

**POTILAIISIIN KOHDISTUVAT VÄKIVALTATILANTEET OIKEUSPSYKIATRISISSA
SAIRAALAHOIDOSSA**

HaiPro –aineiston analyysi

Mari Leskinen
Pro gradu -tutkielma
Hoitotiede
Hoitotyön johtaminen
Itä-Suomen yliopisto
Hoitotieteen laitos
Marraskuu 2016

SISÄLTÖ

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1 JOHDANTO	1
2 VÄKIVALTA JA POTILASTURVALLISUUS PSYKIATRISISSA SAIRAALAHOIDOSSA	3
2.1 Kirjallisuuskatsauksen tiedonhaun kuvaus	3
2.2 Väkiältä psykiatrisessa sairaalahoidossa	4
2.3 Potilaisiin kohdistuva väkiältä	5
2.4 Itseen kohdistuva väkiältä	7
2.5 Väkiältätilanteiden syntyyn vaikuttavia tekijöitä	10
2.5.1 Hoitoympäristön tekijät	10
2.5.2 Työntekijöihin liittyvät tekijät	12
2.5.3 Potilaaseen liittyvät tekijät	13
2.5.4 Tilannesidonnot tekijät	14
2.6 Organisaatiokulttuuri ja potilasturvallisuus psykiatrisessa sairaalahoidossa	16
2.7 Väkiältätilanteiden ennaltaehkäisy ja hallinta osana potilasturvallisuutta	19
2.8 Yhteenveto tutkimuksen lähtökohdista	24
3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSONGELMAT	26
4 TUTKIMUKSEN AINEISTO JA MENETELMÄT	27
4.1 Tutkimusaineisto ja sen keruu	27
4.2 Aineistosta hylätyt ilmoituksen ja aineiston korjaus	30
4.3 Aineiston analysointi	31
5 TULOKSET	33
5.1 HaiPro -ilmoitukset työyksiköittäin	33
5.2 Tapahtuman aika ja paikka	34
5.3 Tilanteen seuraukset potilaalle	36
5.4 Väkiältätilanteiden jakautuminen väkivallan aiheuttajan mukaan	37
5.4.1 Toisen potilaan aiheuttama väkiältä	37
5.4.2 Itsensä vahingoittaminen	42
5.4.3 Tahdonvastaisesti toteutetut hoitotoimenpiteet	48
5.5 Väkiältätilanteiden syntyyn vaikuttavat tekijät	50
5.6 Väkiältätilanteiden ennaltaehkäisy	53
5.7 Yhteenveto tutkimuksen tuloksista	56
6 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA	59
6.1 Tutkimuksen eettisyys	59
6.2 Tutkimuksen luotettavuus	59
6.3 Tutkimuksen keskeisten tulosten tarkastelua	61
6.4 Päätelmät ja suositukset	73
6.5 Jatkotutkimusehdotukset	74
LÄHTEET	76

LIITTEET

Liite 1. Tiedonhaun kuvaus

Liite 2. Keskeisimmät käytetyt tutkimusartikkelit

Liite 3. Potilasturvallisuusilmoitus

TAULUKOT

Taulukko 1. Väkivaltatilanteiden jakaantuminen kuukausittain (% , f)

Taulukko 2. Toisen potilaan aiheuttaman väkivallan muodon seuraukset potilaille (%)

Taulukko 3. Itseen kohdistuvan väkivallan muodon aiheuttamat seuraukset potilaalle (%)

Leskinen, MariPotilaisiin kohdistuva väkivalta oikeuspsykiatrisessa sairaalahoidossa HaiPro -aineiston analyysi
Pro gradu -tutkielma 85 sivua, 3 liitettä (14 sivua)

Ohjaajat

Professori TtT Hannele Turunen, TtM, Turvallisuuspäällikkö Anssi Kuosmanen,

Marraskuu 2016

Niuvanniemen sairaala

Väkivalta psykiatrisessa sairaalahoidossa on riski sekä potilas- että työturvallisuudelle. Tämän tutkimuksen tarkoituksena on selvittää kuinka paljon ja millaisia väkivaltatapahtumia oikeuspsykiatriin potilaisiin kohdistuu sairaalahoidon aikana, millaisia seurauksia väkivallasta potilaille aiheutuu ja miten väkivaltatilanteita voitaisiin ennaltaehkäistä.

Tutkimusaineiston muodosti Niuvanniemen sairaalan HaiPro -järjestelmään henkilökunnan kirjaamat potilasturvallisuusilmoitukset. Aineisto kerättiin retrospektiivisesti ajalta 1.3.2012–28.2.2014. Ilmoituksista otettiin mukaan 337 väkivaltaan liittyvää potilasturvallisuusilmoitusta. Aineisto analysoitiin tilastollisesti SPSS 21.0 -ohjelmalla ja tulokset raportoitiin frekvensseinä ja prosentteina.

Ilmoituksista 62,9 % koski toisen potilaan aiheuttamaa väkivaltaa, 32,9 % käsitteli itsensä vahingoittamista tai itsetuhoista käyttäytymistä ja 4,2 % raportoi tahdonvastaisesti toteutettuja hoitotoimenpiteitä. Kaikista ilmoituksista 65,1 % tapahtui potilaalle, loput 34,9 % oli läheltä piti -tilanteita. Ajallisesti tarkasteltuna eniten potilaaseen kohdistuneita väkivaltatilanteita tapahtui maaliskuussa (13,4 %), lauantaisin (16,0 %) ja kello 15–18 (24,9 %). Yleisin toisen potilaan aiheuttaman väkivallan muoto oli lyöminen (25,5 %) ja niitä tapahtui eniten käytävällä ja päiväsalissa. Yleisin itsensä vahingoittamisen muoto oli pään hakkaaminen seinään (24,3 %) ja itsensä vahingoittaminen tapahtui yleisimmin potilashuoneessa. Tahdonvastaisesti toteutettujen hoitotoimenpiteiden ilmoitukset käsittelivät potilaan kiinnipitoatai maahan vientiä voimakeinoin. Suurimmassa osassa ilmoituksista potilaalle ei arvioitu aiheutuneen haittaa (43 %) tai potilaalle aiheutunut haitta oli arvioitu lieväksi (44,8 %). Neljässä ilmoituksessa potilaalle aiheutunut haitta oli arvioitu vakavaksi. Aiheutuneen haitan arviointi keskittyi fyysisiin vammoihin. HaiPro -ilmoituksissa yleisimmin kuvattu väkivaltatilanteiden ennaltaehkäisy menetelmä oli psykoedukaatio ja terapeuttinen keskustelu (9,8 %). Kuitenkin 35,3 %:ssa ilmoituksista ennaltaehkäisykeinoja ei ollut nimetty ja 11,9 %:ssa ilmoituksista ilmoittaja oli sitä mieltä, ettei tapahtumia voi ennaltaehkäistä.

Oikeuspsykiatrisessa sairaalahoidossa potilaaseen kohdistuu väkivaltaa, joka vaarantaa potilasturvallisuuden. Väkivaltatilanteiden raportointiin ja ilmoitusten käsittelyyn tulisi kiinnittää huomiota, jotta niistä saatavaa tietoa voitaisiin hyödyntää potilasturvallisuuden parantamisessa.

Asiasanat: väkivalta, itsensä vahingoittaminen, potilasturvallisuus, oikeuspsykiatria

UNIVERSITY OF EASTERN FINLAND

Faculty of Health Sciences
Department of Nursing Science
Nursing Science
Nursing Leadership and Management

ABSTRACT**Leskinen, Mari**

Violence against psychiatric inpatients in
forensic psychiatric hospital setting
Masters' thesis 85 pages, 3 appendices (14
pages

Supervisors
November 2016

Professor, PhD Hannele Turunen, MSc Anssi
Kuosmanen

Violence and aggressive behavior is an acute problem in psychiatric care and it also causes a threat to patient and staff safety. The purpose of this study was to clarify the number and quality of violent incidents that occurs against psychiatric inpatients in forensic psychiatric hospital setting and what kind of consequences the acts cause to the inpatients and how these incidents could be prevented.

The study period was 1.3.2012–28.2.2014. The data were collected retrospectively from Niuvanniemi Hospital's web-based error-reporting database (HaiPro). A total 337 violent incidence reports were analyzed statistically using SPSS 21.0 program. The results were reported using frequencies and percentages.

Of all the incidents 62.9% reports concerned violence caused by another patient and 32.9% was self-harm or suicidal behavior. 4.2% concerned on coercive measures. 65.1% of the incidents happened to the patients; the rest (34.9) % were near misses. Majority of incidents was reported in March (13.4%), on Saturday (16%) and between 3 p.m. and 6 p.m. (24.9%). Most common form of violence caused when another patient was hitting (25.5%) and the majority of these incidents happened on the corridor or in the day room. Most common form of patient self-harm was hitting the head against the wall (24.3%) and most of these incidents happened in patient rooms. Reports of coercive measures included using physical force when holding the patient or taking the patient down. Majority of the incidents did not cause any harm to the patients (43%) or were estimated to have caused mild harm (44.8%). Severe harm was reported in four incident reports and they all were suicidal attempts when one was leading to death. When evaluating the harm to patients, the focus was on physical injuries, emotional harm was noticed only in few reports.

When filling in the indecent report, the filler was asked to define own view how incident could be prevented. Only a portion (9.8%) has mentioned that educational and therapeutic conversation with the patient would prevent the violent incident. In 35.3% of the reports this section was left unfilled and in 11.9% of the reports the filler thought that these incidents cannot be prevented.

Forensic psychiatric patients confront violence during their hospitalization and violence endangers patient safety in forensic psychiatric hospital setting. To improve patient safety and to learn from previous adverse events, more attention should be paid to incident reporting and processing incident reports.

Keywords: Violence, self harm, patient safety, forensic psychiatry

1 JOHDANTO

Tämän pro gradu -tutkimuksen tarkoituksena on tarkastella oikeuspsykiatrisessa sairaalahoidossa oleviin potilaisiin kohdistuvia väkivaltatilanteita potilasturvallisuuden näkökulmasta. Tutkimuksen aineiston muodostavat hoitohenkilökunnan väkivaltatilanteista laatimat sähköiset vaaratapahtumailmoitukset.

Jokaisella potilaalla on lain perusteella oikeus päästä hoitoon, saada hyvää hoitoa ja tulla kohdelluksi hyvin hoitonsa aikana. Yksi sairaanhoidon kantavista periaatteista on *Primum est non nocera*, tärkeintä on olla vahingoittamatta. Kuitenkin kansainväliset selvitykset osoittavat, että 5-10 % sairaalapotilaista altistuu vaaratapahtumalle hoitonsa aikana ja yhdelle prosentille heistä aiheutuu vakava haitta. (Snellman 2009). Vuoden 2014 Eurobarometrin mukaan yli neljäsosaan eurooppalaisista tutkimukseen vastaajista tai heidän perheenjäsenistään on kohdistunut haittatapahtuma terveydenhuollossa, suomalaisten vastaajien keskuudessa osuus oli Euroopan keskiarvoakin suurempi, eli 38 % (Special Eurobarometer 411 2014.) Suomessa vakavia, jopa kuolemaan johtavia haittatapahtumia on arvioitu esiintyvän noin 750–1500 vuodessa, mikä on enemmän kuin kuolemaan johtavien liikenneonnettomuuksien vuotuinen määrä (Pasternack 2006). Vaaratapahtumat aiheuttavat paitsi ylimääräistä tuskaa ja kärsimystä potilaalle, myös merkittäviä kustannuksia terveydenhuollolle. Suomessa ei ole tehty tutkimusta haittatapahtumien aiheuttamista kustannuksista, mutta ulkomaalaisten tutkimusten perusteella on arvioitu vaaratapahtumien aiheuttamiksi kustannuksiksi yli 400 miljoonaa euroa vuosittain. Näistä kustannuksista yli puolet olisi estettävissä panostamalla potilasturvallisuuteen. Terveydenhuollon haittatapahtumat aiheuttavat myös tehottomuutta, koska osa voimavaroista kuluu virheiden korjaamiseen ja on näin ollen pois terveydenhoidosta, josta potilaat voisivat hyötyä. (Järvelin ym. 2010.)

Viime vuosikymmenten aikana on terveydenhuollossa alettu pohtimaan vaaratapahtumien seurauksia ja niiden kustannusvaikutuksia. Potilasturvallisuuden edistäminen on otettu tärkeäksi kehityskohteeksi sekä kansallisesti että kansainvälisesti. Vaaratapahtumien raportointijärjestelmien kehittäminen on linjattu keskeiseksi osaksi potilasturvallisuustyötä muun muassa Euroopan Unionin potilasturvallisuusjulistuksessa (2005) sekä kansallisissa linjauksissa. (Knuuttila ym.

2007.) Suomessa asetettiin vuonna 2006 sosiaali- ja terveysministeriön toimesta potilasturvallisuuden edistämisen ohjausryhmä, jonka tehtävänä oli selvittää kansallisen potilasturvallisuuden tilaa ja laatia kehitysehdotukset vuoden 2009 loppuun mennessä. Tämän ohjausryhmän toiminnan tuloksena syntyi potilasturvallisuusstrategia 2009–2013. Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos THL nimettiin myöhemmin potilasturvallisuustyön kansallisen tason toimijaksi ja koordinoijaksi, jonka tehtävänä on laatia käytännön ohjeita potilasturvallisuusstrategian toteuttamiseksi sosiaali- ja terveydenhuollossa. Potilasturvallisuusstrategian yhtenä keskeisenä tavoitteena on ollut, että vuonna 2013 kaikilla sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioilla oli olemassa selkeät menettelytavat poikkeamien ja vaaratapahtumien raportointia, seurantaa ja käsittelyä varten. (Knuutila ym. 2007, Ruuhilehto ym. 2011.) Vuonna 2011 voimaan tullut terveydenhuoltolaki velvoittaa terveydenhuollon organisaatioita huomioimaan potilasturvallisuus ja sen edistäminen toiminnassaan sekä laatimaan suunnitelmat laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta.

Psykiatrisessa hoitotyössä potilasturvallisuuteen liittyy somaattisiin erikoisaloihin verrattuna erityispiirteitä. Tavanomaisten potilasturvallisuusongelmien, kuten lääkityspoikkeamien tai tiedonkulun poikkeamien lisäksi psykiatriassa vaaratapahtumia aiheuttavat muun muassa väkivalta ja aggressiivisuus, potilaan itseä vahingoittava käyttäytyminen, sairaalasta karkaaminen sekä erilaiset tahdonvastaiset toimenpiteet, kuten eristäminen ja sitominen. Ongelmallista on myös, että potilasturvallisuusongelmista raportoitaessa huomio kiinnittyy usein pelkästään tapahtuman aiheuttamiin fyysisiin haittoihin. Kuitenkin erityisesti psykiatriassa tulisi myös huomioida tapahtuman aiheuttamat emotionaaliset haitat ja potilaan traumatisoituminen. Jo psykiatrinen hoito itsessään ja siihen liittyvät vapauden ja autonomian rajoitukset voivat aiheuttaa potilaalle psykologisen haitan. (Brickell & McLean 2011, Briner & Manser 2013, Kanerva ym. 2013, Ojanen 2010.)

Sekä hoitajiin että potilaisiin kohdistuva väkivalta aiheuttaa uhrille ja muille väkivaltatilanteessa mukana olleille merkittäviä ja pitkäaikaisia fyysisiä ja psyykkisiä vaikutuksia. Lisäksi väkivaltakäytös hankaloittaa terapeutin ja hoidollisen ilmapiirin luomista osasto-olosuhteissa. (Daffern ym. 2010.)

2 VÄKIVALTA JA POTILASTURVALLISUUS PSYKIATRISISSA SAIRAALAHOIDOSSA

2.1 Kirjallisuuskatsauksen tiedonhaun kuvaus

Psykiatriin potilaisiin kohdistuvan väkivaltaa ja itsetuhoista käyttäytymistä käsittelevässä kirjallisuuskatsauksessa tutkimusartikkeleiden tiedonhaku tehtiin tammikuussa 2014 ja hakua täydennettiin uusilla tutkimusartikkeilla toukokuussa 2015. Kirjallisuuskatsauksen lähtökohtana oli saada kokonaiskuva väkivallan ja itsetuhoisuuden ilmenemisestä ja hallintakeinoista psykiatrisessa hoitotyössä. Tiedonhaut tehtiin kansainvälisistä CINAHL, Cochrane ja Scopus -tietokannoista sekä kotimaisesta Medic -tietokannasta ja ne rajattiin koskemaan väkivaltaa, itsetuhoisuutta sekä potilasturvallisuutta psykiatrisessa sairaalahoidossa. Hakusanoina oli Cinahl, Cochrane ja Scopus -tietokannoissa väkivaltaa käsittelevien tutkimusten hakuun *"violence* OR aggression* AND psychiatry* AND inpatient*, itsetuhoisuutta koskevaan hakuun "self harm*" OR "self injur*" OR "self mutilat*" OR suicid* AND psychiatry* AND inpatient* sekä potilasturvallisuutta koskevaan hakuun "patient safety" AND "psychiatry* OR mental health". Haku Medicista tehtiin sanoilla väkivalt* OR aggression* AND psykiatr* AND "sairaala* OR laitos* OR osasto**", potilasturvallisuus AND psykiatr* sekä "itsensä vahingoit**" OR itsetuh* OR itsemur* AND psykiatr* AND "sairaala* OR laitos* OR osasto**". Scopus -tietokannassa itsetuhoisuutta ja potilasturvallisuutta koskeviin hakuihin lisättiin tarkennuskriteereihin sana *nursing* rajaamaan hakutuloksia. Tiedonhaku on esitetty liitteessä 1. Systemaattisen tiedonhaun lisäksi tutkimuksia haettiin myös manuaalisella haulla, eli tutkimusten ja erilaisten lähdeaineistojen lähdeluetteloista etsittiin kirjallisuuskatsaukseen hyödynnettäviä lähteitä.*

Sekä systemaattisessa että manuaalisessa haussa poimittiin otsikon perusteella mahdollisesti aiheeseen sopivat artikkelit. Artikkeleista luettiin tiivistelmät, joiden perusteella valittiin 35 artikkelia mukaan kirjallisuuskatsaukseen. Tutkimusartikkelit on taulukoitu liitteessä 2. Kirjallisuuskatsauksessa on hyödynnetty tutkimusartikkeleiden lisäksi myös erilaisia raportteja ja katsauksia, näitä ei ole huomioitu tiedonhaun taulukossa eikä tutkimusraporttien liitetaulukossa.

2.2 Väkivalta psykiatrisessa sairaalahoidossa

Väkivallan määrittelytapoja on useita. Maailman terveysjärjestö (WHO) määrittelee väkivallan ihmiseen itseensä, toiseen ihmiseen tai ihmisryhmään kohdistuvaksi fyysisen voiman tai vallan tahalliseksi käytöksi tai sillä uhkaamiseksi, joka johtaa tai voi johtaa kuolemaan, fyysisen tai psyykkisen vamman syntymiseen, kehityksen häiriytymiseen tai perustarpeiden tyydyttämättä jäämiseen. WHO:n (2002) määritelmän mukaisesti väkivalta voidaan jakaa kolmeen luokkaan väkivaltaisen teon aiheuttajan ominaisuuksien mukaisesti. Nämä luokat ovat itseaiheutettu väkivalta, ihmisten välinen väkivalta sekä kollektiivinen väkivalta, joka voidaan lisäksi jakaa sosiaaliseen, poliittiseen ja taloudelliseen väkivaltaan. (Krug ym. 2002.)

Väkivalta on merkittävä ongelma terveydenhuollossa kansainvälisesti. Suomessa työturvallisuuskeskuksen selvityksen mukaan työväkivallan riski on suurin terveydenhuolto-, sosiaali- ja vartiointityössä. (Työturvallisuuskeskus 2010.) Hoitoalalla erityisesti psykiatrisissa sairaaloissa työskentelevillä on suuri riski joutua väkivallan uhriksi, mikä selittyy ainakin osittain sillä, että eräisiin psykiatrisiin sairauksiin liittyy väkivallan riskin lisääntyminen. Myös psykiatristen potilaiden päihteiden käyttö ja erityisesti päihteiden ja lääkkeiden sekakäyttö lisäävät väkivallan riskiä. (Pitkänen ym. 2011, Björkdahl ym. 2012.) Erityisesti tahdonvastaisessa psykiatrisessa laitoshoidossa olevilla skitsofreniaa sairastavilla miehillä, joilla on taustalla useita psykiatrisia hoitajaksoja, väkivaltaista käytöstä, päihteiden väärinkäyttöä, sekä itsetuhoisuutta, esiintyy todennäköisesti väkivaltakäyttäytymistä myös sairaalahoidon aikana. Psykiatrisessa laitoshoidossa olevat naiset, joilla on taustalla päihteiden väärinkäyttöä ja väkivaltaista käyttäytymistä, käyttäytyvät hoitajaksonsa aikana väkivaltaisesti todennäköisesti useammin kuin kerran. (Dack ym. 2013.)

Psykiatrisen sairaalahoidon erityispiirteet ja psykiatrisen hoitotyön luonne voivat lisätä väkivallan riskiä. Psykiatrisen hoitoprosessin eri vaiheissa on toimintoja, joiden yhteydessä on joidenkin potilaiden kohdalla käytettävä erilaisia pakkotoimia, kuten tahdosta riippumattomaan sairaalahoitoon lähettämistä tai yksinkertaisesti rajojen ja rajoitteiden asettamista. Nämä toimet voivat provosoida potilaan väkivaltaista käyttäytymistä. Myös henkilökunnan ja potilaan välisen vuorovaikutuksen vähäisyys

esimerkiksi henkilökunnan asenteiden tai riittämättömien henkilöstöressurssien vuoksi lisää väkivaltakäyttäytymisen riskiä. (Pitkänen ym. 2011.)

2.3 Potilaisiin kohdistuva väkivalta

Lain potilaan asemasta ja oikeuksista mukaan potilaalla on oikeus hyvään hoitoon ja kohteluun ja hänen hoitonsa on järjestettävä niin, että hänen yksityisyytään ja ihmisarvoaan kunnioitetaan (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992). Kuitenkin henkilökunnan lisäksi myös potilas voi joutua väkivallan kohteeksi, mikä saattaa aiheuttaa hänelle sekä fyysisiä että psyykkisiä oireita ja vammoja. Myös väkivaltaisesti käyttäytyvä potilas voi väkivaltatilanteessa loukata itseään. Lisäksi väkivaltatilanteissa joudutaan usein potilaan itsensä tai muiden turvallisuuden takaamiseksi käyttämään pakkotoimenpiteitä, kuten eristämistä, sitomista tai pakkolääkitsemistä, jotka sinällään loukkaavat potilaan itsemääräämisoikeutta ja koskemattomuutta. (Laaksonen 2009, Pitkänen ym. 2011, Björkdahl ym. 2012.) Myös tahdonvastaisessa psykiatrisessa hoidossa olevalla potilaalla on Suomen Perustuslain (1999) mukaan oikeus henkilökohtaiseen koskemattomuuteen ja turvallisuuteen ja potilaan rajoittaminen on sallittua ainoastaan mielenterveyslaissa (2002) säädetyin perustein. Suomen Mielenterveyslain mukaan on mahdollista hoitaa psyykkistä tai ruumiillista sairautta tahdosta riippumatta, rajoittaa liikkumisvapautta, eristää ja sitoa, rajoittaa yhteydenpitoa sekä tarkastaa tai ottaa haltuun omaisuutta, psykiatrisen hoidon pakkokeinot voivat kuitenkin vaihdella paljonkin eri maiden välillä. Myös tahdonvastaisesti hoitoon määrätyn potilaan kanssa tulee hoitoratkaisut tehdä ensisijaisesti yhteisymmärryksessä ja minimaalisen rajoittamisen periaatetta noudattaen. Suomessa psykiatriseen potilaaseen kohdistuvasta rajoittamisesta päätöksen tekee aina potilaan vastaava lääkäri. (Repo-Tiihonen ym. 2012.)

Tutkittua tietoa psykiatrisessa laitoshoidossa oleviin potilaisiin kohdistuvista väkivaltatapauksista on saatavilla erittäin vähän, suurin osa väkivaltatutkimuksista keskittyy hoitohenkilökuntaan kohdistuvaan väkivaltaan. Lisäksi on todettu, että henkilökuntaan kohdistuvat väkivaltateot tilastoidaan ja dokumentoidaan useammin ja huolellisemmin kuin potilaiden väliset väkivaltatilanteet. (Walsh ym. 2013.) Kuitenkin psykiatrisessa laitoshoidossa tapahtuvista väkivaltatilanteista jopa yli puolet

kohdistuu hoidossa oleviin potilaisiin ja noin joka kolmas psykiatrisessa laitoshoidossa ollut potilas on kohdannut hoitonsa aikana väkivaltaa tai kokenut itsensä uhatuksi. (Uppal & McMurrin 2009, Quanbeck ym. 2007, Peluola 2013.) Kaikista väkivaltatilanteista noin joka neljännessä on laukaisevana tekijänä ollut potilaiden välinen interaktio tai konflikti (Papadopoulos ym. 2012). Erityisesti miespotilaiden väkivaltaisuuksien on todettu kohdistuvan toisiin potilaisiin, kun naispotilaiden väkivallan kohteena on ollut useimmin hoitohenkilökunta (Nicholls ym. 2009). Aikaisemmat tutkimukset osoittavat myös, että suuri osa potilaista koki olonsa psykiatrisilla osastoilla turvattomaksi ja ilmapiirin osastoilla levottomaksi ja ”räjähdysherkäksi”. Potilaat pelkäsivät oman turvallisuutensa puolesta, mutta olivat huolissaan myös omaisuudestaan sekä omasta identiteetistään ja sen menettämisestä. Potilaat kokivat myös itseensä kohdistuneet rajoitteet ja pakotteet traumatisoivina tapahtumina. (Quirk ym. 2004, Jones ym. 2010.)

Baderin ym. (2014) tutkimuksen mukaan 68,7 % oikeuspsykiatrisessa sairaalassa vuosina 2009–2013 tapahtuneista väkivaltatilanteista kohdistui potilaaseen. Tyypillisin väkivallan uhriksi joutuva potilas oli skitsofreniaa tai skitsoaaffektiiivista häiriötä sairastava mies, jonka keskimääräinen hoitoaika oli 3,5 vuotta. Potilaille ei väkivaltatilanteista aiheutunut juurikaan fyysistä haittaa, 58,1 %:ssa potilaalle ei aiheutunut lainkaan haittaa ja 37,3 %:ssa potilaalle aiheutui tilanteesta lievä fyysinen haitta.

Frueh ym. (2005) ovat tutkineet millaisia traumaattisia tai vahingollisia kokemuksia psykiatriset potilaat ovat kohdanneet sairaalahoitonsa aikana. Tutkimuksen mukaan 31 % tutkimukseen osallistuneista potilaista oli joutunut sairaalahoitonsa aikana fyysisen väkivallan, kuten lyömisen, potkimisen tai kuristamisen kohteeksi. Noin kahdessa kolmesta väkivaltatilanteesta aiheuttajana oli toinen potilas, mutta kolmasosan tilanteista aiheutti hoitaja tai muu henkilökuntaan kuuluva henkilö. Tutkimustulokset osoittavat, että myös henkilökunnan epäasiallinen käytös aiheutti potilaille suurta ahdistusta hoidon aikana. Erityisesti esimerkiksi lääkityksellä tai pakkotoimenpiteillä uhkailu tai rankaiseminen sekä nimittely, kiusaaminen ja verbaalinen häirintä koettiin ahdistavana. Yli puolet tutkimukseen osallistuneista potilaista koki olonsa psykiatrisella osastolla turvattomaksi, eniten pelkoa potilaissa aiheutti osaston muut väkivaltaisesti tai uhkaavasti käyttäytyneet potilaat ja oman yksityisen tilan puute osastolla. Osa potilaista koki kuitenkin myös henkilökunnan

käyttäytymisen uhkaavana ja potentiaalisesti väkivaltaisena. (Frueh ym. 2005, Robins ym. 2005.)

Oikeuspsykiatrisessa sairaalahoidossa väkivaltatilanteita esiintyy enemmän kuin psykiatrisilla osastoilla yleensä. Soinisen (2014) väitöskirjatutkimuksen mukaan oikeuspsykiatriset potilaat olivat muita psykiatrisia potilaita tyytymättömämpiä hoitonsa laatuun ja erityisesti heihin kohdistettuihin pakkotoimiin kuten eristämisiin ja sitomisiin. Potilaan kuunteleminen ja hänen mielipiteidensä huomioiminen, sekä avoin vuorovaikutus henkilökunnan ja potilaiden välillä on selkeä keino ennaltaehkäistä väkivaltatilanteiden syntyä. Tutkimukset osoittavat, että oikeuspsykiatrisella osastolla työskentelevät hoitajat kokevat jatkuvan väkivallan uhan alla työskentelyn stressaavaksi, mikä voi vaikuttaa hoitajan ja potilaan väliseen vuorovaikutukseen. Panostamalla hoitajien vuorovaikutustaitojen ja potilaan kuuntelun ja tarpeiden huomioimisen lisäämiseen voitaisiin mahdollisesti ennaltaehkäistä sekä henkilöstöön että potilaisiin kohdistuvien väkivaltatilanteiden syntyä ja parantaa potilaiden kokemaa hoidon laatua. (Björkdahl ym. 2010, Tenkanen ym. 2011, Soininen 2014.)

2.4 Itseen kohdistuva väkivalta

Itsetuhoinen käyttäytyminen ja itse aiheutettu väkivalta voidaan jakaa itsemurhakäyttäytymiseen, joka käsittää itsemurha-ajatukset, itsemurhayritykset ja toteutetut itsemurhat, sekä itsensä vahingoittamiseen, kuten viiltelyyn ja puremiseen (Krug ym. 2002, Andover & Gibb 2010, Bowers ym. 2011). Toisin kuin itsemurhissa ja itsemurhayrityksissä, itsensä vahingoittamisen tarkoituksena ei ole kuolema. Kuitenkin itsensä vahingoittaminen ja itsemurhayritykset ovat voimakkaasti yhteydessä toisiinsa, sillä itsemurhaa yrittäneistä potilaista lähes puolet oli aikaisemmin vahingoittanut itseään. (Andover & Gibb 2010.) Itseään vahingoittavilla henkilöillä onkin yli 100 -kertainen riski tehdä itsemurha verrattuna niihin, jotka eivät vahingoita tarkoituksellisesti itseään (Thangavelu 2010).

Itsetuhoista käyttäytymistä esiintyy noin kahdella prosentilla kokonaisväestöstä. Itsetuhoinen käyttäytyminen ja itsensä vahingoittaminen ovat vahvasti yhteyksissä erilaisiin mielenterveyden häiriöihin, erityisesti masennukseen. Potilaiden

itsetuhoinen käyttäytyminen onkin merkittävä ongelma psykiatrisessa hoidossa kansainvälisesti. (James ym. 2012.) Yhdysvalloissa sairaalahoidossa tapahtuu vuosittain noin 1800 itsemurhaa (Jabbarpour & Jayaram 2011), vastaavasti Englannissa psykiatrisen sairaalahoidon aikana tehdään noin 120 itsemurhaa vuodessa (Bowers ym. 2011) ja itsetuhoinen käyttäytyminen aiheuttaa jopa 170.000 sairaalakäyntiä vuosittain (Thangavelu 2010). Suomessa tehtiin vuonna 2014 789 itsemurhaa (Suomen Virallinen Tilasto 2014), mutta valmista tilastoa sairaalahoidon aikaisista itsemurhista ei ole saatavilla. Itsemurhat ja mielenterveysongelmat ovat tiiviissä yhteydessä, sillä Suomessa itsemurhaa yrittäneistä 90–99 %:lla on todettu jokin mielenterveyden häiriö, yleisimmin masennus, päihdeongelma tai persoonallisuuden häiriö. Lisäksi usealla itsemurhaa yrittäneistä oli todettu useampi kuin yksi mielenterveyden häiriö samaan aikaan. (Suomen mielenterveysseura ry 2008.)

Psykiatrisessa laitoshoidossa olevat potilaat voivat vahingoittaa itseään monin eri tavoin. Yleisimpinä vahingoittamisen muotoina ovat viiltely ja arpien tai haavojen auki repiminen, pään hakkaaminen, kuristautuminen ja palovammojen tuottaminen. Itsensä vahingoittaminen tapahtuu tutkimusten mukaan yleisimmin osaston yksityisissä tiloissa, kuten potilashuoneissa tai kylpytiloissa. Yleisin syy itsensä vahingoittamiselle on potilaan psyykinen ahdistus, sisältäen vihan, järkytyksen ja yksinäisyyden tunteita. Myös hoitoon liittyvät tekijät voivat altistaa itsetuhoiselle käyttäytymiselle. (Andover & Gibb 2010, Bowers ym.2010, Thangavelu 2010.) Itsensä vahingoittaminen ilman itsemurhapyrkimystä on yleisempää naisilla kuin miehillä (Thangavelu 2010). Naisten itsensä vahingoittamiset ja itsemurhayritykset ovat usein myös miehiä vakavampia seurauksiltaan (Bowers ym.2011). Jamesin ym. (2012) kirjallisuuskatsauksen mukaan ympäristön asettaessa rajoitteita potilaalle, hänen riskinsä vahingoittaa itseään lisääntyy. Itsensä vahingoittaminen liittyykin usein potilaan rajoittamiseen tai esimerkiksi eristystilanteisiin. Myös osaston levottomuus ja erilaiset häiriötekijät, hoitoon liittyvät pettymykset sekä kotiuttamisen suunnittelu lisäävät itsensä vahingoittamisen riskiä. Itsensä vahingoittaminen saattaa liittyä myös osaston ulkopuolisiin tapahtumiin, kuten parisuhdeongelmiin tai tuleviin oikeuskäsittelyihin. (James ym. 2012.) Thangavelun (2010) tutkimuksessa suurin osa itsensä vahingoittamistilanteista tapahtui klo 21–09 välisenä aikana ja lähes 70 %:ssa itsensä vahingoittamistapahtumista itsensä vahingoittamiseen liittyi jokin

vuorokauden sisällä tapahtunut laukaiseva tekijä, kuten omaisten vierailu tai puhelinsoitto. Noin 5 %:ssa tapahtumista potilas oli agitoitunut voimakkaasti juuri ennen itsensä vahingoittamista. Kuitenkin noin 20 %:ssa tapahtumista ei ollut minkäänlaisia tunnistettuja ennakkomerkkejä.

