



SAVONIA

OPINNÄYTETYÖ - AMMATTIKORKEAKOULUTUTKINTO
SOSIAALI-, TERVEYS- JA LIIKUNTA-ALA

PSYKIATRISEN TURVAMO- DUULIN KÄYTTÖ UUDESSA PSYKIATRISSESSA SAIRAA- LASSA

TEKIJÄT: Meritta Koponen
Janne Kuosmanen
Kaisa Väätäinen

Koulutusala Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala	
Koulutusohjelma/Tutkinto-ohjelma Sairaanhoitajan tutkinto-ohjelma	
Työn tekijät Meritta Koponen, Janne Kuosmanen, Kaisa Väättäinen	
Työn nimi Psykiatrisen turvamoduulin käyttö uudessa psykiatrisessa sairaalassa	
Päiväys	8.4.2020
Sivumäärä/Liitteet	42
Ohjaaja Arja-Sisko Kainulainen	
Toimeksiantaja/Yhteistyökumppani Kuopion yliopistollinen sairaala	
<p>Tiivistelmä</p> <p>Psykiatrisen turvamoduulin tarkoituksena on vähentää pakkokeinojen käyttöä psykiatrisessa hoidossa ja sen tarkoitus on tarjota potilaille turvallinen hoitoympäristö silloin, kun hoito vaatii suljetumpaa, valvotumpaa ja turvallisempaa osastoympäristöä. Tavoitteena on pyrkiä hoitamaan potilasta mahdollisimman pitkälle ilman rajoitteita. Suomessa psykiatrisen turvamoduuli on vielä toistaiseksi melko tuntematon asia ja toiminnassa on vasta yksi, joka sijaitsee Pohjois-Karjalan keskussairaalassa.</p> <p>Tässä opinnäytetyössä tuotettiin suomenkielinen kirjallinen tietopaketti psykiatrisen turvamoduulin toiminnasta. Lisäksi tuotettiin kysely Julkulan sairaalan hoitohenkilökunnan näkemyksistä ja toiveista koskien Kuopioon tulevan uuden psykiatrisen sairaalan psykiatrista turvamoduulia, minkä vastauksia Kuopion yliopistollinen sairaala voi hyödyntää psykiatrisen turvamoduulin suunnittelussa. Opinnäytetyön toimeksiantaja oli Kuopion yliopistollinen sairaala.</p> <p>Julkulan sairaalan hoitohenkilökunnalle kohdistettu kysely toteutettiin laadullisena tutkimuksena ja analysointiin käytettiin induktiivista eli aineistolähteistä sisältöanalyysiä. Kysely sisälsi sekä suljettuja että avoimia kysymyksiä. Tutkimustuloksista kävi ilmi, että hoitohenkilökunnalla on hyvin vaihtelevat tiedot siitä, mikä turvamoduuli on ja kuinka sen toiminta vähentää psykiatrisia pakkokeinoja. Laajuudeltaan vaihtelevista tiedoista turvamoduulin tarkoituksesta huolimatta tutkimustulokset olivat pääosin samansuuntaisia. Vastauksista valtaosa painottui pakkokeinoja vähentäviin menetelmiin sekä potilaan ja hoitohenkilökunnan turvallisuuteen.</p> <p>Opinnäytetyömme tehtiin paikallista psykiatrista sairaalaa varten, mutta tietopakettia ja tutkimuksemme tuloksia voi käyttää laajemmaltikin tulevien turvamoduulien suunnittelussa ja henkilökunnan koulutuksessa.</p>	
Avainsanat eristäminen, itsemääräämisoikeus, pakkohoito, pakkokeinot, psykiatrisen hoito, psykiatrisen sairaala	

Field of Study Social Services, Health and Sports			
Degree Programme Degree Programme in Nursing			
Authors Meritta Koponen, Janne Kuosmanen, Kaisa Väättäin			
Title of Thesis The usage of the safety module in the new psychiatric hospital			
Date	8.4.2020	Pages/Appendices	42
Supervisor Arja-Sisko Kainulainen			
Client Organisation Kuopio University Hospital			
<p>Abstract</p> <p>The purpose of the psychiatric safety module is to reduce the use of coercive measures in psychiatric care and it was designed to provide patients a safe treatment environment when treatment requires more closed, controlled and safer environment in the ward. The goal is to try to treat the patient as far as possible without restrictions. In Finland, the safety module is still relatively unknown and there is only one in operation at North Karelia Central Hospital.</p> <p>The output of this thesis a Finnish written information package of the operation of the psychiatric safety module. In addition, a survey on the views and wishes of the Julkula hospital nursing staff regarding the upcoming psychiatric safety module coming to Kuopio was carried out and made available to the planning team of the future psychiatric hospital. The client organisation of the thesis was the Kuopio University Hospital.</p> <p>The questionnaire survey addressed to the staff at the Julkula Hospital was conducted as a qualitative study and the analysis was carried out using inductive or material-based content analysis. The survey included both closed-ended and open-ended questions. The results of the study showed that there is a great deal of variability among the healthcare staff about what a safety module is and how it works to reduce psychiatric coercion. Despite the varying extent of the data and lack of knowledge of the purpose of the security module, the results of the research were largely parallel. The vast majority of the responses focused on decreasing coercive measures and on the safety of the patients and staff.</p> <p>The thesis was done for a local psychiatric hospital, but the information package and the results of the research can be used more extensively when planning future security modules and training staff.</p>			
<p>Keywords coersive measure, involuntary treatment, isolation, personal autonomy, psychiatric care, psychiatric hospital</p>			

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO	6
2	PAKKOKEINOJEN KÄYTTÖ PSYKIATRIAN ERIKOISALALLA.....	7
2.1	Pakkokeinojen käyttöä koskevat lait ja eettiset lähtökohdat	7
2.2	Pakkokeinojen vähentäminen.....	8
2.3	Pakkokeinojen ennaltaehkäisy	10
3	PSYKIATRINEN TURVAMODUULI	13
3.1	Psykiatrinen turvasolu Pohjois-Karjalan keskussairaalassa.....	13
3.2	Psykiatrisen turvasolun ja turvatilan toimintamalli Turun yliopistolliseen keskussairaalaan.....	14
3.3	Psykiatrinen turvamoduuli ulkomailla	15
4	TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITE	16
5	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN	17
5.1	Tutkimusmenetelmän valinta	17
5.2	Aineiston keruu.....	17
5.3	Aineiston analysointi	19
6	OPINNÄYTETYÖN TULOKSET	20
6.1	Turvamoduulin fyysiset tilat ja virikkeet	20
6.2	Hoitotyön menetelmät turvamoduulissa	21
6.3	Turvamoduulin toiminnassa muut huomioitavat asiat	21
7	POHDINTA.....	23
7.1	Tulosten tarkastelua.....	23
7.2	Tutkimuksen eettisyys.....	24
7.3	Tutkimuksen luotettavuus	25
7.4	Ammatillinen kasvu	26
7.5	Hyödynnettävyys, kehittämisideat ja jatkotutkimusaiheet	27
	LÄHTEET JA TUOTETUT AINEISTOT	28
	LIITE 1: RAUHOITTUMISTILA, NIUVANNIEMEN SAIRAALA OSASTO 1.....	33
	LIITE 2: ERISTYSHUONE, JULKULAN SAIRAALA OSASTO 2712.....	34
	LIITE 3: LEPOSIDE-ERISTYS, JULKULAN SAIRAALA OSASTO 2712	35
	LIITE 4: KUVIA TURVASOLUSTA, POHJOIS-KARJALAN KESKUSSAIRAALA.....	36
	LIITE 5: TUTKIMUSLUPA.....	38

LIITE 6: SAATEKIRJE	39
LIITE 7: KYSELY, SIVUT 1-3	40

1 JOHDANTO

Vanhan mallisissa psykiatrisissa sairaaloissa, kuten nykyisessä KYS (Kuopion yliopistollinen sairaala) Julkulan sairaalassa, ei perinteisten eristystilojen (huone- sekä leposide-eristys) lisäksi ole turvamoduulia. Psykiatrinen turvamoduuli on tila, mikä mahdollistaa turvallisemman ja valvotumman ympäristön potilaalle psyykkisen voinnin niin vaatiessa. Tällä hetkellä Suomen ensimmäinen ja ainut nykyaikainen psykiatrinen turvamoduuli on Joensuussa Pohjois-Karjalan keskussairaalassa. Eräänlaisia rauhoittumistiloja on aiemmin saneerattu muun muassa Niuvanniemen sairaalan NEVA:lle (Niuvanniemen sairaalan erityisen vaikeahoitoisten alaikäisten tutkimus- ja hoito-osasto) ja osastolle 1 (liite 1), pakkotoimien vähentämiseksi (Janhunen, Lehto 2016, 18). Kuitenkaan rauhoittumistila ei vastaa muualla maailmassa tai Joensuussa käytössä olevaa nykyaikaista turvamoduulia. Turvamoduulin toimintaa käsitellessä seuraavissa luvuissa käytämme myös käsitteitä turvasolu sekä turvatila, eri toimintamallien lähteistä johtuen.

KYS:ssa toimii pakkotoimien vähentämisen ohjelma, ja aihe on myös valtakunnallisesti ja eettisesti tärkeä, koska psykiatrian erikoisalalla voidaan käyttää mielenterveyslain mukaisia, lukuisia pakkotoimia tahdosta riippumattoman sairaalahoidon aikana (Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116, 4 a luku). Pakkotoimien käytön vähentämisen tutkimus- ja kehittämistyötä on ollut valtakunnallisesti myös muun muassa Niuvanniemen sairaalassa vuodesta 2006 lähtien (Koivuniemi ym. 2017, 3). Tämänhetkisiä pakkotoimia ovat esimerkiksi liikkumisvapauden rajoittaminen, yhteydenpidon rajoittaminen, omaisuuden tarkastus ja haltuunotto, fyysinen kiinnipitäminen, tahdosta riippumaton lääkeinjektio, huone-eristys sekä leposide-eristys (Kasurinen 2017, 13).

Erityisesti huone- ja leposide-eristykseen liittyy aina potilas- sekä hoitajalähtöisiä riskejä (Haahtinen, Rustari ja Saari 2017, 22). Lisäksi esimerkiksi huone-eristys vaatii paljon erillisiä toimenpiteitä ja huomioitavia asioita, kuten moniammatillista yhteistyötä, vastuunjakoa, turvallisuuden varmistamista, peruselintoimintojen arviointia, potilaan hyvinvoinnista huolehtimista ja tarkkaa kirjaamista (Kinnunen 2013, 42). On pohdittu, että eristystä saadaan tuskin koskaan pois pakkotoimien keinovaihtoehtona, mutta sitä voidaan kuitenkin kehittää ja saada tilalle inhimillisempiä vaihtoehtoja (Roiha, Skog, Sundell 2016, 21).

Työn tilaaja on Kuopion yliopistollinen sairaala, yhteyshenkilönä ja työelämäpuolen ohjaajana toimii Kuopion yliopistollisen sairaalan psykiatrian ylihoitaja. Tarkoituksena on kerätä tietoa erilaisista lähteistä psykiatrisen turvamoduulin toimintaan liittyen, sekä toteuttaa kysely Julkulan sairaalan hoitohenkilökunnalle tulevan turvamoduulin toiminnasta. Tavoitteena on saada suomenkielinen, kirjallinen tietopaketti turvamoduulista KYS:n uuden psykiatriatalon turvamoduulityöryhmän työn tueksi, sekä tuoda esille KYS:n hoitajien näkemyksiä ja toiveita turvamoduulin toiminnasta, mistä olisi apua KYS:n tulevan psykiatrisen sairaalan suunnittelussa sekä toiminnoissa.

2 PAKKOKEINOJEN KÄYTTÖ PSYKIATRIAN ERIKOISALALLA

Suomessa on ollut vuodesta 1840 alkaen mielisairauksien hoitoa koskevia säädöksiä. Mielenterveyslaki tuli voimaan vuonna 1991 ja korvasi sitä ennen voimassa olleen mielisairaslain (187/1952) vuodelta 1952. Vuonna 1977 mielisairaslakia uusittiin ja tuolloin alettiin keskustella tahdosta riippumattomasta hoidosta. Mielenterveyslakia kuitenkin muokattiin vasta vuonna 2001, jolloin kohtaan 4a lisättiin yksityiskohtaisesti itsemääräämisoikeuden rajoituksiin liittyviä säännöksiä. Tämän taustalla on yleinen perusoikeusuudistus, jossa ilmaistaan laitoshoidossakin olevien potilaiden oikeus turvallisuuden ja koskemattomuuteen, sekä kielletään ihmisarvoa loukkaava kohtelu, kidutus ja mielivaltaisen vapauden riisto. (Repo-Tiihonen, Putkonen ja Tuppurainen 2012.) Potilaslaki itsessään oikeuttaakin sen, että ratkaisut potilaan hoitoa koskien tehdään mahdollisuuksien mukaan yhteistyössä ja yhteisymmärryksessä potilaan kanssa. Lisäksi laki oikeuttaa potilaan saamaan hyvää hoitoa sekä kohtelua. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista, 17.8.1992/785, 2 luku, 3§.)

