



Satakunnan ammattikorkeakoulu
Satakunta University of Applied Sciences

RIA AHTO

Uhkaavan ja aggressiivisen asiakastilanteen riskit ja niiden hallinta

TERVEYDEN EDISTÄMISEN KOULUTUSOHJELMA
YLEMPI AMK 2021

Tekijä Ahto, Ria	Julkaisun laji Opinnäytetyö, ylempi AMK	Päivämäärä Toukokuu 2021
	Sivumäärä 40	Julkaisun kieli Suomi
Julkaisun nimi Uhkaavan ja aggressiivisen asiakastilanteen riskit ja niiden hallinta		
Tutkinto-ohjelma Terveyden edistämisen koulutusohjelma, ylempi AMK		
<p>Tiivistelmä</p> <p>Hoitoalan ammatit lukeutuvat työväkivallan riskiammatteihin. Sosiaali- ja terveysalalla työntekijät ovat läheisessä kontaktissa potilaiden, asiakkaiden ja näiden omaisten kanssa. Tämä mahdollistaa tilanteet, joissa riski joutua väkivaltaisen käyttäytymisen kohteeksi tai kokea uhkaavaa käyttäytymistä lisääntyvät. Väkivalta voi vaikuttaa merkittävästi hoitotyöntekijän työssä pysymiseen, hyvinvointiin, sekä potilaan hoitoon. Sanallinen ja fyysinen väkivalta hoitotyöntekijää kohtaan ovat yhteydessä hoitajan kokemaan työstressiin.</p> <p>Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää kyselytutkimuksen avulla hoitajien ja lääkärien kokeman uhkaavien ja aggressiivisten tilanteiden määrää ja laatua sekä saada käsitys, aiheesta annetun koulutuksen, hyödyllisyydestä. Tavoitteena oli lisätä koulutuksen avulla, yksityisen lääkärikeskuksen hoitohenkilökunnan tietoja ja valmiuksia työturvallisuuteen liittyen sekä tuottaa tietoa henkilökunnan kokemasta työturvallisuudesta työyhteisössä. Opinnäytetyön kehittämismenetelmänä käytettiin kehittämistutkimusta ja siihen yhdistettyä kyselytutkimusta. Interventiona opinnäytetyössä käytettiin koulutusta ja siihen liittyvää tarkistuslistaa. Koulutus on osallistava ja käytännönläheinen menetelmä, jolla saatiin mahdollisimman moni työyhteisön jäsen osallistumaan opinnäytetyöhön. Tarkistuslista loi mahdollisuuden henkilökunnan jatkokeskusteluille.</p> <p>Kyselytutkimuksen tulokset osoittivat, että henkilökunnalle annettu koulutus ja tarkistuslista koettiin hyödylliseksi. Tulokset tukivat kirjallisuuskatsauksen tuloksia, joissa merkittävimmäksi keinoksi vähentää henkilökunnan kokemaa väkivaltaa työpaikoilla oli hoitohenkilökunnalle tarjottu koulutus. Kyselyyn osallistuneista vastaajista lähes puolet oli kohdannut työssään uhka- ja väkivaltatilanteita, jotka olivat aiheuttaneet vastaajille ahdistusta ja stressiä. Henkilökunta koki vahvasti tarvetta saada lisää koulutusta työturvallisuudesta.</p>		
Asiasanat väkivalta, aggressio ja aggressiivinen käyttäytyminen, riskien tunnistaminen		

Author Ahto, Ria	Type of Publication Master's thesis	Date May 2021
	Number of pages 40	Language of publication: Finnish
Title of publication Risks and management of a threatening and aggressive customer situation		
Degree program Degree Programmlein Health Promotion, Master's Degree		
<p>Summary</p> <p>Nursing professions are at risk of labour violence. In the health and social care sector, employees are in close contact with customers, patients and their relatives. This allows for situations where the risk of being subjected to violent behaviour or experiencing threatening behavior increases. Violence has a significant impact on the well-being of the care worker, staying in work and treating the patient. Physical and verbal violence against a care worker is linked to the stress experienced by the care worker.</p> <p>The purpose of this thesis was to use the survey to determine the number and quality of threatening and aggressive situations experienced by nurses and doctors and to gain an understanding of the usefulness of the training provided on the subject. The aim was to increase the knowledge and capacity of the medical centre's nursing staff in relation to occupational safety through training, and to provide information on the occupational safety experienced by the staff in the work community. Development research and the related survey were used as the development method for the thesis. As an intervention in the thesis, training and the related checklist were used. Education is an inclusive and practical method that brought as many members of the work community as possible into the thesis. The cheklist creates an opportunity for further discussions by the staff.</p> <p>The results of the survey showed that the training and checklist provided to staff was found useful. The results supported the results of the Literature Review, where the most significant way of reducing violence experienced by staff in the workplace was the training offered to nursing staff. Nearly one-half of the respondents surveyed had encountered threats and violence situations in their work that had caused the respondents anxiety and stress. The staff felt strongly needed to receive more training on occupational safety.</p>		
<p><u>Key words</u></p> <p>violence, aggression and aggressive behavior, risk identification</p>		

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	5
2 KEHITTÄMISTYÖN TOIMINTAYMPÄRISTÖ JA TAUSTAA	6
3 KEHITTÄMISTYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET	7
4 KESKEISET KÄSITTEET	8
4.1 Väkiältä	8
4.2 Aggressio ja aggressiivinen käyttäytyminen	9
4.3 Riskien tunnistaminen	11
5 KIRJALLISUUSKATSAUS UHKAAVAN ASIAKASTILANTEEN RISKEISTÄ JA NIIDEN HALLINNASTA	13
5.1 Kirjallisuuskatsauksen toteutus ja aineisto	13
5.2 Hoitotyöntekijöihin kohdistuvien väkivaltatilanteiden aiheuttajat ja väkivaltatilanteiden syntyyn myötävaikuttaneet tekijä	14
5.3 Väkivallan vaikutus hoitotyöntekijöihin	15
5.4 Keinot väkivaltatilanteiden ja väkivallan uhan vähentämiseksi	16
6 KEHITTÄMISTYÖN MENETELMÄT JA TOTEUTUS	17
6.1 Tutkimuksellinen kehittämistoiminta	17
6.2 Työyhteisössä toteutettava kehittämistutkimus	19
6.3 Tarkistuslista	20
6.4 Henkilökunnan turvakoulutus	21
6.4.1 Vuorovaikutus ja viestintä	23
6.5 Kysely henkilökunnalle	24
6.6 Aineiston keruu ja analysointi	25
7 KEHITTÄMISTYÖN TULOKSET	28
7.1 Uhkaavien tilanteiden määrä, laatu ja seuraukset	28
7.2 Henkilökunnan koulutustarpeet sekä koettu työturvallisuus	32
7.3 Miten henkilökunta arvioi saamaansa koulutusta?	34
8 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET	35
8.1 Keskeisten tulosten pohdinta ja johtopäätökset	35
8.2 Tutkimuksen Eettisyys ja luotettavuus	38
LÄHTEET	
LIITTEET	

1 JOHDANTO

Hoitoalan ammatit luetaan työväkivallan riskiammattiteihin. Sosiaali- ja terveysalan työntekijät ovat päivittäin tekemisissä potilaiden, asiakkaiden ja näiden omaisten kanssa. Nämä läheiset kontaktit mahdollistavat tilanteet, joissa riski joutua väkivaltaisen käyttäytymisen kohteeksi tai kokea uhkaavaa käyttäytymistä lisääntyvät. Terveystieteiden tutkimusten mukaan terveydenhuollon asiakkaat ovat aina vaativampia tarjotun palvelun suhteen. Kansalaisten individualismi ja tiedot korostuvat enenevästi terveydenhuollon asiakas kohtaamisessa. (Soisalo 2011, 11-15.) Väkivaltatilanteiden on todettu olevan yleisempiä terveydenhoitoalalla kuin muilla toimialoilla. Tähän vaikuttaa päihteiden lisääntynyt käyttö yhteiskunnassa ja tämän myötä muuttunut asiakaskunta. Nykyään suurempi osa terveydenhuollon asiakkaista on päihteiden käyttäjiä. (Parantainen & Soini 2011, 11.) Tehyn järjestötutkimus osoittaa, että sen jäsenistä 31 % on kokenut työssään jonkinlaista väkivaltaa. Väkivallalla uhkailua oli kokenut 28 % jäsenistä ja seksuaalista häirintää oli kokenut jäsenistöstä 10 %. Terveys- ja sosiaalialan henkilöstö oli työolotutkimusten mukaan eniten kuormittuneita henkisen paineen osalta. (Ojanperä 2018, 3-4.)

Hoitotyöntekijöihin kohdistuvia väkivaltatilanteita on tutkittu ulkomailta runsaasti esim. Adams ym. 2013, Berlanda ym. 2019, Casey 2019 ja Alsaker ym. 2015. Niissä on todettu, että sanallinen ja fyysinen väkivalta on yleistä terveydenhuollon alalla. Väkivaltaan ja uhkaaviin tilanteisiin on monia altistavia tekijöitä, eikä hoitajilla ja lääkäreillä ole riittävää koulutusta kohdata näitä tilanteita asiakas- ja hoitotilanteissa. (Ahto 2019, 15-17.)

Lisää tutkimusta terveydenhuollon ammattilaisiin kohdistuvista uhkaavista ja aggressiivisista tilanteista tarvitaan, jotta niihin liittyviä riskejä voidaan tunnistaa ja ennalta ehkäistä mahdollisimman paljon. Tarvitsemme myös tietoa miten uhkaaviin tilanteisiin joutuminen vaikuttaa hoitotyön ammattilaisten

työhyvinvointiin. Miten tällaisessa tilanteissa tulisi toimia ja miten se tulisi käsitellä työyhteisössä sekä tietoa siitä kokevatko hoitajat ja lääkärit saavansa riittävästi tukea ja koulutusta selviytyäkseen uhkaavassa ja aggressiivisessa hoito- ja asiakastilanteessa.

Tämä kehittämistyö toteutetaan opinnäytetyönä Satakunnan ammattikorkeakoulun ylemmän ammattikorkeakoulun Terveiden edistämisen koulutusohjelmassa. Kehittämistyön tarkoituksena on selvittää kehittämistutkimuksen ja siihen yhdistyvän kyselytutkimuksen avulla hoitohenkilökunnan kokeman uhkaavien ja aggressiivisten tilanteiden määrää ja laatua sekä saada käsitys, aiheesta annetun koulutuksen, hyödyllisyydestä. Tavoitteena on lisätä koulutuksen avulla, yksityisessä terveystalvissa tuottavassa yrityksessä työskentelevän hoitohenkilökunnan tietoja ja valmiuksia työturvallisuuteen liittyen. Lisäksi tavoitteena on tuottaa tutkittua tietoa henkilökunnan kokemasta työturvallisuudesta työyhteisössä, organisaation johdon käyttöön

2 KEHITTÄMISTYÖN TOIMINTAYMPÄRISTÖ JA TAUSTAA

Terveystalvhuollon henkilöstö kohtaa päivittäin fyysistä ja henkistä väkivaltaa tai sen uhkaa asiakkailta. Työpaikalla tapahtuneesta väkivallasta tulisi ilmoittaa työnantajalle, työterveyshuoltoon, työsuojeluun tai tarvittaessa tehdä rikosilmoitus. Työnantajalta tulee löytyä selkeät toimintaohjeet, kuinka väkivaltaa ennaltaehkäistään. Työnantajan tulee myös ohjeistaa henkilökuntaansa, kuinka väkivaltatilanteissa toimitaan. (Tehyn www-sivut 2019.)

Tarve kehittämistyölle nousee hoitotyöntekijöiden työturvallisuuden parantamisesta. Väkivalta vaikuttaa merkittävästi hoitotyöntekijän hyvinvointiin, työssä pysymiseen sekä potilaan hoitoon. Fyysinen ja sanallinen väkivalta hoitotyöntekijää kohtaan ovat yhteydessä hoitajan kokemaan työstressiin. (Rantaeskola ym. 2015, 6-7.) Näin ollen, on tärkeää, että työyhteisöissä havaitaan ja

tunnistetaan uhkaavan käyttäytymisen riskit, tiedostetaan väkivaltatilanteiden aiheuttamat seuraukset ja etsitään keinoja niiden hallintaan.

Kehittämistyö toteutetaan yksityisen terveystalouden tuottavan yrityksen kahdessa eri lääkärikeskuksessa toimivalle henkilöstölle. Yritys on arvostettu ja tunnettu yksityinen sosiaali- ja terveystalouden tuottaja Suomessa. Se tarjoaa monipuoliset ja kokonaisvaltaiset palvelut yksityis-, yritys- ja kunta-asiakkaille. Kehittämistyön kohteena olevat yksiköt tarjoavat asiakkailleen yksityiset terveystaloudet, lääkäripalvelut, diagnostiikkaa, leikkauksia, suun terveydenhoitoa ja työelämäpalveluja. Yhteensä yksiköt työllistävät n. 70 vakituista työntekijää ja ammatinharjoittajaa. Henkilökuntaan kuuluu, lääkäreitä, fysioterapeutteja, psykologeja, hoitajia ja asiakaspalvelijoita.

3 KEHITTÄMISTYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Kehittämistyön tarkoituksena on selvittää kyselytutkimuksen avulla hoitajien ja lääkäreiden kokeman uhkaavien ja aggressiivisten tilanteiden määrää ja laatua sekä saada käsitys, aiheesta annetun koulutuksen, hyödyllisyydestä.

Tarkoituksena on myös selvittää hoitohenkilökunnan kokemaa tarvetta, saada lisäkoulutusta aiheesta. Kyselyn tuloksia tullaan vertailemaan myös aiempiin tutkimustuloksiin (kirjallisuuskatsaus), tarkoituksena selvittää, mukailevatko nyt saadut tulokset aiempia tutkimustuloksia hoitohenkilökunnalle annetun koulutuksen suhteen.

Tutkimus ja kehittämistehtävän tavoitteena on

1. Lisätä koulutuksen avulla, yksityisessä terveystaloudessa tuottavassa yrityksessä työskentelevien hoitajien ja lääkäreiden tietoja ja valmiuksia työturvallisuuteen liittyen, sekä saada heidät pohtimaan omaa ja asiakkaiden käyttäytymistä hoitotilanteissa ja asiakaspalvelussa.

2. Tuottaa tutkittua tietoa henkilökunnan kokemasta työturvallisuudesta työyhteisössä, organisaation johdon käyttöön.

Tässä opinnäytetyössä käytetään nimitystä kehittämistyö. Sen synonyymeina voivat olla esimerkiksi, kehittämishanke, projekti, hanke, kehittämisprojekti tai pilotti. Tavoitteena on kertaluontoinen, määräaikainen ja tavoitteellinen tehtäväkokonaisuus, jossa pyritään luomaan uudenlainen palvelu, toimintatapa tai muu tuote. (Paasivaara, Suhonen & Virtanen 2011, 18-19.)

4 KESKEISET KÄSITTEET

Tutkimukset osoittavat, että fyysinen ja henkinen väkivalta sekä niiden uhka ovat työpaikoilla hälyttävän yleisiä. Lähes joka kolmannella työpaikalla on esiintynyt fyysistä tai henkistä väkivaltaa viimeisen kolmen vuoden aikana. Terveystieteiden tutkimuskeskus saattaa kohdata päivittäin fyysistä ja henkistä väkivaltaa ja sen uhkaa asiakkailta. Nykyajan palvelun käyttäjät, potilaat ja asiakkaat ovat muuttuneet: on enemmän huumaavia aineita ja päihteitä. Lisäännytynyt henkilöstöpula tuo kiirettä ja painetta hoitohenkilökunnalle enenevästi. Asiakkaan kokemus riittämättömästä huomiosta voi johtaa pahimassa tapauksessa aggressiiviseen käyttäytymiseen hoitohenkilökuntaa kohtaan. (Tehyn www-sivut 2019.)

4.1 Väkivalta

Väkivallalla tarkoitetaan käytöstä, jolla pyritään tietoisesti vahingoittamaan toista ihmistä. Fyysinen väkivalta on voiman käyttämistä henkilöä tai ryhmää kohtaan. Se saattaa pahimmillaan aiheuttaa kohteelle henkisen, fyysisen tai seksuaalisen vamman. Tähän väkivaltatyyppeihin luetaan esimerkiksi sylkeminen, pureminen, potkiminen, lyöminen, kiinni pitäminen, läimäyttäminen, tuuppiminen, työntäminen ja nipistely. (Rantaeskolala ym. 2015, 6.) Väkivaltatilanteet voivat johtaa vakaviin fyysisiin vammoihin ja seurauksiin. Pahimmillaan väkivaltatilanne saattaa aiheuttaa kohteen kuoleman, mikäli tilanteeseen

tuodaan terä-, ampuma- tai lyömäase. (Saarela 2004, 95.) Kun väkivalta ei sisällä fyysistä voimankäyttöä puhutaan henkisestä väkivallasta. Näissä tilanteissa ihmistä tai ryhmää uhataan fyysisellä väkivallalla. Se sisältää uhkailua ja kiusaamista, sanallista loukkaamista ja häirintää. (Rantaeskola ym. 2015, 6.) Väkivallan ollessa henkistä eli psykologista siihen lukeutuvat halventavat käyttäytymistavat kuten huonommuuden tunteen aiheuttaminen, syyllistäminen, seurailu, kritisointi, kiroilu, huutaminen ja solvaaminen (Soisalo 2011, 18). Seksuaaliseen väkivaltaan voidaan lukea kaikki fyysiset ja verbaaliset tapahtumat ja käyttäytyminen, jotka perustuvat seksuaalisuuteen tai sukupuoleen (Soisalo 2011, 18, Ahto 2019, 4-5.)

