

Tampereen seudun ammattiopisto Tredun sosiaali- ja terveysalan opiskelijoiden valmiudet aggressiivisen käytöksen kohtaamiseen

Lassi Koljonen ja Risto Kukkola

1/2017

ESIPUHE

Lähes tarkalleen vuosi sitten, joulukuussa 2015, alkoi kypsyä ajatus opinnäytetyöstä sosiaali- ja terveystieteiden työturvallisuustutkimuksen parissa. Vuoden kestänyt matka on ollut vaiherikas ja opettanut paljon. Välillä suuren tietomäärän hallinta on askarruttanut ja toisinaan on etsitty tarkoituksenmukaisinta tutkimusmetodia kissojen ja koirien kanssa. Koko ajan pyrkimys on kuitenkin ollut sama, sosiaali- ja terveystieteiden työturvallisuustutkimuksen ja osaltaan sen kehittäminen.

Lopputulokseen olemme varsin tyytyväisiä. Olemme onnistuneet osaltamme muodostamaan uutta, joskin paikallista, tutkimustietoa sosiaali- ja terveystieteiden työturvallisuustutkimuksesta. Vaikka paras tutkimusmetodi ja työskentelytavat ovat välillä olleet vaikeita hahmotettavia, pääsimme lopulta tavoiteltuun lopputulokseen.

Työmme eri vaiheissa suurena apuna ovat olleet opinnäyteohjaajamme Timo Korander ja Juha-Matti Huhta, Tampereen seudun ammattikoulun opinto-ohjaaja Virpi Salminen sekä työturvallisuuskouluttajat Raimo Lappalainen (Avekki) ja Aulikki Yliniva (MAPA). Kiitokset kaikille mukana olleille!

Tiivistelmä

Tekijä Lassi Koljonen ja Risto Kukkola	Tutkinto/kurssi ja opinnäytetyö/nimike Poliisi (AMK) -tutkinto/AMK20141B	
Julkaisun nimi Tampereen seudun ammattiopisto Tredun sosiaali- ja terveysalan opiskelijoiden valmiudet aggressiivisen käytöksen kohtaamiseen	Julkisuusaste Julkinen opinnäytetyö	
Ohjaajat ja opintoaine/opetustiimi yliopettaja Korander, Timo ylikonstaapeli Huhta, Juha-Matti	Opinnäytetyön muoto Laadullinen tutkimus	
<p>Tiivistelmä</p> <p>Aggressiivisen käytöksen ja väkivallan aiheuttamat työturvallisuusriskit sosiaali- ja terveysalalla ovat yleisiä verrattaessa ammattien keskitasoon. Sosiaali- ja terveysalan perustutkintokoulutuksessa (lähihoitaja) työturvallisuusasioita koulutetaan vaihtelevasti ja opiskelijoiden osaaminen vaihtelee alueittain.</p> <p>Kartoitamme laadullisen tutkimuksen keinoin kohderyhmäksi valikoituneen Tampereen seudun ammattiopisto Tredun sosiaali- ja terveysalan opiskelijoiden valmiuksia kohdata aggressiivista tai väkivaltaista käytöstä tulevaisuuden työelämässä. Tutkimusmenetelmänä käytämme puolistrukturoitua kyselylomaketta.</p> <p>Tutkimustuloksina esiin nousee opiskelijoiden kiinnostus työturvallisuusasioita kohtaan sekä halu etenkin käytännön koulutuksen lisäämiselle. Suurella osalla opiskelijoista on tietotaitoa siitä, miten toimia kun vastassa on aggressiivisesti käyttäytyvä asiakas tai potilas. Osaamisen tasossa on kuitenkin havaittavissa selviä eroja ja osaaminen vaihtelee yksittäisen oppilaitoksenkin sisällä.</p> <p>Samanlainen tutkimus olisi järkevää toteuttaa myös muissa oppilaitoksissa, jotta hoitoalan opiskelijoiden valtakunnallista tietotaitoa aggressiivisen henkilön kohtaamisesta kyettäisiin luotettavasti kartoittamaan. Tutkittavaa on myös siinä, miten yhtenäinen osaamistaso opiskelijoilla on sen jälkeen, kun kaikki ovat suorittaneet samanlaisen aiheeseen liittyvän työturvallisuuskoulutuksen.</p>		
Sivumäärä 52 + 4	Tarkastuskuukausi ja vuosi	Opinnäytetyökoodi (OPS)
Avainsanat sosiaali- ja terveysala, lähihoitaja, työturvallisuus, aggressio, aggressiivisuus, väkivalta, kvalitatiivinen tutkimus		

SISÄLLYS

1 JOHDANTO.....	3
1.1 Aiheen esittely ja työn tavoite	3
1.2 Teoriaosuus.....	4
1.3 Opinnäytetyön toteutus	4
2 TYÖHYPOTEESI.....	5
3 KÄSITTEIDEN MÄÄRITTELY	7
3.1 Sosiaali- ja terveysalan (lähihoitaja) perustutkintokoulutus ja työelämä.....	7
3.2 Työturvallisuus ja työsuojelu.....	7
3.3 Aggressiivisuus ja aggressio	8
3.4 Työpaikkaväkivalta	9
2.5 Tampereen seudun ammattiopisto Tredu	10
4 TYÖVÄKIVALTA SOSIAALI- JA TERVEYSALALLA	11
4.1 Työväkivallan määrä sosiaali- ja terveysalalla ammattiryhmittäin	11
4.2 Työväkivallan ominaispiirteet sosiaali- ja terveysalalla	13
4.3 Työväkivallan sukupuoli- ja ikäjakauma.....	15
5 TOIMINTA VÄKIVALTATILANTEESSA	16
5.1 Ennakoinnin merkitys väkivallan ehkäisyssä.....	16
5.2 Vuorovaikutustaidot asiakaskontaktissa	17
5.3 Hyökkäyksen aikana	18
5.4 Väkivaltatilanteen jälkeen.....	18
6 KOULUTUKSEN MERKITYS	21
7 KARTOITUS SOSIAALI- JA TERVEYSALAN OSAAMISESTA.....	23
8 MAPA JA AVEKKI	24
8.1 Mapa-koulutus	24
8.1.1 Mapan ominaisuuksia	24
8.1.2 Mapa Suomessa.....	25
8.2 Avekki-koulutus.....	25
8.2.1 Avekin ominaisuuksia.....	25
9 ASIANTUNTIJALAUSUNNOT	27
9.1 Mapa-asiantuntijan lausunto	27
9.2 Avekki-asiantuntijan lausunto.....	28
10 TUTKIMUS TAMPEREEN SEUDUN AMMATTIOPISTO TREDUSSA	31
10.1 Kyselyn toteuttaminen	31
10.2 Kyselyn sisältö	32

10.3 Aineiston analysointimenetelmän kuvaus.....	35
11 TUTKIMUKSEN TULOKSET.....	36
11.1 Aineistoon tutustuminen.....	36
11.2 Koljosen aineisto.....	36
11.3 Kukkolan aineisto.....	39
11.4 Tulosten yhdistäminen.....	40
12 JOHTOPÄÄTÖKSET.....	42
13 TUTKIMUKSEN ARVIOINTI.....	44
13.1 Aineistonkeruumenetelmän luotettavuus.....	44
13.1.1 Yleisesti.....	44
13.1.2 Kyselyn muoto.....	44
13.1.3 Kysymysten laatu.....	46
13.2 Analyysimenetelmän/Menetelmien luotettavuus.....	46
13.3 Jatkotutkimusmahdollisuudet.....	47
14 LÄHTEET.....	49
15 LIITTEET.....	53

1 JOHDANTO

1.1 Aiheen esittely ja työn tavoite

Suomessa työskentelee kymmeniä tuhansia hoitajia olosuhteissa, joissa potilaan taholta esiintyvä aggressiivinen käytös on ajoittain läsnä osana työelämää. Sosiaali- ja terveysalan perustutkintokoulutuksen (lähihoitaja) suorittaneita ihmisiä on Suomessa yli sata tuhatta (Suomen lähi- ja perushoitajaliitto SUPER).

Sosiaali- ja terveysalan perusopinnoissa aggressiivisen potilaan kohtaamiseen valmistavia opintoja järjestetään vähän ja lähinnä vain valinnaisina opintoina (Tampereen seudun ammattiopisto 2016) (Koulutuskeskus Salpaus 2015). Työpaikkakoulutuksessa työturvallisuusasioita huomioidaan enemmän. Hyväkään työpaikkakoulutus ei kuitenkaan pysty paikkaamaan aukkoja, jotka ovat syntyneet peruskoulutuksen puutteista. Lisäksi karu tosiasia on se, etteivät jotkut hoitoalan työntekijät suorita kymmenienkään työvuosiensa aikana yhtään työturvallisuuskoulutusta (ks. pohjakartoitus luku 7).

Poliisi on valtakunnallinen turvallisuusviranomaisen. Poliisilain 1 luvun 1 §:n (872/2011) mukaan poliisin tehtäväkenttään kuuluu mm. oikeus- ja yhteiskuntajärjestyksen turvaaminen sekä yleisen järjestyksen ja turvallisuuden ylläpitäminen. Poliisi toimii turvallisuuden ylläpitämiseksi yhteistyössä muiden viranomaisten sekä alueella olevien yhteisöjen ja alueen asukkaiden kanssa. (Poliisilaki 1:1§).

Nykypäivänä kansallisen turvallisuuden ylläpitäminen vaatii myös poliisilta yhä enemmän erilaista sidosryhmäyhteistyötä. Poliisin vuosille 2014-2018 laaditun ennalta estävän toiminnan strategian visio on vähemmän rikollisuutta, enemmän turvallisuutta – yhdessä ennakoivasti toimien (Sisäministeriö 2014, 4.). Poliisin rooli oman osaamisalueensa asiantuntijana korostuu sidosryhmäyhteistyössä ja eri sektoreiden saumaton vuorovaikutus on ratkaisu, kun luodaan turvallisempaa tulevaisuutta.

Viime aikoina eri sidosryhmissä on herännyt huoli poliisin resurssien riittämisestä. Tästä esimerkkinä on kahden sosiaali- ja terveysalalla työskentelevän ammattilaisen alulle panema lakialoite poliisin resurssien turvaamisesta lailla. Aloitteen tavoitteena on saada aikaan lakimuutos, jolla poliisien vähimmäismäärä säädetään sille tasolle, että se takaa sisäisen turvallisuuden, tehokkaan rikostutinnan sekä kansalaisten tasavertaisen kohtelun (kansalaisaloite.fi). Sosiaali- ja terveysalalla heränneen huolen pohjalta voidaan nähdä tarvetta paitsi poliisin ja hoitoalan yhteistyön lisäämiselle, myös hoitoalan ammattilaisten työturvallisuusosaamisen parantamiselle.

Opinnäytetyön tavoitteena oli kerätä tietoa sosiaali- ja terveysalan peruskoulutuksen opiskelijoiden työturvallisuusosaamisen tasosta kohdattaessa aggressiivisia asiakkaita ja potilaita, sekä luoda selkeämpi kuva perusopinnoissa järjestetyistä työturvallisuuskoulutuksista.

1.2 Teoriaosuus

Työn tietolähteinä käytettiin tutkimuksen tekoa ohjeistavan kirjallisuuden lisäksi aggressiivista käytöstä sekä hoitoalan työturvallisuusasioita kuvaavaa tietokirjallisuutta. Työssä koottiin yhteen aiheesta aiemmin laadittu tutkimustieto ja sitä käytettiin hyödyksi koko tutkimusprosessin ajan. Kirjallisten lähteiden lisäksi tietoa hankittiin sosiaali- ja terveysalalle suunnattujen työturvallisuuskoulutusten suunnittelijoilta haastattelujen avulla.

1.3 Opinnäytetyön toteutus

Opinnäytetyö toteutettiin laadullisena kyselytutkimuksena Tampereen seudun ammattiopisto Tredun sosiaali- ja terveysalan kolmannen vuoden opiskelijoille. Tutkimuksen aikana tutkijoille selvisi, että kaikki kohderyhmän opiskelijat käyvät jossain vaiheessa koulutustaan Avekki-työturvallisuuskoulutuksen ja osa vastaajista oli sen jo käynyt. Puolistrukturoidun kyselylomakkeen vastauksilla muodostettiin kuva opiskelijoiden valmiuksista kohdata aggressiivista käytöstä tulevaisuuden työelämässä. Tutkimuksella saatujen tulosten voidaan nähdä kertovan jotain myös valtakunnallisesta osaamistasosta, vaikka esiin on noussut myös suuria oppilaitoskohtaisia eroja työturvallisuusasioiden kouluttamisessa osana sosiaali- ja terveysalan perusopintoja.

2 TYÖHYPOTEESI

Lähdemme työstämään tätä opinnäytetyötä erityisesti siitä syystä, että meille monet läheiset ihmiset ovat työskennelleet tai työskentelevät sosiaali- ja terveysalalla. Tästä syystä meille on muodostunut käsitys lähihoitajan työnkuvan ulottuvuuksista sekä myös koulutus pohjasta. Koulutus on yleisesti ottaen mielestämme hyvällä pohjalla, ja sillä kykenee suoriutumaan pääsääntöisesti hyvin lähihoitajan päivittäisestä työstä. Lähihoitajien opintosuunnitelma on muokkautunut pitkän ajan kuluessa opetusalan ammattilaisten ja muiden asiantuntijoiden suunnittelemana.

Koulutuksen hyvästä tasosta huolimatta keskusteluissa lähihoitajien kanssa melko usein esille nousevat työturvallisuuteen liittyvät asiat. Moni meille tuttu henkilö on joutunut tilanteisiin, jossa hoidettavana ollut asiakas tai potilas on alkanut käyttäytymään aggressiivisesti. Hoitoalan työntekijät ovat nähneet tällaiset tilanteet haasteellisina ja jopa vaarallisina.

Lähihoitajien kertoman perusteella teimme päätelmiä, että aggressiivisen henkilön kohtaamiseen tarvittavia valmiuksia tulisi tarkastella ja ottaa huomioon koulutuksessa niin oppilaitoksissa, kuin työpaikoillakin. Saadun tiedon pohjalta epäilemme, että sosiaali- ja terveysalan tarjoama työturvallisuuskoulutus on aiheutta koskien melko heikolla pohjalla. Tämä on tutkimuksemme ennakoiva työhypoteesi.

Keskitymme työssämme vain aggressiivisten asiakkaiden tai potilaiden tuomiin haasteisiin ja tilanteisiin sekä tällaisissa tilanteissa toimimisen kouluttamiseen. Oppilaitosten tarjoaman koulutuksen aikana oli ollut joitain oppitunteja koskien sitä, kuinka kiihtynyttä henkilöä puhutetaan ja rauhoitellaan, mutta sen suurempaa käytännön koulutusta ei kuitenkaan ollut ollut. Tämä on tärkeä huomioon otettava seikka, sillä vastaan voi tulla tilanteita, joissa pelkkä rauhoittelu ei riitä aggressiivisen henkilön ollessa esimerkiksi vaaraksi itselleen tai jollekin muulle henkilölle. Näissä haastavissa tilanteissa olisi hyvä olla selkeitä toimintamalleja tarjoava koulutus ohjaamassa toimintaa. (mm. Lappalainen). Ymmärrettävästi opintosuunnitelmat voivat olla melko täyteen ahdattuja ja käytännön koulutusta on kenties vaikea saada järjestettyä.

Vaikka oppilaitoksissa koulutus aggressiivisen henkilön kohtaamiseen on käsityksemme mukaan melko alhaisella tasolla, työpaikkakoulutuksessa asia huomioidaan yleensä paremmin. Nämä koulutukset ovat usein kuitenkin työpaikkakohtaisia, eikä niistä ole olemassa yhtenäisiä linjauksia, joita kaikki työpaikat noudattaisivat. Tästäkin syystä olisi

tärkeää, että sosiaali- ja terveysalan perustutkinnon aikana opiskelijat saisivat eväät työturvalliseen työskentelyyn aggressiivisten asiakkaiden kanssa, sekä työturvallisen ajattelemisen pohjan, jota he voisivat myös itsenäisesti kehittää.

3 KÄSITTEIDEN MÄÄRITTELY

3.1 Sosiaali- ja terveystieteiden (lähihoitaja) perustutkintokoulutus ja työelämä

Lähihoitajakoulutus on toisen asteen oppilaitoksissa opetettava sosiaali- ja terveystieteiden ammattillinen perustutkinto. Suomessa tutkintoon johtavaa koulutusta antavat monet eri oppilaitokset ja koulutusohjelmat vaihtelevat osittain paikkakunnittain ja oppilaitoksittain. Suuntautumisvaihtoehtoja alalla on useita, esimerkiksi vanhustyö, vammaistyö, lasten ja nuorten hoito ja kasvatusta sekä kuntoutus. Opiskelija voi valita itselleen enintään kaksi suuntautumisvaihtoehtoa. (Opetushallituksen verkkosivut).

Työssään lähihoitaja hoitaa ja avustaa erilaisia asiakkaita ja potilaita mm. vanhainkodeissa, kotisairaanhoidossa, sairaaloissa ja terveystieteiden osastoilla, sekä muissa hoitolaitoksissa. Hoitotyö on käytännönläheistä ja siihen sisältyy usein mm. hoitotoimenpiteisiin osallistumista, potilaan tai asiakkaan auttamista ruokailussa sekä esimerkiksi avustamista peseytymisessä ja pukeutumisessa. Lähihoitajan työ on ihmisläheistä työtä osana moniammatillista työryhmää. Työskentely lähihoitajana edellyttää hyviä vuorovaikutus- ja ryhmätyötaitoja, joustavuutta sekä hyvää ongelmanratkaisukykyä. Erilaisten ihmistyyppien kanssa toimiminen muuttuvissa työolosuhteissa edellyttää hyvää tietämystä myös työturvallisuusasioista. (Työ- ja elinkeinotoimisto Mol:in internet sivut).

Lähihoitajan ammatti työllistää Suomessa useita kymmeniä tuhansia ihmisiä. Suomen lähi- ja perushoitajaliitto Superin tilastojen mukaan lähihoitajatutkinnon suorittaneita oli vuoden 2012 loppuun mennessä kaikkiaan 101 384 henkilöä, joista jäsenenä liitossa on lähes 90 000. (Suomen lähi- ja perushoitajaliitto SUPER).

