



VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Nadine Laaja & Jukka Koivusaari

Hoitohenkilökunnan kokemuksia Safewards-toimintamallin vaikutuksista

Sosiaali- ja terveysala
2019

TIIVISTELMÄ

Tekijä	Nadine Laaja & Jukka Koivusaari
Opinnäytetyön nimi	Hoitohenkilökunnan kokemuksia Safewards-toimintamallin vaikutuksista
Vuosi	2019
Kieli	suomi
Sivumäärä	45 + 2 liitettä
Ohjaaja	Ritva Alaniemi

Tämän opinnäytetyönä tehdyn tutkimuksen tarkoitus oli selvittää hoitohenkilökunnan kokemuksia Safewards-toimintamallin vaikutuksista psykiatrisessa hoitotyössä. Tutkimus tehtiin Vaasan keskussairaalan psykiatrian yksikön aikuisosastojen hoitohenkilöstölle.

Tutkimuksen teoreettinen viitekehys käsittelee psykiatrista hoitotyötä, psykiatrisia pakkotoimia sekä Safewards-toimintamallia. Kvalitatiivisen tutkimuksen aineistonkeruumenetelmänä oli ryhmähaastattelu. Haastattelumenetelmäksi valittiin teema-haastattelu. Teemahaastatteluun osallistui viisi hoitajaa Vaasan keskussairaalan aikuispsykiatrisilta osastoilta. Tutkimusaineiston analysoinnissa käytettiin induktiivista sisällönanalyysiä.

Tutkimuksen mukaan hoitohenkilöstö koki erityisesti Safewards-toimintamalliin liittyvät, potilaille suunnatut rauhoittumiskeinot hyödyllisiksi ja toimiviksi konflikti ja aggressiotilanteiden ennaltaehkäisyssä. Joiltakin osin toimintamalliin liittyvien keinojen koettiin olevan osa luontaista päivittäistä hoitotyötä, eikä näitä malleja mielletty Safewards-toimintamallin mukana tulleiksi. Kehitettäväksi osa-alueeksi koettiin esimerkiksi toimintamallin perehdyttäminen uusille työntekijöille ja sijaisille.

ABSTRACT

Author	Nadine Laaja and Jukka Koivusaari
Title	Nursing Staff's Experiences of the Impact of the Safewards-Model
Year	2019
Language	Finnish
Pages	45 + 2 Appendices
Name of Supervisor	Ritva Alaniemi

The purpose of this bachelor's thesis was to collect and study the experiences of nursing staff on the impact of Safewards-model on psychiatric treatment. The study was made for the nursing staff working at the psychiatric unit in Vaasa Central Hospital.

The theoretical framework of the study deals with psychiatric treatment, coercion and the Safewards-model. The data of the qualitative study has been collected through a group interview. Thematic interview was chosen as a interviewing method. Five nurses from Vaasa Central Hospital adult psychiatric wards took part in the interviews. The research data was analysed by using inductive content analysis.

According to this study, nursing staff felt that especially the calming measures aimed at the patients as a part of the Safewards-model were useful in preventing conflicts and aggressive situations. Safewards interventions were partly seen rather as an essential part of daily nursing than as a part of the Safewards-model. There was a need to develop the introduction of the model especially to the new employees and substitute nurses.

Keywords Vaasa Central Hospital, Safewards-model, psychiatric treatment, coercion

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1	JOHDANTO.....	8
2	TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET.....	9
3	PSYKIATRINEN HOITOTYÖ	10
	3.1 Mielenterveys.....	10
	3.2 Psykiatrinen hoitojärjestelmä Suomessa.....	11
	3.3 Moniammatillisuus psykiatrisessa hoitotyössä.....	13
4	PSYKIATRISET PAKKOTOIMET	14
	4.1 Psykkisen tai ruumiillisen sairauden hoito tahdosta riippumatta.....	14
	4.2 Potilaan fyysinen rajoittaminen	15
	4.3 Potilaan yksityisyyden rajoittaminen.....	16
5	PAKON KÄYTÖN VÄHENTÄMINEN	17
6	SAFEWARDS-TOIMINTAMALLI	19
	6.1 Kehittäminen.....	19
	6.2 Taustatekijät.....	20
	6.3 Interventiot.....	20
7	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS.....	25
	7.1 Aineistonkeruu.....	25
	7.2 Tutkimusaineiston analysointi	26
8	TUTKIMUSTULOKSET.....	28
	8.1 Hoitajien yleiset kokemukset Safewards-mallista	28
	8.2 Hoitajien kokemukset Safewards-interventioiden hyödyntämisestä käytännön hoitotyössä	30
	8.3 Hoitajien kokemukset toimintamallin vaikutuksista rajoitustoimenpiteiden käyttöön	32
	8.4 Hoitajien kehittämis ehdotukset toimintamallin hyödyntämiseen liittyen.....	34
9	POHDINTA.....	36

9.1 Tutkimustulosten tarkastelu	36
9.2 Johtopäätökset ja jatkotutkimusideat	36
9.3 Tutkimuksen luotettavuus	37
9.4 Tutkimuksen eettisyys	40
9.5 Oman oppimisen arviointi.....	41
LÄHTEET	43

LIITTEET

TAULUKKOLUETTELO

Taulukko 1. Hoitajien yleiset kokemukset Safewards-mallista.....	29
Taulukko 2. Hoitajien kokemukset Safewards-interventioiden hyödyntämisestä käytännön hoitotyössä.....	31
Taulukko 3. Hoitajien kokemukset toimintamallin vaikutuksista rajoitustoimenpiteiden käyttöön	33
Taulukko 4. Hoitajien kehittämisehdotukset toimintamallin hyödyntämiseen liittyen.....	35

LIITELUETTELO**LIITE 1.** Saatekirje**LIITE 2.** Teemahaastattelun runko

1 JOHDANTO

Vaasan keskussairaalan psykiatrian osastoilla otettiin käyttöön vuonna 2017 pakon käytön vähentämiseen tähtäävä Safewards-toimintamalli. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää hoitohenkilökunnan kokemuksia Safewards-toimintamallin vaikutuksista Vaasan keskussairaalan aikuispsykiatrisilla osastoilla. Tutkimuksen tilasi Vaasan keskussairaala. Tutkimus toteutettiin ryhmähaastatteluna.

Suomessa perustuslaki antaa jokaiselle oikeuden henkilökohtaiseen turvallisuuteen, koskemattomuuteen ja vapauteen. Laissa kielletään mielivaltainen puuttuminen henkilökohtaiseen koskemattomuuteen ja vapauden riistämiseen ilman laissa säädettyä perustetta. Ihmisarvoa loukkaava kohtelu on kielletty. Jokaisen omaisuus on turvattu. Lakiperusteisesti vapautensa menettäneen oikeudet on turvattu lailla. (L 11.6.1999/731.) Psykiatrisen potilaan perusoikeuksia voidaan tietyin edellytyksin rajoittaa mielenterveyslain nojalla. Lähtökohtaisesti potilasta on kuitenkin hoidettava yhteistyössä hänen kanssaan. Rajoittamistoimien on oltava lääketieteellisesti perusteltuja ja sellaisia, että niiden tekemättä jättäminen vaarantaisi vakavasti joko potilaan itsensä tai muiden terveyden tai turvallisuuden. (L 14.12.1990/1116.)

Safewards on tutkimukseen perustuva, työelämälähtöinen toimintamalli. Englantilaisen hoitotieteen professorin Len Bowersin vetämänä kehitetyt ns. de-eskalaatio-menetelmät soveltuvat hyvin konflikti- ja aggressiotilanteiden ennaltaehkäisyyn psykiatrisilla osastoilla ja näin voivat vähentää näiden tilanteiden rauhoittamiseen tarvittavaa pakon käyttöä. (Makkonen, Putkonen, Korhonen & Kuosmanen 2016, 26.)

Tutkimuksen aihe on tärkeä ja ajankohtainen, sillä psykiatrisen sairaalahoidon tulisi vallitsevan käsityksen mukaan lisätä potilaiden osallisuutta sekä olla näyttöön perustuvaa ja laadukasta. Sosiaali- ja terveysministeriön asettaman Mieli 2009 -työryhmän tekemässä vertailussa havaittiin pakon käytön olevan Suomessa muita Pohjoismaita yleisempää. (Partanen, Moring, Nordling & Bergman 2010, 43.) Työryhmä asetti kansallisessa mielenterveys- ja päihdesuunnitelmassa tavoitteeksi pakon käytön vähentämisen 40 prosentilla vuoteen 2015 mennessä. (Makkonen ym. 2016, 3.)

2 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää Vaasan Keskussairaalan aikuispsykiatrisen osastojen hoitohenkilökunnan kokemuksia Safewards-toimintamallin toimivuudesta. Tutkimuksen tavoitteena oli tuoda Vaasan keskussairaalan psykiatrian yksikölle uutta tietoa hoitajien kokemuksista Safewards-toimintamallin käytöstä sekä näkökulmia sen mahdollisista haasteista. Vaasan keskussairaalan psykiatriset osastot pystyvät hyödyntämään tutkimustuloksia hoitotyön tavoitteelliseen kehittämiseen sekä resurssien suuntaamiseen.

Päätutkimuskysymys:

Millaisia kokemuksia Vaasan keskussairaalan aikuispsykiatrian osastoilla työskentelevillä hoitajilla on Safewards-toimintamallista osana psykiatrista hoitotyötä?

Alatutkimuskysymykset:

1. Mitkä ovat hoitajien yleiset kokemukset Safewards-mallista?
2. Minkälaisia kokemuksia hoitajilla on Safewards-interventioiden hyödyntämisestä käytännön hoitotyössä?
3. Minkälaisia kokemuksia hoitajilla on Safewards-mallin vaikutuksista rajoitustoimenpiteiden käyttöön?
4. Minkälaisia kehittämis ehdotuksia hoitohenkilökunnalla on liittyen Safewards-mallin toteuttamiseen käytännön työskentelyssä?

3 PSYKIATRINEN HOITOTYÖ

Psykiatria on lääketieteen erikoisala, jonka tarkoituksena on tutkia ja hoitaa mielen terveyden häiriöitä (Lönnqvist & Lehtonen 2017, 19). Psykiatrinen hoitotyö on moniammatillista ja kokonaisvaltaista hoitamista, jolla tarkoitetaan yksilön psyykkisen hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja persoonallisuuden myönteisen kehityksen edistämistä sekä mielisairauksien ja muiden mielen terveyshäiriöiden ehkäisemistä, lievittämistä ja parantamista (Hietaharju & Nuuttila 2010, 16). Psykiatrinen hoitotyö perustuu näyttöön perustuvaan toimintaan sekä mielen terveyslakiin.

3.1 Mielen terveys

WHO määrittelee (2013) mielen terveyden olevan hyvinvoinnin tila, jossa ihminen pystyy näkemään omat kykynsä ja selviytymään elämään kuuluvissa haasteissa sekä työskentelemään ja ottamaan osaa yhteisönsä toimintaan (Mielen terveysseura 2019 a). Mielen terveys on ihmisen elämän kivijalka, joka kantaa vastoin käymisten yli ja tukee arjessa koko elämänkaaren ajan. Psyykkinen terveys on tiiviisti vuorovaikutuksessa sekä fyysisen että sosiaalisen terveyden kanssa, ja yhdessä ne ovat kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin kannalta erottamattomia. (Kuhanen 2017, 19.)

Mielen terveys koostuu monista tekijöistä. Sosiaalisen tuen saanti, fyysinen terveys, myönteinen kasvuympäristö sekä yhteiskunnalliset tekijät, kuten mahdollisuus kouluttautua ja työskennellä, vaikuttavat mielen terveyden rakenteeseen. Mielen terveyttä tukevia tekijöitä ovat hyvä itsetunto, turvallinen elinympäristö sekä hyvät ongelmanratkaisutaidot. Mielen terveyttä kuormittavia tekijöitä ovat esimerkiksi syrjäytyminen, köyhyys sekä erilaiset kriisit, kuten menetykset. Alttius mielen terveyden häiriölle lisääntyy kuormituksen kasvaessa liian suureksi. (Mielen terveysseura 2019 b.)

