

**APULAIOSASTONHOITAJIEN KOKEMUKSIA SAFEWARDS –
MALLIN IMPLEMENTOINNISTA KELLOKOSKEN SAIRAALASSA**



Ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyö

Visamäki, sairaanhoitaja YAMK

kevät, 2018

Johanna Helminen

Sosiaali- ja terveysalan johtaminen ja kehittäminen
Visamäki

| | | |
|-----------------------|---|-------------------|
| Tekijä | Johanna Helminen | Vuosi 2018 |
| Työn nimi | Kokemuksia Safewards – mallin implementoinnista Kellokosken sairaalassa | |
| Työn ohjaaja/t | Leena Packalén | |

TIIVISTELMÄ

Psykiatrinen erikoissairaanhoido on aina ollut muutostilassa. Sairaansijoja pyritään jatkuvasti vähentämään ja hoitoa muuttamaan enemmän avohoitopainotteiseksi. Myös aggressiivisten potilaiden tahdosta riippumatonta hoitoa kehitetään jatkuvasti. Erityisesti hoidon aikana tapahtuvien rajoitetoimenpiteiden määrää pyritään vähentämään. Safewards – toimintamalli pyrkii osaltaan vastaamaan tähän haasteeseen.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata apulaisosastonhoitajien kokemuksia Safewards - toimintamallin implementoinnista Kellokosken sairaalassa. Miten implementointi on toteutettu tutkimusosastoilla, ovatko kaikki interventiot käytössä osastolla ja mikäli näin ei ole niin miksi ja minkälaisia onnistumisia ja mahdollisia haasteita on tullut vastaan matkan varrella. Aineisto kerättiin tekemällä kuusi avointa haastattelua implementoinnista vastanneille apulaisosastonhoitajille Kellokosken oikeuspsykiatrisilla osastoilla. Aineisto analysoitiin induktiivisesti.

Vastauksista nousi kuusi pääluokkaa, joita olivat tiedonsaanti, ajankäyttö, interventioiden hyödynnettävyys, tuen saanti, työryhmän asenteet ja apulaisosastonhoitajan rooli. Lisäksi vastauksista nousi voimakkaasti kysymyksen asettelu ulkopuolelta seitsemäntenä osaston ilmapiiri, joka nostettiin mukaan analyysiin, koska se on keskeinen osa implementoitua toimintamallia.

Kaiken kaikkiaan Safewardsin implementointi on onnistunut Kellokoskella hyvin. Uuden toimintamallin tuominen toisesta hoitokulttuurista on kuitenkin aina haastavaa ja vaatii paljon tiedon sisäistämistä ja ymmärtämistä. Tämä oli ydin löydös myös tämän tutkimuksen tuloksissa. Erityisesti ennen uuden toimintamallin käyttöönottoa on tärkeää huomioida, että toiminnasta vastaavilla henkilöillä on riittävät resurssit ja ammattitaito, jolloin implementointi ei käy liian kuormittavaksi.

Avainsanat Safewards, implementointi, laadullinen tutkimus

Sivut 60 sivua, joista liitteitä 2 sivua

Social and Health Care Development and Management
Visamäki

| | | |
|---------------------|---|------------------|
| Author | Johanna Helminen | Year 2018 |
| Subject | Experiences on the implementation of the Safewards model at the Kellokoski hospital | |
| Supervisor/s | Leena Packalén | |

ABSTRACT

Psychiatric specialist care has always been in a state of change. Continuous efforts are being made to reduce the number of hospital beds and to develop the treatment to more outpatient based. The treatment of aggressive patients is also constantly being developed. In particular, efforts are being made to reduce the number of restrictive measures taken during treatment. The Safewards approach seeks to meet this challenge.

The purpose of this study was to describe the experiences of assistant head nurses in the implementation of the Safewards model at Kellokoski Hospital. How implementation has been implemented in the research wards, whether all the interventions are in use at the ward, and if that is not the case, why and what kind of successes and potential challenges have been encountered along the way. The data was collected by making six open interviews for the assistant head nurses responsible for implementation at the Kellokoski's forensic psychiatric wards. The data was analyzed inductively.

Six main categories of responses were received: access to information, time utilization, utilization of interventions, access to support, work group attitudes and role of the assistant head nurse. In addition, there was seventh category which rose sharply from the outside of the question, ward atmosphere, which was included in the analysis as it is a key part of the implemented model.

All in all, the implementation of Safewards has been successful in Kellokoski hospital. However, introducing a new approach from another culture is always challenging and requires a great deal of internalization and understanding. This was the core finding in the results of this study. In particular, prior to the introduction of a new operating model, it is important to note that people in charge have sufficient resources and professional skills, so implementation will not be too burdensome.

Keywords Safewards, implementation, qualitative research method

Pages 60 pages including appendices 2 pages

SISÄLLYS

| | | |
|-----|--|----|
| 1 | JOHDANTO..... | 2 |
| 2 | TUTKIMUSYMPÄRISTÖ | 3 |
| 3 | TUTKIMUKSEN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT | 6 |
| 3.1 | Safewards – mallin kehittäminen Suomessa ja maailmalla | 6 |
| 3.2 | Safewards -mallin perusteet | 7 |
| 3.3 | Safewards – malli laajemmin tarkasteltuna..... | 9 |
| 3.4 | Safewards – mallin kuusi avain muuttujaa | 10 |
| 3.5 | Suositukset mallin implementointiin ja käytännön toteutus Kellokosken sairaalassa..... | 12 |
| 4 | AIKAISEMMAT TUTKIMUKSET AIHEESTA..... | 14 |
| 5 | TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYS..... | 15 |
| 6 | TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN | 16 |
| 6.1 | Laadullinen tutkimusmenetelmä | 16 |
| 6.2 | Haastattelumenetelmän valinta | 17 |
| 6.3 | Aineiston kerääminen | 18 |
| 6.4 | Aineiston analysointi..... | 18 |
| 7 | TULOKSET | 21 |
| 7.1 | Tiedonsaanti..... | 22 |
| 7.2 | Ajankäyttö | 25 |
| 7.3 | Apulaisosastonhoitajan rooli..... | 27 |
| 7.4 | Työryhmän asenteet ja tiimin tuki | 31 |
| 7.5 | Koordinaatioryhmä ja johdon antama tuki | 35 |
| 7.6 | Interventioiden hyödynnettävyys | 39 |
| 7.7 | Osaston ilmapiiri | 42 |
| 8 | POHDINTA..... | 44 |
| 9 | TUTKIMUKSEN EETTISYYS..... | 51 |
| 10 | TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS | 52 |
| 11 | JOHTOPÄÄTÖKSET JA JATKOTUTKIMUSAIHEET | 54 |
| | LÄHTEET | 56 |

Liitteet

- Liite 1 Tiedonantokirje tutkimukseen osallistuville
 Liite 2 Suostumuskirje

1 JOHDANTO

Psykiatrinen sairaalahoito on ollut kautta aikain jatkuvassa muutoksessa. Ennen varsinaisen mielisairaanhoidon kehittymistä hoidon tavoitteena oli yhteiskunnan turvaaminen sairastuneilta. Hoito perustui säilömiseen, joko kopissa tai selleissä, josta sairastuneet eivät aiheuttaneet haittaa tai hämmennystä ympäröiville ihmisille. Vastustusta hoidon kehitys sai mielisairashoito-komitealta, joka näki mahdottomaksi vaivaishoidon ja sairashoidon yhdistämisen. Tästä huolimatta kuntayhtymien yhteisiä piirimielisairaaloita alettiin perustaa ja tämän tutkimuksen tutkimusympäristönäkin toimiva Kellokoski pyrki alkuaikoina vastaanottamaan kaikki halukkaat, riippumatta siitä, olivatko nämä itse tai vaivaishoidon maksamia asiakkaita. (Jyrkinen 2005, 76.)

Hoitoon tullessaan osa psykiatrisista potilaista on levottomia tai käyttäytyy aggressiivisesti. Usein tämä vaikuttaa negatiivisesti koko osastoyhteisöön, jolloin henkilökunta joutuu puuttumaan potilaiden käytökseen rajoittavin toimenpitein kuten esim. pakkolääkitseminen, liikkumisen rajoittaminen tai jopa eristäminen muista potilaista. Nämä tilanteet ovat aina ahdistavia ja usein traumaattisia niin henkilökunnallekin kuin potilaille. Kansallinen tavoite on vähentää näitä toimenpiteitä ja vaihtoehtoisia menetelmiä on kehitetty. (Kuosmanen ym. 2016, 35 - 39).

Aggressiivisten potilaiden kohdalla tahdosta riippumatonta hoitoa kehitetään jatkuvasti. Sosiaali- ja terveysministeriön (2009) suunnitelma ehdottaa sairaalahoidon aikana tapahtuvien rajoitetoimenpiteiden laskua kaiken kaikkiaan 40 %:lla. Tavoitetta saavuttamiseksi työskennellään määrätietoisesti Helsingin alueella. HYKS-psykiatrian organisaatiouudistus tähtää osaltaan myös tämän tavoitteen toteutumiseen. Erityisesti vaikeasti oireilevien potilaiden hoito keskitetään Uudenmaan alueella oikeuspsykiatriisiin osastoyksiköihin, tällä hetkellä Kellokosken sairaalaan. Tämä mahdollistaa muista sairaalayksiköistä eristysvalmiuden osittaista purkamista, jolloin aikaisemmin eristyshuoneina toimineita tiloja voidaan ottaa muuhun käyttöön osastoilla.

Myös vaikeasti oireilevia potilaita pyritään hoitamaan käyttämällä mahdollisimman vähän itsemääräämisoikeutta rajoittavia hoitotoimenpiteitä ja tähän liittyen Kellokosken oikeuspsykiatrian yksiköissä on viime vuosina ollut lukuisia projekteja. Näistä ovat esimerkkeinä Turun Yliopiston Hoitotieteen laitoksen kanssa yhteistyössä toteutettu Turvallinen työn hallinta – hanke, 2013, HUS-psykiatriassa aloitettu Vaihtoehtoja pakolle – hanke 2013 ja Iso-Britanniasta vuonna 2015 Suomeen rantautunut Safewards – projekti. Safewards toimintamallin avulla tavoitellaan turvallisempia osasto-olosuhteita, pakon käytön vähentymistä ja potilaiden osallistamisen lisääntymistä omaan hoitoonsa. Viimeksi mainittu Safewards valikoitui tämän tutkimuksen tutkimuskohteeksi aiheen ajankohtaisuuden vuoksi.

Safewards-malli on Kellokoskella implementoitu vahvasti lähiesimiesvetoisena. Apulaisosastonhoitajien lisäksi on osastoilta valikoitunut 2-4 hoitajaa projektinvastuuhenkilöiksi viemään implementointia käytännön tasolle. Mallin implementointi alkaa osalla osastoista olla loppusuoralla ja johdon pyynnöstä tutkimuksella selvitetään miten mallin implementointi on apulaisosastonhoitajien keskuudessa koettu.

Tutkimuskohteesta ei ole Suomessa aikaisempaa tutkimustietoa, koska malli on vasta implementointivaiheessa suuressa osassa sairaanhoitopiirejä. Lisäksi tehty kansainvälinen aineiston haku ei tuottanut tuloksia vastaavanlaisesta tutkimuksesta. Haku suoritettiin useammasta tietokannasta. Näitä olivat PubMed, Science Direct, EBSCOhost Academic Search Elite ja Elsevier SD College Edition Physical Sciences. Tässä tutkimuksessa onkin tavoitteena tuottaa uutta tietoa tutkittavasta ilmiöstä, muiden yksiköiden hyödynnettäväksi, mikäli ne lähtevät Safewards – mallia implementoimaan.

Tutkimus toteutettiin Kellokosken sairaalassa avointa haastattelumenetelmää käyttäen. Tutkimusaineisto kerättiin haastatteleamalla osastojen implementoinnista vastanneita apulaisosastonhoitajia. Aineisto analysoitiin induktiivisesti, eli sisällönlähtöisesti, jolloin analyysiä ei toteuteta minkään aiemman teorian pohjalta, vaan tulokategoriat nousivat aineistosta itseltään. (Kylmä ja Juvakka 2012, 57 - 67, Ronkainen ym. 2011, 118 - 127.)

Aiheen valintaan vaikutti oman kliinisen kokemuksen kautta noussut kiinnostus siitä, miten potilaiden aggressiivista käyttäytymistä ja konfliktitilanteita voidaan vähentää turvallisen ympäristön luomiseksi kaikille osastolla oleville. Lisäksi vaikuttimena olivat kansallinen tavoite pakon käytön vähentämiseksi ja potilaiden osallisuuden lisääminen myös vaikeasti oireilevien potilaiden kohdalla. Työn aikana olen saanut tukea ylihoitaja Päivi Soiniselta, joka toimi myös aiheen valinnan koordinaattorina ja hankkeen koordinaatioryhmän puheenjohtajana.

2 TUTKIMUSYMPÄRISTÖ

Tutkimus toteutettiin Kellokosken sairaalassa, joka perustettiin Kellokosken kylälle vanhaan kartanomiljööseen vuonna 1915 Hausjärven, Lopen ja Tuusulan kuntien yhteistyönä. Ennen hoitolan perustamista mielisairaita oli hoidettu vaivahoito kuulutuksen mukaisesti kuntien omissa vaivaistaloissa. Alun perin laitos ei ollut sairaala, vaan piirimielisairashoitola, jonka perustamisen suunnittelutyö alkoi jo 1913. Ensimmäiseksi kokopäiväiseksi ylilääkäriksi hoitolaan tuli Arne Soininen ja ensimmäiseksi ylihoitajaksi Anna Pakalén vasta 1930-luvulla. Pakalén keskittyi toimessaan silloisten hoitokäytäntöjen uudistamiseen ja koulutetun hoitohenkilökunnan hankkimiseen laitokseen. (Jyrkinen 2005, 17 - 18.)

Työpariksi muotoutuneet ylilääkäri Soininen ja ylihoitajatar Pakalén olivat tarmokkaita ja ennakkoluulottomia psykiatrisen sairaanhoidon edelläkävijöitä. Heidän toimintansa aikana luotiin myös Kellokosken ensimmäiset kontaktit kansainväliseen yhteisöön ylil. Soinisen etsiessä uusia ratkaisumalleja muista Pohjoismaista ja Keski-Euroopasta. Käytännön hyvä hoito lähti kuitenkin perusasioista, kuten puhtauden ylläpitämisestä, hyvien käytöstopojen opettelemisesta, ympäristön viihtyisyydestä ja toiminnallisuuden kannustamisesta. (Kontio 2015, 67 - 68.)

Soinisen ja Pakalénin ajoista Kellokoski on jatkanut yhtenä johtavana psykiatrisen hoidon kehittäjänä ja toteuttajana Suomessa. Tänä päivänä Kellokoskella toimii perinteisen sairaalahoidon lisäksi lukuisia erityistyöntekijöitä kuten psykologeja, sosiaalityöntekijöitä, neurologi, neuropsykologi, toiminnallisen kuntoutuksen puolella mm. toimintaterapeutteja, askarte-luohjaajia, liikunnanohjaajia ja fysioterapeutti sekä sairaalapastori. (Vataja R. ym. 2015, 110 - 124.) Lisäksi suurella sairaalalla on ollut aina suuri merkitys sitä ympäröivään yhteisöön sekä työllistäjänä että ilmapiirin luojana. Kellokosken sairaala on vuosien aikana muuttunut luonnettaan psykiatrisen sairaalahoidon tarpeen muuttuessa. Avohoitoon siirtyneet, ns. tavalliset mielenterveys potilaat ovat korvautuneet Etelä-Suomen alueen oikeuspsykiatrisilla ja vaikeahoitoisilla potilailla. (Holi 2015, 202 - 203.)

Pakon käytön vähentäminen ja turvallisuuden lisääminen on ollut Kellokosken sairaalassa kehittämisen kohteena jo pidempään. Vuosina tehtiin 2011 - 2012 Vaihtoehtoja Pakolle projekti, jossa tavoitteena oli vastata Mieli 2009 – työryhmän suositukseen vähentää pakon käyttöä psykiatrisilla osastoilla 40 %. Vaihtoehtoja pakolle – projektin teoreettisena taustana oli Kevin Huckshornin ohjelma kuudesta ydinkohdasta, joilla pakon käyttöä pyritään vähentämään. Ohjelman mukaan johtamisen tulee olla sidottu strategiaan ja ulottua läpi koko organisaation. Tiedon antamasilla tarkoitetaan tässä yhteydessä henkilökunnalle jaettua informaatiota siitä, miten eristykset hoidetaan muissa sairaaloissa. Työkaluja eristysten ja sitomisien vähentämiseen ovat muun muassa psykiatrisen hoitotahto, jonka avulla potilaalle on mahdollista rakentaa yksilöllisiä, luovia ja ennaltaehkäiseviä keinoja sisältäviä suunnitelmia. Potilaan roolin vahvistaminen on niin ikään yksi ohjelman ydinkohdista, jossa tarkoituksena on potilaan lisäksi heidän perheiden, mikäli se tukee potilaan hoitoa, mukaan ottaminen toiminnan suunnitteluun, toteuttamiseen ja arviointiin. Viimeisenä kohtana on jälkipuintimenetelmien käyttöön otto rajoitustapahtumien jälkeen, joka Kellokoskella tarkoittaa eristysten ja sitomisien jälkeen käytävää purkukeskustelua. (Korkeila 2012, 3 - 6, Huckshorn 2004, 22–33.)

Oikeuspsykiatria tuo mielikuvissa mieleen varsin graavisti oireilevat ja ennen kaikkea väkivaltaiset potilaat. Tähän mielikuvaan on pyritty Kellokoskella vaikuttamaan 2000-luvulla. Potilaiden hoito ei vastentahtoisuudesta huolimatta ole autoritääristä säilyttämistä ja sääntöjen ylläpitämistä vaan ennen kaikkea eettistä asioiden ajattelua ja pohdintaa. Hoitoa pyritään to-

teuttamaan mahdollisimman pitkälle yhteistyössä potilaiden kanssa heidän itsemääräämisoikeutta kunnioittaen. Tehtäväkeskeisyys on saanut väistyä yksilövastuisten hoitotyön tieltä, mikä on asettanut paineita myös hoitohenkilökunnan ammattitaidon kehittämiseksi. (Putkonen ja Turpeinen 2014, 104 - 107.)

Hoitotyö on kaiken kaikkiaan muuttunut yhteiskunnallisten vaatimusten ja muutosten mukana. Kellokosken sairaala on ollut tiiviisti mukana kehittämistyössä aktiivisen tutkimustoiminnan kautta. Hoitotiede on nykyään suuressa roolissa psykiatrian ja mielenterveystyön kehittämisessä. Kellokoskella on ollut lukuisia hankkeita erityisesti kansallisen suosituksen mukaiseen pakonkäytön vähentämiseen. Näistä mainittakoon ePsych-Nurse.Net verkkokurssin kehittäminen, jonka tavoitteena oli löytää vaihtoehtoja mielenterveyspotilaan kohtaamiseen ja Suomi - Japani – yhteistyöhanke Sakura sekä Pohjoismainen verkosto pakonkäytön vähentämiseen, jossa tavoiteltiin pakonkäytön vähentämistä sekä eristyskäytäntöjen kehittämistä ja vaihtoehtoisten toimien käyttöönottoa. 2000-luvulla kehittämishankkeet ovat nousseet ja toteutuneet osastojen työntekijöiden aloitteesta, kuten esimerkiksi osaston 20 Vaiho- hanke, jossa kuvattiin, vaikeahoitoisuuden haasteita työryhmälle ja Turun Yliopiston kanssa yhteistyössä toteutettu Turvallinen työn hallinta – hanke. (Kontio 2015, 91 – 98.)

Nykyisin Kellokosken sairaala on jakautunut kahteen eri organisaatioon. Psykoosi- ja mielialapotilaiden hoidosta vastaa kaksi vastaanotto-osastoa ja tehostetun avohoidon yksikkö. Nämä yksiköt kuuluvat Hyvinkään Sairaanhoidon alueen alaisuuteen ja siirtyvät Hyvinkään sairaalaan valmistuviin uusiin tiloihin vuoden 2019 alussa. Mielialalinjan osastojen lisäksi Kellokosken sairaalaan kuuluu kaksi nuoriso-osastoa, liikkuva nuorisopsykiatrian poliklinikka ja sairaalakoulu. Nuoriso-osastot ovat sijoittuneet fyysisesti tällä hetkellä Ohkolan sairaalan remontoituihin tiloihin ja ovat sijoittumassa vuonna 2018 syksyllä (arvio) Helsinkiin Psykiatriakeskuksen yhteyteen. Sairaalakoulun toiminta jatkuu Ohkolan sairaalan remontoituissa tiloissa toistaiseksi.

Oman opinnäytetyöni tein oikeuspsykiatrian linjalle, johon tällä hetkellä kuuluu Kellokoskella yhteensä kuusi osastoa, oikeuspsykiatrian poliklinikka ja Kalliomaan asumisyksikkö. Osastot ovat jakautuneet akuuttiosastoihin (2), lyhytkestoisen kuntoutuksen osastoihin (2) ja pitkäaikaiskuntoutusosastoihin (2). Osastoilla tehdään oikeuden määrittämiä mielentilantutkimuksia ja hoidetaan hoidon eri vaiheissa olevia, vaikeasti oireilevia ja aggressiivisiä potilaita. Oikeuspsykiatrian linjan siirtyminen uusiin tiloihin on tällä hetkellä selvittelyasteella, johtuen vaikeasti oireilevien potilaiden hoidon turvaamisen vaatimuksista. Myös tämän potilas ryhmän potilaille on tarjottavat asianmukaiset ja turvalliset tilat.

3 TUTKIMUKSEN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

3.1 Safewards – mallin kehittäminen Suomessa ja maailmalla

Safewards on Iso-Britanniassa kehitetty tutkimukseen ja työelämäyhteistyöhön pohjautuva toimintamalli konfliktien, (engl. conflict) esimerkkeinä väkivaltatilanteet, itse-murhayritykset, luvatta poistumiset ja päihteiden käyttö osastoilla, ennaltaehkäisyyn sekä rajoitetoimenpiteiden (containment) vähentämiseen, joista esimerkkeinä psykiatrisilla osastoilla vastentahtoinen lääkitys, fyysinen kiinni pitäminen, huone-eristykset. Mallin kehittäjä on psykiatrisen hoitotyön Professori Len Bowers, Psykiatrian instituutista Lontoosta. (Bowers 2014, 499. Kuosmanen ym. 2016, 35 - 39.)

Väkivaltatilanteet, riippumatta siitä, kohdistuvatko ne toisiin potilaisiin, hoitohenkilökuntaan tai henkilöön itseensä, saattavat aiheuttaa vakavia vammoja. Lisäksi erityisesti itsetuhoinen käyttäytyminen verottaa hoitajien aikaa ja lisää merkittävästi itsemurhariskiä. Voimankäyttö rajoittamistilanteissa aiheuttaa henkilökunnan sisällä kahtia jakoisuutta, mikä saattaa pahimmillaan johtaa tahattoman vamman syntymisen potilaalle ja sitä kautta vaarantaa luottamuksellisen hoitosuhteen syntymisen. Näin ollen tilanteiden harveneminen on erittäin tärkeää sekä potilaille, että hoitohenkilökunnalle osastoilla. (Bowers 2014, 499 - 500.)

Väkivalta- ja rajoitetapahtumat vaihtelevat paljon osastojen ja jopa maiden välillä. Myös rajoitetyypeissä on eroavaisuuksia. Toisessa maassa käytössä olevat rajoitetoimenpiteet eivät näyttäyty toisaalla lainkaan. Aikaisemmista tutkimuksista on puuttunut näiden erojen ja esiintyvyyksien systemaattinen kartoitus. Ne ovat useimmiten keskittyneet tiettyntyyppisiin väkivaltatapahtumiin ja rajoitetoimenpiteisiin. Safewards tutkimus pyrkii täyttämään tämän aukon. (Bowers 2014, 500.)

Professori Bowersin Safewards-malli nousi tarpeesta saada tietoa väkivallan eskaloitumisen ehkäisystä osastoilla. Aiheesta ei ole lainkaan aikaisempaa systemaattista tutkimusta, mitä de-eskalaatio osastoilla oikein on, hoidettaessa väkivaltaisista ja arvaamattomia potilaita. Vähäinen kokemus, joka on muodostunut lähinnä hoitohenkilöstön kokemusten pohjalta, on ollut pirstaleista, eikä sitä ole koskaan kartoitettu kattavasti kenenkään toimesta. (Bowers 2014, 36 - 37.)

Mallin kehittämisvaiheessa Bowersin tutkimusryhmä kävi läpi yli tuhat yksityiskohtaista tutkimusta liittyen konfliktitilanteeseen ja rajoittamiseen ympäri maailmaa. Tutkimusvaiheessa vuosina 2005 - 2012 käytiin läpi kolmenlaista aineistoa. Näyttöön perustuva, lähinnä englannin kielellä julkaistu aineisto käsitti kaiken tyyppiset konflikti- ja rajoittamistapahtumat psykiatrisilla sairaalapotilailta. Toinen läpikäytävä aineisto oli Lontoon Psykiatrian instituutin oma tutkimusohjelma liittyen konflikti- ja rajoitetapahtumiin osastoilla. Iso-Britanniassa tutkimushanke aloitettiin 1996 ja se jat-

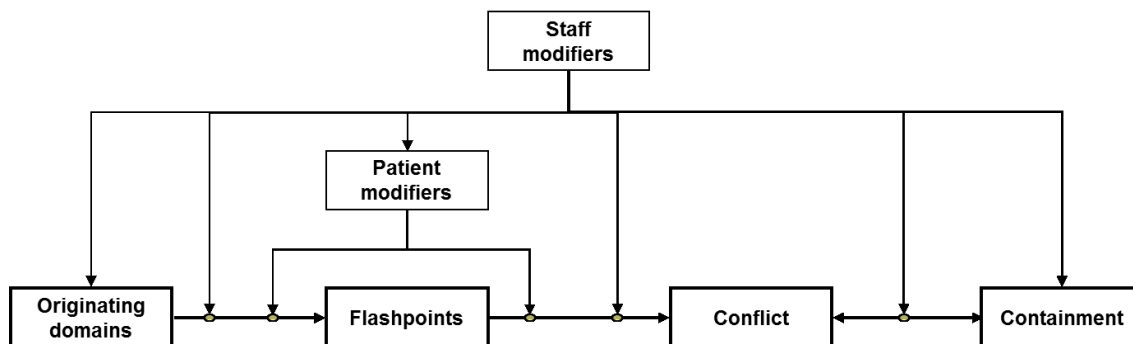
kuu edelleen. Kolmantena tutkimusmetodina oli aineiston analyysi keräystä aineistosta, jossa aineisto analysoitiin suhteuttaen sitä sen monipuolisuuteen, ikään ja käytettyihin tutkimusmetodeihin. Vaikka käytetty materiaali on ollut laajaa ja monipuolista, Safewards -toimintamallia ei voida pitää ainoana oikeana toimintamallina, vaan pikemminkin alustavana ohjeistuksena siitä, miten osastoilla on mahdollista vähentää konflikti- ja väkivaltatilanteita. (www.safewards.net/fi/toteutus/2015-07-03-11-55-43. Viitattu 20.1.2016.)