Kun työntekijää on uhattu, vahingoitettu tai häntä vastaan on hyökätty niin, että hänen työhyvinvointinsa on heikentynyt voidaan tällaista tapahtumaa tai poikkeavaa käytöstä pitää työväkivaltana. (Rantaeskola ym. 2015, 6). Työpaikkaväkivallalle on kuvaavaa, että se käsittää seksuaalisia, verbaalisia, fyysisiä, psykologisia tai emotionaalisia aggression ilmaisuja. Näitä ilmaisuja esiintyy terveydenhuollossa silloin, kun työntekijöitä pahoinpidellään, uhkaillaan, tai käytetään hyväksi. Kun yllä mainittua käytöstä havaitaan ja tapahtuu työssä ja siihen liittyvissä tapahtumissa ja tilanteissa puhutaan työpaikkaväkivallasta. Kun työntekijää kokee työssään esim. verbaalisen loukkauksen voi väkivallan määrittely joskus olla hankalaa. (Soisalo 2011, 19.) Väkivalta voi olla myös asiakastyöväkivaltaa. Tämä tarkoittaa työsuhteen ja työnantajan ulkopuolisen tahon kuten omaisen, potilaan tai asiakkaan tekoa työntekijää kohtaan. Yleisesti se liittyy työntekijän työhön tai ammattiasemaan. Asiakastyöväkivalta voi olla seksuaalista, psyykkistä tai fyysistä. Väkivallan kokemus voi olla myös kollegan aiheuttamaa ja tällöin se luetaan kuuluvaksi työväkivaltaan. Työturvallisuuslaissa työväkivallalla tarkoitetaan asiakastyöväkivaltaa. (Rantaeskola ym.2015,7, Ahto 2019, 4-5.)

4.2 Aggressio ja aggressiivinen käyttäytyminen

Puhuttaessa tietynlaisesta persoonallisuudesta liitetään siihen usein käsite aggressiivisuus. Aggressio on sanana alunperin tarkoittanut aggressiivista käyttäytymistä. Arkikielessä näiden sanojen merkitykset ovat sekoittuneet. Ne

eivät kuitenkaan ole sama asia, koska käyttäytyä aggressiivisesti on eri asia kuin olla aggressiivinen. Aggressio on kohdetta häiritsevää käyttäytymistä tai sen tarkoituksena on vahingoittaa kohteena olevaa ihmistä. Psykologisessa termistössä se tarkoittaa käyttäytymistä, jossa kohteena on toiset ihmiset, esineet tai eläimet. Aggressio on itsestä poispäin suuntautuvaa käyttäytymistä. Nykyään väkivaltaiseen käyttäytymiseen sisällytetään myös henkinen väkivalta eikä vain fyysistä aggressiota. Henkisillä, emotionaalisilla, verbalisilla ja sosiaalisilla väkivallan muodoilla voi aiheuttaa kohteelle jopa vakavampia seurauksia kuin fyysisellä väkivallalla. (Soisalo 2011, 26.) Aggressiiviselle käyttäytymiselle voi olla selityksenä monenlaiset asiat. Väkivallalle ja väkivaltaiseen käyttäytymiseen vaikuttavat jokaisen henkilökohtainen persoonallisuus ja elämäntilanne. Sen saattaa laukaista henkilökohtainen vastoinkäyminen ja siitä johtuva turhauma tai stressi. Usein vaikeudet kasautuvat ylitsepääsemättömäksi ja tällöin ne laukaisevat aggressiivisen käyttäytymisen. Tällaisia vaikeuksia voivat olla esimerkiksi koettu työttömyys, syrjäytyminen, taloudelliset vaikeudet, mielenterveys- ja ihmissuhdeongelmat. Riski aggressiiviselle käyttäytymiselle kasvaa, alkoholin ja muiden päihteiden väärinkäytön lisääntyessä. Myös temperamenttinen ja äkkipikainen persoona altistaa riskille käyttäytyä aggressiivisesti. Laukaisevana tekijänä aggressiiviselle käyttäytymiselle voivat olla olosuhteet, jotka aiheuttavat stressiä. Tällaisia tilanteita voivat olla esimerkiksi koettu fyysinen kipu, nälkä, jano ja väsymys sekä jonottaminen ja isot ihmisjoukot (Rantaeskola ym. 2015 ,8-9, Ahto 2019, 5-7)

Väkivalta voi olla suoraa tai epäsuoraa. Nämä voidaan edelleen jakaa hyökkäävään ja uhkailevaan aggressioon. Suorassa hyökkäävässä aggressiossa tapahtuu toisen haukkumista, mekastusta tai fyysistä kontaktia. Valmistautuessamme tappeluun tai uhkailemalla toisia ihmisiä väkivallalla toimintamme luetaan suoraan uhkaavaan aggressioon. Epäsuorassa aggressiossa toiminta ilmenee esimerkiksi ovien paiskomisena, omaisuuden tuhoamisena tai tavaroitten rikkomisena. Uhkaaminen läheisten vahingoittamisesta tai kiristäminen kuuluvat uhkaavaan epäsuoraan aggressioon (Soisalo 2011, 27-28, Ahto 2019, 5-7.)

Sosiaali- ja terveysalalla esiintyy aggression molempia muotoja, proaktiivista ja reaktiivista aggressiota. Kun ihminen käyttäytyy aggressiivisesti, ilman minäänlaista tilanteeseen liittyvää ärsykettä voidaan puhua proaktiivisesta aggressiosta. Reaktiivisuus on kyseessä silloin kun tekijä reagoi aggressiolla kokemaansa uhkaan tai provokaatioon. Psykopaateilla esiintyy hyvin usein epäsosiaalista käytöstä ja proaktiivista aggressiota. Reaktiivista aggressiotyyppiä esiintyy sosiaali- ja terveysalalla enemmän kuin proaktiivista aggressiota. Aggressiivista käyttäytymistä jaotellaan usein myös instrumentaaliseen eli välineelliseen käytökseen ja vihaiseen eli emotionaaliseen käytökseen. Vihaisen aggression saattaa laukaista esimerkiksi tilanne, jossa henkilöä vastaan hyökätään loukkaamalla tai ärsyttämällä. Vihainen aggressio voi syntyä myös turhautumisesta, jolloin henkilölle syntyy tunnetila vihasta. Aggressiivisen käyttäytymisen avulla henkilö kokee saavansa itselleen hyvityksen tilanteesta, aiheuttamalla kohteelle psyykkistä tai fyysistä haittaa tai muita epämiellyttäviä tuntemuksia. Esimerkkejä vihaisesta emotionaalisesta aggressiosta ovat useimmat pikaistuksissa tehdyt väkivaltaiset rikokset. Sosiaali- ja terveysalalla koetut väkivaltatilanteet ovat useimmiten juuri tätä lajia. Kun henkilö tavoittelee ”palkintoa”, jonkinlaista konkreettista asiaa on kyseessä välineellinen aggressio. Tällaisia palkintoja voivat olla esimerkiksi lääkkeet ja raha. (Soisalo 2011, 27-28, Ahto 2019 5-7.)

4.3 Riskien tunnistaminen

”Riski on tapahtuma, joka toteutuessaan estää joko tilapäisesti tai pysyvästi jonkin tavoitteen toteutumisen” (sosiaali- ja terveysministeriö 2011, 21). Riskiin liittyvä piirre on epävarmuus. Se sisältää tappion ja menettämisen uhan. Riskiä kuvaillaan vaarallisen tilanteen esiintymistäajuuden tai todennäköisyyden ja seurauksen yhdistelmänä. Kun riski- ja vaaratilanne laukeaa ja syntyy, siihen vaikuttavat aina tekniset viat, inhimilliset virheet, sekä johtamiseen liittyvät sosiaaliset tekijät. Näiden tilanteiden syntymisen taustalla on usein monia aktiivisia ja piileviä virhetoimintoja. Näkymättömiä eli piileviä tekijöitä organisaatiossa voivat olla esimerkiksi kohtuuton työmäärä tai riittämätön opastus työtehtäviin. Myös fyysinen ja psyykkinen väsymys sekä ongelmat työyhteisössä kuten henkilökunnan puutteellinen koulutus kuuluvat piileviin tekijöihin ja siksi

ne ovat riski vaaratilanteen syntymiselle. Aktiivisia tekijöitä työyhteisöissä ovat puutteelliset varmistukset, huono motivaatio ja riittämätön tilannetietoisuus. (sosiaali- ja terveysministeriö 2011, 21, Ahto 2019, 7.)

Riski vaatii toteutuakseen välittömiä tai välillisiä menetyksiä. Tällaisia menetyksiä voi syntyä henkilöistä, sisäisistä prosesseista, järjestelmistä tai muista tapahtumista. Sosiaali- ja terveydenhuollon riskienhallinnan malli kertoo riskien kohdistuvan useimmiten toimintaympäristöön, henkilöihin, ja prosesseihin. Ne voivat myös aiheuttaa riskin syntymisen. Riskienhallinnassa tulee pystyä tunnistamaan mahdollinen riski, arvioida sitä ja varmistaa samalla riskin kontrolli- ja hallintakeinojen riittävyys sekä tarkistaa näiden toimien toimivuus. Näin menettelemällä uhkaavat riskit voidaan paremmin tunnistaa ja arvioida niiden merkitystä. On tärkeää pystyä ennakoimaan havaituista riskeistä mahdollisesti aiheutuvia seurauksia ja niiden suuruutta sekä sitä, millä todennäköisyydellä ne toteutuvat. Riskien tunnistamisessa ja arvionnissa on usein järkevää hyödyntää organisaation työntekijöiden osaamista sekä yhteistyötä viranomaisten ja sidosryhmien kanssa. Riskin merkittävyyttä arvioidessa tulee sen syitä ja seurauksia tarkastella yksityiskohtaisesti. Mistä kyseinen riski tai ongelma mahdollisesti johtuu. Löytyykö tekijöitä, jotka selittävät riskin syntyä ja suuruutta sekä tuleeko havaittu riski aiheuttamaan seurauksillaan vakavan ja laajan ongelman organisaatiossa. On hyvä myös pohtia, kuinka usein ja todennäköinen epätoivottu ilmiö on ja millaisia seurauksia sillä saattaa olla esimerkiksi suhteessa henkilöihin, omaisuuteen, maineeseen ja julkisuuskuvaan. Riski tulee voida määritellä toteutumisesta ja todennäköisyydestä aiheutuvien seurausten perusteella. Vakavimpiin riskeihin tulee pystyä puuttumaan heti tai mahdollisimman pian. Riskien tunnistaminen ja arvionti työyhteisössä tulee perustua sovittuihin yhteisiin käytäntöihin. Näin voidaan varmistaa, että koko henkilökunnalla on samat tiedot ja resurssit hallita riskejä. (sosiaali- ja terveysministeriö 2011, 22, Ahto 2019 7-8.)

5 KIRJALLISUUSKATSAUS UHKAAVAN ASIAKASTILANTEEN RISKEISTÄ JA NIIDEN HALLINNASTA

5.1 Kirjallisuuskatsauksen toteutus ja aineisto

Tutkimuksen tai tutkimushankkeen perustana on kirjallisuushaku tutkimuksen aiheeseen kohdistuneisiin aikaisempiin tutkimuksiin. (Salminen 2011, 6). Tämän kehittämistyön pohjaksi etsittiin kirjallisuuskatsauksen avulla tietoa minkälaisia riskitilanteita uhkaavasti käyttäytyvät potilaat ja asiakkaat aiheuttavat asioidessaan sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöiden kanssa, minkälaisia seurauksia väkivaltatilanteet saattavat aiheuttavat terveydenhuollon henkilökunnalle sekä mahdollisia keinoja niiden hallitsemiseksi. Näistä tutkimuskysymyksistä johdettiin PICO-kysymykset. Uhkaavasti käyttäytyvä asiakas/potilas (P = potilasryhmä). Väkivaltatilanteiden vaikutukset hoitohenkilökuntaan (I = tutkittava interventio). Vertailuryhmää ei tässä kirjallisuuskatsauksessa ollut, joten (C = mihin verrataan), jätettiin määrittelemättä. Sekä minkälaisilla keinoilla uhkaavia asiakastilanteita voidaan hallita (O = Tulokset). (Ahto 2019, 9.)

Käytettävien tietokantojen ja asiasanojen löytämiseksi käytettiin Satakunnan Ammattikorkeakoulun informaation apua. Haut tehtiin seuraavista tietokannoista: Finna.fi, CINAHL Medic, Arto. Näiden lisäksi tehtiin manuaalista hakua. Hakutulosten perusteella päädyttiin kirjallisuuskatsauksessa käyttämään Medic, ARTO ja CINAHL – tietokantoja sekä manuaalista hakua. Kirjallisuuskatsaukseen hyväksyttiin tieteelliset artikkelit ja väitöskirjat. (Ahto 2019, 10.)

Tiedonhaku rajattiin koskemaan vuosia 2011-2019 ja julkaisukieleksi Suomi tai Englanti. Yhteenveto tiedonhausta nähdään taulukosta 1. (Liite1)

Kirjallisuuskatsauksen aineistoksi valittiin CINAHL- tietokannasta yhteensä 5 tutkimusta. Lisäksi mukaan valikoitui tutkimus manuaalihaun perusteella. Mukaan otetut tutkimukset on talulukoitu liitteessä 2. Tutkimusartikkelit olivat Italiasta (Berlanda, Cordova, Fraizzoli, Pedrazza 2019), Australiasta (Adams, Ashwort, Irons, Knowles, Roddy 2013), Norjasta (Alsaker, Johansen, Morken 2015), kaksi Amerikasta (Casey C. 2019) ja (Gates, Gordon, Gillespie 2011)

sekä Suomesta (Huttunen, Joronen, Rantanen 2015). Kaikki valitut tutkimukset olivat määrällisiä. (Ahto 2019, 13.)

Tutkimusten luotettavuutta arvioitiin CASP-menetelmällä. Tästä yhteenveto liitteessä 3. Tutkimusten luotettavuus CASP-menetelmällä oli hyvä. Tutkimuksista 4 sai täydet 20 pistettä ja kaksi tutkimusta 19 pistettä. (Ahto 2019,13.)

5.2 Hoitotyöntekijöihin kohdistuvien väkivaltatilanteiden aiheuttajat ja väkivaltatilanteiden syntyyn myötävaikuttaneet tekijä

Tutkimukset osoittivat, että hoitotyöntekijöihin kohdistuvan fyysisen väkivallan tekijöistä valtaosa oli asiakkaita, potilaita tai heidän omaisiaan. Tutkimuksissa tuli esiin hoitohenkilökunnan kokeman työväkivallan olevan lähes jokapäiväistä. Kaikki tutkimuksiin osallistuneet hoitohenkilökunnan jäsenet eivät olleet kohdannut varsinaista fyysistä väkivaltaa työssään. Henkistä väkivaltaa oli sen sijaan kohdannut kaikki tutkimuksiin osallistuneet. Väkivaltatilanteiden syntyyn ei näyttänyt vaikuttavan hoitajan ikä tai sukupuoli. Henkilön työkokemuksella ja valmiuksilla kohdata väkivaltainen potilas oli kuitenkin tilastollisesti merkittävyyttä. Päivystysosastolla työskentely lisäsi riskiä kohdata fyysinen väkivaltatilanne. Väkivaltatilanteiden esiintyvyys oli jonkin verran yleisempää yövuoroissa kuin päivätyössä. Tutkimukset osoittivat, että suurin riski fyysiseen väkivaltaan oli suora hoitotilanne. Riskitekijöinä olivat potilaan henkinen kipu tai tila, tyytymättömyys hoitoon tai lääkityksen pois vetäminen Potilaan henkinen tila kuten psykiatriset sairaudet, dementia ja päihteiden käyttö lisäsivät uhkaa potilaan väkivaltaiseen käyttäytymiseen. Tilastollisesti merkittävää väkivaltatilanteiden syntyyn oli omaisten ja potilaiden tyytymättömyys hoitoon. Tämä sisälsi mm. huolen potilaan hoidosta ja voinnista, täyttymättömät odotukset hoidon suhteen sekä koettu pitkä odotusaika hoitoon tai muun aikataulun pettäminen. Myös melun, ympäristön, kiireen ja kommunikoinnin vähäisyyden katsottiin lisäävään väkivaltaa ja aggressiota. (Alsaker ym. 2015, Adams ym. 2013, Berlanda ym. 2019, Casey 2019, Gates ym. 201, Huttunen ym. 2015.)