2.1 Pakkokeinojen käyttöä koskevat lait ja eettiset lähtökohdat

Suomen lain mukaan pakkokeinoja, joita voidaan toteuttaa potilaan psykiatrisessa hoidossa tahdosta riippumatta ovat: liikkumisvapauden rajoittaminen, sekä psyykkisen, että ruumiillisen sairauden hoito, yhteydenpidon rajoittaminen, eristäminen, sitominen, omaisuuden haltuunotto, lähetysten ja omaisuuden tarkistaminen, sekä henkilöntarkastus. Tahdosta riippumattomista toimista päättää aina hoidosta vastaava lääkäri tai päivystävä lääkäri. *Rajoittamistoimia voidaan käyttää vain potilaiden kohdalla, jotka ovat tahdosta riippumattomassa hoidossa.* (Mielenterveyslaki 1116/1990, luku 2.)

Psykiatristen sairaansijojen määrä on vähentynyt 1980-luvun alun tasosta neljännekseen. Tänä aikana hoitajakson aikaiset pakkotoimenpiteet eivät ole vähentyneet. Vuonna 2009 psykiatrisessa hoidossa olleista potilaista 30 % oli tahdosta riippumattomassa hoidossa, 7 % hoitajakson aikana oli ollut eristyksessä, 3 % oli ollut lepositeissa, ja 2 % oli saanut tahdonvastaisen injektion. (Lönngqvist, Henriksson, Marttunen ja Partonen 2011, 650.)

Pakkokeinojen käyttöä psykiatrisessa hoidossa määrittelee erinäiset lait, kuten; Perustuslaki (731/1999), Mielenterveyslaki (1116/1990), Ihmisoikeussopimukset (731/1999), Laki potilaan oikeuksista (785/1992), Muu lainsäädäntö ja Itsemääräämisoikeuslaki (785/1992). Näiden lisäksi pakkokeinojen käyttöä määrittelee muun muassa eettinen lähtökohta. (Makkonen 2015, 16.)

Mielenterveyslain (1116/1990) mukaiset rajoittamistoimenpiteet koskevat ainoastaan potilaita, jotka ovat tahdosta riippumattomassa psykiatrisessa hoidossa. Mielenterveyslaissa on tarkkaan määritelty kriteerit ja edellytykset, joiden on täyttyvä, mikäli potilaan itsemääräämisoikeutta ja perusoikeuksia rajoitetaan. Toimenpiteet on toteutettava ihmisarvoa kunnioittaen, ja mahdollisimman turvallisesti. Mielenterveyslain luvussa Erityiset rajoitukset (1423/2001) on mainittu kriteerit, joiden on täyttyvä, mikäli potilas eristetään muista. Kriteerit ovat:

1. Potilas käyttäytymisensä tai uhkauksensa perusteella todennäköisesti vahingoittaisi joko itseään tai muita.
2. Potilas käyttäytymisellään vakavasti vaikeuttaisi muiden potilaiden hoitoa tai vaarantaisi vakavasti omaa turvallisuuttaan, tai vahingoittaisi vakavasti ja todennäköisesti omaisuutta.
3. Potilaan eristäminen muista, on erittäin painavasta ja hoidollisesta syystä välttämätöntä (Mielenterveyslaki, 4a, 22e.)

Psykiatrian etiikassa on kyse toisen kunnioittamisesta, itsemääräämisoikeudesta, ihmisoikeuksista, ja yksilönvapaudesta. Nämä seikat ovat ehdottomia edellytyksiä nykyaikaisen psykiatrisen hoidon toteutuksessa. Eettisyys ja eettinen toiminta ovat vastuuta siitä mikä on asianmukaista ja oikeaa potilaan auttamisessa. (Lönngqvist, Henriksson, Marttunen ja Partonen 2011, 17.) Pakkokeinojen käyttö psykiatrisessa hoidossa, eristäminen ja sitominen merkitsevät voimakasta puuttumista potilaan koskemattomuuteen, ja niistä on tarkat edellytykset mielenterveyslaissa. Perustuslaki (1423/2001) turvaa oikeuden jokaiselle henkilökohtaiseen yksityisyyden suojaan, sekä vapauteen, ja asettaa korkean kynnyksen siihen puuttumiseen. Kaikissa tilanteissa, joissa pakkokeinoja käytetään, tai potilaan itsemääräämisoikeutta rajoitetaan, on niiden perustuttava sekä lakiin, että täyttää kriteerit hyväksyttävyyden- ja välttämättömyysvaatimusten osalta (Lönngqvist ym. 2011, 649.)

2.2 Pakkokeinojen vähentäminen

Pakkokeinojen vähentämisen syistä ja tarkoituksesta psykiatrisessa hoidossa on erityisesti viime vuosina alkanut löytyä näyttöä. Pakonkäytön vähentäminen psykiatrisessa hoidossa on merkityksellistä niin ihmisoikeusnäkökulmasta, kuin työturvallisuuden osalta. Pakonkäytön vähentäminen on lisäksi potilasturvallisuuskysymys. Suomen mielenterveyslain (Mielenterveyslaki, 4a, 22e.) mukaan, potilaan psykiatrisen hoito pitää toteutua pääasiassa yhteistyössä potilaan kanssa ja potilaan toiveita kuunnellen. Kansainväliset sopimukset, psykiatrisen hoidon eettiset periaatteet ja eurooppalainen ihmisoikeuslainsäädäntö velvoittavat systemaattiseen pakonvähentämiseen. Pakon vähentämistä onkin pystytty psykiatrisessa hoidossa merkittävästi vähentämään työn suunnitelmallisella kehittämisellä, joka välillisesti on vaikuttanut myös henkilökunnan sairauspoissaolojen vähenemiseen. Syksyllä 2010 Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos kutsui koolle psykiatristen sairaaloiden edustajat, jonka pohjalta perustettiin Pakonkäytön vähentämisen ja turvallisuuden lisäämisen työryhmä. (Makkonen, Putkonen, Korhonen, Kuosmanen ja Kärkkäinen 2016, 3.)

Psykiatrisessa hoidossa pyritään nykypäivänä siihen, että pakkokeinojen käyttöä harkitaan vain tilanteissa, joissa muut hoitotoimet eivät ole riittäviä, ja kriteerit pakkokeinojen käyttöön lain mukaan täyttyvät. Keskeistä pakkokeinojen käytön vähentämiselle on ottaa käyttöön ennaltaehkäiseviä keinoja ja toimintatapoja, sekä vahvistaa potilaiden osallisuutta. Muutoksen mahdollistaa kriisitilanteiden tapahtumaketjujen jäsenelty tarkastelu niin yksilö, yksikkö, kuin laitostasolla, johtajien henkilökohtaisen tuen avulla. Erityisesti pakkokeinojen vähentämisen prosessissa on tärkeää tarkastella henkilöstön koulutusta ja rakennetta, sekä tehtävänkuvia. Tärkeää on myös ottaa huomioon asenteiden merkitys, sekä hoitokulttuurin vaikutukset. Fyysinen hoitoympäristö parhaimmillaan mahdollistaa pakonkäytön sijaan vaihtoehtoisten menetelmien käytön. Hoitokäytänteistä keskustelu ja yhdessä suunnitelmien laatiminen mahdollistaa pakonkäytön vähentämisen. (Apell ja Mattila 2017, 10.)

Pakkokeinojen vähentämisen taustalla on pakkokeinojen ennaltaehkäisy, jota seuraavassa luvussa on tarkemmin käsitelty. Ennaltaehkäisy käytännössä mahdollistaa pakkokeinojen vähentämisen, mutta myös hoidon ja hoitojärjestelmän kehittäminen vaikuttaa olennaisesti pakkokeinojen vähentämiseen. THL:n laatimassa työkirjassa pakon käytön vähentämisen osalta on kirjattu keinoja: avohoidossa huomioitavat seikat, sairaalahoidossa huomioitavat seikat, henkilöstön merkitys, hoitokulttuurin merkitys, ja tilojen merkitys. (THL 2016.)

Avohoidossa huomioitavia seikkoja pakkokeinojen vähentämisen mahdollistajana on mainittu muun muassa, että jokaisen kaupungin ja kunnan on tarjottava tarpeita vastaavia mielenterveyspalveluita. Merkityksellistä myös on, kuinka prosessi etenee, kun psykiatrisesta avohoidosta potilas siirretään psykiatriseen sairaalahoitoon, ja takaisin avohoitoon. Potilaalle ennestään tuttujen työntekijöiden läsnäolon merkitystä ei voida vähätellä, ei myöskään sen merkitystä, että sairaalahoidossakin potilaan hoidon suunnittelun vaiheessa avohoidon oma työntekijä olisi läsnä pohtimassa avohoitoon siirtymistä. (Terveystieteiden tutkimuskeskus 1326/2010.)

Sairaalahoidossa muun muassa hoitosuhdetyön työskentelytavat ovat merkityksellisiä potilaan pakkokeinojen vähentämisen mahdollistamiseksi. Hoitajien ammatillisten valmiuksien merkitys väkivaltatilanteiden vähentämisessä on yhtä tärkeä seikka, kuin hoitajien asennoituminen potilaita kohtaan, käyttäytyminen potilaiden kanssa ja vuorovaikutuksellisten keinojen käyttäminen hoitosuhteessa. (Makkonen ym. 2016, 31.) Pakkotoimien käytöllä sairaalassa tapahtuvaa väkivaltaa ei saada loppumaan, vaan muut terapeuttiset keinot ovat tarpeen potilaan tunteiden itsesäätelyn tukemisessa (Tuovinen 2017, 7).

Henkilöstön merkitys taas pakkokeinojen vähentämistä tavoitellessa, käsittää aivan perusasioita, kuten riittävän henkilöstöresurssin/mitoituksen ja koulutusrakenteen. Arvioita on esitetty siitä, että mitä suurempi henkilöstöresurssi suhteessa potilasmäärään, sitä enemmän on aikaa käyttää suoraan potilastyöhön, ja näin osaltaan vaikuttaa konfliktien määrän vähentämiseen. Eristämisen ja sitomisen vaihtoehtona voi olla esimerkiksi vierihoito, joka itsessään vaatii luonnollisesti riittävän henkilöstömitoituksen. Henkilöstön koulutustaso ja työkokemus ovat tutkimusten mukaan suoraan yhteydessä pakkotoimien käytön määrään. Hyvä rekrytointi ja perehdyttäminen, mahdollistavat siis osaltaan pakkokeinojen vähentämistä. (Makkonen ym. 2016, 31.) Samaan aikaan suomalaista tutkimusta henkilöstömitoituksen vaikutuksista pakkokeinojen vähentämisessä on suhteessa vähän. Kansainvälisesti psykiatrian puolen henkilöstömitoitusta on tutkittu niin henkilöstön määrän, rakenteen, haittatapahtumien, kuin pakkotoimien osalta. Sen sijaan pakkotoimien käyttöä ja siihen liittyviä tekijöitä on tutkittu paljon kansainvälisellä tasolla. Tutkimusten tuloksena nousee esiin muun muassa seikka, että henkilöstömäärän ollessa suurempi, potilaiden aggressiivisuus lisääntyi. Pakkokeinojen vähentäminen ei siis henkilöstömäärän lisäämisellä yksinään riitä. (Laukkanen 2015, 10–11.)

Hoitokulttuurin merkitys voidaan ajatella tarkoittavan jokaisen yksikön omaa käsitystä siitä, miten omasta toiminnasta ajatellaan. Hoitokulttuuri ja sen kehittäminen edellyttävät hyvin rakennettua ja pitkäikäistä, sekä järjestelmällistä toimintaa, jossa asiakkaan näkökulma painottuu keskiössä. Yksikön

perustehtävä, henkilökunta ja hoito-olosuhteet vaikuttavat hoitokulttuuriin, jotka ovat asiakasläh- töistä toimintaa ohjaavia periaatteita. Potilaiden ja henkilökunnan yhteisöllisyyttä on mahdollista tu- kea rakentamalla mahdollisimman paljon esimerkiksi yhteisiä tiloja. Toisaalta myös potilaille täytyy olla mahdollisuus yksityisyyteen, sillä osin, että heillä olisi mahdollisuus yhden hengen huoneisiin. Henkilökunnan ja potilaiden yhdessä tekemisen on katsottu myös osaltaan vähentävän pakkokeino- jen käyttöä. Fyysisten tilojen merkityksen osalta on katsottu, että ne vaikuttavat myös aggressiivi- seen käyttäytymiseen. Esimerkiksi potilaiden huonejärjestelyissä osastolla kahden hengen huoneet ovat lisänneet potilaiden aggressiivisuutta. Pakkokeinojen vähentämisen osalta väkivaltariskiä voi- daan vähentää kiinnittämällä huomiota muun muassa sisäänkäynteihin, tilojen muotoon, kalusteisiin, ja pakoteihin, kuten myös teknisen valvonnan osalta tärkeää on huomioida väkivaltariskiä vähentä- vät seikat kuten peilit, hälytysjärjestelmät, hälyttimet ja sisäpuhelimet. (THL 2016; Heino, Kalinen ja Repo 2017, 34.) Asianmukaiset tila- ja laiteratkaisut edistävät myös työturvallisuuslain toteutumista (Työturvallisuuslaki 23.8.2002/738, 12§).

Pakonkäytön vähentämisen keinojen merkitys potilaille on oleellinen. Potilaalle keinojen käyttö mah- dollistaa kokemuksen tulla kuulluksi ja kohdelluksi oikeudenmukaisesti. Edellä mainitut keinot mah- dollistavat myös hoitohenkilökunnalle riittävän perehdytyksen, ammattitaidon kehittymisen, koke- muksen omasta onnistumisesta ja kyvystä auttaa potilaita. Pakkokeinojen käyttö on aina myös riski hoitohenkilökunnalle. AVEKKI-koulutus (koulutus- ja toimintatapamalli väkivaltatilanteiden ennalta- ehkäisyyn ja hallintaan), toteutetaan säännöllisesti, ja sen tarkoitus on antaa työntekijälle valmiuksia kohdata sekä rauhoittaa työssään haastavasti käyttäytyvän asiakkaan (Savonia-ammattikorkea- koulu). Fyysinen puuttuminen ja reagoiminen väkivallan uhkaan vaatii luonnollisesti säännöllistä har- joittelua. Tämän yhteydessä työntekijä voi turvallisesti tarkastella omaa kykyään kommunikaatioon sekä hoidolliseen vuorovaikutukseen asiakkaan kanssa. (Lappalainen 2017, 14–15.)

