



SAVONIA

■ OPINNÄYTETYÖ - AMMATTIKORKEAKOULUTUTKINTO
SOSIAALI-, TERVEYS- JA LIIKUNTA-ALA

POTILAAN AGGRESSIIVISUUS PSYKIATRISSESSA HOIDOSSA

Hoitajien kokemuksia aikuispsykiatrian osastoilla

TEKIJÄT: Marko Heino, THA13S
Valtteri Kalinen, THA13S
Toni Repo, SH13MQ

Koulutusala Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala			
Koulutusohjelma/Tutkinto-ohjelma Hoitotyön koulutusohjelma			
Työn tekijä(t) Marko Heino, Valteri Kalinen, Toni Repo			
Työn nimi Potilaan aggressiivisuus psykiatrisessa hoidossa (Hoitajien kokemuksia aikuispsykiatrian osastoilla)			
Päiväys	13.01.2017	Sivumäärä/Liitteet	49/2
Ohjaaja(t) Marja-Liisa Rissanen			
Toimeksiantaja/Yhteistyökumppani(t) Kuopion yliopistollinen sairaala, aikuispsykiatria			
Tiivistelmä			
<p>Viime vuosina potilaiden aggressiivisuus ja väkivaltaisuus hoitajia kohtaan hoitotyössä on lisääntynyt huomattavasti. Tämän tutkimuksen lähtökohtana oli selvittää hoitajien keinoja potilaan aggressiivisuuden ennakkoinnissa ja havainnoinnissa Julkulan sairaalan aikuispsykiatrian osastoilla. Julkulan psykiatrisen sairaala on osa Kuopion yliopistollista sairaalaa.</p> <p>Tutkimuksen tavoitteena oli saada tietoa, kuinka osastoilla ennakoidaan aggressiivisen potilaan kohtaamista ja minkälaisia keinoja on käytettävissä sekä kuinka pakkokeinoja voidaan välttää. Tutkimuksella haluttiin myös saada selville hoitajien kokemus siitä, mikä aiheuttaa potilaissa aggressiivisuutta sekä väkivaltaisuutta ja kuinka sitä sekä pakkokeinoja voitaisiin välttää.</p> <p>Tämä opinnäytetyö toteutettiin laadullisena eli kvalitatiivisena tutkimuksena. Tutkimus suoritettiin ryhmähaastatteluina. Hoitajat, jotka osallistuivat ryhmähaastatteluihin, olivat psykoosi-, akuutti- ja mielialahäiriöosastoilta. Haastattelut nauhoitettiin, jonka jälkeen ne litteroitiin. Haastatteluun osallistuvien nimiä ei otettu ylös vaan se tapahtui anonymisti. Kysymykset suunniteltiin ennen haastatteluja. Haastattelussa oli myös tilaa vapaalle keskustelulle.</p> <p>Tutkimuksessa tuli esille hoitajien keinoja havainnoida, ennakoita ja kohdata aggressiivisuutta sekä väkivaltaisuutta. Tutkimuksessa erityisesti nousi esille perehdytyksen ja tiedonsiirron merkitys, lääkitys, koulutus, hoitajaresurssien mitoitus sekä sairaalan fyysiset tilat. Tutkimuksessa mukana olleet hoitajat ilmaisivat myös näkemyksensä, kuinka aggressiivisuutta sekä väkivaltaisuutta potilaissa voitaisiin lievittää sekä ehkäistä. Tutkimuksessa esille nousi kehitysehdotuksina lisäkoulutus ja koulutusten sisällön tarkastelu ja muuttaminen työelämälähtoisemmäksi, yhteistyön parantaminen muiden ammattiryhmien kanssa sekä hoitajien näkemysten huomioiminen rakenteellisten tilojen suhteen.</p> <p>Tätä opinnäytetyötä voi hyödyntää psykiatrisessa työssä, hoitajien työn vaativuuden arvioinnissa, väkivaltilanteiden koulutusten sisällön suunnittelussa ja kehittämisessä, perehdytyksen sisällön suunnittelussa ja kehittämisessä sekä hoitohenkilöstön työhyvinvoinnin, työturvallisuuden sekä ammatillisuuden lisäämisessä ja pakkokeinojen vähentämisessä.</p> <p>Jatkotutkimusaiheina voisi olla seurantatutkimus hoitajien keinojen lisääntyminen aggressiivisen ja väkivaltaisen potilaan kohtaamisessa. Olisi hyvä myös selvittää potilaiden kokemus, kuinka aggressiivisuutta ja pakkokeinoja voitaisiin välttää.</p>			
Avainsanat Psykiatria, aggressiivinen potilas, Kuopion yliopistollinen sairaala			

Field of Study Social Services, Health and Sports			
Degree Programme Degree Programme in Nursing			
Author(s) Marko Heino, Valtteri Kalinen, Toni Repo			
Title of Thesis Patient aggressiveness in psychiatric nursing (Nurses' experience on adult psychiatric wards)			
Date	13.01.2017	Pages/Appendices	49/2
Supervisor(s) Marja-Liisa Rissanen			
Client Organisation /Partners Kuopio University Hospital, adult psychiatry			
<p>Abstract</p> <p>In recent years, aggressive and violent patients threatening situations have become more common in daily healthcare. The purpose of this thesis is to conduct a research about nurses' personal experiences about observation and anticipation of aggressive patients on adult psychiatric wards. This thesis was conducted in co-operation with Julkula's hospital that is specialized in treating patients with psychiatric disorders. Julkula's psychiatric hospital is part of the Kuopio University Hospital.</p> <p>The aim of this study was to obtain information on how departments are expected to encounter aggressive patients and what kind of resources are available for that, as well as how the coercive measures could be avoided. This thesis corresponds to following research questions: how the aggressive patient was observed and anticipated, what kind of resources nurses' have for facing the aggressive patient, why the patient became aggressive and violent in hospital and how nurses' can avoid patient aggression, violent and coercive measures?</p> <p>This study was conducted as a qualitative research with group interviews as a main research method. Nurses that took part in the group interviews were selected from psychosis-, acute- and mood disorder wards. The questions that were used in interviews were designed in advance and interviews were recorded and later transcribed. In addition to questions, there was time for open discussion. Furthermore, special attention was paid to privacy.</p> <p>This study pulls together methods that nurses use to observe, anticipate and confront a patient's aggression and violence in their work. The research clearly pointed to the meaning of orientation of new nurses, communication, medication of patients, training of nurses, physical premises of ward and number of nursing staff on a shift.</p> <p>This thesis can be utilized in psychiatric work, in an assessment of the degree of complexity of nursing work, in planning and improving training for violent encounters at work, in planning of orientation of new employees as well as safety, well-being and improving professional skills of members of staff. In addition, this thesis can help to adjust the need of coercive treatment practices.</p> <p>A further study could be a follow-up study of the hands-on practices that nurses have to deal with violent and aggressive patients. It would be useful to study the experiences of patients, furthermore how coercive measures could be avoided in most of the cases.</p>			
Keywords Psychiatry, Aggressive patient, Kuopio University Hospital			

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO	6
2	POTILAAN AGGRESSIIVINEN KÄYTTÄYTYMINEN	8
2.1	Potilaan aggressiivisen käyttäytymisen syyt	8
2.2	Aggressiivisen käyttäytymisen ennaltaehkäisy	9
2.3	Aggressiivisesti käyttäytyvän potilaan kohtaaminen	10
3	AGGRESSIIVISUUTTA VÄHENTÄVÄT KEINOT JA MENETELMÄT	12
3.1	Hoidolliset toimintamallit ja keinot	12
3.2	Ehkäisevät keinot kategorioiden mukaan	13
3.3	Väkivaltatilanteiden hallintakoulutukset	14
3.4	Aggressiivisuuden hoito lääkityksellä	14
4	AGGRESSIIVISEN POTILAAN HOIDOLLISET PAKKOKEINOT JA LAINSÄÄDÄNTÖ	15
5	TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	17
6	TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	18
6.1	Laadullinen tutkimus	18
6.2	Aineiston keruu ja haastattelutilanteen kuvaus	18
6.3	Tutkimuksen osallistujat	19
7	AINEISTON LUOKITTELU JA ANALYSOINTI	20
8	TUTKIMUKSEN TULOKSET	22
8.1	Potilaan aggressiivisuuden ennakointi ja havainnointi hoitajien kuvaamana.	22
8.1.1	Potilaan aggressiivisuutta edeltävä tapahtuma	23
8.1.2	Potilaan aggressiivisuuteen varautuminen	24
8.1.3	Potilaan aggressiivisuutta lievittävät keinot	25
8.1.4	Potilaan käyttäytymisestä tehdyt havainnot	26
8.2	Hoitajan työskentely aggressiivisen potilaan kohtaamisessa	27
8.2.1	Hoitajasta johtuva potilaan agitoituminen	28
8.2.2	Hoitajan ammatilliset valmiudet	29
8.2.3	Hoitajan hoitotyön keinot aggressiivisen potilaan rauhoittamisessa	30
8.2.4	Hoitajan työn vaativuutta lisäävät tekijät	31
8.3	Hoitajasta ja potilaasta riippumattomat aggressiivisuutta lisäävät tekijät.	32

8.3.1	Ulkoiset aggressiivisuutta aiheuttavat tekijät	33
8.3.2	Ympäristölliset ja rakenteelliset tekijät	34
8.3.3	Yhteisymmärrys lääkärin kanssa aggressiivisen potilaan hoidosta	35
8.3.4	Hallinnolliset tekijät	36
9	POHDINTA	37
9.1	Tulosten tarkastelua.....	37
9.2	Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys.....	40
9.3	Jatkotutkimusaiheet ja hyödynnettävyys.....	41
9.4	Ammatillinen kasvu ja kehitys.....	42
	LÄHTEET	43
	LIITE 1 HAASTATTELURUNKO	47
	LIITE 2 TUTKIMUSLUPA.....	48

1 JOHDANTO

Aggressiivisuus on osa ihmisen evoluutiota, persoonan ja lajin turva sekä terveen edistykseen käyttövoima. Aggression lääketieteellistäminen olisi näin ollen väärin. Aggressiivisuutta ei luokitella sairaudeksi, mutta vahingollista väkivaltaa on pyrittävä vähentämään niin, ettei ihminen aiheuta vahinkoa itselleen tai muille ihmisille. Väkivalta on yleensä haitallista ja muun muassa vaikeuttaa yksilön sopeutumista yhteiskuntaan. Aggressiivisuudelle tai fyysiselle väkivallalle ei aina löydy lääketieteellistä hoitoa. (Hallikainen & Repo-Tiihonen 2015.)

Hoitohenkilökunta kohtaa nykyisin enenevässä määrin aggressiivisia potilaita työssään työpaikasta riippumatta. Suomessa työpaikkaväkivallan tai sen uhkauksen kohteeksi joutuu vuositasolla yli 80000 henkilöä. (Lehestö, Koivunen & Jaakola 2004, 86.) Hoitotyöntekijöiden kohtaama väkivalta voi olla vakavaa ja ilmetä verbaalisena tai jopa fyysisenä. (Pitkänen 2003, 10.) Verbaalinen väkivalta on usein sopimatonta kielenkäyttöä, esimerkiksi nimitelyä, solvaamista ja sanallista uhkailua. (Weizman-Henelius 1997, 54.) Fyysinen väkivalta on usein puremista, sylkemistä, huitomista, lyömistä, potkimista ja raapimista. Se tulee esille myös erilaisten aseiden käyttönä. (Työturvallisuus TTK 2008, 3.)

Työturvallisuuslaki on tullut voimaan 1.1.2003. Työturvallisuus lain tarkoituksena on parantaa työolosuhteita ja työympäristöä työntekijöiden työkyvyn säilyttämiseksi ja suojaamiseksi sekä ennalta ehkäistä ja torjua ammattitauteja, työtapaturmia ja muita työstä sekä työympäristöstä johtuvia työntekijöiden henkisen ja fyysisen terveyden haittoja. Työturvallisuuslaissa on erikseen tarkemmat säännökset työtä ja työolosuhteita varten. Työssä, johon juontuu todellinen väkivallan uhka, työ ja työolosuhteet on organisoitava siten, että väkivallan riski sekä väkivaltatilanteet ennaltaehkäistään mahdollisuuksien mukaan. Tämä edellyttää työpaikalta väkivallan ehkäisyyn ja rajoittamiseen tarvittavat tarkoituksenmukaiset turvallisuuslaitteet tai -järjestelyt sekä tarpeen vaatiessa avun saaminen hälyttämällä. Työnantajan velvollisuus on luoda menettelytapaohjeet, joissa kiinnitetään huomiota uhkaavien olosuhteiden kontrolloimiseen ja toimintatapoihin, joilla väkivaltatilanteen merkitykset työntekijän turvallisuuteen voidaan ehkäistä tai vähentää. Tarpeen vaatiessa on turvallisuuslaitteiden ja -järjestelyiden toimivuus tarkistettava. (Työturvallisuuslaki. 23.8.2002/738, Luku 5. 27§.)

Psykiatrisessa hoitotyössä sairaanhoitaja voi usein joutua tilanteisiin, joissa potilas uhkaa tai mahdollisesti käyttäytyy väkivaltaisesti itseään tai muita kohtaan. Näissäkin tilanteissa sairaanhoitajan tulee noudattaa hoitotyön eettisiä periaatteita ja suosituksia. Hänen tulee myös noudattaa sosiaali- ja terveydenhuollon asetuksia ja lakeja sekä valtakunnallisia suo-

situksia ja ohjeita. (Kiviniemi, Läksy, Matinlauri, Nevalainen, Ruotsalainen, Seppänen & Vuokila-Oikkonen 2014, 32.)

Opinnäytetyön toimeksiannon saimme Kuopion yliopistollisen sairaalan psykiatrian yksikön pakkokeinojen vähentämisen työryhmästä apulaisosastonhoitaja Maarit Kinnuselta ja yhteistyö on jatkunut apulaisosastonhoitaja Anne Kärkkäisen kanssa. Opinnäytetyön aiheeksi valikoitui potilaan aggressiivisuus psykiatrisessa hoidossa, koska kohtaamme työssämme aggressiivisia potilaita, jotka uhkaavat suullisesti ja fyysisesti muita potilaita sekä henkilökuntaa. Aihe on myös opinnäytetyömme jäsenille merkityksellinen työmme takia, koska haluamme vähentää pakkohoitokeinojen käyttöä omassa työssämme. Väkivaltatilanteita varten on tärkeää osata varautua. Parhaimmassa tapauksessa niitä pystytään ehkäisemään. Ihminen eläytyy tilanteen kiristymiseen usein kehon kielellä. Tämä voi näkyä vakavoitumisena, käsien laittona nyrkkiin, kasvojen punastumisena, pyrkimisenä lähietäisyydelle sekä uhkaavana käytöksenä. (Puumi 2009, 8, 18-19.)

Kyseessä on laadullinen eli kvalitatiivinen tutkimustyö. Tutkimuksen tavoitteena oli saada tietoa, kuinka osastoilla ennakoidaan aggressiivisen potilaan kohtaamista ja minkälaisia keinoja on käytettävissä sekä kuinka pakkokeinoja voidaan välttää. Tutkimuksella haluttiin myös saada selville hoitajien kokemus siitä mikä aiheuttaa potilaissa aggressiivisuutta sekä väkivaltaisuutta ja kuinka sitä, sekä pakkokeinoja voitaisiin välttää.

Tutkimusaineistoa varten haastattelimme hoitohenkilökuntaa erilaisissa aikuispsykiatrian yksiköissä. Ennen haastatteluja suunnittelimme opinnäytetyömme teemaan liittyvät kysymykset. Heinäkuussa 2016 teimme haastattelut aikuispsykiatrian yksiköissä. Elo- lokakuussa 2016 analysoimme ja kirjoitimme saadut tulokset. Talven 2016/ -17 aikana julkaisimme ja esitimme opinnäytetyömme.

