tilastotietoa verbaalisen väkivallan ja omaisuuteen kohdistuvan väkivallan yleisyydestä. Verbaalista ja omaisuuteen kohdistuvaa väkivaltaa esiintyy erittäin usein samassa yhteydessä henkilöihin kohdistuvan fyysisen väkivallan kanssa, joten ilman muutosta tilastot vääristyisivät entisestään näiltä osin.

Tulevaisuudessa sosiaali- ja terveydenhuollon työpaikkaväkivallan luokitus- ja seurantajärjestelmästä olisi viisasta myös pyrkiä luomaan valtakunnan tasolla yhtenäinen, mistä muun muassa HUS:n väkivaltatyöryhmässä on jo käyty keskustelua. Tässä yhteydessä olisi erikseen kuitenkin tarkkaan pohdittava, miten järjestelmään liittyvät seuranta-, ylläpito- ja ohjeistusvastuut olisi tarkoituksenmukaista jakaa ja määritellä. Valtakunnallinen yhtenäinen järjestelmä ja ohjeistus voisi kuitenkin auttaa

seuraamaan työpaikkaväkivaltilanteen todellista kehittämistä hoitoalalla sekä madaltaa työntekijöiden raportointikynnystä.

9.2.3 Riittävä henkilökuntavahvuus ja vartiointi

Hoitohenkilökunnalle suunnattuun kyselyyn saatujen vastausten perusteella riittävää henkilökuntavahvuutta pidetään molemmissa sairaaloissa kaikkein keskeisimpänä tekijänä väkivaltilanteisiin varautumisen kannalta riippumatta osaston toiminnan luonteesta (ks. kuviot 17 & 32, taulukot 15 & 32). Kaikkien henkilökunnan määrää koskevien vastausten keskiarvoksi muodostui monivalintakysymyksessä 4,9 (5 = erittäin tärkeä). Lisäksi yli 60 vastaajaa (18 %) toivoi henkilökuntavahvuuden lisäämistä myös kyselyn avoimissa kohdissa. Yhteensä 13 vastaajaa (4 %) ilmoitti haluavansa kehittää työturvallisuutta väkivallan osalta vähentämällä yksintyöskentelyä työpisteessään.

Tulos antaa viitteitä siitä, että hoitohenkilökunta kokee henkilökunnan nykyisen määrän heikentävän työturvallisuutta. Riittävän henkilökuntavahvuuden myötä yksittäisten potilaiden hoitoon ehditään keskittymään paremmin, millä on rauhoittava vaikutus potilaisiin. Päivystyspoliklinikalla tämä konkretisoituu odotusaikojen lyhentymisenä. Henkilökunnan määrä vaikuttaa kriittisesti myös hoitajien avunsaantimahdollisuuksiin uhkaavassa tai jo fyysisesti väkivaltaiseksi muuttuneessa tilanteessa.

Hoitohenkilökunnan tehtävä ei sinänsä ole painia väkivaltaisesti käyttäytyvien potilaiden kanssa, mutta tavallisesti oman osaston ja viereisten osastojen henkilökunta tarjoavat nopeimmin apua uhkaavaan tilanteeseen. Erityisesti yksintyöskentelyä pitäisi riskikohteissa välttää, sillä ilman työtovereita väkivallan kohteeksi joutunut hoitaja ei välttämättä pysty kutsumaan apua, vaikka osastolla olisikin käytössä tekninen henkilöturvajärjestelmä avun kutsumista varten.

Vartiointin niukkuus korostaa entisestään henkilöstöressurssien riittävyyden tärkeyttä tältä osin. Vartiointiin oltiin molemmissa kohdeorganisaatioissa yleisesti kohtuullisen tyytyväisiä (ks. taulukot 17 ja 34). Vartijoiden määrä on kuitenkin molemmissa sairaaloissa vartioitavan alueen kokoon nähden pieni, mistä johtuen avun saamisen viive voi muodostua väkivaltilanteessa kohtalokkaan pitkäksi. Nykyisillä vartiointiresursseilla sairaaloiden vartiointitoiminnassa joudutaan monesti priorisoimaan useiden samanaikaisten hoitajien työturvallisuutta selkeästi vaarantavien tilanteiden kesken, jolloin vartijat eivät pysty aina avustamaan hoitohenkilökuntaa aggressiivisen potilaan hoidossa. Vartiointin lisääminen tehostaisi väkivaltilanteiden

ennaltaehkäisyä ja uhkaaviin tilanteisiin reagointia sekä antaisi hoitohenkilökunnalle paremmat mahdollisuudet keskittyä varsinaisiin töihinsä.

Tutkimustulosten perusteella väkivaltatilanteita sattuu molemmissa sairaaloissa odotetusti vähiten öisin (ks. kuviot 6 ja 21). Jatkossa olisi kuitenkin syytä selvittää, kuinka paljon väkivaltatilanteita sattuu eri osastoilla suhteutettuna kulloiseenkin henkilökuntavahvuuteen sekä vartijoiden määrään. Selkeästi suurin osa Peijaksen sairaalassa raportoiduista erittäin vakavista I-luokan väkivaltatilanteista oli sattunut kello 16 ja 24 välillä (ks. kuvio 29). Tämä kertoo osaltaan väkivaltateiden vaarallisuudesta osastojen toimiessa pienemmällä henkilökuntavahvuudella. Kyselyyn saatujen vastausten mukaan henkilökunnan määrän vähyys koetaan ongelmaksi erityisesti yövuorojen osalta, jolloin yksi hoitaja saattaa joutua huolehtimaan yksin esimerkiksi 20-paikkaisesta osastosta.

Tutkimus ei anna tarkempaa selkoa siitä, mikä mahdollisesti olisi hoitohenkilöstön mielestä riittävä henkilökuntavahvuus. Tästä huolimatta tutkimuksen tulosten perusteella voidaan todeta, että henkilökuntavahvuuden lisäämisellä voidaan tehokkaasti vaikuttaa ainakin hoitohenkilökunnan turvallisuudentunteeseen. Osastojen henkilökuntavahvuuksia suunniteltaessa joudutaan tietysti pohtimaan ratkaisuihin liittyviä kustannuskysymyksiä, mutta oman ongelmansa muodostavat tässä yhteydessä myös ammattitaitoisen työvoiman saantimahdollisuudet.

9.2.4 Fyysisen työskentely-ympäristön suunnittelu

Fyysisen työskentely-ympäristön osalta kyselyssä tiedusteltiin vastaajien mielipiteitä kalusteiden turvallisen sijoittelun sekä henkilökohtaisten työvälineiden turvallisen käsittelyn ja säilytyksen tärkeydestä väkivaltatilanteisiin varautumisen kannalta. Kuten muutkin kysytyt tekijät, myös edellä mainitut koettiin tärkeäksi, mutta ne eivät olleet kaikkein tärkeimmäksi koettujen tekijöiden joukossa. Kyselyn avoimiin kohtiin saatujen vastausten perusteella fyysisessä työskentely-ympäristössä on kuitenkin molemmissa sairaaloissa hoitohenkilökunnan näkemyksen mukaan varsin paljon puutteita.

Ongelmat liittyivät paitsi kalustukseen ja työvälineiden säilytykseen, myös työpisteiden suunnitteluun. Käytännössä tämä ilmeni esimerkiksi pakoreittien puutteellisuutena. Ongelmat korostuvat tapauksissa, joissa käytössä olevat tilat on alun perin suunniteltu muun tyyppiseen toimintaan, esimerkiksi jos psykiatrian entinen avo-osasto on myöhemmin muutettu suljetuksi osastoksi. Yleisesti toimintaa hankaloittaa myös tilojen ahtaus, jonka myötä potilaille ei aina voida taata tarvittavaa yksityisyyttä. Tilojen

iäkkydestä johtuvia ongelmia on havaittu monessa muussakin sairaalassa (Rasimus 2002, 148). Työpisteiden suunnitteluun, kalustukseen ja tavaroiden säilytykseen liittyviä kehittämisehdotuksia esitti tässä tutkimuksessa yhteensä 15 % kyselyn vastaajista (liite 5). Sairaalakiinteistöjen saneerauksissa ja laajennuksissa tulisikin jatkossa lisätä arkkitehtien ja hoitotyön käytännön toimijoiden välistä yhteistyötä, jotta tilat saadaan entistä paremmin suunniteltua paitsi toiminnallisesti järkeviksi, myös hoitohenkilökunnan ja potilaiden turvallisuutta parantaviksi.