2.3 Pakkokeinojen ennaltaehkäisy

Terveyden ja hyvinvoinninlaitos on määritellyt pakonkäytön ennaltaehkäisyn keinoiksi muun muassa kuusi ydinstrategiaa, psykiatrinen hoitotahto, väkivaltariskin arviointi, sekä safewards-toimintamalli. Työkirja, joka käsitteli näitä toimia pakkokeinojen ennaltaehkäisyn edistämiseksi, julkaistiin nettiver- siona vuonna 2016 ja päivitettiin vuonna 2017. Työkirjan taustalla toimi 2010 Mieli-työryhmä, joka esitti THL:n kärkihankkeeksi pakon käytössä 40 % vähennystä psykiatrisessa sairaalahoidossa. THL alkoi tämän jälkeen koordinoida pakon käytön vähentämisen ja turvallisuuden lisäämisen työryhmää, tavoitteena muun muassa pakon käytön vähentäminen psykiatrisessa hoidossa, sekä psykiatrisen hoidon kehittymistä potilaslähtöisemmäksi. (Kärkkäinen 2016, 3–4.)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos on laatinut kuusi pakon käytön vähentämisen ydinstrategiaa, jotka ovat näkyvillä taulukossa 1:

TAULUKKO 1. Pakon käytön vähentämisen ydinstrategia.

Johtajuus	tarkoittaa kehittämissuunnitelman laatimista ja pakkokeinojen käytön seuranta
Tieto ohjaamaan käytäntöä	yleisellä tasolla laaja tilastotiedon kerääminen, kuten rajoittamistoimista tiedon ja määrien kerääminen, sekä yleinen kirjaaminen jonka pohjalta laaditaan tavoitteet ja seuranta
Henkilöstön kehittäminen	tarkoittaa koulutuksen tarjoamista henkilöstölle, sekä potilaiden mukaanottoa toiminnan suunnittelussa
Ennaltaehkäisytyökalujen käyttöönotto	jossa potilaille laaditaan yksilökohtainen kuntoutussuunnitelma, kuten kriisisuunnitelma. Lisäksi eristämistoimien sijaan tarjottavien vaihtoehtojen luominen osastoille, kuten aistihuone
Potilaiden rooli	tarkoittaa omaisten ja potilaiden mukaanottoa pakonkäytön vähentämisen kehittämisessä kaikilta osin
Jälkipalaverit	tilanteiden purku, niin läheltä-piti tilanteissa, kuin väkivaltatapahtuman ja pakkokeinojen käytön jälkeenkin

(Makkonen ym. 2016, 18–19.)

Vuonna 2015 KYS otti käyttöönsä psykiatrisen hoitotahdon, jonka tavoitteena niin ikään on vähentää pakkokeinojen käyttöä. Psykiatrisessa hoitotahdossa potilas nimeää seikkoja, joita toivoo käytettävän ensisijaisesti, mikäli psyykinen vointi heikkenee siinä määrin, että tarvitaan hoidollisia tukitoimia. Potilaan etukäteen esittämät toiveet hoidosta ovat tärkeitä, mikäli potilaan kyky ilmaista omia toiveitaan muuttuu, eikä hän kykene ilmaisemaan mitä toivoo. Potilas voi psykiatrisessa hoitotahdossa esimerkiksi ilmaista, mitkä keinot häntä auttavat parhaiten tilanteessa, jossa hän on kiihtynyt tai ahdistunut. Potilaan psykiatriseen hoitotahtoon ilmoitettuja keinoja voidaan käyttää potilaan psyykkisen voimien heikentyessä tai muuttuessa, jotta tavoitteellisesti voidaan ehkäistä pakkokeinojen käyttöä ja mahdollisia eristämistoimia. (Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri psykiatrisen hoitotahtolomake, 2015.) Hoitotahto tukee potilaan itsemääräämisoikeutta, mutta kyseessä ei kuitenkaan ole juridisesti pätevä asiakirja, ja mielenterveyslain määrittelemät kriteerit tahdosta riippumattomista hoitotoimenpiteistä, ohittavat hoitotahdon (Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri potilasohje, 2015).

Safewards-toimintamallin tavoitteena on vähentää psykiatrisilla osastoilla tapahtuvia konflikteja, mahdollisia aggressiotilanteita, sekä vähentää niiden osalta käytettyjä pakkokeinoja. Safewards-työvälineet ovat kohdennettu aggressiotilanteiden rauhoittamiseen, sekä väkivaltaisen käytöksen ennaltaehkäisyyn. Safewards-mallissa on esitetty tekijöitä, jotka vaikuttavat psykiatrisella osastolla konfliktien syntyyn, ja sitä kautta mahdollisten pakkokeinojen käyttöön. Niin sanottuja tekijöitä ja huomioitavia seikkoja, ovat muun muassa: potilaiden erityispiirteet ja taustat, rajoitukset, henkilökunta ja henkilökunnan toiminta sekä asioiden ilmaisemistyyli, fyysinen osastoympäristö, potilaiden

muodostama yhteisö, sekä osaston ulkopuolinen fyysinen ympäristö. Safewardin mukaan sekä henkilöstö että potilaat voivat olennaisesti vaikuttaa osastojen toimintaan niin, että konfliktitilanteiden syntyminen voidaan estää. (Kontio 2015, 2–4.)

Mallissa on esitetty 10 interventiota, joista voidaan käyttää yhtä, tai useampaa. Tärkeää kuitenkin on, että niitä toteutetaan systemaattisesti. 10 interventiota: yhteiset odotukset, pehmeät sanat, puheella rauhoittaminen, positiiviset sanat, huonojen uutisten kertominen, tunnetaan toisemme, avun antaminen, rauhoittumismenetelmät, turvallisuuden palauttaminen, kotiutusviestit. Englannissa mallia käyttäneillä osastoilla tutkimuksen mukaan pakkokeinojen käyttö väheni 23,6 %. (Kontio 2015, 4.)

Helsingin yliopistollisessa sairaalassa on käytössä suomennettu mittari DASA, väkivaltariskin arvioinnista akuuttipsykiatrialla. DASA (dynamic appraisal of situational aggression) mittari toimii apuvälineenä, kun arvioidaan potilaan aggressiivista käytöstä heti hoitoon saapumisesta alkaen. Tarkoituksena DASA-mittarin käytöllä on ennakoida uhkaavia tilanteita, ja pyrkiä takaamaan potilaan turvallinen hoito. DASA-mittarin seurannan osa-alueet ovat: ärtyvyys, impulsiivisuus, haluttomuus noudattaa ohjeita, kielteiset asenteet ja sanalliset uhkaukset. Tutkimuksia DASA-mittarin käytön hyödyistä pakonkäytön vähentämisessä ei ole vielä riittävästi tutkimustietoa tai näyttöä. (Kallio 2015, 4–10.)

3 PSYKIATRINEN TURVAMODUULI

Turvamoduuli on käytännössä tila, mikä mahdollistaa valvotumman ja turvallisemman ympäristön potilaan voinnin niin vaatiessa. Turvamoduuli tilana itsessään mahdollistaa myös vierihoidon, ja muut eristämistoimet kuten huone- ja leposide-eristyksen (liitteet 2 ja 3). Turvamoduuli ei ole kuitenkaan automaattisesti perinteistä vierihoidoa, vaan sen rakenne mahdollistaa potilaan hoidon tiiviimmässä valvonnassa. (Rauma 2018.) Turvamoduuli, tai muualla Suomessa turvasoluksi nimitetty tila, on laajempi tilakokonaisuus useammalle potilaalle, mikä voi käsittää vielä erillisiä, yksittäisen potilaan käyttöön tarkoitettuja turvatiloja (Korte ja Vainila 2019).

3.1 Psykiatrinen turvasolu Pohjois-Karjalan keskussairaalassa

Turvamoduuli on käytössä Joensuussa Pohjois-Karjalan keskussairaalassa, missä sitä kutsutaan turvasoluksi. Kotimaista teoretietoa turvamoduulin käyttöönotosta, toimintaperiaatteista tai yleisestä tarkoituksesta ja tavoitteista ei ole saatavilla muualta kuin Joensuusta. Tietoa turvasolusta olemme saaneet suoraan Joensuun psykiatrian klinikan apulaisosastonhoitajalta. Hän on ollut kehittämässä turvasolun käyttöä, ja laatinut sekä hoitohenkilökunnalle että lääkäreille turvasolusta erillisen työohjeen. (Heikkinen 2019-08-13.)

Pohjois-Karjalan psykiatrian poliklinikan turvasolun toimintaperiaatteet ja tarkoitus ovat olleet selkeät. Turvasolun toimintaperiaatteena ja tarkoituksena on tarjota psykiatrisille potilaille turvallinen hoitoympäristö, silloin kun hoito vaatii suljetumpaa, valvotumpaa ja turvallisempaa osastoympäristöä. Turvasolun tavoite Joensuussa on ollut vähentää aikuispsykiatrian osastoilla pakkokeinojen käyttöä. Turvasolussa potilaan hoito voi olla joko pelkästään tiiviimpää, tai se voi toteutua vierihoidona, tai hoidossa voidaan (Mielenterveyslain 4a-luvun mukaisesti) turvautua rajoitteisiin kuten eristämiseen tai sitomiseen. Kuitenkin turvasolun tavoitteena on pyrkiä hoitamaan potilasta mahdollisimman pitkälle ilman rajoitteita. (Heikkinen 2019.) Turvasolun tilat ovat turvallisen pelkistettyjä ja esteettömiä, ja sieltä on mahdollisuus päästä esimerkiksi parvekkeelle raittiseen ilmaan (liite 4).

Pohjois-Karjalan keskussairaalan psykiatrian poliklinikan Turvasolun pikaoppaassa on kirjattuna myös ohjeistus potilaan turvasoluun siirtämisestä, joka tapahtuu aina lääkärin päätöksellä. Turvasoluun siirtämistä edeltävästi potilaan hoidossa on aina ensin yritetty osastolla muiden keinojen avulla korjata tilannetta. Turvasolun pikaoppaassa on kirjattu myös turvasoluhoidon yksityiskohtaisesti sisällyttäen kaikki seikat mitä se sisältää ja mitä seikkoja tulee huomioida. Kyseiset seikat pohjautuvat Mielenterveyslakiin ja voimassa oleviin säädöksiin, sekä sopimuksiin. Turvasoluhoidon sisältö ei voi tästä syystä poiketa juurikaan toisistaan paikkakuntien välillä. (Rauma 2018.)

3.2 Psykiatrisen turvasolun ja turvatilan toimintamalli Turun yliopistolliseen keskussairaalaan

Turun ammattikorkeakoulussa ylemmän ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelmassa Korte ja Vainila (2019) ovat laatineet alustavaa toimintamallia turvasolun ja turvatilan käytöstä Turun yliopistollisen keskussairaalan (TYKS) ja TurvaSiipi-hankkeen tarpeisiin, yhdessä sairaalan henkilökunnan kanssa. Viitattu toimintamalli on v1.8, päivitetty 18.12.2019.

Potilaan siirtämisessä turvatilahoitoon hoitohenkilökunnan sekä lääkärin arvion lisäksi käytetään apuna Brøset Violence Checklist (BVC) -mittaria, millä voidaan määritellä hoidon hyödyllisyyttä. Turvatilassa hoidetaan ensisijaisesti potilaita, jotka ovat:

- arvaamattomia, mahdollisesti vaaraksi itselleen, toisille potilaille, tai ympäristölle
- muiden potilaiden hoitoa vaikeuttavia
- vaikeasti oireilevia, ja hyötyvät turvatilassa toteutettavista interventioista
- rauhallisen tilan tarpeessa, esimerkiksi tutustumista varten, jos väkivallan riski on vielä epäselvä (Korte ja Vainila 2019.)

Turvatilassa potilaan hoito perustuu yksilölliseen tilanearvioon, tiiviiseen hoidolliseen vuorovaikutukseen, sekä turvatilan puitteissa toteutettaviin mielekkäisiin toimintoihin. Ruokailut tapahtuvat lähikohtaisesti turvatilassa, ja ulkoilut psyykkisen voinnin sekä henkilöstöressurssien mukaisesti. Potilaan läheisten vierailut ovat mahdollista, ellei ole erityisiä syitä niiden rajoittamiselle. Vierihoidon toteuttavalla hoitajalla on käytössä työasema kirjaamista varten, osaston matkapuhelin, sekä henkilökohtainen turvahälytys. (Korte ja Vainila 2019.)

Turvatilahoitoa toteuttaessa vuorossa olevan hoitohenkilökunnan on arvioitava mahdollisen lisäressurssin tarve, koska turvatilassa suoritettava vierihoidon sitoo hoitohenkilökuntaa. On kiinnitettävä huomiota myös siihen, tunteeo lisäävuksi kutsuttu hoitaja vierihoidettavaa potilasta. Mikäli ei, lisäävuksi kutsuttu hoitaja toimii silloin osaston muissa työtehtävissä. (Korte ja Vainila 2019.)

