

## BRØSET VIOLENCE CHECKLIST

Aggressiivisen käyttäytymisen ennakointimentelmän pilotointi Nuori-  
sopsykiatrisen akuuttiosaston vastaanottoon ja psykiatrian päivys-  
tykseen

Vähäsaari Jussi

Opinnäytetyö  
AMK-tutkintokoulutus  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Sairaanhoitaja AMK

2017

AMK-tutkintokoulutus  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Sairaanhoitaja AMK

---

<b>Tekijä</b>	Jussi Vähäsaari	Vuosi	2017
<b>Ohjaaja(t)</b>	Anne Puro		
<b>Toimeksiantaja</b>	Oulun yliopistollinen sairaala, Psykiatrian tulosalue		
<b>Työn nimi</b>	Brøset Violence Check List		
<b>Sivu- ja liitesivumäärä</b>	53 + 3		

---

Aggressiivisuus, uhkatilanteet ja väkivalta ovat lisääntynyt hoitoalalla viimeisten vuosien aikana ja ennaltaehkäisevän hoitotyön merkitys korostuu toistuvasti. Aggressiivinen ja uhkaavasti käyttäytyvä potilas vaarantaa oman, muiden potilaiden ja henkilökunnan turvallisuuden. Psykiatrisessa hoitotyössä uhkatilanteet korostuvat, koska psykiatrisilla potilailla on suurempi riski käyttäytyä uhkaavasti. Erilaisia menetelmiä on tehty ennakoimaan tulevia tilanteita ja tässä esitetty menetelmä on yksi niistä. Ennaltaehkäisevällä työllä voidaan ennakoida jo tulevaa ja kiinnittää huomiota merkkeihin. Näitä merkkejä pitää vain osata tulkita oikein.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa tietoa siitä, miten Brøset Violence Check List-menetelmä soveltuu Oulun Yliopistollisen sairaalan akuuttiosaston ja nuorisopsykiatrisen osaston käyttöön. Brøset Violence Check List on kirjallinen menetelmä, jonka avulla arvioidaan potilaan tulevaa aggressiivista käyttäytymistä, seuraavan 24 tunnin aikana. Tarkoituksena oli käyttää menetelmää, joka antaa työkaluja ennaltaehkäisevään työhön.

Opinnäytetyö toteutettiin projektina osastoilla 78 ja 70 kevään aikana 2017. Projektiin liittyvä kysely lähetettiin sähköisellä lomakkeella, joka on lähetetty menetelmän testaamisen jälkeen osallistuneille työntekijöille. Projektiin osallistui 16 henkilöä osastoilta. Tulokset esitetään työssä lukuina, kaavioina ja sanallisina vastauksina.

Opinnäytetyössä saatujen tulosten perusteella menetelmää voidaan käyttää ennaltaehkäisevässä työssä. Menetelmä on koettu hyödylliseksi arvioitaessa uhkatilanteiden syntymistä osastoilla. Menetelmän käyttö on nopeaa, helppoa ja yksinkertaista, eikä se kuormita osaston työntekijöitä liikaa.

Lapland University of applied Science  
Bachelor of health care, Nursing  
Nurse (UAS)

---

<b>Author</b>	Jussi Vähäsaari	Year	2017
<b>Supervisor</b>	Anne Puro		
<b>Commissioned by</b>	Oulu University Hospital, Psychiatric Division		
<b>Number of pages</b>	53 + 3		

---

Aggressiveness, threat situations and violence has been increased in the last few years. Therefore, preventive healthcare is highlighted at the moment. Patient who behave aggressive or violently are danger to himself and others. In psychiatric healthcare threatening situation are highlighted because psychiatric patient has higher risk to act violently. Different kind of methods has been developed to prevent threatening situations and here's one of them. With preventive work, you can predict coming and detect the signs. It is important to know how to read the signs.

Purpose of this thesis was to create knowledge about use of Brøset Violence Check List in Oulu University hospital, Acute psychiatric and youth division. Brøset Violence Check List is a method which predicts aggressive behavior in the next 24 hours. The purpose is to use this method to get new preventive tools to psychiatric healthcare in Oulu.

This thesis has been implemented as a soft project at wards 78 and 70 during the spring 2017. Survey which is associated with this project has been sent to participants after testing BVC method. There were 16 participants from wards in this project. The answers which were received from the survey are presented as a figures, charts and written responses.

Based on result this can be used in a preventive work. BVC Method has been experienced to be useful in assessing the emergence of threatening situations in wards. Use of this method was quick, easy and simple and it doesn't overload employees too much.

Key words                      aggressiveness, threatening situations, violence

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO .....	6
2	AGGRESSIIVISUUS PSYKIATRISISSA HOITOTYÖSSÄ .....	7
2.1	Aggressio, aggressiivisuus ja väkivaltaisuus .....	7
2.1.1	Biologiset tekijät .....	8
2.1.2	Ympäristö, persoonallisuus -ja tilannetekijät.....	10
2.1.3	Aggressio, alkoholi -ja päihteet.....	12
2.2	Psykiatria ja mielenterveys .....	15
2.3	Potilaan uhkaava käyttäytyminen .....	20
2.4	Aggressiivisuuden ennakointi ja ennaltaehkäisy .....	21
2.5	Brøset Violence Check List.....	26
3	PROJEKTIN TOTEUTTAMINEN .....	28
3.1	Projektin tarkoitus ja tavoitteet.....	28
3.2	Projektin toteutus .....	31
3.3	Arviointi .....	31
3.4	Luotettavuus ja eettisyys.....	32
4	PROJEKTIN TULOKSET.....	34
4.1	Menetelmän toimivuus.....	34
4.2	Lomakkeen täyttäminen .....	35
4.3	Lomakkeen kuormittavuus.....	35
4.4	Lomakkeen luotettavuus.....	36
4.7	Tehokkuus ja ennakoitavuus .....	38
5	JOHTOPÄÄTÖKSET .....	39
6	POHDINTA.....	41
7	LIITTEET .....	44
8	LÄHTEET .....	51

## KÄYTETYT MERKIT JA LYHENTEET

BVC	Brøset Violence Check List
OYS	Oulun yliopistollinen sairaala
SOAS	Staff Observation Aggression Scale

## 1 JOHDANTO

Uhkatilanteet ja riskikäyttäytyminen ovat lisääntyvissä määrin ongelma psykiatri-silla osastoilla. Aggressiivinen potilas vaarantaa henkilökunnan, muiden potilai-den ja oman turvallisuutensa. (Kuhanen ym. 2010, 242-247.) Käsitteellä aggres-siivisuus tarkoitetaan käyttäytymistä ja persoonallisuuden piirrettä, joka tähtää ympäristön tai toisen ihmisen psyykkiseen tai fyysiseen vahingoittamiseen. (Weizmann-Henelius 1997, 9-12.) Psykiatria on kiehtonut ihmisiä jo kauan. Se on mielenkiintoinen osa-alue ihmisen käyttäytymisessä ja sen arvioinnissa. Sillä haetaan kosketuspintaa ihmisen olemukseen, elinympäristöön ja syihin miten hän käyttäytyy eri tilanteissa. Käsitteenä psykiatria voidaan määritellä opiksi mie-lenterveyden häiriöistä, sekä niiden oireista ja ilmiäsuista, eli psykopatologiasta ja patogeneesistä, joka tarkoittaa kehitystä. Hoitotyön ammattilaiselta vaaditaan paljon tietoa psykiatrian eri osa-alueista, jotta hän kykenee työskentelemään ih-misten ja ihmisten mielen kanssa. Potilaan kanssa työskenneltäessä tulee ottaa paljon eri asioita huomioon. Jokainen potilas on yksilö ja kaikki vaativat omanlai-sen yksilöidyn hoidon. Vaaditaan hyviä vuorovaikutus taitoja ja tietämystä ihmi-sen käyttäytymisestä. (Lönqvist ym. 2011, 111-114.)

Riskitilanteiden ennakointi on hyvin tärkeää, jotta välttyttäisiin mahdollisista uhka-tilanteilta ja taattaisiin potilasturvallisuus, niin kuin henkilökunnankin työturvalli-suus. Saamalla tietoa potilaan käyttäytymisestä mahdollisimman pienen aikaik-kunan sisällä, edesautetaan turvallisempaa ympäristöä potilaille ja henkilökun-nalle. Ikävä kyllä kaikkia uhkaavia tilanteita ei raportoida työssä, koska tätä pide-tään niin sanotusti normaalina tapahtumana psykiatrisilla osastoilla. Olisi kuiten-kin tärkeää, että jokainen uhkatilanne kirjattaisiin, jotta voitaisiin tämän kautta en-naltaehkäistä syntyviä uhkatilanteita ja oppia aikaisemmista tilanteista. (Kuhanen ym. 2010, 242-243.)

Työn idea on lähtenyt liikkeelle tarpeesta kehittää akuutin aggressiivisuuden ar-viointia Oulun yliopistollisen sairaalan (OYS) psykiatrian tulosalueella Pohjois-pohjanmaan sairaanhoitopiirin alueella. Tämän hetkiset arviointimenetelmät ovat huomattavasti vaativimpia kuin Brøset Violence Check List-menetelmän käyttö ja

toteutus. Vaikka käytössä olevat menetelmät antavatkin enemmän tietoa aggressiivisestä käyttäytymisestä, nämä tulokset tulevat vasta viiveellä. BVC antaa tietoa riskikäyttäytymisestä seuraavalta 24 tunnilta. Täten voidaan tehdä tarvittavia toimenpiteitä riskitilanteen välttämiseksi. Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa tietoa siitä, miten Brøset Violence Check List-menetelmä soveltuu Oulun Yliopistollisen sairaalan, akuuttiosaston -ja nuorisopsykiatrisen osaston käyttöön. Onko menetelmässä tarpeeksi painoarvoa, jotta se voitaisiin ottaa jokapäiväiseen käyttöön tai muiden menetelmien tueksi.

## 2 AGGRESSIIVISUUS PSYKIATRISISSA HOITOTYÖSSÄ

### 2.1 Aggressio, aggressiivisuus ja väkivaltaisuus

Aggressio, aggressiivisuus ja väkivalta ovat eräitä tutkituimpia käsitteitä ja tämän ilmenemismuotoja on useita. Käyttäytymismalleja on tutkittu, niin eläimillä kuin ihmisilläkin. Käsitteellä aggressiivisuus tarkoitetaan käyttäytymistä ja persoonallisuuden piirrettä, joka tähtää ympäristön tai toisen ihmisen psyykkiseen tai fyysiseen vahingoittamiseen. Kun puhutaan aggressiivisuudesta tai väkivaltaisuudesta, tarkoitetaan toisen ihmisen fyysistä vahingoittamista. Aggressiivisuus pitää myös sisällään toista ihmistä loukkaavaa tai uhkaavaa sanallista väkivaltaa ja epäsuoraa vihamielisyyttä. Tämä ilmenee vihamielisenä oppositionaalisena käyttäytymisenä toista kohtaan. Aggressio ei ole pelkästään toimintaa vaan, se sisältää myös ajatustasolla vihamielistä ajattelua ja tunneskaalaa, kuten vihaa ja pelkoa. Aggressiivisuus saa myös aikaan fysiologisia muutoksia kehossa. Aggressiivisuus on alkukantainen tunnetila ja käyttäytymismalli. Jokainen meistä tuntee vihaa ja suuttumusta aika ajoin ja tämä on ihan normaalia käyttäytymistä ihmiselle. Näitä tunteita tuntiessa ihmisen fysiologia muuttuu ja hänen toimintavalmiutensa paranee. Ihmisten välillä on kuitenkin paljon eroa, miten he käsittelevät aggressiota. Joillakin ihmisillä taas puuttuu tämä kyky tuntea näitä tunteita ja täten hänen on vaikea puolustaa itseään. Toisaalta taas näiden tunteiden yllilyöminen on myös ongelma. Aggressiivisuus ei ole huono asia, jos näitä tunteita osaa käsitellä ja kääntää sen hyödykseen, jos omaa aggressiivisuutta ei pystytä hallitsemaan ja näitä tunteita on vaikea käsitellä, johtaa se useasti johtaa väkivallan tekoon. Väkivaltaisuudella tarkoitetaan, ihmisen ulkoista käyttäytymistä.

Tämä on seuraus ihmisen psyykkisen ja biologisten ominaisuuksien, sekä ympäristön tekijöiden tuloksesta. Tilanne, jossa ihminen kokee avuttomuuden tunnetta ja tilanne josta hänellä ei ole keinoja selviytyä, on yleisesti ottaen aggressiivinen reaktio. Reaktio, joka purkaantuu aggressiivisesti ja hallitsemattomasti, on psyykkinen mielentilan häiriö. Tällaisen ihmisen persoonallisuus on kehittynyt puutteellisesti ja hänen kykynsä hallita omaa käyttäytymistään on jäänyt puutteelliseksi. (Weizmann-Henelius 1997, 9-12.)

### 2.1.1 Biologiset tekijät

Aggressiivisuuden syitä on etsitty niin psykologisista, neurologisista, fysiologisista, biologisista, kulttuurisista ja ympäristöllisistä, sekä tilannetekijöistä ja niiden yhteistekijöistä. Aggressiivisuutta on tutkittu paljon sen lisääntyessä hoitotyössä. Aggressiivisuus on voimakas tekijä ihmisen käyttäytymisessä tunne-elämän saralla. Tätä voidaan selittää biologisesti, miten ihmisen fysiologia muuttuu tällaisen tilanteen kohtaamisessa. Neurologian saralla on todistettu, että keskushermoston alueiden kuten, temporaalilohko, amygdala, hippokampus, talamus ja hypothalamus ovat yhteydessä, ihmisillä ja eläimillä tehtyjen kokeiden mukaan, väkivaltaiseen käyttäytymiseen. (Viemerö 2006, 20-21.)

Perinnöllisesti tarkasteltuna aggressio voi siirtyä suvussa eteenpäin peilaten ihmisten temperamenttiin ja tätä kautta vaikuttaa ihmisten perintötekijöihin, sekä tätä kautta aiheuttaa voimakkaita tunnereaktioita. Tutkimusten yhteydessä on löydetty viitteitä aineenvaihduntatapahtumiin. Esimerkiksi väkivaltaisuuden ja impulsiivisuuden aikana tapahtuu poikkeavuuksia sokeritasapainoissa ja kolesteroliissa. Sokeritasapaino on tämän tunteen aikana matalalla ja myös aivojen serotoniinipitoisuudet ovat laskeneet. Yhteyttä serotoniini -ja dopamiinitasoihin on tutkittu jo viimeisen 20 vuoden ajan. On todistettu, että aivo-selkäydin nesteessä on mitattu matalia serotoniini -ja dopamiinitasoja. (Tiihonen 2016, 68.)

Joissakin tutkimuksissa on yhdistetty hormonaalinen toiminta aggressiiviseen käyttäytymiseen. Miehillä on suurempi riski altistua väkivaltaiselle käyttäytymiselle jossa testosteronitasot ovat suoraan yhteydessä väkivaltaisuuteen. Testosteroni vaikuttaa suoraan lihas -ja pituuskasvuun ja toisekseenkin sillä on aggressioon yllyttävä vaikutus. Väkivaltarikosten ikäjakauma on suoraan verrannol-



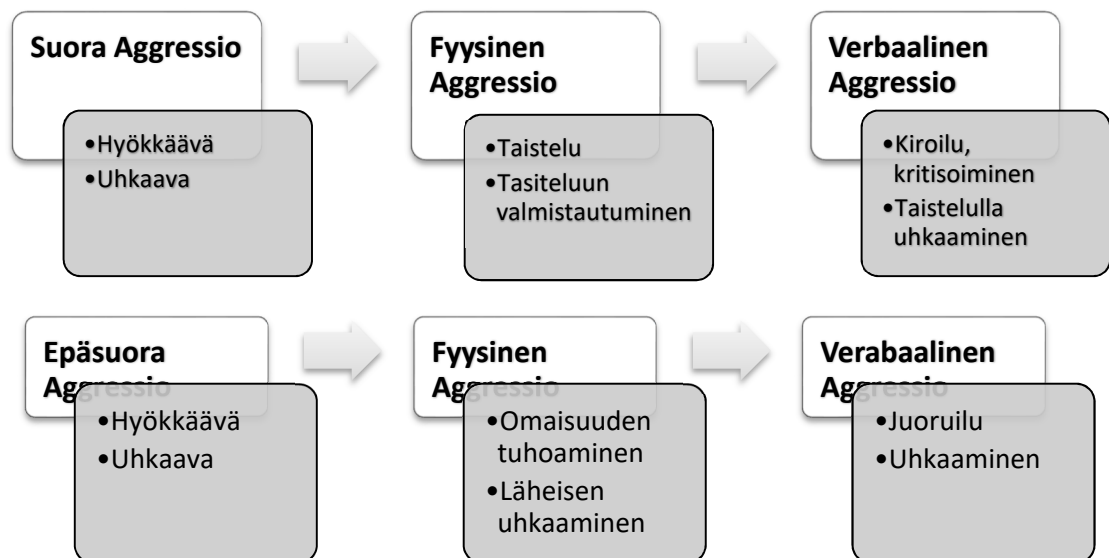
linen testosteronitasoihin. Älykkyys -ja kehitystasoilla on suuri merkitys käyttäytymisen tutkimisessa. Alemmalla kehitystasolla olevalla henkilöllä on suurempi riski käyttää väkivaltaa. Väkivalta ilmenee spontaanina, fyysisinä, suorina ja vakavimpina aggression muotoina kuin korkeammalla kehitystasolla olevalla henkilöllä (Viemerö 2006, 21.)