Itsemurhayrityksiin ja niiden tekotapaan vaikuttavat suuresti yhteiskunnan ja sairaalan sekä sairaalaympäristön vaikutukset ja mahdollisuudet. Sairaaloissa, jotka sijaitsevan vesistöjen lähellä tapahtuu enemmän hukuttautumisia, kun taas sairaaloissa, joiden lähellä on korkeita rakennuksia, vuoria tai muita vastaavia paikkoja, itsemurhaa yritetään usein korkealta hyppäämällä. Mikäli yhteiskunta mahdollistaa helpon aseiden hankinnan ja hallussapidon, tehdään itsemurhia ampumalla. (Bowers ym. 2010.) Osaston sisällä hirttäytyminen, lääkkeiden yliannostus sekä viiltely ovat yleisimmät tavat tehdä tai yrittää itsemurhaa (Andover & Gibb 2010, Bowers ym. 2010, Bowers ym. 2011).

Hawton ym. (2005) ovat kirjallisuuskatsauksessaan selvittäneet itsemurhan riskitekijöitä erityisesti skitsofreniapotilailla. Katsauksen mukaan skitsofrenian positiivisilla tai negatiivisilla oireilla ei ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä itsemurhien syntyyn, mutta motorinen levottomuus, huono itsetunto sekä toivottomuuden tunteet lisäsivät itsemurhan riskiä. Hoitoon sitoutumattomuus lisäsi itsemurhan riskiä merkittävästi. Skitsofreniapotilaiden itsemurhat tapahtuivat yleisimmin sairauden alkuvaiheessa. Aikaisemmat itsemurhayritykset sekä itsensä vahingoittamiset lisäsivät itsemurhan riskiä, kuten myös lääkkeiden ja huumeiden väärinkäyttö. Miesten itsemurhariski todettiin kirjallisuuskatsauksessa naisia suuremmaksi, myös yksin asuvilla riski oli muita korkeampi. Itsemurhariskiä lisäsivät myös suvussa esiintyvät masennus ja itsemurhat.

Bowersin ym. (2010) kirjallisuuskatsauksen mukaan itsemurhien ja itsemurhayritysten ajankohta kellonajan mukaan vaihteli suuresti eri tutkimusten välillä. Iso-Britanniassa tehtyjen tutkimusten mukaan itsemurhia tehtiin eniten ilta- ja yöaikaan, mutta osassa tutkimuksista todettiin itsemurhia tapahtuneen eniten aamuisin tai iltapäivisin. Bowersin ym. (2010) mukaan itsemurhien ajankohta riippuikin enemmän osaston toiminnasta ja henkilökunnan läsnäolosta ja resursseista, kuin kellonajasta sinänsä. Viikonpäivällä ei kirjallisuuskatsauksen mukaan ollut vaikutusta itsemurhien määrään. Itsemurhien määrässä vuodenaikoihin

nähden on kuitenkin havaittavissa selkeää lisääntyminen kevään ja alkukesän kuukausien aikana maapallon pohjoisosissa ja loppusyksyllä eteläisen pallonpuoliskon alueessa, kuten Australiassa ja Etelä-Afrikassa. Määrien lisääntymistä on selitetty muun muassa auringon valon ja lämpötilan lisääntymisellä, mitkä vaikuttavat potilaiden aktiivisuutta lisäävästi sekä erilaisilla vuodenaikaan liittyvillä fysiologisilla muutoksilla. (Christodoulou ym. 2012.)

2.5 Väkivaltatilanteiden syntyyn vaikuttavia tekijöitä

2.5.1 Hoitoympäristön tekijät

Ympäristöllä on tutkimusten mukaan merkittävä vaikutus potilaiden aggressiiviseen käyttäytymiseen. Erityisesti oman henkilökohtaisen tilan puute, osaston ylipaikkatilanne, lämpötilan vaihtelut, erityisesti liian kuumat tai kylmät huoneet, sekä henkilökunnan riittävyys vaikuttavat väkivaltatilanteiden syntyyn. Tutkimusten mukaan väkivaltatilanteita voitaisiin ehkäistä antamalla jokaiselle potilaalle oma potilashuone, jossa hän voi tarvittaessa myös rauhoittua. Myös lisäämällä osastojen viihtyisyyttä voidaan väkivaltatilanteisiin vaikuttaa. (Irwin 2006, Meehan ym. 2006, Pulsford ym. 2013.) Potilaat kokivat, että osastojen viihtyisyys vaikuttaa väkivaltatilanteiden syntyyn. Tämä korostuu erityisesti silloin, kun osaston ulko-ovet ovat lukitut ja osasto on, usein turvallisuuteen vedoten, hyvin kolkko ja laitostmainen. Tällöin potilaat kokevat olevansa ennemmin säilytyksessä kuin hoidossa, mikä lisää ahdistuneisuutta ja turhautumista. Potilaat kaipasivat osastoille myös paikkaa rauhoittumiselle ja yksityisyydelle. (Gudde ym. 2015.)

Myös henkilökunnan määrällä ja saatavuudella on tutkimusten mukaan vaikutusta väkivaltatilanteiden syntyyn. Irwinin (2006) tutkimus osoittaa, että väkivaltatilanteita sattuu eniten silloin kun osastolla on vähän henkilökuntaa potilaiden näkyvillä, esimerkiksi raportoinnin aikaan. Vaikka henkilökuntaa olisi riittävästi paikalla, tulisi heidän olla myös potilaiden saatavilla ja näkyvillä (Wijk ym. 2014.) Toisaalta tutkimukset osoittavat, että henkilökunnan määrän lisääminen lisää myös väkivaltatapahtumien määrää (Bowers & Crowder 2011) ja että väkivaltatilanteita tapahtuu vähiten silloin, kun hoitajia on osastoilla vähemmän, kuten viikonloppuisin (Peluola ym. 2013). Tätä voidaan selittää sillä, että hoitajien ja potilaiden välisen

vuorovaikutuksen toimimattomuus lisää väkivaltatilanteita. Kun hoitajia on enemmän, lisääntyy myös hoitajien ja potilaiden väliset vuorovaikutustilanteet ja tätä kautta myös vuorovaikutustilanteiden aiheuttamat ristiriidat, jotka johtavat väkivaltaan. (Peloula ym. 2013, Staggs 2013.) Lisäksi potilaat eivät viikonloppuisin osallistu terapeutisiin kuntoutusohjelmiin, jolloin niistä ei aiheudu stressiä ja väkivaltaista käyttäytymistä potilaille. Toisaalta silloin, kun hoitajia on vähemmän paikalla, kaikkia väkivaltatilanteita ei välttämättä havainnoida tai ehditä raportoimaan. (Peloula ym. 2013.) Mikäli hoitajia on osastolla paljon, voi se herättää potilaissa myös pelkoa ja paranoidisia ajatuksia, jotka puolestaan lisäävät potilaan väkivaltakäyttäytymistä (Staggs 2013). Näiden tutkimusten tulosten mukaisesti näyttääkin siltä, että henkilökunnan määrää enemmän väkivaltatilanteiden syntyyn vaikuttaa henkilökunnan läsnäolo ja vuorovaikutus potilaiden kanssa. Myös työn organisoinnilla ja sisällöllä on merkitystä, sillä jos valtaosa työstä on sidoksissa päivittäisten toimintojen pyörittämiseen ja työ on hyvin tehtäväkeskeistä, hoitohenkilökunta ei suuntaudu työhönsä potilaslähtöisesti ja potilaan yksilölliset tarpeet jäävät huomaamatta. Erityisesti oikeuspsykiatriassa, johon kuuluu hoitamisen lisäksi potilaan toimintaa ja oikeuksia rajoittamia tehtäviä, hoitajat mieltävät helposti itsensä enemmän potilaiden passiivisiksi valvojiksi ja tarkkailijoiksi kuin aktiivisiksi toimijoiksi potilaiden ja heidän hoitonsa suhteen. (Mason & Street 2003.)

Henkilökunnan lisäksi potilaat kaipaavat sosiaalista kanssakäymistä myös toisten potilaiden kanssa. Potilaat kuitenkin kokevat tämän hankalana, mikäli osastolla on paljon erilaisia ja eri tavalla oireilevia psyykkisiä sairauksia sairastavia potilaita. Psykkisesti eri kuntoisten potilaiden vuorovaikutuksessa syntyy helposti väärinkäsityksiä ja muita vuorovaikutusongelmia, mutta myös kiusaamista ja hyväksikäyttöä. Nämä kaikki lisäävät riskiä erityisesti potilaiden välisten väkivaltatilanteiden syntyyn. (Gudde 2015.)

Oikeuspsykiatrinen sairaalaympäristö voi olla erittäin stressaava, pelko, ahdistus ja väkivallan uhka koskettavat sekä henkilökuntaa että potilaita. Vaikka psykiatrisilla osastoilla on usein tarkat säännöt ja potilaiden toiminnot voivat olla hyvinkin rajoitettua, koettiin sekä potilaiden että hoitajien taholta, että säännöt lisäävät osastoilla turvallisuuden tunnetta. Vaikka potilaat kokivat, että hoitajien tulisi puuttua aikaisemmin potilaiden aggressioon ja epäasialliseen käytökseen osastoilla, olivat he kuitenkin sitä mieltä, että potilaille itselleen tulisi siirtää enemmän vastuuta osaston

sääntöjen noudattamisesta ja toimintojen onnistumisesta. (Meehan ym. 2006.) Osaston toiminnan ja turvallisuuden kannalta on myös tärkeää, että säännöt ovat selkeät ja potilaat ymmärtävät sekä sääntöjen sisällön että tarkoituksen (Quanbeck ym. 2007). Osaston kulttuuri vaikuttaa paljon potilaiden kokemaan turvallisuuteen ja sääntöjen ja rajoitusten kohtaamiseen sekä siihen kuinka hoitohenkilökunta käyttää valtaansa potilaita kohtaan. Keskusteleva ja kannustava kulttuuri, jossa säännöt ja rajoitukset ovat selkeitä ja perusteltuja ja niihin on potilailla mahdollisuus vaikuttaa, tukee potilaan sopeutumista ja tunteiden hallintaa. Tämä ehkäisee myös väkivaltatilanteiden syntymistä. (Olsson 2015.) Potilaat kokivat, etteivät säännöt ja rajoitukset itsessään lisää potilaiden turhautumista ja väkivaltakäyttäytymistä, vaan hoitohenkilökunnan tapa esittää säännöt ja niiden noudattaminen ilman minkäänlaista yksilöllisyyttä ja joustoa (Gudde 2015).

2.5.2 Työntekijöihin liittyvät tekijät

Hoitajan henkilökohtaiset ominaisuudet kuten ikä, sukupuoli ja työkokemus vaikuttavat väkivaltatilanteiden syntyyn. Sekä mies- että naishoitajien työskentely osastolla koettiin väkivaltatilanteita ehkäiseväksi tekijäksi. Hoitajan korkeampi ikä ja pitempi työkokemus ehkäisivät väkivaltatilanteita, vähäinen työkokemus puolestaan lisäsi riskiä joutua väkivaltatilanteiden uhriksi. Työkokemukseen liittyy keskeisesti myös hoitajan kyky ennakoida ja ennaltaehkäistä väkivaltatilanteita. Pitkän työkokemuksen omaavat hoitajat yleensä tunnistivat väkivaltaa ennakoivia tekijöitä potilaan käyttäytymisessä. Myös hoitajan oma ahdistuneisuus ja levottomuus lisäsi riskiä joutua väkivallan kohteeksi. (Irwin 2006, Quanbeck ym. 2007, Pulsford ym. 2013.)

Hoitajan asenteella potilasta kohtaan todettiin olevan vaikutusta väkivaltatilanteiden syntyyn. Osa hoitajista suhtautui potilaisiin alistavasti ja ajatteli potilaiden olevan sairaalassa pikemminkin säilytyksessä ja vankeudessa kuin hoidossa. Myös hoitajan syyllistävä suhtautuminen tai välinpitämättömyys potilaita kohtaan lisäsi hoitajan riskiä joutua väkivallan kohteeksi. Hoitajan ystävällisyys ja asiallisuus sekä empatiakyky potilasta kohtaan koettiin väkivaltatilanteiden syntyä ehkäiseviksi tekijöiksi, kun taas autoritäärinen asenne lisäsi väkivaltatilanteita. Potilaiden mukaan

väkivaltatilanteita tapahtui erityisesti tiettyjen hoitajien ollessa työvuorossa. (Irwin 2006, Meehan ym. 2006, Quanbeck ym. 2007, Björkdahl ym. 2010, Pulsford ym. 2013, Olsson ym. 2015.) Lisäksi potilaat kokivat, että hoitajan tietoisuus ja ymmärrys potilaan sairaudesta ja sen vaikutuksista lisäsi potilaiden turvallisuuden tunnetta ja vähensi väkivaltatilanteiden syntyä. (Irwin 2006, Meehan ym. 2006). Hoitajien koulutustasolla on todettu olevan yhteys väkivaltatapahtumien määrään. Staggsin (2013) tutkimuksen mukaan osastoilla, joissa työskenteli enemmän korkeammin koulutettua henkilökuntaa, tapahtui vähemmän väkivaltatilanteita. Väkivaltatilanteiden aiheuttavat vahingot olivat myös lievempiä kuin osastoilla, joissa henkilökunta oli alemmin koulutettua, vaikkakaan tämä ero ei ollut tilastollisesti merkitsevä.

Potilaat kokivat myös osaston ja henkilökunnan toimintatavat alentaviksi ja väkivaltatilanteita lisääviksi. Potilaiden pahaa oloa ja kitkaa lisäsi potilaan joutuminen jonottamaan vuoroaan päästäkseen puhumaan hoitajalle tai potilaan asian siirtäminen hoitajalta toiselle. Myös henkilökunnan joustamattomuus säännöissä lisäsi potilaiden aggressiivisuutta. (Meehan ym. 2006, Gudde 2015.) Potilaiden mukaan hoitajat uhkailivat potilaita siirrolla toiselle osastolle saadakseen potilaat käyttäytymään haluamallaan tavalla. Tällöin osa niistä potilaita, jotka halusivat siirtoa toiselle osastolle, käyttäytyivät tarkoituksellisesti väkivaltaisesti saadakseen siirron. (Olsson ym. 2015.)

2.5.3 Potilaaseen liittyvät tekijät

Väkivaltaa ja aggressiivista käyttäytymistä voidaan pitää etiologisena ominaisuutena, jolloin osa ihmisistä on jo geneettisen perimänsä vuoksi alttiimpia käyttäytymään väkivaltaisesti. Väkivaltakäyttäytyminen ja psyykkiset sairaudet liittyvät voimakkaasti yhteen, jolloin potilaaseen liittyvät väkivaltatilanteita laukaisevat tekijät ovat selkeästi yhteydessä potilaan psyykkiseen sairauteen. Väkivaltaisesti käyttäytyvillä potilailla on yleisimmin diagnoosina skitsofrenia tai muu psykoosi tai persoonallisuushäiriö. Väkivaltakäyttäytymistä ei kuitenkaan yleisesti voi selittää pelkästään psyykkisellä sairaudella, sillä tutkimusten mukaan esimerkiksi iältään nuoremmat potilaat, joilla on taustalla alkoholin, huumeiden tai lääkkeiden väärinkäyttöä, käyttäytyvät todennäköisemmin väkivaltaisesti. Potilaan aikaisemmat itsemurhayritykset lisäävät

väkivaltakäyttötymisen riskiä, ja myös sukupuoli, väkivaltahistoria ja sosioekonominen taso vaikuttavat väkivaltakäyttötymiseen. (Dickens ym. 2013.)

Tutkimukset osoittavat, että vaikka väkivaltatilanteita tapahtuu psykiatrisessa sairaalahoitossa varsin paljon, niitä aiheuttaa suhteellisen pieni määrä potilaita (Foster ym. 2007, Kuivalainen ym. 2014, Lussier ym. 2014, Bader & Evans 2015, Broderick ym. 2015). Lussierin ym. (2014) oikeuspsykiatrisessa sairaalassa tehdyn tutkimuksen mukaan 10 % potilaista aiheutti 60 % kaikista väkivaltatilanteista, lisäksi tämän ryhmän aiheuttamat väkivaltatilanteet olivat monimuotoisia, usein toistuvia ja vakavia. Merkittävimmiksi riskitekijöiksi näiden kroonisesti väkivaltaisten potilaiden kohdalla muodostuivat kliiniset tekijät, kuten monimuotoinen antisosiaalinen persoonallisuushäiriö, aivovamma tai kognitiiviset häiriöt. Päihteiden väärinkäyttö oli selkeä riskitekijä myös tässä potilasryhmässä. Myös nuoruuden aikaiset psykiatriset hoitajakset sekä aikaisemmat itsemurhayritykset muodostivat riskitekijän toistuvalla väkivaltakäyttötymiselle (Bader & Evans 2015.)

Meehanin ym. (2006) tutkimuksen mukaan potilaat itse kokivat, että lääkitys lisää psyykkistä sairautta enemmän väkivaltatilanteiden syntyä. Potilaiden kokemuksen mukaan he ovat niin lääkittyjä, ettei heidän käyttötymistään voi tämän vuoksi ennustaa. Potilaat kokivat myös, että heidät pakotetaan ottamaan lääkityksensä ja hyväksymään lääkemääräykset ja niihin tehdyt muutokset sekä niiden aiheuttamat sivuvaikutukset. (Meehan ym. 2006.)

2.5.4 Tilannesidonnaiset tekijät

Kuivalaisen ym. (2014) Niuvanniemen sairaalassa toteutetun tutkimuksen mukaan väkivaltatapahtumista yli kolmannes tapahtui tilanteissa, joissa hoitohenkilökunta auttoi tai avusti potilasta päivittäisissä toiminnoissa, kuten ruokailuissa, ulkoiluissa tai peseytymisessä ja henkilökohtaisen hygienian hoidossa. Näissä tilanteissa väkivallalle ei löytynyt selittävää tekijää tai minkäänlaista ennakkomerkkiä. Väkivaltatilanteista 61 prosentissa ei löytynyt provokatiivista tekijää, vaan väkivalta tapahtui täysin arvaamatta ja selittämättä. 36 prosentissa tapauksista väkivallan voitiin katsoa olevan seurausta jostain, kuten potilasta pyydettiin tai kiellettiin tekemästä jotain. Papadopouloksen ym. (2012) meta-analyysissä yleisin

väkivaltatilanteiden korrelaatti oli vuorovaikutustilanne henkilökunnan kanssa, erityisesti tilanteet, jossa henkilökunta rajoitti jollain muotoa potilaan vapautta tai kielsi potilasta tekemästä tai saamasta jotain. Noin neljäsosaa väkivaltatilanteita edelsi potilaiden välinen vuorovaikutustilanne, esimerkiksi henkilökohtaiseen tilaan tai tavaroihin puuttuminen tai erilaiset kommunikaatio-ongelmat kuten väärinymmärrys. Peluolan ym. (2013) mukaan suurin osa väkivaltatilanteista tapahtui potilaiden vapaa-ajalla silloin, kun osastolla ei ollut mitään järjestettyä toimintaa.

Quanbeck ym. (2007) ovat tutkineet kroonisesti väkivaltaisten potilaiden aiheuttamia väkivaltatilanteita ja niiden syntyyn vaikuttavia tekijöitä. Tutkimuksessa väkivaltatilanteet on jaettu kolmeen kategoriaan tilanteen syntyyn vaikuttavien tekijöiden perusteella. Impulsiivisissa hyökkäyksissä pystyttiin tunnistamaan välitön provokatiivinen tekijä. Impulsiiviset hyökkäykset johtuivat äkillisistä maltin menettämistä, teoille ei löytynyt selkeää motivaatiota, eikä tekijä kyennyt pohtimaan tekojensa seurauksia. Organisoitujen hyökkäykset olivat ainakin vähän etukäteen suunniteltuja, niihin liittyi yleensä joko sosiaalinen motiivi, kuten vallan käyttö ja alistaminen, tai ulkopuolinen päämäärä, kuten esimerkiksi karkausyritys. Organisoituihin hyökkäyksiin liittyi myös erilaisten aseiden käyttö. Psykoottisissa hyökkäyksissä potilaalta puuttui rationaalinen motiivi tekoon, mutta psykoottiset oireet johtivat potilasta väkivaltaan. Potilas saattoi esimerkiksi luulla uhrinsa vahingoittavan tai myrkyttävän häntä itseään tai omaisuuttaan. Potilas saattoi myös toimia täysin ääniharhojensa ohjaamana.

Quanbeckin ym. (2007) tutkimuksessa 60 % väkivaltatilanteista kohdistui toiseen potilaaseen ja 40 % hoitohenkilökuntaan. Henkilökuntaan kohdistuvat väkivaltatilanteet olivat yleisimmin impulsiivisia ja liittyivät tilanteisiin, joissa potilasta pyydettiin tai kiellettiin tekemästä jotain. Toiseen potilaaseen kohdistuvat impulsiiviset väkivaltatilanteet johtuivat yleisimmin potilaiden välisestä riidasta, joka alkoi verbaalisesti, mutta ajautui fyysiseen kontaktiin. Organisoituista eli suunnitelmallisista väkivaltatilanteista suurin osa (79 %) kohdistui toiseen potilaaseen ja taustalla oli usein tilanne, jossa potilas kosti toiselle potilaalle jonkin aikaisemmin kokemansa vääryyden. Myös psykoottisista hyökkäyksistä suurin osa (71 %) kohdistui toiseen potilaaseen, näissä tilanteissa yleisimmin hyökkääjä uskoi perusteettomasti uhrinsa aikovan vahingoittaa hyökkääjää.

Tutkimukset osoittavat, että on olemassa sekä potilaaseen että hoitohenkilökuntaan ja tilanteeseen liittyviä tekijöitä, jotka lisäävät väkivallan riskiä. Kuitenkin tutkimustulokset ovat osittain ristiriitaisia. Huomioitavaa on, että väkivaltatilanteen syntyyn ei useinkaan vaikuta vain yksi tekijä, vaan väkivaltatilanne syntyy monesti usean tekijän yhteisvaikutuksesta. (Woods & Ashley 2007.)

2.6 Organisaatiokulttuuri ja potilasturvallisuus psykiatrisessa sairaalahoidossa

Organisaation kulttuuri vaikuttaa potilasturvallisuuden huomioimiseen ja kehittämiseen terveydenhuollon yksiköissä. Organisaation potilasturvallisuuskulttuuri tarkoittaa kaikkia niitä organisaatorakenteita, käytäntöjä, asenteita ja osaamista, joilla on vaikutusta potilasturvallisuuteen. Potilasturvallisuuskulttuuri vaikuttaa siihen, miten organisaation turvallisuutta tarkastellaan, vaarat havaitaan ja riskit arvioidaan. Käytännössä potilasturvallisuuskulttuuri tarkoittaa sitä, että koko organisaatio huolehtii potilasturvallisuudesta, luo yksittäisille ammattilaisille toimintaedellytyksiä hoitaa työnsä hyvin ja laadukkaasti turvallisuus huomioiden ja että vaarat ja perustehtävän vaatimukset ymmärretään. Organisaation potilasturvallisuuskulttuuri muodostuu johdon, työntekijöiden ja potilaiden vuorovaikutuksessa. (Reiman ym. 2008, Kanerva ym. 2015).

Organisaatioiden tulee kehittää ja ylläpitää hyvää potilasturvallisuuskulttuuria, jolloin myös turvallisuuskulttuurin arviointi on tärkeää. Potilasturvallisuuskulttuurin arviointiin on kehitetty mittareita, joista yksi eniten käytetty ja kansainvälisesti validoitu ja testattu on Hospital Survey On Patient Safety Culture -kysely (HSOPSC). Kuosmanen ym. (2013) ovat tutkineet potilasturvallisuuskulttuuria suomalaisissa oikeuspsykiatrisissa sairaaloissa HSOPSC -kyselyä käyttäen. Kuosmanen ym. tutkimuksen mukaan potilasturvallisuus toteutuu suomalaisissa oikeuspsykiatrisissa sairaaloissa hoitohenkilöstön näkemyksen mukaan hyvin. Erityisesti yhteistyön toimivuus yksiköiden sisällä, työtoverin tukeminen ja auttaminen ja potilasturvallisuuden huomioiminen ja siitä puhuminen sekä työntekijöiden mahdollisuus tuoda esille havaitsemiaan potilasturvallisuuden uhkia nähtiin potilasturvallisuutta lisäävänä tekijänä. Virheistä rankaiseminen, resurssien riittämättömyys ja osastojen ja yksiköiden välisten potilassiirtojen tiedonkulun ongelmat nähtiin puolestaan

potilasturvallisuutta heikentävänä tekijänä. Tutkimuksen mukaan hoitohenkilöstön koulutustaso vaikuttaa siihen, miten he kokevat ja arvottavat potilasturvallisuuden ja täydennyskoulutuksella voidaankin merkittävästi edistää potilasturvallisuuskulttuuria. Vaikka tutkimuksen mukaan potilasturvallisuus oli sairaaloissa hoitohenkilökunnan arvioimana hyvällä tasolla, tapahtui kyseisissä sairaaloissa vuoden 2010 aikana yhteensä 750 väkivaltatilannetta tai uhkaavaa tilannetta, joiden kohteeksi joutui yli 40 % sairaaloiden potilaista. (Kuosmanen ym. 2013.) Tämä osoittaa sen, että väkivalta on todellinen potilasturvallisuusuhka oikeuspsykiatrisessa hoidossa.

Organisaation potilasturvallisuuskulttuurilla ja HaiPro -tapahtumien määrillä on todettu olevan yhteys. Suomessa toteutetun TUKU-projektin mukaan huono työolojen, prosessien ja turvallisuustekijöiden hallinta lisäsi HaiPro -ilmoitusten määrää, avoin ilmapiiri kannusti tekemään sekä läheltä piti että vaaratapahtumailmoituksia ja syyllistävä ilmapiiri vähensi ilmoittamisaktiivisuutta. (Reiman ym. 2013).

Potilasturvallisuus on yksi korkealaatuisen hoidon lähtökohdista. Potilasturvallisuus psykiatrisessa sairaalahoidossa on kuitenkin monimuotoinen ja monimutkainen käsite. Kuten muidenkin terveydenhuollon erityisalojen kohdalla, psykiatrisessa sairaalahoidossa potilasturvallisuutta uhkaavat erilaiset tapaturmat, kaatumiset ja lääkitykseen liittyvät haitta- ja läheltä piti -tilanteet. Psykiatrisessa sairaalahoidossa tehdään eniten vaaratapahtumailmoituksia koskien lääkitysvirheitä, tapaturmia, väkivaltakäyttäytymistä, itsemurhia ja itsetuhoisuutta, eristystä ja sitomista sekä potilaan karkaamisia. Keskustelu potilasturvallisuuden toteutumisesta onkin painottunut tilanteisiin, joissa potilaan fyysinen turvallisuus on uhattuna. Psykiatrisen hoidon ja hoitoon liittyvien tilanteiden aiheuttamat psyykkiset ja henkiset haitat ovat jääneet huomattavasti vähemmälle huomiolle. Psykiatrisessa hoitotyössä tulisikin määritellä tarkemmin mitä potilasturvallisuus oman erityisalan sisällä tarkoittaa ja lisätä sekä henkilökunnan että potilaiden tietoisuutta niistä tekijöistä joilla potilasturvallisuuteen voidaan vaikuttaa positiivisesti. (Brickell & McLean 2011, Jeffs ym. 2012, Kanerva ym. 2015).

Psykiatrisessa sairaalahoidossa hoidolle täytyy pyrkiä luomaan turvalliset puitteet ja turvallinen fyysinen ympäristö onkin tärkeä osa potilasturvallisuutta. Myös psyykkisesti turvallinen ympäristö helpottaa terapeutin vuorovaikutussuhteen

muodostamista ja näin ollen lisää hoidon vaikuttavuutta. Henkilökunnan määrällä ja laadulla on suuri merkitys potilasturvallisuuden toteutumiselle psykiatrisessa hoidossa, kokeneet ja pätevät, koulutetut hoitajat lisäävät potilasturvallisuutta. Henkilöstömäärän ja laadun tulisi myös vastata osaston potilaiden tarpeisiin ja hoidon vaatimuksiin. Potilasturvallisuuden kannalta on tärkeää, että organisaatio järjestää henkilöstölleen riittävästi täydennyskoulutusta ja mahdollistaa henkilöstön osallistumisen koulutukseen. Koulutusten sisältöä suunniteltaessa tulisi huomioida kyseisen yksikön tai organisaation kehittämistarpeet ja turvallisuusriskit. (Kanerva ym. 2013)

Henkilöstön keskuudessa toimiva kommunikaatio on tärkeää potilasturvallisuuden takaamisessa, toimiva kommunikaatio parantaa myös potilaan mahdollisuuksia pyytää apua tuntiessaan olonsa turvattomaksi tai uhatuksi. Hoitohenkilökunnan asenne potilaita ja hoitoa kohtaan vaikuttaa potilasturvallisuuteen, potilaiden kunnioittaminen ja tukeminen sekä sääntöjen, ohjeiden ja yhteisten linjausten noudattaminen lisäävät potilasturvallisuutta. Potilaiden osallistaminen ja mukaanotto omaa hoitoa koskevaan päätöksentekoon ja rehellisen tiedon jakaminen potilaalle lisäävät myös potilasturvallisuutta. Potilas itse vaikuttaa omaan hoitoonsa ja turvallisuuteensa osallistumalla päätöksentekoon sekä ilmaisemalla oman tahtonsa ja arvomaailmansa. (Kanerva ym. 2013). Avoin ja toimiva kommunikaatio ja viestintä myös osastojen ja sairaaloiden ulkopuolelle vähentää psykiatriseen sairaalahoitoon liittyviä ennakoasenteita ja potilaiden leimautumista. Myös tuomalla julki hyviä ja toimivia hoitotyön käytäntöjä ja malleja oman yksikön ja sairaalan ulkopuolelle, voidaan jakaa tietoisuutta ja levittää hyvää psykiatrista hoitotyötä ja näin ollen myös parantaa potilasturvallisuutta. (Brickell & McLean 2011).

Hoitohenkilökunnan oma terveys ja hyvinvointi ovat keskeinen osa potilasturvallisuutta. Työstä ei saa aiheutua hoitajille stressiä, uupumusta tai muita terveydellisiä häiriöitä. Myös työn määrää ja kuormittavuutta tulee tarkastella, sillä liiallinen kuormitus voi johtaa virheisiin ja liiallinen kiire ja liian suuret vaatimukset johtavat siihen, ettei hoitajilla ole tarpeeksi aikaa suunnitella ja toteuttaa hoitoa laadukkaasti ja turvallisesti. Hoitajien tulee voida kokea, että heidän työtään kunnioitetaan ja arvostetaan, tällöin myös mahdollisten virheiden käsittely ja korjaaminen on helpompaa. Työnohjauksen avulla hoitaja voi itse tarkastella ja vähentää erityisesti työn psyykkistä kuormittavuutta ja näin ollen tukea omaa työssä

jaksamistaan. Hyvinvoiva ja jaksava hoitaja lisää potilasturvallisuutta. (Kanerva ym. 2013, Louheranta 2014)

Kanerva ym. (2015) ovat tutkineet hoitajien käsityksiä potilasturvallisuudesta psykiatrisessa sairaalahoidossa. Tutkimuksen mukaan arvioivat potilasturvallisuutta omasta hoitajan roolistaan ja omien kokemusien kautta. Myös Brickelin & McLeanin (2011) tutkimuksen mukaan psykiatrisessa hoidossa potilasturvallisuus ymmärretään usein samana kuin henkilökunnan työturvallisuus. Hoitajat korostivat erilaisia taitoja, joita heidän täytyi hallita ja ylläpitää huolehtiakseen potilasturvallisuuden toteutumisesta, erityisesti hoitajat keskittyivät lääkehoitoon ja siinä vaadittaviin taitoihin. Myös yhtenäiset toimintamallit, riittävät resurssit ja turvallinen ympäristö nähtiin tärkeinä. Hoitajat eivät kuitenkaan kertaakaan haastatteluissa tuoneet esiin hoitajan ja potilaan välisen vuorovaikutuksen ja yhteistyön merkitystä potilasturvallisuudelle. Myöskään itsemurhia ja itsetuhoisuutta tai eristyksiä ja pakonkäyttöä ei mainittu potilasturvallisuutta vaarantavana tekijänä. (Kanerva ym. 2015).

2.7 Väkivaltatilanteiden ennaltaehkäisy ja hallinta osana potilasturvallisuutta

Hoitajan ja potilaan välinen vuorovaikutus on merkittävin väkivaltatilanteita ennaltaehkäisevä tekijä. Terapeuttiseen vuorovaikutukseen kuuluu hoitajan läsnäolo ja potilaan saatavilla oleminen, potilaan kuuntelu ja hänen näkemysten ja mielipiteiden puolustaminen sekä yhteistyö potilaan hoitosuunnitelman toteuttamisessa. Sairauteen liittyvän tiedon ja koulutuksen tarjoaminen potilaalle on tärkeä osa terapeuttista vuorovaikutussuhdetta. Erityisesti terapeuttisessa hoitosuhteessa luottamus ja molemminpuolinen kunnioitus potilaan ja hoitajan välillä koettiin tutkimuksissa väkivaltariskiä pienentäväksi. (Irwin 2006, Meehan ym. 2006, Cornaggia ym. 2011, Pulsford ym. 2013, Hallett 2014.) Potilaiden mukaan hoitohenkilökunta voi ennaltaehkäistä väkivaltatilanteita osastolla yksinkertaisilla pienillä asioilla, kuten viettämällä aikaa potilaiden seurassa eikä henkilökunnan tiloissa, käyttäytymällä kuten hoitajat, ei vanginvartijat, olemalla ystävällisiä eikä ilkeitä, kuuntelemalla potilaita enemmän ja myötäilemällä agitoitunutta potilasta, kunnes tämä rauhoittuu (Hallett ym. 2014).

Erityisesti oikeuspsykiatriassa hoitajilta vaaditaan suurta ammattitaitoa siinä, että he pystyvät olemaan yhtä aikaa hoidollisia ja rajoittavia. Väkivaltatilanteiden vähentämisessä tulisikin huomiota kiinnittää hoitajien taitojen vahvistamiseen ja siihen, että hoitajat pystyisivät vastaamaan potilaiden tarpeisiin ja pyyntöihin tarvittavat rajat ja reunaehdot huomioiden. Potilaiden tulisi pystyä päättämään niistä omista asioistaan, joiden puolesta päättäminen ja tekeminen ei ole hoidon kannalta välttämätöntä. Näin pystytään vahvistamaan potilaan identiteettiä, vähentämään laitostumista ja lisäämään hoitajien ja potilaan välistä yhteistyötä. (Papadopoulos ym. 2012.)