Alussa mainittu TurvaSiipi-hanke on Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin, Turun ammattikorkeakoulun, sekä Turun yliopiston yhteistyöhanke, minkä aiheena on hoitohenkilökunnan työturvallisuus, työnhallinta ja työhyvinvointi vaikeasti oireilevan potilaan hoidossa psykiatrisessa sairaalassa. Pakko-toimien käyttöä ei pyritä vähentämään hoitohenkilökunnan työturvallisuudesta tinkimällä, vaan työturvallisuuteen kiinnitetään hankkeessa erityistä huomiota. Mallia hoitotyön käytäntöihin on otettu osittain Tilburgin psykiatrisesta sairaalasta Hollannista, sekä "psychiatric high intensive care -yksiköistä" Englannista. (Berg ym. 2020.)

3.3 Psykiatrinen turvamuodi ulkomailla

Norjassa on käytössä niin sanottu "open area seclusion" niminen menetelmä, kehitetty Molden psykiatrisessa sairaalassa 80–90-luvulla. Sen mukaan vaikeasti oireileva potilas on suljettu erilliseen tilaan yhdessä hoitohenkilökunnan kanssa, mutta ei koskaan eristetty yksittäiseen eristyshuoneeseen. Tila käsittää 8–10 sairaansijaa vaarallisille, pitkäaikaista hoitoa vaativille psykoosipotilaille. Tila, "the seclusion area", on kooltaan 150 neliometriä, ja sen voi tarvittaessa jakaa kahteen erilliseen osaan. (Bjørkly 1999, 3–4.)

Kanadassa on käytössä "psychiatric intensive care" (PIC) -yksiköitä (jossain käytetty myös lyhennettä PICU). PIC-yksikkö on suljettu 12 sairaansijaa käsittävä yksikkö, akuutisti psyykkisesti sairastuneille, intensiivistä hoitoa ja turvallista ympäristöä vaativille yli 18-vuotiaille mies- ja naispotilaille. (Cougé ym. 2014, 467.) Iso-Britanniassa PICU-yksiköitä on useammassa psykiatrisessa sairaalassa. Esimerkiksi Lontoossa Springfieldin yliopistollisesta sairaalassa (Springfield University Hospital) osasto 1 on PICU-yksikkö, mikä on tarkoitettu akuutisti sairastuneiden potilaiden tahdosta riippumattomaan hoitoon, silloin kun heidän hoitamisensa ei ole tarkoituksen mukaista avoimella psykiatrian akuuttiosastolla (South West London & St George's Mental Health NHS Trust 2018). Hoito on potilaskeskeistä, intensiivistä sekä moniammatillista, ja hoidon pituus perustuu kliiniseen tarpeeseen ja riskiarvioon, mutta tavoitteena hoidon pituudelle on alle kahdeksan viikkoa (NAPICU 2014).

4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kerätä tietoa eri kirjallisuuslähteistä psykiatrisen turvamuodulin toimintaan liittyen ja tuottaa suomenkielinen kirjallinen tietopaketti psykiatrisesta turvamuodulista hoitotyön tueksi. Lisäksi tarkoituksena oli toteuttaa Webropol-kysely Julkulan sairaalan hoitohenkilökunnalle, ja sen tavoitteena tuoda esiin näkemyksiä ja toiveita turvamuodulin toiminnasta uuden psykiatrisen sairaalan suunnittelutyöryhmän käyttöön. Tavoitteena oli syventää tietoa psykiatrian erikoisalan pakkotoimista ja niiden vähentämisestä, mihin turvamuoduli ja sen käyttö oleellisesti liittyy.

Turvamuodulia voidaan kehittää uuteen psykiatriataloon toimivaksi osaltaan hoitohenkilökunnan näkemysten ja toiveiden pohjalta. Turvamuodulin käyttöönotto on merkityksellistä, sillä pakkokeinojen vähentäminen psykiatrialla on tavoitteellista toimintaa.

5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

Opinnäytetyö liittyy laajempaan pakkotoimien vähentämisen kokonaisuuteen psykiatrian erikoisalalla. Opinnäytetyön aihe tarkentui KYS:n tulevan psykiatrisen sairaalan turvamoduuliin, kuinka siellä tulisi toimia ja millainen sen tulisi olla. Kyseessä on laadullinen tutkimustyö, ja kysely turvamoduulista kohdistui Julkulan sairaalan hoitohenkilökunnalle. Opinnäytetyön teoriaosa pohjautuu osittain Pohjois-Karjalan keskussairaalassa käytössä olevaan turvamoduuliin ja siihen liittyvään tietoon. Joensuun psykiatrian klinikan osastonhoitaja Olli-Pekka Heikkinen jakoi käyttöömme heidän käytössään olevan turvamoduulin työohjeen, turvamoduulin pikaoppaan, ja muistilistan, sekä kuvia turvamoduulista. Heikkinen antoi luvan käyttää materiaalia osana opinnäytetyömme toteutusta. Lisäksi liitteissä olevien muiden kuvien ottamiseen on saatu suullinen lupa loppuvuodesta 2019 yksiköiden osastonhoitajilta tai muilta esimiehiltä.

Opinnäytetyö toteutui kvalitatiivisena, eli laadullisena tutkimuksena. Laadullista tutkimusta voidaan toteuttaa useilla eri menetelmillä, ja näissä menetelmissä yhteisinä piirteinä näkyvät muun muassa kohteen tarkoitukseen ja merkitykseen, esiintymisympäristöön ja taustaan sekä verbaalisuuteen liittyvät näkökulmat (Koppa 2019). Laadullinen tutkimus sisältää useita erilaisia aineistonkeruu- ja analyysimenetelmiä sekä lähestymistapoja (Saaranen-Kauppinen ja Puusniekka 2006). Laadullisesta tutkimuksesta eroavia tutkimuksia on muun muassa kvantitatiivinen, eli määrällinen tutkimus, joka kuvaa ja tulkitsee tutkimuskohdetta enimmäkseen numeroiden ja tilastojen avulla (Koppa 2019). Laadullisen ja määrällisen tutkimuksen rajaa on usein pidetty varsin jyrkkänä, mutta kyseessä ei kuitenkaan ole toisensa poissulkevat tutkimusmenetelmät (Tuomivaara 2005).

5.1 Tutkimusmenetelmän valinta

Valitsimme laadullisen menetelmän siksi koska tilastojen sijaan halusimme kerätä tutkimuksemme kohderyhmän mielipiteitä ja ajatuksia tulevasta turvamoduulista. Koska turvamoduuli on Suomessa vielä suhteellisen tuntematon käsite, laadullinen tutkimus avoimine kysymyksineen mahdollisti uusien näkökulmien löytämisen aiheesta sekä sitä koskevista ajatuksista. Laadullinen tutkimusmenetelmä mahdollisti sekä hoitohenkilökunnan toiveiden kuulemisen, että arvioinnin ja todentamisen heidän tietämyksensä tasosta turvamoduulia koskien.

5.2 Aineiston keruu

Tutkimusluvan (liite 5) saatuamme opinnäytetyön kysely lähetettiin Julkulan sairaalan koko hoitohenkilökunnalle, jotta saisimme kerättyä mahdollisimman paljon vastauksia ja näkemyksiä turvamoduulin käyttöönoton osalta. Tutkimuskysymykset perustuivat opinnäytetyömme teoriaosaan sekä tilaajan toiveisiin. Kysely toteutettiin sähköpostitse jaettavana saatekirjeenä (liite 6) sekä Webropol-kyselylinkkinä. Kyselyn jakamisessa käytettiin yhdyshenkilöinä Julkulan sairaalan osastonhoitajia. Valitsimme Webropol-kyselyn (liite 7) haastattelun sijaan siksi koska tavoitteena oli, että mahdollisimman moni vastaisi kyselyyn eikä kyselyyn vastaaminen veisi hoitohenkilökunnalta niin paljon työ-

aikaa. Kyselyyn vastaaminen oli vienyt keskimäärin 10 minuuttia. Lisäksi työntilaajan toivomat kysymykset olivat soveltuvia Webropol-kysymyksiksi. Ennen kyselyn lähettämistä testasimme kyselyn toimivuuden testiversiolla, johon vastasimme itse.

Kysely koski koko Julkulan sairaalan hoitohenkilökuntaa siksi, koska psykiatrisen sairaalan hoitajat ovat turvamoduulin välittömin käyttäjäryhmä. Lisäksi varmistimme anonymiteetin toteutumisen mahdollisimman laajasti jaettavalla kyselyllä. Webropol-kyselyn (liite 7) toteuttaminen tapahtui ajalla 3.2.-16.2.2020. Kyselyn ohessa oli saatekirje (liite 6), jossa kuvattiin kyselyn tarkoitusta ja tavoitetta, sekä oli esitetty perustiedot kyselyn hyödynnettävyydestä ja vastaamisen anonyymiudesta. 16.2.2020 mennessä kyselyyn oli tullut 21 vastausta. Työn tilaajan luvalla kyselyä jatkettiin vastaajan pienen määrän vuoksi viikolla, ajalla 17.2.-23.2.2020. Vastauksia kyselyyn tuli lopulta yhteensä 24 kappaletta. Yhden vastaajan vastaukset jätettiin pois tutkimustuloksista, koska vastausten sisältö ei vastannut tutkimuskysymyksiin. Julkulan sairaalan hoitohenkilökunnan määrä kyselyn toteuttamishetkellä oli 152 hoitajaa (sis. 4 osastonhoitajaa) ja kysely avattiin hiukan alle 100 kertaa. Vastausten lukumäärä oli pieni.

Julkulan sairaalan hoitohenkilökunnalle laaditussa Webropol kyselyssä (liite 7) oli yhteensä 11 kysymystä. Kyselyssä kaikkiin kohtiin ei tarvinnut vastata, josta syystä vastausmäärät vaihtelivat kysymyskohtaisesti. Osassa kysymyksistä oli monivalintavaihtoehtoja, joten valittu vastausten lukumäärä saattoi olla määrällisesti enemmän. Vastaukset saatuamme kysymykset jaettiin vastausten perusteella kolmeen tarkoituksenmukaiseen teemaan.

Turvamoduulin fyysiset ominaisuudet ja virikkeet, johon liitettiin kysymykset 1, 2 ja 3:

1. Missä turvamoduulin tulisi sijaita?
2. Mitä turvamoduulissa tulisi olla potilaita varten?
3. Mitä virikkeitä ja toimintoja turvamoduulissa tulisi olla?

Hoitotyön menetelmät turvamoduulissa, johon liitettiin kysymykset 4, 5 ja 6:

4. Millä tavalla hoitaja auttaa potilasta turvamoduulissa?
5. Millaisia hoitotyön menetelmiä on turvamoduulissa käytössä?
6. Mikä on hoitajan rooli turvamoduulissa?

Turvamoduulin toiminnassa muut huomioitavat asiat, johon liitettiin kysymykset 7, 8, 9, 10 ja 11:

7. Mitä turvamoduulissa tulisi olla hoitohenkilökuntaa varten?
8. Kuinka monta potilaspaikkaa turvamoduulissa tulisi olla aikuispsykiatrian käytössä?
9. Kuinka monta potilaspaikkaa turvamoduulissa tulisi olla nuorisopsykiatrian käytössä?
10. Kuinka turvamoduulissa huomioidaan potilaiden läheisten osallistuminen hoitoon?
11. Vapaa sana: Ideoita ja ehdotuksia turvamoduulin toiminnasta.

5.3 Aineiston analysointi

Aineiston analysoimisessa käytimme induktiivista eli aineistolähteistä sisältöanalyysiä. Siinä kyselyn aineisto puretaan osiin ja sisällöllisesti samankaltaiset osat yhdistetään ja tiivistetään tarkoituksenmukaiseksi kokonaisuudeksi (Kylmä ja Juvakka 2007, 113). Webropol-työkaluja käytimme vain vastaajien määrän, vastausprosenttien ja vastauksiin käytetyn ajan tarkasteluun. Lähtiessämme tarkastelemaan vastausten sisältöä, etsimme vastauksista avainsanoja, usein toistuvia sanoja ja ilmauksia, joista saimme koottua kolme käyttämääne pääteemaa; fyysiset tilat virikkeineen, hoitotyön menetelmät ja muut huomioitavat asiat. Aineiston ja teemojen pohjalta laadimme tulkinnan hoitohenkilökunnan toiveista ja ajatuksista koskien turvamoduulia ja sen käyttöönottoa sekä lisäksi lainasimme suoraan yksittäisiä pidempiä vastauksia tarkentamaan tutkimustuloksia.

6 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

Tutkimustuloksemme on esitelty alla teemoittain. Osa kyselyn vastauksista on lainattu suoraan vastauksien tarkennuksen tai korostamisen vuoksi, ja osa lainatuista vastauksista on tarvittaessa muokattu, ettei vastauksesta voi tunnistaa vastaajaa esimerkiksi persoonallisesta kirjoitustyylistä.

6.1 Turvamoduulin fyysiset tilat ja virikkeet

Kysymyksessä 1, missä turvamoduulin tulisi sijaita, yli puolet vastaajista oli sitä mieltä, että turvamoduulin tulisi sijaita osaston sisällä ja reilusti alle puolet, että sen tulisi sijaita osaston ulkopuolella. Avoimeen kysymykseen vastauksia tuli 2 kappaletta; ”vaikea sanoa, riippuu henkilökunnan määrästä, jos ulkopuolella” ja ”kytköksissä osastoon, mutta ei osaston sisällä”.