Mielen terveyden häiriöitä on useita erilaisia, ja kullekin häiriölle on annettu tautiluokituksessa oma nimike eli diagnoosi sekä diagnoosin numero. Suomessa mielen terveyden häiriöiden diagnostiikassa käytetään Maailman terveysjärjestön ICD-10-luokitusta. Yhtenäistä ja luonteenomaista kaikille mielen terveyden häiriöille on häiriöiden aiheuttama psyykkinen kärsimys sekä toimintakyvyn häiriöitä aiheuttavat

psykkiset oireet. (Lönnqvist & Lehtonen 2017, 19.) Terveys- ja hyvinvoinnintaitos (2018) on eritellyt mielenterveyshäiriöt mielialahäiriöihin, ahdistuneisuushäiriöihin, psykooseihin, syömishäiriöihin ja päihderiippuvuuksiin.

Psykiatriseen hoitoon ja mielenterveysongelmiin liittyvät usein sosiokulttuurainen stigma sekä negatiiviset, stereotyyppiset ajatukset (Roberts & Bandstra 2012, 347). Mielenterveyden positiivinen ulottuvuus on voimavara, jota korostamalla pyritään siirtämään ajattelua pois sairaus- ja ongelmakeskeisyydestä. Positiivinen mielenterveys tarkoittaa mielen hyvinvointia, jolloin mielenterveyttä tarkastellaan laajemmin kuin mielenterveyden häiriön puuttumisena. Ainoastaan mielenterveyden häiriöihin keskittyminen ei anna kokonaista kuvaa yksittäisen ihmisen tai väestön mielenterveyden tilasta. Mielenterveyshäiriöistä kärsivät henkilöt voivat myös kokea mielen hyvinvointia oireistaan riippumatta, mikä on positiivisen mielenterveyden ydin. (Appelqvist-Schmidlechner, Tuisku, Tamminen, Nordling & Solin 2016, 1759–1760.)

3.2 Psykiatrinen hoitojärjestelmä Suomessa

Psykiatrisen hoitotyön järjestelmä on Suomessa porrastettu neljään osa-alueeseen. Näitä ovat perusterveydenhuolto, erikoissairaanhoido, valtion sairaalat sekä kolmas sektori (Hietaharju & Nuutila 2010, 19–24).

Perus- ja avopalvelut, kuten terveyskeskukset, työterveyshuolto sekä opiskelijaterveydenhuolto, ovat mielenterveyspalveluina ensisijaisia. Erikoissairaanhoidon kuuluvat psykiatriset poliklinikat ja hoito-osastot ovat ajankohtaisia avopalveluiden riittämättömyyden kohdatessa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2019.)

Suomessa on kaksi valtion mielisairaala, jotka ovat erikoistuneet oikeuspsykiatriseen tutkimukseen ja hoitoon; Niuvanniemen sairaala Kuopiossa sekä Vanhan Vaasan sairaala Vaasassa. Sairaaloissa tehdään mielentilatutkimuksia, joiden perusteella henkilön voidaan todeta olleen ymmärrystä vailla tehdessään rikoksen ja tästä johtuen tarvitsevan psykiatrista hoitoa. Valtion mielisairaaloissa hoidetaan myös vaikeahoitoisia sekä vaarallisia potilaita. (Kanerva & Hämäläinen 2017, 69–70.)

Kolmannen sektorin mielenterveyspalveluita tuottavat lukuisat järjestöt ja yhdistykset. Palvelut on Suomessa pääosin rahoitettu raha-automaattiyhdistyksen tuella, ja ne ovat käyttäjilleen ilmaisia. (Mielenterveysseura 2019 c.) Kolmannen sektorin mielenterveyspalveluita voidaan toiminnaltaan luonnehtia potilaiden ja omaisten keskinäisiksi, terapeuttisiksi yhteisöiksi (Nykäsenoja 2015, 143).

Suomessa psykiatrista hoitojärjestelmää ohjaa lainsäädäntö, erityisesti Mielenterveyslaki. Mielenterveyslain (L14.12.1990/1116) tarkoituksena on varmistaa potilaiden oikeusturva sekä heidän oikeutensa hoitoon. Lakia tarvitaan erityisesti mielisairauden poikkeuksellisen luonteen vuoksi, sillä sairastunut henkilö ei aina ymmärrä tarvitsevansa hoitoa. Sairaudentunnottomuutensa vuoksi henkilö myös usein vastustaa hoitoa. (Hietaharju & Nuutila 2010, 172.)

Mielenterveyslain (L11.12.2009/1066) mukaan kunnan on järjestettävä mielenterveyspalvelut ensisijaisesti avopalveluina sekä niin, että oma-aloitteista hoitoon haakeutumista ja itsenäistä suoriutumista tuetaan. Kuntien tehtävänä on huolehtia, että asukkailla on mahdollisuus saada ammattiapua mielenterveyden ongelmiin tarkoituksenmukaisesti ja joustavasti. Palveluiden tulisi muodostaa toiminnallinen kokonaisuus asiakkaan tarpeisiin vastaten. (Kanerva & Hämäläinen 2017, 66–71.)

Suomessa toteutetaan parhaillaan sosiaali- ja terveydenhuollon uudistusta, jonka yhtenä keskeisenä tavoitteena on parantaa palveluiden toimivuutta valtakunnallisesti ja yhdenvertaisella tavalla. Uudistus pyrkii korjaamaan mielenterveyspalveluidenkin keskuudessa usein tapahtuvia tilanteita, joissa potilas kulkee luukulta luukulle saadakseen apua ja lopulta putoaa hoitoketjujen väliin. Sosiaali- ja terveyspalveluiden yhdistäminen sujuvaksi palvelukokonaisuudeksi on uudistuksessa avainasemassa. (Kanerva & Hämäläinen 2017, 66–71.)

Vaasan keskussairaalan psykiatrian yksikköön sisältyvät ympärivuokautiset hoito-osastot sekä vastaanottoperiaatteella toimivat poliklinikat. Vaasan sairaanhoitopiirin psykiatrisille potilaille on tarjolla ympärivuorokautista avo- ja sairaalahoitoa. Hoidontarpeen arviointi suoritetaan lähetteellisesti. Vaasan keskussairaalan toiminta- ja taloussuunnitelmassa (VKS 2018, 11) on kuitenkin asetettu tavoitteeksi siirtyminen lähetteettömään poliklinikkaan. Tämänhetkisen suunnitelman mukaan

muutos toteutuu vuoden 2020 alussa. Lisäksi psykiatrian päivystävä sairaanhoitaja on tavattavissa Vaasan keskussairaalan yhteispäivystyksessä vuorokauden ympäri.

3.3 Moniammatillisuus psykiatrisessa hoitotyössä

Moniammatillinen yhteistyö sosiaali- ja terveysalalla tarkoittaa tiimipohjaista, asiakaslähtöistä sekä yhteisöllistä asiantuntijatyötä (Isoherranen 2012, 5). Moniammatillisuus psykiatrisessa hoitotyössä koostuu monialaisten työryhmien yhteispanoksesta potilaan hyväksi.

Psykiatrinen hoito kohdistuu aina yksilöön, ja yksilöllisen hoidon onnistumiseksi tulisi tuntea yksilön mielenterveyden tila, henkilökohtaiset ominaisuudet, kehityksellinen tausta, elämäntilanne ja tulevaisuuden tavoitteet riittävän yksityiskohtaisesti (Lönngqvist & Lehtonen 2017, 18). Lääketieteellinen psykiatrinen asiantuntemus tarvitsee rinnalleen sekä psykologian että sosiaali- ja hoitotieteiden panoksen, jotta potilaan hoito olisi kokonaisvaltaista ja tehokasta. Potilaan tilanteen ja hoidon tarpeen selvittely monen toimijan näkökulmasta auttaa muodostamaan realistisen kuvan häiriöön johtaneista tekijöistä. (Lehtonen 2011, 1187.)

Psykiatrisen hoitotyön toimijoina ovat useat ammattiryhmät, joista moniammatilliset työryhmät koostuvat. Toimijoihin kuuluvat psykiatrit, terveyskeskuslääkärit, psykologit, sosiaalityöntekijät, sairaanhoitajat, lähihoitajat, toiminta- ja fysioterapeutit sekä tarvittaessa myös muut asiantuntijat. Mahdollisuuksien mukaan työryhmään kuuluvat hyvin läheisesti myös potilaan omaiset ja läheiset sekä muu tukiverkosto, kuten kolmannen sektorin toimijat. Moniammatilliset työryhmät tekevät yhteistyötä potilaan parhaaksi, ja jokainen toimija tuo ammattitaitonsa potilaan hoitoon ja kuntoutukseen. (Hietaharju & Nuutila 2010, 17.)

4 PSYKIATRISET PAKKOTOIMET

Psykiatrisessa hoidossa on tilanteita, joissa pakon käyttöä ei voi välttää. Ennen pakon käyttöä muiden keinojen on täytynyt osoittautua tehottomiksi, ja käytetyllä pakkotoimella voidaan estää potilaan itsensä, muiden potilaiden tai henkilökunnan vahingoittuminen. Hoitoympäristön tulisi myös rakenteellisesti tukea muiden hoitokeinojen kuin pakon käyttöä. Perusoikeuksien rajoittamisen tulee aina perustua lakiin. Alempiasteisilla säännöksillä perusoikeuksia ei voida rajoittaa, esimerkiksi osaston järjestyssääntöjä ei voida laatia sellaisiksi, että ne rajoittavat potilaiden perusoikeuksia. (Makkonen ym. 2016, 9.)

Mielenterveyslain (L14.12.1990/1116) mukaan perusoikeuksien rajoittaminen psykiatrisessa hoidossa on mahdollista vain silloin, kun hoidettavana on potilas, joka on määrätty tahdosta riippumattomaan hoitoon tai tutkimukseen. Laissa säädettyjä rajoituksia ovat ruumiillisen sairauden hoito henkeä ja terveyttä uhkaavan vaaran torjumiseksi potilaan tahdosta riippumatta, eristäminen muista potilaista, sitominen, kiinnipitäminen, potilaan omaisuuden haltuunotto, henkilöntarkastus- ja katseus sekä yhteydenpidon rajoittaminen.

Jotta henkilö voidaan määrätä tahdosta riippumattomaan psykiatriseen sairaalahoitoon, on henkilö voitava todeta mielisairaaksi. Lisäksi mielisairauden aiheuttaman hoidontarpeen on oltava sellaista, että vaille hoitoa jääminen pahentaisi hänen mielisairauttaan taikka vakavasti vaarantaisi joko hänen itsensä tai muiden terveyttä tai turvallisuutta. Ennen tahdosta riippumattomaan hoitoon määräämistä on kaikki muut mielenterveyspalvelut todettava soveltumattomiksi tai riittämättömiksi. (L14.12.1990/1116.)

4.1 Psykkisen tai ruumiillisen sairauden hoito tahdosta riippumatta

Potilasta hoitava lääkäri voi päättää lyhytaikaisista rajoitustoimenpiteistä, kuten esimerkiksi potilaan kiinnipitämisestä tai sitomisesta, potilaan hoidon kannalta välttämättömän hoitotoimenpiteen suorittamiseksi. Ruumiillisen sairauden hoitamiseksi voidaan antaa hoitoa potilaan tahdosta riippumatta, mikäli hoidon antaminen on tarpeen potilaan henkeä tai terveyttä uhkaavaan vaaran torjumiseksi.

Ruumiillisen sairauden hoitamiseksi käytettävistä lyhytaikaisista rajoitustoimenpiteistä päättää hoitoa antavan yksikön vastaava lääkäri yhteistyössä potilasta psykiatrisessa yksikössä hoitavan lääkärin kanssa. (L14.12.1990/1116.)