3.2 Työturvallisuus ja työsuojelu

Työturvallisuudella tarkoitetaan käytännössä jokaisen työpaikan oma-aloitteista turvallisuuden hallintaa. Työsuojelun avulla toteutettavaa työturvallisuutta ohjaavat esimerkiksi työturvallisuuslaki (23.8.2002/738) sekä työterveyshuoltolaki (21.12.2001/1383). Työpaikoissa olevat työntekijät toteuttavat työsuojelua. Työsuojelulla taas tarkoitetaan erilaisia toimia, joilla pyritään poistamaan, ehkäisemään ja vähentämään työssä ja työoloista aiheutuvia vaaroja. Työsuojelun tarkoitus on edistää ihmisten ruumiillista ja henkistä terveyttä, sekä turvallisuutta. (Suomi.fi, julkisten palveluiden verkkosivu, Työturvallisuuskeskuksen verkkosivut).

Työturvallisuuslaki antaa työnantajalle tiettyjä velvoitteita ja määräyksiä työntekijän

turvallisuuden parantamiseksi, joita työnantajan tulisi noudattaa. Työturvallisuuslaissa sanotaan yleisesti, että työnantaja on velvollinen tarpeellisilla toimenpiteillä huolehtimaan työntekijöiden turvallisuudesta ja terveydestä työssä. Tässä tarkoituksessa työnantajan on otettava huomioon työhön, työolosuhteisiin ja muuhun työympäristöön samoin kuin työntekijän henkilökohtaisiin edellytyksiin liittyvät seikat. (Työturvallisuuslaki 2 luku 8 § 1 mom.)

Yksi tärkeimmistä seikoista yksittäistä työntekijää koskien on työnantajan velvollisuus antaa työntekijälle riittävä koulutus ja opastus työhönsä, sekä tarvittaessa täydentää työntekijän opetusta ja ohjausta. Työnantajan tulee siis pähkinänkuoressa antaa työntekijälle riittävät tiedot työpaikan haitta- ja vaaratekijöistä sekä huolehdittava siitä, että työntekijän ammatillinen osaaminen huomioon ottaen tämä perehdytetään riittävästi työhön, työpaikan olosuhteisiin, työpaikan erityispiirteisiin sekä annetaan jatkokoulutusta muuttuneisiin tai uudistuneisiin työtehtäviin. Työnantajan tulee myös antaa työntekijälle ohjeita ja neuvoja työn haittojen ja vaarojen ehkäisemiseksi ja välttämiseksi sekä häiriö- ja poikkeustilanteiden varalta. (Työturvallisuuslaki 2 luku 14 §).

Työturvallisuuslaki pitää sisällään myös paljon muuta tarkempaa erittelyä, joka työnantajan tulisi huomioida. Työturvallisuuslakia seuraamalla ja noudattamalla työnantaja edesauttaa parempaa ja turvallisempaa työympäristöä.

3.3 Aggressiivisuus ja aggressio

Aggressiivisuus on moniulotteinen käsite. Kun puhutaan aggressiivisuudesta ja aggressiosta, on hyvä tiedostaa, että ne eivät tarkoita samaa asiaa.

Suomen väestöliitto kuvaa verkkosivuillaan aggressiiviseen käytökseen sisältyvää aggressiota nimityksenä monille vaikeille ja haastaville tunteille, joita voivat olla esimerkiksi pettymys, pelko, kateus, kauna, vallanhalu, raivo, kostonhimo ja mustasukkaisuus. Myös suru, katumus ja syyllisyyden tunne kuuluvat haastaviin tunteisiin. Aggressio ei kuitenkaan välttämättä aina ole paha tai huono asia, vaikka sen vallassa saatetaankin tehdä ikäviä ja pahoja asioita. Aggressio voi jopa saada aikaan muutoksia ja se voi antaa voimaa tarttua asioihin. Yleisesti ottaen aggressioita jopa tarvitaan, mutta ongelmia tulee vastaan, kun haastavia tunteita kanavoidaan huonoilla keinoilla. Aggressio on kuitenkin vielä tunne, ei teko. Aggressiivinen käytös voidaan määritellä toisiin yksilöihin kohdistuvaksi fyysisesti tai henkisesti vahingoittavaksi tai häiritseväksi käyttäytymiseksi, joka ei kuitenkaan ole vahingossa tapahtuvaa toimintaa. Aggressiivinen käytös taas voi johtua useista eri syistä. Näitä syitä voivat esimerkiksi olla yksittäisen

henkilön fyysinen tai henkinen kunto, perhetaustat, menneet ihmissuhteet, ympäristötekijät ja esimerkiksi elämäkokemukset. (Suomen Väestöliiton verkkosivut).

Aggressiivisella toiminnalla voidaan esimerkiksi hakea tyydytyksen tunnetta. Väkivalta kohdistuu usein siihen, joka nähdään pettymyksen aiheuttajaksi tai tyydytyksen esteeksi. Väkivallan kohde voi olla haluttu kohde, kilpailija, moraalinen tai muu kieltäjä ja rajoittaja, tai kuka tahansa ulkopuolinenkin periaatteella ”jokainen joka ei ole minun puolellani, on minua vastaan”. (Lehestö, Koivunen, Jaakkola 2004, 87–89).

Aggressiotilalla on erilaisia vaikutuksia ihmiseen. Aggressiotila aiheuttaa ihmisessä psykologisia ja fysiologisia muutoksia. Fysiologisia muutoksia ovat esimerkiksi verenpaineen ja sykkeen nousu, hengitystiheyden lisääntyminen ja hiussuoniston sulkeutuminen. Aggressio voi siis olla reaktio esimerkiksi pettymyksiin ja pettymyksen uhkaan. (Lehestö, Koivunen, Jaakkola 2004, 87–89).

3.4 Työpaikkaväkivalta

Työpaikkaväkivalta voidaan määritellä usealla eri tavalla. Euroopan komission määritelmän mukaan: ”Työpaikkaväkivallalla tarkoitetaan tapahtumia, joissa henkilöitä loukataan sanallisesti, uhataan tai pahoinpidellään heidän työhönsä liittyvissä oloissa ja jotka suoraan tai epäsuorasti vaarantavat heidän turvallisuutensa, hyvinvointinsa tai terveytensä” (Wynne ym. 1997).

Työpaikkaväkivalta voi siis olla fyysistä väkivaltaa, joka siten loukkaa kohteen fyysistä koskemattomuutta. Se voi olla väkivallalla uhkailua sanoin ja/tai elein. Uhkauksia voidaan esittää paitsi kasvojen myös puhelimitse, kirjeitse tai sähköpostin välityksellä. Henkistä väkivaltaa on esimerkiksi sanallinen nöyryyttäminen, mitätöinti ja haukkuminen. Työväkivalta voidaan määritellä myös sen perusteella, kuka on väkivallan tai sen uhan aiheuttaja. Uhkaaja tai tekijä voi olla täysin ulkopuolinen, tai tekijä voi olla esimerkiksi palvelun saaja, esimerkiksi asiakas, potilas jne. Tekijä voi myös olla sisäinen henkilö, eli esimerkiksi työtoveri, esimies, omistaja tai luottamusmies. (Työväkivallan uhka, työväkivalta ja niiden hallinta sosiaalialalla, Työturvallisuusraportti 2007).

Rajanveto väkivallan lievempien muotojen välillä aiheuttaa ongelmia. Esimerkiksi väkivallalla uhkailua tai kiusaamista voi olla vaikea tunnistaa työpaikoilla tai uhkailu koetaan joissain työtehtävissä niin jokapäiväiseksi, että sen katsotaan kuuluvan työtehtäviin, eikä sitä raportoida erikseen työpaikalla. (Työväkivallan riskiammatit, Työturvallisuuskeskuksen riskiraporttisarja 1/2010).

2.5 Tampereen seudun ammattiopisto Tredu

Tredu on Tampereen seudulla toimiva ammatillinen oppilaitos, jossa järjestetään nuorten ja aikuisten koulutusta sekä oppimiskoulutusta. Tredussa järjestetään mm. sosiaali- ja terveysalan koulutusta sekä muita koulutuksia. Tredu perustettiin 1. tammikuuta 2013, kun Tampereen ammattiopisto ja Pirkanmaan koulutus konserni yhdistyivät. Kokonaisuudessaan oppilaitoksessa opiskelee 8000 nuorta ja 10 000 aikuisopiskelijaa. Tredulla on toimipisteitä Tampereen lisäksi Nokialla, Kangasalalla, Ylöjärvellä, Ikaalisissa, Lempäälässä, Orivedellä, Virroilla sekä Pirkkalassa (Tredun verkkosivut).

4 TYÖVÄKIVALTA SOSIAALI- JA TERVEYSALALLA

4.1 Työväkivallan määrä sosiaali- ja terveysalalla ammattiryhmittäin

Suomessa joutuu haastattelututkimuksen mukaan uhkailun tai fyysisen väkivallan kohteeksi vuosittain noin 5 % työssä käyvistä (Saarela, Isotalus, Salminen, Vartia, Leino. 2009, 8). Noora Hintikka ja Kaija Leena Saarela (2003) ovat analysoineet Tapaturmavakuutusten liiton (TVL) ylläpitämästä työtaturmia sisältävästä tietopankista sinne ilmoitettuja työväkivaltatapauksia. Tapaturmapakkiin työpaikoilta ilmoitetuista, vakuutusyhtiöiden korvaamista 96 368 työtaturmasta 1464, eli noin 1,5 % käsitteli työpaikkaväkivaltaa. Näistä naisiin kohdistui 58 prosenttia (850 tapausta) ja miehiin 42 prosenttia (614 tapausta). Terveydenhuolto- ja sosiaalipalveluista tuli kymmenesosa tapauksista. (Hintikka & Saarela 2005, 18–19.)

Tilastokeskuksen mukaan Suomessa oli vuonna 2009 yli 30 000 hoitotyöntekijää, jotka olivat kohdanneet työssä väkivaltaa (Tilastokeskus 2013). Vuonna 1997 tehdyn tutkimuksen mukaan sosiaali- ja terveydenhuoltoalan ammateissa toimivista noin 10 % oli kokenut uhkailua tai fyysistä väkivaltaa (Lehestö, Koivunen, Jaakkola. 2004, 86–87). Näin ollen hoitoalalla työskentelevät kohtasivat väkivaltaa tai sen uhkaa kaksinkertaisen määrän verrattuna muiden ammattien keskitasoon.

Yleisimmin väkivaltaa kohdataan psykiatrian yksiköissä, terveyskeskusten päivystysvastaanotoilla, ensiapupoliklinikoilla sekä ensihoidossa ja sairaankuljetuksessa. Vuonna 2003 julkaistun tutkimuksen mukaan 99 % ensiapupoliklinikoiden henkilökunnasta oli joutunut juopuneen potilaan fyysisen tai verbaalisen väkivallan kohteeksi. Terveyden - ja sosiaalihuoltoalan ammattilaisten etujärjestö Tehyn vuonna 1999 tehdyn kyselytutkimuksen mukaan joka kolmas hoitaja oli joutunut työssään fyysisen väkivallan tai sen uhan, ja kaksi kolmasosaa sanallisen uhkailun, arvostelun tai nimittelyn kohteeksi kyselyä edeltäneen vuoden aikana. Suomen lähi- ja perushoitajaliitto Superin vuonna 2001 julkaiseman tutkimuksen mukaan 83 % tutkituista koulutason tutkinnon suorittaneista hoitajista oli kokenut fyysistä väkivaltaa tai sen uhkaa viimeisen työssäolovuotensa aikana. Saman tutkimuksen mukaan 29 % hoitajista oli kokenut vuoden aikana pistoaseella lyöntejä tai uhkailuja. Tutkimuksessa havaittiin, että väkivaltaisista tai uhkaavista tilanteista sattui eniten terveyskeskusten vuodeosastoilla, palvelutaloissa ja vanhainkodeissa. (Lehestö, Koivunen, Jaakkola. 2004, 86–87.)

Myös Työturvallisuuskeskuksen raporttisarjan (2010) mukaan sosiaali- ja hoitoalan ammattiryhmät kuuluvat työväkivallan osalta suurimpaan riskiryhmään yhdessä vartiointi-

ja suojelutyön kanssa. Sosiaali- ja hoitoalan sisällä työväkivallan riski vaihtelee jonkin verran ammattiryhmittäin ollen yleisintä lääkintävahtimestareilla (37 %), mielisairaanhoidajilla (34 %), sairaanhoidajilla pl. terveydenhoitajat ja osastonhoitajat (23–27 %) sekä perushoitajilla (22 %). Sosiaalialalla väkivallan kokemukset ovat hoitoalaa harvinaisempia painottuen sosiaalialan laitoksissa toimivien hoitajien ja ohjaajien työtehtävissä kokemaan väkivaltaan (21 %). Muissa sosiaalialan työtehtävissä, esimerkiksi sosiaalityöntekijöillä ja kodinhoitajilla väkivallan kokemukset ovat vain hieman kaikkien ammattiryhmien (4 %) keskiarvoa yleisempiä ja jäävät alle 10 %:iin. (Työturvallisuuskeskus 2010, 7–9).

Taulukko 1 on Työturvallisuuskeskuksen (2010, 8) taulukon pohjalta laadittu. Taulukossa kuvataan työväkivaltaa kokeneiden määrä sekä riski joutua väkivallan tai sen uhan kohteeksi sosiaali- ja terveysalan eri ammattiryhmissä.

Taulukko 1: Työväkivaltaa kokeneiden määrä ja riski joutua väkivallan tai sen uhan kohteeksi sosiaali- ja terveysalalla ammattiryhmittäin

	Työllisiä	Kokenut väkivaltaa	Riski joutua väkivallan tai sen uhan kohteeksi
Terveyden- ja sairaanhoidotyö	174 000	32 000 (n.18,4 %)	75 000 (n. 43,1 %)
Muu terveydenhuoltoalan työ	42 000%	6000 (n. 14,3 %)
Sosiaalialan hoitajat, ohjaajat ym.	64 000	8000 (n. 12,5 %)	26 000 (n. 40,6 %)
Muu sosiaalialan työ	67 000	3000 (n. 4,5 %)	4000 (n. 6,0 %)

4.2 Työväkivallan ominaispiirteet sosiaali- ja terveysalalla

Aivan kuten työväkivallan määrä, myös sen laatu vaihtelee ammattiryhmittäin. Tavanomaisesti työväkivalta jää uhkailun asteelle, mutta erityisesti työväkivallan riskiryhmissä (ks. LUKU 4.1, neljäs kappale) esiintyy väkivaltaa, josta seuraa fyysisiäkin vammoja. Sosiaalialan hoitajien ja ohjaajien kokemasta väkivallasta huomattavan suuri osa on ollut fyysisiin vammoihin johtavaa väkivaltaa. Myös terveyden- ja sairaanhoitotyössä työväkivallasta on seurannut keskimääräistä useammin fyysisiä vammoja, joten väkivalta on ollut laadultaan keskimääräistä voimakkaampaa. Sekä sosiaali- että terveysalan ammattiryhmissä on tyypillistä, että väkivalta tapahtuu työpaikalla ja väkivallan aiheuttaja on työn kohde eli asiakas tai potilas. Kummankin alan ammattiryhmissä on harvinaista, että väkivallan aiheuttaja olisi entuudestaan täysin tuntematon. (Työturvallisuuskeskus 2010, 10). Prosenttiosuudet vammoihin johtaneesta väkivallasta, työväkivallan tapahtumapaikasta sekä tekijästä käyvät tarkemmin ilmi Työturvallisuuskeskuksen (2010, 18) taulukon pohjalta laaditusta *Taulukosta 3*.

Taulukko 3: Väkivallan muoto, tapahtumapaikka ja tekijä sosiaali- ja terveysalalla (% työväkivaltaa kokeneista)

		Kaikki	Terveyden- ja sairaanhoitotyö	Sosiaalialan hoitajat, ohjaajat ym.
Väkivallan muoto	Fyysiset jäljet	13,0	19,6	27,9
	Ei jälkiä	19,9	23,5	21,3
	Uhkaus	67,1	56,9	50,8
Tapahtumapaikka	Työssä	91,1	96,7	100,0
	Työmatkalla	8,8	3,3	0,0
Tekijä	Asiakas/Potilas	80,3	94,2	96,8
	Työtoveri	4,3	0,1	0,0
	Muu tuttu	3,1	2,3	0,0
	Tuntematon	12,2	2,6	3,2

Edellisen sivun taulukon tiedot ovat viimeisen väkivaltaisen teon mukaan. Viimeisen tapauksen käsittely saattaa antaa väkivallasta lievemmän kuvan kuin vakavimman tai kaikkien tapausten käsittely, sillä henkilö on saattanut kokea aikaisemmin vakavampia väkivallan tekoja.

Saarelan, Isotaluksen, Salmisen, Vartian ja Leinon (2009, 8) mukaan työväkivallan kohteeksi joutumisen riskiä lisäävät hoitoalalla työskentelevien osalta muun muassa asiakaspalvelu- ja hoitotyö, lääkkeiden kanssa toimiminen ja osaltaan myös työskentely pienillä henkilöresursseilla ja työskentely yöaikaan. (Saarela, Isotalus, Salminen, Vartia, Leino. 2009, 8).

Terveystieteiden tutkimuksissa ongelmia aiheuttavat eri syistä sekavat tai psyykkisesti sairastuneet potilaat, jotka voivat käyttäytyä arvaamattomasti. Sosiaalialan laitoksissa työskennellään nuorten, vammaisten ja vanhusten kanssa ja heidän kanssaan saattaa syntyä ristiriitaa esimerkiksi päätöksistä. Kotikäynneillä henkisesti sairaan, alkoholi-ongelmaisen tai syrjäytyneen asiakkaan luona voi tulla riskitilanteita. (Saarela, Isotalus, Salminen, Vartia, Leino. 2009, 9.)

Louhela & Saarinen (2006) vertailivat tutkimuksessaan väkivallan ilmenemistä terveydenhuollon eri toimialoilla. Tutkimukseen osallistui 74 eri terveydenhuollon yksikköä ja 166 vastaajaa. Suurimpana uhka- ja väkivaltatilanteiden laukaisevana tekijänä korostuivat hoitotoimenpiteet. (Louhela & Saarinen 2006, 48-51.)

Sosiaali- ja terveystieteiden ammattiryhmissä työväkivalta on ominaisuuksiltaan jatkuvasti hyvin samantyylistä. Alan ammattiryhmissä tyypillisesti esiintyvä työpaikalla tapahtuva väkivalta on helpommin hallittavissa, kuin esimerkiksi työmatkalla tapahtuva väkivalta. Työpaikalla tilanne on, tai sen ainakin lähtökohtaisesti tulisi olla, henkilökunnan hallussa. Toimintaympäristö on työntekijöille tuttu ja lisäresursseja on saatavissa avuksi varsin nopeasti tilanteen kärjistyessä. Lisäksi hoitohenkilökunnalle edullinen väkivallan ominaispiirre on, että aiheuttajana on lähes poikkeuksetta ennakoon tunnettu asiakas tai potilas. Tällöin henkilökunnalle tarjoutuu mahdollisuus valmistautua ennakolta arvaamattomaksi tiedetyn henkilön kohtaamiseen. Vaikka alalla kohdattava työväkivalta on poikkeuksellisen suurelta osin vakavaa väkivaltaa verrattuna muihin ammattiryhmiin, on sen jatkuva samankaltaisuus lohdullinen asia. Väkivaltatilanteet ovat sosiaali- ja terveystieteiden alalla hyvällä koulutuksella sekä ammattitaidolla ennakoitavissa ja hallittavissa.

varsin suurelta osin.