Tilojen suhteen kyselyssä koettiin tärkeiksi tarpeeksi tilavat, esteettömät, helppokulkuiset ja yleisilmeeltään rauhoittavat tilat; ”Esteettömät, helppokulkuiset ja selkeät tilat, miellyttävä rauhoittava värimaailma. Yhteistä oleskelutilaa yhteisöllisyyttä tukemaan”. Rauhoittava sisutus, rauhallinen tila ja värimaailma mainittiin usein. Seinälle maalattua maisemataustaa ehdotettiin myös. Wc- ja suihkutilat sekä vesipiste nostettiin esille monesti. Wc:n ja vesipisteen tulisi olla kiinteitä, ja ehdotettiin myös yksityiskohtaisesti että wc-istuimen tulisi olla terästä ja valettu rakenteisiin. Vesipisteiden sulkujen toivottiin sijaitsevan kyseisten tilojen ulkopuolella.

Tilojen turvallisuudessa turvallinen kalustus tuli useasti esille. Huonekalujen suhteen toivottiin kiinteitä sänkyjä, patjaa, nojatuoleja, kiikkutuolia ja mahdollisimman vähän irtoneisia tavaroita. Tilan yhteyteen toivottiin myös erillistä rauhoittumistilaa ja eristyshuoneita, joissa olisi oma wc ja suihku. Riittävä hoitajamitoitus ja normaalit valvontalaitteet nousivat myös esille.

Virikkeiden ja toimintojen osalta kyselyn vastauksissa nousi esiin jonkun verran eroavaa mielipidettä erilaisten virikkeiden ja toimintojen järjestämisen tarpeellisuudesta. Toisaalta ehdotettiin monia eri virikkeitä ja laitteita, kuten televisiota, jota ehdotettiin eniten, musiikin kuuntelumahdollisuutta, lukemista, piirtämistä ja nyrkkeilyä, ja toisaalta oltiin sitä mieltä että; ”Virikkeitä vain siinä määrin, että ne rauhoittavat ja tukevat potilaan vointia, sillä eihän turvamoduuliin tulla viihtymään, vaan on olemassa syyt miksi siellä on turvallisempi toteuttaa hoitoa sillä hetkellä”. Virikkeiden ja toimintojen suhteen vastattiin myös; ”tietokone/virtuaalilasit ja interaktiiviset seinät eivät rauhoita oloa, vaan saattavat tehdä jopa päinvastaisen olotilan. Nämä eivät ole luonnollinen ympäristö ihmiselle”. Potilaan mahdollisuus vetäytyä myös omaan rauhaansa mainittiin myös.

Kolmannessa kysymyksessä olimme antaneet valmiita vastausvaihtoehtoja virikkeistä ja toiminoista. Kolme eniten ääniä saanutta oli ahdistuksen hallintavälineet, musiikki ja rentoutustuolit. Interaktiivinen seinä, tietokone ja virtuaalilasit eivät suurta suosiota saaneet. Avoimeen kenttään oli ehdotettu suihkua, maalattua maisemataustaa seinillä, musiikkia vain, jos potilas haluaa, seinään upotettua televisiota, radion kaiutinta ja mahdollisimman vähän heitettävää tavaraa.

6.2 Hoitotyön menetelmät turvamoduulissa

Tärkeimmäksi hoitotyön menetelmäksi vastauksissa nousi läsnäolo. Lisäksi esiin nousi keskustelu, lääkitys, vuorovaikutus, tukena ja turvana oleminen, ahdistuksen hallintakeinot ja puheella rauhoittaminen. Tässä yhteydessä mainittiin myös potilaan voinnin seuranta, vierihoidomahdollisuus, potilaan ravitseminen ja somaattisten sairauksien hoito. Tärkeäksi koettiin se, että hoitaja olisi koko ajan tavoitettavissa ja se että potilaan vointia voisi seurata, ja reagoida mahdollisiin voinnin muutoksiin nopeasti. Lepositeset ja eristys huone nousivat myös esiin vastauksissa; ”Tarvittaessa eristäminen joko ns pystyeristykseen tai lepositesiin. Lepositesängyn oltava ehdottomasti kiinteänä, esim somatikan osastoilla lepositesiin eristetyt potilaat saattavat hyvinkin päästä liikkumaan sängyn kanssa”. Vaikka turvamoduulin tarkoitus onkin vähentää pakkokeinojen käyttöä, niin tiettyjen hoitotyön menetelmien tulee olla sielläkin saatavilla; ”Käytännössä aivan samat kuin normi osastotyössä. Turvamoduulilla rajataan vain potilaan ympäristö, ei se sulje mitään hoitotyön menetelmiä pois” ja ”Hoitaja on tukemassa sekä turvaamassa potilaan vointia, tarvittaessa hoitajan roolina on rajoittaa potilaan käyttäytymistä (esim. itsetuhoisuus, väkivaltaisuus jne.)”. Potilaalle tärkeiden asioiden huomiointi hoitoa suunniteltaessa ja toteuttaessa otettiin myös esiin.

6.3 Turvamoduulin toiminnassa muut huomioitavat asiat

Suurin osa vastaajista oli nostanut esille turvallisen työympäristön tärkeyden. Tähän liittyen oli koettu, että hälytysjärjestelmä, riittävä henkilökuntamäärä, kamerayhteys ja nopean avun saaminen ovat tärkeitä.

Apua saatavilla pian (turvamoduulin sijainti oltava ehdottomasti osaston tiloissa, ei napin painalluksen päässä osaston ulkopuolella! Kukaan ei halua olla itsekseen erillisessä tilassa hankalassa voinnissa olevan potilaan kanssa, jonne apuun tullaan oven läpi!) Toimiva ja nopeasti reagoiva hälytysjärjestelmä. Välineitä suojautumiseen, hanskat ym

Turvallinen työympäristö, helposti saatava lisäapu

Turvallinen ympäristö työskennellä ja seurata potilaan vointia, mm esteetön näkyvyys, yhteys muuhun henkilökuntaan, mahdollisuus reaaliaikaiseen kirjaamiseen potilastietojärjestelmään

Lisäksi henkilökunnan ergonomian huomiointi kuten hyvä tuoli ja työpiste, esteettömät tilat ja kannettavan tietokoneen saaminen kirjaamisen helpottumiseksi koettiin tärkeiksi asioiksi. Muita vastauksia siihen mitä hoitohenkilökunnalla pitäisi turvamoduulissa olla oli viiltöhanskat, suojakilpi, mellakkakilpi, sohva, televisio, Playstation-pelikonsoli, jääkaappi ja lääkehoitoon soveltuvat tilat.

Potilaan läheisten osallistuminen hoitoon jakoi mielipiteitä. Osa vastaajista koki erillisen tilan olevan hyvä ratkaisu omaisten tapaamiseen, osa taas puhelinyhteyden olevan paras ratkaisu yhteydenpitoon; ”Voinnin salliessa mahdollistetaan esimerkiksi puhelut omaisille. Vierailulle en näe järkeä, sillä potilaalla on edelleen turvamoduulissa olemiselleen syyt”. Osa oli sitä mieltä, että tapaamiset voidaan järjestää turvamoduulissa, mikäli paikalla on vain yksi potilas, tai tapaaminen muuten järjestyy

turvallisesti niin potilaan, työntekijöiden kuin omaisten kannalta. Muutama vastaaja oli sitä mieltä, että omaiset voisivat olla potilaaseen yhteydessä erillisen mikrofonin kautta fyysisesti toisessa tilassa. Osa vastaajista taas oli sitä mieltä, ettei omaisten tapaaminen välttämättä ole tarpeen, mikäli psyykkinen vointi on vaatinut hoidon toteuttamista turvamoduulissa.

Yksi kysymyksemme koski potilaspaikkojen määrää turvamoduulissa. Vastausten perusteella aikuispsykiatrian käytössä tulisi olla 2–8 ja nuorisopsykiatrian käytössä 2–6 potilaspaikkaa. Lisäksi esiin tuli että aikuis- ja nuorisopotilaille tulisi ehdottomasti olla erilliset turvamoduulit.

Vapaan sanan vastauskohdassa oli nostettu esille, ettei turvamoduulia oikeastaan käsitteenä ymmärretä, tai ettei muuta lisättävää enää ollut, mutta myös koettiin positiiviseksi asiaksi, jos turvamoduuli toteutuu. Maisema-aiheet seinillä, tilan miellyttävyyden ja rauhoittavuuden tuli esille uudelleen myös näissä vastauksissa. Kommentteissa toivottiin muun muassa myös sitä, että hoitohenkilökunnan näkemykset otettaisiin huomioon turvamoduulia suunniteltaessa.

Olisi tärkeää, että turvamoduulin toimintaa suunniteltaessa otettaisiin oikeasti hoitohenkilökunnan näkemykset huomioon, sillä he tekevät työtä 24/7. Hienojen tutkimusten ja haavekuvien sijaan toiminnot tulisi suunnitella ns. pahimman varalle, kuunnellen asiantuntijoiden (hoitohenkilökunnan) mielipiteitä ja kokemuksia. Turvamoduulin pitäisi sijaita ehdottomasti osaston sisällä.

Kannattaa seurata Turkulaisten esimerkkiä tässä asiassa. Turvamoduulista voidaan soveltaa monenlaista hoitoympäristöä eikä sen lähtökohtaisesti tarvitse näyttää Eristystilalta.

7 POHDINTA

Tämän pääluvun alaluvuissa tarkastelemme saatuja tuloksia, avaamme eettistä viitekehystä, perustelemme tutkimuksen luotettavuutta, arvioimme ammatillista kasvuamme sekä esitämme mahdollisia kehitysideoita sekä jatkotutkimusaiheita.

Turvamoduuli, mikä liittyy mielenterveyslain mukaisiin pakkotoimiin ja niiden vähentämiseen, on psykiatrisessa hoitotyössä eettisesti merkittävä asia. Pidämme itsemääräämisoikeutta yhtenä itseisarvona, joten sen mahdollisimman hyvä toteutuminen on eettisesti tärkeää. Myös työn toteuttajien, eli hoitohenkilökunnan näkemykset ovat tärkeässä osassa, koska ne edistävät laadukkaan hoidon sekä potilas- ja työturvallisuuden toteutumista.

7.1 Tulosten tarkastelua

Kyselyn vastanneiden lukumäärä oli pieni, mutta koska kyseessä on laadullinen tutkimus, vastaajien määrä on yleensä vähäinen. Laadullisen tutkimuksen tarkoitus on tutkia kyseisen ilmiön laatua, ei määrää. (Kylmä, Juvakka 2007, 27.) Vastaajien pieni lukumäärä voi myös kertoa siitä, että turvamoduulia käsitteenä ei ymmärretä, sen tarkoitusta ei ymmärretä, tai asia ei koske vastaajaa esimerkiksi työyksikön profiilista johtuen. Yhdessä vastauksessa olikin mainittu, ettei vastaaja oikeastaan tiedä mitä turvamoduuli tarkoittaa. Tämä nousi esille myös muussa yhteydessä, kun hoitohenkilökunnan kanssa keskusteltiin ja kannustettiin vastaamaan kyselyyn. Näyttää siltä, ettei mahdollisesti tiedetty mitä turvamoduuli tarkoittaa tai se ei koske vastaajaa, tukee myös se, että kyselyä oli avattu lähes sata kertaa, mutta vastauksia oli vain 23. Osasta vastauksista näkyi myös, että turvamoduuli miellettiin jonkinlaiseksi viimeiseksi hoitomenetelmäksi, jos muut hoitokeinot eivät toimi. Esimerkiksi suojakilpien ehdottaminen vastauksissa tukee käsitystä, että turvamoduulin tarkoitus ei ollut täysin tiedossa.

Vastauksissa oli kuitenkin paljon samankaltaisuuksia kuten se, että menetelminä läsnäoloa, keskustelua ja potilaan tukemista pidettiin tärkeinä. Eroavaisuuksia oli sen suhteen missä ja miten omaisten tapaaminen järjestetään, vai järjestetäänkö ollenkaan. Omaisten tapaaminen koettiin osittain jopa negatiivisena asiana psykiatrisen potilaan hoidossa turvamoduulissa, ja sitä tahdottiin rajoittaa. Omaisten tapaamista haluttiin rajoittaa joko turvamoduulin yleisen työ- ja potilasturvallisuuden tai potilaan toipumisen edistymisen vuoksi. Näistä vastauksista heijastuu myös se, että turvamoduulin tarkoitus ja pakkokeinojen vähentäminen erilaisin keinoin on edelleen osittain vieras asia nykyisessä psykiatrisessa hoidossa, ainakin tutkimallamme alueella.

Lisäksi turvamoduuliin järjestettävät aktiviteetit ja toiminnot nostivat esiin eriäviä näkemyksiä. Osa koki, että aktiviteettia ja erilaista toiminnallisuutta pitäisi olla saatavilla turvamoduulin sisällä, kun taas osa koki, että aktiviteettimahdollisuudet saattavat joko heikentää potilaan psyykkistä vointia (esimerkiksi meteli ja äänet saattavat aiheuttaa levottomuutta), ja toisaalta siellä ei ole tarkoitus niin sanotusti viihtyä. Turvamoduulin kuitenkin toivottiin olevan viihtyisämpi kuin tavallinen osasto, sekä

koettiin tärkeäksi tarjota parempia työkaluja potilaan itsemääräämisoikeuden toteuttamiseen psykiatrisessa hoidossa.