4.2 Potilaan fyysinen rajoittaminen

Mielenterveyslain (L14.12.1990/1116) mukaan potilasta voidaan häntä hoitavan lääkärin päätöksellä kieltää poistumasta tietyn hoitoyksikön tiloista tai sairaalaan alueelta. Rajoitusta rikkova potilas voidaan noutaa takaisin hoitoyksikön tiloihin tai sairaalan alueelle. Potilaan poistumisen estämiseksi tai hänen siirtämisekseen voidaan tarvittaessa käyttää toimintayksikön hoitohenkilökunnan toimesta sellaisia voimakeinoja, joita voidaan pitää tilanne kokonaisvaltaisesti arvioiden puolustettavina.

Potilas voidaan myös eristää muista potilaista, mikäli hänen käyttäytymisensä tai uhkailunsa perusteella voidaan katsoa, että hän todennäköisesti vahingoittaa itseään tai muita. Potilas voidaan eristää muista potilaista myös, jos hän käyttäytymisellään vaikeuttaa muiden potilaiden hoitoa vakavasti tai vaarantaa omaa turvallisuuttaan merkittävästi tai mikäli hänen voidaan katsoa todennäköisesti vahingoittavan omaisuutta merkittävästi. Potilas voidaan eristää myös erittäin painavasta välttämättömästä hoidollisesta syystä. Potilas voidaan sitoa vyöllä tai muulla vastaavalla tavalla, mikäli hän todennäköisesti vahingoittaisi itseään tai muita eivätkä muut toimenpiteet ole riittäviä. Päätöksen potilaan eristämisestä ja sitomisesta tekee hoitava lääkäri. Kiireellisessä tilanteessa hoitohenkilökuntaan kuuluva saa väliaikaisesti eristää tai sitoa potilaan. Hoitohenkilökunnan on ilmoitettava asiasta välittömästi hoitavalle lääkärille. Potilaan kiinnittäminen on sallittua paitsi edellä mainituissa tilanteissa myös muista välttämättömistä hoidollisista syistä. Potilaan eristäminen, kiinnittäminen tai sitominen on lopetettava heti kun välttämätön tarve lakkaa. (L14.12.1990/1116.)

Keski-Valkaman (2010) mielenterveyspotilaiden eristämistä ja sitomista käsittelevässä tutkimuksesta ilmenee, että huone-eristyksessä oleminen oli potilaalle kielteinen kokemus vielä puoli vuotta toimenpiteen jälkeenkin. Eristetyt potilaat kokivat myös huone-eristyksen psykologiset ja fyysiset puitteet puutteellisiksi.

4.3 Potilaan yksityisyyden rajoittaminen

Mielenterveyslain (L14.12.1990/1116) mukaan potilaan hallussa olevat päihteet tai erityisesti huumausaineiden käyttöön sopivat välineet sekä potilaan tai muiden henkilöiden terveyttä vaarantavat aineet ja esineet saadaan ottaa toimintayksikön haltuun. Potilaan rahat ja muut maksuvälineet voidaan ottaa haltuun, mikäli potilas terveydentilansa vuoksi todennäköisesti hävittäisi ne. Myös muut hoitoa tai yksikön yleistä järjestystä haittaavat esineet ja aineet voidaan ottaa haltuun.

Potilaan käytössä olevat tilat ja hänellä hallussaan oleva omaisuus voidaan tarkastaa, mikäli perustellusta syystä voidaan epäillä, että potilaalla on hallussaan päihteitä tai huumausaineiden käyttöön erityisesti sopivia välineitä, potilaan omaa tai muiden terveyttä vaarantavia esineitä tai aineita tai muutoin yleiselle järjestystä tai hoitoa vakavasti vaarantavia esineitä. (L14.12.1990/1116.)

Henkilöntarkastus on mielenterveyslain (L14.12.1990/1116) mukaan mahdollista silloin, kun on perusteltua syytä epäillä potilaalla olevan vaatetuksessaan tai muutoin yllään edellisessä kappaleessa mainittuja esineitä tai aineita. Puhalluskokeen, veri-, virtsa- tai sylkinäytteen ottamisen ja potilaan ruumiin tarkastamisen käsittävä henkilönkatsastus voidaan tehdä, jos voidaan todennäköisin syin epäillä, että potilas on päihtynyt tai että hänellä on päihteitä tai muita aiemmin mainittuja esineitä tai aineita kehossaan. Päätöksen henkilöntarkastuksen tai -katsastuksen tekemisestä tekee hoitava lääkäri.

Potilaan yhteydenpitoa sairaalan ulkopuolelle voidaan rajoittaa, jos tästä on haittaa potilaan hoidolle, kuntoutukselle tai turvallisuudelle. Yhteydenpitoa voidaan rajoittaa myös muun henkilön yksityiselämän suojaamiseksi. Yhteydenpitovälineet saadaan rajoituksen ajaksi ottaa yksikön haltuun. Yksittäiset potilaan lähettämät kirjeet tai viestit saadaan lukea ja pidättää. Pidätettyjä kirjeitä on säilytettävä erillään potilasasiakirjoista siten, että vain pidättämispäätöksen tekemiseen osallistuvat voivat lukea ne. Yhteydenpitoa esimerkiksi oikeusavustajaan, sairaalaan potilasasiamiehen tai sairaalan toimintaa valvovaan viranomaiseen ei voida rajoittaa. (L14.12.1990/1116.)

5 PAKON KÄYTÖN VÄHENTÄMINEN

Pakkotoimien käytöllä psykiatrisessa hoitotyössä on pitkä historia. Asenteet ja vaikiintuneet käytännöt ohjaavat pakkotoimenpiteiden käyttöä vähintäänkin yhtä vahvasti kuin turvallisuuteen liittyvät näkökohdat tai potilaan oikeudet. (Keski-Valkama 2010.)

Kansainväliset sopimukset, psykiatrisen hoidon eettiset periaatteet ja eurooppalainen ihmisoikeuslainsäädäntö velvoittavat pakon käytön järjestelmälliseen vähentämiseen psykiatrisessa hoitotyössä. Suomessakin joissakin sairaaloissa on esimerkiksi onnistuttu puolittamaan väkivaltaisten potilaiden hoidossa käytetyt pakkotoimet ilman, että väkivalta on lisääntynyt. Näissä sairaaloissa havaittiin pakon käytön vähentämisellä olevan yhteys myös hoitohenkilökunnan sairauspoissaolojen vähentymiseen. Erityisesti vähenivät potilaan väkivaltaisuuden ja rajoittamistoimenpiteiden yhteydessä sattuneiden tapaturmien aiheuttamat sairauspoissaolot. (Makkonen ym. 2016, 3.)

Eniten potilaan perusoikeuksia rajoittavia pakon käytön muotoja Suomessa ovat sitominen, eristäminen, tahdonvastaisesti annetut lääkeinjektiot ja kiinnipitäminen. Mieli 2009 -työryhmän esittämä pakon käytön vähentäminen keskittyy erityisesti juuri näihin toimenpiteisiin. Edellä mainittuja toimenpiteitä seurataan Suomessa systemaattisesti. (Makkonen ym. 2016, 3.)

Psykiatrisen sairaalahoidon paikkoja on vähennetty suunnitellusti ja perustellusti. Tämä edellyttää tiivistä avohoitoa potilaille, joilla on riski joutua toistuvasti sairaalaan ja joilla psykoosi ei ole hoitotasapainossa. Psykoosin varhainen tunnistaminen ja varhainen hoitoon pääsy ennaltaehkäisevät väkivaltatilanteita ja rajoittamistoimenpiteiden käyttöä osastojaksolla. Sairalahoidossa tulisi yksilöllisesti tunnistaa potilaan aggressiivisuutta, levottomuutta ja itsetuhoisuutta laukaisevat tekijät ja varhaiset viitteet tilanteen pahentumisesta. Potilaille tulisi yksilöllisesti nimetä rauhoittumiskeinot ja ne toiminnot, jotka mahdollisesti vain pahentavat tilannetta. (Makkonen ym. 2016, 10.)

Pakon käytön tehokas vähentäminen edellyttää keinojen etsimistä paitsi hoidollisista tekijöistä myös hoito- ja työyhteisöön liittyvistä tekijöistä sekä rakenteellisista keinoista. Pakkotoimien vähentämiseen liittyviä kehityshankkeita on ollut Suomessa viimeisten 20 vuoden aikana useita. Hankkeissa mukana olleissa yksiköissä pakon käyttö on vähentynyt 20–90%. Mikäli hoitoyksikön tahtotilana on tarkastella ja reflektoida omaa toimintaansa pakkotoimien käytössä, saavutetaan tuloksia helposti. (Rovasalo & Jüriloo 2011, 6.)

Keski-Valkaman (2010, 52) tutkimuksessa todetaan, että pakon käytön vähentämisen edellytyksenä on yhteisesti hyväksytyjen toimintamallien jatkuva kriittinen tarkastelu. Valtakunnallisessa tutkimuksessa 15 vuoden tarkastelujaksolla tehdyt lainsäädännölliset muutokset potilaan asemassa ja oikeuksissa ja tahdosta riippumattomatta toteutettavien toimenpiteiden edellytyksissä eivät olennaisesti vaikuttaneet pakkotoimenpiteiden käyttöön. Pakkokeinojen käytön vähentämiseen tarvitaan lainsäädäntöön tehtyjen muutoksien lisäksi muitakin keinoja.

Hollantilaistutkimus (Noorthoorn, Voskes, Janssen, Mulder, Van de Sande, Nijman, Smit, Hoogendoorn, Bousardt & Widdershoven 2016) osoitti potilaiden eristämistilanteiden vähentyneen vuositasolla valtakunnallisesti yhdeksän prosenttiyksikköä. Tutkimuksessa tarkasteltiin eristämistilanteiden määrää vuosien 2008 ja 2013 väliseltä ajalta. Kaikkiaan 55 sairaalaa osallistui yhteensä yli sataan erilaiseen pakonvähentämishjelmaan, jotka tähtäsivät sitomis- ja eristämiskertojen vähentämiseen psykiatrisessa sairaanhoidossa. Ohjelmat sisälsivät esimerkiksi säännöllisiä ja strukturoituja tiedotustilaisuuksia, riskien arviointia, yksilökohtaisen kriisihallinnan ohjausta, tukitoimintojen arviointia, rajoitustoimenpiteistä saadun aineiston läpikäyntiä ja de-eskalaatiokoulutusta. Näin aktivoitiin hoitokulttuurin muutosta psykiatrisissa yksiköissä. Useissa sairaaloissa tehtiin myös rakenteellisia muutoksia yksiköiden tiloihin, esimerkiksi yhden hengen huoneita lisättiin ja hoitajien helppoa tavoitettavuutta pyrittiin lisäämään.

6 SAFEWARDS-TOIMINTAMALLI

Yhteiskunnan yhteinen tavoite on säilyttää turvallisuus, missä ikinä olemmekin - työpaikalla, koulussa, matkalla tai kodin sisällä. Kyseiseen tavoitteeseen pyritään myös psykiatrisissa sairaaloissa, mikä vaatii toteutuakseen paljon ajattelua ja väivannäköä. (Safewards 2019 a.)

Terveyden- ja hyvinvoinninlaitoksen julkaisemassa työpaperissa Safewards-toimintamalli kuvataan tutkimukseen ja työelämäyhteistyöhön pohjautuvaksi toimintamalliksi, jonka avulla voidaan vähentää psykiatrisilla osastoilla tapahtuvia konflikteja ja aggressiotilanteita sekä niiden rauhoittamiseen käytettäviä pakkokeinoja. Safewards-malli esittelee konkreettisia välineitä, joilla pystytään ennaltaehkäisemään väkivaltaista käyttäytymistä sekä rauhoittamaan aggressiotilanteita. Nämä ns. de-eskalaatio-menetelmät soveltuvat erityisen hyvin psykiatriseen osastotyöhön. (Makkonen ym. 2016, 26.)