Potilaat itse toivat esille, että oman sairauden ymmärtäminen ja hyväksyminen lisää potilaiden omaa itsekunnioitusta. Tällöin potilaan on helpompi tunnistaa oma hoidon tarpeensa ja hyväksyä vallitsevat sairaalaolosuhteet, jolloin turhautuminen ja ahdistuneisuus tilannetta kohtaan vähenevät, mikä myös vähentää väkivaltaista käyttäytymistä. Sairauden käsittelyssä ja itsetutkiskelussa potilaat kokevat tarvitsevansa hoitohenkilökunnan apua. Henkilökunnan tulisi myös muistaa, että potilaat ovat oman elämänsä ja sairautensa asiantuntijoita ja heidän näkemystensä ja kokemustensa huomiointi sekä hoidon suunnittelussa että toteutuksessa on hoidon onnistumisen kannalta ensiarvoisen tärkeää. (Gudde ym. 2015, Olsson ym. 2015.)

Potilaat toivoivat, että henkilökunta tunnistaisi nykyistä paremmin potilaiden henkilökohtaisia väkivallan ennakkomerkkejä (Gudde ym. 2015, Olsson ym. 2015.) Ennakkomerkkejä havaitessa on tärkeää, että henkilökunta tuntee potilaat ja heidän erityispiirteensä. Potilaat toivoivatkin, että osaston henkilökunta olisi pysyvää ja että tilapäisiä työntekijöitä olisi osastolla mahdollisimman vähän. Potilaiden mukaan vuorovaikutus tuttujen hoitajien kanssa on helpompaa ja tutut, koulutetut hoitajat ymmärtävät heidän tarpeitaan ja erityispiirteitään tilapäisiä työntekijöitä paremmin. (Hallett ym. 2014, Gudde ym. 2015.) Tutkimukset osoittavat myös, että lisäämällä hoitajien klinisiä taitoja ja de-eskalaatiomenetelmien hallintaa voidaan ennaltaehkäistä väkivaltatilanteiden syntyä. Myös erilaisten kognitiivisten terapioiden hyödyntämisellä potilaille, joilla on ongelmia vihanhallinnassa tai persoonallisuushäiriöisille potilaille, on todettu olevan väkivaltaa ehkäiseviä vaikutuksia. (Quanbeck ym. 2007, Gudde ym. 2015.) Vaikka de-eskalaatiomenetelmien käytön on todettu olevan tehokas keino ennaltaehkäistä väkivaltatilanteita, Hallettin ym. (2014) systemaattinen kirjallisuuskatsaus osoittaa,

ettei hoitajilla eikä potilailla ole selkeää käsitystä siitä, mitä de-eskalaatiomenetelmillä käytännössä tarkoitetaan ja de-eskalatioksi voidaan tulkita lähes kaikki potilaan tarkkailusta vuorovaikutukseen ja kommunikaatioon.

Sekä potilaat että hoitajat kokivat, että hoitajien tietoisuus ja ymmärrys sairaudesta, sen oireista ja hoitomuodoista sekä yksittäisen potilaan ja hänen sairaushistoriansa tunteminen vähentävät väkivaltatilanteita, koska hoitajat pystyvät ennakoimaan tilanteita paremmin. Hoitajat kokivat myös pitkän työkokemuksen ja aikaisempine kokemusten väkivaltatilanteista sekä kokemuksen tuoman intuition vahvistavan hoitajien kykyä ennakoida väkivaltatilanteita. Hoitajien mukaan rajoittamalla ja rajoja asettamalla voidaan väkivaltaa ennaltaehkäistä. Aikalisät, jolloin potilasta kehoitetaan viettämään tietty aika omassa huoneessa, eristäminen ja sitominen nähtiin sekä väkivallan ennaltaehkäisykeinona, että keinona hallita ja ratkaista jo syntyneitä väkivaltatilanteita. Henkilökunta koki kuitenkin tarvitsevänsä koulutusta väkivaltatilanteiden hallintaan ja ennaltaehkäisyyn. (Björkdahl ym. 2010, Hallett ym. 2014.)

Meehanin ym. (2006) tutkimuksen mukaan potilaat itse toivoivat, että henkilökunta pyrki enemmän ennakoimaan väkivaltatilanteiden syntyä. Potilaat toivoivat, että henkilökunnan tulisi selvittää väkivaltatilanteen syyllinen tai syylliset ja käsitellä tilanne heidän kanssaan mahdollisimman pian tapauksen jälkeen. Potilaiden mukaan ne potilaat, jotka toistuvasti aiheuttavat väkivaltaa ja pelkoa muissa potilaissa, tulisi eristää tai pitää erillään muista potilaista. (Meehan ym. 2006.) Potilaille on tärkeää, että he saavat säilyttää kasvosensa ja kunniansa toisten potilaiden edessä. Tämä korostuu erityisesti niin sanotuissa räjähdysherkissä tilanteissa, jolloin potilaat toivovat voivansa selvittää tilanteen rauhassa ja kahden kesken henkilökunnan kanssa, eikä julkisesti osaston yhteisissä tiloissa. (Olsson ym. 2015.) Potilaat toivoivat myös, että heille annettaisiin lisää vastuuta ja erilaisia vastuutehtäviä osastolla. Potilaat ja hoitajat kokivat, että riski potilaan aggressiiviseen käytökseen vähenee, kun potilaan annetaan vaikuttaa ja ottaa vastuuta ja hänen mielipidettään kysytään sekä häntä itseään että koko osastoa koskevissa asioissa. (Irwin 2006, Meehan ym. 2006, Pulsford ym. 2013.)

Mielekkään tekemisen ja aktiviteetin lisäämisen potilaille on todettu vähentävän väkivaltatapahtumia. Erityisesti potilaat itse ovat kokeneet tylsistymisen olevan suurin

ongelmien aiheuttaja. Potilaiden mukaan selkeät ja luotettavat päiväohjelmat ja aikataulut, joissa on monipuolisesti eri aktiviteetteja, kuten ulkoilua ja esimerkiksi kuntosalia vähentävät tylsistymistä ja ehkäisevät vihan ja aggression tunteita. (Meehan 2006.) Potilaat toivat lisäksi esille pieniä tekoja ja keinoja, joiden avulla he itse voivat hallinta vihantunteitaan ja näin ollen ennaltaehkäistä väkivaltatilanteiden syntyä. Näitä oli esimerkiksi piirtäminen, lukeminen, lepääminen ja television katselu. Potilaat toivat esille myös, että tarkoituksenmukainen ja potilaalle sopiva lääkitys vähentää väkivaltaista käyttäytymistä. (Hallett ym. 2014.)

Henkilökunta voi vaikuttaa myös potilaiden välisiin väkivaltatilanteisiin kiinnittämällä huomiota potilaiden väliseen vuorovaikutukseen. Potilaita tulee kannustaa ja tukea positiiviseen vuorovaikutukseen toistensa kanssa opettamalla ja ohjaamalla heitä sosiaalisissa taidoissa erilaisissa tilanteissa. (Papadopoulos ym. 2012.)

Steward ym. (2011) selvittivät tutkimuksessaan potilaan välittömän ja tehostetun valvonnan vaikutuksia väkivaltatilanteiden syntyyn. Käytännössä tämä tarkoitti, että potilaalle määrättiin vierihoitaja. Tutkimuksen mukaan itsetuhoisilla potilailla vierihoidon avulla voitiin vähentää potilaaseen itseensä kohdistuvaa väkivaltaista ja aggressiivista käytöstä. Verbaalinen väkivalta erityisesti vierihoitajaa kohtaan kuitenkin lisääntyi välittömän valvonnan aikana, koska osa potilaista koki ahdistavana toisen henkilön jatkuvan läsnäolon. Tutkimustulosten mukaan potilaiden toisiin potilaisiin tai henkilökuntaan kohdistama väkivaltakäyttäytyminen ei varsinaisesti välittömän valvonnan myötä vähentynyt, mutta mahdollisiin aggressionpurkauksiin pystyttiin puuttumaan aikaisemmin esimerkiksi lääkityksen tai eri de-eskalaatiotekniikoiden avulla. Tutkimuksen mukaan välitön valvonta ei yksinään riitä ehkäisemään väkivaltatilanteiden syntyä, mutta yhdistettynä muihin hoitotyön toimintoihin, voidaan saada positiivisia tuloksia aikaiseksi. Hoitajan ja potilaan väliseen vuorovaikutukseen tulee kiinnittää erityistä huomiota myös vierihoidon ja välittömän valvonnan aikana.

Itsemurhien ennaltaehkäisyssä on henkilökunnan valppaus ja havainnointi tärkeää. Henkilökunnan tulisi tehdä rutiininomaisia tarkastuskierroksia esimerkiksi ruokailujen ja vuoronvaihtojen aikaan, jolloin tavataan kaikki potilaan ja varmistetaan että kaikki ovat paikalla ja kunnossa. Myös potilaiden yksityiset tilat, kuten wc:t ja pesuhuoneet tulisi tarkastaa säännöllisesti ja erityisesti yöaikaan. Henkilökunnan tulee myös

käyttää aistejaan tarkkaillessaan osaston tilannetta ja luottaa intuitioonsa erityisesti silloin, kun se kertoo, ettei kaikki ole kunnossa. Erityistä huomiota tulee kiinnittää poikkeaviin asioihin osastolla, kuten voimakkaisiin ääniin tai potilaiden outoon käytökseen. (Bowers ym. 2011.)

O'Donovan (2007) selvitti tutkimuksessaan psykiatristen sairaanhoitajien näkemyksiä siitä, mitä itseään tarkoituksellisesti vahingoittavien potilaiden hoitotyö on ja kuinka psykiatristen potilaiden itsensä vahingoittamista voidaan ennaltaehkäistä. Tutkimukseen vastaajien mukaan hoitotyössä painottuu turvallisen ympäristön ylläpitäminen, erityisesti vaarallisten esineiden poistaminen potilaan henkilökohtaisista tavaroista ja osaston yleisistä tiloista sekä erilaisten itsensä vahingoittamisen ennaltaehkäisymenetelmien käyttö. Ennaltaehkäisymenetelmistä mainittiin itsetuhoisen potilaan vierihoito ja välitön valvonta, erilaiset potilaan kanssa yhdessä allekirjoitetut sopimukset, joissa potilas lupaa olla vahingoittamatta itseään sekä potilaan huomion kiinnittäminen muihin asioihin kuten rentoutusharjoitukset, osastotyöt tai kävelyt ulkona. Terapeuttinen vuorovaikutus hoitajan ja potilaan välillä mainittiin erityisen merkitykselliseksi osaksi psykiatristen sairaanhoitajan työtä. Vaikka käytettyjen terapeuttisen vuorovaikutuksen keinojen tiheys, kesto ja muoto vaihtelivat suuresti vastaajien välillä, kaikki vastaajat pitivät ensiarvoisen tärkeänä, että he ovat vuorovaikutuksessa potilaan kanssa päivittäin. Päivittäisen keskustelun lisäksi sairaanhoitajat kokivat terapeuttiseen vuorovaikutukseen kuuluvan muun muassa potilaan itsetuhoiseen käyttäytymiseen johtavien syiden selvittelyn, potilaan tukemisen ja ongelmien ratkaisumallien etsimisen ja opettelun sekä positiiviseen ajatteluun rohkaisun ja opastamisen. Terapeuttisen vuorovaikutuksen lisäksi myös pakkokeinoilla uhkailu mainittiin itsensä vahingoittamisen ennaltaehkäisykeinona.

Väkivalta- ja itsensä vahingoittamistilanteita voidaan ennaltaehkäistä myös yksikkökohtaisella väkivaltaraporttien ja -tilastojen analyysin avulla. Tarkastelemassa aikaisempia tapahtumia voidaan löytää ne ajankohdat ja tapahtumat, joiden yhteydessä väkivaltatilanteita eniten esiintyy. Tällöin voidaan esimerkiksi muuttamalla työvuorosunnittelua ja sitä kautta henkilökunnan määrää osastolla tiettyinä aikoina tai vaihtamalla osaston tapahtumien aikaa tai paikkaa vaikuttaa ennaltaehkäisevästi väkivaltatilanteiden syntyyn. (Sullivan & Ghroum 2013.)

2.8 Yhteenveto tutkimuksen lähtökohdista

Väkivalta on merkittävä ongelma psykiatrisessa hoidossa. Toisen potilaan aiheuttaman väkivallan lisäksi psykiatrisessa sairaalahoidossa esiintyy myös itsensä vahingoittamista ja itsemurhayrityksiä. Myös tahdonvastaisesti tehdyt hoitotoimenpiteet, kuten potilaan fyysinen rajoittaminen, eristäminen, sitominen tai pakkolääkitys voivat olla potilaalle hyvin traumatisoivia kokemuksia. Hoitotyön keskeinen tehtävä on kuitenkin luoda potilaalle turvalliset olosuhteet toipumiseen ja oman sairauden vaatimaan hoitoon.

Väkivaltilanteiden syntyyn vaikuttaa ympäristöön, työntekijöihin, potilaaseen itseensä tai tilanteeseen liittyviä tekijöitä. Oman yksityisen tilanpuute ja levoton osasto-ympäristö voivat lisätä väkivaltilanteita, samoin kuin henkilökunnan vähyys tai näkymättömyys osastolla. Myös henkilökunnan alistava suhtautuminen, kokemattomuus sekä osaston autoritääriset säännöt ja toimintamallit lisäsivät väkivallan riskiä. Psykiatristen potilaiden väkivaltakäyttäytymistä lisäävät geneettiset tekijät, diagnoosina skitsofrenia tai muu psykoosi tai persoonallisuushäiriö, ikä ja päihteiden väärinkäyttö. Myös potilaan sukupuoli, väkivaltahistoria ja sosioekonominen taso vaikuttavat väkivaltakäyttäytymiseen.

Väkivaltilanteiden ennaltaehkäisyssä keskeistä on hoitajan ja potilaan välinen vuorovaikutus, jossa korostuu luottamus ja molemminpuolinen kunnioitus. Potilaille tulisi tarjota mielekästä tekemistä ja vastuuta hoidossaan. Myös de-eskalaatiotekniikoita hallitsemalla hoitajat voivat ehkäistä tilanteiden kärjistymisen ja väkivallan puhkeamisen. Henkilökunnan tulee kohdata potilas oman elämänsä ja tilanteensa asiantuntijana ja huomioida potilaan tarpeet ja toiveet hoidon suunnittelussa ja toteutuksessa.

Organisaation potilasturvallisuuskulttuuri vaikuttaa siihen, kuinka organisaatiossa huomioidaan potilasturvallisuuteen liittyviä tekijöitä ja kuinka potilasturvallisuutta pyritään parantamaan ja kehittämään. Potilasturvallisuutta kehitettäessä keskeistä on havaita ja tunnistaa vaaratilanteet ja oppia niistä. Toimintojen kehittämisessä tärkeää on avoin keskustelu ilman syyllistämistä. Potilasturvallisuuden ylläpito ja kehittäminen kuuluu kaikille organisaation jäsenille. Organisaation potilasturvallisuuskulttuurin

arviointiin on kehitetty useita eri mittareita, joiden avulla organisaation potilaskulttuurin kehittämistarpeita voidaan kohdentaa ja arvioida.

HaiPro -järjestelmä on Suomessa kehitetty internet-pohjainen vaaratapahtumien raportointijärjestelmä, jonka avulla kuka tahansa hoitohenkilökuntaa kuuluva voi tehdä ilmoituksen työ- tai potilasturvallisuuteen liittyvästä poikkeamasta, virheestä tai läheltä piti -tilanteesta. HaiPro -järjestelmän tarkoituksena on oppia tapahtumista selvittämällä niiden syitä ja syntymekanismia sekä pyrkiä löytämään ennaltaehkäiseviä ja korjaavia toimenpiteitä potilasturvallisuuden parantamiseksi. HaiPro -järjestelmä on käytössä jo yli kahdessa sadassa terveydenhuollon organisaatiossa.

3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSONGELMAT

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata potilaisiin kohdistuvia väkivaltatilanteita oikeuspsykiatrisessa sairaalahoidossa hoitohenkilöstön sähköiseen raportointijärjestelmään kirjaamien kuvausten perusteella, sekä tuottaa tietoa väkivaltatilanteiden määrästä, laadusta sekä siitä, milloin, missä ja millaisissa tilanteissa väkivaltaa esiintyi. Tuotetun tiedon avulla voidaan havaita mahdollisia väkivaltatilanteiden kannalta olevia suuren riskin tilanteita ja ajankohtia sekä löytää keinoja väkivaltatilanteiden ennaltaehkäisemiseksi. Näin voidaan tehdä oikeuspsykiatrisen potilaan hoidosta entistä turvallisempaa.

Tutkimuksen tuottamaa tietoa on mahdollista käyttää kehitettäessä hoitotyön käytäntöä ja potilasturvallisuutta sekä yksikkö että organisaatiotasolla.

Tämän tutkimuksen tutkimuskysymykset ovat:

1. Kuinka paljon potilaisiin kohdistuvia väkivaltatilanteita ilmoitusten perusteella tapahtui oikeuspsykiatrisessa sairaalahoidossa tutkimusajankohtana?
2. Miten väkivaltatilanteet jakoutuivat väkivallan aiheuttajan mukaan ja millaisia seurauksia tilanteista potilaille aiheutui?
3. Mitkä tekijät vaikuttavat väkivaltatilanteiden syntyyn?
4. Miten potilaaseen kohdistuvia väkivaltatilanteita voidaan hoitohenkilökunnan mielestä ennaltaehkäistä?

4 TUTKIMUKSEN AINEISTO JA MENETELMÄT

4.1 Tutkimusaineisto ja sen keruu

Niuvanniemen sairaala on Kuopiossa sijaitseva toinen Suomessa toimivista valtion mielisairaaloista. Niuvanniemen sairaalassa hoidetaan oikeuspsykiatrisia potilaita, sekä vaarallisia että vaikeahoitoisia potilaita, joiden hoito muissa terveydenhuollon yksiköissä olisi erityisen vaarallista tai hankalaa. Suomalaisen oikeuspsykiatrisen järjestelmän mukaan oikeuspsykiatriset, eli rikokseen tai rikoksiin syyllistyneet, mutta mielentilansa vuoksi tuomitsematta jätetyt potilaat tulevat sairaalaan hoitoon Terveyden- ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) määräyksestä. Vaaralliset ja vaikeahoitoiset potilaat tulevat valtion mielisairaalaan kunnallisten sairaaloiden kautta sairaanhoitopiirien esityksestä. Näillä potilailla on usein akuuttivaiheessa oleva psykoosisairaus, päihteiden väärinkäyttöä ja väkivaltaista käytöstä. Potilaiden hoidon lisäksi Niuvanniemen sairaalassa tehdään mielentilatutkimuksia sekä vaarallisuusarvioita. Vuonna 2015 Niuvanniemen sairaalassa hoidettiin tai tutkittiin yhteensä 360 eri potilasta. Oikeuspsykiatrisia potilaita oli hoitopotilaista hieman yli puolet, loput potilasta oli vaikeahoitoisuutensa ja vaarallisuutensa vuoksi sairaanhoitopiirien hakemuksesta sairaalaan otettuja potilaita. Oikeuspsykiatristen potilaiden hoitoajat valtion mielisairaaloissa ovat tyypillisesti pitkiä, keskimääräinen hoitoaika on noin 4–9 vuotta, sillä hoitoon määrätyt henkilöt ovat usein vakavasti sairaita, heillä on usein vaikeita päihdeongelmia ja heidän elämäntilanteensa ovat erittäin hankalia. Oikeuspsykiatristen potilaiden sairaalahoidon lopettamisesta päättää Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. Mielentilatutkimuksia Niuvanniemen sairaalassa tehtiin vuonna 2015 46. Sairaalassa toimii 13 aikuisosastoa ja 1 alaikäisten eli alle 18-vuotiaiden tutkimus- ja hoito-osasto. Niuvanniemen sairaalan toiminta on nettobudjetoitua maksullista toimintaa, ja sen rahoitus perustuu potilaiden kotikunnilta tai sairaanhoitopiireiltä perittäviin hoitomaksuihin. Mielentilatutkimusten kustannuksista vastaa valtio. (Niuvanniemen sairaala 2016.)

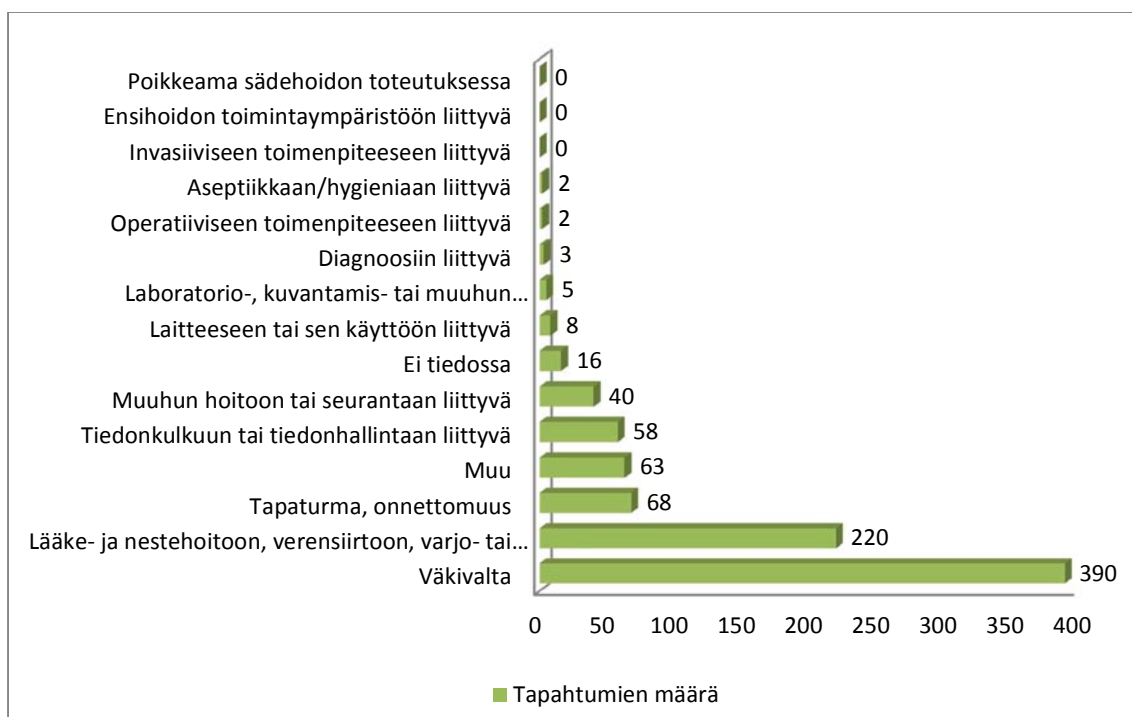
HaiPro -järjestelmä otettiin Niuvanniemen sairaalassa käyttöön 1.3.2012. HaiPro -järjestelmä sai alkunsa vuonna 2005, jolloin käynnistettiin Valtion teknillisen tutkimuskeskuksen VTT:n ja Lääkelaitoksen toimesta HaiPro -tutkimushanke vaaratapahtumien raportointijärjestelmän kehittämiseksi Suomen terveydenhuoltoon.

Hankkeen tarkoituksena oli kehittää vapaaehtoiseen raportointiin ja rankaisemattomuuteen perustuva toimintamalli turvallisuutta vaarantavien poikkeamien, virheiden sekä vaara- eli läheltä piti -tilanteiden käsittelyyn toimintayksiköissä. Mallin tavoitteena oli parantaa potilasturvallisuutta sekä lisätä henkilökunnan työturvallisuutta. Yhteistyössä eri sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköiden kanssa hankkeen pohjalta syntyi internet-pohjainen vaaratapahtumien raportointijärjestelmä HaiPro, joka on tarkoitettu terveydenhuollon yksiköiden sisäiseen käyttöön ja työkaluksi toiminnan kehittämiseen. HaiPro -järjestelmässä raportointi perustuu vaaratapahtumien vapaaehtoiseen, nimettömään, luottamukselliseen ja syyttelemättömään ilmoittamiseen ja käsittelyyn, jonka tarkoituksena on oppia tapahtumista selvittämällä niiden syitä ja syntymekanismia sekä pyrkiä löytämään ennaltaehkäiseviä ja korjaavia toimenpiteitä potilasturvallisuuden parantamiseksi. (Knuutila ym. 2007, STM 2008.) Tällä hetkellä HaiPro -järjestelmä on Suomessa käytössä yli kahdessa sadassa sosiaali- ja terveydenhuollon yksikössä ja järjestelmän kokonaiskäyttäjämäärä on yli 130000 henkilöä. HaiPro -järjestelmään voidaan yhdistää myös henkilöstöön kohdistuvien työturvallisuusvaaratapahtumien raportointi. (www.HaiPro.fi.)

HaiPro -ilmoituksen voi tehdä kuka tahansa henkilökuntaan kuuluva. Ilmoitus täytetään sähköisesti. HaiPro -potilasturvallisuusilmoituksessa ilmoittaja valitsee sekä oman työyksikkönsä, että yksikön, jossa vaaratapahtuma on tapahtunut. Lisäksi ilmoittaja ilmoittaa oman ammattiryhmänsä, tapahtuma-ajan ja -paikan sekä tapahtuman luonteen, eli onko kyseessä läheltä piti vai tapahtui potilaalle -tilanne. HaiPro -potilasturvallisuusilmoituksessa ilmoittajaa pyydetään valitsemaan tapahtuman tyyppi sekä esittämään vapaamuotoinen kuvaus tapahtuneesta tilanteesta, tilanteen hoidosta ja sekä potilaalle että työyksikölle aiheutuneista seurauksista. Ilmoitusta täyttäessään ilmoittajaa pyydetään myös kuvaamaan tapahtumahetken olosuhteet ja muut tapahtuman syntyyn vaikuttavat tekijät sekä kertomaan oma näkemyksensä siitä, miten tapahtuman toistuminen voitaisiin estää. Jokaiseen yksikköön on nimetty käsittelijä, jonka sähköpostiin tulee tieto yksikössä tehdystä HaiPro -ilmoituksesta. Käsittelijä luokittelee ilmoituksen järjestelmään valitsemalla järjestelmän antamista vaihtoehdoista sopivimmat ilmoittajan tekemän tapahtumakuvauksen perusteella. Käsittelijä on yleisimmin yksikön osastonhoitaja,

joka käsittelee ilmoitukset yhdessä yksikön vastuulääkärin kanssa. (Ruuhilehto ym. 2011.)

Tutkimusaikana 1.3.2012–28.2.2014 Niuvanniemen sairaalassa tehtiin yhteensä 815 potilasturvallisuusilmoitusta. Näistä ilmoituksista noin puolet, eli 390 (47,9 %) oli väkivaltailmoituksia. Loput potilasturvallisuusilmoitukset jakaantuivat siten, että 220 (27 %) ilmoitusta oli lääke- ja nestehoitoon, verensiirtoon, varjo- tai merkkiaineeseen liittyviä, 68 (8,3 %) ilmoituksista koski tapaturmaa tai onnettomuutta, 58 (7,1 %) ilmoituksista oli tiedonkulkuun tai tiedonhallintaan liittyviä, 40 (4,9 %) muuhun hoitoon tai seurantaan liittyviä, 8 (1,0 %) laitteeseen tai sen käyttöön liittyviä, 5 (0,6 %) laboratorio-, kuvantamis-, tai muuhun potilastutkimukseen liittyviä, 3 (0,4 %) diagnoosiin liittyviä, 2 (0,2 %) operatiiviseen toimenpiteeseen liittyviä ja 2 (0,2 %) aseptiikkaan/hygieniaan liittyviä ilmoituksia. Lisäksi 63 (7,7 %) ilmoituksista oli luokiteltu muu -luokkaan ja 16 (2 %) ilmoituksista ei tiedossa -luokkaan. Tapahtumien jakaantuminen tyypeittäin on esitelty kuviossa 1. Tutkimusajankohtana työturvallisuusilmoituksia kirjattiin yhteensä 1033 ilmoitusta, joista väkivaltaan liittyviä oli 733 raporttia.



KUVIO 1. Niuvanniemen sairaalan potilasturvallisuusilmoitusten jakautuminen tyypeittäin (f).

Tätä tutkimusta varten ohjelman toimittajalta saatiin tutkimusaineisto väkivaltailmoitusten osalta koottuna Excel -tauluktoon. Samaan tauluktoon lisättiin Muu ja Ei tiedossa -luokista poimitut ilmoitukset.

4.2 Aineistosta hylätyt ilmoituksen ja aineiston korjaus

Tätä tutkimusta varten potilasturvallisuusilmoituksista poimittiin väkivaltaan liittyvät raportit, joita oli siis yhteensä 390. Aineiston käsittelyn yhteydessä siinä huomattiin kuitenkin virheitä. Raporteista 69 oli selkeästi työturvallisuusilmoituksia, joissa väkivalta kohdistui hoitohenkilökuntaan. Nämä raportit poistettiin aineistosta, koska tutkimus kohdistui potilaisiin kohdistuviin väkivaltatapahtumiin. Osassa väkivaltatilanteista väkivalta kohdistui sekä potilaaseen että hoitohenkilökuntaan, jolloin tapahtumasta oli tehty sekä potilasturvallisuusilmoitus että työturvallisuusilmoitus. Näistäkin ilmoituksista tässä tutkimuksessa huomioitiin vain potilasturvallisuusilmoitukset. Väkivaltailmoitusten lisäksi tutkimusta varten käytiin läpi myös Muu -luokkaan ja Ei tiedossa -luokkaan luokitellut potilasturvallisuusilmoitukset, ja näistä otettiin mukaan tutkimusaineistoon 27 raporttia, joissa selkeästi oli kyse potilaaseen kohdistuvasta väkivallasta. Näistä ilmoituksista 20 oli luokiteltu Muu -luokkaan ja 7 Ei tiedossa -luokkaan. Näin ollen tässä tutkimuksessa aineistona oli 337 väkivaltaan liittyvää raporttia.

Aineistossa havaittiin paljon puutteita luokittelussa sekä ristiriitaisuuksia luokittelun ja tapahtuman kuvauksen suhteen. 106 ilmoituksessa tapahtuman tyyppin luokittelu oli tehty puutteellisesti tai sitä ei ollut tehty lainkaan. Näin ollen päädyttiin siihen, että kaikki ilmoitukset luokiteltiin väkivallan tyyppin osalta uudelleen tapahtuman kuvauksen perusteella. Myös tapahtuman luonteen suhteen havaittiin virhe 14 ilmoituksessa, näissä tapahtuma oli luokiteltu lähellä piti -tilanteeksi, vaikka tapahtuman kuvauksen perusteella todellisuudessa oli kyse tapahtui potilaalle -tilanteesta. Havaittujen virheiden korjaamisella pyrittiin siihen, että aineisto olisi mahdollisimman tapahtumanmukainen.

4.3 Aineiston analysointi

Tutkimusta varten Niuvanniemen sairaalan johtava lääkäri myönsi tutkimusluvan sekä HaiPro -järjestelmän käyttöoikeudet huhtikuussa 2014. Koska yksittäisten ilmoitusten tulostus osoittautui hankalaksi, pyydettiin ohjelmantoimittajalta tarvittavat tiedot valmiiksi taulukoituna Excel -taulukkoon.

HaiPro -ilmoitusten tuottama tieto analysoitiin määrällisillä menetelmillä. Aineiston analysoinnissa käytettiin osan muuttujista kohdalla HaiPro -ohjelmaan valmiiksi tehtyjä luokitteluja, mutta osa muuttujista luokiteltiin tutkijan toimesta tätä tutkimusta varten tehtyjen luokkien mukaisesti. Myös ilmoitusten tuottama sanallinen aineisto luokiteltiin määrällistä käsittelyä varten.

Väkivaltaan liittyvät potilasturvallisuusilmoitukset luokiteltiin kolmeen pääluokkaan tilanteen aiheuttajan mukaan. Nämä luokat ovat: 1) toisen potilaan aiheuttama väkivalta, 2) itsensä vahingoittaminen ja 3) tahdonvastaisesti toteutettu hoitotoimenpide. HaiPro -ilmoituksissa näkyy sekä ilmoituksen tekijän osasto että tapahtumaosasto. Tässä tutkimuksessa huomioitiin ainoastaan tieto siitä, millä osastolla tilanne on tapahtunut. Tapahtuman kellonajalle tehtiin uusi luokittelu jakamalla vuorokauden 24 tuntia 3 tunnin luokkiin. Lisäksi luotiin ei tiedossa -luokka niitä ilmoituksia varten, joissa tapahtuman kellonaikaa ei tiedetty. Tapahtumakuukausi luokiteltiin ilmoitettujen tapahtumien päivämäärien perusteella. Yhdessä ilmoituksessa tapahtumapäivämäärä ei ollut tiedossa, jolloin vastaus luokiteltiin ilmoituskuukauden perusteella.

Koska käytetyn väkivallan muodoista ei HaiPron oman luokittelun avulla saatu luotettavaa ja kuvaavaa tietoa, tehtiin tätä tietoa varten oma luokittelu. Luokittelua varten kaikki tapahtumakuvaukset luettiin ja niistä muodostettiin sisällön analyysin avulla luokat. Myös tapahtuman syntyyn vaikuttaneista tekijöistä ja tapahtumatilanteesta tehtiin luokittelut tapahtumakuvausten perusteella. Seuraukset potilaalle ja hoitavalle yksikölle säilytettiin alkuperäisen luokittelun mukaisena. HaiPro -ilmoitusta tehdessään ilmoittajaa pyydetään myös kuvaamaan oma näkemyksensä siitä, miten vastaava tapahtuma pystyttäisiin tulevaisuudessa ennaltaehkäisemään. Myös nämä kuvaukset luettiin yksitellen ja niistä muodostettiin sisältöjen perustella luokat määrällistä käsittelyä varten.