Safewards-mallin suomentaminen aloitettiin vuoden 2015 alussa ja saatiin päätökseen vuotta myöhemmin. Mallin suomentaminen toteutettiin suurella rintamalla koko maan laajuisesti. Osallistuneita olivat Helsingin ja Uuden maan sairaanhoitopiiri, Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri, Pirkanmaan sairaanhoitopiiri, Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri, Tampereen Ammattikorkeakoulu, Niuvanniemen sairaala sekä Helsingin kaupungin mielenterveys- ja päihdepalvelut. Malli jalkautettiin käytäntöön osastoille vuoden 2015 keväällä ja pilotti sairaalana toimi Kellokosken sairaala. Myöhemmin mallia on otettu käyttöön myös muissa sairaanhoitopiireissä, kuten Tampereella Pitkänniemen sairaalassa ja Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirisissä. Lupa mallin suomentamiselle haettiin mallin alkuperäiseltä kehittäjältä Len Bowersilta. (Kuosmanen ym. 2016, 35 - 39.)

Safewards -mallilla on tiivis yhteisö maailman laajuisesti sosiaalisessa mediassa. Kokonaisuudessaan mallin sisältöön voi tutustua verkkosivustolla www.safewards.net, jonne malli on käännetty jo viidelle eri kielelle alkuperäisen englannin lisäksi. Lisäksi Safewards-mallin ympärille on muodostunut tiivis Facebook-yhteisö, jossa mallia implementoivat osastot ympäri maailmaa voivat jakaa kokemuksia sekä pyytää apua ja ideoita käytännön ongelmiin.

3.2 Safewards -mallin perusteet

Yksinkertainen kaavio (Kuva 1) esittää, miten konflikti- ja rajoitetapahtumat etevät osastoilla. Mallissa kuvataan ns. kriittisiä pisteitä, joihin henkilökunnalla on mahdollista vaikuttaa estääkseen konfliktia kasvamasta. Näissä kriittisissä pisteissä henkilökunnan on tärkeää arvioida, miten potilaan käytökseen on hyvä reagoida ja samaan aikaan miettiä, onko reagoimatta jättäminen paras vaihtoehto estääkseen tilanteenteen kärjistymisen. Mallin mukaan on tärkeää ottaa huomioon, että edetessään konfliktitilanteeseen voidaan vaikuttaa kaikissa kriittisissä pisteissä sen jälkeen, kun tilanteen kehittyminen on alkanut, eikä vain ennaltaehkäisevässä merkityksessä. (<http://www.safewards.net/fi/2015-07-03-09-44-53/helppo>, viitattu 20.1.2016)



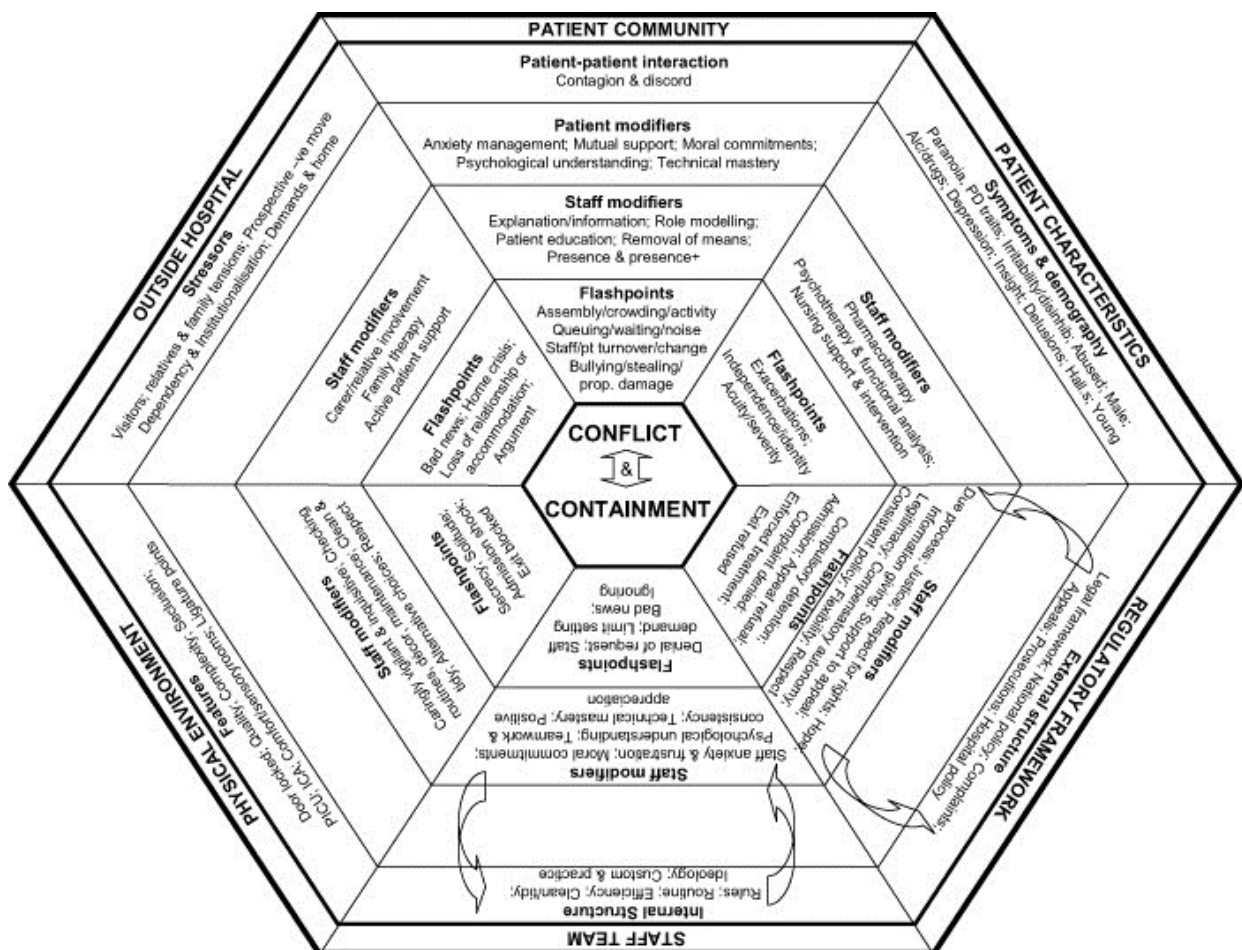
Kuva 1. Safewards malli yksinkertaistettuna (Bowers 2014,500).

Taustamuuttajat (originating domains) ovat psykiatristen osastojen näkökulmia, kuten sosiaalinen ja fyysinen sijainti, ja miten se poikkeaa potilaiden normaalista ympäristöstä sekä rajoittaminen riippumatta siitä, onko se vapaaehtoista tai vastentahtoista ja miten sen ilmeneminen tai poissaolo vaikuttaa konfliktien ja rajoittamistapahtumien määrään. **Henkilökunta muuttajat** (staff modifiers) kuvaavat henkilökuntaa (joko yksilöt tai tiimit) sekä heidät tapaansa hoitaa potilaita vuorovaikutuksessa tilanteissa, joissa on mahdollisuus vaikuttaa konfliktien ja rajoitetapahtumien määrään. **Potilas muuttajat** (patient modifiers) kuvaavat potilaiden tapaa olla kanssa käymässä toisten potilaiden kanssa tilanteissa, joissa on mahdollisuus vaikuttaa konfliktien ja rajoitetapahtumien määrään, ja jotka ovat herkkiä henkilökunnan toiminnalle. **Kriittiset pisteet** (flashpoints) ovat sosiaalisia ja psykologisia tilanteista, jotka nousevat taustamuuttajista ja ennakoivat lähestyvää konfliktia. **Konflikti** (conflict) kuvaa kaikkea potilaiden käyttäytymistä, joka vaarantaa heidän, toisten potilaiden tai henkilökunnan turvallisuutta (esim. väkivalta, itsemurha, itsetuhoisuus, luvatta poistuminen, päihteiden käyttö). **Rajoite** (containment) kuvaa kaikkia henkilökunnan käyttämiä keinoja tilanteiden ennaltaehkäisemiseksi tai hoitamiseksi. Näitä ovat esimerkiksi tarvittava lääkitys, vierihoito ja eristys. (Bowers 2014, 500)

Safewards-mallin mukaan on olemassa konfliktilähtöisiä tapahtumia, jotka toteutuessaan aktivoivat kriittisiä pisteitä ja voivat aiheuttaa rajoitetapahtumaa vaativan konfliktin syntymisen osastolla. Mallin mukaan rajoittamisella on lisäksi vastavuoroinen suhde konfliktien kanssa, jolloin rajoittaminen itsessään voi aiheuttaa konfliktin syntymisen eikä estä sitä. Viimeiseksi malli osoittaa, että henkilökunta voi vaikuttaa konfliktien ja rajoitetapahtumien esiintyvyyteen jokaisessa vaiheessa. (Bowers 2014, 500.)

3.3 Safewards – malli laajemmin tarkasteltuna

Laajemmin tarkasteltuna mallissa (kuva 2) on kuusi avainmuuttujaa, jotka vaikuttavat voimakkaimmin konfliktien ja rajoitetapahtumien esiintyvyyteen psykiatrisilla osastoilla. Nämä ovat kuvattuna kahdella kuvion uloimalla kehällä. Kolmas kehä kuvaa potilas muuttujia, eli sitä mitä potilaat voivat tehdä yhdessä, jotta kuusi avainmuuttujaa eivät eskaloitu konfliktiksi ja rajoitetapahtumaksi. Neljännellä kehällä ovat henkilökunta muuttujat samaan tyyliin edellisen kehän kanssa. Siellä missä on kahden tason välillä kahden suuntaisia nuolia, ne kuvaavat että näillä osa-alueilla henkilökunnalla on mahdollisuus suoraan vaikuttaa avainmuuttujiin ja näin vähentää konfliktiksi- ja rajoitetapahtumia. Viides eli sisin kehä ennen konfliktiksi- ja rajoitetilannetta nostaa esiin kriittiset pisteet, eli ne tapahtumat ja sosiaaliset tilanteet, jotka todennäköisimmin laukaisevat konfliktiksi- ja rajoitetapahtuman. Sisimpänä olevat konfliktiksi- ja rajoitetapahtumat on yhdistetty nuolella kuvaamaan sitä tosiasiaa, että konfliktiin joudutaan usein reagoimaan rajoittamalla, mutta rajoittaminen itsessään saattaa myös laukaista konfliktin. (Bowers 2014, 501.)



Kuva 2. Täydellinen versio Safewards mallista (Bowers 2014, 500).

3.4 Safewards – mallin kuusi avain muuttujaa

Potilaiden välisestä toiminnasta lähtöisin oleva riskikäyttäytyminen nousee Safewards-mallin mukaan kahdesta tyypistä. Toinen mallintaminen, jolloin toisten potilaiden häiritsevä käyttäytyminen tarttuu myös toisiin potilaisiin. Toinen yleisin syy on eripura, jota syntyy kun potilaan joutuvat asumaan hoidon aikana lähekkäin sellaisten ihmisten kanssa, joiden käytös saattaa olla vaikeaa, arvaamatonta, ärsyttävää tai heidän mielestä vastenmielistä. Näissä tilanteissa konfliktin eskaloitumiseen vaikuttaa osaston potilaiden kyky kohdata muiden potilaiden haastavaa käytöstä ja suhteuttaa omia tunnereaktioitaan toisiin. Henkilökunnalla on suuri rooli tukea potilaita näissä tilanteissa ja auttaa potilaita kohtaamaan toisensa positiivisella asenteella. (Bowers 2014, 501 - 504.)

Malli huomioi myös **potilaiden erityispiirteet ja taustan**. Useat potilaat tulevat sairaalaan vastentahtoisesti. Myös vapaaehtoisesti hoitoon tulleet potilaat saattavat kokea tullessa hoitoon joko omaisten tai viranomaisten painostamana. Osalla saattaa olla taustassaan jo aikaisempia negatiivisia ja jopa pelottavia kokemuksia sairaalahoidosta. Nämä ovat saattaneet sisältää aikaisemmissa hoitajaksoissa rajoitetoimenpiteitä, kuten kiinnipitämistä tai vastentahtoisia injektioita. Myös potilaiden persoonallisuuden piirteet, mistä he ovat kotoisin ja mahdollinen uskonnollisuus tai vaihtoehtoisesti ateismi saattavat olla osatekijöinä potilaiden keskinäisten välien kiristymiselle. Osassa uskontoja, sen harjoittaminen vaatii yksityisyyttä, jota psykiatrisilla osastoilla on ajoittain vaikea järjestää tilanpuutteen vuoksi. Asuinympäristön vaikutus potilaan luonteen muodostumisessa korostuu, jos samassa huoneessa asustaa esimerkiksi voimakkaasti kahden eri tulo-
luokan potilaita. (Bowers 2014, 501 - 504.)

Osastojen säännöt ja rajoitukset sekä niiden ilmaiseminen näyttelevät myös merkittävää roolia konfliktitilanteiden syntymisessä. Jokainen sairaalaan tullut tai toimitettu potilas on kuin kuka tahansa meistä. He ovat tottuneet kulkemaan vapaana ja tekemään mitä itse haluavat ja silloin kun se on heille mielekkäintä. Psykiatrisissa sairaaloissa on paljon rajoituksia, kuten esimerkiksi suljetut ulko-ovat ja rajoitettu pääsy mm. kylpyhuoneisiin. Lisäksi osaston toiminta sisältää paljon muitakin sääntöjä, joita tulee noudattaa, kuten ruokailu-, lääke- ja heräämisajat. Tällaiset pienet säännöt, joita yhdelle osastolle tulee kuitenkin lukuisia, voivat herättää potilaissa ärtymystä ja lisätä konfliktiherkkyyttä. Henkilökunta voi omalla toiminnallaan vaikuttaa miten, ne toteutetaan käytännössä osastolla. Potilaiden oikeuksien kunnioittaminen, täsmällisen informaation antaminen, toivon luominen, positiivinen tulevaisuuden suunnittelu ja tukeminen potilaan valittaessa päätöksistä parantaa potilaiden kokemusta kuulluksi tulemisesta ja osaltaan vähentää turhautumista ja toivottomuutta, jotka voivat johtaa riskikäyttäytymiseen. (Bowers 2014, 501 - 504.)

Osaston sisäiset toimintamallit siitä, mitä tapahtuu, koska ja missä ovat lähtöisin osastolla työskentelevästä hoitotiimistä. Varsinaisen toiminnan lisäksi henkilökunta välittää joko avoimesti tai epäsuorasti osaston ideologiaa siitä, mitä se tarjoaa potilaille. Osaston sisäiseen rakenteeseen kuuluu myös tehokkuus, jolla vuodeosasto toimii tarjotessaan palvelua. Merkittävänä osa-alueena on minkälaisia rajoitetoimia henkilökunta käyttää osastolla, kun potilaat käyttäytyvät häiritsevästi. Näiden osalta on valtavasti eroja osastojen, sairaaloiden ja maiden välillä. Erot eri osastojen ja maiden välillä selittyvät osittain tilastointitavoissa ja siitä minkälaisia rajoitetoimenpiteitä on ylipäättänsä käytettävissä. (Bowers 2014, 501 - 504.)

Pelkistettynä **fyysinen ympäristö** kattaa Safewards-mallin mukaan ympäristön laadun ja monimuotoisuuden. Laadukas ympäristö lisää viihtyvyyttä ja potilaiden kunnioitusta ympäristöä kohtaan. Selkeät toimitilat parantavat potilaiden valvonnan mahdollisuutta ja sitä kautta auttavat ennakoimaan paremmin riskitilanteita. Muut fyysisen ympäristön piirteet liittyvät enemmän rajoitetapahtumiin, kuten onko osaston ovi lukittu ja onko mahdollinen eristys huone valmiina käytettäväksi. Lisäksi on tärkeää, että henkilökunta pitää ympäristön siistinä, kiinnittää huomiota tilojen sisustukseen ja omalla esimerkillään kunnioittaa yhteistä ympäristöä. Myös se, miten paljon henkilökunta antaa potilaille mahdollisuuksia muokata esimerkiksi omaa huonetta potilaan itsensä näköiseksi, on otettu huomioon fyysisestä ympäristöstä arvioitaessa. (Bowers 2014, 501 - 504.)

Osaston ulkopuolisella ympäristöllä käsitetään tässä yhteydessä potilaan sosiaaliset kontaktit (perhe, ystävät, työtoverit) sekä asuntoasiat. Joskus suhteet lähisukulaisiin saattavat olla potilaille erittäinkin tulehtuneet, jolloin yhteyden pitäminen heidän kanssaan saattaa lisätä riskiä yhteentörmäyksille. Myös negatiiviset muutokset sosiaalisissa suhteissa (avioero, huoltajuuskiistat, lähisukulaisen kuolema) ovat merkittäviä stressitekijöitä potilaille. Näiden asioiden kohtaaminen on luonnollisesti riski potilaan itsehillinnän peittämiselle. Hoitohenkilökunta voi vähentää näitä riskejä perehtymällä hoidon aikana huolellisesti potilaan sosiaaliseen ympäristöön ja kartoittamalla niistä mahdollisia konfliktierkkiä kohtia. Näissä tilanteissa voidaan apuna käyttää tehokkaasti esim. parisuhdeterapiaa, perhetapaamisia tai erilaisia yksilöterapia muotoja, jotka helpottavat potilasta arkojen asioiden läpikäymisessä. Toinen sairaalan ulkopuolinen osatekijä on potilaan koti ja asuinympäristö ja siihen liittyvät stressitekijät. Haasteet saattavat liittyä potilaan taloudelliseen tai toiminnalliseen kykyyn huolehtia asunnostaan tai pelkoon esimerkiksi murtovarkaiden käynnistä asunnolla potilaan poissaolon aikana. Myös asuinpaikan muutokset erityisesti silloin, kun potilas ei sairaalasta poistuessaan ole halukas siirtymään toiseen asuinympäristöön saattaa laukaista konfliktin osastolla. (Bowers 2014, 501 - 504.)

Taulukossa 1 on lyhyesti kuvattu Safewards-mallin kymmen interventiota, joiden tavoitteena on vähentää väkivaltatilanteita ja lisätä potilaiden osal-

listamista ja yhteistyötä henkilökunnan kanssa psykiatrisilla sairaalaosastoilla. Vaikka mallissa on ajateltu käytettävän kaikkia edellä mainittuja toimenpiteitä, voidaan niitä ottaa tarkoituksen mukaisesti käyttöön ainoastaan osa. Tärkeintä mallin käyttöön otossa on, että työryhmä tutustuu huolellisesti taustamateriaaliin. Lisäksi kaikkien on sitouduttava niihin toimenpiteisiin, mitä yksikössä päätetään ottaa käyttöön. Jokaisen toimintamallin implementointiin tulee varata riittävästi aikaa ja vähitellen ajan kuluessa kokeilla muitakin. (Kuosmanen 2016, 37 - 38.)

| Interventio | Lyhyt kuvaus |
|------------------------------|---|
| Yhteiset odotukset | Määritellään ja kirjataan sekä potilaiden että henkilökunnan odotukset siitä, miten osastolla toimitaan ja käyttäydytään. |
| Pehmeät sanat | Hoitajat puhuvat kunnioittavasti ja lempeästi myös rajoittamistilanteissa. Harjoiteltava taito. |
| Puheella rauhoittaminen | Vahvistetaan tiimin de-eskalaatitaitoja ja käytetään niitä systemaattisesti ja opeteltujen ja yhdessä sovittujen sääntöjen mukaisesti. |
| Positiiviset sanat | Henkilökunta oppii tunnistamaan ja jakamaan potilaiden hyviä ominaisuuksia ja vahvuuksia. Potilaista puhuttaessa korostuu toivo, optimismi ja kunnioitus. |
| Huonojen uutisten kertominen | Huonojen uutisten kertominen potilaille niin, että hän voi varautua niihin etukäteen ja saa tukea ne kuultuaan. |
| Tunnetaan toisemme | Osastolla on kansio, jossa on esitelty kaikki työntekijät ja potilaat ja se on kaikkien nähtävissä. Sisältää myös valikoituja henkilökohdaisia tietoja. |
| Avun antaminen | Potilaat tekevät pieniä asioita auttaakseen ja tukeakseen toisia potilaita. |
| Rauhoittumismenetelmät | Esineitä ja tavaroita joilla potilas voi kontrolloida levotonta oloa ja mahdollisia aggressiivisia ajatuksia. |
| Turvallisuuden palauttaminen | Lisätään henkilökunnan tietoisuutta mahdollisista aggressiivisista, levottomuutta tai ahdistusta aiheuttavista tapahtumista osastolla. |
| Kotiutusviestit | Osastolta kotiutuvat potilaat jättävät rohkaisevia ja toivoa herättäviä viestilappuja uusille potilaille nähtäväksi osaston tiloissa |

Taulukko 1. Safewards mallin kymmenen interventiota (<http://www.safewards.net/fi/2015-07-03-09-44-53/yleistae>. Viitattu 3.12.2016.)

3.5 Suositukset mallin implementointiin ja käytännön toteutus Kellokosken sairaalassa

Implementoinnilla tarkoitetaan uuden toimintamallin käyttöönottoa. Tällöin käyttöön otettavat mallit ovat tutkittuun tietoon perustuvia ja niiden soveltamiseen voidaan käyttää räätälöityjä keinoja, joiksi käsitetään uuden tiedon esteiden tunnistaminen ja niiden ylitse pääseminen. Terveystieteiden tutkimuksessa tämän tyyppinen kehittämistyö on harvoin yksisuuntaista. Tietoa

implementoinnin etenemisestä liikkuu sekä ylhäältä alaspäin, että alhaalta ylöspäin. (Sipilä ym. 2016, 852.)

Safewards- mallin implementoinnista on olemassa selkeät suositukset, jotka on hyvä käydä läpi siinä järjestyksessä kuin ne on esitetty. Jotta implementoinnissa voidaan onnistua, on ensin tutustuttava huolellisesti tausta materiaaliin. Tämän jälkeen käytännön toteutuksesta on hyvä keskustella osastotiimin kanssa. Onnistuneeseen implementointiin tarvitaan mahdollisimman monta motivoitunutta työntekijää, koska mallin interventiot vaativat toimiakseen koko työryhmän tuen. Myös taloudellisten resurssien tarpeen arviointi on tärkeää, vaikkei malli itsessään olekaan kallis toteuttaa. Rahaa kuluu kuitenkin tarvikkeisiin, kuten rauhoittumislaitteen sisältö ja painatukseen (yhteneväiset odotukset). (<http://www.safewards.net/fi/toteutus/suunnittelu-ja-kaeyttoeoenotto>. viitattu 3.12.2016.)

Konkreettinen suunnittelun tulee aloittaa useita kuukausia ennen mallin implementoinnin aloittamista. Jokainen interventio on hyvä käydä huolellisesti läpi työryhmässä ja pohtia miten se halutaan ottaa käyttöön osastolla, vai halutaanko? Tässä vaiheessa on hyvä nimetä kullekin interventiolle vastuutyöntekijä, mikäli sellaista halutaan työryhmässä käyttää. Interventiot suositellaan aloitettavan yksi kerrallaan, esimerkiksi 1 – 3 viikon välein. Toteutus on hyvä aikatauluttaa niin, että jokainen yksikössä työskentelevä on tietoinen projektin etenemisestä ja pystyy valmistautumaan siihen omalta osaltaan. Safewards - mallin toimivuutta ei välttämättä ole tarpeen erikseen yksikötasolla arvioida, koska sen vaikuttavuus on jo todettu suuren trial-tutkimuksen avulla. (<http://www.safewards.net/fi/toteutus/suunnittelu-ja-kaeyttoeoenotto>. viitattu 4.12.2016.)

Kellokoskella mallin implementointi aloitettiin syksyllä 2015 ja siitä vastasivat osastoilla apulaisosastonhoitajat, joille on lisäksi nimetty tueksi 1-2 vastuuhenkilöä. Osastot ovat käyneet osastotunneilla läpi mallin taustoja ja interventioiden sisältöjä jo hyvissä ajoin ennen käytännön implementoinnin aloittamista. Lisäksi ennen implementoinnin aloittamista ryhmä vastuuhenkilöitä kävi tutustumassa Iso-Britanniassa osastoon, jossa malli oli jo käytössä. Jokainen yksikkö on saanut osaltaan päättää, missä järjestyksessä he ovat ottaneet interventioita käyttöön. myös aikataulutuksen suhteen osastot ovat saaneet vapaat kädet.

Vastuuhenkilöryhmän tukena on toiminut koko projektin ajan koordinaatioryhmä, jonka puheenjohtajana toimii ylihoitaja Päivi Soininen. Ryhmä on kokoontunut aikatauluhaasteiden puitteissa 1-2 kuukauden välein. Kellokosken osastojen edustuksen lisäksi koordinaatioryhmässä on ollut osastojen vastuuhenkilöitä myös Peijaksen ja Jorvin sairaaloista, joihin mallia ollaan niin ikään implementoimassa. Tapaamisissa on käyty läpi implementoinnin etenemistä yksiköittäin ja minkälaisia haasteita on tullut vastaan. Tällainen ryhmän tuki on ainakin tapaamisissa välittynyt olevan tärkeä ja tarpeellinen.