4.3 Työväkivallan sukupuoli- ja ikäjakauma

Naiset kohtaavat työssä väkivaltaa kaksi kertaa enemmän kuin miehet (Työturvallisuuskeskus 2010, 9). Tämä ei kuitenkaan selity sukupuolesta johtuvilla syillä, vaan naisvaltaisten alojen ominaispiirteillä (Laine–Napari 2008). Väkivallalle riskialttiita naisvaltaisia ammatteja ovat Työturvallisuuskeskuksen mukaan mm. sosiaali- ja terveysala sekä vähittäiskaupan ala (Työturvallisuuskeskus 2010, 9).

Edellisessä kappaleessa kuvattujen riskiammattien sisällä on huomionarvoista, että sosiaalialalla miehet kokevat suhteellisesti naisia useammin työväkivaltaa (Työturvallisuuskeskus 2010, 9). Miesten alttiutta kohdata työväkivaltaa sosiaalialalla voidaan perustella esimerkiksi sillä, että miehet valikoituvat ominaisuuksiensa perusteella useammin työtehtäviin, joissa väkivallan riski on korkeampi. Tämä perustune osittain kirjoittamattomiin sääntöihin ja yleisesti omaksuttuihin toimintatapoihin. Jo maalaisjärjellä pystytään perustelemaan se tosiseikka, että vahvan miestyöntekijän on pienikokoista naista järkevämpää kohdata aggressiivinen asiakas. Sosiaalialalla miestyöntekijöiden määrä on pieni (n. 10 % kaikista työntekijöistä), joten määrällisesti enemmän väkivaltaa kohdistuu naistryöntekijöihin (eml).

5 TOIMINTA VÄKIVALTATILANTEESSA

5.1 Ennakoinnin merkitys väkivallan ehkäisyssä

Aggressiivisen käyttäytymisen tunnistaminen on hyvä perustaito ihmisten kanssa työskennellessä, sillä aggressiivisen käyttäytymisen tunnusmerkkien hallitseminen voi luoda turvallisemman työympäristön eri toimijoille. Tarkemmin kuvattuna aggressiivisen käytöksen tunnistaminen voi auttaa työympäristöissä mahdollisten uhkien tunnistamisessa ja näin ollen suojella yksilön fyysistä koskemattomuutta ja siinä samalla henkistä hyvinvointia, sillä aggressiivinen käytös voi esimerkiksi ilmentyä fyysisen koskemattomuuden rikkomisena tai henkisenä väkivaltana.

Ennakointia pidetään yleisesti tärkeänä työkaluna väkivaltariskien hallinnassa. (*Saarela, Isotalus, Salminen, Vartia, Leino. 2009, 46*) (*Lehestö, Koivunen, Jaakkola. 2004, 98-100*). Riskitekijöiden tiedostaminen on hyvä alku luotaessa turvallista työympäristöä. Osa riskitekijöistä on pysyviä, kun taas osa muuttuu olosuhteiden muuttuessa. Tästä syystä on tärkeää, että jokaisessa työyksikössä kartoitetaan yksilölliset riskitekijät. (*Lehestö ym. 2004, 99–100*).

Potilaan väkivaltaisuutta pystytään jossain määrin arvioimaan ennalta. Väkivaltariskiä kasvattavat aiempi väkivaltaisuus (*Hakola, Tiuhonen, Vartiainen, Eronen, 1994*), uhkailu, jokin psyykinen sairaus tai päihtymystila. Psykkisillä sairauksilla ja kasvaneella väkivaltariskillä on selvä yhteys. Esimerkiksi skitsofrenia lisää väkivaltariskiä noin kymmenenkertaiseksi. Tietynlainen persoonallinen poikkeavuus yhdistettynä alkoholismiin nostaa väkivaltariskin miehillä 15-kertaiseksi ja naisilla jopa 70-kertaiseksi. Suurin osa väkivallan tekijöistä onkin alkoholin tai jonkin muun päihdyttävän aineen vaikutuksen alaisena väkivallan teon hetkellä. Riskitekijöitä ei tule ikinä väheksyä tai aliarvioida, mutta on myös ymmärrettävä, ettei riskitekijät itsestään selvästi ennakoivat tulevaa väkivaltatilannetta. (*Lehestö ym. 2004, 92–98*)

Aivan kuten potilaan aiempaa väkivaltaisuutta, myös väkivaltatilanteissa selviytymistä pystytään jossain määrin ennakoimaan. Ennakoinnin merkitys korostuu, sillä mitä paremmin ongelmatilanteisiin on varauduttu, sitä paremmin ne pystytään hoitamaan. (*Lehestö ym. 2004, 99*). Eräs Poliisiammattikorkeakoulun voimankäytön kouluttaja käyttää meillekin mieleen vahvasti iskostunutta lausetta: "Yllätyksiä ei tule, jos niihin on varauduttu."

Viime aikoina kiinnostus hoitoalan työturvallisuudesta on alkanut herättää yhä enemmän

keskustelua ja aiheesta on laadittu 2000-luvulla useita opinnäytetöitä. Laura Hakalan ja Jaana Kilpiön (2009, 30) mukaan hoitajia tulisi kouluttaa hallitsemaan väkivaltaa ja sen ennaltaehkäisyn menetelmiä jo koulutuksen aikana ja heitä tulisi opastaa valmiiden mittareiden käyttöön vaaran arvioinnissa. Valmiisiin mittareihin perustuvat arviot ovat poikkeuksetta luotettavampia, kuin pelkästään yksittäisen hoitajan intuitiolla perustuvat päätelmät (Kalliopuska 2005, 84).

Henkilöstön perehtyneisyys työturvallisuusasioihin sekä päivittäiset valinnat vaikuttavat koko yksikön työturvallisuuteen. Henkilökunnan valveutuneisuuden lisäksi työturvallisuuden parantamisen kannalta riittävä henkilöstömäärä on tärkeä asia. Osastojen suunnittelussa tulee ottaa huomioon väkivaltatilanteiden ennaltaehkäisy ja yksittäisissä tilanteissa on syytä miettiä, kannattaako potilaan päihtyneitä omaisia päästää osastolle aiheuttamaan levottomuutta. (Lehestö ym. 2004, 105–108)

Aggressiivisen käyttäytymisen ulkoisen tunnistamisen voi karkeasti jakaa kahteen osaluokkaan; sanattomat tunnusmerkit ja sanalliset tunnusmerkit. Sanattomia tunnusmerkkejä ovat esimerkiksi levottomuus ja arvaamattomuus, tuijotus, katseella mittailu, puhumattomuus, hampaiden kiristely, käsien nyrkkiin puristelu, sormen heristely sekä muu käyttäytyminen, joka on jo aiemmin ennakoanut väkivaltaa. Sanallisia tunnusmerkkejä ovat esimerkiksi solvaava, herjaava kielenkäyttö, kiroilu, väittely, uhkailu ja riidanhaastaminen, epäluuloinen puhe, puheen muodollistaminen, puheen sekavuus tai erittäin väkivaltainen sisältö, sekä äänen korottaminen. On tärkeää kuitenkin myös ymmärtää, että edellä listatut sanattomat tai sanalliset mallit eivät aina kieli aggressiivisesta käytöksestä ja niistä ei aina tulisikaan tehdä johtopäätöksiä, vaan ne kuuluvat myös normaaliin ihmisten väliseen kanssakäymiseen. (Savonia ammattikorkeakoulu ja Saarela ym. 2009, 32-33)

5.2 Vuorovaikutustaidot asiakaskontaktissa

Asiakastilanne on aina vuorovaikutustilanne, silloinkin kun siihen liittyy henkistä tai fyysistä väkivaltaa tai sen uhkaa. Jokainen vuorovaikutustilanteen osapuoli voi vaikuttaa tilanteen kehittymiseen omalla toiminnallaan. Provosoimien välttäminen ja rauhallinen puhetyyli ovat tärkeitä tekijöitä uhkaavan tilanteen rauhallisessa läpiviennissä. Asiakkaalle on tarjottava kunniakas tie ulos tilanteesta ja keskustelulla on pyrittävä aktiivisesti etsimään syytä aggressiiviselle käytökselle. Pelkääminen uhkaavissa tilanteissa on luonnollista. Pelon kanssa on helpompi elää, kun tietää mitä on tekemässä ja kokee osaavansa asiansa. (Saarela ym. 2009, 31-32).

Potilaan tahdon vastaisia hoitotoimenpiteitä joudutaan tekemään terveydenhuollossa

silloin, kun potilas ei sairautensa, vammansa tai kehitystasonsa perusteella pysty päättämään hoidostaan. Sosiaali- ja terveydenhuollon pakotteista laaditussa muistiossa on yleisohjeena hoitaa potilasta tämän edun mukaisesti. Potilaan ei siis toisin sanoen tarvitse olla minkäänlaisessa vastentahtoisessa hoidossa, jotta hänelle voidaan tehdä vastentahtoisia hoitotoimenpiteitä. Voimatoimiin joudutaan hoitoalalla turvautumaan suhteellisen usein: lapsia rokotetaan rimpuilusta huolimatta ja sekavalle potilaalle annetaan lääkettä, jotta tämä rauhoittuisi. (Lehestö ym. 2004, 89–90)

5.3 Hyökkäyksen aikana

Saarela ym. (2009, 34): "Yleensä väkivaltatilanne kehittyy neljän vaiheen kautta: erimielisyys, sanallinen uhka, fyysinen uhka ja fyysinen kontakti. Toisaalta joskus fyysinen väkivaltatilanne syntyy yllättäen."

Hyökkäyksen näyttäessä todennäköiseltä on käytettävä selkeitä käskyjä, kuten "Seis!" tai "Älä!". Hyökkäyksen kohteeksi jouduttaessa on ensisijaisesti pyrittävä pakenemaan tilanteesta ja kutsuttava apua. Jos tilanteesta ei ole mahdollista poistua tai poistumisyritys epäonnistuu jää ainoaksi mahdollisuudeksi itsensä puolustaminen. Fyysistä rajoittamista, itsepuolustustaitoja sekä otteista irtautumista on tärkeää harjoitella ammattitaitoisessa ohjauksessa säännöllisesti, jotta niiden hyödyntäminen tositilanteessa on mahdollista. Saarela ym. (2009, 35).

5.4 Väkivaltatilanteen jälkeen

Kun ihminen kokee fyysistä väkivaltaa, se voi jättää jäljen ihmisen fyysiseen tai henkiseen hyvinvointiin. Erilaisista väkivaltatilanteista tulleet henkiset vammat eivät aina ilmene heti, vaan saattavat tulla esille myöhemmin. Henkiset jäljet saattavat myös olla pitkäaikaisia. (Työsuojeluhallinnon työsuojelujulkaisu 2013)

Saarela ym. (2009) mukaan väkivalta- tai uhkatilanne on aina psyykkisesti vahingoittava eli traumaattinen kokemus, sillä se loukkaa ihmisen koskemattomuutta sekä itsetuntoa. Lähes kaikki saavat psyykkisiä oireita uhkaavan tilanteen seurauksena. Tällöin on tärkeää myös tietää, miten tilanteen jälkeen on toimittava. Käsittelemättömät traumaattiset kokemukset voivat aikaa myöten johtaa sekä psyykkiseen että somaattiseen sairastamiseen ja jopa päihteiden ja lääkkeiden liialliseen käyttöön ja epäsosiaaliseen toimintaan. Tällainen työntekijän pahoinvointi aiheuttaa välillisesti kustannuksia myös työnantajalle esimerkiksi sairauspoissaolojen muodossa ja työyhteisön hyvinvointi kärsii kokonaisuutena. (Saarela ym. 2009, 45).

Traumaattisen kriisin vaiheet voidaan jakaa neljään osaan. Ensimmäinen vaihe, *shokki*, alkaa välittömästi ihmisen kohdatessa traumaattisen kriisin. Shokkivaiheen aikana suurin osa ihmisistä toimii vaistojensa varassa ymmärtämättä todellista tilannetta. Osa ihmisistä säilyttää sokkivaiheessa täydellisen toimintakykynsä, kun taas toisissa esiintyy ahdistus- ja paniikkikohtauksia. Toinen vaihe on nimeltään traumaattisen kriisin *reaktiovaihe*. Tässä vaiheessa sokki laukeaa, ihminen kokee usein voimakkaita tunteenpuuskia ja saattaa kärsiä esimerkiksi nukahtamisvaikeuksista. Kolmannessa vaiheessa *traumaattisen kokemuksen käsittely* alkaa. Ihminen alkaa käsitellä kokemaansa ja se herättää kysymyksiä: Mitä on tapahtunut? Miksi minulle? Tässä vaiheessa esiintyvää oireilua kutsutaan posttraumaattiseksi stressiksi, koska oireet ilmaantuvat vasta jonkin ajan kuluttua tapahtuneesta. Viimeinen traumaattisen kriisin vaihe on *uudelleen suuntautumisvaihe*. Tässä vaiheessa ihminen alkaa saada etäisyyttä ikävään asiaan. Edellä kuvatut vaiheet on tärkeää tiedostaa ja ymmärtää, että kyseessä on luonnollinen tapa reagoida. Hyväksymällä reaktiot ihminen saa mahdollisuuden toipumiseen. (Saarela ym. 2009, 45)

Traumatisoivan tapahtuman kokeneen henkilön tulee puhua tapahtuneesta mahdollisimman paljon. Puhuminen auttaa hallitsemaan tapahtuneesta aiheutuneita ahdistavia muistoja. Työhön palaaminen ja arkirutiineiden nopea käynnistäminen sekä riittävästä levosta huolehtiminen auttavat traumaattisen kriisin käsittelyssä. On kuitenkin syytä huomioida, että ihminen ei ole täysin työkykyinen traumaattisen kriisin shokki- ja reaktiovaiheessa eli noin 1-4 vuorokautta tapahtuman jälkeen. Oleellista on mennä rauhassa eteenpäin, muodostaa tukiverkoston ja pyytää rohkeasti apua silloin, kun sitä tarvitsee. Pelkoa aiheuttavat asiat on syytä kohdata pikkuhiljaa, ettei ahdistavien tunteiden jatkuva välttely johda eristäytymiseen. (Saarela ym. 2009, 48–49).

Työsuojeluhallinnon verkkosivuilla julkaistussa työsuojelujulkaisussa työpaikkoja kehoitetaan luomaan työpaikoille jälkipuinti- ja hoitojärjestelmä väkivallan kohteeksi joutuneille tai vakavassa uhkatilanteessa olleille ryhmille tai yksittäisille työntekijöille. Julkaisun mukaan väkivaltatilanteen jälkipuinti tulisi aloittaa 1- 2 vuorokauden kuluessa tapahtuneesta. Jälkipuinnin perimmäisenä tarkoituksena on vähentää ja lieventää väkivallan aiheuttamia vaikutuksia uhrille ja henkilökunnalle. Tällainen menettely auttaa uhreja pääsemään normaaleihin työ- ja elämänolosuhteisiin mahdollisimman pian. Apuna jälkipuinnissa voidaan käyttää esimerkiksi työterveyshuoltoa, tai muita asiantuntijoita joilla on ammattitaitoa arvioida työntekijän henkisiä ja fyysisiä oireita. Myös työnantajan tulisi käsitellä sattuneet tilanteet yhdessä työntekijän kanssa. (Työsuojeluhallinnon työsuojelujulkaisu 2013).

Saarela ym. (2009) nostavat esille seikkoja, joilla työyhteisö voi tukea jäseniään selviämään psykologisesti vahingoittavista kokemuksista. Korostuneen merkityksen saa se, että koko työyhteisö on jäsenensä tukena ja jokainen tietää oikeat toimintamallit tilanteet viemiseksi eteenpäin paitsi heti traumaattisen tilanteen jälkeen, myös tulevina vuorokausina. Tarvittavan jatkohoidon saamisen varmistaminen ja erilaiset jälkipuinti- eli debriefing -keskustelut ovat tärkeitä tekijöitä työntekijän nopeassa kuntoutumisessa. Myös eri ammattiauttajat, esimerkiksi rikosuhripäivystys, SOS-keskus ja valtakunnallinen kriisipuhelin tarjoavat tukea traumaattiseen kriisiin joutuneille. (Saarela ym. 2009, 46–49).

Terveyskirjaston verkkosivuilla debriefingiä, eli jälkipuintia kuvataan seuraavalla tavalla: *‘Debriefing, henkinen jälkipuinti, stressiriihi; henkisen jälkiselvityksen alamuoto, jossa järkyttävää tapausta käsittelevä kokous pidetään 1–3 vuorokauden kuluttua tapahtumasta.* (Terveyskirjasto Duodecimin verkkosivut).

Luonnollisesti väkivaltatilanteen jälkipuinnin lisäksi raportointi aiheesta on tärkeää. Jokaisesta uhka- ja väkivaltatilanteesta on ilmoitettava työpaikan esimiehelle ja erikseen sovittavalle työsuojeluhenkilöstölle, työterveyshuoltoon sekä turvallisuudesta vastaaville. Työnantajan tulisi seurata väkivalta- ja uhkatilanteiden esiintymistä työpaikalla, ja jonkinlainen kirjallinen seuranta aiheeseen liittyen tulisi toteuttaa. Työnantajan tulisi myös antaa tarkennetut ohjeet siitä, mitkä sattuneista tilanteista kirjataan ja mitä sattuneista tilanteista kirjataan. Lopuksi jälkipuinnin ja raportoinnin jälkeen tilanteen vakavuuden niin vaatiessa tulisi tapahtuneesta ilmoittaa viranomaisille, eli useimmissa tapauksissa poliisille. Jos työpaikalla tapahtuu tapaturma joka aiheuttaa vaikean vamman tai jopa kuoleman, aloittaa poliisi tapauksen johdosta tutkinnan. (Työsuojeluhallinnon työsuojelujulkaisu 2013).

Työpaikalla sattuvista väkivalta- ja uhkatilanteista kerätään tietoa useasta eri syystä. Tärkeintä on oppia tapahtuneesta ja muuttaa toimintatapoja turvallisemmiksi. Raportointi on tärkeää myös siksi, että saadaan käynnistettyä asiaan liittyvät mahdolliset korvausmenettelyt. Tarkka kirjaaminen helpottaa analyysin tekemistä ja pystytään suuntaamaan toimenpiteitä oikein työturvallisuuden parantamiseksi. Raporteilla kerättyä aineistoa voidaan käyttää apuna esimerkiksi työohjeiden laadinnassa. (Saarela ym. 2009, 50).

