

UHKA- JA VÄKIVALTATILANTEIDEN KÄSITTELY TYÖYHTEISÖSSÄ HOITOALALLA

Valtanen Katja

Opinnäytetyö
Sosiaali-, Terveys- ja liikunta-ala
Terveystyön edistäminen
Sairaanhoitaja (ylempi AMK)

2018

Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala
Terveystieteiden koulutus
Sairaanhoitaja (ylempi AMK)

Tekijä	Katja Valtanen	Vuosi	2018
Ohjaaja	Anne Puro		
Toimeksiantaja	Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri		
Työn nimi	Uhka- ja väkivaltatilanteiden käsittely työyhteisössä hoitoalalla		
Sivu- ja liitemäärä	32 + 5		

Työväkivalta on väkivallan muodoista ainoa, joka on lisääntynyt Suomessa 1980-luvulta lähtien. Yleisintä työväkivalta on naisvaltaisilla aloilla, etenkin sosiaali- ja terveydenhuollossa. Työväkivalta voi aiheuttaa sekä fyysisiä että psyykkisiä seurauksia, mutta psyykkiset seuraukset ovat useimmiten vakavampia ja pitkäkestoisempia kuin fyysiset. Pahimmillaan työväkivalta voi aiheuttaa posttraumaattisen stressihäiriön, joka voi johtaa ennen aikaiseen eläköitymiseen tai uran vaihtoon. Psyykkisiä seurauksia pyritään ehkäisemään debriefing-menetelmää käyttäen. Hektisessä sosiaali- ja terveydenhuollossa tämä koetaan kuitenkin rasokkaaksi ja hankalaksi järjestää. Ongelmia ovat muun muassa koko henkilökunnan saaminen paikalle yhtä aikaa sekä vaikeus puhua uhka- ja väkivaltatilanteista ulkopuolisille.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kyselyjen avulla selvittää, minkälaista jälkipuintia hoitoalan henkilökunta kaipaa uhka- ja väkivaltatilanteiden jälkeen ja tuottaa ohje uhka- ja väkivaltatilanteiden käsittelyyn. Tavoitteena on, että saatua tietoa ja tuotettua ohjetta hyödynnetään uhka- ja väkivaltatilanteiden käsittelyn kehittämisessä ja järjestämisessä. Kyselyt lähetettiin vastaajille sähköisesti webropol-ohjelman kautta. Ensimmäinen kysely lähetettiin Oulun Yliopistollisen sairaalan erään vuodeosaston 46 hoitotyöntekijälle. Kyselyn vastausprosentti oli 61 %. Toinen kysely lähetettiin saman vuodeosaston esimiehille; yhdelle osastonhoitajalle ja kahdelle apulaisosastonhoitajalle. Tähän kyselyyn vastauksia saatiin kaksi kappaletta.

Aineisto analysoitiin webropol-ohjelman ja laadullisen aineiston analyysin avulla. Tuloksista selviää, että uhka- ja väkivaltatilanteet ovat osastolla yleisiä ja niiden jälkipuintia pidetään työyhteisössä tärkeänä. Uhka- ja väkivaltatilanteista on helppompaa puhua tuttujen työkavereiden kesken ja vain vakavimmissa tilanteissa paikalle toivottiin myös ulkopuolista apua. Esimiesten tuki ja paikallaolo jälkipuinnissa koettiin erityisen tärkeäksi. Kehittämisehdotukset, joita tämä tutkimus antoi liittyvät henkilökunnan koulutukseen, defusing-toiminnan aloittamiseen sekä HAIPRO-ilmoituksen kehittämiseen.

Asiasanat

Työväkivalta, traumaperäinen stressireaktio, debriefing, defusing, sosiaali- ja terveysala, hoitotyö

School of Social Services, Health and
Sports
Master's Degree Programme in Health
Promotion

Author	Katja Valtanen	Year	2018
Supervisor	Anne Puro		
Commissioned by	Oulu University Hospital		
Subject of thesis	Handling threats and violence in a work community in health care		
Number of pages	32 + 5		

Workplace violence is the only form of violence that has increased in Finland since the 1980s. The most common forms of working violence occur in predominantly female fields, especially in social and health care. Workplace violence can have both physical and psychological consequences, but the psychological consequences are often more severe and longer lasting than the physical. At its worst, workplace violence can cause a post-traumatic stress disorder which may lead to early retirement or a career change. There is an attempt to prevent psychological consequences of workplace violence by using the debriefing method. However, in the hectic social and health care this is considered to be difficult to organize. Getting all the staff at the same time in the same place and speaking about the threats and violence to outsiders are considered difficult.

The purpose of this research was to find out what kind of debriefing nursing staff have needed after threats and violence and to provide guidance on dealing with them. The aim is to utilize the information and the guidance provided to develop and organize the handling of threats and violent situations. Surveys were sent electronically to recipients via Webropol program. The first questionnaire was sent to 46 nursing staff members at a ward in the Oulu University Hospital. The response rate was 61%. The second questionnaire was sent to the supervisors of the same ward; one department manager and two assistant head nurses. There were two replies to this questionnaire.

The material was analysed by using the Webropol program and a thematic analysis. The results show that threats and violence in the department are common and their debriefing is considered important in the work community. It is easier to talk about cases of threats and violence among familiar colleagues, and in the most serious cases with an outsider. The support of the supervisors and the presence of debriefing was particularly important. The development proposals that this study provided related to staff training, the launch of the defusing activity and the development of the HAIPRO notification.

Key words Workplace violence, posttraumatic stress disorder, debriefing, defusing, social- and healthcare, nursing

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	1
2 TYÖVÄKIVALTA	3
2.1 Työväkivallan määritelmä	3
2.2 Työväkivallan yleisyys hoitoalalla	4
3 TYÖVÄKIVALLAN SEURAUKSET	5
3.1 Työväkivallan monitahoiset seuraukset hoitoalalla	5
3.2 Akuutti traumaattinen stressireaktio	7
3.3 Traumaperäinen stressihäiriö	8
4 TYÖTURVALLISUUSLAKI.....	9
4.1 Työnantajan vastuut ja velvollisuudet	9
4.2 Työntekijän vastuut ja velvollisuudet	11
5 TYÖVÄKIVALLAN JÄLKIPUINTI	12
5.1 Debriefing	12
5.2 Defusing	15
5.3 Jälkipuinnin merkitys	16
6 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	19
7 OPINNÄYTETYÖN MENETELMÄLLINEN TOTEUTUS	19
7.1 Aineiston keruu ja analysointi	20
7.2 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus	21
8 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET	23
8.1 Hoitohenkilökunnan kokemuksia jälkipuinnista.....	23
8.2. Esiemiesten kokemuksia jälkipuinnista.....	26
9. JOHTOPÄÄTÖKSET	27
10 POHDINTA	30
LÄHTEET.....	33
LIITTEET	38

1 JOHDANTO

Useat tutkimukset (Piispa & Hulkko 2009; Danielsson & Kääriäinen 2017) viime vuosina ovat todenneet, että suomalaisten kokema väkivalta on vähentynyt vuosi vuodelta. Työväkivalta on väkivallan muodoista ainoa, mikä sen sijaan lisääntyy vuosi vuodelta. Erityisen yleistä työväkivalta on naisvaltaisilla aloilla kuten sosiaali- ja terveydenhuollossa, jossa useampi kuin joka kymmenes joutuu vuosittain uhkailun ja väkivallan kohteeksi. Suomen suurin terveydenhuollon ammattijärjestö Tehy järjesti 29.10.2018 työsuojelun seminaarin. Seminaarissa Tehyn puheenjohtaja Milla-Riikka Rytönen kertoi, että Tehyn noin 160 000 jäsenestä joka kolmas on kokenut työssään fyysistä väkivaltaa ja 6 % oli joutunut väkivallan kohteeksi yli kymmenen kertaa uransa aikana. Väkivallan uhkaa oli puolestaan kokenut 28 % tehyläisistä. Seksuaalisen häirinnän kohteeksi oli joutunut useampi kuin joka kymmenes. (Tehy 2018.) Myös suomen perus- ja lähihoitajaliitto Super on raportoinut samankaltaisista tuloksista vuonna 2016. Superin jäsenistä 72 % on kokenut tai ainakin havainnut väkivaltaa työssään. (Super 2016.)

Uhka- ja väkivaltatilanteet aiheuttavat uhrilleen sekä fyysisiä että psyykkisiä seurauksia. Psyykkiset seuraukset ovat yleensä vakavampia ja pitkäkestoisempia kuin fyysiset. Yleisimmät psyykkiset seuraukset ovat akuutti stressireaktio ja post-traumaattinen stressireaktio, joissa oireina ovat esimerkiksi ahdistus, pelko ja unettomuus. Pitkittyessään nämä oireet voivat johtaa pitkiin sairauspoissaoloihin, uudelleen kouluttautumiseen tai ennen aikaiselle eläkkeelle jäämiseen. Työnantajalle nämä aiheuttavat kansallisella tasolla jopa miljardin euron kustannukset sekä vaikeuttavat henkilöstön saantia. (Saarela 2011; Euroopan työterveys- ja työturvallisuusvirasto 2018.)

Jokainen työväkivaltatilanne tulisi purkaa ja käsitellä työyhteisössä. Näin voitaisiin vähentää ja lievittää väkivallan aiheuttamia psyykkisiä seurauksia ja auttaa työntekijöitä pääsemään nopeammin takaisin normaaliin työrytmiin. (Työsuojeluhallinto 2013.) Debriefing-menetelmä on kiistatta käytetyin uhka- ja väkivaltatilanteiden käsittelymenetelmä työpaikoilla. Se on järjestynyt ja debriefing-koulutuksen saaneen psykologin toimesta johdettu istunto, jossa henkilökunta käsittelee tapahtuneen uhka- ja väkivaltatilanteen. Debriefing-istunto tulisi järjestää 1-3

vuorokauden kuluttua tilanteesta ja aikaa istuntoon tulisi varata vähintään 60 minuuttia. (Mitchell 2009.) Toinen menetelmä uhka- ja väkivaltatilanteiden käsittelyyn on nimeltään defusing-menetelmä, joka on kehitetty varta vasten työssä kohdattujen traumaattisten tilanteiden varalle. Defusing-kokous järjestetään heti tilanteen jälkeen ennen kuin henkilökunta lopettaa työvuoronsa. Defusing-kokouksessa on tarkoitus purkaa tilanteen aiheuttamat päällimmäiset tunteet ja arvioida tarvitseeko tilanteesta myöhemmin järjestää debriefing-istuntoa. Defusing-kokouksen ihanteellinen kesto on 20-45 minuuttia. (Soisalo 2011, 179; Saari 2000, 148-149.)

Tämän opinnäytetyön toimeksiantajana toimii Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. Tutkimusaineisto kerättiin kahden eri kyselyn avulla Oulun yliopistollisen sairaalan erään vuodeosaston henkilökunnalta. Työyhteisössä uhka- ja väkivaltatilanteiden jälkipuinnin järjestäminen on koettu ongelmalliseksi ja siksi se on jäänyt joissakin tapauksissa kokonaan järjestämättä. Jälkipuinnin järjestäminen on työlästä ja aikaa vievää ja vaatii esimiehiltä paljon organisointia ja järjestelyjä, koska työ vuodeosastolla on pääsääntöisesti kolmivuorotyötä, mutta esimiehet ja työterveyshuolto työskentelevät arkisin virka-ajalla. Joissakin tapauksissa ulkopuolinen jälkipuinnin-vetäjä on koettu työyhteisössä vieraaksi. Näin ollen jälkipuinnin vaatimaa luottamuksellista suhdetta ole pystytty luomaan ja tällöin jälkipuinti on koettu jopa turhaksi.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kyselyjen avulla selvittää, minkälaista jälkipuintia hoitoalan henkilökunta kaipaa uhka- ja väkivaltatilanteiden jälkeen ja tuottaa ohjeet uhka- ja väkivaltatilanteiden käsittelyyn. Opinnäytetyön tavoitteena on, että saatua tietoa ja tuotettua ohjetta hyödynnetään uhka- ja väkivaltatilanteiden käsittelyn kehittämisessä ja järjestämisessä. Opinnäytetyöllä pyritään vastaamaan seuraaviin tutkimuskysymyksiin: kuinka usein ja minkälaisia uhka- ja väkivaltatilanteita hoitohenkilökunta kohtaa työssään, minkälaista jälkipuinnin tulisi olla henkilökunnan mielestä ja millä keinoilla jälkipuintia voidaan kehittää.

2 TYÖVÄKIVALTA

2.1 Työväkivallan määritelmä

Väkivalta tarkoittaa fyysisen voiman tai vallan tahallista käyttöä tai sillä uhkaamista. Se kohdistuu ihmiseen itseensä, toiseen ihmiseen tai ihmisryhmään tai yhteisöön, mikä johtaa tai voi hyvin todennäköisesti johtaa kuolemaan, fyysisen tai psyykkisen vamman syntymiseen, kehityksen häiriintymiseen tai perustarpeiden tyydyttämättä jättämiseen. (WHO 2018.) Työpaikkaväkivalta puolestaan tarkoittaa tapahtumia, joissa ihmisiä loukataan, uhataan tai pahoinpidellään heidän työhönsä liittyvissä oloissa ja jotka suoraan tai epäsuorasti vaarantavat heidän hyvinvointinsa, terveytensä tai turvallisuutensa. (Piispa & Hulkko 2009.)

Työpaikkaväkivalta ja työväkivalta ovat kaksi eri käsitettä, vaikka ne usein sekoitetaan toisiinsa. Työpaikkaväkivalta tarkoittaa fyysisessä työympäristössä tapahtuvaa väkivaltaa. Ulkopuolisen tekijän lisäksi se käsittää myös työyhteisön sisältäpäin tulevan väkivallan esimerkiksi työpaikkakiusaamisen, jolla yleensä tarkoitetaan työkaverin tai esimiehen taholta esiintyvää väkivaltaista tai epäasiallista käytöstä. (Soisalo 2011, 34.) Työväkivalta on työpaikkaväkivaltaa laajempi käsite, koska se sisältää työpaikalla esiintyvän väkivallan lisäksi myös ne tapahtumat, jotka tapahtuvat fyysisen työympäristön ulkopuolella, mutta jotka ovat suoraan liitettävissä henkilön työhön. Tällaisia tapauksia ovat esimerkiksi työmatkalla kohdattu väkivalta ja uhkaaminen sekä telehäirintä. (Rikoksentorjuntaneuvosto 2014). Karkeasti jaoteltuna työväkivallan voi jakaa kolmeen pääryhmään, joita ovat väkivalta, josta aiheutui näkyviä fyysisiä jälkiä, väkivalta, josta ei aiheutunut näkyviä fyysisiä jälkiä ja pelottava uhkaus. (Piispa & Hulkko 2009.) Jatkossa tässä opinnäytetyössä puhutaan vain työväkivallasta ja sillä tarkoitetaan nimenomaan työn ulkopuolisen tekijän aiheuttamaa uhkaa ja väkivaltaa.

Tyypillistä työväkivallalle on se, että se kasaantuu ja korostuu tietyissä ammatteissa. Suomessa näitä riskiammatteja ovat sosiaali- ja terveystieteiden ammattit, varjijat, poliisit, ravintolatyöntekijät ja taksinkuljettajat. Riskiammatit ovat pysyneet lähes samoina jo vuodesta 1999. Tutkimusten valossa työväkivalta näyttäisi liittyvän erityisesti tilanteisiin, joissa joudutaan puuttumaan henkilön yksityisyyteen ja itsemääräämisoikeuteen tai henkilön toivoma etuus/palvelu joudutaan eväämään. Myös päihteiden väärinkäyttö ja yksin työskentely lisäävät työväkivaltaa

tietyissä ammattiryhmissä. (Piispa & Hulkko 2010; Rikksentorjuntaneuvosto 2014; RIKU-lehti 1/2016.)

