

Saimaan ammattikorkeakoulu  
Sosiaali- ja terveysala, Lappeenranta  
Ensihoidon koulutusohjelma

Kononen Jari, Lindgren Sami, Miettinen Jussi

## **Ensihoitohenkilöstön työssä kokema väkivalta ja siitä selviytyminen**

Opinnäytetyö 2014

## Tiivistelmä

Jari Kononen, Sami Lindgren ja Jussi Miettinen

Ensihoitohenkilöstön työssä kokemaa väkivalta ja siitä selviytyminen, 45 sivua, 3 liitettä

Saimaan ammattikorkeakoulu

Sosiaali- ja terveysala, Lappeenranta

Ensihoidon koulutusohjelma

Opinnäytetyö 2014

Ohjaajat: lehtori Arja Sara-aho, Saimaan ammattikorkeakoulu, ensihoidon kenttäjohtaja Teemu Säteri, Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymä

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tutkia ensihoitajan työssä kokemaa väkivaltaa ja sitä, millaisia selviytymiskeinoja ensihoitajat käyttävät väkivaltatapausten läpikäymiseen. Lisäksi tarkoituksena oli selvittää, vaikuttavatko väkivaltatilanteet potilaan saamaan hoitoon ja miten työyhteisö käsittelee traumatisoivan väkivaltatilanteen. Lisääntyneen uutisoinnin ansiosta ensihoitajan työssä kokemaa väkivalta on tullut myös tavallisen kansalaisen tietoon.

Tutkimusmenetelmänä käytettiin kvalitatiivista eli laadullista tutkimusta. Tutkimus toteutettiin Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymän (PHSOTEY) kanssa yhteistyössä kahdessa vaiheessa. Ensimmäisessä vaiheessa käytettiin hyväksi verkkoselainpohjaista Webropol-kyselyä. Webropol-kyselyn perusteella tutkimukseen valittiin neljä taustoiltaan erilaista ensihoitajaa haastateltaviksi. Toisessa vaiheessa haastattelut toteutettiin paikan päällä yksilöhaastatteluina ensihoidon toimipisteissä. Kaikki haastattelut toteutettiin teemahaastatteluina, joihin oli ennalta laadittu valmiit teemat ja kysymykset.

Teemahaastatteluista saadut tulokset tukivat aikaisemmin tehtyjen kvantitatiivisten tutkimusten tuloksia väkivallan esiintyvyydestä. Tulosten perusteella ensihoitajat kokivat fyysistä tai henkistä väkivaltaa lähes jokaisessa työvuorossa. Selviytymiskeinoista suosituimmiksi koettiin työyhteisön kanssa keskusteleminen, ammattihenkilön johtama debriefing ja defusing sekä puolison tai läheisen kanssa keskustelu vaihtolovelvollisuutta kunnioittaen. Tuloksissa ilmeni myös, että väkivaltatilanteet saattoivat joissain tapauksissa vaikuttaa potilaan hoitoon siten, että joitakin toimenpiteitä saatettiin jättää tekemättä. Väkivaltatilanteet käsitellään alueella debriefing- ja defusing-menetelmää käyttäen ja tämän järjestelmän koettiin olevan toimiva. Tulokset ovat yksittäisten ensihoitajien mielipiteitä, joten tutkimuksesta saatuja tuloksia ei voida yleistää, mutta ne ovat kuitenkin suuntaa antavia.

Jatkotutkimusaiheina voitaisiin tutkia väkivaltatilanteiden aiheuttamien sairauslomien määrää niin kenttätyössä kuin myös päivystyspoliklinikoilla, debriefingin käyttöä ja hyötyä ensihoito- ja päivystyspoliklinikkatyössä. Lisäksi voitaisiin toteuttaa koulutuspaketti väkivaltaisen potilaan kohtaamisesta hoitotyössä.

Asiasanat: Väkivalta, selviytymiskeinot, kriisi, työturvallisuus

## **Abstract**

Jari Kononen, Sami Lindgren and Jussi Miettinen  
Workplace Violence Experienced by Paramedics and its Consequences, 45  
pages, 3 appendices  
Saimaa University of Applied Sciences, Lappeenranta  
Health Care and Social Services  
Degree Program in Emergency Care Nursing  
Bachelor's thesis 2014  
Instructors: Senior lecturer Arja Sara-aho, Saimaa University of Applied  
Sciences, Teemu Säteri, Paramedic supervisor, PHSOTEY

The aim of this Bachelor's thesis was to examine the violence experienced by paramedics on the field and also how they process and overcome the traumatic situations. It is also an aim to find out does violence have an effect to the care that the patient receives and how does the work community deal with these violent experiences. Due to increased coverage people have become more aware of the violence the paramedics face at work.

This Bachelor's thesis is conducted as a qualitative study. The study is carried out in co-operation with Päijät-Häme Social and Health Care Group. The study is implemented in two parts. In the first part the web browser based Webropol-poll was used. Based on these results four paramedics were chosen for interviews. In the second part these four paramedics were interviewed. The interviews were theme interviews and they were arranged during their work shifts.

The results of the study support other quantitative studies on the prevalence of violence, which have been carried out before this study. Based on the results, the paramedics experienced either physical or mental violence almost on every shift. Paramedics used debriefing and defusing as a way to overcome these traumatic situations. Also discussion with the work community and close relative were common. It also came clear in the results that in some cases patients violent behavior effect on the care. Study also showed that paramedics feel that defusing and debriefing is a great way to overcome traumatic situations. The results are opinions of individual paramedics so the results cannot be generalized nationwide.

Follow-up researches would be sick leaves caused by violent acts, the use of debriefing in emergency care and information package on a person who acts aggressively.

Key words: violence, overcome a traumatic situation, crisis, work safety

## Sisältö

Sisältö .....	4
1 Johdanto .....	5
2 Väkivalta ja uhkaava käyttäytyminen .....	6
2.1 Fyysinen väkivalta .....	6
2.2 Henkinen väkivalta .....	7
2.3 Lait ja asetukset .....	7
2.4 Väkivalta hoitotyössä.....	9
2.5 Väkivaltaisen potilaan kohtaaminen .....	15
3 Työssä jaksaminen .....	17
3.1 Ensihoitotyön erityispiirteet.....	17
3.2 Työturvallisuus .....	19
3.3 Potilasturvallisuus.....	20
4 Kriisitilanteiden käsittely .....	22
4.1 Kriisi.....	23
4.2 Kriisin vaiheet .....	24
4.3 Defusing eli purkaminen .....	25
4.4 Debriefing eli jälkipuinti.....	26
4.5 Selviytymiskeinot.....	27
5 Opinnäytetyön tavoitteet ja tarkoitus .....	28
6 Opinnäytetyön toteutus .....	28
6.1 Opinnäytetyön eteneminen.....	29
6.2 Tutkimusmenetelmä .....	30
6.3 Aineiston keruu.....	31
6.4 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus .....	32
7 Opinnäytetyön tulokset .....	32
7.1 Väkivallan esiintyvyys ja myötävaikuttavat tekijät.....	33
7.2 Väkivaltatilanteiden vaikutus hoidon laatuun.....	34
7.3 Selviytymiskeinot väkivaltatilanteen jälkeen.....	34
7.4 Väkivaltatilanteen käsittely organisaation toimesta.....	35
8 Pohdinta.....	35
9 Jatkotutkimusaiheet .....	41
Lähteet.....	42

### Liitteet

Liite 1 Saatekirje

Liite 2 Haastattelun teemat

Liite 3 Webropol- kysely

# 1 Johdanto

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on tutkia henkistä ja fyysistä väkivaltaa ja sen uhkaa ensihoidon kenttätöissä ensihoitajan näkökulmasta. Tarkoituksena on myös selvittää ensihoitajien käyttämiä selviytymiskeinoja väkivaltilanteiden jälkeen. Haastattelutilanne toteutetaan Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystieteiden (PHSOTEY) ensihoidokeskuksen ensihoitajille. Haastatteluissa käsitellään väkivallan uhkaa ja siitä aiheutuneita tuntemuksia. Haastateltavat valitaan Webropol-verkkokyselyn perusteella, joka on internet-selaimella täytettävä kysely. Haastateltavaksi valitaan taustoiltaan erilaisia henkilöitä, jotta saadaan mahdollisimman monipuolisesti ensihoitajien kokemia tuntemuksia tuotua esille. Haastattelulla taas pyritään selvittämään, miten ensihoitohenkilöstö kokee väkivallan uhan työssään ja vaikuttaako ensihoitotilanteessa esiintyvä aggressiivinen käytös potilaan saamaan hoitoon. Lisäksi opinnäytetyö selvittää käsitelläänkö väkivalta- tai läheltä piti –tilanteita debriefingin tai defusingin avulla.

Aihe on ajankohtainen, sillä ensihoidossa fyysistä väkivaltaa ja uhkailua on esiintynyt kautta aikain. Joka kolmas hoito- ja sosiaalialalla työskentelevä on joutunut kokemaan väkivaltaa tai uhkailua työssään. (Hulkko & Piispa 2009.) Sairaaloissa väkivaltaa esiintyy päivittäin, ja siihen varaudutaan esimerkiksi ympärivuorokautisella järjestyksenvalvonnalla. Ensihoidossa taas mennään usein ihmisten koteihin työparin kanssa, ja uhkaavan tilanteen sattua on usein selviydyttävä keskenään, ilman erityisiä voimankäyttöoikeuksia. Suomessa väkivaltilanteita ensihoidossa on melko vähän tutkittu, mutta media on alkanut uutisoida väkivaltilanteista yhä enemmän. Mielikuva onkin, että väkivallan ja uhkaavien tilanteiden määrä on kasvanut sairaalan ulkopuolisessa hoidossa.

Päijät-Hämeen alueelle on perustettu lähivuosina yhteensä kolme vaativan hoitotason yksikköä. Yksikkö on miehitetty kahdella hoitotason ensihoitajalla, joilla molemmilla on laaja kokemus ensihoidosta ja lisäksi käyty sairaanhoitopiirin järjestämä lisäkoulutus. Peruseriaatteena on, että vaativien hoitotason yksiköitä käytetään pääasiassa kiireellisille tehtäville. Täten yksikkö hälytetään erilaisille tehtäville, kuten esimerkiksi puukotuksille ja pahoinpitelyille. Tämän takia Päijät-Hämeen vaativien hoitotason yksiköiden henkilöstöä haastatellaan tutkimuksessa.

## **2 Väki­valta ja uhkaava käyttäytyminen**

Ensi­hoidossa aggressiivisen potilaan kohtaaminen on hyvin tyypillinen tilanne. Aggressiivisen käyttäytymisen tunnus­piirteitä ovat esimerkiksi hermostunut käytös, äänen voimakkuus ja sanallinen uhkailu. Aggressiivinen ihminen pyrkii käytöksellään aiheuttamaan pelkoa ja alemmuuden tunnetta uhriinsa. (Kandén 2012, 103-105.) Väki­vallalla tarkoitetaan toisen henkistä tai fyysistä alistamista. Väki­valta voi olla myös seksuaalista, tai ihmisen perustarpeiden laiminlyöntiä. (Dahlberg, Krug, Lozano, Mercy & Zwi 2002, 21.) Väki­valtatilanteiden syntymiselle herkistäviä tekijöitä ovat päihtymystila, psyykkiset sairaudet, somaattiset sairaudet, kova kiire, potilaan elämäntilanne ja ensi­hoitohenkilöstön tilanteeseen soveltumaton käytös. (Kandén 2012, 103-105.)

### **2.1 Fyysinen väki­valta**

Fyysisellä tasolla väki­valta voi olla esimerkiksi toisen koskemattomuuden loukkaamista tai toisen satuttamista esimerkiksi potkimalla, lyömällä, kuristamalla, raapimalla tai sylkemällä. (Dahlberg ym. 2002, 21-22.) Fyysinen väki­valta ensi­hoitohenkilöstöä kohtaan on suuri terveystilariiki, ja se vaikuttaa myös henkiseen jaksamiseen pitämällä stressitasoa korkeana. Fyysinen väki­valta ensi­hoitotyössä onkin yksi suurista riskeistä työturvallisuuteen liittyen. (Kandén 2012, 104.) Terveystilahuoltoalalla fyysinen väki­valta on lähes arkipäiväistä, etenkin päivystyspoliklinikoilla ja sairaalan ulkopuolisessa hoidossa.

Rikoslaisissa fyysistä väki­valtaa määritellään muun muassa 21. luvussa. Pahoinpitelyksi lasketaan se, jos tekee toiselle ihmiselle ruumiillista väki­valtaa, aiheuttaa toiselle kipua tai saattaa toisen tiedottomaan tai vastaavaan tilaan. (Rikoslaki 21.4.1995/578, 5§.) Jos pahoinpitelyssä aiheutetaan toiselle vaikea ruumiillinen vamma, vakava sairaus tai henkeä uhkaava tila, niin on kyseessä törkeä pahoinpitely. Myöskin jos rikos tehdään erityisen raa'alla tavalla tai tekovälineenä on terä- tai ampuma-ase (tai muu näihin rinnastettava hengenvaarallinen väline), on kyseessä törkeä pahoinpitely. Rikoksen tulee olla myös kokonaisuutena röyhkeä. (Rikoslaki 13.7.2001/654, 6§.) Jos pahoinpitely luokitellaan vähäiseksi ja ruumiillinen koskemattomuus ja sen vaikutus

terveyteen on ollut vähäistä, on kyseessä lievä pahoinpitely. (Rikoslaki 21.4.1995/578, 7§.)

## **2.2 Henkinen väkivalta**

Henkisellä tasolla väkivallaksi määritellään nimittely, toisen haukkuminen, kiristäminen tai kiusaaminen. (Klemi 2006.) Henkinen väkivalta voi vaikuttaa ihmisen henkiseen jaksamiseen ja alituinen altistuminen huutelulle ja herjaamiselle voi aiheuttaa stressiä, joka pitemmän päälle voi johtaa niin kutsuttuun burnoutiin eli työuupumukseen. Siihen liittyviä oireita ovat muun muassa väsyneisyys, kyynisyys työtä sekä potilaita kohtaan. Se ei varsinaisesti ole sairaus, mutta se lisää riskiä sairastua esimerkiksi masennukseen. (Ahola, Rossi & Tuisku 2012.)

Myös kunnianloukkaus luetaan henkiseksi väkivallaksi. Rikoslaisissa kunnianloukkaukseksi määritellään toiminta, jossa esitetään toisesta henkilöstä paikkansapitämättömiä, halventavia väitteitä, jotka ovat luonteeltaan sellaisia, että ne on tarkoitettu aiheuttamaan vahinkoa tai kärsimystä henkilölle. Jos loukkaus on erityisen törkeä ja aiheuttaa suunnatonta kärsimystä, niin kyseessä on törkeä kunnianloukkaus. (Rikoslaki 13.12.2013/879, 24. luku, 10§.)

## **2.3 Lait ja asetukset**

Perustuslaissa mainitaan, että jokaisella on oikeus elämään sekä henkilökohtaiseen vapauteen, koskemattomuuteen ja turvallisuuteen. (Perustuslaki 11.6.1999/731, 7§.) Sen mukaan ketään ei saa tuomita kuolemaan, kiduttaa, eikä muutenkaan ketään saa kohdella ihmisarvoa loukkaavasti. Henkilön koskemattomuutta ei saa mielivaltaisesti tai ilman laillista perustetta kaltoinkohdella tai riistää. Kenenkään yksityiselämää, kunniaa tai kotirauhaa ei saa loukata. (Perustuslaki 11.6.1999/731, 10§.)

Järjestyslaissa mainitaan, että yleisillä paikoilla järjestystä ei saa vaarantaa. (Järjestyslaki 27.6.2003/612, 2§.) Yleiseksi paikaksi määritellään esimerkiksi kadut, torit, uimarannat ynnä muut yleisön käytössä olevat kohteet. Virastot, julkiset kulkuneuvot ja kaupat määritellään myös yleisiksi paikoiksi. Myös taajama-alueet ovat yleisiä paikkoja. Järjestyksen vaarantamista on esimerkiksi

ylenpalttinen metelöinti, uhkaava käyttäytyminen ja ampuminen. Laissa sanotaan myös, että vaarallisten esineiden (esimerkiksi nyrkkirauta, kääntöveitsi, heittotähti, tarkkuussinko) hallussapito yleisillä paikoilla tai yleisissä paikoissa olevissa kulkuneuvoissa on kielletty. (Järjestyslaki 27.6.2003/612, 9§.)

