

Hoitohenkilökunnan kokemat uhka- ja
väkivaltatilanteet terveydenhuollossa
-Raportointi ja kirjaaminen Suomen
sairaanhoitopiireissä



Penttinen, Joni

Schildt, Lauri

Laurea-ammattikorkeakoulu
Laurea Hyvinkää

Hoitohenkilökunnan kokemat uhka- ja väkivaltatilanteet terveydenhuollossa
- Raportointi ja kirjaaminen Suomen sairaanhoitopiireissä

Schildt Lauri
Penttinen Joni
Sairaanhoitaja AMK
Opinnäytetyö
Huhtikuu 2010

Joni Penttinen
Lauri Schildt

Hoitohenkilökunnan kokemat uhka- ja väkivaltatilanteet terveydenhuollossa - Raportointi ja kirjaaminen Suomen sairaanhoitopiireissä

Vuosi 2010

Sivumäärä 73

Uhka- ja väkivaltatilanteet ovat yleistyneet yhteiskunnassa ja terveydenhuollossa. Uhkaavia ja hankalia potilaita kohtaavat monet terveydenhuollon työntekijät. Turvallisuusuhkien hallinnassa on perään kuulutettu niiden nykyistä parempaa tilastointia ja sitä, että tilastoinnissa tulisi käyttää yhtenäisiä kriteerejä. Tunnollinen uhka- ja väkivaltatilanteiden raportoiminen helpottaa ratkaisevasti tulevaisuuden hoitotilanteeseen varautumista.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää kuinka yleistä uhka- ja väkivaltatilanne raportointi ja kirjaaminen ovat Suomen sairaanhoitopiireissä, minkälaisia eri kirjaamis- ja raportointimenetelmiä ja käytäntöjä on. Opinnäytetyön teoriaosiossa käsittelemme turvattomuutta, väkivaltaa, väkivaltatilanteiden ehkäisyä, raportoimista ja kirjaamista.

Tutkimusaineisto on kerätty valtakunnallisesti sairaanhoitopiireille lähetetyn kyselylomakkeen avulla. Sähköpostikyselyssä kysyttiin raportointikäytännöistä sekä pyydettiin lähettämään sairaanhoitopiireillä käytössä olevat uhka- ja väkivaltatapahtumalomakkeet analysoitavaksi. Vastanneita sairaanhoitopiirejä oli kaksikymmentä. Vastausprosentiksi muodostui 100 %. Tutkimusmenetelmänä tutkimuksessa on käytetty triangulaatio- tutkimusmenetelmää, joka pitää sisällään sekä laadullisia että määrällisiä tutkimusmenetelmiä.

Tutkimuksesta kävi ilmi, että jokaisessa vastanneessa sairaanhoitopiirissä on käytössä lomake tai järjestelmä uhka- ja väkivaltatapahtumien raportointia ja kirjaamista varten, mutta raportointimenetelmissä ja käytännöissä on paljon eroavaisuuksia. Sairaanhoitopiirit käyttävät sähköistä järjestelmää, lomaketta sähköisessä tai paperisessa muodossa tai näistä joitakin rinnakkain.

Osa käytössä olevista lomakkeista sisälsi epäkohtia, jotka voivat nostaa hoitohenkilökunnan kynnystä täyttää ilmoituksia, jolloin todenmukaista kuvaa tilanteiden yleisyydestä ei saada. Erot raportointimenetelmissä ja -käytännöissä sairaanhoitopiirien välillä aiheuttavat hankaluuksia tulosten valtakunnalliseen vertailuun. Tutkimuksemme tukee ajatusta yhtenäisen valtakunnallisen järjestelmän, perehdytyksen ja ohjeistuksen tärkeydestä. Turvallisuuskulttuurin rakentaminen on helpompaa, kun saadaan tietoa uhka- ja väkivaltatilanteiden todellisista määristä sekä tilanteiden syistä.

Yhtenäisen järjestelmän tulisi olla yksinkertainen ja kaikkien tiedossa. Yhtenäisen järjestelmän aikaansaaminen edellyttäisi toimivan ja huolellisesti kehitetyn lomakkeen laatimista. Hyvästä lomakkeesta käy ilmi raportoinnin tärkeys, se on ymmärrettävä ja sisältää relevantit kysymykset, mukana on yksiselitteiset täyttöohjeet, se on nopea täyttää ja helposti saatavilla, eikä se sisällä henkilötietoja. Tämän tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää uhka- ja väkivaltatapah- tumien raportoimisen ja kirjaamisen kehittämisessä.

Avainsanat: Väkipalta, Turvattomuus, Uhka, Raportoiminen, Kirjaaminen, Sairaanhoitopiiri.

Laurea-ammattikorkeakoulu
Laurea Hyvinkää
Degree Programme in Nursing
Nurse, Bachelor's Degree

Abstract

Joni Penttinen
Lauri Schildt

Threatening and Violent Situations Encountered by Nursing Staff in Healthcare - Reporting and Recording in Finnish Hospital Districts

Year 2010

Number of pages 73

Threatening and violent situations have become more common both in the society at large and in health care in particular. Many healthcare workers encounter threatening and difficult patients. In the management of safety risks, there has been a call for better compilation of statistics as well as for uniform criteria to be used when compiling statistics. Thorough reporting of threatening and violent situations makes preparing for the care situation decidedly easier.

This thesis aims to establish how broadly threatening and violent situations are reported and recorded in Finnish hospital districts and what kind of recording and reporting methods and conventions are in use. The theory section of this thesis deals with insecurity, violence, preventing violent situations, reporting, and recording.

The research material was gathered through a nationwide questionnaire sent to the hospital districts. The e-mail questionnaire contained questions on reporting conventions, and the hospital districts were requested to send the forms they use to report threatening and violent situations for analysis.

Twenty hospital districts responded to the questionnaire and the response rate was thus 100 %. The thesis was carried out using a triangulation method comprising both qualitative and quantitative research methods.

The study revealed that all the hospital districts which responded to the questionnaire use a form or a system for reporting and recording threatening and violent situations, but reporting methods and conventions differ significantly. The hospital districts use electronic systems, electronic or paper forms or some of these methods in parallel.

Some of the forms in use contained flaws which could contribute to the nursing staff not filling the reports, which in turn would mean that the picture of the frequency of the situations is not accurate. On occasion, the differences in reporting methods and conventions between hospital districts create difficulties in comparing the results on a national level. This study gives support to the idea of a need for a uniform national system, guidance and instruction. Accurate data of the number and reasons of threatening and violent situations makes building a culture of safety much easier.

A uniform system should be simple and known to all. Achieving a uniform system would require creating a working and well-designed form. A good form explains the importance of reporting, it contains relevant questions and includes unambiguous filling instructions, it is accessible and can be filled quickly, it is easily available, and it does not include personal data. The results of this study can be utilized in developing the reporting and recording of threatening and violent situations.

Key words: Violence, Insecurity, Threat, Reporting, Recording, Hospital district.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	6
2	HOITOHENKILÖKUNNAN UHKA- JA VÄKIVALTATILANTEIDEN RAPORTOIMINEN	8
2.1	Suomen sairaanhoitopiirit	8
2.2	Turvattomuus ja työelämä.....	9
2.3	Väkivalta ja aggressiivisuus.....	10
2.3.1	Väkivallan ja aggressiivisuuden ilmeneminen	10
2.3.2	Väkivaltaisen käytöksen merkkejä ja väkivaltatilanteisiin varautuminen	11
2.3.3	Syitä aggressiiviseen käytökseen	12
2.4	Työpaikkaväkivalta.....	15
2.4.1	Työpaikkaväkivalta Suomessa	15
2.4.2	Lait ja asetukset työturvallisuudesta	17
2.5	Turvattomuuden ja väkivallan ilmeneminen terveydenhuollossa	18
2.6	Turvattomuuden ennaltaehkäisy	20
2.6.1	Riskitekijöihin varautuminen.....	20
2.6.2	Uhka- ja väkivaltatilanteiden raportointi ja kirjaaminen	21
2.7	Sairaanhoitopiirin uhka- ja väkivaltatilanteiden ilmoitusjärjestelmät....	23
2.7.1	TURPO- turvallisuuspoikkeamien ilmoitusjärjestelmä	24
2.7.2	HaiPro-vaaratapahtumien ilmoitusjärjestelmä	25
2.8	Uhka- ja väkivaltatilanteen jälkikäsittely ja jälkihoito	26
2.9	Hyvän lomakkeen ominaisuuksia	27
3	TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT	29
3.1	Tutkimuksen kohderyhmä ja tarkoitus	29
3.2	Tutkimusongelmat	29
3.3	Tutkimusmenetelmät	30
3.4	Aineiston keruu ja käsittely	32
3.5	Tutkimuksen luotettavuus	33
3.6	Tutkimuksen eettiset kysymykset	34
4	TULOKSET	35
4.1	Sairaanhoitopiirien vastaukset kyselylomakkeeseen	36
4.2	Uhka- ja väkivaltaraportointilomakkeiden sisällön laadullinen analyysi ...	40
4.2.1	Turpo	40
4.2.2	HaiPro	41
4.2.3	Paperiset raportointilomakkeet	42
4.2.4	Muut sähköiset tapahtumaraportointilomakkeet	43

4.2.5	Kuvaukset lomakkeiden yhteisistä piirteistä	44
4.3	Lomakkeiden analyysi ja vertailu	48
4.3.1	Tekstin asettelu ja loogisuus	49
4.3.2	Lomakkeen pituus	50
4.3.3	Kieliasu	51
4.3.4	Saatavuus	52
4.3.5	Vastausohjeet	53
4.3.6	Kysymykset	55
5	POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET	57
5.1	Suomen sairaanhoitopiirien uhka- ja väkivaltatilanneraportointi	57
5.2	Yhteenveto hyvän lomakkeen piirteistä	59
5.3	Sähköisyys vs. paperisuus	61
5.4	Tilastoitavuus	62
6	YHTEENVETO	64
6.1	Jatkotutkimusaiheita	66
6.2	Pohdintaa opinnäytetyöprosessista ja itsearviointia	67
6.3	Tulosten luotettavuus	68
	LÄHTEET	70
	LIITTEET	73
	Liite 1: Sähköpostikysely sairaanhoitopiireille	73

Mediasta olemme voineet viime vuosina nähdä ja kuulla miten väkivalta on yleistynyt ja raaistunut yhteiskunnassa ja terveydenhuollossa. Marjatta Karvinen toteaa Sairaanhoidaja-lehden (2010) uhka- ja väkivaltatilanteita työterveyshuollon työpaikoilla käsittelevässä artikkelissa, että vaaratilanteet eivät koske enää vain mielenterveyshoitoa tai päivystyspoliklinikoilla iltaisin ja öisin työskenteleviä. Uhkaavia ja hankalia potilaita kohtaavat monet eri terveydenhuollon työntekijät. Lisääntynyt päihteiden käyttö, talouden taantuma ja työttömyys kiristävät tilannetta. Ne, joilla menee huonosti työssä ja kotona, käyttävät myös eniten terveydenhuollon palveluita. Tiedon tulvan ja oman edun tavoittelun yhteiskunnassa myös potilaan rooli on muuttunut. Potilaat tietävät monesti jo vastaanotolle tullessaan mitä tahtovat ja kun asiat eivät etenekään odotusten mukaisesti, voi potilaan käytös muuttua uhkaavaksi. (Karvinen 2010)

Huoli lisääntyneestä väkivallan uhasta sairaaloissa ja hoitolaitoksissa on saanut Sosiaali- ja terveysministeriön kiinnittämään huomiotaan terveydenhuollon työturvallisuuden tehostamiseen. Sosiaali- ja terveysministeriön asettama terveydenhuollon laitosten turvallisuutta pohtinut työryhmä on esittänyt yhtenäistä riskienhallintamallia sairaaloille ja terveyskeskuksille. Samassa pohdinnassa työryhmä painottaa, että turvallisuusuhat tulisi tilastoida nykyistä paremmin ja että tilastoinnissa tulisi käyttää yhteisiä kriteerejä. Nykyisin esimerkiksi väkivaltatilanteiden määrästä ei ole tarkkaa tietoa, koska turvallisuusuhkia tilastoidaan sairaanhoitopiireissä eri tavoin. (Sosiaali- ja terveysministeriön tiedote 23/2010)

Karvinen (2010) korostaa, että tunnollinen uhka- ja väkivaltatilanteiden raportoiminen helpottaa ratkaisevasti hoitotilanteeseen varautumista. Kaikki väkivalta on työssä liikaa. Sanallinenkin väkivalta tulee kirjata ja jokaisesta uhkaavasta tilanteesta pitäisi tehdä ilmoitus.

Raportoinnin merkityksen korostuessa turvallisuuden hallinnassa olemme tässä opinnäytetyössä kiinnittäneet huomion uhka- ja väkivaltatilanteiden raportointiin. Tarkoituksenamme on kartoittaa, onko kaikissa Suomen sairaanhoitopiireissä (lukuun ottamatta Ålands hälso- och sjukvård) käytössä lomake tai järjestelmä jonka avulla hoitohenkilökunta voi raportoida työssään kokemansa uhka- tai väkivaltatilanteet. Työssä selvitämme minkälaisia lomakkeet ja järjestelmät ovat ja miten kirjaamis- ja raportointikäytännöt eroavat toisistaan eri sairaanhoitopiireissä.

Muiden tutkimusten pohjalta voimme omalle tutkimuksellemme pitää oletusarvona, että uhka- ja väkivaltatilanteiden kirjaamisen käytännöt Suomessa ovat kirjavia. Yleensä kirjataan liian vähän ja kirjaamiskäytännöissä löytyy eroja sairaanhoitopiirien ja jopa saman sairaanhoitopiiriin kuuluvien sairaaloiden välillä. Löysimme useita tutkimuksia, jotka käsittelevät terveydenhuollon uhka- ja väkivaltatilanteita hoitohenkilökunnan kokemana. Uhka- ja väkivaltatilannekartoituksia on tehty paljon Suomen sairaaloihin ja ongelmat näyttävät olevan kutakuinkin samat joka paikassa. Luottuamme aiheeseen liittyviä töitä, mielenkiintomme alkoi kiinnittyä hoitohenkilökunnan kokemien uhka- ja väkivaltatilanteiden ehkäisyyn. Lisäksi halusimme tietää, miten tilanteista raportoidaan tai jätetään raportoimatta sekä millainen uhka- ja väkivaltatilanteiden hyväksymisen kulttuuri terveydenhoitoalalla vallitsee. Huomasimme, että alalla hyväksytään herkästi sanallinen ja jopa fyysinenkin väkivalta työhön kuuluvana asiana. Varsinkin Rasimuksen (2002) sekä Lindströmin & Puustisen (2005) tutkimukset osoittivat että tutkimuksellemme on tarvetta.

2 HOITOHENKILÖKUNNAN UHKA- JA VÄKIVALTATILANTEIDEN RAPORTOIMINEN

2.1 Suomen sairaanhoitopiirit

Jokaisen suomalaisen kotikunnan on huolehdittava, että henkilö saa sairastuessaan kaiken tarpeellisen hoidon. Perustuslakimme määrää, että julkisen vallan on turvattava jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut ja edistettävä väestön terveyttä. Kuntien on mahdollistettava erikoissairaanhoito asukkailleen ja jokaisen kunnan on kuuluttava johonkin sairaanhoitopiiriin kuntayhtymään. Sairaanhoitopiirien tehtävänä on järjestää alueensa erikoissairaanhoito. Sairaanhoitopiirit tuottavat väestön tarpeisiin erikoissairaanhoidon palveluja, jotka täydentävät terveyskeskusten ja -asemien perussairaanhoidon palveluja. Sairaanhoitopiirit myös vastaavat alueen laboratorio- ja röntgenpalvelujen sekä muiden vastaavien erityispalvelujen kehittämisestä ja laadun valvonnasta. Sairaanhoitopiirit huolehtivat myös tehtäväalueidensa tutkimus-, kehittämis- ja kouluttamistoiminnasta yhteistyössä terveyskeskusten kanssa. (Kuntatietokeskus 2009.)

Suomessa on sairaanhoitopiirejä 20. Sairaanhoitopiirien koko vaihtelee suuresti eri puolilla Suomea. Suurin Suomen sairaanhoitopiireistä on Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri (HUS), jonka väestöpohja oli vuoden 2008 lopussa 1,5 miljoonaa asukasta. Pienin sairaanhoitopiiri on Itä-Savon sairaanhoitopiiri, jossa on vain hieman runsaat 52 000 asukasta. Suurimmassa sairaanhoitopiirissä työskenteli vuonna 2008 noin 21000 henkilöä ja pienimmässä vain vajaat 700. Jäsenkuntia eri sairaanhoitopiireissä on hyvin vaihtelevasti 6-35 välillä. Sairaanhoitopiirissä on sairaala tai useampia sairaaloita sekä muita toimintayksiköitä. Koostumukset vaihtelevat hyvin paljon eri puolilla Suomea. Suomen sairaanhoitopiirien toimintakulut olivat vuonna 2008 yhteensä 5259 M€. (Kuntatietokeskus 2009.)

Sairaanhoitopiirit uudistuvat kokoajan. Palveluita yhdistetään toisien sairaanhoitopiirien kanssa ja palveluita myös ostetaan naapuripiiristä. Palveluja on alettu organisoida liikelaitoksiin ja osakeyhtiöihin. Liikelaitokset ja osakeyhtiöt saattavat palvella myös kahta tai useampaa sairaanhoitopiiriä. Perus- ja erikoissairaanhoidon hallinnollisia esteitä madalletaan ja poistetaan. Tietoverkot, järjestelmät, yhteiset arkistot ja liikkuvat palvelut mahdollistavat uusia konsepteja tulevaisuudessa. (Kuntatietokeskus 2009.)

2.2 Turvattomuus ja työelämä

Turvallisuus on ihmisen peruspyrkimys. Turvattomuudella tarkoitetaan uhkaa, joka on esteenä turvallisuuden kokemukselle. Ihminen on itseään toteuttava olento, jonka hyvinvoinnin perustana on suojautuminen ja puolustautuminen ulkoisia vaaroja ja uhkia kohtaan. Yksilön tasolla turvallisuus ilmenee ihmisen pyrkimyksellä elämässään sisäiseen ja henkiseen tasapainoon. Ryhmien tasolla turvallisuus ilmenee perheen ja yhteisön turvallisuutena. Yhteiskunnan tasolla se tarkoittaa kansallista turvallisuutta ja ihmiskunnan tasolla se tarkoittaa maailman rauhaa. (Niemelä ym. 1997, 13-14.)

Ihminen saattaa tuntea sisäisen tasapainonsa järkkyvän, jos hän kokee turvallisuutensa uhatuksi tai loukatuksi. Turvallisuus nähdään nykyaikaisessa oikeudenmukaisuusteoriassa ihmisoikeutena. Tämän teorian mukaan kaikilla ihmisillä tulisi olla tasavertaiset oikeudet mahdollisimman laajalajaisiin ja kaikkia tasavertaisesti koskeviin perusvapauksiin. (Niemelä ym. 1997, 15.)

Lähikäsitteinä turvattomuudelle voidaan pitää riskiä, uhkaa, vaaraa ja pelkoa. Riski voidaan hahmottaa subjektiivisesti tai objektiivisesti. Objektiivinen riski on olemassa ja mitattavissa. Subjektiivinen riski taas on yksilön kokemana epämiellyttävän tapahtuman mahdollisuus. Mitä inhottomampi riskin aiheuttaja on, sitä suuremmalla todennäköisyydellä siihen liittyy epävarmuus eivätkä riskinoton seuraukset ole täysin ennustettavissa. Riskin kokemisessa voi olla kuitenkin mahdollisuus sen havainnointiin sekä riskiä voi pystyä hallitsemaan. Riskien hallinnalla pyritään lisäämään turvallisuudentunnetta. (Rasimus 2002, 28.)

Uhkaa pidetään epämääräisenä käsitteenä ja se liitetään usein tulevaisuuteen. Uhka on useimmiten ei-toivottu ja se halutaan estää. Vaara on konkreettinen ja usein objektiivinen käsite. Pelko on psykologinen käsite, jolla tarkoitetaan reaktiota todelliseen tai kuviteltuun uhkaan. (Niemelä ym. 1997, 15.) Pelko vahvistaa ja ruokkii itseään. Pelko koetaan usein epämiellyttäväksi, jolloin ihminen koettaa välttää pelon tunnetta, sekä pelon kohdetta, jolloin pelko on pysyvää. Kauhuelokuvissa pelko on hallittavissa, joten pelko voidaan kokea mielihyvää tuottavana. Pelon voimakkuutta ja hallitsemattomuutta lisäävät sen tuomat fyysiset tuntemukset. (Saarelainen ym. 2003, 178.) Ihmisen elämän kannalta pelkoreaktio on välttämätön, mutta korostuessaan pelon tunne haittaa toimintakykyä, jolloin tilanteen järkevä arvioiminen ja toiminta voi estyä tai lamaantua. Ihmisen oma pelko voi vaikuttaa toiseen ihmiseen provosoivasti, sillä pelko usein häiritsee kommunikointia ihmisten kesken. (Weizmann - Henelius 1997,96.)

Talouden taantuma on lisännyt kiirettä, uupumusta ja työttömyyttä sekä aiheuttanut epävarmuutta työpaikoilla. Suomessa ja Euroopassa työssä jaksaminen on aiheuttanut keskustelua viime aikoina. Työntekijät ovat tehneet itsemurhia, joista ammattiliitot syyttävät työnantajia liian suuresta työtahdistista ”Epävarmuutta on vaikeaa hallita ja se aiheuttaa masennusta.” ”Epävarmuus ja ponnistelu pienemmällä resursseilla kuin aiemmin sekä lisääntyneet vaatimukset työelämässä antavat huonoja ennusmerkkejä”, toteaa työ- ja organisaatiopsykologian yliassistentti Anne Mäki-kangas Jyväskylän yliopistosta (Pulkinen 2009.)

Suomessa arvostetaan työelämässä koulutusta, kansainvälisyyttä, osaamista ja tehokkuutta. Työnantajat valikoivat nykyään kriittisemmin työntekijöitä ja vaativat heiltä yhä enemmän tehokkuutta ja omistautumista työhönsä. Työtä on pidetty suomalaisessa yhteiskunnassa hyvinvoinnin ja turvallisuudentunteen kannalta hyvin tärkeänä tekijänä. Työttömyys tai työttömäksi joutuminen olivat yleisimpiä turvattomuutta aiheuttavia tekijöitä Niemelän (1997) tutkimuksessa. Tämä korostuu entisestään nyt, kun taloustaantuma koettelee maailmaa. Lisäksi työn haastavuus ja siitä aiheutuva stressi, työelämän tulosvaatimukset, ihmissuhdeongelmat työpaikalla, työn ruumiillinen rasittavuus ja vuorotyö sekä eläkkeelle siirtyminen aiheuttavat työväestössä turvattomuutta Suomessa. (Niemelä ym. 1997, 45-46.)

2.3 Väkivalta ja aggressiivisuus

2.3.1 Väkivallan ja aggressiivisuuden ilmeneminen

Väkivalta on ulkoinen reaktio tilanteeseen, missä ihminen on avuton, eikä hänellä ole muita selviytymiskeinoja vaikeassa tilanteessaan. Väkitalaisen ihmisen psyykinen kehitys ja persoonallisuutensa on häiriintynyt, jolloin hän ei pysty hallitsemaan käytöstään normaalisti. (Weizmann-Henelius. 1997, 12.)

Väkivalta voidaan määritellä vuorovaikutuksen ylösalaisin kääntyneeksi muodoksi, missä ihmiset eivät toimi yhdessä toistensa kanssa vaan toisiaan vastaan, mistä seuraa vapauden tuhoutuminen ja ihmisen alistuminen olosuhteiden armoille. Väkivallalle on tyypillistä, että ihmisen oma toiminta vaikuttaa vastapuolen toimintaan. Väkivalta piilee ihmisten keskuudessa mahdollisuutena, joka saa alkunsa vuorovaikutustilanteen häiriötilasta kun ristiriitoja ei saada ratkaistuksi ja vuorovaikutus estyy. (Jokela 2004, 13, 16-17.)

Aggressiivinen käyttäytyminen ja väkivalta tähtäävät toisen ihmisen tai ympäristön vahingoittamiseen psyykkisesti tai fyysisesti. Aggressiivisuus mielletään toisen ihmisen vahingoittamiseksi, joka

voi olla myös sanallista, vihamielistä ja loukkaavaa käyttäytymistä, mihin liittyy vihamielistä ajattelua, vihaa ja pelkoa. Aggressiivisessa vahingoittamisessa tahallisuus erottaa sen vahingossa tapahtuneesta vahingoittamisesta. Aggressiivisuus voi olla tunnepohjaista eli emotionaalista, jolloin aggressiivisuuteen liittyy raivon tai vihaisuuden elämys hyökkäystä motivoimassa. Pelkistetyinä emotionaalisen aggressiivisuuden tarkoituksena on toisen vahingoittaminen ja sen kautta mielihyvän saaminen vallantunteen sekä toisen alistamisen kautta. Ihminen on luonnostaan taipuvainen aggressioon. Aggressio on joko hyvän- tai pahanlaatuinen tunnetila. Pahanlaatuudessa aggressiossa aiheutetaan muille vahinkoa. Aggressio voi olla myös väline tavoitteen saavuttamiseksi. Esimerkiksi asetta käytetään aggression apukeinona, tällöin puhutaan instrumentaalista väkivallasta. (Helkama ym. 2007, 228-229; Lehestö ym. 2004, 87-88.)

Jokainen ihminen tuntee välillä eriasteisia aggressiivisia tunteuksia kuten ärtymystä ja suuttumista. Ihmiset kuitenkin ilmaisevat varauksella aggression tunteitaan, koska se ei ole sosiaalisessa ympäristössä suotavaa tai aiheellista. Aggression tunteet kohdistuvat usein joitakin ihmisiä, ryhmiä tai instituutioita kohtaan. Ne heräävät, ovat jatkuvia tai tulevat silloin tällöin pinnalle tietystä tilanteesta tai ympäristössä. Aggressio voi olla myös liikkeelle paneva voima, joka saa ihmisen suoriutumaan ja taistelemaan vaikeuksia vastaan. Aggressiiviset tunteet saavat ihmiskehossa aikaan fysiologisia muutoksia. Sydämen syke ja verenpaine nousevat, adrenaliinin erityös lisääntyy ja karvat nousevat pystyyn. Elimistö ikään kuin valmistautuu selviytymään ongelmallisesta tilanteesta. (Lagerspetz 1998, 21-22.)

Ihmiset reagoivat erilaisilla aggressiivisiin tunteisiin. Joitakin ihmisiltä puuttuvat aggressiiviset tunteet lähes kokonaan, jolloin heidän on vaikeaa pitää puoliaan ja jotkut taas reagoivat hyvin aggressiivisesti pieneenkin ärsykkeeseen. Aggressiivisuus ja luontainen reagointi pettymyksiin syntyy ihmisen biologisten ominaisuuksien, psyykkisten ominaisuuksien sekä ympäristötekijöiden tuloksena. (Weizmann-Henelius 1997, 11-12.)

2.3.2 Väkivaltaisen käytöksen merkkejä ja väkivaltatilanteisiin varautuminen

Väkivaltatilanteisiin voi varautua ennakkoon tunnistamalla tilanteen uhkatekijät. Toisen ihmisen olemus ja viestintä kertovat jo paljon hänen aikeistaan, jolloin on helppo varautua mahdolliseen väkivaltatilanteeseen. Jännittynyt, sekava ja hermostunut olemus sekä kiihtynyt hengitys ovat ensimmäisiä huomioitavia merkkejä. Lisäksi tuijottava ja lasittunut katse, äänen epänormaali käyttäminen tai kasvojen nykiminen ja kiristymisen ovat merkkejä mahdollisesta uhkaavasta tilanteesta. Hermostunut edestakainen liikehdintä ja toisen ihmisen liian lähelle tunkeutuminen sekä käsien nyrkkiin puristelu tai käsien peittely ovat jo hyvin uhkaavaa ja vakavasti otettavaa

käytöstä. Käsien peittely voi johtua esimerkiksi aseiden piilottelusta. Ulkoisen olemuksen mukaan ketään ei saisi kuitenkaan leimata väkivaltaiseksi. Usein taipumus väkivaltaisuuteen ei näy päällepäin. Vahvan humalatilan tai huumausaineiden vaikutuksen alaiseen ihmiseen tulee aina suhtautua vakavasti väkivallanuhan vuoksi. (Lehestö ym. 2004, 131-132; Isotalus & Saarela 2001, 25-26.)

Uhkaavassa tilanteessa pelko on täysin luonnollista, mutta pelkoa voi vähentää kun tietää mitä pitää tehdä ja miten toimitaan. Ennusmerkkien ilmaantuessa tärkeintä on tilanteen vakavuuden nopea kartoitus ja lisäävun hälyttäminen paikalle. Lisäapu kannattaisi kutsua paikalle jo siinä vaiheessa, kun tilanne alkaa edetä kinastelun, uhkailun tai haukkumisen tasolle. Lisäävun kutsuminen varhaisessa vaiheessa voi hyvin estää tilanteen etenemisen fyysiseksi väkivallaksi. On hyvä muistaa, että yksin ei koskaan kannata jäädä kinastelemaan uhkaavasti käyttäytyvän henkilön kanssa. Hoitajan verbaaliset taidot ovatkin hyvin tärkeässä roolissa, kun kommunikoidaan kiihtyneen tai uhkaavasti käyttäytyvän henkilön kanssa. (Lehestö ym. 2004, 131-132; Isotalus & Saarela 2001, 25-26.)