Samankaltaisia vastauksia tuli kuitenkin niin tilojen, kuin henkilökunnankin osalta. Tärkeänä pidettiin aktiivista läsnäoloa, ja sitä että hoitaja on potilaan kanssa kontaktissa ja tukena, sekä lääkehoidon toteutumista. Tätä voisi kutsua intensiiviseksi psykiatriseksi hoidoksi. Lisäksi henkilökunnan ja potilaiden turvallisuus tilojen suunnittelussa nousi esille lähes kaikissa vastauksissa. Kuten opinnäytetyömme luvussa 2.2 Pakkokeinojen vähentäminen on kerrottu, pakkokeinojen vähentämisen taustalla on pakkokeinojen ennaltaehkäisy, mikä sisältää sekä potilasturvallisuuden, että työturvallisuuden (Makkonen ym. 2016, 31; THL 2016).

7.2 Tutkimuksen eettisyys

Laadullisen tutkimuksen periaatteita ovat itsemäärääminen, hyvän tekeminen, vahingontuottamisen välttäminen ja oikeudenmukaisuus. Eettiset kysymykset ovat tutkimusaiheen oikeutus, aiheen arkaluontoisuus, vastaajien haavoittuvuus, menetelmälliset valinnat sekä tutkijoiden ja vastaajien suhde aineiston keräämisessä, analyysissä ja raportoinnissa. (Kylmä, Lähdevirta ja Vehviläinen, 2003.) Opinnäytetyömme eettisenä viitekehyksenä käytimme Nürnbergin säännöstöä (Lääkäriliitto). Nürnbergin säännöstössä on kaiken kaikkiaan 10 periaatetta, joita soveltuvien osin toteutimme seuraavasti:

Kyselyyn osallistuvat henkilöt vastasivat kyselyyn vapaaehtoisesti. Lähetimme kyselyn koko Julkulan sairaalan hoitohenkilökunnalle, koska opinnäytetyömme aihe liittyy psykiatriseen hoitotyöhön ja työn tilaaja toivoi näin. Kyselyn saatekirjeessä (liite 6) kerrottiin opinnäytetyömme aihe, tutkimuksen tyyppi ja toteutustapa, kohderyhmä, aikataulu, vastausten julkaisu ja tutkimuksen tavoite, sekä painotimme anonymiteettia ja kannustimme ottamaan yhteyttä, jos jotain kysyttävää tulee mieleen.

Yhteiskunnallinen hyöty opinnäytetyöstämme on se, että tietopaketti turvamoduulista ja pakkokeinojen vähentämisestä antaa tietoa hoitohenkilökunnalle ja näin ollen parantaa hoidon laatua. Kyselyn tulosten taas oli tarkoitus hyödyttää uuden psykiatrisen sairaalan turvamoduulin suunnittelua, ja näin ollen parantaa mielenterveyspotilaan asemaa sekä tehdä myös hoitohenkilökunnan työstä turvallisempaa.

Opinnäytetyömme on oikeutettu koska aiheesta oli pyydetty opinnäytetyö Kuopion yliopistollisen sairaalan psykiatrian puolelta. Tietoa aiheesta tarvittiin psykiatrisen hoidon kehittämiseen, pakkotoimien vähentämiseen, ja mielenterveyspotilaan aseman parantamiseksi. Tietopaketti koottiin tutkittuun tiedosta ja osin Joensuussa Pohjois-Karjalan keskussairaалassa sijaitsevan turvasolun työohjeesta sekä Turun AMK:ssa tehdystä toimintamallista. Joensuun turvasolusta ja sen hyödyistä potilaalle tai henkilökunnalle ei tutkittua tietoa vielä ole, mutta sen työohjeita voidaan käyttää uuden turvamoduulin kehittämiseen yhdessä muun teorian tiedon ja kyselyn kanssa. Kysely pohjautui tietopaketin tutkittuun tietoon ja tilaajan toiveisiin.

Kyselystä ja kyselyn tuloksista ei aiheutunut vastaajille eikä työn tilaajalle haittaa, kysely oli mahdollista keskeyttää kesken vastaamisen, eikä kaikkiin kysymyksiin ollut pakko vastata. Vastaajien anonymiteetti säilytettiin rakentamalla ja jakamalla kysely niin, että vastaajaa ei voitu tunnistaa. Emme esimerkiksi kysyneet ikää, sukupuolta emmekä sitä millä osastolla vastaaja työskentelee, koska ne tiedot olisivat olleet tutkimuksemme kannalta tarpeettomia tietoja ja mahdollisesti vaarantaneet vastaajan anonymiteetin. Kyselyn saatekirjeessä (liite 6) oli viitattu Savonia-ammattikorkeakoulun tietosuojan opinnäytetyön osalta (Savonia-ammattikorkeakoulu).

Nürnbergin säännösten (Lääkäriliitto) lisäksi opinnäytetyömme eettisyyttä ohjasi Suomen perustuslaki (731/1999), laki lääketieteellisestä tutkimuksesta (488/1999), asetus lääketieteellisestä tutkimuksesta (986/1999), henkilötietolaki (523/1999), ja laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) sekä KYS:n tutkimuksen toteuttamisen ohjeistusta ja eettisiä periaatteita (Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri, tutkimuksen toteuttaminen).

7.3 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan sillä, kuinka totuudenmukaista tietoa tutkimuksella on kyetty tuottamaan. Luotettavuutta voidaan arvioida yleisillä luotettavuuskriteereillä. Laadullisen tutkimuksen luotettavuuskriteereitä ovat uskottavuus, vahvistettavuus, reflektiivisyys ja siirrettävyys. Uskottavuus tarkoittaa tutkimuksen ja sen tulosten uskottavuutta sekä sen osoittamista. Vahvistettavuus tarkoittaa sitä, että koko tutkimusprosessi kirjataan niin, että toinenkin tutkija voi sitä ymmärrettävästi seurata. Reflektiivisyys on sitä, että tutkijan on oltava tietoinen omista lähtökohdistaan ja siitä, kuinka se vaikuttaa aineistoon ja sen käsittelyyn. Siirrettävyys tarkoittaa tutkimuksen tulosten siirrettävyyttä samankaltaiseen tilanteeseen. (Kylmä ja Juvakka 2007, 128.)

Opinnäytetyömme kyselyyn vastanneiden pieni lukumäärä antaa aiheen pohtia kysyttiinkö turvamoduulia koskevia kysymyksiä oikeilta henkilöiltä, eli niiltä, joilla on oikeaa tietoa mikä turvamoduuli on? Osasta vastauksista välittyi, että aiempaa tietoa turvamoduulista oli ja osa vastaajista oli perehtynyt aiheeseen, mutta osa vastaajista sanoi suoraan, että ei tiedä mikä turvamoduuli on. Osasta vastauksista näkyy myös se, että turvamoduulia ei käsitteenä aina mielletty pakkokeinoja vähentävänä paikkana vaan ennemminkin yhtenä pakonkäytön menetelmänä ja jopa rangaistuspaikkana. Kyselyn 23 vastaajaa kuitenkin olivat hyvin monessa vastauksessa samaa mieltä asioista, ja samankaltaisia vastauksia oli paljon, joten tutkimuksemme voi sanoa olevan luotettava. Tutkimuksen luotettavuutta olisi voinut parantaa esimerkiksi tehokkaammalla markkinoinnilla ja Webropol-kyselyn sijaan tekemällä henkilöhaastatteluja. Myös lyhyen infotekstin lisääminen kyselyn saatekirjeeseen siitä mikä turvamoduuli on, olisi voinut antaa vielä luotettavampia vastauksia ja lisätä vastaajien määrää. Infotekstin lisääminen saatekirjeeseen kuitenkin kiellettiin.

Opinnäytteemme uskottavuus on osoitettavissa sillä, että tietopakettissa käyttämämme tieto on tutkittua tietoa ja jo käytössä olevia työohjeita. Julkulan sairaalan hoitohenkilökunnalle tehtävä kysely pohjautui keräämäämme tutkittuun tietoon, tilaajan toiveisiin, ja kyselyyn vastaajat olivat psykiatri-

seen hoitoon perehtyneitä terveydenhuollon ammattilaisia, joten kysely on myös uskottava. Jokainen opinnäytetyömme tekijä on perehtynyt päihde- ja mielenterveyspotilaisiin ja psykiatriseen hoito-työhön eri tavoin. Meillä on harjoittelu- ja työkokemusta erilaisten psykiatristen potilaiden sairaalahoidosta eri yksiköissä, avohoidosta, sekä myös omaisen ja tukihenkilön roolista, mikä antaa opinnäytetyöllemme laajemman näkökulman ja lisää tutkimuksemme luotettavuutta. Opinnäytetyömme ja sen tulokset ovat myös jatkossa käytettävissä ja sovellettavissa mahdollisten muiden uusien turvamoduulien kehittämiseen.

Aineiston tietopakettiin on kerätty tietoa ulkomaisista lähteistä ja käytimme myös Pohjois-Karjalan keskussairaalan turvasolun työohjetta, koska se on toistaiseksi ainut laatuaan Suomessa, sekä Turun AMK:ssa TYKS:n tarpeisiin laadittua toimintamallia. Tietopaketti pidettiin suppeahkona, koska opinnäytetyömme koskee vain Kuopioon tulevaa uutta psykiatrista sairaalaa ja sinne suunnitteilla olevaa turvamoduulia. Kysely on myös rajattu vain Julkulan sairaalan hoitohenkilökuntaan, koska suunnitteilla oleva turvamoduuli tulee koskemaan nimenomaan heidän työtään.

7.4 Ammatillinen kasvu

Opinnäytetyömme aihe tuli työn tilaajalta ja oli rajattu jo alussa turvamoduulia koskevaksi, mutta haasteita tuotti alussa silti rajata aihetta vielä enemmän tilaajan tarpeita ja tekijöiden resursseja vastaaviksi. Opinnäytetyön laajuutta ja rajausta ohjasi myös KYS:n psykiatrisen sairaalan suunnittelun aikataulut, jotka määrittivät sen, mihin mennessä tutkimustulosten piti olla valmiina, että niistä olisi tarkoituksenmukaista hyötyä. Yhteistyössä työn tilaajan ja opinnäytetyön ohjaajan kanssa saimme tarpeelliset rajaukset tehtyä kaikille osapuolille sopiviksi. Koska opinnäytetyön tekijöitä oli kolme, saimme opinnäytetyöstämme hieman laajemman kuin mitä yksin ollessa ja aikarajojen puitteissa olisi pystynyt tekemään. Pystyimme jakamaan työtehtäviä joustavasti toistemme tietotaitoa, osaamista ja työelämän yhteyksiä hyödyntäen opinnäytetyön eri vaiheissa. Pidimme jatkuvasti yhteyttä toisiimme opinnäytetyöhön liittyen etäyhteyksiä hyödyntäen, mikä sopi työskentelymallimme hyvin. Opinnäytetyön aikarajat venyivät alkuperäisistä suunnitelmista monesti, johtuen sekä tekijöiden omista elämäntilanteista, että myös osittain koronaviruspandemian Suomessa aiheuttamien muutosten ja huomioitavien asioiden vuoksi. Yhteistyö eri toimijoiden ja meidän opinnäytetyön tekijöiden kesken kehittyi koko ajan työn edetessä.

Yksi opinnäytetyön haasteista ja ammatillisen kehittymisen paikoista oli luotettavan ja tutkitun aineiston löytäminen, sekä toissijaisten lähteiden välttäminen. Suomessa turvamoduulista ei ole vielä juurikaan tietoa, ja ulkomaisia lähteitä oli ajoittain haasteellista etsiä koska esimerkiksi selkeitä hakusanoja turvamoduulille ei ole. Kuten opinnäytetyöstämme käy ilmi, turvamoduulille on monia eri kutsumanimiä sekä Suomessa, että ulkomailla. Haimme lähteitä hakusanoilla ja tutkimalla soveltuvien tutkimusten lähdeluetteloita, sekä saimme lähteitä ja lähteiksi soveltuvia työohjeita myös psykiatrian erikoisalan ammattilaisilta eri organisaatioista. Lähdekriittisyyden ja aiheeseemme soveltuvuuden osalta ammattitaitomme on kehittynyt paljon. Ajoittain haasteellista oli myös kolmen eri tekijän työskentelytavan ja kirjallisten tuotosten yhteensovittaminen.

Opinnäytetyömme kyselyssä jouduimme pohtimaan paljon eettisiä asioita ja varsinkin sitä, kuinka anonymiteetti ja tietosuojatoteutus omassa opinnäytetyössämme. Eettiset säännöt, ohjeet ja lait ohjasivat kyselyn tekemistä hyvin pitkälle, ja pohdimme paljon myös sitä mitkä kysymykset ovat opinnäytetyöhömmä sopivia ja tarkoituksenmukaisia. Kehityimme siinä, miten rajata tutkijana oma työ: mitkä ovat omat resurssit, mitkä asiat ovat meidän päätettävissä, mihin ei tarvitse ja mihin ei saa suostua. Opimme etsimään, käyttämään ja ymmärtämään lakeja ja ohjeistuksia käytännössä opinnäytetyötä tehdessämme.

Opinnäytetyön alussa kenelläkään meistä ei ollut täysin tarkkaa tietoa siitä mikä turvamoduuli käytännössä on. Työn edetessä olemme saaneet itsekkin arvokasta tietoa turvamoduulin toiminnasta ja sen hyödyistä sekä potilaalle, että hoitohenkilökunnalle. Lisäksi vahvistimme tietopohjaamme, sekä saimme uutta tietoa pakkotoimien vähentämisen menetelmistä yleisesti. Pystymme käyttämään omaa opinnäytetyötämme tulevaisuudessa omassa hoitotyössämme.