Viimeisin uudistus työturvallisuuslakiin on tehty vuonna 2002, ja se tuli voimaan 1.1.2003. Tällä on korvattu aiempi vuodelta 1958 oleva työturvallisuuslaki (299/58). Vanhan lain päätökset säilyivät sellaisinaan voimassa. Työturvallisuuslain periaate on, että jokainen työnantaja tarjoaa työntekijälle turvalliset työskentelyolosuhteet. Laki velvoittaa, että työntekijää suojellaan väkivallalta ja sen uhalta. Hyvä esimies on tietoinen voimassa olevista laeista ja asetuksista.

Työturvallisuuslain tarkoituksena on parantaa työympäristöä ja työympäristön olosuhteita. Lailla pyritään turvaamaan työntekijöiden oikeudet ja kyky työskennellä rauhassa. Sillä ehkäistään myös työtapaturmia ja terveyshaittoja. (Työturvallisuuslaki 738/2002 1§.) Erityisesti työturvallisuuslain väkivaltaan liittyvät lakipykälät ovat ensihoitotyössä tärkeässä asemassa. Työolosuhteet on järjestettävä sellaisiksi, että pystyttäisiin ennalta ehkäisemään väkivaltatilanteet ja väkivallan uhka. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että työssä on oltava asianmukaiset turvallisuusjärjestelyt ja turvavarusteet. (Työturvallisuuslaki 738/2002, 27§, 1 momentti.)

Työpaikalle ja työhön on laadittava ennalta ohjeet, kuinka väkivaltatilanteissa tulee toimia. Lisäksi turvallisuuteen vaikuttavien laitteiden toimivuus täytyy testata tasaisin väliajoin. (Työturvallisuuslaki 738/2002, 27§ 2 momentti.) Ensihoitotyössä tämä tarkoittaa sitä, että työvälineet ovat tuttuja ja että ensihoitaja tietää, mitä toimintoja ne pitävät sisällään (esimerkiksi VIRVE-puhelimen hätäpainike).

Jos työntekijä kokee työssään häirintää tai epäasiallista kohtelua, on työnantajalla heti asiasta kuultuaan velvollisuus ryhtyä toimiin häirintää aiheuttavan tekijän poistamiseksi. (Työturvallisuuslaki 23.8.2002/738, 28§.) Rikoslain mukaan henkilö on tuomittava vähintään sakkoon tai maksimissaan vankeuteen enintään kahdeksi vuodeksi, jos tämä syyllistyy pahoinpitelyyn.



Pahoinpitelyn yritys on rangaistava. Myös laitton uhkaus on rangaistava teko. (Rikoslaki 21.4.1995/578, 21 luku, 5-7§.)

Väkivalta- tai uhkaavan tilanteen sattuessa ensihoitajalla ei ole viranomaisen statusta tai oikeuksia käyttää voimakeinoja. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että ensihoitaja on samassa asemassa tavallisen kansalaisen kanssa tällaisen tilanteen sattuessa. Itsepuolustus on sallittua Suomen lainsäädännössä. Aloitetun tai odottamattoman hyökkäyksen torjumiseksi saa käyttää sallittavia puolustautumiskeinoja hyökkäyksen pysäyttämiseksi, kuitenkin huomioiden hyökkäyksen laatu, voimakkuus ja olosuhteet. Myös hyökkääjän fyysiset ominaisuudet tulee ottaa huomioon. Puolustautuessa ei saa kuitenkaan ylittää hätävarjelun rajoja tai se tulkitaan hätävarjelun liioitteluksi. Hätävarjelun liioittelun tekijä on kuitenkin rangaistusvastuusta vapaa, jos olosuhteet huomioiden ei olisi voinut vaatia muunlaista suhtautumista tilanteeseen. (Rikoslaki 13.6.2003/515, 4§.)

Mielenterveyslain mukaisesti ensihoitaja voi kohteessa ollessaan konsultoida lääkäriä virka-apupyynnöstä, jos kokee potilaan vaativan sairaalahoitoa vastoin omaa tahtoaan. Käytännössä tämä toimii siten, että lääkäri tekee poliisille virka-apupyynnön ja poliisi tulee kohteeseen. Potilaan siirto sairaalaan tapahtuu poliisin avustamana. (Mielenterveyslaki 1990/1116, 31§.)

## **2.4 Väkivalta hoitotyössä**

Suomessa sosiaali- ja terveysalan työntekijöihin kohdistunutta väkivaltaa on tutkittu vähän muihin maihin verrattuna. Internetistä ulkomaisia tutkimuksia löytyy tuhansittain, kun taas Suomessa voidaan puhua vain kymmenistä. Tutkimuksia on 2000-luvun aikana valmistunut useita. Syy tutkimusten lisääntymiselle on viime vuosikymmeninä lisääntynyt fyysinen ja henkinen väkivalta sekä sen uhka. Media on viime vuosina nostanut esille paljon tapauksia, joissa erityisesti ensihoidossa toimivat ensihoitajat sekä sairaankuljettajat ovat joutuneet rajun väkivallan kohteeksi. Suomessa tiettävästi ei ole kuollut väkivallan seurauksena yhtään ensihoitajaa tai sairaankuljettajaa, mutta erittäin vakavia loukkaantumisia on tullut. Media uutisoi 15.4.2013 valtakunnallisesti hyvin laajasti potilaasta, joka puukotti ambulanssissa toimivaa ensihoitajaa 23 kertaa eri puolille vartaloa.

Etenkin tämän jälkeen ensihoidon turvallisuutta on pohdittu useissa eri työpaikoissa.

Viimeisimpien mittausten mukaan Suomessa on noin 110 000 henkilöä, jotka joutuvat vuosittain kuulemaan työssään uhkauksia tai kokemaan väkivaltaa. Sosiaali- ja terveysalan ammattihenkilöt ovat yksi Suomen eniten työväkivaltaa kokevista ammattiryhmistä. (Työterveyslaitos 2014.) Aggressiivisen käyttäytymisen laukaisevia tekijöitä potilaalle ovat muun muassa päihteiden käyttö ja sekakäyttö ja erilaiset tilanne- ja ympäristötekijät. Useasti ensihoitotyössä ei voida tilanne- ja ympäristötekijöihin vaikuttaa, sillä ensihoitotehtävien ympäristö on esimerkiksi potilaan kotona. (Kandén 2012, 103-105.) Lisäksi jotkut sairaudet ja elimistön tasapainotilan häiriöt, kuten esimerkiksi dementia tai elektrolyyttihäiriöt, voivat aiheuttaa potilaan aggressiivisen käyttäytymisen. (Ritmala-Castrén 2005.)

Vuonna 2002 Kuopion yliopiston terveyshallinnon ja -talouden laitoksesta on valmistunut Mirja Rasimuksen tekemä väitöskirja Turvattomuus työoverina – turvattomuus ja väkivalta sairaalan päivystyspoliklinikalla. Väitöskirjassa käsitellään hoitajiin kohdistuvaa väkivaltaa sairaalan poliklinikoilla. Tutkimuksessa on selvitetty erilaisia tekijöitä, jotka aiheuttavat turvattomuuden tunnetta sairaaloiden päivystyspoliklinikoilla. (Rasimus 2002.)

Tutkimuksessa vastausprosentti oli 65 %. Tutkimuksen otanta on ollut suhteellisen suuri (n=929). Tutkimuksessa oli mukana neljä yliopistosairaala, kaikki Suomen keskussairaalat, neljä aluesairaala sekä Helsingin kaupungin päivystyssairaalat Marian sairaala ja Haartmanin sairaala. (Rasimus 2002.)

Rasimuksen (2002) tutkimustulosten mukaan kaikista vastaajista 25 % koki sairaalan päivystyspoliklinikkatyön turvattomana. Kaikista kyselyyn vastanneista 75 % koki, että päivystyspoliklinikkatyö sisältää erilaisia riskejä, joista merkittävimpinä pidetään hyvin kiireistä työn luonnetta sekä väkivaltaisia asiakkaita. Kyselyyn vastanneista yli puolet oli kokenut työssään väkivaltaa, josta seurauksina oli esiintynyt fyysisistä vammoista eniten erikokoisia mustelmia sekä erilaisia ruhjeita. Psykkisistä vammoista eniten esiintyi pelkoa, unettomuutta sekä ahdistusta. Kyselyyn vastanneista suurin osa piti päihteidenkäyttäjää,

erityisesti huumeidenkäyttäjiä, alkoholinkäyttäjiä sekä lääkaineiden sekakäyttäjiä, suurimpana riskiryhmänä. Kyselyyn osallistuneet hoitajat sekä lääkärit olivat sitä mieltä, että turvattomuuden tunnetta on lisännyt voimakkaasti kasvanut väkivaltaisesti käyttäytyvien asiakkaiden määrä aina 1990-luvun puolivälistä. (Rasimus 2002.)

Rasimuksen (2002) kyselystä on havaittavissa, että potilaiden odotuttaminen eri tutkimuksiin sekä odottaminen hoidon eri vaiheissa lisää voimakkaasti riskiä heidän aggressiiviselle käyttäytymiselleen. Vastanneista suurin osa piti eniten työtä haittaavana tekijänä eri päihteiden käyttäjien aggressiivista olemusta hoitajia ja muita potilaita kohtaan. Tilanteiden jälkipurku on jäänyt käytännössä työyhteisön vastuulle, ja purkaminen on tapahtunut keskustelemalla työtovereiden tai tilanteessa olijoiden kanssa. Useimmiten tilanne on kuitenkin jäänyt käsittelemättä. Kyselyyn vastanneista osa kertoi myös työnohjauksen olevan hyvin heikossa tilassa, sillä vain 30 % ilmoitti, että työnohjaukseen on mahdollista osallistua. Kaikista puutteellisimmaksi työnohjauksen ilmoittivat lääkärit, jotka kokivat, ettei työnohjausta ollut juuri ollenkaan. (Rasimus 2002.)

Suomessa tehtyjä opinnäytetöitä, jotka liittyvät väkivaltaan ensihoidossa sekä päivystyspoliklinikoilla, on valmistunut useita viime vuosina. Tutkimuksista on nähtävissä, että lähes jokainen ensihoitaja tai sairaankuljettaja on kohdannut työssään joko fyysistä tai henkistä väkivaltaa.

Savonia–ammattikorkeakoulussa vuonna 2013 tehdyssä opinnäytetyössä tutkittiin ensihoidossa ilmenevää työväkivaltaa sekä sitä, kuinka paljon väkivaltaa on esiintynyt ja millaista väkivaltaa on laadultaan ollut. Vastaaaja tutkimuksessa oli 78 ja vastausprosentti 52. Tutkimus toteutettiin Pohjois-Savon ensihoitokeskukselle. Tutkimuksen mukaan kaikki vastaajat olivat kohdanneet ainakin kerran työuransa aikana henkistä väkivaltaa, sekä fyysistä väkivaltaa kertoi kokeneensa 87 % vastaajista. Vastaajista vuosittain henkistä väkivaltaa oli kokenut 94 %, ja fyysisen väkivallan uhriksi vastaajista oli joutunut 59 %. Ensihoitokeskuksen ensihoitajista 12 % oli loukkaantunut teräaseen takia sekä 63 %:a vastaajista oli uhattu teräaseella. Vastaajista 6 % oli loukkaantunut ampumisen johdosta. Ampuma-aseella uhattuja vastaajia oli 26 %. Loukkaantumiseksi tässä tutkimuksessa on laskettu myös havaitun uhan

torjuminen tai väistäminen. Tutkimuksessa oli havaittu, että vastaajista suurin osa ei ollut tyytyväisiä työväkivallan ennaltaehkäisemiseen. Turvavarusteisiin vastaajat olivat kuitenkin tyytyväisiä. Tutkimuksen mukaan kaikista vastaajista 32 % oli sitä mieltä, että varautumistoimenpiteet olivat riittämättömiä, ja jopa 27 % kertoi varautumistoimenpiteiden olevan välttäviä. (Annala & Moilanen 2013.)

Vuonna 2003 Karjalainen ja Suihkonen tekivät Diakonia- ammattikorkeakoulussa opinnäytetyön, joka tutki väkivaltatilanteiden kohtaamista sairaankuljetuksessa. Lisäksi tutkimuksessa tutkittiin, kuinka sairaankuljettajat selvisivät henkisesti väkivaltatilanteiden jälkeen ja järjestettiin väkivaltatilanteiden jälkeen apua ja saivatko he debriefing-apua työnantajalta. Tämän tutkimuksen mukaan kaikki sairaankuljettajat olivat kokeneet väkivaltaa tai sen uhkaa työtehtävissä viimeisten viiden vuoden aikana. Tässä tutkimuksessa huomionarvoinen asia on, että tulosten mukaan sairaankuljettajista kukaan ei ollut tarvinnut debriefing-apua väkivallalla uhkaamisen tai väkivaltatilanteen jälkeen. Tutkimuksesta selviää, että sairaankuljettajat käyvät väkivalta- tai uhkaavat tilanteet työparin kanssa läpi keskustelemalla ensihoitotehtävän jälkeen. Monelle sairaankuljettajalle liikunta oli niin sanottua vastapainoa työnteolle. (Karjalainen & Suihkonen 2003.)

Useista tutkimuksista käy selville, ettei ensihoidossa ole aikaisemmin ollut defusing- tai debriefing-apua tarjolla. Mikäli työnantaja on tarjonnut defusing- tai debriefing-apua, niin sen käyttämisestä on ilmeisesti pidetty heikkoutena, ja täten sitä ei ole suosittu.

Sutisen (2010) opinnäytetyössä ”Väkivaltaisen potilaan kohtaaminen sairaalan ulkopuolisessa ensihoidossa – kyselytutkimus Helsingin pelastuslaitoksen ensihoito- ja sairaankuljetushenkilöstölle” tutki Helsingin kaupungin pelastuslaitoksen ensihoitajiin sekä sairaankuljettajiin kohdistuvaa väkivaltaa. Kysely on toteutettu kvantitatiivisella tiedonkeruumenetelmällä pelastuslaitoksen sisäisen intranetin kautta. Kyselyyn osallistui 58 ensihoitaja/sairaan kuljettajaa. Tulosten perusteella ensihoitohenkilöstö on kokenut hyvin paljon fyysisiä ja henkisiä uhka- ja väkivaltatilanteita. Huomattava asia on, että näistä uhka- ja väkivaltatilanteista ei ole raportoitu millään tavalla, kuten työtapaturmailmoituksilla. Vain muutamat tilanteet ovat johtaneet rikosilmoituksen tekoon. Sutinen tulee opinnäytetyössään siihen tulokseen, että

Helsingin kaupungin alueella fyysisiä sekä henkisiä väkivaltatilanteita tapahtuu hyvin runsaasti. (Sutinen 2010.)

Fyysiset väkivaltatilanteet tulivat esille yleensä lyömisenä, sylkemisenä, kiinnikäymisenä, potkimisena, raapimisena, puremisena, tönimisenä ja kuristamisena. Lisäksi ensihoitajat kokivat esineillä kohdistettua väkivaltaa, joista yleisimpiä olivat tylpällä esineellä heittäminen, tylpällä esineellä lyöminen, teräaseiden heittäminen sekä teräaseella viiltäminen ja lyöminen. Tappamisen yrittäminen ilmeni pääsääntöisesti ampuma-aseella ampumisena sekä teräaseella puukottamisena. Helsingin pelastuslaitoksen työntekijät kokivat henkisen väkivallan huutamisena, kiroiluna, solvaamisena, aggressiivisena olemuksena, halveksivana ja vähättelevänä asennoitumisena työntekijöitä kohtaan sekä uhkailuna fyysisellä väkivallalla ja tappamisella. Väkivalta ja sen määritelmät ovat hyvin subjektiivisia ja tästä johtuen vain harvat tapaukset johtavat poliisin jatkotoimiin. (Sutinen 2010.)