2.3.3 Syitä aggressiiviseen käytökseen

Weizmann- Henelius (1997) viittaa kirjassaan Sigmund Freudin viettiteoriaan, jonka mukaan ihmisellä on kaksi viettiä, elämänvietti ja kuolemanvietti, jotka ohjailevat ihmisen käyttäytymistä läpi elämän. Terveellä ihmisellä kuolemanvietti on pieni, mutta sairaalla ihmisellä se kasvaa suureksi ja voi johtaa itsetuhoon. Kuolemanvietti voi ilmetä myös aggressiona. Sosiobiologi Konrad Lorenzin mukaan aggressiivisuus on ihmisen sisäiseen tasapainoon kuuluva vietti, joka ihmisen pitää päästä purkamaan aika ajoin. Aggressiivinen käyttäytymisen todennäköisyys lisääntyy, kun energiaa on kertynyt paljon ja ihmiseen kohdistuu aggression laukaiseva tekijä. Turhautumis-aggressioteoria oli 1950-luvulla keskeinen aggressioteoria. Teoria pohjautuu olettamukseen, että aggressio johtuu aina turhautumisesta. Turhautunut ihminen voi reagoida kuitenkin monin eri tavoin eli ei välttämättä aggressiivisesti. Hän voi masentua, pyrkiä toiseen ratkaisuun tai luopua pyrkimyksistään. (Weizmann-Henelius 1997, 12-15.)

Nykykäsityksen mukaan turhautuminen näyttää lisäävän aggressiivisuutta ainoastaan voimakkaassa turhautumisen tunteessa. Turhautuminen johtaa aggressiivisuuteen silloin kun turhautuminen koetaan sattumanvaraisena ja epäoikeudenmukaisena. Sosiaalinen oppimisteoria pitää aggressiota sosiaalisen käyttäytymisen opittuna muotona. Väkivaltaisesti käyttäytyvät ihmiset käyttäytyvät omaksumansa mallin mukaisesti, koska ovat oppineet reagoimaan aggressiivisesti. Lapsuudessa omaksumattujen aggressiivisten mallien ja aggressiivisen käyttäytymisen yhteys on osoitettu tutki-

muksissa, joissa on todettu, että mitä enemmän lapset katsovat väkivaltaelokuvia, sitä aggressiivisemmin heidän on havaittu käyttäytyvä muita kohtaan. Kun he näkevät toisten ratkaisevan tilanteet väkivallalla, heidän kykynsä hallita aggressiivisuuttaan ja selviytymistään ristiriitailanteista heikkenee. (Weizmann-Henelius 1997, 12-15.)

Biologisista tekijöistä ja aggressiivisuuden perinnöllisyydestä ei ole yksiselitteisiä tutkimustuloksia. Voidaan olettaa, että ihmisten väliset temperamenttierot voivat olla periytyviä, jolloin taipumus voimakkaisiin tunnereaktioihin voisi johtua osaksi perintötekijöistä. Suomessa Matti Virkunen on tutkinut aiemmin löydettyjä viitteitä impulsiivisuuden ja väkivaltaisuuden yhteydestä elimistön poikkeaviin mataliin verensokeriarvoihin ja aivojen serotoniini- aineenvaihdunnan laskutaipumukseen. Hormonien osuutta aggressiiviseen käytökseen on myös tutkittu, mutta sitä ei pidetä oleellisena syynä väkivaltaisuuteen. Aivoperäisten vaurioiden ja elimellisten sairauksien on sen sijaan todettu lisäävän alttiutta aggressiiviseen käyttäytymiseen. Aivovamma yhdistettynä psykiatriseen sairauteen aiheuttaa usein käyttäytymiseen ja sen hallintaan liittyviä menetyksiä. Aivojen fyysiset muutokset, kuten neurologiset vauriot, heikentävät muistitoimintoja ja arvostelukykyä, jolloin ihminen on alttiimpi itsehillinnan heikentymiselle sekä aggressiiviselle ja väkivaltaiselle käyttäytymiselle. Tämä selittää esimerkiksi vanhusten väkivaltaisen käyttäytymisen. (Weizmann-Henelius 1997, 16-17.) Robin Malinosky - Rummel ja David Hansen (1993) ovat tutkimuksellaan osoittaneet, että lapsuudessa koettu pahoinpitely ja vanhempana ilmenevä aggressiivinen käyttäytyminen liittyvät toisiinsa.

Ympäristötekijät voivat lisätä aggressiivista käyttäytymistä tai laukaista ihmisessä aggression. Ympäristötekijöistä kasvuolosuhteet ja varhaiskokemukset ovat ihmisen normaalin kehityksen, persoonallisuuden ja minäkuvan kannalta hyvin tärkeitä tekijöitä. Persoonallisuuden kehitys saattaa häiriintyä varhaislapsuuden negatiivisten ja traumaattisten kokemusten johdosta. Lapsi on saattanut jäädä ilman huolenpitoa ja rakkautta. Hän on saattanut kokea fyysistä ja henkistä pahoinpitelyä itse tai joutunut todistamaan väkivaltaista käytöstä. Huonoista ympäristö- ja kasvuolosuhteista lapsi oppii väärän käyttäytymismallin, joka voi aiheuttaa myöhemmin ongelmia tai jättää pysyvät jäljet. Väkivaltainen persoonallisuus on psyykkiseen kehitykseen vaikuttaneiden asioiden yhteissumma eli väkivallantekoon tarvitaan ulkoinen tilanne, joka laukailee reaktion. Sosiaaliset olot saattavat muodostua liian raskaiksi, jolloin tämä voi laukaista ihmisessä psyykkisiä häiriöitä. Aggressiivisuuteen liittyy paljon ulkoisia tekijöitä. Rasittavat ja epämieluisat tilanteet vaikuttavat erilailla ihmisiin, koska jokaisella ihmisellä on oma tunnenerkitys asioille. Stressi, turhautuminen ja monen ikävän asian kasaantuminen saattavat laukaista väkivaltaisen käytöksen ihmisessä, jonka kyky ratkoa ongelmia on heikko. Psyykkisesti tasapainoton ihminen ei pysty kontrolloimaan itseään niin, että hän pystyisi sietämään pettymyksiä ja turhautumista. Psyykki-

sesti tasapainoinen ihminen masentuu, ahdistuu tai kokee aggressiivisia tunteita yhtä lailla, mutta hän ei kuitenkaan turvaudu käyttämään äärimmäisiä väkivallan keinoja, koska hän pystyy kontrolloimaan itsessään ikäviä tunteita. Tutkimukset osoittavat, että esimerkiksi osallistumalla fyysiseen aktiviteettiin ja kokemalla fyysistä kipua, väkivaltainen käytös voi lisääntyä. Lisäksi on todettu, että ihmiset jotka joutuvat oleskelemaan kovien ja ärsyttävien äänien sekä epäterveellisten hajujen, ahtauden ja kuumuuden keskellä, käyttäytyvät ärtyisämmin ja aggressiivisemmin kuin miellyttävässä ympäristössä olevat. (Weizmann-Henelius 1997, 17-18; Keltinkangas-Järvinen 1978, 21-22.)

Suomalaisessa yhteiskunnassa alkoholilla, lääkkeillä ja huumeilla on suuri merkitys ihmisten aggressiiviseen käyttäytymiseen. Useimmat henki- ja väkivaltarikokset tehdään päihteiden tai niiden yhteisvaikutuksen alaisina. Päihteillä haetaan hyvänolon tunnetta, lievitystä stressiin, ahdistukseen ja estoihin. Huumeiden käyttö liittyy usein huonoon itsetuntoon. Tutkimusten mukaan pieni alkoholimäärä vähentää aggressiivisuutta, mutta annoksia lisättäessä aggressiivisuus lisääntyy. Alkoholilla vähentää estoja, jolloin ihmistä alkaa ohjata ja säädellä omien persoonallisuustekijöiden, ympäristön ja alkoholin yhteisvaikutuksesta johtuvat keskushermoston osien primitiivisemmät keskukset. Alkoholilla heikentää ihmisen kontrollikykyä, mikä aiheuttaa persoonallisuuden taantumista, jolloin aggressiivisuuteen taipuvaisen ihmisen alkoholinkäyttö lisää aggressiivista käyttäytymistä. (Weizmann-Henelius 1997, 19-21; Terveystieteiden tutkimuskeskus 2009.)

Huumeet ja lääkkeet lisäävät aggressiivista ja uhkaavaa käyttäytymistä alkoholin ohella. Niiden käyttäjät syyllistyvät hyvin usein rikoksiin, koska heidän on hankittava rahat aineisiin. Erityisesti opiaattien, kuten morfiinin ja heroiinin, käyttäjät yhdistetään rikoksiin. Rauhoittavat aineet, kuten bentsodiatsepiinit, voivat väärinkäytettynä lisätä väsymystä, ärsyyntyneisyyttä ja väärinkäyttäjät voivat yllättäen käyttäytyä uhkaavasti ilman syytä. Amfetamiini aiheuttaa ärtyneisyyttä ja vihamielisyyttä. Suurina määrinä amfetamiini voi aiheuttaa paranoidisuutta, hyperaktiivisuutta ja impulsiivisuutta. Kokaiini aiheuttaa käyttäjässä ärtyneisyyttä, epäluuloisuutta ja paranoidisia oireita. Kehonrakennuksessa käytettävät anaboliset steroidit voivat aiheuttaa psykoottisuutta, johon liittyy paranoidisuus ja aggressiivisuus. Oireet korostuvat entisestään, jos henkilöllä on jo aiemmin ollut ongelmia aggressiivisen käyttäytymisen kanssa. Marihuanan ja hasiksen käyttö voi korostaa oireita ja muuttaa käyttäjän persoonallisuutta. Ne voivat aiheuttaa aggressiivisuutta, jos aineita käytetään muiden aineiden rinnalla. Yleensäkin päihteiden sekakäyttö johtaa kaikista suurimpaan väkivaltariskiin. (Weizmann-Henelius, 1997, 21-22.)

Psykkiset sairaudet lisäävät alttiutta syyllistyä väkivaltaiseen käytökseen. Päihteiden käyttö lisää entisestään tätä alttiutta. Psykoottisen ihmisen kyky havainnoida ympäristöään on häiriintynyt,

koska hän on alttiimpi syyllistymään tekoihin, joita hän ei normaalisti tekisi, johtuen heikentyneestä kyvystä hallita omia impulssejaan ja käytöstään. On tärkeää kiinnittää huomiota sairauden laatuun ja sen vaikeusasteeseen, kun arvioidaan psyykkisesti sairaan ihmisen vaarallisuutta. Skitsofreenikoilla ilmenee häiriöitä käyttäytymisessään, ajattelussaan ja tunteissaan, jolloin hänellä saattaa olla harhoja. Tämä lisää väkivaltaisen käytöksen riskiä. Varsinkin paranoidiset skitsofreenikot ovat usein muita mielisairaita vaarallisempia ja voivat käyttäytyä erittäin arvaamattomasti, koska he voivat olla epäluuloisia, mikä taas voi johtaa vihantunteisiin tai kostoajatuksiin.

Masentunut henkilö kohdistaa aggressiivisuutensa yleensä itseensä eli tekee itsemurhan tai yrittää sitä. Persoonallisuushäiriötä sairastavilla on vaikeaa hallita pyrkimyksiään ja tunteitaan, jolloin he voivat turvautua väkivaltaan ristiriitatilanteessa. Perinnölliset tekijät ja lapsuuden kehitysympäristö vaikuttavat persoonallisuushäiriöiden kehittymiseen. (Weizmann-Henelius 1997, 23-33.)

2.4 Työpaikkaväkivalta

2.4.1 Työpaikkaväkivalta Suomessa

Työpaikkaväkivallalla tarkoitetaan työntekijän loukkaamista työoloissa henkisesti tai fyysisesti siten, että se suoraan tai epäsuorasti vaarantaa työntekijän terveyden, turvallisuuden tai hyvinvoinnin. Työpaikkaväkivalta voi myös ulottua työpaikan ulkopuolelle, jos loukkaava tai uhkaava käyttäytyminen on sidoksissa työntekijän ammattiasemaan. Työpaikkaväkivalta ilmenee yleisimmin uhkaavana käytöksenä eli huutamisena ja tavaroiden heittelynä, telehäiriköintinä eli uhkailuna sähköisten viestimien kautta sekä ahdisteluna ja pelotteluna, johon liittyy myös seksuaalinen ahdistelu ja lähentely, nolaaminen sekä nöyryyttäminen. Pahimmillaan työpaikkaväkivalta ilmenee fyysisenä väkivaltana, johon liittyy kiinnipitämistä, lyömistä, sylkemistä ja aseiden käyttöä. (Puumi 2009, 3; Isotalus & Saarela 2001, 7.)

Suomessa 5 %, eli noin 111 000 joutuu työssään kokemaan uhkailua ja fyysistä väkivaltaa. Väkivaltatekijä on usein potilas tai asiakas. Vain noin kymmenesosassa tekijä on työtoveri tai muu taho. 1997 arvioitiin työssä tapahtuneen noin 187 000 uhka- ja väkivaltatilannetta, joista 12 600 johti vammaan. (Isotalus & Saarela, 2001, 7.) Työtapaturmatilastoihin päätyy vuosittain noin 2000 tapusta Suomessa ja niihin tilastoituu vain joka kymmenes vamman aiheuttaneista työpaikkaväkivaltatilanteista. Naiset kokevat miehiä enemmän työpaikkaväkivaltaa. Suomessa kuolee keskimäärin vuosittain kaksi (2) ihmistä työpaikkaväkivaltaan. (Riikonen ym. 2006, 59; Puumi 2009, 3.)

Siren ym. (2007) mukaan terveydenhuoltoalalla työskentelevät naiset ovat kokeneet 2000-luvun alusta lähtien yhä enemmän työpaikkaväkivaltaa. Miesten kohdalla uhkailut ovat lisääntyneet, mutta fyysisen väkivallan kokeminen ei ole kasvanut. (Siren ym. 2007, 13.)

Tilastokeskuksen (2009) mukaan vuodesta 1999 vuoteen 2007 miesten ja naisten väliset erot työpaikkaväkivallan kokemisessa ovat pysyneet samana. Sukupuolten väliset erot selittyvät sillä, että riskialttiilla, työntekijämäärältään hyvin suurella terveydenhuoltoalalla noin 90 % työntekijöistä on naisia. Myös riskialtis, mutta miesvaltainen, vartiointi- ja suojeluala on huomattavasti työntekijämäärältään pienempi kuin terveydenhuoltoala. Terveydenhuoltoalalla miesten ja naisten riski kokea työpaikkaväkivaltaa on kuitenkin lähes yhtä suuri. (Tilastokeskus 2009, A.)

Uhka- ja väkivaltatilanteet ovat työelämässä kasvava ongelma. Työväkivallan riskiryhmiä ovat asiakaspalvelu- ja hoitotyö sekä valvontatyö. Näillä aloilla työskennellään yöaikaan ja ollaan tekemisissä alkoholin, rahan, lääkkeiden sekä sekavien ja päihtyneiden ihmisten kanssa. Turvattomuuden ja väkivallan ongelmat ilmenevät eri lailla eri työpaikoilla. Kaupan alalla ongelmana ovat ryöstöt ja niiden yritykset, ravintola-alalla ongelmat liittyvät usein maksamiseen ja häiriköintiin. Vartiointi- ja poliisityössä käskyt ja rajoitukset aiheuttavat uhkaavia tilanteita. Uhka- ja väkivaltatilanteet työpaikalla voivat aiheuttaa työntekijälle jatkuvia psyykkisiä oireita ja vaikuttaa työssä jaksamiseen ja viihtymiseen. Työntekijä voi saada fyysisiä vammoja, jotka voivat johtaa sairauspoissaoloihin ja työkyvyttömyyteen. (Isotalus & Saarela 2001,7; Riikonen ym. 2006, 59.)

Rasmus (2002) on Pro gradu - työssään käynyt läpi kaikki Suomen yliopistosairaalat, keskussairaalat ja neljä aluesairaalaa, joilla on oma päivystyspoliklinikka. Hän on selvittänyt, miten henkilökunta (N = 929) kokee turvattomuutta ja väkivaltaa päivystyspoliklinikalla. Vastaaajista neljännes koki työn turvattomana. Yli puolet työntekijöistä oli kokenut fyysistä väkivaltaa. Kolme neljäsosaa koki että työ sisältää riskejä, joista merkittävimpiä oli kiire ja väkivaltaisesti käyttäytyvät potilaat. Myös Rasmus toteaa, että Suomessa ei ole terveydenhuollon väkivaltatilanteille yhteistä kirjaamiskäytäntöä, joten raportointikäytännöissäkkin on eroja. (Rasmus 2002, 68 & 71.)

Lindström ja Puustinen (2005) ovat opinnäytetyössään kartoittaneet sairaaloiden työntekijöiden (N = 569) työturvallisuutta ja työympäristön kehittämistarpeita. He ovat hyödyntäneet tietoa uhka- ja väkivaltatilanteista analysoimalla vanhoja tapaturma-väkivaltalomakkeita ja selvittämällä kyselyn avulla työpaikkaväkivallan ilmenemistä Peijaksen ja Jorvin sairaaloissa. Heidän tutkimustensa mukaan molemmissa sairaaloissa työpaikkaväkivalta ja siitä aiheutuneet henkilövahingot olivat lisääntyneet. Kyselyn mukaan henkilökunta tiedosti väkivaltatilanteiden riskit ja he pitivät tärkeänä riittävää henkilökuntavahvuutta sekä toimivaa hälytysjärjestelmää ja riittävää väkival-

tatilanteiden ehkäisevää koulutusta. Lindströmin ja Puustisen mukaan valtakunnalliseen yhtenäiseen kirjaamisjärjestelmään ja ohjeistukseen olisi tarvetta. Tällöin hoitoalan todellista kehittymistä väkivaltatilanteiden raportoinnissa voitaisiin seurata paremmin. Myös työntekijöiden raportointikynnystä tulisi madaltaa. Lomakkeen tulisi oltava helposti täytettävissä. Lomakemallin tulisi olla selkeä jolloin täytettävät tiedot jättäisivät mahdollisimman vähän tulkinnanvaraa lomakkeen täyttäjälle ja lomakkeen analysoijalle. Tulkinnanvaraisuus nostaa raportointikynnystä ja vääristää tilastoja. Uhka- ja väkivaltatilanteista raportointi ja sen hyödyntäminen on työntekijän ja työnantajan yhteistyötä, joka vaaditaan myös työturvallisuuslaissa. (Lindström & Puustinen 2007, 113-115.)

2.4.2 Lait ja asetukset työturvallisuudesta

Työturvallisuuslain (738/2002) tarkoituksena on parantaa työntekijän työolosuhteita ja työympäristöä, sekä tukea henkistä ja fyysistä jaksamista. Lain toteutumista valvoo työnantaja, jonka tehtävänä on tehdä työpaikalle väkivaltatilanteiden hallintaa varten riskianalyysiin perustuva turvallisuussuunnitelma. Riskianalysissä määritellään kaikki työhön liittyvät mahdolliset uhat ja riskit. (Valtion säädöstietopankki 2009, A; Lehestö ym. 2004, 141-142).

Työturvallisuuslain (738/2002, § 27) mukaan työssä, johon liittyy väkivallan uhka, pitäisi työolosuhteet järjestää siten, että väkivaltatilanteita pystyttäisiin mahdollisimman tehokkaasti estämään ja torjumaan ennakkoon. Tämä edellyttää, että työpaikalla on huolehdittu turvallisuusjärjestelyistä ja hälytyslaitteista asianmukaisesti. Lain mukaan työnantajan on puututtava ja ryhdyttävä toimenpiteisiin työpaikalla kohdistuneeseen työntekijän häirintään. Työnantajan on myös huolehdittava työntekijän perehdyttämisestä työhön ja työpaikan olosuhteisiin sekä työterveyshuoltoa koskeviin järjestelyihin. (Valtion säädöstietopankki 2009, A; Saloheimo 2006, 222).

Työntekijän on puolestaan noudatettava työnantajan toimivaltansa mukaisesti antamia määräyksiä ja ohjeita. Hänen on noudatettava työnsä ja työolosuhteiden edellyttämään turvallisuuden ja terveellisuuden ylläpitämiseksi tarvittavaa järjestystä ja siisteyttä, sekä huolellisuutta ja varovaisuutta. Lisäksi työntekijän on huolehdittava käytettävissä olevin keinoin muiden työntekijöiden turvallisuudesta ja terveydestä. Työntekijän on ilmoitettava heti työnantajalle työolosuhteissa, työmenetelmissä tai muissa vioissa ja puutteellisuuksista, jotka voivat aiheuttaa haittaa tai vaaraa työntekijöiden turvallisuudelle tai terveydelle. Työntekijän on saamansa opetuksen, ohjauksen ja ammattitaitonsa mukaisesti poistettava havaitsemansa vaaraa aiheuttavat puutteellisuudet. Työntekijä voi myös pidättäytyä työstään, jos työstä aiheutuu vakavaa vaaraa työntekijän omalle tai muiden työntekijöiden hengelle tai terveydelle. (Saloheimo 2006, 228-229).

Työterveyshuoltolaki (1386/2001) määrää työnantajan velvollisuudeksi järjestää työntekijälle mahdollisuuden työterveyshuoltoon. Lain tarkoituksena on edistää työhön liittyvien sairauksien ja tapaturmien ehkäisyä sekä tukea työntekijän jaksamista ja turvallisuutta. (Valtion säädöstietopankki 2009, B.)

Tapaturmavakuutuslain (608/1948) mukaan työntekijän pahoinpitelystä aiheutunut vamma tai sairaus luetaan työtapaturmaksi, josta on tehtävä ilmoitus vakuutuslaitokselle. Vakavasta työtapaturmasta on ilmoitettava poliisille ja työsuojelupiiriin. Työtapaturman uhri voi hakea valtionkonttorista korvauksia henkisiin kärsimyksiin, posttraumaattisiin stressioireisiin tai aineellisiin menetyksiin. (Valtion säädöstietopankki 2009, C.)

Rikoslain (515/2003, § 4) mukaan ihmisellä on oikeus puolustautua aloitetun tai välittömästi uhkaavan oikeudettoman hyökkäyksen hätävarjeluna, kunhan keinot vastaavat hyökkäyksen laatua, voimakkuutta, hyökkääjän ja puolustautujan ominaisuuksia ja vallitsevia olosuhteita. (Valtion säädöstietopankki 2009, D; Isotalus & Saarela 2001, 8.)

Henkilötietolaki (523/1999) on tuotu toteuttamaan yksityiselämän suojaa ja muita yksityisyyden suojaa turvaavia perusoikeuksia henkilötietoja käsitellessä. Lain on myös tarkoitus edistää hyvän tietojenkäsittelytavan kehittämistä ja noudattamista. (Valtion säädöstietopankki 2009, E.)

2.5 Turvattomuuden ja väkivallan ilmeneminen terveydenhuollossa

Tilastokeskuksen (2009) mukaan terveydenhuoltoalan ja sosiaali-alan ammattitehtävissä työskentelevistä lähes yhdeksän kymmenestä ja yleisesti vartiointi- ja suojelualalla lähes kaikki, jotka arvioivat riskin joutua väkivallan kohteeksi työssään tavanomaista suuremmaksi, olivat joutuneet väkivallan tai uhkailun kohteeksi. Jopa kolmannes työväkivaltaa kokeneista työskenteli terveydenhuoltoalalla. (Tilastokeskus 2009, B.)

Hoitotyö on sisällöltänsä vastuullista ja vaativaa. Työntekijöiltä odotetaan oikeita ratkaisuja ja toimintaa eikä virheitä saisi tulla, vaikka osastolla on usein kiireistä ja puutetta työntekijöistä. Työ voi olla henkisesti ja fyysisesti raskasta. Määräaikaiset työsuhteet ja pätkätyöt ovat hoitajille arkea monella työpaikalla. Nämä edellä mainitut seikat voivat aiheuttaa turvattomuutta työyhteisössä ja työntekijöissä, ilmentyen esimerkiksi työuupumuksena, stressinä ja erimielisyyksinä tai näkemyseroina työtovereiden kesken. Turvallisuuteen ja hyvään hoitotyöhön liittyy hyvin toimiva työyhteisö, jossa vuorovaikutus ja johtaminen toimivat sekä arvot ja työmenetelmät ovat yhte-

näiset. Avoimuus, joustavuus ja erilaisuuden arvostaminen ylläpitävät myös työyhteisön hyvinvointia. (Lehestö ym. 2004, 194-196,199 & 203.)

Terveystieteiden tutkimuksissa on havaittu, että terveydenhuollossa ongelmatilanteita aiheuttavat eniten sekavat, päihtyneet ja psyykkisesti sairastuneet potilaat, jotka voivat olla arvaamattomia. Erimielisyydet ja ristiriitatilanteet potilaiden kanssa koskien hoitoa tai potilaan kannalta ei-toivottua päätöstä saattavat kehittyä uhkaavaksi tilanteeksi ja kärjistyä väkivaltaiseksi. Tällaisia tilanteita ovat varsinkin kun potilaalle toisinaan joudutaan asettamaan rajoja, sekavan ja kontrolloimattoman käytöksen vuoksi. Häiriötä voivat aiheuttaa myös potilaan omaiset tai muut ulkopuoliset. Väkivaltainen ja aggressiivinen käytös hoidossa voidaan nähdä vuorovaikutustilanteena, missä väkivaltaisuus on monien tilanteeseen vaikuttavien tekijöiden summa. (Isotalus & Saarela 2001, 7; Saarelainen ym. 2003, 174-175.)

Erityisesti työntekijät, jotka työskentelevät terveyskeskusten ja päivystyspoliklinikkoiden vastaanotolla sekä mielenterveystyössä, joutuvat työssään varautumaan uhkaavaan ja aggressiiviseen käytökseen. Ilmapiiiri poliklinikoilla voi olla kiireinen ja jännittynyt, koska hoitohenkilökunnalla on usein paljon työtä ja kiirettä. Potilaat ja omaiset voivat helposti stressaantua ja kiukustua, jos he kokevat, ettei henkilökunta ehdi ottaa riittävästi heidän tarpeitaan huomioon. (Lehestö ym. 2004, 100-101.)

Turvattomuuden ja väkivallan kokeminen tai niiden uhka on traumaattinen kokemus, joka voi koetella työntekijää henkisesti, aiheuttaen pelkoa, epävarmuutta, alentunutta työtehoa ja stressireaktioita. Uhkaavassa tilanteessa esiintyy aina laukaisevia tekijöitä, jotka voivat johtua työntekijästä tai potilaasta. Laukaisevat tekijät liittyvät usein vuorovaikutustilanteeseen, jolloin potilas kohdistaa väkivaltansa henkilöön, jonka hän kokee aiheuttaneen pettymyksen tai olevan esteenä. Väkivaltaisesti käyttäytyvän ihmisen selviytymiskeinot ristiriitatilanteessa ovat rajoittuneet eikä hän pysty säätelemään käyttäytymistään normaalisti, jolloin aggressiivinen käytös voi olla ainoa keino käsitellä häntä kohdannutta järkytystä. Keinoilla kohdata väkivaltaa on suuri merkitys tilanteen ratkaisemisen kannalta. Uhkaavasta tilanteesta voi kehkeytyä vaarallinen, mikäli työntekijällä ei ole tarvittavaa ammattitaitoa kohdata tilannetta. Työntekijän työkokemuksen lisääntyessä myös valmiudet kohdata väkivaltaisia ja uhkaavia potilaita lisääntyy. (Weizmann-Henelius 1997, 8-10.)

Työpaikalla, missä on väkivallan riski, tulisi järjestää tarvittaessa lisäkoulutusta ja työnohjausta, jossa työntekijä saisi opetusta oikeista toimintamalleista ja erilaisten asiakkaiden kohtaamisesta. Tämä lisää niin työntekijöiden kuin asiakkaidenkin turvallisuutta ja myös hoidon tasoa.

Väkivaltaongelmat vaihtelevat paljon terveysalan yksiköiden välillä. Jokaisen yksikön pitäisi olla mahdollisimman turvallinen paikka niin henkilökunnalle kuin asiakkaillekin. Uhkaavaan ja väkivaltaiseen käytökseen on aina puututtava heti, koska tilanne voi muuten yltyä vaarallisemmaksi ja hankalammaksi hoitaa. Tämä edellyttää, että henkilökuntaa ja vartijoita on aina tarpeeksi paikalla. (Lehestö ym. 2004, 100-101; Weizmann-Henelius 1997, 8-10 & 19.)

Konttisen (2009) mukaan vireillä oleva lainmuutos laajentaisi turvallisuushenkilökunnan valtuuksia terveyskeskuksissa ja sairaaloissa. Konttinen mainitsee, että käytännössä nykyisen lain mukaan vartija ei saa omatoimisesti poistaa uhkaavasti käyttäytyvää potilaan saattajaa ennen kuin jotain on tapahtunut. Uusi laki toisi tämän oikeuden järjestyksenvalvojille. Uusi laki tarkentaisi myös vartijoille annettavaa koulutusta siten, että vastaisuudessa voimankäytön kertauskoulutusta voisi antaa ainoastaan siihen saadun pätevyyden omaava henkilö. HUSin turvallisuuspäällikkö Seppo Ronkaisen mukaan uusi laki on askel parempaan, mutta hänen mukaansa vartijoiden pitäisi saada oikeus tehdä tarvittaessa ruumiintarkistus. Nykyisin teräaseet saa poistaa vasta kiinnioton yhteydessä. (Konttinen 2009.)

2.6 Turvattomuuden ennaltaehkäisy

2.6.1 Riskitekijöihin varautuminen

Työympäristössä on paljon seikkoja mitä pitäisi ottaa huomioon uhka- ja väkivaltatilanteiden ehkäisemiseksi. Kalusteilla ja niiden järjestelyillä voidaan lisätä turvallisuutta, mutta niiden ajattelemtomalla ja piittaamattomalla sijoittelulla voidaan lisätä väkivaltatilanteiden uhkaa. Työympäristössä pitäisi olla mahdollisimman hyvä näkyvyys eri kohteisiin ja riittävä valaistus. Valvontakameroilla ja peileillä voidaan parantaa näkyvyyttä. Sokkeloisiin ja valvomattomiin tiloihin voi joku helposti piiloutua aiheuttaen uhkaavan tilanteen. Turvallisuuden lisäksi tilojen viihtyisyyttä ja siisteyttä on ajateltava, koska se lisää niin henkilökunnan kuin asiakkaidenkin tyytyväisyyttä. Kestävillä materiaaleilla rakennetut tilat takaavat turvallisemman työympäristön kestävyydellään ja ehkäisevät myös murtoja. Palo-ovien ja hätäpoistumisreittien eteen ei saisi laittaa raskaita tavaroita ja huonekaluja, jolloin turvataan esteetön kulku. Henkilökunnalle tarkoitetut tilat tulisi pitää aina lukossa eikä ensiapupoliklinikoilla ja terveysasemilla saisi liikkua asiaankuulumattomia henkilöitä. Omaiset ja saattajat voivat tulla potilaan mukana, jos sen katsotaan auttavan hoitamista. Vastaanotto- ja toimenpidehuoneissa, sekä kansliassa pitäisi aina olla esteetön hätäpoistumistie - esimerkiksi ulos, käytävälle tai viereiseen huoneeseen - väkivaltaisen potilaan varalta. Potilasta ei saisi koskaan päästää ainoan ulosvievän reitin eteen, koska väkivaltainen potilas voi estää työntekijän pääsyn ulos. Yöaikaan osaston, terveyskeskuksen tai päivystyspoliklinikan ulko-

oven pitäisi olla lukittuna. Päivystyspoliklinikalla pitäisi yöaikaan olla vartija paikalla. Työyksiköissä, missä uhkaavia - ja väkivaltatilanteita esiintyy enemmän, tulisi kiinnittää huomiota henkilökunnan sopivuuteen kyseiseen yksikköön. Esimiesten pitäisi kiinnittää huomiota valittavan fyysisiin ja henkisiin ominaisuuksiin ja valmiuksiin työskennellä riskialttiissa työympäristössä. (Lehestö ym. 2004, 103, 106-107, 141; Isotalus & Saarela 2001, 18-19.)