4 AIKAISEMMAT TUTKIMUKSET AIHEESTA

Vaikka itse Safewards -mallin implementointia ei olekaan tutkittu aikaisemmin Suomessa, on potilaiden osallistamisesta, turvallisesta hoitoympäristöstä ja potilaiden turvallisuuden kokemisesta tehty tutkimusta. Päivi Soininen (2014) on väitöskirjassaan tutkinut pakonkäyttöä, potilaiden kokemaan hoitoa ja potilaiden elämänlaatua psykiatrisessa sairaalassa. Tutkimus tehtiin kolmessa vaiheessa, jossa ensimmäisessä kehitettiin ja validoitiin tutkimusinstrumentti sekä kerättiin aineisto vuoden aikana eristetyiltä/sidotuilta potilailta. Toisessa vaiheessa vastaava aineisto kerättiin kotiutusvaiheessa olevista potilailta ja kolmannessa aineiston keruu suoritettiin sähköisistä tietokannoista. Tutkimusaineisto käsiteltiin määrällisen tutkimuksen periaatteita noudattaen, pois lukien metodologiset ja eettiset aiheet, joita tarkasteltiin systemaattisen kirjallisuuskatsauksen menetelmällä. Kirjallisuuden mukaan Suomessa on tarve löytää vaihtoehtoja pakonkäytölle ja eristyshoidolle psykiatrisia potilaita. Näitä voisivat olla esimerkiksi erilliset rauhoittumishuoneet ja potilaiden yksityisyyden lisääminen tarjoamalla yhden hengen huoneet. Erityisen merkityksen saa kuitenkin se, miten potilaat kohdataan hoidon aika kunnioittavasti ja ystävällisesti ja ottamalla heidät mukaan oman hoitonsa suunnitteluun. Tutkimuksen tuloksissa kävi ilmi, että potilaat kokivat hoidon aikana tulleen huonosta kohdatuksi oman hoitonsa suunnittelussa. Lisäksi kaivattiin enemmän informaatiota hoidosta. Avoimuus paransi potilaan itsetuntoa ja sitä kautta hoitoyhteistyötä. Potilaan voimaannuttaminen oman hoitonsa asiantuntijana on tärkeää tulevaisuuden psykiatrisessa hoidossa. Myös omaisten tuki nousi tuloksissa merkittävänä voimavarana.

Potilaiden eristämiskäytäntöjä on tutkittu myös Raija Kontion (2011) väitöskirjassa. Tutkimus suoritettiin niin ikään kolmivaiheisena, jossa ensimmäisessä vaiheessa kerättiin potilaiden kokemuksia eristämistilanteissa ja toisessa vaiheessa hoitohenkilökunnan kokemuksia eristämistilanteista. Tutkimuksen aikana hoitotyötä tuettiin vahvistamalla henkilökunnan ammatillista osaamista verkkokurssilla eristämisen- ja sitomiskäytännöistä ja kolmannessa vaiheessa tutkittiinkin verkkokurssin vaikutuksia hoitajien ammatilliseen osaamiseen. Aineisto käsiteltiin laadullisen tutkimuksen periaatteilla ja aineiston analyysiin käytettiin induktiivista sisällön analyysia. Myös tässä tutkimuksessa kävi ilmi, että he saivat liian vähän huomiota eristämistilanteesta, mikä vaikutti heidän kokemukseen hoidon laadusta. Myös henkilökunta koki tutkimuksessa potilaiden jäävän liian vähälle huomiolle eristämisen aikana. Kliinisen hoitotyön kehittämisessä on siis tärkeää painottaa potilaan näkökulmaa ja ottaa huomioon potilaiden ehdotukset käytäntöjen kehittämiseen. Tämä lisää osaltaan potilaan positiivista kokemusta hoidosta ja sen laadusta.

Lauri Kuosmanen (2009) on omassa väitöskirjassaan puolestaan tutkinut henkilökohtaista vapautta potilaiden osallisuuden näkökulmasta. Tutkimus suoritettiin neljässä osassa vuosien 2000 - 2006 aikana. Ensimmäisessä vaiheessa selvitettiin potilastyytyväisyyttä ja siihen liittyviä tekijöitä.

Toisessa vaiheessa tutkittiin potilaiden kokemuksia vapauden rajoittamisesta psykiatrisen sairaalahoidon aikana. Kolmannessa vaiheessa kartoitettiin kirjallisuudesta potilaiden mahdollisuuksia kannella saamastaan hoidosta ja viimeisessä vaiheessa testattiin eri potilasopetusmenetelmien vaikutuksia potilaiden kokemaan vapauden rajoittamiseen. Tutkimuksen vaiheissa yksi, kaksi ja neljä saatu aineisto analysoitiin tilastollisin menetelmin. Kolmannen vaiheen aineiston analysointiin käytettiin induktiivista sisällön analyysiä, eli laadullista tutkimusotetta. Kaiken kaikkiaan potilaat olivat tutkimuksen mukaan tyytyväisiä saamaansa hoitoon. Erilaiset itse-määräämisoikeutta rajoittavat toimenpiteet kuten omaisuuden haltuunotto, yhteydenpidon rajoitus ja liikkumisvapauden rajoitus koettiin hoidon aikana negatiivisina. Yhteenvedon tuloksista voidaan sanoa, että jotta potilaiden osallisuutta omaan hoitoonsa voitaisiin parantaa, on kehitettävä systemaattisia menetelmiä potilaiden henkilökohtaisen vapauden lisäämiseen ja luotava monipuolisia menetelmiä tiedonsaannin parantamiseksi.

Edellä mainittujen väitöskirjojen lisäksi Marko Mäki-Rajala (2015) on tutkinut Pro Gradu – tutkielmassaan oikeuspsykiatrisessa sairaalassa hoidossa olevien potilaiden kokemuksia turvattomuutta aiheuttavista tekijöistä osastohoidon aikana. Tutkimus tehtiin kahdessa oikeuspsykiatrisessa sairaalassa, Niuvanniemen sairaala ja Vanhan Vaasan sairaala, ja tutkimusmenetelmä oli laadullinen tutkimusmetodi, jossa aineisto kerättiin teemahaastatteluilla (n=20). Saatu aineisto analysoitiin induktiivisella sisällön analyysillä. Tutkimuksessa havainnoiksi nousi useita samansuuntaisia teemoja, joihin myös Safewards – mallia hyödyntämällä pyritään vaikuttamaan. Potilaiden kokema turvattomuus voidaan tutkimuksen mukaan luokitella neljään pääluokkaan, joita ovat hoitoympäristöön, hoitoon, potilaaseen ja hoitojärjestelmään liittyvät tekijät. Hoitoympäristöön liittyvät tekijät aiheutuvat olosuhteista, joista esimerkkinä yksityisyyden puute, hoitoon liittyvät tekijät hoitohenkilökunnan tai hoitotoimenpiteiden aiheuttamista tekijöistä, potilaaseen liittyvät tekijät tämän subjektiivista kokemuksista tai esimerkiksi sosiaaliseen kontekstiin liittyvistä tekijöistä ja hoitojärjestelmään liittyvät esimerkiksi hoitoonmääräämispäätöksiin tai illuusion hoidon tarpeesta.

5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYS

Tässä tutkimuksessa kuvataan lähiesimiesten kokemuksia Safewards-mallin implementoinnista. Toisin sanoen siis tavoitellaan kattavaa kuvausta siitä, miten apulaisosastonhoitajat ovat mallin implementoinnin kokeneet. Miten implementointi on toteutettu tutkimusosastoilla, ovatko kaikki interventiot käytössä osastolla ja mikäli näin ei ole niin miksi ja minkälaisia onnistumisia ja mahdollisia haasteita on tullut vastaan matkan varrella.

Tutkimuskysymys jätettiin tarkoituksella tarkentamatta, jolloin mikään kokemus ei kysymysten asetteluun vuoksi rajaudu tulosten ulkopuolelle.

Haastattelukysymys apulaisosastonhoitajille oli, minkälaisia kokemuksia sinulla on Safewardsin implementoinnista ja mikä merkitys sillä on osaston toiminnalle

6 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

6.1 Laadullinen tutkimusmenetelmä

Tutkimuksessa selvitettiin apulaisosastonhoitajien kokemuksia Safewardsin implementoinnista Kellokosken sairaalassa heidän omasta näkökulmastaan. Tätä taustaa vasten tutkimusmetodiksi valittiin laadullinen tutkimusote, jossa mielenkiinnon kohteena on osallistujien todellisuus subjektiivisesta, sosiaalisesta tai kulttuurisesta näkökulmasta (Kylmä ja Juvakka 2012, 24 - 26). Laadullisessa tutkimuksessa on tyypillistä, että tutkittava tieto kuvaa kokonaisvaltaisesti tutkimuksen kohteena olevaa ryhmää tai ilmiötä ja tavoitteena on ymmärtää itse tutkittavaa kohdetta. Tutkimuksessa tutkittava ei voi sanoutua irti omista arvolähtökohdista, koska arvot muokkaavat sitä, miten tutkittava ilmiö koetaan. Laadullisessa lähestymistavassa myös korostetaan tutkimukseen osallistuvia henkilöitä oman elämysmaailmansa kokijoina, jolloin on tärkeää muistaa, että kokemukset värittyvät aina suhteessa aikaan, paikkaan ja tilanteisiin. Laadullisen tutkimuksen tiedonlähteenä suositaan ihmistä, ei niinkään mittareilla mitattavissa olevia arvoja. Perinteisiä laadullisen tutkimuksen tiedonkeruumenetelmiä ovat erilaiset haastattelut, havainnointi sekä esim. vapaamuotoiset keskustelut ja päiväkirjat. (Hirsjärvi ym. 2015, 160 - 164, Ronkainen ym. 2011, 82.)

Laadullisen tutkimuksen yksi alalaji on fenomenologinen tutkimusote. Fenomenologia on kiinnostunut kokemuksen tutkimuksesta ja korostaa tiedonantajan subjektiivista näkemystä tutkittavasta aiheesta, eli pyrkii pääsemään käsiksi kokemukseen itseensä. (Ronkainen ym. 2011, 98 - 99.) Kokemusten ja niiden merkitysten tutkiminen tuottaa parhaiten tietoa vähän tutkituista tai vaikeasti määriteltävistä asioista (Lukkarinen 2003, 121 - 122). Oman tutkimuksen tiedonantajina toimivat implementointiin lähisimmin osallistuneet työntekijät. He ovat prosessin aikana tuoneet toimintamallin osastoille ja ovat niin omilla tahoillaan kuin yhteisesti prosessoineet implementoinnin etenemistä vaiheittain ei työyksiköissä.

Laadullinen tutkimusote on kuvattu kirjallisuudessa tarpeelliseksi silloinkin, kun tutkittavasta kohteesta on tarkoitus löytää uusia näkökulmia tai tuoda esille käyttäytymisen ja kokemuksen merkitys ja sen konteksti. Tyypillistä on myös tutkittavan asian tarkasteleminen siihen liittyvien merkitysten kautta, ei niinkään absoluuttisen totuuden näkökulmasta. (Hirsjärvi ja Hurme 2001, 26 - 28, Kylmä ja Juvakka 2012, 30.) Laadullinen tutkimusmetodin käyttö on siis tässä tutkimuksessa perusteltua, koska tarkoitus on kuvata ja ymmärtää todellista elämää ja osallistujien kokemuksia siitä.

Laadullista lähestymistapaa puoltaa myös aikaisemman tutkimuksen vähäisyys tutkittavasta ilmiöstä (Kylmä ja Juvakka 2012, 30.) Aikaisempaa tutkimusta juuri tästä aiheesta ei ole tehty, koska kyseessä on uuden toimintamallin käyttöönotto toimintayksiköissä. Suomen ulkopuolelta aineistohakua suoritettiin elektronisesti myös kansainvälisistä tietokannoista (PubMed, ScienceDirect, EBSCOhos).

6.2 Haastattelumenetelmän valinta

Teema- eli ns. puolistrukturoitu haastattelu antaa haastattelijalle mahdollisuuden johdatella käytävää keskustelua haluttujen teemojen sisällä, jolloin saadaan selville mitä haastateltava ajattelee tutkittavasta asiasta. (Eskola ym. 2015, 27 - 30). Teemahaastattelu on menetelmänä lähempänä avointa kuin strukturoitua haastattelua, koska vaikka kysymysten aihepiiri on kaikille sama, teema haastattelusta puuttuu strukturoidulle haastattelulle tyypillinen kysymysten tarkka muoto ja järjestys (Hirsjärvi ja Hurme, 2004, 48). Yhtenä peruserona teemahaastattelun ja avoimen haastattelun välillä on Tuomen ja Sarajärven (2009, 77) mukaan ajatus siitä, että teemahaastattelua toteutettaessa haastateltavat ymmärtävät tutkittavan ilmiön suhteellisesti samalla tavalla, kun taas avoimessa haastattelussa haastateltavan annetaan kertoa ilmiöstä täysin vapaasi oman kokemuksensa pohjalta.

Omassa tutkimuksessani teemahaastattelun ongelmaksi muodostui aikaisemman tutkimuksen puute, josta tutkittavaan asiaan liittyvät teemat olisi voinut nostaa. En halunnut lähteä olettamaan mitään määrittelemällä teemoja ennalta, koska sen seurauksena olisi mahdollisesti rajautunut jokin tämän tutkimuksen kannalta olennainen kokemus tutkimustulosten ulkopuolelle. Näin ollen haastattelut tullessaan suorittamaan avoimena haastatteluna, jolloin jokainen haastateltava voi vapaasti tuoda esiin itselle tärkeitä näkökulmia tutkittavasta ilmiöstä. Toteutuessaan, avoin haastattelu muistuttaa lähinnä tavallista keskustelua ennalta sovitusta aiheesta (Eskola ym. 2000, 86).

Avoimet tutkimuskysymykset eivät sinänsä vielä tarkoita avointa haastattelua. Haastattelun toteutuksessa on tutkijan vastuulla syventää haastattelun aikana saatua tietoa esittämällä tarkentavia kysymyksiä käsiteltävästä aiheesta. Seuraava kysymys on jatkoa edellisestä, jolloin tutkittavaan aiheeseen mennään ikään kuin kerros kerrokselta syvemmälle. (Tuomi ja Sarajärvi 2009, 74 - 76.)

Avoin haastattelu tutkimusmenetelmänä ei ole ongelmaton. Strukturoimattoman haastattelun vaarana on, että haastattelun sisältö ikään kuin karkaa tutkittavan aiheen ulkopuolelle, jolloin tutkimuksen luotettavuus jää varsin matalaksi. Hirsjärven ja kumppaneiden. (2004, 45) mukaan haastattelijan vastuulla onkin huolehtia aiheen rajaamisesta, syventämisestä

niin, että haastattelun luonteva eteneminen rakentuisi luontevasti edellisen vastauksen varaan.

6.3 Aineiston kerääminen

Tutkimuksen aineistonkeruumenetelmäksi valitsin avoimen haastattelu, koska tutkittavasta aiheesta ei ollut aikaisempaa teoriakirjallisuutta, josta olisi voinut nostaa teemoja esimerkiksi teemahaastattelumuotoon. Lisäksi halusin varmistaa, että tiedonantajat saivat mahdollisimman vapaasti kertoa kokemuksistaan implementoinnista niin, että oma rooli tutkijana oli ai-noastaan huolehtia siitä, että haastattelun aikana keskustelu pysyi tutkit-tavassa ilmiössä, eikä lähde rönsyilemään muihin aiheisiin. Tiedonantajiksi tutkimukseen valitsin tutkimusosastojen apulaisosastonhoitajat (6 henki-löä). Haastattelun käyttö aineistonkeruumenetelmänä on perustelua myös pienellä tiedonantajien määrällä ja vähän tutkitulla aiheella (Tuomi ja Sa-rajarvi 2009, 85 - 86). Haastattelut toteutettiin työnantajan suostumuk-sella työajalla, erillisessä neutraalissa tilassa, jolloin haastattelutilanne saa-tiin rauhoitettua osastoilla mahdollisesti tulevilta keskeytyksiltä. Haastat-telut myös nauhoitettiin jatkokäsittelyä varten. Kaiken kaikkiaan haastat-telutilanteet sujuivat suunnitellusti. Tiedonantajille oli mahdollistettu hy-vin poistuminen omasta työpisteestä, jolloin myös keskeytyksiltä vältyttiin. Myös neutraaltila vaikutti osaltaan haastattelutilanteen rentouteen.

Tutkimukseen valikoituivat Kellokosken oikeuspsykiatriset osastot, P10, P30, P40, P50 ja P24, joissa Safewards – mallin implementoinnissa on edetty jo loppusuoralle. Käytännössä kaikki mallin osa-alueet ovat tutki-musosastoilla käyty läpi ja menossa on mallin käytön juurruttaminen pysy-väksi osaksi hoitotyön sisältöä osastoilla. Tutkimuksen ulkopuolelle rajau-tui esteellisyysperiaatteella tutkijan oma työyksikkö vastausten luotetta-vuuden säilyttämiseksi.

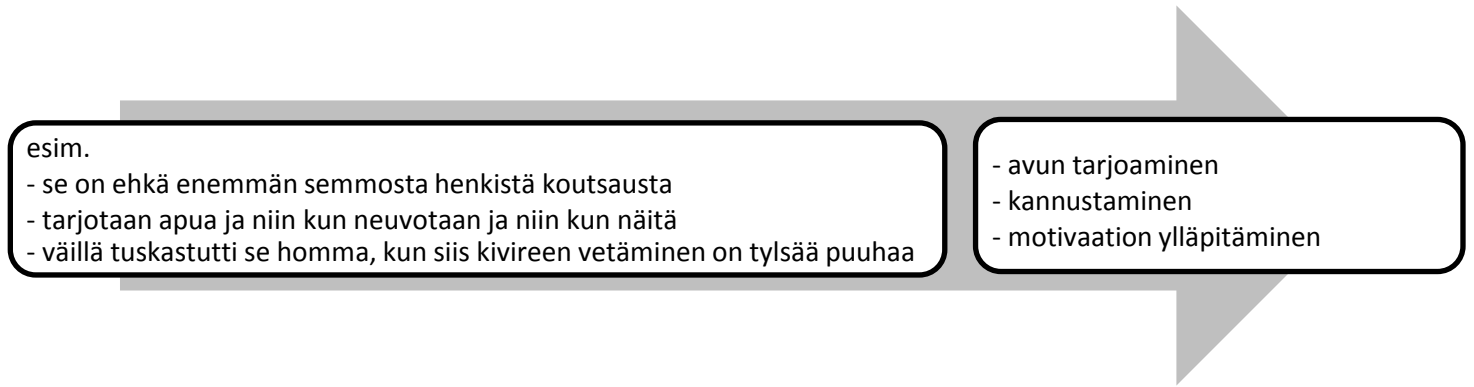
6.4 Aineiston analysointi

Jo ennen haastattelujen aloittamista valitsin, mitä haastattelumateriaalille tehdään. Perinteisesti laadullinen aineiston analyysi on induktiivista, jol-loin puhtaaksi kirjoitettuja (litteroidut) haastatteluja käydään systemaatti-sesti läpi useaan kertaan ja analyysin kohteeksi muodostuvat käsitteet nousevat haastattelujen sisällöstä. (Eskola ja Vastamäki, 2015, 42 - 43). Oman aineistoni nauhoitin haastattelutilanteen yhteydessä. Yksittäisen haastattelun kesto vaihteli noin kahdestakymmenestä minuutista tuntiin ja kahteen kymmenen minuuttiin ja kaiken kaikkiaan äänitiedostoja tuli yh-teensä 4 tuntia ja 9 minuuttia ja 24 sekuntia. Aineistot kirjoitettiin puh-taaksi tekstinkäsittelyohjelmalla, jolloin niistä tuli tekstimuotoista aineis-toa yhteensä 52 sivua.

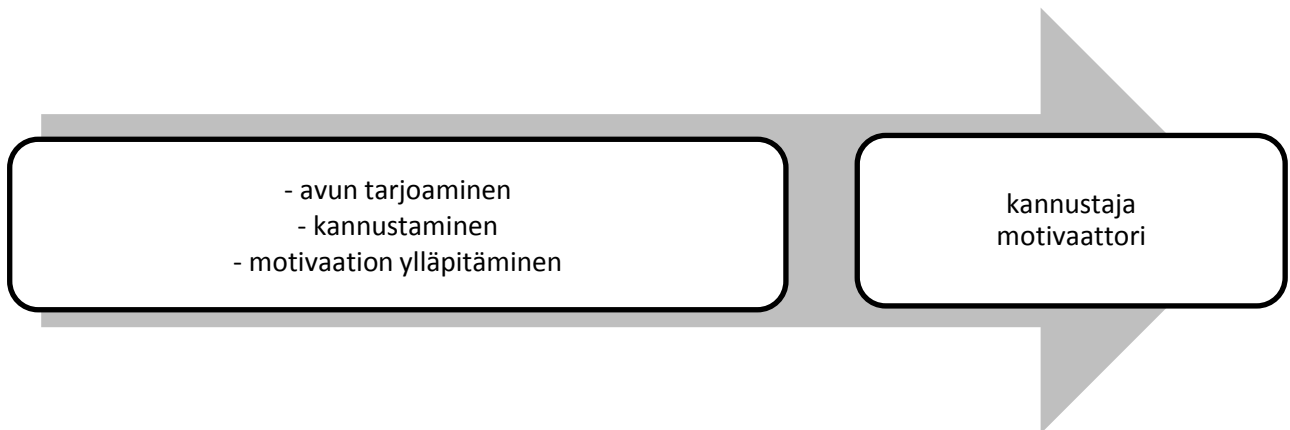
Erityisesti laadullisen tutkimuksen analyysiä tehtäessä on tärkeää ennen analyysin aloittamista keskittää oma kiinnostus juuri siihen asiaan, mitä oli alun perinkin tarkoitus tutkia. Monesti haastattelututkimuksen aineistosta löytyy tutkijalle lukuisia eri kiinnostuksen kohteita, mutta tutkimuksen luotettavuuden ylläpitämiseksi on aineiston rajaaminen pidettävä tarkasti kassassa. Kaikkea saatua aineistoa ei voi raportoida yhden tutkimuksen puitteissa. (Tuomi ja Sarajärvi 2009, 91 - 94.) Omassa tutkimuksessa aineisto vastasi hyvin asetettuun tutkimuskysymykseen siitä, miten apulaisosastonhoitajat olivat implementoinnin kokeneet. Tämän lisäksi vastauksista nousi yksi merkittävä asiakokonaisuus, osaston ilmapiiri, jota en halunnut rajata tulosten ulkopuolelle sen merkityksellisyyden vuoksi.

Litteroitu aineisto jatko käsiteltiin aineistolähtöisesti eli induktiivisesti. Aineistolähtöisessä menetelmässä pyritään luomaan saadusta aineistosta teoreettinen kokonaisuus. Tässä tapauksessa aikaisemmillä tutkimuksilla, havainnoilla tai teorioilla, ei pitäisi olla mitään tekemistä analyysin toteuttamisen tai lopputuloksen kanssa. Toinen vaihtoehto on teorialähtöinen analyysitapa, jossa saatu aineisto luokitellaan aikaisemman teorian pohjalta luokkiin, joita lähdetään avaaman tutkimusraportissa. Tyypillisimmin teorialähtöistä analyysitekniikka käytetään silloin kun on tarkoitus testata aikaisempaa tietoa uudessa kontekstissa. (Tuomi ja Sarajärvi 2009, 95 - 99.)

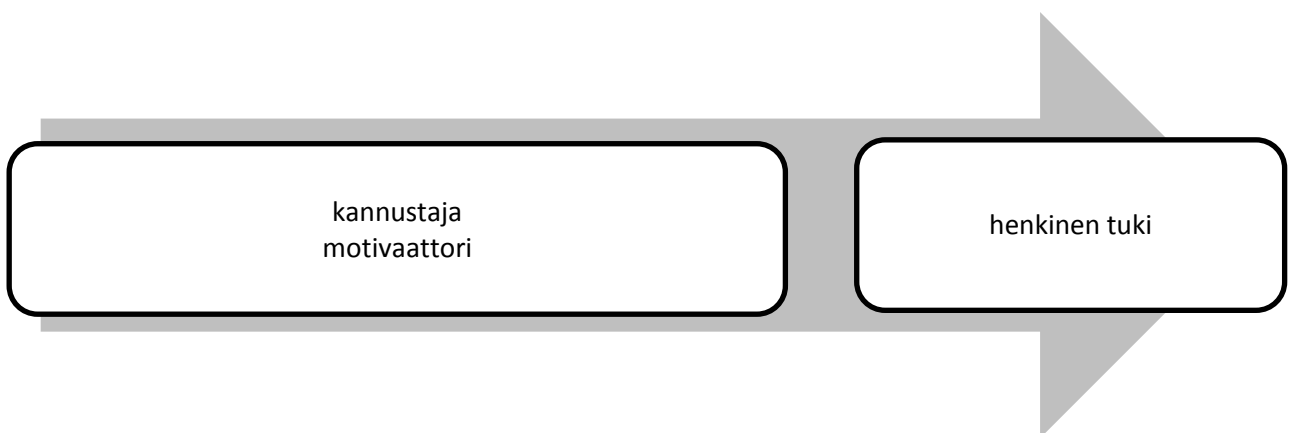
Tutkimusaineiston analyysivaiheen aluksi luin aineistoa läpi useita kertoja samalla alleviivaten sieltä tutkimuskysymyksen kannalta merkityksellisiä lauseita. Näistä lauseista muodostin pelkistettyjä ilmauksia, joita aineistosta nousi yhteensä 304. Pelkistysvaiheessa merkitsin jokaisen ilmauksen järjestysnumerolla sekä alkuperäiseen tekstiin, että ilmaisuun, jolloin asiayhteys oli tarvittaessa tarkistettavissa alkuperäisestä materiaalista. Tämän lisäksi haastateltavat on numeroitu (numerot V1 – V6) ja tulososiossa suorat lainaukset on merkitty näillä viitteillä lainausten perässä. Pelkistetyt ilmaukset jaoin tämän jälkeen alaluokkiin joita muodostui yhteensä 55. Alaluokista muodostui edelleen yläluokkia, yhteensä 20, jotka jakautuivat edelleen seitsemään pääluokkaan. Näistä seitsemästä pääluokasta kuusi luokkaa suoraan alkuperäistä kysymyksen asettelua ja yksi nousi avoimen kysymyksenasettelun sallimissa rajoissa alkuperäisen tutkimuskysymyksen ulkopuolelta. Prosessin etenemisestä on esitetty alla esimerkki kuvioissa (kuviot 1 – 4).