Safewards-toimintamalli on otettu käyttöön Vaasan keskussairaalan psykiatrian yksikössä vuonna 2017. Vaasan keskussairaalan talous- ja toimintasuunnitelmasta (VKS 2018, 21) käy ilmi, että Safewards-interventioiden laaja käyttö hoito-osastoilla on myös osana vuoden 2019 tavoitteita.

6.1 Kehittäminen

Safewards-toimintamallin on alun perin kehittänyt ja soveltanut englantilainen hoitotieteen professori Len Bowers. Safewards-toimintamallin ideologia ja muotoutuminen ovat pitkien ja laajojen tutkimusten tulosta. Toimintamallin tavoitteena on korostaa yhteistyötä henkilökunnan ja potilaiden välillä ja sen kautta lisätä turvallisuutta psykiatrisilla osastoilla. Toimintamallin pilareita ovat ennakoiva, yhteisöllinen ja ratkaisukeskeinen toiminta sekä näiden jatkuva kehittäminen. (Safewards 2019 a.)

Bowers on tutkimusryhmineen tutkinut kokonaisvaltaisesti sitä, miten konflikteja ja rajoittamista pystyttäisiin vähentämään psykiatrisilla hoito-osastoilla. Konflikteiksi Bowers on tutkimuksissaan määritellyt potilaan sellaisen käytöksen, joka

uhkaa hänen itsensä tai muiden turvallisuutta. Tällaista käyttäytymistä ovat väkivaltaisuus, solvaaminen, sääntöjen rikkominen, päihteiden käyttö, itsetuhoisuus, lääkityksestä kieltäytyminen sekä karkaaminen. Rajoitustoimet tarkoittavat menetelmiä, joita henkilökunta käyttää hallitakseen tai estääkseen ei-toivottua käyttäytymistä. Tällaisia rajoitustoimenpiteitä ovat esimerkiksi eristäminen, kiinnipitäminen, tahdonvastainen lääkintä sekä potilaan tahdon rajaaminen. (Bowers 2014, 499–500.)

6.2 Taustatekijät

Konfliktien syntymiseen ja pakkokeinojen käyttöön voivat vaikuttaa useat taustatekijät psykiatrisessa osastohoidossa. Safewards-malli määrittelee kuusi keskeisintä taustatekijää, jotka vaikuttavat osaltaan konfliktien syntymiseen. Näitä tekijöitä ovat potilasyhteisö, potilaiden ominaispiirteet, sääntelykehys, henkilökunta, fyysinen ympäristö ja sairaalan ulkopuolinen ympäristö. Jokainen näistä tekijöistä voi toimia laukaisijana potilaan aggressiolle ja konfliktien syntymiselle. (Makkonen ym. 2016, 26.)

Rajoitustoimenpiteet ovat herkästi yhteydessä konflikteihin, ja rajoitustoimenpide saattaa joskus yksistäänkin laukaista konfliktin. Henkilökunnalla sekä potilailla on mahdollisuus vaikuttaa osaston toimintaan siten, että estetään laukaisevien tekijöiden yhteys konfliktin syntymiseen. (Bowers 2014, 500.) Safewards-mallin mukaan henkilökunnan tietoisuus taustatekijöistä auttaa myös ennakoimaan tilanteita, joissa kärjistymispiste muuttuu ongelmaksi. (Safewards 2019 a.)

6.3 Interventiot

Käytännössä toimintamalli sisältää 10 konkreettista interventiota eli toimenpidettä, joita systemaattisesti ja sitoutuneesti toteuttamalla pyritään ennaltaehkäisemään konfliktitilanteita psykiatrisilla osastoilla. Interventioita ovat yhteiset odotukset, ystävälliset sanat, puheella rauhoittaminen, positiiviset sanat, huonojen uutisten kertominen, tullaan tutuiksi, avun antaminen, rauhoittumiskeinot, turvallisuuden ylläpitäminen sekä kotiutusviestit. (Makkonen ym. 2016, 26; Safewards 2019 b.)

Yhteiset odotukset -interventio perustuu osastolla sovittuihin yhteisiin toimintatapoihin. Yhtenäinen, sovittu linja auttaa henkilökuntaa toimimaan johdonmukaisesti. Potilaat pystyvät myös paremmin ymmärtämään sekä omia että henkilökunnan velvollisuuksia hoito-osastoilla, kun osastolle on määritelty yhteiset suuntaviivat. Yhteiset odotukset -intervention tavoitteena on hoitajien ja potilaiden välisen keskinäisen kommunikaation helpottaminen. (Safewards 2019 b.)

Ystävälliset sanat -interventio esittelee keinoja siihen, miten kommunikaatiota ja yhteistyötä voitaisiin potilaiden ja hoitohenkilökunnan välillä edistää. Intervention lähtökohtana on neuvotteleva ja vastakkainasettelua vähentävä puhetapa. Bowersin (2014, 505) tutkimustulosten mukaan potilaan toiminnan kieltäminen tai rajoittaminen on usein edeltävä syy de-eskalaatitilanteille. Hoitohenkilökunnan viestintätapa, olemus ja potilaan asianmukainen kohtelu ovat intervention toteuttamisessa keskeisiä tekijöitä. Interventio sisältää myös posteriviestejä sekä postikortteja, joissa on intervention tavoitteisiin pyrkiviä ohjeita ja neuvoja. (Safewards 2019 b.)

Puheella rauhoittaminen -interventio perustuu kärjistymistilanteiden verbaaliseen ennaltaehkäisyyn. Interventio koostuu kolmiosaisesta työmallista, jonka osia ovat tilanteen rajaaminen, selventäminen ja ratkaiseminen. Tilanteen rajaamisella tarkoitetaan ympäristön turvallisuuden varmistamista. Tilanteen selventämisessä kuullaan potilasta ja pyritään ymmärtämään, mistä potilaan ärsyyntyminen tai suuttumus johtuu. Tilanteen ratkaisemiseksi selvennetään ja käsitellään potilaan esiin tuoma ärsyke, pohditaan kompromisseja ja pyritään tarjoamaan vaihtoehtoja. Hoitohenkilökunnan tulisi samanaikaisesti kiinnittää huomiota omaan itsekontrolliin, kehonkieleen sekä potilasta kunnioittavaan ja empaattiseen työotteeseen. (Safewards 2019 b.)

Positiiviset sanat -interventiolla pyritään edistämään hoitohenkilökunnan myönteisiä käsityksiä potilaista. Interventio ohjeistaa hoitohenkilökuntaa kiinnittämään huomiota tapaan, jolla he suorittavat keskinäistä raportointia. Raporttien aikana tulisi pyrkiä tuomaan esiin jotain positiivista tai myönteistä kunkin potilaan kohdalla. Esiin tuotu asia voi olla pienikin potilaan tekemä myönteinen teko tai ominaisuus. Intervention avulla pyritään vähentämään negatiivisuutta, kuten häiritsevään

käyttäytymiseen painottuvaa raportointia, mikäli poikkeavalle käytökselle ei ole tarjota psykologista ymmärrystä. Intervention tavoitteena on lisätä hoitohenkilökunnan arvostusta potilaita kohtaan ja siten vähentää konfliktien syntymisen todennäköisyyttä. (Safewards 2019 b.)

Huonojen uutisten kertominen -intervention tarkoituksena on huomioida ja ennakoita potilaan sen hetkisen voinnin, tilanteen ja olosuhteiden vaikutus huonojen uutisten aiheuttamaan reaktioon. Tarkoituksena on pyrkiä löytämään oikea hetki huonojen uutisten kertomiselle, jotta mahdolliset stressireaktiot ja niistä syntyvät mahdolliset konfliktit pystyttäisiin välttämään. Interventio auttaa hoitohenkilökuntaa huomaamaan nopeasti muuttuvat tilanteet aikaisemmin ja täten myös nopeuttaa psykologisen ja sosiaalisen tuen tarjoamista ajoissa. (Safewards 2019 b.)

Tullaan tutuiksi -interventio perustuu terapeutin hoitosuhteen luomiseen. Käytännössä osastolle luodaan kansio, johon hoitajat tekevät itsestään lyhyen esittelyn. Esittelyssä hoitajat voivat esimerkiksi kertoa harrastuksistaan, mielenkiinnon kohteistaan tai muista asioista, joista ovat valmiita keskustelemaan potilaiden kanssa. Kansioon pyritään keräämään myös samanlaiset esittelyt osaston potilaista. Kansioon luotujen profiilien avulla hoitajat ja potilaat pystyvät paremmin tutustumaan toisiinsa sekä löytämään yhteisiä keskustelunaiheita ja mielenkiinnon kohteita. Molempipuolinen, jaettu tieto edistää luotettavan hoitosuhteen syntymistä ja auttaa hoitohenkilökuntaa kehittämään ratkaisumalleja potilaan hoidon tukemiseksi. (Safewards 2019 b.)

Avun antaminen -intervention tarkoituksena on implementoida osaston viikkorutiineihin vapaaehtoisia yhteisökokouksia. Yhteisökokouksiin osallistuvat sekä potilaat että vuorossa oleva hoitohenkilökunta. Intervention yhteisökokouksiin suunnitellun asialistan avulla mietitään, kuinka kukin osallistuja voisi päivän aikana auttaa muita. Ensimmäisenä asialistan kohtana on kiitosten kierros, jossa kaikilla osallistujilla on mahdollisuus kiittää toista. Seuraavaksi käydään läpi uutisten kierros, jossa hoitohenkilökunnan on tarkoitus selventää ja perustella osastolla tapahtuneita asioita, jotka ovat saattaneet aiheuttaa potilaissa stressin, ahdistuneisuuden tai hämmentyneisyyden tunteita. Tapahtumista tulisi keskustella avoimesti, mikä voisi

auttaa jokaista ymmärtämään asiat eri näkökulmista. Kolmanneksi listassa on ehdotusten kierros, jolloin jokaisella on mahdollisuus tuoda esiin ehdotuksia siitä, kuinka parantaa keskinäistä ymmärrystä sekä edistää yhdessä toimeen tulemistä. Neljäs ja viimeinen listan asia on toiveiden ja tarjousten kierros. Kierroksella pohditaan erilaisia tapoja toistensa auttamiseksi ja tukemiseksi. (Safewards 2019 b.)

Rauhoittumiskeinot -intervention tarkoituksena on korostaa potilaan omia voimavaroja ja sopeutumismekanismeja rauhoittumiskeinoina. Interventio sisältää menetelmiä, joita potilas voi hyödyntää rauhoittaakseen itse itsensä vaihtoehtoisen lääkityksen sijaan. Käytännössä osastolle kootaan laatikko, joka sisältää erilaisia rauhoittumismenetelmiä. Laatikkoon voidaan koota esimerkiksi stressipalloja, aikuisien värityskirjoja, rauhoittavaa musiikkia, pehmoleluja, jääpusseja, painopeittoja ja väkeviä karkkeja. Kun hoitajat tunnistavat potilaan levottomuuteen, jännittyneisyyteen tai kiihtymykseen viittaavaa käytöstä, voidaan potilasta ohjata käyttämään rauhoittumiskeinoja. Näin intervention avulla pystytään tehokkaasti ennaltaehkäisemään konfliktitilanteita. (Safewards 2019 b.)