Uhkaavien tilanteiden ja väkivallan syntyä voidaan parhaiten ehkäistä hoitoympäristössä ennakoidulla ja puuttamalla tilanteeseen mahdollisimman nopeasti sekä noudattamalla yhteisiä sääntöjä ja toimintamalleja. Epävarmuus ja epäselvyys aiheuttavat turvattomuutta ja levottomuutta niin työntekijälle kuin asiakkaallekin. Myös riittävän henkilöstömäärän takaaminen joka työvuorossa sekä toimivan hälytysjärjestelmän kehittäminen ja sen hallinta ja lisäavun nopea saanti edesauttavat nopeaa puuttumista tilanteeseen. Tekniset hälytyslaitteet valitaan kohteen tarpeiden mukaan. Suunnittelussa on hyvä suosia mahdollisimman huomaamattomia järjestelmiä, jotka eivät provosoi ja tunnu uhkaavilta asiakkaiden mielestä. Kulunvalvontajärjestelmän avulla voidaan valvoa ja rajoittaa henkilöiden kulkemista tiloissa. Kommunikointi asiakkaan kanssa pitää yrittää säilyttää mahdollisimman asiallisena ja yrittää olla provosoimasta uhkaavasti käyttäytyvää potilasta. Hoitoympäristön ilmapiirillä on hyvin suuri merkitys väkivaltatilanteiden ehkäisyssä. (Saarelainen ym. 2003, 176-181; Lehestö 2004, 136-138; Isotalus & Saarela 2001, 20.)

Turvallisuuspalvelujen ostaminen turva-alan ammattilaisilta sekä yhteistyö poliisin kanssa parantavat työyksikön turvallisuutta, jolloin hoitohenkilökunta pystyy keskittymään itse hoitotyöhön. Vartiointiliikkeen ja poliisin tiedot pitää olla helposti nähtävissä ja henkilökunnan tiedossa ja työyksikköön voidaan mahdollisesti hankkia työntekijöille suorahälytysjärjestelmä, minkä avulla työntekijä pystyy hälyttämään lisäapua napinpainalluksella tarpeen vaatiessa. (Lehestö ym. 2004, 142.)

2.6.2 Uhka- ja väkivaltatilanteiden raportointi ja kirjaaminen

Uhka - ja väkivaltaisia tilanteita on seurattava työyksikössä säännöllisesti ja ne raportoidaan osastonhoitajalle tai ylihoitajalle. Väkivaltatilastoja seuraamalla saadaan tietoa työyksikön väkivaltariskeistä ja työturvallisuuden kehittämistarpeista. Jos turvallisuusjärjestelyissä ilmenee puutteita, tulee niihin puuttua ja korjata ne, jotta välttyttäisiin vakavimmilta seurauksilta. Työyksiköissä on aina oltava uhka- ja väkivaltatapahtumia varten lomake, johon tehdään ilmoitus jokaisesta uhka- ja väkivaltatilanteesta. Ilmoitukseen pitäisi merkitä ainakin tapahtuma-aika, paikka, osalliset, itse tapahtuma ja sen seuraukset sekä jatkotoimenpiteet ja työpaikan ja uhrin yhteystiedot. Työpaikkaolosuhteissa tapahtunut uhka- tai väkivaltatilanne luokitellaan aina työtapaturmaksi,

josta on tehtävä ilmoitus työnantajan tapaturmavakuutusyhtiöön. Jokaisesta uhka- tai väkivaltatilanteesta on myös oikeus ilmoittaa poliisille. (Puumi 2009, 33.)

Hoitotyön kirjaamisen ja muiden paperitöiden ja kiireen lomassa terveydenhuoltoalalla helposti laiminlyödään uhkaavien- ja väkivaltatilanteiden kirjaaminen. Laiminlyömistä selitetään häiriökäyttäytymisen yleisyydellä ja muun kirjaamisen paljoudella, jolloin työntekijä ei ehdi kirjata kaikkea. Ihmiset ovat yksilöitä ja jokainen kokee erilailla uhkaavan tilanteen, jolloin kirjaamisen selkeiden ohjeiden tärkeys korostuu. Uhka- ja väkivaltatilanteisiin tulee aina suhtautua vakavasti ja tilanteen ilmentyessä se tulee aina kirjata. Jos työyksikön henkilökunta hyväksyy väkivaltaiset tilanteet hiljaisesti ammattiin liittyvänä osana, antaa se huonon esimerkin niin muille potilaille kuin koko työyhteisöllekin. Jokaisen hoitajan tulee ottaa työturvallisuuteen liittyvät asiat vakavasti ja noudattaa yhteisesti sovittuja sääntöjä. Hyvällä uhka- ja väkivaltatilanteiden kirjaamisella pystytään kartoittamaan työyksikön turvallisuuden ongelmakohtia ja näin löytää mahdollisesti keinoja parantaa työturvallisuutta. Kirjaamisen kautta voidaan kartoittaa ja saada vastauksia kysymyksiin, kuten aiheuttaako jokin tietty tilanne tai jokin tietty paikka yksikössä enemmän uhkaavia tilanteita ja miksi, mitkä potilasryhmät aiheuttavat useimmiten ongelmia ja miten uhkaava tilanne kehittyi väkivaltaiseksi. Oikeusturvankin kannalta tarkka kirjaaminen on tärkeää hoitajan turvan takia, jos asioita joudutaan todistamaan jälkikäteen. Kirjaaminen uhka- ja väkivaltatilanteista on myös hyvä keino selvittää onko yksikössä tarpeeksi hoitohenkilökuntaa ja miten toimintamallit uhka- ja väkivaltatilanteissa toimivat käytännössä. Uhka- ja väkivaltatilanteista kirjaamisen kautta saadaan paljon tärkeää tietoa yksikön toimivuudesta ja sen kehittämisalueilta. Jokaisessa yksikössä tulisi olla selkeät ohjeet kirjaamisen käytännöistä. (Lehestö ym. 2004, 136-137, 139-140.)

Tapahtumien kirjaamisen tavoitteena on sekä hoitohenkilökunnan että potilaiden turvallisuus ja sen parantuminen. Tietojen avulla voidaan oppia virheistä ja kehittää toimintaa jatkossa turvallisemmaksi. Raportoimalla saadaan apua uhka- ja väkivaltatilanteiden tunnistamiseen ja tuotetaan tietoa yksikön tai organisaation heikoista kohdista. Toimiva raportointijärjestelmä on yksikölle tai organisaatiolle hyvä apuväline vaaratilanteiden kartoittamisessa ja muutoksien kehittämisessä. Ilmoituksia voidaan tehdä sähköisellä järjestelmällä tai paperisilla lomakkeilla. Kirjaamiskäytännöissä on paljon eroja sairaanhoitopiireittäin. Lomakkeissa varsinkin on paljon eroja. Osassa käytetään tarkkoja strukturoituja vastausvaihtoehtoja ja osassa on enemmän avoimia kenttiä tapahtuman selvittämiseen. Lomakkeen helppo saatavuus ja sen helppokäyttöisyys ovat myös tärkeitä asioita mitä tulisi huomioida. Pääasia kuitenkin on, että järjestelmä toimii luottamuksellisesti ja raportoinnit johtaisivat toimenpiteisiin. (Kinnunen & Peltomaa 2009, 117-119 & 121.)

2.7 Sairaanhoidopiirien uhka- ja väkivaltatilanteiden ilmoitusjärjestelmät

”Minusta on niin mukavaa kun se järjestelmä ei toimi ja saadaan käyttää näitä paperikaavakkeita. Nämä on niin helppoja ja selkeitä.” - teho-osaston sairaanhoitaja potilastietojärjestelmän ollessa pois käytöstä. (Paloniemi 2008, 5.)

Suomen terveydenhuollossa käytetään paljon erilaisia tietojärjestelmiä muun muassa potilastietojen, laboratoriopyyntöjen ja -vastausten, röntgenkuvien, lääketilausten, ajanvarausten sekä muiden terveydenhuollon työhön liittyvien tietojen käsittelyyn. Vuonna 2007 lähes kaikissa terveyskeskuksissa ja sairaanhoidopiireissä oli käytössä sähköinen potilaskertomus - ja lopuissakin se oli koekäytössä (Salo 2007, 14) Terveydenhuollossa, kuten yleisesti koko yhteiskunnassa, on ilmeistä, että tietotekniikan käyttö lisääntyy entisestään tulevaisuudessa. Tietojärjestelmiä jaotellaan usealla eri tavalla ja vaikka jaottelu tehtäisiin miten hyvänsä, niin siitä käy ilmi, kuinka monenlaisissa toiminnoissa tietojärjestelmiä käytetään ja hyödynnetään terveydenhuollossa. Tästä on nähtävissä, miten monelta ammattiryhmältä edellytetään tietoteknistä osaamista terveydenhuollon työssä. Tietojärjestelmien ollessa kovin ongelmallisia käyttää, se vaikuttaa laajasti erilaisiin toimintoihin aina potilaan välittömästä hoidosta ja hoidollisista tutkimuksista hallinnollisiin tasoihin asti. Tietojärjestelmiä kehittäessä ongelmallista on, ettei tietojärjestelmiä kehittäville ohjelmistotuotannon ammattilaisilla ja järjestelmiä käyttävillä terveydenhuollon ammattilaisilla ole yhteistä kieltä. Tämä aiheuttaa sen, ettei käyttäjien tarpeita huomioida tarpeeksi tietojärjestelmiä kehittäessä. Terveydenhuollon ja ohjelmistotuotannon keskeiset käsitteet sisältyvät ammattien erityissanastoon eikä niitä välttämättä ymmärretä toisessa ammattiryhmässä. Terveydenhuollon työntekijät kokevat jäävänsä syrjään tietojärjestelmien kehittämistyöstä tai kokevat jopa, etteivät lainkaan kuuntele heitä. Terveydenhuollon tietojärjestelmiä on tuotettu pitkällä aikavälillä ja lukuisten kehittäjien toimesta. Tämän vuoksi on syntynyt useita rinnakkaisia järjestelmiä, joiden yhteistoiminnallisuus on hyvin heikkoa. (Paloniemi 2008, 11-12 & 14-15.)

Saranto (2007, 24) käyttää yhteistoiminnallisuudesta ilmausta yhteen toimivuus, ja antaa seuraavan määritelmän: ”Tiedonhallinnan kannalta oleellista on tietojärjestelmien yhteen toimivuus, jotta organisaation eri järjestelmät pystyvät tuottamaan tietoa myös toinen toistensa tarpeisiin. Yhteen toimivuus merkitsee, että kaksi tai useampi tietojärjestelmä tai niiden eri osat vaihtavat tietoa keskenään ja käyttävät sitä tiedonsiirron jälkeen. Toiminnallisesta yhteen toimivuudesta puhutaan silloin, kun tietojärjestelmillä on kyky vaihtaa keskenään tietoa. Semanttinen yhteen toimivuus merkitsee, että vaihdettu tieto voidaan myös ymmärtää samalla tavalla.” Yhteistoiminnallisuuden ongelmat näkyvät selkeästi terveydenhuollon käyttäjien toiminnan näkökulmasta. Käyttäjä joutuu kirjautumaan moneen eri järjestelmään eri tunnus-salasana - yhdistelmillä -

osaan yhteisillä, osaan henkilökohtaisilla - jotka kaikki tulisi muistaa. Kaikkein yksinkertaisinta olisi, jos käytössä olisi vain yksi järjestelmä, joka kattaisi kaiken. Tällainen kuitenkin on luultavasti nykyisellään mahdotonta. Itse käytettävyyteen liittyviä ongelmia ovat esimerkiksi tietojärjestelmien käytön hitaus, selailtavuuden puute, yleiskuvan saamisen vaikeus sekä tekninen hankalakäyttöisyys. Myös tietojärjestelmien rakenne koetaan usein vaikeasti ymmärrettävänä ja työtä hankaloittavana. Terveysthuollon työntekijät kokevat tietojärjestelmien käytön aikaa vievempänä kuin perinteisen papereiden käsittelyn. (Paloniemi 2008, 15-17.)

Waldénin ym. (2007) tutkimustuloksissa järjestelmän heikkouksia ovat myös monimutkaisuus ja vaikeakäyttöisyys. Monimutkaisuutta ilmentävät liialliset painikkeet sekä syöttökentät. Vaikeakäyttöisyyden merkkejä ovat myös sellaiset asiat kuten palautteiden (kuten ohjeiden ja virheilmoitusten) puuttuminen, toiminnan epäloogisuus, toiminnot ja syöttökenttien otsikot eivät vastaa käyttäjän kieltä. Järjestelmissä toisinaan syötteen muotoa ei ole ilmaistu, syötekentille ei ole annettu nimiä, järjestelmä ei tue kokeilevaa oppimista sekä se, että tekstejä on jouduttu lyhentämään ymmärrettävyyden kustannuksella.

Raasakka (2006) pohtii tietojärjestelmiin kirjatun tiedon alueellista ja jopa valtakunnallista käyttöä ja käyttöoikeuksia. Hän pelkää, että Suomen lain määrittelemä lupabyrokratia kiihdyttää teknisesti toimivan, laajenevan järjestelmän. Yksityisyydensuojan nimissä estetään järjestelmän tarjoamien mahdollisuuksien tehokas käyttäminen. Tähtäpään (2007, 107) mukaan terveydenhuollon hallinnolliset rakenteet ovat luutuneita sekä jäykkiä. Tähtäpää toteaa myös, että vaikka terveydenhuollossa suunnitellaan yhtenäisiä järjestelmiä, pitkän tähtäimen strateginen perspektiivi puuttuu tai on heikko. Tämä johtaa siihen, että tietojärjestelmä jää helposti irralliseksi muusta toiminnasta, jolloin vaarana on, että järjestelmän kehittämiseen ja käyttöön ei sitouduta. (Paloniemi 2008, 15-17.)

2.7.1 TURPO- turvallisuuspoikkeamien ilmoitusjärjestelmä

Sairaanhoitopiireissä käytössä oleva sähköinen turvallisuuspoikkeamien ilmoitusjärjestelmä TURPOa käytetään työyhteisön turvallisuuspoikkeamien ilmoittamiseen, käsittelyyn ja raportointiin. Järjestelmällä ilmoitetaan myös kaikki läheltä piti -tapahtumat ja vaaratilanteet. Turvallisuuspoikkeamalla tarkoitetaan työyksikön toimintaa tai henkilöstöä vaarantanutta tapahtumaa tai omaisuuden vahingoittumista sekä ympäristövahinkoa. TURPOon tehty poikkeamailmoitus ei korvaa viranomaisen (poliisi, työsuojelupiiri, Lääkelaitos) edellyttämää ilmoitusta eikä tekniikan viikailmoitusta. TURPOa käyttävät sairaanhoitopiirit painottavat ohjeistuksessaan, että on erittäin tärkeää ilmoittaa turvallisuuspoikkeamista jo läheltä piti -vaiheessa, jolloin asioihin voidaan vielä

puuttua ennalta. Sairaanhoidopiirien ohjeistuksen mukaan jokainen määrittelee itse ilmoittamiskynnyksensä, mutta turhia ilmoituksia ei ole olemassa. TURPON avulla ilmoituksen tekijä voi jättää yhteydenottopyynnön sekä seurata oman ilmoituksensa käsittelyn kulkua. Ilmoituksen tekijä antaa tulosteen ilmoituksesta esimiehelleen, joka päättää, mitä toimenpiteitä asia vaatii ja miten asia käsitellään asianomaisen ja työyksikön kanssa. (Mitä kuuluu-henkilöstölehti 2007.)

Sairaanhoidopiirit järjestävät yleisiä koulutustilaisuuksia henkilökunnalle. Lisäksi jokainen henkilökuntaan kuuluva joka omaa tunnukset sairaalan tietoliikenneverkkoon voi halutessaan testata ilmoituksen tekemistä TURPO-ilmoitusjärjestelmällä. TURPO-järjestelmästä henkilökunta voi itsenäisesti ja vapaasti seurata turvallisuuspoikkeamien raportteja ja tilastoja sekä valmiiksi käsiteltyjen ilmoitusten lista on kaikkien työntekijöiden käytössä. Tilastoja voi hakea sairaanhoidopiirin, toimialueen, vastuualueen, yksikön tai sairaalan väliltä. Valmiiksi käsiteltyjen ilmoitusten listalta, joita kaikki voivat seurata, löytyy yksityiskohtaista tietoa tapahtumasta/tilanteesta ilman, että ilmoittajan tai tapahtumassa muuten osallisena olleiden henkilöiden henkilöllisyyttä voitaisiin saada selville. (Mitä kuuluu-henkilöstölehti 2007.)

2.7.2 HaiPro-vaaratapahtumien ilmoitusjärjestelmä

HaiPro on potilasturvallisuutta vaarantavien tapahtumien raportointimenettely ja tietotekninen työkalu. HaiPro-ohjelmistoon voidaan hankkia lisäosa, jonka avulla saadaan ilmoitettua myös henkilökuntaan kohdistuneet uhka- ja väkivaltatilanteet. HaiPron avulla on tarkoitus raportoida kaikki henkilökuntaan kohdistuneet uhka- ja väkivaltatilanteet. Käyttäkseen HaiPro-ohjelmistoa tulee jokaisella henkilökuntaan kuuluvalla olla omat tunnukset tietoverkkoon, koska ohjelmisto löytyy ainoastaan intranetistä. (Terveystieteiden tutkimuskeskuksen vaaratapahtumien raportointijärjestelmä 2010.)

Raportointijärjestelmä HaiPro on yleistymässä terveydenhuollossa ympäri Suomea. HaiPro on käytössä noin 50 eri yksikössä sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksista sairaanhoidopiireihin. HaiPro on kehitetty valtion teknillisessä tutkimuskeskuksessa VTT:llä, yhteistyössä terveydenhuollon yksiköiden kanssa. HaiPro-prosessi toimii siten, että ohjelmaan tehdään sähköinen ilmoitus potilaan tai henkilökunnan turvallisuutta vaarantavasta tapahtumasta, joka etenee sitten käsiteltäväksi ja selvitetäväksi. HaiPron on tarkoitus raportoida kaikki henkilökuntaan kohdistuneet uhka- ja väkivaltatilanteet ja potilasturvallisuutta uhkaavat vaaratapahtumat sekä myös vaaratapahtuman läheltä piti-tilanteet. Ilmoituksessa on valittava tapahtuman mukaiset vaihtoehdot kysymyskohdista sekä oma kuvaus tapahtumahetken olosuhteista ja tapahtumaan vaikuttaneista tekijöistä. Oman ilmoituksen etenemistä voi myös seurata ilmoituksen lä-

hettämisen jälkeen. Ilmoitus koostuu kysymyskohdista, joissa kysytään tapahtuma-aika ja paikka, tapahtuman luonne, tapahtuman tyyppi sekä kuvaus tapahtuneesta omin sanoin. Ilmoituksen lähettämisen jälkeen käsittelijä jäsentää tiedot tapahtuneesta. (Terveydenhuollon vaaratapahtumien raportointijärjestelmä 2010.)

Tietojen pohjalta voidaan selvittää tarvittavia korjauksia ja keinoja estää tapahtumien synty jatkossa ja parantaa turvallisuutta. Ilmoituksen käsittelijän on osattava jäsenellä vaaratapahtuman aiheuttavia asioita monipuolisesti ja kokonaisvaltaisesti, jotta uhka- tai vaaratilanteelta voitaisiin seuraavalla kerralla välttyä tai ainakin pystyttäisiin ennakoimaan ja vähentämään niitä. On tärkeää kiinnittää huomiota ja pohtia yksikön menettely- ja toimintatapoja vaaratilanteen jälkeen. On mietittävä, onko valvonta ollut riittävää sekä kiinnittää huomiota riittävään kommunikointiin ja tiedonkulkuun yksikön henkilökunnan ja potilaiden välillä. Lisäksi on taattava riittävä koulutus ja perehdytys työntekijöille ja miettiä riittävätkö resurssit tarvittaviin turvalaitteisiin ja asianmukaisiin tarvikkeisiin ja oliko tapahtuman sattumahetkellä laiminlyöty yksikön turvaohjeistusta. (Terveydenhuollon vaaratapahtumien raportointijärjestelmä 2010.)

2.8 Uhka- ja väkivaltatilanteen jälkikäsittely ja jälkihoito

Uhka- tai väkivaltatilanne on uhka niin työntekijälle kuin koko työyhteisön hyvinvoinnillekin. Tilanne on syytä käydä läpi työyhteisössä, jotta vastaisuudessa osattaisiin varautua ja jopa ehkäistä vastaavanlaiset tilanteet. Läpikäymisen tuloksena työyhteisö voi löytää parannusehdotuksia turvallisuusohjeisiinsa, jotka voidaan välittää eteenpäin toteutettavaksi. Työterveyshuolto vastaa varsinaisen jälkihoidon toteuttamisesta. On tärkeää, että työntekijät ovat tietoisia, mistä apua voi tarvittaessa hakea. Jälkihoitoon kuuluvat De-fusing ja De-briefing- istunnot. De-fusing tarkoittaa tapahtuneen välitöntä purkua. Siihen osallistuvat tilanteessa mukana olleet henkilöt, jota vetää terveydenhuollon ammattilainen tai joku työyhteisön sisältä. Keskustelu pyritään pitämään mahdollisimman nopeasti tapahtumasta. Keskustelun tarkoituksena on käydä läpi tapahtuma ja sen herättämät tuntemukset, samalla antaen tietoa tapahtuneesta ja sen tuomista stressireaktiosta. Keskustelussa arvioidaan myös osallistujien lisäavun tarve. De-briefing tarkoittaa jälkipuintia, jonka tarkoituksena on helpottaa ja ehkäistä tapahtuman aiheuttamaa ahdistusta ja stressireaktioita. De-briefing tapahtuu myös ryhmässä, johon osallistuvat kaikki tapahtumassa läsnä olleet. Istunto pyritään pitämään 1-3 vuorokauden kuluttua tapahtuneesta. Istunnossa jokainen puhuu omista tuntemuksistaan ja istuntoja voidaan tarvittaessa järjestää useita. (Puumi 2009, 31-32.)

2.9 Hyvän lomakkeen ominaisuuksia

Strukturoitu lomake tarkoittaa lomaketta, jossa kysymykset sekä kysymysten vastausvaihtoehdot ovat rakennettu etukäteen tarkasti. Vastaajalle tai lomakkeen analysoijalle ei ole lainkaan vapausteita tulkinnoille. Sekä kysymys että siihen tulevat vastausvaihtoehdot on annettu ennalta valmiina. Vastaajan on täten valittava kysymykseen ennalta annettu vaihtoehto ja mikäli mikään vastausvaihtoehto ei sovi vastaajan mielestä vastaukseksi, on vastausvaihtoehdoissa suotavaa olla vaihtoehtona esimerkiksi ”ei mikään annetuista vaihtoehdoista” tai ”jokin muu”. Strukturoidussa lomakkeessa on hyvää, että valmiit vastausvaihtoehdot selkeyttävät mittauksia ja helpottavat tietojen käsittelyä verrattuna avoimien vastausten käsittelyyn. Strukturoidun lomakkeen vastausvaihtoehtojen on oltava riittävän monipuoliset ja kattavat, jotta kysymyksiin saadaan validi vastaus. Valmiiden vastausvaihtoehtojen on oltava toisensa poissulkevia eli vaihtoehdot eivät saa mennä päällekkäin. Strukturoidun lomakkeen haittapuolena on lomakkeen konservatiivisuus ja jäykkyys. Strukturoidulla lomakkeella ei voida saada esille mitään uusia asioita. Käytettäessä strukturoitua lomaketta on asian oltava aiemmista tutkimuksista tuttuja ja mitattavan asian on oltava etukäteen täydellisesti määritetty. (Tilastokeskus 2010, A; Vehkalahti 2008, 24-25.)

Avoimilla kysymyksillä puolestaan voidaan tuoda esiin uusia näkökantoja, kehittämisideoita ja parannusehdotuksia. Avoimissa lomakkeissa huonona puolena on, että se voi nostaa vastaamiskynystä sekä avoimien vastauksien analysointi on työlästä käsitellä ja luokitella. Analysoidessa avoimia vastauksia on virheellisen tulkinnan vaara suuri, koska analysoija voi käsittää vastauksen toisin kuin mitä vastaaja on tarkoittanut. Vastaukset joudutaan tilastoidessa syöttämään käsin, jolloin on vaarana myös, että tapahtuu virheitä tietoja syötettäessä. (Heikkilä 2005, 49-52.)

Lomakkeilla saatavat tulokset ovat niin luotettavia kuin kyselyssä käytetyt mittarit eli kysymykset. Lomakkeiden kysymysten tulee olla tarkasti rajattuja tutkittavan käsitteen mukaisesti, jotta pystytään mittaamaan tutkittavaa asiaa täsmällisesti ja tarkasti. Tärkeintä on saada juuri sitä tietoa, joka on asetettu tutkimusongelmaksi. Tämä edellyttää, että käsitteet on saatu mitattaviksi, eli on saatu tehtyä sellaiset kysymykset, jotka mittaavat sitä asiaa mistä halutaan tietoa. (Paunonen 1998, 206-207.)

Lomaketta suunnitellessa ja laadittaessa tulee ottaa huomioon, mitä ohjelmaa tietojen käsittelyssä käytetään, miten tiedot syötetään ja millä tavalla tulokset halutaan raportoida. Lisäksi huomioon tulee ottaa myös miten aineistoa käsitellään. Lomaketta ja sen kysymyksiä ja vastausvaihtoehtoja suunniteltaessa on selvítettävä, kuinka tarkkoja vastauksia halutaan ja toisaalta kuinka tarkkoja tietoja on mahdollisuus saada. (Heikkilä 2005, 47.)

Hyvän lomakkeen tunnuspiirteet:

- Selkeä, siisti ja houkuttelevan näköinen
- Teksti ja kysymykset on hyvin aseteltu
- Vastausohjeet ovat selkeät ja yksiselitteiset
- Kysytään vain yhtä asiaa kerrallaan
- Lomake etenee loogisesti
- Samaa aihetta koskevat kysymykset on ryhmitelty kokonaisuuksiksi, joilla on selkeät otsikot
- Lomake ei ole liian pitkä
- Jokaisen kysymyksen tarpeellisuus harkitaan tarkasti
- Lomake saa vastaajan tuntemaan vastaamisen tärkeäksi
- Lomake on hyvin esitettävä

Hyvien kysymysten ominaispiirteitä

- Kysytään vain yhtä asiaa kerrallaan
- Kysymys on tarpeellinen ja hyödyllinen
- Se ei ole liian pitkä tai monimutkainen
- Se ei ole johdattelua
- Kysymys on ymmärrettävä, selkeä ja yksiselitteinen
- Sen kieliasu on moitteeton
- Se ei sisällä sivistyssanoja eikä slangia
- Se mahdollistaa tulosten saamisen halutulla tavalla

(Heikkilä 2005, 48-49.)

3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT

3.1 Tutkimuksen kohderyhmä ja tarkoitus

Tutkimuksemme on valtakunnallinen, jonka tarkoituksena on kartoittaa ja kuvata, onko kaikissa Suomen sairaanhoitopiireissä (lukuun ottamatta Ålands hälso- och sjukvård) käytössä lomake tai järjestelmä, jonka avulla hoitohenkilökunta voi raportoida työssään kokemansa uhka- tai väkivaltatilanteet. Selvitämme, minkälaisia lomakkeet ja järjestelmät ovat ja miten kirjaamis- ja raportointikäytännöt eroavat eri sairaanhoitopiireissä.

Tutkimusaineiston keruun toteutimme sähköpostitse tiedustelemalla uhka- ja väkivaltatilanteiden kirjaamis- ja raportointikäytäntöjä Suomen sairaanhoitopiireiltä. Saimme sähköpostitse sairaanhoitopiirien tyhjät uhka- ja väkivaltaraportointilomakkeet sekä tietoja sairaanhoitopiirien kirjaamiskäytänteistä. Tämän jälkeen keräsimme lomakkeet, jotka jaoteltiin ja analysoitiin. Tutkimustulokset analysoimme siten, että määrälliset tutkimuskysymykset havainnollistamme diagrammeihin ja taulukoihin ja laadullisia asioita esitimme tarkalla analysoinnilla ja esimerkein. Analysoimamme uhka- ja väkivaltatapahtumalomakkeet koostuvat strukturoiduista, avoimista ja puoli-avoimista kysymyksistä.

3.2 Tutkimusongelmat

Tutkimuksen lähtökohtana on tutkimusongelma, minkä pohjalta on luotu tutkimuskysymykset, johon työssä etsitään vastauksia. Tutkittavaan aihealueeseen liittyy yleensä useita tutkimusongelmia. Kun tutkija on perehtynyt aihealuetta käsitteleviin lähteisiin, voidaan tutkimusongelma rajata tarkemmin konkreettiseen tutkimusongelmaan ja -kysymykseen. Tutkimusongelma voidaan vielä jakaa alaongelmiin, tarkoituksena että alaongelmien ratkaisu johtaa myös varsinaisen tutkimusongelman ratkaisuun (Opinnäytetyöohje 2007, 11-12.)