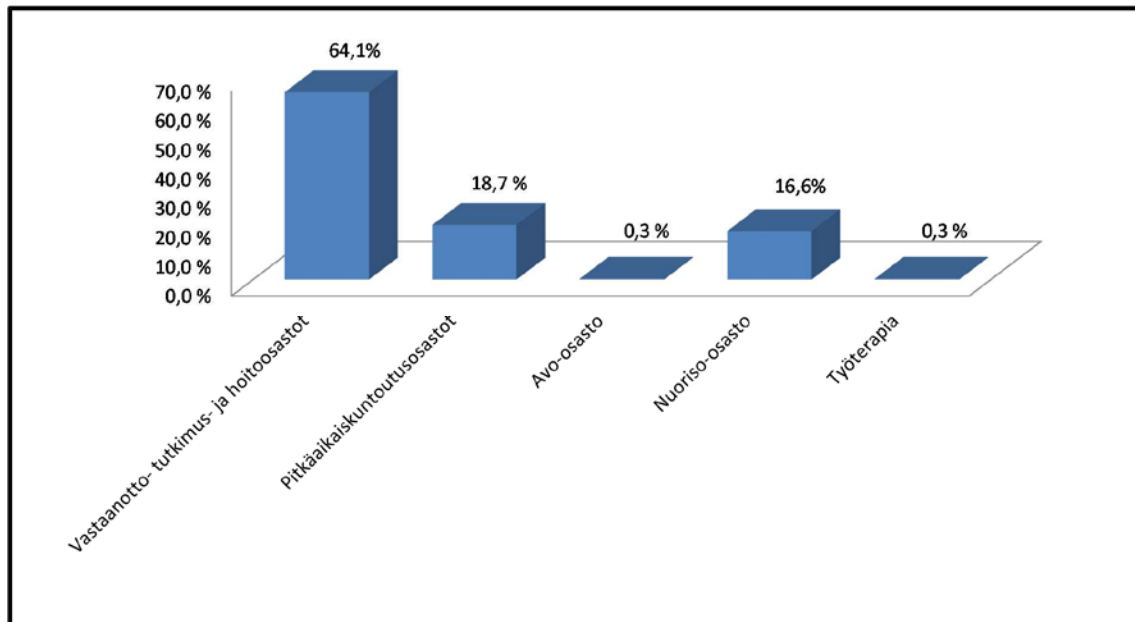
Aineisto käsiteltiin ja analysoitiin SPSS for Windows 21 -ohjelman avulla. Aineistoa kuvattiin perustunnusluvuilla eli frekvensseillä ja prosenttiosuuksilla. Koska kaikki muuttajat olivat joko luokittelu- tai järjestysasteikollisia, voitiin testimenetelminä käyttää vain parametrittomia menetelmiä. Muuttujien välistä yhteyttä tutkittiin ristiintaulukoinnin ja khiin neliötestin avulla. (Polit & Beck 2008, Metsämuuroinen 2009). Tulokset raportoidaan frekvensseinä ja prosenttiosuuksina.

5 TULOKSET

Tutkimuksen aineiston muodosti 337 potilasturvallisuuteen liittyvää väkivaltailmoitusta, joissa väkivallan kohteena oli potilas. Väkivaltatapahtumista noin yksi kolmasosa (34,9 %) oli läheltä piti -tilanteita ja kaksi kolmasosaa (65,1 %) tapahtui potilaalle -tilanteita. Seuraavaksi tarkastellaan koko tutkimusaineiston jakautumista osastoittain, tapahtuma-ajan ja -paikan sekä potilaalle aiheutuneiden seurausten suhteen.

5.1 HaiPro -ilmoitukset työyksiköittäin

HaiPro -ilmoituksiin kirjataan sekä lomakkeen täyttäjän että tapahtuman yksikkö, mutta tässä tutkimuksessa käsitellään ja analysoidaan vain tapahtumapaikkaa koskevia tietoja. Ilmoituksista 83,1 % (f=280) oli tehty aikuisosastoilla, 16,6 % (f=56) erityisen vaikeahoitoisten alaikäisten tutkimus- ja hoito-osastolla ja 0,3 % (f=1) työterapiapisteesä. Osastot 1, 3, 4, 7 ja 8 toimivat vastaanotto-, tutkimus- ja hoito-osastoina ja näillä osastoilla kirjattiin yhteensä 77,1 % (f=216) kaikista aikuispuolen ilmoituksista. Osastot 2, 5, 6, 9, 10, 11 ja 12 toimivat pitkäaikaiskuntoutusosastoina, näiltä osastoilta ilmoituksia tehtiin yhteensä 22,5 % (f=63) aikuispuolen ilmoituksista. Osaston 13 on avo-osasto, sieltä tehtiin 1 (0,3 %) ilmoitus. Ilmoitusten jakautuminen osastoryhmittäin esitetään kuviossa 2. Ilmoitusten määrä osastoittain vaihteli suuresti. Osastolla, jossa ilmoituksia tehtiin eniten, niitä kirjattiin tutkimusajankohtana 22,8 % kaikista ilmoituksista (f=77), kun taas yhdellä osastolla ei koko tutkimusajan aikana kirjattu yhtään väkivaltaan liittyvää potilasturvallisuusilmoitusta.



KUVIO 2. Väkivaltaan liittyvien potilasturvallisuusilmoitusten jakautuminen osastoittain (%).

5.2 Tapahtuman aika ja paikka

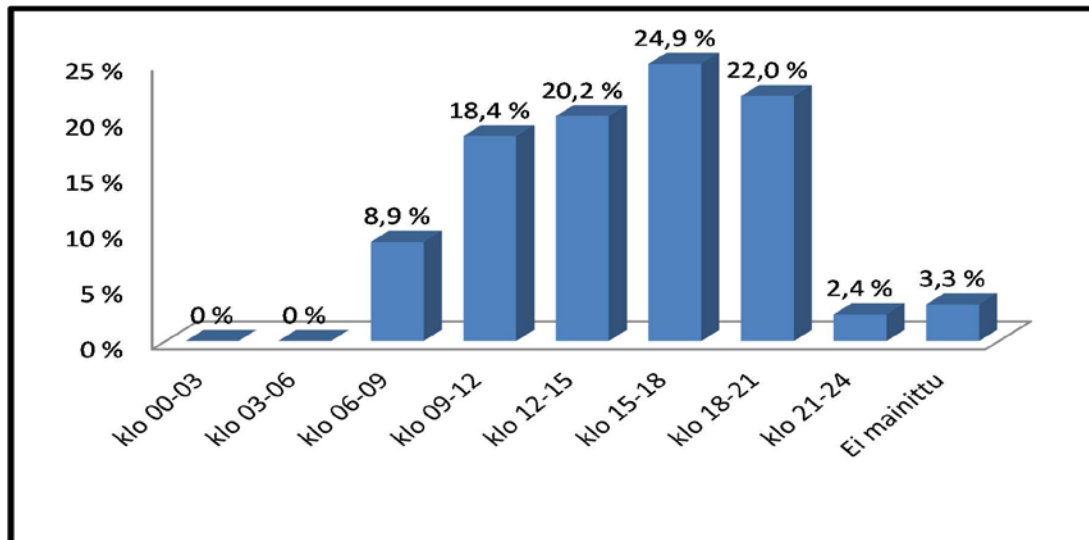
Tutkimusajankohtana, 24 kuukauden aikana, eniten ilmoituksia kirjattiin maaliskuussa 2012 ja tammikuussa 2014, molempina kuukausina 7,7 % kaikista ilmoituksista (f=26). Helmikuussa 2014 kirjattiin 6,7 % ilmoituksista (f=21) ja maaliskuussa 2013 5,9 % ilmoituksista (f=20). Vähiten ilmoituksia kirjattiin toukokuussa ja syyskuussa 2012 sekä tammikuussa ja elokuussa 2013, kussakin 2,4 % kaikista ilmoituksista eli 8 ilmoitusta kuukaudessa. Tarkasteltaessa kahden vuoden yhteenlaskettuja ilmoitusmääriä, eniten tapahtumia oli kirjattu maaliskuussa, yhteensä 13,4 % kaikista ilmoituksista (f=45), eli ja vähiten toukokuussa, 6,2 % kaikista ilmoituksista eli 21 ilmoitusta. Väkivaltatapahtumien jakaantuminen kuukausittain on kuvattu taulukossa 1.

TAULUKKO 1. Väkivaltatilanteiden jakautuminen kuukausittain (% , F)

	Toisen potilaan aiheuttamat väkivaltatilanteet (n=212)	Itseen kohdistuvat väkivaltatilanteet (n=111)	Tahdonvastaisesti toteutetut hoitotoimenpiteet (n=14)	Kaikki mukana olevat tapahtumat (N=337)
Tammikuu	10,8 % (f=23)	9,9 % (f=11)	0	10,1% (f=34)
Helmikuu	10,4 % (f=22)	7,2 % (f=8)	7,1 % (f=1)	9,2% (f=31)
Maaliskuu	15,1 % (f=32)	10,8 % (f=12)	7,1 % (f=1)	13,4% (f=45)
Huhtikuu	8,5 % (f=18)	6,3 % (f=7)	14,2 % (f=2)	8,0% (f=27)
Toukokuu	3,3 % (f=7)	11,7 % (f=13)	7,1 % (f=1)	6,2% (f=21)
Kesäkuu	6,1 % (f=13)	11,7 % (f=13)	0	7,7% (f=26)
Heinäkuu	5,2 % (f=11)	9,0 % (f=10)	14,2 % (f=2)	6,8% (f=23)
Elokuu	6,6 % (f=14)	6,3 % (f=7)	7,1 % (f=1)	6,5% (f=22)
Syyskuu	5,7 % (f=12)	7,2 % (f=8)	21,4 % (f=3)	6,8% (f=23)
Lokakuu	7,5 % (f=16)	9,0 % (f=10)	0	7,7% (f=26)
Marraskuu	10,8 % (f=23)	5,4 % (f=6)	7,1 % (f=1)	8,9% (f=30)
Joulukuu	9,9 % (f=21)	5,4 % (f=6)	14,2 % (f=2)	8,6% (f=29)

HaiPro -ilmoituksista analysoitiin myös tapahtuman viikonpäivä. Eniten tilanteita tapahtui ilmoitusten mukaan lauantaisin, jolloin kirjattiin yhteensä 16 % kaikista tapahtumista (f=54). Vähiten tapahtumia oli perjantaisin, 13,1 % kaikista tapahtumista (f=44). Yhdestä ilmoituksesta ei käynyt ilmi tapahtumapäivää. Tapahtumat jakaantuivat varsin tasaisesti eri viikonpäivien kesken.

Ilmoitetut tapahtumat luokiteltiin kellonajoittain kahdeksaan kolmen tunnin luokkaan. Eniten tapahtumia oli ilmoitettu tapahtuneeksi klo 15–18, yhteensä 24,9 % (f=84) kaikista ilmoituksista. Aamuyöllä klo 00–06 tapahtumia ei ollut lainkaan. Kaikissa ilmoituksissa kellonaikaa ei ollut kirjattu, nämä ilmoitukset luokiteltiin ”ei tiedossa”-luokkaan, tähän luokkaan kuului yhteensä 3,1 % kaikista ilmoituksista (f=11).



KUVIO 3. Väkivaltatapahtumien jakaantuminen kellonajoittain (%)

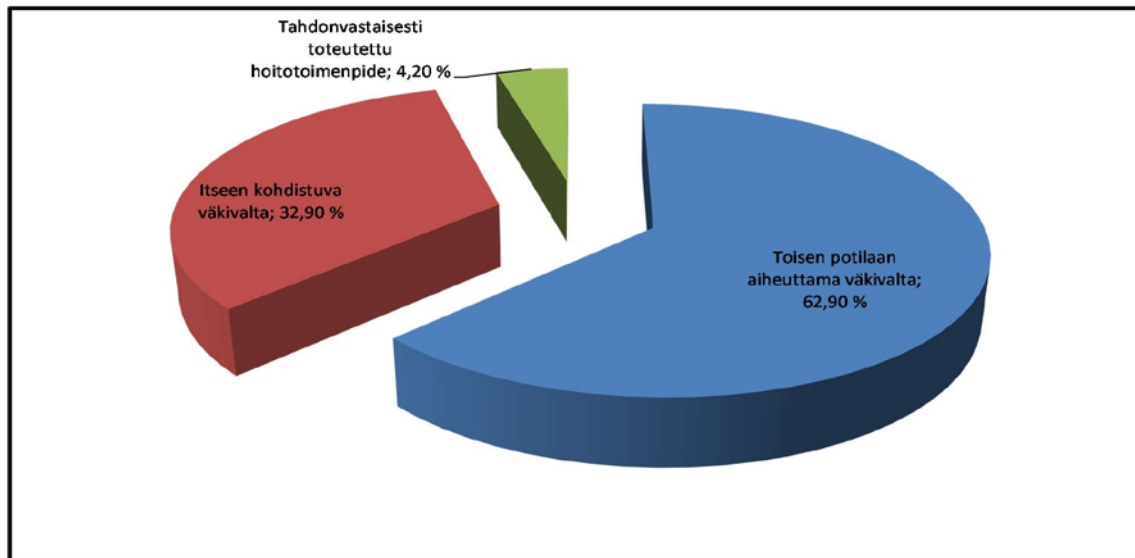
Ilmoitusten mukaan yleisin tapahtumapaikka oli osaston käytävä, 33,2 % kaikista ilmoituksista tapahtui osaston käytävällä (f=112). Seuraavaksi eniten tapahtumia oli ilmoitettu tapahtuneeksi osaston päiväsalissa (19 %, f=64) ja potilashuoneessa (15,7 %, f=53). Pihalla tai ulkoalueella tapahtui 4,5 % kaikista ilmoitetuista tapahtumista (f=15). Yhdessä ilmoituksessa tapahtumapaikka ei ollut tiedossa.

5.3 Tilanteen seuraukset potilaalle

Tilanteen aiheuttamat seuraukset potilaalle oli luokiteltu lähes täysin ”Ei haittaa” (43,0 %, f=145) tai ”Lievä haitta” (44,8 %, f=151) -luokkiin. Vakavia haittoja oli arvioitu tapahtuneen 1,2 %:ssa tapauksista (f=4). Ilmoituksista kahdessa tapahtuman aiheuttamat haitat eivät olleet tiedossa. Hoitavalle yksikölle aiheutuneet seuraukset oli yleisimmin luokiteltu ”lisätyötä tai vähäisiä hoitotoimenpiteitä” -luokkaan (57,9 %, f=195 ilmoitusta). 23,5 %:ssa tilanteista hoitavalle yksikölle ei aiheutunut haittaa. 4,7 %:ssa ilmoituksista tapahtuman ilmoitettiin aiheuttaneen henkilövahinkoja hoitohenkilöstölle tai muille henkilöille (f=16).

5.4 Väkivaltatilanteiden jakautuminen väkivallan aiheuttajan mukaan

Väkivaltaan liittyvät potilasturvallisuusilmoitukset luokiteltiin kolmeen pääluokkaan tilanteen aiheuttajan mukaan. Nämä luokat ovat toisen potilaan aiheuttama väkivalta, itsensä vahingoittaminen ja tahdonvastainen hoitotoimenpide. Kaksi kolmasosaa, eli 62,9 % ilmoituksista koski toisen potilaan aiheuttamaa väkivaltaa ja yksi kolmasosa eli 32,9 % oli itsensä vahingoittamistilanteita. 4,2 % ilmoituksista koski tahdonvastaisesti toteutettuja hoitotoimenpiteitä.



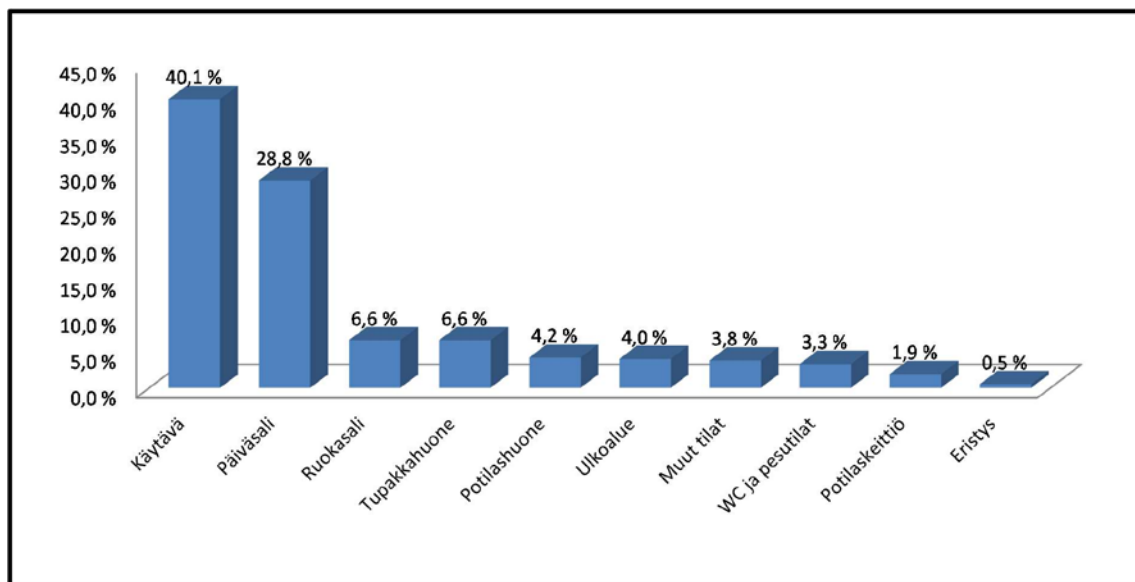
KUVIO 4. Väkivaltatilanteiden jakautuminen väkivallan aiheuttajan mukaan (%)

5.4.1 Toisen potilaan aiheuttama väkivalta

Toisen potilaan aiheuttamia väkivaltatilanteita kirjattiin HaiPro -ilmoitusten mukaan tapahtuneeksi yhteensä 212, joista aikuisosastoilla tapahtui yhteensä 78,3 % (f=166) 78,3 % ja alaikäisten osastolla 21,2 % tapahtumista (f=45) sekä työ- ja toiminnallisessa terapiassa 0,5 % tapahtumista (f=1). Aikuisosastolla, jossa kirjattiin eniten toisen potilaan aiheuttamia väkivaltatilanteita, niitä kirjattiin tutkimusajankohtana 33,1 % kaikista aikuisosastojen ilmoituksista (f=55). Vastaanotto-, tutkimus- ja hoito-osastoilla tapahtui yhteensä 71,7 % kaikista aikuisosastojen tapahtumista (f=119).

Toisen potilaan aiheuttamia väkivaltatilanteita tapahtui eniten maaliskuussa 2012 ja tammikuussa 2014, molemmissa 9,0 % toisen potilaan aiheuttamista väkivaltatapahtumista (f=19). Maaliskuussa 2013 ja helmikuussa 2014 kirjattiin molemmissa 6,1 % ilmoituksista (f=13). Vähiten tapahtumia kirjattiin toukokuussa 2013 kaikista toisen potilaan aiheuttamista väkivaltailmoituksista (f=3) sekä toukokuussa 2012, heinäkuussa 2012 ja tammikuussa 2013, näissä kaikissa 1,9 % kaikista toisen potilaan aiheuttamista väkivaltatilanneilmoituksista (f=4). Kahden vuoden yhteenlaskettuja kuukausittaisia määriä tarkasteltaessa eniten tapahtumia oli kirjattu maaliskuussa, jolloin kirjattiin 15,1 % kaikista toisen potilaan aiheuttamista väkivaltatilanneilmoituksista (f=32) ja vähiten toukokuussa, jolloin kirjattiin 3,3 % (f=7) tapahtumista.

Viikonpäivistä eniten tapahtumia oli keskiviikkoisin, jolloin kirjattiin tapahtuneeksi 17,0 % (f=36) toisen potilaan aiheuttamista väkivaltatilanteista. Vähiten tapahtumia, eli 12,3 % oli kirjattu tapahtuneeksi perjantaisin (f=26). Kellonajallisesti eniten toisen potilaan aiheuttamia väkivaltatapahtumia kirjattiin klo 15–18 välisenä aikana (22,6, % f=48), klo 9–12 välisenä aikana (22,2 %, f=47) ja klo 18–21 välisenä aikana (21,2 %, f=45). Viidessä ilmoituksessa kellonaika ei ollut tiedossa.



KUVIO 5. Toisen potilaan aiheuttamien väkivaltatilanteiden jakaantuminen tapahtumapaikan suhteen (%).

Toisen potilaan aiheuttamista väkivaltatilanteista 35,4 % (f=75) oli läheltä piti - tilanteita ja 64,6 % (f=137) potilaalle tapahtuneita tilanteita. Eniten tilanteita tapahtui osaston käytävällä (40,1 %, f=85), päiväsalissa (28,8 %, f=61) sekä ruokasalissa ja tupakkahuoneessa, molemmissa 6,6 % kaikista toisen potilaan aiheuttamista väkivaltatapahtumista (f=14). Toisen potilaan aiheuttamien väkivaltatilanteiden jakaantuminen tapahtumapaikan suhteen on kuvattu kuviossa 5.

Toisen potilaan aiheuttamista väkivaltatilanteista potilaalle oli yleisimmin arvioitu aiheutuneen lievä haitta (49,1 %, f=104) tai ei haittaa (42 %, f=89). Yhdessäkään tapauksessa tilanteesta ei aiheutunut vakavaa haittaa, kohtalaiseksi potilaalle aiheutunut haitta oli arvioitu 8 %:ssa ilmoituksista (f=17). Kahdessa ilmoituksessa potilaalle aiheutunut haitta ei ollut tiedossa tai sitä ei ollut ilmoitettu. Toisen potilaan aiheuttaman väkivallan seuraukset on kuvattu taulukossa 2.

TAULUKKO 2. Toisen potilaan aiheuttaman väkivallan muodon seuraukset potilaille (%).
F=212

Väkivallan muoto	Ei haittaa %	Lievä haitta %	Kohtalainen haitta %	Vakava haitta %	Ei mainittu %
Lyöminen (f= 54, %=25,5)	33,3	57,4	9,3	0	0
Sanallinen uhkaaminen (f=43, %=20,3)	86	9,3	2,3	0	2,3
Töniminen f=36, %=17,0)	16,7	75	8,3	0	0
Esineellä heittäminen tai lyöminen (f=33, %=15,6)	51,5	36,4	9	0	3
Päällekkarkaus (f= 14, %=6,6)	14,3	64,3	21,4	0	0
Potkiminen (f=11, %=5,2)	27,3	63,6	9,1	0	0
Muu väkivalta (f=9, %=4,2)	44,4	55,6	0	0	0
Repiminen tai raapiminen (f=4, %=1,9)	25,0	75,0	0	0	0
Päälleajo rollaattorilla (f=3 %=1,4)	0	66,7	33,3	0	0
Kuristaminen (f=2, %=0,9)	0	100	0	0	0
Seksuaalinen häirintä (f=2, %=0,9)	50	50	0	0	0
Pureminen (f=1, %=0,5)	0	100	0	0	0
	42 %	49,1 %	8 %	0	0,9 %

Toiseen potilaaseen kohdistuvan välivallan muodot

Toiseen potilaaseen kohdistuvista väkivaltatilanneilmoituksista yleisin väkivallan muoto oli **lyöminen**, mitä tapahtui 25,5 %:ssa kaikista ilmoituksista (f=54).

"Pt xxx oli tulossa tupakkahuoneesta. Pt xxx riensi innokkaana tätä tervehtimään. Pt xxx löi pt:sta xxx nyrkeillä rintaan."

"Potilas istunut sohvalla käytävällä, vieressä istunut potilastoveri löi kädellä nenään."

20,3 % (f=43) kaikista toisen potilaan aiheuttamista väkivaltatilanneilmoituksista koski **sanallista uhkaamista**. Näissä tapauksissa uhattiin sanallisesti joko yhtä tai useampaa potilasta.

"Potilas hermostunut potilastoverille ruokailun yhteydessä. Potilas toveri siirtyi jonossa potilaan edelle. Tässä yhteydessä potilas kiihtynyt voimakkaasti ja useampaan kertaan uhkaillut potilastoveria "turpaanvetämisellä". Potilas häirinnyt myös muiden potilaiden ruokailutilannetta verbaalisesti agressiivisellä käytöksellään."

Kolmanneksi yleisin toiseen potilaaseen kohdistuva väkivallan muoto oli **töniminen**. Tönimistä tapahtui 17 %:ssa (f=36) toisen potilaan aiheuttamista tilanteista.

"Toinen potilas toveri tönäisi voimalla potilaan rinnoista nurin."

Esineellä heittäminen tai lyöminen oli mainittu väkivallan muodoksi 15,6 %:ssa ilmoituksista. Heittämiseen tai lyömiseen käytettyjä esineitä olivat muun muassa huonekalut, puhelimet tai aikakauslehdet.

"Ptlas heitti toista ptlasta aikakauslehdellä käteen päivälääkkeitä jonottaessa."

"Plas tullut huoneestaan tuomaan (ruokaa täynnä olevaa roskapussia) jolloin kohdannut plastoverin käytävällä. Plastoveri kosketellut ko plasta, josta myös hermostunut niin että hujautti potilastoveria roskapussilla."

Tässä tutkimuksessa **päällekkarkauksiksi** luokiteltiin ne tilanteet, joissa potilaaseen kohdistui useita eri väkivallan muotoja, esimerkiksi lyömistä, potkimista ja repimistä. Päällekkarkaus tapahtui 6,6 %:ssa kaikista toiseen potilaaseen kohdistuvista HaiPro - ilmoituksista (f=14).

"Plas noussut äkkiä ylös sohvalta ja yritti potkaista ja huitoi istumapaikkaa kysyvää plasta."

"Potilas mennyt käytävältä toisen potilaan huoneeseen ja käynyt tähän kiinni. Toinen potilas alkoi hätistelemään ja käskemään potilasta poistumaan. Hoitaja tuli paikalle ja näki potilaan lyövän, riuhtovan ja vääntävän toista potilasta rajusti käsistä."

Potkiminen oli kuudenneksi yleisin toiseen potilaaseen kohdistuva väkivallan muoto. Potkimista tapahtui 5,2 %:ssa (f=11) tilanteista.

"Osastolla ollessaan potilas oli istumassa käytävällä tuolilla. Yllättäen potilas potkaisee viereisellä tuolilla istuvaa potilasta vasemman säären ja polven seutuun."

Muu väkivalta -luokkaan on luokiteltu ne ilmoitukset, joiden kuvaama väkivalta on esiintynyt aineistossa yksittäisesti ja ei ole ollut sijoitettavissa muihin väkivallan luokkiin ja väkivallan kuvaus on ollut epätarkkaa. Esimerkkinä kyseiseen luokkaan luokitellusta väkivallasta on muun muassa tökkiminen, vääntäminen ja kampaaminen. Muuta väkivaltaa esiintyi aineistossa 9 kertaa, mikä on 4,3 % kaikista tapahtumista.

"Toinen potilas laittoi jalan potilaan eteen kamppaamistarkoituksessa iltapalalta poistumisen yhteydessä."

"Tv:tä katsellessa potilas xxx ärsytti tahallaan xxx potilasta. Jalalla tökki toistuvasti vaikka potilastoveri kielsi niin tekemästä."

Raapimista tai repimistä esiintyi 1,9 %:ssa kaikista toiseen potilaaseen kohdistuneista väkivaltailmoituksista (f=4).

"Potilas oli laittanut tarralapun hoitajakutsun päälle, josta potilas xxx oli ärsyyntynyt. Potilas raapaissut potilasta."

1,4 %:ssa tapauksista potilas vahingoitti toista potilasta **työntämällä** tahallisesti **rollaattorilla toisen potilaan päälle** (f=3).

"Potilas liikkunut rollaattorilla käytävällä, toisen potilaan ohi kävellessä potilas kääntynyt rollaattorin kanssa kääntyi kohti potilasta, osuen tämän jalkoihin. Potilas xxx tahallisesti "jyrännyt" potilaan xxx:n jaloille".

"Potilas tulee rollaattoria työntäen kohti pot. xxx. Jyrää edes takaisin liikkein useita kertoja xxx:n jaloille ja varpaille."

Sekä **kuristamisesta** että **seksuaalisesta häirinnästä** kirjattiin molemmista 2 ilmoitusta (0,9 %). Vaikka **puremista** tapahtui vain yhdessä tilanteessa, luokiteltiin se omaksi luokakseen, koska pureminen poikkeaa muista väkivallan muodoista ja on selkeästi kuvattavissa.

"Potilaan käytös muuttui agressiiviseksi, löi nyrkillä ovea. Kävi hetken huoneessa lepäämässä, jonka jälkeen palasi osastolle. Ensimmäinen potilas joka tuli vastaan joutui väkivallan kohteeksi. Tarttui kurkkun kiinni."

"Potilas puri toista potilasta käteen täysin yllättäen."

5.4.2 Itsensä vahingoittaminen

Itsensä vahingoittamistilanteita tapahtui ilmoitusten mukaan aikuisosastolla 90,1 % (f=100) tapahtumista ja alaikäisten hoito-osastolla 9,9 % (f=11) kaikista tapahtumista. Aikuisosastoilla ilmoitusten määrä vaihteli siten, että neljällä osastolla ei tehty tutkimusajankohtana yhtään itsensä vahingoittamiseen liittyvää potilasturvallisuusilmoitusta, kun taas osastolla, jossa ilmoituksia tehtiin eniten, niitä kirjattiin tutkimusajankohtana 30 % (f=30) kaikista aikuisosastojen ilmoituksista.

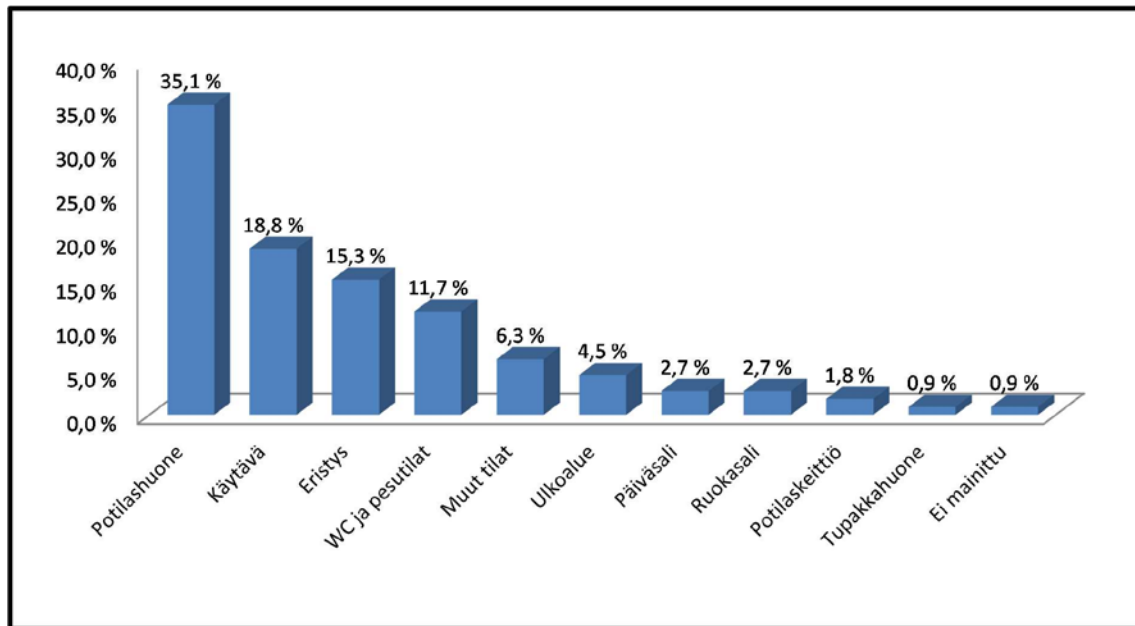
Itsensä vahingoittamistilanteita tapahtui eniten toukokuussa 2013, jolloin kirjattiin 9,0 % (f=10) kaikista itseen kohdistuvista väkivaltatilanteista, ja vähiten helmikuussa 2013 ja elokuussa 2013, molemmissa 0,9 % (f=1) tapahtumista. Kahden vuoden yhteen lasketuissa määrissä eniten tapahtumia oli toukokuussa ja kesäkuussa, molemmissa 11,7 % (f=13) ja tammikuussa ja maaliskuussa, molemmissa 9,9 %

(f=11) tapahtumista. Vähiten tapahtumia oli ilmoitettu marraskuussa ja joulukuussa, molemmissa 5,4 % (f=6) kaikista itseen kohdistuvista tapahtumista.

Viikonpäivistä itsensä vahingoittamista tapahtui eniten lauantaisin, jolloin kirjattiin 18,0 % (f=20) tapahtumista, maanantaisin kirjattiin 16,2 % (f=18) tapahtumista ja sunnuntaisin 15,3 % (f=17) tapahtumista. Vähiten itsensä vahingoittamisia oli ilmoitettu tapahtuneeksi keskiviikkoisin, 9 % (f=10) kaikista itseen kohdistumista väkivaltatapahtumista.

Kellonajallisesti eniten itsensä vahingoittamistilanteita tapahtui klo 15–18 välisenä aikana, jolloin ilmoitettiin 28,8 % (f=32) tapahtumista. Klo 18–21 välisenä aikana kirjattiin 23,4 % (f=26) tapahtumista ja klo 12–15 välisenä aikana 21,6 % (f=24) tapahtumista. Kuudessa ilmoituksessa tapahtuman kellonaika ei ollut tiedossa.

Eniten itsensä vahingoittamistilanteita tapahtui potilashuoneessa, jossa kirjattiin tapahtuneeksi 35,1 % (f=39) itseen kohdistuneista väkivaltatapahtumista. Käytävällä tapahtui 18,9 % (f=21) itsensä vahingoittamistilanteista, eristystiloissa kirjattiin tapahtuneeksi 15,3 % (f=17) tilanteista sekä wc- ja pesutiloissa 11,7 % (f=13) tilanteista. Tapahtumapaikkojen jakaantuminen on kuvattu kuviossa 6. Ruokailujen ja päivittäisten toimintojen, kuten peseytymisten yhteydessä tapahtui molemmissa 7,2 % (f=8) itseen kohdistuneista väkivaltatapahtumista, 6,3 % tilanteista (f=7) tapahtui ulkoilun yhteydessä. 4,5 % tapahtumista (f=5) tapahtui lääkärintierron yhteydessä ja 3,6 %:ssa (f=4) tapauksista tilanteeseen liittyi kontakti omaisiin, kuten puhelu tai omaisten vierailu. 66,7 %:ssa ilmoituksista (f=74) tapahtuman tilannetta ei ollut kuvattu tarkemmin.