Hoitotyössä väkivallan uhkaa on tutkittu ulkomailla laajasti. Yhdysvalloissa vuonna 2006 tehty tutkimus kartoitti kuuden kuukauden ajan väkivallan esiintyvyyttä päivystyspoliklinikoilla. Tutkimukseen osallistui yhteensä 242 työntekijää viidestä eri sairaalasta. Päivystyspoliklinikoista yksi oli niin sanottu traumakeskus, jolla oli erikseen psykiatrinen päivystys. Loput neljä päivystyspoliklinikkaa olivat normaaleita päivystyspoliklinikoita, joilla oli sama vastaanotto niin somaattisista kuin psykiatrisista vaivoista kärsiville potilaille. Tutkimuksen populaatio koostui noin 600:sta päivystyspoliklinikoiden työntekijästä. Suurin osa vastaajista (= 177) oli naisia ja yleisin vastaajan ammattiryhmä oli sairaanhoitaja. Henkiseksi väkivallaksi määriteltiin muun muassa kiroilu, huutaminen, rasistiset kommentit, sanallinen uhkailu ja nöyryyttäminen. Lisäksi seksuaalinen ahdistelu, johon kuuluivat esimerkiksi seksuaalisten palvelusten ehdottelu ja vislailu, laskettiin tutkimuksessa väkivallaksi. Fyysiseksi väkivallaksi luokiteltiin muun muassa lyöminen, potkiminen, nipistäminen, raapiminen, pureminen, hiuksista repiminen, esineellä lyöminen tai heittäminen, ampuminen ja puukottaminen. (Gates, McQueen, Ross 2006.)

Suullista väkivaltaa kokivat eniten ensihoitajat (100 % vastanneista), sairaanhoitajat (98 % vastanneista) ja lääkärit (96 % vastanneista). Suurin osa sairaanhoitajista (98 %) joutui kokemaan suullista väkivaltaa myös potilaiden vierailta. Uhkailua potilailta kokivat eniten sairaanhoitajat (78 %) ja lääkärit (83 %). Tutkimuksessa ilmeni, että myös fyysistä väkivaltaa esiintyy. Hoitohenkilökunta koki ainakin 319 potilaiden aiheuttamaa väkivaltatilannetta ja 10 väkivaltatilannetta, jonka aiheuttajina olivat vierailijat. Sairaanhoitajista 67 % ja lääkäreistä 51 % oli kokenut väkivaltaa vähintään kerran tutkimuksen kuuden kuukauden aikana. Psykiatrisen päivystyksen työntekijät kokivat väkivaltaa eniten, jopa 11 % hoitajista oli kokenut potilaan aiheuttamaa fyysistä väkivaltaa seitsemän kertaa tai useammin. Fyysinen väkivalta aiheutti yhteensä 32 vammaa kuuden kuukauden ajanjaksolla. Vammat olivat yleensä lieviä, kuten mustelmia. Vammoista kuitenkin neljä vaati sairaalahoitoa ja yksi hoitajista oli tarvinnut vamman takia psykiatrista tukea. Potilaiden aiheuttamasta väkivallasta aiheutui yhteensä kolme sairauslomapäivää. Lisäksi yksi sairauslomapäivä aiheutui vierailijan fyysisestä väkivallasta. Väkivallan aiheuttajista suuri osa oli päihteiden vaikutuksen alla. 73 potilasta, jotka aiheuttivat fyysistä väkivaltaa, tulivat vastaanotolle psykiatrisen vaivan takia. 64 % tutkimukseen vastanneesta hoitohenkilökunnasta raportoi, että he eivät olleet saaneet yhtään väkivaltaa ennaltaehkäisevää koulutusta viimeisen 12 kuukauden aikana. (Gates ym. 2006.)

Tutkimus todisti, että päivystyspoliklinikan henkilökunta on suuressa riskissä kokea henkistä tai fyysistä väkivaltaa potilailta tai vierailijoilta. Väkivaltatilanteista raportoitii melko vähän. Tutkimuksessa mukaan on oletettavaa, että henkilökunta omaksuu väkivallan uhan osana työtä. Yhteenvedossa todetaan, että väkivalta on yleistä päivystyspoliklinikoilla ja että sitä voitaisiin ennaltaehkäistä ja vähentää koulutuksella, erilaisilla toimintamalleilla ja yhteiskunnallisilla muutoksilla. Olisi tärkeää, että terveydenhuollon ammattilaiset ja esimiehet ymmärtäisivät, että väkivaltaa ei tulisi hyväksyä tai sietää osana työtä. (Gates ym. 2006.)

Yhdysvalloissa vuonna 2011 julkaistussa tutkimuksessa ”Violence against nurses and it's impact on stress and productivity”- selvitetään, miten potilaiden ja vierailijoiden väkivaltainen käyttäytyminen vaikutti hoitohenkilökunnan stressin

syntyyn, post-traumaattisen stressireaktion oireiden ilmenemiseen sekä työn tuotteliaisuuteen. Tutkimus toteutettiin päivystyspoliklinikoilla työskenteleville hoitajille, jotka olivat the Emergency Nurses Association in the United States:in jäseniä. Tutkimus lähetettiin 3000:lle satunnaisesti valitulle hoitajalle ja tutkimukseen vastasi 264 hoitajaa. Tulosten hankinnassa käytettiin apuna poikkileikkaustutkimusta, jossa syitä ja seurauksia mitataan samana ajankohtana. Osallistujia pyydettiin täyttämään väkivaltilanteen jälkeen tietynlaiset kyselyt, joissa mitattiin stressioireiden esiintyvyyttä. (Gates, Gillespie, Succop 2011.)

Tutkimuksessa kerrotaan, että aikaisempien havaintojen mukaan päivystyspoliklinikoilla fyysinen väkivalta on yleistä ja yleensä sen aiheuttajina ovat potilaat ja omaiset. Siinä mainitaan kuitenkin, että väkivallan vaikutusta hoitotyön tuotteliaisuuteen ja erityisesti turvallisen hoitotyön toteutumiseen on tutkittu vähän. (Gates ym. 2011.)

Yhteensä 94 % tutkimukseen osallistuneista hoitajista ilmeni vähintään yksi post-traumaattisen stressireaktion oire väkivaltilanteen jälkeen. Lisäksi jopa 17 % hoitajista sai kyselyistä sen verran pisteitä, että heidän kohdalla olisi voitu jo miettiä post-traumaattisen stressireaktion mahdollisuutta. Tutkimuksessa huomattiin merkittävä epäsuora riippuvuus stressioireiden ja työn tuotteliaisuuden välillä. (Gates ym. 2011.)

Tutkimuksessa päädyttiin johtopäätökseen, jossa mainitaan, että työpaikalla koettu väkivalta on merkittävä stressin aiheuttaja päivystyspoliklinikoiden hoitohenkilökunnalle. Tuloksista myös huomataan, että väkivallalla on vaikutusta hoitohenkilökunnan toteuttamaan hoitoon. Väkivaltilanteiden jälkeen tarvittiin ennaltaehkäisevää puuttumista, jotta uusilta väkivaltilanteilta vältyttäisiin. Lisäksi osa hoitohenkilökunnasta tarvitsi tilanteiden jälkeen ammatillista apua. (Gates ym. 2011.)

## **2.5 Väkivaltaisen potilaan kohtaaminen**

Väkivaltaisen potilaan kohtaaminen on erittäin haastava tilanne ensihoidossa. Hoitohenkilökuntaa kohti voi käyttäytyä väkivaltaisesti niin potilas, omainen kuin sivullinenkin. Yleensä väkivaltilanteet ilmaantuvat ennalta-arvaamattomasti,

vaikkakin usein väkivaltilannetta edeltävät hyvin usein erilaiset käyttäytymismallit ja yleisen tunnelman muuttuminen aggressiiviseksi. (Hirvelä & Hööpakka 2006.)

Aggressiivinen henkilö vaikuttaa yleensä hermostuneelta. Hän ei välttämättä pysty ilmaisemaan itseään selkeästi. Jo pienikin sana tai elehtiminen voi laukaista väkivaltaisen käyttäytymisen. Aggressiivisesti käyttäytyvä ihminen haluaa osoittaa olevansa tilanteen valtiias. (Kandén 2012, 103-105.) Aggressiivisen potilaan kohtaaminen herättää hoitajassa useasti epävarmuutta ja pelon tuntemuksia. Tilanteen ennalta-arvaamattomuus ja hallitsemattomuus voivat herättää epävarmuutta hoitohenkilöstössä. Hoitaja voi omalla käyttäytymisellään vaikuttaa siihen, miten tilanne päättyy. Aggressiivisen potilaan hoitamisen tavoitteena on, että potilas saa tasa-arvoista hoitoa aggressiivisesta käytöksestään huolimatta. (Ritmala-Castrén 2005.) Tärkeää on muistaa rauhallinen käyttäytyminen ja ottaa huomioon verbaalinen ja non-verbaalinen viestintä. (Kandén 2012, 103-105.) Potilaalle on tärkeää tarjota erilaisia vaihtoehtoja ja kompromisseja tilanteen ratkaisemiseksi. Ensihoitajan tulee säilyttää ammatillisuus, eikä provosoitua potilaan sanoista tai teoista. (Kanerva, Kuhanen, Oittinen, Schubert & Seuri 2010.) Ensihoitajan tulee myös varmistaa ympäristö ja mahdollinen esteetön pakoreitti siltä varalta, että aggressiivisesti käyttäytyvän potilaan luota pitää poistua turvallisuussyistä. (Kandén 2012, 103-105.)

Jokainen ihminen on omanlaisensa psyko-sosiaalinen kokonaisuus ja siksi käyttäytyminen on hyvin yksilöllistä. Tästä syystä tarkkoja käyttäytymisen parametreja on vaikea luetella. Lisäksi erilaiset kehitysvammat, mielenterveydelliset ongelmat, dementia tai muistisairaudet sekä päihteiden käyttö tuovat oman lisänsä väkivallan tunnusmerkkien havainnointiin. Siksi jokaiseen potilaaseen on syytä suhtautua varovaisesti hoitosuhteen alussa ja havainnoida potilaan sekä paikallaolijoiden elehtimää sanatonta viestintää. Näin toivon mukaan voidaan välttyä tulevaisuudessa väkivaltilanteilta. (Hellsten & Nahkuri 2009.)



Kohdatessasi väkivaltaisesti käyttäytyvän potilaan

- käyttäydy rauhallisesti
- mieti esteetön poistumisreitti ennalta
- älä lähde haastamaan potilasta, vaan kuuntele ja yritä rauhoitella potilasta
- hälytä lisäapua ajoissa, mikäli väkivallan uhka vaikuttaa väistämättömältä
- älä provosoi tilannetta
- älä vähättele potilaan oireita tai vaivaa. (Vuorilehto 2013, 659.)

Täytyy muistaa, että niin fyysinen kuin henkinenkin väkivalta ovat väkivallan muotoja, joita hoitohenkilökunnan ei tulisi työssään kokea. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirillä on tehty vuonna 2005 henkilötyöturvallisuusopas, jossa henkilökuntaa opastetaan, kuinka toimia väkivaltaisesti käyttäytyvän potilaan kanssa. (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2005.)

### **3 Työssä jaksaminen**

Ensihoidon tarkoituksena on antaa henkeä pelastava tai vamman pahenemista estävä ensihoito. Useasti tilanteen tempo on nopeatahtinen ja päätökset on tehtävä työparin kanssa, ilman turhia viivytyksiä ja muun moniammatillisen tiimin tukea. Ensihoitajat näkevätkin työssään paljon erilaisia tilanteita, joista jotkut voivat olla joillekin hoitajille traumaattisia ja kuormittaa psyykkistä jaksamista voimakkaasti. (Teperi 2013, 751-752.)

#### **3.1 Ensihoitotyön erityispiirteet**

Ensihoitajan työssä kuormittavia tekijöitä ovat odottamattomat ja nopeasti muuttuvat tilanteet, päätöksenteko, kiire, vireystilan ja tarkkaavaisuuden ylläpitäminen, oma epävarmuus (ajatus siitä, että onko tehnyt kaiken voitavan), loukkaantuneiden ja kuolleiden kanssa tekemisissä oleminen, omaisten syyllistävä suhtautuminen ja pelko omasta turvallisuudesta. (Teperi 2013, 751-752.) Ensihoitajan työ on useasti myös vuorotyötä, ja tämä voi vaikuttaa vapaa-ajan käyttöön.

Ensihoitopalvelu on terveydenhuollon järjestämää päivystystoimintaa. Se tapahtuu julkisilla paikoilla, kodeissa, työpaikoilla ja niin edelleen. Tehtäväkirjo ensihoidossa on laaja, ja se käsittää paljon tehtäviä eri erikoisaloilta. Tehtäväkirjoon mahtuu mukaan kiireettömiä ja kiireellisiä tehtäviä. Ensihoitajalta odotetaan laajaa lääketieteellistä ja hoitotyön osaamista eri osa-alueilta. Ensihoitajan työ onkin henkisesti ja fyysisesti kuormittavaa työtä. Työyhteisön ja työnantajan tehtäväksi jää siis huomioida työn kuormittavuus ja työntekijöiden henkiset ja fyysiset voimavarat. (Teperi 2013, 751-752.) Terveystieteiden tutkimuksessa säästämisen ja sen keskittämisen karsimalla pienet terveyskeskukset ja yhdistämällä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon päivystykset suuriksi yhteispäivystyksiksi korostavat entisestään ensihoitopalveluiden ja ensihoitajien merkitystä. Toimivan ensihoitopalvelun katsotaankin vähentävän ruuhkaa päivystyspoliklinikoilla. (Teperi 2013, 751-752.)

Toimiva ensihoitopalvelu ohjaa ja opastaa potilaita vaivaan sopiviin terveydenhuollon pisteisiin vaivojensa kanssa. Kaikkia potilaita ei suinkaan kuljeteta päivystykseen, vaan ensihoitaja suorittaa hoidon tarpeen arvioinnin, ja jos potilaan vaiva ei vaadi päivystyksellisiä toimenpiteitä, potilas ohjataan jäämään kotiin ja ottamaan yhteyttä arkena sopivanlaiseen terveydenhuollon pisteeseen. Tällaisia ovat esimerkiksi työterveyspisteet, omat alueelliset terveyskeskukset ja niin ikään myös auttavat puhelimet. (Rekola 2013, 764-767.)

Joissain ammateissa auttaja kokee jatkuvasti traumaattisia kokemuksia, esimerkiksi väkivaltaa. Tällaisia ammatteja ovat muun muassa sairaanhoitajan, ensihoitajan, pelastajan ja poliisin ammatit. Näissä ammateissa työntekijä joutuu uhkaaviin tilanteisiin, jotka voivat järkyttää ammattilaisistakin. On kuitenkin tekijöitä, jotka luovat edellytyksiä sille, että traumaattiset tapahtumat eivät aiheuta kokeneelle auttajalle yhtä voimakkaita traumaattisia kokemuksia kuin niin sanotulle maallikolle. Yleensä näille aloille valikoituu sellaisia henkilöitä, joilla stressinsietokyky on hyvä ja jotka selviävät tavanomaista paremmin vaikeista tilanteista. Yleensä myös alalle hakeutuessa valintakokeissa kiinnitetään huomiota tekijöihin, jotka kertovat hyvästä stressinsietokyvystä. (Saari 2003, 277-278.)

Koulutukseen sisällytetään useasti osa-alueita, jotka valmistavat työntekijää tuleviin työtehtäviin ja myös mieltä järkyttäviin kokemuksiin. Lisäksi karttuva kokemus vaikuttaa luonnollisesti siihen, miten työntekijä kokee erilaiset, traumaattisetkin tilanteet. Ensihoitotyössä ensihoitotehtävälle mentäessä saadaan yleensä ennakkotietoja tapahtuneesta. Jos kyseessä on väkivaltaisuuteen liittyvä tehtävä, niin ensihoitaja ehtii henkisesti valmistautua siihen matkalla kohteeseen. (Saari 2003, 277-278.)

### **3.2 Työturvallisuus**

Työturvallisuutta ensihoidossa lakien ja asetusten kannalta on käsitelty jo aikaisemmin luvussa 2.3 Lait ja asetukset. Tässä luvussa käsitellään työturvallisuutta väkivaltatilanteiden näkökulmasta.