Erilaisten elimellisten sairauksien ja aivovaurioiden on osoitettu myös altistavan myös aggressiivisuudelle. Nämä aiheuttavat yhdessä mielenterveysongelmien kanssa käyttäytymisen hallinnan vaikeuksia. Myös ihmisen vanhentuminen ja fyysiset muutokset heikentävät muistitoimintoja, arviointikykyä ja itsehillintää, joka taas saattaa altistaa väkivaltaiselle käyttäytymiselle. Lapsuuteen peilaten, väkivaltainen kasvuympäristö on myös altistava tekijä väkivaltaisuuksille ja tämä korreloi suoraan myöhäisempää käyttäytymistä. (Weizmann-Henelius 1997, 17.)

Mielenterveyshäiriöt, jotka pitävät sisällään maanis-depressiivisen mielisairauden, psykoottisen masennuksen, skitsofrenian tai älyllisen kehitysvammaisuuden, nostavat riskiä käyttää väkivaltaa 4,5 kertaiseksi. Suurin ryhmä näistä väkivaltaikäyttäytymisessä on skitsofrenia ja suurin osa näin käyttäytyvistä ovat miehiä. Jos skitsofrenian kanssa yhdistetään alkoholi, riski kasvaa tuolloin jo 25 kertaiseksi. Väkivaltainen käytös liittyy mielisairailla useasti samoihin asioihin kuin niin sanotusti terveillä ihmisillä, mutta heiltä puuttuu kyky käsitellä asiaa. Väkivaltaisen käyttäytymisen ja mielisairauksien välistä yhteyttä tutkitaan selvittämällä väkivaltaista käytöstä väkivaltarikollisilla ja väkivaltarikosten esiintymistä mielisairailla sekä seuraamalla kohorttitutkimuksia. Suomessa näiden tulosten saaminen on vaikeaa, koska luotettavan tiedon saaminen on haasteellista. Suomessa voidaan vain tutkia niin sanottuja matalan rikollisuuden tekoja. Suomen yhteiskunnalliset olot ovat rauhallisia pääsääntöisesti ja täältä puuttuu suuren rikollisuuden merkistö. Suomalaista henkirikollisuutta on vaikea verrata kansainvälisesti, niiden tekotapojen ja vakavuuden puitteissa. Suomessa väkivaltaisia rikoksia on vaikea tutkia, koska niiden otanta on pieni, verrattuna esimerkiksi maihin, joissa asukasluku on huomattavasti suurempi kuin Suomessa ja kulttuuriset erot ovat myös erilaisia. Myös suurena haasteena tutkimukselle on väkivaltaisten ihmisten käyttäytyminen, koska osaa väkivaltaisesta käyttäytymisestä ei lasketa suomen rikoslaisissa sellaiseksi, josta voidaan rangaista ja täten näistä teoista jää merkittämättä itse teko. Väkivaltaisuuden tutkiminen on tärkeää, jotta voitaisiin löytää

ne riskiryhmät jotka tarvitsevat spesifistä apua ja spesifisien hoitomenetelmien kehitys korostuu myös tämän kautta. (Tiihonen 2016, 69-70.)

Kaaviossa on kuvattu aggression portaat. Aggressio jaetaan suoraan -ja epäsuoraan aggressioon. Suorassa aggressio kohdistuu henkilöön tai kohteeseen. Jolloin se purkautuu suoraan ja on tarkoitettu jollekin spesifiselle kohteelle. Suora aggression useimmiten johtaa väkivallan tekoon. Tätä voidaankin pitää toteutettavana aggressiona, kun taas epäsuora aggressio kohdistuu myös kohteeseen, mutta sen tarkoituksena on uhkailla kohdetta ja tätä kautta päästä pois tilanteesta. (Soisalo 2011, s 19 – 22.)



Kaavio 1. Aggression portaat (Soisalo 2011).

### 2.1.2 Ympäristö, persoonallisuus -ja tilannetekijät

Mikään yksittäinen asia ei selitä käyttäytymistä, kokonaisuus on ratkaisevampaa ja väkivaltaisuus koostuu usean eri asian yhtälöistä. (Andersson & Huesmann 2003, 48). Ympäristötekijöiden ryhmään kuuluvat kulttuuriset erot, asumismuoto, sosioekonominen taso, fyysinen ympäristö, toverit ja mediaväkivallalle altistuminen, sekä todellisen elämän väkivallalle altistuminen. Ihmisen oppimisen kannalta makro -ja mikroympäristö antavat pitkäaikaisesti vaikuttavuudellaan viitteitä siihen, miten ihminen oppii ja ymmärtää asioita. Tässä yhteydessä väkivaltaa on

selitetty myös ideologisilla, yhteiskunnallisilla ja taloudellisilla aspekteilla. Tämä taas tarkoittaa sitä, että ne jotka jäävät positiivisen yhteiskunnan ulkopuolelle, turhautuvat helpommin kuin ne jotka saavat olla sen sisällä. Kulttuurisilla eroilla tarkoitetaan sitä, että se, mikä on toisessa kulttuurissa sallittua ei ole toisessa. Väkivaltaisuus on toisissa kulttuureissa vahvemmin esillä kuin toisissa. Myös vanhempien roolilla ja kasvatustoimenpiteillä on suuri merkitys käyttäytymisen oppimiseen. Jos tarkastellaan psykologista kehitysteoriaa, niin lapsi on jo 5 ikävuoteen mennessä oppinut käyttäytymismallit vanhemmiltaan. Tyypillisiä piirteitä aggressiiviselle lapselle on impulsiivinen ja hyperaktiivinen käyttäytyminen. (Olweus 1979, 875.)

Jokaisella meistä on omakohtaista kokemusta tilanteista, joissa on helpompi suuttua tai käyttäytyä hyökkäävästi kuin toisissa. Normaaliin elämään kuuluu epämiellyttävät tilanteet. Aggression mahdollisuutta lisäävät negatiiviset ärsykkeet ja epäonnistumisen tunne, tämän kautta provokaatio on vahvin näistä ärsykkeistä. Klassisena tilanteena pidetään ihmisen turhautumista. Muita aiheuttavia tekijöitä ovat: kipu, epämiellyttävä olo, huono tuuli, ja sosiaalinen stressi. Nämä ovat hyvin tyypillisiä tilannetekijöitä. Erilaisia ärsykejä pidetään myös tilannetekijöinä, nämä lisäävät tunteita käsittelevien rakenteiden aktivaatiotasoa, joka tarkoittaa aggressiivisten ja negatiivisten tunteiden ilmentymää. Oman ryhmänsä tilannetekijöistä muodostaan tilanne, jossa ihmisiä ärsytetään tai provosoidaan. Tällöin automaattisesti ihmisen vireystila nousee ja asettuu puolustus- tai hyökkäys asetelmaan. Hyperaktiivinen vireystila ja stressi yhdistettynä alkoholin tai huumausaineiden kanssa kuuluvat myös tilannetekijöihin. Alkoholia, huumausaineita ja aggressiota käsitellään omassa kappaleessaan seuraavaksi. (Viemerö 2006, 21.)

Samaan yhteyteen on otettava myös persoonallisuustekijät. Jokainen ihminen on persoonana ”minä”. Persoonaa nähdään kognitiivisten rakenteiden ja emotionaalisen taipumuksen yhdistelmänä, joilla on suora yhteys käyttäytymiseen tilannetekijöiden kanssa. Jokaisen aggressiivinen käyttäytyminen on yksilöllistä ja tätä ohjailevat tekijät, jotka liittyvät henkilön kognitiivisten ja emotionaalisten tunteiden käsittelyyn. Esimerkkinä voidaan pitää hyvän itsetunnon omaavia ihmisiä, jonka yleisesti luullaan olevan ei aggressiivisia, mutta tilanne on toisin päin. Nämä ihmiset ovat taipuvaisia aggressioon, jos heidän itsetuntoaan uhataan, eli taas ne

ihmiset joilla on heikko itsetunto eivät taas ole taipuvaisia aggressioon. Oikeutettua aggressiota useasti käsitellään tietyissä tilanteissa opitulla tavalla ja opitun kautta oletetaan, että se on oikeutettua tietyissä tilanteissa. Aggressiiviset ihmiset näkevät useasti tilanteissa ja henkilöissä myös aggressiivisuutta, vaikka tätä ei todellisuudessa olisikaan. Henkilön psyykkiset ja fyysiset voimat lisäävät tai vähentävät aggressiivisuutta. On helpompaa olla fyysisesti nopeampi, vahvempi tai taitavampi. Impulsiivisuus, vallan halu ja statukset tavoittelu yhdistetään useasti myös väkivaltaan. Molemmilla sukupuolilla aggressiivisuus on pysyvä ominaisuus, joka on verrattavissa älykkyyden pysyvyyteen. On tutkittava ihmisen ikä -ja kehitysvaiheita jotta ymmärtää sosiaalipsykologisen taustan aggressiivisesti käyttäytyvään ihmiseen. Aggressiivisuus ilmenee erilaisina olomuotoina eri ikäisillä ihmisillä. (Viemerö 2002, 139-141.)

### 2.1.3 Aggressio, alkoholi -ja päihteet

Aggressiivisen käyttäytymisen ilmenemismuodot ovat moninaisia ja alkoholi, lääkkeet, steroidihormonit, huumausaineet ja testosteronipitoiset aineet ovat tähän käyttäytymiseen huomattavasti vaikuttavia tuotteita. Näiden aineiden merkitys on huomattavasti korostunut. Esimerkkinä voidaan pitää, että noin puolet kaikista väkivaltarikoksista Suomessa on tehty päihdyttävien aineiden alaisina. Tyyppillisintä suomessa on näiden aineiden sekakäyttö, joka lisää ennestään riskiä käyttäytyä väkivaltaisesti. On huomattu, että jo humalan alkuvaiheessa ihmisen käyttäytyminen muuttuu ja pienikin ärsyke saattaa jo laukaista aggressiivisia piirteitä, vaikka tämä ei vielä purkautuisikaan. Vaikutuksiltaan nämä kaikki aineet ovat erilaisia, mutta kaikkia kuitenkin yhdistää samanlainen euforia ja huumaava vaikutus. Aivojen toiminta vahingoittuu aineiden käytön yhteydessä ja vaikuttaa psyykkiseen, fyysiseen ja emotionaaliseen ajatteluun. (Weismann-Henelius 1997, 20.)

Suomessa yhteiskunnallisesti suurimpia ongelmia on aggressiivisuus ja alkoholi yhdessä. Alkoholi on aina yhdistetty vahvasti aggressiivisuuteen. Tämä ei kuitenkaan tarkoita sitä, että kaikki alkoholia nauttivat ihmiset käyttäytyisivät aggressiivisesti, vaan alkoholi myös liitetään sosiaalisen kanssakäymiseen. On voitu osoittaa todeksi, että väkivaltainen, väkivaltarikollisuus, verbaalinen ja fyysinen aggressiivisuus lisääntyvät alkoholin käytön yhteydessä. (Schuntich & Taylor

1972, 148-149.) Useimmiten väkivalta yhdistetään humalanhakuiseen juomiseen ja pitkiin juotuihin ajanjaksoihin. Alkoholin vaikutusta ihmisiin on testattu laboratorio-olosuhteissa ja tästä on saatu selvää näyttöä, että alkoholin käytöllä on suora vaikutus ihmisen käyttäytymiselle aggressiivisesti. Vuonna 1997 tohtori Bushman loi kuvitteellisen ympäristön ihmisille, jossa eri ryhmien ihmiset antoivat kuvitteellisia sähköshokkeja toisille osallistujille. Jo vähäisen päihtymisen jälkeen shokkien kesto ja voimakkuus kasvoivat huomattavasti. (Bushman 1997, 210.)

Erinäköisiä teorioita on luotu alkoholin käytöstä ja sen vaikutuksista ihmisiin. Perinteisen teorian mukaan alkoholi vaikuttaa käyttäytymiseen estoja vähentämällä. Suoranainen vaikutus keskittyy keskushermostoon, jossa tapahtuu käyttäytymisen säätely. Kun neuraalinen toiminta häiriintyy ottaa vallan alemmat, primitiivisemmät keskukset, joissa alkoholi stimuloi mekanismeja, jotka ohjailevat aggressiivista käyttäytymistä. (Weismann-Henelius 1997, 20.) Alkoholilla on välittömiä vaikutuksia jotka lisäävät impulsiivisuutta ja välitöntä aggressiivisuutta, sekä huonontavat kognitiivista ajattelua ja tämä johtaa helposti väärien tulkintojen tekemiseen vastapuolella, vaikka näitä merkkejä ei todellisuudessa olisikaan. Steroidihormoneilla on testosteronitasojen nousuun suoranainen vaikutus ja tämä on todistettu lisäävät aggressiivista käytöstä varsinkin miehillä. Huomattavasti väkivaltaisemmilla ihmisillä on todettu korkeampia testosteronitasoja. Myös alkoholin nauttiminen lisää hieman testosteronitasoja. Voikin sanoa, että ihminen rauhoittuu väkivaltaisen käyttäytymisen suhteen ikääntyessään, koska normaalit testosteronitasot tipahtavat huomattavasti 45-50 vuotiailla miehillä. (von der Pahlen & Eriksson 2003, 40.)

Vaikka huumaavista aineista barbituraatteja ja bentsodiatsepiineja käytetään rauhoittavan vaikutuksen vuoksi, ne kuitenkin paradoksaalisesti vaikuttavat pitemmällä käyttöväylillä vastakkaisesti. Ne aiheuttavat pitkällä aikavälillä keskittymiskykyä ja muistitoimintoja alentavasti. Nämä myös johtavat ärtymykseen ja väsymykseen. Kyseisten lääkeaineiden käyttäjät saattavatkin käyttäytyä hyvin arvaamattomasti. Stimulanteista amfetamiinilla on ärsytystä ja vihamielisyyttä lisäävä vaikutus. Suurella riskillä amfetamiini laukaisee psykoosin käyttäjällään ja psykoosi saattaakin kestää useita kuukausia tai jopa vuosia, vaikka kyseistä huumausainetta olisi käytetty vain lyhyenkin ajan jakson. Kokaiinista ei ole pystytty luotettavasti todistamaan, että sillä olisi väkivaltaisia vaikutuksia, vaikka se käy-

tön tiedetäänkin aiheuttavan lisääntyntä ärtymystä, varautuneisuutta ja epäluuloisuutta, sekä aiheuttavan paranoidista käyttäytymistä. Crack-kokaiinilla taas on pystytty selvästi osoittamaan yhteys väkivaltaisuuteen. Morfiini, heroini ja opiaatit on useasti yhdistetty rikolliseen toimintaan. Näiden käyttäjät syyllistyvät muita helpommin rikolliseen ja väkivaltaiseen toimintaa hankkiessaan rahaa huumausaineita varten. Näiden aineiden käyttäjät eivät huomaa itsessään väkivaltaisia piirteitä, koska aineet aiheuttavat tilapäistä euforiaa ja käyttäjät tuntevat päinvas-toin. Kaikki tämän ryhmän huumausaineet aiheuttavat sekavuutta, ruokahalut-tomuutta ja väsymystä. hallusinogeenien käytön ei tiedettävästi ole lisännyt käyttä-jän väkivaltaisuutta, mutta nämä aineet useasti yhdistetään itsensä satuttami-seen. Marihuana, hasis ja kannabis aiheuttavat vihantunteita ja aggressiivisuutta, vaikka sillä onkin rauhoittava vaikutus. Ongelma tulee aineiden yhteisvaikutuk-sista jolloin näiden käytöllä saattaakin olla ennalta arvaamattomia vaikutuksia. Näiden aineiden käyttö saattaa olla haitallista ihmisille joilla on ennestään jo tai-pumuksia väkivaltaisuuteen tai jos he ovat aikaisemmin olleet paranoidisia. Psy-koosi myös useasti yhdistetään näihin aineisiin. Uusilla muuntohuumeilla tiede-tään olevan paljon yhteyksiä väkivaltaiseen käytökseen. Koska nämä uuden mal-liset huumausaineet eivät lukeudu mihinkään tiettyyn ryhmään, on niiden vaiku-tuksia vaikea arvioida. Nämä huumausaineet saattavat aiheuttaa käyttäjässään mitä erinäisempiä oireita ja täten ovat erittäin vaarallisia. Tekniset liuottimet yh-distetään useasti nuoriin ja köyhyyteen. Aiheuttaa helposti tokkuraisen tilan jossa käyttäjä saattaa syyllistyä ylykkeenomaisiin tekoihin. Kaikkien aineiden sekakäy-töllä on suurin riski johtaa väkivaltaiseen käyttäytymiseen. On todettu, että mitä nopeammin aine vaikuttaa ja mitä voimakkaammin sitä suurempi riski on aggres-sioon. (Phil & Petersson 1993, 270-271.)

