

Hannele Laaksonen

Väkivalta psykiatrisessa hoitotyössä

Hoitajiin kohdistuvia väkivaltatilanteita psykogeriatrisessa hoitotyössä on tutkittu Suomessa vähän. Samoin tutkimus on vähäistä potilaiden toisiin potilaisiin kohdistamasta väkivallasta tai kaltoinkohtelusta, jota esiintyy nimenomaan psykiatrisessa hoidossa. Voidaan sanoa, että nämä aiheet ovat vasta nyt nousemassa Suomessa laajemman keskustelun ja tutkimuksen kohteiksi. Kirjallisuuden mukaan kaltoinkohtelu-terminä käytetään asiakkaisiin tai potilaisiin kohdistuvasta henkisestä tai fyysisestä väkivallasta, jota aiheuttaa hoitaja tai omainen.

Kaltoinkohtelua on tutkittu Suomessa pääasiassa lasten (Paavilainen ym. 1998) ja vanhusten kohdalla (esim. McGarry & Simpson 2008; Plitnick 2008; Ylinen & Rissanen 2005), mutta myös perhe- ja lähisuhdeväkivaltana (Paavilainen 2003). Potilaan hoitajaan kohdistamasta väkivallasta ei kuitenkaan käytetä kaltoinkohtelu-terminä. Tämä on jossain mielessä ymmärrettävää, koska hoitaja on ammattihenkilö ja sitä kautta hänet nähdään vahvempuna osapuolena. Potilaan hoitajaa kohtaan kohdistamaa väkivaltaa ei voida missään olosuhteissa hyväksyä ammatin ”luontaiseduksi”. Uhkaaviin tilanteisiin tulee varautua etukäteen ja niiden syntymistä on ennaltaehkäistävä mahdollisimman tehokkaasti. Hoitohenkilöstöllä tulee myös olla selkeät toimintaohjeet erilaisia uhkaavia väkivaltatilanteita varten.

Työturvallisuuslain (738/2002) mukaan töissä, joihin liittyy ilmeinen väkivallan uhka, työnantajan on järjestettävä työ ja työolosuhteet siten, että väkivallan uhka ja väkivaltatilanteet ehkäistään mahdollisuuksien mukaan ennakoita. Työpaikalla on oltava väkivallan torjumiseen tai rajoittamiseen tarvittavat asianmukaiset turvallisuusjärjestelyt tai -laitteet sekä mahdollisuus avun hälyttämiseen. Työnantajan on myös laadittava menettelytapaohjeet, joissa ennakoita kiinnitetään huomiota uhkaavien tilanteiden hallintaan ja toimintatapoihin, joilla väkivaltatilanteen vaikutukset työntekijän turvallisuuteen voidaan torjua tai rajoittaa.

Tämän katsauksen tarkoituksena on laajentaa tietämystä psykiatrisesta hoitotyöstä nostamalla keskusteluun psykiatrisen hoitotyön väkivaltatilanteita ja niiden hallintakeinoja. Artikkelissa esitetään yhden psykogeriatrisen osaston kirjatut väkivaltatilanteet vuosilta 2005–2007, niiden seuraukset ja väkivaltatilanteista selviytymisen keinot. Tutkimuksessa etsitään vastauksia kysymyksiin, minkä tyyppistä hoitajiin ja toisiin potilai-

siin kohdistuvaa väkivaltaa psykogeriatrisessa hoitotyössä ilmeni kyseisessä hoitoyksikössä vuosina 2005–2007, missä tilanteissa väkivaltaa ilmeni, millaisia vammoja väkivaltatilanteissa syntyi ja miten väkivaltatilanteet saatiin hallintaan.

Hoitajiin kohdistuva väkivalta lisääntymässä

Kansainvälisten tutkimusten mukaan hoitajiin kohdistuva väkivalta on lisääntymässä psykogeriatrisessa hoitotyössä (esim. Needham ym. 2005; Farrell ym. 2006; Bonner & McLaughlin 2007; Duffin 2007; Josefsson ym. 2007).

Karin Josefsson tutkimusryhmineen (2007) totesi, että Ruotsissa väkivaltaa hoitajia kohtaan ilmenee yhtä paljon dementiayksiköissä kuin perusterveydenhuollon yksiköissäkin. Dementiayksiköissä hoitajat saivat kuitenkin enemmän koulutusta kohdata väkivaltatilanteita ja osasivat siten paremmin ennakoita niiden syntyä. Hoitajiin kohdistuva aggressio ja väkivalta ovat kasvava ongelma myös Englannissa Gwen Bonnerin ja Sue McLaughlin (2007) tutkimuksen mukaan. Hoitajat kokevat väkivallan seurauksena hoitoa vaativia post-traumaattisia stressioireita.

Yhdysvaltalainen ammattilehden mukaan kaksi kolmesta vanhustenhoidossa työskentelevästä hoitajasta kokee väkivaltaista kohtelua asiakkaiden taholta (Duffin 2007). Väkivalta ilmenee esimerkiksi hiuksista repimisestä, kaatamisesta, lyömisenä kasvoin ja selkään, sekä sitomisena ja kiinni pitämisenä. Erilaisin harjoituskurssein hoitajia opetetaan kohtaamaan väkivaltainen potilas käyttäen sekä verbaalista että teknistä menetelmää.