2.2 Työväkivallan yleisyys hoitoalalla

Tilastokeskuksen tutkimuksen mukaan suomalaisten kokema väkivalta on vähentynyt viime vuosikymmeninä. Sen sijaan työväkivalta näyttäisi olevan väkivallan tyypeistä ainoa, mikä on kasvanut. (Piispa & Hulkko 2009). Kansallinen rikosuhritutkimus on Suomen laajin uhkailuja, väkivaltarikoksia ja omaisuusrikoksia käsittelevä tutkimus, jota on toteutettu systemaattisesti jo vuodesta 1980. Tutkimuksen kohteena ovat Suomessa vakituisesti asuvat 15-74-vuotiaat. Viimeisimmät tutkimustulokset vuodelta 2016 osoittavat, että työväkivaltaa koki Suomessa lähes kuusi prosenttia kyselyyn vastanneista 6159 henkilöstä. Työväkivallan pelkoa koki sen sijaan 15 % vastanneista, mikä on lähes kaksi prosenttia enemmän kuin vuonna 2014. Naiset kokivat työssään enemmän väkivaltaa kuin miehet, mikä saattaa johtua sukupuolten erilaisesta sijoittumisesta työmarkkinoille. Erityisen yleistä työväkivalta näytti olevan 25-54-vuotiaiden naisten keskuudessa, joista useampi kuin joka kymmenes oli kokenut uhkailua tai fyysistä väkivaltaa työssään vuoden 2016 aikana. Kansallisia rikosuhritutkimuksia vertailemalla näkyy selvästi työväkivallan määrän kasvu; vuonna 2012 noin 5 % naisista ilmoitti joutuneensa työväkivallan kohteeksi. Vuonna 2016 vastaava luku oli lähes kaksi prosenttiyksikköä suurempi. (Danielsson & Kääriäinen 2017, 1, 10-11.)

Suomessa työväkivalta on yleisintä kuntatyöntekijöiden keskuudessa. Työolobarometrin 2016 mukaan kuntien työntekijöistä yli 45 % oli havainnut väkivaltaa tai sen uhkaa omalla työpaikallaan. Väkivallan tai sen uhan kohteeksi oli joutunut yli 20 %. (Työ- ja elinkeinoministeriö 2017.) Ammattiliitto Tehyn mukaan joka kolmas sen 160 000 jäsenestä kokee väkivaltaa työssään. Kuusi prosenttia jäsenistä on joutunut fyysisen väkivallan kohteeksi yli kymmenen kertaa uransa aikana. Väkivallan uhkaa Tehyn jäsenistä kertoo kokeneensa 28 % ja enemmän kuin joka kymmenes on joutunut potilaan tai asiakkaan seksuaalisen häirinnän kohteeksi. (Tehy 2018). Lähi- ja perushoitajaliitto Superin (2016) mukaan väkivaltaa tai sen uhkaa havaitsee työssään jopa 72 %, omakohtaisia kokemuksia väkivallasta tai sen uhasta on 60 % :lla. Vanhustyössä koettu työväkivalta on yleisempää Suomessa kuin muissa pohjoismaissa. Vanhusten laitoshoidossa työskentelevistä

jopa 80 % oli kokenut työväkivaltaa vuonna 2017. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2018.)

Hoitoalan ammateissa työskentelevät ovat alttiita työväkivallalle myös muualla maailmassa. Esimerkiksi Yhdysvalloissa 60 % kaikista työväkivaltatilanteista tapahtuu nimenomaan terveydenhuollon työntekijöille. Työväkivalta on Yhdysvalloissa toiseksi yleisin kuolemaan johtaneiden työtapaturmien syy. (Cartin, Pinette & Wax 2016.) Australiassa vuonna 2017 toteutettu tutkimus tutki erään sairaalan yhden vuodeosaston henkilökunnan kokemuksia työväkivallasta. 50 vastaajasta 98 % kertoi kokeneensa työväkivaltaa jossain uransa vaiheessa. Tutkimukseen osallistuneiden työkokemus vaihteli 3 kuukaudesta 34 vuoteen. (Kerr, Oram, Tinson & Shum 2017.)

3 TYÖVÄKIVALLAN SEURAUKSET

3.1 Työväkivallan monitahoiset seuraukset hoitoalalla

Yli puolet Suomessa tilastoiduista työväkivaltatapauksista johtaa alle kolmen päivän työpoissaoloon (Saarela 2011). Pelko ja ahdistus ovat työväkivallan suoria seurauksia ja vaikuttavat negatiivisesti työssä jaksamiseen, työhyvinvointiin ja työmotivaatioon. Jatkuvat poissaolot voivat vaikuttaa työpaikalla henkilöstön välisiin suhteisiin väsymyksen ja ärtyneisyyden takia, mikä puolestaan vaikuttaa negatiivisesti työpaikan ilmapiiriin. (Rautjärvi 2004.)

Uhka- ja väkivaltatilanteet ovat hoitoalalla suurin yksittäinen työstressin laukaisija (Ross-Adjie, Gillman & Leslie 2007). Pitkään kestävä stressi voi aiheuttaa mielen-terveysongelmien lisäksi myös vakavia fyysisiä sairauksia kuten sydän- ja verisuonisairauksia sekä tuki- ja liikuntaelinvaivoja. Työnantajan kannalta henkilöstön työstressin merkittävimpiä negatiivisia seurauksia ovat kokonaistuottavuuden lasku, lisääntyneet poissaolot, presenteismi (työntekijä tulee sairaana töihin kykenemättä työskentelemään täysipainoisesti) ja lisääntyneet työtapaturmat. Työstressistä johtuvat sairauslomat ovat yleensä muita sairauslomia pidempiä ja voivat altistaa myös ennenaikaiselle eläkkeelle. Kaikki nämä tekijät tuottavat ylimääräisiä kustannuksia työnantajalle. Kansallisella tasolla työstressin arvioidaan aiheuttavan miljardien eurojen kustannukset. (Euroopan työterveys- ja työturvallisuusvirasto 2018.)

Hoitoalalla tärkeintä on aina potilasturvallisuus, mutta sen rinnalle tulisi nostaa työturvallisuus. Työturvallisuudella nähdään olevan positiivinen vaikutus myös potilasturvallisuuteen ja hoidon laatuun. (Hankonen 2016.) Terveysalalla työväkivalta lisää työntekijöiden vaihtuvuutta ja vaikeuttaa työvoiman saantia, kun työntekijät siirtyvät vähemmän väkivaltaisille aloille. (Rautjärvi 2004.) Myös opiskeluaikana työharjoittelussa koettu väkivalta voi johtaa opintojen keskeyttämiseen ja/tai alan vaihtoon, mikä on terveydenhuollolle iso tappio, koska jo nyt osaavasta henkilökunnasta on pula. (Shapiro, Boyle, McKenna 2018.)

Työväkivalta voi aiheuttaa sen uhrille fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia seurauksia. Fyysiset vammat voivat vaihdella ihon punoituksesta ja mustelmista aina pysyvään vammautumiseen tai jopa kuolemaan asti. Useimmiten vammat ovat pinnallisia, naarmuja tai ruhjeita. Miehillä esiintyy useammin luunmurtumia ja naisilla taas sisäelinvammoja. Lievätkin ulospäin näkyvät vammat voivat aiheuttaa hämmennystä uhrin ympäristössä, eivätkä terveydenhuollon ammattilaiset voi niistä avoimesti puhua vaitiolovelvollisuudesta johtuen. Tästä johtuen väkivallan uhriksi joutunut voi alkaa vältellä sosiaalisia tilanteita, joissa hän mahdollisesti joutuisi selittelemään vammojaan ulkopuolisille. Psyykkiset seuraukset ovat yleensä vakavammat ja kestävät pidempään kuin fyysiset ja sosiaaliset seuraukset. (Saarela 2011; Hintikka 2011, 23-24.)

Pelko on luonnollinen ja joissain määrin myös positiivinen tunne, koska sen tarkoituksena on tehostaa ihmisen toimintaa. Pelon tunteen aiheuttamat reaktiot kehossamme valmistavat meitä esimerkiksi pakenemaan henkeä uhkaavasta tilanteesta mahdollisimman nopeasti. Pelon tunteiden kuuluu kuitenkin olla väliaikaisia, koska pelon herättämät fysiologiset reaktiot ovat hyvin voimakkaita ja kuluttavat paljon energiaa. Ongelmia syntyy, jos pelon tunteesta tulee jatkuva seuraalainen. (Sundell 2014, 18.) Mikkola toteaa väitöskirjassaan (2013), että uhka- ja väkivaltatilanteet aiheuttavat merkittävää pelkoa terveydenhuollon henkilöstössä. Lähes jokainen tutkimukseen osallistuneista 544 hoitoalan ammattilaisesta oli kokenut pelkoa työssään jossain määrin. Osa vastaajista ilmoitti, että pelko on jopa jokapäiväistä. Naiset kokivat pelkoa työssään enemmän kuin miehet. Myös työ-

kokemuksella nähtiin olevan vaikutusta pelon tunteeseen. He, joilla työkokemusta oli enintään viisi vuotta, kokivat pelkoa merkittävästi enemmän kuin he, joilla työkokemusta oli enemmän. (Mikkola 2013, 58-60.)

3.2 Akuutti traumaattinen stressireaktio

Traumaattinen stressireaktio (ICD-10-diagnoosikoodi F43.0) voi syntyä, mistä tahansa traumaattiseksi tai stressaavaksi koetusta tilanteesta tai tapahtumasta. Yleisimpiä syitä akuuttiin stressireaktioon ovat onnettomuudet, tieto henkeä uhaavasta sairaudesta tai väkivallan kohteeksi joutuminen. Jo pelkästään tällaisten tilanteiden näkeminen voi joissakin ihmisissä saada aikaan akuutin stressireaktion. Akuutin stressireaktion yleisimpiä oireita kutsutaan dissosiativisiksi oireiksi. Tällaisia oireita ovat muun muassa tunnereaktioiden puuttuminen, turtumuksen ja irrallisuuden tunteet, itsensä tai ympäristönsä vieraaksi tunteminen, vähentynyt tietoisuus ympäristöstä sekä kyvyttömyys muistaa yksityiskohtia traumaattisesta tilanteesta. Tällaisten oireiden tarkoituksena on estää ahdistavien mielikuvien pääsy tietoisuuteen. Stressireaktion oirekuva voi olla hyvin erilainen eri ihmisillä. Dissosiativisten oireiden ohella tai niiden sijaan jotkut ihmiset voivat myös elää traumaattista tapahtumaa uudelleen, mikä ilmenee muisti- ja mielikuvina, takaumina sekä unina. Yleensä traumaattisen tilanteen kokenut henkilö pyrkii välttämään ihmisiä, paikkoja, tilanteita ja ärsykejä, jotka saattavat aiheuttaa muistikuvia traumaattisesta tilanteesta. Tällaisissa tilanteissa ihmisellä voi esiintyä keskittymisvaikeuksia, lisääntynyttä varuillaan oloa ja unettomuutta. (Legg 2017; Huttunen 2017a.)

Suomessa stressireaktioita aiheuttavia tilanteita tapahtuu ainakin 100 000 ihmiselle vuosittain. Näistä arviolta 20-30 % kehittyy traumaperäinen stressireaktio. Akuutin stressireaktion oireet alkavat yleensä noin tunnin kuluttua tapahtuneesta ja kestävät vähintään kaksi vuorokautta, mutta enintään neljä viikkoa. Mikäli oireet jatkuvat yli kuukauden kyse ei ole enää akuutista stressireaktiosta vaan traumaperäisestä stressihäiriöstä. (Huttunen 2017a; Tarnanen, Ponteva & Laukkala 2016.)

3.3 Traumaperäinen stressihäiriö

Traumaperäinen stressihäiriö eli posttraumaattinen stressihäiriö (ICD-10-diagnosikoodi 43.1) tarkoittaa, että traumaattisen tilanteen aiheuttamat oireet kestävät yli neljä viikkoa. Yleensä traumaperäinen stressihäiriö ilmenee kolmen kuukauden kuluessa tapahtuneesta. Traumaperäisestä stressihäiriöstä kärsii arviolta 5-10 % väestöstä ja sen esiintyvyys on naisilla yli kaksi kertaa yleisempää kuin miehillä (Yehuda, Hoge, McFarlane, Vermetten, Lanius, Nievergelt ym. 2015). Joissakin tapauksissa akuutti stressireaktio lisää riskiä sairastua myöhemmin myös traumaperäiseen stressihäiriöön. Oireet ovat samankaltaisia kuin akuutissa stressireaktiossa, mutta traumaperäisessä stressihäiriössä akuutit oireet pitkittyvät ja näin aiheuttavat uusia oireita. Ahdistus on niin akuutin stressireaktion kuin traumaperäisen stressihäiriön yleisimpiä oireita. Traumaattiseksi koetusta tilanteesta muistuttavat asiat, henkilöt ja tilanteet aiheuttavat voimakasta ahdistusta, mikä puolestaan lisää autonomisen hermoston aktivoitumisesta johtuvia somaattisia oireita kuten sydämen tykytystä, verenpaineen nousua tai hikoilua. Pitkittyessään tällaiset oireet vaikuttavat negatiivisesti terveyteen. (Huttunen 2017b.)

Joskus traumaattiset muistot tapahtuneesta aiheuttavat joissakin ihmisissä jatkuvaa varuillaan oloa, mikä tulee ilmi nukahtamis- ja nukkumisvaikeuksina, keskittymisvaikeutena, ärtyneisyytenä ja jatkuvana säpsähtelynä. Traumanperäisestä stressihäiriöstä kärsivä henkilö voi alkaa vältellä paikkoja, ihmisiä ja tilanteita, jotka muistuttavat traumaattisesta tapahtumasta. Tämän vuoksi henkilö saattaa eristäytyä kokonaan muista ihmisistä ja sosiaalisista tilanteista. Amerikkalaisen tutkimuksen mukaan työssä koetut väkivaltatilanteet lisäsivät merkittävästi riskiä sairastua masennukseen ja pahimmillaan jopa työuupumukseen (burnout) (Hanson, Perrin, Moss, Laharnar & Glass 2015). Pahimmillaan oireet voivat olla niin pitkäkestoisia ja voimakkaita, että ne loppujen lopuksi johtavat työkyvyttömyyteen tai uudelleen kouluttautumiseen. (Huttunen 2017b.)

4 TYÖTURVALLISUUSLAKI

4.1 Työnantajan vastuut ja velvollisuudet

Työväkivaltaa koskeva lainsäädäntö perustuu työturvallisuuslakiin (2002/738). Laki velvoittaa sekä työnantajaa että työntekijää ja perustuu siihen, että mahdolliset uhka- ja väkivaltatilanteet pyritään ennakoimaan ja ehkäisemään mahdollisuuksien mukaan kokonaan. Työntajaa sitoo yleinen huolehtimisvelvoite. Yleinen huolehtimisvelvoite tarkoittaa, että työnantajan on kaikin mahdollisin keinoin tehtävä työpaikasta turvallisuutta ja terveyttä edistävä. (Työturvallisuuslaki 738/2002 2:8 §.)

Työpaikan rakenteet ja tilat tulee suunnitella siten, että ne ehkäisevät väkivaltatilanteiden syntymistä. Suunnittelussa tulee ottaa huomioon, että yllättävä fyysinen kontakti työntekijään on mahdollisuuksien mukaan estetty. Erilaiset kalusteet ja laitteet tulee sijoittaa niin, että työpisteeltä pääsee poistumaan turvallisesti uhka- ja väkivaltatilanteen sattuessa. Mahdollisuuksien mukaan kiinteissä työpisteissä, kuten toimistoissa tulisi olla hätäpoistumistie valmiiksi mietittynä. Mikäli väkivallan uhka on työssä ilmeinen, tulee työnantajan hankkia työpaikalla asianmukaiset turvallisuutta edistävät laitteet esimerkiksi avun hälyttämistä varten. (Työturvallisuuslaki 738/2002 2:12 §, 5:27 §; Työsuojeluhallinto 2013.)