2 POTILAAN AGGRESSIIVINEN KÄYTTÄYTYMINEN

Aggressiivisuus ei aina tarkoita suoraa väkivaltaa. Aggressio on vasta tunne, joka voi ilmetä vihan kokemisena sekä ajatuksina ja esimerkiksi raivona, suuttumuksena tai pelkoina, joiden takia potilas voi käyttää loukkaavaa kieltä, käyttäytyä häiritsevästi tai väkivaltaisesti. (Viemerö 2006, 18; Kiviniemi ym. 2007, 125; Ennakoi väkivaltaa työssä 2016.) Lehestön, Koivusen ja Jaakkolan (2004) mukaan aggressiivinen käytös on tahallista, toista ihmistä tai ympäristöä vahingoittavaa tai häiritsevää.

Aggressiivisuus on ihmiselle luontainen tapa reagoida itselle negatiivisiin tapahtumiin tai asioihin ja taustalla ovat ihmisen sillä hetkellä kokemat tunteet (Lehestö ym. 2004, 87; Ennakoi väkivaltaa työssä 2016). Negatiivinen tapahtuma, joka aiheuttaa aggressiivisuutta, voi olla näkemys kahden henkilön välillä. Se voi myös olla pettymys johonkin, tai pelko tulevasta pettymyksestä. Usein aggressiivisuuden kohteena on hoitohenkilökunta, jonka potilas kokee pettymyksen aiheuttajaksi. (Lehestö ym. 2004, 87; Kiviniemi ym. 2007, 125.) Potilas voi myös olla keinoton omien tunteiden ja pahanolon kanssa, jolloin aggressiivisuus voi olla keino helpottaa omaa oloa (Schulman 2004, 149-155). Aggression muuttuminen väkivallan teoksi aiheutuu usein persoonallisuus-, tilanne-, ympäristö- tai biologisista tekijöistä tai niiden yhdistelmistä (Ennakoi väkivaltaa työssä 2016; Sundell 2014). Maailman terveysjärjestö WHO:n määritelmän mukaan väkivalta on vallan tai voiman käyttöä tai niillä uhkaamista, kohdistuen itsen tai toisiin, aiheuttaen tai altistaen psyykkisille tai fyysisille vammoille, kehityksen häiriintymiselle tai kuolemalle (WHO 2015).

2.1 Potilaan aggressiivisen käyttäytymisen syyt

Potilaan aggressiivinen käytös voi johtua potilaasta itsestään, hoitajasta tai ympäristöstä. Potilaan aggressiivisuuteen voivat vaikuttaa hänen sairautensa ja siihen liittyvä keinottomuus ilmaista itseä sekä impulsiivisuus ja kommunikointi vaikeudet. (Kuhanen ym. 2013, 247; Sundell 2014.) Aggression ja väkivaltaisen käytöksen taustalla voi olla somaattinen sairaus kuten delirium, diabetes, aivojen vamma, infektio, vanhuksilla esimerkiksi virtsatieinfektio tai mielenterveyden häiriö, esimerkiksi psykoosi, harhaisuus, mania tai persoonallisuushäiriö. Myös päihderiippuvuudet voivat olla syynä väkivaltaisuuteen. (Fulde & Preisz 2011.) Potilaan päihteiden käyttö lisää aggressiivista käyttäytymistä (Haatainen, Hofren, Pietarinen-Lyytinen & Pitkänen 2009). Hoitajasta johtuvaa aggressiivisuutta voi aiheuttaa jokin yksilöllinen persoonallisuuden piirre, vähäinen kommunikaatio potilaan kanssa tai provokaatio ja heikot puhetaidot sekä empatian puute (Kuhanen ym. 2013, 247). Potilaan aggressiivisuutta voivat myös lisätä hoito-organisaatiosta tai -paikasta johtuvat syyt,

kuten pitkät jonotusajat ja potilaan hoitoon liittyvät väärät tilannearviot (Haatainen ym. 2009). Osaston tilanne, kiire tai levottomuus, vähäinen henkilöstö, epäselvä päiväohjelma, aktiviteetin ja toiminnan puute tai liiallinen virikkeellisyys saattavat aiheuttaa potilaassa aggressiivista käytöstä. Myös yksityisyyden puute ja huonosti suunnitellut osaston fyysiset tilat mahdollisesti lisäävät aggressiivisuutta, mikäli potilaalla ei ole tarvittaessa mahdollisuutta mennä rauhalliseen tilaan. (Kuhanen ym. 2013, 247.)

2.2 Aggressiivisen käyttäytymisen ennaltaehkäisy

Hoitajien tulisi pyrkiä ennakoimaan tilanteet, joissa aggressiivisuutta voi ilmetä ja omalla toiminnallaan ehkäistä tilanteiden muuttumista hallitsemattomiksi (Kuhanen ym. 2013, 247-248). Aggressiivisuutta ja väkivaltaa voidaan ehkäistä erilaisilla ohjeilla, toimintatavoilla ja käyttämällä apuvälineenä esimerkiksi suosituksia sekä henkilökunnalle järjestettävillä yhteisillä koulutuksilla kuten AVEKKI-toimintamallilla (Haatainen ym. 2009.). Sekä potilailla että hoitajilla on oikeus koskemattomuuteen ja turvalliseen ympäristöön sekä oloon. Toimiva kommunikaatio ja yhteistyö sekä säännölliset keskustelut potilaiden ja hoitajien välillä voivat vähentää aggressiivisuutta, myös positiivinen ilmapiiri osastolla voi toimia ennalta ehkäisevästi. Riittävä henkilöstömitoitus ja hoitajien saatavilla olo, sekä vähäisempi potilasmäärä osastolla vähentävät aggressiivisuutta ja uhkaavaa käytöstä. (Kuhanen ym. 2013, 247-248.)

Osaston fyysisten tilojen suunnittelulla, kalustuksella ja valaistuksella voidaan lisätä turvallisuutta, esimerkiksi tilojen ahtaus ja potilaiden yksityisyyden puute sen sijaan voivat lisätä aggressiivisuutta ja väkivaltaisuutta (Ennakoi väkivaltaa työssä 2016; Soisalo 2011). Osastolla selkeällä perehdytyksellä, päiväohjelmalla ja ohjeilla sekä rajoilla potilaan levottomuutta ja uhkaavaa käytöstä voidaan vähentää. Potilaan tullessa osastolle on hoitajien kerrottava, mikä on osastolla hyväksyttävää käytöstä. (Kuhanen ym. 2013, 247-248; Soisalo 2011.) Esimerkiksi Kuopion yliopistollisessa sairaalassa on otettu vuonna 2007 käyttöön nollatoleranssi-taulut ohjeeksi, joiden mukaan kaikenlainen väkivalta, sekä fyysinen että sanallinen, on ehdottomasti kielletty, esimerkiksi: lyöminen, pureminen, potkiminen, kiroilu ja uhkailu. (PSSHP 2007.)

Potilaiden uhkaavaa käytöstä voidaan ennaltaehkäistä hoitajien yhtenäisillä linjauksilla. Aggressiivinen ja uhkaava käytös on aina potilaskohtaista, ja jokainen tapaus tulee käsitellä yksilöllisesti. Potilaalle hoitoon tullessa tehty hoitosuunnitelma voi olla apuna kriisiytyvän tilanteen hallinnassa. Potilaan kanssa voidaan myös opetella ja harjoitella kommunikointia

sekä sosiaalisia vuorovaikutustaitoja, joiden heikkous usein johtaa aggressiiviseen käyttäytymiseen. (Kuhanen ym. 2013, 247-248.)

Potilaan kokema uhka ja ulkoapäin tuleva uhkailu lisäävät riskiä aggressiiviseen käyttäytymiseen. Väkivallan mahdollisuuteen ja uhkaan voidaan varautua ennalta tutustumalla esimerkiksi potilasasiakirjoihin tai viranomaistietona saatuihin esitietoihin. (Lehestö ym. 2004, 91-93.) Ennalta uhkaavaksi arvioituun tilanteeseen pyydetään riittävästi henkilökuntaa paikalle ja pyritään tilanne ratkaisemaan ennen kuin se kriisiytyy ja esiintyy mahdollisesti väkivaltaa (PSSHP 2015). Vaikka väkivaltaisuuksien tuleekin varautua turvallisuus- ja riskitekijät huomioiden, voivat liioitellut turvajärjestelyt provosoida potilasta käyttäytymään ennakkoodotusten mukaan aggressiivisesti tai väkivaltaisesti. (Lehestö ym. 2004, 91-93.)

Ennaltaehkäisyn kannalta on tärkeää, että varautumalla potilaan mahdolliseen aggressiivisuuteen ja väkivallan uhkaan, voidaan niitä ehkäistä ja hoitaa. Varautumalla ongelmatilanteisiin pystytään ehkäisemään ja hoitamaan väkivaltatilanteita. Terveystieteiden ja sosiaalialalla tärkein työturvallisuutta parantava tekijä on ennakointi ja ennalta tehdyt suunnitelmat sekä yhtenäiset ja opetellut toimintamallit ongelmatilanteiden varalle. (Lehestö ym. 2004, 99; Soisalo 2011.) Haataisen ym. (2009) julkaiseman tutkimuksen mukaan Kuopion Yliopistollisessa sairaalassa oli henkilökuntaan kohdistuvaa epäasiallista käytöstä ja väkivaltaa eniten psykiatrian tulosalueella, vaikka psykiatrisen alueen hoitajat saavat väkivaltakoulutusta muita enemmän. Julkulan sairaalassa kaikilla henkilökuntaan kuuluvilla on AVEKKI-koulutus, jossa yhtenä osana on ennakointi (PSSHP 2015).

2.3 Aggressiivisesti käyttäytyvän potilaan kohtaaminen

Aggressiivisella potilaalla voi ennen väkivaltaa olla impulsiivisuutta, kiihtyneisyyttä sekä ärtyneisyyttä ja hän voi tuntea vihaa, raivoa, pelkoa, ahdistuneisuutta, syyllisyyttä ja häpeää. Havaittavia tunnusmerkkejä voivat olla levottomuus, tuijottelu, puhumattomuus, hampaiden kiristely, sormen heristely sekä käsien nyrkkiin puristelu, potilas voi myös korottaa ääntään, puhua väkivallan teoista, haastaa riitaa, kiroilla ja solvata sekä alkaa väittelemään tai uhkailla. (Ennakoi väkivaltaa työssä 2016; Soisalo 2011.)

Kun potilaassa on havaittavissa aggressiivisuuden ennusmerkkejä, on hoitajan oltava tilanteessa rauhallinen. Hoitajan on pyrittävä kommunikoimaan selkeästi ja määrätietoisesti, sekä käyttämään neutraaleja ilmaisuja. Lisäksi äänen sävyllä ja kehonkielellä on suuri merkitys siihen, ettei potilas provosoidu tilanteessa enempää. (Lehestö ym. 2004, 131-133; Ennakoi väkivaltaa 2016.) Tilanteessa olevien hoitajien kannalta on tärkeää, että tiedetään,

kuinka väkivaltatilanteessa toimitaan. Aggressiivisen ja väkivaltaisen potilaan hoitotilanteita tulisi harjoitella etukäteen. Mikäli potilas tiedetään väkivaltaiseksi, tulisi tilanteessa olla suunnitellusti riittävä määrä henkilökuntaa paikalla. (Louhela & Saarinen 2006, 82; Soisalo 2011; Sundell 2014.)

Avikaisen ja Lehtosen (2012) sekä Haataisen ym. (2009) tutkimusten mukaan aggressiivisesti käyttäytyvät potilaat uhkaavat hoitajia useammin sanallisesti kuin fyysisesti. Hoitajia haukutaan, nimitellään, uhataan fyysisellä väkivallalla ja käytetään epäasiallista kieltä, esimerkiksi kiroillaan. Hoitajat kokevat myös fyysistä väkivaltaa, kuten huitomista, lyömistä, tönimistä, potkimista, raapimista ja puremista. (Avikainen & Lehtonen 2012, 36; Vahtera 2011, 14; Haatainen ym. 2009.) Lisäksi voi esiintyä ympäristöön kohdistuvaa aggressiivista käytöstä, esimerkiksi tavaroiden ja ulosteiden heittelyä sekä ikkunoiden hakkaamista. Hoitajat yrittävät usein tilanteissa rauhoittaa potilasta keskustelemalla sekä realisoimalla. Väkivaltatilanteissa on myös kutsuttu lisää henkilökuntaa tai vartija paikalle, tai annettu lääkettä. Joissakin tilanteissa potilasta ei kuitenkaan saada rauhoittumaan. (Avikainen & Lehtonen 2012, 36.)

3 AGGRESSIIVISUUTTA VÄHENTÄVÄT KEINOT JA MENETELMÄT

3.1 Hoidolliset toimintamallit ja keinot

Auroran sairaalassa Helsingissä ja Halikon sairaalassa Salossa on laadittu moniammatillisia ohjeita keinoista, joilla on saatu hyviä tuloksia väkivaltatilanteiden aiheuttamien pakkokeinojen vähenemisenä. Ohjeiden lisäksi henkilökunnan koulutuksella on iso merkitys. Keski-Suomessa potilaan hoitomyöntyvyyttä ja aggressiivisuutta on vähentänyt jokapäiväinen lääkärin kierto, jossa potilaan itsensä lisäksi on myös omahoitaja mukana. Aggressiivisuuden ja väkivaltatilanteiden ehkäisyyn ja hallintaan voidaan hoidollisina keinoina käyttää esimerkiksi:

- Omahoitajuus ja hoidollisen vuorovaikutuksen lisääminen ja potilaan tutkiminen
- Riittävä lääkitys
- Ympäristöön vaikuttaminen
- Vakauttaminen
- Vierihoido/100 % valvonta
- Hoidollinen kiinnipitäminen (pakkokeino)
- Ohjaaminen toiminnallisuuteen
- Rauhallisen tilan hyödyntäminen
- Potilaan siirtäminen toiselle osastolle
- Pakkokeino prosessin keskeyttäminen/aikalisä
- Potilaan hoitotahdon huomioiminen
- Toteutettu potilaan mahdolliset toiveet
- Hoitoprosessi

(Korhonen, Makkonen & Putkonen 2015.)

Safewards-menetelmä on Englannissa kehitetty toimintamalli, jonka käyttö on vähentänyt potilaiden aggressiivisuutta, väkivaltaisuutta ja sitomisia (Safewards, 2015). Menetelmä on otettu jo käyttöön Kellokosken (HUS) sairaalassa Helsingissä sekä Pitkäniemen sairaalassa (TAYS). Kuopiossa Julkulan sairaalan (KYS) pakkokeinojen vähentämisen työryhmän kokouksessa 12.11.2015 on esitelty toimintamallin käyttöä (Pakkokeino-työryhmä 2015-11-12.). Safewards menetelmään on perehdytty myöhemmin myös akuutti- ja psykoosiosastojen turvallisuuden parantamisen ja pakon vähentämisen palaverissa (Kärkkäinen 2017-01-10.). Safewardsissa päätekijänä on kymmenen kohtainen interventio, johon kuuluvat: Yhteiset odotukset, Pehmeät sanat, Puheella rauhoittaminen, Positiiviset sanat, Huonojen uutisten kertominen, Tunnetaan toisemme, Avun antaminen, Rauhoittumismenetelmät, Turvallisuuden palauttaminen sekä Kotiutusviestit (Safewards 2015.).