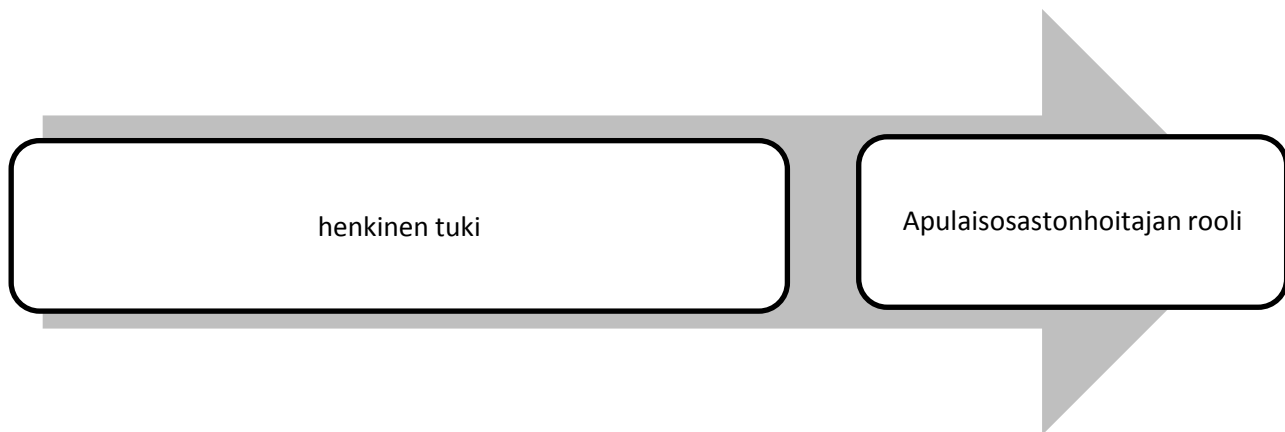
Kuvio 1. Alkuperäisistä lauseista muodostettiin pelkistettyjä ilmauksia



Kuvio 2. pelkistetyt ilmaukset jaettiin alaluokkiin



Kuvio 3. Alaluokista muodostettiin yläluokkia



Kuvio 4. Yläluokista muodostettiin pääluokat

Kaiken kaikkiaan puhtaasti aineistolähtöinen analyysi on käsitteenä haastava, koska useaan tutkittavaan ilmiöön liittyy jo olemassa oleva teoriapitoisuus, joka vaikuttaa haastateltavien vastausten sisältöön. Toisaalta myös tutkijan itsensä käyttämät käsitteet, kysymystenasettelu ja tutkimusmenetelmän valinta vaikuttavat aina saatuihin tuloksiin. Tällöin tutkimuksen luotettavuuden kannalta on olennaista tutkijan oma kriittinen suhtautuminen omiin ennakkoluuloihin ja niiden mahdollisen vaikutuksen tiedostaminen saatuihin tuloksiin. (Tuomi ja Sarajärvi 2009, 96.)

Omassa tutkimuksessa haastattelujen tarkoituksena oli selvittää nimenomaan lähiesimiesten kokemuksia tutkittavasta ilmiöstä, jolloin valmiiksi laadittua analyysikäsitteistöä oli mahdotonta muodostaa. Analysoitavat käsitteet ja ilmiöt nousivat haastatteluaineistosta ja tulivat osaltaan tarkentamaan tutkimuksen teoreettista runkoakin haastattelujen analyysivaiheessa.

7 TULOKSET

Kellokoskella apulaisosastonhoitajien kokemukset Safewards toimintamallin implementoinnin kokemuksista voidaan jakaa kuuteen pääluokkaan, joita ovat tiedonsaanti, ajankäyttö, interventioiden hyödynnettävyys, tuensaanti, työryhmän asenteet ja apulaisosastonhoitajan rooli. Lisäksi haastatteluaineistosta nousi yksi luokka, joka ei ole alkuperäisen kysymyksen asetelun rajoissa. Tämä oli osaston ilmapiiri. Osaston ilmapiirin muuttaminen on kuitenkin olennainen osa Safewards -mallin tavoitteita ja tähän luokkaan kuuluvia ilmauksia tuli kaikkien haastateltavien vastauksissa. Näin ollen otin sen mukaan tutkimuksen tarkasteltaviin tuloksiin.

7.1 Tiedonsaanti

Tiedonsaanti nousi merkittäväksi tekijäksi haastateltavien vastauksissa. Vastauksia analysoitaessa tiedonsaantiin liittyviä alaluokkia muodostui kolme (kuvio 5). Nämä olivat ennakkoon saatu tieto, implementointia koskeva tieto ja itse Safewards -mallia koskeva tieto. Kaikkien kolmen yläkategorian kohdalla vastauksissa tuli ilmi, että saatu tieto koettiin joko sekavaksi tai riittämättömäksi. Erityisesti tämä korostui ennakkotiedon osalta. Lähes kaikki vastaajat kokivat erityisesti implementoinnin aloittamisen työlääksi, koska mallin koskevaa tietoa ei ollut riittävästi vietävissä työryhmän tietoon. Ennakkotiedon vähyyden haasteellisuutta vastaajat kuvasivat muun muassa seuraavasti:

Siihen ikään kuin se riittävä etukäteisinformaatio sinne osastolle ois ehkä saattanut sitä helpottaa... (V6)

... se isoin ongelma oli se ettei oikein tiedä mitä on viemässä läpi, et ei se miten veis vaan mitä me ollaan tekemässä... (V4)

Koska kukaan ei niin kun tienny mitä se niin kun tarkoittaa. Tiedettiin vaan et on kymmenen interventio ja että ne pitää saada sinne käytäntöön, eikä mitään muuta... (V5)

Ois pitäny olla enemmän... koska se oli tota aika hintsua, millä sitä piti lähteä myymään muille ku ei itekään tienny... (V4)

Haasteita ennakkoon saadun tiedon osalta nousi myös tiedon sovellettavuuden suhteen. Toisaalta vastauksista oli havaittavissa, että haastateltavilla oli ymmärrys siitä, ettei pilotointi vaiheessa olevasta toimintamallista voi olla täysin loppuun vietyä ohjeistusta, koska mallia ollaan vasta tuomassa suomalaiseen hoitojärjestelmään. Tähän liittyen ohjeistuksen haasteeksi koettiin lisäksi suomennosten kankeus ja yhteiskunnallisten kulttuurien erot. Suomalaisen ja englantilaisen käyttäytymisen erot muodostavat jo suuria eroavaisuuksia mm. tuttavallisuuden suhteen. Kaksi vastaajaa kommentoi sovellettavuutta seuraavin lausein:

... edelleen mietin, et oisko noiden interventioiden suomen-tamisessa voinu käyttää jotenkin niin kun sen ajatuksen suomen-tamista niin kun usein elokvien nimet tai kirjojen nimet... (V5)

... onhan toi sanasta sanaan kääntäminen vähän tollasta töks töks suomee... (V6)

Käytännön implementointia koskeva tieto jakoi haastateltavien mielipiteitä. Osa haastateltavista koki implementointia koskevan tiedon edelleen

puutteelliseksi ja osa oli sitä mieltä, että tietoa löytyi heti alusta alkaen riittävästi, jotta implementointi voitiin osastoilla toteuttaa. Haastateltavien mielestä riittävä tiedon löytäminen edellytti kuitenkin henkilökunnalta omaa aktiivisuutta ja soveltaminen perehtyneisyyttä, jotta tieto voisiin siirtää oman osaston toimintaan. Toisaalta mahdollisuus soveltaa tietoa ja luoda mallista omana näköinen koettiin myös positiivisena asiana. Muun muassa näin vastaajat kuvasivat käytännön implementointia koskevaa tietoa ja sen laatua:

... enemmän ne oli hukassa, mut et etsikö ne ihan oikeesti, se jäi vähän auki... (V4)

... mutta mun mielestä sitä itse implementointia ja sitä semmosta niin kun käytäntöön niin kun mun mielestä ei ole missään sitä tietoa... (V5)

... et siin oli niin kun sillä lailla toisaalta aika kivakin että se oli aika puhdas...(V5)

Itse Safewards – mallia koskeva informaatio koettiin projektin alussa haastavaksi, koska osittain keskeneräiset suomennokset tekivät ohjeistuksista vaikeasti ymmärrettäviä. Lisäksi kaivattiin interventioiden kuvausten lisäksi selkeämpää kuvausta siitä, mitä interventioilla tavoitellaan ja minkälaisissa tilanteissa niitä olisi hyvä hyödyntää. Alla on haastateltavien ilmauksia itse Safewards mallia koskevasta tiedosta.

... se oli niin kun semmosta simppeleä ja perusasiaa ja tota noin niin simmosta loogista... mut emmä tiedä oliko sitten niin ku olis ainoo oikea tieto tavallaan että jotenkin ois niinku mitä kaikkee muuta siihen liittyy, niin jotenkin ei ollu aikaa tai ei osannu ehkä niin kun niin käyttää hyödykseen sitten... (V3)

... paitsi että se piti itse keksiä, että miten tämä nyt näkyy täällä meidän arjessa... (V6)

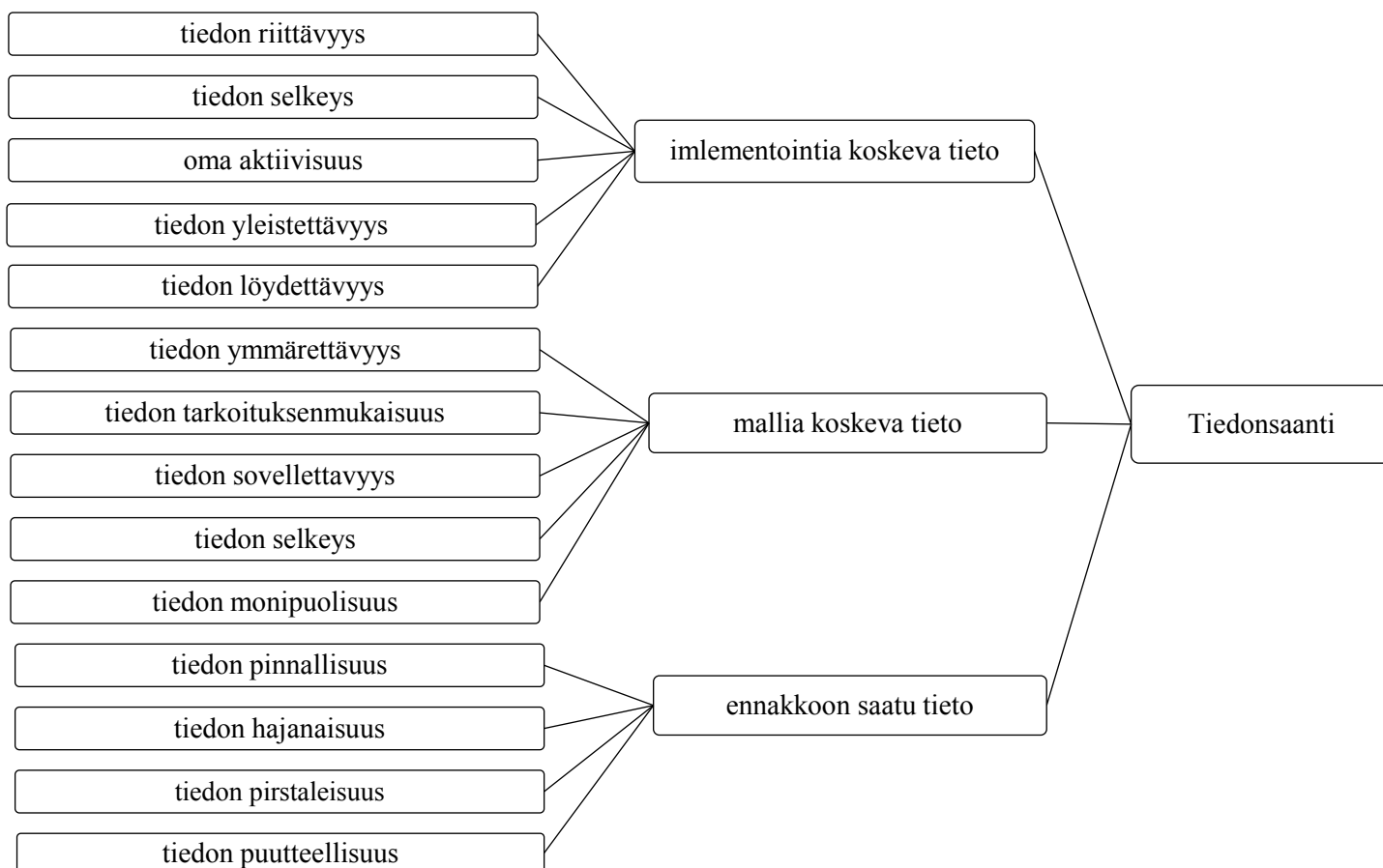
... sit se kielimuuri on aina... ... eikä kaikkia sanojakaan niin kun ymmärrä kun no on semmosta tieteellistä tekstiä niin tota osittain niin..." (V5)

Projektin edetessä ja oman ymmärryksen lisääntyessä tieto koettiin kuitenkin riittäväksi. Varsinaisen kirjallisen tiedon lisäksi, on myös visuaalisesti esitettyä tietoa tullut haastateltavien mukaan muissa yhteyksissä, kuten koulutuspäivillä vastaan. Aiheeseen liittyviä Power Point –esityksiä on tehty ja näitä on voinut hyödyntää osastolla ja niistä on saanut osaltaan tukea mallin syventämiseen osastoilla. Jälkeenpäin ajatellen osa vastaajista oli tyytyväisiäkin siihen, ettei mallin interventioita oltu kuvattu liian orjallisesti, koska niiden soveltamismahdollisuuksissa on suuriakin osasto-kohtaisia eroja. Alla on yhden vastaajan ilmaisuja asiasta.

...et ei siihen ollu mitään talon yhtenäistä linjaa, vaan jokainen sai ihan niin kun ite tulkita sitä... (V3)

...minusta se oli hyvä, koska tavallaan osastokohtaisiakin, että miten kaikilla on vähän erilaisiakin niin se oli ihan mielenkiintoista... ne tietyt interventiot... (V3)

Kaiken kaikkiaan tiedonsaannin osalta kaikki vastaajat toivat esille sitä, miten tärkeää implementoinnin onnistumiselle on riittävä ennakkoinformaation saanti. Lisäksi vastauksissa tuli esille, että malliin perehtyminen ennalta esimerkiksi pienessä ryhmässä apulaisosastonhoitajien kesken olisi tuonut varmuutta siihen, miten malli oli ollut helpompi tuoda osaston työryhmällä. Suurin vastustus nousi vastaajien mukaan osastoilla nimenomaan tiedon puutteesta. Toisaalta myös tiedon hajanaisuus koettiin haastavana. Tietoa oli kyllä lopulta riittävästi tarjolla, mutta sen koettiin olevan useissa eri paikoissa. Uuden mallin ollessa kyseessä osa vastaajista koki myös haastavana sen, ettei oikein tiennyt minkälaisesta tiedosta olisi ollut apua implementoinnin toteuttamisessa. Tiedonsaannista nousseet ala- ja yläluokat on esitetty alla olevassa kuviossa (kuvio 5).



Kuvio 5. Tiedonsaanti

7.2 Ajankäyttö

Toisena pääluokkana vastauksista nousi ajankäyttö ja sitä kautta implementoinnin aikataulut. Ajankäyttöön liittyen yläluokan alapuolelle muodostui kolme yläluokkaa, joita olivat aloittamisen ajankohta, suunnitteluun käytetty aika ja toteutukseen käytetty aika. Ajankohtaisesti implementointi ajoittui ajankohtaan, jolloin sairaalassa oli juuri tehty suuria organisaatiomuutoksia, minkä yhteydessä sairaalan osastot olivat jakautuneet kahden eri sairaanhoitopiiri alle. Tämän seurauksena myös osastojen sisällä oli tehty varsin suuria muutoksia ja osa osastoista oli yhdistetty. Näin ollen osa implementointia toteuttavista työryhmistä oli erittäin nuoria ja osastojen toimintakäytännöt hakivat vielä paikkaansa. Tämä koettiin implementoinnin kannalta haasteelliseksi. Tästä esimerkkinä yhden vastajan ilmaukset:

... se ensinnäkin se me ja ne vastakkain asettelu ja siinä oli semmosta... oli aika mielenkiintoinen aika... (V5)

... niin se oli ehkä huono aika jotenkin noin tuoreessa työyhteisössä... (V5)

...siinä meni sitten aika että tota ihmiset edes oli niin kun vastaanottavaisia siihen koko tähän niin kun Safewardsiin... (V5)

Myös suunnittelun aikataulutukseen kaivattiin vastausten mukaan tukea. Osaltaan koettiin hyvänäkin asiana, että osastot saivat suunnitella toteutuksen omista lähtökohdistaan, mutta toisaalta koettiin projektin jäävän ikään kuin vellomaan, kun ei ollut mitään yhtenäistä suunnitelmaa siitä, mihin mennessä esimerkiksi ennalta sovitut interventiot tulee olla läpikäytyinä ja esimerkiksi esiteltävissä koordinaatioryhmän tapaamisissa. Vastausten perusteella edes karkean yhteisen aikataulurungon olisi uskottu tuovan toteutukseen struktuuria, mikä olisi vienyt projektia systemaattisemmin eteenpäin. Suunnittelun aikataulutusta kuvattiin vastauksissa esimerkiksi näillä ilmauksilla:

Mä kaipaisin niin niitä ihan semmosia niitä päivämääriä, että nyt tohon mennessä... (V3)

... mut sit kun päästään ihan kunnolla hommiin niin sitä mä niin kun tekisin siihen sen aikataulun. (V5)

...ja sit siellä heti siellä alussa niin kun ilmoittaisin et mitä se tarkoittaa se kun se on se loppupäivämäärä, että mitä se tarkoittaa mitä silloin on... ja miten siitä sitten jatkuu. Mä sanoisin sen jo heti silloin siellä niin kun alussa... (V6)

Suunnitteluvaiheessa myös ajanpuute koettiin haasteena implementoinnissa apulaisosastonhoitajien keskuudessa. Osastoille saatiin vastausten perusteella suhteellisen hyvin muodostettua tiimit, jotka vastasivat käytännön interventioden ideoinnista osaston olosuhteisiin sopiviksi, mutta näiden tiimien kesken ajan järjestäminen suunnitteluun koettiin suurena haasteena. Joko aikaa ei ollut juuri lainkaan tai sitten suunnittelua toteutettiin pienissä pätkissä tunti kerrallaan. Tästä johtuen kokonaisuus koettiin rikkonaiseksi ja vaikeasti perusteltavaksi työryhmälle. Kolmen vastajan haastatteluista nousivat muun muassa seuraavat esimerkit:

Kaiken kaikkiaan tämmöseen ennakoivaan työhön ois pitäny antaa enemmän aikaa ja resursseja ja siinä kohtaa yhdessä miettiä mikä tää juttu oikein on... (V5)

... meitä oli siinä niin kun muutama, jotka tosi hyvin sitoutu, mutta tiedätkö kun meille ei oikein annettu aikaa... (V6)

... niin... kaiken muun työn ohessa... kun on niitä kehittämistä... mitä nyt siihen omaankin työnkuvaan siin on jotenkin osa ihan sitä sairaanhoitajan työtä edelleen ja sitten on niitä hallinnollisia tehtäviä ihan nimetty moni eri. Ja tää on vaan yksi niistä niin siin on se aika, kun haluis tehdä oikein kunnolla ja viimisen päälle niin kyl se vaatis aika paljon... (V2)

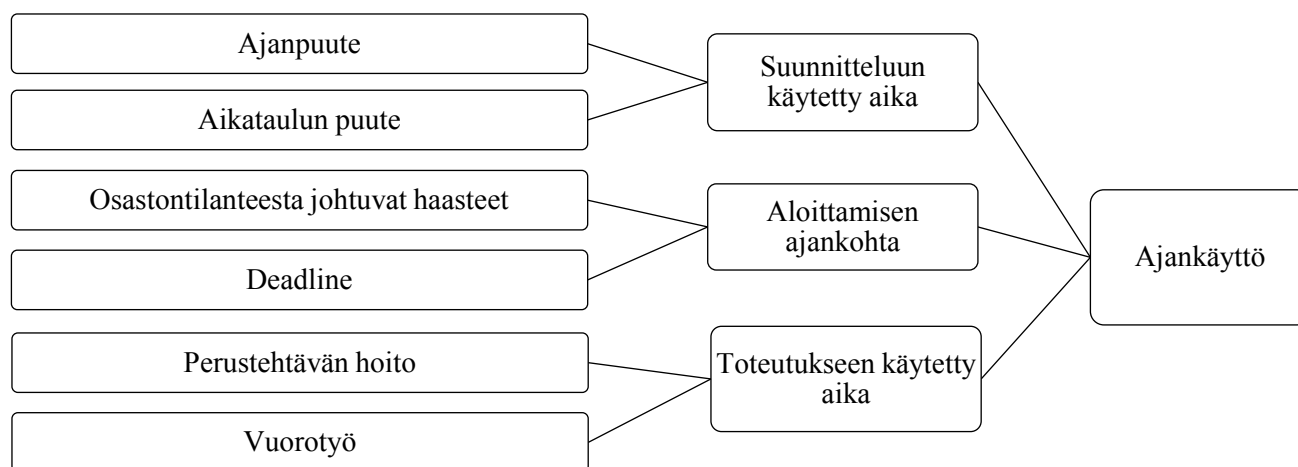
Kolmantena alaluokkana implementoinnin aikatauluihin liittyen nousi itse toteutukseen käytetty aika. Tässä alaluokassa koettiin haasteena tasapainoilu perustehtävän suorittamisen ja kehittämisen välillä. Vaikka osa-alueita jettiin osastolla koko työryhmän kesken aikatauluhaasteiden koettiin kuitenkin kaatuvan suurimmaksi osaksi osaston implementoinnista vastaavien henkilöille. Lisäksi vuorotyö toi oman leimallisen piirteensä implementoinnin käytännön toteuttamiseen. Toisaalta, koska toteutukseen ei ollut organisaation tasolta tuotu mitään lukkoon lyötyä aikataulua, toteuttamisen väljyys koettiin helpottavana tekijänä. Vastuksissa edellä mainitua ilmiötä kuvattiin seuraavilla ilmauksilla:

... et on se ehkä kolmivuorotyössä pitäis vähän miettiä et miten sen järjestää... (V2)

... niin heidän kanssa aikataulujen sovitukset se tietenkään välillä oli vähän semmosta hankalaa mutta väljyyttä oli kyllä hyvin mun mielestä... (V3)

... mut kyl mä ymmärrän oikeesti että tota ei, ei niin kun sä oot hoitotyössä niin ei siitä niin vaan oo aikaa mahdollisuutta aina niin kun käyttää aikaa siihen ja sit yhteisen ajan löytäminen että sen pitäis aina olla suunnattu niin kun työvuorosuunnittelussa... muuten se vaan jää... (V3)

Ajankäyttöä kuvaavat kategoriat on esitetty seuraavassa kuviossa (kuvio 6).



Kuvio 6. Ajankäyttö

7.3 Apulaisosastonhoitajan rooli

Apulaisosastonhoitajan rooli koettiin tiedonantajien vastauksissa kolmijakoiseksi. Apulaisosastonhoitajan roolissa vastaajat kokivat toimivansa tiedonantajina, implementoinnin kokonaisuuden koordinoijina ja toisaalta myös henkisenä tukena työryhmälle.

Tiedon antaminen koettiin erittäin tärkeänä erityisesti ennakkoinformaation osalta. Vastaajat kokivat, että implementoinnin aloitus edellytti riittävää tiedonsaantia työryhmälle ja ymmärrystä siitä, mihin mallilla oikein tähdätään ja mihin osa-alueisiin sillä pyritään vaikuttamaan. Myös mallin käytäntöön istuttaminen koettiin erittäin tärkeäksi implementoinnin onnistumiselle. Vastaajat kokivat siis, että mallin liittäminen kulloisenkin osaston arkeen ja siihen miten yksittäistä interventiota voidaan juuri meidän yksikössä hyödyntää, helpotti implementoinnin aloittamista ja läpivie mistä osastoilla. Tässä korostuivat interventioiden ominaispiirteet, joiden koettiin olevan vieraampia suomalaisessa kulttuurissa. Näistä esimerkkinä eteeristen öljyjen käyttö hoitotyössä ja esimerkiksi potilaan kanssa teehetken viettäminen, jotka ovat ehkä tyypillisempiä mallin syntymaassa Iso-Britanniassa. Vastaajat kokivat kuitenkin onnistuneensa tiedottamisessa niin, että mallin toiminnan perusajatus selkeni työryhmälle. Ydin ei ole toistaa mallissa esitettyjä esimerkkejä rentoutuskeinoista vaan niitä voidaan vapaasti ideoida ja muokata oman osaston ympäristöön sopiviksi. Tiedottamista kuvattiin vastaajien ilmauksissa muun muassa seuraavasti:

... että niin kun... että pitääkö mun niin kun mennä tämmösen asian puolesta puhumaan meidän koko osaston eteen, siel on

kokeneita konkareita ja sit mä tuun sanomaan jotain hieronta tai eteeristen öljyjen levittelystä... (V5)

...heitä piti ehkä ohjeistaa vähän enempi siinä että ei lähdetä miettimään mitään monimutkaista vaan että koitetaan löytää joku yksinkertainen tie siihen että, kun tehdään niin tää menee hyvin tässä..” (V1)

No mul oli aineisto siel esillä kansliassa et siitä pysty hakee sitä ja mä sanoin sitten, että tulkaa minulta kysymään sitten jos on jotain mikä on epäselvää ja muuta...” (V1)

Toiseksi yläluokaksi vastauksista nousi esimiehen rooli. Tässä korostui vastaajien mukaan kyky projektin aikatauluttamiseen ja johtamiseen. Lisäksi korostui tietynlainen auktoriteetin tarve, jotta projekti eteni osastolla prosessin omaisesti. Positiivisena asiana nousi projektin muotoutuminen nimenomaan apulaisosastonhoitaja vetoiseksi, koska koettiin että implementoinnin vastuuhenkilöllä pitää olla jonkinlainen auktoriteetti tai esimiesasema suhteessa työryhmään. Toisaalta osa vastaajista koki, että ennen näin suuren projektin aloittamista oli ollut hyvä saada hieman enemmän koulutusta esimerkiksi projektien vetämiseen jolloin aikatauluttaminen, vastustuksen ymmärtäminen ja kokonaisuuden hallinta olisi saattanut olla helpompaa. Alla on esimerkkejä siitä, miten kaksi vastaajaa kuvasi rooliaan esimiehenä ja projektin vetäjänä implementoinnin edetessä.