Niin ikään australialaisessa tutkimuksessa (Farrell ym. 2006) esitetään vahva epäily siitä, että aggressiivinen käyttäytyminen hoitajien kohtaan on lisääntynyt julkisessa terveydenhuollossa mukaan lukien psykiatrisen hoitotyö. Laaja rekisteröityihin sairaanhoitajiin (n=6324) kohdistunut tutkimus osoitti, että 63,5 prosenttia vastaajista oli kokenut sanallista tai fyysistä väkivaltaa viimeisen kuukauden aikana. Väkivalta aiheutti hoitajille stressiä, tuottavuuden laskua ja virheitä hoidossa sekä ajatuksia vaihtaa työtä. Harvat työpaikat olivat täysin vapaita potilaiden väkivaltaisesta käyttäytymisestä.

Ian Needham kumppaneineen (2005) on systemaattisen kirjallisuuskatsauksen kautta tutkinut, mitä ei-somaattisia oireita potilaan aggressiivinen käyttäytyminen aiheuttaa hoitajissa. Sisäänotto- ja poissulkukriteerien kautta analysoitavaksi jäi 25 artikkelia

kahdeksasta eri maasta ja neljältä eri toimialueelta. Kirjallisuuskatsauksen tulosten mukaan hoitajien yleisimmät oireet olivat suuttumus, pelko tai levottomuus, post-traumaattisen stressin oireet, syyllisyys, itsesyytös ja häpeä. Nämä keskeisimmät oireet tulivat esille kaikissa kahdeksassa maassa ja kaikilla toimialueilla.

Edellä esitettyjen kansainvälisten artikkelien perusteella voidaan todeta, että hoitajiin kohdistuva väkivalta on lisääntymässä. Lisääntyneet väkivaltatilanteet aiheuttavat hoitajissa psyykkisiä oireita, jotka edellyttävät jälkihoitoa. Suomalainen tutkimus tästä aiheesta on ollut lähinnä julkaisemattomien opinnäytetöiden varassa. Tulokset osoittavat, että hoitajiin kohdistuva väkivalta ilmenee psykiatrisessa hoitotyössä verbaalisena väkivaltana, aseella uhkaamisena, fyysisenä väkivaltana ja paikkojen rikkomisena (esim. Pitkänen 2003; Ukonmaanaho 2006). Laajempia suomalaisia tutkimuksia ei ole tehty väkivaltatilanteiden yleisyydestä psykiatrisessa hoitotyössä.

Potilaan toiseen potilaaseen kohdistama väkivalta ja kaltoinkohtelu

Suomessa säädettiin ensimmäisenä maana Euroopassa laki potilaan asemasta ja oikeuksista (17.8.1992/785). Se astui voimaan 1.3.1993. Lain mukaan jokaisella sosiaali- ja terveydenhuollon potilaalla on oikeus laadultaan hyvään hoitoon ja kohteluun. Potilaan hoito on lain mukaan järjestettävä niin, että hänen yksityisyytään kunnioitetaan, eikä hänen ihmisarvoaan ja vakuumustaan loukata. Dementoituvien potilaiden kohdalla on erityisen tärkeää turvata heidän fyysinen koskemattomuutensa (Mäki-Petäjä-Leinonen & Nikumaa 2004). Lain vaatimus ei tältä osin toteudu, mikäli dementoituvat ja psykogeriatriset potilaat saavat osakseen väkivaltaista käyttäytymistä toisten potilaiden osalta. Hoitajilla on ammatillinen velvollisuus suojella potilaita niin, että omaiset voivat luottaa läheisensä olevan laadukkaassa ja turvallisessa hoidossa.

Tutkimuksen kohde

Tutkimukseen osallistui Etelä-Pohjanmaalla sijaitseva julkisen terveydenhuollon ylläpitämä psykogeriatrinen 18-paikkainen osasto. Yksikön potilaista noin 60 prosentilla on diagnosoitu eriasteinen dementia. Tämän lisäksi osalla heistä voi olla myös esimerkiksi mieliala- tai ahdistuneisuushäiriö. Lopuilla 40 prosentilla on diagnoosina skitsofrenia. Yksikön käyttöaste on viimeisten vuosien aikana vaihdellut 99 ja 120 prosentin välillä, mutta pääsääntöisesti potilaita on lähes aina lisäpaikoilla.

Psykogeriatrinen osasto on jaettu kahteen osaan siten, että pienemmässä siivessä asuvat dementoituvat potilaat, koska heille on tärkeää rauhallinen ympäristö ja rajattu alue, missä voi liikkua turvallisesti. Osaston toisessa osassa hoidetaan levottomammat potilaat.

Siellä on myös enemmän henkilökuntaa. Osastolla on käytössä omahoitaja-työpari -malli. Tämä tarkoittaa käytännössä sitä, että jokaiselle potilaalle on nimetty kaksi hoitajaa, jotka tekevät hoitosuunnitelman ja seuraavat sen toteutumista sekä huolehtivat potilaan henkilökohtaisten tavaroiden hankinnoista.