5.3 Väkivallan vaikutus hoitotyöntekijöihin

Tutkimukset osoittivat, että hoitohenkilökuntaan kohdistuvalla väkivallalla oli monia kielteisiä vaikutuksia hoitajien hyvinvointiin. Hoitajat kokivat väkivaltaisen tapahtuman jälkeen turvattomuutta, kipua, vihaa, ahdistusta, pettymystä ja stressiä. Emotionaalinen järkytys oli suoraan yhteydessä sanalliseen tai fyysiseen väkivalta tapahtumaan. Koettu väkivalta oli tilastollisesti suoraan yhteydessä työntekijöiden kokemaan psykososiaaliseen ahdinkoon ja työrasitukseen, jota johdon heikko tuki lisäsi. Hoitotyön laadun nähtiin kärsivän tilanteissa joissa väkivaltaista potilasta välteltiin ja tämä johti huonoon kommunikaatioon potilaan ja hoitohenkilökunnan välillä. Tutkimuksista löytyi yhteys työtyytyväisyyteen ja työuupumukseen vaikuttavavista tekijöistä. Tätä yhteyttä määritteli se, minkälaisia väkivallan kokemuksia hoitohenkilökunnalla oli ollut. Oliko väkivaltatilanne sisältänyt sanallista solvausta, fyysistä uhkailua tai suoranaista väkivaltaa. Merkittävää oli myös se, miten näitä tilanteita oli työorganisaatiossa käsitelty. Väkivallan kokemus vaikutti suoraan hoitohenkilökunnan hyvinvointiin, työelämänlaatuun, työssä pysymiseen, työtyytyväisyyteen sekä potilaan hoitoon alentavasti. Väkivallan kokemus aiheutti osalle hoitohenkilökunnasta myös posttraumaattisia stressioireita. Nämä ilmenivät univaikeuksina, pelkotiloina, kauhukuvina, pelkona uudesta hyökkäyksestä ja tapahtuman läpikäymisen välttämisenä. (Alsaker ym. 2015, Adams ym. 2013, Berlanda ym. 2019, Casey 2019, Gates ym. 201, Huttunen ym. 2015.)

Hoitotyöntekijät kokivat tapahtuneet väkivaltatilanteet ja niiden uhat eri lailla. Tähän nähtiin suurimpana tekijänä vaikuttavan työntekijän oma persoonallisuus. Sietokyky väkivaltaa kohtaan oli henkilökohtaista ja yksilöllistä. Hoitotyöntekijän sukupuoli, iällä, työkokemuksella tai koulutuksella ei ollut vaikutusta siihen, miten väkivaltaa siedettiin. Osa hoitotyöntekijöistä koki työväkivallan kuuluvan hoitotyöhön ja näin olevan odotettu osa työtä. Tämän nähtiin vaikuttavan myös kynnykseen ilmoittaa väkivaltatapahtumista eteenpäin. Kun väkivaltaa esiintyy työpaikalla runsaasti voi se vaikuttaa hoitohenkilökunnan moraaliin, lisätä stressiä, edistää viehamielistä työympäristöä sekä

aiheuttaa epäluottamusta hallintoon (Gates ym. 201, Huttunen ym. 2015, Berlanda ym. 2019, Adams ym. 2013, Alsaker ym. 2015, Casey 2019.)

5.4 Keinot väkivaltatilanteiden ja väkivallan uhan vähentämiseksi

Tutkimuksissa paljastui hoitotyöntekijöiden kokevan tärkeäksi sen, miten organisaation johto ja hallinto kykeni tarttumaan tapahtuneiden väkivaltatilanteiden selvittelyyn ja niiden ehkäisemiseen. Sen havaittiin olevan avainasemassa tunteeseen siitä, miten henkilökunta koki työhyvinvointinsa ja työssäjaksamisensa. Työvuorosuunnittelu nähtiin tärkeänä turvallisuutta edistävänä tekijänä. Hyvässä työvuorosuunnittelussa tulisi huomioida se, että yksintyöskentelyä tulisi työvuoroihin mahdollisimman vähän. Kollegan läsnäolo koettiin tuovan turvallisuutta ja usein se myös esti potilaan mahdollisen aggressiivisen käyttäytymisen. Vartijat ja erilaiset hälytysjärjestelmät sekä hoitotilojen hyvä suunnittelu ja niiden sijoittaminen organisaation sisällä lisäsivät turvallisuutta hoitotyössä. Organisaation asenne kohdata väkivaltaa ja väkivaltainen potilas koettiin merkittäväksi tekijäksi siihen miten työntekijät luottivat omaan kykyynsä hallita potilaan tai omaisen väkivaltaa. Esimerkkeinä työyhteisön mahdollisuudesta vaikuttaa väkivallan syntyyn tai uhkaan siitä, olivat informatiivinen ja rauhallinen keskustelu, kehoitus potilasta lopettamaan väkivaltainen käyttäytyminen sekä tilanteesta poistuminen. (Berlanda ym. 2019, Adams ym. 2013, Alsaker ym. 2015, Casey 2019, Gates ym. 201, Huttunen ym. 2015.)

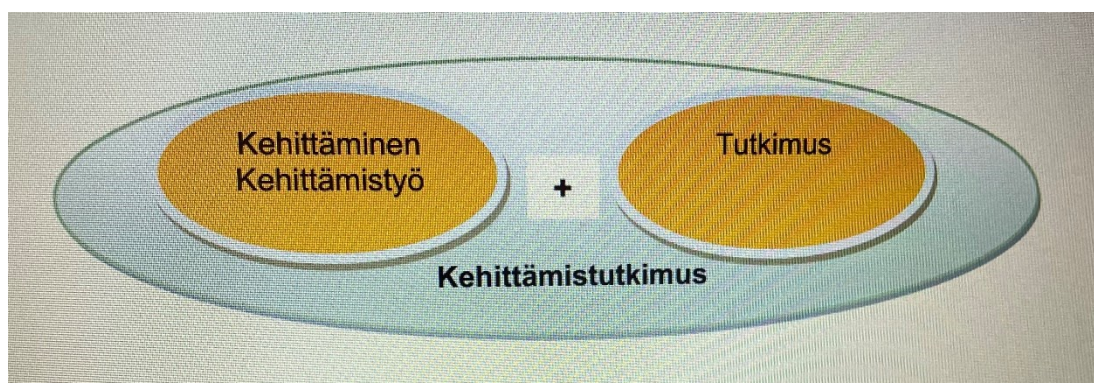
Tutkimuksissa paljastui merkittävimmäksi keinoksi vähentää henkilökunnan kokemaa väkivaltaa työpaikoilla, olevan hoitohenkilökunnan saama koulutus. Tutkimusten mukaan hoitohenkilökuntaa tulisi kouluttaa tunnistamaan ja näin ehkäisemään mahdolliset riskit, kohdatessaan väkivaltaisen potilaan. Riskien tunnistaminen, selviytymisstrategioiden harjoittelu ja niiden ymmärtäminen auttavat hallitsemaan uhkaavia tilanteita. Esimerkkinä tästä Adams ym. tutkimus, jossa koulutusten jälkeinen sanallinen de-eskalaation käyttö hoitajilla lisääntyi selvästi $P = 0,011$ ja väkivaltaisten tapausten esiintymistiheys väheni huomattavasti sekä Caseyn tutkimus, jossa hoitajien kyky tuntea selvityvänsä

kohtaamaan potilaan pelkoja ja turhautumista sekä itseluottamus hallita potilaan aggressivisuutta, oli koulutuksen jälkeen selvästi parantunut. Väkivaltatilanteisiin reagointi oli suoraan suhteessa hoitajien saamaan koulutukseen ja kokemukseen tästä. (Berlanda ym. 2019, Adams ym. 2013, Alsaker ym. 2015, Casey 2019, Gates ym. 201, Huttunen ym. 2015. Ahto 2019, 21.)

6 KEHITTÄMISTYÖN MENETELMÄT JA TOTEUTUS

6.1 Tutkimuksellinen kehittämistoiminta

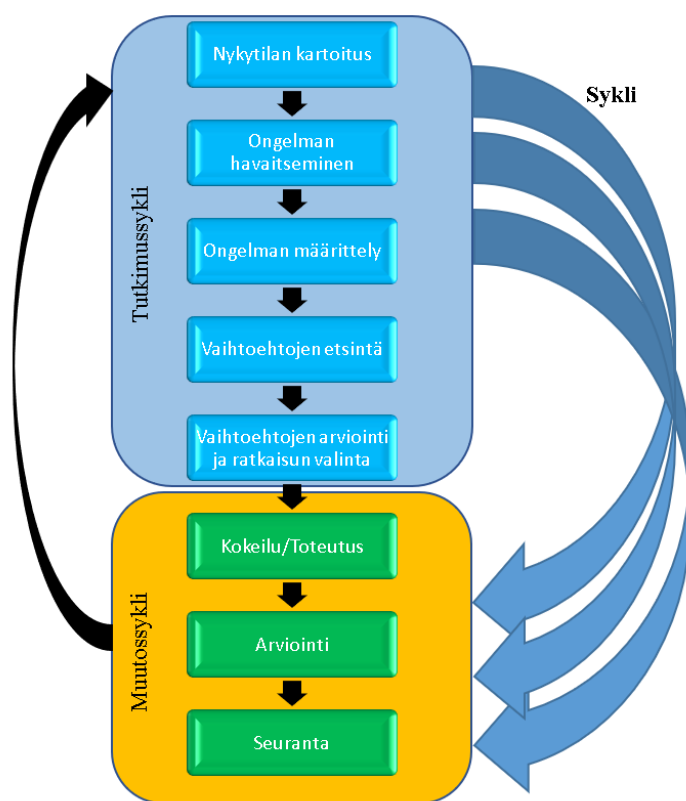
Kehittämistutkimus on joukko eri tutkimusmenetelmiä, joita käytetään tilanteen, tutkimusongelman ja kehittämiskohteen mukaisesti. Kehittämistutkimuksessa yhdistyvät kehittäminen ja tutkimus (kuvio1). Kehittämistyö voi olla monenlaista ja näin myös muutokseen voidaan päästä erilaisilla keinoilla. Kehittämistutkimuksessa nähdään monimenetelmäinen tutkimustrategia ja tutkimusote. Tarpeen mukaan siinä yhdistyvät kvalitatiiviset ja kvantitatiiviset tutkimusmenetelmät. Monimenetelmäisestä tutkimuksesta käytetään englannin kielessä termiä "mixed methodology" tai "blended". (Kananen 2015a,3,33.)



Kuvio 1. Kehittämistutkimuksessa yhdistyvät kehittäminen ja tutkimus.

Kehittämistutkimuksen päämääränä on muutos. Tämän muutoksen aikaansaamiseksi kehitetään menetelmää, tuotetta, organisaatioita tms.

Kehittämistutkimuksessa yhdistyvät tutkimus ja kehittäminen syklisessä prosessissa. Kehittämissykli tarkoittaa prosia, jossa kuvataan ongelma, laaditaan toimenpide-ehdotukset, toteutetaan ja katsotaan tulos. Kehittämistutkimus vaatii tutkimus osion ja tutkimuksellista otetta. Kehittämistyön tulee lähteä muutostarpeesta. Tämän muutoksen suunta on aina parempaan. Kehittämistutkimus kehittämistyössä sisältää aina tutkimuksen sekä sen prosessin ja tulosten raportoinnin. Kehittämistutkimuksessa voidaan erottaa kuvion 2 mukaiset syklin vaiheet. (Kananen 2015a, 33-42.)



Kuvio 2. Kehittämissyklin vaiheet

Kehittämistutkimus ja kehittämissykli voidaan nähdä organisaatioissa jatkuvana prosessina. Tässä prosessissa kehitys- ja muutosyklit seuraavat toisiaan. Kehittämissykli käynnistyy kun nykytilaa kartoitetaan ja sen perusteella määritellään ongelma eli kehittämistyön kohde, joka halutaan poistaa. (Kananen 2015a, 33-42.)

Tässä kehittämistyössä käytettiin menetelmänä kehittämistutkimusta. Kehittämistutkimus lähestymistapana soveltuu kehittämistyöhön, jossa on sekä kehityksellinen osio että tutkimuksellinenkin osio. Kehittämistutkimuksessa pystytään yhdistämään myös muita menetelmiä kuten tässä työssä koulutusta ja siihen liittyvää tarkistuslistaa sekä kyselyä. Koulutus valittiin menetelmäksi, koska se on osallistava ja käytännönläheinen tapa lisätä tietoa. Se mahdollistaa koko työyhteisön osallistumisen ja tiedon saamisen aiheesta. Tarkistuslistan esittely koulutuksen yhteydessä ja sen jakaminen sähköisenä henkilökunnalle antaa mahdollisuuden jatko keskusteluun työturvallisuudesta ja sen kehittamisestä organisaatiossa. Kysely nähtiin soveltuvan hyvin antamaan vastauksia esitettyihin tutkimuskysymyksiin ja se mahdollisti hoitohenkilökunnan osallistumisen paremmin verrattuna haastattelujen järjestämiseen. Monimeneilmäisen kehittämistutkimuksen avulla pystytään selvittämään henkilökunnan työhyvinvointia ja työturvallisuutta sekä tarvetta saada lisäkoulutusta aiheesta.

6.2 Työyhteisössä toteutettava kehittämistutkimus

Tässä kehittämistyössä nykytilan kartoitus lähti käyntiin keskustelulla, jossa aiheita ja toteutustapaa käytiin yhdessä läpi tutkimuksen tekijän ja lääkärikeskuksen palvelupäällikön kanssa. Työturvallisuuden parantaminen nähtiin tällöin aiheeksi, jota tulisi kehittää ja viedä eteenpäin muutoksen avulla. Uhkaavien ja aggressiivisten potilaiden kohtaaminen hoitotyössä on jokapäiväistä ja varsin globaali ongelma terveydenhoidon alalla. Työnjohdon ja organisaation tulee tarjota kuitenkin työntekijöilleen mahdollisimman turvallinen työympäristö. Tämä vahvisti päätöstä valita aihe sopivaksi kehittämistyön kohteeksi.

Intervention onnistumisen kannalta on tärkeää määritellä ongelma ja ongelmaan vaikuttavien tekijöiden analysointi. Ongelman määrittelyyn ja erilaisten ratkaisumallien tuottamiseen tarvitaan tietoa. Tätä tietoa saadaan tutkimusten avulla. (Kananen 2015, 33-42.) Kehittämistutkimuksen seuraavassa vaiheessa toteutettiin kuvaileva kirjallisuuskatsaus. Tässä muodostettiin kehittämistyölle teoreettinen viitekehys sekä syvennettiin sitä kirjallisuuskatsauksen avulla. Näin saatiin tutkimusten avulla tietoa hoitohenkilökunnan

kokemasta työväkivallan määrästä, laadusta ja sen vaikutuksista hoitohenkilökunnan työhyvinvointiin ja jaksamiseen työssään.

Seuraavassa vaiheessa tutkija perehtyi laajasti kehittämistyön suunnitteluun ja toteutukseen. Kehittämistyön suunnitelma hyväksyttiin työntilaaajalla sekä kehittämistyön ohjaajalla.

Kun kehittämistyön suunnitelma oli hyväksytty. Edettiin kehittämistutkimuksen seuraavaan sykliin, joka aloitettiin perehtymällä syvällisemmin kehittämistyön tarkoitukseen, tavoitteisiin ja tutkimuskysymyksiin. Tutkimuskysymysten asettamien tutkimusongelmien selvittämiseksi valikoituivat menetelmät, koulutus ja siihen liittyvä tarkistuslistan esittäminen sekä kyselytutkimus.

Muutosykli aloitettiin luomalla tarkistuslista. Tämän jälkeen suunniteltiin ja toteutettiin koulutus aiheesta. Lopuksi toteutettiin kyselytutkimus, jossa kyselylomake suunniteltiin koskemaan kehittämistyön kohderyhmää sekä tutkimusongelmia. Muutokseen pyrkiminen ja sen toteuttaminen vaati tutkijalta suunnitelmallisuutta.

Muutosyklin onnistumista koulutuksen avulla arviotiin kyselyssä saatujen tulosten perusteella. Muutoksen onnistumisen kannalta on tärkeää miten ongelma on pystytty määrittämään ja muuttamaan se tutkimuskysymyksiiksi. Näin voidaan tuottaa tietoa ongelman ratkaisemiseksi ja muutosyklissä muutokseen pääsemiseen ja läpiviemiseen. Kehittämistutkimuksessa muutos- ja kehityssyklit voivat seurata toisiaan uudelleen ja uudelleen. (Kananen 2015a, 33-42).

6.3 Tarkistuslista

Koulutustilaisuuden päätteeksi esiteltiin tähän kehittämistyöhön suunniteltu ja kehitetty tarkistuslista/työkalu. Se pohjautuu kirjallisuuskatsauksen tutkimukseen, kehittämistyön teoriaan ja luentomateriaaleihin. Sen tarkoituksena on auttaa hoitohenkilökuntaa ja lääkäreitä tunnistamaan ja ehkäisemään uhkaavia tilanteita jokapäiväisessä työssään. (liite 4). Koulutusmateriaali (PowerPoint-

esitys) ja tarkistuslista jaettiin sähköisesti henkilökunnan käyttöön. Näin henkilökunnalla, joka ei päässyt osallistumaan järjestettyyn koulutukseen oli kuitenkin mahdollisuus perehtyä materiaaliin ja ottaa jokapäiväiseen työhönsä avuksi sitä varten suunniteltu tarkistuslista. Koulutuksen ja tarkistuslistan tarpeellisuutta ja hyödyllisyyttä työyhteisölle selvitettiin myöhemmin tehdyn kyselytutkimuksen avulla.

Tarkistuslistojen hyöty on, että niissä esitetään olennaisia kysymyksiä ja ajatuksia kehittäjän tueksi. Näitä ovat esimerkiksi kysymykset siitä, mikä merkitys näillä tietyillä tekijöillä on organisaation sisäisessä viestinnässä, mitä niiden kehittämiseksi tarvitaan sekä mitä niiden kehittämiseksi aiotaan tehdä lyhyellä ja pitkällä aikavälillä. Lisäksi on olennaista pohtia mitkä tekijät toimenpiteisiin vaikuttavat ja miten ne pystytään parhaiten hyödyntämään. Jotta uudenlainen työyhteisöviestintä voi kehittyä, sen periaatteet on konkretisoitava ja avattava käytännön toimiksi. Management Institute of Finland:n [www-sivut](http://www.sivut) 2020.)