Tutkimukseen liittyvät kysymykset ja alakysymykset on luotu muista tutkimuksista esiin tulleiden ongelmien pohjalta sekä paneutumalla aihealueen teorian tietoon ja analysoimalla sairaanhoitopiirien tyhjiä uhka- ja väkivaltaraportointilomakkeita ja kirjaamisjärjestelmiä.

Tutkimukseen liittyvät kysymykset ja alakysymykset:

- 1) Miten uhka- ja väkivaltatilanteita kirjataan?
 - Kuinka monessa sairaanhoitopiirissä on lomake tai järjestelmä kirjaamista varten?
 - Ovatko Lomakkeet strukturoituja, avoimia vai sekoitus molempia?
 - Onko lomake sähköisessä, paperisessa vai molemmissa muodoissa?

- 2) Onko uhka- ja väkivaltatilanteiden kirjaamisessa eroja valtakunnallisesti?
 - Kuinka monessa sairaanhoitopiirissä on käytössä aggressioluokitus? Kuinka tarkka ja kattava luokitus on, sekä onko tämä selkeästi ymmärrettävä käyttäjälle?
 - Raportoidaanko myös uhkailu ja sanallinen väkivalta?

- 3) Annetaanko uusille työntekijöille aina perehdytys lomakkeen tai tämän täyttöön tarkoitetun järjestelmän käyttöön?

- 4) Millaisia sairaanhoitopiirien uhka- ja väkivaltatapahtumalomakkeet ovat suhteessa ”hyvään lomakkeeseen?”
 - Ovatko lomakkeet selkeitä, siistejä ja houkuttelevan näköisiä
 - Onko teksti ja kysymykset aseteltu hyvin
 - Löytyykö itse lomakkeesta vastausohjeet ja ovatko ne selkeitä ja yksiselitteisiä
 - Etenevätkö lomakkeet loogisesti?
 - Ovatko samaa aihepiiriä koskevat kysymykset ryhmitelty kokonaisuuksiksi, joilla on selkeät otsikot?
 - Onko lomake sopivan mittainen?
 - Ovatko kaikki kysymykset tarpeellisia?
 - Onko lomakkeen kieliasu moitteeton?
 - Miten lomakkeet ovat saatavilla?

3.3 Tutkimusmenetelmät

Kvantitatiivisen, eli määrällisen tutkimusmenetelmän avulla selvitetään lukumääriin ja prosenttiosuuksiin liittyviä kysymyksiä. Asioita kuvataan numeerisesti ja tuloksia voidaan havainnollistaa taulukoin ja kuvioin. Kvalitatiivinen, eli laadullinen tutkimus auttaa ymmärtämään ja selittämään tutkimuskohteen ja sen käyttäytymisen syitä. Laadullinen tutkimus antaa myös virikkeitä mahdollisille jatkotutkimuksille. Tutkimuksessa pyritään selvittämään totuutta tutkimuskohteesta. Hoi-
totieteellinen tutkimus on sekä määrällistä, että laadullista. Laatu ja määrä eivät ole toistensa

vastakohtia, eivätkä toisistaan erillisiä. Tutkimusongelmasta riippuen, toisia tutkimuksia on tärkeää kyetä selvittämään määrällisin piirtein toisia taas laadullisin. (Paunonen 1998, 222-224.)

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa käytetään etupäässä avoimia kysymyksiä, koska avoimilla kysymyksillä voidaan tuoda kyselyyn uusia näkökantoja, kehittämissideoita ja parannusehdotuksia. Huono puoli avoimissa kysymyksissä on se, että ne voivat nostaa vastaamiskynnystä ja niitä on työlästä käsitellä ja luokitella. Strukturoiduissa, eli suljetuissa kysymyksissä on valmiit vastausvaihtoehdot, joista ympäröidään tai rastitetaan sopivat vaihtoehdot. Suljettujen kysymysten tarkoituksena on vastausten käsittelyn helpottaminen ja vastaamiskynnyksen madaltaminen. Suljettujen kysymysten takia vastaajan on helpompi antaa myös moittivia ja arvostelevia vastauksia, eikä vastaaminen esty kielivaikeuksien takia, kun annetaan valmiit vastausvaihtoehdot. Suljettujen kysymysten tulee olla mielekkäitä ja järkeviä, valittavana olevien vaihtoehtojen lukumäärä on ilmoitettavasti selkeästi, eikä vaihtoehtojen määrä saa olla liian suuri. Analysoitavissa uhka- ja väkivaltatapahtumalomakkeissa esiintyy myös sekamuotoisia kysymyksiä, joissa osa vastausvaihtoehdoista on annettu valmiiksi ja osa on avoimia. (Heikkilä 2005, 14,16 & 49-52.)

Triangulaatiolla tarkoitetaan erilaisten tutkimusmenetelmien yhteiskäyttöä, eli määrällisten ja laadullisten tutkimusmenetelmien käyttämistä samassa tutkimuksessa. Määrällisen ja laadullisen tutkimusmetodiikan triangulaatio voidaan tutkimuksessa tehdä samanaikaisesti, jolloin tutkimusongelma on sama ja aineisto kerätään samaan aikaan, eikä toisen aineiston keruu vaikuta toisen keräämiseen. Tutkimuksen ensisijaisena tutkimusmenetelmänä voi olla sekä määrällinen, että laadullinen menetelmä, joita voidaan kuvata toisella tutkimusmenetelmällä. Tutkimusmenetelmiä voidaan yhdistää triangulaatiossa samanaikaisesti tai jaksoittain. (Paunonen ym. 1997, 225-227.)

Tutkimuksessamme käytämme triangulaatio tutkimusmenetelmää, joka yhdistää kvalitatiivista ja kvantitatiivista tutkimusmenetelmää, sillä toisia ongelmia on ollut tarkoituksenmukaista selvittää määrällisin ja toisia laadullisin menetelmin. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa tutkittavia ominaisuuksia mitataan laadullisilla muuttujilla, jolloin pyritään saamaan vastaus kysymyksiin ”miksi?”, ”miten?” ja ”millainen?”. Laadullinen tutkimus auttaa ymmärtämään ja selittämään tutkimuskohteen ja sen käyttäytymisen syitä. Laadullinen tutkimus antaa myös virikkeitä mahdollisille jatkotutkimuksille. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa tutkittavia ominaisuuksia mitataan määrällisillä muuttujilla, joilla pyritään saamaan vastaus kysymyksiin ”mikä?”, ”missä?” ”kuinka usein?” ja ”kuinka paljon?”. Määrällisen tutkimusmenetelmän avulla selvitetään lukumääriin ja prosentiosuuksiin liittyviä kysymyksiä. Asioita kuvataan numeerisesti ja tuloksia voidaan havainnollistaa diagrammeihin ja taulukoihin. Tutkimuksessa pyritään selvittämään totuutta tutkimuskohteesta eli

perusjoukosta. Hoitotieteellinen tutkimus yleensä saattaa olla sekä määrällistä että laadullista. Laatu ja määrä eivät ole toistensa vastakohtia eivätkä toisistaan erillisiä. (Paunonen 1998, 222-224; Holopainen ym. 2002, 21.)

3.4 Aineiston keruu ja käsittely

Maalis-huhtikuussa 2010 selvitimme puhelimitse jokaisesta suomenkielisestä sairaanhoitopiiristä (n=20) oikean henkilön vastaamaan tutkimuksemme kysymyksiin. Puhelinsoiton tarkoitus oli saada vastaajan kiinnostus heräämään, tavoitteenamme saada vastausprosentiksi 100 %, jolloin saadaan todellinen ja kattava kuva kaikista Suomen sairaanhoitopiireistä. Saatuaamme puhelimitse oikean henkilön sähköpostiosoitteen pystyimme lähettämään hänelle tarkemman tiedustelun, jossa kerroimme työmme tarkoituksen ja tavoitteen sekä minkä vuoksi tutkimme kyseistä asiaa. Sähköpostitse tiedustelemalla saimme perustietoja sairaanhoitopiirien kirjaamis- ja raportointikäytänteistä, kuten minkälaisia eri kirjaamis- ja raportointimenetelmiä sairaanhoitopiireillä on käytössä, missä muodossa ne ovat henkilökunnan saatavilla, onko sairaanhoitopiirillä olemassa yleinen ohjeistus uhka- ja väkivaltatilanteita varten ja käydäänkö ohjeistus lävitse aina uuden työntekijän kanssa. Pyysimme viestin vastaanottajaa lähettämään tyhjän uhka- ja väkivaltaraportointilomakkeen mallin sähköpostitse tai vaihtoehtoisesti postitse mikäli sairaanhoitopiirissä lomake oli vain paperisena versiona. Puolitoista viikkoa siitä kun olimme lähettäneet kaikkiin sairaanhoitopiireihin sähköpostia, lähetimme muistutusviestin kaikkiin niihin sairaanhoitopiireihin, joista emme olleet vielä vastausta saaneet.

Kokosimme sairaanhoitopiirien sähköpostiviestit ja lomakkeet yhteen. Tämän jälkeen jaoimme lomakkeet ryhmiä sen mukaan millainen raportointijärjestelmä kussakin sairaanhoitopiirissä oli eli oliko sairaanhoitopiirillä käytössä sähköinen kirjaamisjärjestelmä, paperinen lomake vai sähköisessä muodossa oleva lomake. Tämä selkeytti lomakkeiden analysointia auttaen hahmottamaan eri järjestelmiä käyttävät sairaanhoitopiirit toisistaan. Seuraavaksi kartoitimme ja analysoimme lomakkeita ja niissä raportoitavia asioita sekä vertailimme niiden sisältöä hyvän uhka- ja väkivaltatapahtumalomakkeen ominaispiirteisiin (Ks. Heikkilä 2005.) Lomakkeen analysoinnissa kartoitimme jokaisesta lomakkeesta sen ominaispiirteitä, kuten oliko lomake sähköisessä vai paperisessa muodossa, millaisia kysymyksiä se sisälsi, mitä asioita lomakkeella oli mahdollista raportoida, mitä hyviä ja huonoja puolia lomakkeesta ilmeni ja miten lomake oli henkilökunnan saatavilla. Tämän jälkeen kokosimme yhteenvedon kaikista saamistamme lomakkeista ja järjestelmistä, jossa analysoimme (jaettuna aihealueittain sen mukaan millainen raportointijärjestelmä sairaanhoitopiirissä on kyseessä) yleisesti lomakkeita ja raportointijärjestelmiä sekä niiden toimivuutta ja eroavaisuuksia. Lomakkeista ja kirjaamisjärjestelmistä saatuja tuloksia havainnollis-

timme laadullisen analyysin ja esimerkkien lisäksi määrällisesti diagrammien ja taulukoiden avulla. Diagrammit teimme Microsoft Excel- ohjelmalla. Diagrammien ja taulukoiden avulla pystytään kuvaamaan ja havainnollistamaan saatuja tutkimustuloksia selkeämmin lukijalle.

3.5 Tutkimuksen luotettavuus

Laadullisessa tutkimuksen keskeisiä asioita on tutkimuksen luotettavuus. Tutkimuksen tulokset ovat niin luotettavia kuin tutkimuksessa käytetyt mittarit eli kysymykset. Kysymykset tulee rajata niin tarkasti tutkittavan käsitteen mukaan, että sillä pystytään mittaamaan tutkittavaa asiaa täsmällisesti ja tarkasti erotellen käsitteistä eri tasoja. Tärkeintä on saada juuri siitä asiasta tietoa, jonka on asettanut tutkimusongelmaksi. Tämän edellytyksenä on, että tutkimuksen käsitteet on saatu mitattaviksi, eli on saatu tehtyä sellaiset kysymykset, jotka mittaavat juuri sitä asiaa, mistä halutaan tietoa. Tutkimuskysymysten luotettavuutta arvioitaessa pitäisi minimoida mahdollisten virhetekijöiden aiheuttajat. Niitä voivat olla huono- mittaajankohhta tai mittausta paikka, väsymys, kiire, kysymysten paljous tai kysymysten ymmärtämisen vaikeus. Lisäksi huomiota pitäisi kiinnittää kysymysten asetteluun ja eri kysymysosioiden kykyyn mitata samaa asiaa. Tutkimuksen tulosten kannalta on tärkeää, että tutkimusasetelma on pysyvä, eikä siihen vaikuta ulkoiset tekijät. Tutkimustulosten yleistettävyyttä kuuluu luotettavuuteen, koska kyse on näytteestä ja tutkitavasta joukosta. (Paunonen 1998, 206-211.)

Tarkoituksenamme tässä työssä on ensin kuvata millaisia uhka- ja väkivaltaraportointilomakkeita ja kirjaamisjärjestelmiä sairaanhoitopiireillä on käytössä tällä hetkellä ja millaisia eroja niiden väliltä löytyy. Lomakkeiden ja järjestelmien analysoinnin ja kuvaamisen jälkeen tuomme tutkimustuloksissa esille millaisia lomakkeita ja järjestelmiä sairaanhoitopiireissä on ja vertaamme tutkimustuloksia teorian tietoon hyvän lomakkeen ominaisuuksista. Tarkoituksenamme on analysoida olevassa olevia lomakkeita ja järjestelmiä, tuoda niiden hyviä ja huonoja puolia esiin ja selvittää löytyykö kirjaamiskäytänteissä suuria eroja valtakunnallisesti.

Määrittelimme muiden tutkimusten ja teorian tiedon pohjalta tutkimuksemme kysymykset. Tutkimuksen reliabiliteetin kannalta oli oleellista, että selvitimme etukäteen oikean henkilön vastaamaan sähköpostitse lähettämiimme kysymyksiin. Vastajat olivat aina turvallisuusasioiden ammattilaisia, tällöin saimme oikeaa tietoa jokaisesta sairaanhoitopiiristä. Lähettämiimme sähköposteihin (N=20) vastasi: kymmenen (10) turvallisuuspäällikköä, neljä (4) työsuojelupäällikköä, kolme (3) työsuojeluvastuutettua, yksi (1) sairaanhoitopiirin ylihoitaja, yksi (1) henkilöstöjohtaja ja yksi (1) turvallisuussuunnittelija. Tutkimuksemme validiteettia lisäsivät lyhyt ja selkeä neljän (4) kysymyksen sähköpostikysely, joka sisälsi vastausohjeet sekä perehtyminen teorian tietoon ja

muihin tutkimuksiin ennen kyselyn tekoa. Sairaanhoidopiireistä ei pyydetty tutkimuslupaa, koska tutkimusaineistomme koostui tyhjästä lomakkeista. Tämä varmistettiin kuitenkin puhelinkeskustelun yhteydessä. Opinnäytetyö koettiin erittäin tärkeäksi ja monet olivat hyvin kiinnostuneita osallistumaan siihen. Tutkimuksen validiteetin kannalta on merkittävää, että saimme kaikista sairaanhoidopiireistä (N=20) vastauksen kyselyymme, jolloin tutkimusta voidaan pitää luotettavana ja kattavana.

3.6 Tutkimuksen eettiset kysymykset

Heikkilän (2005) mukaan tutkimus tulee tehdä rehellisesti, puolueettomasti ja siten, ettei vastajille aiheudu haittaa tutkimuksesta. Onnistuneessa tutkimuksessa saadaan luotettavia vastauksia asetettuihin tutkimuskysymyksiin. Tutkimuksemme ei loukkaa tietosuojaa tai yksityisyyttä eikä vaaranna ammattisalaisuuksia, koska tutkimus ei sisällä kuvauksia yksityisistä henkilöistä, emmekä arvioi sairaanhoidopiirien käytänteitä, vaan kuvaamme niitä. Yksittäisten sairaanhoidopiirien nimet eivät tule julkisuuteen, eikä niitä yhdistellä lomakkeisiin. Olemme myös tutkimuksessamme selvittäneet tutkittaville sairaanhoidopiireille tutkimuksemme tarkoituksen ja käyttötavan. Sairaanhoidopiirit ovat antaneet tietonsa tutkimukseemme vapaaehtoisesti. Onnistuneessa tutkimuksessa saadaan luotettavia vastauksia asetettuihin tutkimuskysymyksiin. Tutkimuksen objektiivisuuden kannalta on tärkeää, ettei tutkija sekoita omia uskomuksiaan ja asenteitaan tutkimuskohteeseen eikä anna omien ennakkokäsityksien rajoittaa tutkimusaineiston tarkastelua ja tutkimustuloksia. Objektiivisessä tutkimuksessa tulokset ovat samat riippumatta tutkimuksen tekijästä. Tutkimus pitäisi myös olla toistettavissa eli jos sama tutkimus suoritettaisiin uudestaan samanlaisissa olosuhteissa, tulosten tulisi pysyä samanlaisina. (Heikkilä 2005, 29-31; Tilastokeskus 2010, B & Opinnäytetyöohje 2007, 6.)

4 TULOKSET

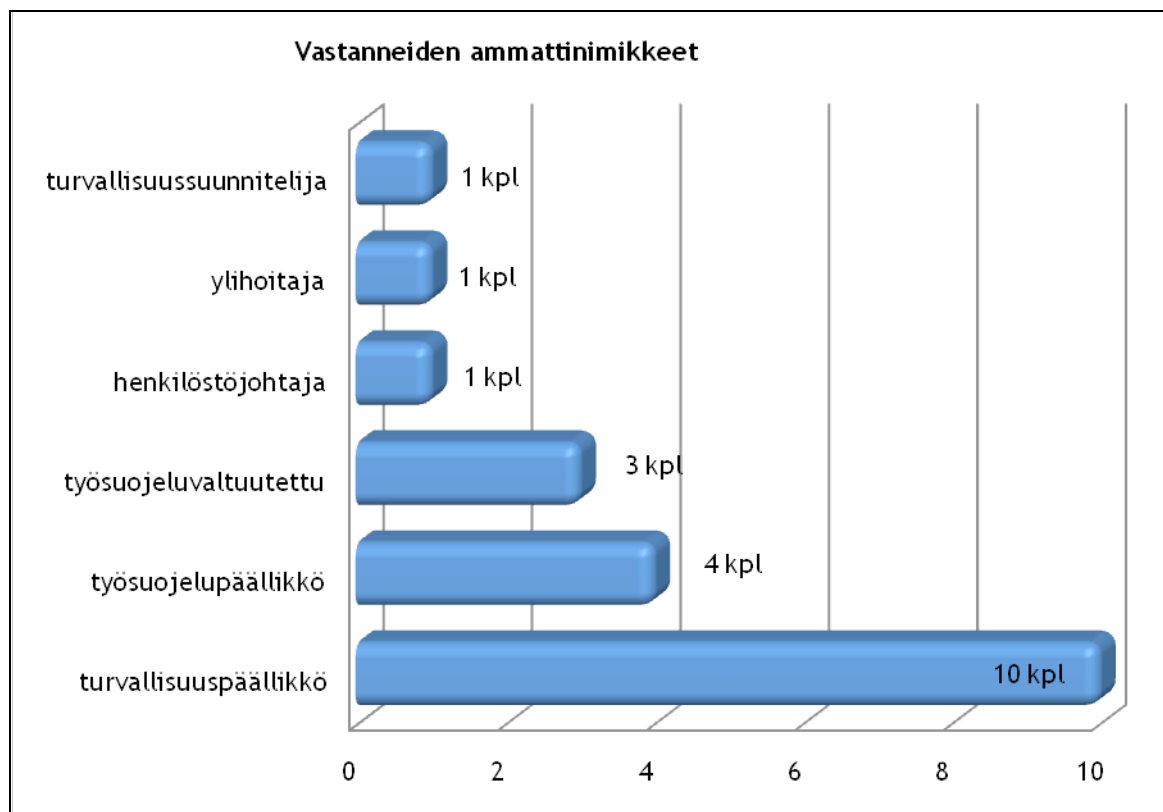
Ensin tuloksissa kuvaamme määrällisen (kvantitatiivisen) tutkimusmenetelmän avulla kuinka yleistä raportointi ja kirjaaminen ovat sairaanhoitopiireissä, minkälaisia eri kirjaamis- ja raportointi menetelmiä on käytössä, raportoidaanko myös sanallinen väkivalta ja uhkailu, onko aggressioluokitus käytössä sekä perehdytetäänkö henkilökunta lomakkeiden ja järjestelmien käyttöön. Vastaukset kysymyksiin on saatu manner-Suomen sairaanhoitopiireille lähetetyn kyselylomakkeen avulla. Saatuja tuloksia havainnollistamme kuvioin.

Tulosten toisessa osiossa kuvaamme Suomen sairaanhoitopiireissä käytössä olevien uhka- ja väkivaltatilanelomakkeille tehdyn sisällön laadullisen (kvalitatiivisen) analyysin, jossa olemme arvioineet mm. lomakkeiden täytettävyyttä ja selkeyttä. Olemme myös arvioineet, ovatko lomakkeet helposti saatavilla ja minkälainen niiden täytettävyyden on. Raportointimallin tulisi jättää mahdollisimman vähän tulkinnanvaraa sekä täyttäjän että raporttien ja lomakkeiden käsittelijän kannalta. Aluksi esittelemme sanalliset kuvaukset käytössä olevista lomakkeista. Sen jälkeen esittelemme tuloksia, joita on saatu keräämällä lomakkeista määrällistämällä lomakkeiden piirteitä. Määrällisiä tuloksia on haettu kysymyksiin lomakkeen rakenteesta, mahdollisuudesta ilmoittaa sekä henkinen että fyysinen väkivalta, aggressioluokituksen käyttämisestä, täyttöohjeista, lomakkeen pituudesta, kysymysten määrästä, sekä henkilötietojen kirjaamisesta.

Tulosten kolmannessa osuudessa esittelemme analyysin lomakkeiden piirteistä. Lomakkeiden ominaisuuksia vertasimme analyysissä hyvän lomakkeen tunnuspiirteisiin. Vertailun pohjalta listasimme sairaanhoitopiireillä käytössä olevista uhka- ja väkivaltaraportointilomakkeista hyviä ominaisuuksia sekä ominaisuuksia, jotka kaipaavat kehittämistä.

4.1 Sairaanhoidopiirien vastaukset kyselylomakkeeseen

Lomake lähetettiin kaikkiin manner-Suomen kahdellekymmenelle (20) sairaanhoidopiirille, joista kaikki vastasivat kyselyyn. Kyselyyn vastasi kymmenen (10) turvallisuuspäällikköä, neljä (4) työsuojelupäällikköä, kolme (3) työsuojeluvaltuutettua, yksi (1) henkilöstöjohtaja sekä yksi (1) turvallisuussuunnittelija. Kyselyyn vastanneiden henkilöiden ammattinimikkeet on esitetty kuviossa 1.



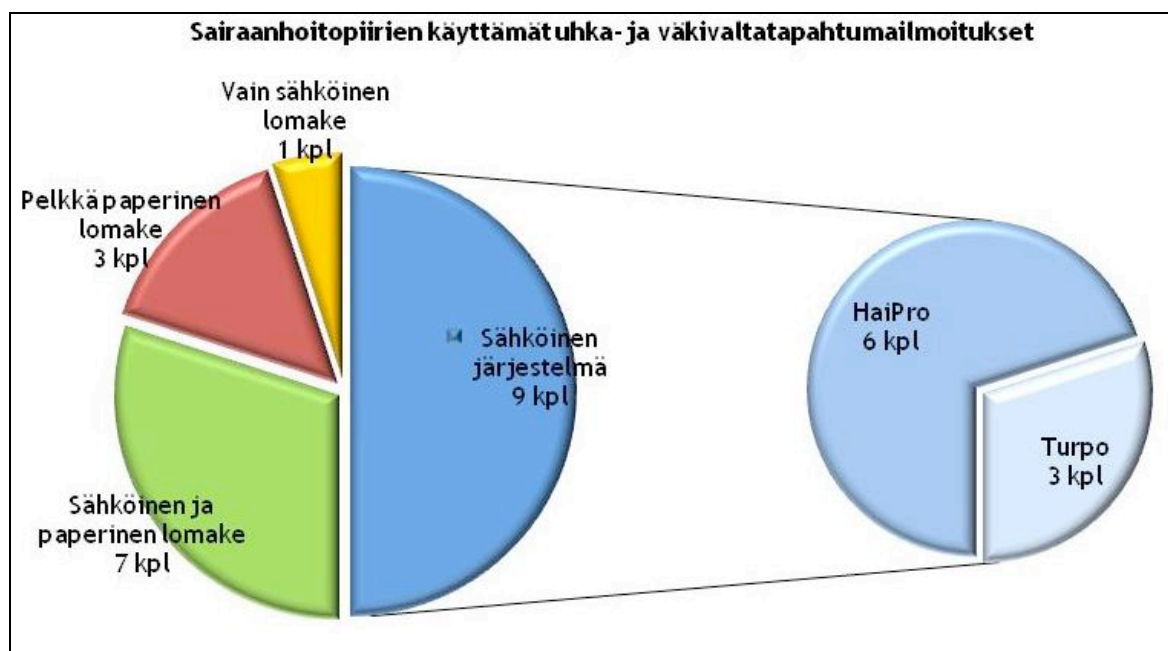
Kuvio 1: Kyselyyn vastanneiden henkilöiden ammattinimikkeet (N=20)

Ensimmäiseksi sairaanhoidopiireiltä kysyttiin, onko sairaanhoidopiirissä käytössä lomaketta tai järjestelmää, jonka henkilökunta täyttää kohdattuun työssään uhka- tai väkivaltatilanteen. Kaikki vastanneet Suomen sairaanhoidopiirit (20/20) ilmoittivat, että heillä on käytössään raportointi ja seurantamenetelmä uhka- ja väkivaltatilanteisiin.

Vastanneista sairaanhoidopiireistä (N=20) yhdeksän (9) ilmoitti, että heillä on käytössään sähköinen järjestelmä uhka- ja väkivaltatilanteiden raportoimista ja seuranta varten. Seitsemän (7) sairaanhoidopiiriä ilmoitti, että raportointia ja seuranta varten käytössä on sähköinen ja paperinen lomake. Kolmella (3) sairaanhoidopiirillä käytössä on ainoastaan paperinen lomake. Vastanneista sairaanhoidopiireistä (N=20) yksi (1) ilmoitti, että raportointia ja seuranta varten on vain

sähköinen lomake käytössä. Sairaanhoidopiirien käytössä olevat menetelmät uhka- ja väkivaltatilanteiden raportointiin käyvät ilmi kuviosta 2.

Kuviosta 2 käyvät myös tarkemmin ilmi käytössä olevien järjestelmien osuudet sähköisistä järjestelmistä. Niistä yhdeksästä (9) sairaanhoidopiiristä, joilla on käytössään sähköinen raportointijärjestelmä, on kuudella (6) käytössään HaiPro-järjestelmä ja kolmella (3) TURPO-järjestelmä. HaiPro ja TURPO ovat tietojärjestelmäohjelmistoja, joiden avulla pystytään ilmoittamaan henkilökuntaan kohdistuneet uhka- ja väkivaltatilanteet. HaiPro on potilasturvallisuutta vaarantavien tapahtumien raportointimenettely ja tietotekninen työkalu. Kolmella sairaanhoidopiirillä käytössä olevaa TURPO-järjestelmää käytetään turvallisuuspoikkeamien ilmoittamiseen, käsittelyyn ja raportointiin.



Kuvio 2: Käytössä olevat uhka- ja väkivaltatilanteiden raportointi- ja seurantamenetelmät Suomen sairaanhoidopiireissä. (N=20)

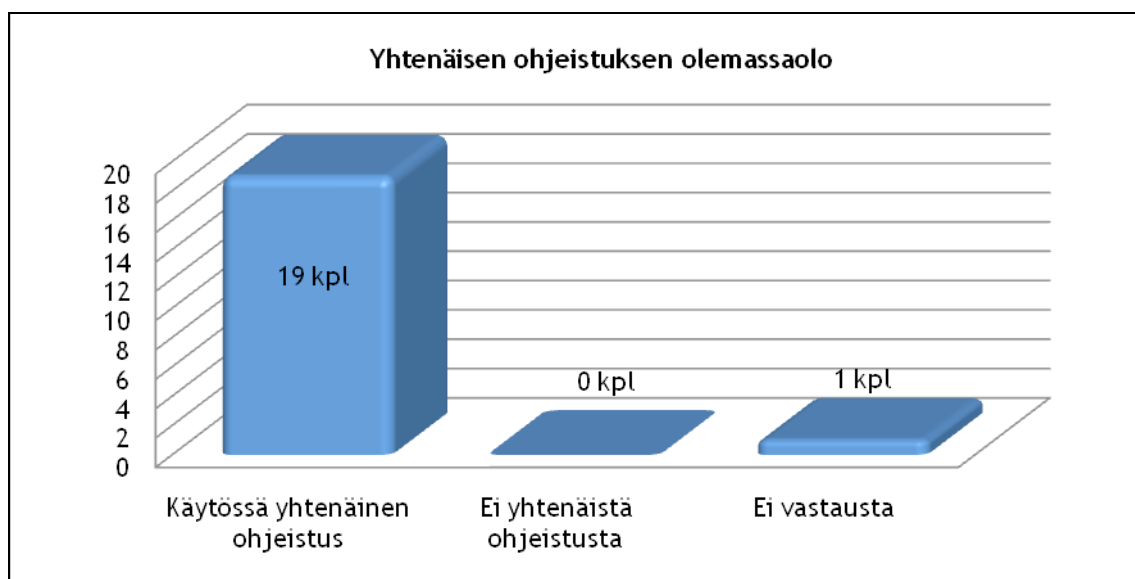
Kolmessa (3) sairaanhoidopiirissä on käytössä HaiPro-järjestelmä ja sähköinen lomake. Yhdessä näistä sairaanhoidopiireistä HaiPro järjestelmä ei ole vielä täysin valmis, joten se toimii kahdella toimialueella ja muualla on käytössä vain sähköinen ja paperinen uhka- ja väkivaltaraportointilomake toistaiseksi. Kahdessa sairaanhoidopiirissä on otettu HaiPro käyttöön vuosien 2009-2010 vaihteessa, minkä lisäksi heillä on vielä sen rinnalla käytössä paperinen tai sähköinen lomake. Näistä kahdesta toisessa ei ole vielä suunnitelmia poistaa vanhoja menetelmiä HaiPron rinnalta, mutta toisen näistä sairaanhoidopiireistä on tarkoituksenaan siirtyä vain yhteen ilmoituskäytäntöeseen kuluvan vuoden aikana. Tällöin sähköinen ja paperinen lomake poistuvat käytöstä, jolloin

käyttöön jää vain HaiPro järjestelmä. Yhdessä sairaanhoitopiirissä on käytössä pelkkä HaiPro-järjestelmä. Lisäksi yhdessä sairaanhoitopiirissä on HaiPron lisäksi paperinen lomake. Kuviossa 3 on esitelty HaiPro-järjestelmää käyttävien sairaanhoitopiirien järjestelmän rinnalla käyttämät lomakkeet.