Jokaisella työpaikalla tulee olla ajantasainen työsuojelun toimintaohje, missä uhka- ja väkivaltatilanteet on arvioitu. Uhka- ja väkivaltatilanteiden arvioinnissa työnantajaa helpottaa, jos hän tiedostaa, kuinka yleistä väkivaltaa on omalla toimialalla ja minkälaisia uhka- ja väkivaltatilanteita työpaikalla voi esiintyä. Lisäksi toimintaohjeessa tulee kartoittaa ne tekijät, jotka lisäävät väkivallan uhkaa työpaikalla (yksin työskentely, päihtyneiden asiakkaiden kohtaaminen ym.). Mikäli työpaikalla esiintyy turvallisuuspuutteita, on työnantajan laadittava tavoitteet, toimenpiteet ja aikataulu puutteiden korjaamiseen. Työsuojelun toimintaohje tulee tehdä yhteistyössä työntekijöiden kanssa, sen toteutumista on arvioitava säännöllisesti ja tarvittaessa sitä tulee myös päivittää. Vaaratilanteita varten on laadittava yksinkertaiset ja yksiselitteiset ohjeet, miten työntekijöiden tulee toimia uhkaavassa tilanteessa ja sen jälkeen. (Työturvallisuuslaki 738/2002 2:9 §, 5:27 §; Työsuojeluhallinto 2018.)

Työnantajan velvollisuuksiin kuuluu myös työntekijöiden perehdytys ja koulutus. Työntekijöille on annettava riittävät tiedot työpaikan mahdollisista vaaratilanteista. Työntekijän tulee olla tietoinen työpaikan mahdollisista vaaratilanteista ja osattava omalla toiminnallaan välttää uhka- ja väkivaltatilanteita. Työnantajan on varmistettava, että työntekijällä on riittävä tieto ja osaaminen, jos jokin tilanne työssä kärjistyy väkivaltatilanteeksi. (Työturvallisuuslaki 738/2002 2:14 §; Työsuojeluhallinto 2013.)

Työturvallisuuslaissa ei suoraan määritellä uhka- ja väkivaltatilanteiden jälkipuolinta, mutta valtioneuvoston asetuksen mukaan työpaikoilla tulee olla ensiapuvalmius myös psyykkisesti kuormittavia tilanteita varten. Jälkihoito väkivaltatilanteen jälkeen tulisi aloittaa mahdollisimman pian, noin 1-2 vuorokauden kuluessa. Jälkihoidon tarkoituksena on auttaa väkivallan kohteeksi joutunutta työntekijää tai työyhteisöä, vähentää traumaattisten tilanteiden aiheuttamia ongelmia sekä palauttaa normaali työkyky mahdollisimman pian. Jälkihoidon järjestämisessä työnantaja voi käyttää apunaan työterveyshuoltoa, työsuojelua tai muita ulkopuolisen avun tarjoajia, joilla on osaamista arvioida työntekijöiden psyykkisiä ja fyysisiä oireita. Tapahtuneet uhka- ja väkivaltatilanteet tulisi lisäksi käsitellä työyhteisön kesken. (Valtioneuvoston asetus hyvän työterveyshuoltokäytännön periaatteista, työterveyshuollon sisällöstä, sekä ammattihenkilöiden ja asiantuntijoiden koulutuksesta 708/2013 11 §; Työsuojelu 2013; Työsuojelu 2018.)

Työpaikoilla tulee olla kirjallinen uhka- ja väkivaltatilanteiden seurantajärjestelmä ja työnantaja on velvollinen seuraamaan uhka- ja väkivaltatilanteiden esiintymistä työpaikalla. Seurannan tarkoituksena on saada kokonaiskuva uhka- ja väkivaltatilanteiden yleisyydestä. Tämän avulla turvatoimia työpaikalla voidaan parantaa ja kohdentaa. Työnantaja on velvollinen ilmoittamaan tapahtuneista uhka- ja väkivaltatilanteista työsuojeluhenkilöstölle, työturvallisuushenkilöstölle sekä työterveyshuoltoon. Vakavat tapaukset kuten ryöstöt ja vakavat pahoinpitelyt ilmoitetaan edellä mainittujen lisäksi myös poliisille. (Työsuojeluhallinto 2013; Työsuojeluhallinto 2018.)

4.2 Työntekijän vastuut ja velvollisuudet

Työntekijää koskevista velvollisuuksista säädetään työturvallisuuslain 4. luvussa. Työntekijän on kaikessa toiminnassaan noudatettava työnantajan antamia ohjeita ja määräyksiä, jotka koskevat työturvallisuutta. Työntekijän velvollisuuksiin kuuluu tutustua työnantajan työturvallisuusohjeisiin ja toimia niiden mukaan. Jos työnantaja on hankkinut työpaikalle hälytysjärjestelmän uhka- ja väkivaltatilanteiden varalle, tulee työntekijän tutustua hälytysjärjestelmään ja myös tarvittaessa käyttää sitä ohjeiden mukaan. Työntekijän velvollisuuksiin kuuluu myös osallistua työnantajan järjestämiin koulutukseen. (Työturvallisuuslaki 738/2002 4:18 §.)

Työnantajalta saamiensa ohjeiden ja opastuksen mukaan sekä työkokemus ja ammattitaito huomioon ottaen työntekijän on toimittava työssään siten, ettei hän omalla toiminnallaan vaaranna omaa tai muiden työntekijöiden turvallisuutta ja terveyttä. Tämä tarkoittaa käytännössä sitä, ettei työntekijä omalla toiminnallaan esimerkiksi provosoi uhkaavasti käyttäytyvää asiakasta tai potilasta vaan pyrkii kaikin keinoin ennalta ehkäisemään uhka- ja väkivaltatilanteet. (Työturvallisuuslaki 738/2002 4:18 §.)

Mikäli työntekijä havaitsee työpaikallaan puutteita työturvallisuudessa, esimerkiksi toimintaohjeissa tai hälytyslaitteiden toiminnassa, on hänen viipymättä joko korjattava puute tai ilmoitettava siitä työnantajalle. Jos työntekijä kykenee oman ammattitaitonsa ja/tai työnantajalta saamiensa ohjeiden puolesta korjaamaan havaitsemansa työturvallisuuspuutteen, on hänen korjattava se mahdollisimman pian. Myös mahdollisesti jo suoritetusta korjauksesta työntekijän on ilmoitettava työnantajalleen. Ilmoituksen saatuaan työnantajan on puolestaan ilmoitettava työsuojeluvaltuutetulle sekä ilmoituksen tekijälle, mihin toimenpiteisiin hän on ryhtynyt tai aikoo ryhtyä, jotta puute saadaan korjattua. Myös tapahtuneista uhka- ja väkivaltatilanteista työntekijän on ilmoitettava työnantajalleen. (Työturvallisuuslaki 738/2002 4:19 §.)

5 TYÖVÄKIVALLAN JÄLKIPUINTI

5.1 Debriefing

Nykymuotoinen akuutti kriisityö on lähtöisin 1980-luvulta, jolloin amerikkalainen psykologi Jeffrey Mitchell kehitti työssä kohdattujen traumaattisten tilanteiden varalle työmenetelmän nimeltä critical incident stress management (CISM). Myöhemmin tästä menetelmästä johdettiin mm. ne työmenetelmät, joita nykyisin kutsutaan debriefingiksi ja defusingiksi. Eurooppaan akuutti kriisityö tuli 1990-luvun alussa ja sen edelläkävijämaa oli Norja, jossa psykologi Atle Dyregrov alkoi soveltaa Yhdysvalloissa kehitettyjä työmuotoja laajemmin kaikkiin ryhmiin, joita äkillinen kriisi oli kohdannut. Suomen ensimmäinen akuutti kriisiryhmä perustettiin vuonna 1990 Pietarsaaressa ja M/S Estonian uppoaminen vuonna 1994 antoi lopullisen voimakkaan sysäyksen kriisiryhmien perustamiselle. (Saari 2013; Mitchell 2009.)

Debriefing eli critical incident stress debriefing (CISD) on kiistatta tunnetuin ja käytetyin kriittisten tilanteiden käsittelyyn tarkoitettuista työmenetelmistä. Debriefingillä eli kriittisten tapahtumien interventiolla tarkoitetaan psykososiaalista jälkipuintia, mikä järjestetään traumaattisen kriisitilanteen, esimerkiksi työssä koetun uhka- ja väkivaltatilanteen, jälkeen. Sen tarkoituksena on tukea psyykkistä toipumista ja auttaa kriisin kokeneita henkilöitä selviämään. Tavoitteena on järjestää jäsentynyt ja ammatillisesti toteutettu jälkipuinti-istunto poikkeavan tapahtuman jälkeen. Se tukee omien ja toisten reaktioiden ymmärtämistä ja vahvistaa ryhmän keskinäistä tukea. Debriefing-istunto on tarkoitettu nimenomaan pienille ja homogeenisille ryhmille esimerkiksi työyhteisöille tai saman traumaattisen kriisin kokeneille. Istunto kestää yleensä 45-60 minuuttia, mutta mahdollisesti myös pidempään. (Mitchell 2009; Rantaeskola, Hyyti, Kauppila & Koskelainen 2014, 186; Soisalo 2011, 175.)

Oikea oppinen debriefing-istunto järjestetään 1-3 vuorokauden kuluttua traumaattisesta tapahtumasta. Näin varmistetaan, että pahin shokkivaihe on jo ohi ja osallistujat ovat psykologisesti valmiita sekä riittävän levänneitä käydäkseen traumaattista tilannetta läpi. Debriefing-istunnon vetäjiä on aina vähintään kaksi ryhmän koosta riippumatta. Toinen istunnon vetäjistä on debriefing-ohjaajakoulutuk-

sen saanut psykologian ammattilainen. Toinen vetäjistä voi olla esimerkiksi ver-
taistukihenkilö. Työssä tapahtuneiden uhka- ja väkivaltatilanteiden jälkipuinnissa
vetäjinä toimivat yleensä työterveyspsykologi ja työterveyshoitaja. Debriefing-
istuntoon voi osallistua yhtä aikaa 5-15 henkilöä. Suuremmat ryhmät kannattaa ja-
kaa pienemmiksi. (Mitchell 2009; Soisalo 2011, 175-176.)

Olipa traumaattinen tilanne vakavuudelta millainen tahansa, debriefing-istunto
noudattaa aina samaa seitsemän kohdan kaavaa. Nämä seitsemän kohtaa ovat
aloitusvaihe, faktavaihe, ajatusvaihe, reaktio/tunnevaihe, oirevaihe, normalisoin-
tivaihe ja lopetus. Debriefing-istunnon vaiheet ovat pysyneet samoina aina Mit-
chellin (1980) kehittämästä alkuperäisestä debriefing-menetelmästä asti. Aloitus-
vaiheessa kokouksen vetäjä kertoo, miksi debriefing-istunto on järjestetty ja mikä
sen tarkoitus on. Aloituksessa on tärkeä luoda luottamuksellinen suhde ryhmään
ja kertoa, että jokaisen ryhmään osallistuvan henkilön näkemys ja kokemus ovat
yhtä tärkeitä. Istunnon vetäjien on hyvä kannustaa jokaista ryhmän jäsentä ker-
tomaan oman näkemyksensä ja kokemuksensa, vaikka kokouksessa puhuminen
onkin vapaaehtoista. (Mitchell 2009; Helelä 2004.)

Faktavaiheessa vetäjät kertovat ensin, mitä he jo tietävät tapahtuneesta ja sen
jälkeen jokainen ryhmän jäsen saa kertoa oman näkemyksensä ja kokemuk-
sensa tilanteesta. Tärkeintä on, että jokainen kertoisi omin sanoin, miten juuri hän
liittyy tähän traumaattiseen tilanteeseen ja mikä on hänen näkemyksensä tapah-
tumien kulusta. Kun traumaattisesta tilanteesta kertoo useampi henkilö, varmis-
tetaan että kaikilla ryhmän jäsenillä on tapahtuneesta oikea ja monipuolinen nä-
kökulma. Myös shokkireaktioiden aiheuttamat muistiaukot voidaan paikata. Ihmi-
sillä on tapana paikata traumaattisen tilanteen muistiaukot mielikuvilla, jotka saat-
tavat olla vääristyneitä. Traumaattiset tapahtumat on helpompi kestää ja käsitellä
yhdessä. Tällä tavoin vähennetään myöhemmin esille tulevia ahdistusoireita.
Faktavaiheeseen kannattaa käyttää aikaa, jotta jokainen ryhmän jäsen saa ker-
rottua oman näkemyksensä. (Helelä 2004; Soisalo 2011, 176-177.)

Faktavaiheen jälkeen siirrytään ajatusvaiheeseen, jossa debriefing-istuntoon
osallistujia pyydetään kertomaan, minkälaisia olivat ensimmäiset ajatukset tilan-
teen jälkeen. Tässä vaiheessa nousee yleensä esille syyllisyyden tunteet ja myös
niille on hyvä antaa riittävästi aikaa. Tilannetta helpottaa, jos osallistujat saavat

kertoa ajatuksistaan jos-muodossa esimerkiksi ”jos olisin toiminut toisin, niin...” Mikäli joillakin osallistujista on voimakkaat syyllisyyden tunteet, voi istunnon vetäjä kysyä muilta osallistujilta, mitä he haluaisivat sanoa tälle henkilölle. (Helelä 2004; Mitchell 2009.)

Ajatusvaiheen jälkeen siirrytään luonnollisesti reaktio/tunnevaiheeseen, jonka tarkoituksena on tunteiden jakaminen ja kokemus sosiaalisesta tuesta. Reaktio/tunnevaiheen alussa istunnon vetäjä pyytää osallistujia kertomaan minkälaisia tunteita tapahtuma herätti tapahtumavaiheessa ja sen jälkeen. Tässä vaiheessa vetäjän ei tarvitse aktiivisesti osallistua keskusteluun vaan antaa osallistujille mahdollisuus puhua avoimesti keskenään. Tämä vaihe saattaa tuoda esiin erilaisia tunteita kuten pelkoa, vihaa, turhautumista ja syyllisyyttä. Itku on luonnollinen reaktio eikä sitä kannata säikähtää. Se kertoo siitä, että ryhmään on muodostunut luottamuksellinen suhde. Reaktio/tunnevaiheen lopussa on hyvä painottaa, että kaikki tunteet ovat normaaleja ja luonnollisia eikä niitä tarvitse välttää tai salata. (Helelä 2004; Soisalo 2011, 177.)

Oirevaiheessa istunnon vetäjät ottavat jälleen aktiivisen roolin ja kysyvät osallistujilta, onko heillä ollut tapahtuman jälkeen somaattisia oireita kuten sydämen tykytyksiä, uniongelmia, särkyjä, pahoinvointia tai väsymystä. Nämä kaikki ovat normaaleja oireita traumaattisen tilanteen jälkeen ja johtuvat autonomisen hermoston sympaattisen ja parasympaattisen hermoston aktivoitumisesta. Tässä vaiheessa osallistujia pyydetään kertomaan, miten he hoitavat itseään traumaattisen tilanteen jälkeen. Vetäjien on hyvä korostaa arjen rutiineja eli niitä asioita, jotka säilyvät samanlaisina ennen ja jälkeen traumaattisen tilanteen. Tärkeintä on luoda tunne, että elämä jatkuu tilanteesta huolimatta. (Helelä 2004; Mitchell 2009.)

Normalisointivaiheessa debriefing-istunnon vetäjät kertaavat esille tulleita ajatuksia ja tunteita. Tämän jälkeen siirrytään käsittelemään arjen kohtaamista käytännössä. Aiheina tässä ovat työhön palaaminen ja normaalin työelämän jatkuminen. Normalisointivaiheessa vetäjät kertovat, minkälaisia tunteita ja reaktioita voi esiintyä vielä debriefing-istunnon jälkeen. Vetäjien on hyvä korostaa, että jokainen toipuu traumaattisesta tilanteesta yksilöllisesti. Tässä vaiheessa on hyvä ker-

rata traumaattisen kriisin vaiheet (shokkivaihe, reaktiovaihe, käsittelyvaihe, sopeutumisvaihe) ja painottaa, että kaikki tunteet ja reaktiot ovat oikeutettuja. Normalisointivaiheessa on hyvä käydä läpi keinoja, miten traumaattisista kriiseistä selvitään. Osallistujat voivat tässä yhteydessä kertoa omia kokemuksiaan ja näkemyksiään siitä, mikä auttaa parhaiten heitä selviämään traumaattisesta kriisistä. Normalisointivaiheesta siirrytään luonnollisesti päätösvaiheeseen ja tehdään kokemuksista yhteenveto. Päätösvaiheessa annetaan myös osallistujille mahdollisuus vielä kysyä, jos jokin asia jäi askarruttamaan. Lopuksi sovitaan myös debriefing-istuntojen jatkosta, jos sille nähdään tarvetta. (Helelä 2004; Soisalo 2011, 177-178.)