6.4 Henkilökunnan turvakoulutus

Jotta interventio, tässä tapauksessa koulutus onnistuu, on henkilöiden, joita asia koskee saatava osallistua koulutukseen ja mahdollisesti siitä seuraavaan kehittämistyöhön. Organisaatioissa tapahtuu jatkuvasti kehittämistyötä ja parannuksia. Ilman tätä kehittämistä ja henkilöstön mukaanottoa on organisaatioita vaikea viedä eteenpäin. Muutoksessa on kyse sitoutumisesta. (Kananen 2012, 85-87.)

Koulutuksen tavoitteena on muuttaa oppijaa. Opitaan uusia tietoja ja taitoja tai parannetaan aikaisempia. Myös tunteet ja asenteet voivat muuttua, jolloin motivoitutaan uudenslaisiin toimintatapoihin ja saadaan rohkaisua ajatukselle, että minä pystyn, opin ja osaan. Kouluttamisesta on hyötyä, jos se on hyvin suunniteltua ja organisaatio antaa siihen taustatukea (Työterveyslaitoksen [www-sivut](http://www.sivut) 2012.) Ohjaus on vuorovaikutuksen tuottamista tietyllä tavalla, teoriolla tai muodolla, jolloin se eroaa vaikkapa terapiasta tai opetuksesta. Ohjaus voidaan ymmärtää auttamisen metodologiaksi. Ohjaus voidaan käsittää myös

prosessiksi, jonka avulla ohjattava oppii tekemään päätöksiä sekä muodostamaan uusia tapoja toimia, tuntea ja ajatella. (Matikainen & Pasanen 2003, 11.)

Kirjallisuuskatsaukseen valituissa tutkimuksissa paljastui, että merkittävin keino vähentää henkilökunnan kokemaa väkivaltaa työpaikoilla, oli hoitohenkilökunnalle tarjottu koulutus.(Ahto 2019, 21). Näiden tutkimustuloksen valossa tässä kehittämistyössä toteutettiin tutkimuksen kohteena olevalle työyhteisölle koulutus. Koulutus toteutettiin vallitsevan koronatilanteen takia Teams-koulutuksena, joka eteni aiemmin laaditun PowerPoint-esityksen mukaisesti. Koulutustilaisuus oli nimetty ” Uhkaavan ja väkivaltaisen asiakkaan kohtaaminen ja työturvallisuuden edistäminen” otsikolla. Koulutuksen sisältö oli jaoteltu seuraavasti:

1. Koulutuksen tarve, keskeiset käsitteet ja aiempien tutkimusten tulokset.
2. Uhkatilanteen syitä ja selityksiä
3. Ennakoinnin tärkeys.
4. Viestintä ja vuorovaikutus.
5. Työturvallisuuden parantaminen työpaikalla.
6. Tarkistus- ja työkalulistan esitleminen henkilökunnalle.

Kirjallisuuskatsauksen tutkimusten tuloksista voitiin nähdä se, miten vuorovaikutustaidot korostuivat hoitohenkilökunnan kyvyssä selviytyä uhkaavista tilanteissa sekä kyvyssä kohdata niitä. Siksi vuorovaikutustaidot ja viestintä haluttiinkin tuoda selkeästi esille koulutusmateriaalia ja koulutusta suunniteltaessa. Viestintä ihmisten välillä muodostuu sanoista, äänenpainoista sekä vartalonkielestä ja asennosta. Koulutuksessa haluttiin myös nostaa esiin asiakaskohtaamiset turvallisuuden kannalta, jolloin hoitotyöntekijän on hyvä kiinnittää huomioita myös asiakkaan olemukseen, ulkoasuun, puheeseen, sanattomaan viestintään ja äänensävyyn. Muuttuuko asiakkaan äänensävy tai puhe, ovatko hänen kätensä ja liikkeensä rauhalliset, onko hengitys tasaista, hikoileeko asiakas runsaasti? Ottaako asiakas katsekontaktia, onko hänen katseensa tuijottava, mustuaiset normaalit jne? Myös toimiin äkillisen uhkaavan tilanteen edessä pitäisi osata varautua ja tätä myös korostettiin koulutuksen sisällössä.

Hoitohenkilökunnan tulisi osata toimia päättäväisesti ja rauhallisesti, hälyttää apua, tarkkailla ympäristöä ja estää lisävahinkojen syntymistä.

Varautuminen yleisen turvallisuustason ylläpitämiseen työpaikalla sekä mahdollisiin uhka- ja vaaratilanteisiin nähdään nykyään realistiseksi ja viisaaksi suhtautumistavaksi. Tähän velvoittavat jo työturvallisuuslaki ja työsuojelumääräyksetkin. Ihmiset työskentelevät ja asioivat mieluiten työyhteisöissä, joissa he kokevat olonsa turvalliseksi. (Hjelt-Putilin. 2005, 16-17.) Työnantajan tulee huolehtia, että työpaikalla on riittävästi henkilökuntaa, selkeä ohjeistus ja koulutus, yhteiset toimintamallit, hälyttimet, työnohjaus, debriefing, keskinäinen luottamus ja toimenpiteet turvallisuutta edistäen. (Äijälä 2019.)

6.4.1 Vuorovaikutus ja viestintä

Uhkatilanteiden syntyyn vaikuttavia ja niitä selittäviä, vuorovaikutustilanteita voidaan tulkita ja ennakoida perehtymällä ennakkoon erilaisiin asiakas/potilas-materiaaleihin. Riski joutua uhkaavan käytöksen kohteeksi kasvaa kun hoitohenkilökunta kohtaa työssään esim. perusaggressiivisia asiakkaita, päihteiden vaikutuksen alaisia, mielenterveysongelmaisia, dementoituneita vanhuksia, sairauskohtauksen saaneita, loukkaantuneita ja shokissa olevia sekä ylistressaantuneita asiakkaita ja potilaita. (Äijälä 2019.) Vuorovaikutusvalmiuksilla voidaan vaikuttaa merkittävästi työn turvallisuuteen. Turvallisuuden näkökulmasta hyvät vuorovaikutusvalmiudet ovat ennaltaehkäisyn kannalta merkittäviä. Hallitut vuorovaikutusvalmiudet voivat estää tai auttaa uhkaavan tilanteen kärjistymistä räjähdyspisteeseen asti. Ne ovat myös lievimpiä mahdollisia keinoja vaikuttaa omaan työturvallisuuteen. Realistista on kuitenkin muistaa, että valmiudet hyvään vuorovaikutukseen ja viestintään eivät yksin takaa turvallisuutta. Asenteet, tiedot ja taidot vuorovaikutusvalmiuksien osa-alueina ovat osittain päällekkäisiä ja vaikuttavat toinen toisiinsa. (Hjelt-Putilin. 2005, 30-31.)

Vuorovaikutuksesta suurin osa on sanatonta. Se välittyy salamanopeasti ihmisestä toiseen. Luemme toistemme ilmeitä ja eleitä tarkasti. Puheen osuus viestinnässä on vähäisempää kuin ajatellaankaan. Sanatonta viestintää on keskusteluetäisyys, katsominen, koskettaminen, eleet, ruumiin liikkeet ja

pukeutuminen. Sanaton viestintä ja vuorovaikutus alkaa jo ennen keskustelua. Ensivaikutelmaan vaikuttaa se mitä sanotaan, mutta myös se miten tervehditään ja luodaan katsekontaktia. Äänensävyt, koskettaminen, läheisyys, eleet ja ilmeet voivat jo yksinään määritellä tilanteen, kun taas puhe jää toissijaiseksi. (Väisänen, Niemelä & Suua 2009, 28-29.)

6.5 Kysely henkilökunnalle

Monimenetelmäisessä tutkimuksessa kuten kehittämistutkimuksessa, voidaan samanaikaisesti käyttää useita tutkimusmenetelmiä. Laadullisen tutkimuksen selitystä voidaan testata kvantitatiivisella tutkimuksella. Kvalitatiivisen tutkimuksen selitys voidaan vahvistaa tilastollisesti kvantitatiivisella tutkimuksella. Laadullista tutkimusta pidetään usein esitutkimuksena, jolla halutaan tuottaa ymmärrystä tutkittavasta kohteesta. Täsmällisempään tietoa aiheesta, voidaan käyttää määrällisen tutkimuksen keinoja, kuten kyselylomaketta. (Kananen 2015, 323–325.) Yleisin määrällisen tutkimuksen aineistokeruumenetelmä on kysely. Kyselyyn tuodaan kysymyksiä, jotka koskevat tutkittavia ilmiöitä. Määrällinen tutkimus perustuu aina tietoon tai teoriaan tutkittavasta asiasta tai ilmiöstä. Ilman ennakkotietoa on mahdotonta tehdä kysymyksiä, joilla saadaan osuvat vastaukset halutusta ilmiöstä. Määrällisen tutkimuksen ennakkonäkemysten, teorioiden ja kyselyn välillä on nähtävä selvä yhteys. Kyselyn erilaisia muotoja voidaan käyttää kehittämistutkimuksen tietojen keräämiseen. (Kananen 2015a, 96.) Kuvailevassa tutkimuksessa tarkoitus on kuvata jonkin ilmiön tai tapahtuman yleisyyttä, luonnetta, tai muita tunnuspiirteitä niin, että kohteeseen liittyvät tosiasiat ja tunnuspiirteet kuvataan mahdollisimman totuudenmukaisesti ja tarkasti. Keskeisintä on tiedon lisääminen ja pyrkimys vastata kysymyksiin millainen, mitä tai miten. Tutkittavan ilmiön mahdollisimman yksityiskohtainen jäsentäminen ja käsitteiden luominen ilmiön kuvaamiseksi on keskeistä. Kuvailevat tutkimukset ovat tarpeen monissa käytännön ongelmissa. Voidaankin ajatella, että monet kuvailevat tutkimukset voivat olla käyttökelpoisia erilaisissa kehittämistehtävissä, jotka liittyvät usein erilaisiin käytännön ongelmiin ja niiden ratkaisemiseksi tavoiteltuihin uusiin toimintamalleihin. (Kajaanin ammattikorkeakoulun www-sivut 2020.) Tässä kehittämistyössä käytetty kyselytutkimus sopii kuvailevan tutkimuksen lähestymistavaksi.

Kyselytutkimuksen verkkokyselyn linkki sekä saatekirje lähetettiin lääkärikeskusten palvelupäällikölle sähköpostitse. Palvelupäällikkö välitti kyselyn puolestaan kohdejoukkoon kuuluville. Kysely lähetettiin 70 (N=70) lääkärikeskuksen hoitohenkilökunnan jäsenelle, joista 43 % (n=30) vastasi kyselyyn. Verkkokyselynlinkki lähetettiin koulutukseen osallistuneille ja muulle henkilökunnalle koulutuksen jälkeen viiveellä, jotta henkilökunnalla oli riittävästi aikaa perehtyä tarkistuslistaan ja sisäistää saamaansa koulutusta. Vastausaikaa kyselyyn annettiin kaksi viikkoa. Toteutettu kysely on sekoitus kvalitatiivisia ja kvantitatiivisia kysymyksiä, joilla etsittiin vastauksia seuraaviin tutkimusongelmiin:

1. Kuinka paljon henkilökunta kokee työssään uhkaavia ja aggressiivisia tilanteita?
2. Millaisia koulutustarpeita henkilökunnalla on?
3. Miten henkilökunta arvioi saamaansa koulutusta?

Kyselylomake aloitettiin kysymällä ensin kyselyyn osallistuvan taustatietoja kolmella kysymyksellä, jotka koskivat vastaajan ammattia ja työkokemusta. Sen jälkeen kysyttiin, onko vastaaja kokenut uhka- tai väkivaltatilanteita. Mikäli vastaaja vastasi kyllä, ohjattiin hänet vastaamaan jatkokysymyksiin, jotka selvensivät, minkälaista uhkaa vastaaja oli kokenut, kuinka usein sekä mitkä olivat tapahtuman jälkeiset menettelyt. Mikäli vastaaja ei ollut kokenut työssään uhka- tai väkivaltatilanteita, ohjautui vastaaja suoraan kyselyn viimeiseen vaiheeseen, työyhteisön työturvallisuuteen, koulutuksen hyödyllisyyteen ja sen tarpeeseen.

6.6 Aineiston keruu ja analysointi

Kyselyä tehdessä on kysymyksenasettelun oltava tutkimusongelman kannalta kattava, mutta yksinkertainen ja helppotajuinen. On tärkeää huomioida, että vastaajajoukko tuntee harvoin tutkittavan aihealueen yhtä hyvin kuin kysymysten laatija. Kysely ei myöskään saa olla liian pitkä tai vaikea, jotta vastaaja jaksaa siihen keskittyä. Kyselyissä kaikkien vastaajien tulee ymmärtää

kysymykset mahdollisimman samalla tavalla ja vastata niihin samoin arviointiperustein. Edellytyksenä tähän on yksinkertaisen, tarkoituksenmukaisen ja täsmällisen kielen käyttäminen kysymysten laadinnassa. Kysymys on hyvä kun se on kohtuullinen. (KvantiMOTV www-sivut).

Kyselyaineiston keruu tehtiin sähköisenä E-lomakekyselynä sähköpostitse jaetulla linkillä (kysymykset liitteessä 5). Sähköisen kyselylomakkeen laatii opinnäytetyöntekijä itse ja niitä käytetään vain tähän tutkimukseen. Kyselylomakkeessa käytetään mm. Likert-tyyppistä mittaria. Kun on tarkoitus mitata esimerkiksi tyytyväisyyttä, motivaatiota tai sisäistä subjektiivista tuntemusta, jossa ollaan enemmän tai vähemmän samaa mieltä tai joka vastaa enemmän tai vähemmän mielipidettäni, Likert -asteikko on sopiva mittari tähän. (Metsämuuronen 2009, 100.)

Kyselylomakkeessa kuuteen väittämään vastattiin 4-portaisen Likert asteikon avulla (1=täysin eri mieltä, 2=osittain eri mieltä, 3=osittain samaa mieltä, 4=täysin samaa mieltä). Neljään kysymykseen vastaaja sai valita useamman kuin yhden vaihtoehdon. Lisäksi kyselylomakkeessa oli muutamia avoimia kysymyksiä, jossa vastaajan oli mahdollisuus tarkentaa vastaustaan tai kommentoida muuta asiaan liittyvää tutkijalle tiedoksi.

Analyysi voidaan ymmärtää aineiston käsittelyksi, järjestelyksi, muokkaukseksi tai tiivistämiseksi. Aineisto on käsiteltävä ymmärrettävämpään muotoon ja aineistosta pyritään löytämään ilmiölle selitys. Aineistosta etsitään ratkaisua tutkimusongelmaan. (Kananen 2014, 104–105.) Sisällön erittelyllä tarkoitetaan dokumenttien analyysiä, jossa kuvataan kvantitatiivisesti esimerkiksi tekstin sisältöä (Tuomi & Sarajarvi 2009, 106). Aineisto on analysoitava huolellisesti ja siitä nousseiden johtopäätösten on oltava rehellisiä ja luotettavia (Heikkilä, Jokinen & Nurmela 2008, 43-47).

Tämän kehittämistyön kyselyn tulokset analysoitiin pääasiallisesti tilastollisesti, kvantitatiivisesti tavoitteena oli saada selkeä kuvaus tutkittavista ilmiöistä tiivistetyssä ja yleisessä muodossa. Aineiston analyysi aloitettiin vastausajan päätyttyä lukemalla ja tarkistamalla saatu aineisto. E-lomakekyselyn

tulokset siirrettiin excell-tilaukkolaskentaohjelmaan. Aineiston siirtämisessä, kirjauksessa ja tallennuksessa käytettiin huolellisuutta ja tarkkuutta. Vastaus-tiedot ja palautunut aineisto tarkastettiin, jonka jälkeen voitiin hyväksyä koko saatu aineisto kehittämistyöhön mukaan. Tämän jälkeen saadusta aineis-tosta muodostettiin taulukoita ja diagrammeja pyrkien vastaamaan asetettui-hin tutkimuskysymyksiin. Tässä hyödynnettiin tilastoanalyysin kuvailevia toi-mintoja. Aineiston ollessa määrällisesti pieni (n=30), laskettiin aineistosta vain prosenttijakaumia.

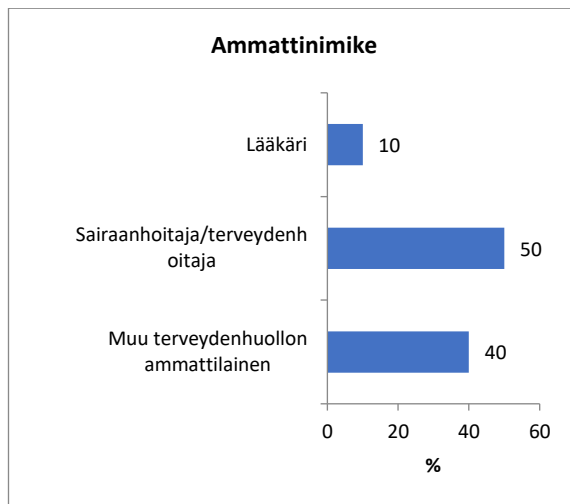
Viimeisenä perehdyttiin kyselylomakkeiden avoimien kysymysten vastauk-siin, lukemalla vielä kerran vastauslomakkeet huolella läpi. Näin saatiin lopul-linen käsitys vastaajien kokemuksista ja tarpeista. Useissa kysymyksissä il-meni, että vastaajista suurin osa oli täysin samaa mieltä tai osittain samaa mieltä väittämistä, joten diagrammeja ja taulukointia ei lähdetty kaikista väit-tämistä tekemään vaan tulokset esitetään sanallisesti.