9.2.5 Psyykinen jälkihoito

Tapahtumaraportteihin oli tehty molemmissa tutkimuksen kohteena olleissa sairaaloissa varsin harvoin merkintöjä jälkihoidon tarpeesta ($\bar{x} = 4\%$; ks. taulukot 13 ja 30). Kuitenkin hoitohenkilökunnalle suunnatussa kyselyssä psyykinen jälkihoito osoittautui molemmissa sairaaloissa vastaajien mielestä kysytyistä työpaikkaväkivaltaan liittyvistä asioista huonoiten hoidetuksi (ks. taulukot 16 ja 33). Vastaavasti työntekijöiden psyykkisestä hyvinvoinnista huolehtiminen koettiin yhdeksi tärkeimmistä kehittämiskohteista (taulukot 17 ja 34). Väkivaltatilanteiden käsittelyyn olisikin syytä kiinnittää entistä enemmän huomiota sekä itse työpisteissä että työterveyshuollossa. Työterveyshuolto järjestää jälkihoitoa tilauksen mukaan, mutta suurin haaste onkin saada olemassa oleva piilevä kysyntä ja tarjonta kohtaamaan toisensa. Hoitohenkilökunta kokee jälkihoidon huonosti hoidetuksi luultavasti lähinnä siksi, että heillä ei ole siitä aiempaa kokemusta eikä jälkihoitomahdollisuuksista ole informoitu tai niiden käyttöön ei ole kannustettu sattuneiden tilanteiden jälkeen riittävästi.

Psyykkiseen jälkihoitoon osallistuminen on perustunut liian suurelta osin henkilön itseohjautuvuuteen. Avun tarpeessa oleva työntekijä ei kuitenkaan usein ymmärrä tai uskalla sitä pyytää, joten jälkihoitoon ohjaamista olisi syytä kehittää systemaattisempaan suuntaan. Hoitoonohjausta ei voida sysätä yksin työterveyshuollon vastuulle, vaan keskeisessä osassa ovat lähimmät esimiehet, joiden tehtävänä on huolehtia sattuneiden tilanteiden yhteisestä käsittelystä osastoilla ja seurata omien alaistensa vointia. Esimiesten vastuulla on myös työterveyshuollon informoiminen osastolla sattuneista vakavista väkivaltatilanteista.

Käsittlemättä jääneet väkivalta- ja uhkatilanteisiin liittyvät tunteet voivat aiheuttaa muun muassa kyynisyyttä ja masennusta ja vaikuttaa tätä kautta muihin asiakassuhteisiin. On yleistä, että työpaikkaväkivallan kohteeksi joutuneilla työntekijöillä herää jälkikäteen voimakkaita syyllisyydentunteita tapahtuneeseen liittyen.

Monet myös kärsivät ruumiillisista oireista, vaikka tilanteesta ei olisikaan aiheutunut suoranaista fyysistä vahinkoa. (Tornberg 1997, 163.)

9.3 Tutkimuksen luotettavuus

Erilaisten tutkimusten tekemiseen liittyy ongelmia ja ristiriitoja, jotka voivat vaikeuttaa tutkimuksen valmistumista tai vaikuttaa sen tuloksiin. Tutkimusten sisällön kohdalla ongelmat voivat liittyä reliabiliteettiin, validiteettiin tai etiikkaan. Hirsjärven ym. (2003, 213) mukaan tutkimuksen reliabiliteetilla tarkoitetaan mittaustulosten toistettavuutta ja validiteetilla mittarin tai tutkimusmenetelmän kykyä mitata tutkittavaa asiaa tai ilmiötä. Tutkimuksen etiikka liittyy muun muassa tutkijoiden rehellisyyteen tutkimustulosten suhteen ja toisten tutkijoiden työn kunnioitukseen. Eettisiä kysymyksiä on pohdittu seuraavassa luvussa.

Tutkimuksen tulokset ovat suurelta osin aikaan, paikkaan ja tutkimuksen kohderyhmään sidottuja, mikä hankaloittaa tutkimuksen toistettavuuden arviointia. Voidaan suurella todennäköisyydellä olettaa, että samaa aineistoa samoilla menetelmillä analysoitaessa tulokset toistuisivat vastaavanlaisina tutkimuksen tuloksiin nähden. Sen sijaan myöhempänä ajankohtana samoja aineistonkeruu- ja analysointimenetelmiä käyttäen voidaan kerätä tutkimuksen materiaalille vastaava vertailuaineisto, mutta tällöin tuloksia vertailtaessa on osattava ottaa huomioon erilaiset ajallisesti riippuvaiset tekijät, kuten kohdeorganisaatioissa, koulutustasossa tai potilasmäärissä ja -aineuksessa tapahtuneet vaihtelut.

Tutkimuksen luotettavuuden varmistamiseksi valmiina oleviin aineistoihin on suhtauduttava entistä kriittisemmin (Hirsjärvi ym. 2003, 176). Käytännössä kyseessä olevan valmiin aineiston luotettavuutta on punnittava erityisesti siitä syystä, että aineisto koostuu satojen eri henkilöiden täyttämistä lomakkeista. Väkivalta- tai uhkatilanteessa olleen työntekijän kokemus tilanteesta on aina subjektiivinen, mutta jokainen tulkitsee myös tapahtumaraporttilomaketta omalla tavallaan. Myös osaston luonne vaikuttaa raportointikynnykseen. Kiireisimmillä osastoilla tai osastoilla, joilla esiintyy huomattavan paljon väkivaltaa, raportointikynnys saattaa ylittyä vasta, kun tilanteesta aiheutuu henkilövahinkoja. Esimerkiksi päivystysalueilla lievempiä väkivaltatapauksia katsotaan usein läpi sormien. Näin ollen tutkimuksessa esitettyihin tilastoihin väkivaltatilanteiden määrästä ja tyypistä ei voida sokeasti luottaa, vaan ensi olisi pystyttävä tutkimaan eri osastojen raportointikynnyksiä ja niihin vaikuttavia tekijöitä. Tapahtumaraporttien tulkitsemisessa törmätäänkin validiteettikysymykseen:

kuinka hyvin tapahtumaraporttien seuranta kuvaa työpaikkaväkivaltatilanteen todellista kehittymistä, vai onko kyse enemmän raportointiaktiivisuuden vaihteluista?

Koska kyselyn vastausprosentit olivat molemmissa sairaaloissa melko korkeita ($\bar{x} = 58$ %), kyselyn reliabiliteettia voidaan yleisesti pitää suhteellisen hyvänä. Kyselyn osalta muun muassa monivalintakysymyksiin saatujen vastausten keskiarvoja kuvaavissa taulukoissa esitettyihin lukuarvoihin on kuitenkin syytä suhtautua kriittisesti. Kysymyksissä on käytetty 6-portaista asteikkoa, jolloin ongelmana on tilastollisesti merkitsevien erojen aikaansaaminen. Esimerkiksi erityyppisten osastojen vastauksissa kahden desimaalin erolla ei ole välttämättä lainkaan merkitystä, varsinkin jos tarkasteltavana on suhteellisen pieni joukko vastaajia. On myös otettava huomioon, että vastaajien suhtautuminen kyselyyn ja siinä kysytyihin aihepiireihin on voinut vaikuttaa tutkimuksen tuloksiin. Vastauksissa on saatettu tarkoituksellisesti korostaa tiettyjä seikkoja, kun taas joidenkin kohtien osalta asian merkityksellisyyttä on voitu vähätellä. Toisaalta voidaan miettiä, olisivatko tulokset samansuuntaisia, jos myös tutkimuksen ulkopuolelle rajatut kaupunkien vastuulla olevat toiminnot, kuten Jorvin sairaalassa toimivat terveyskeskuksen vuodeosastot olisivat olleet tutkimuksessa mukana.

Eri tutkimusmenetelmien yhteiskäytöllä, kuten tässä tapauksessa arkistomateriaalin käytöllä ja kyselyllä, on pyritty saamaan monipuolisempi kuva tutkittavasta ilmiöstä kuin mitä yhtä menetelmää käyttäen olisi ollut mahdollista saada. Useamman tutkimusmenetelmän ja vastaavasti sekä kvantitatiivisten että kvalitatiivisten analysointimenetelmien hyödyntämisellä laajennettiin tutkimuksen näkökulmaa lisäten samalla tutkimuksen objektiivisuutta ja luotettavuutta. Objektiivisuutta arvioitaessa on kuitenkin huomioitava, että tutkimuksen tekijät eivät ole terveydenhuollon ammattilaisia, mikä voi osaltaan vaikuttaa erityisesti tapahtumaraporteissa kuvattujen tapahtumakulkujen tulkintaan. Tutkimuksessa onkin tiedostetusti pyritty välttämään hoitoalan asiantuntemusta vaativien johtopäätösten tekemistä.