Alkoholi, huumausaineet ja päihteet liitetään voimakkaasti aggressiivisuuteen. näillä on suuri yhteiskunnallinen merkitys. Niin kansanterveydellisesti kuin talou-dellisestikin. Tämä on suurin väkivaltaa ja aggressiivisuutta lisäävä ryhmä ja tä-män lieveilmiöinä tulevat myös mielenterveydelliset sairaudet ja syyt. Yhteiskäyt-täjien merkitys korostuu psykiatrisessa hoitotyössä ja tämä asettaa uudenlaisia haasteita tulevaisuutta ajatellen. On pysyttävä tutkimaan enemmän näiden ryh-mien ihmisiä ja käyttäytymistä, jotta voidaan tarjota juuri näille ihmisille sopivia hoitomenetelmiä. Yhteiskunnallisesti näiden potilasryhmien hoito on erittäin kal-lista ja vaatii paljon resursseja eri hoitotahoilta. (Weismann-Henelius 1997, 22.)

## 2.2 Psykiatria ja mielenterveys

Psykiatria on kiehtonut ihmisiä jo kauan. Se on mielenkiintoinen osa-alue ihmisen käyttäytymisessä ja sen arvioinnissa. Sillä haetaan kosketuspintaa ihmisen olemukseen, elinympäristöön ja syihin miten hän käyttäytyy eri tilanteissa. Käsitteenä psykiatria voidaan määritellä opiksi mielenterveyden häiriöistä, sekä niiden oireista ja ilmiöistä, eli psykopatologiasta ja patogenezistä, joka tarkoittaa kehitystä. Psykiatrian hoitomuoto on terapia ja ehkäisy preventiötä. Psykiatria luetaan lääketieteen erikoisalaksi, jossa tutkitaan mielenterveyden häiriöitä. Nykypäivän tiedon valossa kullekin mielenterveyden häiriölle on annettu tautiluokitus eli diagnoosi ja koodi kuvaamaan sitä. Mielenterveyshäiriöitä on totuttu kuvaamaan ja ajattelemaan tarkan oirekuvauksen pohjalta deskriptiivisen psykopatologian kautta, jossa tarkentuu potilaan objektiivinen käyttäytyminen ja hänen subjektiivinen tuntemus. Tällöin havainnointi ei perustu pelkästään teoria pohjalle vaan käyttäytymistä ja tekemistä arvioidaan sellaisenaan. Psykiatrian eri osa-alueiksi luetaan, aikuispsykiatria, lastenpsykiatria, nuorisopsykiatria ja oikeuspsykiatria. (Lönnqvist ym. 2011, 111-114.)

Mielenterveyshoitotyö kuuluu vahvasti näille osa-alueille. Se pitää sisällään mielenterveyden edistämistä ja mielenterveysongelmien hoitoa. Mielenterveyshoitotyön ensisijaisena tarkoituksena on lisätä hyvinvointia ja toimintakykyä. Mielenterveyshoitotyöhön kuuluu myös mielenterveyden ongelmien ehkäisy, hoitaminen ja niiden lievittäminen. Useasti mielenterveyshoitotyö ajatellaan olevan vain sairauksien hoitamista, vaikka se pitää sisällään paljon muutakin ja painopiste onkin mielenterveyden edistämisessä. Mielenterveys hoitotyötä tehdään laajalla kentällä lastensuojelussa, kouluissa, työpaikoilla, perus -ja erikoissairaanhoidossa, sekä kolmansien sektoreiden toimesta. Työskentely muodot -ja paikat vaikuttavat siihen, millaista apua tarvitaan. Yleisen käsityksen mukaan mielenterveyshoitotyö yhdistetään sairaalahoitoon, vaikka sitä tehdään jo useammassa paikoissa ja pitää sisällään niin yksityiset ihmiset, ryhmät, yhteisöt ja perheetkin. Mielenterveyshoitotyötä tehdään myös valtakunnallisesti ajatellen koko väestöä. Suurten linjojen päätöksillä on suuri vaikutus ihmisten hyvinvointiin. Väestön elinolosuhteita kehitetään ja puututaan ennaltaehkäisevästi jo ennen, kun mielenter-

veysongelmia ilmentyy. Mielenterveyshoitotyö voidaankin jakaa karkeasti mielenterveyttä edistävään, mielenterveyden häiriöitä ehkäisevään ja mielenterveyttä korjaavaan toimintaan. (Kuhanen ym. 2010, 25-27.)

Kuten somaattisten sairauksien hoidossakin, psykiatriassakin pyritään jo tutkituun tietoon ja aikaisemmin hyväksi todettuihin käytäntöihin. Käytetään olemassa olevia hoitosuosituksia ja tieteellisiä tutkimuksia jotka antavat hoidolle pohjan. Hoito nojaa alalla vallitseviin eettisiin lähtökohtiin. Potilas onkin tasavertainen hoidossa ja enenemässä määrin myös oman itsensä asiantuntija. Ihmisen mielenterveyttä määritellään siten, että millainen on hänen kykynsä ymmärtää, sopeutua haasteisiin ja muutoksiin arkielämässä, miten ihminen säilyttää toimintakykynsä ja antaa oman panoksensa yhteisen hyväksi. Mielenterveyden sairauksia/häiriöitä voidaan tänä päivänä hoitaa ja ennalta ehkäistä hyvin nykytiedon valossa. Primääripreventio usein pyrkii tautitapausten ehkäisyyn ja sekundaaripreventio taas vaikuttavaan, varhaiseen hoitoon. Tertiääripreventio suuntaa toimintakyvyn maksimaaliseen ylläpitämiseen ja palauttamiseen. (Lönnqvist ym. 2011, 111-114.) Potilaan ja hoitajan välinen suhde on osa hoitoprosessia, jossa yhdessä pyritään tunnistamaan elementtejä ja tunteita, ajattelutapoja, ongelmanratkaisua, sekä teoreettisia viitekehyksiä. Suhde perustuu empaattisuuteen, lämpöön ja aitouteen, oikeasti välittämiseen. Hyvä hoitaja kykeneekin tunnistamaan nämä elementit työssään ja luomaan mahdollisimman hyvät lähtökohdan potilaalle käyttäen omia resurssejaan. (Reynolds & Cormack 1992, 111.) Perimmäisenä ajatuksena kuitenkin on ihmisen tukeminen ja potilaan selviytyminen arjesta ja sen tuomista haasteista, silloin kun omat voimavarat eivät tähän riitä tai mieli on sairastunut ja ei kykene tästä selviämään omin avuin. Psykiatrinen hoitotyö perustuu potilaan tarpeisiin, joihin pyritään vastaamaan eri hoitomuodoin ja auttamismenetelmin. Hoitomenetelmät valitaan sen mukaan, mistä potilaalle on suurin apu. Hoidon tarpeen arvioinnin tekee moniammatillinen ryhmä, jonka perustana on potilaan lähtökohdat ja hänen selviytyminen arjessa/sairaalaympäristössä tai sairaalan ulkopuolella. Auttamismenetelmät pyrkivät vastaamaan hoidon tarpeisiin ja tällä pyritään saavuttamaan annetut tavoitteet ja kaikki käytetyt menetelmät ovat riippuvaisia siitä, miten tarpeet ja tavoitteet määritellään. Potilaan hoidon peruskiviä ovat potilaan elämän tunteminen ja arvostaminen. Taustat tulee myös tietää ja nämä yhdessä luovat yksilöllisen hoitosuhteen potilaaseen.



(Latvala ym. 1995, 77.) Mielenterveystyön osaaminen on perusta tälle tieteenalalle. Hyvä hoito edellyttää kaikkien osa-alueiden tuntemusta. Tiedot ja taidot on omattava, jotta pystyy kokonaisvaltaisesti auttamaan tarvitsevaa. Potilaan kanssa yhdessä toimivien tahojen on tiedettävä mitä käsite mielenterveyshoitotyö pitää sisällään. Kaiken tutkitun tiedon ja käytäntöjen on kohdattavat. Tämä onkin mielenkiintoista, miten nämä kaikki saadaan yhdistettyä ja hyödynnettyä potilaan hoidossa. On tärkeää kuitenkin pitää yllä kokonaisvaltaista ihmiskuvaa ja biopsykososiaalista häiriökäsitystä potilaasta, vaikka tutkittu tieto tuottaa koko ajan uutta tietoa ja entistä spesifisempää tarkennettua tietoa. Näyttöön perustuva psykiatria on tänä päivänä vallitseva metodi, jonka perusideana on tutkitun tiedon hyödyntäminen käytäntöön. Tässä yhdistyy kliininen asiantuntijuus ja ammattitaito yhdessä potilaan arvojen kanssa. Yleinen tiedetty tieto tulee pystyä suhteuttamaan potilaan tarvitsemaan hoitoon ja juuri siihen spesifiseen ongelmaan mikä potilaalla on. Tämä on mahdollista vain siinä tilanteessa, missä ymmärrämme potilaan ongelmat ja ominaisuudet oikein. Yksilöllistä hoitoa voidaan antaa, jos voimme huomioida biologisen ja psykologisen vaihtelevuuden, elämäntilanteen ja olosuhteiden ainutlaatuisuuden. (Lönqvist ym. 2011, 45-46.) Mielenterveys on jokaisen ihmisen perusta hyvinvoinnille ja voimavara jaksamiselle. Tästä käytetään nimitystä positiivinen mielenterveys. Mielenterveyttä tarkasteltaessa käsitteenä ovat yksilölliset tekijät ja kokemukset, sosiaalinen tuki ja vuorovaikutus, yhteiskunnalliset rakenteet ja resurssit, sekä kulttuuriset arvot. Kun mielenterveyden tasapaino järkkyy, on mahdollista, että ihminen sairastuu psyykkisesti johonkin mielenterveyden häiriöön. (Kuhanen ym. 2010, 25.)

Avataan seuraavassa tarkemmin mielenterveyden neljää osa-aluetta.

**1) Yksilölliset tekijät ja kokemukset.** Näillä on suora vaikutus siihen, miten jokainen meistä kokee mielenterveyden. Tässä kontekstissa biologiset tekijät, eli perimä ja sukupuoli ovat yksilöllisiä tekijöitä, jotka vaikuttavat mielenterveyteen. Siitä saakka, kun ihminen syntyy, on hän tekemisissä ympäristönsä kanssa ja altis tämän vaikutuksille. Saadut kokemukset vaikuttavat ihmiseen loppuelämän ajan. Kaikki elämäntapahtumat muovaavat meitä joko positiivisesti tai negatiivisesti. Suuret kriisit, läheisen kuolema, vakavasti sairastuminen tai ongelmat läheisten kanssa ovat negatiivisia tapahtumia jotka jättävät jälkensä ihmisen kehitykseen ja tätä kautta muovaavat ihmistä ja mieltä. Silloin kun elämänhallinta on

kunnossa sisältäen itsetunnon, toiveikkuuden, onnellisuuden, tyytyväisyyden elämään, elinvoimaisuuden, elämänlaadun ja lisäksi hän pystyy toimimaan osana yhteistä hyvää ja antamaan oman panoksensa siihen. Sitä voidaan kuvata tasapainoiseksi hyvinvoinnin tilaksi. Myös asenteet sekä omat valinnat vaikuttavat mielenterveyteen ja se että miten ihminen huolehtii itsestään ja pitää huolta omasta hyvinvoinnistaan. Mielenterveys voidaankin käsittää psyykkisenä voimavarana ja resurssina, jota käytämme jatkuvasti. Tämä tukee arjessa jaksamista, sekä auttaa jaksamaan vastoinkäymisten ohella. Myös ihmisen kehitysvaiheilla on merkitystä. Elämänkaari koostuu eri alueiden oppimisesta ja siitä, miten nämä vaiheet jokainen meistä selvittää. Jokaisen elämänkaaren vaiheessa on omat vastoinkäymisensä ja nämä on selvitettävä ennen kuin voi siirtyä seuraavalle kehitystasolle. Näissä tilanteissa vastoinkäymiset tulevat uutena haasteena ja näiden selvittämiseen ei vielä ole olemassa työkaluja joiden avulla nämä voitaisiin selvittää.

**2) Vuorovaikutus ja sosiaalinen tuki.** Perusturvallisuus elämälle rakentuu jo vauva isässä. Vanhempien/vanhemman ja lapsen keskeinen vuorovaikutus ja tästä opitut tavat vaikuttavat myöhempään elämään käyttäytymismalleina ja opituina tapoina. Varhainen vuorovaikutus luo pohjaa hyvälle itsetunnolle ja minäkuvulle ja myös kehittää kykyä empaattisuuteen. Yhdessä oleminen, kokeminen, tekeminen ja lapsen tarpeisiin vastaaminen johdonmukaisesti kantavat pitkälle elämässä. Kaikki ympäristöt missä toimitaan vaikuttavat suoraan mielenterveyteen, joten perheen vaikutuksella on suuri merkitys. Tämän lisäksi mielekäs tekeminen, kiinnostava työ, uuden oppiminen ja näiden pohjalta saatu kokemus ovat myös vaikuttajia. Onnistuneet ihmissuhteet ja vuorovaikutustilanteet luovat positiivisia kuvia elämänkatsomukselle, nämä ovat sosiaalisen tuen muotoja. Työelämän paineet, liiallinen henkinen tai fyysinen kuormittavuus ja monet epävarmuustekijät taas kuormittavat henkistä hyvinvointia. (Kuhanen ym. 2010, 19-21.)

Taulukko 1. Mielenterveyttä määrittävät tekijät (Sosiaali -ja terveysministeriön mielenterveystyö Euroopassa -selvitys 2004).

Sosiaalinen tuki ja muu vuorovaikutus	Yhteiskunnalliset rakenteet ja resurssit	Yksilölliset tekijät ja kokemukset	Kulttuuriset arvot
<ul style="list-style-type: none"> <li>• yksilötaso</li> <li>• perhepiiri</li> <li>• koulu</li> <li>• työ</li> <li>• yhteisö ja ympäristö</li> <li>• hallinto ja palvelut</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• yhteiskuntapolitiikka</li> <li>• organisaatioiden toimintalinjat</li> <li>• koulutusresurssit</li> <li>• asumisolot</li> <li>• taloudelliset resurssit</li> <li>• palvelujen saatavuus ja laatu</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• tunteet - havainnot - toimet</li> <li>• identitetti, käsitys itsestä ja luottamus</li> <li>• riippumattomuus</li> <li>• sopeutumiskyky (selviytyminen ja stressinsietokyky)</li> <li>• muut henkilökohtaiset voimavarat (koulutus, tiedot ja osaaminen)</li> <li>• elämän subjektiivinen mielekkäisyys</li> <li>• fyysinen terveys</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• vallitsevat yhteiskunnalliset arvot (tasa-arvo ja ihmisoikeudet)</li> <li>• mielenterveydelle annettu yhteiskunnallinen arvo</li> <li>• sosiaalista vuorovaikutusta ohjaavat arvot</li> <li>• mielenterveyden ja pahoinvoinnin sosiaaliset kriteerit</li> <li>• mielenterveysongelmien leimaavuus</li> <li>• erillaisuuden sietäminen</li> </ul>

**3) Yhteiskunnalliset rakenteet ja resurssit.** Yhteiskuntapolitiikan ja lainsäädännön pyrkimyksenä on vaikuttaa näihin tekijöihin, jotta jokainen kansalainen pysyisi elämään tasavertaisena yhteiskunnan jäsenenä. Suuri vaikutus mielenterveyden hyvinvoinnille on taloudellinen tasapaino, elinolosuhteet, asuminen, koulutus ja palveluiden saatavuus. Nämä kaikki muovaavat sitä, miten hyvinvointiin voidaan vaikuttaa. Voi olla sanomattakin selvää, että pitkä työttömyys vaikuttaa useampaan näistä osa-alueista ja täten laskee omaa hyvinvointia ja suhdetta omaan mielenterveyteen.

**4) Kulttuuriset arvot.** Mielenterveys koetaan eri kulttuureissa eritapaan, eli mielenterveys on kulttuuri sidonnainen. Yhteiskunnalliset tekijät ovat sidoksissa kulttuuriin arvoihin ja nämä ohjaavat poliittista päätöksentekoa. Poliittisesti voidaan vaikuttaa ihmisoikeuksiin ja tasa-arvoon ja näiden toteutumiseen. Pohdittavaksi jää miten tasa-arvo toteutuu, miten erillaisuuteen suhtaudutaan, puhutaanko tai leimataanko mielenterveyspotilas yhteiskunnassamme ja miten mielenterveyttä ylipäättään yhteiskunnallisesti arvostetaan. Jokainen aikakausi ja sen aikaiset vallitsevat normit vaikuttavat väistämättä kulttuuriin ja yhteiskunnallisiin tekijöihin. (Kuhanen ym. 2010, 19-21.)