Kuvio 3: HaiPro-järjestelmää käyttävien sairaanhoitopiirien järjestelmän rinnalla käyttämät lomakkeet (N=20)

Sairanhoitopiireille osoittamassamme sähköpostikyselyssä tiedustelimme, onko sairaanhoitopiirin kaikissa työyksiköissä käytössä yhtenäinen ohjeistus uhka- ja väkivaltatilanteiden raportointia ja seuraamista varten. Vastanneista 19 sairaanhoitopiiriä ilmoitti, että heillä on käytössään yhtenäinen ohjeistus. Yksi (1) sairaanhoitopiiri jätti vastaamatta kysymykseen. Vastaukset on esitettyinä kuviossa 4.



Kuvio 4: Käytössä olevan uhka- ja väkivaltatilanteiden raportointiohjeistuksen yleisyys (N=20)

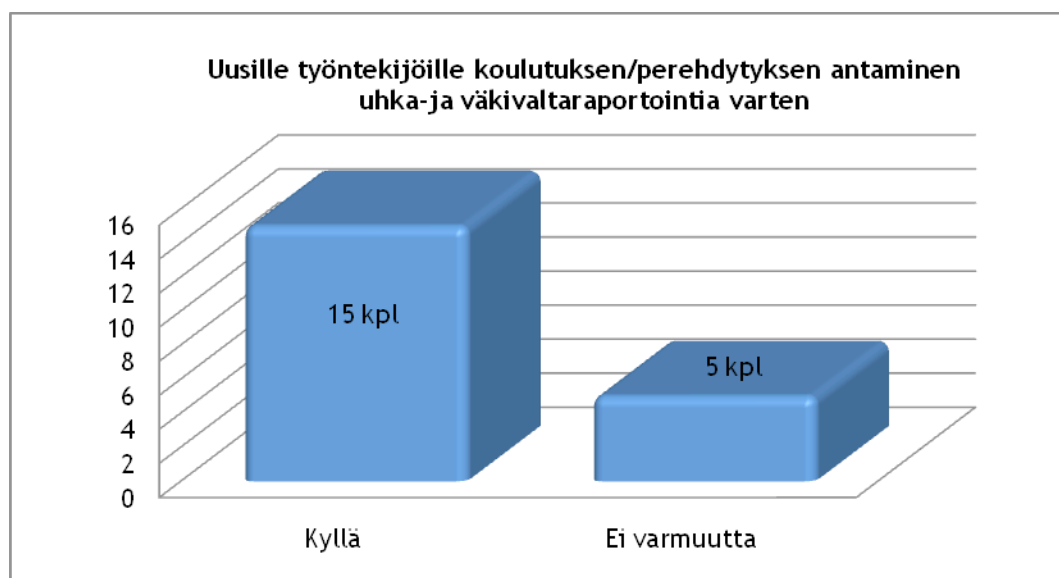
Sairaanhoitopiireiltä kysyttiin myös, antavatko he aina uudelle työntekijälle koulutuksen tai perehdytyksen sairaanhoitopiirin uhka- ja väkivaltatilanteiden raportointikäytäntöjä varten. Viisi-toista (15) sairaanhoitopiiriä vastasi että heillä koulutus annetaan aina. Vastanneista (N=20) viisi (5) sairaanhoitopiiriä ilmoitti, ettei koulutusta aina anneta aivan varmuudella. Näiden viiden (5) sairaanhoitopiirin vastauksille oli ominaista, että koettiin erittäin haastavaksi perehdytyksen antaminen lyhytaikaisille sijaisille ja sairaanhoitoalan opiskelijoille. Vastauksissa kerrottiin muun muassa seuraavanlaisesti:

”Käytännössä lyhyiden sijaisuuksien ollessa kyseessä perehdyttäminen on haasteellista”

”Ohjeistus on tarkoitus käydä läpi uusien työntekijöiden kanssa ja ainakin perehdyttämisyksivaiheessa näin tehdään... jos tehdään”.

”Uusien työntekijöiden pitäisi saada perehdytys turvallisuusasioihin, (on perehdytysohjelmassa) käytäntö kyllä taitaa olla toinen, ikävä kyllä”

Vastaukset sairaanhoitopiirien antamasta perehdytyksestä uhka- ja väkivaltatilanteiden raportointiin esitetään kuviossa 5.



Kuvio 5: Sairaanhoitopiirien antaman perehdytys/koulutus uhka- ja väkivaltaraportointi käytänteitä varten (N=20)

4.2 Uhka- ja väkivaltaraportointilomakkeiden sisällön laadullinen analyysi

Seuraavaksi tutkimustuloksissa selvitämme yleisesti, ovatko lomakkeet siistejä, selkeitä ja houkuttelevan näköisiä, onko teksti ja kysymykset aseteltu hyvin, ovatko kysymykset ja otsikot loogisia ja järkevissä kokonaisuuksissa ja onko lomakkeissa annettu vastausohjeet ja millainen kieliasu lomakkeissa on.

Ensin kahta käytössä olevaa sähköistä kirjaamis- ja raportointijärjestelmää eli HaiProa ja TURPOa. Arvioimme näitä järjestelmiä lomakkeisiin verrattuna yksityiskohtaisemmin, koska sähköiset järjestelmät kattavat lähes puolet sairaanhoitopiireistä (9/20=45 %). Tämän jälkeen omina kokonaisuuksina on analysoitu paperiset lomakkeet ja viimeisenä sähköiset lomakkeet.

4.2.1 Turpo

TURPO- turvallisuuspoikkeamien ilmoitusjärjestelmä on yhdistelmä strukturoituja ja avoimia kysymyskenttiä. Vastauskentät on jaettu viiteen erilliseen aihealueeseen: 1/5 tapahtuma-alue, paikka ja alue, 2/5 tapahtumatiedot, 3/5 selvitys tapahtumasta ja vahingoista, 4/5 tapahtuman osallistujat, 5/5 hälytys tapa ja jatkotoimet.

Vastauskentät etenevät loogisesti, alkaen tapahtumapaikan (1/5 tapahtuma-alue) valinnasta, jossa tapahtuman paikka ja samoin ilmoittajan yksikkö valitaan strukturoiduista vaihtoehdoista. Lisäksi tapahtumapaikka määritetään vielä tarkemmin avoimeen kenttään samoin kuin tapahtumapäivä, alkamis- ja päättymisajankohta. Vastauskenttien vieressä on selkeät ja ytimekkäät ohjeet sekä painotusvärillä ilmoitettuna, mitkä vastauskentät ovat pakollisia täyttää.

Toisessa vastausosiossa (2/5 tapahtumatiedot) vastaaja määrittää tapahtumatiedot, joissa ensin tapahtuman luonne valitaan kolmesta vaihtoehdosta: läheltä piti tai vähäinen tapahtuma, seurauksia aiheuttanut tapahtuma tai vakavia seurauksia aiheuttanut tapahtuma. Samassa osiossa valitaan tarkemmin tapahtuman tyyppi, jossa yhdeksästä vaihtoehdosta voi valita useamman vaihtoehdon. Vastausvaihtoehdoista yksi on yleinen ”fyysinen väkivalta tai uhka”.

Kolmannessa vastauskentässä (3/5 selvitys tapahtumasta ja vahingoista) annetaan avoimeen kenttään selvitys itse tapahtumasta. Kentän vieressä ohjeistuksessa huomautetaan ensimmäisenä, ettei henkilönimiä tai -tunnuksia tule kirjata, koska selostus tapahtuneesta on julkista tietoa, joka näkyy valmiiksi käsitellyissä ilmoituksissa. Ohjeistuksissa pyydetään tarkentamaan selvitystä tapahtuman alkutilanteella ja kertomalla tapahtuman kulun oleelliset kohdat. Kolmannessa

vastauskentässä on myös kohta ”Aiheutuneet vahingot”, jossa valitaan strukturoiduista vaihtoehtoista: henkilövahinko, omaisuusvahinko ja ei vahinkoa - vaihtoehtojen väliltä. On myös mahdollista valita useampi vahinkolaji. Tämän lisäksi voidaan antaa tarkentava selvitys vahingoista avoimeen kenttään kirjoittamalla.

Neljännessä vastauskentässä (4/5 tapahtuman osallistujat) määritetään tapahtuman osalliset termillä tapahtumaan osallistujat. Tekijä ja teon kohde valitaan strukturoiduista vaihtoehtoista. Vaihtoehtoissa on lueteltuina myös ”opiskelija” ja ”tuntematon”.

Viidennessä vastauskentässä (5/5 hälytystapa ja jatkotoimet) hälytystapa valitaan valmiista vaihtoehtoista, kuten myös paikalle kutsutut henkilöt. Samassa vastauskentässä ilmoitetaan myös odottaako ilmoituksen tekijä yhteydenottoa, sekä keneltä yhteydenottoa odotetaan. Edelleen avoimeen kenttään voidaan antaa omat yhteystiedot, jos esimerkiksi on joutunut jäämään sairauslomalle ja haluaa työsuojeluvalluutettun ottavan yhteyttä.

Järjestelmä ilmoittaa, jos turvallisuuspoikkeamailmoituksen täyttäjällä on unohtanut täyttää jonkin pakollisen vastauskentän.

4.2.2 HaiPro

HaiPro- järjestelmällä on mahdollista tehdä ilmoitus uhka- ja väkivaltatilanteesta sekä läheltä piti tilanteista, jossa työntekijä on ollut vaarassa joutua työtapaturman uhriksi. Jos uhka- ja väkivaltatilanteesta vaara aiheutuu vain henkilökunnalle, voi etusivulta valita suoraan työturvallisuusilmoituslomakkeen. Jos taas tapahtumassa on aiheutunut vaaraa tai haittaa henkilökunnan lisäksi myös potilaille, voi HaiPro- järjestelmällä tehdä myös potilasturvallisuusilmoituksen tai työturvallisuusilmoituksen. Tapahtuman perustiedot siirtyvät tarvittaessa toiselle lomakkeelle niin, että niiden yhteen kertaan kirjoittaminen riittää. (Terveystietojärjestelmä 2010.)

HaiProlla tapahtumatiedot täytetään lomakkeelle vaiheittain. Lomakkeessa on yksityiskohtaiset täyttöohjeet kunkin kentän vieressä ja järjestelmä ilmoittaa, mitkä kohdat ovat pakollisia täyttää ja mihin kohtaan ei ole pakollista vastata. Järjestelmä ilmoittaa täyttäjälle silloin, jos jokin pakollinen kohta on jäänyt täyttämättä. Täyttöohjeissa muun muassa neuvotaan täyttäjää jättämään kirjaamatta kenenkään tunnustietoja, kuten nimeä tai sosiaaliturvatunnusta, joita ei kirjata tietosuojasystistä. Lomake antaa strukturoituja vastausvaihtoehtoja tapahtuman mukaisesti.

Tapahtuman kuvaus ja tapahtumaan myötävaikuttavat tekijät selvennetään avoimeen kenttään, muuten kysymykset ovat strukturoituja.

Lomakkeen alussa täytetään osaston tai yksikön tiedot ja ilmoituksen täyttäjän ammattiryhmä. Tämän jälkeen kirjataan tarkasti tapahtuman ajankohta sekä ilmoitetaan, oliko tapahtuma läheltä piti -tilanne vai tapaturma. Tapahtumapaikan- ja vaaratyyppin kysymyskenttiin on annettu paljon tilanteita kuvaavia vastausvaihtoehtoja. Väkivalta-kenttään on annettu kattavasti vaihtoehtoja sanallisesta väkivallasta, uhkaamisesta ja fyysisestä väkivallasta sekä esineisiin ja paikkoihin kohdistuvasta väkivalta. Seuraavaksi kysytään tapahtuman osalliset ja paikalle kutsutut, joissa myös on eritelty erilaisia vaihtoehtoja. Vaihtoehdot oli lomakkeessa eritelty loogisesti ja helposti kirjattaviksi. Tapahtumahetken olosuhteita ja sen syntyyn vaikuttavia tekijöitä voidaan kuvata avoimeen kenttään. Lähetettyä lomaketta ja sen käsittelyn etenemistä voi seurata lomakkeen lähettämisen jälkeen ja siihen voi tarvittaessa korjata sekä muuttaa jo annettuja vastauksia tai antaa lisätietoja tapahtumasta.

4.2.3 Paperiset raportointilomakkeet

Kolmessa (3) Suomen sairaanhoitopiirissä on käytössä ainoastaan paperinen uhka- ja väkivaltara-portointilomake. Näistä kahdessa tulostetaan ensin itse intranetistä, jonka jälkeen lomake täytetään käsin. Yhdessä (1) sairaanhoitopiirissä kerrottiin, että lomake on saatavilla ainoastaan työsuojeluvaltuutetulta. Kaikkien kolmen (3) sairaanhoitopiirin paperisissa lomakkeissa on yleisilmeeltään yhteistä, että ne ovat vain yhden (1) sivun mittaisia. Kaikista lomakkeista käy myös täyttäjälle ilmi, kenelle lomake toimitetaan käsiteltäväksi. Kahdessa lomakkeessa kaikki kohdat ovat avoimia ja yksi lomake koostuu suurimmaksi osaksi strukturoiduista vaihtoehtoista. Kahdessa avoimessa lomakkeessa ei ole lainkaan mainintaa tai selvennystä siitä, että lomakkeella tulisi ilmoittaa sanallinen väkivalta ja uhkaaminen. Yhdestä (1) sairaanhoitopiiristä kerrottiin, että kokemuksen perusteella henkistä väkivaltaa ei raportoida lomakkeen avulla vaan tapahtuneen osalta ollaan suullisesti yhteydessä työsuojeluvaltuutettuun tai omaan esimieheen.

Kahdelle (2) avoimelle raportointilomakkeelle on ominaista, että niiden sisältö koostuu seuraavasti: ensin ilmoitetaan työyksikkö, tapahtuma-aika ja tapahtumapaikka. Tämän jälkeen lomakkeissa pyydetään antamaan vapaamuotoinen selvitys tai tilannekuvaus tapahtumasta. Toisessa lomakkeessa ilmoitetaan tilanteen näkijät ja kuinka tilanne hoidettiin, kun taas toisessa kysytään ainoastaan omaa parannusehdotusta. Toisen täysin avoimen lomakkeen ensimmäistä osiota havainnollistamme kuviossa 6. Kummassakaan lomakkeessa ei kirjata tarkemmin, kuka lomakkeen on täyttänyt vaan lomakkeessa on ainoastaan kohta allekirjoitusta varten.

Työyksikkö	
Esimies	Työntekijä
Työvaihe	
Tapahtuma-aika	Tapahtumapaikka

Kuvio 6: Esimerkki paperisen lomakkeen rakenteesta

Kolmas paperisista raportointilomakkeista sisältää pääosin strukturoituja kysymyksiä, joita voidaan tarkentaa avoimissa kentissä. Lomake on kahteen edelliseen lomakkeeseen verrattuna monipuolisempi strukturoitujen kysymysten vuoksi. Yksikön ja päivämäärän jälkeen lomakkeeseen kirjataan tarkasti tapahtumahetken työvuoro eli oliko kyseessä aamu-, iltta, vai yövuoro. Väkivallan muoto on eritelty strukturoiduin vaihtoehdoin sanalliseksi ja fyysiseksi. Lomakkeessa on tärkeänä asiana huomioitavaa kohta, ”Löydetty ase, mikä?”. Lisäksi lomakkeessa voi valita annetuista vastausvaihtoehdoista uhkailun/väkivallan tekijän sekä kohteen tilan ja sukupuolen. Lomakkeeseen kirjataan myös mahdollisen ensiavun tarve ja muoto sekä tilanteen jälkikäsitteily.

Huonona puolena lomakkeesta voidaan pitää epäloogisia kohtia, jossa raportin tekijän on täytettävä kohta ”tuliko sairaslomaa” ja sen jälkeen ”Poissaoloaika”. Tuliko-sanaa käytettäneen puhekielessä ja jos uhkailun/väkivallan kohde itse täyttää lomakkeen, ei hän voi tietää sillä hetkellä mahdollista tulevaa poissaoloaikaansa. Kieliasusta huomioitavaa on vielä kohta, ”tapaturman päivämäärä”, joka mielestämme on huono otsikko, jos lomakkeella halutaan raportoida seurantalomakkeen nimen mukaisesti uhka- ja väkivaltatilanteita, koska tilanteet harvoin aiheuttavat itse tapaturmaa. Lomakkeen käyttöä hankaloittaa se, että lomakkeessa neuvotaan täyttämään lisäksi sisäinen ilmoitus tapaturmasta, jos kyseessä on vammoja aiheuttava väkivaltatilanne. Erillisen lomakkeen käyttö hankaloittaa ja hidastaa raportin tekoa. Käyttäjätavallisempää olisi jos raportointi onnistuisi yhdellä selkeällä lomakkeella

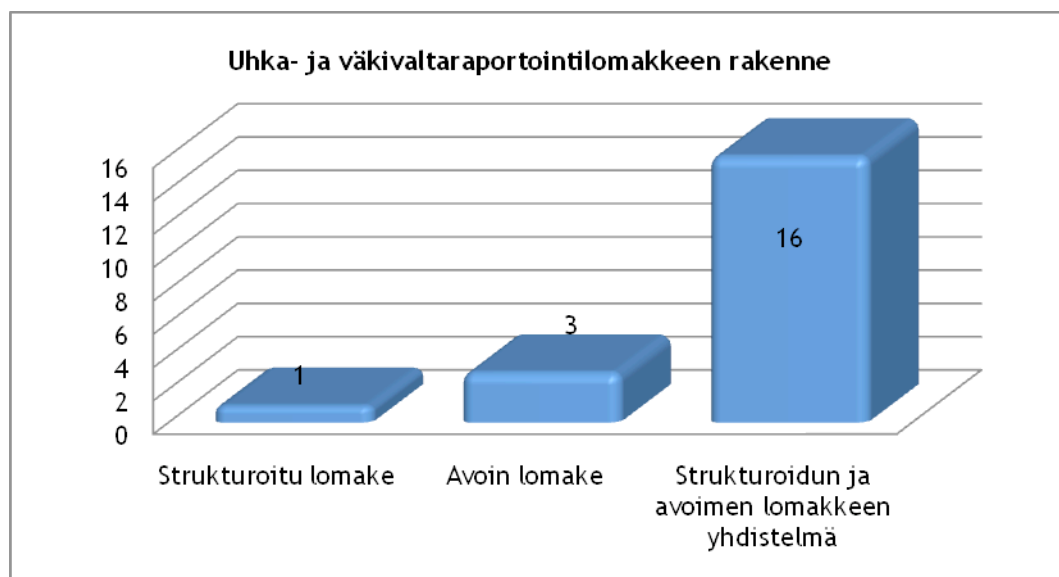
4.2.4 Muut sähköiset tapahtumaraportointilomakkeet

Sairaanhoidopiireistä yhdellä (1) on käytössään pelkkä sähköinen uhka- ja väkivaltaraportointilomake. Sairaanhoidopiiri on luonut oman sähköisen tapahtumaraportin turvallisuuspoikkeamasta Webropol kysely- ja tiedonkeruusovelluksella. Webropolin käyttö perustuu kolmeen vaiheeseen: lomakkeen luomiseen, kyselyn julkaisemiseen ja tuloksien raportoimiseen. (Webropol-tiedonkeruusovellus 2010.) Sairaanhoidopiiri on luonut lomakkeen, joka on intranetissä henkilökunnan käytettävissä.

Lomake koostuu lähinnä strukturoiduista vastausvaihtoehdoista. Lomakkeella pystyy antamaan lyhyen selvityksen tapahtumasta, toimenpiteistä sekä tarkemman selvityksen vahingosta avoimiin kenttiin. Lomakkeessa käytetään nelikohtaista aggressioluokitusta. Lomakkeesta ei kuitenkaan löydy minkäänlaista tarkennusta, millainen ja minkä muotoinen väkivalta kuuluu mihinkin luokkaan. Tämä heikentää tilastointitarkkuutta, koska ihmiset kokevat väkivallan yksilöllisesti. Lomakkeella ilmoitetaan asianmukaisesti tekijä, tekijän tila, kuin myös tapahtuman kohde ja kohteen tila strukturoitujen vastausvaihtoehtojen avulla. Lomakkeessa ei lue, kenelle lomake lähetetään käsiteltäväksi. Lomakkeessa ei myöskään ole vastaus- tai täyttöohjeita. Epäselväksi jää esimerkiksi, että voiko strukturoiduissa kohdissa valita useamman kuin yhden vaihtoehdon. Lomakkeessa on kohta, jossa kysytään ketä paikalle on kutsuttu, ja yhtenä vaihtoehtona annetaan ”ilmoitettu lähiesimiehelle”. Aiheutuneissa vahingoissa on eriteltyinä vain ”henkilövahingot” ja ”omaisuusvahingot”, vaihtoehtona ei ole, että tilanteesta ei aiheutunut vahinkoa.

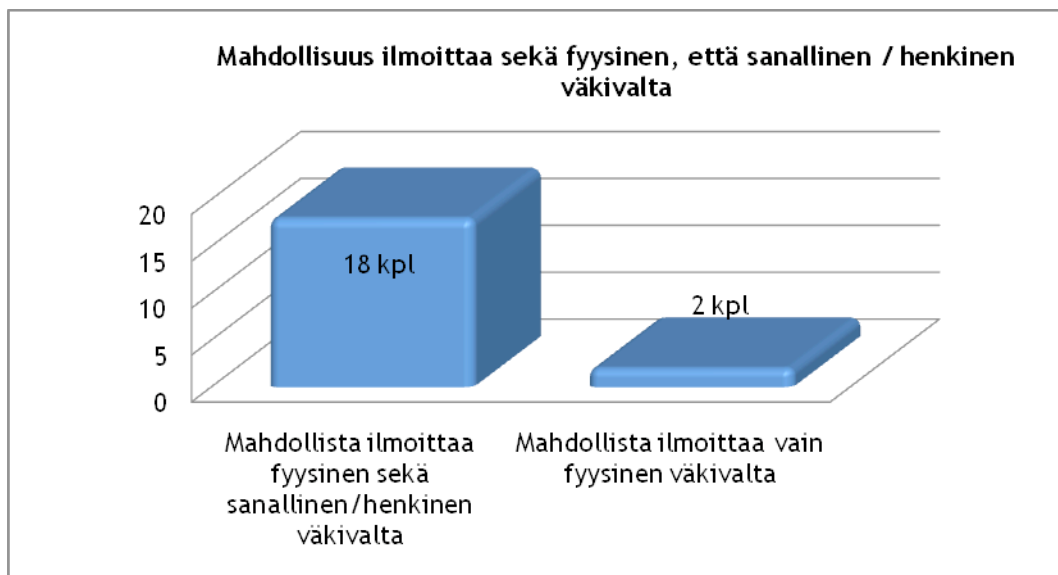
4.2.5 Kuvaukset lomakkeiden yhteisistä piirteistä

Osassa sairaanhoitopiirejä käytetään tarkkoja strukturoituja vastausvaihtoehtoja ja osassa enemmän avoimia kenttiä tapahtuman selvittämiseen. Kuudessatoista (16) sairaanhoitopiirissä lomake tai järjestelmä muodostui siten, että ne olivat yhdistelmä strukturoitua ja avointa lomaketta. Kolmessa (3) sairaanhoitopiirissä raportointilomake oli täysin avoin lomake. Yhdessä (1) sairaanhoitopiirissä koko lomake oli strukturoitu. Sairaanhoitopiirien käytössä olevien lomakkeiden koostumus käy ilmi kuviosta 7.



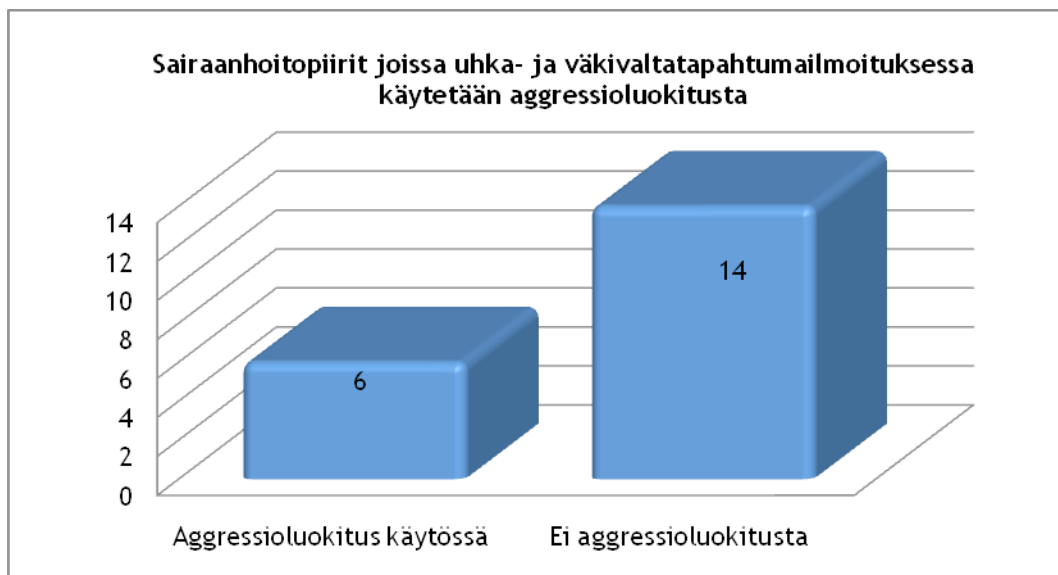
Kuvio 7: Uhka- ja väkivaltaraportointilomakkeen rakenne (N=20)

Sairaanhoitopiirien lomakkeissa ja järjestelmissä kahdeksassatoista (18) on mahdollista ilmoittaa sekä fyysinen että sanallinen väkivalta ja uhkailu. Kahdessa (2) sairaanhoitopiirissä on mahdollista ilmoittaa vain fyysinen väkivalta. Fyysisen ja sanallisen väkivallan raportointi ja kirjaaminen on esitetty kuviossa 8.



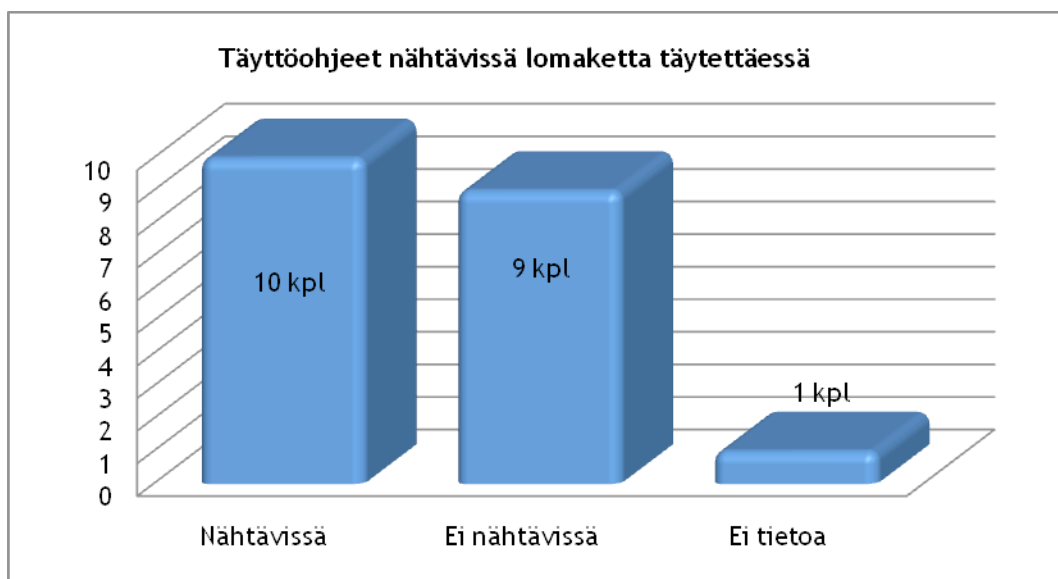
Kuvio 8: Mahdollisuus ilmoittaa fyysinen ja sanallinen / henkinen väkivalta (N=20)

Aggressioluokitus on käytössä kuudessa (6) sairaanhoitopiirissä, kun taas neljässätoista (14) sairaanhoitopiirissä ei luokitusta käytetä. Lomakkeissa esiintyvällä aggressioluokituksella uhka- ja väkivaltatilanne luokitellaan vakavuusasteen mukaan eri luokkiin, jolloin tilastointi on helppoa. Sairaanhoitopiirit käyttivät kahta erilaista aggressioluokitusta, joista yleisempi oli seuraavan esimerkin kaltainen viisiluokkainen luokitus: I välitöntä hoitoa vaativa fyysinen väkivalta, II vakava fyysinen väkivalta (vammoja aiheuttava), III lievä fyysinen väkivalta, IV kielellinen, tai henkinen väkivalta, V esineisiin tai laitteisiin kohdistuva väkivalta tai ilkivalta. Toisena vaihtoehtona oli neliasteikkoinen aggressioluokitus, jossa vaihtoehdot olivat muuten edellisen kaltaiset, paitsi välitöntä hoitoa vaativa fyysinen väkivalta luokka oli jätetty pois. Aggressioluokituksen käyttäminen raportointilomakkeessa tai järjestelmässä helpottaa etenkin tilastoimista ja uhka- ja väkivaltatilanteiden seuranta. Aggressioluokitusta käytettäessä on lomakkeessa usein annettu valmiiksi kuhunkin aggressioluokkaan kuuluvat vaihtoehdot, joista lomakkeen täyttäjä valitsee tilanteeseen sopivan tapahtumakuvauksen ja saa näin selville aggressioluokituksen. Lomakkeissa vaihtoehdot on yleensä annettu eri sivulla ja eri kohdassa kuin mihin aggressioluokitus merkitään. Aggressioluokituksen käytön yleisyys Suomen sairaanhoitopiireissä esitetään kuviossa 9.