3.2 Ehkäisevät keinot kategorioiden mukaan

Psykiatrisessa hoidossa olevien potilaiden aggressiivisesta ja väkivaltaisesta käyttäytymistä Korhosen ym. (2015) THL:lle tekemän selvityksen mukaan on päädytty kolmeen pääkategoriaan, vuorovaikutukselliset- ja ympäristölliset keinot sekä palvelujärjestelmä, näihin vaikuttamalla voidaan ennalta ehkäistä tilanteen eskaloitumista. Näihin sisältyy myös henkilöstön koulutus väkivaltatilanteiden varalle.

Vuorovaikutukselliset keinot

Väkivallan ehkäisyssä tärkeää on onnistunut vuorovaikutus potilaan kanssa. Potilasta tulisi informoida selkeästi ja ymmärrettävästi hoidon kaikissa vaiheissa, myös rajoittamistilanteissa. Potilaan kuuluu saada riittävästi tietoa hoidostaan, lääkityksestään sekä osaston toiminnasta. Myös hoitajien ennakkoasenteet pakkohoitoa kohtaan, huono ilmapiiri yhteisössä sekä liiallinen kontrollointi ja henkilöstön heikot vuorovaikutustaidot lisäävät aggressiivisuutta. Myös potilaiden liian vähäiset virikkeet sekä turhautuminen altistavat ei toivotulle käytökselle. (Korhonen ym. 2015.)

Ympäristölliset keinot

Työympäristön turvallisuutta voidaan lisätä erilaisilla teknisillä välineillä. Käytössä voi olla valvonnan apuna esimerkiksi peilejä, videovalvontaa sekä kulunvalvontaa. Myös erilaiset hälytinjärjestelmät sekä sisäpuhelimet vähentävät väkivaltariskiä. Hoitoympäristön pitäisi olla selkeä ja terapeutinen, että se ei lisää aggressiivisuutta. Työtilassa tulisi huomioida muotoja ja kulkuväyliä, sisältäen pakotiet sekä kalusteet. Työtilassa tulisi myös huomioida irtaimet esineet joita voidaan käyttää mahdollisesti toisen vahingoittamiseen. Työyhteisössä väkivallan riskin arvioinnissa tulee ottaa huomioon riittävät henkilöstöresurssit, työnjako ja jos työskennellään yksin niin yhteydenpito mahdollisuus. (Korhonen, ym. 2015; Sundell, 2014. 42-52.)

Palvelujärjestelmä

Väkivaltatilanteiden ennaltaehkäisy tulisi aloittaa jo ennen kuin potilas on päätenyt sairaalaan. Tässä täytyisi olla yhtenäiset keinot, tiedot ja taidot kaikilla toimijoilla. Poliisi, pelastuslaitoksen, sosiaalitoimen, terveyskeskuksen ja avohoidon välisten yhteyksien tulisi olla kunnossa jolloin potilaan hoitoon pääsy olisi oikea-aikaista, eikä se menisi tahdosta riippumattomaan hoitoon. Perustasolla pitäisi kiinnittää enemmän huomiota psykoosien varhai-

seen tunnistamiseen ja lääkityksen nopeaan aloittamiseen. Suuret erot eri ammattiryhmien välillä, sekä erot koulutustasossa ja asenteet lisäävät väkivaltariskiä. (Korhonen, ym. 2015.)

3.3 Väkivaltatilanteiden hallintakoulutukset

Potilaiden väkivaltaisuutta vastaan on kehitelty useita eri toimintamalleja. Osaa mallista on markkinoitu itsepuolustuskursseina ja näissä ei ole huomioitu useinkaan hoidollista puolta. (Korhonen, ym. 2015.) Sosiaali- ja terveysaloille soveltuvia yhteisiä toimintamalleja väkivallan hallintaan sekä ehkäisyyn ovat muun muassa: Management of Actual or Potential Aggression (MAPA), Hallittu Fyysinen Rajoittaminen (HFR), Hallittu Terapeuttinen Fyysinen Rajoittaminen (HTFR), Aggressioiden Hoidollinen Hallinta (AHHA), Hallittu Hoidollinen Rajoittaminen (HHR), Väkivaltatilanteiden Ennaltaehkäisy ja Turvallinen Hoito (VETH) sekä AVEKKI-toimintapamalli jonka lyhenne tulee sanoista: Aggressio, Väkivalta, Ennaltaehkäisy/hallinta, Kehittäminen, Koulutus ja Integraatio. Kuopion yliopistollisessa sairaalassakin käytössä olevalla AVEKKI-mallilla on tarkoituksena huolehtia työ- ja potilasturvallisuudesta, kyetä ymmärtämään väkivallan syntyä sekä aggressiivista potilasta ja kuitenkin hoitamaan häntä ammatillisesti sekä kivuttomasti ja pystyä havaitsemaan väkivallan uhkaa sekä hallitsemaan uhkaavaa tilannetta. (Soisalo, 2011. 92-93.; Korhonen, ym. 2015.)

3.4 Aggressiivisuuden hoito lääkityksellä

Psykiatrisessa hoidossa olevaa aggressiivista potilasta voidaan erilaisten interventioiden, kiinnipitämisen tai eristämisen lisäksi hoitaa myös lääkitsemällä. Akuuttivaiheen lääkkeinä voidaan käyttää esimerkiksi lorazepaamia rauhoittamaan potilasta. Mikäli aggressiivisuus liittyy skitsofreniaan tai maniaan, voidaan lääkkeinä käyttää muun muassa haloperidolia tai olanzapiinia. Akuutissa vaiheessa lääkitys voidaan antaa injektiona lihakseen nopeamman vasteen takia. Lääkityksen lisäksi on suositeltavaa myös käyttää muita hoidollisia keinoja ja aloittaa jatkuva lääkkeellinen ylläpitohoito aggressiivisuuden sekä väkivaltaisuuden lisäksi. (Citrome 2015.) Australiassa, esimerkiksi Sir Charles Gairdner sairaalaan on tehty näyttöön perustuvan tiedon pohjalta kolme portainen ohjeistus, jossa potilaalle valitaan lääkitys agitaation ja aggressiivisuuden voimakkuuden mukaan (Dodds 2011.).

4 AGGRESSIIVISEN POTILAAN HOIDOLLISET PAKKOKKEINOT JA LAINSÄÄDÄNTÖ

Mikäli aggressiivista ja uhkaavaa potilasta ei saada vapaaehtoisuuteen perustuvilla keinoilla rauhoittumaan, ja on mahdollista, että hänen tai muiden turvallisuus vaarantuu, voidaan potilas ottaa mielenterveyslain (1116/1990;1423/2001) mukaiseen tarkkailuun tai asettaa tahdosta riippumattomaan hoitoon. Pakkokeinoina hoidossa voidaan käyttää eristystä, sitomista tai tahdonvastaista lääkitystä. Pakkokeinoja voidaan käyttää ainoastaan silloin, jos potilas käyttäytymisensä tai uhkauksensa perusteella todennäköisesti vahingoittaisi itseään tai muita, ja muut keinot on havaittu riittämättömiksi, tai siihen on perusteltu ja painava hoidollinen syy. (1423/2001) Mikäli potilas eristetään tai sidotaan, on aina otettava huomioon hoidollinen hyöty. Eristettäessä tilannetta on arvioitava koko ajan, muuttuuko potilaan käytös ja säilyykö eristämisen tarve. Tilanteessa olevien hoitajien on huomioitava työturvallisuus, hoidollisuus ja toimenpiteen kivuttomuus potilaalle. On tärkeää, että kaikilla hoitajilla on koulutus ja yhtenäiset sekä harjoitellut toimintatavat poikkeavien ja väkivaltaisten hoitotilanteiden hallintaan. (Kuhanen ym. 2013, 250.)

Euroopan ihmisoikeussopimus ohjaa pakkotoimien käyttöä. Ainoa syy vapauden riistoon ihmisoikeussopimuksen mukaan on yksilön heikentynyt mielenterveys. Jokaisella on oikeus nauttia perhe- ja yksityiselämästä. (Euroopan ihmisoikeussopimus, 63/1999, 5. artikla.)

Ilman laissa säädettyä perustetta ei saa puuttua kenenkään henkilökohtaiseen koskemattomuuteen eikä vapautta riistää mielivaltaisesti, tämä määritellään Perustuslaissa. Perustuslaissa toisaalta turvataan myös jokaiselle oikeus riittäviin terveys- ja sosiaalipalveluihin sekä välttämättömään huolenpitoon. Hoidon turvaaminen psyykkisesti sairastuneen henkilön kohdalla on Perustuslain mukaan hyväksyttävä peruste, jolla voidaan rajoittaa hänen itsemääräämisoikeuttaan. (Perustuslaki, 11.6.1999/731, 7§.)

Vakavasta mielenterveydenhäiriöstä kärsivän henkilön kohdalla voidaan joutua turvautumaan vastentahtoiseen hoitoon jos hän vaarantaa vakavasti omaa turvallisuuttaan tai vahingoittaa todennäköisesti merkittävästi omaisuutta tai vaikeuttaa vakavasti muiden potilaiden hoitoa omalla käyttäytymisellään tai jos muusta painavasta hoidollisesta syystä potilaan eristäminen on tarpeellista. Potilaan saa sitoa lepositeisiin vain, jos hän uhkauksensa tai käyttäytymisensä perusteella vahingoittaisi vakavasti itseään tai muita. Tällaisen potilaan pitää olla määrättyä hoitoon tai oltava tarkkailussa, vapaaehtoisessa hoidossa olevaa potilasta ei voi eristää. (Laki mielenterveyslain muuttamisesta, 1423/2001, Luku 4a, 22a§, 22b§.)

Potilaan pitää saada hyvää hoitoa, tähän velvoittaa laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Jokaisen itsemääräämisoikeus oman hoitonsa kohdalla määritellään laissa. Mikäli 18 vuotta täyttänyt ei mielenterveydellisen ongelman vuoksi ole kykenevä päättämään hoidostaan, tulee häntä hoitaa esimerkiksi vastentahtoisesti. Tällöin voidaan joutua myös käyttämään pakkokeinoja, jotta hänelle voidaan taata hyvä hoito. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista, 17.8.1992/785, Luku 2, 6§.)

Potilaan oikeutta valittaa hoidostaan käsitellään laissa potilaan asemasta ja oikeuksista kolmannessa luvussa. Potilaalla on oikeus kannella saamastaan hoidosta terveydenhuollon valvoville viranomaisille tai kirjoittaa muistutus sairaalan johdolle. Hoitajien velvollisuus on tiedottaa potilasta tästä oikeudesta ja järjestää apua kanteen tai muistutuksen tekoon. Tällaisissa tilanteissa potilasta yleensä auttaa potilasasiamies. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista, 17.8.1992/785, Luku 3.)

5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata hoitajien kokemuksia potilaan aggressiivisuuden havainnoinnista ja ennakkoinnista sekä kohtaamisesta ja hoitamisesta Julkulan sairaalan aikuispsykiatrian osastoilla.

Tutkimuksen tavoitteena oli saada tietoa, kuinka osastoilla ennakoidaan aggressiivisen potilaan kohtaamista ja minkälaisia keinoja on käytettävissä sekä kuinka pakkokeinoja voidaan välttää. Tutkimuksella haluttiin myös saada selville hoitajien kokemus siitä mikä aiheuttaa potilaissa aggressiivisuutta sekä väkivaltaisuutta. Tutkimuksen tavoitteena oli myös saada selville hoitajien näkemys kuinka potilas- ja työturvallisuutta voitaisiin parantaa.

Tutkimuskysymykset:

1. Kuinka aggressiivisuutta on ennakoitu ja havainnoitu?
2. Minkälaisia valmiuksia hoitaja tarvitsee aggressiivisen potilaan kohtaamisessa?
3. Mikä aiheuttaa potilaassa aggressiivisuutta ja väkivaltaisuutta?
4. Kuinka potilas- ja työturvallisuutta voidaan parantaa aikuispsykiatrian osastoilla?

6 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

6.1 Laadullinen tutkimus

Opinnäytetyössämme käytimme aineistonkeruumenetelmänä ryhmähaastattelua. Alasuutari (2011) mukaan joissakin ryhmähaastatteluissa haastateltavat eivät välttämättä uskalla tuoda esille omia näkemyksiään muiden kuullen. Tällaisissa tilanteissa vastaukset voivat jäädä pinnallisiksi. Haastattelumme kuitenkin perustui vapaaehtoisuuteen ja haastateltavien hoitajien anonymiteetin arvostamiseen. Koimme, että tutkittava aihe oli haastatteluihin osallistuville hoitajillekin tärkeä ja täten kysymyksiin saatavat vastaukset syvällisempiä.

Meillä oli haastattelua varten etukäteen suunniteltu haastattelurunko täsmentävine kysymyksineen, jotka näytimme hoitajille ennen nauhoituksen aloittamista. Toimme myös tässä vaiheessa esille, että on mahdollista esittää näkemyksiä esillä olevista kysymyksistä. Ryhmähaastattelun etuna oli se, että pystyimme esittämään hoitajille myös tarkentavia kysymyksiä, oikaisemaan väärinkäsityksiä sekä käymään avointa keskustelua esittämiemme kysymysten jälkeen.

Ryhmähaastattelua tehdessä on tärkeää huomioida, että haastateltavat valitaan tarkoituksenmukaisesti eikä sattumanvaraisesti. Tällöin on hyvä käyttää menetelmää, jossa haastateltavien näkemykset tulevat kunnolla esille. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2003.) Laadullisessa tutkimuksessa pitää supistaa koottavan aineiston määrää ja kuten meidän opinnäytetyössämme, me käsittelimme haastatteluissa vain tiettyjä, aihealueeseemme sisältyviä asioita (Alasuutari 2011, 51).

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden kannalta on tärkeää, että pystymme perustelemaan tekemämme ratkaisut. Tutkimuksen tulee olla tarkkaa. Tulosten ja aineiston on vastattava tutkittavien merkitystä, aineisto tulee tiivistää ja sieltä tulee nostaa oleelliset käsitteet. Epämääräiset käsitteet huonontavat luotettavuutta. Tutkimuksen kannalta oleellista on, että lukija saa vaikutelman sen luotettavuudesta. (Metsämuuronen 2000.)

6.2 Aineiston keruu ja haastattelutilanteen kuvaus

Päädyimme keräämään tutkimustietoa ryhmähaastatteluna saadaksemme paremman kattavuuden kuin esimerkiksi sähköpostitse tapahtuvalla Webropol-kyselyllä, tällöin olisimme myös joutuneet vaihtamaan tutkimusmenetelmää kvalitatiivisesta kvantitatiiviseen. Valit-

semassamme haastattelumuodossa oli myös mahdollista saada laajempaa tietoa sekä esittää tarkentavia kysymyksiä.

Tutkimushaastattelun sovimme sähköpostitse aikuispsykiatrian osastojen osastonhoitajien kanssa. Tutkimus toteutettiin ryhmähaastattelujen muodossa kolmella eri aikuispsykiatrian osastolla, yksi haastattelu per osasto. Haastattelua varten laadimme kysymysrunгон (LIITE 1.) sekä esitietoja varten lomakkeen missä kysyttiin sukupuolta, ikää, ammattinimikettä sekä työvuosia. Haastatteluun osallistuvien nimiä ei otettu ylös eli tutkimus tapahtui anonyymisti. Jätimme myös tilaa vapaalle keskustelulle.

Haastatteluja sovittiin alustavasti kolme, näistä kolmesta haastattelusta toivoimme saavamme riittävän kattavan otannan. HavaitSIMME jo toisessa haastattelussa, että saatu tieto alkaa toistaa itseään, sama tapahtui kolmannessa haastattelussa, joten päätimme, että koska saturaatiota tapauhtui ja uutta tietoa ei tullut yhtä vastausta lukuun ottamatta, oli otanta riittävä laadulliseen tutkimukseen.