Väkivaltatilanteet ja niiden uhka ovat ensihoidossa lähes arkipäivää. Tämän takia ensihoitajan tulee osata käyttää varusteitaan asianmukaisella tavalla. Viranomaisradioverkko VIRVE on viranomaisten käyttämä viestijärjestelmä. Sen avulla eri viranomaiset voivat viestiä helposti ja vaivattomasti toistensa kanssa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2014.) VIRVEä käyttävät muun muassa ensihoitohenkilöstö, päivystyspoliklinikat, palo- ja pelastustoimi ja poliisi. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2014.) VIRVE-puhelimesta löytyy myös hätäkutsupainike. Hätäkutsu-painiketta saa käyttää henkeä uhkaavissa tilanteissa. Hätäkutsu aktivoituu painamalla hätäkutsu-painiketta pohjassa viiden sekunnin ajan. VIRVEstä hätäkutsu välittyy oman alueen hätäkeskukseen, josta hätäkeskuspäivystäjä poimii sen hoidettavakseen. Puheyhteys päivystäjän ja ensihoitajan välillä aukeaa välittömästi, ja tällöin ensihoitajalle olisikin olennaista koittaa selvittää tilannetta hätäkeskuspäivystäjälle. Ensihoitajan tulee puhua rauhallisesti ja mahdollisimman selkeästi artikuloiden, jotta hätäkeskuspäivystäjä voi tehdä tilannearvion ja hälyttää apua tilannepaikalle. Tilanteen selvittäminen voi olla henkeä uhkaavan tilanteen takia haastavaa, mutta tällöin suositellaan käyttämään selkeitä ilmaisuja meneillään olevasta tilanteesta, esimerkiksi ”laske se puukko takaisin pöydälle”. Vahingossa välittyneen hätäkutsun lähettämisen jälkeen tulisi ottaa yhteys hätäkeskukseen ja ilmoittaa, että hätäkutsun lähettäminen oli vahinko. Muuten tilanne tulkitaan hätätilanteena. (Sisäasiainministeriö 2010.)

Eri terveydenhuollon toimipisteissä työskenteleville hoitohenkilökunnalle ja terveystalouden opiskelijoille koulutetaan usein tapoja, joiden avulla selvitä aggressiivisesti käyttäytyvän potilaan aiheuttamasta vaaratilanteesta. Sosiaali- ja terveystaloudelle on kehitetty oma MAPA-toimintamalli (Management of Actual or Potential Aggression), jonka avulla selviytyä väkivaltaisesta tilanteesta. MAPA-koulutuksessa tavoitteena on ennalta ehkäistä väkivaltatilannetta vuorovaikutustaitojen avulla. MAPA-koulutuksessa korostetaan vuorovaikutustaitojen ja potilaan kunnioittamisen sekä itsemääräämisoikeuden tärkeyttä. Lisäksi MAPA-koulutus opettaa itsepuolustustaitoja, joiden käyttö tulee kyseeseen siinä vaiheessa, kun hoitajan koskemattomuutta loukataan aggressiivisesti käyttäytyvän potilaan toimesta. Näiden voimakeinojen käyttäminen on viimeinen keino, jos verbaalisin avuin ei saada potilasta rauhoittumaan. MAPA-koulutusta antavat vain siihen koulutetut ammattihenkilöt, joilla itselläänkin on usein kokemusta sosiaali- ja terveystaloudelta. (MAPA-Finland ry, 2012.)

### **3.3 Potilasturvallisuus**

Potilasturvallisuudella tarkoitetaan periaatteita ja toimintoja, joiden avulla varmistetaan mahdollisimman turvallinen hoito potilaalle. Potilasturvallisen hoitotyön avulla suojataan potilasta ja tätä ei altisteta ulkopuolisille lisähaitoille. Lisäksi arvioidaan hoidon riskit, joista potilas saattaa joutua kärsimään. (Sosiaali- ja terveystaloudministeriö 2014.) Potilasturvallisuus on osa terveydenhuoltojärjestelmän laadun tekijöitä ja se on nykyisin myös kehittämisen kohteena. (Kuisma 2013, 63.) Potilaan näkökulmasta potilasturvallisuus tarkoittaa sitä, että hän saa oikean hoidon ja että siitä koituu mahdollisimman vähän haittaa tälle itselleen. Muun muassa aseptiikka ja infektioiden ehkäisy ja turvallinen lääkkeellinen ja laitteellinen hoito ovat osa potilasturvallista hoitotyötä. (Sosiaali- ja terveystaloudministeriö 2014.)

Laki edellyttää, että sairaanhoitopiirit laativat suunnitelman koskien laadunhallintaa. Sosiaali- ja terveystaloudministeriön asetus täydentää lakia. (Kuisma 2013, 63.) Lainsäädännöllisesti terveydenhuollon ammattihenkilön on sovellettava yleisesti hyväksytyjä ja kokemusperäisesti perusteltuja toimintatapoja koulutuksensa mukaisesti. Toimintatapoja ja -malleja on

pystyttävä päivittämään ja täydentämään. Ammattihenkilön tulee ottaa huomioon hoidosta koituva hyöty ja siitä mahdollisesti koituvat haitat. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen määritelmän mukaan hoito on pystyttävä toteuttamaan laadukkaasti, turvallisesti ja asianmukaisesti. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2014.)

Vaaratapahtumaksi tai potilasturvallisuustapahtumaksi kutsutaan tapahtumaa, jossa potilaan turvallisuus vaarantuu ja tämä altistuu riskeille, jotka voivat vahingoittaa häntä. (Kinnunen & Helovuori 2012.) Vakava vaaratapahtuma tai vakava potilasturvallisuustapahtuma on taas vastaavanlainen tilanne, jossa potilaalle koituu merkittävä tai pysyvä haitta. Myös potilaan henki tai turvallisuus saattavat merkittävästi vaarantua. Suureen joukkoon kohdistunut potilasturvallisuustapahtuma luokitellaan vakavaksi vaaratapahtumaksi. Lievä vaara- tai potilasturvallisuustapahtuma on taas edeltävän kaltainen, mutta huomattavasti haittoiltaan lievempi, eikä siihen liity välitöntä hengenvaaraa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2014.)

Läheltä piti-tapahtumassa potilaan turvallisuus on ollut vaarantuneena, mutta haitalta on välttytty joko sattumalta tai toimimalla ennakkoon. (Kinnunen & Helovuori 2012.) Tällainen tilanne sisältää selvän vaaran uhan, mutta siltä on syystä tai toisesta pystytty välttymään. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2014.) Läheltä piti-tapahtumasta tulee tehdä ilmoitus, vaikka se olisikin ennalta huomattu ja kyetty ennalta ehkäisemään.

Haittatapahtuma on vaaratapahtuma, joka aiheuttaa haittaa potilaalle. Haitta on taas ei-toivottu tapahtuma, joka aiheutuu hoidosta. Se voi olla joko tilapäinen (esimerkiksi jonkun lääkkeen sivuvaikutus) tai pysyvä (selkeä hoitovirhe). Haittavaikutus on hoitoon liittyvä ei-toivottu vaikutus. Komplikaatio on taas niin sanottu lisätauti tai sivuhäiriö joka ilmenee hoidon aloituksen jälkeen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2014.)

Vaara- ja läheltä piti-tilanteista tulee raportoida organisaation sisällä niin ensihoidossa kuin myös sairaalatyössä. (Kuisma 2013, 64.) Organisaation on laatu- ja potilasturvallisuutta koskevan suunnitelman mukaan sovittava asianmukaisten väylien laatimisesta. Näiden väylien avulla potilasturvallisuuteen liittyvät tilanteet ilmoitetaan. Organisaation johdon ja toimintayksiköiden

esimiesten tehtäväksi jää avoimen ja oikeudenmukaisen toimintaympäristön luominen, jonka avulla henkilöstö pystyy ilmoittamaan vaara- ja haittatapahtumista aktiivisesti. Käytännössä tämä voi tapahtua esimerkiksi HaiPro-järjestelmän kautta. Kynnyksen ilmoituksen tekemiseen tulee olla matala ja ilmoitus tehdään anonymisti. Vaara- ja haittatilanteista tulisi aina oppia, ettei tilanne uusiudu ja ilmoitukset pitäisi käsitellä henkilökunnan kanssa esimerkiksi osastotunneilla. Potilasturvallisuusjärjestelmiin ei tule ilmoittaa asioita, jotka eivät liity potilasturvallisuuteen. Esimerkiksi potilaan fyysiseen tai psyykkiseen väkivaltaan liittyvät ilmoitukset tulee ilmoittaa toisenlaisilla menetelmillä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2014.)

PDCA-ympyrän (Plan, Do, Check, Act) avulla potilasturvallisuutta voidaan parantaa huomattavasti. Se käsittää neljä eri vaihetta. Ensimmäisessä vaiheessa (Plan) paikallinen tilanne kartoitetaan ja laaditaan toimintasuunnitelma sen parantamiseksi. Toisessa vaiheessa (Do) suunnitelma toteutetaan pienellä mittakaavalla. Kolmannessa vaiheessa (Check) suunnitelma tarkistetaan, toteutuksen vaikutukset arvioidaan ja virheet analysoidaan. Viimeisessä, neljännessä vaiheessa (Act) suunnitelmaan tehdään tarvittavat korjaukset, ja se otetaan käyttöön laajalla mittakaavalla. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2014.)

Potilasturvallisuuden edistämisessä ei ole tarkoituksena etsiä syyllistä, vaan ideana on, että virheistä opittaisiin. Tilanne käydään läpi luottamuksellisesti ja sillä pyritään siihen, että samankaltaisen virheen uusiutuminen pystyttäisiin ennaltaehkäisemään. (Niemi-Murola & Mäntyranta 2011.)

#### **4 Kriisitilanteiden käsittely**

Äkillinen, odottamaton tai epätavallisen voimakas tapahtuma, joka tuottaa kärsimystä, voi laukaista kriisin ihmisen elämässä. (Pulkkinen & Vesanen 2014.) Ensihoitotyössä tilanteet ja olosuhteet ovat vaihtelevia ja tämä koettelee ensihoitajan yksilöllistä paineensietokykyä. Tämän takia kriisitilanteiden käsittely traumatisoivien työtapauksien jälkeen on välttämätöntä ensihoidossa. (Teperi 2013, 757-758.)

## 4.1 Kriisi

Termillä kriisi tarkoitetaan tilannetta, jossa ihmisen tähän asti keräämä kokemus ja sisäistetyt toimintatavat joutuvat koetukselle ja joiden ratkaisut eivät välttämättä toimi. Se voi tuoda esiin vaikeita asioita henkilön menneisyydestä. Kriisi voi olla kehityskriisi tai traumaattinen kriisi. Kehityskriisi voi tulla normaaliin elämään liittyvästä tilanteesta, joka tuntuu sillä hetkellä ylivoimaiselta. Syitä voivat olla esimerkiksi lapsen syntymä tai eläkkeelle jääminen. (Suomen mielenterveysseura 2014a.)

Traumaattisella kriisillä tarkoitetaan äkillisesti ja yllättävästi tapahtunutta tilannetta, johon yksilö ei ole voinut varautua, esimerkiksi onnettomuus, vakava sairastuminen tai läheisen kuolema. Tapahtuma voi herättää monenlaisia tunteita: järkytystä, pelkoa, syyllisyyttä tapahtuneesta, vihaa ja turvattomuutta. Keskittymiskyky vaikeutuu ja arkiset asiat voivat tuntua ylitsepääsemättömiltä. Voimakkaat tunteet ovat normaali tapa reagoida epätavalliseen tilanteeseen. Yksilön oma jaksaminen ei aina riitä kriisistä selviytymiseen. Muilta saatu vertaistuki helpottaa ja auttaa selviytymisessä. Kriisin yhteydessä myös somaattisia oireita, kuten pahoinvointia, vatsakipuja ja sydämen tykyttelyä voi esiintyä. Väkivallan kohteeksi joutuminen voi johtaa henkiseen haavoittumiseen. Kriisistä selviytyminen on hyvin yksilöllistä. Joku selviää kriisistä käsittelemällä asian itse, kun taas joku voi tarvita kriisin käsittelyssä ammattilaisen apua. (Suomen mielenterveysseura 2014a.)

Sigmund Freud toi käsitteen ”psykkinen trauma” psykologiaan. Sen määritelmä on ihmisen elämässä voimakas tapahtuma, johon yksilö ei pysty vastaamaan tarkoituksenmukaisella tavalla. Voimakkaat, äkilliset ja pitkään vaikuttavat oireet kuuluvat psykkiseen traumaan. (Saari 2003, 277-278.)

Järkyttävän tilanteen jälkeen tyypillinen ensireaktio on psykkinen sokki. Koettu asia ei tunnu todelliselta heti tapahtuneen jälkeen. Psykkinen sokki pyrkii suojaamaan mieltä sellaiselta tiedolta tai kokemukselta, jota se ei kestä tai pysty ottamaan vastaan. Keskeinen piirre traumaattisessa tapahtumassa ja psykkisessä sokissa on se, että se tapahtuu ennustamattomasti. Psykkisen sokin aikana aivojen kapasiteetista on käytössä suurempi osa kuin normaalisti.

Myös aistit vastaanottavat vahvoja vaikutteita ja vaikutteet menevät vahvasti mieleen ilman tavanomaista virikkeiden käsittelyä. Sen takia aistivaikutelmat tuntuvat erityisen vahvoilta ja voimakkailta. Myöhemmin henkilölle voi aiheutua tämän takia niin sanottuja flashbackeja. Ne ovat vahvoja aistihavaintoja, joita esiintyy useasti traumaattisen tilanteen jälkeen. Niitä voi esiintyä millä aistialueella tahansa. Jokin virike, esimerkiksi haju tai maku, voi laukaista flashbackin. Tällainen voisi olla esimerkiksi savun haju: haistaessaan savun voi henkilölle tulla mieleen aiempi traumaattinen kokemus, esimerkiksi tulipalo, jossa henkilö on menettänyt jonkun läheisen, tärkeän ihmisen (Saari 2003, 277-278.)

#### **4.2 Kriisin vaiheet**

Äkillisen kriisin kohdatessa ihmisen henkinen sopeutumisprosessi alkaa heti. Käynnistyvä sopeutumisprosessi on raju johtuen tapahtuneen tilanteen aiheuttamasta kriisistä. Kriisin käsittelyssä olevat vaiheet tulevat yleensä, jokaisella henkilöllä selkeästi esille. (Duodecim 2010.)

Kriisi on jaettu neljään eri vaiheeseen, jotka noudattavat pääasiassa samanlaista kaavaa jokaisella traumaattisen tapahtuman kokeneella henkilöllä. Tämän seurauksena kriisin vaiheet on jaettu, sokki-, reaktio-, käsittely- ja uudelleensuuntautumisvaiheeseen. (Suomen mielenterveysseura 2014b.)

Sokkivaihe alkaa heti traumaattisen tapahtuman tai kokemuksen jälkeen. Vaihe voi olla raju, ja ihminen ei pysty käsittelemään tapahtunutta ollenkaan tai voi jopa kieltää sen. Reagointitapa vaihtelee yksilöllisesti: osa voi lamaantua ja joku taas voi käyttäytyä mekaanisesti ilman tunteiden näyttämistä. Tilanteessa voi esiintyä ihmisellä tunteet vaihdella hyvinkin nopeasti. Sokkivaiheella on ihmiselle tärkeä psyykettä suojaava merkitys. Sokkivaihe antaa aikaa käsitellä tapahtunutta, koska tapahtunutta ei pysty hetkessä hahmottamaan. (Suomen mielenterveysseura 2014b.)

Reaktiovaihe alkaa melko pian sokkivaiheen jälkeen. Sen kesto vaihtelee muutamasta viikosta jopa kuukausiin. Reaktiovaiheessa ihminen käsittelee tapahtunutta ja alkaa muodostamaan käsitystä tapahtuneesta. Reaktiovaiheessa ihmisellä voi esiintyä erikoisia tuntemuksia tapahtuneesta. Reaktiovaiheessa tapahtuneen kieltäminen on hyvin yleistä varsinkin alkuvaiheessa. Ihmisen on



kriisin tässä vaiheessa tärkeää saada apua ja tulla kuulluksi. Ihminen voi kertoa tapahtunutta uudelleen useampaan kertaan. Puhumista on pidetty tärkeänä keinona toipua tapahtuneesta. Tilannetietoisuus on tärkeää ja ihmiselle tulee kertoa tarvittava tieto tapahtuneesta. (Suomen mielenterveysseura 2014b.)

Käsittelyvaiheessa ihminen on alkanut hyväksymään kriisin tapahtumisen, ja samalla toipuminen tapahtuneesta alkaa. Tapahtunutta ei enää kielletä, vaan henkilö hyväksyy todellisuuden. Käsittelyvaiheen aikana voi esiintyä muisti- tai keskittymishäiriöitä ajatusten liikkua muissakin asioissa kuin ainoastaan tapahtuneessa. Tämän vaiheen aikana tulevaisuuden suunnittelu ei ole tärkein asia, vaan se tapahtuu myöhemmin. (Suomen mielenterveysseura 2014b.)