KUVIO 6. Itsensä vahingoittamistapahtumien jakaantuminen tapahtumapaikan suhteen (%)

Itsensä vahingoittamistilanteista 22,5 % (f=25) luokiteltiin läheltä piti -tilanteeksi, potilaalle tapahtuneita tilanteita oli 77,5 % (f=86) kaikista itsensä vahingoittamistilanteista. Itsensä vahingoittamisesta aiheutui potilaalle vakava haitta 3,6 %:ssa tapahtumista (f=4) ja kohtalainen haitta 16,2 % (f=18) tapahtumista. Potilaalle aiheutunut haitta arvioitiin lieväksi 41,4 %:ssa (f=46) ilmoituksista ja 38,7 %:ssa ilmoituksista (F=43) potilaalle ei aiheutunut haittaa. Hoitavalla yksiköllä aiheutuneita seurauksia arvioitaessa tilanteen oli yleisimmin arvioitu aiheuttaneen lisätyötä tai vähäisiä hoitotoimenpiteitä (59,5 %, f= 66). 17,1 %:ssa (f=19) tapauksista tilanteesta ei aiheutunut hoitavalle yksiköllä haittaa. itsensä vahingoittamisesta potilaalle aiheutuneet seuraukset on kuvattu väkivallan muodon mukaan taulukossa 3.

TAULUKKO 3. Itseen kohdistuvan väkivallan muodon aiheuttamat seuraukset potilaalle (%).
F=111

Väkivallan muoto	Ei haittaa	Lievä haitta	Kohtalainen haitta	Vakava haitta
Pään hakkaaminen (f=27, %=24,3)	32,1 %	42,9 %	21,4 %	3,6 %
Tavaroiden tai esineiden hakkaaminen (f=17, %=15,3)	23,5 %	64,7 %	11,8 %	0
Repiminen tai raapiminen (f=16, %=14,4)	31,3 %	56,2 %	12,5 %	0
Viiltely (f=13, %=11,7)	15,4 %	30,8 %	38,5 %	15,4 %
Vaarallisten esineiden tai aineiden nauttiminen (f=10, %=9,0)	70 %	20 %	10 %	0
Kuristaminen tai hirttäytyminen (f=6, %=5,4)	83,3 %	0	0	16,7 %
Esineellä heittäminen tai lyöminen (f=4, %=3,6)	50 %	50 %	0	0
Pureminen (f=3, %=2,7)	33,3 %	33,3 %	33,3 %	0
Lyöminen (f=3, %=2,7)	0	100 %	0	0
Potkiminen (f=2, %=1,8)	50 %	50 %	0	0
Hukuttautuminen (f=2, %=1,8)	100 %	0	0	0
Polttaminen (f=1, %=0,9)	0	0	100 %	0
	38,7 %	41,4 %	16,2 %	3,6 %

Itsensä vahingoittamisen muodot

Yleisimmin ilmoitettu itsensä vahingoittamisen muoto oli **pään hakkaaminen** seinään tai muuhun kiinteään esineeseen. Pään hakkaamista tapahtui 24,3 %:ssa (f=27) tilanteista.

”Potilas osastolla ollut ja juosenut yllätaen seinään pää edellä”

”Potilas löi äkillisesti otsansa kaapin oveen.”

Tavaroiden tai esineiden hakkaaminen oli kuvattu väkivallan muodoksi 15,3 %:ssa (f=17) itsensä vahingoittamista koskevista ilmoituksista.

"Lääkäri tullessa jututtamaan potilasta tämä hermostunut tilanteesta, jonka jälkeen lyönyt oikean kätensä huoneensa seinään, jonka seurauksena sormien rystyset turvonneet huomattavasti."

"Potilaalla nähtävillä mustelmia käsivarsissa. Huoneeseen palatessa kysytty muistelmien synty syytä, jolloin potilas kertoo lyöneensä käsiä käytävällä olevaan sänkyyn muutamia päiviä aiemmin. Potilaan tämän hetkistä vointia kysyttäessä ei vastaa mitään. Sovittu, että potilas tulee osaston puolelle jotta potilaan tilannetta on helpompi valvoa. Potilas kuitenkin palannut välittömästi takaisin omaan huoneeseen ja alkanut hakata käsivarsiaan huoneen kaapin kulmaan."

Kolmanneksi yleisin itsensä vahingoittamismuoto oli **repiminen tai raapiminen**, 14,4 % tapahtumista (f=16).

"Potilas yritti itsemurhaa repimällä sukupuolielintään."

"Ptlas kertoi häntä osastolle haettaessa että hänellä on ollut todella paha olo, ja että hän on vahingoittanut itseään oloaan helpottaakseen. Ptlas oli raapinut ranteessaan olevan parantumassa olevan haavan rupea auki, jolloin haava vuosi hiukan verta."

Viiltelyä tapahtui 11,7 %:ssa (f=13) kaikista itseen kohdistuneista väkivaltatapahtumista.

"Potilas oli katkaissut muovisen kertakäyttö lusikan, jonka terävällä katkaisupinnalla viilti vasemman käden rannetta pitkittäissuuntaisesti klo 19.10."

9,0 %:ssa (f=10) ilmoituksista itsensä vahingoittamisen muodoksi oli kuvattu **vaarallisten esineiden tai aineiden nauttiminen**.

"Potilas oli ollut osastolla kahvilla ja päivälääkkeillä. Potilaan vointi huononi ja pyysi ja sai tarvittavan lääkkeen. Takaisin eristykseen mentäessä meni eristysvessaan ja yritti juoda nestesaippuaa."

Itsensä vahingoittamista koskevista ilmoituksista 6,3 %:ssa (f=7) kyseessä oli **sanallinen uhkaaminen**.

"Potilas alkaa puhumaan itsemurhasta jonka aikoo nyt tehdä, koska kokee itsensä niin arvottomaksi. Potilas sanoo että on jo pitempään miettinyt itsemurhan tekemistä ja miettinyt keinojakin, vaikka ei niistä tarkemmin kerro, vaikka kysytään. Potilas ottaa toistuvasti puheeksi, että haaveilee tekevänsä itsemurhan."

Kuristaminen tai hirttäytyminen oli kuvattu itsensä vahingoittamisen muodoksi 5,4 %:ssa (f=6) ilmoituksista. Neljässä tilanteessa (3,6 %) potilas on pyrkinyt vahingoittamaan itseään **esineellä heittämällä tai lyömällä**.

"Pot. havaittiin kietovan alushousujaan kaulansa ympärille."

"Toinen potilas tuli sanomaan, että potilas oli ollut suihkuhuoneessa suihkun letku kaulan ympärillä."

"Eristyshuoneessa oleva potilas rikkoo "paljun" hakkaamalla sitä seiniin ja oveen. Potilas saa pienehköjä haavoja kämmenselkäänsä ja ranteeseensa. Osa haavoista ilmeisesti tarkoituksellisesti itselle aiheutettuja."

Pureminen oli ilmoitettu väkivallan muodoksi 2,7 %:ssa (f=3) ilmoituksista. Myös **itsensä lyömistä** käsitteli 2,7 % ilmoituksista. **Potkiminen** ja **hukuttautuminen** oli muotona 1,8 %:ssa (f=2) ilmoituksista.

"Potilas harhaisen ja ahdistuneen voinnin vuoksi lepositeissä. Päässyt tästä huolimatta puremaan rannettaan."

"Plas alkaa ilman syytä kävellä eristysuoneen ovea kohti ja alkanut potkimaan"

"Potilas purki pahaa oloaan henkilökunnan taukokuoneenovea potkaisemalla."

"Potilas huutaa toisessa persoonassa itselleen samalla lyöden itseään kymmeniä kertoja, ei tavoitettavissa puheella"

"Jonkin ajan kuluttua pt yllättäen kääntyi uimaan syvemmälle eikä vastannut hoitajien kehoituksiin palata rannan suuntaan."

Yhdessä ilmoituksessa (0,9 %) kuvattiin potilaan vahingoittaneen itseään **polttamalla.**

"Potilas vahingoitti itseään tupakalla polttaen toisen asteen palovammat käsivarteen."

5.4.3 Tahdonvastaisesti toteutetut hoitotoimenpiteet

Tahdonvastaisesti toteutettuihin hoitotoimenpiteisiin oli alkuperäisessä aineistossa luokiteltu kuuluvaksi vain yksi ilmoitus. Kuitenkin aineistosta erottui yhteensä 14 ilmoitusta, joissa potilaaseen kohdistettiin voimakkaita fyysisiä rajoitteita tai potilasta pakkolääkittiin. Nämä tilanteet tapahtuivat yleisimmin potilaan väkivaltaisen käyttäytymisen tai uhkaavuuden myötä. Yleisimmin näissä tilanteissa potilaan väkivaltainen käytös kohdistui hoitohenkilökuntaan.

Tahdonvastaisia hoitotoimenpiteitä tapahtui viidellä eri osastolla. Eniten tapahtumia oli kahdella osastolla, joilla molemmilla ilmoitettiin 35,7 % (f=5) kaikista tahdonvastaisesti toteutettuun hoitotoimenpiteeseen liittyvistä ilmoituksista. Sekä viikonpäivien että kuukausien osalta tapahtumat jakaantuivat hyvin tasaisesti. Kellonajallisesti eniten tapahtumia oli klo 12–15, jolloin kirjattiin 42,9 % (f=6) tapahtumista, klo 15–18 ja klo 18–21 oli molemmissa kirjattu tapahtuneeksi 21,4 % tapahtumista (f=3). Klo 00–09 ei ollut kirjattu tapahtumia lainkaan. Tapahtumapaikkana oli yleisimmin osaston käytävä (42,9 %) tai potilashuone (28,6 %).

42,9 %:ssa (f=6) ilmoituksista oli kuvattu potilaan fyysinen kiinnipito usean hoitajan toimesta potilaan vastustaessa voimakkaasti, 14,3 %:ssa (f=2) ilmoituksista potilasta oli kiinnipidon lisäksi jouduttu kantamaan toiseen tilaan. Yhdessä ilmoituksessa (7,1 %) oli kuvattu potilaan tahdonvastainen lääkitseminen potilaasta kiinni pitäen. 35,7 %:ssa (f=5) ilmoituksista tilanteessa potilas oli viety maihin ja häntä oli fyysisesti rajoitettu päinmakuulla. Kahdessa (14,3 %) maahan vienti tilanteessa oli mukana vartijat ja toisessa näistä käytettiin myös käsirautoja. Muissa fyysisen rajoittamisen tilanteissa (85,7 % tahdonvastaisesti toteutetuista hoitotoimenpiteistä) rajoittamisen suorittivat hoitajat.

”Tämän jälkeen potilas arvaamatta rynnännyt hoitajan päälle, kädet ojossa kovaan ääneen huutaen ja kiroillen. Hoitaja saanut potilaan päälle tulemisen estettyä, potilas saatettu maahan hoitajien avustamana ja aloitettu kiinnipito. Paikalle hälytetty apua muilta osastoilta ja potilas kuljetettu kantaen eristystiloihin.”

”Potilasta pidettiin neljän hoitajan voimin kiinni käsistä ja jaloista.”

”Hoitajat joutuneet ottamaan potilaasta kiinni ja potilas laittanut vastaan voimakkaasti. Potilas jouduttu viemään maihin ja hälyttämään lisää henkilökuntaa toisilta osastoilta. Potilas tehnyt voimakasta vastarintaa aina lepositeisiin viemiseen asti.”

”Potilas sisälle tullessa rupesi vastustamaan vartijoita, jotka saattoivat potilasta sisälle. Jouduttu kaatamaan potilas maahan ja rajoittamaan

päinmakuulla. Pot. laitettu käsirautoihin, jonka jälkeen vartijoiden ja hoitajien voimin kannettu eristykseen.”

Ilmoitetuista tapahtumista 28,6 % (f=4) tapahtui ulkoilun yhteydessä ja 14,3 % (f=2) lääkkeenoton yhteydessä, iltatoimien ja lääkärinkierron yhteydessä oli ilmoitettu tapahtuneeksi yksi tapahtuma (7,1 %). Lisäksi yksi ilmoitetuista tapahtumista oli tapahtunut potilaan olleessa tutkimuksissa Kuopion yliopistollisessa sairaalassa. 35,7 %:ssa ilmoituksista (f=5) tapahtuman tilannetta ei ollut kuvattu tarkemmin. 92,9 %:ssa (f=13) tapahtumista potilaalle ei ollut aiheutunut tilanteesta haittaa, yhdessä tapahtumassa (7,1 %) potilaalle oli arvioitu aiheutuneen lievä haitta. Seitsemässä tapauksessa tilanteesta oli aiheutunut hoitavalle osastolle lisätyötä tai vähäisiä hoitotoimenpiteitä, viidessä tapauksessa osastolle ei aiheutunut haittaa.

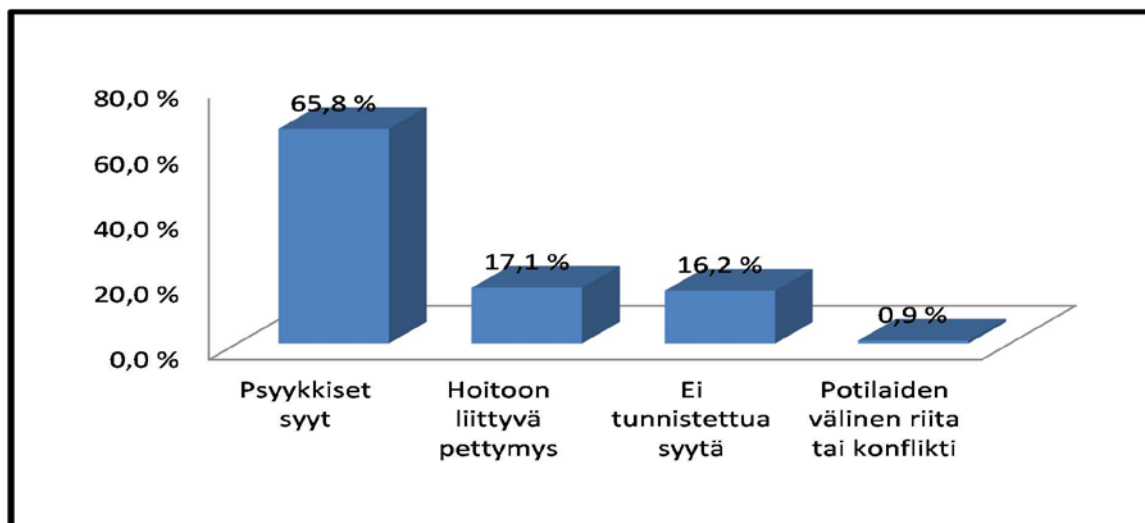
5.5 Väkivaltatilanteiden syntyyn vaikuttavat tekijät

HaiPro -ilmoitusta täyttäessään ilmoituksen tekijä arvioi myös tapahtumaolosuhteet ja muut tapahtuman syntyyn myötävaikuttavat tekijät. Yleisimmin tilanteen syntyyn vaikuttaviksi tekijöiksi oli nimetty **potilas ja läheiset** 81,6 %:ssa (f=275) tapauksista. ”Potilas ja läheiset” -luokkaan voi ilmoitusta tehdessä valita myös alaluokan tarkentamaan kuvausta. Yleisin valittu alaluokka oli **sairauden vakavuus ja pulmallisuus** (54,9 %), muita käytettyjä täsmentäviä alaluokkia olivat **sekavuus, päihtymys väkivaltaisuus, kognition lasku** 17,8 %, **henkilökohtaiset ominaisuudet** 8 % ja **itsetuhoinen potilas** 4,4 %. 14,9 prosentissa ilmoituksista alaluokkaa ei ollut valittu lainkaan.

Toimintatavat oli nimetty syntyyn vaikuttaviksi tekijöiksi 0,9 %:ssa (f=3) ilmoituksista, **kommunikointi ja tiedonkulku** 0,6 %:ssa (f=2) ilmoituksista ja **tiimin/ryhmän toiminta** 1,2 %:ssa (f=4) ilmoituksista. Väkivaltatilanteisiin myötävaikuttaneita tekijöitä ei ollut nimetty lainkaan 23:ssa ilmoituksessa, mikä on 6,8 % kaikista ilmoituksista. Luokka **”ei tunnistettuja myötävaikuttaneita tekijöitä, normaali tilanne”** oli valittu 7,4 %:ssa (f=25) ilmoituksista. **”Ei tiedossa”** -luokka oli valittu 1,5 %:ssa (f=5) ilmoituksista.

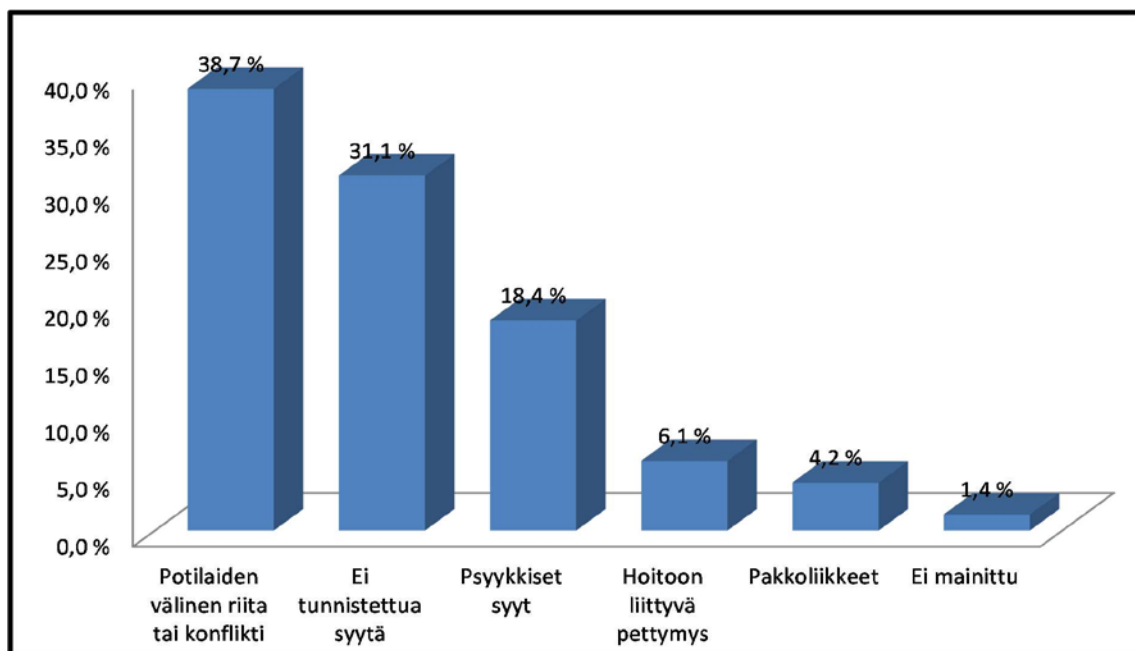
Tätä tutkimusta varten HaiPro -ilmoituksen luokittelun lisäksi tilanteiden syntyyn vaikuttavat tekijät luokiteltiin myös tapahtumakuvausten perusteella. Tämän luokittelun perusteella yleisin tapahtuman aiheuttaja oli psyykkiset syyt 36,2 % (f=122) kaikista ilmoituksista. Psyykkiset syyt -luokkaan on luokiteltu ne ilmoitukset, joissa on mainittu potilaan olleen esimerkiksi hyvin ahdistunut tai psykoottinen ja tämä on aiheuttanut potilaan väkivaltaisen käyttäytymisen. 24,6 % (f=83) ilmoituksen tapahtumakuvausten mukaan tilanteeseen oli johtanut potilaiden välinen riita tai konflikti, 9,8 % (f=33) ilmoituksista mukaan väkivaltilanne oli seurausta hoitoon liittyvästä pettymyksestä. 24,9 %:ssa (f=84) ilmoituksista oli mainittu, ettei tapahtumalle löytynyt mitään tunnistettua syytä, 1,2 %:ssa (f=4) ilmoituksista tapahtuman syystä ei ollut mainittu mitään.

Itsensä vahingoittamista käsittelevissä ilmoituksissa yleisimmäksi tapahtuman syntyyn vaikuttavaksi tekijäksi oli kuvattu psyykkiset syyt 65,8 %:ssa ilmoituksista (f=73). Hoitoon liittyvä pettymys oli syynä 17,1 %:ssa (f=19) ilmoituksista, yhdessä (0,9 %) ilmoituksessa myötävaikuttavana tekijänä oli potilaiden välinen riita tai konflikti. 16,2 %:ssa (f=18) ilmoituksista oli mainittu, ettei tilanteen syntyyn ilmennyt tunnistettua syytä. Itseen kohdistuvan väkivallan syyt on kuvattu prosentiosuuksittain kuviossa 7.



KUVIO 7. Itsensä vahingoittamistapahtuman syntyyn vaikuttaneet tekijät (%).

Toiseen potilaaseen kohdistuvissa väkivaltatilanteissa yleisimpänä syynä oli mainittu potilaiden välinen riita tai konflikti 38,7 %:ssa ilmoituksista. Muita mainittuja syitä olivat psyykkiset syyt 18,4 %:ssa ilmoituksista, hoitoon liittyvä pettymys 6,1 %:ssa ilmoituksista ja potilaan taudinkuvaan liittyvät pakkoliikkeet 4,2 %:ssa toisen potilaan aiheuttamista väkivaltatilanneilmoituksista. 31,1 %:ssa (f=66) ilmoituksista tapahtumalle ei ollut tunnistettua syytä, kolmessa (2,7 %) ilmoituksessa syytä ei ollut mainittu. Toisen potilaan aiheuttaman väkivaltatilanteen syntyyn vaikuttavat tekijät on kuvattu kuviossa 8.

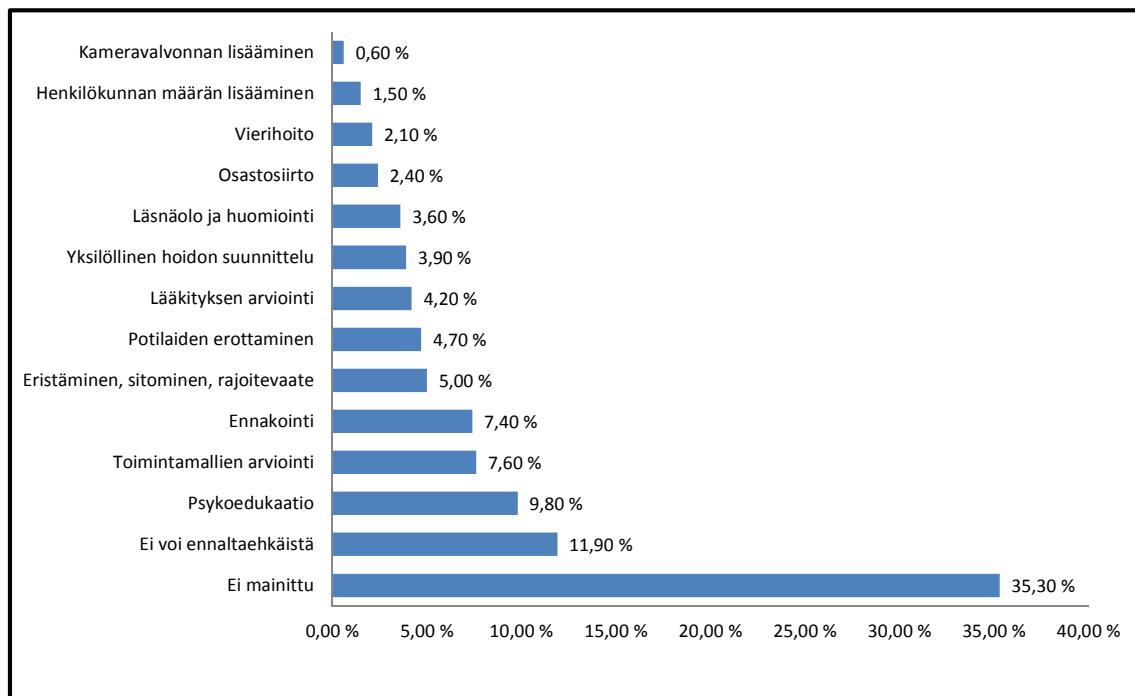


KUVIO 8. Toisen potilaan aiheuttamien väkivaltatilanteiden syntyyn vaikuttavat tekijät (%)

Tahdonvastaisia hoitotoimenpiteitä käsittelevissä ilmoituksissa yleisin tilanteen aiheuttaja oli psyykkiset syyt 71,4 %:ssa (f=10) ilmoituksista. Potilaan väkivaltaisuus oli mainittu syyksi 14,3 %:ssa (f=2) tahdonvastaisesti toteutettuja hoitotoimenpiteitä koskevista ilmoituksista, hoitoon liittyvä pettymys oli kuvattu tapahtuman syyksi yhdessä ilmoituksessa (7,1 %), lisäksi yhdessä ilmoituksessa (7,1 %) ei ollut syytä mainittu.

5.6 Väkivaltatilanteiden ennaltaehkäisy

HaiPro -ilmoitusta täyttäessään ilmoittajaa pyydetään myös kuvaamaan oma näkemyksensä siitä, miten tapahtuma pystyttäisiin jatkossa ehkäisemään. 35,3 %:ssa ilmoituksista ei ollut mainittu mitään ennaltaehkäisykeinoja ja 11,9 %:ssa ilmoituksista oli mainittu, ettei ilmoittajan mielestä väkivaltatilanteita voida ennaltaehkäistä.



Kuvio 9. Väkivaltatilanteiden ennaltaehkäisykeinot henkilökunnan kuvaamana (%)

Psykoedukaatio ja vaihtoehtoisten toimintamallien opettaminen potilaalle oli mainittu ennaltaehkäisykeinoksi 33:ssa ilmoituksessa, mikä on 9,8 % kaikista ilmoituksista.

”Keskustelemalla ptlaan kanssa, miten erimielisyydet voisi ratkaista ilman impulsiivista käytöstä.”

"Potilaille tulisi jollain keinolla saada iskostettua mieleen potilaiden ruumiillinen koskemattomuus ja heidän kanssaan kehitellä vaihtoehtoisia tapoja purkaa frustraatiotaan kuin fyysinen väkivalta."

7,6 %:ssa ilmoituksista (f=26) ennaltaehkäisykeinoksi oli mainittu työryhmän **toimintamallien arviointi ja suunnittelu**.

"Tarkistamalla potilaan tavarat tarkemmin siirtyessä osastolle, sekä pitää olla hyvin aikaan potilasta vastaanottaessa."

"Vastuu osaston toiminnasta yhdelle lääkärille."

"Kanttiiniostoksia tarkistettaessa rauhoitetaan tilanne ja pidetään huoneen ovi suljettuna."

"Ei muita toimintoja pesujen valvonnan aikaan."

Potilaiden voinnin ja tilanteiden aktiivisempi **ennakoointi** oli mainittu 7,4 %:ssa (f=25) ilmoituksista.

"Ennakoimalla potilaan käytöstä ja että nimetty hoitaja valvoo potilasta vuoron aikana tarkasti."

Rajoitteet ja pakkokeinot eli **eristäminen, sitominen ja rajoitevaatteiden** käyttö oli mainittu ennaltaehkäisykeinona 5,0 %:ssa (f=17) ilmoituksista.

"Ptlaan voinnin vaikuttaessa heikolta hänet tulisi ennakoivasti eristää jotta väkivaltaiselta käytökseltä välttyttäisiin ja myös ptlaan psyykkistä kuormittumista saataisiin hillittyä pienemmällä ärsykemäärällä."

"Suojakypärä jota ei saa nykyisemällä pois päästä tai potilas jatkuvasti sidottuna."

”Lyöjänliivissä osastolla oloa, koska pt tarvitsee harjoitusta sosiaalsiin tilanteisiin, mutta tilanteet ajautuvat liian helposti väkivaltaan.”

”Potilaan kaikki raajat kiinni.”

4,7 %:ssa ilmoituksista (f=16) konfliktitilanteeseen ajautuneiden **potilaiden erottaminen** esimerkiksi osaston eri tiloihin oli mainittu ennaltaehkäisykeinona.

”Xxx ja xxx eivät mene perätysten ruokailemaan sekä istuvat eri pöydissä.”

”Sovittiin, että pt xxx pysyy jatkossa osaston pohjoispäädystä ja pt xxx toisessa päädyssä.”

Potilaan **lääkityksen arviointi** oli mainittu ennaltaehkäisykeinona 4,2 %:ssa (f=14) ja **yksilöllinen hoidon suunnittelu ja toteutus** 3,9 %:ssa (f=13) ilmoituksista.

”Vahvistaa potilaan lääkitystä”

”Potilaan peruslääkitykseen paneuduttava ja mietittävä uusia kombinaatioita, jotta oireet voitaisiin minimoida.”

”Potilas xxx ei psyykkisen voinnin puolesta kestä odottamista eikä muita potilaita. Potilaalle xxx järjestetään jatkossa tarjotinruokailu.”

”Yksilöulkoilu, kunnes vointi koostuu”

Henkilökunnan **läsnäolo ja potilaiden huomiointi** oli mainittu 3,6 %:ssa (f=12) ilmoituksista.

”Huomioidaan potilasta erityisesti iltaa kohden, tarjotaan keskustelua ja huomiota, tarv.lääke, ettei eristäydy yksikseen.”

”Osaston molemmilla käytävillä hoitaja läsnä koko ajan rauhoittamassa tilannetta.”

”Ollaan enemmän läsnä ja potilaiden kanssa samassa tilassa.”

2,4 %:ssa (f=8) ilmoituksista ennaltaehkäisykeinoksi oli mainittu väkivaltaisesti käyttäytyvän potilaan **siirto toiselle osastolle**.

”Osaston siirto oman ja muiden turvallisuuden takia aiheellinen tapahtumien toistuessa.”

Vierihoidtoa oli ehdotettu ennaltaehkäisyksi 2,1 %:ssa (f=7) ilmoituksista, 1,5 %:n (f=5) mukaan tilanteiden ennaltaehkäisy vaatisi osastolle lisää **henkilökuntaa**. **Kameravalvonnan lisääminen** oli mainittu 0,6 %:ssa (f=2) ilmoituksista.

”Lisää henkilökuntaa osastolle sekä ruuan / lääkkeen jako tilanteen rauhoittaminen.”

”Pitämällä potilasta vierihoidettuna jatkuvasti.”

”Osaston kameravalvonta on huono.”

5.7 Yhteenveto tutkimuksen tuloksista

Tässä tutkimuksessa analysoitiin yhteensä 337 Niuvanniemen sairaalan HaiPro -raportointi-järjestelmään tutkimusajankohtana 1.3.2012–28.2.2014 kirjattua väkivaltaan liittyvää potilasturvallisuusilmoitusta. Kaikista väkivaltatapahtumista noin

yksi kolmasosa (34,9 %) oli läheltä piti -tilanteita ja kaksi kolmasosaa (65,1 %) tapahtui potilaalle -tilanteita. Eniten väkivaltatilanteita tapahtui maaliskuussa (13,4 %) ja vähiten toukokuussa (6,2 %). Toisen potilaan aiheuttamat väkivaltatilanteet ja itsensä vahingoittamiset painoutuivat kuitenkin eri kuukausille. Ilmoitusten perusteella itsetuhoisuus lisääntyi keväällä ja eniten itseen kohdistuvia väkivaltatilanteita tapahtui touko- ja kesäkuussa. Vastaavasti toisen potilaan aiheuttamia väkivaltatilanteita tapahtui vähiten kesäaikaan ja ne lisääntyivät talvikuukausina.

Viikonpäivistä eniten ilmoituksia oli kirjattu lauantaisin 16,0 % ja vähiten perjantaisin 13,1 %. Vaikka kaikkien ilmoituksen osalta väkivaltatilanteet olivat jakautuneet tasaisesti eri viikonpäiville, oli toisen potilaan aiheuttamien väkivaltatilanteiden ja itsensä vahingoittamisen välillä eroja myös viikonpäivän suhteen.

Väkivaltatilanteista noin kaksi kolmasosaa eli 62,9 % oli toisen potilaan aiheuttamia tapahtumia, näissä yleisimpänä väkivallan muotoina oli lyöminen (25,5 %), sanallinen uhkaaminen (20,3 %) ja töniminen (17,0 %). Noin yksi kolmasosa (32,9 %) potilasturvallisuusraporteista käsitteli itsensä vahingoittamista. Yleisimpinä itsensä vahingoittamisen muotoina oli mainittu pään hakkaaminen seinään tai muuhun kiinteään esineeseen (24,3 %), tavaroiden tai esineiden hakkaaminen (15,3 %) ja repiminen tai raapiminen (14,4 %). Kaikista väkivaltailmoituksista 43 %:n mukaan potilaalle ei aiheutunut väkivaltatilanteesta minkäänlaista haittaa ja 44,8 %:n mukaan aiheutunut haitta oli lievä. Itsensä vahingoittamisesta aiheutunut haitta oli arvioitu kohtalaiseksi 16,2 %:ssa ja vakavaksi 3,6 %:ssa ilmoituksista, kun toisen potilaan aiheuttamista väkivaltatilanteista aiheutunut haitta oli kohtalainen 8 %:ssa ja vakavaksi haittaa ei ollut arvioitu yhdessäkään raportissa. 23,5 %:ssa kaikista väkivaltatilanteista hoitavalle yksikölle ei aiheutunut minkäänlaista haittaa, 57,9 %:ssa ilmoituksista yksikölle oli arvioitu aiheutuneen lisätyötä tai vähäisiä hoitotoimenpiteitä.

Tahdonvastaisesti toteutetuksi hoitotoimenpiteeksi oli alkuperäisessä aineistossa luokiteltu vain yksi ilmoitus, mutta tapahtumakuvauksen perusteella tähän luokkaan lisättiin 13 ilmoitusta. Tahdonvastaisesti toteutetuissa hoitotoimenpiteissä yhdessä oli arvioitu potilaalle aiheutuneen lievä haitta, muissa potilaalle ei aiheutunut tilanteesta haittaa.

Toisen potilaan aiheuttaman väkivaltatilanteen syntyyn liittyi yleisimmin potilaiden välinen riita tai konflikti, itsensä vahingoittamisen syynä oli yleisimmin potilaan psyykkiset syyt, kuten ahdistuneisuus ja psykoottisuus. Arvioitaessa keinoja ennaltaehkäistä väkivaltatilanteita oli 11,9 %:ssa ilmoituksista arvioitu, ettei väkivaltatilanteita voi ennaltaehkäistä, 9,8 %:ssa ilmoituksista ennaltaehkäisykeinoksi oli mainittu psykoedukaatio ja uusien toimintamallien opettaminen keskustelun kautta. Muita mainittuja ehkäisykeinoja oli muun muassa työryhmän toimintamallien arviointi ja suunnittelu, tilanteiden ennakointi, läsnäolo ja pakkokeinojen ja vierihoidon käyttö.