Analysoinnin alussa, jaettiin vastaukset kyselylomakkeen mukaisesti luokkiin, taustatiedot, uhka- ja väkivaltatilanteet sekä tapahtuman jälkeinen menettely. Tämän jälkeen ne jaoteltiin uudelleen, jotta löydettiin kysymykset, jotka antoi-vat parhaiten vastaukset asetettuihin tutkimusongelmiin. Nämä kysymykset, haluttiin tuoda selkeästi esille sanallisesti ja taulukoinneilla.

Kehittämistyö toteutettiin yksityisen terveystalouden tuottavan lääkärikeskuk-sen kahden yksikön henkilökunnalle ajalla marraskuu 2020 - toukokuu 2021. Tutkimuslupa haettiin työntilaaajan organisaatiolta marraskuussa 2020. Kehittämistyön suunnitelma hyväksyttiin ja sopimus opinnäytetyöstä allekirjoi-tettiin tammikuussa 2021. Teams-koulutus ja tarkistuslistan esittely henkilö-kunnalle toteutettiin helmikuussa ja sähköinen kysely maaliskuun lopussa. Val-mis kehittämistyö esiteltiin työntilaaajalle toukokuussa 2021.

7 KEHITTÄMISTYÖN TULOKSET

Kysely lähetettiin n. 70 (N=70) lääkärikeskuksen hoitohenkilökunnan jäsenelle, joista 43 % (n=30) vastasi kyselyyn. Vastanneista 15 kpl:tta oli sairaanhoitajia tai terveydenhoitajia, 3 kpl:tta lääkäreitä ja 12 kpl:tta muita terveydenhuollon ammattilaisia. (kuvio 1.)



Kuvio 1. Kyselyyn osallistuneiden ammattinimike.

7.1 Uhkaavien tilanteiden määrä, laatu ja seuraukset

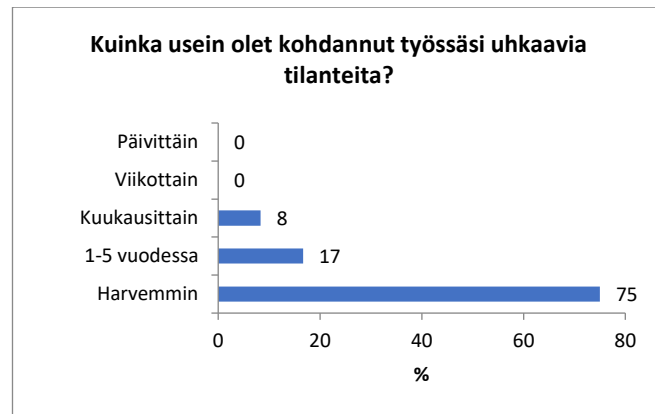
Yli 10 v. työkokemus hoitoalalta oli vastanneista 26:lla, ja heistä 47 % oli kokenut työurallaan uhkaavia ja väkivalta tilanteita. Nykyisen työnantajan palveluksessa alle 2 vuotta oli ollut 47 % vastaajista ja alle 5 vuotta 77 % vastaajista. Eniten uhkaavia ja väkivaltatilanteita 34 % esiintyi organisaatiossa alle 5 vuotta palvelleiden työntekijöiden keskuudessa (taulukko 1).

Taulukko 1. Kuinka kauan olet työskennellyt työnantajasi palveluksessa ja oletko kokenut tänä aikana uhkaavia/väkivaltatilanteita.

%/kpl	kyllä	ei	Yht.	N
alle 1 v	29/2	71/5	100	7
1-2 v	43/3	57/4	100	7
3-5 v	33/3	67/6	100	9
6-10 v	67/2	33/1	100	3
yli 10 v	50/2	50/2	100	4

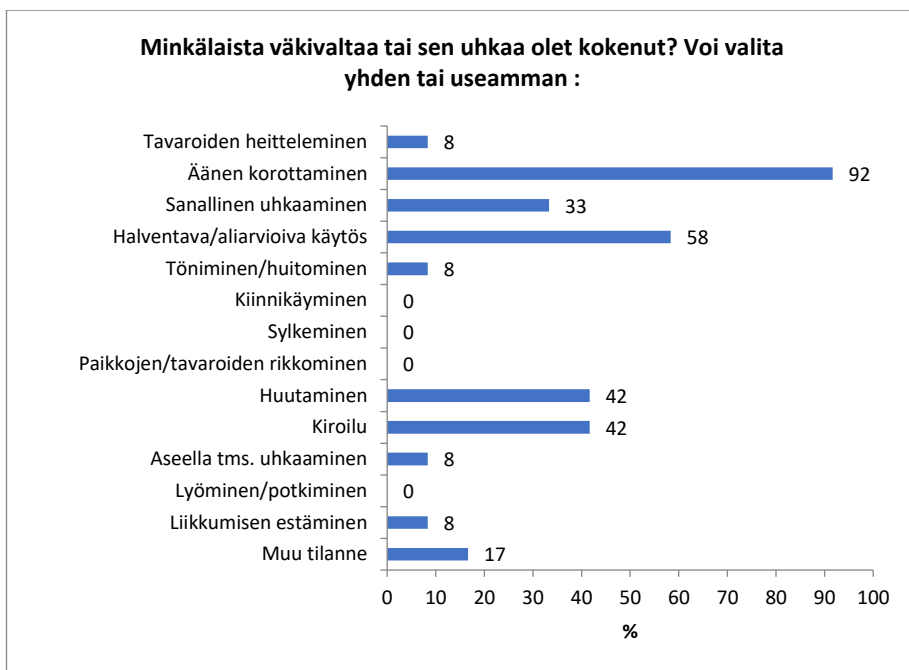
Yht. 40 60 100 30

Uhkaavien tilanteita nykyisen työnantajansa palveluksessa oli kuukausittain kokenut 8 % vastaajista, alle 5 kertaa vuodessa uhkaavia tilanteita oli kokenut 17 % vastaajista ja tätä harvemmin 75 % vastaajista (kuvio 2).



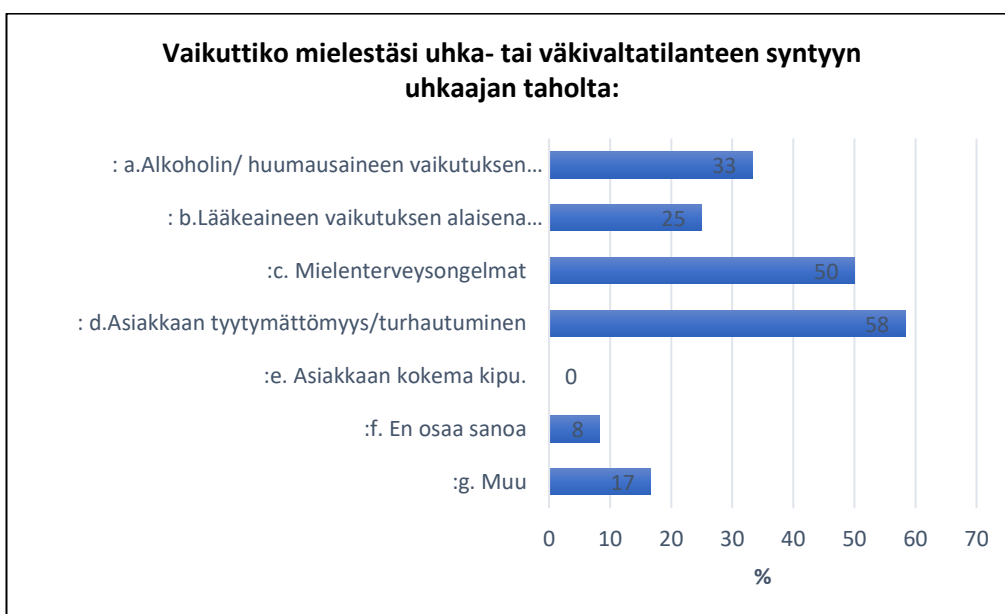
Kuvio 2. Uhkaavien tilanteiden esiintyvyys.

Vastaajista (N=30) 14 henkilöä oli kohdannut uransa aikana uhka ja väkivalta-tilanteita. Tapauksista 12:sta uhkaajana oli ollut joko asiakas tai potilas, yhdessä tapauksessa asiakkaan ystävä ja yhdessä toinen työntekijä. Monivalinta kysymyksellä vastaajilta haluttiin tietoa siitä, minkälaista uhkaa tai väkivaltaa he olivat työssään kohdanneet. Annetuista vaihtoehtoista suurimpana nousi esiin äänen korottaminen 92 %, halventava aliarvioiva käytös 58 %, huutaminen ja kiroilu 42 % sekä sanallinen uhkaaminen 33 % (kuvio 3). Avoimeen vastauskenttään oli annettujen vaihtoehtojen lisäksi vastattu mm. asiakkaan uhkaava käytös, oveen potkaisu ja kovaäänisesti liian lähelle tuleminen.



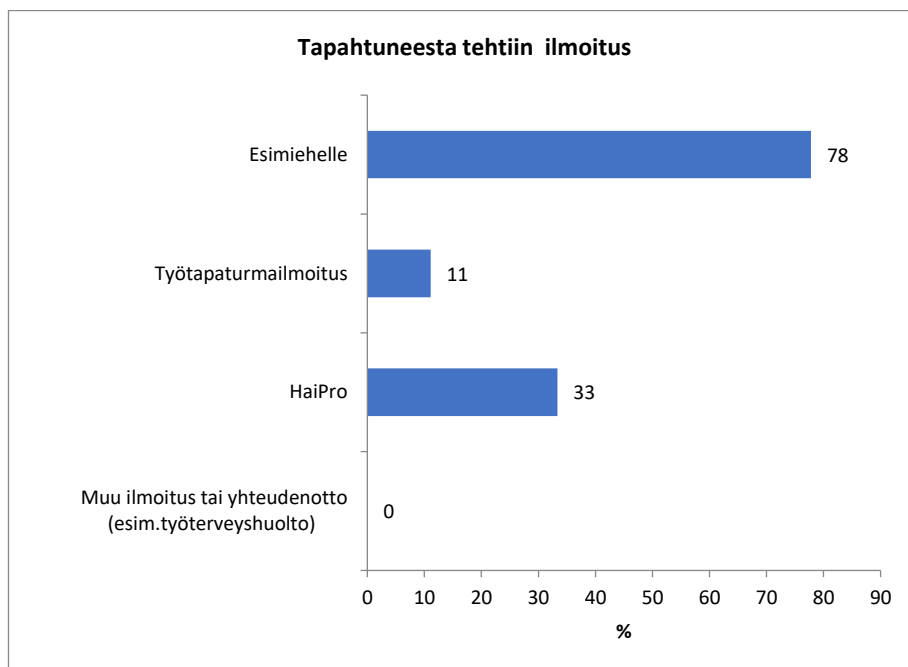
Kuvio 3. Väkivallan laatu.

Uhka- ja väkivaltatilanteen syntymiseen vaikuttavaan monivalinta kysymyksen suurimmaksi vaikuttavaksi tekijäksi, vastaajat olivat valinneet asiakkaan tyytymättömyyden ja turhautumisen 58 % sekä mielenterveysongelmat 50 % (kuvio 4.). Muu vastauskohtaan oli tarkennettu muiksi tekijöiksi asiakkaan muistisairaus, lääkeriippuvuudet sekä asiakkaan opittu huono tapa ja käytös (kuvio 4).



Kuvio 4. Väkivallan syntyyn vaikuttavat tekijät.

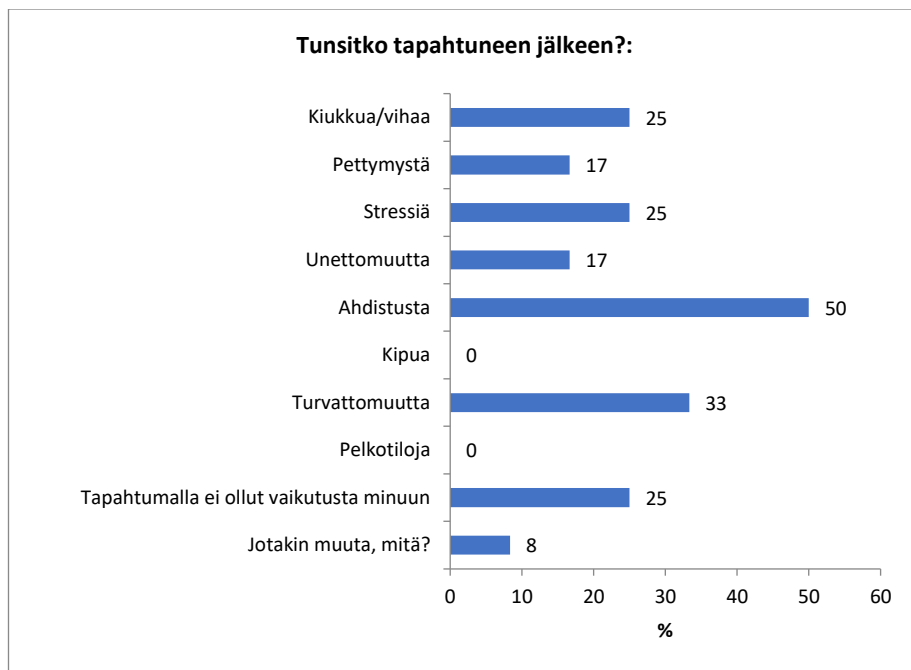
Tapahtuneista uhka- ja väkivaltatilanteista ilmoitti vastaajista asiasta esimiehelle 78 %, HaiPro ilmoituksen teki 33 % ja työtaturmailmoituksen 11 %. Vastaajia pyydettiin myös perustelemaan vastauksensa, mikäli ilmoitusta tapahtuneesta ei ollut tehty. Perusteluina olivat mm. ”en tuolloin muistanut ja asia vain jäi hoitamatta”, ”tilanne rauhoittui ja kiireinen päivä jatkui” sekä ”tässä työssä joutuu usein kokemaan ko. käytöstä. Pitäisi siis jatkuvasti olla tekevässä ilmoituksia” (kuviot 5). Avoimeen kysymykseen, haluatko tarkentaa vastauksiasi, saatiin vastaukset ”keskustelin tapahtuneesta kollegoiden kanssa” sekä ”yleensä tällaiset tapaukset on keskusteltu läpi”.



Kuvio 5. Tehdyt ilmoitukset.

Ainoastaan 25 % uhka- ja väkivaltatilanteita kohdanneista vastaajista ilmoitti saaneensa tapahtuneen jälkeen asianmukaisen debriefing/jälkipuinti keskustelun. Tapahtunut oli aiheuttanut vastaajista 50 %:lle ahdistusta, 33 % oli kokenut turvattomuutta ja 25 % oli kokenut tuntevansa kiukkua/vihaa ja stressiä. Tapahtumalla ei ollut vaikutusta 25 %:iin vastaajista (kuviot 6.). Avoimeen tarkentavaan kysymykseen yksi vastaajista ilmoitti ” Mietin omaa käyttäytymistä

pitkään, aiheutinko itse”. Ruumiillisia ja aineellisia seurauksia tapahtuneesta oli kokenut yksi vastaajista ”ovi tahriintui tapahtuman aikana”.



Kuvio 6. Tapahtuneen jälkeiset tunteet.