### 2.3 Potilaan uhkaava käyttäytyminen

Mielenterveyshoitotyössä uhkaava käyttäytyminen on yleistä ja tämä on lisääntynyt huomattavasti vuosien varrella. Tämä asettaa omat haasteensa henkilökunnalle, jotka toimivat hoitotyön ammattilaisina. Valitettavaa on, että kaikkea uhkaavaa toimintaa ei raportoida työssä, koska tämä mielletään normaaliksi arjeksi työpaikoilla ja tätä on totuttu pitämään osana työtä. Uhkaava käyttäytyminen on satumanvaraista ja ei kohdistu tarkoituksen mukaisesti tiettyihin ihmisiin. Potilaiden käytös voi purkaantua uhkailuna, loukkaavana, haukkumisena, säädyttömänä puheina tai jopa fyysisenä väkivaltana. Myös esineisiin kohdistuva aggressio on yleistä. Useat asiat voivat vaikuttaa potilaan uhkaavaan käyttäytymiseen. Jokainen meistä on yksilö ja jokaisen ihmisen piirteet, persoona ja erilaisuus voivat laukaista uhkaavan käytöksen. Sen hetkinen hoitoympäristö, tilanne tai organisaatioon liittyvät asiat tai vuorovaikutukselliset tekijät saattavat myös tuoda esiin aggressiivisen käyttäytymisen. Osastolla voi olla muutenkin levotonta ja kiireistä mikä saattaa lisätä potilaan pelkoja ja ahdistusta ja täten saattaa hänet käyttäytymään uhkaavasti. Psykiatrisilla osastoilla riskiä käyttäytyä uhkaavasti lisäävät toiminnan puute ja päiväohjelmien jäsentämättömyys. Useasti myös tilanteet joissa on paljon potilaita, lisäävät virikkeiden määrää ja täten johtavat uhkaavaan käyttäytymiseen. Potilas itse voi olla myös oman sairautensa vuoksi kykenemätön käsittelemään omia tunteitaan ja tämän vuoksi mahdollisesti käyttäytyy impulsiivisesti ja kontrolloimattomasti. Mielenterveysongelmista kärsivillä ihmisillä on suurempi todennäköisyys uhkaavaan käyttäytymiseen kuin muulla väestöllä. On kuitenkin pidettävä mielessä, että aikaisempi uhkaava käyttäytyminen ja väkivaltainen käytös ovat yhteydessä iän ja sukupuolen kanssa suurempi uhka kuin mielenterveysongelmat. Psykoottinen oireilu ja päihteet lisäävät merkittävästi uhkaavaa käytöstä. (Kuhanen ym. 2010, 242-243.)

Tunnetusti lapset eivät kykene hillitsemään itseään kuten aikuiset. Onkin oletuksena, että terve aikuinen pystyy kontrolloimaan omaa käyttäytymistä oman kehitysvaiheen mukaisesti. Mutta on todettava, että aikuistenkin välillä on merkittäviä eroja, heidän kyvyssään säädellä omaa käyttäytymistä. Impulsiivinen ihminen käyttäytyy, vastoin normaalia olettamusta. Heillä on taipumus reagoida suunnittelemattomasti ja nopeasti omaan käyttäytymiseen tai ulkoisiin ärsykkeisiin ja

tätä kautta jättää huomioimatta seuraamukset tapahtumasta. Käytös -ja hillitsemishäiriöille on yleensä yhteistä, jokin laukaiseva tekijä tai ärsyke, joka luo pakonomaisuutta ja myös tuottaa mielihyvää tekijälle. Tämä selittääkin uusintatapumusta teoille. Usein tekoa edeltävästi tekijän vireystila ja jännitystila kohoavat ja täten on vaikea vastustaa yllykkeen purkautumista. (Lönngqvist ym. 2011, 471 – 472.)

#### 2.4 Aggressiivisuuden ennakointi ja ennaltaehkäisy

Aggressiivisuuden ennaltaehkäisemiseen ja ennakointiin vaikuttaa usea asia. Tilanteessa on paljon tekijöitä, joilla voidaan ehkäistä tilanteen laukeamista. Aggressiivisesti käyttäytyvien kanssa työskentelevien tulee aina omalla toiminnallaan varmistaa, että hoitoympäristö olisi mahdollisimman turvallinen. On kuitenkin muistettava, että jokaisella potilaalla tulisi olla oikeus koskemattomuuteen ja turvallinen hoitoympäristö. Onkin tärkeää, että potilaan ja työntekijän välinen hoitosuhde perustuu luottamukseen ja tätä kautta lisää turvallisuutta. Hummelvoll ja da Silvan artikkelissa puhutaan paljon hoitajan vaikutuksesta hoitotyöhön ja merkityksestä potilaan ja hoitajan välisestä suhteesta. Hoitaja on kumppani ja rinnalla kulkija, joka ottaa huomioon, että potilas on ainutlaatuinen, sosiaalinen, autonominen, rationaalinen ja hengellinen olento. Hoitaja kurottautuu keskinäisen kunnioituksen ilmapiirissä hoidettavan tasolle ja kohtaaminen tapahtuu sinä-minä periaatteella. Läsnäolo tilanteessa korostuu verbaalisesti ja non-verbaalisesti potilaan ilmaistessaan itseään ja tuntemuksiaan. Tasavertaisuus ohjailee vahvasti hoitajan ja hoidettavan yhteistyötä ja hoitamisen tulisi tapahtua ilmapiirissä, missä potilaalla on mahdollisuus myös epäonnistua ja tämä hyväksyttäisiin ja annettaisiin se mahdollisuus potilaalle. Hyväksynnän ilmapiiri tukee potilaan omaa itsetuntoa ja luo turvallisuutta, jotta tämä voi hyväksyä omat tuntemuksensa niin negatiivisesti kuin positiivisestikin. (Hummelvoll & da Silva 1994.)

Hoitoympäristön rauhallisuus ja hyvä ilmapiiri ovat avainasemassa. Nämä vaikuttavat positiivisesti mahdolliseen uhkatilanteeseen. Tätä kautta saadaan uhkaava tilanne mahdollisesti laukeamaan pelkän puhumisen avulla. Myös osastojen rakenteella on suuri merkitys käyttäytymiselle. On huomioitava osastoja rakentaessa, ettei niistä tehdä liian suuria ja pohjaratkaisut ovat ideaalit. Potilaspaikkojen

määrä tulisi pitää mahdollisimman pienenä ja ajatella potilaiden sijoitusta diagnoosien mukaan. Potilaiden uhkaavaa käytöstä myös hillitsee oikein mitoitettu henkilökuntamäärä. Mitä enemmän on henkilökuntaa, sen turvallisempi on olla ja hoitajia on potilaiden saatavilla tarvittaessa. Tällöin on myös helpompi havainnoida potilaiden käytöstä ja mahdollisia uhkakuvia. Potilaiden voinnin muutos voidaan havaita ajoissa ja reagoida tähän. Strukturoidulla päiväjärjestyksellä voidaan myös ehkäistä uhkaavaa käytöstä, pahimpana vihollisena käyttäytymiselle on tekemättömyys. Päiväohjelma tulee olla hyvin suunniteltu ja tästä tulee kertoa myös potilaille tarpeeksi selvästi. Osastojen säännöt tulee olla selvillä, jotta tiedetään, millaisten sääntöjen puitteissa voidaan toimia ja millainen käyttäytyminen on hyväksyttävää. Yhteiset toimintalinjat sääntöjen mukaan ehkäisevät varsinkin päihdekäyttäjien keskuudessa uhkaavaa käyttäytymistä. Potilas voi tällöin tietoinen siitä, miten osastolla tulisi käyttäytyä. Mahdollisesti uhkaavasti käyttäytyvien potilaiden tilaa tulee seurata säännöllisesti, jotta voidaan havaita pienimmätkin poikkeamat käytöksessä ja tätä kautta toimia. On annettava potilaalle mahdollisuus purkaa ahdistuneisuuttaan oikeaa reittiä pitkin. Tunteiden näyttäminen ja purkautuminen on sallittua, kunhan se tehdään oikeita reittejä pitkin. Uhkaavasti käyttäytyvän potilaan kohtaaminen ja tämän kanssa toimiessa on tärkeää, että tilat jossa oleskellaan ovat helposti saavutettavissa ja sieltä on mahdollisuus päästä pois helposti. Omalla käyttäytymisellä voidaan vaikuttaa siihen, miten potilas käyttäytyy. Hoitajan ei tulisi provosoitua uhkaavasta tilanteesta. Rauhallinen käyttäytyminen, empaattisuus ja kuunteleminen auttavat potilasta rauhoittumaan. On muistettava, että potilaan kanssa keskusteltaessa tulisi käyttää selvästi ymmärrettäviä kysymyksiä ja puhua selkeästi potilasta myötäillen, sekä samaan aikaan arvioida tilannetta. Samaan aikaan omien resurssien selvittäminen tilanteen laukaisemiseksi on tärkeää. Jos kuitenkin tilanne on menossa uhkaavaan suuntaan, on hyvä varmistua jo avun saamisesta etukäteen varaamalla paikalle tarvittava määrä henkilökuntaa. On hyvä myös tarjota potilaalle erilaisia vaihtoehtoja ja kompromisseja tilanteen selvittämiseksi tai antamalla mahdollisuus siirtyä pois tilanteesta vähemmän virikkeelliseen tilaan jossa voi keskittyä tekemään jotain mielekästä. Näissä tilanteissa on tärkeä antaa potilaalle tarvittava määrä aikaa ja vaikka viettää useampi tunti hänen kanssaan mahdollisuuksien mukaan. Potilaalle pitää kuitenkin taata kunniallinen poistuminen tilanteesta ja pitää mielessä, että hän säilyttäisi omanarvontunnon tilanteessa. Käyttäytyminen neutraalisti ja

asiallisesti auttavat potilasta myös olemaan provosoitumatta. Tilanteen jälkeen olisi hyvä selvittää mikä johti uhkaavaan käyttäytymiseen ja tätä kautta estää seuraavaa kertaa tapahtumasta. Tavoitteena aina uhkaavassa tilanteessa on mahdollisimman vähän fyysisen rajoittamisen käyttäminen. Mikäli kuitenkin tilanne ei rauhoitu ja potilaan tai henkilökunnan turvallisuutta ei voida taata tilanteessa, voidaan mielenterveyslain (1116/1990, 1423/2001) puitteissa rajoittaa/eristää uhkaavaa henkilö, mikäli tämä on tarkkailussa tai pakkohoidossa. Sitomishoito on viimeinen keino, mikäli tilanne ei muuten rauhoitu ja tätä tulisi käyttää vain äärimmäisissä tilanteissa joissa potilaan käyttäytymistä ei saada muuten rajoitettua. Jos henkilökunnan tai potilaan turvallisuus on uhattuna uhkailusta tai teoista johtuen tätä tulisi käyttää. Tehohoitokeinona on potilaan eristäminen, jolla pyritään auttamaan potilasta ja saamaan tämä itse havainnoimaan ja kontrolloimaan omaa käyttäytymistään. Tällä myös vähennetään virikkeitä ympäristöstä, joka on mahdollisesti laukaissut tilanteen. Vaikka potilaan uhkaavaan tilanteeseen puututaan, ei se automaattisesti tarkoita, että potilas tulisi eristää. Tilanne saattaa lauetta jo muilla keinoin. Vaikka eristämispäätös on jo tehty, tulee tilaa arvioida koko ajan ja eristyspäätös voidaan purkaa, mikäli tilanne rauhoittuu. Tilanteen jälkeen tulisi käydä läpi siihen johtaneet syyt potilaan ja työryhmän kanssa. Oleellista on kuitenkin se, miten hoitajat pystyvät ennakoimaan ja arvioimaan tilannetta ja miten itse käyttäytyy tilanteessa. Non-verbaalinen ja verbaalinen käytös on useasti avainasemassa näissä tilanteissa. On kyettävä huomioimaan omaa käytöstään tilanteessa. Katsekontakti, asennot, eleet, kasvojen ilmeet ja äänenpaino ovat asioita joista virikkeitä syntyy helposti. Potilaalla on oikeus koskemattomuuteen, sekä omaan tilaan, täten tulisikin pystyä hoitamaan tilanne ilman koskettamista. (Kuhanen ym. 2010, 242-247.)

Taulukko 2. Uhkaavasti käyttäytyvän potilaan kohtaaminen (Kuhanen ym. 2010).

**UHKAAVASTI KÄYTTÄYTYVÄN POTILAAN KOHTAAMINEN**

- Tilanteessa on ensin taattava kaikkien osapuolten välitön turvallisuus
- Apuvoimia tulee pyytää ajoissa, ja riskitilanteisiin ei saa menne yksin
- Jos uhkaavan potilaan kanssa ei pysty neuvottelemaan tai tekemään sopimuksia, tulee keskittyä turvallisuuteen

**Potilaan sanallinen rauhoittaminen:**

- Pysy rauhallisena. Älä provosoidu, vaikka sinua provosoitaisiin. Pidä ääni rauhallisena ja matalana.
- Käytä yksinkertaisia ilmaisuja ja toista tarvittaessa, käytä minä-ilmaisuja
- Puhuttele potilasta nimeltä, jos mahdollista rohkaise häntä puhumaan
- Korosta selkeästi, että tavoitteena on selvittää potilaan ongelmat yhteistyössä hänen kanssaan, kerro ymmärtäväsi potilaan tunteita, mutta älä ryhdy "psykoanalysoimaan" häntä
- Toista kuulemasi omin sanoin ja kysy, oletko ymmärtänyt oikein
- Yritä palauttaa yhteistyön henki
- Vahvista potilaan turvallisuuden tunnetta.
- Aseta rajat selkeästi ja ystävällisesti, sekä kerro selkeästi omat aikomuksesi ja toiveesi
- Tartu asiaan heti ja pyydä rauhallisesti konkreettista tarkennusta, jos potilas uhkailee vihjailemalla rivien välistä
- Kysy suoraan itsetuhoisista ja väkivaltaisista ajatuksista

Viesti myös eleillä, pidä kädet näkyvillä, ja katso potilasta usein, mutta älä tuijota häntä Nyökkäile hyväksyvästi



Eri tapaisia uhkaavan tilanteen arviointimenetelmiä on useita ja näistä on saatu paljon hyötyä potilaiden hoidossa. Näiden ongelmana on kuitenkin niiden käytettävyys. Yleisesti ottaen niiden käyttäminen on työlästä ja työllistää useamman henkilön, jotta tulokset olisivat luotettavia. Käytettävät menetelmät perustuvat pitkäaikaiseen seurantaan ja arviointiin. Uhkaavan riskin arviointi voi pitää sisällään tämän hetkisen ja aiemman mielenterveyden arvioinnin, henkilökohtaisen historian, päihteiden käytön, sosiaalisen toiminnan ja mahdollisen riskikäyttäytymisen tekijöiden selvittämisen. Nämä yleisesti selvitetään haastattelemalla, arvioimalla kirjallisesti tai ihan vain havainnoimalla potilasta. Tulee myös perehtyä potilaan taustoihin ja aikaisempaan historiaan, onko siellä ollut aikaisemmin uhkaavaa käyttäytymistä ja mikä on sen laukaissut tai miten tilanne on rauhoitettu. Yhteistyössä potilaan omaisten kanssa voidaan kartoittaa uhkaavia tilanteita ja hallintakeinoja. Arviointimenetelmät parantava hoidon laatua ja antavat tietoa mahdollisesti uhkaavasta käytöksestä. Näiden perusteella voidaan myös suunnitella hoitolinjoja ja yksilöllistä hoitoa. (Kuhanen ym. 2010, 246.)

Taulukossa 3 on lueteltu osa käytössä olevista menetelmistä:

Taulukko 3. arviointi menetelmiä (Mattanen 2010).

### **Strukturoitu väkivaltariskin arviointi**

Mittaavat menetelmät:

- Staff Observation Scale, SOAS + The revised version of SOAS:SOAS-R
- Rating Scale for Aggression in the Elderly, the RAGE
- Brief Agitation Rating Scale BARS
- Cohem-Mansfield Agitation Inventory, CMAI

Näitä ei voida käyttää ennustavina työkaluina, vaikea viedä osaston rutiiniksi käytettävyytensä vuoksi ja vasta tapahtuessa voidaan saada tuloksia.

Ennustavia menetelmiä:

- The Historical, Clinical, Risk Managment-20 (HCR-20)
- Hare Psychopathy Checklist, Revised (PCL-R)

Suuritöisiä täyttää ja vievät pitkään ennen kuin antavat tuloksia

Jokaisen potilaan käytös on kuitenkin yksilöllistä ja potilaskohtaista. Potilaan kanssa on mahdollista tehdä yksilöllisiä hoitosuunnitelmia ja tämän kanssa voidaan myös harjoitella ja opetella sosiaalisia taitojakin. Sosiaalisten taitojen puute onkin suuri syy laukaisemaan uhkaavan tilanteen. Tätä kautta potilaalla on mahdollisuus harjoitella vuorovaikutustaitoja ja opetella purkamaan omaa oloaan ja ilmaisemaan itseään. Uhkaava käytöstä voidaan myös hoitaa lääkkeellisesti. Lääkkeillä vähennetään mielenterveydestä johtuvia oireita, harhoja, ahdistusta, kiihtymystä sekä levottomuutta. Lääkehoidolla ei kuitenkaan ole suoranaista vaikutusta uhkaavasti käyttäytymiseen, vaan sillä on laajakirjoinen vaikutusmekanismi. (Kuhanen ym. 2010, 246.)