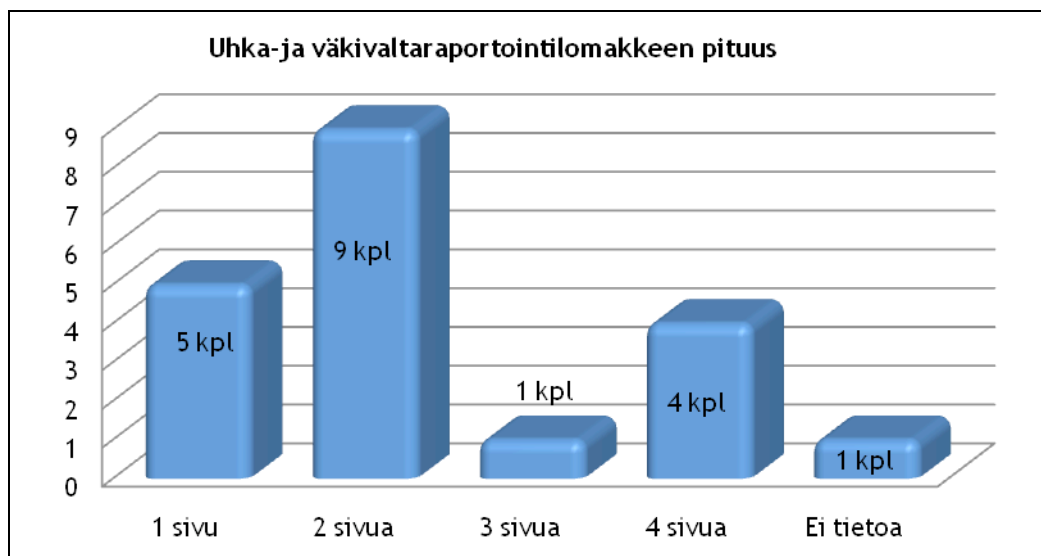
Kuvio 9: Aggressioluokituksen käytön yleisyys uhka- ja väkivaltatapahtumailmoituksessa Suomen sairaanhoitopiireissä (N=20)

Lomakkeista analysointiin, onko uhka- ja väkivaltatapahtumailmoituslomakkeissa ja järjestelmisiä täyttöohjeita, jotka helpottavat ja selkeyttävät vastaamista ja ilmoituksen tekemistä. Kymmenessä lomakkeessa oli ohjeita ja yhdeksässä lomakkeessa ei ollut lainkaan ohjeita helpottamassa täyttämistä. Yhdestä sairaanhoitopiiristä ei saatu vastausta selville, koska kyseinen sairaanhoitopiiri vain kuvasi vastauksessaan käytössä olevan lomakkeensa. Tulokset on esitetty kuviossa 10.



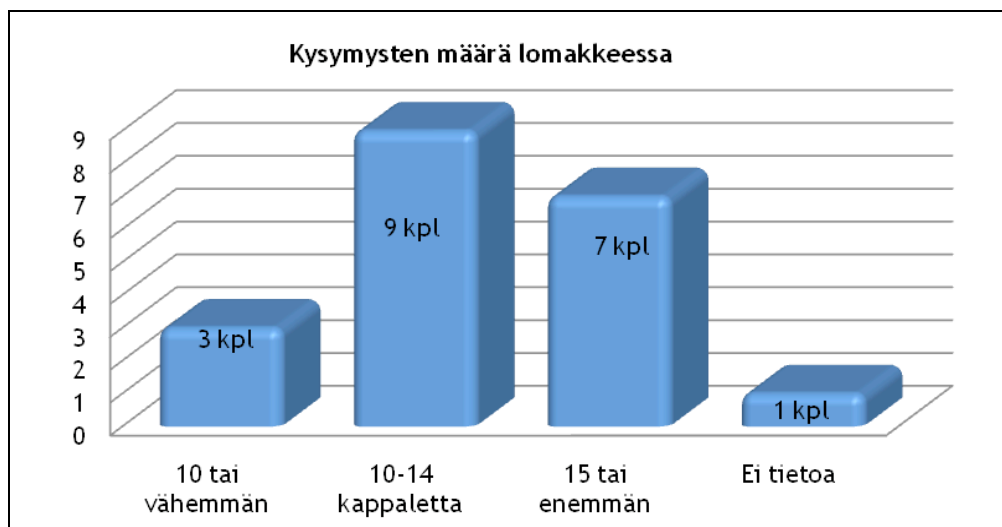
Kuvio 10: Täyttöohjeet nähtävissä lomaketta täytettäessä (N=20)

Sairaanhoidopiiriin käyttämien lomakkeiden pituus on esitetty kuviossa 11. Pisimmät lomakkeet olivat neljän (4) sivun mittaisia ja lyhyimmät yhden (1) sivun mittaisia. Keskimäärin lomakkeet olivat kaksisivuisia (2). Kahden (2) sivun mittaisia lomakkeita oli yhteensä yhdeksän (9) kappaletta.



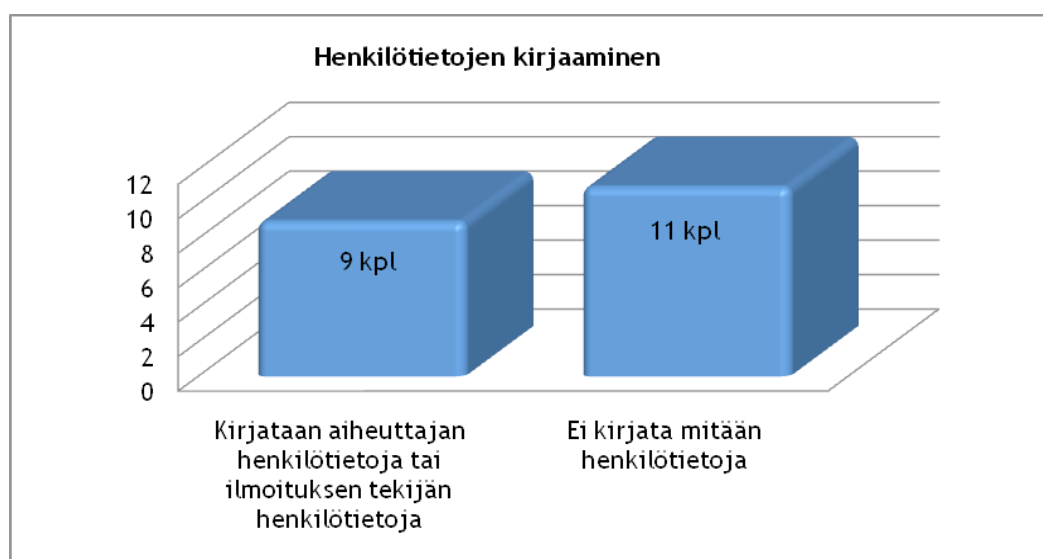
Kuvio 11: Uhka- ja väkivaltaraportointilomakkeen pituus (N=20)

Selvitimme kaikista uhka- ja väkivaltatapahtumailmoituksista lomakkeiden kysymysten yhteismäärän. Eniten kysymyksiä sisältävässä lomakkeessa oli kysymyksiä kaikkiaan 24 kappaletta ja vähiten kysymyksiä sisältävässä lomakkeessa oli kysymyksiä vain 8 kappaletta, joten erot ääripäiden kohdalla oli todella merkittävä. Keskimäärin lomakkeet sisälsivät 14 kysymystä. Lomakkeiden kysymysten määrä on esitetty kuviossa 12 jaoteltuna kolmeen ryhmään.



Kuvio 12: Kysymysten määrä uhka- ja väkivaltaraportointilomakkeissa (N=20)

Lomakkeiden analyysissä laskimme, kuinka monessa sairaanhoitopiirin lomakkeessa kirjataan uhka- ja väkivaltatilanteen aiheuttajan henkilötietoja tai lomakkeen täyttäjän henkilötietoja. Henkilötietojen kirjaamisella on vaikutusta täytykö tietojen ja lomakkeiden käsittelyssä ja tallentamisessa huomioida henkilörekisterilakia sekä lakia potilaan asemasta ja oikeuksista. Nämä lait luovat määräykset ja velvollisuudet lomakkeiden käsittelylle. Yhdeksässä (9) sairaanhoitopiirissä lomakkeeseen kirjataan tapahtuman aiheuttajan tai lomakkeen täyttäjän tietoja ja 11 lomakkeessa ei kirjata mitään henkilötietoja. Henkilötietojen kirjaamisen esiintyvyys lomakkeissa on esitetty kuviossa 13.



Kuvio 13: Henkilötietojen kirjaaminen uhka- ja väkivaltaraportointilomakkeissa (N=20)

4.3 Lomakkeiden analyysi ja vertailu

Sairaanhoitopiirien uhka- ja väkivaltatilannelomakkeita arvioidessa olemme kiinnittäneet huomiota Heikkilän (2005) laatimiin hyvän lomakkeen tunnuspiirteisiin, joiden mukaan olemme itse laatineet tutkimukseen liittyviä kysymyksiä ja alakysymyksiä, joihin haemme vastauksia analysoidessamme lomakkeita. Heikkilän (2005) mukaan hyvän lomakkeen tulee olla selkeä ja houkuttelevan näköinen, looginen ja selkeä. Lomake tulee olla sopivan pituinen ja samaa aihetta koskevat kysymykset on ryhmitelty kokonaisuuksiksi. Kysymysten tulee olla ymmärrettävissä ja yksiselitteisiä ja lomakkeen tulee mahdollistaa tulosten saaminen halutulla tavalla.

4.3.1 Tekstin asettelu ja loogisuus

	Hyvin aseteltu teksti	Huonosti aseteltu teksti
Tekstin asettelu ja loogisuus	<ul style="list-style-type: none"> • Kysymykset ja vastaukset etenevät loogisesti • Vastausohjeet nähtävissä täytön aikana • Selkeät otsikot jotka vastaavat kysymyksiä • Sopivan kokoinen ja miellyttävä fontti • Ei liikaa tekstiä • Rastitettavat laatikot tarpeeksi suuria • Helppolukuinen ja hyvin etenevä • Etukäteen testattu, jolloin saadaan tietoa esimerkiksi kysymysten ymmärrettävyydestä • Vastaa näkee täyttäessään lomakkeen pituuden jolloin osaa arvioida raportin teon keston • Lomakkeessa on varattu tarpeeksi tilaa vastauksille, kysymyksille ja ohjeille 	<ul style="list-style-type: none"> • Kysymykset ja vastausvaihtoehdot epäselviä ja etenevät epäloogisesti aihealueittain. Esimerkiksi lomakkeen täyttäjältä kysytään ”Poissaoloaika” • Vastausohjeet eivät ole nähtävissä täytettävässä kohdassa, tai ne puuttuvat • Otsikointi ei vastaa kysymyksiä • Liian pieni fontti • Liikaa tekstiä • Liian pienet rastitettavat laatikot • Vastaa ei tiedä miten lomake etenee ja kuinka pitkä se on, jolloin hän voi luopua raportin tekemisestä • Lomake on ahdas ja tekstiä on sullottu joka paikkaan

(Heikkilä 2005; Penttinen ja Schildt 2010.)

Analysoidut lomakkeet olivat koostumukseltaan strukturoituja, avoimia tai sekoitus strukturoituja ja avoimia kysymyksiä. Suurin osa (16/20) lomakkeista oli yhdistelmä strukturoituja ja avoimia kysymyksiä. Näiden lomakkeiden välillä oli paljon eroa missä suhteessa kysymykset olivat jaettu avoimiin ja strukturoituun kysymykseen. Kolmen (3) sairaanhoitopiirin lomakkeet olivat täysin avoimia. Nämä kaikki olivat käsin täytettäviä lomakkeita, joista kahdessa oli hyvin pieni tila johon vastaus annetaan. Tällöin ongelmana on, että teksti on vaikeaa saada sopimaan vastauskenttään. Ongelmia saattaa syntyä myös lomakkeen tilastointivaiheessa, koska tekstistä saattaa olla vaikeaa saada selvää. Yhden sairaanhoitopiirin lomake oli kokonaan strukturoitu. Kokonaan strukturoitulumake oli selkeä ja loogisesti etenevä, jonka takia lomake oli helpon ja nopean näköinen täyttää.

Täysin avoimet lomakkeet jättivät tapahtuman selvittämisen hyvin tulkinnanvaraiseksi ja vaikeasti tilastoitavaksi. Joissain sähköisissä lomakkeissa oli lopussa kohta raportin laatijan allekirjoitukseksi. Tästä voi vetää johtopäätöksen, että lomake joudutaan tulostamaan paperiseen muotoon ja

lähettämään kirjekuudessa, vaikka se alun perin olisi ollut sähköisessä muodossa, jolloin lomake olisi voitu lähettää sähköisesti suoraan käsittelijälle.

Hyvänä esimerkkinä erittäin selkeästä kysymyskenttien ryhmittelystä selkeiksi omiksi aihealueiksi olivat HaiPro- ja TURPO-järjestelmät. Järjestelmät etenivät hyvin loogisesti ja antoivat tapahtuman selvittämiseen monipuoliset vastausvaihtoehdot. TURPO-järjestelmässä kuitenkin haittapuolena on, ettei lomakkeen täyttäjällä tiedä kuinka pitkä lomake on, koska näkyvissä on vain yksi aihekokonaisuus kerrallaan. Vastattuaan koko aihekokonaisuuden pakollisesti vastattaviin kohtiin, pääsee raportin tekijä etenemään lomakkeessa eteenpäin. Lomakkeiden fonttikoko oli samaa luokkaa kaikissa lomakkeissa. Kaikissa lomakkeissa ja järjestelmissä teksti oli myös hyvin luettava. Lomakkeet sisälsivät suurimmaksi osaksi tarpeeksi vastaustilaa, paitsi avoimissa ”tilanteen/tapahtuman kuvaus”-kohdissa oli usein liian vähän tilaa tapahtumien tarkalle selvittämiseksi. HaiPro- ja TURPO-järjestelmät sisälsivät lomakkeisiin verrattuna enemmän tekstiä, vastausohjeiden vuoksi. Lomakkeiden ja järjestelmien otsikoinnit vastasivat hyvin kysymyksiä eivätkä kysymykset hyppineet epäloogisesti lomakkeiden sisällä.

4.3.2 Lomakkeen pituus

	Sopiva pituus	Liian lyhyt tai liian pitkä
Lomakkeen pituus	<ul style="list-style-type: none"> Ei liian lyhyt, eikä liian pitkä, jolloin vastaamiskynnys ei nouse liian korkeaksi Kuitenkin tarpeeksi tilaa vastusten antamiseen ja täyttämisohejiin Ei vie paljon aikaa vastaajalta Tilastointi helppoa 	<ul style="list-style-type: none"> Asian raportoiminen vajeata tai pintapuolista liian lyhyessä lomakkeessa Liian lyhyttä lomaketta ei oteta vakavissaan tai pidetään hyödyttömänä Liian pitkä lomake vie vastaajalta liikaa aikaa Liian pitkä tai lyhyt nostavat raportoimiskynnystä, koska raporttoimista ei pidetä mielekkäänä Tilastoiminen ja analysointi aikaa vievää, jos lomake on hyvin pitkä

(Heikkilä 2005; Penttinen ja Schildt 2010.)

Lomakkeiden pituus oli keskimäärin noin kaksi (2) sivua ja kysymyksiä yhtä lomaketta kohden oli keskimäärin 14 kappaletta. Vaihtelua lomakkeiden välillä oli kuitenkin paljon, sillä lyhyin lomake oli sivun mittainen ja se sisälsi vain kahdeksan (8) kysymystä. Pisimmässä lomakkeessa oli sivuja neljä (4) ja se sisälsi kysymyksiä yhteensä 24. Tällaista lomaketta voidaan pitää erittäin työlään ja aikaa vievänä täyttää, mikä varmasti laskee intoa ja halua täyttää lomake. Jos lomake sisältää

paljon avoimia kysymyksiä, lisää tämä oleellisesti vastausaikaa, vaikei lomakkeessa olisi edes paljoa itse kysymyksiä. Eräissä sähköisissä ja paperisissa lomakkeissa oli nähtävissä, että ne oli asteltu todella tiiviiksi ja näin saatu tiivistettyä lomake lyhyemmän näköiseksi. Monessa sähköisessä ja paperisessa lomakkeessa oli nähtävissä, että jos lomakkeeseen lisättäisiin selkeät täyttämisohteet, tulisi kahden sivun mittainen lomake pitenemään lähes kolmen sivun mittaiseksi. Ohjeiden lisääminen lomakkeisiin olisi myös haastavaa ohjeiden asettelun kannalta. Sähköisessä muodossa oleviin lomakkeisiin ohjeiden lisääminen olisi huomattavasti helpompaa, koska ohjeet voisi tehdä niin, että halutessaan lomakkeen täyttäjällä saisi ohjeet näkyviin, tai pois näkyvistä esimerkiksi hiiren painalluksella.

4.3.3 Kieliasu

	Hyvä kieliasu	Huono kieliasu
Kieliasu	<ul style="list-style-type: none"> Selkeyttää ja helpottaa vastaamista Selkeää ja ymmärrettävää kieltä Ei slangia tai sivistyssanoja Selkeitä sanoja ja lauseita kuvailemaan tapahtumia Ei jätä tulkinnanvaraa Esimerkki lomakkeesta jossa on omat strukturoidut vastausvalikot kaikissa seuraavissa tapahtumissa: paikalle kutsutut, toimenpiteet, osalliset ja heidän tilansa. 	<ul style="list-style-type: none"> Hidastaa ja vaikeuttaa vastaamista Huonoa kieltä, esimerkkeinä ”Osallistujat” kysyttäessä tapahtuman osallisia ja ”Tuliko” sairaaloma, jota käytettäneen puhekielessä ja ensiavun tarve ”Mikä” Slangia tai sivistyssanoja Huonoja ja epäselviä sanavalintoja, kuten ”Käytiin neuvottelu” ja ”Ei tehty mitään” Tulkinnanvaraisia sanoja tai lauseita, kuten ”kiinniottaminen” ja ”kiinni ottaminen”

(Heikkilä 2005; Penttinen ja Schildt 2010.)

Lomakkeiden kieliasu oli melko moitteeton eikä slangia tai sivistyssanoja käytetty yhdessäkään lomakkeessa. Esille kuitenkin tuli muutamia äidinkielellisiä vaikeita seikkoja, joita olisi syytä miettiä lomakkeita kehitettäessä. Yhdessä sairaanhoitopiirissä, jolla oli sekä sähköinen että paperinen uhka- ja väkivaltatapahtumaraportointilomake, oli sanamuodoissa ja selkeydessä huomiotavaa, että lomakkeessa oli annettu epämääräisiä strukturoituja vastausvaihtoehtoja. Tällaisia olivat esimerkiksi vastausvaihtoehdot ”käytiin neuvottelu” ja ”ei tehty mitään,” kun lomakkeessa oli kysytty keinoja väkivallan lopettamiseksi. Tällaisessa tilanteessa varmasti tehdään jotain, esimerkiksi poistutaan paikalta. ”Käytiin neuvottelu” vaihtoehdolla tarkoitetaan ilmeisesti, että tilanteesta on selvitty keskustelun ja puhumisen avulla, mutta ilmaisu on vastausvaihtoehdoksi

sopimaton. Samassa lomakkeessa oli myös huomioitavaa, että sanalliseksi väkivallaksi ei vastausvaihtoehdoissa määritetty ainoastaan uhkaus.

Yhdessä (1) paperisessa lomakkeessa oli epäselvänä ilmaisuna kohdat ”esimies” sekä ”työvaihe,” jotka ovat epäselkeitä, koska lomakkeen täyttäjällä ei välttämättä ymmärrä mitä tietoa näissä kohdissa halutaan saada. Kuvatun kaltaisissa kohdissa olisi selkeät täyttöohjeet erittäin tärkeitä. Ohjeiden avulla voitaisiin tarkentaa, mitä vastauksessa halutaan saada selville.

Kieliasusta oli huomioitavaa erään lomakkeen kohta ”tapaturman päivämäärä”, joka mielestämme on huono otsikko, jos lomakkeella halutaan raportoida seurantalomakkeen nimen mukaisesti uhka- ja väkivaltatilanteita, koska tilanteet harvoin aiheuttavat itse tapaturmaa. Lomakkeessa ei ollut muuta kohtaa jossa voitaisiin kirjata tapahtuma-aika. Yhden lomakkeen kieliasussa oli myös hieman kyseenalaista kohta ”tuliko sairauslomaa.” Tuliko-sanaa käytettäneen ensisijaisesti vain puhekielessä. Toinen puhekielenilmaisuksi sopiva esimerkki oli erään lomakkeen puhekielinen ilmaus ”Tuliko sairauslomaa”, mikä oli hieman outo sanavalinta selvittämään mahdollisen sairausloman tarvetta. Lisäksi puhuttaessa tilanteen osallisista oli yhdessä lomakkeessa sen tilalla käytetty sana ”Osallistujat”, mikä kuulostaa siltä kuin tapahtumaan olisi ilmoittauduttu etukäteen.

4.3.4 Saatavuus

	Hyvä saatavuus	Heikko saatavuus
Saatavuus	<ul style="list-style-type: none"> • Lisää raportoimishalukkuutta ja helpottaa raportin tekoa • Madaltaa raportoimiskynnystä • ”lomake sekä sähköisessä muodossa, että paperisena” 	<ul style="list-style-type: none"> • Nostaa raportoimiskynnystä • ”Lomake saatavissa ainoastaan työsuojeluvaltuutetulta” • Raportoiminen unohtuu helpommin

(Heikkilä 2005; Penttinen ja Schildt 2010.)

Lomakkeen saatavuuteen merkittävin vaikuttaja oli, missä muodossa sairaanhoitopiirin lomake on saatavilla. Sähköisissä järjestelmissä lomake on saatavilla vain tietoverkosta, johon kukin käyttäjä tarvitsee omat tunnukset, jollei työyksikössä ole olemassa vaihtoehtoisesti yhteistunnusta. Yleistä on, ettei lyhytaikaisilla sijaisilla, keikkatyöntekijöillä ja opiskelijoilla ole omia tunnuksia. Jotkut henkilöt voivat kokea sähköisen järjestelmän hankalaksi käyttää, jos omat ATK-taidot ovat heikot tai välttävät.

Suomen sairaanhoitopiireistä kuudessa (6) on käytössä sekä sähköinen että paperinen uhka- ja väkivaltaraportointilomake. Vastanneista neljä (4) sairaanhoitopiiriä ilmoitti, että sähköinen lomake on saatavana intranetistä. Kolme (3) sairaanhoitopiiriä ei ilmoittanut tarkemmin, mistä sähköinen lomake on saatavilla. Sähköisen lomakkeen lisäksi näiden sairaanhoitopiirien eri työyksiköissä on myös saatavilla paperinen lomake, jonka työntekijä voi vaihtoehtoisesti täyttää. Sairaanhoitopiirit eivät kuitenkaan ohjeista käyttämään sähköistä lomaketta ensisijaisesti, vaan tarjoavat kaksi eri vaihtoehtoa, jolla pyritään saamaan mahdollisimman korkea raportointiprosentti suhteissa sattuneisiin uhka- ja väkivaltatilanteisiin. Tällöin on kuitenkin huolehdittava, että paperisia lomaketta on aina saatavilla ja kaikki työyksikön henkilöt tietävät missä niitä säilytetään.

Paperista lomaketta käyttävissä sairaanhoitopiireissä lomakkeen saatavuus oli tehty hankalamaksi kuin muita raportointimenetelmiä käyttävissä sairaanhoitopiireissä. Kahdessa kolmesta paperista lomaketta käyttävässä sairaanhoitopiirissä lomake oli ensin tulostettava tietokoneelta ja tämän jälkeen täytettävä käsin. Erittäin hankalaksi oli lomakkeen saatavuuden tehnyt kolmas paperista lomaketta käyttävä sairaanhoitopiiri. Uhka- ja väkivaltatilanelomake oli ensin tilattava tai haettava työsuojeluvaltuutetulta, mikä varmasti nostaa kynnyksen lähteä tekemään ilmoitusta erittäin korkeaksi.

4.3.5 Vastausohjeet

	Selkeät vastausohjeet	Epäselvät vastausohjeet
Vastausohjeet	<ul style="list-style-type: none"> • Helpottavat vastaajaa raportoimisessa • Motivoivat vastaajaa täyttämään lomakkeen • Luotettavampia tuloksia • Esimerkiksi jatkotoimenpiteet ja tieto kenelle lomake lähetetään eteenpäin jatkokäsittelyyn, ovat hyvin oleellisia ohjeita jotka pitäisi olla selkeät joka lomakkeessa turvallisuuden kehittämisen kannalta 	<ul style="list-style-type: none"> • Vastaaja voi helposti luopua täyttämisestä, jos ei osaa täyttää lomaketta • Vastaaja kokee täyttämisen hyödyttömäksi • Tulosten luotettavuus kärsii jos vastaaja täyttää väärin, esimerkiksi ei tiedä rastitetaanko yksi vai useampi kohta

(Heikkilä 2005; Penttinen ja Schildt 2010.)

Yhtenäistä kaikille paperisille ja yhtä lukuun ottamatta sähköisille lomakkeille oli, ettei niissä ole annettu minkäänlaisia lomakkeen täyttöön liittyviä ohjeita. Ainoastaan sähköisissä järjestelmissä oli vastausohjeita annettuna itse raportointilomakkeessa. Ohjeiden puuttuessa ongelmallista on,

ettei lomakkeen täyttäjällä tiedä muun muassa strukturoiduissa vastausvaihtoehdoissa tuleeko hänen valita vain yksi tai useampi vaihtoehto annetuista vastausvaihtoehdoista. Tämä on ongelmallista myös sikäli, että se tekee lomakkeen analysoinnin ja tilastoinnin haasteelliseksi ja voi vääristää tuloksia. Ohjeitten puuttuminen nostaa myös raportointikynnystä. Avoimissa kysymyksissä lomakkeen täyttäjällä voi tulkita ja ymmärtää kysymyksen toisin kuin mitä lomakkeen laatija on kysymyksellä ja sen vastauksella ajatellut saada. Ohjeiden puuttuessa itse lomakkeesta on perehdytysvaiheessa lomakkeen tarkka lävitse käyminen ja ohjeistaminen erittäin tärkeää. HaiPro- ja TURPO-järjestelmissä, sekä yhdessä sähköisessä muodossa olevassa lomakkeessa oli annettu selkeät ohjeet täyttämistä varten. Ohjeet olivat nähtävissä lomakkeen reunassa kunkin kysymyksen kohdalla tai ne sai näkyviin kysymyskohdassa halutessaan hiiren painalluksella.

Aggressioluokitusta käyttävien sairaanhoitopiirien lomakkeissa on täyttäjän kannalta ongelmallista, ettei lomakkeen täyttäjällä suoraan pysty tietämään, mihin annetuista luokista hänen kokemaansa/kohtaamansa tilanne kuuluu. Lomaketta täytettäessä on hankalaa etsiä toisaalta lomakkeesta tilannekuvauksia, joiden mukaan lomakkeen täyttäjällä merkitsee tapahtuman johonkin annetuista aggressioluokituksista. Lomakkeen tekijällä on myös haasteellista luoda tarpeeksi kattava lista erilaisista tilannekuvauksista, joista lomakkeen täyttäjällä voi valita ja määrittää aggressioluokituksen. Yhdessä analysoimassamme lomakkeessa oli annettu 49 erilaista tilannekuvausta. Näin suuresta joukosta ja pitkästä listasta on täyttäjän vaikeaa valita oikea vaihtoehto. Aggressioluokituksen sisältävissä lomakkeissa vain yhdessä ohjeistettiin, voiko luokista valita yhden vai useamman vaihtoehdon. Lopuissa aggressioluokituksen sisältävissä lomakkeissa ei ilmoitettu, valitaanko vain yksi vaihtoehto vai voiko valita useamman vaihtoehdon. Tyypillistä uhka- ja väkivaltilanteessa on, että tilanne saattaa alkaa sanallisesta uhkasta ja kärjistyä fyysiseksi uhkatilanteeksi. Tällöin on luonnollista, että lomakkeen täyttäjällä valitsee useamman kuin yhden vaihtoehdon. Valittaessa useampi vaihtoehto antaa tämä haasteen lomakkeiden analysoijalle ja tilastojalle, koska tällöin tapahtumien määrästä ei saada todenmukaista kuvaa. Lomakkeissa olisikin selkeästi ilmoitettava valitseeko vastaaja vastauskenttään kaikki tilanteeseen sopivat vaihtoehdot vai vain vakavimman vaihtoehdon. Yhdessä aggressioluokituksen sisältävässä lomakkeessa käytettiin nelikohtaista aggressioluokitusta, kuitenkin lomakkeesta ei löytynyt minkäänlaista tarkennusta, millainen ja minkä muotoinen väkivalta kuuluu mihinkin luokkaan. Tämä heikentää tilastointitarkkuutta, koska ihmiset kokevat väkivallan yksilöllisesti.

Osassa lomakkeissa ei ilmoitettu selkeästi tai ei ollenkaan kenelle tapahtumaraportti lähtee käsiteltäväksi. Osassa oli selkeästi ilmoitettu, mihin kaikkialle lomake lähtee jatkokäsittelyyn. Lomakkeella pystyi ilmoittamaan, jos halusi esimerkiksi työterveyshuollon tai työsuojeluvaltuutetun ottavan yhteyttä. Lisäksi jossain lomakkeissa oli selkeästi ilmoitettu työsuojelun, työterveyshuol-

lon ja turvallisuushenkilökunnan yhteystiedot, jolloin uhka- tai väkivaltatilanteeseen joutunut voi helposti itse ottaa yhteyttä tahoihin joihin sen katsoo olevan mielestään tarpeellista.