7.2 Henkilökunnan koulutustarpeet sekä koettu työturvallisuus

Henkilökunnan saaman perehdytyksen määrää työturvallisuudesta ja työturvallisuuden kokemisesta selvitettiin 5 väittämän avulla, jotka olivat **olen saanut riittävästi perehdytystä työturvallisuudesta, tunnen omaavani valmiudet kohdata uhka- ja väkivaltatilanteita työssäni, tunnen oloni aina turvallisiksi työssäni, henkilökuntaa tulisi yleisesti kouluttaa enemmän tunnistamaan ja ehkäisemään riskejä kohdatessaan aggressiivisen asiakkaan/potilaan sekä organisaationi järjestää riittävästi koulutusta uhkaavien ja väkivaltatilanteiden kohtaamiseen.**

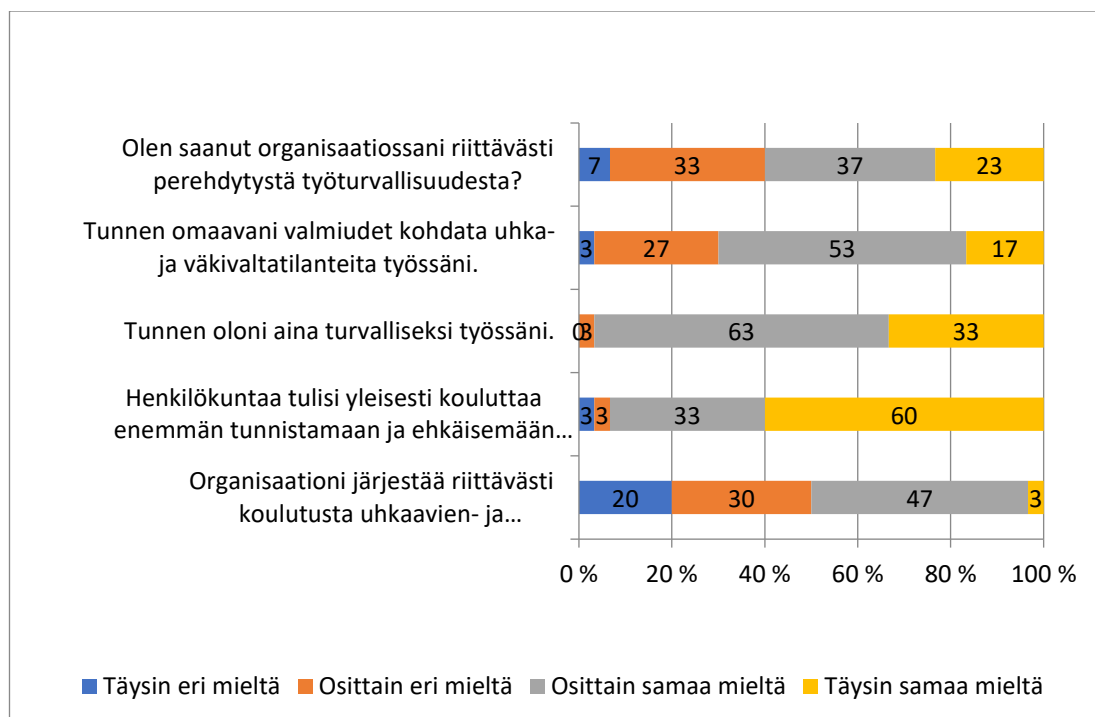
Olen saanut riittävästi perehdytystä työturvallisuudesta väittämään täysin eri mieltä oli vastaajista 7 % (n=2), osittain erimieltä vastaajista oli 33 % (n=10), osittain samaa mieltä oli 37 % (n=11) ja täysin samaa mieltä 23 % (n=7).

Tunnen omaavani valmiudet kohdata uhka- ja väkivaltatilanteita työssäni väittämään täysin eri mieltä oli vastaajista 3 % (n=1), osittain erimieltä 27 % (n=8), osittain samaa mieltä 53 % (n=16) ja täysin samaa mieltä 17 % (n=5).

Tunnen oloni aina turvalliseksi työssäni väittämään täysin eri mieltä oli vastaajista 0 % (n=0), osittain erimieltä 3 % (n=1), osittain samaa mieltä oli 63 % (n=19) ja täysin samaa mieltä oli 33 % (n=10).

Henkilökuntaa tulisi yleisesti kouluttaa enemmän tunnistamaan ja ehkäisemään riskejä kohdatessaan aggressiivisen asiakkaan/potilaan väittämään täysin eri mieltä oli vastaajista 3 % (n=1), osittain eri mieltä 3 % (n=1), osittain samaa mieltä 33 % (n=10) ja täysin samaa mieltä 60 % (n=18).

Organisaationi järjestää riittävästi koulutusta uhkaavien ja väkivaltatilanteiden kohtaamiseen väittämään täysin eri mieltä oli vastaajista 20 % (n=6), osittain eri mieltä 30 % (n=9), osittain samaa mieltä 47 % (n=14) ja täysin samaa mieltä 3 (n=1) kuvio 7.



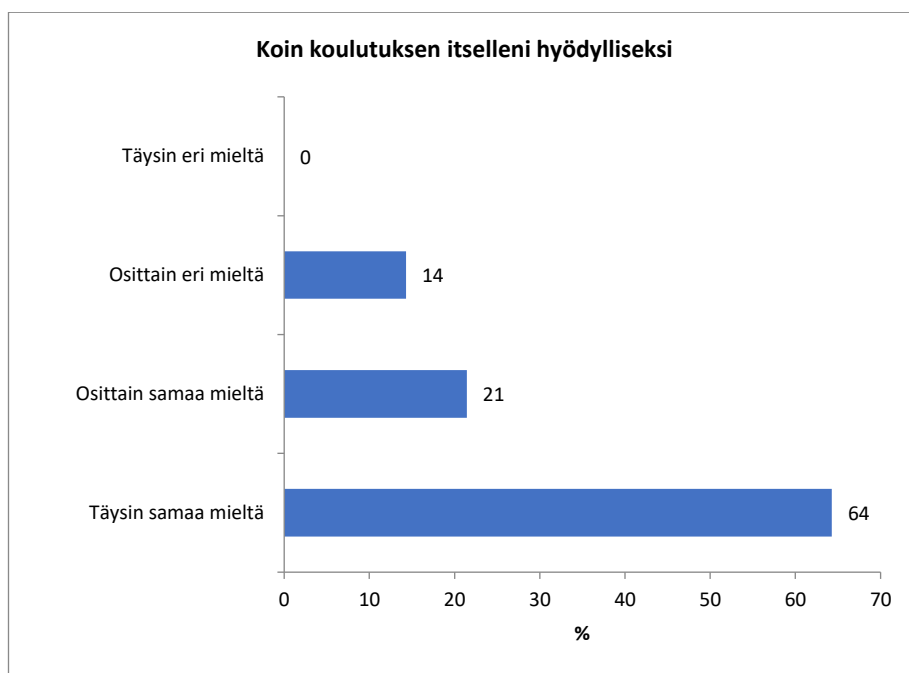
Kuvio 7. Työturvallisuus ja sen kokemukset.

7.3 Miten henkilökunta arvioi saamaansa koulutusta?

Henkilökunnalle annetun koulutuksen ja sähköpostitse jaetun tarkistuslistan hyötyä vastanneille selvitettiin kysymyksellä, **olivatko he osallistuneet aiheesta järjestettyyn Teams-koulutukseen** ja kahden väittämän avulla. Väittämät olivat **koin koulutuksen itselleni hyödylliseksi** sekä **koin sähköpostitse jaetun tarkistuslistan turvallisemmasta työympäristöstä hyödyntävän itseäni ja työyhteisöni jäseniä**.

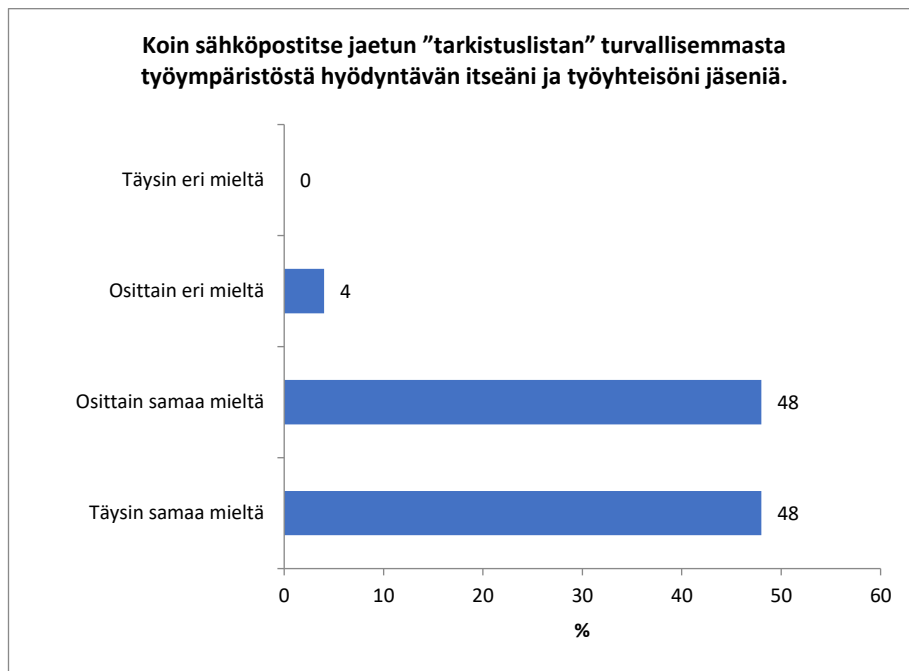
Kysymykseen **osallistuitko aiemmin aiheesta järjestettyyn Teams-koulutukseen** vastaajista 37 % (n=11) vastasi kyllä ja 63 % (n=19) ei.

Koin koulutuksen itselleni hyödylliseksi väittämään täysin erimieltä oli vastaajista 0 % (n=0), osittain eri mieltä 14 % (n=2), osittain samaa mieltä 21 % (n=3) ja täysin samaa mieltä 64 % (n=9) kuvio 8.



Kuvio 8. Annetun koulutuksen hyödyllisyys.

Koin sähköpostitse jaetun tarkistuslistan turvallisemmasta työympäristöstä hyödyntävän itseäni ja työyhteisöni jäseniä väittämään täysin eri mieltä oli vastaajista 0 % (n=0), osittain eri mieltä 4 % (n=1), osittain samaa mieltä 48 % (n=12) ja täysin samaa mieltä 48 % (n=12) kuvio 9. Tähän väittämään jätti vastaamatta 5 kyselyyn osallistunutta.



Kuvio 9. Tarkistuslistan hyödyllisyys.

8 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

8.1 Keskeisten tulosten pohdinta ja johtopäätökset

Kehittämistyön tarkoituksena oli selvittää erään yksityisen terveystalouden tuottavan yrityksen henkilökunnan kokema uhkaavien ja aggressiivisten tilanteiden määrää ja laatua sekä selvittää heidän tarpeensa saada lisä koulutusta työturvallisuudesta. Tarkoituksena oli myös saada käsitys siitä, kokiko henkilökunta hyötynsä annetusta koulutuksesta ja olivatko nämä kokemukset saman suuntaisia, kuin kirjallisuuskatsauksen tutkimusten tulokset.

Tämän kehittämistyön tulokset tukevat kirjallisuuskatsauksesta saatuja tuloksia koulutuksen hyödyllisyyden suhteen. Vastanneista 85 % koki hyötynensä annetusta koulutuksesta ja yli 90 % hyötyi tarkistuslistasta sekä koulutusmateriaalista. Kirjallisuuskatsauksen tutkimuksissa paljastui, että riskien tunnistaminen, selviytymisstrategioiden harjoittelu ja niiden ymmärtäminen auttavat hallitsemaan uhkaavia tilanteita. Väkivaltatilanteisiin reagointi voitiin nähdä olevan suorassa suhteessa hoitajien saamaan koulutukseen ja kokemukseen tästä. (Casey 2019, Berlanda ym. 2019, Adams ym. 2013, Alsaker ym. 2015, Casey 2019, Gates ym. 201, Huttunen ym. 2015, Ahto 2019, 21.)

Vastaajat olivat lähes yksimielisesti samaa mieltä väittämästä, että henkilökunnan koulutus työturvallisuuden suhteen on tarpeellista ja lähes puolet vastaajista koki sen tällä hetkellä osittain riittämättömäksi. Tämä tulos viestittää organisaation johdolle henkilökunnan tarpeesta saada lisää koulutusta työturvallisuuteen liittyen. Vastamäki mm. on tuonut kirjassaan esiin seuraavaa, työnantajan tulee tunnistaa ja selvittää työtehtäviin, työympäristöön ja työn järjestelyihin mahdollisesti liittyvä uhka ja riski väkivallasta. Työnantajan tulee arvioida sen merkitys työntekijöiden turvallisuudelle ja terveydelle. Väkivallan uhan ollessa ilmeinen, työnantajan on järjestettävä työ siten, että väkivaltatilanteet voidaan estää mahdollisuuksien mukaan jo ennakolta. Tämän, ollessa mahdotonta, on työpaikalla oltava asianmukaiset turvalaitteet ja turvajärjestelyt. (Vastamäki 2018, 14.)

Noin puolet vastaajista oli kohdannut urallaan uhkaavia- ja väkivaltatilanteita. Vaikka vastaajien määrä oli pieni (n=30), on koettujen tapausten määrä kuitenkin tähän suhteutettuna merkittävä (n=14). Tämä kertoo asiakastyöväkivallan olevan terveydenhuollonhenkilökunnalle tuttua. On siis perusteltua ajatella, että organisaation johdon tulee kiinnittää enenevästi huomioita henkilökunnan hyvinvointiin ja jaksamiseen, vaikka henkilökunta kokikin kyselyn perusteella työolonsa tällä hetkellä pääosin turvalliseksi eikä väkivaltatilanteita ole nykyisen työnantajan palveluksessa juurikaan ilmennyt. Vastaajista 75 % oli kokenut uhkaavia tilanteita harvemmin kuin 1 kertaa vuoden aikana.

Uhka- ja väkivaltatilanteita kohdanneet vastaajat ilmoittivat uhkaajan olleen pääasiallisesti potilas tai asiakas itse. Tilanteissa oli ollut eniten äänen korottamista, huutamista, kiroilua, sanallista uhkaamista sekä halventavaa käytöstä. Fyysistä kontaktia ei kukaan vastaajista ollut kokenut. Tapahtuma oli aiheuttanut vastaajille ahdistusta, turvattomuutta, kiukkua ja stressiä. Tapahtumat joita vastaajat olivat kohdanneet työssään, voidaan lukea kuuluvaksi asiakastyöväkivaltaan. Asiakastyöväkivallaksi kutsutaan tapahtumaa, jossa työsuhteen ulkopuolinen taho, kuten asiakas, potilas, omainen tai palvelun käyttäjä kohdistaa työntekijään teon, joka liittyy suoraan työntekijän työhön tai ammattiasemaan. Se voi pitää sisällään vakavaa uhkaa, loukkaavaa käytöstä, fyysistä väkivaltaa tai muita rangaistavia tekoja. Asiakastyöväkivaltaa voi aiheuttaa kohteelleen yksi tai useampi henkilö. Näitä toimia ja tapahtumia yhdistää se, että ne aiheuttavat pelkoa ja epävarmuutta niitä kokeneille. (Kauppila, Koskelainen, Rantaeskola & Hyyti 2015, 7.) Vastaajista 25 % ilmoitti, ettei koettulla uhka- tai väkivaltalla tapahtumalla ollut vaikutusta vastaajaan. Kirjallisuuskatsauksen tulokset olivat tapahtuman kokemuksen suhteen samansuuntaiset. Näissä tutkimuksissa johtopäätöksenä oli, että hoitotyöntekijät kokivat väkivaltatilanteet ja uhat eri lailla. Tähän nähtiin suurimpana tekijänä vaikuttavan työntekijän oma persoonallisuus. Hoitohenkilökunnan sietokyky väkivaltaa kohtaan oli henkilökohtaista ja yksilöllistä. Hoitotyöntekijän sukupuolella, iällä, työkokemuksella tai koulutuksella ei ollut vaikutusta siihen, miten väkivaltaa siedettiin. (Alsaker ym. 2015, Huttunen ym. 2015, Berlanda ym. 2019, Adams ym. 2013, Casey 2019, Gates ym. 2011, Ahto 2019, 20.)

Kyselyyn vastanneista ja uhka- ja väkivaltatilanteita kohdanneista vain 25 % ilmoitti saaneensa tapahtuneen jälkeen asianmukaisen debriefin/jälkipuintikeskustelun. Tämä on huolestuttavan pieni määrä, koska vastaajien kokemista tapahtumista suurimmassa osassa oli kuitenkin asiasta tehty ilmoitus esimiehelle tai työtapaturma/Haiproilmoitus. Debriefing keskustelujen järjestäminen ja asioiden läpikäyminen nähdään kehittämiskohteena, joka olisi hyvä tuoda johdolle tiedoksi.

Kehitämistyön tulosten perusteella voidaan johtopäätöksenä todeta henkilökunnan kokevan nykyisen työympäristönsä turvalliseksi. Organisaatioiden

tulee kuitenkin toteuttaa jatkuvaa kehitystä myös henkilökuntansa työturvallisuuden parantamiseksi. Näin toimimalla organisaatio huolehtii henkilökuntansa työhyvinvoinnista sekä sitoutumisesta työnantajaansa ja työhönsä. Koulutuksen lisääminen nähdään tässä ensiarvoisen tärkeäksi. Tässä kehittämistyössä toteutettujen interventioiden voidaan todeta olevan tarpeellisia ja tuottavan tietoa johdolle ja koko organisaatiolle henkilökunnan työhyvinvoinnin parantamiseksi.

8.2 Tutkimuksen Eettisyys ja luotettavuus

Kehittämistyön teoreettisten lähtökohtien pohjaksi ja keskeisten käsitteiden tarkasteluun tuotettiin kirjallisuuskatsaus, johon valittiin tutkimusartikkeleja, joissa käsitellään fyysisen, seksuaalisen ja sanallisen työpaikkaväkivallan esiintyvyyttä hoitotyöntekijöitä kohtaan. Niissä tutkitaan minkälaiset olosuhteet ja syyt ovat aiheuttaneet omaisen tai potilaan uhkaavan käyttäytymisen. Niissä etsitään myös menetelmiä, joilla uhkaavia tilanteita voitaisiin vähentää sekä väkivallan vaikutusta työuupumukseen, työstressiin, työtyytyväisyyteen ja trauman jälkeiseen pahoinvointiin (Ahto 2019, 22.)

Aineiston haun perusteella kävi ilmi, ettei suomalaisia tutkimuksia, joissa työväkivaltaa tutkittaisiin terveydenhuollon työyhteisössä, juurikaan ole. Työväkivaltaa muissa työyhteisöissä sen sijaan oli tutkittu laajasti. Koska kirjallisuuskatsaus rajattiin koskemaan ainoastaan terveydenhuoltoa ja sen henkilöstöä tutkimuskieleksi valikoitui pääasiallisesti englanti. Haussa löydettyjen englanninkielisten tutkimusten valintaa ja määrää rajoitti tutkimusartikkelien tulkinnan vaikeus. (Ahto 2019, 22.)