## 2.5 Brøset Violence Check List

Robert Almvik (Trondheimin yliopisto) on kehittänyt Linaker ja Busch-Iversenin empiirisen tutkimuksen pohjalta menetelmän, jota voidaan käyttää ennakoimaan potilaan uhkaavaa käytöstä seuraavan 24 tunnin aikana. Linaker ja Busch-Iversen tutkivat 92 potilasta 1988 -1993 norjalaisessa korkeimman tason psykiatriassa yksikössä. Kriteerinä valikoiduille materiaaleille oli tarpeeksi väkivaltainen käytös, joka on johtanut eristämiseen. 92 potilaan kohdalla on 42 kirjattua uhkatilannetta, joista 32 potilasta on voitu yhdistää uhkatilanteisiin. 16 näistä tekijöistä on mainittu 2 kertaa uhkatilanteen aiheuttajana. Myös kaikki päivittäiset hoitajien raportoinnit käytiin läpi 5 vuoden aikajakson aikana. Kaikissa näissä raporteissa nousi esille 6 käyttäytymismallia, joiden tapaan potilaat olivat käyttäytyneet ennen uhkatilanteen alkua. Käyttäytymismallit olivat 1) sekava, 2) ärtyisä, 3) riehakas (äänekkäästi levoton), 4) sanallisesti uhkaava, 5) fyysisesti uhkaava, 6) esi-neisiin kohdistuva aggressio. Näiden käyttäytymismallien pohjalta uhkatilanne toteutui 90.3% tapauksista. Vain 14.6% tapauksissa mikään näistä käyttäytymismalleista ei tullut esille tutkimusjakson aikana. Tämän tutkimuksen pohjalta Robert Almvik kehitti käyttäjäystävällisen menetelmän, johon sisältyy BVC-kaavake, esittely ja opetusmateriaali, jossa on kerrottu yksityiskohtaisesti instrumentin käyttämisestä. Uusimpana on tullut mobiilisovellus, jossa kaavake on valmiina täytettäväksi. Tämän voi ladata suoraan BVC-kotivisuilta osoitteesta (<http://www.riskassessment.no/>) BVC perustuu idealle, että uhkatilanteita ei pääse synty-

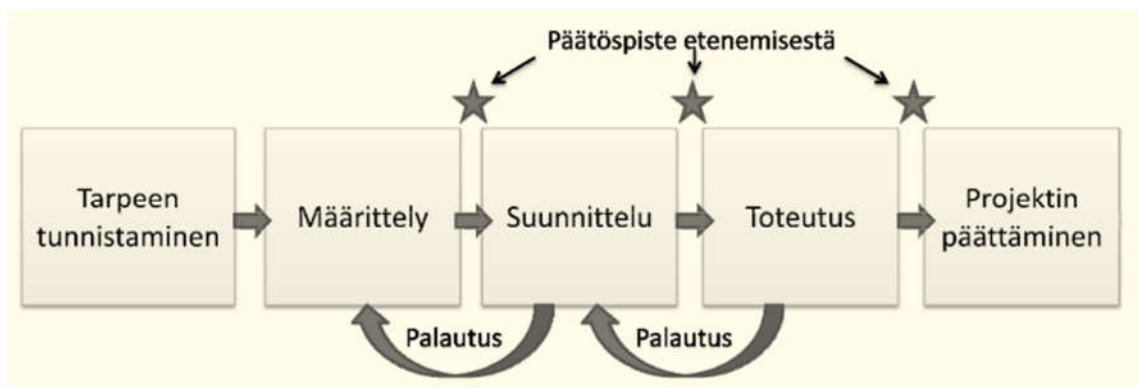
mään ilman minkäänlaisia varoitusmerkkejä. Ennen jokaista uhkatilannetta potilaalla on havaittavissa näitä käyttäytymismalleja ja menetelmä on luotettavuudeltaan korkea. Menetelmä käyttää hyväkseen näitä 6 käyttäytymismallia. (Almvik, 2008, 47 -48.) Menetelmää on testattu Norjassa ja kansainvälisesti laajalti ympäri maailmaan ja tulokset kertovat menetelmän toimivuudesta hyvin. Kliinisessä käytössä menetelmää ei voi tulkita väärin. Tulokset ovat olleet hyvin samankaltaisia kansainvälisesti ja tämä onkin otettu laajalti käyttöön ympäri maailmaa. Alkuperäisessä Almvikin tutkimuksessa menetelmää testattiin kahden kuukauden aikana kolmella akuuttiosastolla, kaikille sisään kirjatuille. BVC täytettiin jokaisen potilaan kohdalla jokaisessa vuorossa. Väkivaltatapahtumien tiedot kerättiin käyttämällä SOAS menetelmää (Mattanen 2010, 17-19.) SOAS, Staff Observation Aggression Scale on tälläkin hetkellä käytössä olevan raportointi ja arviointi menetelmä. Menetelmä arvioi aggressiivisen käyttäytymisen vakavuutta ja esiintymistiheyttä. Tämä on hieman samankaltainen kuin BVC, mutta tämä ei anna välitöntä tietoa käyttäytymisestä. SOAS:n pääasiallinen tarkoitus on kerätä tilastollista tietoa tutkimuksiin ja antaa viitteitä käytöksestä. Menetelmässä täytetään standardoitu kaavake, joka sisältää osaltaan samoja asioita kuin BVC-kaavake, jonka pohjalta saadaan kattavaa tilastollista tietoa aggressiivisesta käyttäytymisestä eri potilas ryhmillä. (Palmstiera & Wisted 1987, 12.) Osastoille kirjattiin kahden kuukauden aikana 109 potilasta. 12 heistä raportoitiin osallistuneen väkivaltaiseen tapahtumaan. Menetelmän sensitiivisyys oli 74% ja spesifisyys 91%. BVC:n avulla hoitajat pystyivät ennustamaan osastopotilaiden väkivaltaisuuden ja määrittämään resurssitarpeensa. Positiivinen tulos millä tahansa BVC:n alueella lisäsi riskiä väkivaltaisuuteen 6 kertaisesti, jos menetelmä oli kaikilta osialueilta negatiivinen, pystyttiin toteamaan, että 99.2% varmuudella väkivaltaa ei esiinny. Robert Almvik on myös tehnyt useampia tutkimuksia aiheesta vuosina 1999 – 2007 ja myös näiden tulokset ovat olleet lähes identtisiä keskenään. (Mattanen 2010, 17-19.)

### 3 PROJEKTIN TOTEUTTAMINEN

#### 3.1 Projektin tarkoitus ja tavoitteet

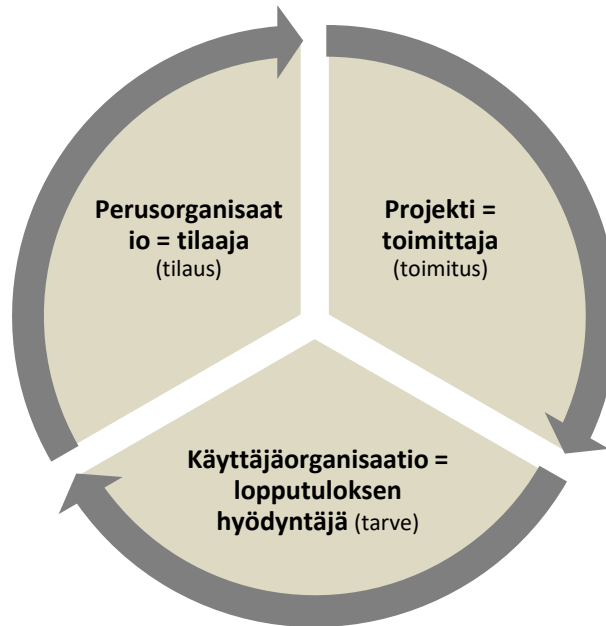
Projekti voidaan määritellä muutamalla yksinkertaisella sanalla. Se kuvaa ehdotusta tai suunnitelmaa. Sana projekti on peräsin latinan kielestä joista nämä käsitteet tulevat. Suomenkielinen lähinnä oleva sana on hanke. Lyhyt määritelmä hankkeesta on joukko ihmisiä ja muita resursseja, jotka on tilapäisesti koottu suorittamaan yhteistä tehtävää. Projektin tarkoituksena on saavuttaa jokin ennalta määrätty tarkoitus tai tavoite. (Ruuska 2005, 16.) Sami Kettunen tiivistää kirjassaan projektin tarkoituksen, se on kehityshanke, jossa on omat erityispiirteensä ja poikkeaa siten toisista vastaavista kehityshankkeista. Projektilla on alku, loppu ja selkeä tavoite miksi sitä toteutetaan. (Kettunen 2009, 15). Projektit voidaan jakaa koviin ja pehmeisiin projekteihin. Kovissa projektitöissä on selvemmin määritellyt tavoitteet, ne on rajattu tarkemmin aikatauluiltaan ja budjeteiltaan ja tämä perustuu olemassa olevaan teorian tietoon, sekä kokemukseen kun taas pehmeissä projekteissa on vähemmän kokemustietoa ja enemmän epävarmuustekijöitä ja riskejä. (Young 1998, 11 – 12.) Opinnäytetyö on tehty niin sanottuna pehmeänä projektina. Projektit jaetaan yleensä neljään eri vaiheeseen: määrittely, suunnittelu, toteutus ja lopetus (työ luovuttaminen). Osittain työn vaiheet ovat päällekkäisiä tai seuraavat toisiaan. Projektityön tarkoitus on edetä suoraviivaisesti vaiheesta toiseen, mutta tarvittaessa on palattava takaisin edelliseen vaiheeseen, mikäli kehitystyö tai tulokset sitä vaativat. (Kettunen 2009, 43.)

**Projektin yleisen kulun kaavio esitetään seuraavasti:**



Kaavio 2. Projektin yleinen kulku (Kettunen 2009, 43).

Jokainen vaihe seura toisiaan ja tarvittaessa palataan edelliseen tarpeen mukaan. Projekti aloitetaan asian tunnistamisella tai tarpeella. Määrittelyllä arvioidaan kyseisen tarpeen tai asian toteutettavuutta. Mikäli aihe tai asia todetaan tarpeelliseksi, siirrytään itse suunnitteluvaiheeseen. Suunnitteluvaiheessa palataan takaisin määrittelyyn, joissa tarkennetaan vielä tavoitteita ja tuloksia. Suunnittelun tuloksista saadaan aikaiseksi projektisuunnitelma, joissa tarkentuu, kuka tekee, mitä ja miten tehdään, milloin tehdään ja kuinka paljon tehdään. Mikäli suunnitteluvaiheessa todetaan määrittely puutteelliseksi, voidaan palata takaisin täydentämään tuloksia. (Kettunen 2009, 43.) Kun suunnittelu on valmis päästään itse toteutusvaiheeseen ja projektin aloittamisesta tehdään virallisesti päätös. Toteutusvaiheessa keskitytään suunnitelmavaiheessa tehtyihin kohteiden rakentamiseen. Viimeisessä vaiheessa projekti päätetään. ”Projektin hallitun päättämisen edellytys on, että lopputuotteen hyväksymiskriteerit on sovittu yksityiskohtaisesti jo projektin alussa”. Päättämävaiheessa tehdään asiasta loppuraportointi ja työ puretaan osiin. Mahdolliset jatkoideat tuodaan myös tässä vaiheessa esiin. (Ruuska 2005, 37.) Samanlaisia projekteja ei ole olemassa. Näitä voi verrata keskenään ja saada samankaltaisuuksia, mutta kahta samanlaista projektia ei ole olemassa. Jokainen projekti on omanlaisensa. Kun puhutaan projektityöskentelystä, ei voida työprosessia sellaisenaan toistaa. Suunnitelmia ei voida kopioida projektien kesken, sillä olosuhteet, ihmiset ja aika muuttuvat jatkuvasti. Jokainen projekti tehdään vain kerran ja on tämän vuoksi ainutlaatuinen. Toista mahdollisuutta projektille ei voida antaa. Tämä asettaa omat haasteensa projektityöskentelylle, ohjaukselle ja johtamiselle. Jatkuvat muutokset sekä odottamattomat tilanteet ovat sallittuja ja kuuluvat asiaan. Projektin perustana on aina asiakkaan tarve tuotteelle tai projektille. Tämä on asiakaslähtöinen hanke, johon tilaaja definioidu reunaehdot ja käytettävissä olevat resurssit. Kun projekti on hyväksytty tilaajaorganisaatiossa, vastuu projektista siirtyy tekijälle tai toimittajalle. On toimittajan vastuulla, jotta reunaehdot täyttyvät projektin edetessä ja asetetut tavoitteet täyttyvät. Projektin valmistumisen jälkeen lopputulos siirtyy asiakkaalle ja heidän päätettäväksi jää, miten tuloksia käytetään ja projekti päättyy tähän. (Ruuska 2006, 21-26.)



Kaavio 3. (Ruuska 2006, 24).

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa tietoa siitä, miten Brøset Violence Check List-menetelmä soveltuu Oulun Yliopistollisen sairaalan psykiatrian päivystykseen ja nuorisopsykiatrisen akuuttiosaston käyttöön. Menetelmän tulisi yksinkertaistaa tai jopa korvata tämän hetkiset menetelmät, jotka ovat osastoilla käytössä. Tai vaihtoehtoisesti menetelmä voisi tukea tai täydentää käytössä olevia menetelmiä. Tarkoituksena ei kuitenkaan ole lisätä työn määrää, tuomalla uusi menetelmä muiden menetelmien rinnalle. Tämän hetkiset menetelmät ovat jo tarpeeksi isotöisiä ja nämä ottavat ja sitovat henkilökunnan aikaa paljon normaalin hoitotyön ohella. Sairaanhoidopiiriin päätettäväksi jää, jääkö menetelmä käyttöön psykiatrian tulosalueelle ja onko sillä tarpeeksi painoarvoa tehokkuuden lisäämiseksi tai vaihtoehtoisesti, voiko menetelmää kehittää vastaamaan sairaanhoidopiiriin tarpeita. Menetelmällä olisi mahdollisuuksia vähentää nykyistä työtaakkaa akuutissa aggressiivisuuden arvioinnissa. Parhaimmillaan menetelmä antaa viitekehysten resurssien hallintaan osastoilla ja kustannustehokkuuteen, sekä antaa myös tietoa potilaan tulevasta käyttäytymisestä ja täten parantaa myös potilasturvallisuutta. Menetelmän testaamisen jälkeen psykiatrian osa-alueella olisi myös hyvä, jos tämä saataisiin testattua myös muunlaisessa ympäristössä kuten ambulansseissa tai yhteispäivestyksissä, myös päihdehuollon yksiköissä olisi hyvä testata tätä menetelmää. Pääsääntöisesti vakivaltaisuus ja aggressiivisuus on lisääntynyt hoitotyön kaikilla osa-alueilla. BVC-menetelmän käyttämisellä olisi

suuri merkitys potilasturvallisuudelle ja työturvallisuudelle työskennellessä potilaiden kanssa ja heitä vastaan ottaessa.

### 3.2 Projektin toteutus

Opinnäytetyö toteutettiin projektina osastoilla 70 ja 78. Ennen menetelmän käyttöönottoa, kävin ohjeistamassa henkilökunnan menetelmän käyttöön ja lomakkeen täyttämiseen paikan päällä, sekä jätin kirjallisen ohjeistuksen aiheesta. Vastuuhenkilöinä toimivat Jukka Korhonen, osastolta 70 Harri Kähönen ja osastolta 78 Martti Sorvoja. Menetelmää testattiin molemmissa yksiköissä kaksi viikkoa alkuvuodesta 2017. Päivystyksestä osallistui 10 ihmistä ja lasten puolelta 6 ihmistä menetelmän testaamiseen, jotka täyttivät menetelmälomaketta kaksi viikkoa omista potilastaan ohjeistuksen mukaisesti. Kahden viikon ajanjakson jälkeen lähetettiin kyselykaavake henkilökunnalle, arvioimaan menetelmän tehokkuutta. Tarkoituksena oli saada vastaus kaikilta menetelmän käyttöön osallistuneilta, seuraavan kahden viikon aikana. Ohjeistamisessa kerrottiin myös viimeinen palautuspäivä menetelmän arviointiin. Otanta menetelmän käytössä oli suhteellisen pieni, henkilökunta määrän vuoksi. Menetelmää olisi tullut testata isommalla otannalla myös muilta osastoilta. Projektilla pyritään saamaan tietoa siitä, miten hyvin BVC-menetelmä soveltuu käyttöön näillä osastoilla.

### 3.3 Arviointi

Kun menetelmä oli testattu osastoilla, arvioitiin menetelmän tehokkuutta. Arviointi sisälsi seuraavat kysymykset:

- 
1. Oliko menetelmä mielestäsi toimiva
  2. Oliko lomakkeen täyttäminen mielestäsi vaikeaa
  3. Kuormittaako lomakkeen täyttäminen henkilökuntaa
  4. Antoiko arvio tarpeeksi luotettavaa tietoa potilaan käyttäytymisestä
  5. Voidaanko menetelmä ottaa käyttöön tai ottaa tukevaksi menetelmäksi nykyisten rinnalle
  6. Saitteko tarpeeksi selvän ohjeistuksen menetelmän tekemiseen

7. Lisääkö se tehokkuutta tai ennakoitavuutta
  8. Jos potilas sai riskipisteitä, mitkä olivat ennakoivia toimenpiteitä
- 

Arviointi toteutettiin erikseen lähetetyllä kyselykaavakkeella, joka oli räätälöity menetelmään sopivaksi ja muotoutui tilaajan tarpeiden mukaisesti. Vastausprosentti kyselyyn oli 62,5%. Osaa kaavakkeista ei oltu täytetty ohjeistuksen mukaan ja nämä eivät antaneet painoarvoa menetelmän tuloksille ja näitä ei voitu käyttää hyväkseen menetelmän toimivuutta arvioidessa. Menetelmän toimivuus on arvioitu saatujen vastausten perusteella. Vastaukset on analysoitu ja purettu. Arviointi piti sisällään 8 kysymystä ja nämä pisteytettiin asteikolla 1-5 joista 1 tarkoittaa täysin erimieltä ja 5 tarkoittaa täysin samaa mieltä. Jokaiseen kysymyskohtaan oli myös kirjallinen osuus täytettävänä, johon tuli vastata kysymykseen liittyen, jotta saataisiin lisätietoa pelkän numerollisen arvioinnin lisäksi.