Tutkimuskentekohetkellä yksikössä työskenteli osastonhoitajan lisäksi kolme sairaanhoitajaa, viisi lähihoitajaa, kaksi mielenterveyshoitajaa ja kolme sairaala-apulaista, yhteensä 14 työntekijää. Sairaala-apulaiset osallistuvat iltavuoroissa myös hoitotyöhön. Osastolla on arkisin aamuvorossa viisi hoitajaa ja sairaala-apulainen. Hoitajat jakaantuvat siten, että yksi hoitaja on dementoituvien siivessä, kolme toisessa siivessä ja yksi kansliassa. Iltavuorossa on yksi hoitaja ja yksi sairaala-apulainen, jotka vastaavat koko yksiköstä. Näin pieni henkilökuntamäärä iltavuorossa aiheuttaa sen, että joitakin levottomia potilaita voidaan joutua laittamaan geriatriseen tuoliin (liikkuminen estetty), jotta he eivät aiheuttaisi vaaratilanteita muille potilaille.

Viikonloppuisin dementoituvien siivessä ei ole omaa hoitajaa, vaan toisen siiven hoitajista joku käy myös dementoituvien siivessä. Osastolla on viikonloppuisin aamuvorossa kolme hoitajaa ja yksi sairaala-apulainen, jotka hoitavat koko osaston. Henkilökunnan haastattelun mukaan potilasaines on muuttunut vaikeammaksi. Aikaisempina vuosina osastolla oli enemmän selkeästi psykiatrisia potilaita, joiden kanssa selvisi hyvin, kun oli selkeät ja johdonmukaiset säännöt. Vaikeasti hoidettavien dementoituvien määrä on kuitenkin lisääntynyt merkittävästi ja tämän seurauksena käytöshäiriöt ovat yleistyneet.

Aineisto ja tutkimusmenetelmä

Tutkimuksessa analysoidaan kvantitatiivisesti kirjallisia dokumentteja. Osastolla on käytetty johtavan lääkärin hyväksymää kirjallista lomaketta väkivaltatilanteiden ilmoittamista varten. Henkilökunta on perehdytetty lomakkeeseen, ja ilmoituksen tekeminen on jokaisen omalla vastuulla. Ilmoituksia on tehty vain kaikkein selkeimmistä tapauksista, joten läheltä piti -tilanteita ei yleensä ole kirjattu. Vuosina 2005–2007 on ollut käytössä kaksi ilmoituslomaketta, joista kummastakin on kerätty saatavilla olevat tiedot. Uudempi lomake otettiin käyttöön vuoden 2005 lopussa, ja siinä on enemmän tilaa tapahtumien kuvaukselle kuin aikaisemmassa. Merkittävin ero on väkivaltatilanteiden luokittelussa. Vanhemmassa lomakkeessa väkivaltatilanne arvioidaan seuraavilla vaihtoehdoilla: läheltä piti/vähäinen tapahtuma, seurauksia aiheuttanut tapahtuma ja vakavia seurauksia aiheuttanut tapahtuma. Uudemmassa lomakkeessa on neljä luokitteluperustetta: vammoja aiheuttanut vakava fyysinen väkivalta, vakava fyysinen väkivalta, esineisiin tai laitteisiin kohdistunut väkivalta ja uhkaava tilanne.

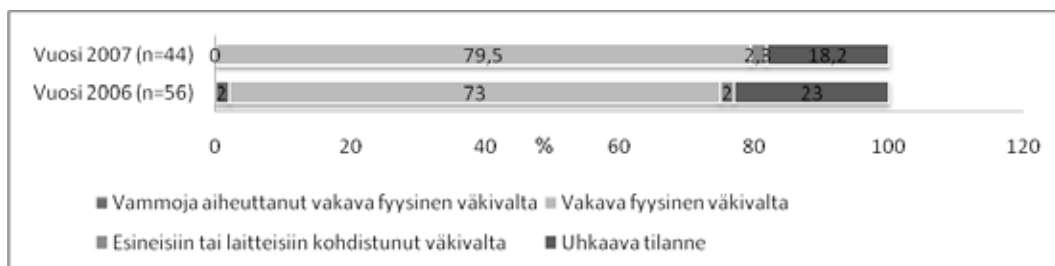
Lomakkeiden tiedot on laskettu numeerisesti ja tulokset esitetään taulukoina ja kuvioina. Myös sanalliset ilmaisut on kvantifioitu määriin ja prosenttilukuihin.

Tutkimustulokset

Väkivaltatilanteiden määrät, tapahtumajat ja -paikat

Kirjattuja väkivaltatapahtumia oli vuonna 2005 45, seuraavana vuonna 56 ja vuonna 2007 44. Vuoden 2005 väkivaltatilanteista 71 prosenttia oli läheltä piti -tapauksia ja 29 prosenttia seurauksia aiheuttaneita

tapahtumia. Vuosina 2006–2007 käytettiin siis uutta lomaketta. Näiden vuosien tulokset on kuvattu kuviossa 1. Uusi luokittelu ei sisällä vähäiseksi katsottavaa väkivaltatilannetta lainkaan, mistä johtuen kuviossa 1 saa käsityksen, että kyseisinä vuona noin 75 prosenttia kaikista tapauksista oli vakavia fyysisiä väkivaltatilanteita. Tämä ei kuitenkaan pidä paikkaansa, sillä esimerkiksi huitaisu, joka ei osu mihinkään tai kehenkään, ei kuvaa vakavaa fyysistä väkivaltaa. Toisena esimerkkinä aineistosta nousee hoitajan tai toisen potilaan käden puristaminen, jolloin väkivallan vakavuus riippuu käytetyn voimaan määrästä.