Valittujen tutkimusten määrän ollessa näin pieni ei saatuja tuloksia voida pitää määrällisesti täysin luotettavana, mutta saatuja tulosten voidaan sanoa tukevan aiheesta tehtyjen aiempien tutkimusten tuloksia. Kirjallisuuskatsauksen teossa käytettiin hyvää tieteellistä käytäntöä ja aineiston hakuun saatiin apua informaattikolta. Tulokset raportoitiin huolellisesti ja tarkasti alkuperäisten tutkimusten tulosten pohjalta. (Ahto 2019, 22)

Tähän kehittämistyöhön valittua aihetta voidaan pitää haasteellisena sen takia, että vaikka on myönnetty hoitotyöntekijöiden kokevan työssään väkivallan uhkaa ja joutuvan väkivallan kohteeksi, saatetaan asiaa väheksyä eikä henkilökunnan kokemuksia huomioda tarpeeksi tai oteta todesta. Tämä saattaa olla yksi tekijä siihen, ettei väkivaltatilanteista tehdä ilmoituksia eikä asioita viedä eteenpäin. Kirjallisuuskatsauksen ja kehittämistyön tulosten perusteella voidaan todeta, ettei terveydenhuollon organisaatiot kiinnitä riittävästi huomiota henkilökunnan työhyvinvoinnin turvaamiseen ja työväkivallan ehkäisyyn. Vaikka kirjallisuuskatsaukseen valikoidut tutkimukset olivat eri maissa tehtyjä, tämä tekijä nousi niissä kaikissa esiin ja kertoo ongelman olevan maailmanlaajuisista terveydenhuollon alalla. (Ahto 2019, 23.)

Tutkimusten luotettavuuteen vaikuttavat tutkija ja tutkijan taidot, aineiston laatu, aineiston analyysi ja tulosten esittäminen (Janhonen & Mikkonen 2001). Tässä kehittämistyössä, tutkijan kokemattomuus itsenäisen tutkimuksen tekemisessä huonontaa luotettavuutta. Vastaavasti ohjaajan kokeneisuus tutkimusten teosta ja ohjaamisesta parantavat luotettavuutta. Kehittämistyön aihealuetta voidaan pitää myös eettisesti haastavana, koska väkivaltatilanne tai sen uhka rikkoo aina yksilön ja työntekijän koskemattomuutta. Aiheen valinnan ja halutun kehityskohteen eettisyys on mietittävä huolellisesti jo ennen kehittämistoiminnan aloittamista. Kyse on siitä, mitä päämääriä ja asioita halutaan edistää. Näillä toiminnalla tai siihen liittyvällä tutkimuksella ei saa väheksyä tai loukata ketään. Toimintatapojen valinta ja aineistonkeruun toteutus koskettavat konkreettisesti muita ihmisiä. Tutkivassa kehittämisessä on ensiarvoista huomioda, että kehittämistoimintaan kytkettyjä ihmisiä kohdellaan kunnioittavasti ja oikeudenmukaisesti. (Heikkilä, Jokinen & Nurmela 2008, 43-47.)

Tämän kehittämistyön aineisto kerättiin sähköisesti, eikä sen perusteella voi vastaajaa missään vaiheessa tunnistaa. Näin ollen myöskään kehittämistyöntekijän omat henkilökohtaiset kokemukset eivät voi vaikuttaa aineiston analyysiin. Vastaukset on käsitelty luottamuksellisesti ja hävitetty asianmu-

kaisesti työn valmistumisen jälkeen. Tulokset on raportoitu huolellisesti noudattaen hyvää tieteellistä käytäntöä.

Kehittämistyön tuloksia voitaneen hyödyntää kehitettäessä ja suunniteltaessa hoitajille suunnattuja koulutuksia ja mietittäessä hoitohenkilökunnan sitouttamista työhönsä sekä työhyvinvoinnin ja turvallisuuden parantamista erilaisissa hoitotyön työyhteisöissä.

Terveystieteiden henkilökunnan kohtaamasta työväkivallasta ei koskaan tulla pääsemään kokonaan pois, mutta hoitohenkilökunnan koulutuksen lisäämisellä pystytään vaikuttamaan niiden määrään ja toistumiseen. Vaikka hoitotyöntekijöihin kohdistuva väkivalta on maailmanlaajuinen ongelma, on tärkeää tehdä tutkimuksia eri erikoisaloilla. Aihe on merkittävä hoitotyöntekijöille että hoitotyön johtajille. Väkivaltatilanteiden kohtaaminen päivittäisessä työssään vaikuttaa hoitotyöntekijöiden jaksamiseen ja sitoutumiseen työhönsä. Kun hoitohenkilökunta kokee työhyvinvointia ja voi hyvin, vaikuttaa se suoraan potilaiden saamaan hoidon laatuun. (Ahto 2019, 23.)

LÄHTEET

- Adams, J. Ashworth, J. Irons, G. Knowles, A & Roddy, A. 2013. Assessing the effectiveness of clinical education to reduce the frequency and recurrence of workplace violence. *Australian Journal of Advanced Nursing* 34(3) 6-15.
- Ahto, R. 2019. Uhkaavan (aggressiivisen) asiakastilanteen riskit ja niiden hallinta terveydenhuollossa. YAMK-kirjallisuuskatsaus. Satakunnan ammattikorkeakoulu. Painamaton lähde.
- Alsaker, K. Johansen, I. & Morken, T. 2015. Dealing with workplace violence in emergency primary health care: a focus group study. *BMC Family Practice research article* (2015) 16:51.
- Berlanda, S. de Cordova, F. Fraizzoli, M. & Pedrazza, M. 2019. Addressing Risks of Violence against Healthcare Staff in Emergency Departments: The Effects of Job Satisfaction and Attachment Style. *BioMed Research International* 5/28/2019 1-12.
- Casey, C. 2019. Management of Aggressive Patients: Results of an Educational Program for Nurses in Non-Psychiatric Settings. *Medsurg Nursing* 28(1) 9-21.
- Gates, D. Gillespie, G. & Succop, P. 2011. Violence Against Nurses and its Impact on Stress and Productivity. *Nursing Economic* 29(2) 59-67.
- Heikkilä A., Jokinen P. & Nurmela, T. 2008. Tutkiva kehittäminen. Avaimia tutkimus ja kehittämishankkeisiin terveysalalla. Helsinki: WSOY.
- Hjelt-Putilin, P. 2005. Turvallisuutta viestinnällä. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Huttunen, R. Joronen, K. & Rantanen, A. 2015. Rekisteritutkimus sairaanhoitajien työturvallisuutta vaarantavista väkivaltatilanteista päivystyspoliklinikalla. *Tutkiva Hoitotyö* 16(1) 30-36.
- Janhonen, S & Nikkonen, M. (toim.) 2001. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.
- Kajaanin ammattikorkeakoulun www- sivut. Viitattu 31.12.2020. <http://www.kamk.fi>
- Kananen, J. 2012. Kehittämistutkimus opinnäytetyönä. Tampere: Juvenes Print.
- Kananen, J. 2015a Kehittämistutkimuksen kirjoittamisen käytännön opas. Tampere: Suomen yliopistopaino Oy-Juvenes Print. Viitattu 4.4.2021. <https://www-booky-fi.lillukka.samk.fi/lainaa/1199>
- Kananen, J. 2015. Opinnäytetyön kirjoittajan opas. Tampere: Suomen Yliopistopaino Oy, Jamk.

- Karpela, T. Puhejudo. Luento Satakunnan ammatikorkeakoulu 2009.
- KvantiMOTV www-sivut. Viitattu 31.12.2020. <http://www.fsd.uta.fi>
- Kääriäinen, M. & Lahtinen, M. 2006. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tutkimustiedon jäsentäjänä. Hoitotiede 11.
- Management Institute of Finland www-sivut 2020. Viitattu 8.1.2021.
- Matikainen, J & Pasanen, H 2003. Oppimisen ohjaus verkossa. Helsinki: Palmenia kustannus
- Metsämuuronen, J. 2009. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteessä. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.
- Ojanperä, K. 2018. Ensihoitopalvelualan opintopäivät Tehy: Viitattu 5.11.2019. [https://www.tehy.fi/fi/system/files\(mfiles/luento-materiaa/li/2018/kaija_ojanpera3_uhkaavat_tilanteet_alalla_id_11814.pdf](https://www.tehy.fi/fi/system/files(mfiles/luento-materiaa/li/2018/kaija_ojanpera3_uhkaavat_tilanteet_alalla_id_11814.pdf).
- Paasivaara, L, Suhonen, M. & Virtanen, P. 2011. Projektijohtaminen hyvinvointipalveluissa. Helsinki: Tietosanomat Oy.
- Parantainen, A. & Soini, S. 2011. Riskinarvioinnilla turvallisuutta terveydenhoitoalalle. Tampere: Tammerprint Oy.
- Rantaeskola, S. Hyyti, J. Kauppila, J. & Koskelainen, M. 2015. Haastavat asiakastilanteet: väkivalta työssä. Helsinki: Talentum.
- Saarela, K. 2004. Tapaturma ja väkivaltariski työssä. Teoksessa T. Suurnäkki (toim.) Terveystieteiden tutkimuskeskuksen työsuojelu- ja kehittämisopas. Helsinki: Yliopistopaino, 94-103.
- Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasa: Vaasan yliopiston julkaisuja. Viitattu 10.11.2019. <http://www.uva.fi>
- Soisalo, R. 2011. Väkivallan preventio sosiaali- ja terveysalalla. Riika, Latvia: Jelgavas Tipografia.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2011. Riskienhallinta ja Turvallisuussuunnittelu, Opas sosiaali- ja terveydenhuollon johdolle ja turvallisuusasiantuntijoille. Tampere: Juvenes Print-Tampereen Yliopistopaino Oy.
- Tehyn www. sivut. 2019. Viitattu 7.11.2019 www.tehy.fi
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Tammi.
- Työterveyslaitoksen www. sivut. 2012. Viitattu 8.1.2021 www.ttl.fi

Vastamäki, J. 2018. Väkivalta työsuojelun näkökulmasta. Viitattu 5.11.2019.
https://www.tehy.fi/fi/system/mfiles/luentomateriaali/2018/jaana_vastamaki3_vakivalta_tyosuojelun_nakokulmasta_id_14063.pdf.

Väisänen, L., Niemelä, M. & Suua, P. 2009. Sanat Työssä. Helsinki: Kirjapaja.

Äijälä, A. Uhkatilannekoulutus luento ja materiaali Terveystalon koulutuspäivä 2019.

	Expanders-Apply equivalent subjects Narrow by SubjectMajor-Workplace violence Search modes-Boolean/Phrase		
--	---	--	--

LIITE2

Taulukko 2. Yhteenveto kirjallisuuskatsauksen tutkimuksista

tutkimus no.	Tutkimuksen tekijät, vuosi, maa	Aineiston nimi	Tarkoitus	Aineisto ja menetelmä	Keskeiset tulokset
1	Berlanda s. de Cordova F. Fraizzoli M. Pedrazza M 2019 Italia	Addressin Risk of Violence against Healthcare Staff in Emergency Departments: The Effects of Job Satisfaction and Attachment Style	Tutkia potilaiden ja vierailijoiden väkivallan esiintyvyyttä päivystysosastoilla ja tutkia väkivallan ja tiettyjen psykososiaalisten tekijöiden välistä suhdetta.	Aineisto kerättiin hoitajilta ja lääkäreiltä suoralla nettikyselyllä nimettömästi. Osallistuminen tutkimukseen oli vapaaehtoista ja mukaan lähti 149 hoitajaa ja lääkäriä. Väkivaltaa mitattiin/arvioitiin kolmella eri detaljilla. päivystysosastoilla koillisessa Italiassa.	Tulokset osoittavat potilaiden ja vierailijoiden aiheuttaman väkivallan olevan vakava riski hoitohenkilökunnalle. Tähän vaikuttavat monet tekijät kuten potilaan ongelmat sekä osastoilla vallitsevat työtavat. Emotionaalinen väkivalta oli yleisempää kuin fyysinen väkivalta ja potilaat olivat väkivaltaisempia kuin vierailijat. Hoitajat kokivat kaikenlaista väkivaltaa lääkäreitä enemmän eikä sukupuolella ollut suhdetta tuloksiin.

2	Adams J. Ashwort J. Irons G. Knowles A. Roddy A. 2013 Australia	Assessing the effectiveness of clinical education to reduce the frequency and recurrence of workplace violence	Tutkia kliinisen koulutuksen merkitystä tunnistaa potilaita, joilla on suuri riski väkivaltaiseen käyttäytymiseen sekä arvioida vähentääkö henkilöstölle annettava koulutus väkivaltatilanteiden esiintyvyyttä.	Aineisto kerättiin suoraan hoitohenkilökunnalta kyselylomakkeilla, ennen henkilökunnalle tarjottua koulutusohjelmaa sekä 6kk sen jälkeen. Aineistoa kerättiin myös väkivaltaisten tapahtumien kirjauksista ennen koulutusohjelman alkua ja sen jälkeen, kahdella sisätautiosastolla, Länsi-Australiassa.	Koulutuksen jälkeiset tiedot tunnistaa riskit väkivaltaiseen käyttäytymiseen lisääntyivät merkittävästi. De-eskalation käyttö lisääntyi huomattavasti ja tapahtumien esiintymistiheys ja toistuminen vähenivät.
3	Alsaker K. Johansen I. Morken T. 2015 Norja	Dealing with workplace violence in emergency primary health care: a focus group study	Tutkia kuinka päivystysosastojen henkilöstö on käsitellyt uhkaavia ja väkivaltaisia tilanteita, jota ovat kohdanneet potilaiden ja potilaiden omaisten toimesta. keskittyen	Aineisto kerättiin kahdeksalla kohderyhmätutkimuksella 37 päivystysosaston henkilökunnalta Norjassa. Osallistujia pyydettiin puhumaan kokemuksestaan väkivaltatilanteissa.	Järjestelmässä esiin nousi neljä pääteemaa uhkaavien ja väkivaltaisten tilanteiden ennakoimiseen ja käsittelemiseen. Nä olivat. Yksintyöskentelyn minimointi, valmistautuminen,

			siihen, kuinka organisatoriset tekijät vaikuttivat tapahtumiin.	Analyysi suoritettiin systemaattisella tekstin tiivistämisellä, etsimällä aiheita, jotka kuvaavat osallistujien kokemuksia.	väärinkäsittelysten selvittäminen potilaan odotusten ja tarjotun palvelun välillä sekä vahva johtajiston tuki.
4	Casey C. 2019 Amerikka	Management of Aggressive patients: Results of an Educational Program for Nurses in Non-Psychiatric Settings	Tutkia hoitajien koulutusohjelman hyötyjä, selviytyä aggressiivisten potilaiden hoitamisessa.	Aineisto kerättiin 30-paikkaisen neurologisen osaston hoitajilta Yhdysvaltain eteläosassa. Hoitajat osallistui- vat testiin ennen koulutusta ja sen jälkeen. Testien avulla haluttiin selvittää aggressiivisuuden esiintyvyyttä ja hoitajien suhtautumista aggressiivisuuteen.	Positiiviset muutokset tapahtuivat luottamuksessa ja asenteissa potilaan aggression hallinnassa. Muutosta ei tapahtunut siinä miten hoitajat kokivat roolinsa ja vastuunsa hoitaa neurologisen osaston aggressiivisia potilaita kokonaisvaltaisesti.
5	Huttunen R. Joronen K Rantanen A. 2015 Suomi	Rekisteritutkimus sairaanhoitajien työturvallisuutta vaarantavista väkivalta-tilanteista päivystyspoliklinikalla.	Kuvata sairaanhoitajien työturvallisuutta vaarantavia väkivalta-tilanteita.	Aineisto kerättiin 2016 sairaalassa toimivan turvallisuuspalveluyrityksen tehtävärekisteristä.	Vuoden 2015 aikana rekisteröitiin yhteensä 304 sanallisen ja 183 fyysisen väkivallan tilannetta, joista

				<p>Mukaan valkoitiin sairaanhoitajien työturvallisuutta vaarantaneet sanalliset ja fyysiset väkivaltatilanteet (=487). Aineisto kuvailtiin prosentti ja frekvenssijakaumilla sekä analysoitiin ristiintaulukoinnilla. Tilastollisena testinä oli Khiin neliö-testi.</p>	<p>valtaosassa tekijänä oli potilas. Väkivaltatilanteita tapahtui eniten yö- ja iltavuoroissa. Järjestyksenvalvoja rauhoitti keskustelemalla yli puolet sanallisen väkivallan tilanteista. Lähes puolessa väkivaltatilanteissa tilanne johti siihen, että potilaan väkivaltainen toiminta pysäytettiin voimankäytöllä.</p>
6	<p>Gates D. Gordon L. Gillespie P. 2011 Amerikka</p>	<p>Violence Against Nurses and its Impact on Stress and Productivity</p>	<p>Tutkia miten potilaiden ja vierailijoiden väkivaltaisuus vaikuttaa päivystysosaton hoitajien työn tuottavuuteen ja post-traumaattisten stressihäiriöiden oireisiin.</p>	<p>Aineisto kerättiin neliosaisella kyselyllä sairaanhoitajilta, jotka kuuluivat Yhdysvaltojen ensiapuhoitajien yhdistykseen. Tulokset analysoitiin käyttämällä yhdyskuntatieteiden tilastolaskentaa.</p>	<p>Sairaanhoitajista 94% oli kokenut vähintään yhden posttraumaattisen stressihäiriön väkivaltaisten tilanteiden jälkeen ja 17%:lla saatujen pisteiden perusteella, voitiin pitää posttraumaattista stressireaktioita</p>

					todennäköi- senä. Li- säksi stres- sioireiden ja työn tuottavuu- den välillä ole merkit- tävää epä- suoraa suhdetta.
--	--	--	--	--	--