Tutkimuksen kohteena on vain kaksi pääkaupunkiseudun sairaalaa, joten tutkimustuloksista ei voida tehdä muita sairaaloita koskevia yleistyksiä. Tämä ei ole tutkimuksessa tarkoituksenakaan, vaan keskeisenä tavoitteena on Jorvin ja Peijaksen sairaaloiden hoitohenkilökunnan työturvallisuuden kehittäminen. Kehitysehdotukset on esitetty suhteellisen yleisellä tasolla, joten tutkimuksen tuloksia voidaan kuitenkin mahdollisuuksien mukaan pyrkiä soveltamaan ja hyödyntämään myös muissa terveydenhuollon toimipisteissä.

9.4 Tutkimuksen eettisyys

Tiedon hankintaan ja julkistamiseen liittyy tiettyjä yleisesti hyväksytyjä tutkimuseettisiä periaatteita. Tärkeimpiin seikkoihin kuuluu se, että tutkimuksen tulokset vastaavat todellisuutta eli niitä ei ole muutettu millään tavalla, väärentämisestä puhumattakaan. Lisäksi työssä ei saa olla plagioimalla saavutettua ainesta, mikä estetään huolehtimalla tekstiviittausten tarkkuudesta. Tutkimusten tekemiseen liittyen on lisäksi keskusteltu sosiaalieettisistä ongelmista; kiistaa on aiheutunut muun muassa kysymys siitä, mikä on tieteen ja tutkimustoiminnan vastuu yhteiskunnallisten ongelmien, kuten sotien, rikollisuuden ja ympäristöongelmien ratkaisemisessa. (Hirsjärvi ym. 2003, 25.) Yhtenä tällaisena yhteiskunnallisena ja kansainvälisenäkin ongelmana voidaan pitää hoitoalan työntekijöihin kohdistuvan työpaikkaväkivallan lisääntymistä, johon tämän tutkimuksen avulla pyritään osaltaan vaikuttamaan.

Tärkeitä eettisiä kysymyksiä ovat myös tutkimuksen kohteena olevien tahojen suostumuksen saaminen sekä kohdehenkilöiden kohtelu. Kohdeorganisaatioiden suostumukset tutkimuksen tekemiseen hankittiin tarvittavien tutkimuslupien anomisella. Koska tutkimuksessa ei käsitelty potilaiden henkilötietoja, tutkimusta varten ei vaadittu HUS:n eettisen toimikunnan lausuntoa. Opinnäytetyöprosessin aikana olemme kuitenkin käsitelleet ja tulkinneet kahdessa sairaalassa henkilökunnan täyttämiä väkivalta- ja uhkatilanelomakkeita, joissa esiintyy henkilökunnan tietoja. Sen sijaan kaikki lomakkeissa mahdollisesti esiintyneet yksittäisten potilaiden nimet ja muut henkilötiedot on poistettu aineistosta ennen niiden käsittelyä. Eräs työmme haasteista on ollut varmistaa, että kaikki henkilötiedot pysyvät luottamuksellisina ja ettei tutkimusraportista voida tunnistaa yksittäisiä henkilöitä. Tämän varmistamiseksi tutkimusraportissa käytetyt suorat lainaukset tapahtumaraporteista ja kyselyvastauksista on tarpeen mukaan muokattu yleiskielelle. Tutkimusaineiston analysoinnissa on lisäksi pyritty tietoisesti huolehtimaan siitä, etteivät tutkimusentekijöiden mahdolliset ennakoasenteet ja -odotukset ole päässeet vaikuttamaan esitettyihin tutkimustuloksiin tai niiden tulkintaan.

9.5 Jatkotutkimushaasteet

Tutkimustulosten perusteella väkivaltatilanteita sattuu odotetusti selkeästi vähiten yöaikaan potilas- ja henkilökuntamäärän ollessa pienimmillään. Kuten aiemmin on tuotu jo esille, jatkossa olisi syytä selvittää, miten väkivaltatilanteiden määrä ja vakavuus jakautuvat potilaiden ja henkilökunnan määrään suhteutettuna. Samassa yhteydessä voitaisiin pyrkiä tarkemmin selvittämään myös millaisia vaikutuksia

vähäisellä henkilökuntamäärällä ja yksintyöskentelyllä on työyksikössä vallitsevaan työilmapiiriin sekä yksittäisten hoitajien turvallisuuden tunteeseen ja työhyvinvointiin.

Tässä tutkimuksessa on tuotettu runsaasti tietoa Jorvin ja Peijaksen sairaaloissa esiintyvistä työpaikkaväkivallasta ja hoitohenkilökunnan näkemyksistä liittyen väkivaltilanteisiin varautumiseen. Tutkimuksessa ei kuitenkaan ole voitu selvittää esimerkiksi väkivallan esiintymiseen tai työntekijöiden turvallisuuden tunteeseen vaikuttavia tekijöitä kuin karkealla tasolla. Jatkossa olisikin tarpeellista tutkia tarkemmin erilaisten työpaikkaväkivaltaan liittyvien tekijöiden vaikutusta toisiinsa. Tällaisia asioita voisivat olla muun muassa osastojen vaihteleviin raportointikynnyksiin vaikuttavat tekijät sekä vuodenaikoihin, viikonpäiviin ja kellonaikoihin liittyviä vaihteluita selittävät tekijät. Mielenkiintoinen tutkimuskohde voisi olla myös väkivaltilanteiden yleisyys ja vaikutukset sairaaloissa työskentelevän turvallisuushenkilöstön työssä. Lisäksi erikseen voitaisiin selvittää työpaikkaväkivaltaan liittyviä ilmiöitä Jorvin ja Peijaksen sairaaloiden yhteydessä toimivissa Espoon ja Vantaan kaupungin toiminnoissa, jotka on rajattu tämän tutkimuksen ulkopuolelle.

Myös uudistetusta vuonna 2006 käyttöön otetusta tapahtumaraporttilomakemallista mahdollisesti saatavia hyötyjä olisi syytä jatkossa tutkia. Lomaketta on pyritty yhtäältä muokkaamaan selkeämmäksi käyttäjän kannalta, ja toisaalta tavoitteena on ollut, että lomakkeen avulla voitaisiin tuottaa väkivaltilanteista ja niissä toimimisesta entistä enemmän selkeää informaatiota työsuojelu- ja turvallisuushenkilöstön käyttöön. Muutaman vuoden seurantajakson jälkeen tavoitteiden toteutumista voitaisiin arvioida.

10 JOHTOPÄÄTÖKSET

Työpaikkaväkivalta on viime vuosina ollut kuuma puheenaihe sosiaali- ja terveysalalla. Henkilöstöön kohdistunut väkivalta on varmasti lisääntynyt, mutta todennäköisesti ilmiöön on viime vuosina alettu suhtautua entistä vakavammin. Jorvin ja Peijaksen sairaaloissa asennemuutos näkyy konkreettisten toimenpiteiden ja järjestelyiden muodossa. Henkilökunnalle järjestetään koulutusta, sattuneet tilanteet raportoidaan ja käsitellään työryhmissä sekä tarvittaessa muissa elimissä, väkivallattoman työ- ja hoitoympäristön saavuttamiseksi järjestetään kampanjoita. Erilaisten toimenpiteiden todellinen arvo näkyy kuitenkin käytännön elämässä ja väkivaltilanteiden määrän kehittymistrendissä. Erityyppisiä väkivalta- tai uhkatilanteita raportoitiin vuosina 2003–2005 Jorvissa 500 tapausta ja Peijaksessa 646 tapausta. Määrät saattavat kuulostaa korkeilta varsinkin, kun tavoitteena pidetään tapausten vähentämistä ja työympäristön turvallisuustason nostamista optimaaliselle tasolle. Lukuja tarkasteltaessa on

huomioitava myös se, että oletettavasti varsinkin lievemmistä väkivaltatilanteista raportoidaan edelleen vain pieni osa. Sairaaloissa ollaan työturvallisuuden kehittämisessä oikealla tiellä, mutta työtä on paljon edessä.