5.2 Defusing

Erityisesti suuronnettomuuksien pelastushenkilöstölle kehitetty defusing-menetelmä tarkoittaa purkamiskokousta. Se on debriefing-istuntoa lyhyempi ja järjestetään heti tilanteen jälkeen. Pääsääntö on, että henkilöstö käsittelee traumaattisen tilanteen ennen työvuoronsa päättymistä. (Soisalo 2011, 179.) Defusing-kokous tähtää nopeaan työkyvyn palautumiseen ja tilanteen rauhoittumiseen eikä siinä ole tarkoitus mennä yhtä syvälle kuin debriefing-istunnossa. Defusing-kokous kestää 20 minuutista korkeintaan 45 minuuttiin. (Kokemuskouluttajat 2017; Saari 2000, 148-149.)

Defusing-kokous toimii parhaiten, kun osallistujia on vähän eli alle 10 henkilöä. Siihen ei tarvita ulkopuolista psykologian ammattilaista vetäjäksi ja useat työyhteisöt ovatkin kouluttaneet omaa henkilökuntaa defusing-kokousten vetäjiksi. Tärkeää defusing-kokouksen onnistumisessa on se, että kokouksen vetäjä ei itse ole altistunut traumaattiselle tilanteelle, jota kokouksessa puidaan. Ennen defusing-kokouksen alkua on tärkeä muistaa, että mahdolliset fyysiset vammat tulee hoitaa ensin ja sen jälkeen keskitytään psyykkisiin vammoihin. (Häläri 2016; Saari 2000, 151.)

Samoin kuin debriefing-istunto myös defusing-kokous etenee vaiheittain. Defusing-kokouksessa vaiheita on kolme: johdantovaihe, keskusteluvaihe ja informaatiovaihe. Johdantovaiheessa kokouksen vetäjä kertoo, miksi kokous on järjestetty ja mitä hän itse tietää tapahtumista. Vetäjän on hyvä tässä vaiheessa

kertoa osallistujille, miten kokouksessa edetään. (Saari 2000, 149; Suomen punainen risti 2018.)

Keskusteluvaiheessa käydään traumaattinen tilanne läpi; mitä todella tapahtui. Kukin osallistuja saa vuorollaan kertoa, mitä itse teki, kuuli tai näki. Tämän tarkoituksena on purkaa mielestä päällimmäiset tunteet tapahtuneesta ja samalla varmistaa, että kaikilla on tilanteesta samanlainen käsitys. Mikäli joku kokoukseen osallistujista alkaa tässä vaiheessa käymään syvällisiä tuntemuksiaan läpi, kokouksen vetäjän tulee keskeyttää ja viedä keskustelu jälleen itse tapahtumaan. (Saari 2000, 149; Suomen punainen risti 2018.)

Defusing-kokouksen viimeisessä vaiheessa eli informaatiovaiheessa käydään läpi, miten tilanne jatkui ja mihin se lopulta johti. Tärkeää on myös käydä läpi, miten tilanteeseen osallistujat voivat tällä hetkellä. Informaatiovaiheessa voidaan myös lyhyesti käsitellä psyykkisiä reaktioita, joita tilanne saattaa aiheuttaa. Lopuksi sovitaan jatkosta; tarvitaanko debriefing-istuntoa vai onko defusing-kokous riittävä takaamaan osallistujien toipumisen. Defusing-kokouksessa voidaan myös päättää debriefing-istunnon ajankohta. Mikäli osallistujat ovat sitä mieltä, etteivät tarvitse debriefing-istuntoa, voidaan sopia myös muusta seurannasta. Seuranta tarkoittaa käytännössä sitä, että kokouksen vetäjät tarkistavat seuraavina päivinä osallistujien vointia ja tunteja sekä tarvittaessa ohjaavat jatkohoitoon, jos ongelmat jatkuvat. (Saari, 2000, 149-150; Suomen punainen risti 2018.)

5.3 Jälkipuinnin merkitys

Tutkittaessa kriisityön ja erilaisten jälkipuinnimenetelmien toimivuutta ja vaikuttavuutta tutkijat törmäävät väistämättä moniin käytännöllisiin ja eettisiin hankaluuksiin. Suurin käytäntöön liittyvä ongelma on se, ettei koskaan voida ennakoida, milloin ja minkälainen traumaattinen tilanne tapahtuu, joten tutkimuksia ei voida valmistella etukäteen. Tutkijoilla ei myöskään ole tietoa siitä, miten kriisin kokeneet ihmiset ovat voineet ja käyttäytyneet ennen traumaattiseen tilanteeseen joutumista. Ei myöskään ole eettisesti hyväksyttävää mennä juuri kriisin kokeneen henkilön luokse arviointilomakkeen kanssa ja pyytää häntä mukaan tutkimukseen, koska kriisin kokeneet henkilöt ovat haavoittuvassa tilassa vielä pitkään kriisin jälkeen. Siksi valtaosa tutkimuksista onkin tehty takautuvasti ja perustuvat siihen, että kriisin kokeneet henkilöt muistelevat kriisin jälkeistä aikaa. Näin ollen

näihin tutkimuksiin, liittyy aina niin sanotun muistivirheen vaara. Näistä johtuen akuutin kriisityön ja jälkipuintimenetelmien tutkiminen on erityisen haastavaa. (Kanel 2007, 27; Hedrenius & Johansson 2016, 32-33.)

Akuutti kriisityö ja jälkipuintimenetelmät ovat joutuneet viimeisen 20 vuoden aikana rajun kritiikin kohteeksi. Kansainväliset Cochrane-katsaukset vuosilta 1998, 2001 (Pasternack 2004) ja viimeisin vuodelta 2009 ovat todenneet psykologisen jälkipuinnin tehottomaksi ja jopa haitalliseksi akuutin kriisityön menetelmäksi. Vuoden 2009 Cochrane-katsaukseen oli sisällytetty yhteensä yhdeksän eri tutkimusta debriefing-menetelmästä ja katsauksen mukaan kertaistuntona järjestetyllä jälkipuinnilla ei nähty olevan merkitystä traumaperäisen stressihäiriön ilmaantuvuudessa. Katsauksen yhden tutkimuksen mukaan traumaperäisten stressihäiriöiden riski oli suurempi niillä henkilöillä, jotka olivat osallistuneet psykologiseen jälkipuintiin. Psykologisen jälkipuinnin ei myöskään nähty vähentävän ahdistuneisuutta ja jälkipuintiin osallistuneiden henkilöiden keskuudessa esiintyi enemmän masennusoireita kuin niiden, jotka eivät olleet osallistuneet psykologiseen jälkipuintiin. Näihin tuloksiin vedoten Cochrane-katsaus (2009) toteaa, ettei kertaistuntona järjestetty psykologinen jälkipuinti ole hyödyllinen menetelmä traumaperäisten stressihäiriöiden ehkäisyssä. (Roberts, Kitchiner, Kenardy & Bisson 2009; Wahlbeck 2014.)

Cochrane-katsauksissa mukana olleet tutkimukset kuitenkin sisältävät monia metodologisia puutteita. Puutteita on havaittu seuraavissa asioissa: tutkimuksissa on tutkittu sellaisia menetelmiä, joita ei voi pitää psykologisena jälkipuintina, jälkipuintiryhmien muodostamisessa tutkijat ovat käyttäneet itsevalintaa ja jälkipuinnin ajoitus ja kliininen arvo ovat olleet puutteellisia. (Dyregrov 2015.) Suomalainen akuutti kriisityö ja jälkipuinti ovat ainutlaatuisia monestakin syystä. Ensinnäkin Suomessa kriisityön johtaminen on aina psykologien vastuulla. Muualla maailmassa kriisityötä johtavat muun muassa sairaanhoitajat, sosiaalityöntekijät ja papit, eivätkä he pysty kehittämään psykologista teoriapohjaa ja siihen liittyviä menettelytapoja samalla tavalla kuin koulutetut psykologit. Suomessa akuutti kriisityö ei koskaan sisällä vain yhtä istuntoa vaan debriefing-istuntoja järjestetään useampia. Näin ollen Cochrane-katsauksiin sisällytetyt tutkimukset eivät ole vertailukelpoisia Suomessa tehtävään akuuttiin kriisityöhön ja jälkipuintiin. (Saari & Hynninen 2010.)

Suomi on tiettävästi myös ainoa maa, jossa kriisityö ja jälkipuinti sitoutuvat tiukasti kriisin eri vaiheisiin. Nykykäsityksen mukaan kriisi jaetaan neljään vaiheeseen, joita ovat shokkivaihe, reaktiovaihe, käsittelyvaihe ja sopeutumisvaihe. **Shokkivaiheessa**, joka tulee välittömästi kriisin jälkeen, ihminen ei välttämättä kykene käsittelemään tunteitaan ja reaktioitaan. Tämän vaiheen aikana annetun kriisiavun tulee olla puhdasta kuuntelua ja tukemista. Tässä vaiheessa ei ole vielä tarpeellista tarjota psykologista jälkipuintia, koska kriisin kokenut henkilö ei ole psykologisesti valmis ottamaan sitä vastaan. Defusing-menetelmä on kehitetty juuri tätä vaihetta varten työssä koettujen traumaattisten tilanteiden varalle. **Reaktiovaiheessa** ihminen alkaa pikkuhiljaa ymmärtämään kriisin, joka häntä on kohdannut. Tässä vaiheessa ihmisellä on yleensä tarve puhua ja tulla kuulluksi. Kun kriisin käsittely on edennyt reaktiovaiheeseen, ihminen kykenee jo ottamaan konkreettisia ohjeita vastaan ja on psykologisesti valmis käsittelemään tunteitaan ja reaktioitaan. Debriefing-menetelmä tulee siis kyseeseen vasta kriisin reaktiovaiheessa. Kriisin **käsittelyvaiheessa** ihmiselle on jo muodostunut käsitys siitä, miten kriisi on vaikuttanut hänen elämäänsä. Hänellä voi olla tarve kerrata tapahtumia ja pohtia sitä, miten kriisi on vaikuttanut hänen elämäänsä. Tässä vaiheessa kriisin kokeneelle henkilölle on hyvä tarjota vertaistukea, jotta hän saa jakaa kokemuksiaan muiden samassa tilanteessa olevien kanssa ja huomata, ettei ole yksin asiansa kanssa. Myös erilaiset kriisi- ja traumaterapiat tulevat kyseeseen tässä vaiheessa. Jonkinlaista seuranta kriisin kokeneen ihmisen voinnista olisi hyvä jatkaa aina **sopeutumisvaiheeseen** asti. (Terveyskylä s.a.; Saari & Hynninen 2010; Saari 2015.)

Jokainen ihminen käsittelee kriisiä yksilöllisesti ja siksi myös kriisiapua ja jälkipuintia tulee tarjota yksilöllisesti. Tärkeintä kriisiavussa ja jälkipuinnissa on niiden oikea ajoitus ja annostelu, mutta niitä on kuitenkin tarjottava kevyin perustein, sillä henkisen tuen saamisella voi olla suuri merkitys. Leino (2013) on todennut väitöskirjassaan, että vähäinen henkinen tuki väkivaltakokemusten jälkeen oli suoraan yhteydessä poliisien lisääntyneeseen alkoholinkäyttöön. Näin ollen henkisen tuen vähäisyydellä voi olla myös kauas kantoisia seurauksia. (Saari & Hynninen 2010.)

6 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kyselyjen avulla selvittää, minkälaista jälkipuintia hoitoalan henkilökunta kaipaa uhka- ja väkivaltatilanteiden jälkeen ja tuottaa ohje uhka- ja väkivaltatilanteiden käsittelyyn. Opinnäytetyön tavoitteena on, että saatua tietoa ja tuotettua ohjetta hyödynnetään uhka- ja väkivaltatilanteiden käsittelyn kehittämisessä ja järjestämisessä. Tämä opinnäytetyö antaa selkeät ohjeet, miten jälkipuinti tulisi järjestää. Ohjeita voi käyttää apuna myös uuden työntekijän ja opiskelijoiden perehdytyksessä.

Tutkimuskysymykset:

1. Kuinka usein ja minkälaisia uhka- ja väkivaltatilanteita hoitohenkilökunta kohtaa työssään?
2. Minkälaista jälkipuinnin tulisi olla henkilökunnan mielestä?
3. Miten jälkipuintia voidaan kehittää?

7 OPINNÄYTETYÖN MENETELMÄLLINEN TOTEUTUS

Tässä opinnäytetyössä menetelmänä käytetään tapaustutkimusta. Tapaustutkimus pyrkii tuottamaan syvällistä ja yksityiskohtaista tietoa tutkittavasta asiasta. Näin on mahdollista ymmärtää tutkimuskohdetta kokonaisvaltaisesti realistisessa ympäristössä. Tapaustutkimus on intensiivinen ja systemaattinen tutkimusmenetelmä, joka tutkii yksilöä, ryhmää tai yhteisöä monesta eri näkökulmasta. (Heale & Twycross 2017.) Tapaustutkimuksessa oleellisempaa on saada selville suppeasta tutkimuskohteesta paljon kuin laajasta tutkimuskohteesta vähän. Tapaustutkimus soveltuu kehittämistyön lähestymistavaksi, kun halutaan ymmärtää syvällisesti kehittämisen kohdetta ja sitä kautta tuottaa uusia kehittämisideoita. Tapaustutkimusta voidaan käyttää useilla eri tieteenaloilla, mutta erityisen suosittua sen käyttö on yhteiskuntatieteissä ja terveydenhuollossa. (Crowe, Cresswell, Robertson, Huby, Avery & Sheikh 2011; Ojansalo, Moilanen, Ritalahti 2015, 52-53.)

Opinnäytetyössä tutkimuskohde on rajattu koskemaan vain Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin erään vuodeosaston hoitohenkilökuntaa ja esimiehiä. Myös tutkimuksen tapaus (case) on rajattu koskemaan vain uhka- ja väkivaltatilanteiden

jälkipuintia. Rajauksella haluttiin varmistaa syvällisen ja yksityiskohtaisen tiedon saanti ja ymmärtäminen kokonaisvaltaisesti.

Tutkimusaineiston perusteella pyritään etsimään erilaisia kehittämissuhteita, miten uhka- ja väkivaltatilanteiden jälkipuintia voitaisiin parantaa ja helpottaa vuodeosastolla. Työssä on varauduttu siihen, että muutosta ei välttämättä tapahdu heti, vaan opinnäytetyö toimii keskustelun herättäjänä. On tärkeää, että uhka- ja väkivaltatilanteista puhutaan avoimesti ja niiden jälkipuintia pyritään kehittämään. Opinnäytetyön tuloksena syntyy ohjeet uhka- ja väkivaltatilanteiden jälkipuintiin, mutta se antaa myös konkreettisia kehittämissuhteita, miten jälkipuintia voidaan kehittää.

7.1 Aineiston keruu ja analysointi

Opinnäytetyön toimeksiantosopimus tehtiin huhtikuussa 2018 Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin kanssa. Samalla myönnettiin myös tutkimuslupa (Liite 1) Tutkimusaineisto kerättiin kahden eri kyselyn avulla. Kyselyiden yhteydessä vastaajille lähetettiin saatekirje (Liite 2), jossa kerrottiin tutkimuksesta. Ensimmäinen kysely (Liite 3) osoitettiin kyseessä olevan vuodeosaston hoitohenkilökunnalle eli sairaanhoitajille sekä perus- ja lähihoitajille (yhteensä 46 henkilölle). Vastaajat olivat osastolla vakituisessa työsuhteessa olevia ja osaston pitkäaikaisia sijaisia. Toinen kysely (Liite 4) osoitettiin saman osaston lähiesimiehille eli yhdelle osastonhoitajalle ja kahdelle apulaisosastonhoitajalle. Molemmat kyselyt lähetettiin vastaajille 22.5.2018 ja vastausaika annettiin 12.6.2018 asti eli yhteensä kolme viikkoa. Kesälomakaudesta johtuen vastausprosentti jäi pieneksi (41,3 %). Vastausaika jatkettiin vielä kahdella viikolla 26.6. asti, jonka jälkeen vastausprosentti oli 61 %.