4.3.6 Kysymykset

	Hyvät kysymykset	Kehittämistä vaativat kysymykset
Kysymykset	<ul style="list-style-type: none"> • Helpottavat ja motivoivat vastaajaa täyttämään lomakkeen • Saadaan luotettavia tuloksia ja enemmän ilmoituksia • Parannetaan työyksikön-, henkilökunnan ja potilaiden turvallisuutta • Hyvin perusteltuja, eli saadaan tietoa juuri siitä asiasta, mistä ollaan haluttu • Mahdollisimman tarkka ja monipuolinen kuvaus tapahtumista (aika, paikka, työvuoro, olosuhteet, väkivallan laatu, osalliset ja heidän tila ja sukupuoli, tapahtuman kulku ja jatkokoimenpiteet ja jälkihoito. • ”Hyvillä kysymyksillä saadaan hyviä vastauksia” • Helppo analysoida • Ei jätä tulkinnanvaraa 	<ul style="list-style-type: none"> • Ei tuota tarpeeksi tietoa • Tieto tapahtumasta ei johda jatkokoimenpiteisiin • vastaaja voi luopua lomakkeen täyttämisestä • Epäluotettavia tuloksia • Ei löydetä keinoja parantamaan työyksikön-, henkilökunnan ja potilaiden turvallisuutta • Analysoiminen vaikeaa • Kysyjä ja vastaaja voivat tulkita erilailla kysymyksiä, jolloin saadaan epäluotettavia tuloksia • Tulkinnanvaraisia kysymyksiä • Ei noudata etiikkaa, eli rikotaan esimerkiksi lakia potilaan asemasta ja oikeuksista, sekä henkilötietolakia. Esimerkkinä erään lomakkeen kohta ”Potilaan tai muun henkilön allekirjoitus”

(Heikkilä 2005; Penttinen ja Schildt 2010.)

Lomakkeiden kysymyksien tarkkuus ja selkeys sekä ymmärrettävyys oli vaihtelevaa. Joissain lomakkeissa havaitsimme epäselkeitä kysymyksiä, kuten eräässä lomakkeessa on lisätty ”paikalle kutsutun avun tarve”- kysymyskohtaan jostain syystä myös vastausvaihtoehto ”Ilmoitettu lähiesimiehelle”. Samassa lomakkeessa kysymyskohdassa ”aiheutetut vahingot” sisälsi mielestämme vajavaiset vastausvaihtoehdot, koska valittavana olivat vain vastausvaihtoehdot: ”Henkilövahingot” ja ”Omaisuusvahingot”. Syytä olisi olla myös vastausvaihtoehto ”tilanteesta ei aiheutunut vahinkoa”. Lomakkeessa oli hyvänä puolena huomioitavaa, että väkivallan tai uhkailun kohde kysymyksessä sekä tekijä että kohde voitiin kirjata sukupuolen mukaan.

Suurimmassa osassa lomakkeista kysyttiin tarkasti työyksikkö, tapahtumapaikka ja tapahtuma-aika. Yhdessä lomakkeista, jossa tapahtuma-aikaa ei kysytty tarkasti, kysyttiin ainoastaan päiväys. Vaikka lähes kaikissa lomakkeissa tapahtuma-aika ilmoitetaan tarkasti, vain yhden sairaanhoi-

topiirin lomakkeessa kysyttiin strukturoitujen vaihtoehtojen avulla, oliko tapahtumahetkellä kyseessä ollut päivä- vai vuorotyö, sekä jos kyseessä oli ollut vuorotyö niin mikä vuoro on tällöin ollut kyseessä (aamuvuoro/iltavuoro/yövuoro). Tämä helpottaa uhka - ja väkivaltatilanteiden tilastoimista ja seurantaa, jos edellä mainittua mallia vertaa siihen, että lomakkeessa ilmoitetaan ainoastaan päivämäärä ja kellonaika tarkasti. Tämä mahdollistaa seurannan ja tilastoinnin avulla selvittämään muun muassa onko vuorotyössä riskialttiimpaa työskennellä kuin vuorotyössä.

Löysimme tutkimuksessamme myös muutamia lomakkeita, joissa kysytään uhan/väkivallan aiheuttajan henkilötietoja. Tällöin tulee tarkasti selvittää juridiset velvoitteet lomakkeiden käsittelylle ja säilyttämiselle.

Yhdessä (1) sähköisen ja paperisen lomakkeen raportointimahdollisuuden antavan sairaanhoitopiirin lomakkeessa kysyttiin ainoana sairaanhoitopiirinä Suomessa potilasmäärä sekä henkilökuntamäärä työyksikössä tapahtumahetkellä. Potilasmäärän ja henkilökuntamäärän ilmoittamisella, kartoittamisella ja tilastoimisella saadaan tietoa, onko työyksikön henkilöstömäärä riittävä ja onko sillä minkälainen vaikutus työturvallisuuteen. Tällöin mahdollisen henkilökunnan lisäämisen tarpeellisuuden perustelemisen on helpompaa. Yhdessäkään lomakkeessa ei kuitenkaan voinut ilmoittaa tarkemmin henkilökunnan rakennetta tapahtumahetkellä. Ilmoittamalla hoitohenkilökunnan ammattitaustarakenne ja kuinka paljon on ollut nais- ja miespuolista henkilökuntaa saadaan tilastoimalla selville mahdollisen henkilöstörakenteen vaikuttavuudesta uhka- ja väkivaltatilanteiden esiintyvyyteen.

5 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

5.1 Suomen sairaanhoitopiirien uhka- ja väkivaltatilanneraportointi

Tässä osiossa pohdimme tutkimustuloksia, joita olemme saaneet kuvatessamme Suomen sairaanhoitopiirien uhka- ja väkivaltaraportointilomakkeita ja sähköisiä kirjaamis- ja raportoimisjärjestelmiä. Manner-Suomen kaikissa sairaanhoitopiireissä (N=20) on käytössä jonkinlainen raportointimenetelmä uhka- ja väkivaltatilanteiden kirjaamista ja raportoimista varten. Tutkimustulosten perusteella voidaan todeta, että sairaanhoitopiirien käytänteissä uhka- ja väkivaltatapahtumien raportoimisessa ja kirjaamisessa löytyy paljon eroavaisuuksia eivätkä kirjaamiskäytänteet ole valtakunnallisesti yhtenäiset. Useassa sairaanhoitopiirissä on enemmän kuin yksi raportointitapa. Uhka- ja väkivaltaraportoinnin saamiseksi yhtenäiseksi koko Suomessa on vielä paljon tehtävää.

Hoitohenkilökunnan uhka- ja väkivaltatilanteiden raportointiin on Suomen sairaanhoitopiireissä kolme erilaista menetelmää. Yhtenä menetelmänä ovat käytössä olevat ohjelmistotuottajan kehittämät sähköiset järjestelmät, joita on kaksi erilaista (TURPO ja HaiPro). Näitä kahta (2) järjestelmää käyttää kymmenen (10) Suomen sairaanhoitopiireistä (N=20). Toinen käytössä oleva menetelmä uhka- ja väkivaltatilanteiden ilmoittamiseen on sähköinen lomake ja kolmantena keinona on paperinen uhka- ja väkivaltaraportointilomake. Sairaanhoitopiireistä seitsemän (7) tarjoaa mahdollisuuden käyttää joko sähköistä tai paperista lomaketta. Vain kolmessa (3) sairaanhoitopiirissä ei ole käytössä lainkaan sähköistä raportointi mahdollisuutta ja raportoiminen onnistuu vain paperista lomaketta käyttäen. Yhdessä (1) sairaanhoitopiirissä raportointi on mahdollista vain oman sähköisen lomakkeen avulla.

Uhka- ja väkivaltatilanneraportointia hankaloittaa erityisesti, että sairaanhoitopiireissä käytetään monesti useampaa kuin yhtä raportointimenetelmää. Hyvänä esimerkkinä toimivat HaiProa käyttävät sairaanhoitopiirit. HaiProa käyttää Suomen sairaanhoitopiireistä seitsemän (7). Kuudessa (6) näistä on HaiPron rinnalla käytössä jokin toinenkin raportointimenetelmä. Kolmessa näistä kuudesta sairaanhoitopiiristä on käytössä lisäksi sähköinen lomake, yhdessä paperinen lomake ja kahdessa HaiPron rinnalla on sekä paperinen että sähköinen lomake. Yleinen syy, miksi HaiProa käyttävissä sairaanhoitopiireissä oli käytössä toinenkin raportointikeino, oli, että HaiPro-ohjelmisto oli uusi tai vasta kehitysvaiheessa. Sairaanhoitopiireissä tulisi miettiä tarkkaan, missä vaiheessa uusi järjestelmä otetaan käyttöön sekä ennen käyttöönottoa huolehtia riittävästä testikäytöstä. Järjestelmää käytännössä testaavan tahon tulisi olla itse järjestelmää käyttävä taho. Jos uusi järjestelmä ei ole käyttöön otettaessa selkeä ja toimiva käyttäjän kannalta, on todennäköistä, että tällöin uuden järjestelmän käyttöaste on alhainen, koska käyttäjät kokevat mielek-

käämmäksi käyttää vanhoja, heidän mielestään selkeämpiä, menetelmiä. Lomakkeissa oli yleisesti selkeästi nähtävillä, ettei lomakkeista oltu juurikaan tai ollenkaan testattu lomakkeita käytännössä käytävällä taholla - hoitohenkilökunnalla. Järjestelmän käyttöönotossa tulisi tarkkaan pohdita otetaanko se käyttöön täysin toimivana ja testattuna, jolloin käyttöön oton yhteydessä vanhat tavat raportoida voitaisiin lakkauttaa. TURPO-järjestelmää käyttävien kolmen sairaanhoitopiirin alueella käytössä on vain TURPO turvallisuuden poikkeamaraportointijärjestelmä eikä sen rinnalla ole ylläpidetty muita vaihtoehtoisia tapoja raportoida.

Samalla järjestelmällä tai ohjelmistolla ilmoitettaessa muutakin kuin vain uhka- ja väkivaltatilanteista tulee selvittää ja testata, että eri ohjelman osiot ovat selkeitä omia kokonaisuuksia ja osioita. Eri ohjelman osioiden tulee olla selkeästi ja helposti toisistaan erotettavat. Jos samalla järjestelmällä ilmoitetaan esimerkiksi potilasturvallisuutta vaarantaneista tapahtumista kuten lääkeyksessä tapahtuneista virheistä, voi käyttäjälle olla hankalaa muistaa ja yhdistää, että saman ohjelman tai järjestelmän avulla ilmoitetaan myös itseen tai muihin kohdistuneet uhka- ja väkivaltatilanteet.

Järjestelmiä käyttöönotettaessa ja raportointilomakkeita kehittäessä tulee ottaa huomioon, että raportointitavan tulee olla pitkäikäinen, jotta saadaan luotua ja kehitettyä turvallisuuskulttuuria siten, että hoitohenkilökunta ilmoittaa uhka- ja väkivaltatilanteita herkemmin. Uhka- ja väkivaltatapahtumien kehitystyöhön tulisi käyttää aikaa ja resursseja niin paljon, että kun uusi raportointimenetelmä julkaistaan, sen tulee olla kerralla toimiva ja käyttäjien mielestä yksinkertainen ja helppokäyttöinen.

Kaikissa sairaanhoitopiireissä, joissa käytössä on sähköinen järjestelmä tai sähköinen lomake, tulisi miettiä, miten voidaan mahdollistaa, että kaikkien olisi mahdollista täyttää uhka- ja väkivaltatapahtumailmoitus aina, jos siihen on aihetta. Sähköisissä järjestelmissä ja lomakkeissa on ongelmana, että lyhytaikaiset sijaiset ja opiskelijat, joilla ei ole omia tunnuksia järjestelmiin, eivät välttämättä voi tämän takia täyttää ilmoitusta. Omien tunnuksien puuttuminen ainakin hankaloittaa ilmoittamista ja raportoimista. Oikeana tai hyväksyttävänä tapana ei voida pitää, että työyksikön toinen henkilö avaa tunnuksillaan tietojärjestelmän toiselle osapuolelle. Tämän myös sairaanhoitopiirien tietoturvamääräykset kieltävät. Jokaisen tulisi saada ilmoittaa itsenäisesti tilanteesta, jonka on kokenut uhkaavaksi. Voidaan myös olettaa, että uusi työntekijä saattaa ajatella muiden työyksikön henkilöiden pitävän häntä jotenkin ”herkempänä” tai sopimattomana työympäristöön, jos hän haluaa ilmoittaa jostain lievemmästä tilanteesta, jota kaikki eivät välttämättä pitäisi tapahtumailmoituksen täyttämistä ylittävänä tekijänä. On muistettava, että jokainen henkilö kokee uhka- ja väkivaltatilanteen yksilöllisesti. Käytännöllistä olisi, että olisi käytössä yhteis-

tunnus, jonka avulla kaikki jotka eivät omaa omia tunnuksia, voisivat itsenäisesti kirjautua täyttämään uhka- ja väkivaltailmoitusta.

Sähköisissä järjestelmissä (HaiPro ja TURPO), jotka Suomessa on käytössä, on ominaisuus jonka avulla kaikki tietoverkkoa käyttävät pystyvät näkemään millaisia uhka- ja väkivaltatapahtumia on tapahtunut. Tällä asialla on niin hyvät kuin huonot puolensa. On hyvä asia, että saadaan turvallisuuteen liittyvää informaatiota ja koko yksikössä tapahtuvia uhka- ja vaaratilanteita kaikkien tietoon, mutta toisena puolena on, että koska ilmoitukset ovat kaikkien nähtävissä, voi tämä myös monen kohdalla nostaa raportointikynnystä. Tulisikin tarkasti miettiä, mitä tietoa ilmoituksesta julkaistaan yleisesti henkilöstön nähtäväksi ja mitä ei. Pelkän ajankohdan, paikan ja väkivallan muodon ja vakavuuden ilmoittaminen voisi esimerkiksi olla riittävää, kun taas avoimesti kuvatun tapahtuma kuvauksen voisi jättää pois julkaistavasta tiedosta. Lomakkeiden tulisi olla luottamuksellisia eikä henkilökohtaisia tietoja tulisi julkaista julkisesti. Tällainen vaara kuitenkin on jos tapahtumatilanne-kuvaus julkaistaan julkisesti, koska tapahtumakuvauksesta saatetaan pystyä yhdistämään tapahtumat tiettyihin henkilöihin, vaikkei varsinaisia henkilötietoja annettaisikaan.

Osa tutkimuksessa analysoiduista lomakkeista olivat huonosti suunniteltuja sekä aikaa vieviä täyttää. Osa lomakkeista sisälsi huonoa kieltä ja tulkinnanvaraisia sanoja tai lauseita, kuten ”Kiinni ottaminen” vai ”Kiinniottaminen”. Lomakkeissa oli puutteita vastaamisohjeissa tai ne puuttuivat kokonaan, jolloin lomake voidaan täyttää väärin, mikä vääristää tuloksia. Huonoissa lomakkeissa oli pääsääntöisesti avoimia kysymyksiä ilman vastausvaihtoehtoja, jolloin raportista voi helposti tulla epälooginen, vaikeasti tulkittava ja analysoitava eikä tapahtumasta saada tarpeeksi tietoa. Muutamissa lomakkeissa kirjattiin myös potilaan henkilötietoja, jolloin on vaarana että rikotaan henkilötietolakia. Huomioitavaa oli myös, että kaikissa lomakkeissa ei voinut eritellä väkivaltaa myös sanalliseksi. Lomakkeista huomasi, että kaikissa sairaanhoitopiireissä ei ole panostettu uhka- ja väkivaltatilanteiden kirjaamisen ja raportoinnin kehittämiseen niin paljon kuin olisi tarvetta. Lomakkeiden sisältö vaihteli pitkistä ja yksityiskohtaisista strukturoiduista lomakkeista, lyhyisiin vain pääpiirteittäin asioita selventäviin avoimiin lomakkeisiin. Suurimmassa osassa lomake oli kuitenkin toimiva täyttäen hyvän lomakkeen perusvaatimukset.

5.2 Yhteenveto hyvän lomakkeen piirteistä

Hyvä lomake on hyvin rajattu ja perusteltu, loogisesti etenevä, ymmärrettävä ja sisältää yksiselitteiset vastaushjeet. Hyvässä lomakkeessa kysytään vain yhtä asiaa kerrallaan, eikä lomake saa olla liian aikaa vievä tai vaikea täyttää. On myös tärkeää että lomake saa vastaajan tuntemaan vastaamisen tärkeäksi ja hyödylliseksi. Hyvä ja tarkka kirjaaminen auttavat saamaan luotettavia

tilastoja uhka- ja väkivaltatilanteista työyksikössä. Tapahtumaan johtaneiden syiden selvittämissä olisi oleellista antaa mahdollisimman tarkka ja monipuolinen kuvaus tapahtumista. Hyvän lomakkeen sisältö koostuu siten että lomakkeessa kirjataan tapahtuman aika ja paikka, sekä ilmoitetaan työvuoro ja oliko tapahtumahetkellä työpaikalla normaali määrä työntekijöitä, ja mikä määrä oli sekä kuinka paljon työyksikössä on ollut potilaita. Sen jälkeen on tärkeää selvittää työyksikössä tapahtumahetkellä vallinneet olosuhteet, väkivallan laatu, tapahtuman osalliset ja heidän tilansa ja sukupuolensa, tapahtumien kulku, lisäavun tarve ja jatkotoimenpiteet, sekä jälkihoito. Hyvä lomake on myös helposti saatavilla ja työntekijöiden tiedossa, jolloin raporttoimiskynskin varmasti pysyy matalampana. Lomake voi olla esimerkiksi täytettävissä paperisena versiona tai vaihtoehtoisesti sähköisesti verkossa, jolloin ilmoituksen tekijä voi valita haluamansa raporttoimistavan.

Tuloksia analysoimalla saadaan tilastoinnin kannalta tärkeää tietoa työn luonteesta suhteessa tapahtumien esiintyvyyteen työyksikössä. Tapahtuman kulun ja tapahtumaolosuhteiden selvittämisen tarkalla raporttoimisella saadaan myös tietoa käytössä olevien turvallisuusohjeiden toimivuudesta ja siitä, miten niiden noudattaminen toteutuu ja olisiko tarvetta lisäkoulutukseen tai lisätyövoiman hankkimiseen. Analysoimalla tuloksia saadaan myös tietoa turvallisuuspalvelujen tarpeesta ja tilojen turvallisuudesta niin potilaiden kuin henkilökunnankin kannalta.

Tutkimuksessamme löysimme paljon hyviä asioita lomakkeiden sisällöstä, jotka tulisi huomioida toimivaa raportointilomaketta rakennettaessa. Yhdessä lomakkeessa kerrottiin kenen pitäisi lomake ensisijaisesti täyttää, joka selkeyttää ja motivoi hyvin raportin tekijää, jos hän pohtii ilmoituksen teon tarpeellisuutta. Lomakkeessa oli myös toimenpiteille ja paikalle kutsutuille avuille on valikkonsa, mikä selkeyttää lomakkeen analysoimista ja antaa tietoa turvallisuuspalvelujen tarpeellisuudesta työyksikössä. Lomakkeeseen sisältyi myös seurantaraportti mahdollista jälkikäsitelyä varten, jossa on esimiehen, työsuojelun, työterveyshuollon että turvallisuushenkilöstön merkintöjä varten kohtansa. Tämä selkeyttää ja helpottaa raporttoimista ja tulosten analysoimista paljon, koska kaikki tiedot tulevat samalle lomakkeelle. Useassa lomakkeessa aika ja paikka oli kirjattu tarkasti siten että tapahtuman tarkka alku ja loppu kirjattiin valmiisiin kenttiin.

Sähköisissä kirjaamisjärjestelmissä oli hyvät ja selkeät ohjeet lomakkeen täyttäjälle, joita oli helppo lukea täytön aikana. Tämä luo edun paperisiin lomakkeisiin nähden, koska sähköisiin lomakkeisiin mahtuu ohjeet paremmin, koska ne voi halutessaan avata hiiren painalluksella. Yhdessä lomakkeessa ilmoitettiin myös yksikön potilasmäärä, sekä henkilökuntamäärä, jonka avulla voidaan tutkia onko henkilökuntaa riittävästi ja onko tapahtumahetkellä ollut mahdollisesti normaalia enemmän potilaita yksikössä, mikä voisi vaikuttaa tapahtuman syntyyn.

Eräissä lomakkeissa Väkivallan ja uhkailun kohde määriteltiin vaihtoehdoilla ”*nainen tai mies*” sukupuolen mukaan, mikä antaa tietoa uhka- ja väkivaltatilanteiden jakautumisesta sukupuolen mukaan työyksikössä. Samalla saadaan tietää mahdollisesta tarpeesta lisätä miespuolisia työntekijöitä varsinkin yöaikaan, jos esimerkiksi ilmenee että kohde on usein tai aina nainen. Olisi myös tärkeää että lomakkeilla voitaisiin ilmoittaa onko rikosilmoitus tehty tai aiotaanko ilmoitus tehdä ja, onko jälkihoidolle tarvetta.

5.3 Sähköisyys vs. paperisuus

Sähköisten järjestelmien (10) lisäksi kuudessa (6) sairaanhoitopiirissä oli sähköinen lomake. Sähköisten lomakkeiden lähettäminen on nopeampaa verrattuna paperiseen sekä se voidaan helposti lähettää useammalle taholle kerrallaan. Lisäksi tietoturvallisuuden kannalta voidaan sähköistä lomaketta pitää turvallisempuna vaihtoehtona. Etenkin jos sähköinen lomake on valmiiksi ohjelmoitu lähtemään oikeille tahoille vain ”lähetä painiketta” painamalla. Paperisessa versiossa ongelma voi olla, ettei lomakkeessa ilmoiteta selkeästi, kenelle lomake tulee lähettää ja näin lomake päätyy väärälle henkilölle ja voi tämän vuoksi olla päätyttä ollenkaan jatkokäsittelyyn. Sähköisistä lomakkeista neljässä (4) oli kohta allekirjoitukselle. Tämä tarkoittaa, että lomakkeen täyttäjää joutuu tulostamaan lomakkeen kirjoittaakseen allekirjoituksen. Tällöin menetetään sähköisen lomakkeen antama etu suhteessa paperiseen lomakkeeseen eikä lomaketta voida lähettää suoraan sähköisenä jatkokäsittelyyn, vaikka ilman allekirjoitusta lomake voitaisiin muuten lähettää sähköisesti.

Yhdessä sähköisessä lomakkeessa oli mahdollisuus yksinkertaisesti liittää uhka- ja väkivaltaraporttiin mukaan linkkejä työtaturmailmoitukseen, veritaturmailmoitukseen, vakuutustodistukseen sekä lääkälaitoksen vaaratilanneilmoitukseen. Tämä selkeyttää ja helpottaa kirjaamista, jolloin kaikki tarvittava materiaali löytyy samasta paikasta.

Sähköisiä järjestelmiä ja niiden tarjoamia etuja arvioitaessa tulee ottaa huomioon järjestelmän käytettävyys, käsiteltävyys. Paloniemen (2008) mukaan terveydenhuollon työntekijät pitävät toisinaan tietojärjestelmien käyttöä aikaa vievempänä kuin perinteisten paperilomakkeiden käsitteilyä. Lisäksi terveydenhuollossa koetaan tietojärjestelmien olevan kovin ongelmallisia käyttää, koska tietojärjestelmiä kehittäville ohjelmistotuotannon ammattilaisilla ja järjestelmiä käyttävillä ole yhteistä kieltä. Tämän vuoksi terveydenhuollon ammattilaiset eli järjestelmien käyttäjät, kokevat, ettei heidän tarpeitaan huomioida riittävästi tietojärjestelmiä kehitettäessä. Edellä mainitun kaltaiset asiat osaltaan aiheuttavat, että paperiset lomakkeet koetaan käyttäjien kes-

ken toimivimpana ja helpompana ratkaisuna raportoimisessa ja kirjaamisessa. Tämän vuoksi järjestelmien kehitystyössä ja testaamisessa tulisi entistä enemmän huomioida itse käyttäjäryhmän mielipiteitä. Tällöin voidaan parhaalla mahdollisella tavalla saada sähköisen järjestelmän antamat edut hyödynnettyä.

Uhka- ja väkivaltatilanteiden kirjaamista ja raportoimista sähköisissä järjestelmissä ja intranetissä hankaloittaa se, että päästäkseen työyksikön tietoverkkoon tai tietojärjestelmään, työntekijällä pitää olla niihin omat tunnukset. Tämä hankaloittaa tapahtumien kirjaamista ja raportoimista ja nostaa kynnyistä tehdä ilmoituksia ja vääristaa tilastoja, koska tällöin on todennäköistä, ettei henkilö joka ei omaa omia tunnuksia täytä raportointilomaketta laisinkaan.

Sähköisen järjestelmän etuna on, että niihin saa helpommin ja selkeämmin luotua selkeät ohjeistukset lomakkeen täyttöä varten. Järjestelmä pystyy helposti ilmaisemaan, mitkä tiedot ovat pakollisia täyttää. Lomakkeen vajavaisena lähettäminen voidaan myös sähköisen järjestelmän avulla estää. Tällä varmistetaan myös tuloksien oikeellisuus osaltaan, ettei tilastoinnissa esiinny puuttuvia vastauksia.

Paperisissa lomakkeissa etuna on sähköisiin nähden, että kaikilla on mahdollisuus täyttää paperinen lomake eikä se lomakkeen täyttäminen jää kiinni siitä, ettei henkilö omista tunnuksia sähköiseen järjestelmään.

Paperisten lomakkeiden avoimien kysymyksien tulkinta ja tilastointi on myös hankalaa ja aikaa vievää sekä tilastoinnissa voi esiintyä virheellisyttä johtuen epäselvästä ja hankalasti tulkittavasta käsialasta. Myös kirjoitetun tekstin sisällön tulkinnassa voi lomakkeen tilastoija ja käsittelijä ymmärtää asian toisin kuin lomakkeen täyttäjä on asian tarkoittanut. Tämä ongelma on kuitenkin niin sähköisessä kuin paperisen lomakkeen avoimissa kysymyksissä.

5.4 Tilastoitavuus

Lomakkeiden tilastoitavuutta analysoidessa esille nousi, että lomakkeiden tulisi olla mahdollisimman pitkälle strukturoituja lomakkeita. Strukturoitujen kysymyksien tulisi olla ennakolta hyvin aseteltuja ja niiden vastausvaihtoehtojen tulee olla riittävän laajat ja selkeät, joista vastaajan on helppoa valita sopiva vaihtoehto annettuun kysymykseen. Vaihtoehtojen määrä tulee olla sopiva eikä vaihtoehtoja tule antaa liikaa, jolloin oikean löytäminen on hankalaa. Tästä hyvänä esimerkkinä oli yhden lomakkeen 49 vastausvaihtoehtoa yhteen kysymykseen. Myöskään vaihtoehtoja ei saa olla liian suppeasti ja vähän, sillä tällöin voi käydä niin, ettei vastaaja vastaa ollen-

kaan kysymykseen, jos vaihtoehtoista ei löydy sopivaa vaihtoehtoa. Ennakolta on myös ohjeistettava, kuinka monta vastausvaihtoehtoa voidaan antaa vai onko mahdollista valita vain yksi vaihtoehto. Jos yhdessä vastauskohdassa voi valita useamman kuin yhden vaihtoehdon, tulee tällöin ottaa huomioon mahdollinen haaste tilastoitavuudelle.

Avoimet kentät tulisi karsia mahdollisuuksien mukaan pois lomakkeista. Kuitenkin kahden (2) sairaanhoitopiirin lomakkeet olivat täysin avoimia. Tällöin lomakkeiden tilastointi on erittäin ongelmallista ja työlästä. Tilastoitavat tiedot tulee kerätä lomakkeen täyttäjän kirjoittaman tekstin seasta ja vastauksiin ei välttämättä saada kaikkea tietoa jota tilastoimiseen tarvittaisiin. Käsin avoimiin kysymyksiin vastatessa saattaa tilastointi vaiheessa esiintyä ongelmia tulkita ja saada selvää käsialasta.

Sähköisessä muodossa olevien lomakkeiden tilastointi on myös nopeampaa ja mikäli lomake saadaan suoraan tilastoitua ilman välikäsitteilyä, ei virheitä synny tuloksia tilastoitaessa. Sairaanhoitopiirien sähköisissä järjestelmissä HaiProssa ja TURPOssa ja yhden (1) sairaanhoitopiirin käytössä oleva oma sähköinen lomake muuntavat kerätyn tiedon suoraan tilastoiduksi.

Strukturoitujen kysymyksien etuna on niiden tarkkuus eikä vastaajalle tai analysoijalle jää lainkaan vapautta tulkinnoille. Kysymyksien ja niiden ennalta annettujen vastausvaihtoehtojen kuitenkin tulee olla sellaiset, että vastaaja löytää vastausvaihtoehdon annetuista vaihtoehtoista. Kuitenkin, jos vastaaja ei löydä mielestään oikeaa vaihtoehtoa, tulisi vastausvaihtoehdoksi antaa myös ”ei mikään annetuista vaihtoehtoista” tai ”jokin muu.” Strukturoidut lomakkeissa on hyvää, että valmiit vastausvaihtoehdot selkeyttävät mittausta ja helpottavat tietojen käsittelyä, verrattuna avoimiin kysymyksiin. Strukturoidussa kysymyksissä on haittapuolena avoimiin kysymyksiin verrattuna niiden konservatiivisuus ja jäykkyys. Avoimilla kysymyksillä puolestaan voidaan tuoda esiin uusia näkökulmia, asioita ja kehittämisehdotuksia. Huonona puolena avoimissa kysymyksissä ja -lomakkeissa kuitenkin on, että ne voivat nostaa raportointimäärästä sekä niiden tulkinta ja analysointi on työlästä ja virheellisen tulkinnan vaara on suuri.

6 YHTEENVETO

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa onko Suomen kaikissa sairaanhoitopiireissä käytössä lomake tai järjestelmä, jonka avulla hoitohenkilökunta voi raportoida ja ilmoittaa työssään kohtaamat uhka- ja väkivaltatilanteet. Opinnäytetyössä on myös kuvattu ja kartoitettu minkälaisia lomakkeita ja järjestelmiä raportointiin käytetään ja miten nämä eroavat toisistaan ja onko sairaanhoitopiireittäin yhtenäiset ohjeistukset lomakkeen täyttöä varten, joihin uudet työntekijät perehdytetään. Lomakkeiden ja järjestelmien analysointi oli hyvin haasteellista tehdä, koska eri tutkimusmenetelmien käyttöä tuli soveltaa monipuolisesti.