Tutkimuksen tulosten perusteella raportoidut väkivalta- ja uhkatilanteet ovat tutkimusajanjaksona lisääntyneet molemmissa tutkimuksen kohteena olleissa sairaaloissa. Tässä yhteydessä on pohdittava muun muassa sitä, tulkitsevatko sairaaloiden työntekijät kohtaamansa aggressiivisen tai epäasiallisen käyttäytymisen entistä herkemmin väkivallaksi. Uskalletaanko aiemmin hoitoalalla tabunakin pidettyä ongelmaa tuoda esimerkiksi julkisen keskustelun lisääntymisen ja turvallisuuskoulutusten järjestämisen myötä paremmin esille? Toisaalta voidaan esittää kysymys, ovatko potilaat aiempaa herkempiä reagoimaan väkivaltaisella tavalla heihin kohdistuvaan sanalliseen rajaamiseen ja siihen, että he eivät koe saavansa haluamaansa palvelua riittävän nopeasti. Näitä asioita on yleisesti työpaikkaväkivallan osalta pohtinut myös Markku Heiskanen (2005, 54). Selvää on, että väkivalta- ja uhkatilanteista raportoisessa käytettyjen tapahtumaraporttien määriin vaikuttavat voimakkaasti ainakin osastokohtaiset raportointiaktiivisuudet ja niissä tapahtuvat vaihtelut. Erityisesti raportoiduista henkilövahingoista raportoinnin lisääntymisen perusteella voidaan kuitenkin olettaa, että työpaikkaväkivallan esiintymisessä ja vakavuudessa on tapahtunut todellista muutosta huolestuttavaan suuntaan.

Sairaaloissa kannattaisi väkivallan kokonaishallinnan lisäksi kiinnittää erityishuomiota osastoihin, joissa tapahtumaraporttien määrä on suuri. Esimerkiksi Peijaksen sairaalan päivystysalueella tapahtuu suhteessa muihin osastoihin huomattavan paljon raportoituja väkivalta- ja uhkatilanteita. Tapahtumien suuri määrä kannattaa selvittää perusteellisesti ja ryhtyä asianmukaisiin toimenpiteisiin. Niukkoja resursseja olisi syytä keskittää ennaltaehkäisemään erityisesti riskialttiimpien vuorokaudenaikojen tapahtumia. Peijaksessa vakavimpia tapauksia on esiintynyt yleisimmin kello 16–24 välillä. Toisaalta väkivaltatrendin seurannassa on kiinnitettävä huomiota myös osastoihin, joilla väkivaltatilanteista raportoidaan poikkeuksellisen vähän odotuksiin nähden. Käytännössä esimerkiksi Jorvin päivystyksessä täytetyt tapahtumaraportit tuskin kuvaavat väkivallan ja uhkailun todellista määrää.

Turvallisuuskulttuurin kehittämiseen on panostettu molemmissa sairaaloissa. HUS:n työpaikkaväkivallan uhan torjumiseen tähtäävä toimintamalli on tästä mainio esimerkki. Toimintamallissa annetaan periaatteet ja ohjeet, joiden mukaan toimitaan väkivalta- ja uhkatilanteissa. Tällaiset dokumentit ovat perehdytyksen myötä omiaan istuttamaan henkilöstöön asennetta, jossa turvallisuus koetaan yhteiseksi ja kaikkien vastuulla

olevaksi asiaksi. Ihminen on kuitenkin turvallisuustoiminnassa tärkein, mutta samalla heikoin lenkki. Tärkeää on jatkossa huomioida myös se, että vaikka sairaaloiden toimintaa ja myös turvallisuusasioita johdetaan uudistuneessa organisaatiomallissa pitkälti toimialakohtaisesti, ovat turvallisuuskulttuurin luominen ja työturvallisuuden kehittäminen kaikkien yhteisiä asioita.

LÄHTEET

- Alasuutari, P. 1999. Laadullinen tutkimus. 3. uudistettu painos. Tampere: Vastapaino.
- Bowie, V. 2002. Defining violence at work: a new typology. Teoksessa M. Gill, B. Fisher & V. Bowie (toim.) Violence at work – Causes, patterns and prevention. Cullompton: Willan, 1–20.
- Di Martino, V., Hoel, H. & Cooper, C. L. 2003. Preventing violence and harassment in the workplace. Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Condition.
- Hannus, T. 2006. Viestinnällä väkivaltaa vastaan. Suomen Lääkärilehti 61, 1152–1153.
- Heikkilä, T. 1998. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita.
- Heiskanen, M. 2005. Työpaikkaväkivalta Suomessa. Teoksessa R. Sirén & P. Honkatukia (toim.) Suomalaiset väkivallan uhreina. Tuloksia 1980–2003 kansallisista uhrihaastattelututkimuksista. Oikeuspoliittisen tutkimuslaitoksen julkaisuja 216. Helsinki, 39–56.
- Heiskanen, M., Aromaa, K., Niemi, H. & Sirén, R. 2000. Tapaturmat, väkivalta, rikollisuuden pelko. Väestöhaastattelujen tuloksia vuosilta 1980–1997. Helsinki: Tilastokeskus.
- Heiskanen, M., Sirén, R. & Aromaa, M. 2004. Suomalaisten turvallisuus 2003: Vuoden 2003 haastattelututkimuksen ennakkotietoja suomalaisten tapaturmien ja rikosten kohteeksi joutumisesta ja pelosta. Oikeuspoliittisen tutkimuslaitoksen tutkimustiedonantoja 58, Poliisiammattikorkeakoulun tiedotteita 29, Helsinki.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2003. Tutki ja kirjoita. 6.–9. painos. Helsinki: Kirjayhtymä.
- Hyvärinen, I. 2006. Sairaalat haluavat oikeuden ilmoittaa väkivallasta poliisille. Potilaiden uhkailema henkilökunta vaikenee valtaosasta tapauksia seurausten pelossa. Helsingin Sanomat 8.1.2006, Kotimaa, A12.

- Hämäläinen, H. 2003. Hoitohenkilökunnan voimankäyttö väkivallan uhatessa tai toteutuessa. *Systole* 5/2003, 37–41.
- Järvinen, P. & Järvinen, A. 2000. Tutkimustyön metodeista. Tampere: Opinpajan kirja.
- Kantonen, J., Niittyneen, K., Mattila, J., Kuusela-Louhivuori, P., Manninen-Kauppinen, E. & Pohjola-Sintonen, S. 2006. Päihtyneet ja päihdeongelmaiset potilaat Peijaksen sairaalan päivystyspoliklinikalla. *Suomen Lääkärilehti* 61, 4923–4927.
- Kinnunen, A. 1994. Väkivalta työtilanteissa uhritutkimusten valossa. Teoksessa K. Aromaa, M. Haapaniemi, A. Kinnunen & A-K. Koivula (toim.) *Väkivalta työtehtävissä: Työssä koettua väkivaltaa koskevan tutkimushankkeen osaraportti*. Helsinki: Oikeuspoliittinen tutkimuslaitos, 8–46.
- Laine, M. 2004. Terveystuoltoalan henkilöstö. Teoksessa T. Suurnäkki (toim.) *Terveystuoltoalan palvelujen työsuojelu- ja kehittämisopas*. Helsinki: Työturvallisuuskeskus, 15–22.
- Lehestö, M., Koivunen, O. & Jaakkola, H. 2004. *Hoitajan turva*. Helsinki: Edita.
- Malinosky-Rummell, R. & Hansen D. J. 1993. Long-Term Consequences of Childhood Physical Abuse. *Psychological Bulletin* 114 (1), 68–79.
- Metsämuuronen, J. 2002. Tilastollisen kuvauksen perusteet. 2. uudistettu painos. Helsinki: International Methelp.
- Niemelä, P. 2000. Turvallisuuden käsite ja tarkastelukehikko. Teoksessa P. Niemelä & A. R. Lahikainen (toim.) *Inhimillinen turvallisuus*. Tampere: Vastapaino, 21–37.
- Occupational violence in nursing: An analysis of the phenomenon of code grey/black events in four Victorian hospitals. 2005. Melbourne: State of Victoria, Department of Human Services.
- Peltoniemi, S. 2006. Työväkivaltariskit ja niiden hallinta psykiatrisilla päiväosastoilla ja kuntoutuskeskuksissa. Laurea-ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö.