#### 3.4 Luotettavuus ja eettisyys

Projektin luotettavuus perustuu vahvasti Robert Almvikin menetelmään arvioida riskikäyttäytymistä BVC:n avulla. Menetelmää on testattu laajasti ympäri maailmaa ja menetelmän tulokset ovat olleet saman kaltaisia kaikkialla. Tämä voidaan yhdistää myös tähän projektiin. Projektin luotettavuuteen kuitenkin vaikuttaa tämän pieni otanta. Henkilökuntaa osallistui alun perin projektin toteutukseen 16 joista 10 vastasi lähetettyyn arviointiin. Tämän kaltaisessa projektissa tulisi olla suurempi otanta.

Peilaan työssäni laadullisen tutkimuksen viitteisiin. Tämän projektin luotettavuus perustuu aikaisemmin tuotetun tiedon yhteneväisyyteen. Luotettavuuden kriteerinä käytetään aikaisempia tutkimuksia aiheesta. Kuten myös siirrettävyyttä, riippuvuutta ja vahvistettavuutta. Luotettavuus tarkoittaa käsitteenä tässä sitä, että sen tulokset, vahvuudet ja rajoitukset kuvataan tarpeeksi selkeästi, sekä ymmärrettävästi. Projektin siirrettävyys on perusteltua ja se voidaan tehdä tämän projektin pohjalta toisiin kohteisiin. Siirrettävyys pitää sisällään sen, miten helposti projekti voidaan siirtää toiseen tutkimus/projekti ympäristöön. Riippuvuus projektissa pitää sisällään sen, miten helposti voidaan samojen kysymysten pohjalta



tehdä vastaavanlainen projekti toisessa ympäristössä Olen pyrkinyt opinnäytetyössä noudattamaan, hyvää tieteellisen käytännön periaatteiden mukaista työskentelyä. Suomen tieteellinen akademia on määritellyt tutkimuseettiset ohjeet, joiden mukaan työ on edennyt. Olen noudattanut rehellisyyttä, tarkkuutta ja huolellisuutta. Niin tulosten tallentamisessa, kyselyn arvioinnissa ja esittämisessä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 197-198.)

Toteutin opinnäytetyön projektina, koska tämä oli perusteltua menetelmän sopivuuden kannalta, nimenomaiseen työhön. Työllä ei haettu tieteellistä näyttöä vaan käyttökokemusta ja soveltuvuutta menetelmälle psykiatrian käyttöön. Kysely menetelmän käytöstä oli sopiva mittari arvioimaan, miten menetelmä on toiminut. Menetelmän vastausten purkaminen oli haasteellista, pienen otannan vuoksi. Arviointi ei anna tarkkaa tietoa vastausprosentin ollessa 62,5%, mutta antaa suuntaa menetelmän toimivuudelle. Menetelmää tulisi jatkossa testata suuremmassa mittakaavassa, useammalla osastolla saman aikaisesti. Tässä projektissa täytyy peilata BVC alkuperäisiin tuloksiin. Olen pyrkinyt kuvaamaan saamani vastaukset mahdollisimman selkeästi. Osallistujien valinta on tehty satumanvaraisesti työtilanteiden mukaisesti. Jokainen osallistuja on valikoitunut sen hetkisen tilanteen mukaan. Osallistujien valinnasta on ollut vastuussa Harri Kähönen ja Matti Sorvoja. Ajallisesti itse projekti oli hyvin lyhyt, koska aikakehyksen määrittivät osastojen vastuuhenkilöt. Tämän tapaisessa projektissa olisi voinut olla enemmän osallistujia ja aikaviite olisi saanut olla pitempi. Saadut tulokset pohjautuvat saatuihin vastauksiin, arviointikyselyn perusteella. Vastausprosentti jäi pieneksi, koska osallistujia määrä oli myös hyvin pieni ja osa osallistujista jätti vastaamatta tai vastaukset olivat puutteellisia. Vastausaikaa jatkettiin vielä kahdella viikolla, mutta tästä huolimatta vastauksia ei saatu. Projektin viitekehys pohjautuu eri lähteisiin, jotka käsittelevät aggressiivisuutta eri tilanteissa ja ympäristöissä ja näitä tietoja hyödynsin eettisten ohjeiden mukaisesti. Opinnäytetyössä on käytetty laajasti eri lähteitä, pitkältä aikaväliltä tietoa. Tutkimuksissa tulisi käyttää mahdollisimman uutta tietoa, mutta tässä en nähnyt sitä tarpeelliseksi. Tarkasteltuna pitkän aikavälin lähteitä, tiedot olivat hyvin samankaltaisia eri aikakausina. Plagioinnin välttämiseksi olen merkinnyt lähdetiedot huolellisesti. Lähteiden luotettavuutta olen arvioinut kriittisesti ja hylännyt lähteet jotka eivät ole eettisesti tai tieteellisesti oikein. Potilaiden tai henkilökunnan henkilötiedot ei-

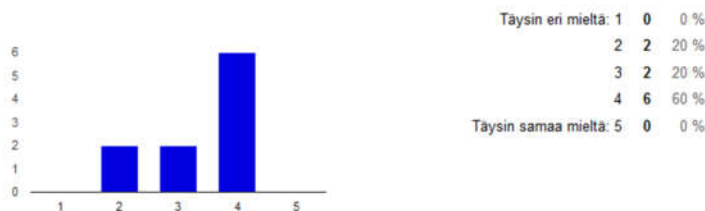
vät missään vaiheessa tulleet ilmi projektin tekijälle. Henkilökunta täytti BVC kaavakkeet nimettömänä omista potilaistaan ja näin ollen, niihin ei jäänyt merkintöjä potilaiden henkilöllisyydestä. Potilaille ei tarvinnut tehdä erikseen projektista kertovaa informaatiota, koska he osallistuivat projektin tekoon nimettöminä. Projektissa on edetty lupakäytännön mukaisesti. Tutkimussuunnitelma on toimitettu sairaanhoitopiirille ja tutkimuslupa haettu kyseiselle projektille ja tämä on hyväksytty. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 132-135.)

## 4 PROJEKTIN TULOKSET

Seuraavassa esitetään menetelmän arvioinnista saadut vastaukset. Vastaukset on saatu käyttämällä Google-Forms sähköistä kyselypohjaa. Vastaukset on esitetty kaavioiden ja kirjallisten vastausten muodossa, sekä lopussa on myös käyttäjien sanallisia vastauksia.

### 4.1 Menetelmän toimivuus

Oliko menetelmä mielestäsi toimiva ?



Hieman yli puolet vastaajista oli keskiarvon kohdalla ja viidesosa mielsi menetelmän toimivaksi. Kokonaisuudessaan vastausten perusteella menetelmä olisi ollut toimiva tilanteessa, jossa potilailla on mahdollisuus käyttäytyä aggressiivisesti. Sanallisten vastausten perusteella voidaan päätellä, että aikaviite oli liian lyhyt menetelmän testaamiseen ja arvioitujen potilaiden määrä oli liian vähäinen.

*”Muutamien potilaan kohdalla vaikuttaisi ihan toimivalta. Vaatisi ehkä menetelmän testaamista useamman potilaan kanssa tarkemman arvion saamiseksi”*

*”Toimivuutta hankala arvioida näin lyhyen aikavälin kokeilujakson aikana”*

*”Toimiva, helppo, nopea”*

## 4.2 Lomakkeen täyttäminen

Oliiko lomakkeen täyttäminen vaikeaa ?



Kaikki vastaajat mielsivät lomakkeet täyttämisen helpoksi. Lomake oli tarpeeksi selkeä ja yksinkertainen, eikä tämä jättänyt tulkinnan varaa kysymyksille. Lomakkeessa itsessään oli ohjeistus vastaamiseen ja se antoi myös tulokset välittömästi täyttämisen yhteydessä. Lomakkeen etuna oli myös sen täytettävyyden nopeus.

*”Lomake oli helppo täyttää”*

*”Lomake oli selkeä ja helppo täyttää”*

*”Yksinkertainen täyttää”*

## 4.3 Lomakkeen kuormittavuus

Kuormittaako lomakkeen täyttäminen henkilökuntaa ?



Suurin osa vastaajista koki lomakkeen olevan kuormittamaton, kun taas toiset koki sen kuormittavaksi. Kuormittavuuteen vaikuttaa se, että lomake on helppo täyttää ja sen viemä aika on hyvin vähäinen. Arviointia voidaan tehdä silmämääräisesti ilman lomakettakin, koska kysymykset ovat helposti muistettavia. Lomake voidaan täyttää myöhemmin ilman sen mukana oloa.

Pienessä osassa vastauksia koettiin, että tämä on vain yksi menetelmä toisten rinnalle ja se kuormittaa henkilökuntaa ennestään olemassa olevien menetelmien rinnalla.

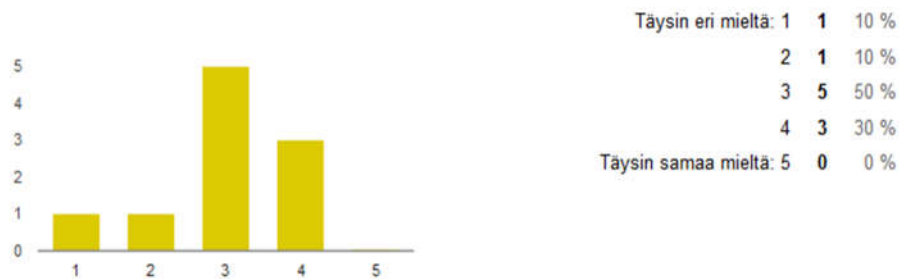
*”Mielestäni ei, lomake kohtalaisen yksinkertainen ja nopea täyttää”*

*”Kuormittavuus pientä ja vähän aikaa vievää”*

*”Osastolla käytetään paljon tutkimusmittareita, niin en koe niiden lisäämistä tarpeellisena”*

#### 4.4 Lomakkeen luotettavuus

**Antoiko arvio tarpeeksi luotettavaa tietoa potilaan käyttäytymisestä ?**



Puolet vastaajista arvioi menetelmän olevan keskiarvolla, noin kolmasosa oli sitä mieltä, että arvio on tarpeeksi luotettava. Sanallisesti aikaviite ja tehtyjen arvioiden määrä olivat liian pieniä. Projektin vastaukset perustuvatkin arvioiden määrään ja tässä ne jäivät hieman vähäisiksi.

*”Pienellä otannalla vaikea ottaa kantaa”*

*”Kokeilun aikana osaston potilaan olivat poikkeuksessa hyvin rauhallisia. joten heihin suhteutettuna antoi luotettavaa tietoa”*

*”Yleisnäkemyks muodostuu, ainakin jos väkivallan uhkaa ei ole”*

#### 4.5 Menetelmän käytettävyys



Suurin osa vastaajista koki menetelmän hyödylliseksi arvioidessa aggressiivisuutta. Näiden vastausten perusteella menetelmää voisi käyttää jatkossakin, arvioitaessa potilaan käyttäytymistä. Menetelmä antaa tietoa käyttäytymisestä ja tämän pohjalta voidaan panostaa potilasturvallisuuteen ja henkilökunnan turvallisuuteen. Menetelmää ei koeta liian kuormittavaksi ja tämän pohjalta sen helppo täytettävyys ja yksinkertaisuus tukevat vastausta.

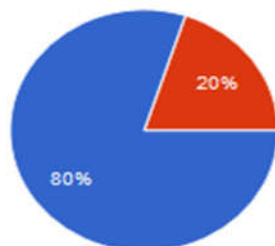
*”Mielestäni menetelmä voisi olla toimiva”*

*”Menetelmä voisi sopia hyvin akuuttiin psykiatriseen hoitotyöhön”*

*”Mielestäni potilaan kohdalla, joka käyttäytyy arveluttavasti tai muuten vaatii tarkempaa seurantaa, niin ajattelisin, että lomake ”ohjaa” huomioimaan ja tekemään havaintoja potilaasta aktiivisimmin”*

#### 4.6 Menetelmän ohjeistaminen

**Saitteko tarpeeksi selvän ohjeistuksen arvion tekemiseen ?**



Kyllä 8 80 %  
Ei 2 20 %

Suurin osa koki ohjeistukset hyvänä. Menetelmään on helppo perehdyttää, koska se ei vaadi mitään tietämystä ennalta testattavasta menetelmästä. Itse menetelmäkaavake antaa jo tarpeeksi hyvän perehdytyksen menetelmän käyttöön. Menetelmälomakkeessa on helposti ymmärrettävä ohjeistus, joka on helppo omaksua. Myös vastaukset on avattu samassa lomakkeessa. Yhden sanallisen vastuksen kohdalla kyseinen henkilö ei ollut suullisessa perehdytyksessä ja hänen mukaansa kirjallinen ohjeistus oli riittävä. Suullisessa ohjeistuksessa annettiin henkilökunnalle mahdollisuus kysyä vielä menetelmästä ohjeistuksen jälkeen. Kaikki kokivat tässä tilaisuudessa menetelmän yksinkertaiseksi ja helpon oloiseksi. Menetelmä on helppo siirtää toisille osastoille sen helppouden vuoksi. Hyvin minimaalisella perehdytyksellä saadaan se toimintaa muuallakin.

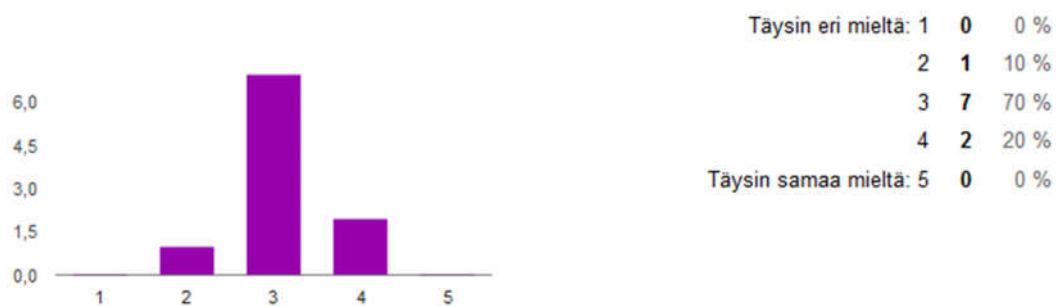
*”Vain kirjalliset ohjeet, ne kyllä riittävät”*

*”Itselleni tuttu jo aiemmin, niin perehtyminen helppoa”*

*”Riittävän hyvä ohjeistus”*

#### 4.7 Tehokkuus ja ennakoitavuus

##### Lisääkö se tehokkuutta tai ennakoitavuutta?



Puolet vastauksista oli keskiarvossa ja viidesosa sitä mieltä, että tehokkuus ja ennakoitavuus lisääntyvät menetelmän ansioista. Voisi ajatella, että tämän perusteella henkilökunta kokee menetelmän toimivaksi. Kuten yllä on jo mainittu, että se ainakin ”ohjaa” huomioimaan tarkemmin potilaan tilaa. Henkilökuntaa voidaan varata riskitilanteita varten nopeammin ja helpommin jos menetelmä antaa

riskipisteitä. Työntekeminen on tässä tilanteessa tehokkaampaa ja ennakkoinnin merkitys korostuu.

Viimeisen kysymyksen avulla haluttiin selvittää, mitkä olivat mahdolliset ennakoivat toimenpiteet, jos väkivaltaisen käyttäytymisen riski havaitaan. Kun potilas on saanut riskipisteitä menetelmästä, se on ainakin herättänyt arvioijat varautumaan mahdolliseen käytöksen muutokseen. He ovat kiinnittäneet huomiota omaan käyttäytymiseen ja ulosantiin. Voidaan myös kiinnittää enemmän huomiota potilaaseen ja ennakoida mahdollisesti tulevaa aggressiivista käyttäytymistä. Toisaalta jos menetelmä ei anna riskipisteitä, ei potilaat vaadi erityishuomiota.

*”Vuorovaikutuksen tarkempi huomiointi. Esim. Non-verbaalinen viestintä, Mahdollisimman lyhyt ja selkeä puhe”*

*”Läsnäolo, keskustelu sekä tarv. lääkitys”*

*”Potilaiden seuranta osastolla kuten kaikkien kohdalla”*

## 5 JOHTOPÄÄTÖKSET

Pääasiassa kaikkiin projektikysymyksiin vastattiin positiivisesti. Vähäisellä otannalla tehty projekti ei anna täysin luotettavaa vastausta. Voidaan olettaa näiden vastausten perusteella, että menetelmä olisi soveltuva akuuttipsykiatrian käyttöön päivystyksessä ja nuorisopuolella.