6 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

6.1 Tutkimuksen eettisyys

Lupa tutkimuksen suorittamiseen ja tutkimusaineiston käyttöön anottiin Niuvanniemen sairaalan johtavalta lääkäriltä. Tutkimusaineisto koostuu Niuvanniemen sairaalan hoitohenkilökunnan nimettöminä tekemistä, jälkikäteen kerätyistä potilasturvallisuusilmoituksista, joten ilmoituksen tekijän henkilöllisyys ei tule edes tutkijalle missään vaiheessa ilmi, eikä ilmoittajan halukkuutta osallistua tutkimukseen voida näin ollen kysyä. HaiPro -ilmoitusten tarkoituksena on kerätä tietoa potilasturvallisuutta vaarantavista tapahtumista potilasturvallisuuden parantamiseksi. Näin ollen jokainen ilmoituksen tehnyt hoitohenkilökunnan jäsen on tiennyt ilmoitusta tehdessään, että ilmoituksia tullaan analysoimaan ja hyödyntämään jälkikäteen.

Tutkimuksessa ei tutkita suoraan potilaita, eikä myöskään potilaiden henkilöllisyys käy tutkimuksen kohteena olevista ilmoituksista ilmi, näin ollen tutkimus ei vahingoita potilaita millään tavalla, eikä potilaiden suostumusta ole voitu tiedustella. Tutkimuksen teossa ja raportoinnissa noudatetaan hyvää tieteellistä käytäntöä ja tutkimus raportoidaan siten, ettei yksittäistä henkilöä voida identifioida. Tutkimusaineisto on ollut tutkijalla käytössä sähköisessä muodossa ja se hävitetään asianmukaisesti tutkimuksen valmistuttua.

6.2 Tutkimuksen luotettavuus

Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan validiteetin ja reliabiliteetin avulla. Tutkimuksen reliabiliteetti tarkoittaa tutkimuksen toistettavuutta eli kykyä antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. Tutkimuksen validiteetti puolestaan tarkoittaa tutkimusasetelman tai mittarin kykyä mitata juuri sitä, mitä on tarkoituskin mitata. Tutkimustulosten sisäisellä validiteetilla arvioidaan sekoittavien tekijöiden vaikutusta tutkimustuloksiin, kun taas ulkoinen validiteetti arvioi tutkimustulosten yleistettävyyttä. (Burns & Grove 2009.)

Tässä tutkimuksessa tiedonkeruun mittarina käytettiin HaiPro -ilmoituslomaketta, joka on kehitetty ja pilotoitu yhteistyössä useiden eri sosiaali- ja terveysalan yksiköiden kanssa ja joka mittasi juuri sitä ilmiötä, josta tutkimuksessa oltiin kiinnostuneita. Tässä tutkimuksessa myös analysoitiin valmiiksi kerättyä sekundääriaineistoa, eikä tutkija näin ollen voinut vaikuttaa käytetyn mittarin rakenteeseen tai vastaajien toimintaan. Kuitenkin valmiit aineistot harvoin soveltuvat sellaisenaan käytettäväksi tutkimuksessa ja niitä joudutaankin usein muokkaamaan esimerkiksi muuttamalla aineistoja määrälliseen muotoon (Hirsjärvi ym. 2009). Näin toimittiin myös tässä tutkimuksessa. Jo ilmoituksen käsittelyvaiheessa ilmoituksen käsittelijä on luokitellut tapahtuman ilmoittajan tapahtumakuvauksen perusteella ja tutkimusvaiheessa tutkija on tehnyt luokittelua saman tapahtumakuvauksen perusteella. Näissä molemmissa vaiheissa sekä käsittelijä että tutkija ovat tehneet luokittelun oman tulkintaansa perustuen ja on mahdollista, että tämä tulkinta poikkeaa alkuperäisen ilmoittajan näkemyksestä. Osassa ilmoituksista tutkijan tulkinta poikkesi myös käsittelijän tulkinnasta, jolloin luokitteluja muokattiin vastaamaan paremmin tapahtumankuvausta. Tutkimusaineistoa korjattiin myös jättämällä lopullisesta aineistosta pois ne ilmoitukset, jotka eivät koskeneet väkivaltaa, vaikka ilmoituksen tekijä olikin tapahtuman luokitellut väkivaltatapahtumaksi. Aineiston korjaus tehtiin yhdessä sairaalan turvallisuuspäällikön ja HaiPro -pääkäyttäjän kanssa, mikä osaltaan parantaa tutkimuksen luotettavuutta ja reliabiliteettia. On huomattavaa myös, että ilmoitusten tapahtumankuvauksissa oli sisällöllisesti suurta laadullista vaihtelua, osa kuvauksista oli hyvin tarkkoja ja yksityiskohtaisia, jolloin luokittelu oli helpompaa, kun taas osassa ilmoituksista tapahtuma oli kuvattu hyvin lyhyesti ilman yksityiskohtia ja tilanteeseen vaikuttavien tekijöiden määrittelyä, jolloin myös luokittelun teko on hankalampaa. Tutkimuksen luotettavuuden parantamiseksi tutkimusraportissa onkin käytetty suoria lainauksia HaiPro -ilmoituksista, joiden avulla tutkija voi perustella tekemiään tulkintoja (Hirsjärvi ym. 2009).

Tähän tutkimukseen otettiin mukaan kaikki tutkimusajankohtana tehdyt väkivaltaan liittyvät potilasturvallisuusilmoitukset. Näin tutkimukselle saatiin melko suuri otos, mikä lisä tutkimuksen yleistettävyyttä. Yleistettävyyttä heikentää kuitenkin se, että tutkimuksessa saatiin tietoa vain yhden sairaalan rajatulla aikavälillä tehdyistä

väkivaltailmoituksista. Yleistettävyyteen vaikuttaa myös se, että tutkimus suoritettiin valtion oikeuspsykiatrisessa sairaalassa, joita Suomessa on vain kaksi.

Tämä tutkimus antaa tietoa vain niistä potilaaseen kohdistuvista väkivaltatapahtumista, joista sairaalan hoitohenkilökunta on tehnyt HaiPro - ilmoituksen. On mahdotonta arvioida sitä, kuinka paljon esimerkiksi potilaiden välisiä väkivaltatilanteita tapahtuu ilman, että ne tulevat hoitohenkilökunnan tietoon. Lisäksi hoitohenkilökunnan tulkinnat tilanteista ja ilmoitusherkyys vaihtelevat, joten tämän tutkimuksen perusteella voidaan tehdä vain suuntaa antavia johtopäätöksiä potilaisiin kohdistuvien väkivaltatilanteiden määrästä. (Burns & Grove 2009.)

6.3 Tutkimuksen keskeisten tulosten tarkastelua

Potilaisiin kohdistuvien väkivaltatilanteiden määrä ilmoitusten perusteella tutkimusajankohtana

Niuvanniemen sairaalassa tehtiin tutkimusajankohtana yhteensä 1123 väkivaltaan liittyvää HaiPro -ilmoitusta, joista 733, eli 65,3 % oli henkilökuntaan kohdistuvia työturvallisuusilmoituksia ja 390, eli 34,7 % potilasturvallisuusilmoituksia. Aikaisemmissa tutkimuksissa potilaisiin kohdistuvien väkivaltatilanteiden osuus vaihtelee suuresti. Täsmällistä tietoa siitä, kuinka suuri osuus Niuvanniemen sairaalan väkivaltatilanteista todellisuudessa kohdistuu potilaisiin on kuitenkin hankala saada, sillä jo tämän tutkimuksen aineiston läpikäynti osoitti sen, että HaiPro -luokitteluissa on paljon virheitä. 390:sta väkivaltaan liittyvästä potilasturvallisuusilmoituksesta 69 ilmoitusta oli virheellisesti luokiteltuja työturvallisuusilmoituksia. Työturvallisuusilmoituksia ei tätä tutkimusta varten käyty läpi, joten tietoa siitä, onko potilasturvallisuusilmoituksia luokiteltu virheellisesti työturvallisuusilmoituksiksi, ei tutkijalla ole. Ilmoitusten määrä ei myöskään anna täyttä varmuutta tapahtumien määrästä. Myös eri yksiköiden välillä voi olla suuriakin eroja ilmoitusaktiivisuudessa ja siinä millaisista tilanteista ilmoitus tehdään. Erityisen suuria yksiköiden välisiä vaihteluita voi olla sanallisen uhkailun ja verbaalisen aggression ilmoittamisessa. Esimerkiksi avoimemmissa yksiköissä, ja yksiköissä joissa väkivaltatilanteita esiintyy harvemmin, sanallisesta uhkaamisesta ja verbaalisesta aggressiivisuudesta ilmoitetaan mahdollisesti herkemmin.

Tässä tutkimuksessa ilmoitusten määrä painottui tutkimus- ja hoito-osastoille, nämä osastot toimivat myös vastaanotto-osastoina ja niillä hoidetaan hoidon alkuvaiheessa olevia potilaita. Näin ollen onkin ymmärrettävää, että väkivaltatilanteita tapahtuu eniten juuri näillä osastoilla. Kuitenkin tässä tutkimuksessa oli mukana yksi kuntoutusosasto, jolla ei koko tutkimusaikana eli kahden vuoden aikana tehty yhtään väkivaltaan liittyvää potilasturvallisuusilmoitusta, ei edes läheltä piti -tilanteeseen liittyvää. Tämä on hieman yllättävää, koska kyseessä on oikeuspsykiatrinen sairaala, jonka potilaiden keskeisenä ongelmana on väkivaltaisuuden ja aggressiivisuuteen liittyvä problematiikka. On mahdollista, että tutkimusaikana ei kyseisellä osastolla todella tapahtunut yhtään väkivaltaan liittyvää potilasturvallisuutta vaarantavaa tilannetta. Toisaalta kuntoutusosastoilla henkilökuntaa on paikalla suhteessa vähemmän ja osastojen tietyt toiminnot ja rutiinit tekevät hoitajan työstä toimintakeskistä, jolloin hoitajilla on vähemmän aikaa ja mahdollisuuksia viettää aikaa potilaiden kanssa ja tarkkailla potilaiden välisiä suhteita. Kuntoutusosastojen potilaat myös viettävät paljon aikaa osaston ulkopuolella, jolloin kaikki konfliktitilanteita tai ristiriitoja ei henkilökunta pysty havaitsemaan. Voi myös olla, että oikeuspsykiatria oletetaan liittyvän jonkin verran väkivaltaa ja aggressiivisuutta, jolloin ilmoittamiskynnys nousee korkeammaksi. Mielenkiintoista olisi tutkia kyseisen osaston väkivaltaan liittyvien työturvallisuusilmoitusten määrää tutkimusajankohtana, koska uskon, että ilmoituskynnys on matalampi silloin kun henkilökunnan turvallisuutta uhataan.

Aikaisempien tutkimusten mukaan suurimman osan psykiatrisessa sairaalahoidossa tapahtuvista väkivaltatilanteista aiheuttaa pieni joukko potilaita (Foster ym. 2007, Kuivalainen ym. 2014, Lussier ym. 2014, Bader & Evans 2015, Broderick ym. 2015). Tässä tutkimuksessa käsiteltiin vain väkivaltatapahtumista tehtyjä ilmoituksia, eikä potilaiden yksilöinti- ja henkilöllisyystietoja ollut käsittelyssä lainkaan. Näin ollen tämän tutkimuksen aineiston perusteella ei voida tehdä minkäänlaisia päätelmiä väkivallan kohteena olevista tai väkivallan aiheuttaneista potilaista tai heidän määrästä.

Tutkimuksessa tarkasteltiin väkivaltatilanteiden määriä suhteessa kellonaikoihin, viikoppäiviin ja kuukausiin. Huomioitaessa sekä itseen kohdistuvat että toiseen potilaaseen kohdistuvat väkivaltatilanteet, on väkivaltatapahtumia ollut eniten talvikuukausina (marras-, joulukuu ja tammikuu) ja kevätkuukausina (helmi-, maaliskuu ja

huhtikuussa) ja vähiten kesäaikaan eli kesä-elokuussa. Ilmoitusten perusteella itsetuhoisuus lisääntyi keväällä ja eniten itseen kohdistuvia väkivaltatilanteita tapahtui touko- ja kesäkuussa. Vastaavasti toisen potilaan aiheuttamia väkivaltatilanteita tapahtui vähiten kesäaikaan ja ne lisääntyivät talvikuukausina. Tämä tulos on yhdenmukainen joidenkin aikaisempien tutkimusten kanssa, joiden mukaan väkivaltatilanteita tapahtui eniten juuri talvikuukausien aikana (Peluoja ym. 2013, Bader ym. 2014), mutta toisaalta myös päivittäisiä tutkimustuloksia on olemassa, erityisesti aikaisemmissa pohjoismaisissa tutkimuksissa on todettu, että väkivaltatilanteita tapahtuu eniten juuri kesäaikaan. (Morke & Linaker 2000, Paavola & Tiihonen 2010.)

Väkivaltatilanteiden määrässä viikonpäivien suhteen ei ollut havaittavissa tilastollisesti merkitseviä eroja. Huomioidessa sekä itseen kohdistuvat että toisen potilaan aiheuttamat väkivaltatilanteet, tapahtumat jakaantuivat hyvin tasaisesti eri viikonpäivien kesken. Kuitenkin itseen kohdistuvat väkivaltatilanteet lisääntyivät viikonloppuisin, kun taas toiseen potilaaseen kohdistuvat väkivaltatilanteet painottuvat arkipäiville. Erityisesti keskiviikko on mielenkiintoinen, koska silloin tapahtui vähiten itseen kohdistuvia, mutta eniten toisen potilaan aiheuttamia väkivaltatilanteita. Osastojen päiväryhmillä ja päivien sisällöllä voi olla vaikutusta väkivaltatilanteiden määrään, viikonloppuisin on yleensä vähemmän strukturoitua ohjelmaa ja henkilökuntaa, jolloin potilailla on mahdollisuus olla enemmän omissa oloissaan ja vähemmän kontaktissa sekä henkilökunnan että toisten potilaiden kanssa, jolloin myös konfliktitilanteita tapahtuu vähemmän. Tämä tulos poikkeaa aikaisemmista tutkimustuloksista, sillä Peluoja ym. (2013) ja Baderin ym. (2014) tutkimuksessa väkivaltatilanteita tapahtui vähiten viikonloppuisin, kuitenkin näissäkin tutkimuksissa viikonpäivien välillä ei ollut tilastollista merkitsevyyttä. Väkivaltatilanteiden jakaantuminen viikonpäivien suhteen vaihtelee runsaasti myös aikaisemmissa tutkimuksissa, eikä selkeästi ole pystytty osoittamaan väkivallattomuutta tai väkivaltaisinta viikonpäivää, mutta myös aikaisemmat tutkimukset selittävät määrien vaihtelua osaston toimintaan, aktiviteetteihin ja henkilökuntamäärään vedoten (Peluoja ym. 2013, Bader ym. 2014, Hallett ym. 2014.)

Kellonajallisesti väkivaltatilanteita tapahtui eniten iltapäivällä kello kolmen ja kuuden sekä illalla kuuden ja yhdeksän välisenä aikana. Yöajat olivat väkivaltatilanteiden osalta hyvin rauhallisia, alkuyön aikana oli kirjattu yhteensä 8 ilmoitusta ja aamuyöllä

kello kahdenkymmenen neljän ja kuuden välillä tapahtumia ei ollut ollenkaan. Tämä poikkeaa suuresti Thangavelun (2010) tutkimustuloksista, joiden mukaan erityisesti itsensä vahingoittamista ja itsemurhayrityksiä tapahtui eniten öisin kello kahdenkymmenen yhden ja aamu yhdeksän välisenä aikana. Väkivallan kohteen mukaisesti eroteltuna sekä itsen kohdistuvia että toisen potilaan aiheuttamia väkivaltatilanteita tapahtui eniten kello viidentoista ja kahdeksantoista välisenä aikana, mutta toisen potilaan aiheuttamia väkivaltatilanteita tapahtui vain yksi vähemmän kello yhdeksän ja kahdentoista välisenä aikana, kun taas itsensä vahingoittamistilanteita tapahtui toiseksi eniten kello kahdeksantoista ja kahdenkymmenen yhden välisenä aikana. Myös Badenin ym. (2015) tutkimuksen mukaan väkivaltatilanteita tapahtuu eniten iltavuoron aikaan kello viidentoista ja kahdenkymmenen yhden välillä ja erityisesti aamuyön tuntien aikaan väkivaltatilanteet ovat hyvin harvinaisia. Badenin ym. (2015) tutkimus osoitti myös, että vuorokaudessa oli havaittavissa kolme ajankohtaa, jolloin väkivaltatilanteita tapahtui selkeästi eniten ja nämä ajankohdat sijoittuivat osaston kiireisimpiin aikoihin, eli ruokailujen, lääkkeenjaon ja henkilökunnan vuoronvaihdon aikaan. Väkivaltatilanteiden kellonajallinen tarkastelu on tärkeää ja sitä voidaan hyödyntää erityisesti henkilökunnan resursoinnin ja työaikojen suunnittelussa, jolloin henkilökuntaa voidaan suunnitella töihin silloin kun potentiaalia väkivaltatilanteisiin on eniten. Myös henkilökunnan vuoronvaihtoja voitaisiin porrastaa väkivaltatilanteiden vähentämiseksi.

Väkivaltatilanteiden jakautuminen väkivallan aiheuttajan mukaan

Tässä tutkimuksessa kaksi kolmasosaa tutkimusaineiston muodostaneista ilmoituksista koski toisen potilaan aiheuttamaan väkivaltaa ja noin yksi kolmasosa oli itsensä vahingoittamista koskevia ilmoituksia. Ainoastaan 4,2 % ilmoituksista koski tahdonvastaisesti toteutettuja hoitotoimenpiteitä. Toisen potilaan aiheuttamista väkivaltatilanteista reilu yksi kolmasosa oli läheltä piti -tilanteita, ja hieman alle kaksi kolmasosaa tapahtui potilaalle -tilanteita. Itsensä vahingoittamistilanteista yli kolme neljäsosaa oli tapahtui potilaalle -tilanteita.

Toisen potilaan aiheuttamissa väkivaltatilanteissa yleisimpänä väkivallan muotona oli lyöminen. Myös sanallista uhkaamista, tönimistä ja esineellä heittämistä tai lyömistä

tapahtui varsin paljon. Myös Fosterin ym. (2007) tutkimuksen mukaan yleisimpinä toiseen potilaaseen kohdistuvina väkivallan muotoina oli sanallinen uhkaaminen (45,8 %) ja kädellä lyöminen tai töniminen (45,8 %). Toisen potilaan aiheuttamat väkivaltatilanteet tapahtuivat pääsääntöisesti osaston yhteisissä tiloissa, eli käytävällä, päivä- ja ruokasalissa ja tupakkahuoneessa, eli paikoissa, joissa potilaat ovat vuorovaikutuksessa toistensa kanssa. Myös Baderin ym. (2014) tutkimuksessa väkivaltatilanteita tapahtui eniten osaston yleisissä tiloissa, erityisesti käytävällä ja päiväsalissa.

Itsensä vahingoittamisen yleisimpänä muotona oli päähakkaaminen seinään tai muuhun kiinteään esineeseen. Seuraavaksi eniten itsensä vahingoittamisen muodoksi oli kuvattu tavaroiden tai esineiden hakkaamista, repimistä tai raapimista sekä viiltelyä. Nämä tulokset ovat yhdenmukaisia aikaisempien tutkimustulosten kanssa, vaikkakin on huomattavaa, että aikaisemmissa tutkimuksissa polttaminen oli yksi yleisimmistä itsensä vahingoittamisen muodoista, kun tässä aineistossa vain yhdessä ilmoituksessa kuvattiin potilaan vahingoittaneen itseään polttamalla. Jonesin ym. (2012) tutkimuksessa todettiin hengityksen pidättämisen olevan toiseksi yleisin itsensä vahingoittamisen muoto, mutta tässä tutkimuksessa sitä ei tullut esille lainkaan.

Aikaisemmat tutkimukset osoittavat, että itsensä vahingoittamista tapahtuu yleisimmin osaston yksityisissä tiloissa, kuten potilashuoneissa ja kylpyhuoneissa (Andover & Gibb 2010, Bowers ym.2010, Thangavelu 2010.) Myös tässä tutkimuksessa selkeästi yleisin itsensä vahingoittamisen paikka oli potilashuone tai eristyshuone, mutta toiseksi eniten itsensä vahingoittamistilanteita tapahtui osaston käytävällä (18,9 %). Käytävien osuus poikkeaa selkeästi esimerkiksi Jonesin ym. (2012) tutkimuksesta, jonka mukaan vain 0,7 % itsensä vahingoittamistilanteista tapahtui osastojen käytävätiloissa. Todennäköisesti potilaan itsensä vahingoittamisen tarkoitus vaikuttaa siihen missä tilassa potilas itseään vahingoittaa. Mikäli potilaan pyrkimyksenä on itsemurha, pyrkii hän todennäköisimmin vahingoittamaan itseään paikassa, johon henkilökunnalla ei ole jatkuvaa näköyhteyttä ja itsensä surmaamisen onnistumismahdollisuudet ovat suurimmat. Tällöin paikaksi valikoitunee juuri potilashuoneet tai kylpyhuoneet. Itsensä vahingoittaminen voi olla myös potilaan keino purkaa omaa ahdistuneisuuttaan ja tuoda julki omaa avuntarvettaan, eikä tarkoituksena ei ole itsemurha. Näin ollen myös tekopaikka on todennäköisemmin

julkinen. Itsensä vahingoittamisen tarkoitus heijastuu varmasti myös siihen miten potilas itseään vahingoittaa.

Tahdonvastaisesti toteutetuksi hoitotoimenpiteeksi oli alkuperäisessä aineistossa luokiteltu vain yksi tapahtuma. Kanervan ym. (2015) tutkimuksen mukaan hoitohenkilökunta ei miellä hoitajien fyysistä voimankäyttöä ja tahdonvastaisesti toteutettuja toimenpiteitä potilasturvallisuusriskiksi. Tämä on varmasti yksi syy miksi potilasturvallisuusilmoituksia ei voimankäyttöä vaativista tilanteista ole tehty. Henkilökunta ei myöskään selkeästi tiedä millaisista tilanteista tuo ilmoitus tulisi tehdä; tulisiko ilmoitus tehdä aina, kun käydään potilaaseen fyysisesti kiinni, vai vain silloin kun potilas voimakkaasti vastustaa tai kun potilaalle tulee tilanteesta fyysistä haittaa. Myös HaiPron oma luokittelu tahdonvastaisten hoitotoimenpiteiden kohdalla aiheuttaa osaltaan sen, ettei näitä ilmoituksia tehdä. HaiPron luokittelussa tahdonvastainen hoitotoimenpide voidaan luokitella liialliseksi voimankäytöksi hoitotoimenpiteen yhteydessä, tarpeettomaksi lääkitykseksi, tarpeettomaksi eristykseksi tai virheelliseksi lepositeiden käytöksi. Näin ollen voimakeinojen käytöstä tulisi tehdä ilmoitus vain silloin kun voimakeinoja on käytetty liikaa. Liiallisen käytön arviointi on usein hyvin vaikeaa, varsinkin kun luokittelun tekee ilmoituksen käsittelijä, joka todennäköisesti ei ole ollut tilanteessa mukana lainkaan. Aikaisemmat tutkimuksen osoittavat, että potilaaseen kohdistetut pakkotoimenpiteet ja fyysiset rajoitteet aiheuttavat potilaalle usein psyykkistä ahdistusta ja haittaa ja muodostavat näin ollen merkittävän potilasturvallisuusriskin. Voimakeinojen käytön kirjaaminen ja niistä potilasturvallisuusilmoitusten tekeminen tulisikin selkeästi ohjeistaa ja selkeyttää. Mahdollisesti myös HaiPron luokittelua tahdonvastaisten hoitotoimenpiteiden osalta tulisi miettiä uudelleen.

Väkivaltatilanteiden syntyyn vaikuttavat tekijät

HaiPro -järjestelmän oman luokituksen mukaisesti yleisimmäksi tapahtumaan myötävaikuttaneeksi tekijäksi oli luokiteltu potilas ja läheiset, muita käytettyjä luokkia oli toimintatavat, kommunikaatio ja tiedonkulku sekä tiimin/ryhmän toiminta. Tämä luokitus ei kuitenkaan tutkijan mielestä anna selventävää kuvaa väkivaltatapahtuman syistä, tämän vuoksi tapahtuman syy pyrittiin löytämään tapahtuman kuvauksesta ja luokittelemaan ilmitulleisiin luokkiin.

Itsensä vahingoittamistilanteissa kahdessa kolmasosassa tapahtumista syynä tai tapahtumaan myötävaikuttavana tekijänä olivat potilaan psyykkiset syyt, pääsääntöisesti mainittuna oli ahdistuneisuus. Toiseksi yleisin syy oli hoitoon liittyvä pettymys. Nämä tulokset ovat yhdenmukaisia aikaisempien itsensä vahingoittamiseen liittyvien tutkimusten kanssa. 16,5 % itsensä vahingoittamiseen liittyvistä ilmoituksista ei ollut tunnistettu mitään syytä tai laukaisevaa tekijää, Thengevelun (2010) tutkimuksessa vastaava luku oli 20 %, joten tässäkin suhteessa tulokset ovat samansuuntaisia aikaisempien tutkimusten kanssa.

Toisen potilaan aiheuttamissa väkivaltatilanteissa yleisimpänä syynä oli mainittu potilaiden välinen riita tai konflikti. Myös tämä tulos on yhdenmukainen aikaisempien tutkimusten tulosten kanssa (Frueh ym. 2007, Peluola ym.2007). Kuitenkin toiseksi yleisin ilmaus tapahtumakuvauksissa oli, ettei tapahtumalle ollut olemassa mitään selittävää syytä. Varmasti psykiatriassa tapahtuu väkivaltatapahtumia, joille ei todellisuudessa ole mitään laukaisevaa tekijää, mutta todennäköisesti ainakin osa näistä potilaiden välisistä väkivaltatapahtumista johtuu potilaiden välisistä asioista, joita potilaat eivät halua henkilökunnan tietävän. Potilailla voi olla esimerkiksi keskinäistä kaupantekoa, velkoja tai muita riitoja, joista he eivät henkilökunnalle kerro, eikä henkilökunta voi olla koko ajan näkö- ja kuuloyhteydessä tarkkailemassa potilaiden välistä vuorovaikutusta ja toimintaa.

HaiPro -järjestelmän luokittelun tapahtuman syistä tekee tapahtumaosaston henkilökunta, mikä herättää kysymyksen siitä, voidaanko luokittelua pitää luotettavana. Tässäkin tutkimuksessa yleisimmin valittu luokka oli potilas ja läheiset, mikä on henkilökunnalle helpoin tapa luokitella tilanne. Hoitohenkilökunnan on helpompi nähdä tapahtuman syyt potilaassa ja hänen sairaudessaan. Kuitenkin viimeaikaiset tutkimukset korostavat hoitohenkilökunnan ja hoitoympäristön vaikutuksia väkivaltatilanteiden syntyyn. Henkilökunnan on varmasti vaikea ajatella tai hyväksyä aiheuttaneesta tai myötävaikuttaneensa väkivaltatapahtuman syntyyn, koska jokainen hoitohenkilökuntaan kuuluva lähtökohtaisesti kuitenkin ajattelee auttavansa potilasta, ei aiheuttavansa lisää ongelmia. Väkivaltatapahtumien syntyyn vaikuttavia tekijöitä voisi luotettavasti arvioida ulkopuolinen tarkkailija, tämä on kuitenkin hyvin hankalaa järjestää.

Aikaisemmat tutkimukset osoittavat, että väkivaltatilanteita tapahtuu eniten osaston päivittäisten toimintojen kuten ruokailujen, peseytymisten ja lääkkeenjaon yhteydessä (Kuivalainen ym. 2014, Bader ym. 2014). Tässä tutkimuksessa muita väkivaltatilanteiden syntyyn vaikuttavia tekijöitä oli hankala selvittää, koska suurimmassa osassa tapahtumakuvauksia oli kuvattu vain varsinainen väkivaltatilanne, ei muita myötävaikuttavia tekijöitä ja osaston tilannetta. Niissä tapahtumailmoituksissa, joissa tilanne oli kuvattu tarkemmin, yleisimmin kyseessä oli ruokailuihin tai peseytymiseen liittyvä tilanne.

Väkivaltatilanteista aiheutuneet seuraukset potilaille

Lähes 90 % kaikista ilmoituksista on potilaalle aiheutuneen haitan osalta luokiteltu Ei haittaa tai lievä haitta -luokkiin. Toisen potilaan aiheuttamaa väkivaltaa koskevista ilmoituksista näihin luokkiin on luokiteltu yli 91 % ilmoituksista, kohtalainen haitta -luokkaan luokiteltuja ilmoituksia on 8 %. Yhdessäkään ilmoituksessa potilaalle aiheutunutta haittaa ei arvioitu vakavaksi. Vähiten haittaa aiheutui sanallisesta uhkaamisesta, näistä ilmoituksista 86 % oli luokiteltu ei haittaa -luokkaan. Eniten haittaa aiheutui päällekkarkauksista ja rollaattorilla päälle ajosta, näissä haitta oli arvioitu kohtalaiseksi 21,4 % ja 33,3 % ilmoituksista. Kuitenkin on huomioitava, että näissä luokissa ilmoitusten kokonaismäärä oli varsin pieni. Fosterin ym.(2007) mukaan 70,8 % toisen potilaan aiheuttaman väkivallan kohteeksi joutuneista potilaista koki olonsa uhatuksi ja pelokkaaksi, lisäksi lähes neljännes uhreista koki tapahtuman johdosta kipua tai tarvitsi vammoihinsa hoitoa.

Itsensä vahingoittamistilanteista 80 % ei arvioitu aiheuttaneen potilaalle haittaa tai aiheutunut haitta oli lievä. 16,2 % ilmoituksissa oli potilaalle aiheutunut haitta luokiteltu kohtalaiseksi ja 3,6 % vakavaksi. Potilaalle vakavimmat haitat arvioitiin aiheutuneen viiltelystä, viiltelyä koskevista ilmoituksista haitta oli arvioitu kohtalaiseksi 38,5 % ja vakavaksi 15,4 %. Myös pään hakkaamisesta ja kuristautumisesta tai hirttäytymisestä oli arvioitu aiheutuneen vakavaa haittaa. Yhdessä itsensä vahingoittamistilanteessa potilas menehtyi. Itsensä vahingoittamisen seuraukset ovat hyvin samansuuntaisia kuin Jonesin ym. (2012) tutkimuksessa, jonka aineisto perustui myös hoitajien tekemiin ilmoituksiin. Jonesin ym. mukaan 90 % tilanteista potilaalle aiheutunut haitta oli korkeintaan lieväksi ja

ainoastaan 0,2 % haitta oli arvioitu vakavaksi. Myös Fosterin ym. (2007) tutkimuksessa lähes puolessa itsensä vahingoittamistapauksista henkilökunta arvioi, ettei potilaalle aiheutunut tilanteesta haittaa ja ainoastaan yhdessä tapauksessa tilanteen oli arvioitu aiheuttaneen potilaalle kipua.

Tahdonvastaisesti toteutettujen hoitotoimenpiteiden arvioitiin aiheuttaneen potilaalle lievän haitan yhdessä ilmoituksessa, muissa ilmoituksissa potilaalle aiheutunut haitta oli arvioitu Ei haittaa -luokkaan. Tässä tutkimuksessa haitan asteen arviointi painottuu kaikkien ilmoitusten osalta hyvin pitkälti fyysisten, näkyvien haittojen arviointiin, eikä potilaan traumatisoitumista tai psyykkisiä haittoja, kuten pelkotiloja tai ahdistusta tai potilaan kokemaan kipua ja sen astetta ole juurikaan huomioitu. Kuitenkin aikaisemmat tutkimukset osoittavat, että suuri osa psykiatrisista potilaista kohtaa sairaalahoitonsa aikana väkivaltaan, epäasialliseen kohteluun tai rajoitteisiin ja pakkotoimiin liittyviä tilanteita, jotka aiheuttavat pelkoa, ahdistusta ja traumatisoitumista ja hidastavat tai hankaloittavat potilaiden hoitoa ja toipumisprosessia (Frueh ym. 2005, Robins ym. 2005.) HaiPro -järjestelmän ongelmana on se, että myös potilaalle aiheutuneiden seurausten arvioinnin tekee käsittelijä ilmoituksen tekijän tapahtuman kuvauksen perusteella. Käsittelijä ei yleensä ole paikalla tilanteessa, joten arvio perustuu toisen käden tietoon, jolloin myös tiedon luotettavuus heikkenee ja erityisesti tapahtuman psyykkisten seurausten ja kivun asteen arviointi on hyvin hankalaa.

Henkilökunnan näkemys siitä, miten tapahtuman toistuminen voitaisiin tulevaisuudessa ennaltaehkäistä

Tässä tutkimuksessa henkilökunnan kuvaamissa ennaltaehkäisykeinoissa esiin tuli sekä hoidollisia että rajoittavia keinoja. Yleisimpinä ennaltaehkäisykeinoina kuvattiin vuorovaikutukselliset keinot, kuten psykoedukaatio ja terapeuttilinen keskustelu, joissa potilaille pyritään opettamaan vaihtoehtoisia keinoja väkivaltakäyttäytymisen tilalle sekä henkilökunnan läsnäolo. Vuorovaikutukselliset keinot on kuvattu tehokkaimpina väkivallan ennaltaehkäisykeinoina sekä potilaiden että henkilökunnan taholta myös aikaisemmissa tutkimuksissa. Olssonin (2015) tutkimuksessa potilaat korostivat erityisesti sairauden ymmärtämisen ja hyväksymisen merkitystä turhautumisen ja ahdistuneisuuden vähentämisessä ja tämä onkin yksi psykoedukaation

keskeisimmistä tavoitteista. Tässä tutkimuksessa, vaikkakin vuorovaikutukselliset asiat olivatkin yleisimmin mainittu ennaltaehkäisykeino, vastausten painopiste oli siinä, mitä asioita potilaan kanssa voisi keskustella ja potilaalle opettaa. Sitä, miten potilaan kanssa ollaan vuorovaikutuksessa, ei pohdittu lainkaan.