6 KOULUTUKSEN MERKITYS

Terveyden- ja sairaanhoidon ammatit ovat poikkeuksellisia ammattiryhmiä muihin ammatteihin nähden vertailtaessa työväkivallan kokemuksia tutkittavien iän suhteen. Tavallisesti työväkivaltaa kokevat 25–44 -vuotiaat työntekijät, mutta terveyden- ja sairaanhoitotyössä yleisimmin väkivaltaa kohtaavat 15–24 -vuotiaiden sekä 35–44 -vuotiaiden ikäryhmät. (Työturvallisuuskeskus 2010, 10). Muissa ammateissa työväkivallan kokemusten yleisyys keski-ikäisillä selittyy esimerkiksi sillä, että vaativimmat työtehtävät osoitetaan useimmiten parhaan toimintakyvyn omaaville, kokeneille työntekijöille. Terveyden- ja sairaanhoidon ammattiryhmien huolestuttava piirre on nuorten työntekijöiden kohtaamaan työväkivallan yleisyys. Esimerkiksi ensihoidossa ja terveyskeskusten päivystyksessä tilanteet ovat monesti äkkinäisiä, eikä läheskään aina ole mahdollista valikoida riskialttiiseen työtehtävään siihen parhaat valmiudet omaavaa henkilöä. Vastavalmistuneet hoitajat ovat alusta alkaen mukana vaativimmillakin työtehtävillä. Jo työssä oppimisen aikana esimerkiksi vanhuksien, vammaisten tai muiden erilaisten ryhmien kanssa työskentelevien hoitajien on mahdollisuus joutua jossain vaiheessa työskentelyä tilanteisiin, joissa potilaat ovat arvaamattomia ja joissa on olemassa myös esimerkiksi fyysisen väkivallan riski. Lähihoitajan työ saattaa myös työpaikasta riippuen olla melko itsenäistä, eikä vaaratilanteessa aina välttämättä ole kukaan auttamassa. Etenkin kotihoitoa yksin suorittavien hoitajien työturvallisuuden huomioiminen korostuu. Tämä asettaa paljon vaatimuksia sosiaali- ja terveysalan peruskoulutuksen opetukselle. Työturvallisuusasioihin tulee olla riittävä koulutus jo ensimmäisestä työpäivästä lähtien, sillä asioiden kantapään kautta opettelu työelämässä voi johtaa lukuisiin vaaratilanteisiin.

Edellisessä kappaleessa kuvatuista syistä johtuen jokaiselle uudelle työntekijälle ja opiskelijalle tulee antaa kattava perehdytys ja koulutus väkivaltatilanteissa toimimiseen. Koulutuksen on oltava riittävän yksityiskohtaista ja kouluttajilla täytyy olla riittävästi tietotaitoa. (Lehestö ym. 2004, 105–108).

Poliisinäkökulmasta ajatuksia ja kysymyksiä herättää työturvallisuuskoulutuksen tämän hetkinen taso, etenkin kun mietitään aggressiivisen henkilön kohtaamistilanteita lähihoitajan työssä. Mikä on lähihoitajakoulutuksen tämän hetkinen taso, ja antaako se nuorille ja vanhemmillekin juuri valmistuneille tai jo kauan sitten valmistuneille henkilöille mahdollisuuden toimia turvallisesti, jos vastassa on aggressiivinen henkilö? Järjestetäänkö työpaikoilla yleisesti koulutusta valtakunnallisella laajuudella vai onko

kyseessä yksittäisten työpaikkojen itse järjestämä koulutus? Annetaanko valtakunnallisesti lähihoitajan ammattitutkinnon aikana riittävääkoulutusta aggressiivisen henkilön kohtaamiseen?

Työturvallisuuskoulutusta järjestetään eri työpaikoilla vaihtelevasti ja lähihoitajan tutkinnon aikana kolmantena vuonna opiskelijalla on mahdollisuus ottaa valinnaiseksi opiskeluaineeksi työturvallisuusaiheinen kurssi, mutta turvallisen työskentelyn takaamiseksi olisi hyvä, että työturvallisuuskoulutus olisi kaikille pakollinen. Sairaanhoitajien työturvallisuusasioita opinnäytetöissään käsitelleet Eija Haikonen ja Tiina Pulkkinen (2010) sekä Eero Kivinen (2015) nostaisivat työturvallisuuden kouluttamisen tärkeäksi teemaksi osana opintoja (Haikonen & Pulkkinen, 2010, 28 ja Kivinen 2015, 44–45). Näkemyksemme mukaan sairaanhoitajakoulutustakin tärkeämpänä kohderyhmänä työturvallisuusasioiden kouluttamiselle toimii sosiaali- ja terveysalan peruskoulutus eli lähihoitajakoulutus. Kaikki lähihoitajat eivät jatka opiskelua AMK-tasolle, joten kouluttamalla työturvallisuusasioita vasta sairaanhoitajakoulutuksessa, rajataan suuri ryhmä sosiaali- ja terveysalan tulevia ammattilaisia koulutuksen ulkopuolelle.

7 KARTOITUS SOSIAALI- JA TERVEYSALAN OSAAMISESTA

Sosiaali- ja terveysalan työturvallisuusasioista olemassa olevan teoratiedon sekä oman näkemyksemme lisäksi pohjatietoa tutkimukselle hankittiin Varsinais-Suomen alueella työskenteleviltä lähihoitajilta kyselyjen avulla. Kyselyjen ohella käytiin muutaman vastaajan kanssa erikseen avoimia keskusteluja työturvallisuudesta. Keskustelut tapahtuivat kyselylomakkeiden jakamisen yhteydessä. Lomakkeet jaettiin vastaajille yksitellen.

Saimme vastauksia noin kymmeneen kyselylomakkeeseen eri kokemustaustan ja erikoistumisalan omaavilta lähihoitajilta. Kysymyksillämme kartoitimme, millaisia työturvallisuuskoulutuksia kyseiset henkilöt olivat saaneet käytännön ja teorian tasolla aiheeseen liittyen niin oppilaitoksissa kuin työpaikoillakin. Useissa vastauksissa kävi ilmi, että koulujen puolesta koulutus oli ollut todella vähäistä, ja että työpaikat taas olivat järjestäneet asiakkaisiin/potilaisiin liittyviä työturvallisuuskoulutuksia melko vaihtelevalla menestyksellä.

Kysyimme myös, kuinka usein vastaajat olivat joutuneet kohtaamaan aggressiivisia asiakkaita ja väkivaltaa työssään viimeisen vuoden aikana. Jotkut olivat päässeet selvästi vähemmällä kuin toiset, mutta joillakin vastaajista oli esimerkiksi ollut aggressiivisia tai väkivaltaisia asiakkaita 16-20 kertaa vuoden aikana.

Kysyimme vielä lopussa, että onko vastaajien mielestä tarpeen suunnitella uusi aggressiivisten henkilöiden kohtaamiseen valmistava kurssi osaksi lähihoitajien koulutusta, johon suuri enemmistö vastaajista antoi myöntymyksensä; tarvetta olisi.

Kartoituksella ei yritetty saada aikaan tilastoitavaa tietoa, vaan tarkoituksenamme oli lähinnä käyttää niitä selventämään meille, mikä tilanne tällä hetkellä alalla työturvallisuusasioissa on. Kyseessä oli siis esikartoitus tutkimustamme varten. Kyselyiden tulokset vahvistivat käsitystämme tilanteesta, ja tästä syystä olemme aloittaneet aiheen tarkemman tutkimisen.

8 MAPA JA AVEKKI

Suomessa useat eri yritykset järjestävät työturvallisuuskoulutuksia eri toimialoille. Sosiaali- ja terveysala on korkean riskitasonsa vuoksi merkittävä kohderyhmä koulutusten järjestäjille. Tässä luvussa esitellään kaksi suosittua toimintamallia Suomessa.

8.1 Mapa-koulutus

Yksi kuuluisimmista koulutusmalleista on ns. Mapa-koulutus, jonka menetelmiä hyödynnetään esimerkiksi aggression ja väkivaltatilanteiden kohtaamistilanteissa. Mapa (*Management of Actual or Potential Aggression*) on Keelen yliopistossa ja Cheddletonin St Edwardsin sairaalassa sekä Birminghamin Reaside-klinikalla kehitetty koulutusmalli, jonka menetelmiä hyödynnetään väkivallan ja aggression kohtaamistilanteissa. Suomessa nimi lyhennetään seuraavasti: "haasteellisen käyttäytymisen ennaltaehkäisy ja hallinta" (Crisis prevention verkkosivut, Mapa).

Mapa-menetelmä saapui Suomeen Kellokoskelle 2000-luvun alussa. Mapa-kouluttajakoulutus taas alkoi Suomessa Hyvinkään Laurean organisoimana vuonna 2005, jolloin Mapa-menetelmää levitettiin myös laajemmalle Suomeen. Mapaa koulutettiin aluksi lähinnä psykiatriassa, mutta viime aikoina menetelmään on koulutettu mm. erityisopetuksen, lasten psykiatrian ja lastensuojelun sekä somaattisen hoitotyön aloille. Mapan sovellusalue on hyvin laaja (Suomen mapakeskuksen verkkosivut).

8.1.1 Mapan ominaisuuksia

Mapa-koulutusmallissa painotetaan erityisesti haastavien asiakastilanteiden hoidollista ja turvallista kohtaamista ennaltaehkäisten tilanteiden paheneminen. Kyseisessä ennaltaehkäisyssä painottuu sanattoman ja sanallisen, rauhoittavan vuorovaikutuksen omaksuminen ja kriisin kehittymisen vaiheiden huomioiminen. Ennaltaehkäisyllä tarkoitetaan myös ympäristön huomioimista siinä mielessä, että kiinnitetään huomiota seikkoihin, jotka voisivat vaarantaa henkilökunnan tai potilaiden turvallisuutta. Vaarantavia seikkoja voivat esimerkiksi olla ahtaus ja yleinen levottomuus, joka taas voi johtua siitä, että osaston käytävillä on ylimääräisiä sänkyjä ja niissä ylipaikoilla olevia potilaita. Ympäristössä tulisi myös huomioida esimerkiksi valaistus, melu sekä henkilökunnan määrän suhde hoidettavien määrään. Edellä mainitut seikat ovat tekijöitä, jotka voivat esimerkiksi lisätä haastavan käytöksen esiintymistä sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköissä ja kouluissa, joissa Mapa-mallia voidaan hyödyntää. Ennaltaehkäisy on henkilökunnan kouluttamista ja keskustelun herättämistä aggression ja väkivallan uhan

olemassa olemisesta. (Suomen mapakeskuksen verkkosivut).

Mapa-koulutusmallissa korostuu siis ennakointi. Ennakoinnilla voidaan myös tarkoittaa sitä, että jokainen potilas ajatellaan yksilönä, jonka käyttäytymistä, ulkoista olemusta, puheen analysointia sekä esitietojen tarkastelua hyväksikäyttäen yritetään luoda arvio hänen tarpeistaan ja henkisestä tilastaan. Mikäli näitä seikkoja tutkimalla huomataan potilaassa ahdistusta tai levottomuutta tai tilanne alkaa muuten eskaloitumaan, ryhdytään ajoissa toimenpiteisiin (Crisis prevention -verkkosivut, Mapa; Suomen mapakeskuksen verkkosivut).

8.1.2 Mapa Suomessa

Mapa-kouluttajia on Suomessa noin 100. Mapa-kouluttajat ovat terveydenhuollon, sosiaalialan tai koulutuksen ammattilaisia, jotka ovat suorittaneet väkivallan ennaltaehkäisyn ja turvallisen hoidon perusopintojakson lisäksi kouluttajan valmiuksiin tähtäävän täydennyskoulutuksen. Kouluttajien koulutus ja Mapa-koulutusten myynti toteutetaan Suomen mapa-keskuksesta (Suomen mapakeskuksen verkkosivut).

8.2 Avekki-koulutus

Fi-turvallisuuskoulutuksen Avekki-koulutus on toinen Suomessa hyvin menestynyt ja hyvää palautetta saanut työturvallisuuteen painottuva koulutusmalli. Avekki tarkoittaa käytännössä "Aggression ja Väkivallan Ennakointia sekä hallintaa ja toimintatapamalli sisältää Kouluttamista, Kehittämistä sekä yhteiskuntaan Integroitua". Seuraavassa osiossa käydään läpi Avekki-koulutusta.

8.2.1 Avekin ominaisuuksia

Avekki-koulutuksessa korostuu ennakointi, hallinta ja jälkiselvittely. Ennakoinnilla tarkoitetaan kaikkia toimintoja, joilla saadaan tilanteet ennakoitua ja aggressio/väkivalta ehkäistyä on niin asiakkaan kuin työntekijänkin etu. Ennakointi ei ole aina mahdollista varsinkaan, jos työyhteisö ei tiedosta mahdollisia riskejä ja puutu niihin. Ennakointi on keskeisin asia, mihin työyhteisön tulee panostaa, mutta toisaalta ennakoinnin pettäessä tulee olla konkreettisia keinoja toimia turvallisesti yllättävissäkin tilanteissa (Fi-turvallisuuskoulutuksen verkkosivut, Avekki).

Hallinnalla Avekki-koulutuksessa tarkoitetaan tilanteen hallitsemista omalla viestinnällä tai joustoa ja minimaalista voimaa käyttämällä. Hallinnalla ei siis aina tarkoiteta automaattisesti voimakeinojen käyttöä. Hallinta ei saa tuottaa missään tapauksessa asiakkaalle kipua tai vaarantaa hänen terveyttään (Eml.)

Jälkiselvittelyllä Aveckki-koulutuksessa tarkoitetaan seuraavaa: Haastavat tilanteet ovat ahdistavia, niin työntekijöille kuin asiakkaillekin. Jotta turvataan työntekijän jaksaminen ja työyhteisön hyvinvointi on vaikeat tilanteet käytävä läpi työyhteisössä. Jos asiakkaan kanssa ollaan myöhemminkin tekemisissä, on tilanne käytävä myös asiakkaan kanssa läpi, jotta vuorovaikutus jatkossa toimisi mahdollisimman hyvin. Jälkiselvittelyä on aiheellista käydä myös omaisten kanssa läpi. Näin toimien saadaan huhuilta katkaistua siivet sekä löydetään yhteisymmärrys siitä mitä on tapahtunut (Eml.)

Aveckki korostaa myös yhdessä toimimisen tärkeyttä - ota haastaviin tilanteisiin työkaveri mukaan – tyylillä. Toimintamalli tarjoaa yhteisen "kielen" ja tavan toimia hallitusti, kivuttomasti ja asiakasta kunnioittavasti. Mallissa korostuu asiakas- ja työturvallisuus. Mallin keskeisiä arvoja ja periaatteita ovat mm. yksilön ihmisarvon kunnioittaminen, yhteisöllisyys, dialogisuus sekä hoidollisuus ja kivuttomuus (Eml.)

Fi-Turvallisuuskoulutuksen verkkosivuilla Aveckkia kuvaillaan seuraavasti: "Haastavat työtilanteet vaativat henkilöstöltä ennakoinnin ja viestinnän taitoja, tietoa aggressioita aiheuttavista tekijöistä sekä henkilökunnan ja oman toiminnan arviointia. Kaikkia tilanteita ei voi aina ennakoida vaikka niin haluaisikin ja siksi henkilöstö tarvitsee yhteisen toimintamallin haastavien tilanteiden hallintaan. Aveckki-toimintatapamalli tarjoaa keinoja eri hoitotoimenpiteiden ja tehtävien suorittamiseen sekä itsensä suojaamiseen. Yhteiset toimintatavat takaavat työ- ja asiakasturvallisuuden". Aveckki-koulutus tarjoaa myös tarpeen mukaan koulutusta fyysisten menetelmien käyttöön. (Eml.)

9 ASIANTUNTIJALOUSUNNOT

Pyysimme Mapa- ja Avekki-koulutuksista vastaavilta asiantuntijoilta lausuntoja siitä, kuinka koulutukset sopisivat sosiaali- ja terveystieteiden opetussisältöön ja mitä asioita opetettaisiin. Lisäksi kysyimme asiantuntijoiden käsitystä työturvallisuusosaamisesta sosiaali- ja terveystieteillä.

Kartoitus tehtiin sähköpostin välityksellä ja kysymyspohjat olivat identtiset kullekin asiantuntijalle. Lausuntopyyntöissä oli kolme pääkysymystä.

Ensimmäisen kysymyksen muotoilu: "Soveltuisiko koulutus lähihoitajan (sosiaali- ja terveystieteiden perustutkinto) opintoihin, ja olisiko sen sisällyttäminen opintoihin mielestänne kannattavaa? (Lähihoitajan opinnoissa ei juurikaan käydä läpi työturvallisuusasioita konkreettisella tasolla)".

Toisen kysymyksen muotoilu: "Jos lähihoitajakoulutukseen saataisiin yksi pakollinen opiskelupäivä, jossa harjoiteltaisiin aggressiivisen potilaan kohtaamista, mitä teemoja nostaisit päivän aikana erityisesti esille?"

Kolmannen kysymyksen muotoilu: "Millainen käsitys sinulla on sosiaali- ja terveystieteiden työntekijöiden työturvallisuusosaamisesta tällä hetkellä? "

Molempien koulutusten edustajat vastasivat hyvin ja asiantuntevasti kysymyksiin.

9.1 Mapa-asiantuntijan lausunto

Mapan edustajan Aulikki Ylinivan mukaan Mapa-koulutus soveltuisi erittäin hyvin lähihoitajakoulutukseen ja ainakin osia koulutuksesta kuten Mapa-perusteet kannattaisi lisätä sinne. Yliniva kertoo lähihoitajien kohtaavan paljon haastavia asiakastilanteita erilaisten ihmisryhmien, kuten esimerkiksi vanhusten tai vammaisten kanssa. Mapa-perusteet on pääosin vuorovaikutuksellista, ennakoivaa toimintaa, eli hoitaja oppii ymmärtämään ahdistunutta ja kiukkuista ihmistä, pyrkii tarjoamaan tälle apua, sekä vastaamaan sanallisesti sanalliseen aggressioon. Käytännössä vain fyysisen aggression ilmaukseen vastataan fyysisesti, eli joko esimerkiksi irtautumalla tai rajoittamalla. Koulutuksessa opetellaan monipuolisia keinoja, kuten iskuilta suojautumista, tartuntaotteista irtautumista sekä fyysistä ohjaamista ja rajoittamista istuen ja seisten. Tärkeää on oppia vastaamaan haasteisiin tilanteeseen soveltuvalla tavalla arvioiden, toimitaanko matalalla riskillä stabiloiden ja keskustellen vai käytetäänkö tilanteessa enemmän voimaa (keski- ja korkean riskin periaatteita).