Uudelleensuuntautumisen vaiheessa kriisi on muuttunut hiljalleen osaksi elämää. Tapahtunut kriisi on hyväksytty ja suuntautuminen uuteen elämänvaiheeseen voi alkaa. Kriisi ei kuitenkaan unohdu koskaan. Ihminen pystyy taas nauttimaan elämästä, ja tapahtunut ei enää ole päällimmäisenä mielessä. Tällöin ihmisen henkiset voimavarat eivät ole enää niin kovalla rasituksella. Kriisin kokeneet henkilöt voivat muuttua prosessin aikana, saattavat olla vahvempia kokemuksen jälkeen ja asiat voivat näyttäytyä aikaisempaa merkityksellisempinä. (Suomen mielenterveysseura 2014b.)

### **4.3 Defusing eli purkaminen**

Traumaattisten tilanteiden jälkeen on tärkeää, että asia käsitellään ja ennaltaehkäistään mahdollisesti syntyvää post-traumaattista stressiä. Tätä varten on kehitelty defusing-menetelmä, joka vapaasti suomennettuna tarkoittaa purkukokousta. Se on pienelle, yleensä tilanteessa mukana olleelle henkilöstölle suunniteltu tilaisuus, jonka ensihoidossa järjestää yleensä joku esimiesasemassa oleva henkilö tai muu koulutettu henkilö. (Kuisma & Porthan 2013, 717.) Se on suunniteltu traumaattisten tilanteiden välittömään purkuun. Tilaisuus pyritään aloittamaan mahdollisimman pian tapahtuneesta, yleensä saman päivän aikana. Tilanteessa ei keskitytä kenenkään syyllistämiseen. (Paakkonen & Paakkonen, 2012, 126-128.) Tilaisuudessa on eri vaiheita, jossa asia käydään läpi. Tarkoituksena on nopea posttraumaattisten reaktioiden purku ja kokemusten ja mielikuvien normalisointi sekä rauhoittelu ja paluu työrutiineihin. Lisäksi pyritään

vahvistamaan sosiaalista verkkoa vertaistuen avulla. Samalla arvioidaan debriefingin eli jälkipuinnin tarve.

#### **4.4 Debriefing eli jälkipuinti**

Debriefing tarkoittaa vapaasti suomennettuna psykologista jälkipuintia. Menetelmä on otettu käyttöön vuonna 1983. Se juontaa juurensa Yhdysvaltoihin, jossa se on kehitetty J. E. Mitchellin toimesta palomiesten negatiivisten reaktioiden lieventämiseksi. Debriefing-tilaisuus järjestetään traumatisoivan tilanteen jälkeen siinä mukana olleille, kuten esimerkiksi pelastushenkilökunnalle ja muille auttajille. (Paakkonen & Paakkonen, 2012, 126-128.) Myös omaiset ovat tilanteeseen tervetulleita. Tämä pyritään järjestämään muutaman päivän sisällä tapahtuneesta, mutta paras ajankohta debriefing-tilaisuuden järjestämiselle on 24 - 72 tuntia tapahtuneesta. (Kuisma & Porthan 2013, 717.) Paikaksi tulisi valita rauhallinen tila, jossa vältetään ulkoisilta häiriötekijöiltä. Ryhmän kooksi suositellaan 10 - 15 osanottajaa, mutta myös pienemmät ryhmät ovat sopivia. (Dyregrov 1993, 266-268.) Debriefingille ominaista on, että se on koulutettujen henkilöiden ohjaama tilaisuus. Sen tavoitteena on läpikäydä ja purkaa traumaattisen tilanteen seurauksena syntyneitä tuntemuksia ja ajatuksia, tiedottaa osallistujille siitä, että voimakkaat reaktiot ovat normaaleja trauman jälkioireita, ja ennen kaikkea ehkäistä siitä koituvia pitkäaikaisia post-traumaattisia stressireaktioita. (Paakkonen & Paakkonen, 2012, 126-128.) Tarkoituksena on myös helpottaa paluuta normaaliin työhön ja auttaa ymmärtämään tunnereaktioita paremmin. Taukoja debriefing-tilaisuudessa ei pidetä. (Dyregrov 1993, 266-268.)

Tilaisuudessa kaikki istuvat niin sanotussa hevosenkenkämuodostelmassa siten, että kaikilla on mahdollisuus saada katsekontakti toisiinsa. Ryhmän ohjaaja ja varaohjaaja istuvat muodostelman kärjessä. Ohjaajat ovat saaneet asianmukaisen koulutuksen ja ammatiltaan he ovat esimerkiksi psykologeja tai sairaanhoitajia. Ryhmän ohjaaja on ilmiselvä tilanteen johtaja, joka informoi muita kokouksen tarkoituksesta ja säännöistä, jotta käsittely etenee. Varaohjaajan rooli on tukea johtajaa, tarkkailla ryhmän tilannetta ja tarvittaessa avustaa johtajaa. (Kuisma & Porthan 2013, 717.)

Debriefing- tilaisuus etenee tietyn kaavan mukaisesti, johon kuuluu kuusi eri vaihetta. Ensimmäinen on aloitusvaihe. Aloitusvaihe on tärkeä, sillä siinä luodaan puitteet ja perusta jatkotyöskentelylle. Aloitusvaiheessa tehdään selväksi tilaisuuden säännöt ja se, että tilaisuudessa ei etsitä syyllisiä ja että tilaisuus on luottamuksellinen. (Kuisma & Porthan 2013, 717.)

Aloitusvaiheessa ryhmän ohjaaja kertoo syyn, miksi istunto pidetään. Aloitusvaiheessa tulee kertoa myös tavoitteista, perusteluista, aiemmista kokemuksista ja mahdollisten jälkireaktioiden esiintymisistä. Kokemuksesta tiedetään, että istuntoon osallistuvien henkilöiden paluu arkeen oli nopeampaa ja helpompaa. Seuraavan vaiheen nimi on faktavaihe. Faktavaiheessa käydään läpi, mitä on tapahtunut. Tavoitteena on luoda yhteinen ymmärrys tapahtuneesta. Faktavaiheessa ryhmän ohjaajat kertoivat tapahtuneesta siihen mennessä saamansa tiedot. (Helelä 2014.) Debriefing-tilaisuuden kolmas vaihe on ajatusvaihe. Sen tarkoituksena on saada selville kunkin traumaattisessa tilanteessa mukana olleen ensimmäiset ajatukset. Erityisen tärkeää on saada esille aistien mielikuvat. Seuraava on reaktio/tunnevaihe, jossa tapahtuman aikaiset tunteet käydään perusteellisesti läpi. Tunnetilat puretaan luonnollisessa järjestyksessä. Ensimmäisinä käsitellään tapahtumapaikalla ilmenneet tunnereaktiot, sitten tapahtuman jälkeiset tuntemukset jne. Lisäksi tunnevaiheessa käsitellään niin sanotut somaattiset oireet, joita traumaattisesta tilanteesta on saattanut asianomaiselle syntyä (Helelä 2004).

Normalisointivaihe on vaiheista seuraava. Siinä ryhmän ohjaajalla on aktiivinen rooli. Ohjaaja käy läpi esille tulleet tuntemukset. Vaiheessa korostetaan, että tuntemukset ovat normaaleja traumaattisen kokemuksen jälkeen. Normalisointivaiheessa käsitellään myös mahdollisia myöhemmin ilmeneviä jälkireaktioita. Viimeisenä tulee päätösvaihe, jossa kerrataan debriefing-tilaisuuden kulku ja sovitaan mahdollisista jatkoistunnoista. Näiden tarve on yksilöllistä. (Kuisma & Porthan 2013, 717.)

#### **4.5 Selviytymiskeinot**

Eri ihmisillä on erilaisia selviytymiskeinoja. Jokainen ihminen on yksilö ja käsittelee niin iloiset kuin surulliset asiat itselleen ominaisella tavalla. Useasti

tämä tapa on opittu jo lapsena. Joku käsittelee surunsa juttelemalla ystävilleen tai itkemällä omissa oloissaan, kun taas joku saattaa urheilun avulla kanavoida tunteensa. (Suomen Punainen Risti 2014.) Suomen Punaisen Ristin internet-sivuilla on varsin kattava ”Näin selviydyt henkisesti”-opas, jota voivat hyödyntää niin maallikot kuin ammattilaisetkin. Jos stressitilanteet jäävät niin sanotusti päälle, on syytä hakeutua mahdollisimman nopeasti ammattiauttajan luokse. Jos asiat jäävät pidemmäksi aikaa vaivaamaan, niin tämä vaikuttaa lähes suoraan työssä jaksamiseen sekä työn tuottavuuteen. (Suomen Punainen Risti 2014.)

## **5 Opinnäytetyön tavoitteet ja tarkoitus**

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää, onko ensihoitohenkilöstö kokenut väkivaltaa työssään. Opinnäytetyössä on tarkoitus selvittää, minkälaisia selviytymiskeinoja ensihoitajalla on väkivaltaisen tilanteen jälkeen. Lisäksi selvitämme, miten väkivaltatilanteita käsitellään työyhteisössä sekä vaikuttaako potilaan väkivaltainen käytös tämän hoidon laatuun.

Opinnäytetyössä etsitään vastauksia seuraaviin kysymyksiin:

1. Onko ensihoitohenkilöstö kokenut fyysistä/henkistä väkivaltaa?
2. Minkälaisia selviytymiskeinoja ensihoitohenkilöstöllä on traumatisoivan väkivaltatilanteen läpikäymiseen?
3. Ovatko väkivaltatilanteet vaikuttaneet potilaan saamaan hoitoon?
4. Kuinka väkivaltatilanteita käsitellään tapahtuneen jälkeen?

Opinnäytetyön tavoitteena on tiedottaa lukijaa väkivallan uhasta kenttätyössä ja psyykkisistä selviytymiskeinoista.

## **6 Opinnäytetyön toteutus**

Opinnäytetyöprosessi toteutui eri vaiheissa aina aiheen valinnasta opinnäytetyön valmistumiseen saakka. Työn teoriaosuus on kerätty läpi opinnäytetyön prosessin ajankohtaisia lähteitä hyväksikäyttäen.

## 6.1 Opinnäytetyön eteneminen

Aihe tutkimukseen valittiin keväällä 2013 ajankohtaisuutensa takia ja myös siksi, että ongelma tiedostetaan julkisessa mediassa. Myös opinnäytetyön tekijöitä kiinnosti tulevana alan ammattilaisina kyseinen aihe. Aiheeseen tutustuminen alkoi keväällä 2013 ennen ideaseminaaria.

Ideaseminaarin jälkeen syksyllä 2013 tehtiin opinnäytetyösuunnitelma ja samalla tehtiin alustava tiedustelu Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystyhtymän ensihoitokeskukselle, löytyisikö kyseiseltä organisaatiolta mielenkiintoa tutkimuksen toteuttamiselle. Loppusyksystä 2013 suunnitelma hyväksyttiin ja talvella 2014 aloitettiin varsinaisen opinnäytetyön tekeminen. Aineistoa kerättiin loppusyksyn 2013 ja kevään 2014 aikana. Opinnäytetyö täydentyi syksyn 2014 aikana.

Opinnäytetyöryhmällemme myönnettiin tutkimuslupa alkuvuodesta 2014. Jo tätä ennen tammikuussa 2014 lähetettiin opinnäytetyöstä saatekirje Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystyhtymän ensihoitokeskuksen ensihoitajille, jotta he olisivat tietoisia tällaisen tutkimuksen toteuttamisesta heidän alueellaan (Liite 1). Webropol-kysely lähetettiin 7.4.2014 työelämän edustajalle, joka jakoi sen eteenpäin muulle ensihoidon henkilökunnalle (Liite 3). Kyselyyn vastattiin huhtitoukokuun aikana. Vastauksia Webropol-kyselyyn tuli yhteensä kolme. Webropol-kysely suljettiin, ennen kuin haastattelut aloitettiin.

Haastateltaviksi valittiin Webropol-kyselyyn vastanneet kolme henkilöä, jotka työskentelevät Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystyhtymän vaativan hoitotason ensihoidon yksiköissä. Lisäksi kyselyn ulkopuolelta valittiin haastateltavaksi yksi henkilö, joka työskentelee Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystyhtymän ensihoitokeskuksella. Haastateltaviin otettiin yhteyttä touko-kesäkuussa ja ensimmäinen haastatteluista sovittiin kesäkuun loppupuolelle. Haastattelut sovittiin valittujen henkilöiden kanssa heidän työpäiviensä aikana toteutettaviksi. Kaiken kaikkiaan haastattelut saatiin toteutettua syyskuun 2014 loppuun mennessä. Haastattelut saatiin suoritettua sovittujen päivien aikana. Haastattelut jouduttiin kuitenkin kahdella haastattelukerralla keskeyttämään hälytyksen tultua.

Kertaalleen haastattelu päästiin aloittamaan vasta viisi tuntia sovitusta aikataulusta myöhässä, koska juuri tällöin ensihoitoyksikkö oli hälytystehtävällä.

## 6.2 Tutkimusmenetelmä

Opinnäytetyö täyttää kvalitatiivisen tutkimuksen tunnusmerkit, eli tutkimusaineisto kerätään todellisessa ympäristössä. Siinä ihminen on aineistonkeruuväline ja tutkijan omat havainnot ovat tärkeämpiä kuin mitattu data. (Kylmä & Juvakka 2007, 27.) Aineisto kerättiin teemahaastattelulla. Haastateltavien alkuperäinen määrä oli suunniteltu neljästä kuuteen ensihoitajaa. Haastateltavat valittiin Webropol-verkkokyselyn perusteella siten, että tutkimukseen saadaan hoitajia, joilla on erilaisia kokemuksia väkivaltatilanteista. Webropol-kysely on internet-selaimella täytettävä kysely, joka on helppo täyttää. Kyselyyn laitettiin kysymyksiä, jossa vastausvaihtoehdot ovat joko kyllä tai ei. Lisäksi kyselyyn laitettiin avoin tekstikenttä, johon vastaaja pystyi halutessaan kirjoittamaan omin sanoin kokemuksistaan. Haastatteluissa käytettiin apuna ääninauhuria ja kirjoitusvälineitä, jotta saatua materiaalia voitiin analysoida luotettavasti ja korrektisti työn tulosten kirjoitusvaiheessa. Toteutus käytännössä tapahtui siten, että haastattelut pidettiin Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystyön ensihoidon eri toimipisteissä. Haastattelupäivät valittiin siten, että haastateltaviksi lupautuneet hoitajat olivat työvuorossa. Haastateltavien määrä oli 4. Haastatteluiden kesto oli kaavailtu 30 minuutista 60 minuuttiin. Käytännössä haastattelut olivat kuitenkin pituudeltaan 15 – 35 minuutin mittaisia. Haastattelumuotoa valitessa päädyttiin yksilöhaastatteluihin, koska haastatteluissa käsiteltävät asiat saattoivat olla henkilökohtaisia ja luonteeltaan arkaluontoisia käsiteltäviksi. Lisäksi haastateltavien yksityisyydensuoja oltaisiin laiminlyöty ryhmähaastatteluilla.

Aineisto analysoitiin sisällönanalyysia käyttäen. Siinä aineistoa tarkastellaan eritellen, yhtäläisyyksiä ja eroja etsien. (Kylmä & Juvakka 2007, 112-113.) Se on perusanalyysimenetelmä, joka onkin usein käytössä laadullista tutkimusta tehtäessä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 107-112.) Tässä opinnäytetyössä käytettiin aineistolähtöistä sisällönanalyysia. Siinä haastattelut nauhoitetaan aluksi ja jälkeenpäin kirjoitetaan auki sana sanalta. Sen jälkeen haastattelut luetaan ja niiden sisältöön ja tuloksiin tutustutaan tarkemmin. Seuraavana tekstistä etsitään

pelkistetyt ilmaukset ja ne alleviivataan. Tämän jälkeen ilmaukset lajitellaan listaksi. Seuraavana etsitään pelkistetyistä ilmauksista samankaltaisuuksia ja erilaisuuksia. Pelkistetyt ilmaukset yhdistetään samankaltaisuuksiensa perusteella ja muodostetaan alaluokat. Näistä alaluokat yhdistetään ja muodostetaan edelleen yläluokat. Lopulta yläluokat yhdistetään ja kootaan kokoavat käsitteet (Tuomi & Sarajärvi 2009, 107-112.)