LIITE 3 1(4)

Taulukko 3 CASP-arviointikriteerit

TUTKIMUS	1	2	3
1.Oliko tutkimuksen tavoitteet selkeästi määritelty?	2	2	2
2. Oliko laadullinen/määrällinen tutkimusmenetelmä sopiva?	2	2	2
3.Oliko tutkimusasetelma perusteltu ja sopiko se vastaamaan tutkimuskysymyksiin?	2	2	2
4. Sopiko tutkittavien rekrytointistrategia tutkimuksen tavoitteisiin?	2	2	2
5. Kerättiinkö tutkimusaineisto siten, että saatiin tutkimusilmiön kannalta tarkoituksenmukaista tietoa?	2	2	2
6. Oliko mahdollinen tutkijan vaikutus huomioitu tarkoituksenmukaisella tavalla?	2	2	2
7. Oliko tutkimuksen eettiset seikat otettu huomioon?	2	2	1

8. Oliko tutkimuksen analyysi riittävän tarkkaa ja perusteellista?	2	2	2
9. Oliko tutkimuksen tulos selkeästi ilmaistu?	2	2	2
10. Kuinka hyödyllinen tutkimus oli?	2	2	2
Tutkimusartikkelin yhteispisteet (max20) hylkäysraja 10. Astearteikko:Kyllä=2 Osittain=1 EI=0	20	20	19

LIITE 3 3(4)

Liitetaulukko 3 CASP-arviointikriteerit

Tutkimus	4	5	6
1.Oliko tutkimuk- sen tavoitteet sel- keästi määritelty?	2	2	2
2. Oliko laadulli- nen/määrällinen tutkimusmene- telmä sopiva?	1	2	2
3.Oliko tutkimus- asetelma perus- teltu ja sopiko se vastaamaan tutki- muskysymyksiin?	2	2	2
4. Sopiko tutkitta- vien rekrytointi- strategia tutkimuk- sen tavoitteisiin?	2	2	2
5. Kerättiinkö tut- kimusaineisto si- ten, että saatiin tutkimusilmiön kannalta tarkoituk- senmukaista tie- toa?	2	2	2
6. Oliko mahdolli- nen tutkijan vaiku- tus huomioitu tar- koituksenmukai- sella tavalla?	2	2	2
7. Oliko tutkimuk- sen eettiset seikat otettu huomioon?	2	2	2
8. Oliko tutkimuk- sen analyysi riittä- vän tarkkaa ja pe- rusteellista?	2	2	2

9. Oliko tutkimuk- sen tulos selkeästi ilmaistu?	2	2	2
10. Kuinka hyö- dyllinen tutkimus oli?	2	2	2
Tutkimusartikke- lin yhteispisteet (max20) hylkäys- raja 10. As- teikko:Kyllä=2 Osittain=1 EI=0	19	20	20

TYÖKALUJA JA TARKISTETTAVIA SEIKKOJA UHKATILANTEISIIN TERVEYDENHUOLLON HENKILÖSTÖLLE

Perehdy AINA työpaikkasi turvallisuusohjeistuksiin sekä toimintaohjeisiin väkivalta- ja häirintätilanteissa.

Perehdy AINA työpaikkasi hälytys, turvallisuus ja pelastusvälineisiin ja niiden ohjeistuksiin (poistumistiet, hälytys- ja turvarannekkeet, kamerat, alkusammutusvälineet, pelastusvälineet)

Kaikissa turvallisuuden osioissa mukana ennakointi, ehkäisy, toimintamallit ja jälkitoimet.

Näitä tulee suunnitella, kouluttaa ja HARJOITELLA!

UHKATILANTEEN VALMISTELU JA ENNAKOINTI

- Tutustu yksittäisen asiakkaan potilashistoriaan, jos mahdollista.
- Tarkkaile asiakkaan liikehdintää, tyyliä ja katsekontaktia → reagoi jos epäilyttää: Kerro eteenpäin, tarvittaessa kollega mukaan kohtaamiseen, asiakkaan sekä mahdollisen saattajan sijoittaminen

AGGRESSION SYITÄ JA SELITYKSIÄ

- Perusaggressiiviset (“tällä toimintataktiikalla olen ennenkin pärjännyt”)
- Aineiden vaikutuksen alaiset: alkoholi ja huumeet (hämärtynyt ajattelu, aistiharhat, harkintakyvyttömyys)
- Mielenterveysongelmaiset (harhaluulot, vainoharhat, käsityskyvyn ongelmat)
- Murrosikäiset uhmanuoret (auktoriteettihäiriö, näyttämisen tarve)
- Dementoituneet vanhuksat (pelko sekavuus, epätieto)
- Sairaskohtaus esim. Diabetes aivojen energia häiriö -> itsesuojeluvaisto
- Loukkaantuneet ja muut sokissa olijat
- Ylistressaantuneet

TYÖPISTEEN SIJOITUS HUONEESSA

- Varmista esteetön kulku ja etäisyys ovelle
- Pohdi asiakkaan hidastamismenettelyjä
- Mahdolliset lyömäaseet pois potilaan ulottuvilta (kynät, lamput, tuolit, ruukut, mittarit)
- Tietokoneen näyttö, turvaa tietosuojaa
- Siivoa paperit pöydiltä pois
- Pidä lääkkeet piilossa
- Puhelin ja mahdolliset avunhälytyslaitteet käytettävissä

LIITE 4 2(2)

AGGRESSION KOHTAAMINEN JA TOIMINTA UHKATILANTEESSA

- Tunnista aggression merkit (puhe, kädet, liike, hengitys, mustuaiset, putkinäkö, läpituotus, kuulo, hiljeneminen, maalinhakukatsse)
- Asiakkaalla voi aina olla jokin ase, mitä näet? Päästä asiakas ovesta ensin → näe selkäpuoli
- Sovi "merkki" vaaratilanteesta kollegan kanssa
- Jätä ovi auki, jos se on mahdollista
- Pyri pitämään kädet avoimina, kämmenet mieluiten asiakkaaseen päin ja hieman yläviistoon tai tarvittaessa alaviistoon alhaalla
- Vedä syvään henkeä, rauhallisesti
- Pidä puheesi rauhallisena, mieluummin hiljaisena
- Säilytä ryhti, mutta älä yritä näyttää isolta
- Tarkkaile ympäristöä; havaitse esteet, muut ihmiset
- Sijoittaudu asiakkaan ja pakoreitin väliin, niin turvaat pakoreittisi.
- Koita saada asiakas itse rauhoittamaan itsensä: Pyydä esim. asiakasta kirjoittamaan yhteystietonsa, niin johtaja ottaa yhteyttä...
- Koita olla samaa mieltä; myöntävä mumina, nyökkäily. Delegoi syy asiakkaan "kiukkuun", ohjeisiin, sääntöihin, esimiehelle, työkaverille
- Vältä loukkauksia, ole kaveri ja kohtelias
- Tarkkaile asiakasta, valmistaudu toimimaan riittävän ajoissa.
- Jos/kun toimit, toimi päättäväisesti
- Muista sanallinen käskytyt
- Ellei valittu tekniikka tai keino toimi, vaihda toiseen
- Kompromissina, lumelääke esim. vitamiini
- Tarvittaessa anna periksi ja mitätöi myöhemmin, jos väkivallan uhka on välitön (A-todistus, reseptit, lausunnot)

YLEISTÄ

- Pysy rauhallisena ja pyri hahmottamaan kokonaiskuva
- Estä lisävahingot
- Auta mahdollista uhria
- Pysy objektiivisena
- Hälytä apua (työkaverit, vartija)
- Soita hätäkeskukseen -> 112
- Toimi saamiesi ohjeisen mukaan

YHTEISYMMÄRRYS

- Potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Jos potilas kieltäytyy hoidosta tai hoitotoimenpiteestä, häntä on mahdollisuuksien mukaan hoidettava yhteisymmärryksessä muulla lääketieteellisesti hyväksyttävällä tavalla.

LIITE 5 1(8)

KEHITTÄMISTYÖ UHKAAVAN JA AGGRESIIVISEN ASIAKASTILANTEEN
RISKIT JA NIIDEN HALLINTA TERVEYDENHUOLLOSSA KYSELYLOMAKE
HENKILÖKUNNALLE

Hyvä organisaation työntekijä,

Suoritan ylempää ammattikorkeakoulututkintoa Satakunnan Ammattikorkeakoulussa. Teen opinnäytetyötä liittyen organisaatiosi uhka- ja väkivaltatilanteiden kartoittamiseksi ja henkilökunnan koulutuksen tarpeen määrittämiseksi, kohdata uhkaava asiakas/hoitotilanne.

Opinnäytetyöni tavoitteena on lisätä toimipisteissä työskentelevien lääkärin ja hoitotyöntekijöiden tietoja ja valmiuksia työturvallisuuteen liittyen, sekä saada heidät pohtimaan omaa ja asiakkaiden käyttäytymistä hoitotilanteissa ja asiakaspalvelussa. Tavoitteena on myös tuottaa tutkittua tietoa henkilökunnan kokemasta uhka ja riskitilanteista työyhteisössasi, organisaatiosi käyttöön. Nämä tiedot auttavat organisaation johtoa arvioimaan henkilökunnan koulutuksen tarvetta kohdata uhkaavia ja aggressiivisia tilanteita ja kehittämään organisaation työturvallisuutta henkilöstön työhyvinvoinnin parantamiseksi.

Opinnäytetyöni ohjaajina toimivat organisaatiosi edustaja xxxxx ja SAMK:sta lehtori Seija Olli. Kehittämistyölläni on asianomaiset luvat ja tutkimussuunnitelma. Oheinen kehittämistyön kyselylomake on laadittu tieteellisen tutkimuksen ohjeiden mukaisesti. Aineisto kerätään sähköisesti, eikä sen perusteella voi vastata missään vaiheessa tunnistaa. Vastaukset käsitellään luottamuksellisesti ja hävitetään asianmukaisesti työn valmistumisen jälkeen. Vastaamiseen menee n. 10-15 minuuttia.

Liite 5 2(8)

Vastauksesi on organisaatiosi työhyvinvoinnin kehittämisen näkökulmasta tärkeää, joten vastaathan ystävällisesti kyselyyn.

Linkki kyselyyn:

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Lisätietoja tai muuta kehittämistyöhön liittyvää voit kysyä niin halutessasi.

Yhteistyöstä kiittäen

Ria Ahto

YAMK-opiskelija (sairaanhoitaja)

Satakunnan Ammattikorkeakoulu

ria.ahto@student.samk.fi

TAUSTATIEDOT

1.Ammattinimike

- Lääkäri
- Sairaanhoidaja/terveydenhoitaja
- Muu terveydenhuollon ammattilainen

2.Työkokemus hoitoalalla?

- 1-2 vuotta
- 3-4 vuotta
- 5-9 vuotta
- yli 10 vuotta

3. Kuinka kauan olet työskennellyt nykyisellä työnantajallasi?

- < 1 vuotta
- 1-2 vuotta
- 3-5 vuotta
- 6-10 vuotta
- yli 10 vuotta

4.Oletko kokenut uhka- tai väkivaltatilanteita työskennellessäsi terveydenhuollon organisaatiossasi?

- kyllä
- ei

LIITE 5 4(8)

UHKA- JA VÄKIVALTATILANTEET

Väkivalta on terveydenhuollossa hälyttävän yleistä, eikä sitä voida kokonaan poistaa. Uhkatilanne ei ole normaalia työtä eikä terveydenhuoltoa. Työväkivaltaa on hyväksytystä poikkeava käytös tai tapahtuma, jonka yhteydessä työntekijää on vahingoitettu tai uhattu tai häntä vastaan on hyökätty niin, että hänen hyvinvointinsa on vaarantunut. Henkinen väkivalta sisältää sanallista loukkaamista, häirintää, uhkailua ja kiusaamista. Siihen lukeutuvat halventavat käyttäytymistavat kuten kiroilu, huutaminen, solvaaminen, seurailu ja syyllistäminen. Fyysinen väkivaltatyyppeihin kuuluvat potkiminen, lyöminen, kiinni pitäminen, tuuppiminen työntäminen ja sylkeminen.

5. Minkälaista väkivaltaa tai sen uhkaa olet kokenut? Voi valita yhden tai useamman.

- | | |
|----------------------------------|------------------------------------|
| a. Tavaroiden heitteleminen | b. Paikkojen/tavaroiden rikkominen |
| c. Äänen korottaminen | d. Huutaminen |
| e. Sanallinen uhkaaminen | f. Kiroilu |
| g. Halventava/aliarvioiva käytös | h. Aseella tms. uhkaaminen |
| i. Töniminen/huitominen | j. Lyöminen/potkiminen |
| k. Kiinnikäyminen | l. liikkumisen estäminen |
| m. Sylkeminen | n. Muu tilanne |

Jos rastitit kohdan ”Muu tilanne”, voisitko tarkentaa:

6. Oliko uhkaaja:

a. Asiakas/potilas

b. Omainen

c. Muu, mikä? _____

7. Vaikuttiko mielestäsi uhka- tai väkivaltatilanteen syntyyn uhkaajan taholta:

a. Alkoholin/ huumausaineen vaikutuksen alaisena oleminen

b. Lääkeaineen vaikutuksen alaisena oleminen

c. Mielenterveysongelmat

d. Asiakkaan tyytymättömyys/turhautuminen

e. Asiakkaan kokema kipu.

f. En osaa sanoa

g. Muu, mikä _____

8. Kuinka usein olet kohdannut työssäsi uhkaavia tilanteita?

a. Päivittäin

b. Viikottain

c. Kuukausittain

d. 1-5 kertaa vuodessa

e. Harvemmin kuin 1 kertaa vuodessa.

TAPAHTUMAN JÄLKEINEN MENETTELY

9. Teitkö tapahtuneesta ilmoituksen?

a. Kyllä b. Ei

10. Jos vastasit ”Ei”, perustele

LIITE 5 6(8)

11. Jos vastasit ”Kyllä” rastita seuraavista (yksi tai useampi)

- a. Esimiehelleni
 - b. Työtaturmailmoitus
 - c. HaiPro
 - d. Muu ilmoitus tai yhteydenotto (esim.työterveyshuolto)
-

12. Käytiinkö jonkinlaista purkukeskustelua/jälkipuintia tapahtuneeseen liittyen?

- a. Kyllä
- b. Ei

13. Jos vastasit ”kyllä” tarkenna:

14. Tapahtuneesta aiheutuneet seuraukset:

Tunsitko tapahtuneen jälkeen?

- a. Kiukkua/vihaa
- b. Ahdistusta
- c. Pettymystä
- d. Kipua
- e. Stressiä
- f. Turvattomuutta
- g. Unettomuutta
- h. Pelkotiloja
- i. Jotakin muuta, mitä? _____
- j. Tapahtumalla ei ollut vaikutusta minuun

15. Oliko tapahtumasta ruumiillisia tai aineellisia seurauksia, jos niin millaisia?

TYÖTURVALLISUUS TYÖYHTEISÖSSÄSI

Selviytymisstrategioiden harjoittelu, riskin tunnistaminen ja niiden ymmärtäminen auttavat hallitsemaan uhkaavia tilanteita. Hoitohenkilökunnan kyky tuntea selviytvänsä kohtaamaan potilaan pelkoja ja turhautumista sekä itseluottamus hallita potilaan aggressiivisuutta vähentävät merkittävästi väkivaltaisten ja uhkaavien tapausten esiintymistiheyttä työpaikoilla.

Valitse seuraavista väittämistä sopivin vaihtoehto:

(Täysin eri mieltä=1 osittain eri mieltä=2 osittain samaa mieltä=3 täysin samaa mieltä=4)

16. Olen saanut organisaatiossani riittävästi perehdytystä työturvallisuudesta?

1 2 3 4

17. Tunnen omaavani valmiudet kohdata uhka- ja väkivaltatilanteita työssäni.

1 2 3 4

18. Tunnen oloni aina turvalliseksi työssäni.

1 2 3 4

LIITE 5 8(8)

19. Henkilökuntaa tulisi yleisesti kouluttaa enemmän tunnistamaan ja ehkäisemään riskejä kohdatessaan aggressiivisen/väkivaltaisen asiakkaan/potilaan.

1 2 3 4

20. Organisaationi järjestää riittävästi koulutusta uhkaavien- ja väkivaltilanteiden kohtaamiseen.

1 2 3 4

21. Osallistuitko aiemmin aiheesta järjestettyyn Teams-koulutukseen?

a. Kyllä b. Ei

22. Koin koulutuksen itselleni hyödylliseksi.

1 2 3 4

23. Koin sähköpostitse jaetun ”tarkistuslistan” turvallisemmasta työympäristöstä hyödyntävän itseäni ja työyhteisöni jäseniä.

1 2 3 4

23. Tässä voit tarkentaa, lisätä tai kommentoida muuta asiaan liittyvää.

KIITOS VAIVANÄÖSTÄSI 😊