Yliniva kuitenkin painottaa, että Mapa-perusteet -kurssi ei mahdu kokonaan yhteen koulupäivään, sillä kurssin pituus on minimissään 12 tuntia, mieluiten 16 tuntia. Ohjelma on tiivis, kun käydään läpi teoreettinen osuus ja fyysinen osuus. Jos käytössä kuitenkin olisi vain yksi koulutuspäivä, siinä kannattaisi käydä läpi "kriisin kehittymisen mallin" sekä opetusta siitä, miten hoitaja vastaa kriisin vaiheisiin. Lisäksi mukaan otettaisiin harjoituksia, kuten iskuilta suojautumista sekä tarttumisotteista irtautumisia. Mukaan ei kuitenkaan otettaisi fyysistä ohjaamista ja rajoittamista. Irtautumisen rauhallista harjoittelua korostetaan, sillä se on hyvä taito missä tahansa.

Mapa on tuotteena sertifioitu ja lisensoitu, joten koulutusten tulisi olla standardien mukaisia. Yhden päivän koulutuksista ei tulisi käyttää nimeä Mapa. Koulutuksen tulee myös olla vähintään 12 tuntia, jotta siitä voi antaa osallistumistodistuksen.

Yliniva myös kertoo, että Mapa-perusteet -koulutus on lisätty kaikkien sairaanhoitajaksi tai terveydenhoitajaksi opiskelevien koulutusohjelmaan vuoden 2017 alusta lähtien (Laurea amk). Mapa-koulutusta on tähän asti toteutettu vain joissakin Laurean yksiköissä, kuten Hyvinkäällä, Lohjalla ja Porvoossa.

Sosiaali- ja terveysalan työntekijöiden työturvallisuusosaamisesta Yliniva kertoo sen verran, että aihetta varmasti sivutaan koulutuksissa, mutta systemaattista koulutusta tarjoaa vasta muutama alan oppilaitos Suomessa (Laurean lisäksi esim. Oulun amk, HAMK, ja Diakonia opisto. Näissäkin kuitenkin vain osassa yksiköistä, ei systemaattisesti koko oppilaitoksissa).

Sosiaalialalla ei ole koulutusta haastaviin asiakastilanteisiin systemaattisesti edes Laureassa, vaan ainoastaan sen mukaan, tilaako jokin ryhmä koulutuksen vai ei. Yleensä tilaus syntyy opiskelijoiden aloitteesta. Ylinivan mukaan "kentältä kuuluu", että tarve koulutukseen olisi suuri myös sosiaalialalla.

Yliniva mainitsee vielä lopuksi Theseuksesta löytyvän tuoreen opinnäytetyön Mapa-koulutus opiskelijoiden kokemana (Grön, Hassa, Nisula), jossa tutkittiin opiskelijoiden kokemuksia heti Mapa-koulutuksen päätyttyä ja noin vuosi sen jälkeen. Tulokset koulutuksen hyödyllisyydestä tulevat kuulemma hyvin ilmi, vaikka tutkimusryhmän oppimismateriaali oli vielä 2014 englanninkielinen.

9.2 Avekki-asiantuntijan lausunto

Avekki-koulutuksen edustaja Raimo Lappalainen kertoo, että Avekki-toimintatapamallia käytetään osana pakollisia opintoja sosiaali- ja terveysalan opinnoissa Savonia

ammattikorkeakoulussa Iisalmessa, sekä Kuopiossa. Lappalaisen mukaan tämä on tärkeä ja hyvä esimerkki myös muille oppilaitoksille, kuinka työturvallisuus ja väkivallanuhka tulisi huomioida tulevien sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten perusosaamisessa. Aveckikoulutus on kuulunut osana opintoja myös Savon ammatti- ja aikuisopiston opiskelijoille. Lappalaisen mukaan Aveckikoulutuksen olisi hyvä olla osana kaikkien sosiaali- ja terveysalan opiskelijoiden opintoja pakollisina, tai vähintään vapaasti valittavina opintoina jo ennen ensimmäistä työharjoittelujaksoa. Lappalainen kertoo, että kun Aveckikoulutusta on järjestetty työyhteisöissä, on palautteissa noussut selkeästi esille, että koulutus olisi kannattanut käydä jo vuosia sitten, ennen kuin alalle tultiin töihin. Lisäksi palautteissa on noussut esille se, että Aveckitoimintatapamallin olisi hyvä kuulua jo opiskelijoiden opintoihin, sillä väkivallan uhkaa koetaan monissa eri ympäristöissä; päiväkodeissa, kouluissa sekä sosiaalityön kehitysvamma kuin vanhustyöyksiköissäkin. Väkivallan uhka voi johtua esimerkiksi asiakkaista tai näiden omaisista.

Lappalainen korostaa sitä, että tarve koulutuksen järjestämiselle on oikeasti selvästi olemassa, ja joissain paikoissa työntekijät saattavat olla viikoittain tilanteissa, joissa koulutuksesta voisi olla suuresti apua.

Jos käytössä olisi vain yksi koulutuspäivä, Lappalainen nostaisi tärkeänä aiheena esille aihekokonaisuudet "vuorovaikutus ja asiakkaan turvallinen kohtaaminen", "ennaltaehkäisy ja ennakointi", "turvallinen työympäristö ja työntekijän henkilökohtainen turvallisuus", "turvallinen etäisyys, sijoittuminen ja koskettaminen hoitotilanteissa" sekä "ohjaaminen toiseen tilaan ja liikkumisen avustaminen". Lappalaisen mukaan suurin osa ongelmista voitaisiin välttää hyvällä vuorovaikutuksella. Ennakoivaa, rauhallista ja kivutonta toimintatapaa tulisi pyrkiä soveltamaan erilaisissa tilanteissa, myös otteista irrottautumisiin ja lyönneiltä suojautumisiin (joihin varattaisiin lyhyt aika koulutuksesta). Opetukseen sisältyisi vähintään 4 oppituntia luentoja, 2-3 oppituntia vuorovaikutus- ja kohtaamisharjoitteita, sekä "itsepuolustusta" 1 oppitunti.

Lappalainen kertoo opettaneensa turvallisuutta ammatikseen sosiaali- ja terveysalalla vuodesta 1997, sekä toimineensa järjestyksenvalvojen voimankäyttökouluttajana vuodesta 2001 alkaen ja toimineensa Aveckikouluttajien kouluttajana vuodesta 2007 alkaen. Lappalainen kertoo, että kokemuksensa perusteella vuorovaikutustaidot ovat hänen mielestään kaikkein tärkeimmät taidot sosiaali- ja terveysalalla, kun kohdataan aggressiivisia asiakkaita/potilaita. Lappalainen nostaa vielä esille sen, että järjestyksenvalvojille, vartijoille ja poliiseille opetettavat voimankäytön menetelmät

(irtautumiset, hallintaotteet, voimankäyttövälineet) eivät yleensä sovellu sosiaali- ja terveysalan potilaiden tai asiakkaiden käsittelyyn.

Lappalaisen kanssa samalla linjalla on myös Lehestö ym. (2004, 115–117). Turvallisuusosalalla opetettavat menetelmät ja voimankäyttövälineet, esimerkiksi kaasut ja patukat, vaativat paljon enemmän koulutusta, kuin työturvallisuusasioiden perusteiden kouluttaminen. Lisäksi hoitaja kantamassa voimankäyttövälineitä voi herättää myös levottomuutta ja provosoida väkivaltaiseen käyttäytymiseen. (Lehestö ym. 2004, 115–117).

Sosiaali- ja terveysalan työntekijöiden osaamisvalmiuksia aggressiivisen potilaan/asiakkaan kohtaamiseen Lappalainen kuvailee vaihteleviksi. Osassa paikoissa koulutetaan koko henkilökunta kohtaamaan aggressiivisia potilaita/asiakkaita ja heille järjestetään vuosittain tai joka toinen vuosi ylläpitokoulutuksia. On kuitenkin myös olemassa paikkoja, joissa työturvallisuuskoulutus kuitataan parin tunnin luennolla. Tästäkin syystä osaamisen taso vaihtelee huomattavasti, riippuen myös eri yksiköiden resursoinnista työturvallisuuskoulutukseen. Lappalainen kertoo, että ne työyhteisöt, jossa työntekijät kokevat jatkuvaa väkivallan uhkaa, ovat usein panostaneet työntekijöiden kouluttamiseen, mutta sellaiset työyhteisöt, joissa uhkaa ei ole koettu, tai siitä on vaiettu, jättävät helposti henkilökunnan kouluttamatta.

Monissa oppilaitoksissa ei myöskään tällä hetkellä ole opetussuunnitelman puitteissa mahdollista asioita kouluttaa, ja silloin vastuu siirtyy tulevalle työnantajalle. Yksityisellä puolella pienissä yksiköissä tämä voi olla kustannuskysymys, jolloin koulutusta ei järjestetä. Lappalainen nostaa vielä lopuksi esille, että yhden työntekijän joutuminen sairaalomalta pahoinpitelyn seurauksena voi tulla kalliimmaksi kuin koulutuksen järjestäminen kaikille työntekijöille.

10 TUTKIMUS TAMPEREEN SEUDUN AMMATTIOPISTO TREDUSSA

10.1 Kyselyn toteuttaminen

Toteutimme tutkimuksemme Tampereen seudun ammattiopisto Tredun Santalahdentien toimipisteessä. Tutkimuksen kohderyhmäksi valikoitui Tredun sen maantieteellisen sijainnin ja runsaan opiskelijamäärän perusteella. Tutkimuksen pohjana toimi puolistrukturoitu kyselylomake, jossa on avoimia kysymyksiä. Kyselytutkimuksen perusteella arvioimme oppilaitoksen sosiaali- ja terveysalan ammattitutkintoa (lähihoitajatutkinto) suorittavien opiskelijoiden valmiuksia kohdata aggressiivista käytöstä työelämässä.

Kysely kohdennettiin kolmannen vuoden sosiaali- ja terveysalan opiskelijoille. Kolmannen vuoden opiskelijat ovat valmistumassa tulevana keväänä ja heillä on usean työssä oppimisjakson verran käytännön kokemusta hoitoalan työtehtävistä. Tutkimalla kolmannen vuoden opiskelijoita saimme luotettavimman kuvan koko koulutuksen aikana kertyneestä osaamisesta sekä siitä, miten opiskelijat näkivät osaamisensa verrattuna työelämän vaatimuksiin.

Kyselylomakkeet lähetettiin ennalta sovitusti Santalahdentien toimipisteen opintojen ohjaajalle, joka jakoi ne edelleen seitsemälle kolmannen vuoden sosiaali- ja terveysalan opintolinjan opiskelijoiden ryhmänohjaajalle. Opintojen ohjaaja ja ryhmänohjaajat ohjeistettiin kyselyn toteuttamiseen. Paperiset kyselylomakkeet täytettiin kootusti luokittain marras-joulukuun 2016 aikana. Kunkin ryhmän ohjaaja keräsi vastaukset opiskelijoiltaan ja lähetti ne kirjekuoressa opintojen ohjaajalle ja edelleen tutkijoille.

Kyselylomakkeita tulostettiin Santalahdentien toimipisteen kolmannen vuoden sosiaali- ja terveysalan tämänhetkistä opiskelijamäärää vastaava määrä eli 155 kpl. Eri syistä (työssä oppimisjakso, sairauspoissaolot ym.) johtuen kaikki opiskelijat eivät olleet paikalla kyselyyn vastaamiseen varattuna ajankohtana. Kaikki paikalla olleet vastasivat kyselyyn. Vastauksia saatiin yhteensä 110 kpl, jolloin vastausprosentiksi muodostui n. 70,97 %.

Sosiaali- ja terveysalan opinnoissa on eri linjoja, joille opiskelijan on mahdollista erikoistua. Erikoistumisopinnot suoritetaan suurelta osin kolmantena vuonna. Suurin osa opiskelijoista suorittaa *sairaanhoito ja huolenpito* -linjan. Linja on jaettu kolmeen luokkaan ja sillä opiskelee kaikkiaan 91 opiskelijaa, joista vastaukset saatiin yhteensä 60 opiskelijalta. *Vanhustyön* erikoistumisopintoja suorittavia opiskelijoita on 16 ja kyselyyn vastasivat kaikki linjan opiskelijat. Suun terveydenhoidon linjan opiskelijoita on yhteensä

24 ja vastaukset saatiin 17 opiskelijalta Ensihoidon erikoistumisopintoja suorittaa 4 opiskelijaa, joista jokainen vastasi kyselyyn. Mielenterveys- ja päihdetyöhön erikoistuvia opiskelijoita on yhteensä 20 ja heistä 13 vastasi kyselyyn.

10.2 Kyselyn sisältö

Puolistrukturoitu kyselylomake (LIITE 1) sisältää lyhyen johdannon sekä kuusi (6) ennalta määrättyä kysymystä, joihin jokaiseen pyydetään vastaamaan omin sanoin. Tilaa vastauksille on varattu n. 5 riviä/vastaus. Tässä luvussa esitellään jokainen kysymys yksitellen ja kerrotaan sillä kartoitettavista asioista.

Ensimmäisellä kysymyksellä on tarkoitus kartoittaa sitä, kuinka suurena työturvallisuushkana tulevalla työurallaan opiskelijat näkevät potilaan aggressiivisen käytöksen. Kysymyksenasettelulla on tarkoitus päästä pureutumaan siihen "hoitajakulttuuriin", johon opiskelija opintojensa aikana ohjataan. Tarkoituksena on saada tietoa siitä, miten aggressiivisen henkilön aiheuttama työturvallisuusriski sisäistetään kohta valmistuvien perushoitajien keskuudessa.

Kysymyksestä 2 kysymykseen 5 asti on luotu vastaajaa varten skenaario. Vastaajaa pyydetään omin sanoin kertomaan, kuinka hän toimii hoitajana uhkaavassa tilanteessa sen edetessä. Tältä osin aineistonkeruumenetelmässä on otettu vaikutteita passiivisesta eläytymismenetelmästä, eli vastauksissa tapahtuvia muutoksia seurataan asetetun muuttujan, ajan/tilanteen etenemisen suhteen (Eskola ym. 2008, 100–117). Eläytymismenetelmästä poiketen, tässä kyselyssä kaikki vastaavat jokaiseen kysymykseen. Tällöin voidaan verrata paitsi tutkimuskohteiden vastausten eroavaisuuksia suhteessa toisten tutkimuskohteiden vastauksiin, myös yksittäisen tutkimuskohteen vastauksia suhteessa omiin vastauksiinsa muuttujan (ajan/tilanteen) ollessa eri.

Eläytymismenetelmää sovelletaan tässä osiossa vain osittain. Kyselyn tämän osan pääasiallinen tarkoitus on toimia räätälöitynä testinä, jolla arvioidaan opiskelijoiden osaamista/perehtyneisyyttä aggressiivisen potilaan kohtaamiseen. Osaamistason arvioimista varten on erikseen räätälöity "vastauskehikko" (LIITE 2), joka on rakennettu aiheesta laaditun teorian tiedon, tutkimusten, asiantuntijahaastattelujen sekä oman koulutuksemme antaman tietotaidon pohjalta.

Kyselylomakkeen *toisella* kysymyksellä on tarkoitus kartoittaa vastaajien ajattelumaailmaa siitä, mitä asioita tulee huomioida valmistautuessa kohtaamaan uhkaavaa tai aggressiivista käytöstä työtehtävillä. Ennakointia pidetään yleisesti tärkeänä työkaluna väkivaltariskien

hallinnassa (Saarela ym. 2009, 46; Lehestö ym. 2004, 98-100). Riittävä henkilöstömäärä parantaa työturvallisuutta (Lehestö ym. 2004, 105-108) ja kohonneen väkivaltariskin aikana useamman työntekijän tai tarvittaessa vartijan sekä viranomaisavun paikalle saaminen korostuu. Tilanteeseen osallistuvien työntekijöiden kesken laadittu yksinkertainenkin toimintasuunnitelma edesauttaa tilanteen onnistunutta läpivientiä. Valmistautuminen, oman mielentilan säätäminen rauhalliseksi ja toimintavalmiiksi ovat tärkeitä seikkoja mihin tahansa stressaavaan tilanteeseen jouduttaessa. (Gustafsberg 2014).

Kolmannessa kysymyksessä tilanne etenee ja äsken huoneessaan riehunut potilas rauhoittuu. Vastaja viehän potilaan huoneeseen ja pyydetään häntä kertomaan työturvallisuuden kannalta huomioitavia asioita. Saarela ym. (2009) korostaa asiakastilanteen vuorovaikutusta ja sitä, että asiakkaalle tulee tarjota kunniakas ulospääsy tilanteesta (Saarela ym. 2009, 31-32). Oma rauhallinen käytös ja puhetyyli, sekä kaikenlaisen provosoinnin välttäminen luovat puitteet tilanteen rauhanomaiselle ratkaisemiselle. Hoitoalalla ongelmalliseksi uhkaavan asiakastilanteen tekee usein se, ettei ole mahdollista tarjota potilaalle hänen tahtomaansa pakoreittiä tilanteesta joko muiden tai hänen itsensä turvallisuuden varmistamisen vuoksi. Hoitoalalla joudutaan usein tekemään potilaan tahdonvastaisia toimenpiteitä tämän oman edun nimissä (Lehestö ym. 2004, 89-90). Niinpä hoitajan on pystyttävä ratkaisemaan tilanne ilman vahinkoja pitäen kuitenkin mielessä velvollisuutensa potilaan hoitamisen ja ympäristön turvallisuudenkin suhteen. Pelkkä rauhallinen ja kaikkeen myöntävä vuorovaikutus ei siis riitä.

Toimintaympäristön sekä sen etujen ja riskien havainnointi on perustavanlaatuinen toimenpide tilassa, jossa väkivallan esiintymisen riski on koholla (Lehestö ym. 2004, 106-109). Kaikki vahingoittamiseen soveltuvat esineet on pyrittävä saamaa pois kohonneen väkivaltariskin omaavan henkilön ulottuvilta. Oma sijoittuminen on mietittävä siten, että tilasta on mahdollista poistua turvallisesti tarpeen vaatiessa. Tilan huomioimisen lisäksi on tärkeää muodostaa jatkuvaa tilannearviota aggressiivisen potilaan käytöksestä. Erilaisista usein tahattomistakin signaaleista on mahdollista päätellä, onko uhkaava henkilö rauhoittumassa vai kohoako väkivaltariski (Saarela ym. 2009, 32-33). Potilaan mielentilan seurannassa auttaa huomattavasti rauhallinen puhutus, jonka avulla saadaan paitsi potilaan ajatukset pois suuttumuksesta, myös mahdollisesti tietoa aggression syistä.