...et vähän niin kun hallittu kaaos.. koska itsekään ei ihan, en mä voitu ihan tarkalleen ajatella, enkä mä tietty et miten se tulee just meidän osastolla. Nyt mä tekisin taas varmaan vähän eri tavalla. (V5)

... et millä sä saat pidettyä sen lauman siinä mukana suunnilleen edes samalla kymmenmetrillä missä sä itse menet... se oli se vaikein...” (V5)

... on vähän semmonen olo, että nyt annettiin ikään kuin kouluttamatta liian iso vastuu tai semmonen epämääräinen... (V6)

... tuli siitä niin kun siitä projektin vetämisestä mieleen niin luoja kiitos se oli meillä niin kun kuitenkin aoh-vetonen että sul on jotain niin kuin sanan valtaa... (V5)

Kolmantena merkittävänä roolina implementoinnin vetämisessä nousi vastauksista koordinoijan rooli. Tähän sisältyivät kokonaisuuden hahmottaminen siitä kuka tekee ja miten tekee, vastuuttaminen tilanteissa, joissa jonkin osa-alueen läpikäyminen jää paikalleen tai ei ala ollenkaan sekä vastuunkanto kokonaisuuden toteutumisesta niin kuin se on jokaisella osastolla suunniteltu.

Kokonaisuuden hahmottamiseen toi haasteita jo aikaisemminkin mainittu aikatauluttaminen. Milloin osaston sisäiset työryhmät pystyvät vuorotyön puitteissa kokoontumaan ja pohtimaan omia vastuuinterventioitaan ja miten interventiot jaetaan työryhmän kesken, huomioon ottaen se että interventioiden laajuuksissa on kuitenkin eroja eikä kuormaa ole tarkoituksen mukaista jakaa epätasaisesti. Myös siitä, missä järjestyksessä interventiota voidaan ottaa käyttöön ja mitkä vaativat enemmän aikaa pohdintaa siitä, mitä se meidän osaston puitteissa tarkoittaa jouduttiin paljon pohtimaan osastoilla. Kolme vastaajaa kuvasti kokonaisuuden hahmottamisesta muun muassa seuraavilla ilmauksilla:

...et mitä se on ja mä tunnustelin ja makustelin niitä että mitä se niin kun vois Suomessa tarkoittaa, koska hei se oli Britanniaan tehty malli.. (V5)

...tai ajan mahdollistamista... et jos ois mahdollista tarjota sitä aikaa rauhoittua siihen tekemiseen et se ois ehkä... (V3)

... ne ei oo keskenään tasakokosia, et jotku vaatii... jotku on niin kun konkreettisempia niin ku selkee rajasempia ja helpompia ja jotku vaatii tosi paljon isomman ja on niin ku kokonaisvaltasempia ja muuta että sitten sekin vastuualueiden jakaminen et miten... (V2)

voi ottaa käyttöön sieltä semmosii elementtejä mitä ne haluaa ja mitkä kokee että hyödyttää niin siellä just sillä osaston tai just meidän potilaille... (V5)

Vastuuttaminen nousi vastauksista osana apulaisosastonhoitajan toimenkuvaa muutenkin osastolla. Tärkeäksi koettiin projektin etenemisestä huolehtiminen ja se etteivät interventiot kaadu vain osan työryhmän jäsenille vaan että sitä toteutettaisiin koko työryhmän yhteisenä juttuna, jolloin siirtyminen myös käytännön toimintaan helpottuisi. Suoranaiseen pakottamiseen ei osastoilla ole kuitenkaan lähdetty, koska sen ajateltiin aiheuttavan liikaa vastustusta myös interventioiden käyttämiseen jatkossa. Edellä mainitusta nousi vastaajilta seuraavia ilmauksia:

... ja sit me niin kun jaettiin silleen niin ku et työpareina käsitellään nää henkilöstökokouksissa... (V6)

Se oli mun homma niin kun lähtee sitä vetämään, että kyl mä luulen et semmonen tietty vastuuttaminen, että ehkä se sen vaatii. (V1)

Me ei oo lähetty siihen pakottamisen linjalle, että me aina sillan tällön muistutellaan että hei että huomasiin... (V6)

Kaiken kaikkiaan tiedonantajien mukaan apulaisosaston hoitajan tehtävä on kantaa kokonaisvastuu projektin toteutuksesta ja etenemisestä. Ajoittain tämä johti vastauksissa siihen, että iso osa implementoivista interventiosta jäi apulaisosastonhoitajien läpikäytäviksi. Toisaalta tämä ei noussut kuitenkaan erityisen kielteisenä seikkana vastauksista, koska jokainen vastannut tiedosti hyvin oman tilanteensa ja halusi hoitaa annetun tehtävän mahdollisimman hyvin tietojensa ja taitojensa mukaan. Alla on esimerkkeinä kahden vastaajan ilmauksia asiasta.

...et se oli vähän silleen miten ihmiset halus ja sit käytiin niitä aika paljon se kuitenkin oli sit niin ku aoh-johtoisesti niissä henkilöstökokouksissa.. (V4)

... niin... et ne oli siinä mukana mut enemmän se oli semmonen niin ku kuitenkin niin kun semmonen aoh-projekti... (V4)

... mut et kul mä ehkä koen sen vähän raskaana tän ja just sen että ihmiset ei ihan hirveen innoissaan siitä pääsääntöisesti ole. (V2)

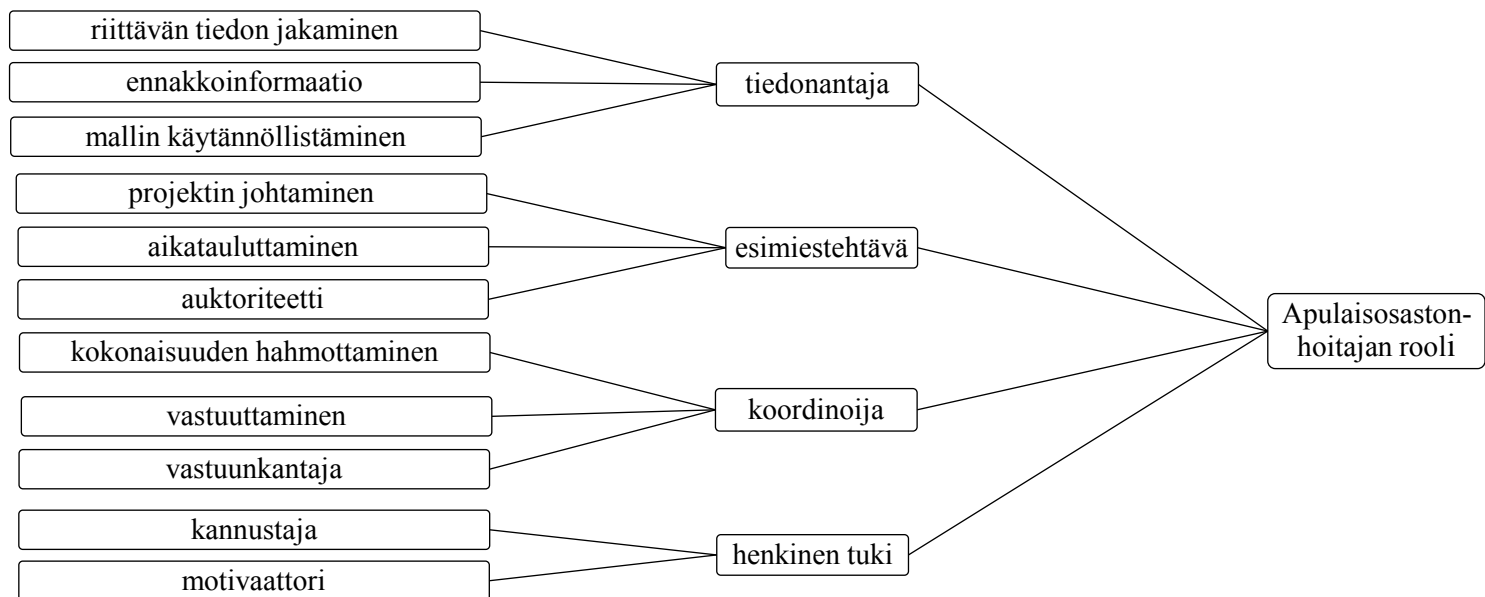
Paitsi tiedonantajan ja projektin johtamisen rooli myös henkisen tuen antaminen työryhmälle projektin aikana nousi vastauksista esiin. Vastauksista ilmeni, että usein kaikki kehittäminen koetaan työryhmissä lisätyöksi, eikä Safewardsin implementointi tuonut poikkeusta tähän. Myös uuden toimintamallin tuominen osastoyhteisöön sai aikaan työryhmässä alemmuuden tunnetta ja ajatuksia siitä että he olisivat aikaisemmin toimineet jotenkin väärin, kun nyt on tarve uudistaa käytäntöjä. Työryhmän tukeminen ja kannustaminen koettiin ajoittain myös raskaimpana tehtäväalueena projektin aikana. Vastaajat kokivat joskus olevansa varsin yksin työryhmässä interventioiden tuojina, mutta toisaalta kun jossain interventiossa tapahtui merkittävä liikkahdus eteenpäin, tuli myös vastaajille positiivinen tunnen yksittäisen työntekijän tai työryhmän oivalluksesta. Ilmiötä kuvattiin vastauksissa muun muassa seuraavin ilmauksin:

...kun sit ne on tämmösii pieniä juttuja. et eihän ne oo vaikeita, mutta ku se on se mieliala semmonen enemmän ois tarvittu semmosta henkistä koutsausta.. (V5)

... jo mua tuskastutti se homma ku ei se, siis kivireen vetäminen on aika tylsää puuhaa, mut sitte ku se jotenkin lähti niin tuli ihan hyvä mieli itelleki... (V2)

... no mut jos niin kun kyllä mä ehkä otan siitä semmosii paineita ajoittain mutta tota täytyy vaan muistuttaa et siin on, niin kun ne on jaettu tavallaan ne vastuuhenkilöt niin interventioiden, et niin kun mitä vielä voi tehdä... toki semmonen kannustus mut joskus kyl huomaa että puuduttaa... et se vie semmosen oman osuutensa... (V3)

Apulaisosaston roolia kuvaavat ala- ja yläluokat on kuvattu alla olevassa kuviossa (kuvio 7).



Kuvio 7. Apulaisosastonhoitajan rooli

7.4 Työryhmän asenteet ja tiimin tuki

Työryhmän asenteista kysyttäessä haastateltavat toivat esiin voimakasta vastustusta mitä oli esiintynyt erityisesti implementoinnin alkuvaiheessa. Osan vastustuksesta katsottiin johtuvat osittain juuri toteutetun organisaatiomuutoksen aiheuttamasta yleisestä pahasta olost. Muutoksen seurauksena osastoja oli siirretty, suljettu ja yhdistetty talon sisällä. Siirtojen seurauksena sairaalassa oli useampi osasto, jossa henkilökunta oli yhdistynyt kahden erillisen osaston henkilökunnista. Paitsi uusien yhteisöjen tuomasta kuohunnasta johtuen myös henkilökunnan jaksaminen nostettiin yhdeksi merkittäväksi tekijäksi siihen, miksi työyhteisöt vaikuttivat aluksi haluttomilta ottamaan vastaan uutta toimintamallia. Myös henkilökunnan erilaiset toimintatavat potilaiden kohtaamiseen ja kuntoutuksellinen näkökulma koettiin vastauksissa alkuun haasteena. Tämä kuitenkin helpottui osaston tilanteen vakiinnuttua yhdistymisien jälkeen riittävästi. Yksi vastaajista kuvasi ilmiötä seuraavasti:

kyl se oli semmonen niin kun kapina ja semmonen paha olo...
(V5)

... no siis varmaan just toi et siin oli niin tuore se työyhteisö ja siinä oli vähän niin ku haettiin niin ku semmosta paikkaa..
(V5)

Tiedonsaanti koettiin kuitenkin vastauksissa osastotilannetta tärkeämmäksi vaikuttimeksi osastolla tapahtuvaan vastustukseen koskien interventioiden implementointia. Henkilökunta nousi haastateltavien mukaan herkästi puolustuskannalle, koska he kokivat, ettei heidän siihenastista työtä arvostettu johdon taholta. Uudet toimintamallit koettiin vastausten perusteella osittain jopa uhkaksi työyhteisöissä. Myös oman yksityisyyden suojan väheneminen tuli ilmi vastauksissa. Toisaalta myös ymmärryksen puute siitä, mihin toimintamallilla pyritään ja siitä, miten sitä voidaan käytännössä hyödyntää, aiheutti myös vastustusta työryhmässä. Haastateltavien mukaan osastoilla kuultiin myös lukuisia kannanottoja siihen suuntaan, ettei malli sinällään tuo mitään uutta sisältöä potilaan hoitoon, joten mitä hyötyä voi olla. Seuraavat ilmaukset ovat esimerkkejä edellä mainitusta:

Ja henkilökunnan osalta sitä pidettiin riskinä et sitä aletaan kuvaamaan ja sit jotenkin päätty nettiin ja nämä... (V4)

... se ihan ensimmäinen osaston reaktio oli ehkä siitä kun se on jotain joka tulee ihan ulkopuolelta... enkä oo varma et nouseeks se siit kokemuksesta että nyt ku on tarve ottaa joku uus työväline käyttöön onks me tehty jotenki... ollaanks me oltu niin huonoja et... (V3)

Ei siinä nähty niitä hyötyjä, se oli varmaan se päällimmäisin syy... (V1)

... mutta tota kun ihmiset ei tienny mist on kyse ja ku ei itekään oikein tienny ja sit koitti niitä lukee ja sit kun oli tunne et mehän osataan... mehän tehään jo näin, niin miks, et se tunne et me ei, et meidän osaamista jotenkin mitätöidään. Et se oli kauheen vahvana siellä osastolla... (V4)

Projektin edetessä ja tiedon ja ymmärryksen lisääntyessä, haastateltavien mukaan osastoyhteisöissä nousi kuitenkin myös positiivisia kokemuksia mallin interventioista. Positiiviset kokemukset koettiin johtuvan interventioiden vaikuttavuudesta ja onnistumisen kokemuksista. Interventioita opittiin vähitellen muokkaamaan osastojen toimintoihin sopiviksi ja käytön kautta myös vaikuttavuudesta tuli näkyvää. Alla on kolmen vastaajan ilmauksia kuvatusta ilmiöstä.

... niin kun sieltä alusta mä rupesin miettimään, että mikä se niin kun oikeestaan oli se vaikeus muka mikä oli siinä silloin... koska eihän se nyt o oikeesti vaikeeta sanoa yhtä positiivista asiaa potilaasta... (V5)

On siit ollut kyllä sellasia että jotku asiat on huomattu et vitsitää onki oikeestaan hyvä juttu, niin ku vaikka ne tullaan tuiksi taulut... (V2)

... on kuitenkin semmonen yks pieni asia mikä helpottaa potilaiden niin ku hahmottamista ja olemista ja niin ku tiedostamista... (V3)

Käytännön implementointiin osallistuminen jakautui haastateltavien mukaan osastoilla hyvin epätasaisesti. Interventioiden jakaminen vastuuhenkilöille pyrittiin toteuttamaan kaikilla osastoilla vapaaehtoisuuteen perustuen ja henkilökunta sai valita omat vastuualueensa oman mielenkiintonsa mukaan. Osalla osastoista tämä toteutui sujuvasti, mutta osalla vastuualueet jouduttiin nimeämään apulaisosastonhoitajien toimesta. Vastuualueiden jakamista helpotti, jos työryhmä oli ollut pidempään yhdessä ja ilmapiiri työpaikalla oli keskustelevalta ja tasa-arvoinen.

Vastauksista tuli myös esiin, että työryhmissä on luonnostaan erilaisia persoonia, joista toiset tarttuvat herkemmin uusiin kehittämishankkeisiin, jolloin on kuitenkin riski, että kehittämistoiminta kasaantuu vain muutamille hoitajille työryhmässä. Vain muutamissa tapauksissa yksittäinen työntekijä olisi halunnut jättäytyä kokonaan kehittämistoiminnan ulkopuolelle. Näissä tilanteissa nimenomaan apulaisosastonhoitajien rooli korostui.

Vastuualueiden jakamisen jälkeen interventioiden läpikäyminen ja käytännön tuominen helpottui lähes kaikkien haastateltavien mukaan. Jokainen osasto oli tehnyt aikataulun, jonka puitteissa sovitut interventiot käytiin läpi osastoilla. Aikataulut olivat joustavia ja muutoksia jouduttiin tekemään osaston tilanteen tai työvuorovaihdosten myötä. Alla on muutamia esimerkkejä ilmauksista, jotka kuvaavat ilmiötä.

Ja sama ne interventioiden vastuuhoidajat, niin kyllä ne koulutuspäivällä nimettiin... (V4)

...kaikille tuli joku minkä ne otti hoitaakseen ja kaikki hoiti... (V2)

...ja siinä vaiheessa homma muuttu, siihen asti musta tuntu et olis vähä kun kivirekeä vietäis... mut sitten ne ryhmät rupes tekee niitä, miettii niitä ja kattoon mitä se nyt tarkotti... (V2)

Työryhmän asenteisiin liittyen vastauksista nousi lopuksi vielä mallin käyttäminen. Haastateltavien mukaan tähän vaikuttivat osaltaan mallin selkeys, eli miten hyvin työryhmä pystyi mallin tarjoamia toimintamalleja siirtämään oman osaston toimintaan ja toisaalta henkilökunnan yleinen motivaatio kokeilla ja ottaa käyttöön uutta toimintamallia.

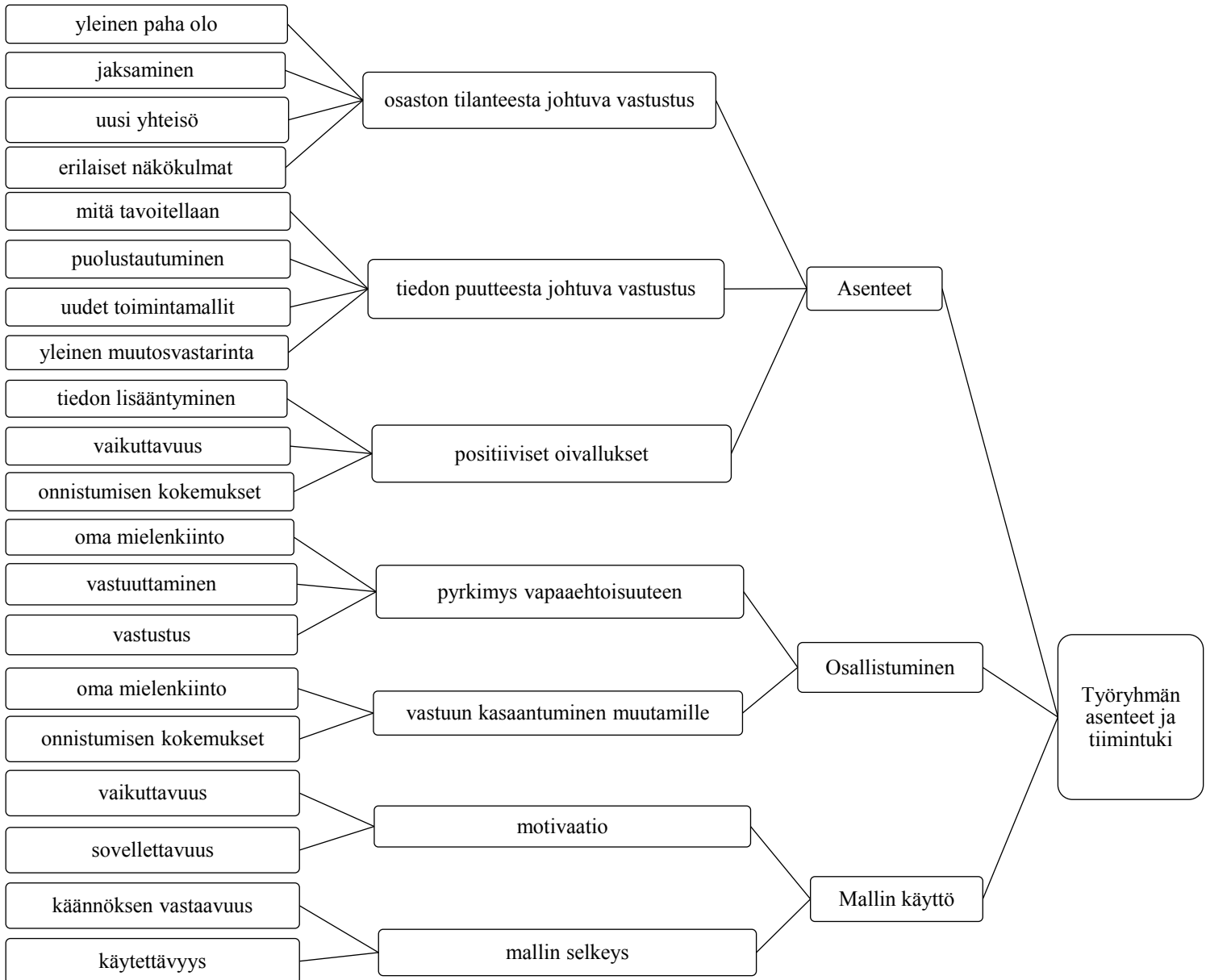
Molempiin edellä mainittuihin osa-alueisiin vaikutti osaltaan tiedon ja ymmärryksen lisääntyminen ja uskallus muokata interventioita osaston tarpeisiin. Esimerkkinä soveltamisesta ja ammatillisten erikoisosaamisten lisääminen tullaan tutuiksi tauluun, mikä on harkinnassa usealla osastolla.

Toisaalta interventioiden muuttaminen suomalaiseen hoitokulttuuriin sopivammiksi on lisännyt mallin hyödyntämistä. Rentoutuskeinolaatikot nousivat useissa vastauksissa esimerkiksi tästä, jopa niin että laatikoiden sisältö on suunniteltu yhdessä osaston potilaiden kanssa. Mainitsemisen arvoista on myös mallin suomennosten täsmällisyys. Vastaajien toiveissa oli suomennosten tarkentamista enemmän sisältöä kuvaaviksi, nykyisten suorien käännösten sijaan. Yksi vastaajista kuvasi mallin käyttöä muun muassa seuraavilla ilmauksilla:

Sä voit kuvitella mitä tämä termi pehmeät sanat mitä se niin ku jotenki herättää rankemmassa psykiatriassa... (V5)

Ne hyökkäs taas, oli ihan kun se... ne kokeneet konkarit sieltä, että mä en rupee mitään öljyjä hieromaan..! Et ku mennään puhumaan ihmisille jotka ei tiedä asiasta mitään niin siinä sitten koitat valita ne sanat että ne ei heti nosta niitä villoja pysyyn..." (V5)

Osaston ilmapiiriä kuvaavat ala- ja yläluokat löytyvät alla olevasta kuviosta (kuvio 8).