Hoitohenkilökunnalle osoitettu kysely koostui 11 kysymyksestä, joista neljä kysymystä olivat avoimia ja loput seitsemän monivalintakysymyksiä. Esimiehille tarkoitettu kysely koostui viidestä kysymyksestä, joista yksi oli monivalintakysymys ja loput neljä avoimia kysymyksiä. Kyselylomakkeiden kysymykset suunniteltiin vastaamaan tämän opinnäytetyön tarpeita. Ennen kyselylomakkeiden lähettämistä molemmat kyselylomakkeet esiteltiin niille, että kyselyt lähetettiin kuudelle henkilölle, jotka arvioivat kyselyn selkeyttä ja toimivuutta. Esiteltäneiden jälkeen kysymyksiä tarkennettiin ja kysymysjärjestystä muutettiin, jotta lomake olisi mahdollisimman selkeä. Molemmat kyselyt toteutettiin Webropol-ohjelmalla ja ne

lähetettiin vastaajille sähköisesti. Näin aineiston analysointi helpottui ja aineisto oli myös helpompi hävittää opinnäytetyön valmistumisen jälkeen. Kyselytutkimuksen suurin etu on se, että sen avulla saadaan nopeasti laaja tutkimusaineisto. (Luoto 2009; Ojansalo, Moilanen & Ritalahti 2015, 130-131.)

Opinnäytetyön aineistosta osa analysoitiin Webropol-ohjelman avulla. Webropol-ohjelmalla pystyttiin analysoimaan suoraan monivalintakysymysten vastaukset ja nämä on esitetty taulukoina ja prosentteina tutkimuksen lopputuloksissa. Avointen kysymysten kohdalla tehtiin laadullisen aineiston analyysi, jossa menetelmänä käytettiin teemoittelua. Avointen kysymysten analysointi alkoi vastausten huolellisella tarkastelulla, jonka jälkeen aineisto litteroitiin eli kirjoitettiin puhtaaksi helposti luettavaan ja ymmärrettävään muotoon. Litteroinnin jälkeen aineisto jaettiin teemoihin, jotka valikoituivat tutkimuskysymysten perusteella. Analysointivaiheessa teemoja oli neljä; väkivaltatilanteiden aiheuttamat tunteet, kokemukset jälkipuinnista, toiveet jälkipuinnista ja jälkipuinnin kehittämiskohteet. Teemojen alle kerättiin litteroidusta aineistosta oleellimmat asiat (Kuvio 1). Tässä opinnäytetyössä teemoittelu valikoitui analysointimenetelmäksi, koska sen avulla pystyttiin luomaan järjestelmällinen ja kattava kuvaus koko aineistosta.

ALKUPERÄISILMAISU	PELKISTETTY ILMAISU	TEEMA
"Ahdisti ja pelotti, mitä seuraavaksi tapahtuu"	Ahdistus ja pelko	Tunteet
Turvattomuutta, huolta työkavereiden ja omasta turvallisuudesta, huolta potilaiden turvallisuudesta"	Turvattomuus	Tunteet
"Pelokkuutta ja epävarmuutta työssä pärjäämisessä"	Pelko ja epävarmuus	Tunteet

Kuvio 1. Esimerkki teemoittelusta

7.2 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Tässä opinnäytetyössä noudatetaan tutkimuseettisen neuvottelukunnan (2012) laatimia hyvän tieteellisen tutkimuksen käytäntöjä. Tieteellinen tutkimus on uskottavaa, luotettavaa ja eettisesti hyväksyttävää vain, jos se on suoritettu noudattaen hyvää tieteellistä käytäntöä. Toiminnan lähtökohtana on, että tutkimuksessa käytetään vain tiedeyhteisön tunnustamia toimintatapoja eli rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta tutkimustyön kaikissa vaiheissa. Tiedonhankinnan sekä tutkimus- ja arviointimenetelmien tulee olla tieteellisten kriteerien mukaisia ja eettisesti kestäviä. Tutkimuksen raportointi tulee tapahtua avoimesti ja vastuullisesti.

(Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012.) Ennen opinnäytetyön aloittamista Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiriltä on saatu kirjallinen lupa tämän tutkimuksen tekemiseen, jonka myötä on sitouduttu noudattamaan myös Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin tutkimuksellisia ohjeita. (Liite 1.)

Uhka- ja väkivaltatilanteista puhuminen on toisille helppoa ja arkipäiväistä, toisille puolestaan hankalaa ja arkaluontoista. Aiheen arkaluontoisuuden vuoksi opinnäytetyössä on panostettu kaikkia osapuolia koskevaan anonymiteettiin. Työssä ei missään vaiheessa tuoda esiin, mistä Oulun Yliopistollisen Sairaalan vuodeosastosta on kyse. Anonymiteettiä tukee myös sähköinen kysely, jossa ei kysytä mitään sellaista, josta vastaajan henkilöllisyys olisi pääteltävissä. Vastauksista ei käy ilmi vastaajan työkokemus, ikä eikä ammattinimike. Tutkimusaineistoa käsittelee vain opinnäytetyön tekijä. Kyselyjen saatekirjeessä (Liite 2) edellä mainitut seikat on tuotu tiedoksi myös vastaajille ja kerrottu myös, että vastaaminen perustuu vapaaehtoisuuteen. Opinnäytetyön valmistumisen ja julkaisemisen jälkeen kaikki vastaukset hävitetään asiaan kuuluvalla tavalla eikä niitä käytetä muissa tutkimuksissa.

Validiteetti ja reliabiliteetti ovat käsitteitä, joita käytetään, kun arvioidaan tutkimuksen luotettavuutta. Validiteetti tarkoittaa tutkimuksen pätevyyttä eli sitä, onko tutkimuksessa käytetty mittari kyennyt mittaamaan juuri sitä, mitä on ollut tarkoituskin mitata. Reliabiliteetti puolestaan tarkoittaa tutkimuksen toistettavuutta eli sitä, saadaanko toisella mittauksella samalla mittarilla sama lopputulos kuin ensimmäisellä mittauksella. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 226-227.) Tässä opinnäytetyössä mittarina käytettiin kyselylomakkeita. Kyselylomakkeiden kysymykset suunniteltiin siten, että ne palvelisivat parhaiten juuri tätä tutkimusta. Jokainen kyselylomakkeen kysymys pohdittiin tarkkaan ja etukäteen mietittiin, minkälaista tietoa sillä haetaan. Ennen kyselylomakkeiden lähettämistä suoritettiin lomakkeiden esitestaus pienellä otannalla, jotta varmistuttiin siitä, että kysymykset ymmärretään oikein. Kyselylomakkeiden kysymyksistä pyrittiin tekemään mahdollisimman tarkat väärinymmärrysten välttämiseksi.

Opinnäytetyö on analysoitu induktiivisesti eli aineistolähtöisesti. Menetelmänä on käytetty teemoittelua. Sen avulla aineistosta saatiin kokonaisvaltainen kuva ja vastaukset kaikkiin tutkimuskysymyksiin. Teoriatietoa on käytetty täydentämään aineistosta nousseita ilmaisuja, mutta analysoinnissa on edetty aineisto edellä.

Analysointiin on voinut vaikuttaa opinnäytetyöntekijän läheinen suhde tutkittavaan asiaan ja omakohtaiset kokemukset tutkittavasta asiasta. Kuitenkin analysoinnissa ja tulosten raportoinnissa on pyritty objektiivisuuteen kaikissa vaiheissa.

8 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

8.1 Hoitohenkilökunnan kokemuksia jälkipuinnista

Kysely lähetettiin 46 henkilölle ja vastauksia saatiin 28 kappaletta. Näin ollen vastausprosentti oli 61 %. Henkilökunnalle osoitetusta kyselystä ilmeni, että uhka- ja väkivaltatilanteet ovat työyksikössä yleisiä. Lähes kaikki vastaajat ilmoittivat kohdanneensa uhka- ja väkivaltatilanteita nykyisessä työssään. Yksi vastaajista ilmoitti, ettei ollut kokenut uhka- ja väkivaltatilanteita nykyisessä työssään.

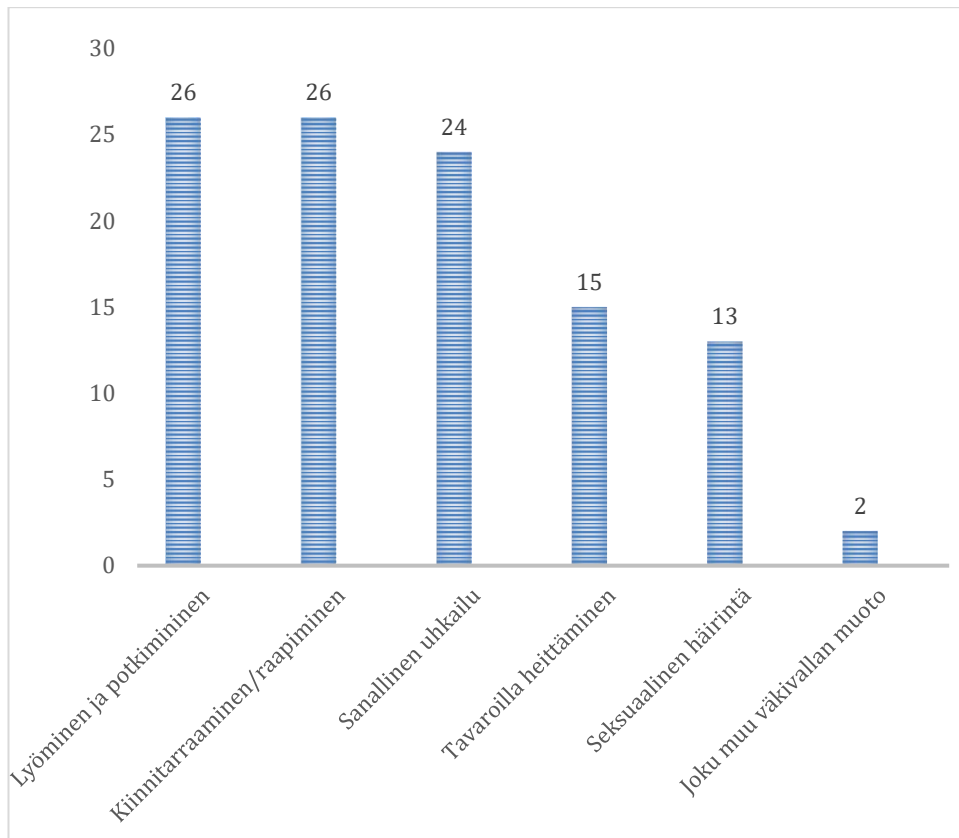
Uhka- ja väkivaltatilanteet aiheuttivat vastaajissa monenlaisia tunteita, joista yleisimpiä olivat pelko, ahdistus ja turvattomuus. Vastaajista 19 ilmoitti käyvänsä läpi edellä mainittuja tunnetiloja uhka- ja väkivaltatilanteiden jälkeen. Pelko ja ahdistus aiheuttivat myös jatkuvaa varuillaan oloa vielä uhka- ja väkivaltatilanteen jälkeenkin. Vastauksista ilmeni, että moni työntekijä kantoi huolta oman turvallisuutensa lisäksi myös työkavereiden ja toisten potilaiden turvallisuudesta uhka- ja väkivaltatilanteen sattuessa. Osa työntekijöistä kertoi kokeneensa olonsa avuttomaksi ja epävarmaksi, koska ei tiennyt, miten tilanteessa olisi pitänyt toimia.

” Ahdisti ja pelotti mitä seuraavaksi tapahtuu ”

” Turvattomuutta, huolta työkavereiden ja omasta turvallisuudesta, huolta potilaiden turvallisuudesta ”

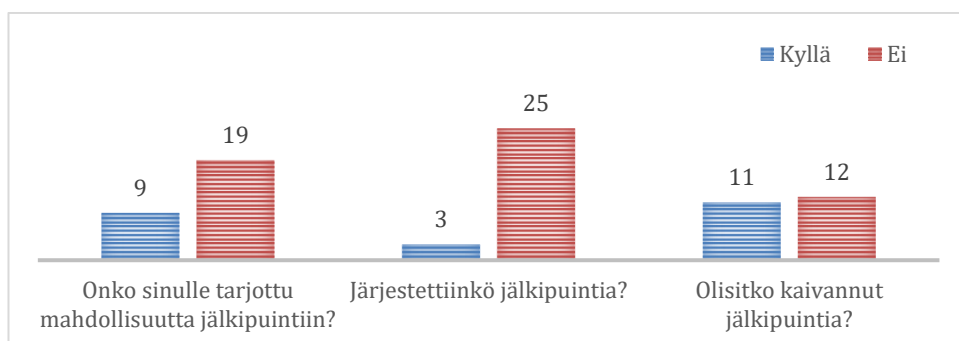
” Pelokkuutta ja epävarmuutta työssä pärjäämisessä ”

Yleisimpiä väkivallan muotoja (Kuvio 2.) olivat lyöminen ja potkiminen sekä kiinnitarraminen ja raapiminen. Edellä mainittuja väkivallan muotoja kertoi kokeneensa lähes jokainen vastaajista. Seuraavaksi yleisimmäksi väkivallan muodoksi nousi sanallinen uhkailu. Tavaroilla heittäilyä oli kokenut yli puolet vastaajista ja seksuaalista häirintää hieman alle puolet.



Kuvio 2. Uhka- ja väkivaltatilanteiden muodot

Kuviosta 3 käy ilmi, että mahdollisuutta uhka- ja väkivaltatilanteiden jälkipuintiin oli kyselyn mukaan tarjottu yhdeksälle vastaajalle. Suurimmalle osalle (19 vastaajaa) jälkipuintia ei kyselyn mukaan ole tarjottu ollenkaan. Vastaajista kolme oli osallistunut uhka- ja väkivaltatilanteiden jälkipuintiin. Vastaajista 25 ilmoitti, ettei jälkipuintia ole järjestetty heidän kohdallaan. (Kuvio 3.) Vastaajista, joille jälkipuintia ei tarjottu, hieman alle puolet (11 vastaajaa) ilmoitti, että olisi kaivannut jälkipuintia tilanteen jälkeen. Suurin osa vastaajista (12 vastaajaa) kuitenkin ilmoitti, ettei ollut kaivannut jälkipuintia. (Kuvio 3.)



Kuvio 3. Jälkipuinti uhka- ja väkivaltatilanteiden jälkeen

He, jotka olivat osallistuneet uhka- ja väkivaltatilanteen jälkipuintiin, pitivät sitä myös hyvin onnistuneena. He pitivät tärkeänä sitä, että asioista sai kertoa heti tilanteen jälkeen ja vielä myöhemminkin tarkistettiin, ettei tilanne jäänyt painamaan mieltä. Vastauksista korostui esimiehen roolin tärkeys sekä se, että asioista sai puhua tutuille työkavereille. Näin ollen tapahtuneita asioita ei tarvinnut peitellä tai selittää vaan asioita käsiteltiin sellaisina kuin ne ovat.

” Tuntui hyvältä, että esimies otti itse hoitaakseen purkutilanteen heti tuoreeltaan saman päivän aikana. Myös se, että kaikki, jotka olivat olleet tilanteen sattuessa paikalla, saivat osallistua.

” Keskusteleminen työkavereiden ja pomojen kanssa oli hyvä. Asioita ei peitelty tai yritetty selittää, vaan katsottiin realistisesti”

Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri tarjoaa henkilökunnalleen apua uhka- ja väkivaltatilanteiden jälkeen, mutta kyselyn mukaan vastaajista vain 10 tiesi, minkälaista apua on tarjolla. Vastaajista 18 kertoi, ettei tiennyt, minkälaista apua heillä on mahdollisuus saada uhka- ja väkivaltatilanteen jälkeen. Tämä saattaa osittain selittää sitä, miksi 12 vastaajaa kertoi, ettei ole kaivannut jälkipuintia uhka- ja väkivaltatilanteen jälkeen. Kysyttäessä jälkipuinnin tärkeydestä vastaus oli yksiselitteinen. Kaikki kyselyyn vastanneista pitivät uhka- ja väkivaltatilanteiden jälkeistä jälkipuintia tärkeänä.