### **6.3 Aineiston keruu**

Työn teoreettiseen osuuteen käytettiin alan kirjallisuutta ja aikaisempia aiheesta tehtyjä tutkimuksia. Työssä käytettiin ajankohtaisia lähteitä. Osa lähteistä on myös väitöskirjoja ja ammattikorkeakoulun opinnäytetöitä. Teoreettisen osuuden aineisto etsittiin lukuisia tietokantoja hyväksi käyttäen. Niitä olivat esimerkiksi Theseus, Google Scholar, Saimaan ammattikorkeakoulun Nelli-portaali sekä Itä-Suomen yliopiston verkkojulkaisut. Myös vieraskielisiä lähteitä käytettiin opinnäytetyössä.

Tutkimuksen alkukysely järjestettiin Webropol- kyselynä (Liite 3). Kyselyssä kysyttiin vastaajien nimet ja sähköpostiosoitteet, jotta heihin voitiin olla yhteydessä haastattelujen järjestämisestä. Kerätyt henkilötiedot ja haastattelumateriaali hävitettiin aineiston käsittelyn jälkeen vastaajien tietosuojan turvaamiseksi. Kyselyssä kartoitettiin erityisesti alustavia kokemuksia väkivallasta kentältä, ja siinä keskityttiin nimenomaan vastausten laatuun eikä määrään. Haastatteluun valittiin kaikki kyselyyn vastanneet henkilöt, sillä vastauksia ei tullut kuin kolme.

Yhteyshenkilömme, joka toimii PHSOTEY:n ensihoidon kenttäjohtajana, lähetti Webropol- kyselyn tuntemattomalle määrälle ensihoitajia, joista haastateltaviksi valittiin yhteensä kolme ensihoitajaa. Lisäksi kyselyyn pyydettiin kyselyn ulkopuolelta haastateltavaksi yksi Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymän ensihoitokeskuksen työntekijä. Haastattelut jouduttiin suunnittelemaan suhteellisen lyhyiksi ja ytimekkäiksi, koska jatkuvana riskinä oli, että haastateltava joutuu kesken haastattelun poistumaan hälytystehtävälle. Haastattelun kysymyksiä suunniteltaessa oltiin jo tietoisia siitä, että vastaukset

pidetään lyhyinä ja asiallisina turhaa ja asiaankuulumatonta keskustelua välttämällä (Liite 2).

Työn tuloksia kerättyä käytettiin apuna nauhuria. Teemat olivat etukäteen mietittyjä, joskin haastattelun aikana saattoi tulla laadullisen tutkimuksen ominaisuuksia mukailleen täsmennyksiä kysymyksiä. Kaava oli kuitenkin kaikilla haastateltavilla sama (Liite 2). Haastattelut kestivät viidestätoista minuutista kolmeen kymmeneen minuuttiin; yksi haastattelu kesti keskimäärin kaksikymmentä minuuttia. Virallisen haastattelun jälkeen jatkettiin aiheeseen liittyvää keskustelua, mutta tätä ei kuitenkaan tuloksissa huomioitu. Haastattelut litteroitiin sanasta sanaan tietokoneella. Aineiston analysoimisen apuna käytettiin sisällön analyysia.

#### **6.4 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus**

Tutkimus täyttää tieteellisen tutkimuksen piirteet, sillä siinä noudatetaan rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta tutkimustyön toteuttamisessa. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2014.) Menetelmänä käytettiin laadullista tutkimusmenetelmää. Tutkimusluvan haimme Saimaan ammattikorkeakoululta sekä Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksesta (PHSOTEY). Tutkimus toteutettiin täysin anonymisesti ja haastattelumateriaali tuhottiin asianmukaisesti tulosten analysoinnin jälkeen. Haastattelut toteutettiin henkilöiden anonymiteettiä kunnioittaen siten, ettei haastatteluissa olleita henkilöitä pystytä yksilöimään. Tutkimuksen suurimmiksi riskeiksi arvioitiin Webropol-kyselyyn osallistuneiden määrän vähyyden ja haastatteluiden keskeytymisen ensihoitotehtävien takia. Kysymykset ja aihe pidettiin tarkoituksella rajattuna, jotta saatiin tarvittavat vastaukset tutkimukseen. Tämä on voinut vaikuttaa heikentävästi keskustelun hedelmällisyyteen ja sen myötä myös tuloksiin.

### **7 Opinnäytetyön tulokset**

Opinnäytetyön tulokset koostuvat neljästä haastattelusta. Kolme haastateltua ensihoitajaa valittiin Webropol-kyselyn vastausten perusteella ja yksi ensihoitaja otettiin kyselyn ulkopuolelta haastatteluun riittävien tulosten turvaamiseksi.



## 7.1 Väkivallan esiintyvyys ja myötävaikuttavat tekijät

Haastatteluissa ilmeni, että haastateltavat ovat kaikki kokeneet erilaisia väkivallan muotoja ensihoitotyössä aina henkisestä väkivallasta fyysiseen väkivaltaan asti. Henkistä väkivaltaa esiintyy haasteltavien mukaan useammin kuin fyysistä väkivaltaa. Melkeinpä jokaisessa työvuorossa haastateltavat ovat kohdanneet henkistä väkivaltaa. Fyysisen väkivallan puolelta ensihoitajat ovat kokeneet erilaisia väkivallantekoja, esimerkiksi tönimisestä ja tuuppimisesta aina lyömiseen ja potkimiseen saakka. Useasti fyysisen väkivallan aiheuttajana on tilanteessa potilas. Henkisen väkivallan aiheuttajana ovat useasti potilaan lisäksi tilanteen ulkopuoliset henkilöt, kuten omaiset ja sivulliset. Haastateltavien ammattitaitoa ja päätöksentekokykyä on kyseenalaistettu. Lisäksi haastateltavat ovat kokeneet haukkumista, nimittelyä, solvaamista ja väkivallalla uhkailua. Haastateltavista jokainen määritteli väkivallan kokemuksen hieman yksilöllisesti.

Haastatteluissa myös ilmeni, että myötävaikuttavina tekijöinä väkivaltatilanteissa ovat haastateltavien mukaan potilaiden ja sivullisten päihtymystilat, erilaiset perussairaudet, kuten esimerkiksi dementia ja mielenterveysongelmat, sekä erilaiset sairauskohtaukset, kuten sokeri- ja elektrolyyttitasapainon häiriöt, kouristelu ja sen jälkitila. Haastateltavien mielestä sairauskohtauksista ja perussairauksista johtuva häiriökäyttäytyminen on hyväksyttävämpää kuin esimerkiksi alkoholin tai huumausaineiden vaikutuksen alaisena olevien potilaiden häiriökäyttäytyminen. Tätä perusteltiin sillä, että sairaskohtaukset ja perussairaudet eivät pääasiassa ole itseaiheutettuja, eikä näissä tilanteissa potilas ole välttämättä tietoinen teoistaan.

Haastateltavat korostivat oman käytöksen tärkeyttä tilanteissa. Omilla vuorovaikutustaidoilla koettiin olevan suuri merkitys väkivaltatilanteiden etenemisessä. On olemassa kuitenkin myös tilanteita, joissa omilla vuorovaikutustaidoillakaan ei ole ollut riittävää vaikutusta tilanteen rauhoittamiseksi ja tilanne on päässyt kärjistymään väkivallantekoihin. Kiireellisten tilanteiden ja esimerkiksi hätätilapotilaan luona vuorovaikutus ympärillä oleviin ja sivusta seuraajiin voi olla vähäisempää, ja tämä voi myös vaikuttaa väkivaltatilanteen syntyyn. Haastateltavista osa vastasi, että on

provosoitunut potilaan käytöksen seurauksena, mutta oma käytös on kuitenkin pyritty pitämään hillittynä ja ammatillisena.

Haastateltavat tulivat siihen tulokseen, että hoitajan sukupuolella ei ole merkitystä väkivaltatilanteiden syntyyn. Yksi haastateltavista mainitsi, että miessukupuoli saattaa olla alttiimpi fyysisen väkivallanteen kohteena. Potilaan sukupuolella ei koettu olevan merkitystä väkivaltatilanteissa, sillä väkivallan aiheuttajia ovat niin mies- kuin naispotilaatkin.

Haasteltavista kaikki olivat joutuneet jossain vaiheessa uraansa turvautuneet itsensä puolustamiseen fyysisesti. Nämä olivat kuitenkin pieniä tekoja, kuten tönimistä, etäällä pitoa ja aloillaanpitoa. Eräs haasteltavista mainitsi, että tietää työyhteisöstä muitakin, jotka ovat joutuneet turvautumaan fyysiseen itsensä puolustamiseen.

Väkivaltatilanteista on haastateltavien mukaan aiheutunut sairauslomia. Omakohtaisesti heistä kukaan ei ole ollut väkivaltatilanteen seurauksena poissa töistä, mutta heistä kaikki mainitsivat, että tietävät työyhteisöstä henkilöitä, jotka ovat joutuneet eri tilanteiden seurauksena hakemaan sairauslomaa.

## **7.2 Väkivaltatilanteen vaikutus hoidon laatuun**

Haastatteluissa ilmeni, että väkivaltatilanteet ovat vaikuttaneet potilaan saamaan hoitoon. Hoitotoimenpiteistä on saatettu pidättäytyä ja lisäksi potilaan hoito on viivästynyt. Jotain peruselintoimintojen mittauksia on saattanut jäädä mittaamatta tai pieniä toimenpiteitä tekemättä. Kuitenkin kaikki tarvittavat, henkeä pelastavat toimenpiteet on pyritty tekemään viime kädessä poliisin turvaamana.

Haastatteluista ilmeni, että osa väkivaltatilanteista olisi voitu välttää sillä, että poliisi olisi turvannut kohteen. Haastateltavista osa totesi kuitenkin, että joissain tilanteissa poliisin saapuminen kohteeseen olisi kestänyt liian pitkään ja toisaalta potilaan terveydentila olisi voinut tämän takia vaarantua.

## **7.3 Selviytymiskeinot väkivaltatilanteen jälkeen**

Haastateltavista kaikki kokivat väkivallan kovin yksilöllisesti. Osa vastaajista koki, että tietyntyyppiset piirteet eri ensihoitotehtävillä nostivat mieleen muistoja

ensihoidotehtävistä, joissa väkivaltatilanne on jäänyt vaivaamaan mieltä. Osaa tilanteet eivät olleet jääneet yksinkertaisesti vaivaamaan. Alueen debriefing-toiminta on haastateltavien mielestä toimiva. Sitä käytetään hyvin herkästi, mikäli tilanne sitä vaatii. Ensihoitajat voivat olla traumaattisen tilanteen jälkeen yhteydessä kenttäjohtajaan, joka käynnistää debriefing-prosessin. Ensihoidon kenttäjohtaja voi myös oma-aloitteisesti käynnistää debriefing-prosessin, mikäli kokee sen tarpeelliseksi. Tuloksissa korostui myös oman työparin tärkeys, sillä useasti väkivaltatilanteet käsitellään työparin ja työyhteisön kanssa jälkikäteen yhdessä. Jo tämän koettiin olevan hyvin suuri tekijä traumaattisen väkivaltatilanteen läpikäymisessä. Haastateltavat mainitsivat myös muita selviytymiskeinoja kyseisten tilanteiden läpikäymiseksi. Näitä olivat puolison ja läheisten kanssa keskustelu (vaihtolovelvollisuutta ja lakiasetuksia kunnioittaen) ja asian itsenäinen käsittely sekä pohdiskelu omia henkisiä voimavaroja käyttäen.

#### **7.4 Väkivaltatilanteiden käsittely organisaation toimesta**

Haastatteluissa ilmeni, että kukaan haastateltavista ei ollut ilmoittanut väkivaltatilanteista eteenpäin. Eräs vastaajista mainitsi, että edellisessä työpaikassa poliisi oli tehnyt väkivaltatilanteen jälkeisen rikosilmoituksen. Haastateltavien mukaan tietoisuus väkivallasta ja sen uhasta on viime vuosina lisääntynyt, ja tämä on huomioitu alueen ensihoitajien koulutuksessa. Alueella on alettu tehostamaan väkivaltaa ehkäisevää koulutusta ja sitä, että väkivaltatilanteista tulisi tehdä ilmoituksia eteenpäin. Haastateltavien mukaan alueen työsuojeluvaltuutettu on ottanut tehtäväkseen väkivaltatilanteista raportoimisen tehostamisen sekä debriefingin ja defusingin aktiivisen käyttämisen. Haastateltavat kokevat, että lievä henkinen ja fyysinen väkivalta on ammatin lieveilmiö, joka kuuluu osaksi ensihoitajan työtä. Kuitenkin jokainen haastateltavista tiedostaa, että vakavissa tapauksissa asia tulisi viedä eteenpäin jopa rikosilmoitukseksi asti.

### **8 Pohdinta**

Päädyimme valitsemaan opinnäytetyön aiheen sen ajankohtaisuuden takia. Hoitoalalla vallitseva käsitys on, että väkivallan määrä on lisääntynyt 2000-luvun aikana. Se näkyy myös terveydenhuollon arjessa. Lisäksi lisääntyneen

uutisoinnin ansiosta terveydenhuollon kokema väkivalta on tullut myös tavallisen kansan tietoon. Väkivallan määrää terveydenhuollossa ja ensihoidossa on alettu tutkia viime vuosien aikana, mutta valtaosassa tutkimuksista on keskitytty väkivaltatapausten määrään. Suomessa Rasimus vuonna 2002 väitöskirjassaan ja Sutinen vuonna 2010 opinnäytetyössään tutkivat väkivallan määrää akuuttihoitossa kvantitatiivisella menetelmällä. Kvalitatiivisia tutkimuksia aiheesta on huomattavasti vähemmän. Siksi päädyimmekin tutkimaan ensihoitajan kokemaa väkivaltaa laadullisen tutkimuksen näkökulmasta. Halusimme tuoda esille ensihoitajan kokemat tuntemukset väkivaltatapausten jälkeen ja lisäksi selvittää selviytymiskeinot, joiden avulla ensihoitajat käsittelevät kokemansa tilanteet.

Kaikki haastattelemamme ensihoitajat vastasivat teemahaastatteluissa kokeneensa niin henkistä kuin fyysistäkin väkivaltaa ensihoitotyössä. Haastateltujen vastaukset vastasivat aiempien tutkimusten tuloksia, joissa on tullut ilmi se, että väkivalta on yleistä akuuttihoitossa niin sairaalassa kuin sairaalan ulkopuolellakin. Esimerkiksi Rasimuksen (2002) väitöskirjan tutkimuksessa yli puolet kyselyyn vastanneista päivystyspoliklinikan työntekijöistä olivat kokeneet väkivaltaa työssään. Myös ulkomailla toteutettujen tutkimusten tulokset puolsivat saamiamme vastauksia, kuten Gates, McQueen & Ross:n vuonna 2006 tekemä tutkimus, joka tutki päivystyspoliklinikoilla ilmenevän väkivallan määrää. Saamamme vastaukset vastasivat ennakkokäsitystämme ja osasimme aavistaa tämänsuuntaisia vastauksia. Omaan työhistoriaamme peilaten osasimme odottaa, että henkistä väkivaltaa esiintyy lähes jokaisessa työvuorossa. Ennako-odotustemme mukaisesti fyysistä väkivaltaa esiintyy harvemmin, mutta sitä kuitenkin esiintyy. Myös väkivallan tekoja osasimme odottaa lähiaikoina tapahtuneen uutisoinnin vuoksi, muun muassa Iltalehti uutisoi 15.4.2013 ensihoitajasta, jota puukotettiin useita kertoja työtehtävällä.

Väkivaltatilanteeseen myötävaikuttivat useissa tilanteissa alkoholi ja muut päihdeaineet. Monessa aikaisemmassa tutkimuksessa alkoholia ja muita päihdeaineita pidettiin väkivaltatilanteen riskiä nostavana tekijänä. Sutisen (2010) tekemässä opinnäytetyössä mainittiin, että päihteet ovat useasti

väkivaltatilanteiden osatekijänä. Tutkimuksessa meidät yllätti perussairauksien ja sairauskohtauksien merkittävyys väkivaltatilanteiden ilmentymisessä. Emme odottaneet, että ne mainittaisiin merkittävänä ryhmänä, vaikkakin aikaisemmissa tutkimuksissa on todettu sairauskohtauksien ja perussairauksien olevan osasy syy väkivaltatilanteiden eskaloitumiseen.