Kuvio 8. Työryhmän asenteet ja tiimin tuki

7.5 Koordinaatioryhmä ja johdon antama tuki

Implementoinnin aikana haastateltavat kertoivat saaneensa tukea toiminnalleen sekä sairaalassa järjestetyn koordinaatioryhmän toiminnasta että ylemmiltä esimiehiltä. Erityisesti koordinaatioryhmätoiminta koettiin positiivisena asiana, mutta sitä toivottiin voitavan myös kehittää. Koordinaatioryhmä toiminta oli haastateltavien mukaan merkittävä henkisen tuen sekä informaation lähde. Erityisesti niissä tilanteissa, kun haastateltavat kertoivat saaneensa vastustusta osastoilla tai kun tuntui, ettei asiassa oikein pääse eteenpäin, koordinaatioryhmä toimi hyvänä kannustajana ja

motivaattorina. Lisäksi koordinaatioryhmä koettiin sosiaalisena tapahtumana, jossa oli myös mahdollista verkostoitua linjan sisällä muiden samassa tilanteessa olevien kanssa ja päästä tutustumaan myös muihin osastoyksiköihin linjan sisällä. Koordinaatioryhmän antamaa tukea kuvattiin vastauksissa muun muassa seuraavilla ilmauksilla:

... ja vahvistusta tavallaan niille, mitä siinä omassa ryhmässä on siellä omalla osastolla... että silleen niin kun ei me niin kun ihan hukassa ollaan vaan jäljillä... ja tää on hyvä mitä me tehdään... (V6)

Kyllä tota noin niin et siellä niissä kokouksissa tai tapaamisissa aina niin kun puhuttiin missä mennään ja mitä seuraavaks toteutetaan... sieltä tuli aina sellasta lisäinnokkuutta että jee tää toimii, tää on hyvä juttu kun oli kuitenkin motiivituneita tekijöitä siinä niinku ympärillä mut sit... (V3)

No kyllä koska siis kyllä mä niin ku nyt mä... kasvoilta tuntee enemmän porukkaan ja sitten justiin tota on kyl se on niin ku hyvä, että on eripuolilta just se verkostoituminen on, että näkee ja kuulee enemmän niitä kokemuksia, on erilaisia tekijöitä niin on erilaisia niin ku tuotteitakin sitten mitä siit on syntynyt, sehän on hieno juttu... (V3)

Informaation näkökulmasta myös koordinaatioryhmään liittyen korostettiin vastauksissa ennakoinnin merkitystä. Toisaalta haastateltavat kokivat, että koordinaatioryhmästä sai oman osaston implementointiin hyviä vinkkejä siitä, miten asioita on muualla toteutettu ja mikä saattaisi olla toimivaa. Toisaalta erityisesti implementoinnin alkuvaiheessa osa haastateltavista koki ryhmätapaamisien lietsovan keskinäistä kilpailua siitä, kuka on pisimmällä implementoinnissa ja toisaalta kenellä on hienoimmat oivallukset interventioiden käyttöön ja soveltamiseen liittyen. Edellä mainittua vastauksissa kuvattiin esimerkiksi seuraavilla ilmauksilla:

... et kuin paljon siihen oikeesti käytettiin paukkuja että... niin mut kun se ydin, et mitä täs oikeesti haetaan, niin se oli jotenkin semmonen vellova, niin se ehkä jäi sit... Sitä ois pitänyt enemmän avata silloin alkuun, mitä tavotellaan ja sit vasta lähtee tekemään... (V4)

Kyllä ja sit niin kun miten paljon sai sit nin kun oikeesti sit kun oli joku käsitys itsellä, niin sitten niin ku tiedätkö oikein odotti niit ryhmiä, et tavallaan se, että mä ainakin sain niin ku tosi paljon hyötyä, että mitenkä toiset, ja miten toiset näki, ja se ymmärrys lisäänty koko ajan niissä ryhmissä kyllä... (V6)

Mut et se meni semmoseks kilpailuks, et kuka on eniten innostunut ja höösänny hienoimman puun, et siit jotenki hävis

se, tai ainakin se kokemus meidän osastolla oli, et osalla hävis se idea et mitä ollaan tekemässä ja se muuttu semmoseks henkilökunnan kilpailuks toisia vastaan... (V4)

Vaikka haastateltavat kokivat poikkeuksetta koordinaatioryhmätoiminnan hyväksi työskentelytavaksi tällaisessa projektissa, ryhmän kokoon toivottiin kuitenkin muutoksia. Haasteltavien mielestä ryhmä olisi saattanut toimia varsinkin alkuvaiheessa tehokkaammin, mikäli ryhmä koko olisi ollut pienempi. Erityisesti toivottiin, että ryhmä olisi voinut ainakin alkuun koontua pienemmällä ydinporukalla esimerkiksi juuri apulaisosastonhoitajien kesken, jolloin tapaamisissa olisi jäänyt enemmän aikaa itse mallin sisällön ymmärtämiseen ja toteutuksen seuraavan vaiheen suunnitteluun. Nyt suuressa ryhmässä toimiessa haastateltavien mukaan enin aika kului kuulumisiin siitä, miten implementointia on tähän asti toteutettu, eikä seuraavan vaiheen suunnitteluun. Yksi vastaajista kuvasi ryhmän kokoa seuraavasti:

Se ois pitänyt olla pienemmällä porukalla, se ois pitänyt olla pelkät apulaisosastonhoitajat aivoriihi meiningillä pienemmässä tilassa... (V5)

Suuressa ryhmässä tapahtuvien kokoontumisien katsottiin olevan ongelmallista myös osastojen erilaisten profiilien vuoksi, vaikkakin vastaajista oli myös mielenkiintoista kuulla muidenkin projektien etenemisestä. Tästä on esimerkkinä seuraava ilmaus:

Mä luulen että siitä saa niin kun paljon enemmän irti kun siitä että ulkopuolelta kun ei tunne osastoja eikä tunne henkilöitä, ei tiedä muuta kun suunnilleen sen potilasaineksen niin kun sen mitä on sieltä kulkeutunut sitten omalle... (V1)

Haastateltavien mukaan, kuten seuraavassa esimerkissäkin käy ilmi, jälkeenpäin ajateltuna olisi saattanut olla mielekkäämpi, jos implementointia tukeva koordinaatioryhmä olisi ollut pääsääntöisesti pienempi ja kokoontumisia olisi siitä porukassa ollut tiuhempaan. Näiden lisäksi ajateltiin, että laajemmalla porukalla tapaamisfrekvenssi olisi voinut olla harvempi, kuten yhden vastaajan ilmauksesta käy hyvin ilmi:

Toimiva ratkaisu voisi olla niin, että isompi verkostokokous harvakseltaan ja tiiviimmin sitten tässä omissa porukassa... (V1)

Paitsi koordinaatioryhmältä, haastateltavat kokivat saaneensa jonkin verran tukea myös esimiehiltään. Osastonhoitaja kuvattiin vastauksissa tukena, joka toimi myös auktoriteettina tilanteissa, joissa implementointia kohtaan nousi voimakasta vastustusta osastoilla. Ylihoitaja puolestaan koettiin hieman etäisempänä, ikään kuin mahdollistajana, joka muun muassa kutsui koolle koordinaatioryhmätapaamiset ja toimi puheenjohtajana

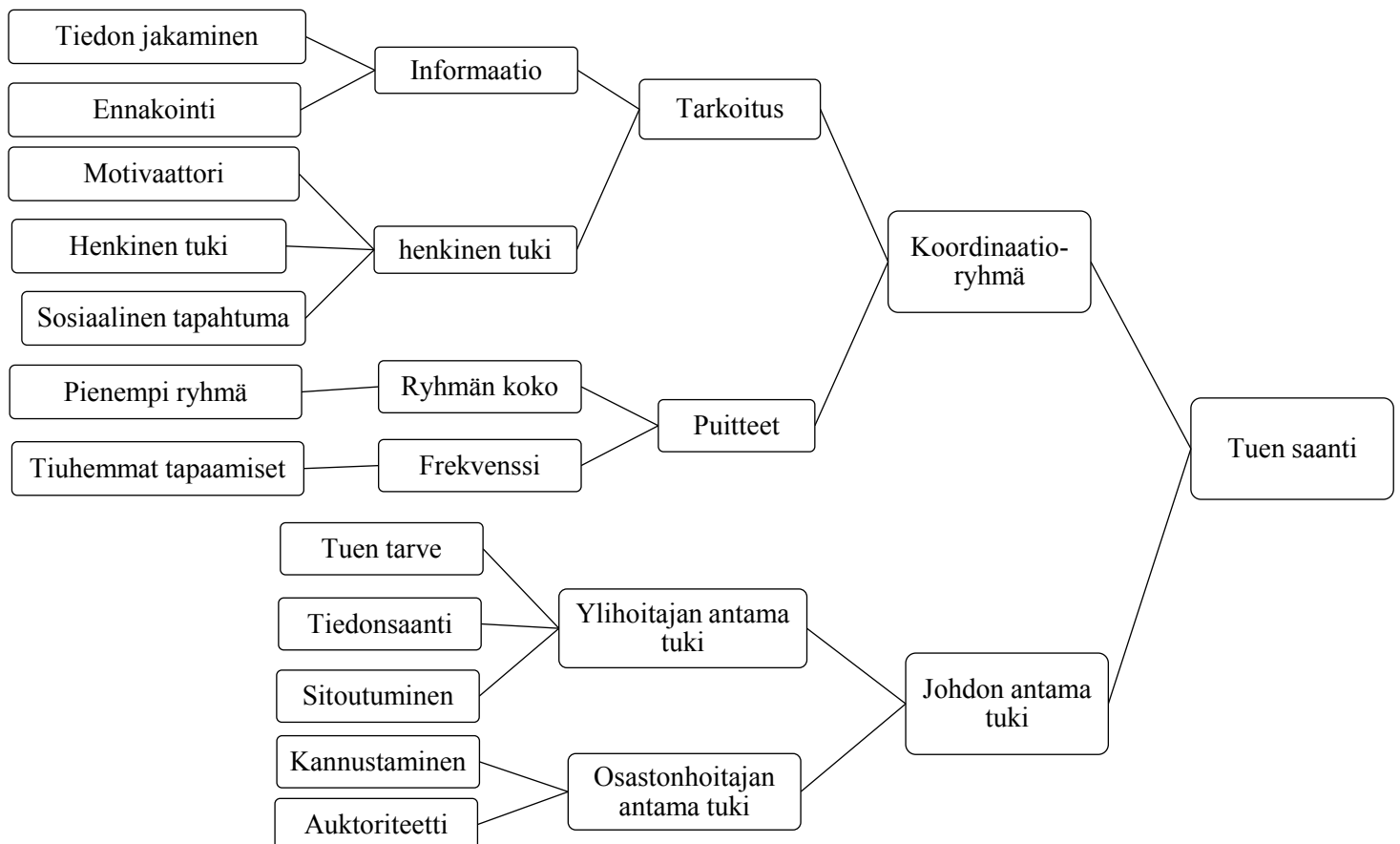
niissä. Molemmilta haastateltavat olisivat toivoneet vielä konkreettisempaa palautetta siitä, miten implementointi eteni osastoilla. Samalla kuitenkin ymmärrettiin, ettei valmista vastausta Suomeen uutena implementoitavaan toimintamallin soveltamiseen voinut olla kenelläkään. Johdolta saadusta tuesta esimerkkeinä ovat seuraavat vastauksista nousseet ilmaukset:

...et onhan se kyl myöskin viesti siitä johdon sitoutumisesta asiaan, et ne ryhmät järjestetään... (V2)

Mutta sitten tosiaan oli kuitenkin sitten ylihoitajan ja Lauri Kuosmasen tuki siinä, et ei ne tarvii olla, et se tehdään Suomessa niin kun me tehdään Suomessa, että ei meidän tarvi muuttua niin kun brittiläiseksi osastoks... (V5)

...kyl se oli enemmän semmonen aoh-juttu, mutta jos siel ois tullu ihan totaalinen vastustus niin kylhän se olis sitten tullu sinne niin ku jyrättämään et eiku nyt niin ku oikeesti... (V4)

Koordinaatioryhmän toimintaa ja johdolta saatua tukea kuvaavat luokat on esitetty alla olevassa kuviossa (kuvio 9).



Kuvio 9. Tuen saanti

7.6 Interventioiden hyödynnettävyys

Interventioiden hyödynnettävyys nousi vastauksista kuudentena pääluokkana. Vastaajat katsoivat interventioiden olevan hyödyksi osasto-olosuhteissa kahdessa suhteessa. Toisaalta interventioiden katsottiin olevan hyödyllisiä osaston toiminnan kehittämisessä sekä käytännön hoitotyössä.

Kehittämisen näkökulmasta nousivat esiin erityisesti kirjaamisen ja perehdyttämisen kehittäminen. Perehdyttämisessä Safewardsin interventioiden katsottiin olevan hyödyllisiä osaston toimintamallin perehdyttämisessä uusille työntekijöille. Toisaalta tämä kuitenkin edellytti, että malli olisi jo huolellisesti implementoitu osastolle ja mietitty miten se osaston arjessa ja potilaiden kohtaamisessa näkyy. Toisaalta katsottiin myös, että mikäli Safewards malli sisällytetään uusien työntekijöiden perehdytykseen, mallin tietoinen ylläpitäminen myös vanhojen työntekijöiden keskuudessa lisääntyä. Tämä lisää myös interventioiden aktiivisempaa käyttöä osastoilla. Erityisen tärkeäksi vastaajat kokivat vuorovaikutuksellisten interventioiden käytön siirtämisen potilaiden kohtaamiseen myös uusille työntekijöille. Kehittämien näkökulmaa kuvattiin haastateltavien vastauksissa esimerkiksi seuraavilla ilmauksilla:

... ainoa tapa saada se semmoseks yhteisössä oikeesti eläväks on sen perehdytyksen kautta... (V2)

... mut kyl mä edelleen nään että tosi paljon vois hyödyntää enemmän... perehdytyksessä ja et se pitäis olla ihan systemaattisesti et ne interventiot kuuluu perehdytykseen... vähintään näiden vuorovaikutuksellisten osalta (V2)

... niin... koska vanhat osaa sen jo ja tulee niin kun automaattisesti et uudetkin ymmärtäis sen et miksi tehdään tietyllä tavalla... (V4)

Kirjaamisen kehittämisessä korostettiin vaikuttavuuden kirjaamista ja mallin näkyväksi tekemistä. Osan vastaajien mukaan malli on hyvin lähes kaikilla työntekijöillä käytössä, mutta sen käyttöä ei tule kirjattua potilastietojärjestelmään. Keskeisintä vastaajien mukaan oli myös henkilökunnan ymmärrys siitä, mistä mallissa on loppujen lopuksi kyse. Myös ajatus siitä, että mallin sisältö mukailee pitkälti jo käytössä olevia vanhoja käytäntöjä sanotettuna uusin ilmauksin, nousi vastauksissa esiin. Kahden vastaajan esimerkki-ilmaukset kuvaavat kirjaamista seuraavasti:

... nyt ollaan yritetty oikein kirjoittaa sinne päivittäis... näihin hoitokertomuksiin, että ollaan tarjottu näitä metodeja ja ollaan käytetty niitä siinä arjessa... (V5)

... niin hekin ehkä tiedostamattaan käyttävät näitä interventioita, mut se mikä mua harmittaa siinä niin niit ei tuu kirjattua, se ei näy missään. (V5)

Osataan kirjata sitä vaikutusta ja että osattais ottaa se myös niin kun sit kun uus potilas tulee niin heti mukaan siihen ja myös hoitotyönsuunnitelmissa ja näin... (V6)

Käytännön hoitotyössä malli näkyy vastaajien mukaan eniten vuorovaikutuksellisuuden lisääntymisenä. Tämä näkyi paitsi hoitajien ja potilaiden välisessä vuorovaikutuksessa, myös potilaiden välisissä suhteissa yhteisöllisyyden lisääntymisenä. Vastauksissa tuli kuitenkin ilmi, että yhteisöllisyys korostui enemmän kuntoutus osastoilla, joilla potilaat olivat pidempiä hoitajaksoja kun taas akuuttiosastoilla pystyttiin parhaiten hyödyntämään vuorovaikutuskeinoja konfliktitilanteiden ehkäisyssä ja toisaalta vaihtoehtoisia menetelmiä potilailla joilla oli vaikeuksia ahdistuksen hallinnassa. Seuraavassa on esimerkkejä vastauksien ilmauksista edellä mainitusta asiasta:

Yhteiset odotukset on siellä seinällä jokaisen tutustuttavana ja aina välillä noi potilaat muistuttaa, että hei tää ei oo oikein tästä yhteisistä odotuksista... (V1)

... niin tota potilaan on kokenut muutoksen jälkeen tosiin kun kun niin, ja siihen tullaan ja järjestellään tuolit et ollaan lähellä toisia ja... (V6)

Kyllä niihin yhteisökokouksiin piti keksiä vaikka mitä kahvitarjoiluja ja sirkushuveja että saadaan porukka edes paikalle.. (V2)

Erityisesti rauhoittumislaatikko nousi interventioista sellaiseksi jota kaikki vastaajien osastot pystyvät osaltaan parhaiten hyödyntämään. Muilta osin niin sanottujen näkyvien interventioiden koettiin jäävän varsin pinnallisiksi joista erityisesti toivon puu joiltain osin jopa lapselliseksi. Tullaan tutuksi taulu oli jokaisella osastolla toteutettu hieman eri tavalla. Kuntoutuksellisilla osastoilla siihen oli pyritty kasaamaan myös henkilökunnan henkilökohtaisia ajatuksia, mutta akuuttiosastoilla taulu toimi vielä tutkimuksen teon aikaan lähinnä potilaiden hahmottamista helpottavana tekijänä osaston henkilökuntaan tutustumisen yhteydessä. Akuuttiosastoilla tauluun oli päätetty sisällyttää ainoastaan työntekijän nimi ja mahdollisesti ammattinimike. Keskustelua käytiin osastoilla vielä siitä, pitäisikö tauluun mahdollisesti vielä lisätä tietoa siitä, mikäli työntekijällä on jotain erityisosaamista, kuten perhetyö, päihdetyö tai seksuaalisuus. Alla on muutamia esimerkkejä siitä, miten vastaajat asiaa kuvasivat:

Kyllä niitä aika paljon mut toisaalta tuolla jo niitä kaiken näkösiä vaihtoehtoisia jo ennen, mutta nyt niitä on vaan ehkä

vähän lisää... et ne ei oo omana interventionaan vaan ne on siellä potilaille saatavilla aina... (V4)

... mut sit oli siel myöskin varmaan niitä mitkä jäi vähän julisteeks ja posteriks seinälle eikä niin ku siirtynyt aktiiviseen käyttöön... (V2)

... no ei kyllä se niin kun tökkii niin ku esimerkiksi tämmöset niin kun ne lelut... leikkikalut... rauhoittumiskeinot. Tai niin ku sen pakin kerääminen ja muut... (V2)

Vuorovaikutuksellisista interventioista mainittiin lukuisia kertoja positiiviset sanat, joiden koettiin tuoneen uutta sävyä erityisesti raportointi tilanteisiin. Ennen mallin implementointia raporttien kerrottiin keskittyvän lähes poikkeuksetta potilaan ongelmiin ja ikään kuin unohdettiin mainita potilaan vahvuudet tai muuten positiiviset havainnot edellisistä työvuoroista. Positiivisten asioiden löytäminen vaati kuitenkin vastaajien mielestä ajoittain muistuttelua ja monella osastolla oli päädytty laittamaan siitä muistilause raportin pitäjän paperiin. Toisaalta usealla osastolla oli kuitenkin työntekijä, joka omalla esimerkillään luonnostaan lisäsi positiivista ilmapiiriä raporttitilanteisiin ja potilaan hoidon suunnitteluun realiteetteja unohtamatta. Kaksi vastaaja kuvasi edellä mainittua muun muassa seuraavin ilmauksin:

... siellä oli muutama sellanen ihminen, jotka oli siinä niin kun ihan luonnon lahjakkuuksia ja sit se lähtikin menee silleen että voi sitsi sitä antaakin sit helpommin potilallekin sitä positiivista palautetta, kun joku muu on sanonut sen ensin ääneen. (V2)

osaston päiväraportilla meil on semmonen, mistä rapsan pitäjä pitää sen juttunsa et siihen pitäis niitä positiivisia juttukin koittaa laittaa ja siinä se kyllä lukeekin, mutta se nyt on välillä vähän jäänyt... (V1)

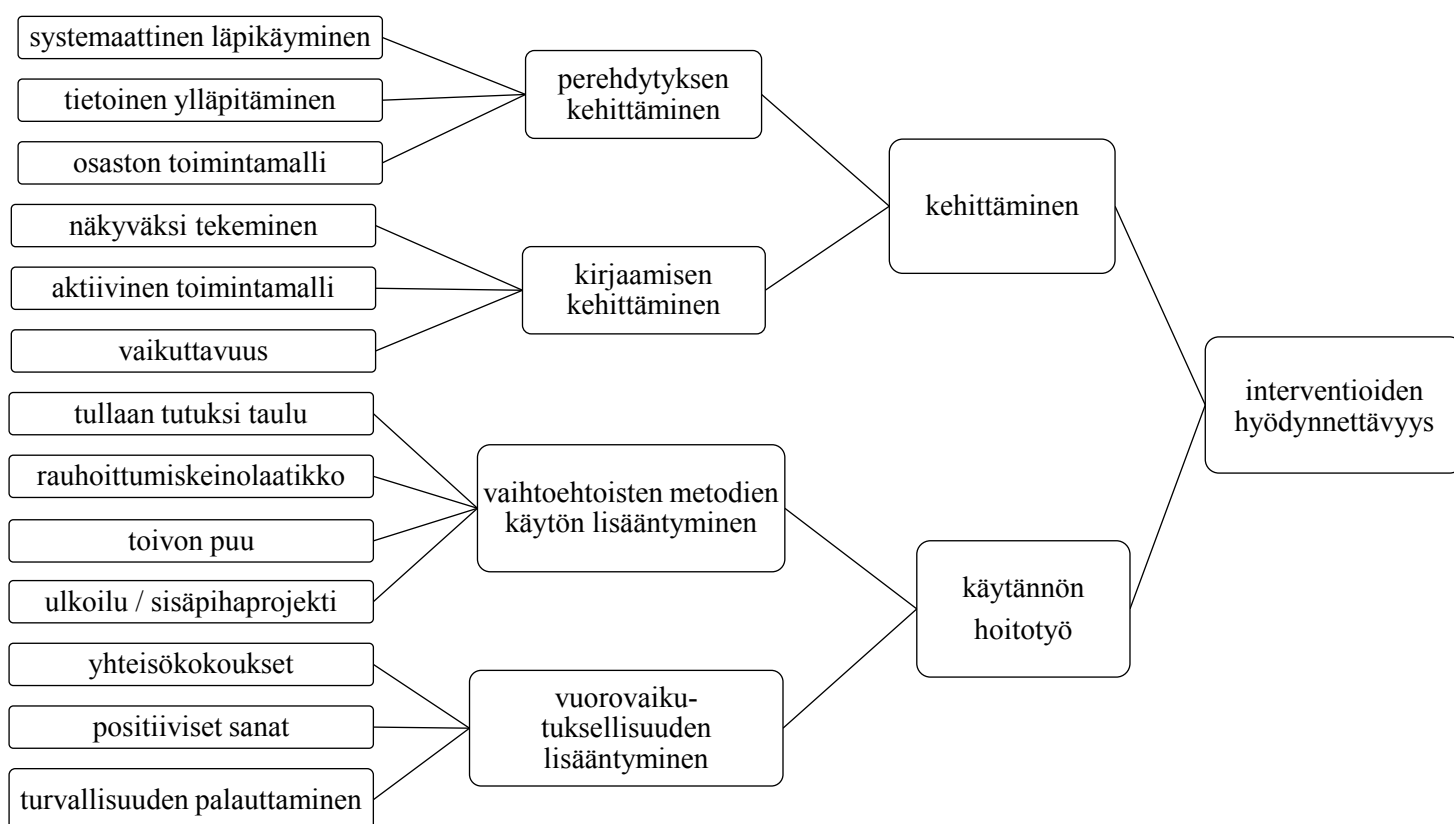
Positiivista palautetta mallin hyödynnettävyydestä nousi sen sovellettavuudesta myös varsinaisten osaston tilojen ulkopuolella. Safewardsin implementoinnin yhteydessä Kellokosken kiinteistön yhteydessä olevaa potilaiden aidattua ulkoilualuetta on pystytty potilaiden kanssa yhteistyössä asteittain tekemään paitsi viihtyisämmäksi, myös toiminnallisemmaksi ja potilaat ovat itse saaneet vaikuttaa sisäpihan uusien toimintojen valintaan. Sisäpihan parannus on suunniteltu nyt kahden vuoden mittaiseksi projekti, jonka aikana potilaan saavat itsekkin osallistua toteutukseen muun muassa aidan ja katoksen maalauksessa sekä istutusten tekemisessä yhdessä sairaalan toiminnallisesta kuntoutuksesta vastaavan henkilökunnan kanssa. Seuraavassa on yhden vastaajan esimerkki-ilmauksia Safewards toimintamallin laajentamisesta osasto-olosuhteiden ulkopuolelle.

...ja saatiinhan me se sisäpiha proggiskin Safewardsin hengessä, mikä on kuitenkin paljon kalliimpi kuin osastolla käytössä olevat interventiot... (V4)

... se alko silloin ja se on kaks vuotiseksi tehty toimintasuunnitelma ja tarkoitus on et se jatkuu niin kauan kun sairaala jossa on... (V4)

Mut siit on tulossa semmonen rentoutushuone ja semmonen koristeteline ja jotain kuntoilu... ehkä stepperi... (V4)

Safewards – mallin hyödynnettävyyttä käytännössä kuvaavat luokat on esitelty seuraavassa kuviossa (kuvio 10).



Kuvio 10. Safewards mallin hyödynnettävyys

7.7 Osaston ilmapiiri

Osaston ilmapiirin muutos ei varsinaisesti kuulu tämän tutkimuksen kysymyksen asettelun alle. Safewards on toimintamallina kuitenkin kehitetty nimenomaan vaikuttamaan osastojen ilmapiiriin turvallisuuden tunnetta

ja potilaiden osallisuutta lisäämällä, joten se nousi usein esiin myös haastateltavien vastauksissa. Näin ollen olen nostanut myös mahdolliset muutoksen mukaan tutkimuksen tuloksiin.