Hoidollisiin keinoihin kuuluvat myös yksilöllisten hoitokeinojen suunnittelu sekä henkilökunnan toimintojen uudelleenjärjestely. Näillä keinoilla pyritään potilaalle luomaan hyvä hoidollinen ympäristö ilman eristystä tai muita rajoittavia toimenpiteitä kuitenkin siten, että kaikkien turvallisuus pystyttäisiin mahdollisimman hyvin takaamaan. Näissä vastauksissa asioita mietittiin hyvin potilaslähtöisesti, mutta ratkaisut olivat kuitenkin varsin tehtäväkeskeisiä.

Rajoitteiden ja pakkokeinojen käyttö oli mainittu myös useassa ilmoituksessa. Pakkokeinot oli kuvattu myös usein ennaltaehkäisynä. Ilmoituksissa oli ehdotettu muun muassa, ettei potilasta otettaisi eristyksestä pois tai että potilas pitäisi eristää aikaisemmin, jotta väkivaltatilanteita ei pääsisi syntymään. Näissä tapauksissa on todennäköisesti kyse toistuvasti väkivaltaisesti käyttäytyvistä potilaasta, joiden kohdalla henkilökunta kokee jonkin asteista voimattomuutta ja kyvyttömyyttä ehkäistä väkivaltaa. Kuten aikaisemmat tutkimukset osoittavat, suurimman osan väkivaltatilanteista aiheuttaa hyvin pieni osa potilaita (Foster ym.2007, Kuivalainen ym. 2014, Lussier ym. 2014, Bader & Evans 2015, Broderick ym.2015), tätä ei kuitenkaan tästä tutkimusaineistosta selvitetty.

Aikaisemmat tutkimukset osoittavat, että ympäristöllä on suuri merkitys väkivaltatilanteiden syntyyn ja ennaltaehkäisyyn (Mason & Street 2003, Meehan ym. 2006, Quanbeck ym. 2007, Hallett ym. 2014, Gudde ym. 2015, Olsson ym. 2015). Kuitenkaan tämän tutkimuksen aineistossa ympäristöön liittyviä ennaltaehkäisykeinoja ei juuri tullut esille. Ainoastaan yksittäisissä ehdotuksissa oli mainittu, että tilasta poistetaan vahingoittamiseen soveltuvat esineet ja että tilojen kameravalvonta on huono ja sitä tulisi kehittää. Myös henkilökuntaa oli toivottu määrällisesti lisää osastolle. Ympäristöä ja sen viihtyisyyttä ja toimivuutta kehittämällä voitaisiin saada väkivallan ennaltaehkäisyssä hyviä tuloksia suhteellisen helposti.

Vaikka HaiPro -ilmoituksen täyttäjää pyydetään ilmoitusta tehdessään kuvaamaan oma näkemyksensä siitä, miten vastaava tapahtuma voitaisiin tulevaisuudessa

ennaltaehkäistä, oli tämän tutkimuksen aineistossa kyseinen kohta jätetty täysin täyttämättä 35,3 %:ssa ilmoituksissa, lisäksi 11,9 %:ssa ilmoituksista oli ilmaistu, ettei vastaavia tapauksia voida ennaltaehkäistä. Syitä siihen, miksi ennaltaehkäisykeinoja ei ilmoituksiin kirjata, voi olla useita. Kirjaaminen on nykypäivän terveydenhuollossa lisääntynyt merkittävästi, kun taas kirjaamiseen käytettävissä oleva aika on vähentynyt, jolloin mahdollisesti jätetään kirjaamatta kaikki se, mitä ei ole pakko kirjata. Lisäksi ennaltaehkäisyehdotusten jatkokäsittelyllä ja huomioimisella voi olla vaikutusta niiden kirjaamisaktiivisuuteen. Niuvanniemen sairaalassa on perustettu vuonna 2013 potilasturvallisuustyöryhmä, joka suorittaa potilasturvallisuustutkimnan johtavan lääkärin määräämistä potilasturvallisuuden vaarantumistapahtumista. Valinta tehdään HaiPro -ilmoitusten perusteella. Potilasturvallisuustutkimnassa käydään läpi tapahtuman kulku ja siihen myötävaikuttaneet tekijät ja turvallisuustutkimnan tarkoituksena on vaaratapahtumien ennaltaehkäisy ja potilasturvallisuuden kehittäminen. Potilasturvallisuustutkimnan yhteydessä käsitellään myös ennaltaehkäisyehdotukset ja niiden jatkokäsittely.

Mikäli ennaltaehkäisyehdotuksia ei oteta huomioon ilmoitusten käsittelyvaiheessa, eikä näitä ehdotuksia pohdita ja viedä eteenpäin käytännön hoitotyöhön, voi hoitohenkilökunta kokea, ettei heidän esittämillään ehdotuksilla ole mitään merkitystä ja ehdotusten kirjaaminen on turhaa työtä. Syitä siihen, miksi ennaltaehkäisykeinoja ei ilmoituksiin kirjata on sairaalassa syytä miettiä, sillä väkivaltatilanteiden ennaltaehkäisy on merkittävä tekijä niin potilas- kuin työturvallisuudenkin kannalta. Hoitotyön esimiesten ja ilmoitusten käsittelijöiden tulisi huolehtia siitä, että HaiPro -ilmoitukset käsitellään niin, että henkilökuntaa kannustetaan omien ehdotusten ja näkemysten julkituontiin ja että henkilökunnan kuvaamat ennaltaehkäisykeinot otetaan huomioon, niiden perusteella tehdään kehittämissuhteita ja niiden toimivuutta arvioidaan säännöllisesti. Näin annetaan hoitohenkilökunnalle mahdollisuus vaikuttaa omaan työhönsä ja yhteisiin toimintamalleihin, luodaan mahdollisesti uusia innovatiivisia hoitokäytäntöjä sekä parannetaan potilasturvallisuutta.

HaiPro -ilmoitukset tutkimusaineistona

Tämän tutkimuksen perusteella vaaratapahtumien raportoinnissa on vielä paljon parannettavaa ja kehitettävää. Tapahtumaraporttien luokittelua jouduttiin korjaamaan useassa ilmoituksessa vastaamaan ilmoituksen tapahtumankuvausta. Aineiston korjaaminen ja uudelleen luokittelu oli kuitenkin välttämätöntä tutkimustulosten luotettavuuden kannalta.

HaiPro -järjestelmä on valtakunnallisestikin vielä varsin uusi ja tämän tutkimuksen tutkimusajankohta alkaa samaan aikaan kun järjestelmä otettiin Niuvanniemen sairaalassa käyttöön. Tämä osaltaan myös selittää luokittelun virheitä ja puutteita, eli tapahtumailmoitusten teko on ollut vielä opetteluvaiheessa. Ennen HaiPro -järjestelmän käyttöönottoa Niuvanniemen sairaalassa oli käytössä SOAS -väkivaltatilanteiden raportointijärjestelmä, jonka luokittelu oli HaiProon nähden varsin erilainen. Väkivaltatilanteiden raportoinnissa SOAS -järjestelmä keskittyy väkivaltatilanteen aiheuttajaan ja tekijään ja ilmoituksen täyttäjän tulee kuvata mitä tilanteessa olisi voinut tapahtua, kun HaiPro -ilmoitus olisi tehtävä uhrin, eli sen potilaan, jonka turvallisuus on vaarantunut, näkökulmasta. Aikaisempi SOAS -ilmoitusten täyttö heijastuu selkeästi tässä tutkimuksessa käytössä olleisiin HaiPro -ilmoituksiin.

HaiPro -ilmoitusten täyttöön ja käsittelyyn tarvitaan lisäkoulutusta, jotta raportointijärjestelmästä saataisiin hyötyä ja potilasturvallisuuden ja toiminnan kehittämisen kannalta merkittävää tietoa. Ilmoitusten täyttäjien kohdalla huomiota tulisi kiinnittää erityisesti siihen, että ilmoitukset on laadittu uhrin näkökulmasta ja että tapahtumakuvaus on kirjattu mahdollisimman kattavasti ja informatiivisesti. Ilmoittajat tarvitsevat tukea ja opastusta myös siihen mistä tilanteista ja millainen ilmoitus heidän tulisi tehdä. Ilmoitusten käsittelijöiden tulisi saada lisäkoulutusta ilmoitusten luokitteluun ja luokittelun yhdenmukaisuuteen tapahtumankuvausten kanssa. Erityisesti haittojen arvioinnissa on suuria puutteita. Fyysisten haittojen arviointi tuntuu olevan helpompaa, mutta psyykkisten haittojen arvioinnissa koulutuksesta ja ohjeistuksesta olisi varmasti hyötyä. Myös ilmoitusten jatkokäsittelyä ja ennaltaehkäisykeinojen toimeenpanoa tulisi organisaatiotasolla yhdenmukaistaa.

Ilmoittajien ja käsittelijöiden koulutuksen lisäksi myös HaiPro -ohjelman kehittäminen vastaamaan paremmin psykiatrisen hoidon tarpeita ja erityispiirteitä olisi tärkeää.

Erityisesti tahdonvastaisten hoitotoimenpiteiden luokittelu on tällä hetkellä hankalaa, koska valmiiksi laaditut luokat eivät vastaa todellisia tilanteita. Kuitenkin HaiPro -aineistoa voidaan hyvin käyttää tutkimusaineistona, koska se sisältää paljon tärkeää, hoitohenkilökunnan tuottamaa tietoa todellisista tilanteista.

6.4 Päätelmät ja suositukset

Tämän tutkimuksen tulosten perusteella esitän seuraavat päätelmät ja suositukset

1. Potilaisiin kohdistuu väkivaltaa oikeuspsykiatrisessa sairaalahoidossa ja väkivalta aiheuttaa merkittävän uhan potilasturvallisuudelle. Suurin osa potilaaseen kohdistuvista väkivaltatilanteista on toisen potilaan aiheuttamia.
2. Potilasturvallisuusilmoitusten kirjaamisessa ja käsittelyssä on paljon puutteita ja epä johdonmukaisuuksia. Vä kivalentapahtumien kirjaamista raportointijärjestelmään tulee kehittää ja täsmentää, jotta tätä kautta tuotettua tietoa voitaisiin parhaiten hyödyntää niin yksikkö kuin organisaatiotasolla. Sekä ilmoittajille että ilmoitusten käsittelijöille tulee järjestää lisäkoulutusta potilasturvallisuusilmoitusten täytöstä.
3. Voimakeinojen käyttöä ja muita tahdonvastaisesti toteutettuja hoitotoimenpiteitä ei juurikaan kirjata potilasturvallisuutta vaarantaviksi tapahtumiksi. Voimakeinojen käytön kirjaamisesta tulisi tehdä yhtenäiset toimintamallit ja ohjeistukset, sillä potilaan fyysinen rajoittaminen aiheuttaa aina potilasturvallisuusriskin.
4. Potilaalle aiheutuneen haitan arviointi painottuu fyysisten vammojen arviointiin. Haitan arvioinnin tulisi perustua potilaan omaan kokemukseen, jolloin myös psyykkiset haitat, kuten pelot ja traumatisoituminen tulisi huomioida.
5. Vä kivalentilanteiden ennaltaehkäisykeinoja kirjataan ilmoituksiin liian harvoin. Henkilökuntaa tulee kannustaa tuomaan omia näkemyksiään julki. Potilasturvallisuusilmoituksia tulee käsitellä siten, että henkilökunnan näkemykset huomioidaan ja ehdotuksia viedään käytännön hoitotyöhön.

Henkilökunnalle tulee myös antaa aktiivisesti palautetta kehittämisehdotuksista ja tehdyistä muutoksista

6. Väkivaltatilanteita voidaan parhaiten ennaltaehkäistä vuorovaikutuksen ja läsnäolon keinoin. Väkivaltatilanteiden ennaltaehkäisyssä on tärkeää, että osastolla on läsnä riittävä määrä ammattitaitoista ja potilaan tuntevaa henkilökuntaa. Henkilökuntaa tulee kouluttaa ja kannustaa positiiviseen vuorovaikutukseen potilaan kanssa.
7. HaiPro -ilmoitusten luokittelua tulisi kehittää vastaamaan paremmin myös psykiatrisen hoitotyön tarpeita. Erityisesti tahdonvastaisten hoitotoimenpiteiden luokittelua tulisi muuttaa siten, että fyysinen rajoittamistilanne voitaisiin kirjata potilasturvallisuustapahtumaksi silloinkin, kun fyysinen voimankäyttö on tilanteen vaatimaa, ei liiallista.

6.5 Jatkotutkimusehdotukset

Potilasturvallisuuden parantamiseksi potilaisiin kohdistuvista väkivaltatilanteista tarvitaan lisää tutkimustietoa. Jatkossa tulisikin tutkia myös muiden sekä oikeuspsykiatristen sairaaloiden ja osastojen että yleissairaalapsykiatrian HaiPro -aineistoja, jotta saataisiin vertailukelpoista tietoa sekä vahvistettua tai tehtyä eroa aineistojen välillä väkivaltatilanteisiin liittyvien tekijöiden suhteen. Myös väkivaltatilanteissa mukana olevien potilaan yksilöinti- ja sairaustietojen tutkiminen voisi antaa merkittävää lisätietoa esimerkiksi siitä, ketkä potilaista joutuvat toistuvasti väkivallan uhreiksi hoitonsa aikana.

Koska tämän tutkimuksen aineisto on hoitohenkilökunnan tuottamaa, tulisi jatkossa tuottaa tutkimustietoa myös potilaiden näkökulmasta ja erityisesti siitä, millaiset tilanteet potilaat kokevat omaa turvallisuuttaan uhkaaviksi ja millaista haittaa heille näistä tilanteista aiheutuu. Henkilökunnan ja potilaiden tuottaman tiedon vertailu voisi tuoda uutta tietoa esimerkiksi niistä potilasturvallisuutta uhkaavista väkivaltatilanteista, jotka jäävät henkilökunnalta raportoimatta. Henkilökunnan ja potilaiden näkemysten vertailu auttaisi myös arvioimaan paremmin esimerkiksi aiheutuneen haitan astetta.

Potilaisiin kohdistuvia väkivaltatilanteita tulisi tutkia myös muilla metodeilla, kuten haastattelemalla tai potilasasiakirjojen avulla. Yhdistämällä esimerkiksi haastattelututkimus ja HaiPro -aineiston analysointi saataisiin syvällisempää ja täsmällisempää tietoa potilasturvallisuuden vaarantaneista tapahtumista.

LÄHTEET:

Andover, M. & Gibb, B. (2010). Non-suicidal self-injury, attempted suicide, and suicidal intent among psychiatric inpatients. *Psychiatry Research*. 178. 101-105.

Bader, S., Evans, S. & Welsh, E. (2014). Aggression Among Psychiatric Inpatients: The Relationship Between Time, Place, Victims, and Severity Ratings. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*. 20(3). 179-186.

Bader, S. & Evans, S. (2015). Predictors of Severe and Repeated Aggression in a Maximum-Security Forensic Psychiatric Hospital. 14(2). 110-119.

Björkdahl A., Hansebo G. & Palmstierna T. 2012. The influence of staff training on the violence prevention and management climate in psychiatric inpatient units. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*.

Björkdahl, A., Palmstierna, T. & Hansebo, G. 2010. The bulldozer and the balet dancer: aspects of nurses' caring approaches in acute psychiatric intensive care. *Journal of Psychiatric and mental Health Nursing*. 17. 510-518.

Bowers, L., Allan, T., Simpson, A., Jones, J., van Der Merwe, M. & Jeffery, D. 2009. Identifying key Factors Associated with Aggression on Acute Inpatient Psychiatric Wards. *Issues in Mental Health Nursing*. 30. 260-271.

Bowers, L. & Crowder, M. 2012. Nursing staff numbers and their relationship to conflict and containment rates on psychiatric wards-A cross sectional time series Poisson regression study. *International Journal of Nursing Studies*. 49. 15-20.

Bowers L, Dack C, Gul N, Thomas B & James K. 2011. Learning from prevented suicide in psychiatric inpatient care: An analysis of data from the National Patient Safety Agency. *International Journal of Nursing Studies*. 48. 1459-1465.

- Brickell, T. & McLean, C. 2011. Emerging Issues and Challenges for Improving Patient Safety in Mental Health: A Qualitative Analysis of Expert Perspectives. *Journal of Patient Safety*. 7 (1). 39-45.
- Briner M & Manser T. 2013. Clinical risk management in mental health: a qualitative study of main risks and related organizational management practices. *BMC Health Services Research*. 13(44).
- Broderick, C., Azizian, A., Kornbluh, R. & Warburton, K. 2015. Prevalence of physical violence in a forensic psychiatric hospital system during 2011-2013: Patient assaults, staff assaults, and repeatedly violent patients. *CNS Spectrums* 20 (3). 319-330.
- Burns, N. & Grove, S. 2009. *The Practise of Nursing research: Appraisal, Synthesis, and Genration of Evidence*. Sixth edition. Saunders Elsevier.
- Christodoulou, C., Douzenis, A., Papadopoulos, FC., Papadopoulou, A., Bouras, G., Goumellis, R. & Lykouras, L. 2012. Suicide and seasonality. *Akta Psychiatria* 125 (2)127-146.
- Cornaggia, CM., Beghi, M., Pavona, F. & Barale, F. 2011. Aggression in psychiatry wards: A systematic review. *Psychiatry research*. 189. 10-20.
- Dack C, Ross J, Papadopoulos C, Stewart D, & Bowers L. 2013. A review and meta-analysis of the patient factors associated with psychiatric in-patient aggression. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 127. 255-268.
- Daffern, M., Mayer, M. & Trish, M. 2006. Staff gender ratio and aggression in a forensic psychiatric hospital. *International Journal of Mental Health Nursing*. 15. 93-99.
- Daffern, M., Thomas, S., Ferguson, M., Podubinski, T., Hollander, y., Kulkhani, J., decastella, A. & Foley, F. 2010. The Impact of Psychiatric Symptoms, Interpersonal Style, and Coercion on Aggression and Self-Harm During Psychiatric hospitalization. *Psychiatry*. 73 (4)365379.

- Dickens, G., Piccirillo, M. & Alderman, N. 2013. Causes and management of aggression and violence in forensic mental health service: Perspectives of nurses and patients. *Journal of Mental Health Nursing*. 22. 532-544.
- Duxberry, J. & Whittington, R. 2005. Causes and management of patient aggression and violence: staff and patient perspectives. *Journal of Advanced Nursing*. 50 (5). 469-478.
- Eronen M, Seppänen A & Kotilainen I. 2012. Oikeuspsykiatrin arviointi ja hoito Suomessa. *Suomen Lääkärilehti* 23/2012. 1823-1826.
- Foster, C., Bowers, L. & Nijman, H. (2006). Aggressive behavior on acute psychiatric wards: prevalence, severity and management. *Journal of Advanced Nursing*. 58(2). 140-149.
- Frueh BC., Knapp R., Cusack, K., Grubaugh, A., Sauvageot, J., Cousins, V., Yim, E., Robins, C., Monnier, J. & Hiers, T. 2005. Patients' Reports of Traumatic or Harmful Experiences Within the Psychiatric Setting. *Psychiatric Services* 56(9). 1123-1133.
- Gudde, CB., Olso TM., Whittington, R. & Vatne, S. (2015). Service users' experiences and views of aggressive situations in mental health care: a systematic review and thematic synthesis of qualitative studies. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*. 8. 449-462.
- HaiPro. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen raportointijärjestelmä.
<http://www.HaiPro.fi/fin/default.aspx> Luettu 15.2.2014.
- Hallett, N., Huber, J. & Dickens, G. 2014. Violence prevention in inpatient psychiatric settings: Systematic review of studies about the perceptions of care staff and patients. *Aggression and Violent Behaviour*. 19. 502-514.
- Hawton, K., Sutton, L., Haw, C., Sinclair, J. & Deeks, J. 2005. Schizophrenia and suicide: systematic review of risk factors. *The British journal of Psychiatry*. 187. 9-20.

Hirsjärvi, S. Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Irwin A. 2006 The nurse's role in the management of aggression. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 13. 309-318.

Jabbarpuor YM.& Jayram G. 2011. Suicide Risk: Navigating the Failure Modes. *FOCUS*. 9(2). 186-193.

James K, Duncan S & Bowers L. 2012. Self-harm and attempted suicide within inpatient psychiatric services: A review of the literature. *International Journal of Mental Health Nursing* 21. 301-309.

Jefferies, L., Rose, D., Macrae, M., Maione, M. & Macmillan K.M. 2012. What near misses tell us about risk and safety in mental health care. *Journal of psychiatric and Mental Health Nursing*. 19. 430-437.

Jones J, Nolan P, Bowers L, Simpson A, Whittington R, Hackney D & Bhui K. 2010. Psychiatric wards: places of safety. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 17. 124-130.

Järvelin J, Haavisto E & Kaila M. 2010. Potilasturvallisuuden kustannukset. *Suomen Lääkärilehti* 12(65). 1123-1127.

Kanerva, A., Lammintakanen, J. & Kivinen T. (2013). Patient safety in psychiatric inpatient care: a literature review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 20. 541-548.

Kanerva, A., Lammintakanen, J. & Kivinen, T. 2015. Nursing Staff's Perceptions of Patient Safety in Psychiatric Inpatient Care. *Perspectives in Psychiatric Care*. 1-7.

Knuutila, J., Ruuhilehto, K. & Wallenius, J. (2007). Terveystieteiden tutkimuskeskuksen vaaratapahtumien raportointi. Lääkelaitoksen julkaisusarja 1/2007. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen laadunhallinta. Lääkelaitos.

Krug E, Dahlberg L, Mercy J, Zwi A & Lozano L (toim.) 2002. Väki­valta ja terveys maailmassa - WHO:n raportti. Gummeruksen kirjapaino Oy. Jyväskylä.

Kuivalainen, S., Vehviläinen-Julkunen, K., Putkonen, A., Louheranta, O. & Tiihonen, J. 2014. Violent behaviour in a forensic psychiatric hospital in Finland: an analysis of violence incident reports. *Journal of Psychiatric and Mental Health nursing*. 21. 214-218.

Kuomanen, A. Tiihonen, J., Repo-Tiihonen, E., Eronen, M. & Turunen, H. 2013. Patient Safety Culture in Two Finnish State-Run Forensic Psychiatric Hospitals. *Journal of Forensic Nursing* 9 (4). 207-216.

Laaksonen H. 2009. Väki­valta psykiatrisessa hoitotyössä. Työelämän tutkimus – *Arbetslivsforskning* 2/2009. 124-130.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.

Louheranta, O..2014. Työnohjaus osana oikeuspsykiatrista hoitotyön kehittämistä. Teoksessa: Heroja, T., Koski, A., Seppälä, P., Säntti, R & Wallin, A. toim. Parempaa työelämää tekemässä: tutkiva ote työnohjaukseen. Tallinna: United Press. 121-143.

Lussier, P., Verdun-Jones, S., Deslauriers-Varin, N., Nicholls, T. & Brink, J. 2010. Chronic violent patients in an inpatient psychiatric hospital. Prevalence, description, identification. *Criminal justice and behavior* 37(1). 5-28.

Martin, T. & Street, F. 2003. Exploring evidence of the therapeutic relationship in forensic psychiatric nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*.10. 543-551.

Meehan T, McIntosh W. & Bergen H. 2006. Aggressive behavior in the high-secure forensic setting: the perceptions of patients. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 13. 19-25.

Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116.

Morken, G. & Linaker, O. 2000. Seasonal variation of violence in Norway. *American Journal of Psychiatry*. 157(10). 1674-1678.

Nicholls, T., Brink, J., Greaves, C., Lussier, P & Verdun-Jones, S. (2009). Forensic psychiatric inpatients and aggression: An exploration of incidence, prevalence, severity and intervention by gender. *International Journal of Law and Psychiatry*. 32. 23-30.

Niuvanniemen sairaala. Toimintakertomus vuodelta 2015.

http://www.niuv.fi/toiminta/tulosohjaus/Toimintakertomus%20_2015.pdf. Luettu 20.6.2016.

Niuvanniemen sairaala. Potilaan tutkimus ja hoito.

<http://www.niuv.fi/toiminta/tutkimus.htm> Luettu 15.2.2014.

O'Donovan A. 2007. Pragmatism rules: the intervention and prevention strategies used by psychiatric nurses working with non-suicidal self-harming individuals. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 14. 64-71.

Ojanen J. 2010. Potilasturvallisuuden haasteet mielenterveyspalveluissa.

<http://www.HaiPro.fi/aineisto/phsotey1.pdf>. Luettu 8.10.2013.

Olsson, H., Audulv, Å., Strand S. & Kristiansen, L. (2015) Reducing or Increasing Violence in Forensic Care: A Qualitative Study of Inpatient Experiences. *Archives of Psychiatric Nursing*. 29. 393-400.

Paavola P. & Tiihonen J. (2010). Seasonal variation of seclusion incidents from violent and suicidal acts in forensic psychiatric patients. *International Journal of Law and Psychiatry*. 33. 27-34.

Papadopoulos C, Ross J, Stewart D, Dack C, James K & Bowers L. 2012. The antecedents of violence and aggression within psychiatric in-patient settings. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 125. 425-439.

Pasternack A. 2006. Hoitovirheet ja hoidon aiheuttamat haitat. *Duodecim* 122, 2459-2470.

Peluola A. & Mela M. (2013). A review of violent incidents in a multilevel secure forensic psychiatric hospital: is there a seasonal variation? *Medicine, Science and the Law*. 53. 72-79.

Pitkänen A., Lehtonen M-L, Pilli M, Kuisma J, Mattanen P, Kuusisto E, Hakala A, Koivisto E, Pyysalo K, Hietalahti P, Mäkelä K, Mäkelä J. 2011. Potilaiden väkivallan hallinta Taysin aikuispsykiatrian vastualueella. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisut 2/2011. Tampere.

Polit, D.& Beck, C. Nursing research. Generating and assessing Evidence for Nursing Practise. 8th edition. Lippincott Williams & Wilkins.

Pulsford, D., Crumpton, A., Baker, A., Wilkins, T. & Wright, K. 2013. Aggression in a high secure hospital: staff and patient attitudes. *Journal of psychiatric and Mental Health Nursing*. 20 (4). 296-304.

Quanbeck, CD., McDermott, B., Lam, J., Eisenstark, H., Sokolov, G. & Scott, C. (2007). Categorization of Aggressive Acts Committed by Chronically Assaultive State Hospital Patients. *Psychiatric Services*. 58 (4). 521-528.

Quirk A, Lelliott P & Seale C. 2004. Service users' strategies for managing risk in the volatile environment of an acute psychiatric ward. *Social Science & Medicine* 59. 2573-2583.

Reiman, T., Pietikäinen, E. & Oedewald, P. (2008). Turvallisuuskulttuuri. Teoria ja arviointi. Vtt publications 700. Edita Prima Oy. Helsinki.

Reiman, T., Silla, I. & Pietikäinen E. 2013. The validity of the Nordic patient safety culture questionnaire (TUKU). *International Journal of Risk & Safety in Medicine*. 25. 169–184.

Repo-Tiihonen E, Putkonen A & Tuppurainen H. 2012. Potilaan rajoittaminen psykiatrisessa sairaalahoidossa. *Duodecim* 128. 2336-2343.

Robins, C., Sauvageot, J. Cusack, K., Suffoletta-Maierle, S. & Frueh, BC. 2005. Consumers' Perceptions of Negative Experiences and "Sanctuary Harm" in Psychiatric Settings. *Psychiatric Services*. 56 (9). 1134-1138.

Ross, J., Bowers, L. & Stewart, D. 2012. Conflict and containment events in inpatient psychiatric units. *Journal of Clinical Nursing*. 21. 2306-2315.

Ruuhilehto K, Kaila M, Keistinen T, Kinnunen M, Vuorenkosti L & Wallenius J. 2011. HaiPro - millaisista vaaratapahtumista terveydenhuollon yksiköissä opittiin vuosina 2007–2009? *Duodecim* 127. 1033-1040.

Snellman, E. 2009. Potilasturvallisuus Suomessa. Teoksessa: Kinnunen M, & Peltomaa K, toim. Potilasturvallisuus ensin. *Hoitotyön vuosikirja 2009*. 29-41

Siren R, Aaltonen M & Kääriäinen J. 2010. Suomalaisten väkivaltakokemukset 1980-2009. Kansallisen uhritutkimuksen tuloksia. Oikeuspoliittisen tutkimuslaitoksen tutkimustiedonantoja 103. Helsinki.

Soininen P. 2014. Coercion, Perceived Care and Quality of Life Among Patients in Psychiatric hospital. Turun yliopiston julkaisuja. Pallosalama Oy. Turku

Sosiaali- ja terveysministeriö 2008. Terveydenhuollon vaaratapahtumien raportointijärjestelmän käyttöönotto. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2008:16.

Special Eurobarometer 411. Patient safety and quality of care. 2014.

http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_411_en.pdf. luettu 12.10.2016.

Staggs, V. 2013. Nurse staffing, RN mix, and assaults rates on psychiatric units. *Research in Nursing and Health*. 36(1). 26-37.

Stewart, D., Bowers, L. & Ross, J. 2012. Managing risk and conflict behaviours in acute psychiatry: the dual role of constant special observation. *Journal of Advanced Nursing* 68(6). 1340-1348.

Stewart, D., Ross, J., Watson, C., James, K. & Bowers, L. 2011. Patient characteristics and behaviours associated with self-harm and attempted suicide in acute psychiatric wards. *Journal of Clinical Nursing*. 21. 1004-1013.

Sullivan M. & Ghroum P. 2013. Incident reporting to improve clinical practice in a medium-secure setting. *Mental Health Practice* 16(7). 16-20.

Suomen mielenterveysseura ry 2008. Itsemurhaa yrittäneillä lähes poikkeuksetta mielenterveyden häiriö. Tukinet-verkkoartikkeli.
https://www.tukinet.net/aineisto/aineisto_tiedot.tmp?id=575;paluu=1. Luettu 13.10.2013.

Suomen virallinen tilasto (SVT): Kuolemansyyt [verkkajulkaisu].
ISSN=1799-5051. 2014, 6. Itsemurhien määrä väheni selvästi. Helsinki:
Tilastokeskus. http://www.stat.fi/til/ksyyt/2014/ksyyt_2014_2015-12-30_kat_006_fi.html

Tenkanen, H., Tiihonen, J., Repo-Tiihonen, E. & Kinnunen, J. 2011. Interrelationship between core interventions and core competencies of forensic psychiatric nursing in Finland. *Journal of Forensic Nursing*. 7 (1). 32-39.

Terveystieteiden tutkimuskeskus 30.12.2010/1326.

Thangavelu, K. (2010). Suicidal behavior among psychiatric inpatients. *Mental Health Practice*. 14(4). 26-29.

Työturvallisuuskeskus 2010. Työväkivallan riskiammatit. Työturvallisuuskeskuksen raporttisarja 1/2010. Työturvallisuuskeskus TTK.

Uppal, G. & McMurrin, M. (2009). Recorded incidents in a high-secure hospital. A descriptive analysis. *Criminal Behaviour and Mental Health*. 19. 265-276.

van Wijk, E., Traut, A. & Julie, H. 2014. Environmental and nursing-staff factors contributing to aggressive and violent behaviour of patients in mental health facilities. *Curationis* 37(1).

Welsh, E., Bader, S. & Evans, S. (2013) Situational variables related to aggression in institutional settings. *Aggression and Violent Behavior* 18(6).792-796.

Woods, P. & Ashley, C. 2007. Violence and aggression: a literature review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 14. 652–660.

Tietokanta	Hakusanat	Rajaukset	Hakutulokset/Valitut
CINAHL	"violen* OR aggress* AND psychiatr* AND inpatien*	2004-2014,	132/14
		2014-2015	6/1
	"patient safety" AND "psychiatr* OR mental health"	2004-2014,	136/2
		2014-2015	2/0
	"self harm*" OR "self injur*" OR "self mutilat*" OR suicide* AND psychiatr* AND inpatien*	2004-2014	61/4
		2014-2015	2/1
COCHRANE	"violen* OR aggress* AND psychiatr* AND inpatien*	2004-2014	0
		2014-2015	0
	"patient safety" AND "psychiatr* OR mental health"	2004-2014	0
		2014-2015	0
	"self harm*" OR "self injur*" OR "self mutilat*" OR suicide* AND psychiatr* AND inpatien*	2004-2014	14/0
		2014-2015	7/0
Scopus	"violen* OR aggress* AND psychiatr* AND inpatien*	2004-2014	4/0
		2014-2015	1/0
	"patient safety" AND "psychiatr* OR mental health" AND nursing	2004-2014	138/1
		2014-2015	26/2

	"self harm*" OR "self injur*" OR "self mutilat*" OR suicide* AND psychiatr* AND inpatien* AND nursing	2004-2014	44/6
		2014-2015	5/0
Medic	"väkivalt* OR aggress* AND psykiatr* AND "sairaala* OR laitos* OR osasto*"	2004-2014	20/0
		2014-2015	4/0
	potilasturvallisuus AND psykiatr*	2004-2014	4/0
		2014-2015	0
	"itsensä vahingoit*" OR itsetuh* OR itsemur* AND psykiatr* AND "sairaala* OR laitos* OR osasto*"	2004-2014	7/0
		2014-2015	2/0
Manuaalinen haku			4/4

Tekijät	Tarkoitus	Aineisto	Menetelmä	Tulokset
Bader, S., Evans, S. & Walsh, E. (2014). Aggression Among Psychiatric Inpatients: The Relationship Between Time, Place, Victims and Severity Ratings.	Selvittää väkivallan määrää ja millaisia haittoja väkivallasta psykiatrisessa hoidossa aiheutuu.	1500-paikkaisen oikeuspsykiatrisen kaikkii dokumentoidut väkivaltatapahtumat vuosilta 2009-2013. (N=52109)	Retrospektiivinen rekisteritutkimus	Suurempi osa väkivaltatilanteista kohdistui potilaisiin (62 %, n=3436) kuin henkilökuntaan (38%, n=2103). Väkivaltatilanteita tapahtui eniten ruokailujen, lääkkeenjaon ja henkilökunnan vuorovaihdon yhteydessä. Väkivaltatilanteita tapahtui eniten iltavuorojen aikana ja nämä olivat myös seurauksiltaan vakavimpia. Henkilökunnan ylityöden aikana tapahtui tilastollisesti merkitsevästi enemmän vakavia väkivaltatilanteita
Bader, S. & Evans, S. (2015). Predictors of Severe and Repeated Aggression in a Maximum-Security Forensic Psychiatric Hospital	Tunnistaa toistuvasti väkivaltaisten potilaiden riskitekijöitä ja persoonallisia ominaisuuksia.	1500-paikkaisen oikeuspsykiatrisen sairaalan potilaat, joista tutkimusjoukoksi valikoitui vuoden aikana vähintään kahdesti väkivaltaisesti käyttäytyneet potilaat, joiden väkivalta aiheutti uhrille vakavan haitan. (n=31, joista miehiä 21 ja naisia 10) verrokkiryhmä muodostettiin niistä sairaalan potilaista, joilla ei ollut väkivaltakäyttäytymistä samalla ajanjaksolla.	Vertailututkimus	Toistuvasti väkivaltaiset potilaat olivat iältään nuorempia ja meneillään oleva hoitajakso oli lyhyempi. Muita toistuvan väkivaltakäyttäytymisen riskitekijöitä oli diagnoosina persoonallisuushäiriö, mielialahäiriö tai psykopatia, psykiatriset hoitajaksot nuoruudessa, itsemurhayritykset ja yksittäiset, satunnaiset työsuhteet.
Björkdahl A., Palmstierna T. & Hansebo G. (2010). The Bulldozer and the ballet dancer: aspects of nurses' caring approaches in acute psychiatric intensive care.	Kuvata hoitajien toimintamalleja ja hoitamista osastoilla, joissa esiintyy paljon väkivaltaa	Akuutti psykiatrisen osaston hoitajat (n=19)	Haastattelut, laadulliset menetelmät	Tutkimuksen mukaan hoitajat jakaantuivat kahteen eri ryhmään hoidollisen lähestymistapansa mukaan. Puskutraktorit toimivat osastolla "voimakilpenä", heidän tehtävänä oli suojella osastoa kaaokselta. Kun osastolla oli väkivallan merkkejä ilmassa, puskutraktorit toimivat. Balettitanssijat puolestaan luottivat hoidossa henkilökohtaiseen vuorovaikutukseen potilaiden kanssa ja pyrkivät toimimaan aina potilaan parhaaksi. Kuitenkin jos osastoilla tapahtui jotain väkivaltaan viittaavaa, balettitanssijat vetäytyivät ja antoivat puskutraktoreiden hoitaa tilanteen.