6.3 Tutkimuksen osallistujat

Haastatteluihin osallistui yhteensä 16 hoitajaa Julkulan sairaalan Akuutti- ja Psykoosiosastoilta sekä Mielialahäiriö osastolta. Tutkimukseen osallistujista 11 oli sairaanhoitajia ja 5 mielisairanhoitajaa. Osallistujista yhdeksän oli naisia ja miehiä oli seitsemän. Tutkimukseen osallistuneiden hoitajien työkokemus psykiatrisessa hoitotyössä oli keskimäärin 8 vuotta. Hoitajien keski-ikä oli 32 vuotta.

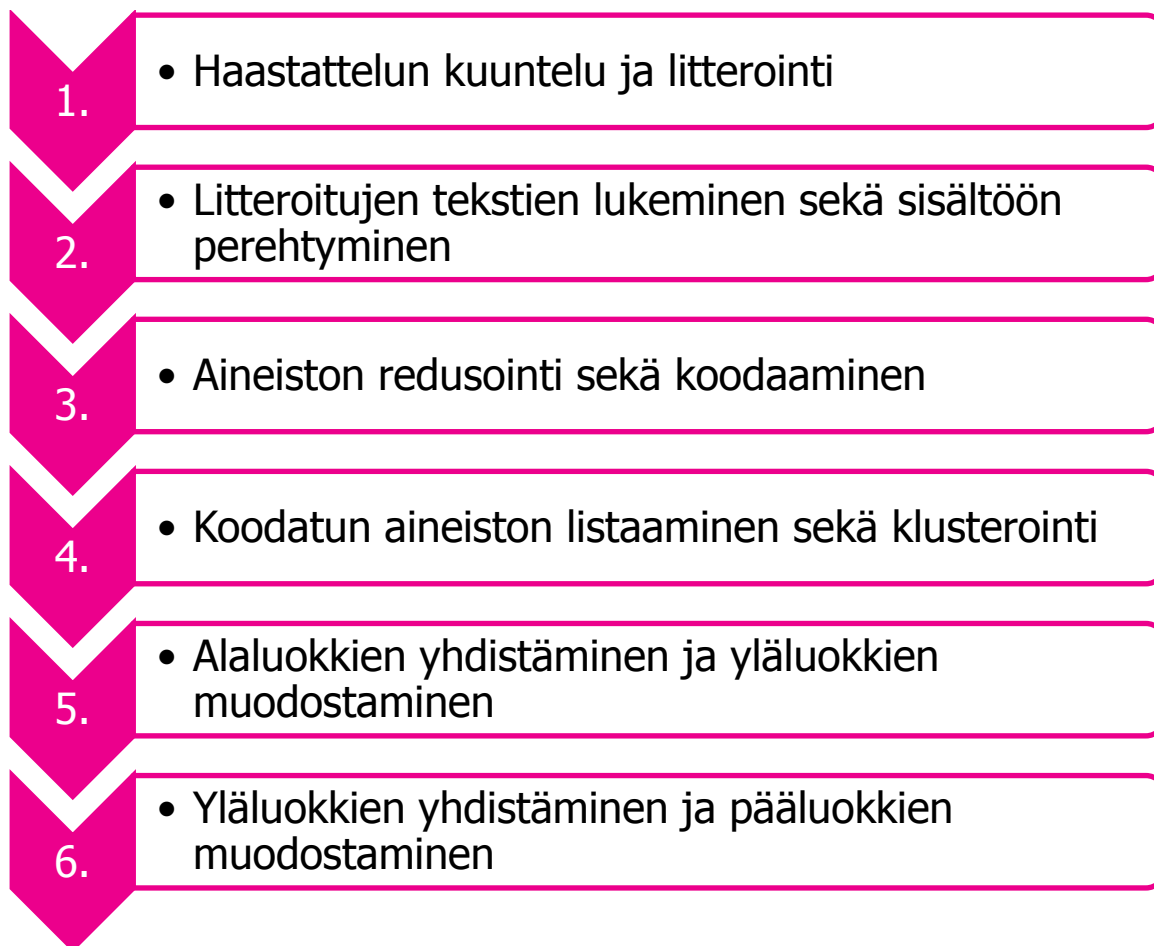
7 AINEISTON LUOKITTELU JA ANALYSOINTI

Haastattelujen jälkeen nauhoitetut haastattelut litteroitiin, tekstiä kertyi 17 sivua fontin ollessa 10 ja rivivälin 1. Aloitimme analysointi prosessin (Kuvio 2.) litteroidun tutkimusaineiston analysoinnin perehtymällä tarkasti saatuun aineistoon ja tämän jälkeen jatkoimme redusoinnilla eli havaintojen pelkistämällä. Redusoinnilla saimme poistettua aineistosta tutkimuksen tarkoitukseen ja tavoitteeseen sopimattomat asiat sekä tiivistettyä saatua tietoa, näin saimme aikaan tutkimuskysymyksiin verraten merkityksellisiä käsitteitä. Redusoinnin jälkeen aloimme klusteroimaan eli ryhmittelemään pelkistettyjä käsitteitä. Aineistoa kävimme läpi useita kertoja, pelkistettyjä käsitteitä merkitsimme alkuperäisen tekstin yhteyteen kynällä, näin saimme pidettyä lauseista yksinkertaistetut sanat asiayhteydessään. Tämä helpotti luokittelussa, koska esimerkiksi pelkistettynä sanana lääkitys esiintyi useammassa asiayhteydessä, näin haastatteluilla saatu informaatio ei redusoituna vääristänyt tutkimuksen tulosta. Muodostimme ensin alaluokat ja jatkoimme abstrahointia yläluokkaan sekä aina pääluokkaan asti. Aineiston analyysissa käytimme hyväksi Tuomin ja Sarajärven sekä Alasuutarin kirjallisuutta. Tuomi ja Sarajärvi (2013, 110-111) kuvaavat kirjassaan aineistolähtöisen sisällön analyysin kolmiportaiseksi prosessiksi (Kuvio 1.), näiden mukaan induktiiviseen aineiston analyysiin kuuluu 1) aineiston redusointi eli pelkistäminen, 2) aineiston klusterointi eli ryhmittely sekä 3) abstrahointi eli teoreettisten käsitteiden luominen.



KUVIO 1. Kolmiportainen prosessi. Tässä kuviossa kuvataan analyysin kolmiportaista vaihetta.

Haastattelujen analysointi jatkui prosessina, jota kuvaamme alla olevassa kuviossa.



KUVIO 2. Induktiivisen aineiston analyysin prosessi Tuomia ja Sarajärveä 2003 mukaillen.

8 TUTKIMUKSEN TULOKSET

8.1 Potilaan aggressiivisuuden ennakointi ja havainnointi hoitajien kuvaamana.

Taulukko 1. Potilaan aggressiivisuuden ennakointi ja havainnointi.

Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
<p>Potilaan impulsiivisuus ja ajatukset. Riittämätön lääkehoito. Pelko. Psykoottinen ajattelu. Potilaan levottomuus. Eristäytyminen. Potilaan oma vointi. Eriarvoisuus. Ahdistus.</p> <p>Ennakkotieto. Aikaisempi hoito. Hoitotahto. Hoitoaika. Kriisisuunnitelma.</p> <p>Lääkehoito. Oma rauha. Eristys. Keskustelu potilaan kanssa. Vaihtoehto ja hoitoon osallistuminen. Vierihoido. Ahdistuksen lievitys. Apuvälineet.</p> <p>Kollektiivinen käytös. Äänenkäyttö. Päihteet. Aggressiivinen/ väkivaltainen puhe. Fyysinen väkivalta. Kehonkieli. Väkivaltainen käytös. Protestoiva käytös. Itsensä vahingoittaminen. Uhkailu. Toisen vahingoittamiseen sopiva väline.</p>	<p>Potilaan aggressiivisuutta edeltävä tapahtuma.</p> <p>Potilaan aggressiivisuuteen varautuminen.</p> <p>Potilaan aggressiivisuutta lievitävät keinot.</p> <p>Potilaan käyttäytymisestä tehdyt havainnot.</p>	<p>Potilaan aggressiivisuuden ennakointi ja havainnointi.</p>

8.1.1 Potilaan aggressiivisuutta edeltävä tapahtuma

Haastattelussa hoitajat kuvasivat havaintojaan potilaan aggressiivisuuden kehittymisestä. Hoitajien mukaan potilaista oli havaittavissa psykoottista ajattelua, ahdistusta, levotonta liikehdintää, äänen käytön muuttumista, eristäytymistä ja impulsiivisia ajatuksia. Usein potilaalla oli myös havaittu aggressiivisuutta ennakoivaa kehon kieltä kuten käsien nyrkkiin laittamista. Useiden hoitajien arvioimana potilas oli alilääkitty akuutissa tilanteessa, jolloin potilaan huonosta psyykkisestä voinnista johtuen hän käyttäytyi aggressiivisesti. Hoitajien mukaan myös lääkehoidon tehostamista oli odotettu liian kauan, jolloin potilaan vointi oli huonontunut. Alilääkityt potilaat olivat kärsineet peloista ja psykoottisista ajatuksista, jotka lisäsivät aggressiivisuutta.

”Motoriikka on sellaista levotonta.”

”Ja yks mikä on aika olennainen niin on potilaan lääkitsemisen jättäminen, se aiheuttaa aggressiivisuutta. Nykyään osastolla ollaan ihan liian varovaisia lääkkeiden kanssa. Potilas huonossa kunnossa tulee, mikä näkyy sitten aggressiivisuutena. Siinä joutuu olemaan varpaillaan niin henkilökunta kuin muut potilaat.”

”Jonkun verran on käynyt, että kun potilaalle on tehty lääkemuutoksia ja sitten syystä tai toisesta sitä ettei potilasta ole siitä informoitu. Se on epä tietoisuus potilaalle ja tulee yllättäen ettei mulla olekaan tätä määrää lääkettä jota on tottunut käyttämään tai tarvittavia lääkkeitä on vähennetty. Tällaiset tilanteet aiheuttaa aggressiivisuutta ja epäluottamusta henkilökuntaa kohtaan. Potilaalle voi tulla semmoinen olo, että tehdään asioita hänen selän takanaan.”

”Niin, kyllähän se yleensä on sellasta sanatonta viestintää, ei se potilas tuu sanomaan, että nyt mua ketuttaa tai että kohta lyön. Niitä sanattomia viestejä, kehon kieli.”

”Minä en tiä kuuluuko tämä välttämättä tähän mutta niin kuin ett semmonen tekijä kuin pelko voi aiheuttaa aika paljon aggressiota jos pelkää tosissaan olla täällä ja pelkää kaikkea mitä hoitajat tekee ja ei sitten enää nähdä muuta vaihtoehtoa kuin käyttäytyä aggressiivisesti ja pitää siitä omasta niin kuin näkökulmasta kiinni ja mikä niin kuin on ihmisen mielestä itellensä parasta. Oli se sitten psykoottista ajattelua tai jotakin tämmöstä mutta semmonen tilanne.”

8.1.2 Potilaan aggressiivisuuteen varautuminen

Hoitajat kokivat hyvänä, että psykiatrian päivystyksestä annettiin ennakkotieto osastolle tulevasta potilaasta. Tällä tavoin pystyttiin varautumaan aggressiiviseen ja mahdollisesti väkivaltaisesti käyttäytyvään potilaaseen. Jo ennakkotiedon perusteella pystyttiin varautumaan miettimällä riittäviä hoitajaresursseja ja kohdentamalla ne oikein. Ennakkotiedon saannin jälkeen on voitu aloittaa mahdollisia huonejärjestelyjä. Hoitajat kertoivat myös, että olivat varautuneet potilaan aikaisempien hoitotietojen perusteella aggressiivisuuteen. Hoitajat toivat esille, että psykiatriasta hoitotahtoa ei aktiivisesti käytetä. Hoitajien kertomana potilailla on epäluuloja psykiatriasta hoitotahtoa kohtaan, eivätkä he välttämättä ole ymmärtäneet sen merkitystä oikein. Hoitajat kokivat myös lyhyiden hoitoaikojen olevan ongelmallisena hoitotahtolomakkeen täyttämiseksi, koska potilaan kanssa tulee täyttää useita muitakin lomakkeita. Hoitajien mukaan pitkäaikaispotilaille tehtyjen kriisisuunnitelmien avulla ollaan hieman kyetty ennakoimaan potilaan aggressiivista käytöstä.

”Psykiatrisessa hoitotahdossa on vähän ton tyylisiä. Niitä ei ainakaan kauheen aktiivisesti meidän osastolla ole ollut käytössä.”

”Tokihan se on niinkin, että jos on potilas joka on meille jo tuttu, on ollut aikaisemminkin hoidossa ja on aikaisemmilla hoitokerroilla käyttäytynyt aggressiivisesti niin onhan se yks varomerkki. Voi havainnoida missä kunnossa tällä kerralla tulee. Onko taas aggressiivinen?”

”Aggressiivinen potilas on tullut muulta osastolta niin on jo ennakkotieto, että millaisissa tilanteissa niitä voi tulla ja niillä saattaa olla niitä keinoja valmiina.”

”Onhan potilailla hoitotahto tehdä. Ei ole tullut kuin yks eteen vasta. Mutta ehkä mennyt väärällä tavalla, ei ehkä ollut ymmärtänyt oikein. Se oli enemmän hoidon määrittämistä kuin hoitotahto.”

”Meillä tehdään osastolla tälläisiä ennakoivia kriisisuunnitelmia jossa sitten nähdään sitä sitten jos on kirjattu ylös. Sillä voidaan vähän ennakoida ja katsoa sitä kautta myös. Joitakin tapauksia tässä on ollut joilla on ollut toistuvasti tommonen käytös. Sitä kautta tiedetään että millä tavalla hän rupee käyttäytymään missäkin tilanteissa ja sitä kautta pystytään ennakoimaan sitä paremmin. Erityisesti tämmösissä pidemmissä hoidoissa tai pitkittyneissä tilanteissa. Mutta potilaan vointi pitää olla semmoinen että hän pystyy siihen konkreettisesti tekemään, ei sitä kovin huonossa kunnossa voi tehdä.”

8.1.3 Potilaan aggressiivisuutta lievittävät keinot

Aikuispsykiatrian osastoilla hoitajat kertoivat, että heillä oli määrällisesti vähän välineistöä käytössä potilaan aggressiivisuuden ja ahdistuksen lievittämiseen. Hoitajat sanoivat, että käytössä on esimerkiksi painopeitto, kylmäpussihoito, fysioakustinen tuoli sekä rentoutus cd-levyjä. Hoitajien kokemana potilaan aggressiivisuutta saatiin lievittymään myös keskustelemalla, antamalla potilaalle omaa rauhaa, esimerkiksi avoimin ovin pystyeristystiloissa. Potilaille oli myös annettu vaihtoehtoja rauhoittumiseen, oli tarjottu tarvittavaa lääkettä sekä ulkoilu mahdollisuutta lupien ja voinnin puitteissa. Joissakin tilanteissa hoitajat kertoivat potilaan rauhoittuneen vierihoidon tai intensiivisen hoidon myötä. Vierihoidossa kuitenkin hoitajien mukaan potilas saattoi agitoitua liiasta seurannasta.

”Joskus voi käyttää ihan sitäkin että tarjoo mahdollisuutta sille levottomalle ja ahdistuneelle potilaalle että saa mennä avoimin ovin mennä tonne rauhoittumaan tonne eristyshuoneeseen. Siellä saapi olla rauhassa vähän aikaa ilman että se on mikään eristys.”