- Rasmus, M. 2002. Turvattomuus työtoverina. Turvattomuus ja väkivalta sairaalan päivystyspoliklinikalla. Kuopion yliopisto. Terveystieteiden ja -talouden laitos. Väitöskirja.
- Saarela, K. L. 2004. Tapaturma- ja väkivaltariski työssä. Teoksessa T. Suurnäkki (toim.) Terveystieteiden ja -talouden tutkimuskeskuksen työsuojelu- ja kehittämisopas. Helsinki: Työturvallisuuskeskus, 94–103.
- Saloheimo, J. 2003. Työturvallisuus – perusteet, vastuu ja oikeussuoja. Helsinki: Talentum.
- Suomen lääkäriliitto. 2005. Lääkärikysely 2005 - Tilastoja. Saatavilla www-muodossa: <URL: <http://www.laakariliitto.fi/files/laakarikysely2005.pdf>>. (Luettu 12.12.2005.)
- Tamminen-Peter, L. 2004. Työn fyysiset kuormitustekijät ja niiden säätely. Teoksessa T. Suurnäkki (toim.) Terveystieteiden ja -talouden tutkimuskeskuksen työsuojelu- ja kehittämisopas. Helsinki: Työturvallisuuskeskus, 65–74.
- Tornberg, H. 1997. Aggressio: vuorovaikutuksen suola. Liminka: Malpana.
- Turvallisuussuunnitteluopas sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksiköille. 2005. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2005:13. 2. uudistettu painos. Saatavilla www-muodossa: <URL: <http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/store/2005/07/hm1120566345021/passthru.pdf>>. (Luettu 15.11.2005.)
- Työpaikkaväkivalta palvelualueilla ja tämän ilmiön vastaiset toimet: Kansainvälisen työjärjestön ohjeisto. 2004. Helsinki: Työministeriö.
- Uusitalo, H. 1991. Tiede, tutkimus ja tutkielma. 1.-6. painos. Helsinki: WSOY.
- Vähämäki, A. 2005. Työturvallisuus Salon seudun terveyskeskuksen päivystysvastaanotolla hoitohenkilökunnan kokemana. Laurea-ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö.
- Väkivalta työtehtävissä – työryhmän loppuraportti 29.10.2004. Saatavilla www-muodossa: <URL: <http://www.rikosentorjunta.fi/uploads/z7js5pua8rnmqe.pdf>>. (Luettu 29.3.2006.)

Weizmann-Henelius, G. 1997. Väkivaltaisen ihmisen kohtaaminen. Helsinki: Kirjayhtymä.

Julkaisemattomat lähteet:

Karpela, T. Jorvin sairaalan turvallisuuskoulutuksen kehittäminen. Vastaanottaja Kortelainen V-P. Lähetetty 3.4.2006 [Viitattu 10.4.2006]. Yksityinen sähköpostiviesti.

Kurkela, E. 2006. Komisarion haastattelu 8.3.2006. Haukiputaan kihlakunnan poliisilaitos. Espoo.

Puumi, S. Opinnäytetyökysymyksiä. Vastaanottaja Lindström V. Lähetetty 20.10.2006 [Viitattu 30.11.2006]. Yksityinen sähköpostiviesti.

Toivanen, H. Jälkihoidon järjestämisestä. Vastaanottaja Lindström V. Lähetetty 16.1.2007 [Viitattu 16.1.2007]. Yksityinen sähköpostiviesti.

Työpaikkaväkivallan ehkäisy ja kohtaaminen – toimintamalli työpaikkaväkivallan uhan torjumiseksi ja kohtaamisen hallitsemiseksi HUS:ssa. 2004. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri.

Lomakkeen täyttää ensisijaisesti väkivallan tai sen uhan kohteeksi joutunut henkilö tai tarvittaessa silminnäkijä, lähin esimies tai joku muu saman työvuoron aikana.

Tapahtuma

- työssä
 työmatkalla
 työntekijän ulkopuolella

Tilanne	<input type="checkbox"/> läheltä piti-tilanne <input type="checkbox"/> väkivallatilanne	<input type="checkbox"/> työtapaaturma <input type="checkbox"/> rikos	<input type="checkbox"/> itse aiheutettu <input type="checkbox"/> muu vahinko/tapaaturma
Tapahtuma	Tapahtuman pvm.	Tapahtuma alkoi, klo	Tapahtuma päättyi, klo
	Tapahtuman tarkka sijainti/yksikkö		
Tapahtuma on/oli	<input type="checkbox"/> kiinteistövahinko <input type="checkbox"/> tietoturvan rikkominen <input type="checkbox"/> tulipalo <input type="checkbox"/> pommihälytys	<input type="checkbox"/> ryöstö <input type="checkbox"/> varkaus <input type="checkbox"/> murto <input type="checkbox"/> tuhotyö (murhapolitto)	<input type="checkbox"/> henkilövahinko <input type="checkbox"/> altistuminen <input type="checkbox"/> muu tapahtuma
Aggressio- luokitus (katso takasivu)	<input type="checkbox"/> I vammoja aiheuttava vakava fyysinen väkivalta <input type="checkbox"/> II vakava fyysinen väkivalta (kipua aiheuttava) <input type="checkbox"/> III lievä fyysinen väkivalta		<input type="checkbox"/> IV kielellinen tai henkinen väkivalta <input type="checkbox"/> V esineisiin tai laitteisiin kohdistuva väkivalta tai ilkivalta
Lyhyt selvitys tapahtumasta	(alkutilanne ja tapahtumien kulku)		
Osalliset	Tekijä <input type="checkbox"/> henkilökunta <input type="checkbox"/> potilas <input type="checkbox"/> omainen <input type="checkbox"/> saattaja <input type="checkbox"/> ulkopuolinen Tekijän tila <input type="checkbox"/> selvä <input type="checkbox"/> juopunut <input type="checkbox"/> huumeeseen altainen <input type="checkbox"/> sairas <input type="checkbox"/> muu Kohde <input type="checkbox"/> henkilökunta <input type="checkbox"/> potilas <input type="checkbox"/> omainen <input type="checkbox"/> saattaja <input type="checkbox"/> ulkopuolinen Kohteen tila <input type="checkbox"/> selvä <input type="checkbox"/> juopunut <input type="checkbox"/> huumeeseen altainen <input type="checkbox"/> sairas <input type="checkbox"/> muu		
Toimenpiteet	(kuka teki ja mitä, pelastustoimenpiteet, ensiapu, voimakeinot)		
Paikalle kutsuttu	<input type="checkbox"/> omaa henkilökuntaa <input type="checkbox"/> apua toisesta yksiköstä <input type="checkbox"/> poliisi	<input type="checkbox"/> vartiija <input type="checkbox"/> lääkäri <input type="checkbox"/> pelastuslaitos	<input type="checkbox"/> tekninen päivistäjä <input type="checkbox"/> muu henkilö <input type="checkbox"/> hälytyslaitetta käyttäen
Aiheutetut vahingot	<input type="checkbox"/> henkilövahinko <input type="checkbox"/> omaisuusvahinko		
Jälkihoito	<input type="checkbox"/> tarvetta jälkihoitoon <input type="checkbox"/> odottaa työsuojelun yhteydenottoa <input type="checkbox"/> odottaa turvallisuuspalveluiden yhteydenottoa		
Tarkempi selvitys vahingoista			
Raportin tekijä	Pvm.	Osasto/yksikkö, yhteystiedot	<input type="checkbox"/> lisätietoja seuraavalle sivulle Allekirjoitus ja nimen selvitys
	Tähän tulee nimen selvitys		

Raportti lähetetään: turvallisuuspäällikölle työsuojelupäällikölle työsuojeluvaltuutetulle työterveysasemalle (tiedoksi)

Lähin esimies vastaanottanut raportin	Pvm.	Kuittaus
	Esimiehen merkinnät	
Asian käsittely	<input type="checkbox"/> ts-jaosto, milloin pp..... / kk..... vvvv	
	<input type="checkbox"/> henkilöstötoimikunta, milloin pp..... / kk..... vvvvv	
	<input type="checkbox"/> yhteistyötoimikunta, milloin pp..... / kk..... vvvvv	
	<input type="checkbox"/> muu, milloin pp..... / kk..... vvvvv	
	Päätös	
Lisätietoja		

VÄKIVALTA-, VAARA- TAI UHKATILANTEIDEN SEURANNAN AGGRESSIOLUOKITUS:**I VAMMOJA AIHEUTTAVA VAKAVA FYYSSINEN VÄKIVALTA**

- vaatii päivystysuonteisia hoitotoimenpiteitä

II VAKAVA FYYSSINEN VÄKIVALTA (kipua aiheuttava)

- lyöminen
- potkiminen
- kuristaminen
- raapiminen vahingoittamistarkoituksessa
- pureminen ja sylkeminen
- väkivaltainen kaataminen
- hiuksista tai vaatteista repiminen
- kiinni ottaminen
- vääntäminen
- päälle ryntääminen vakavin seurauksin
- aseella (ase, veitsi, astalo, raskas esine) tai käytetyllä huumaruiskulla uhkaaminen
- seksuaalinen fyysinen lähentely