Tekijät	Tarkoitus	Aineisto	Menetelmä	Tulokset
Bowers L. & Crowder M. (2012). Nursing staff numbers and their relationship to conflict and containment rates on psychiatric wards – A cross sectional time series Poisson regression study.	Tutkia miten hoitajien määrä vaikuttaa osaston väkivaltatilanteiden määrään	Akuuttipsykiatrian osastot (n=32).	Puolen vuoden ajan jokaisen vuoron päätteeksi hoitajat täyttivät mittarin, jossa kysyttiin väkivaltatilanteet, rajoitustilanteet sekä vuorossa olleiden hoitajien määrä ja koulutustaso. Tilastolliset menetelmät	Hoitajien kokonaismäärällä ei ollut vaikutusta väkivaltatilanteiden määrään, mutta korkeammin koulutettujen hoitajien lisääntyessä myös väkivaltatilanteet lisääntyivät.
Bowers L, Dack C, Gul N, Thomas B & James K. 2011. Learning from prevented suicide in psychiatric inpatient care: An analysis of data from the National Patient Safety Agency.	Tunnistaa hoidollisia keinoja, joilla potilaan itsemurha on saatu ennaltaehkäistyä	Itsemurhayrityksiä koskevat potilasturvallisuusilmoitukset vuoden ajalta (n=602)	Reptospektiivinen aineistoanalyysi	Kaksi kolmasosaa itsemurhaa yrittäneistä potilaista oli naisia, yleisimpänä keinona oli kuristautuminen ja eniten itsemurhayrityksiä tapahtui potilashuoneessa. Parhaiten itsemurhia voidaan tutkimuksen mukaan ehkäistä vierihoidolla, säännöllisillä tarkastuskierroksilla sekä sillä, että hoitajat luottavat omaan vaistoonsa siitä, että kaikki ei ole kunnossa tai jotain on tapahtumassa.
Broderick, C., Azizian, A., Kornbluh, R. & Warburton, K. (2015). Prevalence of physical violence in a forensic psychiatric hospital system during 2011-2013: Patient assaults, staff assaults, and repeatedly violent patients.	Selvittää väkivaltaisesti käyttäytyvien potilaiden demografisia ja klinisiä ominaisuuksia.	Potilaisiin kohdistuneet väkivaltatilanteet (n=10958) ja hoitohenkilökuntaan kohdistuneet väkivaltatilanteet (n=8429) vuosina 2011-2013.	Tilastolliset menetelmät	31,4% kaikista potilaista aiheutti vähintään yhden väkivaltatilanteen hoitonsa aikana ja 1 % potilaista aiheutti 28,7% kaikista väkivaltatilanteista. Siviilipotilaan status ja nuorempi ikä oli riskitekijänä sekä potilaisiin että henkilökuntaan kohdistuneissa väkivaltatilanteissa. Naispotilaat kohdistivat väkivallan useimmin hoitajiin. Skitsoaffektiiivista häiriötä sairastavat potilaat käyttäytyivät skitsofreniaa sairastavia useammin väkivaltaisesti.
Christodoulou, C., Douzenis, A., Papadopoulos, FC., Papadopoulou, A., Bouras, G., Goumellis, R. & Lykouras, L. 2012. Suicide and seasonality.	Selvittää onko itsemurhien määrässä vaihtelua vuodenaikojen suhteen	70 tutkimusta	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus	Itsemurhien määrässä on havaittavissa piikki keväisin ja syksyisin, kuitenkin tutkimustuloksissa on suuriakin vaihteluita.

Tekijät	Tarkoitus	Aineisto	Menetelmä	Tulokset
Dack C, Ross J, Papadopoulos C, Stewart D, & Bowers L. 2013. A review and meta-analysis of the patient factors associated with psychiatric in-patient aggression	Selvittää väkivaltaisten ja toistuvasti väkivaltaisten potilaiden ominaispiirteitä	34 tutkimusta, jossa verrattiin väkivaltaisia ja ei-väkivaltaisia potilaita ja 11 tutkimusta, jossa verrattiin kerran ja toistuvasti väkivaltaisia potilaita.	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja meta-analyysi	Tilastollisesti merkitseviä väkivallan riskitekijöitä oli nuori ikä, miessukupuoli, naimattomuus, skitsofrenia, lukuisat aikaisemmat hoitojaksot, tahdonvastainen hoito, väkivaltahistoria, itsensä vahingoittamishistoria ja päihteiden väärinkäyttö. Toistuvan väkivallan riskitekijöitä oli naissukupuoli, väkivaltahistoria ja päihdehistoria.
Daffern M., Mayer M. & Martin T. (2006) Staff gender ratio and aggression in a forensic psychiatric hospital.	Selvittää onko henkilökunnan vuorokohtaisella sukupuolijakauksella vaikutusta väkivaltilanteiden määrään ja vakavuuteen	Kuuden kuukauden ajalta väkivaltilanteet (n=316) ja niiden aikainen henkilöstön sukupuolijakauma.	Overt Aggression Scale (OAS), tilastolliset menetelmät	Hoitajien sukupuolijakauksella ei ole vaikutusta väkivaltilanteiden määrään tai vakavuuteen.
Dickens, G., Piccirillo, M. & Alderman, N. (2013). Causes and management of aggression and violence in forensic mental health service: Perspectives of nurses and patients.	Verrata hoitajien ja potilaiden välisiä näkemyksiä väkivallan syntyyn ja hallintaan liittyvistä tekijöistä oikeuspsykiatrisessa hoidossa.	Kahden osaston (low ja medium security) hoitajat (n=72) ja potilaat (n=98).	MAVAS –mittari, tilastolliset menetelmät	Potilaiden ja hoitajien näkemykset väkivallan syistä ja hallinnasta olivat hyvin samansuuntaisia, potilaat uskoivat, että potilaat itse voivat hallita väkivaltakäyttäytymistään henkilökuntaa useammin, potilaat olivat henkilökuntaa enemmän myös sitä mieltä, että ympäristötekijät ja se, ettei henkilökunta kuuntele heitä, aiheuttaa väkivaltilanteita.
Duxbery, J. & Whittington R. (2005). Causes and management of patient aggression and violence: staff and patient perspectives.	Selvittää sekä potilaiden että hoitajien näkemyksiä väkivaltilanteiden syntyyn vaikuttavista tekijöistä ja väkivaltilanteiden hallinnasta ja hoidosta.	Kolmen psykiatrisen osaston hoitajat (n=82) ja potilaat (n=80)	MAVAS –mittari, haastattelut	Potilaiden mukaan ympäristölliset tekijät ja huono vuorovaikutus hoitajien kanssa ennakoivat väkivaltilanteita, kun hoitajien mukaan merkittävin väkivallan riskitekijä oli potilaiden psyykinen sairaus. Sekä hoitajat että potilaat olivat tyytymättömiä rajoitteisiin ja resurssien puutteeseen osastoilla, mitkä kiristävät ilmapiiriä ja lisäävät väkivallan riskiä..

Tekijät	Tarkoitus	Aineisto	Menetelmä	Tulokset
Frueh C., Knapp R., Cusack K., Grubaugh A., Sauvageot J., Cousins V., Yim E., Robins C., Monnier J. & Hiers T. (2005). Patients' Reports of Traumatic or Harmful Experiences Within the Psychiatric Setting.	Selvittää potilaalle psykiatrisen sairaalahoidon aikaisten traumaattisten tapahtumien yleisyyttä ja niiden aiheuttamaa ahdistusta.	142 satunnaisesti valittua potilasta	Trauma Assessment for Adults-Self-Report Version (TAA), Psychiatric Experiences Questionnaire (PEQ), PTSD Checklist , Tilastollinen analyysi	Potilaisia suuri osa oli kokenut traumaattisia kokemuksia psykiatrisen hoitajaksonsa aikana, yleisimpinä traumaattisen kokemuksen todistaminen (63%), fyysinen väkivalta (31 %) tai seksuaalinen väkivalta (8 %). 54 % potilasta oli ilmoittanut traumaattiseksi kokemukseksi väkivaltaisten tai pelottavien potilaiden seurassa olon. 59 % potilaista oli joutunut hoitonsa aikana eristetyksi, 34 % sidotuksi, 29 % maahan viedyiksi ja 65 % käsirauhoissa kuljetetuksi.
Gudde CB., Olso TM, Whittington R. & Vatne S. (2015). Service users' experiences and views of aggressive situations in mental health care: a systematic review and thematic synthesis of qualitative studies.	Tunnistaa ja kuvata potilaiden kokemuksia ja näkemyksiä sairaalahoidon aikaisista väkivaltatilanteista	13 tutkimusta, joista 10 laadullista ja 3 mixed-method-tutkimusta.	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja temaattinen synteesi	Potilaiden mukaan heidän oma mielentila ja hoitoympäristön negatiiviset ärsykkeet vaikuttivat väkivaltatilanteiden syntyyn. Väkivaltatilanteiden triggereinä toimi erityisesti hoitohenkilökunnan säilyttävä, ei-hoidollinen käyttäytyminen sekä potilaan tunne siitä, että hänet jätetään huomiotta.
Hallett, N., Huber, J. & Dickens, C. (2014). Violence prevention in inpatient psychiatric settings: Systematic review of studies about the perceptions of care staff and patients.	Selvittää sekä hoitajien että potilaiden näkemyksiä väkivallan ehkäisystä psykiatrisessa sairaalahoidossa.	37 empiiristä tutkimusta, joista 20 käsitteli henkilökunnan näkemyksiä, 5 potilaiden näkemyksiä ja 12:ssa oli tutkittu molempien näkemyksiä.	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus, temaattinen analyysi.	Tutkimuksista erottui kolme väkivallan ehkäisyn kannalta keskeistä teemaa, jotka olivat potilaisiin liittyvät tekijät, hoitohenkilökuntaan liittyvät tekijät ja organisaatioon ja ympäristöön liittyvät tekijät.
Hawton K., Sutton, L., Haw, C., Sinclair J. & Deeks, J. (2005). Schizophrenia and suicide: Systematic review of risk factors.	Tunnistaa itsemurhariskiä lisäävät tekijät skitsofreniapotilailla.	29 aikaisempaa tutkimusta	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus	Tutkimusten mukaan itsemurhariskiä lisäsivät potilaan masentuneisuus, aikaisemmat itsemurhayritykset, päihteiden väärinkäyttö, motorinen levottomuus, psyykkisen hajanaisuuden pelko, hoitoon sitoutumattomuus sekä

Tekijät	Tarkoitus	Aineisto	Menetelmä	Tulokset
James, K., Stewart, D., & Bowers, L. (2012). Self-harm and attempted suicide within inpatient psychiatric services: A review of the Literature.	Selvittää itsensä vahingoittamistapausten esiintyvyyttä, erityispiirteitä ja laukaisevia tekijöitä psykiatrisilla osastoilla sekä tuoda esiin niitä keinoja, joiden avulla itsensä vahingoittamista pyritään osastoilla ennaltaehkäisemään.	88 Itsensä vahingoittamiseen ja itsemurhayrityksiin psykiatrisessa sairaalahoidossa liittyvää tutkimustavuusilta 1960-2010.	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus	Itsensä vahingoittamista ja itsemurhayrityksiä tapahtui eniten oikeuspsykiatrisilla osastoilla. Itsensä vahingoittaminen oli yhtä yleistä nais- ja miespotilailla, mutta naisilla oli suurempi riski itsemurhayrityksiin. Itsensä vahingoittaminen tapahtui yleisimmin osaston yksityisissä tiloissa ilta-aikaan ja liittyi usein psyykkiseen ahdistukseen tai potilaan vapauksien rajoittamiseen. Osastoilla käytettiin hyvin erilaisia menetelmiä itsensä vahingoittamisen ennaltaehkäisyyn, mutta näiden menetelmien vaikuttavuudesta ei juurikaan ole näyttöä.
Kanerva, A., Lammintakanen, J. & Kivinen T. (2013) Patient safety in psychiatric inpatient care: a literature review	selvittää mitä potilasturvallisuus psykiatrisessa hoidossa tarkoittaa ja mitkä tekijät organisaation hallinnossa ja sekä potilaan että hoitajan roolissa siihen vaikuttavat.	55 tutkimusta	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus	Organisaation turvallisuuskulttuuri vaikuttaa kaikkiin potilasturvallisuuden osa-alueisiin. Organisaation johdolla on merkittävä rooli potilasturvallisuuden toteutumisessa, sillä johto määrittelee organisaation kulttuurin, vastaa yleisestä turvallisuudesta ja siihen liittyvistä käytännöistä sekä vaikuttaa henkilöstön työskentelyolosuhteisiin. Johto vaikuttaa myös henkilöstön toimintaan, mutta myös hoitajan henkilökohtaisilla ominaisuuksilla on vaikutusta potilasturvallisuuteen. Potilaan rooli on lähinnä tiedottaa omista tarpeistaan ja toiveistaan, jotka voidaan ottaa huomioon hoidon suunnittelussa.
Kanerva A., Lammintakanen J. & Kivinen T. (2015). Nursing staff's perceptions of patient safety in psychiatric inpatient care.	Selvittää hoitajien näkemyksiä potilasturvallisuudesta psykiatrisessa hoidossa	26 hoitajaa	Puoli-strukturoitu haastattelu, induktiivinen sisällönanalyysi	Hoitajat jakoivat potilasturvallisuuden kahteen luokkaan; koettuun turvallisuuteen sekä hoitotoimenpiteiden turvalliseen toteuttamiseen.

Tekijät	Tarkoitus	Aineisto	Menetelmä	Tulokset
Kuomanen, A., Tiihonen, J., Repo-Tiihonen, E., Eronen, M. & Turunen, H. (2013). Patient Safety Culture in Two Finnish State-Run Forensic Psychiatric Hospitals	Arvioida potilasturvallisuuskulttuuria ja tunnistaa siinä ilmeneviä kehittämistarpeita kahdessa suomalaisessa oikeuspsykiatrisessa sairaalassa	Kahden suomalaisen sairaalan hoitohenkilökunta (n=283)	Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC), tilastolliset menetelmät,	Potilasturvallisuus oli arvioitu erinomaiseksi tai erittäin hyväksi 58%:ssa vastauksista. Erityisen hyvin toimivaksi koettiin yksiköiden sisäinen tiimityö. Henkilöstön täydennyskoulutuksella voidaan merkittävästi parantaa potilasturvallisuuden toteutumista.
Lussier, P., Verdun-Jones, S., Deslauriers-Varin, N., Nicholls, T. & Brink, J. 2010. Chronic violent patients in an inpatient psychiatric hospital. Prevalence, description, identification.	Selvittää toistuvasti väkivaltaisten potilaiden määrää ja ominaispiirteitä psykiatrisessa sairaalahoitossa.	527 oikeuspsykiatrista potilasta; heidän sairauskertomusmerkintänsä	Tilastolliset menetelmät	10 % potilaista aiheutti yli 60 % kaikista väkivaltatilanteista. Tämän joukon aiheuttama väkivalta oli toistuvaa, monimuotoista ja seurauksiltaan vakavaa. Kliiniset riskitekijät olivat riskien arvioinnissa historiallisia tai sosiodemografisia tekijöitä merkittävämpiä. Antisosiaalinen persoonallisuus, aivovaurio ja kognitiiviset häiriöt olivat merkittävimmät toistuvan väkivallan riskitekijät.
Meehan T., McIntosh W. & Bergen H. (2006). Aggressive behavior in the high-secure forensic setting: the perceptions of patients.	Selvittää mitkä tekijät johtavat potilaiden näkemyksen mukaan väkivaltatilanteiden syntymiseen ja miten väkivaltatilanteiden syntyä voitaisiin potilaiden mukaan ennaltaehkäistä.	Oikeuspsykiatriset potilaat (n=13), joiden arvioitu väkivaltariski oli pienentynyt hoidon aikana.	Puoli-stukturoitu teemahaastattelu	Potilaat kykenivät itse vaikuttamaan väkivaltakäyttäytymiseensä vahvistamalla omaa itsetuntoaan ja opettelemalla hyväksymään oman tilanteensa ja sairautensa. Turvaton ja ylipaikoilla oleva osasto sekä välinpitämätön ja piittaamaton henkilökunta lisäsi väkivaltakäyttäytymisen riskiä. Väkivallan vähentämisessä ja turvallisen ympäristön luonnissa on tärkeää potilaiden ja hoitajien välinen vuorovaikutus ja interaktio.

Tekijät	Tarkoitus	Aineisto	Menetelmä	Tulokset
Nicholls, T., Brink, J., Greaves, C., Lussier, P & Verdun-Jones, S. (2009). Forensic psychiatric inpatients and aggression: An exploration of incidence, prevalence, severity and intervention by gender.	Verrata oikeuspsykiatristen nais- ja miespotilaiden väkivaltakäyttäytymisen riskiä	527 oikeuspsykiatrista potilasta; heidän sairauskertomusmerkintänsä.	retrospektiivinen aineistoanalyysi, Overt Aggression Scale	Miesten ja naisten aiheuttaman väkivallan määrässä oei ollut tilastollisesti merkitsevää eroa, miespotilaiden väkivallan kohteena oli useimmin toinen potilas, kun taas naispotilaat kohdistivat väkivallan useimmin henkilökuntaan. Väkivaltatilanteen jälkeen naispotilas eristettiin miespotilasta useammin, miehille tarjottiin naisia useammin tarvittavaa lääkettä.
Olsson, H., Audulv, Å., Strand S. & Kristiansen, L. (2015) Reducing or Increasing Violence in Forensic Care: A Qualitative Study of Inpatient Experiences.	Kuvata potilaiden omia strategioita ja keinoja väkivaltatilanteiden ennaltaehkäisyyn.	13 oikeuspsykiatrista potilast	Puoli-stukturoitu teemaahaastattelu.	Potilaat kuvasivat käyvänsä sisäistä dialogia, jonka kautta heidän rohkeus ja itsetuntonsa lisäänty ja he pystyvät paremmin hyväksymään oman tilanteensa ja sairautensa. Tämä vähentää väkivaltatilanteiden riskiä. Liian täysi osasto, turvattomuuden tunne sekä välinpitämätön henkilökunta lisäävät potilaiden mukaan väkivallan riskiä.
Papadopoulos C., Ross J., Stewart D., Dack C., James K. & Bowers L. (2012). The antecedents of violence and aggression within psychiatric in-patient settings.	Selvittää mitkä tekijät tai tapahtumat edeltävät väkivaltatilanteita psykiatrisessa sairaalahoidossa.	71 tutkimusta	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus	Yleisimmin väkivaltatilannetta edelsi hoitajan ja potilaan välinen vuorovaikutus, erityisesti tilanteet, joissa potilasta rajoitettiin tai kiellettiin tekemästä jotain. Yhdessä kolmasosassa väkivaltatapahtumia ei löytynyt mitään edeltävää tapahtumaa, mikä olisi voinut laukaista väkivaltatilanteen.
Peluala A., Mela M. & Adelugba O. (2013). a review of violent incidents in a multilevel secure forensic psychiatric hospital: is there a seasonal variation?	Selvittää onko psykiatrisissa laitoksissa tapahtuvissa väkivaltatapahtumissa vaihtelua vuodenaikojen suhteen	oikeuspsykiatrisen sairaalan väkivaltailmoitukset viiden vuoden ajalta.	Tilastolliset menetelmät	Väkivaltaa esiintyi enemmän naispotilailla kuin miespotilailla. Eniten väkivaltatapahtumia oli talvikuukausina ja väkivaltatilanteet tapahtuivat yleisimmin strukturoidun toiminnan ulkopuolella ns. potilaiden vapaa-ajalla.

Tekijät	Tarkoitus	Aineisto	Menetelmä	Tulokset
Pulsford, D., Crumpton, A., Baker, A., Wilkins, T. & Wright, K. 2013. Aggression in a high secure hospital: staff and patient attitudes.	Kuvata sekä henkilökunnan että potilaiden suhtautumista väkivaltaan erittäin suljetussa psykiatriisessa sairaalassa.	High-secure sairaalan hoitohenkilökunta (n=109) ja potilaat (n=27)	MAVAS (Management of Aggression and Violence Attitude Scale) –mittari, faktorianalyysi, t-testti, pearsonin korrelaatiokerroin	Potilaiden ja henkilökunnan näkemykset olivat hyvin samansuuntaisia. Ainoastaan kahdessa väittämässä näkemykset olivat päinvastaisia. Näissä potilaat olivat sitä mieltä, että väkivaltilanteet voitaisiin hoitaa tehokkaammin ja että väkivaltaiset potilaat rauhoittuvat itsestään, henkilökunnan näkemykset näki asiat toisin päin. Sekä hoitajat että potilaat olivat sitä mieltä, että väkivaltilanteiden hoidossa ja ennaltaehkäisyssä tulisi käyttää vuorovaikutuksellisia keinoja, mutta molempien mielestä myös rajoittavia keinoja, kuten eristämistä ja lääkitsemistä tarvitaan.
Quirk, A., Lelliott, P. & Seale, C. (2005). Risk management by patients on psychiatric wards in London: An ethnographic study.	Selvittää kuinka potilaat hallitsevat omalla toiminnallaan väkivallan riskiä akuutteilla psykiatrisissa osastoilla.	Kolme Lontoon alueen akuuttiosastoa. 25-potilaspaikkainen, 15-paikkainen ja 25-paikkainen. Kaikilla osastoilla sekä miehiä että naispotilaita.	3-vuotinen etnografinen tutkimus. osallistuva havainnointi. Haastattelut. Havainnointi suoritettiin 3-4 kuukauden jaksoissa. Havainnoija tuotti laadullisen aineiston, joka analysoitiin grounded theory-menetelmällä.	Potilaat toimivat aktiivisesti osastoilla lisätäkseen osaston turvallisuutta ja vähentääkseen väkivaltakäyttämisiä. Tutkimuksessa erottui neljä toimintamallia, joilla potilaat pyrkivät ehkäisemään ja hallitsemaan osaston riskejä. Nämä olivat 1) Riskitilanteiden tai – henkilöiden välttely 2) de-eskalaatio, kuten toisen potilaan rauhoittelu ja tynnyttely 3)
Robins, C., Sauvageot, J. Cusack, K., Suffoletta-Maierle, S. & Frueh, BC. 2005. Consumers' Perceptions of Negative Experiences and "Sanctuary Harm" in Psychiatric Settings	Tuoda esiin potilaiden traumaattisia ja vahingollisia kokemuksia psykiatrisesta sairaalahoidosta	27 satunnaisesti valittua psykiatrista potilasta.	Puoli-strukturoitu haastattelu	18 potilasta kertoi kohdanneensa joko itse tai todistaneensa sairaalahoitonsa aikana traumaattisen kokemuksen. Lähes kaikki traumaattiset tapahtumat olivat sairaalalähtöisiä ja jakautuivat kahteen pääteemaan; sairaalaolosuhteisiin liittyviin, kuten väkivallan pelko ja turvattomuus sekä mielivaltaiset säännöt ja rajoitteet ja henkilökunnan vuorovaikutukseen liittyviin, kuten yksilöllisyyden ja tasapuolisuuden puute ja epäkunnioitus.

Tekijät	Tarkoitus	Aineisto	Menetelmä	Tulokset
Ross, J., Bowers, L. & Stewart, D. 2012. Conflict and containment events in inpatient psychiatric units.	Kuvata kuinka paljon ja millaisia konfliktitilanteita esiintyy ja millaisia keinoja henkilökunnalla on niitä käsitellä ja hoitaa.	Akuuttivaiheen potilaiden (N=522) hoitajakson kahden ensimmäisen viikon aikaiset sairauskertomusmerkinnät.	Retrospektiivinen aineistoanalyysi, faktorianalyysi.	83,9 % potilaista oli osallisena ainakin yhdessä konfliktissa. Rajoitteita kohdistettiin 91%:iin potilaista. Potilaiden aiheuttaman väkivallan muodot jaettiin kuuteen pääteemaan; hoidosta kieltäytyminen, itsensä vahingoittaminen, luvaton poistuminen, protestointi ja estottomuus. Yleisin väkivallan muoto oli verbaalinen väkivalta, ja yleisin henkilökunnan käyttämä rajoittamisen muoto oli lääkitseminen.
Staggs, V. 2013. Nurse staffing, RN mix, and assaults rates on psychiatric units.	Selvittää henkilökunnan määrän ja koulutustason vaikutuksia väkivaltatilanteisiin.	351 psykiatrisen aikuisosaston kauukausittaiset väkivaltatilastot sekä henkilökunnan määrälliset ja koulutukselliset tilastot.	Tilastolliset analyysimallit, lineaarinen regressioanalyysi, Poissonin regressioanalyysi	Henkilökunnan määrän lisääminen lisäsi myös väkivaltatapauksien määrää, paitsi silloin kun henkilökuntamäärä oli erittäin korkea, väkivaltatilanteet vähenivät. Korkeammin koulutettujen hoitajien suurempi määrä vähensi väkivaltatilanteiden määrää.

Tekijät	Tarkoitus	Aineisto	Menetelmä	Tulokset
Stewart, D., Ross, J., Watson, C., James, K. & Bowers, L. 2011. Patient characteristics and behaviours associated with self-harm and attempted suicide in acute psychiatric wards.	Selvittää itsensä vahingoittamista ja itsemurhayrityksiä edeltäviä ja jälkeisiä tapahtumia ja itseään vahingoittavien potilaiden ominaispiirteitä.	Akuuttivaiheen potilaiden (N=522) hoitajakson kahden ensimmäisen viikon aikaiset sairauskertomusmerkinnät.	Retrospektiivinen asiakirja-analyysi.	Yksi kymmenestä potilaasta vahingoitti itseään ja 4% potilaista yritti itsemurhaa. Tilanteita edelsi useimmin väkivaltatilanne, yritys poistua osastolta luvatta tai lääkityksestä kieltäytyminen. Tilanteen jälkeisistä interventioista yleisimpiä oli tarvittava lääke ja de-eskalaatio. Itsensä vahingoittamista ja itsemurhayrityksiä tapahtui eniten nuoremmilla potilailla sekä potilailla, joilla oli historiassa aikaisempia itsemurhayrityksiä. Suurin osa itsemurhayrityksistä ja itsensä vahingoittamisista tapahtui aivan sairaalahoidon alussa, ja tilanteet saattoivat toistua useasti saman päivän aikana. Itsensä vahingoittamisen riskin arviointi tulisikin tehdä erittäin pian potilaan saavuttua sairaalahoitoon.
Thangavelu, K. (2012). Suicidal behavior among psychiatric inpatients.	Selvittää milloin ja missä itsensä vahingoittamista psykiatrisen sairaalahoidon aikana tapahtuu ja mitkä tekijät laukaisevat itsetuhoiden käyttäytymisen.	37 psykiatrisen aikuispotilaan, joilla on sairaushistoriassa toistuvia itsensä vahingoittamisia, sairauskertomusmerkinnät sekä itsensä vahingoittamistilanteesta tehdyt tapahtumaraportit.	Ei mainittu	Itsensä vahingoittaminen n tapahtui yleisimmin yöaikaan potilashuoneissa tai wc- ja kylpyhuoneitiloissa. Ylisin itsensä vahingoittamisen muoto oli viiltely ja yleisimmin potilaalla oli diagnosoitu epävakaa persoonallisuushäiriö. 22%:ssa tapauksista tilannetta oli ennakoitunut arvioitu triggeri, kuten omaisen vierailu tai puhelu, 5 %:ssa tapauksissa potilas oli ollut selkeästi kiihtynyt ennen itsensä vahingoittamista, mutta 20%:ssa ei löytynyt mitään laukaisevaa tekijää.

Tekijät	Tarkoitus	Aineisto	Menetelmä	Tulokset
van Wijk E., Traut A. & Hester J. (2014) Environmental and nursing-staff factors contributing to aggressive and violent behavior of patients in mental health facilities.	Kuvata potilaiden näkemyksiä ympäristöön ja henkilökuntaan liittyvistä tekijöistä, jotka voivat lisätä väkivaltakäyttäytymistä sekä tuottaa keinoja, joiden avulla väkivaltatilanteita voitaisiin ennaltaehkäistä ja hallita.	40 potilasta kahdesta Kapkaupunkilaisesta psykiatrisesta sairaalasta	Puolistrukturoitu haastattelu.	Väkivaltatilanteiden syntyä vaikutti sekä ympäristöön että henkilökunnan asenteeseen ja käyttäytymiseen liittyvät tekijät. Hoitoympäristössä väkivallan riskiä lisäsi epäviihtyisät olosuhteet, ruuan laatu ja määrä, yksityisyyden puute, melu, tekemisen puute, ylipaikat ja epäreiluisi koetut säännöt ja rajoitukset sekä osaston ilmapiiri, turvattomuuden tunne, hiljaiseksi lääkitseminen, tupakointi ja henkilökunnan liian pieni määrä osastolla. Potilaat kokivat, että tietty osa henkilökunnasta oli jäykkä, tuomitsevia ja kaltoinkohtelevia. Potilaat pelkäsivät joutuvansa eristykseen tai pakkolääkityksi, mikäli kertoivat näille hoitajille tunteistaan ai asioistaan, mikä johti usein väkivaltaan.
Woods, P. & Ashley, C. 2007. Violence and aggression: a literature review.	Selvittää väkivaltakäyttäytymisen riskitekijöitä	85 tutkimusartikkelia	Kirjallisuuskatsaus	Tutkimustulokset liittyen potilaiden väkivaltakäyttäytymiseen ja riskinarviointiin vaihtelevat suuresti, eikä yksiselitteisiä tulintoja voi tehdä. Psykiatristen potilaiden kanssa työskentelevien tulisi kuitenkin tiedostaa merkittävimmät riskitekijät ja kyetä hyödyntämään ja arvioimaan niitä suhteessa oman yksikkönsä potilaisiin ja ympäristöllisiin tekijöihin.
Welsh, E., Bader, S. & Evans, S. (2013) Situational variables related to aggression in institutional settings Aggression and Violent Behavior 18(6).792-796	Selvittää psykiatrisen potilaiden väkivaltatilanteisiin liittyviä tilannesidonnaisia tekijöitä.	31 englanniksi julkaistua tutkimusartikkelia	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus	Väkivaltatilanteiden syntyä vaikuttaa henkilökunnan määrä ja laatu, vuoden- ja vuorokauden aika, osaston tilat ja viihtyisyys sekä hierarkia ja rutiinit. Tutkimustulokset vaihtelivat suuresti, koska yksiköiden olosuhteet ja lähtökohdat olivat hyvin erilaisia.

Etusivu Ohje

In English På svenska

HaiPro - Potilasturvallisuusilmoitus

Sisäiset sivut

pakolliset kentät merkitty tähdellä (*)

Osasto/yksikkö Ilmoittajan yksikkö (*)
ValitseYksikkö, jossa tapahtui (*)
Valitse

Potilasnumero

Ilmoittajan ammattiryhmä
Valitse

Tapahtuma

Tapahtuma-aika(*)

Pvm (p.k.vvvv): Ei tiedossaKellonaika: : : 00 Ei tiedossa

Tapahtuman luonne (*)

 Läheltä piti -tilanne **i** tapahtui potilaalle **i**

Tapahtumapaikka

Valitse Täytetään myös työturvallisuusilmoitus

Tapahtuman tyyppi

Valitse

Tapahtuman kuvaus (*)

Kerro mitä ja miten tapahtui ja mitä seurauksia oli potilaalle ja hoitavalle yksikölle. Tarkista että kuvauksesta tulevat esiin mahdollisuuksien mukaan vastaukset seuraaviin kysymyksiin:

- Mitä oltiin tekemässä
- Mitä ja miten tapahtui
- Miten tilanne hoidettiin
- Mitä seurasi potilaalle
- Mitä seurasi henkilöstölle ja yksikölle

Kuvaa lisäksi tapahtumahetken olosuhteet ja muut tapahtuman syntyyn vaikuttaneet tekijät.

Kerro oma näkemyksesi, miten tapahtuman toistuminen voitaisiin estää.

Sähköpostiosoite

Jos haluat, että käsittelijä voi kysyä sinulta lisätietoja, anna sähköpostiosoitteesi alla olevaan kenttään. Osoitetta ei näytetä käsittelijälle, mutta järjestelmä ilmoittaa sinulle mahdollisesta lisätietopyynnöstä sähköpostitse.

Lisätietopyyntöön voit vastata sähköpostiviestissä olevan linkin kautta ja järjestelmä ilmoittaa käsittelijälle kun lisätieto on annettu.

Tallenna

Tulosta ilmoitus