Neljännessä kysymyksessä tilanne etenee eskaloitumiseen asti potilaan lyödessä saksilla hoitajaa käteen. Väkivaltatilanteelle on tyypillistä sen kehittyminen vaiheittain, mutta toisinaan väkivalta on äkillistä ja ennalta arvaamatonta (Saarela ym. 2009, 34.). Näin ollen

on teoreettisestikin täysin mahdotonta kyetä toimimaan uhkaavassa tilanteessa siten, ettei se voisi missään tapauksessa eskaloitua suoranaiseksi väkivallan käytöksi. Tällaisessa tilanteessa korostuu ennen kaikkea selviytyminen ja tilanteen saaminen hallintaan tavalla tai toisella. Ensisijaisesti hoitajan tulee pyrkiä tilanteesta irti ja hälyttää lisääpua paikalle. Tilanne on saatava hallintaan keinolla millä hyvänsä.

Hyökkäystilanteessa tulee käyttää selkeitä käskyjä ja hyökkäyksen kohteeksi joutuneen tulee pyrkiä pakenemaan paikalta. Pakenemisyrityksen epäonnistuessa ainoaksi keinoksi jää itsensä puolustaminen. (Saarela ym. (2009, 35). Tilanteen edetessä väkivallaksi asti ja poistumisyritysten epäonnistuttua muodostuu *hätävarjelutilanne*.

Rikoslain 4:4§ 1 momentissa säädetään hätävarjelusta: "Aloitettun tai välittömästi uhkaavan oikeudettoman hyökkäyksen torjumiseksi tarpeellinen puolustusteko on hätävarjeluna sallittu, jollei teko ilmeisesti ylitä sitä, mitä on pidettävä kokonaisuutena arvioiden puolustettavana, kun otetaan huomioon hyökkäyksen laatu ja voimakkuus, puolustautujan ja hyökkääjän henkilö sekä muut olosuhteet" (Rikoslaki, 13.6.2003/515).

Hätävarjelun päätyttyä ja tilanteen hallintaan saamisen jälkeen korostuu ympäristötekijöistä riippuen ensiapu käteen tulleelle haavalle tai asianmukaiseen hoitoon hakeutuminen. Ensiavulla tarkoitetaan tässä tapauksessa kaikkia niitä hoitotoimenpiteitä, joilla saatua vammaa aletaan hoitamaan.

Skenaarion viimeinen ja samalla kyselylomakkeen *viides* kysymys käsittelee työpaikalla tapahtuneesta väkivallasta seuraavia jatkotoimenpiteitä. Tärkeimpänä huomioitavana asiana väkivaltatilanteen jälkeen on sille altistuneiden henkilöiden jälkihoito.

Traumatisoivan tapahtuman kokeneen henkilön tulee puhua tapahtuneesta mahdollisimman paljon. Puhuminen auttaa hallitsemaan tapahtuneesta aiheutuneita ahdistavia muistoja. Työhön palaaminen ja arkirutiineiden nopea käynnistäminen sekä riittävästä levosta huolehtiminen auttavat traumaattisen kriisin käsittelyssä. (Saarela ym. 2009, 48–49).

Työyhteisössä traumaattisen tilanteen käsittely tarkoittaa käytännössä yhteisiä selkeitä pelisääntöjä, jälkipuinti- eli ns. debriefing-tilaisuuksien järjestämistä ja traumaattisen kokemuksen kokeneen työntekijän huomioimista. Toinen oleellinen seikka henkisen jälkihoidon varmistamisen ohella on tapahtuneen kirjaaminen asianmukaisesti sekä tapahtuneen saattaminen työtovereiden sekä esimiesten tietoon.

Työpaikalla sattuvista väkivalta- ja uhkatilanteista kerätään tietoa useasta eri syystä.

Tärkeintä on oppia tapahtuneesta ja muuttaa toimintatapoja turvallisemmiksi. (Saarela ym. 2009, 50). Näin ollen tarkka kirjaaminen ja tiedon välittäminen nähdään tärkeänä työturvallisuutta parantavana asiana.

Kyselyn *kuudennessa* kysymyksessä pyydetään vastaajaa kuvailemaan omin sanoin koulutuksen antamia valmiuksia aggressiivisen potilaan kohtaamiseen. Vastauksilla on tarkoitus yhtäältä määrittää sitä, onko vastaajan oma käsitys osaamisestaan linjassa tutkijoiden käsityksen kanssa ja toisaalta vastaajan tyytyväisyyttä osaamistasoonsa.

10.3 Aineiston analysointimenetelmän kuvaus

Kyselytutkimuksella saatiin 110 kpl täytettyjä vastauslomakkeita. Aineiston käsittely aloitettiin silmäilemällä kaikki täytetyt lomakkeet muutamaan kertaan. Silmäilyn jälkeen aineisto jaettiin neljään osaan (2x27 kpl ja 2x28 kpl) siten, että jokaiseen osaan jaettiin tasaisesti eri erikoistumisalojen opiskelijoiden vastauksia. Työtaakan keventämiseksi kumpikin tutkija analysoi 27 kappaletta täytettyjä kyselylomakkeita (ks. *tutkijatriangulaatio* Eskola ym. 69–70).

Erillisessä keskustelutilaisuudessa tutkijat määrittivät analysointimenetelmän. Aineisto (55 kpl) analysoitiin kvantifioimalla eli laskemalla kuvatun kehikon (ks. luku 10.2 ja LIITE 2) mukaisesti eri teemojen esiintyneisyys aineistossa. Kumpikin tutkija teki työstään muistiinpanot ja esitteli havaintonsa toisessa keskustelutilaisuudessa.

Tutkijoiden erikseen tekemän analysointityön jälkeen havainnot yhdistettiin ja niistä muodostettiin tutkimustulokset. Otannan ulkopuolelle jääneet vastaukset (2x28 kpl) silmäiltiin läpi ja niissä esiintyvissä vastauksissa ei nähty mainittavia eroja verrattuna tutkimustuloksiin.

11 TUTKIMUKSEN TULOKSET

11.1 Aineistoon tutustuminen

Alustavan silmäilyn vaiheessa ei vielä menty tarkemmin "skenaariossa" (kysymykset 2–5) esiintyvien vastausten arviointiin. Sen sijaan muodostettiin yleinen kuva osaamisen tasosta ja vastaajien asenteesta aihealuetta kohtaan. Alustavan silmäilyn vaiheessa vastaukset myös nimettiin vastaajan erikoistumisalan mukaisesti kirjainlyhenteellä sekä juoksevalla numeroinnilla.

Huomionarvoinen esiin noussut seikka oli se, että lähes kaikki vastaajat näkivät aggressiivisen käytöksen tulevan työnsä työturvallisuusriskinä. Osa vastaajista näki aggressiivisen käytöksen ainoana työhön liittyvänä riskinä, kun taas osa listasi vastauksessaan riskejä laajemminkin.

Toinen korostunut asia oli vastauksista esiin nouseva halu ja tarve saada lisäkoulutusta työturvallisuusasioihin. Avekki-koulutus (ks. luvut 8.2 ja 9.2) mainittiin vastauksissa usein, sillä sen suorittavat kaikki kohderyhmän opiskelijat jossain vaiheessa koulutustaan (Tredun opinto-ohjaaja). Kaikille kohderyhmän opiskelijoille järjestettävästä Avekki-koulutuksesta saatiin tieto Tredun opinto-ohjaajalta noudettaessa täytettyjä kyselylomakkeita. Avekki-koulutuksen jälkeen merkittävimpana työturvallisuusasioihin perehdyttävänä oppimisympäristönä mainittiin työssä oppimispaikat. Useimmiten vastaajat kuvasivat opetuksen laatua hyväksi, mutta mainitsivat sen liian vähäisen määrän. Myös konkreettista käytännön opetusta haluttiin yleisesti lisää. Osa vastaajista kertoi oman osaamisensa olevan hyvällä tasolla, kun taas osa kertoi siinä olevan paljon parannettavaa. Mielenkiintoinen huomio oli 2–5 kysymysten vastausten laadun heikkeneminen sellaisten vastaajien kohdalla, jotka kertoivat hyvistä valmiuksistaan. Yleisesti omaan osaamiseensa kriittisemmin suhtautuvien vastaajien vastausten taso kysymyksissä 2–5 oli korkeampi.

11.2 Koljosen aineisto

Tutkimusaineisto (27 kpl kyselylomakkeita) käytiin läpi kysymys kerrallaan.

Ensimmäisen kysymyksen vastauksissa nousi vahvasti esiin väkivaltainen tai aggressiivinen käytös hoitoalan työturvallisuusriskinä. Lähes kaikki otoksen vastaajat (26/27) nostivat vastauksessaan esille potilaan aggressiivisen käytöksen. Ainoa vastaaja, joka ei nostanut aggressiivista käytöstä esille, oli jättänyt kokonaan vastaamatta tähän kysymykseen. Otannan perusteella kaikki vastanneet näkivät aggressiivisen käytöksen hoitoalan työturvallisuusriskinä.

Aggressiivisen käytöksen ainoana työturvallisuusriskinä mainitsi 7/27 vastaajaa. Vastaajista 11/27 mainitsi aggressiivisen käytöksen lisäksi riskinä esimerkiksi päihtyneet, muistisairaat tai sekavat potilaat. Näitäkin vastauksia tulkittiin siten, että ainoana työturvallisuusriskinä nähtiin aggressiivinen käytös, sillä tässä asiayhteydessä voitiin nähdä vastaajien pyrkimys tuoda esille päihtymys, sairaudet ym. väkivaltariskiä lisäävinä tekijöinä (ks. Lehestö ym. 2004, 92–98). Näin ollen vastaajista 18/27 näkivät aggressiivisen käytöksen ainoana työturvallisuusriskinä hoitoalalla.

Vastaajista 8/27 kertoi aggressiivisen käytöksen ohella muista työturvallisuusriskeistä tulevassa työssään. Useammin kuin kerran vastauksissa esille nousivat seuraavat työturvallisuusriskit: infektioiden ja sairauksien tarttuminen (2/8), pisto- tai viiltotapaturmat (4/8), henkinen väkivalta tai huono työilmapiiri (2/8) sekä huono työergonomia (2/8). Mielenkiintoinen muista vastauksista erottuva vastaus oli ensihoitoon erikoistuneen opiskelijan mainitsema liikenneonnettomuuspaikan työympäristö riskinä.

Toisen kysymyksen vastauksissa opiskelijoiden enemmistö (19/27) näki lisäävun paikalle saamisen tai varmistamisen tärkeimpänä huomioitavana asiana valmistauduttaessa kohtaamaan aggressiivista käytöstä. Näistä vastaajista 6/27 mainitsi erikseen poliisin tai vartijan paikalle kutsumisen. Kontaktin luominen aggressiiviseen potilaaseen ja tämän rauhoittelun huomioi 12/27 vastaajaa. Oman rauhallisuuden säilyttämisen (10/27) sekä oman henkisen toimintavalmiuden nostamisen mainitsi 6/27 vastaajaa. Muita huomioitavia asioita oli vastaajien mukaan potilaan rauhoittumisen odottaminen (5/27), turvahälytin (1/27), oma suojaus esim. puukkoliivit (1/27) sekä aktiivinen tilanteen seuranta (1/27). Muutama vastaaja oli nostanut huomioitaviksi asioiksi ulospääsyn varmistamisen, rauhoittavan lääkkeen antamisen tai riittävän etäisyyden huomioimisen. Nämä vastaukset käsitellään kolmannen kysymyksen yhteydessä.

Kolmannen kysymyksen vastauksissa 14/27 vastaajaa pyrki jatkamaan kontaktin luomista aggressiiviseen potilaaseen rauhoittelemalla tätä. Vaarallisten esineiden ja irtaimiston saamisen pois potilaan ulottuvilta huomioi 12/27 opiskelijaa. Ulospääsyn varmistamisen huomioi tämän kysymyksen yhteydessä 9/27 vastaajaa ja aiemmassa kysymyksessä 2/27 vastaajaa. Riittävän etäisyyden huomioi tässä 8/27 vastaajista ja aiemmassa kysymyksessä 4/27. Tässäkin kysymyksessä osa vastaajista (5/27) huomioi lisäävun paikalle saamisen ja yleisesti varuillaan olemisen (7/27). Kolme vastaajaa (SH1, ST17, SH54) kertoivat, että pitäisivät omat kätensä näkyvillä. Niin ikään kolme opiskelijaa vastasi, etteivät kääntäisi selkää kohti potilasta.

Neljännessä kysymyksessä haavan hoitamisen nosti esille 17/27 vastaajaa. Paikalta poistumisen mainitsi 14/27 ja lisäävun hälyttämisen 15/27 opiskelijaa. Saksien poisottamisen mainitsi 6/27 vastaajaa ja huoneen oven sulkemisen 4/27. Itsepuolustuksen ts. hätävarjelun mainitsi vain yksi opiskelija. Huomionarvoista oli se, että jotkut vastaajat huomioivat vastauksessaan ensimmäisenä haavan hoidon ennen muita toimenpiteitä. Tätä kuvasi SH9:n vastaus: " Menen välittömästi huuhtelemaan haavan hanan alle. Puhdistan haavan ja suojaan sen. Huolehdin saksen potilaalta pois, ettei samaa tapaturmaa sattuisi muille."

Opiskelijoista 16/27 kertoi *viidennessä* kysymyksessä kirjaavansa tapahtuneesta ilmoituksen. Asian kirjaamista käsitteli jo neljännen kysymyksen yhteydessä 10/27 vastaajaa. Kirjaamisen lisäksi tapahtuneesta kertoisivat esimiehelle 5/27, poliisille 3/27 ja erillisen debriefing-tilaisuuden pitäisi 3/27 opiskelijaa. Tarpeen työterveyteen menemisen arvioinnille näki 10/27 vastaajaa. Potilaan kanssa keskustelu ja tarvittaessa hoidon muuttaminen, nousi esille 8/27 kertaa. Neljännessä kysymyksessä tämän saman asian huomioi 3/27 vastaajaa.

Vastaajat lähestyivät *kuudetta* kysymystä kahdella eri tavalla. Hieman yli puolet vastaajista (15/27) nimesi kurssin tai paikan, jossa oli saanut oppeja aggressiivisen henkilön kohtaamiseen. Osa vastaajista (10/27) kuvasi vapaammin koulutuksessa saamiaan valmiuksia. Tyypillistä oli kuitenkin se, että oppimisympäristöjen luettelemisen lisäksi vastaajat kertoivat myös vapaasti koulutuksessa saamistaan valmiuksista. Tällaisia vastauksia esiintyi 9/15.

Avekki-koulutus (ks. luvut 8.2 ja 9.2) esiintyi oppimisympäristöjä listaavien opiskelijoiden vastauksissa korostuneen usein (13/15), sillä sen suorittavat kaikki kohderyhmän opiskelijat jossain vaiheessa koulutustaan (Tredun opinto-ohjaaja). Avekki-koulutuksen lisäksi työturvallisuusasioihin perehdyttävänä oppimisympäristönä mainittiin työssä oppimispaikat (2/15) sekä Mapa-koulutus (ks. luvut 8.1 ja 9.1) yhdessä vastauksessa. Opiskelijoista 3/15 kertoi työturvallisuusasioista puhumisesta hajanaisesti eri vaiheissa opintoja.

Edellisessä kappaleessa kuvattuun työssä oppimispaikkojen (2/15) merkitykseen oppimispaikkoina viittasi lisäksi kolmaskin vastaaja, SH31, vastauksessaan: "Vain AVEKKI-koulutus, oli melko järkyttävää mennä hoitamaan aggressiivisia muistisairaita alle 18-v ikäisenä ilman mitään tietoa/koulutusta itsensä suojelusta. AVEKKI-koulutus annettiin viimeisen vuoden aikana." Tässä vastauksessa tiivistyi asia, jonka nämä

oppimisympäristöistä kertovat ja samalla osaamistaan arvioivat 9 vastaajaa nostivat esille vastauksissaan. Koulutusta työturvallisuusasioihin toivottiin enemmän. Tämän lisäksi huomionarvoisaa oli se, että koulutuksen laatua ei varsinaisesti kritisoinut yksikään vastaaja. Edellä lainatun opiskelijankin vastauksesta kävi ilmi se, että Avekki-koulutuksen laatua ei kritisoitu, vaan harmiteltiin sen olleen liian myöhään (kolmannen vuoden aikana opiskelijat ovat jo olleet työelämässä työssä oppimisjaksoilla.) (Tredu 2016).

11.3 Kukkolan aineisto

Ensimmäisessä kysymyksessä yli puolet vastaajista (17/27) nostivat esille riskinä väkivallan uhan, jonka erilaisista syistä aggressiivisesti käyttäytyvät potilaat saattavat luoda eri työympäristöissä. Kaikki 27 vastaajista kuitenkin mainitsivat kyselyssä mahdollisena riskinä vähintäänkin aggressiivisen käyttäytymisen.

Useammassa vastauksessa nousi esille myös päihteiden käytön tuomat haasteet ja oletama siitä, että aggressiivinen käytös ja/tai väkivalta on kytköksissä usein niiden käyttöön.

Toisen kysymyksen vastauksissa huomattava enemmistö (21/27) otti jonkun muun henkilön mukaan tilanteeseen, eikä lähtenyt yksin toimimaan riehuvan potilaan kanssa. Tämän lisäksi hieman yli puolet vastaajista (15/27) halusivat puhumalla ja rauhoittamalla asiakasta alkaa selvittää tilannetta ja lähteä tätä kautta rauhoittamaan tilannetta.

Muutamassa vastauksessa tuotiin esille myös etäisyyden pitäminen aggressiiviseen asiakkaaseen sekä oman poistumis/pakoreitin varmistaminen, tämä oli kuitenkin selkeä vähemmistö vastaajista.

Mielenkiintoisena seikkana oli ensihoitoon erikoistuneen opiskelijan vastaus, jossa opiskelija kertoi, että tekisi vastaavassa tilanteessa virka-apupyynnön poliisille, pukisi yllään puukkoliivin ja noudattaisi erityistä varovaisuutta. Myös tämän opiskelijan vastauksista muihin kysymyksiin korostui kovatasoinen työturvallisuusajattelu, sekä yhteistyö poliisin kanssa.

Kolmannen kysymyksen vastauksissa poistumis/pakenemisreittejä osasivat huomioida noin puolet vastaajista (14/27), kun taas tilassa olevien turvallisuutta vaarantavien esineiden huomioimista alle puolet (10/27). Noin puolet opiskelijoista vastasivat, että pitäisivät turvallista väliä ja lähestyisivät asiakasta rauhallisesti tilanteen ollessa päällä.

Tyypillisessä vastauksessa *neljänteen* kysymykseen opiskelija käytännössä yritti hankkia itselleen apua tai poistui itse paikalta. Lisäapua hälytti paikalle vastaajista 17/27.