”Yleensäkin nämä ahdistukseen käytettävät keinot ja välineet siitä tietämyksen ja muun liisääminen. Välineiden saatavuuskin kun yksi painopeitto on vähän. Rentoutus cd:tä enemmän kun samat cd:t on pyörinyt montako vuotta? Tämmösiä pieniä asioita mutta jollekin niistä voi olla apua.”

”No huonejärjestelyitä tehdään. Muutama yhden hengen huone on ja yksi niistä on kameravalvontahuone. Niitä sitten titraillaan sitten mikä on mahdollista. Vähän katsotaan minkäläiset ihmiset samaan huoneeseen sijoitetaan. Ainahan se ei oo mahdollista kun lähes tulkoon koko ajan osasto on täysi. Tulija ei pääse aina tyhjälle paikalle.”

”Ja sitten myöskin semmoset mahdollisuudet hakeutua olemaan yksin. On aika vähäiset kun on kahden hengen huoneita ja noissa yleisissä tiloissa on sitten sitä muuta sakkia. Yksin olemisen mahdollisuudet on aika minimissään.”

”Ja kuitenkin se on potilallekin hirveen tärkeää että se lääkittään hyvissä ajoin.”

8.1.4 Potilaan käyttäytymisestä tehdyt havainnot

Aikuispsykiatrian osastoilla hoitajien mukaan ennen potilaan väkivaltaisuutta on ollut havaittavissa muutoksia kehon kielessä, äänen käytössä sekä käytös on ollut uhkaavaa muita kohtaan. Potilas on voinut myös protestoida kaikkea hoitoon liittyvää sekä on ollut pääosin verbaalisesti uhkaava. Väkivaltainen käytös ei niinkään ollut kohdistunut hoitohenkilöstöön kuin potilaaseen itseensä, esimerkiksi pään hakkaamista seinään, itsensä hakkaamista, kuristamista, viiltelyä, hiuksien repimistä sekä tupakalla tai tupakan sytyttimellä itsensä polttamista. Hoitajien mukaan itseään vahingoittavat potilaat ovat joissakin tilanteissa myös ryhmäytyneet, jolloin he ovat esimerkiksi viillelleet itseään kollektiivisesti. Hoitajien mukaan väkivaltaisesti käyttäytyvillä potilailla on ollut myös toisen henkilön vahingoittamiseen sopivia välineitä, esimerkiksi nyrkkirautoja, "luottokorttiveitsiä", teräaseita, pyykkinaruja ja partakoneen teriä. Näitä välineitä potilaat ovat myös käyttäneet tehostaakseen uhkaustaan, mikäli ovat pidättäytyneet niitä käyttämästä varsinaisessa väkivallan teossa. Hoitajien kokemuksen mukaan potilaat, jotka ovat käyttäneet päihteitä, ovat vieroitusoireiden tullessa mahdollisesti aggressiivisia.

"Sanallista ja sitten äärimmäistä väkivaltaa ja uhkailu ja ihan tuota tavaroiden rikkominen ei kohdistu henkilöihin fyysisesti vaan sitten potkitaan seiniä, ovia. Pauskotaan ovia, heitelään tavaroita tai sitten on ihan sanallisesti sellasta uhkaavaa ja protestoivaa käyttäytymistä."

"Lähinnä on sitä että potilaaseen itseensä kohdistuvaa aggressiivisuutta kuin henkilökuntaan. Itsensä vahingoittamista ja itsensä hakkaamista. On ollut teräaseita, lasin siruja ja ihan periaatteessa mikä vaan. On ollut nyrkillä hakkaamista seinään, pään hakkaamista seinään. On ollut itsensä kuristamista, hiuksien repimistä, tupakalla tai sytkärillä polttamista. Ja semmosta uhkailua sillä itsensä vahingoittamisella. Kiristämistä."

"Ja jos on päihdetaustaa, on käyttänyt päihteitä ja voi tulla vieroitusoireita niin kyllä siinä semmonen levottomuus tulee. Tieto kuitenkin että on ollut tällaisia tapahtumia niin voidaan vähän ennakoida sitä."

"Ja sitten lääkkeiden ylimääräistä käyttöä joko lomilla tai osastolla. Niitäkin on ollut että on otettu ylimääräisiä osastolla. Ne on tänne jotakin kautta kulkeutunut."

"Väline itsensä vahingoittamiseen voi olla mikä tahansa, esim. hiusten kuivaajalla jolla uhkaili että käyttää sitä suihkun aikana. Pyykipussin naruja on löytynyt aika paljon. Ihan täällä sairaalassa käytössä olevat hoitovälineet on riski. Partakoneen teriä ja tällöisiä."

8.2.1 Hoitajasta johtuva potilaan agitoituminen

Haastattelussa tuli ilmi, että myös hoitajan tekemät hoitotoimenpiteet aiheuttivat ajoittain potilaiden aggressiivisuuden lisääntymistä, agitoitumista ja jopa väkivaltaisuutta. Tämä näkyi esimerkiksi potilaan provosoitumisena ja tällä käytöksellä toisinaan potilas sai myös hoitajan provosoitumaan. Hoitajat kertoivat, että epäeettisellä toiminnalla kuten katteettomat lupaukset, on ollut vaikutusta potilaan aggressiivisuuden lisääntymiseen. Myös hoitajan asenteella ja persoonalla on ollut vaikutusta potilaan agitoitumiseen. Hoitajien asettamien rajoitusten on huomattu aiheuttaneen joidenkin potilaiden osalta aggressiivisuutta. Tavaroiden tarkastuksen ja mahdollisen haltuunoton yhteydessä potilas oli hoitajien mukaan saattanut toimia aggressiivisesti. Potilaan käyttäytyessä aggressiivisesti oli pyydetty lisää hoitohenkilökuntaa varmistamaan osaston tilanne. Tämä oli haastatteleminen hoitajien mukaan joissakin tilanteissa agitoitunut potilasta.

“On siinä joskus se kääntöpuolikin. Saattaa vaan pistää enemmän hanttiin kun tulee paljon porukkaa sisälle.”

“Joskus on joku semmonen tilanne kärjistynyt sitten semmoseen väkivaltatilanteeseen että on jouduttu esimerkiksi potilaan tavarat tarkistamaan ja kaappi avaamaan. Potilas on siinä sitten vastustanut sitä kaapin avaamista esimerkiksi. Siitä on sitten syntynyt semmonen huutomekkala ja sitten hän on yrittänyt itseensä vahingoittaa ja sitten vastustanut myöskin vissiinkin sitä että on joutunut toiselle osastolle, on jouduttu siirtämään hänet.”

“Rajaaminen, rajoittaminen on yleinen kanssa.”

“Than sitten tietysti myös henkilökunnan asennoituminen potilaisiin ja jos henkilökunta jotenkin provosoiden asioita potilaalle esittää niin sehän se nostattaa tunteita pintaan.”

“Ja niin ehkä sellanen henkilökunnan kiirekin jollakin tavalla, että jos ei ihan siinä sekunnissa pysty ja yrittää siirtää jotain tekemistä niin se ei välttämättä ookaan oikee hetki niin se voi aiheuttaa sitä tai jos tehdään jotain sopimuksia tai erehdytään lupaamaan jotain mitä ei sitten välttämättä voidakaan toteuttaa niin se saa ihmiset turhautumaan ja eskaloitumaan.”

8.2.2 Hoitajan ammatilliset valmiudet

Haastattelemamme hoitajat kertoivat perehdytyksen olevan suppea. Lisäksi he kokivat joutuvansa perehdyttämään sijaisten lisäksi erityistyöntekijöitä, kuten psykologeja, lääkäreitä ja sihteereitä. Hoitajien mukaan perehdytyksessä tulisi panostaa enemmän työturvallisuuteen, esimerkiksi hälytinjaestelmistä. Perehdytyksessä toivottiin saavan hiljaista tietoa vanhemmilta hoitajilta, esimerkiksi ennakointiin liittyen. Haastattelussa olleet hoitajat toivat esille, että Aveckki-koulutusta tulisi järjestää enemmän ja se tulisi olla autenttisissa tiloissa. Hoitajat kokivat tarvitsevänsä ammatillisuutensa kehittämiseen koulutusta, esimerkiksi ahdistusta lievittävästä keinoista sekä välineistä ja myös yhtenäisten toimintatapojen harjoittelusta. Tällä tavoin pystyttäisiin lisäämään ja ylläpitämään hoitajien ammattitaitoa. Hoitajien mukaan ammatillinen herkkyys eli intuitio edesauttoi ennakoimaan mahdollisesti kehittyvää väkivaltatilannetta. Raportointi koettiin merkittäväksi turvallisuutta lisääväksi asiaksi. Liian suppean raportin ja huonon tiedonsiirron koettiin aiheuttavan ongelmia potilaan hoitolinjauksissa ja tämä saattoi aiheuttaa potilaassa epävarmuutta, joka johti agitoitumiseen. Hoitajat toivoivat, että käytettäisiin enemmän jälkipuintia. Jälkipuinnin kautta opittaisiin jo tapahtuneesta, esimerkiksi väkivaltatilanteesta. Näin kokemuksta voitaisiin käyttää ehkäisemään väkivaltatilanteita. Hoitajat kokivat, että heidän oikeutensa potilaan hoidossa olivat riittämättömät verrattuna potilaan oikeuksiin.

”Tääkin on pakon vähentämiseen tää teidän tutkimus ja näin pois päin. Potilaalla on paljon oikeuksia, lääkärikin on paljon oikeuksia mutta hoitajilla ei taida olla oikeuksia ennen kuin sitä vedetään nekkuun kunnolla, niin sitten löytyy niitä oikeuksia. Että niin tuota ei niille hirveen paljon olla tehty mitään. Semmosille mikä meidän turvallisuus olis.”

”Ja siihen perehdytykseen liittyen pitää lisätä ennakointia, sitten vanhempi henkilökunta joka on ollut aikaisemmin muistais aina sitten että kun tulee potilaita. Jos on uusia työntekijöitä niin lähtisi yhdessä katsomaan ja olisi sitä kädestä pitäen ohjausta.”

”Ja muistuttaa jos tunnetaan potilasta tai ainakin moni tuntee pitkän ajan takaa niin muistuttaisi että tällä on tällästä käytöstä ja kannattaa tehdä näin ja tämän kanssa kannattaa tehdä näin. Antaa vähän sellasta vinkkiä että huomioida myöskin purut. Jos tulee joku uhkaava tilanne, niin sellanen ihan pienikin niin se vois olla eli käydä läpi miten oltais voitu tehdä toisin ja miten jatkossa voitaisiin tehdä. Mitä tehtiin hyvin ja mitä tehtiin huonosti.”

”Avekkia ei kuitenkaan niin kauheen useasti oo ja siinäkin ollaan vaan että mitenkä sitten toimitaan kun tulee tää tilanne. Ei siellä hirveesti sitä tämmöstä käydä läpi että mitenkä ennakoidaan.”

”Äärimmäisen tärkeätä on että jos tulee itelle joku omituinen tai huono tunne tai tulee sellainen fiilis että nyt ei oo kaikki hyvin niin se pitäisi aina muistaa ääneen sanoa eikä vaan nostella olkapäitä että jospa se menee tästä ohi. Se monesti kuitenkin pitää paikkansa. Omiin vaistoihin ja fiiliksiin pitää luottaa.”

8.2.3 Hoitajan hoitotyön keinot aggressiivisen potilaan rauhoittamisessa

Haastattelussa hoitajat kertoivat potilaan rauhoittuneen jo pelkästään hoitajan läsnäolosta. Osa haastatelluista kuvasi osastontilanteen rauhoittuneen hoitajien ollessa riittävästi läsnä potilasyhteisössä. Tällöin myös potilaiden nopeasti muuttuvaan mielialaan oli kyetty reagoimaan aikaisemmin kuin, että hoitajat olivat olleet kansliassa. Hoitajat kertoivat potilaiden rauhoittuneen myös keskustelulla. Hoitajien mukaan aggressiivisuuden leviämistä muihin potilaisiin oli saatu estettyä ottamalla osaston tilanne hallintaan keskeyttämällä muut toiminnot ja keskittymällä aggressiivisesti käyttäytyvään ja provosoivaan potilaaseen. Hoitajat kertoivat yhtenä potilaan rauhoittamiskeinona olevan lääkehoidon. Aggressiiviselle potilaalle oli tarjottu tarvittavaa rauhoittavaa lääkettä. Useat hoitajat kuvasivat aggressiivisten potilaiden lääkehoidon olevan riittämätöntä. Mikäli potilaan aggressiivisuutta ei ollut saatu lievittämään muilla keinoin ja potilaan käytös oli ollut vaarallista hänelle itselleen tai muille, oli potilas eristetty. Eristysmuotoina oli käytetty pystyeristystä sekä leposide-eristystä.

”Tavallaan jätetään kaikki se muu mikä siinä työtä on ja jos huomataan että on sellanen takakiree potilas niin keskeytetään toiset toiminnot ja keskitytään sitten siihen aggressiivisuuden purkuun ettei se pääsis sitten leviämään toisiin. Hallittaisiin se tilanne.”

”No mikä on ihan perus niin mennään potilaan luokse ja pyritään rauhoittamaan tilanne keskustelemalla, lääkitystä tarjoamalla ja selvittämään mikä on.”

”Ennakointi että varataan väkeä vähän enempi jos alkaa käymään tilanne sen levottomaksi tai tilanne on uhkaava. Ja monesti se jo rauhoittaa potilasta kun sitä henkilökuntaa on siinä läsnä ja lähellä ja ei tarvi alkaa niihin toimenpiteisiin ryhtyä.”

”Aikalailta sitä niin kuin maalaisjärjen käytöllä ja sellaisella suhtautumisella parhaiten oikeastaan selviää. Ja yksi mikä on äärimmäisen tärkeää että ois osastonkin puolella hoitajia kuuntelemassa, katselemassa, seuraamassa tilannetta. Aika paljon sieltä saa kyllä aika paljon vinkkiä. Esimerkiksi istua tuolla päiväsalin kiikkustuoliin niin sä kyllä jo aika paljon ha-

vainnoit ja huomaat mikä on se meininki osaston puolella. Se on kyllä aika hyvää ennakkointia. Pystyy sitten hyvissä ajoin jo katsomaan ja puuttumaan jos on tarvetta.”

8.2.4 Hoitajan työn vaativuutta lisäävät tekijät

Haastattelemamme hoitajat kertoivat työn kuormittavuutta lisäävän vakituisen henkilökunnan puute, esimerkiksi sairauslomien aikaan. Hoitajien mukaan minimi miehityksellä työskennellessä työn kuormittavuus lisääntyi esimerkiksi tilanteessa, jossa potilaalle jouduttiin aloittamaan vierihoito eikä tähän ollut saatu sijaista vaan vierihoitaja oli otettu vuorossa olevista hoitajista. Myös potilaiden pitkään jatkunut aggressiivisuus ja väkivallan uhka koettiin osastotyössä stressaavaksi tekijäksi. Lisäksi osa haastatelluista toi esille osaston rakenteen olevan epäergonominen ja epäkäytännöllinen, tämä näkyi esimerkiksi tulohaastattelutilanteissa, jolloin toimimattomat tilat aiheuttivat riskin sekä henkilökunnan, että potilaiden turvallisuudelle. Hoitajien mukaan potilaan sitoutumattomuus omaan hoitoonsa ja siirtämällä kaiken vastuun hoidostaan hoitajille koettiin tilanteena vaativaksi sekä kuormittavaksi. Haastavan potilaan vaativa intensiivinen hoito, joka pahimmillaan vei usean hoitajan ajan, kuormitti samassa vuorossa olevia muita hoitajia lisäämällä heidän työtaakkaansa, koska heidän vastuulleen jäi tällaisissa tilanteissa useampia potilaita. Edellä mainitussa tilanteessa haastavan potilaan sitoessa hoitajia myös osaston rutiinien pyöritys jäi näiden muutamien hoitajien vastuulle.