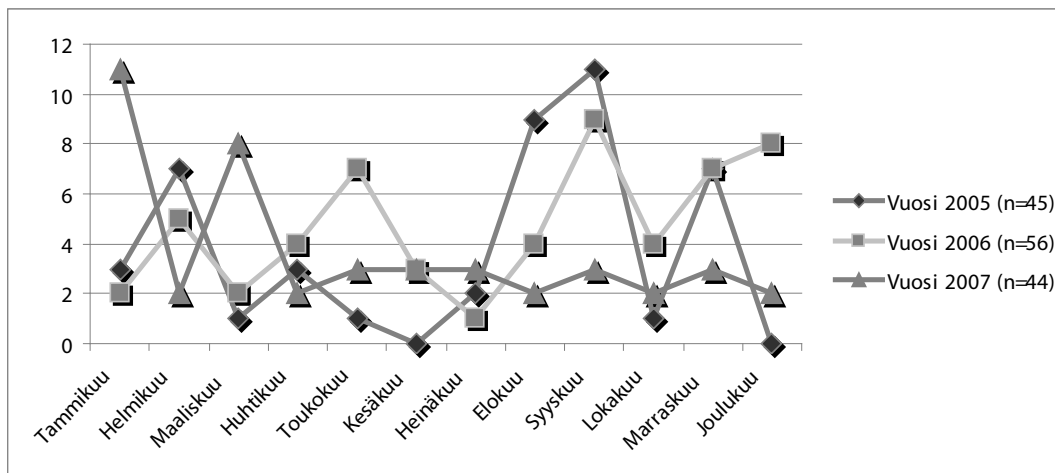


Kuvio 1. Väkivaltatilanteiden luokittelu vuosina 2006–2007.

Vammoja aiheuttaneita väkivaltatilanteita oli vuonna 2006 kaksi prosenttia ja vuonna 2007 ei yhtään kaikista ilmoitetuista tapauksista. Esineisiin tai laitteisiin kohdistuneet väkivaltatilanteet olivat myös kahden prosentin luokkaa.

Väkivaltatilanteita on vuosina 2005–2007 esiintynyt lähes kuukausittain (Kuvio 2). Vuosina 2005–2006 oli helmi-, syys- ja marraskuussa selvästi enemmän tapauksia kuin muina kuukausina. Vuonna 2007 raportoitujen tilanteiden määrä on ollut huhti-joulukuussa

suhteellisen tasaista: pari kolme tapausta kuukaudessa. On mielenkiintoista, että kesäkuukausina on suhteellisen vähän ilmoituksia. Voidaanko vetää sellainen johtopäätös, että ainakaan sijaishoitajat eivät stimuloi potilaiden käyttäytymistä? Toisaalta vähäisiin ilmoituksiin voi olla syynä myös se, että sijaishoitajat eivät tiedä tehdä ilmoituksia väkivaltatilanteista. Kesällä potilailla saattaa olla myös enemmän viriketoimintaa (kuten ulkoilua ja retkiä), mikä tuottaa hyvää mieltä ja omalta osaltaan ehkäisee aggressiivista käyttäytymistä.



Kuvio 2. Ilmoitetut väkivaltatilanteet eri kuukausina vuosina 2005–2007.

Ilmoitusten mukaan väkivaltilanteita tapahtuu vähiten yöllä kello kymmenen ja kuuden välillä. Aamulla kello kahdeksasta lähtien väkivaltatapauksia esiintyy tasaisesti koko päivän ajan, mutta selkeästi eniten

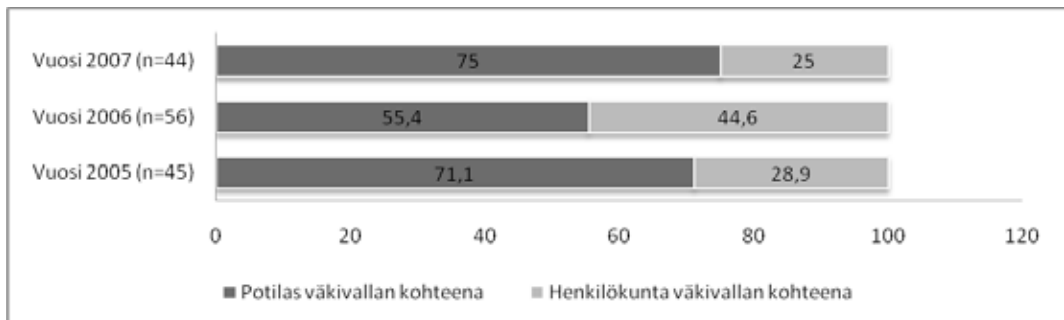
illalla kello kuuden ja kahdeksan välillä. Näiden tulosten perusteella olisi suositeltavaa lisätä henkilökuntaa iltavuoroon, jotta voitaisiin ehkäistä väkivaltilanteiden syntymä.

Taulukko 1. Ilmoitettujen väkivaltilanteiden tapahtuma-aika vuosina 2005–2007.