Menetelmää testattiin kaksi viikkoa molemmissa yksiköissä. Menetelmää arvioitiin toimiviksi molemmissa yksiköissä. Menetelmäkaavakkeen täyttäminen oli helppoa ja nopeaa. Kaavake oli tarpeeksi yksikertainen täytettäväksi, jotta tämä ei kuormittaisi liikaa henkilökuntaa sitä täyttäessä. Lomake sisälsi ohjeistuksen menetelmän käyttöön ja tämä antoi myös ohjenuoran sen täyttämiseksi, vastauksen sai välittömästi, kun se oli täytetty. Kuormittavuus jäi kaiken kaikkiaan hyvin pieneksi. Menetelmän testaamisen aikana, osastoilla ei ollut juurikaan aggressiivisia potilaita, joten tämän perusteella menetelmä toimii.

Menetelmän luotettavuus perustuu vahvasti Robert Almvikin tekemiin tutkimuksiin aiheesta. Menetelmä saattaa laskea henkilökunnan motivaatiota, jos se täy-

tyy täyttää jokaisesta tulevasta potilaasta. Tätä menetelmää voikin käyttää yhtenä työkaluna sen helppouden vuoksi. Vaikka menetelmää ei täyttäisikään jokaisen potilaan kohdalla, on menetelmä helppo muistaa ulkomuistista ja käyttää tätä hyväkseen potilaita kohdatessa. Vaikka menetelmästä ei saanutkaan välttämättä riskipisteitä, saattaa tämä kuitenkin herättää henkilökuntaa eritapaan havainnoimaan potilaan käytöstä ja ehkä havaitsemaan asioita tarkemmin. Kahden viikon aikana ehdittiin arvioimaan vain muutamaa potilasta per työntekijä ja tämän pohjalta olisi ollut tärkeää, että arvioitavia potilaita olisi ollut useampia työntekijää kohden. Vastaukset kertoivat, että olisi ollut hyvä saada useampi arvio aikajakson, jotta olisi ehtinyt tulemaan kokonaisvaltainen kuva menetelmän käytöstä ja sen toimivuudesta. Ohjeistuksen mukaan potilaan aikaisempaa taustaa voi peilata menetelmän käyttöön. BVC korostaa potilasturvallisuutta ja henkilökunnan turvallisuutta. Menetelmällä voidaan järjestää resursseja sen mukaan mitä vastauksia se antaa. Tämä nopeuttaa avun paikalle saamista, koska siihen on valmistauduttu jo etukäteen. Myös potilasturvallisuus paranee tämän kautta. Tilanteisiin pystytään puuttumaan jo ennen, kuin ne eskaloituvat siihen pisteeseen, että joudutaan kiinnipitotilanteeseen. Suurin osa vastauksista puolsi sitä, että menetelmä voitaisiin ottaa käyttöön nykyisellään jokapäiväiseen työskentelyyn potilaiden kanssa. Sitä ei pidetty liian kuormittavana ja tästä oli hyötyä henkilökunnalle. Toisaalta tämä on yksi menetelmä toisten joukossa mitä käytetään jo nykyiseltään. Vaikka menetelmä ei pääsisikään osastolle henkilökunnan käytettäväksi. Olisi tämä hyvä pitää yhtenä työkaluna muiden joukossa, lisäämään tietoa. Menetelmän siirrettävyys on helppoa. Se voidaan viedä hyvin pienellä ohjeistuksella muille osastoille ja toiseen ympäristöön. Suullinen ohjeistus voidaan tehdä pelkästään vähäisellä tutustumisella BVC käyttöön. Osa vastaajista ei ollut perehdytyksessä ja heille riitti kirjallinen ohjeistus tämän käytöstä ja pelkän kirjallisen ohjeistuksen perusteella voidaan ottaa menetelmä käyttöön ja testata sitä menestyksellisesti. Olisi hyvä tutustua potilaaseen etukäteen ennen tämän menetelmän tekemistä. Se ei ole pakollista, mutta antaa tarkempaa kuvaa mahdollisesti aikaisemmasta käyttäytymisestä. Menetelmää voidaan myös käyttää ilman perehtymistä potilaaseen, mutta oletettavasti tämä ei anna silloin yhtä luotettavaa tietoa, koska ei voida peilata siihen millainen käytös on potilaalle luonnollista. Riskipisteitä saadessaan henkilökunta voi kiinnittää myös omaan käytökseensä huomiota. Omalla käytöksellä kohtaamisessa on suuri merkitys potilaan kannalta.



Menetelmä antoi vastauksia kysymyksiin, jotka asetettiin projektin alussa. Näiden perusteella voidaan tulla siihen tulokseen, että menetelmä on toimiva kyseisissä yksiköissä. Menetelmän käyttö vaatisi kuitenkin enemmän otantaa useammalla osastolla, jotta voitaisiin varmistaa se toimivuus ja menetelmästä saatava hyöty, joka päiväisessä työskentelyssä akuuttipsykiatriassa.

Ennaltaehkäisevä toiminta ja aggressiivisuuden hallinta ovat ensisijaisen tärkeitä toimia työskennellessä psykiatristen potilaiden kanssa. Kun varaudutaan väkivaltaisen potilaan kohtaamiseen, kiinnitetään huomiota siihen mitä asioita voidaan muuttaa ja mihin voidaan vaikuttaa. Olennaisista ennaltaehkäisyssä on henkilökunnan kouluttaminen ja heille jaettava tieto aggressiivisuudesta ja väkivaltaisesti käyttäytyvän/taipuvan henkilön persoonasta. On hyvä omata tieto siitä, miten ennustavilla merkeillä on vaikutus käytökseen ja miten omat vuorovaikutustaidot vaikuttavat kohtaamiseen ja potilaan käytökseen. (Weizmann-Henelius 1997, 53). Terveystieteiden kokonaisuudessaan, henkilökuntaan kohdistuva väkivaltaisuus on lisääntynyt ja mielenterveystyötä tekevillä riski kohdata väkivaltaa on suurempi. Väkivaltaisten tilanteiden hoito vaatii tietoa ja koulutusta kohtaamaan kyseiset asiakkaat, jotta välttyttäisiin ihmisiin kohdistuvilta väkivallanteoilta. Onkin tärkeää, miten hoitajat omalla toiminnallaan vaikuttavat näiden tilanteiden syntymiseen. (Kuhanen ym. 2010, 243.)

Peilaten Robert Almvikin alkuperäiseen tutkimukseen aiheesta. Ennakointi menetelmästä saatujen pisteiden avulla on helpompaa ja antaa työkaluja potilaan kohtaamiseen ja siihen, miten henkilökunnan tulee varautua, jos menetelmä antaa riskipisteitä. Menneellä ajanjaksolla jossa testattiin menetelmää, potilaat käyttäytyivät poikkeuksellisen rauhallisesti ja tämän perusteella menetelmä antaa oikeaa tietoa. Riskipisteitä ei tullut potilaista ja potilaat käyttäytyivät rauhallisesti. Vaikka potilas ei saanut riskipisteitä, voidaan vastausten perusteella olettaa, että henkilökunta tarkkaili potilasta tarkemmin ja tätä kautta myös kiinnitti huomiota enemmän potilaan käyttäytymiseen kuin normaalisti.

## 6 POHDINTA

Projekti sai alkunsa tarpeesta lisätä ennakoivia työtapoja. Opinnäytetyön tutkimusmetodiikka oli hieman monimutkaista, koska kyseinen työ ei istunut oikein

tieteelliseen tutkimukseen ja tähän pohjautuvaan kirjallisuuteen. Päädyin projektiluontoiseen työhön kirjallisuuden pohjalta, työ suoritettiin pehmeänä projektina. Viitekehystenä työlle toimi aggressiivisuus ja sen ennaltaehkäisy. Aiheesta on saatavilla paljon tietoa, usealta eri vuosikymmeneltä ja erilaisia materiaaleja oli valtavasti. Työ täytyi rajata aika selvästi sisällysluettelon mukaisesti, koska materiaalia oli niin kattavasti. Työn perusidea oli kuitenkin se, että menetelmään testataan kyseisillä osastoilla. Työn edetessä, oli helppo nähdä, miten vallitsevat ajatukset muuttuivat siirryttäessä eri vuosikymmenelle. Käytin paljon eri lähteitä työn tekemiseen ja aika laajalta ajalta. Työ eteni suunnitelman mukaisesti, mutta teknisten ongelmien vuoksi työ kuitenkin viivästyi. Jouduin odottamaan lupaa menetelmän käyttöön, koska se on tekijänoikeussuojan alainen. Luvan saatuani pääsin toteuttamaan itse menetelmän testaamista. Myös kommunikaatio osastojen ja projektin tekijän välillä oli ajoittain haastavaa. Yksi onnistuneen projektin perusedellytyksistä onkin kommunikaatio ja sitoutuneisuus. Haasteellista oli saada motivoitua työntekijät osallistumaan kyseiseen projektiin ja näkemään, että kyseisellä työllä ei ole tarkoitus lisätä työtä, vaan antaa lisää tietoa potilaan käyttäytymisestä ja tuoda yksi vaihtoehto nykyisten rinnalle. Motivaatio näkyi vastauksen puutteellisuudessa. Työn tarkoituksena oli testata BVC-menetelmän käyttöä akuutti ja nuorisopsykiatriassa. Työ vastasi asetettuihin kysymyksiin ja antoi vastauksen projektityön mukaisesti. Työtä varten kehitetty mittari arvioimaan vastauksia kehittyi projektin edetessä oikeaan muotoonsa. Kysymyksiä muutettiin hieman alkuperäisistä vastaamaan tarkemmin osastojen tarpeita. Vastaavanlaisia töitä ei oltu tehty Pohjois-pohjanmaansairaanhoitopiirin alueella aikaisemmin. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin alueella kyseinen menetelmä on ollut käytössä jo useamman vuoden ajan ja toimii täällä hyvin ja sainkin sieltä käsin paljon tietoa aiheesta. BVC pohjaa hyvin vahvasti ennaltaehkäisyyn työskennellessä psykiatristen potilaiden kanssa. Menetelmällä olisi jalansija psykiatrisessa työssä Pohjois-pohjanmaan sairaanhoitopiirin alueella. Menetelmän tarkoitus on auttaa henkilökuntaa ennaltaehkäisemään syntyviä vaaratilanteita. Menetelmä antaa parhaillaan luotettavaa tietoa, jonka pohjalta voidaan varautua jo ennen tilanteita paremmin. Työturvallisuus ja potilasturvallisuus korostuvat ennaltaehkäisevän työn merkityksestä. Osastoilla voidaan ennakoita jo tulevia tilanteita, varaamalla enemmän henkilökuntaa tai tekemällä ennakoivia toimenpiteitä heti, kun mene-

telmä antaa riskipisteitä. Vasta viimeisen 10 vuoden aikana on kiinnitetty enemmän huomiota ennaltaehkäisevään työhön. Projektista saatava tieto jää Pohjois-pohjanmaan sairaanhoitopiirin käyttöön ja heidän päätettäväkseen jää mitä vastauksilla tehdään. Toivon, että työllä olisi painoarvoa osastotyöskentelyssä ja siinä, miten henkilökunta varautuu ennaltaehkäisevästi kohdatessaan potilaan.

Jatkoa ajatellen olisi hyvä pystyä testaamaan menetelmää suuremmalla otannalla psykiatrian alueella eri tyyppisillä osastoilla joissa on mahdollisuus riskitilanteisiin. Olisi myös mielenkiintoista nähdä miten BVC menetelmä toimisi muilla toimialoilla. Aggressiivisuutta ja väkivaltaista käytössä on havaittavissa laajemminkin terveydenhoitoalalla useassa eri toimintaympäristössä. Voisi hypoteettisesti ajatella, että esimerkiksi ensihoidossa, olisi hyvä tietää tulevasta käyttäytymisestä, kohdatessa potilas ensimmäistä kertaa jo kohteeseen mennessä tai vastaavanlaisesti päihdehuollon yksiköissä, joissa riskikäyttäytyminen on myös yleistä. Itse aikaisemmin sosiaalipuolella työskennellessä, olisin halunnut jo tämänkaltaisen menetelmän käyttöön kohdatessa asiakkaita.

## 7 LIITTEET

- Liite 1. Tutkimuslupa
- Liite 2. Brøset Violence Check List-kaavake
- Liite 3. Arviointilomake


<b>TUTKIMUKSEN TIEDOT</b>	
<input type="checkbox"/> Uusi hakemus <input type="checkbox"/> Jatko-oikeus aiemmalle tutkimukselle <input checked="" type="checkbox"/> Muutos aiempaan hakemukseen, mikä Tietojen täydentäminen	
Tutkimuksen lyhyt nimi Brosel Violence Check List	
Tutkimusdiagramminumero	395/2016
Pääkaavanumero 901 (ks. ohje)	
Tutkimuksen luonteen määrittely (alihakusana, voi valita useita)	
<input type="checkbox"/> Tilaus tutkimus <input type="checkbox"/> Lääketutkimus, Eudra CT-numero <input type="checkbox"/> Laitetutkimus <input type="checkbox"/> Rekisteritutkimus <input type="checkbox"/> Hoitomenetelmävertailututkimus <input type="checkbox"/> Kudostutkimus <input type="checkbox"/> Aikio- tai sikiötutkimus <input type="checkbox"/> Translationaalinen tutkimus <input type="checkbox"/> Terveystietojärjestelmän toimintaa, kehittämistä ja vaikuttavuutta koskeva tutkimus <input checked="" type="checkbox"/> Muu tutkimus	
Opinnäyte	
<input type="checkbox"/> Väitöskirja <input type="checkbox"/> Pro gradu <input type="checkbox"/> Lisensiaattitutkimus <input type="checkbox"/> Syventävä työ <input checked="" type="checkbox"/> AMK opinnäytetyö <input type="checkbox"/> YAMK opinnäytetyö <input type="checkbox"/> Muu, mikä:	
Tutkimuksen vastuuhenkilö PPSHP:ssä	Jukka Korhonen nimi, vastuualue, sähköposti, puhelinnumero
Muut tutkimusryhmän jäsenet (nimi, vastuualue)	Hari Korhonen os. 70 Matti Sorvoja os. 78
Tutkimuspaikat	<input type="checkbox"/> OPTA <input type="checkbox"/> Medisininen <input type="checkbox"/> LaNa <input type="checkbox"/> SAPA <input checked="" type="checkbox"/> Psykiatria <input type="checkbox"/> Oulunkangas-Viesälä <input type="checkbox"/> Yhtymähallinto
PPSHP:n ulkopuoliset tutkimuspaikat	
Tutkimuksen toteutusajka ja tutkimusluvun voimassaoloaika	2016 (Lupa myönnetään pääsääntöisesti enintään viideksi vuodeksi)
Tutkimuksen kustannukset	<input type="checkbox"/> Tutkimus aiheuttaa PPSHP:lle kustannuksia (laboratorio, kuvantaminen, yms.). Arvio vuosittaisista kustannuksista (selvitys tutkimussuunnitelmaan tai liitteeksi) <input checked="" type="checkbox"/> Tutkimuksesta ei aiheudu sairaanhoitopiirille ylimääräisiä kustannuksia
Tutkimuksen rahoitussuunnitelma	<input type="checkbox"/> VTR, projektnumero <input type="checkbox"/> Käypälinen tilaus/tutkimus,sopimuksen numero: <input type="checkbox"/> Muu rahoittaja, mikä:
Ulkopuolisen tutkimusrahoituksen hallinnointi	<input type="checkbox"/> PPSHP <input type="checkbox"/> Pohjois-Suomen terveydenhuollon tukisäätiö (Terttu) <input type="checkbox"/> Oulun yliopisto <input type="checkbox"/> Muu taho, mikä:



<b>Muut tarvittavat viranomaisluvut tai lausunnot</b>	
<input type="checkbox"/> Eettinen toimikunta	<input type="checkbox"/> Fimea
<input type="checkbox"/> Valvira (kudoslupa)	<input type="checkbox"/> Valvira (lääketutkimukset)
<input type="checkbox"/> THL	<input type="checkbox"/> PPSHP rekisteritutkimuslupa
<input type="checkbox"/> PPSHP rekisteritutkimuslupa; ilmoitusvelvollisuus Tietosuojavaltuutetun toimistoon	
<input type="checkbox"/> Muu, mikä:	

<b>LUVAN HAKIJAN TIEDOT JA ALLEKIRJOITUS</b>	
Nimi: Jussi Vähäsäärä	
Osoite: Rasvatie 10 c 13, 90440 Kempelo	
Puhelin: 0445666676	Sähköposti: jussi.vahasaari@gmail.com
Päiväys ja luvanhakijan/vastuuhenkilön allekirjoitus:	 3.12.2016 Jussi Vähäsäärä Allekirjoituksellani sitoudun omasta ja tutkimusryhmän puolesta noudattamaan PPSHP:n ohjeistusta sekä hyvää tutkimustapaa ja tieteellistä käytäntöä.