”Osaston tilannetta jos miettii, niin on potilaita jotka sitoo paljon henkilökuntaa, seurantaa ja ynnä muuta mitä siihen kuuluu. Ja blokataan se oma vastuu siitä omasta itsestä huolehtimisesta ja vieritetään se tietyllä tavalla henkilökunnalle. Käytetään sitä pelinappulana herkästi ja uhataan epäsuorasti tai suoraan että jos te teette näin niin minä sitten teen näin.”

”No totta kai semmonen minun mielestä vaikuttaa että vakihenkilökunnan puute että jos on paljon sijaisia. Ja vaihtuvuus jos on paljon sairaslomia ja jatkuva vaihtuvuus niin kyllähän se vaikuttaa tähän.”

”Jatkuvaa stressiä sellanen aggressiivinen käytös. Ja semmosta uhkailua sillä itsensä vahingoittamisella. Kiristämistä. Ei tuudittauduttaisi siihen rauhallisuuteen vaan aina takaraivossa pitää se että aggressiivisuuden uhka voi olla koska vaan.”

”Meillä on hirvittävän huono toi osaston paikka jossa ei potilaalla ole oikein kunnolla mahdollisuutta niin kun poistua, tai se poistuttaa siitä, tai henkilökunnan paeta sieltä, tai sitten on lääkkeen jako paikka missä se helposti sitten syttyy tavallaan.”

8.3 Hoitajasta ja potilaasta riippumattomat aggressiivisuutta lisäävät tekijät.

Taulukko 3. Hoitajasta ja potilaasta riippumattomat aggressiivisuutta lisäävät tekijät

Alaluokka	Yläluokka	Päälouokka
<p>Toiset potilaat.</p> <p>Omaiset.</p> <p>Levoton osasto.</p> <p>Osaston säännöt/ tupakointi.</p> <p>Suljettu osasto.</p> <p>Elämäntilanne.</p>	<p>Ulkoiset aggressiivisuutta aiheuttavat tekijät.</p>	<p>Hoitajasta ja potilaasta riippumattomat aggressiivisuutta lisäävät tekijät.</p>
<p>Kahden hengen huoneet.</p> <p>Huonejärjestelyt.</p> <p>Sairaalan ympäristö.</p>	<p>Ympäristölliset ja rakenteelliset tekijät.</p>	
<p>Hoitolinjaukset.</p> <p>Riittämätön lääkehoito akuutissa tilanteessa.</p> <p>Lääkärin saatavuus.</p> <p>Yhteistyö.</p>	<p>Yhteisymmärrys lääkärin kanssa aggressiivisen potilaan hoidosta.</p>	
<p>Sijaiset.</p> <p>Hoitaja resurssit.</p> <p>Yhteistyö johdon kanssa.</p>	<p>Hallinnolliset tekijät.</p>	

8.3.1 Ulkoiset aggressiivisuutta aiheuttavat tekijät

Haastattelussa useat hoitajat kertoivat potilaiden agitoituvan ja provosoituvan toisista potilaista. Myös osaston rauhaton tilanne aiheutti potilaissa aggressiivisuutta. Tilanteita hankaloitti se, ettei aggressiivisella potilaalla ollut välttämättä mahdollisuutta mennä rauhoittumaan yksityiseen tilaan. Useat hoitajat myös olivat sitä mieltä, että psykiatrian puolella pitäisi olla yhden hengen potilashuoneita. Hoitajien mukaan myös omaisten liiallinen läsnäolo oli joissakin tapauksissa aiheuttanut potilaassa aggressiivisuutta. Osa potilaista ei ollut kyennyt ilmaisemaan omaisilleen, että eivät haluaisi heitä osastolle. Joidenkin potilaiden kohdalla oli hoitajien mukaan potilasta kuormittanut ja aggressiivisuutta lisännyt potilaan elämäntilanne sairaalan ulkopuolella. Vaikka haastattelemamme hoitajat kuvasivatkin osaston rutiinien ja sääntöjen rauhoittavan potilaita, aiheuttivat nämä kuitenkin joissakin tilanteissa potilaissa aggressiivisuutta. Tämä tuli esille muun muassa yöaikaan, jos potilas ei päässyt käymään tupakalla. Potilaiden tupakoinnin rajaaminen, esimerkiksi antamalla potilaalle ”tuntitupakat”, oli joissakin tilanteissa ollut agitoitumisen syynä. Haastattelemamme hoitajat toivat esille, että mikäli yhteisistä linjoista ja osaston säännöistä ei pidetty kiinni, aiheutti tämä potilaissa aggressiivisuutta. Hoitajien mukaan osaston sääntöjen lisäksi aggressiivisuutta aiheutti potilaan joutuminen suljetulle osastolle, jolloin liikkuminen on rajattua.

”Ehkä joskus rutiineista kiinnipitäminen aiheuttanut potilaissa kun on pakko tehdä tiettyyn aikaan tai hiljaisuus on tiettyyn aikaan tai tämmöset. Niissä ainakin joutuu vääntämään useinkin, että moneltako sinne tupakalle pääsee tai mihinkä aikaan ois lääkärin tapaaminen. Joskus voi sitten olla potilaan hankala sitoutua näihin osaston rajoituksiin ja sääntöihin.”

”Sitten voi olla tällöinen yllättäväkin tekijä kuin omaiset. Potilas pimahtaa täysin omaisen käytyä täällä.”

”No varmaan ainakin se kun osastoilla on paljon muita potilaita jotka myöskin sitten voi käyttäytyä levottomasti ja suurin osa kahden hengen huoneita. Jos on levotonta, niin se helposti tarttuu ja sitä kautta lähtee syntymään.”

”Potilasta voi alkaa ärsyttämään toisen potilaan häiritsevä käytös ja se eskaloituu aggressiiviseksi siitä. Semmosiin törmännyt aika moneen.”

”No suljettu osasto kuitenkin on ja sehän aiheuttaa ihmiselle ahdistusta ja joka voi aiheuttaa sitä aggressiivisuutta.”

”Tupakkahuoneen ovi menee yöllä kiinni niin se ärsyttää monia ja saattaa aggressiivisuutta lisätä.”

8.3.2 Ympäristölliset ja rakenteelliset tekijät

Useat hoitajat kertoivat osaston fyysisten tilojen olevan toimimattomat psykiatrisen potilaan hoitoon. Kahden hengen huoneet aiheuttivat useiden hoitajien mukaan potilaissa aggressiivisuutta, koska jouduttiin sijoittamaan samaan huoneeseen helposti agitoituvia potilaita. Päivystystilanteessa, varsinkin yöaikaan tehdyt potilas sijoittelut ja huonejärjestelyt koettiin aggressiivisuutta lisääväksi tekijäksi. Hoitajien kokemana sairaalan ympäristö lisäsi joissakin potilaissa impulsiivista toimintaa sekä aggressiivisuutta. Tämä aiheutui esimerkiksi itsetuhoisen potilaan kohdalla sairaalan vieressä olevasta järvestä, jossa oli mahdollisuus hukutautua sekä lähellä sijaitsevasta moottoritiestä ja sen silloista.

”Ja sitten myöskin semmoset mahdollisuudet hakeutua olemaan yksin. On aika vähäiset kun on kahden hengen huoneita ja noissa yleisissä tiloissa on sitten sitä muuta sakkia. Yksin olemisen mahdollisuudet on aika minimissään.”

”Muutama yhden hengen huone on ja yksi niistä on kameravalvontahuone. Vähän katsoo minkäläiset ihmiset samaan huoneeseen sijoitetaan. Ainahan se ei oo mahdollista kun lähes tulkoon koko ajan osasto on täysi. Tulija pääsee aina tyhjälle paikalle.”

”Minä oon kyllä sitä mieltä että niin kuin psykiatrian puolella pitäisi olla yhden hengen huoneita ja ihan ehdottomasti. Seuraa saa kyllä sitten yleisistä tiloista mutta sitten niin kun sen kun joudutaan väkisin tekemään joskus semmoisia huone sijoittelu jotka nähdään jo heti ettei nämä ole kovin järkeviä nämä mutta semmonen vaan joudutaan tekemään.”

”Vesi. Tässä rannassa kun ollaan niin on ollut näitä hukuttautumisasiatuksia. Moni on käynyt tuossa rannassa miettimässä näitä. Ja kaikki yllykkeet sitten tässä ympäristössä että on sillat ja liikenne mistä tulee sellasia impulsiivisia ajatuksia. Että nyt ois päästävä sillalle hyppäämään.”

8.3.3 Yhteisymmärrys lääkärin kanssa aggressiivisen potilaan hoidosta

Haastattelussa tuli ilmi, että potilaan yhtenäisissä hoitolinjoissa on katkoja johtuen esimerkiksi osastosiirroista, sijaisista sekä puutteellisista tiedonsiirroista eri toimijoiden välillä. Hoitajien mukaan lääkärin paikalle saapuminen, erityisesti päivystysaikaan oli joissakin tilanteissa koettu haastavaksi. Se oli lisännyt esimerkiksi tahdonvastaisessa hoidossa olevien potilaiden aggressiivisuutta. Haastateltavat hoitajat kokivat erittäin merkittävänä asiana riittämättömän lääkityksen akuutissa tilanteessa. Hoitajat toivat esille useita tapauksia, jossa puutteellinen lääkehoito oli vaarantanut turvallisuutta sekä mahdollisesti aiheuttanut potilaalle kärsimystä ja pitkittänyt hoitoa. Riittämättömän lääkityksen takia potilaisiin oli jouduttu kohdistamaan muun muassa pakkohoitokeinoja. Hoitajien näkemykset potilaan hyvästä hoidosta ja riittävästä lääkityksestä eivät haastateltavien mukaan olleet yhteneväiset lääkärin kanssa. Hoitajat myös kokivat, etteivät lääkärit usein kuunnelleet heidän näkemystään potilaan hoitoon liittyen.

”Ja yks mikä on aika olennainen, niin on potilaan lääkitsemisen jättäminen aiheuttaa aggressiivisuutta. Nykyään osastolla ollaan ihan liian varovaisia lääkkeiden kanssa. Potilas huonossa kunnossa tulee mikä äärimmillään näkyy sitten aggressiivisuutena.”

”Vähän turhan pitkään katsotaan tilannetta, katotaan että mitenkä pitkään pärjätään tämmösellä lääkityksellä ja sitten räjähtää tosissaan.”

”Yhteistyö muiden toimijoiden kanssa, KPK ja muut osastot. Täällä saman katon alla varmaan on yhteinen linja mutta kun mennään muualle niin tiedonkulku katkee siellä. Ei ihan mennä alkuperäisten suunnitelmien mukaan, ei ole ihan niin johdonmukaista kun sen pitäisi olla.”

”Kuitenkin se on potilaallekin hirveen tärkeätä, että se lääkitään hyvissä ajoin ja mitä tuhoja se ehtii tehdä aivoissa psykoosipotilaallekin.”

”Psykykosi vaikka eikä anneta sen tilanteen vaan jatkua ja jatkua ja katotaan viikon päästä että nostetaan lääkettä vai ei. Se on vähän sellainen että katellaan kulttuuri nykyään.”

”Ja jos ei lääkärillä oo ammattitaitoa niin semmonen ohjaus lääkärille että sitä riittää. Koska se on ihan turvallisuuskysymys. Että eihän nää jotka on ollut ihan aggressiivisimpia ja käyttäytyneet ihan tosi graavisti jollain lailla niin eihän he edes muista sitä, tota alkutilannetta, alkuvaiheita esimerkiksi eivät muista ollenkaan. Mutta hirvee on niillä paha olla. Ei se oo nautittava hetki heilläkään. Se lilluu se tilanne kun ei uskalleta lähteä lääkitä ja rauhoittaa

sitten. Meillä menee sitten työaika siihen että yks henki ihmisen hoitoon, sitoo hirveesti henkilökuntaa. Hyvä lääkitys ois alussa ihan hyvä.”

8.3.4 Hallinnolliset tekijät

Hoitajat kokivat sairaalan osastojen hoitajaresurssit riittämättömiksi. He kertoivat haastatteluissa, että varsinkin päivystystilanteessa ja iltavuoroissa on liian vähän hoitajia. Tämä osaltaan aiheutti tietyissä potilaissa levottomuutta ja lisäsi hoitajien työn kuormitusta. Riittävän hoitajamäärän haastattelemamme hoitajat kertoivat myös rauhoittavan potilaita ja vähentävän heidän aggressiivisuuttaan sekä tätä kautta pakkohoitokeinoja. Useat hoitajat kokivat myös sairaalan hallinnon ja johdon tuen riittämättömäksi. Hoitajien mukaan heidän mielipidettään liittyen hoitoon ja turvallisuuteen ei oltu otettu riittävästi huomioon. Haastateltujen hoitajien mukaan johdon ja hoitajien yhteistyöpalaverit eivät ole johtaneet hoitajien kannalta toivottuihin toimenpiteisiin. Näiden palavereiden sisältö oli usein liittynyt osastoilla ilmenneisiin epäkohtiin. Useat hoitajat kuvasivat esimerkiksi aggressiivisen ja väkivaltaisen potilaan hoidossa eristystilojen olevan edelleen turvallisuudeltaan puutteelliset, vaikka he olivat ilmaisseet mielipiteensä niistä.

”Hyvinkin paljon tähän vaikuttaa myös johtoportaan asenne näihin ja mitenkä tärkeenä he pitää yleistä henkilökunnan työturvallisuutta ja potilasturvallisuutta. Se on oikeastaan ihan sama mitä me täällä pohditaan yleisellä tasolla kun johto ajattelee asiaa toisin niin siinäpä sitten ollaan.”

”Ehkä semmoinen niin kuin, en tiedä miten on mahdollista, mutta just se, että jos jutellaan pöydän ääressä niin siinä ois sikariportaasta myös jengiiä. Kaikki kuulee niitä ajatuksia ettei tuu niitä katkoja. Välillä tuntuu että kun me täällä jotain puhutaan näin niin se ei kantaudu sinne ylös asti tai ne ei sitten ota meitä vakavissaan kun ne ei näe meitä.”

”No vaikka istuttaisiinkin paikan päällä se ei auta, sekin on nähty monta kertaa.”

”Niin ehkä vähän tuntuu, että organisaation tuki vähän puuttuu taustalta. Täällä saa keskenään puuhastella ja miettiä näitä asioita.”

”Hoitajat on kuitenkin suurimman osan ajasta potilaiden kanssa ja tultaisiin kuulluksi. Ja siitä keskustelua ylipäätensä käytäisiin.”

9 POHDINTA

9.1 Tulosten tarkastelua

Haastattelun tavoitteena oli saada selville Kuopion yliopistollisen sairaalan, Julkulan sairaalan aikuispsykiatrian osastojen hoitajien kokemus kuinka he ovat kyenneet ennakoimaan ja havainnoimaan potilaan aggressiivisuutta. Tutkimuksella selvitettiin myös, minkälaisia hoitokeinoja hoitajilla on aggressiivisen ja mahdollisesti väkivaltaisen potilaan hoidossa. Haastattelussa selvitettiin myös hoitajien näkemys, mitkä tekijät ovat potilaissa aiheuttaneet aggressiivisuutta sekä väkivaltaisuutta ja kuinka niitä mahdollisesti voitaisiin välttää ja kuinka turvallisuutta voitaisiin parantaa.