III LIEVÄ FYYSSINEN VÄKIVALTA

- lönnäminen
- hultominen
- aggressiivinen toisen pois häätely
- itsensä tai toisen vahingoittamisyritys
- raapiminen

IV KIELELLINEN TAI HENKINEN VÄKIVALTA

- uhkailu (esim. huumaavan lääkkeen saamiseksi)
- solvaaminen
- jatkuva huutaminen, metelöinti
- jatkuva ärsyttäminen
- seksuaalinen lähentely ja häirintä

V ESINEISIIN TAI LAITTEISIIN KOHDISTUVA VÄKIVALTA TAI ILKIVALTA

- paikkojen, tavaroiden tai laitteiden rikkominen
- tavaroiden tai esineiden heittäminen tai paiskominen

HELSINGIN JA UUDENMAAN
SAIRAANHOITOPIIRI
HYKS, Jorvin sairaala
Tulosalueen johto

TUTKIMUSLUVAN
MYÖNTÄMINEN
§ 21
25.04.2006

Dnro

1

Hakijat Opiskelijat Vesa Lindström ja Jaakko Puustinen

Esittelijä Vs johtava ylihoitaja Helena Brander

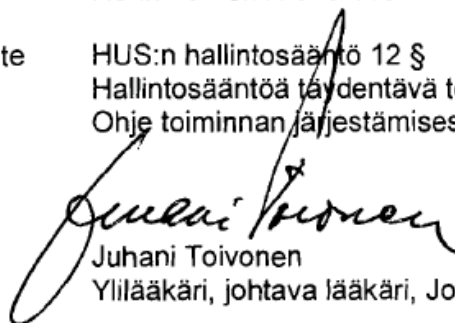
Asia TUTKIMUSLUVAN MYÖNTÄMINEN TUTKIMUKSELLE "TYÖVÄKIVALLAN
VAIKUTUS HOITOHENKILÖKUNNAN TYÖTURVALLISUUTEEN JORVIN JA
PEIJAKSEN SAIRAALOISSA"

Perustelut Opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa tietoa Jorvin ja Peijaksen sairaaloissa
esiintyvistä väkivallasta sekä kehittämisehdotusten kautta auttaa sairaaloita
ennaltaehkäisemään väkivaltilanteita ja kehittämään hoitohenkilökunnan
työturvallisuutta.

Päätös Päätän antaa tutkimusluvan opiskelija Vesa Lindströmille ja Jaakko Puustisel-
le otsikossa mainittua opinnäytetyötä varten. Tutkimuksen valmistuttua tulee
siitä toimittaa raportti kahtena kappaleena HYKS, Jorvin sairaalalle.

Sovelletut oikeusohjeet HUS:n tutkimuslupamenettelyohjeet
Henkilötietolaki 523/1999

Päätösvallan peruste HUS:n hallintosääntö 12 §
Hallintosääntöä täydentävä toimintaohje
Ohje toiminnan järjestämisestä HYKS, Jorvin sairaalassa


Juhani Toivonen
Ylilääkäri, johtava lääkäri, Jorvi

LIITTEET

Lähetetty tiedoksi 26.4.2006

HELSINGIN JA UUDENMAAN
SAIRAANHOITOPUOLUSTUS
HYKS, Peijaksen sairaala
Tulosalueen johto

TUTKIMUSLUVAN
MYÖNTÄMINEN
§ 12
16.03.2006

1
Dnro

Hakija Tradenomiopiskelijat Lindström Vesa ja Puustinen Jaakko/Laurea-amk

Esittelijä Osastonhoitaja Kirjavainen-Grönlund Maaret

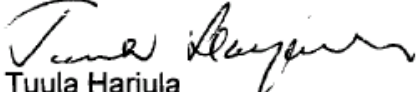
Asia TUTKIMUSLUPA "TYÖVÄKIVALLAN VAIKUTUS HOITOHENKILÖKUNNAN TYÖTURVALLISUUTEEN JORVIN JA PEIJAKSEN SAIRAALOISSA" -OPINNÄYTETYÖLLE, TRADENOMIOPISEKELIJAT VESA LINDSTRÖM JA JAAKKO PUUSTINEN/LAUREA-AMK

Perustelut Olen tutustunut minulle esitettyyn "Työväkivallan vaikutus hoitohenkilökunnan työturvallisuuteen Jorvin ja Peijaksen sairaaloissa" -opinnäytetyöhön liittyvään materiaaliin ja pidän tutkimusta hoitotyön kannalta tärkeänä. Tutkimushakemus on asianmukaisesti täytetty ja siitä käy ilmi tutkimusluvan myöntämisen kannalta oleelliset seikat. Tutkimuksessa noudatetaan yleisiä tutkimuseettisiä periaatteita. Tutkimusaineiston tiedot käsitellään luottamuksellisesti.

Aineisto kerätään toukokuun 2006 loppuun mennessä.

Päätös Edellä olevan mukaan päätän, että tradenomiopiskelijoille Vesa Lindström ja Jaakko Puustinen myönnetään lupa edellä esitetylle tutkimukselle.

Päätösvallan peruste Ohje toiminnan järjestämisestä Peijaksen sairaalassa 25.1.2005.


Tuula Harjula
johtava ylihoitaja

LIITTEET Tutkimussuunnitelma ja tutkimuslupahakemus liitteineen

JAKELU AMK-opiskelija Vesa Lindström
AMK-opiskelija Jaakko Puustinen
Ylihoitaja Eila Manninen-Kauppinen
Ylihoitaja Eija Rissanen
Ylihoitaja Christina Rouvala
Ylihoitaja Tarja Särkioja
Osastonhoitaja Nina Ahola
Osastonhoitaja Henna Ylivaikko
Osastonhoitaja Mirja Vieno
Osastonhoitaja Eliisa Meskanen
Osastonhoitaja Anitta Melanen
Osastonhoitaja Tarja Blomvall
Osastonhoitaja Tarja Hakkarainen
Osastonhoitaja Tuula Mäntylä
Osastonhoitaja Ilona Söderlund
Osastonhoitaja Ulla Kohvakka
Osastonhoitaja Päivi Kuusela-Louhivuori
Työsuojeluvaltuutettu Susanna Puumi
Osastonhoitaja Maaret Kirjavainen-Grönlund

LAUREA-AMMATTIKORKEAKOULU
Laurea Leppävaara
Yhteiskuntatieteiden, liiketalouden ja hallinnon ala
Turvallisuusalan koulutusohjelma

SAATE
xx.xx.2006

HYKS, JORVIN SAIRAALA
HYKS, PEIJAKSEN SAIRAALA
Sisätautien, kirurgian ja aikuispsykiatrian vuodeosastot sekä päivystysalue

TYÖPAIKKAVÄKIVALLAN VAIKUTUS HOITOHENKILÖKUNNAN TYÖTURVALLISUUTEEN JORVIN JA PEIJAKSEN SAIRAALOISSA

Arvoisa vastaaja, olemme kaksi opiskelijaa Laurea-ammattikorkeakoulusta, turvallisuusalan koulutusohjelman kolmannelta vuosikurssilta. Teemme opintoihimme kuuluvaa opinnäytetyötä Jorvin ja Peijaksen sairaaloiden työturvallisuudesta. Sosiaali- ja terveysalan työturvallisuus on viime aikoina ollut paljon julkisuudessa. Viime vuoden lopulla Puolarmetsän sairaalassa tapahtunut puukotus on onneksi melko harvinainen, mutta tapaus antaa varmasti aiheen kehittää hoitohenkilöstön työturvallisuutta.

Tutkimuksemme pääasiallisen aineiston muodostavat väkivalta- ja uhkatilanelomakkeet (tapahtumaraportit), joista saamme yleistä tietoa sattuneista vaaratilanteista. Lisäksi toivomme saavamme aiheesta lisätietoa oheisen kyselylomakkeen avulla. Tietoomme tulleita henkilötietoja käsittelemme ehdottoman luottamuksellisesti, tutkimuksen yleisiä periaatteita noudattaen. Yksittäisiä vastaajia ei pysty tunnistamaan tutkimustuloksista.

Vastaamalla tähän kyselyyn voitte edesauttaa opinnäytetyömme valmistumista ja ennen kaikkea vaikuttaa työyhteisönne työturvallisuuden kehittämiseen. Lisätietoja tutkimukseen liittyen voi kysyä opiskelijoilta alla olevista numeroista tai sähköpostitse.