Kyselyssä vastaajia pyydettiin kertomaan, keitä he haluaisivat mukaan jälkipuintiin, jos sellainen järjestettäisiin. Vastauksista korostui lähiesimiesten (osastonhoitaja, apulaisosastonhoitaja) paikallaolon tärkeys sekä työkavereiden tuki. Henkilökunta piti tärkeänä, että jälkipuintiin osallistuisivat kaikki tilanteessa mukana olleet työntekijät. Vain vakavimmissa tapauksissa paikalle toivottiin osaston ulkopuolista apua kuten työterveyspsykologia. Myös nopeaa kriisiapua toivottiin olevan saatavilla.

” Riippuu tilanteen vakavuudesta, mutta vähintään tilanteessa mukana olleet ja osastonhoitaja/apulaisosastonhoitaja. Vakavammassa tapauksissa psykiatrisen puolen hoitohenkilökuntaa olisi hyvä olla varmasti olla paikalla heti ja lisäapua heiltä kevyesti saatavilla”

” kaikki tilanteeseen osallistuvat + esim. työterveyspsykologi. Kuitenkin koen, että parasta jälkipuintia on työkavereiden kanssa asian läpikäyminen”

Viimeisessä kysymyksessä vastaajilta kysyttiin, minkälainen heidän mielestään jälkipuinnin tulisi olla. Vastaajat toivoivat, että jälkipuinti tapahtuisi mahdollisimman pian uhka- ja väkivaltatilanteen jälkeen ja keskustelu olisi vapaamuotoista ja vapaaehtoista niin, ettei ketään pakotettaisi puhumaan. Jälkipuinnissa tulisi käsitellä tapahtunut uhka- ja väkivaltatilanne ja osallistujien pääimmäiset ajatukset tilanteesta. Vastauksista korostui, että suurin osa oli ryhmässä toteutettavan jälkipuinnin kannalla, mutta yksilöllistä apua tulisi olla saatavilla tarpeen mukaan. Vastaajat toivoivat, että jälkipuinnissa heille tarjottaisiin mahdollisuus ottaa itse yhteyttä johonkin tahoon, jos eivät jostain syystä halua puhua työkavereille tai kokevat tarvitsevansa yksilöllistä kriisiapua selvittääkseen tilanteesta.

” Turvallinen kokoontuminen, jossa ei painosteta vuorotellen kertomaan kokemuksia vaan vapaasti omien tuntemusten mukaan. Siellä myös annettaisi yhteystieto, mihin voisi ottaa vaikka henkilökohtaisesti yhteyttä, jos ei halunnut avautua kaikkien kuullen.”

” Lyhyt palaveri, jossa käydään läpi tapahtumien kulku. Mitä hoitajalle tapahtui ja miten tapahtuma olisi voitu estää. Miten hoitaja voi, jolle väkivaltatilanne sattui, jäikö trauma ja pelko että näin voi käydä uudestaan. Väkivaltatilanteissa mahdollisuus kriisiapuun tms.”

8.2. Esimiesten kokemuksia jälkipuinnista

Osaston kolmelle esimiehelle lähetettiin kysely ja vastauksia saatiin kaksi. Molemmat vastaajista saavat kyselyn mukaan HAIPRO- järjestelmän kautta useita ilmoituksia osastolla sattuneista uhka- ja väkivaltatilanteista. Yhteensä ilmoituksia tulee esimiehille 20-50 kappaletta vuodessa. Molemmat vastaajista myös kertoivat osallistuneensa uhka- ja väkivaltatilanteen jälkipuintiin esimiehen roolissa.

Esimiesten toiveena on, että mahdollinen jälkipuinti järjestetään mahdollisimman nopeasti tilanteen jälkeen, koska myös esimiehet kantavat huolta ja vastuuta työntekijöidensä turvallisuudesta ja jaksamisesta. Esimiesten kannalta on helpotavaa nähdä uhka- ja väkivaltatilanteen uhriksi joutunut työntekijä mahdollisimman pian tilanteen jälkeen, koska HAIPRO-järjestelmän kautta saatu kirjallinen

kuvaus voi vaikuttaa erilaiselta kuin mitä se on suullisesti kerrottuna. Suullisesti kerrottuna tunteet, pelot ja mieltä askarruttavat asiat tulevat selkeämmin esille.

Esimiesten kokemusten mukaan tuttujen työkavereiden kesken on helpompi keskustella uhka- ja väkivaltatilanteista. Ulkopuolinen auttaja voidaan kokea liian vieraaksi ja työntekijät saattavat arastella hänelle puhumista. On ollut tilanteita, joissa uhka- ja väkivaltatilanteen uhriksi joutunut työntekijä on hävennyt omaa suhtautumistaan tilanteeseen eikä siksi ole kehdannut puhua ulkopuoliselle auttajalle. Ulkopuolista apua jälkipuintiin toivottiin silloin, kun työntekijä sitä itse pyytää tai kokee tarvitsevansa. Tällaiset tilanteet tulisi katsoa aina tapauskohtaisesti eikä niin, että jokaiseen jälkipuintiin kutsutaan automaattisesti ulkopuolinen ammattiauttaja. Lisäksi esimiehet kokivat vaikeaksi saada kaikki asianosaiset yhtä aikaa paikalle jälkipuintiin. Tämä johtuu kolmivuorotyön luonteesta.

Esimiehet kokivat, että jälkipuinnin järjestäminen vaatii heiltä paljon aikaavieviä järjestelyitä. Heidän tulee tehdä soittoja eri tahoille (työntekijät, työterveyshuolto, työsuojelu) ja sopia aikatauluista, jotta jälkipuinti saadaan järjestettyä. Lisäksi järjestämisessä heidän tulee ottaa huomioon kaikkien osapuolten erilaiset työajat. Esimiesten toiveena on selkeä systeemi ja ohjeet, miten jälkipuinti voitaisiin järjestää heti tapahtuman jälkeen, vaikka virka-ajan ulkopuolella ikään kuin nopeana ensiapuna. Ohjeiden tulisi olla kaikkien työntekijöiden tiedossa ja systeemi tulisi markkinoida hyvin, jotta siitä tulee vakiintunut käytäntö. Virka-ajalla voidaan järjestää uusi jälkipuinti tai kahdenkeskinen keskustelu esimiehen kanssa, jos työntekijät kokevat sitä tarvitsevansa.

9. JOHTOPÄÄTÖKSET

Tällä opinnäytetyöllä pyrittiin vastaamaan seuraaviin tutkimuskysymyksiin: kuinka usein ja minkälaisia uhka- ja väkivaltatilanteita hoitohenkilökunta kohtaa työssään, minkälaista jälkipuinnin tulisi olla henkilökunnan mielestä ja miten jälkipuintia voidaan kehittää. Tässä osiossa käydään johtopäätökset läpi tutkimuskysymyksittäin ja selvitetään, minkälaisia kehittämisehdotuksia tämä työ antaa.

Kyselyiden vastauksista käy ilmi, että uhka- ja väkivaltatilanteet ovat työyksikössä yleisiä. 28 vastaajasta lähes kaikki olivat kohdanneet uhka- ja väkivaltatilanteita. Yleisimpiä väkivallan muotoja olivat lyöminen, potkiminen, kiinnitarraminen ja raapiminen.

Osaston hoitohenkilökunnalle tarjottava jälkipuinti uhka- ja väkivaltatilanteen jälkeen tulisi olla vaivatonta ja tapahtua mahdollisimman pian uhka- ja väkivaltatilanteen jälkeen. Käytännöllisimmäksi vaihtoehdoksi nousi jälkipuintikeskustelu oman työyhteisön kesken. Hoitotyön hektisyydestä johtuen jälkipuinnin järjestämiseen on vaikea löytää aikaa ja usein sen vuoksi jälkipuinti jää kokonaan järjestämättä. Terveystieteiden ammattilaisia sitoo vaitiolovelvollisuus, joten he eivät voi kotona puhua läheisilleen töissä tapahtuneista tilanteista. Siksi olisikin tärkeää, että mieltä askarruttavista asioista voisi puhua oman työyhteisön kesken ennen työvuoron päättymistä, etteivät asiat vaivaisi mieltä enää kotona. Tutkijat Kerr, Oram, Tinson ja Shum (2017) ovat todenneet tutkimuksessaan, että juuri oman työyhteisön kesken käytävät keskustelut uhka- ja väkivaltatilanteiden jälkeen ovat hoitohenkilökunnan tärkein selviytymiskeino.

Osaston esimiehet puolestaan toivoivat uhka- ja väkivaltatilanteiden jälkipuinnilta nopeutta ja vaivatonta. Uhka- ja väkivaltatilanteet tulisi käsitellä mahdollisimman pian tilanteen jälkeen. Esimiehen työajan ulkopuolella henkilökunnan tulisi käsitellä uhka- ja väkivaltatilanteet ensin keskenään. Kun esimiehen virka-ajan ulkopuolella sattunut uhka- ja väkivaltatilanne on käsitelty henkilökunnan toimesta heti tapahtuman jälkeen, voi esimies järjestää tarvittaessa virka-ajallaan uuden jälkipuinnin tai kahdenkeskisen keskustelun. Henkilökunnan omasta toimesta järjestetyssä jälkipuinnissa kartoitetaan lisäavun tarve ja jos on tarvetta uudelle jälkipuinnille esimiehen kanssa, siitä menee tieto suoraan esimiehelle. Näin hän tietää heti, kuka tai ketkä haluavat keskustella tapahtuneesta eikä työaikaa kulu tämän asian selvittelyyn.

Molemmista kyselyistä nousi esiin selkeitä konkreettisia kehittämissuhteita, miten uhka- ja väkivaltatilanteiden jälkipuinnin voidaan kehittää. Defusing-toiminta vastaa sekä työntekijöiden että esimiesten toiveisiin jälkipuinnin järjestämisestä. Menetelmä vaatii aluksi hieman järjestelyitä eli työyksiköstä tulisi kouluttaa muu-

tama henkilö defusing-kokousten vetäjiksi. Nämä koulutetut defusing-vetäjät toimivat systeemin alulle laittavana voimana. Defusing-toiminnan aloitusvaiheessa he pyrkivät työvuorojensa salliessa osallistumaan defusing-kokouksiin ja kertovat defusing-toiminnasta osaston muulle henkilökunnalle. Vuorotyön luonteesta johtuen koulutetut defusing-vetäjät eivät voi osallistua jokaiseen defusing-kokoukseen, mutta he voivat jakaa osaamistaan muulle henkilökunnalle ja systeemin vakiintuessa kuka tahansa työyhteisön jäsen voi toimia kokouksen vetäjänä.

Henkilökunnalle osoitetusta kyselystä selvisi, että kaikilla ei ole tiedossa, minkälaista apua Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri tarjoaa henkilökunnalleen. Samanlaisia tuloksia on saatu vuonna 2016, kun Suomen lähi- ja perushoitajaliitto Super teetti kaikille jäsenilleen kyselyn, jonka mukaan lähes 50 % vastaajista ei tiennyt, onko heidän työpaikallaan järjestetty jälkihoitoa uhka- ja väkivaltatilanteen jälkeen. (Suomen lähi- ja perushoitajaliitto 2016.) Tällaiset tulokset eivät johdu puutteellisesta perehdytyksestä vaan siitä, että perehdytettäviä asioita on niin paljon, että kaikkea on lähes mahdotonta sisäistää kerralla. Koska kaikilla tämän opinnäytetyön kyselyyn vastanneilla ei ollut tietoa jälkipuinnin mahdollisuudesta, osa henkilökunnasta ei kokenut edes kaipaavansa jälkipuinnia uhka- ja väkivaltatilanteen jälkeen. Kuitenkin jokainen kyselyyn vastanneista piti jälkipuinnia tärkeänä. Osastolla tulisi järjestää koulutustilaisuus uhka- ja väkivaltatilanteiden jälkipuinnista. Koulutusta aiheesta tulisi järjestää säännöllisesti esimerkiksi parin vuoden välein. Kouluttajiksi voisi pyytää työturvallisuuspuolen ja työterveyshuollon henkilökuntaa. Koulutuksessa olisi tärkeää käsitellä eri jälkipuinnin menetelmiä sekä sitä, miten työntekijän tulee toimia uhka- ja väkivaltatilanteen jälkeen ja mihin hän voi tarvittaessa ottaa yhteyttä, jos kokee tarvitsevansa apua selvitäkseen tilanteesta.

Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin ohjeiden mukaan jokaisesta uhka- ja väkivaltatilanteesta tulee tehdä HAIPRO-ilmoitus. Jälkipuinnin järjestämistä helpottaisi, jos HAIPRO-ilmoituksessa kysyttäisiin tarvetta jälkipuintiin. Näin tarve jälkipuinnista menisi jo HAIPRO-ilmoituksen kautta esimiehille ja samalla saataisiin tarkkaa tietoa siitä, kuinka paljon jälkipuinnin tarvetta todellisuudessa ilmenee koko sairaalassa. Tällä hetkellä ilmoituksessa kysytään vain, onko tilannetta käsitelty työyhteisössä.

Kaiken kaikkiaan tämä opinnäytetyö antoi kolme konkreettista kehittämissuositusta. Ensimmäinen konkreettinen kehittämissuositus on, että osastolla järjestetään säännöllistä koulutusta uhka- ja väkivaltatilanteiden jälkipuinnista. Koulutuksen avulla henkilöstöllä olisi tietoa siitä, minkälaista apua heillä on mahdollisuus saada uhka- ja väkivaltatilanteiden jälkeen. Toisena kehittämissuosituksena esiin nousi defusing-toiminnan aloittaminen, joka tukisi sekä henkilöstön että esimiesten toiveita uhka- ja väkivaltatilanteiden käsittelystä. Kolmantena kehittämissuosituksena on parantaa uhka- ja väkivaltatilanteiden ilmoituslomaketta (HAIPRO) niin, että jo siinä kysyttäisiin tarve jälkipuintiin. Nämä muutokset vaativat toteutukseen aikaa, mutta on tärkeää, että ne tiedostetaan ja ne ovat herättäneet keskustelua työyhteisössä.

Henkilökunnalle osoitetusta kyselystä kävi ilmi, ettei kaikilla ole tietoa, miten uhka- ja väkivaltatilanteita tulisi käsitellä työyhteisössä. Henkilökunnalle luotiin ohjeet uhka- ja väkivaltatilanteiden käsittelyyn (Liite 5). Ohjeita luotaessa apuna käytettiin PPSHP:n työsuojelun ohjetta (PPSHP Turvallisesti työssä – Ohje uhka- ja väkivaltatilanteiden hallintaan). Ohjeista pyrittiin tekemään yksinkertaiset ja yksiselitteiset, jotta niiden käyttöönotto olisi mahdollisimman yksinkertaista ja nopeaa. Ohjeista ilmenee, miten purkukeskustelu järjestetään ja mitä asioita siinä tulee käsitellä. Ohjeissa on huomioitu myös mahdollinen jälkipuintikeskustelu ja miten siihen edetään. Ohjeet opastavat myös HAIPRO-ilmoituksen tekemiseen.

10 POHDINTA

Olen työskennellyt 12 vuoden aikana erilaisissa terveysalan toimipisteissä ja jokaisessa niistä olen ollut tekemisissä uhka- ja väkivaltatilanteiden kanssa. Joissakin työpaikoissa olen huomannut, kuinka tapahtuneet uhka- ja väkivaltatilanteet on sivuutettu kuin niitä ei koskaan tapahtuisi. Joissakin paikoissa ei yksinkertaisesti ole ollut osaamista tai keinoja käsitellä tapahtuneita uhka- ja väkivaltatilanteita. Joissakin on taas tarjottu jälkihoitoa saman kaavan mukaan kaikille uhka- ja väkivaltatilanteiden uhreille. Yhteistä näille kaikille on kuitenkin se, ettei missään työpaikassa ole koskaan kysytty, minkälaista jälkipuinnin tulisi olla työntekijöiden ja heidän lähiesimiestensä mielestä. Tämä on sinänsä kummallista, koska aihe koskettaa eniten juuri heitä.