Tapahtumatilasta taas poistui huomattava enemmistö eli 21/27. Hoitotoimenpiteisiin haavaa silmällä pitäen ryhtyi noin puolet vastaajista (14/27).

Viidennen kysymyksen vastauksissa suurin osa vastaajista osasi tapahtuman jälkeen ryhtyä työturvallisuutta parantaviin jatkotoimenpiteisiin. 21 vastaajaa osasi vastauksissaan välittää hyvällä tasolla informaatiota eteenpäin tapahtuneesta vastaavien tilanteiden ennaltaehkäisyä varten. Näitä keinoja olivat esimerkiksi erilaisten ilmoitusten teko, työkavereiden ja työpaikan johdon kanssa keskustelu sekä erilaiset palaverit. Tärkeimpänä huomioitavana seikkana oli informaation kulkeminen eteenpäin tapahtuneesta.

Noteeraamisen arvoisena seikkana vastaajista 4 ei osannut sanoa jatkotoimenpiteistä mitään. (2 muuta vastausta jätetty pois otannasta).

Kuudennen kysymyksen vastauksista seitsemän jätettiin pois otannasta, sillä kysymystä ei oltu ymmärretty oikein. Vastaajista 14/20 oli omien sanojensa mukaan käynyt työturvallisuuskoulutuksen, joista 13/20 Avekki-koulutuksen ja yksi henkilö "turvallisuuskoulutuksen". Vastaajista 6/20 oli maininnut pelkästään saamansa koulutuksen, eikä avannut sen tuomia valmiuksia. Lopuista vastaajista (14/20) lisää koulutusta haluavia tai omaan osaamiseen tyytymättömiä oli 9/14, kun taas vastaavasti tyytyväisiä oli 4/14. Yksi vastaajista ei ollut saanut ollenkaan koulutusta aiheeseen liittyen.

11.4 Tulosten yhdistäminen

Tässä luvussa verrattiin tutkijoiden omissa otannoissaan saamia tuloksia toisiinsa ja muodostettiin tutkimuksen tulokset.

Ensimmäisen kysymyksen vastauksien perusteella tutkijat saivat tulokseksi, että vastanneet näkivät poikkeuksetta aggressiivisen käyttäytymisen tai väkivallan uhan työturvallisuusriskinä tulevilla työtehtävillään (53/54 vastaajaa, yksi vastaaja jätti vastaamatta kysymykseen).

Toisessa kysymyksessä valtaosa vastaajista (40/54) varmistaisi lisäävun paikalle saamisen kohdattaessa aggressiivista käytöstä. Kontaktin luomiseen ja asiakkaan rauhoitteluun ryhtyisi 27/54 vastaajaa. Muita toimenpiteitä ennen aggressiivisen potilaan kohtaamista mainittiin melko vähän. Joissakin vastauksissa käsiteltiin itsensä henkistä valmistamista aggressiivisuuden kohtaamiseen ja kumpikin otannan ensihoidon opiskelijoista mainitsi virka-apupyynnöstä poliisille sekä ns. puukkoliivin pukemisesta.

Kolmannessa kysymyksessä poistumisreitit huomioi noin puolet vastaajista (23/54).

Vaaralliset esineet ja heiteltävän irtaimiston huolehti potilaan ulottumattomiin 22/54 vastaajaa. Myös turvallisen välimatkan ja rauhallisen puhutuksen huomioi suhteellisen moni vastaaja.

*Neljänn*en kysymyksen vastauksissa korostui kolme teemaa. Haavan hoidosta huolehti 31/54 vastaajaa, paikalta poistuisi 35/54 vastaajaa ja 32/54 vastaajaa hälyttäisi lisääpua paikalle. Saksien poisottamista, itsepuolustusta tai oven telkeämistä käsitteli vain muutama opiskelija vastauksessaan.

Suurin osa vastaajista osasi *viidenn*sä kysymyksessä ryhtyä välittämään tietoa tapahtuneesta eteenpäin. Muita jatkotoimenpiteitä huomioitiin suhteellisen vähän, mutta työterveydessä käynti, potilaan kanssa keskustelu sekä erilaiset keskustelutilaisuudet nousivat vastauksista esille kuitenkin useampaan kertaan.

Kuudetta kysymystä vastaajat olivat tulkinneet kahdella eri tavalla. Suuri osa vastaajista oli kuitenkin sitä mieltä, että työturvallisuuteen perehdyttävää koulutusta tulisi olla enemmän ja että oman osaamisen tason tulisi olla parempi työelämää silmällä pitäen.

Kyselylomakkeilla saadun materiaalin toinen puolisko (2x28 kpl) silmäiltiin läpi. Aineistolla (55 kpl) saatujen tulosten katsottiin pintapuolisella tarkastelulla olevan samanlaisia kuin materiaalin toisessa puoliskossa.

12 JOHTOPÄÄTÖKSET

Analysoimamme aineiston ja siitä saatujen tulosten perusteella voidaan nostaa esille useita johtopäätöksiä tutkimuskysymyksiin liittyen.

Tampereen seudun ammattiopisto Tredun sosiaali- ja terveystieteiden opiskelijoiden voidaan sanoa olevan hyvin valveutuneita siitä, että he tulevat työssään kohtaamaan aggressiivista käytöstä ja väkivallan uhkaa.

Monilla opiskelijoilla on hyviä ajatuksia ja näkemyksiä, kuinka toimia kohdatessa aggressiivista käytöstä. Monet vastaukset ovat kuitenkin suppeita ja niissä on osattu nimetä vain yksittäisiä toimintamalleja uhkaavissa tilanteissa. Yhteneväisiä ajatuksia työturvallisesta toiminnasta löytyy jonkin verran, mutta opiskelijoilla on myös runsaasti toisistaan poikkeavia näkemyksiä oikeista toimintatavoista. Tästä voidaan päätellä se, että osaamisen taso vaihtelee yksittäisen ryhmänkin sisällä ja kaikki opiskelijat eivät ole onnistuneet sisäistämään työturvallisuusasioita yhtä hyvin kuin toiset. Niiden opiskelijoiden vastauksissa, joissa käy ilmi vastaajan saama laajempi koulutus työturvallisuusasioihin, korostuu myös laajempi ja muiden vastaajien kanssa linjassa oleva toiminta-ajatus. Esimerkiksi ne vastaajat, jotka kertovat käyneensä Avekki-koulutuksen, vastaavat pääsääntöisesti laajemmin kuin ne vastaajat, jotka eivät ole käyneet Avekki-koulutusta. Jo kyselylomaketta suunniteltaessa olisi ollut hyvä tietää, ketkä vastaajat ovat käyneet Avekki-koulutuksen. Tällöin olisi voitu selkeämmin kartoittaa koulutuksen mahdollista vaikutusta vastauksiin.

Ennakoinnin merkitys väkivaltariskien hallinnassa sekä myös väkivaltatilanteessa toimiessa on korostuneessa asemassa. (Saarela ym. 2009, 46, Lehestö ym. 2004, 99). Potilaan väkivaltaisuutta on mahdollista arvioida ennalta esimerkiksi aiemman väkivaltaisuuden, uhkailun, psyykkisen sairauden tai päihtymystilan perusteella. (Hakola ym. 1994; Lehestö ym. 2004, 92–98). Vastaajista valtaosa ennakoivat tulevaa mahdollista väkivaltatilannetta varmistamalla lisäavun paikalle saamisen. Riittävä henkilöstömäärä onkin tärkeä työturvallisuutta parantava tekijä. (Lehestö ym. 2004, 105–108). Kohdehenkilöstä tietoa vastaajat hankkivat pääasiassa ainoastaan pyrkimällä luomaan heti kontaktin henkilöön ilman minkäänlaista esiselvitystä. Kontaktin luominen on toki perusteltua akuutissa tilanteessa, mutta mahdollisuuksien mukaan tulisi selvittää mitä/kuka on vastassa ja sopia askelmerkeistä muiden työntekijöiden kanssa. Suurin osa vastaajista ei osaa huomioida taustaselvityksen ja valmistautumisen osalta ennakoinnin merkitystä mahdollisen väkivaltatilanteen hoitamisessa.

Asiakastilanne on vuorovaikutustilanne silloinkin, kun siihen liittyy väkivaltaa tai sen uhkaa. Tilanteen rauhanomaiseen läpivientiin voi vaikuttaa jokainen omalla toiminnallaan. (Saarela ym. 2009, 31–32). Rauhoitteleva puhetyyli ja provosoinnin välttäminen toistuvat opiskelijoiden vastauksissa, mutta syvempää osaamista osoittaa vain noin puolet vastaajista huomioimalla poistumisreitit ja vaarallisten esineiden saamisen potilaan ulottumattomiin. Vastaajat näkevät provosoinnin välttämisen tärkeänä tekijänä tilanteen turvallisen läpiviennin kannalta, mikä onkin hyvä oppi. Ainoana huomioitavana asiana rauhallisuus kertoo kuitenkin puutteista työturvallisuusosaamisessa. Se on helppo vastaus, mutta kun työturvallisuusasioita ryhdytään pohtimaan syvemmin, vastausten taso heikkenee nopeasti.

Hyökkäyksen kohteeksi jouduttaessa on hoitajan ensisijaisesti pyrittävä pakenemaan tilanteesta sekä kutsuttava lisäapua ja vasta viimeisenä keinona turvauduttava itsepuolustukseen. (Saarela ym. 2009, 35). Valtaosa vastaajista pyrkisikin pakenemaan tilanteesta väkivallan alettua ja hälyttäisi lisäapua. Vastaajista suuri osa kiinnittää korostuneen paljon huomiota saksista tulleen haavan välittömään hoitamiseen, vaikka tilanne olisi edelleen käynnissä. Useallekaan vastaajalle ei tunnu olevan selvää se, missä järjestyksessä mitäkin toimenpiteitä olisi järkevää tehdä.

Väkivaltatilanteen jälkeen on tärkeää käsitellä asia ja siitä seuraavat reaktiot huolellisesti. Puhuminen ja tiedon välittäminen auttavat jaksamisessa ja tulevien vastaavien tilanteiden ennakoimisessa. (Saarela ym. 2009). Opiskelijat tiedostavat tiedonvälityksen tärkeyden väkivaltatilanteen jälkeen. Vastauksista ei käy ilmi, tietävätkö opiskelijat, miksi tietoa tulee välittää eteenpäin. Tietämättömyys tehokkaan tiedon kulun tärkeydestä ei kuitenkaan ole kovin vahingollista, kunhan tieto vain kulkee. Voidaan kuitenkin epäillä tiedonkulun toimivuutta, jos työntekijät eivät tiedosta sen merkitystä kokonaisturvallisuutta parantavana tekijänä.

Koulutuksen merkitys korostuu hoitoalalla, sillä jo nuoret työntekijät joutuvat kohtaamaan täysimääräisesti samat haasteet kuin kokeneemmatkin. (Työturvallisuuskeskus 2010). Jokaiselle uudelle työntekijälle ja opiskelijalle tulee antaa kattava perehdytys ja koulutus väkivaltatilanteissa toimimiseen. (Lehestö ym. 2004, 105–108). Opiskelijoiden vastauksista käy ilmi kiinnostus työturvallisuuskoulutuksia ja oman osaamisen kehittämistä kohtaan. Koulutus aggressiivisen henkilön kohtaamiseen koetaan opiskelijoiden keskuudessa yleisesti hyödylliseksi ja tärkeäksi ylläpidettäväksi asiaksi. Opiskelijoiden vastauksissa ja tietotaidon tasossa on kuitenkin selkeitä eroja, jotka kielivät puutteista työturvallisuuskoulutuksessa.

13 TUTKIMUKSEN ARVIOINTI

13.1 Aineistonkeruumenetelmän luotettavuus

13.1.1 Yleisesti

Valitsemaamme aineistonkeruumenetelmään, puolistrukturoituun kyselyyn laajalle kohderyhmälle sisältyy kiistatta muutamia ongelmia. Kyselyyn on pyritty osittain ahneestikin mahdollittamaan tiettyjä hyviä elementtejä sekä laadullisen, että määrällisen tutkimuksen menetelmistä. Kyselylomakkeen kysymykset itsessään noudattavat puhtaasti kvalitatiivisen tutkimuksen oppeja ja tietoa kerätään kohderyhmältä avointen vastausten avulla. Kvantitatiivisen tutkimuksen perinteistä tapaa hankkia tietoa hyödynnetään käyttämällä suhteellisen laajaa otantaa (110 vastausta) ja suppeita vastaustiloja (n. 5 riviä tilaa yhdelle vastaukselle).

Kysely on kvantitatiiviselle tutkimukselle tyypillisistä ominaisuuksistaan huolimatta puhtaasti laadullinen. Tietoa kerätään opiskelijoiden avoimista vastauksista ja kysymyksistä pyritään häivyttämään tutkijan ääni niiltä osin, kuin se vain on mahdollista. Tästä tutkijan äänen häivyttämisyrittämisestä johtuen kysely myös toteutettiin opintojen ohjaajan kautta eivätkä vastaajat nähneet tutkijoita kasvotusten missään vaiheessa. Tutkijoiden pysymisellä etäällä haluttiin varmistaa se, ettei tutkija sotke vastauksia omalla käyttäytymisellään tai mielipiteillään.

13.1.2 Kyselyn muoto

Kyselylomake toimii räätälöitynä testinä, jolla mitataan opiskelijoiden valmiuksia kohdata aggressiivista käytöstä tai väkivaltaa työtehtävillään. Näitä valmiuksia arvioidaan muodostamalla arvosteluasteikko eli ns. vastauskehikko (LIITE 2). Vastauskehikkoa voidaan käyttää analyysin apuna kahdella tavalla: Ensimmäinen tapa on sen sisältämien kriteereiden ehdoton noudattaminen. Tällöin tutkijoiden ennalta määrittämien teemojen esiintyvyyttä verrataan suoraan tutkittavien vastauksiin ja muodostetaan kvantifioimalla kuva opiskelijoiden tietotaidosta aggressiivisen potilaan kanssa toimimisesta (Eskola ym. 2008, 164–173 ja Alasuutari, 1999, 191–214). Toinen, syvemmän analyysin mahdollistava metodi on tyypittely ja vastausten merkitysten syvempi pohtiminen (Eskola ym. 2008, 174–201).

Kysely on melko lyhyt, joten on oletettavaa että siihen jaksetaan vastata huolellisesti. Tämä käy ilmi myös suuresta osasta vastauksia. Tyhjät kohdat tai lyhyet vastaukset johtuvat oletettavasti enemmänkin vastaajien epätietoisuudesta, kuin siitä etteivät he

haluaisi vastata. Kysely on paitsi sopivan pituinen, myös kaikille samanlainen ja sitä kautta puolueeton. Aineistoon voi palata aina uudelleen, jos arvioinnissa tulee epäselvyyksiä.

Paperilomakkeella tehtävässä kyselyssä ongelma on se, ettei viesti välttämättä välity vastaanottajalleen niin kuin halutaan. Toki sama ongelma on puhutussakin haastattelussa, ja Osmo A. Wiion viestinnän ensimmäisen lain mukaan: "Viestintä yleensä epäonnistuu, paitsi sattumalta" (Wiio). Kirjoitetussa kyselyssä tämä ongelma jokseenkin korostuu ja tutkijoiden tahallinen etääntyminen vastaajista aiheuttaa ongelmia tiedonkulussa. Syntyy vähän rikkinäistä puhelinta vastaava ilmiö.

Kyselyn vastauksissa on paikoitellen havaittavissa näitä viestinnän ongelmia. Osa vastaajista ymmärtää kysymyksen erilailla kuin toiset. Ainakin toisen kysymyksen termit *riehua* ja *valmistautuminen* ovat ymmärrettävissä monella eri tavalla. Eräs vastaaja ihmetteleekin vastauksessaan, mitä "riehuminen" tässä tilanteessa tarkoittaa. "Valmistautuminenkin" voidaan nähdä ainakin konkreettisten asioiden tekemisenä (suojaliivien pukeminen, hallintaotteiden kertaaminen, pelimerkkien sopiminen työparin kanssa yms.) tai vaihtoehtoisesti enemmänkin henkisenä prosessina (rauhallinen hengitys, oman mielentilan säätö, kohteen ominaisuuksien tiedostaminen yms.) On kuitenkin perusteltua kuvata tilanne tarkasti, jotta vastaajalla herää tarpeeksi ajatuksia ja mielikuvitusta vastaamiseen, mutta kysymyksen asettelulla ei rajata erilaisia mahdollisuuksia pois. Tämä tekee vastauksien tilastollisesta arvioinnista vaikeampaa, mutta ei aiheuta epätasa-arvoa vastaajien välillä. Jokainen vastaaja voi kuvitella aggressiivisen potilaan omilla työtehtävillään eli omimmalla osaamisalueellaan. On tärkeää, että tutkija tunnistaa nämä haasteet, sillä muuten voi syntyä vääriä johtopäätöksiä aineistosta.

Kyselyssä voisi käyttää valmiita vastausvaihtoehtoja, jolloin se ei vaatisi vastaajilta niin paljoa aikaa ja vaivaa ja tutkimusmetodi vastaisi paremmin analysointimenetelmää. Tämän menetelmän huono puoli olisi kuitenkin se, että vastaukset rajoitettaisiin tiettyihin määriteltyihin vaihtoehtoihin. Vastaajien oma ajattelu jäisi täten ainakin osittain piiloon. Antamalla vastaajille valmiit vaihtoehdot, ei nähtäisi kovin selkeästi vastaajan omasta mielestä kumpuavia ajatuksia ja tietyt teemat annettaisiin vastaajalle ikään kuin ilmaiseksi. Tämä vaikeuttaisi osaamisen tason luotettavaa arviointia. Lisäksi vastauksista olisi mahdotonta nähdä vastaajan mahdollista tahallista tai tahatonta väärin vastaamista, joka voisi johtua esimerkiksi kysymyksen väärin ymmärtämisestä tai kiusanteosta. Nämä ongelmat toki toistuvat avoimissakin vastauksissa, mutta tällöin ne ovat helpommin

havaittavissa.

13.1.3 Kysymysten laatu

Lomakkeen alussa oleva pohjustus saattaa hyvinkin johdatella vastaajia vastaamaan ensimmäiseen kysymykseen automaattisesti aggressiivisen käytöksen hoitoalan työturvallisuusriskinä. Runsaasti esiintyy sellaisia vastauksia, joissa ainoana työturvallisuusriskinä hoitoalalla koetaan olevan aggressiivinen käytös. Vastapainona sanottakoon, että myös sellaisia vastauksia, joissa työturvallisuusriskejä käsitellään hyvinkin laajasti ja mainitaan mm. työergonomia, onnettomuudet yms. on suhteellisen runsaasti.