Turvallisuuden ylläpitäminen -intervention tarkoituksena on edistää ja ylläpitää osaston turvallisuutta ja rauhallisuutta. Osastolla tapahtuvat erilaiset tilanteet voivat aiheuttaa potilaissa pelon, vihan tai ahdistuneisuuden tunteita. Tällaisia tilanteita voivat olla esimerkiksi väkivaltatilanteet, riitatilanteet, rajoittamistoimenpiteet tai levottoman potilaan saapuminen osastolle. Intervention tarkoituksena on keskustella potilaiden kanssa negatiivisia tunteita herättäneen tilanteen jälkeen, joko kahden kesken tai pienissä ryhmissä. Potilaat saavat ilmaista tunteitaan ja ajatuksiaan tilanteesta. Potilaille tulee myös selventää, mistä tilanteesta oli kysymys, ja perustella, miksi tavalla tai toisella toimittiin. Hoitohenkilökunnan tulisi myös olla enemmän näkyvillä osaston tiloissa tällaisten tilanteiden jälkeen. Läsnäolon sekä tuen ja selityksen antamisen tarkoituksena on saada potilaat rauhoittumaan ja tuntemaan olonsa turvalliseksi. (Safewards 2019 b.)

Kotiutusviestit -intervention tarkoituksena on lisätä toiveikkuutta sekä osastolla olevien että osastolle saapuvien potilaiden kohdalla. Osastolle saapuvat potilaat saattavat usein kokea toivottomuutta, masentuneisuutta tai vihaa, joka voi kohdistua

hoitohenkilökuntaan ja purkautua konfliktitilanteeksi (Bowers, Stewart, Papadopoulos & DeScanto Iennaco 2014, 423). Kotiutumispäivänä jokaista potilasta pyydetään kirjoittamaan korttiin viesti, joka asetetaan osaston seinälle näkyvälle paikalle. Viestiin potilas voi kirjoittaa ajatuksia osastosta, hoidosta ja hoitohenkilökunnasta sekä jonkin positiivisen neuvon, joka voi tuoda lohtua ja toivoa muille potilaille. Tehtyjä kortteja tulisi näyttää osastolle uusille potilaille tuen ja toiveikkuuden lisäämiseksi. (Safewards 2019 b.)

7 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Opinnäytetyö toteutettiin kvalitatiivisen eli laadullisen tutkimuksen menetelmin. Laadullisen tutkimuksen yksi keskeisimmistä merkityksistä on sen mahdollisuus lisätä ymmärrystä tutkimusilmiöstä. Monet hoitamiseen liittyvät ilmiöt tarvitsevat usein ihmisten omia kuvauksia ilmiön ymmärtämiseksi, minkä vuoksi opinnäytetyössä päädyttiin laadulliseen tutkimusotteeseen. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 57.)

7.1 Aineistonkeruu

Tutkimuksen kohteena oli Vaasan keskussairaalan psykiatriset aikuisosastot. Tutkimukseen osallistuvia osastoja olivat akuuttipsykiatrian osastot 1 ja 2 sekä psykiatrian hoito- ja kuntoutusosasto 5. Tutkimukseen kutsuttiin myös osallistujia psykiatrian hoito- ja kuntoutusosastolta 4. Ryhmähaastatteluun valittiin jokaiselta osastolta kaksi hoitajaa, jotka vapaaehtoisesti osallistuivat tutkimukseen.

Tutkimuksessa käytetty ryhmähaastattelu soveltuu hyväksi aineistonkeruumenetelmäksi silloin, kun osallistujat edustavat esimerkiksi samaa ammattiryhmää. On todettu, että osallistujat saattavat muistaa omiakin kokemuksiaan paremmin ryhmän sisäisen vuorovaikutuksen ansiosta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 95.) Aineistonkeruumenetelmänä haastattelu on joustava ja monipuolinen. Suora vuorovaikutus tutkittavaan mahdollistaa tiedonhankinnan suuntaamisen itse tilanteessa sekä ei-kielellisten vihjeiden huomioimisen vastausten ymmärtämisen apuna. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 34.)

Itse haastattelumenetelmäksi rajautui vielä teemahaastattelu. Teemahaastattelussa haastattelu koostuu aihepiireistä, jotka ovat etukäteen määrätty. Tämänkin tutkimuksen aihepiiri ja haastattelukysymykset päätettiin ennen haastattelua (kts. Liite 2). Keskeistä teemahaastatteluissa ovat vuorovaikutus, ihmisten tulkinnot asioista sekä heidän asioille antamansa merkitykset. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 48.) Teemahaastattelu mahdollisti hoitajien vapaan kerronnan sekä käytännön esimerkkien ilmaisun.

Teemahaastattelulle luonteenomaisesti haastattelu tallennettiin, jotta keskustelu sujuisi mahdollisimman luontevasti ilman tarvetta kirjoittaa vastauksia muistiin. Sanatarkasti kirjoitetuista vastauksista puuttuvat keskustelussa ilmaantuneet sanattomat vivahteet, kuten äänenkäyttö ja tauot puheessa. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 92.)

Opinnäytetyön tekijät olivat paikalla haastattelutilanteessa. Haastattelun nauhoittamiseen käytettiin nauhuria. Haastattelua varten varattiin myös varanauhuri. Haastattelu järjestettiin Vaasan keskussairaalan psykiatrian osaston tiloissa maaliskuussa 2019. Haastatteluajankohta sovittiin osastonhoitajien kanssa tutkimusluvan saamisen jälkeen. Haastattelukutsut osoitettiin osastonhoitajille, jotka välittivät kutsun edelleen tutkimushaastatteluun osallistuville. Haastatteluajankohdan selvittyä sopiva haastattelutila järjestettiin yhdessä osastosihteerin kanssa. Haastattelutilanteen kesto oli kokonaisuudessaan noin yksi tunti.

Ryhmähaastattelu suoritettiin hyvien, eettisten periaatteiden mukaisesti. Haastatteluun osallistuminen painottui täysin vapaaehtoisuuteen, ja hoitajilla oli mahdollisuus kieltäytyä osallistumasta tutkimukseen. Osallistujia tiedotettiin haastattelun alussa oikeudesta keskeyttää haastattelutilanne. Haastattelu suoritettiin nimettömästi osallistujien yksityisyyden suojaamiseksi. Osallistujia tiedotettiin myös haastattelun nauhoittamisesta. Osallistujat saivat haastattelutilanteessa vastata omalla äidinkielellään. Osallistujat saivat myös ennakoon tietoa haastattelun luonteesta saatekirjeen muodossa (Liite 1).

7.2 Tutkimusaineiston analysointi

Tutkimuksesta saatu aineisto analysoitiin käyttämällä induktiivista sisällönanalyysiä. Induktiivinen sisällönanalyysi tarkoittaa aineistolähtöistä lähestymistapaa analyysin toteuttamisessa (Kankkunen & Vahviläinen-Julkunen 2009, 135). Aineiston analysointi toteutettiin kolmivaiheisena prosessina, joka alkoi aineistoin redusoinnilla eli pelkistämällä. Litteroitu eli aukikirjoitettu haastatteluaineisto pelkistettiin siten, että aineistoista karsittiin pois tutkimukselle epäolennainen tieto. Analysoinnin toinen vaihe oli aineistoin klusterointi eli ryhmittely. Klusteroinnissa aineistosta etsittiin samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia kuvaavia käsitteitä, joiden mukaan muodostettiin aineiston alaluokat. Analysoinnin kolmas vaihe oli aineiston

abstrahointi. Abstrahoinnilla tarkoitetaan tutkimuksen kannalta olennaisen tiedon erottelua, jonka perusteella muodostetaan teoreettisia käsitteitä. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 110–114.)

Tutkimuksen sisällönanalyysi suoritettiin luokitteluna. Haastatteluaineiston alkupe-
räisilmaukset pelkistettiin ja pelkistetyistä ilmauksista muodostettiin alaluokat. Alaluokat koottiin edelleen yläluokiksi, jotka vastaavat tutkimuskysymyksiin. Pää-
luokat ovat tutkimuskysymyksiä, joihin yläluokat pyrkivät vastaamaan.

8 TUTKIMUSTULOKSET

Tässä osiossa esitellään opinnäytetyön tulokset. Pääluokkia tutkimuksessa ovat hoitajien yleiset kokemukset Safewards-mallista, hoitajien kokemukset Safewards-interventioiden hyödyntämisestä käytännön hoitotyössä, hoitajien kokemukset toimintamallin vaikutuksista rajoitustoimenpiteiden käyttöön sekä hoitajien kehittämisehdotukset toimintamallin hyödyntämiseen liittyen. Sisällönanalyysiä kuvaavat taulukot on liitetty tutkimusraporttiin hahmottamaan analysoinnin kulkua.

8.1 Hoitajien yleiset kokemukset Safewards-mallista

Hoitajat kokivat Safewards-mallin jäsentävän hyvin kokonaisuutta eli sitä, millaista psykiatrisen hoitotyön kuuluukin olla. Hoitajat kokivat, että käytännön hoitotyössä Safewards-mallin tapainen toiminta tapahtuu automaationa eikä toimintaa ajatella tai luokitella sen kummemmin Safewards-mallin alaisuuteen. Hoitajat kokivat Safewards-mallin kuitenkin edustavan hyvin hoitokulttuuria, johon psykiatrisessa hoitotyössä tähdätään. Hoitajien kokemukset Safewards-mallista olivat pääosin myönteisiä, mutta toimintamallin rinnastettavuus jokapäiväiseen hoitotyöhön oli vahvasti läsnä.

Konkreettisen, Safewards-mallin mukaisen toiminnan, vaikutus käytäntöön koettiin epäselvänä. Hoitajat kokivat toimintamallin jäävän käytännössä vastaavanlaisten toimintatapojen alle ja nousevan esiin vain hienona terminä. Hoitajat kokivat Safewardsiksi luokiteltujen toimintatapojen olevan osastoilla käytössä, mutta niitä ei ajateltu osana Safewards-mallia. Safewards-mallin rooli koettiin hoitotyössä teoreettisesti aktiivisena, mutta käytännöllisesti määrittelemättömänä. Taulukkoon 1 on koottu hoitajien yleisiä kokemuksia Safewards-mallista.

Taulukko 1. Hoitajien yleiset kokemukset Safewards-mallista.

PÄÄLUOKKA: Hoitajien yleiset kokemukset Safewards-mallista			
ALKUPERÄISILMAUS	PELKISTETTY ILMAUS	ALALUOKKA	YLÄLUOKKA
”Tiedostetaan, että Safewards on sitä, mitä me yleensä tehdäänkin tuolla, ilman sen kummempaa miettimistä”	Safewards-tyylinen toiminta osa jokapäiväistä hoitotyötä	Psykiatrisen hoitotyön ideologia yleisesti toimintamallin tapainen	Toimintamallin rinnastettavuus
”Se on hyvä runko ja kuvaa meidän perusduunia”	Toimintamalli kuvaa hyvin käytännön työtä		
”Edustaahan Safewards sellasta hyvää hoitokulttuuria”	Toimintamalli edustaa hyvää hoitokulttuuria		
”Hieno nimi, mutta niitä käytännön asioita ei välttämättä ajattele Safewardsina”	Käytännön toimia ei mielletä toimintamallin toimiksi	Safewards-mallisen toiminnan sulautuminen muun käytännön toiminnan alle	Safewards-mallin rooli hoitotyössä
”Safewards vähän hukkuu käytännössä”	Toimintamallin idea sulautuu käytännön työhön		
”Ehkä vielä vähän auki, että mitä se safewards on käytännössä, muuta kun hieno sana”	Toimintamallin vaikutus käytäntöön epäselvä		

8.2 Hoitajien kokemukset Safewards-interventioiden hyödyntämisestä käytännön hoitotyössä

Hoitajat kokivat ahdistuksenlievitysmenetelmiä sisältävän rauhoittumiskeinot -intervention konkreettisesti hyödyllisimmäksi hoitotyössä. Rauhoittumiskeinot -intervention koettiin selkeänä, toimivana sekä aktiivisesti käytössä olevana työkaluna. Intervention koettiin helpottavan potilaan vointia sekä edistävän potilaan omien voimavarojen käyttöä.

”Lyhyemmällä aikavälillä myös huomaa potilaissa sen kehityksen, kun on tarjota enemmän konkreettisia vaihtoehtoja.”