Uhka- ja väkivaltatilanteet ovat sosiaali- ja terveysalalla yhä kasvava ongelma. Tilanteet aiheuttavat merkittävän paljon työstressiä, mikä vaikuttaa negatiivisesti työntekijöiden terveyteen ja työssä jaksamiseen. Pahimmassa tapauksessa uhka- ja väkivaltatilanteet ajavat henkilöstöä ennen aikaiselle eläkkeelle tai uran vaihtoon. Työnantajan kannalta vaikutukset ovat vähintäänkin yhtä suuret. Sosiaali- ja terveysala painii Suomessa jo nyt jatkuvan henkilöstöpulan alla eikä tällä hetkellä ole varaa menettää yhtään osaavaa henkilöä. Tämän vuoksi uhka- ja väkivaltatilanteiden jälkihoitoon on panostettava, niin kauan kuin tällaisia tilanteita tapahtuu. Tämä opinnäytetyö on opettanut minua arvioimaan asiaa monelta eri kannalta. Olen tutustunut useisiin eri tutkimuksiin sekä työntekijän että työnantajan kannalta ja tullut siihen lopputulokseen, että jälkipuintiin panostamisesta hyötyvät molemmat osapuolet.

Opinnäytetyön suunnittelun aloitin syksyllä 2017. Suunnitteluun varasin aikaa koko syksyn. Aiheen rajasin mahdollisimman tarkasti koskemaan vain uhka- ja väkivaltatilanteiden jälkipuintia, jottei itse työ olisi myöhemmässä vaiheessa vennynt mahdottoman laajaksi. Kyselykaavakkeiden laatiminen oli suunnitteluvaiheen haastavin osa, koska kyselyitä oli yhden sijasta kaksi ja jokaisen kysymyksen laadin huolellisesti ja mietin jo valmiiksi, mitä kysymyksillä haluttiin saavuttaa. Suunnitteluvaiheessa luotu aikataulu opinnäytetyön tekemiseen osoittautui mahdottomaksi, koska opinnäytetyöhön liittyvät lupa-asiat veivät enemmän aikaa kuin alussa kuvittelin. Alkuvuodesta 2018 loin opinnäytetyölle uuden aikataulun, jonka mukaan etenin.

Kevättalvi 2018 kului opinnäytetyön tietoperustan luomiseen. Aiheesta löytyi mu-kavasti tuoretta kotimaista ja kansainvälistä tutkimustietoa ja suunnitteluvaiheessa tehty aiheen raja- us osoittautui tässä vaiheessa erityisen tärkeäksi. Opin- näytetyössäni pyrin keskittymään uusimpaan tutkimustietoon unohtamatta kuitenkaan jälkipuintiin liittyvää historiaa. Toukokuussa 2018 lähetin kyselykaavak- keet vastaajille ja tavoitteenani oli saada vastausprosentiksi vähintään 50 %. Lo- pulta kuuden viikon jälkeen vastausprosentti oli yli 60 %, joten pääsin aloittamaan aineiston analysoinnin heinäkuussa 2018. Aineiston analysointi osoittautui opin- näytetyön mielenkiintoisimmaksi vaiheeksi. Olin positiivisesti yllättynyt, miten tarkkoja ja yksityiskohtaisia vastaukset olivat. Tässä vaiheessa tuli selväksi, että kyselykaavakkeet oli luotu onnistuneesti.

Syksy 2018 kului opinnäytetyön kokoamiseen ja viimeistelyyn. Loppujen lopuksi opinnäytetyö valmistui ajallaan joulukuussa 2018. Olen lopputulokseen erittäin tyytyväinen. Opinnäytetyö vastasi sille annettuihin tutkimuskysymyksiin ja kehittämissuhteiksiakin tuli mukavasti. Opinnäytetyö ylsi sille asetettuihin tavoitteisiin ja seuraava askel on viedä opinnäytetyöllä saatu tieto käytäntöön. Prosessina opinnäytetyön tekeminen on opettanut minulle tutkitun tiedon ja käytännön työn yhdistämistä, tutkimustyön luonnetta ja ennen kaikkea kehittänyt tiedonhakutaitojani.

Aiheena työväkivalta on erittäin arkaluontoinen ja vaitiolovelvollisuus terveysalalla tekee aiheesta entistä sensitiivisemmän. Siksi tässä opinnäytetyössä painostin anonymiteettiä kaikissa työn vaiheissa. Työssä en missään vaiheessa tuottanut mitään tietoja, mistä vastaajat olisivat tunnistettavissa. Keskityin luotettavaan ja aina uusimpaan lähdetietoon. Työssä käytetyt kyselykaavakkeet luotiin koskemaan vain tätä opinnäytetyötä, joten ne eivät välttämättä ole täysin toistettavissa muissa aiheita koskevissa tutkimuksissa. Tutkimuksesta saatuja tuloksia sen sijaan voidaan soveltaa myös muihin terveydenhuollon toimipaikkoihin kehitettäessä uhka- ja väkivaltatilanteiden jälkipuintia. Jatkossa olisi hyvä tutkia defusing-toiminnan aloittamista ja suunnitella hoitohenkilökunnalle kattavaa koulutusta uhka- ja väkivaltatilanteiden jälkipuinnista.

LÄHTEET

- Cartin, A. Pinette, MG. & Wax, JR. 2016. Workplace violence in health care – It's not "part of the job." *Obstet Gynecol Surv Aug*;71(7):427-34. Viitattu 17.5.2018. Doi: 10.1097/OGX.0000000000000334.
- Crowe, S., Cresswell, K., Robertson, A., Huby, G., Avery, A. & Sheikh, A. 2011 The case study approach. US National Library Of Medicine. National Institute Of Health. Viitattu 23.5.2018. Doi: 10.1186/1471-2288-11-100.
- Danielsson, P. & Kääriäinen, J. 2017. Suomalaiset väkivallan ja omaisuusrikosten kohteena 2016 – Kansallisen rikosuhritutkimuksen tuloksia. Helsingin yliopisto. Valtiotieteellinen tiedekunta. Kriminologian ja oikeuspolitiikan instituutti. Katsauksia 23/2017.
- Dyregrov, A. 2015. Onko psykologinen jälkipuinti tehokas menetelmä? Traumat terapiakeskus. Viitattu 9.10.2018. https://www.researchgate.net/publication/265944823_Onko_psykologinen_jalkipuinti_tehokas_menetelma.
- Euroopan työterveys- ja työturvallisuusvirasto 2018. Psykososiaaliset riskit ja stressi työssä. Viitattu 17.6.2018. <https://osha.europa.eu/fi/themes/psychosocial-risks-and-stress>.
- Hankonen, R. 2016. Työväkivaltaa voi hallita – Tutkijat löysivät 12 keinoa. *Tehylehti* 18.11.2016. Viitattu 17.6.2018. <https://www.tehylehti.fi/fi/uutiset/tyovakivaltaa-voi-hallita-tutkijat-loysivat-12-keinoa>.
- Hanson, G.C., Perrin, N.A., Moss, H., Laharnar, N. & Glass, N. 2015 Workplace violence against homecare workers and its relationship with workers health outcomes: a cross-sectional study. *BMC Public Health*. Viitattu 17.6.2018. <https://doi.org/10.1186/s12889-014-1340-7>.
- Heale, R. & Twycross, A. 2017. What is a case study? *BMJ Journal. Evidence-Based Nursing*. Volume 21, issue 1. Viitattu 9.11.2018. <http://dx.doi.org/10.1136/eb-2017-102845>
- Hedrenius, S. & Johansson, S. 2016. Kriisituki. Ensiapua onnettomuuksien, katastrofien ja järkyttävien tapahtumien käsittelyyn. Helsinki: Tietosanoma.
- Helelä, L. 2004. Väkivaltatilanteen jälkihoito: debriefing ja traumojen hoitaminen tapausesimerkin valossa. *Työterveyslääkäri* 2004;22(3):319-323.
- Hintikka, S. 2011. Rikoksen uhrin käsikirja. Kjällman, P. (Toim.) Jyväskylä: PS-kustannus.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Huttunen, M. 2017a. Tietoa potilaalle: akuutti stressireaktio. Lääkärikirja *Duodecim*. Viitattu 27.5.2018. http://www.terveysportti.fi.ez.lapinamk.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00855&p_haku=akuutti%20kriisi.

- Huttunen, M. 2017b. Traumaperäinen stressihäiriö. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 12.6.2018. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00526.
- Häläri. Häätäkeskustoiminnan asiantuntijalehti 2016. Viitattu 16.8.2018. http://www.112.fi/halari/10/0/kolahtiko_pomminpurkamisen_tarkea_rooli_haatakeskuspaivystajan_tyossa_67617.
- Kanel, K. 2007. A guide to crisis intervention. Third edition. USA, Belmont: Brooks/Cole.
- Kerr, K., Oram, J., Tinson, H. & Shum, D. 2017. Health Care Workers' Experiences of Aggression. Arch Psychiatr Nurs. 2017 Oct;31(5):457-462. Viitattu 17.6.2018. Doi: 10.1016/j.apnu.2017.06.011.
- Kokemuskouluttajat 2017. Defusing-purkukeskustelu. Viitattu 16.8.2018. <http://kapy.fi/wp-content/uploads/2017/01/Defusing-purkukeskustelu.pdf>.
- Legg, T.J. 2017 Acute Stress Disorder. Healthline Media. Viitattu 27.5.2018 <https://www.healthline.com/health/acute-stress-disorder>.
- Leino, T. 2013. Work-related violence and its associations with psychological health: a study of Finnish police patrol officers and security guards. Finnish institute of occupational health. Väitöskirja. Helsinki.
- Luoto, R 2009. Kyselytutkimuksen suunnittelu. Tutkimus ja opetus. Duodecim 2009; 125:1647–53. Viitattu 16.8.2018. <https://duodecim-lehti.fi/api/pdf/duo98221>.
- Mikkola, R. 2013. Henkilökunnan kokema pelko ja selviytymiskeinot ensiapupoliklinikalla. Malli pelosta selviytymisestä. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto.
- Mitchell, J. 2009. Critical Incident Stress Debriefing. Viitattu 30.5.2018. <http://www.info-trauma.org/flash/media-e/mitchellCriticalIncidentStressDebriefing.pdf>.
- Ojansalo, K., Moilanen, T. & Ritalahti, J. 2015. Kehittämistyön menetelmät. Uudenlaista osaamista liiketoimintaa. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Pasternack, I. 2004. Psykologinen jälkipuinti eli debriefing – kiistanalainen käytäntö edelleen. Työterveyslääkäri 2004;22(3):324-325.
- Piispa, M. & Hulkko, L. 2009. Työväkivalta on yleistä terveys- ja sosiaalialojen ammattiteissa. Tilastokeskuksen hyvinvointikatsaus 3/2009.
- Piispa, M. & Hulkko, L. 2010. Työväkivallan riskiammatit. Työturvallisuuskeskuksen julkaisu 1/2010. Viitattu 16.5.2018 https://ttk.fi/files/1660/Tyovakivallan_riskiammatit.pdf

- Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2018. Turvallisesti työssä – Ohje uhka- ja väkivaltatilanteiden hallintaan. Työsuojeluohje.
- Rantaeskola, S., Hyyti, J., Kauppila, J. & Koskelainen, M. 2014. Haastavat asiakastilanteet: väkivalta työssä. Helsinki: Talentum.
- Rautjärvi, L. 2004. Työväkivallan tunnistaminen ja hallinta. Työterveyslääkäri 2004; 22 (3): 304-308.
- Rikoksantorjuntaneuvosto 2014. Väkivallan vähentäminen. Työpaikkaväkivalta. Viitattu 13.5.2018. <http://www.vakivallanvahentaminen.fi/fi/index/vakivallanmuotoja/tyopaikkavakivalta.html>.
- Rikosuhripäivystys. RIKU-Lehti 1/2016. Naiset kokevat selvästi enemmän työväkivaltaa. Viitattu 19.9.2018. <http://www.riku.fi/fi/riku-lehti/riku-lehti+12016/naiset+kokevat+selvasti+enemman+tyovakivaltaa/>.
- Roberts, N. P., Kitchiner, N. J., Kenardy, J. & Bisson, J. I. 2009. Multiple session early psychological interventions for the prevention of post-traumatic stress disorder. Cochrane Library. Viitattu 1.10.2018. <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD006869.pub2/full?highlightAbstract=debriefing&highlightAbstract=debrief>
- Ross-Adjie, G.M., Leslie, G. & Gillman, L. 2007. Occupational stress in the ED: What matters to nurses? Australasian Emergency Care. Volume 10, Issue 3, Pages 117–123. Viitattu 16.10.2018. <https://doi.org/10.1016/j.aenj.2007.05.005>
- Saarela, K. 2011. Uhka- ja väkivaltatilanteet työssä. Työsuojelun perusteet. Duodecim. Koulun terveyskirjasto. Viitattu 17.6.2018. <https://www.koulunterveyskirjasto.fi/aihe/opettajalle-ja-opiskeluhuollolle/tyosuojelun-perusteet/typ00021>.
- Saari, S. 2000. Kuin salama kirkkaalta taivaalta. Kriisit ja niistä selviytyminen. Helsinki: Otava.
- Saari, S. & Hynninen, T. 2010. Kuvaus Suomessa tehtävästä psykologisesta auttamisesta akuuteissa kriiseissä ja traumaattisissa tilanteissa. Psykologin työ akuuteissa kriiseissä – suositus hyvistä käytännöistä. Suomen psykologiliiton ja Suomen psykologisen seuran tieteellinen neuvottelukunta. Viitattu 10.10.2018. http://www.psyli.fi/files/1015/Kriisityo_suositus_2010.pdf.
- Saari, S. 2013. Kriisistä Kriisiin 20 vuotta. Katsaus psykologien valmiusryhmän historiaan. Punainen Risti. Haaparanta, M.L & Korpela, T. (Toim.)
- Saari, S. 2015. Millaista on eettisesti kestävä kriisityö. Avoin eettinen foorumi 23.5.2018. Viitattu 11.10.2018 <https://www.avoineettinenfoorumi.fi/images/phocagallery/Kriisityo/Eettisesti%20kestav%20kriisityo%20-%20Salli%20Saari%20-%20%2023.3.2015%20-%20pdf.pdf>.
- Shapiro, J., Boyle, M.J. & McKenna, L. 2018. Midwifery student reactions to workplace violence. Woman and Birth. Volume 31, Issue 1, e67-e71. Viitattu 16.10.2018. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2017.06.020>.

- Soisalo, R. 2011. Väkivallan preventio sosiaali- ja terveysalalla. Helsinki: Suomen Psykologinen Instituuttijhdistys.
- Sundell, L. 2014. Työkaverina pelko. Väkivaltariskien ennakointi ja hallinta. Jyväskylä: PS-kustannus.
- Suomen lähi- ja perushoitajaliitto Super 2016. ”Jos minä kuitenkin jaksan”. Selvitys lähi- ja perushoitajien kokemasta työkuormasta. Helsinki.
- Strömman, M., Kuitunen, M., Unhola, A. & Hirvonen, N. 2018. Suomen punainen risti. Opas ensiapuryhmille. Käytännön ohjeita ja tukea ensiapupäivystykseen ja hälytysryhmätoimintaan.
- Tarnanen, K., Ponteva, M. & Laukkala, T. 2016. Traumaperäiset stressireaktiot ja -häiriöt. Käyvän hoidon potilasversiot. Duodecim.
- Tehy 2018. Älä riko hoitajaasi – Työsuojelun seminaari 29.10.2018. Viitattu 9.11.2018. <https://www.tehy.fi/fi/ajankohtaista/seuraa-verkosta-ala-riko-hoitajaasi-seminaaria>.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2018. Mikä selittää hoitajiin kohdistuvaa väkivaltaa vanhustenhuollossa. Tutkimuksesta tiiviisti 9. Huhtikuu 2018.
- Terveyskylä s.a. Kriisireaktion vaiheet. Viitattu 11.10.2018. <https://www.terveyskyla.fi/harvinaissairaudet/itsehoito/sairaus-sai-nimen/kriisireaktion-vaiheet>.
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Viitattu 23.5.2018. http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf.
- Työ- ja elinkeinoministeriö 2017. Työolobarometri 2016. Ennakkotiedot, syksy 2016. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja 10/2017.
- Työsuojeluhallinto 2018. Väkivallan uhka. Viitattu 19.9.2018. <https://www.tyosuojelu.fi/tyoolot/vakivallan-uhka>.
- Työsuojeluhallinto 2013. Väkivallan uhka työssä. Työsuojeluoppaita ja -ohjeita 46. Aluehallintovirasto. Tampere.
- Työturvallisuuslaki 23.8.2002/738
- Valtioneuvoston asetus hyvän työterveyshuoltokäytännön periaatteista, työterveyshuollon sisällöstä, sekä ammattihenkilöiden ja asiantuntijoiden koulutuksesta 10.10.2013/708
- Wahlbeck, K. 2014. Traumaperäisen stressihäiriön ehkäisy. Psykologinen jälkipuinti ei ehkäise traumaperäistä stressihäiriötä (PTSD). Suomalainen lääkäri-seura Duodecim. Käypä hoito. Viitattu 1.10.2018. <http://www.kaypa-hoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus;jsessionid=068C29CB74ECBF409CAB1FD03CD9D1CD?id=nak06920>.
- World Health Organization 2018. Definition and typology of violence. Viitattu 13.5.2018. <http://www.who.int/violenceprevention/approach/definition/en/>

Yehuda, R., Hoge, C.W., McFarlane, A.C., Vermetten, E., Lanius, R.A., Nievergelt, C.M., Hobfoll, S.E., Koenen, K.C., Neylan, T.C. & Hyman, S.E. 2015. Post-traumatic stress disorder. *Nature Reviews Disease Primers* volume 1, Article number: 15057.