7.5 Hyödynnettävyys, kehittämisideat ja jatkotutkimusaiheet

Tuotimme yleisesti tietoa turvamoduulin toiminnasta, sekä Kuopion yliopistolliselle sairaalalle tietoa Julkulan sairaalan hoitohenkilökunnan toiveista ja näkemyksistä tulevan psykiatrisen sairaalan turvamoduulin toiminnoista. Tuotimme myös tietoa siitä, mikä on Julkulan sairaalan hoitohenkilökunnan tiedon ja osaamisen taso pakkokeinojen vähentämisessä psykiatrian erikoisalalla.

Opinnäytetyömme pohjalta olisi mahdollista kehittää lisäkoulutusta henkilökunnalle turvamoduulin toiminnasta, sekä muista vaihtoehtoisista hoitotyön menetelmistä pakkotoimien käytön vähentämiseksi psykiatrisessa hoitotyössä. Huomioitavia asioita voisivat olla myös kohdennetut opintokäynnit eri työryhmille sekä hoitajille, esimerkiksi Joensuuhun Pohjois-Karjalan keskussairaalaan ja myöhemmin Turun yliopistolliseen keskussairaalaan, sekä ulkomaille Hollantiin ja Iso-Britanniaan. Lisäksi kokemusasiantuntijoiden hyödyntämistä tulisi kehittää KYS:n psykiatrisen turvamoduulin toimintamallin suunnitteluvaiheessa, sekä yleisesti koko psykiatrian erikoisalalla.

Jatkotutkimusaiheita opinnäytetyöhömmä liittyen voisi olla tarkempi tutkimus tulevan turvamoduulin toiminnasta tai jostain sen osa-alueesta, esimerkiksi yksityiskohtaisempaa kyselyä tai henkilöhaastatteluja käyttäen, sekä uuden psykiatrisen sairaalan valmistuttua tutkimus turvamoduulin käyttöön-otosta ja toiminnasta käytännössä.

LÄHTEET JA TUOTETUT AINEISTOT

APELL, Jedida ja MATTILA, Riina 2017. Potilaan kokemus hoitoympäristöstä. Metropolia ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö. [Viitattu 2019-11-15.] Saatavissa: https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/124237/jedida_apell.pdf;jsessionid=12DECE8C4EF5435B2DF0CFDB8B47B366?sequence=1

ASETUS LÄÄKETIETEELLISESTÄ TUTKIMUKSESTA. 986/1999. Finlex. Lainsäädäntö. [Viitattu 2019-11-11]. Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1999/19990986>

BERG, Johanna, ELLILÄ, Heikki, GUSTAFSSON, Noora, KORTE, Mikko, LAHTI, Mari, LINDROOS, Annemari, MAKKONEN, Pekka, MISHINA, Kaisa, OKSANEN-MÄKELÄ, Maria, VAINILA, Veera ja VARVIKKO, Kalle 2020. TurvaSiipi-hankkeessa vähennetään pakkotoimia ja parannetaan työturvallisuutta psykiatrian osastoilla [verkkajulkaisu]. Talk – näkökulmia muutokseen. Turun ammattikorkeakoulu. [Viitattu 2020-03-26.] Saatavissa: <https://talk.turkuamk.fi/hyve/turvasiipi-hankkeessa-vahennetaan-pakkotoimia-ja-parannetaan-tyoturvallisuutta-psykiatrian-osastoilla/>

BJØRKLY, Stål 1999. Open area seclusion: An efficient debriefing procedure for nursing staff? Molde College. Faculty of Health Sciences. [Viitattu 2019-10-27.]

COUGE, A., ROLES, S., SMITH, H. 2014. Predicting risk of seclusion and restraint in a Psychiatric Intensive Care (PIC) unit. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2014, 21, 466–470. [Viitattu 2019-10-27.]

HAAHTINEN, Sari, RUSTARI, Sami, ja SAARI, Riku 2017. Potilasturvallisuus psykiatrisen potilaan eristämisessä. Turun ammattikorkeakoulu. Sairaanhoidajakoulutus. Opinnäytetyö. [Viitattu 2019-08-27.] Saatavissa: https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/131466/Hahtinen_Sari_Rustari_Sami_Saari_Riku.pdf?sequence=1&isAllowed=y

HEIKKINEN, Olli-Pekka 2019-08-13. Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveystalujen kuntayhtymä. Opinnäytetyö psykiatrisesta turvamoduulista [sähköpostiviesti]. Vastaanottaja Meritta Koponen.

HEIKKINEN, Olli-Pekka 2019. Työohje: Hoitohenkilökunnalle ja lääkäreille L2-talon turvasolusta. Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveystalujen kuntayhtymä. Joensuun psykiatrian klinikka. [Viitattu 2019-09-01.]

HEINO, Marko, KALINEN, Valtteri ja REPO, Toni 2017. Potilaan aggressiivisuus psykiatrisessa hoidossa. Hoitajien kokemuksia aikuispsykiatrian osastoilla. Savonia-ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö. [Viitattu 2020-02-25.] Saatavissa: <https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/122106/Potilaan%20aggressiivisuus%20psykiatrisessa%20hoidossa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- HENKILÖTIETOLAKI. 523/1999. Finlex. Lainsäädäntö. [Viitattu 2019-11-11.] Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1999/19990523?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=henkil%C3%B6tietolaki>
- JANHUNEN, Nina ja LEHTO, Tiia 2016. Pakkotoimet ja niiden vaihtoehdot nuorten psykiatrisessa hoidossa. Tampereen ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö. [Viitattu 2019-08-27.] Saatavissa: https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/108293/Janhunen_Nina_Lehto_Tiia.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- KALLIO, Mirikka 2015. Kokemusia DASA:n käytöstä ja erityishoidon osastolla – mitä tapahtui ja missä nyt mennään? [verkkodokumentti]. [Viitattu 2020-03-27.] Saatavissa: https://thl.fi/documents/974282/1449788/Mirikka_Kallio_esitys.pdf/26609318-cf85-4581-a241-bea49e15b0c5
- KALTIALA-HEINO, Riittakerttu ja VÄLIMÄKI Maritta 1999. Rajoitetaanko rajoittamista - eristys ja lepositeet psykiatrisessa hoidossa. Tampere. Tampereen yliopisto terveystieteen laitos.
- KASURINEN, Jorma 2017. Tahdonvastaisten hoitotoimenpiteiden vähentäminen psykiatrisen vuodeosastohoidon aikana. Posterinäyttöön perustuvista käytännöistä. Savonia-ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö. [Viitattu 2019-08-27.] Saatavissa: <https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/131275/ONT%20valmis.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- KINNUNEN, Maarit 2013. Huone-eristyspotilaan hoitotyö psykiatrisella osastolla. Itä-Suomen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu –tutkielma. [Viitattu 2019-08-27.] Saatavissa: http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20130999/urn_nbn_fi_uef-20130999.pdf
- KOIVUNIEMI, Kati, KOTILAINEN, Irma, LOUHENRANTA, Olavi, MOILANEN, Tarja, PORKKA, Pasi, TARKIAINEN, Mireille ja VENÄLÄINEN, Laura 2017. Niuvanniemen sairaalan kuntoutus- ja hoitomuodot 2017 [verkkodokumentti]. [Viitattu 2020-02-19.] Saatavissa: http://niuva.fi/hoitotyö/Kuntoutus_ja_hoitomuodot_2017.pdf
- KONTIO, Raija 2015. Mikä safewards? Yhteisvoimin pakkoa vähentämään. HUS, HYKS Psykiatria, Oulu. [Viitattu 2019-10-11.] Saatavissa: https://thl.fi/documents/974282/1449788/Raija+Kontio_esitys.pdf/26742e74-09dc-4047-beb9-d68751bc5301
- KOPPA 2019. Laadullinen tutkimus [verkkodokumentti]. Jyväskylän yliopiston Koppa. [Viitattu 2019-10-10.] Saatavissa: <https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/menetelmapolkuja/menetelmapolku/tutkimusstrategiat/laadullinen-tutkimus>
- KORTE, Mikko ja VAINILA, Veera 2019. Turvatilojen käyttö TYKS psykiatrialla. TYKS psykiatrian turvatilapilotointi. Turun ammattikorkeakoulu. Ylempi ammattikorkeakoulututkinto. Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma. Työohje.

KÄRKKÄINEN, Jukka 2016. Terveiset terveyden ja hyvinvoinnin laitokselta. Pohjoismainen pakon vähentämisen seminaari. THL. Tampere.

KYLMÄ, Jari ja JUVAKKA, Taru 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.

KYLMÄ, Jari, LÄHDEVIRTA, Juhani ja VEHVILÄINEN-JULKUNEN, Katri 2003. Laadullinen terveystutkimus- mitä, miten ja miksi? [verkkojulkaisu]. Duodecim. [viitattu 2020-04-02]. Saatavissa: <https://www.duodecimlehti.fi/duo93495>

LAKI LÄÄKETIETEELLISESTÄ TUTKIMUKSESTA. 9.4.1999/488. Finlex. Lainsäädäntö. [Viitattu 2019-11-11.] Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990488?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=laki%20l%C3%A4%20k%C3%A4%20tutkimuksesta>

LAKI POTILAAN ASEMESTA JA OIKEUKSISTA 17.8.1992/785, 2-luku, 3 §. Finlex. Lainsäädäntö. [Viitattu 2019-10-03.] Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785#L2P3>

LAPPALAINEN, Leila 2015. Turvallinen työympäristö – Avekki-koulutuksen kehittäminen Siun sotessa. Karelia ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma. Opinnäytetyö. [Viitattu 2019-11-02.] Saatavissa: https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/131146/Lappalainen_Leila.pdf?sequence=1&isAllowed=y

LAUKKANEN, Emilia 2015. Hoitotyön henkilöstömitoitus ja pakkotoimet psykiatrisilla osastoilla. Rekisteritutkimus. Itä-Suomen yliopisto, terveystieteiden tiedekunta. Pro gradu -tutkielma. Hoitotyön johtaminen. [Viitattu 2019-11-19.] Saatavilla: <https://docplayer.fi/9369835-Hoitotyon-henkilostomitoitus-ja-pakkotoimet-psykiatrisilla-osastoilla-rekisteritutkimus.html>

LÄÄKÄRILIITTO. Nürnbergin säännöstö. [Viitattu 2020-02-25.] Saatavissa: <https://www.laakariliitto.fi/laakariliitto/etiikka/nurnbergin-saannosto/>

LÖNNQVIST, Jouko, HENRIKSSON Markus, MARTTUNEN Mauri ja PARTONEN Timo 2011. Psykiatria. Keuruu. Duodecim.

MAKKONEN, Pekka 2015. THL:n pakkotyökirja. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri.

MAKKONEN, Pekka, PUTKONEN, Anu, KORHONEN Jukka, KUOSMANEN Lauri ja KÄRKKÄINEN Jukka 2016. Pakonkäytön vähentäminen ja turvallisuuden lisääminen psykiatrisessa hoidossa. Helsinki. THL.

MIELENTERVEYSLAKI. L 14.12.1990/1116. Finlex. Lainsäädäntö. [Viitattu 2019-08-27.] Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>

MIELENTERVEYSLAKI. L 21.11.2001/1423 Finlex. Lainsäädäntö. [Viitattu 2019-08-20.] Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116#L4aP22e>

NAPICU 2014. National Minimum Standards for Psychiatric Intensive Care in General Adult Services [verkkodokumentti]. National Association of Psychiatric Intensive Care & Low Secure Units. [Viitattu 2019-11-26.] Saatavissa: https://www.swlstg.nhs.uk/images/National_association_of_psychiatric_intensive_care.pdf

POHJOIS-SAVON SAIRAANHOITOPAIIRI. Tutkimuksen toteuttaminen. [Viitattu 2019-11-14.] Saatavissa: <https://www.pssh.fi/tutkimus/tutkimuksen-toteuttaminen>

POHJOIS-SAVON SAIRAANHOITOPAIIRIN POTILASOHJE 2015. [Viitattu 2019-10-11.] Saatavissa: <https://ohjeet.kuh.fi> > files

POHJOIS-SAVON SAIRAANHOITOPAIIRI 2015. Psykiatrisen hoitotahtoni -lomake. [Viitattu 2019-11-11.] Saatavissa: <https://www.pssh.fi/potilaat-ja-vierailijat/potilaan-tuki-ja-oikeudet/eettisesti-hyva-hoito>

RAUMA, Simo 2018. Turvasolun pikaopas. Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden kuntayhtymä. Joensuun Psykiatrian klinikka. Työohje. [Viitattu 2019-09-01.]

REPO-TIIHONEN, Eila, PUTKONEN, Anu ja TUPPURAINEN Heli 2012. Potilaan rajoittaminen psykiatriassa sairaalahoidossa. Duodecim. [Viitattu 2019-10-03.] Saatavissa: <https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2012/22/duo10637>

ROIHA, Tytti, SKOG, Henri ja SUNDELL, Jens 2016. Sairaanhoidajan työturvallisuus psykiatrisen potilaan eristystilanteessa. Turun ammattikorkeakoulu. Sairaanhoidajan koulutus. Opinnäytetyö. [Viitattu 2019-08-27.]

Saatavissa: https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/123539/Roiha_Tytti_Skog_Henri_Sundell_Jens.pdf?sequence=1&isAllowed=y

SAARANEN-KAUPPINEN, Anita ja PUUSNIEKKA, Anna 2006. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietova-ranto [verkkojulkaisu]. Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. [Viitattu 2019-10-10.] Saatavissa: https://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L1_2.html

SAVONIA-AMMATTIKORKEAKOULU. Avekki -toimintatapamalli ja koulutukset. [Viitattu 2020-04-05.] Saatavissa: <https://taydennys.savonia.fi/koulutukset/sosiaali-ja-terveysala/avekki>

SAVONIA-AMMATTIKORKEAKOULU. Tietosuoja. [Viitattu 2020-02-25.] Saatavissa: <https://portal.savonia.fi/amk/fi/tutustu-savoniaan/tietosuoja>

SHORTER, Edward 2019. Psykiatrian historia. Liettua. Scandbook.