<b>LIITTEET</b>	
<input checked="" type="checkbox"/> Tutkimussuunnitelma <input type="checkbox"/> Tiedote ja suostumus tutkittavalle <input type="checkbox"/> Rekisteriseloste <input type="checkbox"/> Kustannuserittely <input type="checkbox"/> Tutkimussopimus ja/tai rahotuspäätös <input type="checkbox"/> Muu, mikä:	<b>Viranomaisluvut/lausunnot:</b> <input type="checkbox"/> Eettisen toimikunnan puohtava lausunto <input type="checkbox"/> Fimean käsittelyilmoitus <input type="checkbox"/> Valviran lupa <input type="checkbox"/> THL:n lupa <input type="checkbox"/> Muu viranomaisen, mikä:

<b>PÄÄTÖS</b>	
<input type="checkbox"/> Lupa myönnetään hakemuksen mukaisesti	
<input type="checkbox"/> Lupa myönnetään seuraavin korjauksinehdoin	
<input type="checkbox"/> Hakemus hylätään, mikä:	
Päiväys	Allekirjoitus
9/12-16	

<b>OHJEET</b>
Tutkimusluvan myöntäjä ja diarin kirjeajat: <a href="http://intranet/ohjeet/ohjeet%20henkilukunnalle%202014%20tutkimuslupan%20ilmoitus%20bent%C3%A4%C3%A4%20ja%20diarin%20kirjeajat.xls">http://intranet/ohjeet/ohjeet%20henkilukunnalle%202014%20tutkimuslupan%20ilmoitus%20bent%C3%A4%C3%A4%20ja%20diarin%20kirjeajat.xls</a>



Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin  
kuntayhtymä

LUPA TUTKIMUKSELLE/OPINNÄYTETYÖLLE  
(täytettävä koneella)

Psykiatria Tulosalue / vastualue		vastuuyksikkönro		DIAARINRO:	
1. Tutkijaa koskevat tiedot	Tutkijan suku- ja etunimet Jussi Patteri Vähäsäari		Henkilotunnus 240781-0311		
	Nykyinen työnantaja / opiskelupaikka PPSHP/ Lapin ammattikorkeakoulu		Nykyinen virka / toimi / opiskelija Hoitaja/Opiskelija		
	Kotiosoite Rasvatie 10 c 13		Postinro ja -paikka 90440 Kempele		
	Puhelin toimeen: 08-315 2241		Puhelin kotiin 044 566 6676		Sähköpostiosoite jussi.vahasaari@gmail.com
	Suoritettu tutkinto -		Suoritusvuosi -		Suorituspaikka -
2. Tutkimus- projektiä tai tutkimusta koskevat tiedot (Diaarinro) Katso hallinto- keskuksen tedote 15/2009)	Tutkimusprojektin lyhyt nimi Bresel Violence Check list				
	Tutkimus on <input checked="" type="checkbox"/> julkinen		Tutkimusaika 2016		
	<input type="checkbox"/> salainen				
	Pääkaavanumero		Tutkimuksen luonteen määrittely pöytäkirja		
	Tutkimus on <input checked="" type="checkbox"/> opinnäyte (ammattikorkeakoulu) <input type="checkbox"/> gradu <input type="checkbox"/> muu, mikä <input type="checkbox"/> syventävä opinnäyte (lääketiede) <input type="checkbox"/> väitöskirja				
	Anoja on <input type="checkbox"/> apurahan saanut tutkija <input type="checkbox"/> muu tutkija		Anoja osallistuu postitötyöhön <input type="checkbox"/> kyllä <input checked="" type="checkbox"/> ei		
	<input checked="" type="checkbox"/> opiskelija				
	Tutkimuksen vastuuhenkilö (Laki lääk. tutk. 488/1999 § 5) / ohjaaja / päättökija Jukka Korhonen				
	Hankkeeseen osallistuvat sairaalan klinikat / muut tutkijat / tutkimusryhmä / työntekijät Osastot 70 ja 78				
	Hankkeeseen osallistuvat ulkopuoliset henkilöt (tarvittaessa erillinen liite), joille anotaan lupaa työskennellä hankkeen puitteissa sairaalassa (sitoumus jokaiselta liitteenä)				
Tutkimuksen rahoitussuunnitelma ► Erillinen liite					
Arvio tutkimustyöstä sairaalalle aiheutuvista vuosittaisista suoranaistista kustannuksista <input checked="" type="checkbox"/> aiheuttaa sairaalalle kustannuksia, selvitys <input type="checkbox"/> Ei aiheuta sairaalalle kustannuksia mitä Menetelmässä käytettävät kaavakkeet					
Ulkopuolinen rahoitus <input type="checkbox"/> Ulkopuolinen rahoittaja <input type="checkbox"/> kokonaan <input type="checkbox"/> osittain					
Rahoittaja		Sopimuksen nro			
Muu rahoitus <input type="checkbox"/> EVO <input type="checkbox"/> muu, mikä <input type="checkbox"/> KEVO					
Päivämäärä		Projektin numero (EVO, KEVO, TUKE)			
Anojan allekirjoitus ja nimen selvitys 7.9.2016  Jussi Patteri Vähäsäari					
3. Lausunnot	Tarvittavat lausunnot ja luvat				
	<input type="checkbox"/> Ei tarvita	lähetyspäivä		vastaus saatu	
Luvat	<input type="checkbox"/> Alueellinen eettinen tk / <input type="checkbox"/> ilmoitus kansallisesta lausunnosta				
	<input type="checkbox"/> TUKIJA <sup>1)</sup>				
	<input type="checkbox"/> Fimea <sup>2)</sup> <input type="checkbox"/> Johtajayhteistyksen joht./STM/THL <sup>3)</sup> <input type="checkbox"/> VAL/VIRA <sup>4)</sup>				
4. PÄÄTÖS	Tutkimustulosten omistusoikeus <input type="checkbox"/> Sovittu, liite sopimuksesta <input type="checkbox"/> Ei tarvetta tehdä sopimusta				
	Päätös <input type="checkbox"/> Tutkimuslupa myönnetään hakemuksen mukaisesti <input type="checkbox"/> Hakemus palautetaan korjattavaksi seuraavin muutoksin <input type="checkbox"/> Hakemus hylätään, miksi: <input type="checkbox"/> Anomus käsitelty johtoryhmässä				
	Päätöksentekijä <input type="checkbox"/> tulosalueen johtaja / vastualueen johtaja / ylläpitäjä <input type="checkbox"/> johtajayhteistyksen joht./STM/THL <input type="checkbox"/> hallitus				
	Päivämäärä		Allekirjoitus		
	LOMAKKEEN SÄILYTYS - Tutkija alkuperäinen (tutkimuksen ajan) - Päätäjä (arkistointi)				

<sup>1)</sup> TUKIJA- Vahakunnallinen tutkimuseettinen toimikunta <sup>2)</sup> Fimealla ilmoitetaan 60 pv:n kuluessa onko huomautettavaa. Ellei ilmoitusta tule, tutkimus voidaan aloittaa. <sup>3)</sup> Rekisteritutkimukset <sup>4)</sup> Kudoslaki (101/2001) ja asetus (594/2001) sekä Hallintokeskuksen tedote 5/2009 (luvat).

Liitteet: Tutkimussuunnitelma ja rahoitussuunnitelma. Muut liitteitä kpl

Liite 1.

<b>Lyhyen aikavälin väkivaltariskiarvio BVC</b> (The Brøset Violence Checklist)	Po-tilas
<p>Arvio potilas sovittuun aikaan jokaisessa työvuorossa. Jos arvioitavaa käyttäytymistä ei esiinny, annetaan arvo 0. Jos arvioitavaa käyttäytymistä esiintyy, annetaan 1 piste. Maksimipistemäärä (summa) arviointikertaa kohti on 6. Jos arvioitava käyttäytyminen on tullut potilaalle tyypillistä, vain arvioitavan käyttäytymisen lisääntyminen merkitään arvolla 1. Esimerkiksi jos tuttu potilas on yleensä sekava (on ollut sellainen jo pitkään), annetaan sekavuudesta arvo 0. Jos sekavuuden havaitaan lisääntyneen, annetaan siitä arvo 1.</p>	

Maanantai / /	Päivä	Ilta	Yö
Sekava			
Ärtynyt			
Riehakas, äänekkäästi le- voton			
Sanallisesti uhkaava			
Fyysisesti uhkaava			
Esineisiin kohd. aggressio			
<b>YHTEENSÄ</b>			

Tiistai / /	Päivä	Ilta	Yö
Sekava			
Ärtynyt			
Riehakas, äänekkäästi le- voton			
Sanallisesti uhkaava			
Fyysisesti uhkaava			
Esineisiin kohd. aggressio			
<b>YHTEENSÄ</b>			

Keskiviikko / /	Päivä	Ilta	Yö
Sekava			
Ärtynyt			
Riehakas, äänekkäästi le- voton			
Sanallisesti uhkaava			
Fyysisesti uhkaava			
Esineisiin kohd. aggressio			
<b>YHTEENSÄ</b>			

Torstai / /	Päivä	Ilta	Yö
Sekava			
Ärtynyt			
Riehakas, äänekkäästi le- voton			
Sanallisesti uhkaava			
Fyysisesti uhkaava			
Esineisiin kohd. aggressio			
<b>YHTEENSÄ</b>			

Perjantai / /	Päivä	Ilta	Yö
Sekava			
Ärtynyt			
Riehakas, äänekkäästi le- voton			
Sanallisesti uhkaava			
Fyysisesti uhkaava			
Esineisiin kohd. aggressio			
<b>YHTEENSÄ</b>			

Lauantai / /	Päivä	Ilta	Yö
Sekava			
Ärtynyt			
Riehakas, äänekkäästi le- voton			
Sanallisesti uhkaava			
Fyysisesti uhkaava			
Esineisiin kohd. aggressio			
<b>YHTEENSÄ</b>			

Sunnuntai / /	Päivä	Ilta	Yö
Sekava			
Ärtynyt			
Riehakas, äänekkäästi le- voton			
Sanallisesti uhkaava			
Fyysisesti uhkaava			
Esineisiin kohd. aggressio			
<b>YHTEENSÄ</b>			



**Lyhyen aikavälin väkivaltariski-arvio BVC**  
(The Brøset Violence Checklist)

**Tulkinta ja käyttö**

**Pisteytyksen tulkitseminen:**

Arviointikerran yhteispisteet = 0

Väkivallan riski on pieni

Arviointikerran yhteispisteet = 1-2

Väkivallan riski on kohtalainen. On ryhdyttävä ennaltaehkäiseviin toimiin.

Arviointikerran yhteispisteet > 2

enaltaehkäiseviin

Väkivallan riski on erittäin suuri. On ryhdyttävä ennaltaehkäiseviin toimiin. Lisäksi tulee tehdä suunnitelma mahdollisen väkivaltatilanteen

hallitsemiseksi.

hallitsemiseksi.

**Käyttäytymistä koskevien asioiden yksityiskohtainen kuvaaminen:**

Sekava	Vaikuttaa selvästi sekavalta ja desorientoituneelta. Saattaa olla epäietoinen ajasta, paikasta ja henkilöstä.
Ärtysisä	Ärtyy ja suuttuu helposti. Ei kestä muiden läsnäoloa.
Äänekkäästi levoton	Käytös on avoimen änekkästä ja meluavaa. Esimerkiksi paiskoo ovia, puhuu huutamalla jne.
Sanallisesti uhkaava	Sanallinen purkaus, joka on enemmän kuin äänen korottamista ja jossa on selkeänä aikomuksena pelotella tai uhata toista henkilöä. Esimerkiksi sanallinen hyökkäys, solvaaminen, nimittely tai neutraalien kommenttien ilmaiseminen ärähtäen aggressiivisella tavalla.
Fyysisesti uhkaava	Selvä fyysisellä väkivallalla uhkaaminen. Esimerkiksi aggressiivisen asennon ottaminen, toisen henkilön vaatteisiin kiinni käyminen, käden tai jalan kohottaminen, käsien nyrkkiin puristaminen tai yritys pukata toista päällään.
Esineisiin kohdistuva aggressio	Hyökkäys kohdistuu esineisiin, ei henkilöihin. Esimerkiksi umpimähkäinen esineen heittäminen, ikkunoiden lyöminen tai hajottaminen, esineiden potkiminen, esineiden lyöminen tai niiden päällä iskeminen tai huonekalujen hajottaminen.

## Brøset Violene Check List

Arviointi lomakemenetelmän toimivuudesta. Vapaamuotoisiin kenttiin tulee vastata jokaisen kysymyksen osalta.

### Oliko menetelmä mielestäsi toimiva ?

1 2 3 4 5

Täysin eri mieltä      Täysin samaa mieltä

Vapaamuotoinen teksti

### Oliko lomakkeen täyttäminen vaikeaa ?

1 2 3 4 5

Täysin eri mieltä      Täysin samaa mieltä

Vapaamuotoinen teksti

### Kuormittaako lomakkeen täyttäminen henkilökuntaa ?

1 2 3 4 5

Täysin eri mieltä      Täysin samaa mieltä

Vapaamuotoinen teksti

### Antoiko arvio tarpeeksi luotettavaa tietoa potilaan käyttäytymisestä ?

1 2 3 4 5

Täysin eri mieltä      Täysin samaa mieltä

Vapaamuotoinen teksti

### Voidaanko menetelmä ottaa käyttöön tai ottaa tukevaksi menetelmäksi nykyisten rinnalle?

1 2 3 4 5

Täysin eri mieltä      Täysin samaa mieltä

Vapaamuotoinen teksti

### Saitteko tarpeeksi selvän ohjeistuksen arvion tekemiseen ?

- Kyllä  
 Ei

Vapaamuotoinen teksti

### Lisääkö se tehokkuutta tai ennakoitavuutta?

1 2 3 4 5

Täysin eri mieltä      Täysin samaa mieltä

### Jos potilas sai menetelmästä riskipisteitä, mitkä olivat ennakoivia toimenpiteitä?

Vapaamuotoinen teksti

Lähetä

Älä koskaan lähetä salasanaa Google Formsin kautta.

## 8 LÄHTEET

Almvik, R. 2008. Assessing the Risk of Violence: Development and Validation of the Brøset Violence Checklist, Thesis for the Degree of Doctor Philosophiae. Viitattu 4.2.2016 <http://www.riskassessment.no/files/almvik-phd.pdf>

Andersson, G.A. & Huesmann, L.R. 2003. Human Aggression, a social Cognitive view. California, CA: Sage publication

Bushman, B.J. 1997. Effects of alcohol on human aggression. New York: Plenum Press

Hummelvoll, J.K. & Barbosa da Silva, A. 1994. A Holistic-Extential model for pshyciatric nursing. Perspectives in psychiatric care Vol 30, No2, April, Philadelphia: A Nursecom Inc. Publication 7-13

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. 1. painos. Helsinki: WSOY pro Oy.

Kettunen, S. 2009. Onnistu projektissa. Helsinki: WSOYpro.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Kuopio: SanomaPro

Kuhanen, C., Oittinen, P., Kanerva, A., Seuri, T. & Schubert, C. 2010. Mielenterveyshoitotyö. Helsinki: WSOY 1.painos

Lavikainen, J. & Lahtinen, E. & Lehtinen, V. 2004. Mielenterveystyö Euroopassa. Sosiaali -ja terveysministeriö. Helsinki: Edita Prima Oy

Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. 2011. Psykiatria, Duodecim. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

- Latvala, E., Visuri, T. & Janhonen, S. 1995. Psykiatrinen hoitotyö. Juva: WSOY
- Mattanen, P. 2010. Väkivallan hallinta psykiatriassa. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. Tampere: PSHP
- Olweus, D. 1979. Stability of Aggressive reactions patterns in males. A Review  
Psychological bulletin 86
- Palmstieria, T. & Wisted, B. 1987. Staff observation aggression scale, SOAS: Presentation and evaluation. Acta Psychiatr Scand 76(6):657-63
- Phil, R.O. & Peterson, J.B. 1993. Alcohol/drug use and aggressive behavior in Hodgings. Mental disorder and crime. London: Sage Publications inc.
- Ruuska, K. 2005. Pidä projekti hallinnassa: suunnittelu, menetelmät, vuorovaikutus. Helsinki, Talentum.
- Ruuska, K. 2006. Terveysthuollon projektinhallinta. Helsinki: Talentum Media Oy.
- Reynolds, W. & Cormack, D. 1992. Psychiatric and mental health nursing. Theory and practice. London UK: Chapman & Hall
- Soisalo, R. 2011. Väkivallan preventio Sosiaali – ja terveysalalla. Latvia: Suomen Psykologinen instituutti ry.
- Schuntich, R.J. & Taylor, S.P. 1972. The effects of alcohol on human physical aggression. Journal of experimental research in personality 6.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi
- Tiihonen, T. 2016 Suomen työterveyslääkäriyhdistys ry. Mielisairaudet ja väkivaltainen käyttäytyminen. Duodecim artikkeli: tt100140

- Viemerö, V. 2002. Varhaisaikuisuuden aggressiota ennustavat tekijät. *Psykologia* 37(2), 138-144
- Viemerö, V. 2006. Aggressio ja Aggressiivisuus. *Tieteessä tapahtuu*: artikkeli 0306
- von der Pahlen, B. & Eriksson, C.J.P. 2003. Alkoholi ja aggressiivinen käyttäytyminen. *Duodecim*;119:
- Weizmann-Henelius, G. 1997. Väkivaltaisen ihmisen kohtaaminen. Helsinki: Kirjayhtymä Oy
- Young, L. 1998. *Leading projects: a manager's pocket guide*. London. Industrial Society.