Haastateltavat vastasivat, että tietyntilanteissa joistakin hoitotoimenpiteistä on jouduttu luopumaan potilaan tai sivullisten aggressiivisen käytöksen takia. Haastatteluissa kuitenkin ilmeni, että mikäli potilas tarvitsi välittömiä hoitotoimenpiteitä henkensä turvaamiseksi, niin nämä pyrittiin tekemään viimeistään poliisin turvaamana. Tässä heijastuu ensihoitajien inhimillisyys sekä ammatillisuus. Vaikka potilas käyttäytyikin aggressiivisesti, niin silti häntä pyritään kohtelemaan tasavertaisesti ja ihmisarvoa kunnioittaen. Aikaisemmin väkivaltatilanteen vaikutusta potilaan saamaan hoitoon ei ole tutkittu.

Haastatteluissa korostuivat oman käytöksen ja vuorovaikutuksen tärkeys sekä se, miten niiden käyttö vaikutti väkivaltaisen potilaan käyttäytymiseen. Tätä myös korostetaan alan kirjallisuudessa. (Holmström 2012, 244.) Pohdimmekin, että hoitoalalle hakeutuu ihmisiä, jotka omaavat keskimääräistä paremmat vuorovaikutustaidot ja jotka ovat luonteeltaan sosiaalsiin tilanteisiin mukautuvia. Kuitenkin vuorovaikutustaidot tulisi huomioida yhtenä osana hoitoalan koulutuksissa. Tämä voisi ennaltaehkäistä väkivaltatilanteiden syntymistä sekä auttaa aggressiivisen potilaan kohtaamisessa.

Aikaisemmissa tutkimuksissa ei ole tutkittu sitä, onko hoitajan sukupuolella merkitystä väkivaltatilanteen syntyyn. Ajattelimme, että hoitajan sukupuolella olisi merkitystä väkivaltatilanteiden syntymisessä ja etenemisessä, mutta haastattelujen perusteella ilmeni, että näin asia ei kuitenkaan ole. Olipa hoitajana sitten mies tai nainen, niin tilanteen kärjistyessä sillä ei ole varsinaisesti vaikutusta. Lähinnä vuorovaikutustaidot tai niiden puute mainittiin syiksi tilanteissa, joissa väkivallanteko aiheutui. Väkivaltatilanteita oltaisi voitu välttää huolellisella valmistautumisella ja aikaisella kohteesta poistumisella. Haastatteluissa myös ilmeni, että poliisin pyytäminen paikalle ajoissa olisi estänyt

väkivallantekojen syntymisen. Haastattelujen perusteella kynnys poliisin paikalle hälyttämiseksi on matala.

Haastatteluissa yllätti se, että haastateltavista kukaan ei ollut joutunut sairauslomalle väkivallantekojen seurauksena. Haastateltavista kuitenkin kaikki mainitsivat tietävänsä työyhteisöstä ainakin yhden ensihoitajan, joka on joutunut väkivallanteon seurauksena määrittelemättömän pituiselle sairauslomalle. Gates, McQueen, Ross (2006) tutkimuksessa oli myös havaittu väkivaltatilanteiden aiheuttavan sairauslomaa. Sairauslomien vähyys hämmästytti meidät, sillä odotimme, että edes yksi haastateltavista olisi ollut väkivallanteon takia sairauslomalla. Pohdimmekin, että sairauslomien hakeminen saatetaan tulkita heikkoutena tyypillisessä miesvaltaisessa työyhteisössä, jossa väkivaltaa on koettu kautta aikain. Ymmärrämme myös sen, että kovin pienistä vammoista ei yksittäinen työntekijä viitsi alkaa valittamaan, sillä se saatettaisiin tulkita laiskuutena ja töiden välttelyä.

Olisimme odottaneet, että mieltä järkyttäneet väkivaltatilanteet olisivat jääneet haastateltavien mieltä painamaan myös vapaa-ajalla. Haastateltavista yksi kertoi joskus muistelevansa vuosia sitten tapahtunutta väkivaltatilannetta, mutta hän ei kuitenkaan kokenut sitä rasitteena eikä kokenut sen vaikuttavan työnteon tehokkuuteen. Pohdimmekin opinnäytetyöryhmämme kesken sitä, että alueen debriefing- sekä defusing-järjestelmän täytynee toimia hyvin, koska mieltä vaivaavia väkivaltatilanteita ei ilmennyt juuri ollenkaan haastatteluissa. Aikaisempien tutkimusten (Gates, Gillespie, Succop 2011.) mukaan väkivaltatilanteista on saattanut aiheutua hoitajille negatiivisia tunnereaktioita, ja joissain tapauksissa jopa post-traumaattiseen stressireaktioon viittaavia oireita.

Haastateltavat ensihoitajat kertoivat selviytymiskeinoikseen debriefingin ja defusingin, asian itsenäisen läpikäymisen, työyhteisön kanssa asian läpikäymisen (niin sanotun kahvipöytäkeskustelun) sekä läheisen tai puolison kanssa keskustelun vaitiolovelvollisuutta kunnioittaen. Yllätyimme siitä, että kukaan haastateltava ei maininnut esimerkiksi liikuntaa tai työn ulkopuolista harrastusta selviytymiskeinoikseen. Olimme ennakkoon miettineet, että nämä voisivat olla ensihoitajan suosimia keinoja henkisen tasapainon saavuttamiseksi. Toisaalta pohdimme myös, että haastateltavat saattoivat mieltää nämä itsestään

selviksi asioiksi. Karjalainen & Suihkonen (2003) toteavat opinnäytetyössään liikunnan olevan tehokas keino raskaiden asioiden läpikäymiseen.

Haastatteluissa haastateltavista ensihoitajista kukaan ei ollut tehnyt rikosilmoituksia tai ylipäänsä minkäänlaisia ilmoituksia väkivaltatilanteista eteenpäin. Tähän asiaan osasimme varautua, sillä olimme aiemmin syksyllä 2013 yhteydessä sairaanhoitopiirin turvallisuuspäällikköön, joka kertoi meille, että vuonna 2012 ei ollut tullut yhtään ilmoitusta väkivaltatilanteesta ensihoitokeskukselta. Oletimme, että väkivaltatilanteista tehdään ilmoitus aina esimiehille sekä työturvallisuusvastaavalle. Aikaisemmissa tutkimuksissa Sutinen (2010) toteaa, että väkivallan määrittely on hyvin subjektiivinen asia ja ehkä tämän takia harvat tapaukset johtavat jatkotoimiin poliisin osalta. Kuitenkin haastatteluista saamamme kuvan mukaan väkivaltatilanteista ilmoittaminen on nyttemmin huomioitu ja ensihoitajia on ohjeistettu tekemään vaaratilanneilmoitus jo lievemmistäkin väkivallanteista, vaikka ne eivät olisikaan johtaneet sairauslomaan. Vuoden 2013 tai kuluvan vuoden 2014 väkivallasta johtuvia vaaratilanneilmoituksia emme ole saaneet käsiimme. Pohdimme, miksi väkivaltatilanteista ei oltu tehty ilmoituksia millekään taholle. Yksi syy tähän voisi olla se, että yksittäinen ensihoitaja voi ajatella, että ilmoituksen teolla ei saa kuitenkaan muutosta aikaan. Lisäksi väkivaltatilanteita saatetaan vähätellä ja ilmoituksen tekoa ei mahdollisesti pidetä tärkeänä. On myös mahdollista, että sen tekoa pidetään liian vaivalloisena. Rikosilmoitusten teon laiminlyömisestä voi olla pelko siitä, että joutuu vastaisuudessa hankaluuksiin väkivaltaisesti käyttäytyneen henkilön kanssa ilmoituksen teon takia. Ensihoitaja ei voi kuitenkaan työtilanteessa salata henkilöllisyyttään, vaan on potilaan oikeuksien mukaista, että terveydenhuollon ammattihenkilö esittäytyy koko nimellään.

Olettamuksiamme tukivat haastatteluista saamamme tiedot siitä, että väkivalta koetaan ensihoitotyön lieveilmiönä ja jossain määrin jopa osana työtä. Lievät teot jossain määrin ehkä jopa hyväksytään. Haastatteluista kuitenkin ilmeni se, että vakavista väkivaltatilanteista ilmoitetaan viimeistään poliisin johdosta. Pohdimmekin, että ehkä syynä ilmoitusten vähäiseen määrään on se, että ensihoitajat pelkäävät väkivallan uusiutuvan, mikäli ilmoituksia tehdään. Useissa tilanteissa potilaat tai sivulliset saattavat uhkailla ensihoitajaa tai tämän läheisiä

väkivallalla, jos asiasta ilmoitetaan eteenpäin. Pohdimmekin, että olisi mahdollisesti hyvä asia, jos ensihoitajat voisivat todistaa oikeudessa nimettöminä. Se saattaisi laskea kynnystä tehdä lievistäkin väkivallanteoista vaaratilanne- ja rikosilmoituksia. Osasyynä ilmoitusten vähäiseen määrään saattaa toki olla myös se, että pienistä väkivallanteoista ei jakseta ilmoitusta tehdä tai sen teko koetaan liian vaivalloiseksi. Tätä voisikin kehittää sillä, että vaaratilanne- tai rikosilmoitus olisi mahdollisimman nopea ja helppo täyttää tietokoneella sähköisesti.

Opinnäytetyön tarjoamia tuloksia ei voida yleistää. Työn antamat tulokset ovat yksittäisten ensihoitajien tuntemuksia ja mielipiteitä, ja täten niitä ei voida vertailla valtakunnallisesti. Aiheesta on kuitenkin viime vuosina tehty useita määrällisiä tutkimuksia. Uskommekin, että ensihoitajat ympäri maata kokevat samankaltaisia tuntemuksia ja mielipiteet ovat suurilta osin yhteneviä.

Olisimme halunneet Webropol-kyselyyn enemmän vastauksia, jotta meillä olisi haastattelun valintavaiheessa ollut enemmän vastaajia, joista valita. Laitoimme linkin kyselystämme eräälle PHSOTEY:n ensihoidon kenttäjohtajista, joka jakoi linkin eteenpäin sähköpostitse työntekijöille. Se, kuinka monelle kysely on lopulta lähtenyt jäi meille epäselväksi. Tästä syystä vastausprosentin laskeminen ei ole mahdollista. Saimme kuitenkin tarvittavan määrän vastauksia, jotta saimme haluamamme määrän haastatteluja toteutettua. Vastaajia oli myös riittävästi, jotta saimme taustoiltaan erilaisia ensihoitajia valittua haastatteluihin. Lisäksi aikataulut alkoivat tulla vastaan, niin saatuamme tarvittavan määrän vastauksia päätimme sulkea Webropol- kyselyn.

Pohdimme jälkeempään keinoja, joiden avulla olisimme voineet saada enemmän vastauksia Webropol-kyselyyn. Yksi keino olisi ollut se, että olisimme lähettäneet kyselyt henkilökohtaisesti ensihoitokeskuksen ensihoitajille. Toisaalta henkilörekisterin saaminen olisi voinut olla haastavaa tai jopa mahdotonta, sillä niitä ei välttämättä luovuteta ulkopuolisille tahoille. Tästä syystä tyydyimme lähettämään Webropol-kyselyn linkin kenttäjohtajalle, joka jakoi sen eteenpäin.

Haastattelut suoritimme yksilöhaastatteluina. Pohdimme, olisiko eri haastattelumenetelmällä voinut saada erilaisia vastauksia. Yksi idea olikin ryhmähaastattelu, mutta tähän emme päätyneet yksityisyyden suojaan vedoten.



Riskeinä ryhmähaastattelussa olisi voinut olla haastateltavien kieltäytyminen haastattelusta kokonaan sekä haastateltavien arkuus rentoon keskusteluun. Toisaalta se olisi voinut tuottaa myös hedelmällistä keskustelua, jossa tuntemuksia olisi tullut laajemmin esille.

Opinnäytetyömme onnistui aikataulujen venymisestä huolimatta hyvin ja saimme sen kuitenkin toteutettua alkuperäisen suunnitelman mukaan. Aikataulut venyivät hieman lupaprosessista johtuen. Olemme tyytyväisiä saamiimme tutkimustuloksiin. Osa tuloksista tuki oletuksiamme, mutta haastattelut toivat myös paljon uusia näkökulmia.

## **9 Jatkotutkimusaiheet**

Aihe on erittäin ajankohtainen, mutta Suomessa hyvin vähän tutkittu. Tämän takia odotamme opinnäytetyömme inspiroivan tulevia tutkijoita laajemmassa mittakaavassa. Jatkotutkimuksia voisi tehdä määrällisen tutkimuksen väkivaltatilanteiden aiheuttamien sairauslomien määrästä niin kenttätyössä kuin päivystyspoliklinikoillakin, debriefingin käytöstä ja hyödyistä ensihoito- ja päivystyspoliklinikkatyössä ja kirjallisuuskatsauksen sekä koulutuspaketin väkivaltaisen potilaan kohtaamisesta hoitotyössä.

## Lähteet

- Ahola, K., Rossi, H. & Tuisku, K. 2012. Lääkärikirja Duodecim. [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00681](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00681). Luettu 8.10.2013.
- Annala, J. & Moilanen, S. 2013. Ensihoitohenkilöstöön kohdistuva väkivalta työtehtävissä: Kyselytutkimus PSSHP:n Ensihoitokeskuksen työntekijöille. Savonia – ammattikorkeakoulu. Kuopio. Ensihoidon koulutusohjelma. Opinnäytetyö.
- Dahlberg, L., Krug, G., Lozano, R., Mercy, J., Zwi, B. 2002. Väkivalta ja terveys maailmassa – WHO:n raportti. Suom. Salomaa, E. 2005. 21-25. [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/world\\_report/full\\_fi.pdf](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/full_fi.pdf). Luettu 26.9.2013.
- Duodecim. 2010. Terveyskirjasto. Äkillisen kriisin vaiheet - psyykinen ensiapu. [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=onn00128](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=onn00128). Luettu 18.10.2014.
- Dyregrov, A. 1993. Katastrofipsykologian perusteet. 3. painos. Suom. Teva, T. 1999. Tampere: Tammer-Paino. 264-274.
- Gates, D., Gillespie, G., Succop, P. 2011. Violence against nurses and its impact on stress and productivity. Nursing - economics. 59 – 66.
- Gates, D., McQueen, L., Ross, C. 2006. Violence against emergency department workers. The Journal of Emergency Medicine, 31. 331 - 337.
- Helelä, L. 2004. Väkivaltilanteen jälkihoito: debriefing ja traumojen hoitaminen tapausesimerkin valossa. Työterveyslääkäri. [http://www.ebm-guidelines.com/dtk/ltk/avaa?p\\_artikkeli=ttl00153&p\\_haku=masennustila](http://www.ebm-guidelines.com/dtk/ltk/avaa?p_artikkeli=ttl00153&p_haku=masennustila). Luettu 10.2.2014.
- Hellsten, S & Nahkuri, E. 2009. Hoitajiin kohdistuva uhkailu ja väkivalta Kuusankosken aluesairaalan ensiapuklinikalla. Kymenlaakson ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö.
- Hirvelä, T & Hööpakka, J. 2006. Hoitohenkilökuntaan kohdistuva väkivalta vuodeosastolla. Diakonia-ammattikorkeakoulu. Pori. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö.
- Holmström, P. 2012. Mielenterveyspotilas ensihoidossa. Teoksessa Castrén, M., Helveranta, K., Kinnunen, A., Korte, H., Laurila, K., Paakkonen, H., Pousi, J., Väisänen, O. Ensihoidon perusteet. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy. 244.
- Holmström, P., Kuisma, M., Nurmi, J., Porthan, K., Taskinen, T. 2013. Ensihoito. Helsinki. Sanoma Pro.
- Hulkko, L. & Piispa, M., Työväkivalta on yleistä sosiaali- ja terveysalan ammateissa. Tilastokeskuksen hyvinvointikatsaus 2009:3.

[http://tilastokeskus.fi/artikkelit/2009/art\\_2009-09-30\\_002.html?s=0](http://tilastokeskus.fi/artikkelit/2009/art_2009-09-30_002.html?s=0). Luettu 7.10.2013.