Kun puhutaan osastojen turvallisuuden tunteesta, vastaajat toivat esiin havaintojaan sekä positiivisessa, että negatiivisessa mielessä. Turvallisuuden tunteen lisääntyminen tässä yhteydessä johtui vastaajien mukaan siitä, että uuden toimintamallin myötä osastolla koettiin olevan enemmän vaihtoehtoja siihen, miten kiihtynyt potilas voidaan kohdata tai miten asioihin voidaan puuttua jo ennaltaehkäisevästi. Myös pakkokeinojen käytön koettiin vähentyneen, tai ainakin laajemmin osastoilla käytetään ensin useammin muita keinoja tilanteen rauhoittamiseksi. Turvallisuuden tunteen vähentämisen katsottiin johtuvan tässä yhteydessä potilaiden kunnan huononemisen kahden vuoden aikana. Sairaalahoittoon päätyy aina vain enemmän oireilevia ja aggressiivisia potilaita. Näin ollen itse malli ei tämän tutkimuksen vastaajien kyselyjen mukaan ollut varsinainen syy tilanteen huononemiseen. Yksi vastaajista kuvasi osaston ilmapiiriä vastauksissaan muun muassa seuraavin ilmauksin:

Kyl mä luulen et se on niin kun jeesannu. Antanut niin ku vähän työkaluja lisää... (V3)

nyt pystyy nin ku se on tavallaan laajempi, et onhitä jos mä rupeisin miettimään nin ku aikasemmin, että tää on tuonu siihen niin ku näkyvämmäks et on niin ku muitakin keinoja... (V3)

tokihan siin on vähän potilasaines kun muuttuu kokoajan, et sitä on vaikee niin ku arvioida. Ehkä, kun ihmiset jotka pääsee hoitoon, on järjestäen niin ku huonommassa kunnossa kun silloin kun implementointi aloitettiin... (V3)

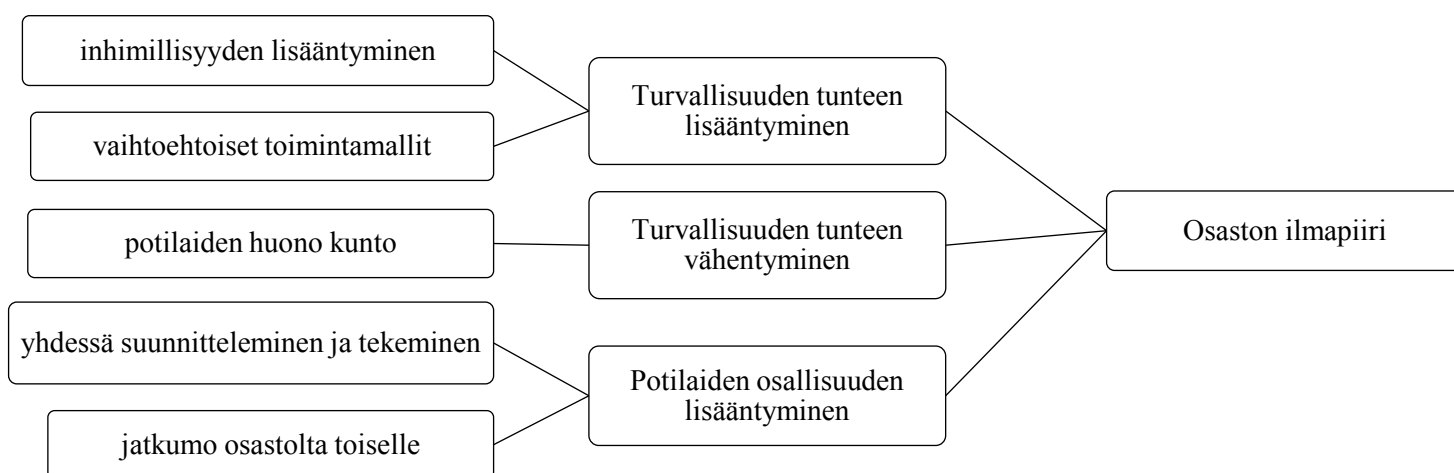
Enemmän kuin turvallisuuden tunnetta, Safewardsin katsottiin lisänneen potilaiden osallisuutta. Tämä tuli voimakkaasti ilmi kaikkien vastaajien vastauksissa. Osallisuus näkyy vastaajien mukaan parhaiten osaston päivittäisissä toiminnoissa ja yhteisissä askareissa. Kehittämisen kohteeksi vastauksista nousi osallisuuden lisääminen erityisesti hoidon suunnitteluvaiheeseen. Haastateltavien mukaan potilaiden hoitomotivaatio saattaisi olla paremmalla tasolla moniongelmaisuuudesta huolimatta, mikäli potilaat saataisiin tehokkaammin mukaan hoitonsa sisällön suunnittelun ja yhteisien päämäärien asettamiseen. Positiivisena asiana vastauksista nousi toimintamallin jatkuminen Kellokoskella yli osastorajojen potilaiden siirtyessä osastolta toiselle. Potilaiden osallisuudesta nousi aineistosta seuraavia esimerkki-ilmauksia:

... no... ne on aika innoissaan siitä, et he kokeet et heitä niin kun osallistetaan... (V5)

... niin on ollu ilo huomata, että potilas sanoo, et toi onkin mulle tuttu, esim. rentoutuspäkki tai joku tämmonen niin, et mä käytin tota jo tuolla edellisellä osastolla... (V5)

... että kyllä siitä niitä positiivisiakin hetkiä on ollu, et jotku semmoset kenellä ei uskois siitä olevan hirveen kiinnostunut, niin käy sitä tutkimassa ja tulee esittämään sitten tarkentavia kysymyksiä mieltymyksien tai inhokkien suhteen... (V1)

Osaston ilmapiiriä kuvaavat luokat esitellään alla olevassa kuviossa (kuvio 11).



Kuvio 11. Osaston ilmapiiri

8 POHDINTA

Safewards mallin implementointiin on esitetty hyvin strukturoidut suositukset ja muistilista, miten implementointia kannattaa ruveta toteuttamaan. Haastattelujen sisällöistä tuli ilmi, että tämän mukaan osastoilla onkin pyritty implementointia toteuttamaan. Kuitenkaan teorian tarjoamaa suoraviivaista suunnittelua ei suoranaisesti vastausten sisältä löytynyt. Safewards malli näyttäytyi edelleen implementoinnin jälkeenkin hieman irrallisena kokonaisuutena varsinkin niiltä osin, kun puhuttiin osastojen henkilökunnasta ja heidän ymmärryksestään. Vastaajien keskuudessa kokonaisuus oli huomattavasti paremmin tiedossa.

Safewards mallin implementoinnin yhteydessä vastaajat toivat esiin useassa eri kohdassa riittävän tiedonsaannin merkitystä. Tämän tutkimuksen perusteella nyt toteutetussa implementoinnissa tietoa oli tarjolla ajoittain

liian vähän, se oli hajallaan tai sitä oli vaikeaa soveltaa nykyiseen hoitokulttuuriin. Toisaalta, implementointiin käytetyn kahden vuoden aikana, tiedon määrä oli lisääntynyt, mitä kautta oma ymmärrys siitä, mihin mallilla pyritään, oli kasvanut vastaajien keskuudessa. Tämä olisikin varmasti jatkossa sellainen asia, johon tulisi kiinnittää enemmän huomiota uutta toimintatapaa tuotaessa. Implementointia varten annettujen ohjeiden mukaan suunnittelutyö tulisi aloittaa kuukausia ennen varsinaisen implementoinnin aloitusta. (www.safewards.net/fi/toteutus/suunnittelu-ja-kaeyt-toeoenotto. viitattu 13.4.2018). Näin on tehty myös Kellokoskella. Kuitenkin vastaajat kokivat itse saaneensa tehtäväksi varsin pinnallisesti ymmärryksessä olevan suuren kokonaisuuden. Tämän kaltainen epätietoisuus voidaan mahdollisesti minimoida ottamalla implementoinnista vastaavat henkilöt intensiivisemmin mukaan ennakoivaan suunnittelutyöhön. Mukana olo jo suunnitelmavaiheessa saattaisi myös tuoda implementoinnista vastaaville henkilöille mahdollisuuden jo tässä vaiheessa yhdessä pienemmässä ryhmässä pohtia, miten asian kanssa on tarkoituksen mukaisinta lähteä liikkeelle oman osaston näkökulmasta.

Paitsi tiedon määrä, myös hoitokulttuurien väliset erot kahden eri maan välillä, toivat haasteita mallin siirtämiseen. Vastaajien tuoma ajatus siitä, että huolellinen ennalta suunnittelu ydin ryhmän kesken siitä, mitä tämä Suomessa tarkoittaa, saattaisi vähentää näitä ongelmia. Osa vastaajista oli päässyt tutustumaan Safewards – mallin toteutumiseen Englantiin. Tämän tyyppiset verkostoitumiset ovat varmasti hyödyllisiä oman tehtävän hahmottamisessa. Toisaalta, voisiko tällaista verkostoitumista hyödyntää jo suunnitelmavaiheessa, jolloin päästään tutustumaan implementointi vaiheen haasteisiin myös muissa kulttuureissa. Safewards – mallin perustaja on muodostanut yhteisölle suljetun Facebook – ryhmän, jossa toisaalta on mahdollista käydä tämän tyyppistä peilaamista toisten maiden edustajien kanssa sähköisessä järjestelmässä. Vastauksissa ei valitettavasti tullut esiin, miten tämän tutkimuksen vastaajat ovat esimerkiksi tätä hyödyntäneet vai ovatko ollenkaan. Tilanteessa, jossa implementoinnista vastaavat henkilöt itse ovat hyvin perillä mallin kokonaisuudesta, on helpompaa tuoda uusi toimintatapa osastoille ja perustella sillä tavoiteltavat hyödyt henkilökunnalle.

Paitsi tiedonmäärään myös tiedon laatuun ja sovellettavuuteen on hyvä kiinnittää huomiota. Tuloksissa esiin tulleet maininnat siitä, että osa vastaajista oli epävarmoja, minkälaisesta tiedosta olisi parhaiten hyötyä henkilökunnalle, ovat hyvä esimerkki tästä. Riittävä tieto sinänsä on perusedellytys uuden toiminnan implementoinnille, mutta mikäli tieto on myös implementoitavaa toimintamallia hyvin kuvaavaa, on sen ymmärtäminen ja hyödyntäminen huomattavasti helpompaa. Omien kokemuksieni pohjalta ajatellen on tärkeää, että implementoinnista vastaavalla henkilöllä on riittävästi teoretietoa siitä, mistä toimintamalli on tullut ja mitkä ovat sen teoreettiset lähtökohdat. Tätä tukivat myös haastateltavien ajatukset tiedonmäärästä. Kuitenkin mallia vietäessä työryhmälle saattaisi olla tarkoituksen mukaisempaa kohdentaa tieto mallin käytäntöjen tavoitteisiin ja

mitkä ovat niitä osa-alueita joilla näihin tavoitteisiin pyritään. Esimerkiksi agitoituneen potilaan kohdalla saattaisi olla tarkoituksen mukaisempaa miettiä puheella rauhoittamisen tai rauhoittumismenetelmien käyttöä kuin tullaan tutuksi taulun tutkimista. Tämän tyyppiselle pohdinnalle saattaisi olla hyödyllistä jättää aikaa uuden toimintamallin käyttöönoton alkuvaiheessa.

Luonnollisesti ajan mahdollistaminen implementointia ennakoivaan työskentelyyn saattaa osaltaan selkeyttää projektin eteenpäin viemistä. Vanha sanonta, ”hyvin suunniteltu on puoliksi tehty”, on hyvin osuva uutta toimintamallia implementoitaessa. Tulosten perusteella, juuri implementoinnista vastaaville työntekijöille riippumatta siitä, mikä heidän asemansa työyhteisössä on, tulisi pyrkiä mahdollistamaan riittävästi aikaa suunnitteluun. Suunnittelussa saattaisi olla hyödyllistä ottaa huomioon paitsi implementoitavan toimintamallin sisältö myös osaston sen hetkiset rakenteet ja toiminnot, jolloin osaston toiminnan suunnittelulla voidaan tehostaa nykyisiä käytäntöjä niin, että uuden suunnittelulle pystytään mahdollistamaan enemmän aikaa. Myös implementoinnista annettujen suositusten (www.safewards.net/fi/toteutus/suunnittelu-ja-kaeytteeoenotto, viitattu 13.4.2018) mukaan, tärkeää olisi että implementoinnista vastaavien ja henkilökunnan tulisi yhdessä suunnitella ja sopia, miten he implementoinnin haluavat käytännössä toteuttaa.

Kaiken kaikkiaan implementoinnin ajankohta Kellokoskella on ollut haastava. Implementoinnin aloitus osui ajankohtaan, jolloin sairaalassa työskentelevälle henkilöstölle oli selvinnyt sairaalan jakaantuminen kahden eri organisaation alaisuuteen, mistä aiheutui ylimääräistä stressiä oman työ jatkumisesta tai sijoittumisesta jatkossa. Epävarma tulevaisuusnäkökulma ei ole koskaan otollinen ajankohta mittavalle kehittämistyölle osastolla. Myös organisaatiomuutoksesta poikineet osastojen siirrot ja yhdistymiset aiheuttivat kitkaa osastolla. Uusi työryhmä hakee aikansa omaa toimintatapaansa, eivätkä työntekijöiden väliset roolitukset ole vielä muotoutuneet. Tällöin osastolla herää luonnollisesti enemmän vastustusta uuden kehittämiselle, kun perustehtävän hoitokin on vielä vakiinnuttamatta. Toisaalta tällaisessa tilanteessa saattaa olla helpompikin suunnitella osaston toimintaa kokonaan uuden toimintamallin pohjalle, eikä niinkään miettiä, miten paljon toimintatapoja siirretään vanhoista yksiköistä. Tässä tapauksessa mallin tulisi kuitenkin jo olla hyvin sisäistettynä ainakin sen implementoinnista vastaavalla henkilöllä.

Paitsi aloittamisen ajankohta, myös toteuttamisen aikataulutus tuo haasteita erityisesti osastotyössä, jossa perustehtävä, eli potilaiden hoidon toteutus vie luonnollisesti suurimman osan työajasta. Nykyisellään osastojen resursseja on taloudellisen paineen alla mitoitettu niin, että työntekijöillä ei ole aikaa työpäivän sisällä istua alas pohtimaan, miten mallia voidaan osastolla käyttöön ottaa. Tähän voidaan kuitenkin jossain määrin vaikuttaa työvuorosuunnittelulla, mutta sekään ei vapauta kehittämistyön ajaksi lisäresursseja osastolle. Myös vuorotyö tuo oman lisähaasteensa tähän.

Projektin omaisesti etenevään kehittämistyöhön toivottiin vastauksissa selkeämpää aikataulutusta, joka olisi osaltaan saattanut selkeyttää kokonaisuutta. Kuitenkin, lukkoon lyöty aikataulutus tämän tyyppisessä implementoinnissa saattaa tuoda lisästressiä, jotta sovitut osa-alueet saadaan käytyä määrä aikaan mennessä. Tämä saattaa johtaa interventioiden käyttöönottoon ilman syvällisempää pohdintaa siitä mihin sillä lopulta pyritään vaikuttamaan ja miten se voisi toimia omassa yksikössä parhaiten.

Interventioiden toteutuminen vaihtelee tutkimusosastoilla edelleen. Osalla osastoista interventioiden hyödyntäminen erityisesti vuorovaikutuksellisten interventioiden hyödyntäminen on varsin luontevaa. Osastojen profiilit ovat varmasti osaltaan vaikuttaneet tässä. Vuorovaikutuksellisuus korostuu varsinkin akuutisti aggressiivisten potilaiden kohdalla. Toisaalta tutkimuksessa mukana olleilla kolmella kuntoutusosastolla toiminta on lähtökohtaisesti yhteisöllistä ja potilaiden aktivoiminen toimintaan on hyvinkin keskeinen osa hoidon sisältöä. Näissä yksiköissä juuri näkyvien interventioiden kuten toisten potilaiden auttaminen ja huomioiminen sekä esimerkiksi toivon puun ylläpitäminen on ollut luontevaa. Vastauksissakin ilmeni Safewardsin monimuotoisuus ja joustavuus sen suhteen miten kokonaisvaltaisesti sitä voidaan kuitenkin soveltaa vaatavuudeltaan eri hoidon vaiheissa olevien potilaiden kohdalla. Kaikki ei käy kaikille, ja se on varmasti tärkeää muistaa myös tämän mallin kohdalla.

Ajatus mallin käyttöönottamisesta sai osastoilla aikaan melkoisen paljon vastustusta. Interventioiden tuominen ikään kuin uusiksi työvälineiksi koettiin osittain myös loukkaavana. Toisaalta vastausten mukaan osa työntekijöistä otti hyvinkin aktiivisesti osaa toiminnan käynnistämiseen osastoilla. Vastauksista ei kuitenkaan noussut, oliko asenteiden ilmenemisessä mitään yhteyttä työntekijän työkokemuksen kanssa. Luonnollisesti voisi ajatella, että pitkään työtä tehnyt työntekijä saattaisi kokea alkuun loukkaavana, jos aikaisemmin käytössä olleiden työvälineiden vaikuttavuutta kyseenalaistetaan, kun taas nuoremman työntekijän kohdalla saattaa olla luonnollisempaa kokeilla uusia työvälineitä ja miettiä sitä kautta niiden vaikuttavuutta ja hyödynnettävyyttä osastoilla. Toisaalta tässä on suuri vaikutus myös vuorovaikutuksellisella viestinnällä. Jokaiseen uuteen toimintamalliin sisältyy aina jonkin verran muutosvastarintaa ja niin kuuluukin olla. Sillä, miten toimintatavan käyttöönoton tarpeellisuus perustellaan työryhmälle, voidaan varmasti paljon vaikuttaa siihen, miten työryhmä toimintamallin vastaanottaa.

Implementoinnin käynnistyttyä ja ymmärryksen lisääntyessä osastoilla, malli sai pääsääntöisesti positiivisen vastaanoton. Mallin hyödynnettävyydestä nousi usealla osastolla perehdytyksen kehittäminen. Perehdytyksen kehittämisessä olisi kuitenkin hyvä vielä työstää, mitä uusille työntekijöille tarkalleen ottaen perehdytetään. Tähän liittyen Safewards – malli on ollut vuodesta 2017 alkaen yksi erillinen osa-alue sairaalan uusien kesätyöntekijöiden perehdytyspäivää. Interventioiden perehdyttämisestä ilman mallin ydinajatuksen ymmärtämistä ei saavuteta pitkälle kantavia tuloksia.

Mallin kuusi ydinkohtaa, liittyen taustatekijöihin potilaan mahdollisen aggressiivisen käytöksen takana on kiinnitettävä enemmän huomiota. Kaikkeen ei voida vaikuttaa lääkinnällisillä keinoilla ja tämä on myös tärkeää muistaa potilaita hoidettaessa. Myös tämä on mallissa hyvin sovellettavissa erilaisiin osastoyhteisöihin ja potilaiden hoidon vaiheeseen. Tämä näkyi myös nyt haastateltavina olleiden apulaisosastonhoitajien vastauksissa. Erityisesti akuutissa vaiheessa olevien potilaiden kanssa toimittaessa korostuivat vuorovaikutuksellisten interventioiden käyttö. Nämä olivat myös helpommin työryhmälle perusteltavissa, koska vastaajien mukaan niiden käyttö oli työryhmälle luontevampaa jo ennalta. Toisaalta kuntoutusosastoilla näkyvät interventiot on helpompi kiinnittää osastoyhteisöön pidempien hoitoaikojen ja stabiilimmassa vaiheessa olevien potilaiden vuoksi, jolloin niitä voidaan istuttaa arkeen koko yhteisön kesken. Tälle karkealla kahtiajaolle poikkeuksen muodostaa rauhoittumislaatikko, jonka sisällön voi muokata osaston turvallisuustilannetta vastaavaksi, potilaiden hoidon vaihe, oirekuva ja mahdollisen aggressiivisen käyttäytymisen todennäköisyys huomioiden.

Myös hoidon laadun kehittämistä voidaan tehostaa mallin myötä. Erityisen tärkeää on kiinnittää kirjaamisen kehittämiseen. Karkeasti ajateltuna osastoilla puhutaan, että se mikä on kirjattu, on myös tehty ja päinvastoin. Näin myös Safewardsin interventioiden kohdalla. Vaikka tutkimusnäyttöä on interventioiden toimivuudesta erityisesti Iso-Britanniassa (www.safe-wards.net, viitattu 4.2.2018), ei vaikuttavuutta saada näkyviin suomalaisessa hoitokulttuurissa ilman asianmukaisia potilasasiakirja merkintöjä. Tämä tuli ilmi myös tutkimuksen tuloksissa. Nykyisen käsityksen mukaan, hoidon laatua ja potilaan sitoutumista hoitoonsa parantaa myös se, miten hyvin potilaan osallisuutta on voitu sisällyttää hoidon suunnitteluun ja sen toteutukseen. Tämä tulee ilmi myös Irma Tiaisen pro gradu tutkielmassa. (Tiainen 2016, 6.) Safewards – toimintamallin interventioista suuri osa mahdollistaa potilaan oman osallistumisen ja päätöksen teon siihen, miten potilaan hoito voidaan toteuttaa. Lisäksi toimintamallin taustatekijöissä on huomionarvoista, miten paljon potilaan tunne kuulluksi tai ymmärretyksi tulemisesta vaikuttaa konfliktitilanteiden syntyyn tai niiden ehkäisyyn. Nämä oli hyvä huomioida hoidon laatua ja kehittämistä tarkasteltaessa.

Apulaisosaston hoitajat olivat avainroolissa Safewards mallin implementoinnissa Kellokoskella. Koordinoivina henkilöinä osastoilla vastuu kokonaisuuden hahmottamisesta korostuu. Koska tämän tyyppiset kehittämishankkeet tehdään terveydenhuollossa usein niin sanotusti oman työn ohella, tulee johdon kiinnittää riittävästi huomiota ajan mahdollistamiseen ja työntekijän jaksamiseen. Vastauksissa tuli ilmi, että monet vastaajista kokivat implementoinnin toteuttaminen kaiken muun työnohella stressaavana. Myös tunne siitä, että annettu tehtävä tuli tehtyä oman vaatimustason alle oli ajoittain vallalla. Tämä lisää pidemmällä aikavälillä työuupumuksen riskiä (<https://www.ttl.fi/tyontekija/tyostressi-ja-uupumus/>, vii-

tattu 4.2.2018.) Riittävä ajan käytön mahdollistaminen ja koulutuksen tarjoaminen projektimuotoiseen kehittämiseen voisi olla yksi ratkaisu kokonaisuuden hallinnan parantamiseen.

Projektin omaisesti etenevä kehittämistyö tuo paineita vastuuhenkilöille. Tutkimuksen tuloksista nousee vahvasti vastaajien korkea työmoraali, jolloin kaikki annetut tehtävät halutaan tehdä mahdollisimman hyvin. Tähän liittyen projektien vetämiseen kaivattiin koulutusta tai ohjausta, jolloin kokonaisuuden hahmottaminen ja oman työn organisoiminen saattaisi olla helpompaa. Apulaisosastonhoitajat ovat varmasti olleet tässä yhteydessä paras ryhmä kehittämistoiminnan läpiviemiseen, koska heillä on oman käytännön kokemuksen tuoma tietämys siitä, minkälaisilla resursseilla osastoilla toimitaan ja miten töiden organisoinnilla voidaan yrittää mahdollistaa aikaa kehittämistyölle. Lisäksi apulaisosastonhoitajat toimivat hallinnollisten työtehtävien lisäksi tiiviisti mukana hoitotyössä, mikä osaltaan mahdollistaa uusien interventioiden hyödynnettävyyden arviointia osastoilla. Mitkä interventiot on tärkeä implementoida juuri meidän yksikössä ensin, ja mitkä voidaan jättää myöhäisempään ajankohtaan. Myös tehtävien jakamisessa apulaisosastonhoitajilla voidaan ajatella olevat riittävät näkemykset siitä, miten osastolla toimiva henkilökunta ottaa tehtävän vastaan ja miten ryhmätöiden ollessa kyseessä, ryhmät on järkevintä muodostaa, jotta niiden toiminta olisi sujuvaa.

Projektin aikana pyörinyt koordinaatioryhmä toiminta on kehittämistyössä varsin toimiva ratkaisu. Koordinaatioryhmässä ryhmän jäsenillä on mahdollisuus puhua eteen tulleista haasteista luottamuksellisesti. Tilanteessa apulaisosastonhoitajilla on mahdollisuus saada vertaistukea samassa tilanteessa olevilta kollegoilta ja yhdessä pohtia, miten nyt vastaan tulleista haasteista selvitään. Myös osastoille vietävää tietoa pystytään ryhmässä ensin prosessoimaan yhdessä, jotta ymmärretään paremmin, mitä ollaan tekemässä. Tämän tyyppinen ryhmätoiminta vastaa myös implementoinnin toteuttamista tyypillisimmin terveydenhuollon piirissä, jolloin tiedonkulkun implementoinnin etenemisestä on kahdensuuntaista, niin kuin Sipilän (2016, 852) artikkelissa on kuvattu.

Marjut Lindell (2012, 18 - 20) on Pro Gradu – tutkielmassaan tuonut esiin, että terveydenhuollon kaiken tyyppiset kehittämishankkeet vaativat tiedon sisäistämistä. Tutkielmassa säännölliset ennakoivat keskustelut kuvattiin esimiehiä tukevin tilanteissa, joissa on odotettavissa muutoksen aiheuttamaan vastustusta. Tähän olisi hyvä kiinnittää huomiota jatkossa. Tämän tutkimuksen vastaajat kokivat ajoittain, että vaikka koordinaatioryhmätapaamisia oli riittävän usein järjestetty, niiden tarjoaman tuki ei aina ollut riittävää. Vastauksissa esiin nousut pienempi ydinryhmä saman sairaalan sisäältä voisi olla toimiva ratkaisu tällaisissa tilanteissa.

Vertaistuen merkitystä ei kannata väheksyä suuria kehittämishankkeita johdettaessa. Uusien toimintamallien käyttöön ottaminen aiheuttaa lähes

aina jonkin asteista muutosvastarintaa työryhmässä ja sen vastaanottaminen lisää projektin vastuuhenkilöiden työuupumuksen riskiä, jos sitä ei pääse käsittelemään asianmukaisesti. Myös Hyrkkään ja kumppaneiden (2005) mukaan kollegoiden kesken vastoinikäymisten ja haasteiden läpikäyminen on helpompaa. Myös tunne siitä, ettei ole ongelmien tai vastustuksen kanssa yksin ehkäisee merkittävästi työssä ilmenevää stressiä tai syyllisyyden tunteita. Apulaisosastonhoitajien kesken järjestettävä vertaisuellinen ryhmä voi osaltaan vähentää kehittämissuunnitelmasta johtuvaa ahdistusta ja ylikuormituksen tunnetta. Ryhmätoiminnan luotettavuutta tässä kontekstissa lisännee merkittävästi, jos ryhmä on riittävän pieni ja ryhmän jäsenet ovat toisiinsa nähden yhdenvertaisia. Toisaalta missään tämän projektin vaiheessa tällaista ryhmätoimintaa ei varsinaisesti poissuljettu. Ryhmän perustaminen olisi kuitenkin vaatinut aloitteen mahdollisesti ylemmiltä esimiehiltä, koska siinä käyminen olisi vaatinut vielä enemmän aikaa kehittämissuunnitelman puitteissa. Toisaalta, olisiko ollut mahdollista priorisoida osittain pienemmän projektiryhmän tapaamisia ajoittain korvaamaan suuremman koordinaatioryhmän tapaamisia?