”Ne on semmosia asioita, joita oikeesti kaivataan ja tarvitaan.”

Myönteisiä asioita koettiin myös kotiutumisasiemien -intervention käytöstä. Hoitajat kokivat intervention lisänteen palautteenantoa potilaan hoidon päättyessä. Viesteihin kirjoitettujen palautteiden asiatyö koettiin myös positiiviseksi yllätykseksi. Kotiutumisasiemien luoma toiveisuus koettiin hyödyllisenä keinona potilaan hoitopolkua ajatellen.

”Kotiutumisasiemien on ollu sellanen kiva paikka huomata, että nyt ollaan edetty jo näin pitkälle ja toimii ns. sinettinä sille, että tämä hoito loppuu tällä kertaa tähän.”

Hoitajat kokivat, että Safewards-mallin interventioita vastaavia toimintatapoja on ollut käytössä jo ennen toimintamallin käyttöönottoa. Toimintatapojen vastaavalaisuuden vuoksi toiminnan määrittäminen Safewardiksi koettiin hankalana. Toiminnan jäsentymisen koettiin kuitenkin parantuneen Safewards-mallin myötä, vaikka toteutus on käytännössä samanlaista.

Safewards-interventioiden sisältämän työkaluston koettiin löytyvän myös muista toimintalinjauksista. Hoitajat kokivat esimerkiksi SCIT-ryhmien ja dialektisen käyttäytymisterapian kautta saadut työkalut samanlaisiksi kuin Safewards-mallin tarjoamat vaihtoehdot. SCIT on lyhenne sanoista Social Cognition and Interaction Training ja tarkoittaa sosiaalisen kognition kuntoutusmenetelmää skitsofreniaa

sairastaville potilaille (Mielenterveystalo 2019). Taulukkoon 2 on koottu hoitajien kokemuksia Safewards-interventioiden hyödyntämisestä käytännön hoitotyössä.

”Safewardsissa on samoja ideoita eli periaatteessa ne on jo käytössä.”

”Muuten se on sitä samaa mitä hoitotyön pitää ollakki. Vaikee sanoa, mikä on poimittu Safewardsista.”

Taulukko 2. Hoitajien kokemukset Safewards-interventioiden hyödyntämisestä käytännön hoitotyössä.

PELKISTETTY ILMAUS	ALALUOKKA	YLÄLUOKKA	PÄÄLUOKKA
Ahdistuksenlievitysmenetelmät olleet aktiivisesti käytetyin osa-alue	Rauhoittumiskeinot - interventio koetaan Safewards-mallin interventioista konkreettisesti hyödyllisimmäksi	Käytetyimmät ja hyödyllisimmiksi todetut Safewards-interventiot	Hoitajien kokemukset Safewards-interventioiden hyödyntämisestä käytännön hoitotyössä
Ahdistuksenlievitysmenetelmät olleet osa-alueista kaikkein selkein			
Kotiutumisviestit-interventiosta saatu palaute on ollut positiivinen yllätys	Potilaiden kirjoittamat kotiutusviestit koetaan myönteisenä tekijänä osastohoidossa		
Kotiutumista edeltävä palautteenanto tullut näkyvämmäksi			
Kotiutumisviestien hyöty ollaan koettu sekä henkilökunnan että potilaan näkökulmasta voimaannuttavana			
Osastoilla on hyödynnetty SCIT-ryhmistä ja DKT:stä saatuja työkaluja ja menetelmiä, jotka ovat samanlaisia kuin Safewardsissa	Interventioihin perustuvien toimintatapojen koetaan olleen osa hoitotyötä jo ennen Safewards-mallia	Toimintatavat ennen Safewards-mallia	
Vaikeus luokitella, mitkä menetelmät ovat juuri Safewards-interventioista poimittuja			
Toiminta jäsentynyt Safewardsin myötä, vaikka ennenkin toimittu vastaavasti			

8.3 Hoitajien kokemukset toimintamallin vaikutuksista rajoitustoimenpiteiden käyttöön

Hoitajat kokivat ennaltaehkäisevän toiminnan olleen aina ensisijaista osastoilla. Hoitajien mukaan tilanteisiin pystytään ja pyritään vaikuttamaan ennaltaehkäisevästi, jotta rajoitustoimilta vältyttäisiin. Ennaltaehkäisevä toiminta koettiin keskeisenä asiana, mutta ennaltaehkäisevän toiminnan painottamista ei pidetty Safewards-mallin aikaansaamana.

Hoitajat kokivat vuorovaikutustaitojen käytön lisääntyneen Safewards-mallin myötä. Safewards-interventioiden sisältämät vuorovaikutustyökalut koettiin hyödyllisinä de-eskalaatiomenetelminä. Tietoisten vuorovaikutustyökalujen käyttäminen koettiin myös ammatillisuuden näkökulmasta kehittävänä.

”Sitä tuntee olevansa ihan oikeissa töissä, kun saa puhua ja käyttää tällaisia tietosia työkaluja eikä vaan ”jutustella” potilaan kanssa.”

Rajoitustoimenpiteitä ehkäiseväksi Safewards-keinoksi koettiin myös rauhoittumiskeinot -interventio. Hoitajat kokivat ahdistuksenlievitystekniikoilla olevan ennaltaehkäisevä vaikutus tilanteiden eskaloitumiselle ja näin ollen myös vähentävä vaikutus rajoitustoimenpiteiden tarpeelle.

”Esimerkiksi itsetuhoiset potilaat, jotka pitkittyneen kiinnipidon kautta joutuis lopulta sidottuna eristykseen, niiden kanssa on helpompi työskennellä. Pystytään tarjoamaan jääpussia, tulsia karkkeja, musiikkia ym. Myös väri-tyskuvat on ollu hyviä rauhoittumiskeinoja.”

Havainnollistamisen vuoksi edellä mainittuja kokemuksia on koottu seuraavan sivun taulukkoon (Taulukko 3.). Taulukko sisältää myös hoitajien muita näkemyksiä, jotka niin ikään liittyvät rajoitustoimenpiteisiin.

Taulukko 3. Hoitajien kokemukset toimintamallin vaikutuksista rajoitustoimenpiteiden käyttöön.

PELKISTETTY ILMAUS	ALALUOKKA	YLÄLUOKKA	PÄÄ- LUOKKA
Tilanteisiin pystytään osastoilla vaikuttamaan ennaltaehkäisevästi	Ennaltaehkäisevä toiminta koetaan keskeisenä mutta ei uutena asiana	Ennaltaehkäisevä toiminta osastoilla	Hoitajien kokemukset toimintamallin vaikutuksista rajoitustoimenpiteiden käyttöön
Ennaltaehkäisyyn keskittyminen ei välttämättä ole Safewardsin aikaansaamaa			
Ennaltaehkäisevä toiminta on aina ollut käytössä			
Tietoisten työkalujen käyttäminen puhuessa lisää ammatillisuuden tunnetta	Vuorovaikutustaitoja käytetään ja painotetaan rajoitustoimenpiteiden välttämiseksi	Rajoitustoimenpiteitä ehkäisevät Safewards-keinot osastoilla	
Puhumiseen käytetään enemmän aikaa kuin ennen			
Potilaita rajoitetaan myös vain sanallisesti			
Ahdistuneiden potilaiden eristäminen vähentynyt toimintamallin konkreettisten työkalujen kautta	Toimintamallin rauhoittumiskeinot - interventio koetaan hyödyllisenä ja rajoitustoimenpiteitä vähentävänä keinona ahdistuneiden potilaiden hoidossa		
Ahdistuksenlievitystekniikoilla ennaltaehkäisevä vaikutus rajoitustoimenpiteiden käyttöön			
Ahdistuneen potilaan hoidon kannalta toimintamallin de-eskalaatiokeinot todettu hyödyllisiksi			

8.4 Hoitajien kehittämis ehdotukset toimintamallin hyödyntämiseen liittyen

Hoitajat kokivat Safewards-mallin jäävän helposti muiden käytännön toimien taakse. Kehittämisideaksi ehdotettiin Safewards-mallin korostamista osaksi käytännön työtä. Korostamisella tarkoitettiin toimintamallin aktiivista esiin tuomista, tiedostamista ja käyttöä. Aktiivinen työote Safewards-mallin suhteen koettiin toimintamallin todellista hyötyä lisäävänä.

Hoitajat kokivat myös varhaisen Safewards-malliin perehtymisen ajankohtaisena kehittämisideana. Hoitajat kokivat Safewards-mallin olevan usein tuntematon käsite esimerkiksi uusille työntekijöille. Kehittämisideaksi ehdotettiin Safewards-malliin perehtymistä jo hoitotyön koulutuksen aikana.

”Se vois olla hyvä jo perehdyttämisvaiheessa. En tiedä, kuinka koulussa siitä puhutaan, mutta ehkä sen pitäis lähteä jo sieltä.”

”Ajatellen henkilökunnan vaihtumista, sijaisia ja kesätyöntekijöitä, niin monesti se safewards on vähän kysymysmerkki, kun siitä kuulee.”

Hoitajien esittämiä kehittämis ehdotuksia on koottu seuraavan sivun taulukkoon analyysin havainnollistamiseksi (Taulukko 4.).

Taulukko 4. Hoitajien kehittämisehdotukset toimintamallin hyödyntämiseen liittyen.

PELKISTETTY ILMAUS	ALALUOKKA	YLÄLUOKKA	PÄÄ-LUOKKA
Safewards-mallista voisi puhua enemmän, jotta se tiedostettaisiin paremmin	Safewardsin aktiivisempi käyttö, esiin tuominen ja tiedostaminen lisäävät toimintamallin hyötyä osastoilla	Safewards-mallin korostaminen osana hoitotyötä	Hoitajien kehittämisehdotukset toimintamallin hyödyntämiseen liittyen
Aktiivisempi Safewards- mallin käyttö voisi lisätä tietoisuutta			
Kehittämisidea voisi olla Safewards-mallin tiedostaminen positii-visena työkaluna			
Safewards-mallin osa-alueita voisi nostaa enemmän pinnalle			
Safewards-malli jää helposti osastoilla kansiotasolle			
Henkilökunnan vaihtuessa Safewards-mallista ei usein olla tietoisia	Varhainen perehtyminen edistäisi tietoisuutta toimintamallia kohtaan	Perehdytys	
Safewards-malliin perehtyminen voisi alkaa jo koulussa			

9 POHDINTA

Opinnäytetyön viimeisessä luvussa tarkastellaan tutkimustulosten suhdetta aiheesta löytyvään aiempaan, tutkittuun tietoon. Tässä luvussa pohditaan myös tutkimuksen luotettavuutta, eettisyyttä sekä tutkimuksen tuloksiin vaikuttaneita tekijöitä. Pohdinnassa arvioidaan myös opinnäytetyön työstämisen vaikutusta omaan ammatilliseen oppimiseen sekä esitetään tutkimuksen johtopäätökset ja mahdolliset jatkotutkimusideat.

9.1 Tutkimustulosten tarkastelu

Tutkimuksen tuloksien mukaan Vaasan keskussairaalan psykiatrian yksikön hoitohenkilöstö kokee Safewardsiin sisältyvät interventiot hyödyllisiksi pakon käytön vähentämisessä. Safewardsiin katsottiin sisältyvän paitsi konkreettisia de-eskalointikeinoja myös hoitokulttuurin muutosta tukevia elementtejä, joita ei suoraan mielletty Safewardsiin kuuluviksi. Safewardsin tuomille toimintatapojen muutoksille ollaan avoimia ja hoitohenkilöstö on valmis myös kehittämään edelleen toimintamallin soveltamista hoitotyössä.