Haastatteluissa nousi esille kolme pääluokkaa: potilaan aggressiivisuuden ennakointi ja havainnointi (Taulukko 1.), hoitajan työskentely aggressiivisen potilaan kohtaamisessa (Taulukko 2.) sekä hoitajasta ja potilaasta riippumattomat aggressiivisuutta ja väkivaltaisuutta lisäävät tekijät (Taulukko 3.).

Tutkimuksessa tuli esille, että hoitajien mukaan potilas oli ennen aggressiivista käytöstään ollut mahdollisesti ahdistunut, psykoottinen tai pelokas, hänellä oli saattanut olla impulsiivisia ajatuksia sekä toimintaa. Potilas oli myös saattanut kokea eriarvoisuutta liittyen muiden potilaiden hoitoon. Hoitajat kuvasivat myös joidenkin potilaiden olleen levottomia. Tutkimuksessa haastateltujen hoitajien mukaan potilaiden aggressiivisuutta edelsi suuressa määrin myös riittämätön akuuttivaiheen lääkehoito. Soisalon (2011) mukaan potilaan uhkaavan käytöksen syntymiseen vaikuttaa muun muassa hänen kokemansa epäoikeudenmukaisuus. Potilaan suuttumusta usein lisää se, ettei hänen hyväkseen voida tehdä sellaista mitä hän itse odottaa. Nämä potilaan odotukset ovat kuitenkin usein epärealistisia. Vaikka näin olisi, tulisi potilaalle antaa aikaa tuoda esille oma kokemuksensa asiasta.

Haastattalemiemme hoitajien mukaan potilaan aggressiivisuuteen ja mahdolliseen väkivaltaisuuteen oli voitu varautua esimerkiksi ennakkotietojen perusteella, aikaisempien hoitajaksojen perusteella sekä potilaan käytöksen ja fyysisten merkkien perusteella. Ennakointia oli myös edesauttanut hoitajien kokemus, ”intuitio”, muilta potilailta saatu tieto sekä koulutus. Tutkimuksessa tuli esille, että hoitajat olivat havainneet potilaassa muun muassa aggressiivista ja väkivaltaista puhetta sekä uhkailua, kehonkieli ja äänenkäyttö olivat muuttuneet. Potilaissa oli havaittu suoranaisten väkivaltaisten käytöksen lisäksi myös protestoivaa käytöstä ja he olivat uhkailleet itsensä vahingoittamisella. Aggressiiviset potilaat olivat myös saaneet tai valmistaneet toisen vahingoittamiseen soveltuvia välineitä, joissakin ta-

pauksissa oli myös havaittu kollektiivista itsetuhoista käytöstä. Hoitajat kertoivat myös päihtymyksen tai päihteistä riippuvan vieroitusoireen aiheuttaneen aggressiivisuutta. Soisalo (2011) tuo esille erinäisiä tunnusmerkkejä potilaasta, joita kannattaa huomioida ennen kuin potilaan käytös muuttuu aggressiiviseksi, muun muassa:

- Potilaalla on epätavallisen tuijottava, pistävä katse ja hän silmäilee hoitajaa päästä varpaisiin.
- Puhe kiihtyy, se voi olla kovaäänistä tai mumisevaa. Potilas voi muuttua myös puhumattomaksi.
- Hän on levoton ja kireä, liikehdintä on rauhatonta.
- Hengitys on tiheää.
- Hän on ylimielinen ja itsepäinen, ei näe muuta vaihtoehtoa oikeaksi kuin omansa.

Aggressiivinen potilas on usein vihainen ja impulsiivinen, mutta väkivaltaisuutta saattaa lisätä myös häpeä ja syyllisyys. Myös ahdistuneisuutta ja pelkoa voi olla taustalla. (Soisalo 2011; Sundell 2014.)

Tutkimuksen mukaan hoitajat olivat kyenneet lievittämään potilaan aggressiivisuutta sekä vähentämään väkivaltaisuutta esimerkiksi tarjoamalla potilaalle vaihtoehtoja ja antamalla heidän osallistua hoitoonsa. Potilaat olivat rauhoittuneet, kun heille oli tarjottu mahdollisuutta olla omassa rauhassa. Johtuen sairaalan vähäisistä yhden hengen huoneista oli tässä käytetty muun muassa eristystiloja avoimin ovin. Potilaiden aggressiivisuuteen johtavaa ahdistusta, pelkoa ja psykoottisuutta oli kyetty vähentämään myös tarjotuilla ”tarvittavilla” lääkkeillä. Ahdistusta oli saatu lievittämään myös apuvälineillä, kuten esimerkiksi rentoutus cd-levyillä sekä painopeitolla. Potilaan alkavaa aggressiivisuutta oli myös lievittänyt keskustelu hoitajan kanssa sekä intensiivinen hoito, joka joissakin tapauksissa oli vierihoidoa. Vaikka potilas huutaisi ja haukkuisi hoitajaa, olisi muistettava, että potilasta käskyttämällä ei saada oikeanlaista tulosta aikaan. Tällainen käskyttäminen usein johtaa potilaan lisääntyvään agitoitumiseen ja vihaan. Potilaan ollessa agitoitunut ja kiihtynyt tulisi hoitajan pyrkiä selvittämään mistä mahdollinen aggressiivinen käytös johtuu, mikäli se on tilanteen kannalta mahdollista. Potilaan tullessa kuulluksi, hän usein lopettaa huutamisen. (Soisalo 2011). Kiviniemen ym. (2014) mukaan tulisi aggressiivisissa tilanteissa hoitajan olla mahdollisimman neutraali. Tämä ei provosoi potilasta enempää. Hoitajan ei pidä antaa katteettomia lupauksia.

Tutkimuksessa haastateltujen hoitajien mukaan potilaan agitoitumista lisäsivät joissakin tapauksissa toiset potilaat ja heidän levoton sekä äänekäs käytös. Myös omaiset olivat olleet myötävaikuttamassa mahdollisen aggressiivisuuden lisääntymiseen. Omien kokemusten mukaan tällaisissa tilanteissa on hankala rajata omaisten läsnäoloa ja osastolla oloaikkaa,

koska omaiset eivät välttämättä ymmärrä potilaan sen hetkistä psyykkistä vointia. Tutkimuksessa tuli esille, että jo pelkästään suljettu osasto aiheutti ahdistusta joissakin potilaissa, koska eivät päässeet vapaasti liikkumaan. Hoitajien kertoman mukaan osaston säännöt ja erityisesti potilaan tupakoinnin rajoittaminen aiheutti joissakin tapauksissa aggressiivisuutta ja johti pahimmillaan väkivaltaisuuteen sekä pakkokeinojen käyttöön.

Haastateltujen hoitajien mukaan potilaan aggressiivisuutta saattoi lisätä huonejärjestelyt ja erityisesti kahden hengen huoneet. Potilaan ollessa agitoitunut huonetoverin levoton käytös saattoi lisätä aggressiivisuutta, koska potilaalla ei ollut mahdollisuutta rauhoittumaan omaan tilaan. Tällaisissa tilanteissa on omien kokemusten mukaan hankala ennakoida mahdollisia potilaiden keskinäisiä ristiriitoja. Haastattelussa hoitajat kertoivat, että sairaalan ympäristö saattoi lisätä impulsiivisilla potilailla aggressiivisuutta, esimerkiksi itsetuhoisilla potilailla järven läheisyys sekä isot tiestöt saivat aikaan suuicidaalisia ajatuksia.

Tutkimuksessa tuli esille hoitajien ja lääkäreiden eriävät näkemykset potilaan hoidosta. Näkemuserot korostuivat potilaiden akuuttivaiheen lääkityksessä. Hoitajien näkemyksen ja kokemuksen mukaan potilaille tulisi aloittaa nopeammin riittävä lääkitys. Riittävällä ja riittävän ajoissa aloitetulla lääkityksellä voitaisiin hoitajien mukaan välttää esimerkiksi psykoottisen potilaan kärsimystä sekä vähentää aggressioista ja väkivaltaisuudesta johtuvia pakkokeinoja. Haastattelussa nousi esille, että varsinkin päivystysaikaan lääkärin saatavuus koettiin ajoittain hankalaksi. Pitkä odotusaika saattoi agitoida potilasta ja aiheuttaa konflikteja, hoitajien mukaan kuitenkin jo lyhytkin keskustelu lääkärin kanssa rauhoitti potilasta.

Tutkimukseen haastatellut hoitajat kokivat jäävänsä ilman organisaation ja johdon tukea. He kertoivat, että heidän näkemyksiään ja työn kautta esille tulleita epäkohtia tai kokemuksia ei ollut otettu riittävästi huomioon. Hoitajien mukaan järjestetyissä yhteistyöpalaverissa ei ollut riittävästi osallisina sairaalan johtoa, joissa käsiteltiin muun muassa turvallisuuden liittyviä asioita. Osa hoitajista myös toi ilmi, että näitä palaveriteita ei järjestetty tarpeeksi usein, jolloin heidän äänensä tulisi kuulluksi.

Lähes kaikki hoitajat toivat haastatteluissa esille riittämättömät hoitajaresurssit osastoilla. Liian vähäinen hoitajamitoitus kuormitti henkilöstöä huomattavasti sekä aiheutti joissakin potilaissa levottomuutta. Tämä johti pahimmillaan konflikteihin potilaiden välillä, jolloin jouduttiin ajoittain turvautumaan potilaan tahdonvastaisiin toimenpiteisiin. Hoitajien mukaan esimerkiksi äkillisissä poissaoloissa akuuttia sijaistarvetta paikattiin keikkatyöntekijöillä, jotka eivät välttämättä aikaisemmin olleet toimineet psykiatrian osastoilla. Usein lyhytaikaiset sijaisuudet lisäsivät muiden työntekijöiden työtaakkaa sekä työn kuormittavuutta. Usein myös perehdytys jäi kiireisissä tilanteissa vajaavaiseksi, jolloin esimerkiksi potilaan

hoitolinjauksista ei kyetty pitämään kiinni, näissä tilanteissa muun muassa turvallisuusriskit kasvoivat. Soisalon (2011) mukaan potilaan aggressiivista käyttäytymistä mahdollisesti lisäksi muun muassa: niukka hoitajamitoitus, tuntematon potilas (hoitajien vaihtuvuus), liian vähäinen koulutus, kiire, epäselvyyksiä potilaan aggressiivisesta taustasta.

9.2 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden kannalta on olennaista, että tutkimuksen tulokset vastaavat tutkimuskysymyksiin. Luotettavuutta lisää myös ymmärrettävä ja johdonmukainen kuvaus tutkimuksen prosessista ja tuloksista. (Hirsjärvi ym. 2003.)

Jotta hoitaja pystyy työssään käyttämään omaa minäänsä tietoisesti ja tarkoituksenmukaisella tavalla on hänen tunnistettava, milloin kanssakäyminen tapahtuu asianmukaisesti ja milloin hän soveltaa vuorovaikutustaitojaan kontrolloidakseen tai manipuloidakseen toisia. Ammatillisen minän sekä työskentelyn perustana on itsensä arvostaminen. Hoitajan työn kannalta keskeistä on, että hän pitää itsestään huolta. Se on hoitajan eettinen vastuu. (Kiviniemi ym. 2014, 33.)

Eettisestä näkökulmasta tarkasteltuna, laadullisessa tutkimuksessa täytyy ottaa huomioon haastateltavien vapaaehtoisuus, heidän anonymiteettinsä, arvostus ja luottamuksellisuus (Eskola & Suoranta 1998, 53-57). Halusimme tuoda heti tutkimuslupaa hakiessamme esille, että teemme haastattelut hoitajia kunnioittaen ja heidän henkilöllisyyttä suojellen. Tutkimusluvan haimme ylihoitajalta kirjallisena (LIITE 2). Tätä ennen opinnäytetyömme ohjaava opettaja oli hyväksynyt tutkimussuunnitelman. Saatuaamme tutkimusluvan ylihoitajalta, olimme sähköpostitse yhteydessä aikuispsykitrian osastojen osastonhoitajien kanssa. Tuolloin sovimme haastattelujen ajankohdat. Osastonhoitajat olivat kysyneet hoitajien halukkuutta osallistua tutkimukseemme.

Osastoilla ennen nauhoituksen aloitusta kerroimme hoitajille tarkemmin opinnäytetyömme aiheesta ja siitä mihin he ovat vapaaehtoisesti osallistumassa. Meillä oli haastattelua varten etukäteen suunniteltu haastattelurunko sekä kysymykset, jotka näytimme hoitajille ennen nauhoituksen aloittamista. Painotimme tässäkin vaiheessa vielä sitä, että tutkimukseen osallistuminen tapahtuu anonymisti. Tämä lisäsi hoitajien luottamusta tutkimusta kohtaan ja antoi mahdollisesti laajempia ja syvällisempiä vastauksia kysymyksiimme.

Nauhoitimme haastattelut kahteen eri puhelimeen, jonka jälkeen siirsimme ne aluksi yhden opinnäytetyömme jäsenen tietokoneelle ja sieltä edelleen salasanalla varustetulle muistitikulle. Tämän jälkeen poistimme nauhoitetut haastattelut puhelimesta ja tietokoneelta. Muistitikun salasanan tiesivät vain opinnäytetyömme jäsenet. Kun olimme litteroineet haastattelut, poistimme muistitikulta myös nauhoitukset. Litteroituihin saneluihin emme tehneet mitään merkintää henkilöiden tai edes osastojen tunnistamiseksi. Tällä tavoin pystyimme varmistamaan sen, ettei kukaan ulkopuolinen pääsyt käsiksi tutkimuksemme ja hoitajilta saamamme luottamuksellisuuden kannalta olennaisiin nauhoituksiin.

9.3 Jatkotutkimusaiheet ja hyödynnettävyys

Tutkimustamme voidaan hyödyntää henkilöstön osaamisen sekä tietoisuuden lisäämisessä, esimerkiksi Avekki-koulutuksen ja perehdytyksen sisällön kautta. Avekki-koulutuksessa voitaisiin ottaa huomioon autenttiset tilat, joissa harjoitellaan aggressiivisen potilaan kohtaamista. Koulutuksissa ja perehdytyksissä olisi hyvä keskustella, esimerkiksi ahdistusta lievitävistä keinoista sekä välineistä ja myös yhtenäisten toimintatapojen harjoittelusta. Tutkimuksessa tuli esille myös koulutuksen tarve alati muuttuvien ja kehittyvien potilaan itsensä ja toisten vahingoittamiseen soveltuvien välineiden, esineiden ja aineiden tietoisuuden lisäämiseksi, esimerkiksi yhteistyössä Poliisin kanssa.

Tutkimuksessa esille tulleita hoitajien näkemyksiä sekä kokemuksia aggressiivisen potilaan havainnoinnista ja ennakoinnista aina kohtaamiseen saakka voidaan ottaa huomioon myös pakkokeinojen vähentämisen näkökulmasta. Tutkimuksen antamaa tietoa voidaan myös käyttää eri ammattikuntien yhteistyöpalavereiden sisällön suunnittelussa, jolloin hoitajien tekemät kriittiset huomiot potilaiden voinnista sekä potilas- ja työturvallisuudesta otetaan huomioon. Tutkimus tulosta voidaan myös hyödyntää työnvaativuuden arvioinnissa ja mietittäessä osastojen henkilöresursseja.

Jatkotutkimusaiheina voisi olla seurantatutkimus hoitajien keinojen lisääntymisestä aggressiivisen ja väkivaltaisen potilaan kohtaamisessa. Mielestämme olisi hyvä myös selvittää Julkulan sairaalan potilaiden oma kokemus aggressiivisuudestaan ja siitä kuinka aggressiivisuutta ja pakkokeinoja voitaisiin välttää, kuten Pia Leiski (2008) tutki etelä suomalaisessa sairaalassa.