Kello	6-8	8-10	10-12	12-14	14-16	16-18	18-20	20-22	22-06
Väkivaltilanteiden määrä (f)	1	19	19	20	17	19	28	8	3

Kaikissa ilmoitetuissa tapauksissa potilas oli väkivallan aiheuttaja. Väkivallan kohde oli joko toinen potilas tai työntekijä. Vuosina 2005 ja 2007 väkivallan kohteena

oli potilas runsaassa 70 prosentissa tapauksia. Sen sijaan vuonna 2006 henkilökunta oli kohteena noin 55 prosentissa tapauksista (Kuvio 3).



Kuvio 3. Väkivallan kohde vuosina 2005–2007 ilmoitetuissa väkivaltatapauksissa.

Yksikön henkilökunnan antamien tietojen mukaan vuonna 2007 henkilökuntaan kohdistuneita väkivaltilanteita ja uhkaavia tilanteita oli niin paljon, että niistä pyrittiin kirjaamaan vain kaikkein vakavimmat tapahtumat.

Yleisimmät väkivaltilanteiden tapahtumapaikat ovat olleet käytävä (26 %), potilaan oma huone (24 %) ja päivä- tai ruokasali (25 %). Keskimäärin 9 prosenttia kaikista väkivaltatapahtumista esiintyi WC- ja suihkutiloissa. Potilashuoneet ovat pääsääntöisesti 2–4 hengen huoneita, joten kohtaamisia muiden kanssa ei voi välttää. Koska potilaat liikkuvat paljon käytävällä ja yhteiset ruokailut tapahtuvat ruokasalissa, ovat nämäkin tilat luonnollisesti keskeisiä väkivallan esiintymispaikkoja.

Väkivaltaan tai sen uhkaan johtanut tilanne

Kun väkivalta tai sen uhka kohdistui hoitajaan (n=13) vuonna 2005, tapahtuivat tilanteet jalkahoidossa, hoitotoimien yhteydessä, talutettaessa ja puettaessa tai riisuttaessa. 30 prosenttia tapauksista oli kuitenkin sellaisia, ettei hoitaja kyennyt määrittelemään syytä päällekkäisyyteen. 15 prosentissa tapauksissa aggressiivinen käyttäytyminen ilmeni, kun huoneen ovi oli lukossa. Kaikkiaan 23 prosentissa väkivaltaan johtanutta tilannetta ei ilmoituksen perusteella pystytty määrittelemään.

Vuonna 2006 ilmoitetuista henkilökuntaan kohdistuneista väkivaltilanteista (n=25) 72 prosenttia tapahtui hoitotilanteessa, tavallisimmin puettaessa ja riisuttaessa. Muita tilanteita olivat potilaan taluttaminen ja riitatilanteessa toisen potilaan puolelle asettuminen. Henkilökuntaan kohdistui väkivaltaista käyttäytymistä myös silloin, kun potilaan huoneen ovi oli lukittuna (8 %) eli potilas suuttui siitä, että hän ei päässyt huoneeseensa. Potilashuoneen ovet pidetään henkilökunnan mukaan päivittäin lukittuina jonkin aikaa, jotta potilaat eivät oleilisi koko päivää sängyissään.

Vuonna 2007 henkilökuntaa kohtaan tapahtuneita väkivaltilanteita ilmoitettiin 11, joista 63 prosenttia erilaisten hoitotilanteiden yhteydessä. Kahdessa tapauksessa hoitajaan kohdistui aggressio, kun hän meni riitatilanteen sovittelijaksi. Potilaan ärtyisyys toista potilasta kohtaan aiheutti aggression purkamisen hoitajaan.

Vuonna 2005 lähes 50 prosenttia potilaan toista potilasta kohtaan johtaneista väkivaltilanteista ilmeni kahden potilaan riitatilanteena (Taulukko 2). Muut tilanteet olivat 10–13 prosentin luokkaa. Toisesta potilaasta tavalla tai toisella ärsyntyminen näyttää olevan yleistä. Kun henkilökunta saapuu erottelemaan riitakumppaneita, heidän on yleensä vaikea tietää, mistä potilaat kulloinkin riitelevät.

Taulukko 2. Potilaan toiseen potilaaseen kohdistaman väkivallan tapahtumatilanteet vuosina 2005–2007.

	Vuosi 2005 (n=30) %	Vuosi 2006 (n=31) %	Vuosi 2007 (n=33) %
Riita paikasta ruokasalissa	10	16	6
Toinen potilas yritti mennä väärään huoneeseen	13	13	21
Toisen potilaan ärsyttävä käytös	10	13	24
Toisen potilaan kävellessä ohi	10	32	15
Kahden potilaan riitatilanne	47	0	0
Kahden potilaan istuessa vierekkäin	0	13	6
Muu määrittelemätön syy	10	13	28

Vuonna 2006 tapahtui eniten väkivaltatilanteita (n=31) toisen potilaan vain kävellessä ohi ja potilaiden riidellessä omasta paikastaan ruokasalissa. Yleensä ärsyntyminen toista potilasta kohtaan jatkui edelleen, samoin myös yritykset mennä tämän huoneeseen. 13 prosenttia väkivaltatapauksista oli sellaisia, että kahden potilaan istuessa vierekkäin toinen löi toista (yleensä ilman syytä).