Lisäksi, jos ensimmäisen kysymyksen vastaukset nähdään merkinä johdattelusta kyselyn alkusanoissa, voidaan tällä perustella kyselyn toteuttamista etäännyttämällä tutkijat tutkimuskohteista. Nyt johdattelua tapahtuu hyvin vähän, ensimmäisessä kysymyksessä jos siinäkin ja näin ollen tutkimusasetelman voidaan katsoa kysymyksissä 2-5 olevan otollinen vastaajien "testaamiseen." Voidaan myös kysyä, onko tarkoituksenmukaista yrittääkään saada kyselyn täyttötilannetta täysin neutraaliksi. Mielestämme tässä kohtaa se on kuitenkin oleellinen osa tutkimuksen onnistumista, sillä kyselyn kysymykset 2-5 on muotoiltu ikään kuin koekysymyksiksi ja johdattelu voisi vääristää kuvaa vastaajien tietotaidosta.

13.2 Analyysimenetelmän/Menetelmien luotettavuus

Laadullista tutkimusta on vaikea tehdä pelkästään yhtä analyysimenetelmää hyödyntäen (Eskola ym. 2008). Kvantifiointi korostuu näin laajan otannan sisältävässä tutkimuksessa kenties turhankin paljon, mutta sen rooli tulosten jäsentäjänä on oleellinen työn onnistumisen kannalta. Kvantifiointia käytettäessä saadaan suurikin datamassa pysymään hallinnassa ja luotettavat tulokset muodostettua laajastakin otannasta.

Kahden tutkijan käyttämisessä on useita positiivisia puolia. Työmäärä pysyy inhimillisenä suurenkin tutkimusaineiston ollessa kysymyksessä ja kaikkien pientenkin ongelmien ratkaisuun voi aina pyytää apua tutkijakollegalta. Useiden positiivisten puolien lisäksi kahden tutkijan käyttämisessä ja triangulaatiomenetelmässä on myös suuria haasteita. Kummallakin tutkijalla on väistämättä hieman omanlaisensa näkemykset työn ideasta, tavoitteista sekä työstä ylipäätään. Nämä pienet näkemuserot tulevat tiedostamattakin esiin esimerkiksi tulkittaessa tutkimusaineistoa ja tällöin on olemassa riski tulosten vääristymisestä.

Äskeisessä kappaleessa kuvatus ongelman voi nähdä myös toisin. Tutkijan tehdessä työtään yksin hän ei missään vaiheessa havaitse omia arvolähtökohtiaan ja pinttyneitä näkemyksiään yhtä hyvin kuin kaksi tutkijaa näkevät nämä haasteet toisissaan. Kahden tutkijan erilaiset näkemykset tekevät itse työn tekemisestä jonkin verran työläämpää, mutta parantavat oikein valjastettuina sen lopputulosta. Tässä työssä kahden tutkijan näkemyseroja on pyritty lisäksi kompensoimaan useilla keskustelutilaisuuksilla, joissa työtä ja prosessin kulkua on käyty yhdessä läpi mielipiteitä vaihtaen.

Tämä tutkimustyö on puhtaasti laadullinen, mutta sen eri vaiheet ja ajoittainen epätietoisuuskin työn suuntaviivoista sen eri vaiheissa näkyy myös valmiissa työssä. Toiminnallisen opinnäytetyön eli työturvallisuuskurssin suunnittelun jäänteistä kielii muun muassa se, että tutkimusta varten alun perin laaditussa kyselylomakkeessa näkyy maininta uuden työturvallisuuskurssin suunnittelusta. Ajatuksesta kartoittaa opiskelijoiden osaamista kvantitatiivisen tutkimuksen avulla on jäänteenä suuri otanta ja lyhyet vastaustilat kyselylomakkeessa. Tällaiset asiat ovat kuitenkin pikemminkin hauskoja pieniä yksityiskohtia, kuin ongelmia itse työn luotettavuuden kanssa. Samoin kuin kahden tutkijan käyttäminen, myös ajoittainen epätietoisuus tutkimusmenetelmistä työn alkuvaiheessa voidaan nähdä positiivisestakin näkökulmasta. Melkein vuoden ajan jalostunut ajatustyö saman aihealueen ympärillä ja sen tutkimiseen tarkoituksenmukaisimman menetelmän pitkäänkin kestänyt valikoiminen kertovat siitä, että lopputulokseen on päädytty harkitusti eri vaihtoehtoja punnitien.

13.3 Jatkotutkimusmahdollisuudet

Samantyylinen kyselylomake olisi järkevää toteuttaa myös muissa oppilaitoksissa, jotta hoitoalan opiskelijoiden valtakunnallista tietotaitoa aggressiivisen henkilön kohtaamisesta kyettäisiin luotettavasti kartoittamaan. Datamassa alkaa kuitenkin muodostua liian suureksi tätä tutkimustyötä ajatellen siinä tapauksessa, että kysely toteutettaisiin yhtä aikaa useassa oppilaitoksessa. Tämän työn tulokset kuvaavat kattavasti Tampereen seudun ammattikoulu Tredun sosiaali- ja terveysalan opiskelijoiden valmiuksia ja soveltuvin osin tulokset viitoittavat suuntaa osaamisen tasolle myös valtakunnan tasolla.

Mielenkiintoista olisi vertailla Avekki -koulutuksen käyneiden ryhmien vastauksia sellaisien ryhmien vastauksiin, jotka eivät vielä ole käyneet Avekki -koulutusta tai mitään muutakaan työturvallisuuskoulutusta. Näin päästäisiin vertaamaan koulutuksen vaikutuksia osaamistasoon ja toisaalta saataisiin arvioitua sitä, onko kysely sopivan haastava mittaamaan opiskelijoiden osaamistasoa. Vaikuttaa siltä, että vastauksien laajuudessa ja

myös motivaatiossa työturvallisuusasioita kohtaan on suuri ero verrattaessa koulutusta saaneita ja vielä ilman koulutusta olevia.

14 LÄHTEET

Alasuutari, Pertti 1999: Laadullinen tutkimus. Osuuskunta Vastapaino, Tampere 1999.

Back, Jani 2016: Poliisin asiantuntemuksen hyödyntäminen Avekkikouluttajien tietotaidon lisäämiseksi yhteistyössä Avekkiosaamiskeskuksen kanssa. Poliisiammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö.

Eskola, Jari & Suoranta, Juha 2008: Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Osuuskunta Vastapaino, Tampere 2008.

Gustafsberg, Harri 2014: Mielen valmentamisella optimaaliseen suoritukseen. Kustannus Siipipyörä 2014.

Hakala, Juha T. 2004: Opinnäyteopas ammattikorkeakouluille. Tammer-Paino Oy, Tampere 2004.

Haikansalo, Anu & Korander, Timo 2016: Opinnäytetyöohje, opinnäytetyön toteutus ja arviointi poliisi (AMK) -tutkinnossa. Poliisiammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö.

Hakola P, Tiihonen J, Vartiainen H, Eronen M 1994: Väkivaltaisuusvaaran arviointi. Suomen Lääkäriliiton julkaisuja.

Heikkilä, Tarja 2004: Tilastollinen tutkimus. Edita Prima Oy. Helsinki 2004.

Heiskanen, Markku 2005: Työpaikkaväkivalta Suomessa. Verkkolähde. Luettavissa: https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/152466/216_Siren_Honkatukia_2005.pdf?sequence=2. Luettu 2.12.2016.

Koulutuskeskus Salpaus 2016: Opetussuunnitelma, sosiaali- ja terveystieteiden perustutkinto, lähihoitaja, valtakunnallinen voimaantuloaika 1.8.2015. Opetushallituksen määräys.

Kuula, Arja 1999: Toimintatutkimus - Kenttätyötä ja muutospyrkimyksiä. Vastapaino, Tampere 1999.

Laatikainen Riitta 2009: Väkivallan uhka ja työturvallisuus diakoniatyössä. Opinnäytetyö. Theseus. Luettavissa: <https://www.theseus.fi/handle/10024/5871>. Luettu: 1.12.2016

Lappalainen, Raimo 2016: Toimitusjohtaja, pääkouluttaja. Fi-turvallisuuskeskus. Sähköposti 12.12.2016.

Lehestö Mika, Koivunen Olli, Jaakkola Heikki 2004: Hoitajan turva. Edita Prima Oy. Helsinki 2004.

Lydén, E & Kauppinen, S: Poliisin resurssien turvaaminen lailla. Kansalaisaloite.fi -internetsivu. Luettavissa: <https://www.kansalaisaloite.fi/fi/aloite/2085>. Luettu 20.12.2016.

Mapa. Crisis prevention -verkkosivut. Luettavissa: <https://www.crisisprevention.com/en-ie/Specialties/MAPA-Management-of-Actual-or-Potential-Aggressio> Luettu 21.12.2016.

Mapa-koulutus. MAPA-Finland ry:n -verkkosivut. Luettavissa: <http://mapa.nettisivu.org/ahhamapa/>. Luettu 24.11.2016.

Mapa ja Suomi. Mapa-Suomen -verkkosivut. Luettavissa: <http://suomenmapakeskus.fi/index.php/sample-page/mita-on-mapa/>. Luettu: 24.11.2016.

Penttimäki, Marko 2013: Työturvallisuus ensihoidossa – Työturvallisuuskansio 9Livesille. Hoitotyön koulutusohjelma 2013. Opinnäytetyö.

Pohjolainen, Harri-Pekka 2002-2005: Tunnista ja hallitse työyhteisön työturvallisuusriskit. Poliisiammattikorkeakoulu, Poliisipäällystötutkinto 2002-2005. Opinnäytetyö.

Saarela Kaija Leena, Isotalus Nina, Salminen Simo, Vartia Maarit, Leino Tuula 2009: KAURIS – kartoita uhkaavat työväkivaltariskit. Vammalan Kirjapaino Oy 2009.

Sairaanhoitajien liitto. Verkkosivu. Luettavissa: www.sairaanhoitajat.fi. Luettu 18.12.2016.

Savonia AMK 2016: Ennakoi väkivaltaa työssä – tietoa sosiaali- ja terveystalalle. Verkkosivut. Luettavissa: <http://ennakoivakivaltaa.savonia.fi/hallinta/>. Luettu: 20.12.2016

Sisäministeriö 2014: Poliisin ennalta estävän toiminnan strategia vuosille 2014-2018.

Sisäministeriön julkaisu 2/2014. Sisäinen turvallisuus. Verkkolähde. Luettavissa: <http://www.intermin.fi/julkaisu/022014?docID=50157>. Luettu 20.12.2016.

Sosiaali- ja terveystieteen perustutkinto. Opetushallituksen verkkosivut. Luettavissa: http://www.oph.fi/download/162460_sosiaali_ja_terveysalan_pt_01082015.pdf. Luettu: 20.12.2016.

Sosiaalitaidon verkkosivut: Työpaikkaväkivalta. Raportti. Verkkolähde. Luettavissa: http://www.sosiaalitaito.fi/ep/tiedostot/Tyoturvallisuus_sosiaalialalla_raportti.pdf. Luettu: 5.12.2016

Suomi.fi: Työsuojelun tarkoitus. Suomi.fi -verkkosivut. Luettavissa: https://www.suomi.fi/suomifi/suomi/palvelut_aiheittain/tyo_ja_elakkeet/tyokyky_ja_tyosuojelu/tyosuojelu/index.html. Luettu: 18.12.2016.

Suomen lähihoitajien liitto Super. Tilastot. Verkkosivu. Luettavissa: <https://www.superliitto.fi/viestinta/tilastot/>. Luettu: 19.10.2016.

Suomen väestöliitto: Agressio ja aggressiivinen käytös. Väestöliiton julkaisuja. Verkkolähde. Luettavissa: <http://www.vaestoliitto.fi/nuoret/mina-ja-muut/tunteet/aggressio/> Luettu: 19.10.2016.

Susi, Jouni 2007: Hankalat ja vaaralliset tilanteet – työturvallisuuskoulutus. Mood House Oy, Järvenpää. Diasarja.

Tamminen-Peter Leena, Moilanen Aija, Fagerström Virpi 2015: Fyysisten riskien hallintamalli hoitoalalla. 3. korj. painos. Työterveyslaitos 2015.

Tampereen seudun ammattiopisto 2016: Opetussuunnitelman tutkintokohtainen osa, sosiaali- ja terveysalan perustutkinto, 180 osp, Lähihoitaja, Voimassa 1.8.2016 alkaen. Opetushallituksen määräys.

Tampereen seudun ammattiopisto Tredu. Verkkosivut. Luettavissa www.tredu.fi. Luettu 1.11.2016.

Terveyskirjasto Duodecim: Debriefing. Verkkolähde. Luettavissa: (http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=ltt02121). Luettu: 3.12.2016.

Turvallisuuskoulutus-verkkosivut: Avekki koulutus. Verkkolähde. Luettavissa: <http://www.turvallisuuskoulutus.fi/avekki.php>. Luettu: 12.8.2016.

Työ- ja elinkeinotoimisto: Lähihoitaja. Verkkosivut. Luettavissa: <http://www.mol.fi/avo/ammait/10610.htm>. Luettu: 7.9.2016.

Työsuojeluhallinto 2013: Työsuojeluhallinnon työsuojelujulkaisu. Verkkosivut. Luettavissa: http://tyosuojelujulkaisut.wshop.fi/documents/2013/06/TSO_46.pdf. Luettu: 21.10.2016.

Työturvallisuuskeskus 2010: Työväkivallan riskiammatit. Raporttisarja. Verkkolähde.

Luettavissa: http://ttk.fi/files/1660/Tyovakivallan_riskiammatit.pdf. Luettu: 22.10.2016.

Työturvallisuuskeskus: Työsuojelun tarkoitus. Verkkolähde. Luettavissa: [http://ttk.fi/etusivu_\(vanha\)/tyosuojelu](http://ttk.fi/etusivu_(vanha)/tyosuojelu). Luettu 22.10.2016.

Vilkka, Hanna & Airaksinen, Tiina 2003: Toiminnallinen opinnäytetyö. Gummerrus Kirjapaino Oy. Jyväskylä 2004.

Wiio, Osmo Antero: Viestinnän ensimmäinen laki

Wynne R.N, Clarkin N, Cox T & Griffiths A 1997: Guidance on the prevention of violence at work. European Commission, Luxemburg. Verkkolähde. Luettavissa: http://www.who.int/violence_injury_prevention/injury/en/WVstateart.pdf. Luettu: 22.10.2016.

Yliniva, Aulikki 2016: Suomen mapakeskuksen maavastaava. Sähköposti 12.12.2016.

15 LIITTEET

LIITE 1.

AGGRESSIIVISEN HENKILÖN AIHEUTTAMAT TYÖTURVALLISUUSUUSUOHAT HOITOALALLA -KYSELYLOMAKE



Poliisiammattikorkeakoulututkinto

Lassi Koljonen ja Risto Kukkola AMK20141B

Tämä kysely toimii pohjana opinnäytetyöllemme, jonka lopputuotoksena suunnittelemme uutta työturvallisuusasioihin perehdyttävää koulutusta osaksi sosiaali- ja terveysalan perusopintoja. Kyselyllä halutaan kartoittaa Sinun opinnoissasi oppimia teemoja työturvallisuuteen liittyen.

Vastat kyselyyn nimettömänä, eikä Sinun tule pitää sitä testinä. Riittää, kun vastat kysymyksiin mahdollisimman rehellisesti ja avoimesti. Vastaamalla huolellisesti ja rehellisesti autat oman alasi työturvallisuuskoulutuksen kehittämistä. Kiitos ajastasi.

1. Millaisia riskejä tulet kohtaamaan tulevassa työssäsi? Listaa vapaasti mieleen tulevia asioita.

Kysymyksissä 2-5 Sinun tulee kuvitella itsesi toimimassa hoitajana erilaisissa työelämän tilanteissa.

2. Olet menossa potilaan luokse, joka riehuu huoneessaan. Miten valmistaudut?

3. Tilanne rauhoittuu ja menet sisään potilaan huoneeseen. Mitä asioita huomioit työturvallisuuden näkökannalta?

4. Potilas kaivaa tyynynsä alta sakset ja onnistuu huitaisemaan sinua käteen. Sinulle tulee käteesi verta vuotava haava. Mitä teet?

5. Tilanne päättyy. Minkälaisia jatkotoimenpiteitä tapahtuneesta seuraa?

6. Kuvaile omin sanoin koulutuksesi antamia valmiuksia aggressiivisen potilaan kohtaamiseen.

LIITE 2.

Kysymysten 2-5 arviointikriteerit

2. Olet menossa potilaan luokse, joka riehuu huoneessaan. Miten valmistaudut?

- Hae mahdollisesti informaatiota kohdehenkilöstä (tunnetaanko ennalta, aiempi käytös yms.)
- Huomioi lisäavun mahdollisuus
- Rauhoita oma mielentila
- Hae syytä aggressiivisella käyttäytymiselle. Miksi riehuu?
- Laadi toimintasuunnitelma

3. Tilanne rauhoittuu ja menet sisään potilaan huoneeseen. Mitä asioita huomioit työturvallisuuden näkökannalta?

- Toimintaympäristö (minkälainen huone, mitä huonekaluja rajoittamassa liikkumista, missä uloskäynti)
- Mitä irtaimistoa, vahingoittamiseen soveltuvaa yms.
- Potilaan tämänhetkinen käytös, onko viitteitä siitä, että väkivalta jatkuu
- Sopiva etäisyys, aikaa toimia
- Rauhoittelu/rauhallinen puhutus > ongelman ratkaisemiseen tähtäävä toiminta, miksi potilas oli hetki sitten aggressiivinen
- Työparin/ tarvittavan voiman saaminen mukaan tilanteeseen
- Tilanteen jatkuva arviointi, kasvaako riski, laskeeko se

4. Potilas kaivaa tyynynsä alta sakset ja onnistuu huitaisemaan sinua käteen. Sinulle tulee käteesi verta vuotava haava. Mitä teet?

- Hätävarjelu, itsensä puolustaminen
- Tilanteesta irtautuminen, etäisyys, poistuminen
- Välittömän lisäavun hälyttäminen
- Tilanteen saaminen hallintaan tavalla tai toisella
- Itseapu, haavan hoito turvallisessa paikassa

5. *Tilanne päättyy. Minkälaisia jatkotoimenpiteitä tapahtuneesta seuraa?*

- Tiedonkulun varmistaminen, tapahtuneesta informoiminen (esimies, työsuojelu, muut työntekijät)
- Tarpeellisten ilmoitusten kirjaaminen
- Debriefing tarvittaessa
- Mitä voidaan oppia, mitä olisi kannattanut tehdä toisin, ettei näin olisi käynyt
- Haavan jatkohoito, työterveyteen hakeutuminen yms.