9.4 Ammatillinen kasvu ja kehitys

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata hoitajien kokemuksia potilaan aggressiivisuuden havainnoinnista, ennakoinnista ja keinoista kohdata väkivaltaista käytöstä Julkulan sairaalan aikuispsykiatrian osastoilla. Tutkimuksella pyrittiin saamaan selville hoitajien näkemys potilaan aggressiivisuuden takana ja sen, kuinka potilas- ja työturvallisuutta voidaan parantaa. Uskomme, että haastattelemamme kolmen osaston hoitajien lisäksi tämä työmme hyödyttää myös muita psykiatrian yksiköissä toimivia hoitajia sekä henkilökuntaa.

Opinnäytetyömme on ollut osana ammatti-identiteettimme kasvua. Elinikäinen oppiminen on ammatillisen kasvun ja kehityksen edellytys. Opinnäytetyömme on ollut osana tätä prosessia. Tutkimusta tehdessämme olemme vahvasti peilanneet aikaisempaa kokemustamme psykiatrisesta työstä haastattelemiemme hoitajien kokemuksiin sekä tutkittuun näyttöön perustuvaan tietoon. Opinnäytetyötä tehdessä olemme kyenneet yhdistämään psykiatrisessa työssä tarvittavan teoreettisen tiedon käytännön työhön.

Prosessina opinnäytetyö oli haasteellinen toteuttaa johtuen tekijöiden yhteisistä aikatauluista. Yhteistä aikaa rajoitti kolmivuorotyö, muut opiskeluun liittyvät tehtävät ja perhe-elämä ja pienet lapset. Vaikeuksista huolimatta saimme kuitenkin organisoitua tehtäviä sekä aikatauluja. Suurena apuna työtä tehdessä oli mielenkiinto psykiatriasta työtä kohtaan sekä motivoituminen ja hyvä ryhmähenki.

Osittain työntekoamme hankaloitti ohjaavan opettajan vaihtuminen kesken opinnäytetyöprosessin. Saimme kuitenkin molemmilta opettajilta tarpeen vaatiessa hyvin ohjausta ja tukea. Työmme alkuvaiheessa myös Kuopion yliopistollisen sairaalan, Julkulan sairaalan pakkokeinojen vähentämisen työryhmän yhdyshenkilömme vaihtui. Tämä ei kuitenkaan millään tavalla hankaloittanut tutkimuksen tekemistä. Yhteistyö yhdyshenkilöiden kanssa on toiminut moitteettomasti.

LÄHTEET

ALASUUTARI, P. 2011. Laadullinen tutkimus 2.0. Tampere: Osuuskunta Vastapaino, 50- 51.

AVIKAINEN, M. & LEHTONEN, S. 2012. Hoitajien kokemuksia uhkaavan potilaan kohtaamisesta vuodeosastolla. Tampereen AMK, hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö. [Viitattu 2015-10-26.] Saatavissa:

https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/50714/Avikainen_Marika_Lehtonen_Sari.pdf?sequence=1

CITROME, L., L. 2015. Aggression. Medscape. [Viitattu 2017-01-12.] Saatavissa:

<http://emedicine.medscape.com/article/288689-overview#a4>

DODDS, M-E., 2011. Nurse practitioner clinical protocol management of aggression and agitation for mental health consultation Liaison Services. Sir Charles Gairdner Hospital North Metropolitan Health Service. [Viitattu: 2017-01-12.] Saatavissa:

http://www.nursing.health.wa.gov.au/docs/career/np/NMAHS/SCGH_Aggression.pdf

ENNAKOI VÄKIVALTA TYÖSSÄ. 2016. Savonia AMK. [Viitattu 2016-02-02] Saatavissa:

<http://ennakoivakivaltaa.savonia.fi/index.html>

ESKOLA, J. & SUORANTA, J. 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Vastapaino.

EUROOPAN IHMISOIKEUSSOPIMUS. 63/1999, 5. Artikla. Finlex. [viitattu 2016-12-15]. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/sopimukset/sopsteksti/1999/19990063>

FULDE, G. & PREISZ, P. 2011. Managing aggressive and violent patients, Australian Prescriber. [Viitattu 2016-02-03] Saatavissa: <http://dx.doi.org/10.18773/austprescr.2011.061>

HAATAINEN, K., HOFFREN, H., PIETARINEN-LYYTINEN, R. & PITKÄNEN, M. 2009. Fyysisen väkivallan ja epäasiallisen kohtelun esiintyminen Kuopion yliopistollisessa sairaalassa vuosina 2003 ja 2008. Kuopio: Kuopion yliopistollisen sairaalan monistamo.

HALLIKAINEN, T. & REPO-TIIHONEN, E. 2015. Psykoottisen potilaan aggressio – ehkäisy ja hoito. [Viitattu 2015-12-15]. Saatavissa:

<http://www.terveysportti.fi.ezproxy.savonia.fi/xmedia/duo/duo12375.pdf>

HIRSJÄRVI, S., REMES, P. & SAJAVAARA, P. 2003. Tutki ja kirjoita. 6.-9. painos. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Helsinki.

KIVINIEMI, L., LÄKSY, M-L., MATINLAURI, T., NEVALAINEN, K., RUOTSALAINEN, K., SEPÄNEN, U-M. & VUOKILA- OIKKONEN, P. 2007. Minä mielenterveystyön tekijänä. Helsinki: Edita.

KIVINIEMI, L., LÄKSY, M-L., MATINLAURI, T., NEVALAINEN, K., RUOTSALAINEN, K., SEPÄNEN, U-M. & VUOKILA- OIKKONEN, P. 2014. Minä mielenterveystyön tekijänä. 2., uudistettu painos. Helsinki: Edita.

KORHONEN, J., MAKKONEN, P., PUTKONEN, A. 2015. Pakon käytön vähentäminen ja turvallisuuden lisääntyminen hoidossa. THL. Työkirja. [Viitattu 2015-11-12.] Saatavissa: [https://www.thl.fi/documents/974282/1449788/Pakon+k%C3%A4yt%C3%B6n+v%C3%A4hent%C3%A4minen+psykiatrisessa+hoidossa+LUONNOS+290515+\(3\).pdf/51f86a15-837f-4db6-bdb2-70a38dc4d880](https://www.thl.fi/documents/974282/1449788/Pakon+k%C3%A4yt%C3%B6n+v%C3%A4hent%C3%A4minen+psykiatrisessa+hoidossa+LUONNOS+290515+(3).pdf/51f86a15-837f-4db6-bdb2-70a38dc4d880)

KUHANEN, C., OITTINEN, P., KANERVA, A., SEURI, T. & SCHUBERT, C. 2013. Mielenterveyshoitotyö. 3. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

KÄRKKÄINEN, A. Sähköposti keskustelu T. Revon kanssa 10.01.2017. [Viitattu 2017-01-12]

LAKI MIELENTERVEYSLAIN MUUTTAMISESTA. 1423/2001, Luku 4a, 22a§, 22b§. Finlex. [Viitattu 2016-12-13] Saatavilla <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2001/20011423>

LAKI POTILAAN ASEMASTA JA OIKEUKSISTA. 17.8.1992/785, Luku 2, 6§, Luku 3. Finlex [Viitattu: 2016-12-14] Saatavilla: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

LEHESTÖ, M., KOIVUNEN, O. & JAAKKOLA, H. 2004. Hoitajan turva. Helsinki: Edita Prima Oy.

LEISKI, P. 2008. Potilaan kokemus omasta aggressiivisuudestaan psykiatrisessa osastohoidossa. Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos. Pro gradu –tutkielma. [Viitattu 2017-01-12.] Saatavissa:

<https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/78967/gradu02518.pdf?sequence=1>

LOUHELA, S. & SAARINEN, S. 2006. Väkipalta terveydenhuollon eri toimialoilla. Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma. [Viitattu 2015-10-26.] Saatavissa:

<https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/93623/gradu01194.pdf?sequence=1>

METSÄMUURONEN, J. 2000. Laadullisen tutkimuksen perusteet. Helsinki. Methelp.

MIELENTERVEYSLAKI. 14.12.1990/1116. Finlex. [Viitattu 2016-01-02] Saatavissa:

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>

PERUSTUSLAKI. 11.6.1999/731, Luku 7. Finlex. [Viitattu 2016-12-13] Saatavilla

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731>

PITKÄNEN, A. 2003. Potilaiden hoitajiin kohdistama väkipalta psykiatrisessa hoitotyössä. Pro gradu -tutkielma. Hoitotieteen laitos. Tampereen yliopisto. [Viitattu: 2015-12-15] Saatavilla: <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/90604/gradu00243.pdf?sequence=1>

PUUMI, S. 2009. Väkipalta pois palvelutyöstä. Työturvallisuuskeskus TTK, kuntaryhmä ja palveluryhmä. 2. painos. Painojussit Oy.

PUUSTINEN, U. 2015: Työpaikkaväkipallan rujot kasvot. Lehtiartikkeli. Motiivi 7-8/2015. JHL-Julkisten ja hyvinvointialojen liitto ry.

PSSH. 2007. Kuopion yliopistollisen sairaalan nollatoleranssi. [Viitattu 2016-02-02] Saatavissa:

https://www.pssh.fi/documents/11427/17792/Nollatoleranssi_liitepotilasturvallisuus.pdf/7baa3559-509a-403b-92df-7ea07018d109

PSSH. 2015. Väkipallan ennaltaehkäisy, toiminta väkipallatilanteessa ja sen jälkeen Julkulan sairaalassa. Työohje. [Viitattu 2016-01-16.]

PSSH, KYS, JULKULAN SAIRAALA, Pakkokeinojen vähentämisen työryhmän kokous 12.11.2015. [Viitattu 2015-11-13.]

SAFEWARDS. 2015. [Viitattu 2015-11-13.] Saatavissa: <http://www.safewards.net/fi/>

SCHULMAN, G. 2004. Väkipalta ja sietämättömien tunteiden kierrätys. Suomen lääkärilehti.

SOISALO, R. 2011. Väkivallan preventio sosiaali- ja terveysalalla. Suomen Psykologinen Instituuttijhdistys ry.

SUNDELL, L. 2014. Työkaverina pelko- väkivaltariskien ennakointi ja hallinta. Juva: Bookwell Oy.

TUOMI, J. & SARAJÄRVI, A. 2003. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

TYÖTURVALLISUUSKESKUS TTK, KUNTARYHMÄ JA PALVELURYHMÄ. 2008. Väkivalta pois palvelutyöstä.

TYÖTURVALLISUUSLAKI. 23.8.2002/738, Luku 5. 27§. Finlex. [Viitattu 2016-06-20.] Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2002/20020738#L5P27>

VAHTERA, S. 2011: Väkivalta- ja uhkatilanteet hoitotyössä. Hämeen AMK, hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö. [Viitattu 2015-10-26.] Saatavissa: <https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/26255/VahteraSatu.pdf?sequence=2>

WEIZMAN-HENELIUS, G. 1997. Väkivaltaisen ihmisen kohtaaminen. Tampere: Tammer-Paino Oy.

VIEMERÖ, V. 2006. Aggressio ja aggressiivisuus. Helsinki: Tieteellisten seurojen valtuuskunta. Tieteessä tapahtuu 3/2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. 2015. Violence. [Viitattu 2015-12-15.] Saatavissa: <http://www.who.int/topics/violence/en/>

LIITE 1 HAASTATTELURUNKO

1. Minkälaista aggressiivisuutta hoitaja kohtaa psykiatrisella osastolla?
 - a. Millaista potilaan aggressiivinen käytös voi olla?
 - b. Millaiset ympäristötekijät voivat aiheuttaa osastolla aggressiivisuutta?
 - c. Millaiset muut tekijät voivat aiheuttaa aggressiivisuutta osastolla?

2. Millaisista tekijoistä/ merkeistä potilaan aggressiivisuutta voidaan osastolla ennakoida ja havainnoida?
 - a. Minkälaisia havaintoja on tehty ja onko aggressiivisuutta kyetty ennakoimaan?
 - b. Kuinka olet havainnoinut aggressiivista potilasta tai potilaita, joilla on riski olla aggressiivinen tai väkivaltainen?

3. Kuinka aggressiivisuutta on ennakoitu?
 - a. Minkälaisia keinoja ennakointiin on käytetty potilaiden kohdalla?
 - b. Minkälaisia keinoja ennakointiin on käytetty ympäristön kohdalla?
 - c. Minkälaisia muita keinoja ennakointiin on käytetty?

4. Onko teillä ehdotuksia aggressiivisuuden vähentämiseksi?

5. Onko teillä ehdotuksia havainnointi keinojen parantamiseksi?

6. Onko teillä ajatuksia kysymysten pohjalta aiheeseen liittyen? Millaisia ajatuksia?

LIITE 2 TUTKIMUSLUPA

3 (3)

PÄÄTÖS	
<input checked="" type="checkbox"/> Myönnän tutkimusluvan	
<input type="checkbox"/> Palveluyksikön / -alueen ylihoitajan päätös nro	3/2016
28.6.2016	Allekirjoitus A. Luostarinen, vs. yh
	Nimen selvitys A. Luostarinen
YHTEYSHENKILÖ KYSISSÄ (Palveluyksikön /-alueen ylihoitaja)	
Anna Kärkkäinen	os. 2716
Nimi	Työyksikkö
anne.karbkainen@kuh.fi	044 777 8246
S-posti	Puhelin

LIITTEET

Opinnäytetyön suunnitelma - 14 sivua

Rahoitussuunnitelma _____ sivua

Muita liitteitä _____ sivua

Opinnäytetyön ohjaussopimus 3 kpl

Tutkimuseettisen toimikunnan lausunto	
<input type="checkbox"/> annettu	<input type="checkbox"/> käsittelyssä <input checked="" type="checkbox"/> ei ole haettu
Toimikunta _____	Lausunto nro _____ pvm _____
Johtajaylilääkärin lupa rekisteritutkimuksia varten	
<input type="checkbox"/> annettu	<input type="checkbox"/> käsittelyssä <input checked="" type="checkbox"/> ei ole haettu
	pvm _____
Henkilöstöjohtajan puolto henkilökuntaa koskevia opinnäytetöitä varten	
<input type="checkbox"/> annettu	<input type="checkbox"/> käsittelyssä <input checked="" type="checkbox"/> ei ole haettu
	pvm _____
Opinnäytetyön tuotoksen käyttöoikeus luovutetaan KYSille	
<input checked="" type="checkbox"/> kyllä	<input type="checkbox"/> ei
ALLEKIRJOITUS JA SITOUMUS	
Allekirjoittaneet opinnäytetyöntekijät sitoutuvat noudattamaan palveluyksikön esimiesten antamia ohjeita, sairaalan yleisiä sääntöjä sekä salassapito- ja vaitiolovelvollisuutta ja lähettämään valmiin opinnäytetyön yksikköön, jossa tutkimus on tehty, sekä luvan myöntäjälle.	
__1__ 20__	
	
Opinnäytetyöntekijän allekirjoitus	Opinnäytetyöntekijän allekirjoitus
Marko Heino	VALTERI KALINEN
Nimen selvennys	Nimen selvennys
	
Opinnäytetyöntekijän allekirjoitus	Opinnäytetyöntekijän allekirjoitus
TONI REPO	
Nimen selvennys	Nimen selvennys
OPINNÄYTETYÖN OHJAAJAT	
	
Ohjaajan allekirjoitus	Ohjaajan allekirjoitus
ANNE YRJOELAINEN	
Nimen selvennys	Nimen selvennys
Osoite, puhelin, s-posti	Osoite, puhelin, s-posti
044 7178246	
anne.yrjoelainen@xub.fi	