Kiitos etukäteen vastauksistanne!

Vesa Lindström
email: vesa.p.lindstrom@hus.fi
puh. (09) 861 2005

Jaakko Puustinen
email: jaakko.puustinen@laurea.fi
puh. 050 401 2730

TYÖPAIKKAVÄKIVALLAN VAIKUTUS HOITOHENKILÖKUNNAN TYÖTURVALLISUUTEEN JORVIN JA PEIJAKSEN SAIRAALOISSA – Kysely hoitohenkilökunnalle

1. Vastaajan tiedot:

Sukupuoli mies nainen

Työkokemus terveydenhoitoalalta:

alle 5 v. 5–14 vuotta 15–24 vuotta 25–34 vuotta 35 vuotta tai enemmän

2. Kuinka tärkeänä työpaikkaväkivaltaan varautumisen kannalta koet seuraavat tekijät?

	Ei lainkaan tärkeä	Ei kovin tärkeä	Kohtalaisen tärkeä	Tärkeä	Erittäin tärkeä	En osaa sanoa
Hoitohenkilökunnan työskentelytavat ja käyttäytyminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoitohenkilökunnan ammattitaitoisuus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tutut työtoverit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Työilmapiiri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Riittävä henkilökuntavahvuus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yksintyöskentelyn välttäminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vartiointi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lepositeiden ja eristyshuoneen käyttö	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sisäiset hälytysjärjestelmät	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kameravalvonta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Väkivaltatilanteisiin liittyvä koulutus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kalusteiden turvallinen sijoittelu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Henkilökohtaisten työvälineiden turvallinen käsittely ja säilytys (kynät, saksat, stetoskooppi yms.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Henkilöstön fyysisestä hyvinvoinnista huolehtiminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Henkilöstön psyykkisestä hyvinvoinnista huolehtiminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Raportointi sattuneista väkivalta- ja uhkatilanteista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Kuinka paljon seuraavat tekijät vaikuttavat mielestäsi aggressiivisen käyttäytymisen syntyyn työpaikallasi?

	Ei lainkaan	Vähän	Jonkin verran	Paljon	Erittäin paljon	En osaa sanoa
Alkoholi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muut päihteet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psyykkiset sairaudet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muut sairaudet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoitohenkilökunnan käyttäytyminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Saattajien käyttäytyminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kiireinen työtahti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Odotusajat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Työilmapiiri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



4. Kuinka hyvin seuraavat asiat on mielestäsi hoidettu työpaikallasi?

	Erittäin huonosti	Huonosti	Kohtalaisesti	Hyvin	Erittäin hyvin	En osaa sanoa
Väkivallan uhkaan varautuminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Väkivaltatilanteisiin reagointi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psyykkinen jälkihoito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Väkivaltatilanteiden rekisteröinti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sattuneista väkivaltatilanteista oppiminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Kuinka paljon seuraavissa asioissa on mielestäsi työpaikallasi kehitettävää väkivaltatilanteisiin varautumisen kannalta?

	Ei lainkaan	Melko vähän	Jonkin verran	Paljon	Erittäin paljon	En osaa sanoa
Ohjeistus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Koulutus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uusien työntekijöiden ja sijaisten perehdytys	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pakoreitit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tekniset turvallisuusjärjestelmät	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vartiointi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kalustus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Henkilöstön fyysisestä hyvinvoinnista huolehtiminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Henkilöstön psyykkisestä hyvinvoinnista huolehtiminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Minkä tyyppisen koulutuksen koet tärkeäksi väkivaltatilanteisiin varautumisen kannalta?

7. Miten kehittäisit työturvallisuutta työpaikallasi väkivallan osalta?

Kiitos vastauksistanne!

Hoitohenkilökunnalle suunnatun kyselyn avoimissa vastauksissa esitettyjen kehitysehdotusten määrät aihealueittain

	Jorvin sairaala					Peijaksen sairaala					Kaikki yht. (N=353)
	Sisätaudit (n=39)	Kirurgia (n=46)	Psykiatria (n=52)	Päivystys (n=20)	Yhteensä (N=157)	Sisätaudit (n=59)	Kirurgia (n=52)	Psykiatria (n=33)	Päivystys (n=52)	Yhteensä (N=196)	
Henkilökunta- vahvuuden kasvattaminen	4	11	6	1	22 (14,0 %)	7	12	8	15	42 (21,4 %)	64 (18,1 %)
Yksintyöskentelyn välttäminen	-	2	1	-	3 (1,9 %)	5	2	-	3	10 (5,1 %)	13 (3,7 %)
Potilasmäärän kontrollointi / potilaiden sijoittelu	1	3	1	-	5 (3,2 %)	1	-	-	1	2 (1,0 %)	7 (2,0 %)
Sisäisten hälytysjärjestelmien kehittäminen	5	13	1	5	24 (15,3 %)	4	8	15	9	36 (18,4 %)	60 (17,0 %)
TyöpiSTEIDEN suunnittelu, kalustus & tavaroiden säilytys	4	8	8	5	25 (15,9 %)	7	5	7	8	27 (13,8 %)	52 (14,7 %)
Kameravalvonnan lisääminen	-	2	-	5	7 (4,4 %)	2	-	1	3	6 (3,1 %)	13 (3,7 %)
Vartiointin lisääminen / vartijoiden kutsumisen helpottaminen	1	6	1	7	15 (9,6 %)	2	2	-	8	12 (6,1 %)	27 (7,6 %)
Turvallisuuskoulu- tuksen lisääminen	6	10	17	3	36 (22,9 %)	19	9	9	14	51 (26,0 %)	87 (24,6 %)
Hoitohenkilökunnan keskinäisten toimintamallien ja käytänteiden kehittäminen	3	6	5	2	16 (10,2 %)	7	3	7	4	21 (10,7 %)	37 (10,5 %)
Väkivaltatilanteisiin liittyvän keskustelun ja sattuneiden tilanteiden käsittelyn lisääminen	3	3	1	-	7 (4,4 %)	4	3	-	2	9 (4,6 %)	16 (4,5 %)
Toimintaohjeiden kehittäminen	-	1	-	-	1 (0,6 %)	1	-	-	1	2 (1,0 %)	3 (0,8 %)
Raportoinnin / rekisteröinnin kehittäminen	-	2	-	-	2 (1,3 %)	3	-	1	2	6 (3,1 %)	8 (2,3 %)

Tärkeäksi koetut asiat ja aihealueet turvallisuuskoulutuksissa kyselyn avoimien vastausten perusteella

	Jorvin sairaala					Peijaksen sairaala					Kaikki yht. (N=353)
	Sisätaudit (n=39)	Kirurgia (n=46)	Psykiatria (n=52)	Päivystys (n=20)	Yhteensä (N=157)	Sisätaudit (n=59)	Kirurgia (n=52)	Psykiatria (n=33)	Päivystys (n=52)	Yhteensä (N=196)	
Osastokohtainen turvallisuuskoulutus	2	5	1	-	8 (5,1 %)	2	1	2	-	5 (2,6 %)	13 (3,7 %)
Säännölliset kertauskoulutukset	3	8	9	1	21 (13,4 %)	-	4	2	1	7 (3,6 %)	28 (7,9 %)
Uusien työntekijöiden perehdytys	1	-	-	-	1 (0,6 %)	2	-	2	1	5 (2,6 %)	6 (1,7 %)
Käytännön harjoitukset	2	5	3	2	12 (7,6 %)	4	4	2	5	15 (7,7 %)	27 (7,6 %)
Yleiset ohjeet väkivaltatilanteessa toimimiseen ja käyttäytymiseen	7	11	7	3	28 (17,8 %)	17	12	5	8	42 (21,4 %)	70 (19,8 %)
Verbaalinen ja nonverbaalinen vuorovaikutus	5	6	4	1	16 (10,2 %)	9	6	5	12	32 (16,3 %)	48 (13,6 %)
Hoidolliset fyysisen rajoittamisen menetelmät (esim. HFR, VETH)	-	-	25	-	25 (15,9 %)	1	3	9	2	15 (7,7 %)	40 (11,3 %)
Irtautuminen otteesta / tilanteesta	1	3	2	2	8 (5,1 %)	7	3	-	11	21 (10,7 %)	29 (8,2 %)
Itsepuolustus	2	1	1	3	7 (4,5 %)	7	10	3	10	30 (15,3 %)	37 (10,5 %)
Teknisten hälytysjärjestelmien käyttö	-	-	-	-	-	1	2	1	2	6 (3,1 %)	6 (1,7 %)
Väkivaltatilanteiden tunnistaminen ja ennakointi	1	4	7	3	15 (9,6 %)	4	8	5	3	20 (10,2 %)	35 (9,9 %)
Väkivaltatilanteiden ennaltaehkäisy	3	9	4	2	18 (11,5 %)	13	5	1	2	21 (10,7 %)	39 (11,0 %)
Hoitohenkilökunnan yhteiset käytännöt / toimintatavat	-	-	5	3	8 (5,1 %)	-	2	1	-	3 (1,5 %)	11 (3,1 %)
Lepositeet ja eristäminen	-	-	1	-	1 (0,6 %)	-	-	2	1	3 (1,5 %)	4 (1,1 %)
Yhteistyö vartijoiden / poliisin kanssa	-	1	1	-	2 (1,3 %)	1	1	-	-	2 (1,0 %)	4 (1,1 %)
Esimerkkitapausten käyttö	3	6	-	1	10 (6,4 %)	3	1	-	1	5 (2,6 %)	15 (4,2 %)
Teoriaa väkivallan synnystä, käyttäytymismekanismeista yms.	1	-	-	2	3 (1,9 %)	-	-	1	1	2 (1,0 %)	5 (1,4 %)