Väkivaltatilanteet jatkuvat vuonna 2007 samoissa olosuhteissa (n=33). Yritys mennä toisen huoneeseen aiheutti 21 prosenttia väkivaltatilanteista, ärsyntyminen toisen potilaan läsnäolosta oli syynä 24 prosenttiin tilanteista ja toisen potilaan kävellessä ohi lensi nyrkki 15 prosentissa tapauksista. Ruokailupaikoista oli vuonna 2007 hieman vähemmän riitaa kuin aikaisempina vuosina.

Yhteenvetona voidaan todeta, että henkilökuntaan kohdistuvissa väkivaltatilanteissa yleisintä oli tilanteen syntyminen hoitotoimenpiteiden yhteydessä. Potilaan toiseen potilaaseen kohdistuvissa väkivaltatilanteissa merkillepantavaa on ilman syytä tapahtuva päällekkäisyys ja tosien lyöminen esimerkiksi ohi kävellessä käytävällä. Muut yhtä merkittävät väkivallan tekopaikat olivat ruokasali ja potilashuoneet.

Fyysisen väkivallan muodot

Vuosien 2005–2007 fyysisiin väkivaltatilanteisiin liittyi myös sannallista huutamista, uhkailua ja kiroilua noin kahteen kolmesta tapauksesta. Potilaan toiseen potilaaseen kohdistamissa väkivaltatilanteissa lyöminen nyrkillä oli yleisintä (78 %) vuosina 2005 ja 2006. Nyrkiniskut osuivat yleisemmin kasvoihin, käsivarsiin, selkään ja rintaan. Muita väkivallan muotoja olivat tarttuminen/puristaminen, tuuppaus/tönnäyttyminen, vääntäminen ja esineellä uhkaaminen. Vuonna 2007 tarttuminen/puristaminen väkivallan muotona lisääntyi (33 %) ja vastaavasti lyöminen väheni (33 %).

Tuuppausta ja tönnäytystä ilmeni 14 prosentissa tapauksista. Viiden prosentin luokkaa olivat kuristaminen, repiminen ja vääntäminen.

Vuonna 2005 lyöminen muodosti 50 prosenttia kaikista henkilökuntaa kohtaan ilmenneistä väkivaltatilanteista. Seuraavina olivat raapiminen (12 %) ja potkiminen (12 %). Muina (alle 5 %) muotoina ilmeni repimistä, puremista, sylkemistä, vääntämistä, tuuppausta/tönnäytystä ja puristamista. Vuonna 2006 lyöminen osuus väkivallasta oli 35, puristamisen 18 ja raapimisen 15 prosenttia. Muut vuonna 2005 ilmenneet väkivallan muodot jatkuivat myös vuonna 2006. Henkilökuntaan kohdistuvissa väkivaltatilanteissa oli vuonna 2007 muutosta edellisiin vuosiin siinä mielessä, että lyömistä esiintyi 36:ssä, tarttuminen/puristamista 28:ssä, raapimista 14:ssä ja potkimista, esineellä heittämistä ja repimistä kutakin 8 prosentissa tapauksista.

Fyysisen väkivallan muotoina esiintyi vuosina 2005–2007 eniten lyömistä ja voimakasta tarttumista sekä henkilökuntaan että potilaisiin kohdistuneissa tilanteissa. Myös Christian Duffinin (2007) tutkimuksessa väkivalta ilmeni esimerkiksi lyömisenä kasvoihin ja selkään, sekä sitomisenä ja kiinni pitämisenä.

Fyysisen väkivallan seuraukset

Väkivaltatilanteiden yleisimmät seuraukset ovat kipu, naarmut, mustelmat ja punoittavat alueet. Lyöntien seurauksena esiintyi myös turvotusta ja verenvuotoa iholta sekä nenästä (Taulukko 3). Vuonna 2006 yhdelle potilaalle tuli sydänoireita ja toinen potilas jouduttiin lähettämään röntgenkuviin keskussairaalaan. Kuvissa ei todettu murtumaa, mutta tilanne oli silti stressaava sekä uhrille että henkilökunnalle. Vaikka taulukon 3 luvut saattavat tuntua pieniltä, ne ovat kuitenkin liian suuria. Sekä hoitajien että potilaiden pitäisi saada tuntea yksikössä turvallisuutta eikä pelkoa ja turvattomuutta.

Taulukko 3. Väkivaltatilanteiden kirjatut seuraukset vuosina 2005–2007.

Henkilökuntaan kohdistuneen väkivallan seuraukset		Potilaisiin kohdistuneen väkivallan seuraukset	
VUOSI 2005	f	VUOSI 2005	f
Kipua	4	Punoittava alue	2
Naarmuja	3	Huuli turvoksissa	2
Mustelma	1	Verta nenästä	2
		Mustelma	1
		Korvalehti turvoksissa, mustelma	1
VUOSI 2006	f	VUOSI 2006	f
Punaiset jäljet	3	Punoittava alue	2
Mustelma	2	Verinaarmu	2
Kipu	1	Mustelma	1
Verinaarmu	1	Sydänoireita	1
		Potilas röntgeniin keskussairaalaan	1
VUOSI 2007	f	VUOSI 2007	f
Verinaarmu	2	Punoittava alue	4
Potilas kastoi kaikki hoitajan vaatteet	1	Raapimisjälki	1

Väkivaltatilanteiden hallinta

Henkilökuntaan kohdistuvissa väkivaltatilanteissa tilanne rauhoittui usein itsestään (37 %), toisen työntekijän tullessa apuun (27 %), tilanne hoidettiin puhumalla (12 %) tai työntekijä väisti kauemmaksi (10 %). Yksittäisinä toimenpiteinä tilanne rauhoittui, kun potilas vietiin omaan huoneeseen, laitettiin geriatriseen tuoliin tai hoitaja korotti äänensä.