SOUTH WEST LONDON & ST GEORGE'S MENTAL HEALTH NHS TRUST 2018. Ward 1 – Psychiatric Intensive Care Unit (PICU) [verkkajulkaisu]. Springfield University Hospital 61 Glenburnie Road London SW17 7DJ. [Viitattu 2019-11-21.] Saatavissa: <https://www.swlstg.nhs.uk/our-services/find-a-service/service/ward1-picu>

SUOMEN PERUSTUSLAKI. 11.6.1999/731. Finlex. Lainsäädäntö. [Viitattu 2019-11-11.] Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=perustuslaki>

TERVEYDENHUOLTOLAKI. 30.12.2010/1326. Finlex. Lainsäädäntö. [Viitattu 2019-10-20.] Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>

THL 2016. Pakon käytön vähentäminen ja turvallisuuden lisääminen psykiatrisessa hoidossa. Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos. Työkirja. [Viitattu 2019-11-10.] Saatavissa: https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/131697/URN_ISBN_978-952-302-751-0.pdf?sequence=1

TUOMIVAARA, Timo 2005. Kvantitatiivinen ja kvalitatiivinen tutkimus [verkkodokumentti]. Tieteellisen tutkimuksen perusteet. [Viitattu 2019-10-10.] Saatavissa: <https://www.mv.helsinki.fi/home/ttuomiva/Y125luku6.pdf>

TUOVINEN, Satu 2017. Reduction of Seclusion and Restraint and Hospital Violence During Involuntary Forensic Psychiatric Care. University of Eastern Finland. Kuopio. Department of Nursing Science, and Department of Forensic Psychiatry, Faculty of Health Sciences. Väitöskirja. Jyväskylä: Grano Oy.

TYÖTURVALLISUUSLAKI. 23.8.2002/738. Finlex. Lainsäädäntö. [Viitattu 2020-02-25.] Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2002/20020738>

VOTTONEN, Sanni 2014. Psykiatrisen potilaan eristämisen hoidon historia ja sen eri ulottuvuudet, kuvasarja psykiatrisen potilaan eristämisen keinoista. Metropolia ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö. [Viitattu 2020-04-05.] Saatavissa: https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/74576/vottonen_sanni.pdf?sequence=1&isAllowed=y

LIITE 1: RAUHOITTUMISTILA, NIUVANNIEMEN SAIRAALA OSASTO 1



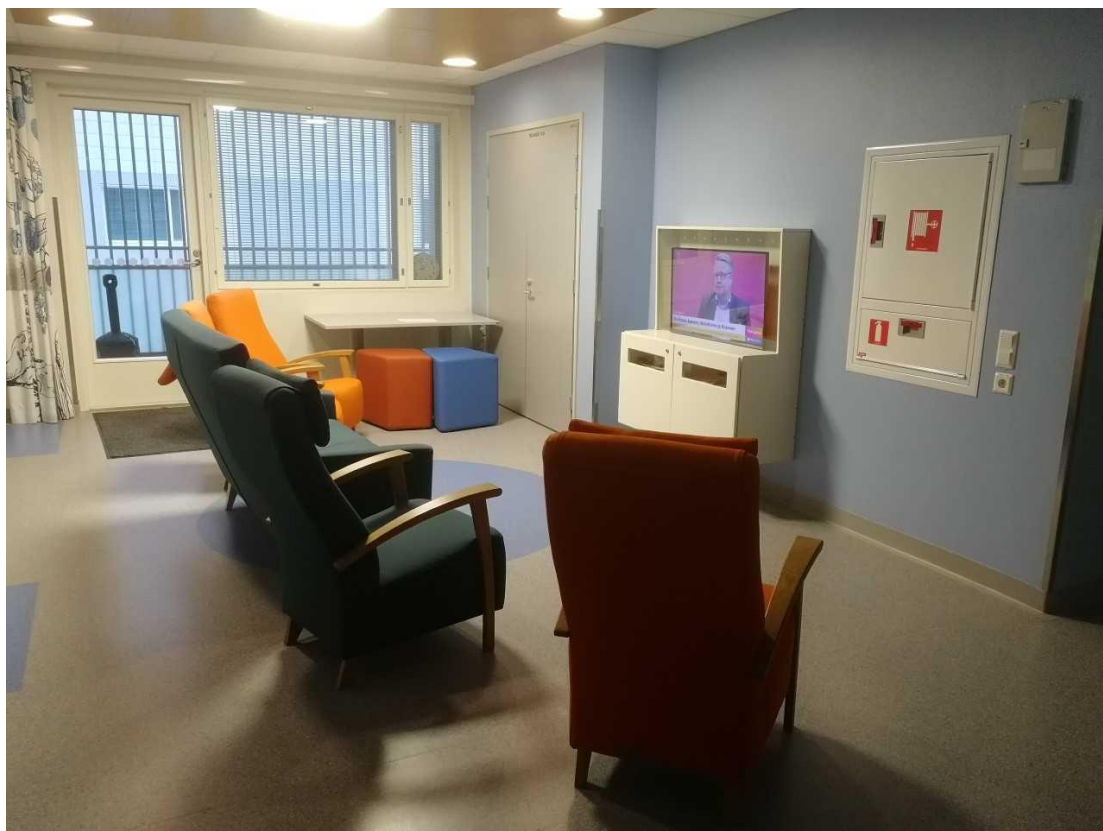
LIITE 2: ERISTYSHUONE, JULKULAN SAIRAALA OSASTO 2712



LIITE 3: LEPOSIDE-ERISTYS, JULKULAN SAIRAALA OSASTO 2712



LIITE 4: KUVIA TURVASOLUSTA, POHJOIS-KARJALAN KESKUSSAIRAALA





LIITE 5: TUTKIMUSLUPA



Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri

Psykiatria Kuopio OK141

KYS

Päätös

Sähköisesti allekirjoitettu

31.1.2020

13.00.02

44/2020

Julkinen

1 (1)

Opiskelijoiden opinnäytetyön lupahakemukset 2 § / 2020

Opinnäytetyön lupahakemus Meritta Koponen, Janne Kuosmanen ja Kaisa Väätäinen "Psykiatrisen turvamoduulin käyttö uudessa psykiatrisessa sairaalassa"/PK140/OK141

Valmistelija(t)

 ylihoitaja Saija Turpeinen, puh. 044 717 5250
 sähköpostiosoite: saija.turpeinen@kuh.fi

Päätös

Hyväksyn Meritta Koposen, Janne Kuosmanen ja Kaisa Väätäisen opinnäytetyön lupahakemuksen "Psykiatrisen turvamoduulin käyttö uudessa psykiatrisessa sairaalassa".

Toimivallan peruste

KYSin toimintaohje, kohta 4.5

 Saija Turpeinen
 ylihoitaja

Liitteet

 Sopimus opinnäytetyöstä, Janne Kuosmanen
 Sopimus opinnäytetyöstä, Kaisa Väätäinen
 Sopimus opinnäytetyöstä, Meritta Koponen
 Opinnäytetyön lupahakemus
 Tutkimussuunnitelma

Tiedoksi

 Janne Kuosmanen
 Meritta Koponen
 Kaisa Väätäinen
 Mielenterveyden ja hyvinvoinnin hallinto 1140H Riitta Hiltunen
 Mielenterveyden ja hyvinvoinnin hallinto 1140H Virpi.M Korhonen
 Mielenterveyden ja hyvinvoinnin hallinto 1140H Arja Piippo
 Hoitotyön palvelukeskuksen hallinto 1160H Saija Turpeinen

 Laskutusosoite
 POHJOIS-SAVON
 SAIRAANHOITOPAIKIN KY
 PL 900
 70029 KYS

 Posti- ja käyntiosoite
 PULIJON SAIRAALA
 PL 100
 70029 KYS
 Pujoissaarventie 2
 Kuopio

 ALAVAN SAIRAALA
 PL 200
 70029 KYS
 Kaartokatu 9
 Kuopio

 JULKULAN SAIRAALA
 PL 300
 70029 KYS
 Pujoissaarventie 40
 Kuopio

 KUOPION
 PSYKIATRIAN KESKUS
 PL 400
 70029 KYS
 Vesilähtö 1-3
 Kuopio

 Vaihde (017) 173 311
 etunimi.laukumä@kuh.fi
 Y-sunnus 0171495-3

www.psshp.fi

LIITE 6: SAATEKIRJE

Saatekirje

Opiskelemme viimeistä vuotta Savonia-ammattikorkeakoulussa Iisalmen kampuksella sairaanhoitajan tutkinto-ohjelmassa, syventyen mielenterveys ja päihdehoitotyöhön. Opinnäytetyömme aihe tarkentui Kuopion yliopistolaisen sairaalan (KYS) tulevaan psykiatriseen sairaalaan suunnitteilla olevaan turvamoduuliin ja sen kehittämiseen. Työn tilaajana toimii KYS ja yhteyshenkilönä ylihoitaja Saija Turpeinen.

Kyseessä on laadullinen tutkimustyö, ja kysely toteutetaan Webropol-kyselynä Julkulan sairaalan hoitohenkilökunnalle. Tutkimuksen kohderyhmäksi valikoitui Julkulan sairaalan hoitohenkilökunta siksi, koska kyseessä on välittömmin turvamoduulin käyttäjäryhmä tulevaisuudessa. Tutkinnolla, tehtävänimikkeellä, työuran kestolla, tai muillakaan yksilöllisillä seikoilla ei ole vaikutusta kyselyyn vastaamisessa.

Kyselyyn vastataan anonymisti, ja vastaustulokset käsitellään luottamuksellisesti. Opinnäytetyöhön liittyvässä kyselyssä ei kerätä henkilötietoja (vastaajaa yksilöiviä tietoja, esim. nimi, ikä, sukupuoli, asuinpaikka, ammatti). Kyselyn vastaukset hävitetään tulosten kirjaamisen jälkeen. Lisätietoja Savonia-ammattikorkeakoulun tietosuojasta: <https://portal.savonia.fi/amk/fi/tutustu-savoniaan/tietosuoja>

Vastaukset tulevat näkyviin opinnäytetyöhömmme, jonka saa käyttöönsä Savonia-ammattikorkeakoulu, KYS, ja turvamoduulityöryhmä, sekä opinnäytetyö julkaistaan myöhemmin Theseuksessa.

Kyselyn toteuttaminen tapahtuu ajalla **ma 3.2. - su 16.2.2020**. Tämän jälkeen kysely sulkeutuu. Kyselyssä on eri vastausvaihtoehtoja sisältäviä kysymyksiä, monivalintakysymyksiä, sekä täysin avoimia kysymyksiä psykiatrisen turvamoduulin toimintaan liittyen. Vastaaminen vie aikaa noin 10 minuuttia.

Tavoitteena on saada kyselyn vastausten pohjalta laadittua suomenkielinen tietopaketti turvamoduulista psykiatriatalon turvamoduulityöryhmän työn tueksi, sekä tuoda esille KYS:n hoitajien näkemyksiä ja toiveita turvamoduulin toiminnasta. Tavoitteena on opinnäytetyön valmistuminen 31.3.2020 mennessä.

Mikäli mieleen tulee kysymyksiä, koskien opinnäytetyötämme ja kyselyä, ottakaa rohkeasti yhteyttä. Jokainen vastaus kyselyyn on tärkeä!

Kiitokset etukäteen vastauksistanne!

Meritta Koponen, Janne Kuosmanen ja Kaisa Väätäinen
Savonia-ammattikorkeakoulu
SN17KM
etunimi.sukunimi@edu.savonia.fi

Ohjaava opettaja: Arja-Sisko Kainulainen
etunimi.sukunimi@savonia.fi

LIITE 7: KYSELY, SIVUT 1-3

Psykiatrisen turvamuodulin käyttö uudessa psykiatrisessa sairaalassa**1. Missä turvamuodulin tulisi sijaita?**

- Osaston sisällä
- Osaston ulkopuolella
- Muualla, missä?

2. Mitä turvamuodulissa tulisi olla potilaita varten?**3. Mitä virikkeitä ja toimintoja turvamuodulissa tulisi olla?**

- Interaktiivinen seinä
- Virtuaalilasit
- Musiikkia
- Tietokone
- Rentoutustuoleja
- Ahdistuksen hallintavälineitä
- Muuta, mitä?



Psykiatrisen turvamuulin käyttö uudessa psykiatrisessa sairaalassa

4. Millä tavalla hoitaja auttaa potilasta turvamuulissa?

5. Millaisia hoitotyön menetelmiä on turvamuulissa käytössä?

6. Mikä on hoitajan rooli turvamuulissa?

7. Mitä turvamuulissa tulisi olla hoitohenkilökuntaa varten?

Psykiatrisen turvamuulin käyttö uudessa psykiatrisessa sairaalassa

8. Kuinka monta potilaspaikkaa turvamuulissa tulisi olla aikuispsykiatrian käytössä?

9. Kuinka monta potilaspaikkaa turvamuulissa tulisi olla nuorisopsykiatrian käytössä?

10. Kuinka turvamuulissa huomioidaan potilaiden läheisten osallistuminen hoitoon?

11. Vapaa sana: Ideoita ja ehdotuksia turvamuulin toiminnasta.