	Jorvin sairaala					Peijaksen sairaala					Kaikki yht. (N=353)
	Sisätaudit (n=39)	Kirurgia (n=46)	Psykiatria (n=52)	Päivystys (n=20)	Yhteensä (N=157)	Sisätaudit (n=59)	Kirurgia (n=52)	Psykiatria (n=33)	Päivystys (n=52)	Yhteensä (N=196)	
Väkivaltatilanteiden jälkipuinti, psyykinen jälkihoito, tilanteista oppiminen	1	2	2	2	7 (4,5 %)	3	4	-	2	9 (4,6 %)	16 (4,5 %)
Lääkekoulutus	-	1	1	-	2 (1,3 %)	-	1	1	-	2 (1,0 %)	4 (1,1 %)
Huumausaineet ja muut päihteet	2	-	-	1	3 (1,9 %)	2	4	2	1	9 (4,6 %)	12 (3,4 %)
Psyykkiset sairaudet	-	1	-	1	2 (1,3 %)	1	1	2	-	4 (2,0 %)	6 (1,7 %)

Lomakkeen täyttää ensisijaisesti poikkeavan tapahtuman tai uhan kohteeksi joutunut henkilö tai tarvittaessa silminnäkijä, lähin esimies tai joku muu saman työvuoron aikana.

Tapahtuma

- työssä
 työmatkalla
 työajan ulkopuolella

Tapahtuma	Tapahtuman pvm.	Tapahtuma alkoi, klo	Tapahtuma päättyi, klo
Tapahtuman tarkka sijainti/yksikkö			
Tapahtuma oli	<input type="checkbox"/> väkivaltatilanne <input type="checkbox"/> henkeen tai terveyteen kohdistuva uhkaus <input type="checkbox"/> pommiuhkaus <input type="checkbox"/> varkaus/ryöstö <input type="checkbox"/> murto	<input type="checkbox"/> tulipalo <input type="checkbox"/> ilkivalta <input type="checkbox"/> tietoturvan rikkominen <input type="checkbox"/> muu tapahtuma, mikä	
Seuraukset	<input type="checkbox"/> läheltä piti-tilanne <input type="checkbox"/> henkilövahinko	<input type="checkbox"/> omaisuusvahinko <input type="checkbox"/> kiinteistövahinko	<input type="checkbox"/> tietoturvavahinko
Aggressio- luokitus (katso takasivu)	<input type="checkbox"/> I vammoja aiheuttava vakava fyysinen väkivalta <input type="checkbox"/> II vakava fyysinen väkivalta (kipua aiheuttava) <input type="checkbox"/> III lievä fyysinen väkivalta	<input type="checkbox"/> IV kielellinen tai henkinen väkivalta <input type="checkbox"/> V esineisiin tai laitteisiin kohdistuva väkivalta tai ilkivalta	
Osalliset	Tekijä <input type="checkbox"/> henkilökunta <input type="checkbox"/> potilas <input type="checkbox"/> omainen <input type="checkbox"/> saattaja <input type="checkbox"/> ulkopuolinen	Tekijän tila <input type="checkbox"/> selvä <input type="checkbox"/> juopunut <input type="checkbox"/> huumeen alainen <input type="checkbox"/> sairas	Kohde <input type="checkbox"/> henkilökunta <input type="checkbox"/> potilas <input type="checkbox"/> omainen <input type="checkbox"/> saattaja <input type="checkbox"/> ulkopuolinen
			Kohteen tila <input type="checkbox"/> selvä <input type="checkbox"/> juopunut <input type="checkbox"/> huumeen alainen <input type="checkbox"/> sairas
Lyhyt selvitys tapahtuneesta ja aiheutuneista vahingoista	(alkutilanne ja tapahtumien kulku)		
Toimenpiteet	<input type="checkbox"/> puhumalla rauhoittaminen <input type="checkbox"/> kiinnittäminen <input type="checkbox"/> sitominen <input type="checkbox"/> lepositeet	<input type="checkbox"/> huone-eristys <input type="checkbox"/> tiloista poisto <input type="checkbox"/> rauhoittava lääkitys <input type="checkbox"/> muu, mikä	<input type="checkbox"/> tutkintapyyntö poliisille
Paikalle kutsuttu	<input type="checkbox"/> omaa henkilökuntaa <input type="checkbox"/> apua toisesta yksiköstä <input type="checkbox"/> lääkäri <input type="checkbox"/> vartija	<input type="checkbox"/> poliisi <input type="checkbox"/> pelastuslaitos <input type="checkbox"/> tekninen päivystäjä <input type="checkbox"/> muu henkilö, kuka	<input type="checkbox"/> hälytyslaitetta käyttäen
Jälkihoito	<input type="checkbox"/> tarvetta jälkihoitoon	<input type="checkbox"/> odottaa työsuojelun yhteydenottoa	<input type="checkbox"/> odottaa turvallisuuspalveluiden yhteydenottoa
Raportin tekijä	Pvm.	Osasto/yksikkö, yhteystiedot	Allekirjoitus ja nimen selvennys

Raportti lähetetään: turvallisuuspäällikölle työsuojelupäällikölle työsuojeluvaltuutetulle työterveysasemalle (tiedoksi)

KÄÄNNÄ

SEURANTARAPORTTI

Sairaala koodi:.....

Lähin esimies vastaanottanut raportin	Pvm.	Kuittaus
	Esimiehen merkinnät	
Asian käsittely	<input type="checkbox"/> ts-jaosto, milloin/..... 200.....	
	<input type="checkbox"/> henkilöstötoimikunta, milloin/.....200.....	
	<input type="checkbox"/> yhteistyötoimikunta, milloin/.....200.....	
	<input type="checkbox"/> muu, milloin/.....200.....	
	Päätös	
Lisätietoja		

VÄKIVALTA-, VAARA- TAI UHKATILANTEIDEN SEURANNAN AGGRESSIOLUOKITUS:**I VAMMOJA AIHEUTTAVA VAKAVA FYYSSINEN VÄKIVALTA**

- vaatii päivystysluonteisia hoitotoimenpiteitä

II VAKAVA FYYSSINEN VÄKIVALTA (kipua aiheuttava)

- lyöminen
- potkiminen
- kuristaminen
- raapiminen vahingoittamistarkoituksessa
- pureminen ja sylkeminen
- väkivaltainen kaataminen
- hiuksista tai vaatteista repiminen
- kiinni ottaminen
- vääntäminen
- päälle ryntääminen vakavin seurauksin
- aseella (ase, veitsi, astalo, raskas esine) tai käytetyllä huumaruiskulla uhkaaminen
- seksuaalinen fyysinen lähentely

III LIEVÄ FYYSSINEN VÄKIVALTA

- töniminen
- huitominen
- aggressiivinen toisen pois häätely
- itsensä tai toisen vahingoittamisyritys
- raapiminen

IV KIELELLINEN TAI HENKINEN VÄKIVALTA

- uhkailu (esim. huumaavan lääkkeen saamiseksi)
- solvaaminen
- jatkuva huutaminen, metelöinti
- jatkuva ärsyttäminen
- seksuaalinen lähentely ja häirintä

V ESINEISIIN TAI LAITTEISIIN KOHDISTUVA VÄKIVALTA TAI ILKIVALTA

- paikkojen, tavaroiden tai laitteiden rikkominen
- tavaroiden tai esineiden heittäminen tai paiskominen