Potilaisiin kohdistuneissa väkivaltatilanteissa tilanne rauhoittui yleisemmin itsestään (39 %), henkilökunta meni väliin rauhoittamaan riitelijöitä (53 %), tai potilas siirrettiin toiseen tilaan (5 %). Yksittäisenä toimenpiteenä potilas laitettiin reisivöihin tai uhri poistui paikalta vähin äänin.

Yhteenveto

Tutkimuksessa etsittiin vastauksia kysymyksiin, mikä tyyppistä hoitajiin ja toisiin potilaisiin kohdistuvaa väkivaltaa psykiatrisessa hoitotyössä ilmeni kyseisessä hoitoyksikössä vuosina 2005–2007. Missä tilanteissa väkivaltaa ilmeni, millaisia vammoja väkivaltatilanteissa syntyi ja miten väkivaltatilanteet saatiin hallintaan? Tutkimuksen kohteena olevassa psykiatrisessa yksikössä tehtiin kyseisinä vuosina väkivaltailmoituksia 44–56 vuodessa. Vuonna 2005 kaksi kolmasosaa oli läheltä piti -tapahtumia ja kolmasosa seurauksia aiheuttaneita väkivaltatilanteita. Vuosina 2006–2007 tapauksista 73–79 prosenttia oli vakavaa fyysistä väkivaltaa, 18–23 prosenttia uhkaavia tilanteita sekä 2 prosenttia esineellä uhkaamista. Vuosina 2005 ja 2007 väkivallan kohteena oli potilas runsaassa 70 prosentissa tapauksista. Sen sijaan vuonna 2006 henkilökunta oli väkivallan kohteena yli puolessa tapauksista.

Yleisimmät väkivaltatilanteiden tapahtumapaikat olivat käytävä, potilaan oma huone ja päivä-/ruokasali. Eniten väkivaltatilanteita syntyi illalla kello kuuden ja kahdeksan välisenä aikana. Henkilökuntaan kohdistuvissa väkivaltatilanteissa yleisintä oli väkivallan ilmeneminen hoitotoimenpiteiden yhteydessä. Toiseen potilaaseen kohdistuvissa väkivaltatilanteissa merkilepantavaa oli ilman syytä tapahtuva päällekkäisyys ja toisen lyöminen esimerkiksi käytävällä. Muut väkivallan ilmenemispaikat olivat ruokasali ja potilashuoneet. Fyysisen väkivallan lisäksi ilmeni sanallista huutamista, uhkailua ja kiroilua noin kahteen kolmesta tapauksesta. Sekä henkilökuntaan että potilaisiin kohdistuneissa väkivaltatilanteissa eniten esiintyi lyömistä ja voimakasta tarttumista. (vrt. Pitkänen 2003; Ukonmaanaho 2006).

Väkivaltatilanteiden seurauksena syntyi pääasiassa naarmuja, mustelmia ja punoittavia alueita. Lyöntien seurauksena tuli myös turvotusta ja verenvuotoa. On muistettava, että vaikka väkivaltatilanne ei olisikaan aiheuttanut näkyvää seurausta, on se kuitenkin saattanut järkyttää väkivallan kohdetta ja aiheuttaa stressiä, pelkoa, levottomuutta ja turvattomuutta (Farrell ym. 2006; Needham ym. 2005). Henkisten vammojen määrää ja laatua ei käytetyissä lomakkeissa ole ilmoitettu eikä arvioitu.

Henkilökuntaan kohdistuneissa väkivaltatilanteissa tilanne rauhoittui usein itsestään, toinen työntekijä tuli apuun tai tilanne hoidettiin puhumalla. Väkivaltatilanteen rauhoittamisen keinoina käytetään hoitotyössä yleensä keskustelua ja läsnäoloa sekä tarvittaessa lääkitystä tai potilaan ohjaamista muihin tiloihin rauhoittumaan. Haasteena onkin väkivaltaisen potilaan

hoitaminen vuorovaikutuksen keinoin ilman fyysistä rajoittamista. (Ukonmaanaho 2006). Duffin (2007) tutkimuksessa hoitajille opetettiin verbalisia sekä teknisiä taitoja kohdata väkivaltatilanteet.