Opinnäytetyön tutkimustulokset tukevat tutkimuksen teoreettisen viitekehyksen luomaa pohjaa ja ovat yhteneviä aiempien tutkimusten tuloksien kanssa. Pakon käytön vähentäminen onnistuu tehokkaasti silloin, kun hoitoyksikössä ollaan valmiita tarkastelemaan omia toimintatapoja kriittisesti (Rovasalo & Jüriloo 2011, 6). Keski-Valkaman tutkimuksesta (2010) kävi ilmi, että lainsäädännölliset keinot ovat yksistään riittämättömiä vähentämään pakon käyttöä. Hollannissa psykiatrisissa sairaaloissa onnistuttiin vähentämään eristämistilanteiden määrää aktivoimalla hoitokulttuurin muutosta ohjelmilla, jotka sisälsivät mm. de-eskalaatiokoulutusta ja jo toimeenpantujen rajoitustoimenpiteiden analysointia (Noorthoorn ym. 2016).

9.2 Johtopäätökset ja jatkotutkimusideat

Kokonaisuutena Safewardsilla on hoitohenkilökunnan kokemana positiivinen kaiku. Henkilökunnan silmissä osa Safewardsin interventioista sulautuu jo pidempään jatkuneeseen hoitokulttuurin muutokseen. Hoitokulttuurin koetaan

muuttuneen samaan suuntaan kuin mihin Safewards pyrkii. Ne interventiot, jotka eivät tarkasti hahmotu juuri Safewardsiin sisältyviksi, tukevat kuitenkin hoitokulttuurin muutosta. Rauhoittumiskeinot ja kotiutumisviestit ovat käytännönläheisimpiä ja konkreettisimpia interventioita, ja ne myös tunnistettiin selkeimmin Safewardsiin kuuluviksi. Hyvä perehdytys Safewards-malliin voisi nopeuttaa uusien työntekijöiden ja sijaisien pääsyä sisään yksikön hoitokulttuuriin ja tehostaa Safewards-materiaalin käyttöä tukityökaluna tulevaisuudessa. Safewards on yksi hyvä työkalu pyrkimyksissä rajoitustoimenpiteiden vähentämiseen. Tietyn toimintamallin hahmottaminen juuri Safewardsiin kuuluvaksi on toissijaista päämäärään nähden. Valmiiksi luodusta ja yksiköiden käyttöön jo tuodusta mallista on kuitenkin tarkoituksenmukaista ulosmitata kaikki hyöty.

Tutkimuksen tuloksien mukaan Safewards-toimintamalliin sisältyy interventioita, joilla voidaan henkilökunnan näkemyksen mukaan ennaltaehkäistä tehokkaasti itsetuhoisen tai ahdistuneen potilaan tilan eskaloitumista niin, että rajoitustoimenpiteiden käyttämiseltä voidaan välttyä. Opinnäytetyön tekijöiden näkemyksen mukaan edellä mainittujen potilasryhmien kohdalla rajoitustoimenpiteenä on usein joko kiinnipitäminen tai eristäminen muista potilaista, tilanteen pahentuessa äärimilleen.

Jatkotutkimusehdotukseksi esitetään kvantitatiivista tutkimusta kiinnipitojen ja eristämisen määristä sekä kestoista. Aineistoa voisi kerätä sekä ajalta ennen Safewards-toimintamallin käyttöönottoa että käyttöönoton jälkeen. Pienissä hoitoyksiköissä yksikin hankalahoitoinen potilas voi lisätä käytettyjen rajoitteiden lukumäärää jopa moninkertaiseksi vuositasolla, joten aineiston kerääminen useamman vuoden ajalta lisäisi ehdotetun tutkimuksen luotettavuutta.

9.3 Tutkimuksen luotettavuus

Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnin kriteereistä on olemassa erilaisia suosituksia ja tarkastelunäkökulmia. Opinnäytetyön tekijät päättivät tarkastella tutkimuksen luotettavuutta Cuban ja Lincolnin (1985) esittämien kriteerien mukaisesti. Tutkimuksen luotettavuuden arvioinnin kriteereiksi on tällöin

määritelty uskottavuus, siirrettävyys, riippuvuus ja vahvistettavuus. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 160.)

Tutkimuksen uskottavuus edellyttää tulosten kuvaamista niin selkeästi, että lukija ymmärtää, miten analyysi on tehty. Uskottavuus kuvaa myös tutkijan kykyä muodostaa luokitukset ja kategoriat riittävän hyvin kattaakseen aineiston. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 160.) Uskottavuuden kriteeri sisältää myös aineiston luotettavuuden. Hirsjärven & Hurmen mukaan (2001, 185) haastatteluaineistoa voidaan pitää luotettavana, kun kaikkia haastateltavia on haastateltu, tallenteiden kuuluvuus on ollut hyvä, haastattelu on litteroitu yhtenäisesti ja luokittelu on tehty jäsennellysti.

Tutkimuksen luotettavuutta arvioitiin koko opinnäytetyöprosessin ajan. Opinnäytetyön tutkimuskysymykset rajattiin tietoisesti neljään kategoriaan analysoinnin selkeyttämiseksi. Opinnäytetyön tulokset pyrittiin kuvaamaan mahdollisimman kontekstisidonnaisesti ja johdonmukaisesti. Tutkimuksen aineistonkeruun menetelmäksi valittiin haastattelu, joka koettiin opinnäytetyön aiheen kannalta luotettavammaksi kuin kyselylomake. Haastattelutilanteessa tekijät pysyivät neutraaleina eikä haastateltavien kerrontaa johdateltu. Kaikille haastateltaville käytettiin samaa teemahaastattelun runkoa. Haastatteluaineisto analysoitiin totuudenmukaisesti ja ohjeita noudattaen. Litterointi suoritettiin sanatarkasti ja puheen tauotukset huomioiden. Opinnäytetyön tekijöitä oli kaksi, mikä osaltaan säilytti objektiivisuuden ja lisäsi tutkimuksen luotettavuutta.

Opinnäytetyön tekijöiden näkökulmasta tutkimuksen luotettavuutta heikensi suppea toteutunut otos (N=5). Haastattelijoukko rajattiin alusta alkaen Vaasan keskussairaalan psykiatrian yksikön aikuisosastojen hoitohenkilökuntaan. Haastatteluun ilmoittautuneista osastoista psykogeriatrinen osasto 4 joutui kuitenkin äkillisesti perumaan osallistumisensa. Laadullinen tutkimus ei tavoittele määrällisesti laajaa tutkimusta, mutta tutkimuksen luotettavuuden kannalta näkökulmien monipuolisuus olisi mahdollisesti voinut lisääntyä jokaisen tavoitellun osaston osallistumisen myötä.

Tutkimuksen siirrettävyys tarkoittaa mahdollisuutta siirtää tutkimustulokset toiseen samanlaiseen kontekstiin tulkintojen muuttumatta (Parkkila, Välimäki & Routasalo 2000, 136–137). Opinnäytetyössä ilmenneet tulokset ovat jokseenkin yleistettävissä, sillä haastatteluun osallistuneet psykiatriset osastot olivat keskenään erilaisia mutta hoitajien kokemukset Safewards-mallista yhteneviä. Safewards-mallin interventioita hyödynnettiin jokaisella tutkimukseen osallistuneella osastolla. Käytössä olevien interventioiden määrä vaihteli kuitenkin osastoittain.

Tutkimuksen riippuvuus tarkoittaa, että tutkimusta toteutettaessa noudatetaan ohjeita, jotka yleisesti ohjaavat tieteellisen tutkimuksen tekoa (Parkkila ym. 2000, 136–137). Opinnäytetyö tehtiin oppilaitoksen asettamien ohjeiden mukaisesti, mikä edustaa vahvasti tutkimuksen riippuvuutta. Opinnäytetyössä hyödynnettiin myös tutkimuskirjallisuutta sekä muita alkuperäislähteitä. Asiantuntijaohjausta hyödynnettiin vain ajoittain tutkimuksen aikataulutuksen vuoksi.

Tutkimuksen vahvistettavuus todennetaan valintojen ja ratkaisujen perusteluilla. Lukijan on pystyttävä arvioimaan tutkimuksessa tehtyjä valintoja, minkä vuoksi ratkaisut tulee esitellä selkeästi. (Parkkila ym. 200, 136–137.) Opinnäytetyössä pyrittiin raportoimaan tutkimuksen eri vaiheet mahdollisimman selkeästi ja tarkasti. Tutkimuksen aineiston analysoinnin etenemistä havainnollistettiin taulukoiden avulla. Tutkimustulosten raportoinnissa käytettiin myös alkuperäisilmauksia haastatteluaineistosta, jotta haastateltavien näkemykset säilyisivät mahdollisimman autenttisina.

Opinnäytetyössä käytettiin pääosin ajankohtaisia, lähdekriittisesti tarkasteltuja lähteitä. Tekijät hyödynsivät lähteinään PubMed-, Medic- ja CINAHL-tietokantoja, internetjulkaisuja sekä kirjallisuutta. Tietoa haettiin hakusanoilla Safewards-malli, psykiatrinen hoitotyö, pakkotoimet sekä Vaasan keskussairaala. Opinnäytetyössä pyrittiin käyttämään myös kansainvälisiä lähteitä, joita löydettiin kuitenkin niukasti. Vanhempia lähteitä pyrittiin välttämään, mutta tiedon todettiin tapauskohtaisesti olleen muuttumatonta ja lähdeä käytettiin.

9.4 Tutkimuksen eettisyys

Eettisyys toimii kaiken tieteellisen toiminnan lähtökohtana. Vuonna 1964 julkaistu Helsingin julistus on kansainvälisesti hyväksytty tutkimusetiikan ohjeistus, joka on laadittu lääketieteellisen tutkimuksen tarpeisiin. Alun perin tutkimusetiikka on kehittynyt ennen kaikkea lääketieteen kysymysten parissa, sillä yleisesti lääketieteellisten tutkimusten osallistujat ovat pääosassa ihmisiä. Helsingin julistus sopii kuitenkin hyvin myös hoitotieteellisen tutkimuksen etiikan ohjeeksi. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 172–173.) Hoitotieteellisiä tutkimuksia ohjaavat myös kansallinen lainsäädäntö sekä erilaiset ohjeet (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 175).

Hyvä tieteellinen käytäntö on koko tutkimusetiikan ydin. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (2019) mukaan tieteellinen tutkimus voi olla eettisesti hyväksyttävä ja luotettava ja tulokset uskottavat vain, jos tutkimus on tehty hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla. Hirsjärven ja Hurmen (2001, 20) mukaan ihmisiin kohdistuvissa tutkimuksissa tärkeimpinä eettisinä periaatteina yleensä mainitaan informointiin perustuva suostumus, luottamuksellisuus, seuraukset sekä yksityisyys.

Opinnäytetyönä tehty tutkimus tehtiin hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti. Tutkimuksen aihe hyväksyttiin aluksi koulutuspäälliköllä. Tutkimussuunnitelman valmistuttua anottiin Vaasan sairaanhoitopiirin ohjeiden mukaisesti tutkimuslupaa kohdeorganisaation ylihoitajalta helmikuussa 2019. Tutkimussuunnitelmassa esiteltiin tutkimuksen tarkoitus, tavoite ja toteutustapa. Tutkimuksen tiedonhankinta perustuu hoitohenkilökunnan tuottamaan henkilökohtaiseen kokemukseen, minkä vuoksi eettinen toiminta korostuu. Tutkimukseen osallistuvien henkilöiden itsemääräämisoikeutta, anonymiteettia ja vapaaehtoisuutta kunnioitettiin koko tutkimuksen rakentamisen ajan. Kohdeorganisaatiolle lähetettävään tutkimussuunnitelmaan liitettiin saatekirje (liite 1) sekä teemahaastattelun runko (liite 2) esikatselua varten. Kohdeorganisaatiolta saatu allekirjoitettu tutkimuslupa toimitettiin opinnäytetyön ohjaajalle. Tutkimukseen osallistuminen painottuu vapaaehtoisuuteen. Haastateltavien henkilöllisyyttä ei julkaista tutkimusraporteissa eikä vastaajia voi

yksilöidä julkaistujen tutkimustulosten perusteella. Nauhoitetun haastatteluaineiston tuhoaminen toteutettiin asianmukaisesti tutkimuksen valmistuttua.