Ylimmän johdon rooli tämän tyyppisessä kehittämissuunnitelmassa on myös merkittävä. Jotta lähiesimiehet, tässä tutkimuksessa apulaisosastonhoitajat, voivat toteuttaa implementointia mahdollisimman hyvin, on heillä oltava riittävä tuki myös ylemmältä johtoportaalta. Myös tämän tutkimuksen tulosten mukaan apulaisosastonhoitajat kokivat ajoittain jäävänsä hieman yksin kehittämissuunnitelmassa. Tämä johtui paljolti siitä, että työryhmän sisällä heidät nähtiin osittain esimiesasemassa olevana työnantajan edustajina ja toisaalta taas ylemmän portaan taholta työryhmän edustajina. Tämä kuvaa hyvin apulaisosastonhoitajan roolia osastotyössä yleensäkin. Kuitenkin tämän kaltainen luokittelu saattaa aiheuttaa apulaisosastonhoitajissa tunnetta ikään kuin väliinputoajaksi joutumisesta ja juuri tähän voidaan vaikuttaa riittävällä tuella johdon taholta ja vertaistukitoiminnalla. Tämän tutkimuksen tuloksissa apulaisosastonhoitajat olivat hyvin sisäistäneet roolinsa ja tiedostivat siihen liittyvän jaottelun. Tästäkin huolimatta tarve purkaa omia tunteita ja projektin tuomia haasteita tasavertaisten kollegoiden kanssa oli merkittävä. Toisaalta apulaisosastonhoitajat pohtivat asiaa myös työryhmän näkökulmasta ja halusivat toimia parhaalla mahdollisella tavalla myös heitä auttaakseen projektin edetessä.

Tutkimuksen aikana olen itse ollut paljon tekemisissä Safewards – mallin kanssa ja joutunut pohtimaan sitä useista eri näkökulmista käsin. Myös osastotyötä tehtäessä on Safewards tullut tutuksi käytännön hoitotyön näkökulmasta. Tämän pohjalta mielestäni Safewards – mallia saattaisi olla kaiken kaikkiaan hyödyllistä lähestyä sen kuuden ydin kohdan kautta, jotta ymmärrys siitä, miksi potilas osaston olosuhteissa on kiihtynyt tai itsetuhoisen. Ilman näiden kuuden ydinkohdan huomioimista käytettävien interventtioiden tavoitteellinen käyttö ei ole mahdollista. Ensin on ymmärrettävä syyt aggressiivisen tai itsetuhoisen käyttäytymisen taustalla ja sen jälkeen miettiä, mikä interventioista voisi soveltua käytettäväksi tähän tilanteeseen. Näin on mielestäni myös implementoinnin näkökulmasta. Kun

työryhmä paremmin ymmärtää mihin mallilla pyritään vaikuttamaan, saattaa osastoilla esiintyvä luonnollinen muutosvastarinta vähentyä. Tämä antaa ryhmille myös paremmat mahdollisuudet itse oivaltaa, miten interventioista saadaan parasta hyötyä potilaille ja innovatiivisen ideoinnin kautta työryhmästä saattaa nousta jopa täysin uusia interventioita, joiden nostaminen osaksi hoitotyön sisältöä on niin ikään Safewards – mallin mukaista toimintaa.

9 TUTKIMUKSEN EETTISYYS

Laadullisessa tutkimuksessa tutkimuksen eettiset periaatteet nojaavat paljolti tutkimuksen luotettavuus- ja arviointikriteereihin. Arviointi alkaa jo tutkimusaiheen valinnasta ja siitä mihin se pohjautuu ja kenen ehdoilla aiheen valinta tehdään. Aiheen valintaa tehdessään tutkijan on kiinnitettävä huomiota, millaisia yhteiskunnallisia vaikutuksia tutkimuksesta on, ja miten se vaikuttaa tutkimukseen osallistuviin henkilöihin. (Tuomi ja Sarajärvi 2009, 125 - 130, Hirsjärvi ym. 2015, 23 - 27, Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen 2009, 171 - 176.)

E erityisen tärkeä on tiedon hankinta vaiheessa kiinnittää huomiota eettisiin näkökulmiin. Varsinkin haastattelututkimuksessa lähtökohtana ovat tutkittavan suoja ja ihmisarvon kunnioittaminen. Edellisiin sisältyy riittävän tiedon antaminen tutkittavalle siitä, mitä tutkija on tutkimassa, niin että tämä pysyy ne myös ymmärtämään. Toinen tärkeä osa-alue on osallistuvien vapaaehtoinen suostumus, mikä sisältää myös oikeuden poisjääntiin tutkimuksesta jo sen aloittamisen jälkeen, missä tahansa tutkimuksen vaiheessa. Tämä oikeus on tehtävä osallistujille selväksi. Kolmantena on riittävän informaation antaminen siitä, mitä tutkimuksella on tarkoitus selvittää, mitä menetelmiä ollaan käyttämässä ja mitä mahdollisia riskejä tutkimukseen osallistuminen sisältään (esim. yhteiskunnallisen aseman vaarantuminen tai psyykkinen kuormitus tutkimuksen aikana). (Tuomi ja Sarajärvi 2009, 131 - 132, Kuula 2006, 58 - 65. Kylmä ja Juvakka 2012, 143 - 144.)

Paitsi tiedon hankintaan, myös raportin kirjoittamiseen liittyy eettisiä kompastuskiviä, joihin tutkijan tulee tutkimusta tehdessään kiinnittää huomiota. Näitä ovat plagiointi, tulosten sepittäminen, tutkimusrahojen väärinkäyttö sekä toisten tutkijoiden vähättely. Plagioinnilla tarkoitetaan toisen kirjoittaman tekstin kopioimista omaan tutkimukseen, ilman asianmukaisia lähdeviitteitä. Tulosten sepittämisellä tarkoitetaan tekaistujen tutkimustulosten julkaisemista tosina. Myös tilanne, missä osa saaduista tuloksista jätetään tietoisesti raportoimatta, kuuluu tähän. (Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen 2009, 181 - 182, Hirsjärvi ym. 2015, 23 - 27.)

Omassa tutkimuksessani aiheen valinta oli lähes täysin lähtöisin tutkijan itsensä ulkopuolelta. Tarve tuli omasta organisaatiosta, jossa Safewardsin

implementointi osastoilla alkaa olla loppu suoralla. Valintaan vaikutti kuitenkin osaltaan toimiminen omassa työyksikössä mallin implementoinnin vastuuhenkilönä, jolloin heräsi luonnollinen kiinnostus siihen, miten muut implementoinnista vastanneet ovat projektin kokeneet. Myös toimiminen yli kymmenen vuoden ajan vaikeasti oireilevien potilaiden keskuudessa lisäsi kiinnostusta konflikti- ja rajoitetapahtumia vähentävään toimintamalliin.

Tutkimukseen valikoitui tutkimuksen kohdehenkilöiksi käytännön implementoinnista vastanneet henkilöt. Henkilöille lähetettiin sähköpostitse tiivistelmä tutkimuksen tavoitteista, tiedonkeruumenetelmistä ja aineiston käsittelemisestä. Kaikki haastattelumateriaalit käsiteltiin luottamuksellisesti ja litteroinnin jälkeen tutkimushenkilöiden nimi ja yhteystiedot hävitettiin. Tiedonantajien nimiä ei mainita lainkaan tutkimusraportissa ja lainaukset on valikoitu niin, ettei vastaajia pysty niiden perusteella tunnistamaan. Koska tutkimusympäristö on varsin tiivis yhteisö ja kaikki tuntevat hyvin toisensa, suorista lainauksista jätettiin ulkopuolelle, ne ilmaukset, jotka sisälsivät vastaajalle tyypillisiä ilmauksia ja olisivat saattaneet näin ollen lisätä haastateltavan tunnistettavuutta raportissa. Lisäksi tutkimukseen osallistuvilta henkilöiltä pyydettiin kirjallinen suostumus tutkimukseen osallistumiseen, jossa mainitaan erikseen vapaaehtoisuuden periaatteista.

Eettisyyteen liittyen myös raportointi vaiheessa kiinnitetään huomiota tutkimuksen eettisten periaatteiden toteutumiseen. Alkuperäinen tutkimusaineisto, eli nauhoitetut haastattelut poistettiin kaikista sähköisistä järjestelmistä sekä muistitikuilta ja litteroitu materiaali hävitettiin silppuamalla tutkimusraportin kirjoittamisen jälkeen.

10 TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS

Laadulliselle tutkimukselle tyypillisiä luotettavuus kriteereitä ovat muun muassa uskottavuus, vahvistettavuus, reflektiivisyys ja siirrettävyys. Uskotavassa tutkimuksessa tutkimuksen tekijän on varmistettava, että tutkimuksen tulokset vastaavat tiedonantajien todellista käsitystä tutkittavasta ilmiöstä. Vahvistettavuus liittyy koko tutkimusprosessiin ja edellyttää sekä tulosten, että prosessin raportoimista niin, että toinen tutkija voi seurata sen kulkua pääpiirteissään ongelmitta. Reflektiivisyys edellyttää, että tutkija on tietoinen omista lähtökohdistaan ja niiden mahdollisista vaikutuksista tulosten tulkintaan. Siirrettävyys tarkoittaa tulosten siirrettävyyttä vastaaviin tilanteisiin, jolloin tutkimuksen tekijän on annettava riittävästi tietoa tutkimuksen osallistujista ja ympäristöstä raportissaan. (Kylmä ja Juvakka 2012 127 - 129.)

Tutkimuksen luotettavuutta voidaan mitata tutkimuksen toistettavuudella ja toisaalta taas mittarin tai tutkimusmenetelmän kyvyllä ilmentää sitä,

mitä tutkimuksessa oli tarkoituskin kuvata (Hirsjärvi ym. 2015, 231). Tämä ei kuitenkaan ole laadullisen tutkimuksen tavoite. Omassa tutkimuksessa juuri tutkimusmenetelmän valintaan vaikutti pohdinta tulosten luotettavuudesta. Alun perin tutkimuksessa oli tarkoitus käyttää kyselylomaketta. Tästä ajatuksesta luovuin kuitenkin vastausten epäluotettavuuden vuoksi. Lomakehaastattelun ollessa kyseessä tutkijan on aina varmistuttava siitä, että vastaaja ymmärtää kyselyssä käytetyt käsitteet, niin kuin tutkija on ne tarkoittanut. Lisäksi lomakehaastattelussa vastausprosentti saattaa jäädä liian alhaiseksi. (Hirsjärvi ym. 2015, 213 - 233). Tämä olisi ollut omalle tutkimukselle haaste, koska luotettavassa laadullisessa tutkimuksessa tutkijan osoitettava, että on saanut riittävästi havaintoja tutkittavasta ilmiöstä. (Janhonen ym. 2003, 104).

Olenaisena osana tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida myös tulosten tarkastelua objektiivisesti. Tuomi ja Sarajärvi (2009, 134 - 136) ovat kirjassaan nostaneet esiin tutkijan omien taustojen vaikutuksen tulosten tulkintaan. On hyvä kyseenalaistaa vaikuttaako mm. tutkijan ikä, sukupuoli, virka-asema ja koulutus siihen, mitä hän kuulee tai havainnoi. Omassa tutkimuksessa tämä subjektiivisuus pyrittiin ehkäisemään rajamalla tutkimuksen ulkopuolelle tutkijan oman työyksikön lähiesimies ja vastuuhenkilöt. Myös tutkijan kaksoisroolin vaikutus tässä tutkimuksessa on tärkeää tiedostaa. Itse toimin omissa yksikössä menetelmän käyttöönoton koordinoijana, joten haastattelutilanteissa on varottava kysymysten johdattelusta omien ajatuksien suuntaan. Myös tulosten kirjoittamisen ja tarkastelun kohdalla oli minun tutkijana jatkuvasti reflektiivisesti kiinnitettävä huomiota, etten siirrä omia ajatuksiani tai mielipiteitäni tuloksiin tai niiden tulkintaan.

Tutkimushenkilöiden valinta on myös osa tutkimuksen luotettavuuden arviointia. Tarkoituksen mukaista on pohtia, vastaako osallistujien joukko riittävästi tutkimuksen tarkoitusta ja onko tutkimuksen otos riittävä. Raportin kirjoittamisvaiheessa tulee tutkijan kiinnittää huomiota siihen, että tulokset on kirjoitettu auki ymmärrettävästi, mikä on perusedellytys tutkimuksen uskottavuudelle. Tähän liittyen myös analysoitavien kategorioiden tulee kattaa koko tutkimusaineisto. (Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen, 2009, 158 - 161.) Omassa tutkimuksessa tutkimushenkilöt valikoituvat sillä perusteella, että he olivat vastanneet käytännön implementoinnista osastoilla. Näin ollen juuri heidän näkemyksensä ja kokemuksensa oli tutkimuksen mukaisinta kuvata tutkimuksen kannalta. Alun perin oli tarkoitus myös haastatella osastojen vastuuhenkilöitä, mutta koska kuuden apulaisosastonhoitajan haastatteluista kertynyt materiaali osoittautui varsin laajaksi ja kuvaavaksi, päätin luopua tästä.

Laadullisen tutkimuksen siirtäminen toiseen tutkimusympäristöön on aina haaste. Tämä on kuitenkin mahdollista, mikäli tutkimuksen konteksti on kirjoitettu riittävän tarkasti auki tutkimusraporttiin. Raportissa tulee avata selkeästi tutkimusympäristön lisäksi osallistuvien tausta ja valinta, aineis-

tonkeruumenetelmä ja tulosten analyysi. (Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen 2009, 160.) Oman tutkimuksen tuloksia voidaan toki hyödyntää toisessa yksikössä, mikäli implementoinnin toteutus mukailee Kellokoskella toteutettua. Implementoinnin tulee siinäkin tapauksessa olla lähiesimiesvetoista, jolloin se miten tuloksia tarkastellaan, pysyy vakiona. Varsinainen toistettavuus ei liene mahdollista, koska aineiston analyysivaiheessa toinen tutkija saattaa painottaa erityyppisiä ilmaisuja puhumattakaan haastattelujen sisällöistä ja niiden painotuksista.

11 JOHTOPÄÄTÖKSET JA JATKOTUTKIMUSAIHEET

Kaiken kaikkiaan Safewardsin implementointi on onnistunut kokonaisuutena hyvin Kellokoskella. Haastattelujen tulosten perusteella tarvetta syventämiseen on kuitenkin erityisesti vuorovaikutuksellisten interventioiden kohdalla. Uuden toimintamallin tuominen toisesta hoitokulttuurista on kuitenkin aina haastavaa ja vaatii paljon tiedon ymmärtämistä ja sisäistämistä.

Jatkossa uutta implementoitaessa on kiinnitettävä huomiota tiedon jakamiseen erityisesti ennen uuden toimintamallin käyttöönottoa ja varmistaa, että toiminnasta vastaavilla henkilöillä on riittävät resurssit ja ammattitaito, jolloin implementointia ei koeta liian raskaaksi. Yleisesti ottaen Kellokosken sairaalalla on pitkät perinteet erilaisten hoitomallin kehittämiseen, mikä on johtanut siihen, että myös Safewards on saatu jalkautettua osastoille.

Koska tästä tutkimuksesta jouduin rajaamaan vastuuhenkilöiden haastatteleminen ulkopuolelle, liian laajan aineiston vuoksi, olisi jatkossa mielenkiintoista ulottaa kokemuksiin perustuva tutkimus myös osastojen henkilökuntaan. Miten heidän mielestään implementointi toteutettiin. Lisäksi voisi olla tarkoituksen mukaista selvittää, miten Safewards henkilökunnan mielestä istuu suomalaiseen hoitokulttuuriin ja miten sitä on tällä hetkellä sovellettu.

Edellä mainittujen jatkotutkimusehdotusten lisäksi itsenäni kiinnostaa myös, onko Safewardsin implementointi todellisuudessa vaikuttanut osastojen ilmapiiriin ja jos on, niin miten se näkyy. Tähän aiheeseen osaltaan hieman tuo valoa Tampereen Yliopistosta valmistunut Marja Palviaisen (2018) Pro gradu – tutkielma, Sosiaalinen ilmapiiri Safewards mallin implementoinnin edetessä. Kuitenkin malli korostaa vahvasti kuuden taustamuuttujan huomioimista konfliktitilanteiden yhteydessä, joten tutkimuksen arvoista olisi saada myös suomalaiseen hoitokulttuuriin sijoittuvaa tutkimusta siitä, toteutuuko toimintamalli ohjeistuksen mukaan osastoilla, ja onko sen käyttö näkynyt osastoilla konfliktitilanteita vähentävänä ja jos ei ole, niin mitkä asiat sitä selittävät. Vastaavaa tutkimusta interventioiden

vaikuttavuudesta on tehty kuitenkin muualla maailmassa, kuten esimerkiksi mallin alkuperämaassa Iso-Britanniassa Fletcher ja kumppanit (2017) sekä Australiassa Cabral ja Carthy (2017).

LÄHTEET

Bowers, L. 2014. Safewards: a new model of conflict and containment on psychiatric wards. *Journal of psychiatric and mental health nursing*. 2014, 499-508.

Bowers, L. 2013. A model of de-escalation. *Mental Health Practice*. 2014. Volume 17, Number 9, 36-37.

Cabral A. ja Carthy J. 2017. Can Safewards improve patient care and safety in forensic wards? A pilot British Journal of. *Mental Health Nursing* study. Volume 6, Issue 4, 165–171.

Eskola J. ja Vastamäki J. 2015. (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1. Metodien valinta ja aineistonkeruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. Juva.

Fletcher J. Spittal M. Brophy L. Tibble H. Kinner S. Elsom S ja Hamilton B. 2017. Outcomes of the Victorian Safewards trial in 13 wards: Impact on seclusion rates and fidelity measurement. *Mental Health Nursing*. Volume 25, Issue 5, 461 - 471.

Hirsjärvi S. ja Hurme H. 2004. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki.

Hirsjärvi S. ja Hurme H. 2001. Tutkimus ja teemahaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki.

Hirsjärvi S. Remes, P, Sajavaara P. 2015. Tutki ja Kirjoita. Tammer-Paino Oy, Tampere

Huckshorn K.A, 2004. Reducing Seclusion & Restraint Use in Mental Health Settings. Core Strategies for Prevention. *Journal of Psychosocial Nursing*, Vol. 42, No 9, 22-33.

Holi M. 2015. Minä ja Kellokoski. Teoksessa Vataja R, Kontio R ja Laaksonen T. (toim.) Kellokosken sairaalan juhla-julkaisu. 1915–2015 Sata vuotta. Kellokosken sairaalan julkaisu 1/2015. 202 - 203.

Hyrkäs K, Appelqvist-Schmidlechner K ja Kivimäki K. 2005. First-line managers' view of the long term effects of clinical supervision: how does clinical supervision support and develop leadership in healthcare? *Journal of Nursing Management* 13. 209 - 220.

Jyrkinen S-R. 2005. Mielisairaanhoito Kellokosken piirimielisairaalassa vuosina 1915 - 1918. Hoitolan ensimmäisten potilaiden dokumentteihin perustuva analyysi. Väitöskirja. Kuopio.

Kankkunen P ja Vehviläinen-Julkunen K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. WSOY pro Oy.

Kontio R. 2011. Potilaiden eristämisen- ja sitomiskäytännöt psykiatrisissa sairaaloissa – kohti näyttöön perustuvaa kliinistä hoitotyötä. Väitöskirja. Turun Yliopisto.

Kontio R. 2015. Hoitotyön satavuotinen matka. Teoksessa Vataja R, Kontio R ja Laaksonen T. (toim.) Kellokosken sairaalan juhla-julkaisu. 1915–2015 Sata vuotta. Kellokosken sairaalan julkaisu 1/2015. 66–81.

Korkeila H. 2012. Vaihtoehtoja pakolle – Eristämisen- ja sitomiskäytäntöjen kehittämiseen tähtäävän ohjelman suunnittelu kokemusasiantuntijan sekä osastojen 8 ja 10 kanssa Kellokosken sairaalassa. Projektin loppuraportti.

Kuosmanen L. 2009. Henkilökohtainen vapaus psykiatrisessa hoidossa – kohti palvelun käyttäjien osallisuutta. Väitöskirja. Turun Yliopisto.

Kuosmanen L, Kontio R, Soininen P ja Lahti M. 2016. Psykiatrisista osastoista turvallisempia. Sairaanhoidajalehti 3/2016. 34-39.

Kuula A. 2006. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä, 2006.

Kylmä J. ja Juvakka T. 2012. Laadullinen terveystutkimus. Edita Prima Oy. Helsinki.

Lindell M. 2012. Terveystutkimuksen lähiesimiesten vertaistuki. Pro gradu – tutkielma. Tampereen Yliopisto.

Lukkarinen H. 2003. Ihmisten kokemukset hoitotieteellisenä tutkimusilmiönä: fenomenologinen lähestymistapa. Teoksessa Janhonen S & Nikkonen M. (toim.) 2003. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. WS Bookwell Oy. Juva.

Mäki-Rajala M. 2015. Oikeuspsykiatrisessa sairaalassa hoidossa olevien potilaiden kokemuksia turvattomuutta aiheuttavista tekijöistä osastohoidon aikana. Pro gradu – tutkielma. Tampereen Yliopisto.

Palviainen M. 2018. Sosiaalisen ilmapiirin kehittyminen HYKS Psykiatrian psykoosien ja oikeuspsykiatrian linjan vuodeosastoilla Safewards-mallin implementoinnin edetessä. Pro gradu – tutkielma. Tampereen Yliopisto.

Putkonen H ja Turpeinen S. 2015. Oikeuspsykiatrian vastuualueella on tehty hoitokulttuurin aktiivista kehittämistyötä potilaiden parhaaksi. Teoksessa Vataja R, Kontio R ja Laaksonen T. (toim.) Kellokosken sairaalan juhla-julkaisu. 1915–2015 Sata vuotta. Kellokosken sairaalan julkaisu 1/2015. 104–107.

Ronkainen S, Pehkonen L, Lindblom-Ylänne S ja Paavilainen E. 2011. Tutkimuksen voimasanat. WSOY Pro. Helsinki.

Safewards.net. Suunnittelu ja käyttöönotto. <http://www.safewards.net/fi/toteutus/suunnittelu-ja-kaeytteeoenotto>. Viitattu 13.4.2018.

Safewards.net. <http://www.safewards.net/fi/2015-07-03-09-44-53/help-poHelppo>, Viitattu 20.1.2016

Safewards.net. Näyttö. <http://www.safewards.net/fi/toteutus/2015-07-03-11-55-43>. Viitattu 20.1.2016.

Safewards.net. Yleistä. Safewards mallin esittely. <http://www.safewards.net/fi/2015-07-03-09-44-53/yleista>. 2016. Viitattu 3.12.2016.

Sipilä R, Mäntyranta T, Mäkelä M, Komulainen J ja Kaila M. 2016. Implementointia suomeksi. Duodecim; 132:850–7.

Soininen P. 2014. Pakko, potilaiden kokema hoito ja elämänlaatu psykiatrisessa sairaalassa. Väitöskirja. Turun Yliopisto.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2012. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Väliarviointi ja toteutumisen kannalta erityisesti tehostettavat toimet. 26–28.

Tiainen I. 2016. Osallisuus aikuispsykiatrisen potilaan, omaisen ja henkilöstön näkökulmasta. Pro Gradu - tutkielma. Itä-Suomen Yliopisto.

Tuomi J. ja Sarajärvi A. 2008. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä.

Työterveyslaitos. Stressi ja työuupumus. <https://www.ttl.fi/tyontekija/tyostressi-ja-uupumus/>. Viitattu 4.2.2018.

Tiedonantokirje tutkimukseen osallistuville

Kellokosken sairaala on ollut mukana Safewards toimintamallin implementointia osana riskitilanteiden ennaltaehkäisyä ja hoitoa psykiatrisilla sairaalaosastoilla. Toimintamalli jalkautui osastoille keväällä 2015. Implementoinnissa on päästy pitkälle ja tämän tutkimuksen tarkoituksena on selvittää apulaisosastonhoitajien ja osastojen Safewards vastuuhenkilöiden kokemuksia käytännön implementointiin liittyen.

Tutkimus suoritetaan avoimella haastattelulla niin, että apulaisosastonhoitajat haastatellaan yksilöhaastattelulla ja vastuuhenkilöistä muodostetaan 3-5 henkilön ryhmiä fokusryhmähaastatteluihin. Haastattelun nauhoitetaan. Tavoitteena on haastatella noin 20 mallin implementointiin osallistunutta henkilöä Kellokosken sairaalassa. Haastattelut on tarkoitus toteuttaa marraskuun 2016 loppuun mennessä.

Tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista ja voit jättäytyä pois missä tahansa tutkimuksen vaiheessa. Haastattelumateriaali käsitellään luottamuksellisesti, eikä haastateltavien henkilöllisyys tule esiin missään tutkimuksen vaiheessa. Materiaalit puretaan tekstiksi haastattelijan toimesta ja tutkimuksen valmistumisen jälkeen tuhotaan.

Haastattelu tilaisuus on palkallista työaikaa ja otetaan huomioon työvuorosuunnitelmassa. Lisätietoja voi tiedustella sähköpostitse johanna.helminen@hus.fi.

Yhteistyö terveisin

Johanna Helminen, Kellokosken sairaala osasto P20

Suostumuskirje

Tietoisena YAMK-sairaanhoitajaopiskelijan Johanna Helmisen toteuttaman ”Kokemuksia Safewards – mallin implementoinnista Kellokosken sairaalassa” tutkimuksen tarkoituksesta, suostun vapaaehtoisesti osallistumaan tutkimuksen aineiston keruuvaiheen haastatteluun.

Minulle on selvitetty tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuus sekä mahdollisuus vetäytyä tutkimuksesta haastatteluvaiheen aikana, jos niin haluan. Jos jättäydyn pois tutkimuksesta, minua koskeva aineisto poistetaan tutkimusaineistosta. Olen tietoinen, että haastatteluni nauhoitetaan / ~~videoidaan~~, ja että tutkimusraportissa saattaa olla lainauksia omasta haastattelustani. Mahdolliset lainaukset on kuitenkin kirjoitettu niin, ettei tunnistaminen ole mahdollista aineiston kautta. Olen tietoinen, etteivät tallenteet joudu kenenkään ulkopuolisen käsiin, ja että tallenteet tuhotaan tutkimuksen valmistumisen jälkeen. Nimeni ei tule tallenteissa tai kertomuksissa esiin.

Tätä suostumuslomaketta on tehty kaksi (2) saman sisältöistä kappaletta, joista toinen jää minulle ja toinen Johanna Helmiselle.

Paikka

_____/_____
Aika 2017

Tutkimukseen osallistuja

Nimenselvennys

Tutkimuksen tekijän nimi

Tutkimuksen tekijän yhteystiedot
Johanna Helminen
puh. 040 – 51 66 479
johanna.helminen@hus.fi

Tutkimuksen ohjaajan yhteystiedot:
Leena Packalén
leena.packalen@hamk.fi