Pohdinta

Pohjoismaisessa tutkimuksessa (Vuorensyrjä 2008) on todettu fyysisen ja psyykkisen rasituksen olevan työn jättämisen vakaan harkinnan tilastollisesti merkitsevä selittäjä vanhusten ja vammaisten perushoitotyössä. Samassa tutkimuksessa todettiin työn mielekkyyden vähentävän todennäköisyyttä jättää työpaikka. Työn mielekkyydessä nousee keskeisesti esille asiakaskohtaamisten kokeminen antoisaksi. Kun Matti Vuorensyrjän (2008) tuloksia tarkastellaan edellä esitettyjen tulosten yhteydessä, nousee esiin suuri haaste siitä, millä tavalla psykogeriatrisessa hoitotyössä voidaan lisätä työn mielekkyyttä ja ehkäistä psyykkistä rasitusta.

Keskeisenä tavoitteena voidaan pitää väkivaltatilanteiden vähentämistä ja ennaltaehkäisyä. Työnantajan vastuulla on järjestää henkilöstölle tarvittavaa ja jatkuvaa lisäkoulutusta väkivaltatilanteiden hallinnasta. Selkeät, säännöllisin väliajoin kerrattavat menettelyta-

paohjeet auttavat henkilökuntaa reagoimaan oikealla tavalla väkivaltatilanteessa. Henkilökunnan säännöllinen ja jatkuva työnohjaus on ensiarvoisen tärkeää kuten myös väkivaltatilanteiden jälkikäsitteily osastotunnilla mahdollisimman pian tapauksen jälkeen. (vrt. STM 2008; Ukonmaanaho 2006; Pitkänen 2003.)

Dementoituville ja psykogeriatrisille potilaille yhden hengen huoneet ovat suositeltavia, mutta jos ne eivät ole mahdollisia, olisi asukkaiden määrää huonetta kohden vähennettävä. Työnantajan tulee yhdessä henkilökunnan kanssa pohtia tilaratkaisuja, huonekalujen ja esineiden sijoittelua sekä erilaisia teknisiä lisälaitteita ehkäisemään väkivaltatilanteita. Tässä yksikössä tarvittaisiin vähintään yksi iltahoitajan lisää, jotta henkilökuntaa olisi tarpeeksi. Väkivaltatilanteita näet ilmeni eniten illalla, jolloin henkilökuntaa oli vähiten (vrt. STM 2008, 36).

Tässä artikkelissa esitetty aineisto on suppea pitkittäistutkimus yhden yksikön väkivaltatilanteista. Laajempi tutkimus henkilökunnan kokemasta väkivalta-psykiatrisessa vanhusten hoitotyössä on välttämätöntä ilmiön tarkentamiseksi, väkivaltatilanteiden ennakoimiseksi ja ehkäisemiseksi sekä henkilöstön hyvinvoinnin turvaamiseksi.

Kirjallisuus

- BONNER, G. & McLAUGHLIN, S. (2007). *The psychological impact of aggression on nursing staff. British Journal of Nursing*, 16, 810–814.
- DUFFIN, C. (2007). *Managing Violent Patients. Nursing Older People*, 15, 10–15.
- FARRELL, G., BOBROWSKI, C. & BOBROWSKI, P. (2006). *Scoping Workplace Aggression in Nursing: Findings from an Australian study. Journal of Advanced Nursing*, 55, 778–787.
- JOSEFSSON, K., SONDE, L. & WAHLIN, T.-B. (2007). *Violence in municipal care of older people in Sweden as perceived by registered nurses. Journal of Clinical Nursing*, 16, 900–910.
- MCGARRY, J. & SIMPSON, C. (2008). *Identifying, reporting and preventing elder abuse in the practice setting. Nursing Standard*, 22, 49–55.
- MÄKI-PETÄJÄ-LEINONEN, A. & NIKUMAA, H. (2005). *Dementoituvan ihmisen ja hänen omaisensa oikeusopas. Alzheimer-keskusliiton julkaisuja. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.*
- NEEDHAM, I., ABDERHALDEN, C., HALFENS, R., FISCHER, J. & DASSEN, T. (2005). *Non-somatic effects of Patient aggression on Nursing: a systematic review. Journal of Advanced Nursing*, 49, 283–296.
- PAAVILAINEN, E. (2003). *Lapset, perhe ja väkivaltatyö. Porvoo: WSOY.*
- PAAVILAINEN, E., ÅSTEDT-KURKI, P. & PAUNONEN, M. (1998). *Ethical Problems in Research on Families Who Are Abusing Children. Nursing Ethics*, 5, 200–205.
- PITKÄNEN, A. (2003). *Potilaiden hoitajiin kohdistama väkivalta psykiatrisessa hoitotyössä. Pro gradu -tutkielma, Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos.*
- PLITNICK, K.R. (2008). *Elder Abuse. AORN Journal*, 87, 422–427.
- STM (2008). *Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:3, Helsinki: Yliopistopaino.*
- UKONMAANAHO, U. (2006). *Hallittu hoidollinen rajoittaminen psykiatrisessa hoitotyössä. Pro gradu -tutkielma, Oulun yliopisto, hoitotieteen- ja terveyshallinnon laitos.*
- VUORENSYRJÄ, M. (2008). *Työn jättämisen vakava harkinta vanhusten ja vammaisten perushoitotyössä: komparatiivinen tutkimus Suomessa, Ruotsissa, Norjassa ja Tanskassa. Työelämän tutkimus*, 6, 263–281.
- YLINEN, S. & RISSANEN, S. (2005). *Sosiaalityö ja kaltoinkohdeltu vanhus. Gerontologia*, 19, 57–64.