Tutkimuseettisiä haasteita ovat muun muassa plagiointi sekä tulosten sepittäminen. Plagiointi tarkoittaa toisen henkilön kirjoittaman tekstin suoraa lainaamista ilman lähdeviitettä. Tulosten sepittäminen viittaa tekaistuihin, kaunisteltuihin ja muutettuihin tutkimustuloksiin. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 182.) Opin- näytetyön tekijät merkitsivät käytetyt lähteet lähdeluetteloon ohjeiden mukaisesti. Lähdeluettelosta on löydettävissä kaikki tekijöiden käyttämät lähteet. Suoria lainauksia opinnäytetyössä käytettiin harkiten. Käytetyt suorat lainaukset olivat osa haastatteluaineistoa, ja niiden käyttötarkoituksena oli varmistaa tutkimuksen luotettavuutta. Opinnäytetyön tekijät käyttivät ainoastaan tutkimushaastattelusta saatua aineistoa tuloksien perustana, ja kaikki tutkimuksen vaiheet on tarkoin kuvattu tutkimusraportissa.

9.5 Oman oppimisen arviointi

Tekijöiden silmissäkin ajankohtaiselta ja tärkeältä tuntuvalle tutkimukselle saatiin tilaus Vaasan keskussairaalalta loppukesästä 2018. Alusta alkaen oli selvää, että tekijöiden täytyy erilaisista elämäntilanteista johtuen jakaa tehtävät siten, että kumpikin kykenee työstämään opinnäytetyötä toisesta riippumatta. Tekijöiden yhteistyö oli alusta alkaen saumatonta ja kehittyi entisestään opinnäytetyöprosessin aikana. Tekijöiden tahoillaan tuottamat osuudet koottiin säännöllisesti yhteen ja muotoiltiin jäsenyneeiksi kokonaisuudeksi.

Alkuperäisessä tutkimusaikataulussa pysyminen tuotti hankaluuksia. Syynä tähän oli osittain tekijöiden henkilökohtaisten resurssien riittämättömyys ja jaksamisen hiipuminen tutkimuksen tekemisen, muun opiskelun sekä perhe- ja työelämän tuomien ristikkäisten paineiden keskellä. Prosessin kulkua objektiivisesti tarkastellen on todettava, että opinnäytetyöprosessin aloittamiselle huomattavasti aikaisemmin ei ollut esteitä. Prosessin pitkittäminen olisi helpottanut realistisen aikataulun laatimista alusta alkaen. Helmikuussa 2019 hyväksytyyn tutkimussuunnitelmaan kirjatussa aikataulussa kuitenkin pysyttiin.

Tutkimuksen teoriapohjaa rakentaessamme soveltuvan tutkimustiedon hakeminen osoittautui ennakoitua vaikeammaksi. Tutkimustietoa Safewards-toimintamallin käytön vaikutuksista pakon käytön vähentämisessä tai pakon käytön vähentämisestä yleisesti Suomessa oli saatavilla hyvin rajoitetusti. Lopulta yleisesti teoriakehykseen sopivaa tutkimustietoa löytyi kuitenkin riittävästi.

Tutkimuksen tekeminen sinällään oli tekijöille mieleistä, ja kummankin tekijän opintoihin sisältyneiden hoitotyön tutkimusta ja kehittämistä käsittelevien opintojaksojen teorian tieto jäsenyi konkreettisemmaksi. Tutkimusprosessi on selkeytynyt tekijöille, ja riittävän ajan varaamisen tärkeys suhteutettuna käytössä oleviin resursseihin nähdään keskeisenä osana tutkimusprosessia.

LÄHTEET

- Appelqvist-Schmidlechner, K., Tuisku, K., Tamminen, N., Nordling, E. & Solin, P. 2016. Mitä on positiivinen mielenterveys ja kuinka sitä mitataan? Suomen lääkäri-lehti. 71:24, 1759–1760.
- Bowers, L. 2014. Safewards: a new model of conflict and containment on psychiatric wards. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 21, 499–508.
- Bowers, L., Stewart, D., Papadopoulos, C. & DeScanto Iennaco, J. 2014. Correlation Between Levels of Conflict and Containment on Acute Psychiatric Wards: The City-128 Study. *Psychiatric Services* 64 (5), 423–430.
- Hietaharju, P. & Nuutila, M. 2010. Käytännön mielenterveystyö. Helsinki. Tammi.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2001. Tutkimushaastattelu – Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki. Yliopistopaino.
- Hämäläinen, K., Kanerva, A., Kuhanen, C., Schubert, C. & Seuri, T. 2017. Mielenterveyshoitotyö. Helsinki. Sanoma Pro Oy.
- Isoherranen, K. 2012. Uhka vai mahdollisuus – moniammatillista yhteistyötä kehittämässä. Akateeminen väitöskirja. Helsingin yliopisto. 5.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. 1. painos. Helsinki. WSOYpro Oy.
- Keski-Valkama, A. 2010. The Use of Seclusion and Mechanical Restraint in Psychiatry. A Persistent Challenge over Time. Väitöskirja. Tampereen Yliopisto.
- L 14.12.1990/1116. Mielenterveyslaki. Säädos Finlexin sivuilla. Viitattu 27.12.2018. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>
- L 11.12.2009/1066. Mielenterveyslaki. Säädos Finlexin sivuilla. Viitattu 27.12.2018. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116#L1P4>
- L 11.6.1999/731. Perustuslaki. Säädos Finlexin sivuilla. Viitattu 14.11.2018. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731>
- Lehtonen, J. 2011. Moniammatillisuus psykiatriassa. Lääketieteellinen aikakauskirja *Duodecim*. 2011, 127(12), 1187–8.
- Lönnqvist, J. & Lehtonen, J. 2017. Psykiatria ja mielenterveys. Teoksessa *Psykiatria*, 18–19. Toim. Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. Helsinki. Duodecim.
- Makkonen, P., Putkonen, A., Korhonen, J. & Kuosmanen, L. 2016. Pakon käytön vähentäminen ja turvallisuuden lisääminen psykiatrisessa hoidossa. Työpäperi

35/2016. Toim. Kärkkäinen, J. Helsinki. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). 3, 9, 10, 26. Viitattu 4.1.2019. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/131697/URN_ISBN_978-952-302-751-0.pdf?sequence=1

Mielenterveystalo. 2019. Sanasto. Viitattu 14.4.2019. <https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/itsehoito-ja-oppaat/oppaat/psykoosi/Pages/sanasto.aspx>

Noorthoorn, E., Yolande Voskes, M., Janssen, W., Mulder, C., Van de Sande, R., Nijman, H., Smit, A., Hoogendoorn, A., Bousardt, M. & Widdershoven, M. 2016. Seclusion Reduction in Dutch Mental Health Care: Did Hospitals Meet Goals? *Psychiatric Services*, 67, 12, 1321–1327.

Nykäsenoja, J. 2015. Kolmas sektori mielenterveystyön hallinnassa. Väitöskirja. Helsingin yliopisto, valtiotieteiden tiedekunta. 143.

Parkkila, M., Välimäki, M. & Routasalo, P. 2000. Teoksessa Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 1.-3. painos. Helsinki. Tammi.

Partanen, A., Moring, J., Nordling, E., & Bergman, A. 2010. Avauksia 16/2010. Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009-2015. Suunnitelmasta toimenpanoon vuonna 2009. Toim. Bergman, A. Helsinki. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). 43. Viitattu 17.12.2018. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085116>

Rovasalo, A. & Jüriloo, A. 2011. Psykiatristen pakkotoimien vähentämisessä ei moralisointi auta. *Duodecim-lehti*. 5–7. <https://www.duodecim-lehti.fi/api/pdf/duo99270>

Roberts, L. & Bandstra, B. 2012. Addressing stigma to strengthen psychiatric education. *Acad Psychiatry*. 36:5, 347–350.

Safewards. 2019 a. Yleistä. Viitattu 2.2.2019. <http://www.safewards.net/fi/2015http://www.safewards.net/fi/2015-07-03-09-44-53/yleistae07-03-09-44-53/yleistae>

Safewards. 2019 b. Interventiot. Viitattu 15.3.2019. <http://www.safewards.net/fi/2015-07-03-10-10-24>

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2019. Mielenterveyspalvelut. Viitattu 19.3.2019. <https://stm.fi/mielenterveyspalvelut>

Suomen mielenterveysseura, a. Mitä mielenterveys on? Viitattu 3.1.2019. <https://www.mielenterveysseura.fi/fi/mielenterveysseura/organisaatio-ja-toiminta/strategia/mit%3%A4-mielenterveys>

Suomen mielenterveysseura, b. Mielenterveyden häiriöt. Viitattu 12.3.2019. <https://www.mielenterveysseura.fi/fi/mielenterveys/mielenterveyden-h%3%A4iri%3%B6t>

- Suomen mielenterveysseura, c. Kolmas sektori. Viitattu 19.3.2019.
<https://www.mielenterveysseura.fi/fi/tukea-ja-apua/apua-mielenterveyden-ongelmiin/mielenterveyspalvelut/kolmannen-sektorin-auttavat>
- Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. 2018. Mielenterveyshäiriöt. Viitattu 16.3.2019.
<https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyshairiot>
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 1.-3. painos. Helsinki. Tammi.
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK). 2019. Hyvä tieteellinen käytäntö. Viitattu 14.1.2019. <https://www.tenk.fi/fi/hyva-tieteellinen-kaytanta>
- Vaasan keskussairaalan toiminta- ja taloussuunnitelma 2019-2021. 11, 21. Viitattu 15.1.2019. https://www.vaasankeskussairaala.fi/globalassets/hallinnon-tiedostot/forvaltning_hallinto/hallituksen-poytakirjat/2018/toiminta--ja-taloussuunnitelma_hallitus-1.10.18.pdf

LIITE 1

SAATE

26.2.2019

Arvoisa vastaanottaja

Opiskelemme Vaasan ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveysalan yksikössä. Teemme opinnäytetyönä tutkimuksen Vaasan keskussairaalan hoitohenkilökunnan kokemuksista Safewards-toimintamallista pakon käytön vähentämisessä psykiatrisilla osastoilla.

Tutkimus toteutetaan ryhmähaastatteluna Vaasan keskussairaalan psykiatrian yksikön tiloissa helmikuussa 2019. Paikka ja aikataulu tarkentuvat myöhemmin ja ne ilmoitetaan haastateltaville henkilökohtaisesti. Haastattelun kesto on noin tunti, haastatteluun osallistuminen tapahtuu haastateltavan työajalla. Haastateltavat voivat vastata kysymyksiin omalla äidinkielellään.

Haastattelu nauhoitetaan kerätyn tiedon analysointia varten. Haastateltavien henkilöllisyyttä ei julkaista tutkimusraporteissa eikä vastaajia voi yksilöidä julkaistujen tutkimustulosten perusteella.

Vastaamme mielellämme kysymyksiin.

Ystävällisin terveisin,

Nadine Laaja

Jukka Koivusaari

Terveydenhoitajaopiskelija

Sairaanhoitajaopiskelija

Vaasan ammattikorkeakoulu

Vaasan ammattikorkeakoulu

(Sähköposti: e1500651@edu.vamk.fi) (Sähköposti: e1600085@edu.vamk.fi)

LIITE 2

HAASTATTELUKYSYMYKSET

1. Minkälaisia kokemuksia teillä on Safewards-toimintamallista yleisesti?
2. Minkälaisia kokemuksia teillä on Safewards-interventioiden hyödyntämisestä käytännön hoitotyössä?
3. Minkälaisia kokemuksia teillä on Safewards-toimintamallin vaikutuksista rajoitteiden käyttämiseen?
4. Millaisia kehittämissuhteita teillä on Safewards-toimintamallin hyödyntämiseen liittyen?