Järjestyslaki 27.6.2003/612

Kandén, J. 2012. Väkivallan uhka. Teoksessa Castrén, M., Helveranta, K., Kinnunen, A., Korte, H., Laurila, K., Paakkonen, H., Pousi, J. & Väisänen, O. Ensihoidon perusteet. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy, 103-105.

Kanerva, A., Kuhanen, C., Oittinen, P., Schubert, C. & Seuri, T. 2010. Mielenterveyshoitotyö. Helsinki: WSOYpro Oy, 242 – 247.

Karjalainen, J. & Suihkonen, R. 2003. Kaveria ei jätetä – väkivaltatilanteiden kohtaaminen sairaankuljetuksessa. Diakonia-ammattikorkeakoulu. Pieksämäki. Diakoninen sosiaali-, terveys- ja kasvatusalan koulutusohjelma. Opinnäytetyö.

Kinnunen, M., Helovuori A. 2012. Potilasturvallisuus. Teoksessa Mustajoki, M., Alila, A., Matilainen, E., Pellikka, M., Rasimus, M. Sairaanhoidajan käsikirja. Verkkojulkaisu.  
[http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti?p\\_artikkeli=shk04802&p\\_haku=potilasturvallisuus](http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti?p_artikkeli=shk04802&p_haku=potilasturvallisuus). Luettu 19.12.2014.

Klemi, A. 2006. Henkinen väkivalta parisuhteessa – kokemuksia henkisen väkivallan luonteesta ja satuttavuudesta. Jyväskylän yliopisto. Viestintätieteiden laitos. Pro gradu-tutkielma. 2-6.  
[https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/11210/URN\\_NBN\\_fi\\_jyu-200778.pdf?sequence=1](https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/11210/URN_NBN_fi_jyu-200778.pdf?sequence=1). Luettu 26.9.2013.

Kuisma, M., Porthan, K. 2013. Suuronnettomuus. Teoksessa Kuisma, M., Holmström, P., Nurmi, J., Porthan, K., Taskinen, T. Ensihoito. Helsinki: Sanoma Pro, 717.

Kylmä, J., Juvakka T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy, 27, 112-113.

Liikamaa, P. 2010. Kriisi. Suomen mielenterveysseura. Raisio: Newprint Oy.  
<http://www.mielenterveysseura.fi/files/781/kriisi.PDF>. Luettu 18.3.2014.

MAPA-Finland. 2012. Toiminta. <http://www.mapafinland.fi/toiminta>. Luettu 1.12.2014.

Mielenterveyslaki 1990/1116

Määttä, T. 2013. Ensihoitopalvelun toiminta. Teoksessa Kuisma, M., Holmström, P., Nurmi, J., Porthan, K. & Taskinen, T. Ensihoito. Helsinki: Sanoma Pro, 30 - 34.

Niemi-Murola, L., Mäntyranta T. 2011. Potilasturvallisuus on yhteinen asiamme. Finnanest. 44/2011. [http://www.finnanest.fi/files/1niemi-murola\\_potilasturvallisuus.pdf](http://www.finnanest.fi/files/1niemi-murola_potilasturvallisuus.pdf). Luettu 19.12.2014.

Paakkonen, H. & Paakkonen, T. 2012. Ensihoitotyössä jaksamisen tukeminen. Teoksessa Castrén, M., Helveranta, K., Kinnunen, A., Korte, H., Laurila, K., Paakkonen, H., Pousi, J., Väisänen, O. Ensihoidon perusteet. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy, 126 - 128.

Perustuslaki 1999/731

Pulkkinen, S., Vesanen, P. 2014. Traumaattinen kriisi. Teoksessa Mustajoki, M., Alila, A., Matilainen, E., Pellikka, M., Rasimus, M. Teoksessa Sairaanhoidajan käsikirja. Verkkojulkaisu. [http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti?p\\_artikkeli=shk04802&p\\_haku=potilasturvallisuus](http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti?p_artikkeli=shk04802&p_haku=potilasturvallisuus). Luettu 19.12.2014.

Rasimus, M. 2002. Turvattomuus työoverina. Kuopion yliopisto. Terveystieteiden ja talouden laitos. Väitöskirja. <http://wanda.uef.fi/ukuvaitokset/vaitokset/2002/isbn951-781-937-4.pdf>. Luettu 26.9.2013.

Rasimus, M. 2005. Turvattomuus päivystysyksiköissä. Sairaanhoidaja-lehti. 6-7/2005. [http://www.sairaanhoidajaliitto.fi/ammattilliset\\_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoidaja-lehti/6-7\\_2005/muut\\_artikkelit/turvattomuus\\_paivystysyksikoissa](http://www.sairaanhoidajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoidaja-lehti/6-7_2005/muut_artikkelit/turvattomuus_paivystysyksikoissa). Luettu 24.10.2013.

Rekola, L. 2013. Asiantuntijuus ensihoitotyössä. Teoksessa Kuisma, M., Holmström, P., Nurmi, J., Porthan, K., Taskinen, T. Ensihoito. Helsinki: Sanoma Pro, 764-769.

Rikoslaki 2003/515

Ritmala-Castrén, M. 2005. Miten rauhoittaa aggressiivista potilasta? Sairaanhoidaja-lehti. 6-7/2005. [http://www.sairaanhoidajaliitto.fi/ammattilliset\\_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoidaja-lehti/6-7\\_2005/laakehoito/miten\\_rauhoittaa\\_aggressiivista/](http://www.sairaanhoidajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoidaja-lehti/6-7_2005/laakehoito/miten_rauhoittaa_aggressiivista/). Luettu 11.2.2014.

Saari, S. 2003. Kuin salama kirkaalta taivaalta – kriisit ja niistä selviytyminen. Keuruu: Otavan kirjapaino. 3. painos, 277-278.

Sisäasiainministeriö. Sisäasiainministeriön julkaisuja 24/2011. Pelastustoimen VIRVE-viestiohje. Helsinki. <http://www.intermin.fi/julkaisu/242011?docID=24911>. Luettu 6.10.2014.

Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja. Laatu ja potilasturvallisuus ensihoidossa ja päivystyksessä – suunnittelusta toteutukseen ja arviointiin. 2014. Helsinki. [http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=9882186&name=DLFE-30728.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=9882186&name=DLFE-30728.pdf). Luettu 6.10.2014.

Suomen mielenterveysseura. 2009. Traumaattisen kriisin vaiheet. Verkkoartikkeli. [https://www.tukinet.net/aineisto/aineisto\\_tiedot.tmp?id=621](https://www.tukinet.net/aineisto/aineisto_tiedot.tmp?id=621). Luettu 18.10.2014.

Suomen mielenterveysseura. 2014a. <http://www.e-mielenterveys.fi/kriisit/traumaattiset-kriisit/>. Luettu 10.2.2014.

Suomen mielenterveysseura. 2014b. <http://www.e-mielenterveys.fi/kriisit/traumaattiset-kriisit/traumaattisen-kriisin-vaiheet/>. Luettu 18.10.2014.

Suomen Punainen Risti. 2014. Näin selviydyt henkisesti. <http://www.punainenristi.fi/hae-tukea-ja-apua/akilliseen-onnettomuuteen/nainselviydyt-henkisesti>. Luettu 3.10.2014.

Sutinen, I. 2010. Väkivaltaisen potilaan kohtaaminen sairaalan ulkopuolisessa ensihoidossa. Metropolia ammattikorkeakoulu. Helsinki. Ensihoidon koulutusohjelma.

Teperi, A. 2013. Ensihoidon ammattilaisuus. Teoksessa Kuisma, M., Holmström, P., Nurmi, J., Porthan, K., Taskinen, T. Ensihoito. Helsinki. Sanoma Pro, 751 – 752, 757 - 758.

Tuomi, J., Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Latvia. Tammi. 6. painos. 91 – 109.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2014. Hyvä tieteellinen käytäntö. <http://www.tenk.fi/fi/htk-ohje/hyva-tieteellinen-kaytanto>. Luettu 15.12.2014.

Työterveyslaitos 2014. Työväkivalta. [http://www.ttl.fi/fi/tyoturvallisuus\\_ ja\\_riskien\\_hallinta/tyovakivalta/Sivut/default.aspx](http://www.ttl.fi/fi/tyoturvallisuus_ ja_riskien_hallinta/tyovakivalta/Sivut/default.aspx). Luettu 15.5.2014.

Työturvallisuuslaki 2002/738

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri. 2005. Henkilöturvallisuus. <http://www.tyosuojelu.fi/upload/tyks-henkiloturvallisuus.pdf>. Luettu 3.10.2014.

Vuorilehto, M. 2013. Psykiatrinen potilas ensihoidossa. Teoksessa Kuisma M., Holmström, P., Nurmi, J., Porthan, K., Taskinen, T. Ensihoito. Helsinki. Sanoma Pro, 657 – 663.

Sosiaali- ja terveysala, Lappeenranta

Hei!

Olemme kolmannen vuoden ensihoitajaopiskelijoita Saimaan ammattikorkeakoulusta E9-ryhmästä. Aloitimme opinnot 2011 syksyllä ja valmistumme 2015 keväällä. Opinnäytetyössämme tutkimme väkivallan vaikutusta ensihoitajan työssä jaksamiseen.

Haluamme toteuttaa opinnäytetyömme juuri teidän yksikölle (E PH 121), koska yksikkönne on tuore ja Suomen mittakaavassa vaativien tilanteiden (H+H) yksiköitä ei ole montaa. Lisäksi uskomme, että kohtaatte työssänne paljon erilaisia tilanteita ja potilaita erilaisissa ympäristöissä.

Ajattelimme toteuttaa teille lyhyen alkukyselyn, jolla kartoitamme kokemuksianne väkivaltatilanteista ja niiden esiintyvyydestä, sekä tilanteiden jälkipuinnista. Kysely toteutetaan webropol- kyselynä. Kyselyn perusteella valitsemme 4-8 haastateltavaa, joita haastatellaan teemahaastattelulla kasvotusten. Haastatteluun osallistuvat valitaan erilaisten väkivaltakokemusten perusteella, jotta saadaan mahdollisimman laaja kirjo erilaisista tilanteista. Haastatteluun osallistuminen on vapaaehtoista, mutta arvostamme osallistumista suuresti ja se on erittäin tärkeää, että saamme työstämme mahdollisimman informatiivisen ja luotettavan. Haluamme, että työmme selvittää väkivallan vaikutuksen ensihoitajan jaksamiseen.

Kyselyt toteutetaan nimien kanssa, jotta osaamme pyytää oikeat henkilöt haastateltaviksi. Haastattelut toteutetaan anonymisti ja kenenkään haastateltavan nimi ei esiinny opinnäytetyössämme. Haastattelussa apuna käytämme ääninauhuria. Kysely- ja haastattelumateriaali hävitetään asianmukaisesti opinnäytetyön valmistuttua.

Kysely on lyhyt ja helposti täytettävä ja sen täyttämiseen aikaa kuluu muutama minuutti. Haastattelut ovat pituudeltaan 30 minuutista 60 minuuttiin ja ne tapahtuvat työajalla. Haastattelun keskeydyttyä sitä voidaan jatkaa myöhemmin siitä, mihin haastattelussa jäätiin.

Toivomme, että vastaisitte kyselyyn 28.2.2014 mennessä. Haastatteluun valituille ilmoitamme henkilökohtaisesti. Haastattelut toteutetaan maaliskuun alkuun aikana vuonna 2014.

Otamme mielellämme vastaan kehittämis ehdotuksia ja kysymyksiä työhömmme liittyen. Ohessa yhteystietomme. Kiitämme yhteistyöstä jo etukäteen. Antoisia hetkiä työn parissa

Terveisin:

Sami Lindgren  
Jari Kononen  
Jussi Miettinen

[sami.lindgren@student.saimia.fi](mailto:sami.lindgren@student.saimia.fi)  
[jari.kononen@student.saimia.fi](mailto:jari.kononen@student.saimia.fi)  
[jussi.miettinen@student.saimia.fi](mailto:jussi.miettinen@student.saimia.fi)

1. Millaista väkivaltaa olet kokenut ensihoitotyössä? Onko se ollut fyysistä, henkistä, kenties nimittelyä ym.?
2. Mistä/miten väkivaltilanne sai alkunsa?
3. Kuka väkivaltaa aiheutti tilanteessa, oliko aiheuttaja potilas, omainen, mahd. joku sivullinen? Vaikuttiko tilanne potilaan saamaan hoitoon?
4. Oliko omalla käytöksellä osuutta väkivaltilanteen syntyyn? Onko hoitajan sukupuoli mielestäsi vaikutusta tilanteessa, entä potilaan?
5. Provosoiduitko tilanteessa, jos provosoiduit, niin kerro miten
6. Jälkeenpäin ajateltuna olisiko jotain voitu tehdä toisin?
7. Onko väkivaltilanteista aiheutunut sairaslomia?
8. Onko tilanne vaivannut jälkikäteen henkisellä tasolla?
9. Oletko joutunut puolustamaan itseäsi fyysisesti väkivaltilanteissa?
10. Oletko ilmoittanut tapahtuneesta eteenpäin, oletko tehnyt rikosilmoituksia/ muita ilmoituksia? Jos et, niin minkä takia ?
11. Oliko tilanteen jälkeen jonkinasteista tilanteen jälkipuintia?
12. Onko sinulla omia toimintatapoja/-malleja joiden avulla käsittelet väkivaltilanteita siten, etteivät ne jää vaivaamaan henkisellä tasolla?



### Ensihoitajan kokema väkivalta kenttätöissä

Olemme kolme Saimaan ammattikorkeakoulun ensihoitajaopiskelijaa ja teemme opinnäytetyötä aiheesta "Ensihoitohenkilöstön työssä kokema väkivalta ja sen vaikutus työssä jaksamiseen". Kysely koostuu monivalinta- ja avoimista kysymyksistä. Kyselyyn vastaaminen vie maksimissaan muutaman minuutin. Tämän alkukyselyn perusteella valitsemme 4-8 henkilöä haastateltavaksi varsinaiseen opinnäytetyöhön.

Nimitiedot vaaditaan siitä syystä, että osaamme pyytää oikeita henkilöitä haastateltaviksi. Nimitiedot eivät tule julkisiksi missään vaiheessa.

Kiitokset jo etukäteen kyselyyn vastaamisesta!

#### 1. Yhteystiedot \*

Etunimi

---

Sukunimi

---

Sähköposti

---



**2. Millaista väkivaltaa olette kokeneet ensihoitotyössä? \***

Fyysistä

Henkistä

En ole kokenut väkivaltaa ensihoitotyössä

Jotain muuta, minkälaista?

\_\_\_\_\_

**3. Jos vastasitte edeltävään kysymykseen myöntävästi, kertoisitteko kokemastanne tarkemmin?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**4. Kuinka usein kohtaatte väkivaltilanteita ensihoitotyössä? \***

Jokaisessa työvuorossa

Kerran viikossa

Kerran kuukaudessa

Harvemmin kuin kerran kuukaudessa

En ole kokenut väkivaltaa ikinä

**5. Oletteko joutuneet hakemaan sairauslomaa (tai olemaan poissa töistä ns. omalla ilmoituksella) väkivaltilanteiden takia?**

Kyllä, olen joutunut hakemaan sairauslomaa tai ollut poissa omalla ilmoituksella

Ei, en ole joutunut hakemaan sairauslomaa tai ollut poissa töistä

En ole kokenut väkivaltaa lainkaan

**6. Oletteko tehneet väkivaltatilanteista ilmoitusta eteenpäin muille tahoille? \***

- En ole
- Kyllä, esimiehelle
- Kyllä, tein asiasta rikosilmoituksen
- Kyllä, asiasta on tehty HaiPro-ilmoitus tai muu vaaratapahtumailmoitus
- Kyllä, joku muu, mikä?  
\_\_\_\_\_

**7. Mitä mieltä olette väkivaltatilanteisiin tai uhkaaviin tilanteisiin liittyvän koulutuksen määrästä? \***

- Sitä on liikaa
- Sitä on juuri tarpeeksi
- Koulutusta on liian vähän
- Aiheesta ei ole ollut koulutusta ollenkaan

**8. Jos olette saaneet koulutusta aiheeseen liittyen, niin minkälaista se on ollut?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**9. Jos koulutusta ei ole ollut, niin minkälaista toivoisitte sen olevan?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_