LIITTEET

- Liite 1. Tutkimuslupa
- Liite 2. Saatekirje
- Liite 3. Henkilökunnan kysely
- Liite 4. Esimiesten kysely
- Liite 5. Ohje uhka- ja väkivaltatilanteiden käsittelyyn

LIITE 1 Tutkimuslupa

TUTKIMUKSEN TIEDOT	
<input checked="" type="checkbox"/> Uusi hakemus <input type="checkbox"/> Jatkoaika aiemmalle tutkimukselle <input type="checkbox"/> Muutos aiempaan hakemukseen, mikä	
Tutkimuksen lyhyt nimi <i>Uhka- ja väkivaltatilanteiden käsittely työyhteisössä</i>	
Tutkimusdiarinumero	<i>86/2018</i>
Pääkaavanumero <i>900</i> (kts. ohje)	
Tutkimuksen luonteen määrittely (alihakusana, voi valita useita)	
<input type="checkbox"/> Tilaustutkimus <input type="checkbox"/> Lääketutkimus, Eudra CT-numero <input type="checkbox"/> Laitetutkimus <input type="checkbox"/> Rekisteritutkimus <input type="checkbox"/> Hoitomenetelmävertailututkimus <input type="checkbox"/> Kudostutkimus <input type="checkbox"/> Alkio- tai sikiötutkimus <input type="checkbox"/> Translationaalinen tutkimus <input type="checkbox"/> Terveyspalvelujärjestelmän toimintaa, kehittämistä ja vaikuttavuutta koskeva tutkimus <input checked="" type="checkbox"/> Muu tutkimus	
Opinnäyte	
<input type="checkbox"/> Väitöskirja <input type="checkbox"/> Pro gradu <input type="checkbox"/> Lisensiaattitutkimus <input type="checkbox"/> Syventävä työ <input type="checkbox"/> AMK opinnäytetyö <input checked="" type="checkbox"/> YAMK opinnäytetyö <input type="checkbox"/> Muu, mikä:	
Tutkimuksen vastuhenkilö PPSHP:ssä	
Muut tutkimusryhmän jäsenet (nimi, vastuualue)	
Opinnäytetyön tekijä(t) (nimi, vastuualue)	<i>Valdanan Katja</i>
Tutkimuspaikat	
PPSHP:n ulkopuoliset tutkimuspaikat	
Tutkimuksen toteutusaika ja tutkimusluvan voimassaoloaika	<i>1.4.2018 - 31.12.2018</i> (Lupa myönnetään pääsääntöisesti enintään viideksi vuodeksi)
Tutkimuksen kustannukset	<input type="checkbox"/> Tutkimus aiheuttaa PPSHP:lle kustannuksia (laboratorio, kuvantaminen, yms.). Arvio vuosittaisista kustannuksista (selvitys tutkimussuunnitelmaan tai liitteeksi): <input checked="" type="checkbox"/> Tutkimuksesta ei aiheudu sairaanhoitopiirille ylimääräisiä kustannuksia
Tutkimuksen rahoitussuunnitelma	<input type="checkbox"/> VTR, projektinumero (yleensä K): <input type="checkbox"/> Kaupallinen tutkimus projektinumero (yleensä T): , sopimusnumero: <input type="checkbox"/> Muu rahoittaja, mikä:
Ulkopuolisen tutkimusrahoituksen hallinnointi	<input type="checkbox"/> PPSHP <input type="checkbox"/> Pohjois-Suomen terveydenhuollon tukisäätiö (Terttu) <input type="checkbox"/> Oulun yliopisto <input type="checkbox"/> Muu taho, mikä:



Muut tarvittavat viranomaisluvut tai lausunnot

- Eettinen toimikunta Fimea Valvira (kudosluvut) Valvira (laitetutkimukset) THL
 PPSHP rekisteritutkimuslupa PPSHP rekisteritutkimuslupa; ilmoitusvelvollisuus Tietosuojavaltuutetun toimistoon
 Muu, mikä:

LUVAN HAKIJAN TIEDOT JA ALLEKIRJOITUSNimi: *Valtanen Katja*

Päiväys ja luvanhakijan/vastuuhenkilön allekirjoitus:

9.4.2018 *Katja Valtanen*

Allekirjoituksellani sitoudun omasta ja tutkimusryhmän puolesta noudattamaan PPSHP:n ohjeistusta sekä hyvää tutkimustapaa ja tieteellistä käytäntöä. Olen informoinut asianosaiset ja esimiehet ja sopinut resurssien käytöstä.

LIITTEET

- Tutkimussuunnitelma
 Tiedote ja suostumus tutkittavalle
 Rekisteriseloste
 Kustannuserittely
 Tutkimussopimus ja/tai rahoituspäätös
 Muu, mikä:

*Toimeksiantosopimus***Viranomaisluvut/lausunnot:**

- Eettisen toimikunnan puoltava lausunto
 Fimean käsittelyilmoitus
 Valviran lupa
 THL:n lupa
 Muu viranomainen, mikä:

VASTUUALUEEN JOHTAJIEN / YLIHOITAJIEN KANNANOTTO (yksi tai useampia kukin omalta alueeltaan) Puollan hakemusta En puolla hakemusta (hakemus esitetään siitä huolimatta päättäjälle)

Päivämäärä

Allekirjoitus

*9.4.18***PÄÄTÖS (yksi seuraavista: Johtajaylilääkäri, hallintoylihoitaja, tulosalueen johtaja, tulosalueen ylihoitaja)**

- Lupa myönnetään hakemuksen mukaisesti
 Lupa myönnetään seuraavin korjauksin/ehdoin
 Hakemus hylätään, miksi

Päivämäärä

Allekirjoitus

13.4.2018

LIITE 2 Saatekirje

Arvon hoitotyönammattilaiset ja esimiehet!

Opiskelen Lapin ammattikorkeakoulussa. Kyseessä on ylempi ammattikorkeakoulututkinto, koulutusohjelma on terveyden edistäminen.

Opintoihini kuuluu opinnäytetyö, johon olen saanut luvan Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiriltä. Opinnäytetyöni aiheena on uhka- ja väkivaltatilanteiden jälkipuinti hoitohenkilökunnan ja heidän lähiesimiestensä näkökulmasta.

Pyytäisin teitä ystävällisesti vastaamaan tähän kyselyyn, jolla selvitä teidän näkemyksiänne uhka- ja väkivaltatilanteiden jälkipuinnista. Kyselyssä ei missään vaiheessa tule esiin henkilötietonne eikä mitään sellaista, joista yksittäisen vastaajan voisi tunnistaa. Kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista eikä velvoita teitä mihinkään. Kaikki vastaukset käsitellään luottamuksellisesti.

Kyselyyn vastaaminen vie teiltä aikaa noin 20min.

Ystävällisin terveisin

Katja Valkonen

LIITE 3 Hoitohenkilökunnalle osoitettu kysely

Uhka- ja väkivaltatilanteiden käsittely

1. Oletko kokenut nykyisessä työssäsi uhka- ja väkivaltatilanteita?

- KYLLÄ
- EI

2. Jos vastasit KYLLÄ, minkälaisia tunteita se sinussa herätti?

3. Minkälaisia uhka- ja väkivaltatilanteita kohdallesi on sattunut? (voit valita useamman.)

- Lyöminen ja potkiminen
- Kiinnitarraaminen/raapiminen
- Sanallinen uhkailu
- Tavaroilla heittäminen
- Seksuaalinen häirintä
- Joku muu väkivallan muoto, mikä?

4. Onko sinulle tarjottu mahdollisuutta jälkipuintiin uhka- ja väkivaltatilanteen jälkeen?

- KYLLÄ
- EI

5. Järjestettiinkö kohdallesi sattuneen uhka- ja väkivaltatilanteen jälkeen jälkipuintia?

- KYLLÄ
- EI

6. Jos vastasit KYLLÄ, kerro mikä siinä oli hyvää ja mikä huonoa? Oliko jälkipuinnissa mielestäsi jotain parannettavaa?

7. Jos vastasit EI, olisitko kaivannut jälkipuintia?

- KYLLÄ
- EI

8. Tiedätkö, minkälaista apua PPSHP:n työntekijöille on tarjolla uhka- ja väkivaltatilanteiden jälkeen?

- KYLLÄ
- EN

9. Onko uhka- ja väkivaltatilanteiden jälkeinen jälkipuinti mielestäsi tärkeää?

- KYLLÄ
- EI

10. Jos osallistuisit uhka- ja väkivaltatilanteen jälkeen jälkipuintiin, keitä mielestäsi tulisi olla paikalla?

11. Jos osallistuisit uhka- ja väkivaltatilanteen jälkeen jälkipuintiin, minkälaisen mielestäsi tulisi olla?

LIITE 4 Esimiehille osoitettu kysely

***Uhka- ja väkivaltatilanteiden käsittely
(Esimiehet)***

1. Kuinka paljon sinulle tulee ilmoituksia uhka- ja väkivaltatilanteista vuodessa? *

- Alle kymmenen
- 10-20
- 20-30
- 30-40
- 40-50
- Yli 50

2. Oletko osallistunut esimiehen roolissa uhka- ja väkivaltatilanteiden jälkeiseen jälkipuintiin? *

- KYLLÄ
- EN

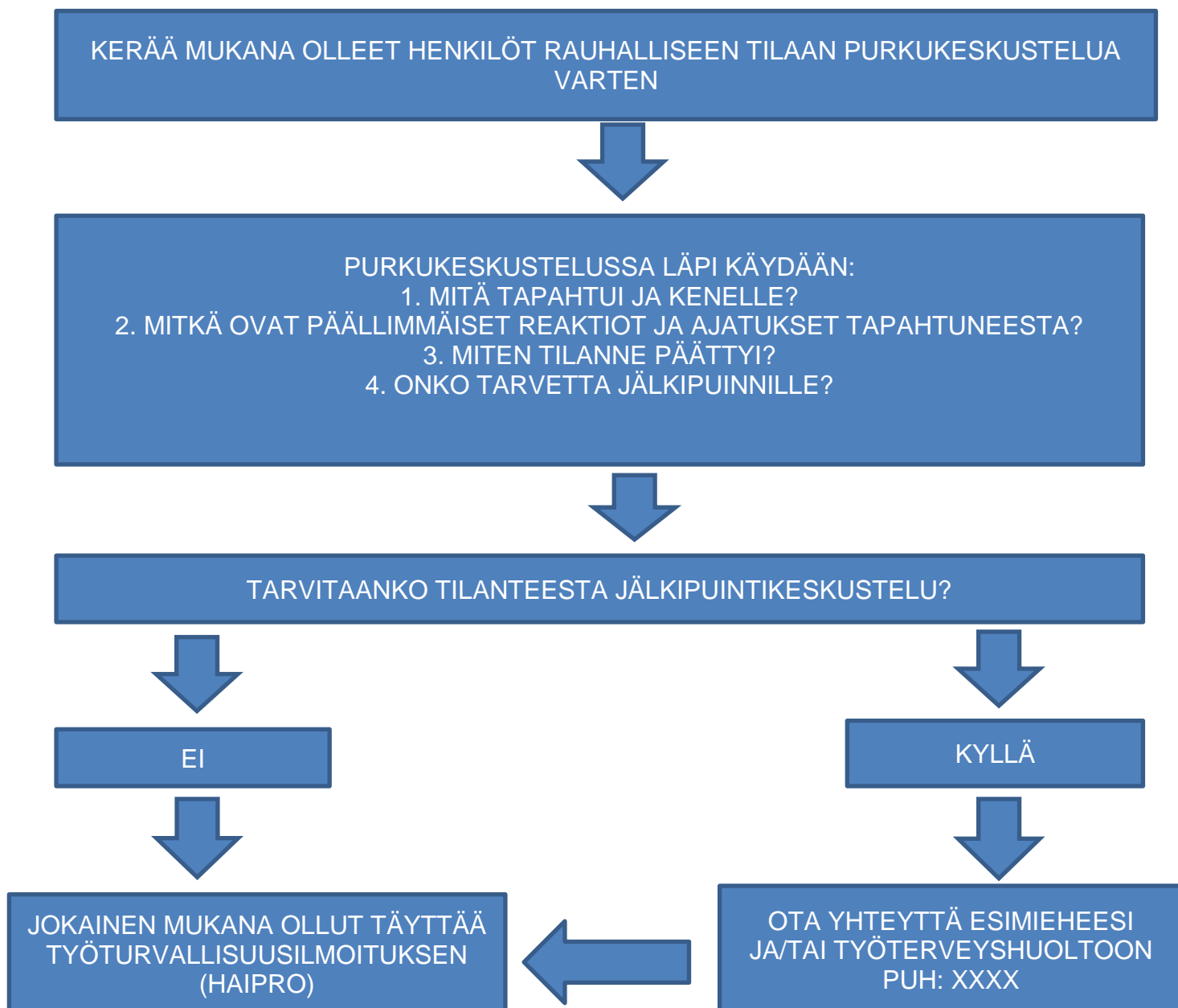
3. Jos vastasit edelliseen kysymykseen kyllä, kerro, mikä siinä oli hyvää ja mikä huonoa? Oliko tilaisuudessa jotain parannettavaa?

4. Minkälaista jälkipuintia toivoisit uhka- ja väkivaltatilanteiden jälkeen? -Kerro esim.: Keitä tulisi olla paikalla? Tulisiko jälkipuinnin tapahtua yksilöllisesti vai ryhmässä? Kuinka nopeasti jälkipuinti tulisi saada järjestettyä? *

5. Minkälaisia toiveita sinulla on uhka- ja väkivaltatilanteiden jälkipuintiin? esim. Toiveita työntekijöille, työterveyshuoltoon tai työsuojeluun? *

LIITE 5 Ohje uhka- ja väkivaltatilanteiden käsittelyyn

UHKA- JA VÄKIVALTATILANTEEN JÄLKEEN



PURKUKESKUSTELU JÄRJESTETÄÄN OMAN TYÖYHTEISÖN VOIMIN SYSTEMAATTISESTI HETI UHKA- JA VÄKIVALTATILANTEEN JÄLKEEN. LÄHIESIMIES TAI VUOROVASTAAVA HUOLEHTII SIITÄ, ETTÄ VÄLITÖN PURKUKESKUSTELU TOTEUTUU KAIKKIEN TAPAHTUMASSA MUKANA OLLEIDEN OSALTA.

JÄLKIPUINTEIKESKUSTELUN TOTEUTTAA TYÖTERVEYSHUOLTO ESIMIEHEN YHTEYDENOTTOON PERUSTUEN. JÄLKIPUINTEIKESKUSTELU PYRITÄÄN JÄRJESTÄMÄÄN 1-5 VUOROKAUDEN KULUESSA. YKSILÖLLINEN TUKI JÄRJESTETÄÄN YHTEISTYÖSSÄ TYÖTERVEYSHUOLTON KANSSA JÄLKIPUINTEIKESKUSTELUSSA ESILLE TULLEIDEN TARPEIDEN MUKAISESTI. (PPSHP 2018.)