Hyvällä lomakkeella saadaan suoraan tietoa työpaikkaväkivallasta liittyen erilaisten tekijöiden vaikutuksista toisiinsa. Tällaisia tekijöitä ovat muun muassa raportointikynnykseen vaikuttavat tekijät, tapahtuma-ajankohtaan, henkilökunnan määrään ja henkilöstörakenteeseen liittyviä vaihtelua selittävät tekijät. Lomakkeen selkeä koostumus ja kysymysten huolellinen asettelu ovat tärkeitä tekijöitä lomakkeen helppokäyttöisyyden ja raportointiaktiivisuuden kannalta. Hyvällä lomakkeella saadaan tuotettua entistä selkeämpää informaatiota uhka- ja väkivaltatilanteissa ja niihin vaikuttavista tekijöistä sekä tilanteessa toimimisesta. Informaatiota pystytään käyttämään hoitotyön, työsuojelun, työturvallisuuden ja potilasturvallisuuden kehittämiseen. Raportoinnilla ei myöskään saa hakea syyllisiä vaan sillä tulee etsiä tapahtumien syitä ja mitä vastaavien tilanteiden ehkäisemiseksi voitaisiin tehdä.

Tutkimuksemme kuuluneista kahdessakymmenessä Suomen sairaanhoitopiirissä kaikissa oli käytössä uhka- ja väkivaltatilanteidenraportoimislomake. Lomakkeiden sisällössä ja lomakkeella kerättävissä tiedoissa oli suuria eroja. Toisissa sairaanhoitopiireissä lomakkeella kerättiin hyvin tarkkaa ja yksityiskohtaista tietoa tilanteissa strukturoiduilla kysymyksillä, jotka oli helppoa myös tilastoida, kun taas osassa sairaanhoitopiireissä kerättiin vain tietoa tilanteista pelkkien avoimien kysymyksien avulla. Lähes kaikissa sairaanhoitopiireissä lomakkeella ilmoitettiin sekä fyysinen, että sanallinen ja henkinen väkivalta. Vain kahdessa sairaanhoitopiirissä lomakkeella oli mahdollista ilmoittaa vain fyysisestä väkivallasta. Mielestämme tämä on riittämätöntä, koska kaikki väkivalta tulee raportoida, mukaan lukien kaikki lievimmätkin tapaukset.

Käytettäviä raportointitapoja Suomen sairaanhoitopiireissä olivat paperinen lomake, sähköinen lomake, sähköinen järjestelmä tai sekä sähköinen että paperinen lomake. Yleisin menetelmä ja käytetty raportointitapa oli HaiPro-järjestelmä, jota käytti seitsemän (7) Suomen sairaanhoitopiiriä. Huomioitavaa oli, että näistä sairaanhoitopiireistä kuudessa (6) oli HaiPron rinnalla myös jokin toinen vaihtoehtoinen raportointilomake. Työssämme emme kuitenkaan selvittäneet miten

ja mitä lomaketta nämä sairaanhoitopiirit ensisijaisesti käyttävät tai kuinka hoitohenkilökunta tuntee eri menetelmät raportoida uhka- ja väkivaltatilanteista.

Tutkimustuloksien pohjalta voimme todeta että kirjaamiskäytänteet eroavat paljon Suomen sairaanhoitopiirien kesken. Jotta terveydenhuollon todellista uhka- ja väkivaltatilanteiden kehittymistä voitaisiin seurata mahdollisimman tehokkaasti, olisi Suomeen tarpeellista luoda yhtenäinen raportointi- ja kirjaamisjärjestelmä. Selkeällä ja yhtenäisellä järjestelmällä voitaisiin myös madaltaa työntekijöiden raportointi- ja kirjaamiskynnystä. Sairaanhoitopiirien olisi perustettava yhteinen työryhmä suunnittelemaan ja kehittämään yhtenäistä raportointilomakemallia ja tämän mahdollistavaa järjestelmää, jotta voitaisiin seurata ja tilastoida maanlaajuisesti hoitohenkilökunnan työssään kokemaa henkistä, sanallista ja fyysistä uhkaa. Työryhmän tulisi olla moniammatillinen, jossa hoitoalan-, turvallisuus-, ohjelmistoalan- ja tilastoinnin ammattilaiset yhdessä kehittäisivät toimivaa järjestelmää, joka palvelisi kaikkia Suomen sairaanhoitopiirejä yhtenäisesti.

Yhtenäisen järjestelmän aikaansaaminen edellyttäisi toimivan ja huolellisesti kehitetyn lomakkeen laatimista. Lomakkeen tulisi olla selkeä, helposti täytettävä ja sen tulisi olla helposti kaikkien saatavilla, sekä ennen kaikkea myös helposti tilastoitavissa. Järjestelmän avulla tulisi voida tuottaa tietoa koko Suomen sairaanhoidon että yksittäisen toimiyksikön uhka- ja väkivaltatilanteista. Järjestelmän tulisi olla sähköinen, sillä valtakunnallisesti paperisten lomakkeiden käsittely ja tilastointi olisi liian työlästä ja hankalaa ja jopa mahdotonta ylläpitää. Järjestelmän tulisi tuottaa tietoa uhka- ja väkivaltatilanteista niin koko maanlaajuisesti kuin myös antaa tietoa kuhunkin sairaanhoitopiiriin erikseen.

Suomessa hoitohenkilökunnan turvallisuuskulttuurin kehittäminen on haasteellinen tehtävä, johon on tehtävä pitkäjänteistä kehitystyötä. Rasimus (2002) totesi, että uhka- ja väkivaltatilanteiden kirjaaminen on Suomessa hyvin satunnaista ja siihen saattaa vaikuttaa se, ettei hoitohenkilökunta tiedä mitä ja minkälaisia tilanteita tulisi kirjata ja raportoida. Tämän vuoksi olisi luotava koko Suomeen yhtenäinen ohjeistus, tällä tavalla edesautettaisiin, että väkivaltaan suhtauduttaisiin kaikkialla terveydenhuollossa samankaltaisesti. Eroa ei saisi tehdä sen mukaan, kuinka vakavaa väkivalta on, onko se johtunut mahdollisesti tekijän sairaudesta tai muista teon rangaistavuutta lieventävistä tekijöistä. Yleisesti on ollut tapana, että ihmisen toista kohtaan tekemästä väkivalta puhuttaessa tehdään jako fyysiseen ja psyykkiseen väkivaltaan. Tämän kaltaista jakoa voidaan pitää keinotekoisena. Väkivallan kohteen omassa kokemuksessa fyysinen väkivalta on aina myös psyykkistä ja pahimmillaan myös traumatisoivaa.

Suhtautumismalliksi Suomen sairaanhoitopiireihin tulisi luoda sellainen yhtenäinen toimintamalli, ettei minkäänlaista väkivaltaa, uhkailua tai häirintää hyväksyttäisi missään muodossa ja näihin tilanteisiin ja tapahtumiin aina puututtaisiin. Tarvittaessa tapaukset ilmoitettaisiin johdonmukaisesti aina poliisille. Turvallisuuskulttuurin kehittämisen kannalta erittäin tärkeä osatekijä olisi saada luotua sellainen uhka- ja väkivaltaraportointijärjestelmä, joka olisi pitkäikäinen ja ennen kaikkea järjestelmää käyttävän ryhmän mielestä helppo ja yksinkertainen käyttää. Käyttäjien olisi myös tärkeää huomata, että heidän täyttämillään ilmoituksilla on myös konkreettista merkitystä turvallisuuden kannalta sekä ilmoitukset tulisi aina käsitellä asianmukaisesti työyksikön sisällä. Toimivalla uhka- ja väkivaltatapahtumailmoituksella ja sen raportoinnilla ja tilastoinnilla luodaan informaatiota, jota tulee myös käyttää kehittäessä turvallisuutta, henkilöstömäärää, koulutusta ja toimintatapoja. Uhka- ja väkivaltatilanteiden huolellisella kirjaamisella on myös merkitystä hoitohenkilökunnan oikeusturvan kannalta. Hoitohenkilökunnalle oli kehitettävä koko Suomen kattava turvallisuusasioiden perehdyttämishjelma, sekä turvallisuusasioihin tulisi kiinnittää huomiota jo hoitohenkilöstön kouluttamisessa. Perehdytyksen ja koulutuksen avulla hoitohenkilökunnalle saadaan kehitettyä asennetta, jossa uhka- ja väkivaltatilanneraportointi kuin yleisesti turvallisuuteen liittyvät tekijät koetaan yhteiseksi ja jokaisen vastuulla olevaksi.

6.1 Jatkotutkimusaiheita

Tutkimuksessamme selvisi, että Suomessa käytetään monenlaisia toisistaan eroavia raportointimenetelmiä. Tekemämme tutkimus on rajattu nykytilan kuvaamiseen ja hyvien piirteiden keräämiseen mahdollista yhtenäistä raportointimenetelmää ajatellen.

Tutkimusta tehtäessä tuli kuitenkin esille monia mahdollista jatkoselvitystä kaipaavia aiheita, joita olisi syytä selvittää, mikäli halutaan rakentaa yhteistä järjestelmää ja ottaa käyttöön valtakunnallisia käytänteitä.

Itse hoitohenkilökunnan kokemukset uhka- ja väkivaltatilanneraportoinnista tulisi tutkia laadullisin menetelmin. Olisi syytä tutkia, miten hoitohenkilökunta kokee eri raportointitavat, millaisia ongelmia näissä näkevät sekä mitä ominaisuuksina pitävät näissä hyvinä. Tulevaisuudessa olisi tarpeellista tutkia eri sairaanhoitopiireissä ja tarkemmin eri yksiköissä raportointikynnykseen vaikuttavia tekijöitä. Erikseen huomioitavaa on, miten esimiehet raportoinnin tuntevat ja sen merkityksen kokevat, miten he huolehtivat raportoinnin toimivuudesta ja haluavat turvallisuuskulttuuria työyhteisössään rakentaa. Tärkeintä on varmistaa, että henkilökunta huolehtii raportoinnista, ja että raportoinnin kautta saatavat tulokset johtaisivat toimenpiteisiin.

Mahdollinen yhteinen järjestelmä tulisi suunnitella huolella ja moniammatillisessa yhteistyössä. Kysymykset ja lomakkeet tulisi testata hoitohenkilökunnalla. Lisäksi tulisi tutkia, mitä tulee ottaa huomioon valtakunnallista raportointijärjestelmää luodessa koskien lakia potilaan asemasta ja oikeuksista sekä henkilörekisterilain asettamat rajoitukset.

6.2 Pohdintaa opinnäytetyöprosessista ja itsearviointia

Opinnäytetyömme aihe syntyi melko helposti, koska toisella meistä on ammatillista kokemusta turvallisuusosalta ja olimme keskustelleet jo aiemmin molempien kiinnostuksesta tehdä työ turvallisuuteen ja terveydenhuoltoon liittyen. Halusimme keksiä aiheen, joka olisi mielestämme aidosti kiinnostava, jolloin opinnäytetyöprosessiin motivoituminen olisi helppoa. Kiinnostukseemme hoitohenkilökunnan kokemia uhka- ja väkivaltatilanteita kohtaan vaikutti myös silloin käynnissä ollut julkinen keskustelu mediassa terveydenhuollon turvattomuudesta ja työvoimapulasta.

Tiedonkeruu onnistui helposti, koska kirjastoista löytyi monipuolisesti teoriatietoa työpaikkaväivallasta sekä uhka- ja väkivaltatilanteista niin yleisesti kuin terveydenhuollossakin. Lisäksi löysimme Internetistä ja kouluilta useita opinnäytetöitä ja Pro gradu -tutkielmia hoitohenkilökunnan kokemista uhka- ja väkivaltatilanteista Suomessa. Tutustuminen teoriatietoon ja muihin tutkimuksiin auttoi ilmiön hahmottamisessa sekä oman työmme suunnittelussa ja toteutuksessa. Jouduimme tekemään runsaasti tiedonkeruuta koko opinnäytetyöprosessin ajan. Tämä opetti meille keinoja etsiä haluttua tietoa ja arvioida tiedon tarpeellisuutta ja luotettavuutta.

Tutkimustulosten analysoiminen ja kirjoittaminen veivät eniten aikaa ja olivat myös vaikeimpia asioita koko prosessin aikana. Jouduimme ensin kehittämään keinon tutkimusaineiston eli sähköpostiviestien ja tyhjien lomakkeiden analysoimiseen. Tutkimustulosten kirjoittaminen oli haastavaa, koska tulokset piti saada kirjoitettua niin selkeästi kuin mahdollista, mutta kuitenkin koota ne järkeväksi kokonaisuudeksi. Sairaanhoidopiirien käyttämien kirjaamiskäytänteiden sekavuus ja rinnakkain käytettävät useat erilaiset kirjaamismenetelmät tekivät kirjoitustyöstä ajoittain hyvinkin sekavaa. Prosessin aikana tunsimme jatkuvasti epävarmuutta siitä, mistä asioista opinnäytetyön eri osiot rakentuvat. Koulun opinnäytetyöohjeet olivat sekavat ja niukat ja käsittelivät lähinnä opinnäytetyön teknistä toteutusta. Haimme tietoa opinnäytetyön sisällön koostumuksesta vertailemalla muiden opinnäytetöiden ja Pro gradu- tutkielmien sisältöjen rakenteita ja sitä kautta saimme selville mitä asioita osioissa piti käsitellä.

Työmme lopputulokseen olemme tyytyväisiä. Ongelmatilanteissa löysimme aina ratkaisun ja yhteistyö toimi hyvin. Ohjaajaltamme saimme vapaat kädet työmme toteutukseen, mutta myös ide-

oita ja kannustusta tarvittaessa. Työn tekoprosessi korosti hyvän kommunikoinnin tärkeyttä ja opetti kykyä tehdä yhteistyötä eri tahojen kanssa. Toivomme, että työstämme saataisiin tulevaisuudessa hyviä ideoita, jos halutaan suunnitella valtakunnallisesti yhtenäistä järjestelmää tai kehittää toimivia uhka- ja väkivaltatapahtumien raportointi- ja kirjaamismenetelmiä. Työmme antaa lisäksi hyviä jatkotutkimushaasteita seuraavia tutkimuksia ajatellen.

6.3 Tulosten luotettavuus

Tutkimuksessa käytimme triangulaatiomenetelmää, koska tahdoimme havainnollistaa tutkimustuloksia sekä määrällisin, että laadullisin menetelmin. Näin halusimme antaa tutkimuskohteesta mahdollisimman kattavan kuvan ja saada siitä paljon tietoa. Tutkimuksen vastausprosentiksi saimme 100 %, jota voidaan pitää hyvin kattavana ja joka edustaa hyvin perusjoukkoa, eli kaikkia Manner-Suomen sairaanhoitopiirejä ja niiden käytänteitä uhka- ja väkivaltatilanteiden raportoinnissa ja kirjaamisessa. Tulosten luotettavuuteen vaikutti varmasti myös aiheemme ajankohtaisuus ja tärkeys. Lisäksi luotettavuutta lisäsi se, että selvitimme etukäteen kunkin sairaanhoitopiirin turvallisuusvastaavan nimen ja puhelinnumeron ja otimme puhelimitse suoraan oikeaan henkilöön yhteyttä, ennen kuin lähetimme sähköpostitse saatteen ja kysymykset. Sähköpostikysely oli myös selkeä ja siihen oli helppo ja nopea vastata. Tulokset olivat linjassa aiemmissä tutkimuksissa esiin tulleiden asioiden kanssa. Tulosten luotettavuuden kannalta oli tärkeää, että saimme luotua hyvät mittarit keräämään tutkimuskohteista juuri sitä tietoa mitä halusimme ja saimme vastaukset tutkimuskysymyksiimme. Mittarit loimme teoretiedon, muista opinnäytetöistä ja Pro gradu tutkimuksista esiin tulleiden asioiden, sekä Heikkilän (2005) hyvän lomakkeen ominaispiirteiden, pohjalta. Tarkastelimme tutkimuskohteita objektiivisesti, joten omat etukäteisasenteet ja käsitykset eivät vaikuttaneet tutkimustuloksiin. Luotettavuutta lisäsi myös se, että käytimme lomakkeiden havainnointiin paljon aikaa. Kommunikointi meidän ja sähköpostikyselyyn vastanneiden kesken sujui hyvin ja kummatkin osapuolet ymmärsivät toisiaan. Saimme kysymyksiimme selkeitä ja yksiselitteisiä vastauksia. Tutkimustulokset eivät aiheuttaneet harmia tutkimuskohteille. Tutkimustulokset luotiin niin, että sairaanhoitopiirit eivät ole tunnistettavissa, mikä teki tulosten analysoimisen haasteelliseksi, mutta lisää eettisyyttä. Tutkimus tuotti monipuolisesti tietoa ja tuloksia voidaan hyödyntää jatkossa esimerkiksi lomakkeiden ja kirjaamisjärjestelmien kehittämisessä.

KUVIOT

Kuvio 1: Kyselyyn vastanneiden henkilöiden ammattinimikkeet (N=20)	36
Kuvio 2: Käytössä olevat uhka- ja väkivaltatilanteiden raportointi- ja seurantamenetelmät Suomen sairaanhoitopiireissä. (N=20)	37
Kuvio 3: HaiPro-järjestelmää käyttävien sairaanhoitopiirien järjestelmän rinnalla käyttämät lomakkeet (N=20)	38
Kuvio 4: Käytössä olevan uhka- ja väkivaltatilanteiden raportointiohjeistuksen yleisyys (N=20) ..	38
Kuvio 5: Sairaanhoitopiirien antaman perehdytys/koulutus uhka- ja väkivaltaraportointi käytänteitä varten (N=20)	39
Kuvio 6: Esimerkki paperisen lomakkeen rakenteesta	43
Kuvio 7: Uhka- ja väkivaltaraportointilomakkeen rakenne (N=20)	44
Kuvio 8: Mahdollisuus ilmoittaa fyysinen ja sanallinen / henkinen väkivalta (N=20)	45
Kuvio 9: Aggressioluokituksen käytön yleisyys uhka- ja väkivaltatapahtumailmoituksessa Suomen sairaanhoitopiireissä (N=20)	46
Kuvio 10: Täyttöohjeet nähtävissä lomaketta täyttäessä (N=20)	46
Kuvio 11: Uhka- ja väkivaltaraportointilomakkeen pituus (N=20)	47
Kuvio 12: Kysymysten määrä uhka- ja väkivaltaraportointilomakkeissa (N=20)	47
Kuvio 13: Henkilötietojen kirjaaminen uhka- ja väkivaltaraportointilomakkeissa (N=20)	48

LÄHTEET

- Heikkilä, T. 2005. Tilastollinen tutkimus. 5-6. Painos. Helsinki: Edita.
- Helkama, K. & Myllyniemi, R. & Liebkind, K. 2007. Johdatus sosiaalipsykologiaan. Helsinki: Edita.
- Holopainen, M. & Pulkkinen, P. 2008. Tilastolliset menetelmät. Helsinki: WSOY
- Isotalus, N. & Saarela, K-L. 2001. Kauris- Menetelmä työväkivaltariskien kartoitukseen ja hallintaan. Työterveyslaitos. Työturvallisuuskeskus. Helsinki: Kirjapaino Oy.
- Jokela, T. 2004. Vuorovaikutus ja väkivalta. Filosofinen tutkielma kanssakäymisen muodoista. Keuruu: Marsutuotanto.
- Karvinen, M. Väkivalta tunkee sairaalaan. Artikkel. 25.4.2010. 03/2010. Sairaanhoidajaliitto.
- Keltikangas-Järvinen, L.1978. Väkivalta ja itsetuho. Keuruu: Kustannusosakeyhtiö Otava.
- Kinnunen, M. & Peltomaa, K. 2009. Potilasturvallisuus ensin. Hoitotyön vuosikirja 2009. Helsinki: Sairaanhoidajaliitto.
- Konttinen, J. Järjestyksenvalvonta saa lisää valtuuksia sairaaloissa. Artikkel.16.11. 2009. A2 Helsingin sanomat.
- Lagerspetz, K.1998. Naisten aggressio. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Lehestö, M. & Koivunen, O. & Jaakkola, H. 2004. Hoitajan Turva. Helsinki: Edita.
- Lindström, V. & Puustinen, J. 2005. Työpaikkaväkivalta ja hoitohenkilökunnan työturvallisuuden kehittäminen Jorvin ja Peijaksen sairaaloissa. Opinnäytetyö. Laurea AMK.
- Mitä kuuluu- Keski-Suomen sairaanhoitopiirin henkilöstölehti. Artikkel. 13.3.2010. 07/2007. Tampere: Pirkanmaan lehtipaino.
- Niemelä, P. & Kainulainen, S. & Laitinen, H. & Pääkkönen, J. & Rusanen, T. & Ryytänen, U. & Widgren, E. & Vornanen, R. & Väisänen, R. & Ylinen, S.1997. Suomalainen turvattomuus - Inhimillisen turvattomuuden yleisyys, perusolollisuudet ja tyypittely. Haastattelututkimus 1990-luvun Suomesta. Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto. Helsinki: Hakapaino Oy.
- Paloniemi, S. 2008. Tietojärjestelmien käytön ongelmia suomalaisessa terveydenhuollontyössä. Kandidityön tutkielma. Jyväskylän yliopisto. Tietojenkäsittelytieteen laitos.
- Paunonen, M. & Vehviläinen- Julkunen, K. 1998. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY.
- Pulkkinen, P. Työhyvinvointi uhkaa heikentyä monen hyvän vuoden jälkeen. Artikkel. 28.10. 2009. B4 Helsingin sanomat.
- Puumi, S. 2009. Väkivalta pois palvelutyöstä. 2. Painos. Työturvallisuuskeskus TTK. Helsinki: Painojussit Oy.
- Raasakka, S. 2006. Optimaalinen ePotilaskertomus: Perusterveydenhuollon näkökulma alueellisiin toimintoihin. Teoksessa I. Winblad, P. Nykänen, J. Reponen & K. Hartikainen. Sähköinen potilaskertomus: pomosta piiaksi! Käyttäjien, järjestelmätoimittajien ja tutkijoiden puheenvuoro: raportti

seminaarista 26.10.2005. Suomen kuntaliitto. Helsinki: Kuntatalon paino.

Rasmus, M. 2002. Turvattomuus työtoverina - turvattomuus ja väkivalta sairaalan päivystyspoli-
klinikalla. Pro- gradu - tutkielma. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Terveys-
hallinnon ja -talouden laitos.

Riikonen, E. & Kämäräinen, M. & Lappalainen, J. & Oksa, P. & Pääkkönen, R. & Rantanen, S. &
Saarela, K. & Sillanpää, J. 2003. Työsuojelun perusteet. 3. Painos. Työterveyslaitos. Vammala:
Vammalan kirjapaino Oy

Saarelainen, R. & Stengård, E. & Vuori-Kemilä, A. 2003. Mielenterveys ja päihdetyö - yhteistyötä
ja kumppanuutta. Porvoo: WSOY

Salo, P. 2007. Potilastiedon sähköistä käsittelyä koskeva lainsäädäntö.
Teoksessa H. Hopia & L. Koponen. Hoitotyön kirjaaminen. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino.

Saloheimo, J. 2006. Työturvallisuus. Helsinki: Talentum.

Saranto, K. 2007. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Helsinki: WSOY

Siren, R. & Kivivuori, J. & Kääriäinen, J. & Aaltonen, M. 2007. Suomalaisten kokema väkivalta
1980-2006. Oikeuspoliittisen tutkimuslaitoksen tutkimustiedonantoja 74. Helsinki: Hakapaino Oy.

Tähkäpää, J. 2007. Managing the information systems resource in health care:
Findings from two IS projects. Väitöskirja. Turun kauppakorkeakoulun
julkaisuja, sarja A-1. Tampere.

Vehkalahti, K. 2008. Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Vammala: Tammi.

Walldén, S., Peltomäki, S. & Martikainen, S. 2007. Tampereen kaupungin Pegasos- järjestelmän
käytettävyyttutkimus murtumapotilaan hoitoketjussa. Julkaisusarja. Tampereen yliopisto. Tieto-
jenkäsittelytieteiden laitos.

Weizmann-Henelius, G. 1997. Väkivaltaisen ihmisen kohtaaminen. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.

SÄHKÖISET LÄHTEET

Kuntatietokeskus 2009. [www-dokumentti].
<http://www.kunnat.net/k_perussivu.asp?path=1;29;353;553>(luettu 13.3.2010.)

Sairaanhoitaja-lehti. 2010. Väkivalta tunkee sairaalaan. Lehden verkkoversio 3/2010. [www-
dokumentti].
<[http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitaja-
lehti/3_2010/hoitotyön_ilmioita/vakivalta_tunkee_sairalaan/](http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitaja-lehti/3_2010/hoitotyön_ilmioita/vakivalta_tunkee_sairalaan/)> (luettu 13.3.2010.)

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2010. Työryhmä: Sairaaloille ja terveydenhuollon laitoksille yhte-
näinen riskienhallintamalli turvallisuuden lisäämiseksi. [www-dokumentti].
<<http://www.stm.fi/tiedotteet/tiedote/view/1482197>> (luettu 13.3.2010.)

Opinnäytetyöohje 2007. Tampereen teknillinen yliopisto. [www-dokumentti].
<http://www.tut.fi/units/tuta/Tuta_opinnaytetyoohje_2007.pdf> (luettu 25.4.2010.)

Terveystieteiden tutkimuskeskus. 2010. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen raportointijärjestelmä 2010. [www-dokumentti].
<http://www.HaiPro.fi/ohjeet/HaiPro_millaisia_tapahtumia_ilmoitetaan.pdf> (luettu 8.3.2010)

Terveysten ja hyvinvoinnin laitos 2009. [www-dokumentti].
<http://www.ktl.fi/portal/suomi/tietoa_terveydesta/elintavat/huumeet>. (luettu 27.10.2009.)

Tilastokeskus 2009. [www-dokumentti].A. <http://www.stat.fi/artikkelit/2009/art_2009-09-30_002.html?s=1>. (luettu. 24.11.2009.)

Tilastokeskus 2009. [www-dokumentti].B. <http://www.stat.fi/artikkelit/2009/art_2009-09-30_002.html?s=2>. (luettu 24.11.2009.)

Tilastokeskus 2010. [www-dokumentti].A. <<http://www.stat.fi/virsta/tkeruu/04/01>> (luettu 7.4.2010.)

Tilastokeskus 2010. [www-dokumentti].B. <<http://www.stat.fi/virsta/tkeruu/01/06>> (luettu 24.5.2010.)

Valtion säädöstietopankki. [www-dokumentti] A.
<<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2002/20020738>>. (luettu 5.11.2009.)

Valtion säädöstietopankki. [www-dokumentti] B.
<<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2001/20011383>>. (luettu 5.11.2009.)

Valtion säädöstietopankki. [www-dokumentti] C.
<<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1948/19480608>>. (luettu 5.11.2009.)

Valtion säädöstietopankki. [www-dokumentti] D.
<<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1889/18890039001>>. (luettu 5.11.2009.)

Valtion säädöstietopankki. [www-dokumentti] E.
<<http://www.finlex.fi/laki/ajantasa/1999/19990523>>. (luettu 25.4.2010)

Webropol tiedonkeruusovellus. [www-dokumentti]
<<http://w3.webropol.com/finland/tuotteemme>> (luettu 9.4.2010)

Liite 1: Sähköpostikysely sairaanhoitopiireille

Olemme kaksi sairaanhoitajaopiskelijaa Laurea-ammattikorkeakoulun Hyvinkään toimipisteestä.

Teemme opinnäytetyötä, jonka tarkoituksena on selvittää onko kaikissa Suomen sairaanhoitopiireissä käytössä lomake tai järjestelmä, jonka avulla hoitohenkilökunta voi raportoida uhka- ja väkivaltatilanteet ja miten käytännöt eroavat eri sairaanhoitopiireissä.

Aiheen opinnäytetyöhön olemme saaneet luettuamme pro gradu- ja opinnäytetöitä, joissa on käsitelty hoitohenkilökunnan kohtaamaa väkivaltaa Suomessa. Kaikissa lukemissamme töissä on käynyt ilmi, että ongelmalliseksi on koettu, ettei Suomessa ole käytössä yhtenäistä kirjaamis- ja tilastoimismenetelmää uhka- ja väkivaltatilanteiden varalle.

Työssämme pyrimme vertailemaan ja analysoimaan miten käytännöt eroavat toisistaan Suomen eri sairaanhoitopiireissä, ja toivoisimme, että voisitte ystävällisesti vastata alla esitettyihin kysymyksiin.

Vastaukset pyydämme lähettämään osoitteeseen lauri.schildt@laurea.fi ja mahdollisen lomakkeen postitse osoitteeseen Lauri Schildt, Lapinlahdenkatu 8 B 19, 00180 Helsinki.

- Onko sairaanhoitopiirissänne käytössä lomaketta / järjestelmää, jonka henkilökunta täyttää kohdattuaan työssään uhka- tai väkivaltatilanteen?
- Jos sairaanhoitopiirissänne on käytössä lomake edellä mainittujen tilanteiden varalle niin missä muodossa lomake on henkilökunnan saatavilla? (onko lomakkeesta niin sähköinen kuin paperinen versio?)
- Onko lomakkeen täyttöön yhtenäiset ohjeet koko sairaanhoitopiirissänne?
- Käydäänkö ohjeistus lävitse aina uusien työntekijöiden kanssa?

- Voisitteko ystävällisesti lähettää tyhjän uhka- väkivaltatapahtumailmoituslomakkeen meille, jotta voisimme vertailla Suomen eri sairaanhoitopiirien käyttämiä lomakkeita? Tai jos lomaketta ei ole mahdollista lähettää paperisena tai sähköisenä, niin voisitteko kuvaata millainen lomake on?
- Mitä tietoja lomakkeella ilmoitetaan ja kerätään? Ilmoitetaanko lomakkeella myös henkilökunnan kohtaama henkinen ja sanallinen väkivalta/uhka?

Ystävällisin terveisin ja yhteistyöstä kiittäen,

Sairaanhoitajaopiskelija Joni Penttinen (joni.penttinen@laurea.fi) puh.0404111807 ja
Sairaanhoitajaopiskelija Lauri Schildt (lauri.schildt@laurea.fi) puh.0407616727

Opinnäytetyön ohjaavaopettaja Päivi Laine (paivi.laine@laurea.fi)